

## SVEIKATOS SĄLYGOJAMOS GYVENIMO KOKYBĖS SISTEMINĖ RAIDA

**ALGIRDAS JUOZULYNAS<sup>1,2</sup>, ANTANAS JURGELĖNAS<sup>1</sup>, RIMANTAS STUKAS<sup>2</sup>, JONAS PRAPIESTIS<sup>3</sup>, ALGIRDAS VENALIS<sup>1</sup>, JOVITA PALILIŪNAITĖ<sup>4</sup>, LAURA NARKAUSKAITĖ<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Valstybinis mokslinių tyrimų institutas Inovatyvios medicinos centras, <sup>2</sup>Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Visuomenės sveikatos institutas, <sup>3</sup>Vilniaus universiteto Teisės fakultetas,

<sup>4</sup>VŠĮ Karoliniškių poliklinika

**Raktažodžiai:** gyvenimo kokybė, socialinė rizika, amžius.

### **Santrauka**

*Straipsnyje analizuojama sveikatos sąlygojamos gyvenimo kokybės sisteminė struktūra ir jos raida su amžiumi. Tyrimui naudotas PSO klausimynas WHOQOL-100. Apklausta 1233 Vilniaus miesto gyventojai. Imtis reprezentatyvi tikimybinė.*

*Duomenys analizuoti faktorinės analizės metodu skaičiuojant koreliacijas tarp visų klausimyno rodiklių. Buvo išskirti šeši latentiniai veiksniai, kurie paaiškino 45,55 proc. bendrosios dispersijos. Nors gauta sisteminė struktūra skyrėsi nuo klausimyno tiesinės struktūros, tyrimas patvirtino raidos tendenciją: didėjant amžiui gyvenimo kokybė prastėja. Prioritetiniu latentiniu veiksmiu buvo išskirta įsitikinimų pozicija, kurią formavo dvasinio ir socialinio turinio rodikliai. Jis paaiškino 10,51 proc. bendros dispersijos. Sisteminiėje raidoje taip pat svarbų vaidmenį atlieka medicinos paslaugų poreikio latentinis veiksnys, kuris didėja su amžiumi ir ypač sustiprėja po 50 metų amžiaus. Rezultatai rodo, kad apie penkiasdešimtuosius gyvenimo metus įvyksta visų latentinių veiksmių kokybinis virsmas link neigiamų reikšmių. Tai rodo, kad apie 50-sius gyvenimo metus sustiprėja sveikatos sąlygojamos gyvenimo kokybės socialinė rizika.*

### **ĮVADAS**

Gyvenimo kokybė savo esme yra sisteminis reiškinys, todėl atliekant jos tyrimus susiduriama su viena svarbia problema - gyvenimo kokybė negali būti suvokiama viena reikšmiškai. Skirtingi mokslininkai pasirenka skirtingus metodus jai tirti ir įvertinti. Vienas pirmųjų gyvenimo kokybės rodiklių buvo BVP vienam gyventojui. Tačiau greit šis rodiklis buvo pripažintas turinčiu daug trūkumų

ir netinkamu gyvenimo kokybei matuoti. Vėliau buvo sukurtas grynosios ekonominės gerovės rodiklis, į kurį įeina vartojimas ir investicijos, tiesiogiai keliantys ekonominę šalies gerovę. Dar vėliau - žmogaus socialinės raidos indeksas, kurio pagalba jau galima tarpusavyje lyginti net šalių gyvenimo kokybę. „The Economist“ pasiūlė gyvenimo kokybės indeksą, sudarytą iš devynių rodiklių: gyvenimo lygio, sveikatos, politinio stabilumo, šeimos, visuomeninio gyvenimo, klimato, darbo saugumo, politinės laisvės, lyčių lygybės. Kai kurių autorių nuomone, objektyvūs gamybos ir vartojimo santykiai ir tikslai šiuolaikinėje visuomenėje stengiasi užvaldyti gyvenimo visumą, taip sukurdami nekontroliuojamo racionalumo pasekmes, kurios skatina žmogiškumo dezintegraciją [1]. Tai sukelia etinio bei etinio-socialinio pobūdžio įtampas, kurios perauga į socialinę riziką. [2,3].

Yra ir subjektyvių gyvenimo kokybės vertinimo būdų, kurie remiasi žmonių subjektyvia nuomone apie gyvenimo reiškinius. Sveikata sąlygojama gyvenimo kokybė remiasi subjektyvia sveikatos, kaip fizinės, socialinės ir dvasinės gerovės, samprata. Šią riziką dar labiau sustiprina ir savotiškai komplikuoja pastaruoju metu stebimas visuomenės senėjimas [4], kuris į gyvenimo kokybės situaciją įneša tiek objektyvių, tiek subjektyvių niuansų.

Paminėti gyvenimo kokybės vertinimo būdai daugiau ar mažiau remiasi tiesiniais, diskretiniais vertinimo principais. Tačiau realybėje jie sudaro tarpusavyje susijusią sistemą. Ši sąveika sukuria sunkiai valdomus kokybinius pokyčius visuomenėje, kurie įgyja tam tikrą kryptingumą, kurį bendresniu atveju galima įvardinti kaip galimybių ir rizikos perspektyvomis. Tokiu būdu sveikatos sąlygojama gyvenimo kokybė gali būti suvokiama kaip sudėtinga socialinė sistema. Tada iškyla problema, kokia gali būti šios sistemos raidos kryptis.

**Darbo tikslas** – sistemiškai įvertinti sveikatos sąlygojamos gyvenimo kokybės raidos kryptingumą ir jo santykį su amžiumi.

**TYRIMO METODIKA**

Tirta 18 metų ir vyresni Vilniaus miesto gyventojai. Imtis reprezentatyvi, atsitiktinė, tikimybinė, kvotuota pagal amžių ir lytį, suformuota pagal Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės duomenis. Imtis tikimybinė, atsitiktinė apskaičiuota pagal formulę:  $N = ((z^2 \cdot v \cdot (1-v)) / \Delta^2)$ . Čia: z – normaliojo skirstinio kvantilis (kai pasirinktas patikimumas yra 95 proc. ši reikšmė lygi 1,96); v – įvykio dažnis žinomas iš ankstesnių tyrimų; Δ – leistinas netikslumas [5].

Tyrimo metu apklausta 1023 respondentai. Tarp jų 401 vyras ir 622 moterys. Gyvenimo kokybės duomenys gauti naudojant Pasaulio sveikatos organizacijos gyvenimo kokybės klausimyną WHOQOL-100. Atsakymai vertinti penkių balų rangine skale. Klausimyno tinkamumas vertintas Cronbach Alpha kriterijumi, kurio reikšmės sritims buvo: fizinei sričiai 0,539, psichologinei sričiai 0,776, nepriklausomumo sričiai 0,566, socialinių santykių sričiai 874, aplinkos sričiai 0,927.

Analizė atlikta keturiuose amžiaus grupėse – 18-29 m., 30-44 m., 45-59 m., 60 ir daugiau metų. Sričių ir aspektų vidutinės reikšmės apskaičiuotos 4-20 punktų skalėje. Sąveikos sisteminis priežastingumas tirtas faktorinės analizės metodu. Galimybių ir rizikos prioritetai analizuoti sisteminiu požiūriu [6,7] taikant faktorinės analizės metodą. Analizuota 100 klausimyno rodiklių. Rodiklių tinkamumas faktorinei analizei tikrintas KMO matu ir Bartelio sferiškumo kriterijumi. Integralūs latentiniai veiksniai suformuoti pagal faktorinių svorių reikšmes. Faktoriai svoriai gauti apskaičiuojant visų rodiklių tarpusavio koreliacijas. Gyvenimo kokybės sričių sisteminiai prioritetai nustatyti pagal faktorių bendrosios dispersijos reikšmių pasiskirstymą, rizikos laipsnis – pagal integralių latentinių veiksnių teigiamų ir neigiamų faktorinių reikšmių santykį.

**REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS**

1 lentelėje pateikta sveikatos sąlygojamos gyvenimo kokybės sisteminė struktūra, kaip kokybės sritis ir aspektus sudarančių veiksnių tar-

pusavio sąveikos rezultatas. Atkreiptinas dėmesys, kad ši struktūra paaiškina tik 45,5 proc. bendros dispersijos esant mažiausiai nuosavai reikšmei 2,3. Tai reiškia, kad didelė dalis sąveikos lieka už šios sistemos ribų, kas rodo teoriniu modeliu pagrįstas tiesinės sistemos nestabilumą.

Ši struktūra atitinka realią tikrovę. Kadangi teorinis modelis neatitinka realios tikrovės, pagal mūsų anksčiau atliktus metodologinius sistemų valdymo tyrimus sveikatos sąlygojamos gyvenimo kokybės raida yra sunkiai prognozuojama [8].

Toliau pateikiame sisteminio tyrimo latentinius veiksnius. Pirmą, bendrą visoms amžiaus grupėms, integralų latentinį veiksnį formuoja aštuoni socialinių santykių srities kintamieji, šeši psichologinės sveikatos, keturi dvasingumo bei aplinkos sričių kintamieji. Čia vyrauja dvasinių ir socialinių įsitikinimų svarba, todėl jį galima įvardinti įsitikinimų pozicijos veiksnium. Žmonės yra įsitikinę, kad jie nėra visiškai vieniši, jie turi teigiamų vilčių ir esant reikalui tikisi būti teisingai suprasti. Veiksnyje paaiškina 10,51 proc. bendros dispersijos. Jos vidutinės reikšmės svyruoja nuo -3,72 iki 2,96 (2 lentelė). Neigiamos reikšmės reiškia įsitikinimų pozicijos silpnėjimą, teigiamos – stiprinimą. Teigiamos reikšmės sudarė 51,8 proc., o neigiamos – 48,2 proc. Teigiamų ir neigiamų reikšmių vidurkių skirtumas buvo statistiškai reikšmingas. Tai rodo, kad žmonių pasitikėjimo savimi lygis yra šiek tiek didesnis už nepasitikėjimo lygį, nors

1 Lentelė. Gyvenimo kokybės latentinių veiksnių struktūra.

Įsitikinimų pozicija			Emocinis diskomfortas			Skausmo pojūtis			Medicinos paslaugų poreikio nebuvimas			Sveikatos paslaugų kokybė			Gyvenimo aplinkos kokybė			
F <sup>1</sup>	G <sup>1</sup>	S <sup>1</sup>	F <sup>1</sup>	G <sup>1</sup>	S <sup>1</sup>	F <sup>1</sup>	G <sup>1</sup>	S <sup>1</sup>	F <sup>1</sup>	G <sup>1</sup>	S <sup>1</sup>	F <sup>1</sup>	G <sup>1</sup>	S <sup>1</sup>	F <sup>1</sup>	G <sup>1</sup>	S <sup>1</sup>	
F242	,676	DS	F64	,667	PS	F83	-,619	PS	F112	-,751	NS	F194	,724	AS	F173	,664	AS	
F243	,660	DS	F52	,590	PS	F82	-,614	PS	F111	-,744	NS	F193	,683	AS	F172	,61	AS	
F244	,631	DS	F54	,586	PS	F84	-,595	PS	F114	-,691	NS	F192	,618	AS	F171	,647	AS	
F142	,592	SSS	F63	,576	PS	F73	,552	PS	F113	-,680	NS	F203	,570	AS	F174	,596	AS	
F41	,591	PS	F103	,569	NS	F24	,547	FS	F121	,646	NS	F191	,533	AS	F232	,591	AS	
F241	,585	DS	F74	,537	PS	F12	-,538	FS	F122	,626	NS	F204	,514	AS	F234	,572	AS	
F44	,584	PS	F23	,496	FS	F13	-,522	FS	F123	,552	NS	F162	,489	AS	F181	,508	AS	
F144	,561	SSS	F91	,491	NS	F14	-,519	FS	F124	,524	NS	F164	,484	AS	F183	,480	AS	
F133	,516	SSS	F71	,471	PS	F72	-,501	PS	F101	,473	NS	F141	,45	AS	F184	,479	AS	
F143	,501	SSS	F51	,466	PS	F22	,496	FS	F34	,473	FS	F202	,443	AS	F182	,476	AS	
F42	,490	PS	F93	,461	NS	F131	,489	SSS	F32	,426	FS	F201	,439	AS	F231	,475	AS	
F153	,486	SSS	F92	,442	NS	F104	,451	NS							F224	,456	AS	
F151	,485	SSS	F62	,438	PS	F154	,444	SSS							F223	,434	AS	
F43	,484	PS	F53	,409	PS	F81	-,433	PS							F222	,400	AS	
F213	,474	AS	F94	,401	NS													
F152	,465	SSS																
F132	,449	SSS																
F61	,440	PS																
F212	,431	AS																
F161	,408	PS																
Nuosavos reikšmės		25,9	5,0		4,2		2,8		2,6		2,3							
Paašk. disp. proc.		10,5	9,2		6,7		6,6		6,3		6,2							
Bedrosios dispersijos proc. – 45,5																		

$\alpha=0,05$ ; Bart. kr.:  $df=4465$ ,  $p<0,000$ ;  $KMO=0,945$ ;  $F^1$  – Klausimo nr. standartiniame klausimyne;  $G^1$  –  $F^1$  faktorinis svoris;  $S^1$  – Gyvenimo kokybės srities;  $FS$  – fizinio funkcionavimo sritis,  $PS$  – psichologinio funkcionavimo sritis,  $NS$  – nepriklausomumo nuo vaistų ir gydymo sritis,  $SSS$  – socialinių santykių sritis,  $AS$  – aplinkos sritis,  $DS$  – dvasingumo sritis.

nepasitikėjimas turi „aštresnį“ pobūdį (neigiamų reikšmių vidurkis didesnis už teigiamų reikšmių vidurkį).

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

Tai tam tikros psichologinės nuostatos, galimi emociniai nepatogumai, tam tikras galimas diskomfortas, kuris jaučiamas, kai susiduria du svarbūs įsitikinimai ar požiūriai, susiję su galimybe judėti dėl senatvės ar ligos, dėl savo išvaizdos ar kūno problemų. Mes šį integralų latentinį veiksnį šiame darbe pavadiname emociniu diskomfortu. Jis pagal svarbumą yra antroje vietoje ir paaiškina 9,20proc. bendros dispersijos. Jo vidutinės reikšmės svyravo nuo -3,47 iki 2,93 ir jų skirtumas buvo statistiškai 0,005 lygmeniu esminis. Teigiamos reikšmės reiškia mažesnę, neigiamos – didesnę emocinį diskomfortą. Teigiamos reikšmės sudarė 51,1 proc. neigiamos – 48,9 proc. atvejų.

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

Ketvirtą integralų veiksnį formavo nepriklausomumo ir fizinės srities kintamieji. Nepriklausomumo srities kintamieji buvo susiję su priklausomybe nuo gydymo ir

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

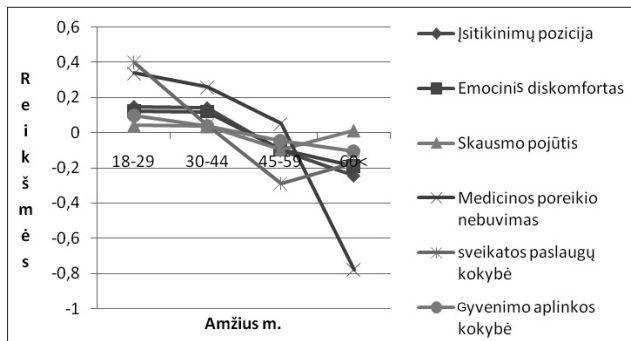
Penktą integralų latentinį veiksnį formavo aplinkos ir socialinių santykių sričių kintamieji. Aplinkos srities kintamieji buvo susiję su sveikatos ir socialinės priežiūros kokybe bei galimybe gauti informacijos, kuri reikalinga naujiems įgūdžiams įgyti bei kasdienėms problemoms spręsti. Šį integralų kintamąjį mūsų darbe pavadiname sveikatos paslaugų kokybe. Jis paaiškino 6,31 proc. bendros dispersijos, vidutinės reikšmės svyravo nuo -3,98 iki 3,44. Teigiamos reikšmės sudarė 52,4 proc. ir reiškė geresnę paslaugų kokybę, o neigiamos reikšmės sudarė 48,9 proc. ir reiškė prastesnę kokybę. Buvo gautas esminis ( $p < 0,05$ ) skirtumas tarp vidutinių reikšmių, reiškiančių teigiamą ir neigiamą sveikatos paslaugų kokybės situaciją.

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

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

2 lentelė. Integralių latentinių veiksnų vidutinės reikšmės.

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



1 pav. Latentinių veiksnių prioritetai amžiaus grupėse.

1 paveiksle parodyta latentinių veiksnių faktoriinių įverčių kaita žmonių amžiaus bėgyje situaciją analizuojant sisteminiu būdu. Čia išlieka bendra raidos tendencija: didėjant amžiui sveikatos sąlygojama gyvenimo kokybė prastėja.

Analizuojant gyvenimo kokybę sistemiškai gauta ryški kokybinė fluktuacija apie penkiasdešimtuosius metus, kurią galima įvardinti kaip gyvenimo kokybės galimybių vartimą socialine rizika. Prioritetine sisteminė raidos sritis yra medicinos paslaugų poreikis.

Šis poreikis ypač stiprėja nuo 50 amžiaus metų. Sisteminė analizė parodė ir kitą savaime suprantamą reiškinį, kuris, matyt, būdingas ilgaamžiams ar sveikatos senėjimo asmenims, kai skausmo pojūtis ir sveikatos paslaugų kokybė nuo 50 metų tampa ne taip stipriai veikianti gyvenimo kokybę.

Apibendrinant verta pastebėti, kad aptartos gyvenimo kokybės sritys ir jas formuojantys veiksniai nėra diskretiški dalykai, bet vienaip ar kitaip susiję vieni su kitais. Tai reiškia, kad gyvenimo kokybės reiškinys yra integralus gyvenimo procesas. Taip pat reikia pripažinti, kad amžiaus įtaka šio proceso eigai yra labai reikšminga. Ji rodo tendenciją, kad didėjant žmonių amžiui gyvenimo kokybė turi tendenciją blogėti (1,2 pav.). Taip pat tyrimas parodė, kad gyvenimo kokybės lygis tirtos skalės ribose nėra aukštas. Geriausiai reprezentuojama gyvenimo kokybės sritis buvo nepriklausomumo sritis. Pagrindiniai šios srities veiksniai yra žmonių gebėjimas judėti, gebėjimas atlikti kasdienes darbus, priklausomybės nuo vaistų ir gydymo nebuvimas bei žmonių darbingumas. Blogiausiai buvo reprezentuojama dvasingumo sritis, kurią formuoja įsitikinimai apie gyvenimo prasmę, kiek žmogaus įsitikinimai padeda jam suprasti ir nugalėti gyvenimo sunkumus, džiaugtis jo malonumais ir kitais žmogaus orumą atspindinčiais veiksniais.

Pateikti rezultatai rodo, kad gyvenimo kokybės prioritetai daugiau orientuojasi į žmonių laisvės siekį

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

## IŠVADOS

1. Netiesinis priešastingumas patvirtina bendrą sveikatos sąlygojamos gyvenimo kokybės raidos tendenciją: didėjant amžiui visų gyvenimo kokybės sričių vidutinės reikšmės mažėja.

2. Reali sisteminė sveikatos sąlygojamos gyvenimo kokybės situacija neatitinka tiesinio teorinio modelio, kas duoda pagrindo, kad kokybės raida gyventojų amžiaus atžvilgiu yra nestabili, o jos raida sunkiai prognozuojama.

3. Apie penkiasdešimtuosius gyvenimo metus vyksta kokybinė fluktuacija ir sveikatos sąlygojamos gyvenimo kokybės raida įgyja socialinės rizikos bruožų.

4. Prioritetiniu latentiniu veiksmu buvo išskirta įsitikinimų pozicija, kurią formavo dvasinio ir socialinio turinio rodikliai. Jis paaiškino 10,51 proc. bendros dispersijos. Sisteminiame raideje svarbų vaidmenį atlieka medicinos paslaugų poreikio latentinis veiksnys, kuris ypač sustiprėja po 50 metų amžiaus.

## Literatūra

1. <http://www.bernardinai.lt/index.php?url=articles/88511>
2. Giddens A. Modernybė ir asmens tapatumas. Pradai, Vilnius, 2000; 141-187.
3. Beck.M. Risk Society: Towards a New Modernity. London: Sasse,1992;33.
4. Powwel J., Wahidin A.,Corporate Crime, Aging and Pensions in Great Britain. Journal of Social and Social Policy 2005; 3(1):37-55.
5. Kardelis K., Sapagovas J. Imties tūrio parinkimo socialiniuose tyrimuose metodologiniai aspektai. Sociologija, 1998; 4; 35-39.
6. Jurgelėnas A., Mačiūnas E., Juozulynas A., Venalis A.,Norvaišas S. Sveikatos socialinė plėtra.Vilnius, 2007; 49-70.
7. Jurgelėnas A., Juozulynas A., Norvaišas S., Šurkienė G. Visuomenės sveikatos plėtros integruotas tyrimas. Sveikatos mokslai, 2004; 3(34):21-24.
8. Jurgelėnas A. Juozulynas A. Butikis M. Biomedicininės informacijos sklaidos socialinės plėtros erdvėje adaptivus modelis. Biomedicininė inžinerija. Tarptautinės konferencijos medžiaga. Kaunas, 2007.

## SYSTEMIC DEVELOPMENT OF HEALTH STIPULATED QUALITY OF LIFE

Algirdas Juozulynas, Antanas Jurgelėnas, Rimantas Stukas, Jonas Prapiestis, Algirdas Venalis, Jovita Palilūnaitė, Laura Narkauskaitė

### Summary

Key words: quality of life, social risk, age.

The article analyzes health stipulated quality of life systemic structure and its development with the age. The study was carried out using the Quality of life questionnaire WHOQOL – 100. 1233 citizens were interviewed of the Vilnius city.

Data was analysed by using method of factor analysis to calculate correlation between all indicators in the questionnaire. Six latent

factors were identified in which was explained common dispersion of 45,55 percent. Although being received a systematic structure which was different from the liner structure of the questionnaire. The study proved tendency of the development: increasing age, quality of life decline. Priority latent factor was isolated position of belief which was shaped by the spiritual and social indicators. It does explained the common dispersion of 10,51 percent. In Systemic evolution as well as the important role of the latent demand for medical services is a factor which increases with age and especially worse after 50

years of age. The results showed that in the fifty's years of life occurs a qualitative transformation of latent factors toward negative values. This shows that in 50 years of life the health stipulated social risk of quality of life are strengthens.

**Correspondence to: a.juozulynas@imcentras.lt**

Gauta 2011-05-13



### **KVIEČIAME PRENUMERUOTI “SVEIKATOS MOKSLŲ” ŽURNALĄ 2011 METAIS!**

Žurnalas “Sveikatos mokslai” (Index Copernicus, EBSCO host (Academic Search Complete), Gale (Academic OneFile), ProQuest (Ulrich's, Summon) skirtas visų specialybių gydytojams, slaugytojams ir kitiems specialistams, spausdina mokslinius straipsnius lietuvių, anglų ir rusų kalbomis. Straipsniams keliami reikalavimai atitinka mokslo leidiniam keliamus reikalavimus.

**Žurnalas kioskuose neparduodamas.**

**Žurnalą, kuris leidžiamas kartą per du mėnesius, galima užsiprenumeruoti visuose Lietuvos pašto skyriuose, taip pat internetu: [www.post.lt](http://www.post.lt)**

**Prenumeratos kaina nesikeičia: šešiams mėnesiams – 60 Lt, keturiems mėnesiams - 40 Lt, dviem mėnesiams - 20 Lt.**

Žurnalo autoriams straipsnių spausdinimas mokamas.