

RĪGAS STRADIŅA UNIVERSITĀTE

**Vents Sīlis**

**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

Pētījums veikts Rīgas Stradiņa universitātes Humanitāro zinātņu katedrā laika posmā no 2005. līdz 2010. gadam.

Promocijas darba vadītāja: Dr. sc. soc. Ritma Rungule

Recenzenti:

Dr.phil. (soc.d.) Signe Dobelniece (Rīgas Stradiņa universitāte)

Dr.sc.soc. Aivars Tabuns (Latvijas universitāte)

Dr.hab.med. Jānis Zaļkalns (Rīgas Stradiņa universitātes Rehabilitācijas fakultāte)

Promocijas padomes sēde notiks: 2011. gada 16. martā plkst. 15.00 Rīgas Stradiņa universitātes Hipokrāta auditorijā, Rīgā, Dzirciema ielā 16.

Ar promocijas darbu var iepazīties Rīgas Stradiņa universitātes bibliotēkā.

Padomes sekretāre:

Dr.phil. (soc.d.) Signe Dobelniece

## Saturs

1. Promocijas darba aktualitāte .....	4
2. Promocijas darba mērķi, uzdevumi un hipotēzes.....	6
3. Promocijas darba apjoms un struktūra .....	7
4. Promocijas darba teorētiskais pamatojums .....	9
5. Pētījuma datu ieguves un analīzes metodes .....	13
6. Pārskats par pētījuma rezultātiem .....	20
6.1. Iedzīvotāju un ekspertu priekšstati par rūpēm par veselību.....	20
6.2. Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju dzīves kvalitāti ietekmējošie faktori .....	24
6.3. Veselības dzīvesstili saistībā ar dzīves kvalitātes indikatoriem.....	29
6.3.1. Pensijas vecuma (65–94) Latvijas iedzīvotāju veselības dzīvesstili .....	29
6.3.2. Latvijas iedzīvotāju vecumā no 15–64 veselības dzīvesstili .....	33
7. Galvenie secinājumi .....	40
8. Zinātniskās publikācijas par promocijas darba tēmu.....	44
9. Zinātniskās konferences, kurās prezentēti pētījuma rezultāti.....	45
10. Izmantotā literatūra .....	46

## 1. Promocijas darba aktualitāte

Dzīves kvalitātes problemātika Latvijā ir kļuvusi īpaši aktuāla pēdējo desmit gadu laikā, kad vispirms notika strauja ekonomiskā izaugsme, kurai sekoja vēl straujāks kritums. Dinamiskās pārmaiņas liek uzdot jautājumu: cik lielā mērā un kādā veidā šīs transformācijas ir ietekmējušas iedzīvotāju dzīves kvalitāti un subjektīvo apmierinātību ar to. Sociologi Baiba Bela un Tālis Tisenkopfs uzsver “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” (Bela, Tisenkopfs, 2006 b: 8).

Līdz ar to Latvijas iedzīvotāju labklājība ir kļuvusi par sociālo pētījumu objektu (Bela, Tisenkopfs et al., 2006 a; Indāns et al., 2006; Karnītis et al., 2007) un par politisko dokumentu vadmotīvu („Latvijas izaugsmes modelis: cilvēks pirmajā vietā,” 2005; „Latvijas tautsaimniecības attīstības vadlīnijas,” (Ancāns et al, 2006); „Latvijas Nacionālais attīstības plāns 2007 – 2010,” 2006). Ir svarīgi, ka no Latvijas attīstības perspektīvas viedokļa raugoties, sabiedrību veido rīcībspējīgi un kopumā ar dzīvi apmierināti indivīdi, kuri spēj īstenot kontroli pār savu dzīvi dažādos tās aspektos un ir droši par nākotni. Dzīves kvalitātes jēdzienu Latvijas Nacionālā attīstības plāna (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) Veselība un ar to saistītie jautājumi būtiski ietekmē indivīda sociālo dzīvi visos tās līmeņos, tādēļ sociologi pievērš arvien lielāku uzmanību veselībai, slimībai un riskiem, ko rada straujās pārmaiņas mūsdienu sabiedrībā.

Latvijas iedzīvotāju veselība un veselības uzvedība ir aktuāla problēma, jo tā ir viena no būtiskākajām dzīves un dzīves kvalitātes 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 skaidro ar neveselīgu un riskantu dzīvesveidu saistīto nāves cēloņu izplatību Latvijā, proti, dati par mirstību no sirds išēmiskās slimības, plaušu vēža, ar alkohola lietošanu saistīto mirstību, kā arī ar pašnāvībām un satiksmes negadījumiem saistīto mirstību (sk. Cayotte & Buchow, 2009: 3). Neveselīgu paradumu izplatība Latvijas 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 desmit gados veiktie Latvijas iedzīvotāju 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.

Promocijas darbā pastiprināta uzmanība tiek pievērsta konkrētai sociālajai grupai – Latvijas pensijas vecuma iedzīvotājiem vecumā no 65–94 gadiem. Pirmkārt, tāpēc, ka, nākotnē raugoties, saskaņā ar ES iedzīvotāju sastāva pētījumiem ir izteikta pastāvīga iedzīvotāju novecošanas tendence. 21. gadsimtā novecošana kļūs par vienu no lielākajām sociālajām un ekonomiskajām problēmām ES dalībvalstīs (sk. *Eurostat News Release*, 2006). 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, (sk. Stepčenko, 2007; CSP, 2007 un 2008; Eurobarometer, 2008a un 2008b; Skrule, Rozentāle & Štāle, 2009). Līdz ar to ir nepieciešams uzlabot veco cilvēku dzīves kvalitāti, kā tas tika paredzēts Sabiedrības veselības stratēģijas 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 iespēju realizēt visu savu veselības potenciālu, kā arī aktīvi iesaistīties sabiedriskajā dzīvē,” (SVS, 2001: 13). Kaut arī nospraustajā 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.

## 2. Promocijas darba mērķi, uzdevumi un hipotēzes

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.

Saistībā ar promocijas darba ietvaros veikto pētījumu tiek izvirzītas šādas **hipotēzes**:

1. Latvijas iedzīvotāju veselības uzvedību nosaka tie paši faktori, kas nosaka viņu dzīves kvalitāti.

2. Latvijas pensijas vecuma un darbspējīgā 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, tādi kā: vecums, dzimums, veselības stāvoklis, u.c.

### 3. Promocijas darba apjoms un 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 tiek raksturota jēdziena “dzīves kvalitāte” definēšanas problēma un tās iespējamie risinājumi, nošķirti galvenie definīciju tipi (globālās, kompleksās, fokusētās un jaukta tipa definīcijas), 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. Mūsdienu dzīves kvalitātes socioloģijai raksturīgās galvenās konceptuālās problēmas ir šādas: dzīves kvalitātes jēdziena definēšanas 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 kritērijindikatori un deskriptīvie indikatori) un subjektīvo indikatoru pieeja (tiek mērīta apmierinātība ar dzīvi). Šajā apakšnodaļā promocijas darba autors piedāvā subjektivitātes problēmas risinājumus un atbildes uz jautājumu, vai subjektīvais dzīves kvalitātes novērtējums, piemēram, 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 aplūkoti 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. Tās galvenos posmus iezīmē četru slimības un veselības teorētisko interpretāciju, proti, biomedicīniskās, socioloģiskās, postmodernās un ķermeniskās, rašanās, kas notikusi, pateicoties dažādu socioloģijas teoriju: funkcionālisma, politekonomiskās teorijas, simboliskā interakcionisma, postmodernisma, fenomenoloģijas un feminisma pielietojumam, veselības un slimības pētījumos. Otrajā apakšnodaļā tiek 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, 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 viņu kolēģu izstrādātās veselības dzīvesstilu teorijas īss izklāsts. Piektajā apakšnodaļā aprakstīti pēdējo desmit gadu laikā veiktie 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 jautājumā par pētījumu ētiskā izvērtējuma prasībām, kādas ir Latvijā un citās valstīs. Otrajā apakšnodaļā izklāstīti pētījuma pirmā posma rezultāti – kvalitatīvo datu analīzes rezultātā tiek iegūts priekšstats par Latvijas iedzīvotājiem raksturīgiem veselības dzīvesstiliem (nerūpēšanās par veselību, daļējas rūpes par veselību, kā arī rūpes par veselību). Analizējot ekspertu intervijas, tika kategorizēti Latvijas iedzīvotāju veselības uzvedību iespaidojošie faktori, izstrādāta jēdziena “rūpes par veselību” definīcija un iegūts galveno kategoriju klāsts, kuras, pēc ekspertu domām, lietojamas, aprakstot Latvijas iedzīvotāju veselības uzvedību ietekmējošus faktoros. Trešajā apakšnodaļā ir 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 ir 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 veselīgiem respondentiem ir raksturīgs veselību veicinošs dzīvesveids, savukārt respondentiem ar nopietnām hroniskām veselības problēmām ir raksturīgs veselību saglabājošs dzīvesveids. Ceturtajā apakšnodaļā aplūkoti iedzīvotāju telefonaptaujas (kvantitatīvā pētījuma) rezultāti un nošķirti pieci Latvijas pensijas vecuma (65–94) iedzīvotājiem raksturīgie veselības dzīvesstili: veselību veicinošais,



uz veselības saglabāšanu orientētais, daļējas rūpes par veselību, minimālas rūpes par veselību un 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. 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. Tiek sniegta interpretācija par to, kādēļ konkrētās sociālās grupas pārstāvjiem ir raksturīgas noteiktas veselības prakses, kuras summāri veido viņu veselības dzīvesstilu. Nodaļas beigās ir veikts dzīvesstilu izplatības un kompozīcijas salīdzinājums abu vecuma grupu ietvaros.

**Secinājumu nodaļā** ir apkopoti pētījuma rezultātā izdarītie secinājumi par veselības uzvedības saistību ar dzīves kvalitātes rādītājiem, par to, kā šī saistība ietekmē Latvijas iedzīvotāju veselības dzīvesstila izvēli, un par to, ka katrā dzīvesstilā ietilpst gan veselību veicinoša, gan arī tai kaitējoša uzvedība, tādēļ nevienu no minētajiem dzīvesveidiem nevar saukt par ideāli veselīgu vai absolūti neveselīgu.

#### **4. Promocijas darba teorētiskais pamatojums**

Pētnieku vidū nav vienprātības par teorētisko bāzi, uz kuras pamata varētu izveidot universālu dzīves kvalitātes definīciju (sk. Bowling, 2005b: 7). Šī iemesla dēļ mūsdienās pastāv daudzas prominentu pētnieku dotas dzīves kvalitātes (DZK) jēdziena definīcijas un teorētiskie modeļi. Zināma daļa pētnieku atbalsta katru no tiem (sk. Farquhar, 1995: 503–504). Šī promocijas darba ietvaros jēdziens “dzīves kvalitāte” 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.

Jēdziens “ar veselību saistītā dzīves kvalitāte” (AVSDZK) ir aktuāls veselības un slimības kontekstā. Tas izmantots pētījumos, 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 skatījums. Kā norāda Latvijas sabiedrības veselības speciālists Māris

Baltiņš, “ar veselību saistīto dzīves kvalitāti 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). Ar veselību saistītās dzīves kvalitātes pētījumu konceptuālā struktūra ir atvasināta lielākoties no PVO veselības definīcijas, kura pārstāv biopsihosociālo veselības modeli. Šī modeļa ietvaros veselība definēta šādi: “Cilvēka psihiskās, fiziskās un sociālās labklājības stāvoklis, nevis tikai slimības vai vājuma neesamība” (Constitution of WHO). Pretstatā biomedicīniskajam veselības modelim, kas veselības jēdzienu traktē šauri organiskā, funkcionālā nozīmē, biopsihosociālais modelis atbalsta holistisku skatījumu uz indivīda veselību un balstās uz tēzi: “Gan laba, gan arī slikta veselība ir sociālu, psiholoģisku un bioloģisku notikumu mijiedarbības rezultāts” (Bowling, 2002: 13). Šis modelis atspoguļo pēdējo gadu veselības un slimības socioloģijas pētījumu rezultātus, kā arī jaunākās tendences bioētikā un medicīnas ētikā.

Biopsihosociālajam modelim atbilst arī G. Parkersona un kolēģu izstrādātā veselības uzvedības (*health behavior*) definīcija: tās ir indivīdu, grupu un organizāciju veiktās 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 – sociālās pārmaiņas un valsts īstenotā veselības aprūpes stratēģija. Definīcijas autori pievērš uzmanību arī tam, ka veselības uzvedībā būtiska motivējoša loma ir veikto veselības aprūpes darbību efektivitātei, kura, savukārt ir atkarīga no iemaņu līmeņa un centieniem paaugstināt savu dzīves kvalitāti.

G.Parkersona definīcija ir konceptuāli saistīta ar Kokerhema un Abela veselības uzvedības teoriju, kas veido šī promocijas darba teorētisko pamatu. Medicīnas sociologi Viljams Kokerhems (Alabamas universitātes ASV profesora), Tomass Abels (Bernes universitātes profesora Šveicē) un viņu kolēģi ir izveidojuši veselības dzīvesstilu teoriju, kura balstās uz Maksa Vēbera izstrādāto „dzīvesstila” koncepciju, kas ir papildināta ar Pjēra Burdjē *habitus* koncepciju un Entonija Gidensa strukturācijas teoriju. Saskaņā ar Vēberu, dzīvesstils ir indivīda sociālo praksi organizējošs princips, kas sastāv no diviem komponentiem: dzīves

vadīšanas jeb dzīvesveduma, kas atkarīgs no indivīda izvēles, un dzīves apstākļu noteiktu iespēju īstenot šo izvēli.

Pēc Kokerhema domām, Vēbera ieguldījumu mūsdienu veselības dzīvesstila izpratnē var apkopot šādās tēzēs: (1) veselības uzvedība ir pēc būtības kolektīvs fenomens, jo 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 noteicošā loma. (Cockerham, Rütten, Abel, 1997: 325).

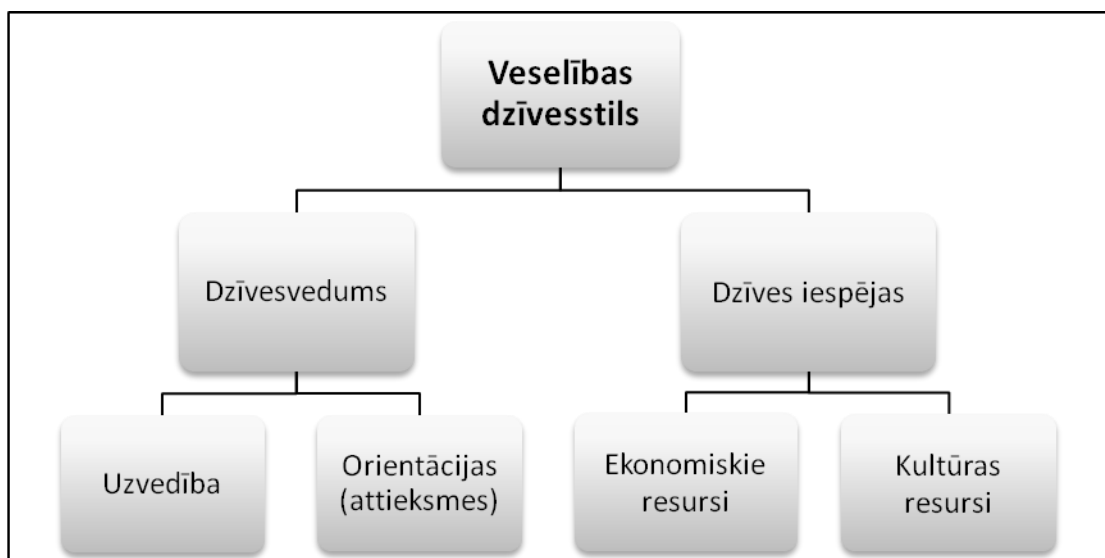
Lai saprastu individuālās izvēles un tās piepildījuma iespējamo mijiedarbību, Vēbera teoriju ir nepieciešams papildināt ar Pjēra Burdjē izstrādāto *habitus* koncepciju. *Habitus* ir “ilgstošu un pārvietojamu dispozīciju sistēmas, strukturētas struktūras, kas sliecas funkcionēt kā strukturējošas struktūras, t.i., kā prakses un priekšstatus ģenerējoši un organizējoši principi...” (Burdjē, 2004: 73). Saskaņā ar Burdjē *habitus* iemieso indivīda priekšstatus par sociālo struktūru un apstākļiem, radot noturīgu orientāciju uz noteikta veida darbību. Dzīvesstili „habitualizējas”, proti, kļūst par pastāvīgu ieradumu sistēmu, pateicoties struktūras patstāvībai, tās tendencei atkārtoties un pašatrazoties. Tas ir būtisks Vēbera teorijas papildinājums, kas paskaidro, kāpēc, neskatoties uz individuālajām gaumes atšķirībām, joprojām tiek atražoti konkrētajā sociālajā grupā pastāvošie dzīvesstili.

Abels un kolēģi uzskata, ka Burdjē pienesums dzīvesstila analīzē ir divējāds: pirmkārt, viņš apraksta *habitus* lomu dzīvesstilu radīšanā un reprodukcijā, un, otrkārt, akcentējot *habitus* lomu viņš parāda, ka dzīvesstila izvēli faktiski nosaka struktūra. Ar *habitus* palīdzību Burdjē aizpilda Vēbera dzīvesstila koncepcijā pastāvošo plaisu starp iespējām un izvēli, apvienojot tās vienā veselā. (Abel, et al., 2000: 62)

Lai gan Antonija Gidensa uzskati par strukturālo dualitāti dažos aspektos ir līdzīgi Burdjē koncepcijai par *habitus*, viņš cenšas izvairīties no galēja determinisma: “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) Dzīvesveids un indivīds ir atkarīgi viens no otra – dzīvesveids kā struktūra nevar pastāvēt neatkarīgi no indivīda rīcības, jo rīkojoties indivīdi vienlaikus reproducē apstākļus, kas padara šo rīcību iespējamu: “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)

Indivīda izvēlētās darbības var atstāt gan pozitīvu, gan negatīvu iespaidu uz fizisko un garīgo veselību, taču tās visas veido vienotu veselības uzvedības modeli, proti, veselības dzīvesstilu (Cockerham, 1997: 124). 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) Šī jēdziena struktūra ir atainota 1. attēlā:

Attēls 1. Jēdziena „veselības dzīvesstils” struktūra

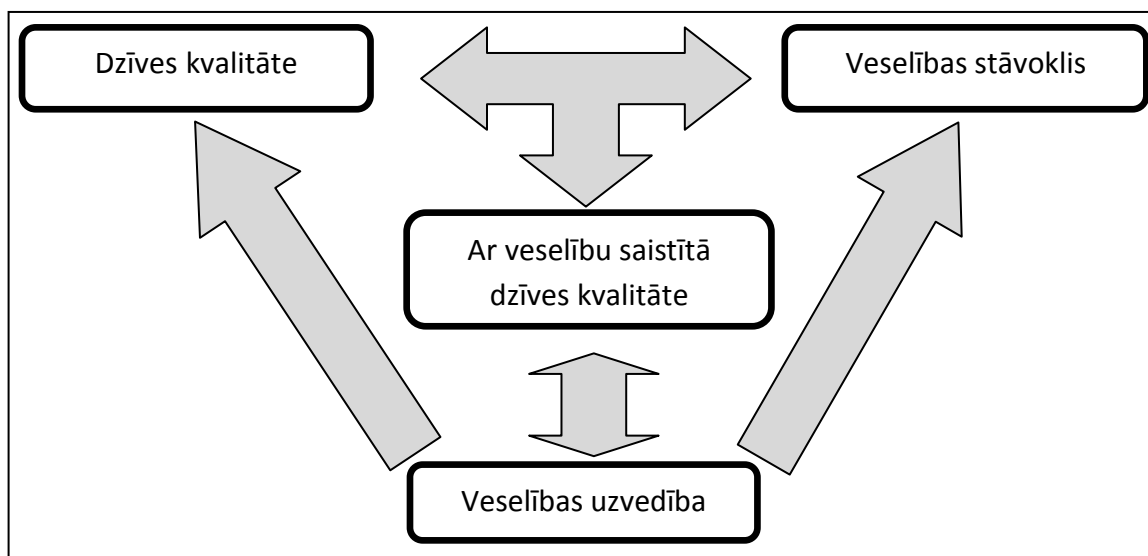


Avots: Abel, Cockerham, Niemann, 2000: 63

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

Galvenie jēdzieni, uz kuriem ir 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 multidimensionāla jēdziena kontekstā, tad veselība parādās kā viena no daudzām dzīves kvalitāti veidojošām dimensijām. Veselības stāvoklis ir šo dimensiju savstarpējās mijiedarbības rezultāts. Savukārt, ja šī saistība tiek aplūkota veselības dimensijas kontekstā, proti, par dzīves kvalitāti tiek spriests atkarībā no indivīda veselības stāvokļa, tad šī saistība tiek apzīmēta ar jēdzienu „ar veselību saistītā dzīves kvalitāte”. No tā kāda 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. attēlu).

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 un smēķēšana/nesmēķēšana, u.c. veselības uzvedības veidi, kas summāri veido veselības dzīvesstilu) iespaido gan veselības stāvokli, gan dzīves kvalitāti.

## 5. Pētījuma datu ieguves un analīzes metodes

Darbā izvirzīto mērķu sasniegšanai tika izmantotas gan tās iespējas, ko piedāvā kvalitatīvās metodes, gan arī tās priekšrocības, ko sniedz kvantitatīvās metodes, vienlaikus cenšoties izvairīties no šīm 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. 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 Bārnij 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 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).

Ņemot vērā šos metodoloģiskos apsvērumus, kvalitatīvo datu vākšanai pētījumā tika izmantotas triju veidu intervijas: (1) strukturētās Latvijas iedzīvotāju intervijas (dzīves kvalitātes formas); (2) daļēji strukturētas medicīnas nozares ekspertu intervijas; (3) padziļinātās, daļēji strukturētās Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju intervijas. Savukārt, kvantitatīvie dati tika iegūti, veicot divu veidu aptaujas: Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju telefonaptauju un Latvijas iedzīvotāju aptauju vecumā no 15-64 gadiem.

Promocijas darba mērķu sasniegšanai veiktais pētījums sastāv no trim posmiem un tajos tika pielietotas vairākas metodes, kas palīdz nodrošināt iegūto datu validitāti. (sk. 1. tabulu).

1. tabula. Promocijas darbā veiktā pētījuma posmu raksturojums

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

Pētījumu **pirmais posms** tika veikts 2005. gadā pētījuma „Dzīves kvalitāte Latvijā” ietvaros, kur datu vākšanai tika izmantotas dzīves kvalitātes formas. Dzīves kvalitātes forma ir strukturētas intervijas paraugs, kuru izstrādāja un pielietoja Latvijas Universitātes Sociālo un Politisko pētījumu institūta pētnieki. Dzīves kvalitātes forma sastāv no 64 atvērta tipa jautājumiem, kas aptver šādas jomas: 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, (Bela, Tisenkopfs, 2006: 9). Intervijas (n = 79) sniedza respondenti vecumā no 16 – 75 gadiem, kuri tika atlasīti, ievērojot nejaušības principu. 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. Šīs metodes priekšrocība ir iespēja saņemt konkrētas atbildes, informācija ir labāk strukturēta un tādēļ arī vieglāk analizējama. Veicot dzīves kvalitātes formu datu kontentanalīzi, tika noskaidrots, kā Latvijas iedzīvotāji konceptualizē jēdzienus: „veselība”, „dzīves kvalitāte”, un „rūpes par veselību”, un ar kādiem

kritērijiem viņi raksturo savas rūpes par veselību. Datu analīze parādīja arī to, kādus veselības dzīvesstilius (rūpes par veselību, daļējas rūpes par veselību un nerūpēšanās par veselību) ir iespējams nošķirt ar šo kritēriju palīdzību.

Papildus iedzīvotāju dzīves kvalitātes strukturētajām intervijām, speciāli pētījuma veselības nodaļas vajadzībām tika veiktas arī dziļās, daļēji strukturētās medicīnas ekspertu intervijas (n = 6). Šajā gadījumā tika ievērots teorētiskās atlasē princips – iegūt primārās veselības aprūpes speciālista viedokli, garīgās veselības speciālista viedokli un medicīnas ētikas speciālista viedokli. Atbilstoši šim uzstādījumam, četri no ekspertiem ir ģimenes ārsti, viens eksperts ir psihologs un vēl viens – biomedicīnas ētikas speciālists. Tika noformulēti 12 atvērti jautājumi, kas aptvēra šādas tēmas: jēdziena „rūpes par veselību” nozīmi, kā cilvēki rūpējas par savu fizisko un garīgo veselību, un kā šīs rūpes iespaido viņu informētība un kompetence. Tādā veidā tika iegūts ekspertu viedoklis par problēmjautājumiem, kas saistīti ar iedzīvotāju veselības praksēm, un noskaidrots, kā eksperti definē jēdzienu „rūpes par veselību” un kādas ir kategorijas, kas apraksta faktorus, kas pēc ekspertu domām ietekmē Latvijas iedzīvotāju veselības uzvedību.

Ar kvalitatīvajām metodēm iegūtie rezultāti tika interpretēti, ņemot vērā arī pētījuma “Pārskats par tautas attīstību 2004/2005 Rīcībspēja reģionos” ietvaros veiktās kvantitatīvās aptaujas datus. Pārskata autori pētījuma metodoloģijas aprakstā norāda, ka “aptaujā 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 dzīvesvietas. (...) 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 lietot aptaujas datus publikācijās par pētījuma rezultātiem, un šī iespēja arī tika izmantota (sk. Sīlis, 2006). Tādējādi kā viens no avotiem šajā promocijas darbā parādās dati no pārskata par tautas attīstību.

Pētījuma **otrajā posmā** atbilstoši nosaukumā „Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju dzīves kvalitāti ietekmējošie faktori” paustajam uzstādījumam tika pētīti Latvijas iedzīvotāji vecumā no 62 gadiem. Pētījums tika veikts 2007. gada rudenī programmas “Zinātnes attīstība augstākās izglītības iestādēs” ietvaros par piešķirtā grantā (Nr. RSU-ZP 07-6/15) līdzekļiem. Šī posma kvalitatīvajā daļā tika veiktas daļēji strukturētas dziļās iedzīvotāju intervijas, ar kuru palīdzību noskaidrots tas, kā šīs vecuma grupas respondenti saprot jēdzienus: „dzīves kvalitāte”, „rūpes par veselību”, un kāda saistība, viņuprāt, pastāv starp tiem.

Respondentu atlasē tika izvēlēta teorētiskās atlasē stratēģija, kuras princips ir pēc iespējas lielāka atšķirība (*maximal variation sampling*). Šīs stratēģijas mērķis ir nevis iegūt pēc iespējas vairāk datu, bet gan atklāt pēc iespējas vairāk pētāmajā laukā pastāvošo variāciju. Izvēloties respondentus intervijām, sākotnēji tika izmantota statistiskā metode, iepriekš nosakot respondentu izvēles galvenos kritērijus (Flick, 2002: 62). Par trim galvenajiem respondentu atlasē kritērijiem tika pieņemti: (1) dzimums, (2) vecums, (3) dzīvesvieta.

Padziļinātās, daļēji strukturētās intervijas (n=28) tika izvēlētas Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju dzīves kvalitāti nosakošo faktoru detalizētākai pētīšanai. Tās 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. Projekta darba grupu veidoja 3 intervētāji (Vents Sīlis, Signe Mežinska un Ainārs Kamoliņš) un pētījuma sākuma fāzē vairākas intervijas tika veiktas, piedaloties diviem pētniekiem, lai pilnveidotu intervēšanas stratēģiju un iemaņas. Interviju garums variēja no vienas līdz divām stundām. Lielākā daļa interviju (23) tika veiktas respondentu dzīves vietā, dažas tika veiktas publiskās vietās, tādās kā kafejnīca (2) un darba vieta (3). Parasti sarunai tika atrasta izolēta telpa, taču dažos gadījumos respondenti izvēlējās sarunāties atklātā vidē, viņu ģimenes locekļiem klātesot. Tomēr tas būtiski neietekmēja intervijas procesu.

Daļēji strukturēto interviju forma ļāva 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: „intervētajam 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 varēja uzdot arī jautājumu sarakstā neiekļautus jautājumus, tādā veidā iegūstot vairāk datu par kādu konkrētu kategoriju. Respondentu atlasē nācās saskarties arī ar grūtībām atrast gados vecākus respondentus – it īpaši vīriešus vecuma grupā no 80 gadiem un vairāk. Šīs grūtības ir saistītas ar to, ka arī ģenerālās kopas ietvaros šāda vecuma cilvēku ir relatīvi maz. Saskaņā ar CSP pieejamajiem datiem 2007. gadā no visiem iedzīvotājiem, kuri ir 65 un vairāk gadus veci, vīrieši vecumā no 80 un vairāk gadiem sastādīja tikai 4 %, turpretim, šāda vecuma sievietes veidoja 15 % no to skaita.

Kvalitatīvā pētījuma rezultāti tika izmantoti, lai izveidotu kvantitatīvu instrumentu, ar kura palīdzību 2008. gadā tika veikts Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju dzīves kvalitātes pētījuma otrais posms – kvantitatīva aptauja par šīs iedzīvotāju grupas dzīves kvalitāti un



veselības uzvedību. Izvēlēta datu vākšanas metode bija telefonaptauja, kuru saskaņā ar līgumu īstenoja Socioloģisko pētījumu institūta (SPI) darbinieki. Lai nodrošinātu pētījuma instrumenta validitāti, promocijas darbā konceptu mērīšanai tika izmantota vispārpieņemtā prakse. Tā 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 tad, kad ir nepieciešams noskaidrot ne tikai parādības izplatību, bet arī daudzumu-biežumu (sk. Koroļeva et al. 2008; Pudule et al. 2010). Promocijas darba 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 paradumiem.

Tika aptaujāti 400 respondenti (realizētās izlases apjoms:  $n = 400$ ). Ģenerālo respondentu kopu veidoja Latvijas pastāvīgie iedzīvotāji vecumā no 65 – 94 gadiem, respondentu atlases kritērijs bija demogrāfiskā reprezentativitāte pēc vecuma, dzimuma un dzīves vietas. 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 pietiekamu,<sup>1</sup> (CSP, 2007). Respondenti tika atlasīti pēc nejaušības principa, par atlases kritērijiem tika pieņemti: vecuma sliekšnis 65 gadi, dzimums un dzīvesvieta. Ņemot vērā vecuma un dzimuma grupu atšķirības, starp ģenerālo kopu un izlases kopu, lai nodrošinātu rezultātu ticamību (reprezentativitāti) 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 apgriezti proporcionāls šī respondenta iepriekšēji nosacītajai varbūtībai iekļūt datu kopā, (sk. Horovitz, Thompson, 1952: 668).

Šajā posmā tika iegūti dati par to, cik izplatīta ir tā vai cita veselības uzvedība un ar kādiem dzīves kvalitātes indikatoriem pastāv statistiski nozīmīga saistība. Iegūtie kvantitatīvie dati tika apstrādāti ar statistiskās analīzes programmu *SPSS 16.0*. Dati tika organizēti jēgpilnās struktūrās, izmantojot  $k$ -vidējā aritmētiskā (*k-means*) klasteranalīzes paņēmienu, lai noskaidrotu izlases kopai raksturīgākos veselības dzīvesstilus. Saskaņā ar šo metodi, klasteru skaits  $k$  tiek jau iepriekš iekļauts algoritmā un klasteri tiek veidoti tā, lai

---

<sup>1</sup> 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),  $W = 0,5$ .

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 (riskantu alkohola lietošanu<sup>2</sup>, smēķēšanu un citu atkarību izraisošu vielu lietošana), veselības aprūpes darbībām, kuras indivīdi veic, lai izvairītos no saslimšanas vai arī cīnītos ar tās simptomiem (veselības aprūpes 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. Pēc tam tika meklētas statistiski nozīmīgas ( $p < 0,05$ ) saistības starp dzīvesstiliem un dzīves kvalitāti ietekmējošajiem faktoriem.

Pētījuma **trešais posms** tika veikts 2008. gadā kā pētījums “Latvijas iedzīvotāju dzīves kvalitātes pašnovērtējums un tā saistība ar veselības uzvedību.” Tas tika īstenots programmas “Zinātnes attīstība augstākās izglītības iestādēs” ietvaros par granta Nr. RSU-ZP 07-6/15 līdzekļiem. Pētījuma datu vākšana un primārā apstrāde notika sadarbībā ar Socioloģisko pētījumu institūtu (SPI). Šī pētījuma mērķiem tika izstrādāts instruments – aptaujas anketa, kas kā atsevišķa sekcija tika pievienota pētījuma “Atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatība iedzīvotāju vidū (2008)” anketai. Respondenti tika lūgti novērtēt savu dzīves kvalitāti, ar veselību saistīto dzīves kvalitāti, veselības uzvedību un slimības uzvedību. Aptaujas anketa, ar kuru tika apsekoti iedzīvotāji vecumā no 15 – 64 gadiem, ietvēra tās pašas dzīves kvalitātes un veselības uzvedības sfēras, kas tika aplūkotas pensijas vecuma cilvēku aptaujā. Realizētās izlases apjoms  $n = 999$  respondenti, kas ir pietiekams. Lai nodrošinātu rezultātu reprezentativitāti, tika pielietota iepriekš aprakstītā datu svēršanas metode. Apstrādājot iegūtos datus ar k-vidējā aritmētiskā klasteranalīzes metodi tika nošķirti tie paši pieci veselības dzīvesstili: veselību veicinošais (rūpes par veselību), nerūpēšanās par veselību (veselībai kaitējošais), daļējas rūpes par veselību, minimālas rūpes par veselību un uz veselības saglabāšanu orientētais dzīvesstils. Pēc tam tika meklētas un interpretētas statistiski nozīmīgas ( $p < 0,05$ ) dzīvesstilu saistības ar dzīves kvalitāti ietekmējošajiem faktoriem.

## **Pētniecības ētikas problēmas**

---

<sup>2</sup> Lietot alkoholu riskantā veidā nozīmē darīt to vairāk, 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 10g absolūtā alkohola jeb 30g stiprā alkoholiskā dzēriena, 150ml vīna vai 330ml vidēji stipra alus.

Sakarā ar promocijas darba mērķu sasniegšanai veiktajiem pētījumiem, radās nepieciešamība pārdomāt arī pētījumu ētikas jautājumus, proti, riska izvērtējumu pētījumu ētikā. Starp veiktajām dziļajām, daļēji strukturētajām intervijām ir īpaši jāatzīmē kāda, kura uzskatāmi parādīja, cik neaizsargāts ir Latvijas pensijas vecuma cilvēks, kuram ir slikts veselības stāvoklis un nav tuvinieku, kas viņu atbalstītu. Atbildot uz jautājumiem par veselību un dzīves kvalitāti, intervējamā kundze jau pašā intervijas sākumā pieminēja 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.

Veicot kvalitatīvos pētījumus, pētniekiem būtu jāievēro četri galvenie ētiskie principi: nekaitēšanas, atklātības, godīguma un rūpīguma principi (sk. Shank, 2005: 118 – 119). Saistībā ar iepriekš minēto interviju visi principi tika ievēroti un intervijas gaitā tika izvēlēta stratēģija, kas uzvedinātu intervējamo uz pozitīvākām domām un nepieļautu to, ka līdzdalība pētījumā varētu radīt psiholoģisku kaitējumu. Intervija beidzās ar respondentes emocionālā līdzsvara atjaunošanos, taču tā lika 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,” (Kroplijs, Rašcevska, 2004: 78) Tas nozīmē, ka šī pētījumu metode potenciāli ietver sevī augstu psiholoģiska kaitējuma iespējamību. Rodas jautājums par to, vai piedaloties kvalitatīvos pētījumos par dzīves kvalitāti un veselības uzvedību, cilvēki netiek pakļauti pārāk lieliem riskiem un vai tādā gadījumā, pirms uzsākt šādu pētījumu, būtu nepieciešams iegūt ētikas komitejas atzinumu.

Lietuviešu bioētiķis Eugenijus Gefenas (*Eugenijus Gefenas*) un viņa kolēģi norāda, ka būtu tikai loģiski sagaidīt, lai normatīvie dokumenti, kas regulē pētījumu ar cilvēka piedalīšanos ētisko izvērtējumu, balstītos uz vienota principa par kontroles stingrības līdzvērtīgumu: “ja ir divi pētījuma projekti, kur pētījuma dalībniekiem ir jāsaskaras ar vienāda līmeņa risku un neērtībām, tad tie abi ir jāizvērtē pēc vienlīdzīgi stingriem kritērijiem.” (Gefenas et al., 2010: 435) Taču faktiskā situācija gan Lietuvā, gan abās pārējās Baltijas valstīs, liecina par pretējo. Patreiz spēkā esošie normatīvie akti šādu prasību neparedz: “saskaņā ar Baltijas valstu likumdošanu, patreiz nebiomedicīniskie pētījumi ar cilvēka piedalīšanos nav iekļauti to pētījumu klāstā, kuriem ir jāsaņem ētikas komiteju (PĒK) 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, tādi kā socioloģiskie, sabiedrības veselības vai antropoloģiskie pētījumi vispār netiek izvērtēti.” (Silis, 2010: 61) Tādējādi atkarībā no pētījuma veida var atšķirties arī pētījuma dalībnieku aizsardzība – nebiomedicīniska pētījuma dalībnieki var izrādīties pakļauti lielākam riskam nekā biomedicīniskā pētījuma dalībnieki.

Kvalitatīvo metožu specifika ir tāda, ka intervijas radīto reālo risku ir ļoti grūti novērtēt pirms intervija ir notikusi. Jo vairāk pētnieks uzzina par respondentu, jo adekvātāks kļūst šis novērtējums. 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 atklājās, 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. Minētajā gadījumā tika pielietota tieši šī stratēģija.

Tajā pat laikā kvalitatīvo metožu specifika var radīt ne tikai risku, bet arī labumu. To apstiprināja arī promocijas darba ietvaros iegūtā dzīves kvalitātes pētījumu pieredze – lielākā daļa pētījuma dalībnieku intervijas beigās bija ļoti labā garastāvoklī un pauda apmierinātību par sarunu. Tas parāda, ka, nodarbojoties ar pašanalīzi, pētījuma dalībnieks var nonākt pie būtiskām pozitīvām atziņām par sevi un savu dzīves situāciju. 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). Prasmīgi veikta intervija pētījuma dalībniekam rada gan risku, gan arī potenciālu ieguvumu.

## **6. Pārskats par pētījuma rezultātiem**

### **6.1. Iedzīvotāju un ekspertu priekšstati par rūpēm par veselību**

Ievērojamai daļai Latvijas iedzīvotāju pret veselību ir izveidojusies šāda attieksme: domāt un rūpēties par savu veselību cilvēks var atļauties tikai tad, kad viņam nav jānodarbojas ar svarīgākām lietām. Šādas attieksmes dēļ cilvēki ignorē veselību pat tajos gadījumos, kad parādās nopietnas veselības problēmas un par to patiešām ir nepieciešams rūpēties. Pētījuma pirmajā posmā tika noskaidrots – atkarībā no atbildes uz strukturētās intervijas jautājumu „Vai ikdienā rūpējaties par savu veselību?” – respondentus var iedalīt trijās grupās: (1) tādos, kuri uzskata, ka rūpējas par savu veselību, (2) tādos, kuri uzskata, ka par veselību rūpējas daļēji, (3) tādos, kuri atzīst, ka par veselību nerūpējas.

Tie, kuri rūpējas par savu veselību, šo jēdzienu paskaidro, aprakstot savas ikdienas veselības prakses. Šajos aprakstos iezīmējas būtiskas atšķirības starp kategoriju skaitu, kuras lieto sievietes un vīrieši. Vīrieši savu veselības uzvedību raksturoja ar tādām praksēm kā: sports, veselīgs uzturs, kaitīgu ieradumu neesamība, profilaktiskas veselības pārbaudes, vitamīnu lietošana, pietiekams miegs un medikamentu lietošana. Sievietes savu veselības uzvedību apraksta daudz detalizētāk. Papildus vīriešu nosauktajām darbībām viņas min arī pietiekamas fiziskās kustības, pietiekamu miega daudzumu, ārsta apmeklējumus, atrašanos svaigā gaisā, ārstniecības augu lietošanu, higiēnu, pirts apmeklējumu, kā arī centienus izvairīties no saslimšanas un stresa. Sievietēm rūpes par veselību mazāk nekā vīriešiem saistās ar sportu, vairāk – ar mākslīgo un dabisko vitamīnu lietošanu un veselīgiem ēšanas paradumiem, proti, nevis ar veselību veicinošām darbībām, bet gan ar veselību uzturošām darbībām. Vīriešiem rūpes par veselību lielā mērā saistās tieši ar aktīvu sportošanu un veselīgiem ēšanas paradumiem. Tāpat intervētās sievietes uzskata, ka medikamentu lietošana pieder pie rūpēm par veselību, savukārt no vīriešiem tikai retais min medikamentus. Vīriešiem ir skeptiska attieksme arī pret vitamīniem, bet sievietēm tā ir visbiežāk pieminētā sastāvdaļa rūpēm par veselību.

Tie respondenti, kas atzina, ka par savu veselību rūpējas tikai daļēji, parasti minēja vienu vai vairākas darbības, kas ietilpst rūpēs par veselību, un atzina, ka veic šīs darbības nepietiekami regulāri vai nepietiekami intensīvi. Faktori, kuri viņiem traucē vairāk rūpēties par veselību, ir: laika un materiālo resursu trūkums, kaitīgie ieradumi, no kuriem neizdodas atbrīvoties. Dažas atbildes iezīmēja būtiskas variācijas jēdziena „daļējas rūpes par veselību” izpratnē. Piemēram, viens no respondentiem norādīja, ka: „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 saukt par „minimālām rūpēm par veselību”, 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 viņa izvēlētais veselības dzīvesstils ir *habitus* ietekmes rezultāts. Savukārt, ja indivīds savu dzīvesstilu izvēlas ar apzinātu nolūku pozitīvi ietekmēt savu veselību, tad to var saukt par „uz veselību orientētu dzīvesstilu” (Abel et al., 2000: 63).

Nerūpēšanās par veselību visdrīzāk liecina par to, ka respondenta veselības stāvoklis ir pietiekami labs, tādēļ viņam vai viņai nav nepieciešamības kaut kā īpaši domāt un rūpēties par veselību. Kā liecina respondentu izteikumi: „Nē [rūpēties par veselību] nav vajadzības esmu veselīga sieviete”. Savukārt, kāda pensijas vecuma respondente atzina, ka par veselību nerūpējas tādēļ, ka viņai nav līdzekļu un ir slikta veselība: „Nav jau tās naudas, lai rūpētos par veselību, tie gadi jau ir daudz un veselība arī švaka.” Kāda pirmspensijas vecuma respondente atzina, ka; „Praktiski tad, kad veselība ir *sačakarēta*, ko tur vairs padarīsi, ko tad nu vairs. Nu, eju pie ārstiem, dzeru zāles un ārstējos.” Tas ļāva izvirzīt hipotēzi par to, ka pastāv arī „uz veselības saglabāšanu orientēts dzīvesstils”, kura pamatā ir slikts veselības stāvoklis, kas rada nepieciešamību veikt darbības ar mērķi nepasliktināt to.

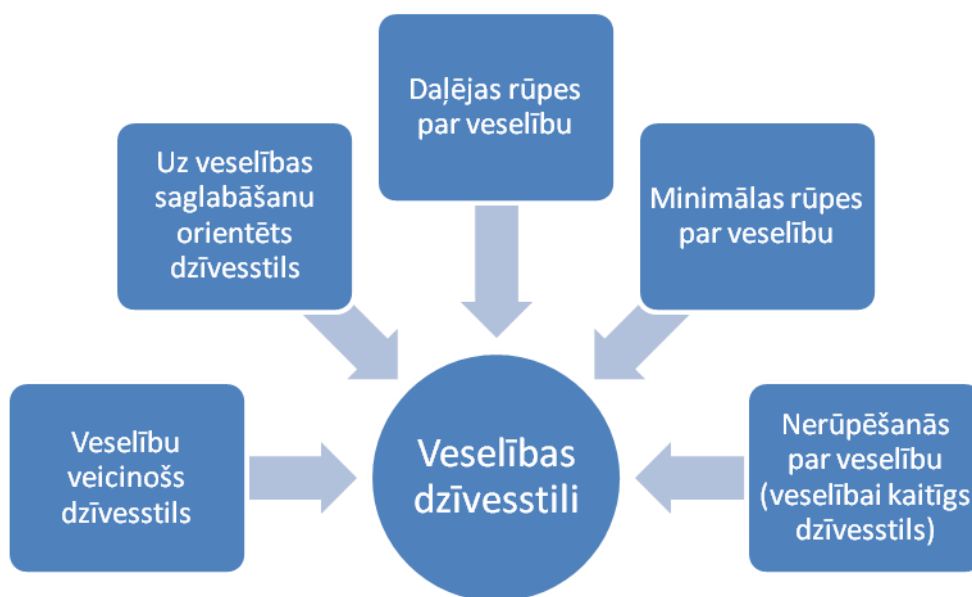
No medicīnas nozares ekspertu intervijām tika iegūta šāda jēdziena „rūpes par veselību” definīcija: „rūpes par veselību izpaužas kā holistisks dzīvesveids (veselības paradumu sistēma), kuru nosaka veselības iekļaušana pamatvērtībās un dzīves kvalitātes koncepcijā; kā arī zināšanas par sava organisma uzbūvi un funkcijām, un informētība par pieejamo veselības aprūpi, kas ļauj adekvāti rīkoties saslimšanas gadījumā (slimības paradumu sistēma),” (Sīlis, 2006b: 187). Aprakstot Latvijas iedzīvotāju veselības uzvedību, eksperti minēja, ka veselības uzvedību nosaka triju veidu kategorijas: (1) individuālās kategorijas – vērtības, veselības stāvoklis, izglītība; (2) sociālās un kultūras kategorijas – patērētāju kultūra, reklāmas, dzimumu loma, tradīcijas; (3) rīcībspējas kategorijas (jauktā grupa, kuru veido gan sociālie, gan individuālie uzvedību regulējošie faktori) – motivācija, ienākumi, brīvā laika daudzums, izvēle starp veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, kompetences līmenis veselības aprūpes jautājumos, veselības aprūpes sistēmas kvalitāte un pieejamība. (Sīlis, 2006b: 201) Latvijā ir novērojams arī veselības stāvokļa sociālās nevienlīdzības fenomens, proti, cilvēkiem ar labāku izglītību un augstākiem ienākumiem ir labāka veselība un viņi par to vairāk rūpējas. (Monden, 2003: 1)

Smēķējošie respondenti atzina, ka rūpes par veselību nav savienojamas ar smēķēšanu, tomēr šī pretruna viņiem nešķita pietiekami būtisks iemesls, lai smēķēšanu atmestu. 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 Latvijā dzīvojošo 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 atmest smēķēšanu – nepiedaloties smēķēšanā, cilvēks riskē zaudēt kontaktu ar

draugiem, neieklāties grupā, nebūt informēts par jaunumiem, kas izrunāti smēķējot (Koroļeva, 2008: 20). Tādējādi neveselīga dzīvesveida izvēle atspoguļo *habitus*, kas balstās uz indivīda socializācijas pieredzi, 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).

Kvalitatīvie dati (atbilstoši savai specifikai) nesniedz pietiekamu priekšstatu par to, kāda ir veselībai kaitējošu ieradumu izplatība iedzīvotāju vidū – šādu informāciju ir iespējams iegūt vienīgi no kvantitatīvajiem datiem. Pārskata par tautas attīstību 2004/2005 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 kaitīgu dzīvesstilu.

Apkopojot pirmā pētījuma posma galvenos rezultātus, var secināt, ka Latvijas iedzīvotājiem ir raksturīgi pieci veselības dzīvesstili: nerūpēšanās par veselību (veselībai kaitīgs dzīvesveids), daļējas rūpes par veselību, minimālas rūpes par veselību, uz veselības saglabāšanu orientēts dzīvesstils, veselību veicinošs dzīvesstils.



1. attēls. Latvijas iedzīvotāju veselības dzīvesstili

## 6.2. Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju dzīves kvalitāti ietekmējošie faktori

Pētījuma otrajā posmā saistība starp dzīves kvalitāti ietekmējošiem faktoriem un veselības uzvedību tika pētīta Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju vidū. Kvalitatīvo interviju datu kontentanalīze parādīja, 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 norādīja, ka galvenie dzīves kvalitāti veicinošie faktori ir: ģimene un attiecības ģimenē, relatīvi laba veselība un pietiekami materiālie līdzekļi, savukārt dzīves kvalitāti mazinošie faktori ir: materiālo līdzekļu trūkums, slikta veselība un novecošanas negatīvās sekas – funkcionētspējas samazināšanās un ārējā izskata pārmaiņas. Šāds uzskaitījums atbilst pētījumos apstiprinātajai tēzei par to, ka pensijas vecumā iedzīvotāju dzīves kvalitāti nosaka trīs galvenās sfēras: sociālās attiecības ar ģimeni un draugiem, veselība un funkcionētspēja, kā arī materiālie apstākļi (ienākumi). (Bowling, 2005 a:7; Börsch-Supan et al. 2005: 18; AGE/inc, 2007)

Tā kā dzīves kvalitāte ir holistisks jēdziens, kura sfēras savstarpēji ietekmē viena otru, tad kauzālās attiecības var būt abpusējas – laba veselība var būt priekšnoteikums lielākiem ienākumiem un lielāki ienākumi var būt priekšnoteikums labākai veselībai. Šajā ziņā Latvijas pensionāri atrodas neapskaužamā stāvoklī – viņi atzīst, ka patreizējais vecuma pensijas lielums nav pietiekams pat izdzīvošanai, par labu dzīvi nemaz nerunājot.

Pensionāru viedokli apstiprina arī Centrālās statistikas pārvaldes (CSP) dati, kas rāda, ka 2007. gadā lielākā daļa (82%) saņēma vecuma pensiju, kuras vidējais apmērs bija Ls 138. Taipat laikā, 2007. gada decembrī iztikas minimums *per capita* sastādīja Ls 143 – tātad par Ls 5 vairāk nekā vidējā pensija valstī. Savukārt, atkarībā no pensijas apjoma, summu līdz Ls 140 saņēma 88% no visiem vecuma pensionāriem. (CSP: 2008) Tas nozīmē, ka gandrīz deviņas desmitdaļas Latvijas pensijas vecuma cilvēku ir spiesti izdzīvot ar ienākumiem, kas nespēj apmierināt pat pamatvajadzības.

Analizējot saistību starp dzīves kvalitātes objektīvajiem rādītājiem un subjektīvo apmierinātību, izrādījās, ka dažos gadījumos, par spīti sliktajai veselībai un zemajiem ienākumiem, cilvēki atzina, ka ir apmierināti ar dzīvi. Šo parādību sauc par labklājības paradoksu: „subjektīvo apmierinātību par spīti objektīvām grūtībām, saistībā ar kurām varētu sagaidīt zemu apmierinātību ar dzīvi.” (Bowling, 2005a: 11) Subjektīvās apmierinātības paradoksu var skaidrot ar to, ka pensijas vecuma cilvēkiem ir zemas prasības un



ekspektācijas, viņi ir pielāgojušies (psiholoģiskā homeostāze), un viņiem ir labas sociālās attiecības – tiek saņemts gan emocionāls, gan finansiāls ģimenes atbalsts.

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

Psiholoģiskā homeostāze ir psiholoģiska pielāgošanās dzīves kvalitātes pasliktinājumam, tādā veidā saglabājot pozitīvu skatījumu uz sevi un savu dzīvi. Tā izpaužas kā kompensējošu mehānismu pielietojums gadījumos, kad indivīdam ir jāsaskaras ar veselības stāvokļa radikālām pārmaiņām (smaga saslimšana vai invaliditāte) vai arī ar naudas līdzekļu trūkumu. Cerīgam skatam uz nākotni, pārliecībai par rītdienu un spējai priecāties par dzīvi ir pozitīva ietekme uz veselības stāvokli un funkcionētspēju – tas labvēlīgi iespaido ne tikai garīgo veselību, bet arī samazina sirdstriekas un miokarda infarkta risku. (Bowling, 2005a: 138) Viena no izplatītākajām kompensācijas stratēģijām ir uz leju vērsta salīdzināšana (*downward comparison*). Labsajūta un apmierinātība ar dzīvi ir relatīvi jēdzieni. Veicot savas dzīves kvalitātes novērtējumu, cilvēki parasti salīdzina sevi ar citiem savas sociālās grupas pārstāvjiem. Sociālais salīdzinājums ar tiem, kuriem klājas vēl sliktāk, pasliktinoties dzīves apstākļiem, var kļūt par amortizācijas mehānismu. Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju intervijas parāda, ka šāds uz leju vērsts salīdzinājums visbiežāk tiek izmantots sava veselības stāvokļa novērtējumam.

Respondenta izvēle kā rūpēties par savu veselību lielā mērā ir atkarīga no tā, kāda ir viņa/-as veselības problēmu daba. Hronisku kaitību gadījumā (tādu kā paaugstināts vai pazemināts asinsspiediens, sirds mazspēja) zāļu lietošana tiek minēta kā obligāts priekšnosacījums, lai saglabātu fizisko funkcionētspēju. Taipat laikā, izplatīta alternatīva medikamentiem ir tautas medicīnas līdzekļi, piemēram, zāļu tējas. To lietošana tiek pamatota gan ar ekonomiskajiem, 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.

Būtisku vietu veco cilvēku rūpēs par veselību ieņem vingrošana vai fiziskas kustības. Taču atsevišķos gadījumos veselības stāvoklis ierobežo to, cik daudz un kādā veidā konkrētais indivīds var sevi fiziski vingrināt. Daži respondenti norādīja, ka ikdienā ar novecošanas vai slimības radītajiem garīgās funkcionalitātes pasliktinājumiem palīdz tikt galā intelektuāli vingrinājumi. To var izskaidrot ar respondentu izglītības līmeni, jo intelektuālās nodarbes minēja respondenti ar augstāku izglītības līmeni.

Visas šīs darbības tiek veiktas, skaidri apzinoties to labvēlīgo ietekmi uz veselību, un ar mērķi darīt visu iespējamo, lai attālinātu varbūtību pilnīgi zaudēt kustības spējas, ko atzīst par visbiedējošāko novecošanas scenāriju. Respondenti vienprātīgi apgalvoja, ka vairāk par visu citu viņu rūpes par veselību motivē nevēlēšanās nonākt līdz stadijai, kad tiek zaudētas kustības spējas un dzīves pēdējais posms paiet, guļot gultā. Respondenti atzina, ka viņus baida ne tikai grūtības, ko šāds stāvoklis varētu radīt viņiem pašiem, bet arī iespēja kļūt par apgrūtinājumu saviem tuviniekiem. Bieži vien respondenti ar lepnumu norādīja, ka par spīti slikta veselības stāvokļa radītiem ierobežojumiem, viņi tomēr cenšas savu iespēju ietvaros piedalīties mājas darbu veikšanā, ēdiena gatavošanā un dārza iekopšanā. Tādējādi intervijās atklājas būtiska saikne starp indivīda funkcionētspēju, rūpēm par veselību un pašcieņu.

No respondentu atbildēm 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.

Aplūkojot veco cilvēku veselības uzvedību, ir jānošķir tie respondenti, kuri ir relatīvi veseli ( $n = 5$ ) un tie, kuriem ir kādas hroniskas veselības problēmas ( $n = 23$ ). Par relatīvi veseliem sevi atzina respondenti vecumā līdz 72 gadiem. Tas ir skaidrojams ar to, ka šajā vecumā ir mazāk jūtamas novecošanas sekas. Intervētajiem vīriešiem ir raksturīga veselību veicinoša uzvedība: viņi cenšas daudz fiziski kustēties (strādāt vai vingrot) un norūdīties, lai tādā veidā izvairītos no saslimšanas. Medikamentus viņi lieto tikai galējas nepieciešamības gadījumā, tā vietā izvēloties fiziskas aktivitātes un iespējami ekoloģiskāku pārtiku. Relatīvi veseli respondenti savā veselības uzvedībā uzsver individuālās rīcībspējas nozīmi. Savdabīgu veselības uzvedību demonstrē respondents ar labu veselību (62 gadi), kurš pēc savas nodarbošanās ir tautas dziednieks. Vienlaikus viņš ir arī Franciskāņu ordeņa mūks, kura pārliecība pieprasa maksimāli askētisku dzīvi. Raksturojot savas rūpes par veselību, viņš uzsver, ka veselība ir holistisks jēdziens, kas ietver gan fiziskas, gan arī garīgas prakses, it īpaši lūgšanas.

Savukārt, sievietes, kuras atzina, ka viņām nav veselības problēmu, pauda uzskatu, ka par savu veselību nekādi nerūpējas. Viena no respondentēm (64 gadi) to pamatoja ar salīdzinoši labu veselības stāvokli, kas pagaidām īpaši neiespaido viņas dzīves kvalitāti. Taču kāda cita respondente (62 gadi) turpmākajā intervijas gaitā atzina gan nepieciešamību regulāri lietot medikamentus pret paaugstinātu asinsspiedienu, gan arī zāļu tējas, kas palīdz cīnīties ar bezmiegu. Tāpat viņa atzina, ka līdz ar vecumu ir sajutusi, ka fiziskā funkcionētspēja mazinās, taču cenšas nepadoties nogurumam, jo citādi fiziskais sabrukums var iestāties daudz ātrāk. Respondente pauda pārliecību, ka šādas veselības problēmas ir normālas un ka ar to klātbūtni

ir jāsamierinās. Tas izskaidro to, kādēļ viņai sākotnēji pat neienāca prātā pieminēt, ka šādā veidā ikdienā viņa rūpējas par veselību.

Tomēr lielākā daļa no respondentiem atzina, ka viņiem ir nopietnas veselības problēmas, kam daudzos gadījumos ir hronisks raksturs (par hroniskām pētījuma ietvaros tika uzskatītas veselības problēmas, kuras ilgst 12 mēnešus). 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.

Ar telefonaptaujas metodi iegūtie kvantitatīvie dati ļauj secināt, ka Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju veselības dzīvesstilu izvēli nosaka galvenokārt ar dzīves kvalitāti saistītie objektīvie faktori: materiālo līdzekļu trūkums, bioloģiskā novecošanās un salīdzinoši sliktais veselības stāvoklis, kā arī veselības problēmu raksturs. Turpretim subjektīvo faktoru, tādu kā: motivācija rūpēties par veselību, kas saistīta ar priekšstatu par veselīgu dzīvesveidu, spēja ietekmēt savu veselību un vēlme saglabāt labu izskatu, iespaids ir mazāks.

Apstiprinājās arī kvalitatīvo datu analīzē konstatētais subjektīvās labklājības paradokss: kaut arī 87% Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju uzskata, ka viņu finanšu līdzekļi apmierina viņu vajadzības vidēji, mazliet vai nemaz, gandrīz tikpat daudz (85%) respondentu savu dzīves kvalitāti vērtē kā vidēju, labu vai ļoti labu. Tas nozīmē, ka lielākā daļa pensijas vecuma iedzīvotāju ir lielākā vai mazākā mērā piemērojušies finanšu trūkumam, samazinot savu vajadzību līmeni līdz minimumam, kā arī kompensējot to ar ģimenes atbalstu. (Sīlis, 2010)

Pastāv statistiski nozīmīga saistība starp dzīves kvalitātes līmeni, veselības stāvokli, apmierinātību ar veselību un spēju ietekmēt to: jo augstāka ir dzīves kvalitāte, jo labāka ir veselība, lielāka ir arī apmierinātība ar veselību un spēja to ietekmēt. Pirmkārt, pensijas vecuma cilvēku veselības uzvedību ietekmē indivīdam pieejamie finanšu līdzekļi, kuru daudzumu respondenti atzīst par galveno faktoru, kurš nosaka rūpes par veselību. Finances tiek minētas kā galvenais līdzeklis, lai varētu labāk sadzīvot ar hronisku slimību. Tās nosaka pārtikas izvēli un būtiski ietekmē rīcību saslimšanas gadījumā. Runājot par kaitīgajiem ieradumiem, vairāk smēķē un alkoholu lieto tie respondenti, kuriem ir augstāki personiskie ienākumi. No tā var secināt, ka ierobežotie naudas līdzekļi atstāj pozitīvu iespaidu arī uz veselības uzvedību, proti, palīdz atturēties no kaitīgiem ieradumiem. (Sīlis, 2010)

Otrkārt, tā ir bioloģiskā novecošanās, kas ir objektīvi saistīta ar veselības stāvokļa pasliktināšanos un dažādu hronisku simptomu parādīšanos. Tas nozīmē, ka veco cilvēku dzīves kvalitāte lielā mērā ir atkarīga no viņu veselības stāvokļa. Līdz ar to var pieņemt, ka gandrīz visi kaut kādā mērā rūpēsies par savu veselību. Dati apstiprina šo pieņēmumu – 99% šīs vecuma grupas pārstāvju to tik tiešām dara. Par savu veselību vairāk cenšas rūpēties tie, kuriem ir nopietnākas veselības problēmas un kuri ir mazāk apmierināti ar savu veselības stāvokli, kā arī tie, kuriem ir augstāks dzīves kvalitātes pašnovērtējums, augstāks izglītības līmenis, kas strādā algotu darbu, kam ir lielāki ienākumi, kas augstāk vērtē sava dzīvesstila veselīgumu, savas spējas ietekmēt veselības stāvokli, kā arī savas zināšanas par veselību.

Tāpat veco cilvēku veselības uzvedību nosaka veselības problēmu raksturs. Apmēram ceturtdaļa respondentu atzīst, ka viņu veselības problēmas ir hroniskas, proti, ilgst vairāk nekā gadu. Šī respondentu grupa attiecīgi vairāk rūpējas par savu veselību, – 91% par savu veselību rūpējas diezgan daudz un vidēji, un tikai 9% – rūpējas nedaudz. Starp tiem, kam nav hronisku veselības problēmu, šī proporcija ir 74% pret 24%, savukārt 2% nerūpējas nemaz. Hroniska slimība ir saistīta 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. Līdz ar to hroniska slimība ir saistīta arī ar psiholoģiskām problēmām: biežu vai pastāvīgu nomāktību, sliktu garastāvokli vai pat depresiju. Nebija neviena respondenta, kurš atzītu, ka viņa hroniskā slimība nekad nebojā garastāvokli un labsajūtu. Negaidīti liels daudzums, proti, 42% hroniski slimo respondentu uzskata, ka viņu dzīves kvalitāti uzlabotu vairāk gribasspēka un uzņēmības. Tas parāda, ka dzīves kvalitātes uzlabošana hroniskas slimības gadījumā ir vienlīdz lielā mērā atkarīga no subjektīvajiem un no materiālajiem apstākļiem.

Aplūkojot konkrētas darbības, kas tiek veiktas veselības labā, tika konstatēts, ka lielākā daļa pensijas vecuma cilvēku vismaz reizi gadā apmeklē ārstu un parasti tas ir ģimenes ārsts, retāk cits speciālists. Savukārt, zemo psihologa vai psihoterapeita apmeklējuma skaitu, kas kontrastē ar 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, kā arī ievērojamiem izdevumiem.

Izplatītākais līdzeklis rūpēm par veselību ir medikamenti, kurus lielākos vai mazākos apjomos lieto gandrīz 70% aptaujāto. Galvenokārt tie ir pretsāpju līdzekļi, vitamīni un nomierinošie līdzekļi, kā arī līdzekļi specifisku hronisku simptomu mazināšanai. Vairāk kā trešdaļa respondentu lieto zāļu tējas, turklāt dara to pārsvarā pēc pašu iniciatīvas, nevis ārsta norādījuma. Mazāk par trešdaļu veic profilaktiskus izmeklējumus, septītā daļa lieto uztura bagātinātājus, apmēram katrs astotais ievēro diētu. Pārsvarā respondenti šīs darbības veic,

sekojot ārsta norādījumiem, taču veic dažādus pasākumus arī pēc pašu iniciatīvas. Kopumā var secināt, ka respondenti uzticas tradicionālajai veselības aprūpes sistēmai. Netradicionālās medicīnas līdzekļus izmanto tikai desmitā daļa aptaujāto.

Veselību kopumā būtiski ietekmē arī ikdienā veikto fizisko kustību daudzums. Lielai daļai (45%) ikdienā iznāk kustēties diezgan daudz: iet kājām vai braukt ar velosipēdu ilgāk nekā vienu stundu dienā. Laucinieki ikdienā staigā un brauc ar velosipēdu vairāk nekā pilsētnieki. Kopumā kustīgums, ko prasa ikdienas gaitas, tiek līdzsvarots ar mazkustīgumu brīvajā laikā. Četras piektdaļas pensijas vecuma cilvēku brīvo laiku pavada sēdus, katrs septītais šai laikā veic vieglas fiziskas nodarbes, katrs divdesmitais nodarbojas ar fizisko kultūru vai smagiem dārza darbiem.

### **6.3. Veselības dzīvesstili saistībā ar dzīves kvalitātes indikatoriem**

Kokerhema, Abela un kolēģu teorija paredz, ka “veselības dzīvesstili var tikt vispārīgi raksturoti vai nu kā pozitīvi, vai kā negatīvi”, (Cockerham, 2005: 56). Tomēr, tas nenozīmē, ka veselības dzīvesstili būtu homogēni, proti, sastāvoši tikai no veselībai labvēlīgām vai tikai no veselībai kaitējošām praksēm. Viena un tā paša indivīda izvēlētie “veselības uzvedības veidi var atstāt gan pozitīvu, gan arī negatīvu iespaidu uz ķermeni un garu, taču neskatoties uz atšķirīgo efektu, tie veido vienotu veselības prakšu modeli, proti, dzīvesstilu,” (Cockerham, 1997: 124). Pētījuma dati apstiprina šo teorētisko uzstādījumu: starp pieciem nošķirtajiem Latvijas iedzīvotāju veselības dzīvesstiliem neviens nav tāds, kura pārstāvjiem nebūtu neviena kaitīgā ieraduma.

#### **6.3.1. Pensijas vecuma (65–94) Latvijas iedzīvotāju veselības dzīvesstili**

Pensijas vecuma Latvijas iedzīvotājiem raksturīgie veselības dzīvesstili proporcionāli sadalījās šādi: vairāk nekā trešajai daļai (36 %) respondentu ir raksturīgs uz veselības saglabāšanu orientēts dzīvesstils, gandrīz viena trešā daļa (31 %) par veselību rūpējas minimāli, daļēji par veselību rūpējas 12 %, turpretim 15 % par veselību nerūpējas, proti, praktizē veselībai kaitīgus paradumus, savukārt 6 % praktizē veselību veicinošu dzīvesstilu. 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 2. tabulu).

Tabula 2. 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>
<b>Riskanta alkohola lietošana</b> – no 3–4 reizēm nedēļā līdz katrai vai gandrīz katrai dienai	,28	,21	,03	,11	,02
<b>Riskanta alkohola lietošana</b> – vairāk par 5 devām vienā reizē (dienā)	,04	,00	,02	,00	,00
<b>Smēķēšana</b> – gan regulāri, gan neregulāri	1,00	,04	,03	,14	,01
<b>Smēķēšana</b> – regulāra	,98	,04	,02	,09	,01
<b>Griezies pie ārsta pēc palīdzības gada laikā</b>	,82	1,00	,63	,95	1,00
<b>Griezies pie ārsta pēc palīdzības gada laikā</b> 2 un vairāk reizes	,57	,92	,30	,59	,99
4 un vairāk reizes	,06	,04	,11	,00	,63
<b>Medikamentu lietošana pēdējo 7 dienu laikā</b> – 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
<b>Darbības veselības labā</b> veic profilaktiskus izmeklējumus	,08	,05	,17	,57	,73
dzer zaļu tēju	,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
<b>Pārtikas izvēle atkarībā no ietekmes uz veselību</b> no dažkārt līdz vienmēr	,47	,88	,43	1,00	,87
<b>No vidēji līdz ļoti daudz uztura izvēli ietekmē</b> garša	,99	1,00	,81	1,00	,98
ekoloģiskā tīrība	,85	,97	,60	1,00	,94
uzturvērtība	,84	,97	,58	1,00	,96
<b>Raksturīgākās brīvā laika nodarbes</b> 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 skrējieni u.c. fiziskās kultūras veidi vai smagi dārza darbi	,05	,05	,09	,06	,00
smagi fiziskie treniņi un sacensības	,00	,00	,00	,00	,00
<b>Fiziski vingrojumi brīvajā laikā</b> – biežums no vienas reizes nedēļā līdz katrai dienai	,05	,35	,00	,78	,02

1) *Nerūpēšanās par veselību (veselībai kaitējošs dzīvesstils)*. Šo dzīvesstilu raksturo izteikti kaitīgi ieradumi, tomēr alkohols tiek lietots relatīvi atbildīgi – iedzerts tiek bieži, taču devu daudzums nav riskants. Par būtiskāku apdraudējumu veselībai drīzāk var uzskatīt hronisku smēķēšanu, kas ir ļoti izplatīta šī dzīvesstila pārstāvju vidū, bet arī šeit ir jāatzīmē dienā izsmēķēto vienību skaits ir relatīvi neliels – lielākā daļa izsmēķē līdz desmit vienībām dienā. Pie ārsta pēdējā gada laikā ir griezušies un ārstnieciskos preparātus pēdējās nedēļas

laikā ir lietojuši lielākā daļa šī dzīvesstila pārstāvju. Šī dzīvesstila pārstāvji neveic gandrīz nekādas uz veselību orientētas ikdienas darbības, mazāk par pusi no viņiem domā arī par pārtikas ietekmi uz veselību, izvēloties to pēc cenas un garšas. Kā iecienītāko brīvā laika pavadīšanas veidu 88 % šī dzīvesstila pārstāvju norādīja sēdošu laika pavadīšanu, katrs divdesmitais atzina, ka veic intensīvus fiziskus vingrinājumus vismaz 30 minūšu garumā līdz vieglam elpas trūkumam vai svīšanai vismaz vienu reizi nedēļā.

2) *Daļējas rūpes par veselību.* Starp šī dzīvesstila pārstāvjiem katrs piektais lieto alkoholu biežāk kā trīs dienas nedēļā, taču neviens nelieto vairāk kā piecas devas vienā reizē un ir maz smēķētāju. Pie ārsta pēdējā gada laikā ir griezušies visi šī dzīvesstila pārstāvji, turklāt, gandrīz visi to darījuši atkārtoti. Ārstnieciskos preparātus pēdējās nedēļas laikā lietojuši visi šī dzīvesstila pārstāvji, viņi lieto plašu medikamentu klāstu. Daļējas rūpes par veselību nozīmē to, ka šī dzīvesstila pārstāvji praktizē tikai nedaudzas uz veselību orientētas ikdienas darbības. Izvēloties pārtiku, gandrīz visi šī dzīvesstila pārstāvji vadās pēc tās iespaida uz veselību, viņiem ir svarīga ekoloģiskā tīrība un uzturvērtība. Brīvā laika pavadīšanai vairāk kā puse izvēlas sēdošas aktivitātes, bet vairāk kā trešdaļa – pastaigas, braukšanu ar divriteni un citas vieglas fiziskās aktivitātes.

3) *Minimālas rūpes par veselību.* Starp šī dzīvesstila pārstāvjiem ir ļoti maz tādu, kam piemīt kaitīgi ieradumi. Kā liecina nosaukums, šā dzīvesstila pārstāvju aktivitāte veselības aprūpes sakarā ir minimāla – ārstu gada laikā apmeklējuši tikai 63 % šī dzīvesstila pārstāvju, bet ārstnieciskos preparātus pēdējās nedēļas laikā ir lietojuši 39 %. No uz veselību orientētām ikdienas darbībām tiek veiktas pavisam nedaudzas un tās pašas veic ļoti mazs skaits šī dzīvesstila pārstāvju. Šī dzīvesstila pārstāvji vismazāk par to, kādu iespaidu viņu pārtikas izvēle atstāj uz veselību, vadoties pēc cenas un garšas. Brīvo laiku pavada sēdus, pastaigas vai braucienus ar divriteni nepraktizē neviens. Toties 9 % veic smagus dārza darbu, kas ir lielākais šādas aktivitātes īpatsvars starp visiem veselības dzīvesstiliem.

4) *Veselību veicinošs dzīvesstils.* Šo dzīvesstilu raksturo trešais lielākais skaits respondentu, kuri lieto alkoholu vairāk nekā 3 reizes, taču nav tādu, kas vienā reizē izdzertu vairāk par piecām devām. Pretstatā nosaukumam, smēķē 14 % šī dzīvesstila piekritēju, kas apliecina tēzi par to, ka veselības dzīvesstili var iekļaut arī savstarpēji pretrunīgas prakses. Vismaz vienu reizi gadā medicīnas speciālistu apmeklē gandrīz visi, bet medikamentus šī dzīvesstila pārstāvji lieto daudz mazāk (31 %) par vidējo līmeni (kas ir 72 %). Šī dzīvesstila pārstāvji praktizē visas aptaujas anketā norādītās uz veselību orientētās ikdienas darbības. Pārtikas ietekmi uz veselību apsver absolūti visi, par būtiskiem izvēles kritērijiem atzīstot gan cenu, gan garšu, gan ekoloģisko tīrību, gan uzturvērtību. Brīvajā laikā gandrīz četras

piektdaļas (78 %) no šī dzīvesstila pārstāvjiem veic intensīvus fiziskus vingrinājumus un neviens no viņiem neatzīmēja sēdošu laika pavadīšanu.

5) *Uz veselības saglabāšanu orientēts dzīvesstils.* Šis dzīvesstils ir raksturīgs indivīdiem ar hroniskām veselības problēmām, no kuriem alkoholu biežāk par 3 reizēm nedēļā lieto 2 %, bet 1 % smēķē (visi ir ikdienas smēķētāji). Visi šī dzīvesstila pārstāvji vērsušies pēc palīdzības pie mediķiem un lielākā daļa to darījuši atkārtoti. Visi lieto medikamentus, visbiežāk nomierinošos līdzekļus, vitamīnus vai minerālvielas un pretsāpju līdzekļus. Daudzi praktizē dažas no uz veselību orientētām ikdienas darbībām: 92 % dzer zāļu tējas, 73 % veic profilaktiskus izmeklējumus, tai pat laikā citas darbības tiek ignorētas. Pārtikas ietekmi uz veselību pārdomā vairākums šī dzīvesstila pārstāvju. Viņiem ir raksturīgs izteikts mazkustīgums: 99 % brīvo laiku pavada sēdus un tikai 2 % nodarbojas ar fiziskiem vingrinājumiem vismaz 30 minūtes vienreiz nedēļā.

Pastāv statistiski nozīmīga saistība (Sig. = 0,000) starp dzīvesstiliem un tādiem faktoriem kā respondentu vecums, dzimums, veselības stāvoklis, ienākumi, nodarbinātība, izglītības līmenis, dzīvesvieta un dzīves kvalitātes pašnovērtējums.

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.

### **6.3.2. Latvijas iedzīvotāju vecumā no 15–64 veselības dzīvesstili**

Konkrēto 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 interpretējamas arī kā konkrētās atbildes biežuma izteiksme procentos (sk. 3. tabulu).

3. tabula. 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>
<b>Riskanta alkohola lietošana</b> – no 3-4 reizēm nedēļā līdz katrai vai gandrīz katrai dienai	,13	,06	,02	,02	,04
<b>Riskanta alkohola lietošana</b> – vairāk par 5 devām vienā reizē (dienā)	,45	,29	,24	,16	,12
<b>Smēķēšana</b> – gan regulāri, gan neregulāri	1,00	1,00	,04	,14	,06
<b>Smēķēšana</b> – regulāra	,91	,89	,00	,05	,00
<b>Smēķēšana</b> – vairāk nekā 10 cigaretes (cigārus, pīpes)	,98	,95	,00	,08	,03
<b>Narkotiku lietošana</b> – no dažām reizēm līdz regulārai lietošanai	,16	,10	,04	,04	,02
<b>Griezies pie ārsta pēc palīdzības pēdējā gada laikā</b>	,21	,89	,50	,46	,96
<b>Griezies pie ārsta pēc palīdzības pēdējā gada laikā</b> – 2 un vairāk reizes	,11	,79	,36	,30	,81
<b>Medikamentu lietošana pēdējo 7 dienu laikā</b> – 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
<b>Darbības veselības labā</b> 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
<b>Pārtikas izvēle atkarībā no ietekmes uz veselību</b> no dažkārt līdz vienmēr	,46	,64	,65	,81	,75
<b>No vidēji līdz ļoti daudz uztura izvēli ietekmē</b> garša	,88	,97	,96	,99	,98
ekoloģiskā tīrība	,65	,76	,79	,90	,84
uzturvērtība	,52	,62	,57	,84	,72
<b>Raksturīgākās brīva laika nodarbes</b> lasīšana, TV skatīšanās u.c. sēdoša brīva laika pavadīšana	,74	,67	,96	,00	,85
pastaiņas, 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
<b>Fiziski vingrojumi brīvajā laikā</b> – biežums no vienas reizes nedēļā līdz katrai dienai	,26	,50	,29	,67	,29

(1) *Nerūpēšanās par veselību.* Šī dzīvesstila pārstāvjiem ir visvairāk izteikti kaitīgie ieradumi (riskanta alkohola lietošana, hroniska smēķēšana un narkotikas), tādēļ šo dzīvesstilu nosacīti varētu dēvēt par veselībai kaitējošu. Šā dzīvesstila pārstāvji retāk veic kādu no

veselības aprūpes darbībām un savas veselības labā šīs grupas pārstāvji dara diezgan maz. Izvēloties pārtiku, pēc tās ietekmes uz veselību vadās mazāk nekā puse, vairums atzīst, ka šo izvēli nosaka garša un cena. Par raksturīgāko sava brīvā laika pavadīšanas veidu atzīst sēdošas darbības: TV skatīšanos vai lasīšanu, katrs sestais minēja pastaigas, braukšanu ar divriteni vai citas vieglas fiziskās nodarbības. Tāpat katrs ceturtais nodarbojas ar fiziskiem vingrojumiem (vismaz 30 minūšu garumā līdz vieglam elpas trūkumam vai svīšanai) no vienas reizes nedēļā līdz katru dienu.

(2) *Daļējas rūpes par savu veselību.* Šis ir pretrunīgs veselības dzīvesstils, kam raksturīgi spēcīgi izteikti kaitīgie ieradumi, kuri pastāv blakus diezgan spēcīgi izteiktām veselību veicinošām darbībām. Tas ir raksturīgs cilvēkiem ar akūtām veselības problēmām un ir saistīts ar nepieciešamību lietot medikamentus un apmeklēt medicīnas speciālistus. Lielākā daļa (89 %) šī dzīvesstila pārstāvju gada laikā griezušies pie ārsta, divas trešdaļas pēdējās nedēļas laikā lietojuši medikamentus. Savas veselības labā šī dzīvesstila pārstāvji visbiežāk veic šādas darbības: dzer zāļu tējas, veic profilaktiskus izmeklējumus vai vakcinējas, ievēro diētu un/vai lieto uztura bagātinātājus. Izvēloties pārtiku, lielākā daļa (64%) vadās pēc tās ietekmes uz veselību. Brīvo laiku divas trešdaļas pavada sēdus, bet katrs ceturtais labprātāk dodas pastaigās, brauc ar divriteni vai veic citas vieglas fiziskās nodarbības. 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. Pēdējā gada laikā pie ārsta griezušies 50 % šī dzīvesstila pārstāvju, bet medikamentus pēdējās nedēļas laikā lietojusi trešdaļa no viņiem. Divas trešdaļas (65 %) šīs grupas pārstāvju atzinuši, ka pārtikas izvēlē vadās pēc tās ietekmes uz veselību, vairākums vadās pēc garšas un cenas. Par raksturīgāko sava brīvā laika pavadīšanas veidu lielākā daļa atzīst sēdošas darbības. 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 kaitīgie 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. Pie ārsta pēc palīdzības pēdējā gada laikā griezušies 46 % šī dzīvesstila pārstāvju, bet medikamentus pēdējās nedēļas laikā lietojusi aptuveni trešdaļa respondentu. Savas veselības labā šī dzīvesstila pārstāvji visbiežāk veic šādas darbības: dzer zāļu tējas, veic

profilaktiskus izmeklējumus, vakcinējas un norūdās. Izvēloties pārtiku, četras piektdaļas (81 %) vadās pēc tās ietekmes uz veselību. 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 trūcumam vai svīšanai.

(5) *Veselību saglabājošs dzīvesstils*. Arī šai respondentu grupai kaitīgie 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. Starp šī dzīvesstila pārstāvjiem ir relatīvi maz riskantu alkohola lietotāju, un nav neviena regulāra smēķētāja. Pie ārsta pēc palīdzības pēdējā gada laikā ir griezušies gandrīz visi, bet četras piektdaļas (81 %) griezušies pie ārsta divas un vairāk reizes. Pilnīgi visi respondenti 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. Ikdienā savas veselības labā šīs grupas pārstāvji dara daudz un izvēloties pārtiku, pēc tās ietekmes uz veselību vadās četri no pieciem šī dzīvesstila pārstāvjiem. Par raksturīgāko sava brīvā laika pavadīšanas veidu četras piektdaļas atzīst sēdošas aktivitātes. Tai pat laikā 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.

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%).

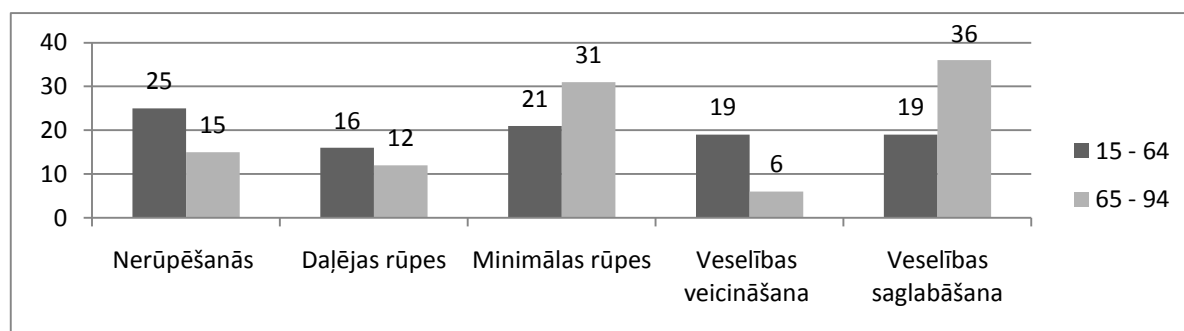
Minimālas rūpes par veselību ir nedaudz vairāk raksturīgas sievietēm (61%), nevis vīriešiem. Šā dzīvesstila pārstāvji lielākoties ir vecumā līdz 45 gadiem, pārsvarā strādā (69%) vai arī mācās, bet veselība viņiem pārsvarā ir laba un ļoti laba (80%). Viņi pārsvarā vai nu lielajās pilsētās vai laukos un 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 abām iedzīvotāju grupām pastāv ievērojamas atšķirības dzīvesstilu izplatības ziņā (sk. 4. attēlu).



Attēls 2. Veselības dzīvesstilu izplatība vecuma grupās 15-64 un 65-94 (%)

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. 4. tabulu).

Tabula 1. Veselības prakšu izplatības salīdzinājums vecuma grupās 15-64 un 65-94 (%)

Veselības prakses	15-64	65-94
Alkohola lietošana pēdējā gada laikā	84	33
Alkohola lietošana biežāk, kā 5 reizes nedēļā	6	1
Alkohola lietošana vairāk, kā 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 trūkumam 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, krasī 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 smēķētājiem 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 – vēlinās 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.

## 7. Galvenie secinājumi

Kopumā var secināt, ka nospraustie promocijas darba mērķi ir 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 kategorijas (sabiedrībā pastāvošās normas), kā arī rīcībspējas kategorijas (resursu daudzums un izvēles iespējas).

Iedzīvotāju intervijas parāda, ka veselība kā termināla vērtība ir būtiska tikai tiem indivīdiem, kuri to iekļauj savā privātajā dzīves kvalitātes koncepcijā, toties 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 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 darīšanai. 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 saistītas ar dzimumlomām. Šo normu rezultātā kaitīgo ieradumu izplatība Latvijas iedzīvotāju, it īpaši vīriešu vidū joprojām ir augsta. Kā sekas šādām sociālajām normām ir gan lielā atšķirība vīriešu un sieviešu vidējā sagaidāmā dzīves ilguma rādītājos, gan arī Latvijas atpalcība 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 kaitīgs dzīvesveids), daļējas



rūpes par veselību, minimālas rūpes par veselību, uz veselības saglabāšanu orientēts dzīvesveids, kā arī veselību veicinošs dzīvesveids.

Otrā posma kvalitatīvie dati parāda, ka, salīdzinot pensijas vecuma cilvēku dzīves kvalitātes objektīvos faktoros un viņu subjektīvo apmierinātību ar dzīvi, iezīmējas labklājības paradokss – dažos gadījumos, kad objektīvie apstākļi norāda uz zemu dzīves kvalitāti, respondenti tomēr atzina, ka ir ar dzīvi apmierināti. Šādu novērtējumu var skaidrot ar šādiem faktoriem: zemāks materiālo prasību līmenis, psiholoģiskā homeostāze (aizsardzības mehānisms, kas ļauj saglabāt pozitīvu pašvērtējumu, pasliktinoties dzīves kvalitātei, un izpaužas kā lejup vērstā sociālā salīdzināšana 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 neitralizēt 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.

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.

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.

- 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 vēršas 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 izizplatītas 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.

## 8. 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., Cekauskaite, 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., Cekauskaite, A., Hug, K., Mezinska, S., Peicius, E., Sīlis, V., Soosaar, A., Strosberg, M. 20 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. Grām.: *Abstracts for International Conference “Bioethical Aspects of Human Health”*. Rīga, 2006, pp. 28–29.
2. Sīlis, 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. Sīlis, 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. Sīlis, V. Health behaviour of elderly people in Latvia. In: *XVII ISA World Congress of Sociology "Sociology on the Move". Book of Abstracts*. Gothenburg, 2010, pp. 446.

**Citas publikācijas:**

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

**9. 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".

## 10. Izmantotā literatūra

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. Ancāns, H., Birznieks, J., Bitāns, M., Blūma, I., Cērps, U., Grāvītis, M., Kušners, E., Ķīlis, R., Maīss, V., Pauliņš, A., Rimšēvics, I. un Valujevs, G. (2007). Latvijas tautsaimniecības attīstības vadlīnijas. Grām.: *Stratēģiskās analīzes komisijas ziņojumi, 2006*. Rīga: Zinātne, 47.–62. lpp.
5. Annendale, E. (1998). *The Sociology of Health and Medicine: A Critical Introduction*. Cambridge: Polity Press.
6. Baltiņš, M. (2003). Lietišķā epidemioloģija. Rīga: Zinātne.
7. 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.
8. Bela B. un Tisenkopfs T. (2006 a). Dzīves kvalitāte Latvijā: sociālā pētījuma rezultāti. Grām.: *Politikas gadagrāmata: Latvija, 2005*. Rīga: Zinātne, 50.–78. lpp.
9. Bela, B. un Tisenkopfs, T. (2006 b). Ievads: dzīves kvalitāte kā sabiedrības mērķis. Grām.: *Dzīves kvalitāte Latvijā*. Rīga: Zinātne, 7.–12. lpp.
10. Bauman, Z. (1988). Sociology and postmodernity. *Sociological Review*, Vol. 36, Issue 4pp. 790–813.
11. Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Los Angeles: University of California.
12. Börsch-Supan, A. et al. (2005). *Health, Ageing and Retirement in Europe*. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging, 2005.
13. Bowling, A. (2002). *Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services*. Philadelphia: Open University Press.
14. Bowling, A. (2005 a). *Quality of Life in Older Age*. Maidenhead: Open University Press.
15. Bowling, A. (2005 b). *Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurement Scales*. 3<sup>rd</sup> ed. Maidenhead: Open University Press.
16. 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.
17. Burdjē, P. (2004). *Praktiskā jēga*. Rīga: Omnia Mea.
18. 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](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-09-067/EN/KS-SF-09-067-EN.PDF) (aplūk. 2010.20.05).

19. 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.
20. Cockerham, W. C., (1999). *Health and Social Change in Russia and Eastern Europe*. London: Routledge.
21. Cockerham, W.C. (2001 a). Medical sociology and sociological theory. In: Cockerham, W.C. (ed.). *The Blackwell Companion to Medical Sociology*. Oxford: Blackwell Publishers.
22. Cockerham, W.C. (2005). Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 46 (1), pp. 51–67.
23. 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.
24. Cummins, R.A. (1996). The domains of life satisfaction: an attempt to order chaos. *Social Indicators Research*, Vol. 38, pp. 303–328.
25. Davis, K., (1995). *Resahaping the Female Body. The Dilemma of Cosmetic Surgery*. London: Roulledge.
26. Dranseika, V., Gefenas, E., Cekanauskaite, 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*, (apstiprināts publikācijai).
27. Erikson, R. and Uusitalo, H. (1987). *The Scandinavian Approach to Welfare Research*. Swedish Institute for Social Research. Stockholm. Reprint Series, No. 181.
28. Farquhar, M. (1995). Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 22, pp. 502–508.
29. Flick, U. (2002). *An Introduction to Qualitative Research*. 2nd ed. London: Sage.
30. Gabe, J., Bury, M. and Elston, M. (2004). *Key Concepts in Medical Sociology*. Sage, London.
31. 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.
32. Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford: Stanford University Press.
33. Gidenss, A. (1999). *Sabiedrības veidošanās*. Rīga: AGB.
34. Glaser, B.G. and Strauss, A.L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. New York: Adeline de Gryter.
35. Horovitz, 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.
36. 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.

37. Karnītis, E. (2004). Dzīves kvalitāte kā Latvijas nākotnes mērķis. Grām.: *Nacionālās intereses: formulējuma meklējums*. Rīga: Zinātne, 105.–120. lpp. Stratēģiskās analīzes komisijas zinātniski pētnieciskie raksti. Nr. 1.
38. Koroļeva I., Mieriņa, I., Goldmanis, M. un Trapencieris, M. (2008). Atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatība iedzīvotāju vidū: pētījuma rezultāti. Rīga: Socioloģisko pētījumu institūts.
39. Kroplijs, A., Rašcevska, M., (2004). *Kvalitatīvās pētniecības metodes sociālajās zinātnēs*. Rīga: Raka
40. Lupton, D. (2003). *Medicine as Culture*. 2<sup>nd</sup> ed. London: Sage Publications.
41. Monden, C. (2003). *Education, Inequality and Health: The Impact of Partners and the Life Course*: PhD thesis. Amsterdam: University of Nivmegen.
42. *Nacionālās attīstības plāns, 2007–2013* (2006). LR Reģionālās attīstības un pašvaldību lietu ministrija.
43. Nettleton, S. (2006). *The Sociology of Health and Illness*, 2<sup>nd</sup> ed. Cambridge: Polity Press.
44. Nettleton, S. and Gustafsson, U. (eds.) (2002). *The Sociology of Health and Illness Reader*. Cambridge: Polity Press.
45. Noll, H.-H. (2000). Social indicators and social reporting: the international experience. Pieejams: <http://www.ccsd.ca/noll1.html> (aplūk. 2008.20.06).
46. 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.
47. *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).
48. Pudule, I., Villeruša, A., Grīnberga, D., Velika, B., Tilgale, N., Dzērve, V., Rutks, A. un Prāttālā, R. (2010). *Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 2008*. Rīga: Veselības ekonomikas centrs.
49. Rapley, M. (2003). *Quality of Life Research: A Critical Introduction*. Sage, London.
50. 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.
51. Shank, G.D. (2005). *Qualitative Research. A Personal Skills approach*. 2<sup>nd</sup> ed. Upper Saddle Siver: Prentice Hall
52. Sīlis, V. (2006 b). Rūpes par veselību un dzīves kvalitāte. Grām.: *Dzīves kvalitāte Latvijā*. Rīga: Zinātne, 179.–216. lpp.
53. Sīlis, V. (2010). Research ethics system in Latvia: structure, functioning and problems. *Dilemata*, No. 2, pp. 55–69.
54. 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.
55. Skrulle J., Rozentāle G., Štāle M., (2009). *Pieaugušo veselība, veselīgas un aktīvas vecumdienas*. Rīga: Veselības Ekonomikas centrs, 1. – 36.lpp.
56. Speck, P., Bennett, K.M., Coleman, P.G., Mills, M., McKiernan, F., Smith, P.T., Hughes, G.M., (2005) “Elderly beraved spouses: Issues of belief, well-being and support”, In: A. Walker (2005) (ed.) *Understanding Quality of Life in Old Age*, Maidenhead: Open University Press.



57. Stepčenko, A. (2006). Dzīves kvalitātes indikatori Eiropas Savienībā. Metodoloģiski jautājumi. Grām.: *Socioloģija*. Rīga: LU Akadēmiskais apgāds, 142.–154. lpp. Latvijas Universitātes Raksti, 701. sēj.
58. Stepčenko, A., (2007). Gerontoloģisko institūciju imaginārais tēls un realitāte mūsdienā Latvijā. Rīga: LU Akadēmiskais apgāds, 54.–71. lpp. Latvijas Universitātes Raksti, 714. sēj.
59. Testa, M.A. and Nackley, J.F. (1994). Methods for quality-of-life studies. *Annual Review of Public Health*, Vol. 15, pp. 535–559.
60. Vēbers, M. (1905/2004). *Reliģijas socioloģija*. Rīga: FSI.
61. 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.

### **Interneta resursi**

62. AGE/inc (2007). Pārskats par AGE/inc ceturto starptautisko sanākumi, Dublinā, Īrija, 2007. gada 8.–9. martā. Pieejams: [http://www.age-platform.org/EN/IMG/Dublin\\_Conclusions\\_LT.pdf](http://www.age-platform.org/EN/IMG/Dublin_Conclusions_LT.pdf) (aplūk. 2008.20.06).
63. CSP (2007) 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](http://www.csb.gov.lv/csp/events/?mode=arh&period=05.2007&cc_cat=471&id=2861) (aplūk. 2010.20.05).
64. 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](http://www.csb.lv/csp/events/csp/events/?mode=arh&period=05.2008&cc_cat=471&id=5648) (aplūk. 2008.18.07).
65. 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](http://www.csb.lv/csp/events/?mode=arh&period=03.2010&cc_cat=471&id=11960) (aplūk. 2010.29.03).
66. 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](http://www.csb.lv/csp/events/csp/events/?mode=arh&period=05.2008&cc_cat=471&id=5648) (aplūk. 2008.18.07).
67. Eurobarometer, (2008a). Discrimination in the European Union. Pieejams: [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/flash/fl\\_232\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_232_en.pdf) (aplūk. 2010.20.05).
68. Eurobarometer, (2008b). Discrimination in the European Union: Perceptions, Experiences and Attitudes Pieejams: [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_296\\_sum\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_296_sum_en.pdf) (aplūk. 2010.20.05).
69. 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](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).

70. 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](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-09-067/EN/KS-SF-09-067-EN.PDF) (aplūk. 2010.20.05).
71. WHO (1948). Constitution of the World Health Organization. Pieejams:  
<http://www.searo.who.int/aboutsearo/const.htm> (aplūk. 2008.20.06).
72. SAK (2006 a). Latvija un brīva darbaspēka kustība: Īrijas piemērs (2005/2006). SAK ziņojums. Pieejams:  
[http://www.president.lv/images/modules/items/PDF/item\\_489\\_Irijas\\_piemers\\_zinojums.pdf](http://www.president.lv/images/modules/items/PDF/item_489_Irijas_piemers_zinojums.pdf) (aplūk. 2008.20.06).
73. 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](http://www.president.lv/images/modules/items/PDF/item_598_Dzives_kval_indekss.pdf) (aplūk. 2008.20.06).
74. 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.).
75. Sabiedrības veselības stratēģija (2001). Pieejams:  
[http://phoebe.vm.gov.lv/misc\\_db/web.nsf/bf25ab0f47ba5dd785256499006b15a4/17cb8c1218bf81cdc2257313001f391a/\\$FILE/sab\\_ves\\_strategija.pdf](http://phoebe.vm.gov.lv/misc_db/web.nsf/bf25ab0f47ba5dd785256499006b15a4/17cb8c1218bf81cdc2257313001f391a/$FILE/sab_ves_strategija.pdf) (aplūk. 2008.20.06.).
76. WHO (1948). Constitution of the World Health Organization. Pieejams:  
<http://www.searo.who.int/aboutsearo/const.htm> (aplūk. 2008.20.06).
77. 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](http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf) (aplūk. 2007.20.06)