

LATVIJAS UNIVERSITĀTE
SOCIĀLO ZINĀTŅU FAKULTĀTE
POLITIKAS ZINĀTNES NODAĻA



Marta Banceviča

Veselības stāvokļa nevienlīdzība Latvijā

PROMOCIJAS DARBS

Doktora zinātniskā grāda iegūšanai politikas zinātnes nozarē

Apakšnozare: Pārvalde un administrācija

Darba zinātniskais vadītājs: *Dr.sc.pol.*, asociētā profesore Iveta Reinholde

Rīga, 2016



IEGULDĪJUMS TAVĀ NĀKOTNĒ

Šis darbs izstrādāts ar Eiropas Sociālā fonda atbalstu projektā «Atbalsts doktora studijām Latvijas Universitātē».



Šis darbs izstrādāts ar Valsts Pētījumu programmas SUSTINNO atbalstu projektā «Ilgspējas sociālā dimensija un sociālā inovācija».

ANOTĀCIJA

Promocijas darbā ir analizēta veselības stāvokļa nevienlīdzība Latvijā no rīcībpolitikas analīzes perspektīvas. Darba centrālais fokuss ir uz evidencēs balstītu rīcībpolitiku, kas tiek pārbaudīts, analizējot veselības rīcībpolitiku kontekstā ar veselības stāvokļa pašnovērtējumu. Promocijas darba *mērķis ir izprast un analizēt to, pirmkārt, kāda veida veselības stāvokļa nevienlīdzība pastāv Latvijā, otrkārt, kādi faktori ir ar vislielāko ietekmi un treškārt, sniegt analītisku vērtējumu provizorisko rīcībpolitiku un lēmumu ietvaros*. Darbā tiek izmantota novatoriska pieeja jautājuma izpētē, jo balstoties uz veselības stāvokļa ietekmējošo faktoru modeli un četrām veselības stāvokļa nevienlīdzību skaidrojošajām pieejām tiek izstrādāts inovatīvs modelis jautājuma pētniecībai. Modelis tiek izmantots empīriskā materiāla analīzē, identificējot veselības stāvokļa nevienlīdzību, sociāli ekonomisko faktoru ietekmes prioritātes, rīcībpolitiku problemātiku saistībā ar konstatētajām tendencēm un izstrādājot rīcībpolitikas ieteikumus. Darbā tiek izmantotas kvantitatīvās un kvalitatīvās izpētes metodes, veicot aptauju, tās analīzi un Veselības ministrijas rīcībpolitikas dokumentu analīzi. Balstoties uz analīzes rezultātiem, tiek secināts, ka būtiskākā veselības stāvokļa nevienlīdzības proporcija pastāv starp vecuma grupām, visbūtiskākie ietekmes faktori attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu ir medikamentu patēriņš, bezdarbs vai nodarbinātības veids, veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība un kvalitāte, dzīves un darba apstākļi. Konstatētās tendences neatbilst rīcībpolitikas dokumentos iekļautajam, tādējādi rīcībpolitiku izstrādē ir nepieciešami uzlabojumi, pievēršoties evidencēs balstītas rīcībpolitikas pieejai.

Atslēgvārdi: evidence, evidencēs balstīta rīcībpolitika, veselības stāvokļa nevienlīdzība, veselības stāvokļa pašnovērtējums, veselības stāvokli ietekmējošie faktori.

ABSTRACT

The dissertation analyzes the health inequality in Latvia from policy analysis perspective. Work central focus is on the evidence based policy which is checked by analyzing health policy in the context with self-perceived health. The dissertation *aim is to understand and analyze first, what kind of health inequality exists in Latvia, secondly, what factors have the greatest impact*

and thirdly, to provide analytical assessment for preliminary policies and agreements. In the work is used innovative approach because on the basis of the model with health influencing factors and on the basis of four health inequality explanatory approaches it is developed an innovative model for research of the question. Model is used for the analysis of empirical material for the identification of health inequality, of socio-economic factors influence priorities, of policy problems related with the identified tendencies and for the development of policy recommendations. In the paper are used quantitative and qualitative research methods through survey, its analysis and analysis of the policy documents of the Ministry of Health. Based on the results of the analysis, it was concluded, that the major proportion of health inequalities exist between age groups, the most significant factors in relation to self-perceived health is the consumption of medicines, unemployment or employment type, access and quality of health services, living and working conditions. Identified tendencies does not meet the included in the policy documents, therefore there should be improvement of the policy development focused on evidence based policy approach.

Key words: evidence, evidence based policy, health inequality, self-perceived health, health influencing factors.

PATEICĪBA

Visdziļākā pateicība zinātniskā darba vadītājam **asoc. prof. Iveta Reinholdei** par intereses radīšanu jautājuma pētniecībā, par lielo un pašreizējo atbalstu, individuālo pieeju, atsaucību, padomiem un ieteikumiem promocijas darba izstrādē un studiju laikā.

Īpaši liela pateicība Ostfoldas augstskolai (Ostfold University College) un Eiropas Sociālajam fondam par finansiālo atbalstu studijām. Liela pateicība LU Sociālo zinātņu fakultātes mācībspēkiem un doktorantiem par atbalstu un labvēlīgo studiju vidi visu mācību gadu laikā. Īpaša pateicība prof. Jurgim Šķilteram un asoc. prof. Ivaram Ijabam par atbalstu, ieteikumiem promocijas darba izstrādē un studiju laikā. Liels paldies visiem daudzajiem cilvēkiem, kas piedalījās un palīdzēja darba izstrādē, veicot anketēšanu. Nedalīts paldies maniem darba kolēģiem par sapratni, atbalstu un pašreizējo darbu. Vissirsnīgākā pateicība manai ģimenei un draugiem, īpaši manai mammai, par atsaucību, palīdzību, atbalstu un pacietību visu studiju gadu laikā.

SATURS

Ilustratīvo materiālu saraksts	9
Glosārijs	12
Ievads	15
Tēmas izvēles pamatojums un darba aktualitāte	15
Darba mērķis, izpētes jautājumi un hipotēzes	21
Darba novitāte, zinātniskā un praktiskā nozīmība	24
Metodoloģija	26
Pētījuma ierobežojošie faktori un riski.....	28
Pētījuma posmi un struktūra.....	30
1. Veselības stāvokļa nevienlīdzība kā sociālo zinātņu priekšmets.....	32
2. Evidencēs balstītas rīcībpolitikas nozīme	39
2.1. Evidences (<i>evidence</i>) izpratne.....	41
2.2. Subjektīvisms un objektīvisms – trauslā robežšķirtne	48
2.3. Evidencēs balstītas rīcībpolitikas pieeja.....	49
3. Subjektīvās un objektīvās labklājības nošķirums veselības stāvokļa nevienlīdzības ietvaros..	56
4. Veselības stāvokļa nevienlīdzība	63
4.1. Veselības stāvokļa nevienlīdzības jēdziens un izpratne.....	68
4.2. Veselības stāvokļa pašnovērtējums.....	71
5. Veselības stāvokļa nevienlīdzību skaidrojošās pieejas	75
5.1. Uzvedības/kultūras pieeja	82
5.2. Materiālistu pieeja.....	84
5.3. Psiho-sociālā pieeja.....	90
5.4. Dzīves gājuma pieeja	95
6. Veselības stāvokļa nevienlīdzība un rīcībpolitika	101
6.1. Rīcībpolitikas ietekmes iespējas	104
6.2. Evidencēs balstīta veselības rīcībpolitika.....	112
7. Darba empīriskā pētījuma metodoloģija.....	118
7.1. Pētniecības modelis un indikatori	120

7.2. Aptaujas anketas izstrāde, izlase un aptaujas gaita	124
7.3. Datu analīze metodes	128
8. Pētījuma rezultāti	138
8.1. Aptaujas anketu atbilžu sadalījuma biežums	138
8.2. Veselības stāvokļa nevienlīdzība iekļauto demogrāfisko mainīgo kontekstā.....	181
8.3. Veselības stāvokļa nevienlīdzība sociāli ekonomisko faktoru kontekstā	192
8.4. Rīcībpolitiku un konstatēto veselības stāvokļa nevienlīdzības tendenču saskaņa	206
8.5. Rīcībpolitiku kvalitatīvās analīzes rezultātā konstatētā problemātika	215
Secinājumi un ieteikumi rīcībpolitikām.....	224
Izmantotie informācijas avoti	245
Pielikumi	270
1. pielikums. Aptaujas anketas jautājumi pa grupām (demogrāfiskās pazīmes; veselības stāvokļa pašnovērtējums; veselības stāvokļa nevienlīdzību skaidrojošās pieejas/ modeļa līmeņi, to indikatori).....	271
2. pielikums. Respondentu skaits proporcionāli iedzīvotāju skaitam statistiskajos reģionos, republikas pilsētas un novados.....	289
3. pielikums. Aptaujas anketa latviešu valodā.....	293
4. pielikums. Aptaujas anketa krievu valodā	303
5. pielikums. Aptaujas anketu atbilžu sadalījuma biežums	314
6. pielikums. Veselības stāvokļa pašnovērtējums attiecībā uz demogrāfiskajām pazīmēm, sociāli ekonomiskajiem faktoriem un faktoru līmeņiem, pieejām.....	335
7. pielikums. Demogrāfisko pazīmju būtiskums attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu	356
8. pielikums. Sociāli ekonomisko faktoru būtiskums attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu	357
9. pielikums. Pieeju un modeļa faktoru līmeņu būtiskums attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu	358
10. pielikums. Piecdesmit biežāk lietoto vārdu apkopojums no rīcībpolitikas dokumentiem...	359
11. pielikums. Biežāko savstarpēji saistīto vārdu sadalījums.....	361
12. pielikums. Ar vārdu veselība biežāk savstarpēji saistīto vārdu sadalījums	362
13. pielikums. Kvalitatīvo datu kodēšanas rezultātu kopsavilkums	363

14. pielikums. Kvalitatīvo datu kodēšanas rezultāti par rīcībpolitikas līmeņiem un ietekmes faktoriem rīcībpolitikas satura vērtību un nozīmju grupās	366
15. pielikums. Savstarpējā salīdzinājuma apkopojums starp rīcībpolitiku ietvaros noteiktajām prioritātēm un cilvēku norādītajām prioritātēm attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu (faktori)	369
16. pielikums. Savstarpējā salīdzinājuma apkopojums starp rīcībpolitiku ietvaros noteiktajām prioritātēm un cilvēku norādītajām prioritātēm attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu (pieejas, modeļa līmeņi).....	371
17. pielikums. Kvalitatīvo datu kodēšanas piemēri pa kodiem (rīcībpolitikas līmeņi, ietekmes faktori, rīcībpolitikas satura vērtības)	372
18. pielikums. Pētījuma shēma ar ievada elementiem	386

ILUSTRATĪVO MATERIĀLU SARAKSTS

Tabulas

3.1. tabula. Skaidrojošo jēdzienu apkopojums objektīvo un subjektīvo dzīves kvalitātes faktoru kombinācijām.....	59
5.1. tabula. Veselības stāvokļa nevienlīdzību skaidrojošo pieeju apkopojums	100
8.1. tabula. Pīrsona koeficienti starp veselības stāvokļa pašnovērtējumu un valodu	182
8.2. tabula. Pīrsona koeficienti starp veselības stāvokļa pašnovērtējumu un dzīvesvietu (plānošanas reģioni)	183
8.3. tabula. Pīrsona koeficienti starp veselības stāvokļa pašnovērtējumu un vecumu.....	184
8.4. tabula. Pīrsona koeficienti starp veselības stāvokļa pašnovērtējumu un dzimumu	185
8.5. tabula. Pīrsona koeficienti starp veselības stāvokļa pašnovērtējumu un mājsaimniecībā dzīvojošo personu skaitu.....	186
8.6. tabula. Pīrsona koeficienti starp veselības stāvokļa pašnovērtējumu un ģimenes stāvokli .	187
8.7. tabula. Pīrsona koeficienti starp veselības stāvokļa pašnovērtējumu un izglītības līmeni ..	187
8.8. tabula. Pīrsona koeficienti starp veselības stāvokļa pašnovērtējumu un ienākumiem.....	188
8.9. tabula. Pīrsona koeficienti starp veselības stāvokļa pašnovērtējumu un pamatnodarbošanos	189
8.10. tabula. Pīrsona koeficienti starp veselības stāvokļa pašnovērtējumu un pamata dzīves vietas atrašanās	190
8.11. tabula. Piecu būtiskāko veselības stāvokļa nevienlīdzību ietekmējošo faktoru salīdzinājums starp respondentu norādīto un rīcībpolitikas ietvertu.....	213
8.12. tabula. Savstarpējā salīdzinājuma apkopojums starp rīcībpolitiku ietvaros noteiktajām prioritātēm un respondentu norādītajām prioritātēm attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu (pieejas, modeļa līmeņi)	214

Attēli

2.1. att. Evidences un pierādījuma nošķīrums	43
2.2. att. Rīcībpolitikas posmi	53
4.1. att. Tradicionālais epidemioloģiskais modelis	64
4.2. att. Veselības stāvokli ietekmējošie faktori	65
5.1. att. Dzīves gājuma pieejas atspoguļojums, nosakot saikni starp ierobežojumiem dzīves sākumā un sliktu veselības stāvokli turpmākajos dzīves gados	96
6.1. att. Ietvars, kas atspoguļo sociālā konteksta rezultatīvos rādītājus attiecībā uz veselības stāvokli un rīcībpolitiku ieviešanas iespējas	105
6.2. att. Rīcībpolitikas līmeņi	108
7.1. att. Veselības stāvokļa nevienlīdzību skaidrojošais apkopojošais modelis ar izpētē iekļaujamajiem indikatoriem	121
8.1. att. Atbilžu sadalījuma biežums pa demogrāfisko pazīmju jautājumiem (1.daļa)	139
8.2. att. Atbilžu sadalījuma biežums pa demogrāfisko pazīmju jautājumiem (2.daļa)	140
8.3. att. Atbilžu sadalījuma biežums pa pamatnodarbošanās grupām	141
8.4. att. Atbilžu biežuma sadalījums jautājumā par pašreizējā veselības stāvokļa novērtējumu	142
8.5. att. Atbilžu biežuma sadalījums veselības stāvokļa pašnovērtējuma kontroljautājumos	143
8.6. att. Atbilžu biežuma sadalījums diētas un uztura faktora jautājumu grupā	145
8.7. att. Atbilžu biežuma sadalījums tabakas patēriņa faktora jautājumu grupā.....	146
8.8. att. Atbilžu biežuma sadalījums alkohola patēriņa faktora jautājumu grupā.....	148
8.9. att. Atbilžu biežuma sadalījums medikamentu patēriņa faktora jautājumu grupā.....	149
8.10. att. Atbilžu biežuma sadalījums fiziskās aktivitātes un aktīvās atpūtas, sporta faktora jautājumu grupā	151
8.11. att. Atbilžu biežuma sadalījums sociālās un sabiedrības ietekmes (savstarpējā atbalsta) faktora jautājumu grupā	153
8.12. att. Atbilžu biežuma sadalījums sociāli ekonomiskās nevienlīdzības, zema sociālā statusa (subordinācija, dominānce salīdzinājumā ar citiem) faktora jautājumu grupā.....	155
8.13. att. Atbilžu biežuma sadalījums psiholoģisko efektu (stresa, nelabvēlīgas gaisotnes) faktora jautājumu grupā	157
8.14. att. Atbilžu biežuma sadalījums balansa starp darbu un ārpus darbu, starp ieguldījumiem un ieguvumiem faktora jautājumu grupā	159

8.15. att. Atbilžu biežuma sadalījums darba vides riska faktora (prasības, kontrole, spriedze) jautājumu grupā	160
8.16. att. Atbilžu biežuma sadalījums vides riska faktora (prasības, kontrole, spriedze) jautājumu grupā	161
8.17. att. Atbilžu biežuma sadalījums izglītības faktora jautājumu grupā (augstākā pabeigtā izglītībā)	164
8.18. att. Atbilžu biežuma sadalījums pa šī brīža neto atalgojuma grupām (darba vides faktora jautājumu grupā)	164
8.19. att. Atbilžu biežuma sadalījums darba vides faktora jautājumu grupā	165
8.20. att. Atbilžu biežuma sadalījums dzīves un darba apstākļu faktora jautājumu grupā	167
8.21. att. Atbilžu biežuma sadalījums pa nodarbinātības vai bezdarba veidiem (bezdarba, nodarbinātības faktors).....	168
8.22. att. Atbilžu biežuma sadalījums veselības aprūpes pakalpojumu (pieejamības un kvalitātes) faktora jautājumu grupā	169
8.23. att. Atbilžu biežuma sadalījums pajumtes (dzīves vietas un apstākļu) faktora jautājumu grupā – pašreizējās pamata dzīves vietas apstākļu raksturojums.....	170
8.24. att. Atbilžu biežuma sadalījums pajumtes (dzīves vietas un apstākļu) faktora jautājumu grupā – pašreizējās pamata dzīves vietas raksturojums	171
8.25. att. Atbilžu biežuma sadalījums vispārējo sociāli ekonomisko, kultūras un vides apstākļu faktora jautājumu grupā – apstākļu novērtējums	173
8.26. att. Atbilžu biežuma sadalījums trūkumu un priekšrocību, uzkrāšanas, individuālās pieredzes faktora jautājumu grupā – cik lielā mērā piekrīt apgalvojumam (1. daļa).....	174
8.27. att. Atbilžu biežuma sadalījums trūkumu un priekšrocību, uzkrāšanas, individuālās pieredzes faktora jautājumu grupā – cik lielā mērā piekrīt apgalvojumam (2. daļa).....	175
8.28. att. Atbilžu biežuma sadalījums veselības stāvokļa iepriekšējos dzīves gados faktora jautājumu grupā	177
8.29. att. Atbilžu biežuma sadalījums iepriekšējo sociāli ekonomisko grūtību faktora jautājumā – pašreizējo sociāli ekonomisko grūtību salīdzinājums ar pagātni	178
8.30. att. Atbilžu biežuma sadalījums veselības stāvokļa nevienlīdzību skaidrojošo pieeju un modeļa līmeņu kontroljautājumā	180

GLOSĀRIJS

Dzīves gājuma pieeja (no angļu val. *lifecourse approach*) – pieeja veselības stāvokļa nevienlīdzības skaidrošanai, kur tiek pieņemts, ka visas priekšrocības vai ierobežojumi ietekmē veselības stāvokļa nevienlīdzību, skatot individuālās pieredzes kontekstā.¹

Evidence (no angļu val. *evidence*) – fakti, liecinājumi, kas atspoguļo pieņēmuma patiesumu,² neatkarīgs un pārbaudāms novērojums ar pārliecinošu saturu vairākumā no gadījumiem.³ Evidence nozīmē, ka pieņēmuma atbilstība patiesībai ir pamatota.

Evidencēs balstīta rīcībpolitika – diskurss vai metožu komplekss, kas informē rīcībpolitikas procesu, nevis tieši ietekmē rīcībpolitikas rezultātus.⁴ Tā ir pieeja, kas iekļauj evidenču racionālu analīzi un palīdz pieņemt labi informētus un pamatotus lēmumus.⁵ Evidences tiek piemērotas īstenojamajām rīcībpolitikām, nevis īstenotām.

Materiālistu pieeja (no angļu val. *materialist approach*) – pieeja veselības stāvokļa nevienlīdzības skaidrošanai, kur tiek pieņemts, ka veselības stāvokļa nevienlīdzību veicina nabadzība, cilvēku finansiālais stāvoklis un to atšķirības. Pieeja iekļauj faktorus, kas pamatā saistīti ar dzīves standarta mainīgajiem, piemēram, ienākumi, dzīves vieta un citi.⁶

Objektīvā evidence – atkārtoti pārbaudāma un nav ietekmēta no personas pieredzes vai priekšstatiem, tā izriet no faktiem vai matemātiskām kalkulācijām.⁷

Objektīvie faktori – mainīgie, kas raksturo indivīdu funkcionalitātes spējas, to kapacitāti (piemēram, indivīda fiziskā un mentālā veselība), indivīda rīcības spējas, to kapacitāti (piemēram, materiālais un finansiālais nodrošinājums, infrastruktūra).⁸

¹ Ryan, L. H., & Smith, J. (2009). Cognition and Health Disparities Over the Life Course: Longevity as an Example. In T. C. Antonucci, & J. S. Jackson (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics: Life-Course Perspectives on Late Life Health Inequalities* (Vol. 29, pp. 131-133). New York: Springer Publishing Company.

² Best, A. (2009). *Evidence: Examples & Explanations* (p. 105). Frederick: Aspen Publishers Online.

³ Nutley, S. M., Davies, H. T. O., & Smith, P. C. (2000). *What Works?: Evidence-Based Policy and Practice in Public*. Bristol: The Policy Press.

⁴ Nutley, S. (2003). *Bridging the policy/research divide: Reflections and Lessons from the UK*. Keynote paper at National Institute of Governance Conference, Canberra, Australia.

⁵ Davies, P. (2004). *Is evidence-based government possible?* Jerry Lee Lecture. Presented at the 4th Annual Campbell Collaboration Colloquium, Washington DC.

⁶ Asthana, S., & Halliday, J. (2006). *What Works in Tackling Health Inequalities?: Pathways, Policies and Practice Through the Lifecourse* (pp. 28–30). Bristol: The Policy Press.

⁷ Achinstein, P. (2005). *Scientific Evidence: Philosophical Theories and Applications* (pp. 38-39). Baltimore: JHU Press.

⁸ Silis, V. (2010). *Latvijas iedzīvotāju veselības uzvedība un dzīves kvalitāte* (Promocijas darbs). Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte.

Pārvaldība – uz zināšanām balstīta spēja rīkoties, noteikta mērķa sasniegšanai, iesaistot visplašāko dalībnieku loku. Tas ir process un rīcība kopīga labuma radīšanai, nodrošinot ilgtspējīgu attīstību un cilvēku dzīves kvalitāti.⁹

Pierādījums (*no angļu val. proof*) – pamatojums, kas norāda uz kaut kā atbilstību patiesībai un pierādīšanas veids, kas pārbauda pieņēmuma atbilstību patiesībai. Pierādījums ietver evidenču un citu pamatojumu izmantošanu, apstiprinot kaut kā patiesumu.¹⁰ Pierādījums nozīmē, ka pieņēmums ir patiess.

Psiho-sociālā pieeja (*no angļu val. psychosocial approach*) – pieeja veselības stāvokļa nevienlīdzības skaidrošanai, kur tiek pieņemts, ka sociālā nevienlīdzība var ietekmēt to, kā cilvēki jūtas psiholoģiski, kas savukārt var un ietekmē fiziskā ķermeņa procesus.¹¹

Sociālā pozīcija – indivīdam noteikta pozīcija sabiedrībā, kas ietekmē sociālo statusu. Indivīdam var būt vairākas sociālās pozīcijas, bet tikai viens sociālais statuss.

Subjektīvā evidence – ne vienmēr ir atkārtoti pārbaudāma, jo ietver arī personas objektīvo pieredzi vai priekšstatus, kas ir saistīti ar objektīviem pamatiem realitātē un atspoguļo personas realitātes redzējumu.¹² Promocijas darba ietvaros ar subjektīvo evidenci tiek saprasts cilvēku veselības stāvokļa un veselības stāvokļa ietekmējošo faktoru pašnovērtējums.

Subjektīvie faktoriem – mainīgie, kas raksturo indivīda dzīves kvalitātes, labklājības pašvērtējumu, indivīda funkcionalitātes, rīcības spēju, to kapacitātes pašvērtējumu (piemēram, laime, apmierinātība ar dzīvi, fiziskās vai mentālās veselības pašvērtējums).¹³ Faktoru lietojums balstās uz pieņēmumu, ka labklājība pamatā ir atkarīga no indivīdu pašnovērtējuma, jo indivīds ir tas, kas vislabāk spēj novērtēt to, kas viņam ir būtiskākais, kas ir labi un kas ir slikti.¹⁴

Uzvedības/kultūras pieeja (*no angļu val. behavioural/cultural approach*) – pieeja veselības stāvokļa nevienlīdzības skaidrošanai, kur tiek pieņemts, ka veselības stāvokļa nevienlīdzību

⁹ Ozoliņa, Ž., & Reinholde, I. (2009). *Laba pārvaldība* (lpp. 143, 151). Rīga: Zinātne.

¹⁰ McKeown, P. (2014). *Evidence* (pp. 6-7). Oxford: Oxford University Press.

¹¹ Stephens, C. (2008). *Health Promotion: A Psychosocial Approach*. (S. Payne, & S. Horn, Eds., pp. 61–63) Berkshire: McGraw-Hill International.

¹² Achinstein, P. (2005). *Scientific Evidence: Philosophical Theories and Applications* (pp. 38-39). Baltimore: JHU Press.

¹³ Sīlis, V. (2010). *Latvijas iedzīvotāju veselības uzvedība un dzīves kvalitāte* (Promocijas darbs). Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte.

¹⁴ Noll, H. H. (2000). *Social indicators and social reporting: the international experience*. Retrieved from <http://www.ccsd.ca/noll1.html>

veicina atšķirības sociālo šķiru uzvedībā. Pieeja iekļauj uzvedības faktorus, piemēram, diētas izvēle, medikamentu patēriņš, alkohola un tabakas patēriņš, brīvā laika aktivitātēs un citus.¹⁵

Veselības stāvokli ietekmējošie faktori – faktori, kas ietekmē vai var ietekmēt veselības stāvokli. Pastāv vairākas faktoru grupas: vecums, dzimums, iedzimtie faktori, individuālie dzīves faktori, sociālie un kopienas tīklu faktori, strukturālie faktori, sociāli ekonomiskie, kultūras un vides apstākļi.¹⁶

Veselības stāvokli ietekmējošie riska faktori – faktori, kas negatīvi vai potenciāli negatīvi var ietekmēt veselības stāvokli un var radīt veselības stāvokļa nevienlīdzības priekšnoteikumus. Riska faktori var būt indivīda uzvedības¹⁷ un arī vides noteikti.¹⁸

Veselības stāvoklis – slimības un vājuma neesamība, kā arī pilnīgs mentālās un fiziskās labklājības stāvoklis.¹⁹

Veselības stāvokļa nevienlīdzība – atspoguļo veselības statusa variācijas individuālā vai reģionālā līmenī, veselības statusa atšķirības starp indivīdiem vai grupām,²⁰ kas saistītas ar to nevienlīdzīgu pozīciju sabiedrībā²¹ vai apzīmē veselības stāvokļa nevienlīdzību starp dzimumiem, etniskajām vai citām sabiedrības grupām.²² Iekļauj ietekmējošo faktoru izpratni,²³ kur sociālās un ekonomiskās atšķirības starp indivīdiem saistītas ar veselības stāvokļa atšķirībām starp tiem.²⁴

¹⁵ Chandola, T., & Marmot, M. G. (2010). Socio-economic Position and Health. In A. Steptoe, K. E. Freedland, J. R. Jennings, M. M. Llabre, S. B. Manuck, & E. J. Susman, *Handbook of Behavioral Medicine: Methods and Applications* (pp. 313–314). New York: Springer.

¹⁶ Ibid.

¹⁷ World Health Organization. (2002). *The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life* (p. 150). Geneva: World Health Organization.

¹⁸ Eyal, N., Hurst, S. A., Norheim, O. F., & Wikler, D. (2013). *Inequalities in Health: Concepts, Measures, and Ethics* (p. 6). New York: Oxford University Press.

¹⁹ World Health Organization. (1946). *Official Records of the World Health Organization* (p. 100).

²⁰ Kawachi, I., Subramanian, S. V., & Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *The Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(9), 647–652.

²¹ Graham, H. (2009). *Understanding Health Inequalities* (2nd ed., pp. 2–4). Berkshire: Open University Press.

²² Graham, H. (2007). *Unequal Lives: Health And Socioeconomic Inequalities* (pp. 99–100). Berkshire: Open University Press.

²³ Graham, H. (2009). *Understanding Health Inequalities* (2nd ed., pp. 3–4). Berkshire: Open University Press.

²⁴ Andresen, E., & DeFries Bouldin, E. (2010). *Public Health Foundations: Concepts and Practices* (pp. 388–389). USA: John Wiley & Sons.

IEVADS

Rīcībpolitikas var tikt īstenotas dažādos līmeņos, piemēram, reģionālajā, nacionālajā, starptautiskajā, un rīcībpolitikas var tikt īstenotas dažādās jomās, piemēram, labklājības, veselības, aizsardzības un citās. Kopumā gan veselības jomas jautājumos un arī citās sabiedrībai svarīgās jomās ir mainījušās pieejas rīcībpolitikas veidošanai. Sabiedrība arvien vairāk uzmanības pievērš labas pārvaldības principiem, rīcībpolitiku pamatotībai, skaidriem rīcībpolitiku ietekmes novērtējumiem, un aizvien biežāk daudzi no saturiskiem rīcībpolitiku jautājumiem tiek identificēti kā starpsektoru rīcībpolitikas jautājumi. Arī veselības stāvoklis tā daudzdimensionālās dabas dēļ paredz rīcībpolitiku starpsektoru pieeju un starpdisciplināritāti šī jautājuma pētniecības ietvaros.

Tēmas izvēles pamatojums un darba aktualitāte

Mūsdienās cilvēki dzīvo ilgāk un to veselības stāvoklis ir uzlabojies. Taču līdztekus pastāv veselības stāvokļa nevienlīdzība un mūsdienās, attīstoties sabiedrībai, rodas nevienlīdzības pieauguma iespējamība, jo sabiedrības attīstība ir priekšnoteikums nevienlīdzības apstākļiem. Veselības stāvoklis un veselības stāvokļa nevienlīdzība ir daudzdimensionāli, jo tie ietekmē daudzus aspektus un tiek ietekmēti no daudziem aspektiem. Tie var ietekmēt kā sociālos, tā ekonomiskos procesus, un dažāda veida sociālie un ekonomiskie faktori var būt kā priekšnoteikumi veselības stāvoklim un veselības stāvokļa nevienlīdzībai.

Pētījumi par sociāli ekonomiskās labklājības ietekmi uz veselības stāvokli ir būtiski rīcībpolitikas īstenotājiem valstīs, kur pastāv demogrāfiskie apstākļi, kas negatīvi ietekmē ekonomisko attīstību dažādās jomās, ierobežoti resursi un ir kritiska situācija, nodrošinot ar veselību saistītos labumus esošo veselības aprūpes resursu ietvaros.²⁵ Veselības stāvokļa sociāli ekonomiskās nevienlīdzības pastāv lielākajā daļā pasaules reģionu, neskatoties uz tirgus uzlabojumiem attiecībā uz veselību un dzīves standartiem.²⁶ „Tiesības uz veselību ir viena no cilvēka pamattiesībām. Arī Latvijas Republikas Satversmes 111.pantā ir noteikts, ka „valsts aizsargā cilvēku veselību”. Arī Eiropas Kopienas dibināšanas līguma 152.pantā teikts, ka

²⁵ Fotso, J. C., & Kuate-Defo, B. (2005). Measuring socioeconomic status in health research in developing countries: should we be focusing on households, communities or both? *Social Indicators Research*, 72(2), 189–237.

²⁶ OECD. (2008). *Inequalities in Health Care Use in OECD countries*. Retrieved from Organisation for Economic Co-operation and Development: <http://www.oecd.org/health/inequalities>

„nosakot un īstenojot visu Kopienas politiku un darbības, ir jānodrošina augsts cilvēku veselības aizsardzības līmenis”.²⁷

Veselības stāvokļa nevienlīdzība ir ne tikai pretrunā ES pamatvērtībām, bet arī pretrunā kopējām sabiedrības taisnīguma vērtībām, sabiedrības funkcionalitātei, kopējiem sabiedrības sociālās un ekonomiskās attīstības priekšnosacījumiem, kas ir rīcībpolitiku veidošanas pamata principi. Tādā veidā būtiski runāt par veselības stāvokļa nevienlīdzību sabiedrības ietvaros un attiecīgās rīcībpolitikas veidošanu, definējot faktisko situāciju, kā arī rodot iespējas situācijas uzlabošanai.

Veselības stāvokļa nevienlīdzība viens no aktuālākajiem šī brīža jautājumiem. Par to liecina šim jautājumam prioritāras lomas piešķiršana dažādu politiku ietvaros un publiskie paziņojumi. Eiropas veselības un patērētāju aizsardzības politikas komisārs Dž.Dalli (J.Dalli) uzskata, ka nevienlīdzības samazināšanai veselības jomā ir prioritārā loma.²⁸ Eiropas nodarbinātības, sociālo lietu un sociālās integrācijas politikas komisārs L.Andors (L.Andor) uzskata, ka pastāvošā nevienlīdzība veselības jomā nav taisnīga un tā rada nozīmīgas ekonomiskās un sociālās izmaksas.²⁹ Pamatojoties uz ES Pamattiesību hartas 35. pantu, ES tiek noteikta apņemšanās nodrošināt augstu cilvēku veselības aizsardzības līmeni.³⁰

Jautājuma aktualitāti Latvijas kontekstā apstiprina saistošā statistika, kur Latvijas veselības aprūpes sistēmai ir viens no sliktākajiem novērtējumiem Eiropā, vidējais paredzamais mūža ilgums ir 72,2 gadi, kas ir otrais zemākais ES. Latvijā pastāv saskarsme ar nopietnām sabiedrības veselības problēmām, piemēram, augstā HIV saslimstība, alkohola patēriņš un viens no augstākajiem pašnāvību rādītājiem pasaulē,³¹ vieni no augstākajiem mirstības rādītājiem Eiropā, vīriešu paredzamais mūža ilgums ir pēdējos sešus un sievietēm pēdējos trīs gadus zemāks nekā vidējais ES, vairāk kā 10% iedzīvotāju savu veselību vērtē kā sliktu vai ļoti sliktu, viena no lielākajiem zīdaiņu mirstības proporcijām pret jaundzimušo skaitu, viens no

²⁷ Ministru kabinets. (2014). *Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2014.-2020.gadam*. Izgūts no <http://polsis.mk.gov.lv/LoadAtt/file9234.doc>

²⁸ European Commission. (2010). *John Dalli*. Retrieved from http://ec.europa.eu/commission_2010-2014/dalli/index_en.htm

²⁹ Foundation Focus. (2010). *How are you? Quality of life in Europe*. Retrieved from <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2010/26/en/2/EF1026EN.pdf>

³⁰ Eiropas Parlaments. (2007). *Eiropas Savienības Pamattiesību harta*. Retrieved from <http://eur-lex.europa.eu/lv/treaties/dat/32007X1214/htm/C2007303LV.01000101.htm>

³¹ EuroHealthNet. (n.d.). *Latvia*. Retrieved from http://www.health-inequalities.eu/HEALTHY/EN/about_hi/health_inequalities/latvia/

augstākajiem smēķējošo jauniešu rādītājiem ES.³² Taču statistika norāda arī uz jautājuma daudzdimensionalitāti, jo kontrolējot citus mainīgos var konstatēt, ka pastāv atšķirības starp sociāli ekonomisko mainīgo grupām un veselības stāvokli raksturojošo statistiku.^{33 34}

Neskatoties uz daudzdimensionālo ar veselības stāvokli un veselības stāvokļa nevienlīdzību saistīto problemātiku, Latvijā ir maz zinātnisko pētījumu, kas veltīti tās izpētei, īpaši maz to ir sociālajās zinātnēs un politikas zinātnē. Līdzšinējā pētnieciskā prakse ne tikai Latvijā, bet arī citās pasaules valstīs norāda uz pētnieciskā lauka ierobežojumiem. Pārsvārā līdzšinējos pētījumos tiek veikta kāda konkrēta veselības stāvokli ietekmējoša faktora vai faktoru grupas izpēte, atsevišķu sociāli ekonomisko vai demogrāfisko sabiedrības grupu izpēte, taču promocijas darbs orientēts uz daudzpusīgāku skatījumu. Pārsvārā visos līdzšinējos zinātniskajos pētījumos Latvijā tiek norādīts datu ierobežotības apstākļi. Latvijā ir veikti pētījumi arī par veselības stāvokļa pašnovērtējumu, kur raksturīga vairāku datu kopu izmantošana un analīzes fokuss nav veselības stāvokļa nevienlīdzības problemātikas izpēte, bet metodoloģijas aprobācija,³⁵ pastāv pētījumi, kur tiek analizēts viens no veselības stāvokli ietekmējošajiem aspektiem un tikai atsevišķa sabiedrības daļa,^{36 37} tiek analizēta viena no veselības stāvokli ietekmējošajām faktoru grupām,³⁸ veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības aspekti,³⁹ konkrētas saslimstības aspektu saistība ar sociāli ekonomiskajiem aspektiem,^{40 41} un citi. Taču promocijas darbs ietver plašāku skatījumu uz veselības stāvokli ietekmējošajiem faktoriem veselības stāvokļa pašnovērtējuma kontekstā.

³² European Commission. (2013). *Health inequalities in the EU*. Retrieved from http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/healthinequalitiesineu_2013_en.pdf

³³ Monden, C. W. S. (2004). Socioeconomic health inequalities in Latvia: a cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(3), 217–223.

³⁴ European Commission. (2013). *Health inequalities in the EU*. Retrieved from http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/healthinequalitiesineu_2013_en.pdf

³⁵ Možajeva, I. (2012). *Latvijas un Eiropas iedzīvotāju pašnovērtētās veselības modeļi un veselības riska faktori* (Promocijas darbs). Rīga: Latvijas Universitāte.

³⁶ Turpat.

³⁷ Kaupužs, A. (2011). *Fiziskās aktivitātes veselības veicināšanai 60-75 gadus veciem cilvēkiem* (Promocijas darbs). Rīga: Latvijas Sporta pedagoģijas akadēmija

³⁸ Monden, C. W. S. (2004). Socioeconomic health inequalities in Latvia: a cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(3), 217–223.

³⁹ Karaškēvica, J. (2004). *Latvijas veselības aprūpes sistēmas reforma un iedzīvotāju veselība laikposmā no 1993.gada līdz 2003.gadam* (Promocijas darbs). Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte.

⁴⁰ Strēle, I. (2007). *Cukura diabēta pacientu sociāli ekonomiskā stāvokļa ietekme uz glikēmijas kontroli* (Promocijas darbs). Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte.

⁴¹ Renemanis, R. (2015). *Latvijas onkoloģijas sistēmas sociāli ekonomiskais izvērtējums Eiropas reģionos* (Promocijas darbs). Daugavpils: Daugavpils Universitāte.

Tajā pat laikā, darba centrālais fokuss ir attiecībā uz evidencēs balstītu rīcībpolitiku, kas tiek pārbaudīts veselības rīcībpolitikā. Darbs fokusējas uz rīcībpolitikas modernizāciju, kur pastāv atkāpšanās no tādām rīcībpolitikām, kas konstruētas uz politiskās ideoloģijas pamata, pievēršoties racionālai lēmumu pieņemšanai.⁴² Pētījumos un teorētiskajā literatūrā tiek runāts vismaz par divām evidenču perspektīvām: objektīvo un subjektīvo, taču šīs abas perspektīvas var noteikt objektīvo saturu rīcībpolitikām, ja tās atbilst evidences izpratnei.⁴³ Promocijas darbam saistošā evidenču perspektīva ir subjektīvā, ar to saprotot veselības stāvokļa pašnovērtējumu. Par evidences subjektīvās uztveres nozīmīgumu liecina, piemēram, tas, ka cilvēki var justies labi iepretī objektīvajiem faktoriem viņu dzīvē un tas var un arī ietekmē objektīvās norises viņu dzīvē.⁴⁴ Ir apstiprināts tas, ka veselības stāvokļa pašnovērtējums var būt kā mainīgais, prognozējot un nosakot cilvēku veselības aprūpes sistēmas iespēju izmantošanu, mirstību un citus būtiskus veselības stāvokli raksturojošos mainīgos.⁴⁵ Pastāv sakarība starp objektīvajiem veselības stāvokli raksturojošajiem datiem un veselības stāvokļa pašnovērtējumu, jo kopējais veselības stāvokļa pašnovērtējums iekļauj visus veselības stāvokli raksturojošos aspektus un pašsajūtai ir ietekme uz veselības stāvokli.⁴⁶ Visbiežāk veselības stāvokļa pašnovērtējums rīcībpolitiku ietvaros ir ignorēts aspekts⁴⁷, datu un informācijas ierobežotības dēļ, finanšu ierobežojumu dēļ, citi aspekti tiek uztverti kā būtiskāki un citu iemeslu dēļ. Tas norāda uz noteikto rīcībpolitiku pretrunu izpratnei par evidencēs balstītu rīcībpolitiku, pretrunu labas pārvaldības principiem un pretrunu atspoguļojot sabiedrības vēlmes un vajadzības.

Evidencēs balstīta rīcībpolitika ir nepieciešama, jo tā nosaka noteikto rīcībpolitiku pamatotību, kas attiecīgi ir priekšnoteikums ne tikai darbībai sabiedrības interesēs, bet arī nosaka valsts funkcionalitātes kapacitāti. Evidenču trūkums norāda uz rīcībpolitiku nepamatotību, kas var būt pretrunā vispārējās attīstības principiem un pretrunā sabiedrības vēlmēm un vajadzībām.

⁴² Simons, H. (2003). Evidence-based practice: panacea or over promise? *Research Papers in Education*, 18 (4), 303–311.

⁴³ Killoran, A., & Kelly, M. P. (2010). *Evidence-based Public Health: Effectiveness and Efficiency* (p. 148). Oxford: Oxford University Press.

⁴⁴ Veenhoven, R. (2010). How universal is happiness? In E. Diener, J. F. Helliwell, & D. Kahneman (Eds.), *International differences in well-being*. Oxford and New York: Oxford University Press.

⁴⁵ DeSalvo, K. B., Fan, V. S., McDonnell, M. B., & Fihn, S. D. (2005). Predicting Mortality and Healthcare Utilization with a Single Question. *Health Services Research*, 40(4), 1234–1246.

⁴⁶ Wahl, H. W. (2006). *The Many Faces of Health, Competence and Well-Being in Old Age: Integrating Epidemiological, Psychological and Social perspectives* (p. 258). Netherlands : Springer.

⁴⁷ Diener, E., Lucas, R., Schimmack, U., & Helliwell, J. (2009). *Well-being for Public Policy* (p. 144). Oxford: Oxford University Press.

Pamatotību un uz zināšanām balstītu spēju rīkoties skaidro evidencēs balstītas rīcībpolitikas pieeja, kas ir darba centrālais fokuss.

Veselības stāvokļa nevienlīdzība aplūkojama arī kā sociālo zinātņu priekšmets, jo mūsdienās dažāda veida sociālie un ekonomiskie dzīves procesi ir ar lielāko ietekmi uz cilvēku veselības stāvokli.⁴⁸ Rīcībpolitiku ietekme uz veselības stāvokli var būt ļoti būtiska, un jebkura veida rīcībpolitikai būtu jābūt evidencēs balstītai.⁴⁹ Pētījumos par veselības stāvokļa nevienlīdzību tiek meklēti iemesli tam, kādēļ viens indivīds ir veselāks par otru, kādēļ viena sabiedrība ir veselāka par otru, rodot evidences, kas var kalpot par pamatu sabiedrības interesēs.⁵⁰ Veselības stāvokļa nevienlīdzības izvērtējums darba ietvaros tiek uzverts kā alternatīvs redzējums, kā alternatīvu risinājumu meklējumu kopums, noteikto ierobežojošo sociāli, ekonomisko apstākļu kontekstā.

Būtiski promocijas darba izpētes ietvaros ir tas, kā uzlabot veselības stāvokli un samazināt veselības stāvokļa nevienlīdzību sabiedrībā. Rīcībpolitikām būtu jābūt vērstām uz sabiedrību kopumā, neatkarīgi no pētniecības līmeņa evidences attiecināmas uz sabiedrību.⁵¹ Šī darba ietvaros uzmanība vērsta uz individuālā veselības stāvokļa pašnovērtējuma izpēti, izlases vispārinošā rakstura dēļ rezultātus attiecinot uz Latvijas sabiedrību. Līdzīgu pētījuma ideju pamatā ir indivīdu veselības stāvokļa identificēšana un esošo vai bijušo atšķirību noteikšana starp dažādiem sociāli ekonomiskajiem mainīgajiem.⁵² Taču pamata grūtības rīcībpolitiku ietvaros rodas ar to kā ietekmēt noteikto indivīdu grupu, novēršot veselības stāvokļa riskus. Veselības stāvokļa nevienlīdzība nav fiksēta situācija tā ir jūtīga attiecībā uz dažāda veida atšķirībām starp indivīdiem un mainīga, mainoties laikam.⁵³ Attiecīgi, tādēļ ir nepieciešama rīcībpolitiku elastīga reakcija.

⁴⁸ Murray, C. J. L., Gakidou, E. E., & Frenk, J. (1999). Health inequalities and social group differences: what should we measure? *Bulletin of the World Health Organization*, 77(7), 537–542.

⁴⁹ Brownson, R. C., Baker, E. A., Leet, T. L., Gillespie, K. N., & True, W. R. (2004). *Evidence-Based Public Health* (pp. 3–24). Oxford: Oxford University Press.

⁵⁰ Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099–1104.

⁵¹ Israel, B. A., Schulz, A. J., Parker, E. A., & Becker, A. B. (1998). Review of community-based research: Assessing Partnership Approaches to Improve Public Health. *Annual review of public health*, 19, 173–202.

⁵² Fuchs, V. R., (2004). Reflections on the socio-economic correlates of health. *Journal of Health Economics*, 23(4), 653–661.

⁵³ Brownson, R. C., Baker, E. A., Leet, T. L., Gillespie, K. N., & True, W. R. (2004). *Evidence-Based Public Health* (p. 184). Oxford: Oxford University Press.

Veselības stāvoklis ietver sevī fizisko, mentālo un sociālo indivīda funkcionēšanu un labklājību.⁵⁴ Veselības stāvokli ietekmē dažāda veida riska faktori, kas arī nosaka veselības stāvokli negatīvi ietekmējošos rezultātos rādītājus un veselības stāvokļa nevienlīdzības rašanās priekšnoteikumus.⁵⁵ Ar veselību Pasaules Veselības organizācija saprot slimības un vājuma neesamību, kā arī pilnīgu mentālās un fiziskās labklājības stāvokli.⁵⁶ Tomēr, veselības jēdziens ir plašs, kas rada būtiskas grūtības, veicot noteiktā jēdziena operacionalizāciju, t.s. nosakot labas un sliktas veselības robežšķirtni. Tādā veidā tieši pētījumi par veselības stāvokļa nevienlīdzību var atspoguļot problemātiku. Citiem vārdiem sakot, ir grūti noteikt, kas ir veselība, laba vai sliktā veselība mērāmās indikācijās, taču diezgan skaidri ir iespējams identificēt veselības stāvokļa nevienlīdzības esamību vai neesamību, kas attiecīgi dot iespēju spriest par ar veselības stāvokli saistīto problemātiku. Tieši pievēršoties veselības stāvokļa nevienlīdzības izpētei ir iespējams ne tikai pētīt konkrēto jautājumu kā mūsdienu aktuālu problēmu, bet arī skaidri identificēt veselības stāvokļa nevienlīdzību savstarpējās salīdzināšanas procesā.

Rīcībpolitiku stratēģiskās plānošanas ietvaros būtiski ir ne tikai noskaidrot vai un kāda veselības stāvokļa nevienlīdzība pastāv, bet arī nepieciešams izprast cēloņsakarības, nosakot ietekmējošos faktorus, jo pastāv arī vairākas veselības stāvokļa nevienlīdzības novērtējuma pieejas.⁵⁷ Visbiežāk, skaidrojot veselības stāvokļa nevienlīdzību, tās rašanās, ietekmes faktorus un sekojošās rīcībpolitikas, tiek runāts par četrām pieejām: uzvedības/ kultūras, materiālistu, psiho-sociālais, dzīves gājuma.⁵⁸ Katra pieeja piedāvā savu cēloņsakarību skaidrojumu veselības stāvokļa nevienlīdzības esamībai. Uzvedības/ kultūras pieejas ietvaros tiek pieņemts, ka veselības stāvokļa nevienlīdzību veicina atšķirības sociālo šķiru uzvedībā. Materiālistu pieejas ietvaros, ka veselības stāvokļa nevienlīdzību veicina nabadzība, cilvēku finansiālais stāvoklis un to atšķirības. Psiho – sociālā pieejas ietvaros tiek pieņemts, ka sociālā nevienlīdzība var ietekmēt to, kā cilvēki jūtas psiholoģiski, kas var un arī ietekmē fiziskā ķermeņa procesus. Dzīves gājuma pieejas ietvaros, ka visas sociālās, psiho-sociālās, bioloģiskās priekšrocības vai ierobežojumi

⁵⁴ Stewart, A. L., & Ware, J. E. (1998). *Measuring Functioning and Well-being: The Medical Outcomes Study Approach* (pp. 18–20). USA: Duke University Press.

⁵⁵ World Health Organization. (2002). *The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life* (p. 150). Geneva: World Health Organization.

⁵⁶ World Health Organization. (1946). *Official Records of the World Health Organization* (p.100).

⁵⁷ Novick, L. F., & Morrow, C. B. (2002). *Defining public health: historical and contemporary developments* (pp. 1–31). Jones and Bartlett Publishers.

⁵⁸ Bartley, M. (2004). *Health Inequality: An Introduction to Theories, Concepts and Methods*. Cambridge: The Policy Press.

ietekmē veselības stāvokļa nevienlīdzību, skatot individuālās pieredzes kontekstā.⁵⁹ Visas pieejas tiks izmantotas, veicot veselības stāvokļa nevienlīdzības ietekmējošo faktoru operacionalizāciju.

Veselības stāvokļa nevienlīdzības pastāvēšana liecina par to, ka veselības aprūpes pakalpojumi neaizsargā cilvēkus no veselības stāvokļa sekām, kas ir saistīti ar dažādiem sociāli ekonomiskajiem faktoriem.⁶⁰ Veselības stāvokļa nevienlīdzības novēršana rīcībpolitikas ietvaros ir sarežģīts mērķis, jo nevienlīdzībai nereti ir cieša saikne ar tādiem faktoriem kā labklājība, izglītība, ienākumi, vide un citiem, kas nevar tikt novērsts vienkāršā veidā, īstenojot noteiktas rīcībpolitikas veselības aprūpes sistēmas ietvaros.⁶¹ Taču rīcībpolitikām var būt izšķiroša loma nevienlīdzības radīto, potenciālo un postošo rezultātu vai iemeslu novēršanā vai likvidēšanā.⁶² Sabiedrības rīcībpolitikām ir jābūt formulētām tādā veidā, lai tās varētu ietekmēt indivīdu dzīves realitāti un indivīda dzīves realitātes viens no būtiskiem aspektiem ir pašnovērtējums. Tas norāda uz to, ka veselības stāvokļa nevienlīdzība ir starpsektoru rīcībpolitikas jautājums, jo veselības stāvokļa nevienlīdzību ir iespējams ietekmēt, "sinchronizējot" dažāda līmeņa, dažādu jomu rīcībpolitikas un dažādos rīcībpolitikas aspektus. Attiecīgi šis pētījums ir balstīts uz starpdisciplināru pieeju.

Darba mērķis, izpētes jautājumi un hipotēzes

Promocijas darba *pētījuma objekts* ir Latvijas iedzīvotāju veselības stāvokļa nevienlīdzība.

Promocijas darba *mērķis* ir *izprast un analizēt to, pirmkārt, kāda veida veselības stāvokļa nevienlīdzība pastāv Latvijā, otrkārt, kādi faktori ir ar vislielāko ietekmi un treškārt, sniegt analītisku vērtējumu provizorisko rīcībpolitiku un lēmumu ietvaros*. Nevienlīdzības izcelsme saistāma ar dažāda veida augstākminētajiem faktoriem rīcībpolitiku un pieņemto lēmumu ietvaros vai neatkarīgi no tiem. Tādējādi nepieciešams apzināt esošās nevienlīdzības, izcelsmes iemeslus, piedāvājot iespējamās alternatīvas lēmumu un rīcību ietvaros nākotnes perspektīvā vai konstatējot ietekmes ierobežojumus.

⁵⁹ Ibid.

⁶⁰ Bakker, M., & Mackenbach, J. (2004). *Reducing Inequalities in Health: A European Perspective* (p. 35). USA: Routledge.

⁶¹ Killoran, A., & Kelly, M.P. (2010). *Evidence-based Public Health: Effectiveness and Efficiency* (pp. 63–64). Oxford: Oxford University Press.

⁶² Eurostat. (2015). Life expectancy at birth, by sex. Retrieved from <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=en&pcode=tps00025>

Izpētes jautājumi saistīti ar darba mērķi. Atbilstoši darbā tiek izvirzīti trīs izpētes jautājumi, kas nosaka darba struktūru:

1) Kāda veselības stāvokļa nevienlīdzība pastāv Latvijā starp iedzīvotājiem?

Saskaņā ar iepriekš teikto, ar lielu varbūtību var pieņemt, ka veselības stāvokļa nevienlīdzība pastāv un pastāv arī Latvijā. Taču ir jāgūst skaidrs apstiprinājums, kas neaprobežojas ar intuitīvu pieņēmumu, ir jānosaka, kāda veida nevienlīdzība pastāv, cik liela tā ir un starp kādām demogrāfiskām grupām. Ir veikti pētījumi arī Latvijas kontekstā, piemēram, HEPRO⁶³ projekta ietvaros, taču veidota izlase tikai trīs pilsētu ietvaros. Ir statistika, kas apliecina nevienlīdzības esamību, bet tiek kontrolēti tikai atsevišķi mainīgie, piemēram, dzimums vai vecums. Tāpat, ir būtiski apzināt nevienlīdzības apmērus, jo rīcībpolitiku un lēmumu ietvaros skaidri jāapzinās ietekmes iespējas un prioritātes. Konkrētais izpētes jautājums ir saistīts ar veselības stāvokļa nevienlīdzības līmeņa noteikšanu. Pastāv mēģinājums noteikt kāda un cik liela nevienlīdzība pastāv, vērtējot nevienlīdzību starp demogrāfisko mainīgo grupām. Piemēram, vai pastāv kāda noteikta līmeņa nevienlīdzības proporcija starp dzimumiem, vecuma grupām un citiem izpētē iekļautajiem demogrāfiskajiem mainīgajiem, kur šī nevienlīdzības proporcija ir lielāka un kur tā ir mazāka, attiecīgi iespējams konstruēt prioritātes. Izpētē iekļautie demogrāfiskie mainīgie tiks izvēlēti, balstoties uz darba teorētisko ietvaru un iepriekšējām empīriskās izpētes praksēm. Atbilstoši katram no izvirzītajiem izpētes jautājumiem tiek izvirzīts pakārtotais darba hipotētiskais pieņēmums. Konkrētajam izpētes jautājumam pakārtotais hipotētiskais pieņēmums ir (H1): *lielākā veselības stāvokļa nevienlīdzības proporcija pastāv starp dzimumiem, iekļauto demogrāfisko mainīgo kontekstā*. Dzimums tiek iekļauts hipotēzē kā potenciāli primārais ietekmējošais demogrāfiskais mainīgais, jo statistikas dati liecina par būtiskām veselības stāvokļa atšķirībām starp dzimumiem. Piemēram, Latvijā vidējais paredzamais mūža ilgums vīriešiem ir par aptuveni 10 gadiem īsāks nekā sievietēm, vidējais paredzamais mūža ilgums vīriešiem ir par aptuveni 10 gadiem īsāks nekā ES valstīs vidēji un šī atšķirību proporcija nav tik liela attiecībā uz sieviešu vidējo paredzamo mūža ilgumu, sieviešu mirstības rādītāji ir zemāki nekā vīriešu.⁶⁴ Arī statistikas dati, kas attiecas uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu norāda uz būtiskām atšķirībām starp dzimumiem, piemēram, starp ES valstīm

⁶³ ES programmas atbalstīts projekts, īstenošana laika posmā no 2005. līdz 2007. gadam, iekļauj 32 partnerus no 8 valstīm ar mērķi integrēt veselības aspektus telpiskajā plānošanā un attīstībā.

⁶⁴ Eurostat. (2015). Life expectancy at birth, by sex. Retrieved from <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=en&pcode=tps00025>

tieši Latvijā ir viena no lielākajām atšķirībām hronisko veselības problēmu novērtējumā starp dzimumiem.⁶⁵ Vairākas statistisko datu tendences norāda uz dzimumu kā potenciāli būtiskāko ietekmējošo demogrāfisko mainīgo attiecībā uz veselības stāvokli.

2) *Kāds ir visbūtiskākais sociāli ekonomiskais faktors veselības stāvokļa nevienlīdzībai Latvijā?*

Veselības stāvokļa nevienlīdzība ir komplekss fenomens – tas ietekmē daudzus procesus, un to ietekmē daudzi faktori. Rīcībpolitikas, kas vērstas uz veselības stāvokļa nevienlīdzības mazināšanu nevar tikt īstenotas vienkāršoti tiešā veidā, piemēram, palielinot akcīzes nodokli, lai mazinātu smēķētāju skaitu, vai, palielinot veselības aprūpes izdevumus, bez skaidra redzējuma par prioritātēm. Ņemot vērā promocijas darba mērķi, sniegt analītisku vērtējumu rīcībpolitiku un lēmumu ietvaros, ir nepieciešams identificēt pamatojumu un dažādu faktoru savstarpējo saikni. Tādā veidā ir jārunā ne tikai par nevienlīdzības esamību vai neesamību, tās lielumu un atšķirībām starp demogrāfiskajām grupām, bet arī par nevienlīdzības kontekstu pēc būtības. Atbilstoši izpētes jautājumam darba tiek noteikts hipotētisks pieņēmums (H2): *visbūtiskākais faktors veselības stāvokļa nevienlīdzībai Latvijā ir iedzīvotāju dzīves un darba apstākļi*. Dzīves un darba apstākļu faktors ietver tādus aspektus kā ienākumi, patēriņš, labumi un pirktspēja. Ietvertā dzīves un darba apstākļu alternatīva izpētes ietvaros neaprobežo citu alternatīvu analīzi, piemēram, izvērtējot faktorus pēc to ietekmes prioritārā secībā, kas var būt nozīmīgi konstruējot rīcībpolitiku stratēģijas. Jautājums saistīts ar ietvertajām veselības stāvokļa nevienlīdzību skaidrojošajām pieejām, kur viena no četrām pieejām ir materiālistu, kas nosaka kā primāro nevienlīdzības noteicošo faktoru tieši materiālo aspektu. Izpētē iekļautie faktori noteikti saskaņā ar darba teorētisko ietvaru un konstruēto metodoloģiju. Faktoru noteikšana nodrošina jautājuma operacionalizēšanu. Atbildot uz formulēto jautājumu, tiks noteikts būtiskākais ietekmes faktors un visu faktoru ietekmes būtiskuma secība. Rezultātā varēs noteikt ietekmes faktoru hierarhiju, atbilstoši vērtējot prioritātes un nosakot pieeju, kas visvairāk raksturo situāciju Latvijā. Attiecīgi, konkrētā jautājuma izpēte ir būtiska stratēģisko rīcībpolitiku ietvaros un ir saskaņā ar promocijas darba mērķi.

3) *Vai Latvijas Republikas Veselības ministrijas rīcībpolitikas ir saskaņā ar konstatētajām veselības stāvokļa nevienlīdzības tendencēm Latvijā?*

⁶⁵ Eurostat. (2015). Self-perceived health statistics. Retrieved from http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Self-perceived_health_statistics

Atbilstoši promocijas darba mērķim tiek noteikta nepieciešamība sniegt analītisku vērtējumu provizorisko rīcībpolitiku un lēmumu ietvaros. Lai būtu iespējams konstruēt analītisko vērtējumu, ir jānoskaidro esošās situācijas saturs. Kā tika iepriekš minēts, veselības stāvokļa nevienlīdzība ir daudzdimensionāla, tā ietekmē dažāda veida sociāli ekonomiskos procesus un tiek ietekmēta no dažāda veida sociāli ekonomiskajiem procesiem. Attiecīgi, dažāda veida rīcībpolitikas, ietekmējot sociāli ekonomiskos procesus, var un arī ietekmē veselības stāvokļa nevienlīdzību. Taču tieši Latvijas Republikas Veselības ministrijas kompetencē ir Latvijas veselības nozares politika. Atbilstoši Veselības ministrijas rīcībpolitikām būtu jābūt saskaņā un vērstām uz veselības stāvokļa nevienlīdzības mazināšanu. Veselības ministrijas kompetencē ietilpst valsts veselības nozares politikas izstrāde, kā arī veselības politikas īstenošanas organizēšana, koordinēšana un pārraudzība.⁶⁶ Jebkura veida rīcībpolitikai būtu jābūt saskaņā un pamatotai evidencēs, tiks vērtēta izstrādāto rīcībpolitiku atbilstība konstatētajām tendencēm. Darba ietvaros tiek noteikts hipotētisks pieņēmums (H3): *lielākā daļa konstatēto tendenču nav ņemtas vērā Latvijas Republikas Veselības ministrijas rīcībpolitikās*. Šādas sakarības gadījumā noteiktās evidences klasificējamas kā negatīvās evidences, kas ir pakļautas riskam tikt nepamanītas, ignorētas. Izpēte ir skaidri strukturēta un pētījuma ievadelementi ir savstarpēji pakārtoti saistīti starp izpētes posmiem (skatīt 18.pielikumu).

Darba novitāte, zinātniskā un praktiskā nozīmība

Pētījuma tēma ir aktuāla un inovatīva, jo veselības stāvokļa nevienlīdzību ietekmē daudzi faktori un tā ietekmē daudzus faktoros, un sabiedriski nozīmīgus procesus. Citiem vārdiem sakot, pastāv savstarpējā mijiedarbība starp veselības stāvokļa nevienlīdzību, faktoriem un sabiedriski nozīmīgiem procesiem. Veselības stāvokļa nevienlīdzība, ņemot vērā tās un uz to paplašināto ietekmi, var kalpot kā alternatīvs redzējums un alternatīvs risinājums resursu ierobežotības apstākļos, iegūstot rezultatīvos rādītājus. Par aktualitāti liecina Latvijas rīcībpolitikas dokumentos noteiktais: “Latvijā nav pietiekamu vides veselības jomas zinātnisko pētījumu, kas integrētu dažādas ietekmes, kurām cilvēks ir pakļauts dzīves laikā – apkārtējās vides faktori, dzīves un darba vides kvalitāte, iedzimtība, dzīvesveida paradumi u.c.”⁶⁷

⁶⁶ Latvijas Republikas Veselības ministrija. (2012). *Nozare*. Izgūts no <http://www.vm.gov.lv/lv/nozare/>

⁶⁷ Ministru kabinets. (2014). *Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.-2020.gadam*. Izgūts no <http://polsis.mk.gov.lv/LoadAtt/file9234.doc>

Promocijas darbs paredz ieguldījumu vairākos aspektos veselības rīcībpolitiku teorētisko ideju un empīrisko pētījumu attīstībā Latvijā. Novitāte skatāma no vairākiem darbā iekļautajiem aspektiem.

- Daba teorētiskajā daļā tiks veikts evidencēs balstītas rīcībpolitikas kritisks iztirzājums, kura ietvaros veikta jēdziena "evidence" padziļināta analīze. Padziļināti tiks analizēti arī tādi jēdzieni kā "veselības stāvoklis", "veselības stāvokļa nevienlīdzība" un "veselības stāvokļa pašnovērtējums". Tas paredz ieguldījumu pētījumu attīstībā Latvijā un ieguldījumu rīcībpolitiku praksē, nodrošinot izpratni par evidencēs balstītas rīcībpolitikas pieeju un jēdzieniem to konsekventai lietošanai.

- Darba teorētiskajā daļā tiek veikts veselības stāvokļa nevienlīdzību ietekmējošo faktoru kritisks iztirzājums, iekļaujot faktoru modeli un veselības stāvokļa nevienlīdzību skaidrojošās pieejas. Izvērtējuma rezultātā tiks noteikti iespējamie veselības stāvokļa nevienlīdzību ietekmējošie faktori, nosakot savstarpēji saistītas teorētiskās dimensijas un uz šī pamata tiks konstruēts apkopojošs modelis. Apkopojošais modelis nodrošinās daudzpusīgu skatījumu uz veselības stāvokļa nevienlīdzību ietekmējošajiem faktoriem un operacionalizācijas iespējas. Tas paredz ieguldījumu pētījumu attīstībā Latvijā, jo izveidotais modelis var veidot daudzpusīgāku priekšstatu gan teorētiskās bāzes, gan analizētā empīriskā materiāla ietvaros un var tikt izmantots par pamatu pētniecības izstrādēm citos pētījumos. Šāds apkopojums līdz šim nav veidots.

- Darba empīriskā pētījuma metodoloģijas daļā tiks veikta detalizēta metodoloģijas konstrukcija, iekļaujot izstrādāto modeli, izstrādājot anketu un anketēšanas procesa gaitu, aprakstot kvantitatīvu un kvalitatīvu datu analīzes procesu, un to savstarpējās salīdzināšanas procesu. Tas paredz ieguldījumu pētījumu attīstībā Latvijā un ieguldījumu rīcībpolitiku praksē, jo nodrošina daudzpusīgu metodoloģisko pamatu turpmākajiem pētījumiem un rīcībpolitiku praksēm. Ņemot vērā to, ka liela daļa metodoloģijas veidota balstoties uz "labās" prakses piemēriem un, balstoties uz metodoloģijas piemērotības principiem, tas nodrošina "labās" prakses pārņemšanas iespējas.

- Darba empīriskās analīzes daļā veikta anketēšana, datu apkopšana un analīze. Veiktā aptauja ar vispārinošu raksturu attiecībā uz Latvijas iedzīvotājiem. Ņemot vērā datu vākšanas metodes, tiks izveidotas vairākas jaunas datu kopas tālākai pētniecībai. Tas paredz ieguldījumu pētījumu attīstībā Latvijā un ieguldījumu rīcībpolitiku praksē, un risina datu pieejamības

ierobežojumus konkrētā jautājuma pētniecībā. Dati var tikt izmantoti tālākās pētniecības un paplašinātākas analīzes ietvaros.

- Darba empīriskās analīzes daļā tiks veikta Veselības ministrijas attīstības plānošanas dokumentu detalizēta analīze. Analīzes ietvaros tiks veidota jauna datu kopa, tiks veikts savstarpējais salīdzinājums ar aptaujas rezultātiem un fiksēti plānošanas dokumentu problēmaspekti. Tas paredz ieguldījumu pētījumu attīstībā Latvijā un ieguldījumu rīcībpolitiku praksē, jo datu kopa un analīzes rezultāti var tikt izmantoti turpmākajā pētniecībā un rīcībpolitiku praksē.

- Darba empīriskās analīzes daļā, balstoties uz darba rezultātiem, tiks izstrādāti ieteikumi un priekšlikumi attiecībā uz veselības stāvokļa nevienlīdzības problemātiku rīcībpolitiku praktiķiem. Tas paredz ieguldījumu rīcībpolitiku praksē.

Šāda veida pētījums ar konkrēto teorētisko bāzi, izmantotajām datu vākšanas un apstrādes metodēm līdz šim nav veikts Latvijā. Latvijā veiktajiem pētījumiem nav raksturīgs tik daudzdimensionāls skatījums, gan teorētiskā modeļa ietvaros, gan empīriskā materiāla ietvaros. Piemēram, ir veikti pētījumi par atsevišķiem reģioniem, par atsevišķu vecuma grupu vai par atsevišķiem veselības stāvokļa nevienlīdzību raksturojošajiem faktoriem. Taču ir būtisks arī vispārīgs redzējums sabiedrības kontekstā, īpaši būtiski tas ir rīcībpolitiku konstrukciju ietvaros. Ņemot vērā, ka dažādu rīcībpolitiku ietvaros tieši veselības stāvokļa nevienlīdzībai tiek piešķirta prioritāra loma, tas attaisno pētījuma būtiskumu, lietderīgumu un zinātnisko novitāti Latvijas un pasaules mērogā.

Metodoloģija

Pētniecības metodes saskaņā ar zinātniskā darba mērķi un izpētes jautājumiem. Darbā tiek izmantotas kvantitatīvās un kvalitatīvās izpētes metodes. Kvantitatīvā izpētes metode saistoša visiem izvirzītajiem izpētes jautājumiem, kur, balstoties uz aptauju, veikta kvantitatīvā datu analīze atbilstoši katram no izvirzītajiem jautājumiem. Kvalitatīvā izpētes metode saistoša trešajam izpētes jautājumam.

Par pamatu metodoloģijas konstrukcijai un izpētē iekļaujamo indikatoru identificēšanai tiek izmantots Dalgrena (G.Dahlgren) un Vaitheda (M.Whitehead) veselības stāvokļa

ietekmējošo faktoru modelis⁶⁸ un četras veselības stāvokļa nevienlīdzību skaidrojošās pieejas: uzvedības/ kultūras, materiālistu, psiho – sociālā un dzīves gājuma.⁶⁹ Identificēti modeļa līmeņiem un pieejām saistošie faktori, konceptuālie pieņēmumi un veidots apkopojošais modelis, kas atspoguļo izpētē iekļaujamo indikatoru apkopojumu un savstarpējo modeļa un pieeju pārklājumu.

Aptaujas anketa veidota, balstoties uz apkopojošo modeli ar identificētajiem indikatoriem. Jautājumu formulēšanas un pārbaudes ietvaros īstenoti divi pamata soļi: 1. jautājumu konstruēšana, 2. jautājumu pirms testēšana, veicot kognitīvās intervijas. Pētījuma metode ir tiešās aptaujas respondentu dzīvesvietās. Ģenerālā kopa saskaņā ar plānoto pētījumu ir Latvijas iedzīvotāji. Izlase 1007 respondenti, saskaņā ar statistisko kļūdu, kas ir ap +/- 3%.⁷⁰ Izlases pirmajā posmā tiek noteikts nepieciešamais respondentu skaits proporcionāli iedzīvotāju skaitam statistiskajos reģionos, republikas pilsētas un novados. Izlase tika veidota saskaņā ar nejaušās izlases veidu, saskaņā ar maršruta metodi.

Kvantitatīvā datu analīze tiek veikta, izmantojot aptaujas datu rezultātus un analīzi SPSS programmā. Kvalitatīvā datu analīze tiek veikta NVivo programmā, analizējot LR Veselības ministrijas rīcībpolitikas dokumentus. Ņemot vērā kvantitatīvo datu apjomu un izvirzīto izpētes jautājumu analīzes ierobežojumu, sākotnēji tiek veikta vispārīga atbilžu sadalījuma biežuma analīze. Darba empīriskā analīze veidota trīs daļās, atbilstoši katram no izpētes jautājumiem un pakārtotai hipotēzei ir viena izpētes daļa.

Pirmajā izpētes posmā starp katru no veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumu un demogrāfisko pazīmju jautājumiem tika veikts Pīrsona (*Pearson*) koeficienta aprēķins. Izvirzītās darba hipotēzes pārbaude paredz nevienlīdzības proporcijas noteikšanu un savstarpējo salīdzināšanu starp ietvertajiem demogrāfiskajiem mainīgajiem, nosakot vai dzimums ir būtiskākais. Nevienlīdzības proporcijas lielums tiek noteikts, balstoties uz katra no iekļauto demogrāfisko mainīgo koeficientu vidējo moduļu vērtībām. Otrajā izpētes daļā izmantotas metodes līdzīgas pirmajā izpētes daļā izmantotajām. Atšķiras apjoms un izmantotie mainīgie. Atbilde uz izvirzīto izpētes jautājumu ietver konstatēto tendenču vispārīgu aprakstu starp veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumiem un sociāli ekonomisko faktoru jautājumiem.

⁶⁸ Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies.

⁶⁹ Bartley, M. (2004). *Health Inequality: An Introduction to Theories, Concepts and Methods*. Cambridge: The Policy Press.

⁷⁰ Mannheim, J. B., & Rich, R. C. (2006). *Empirical political analysis* (p. 391). New York: The Lehigh Press.

Darba trešajā izpētes daļā tiek veikta gan kvantitatīvā, gan kvalitatīvā datu analīze. Izmantotie kvantitatīvie dati ir otrās izpētes daļas rezultāti un trešajā izpētes daļā veiktais savstarpējais salīdzinājums. Kvalitatīvo datu analīze tiek veikta NVivo programmā. Tiek veikta LR Veselības ministrijas rīcībpolitikas dokumentu kontentanalīze. Analīzē tiek ietverti visi pieejamie attīstības plānošanas dokumenti, kas ir pieejami identiskā laika posmā, kad tiek veikta anketēšana un tie dokumenti, kas attiecas uz aktuālu plānošanas periodu. Izveidotā kodēšanas sistēma tiek veidota identiska kvantitatīvo datu kodiem. Papildus tiek iekļauta neparedzēto tēmu grupa, kas tiek papildināta kodēšanas procesā. Kā arī, ņemot vērā, ka katrai rīcībpolitikai ir noteikts ietekmes virziens, papildus tiek iekļauta kodu satura vērtību un nozīmju grupa (kodi ir pozitīva, negatīva, neitrāla). Iegūto datu analīze veikta, balstoties uz dažāda veida kodēto datu kopsavilkumiem. Izvirzītā trešā darba hipotēze paredz konstatēto tendenci savstarpējo salīdzinājumu starp rīcībpolitikas dokumentos konstatēto un otrās izpētes daļas ietvaros konstatētajām tendencēm. Par rīcībpolitikas prioritātēm ietekmes līmeņu kontekstā un tiem pakārtoto faktoru kontekstā iespējams secināt no prioritāšu secības, taču rīcībpolitikas ietekmes prioritātes izriet no tām rīcībpolitikām, kas tiek klasificētas kā pozitīvas. Papildus, veicot datu apstrādi NVivo programmā, paralēli tika fiksēta informācija un problēmaspekti, kas paplašina secinājumus par rīcībpolitikas dokumentu saturu.

Pētījuma ierobežojošie faktori un riski

Tiek identificēti vairāki pētījuma ierobežojošie faktori un riski, kas tika identificēti pirms pētījuma uzsākšanas un pētījuma veikšanas gaitā. Identificētie pētījuma ierobežojošie faktori un riski ir gan saturiski, gan metodoloģiski.

- Veselības stāvokļa operacionalizācijas ierobežojumi. Jēdziens veselības stāvoklis ir daudzdimensionāls (to ietekmē daudzi faktori un tas tiek ietekmēts no daudziem faktoriem, grūti noteikt ietekmes virzienu), jēdziena skaidrojumi ir ar paplašinātu saturu (sarežģīti identificēt izmērāmās indikācijās) un jēdziena ietvaros ir grūti noteikt robežšķirtnes, lai īstenotu sekmīgu pētījuma gaitu (piemēram, kas ir labs vai slikts veselības stāvoklis). Ņemot vērā minētos ierobežojumus un riskus, kas tika identificēti pirms pētījuma uzsākšanas, tas tika risināts no vairākiem aspektiem. Pirmkārt, lai pētījumā tiktu ņemta vērā jēdziena daudzdimensionalitātes, tika konstruēts modelis, kas iekļauj daudzpusīgu skatījumu uz veselības stāvokļa nevienlīdzību ietekmējošajiem faktoriem un datu analīze tika veikta, lai raksturotu korelācijas struktūru,

nenorādot uz kauzalitāti. Otrkārt, izpēte vērsta uz veselības stāvokļa izpēti caur veselības stāvokļa nevienlīdzību, nodrošinot skaidru savstarpējās salīdzināšanas un robežšķirtņu noteikšanas iespēju. Operacionalizācijas iespējas tika nodrošinātas caur konstruēto modeli.

- Datu pieejamības ierobežojumi. Ņemot vērā noteikto, pētījuma pieeju, kur pastāv mēģinājums veikt izpēti, iekļaujot daudzpusīgus apkopotus veselības stāvokli ietekmējošos faktorus pastāv datu pieejamības ierobežojumi. Datu pieejamības ierobežojumi pastāv arī attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu. Pieejami dati par veselības stāvokļa pašnovērtējumu attiecībā uz vienu jautājumu, pastāv dati par daļu no ietekmējošajiem faktoriem. Datu pieejamības ierobežojumi izslēdz iespēju veikt pētījumu par visiem modelī iekļautajiem faktoriem, par veselības stāvokļa pašnovērtējumu padziļinātā veidā un veikt datu savstarpējo sakarību analīzi. Datu pieejamības ierobežojumi tika risināti, veicot pārdomāti konstruētu aptauju.

- Aptaujas ierobežojumi. Aptaujas ierobežojumi saistīti ar vairākiem būtiskiem aspektiem: apjoms, uztvere un jautājumu izpratne, laika ierobežojumi, finanšu ierobežojumi. Šie aspekti tika risināti, veicot vairākas aktivitātes. Pirmkārt, lai sasniegtu optimālu anketas apjomu (saskaņā ar pētījuma mērķiem – saņemt atbildes uz visiem nepieciešamajiem jautājumiem un nezaudēt cilvēku motivāciju anketu aizpildīšanā) un, lai respondentu jautājumu uztvere neatšķirtos no pētījumā noteiktās izpratnes, pēc jautājumu formulēšanas tika veikta anketas testēšana un kognitīvās intervijas. Otrkārt, lai risinātu laika ierobežojumu un finanšu ierobežojumu tika piesaistīta cilvēku grupa anketēšanas veikšanai atbilstoši dzīves vietai pa reģioniem. Anketēšana veikta rudens periodā, kas var ietekmēt sniegto atbilžu saturu. Taču tas tiek darīts apzināti, lai risinātu respondentu pieejamības problēmas viņu dzīvesvietās, jo tieši rudens periods ir mazāk populārs atvaļinājumu prombūtnes periods un retāk veicina ārpus mājas aktivitātes, piemēram, pavasara dārza darbi.

- Datu analīzes ierobežojumi. Saskaņā ar darba formulētajiem ievada elementiem pastāv nepieciešamība veikt kvantitatīvo datu analīzi, kvalitatīvo datu analīzi un rezultātu savstarpējo salīdzinājumu. Datu analīze veikta atbilstošās programmās un ar piemērotu metodoloģiju. Izvēlētais kvalitatīvās analīzes veids un veikšanas gaita paredz zināmu mēģinājumu "tuvināt" kvalitatīvo datu analīzi kvantitatīvajai. Tāpat, pastāv mēģinājums savstarpēji salīdzināt kvantitatīvus un kvalitatīvus datus. Šie ierobežojumi un riski tika risināti vairākos veidos. Pirmkārt, tika veidota vienota kodēšanas sistēma (saglabājot maksimālās objektivitātes iespējas),

kas nodrošināja savstarpējo salīdzināšanas iespēju. Otrkārt, tika veidota pielāgota rezultātu aprēķināšanas formula, kas nodrošina savstarpējās salīdzināšanas iespēju. Treškārt, veicot datu apstrādi NVivo programmā, paralēli tika fiksēta informācija un problēmaspekti, kas neierobežo secinājumus par rīcībpolitikas dokumentu kvalitatīvo analīzi.

- Rezultātu integrācija rīcībpolitikās. Šis ir viens no visplašākajiem pētījuma ierobežojumiem un riskiem. To arī lielā mērā ir vissarežģītāk novērst, jo vairāki aspekti nav tieši ietekmējami. Pirmkārt, veselības stāvokļa nevienlīdzības novēršana rīcībpolitikas ietvaros ir sarežģīts mērķis, jo ir "jāsinhronizē" dažādu līmeņu un dažādu jomu rīcībpolitikas, tas ir starpsektoru rīcībpolitiku jautājums. Otrkārt, veselības stāvokļa pašnovērtējums var būt ignorēts rīcībpolitiku ietvaros, jo trūkst resursu, vai pašnovērtējums netiek uztverts kā būtisks vai kā primārs aspekts. Treškārt, pastāv "rīcībpolitiku pārneses" problēmas starp pētījumiem un praksi. Ceturtkārt, rīcībpolitiku ietekmes problēmas, novēršot veselības stāvokļa riskus, jo veselības stāvokļa nevienlīdzība nav fiksēta situācija tā ir jūtīga attiecībā uz dažāda veida apstākļiem, attiecīgi nosaka rīcībpolitiku elastīguma nepieciešamību. Šie ierobežojumi un riski tika un tiks risināti iespēju robežās, informējot rīcībpolitikas veidotājus par pētījuma rezultātiem. Daļēji ierobežojumi var tikt atrisināti, ņemot vērā aizvien pastiprinātāko pievēršanos labas pārvaldības principiem un izmaiņām rīcībpolitikas pieejās, kas pēc būtības nosaka pamatotības nepieciešamību rīcībpolitikās un nepieciešamību noteikt cilvēku vēlmes un vajadzības, ko atspoguļo pašnovērtējuma dati. Tā kā rīcībpolitikām var būt izšķiroša loma nevienlīdzības radīto, potenciālo un postošo rezultātu vai iemeslu novēršanā vai likvidēšanā, tad, ja pat rezultāti tiks integrēti kāda viena aspekta vai jautājuma risināšanā, tas var radīt pozitīvas rīcībpolitikas sekas.

Pētījuma posmi un struktūra

Promocijas darbs strukturēts vairākās nodaļās ar vairākām apakšnodaļām. Lai nodrošinātu secīgu izpēti, izvirzīto izpētes jautājumu izpēti, hipotētisko pieņēmumu pārbaudi un darba izvirzītā mērķa sasniegšanu darbs ir strukturēts trīs pamata daļās – teorētiskā, empīriskā pētījuma metodoloģija un empīriskā analīze. Pirmajā promocijas darba daļā tiek apskatīta evidencēs balstītas rīcībpolitikas nozīme, evidences, veselības stāvokļa nevienlīdzības jēdziens un veselības stāvokļa pašnovērtējuma nozīme. Tas ir būtiski, lai tiktu noteikts skaidrs promocijas darba fokuss un nodrošināts konsekvents jēdzienu un izpratnes lietojums. Tiek apskatītas veselības stāvokļa nevienlīdzību skaidrojošās pieejas un faktoru modelis, kas ir ļoti būtiski

operacionalizācijai, pētījuma indikatoru noteikšanai un pētījuma apkopjošā modeļa konstruēšanai. Otrajā promocijas darba daļā tiek detalizēti atspoguļota darba empīriskā pētījuma metodoloģija, kas nodrošina skaidru un konsekventu empīriskās analīzes gaitu un skaidro pētījuma rezultātus. Trešajā promocijas darba daļā tiek veikta empīriskā analīze un atspoguļoti analīzes rezultāti. Pētījuma shēma ar ievada elementiem, empīriskā pētījuma posmiem un to savstarpējo saistību atspoguļota 18.pielikumā.

1. VESELĪBAS STĀVOKĻA NEVIENLĪDZĪBA KĀ SOCIĀLO ZINĀTŅU PRIEKŠMETS

Tas, ka mūsdienās dažāda veida sociālie un ekonomiskie dzīves procesi ir ar lielāku ietekmi uz cilvēku veselības stāvokli, norāda uz nepieciešamību pētīt veselības stāvokli un veselības stāvokli ietekmējošos faktoros sociālo zinātņu ietvaros.⁷¹ Medicīnas zinātnē iespējams pētīt bioloģiskos procesus, kas ietekmē saslimšanu, esošo veselības stāvokli un ārstniecības iespējas. Taču atšķirīgs sociālais un ekonomiskais fons ietekmē veselības stāvokli, kas norāda uz nepieciešamību izprast veselības stāvokli sociālo zinātņu ietvaros. Evidences norāda uz to, ka medicīna nav pamata faktors, kas nosaka mūsdienu sabiedrības veselības stāvokli.⁷²

Veidojot efektīvas veselības stāvokļa nevienlīdzības novēršanas formas, rodas nepieciešamība izprast sociālo un ekonomisko struktūru ietekmi uz indivīdu un rodas nepieciešamība noteikt to, kāda veida rīcībpolitikas var būt ar labvēlīgu ietekmi.⁷³ Tas nozīmē, ka jāizprot dažādu institucionālo struktūru ietekme darba vietā, dažādas nedrošības formas saistībā ar dzīves apstākļiem, ienākumi un nodarbinātība, subjektīvās dzīves kvalitātes faktori u.c. Taču sākotnēji ir jāizprot sociālās pozīcijas psihosociālo apstākļu ietekme.⁷⁴ Virkne veselības problēmu, kas saistītas ar sociālo un ekonomisko statusu norāda uz to, ka runa ir par veselības stāvokli kā par fundamentālu sociālo fenomenu. Sabiedrība un veselības stāvoklis ir savstarpēji cieši saistīti, pētot sabiedrību ir iespējams izprast veselības stāvokli un zināšanas par veselības stāvokli ļauj izprast sabiedrību.⁷⁵

Pētījumos par veselības stāvokļa nevienlīdzību tiek meklēti iemesli tam, kādēļ viens indivīds ir veselāks par otru, kādēļ viena sabiedrība ir veselāka par otru.⁷⁶ Pētījumi var tikt veikti indivīdu līmenī un sabiedrību līmenī.⁷⁷ No publisko rīcībpolitiku viedokļa, saskaņā ar socioloģiskajām interesēm, veselības stāvoklim sabiedrības ietvaros ir nozīme. Būtiski jautājumi

⁷¹ Murray, C. J. L., Gakidou, E. E., & Frenk, J. (1999). Health inequalities and social group differences: what should we measure? *Bulletin of the World Health Organization*, 77(7), 537–542.

⁷² Martini, C. J. (1977). Health indexes sensitive to medical care variation. *International Journal of Health Services*, 7(2), 293–309

⁷³ Marinker, M. (2006). *Constructive Conversations about Health: Policy and Values*. Abingdon: Radcliffe Publishing Ltd.

⁷⁴ Asthana, S., & Halliday, J. (2006). *What Works in Tackling Health Inequalities?: Pathways, Policies and Practice Through the Lifecourse*. Bristol: The Policy Press.

⁷⁵ Fiske, D. W. (1986). *Metatheory in Social Science: Pluralisms and Subjectivities*. USA: University of Chicago Press.

⁷⁶ Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099–1104.

⁷⁷ Pescosolido, B. A., Martin, J. K., McLeod, J. D., & Rogers, A. (2010). *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing: A Blueprint for the 21st Century* (pp. 106–107). New York: Springer.

ir, kā uzlabot veselības stāvokli un samazināt veselības stāvokļa nevienlīdzību sabiedrības ietvaros.⁷⁸ Rīcībpolitikām jābūt vērstām uz sabiedrību kopumā, neatkarīgi no pētniecības līmeņa evidences attiecināmas uz sabiedrību,⁷⁹ jo individuālie veselības stāvokļa ieguvumi un zaudējumi tiek uztverti sabiedrības ietvaros.⁸⁰ Dažādi pētniecības līmeņi var atspoguļot dažādus veselības stāvokli ietekmējošos faktorus.⁸¹

Akadēmiskos pētījumos tiek piedāvātas dažāda veida kontrastējošas rīcībpolitikas. Individuālā līmeņa pētījumos pastāv mēģinājums veidot nošķirumu starp cilvēkiem ar un bez veselības vai sociālajām problēmām, skatot to piederību dažāda veida sociālajām grupām. Šādas pieejas pamatā ir mērķis identificēt indivīdu veselības stāvokli un noteikt esošās vai bijušās atšķirības to dzīvesveidā, vai sociāli ekonomiskajos apstākļos.⁸² Grūtības rīcībpolitiku ietvaros ir ar to, kā ietekmēt noteikto indivīdu grupu, novēršot veselības stāvokļa riskus.⁸³ Dažkārt nozīme ir laicīgiem ārstēšanas pasākumiem, mēģinājumiem mainīt atsevišķus dzīvesveida aspektus, taču vienmēr tas ir saistīts ar iejaukšanos un pakalpojumiem.⁸⁴

Var būt atšķirīgas evidences dažādu pētījumu ietvaros par to, kādēļ kāda sabiedrības daļa ir veselāka nekā cita sabiedrības daļa. Taču ir viennozīmīgi skaidrs un pastāv evidences, ka sociālajiem un ekonomiskajiem faktoriem ir jābūt identificētiem, pētot veselības stāvokļa nevienlīdzību.⁸⁵ Sociālajās zinātnēs būtiska nozīme ir tam, ka mūsdienu veselības stāvokļa problēmām ir saikne ar individuālo dzīves apstākļu subjektīvo pieredzi. Tas ir tā iemesla dēļ, ka dažāda veida kritiskie apstākļi, kas saistīti ar veselības problēmām, ir psihosociāli.⁸⁶ Tas nozīmē

⁷⁸ Israel, B. A., Schulz, A. J., Parker, E. A., & Becker, A. B. (1998). Review of community- based research: Assessing Partnership Approaches to Improve Public Health. *Annual review of public health*, 19, 173–202.

⁷⁹ World Health Organization. (2004). *World Report on Knowledge for Better Health: Strengthening Health Systems* (pp. 32–33). Geneva: World Health Organization.

⁸⁰ Ogilvie, R. S. (2013). *Community Development Approaches Improving Public Health* (pp. 44–46). New York: Routledge.

⁸¹ Maantay, J. A., & McLafferty, S. (2011). *Geospatial Analysis of Environmental Health* (pp. 287–289). New York: Springer.

⁸² Fuchs, V. R., (2004). Reflections on the socio-economic correlates of health. *Journal of Health Economics*, 23(4), 653–661.

⁸³ Hofrichter, R. (2010). Tackling Health Inequities: A Framework for Public Health Practice. In R. Hofrichter, & R. Bhatia, *Tackling Health Inequities Through Public Health Practice: Theory to Action* (2nd ed., pp. 19–21). New York: Oxford University Press.

⁸⁴ Tulchinsky, T. H., & Varavikova, E. (2009). *The New Public Health* (2nd ed., pp. 39–42). Amsterdam: Elsevier Academic Press.

⁸⁵ Farrell, C., McAvoy, H., Wilde, J., & Combat Poverty Agency. (2008). *Tackling Health Inequalities: An All-Ireland Approach to Social Determinants* (pp. 12–18). Dublin: Combat Poverty Agency.

⁸⁶ World Health Organization. (2002). *The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life* (p. 13). Geneva: World Health Organization.

to, ka veselības stāvoklis paredz jaunus risinājumus sabiedrības subjektīvajām norisēm,⁸⁷ kur sociāli ekonomisko faktoru analīze ir būtisks aspekts sociālās labklājības izpratnē.⁸⁸ Sociālie veselības stāvokli noteicošie faktori rada izpratni par to, kādā veidā sociālās struktūras nosaka psihisko negatīvo ietekmi un sociālās izmaksas. Ir grūtības identificēt un ietekmēt institucionālās izmaiņas, jo tas vienmēr paredz izmaksas un vienmēr pastāv evidences kritikas iespējas. Veselības stāvokļa pētniecības rezultātā tiek iegūtas zināšanas par sociālajiem iemesliem veselības stāvokļa problēmu un veselības stāvokļa nevienlīdzības kontekstā.⁸⁹

Cilvēkiem ar mazākiem ienākumiem ir sliktāks veselības stāvoklis un paredzamais mūža ilgums. Pretēji tam, atšķirības veselības stāvoklī starp dzimumiem ir, lielākoties, bioloģisku faktoru noteiktas. Dažādu sociālo šķiru atšķirības pārsvarā atkarīgas no atšķirībām starp dažādiem sociāli ekonomiskajiem dzīves apstākļiem.⁹⁰ Sociālo veselības stāvokli ietekmējošo faktoru noteiktas sociālās reformas spēj uzlabot ne tikai veselības stāvokli, bet arī dzīves kvalitāti. Visbiežāk dzīves kvalitāte tiek mērīta, nosakot ienākumus, lai gan cilvēka labklājība ir ļoti atkarīga no sociālās vides.⁹¹

Veselības stāvoklis ir jūtīgs mainīgais attiecībā pret kvalitatīvajām un kvantitatīvajām materiālās un sociālās dzīves izmaiņām. Ja tiktu noteikts, ka labs veselības stāvoklis ir atkarīgs no izvairīšanās, lietojot čipsus, saldumus vai, atsakoties no citiem pievilcīgiem trūkumiem, tas varētu likt domāt, ka pastāv pretēja saikne ar dzīves kvalitāti, jo veselības stāvokļa uzlabošana ietver laimes ziedošanu. Taču, pētījumi norāda, ka veselības stāvoklis kā mainīgais ir ļoti jūtīgs ne tikai uz laimi pēc būtības, bet arī uz vairākiem specifiskiem sociālās labklājības aspektiem.⁹² Joprojām nav zināms, kādēļ veselības stāvoklis būtiski atšķiras starp dažādām sociāli ekonomiskajām grupām, starp cilvēkiem ar dažādu sociālo pozīciju.⁹³

Ar sociālo pozīciju tiek saprasta indivīdam noteikta pozīcija sabiedrībā, kas ietekmē sociālo statusu. Indivīdam var būt vairākas sociālās pozīcijas, bet tikai viens sociālais statuss.

⁸⁷ Camfield, L., & Skevington, S. M. (2008). On Subjective Well-being and Quality of Life. *Journal of Health Psychology, 13*(6), 764-775

⁸⁸ Janoski, T., & Hicks, A. M. (1994). *The Comparative Political Economy of the Welfare State* (p. 255). USA: Cambridge University Press.

⁸⁹ Marmot, M., & Wilkinson, R. (2005). *Social Determinants of Health* (pp. 20–22). USA: Oxford University Press.

⁹⁰ World Health Organization. (2009). *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks*. Geneva: World Health Organization.

⁹¹ Siegel, M., & Lotenberg, L. D. (2008). *Marketing Public Health: Strategies to Promote Social Change* (pp. 5–30). USA: Jones & Bartlett Publishers.

⁹² Wilkinson, R. (2002). *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality* (p. 26). Taylor & Francis.

⁹³ Adler, N. E., & Ostrove, J. M. (1999). Socioeconomic status and health: what we know and what we don't. *Annals of the New York Academy of Sciences, 896*, 3–15

Vairākas sociālās pozīcijas saistāmas ar sabiedrībā pastāvošajām dažādajām sociālās struktūras kategorijām, piemēram, dzīves vietas apstākļi, nodarbinātības veids, ģimenes stāvoklis, ienākumi, izglītības līmenis. Individū noteiktā hierarhiskā pozīcija katrā no kategorijām nosaka katra indivīda sociālo pozīciju kategorijas ietvaros, kuras ir tieši saistītas ar veselības stāvokļa nevienlīdzību ietekmējošajiem faktoriem.⁹⁴ Pastāv nepieciešamība uzzināt vairāk par to, kādēļ sociālā pozīcija ir cieši saistīta ar veselības stāvokli un kādā veidā psiholoģiskie vides faktori ietekmē veselības stāvokli.⁹⁵ Psihosociālie apstākļi norāda uz subjektīvi psiholoģiskajām un emocionālajām sekām, kas radušās objektīvo un subjektīvo sociālās struktūras pazīmju rezultātā. Šajā skatījumā, veselības stāvoklis norāda uz sociālās kārtības un materiālās dzīves ietekmi uz cilvēka subjektivitāti.⁹⁶ Būtiskākais sociālo zinātņu pētījumos par veselības stāvokli un veselības stāvokļa nevienlīdzību ir mēģinājums skaidrot, kā sociālie un ekonomiskie procesi ietekmē veselības stāvokli.⁹⁷

Paradoksāli, bet tieši mirstības rādītāji nereti tiek izmantoti, mērot veselības stāvokli, jo labs veselības stāvokļa mērīšanas indikators nepastāv.⁹⁸ Pastāv cita veida pieeja veselības stāvokļa mērīšanā, kas paredz atteikšanos no formālām diagnozēm un uzsvāru uz indivīdu veselības stāvokļa un veselības problēmu pašnovērtējumu. Šīs pieejas ietvaros tiek skatīts cilvēku veselības stāvokļa pašnovērtējums.⁹⁹ Pārsvārā tiek uzdots vispārīgs jautājums, kur tiek lūgts kopumā novērtēt savu veselības stāvokli.¹⁰⁰ Taču, var tikt uzdoti vairāki jautājumi par specifiskiem veselības stāvokļa simptomiem, kur rezultāti var tikt apkopotā veidā, lai gūtu priekšstatu par veselības stāvokļa pašnovērtējumu.¹⁰¹ Mirstības rādītājiem ir priekšrocība, jo tie ir nepārprotami, precīzi un objektīvi. Taču tas nav ļoti precīzs mainīgais veselības stāvokļa kontekstā. Piemēram, šis mainīgais absolūti neatspoguļo veselības stāvokļa problēmas, kas

⁹⁴ Mayes, P. (2003). *Language, Social Structure, and Culture* (p. 7). Philadelphia: John Benjamins Publishing.

⁹⁵ Cohen, N., & Galea, S. (2011). *Population Mental Health: Evidence, Policy, and Public Health Practice* (pp. 51–58). New York: Taylor & Francis.

⁹⁶ Wilkinson, R. (2002). *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality* (p. 54). Taylor & Francis.

⁹⁷ Kessel, F., & Anderson, N. (2008). *Interdisciplinary Research : Case Studies from Health and Social Science* (pp. 287–290). New York: Oxford University Press.

⁹⁸ Blumenthal, D. S., & DiClemente, R. J. (2004). *Community-based Health Research: Issues and Methods* (pp. 90–93). New York: Springer Publishing Company.

⁹⁹ Bjorner, J., Fayers, P., & Idler, E. (2005). Self-rated health. In P. M. Fayers, & R. D. Hays, *Assessing Quality of Life in Clinical Trials: Methods and Practice* (2nd ed., pp. 309–324). New York: Oxford University Press.

¹⁰⁰ Dorling, D., & Dorling, D. (2013). *Unequal health: The Scandal of Our Times* (pp. 313–314). Bristol: The Policy Press.

¹⁰¹ Bowling, A. (2007). Health status assessment. In S. Ayers, *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp. 266–267). Cambridge University Press.

neapdraud cilvēka dzīvību.¹⁰² Veselības stāvokļa pašnovērtējums ir salīdzinoši subjektīvs mainīgais un ne vienmēr ir iespējams novilkt skaidru robežšķirtni par to, ko tas nozīmē, taču tas ietver plašāku veselības stāvokļa atspoguļojumu. Ir izpētīts, ka pastāv cieša saikne starp mirstības rādītāju atšķirībām un atšķirībām starp veselības stāvokļa pašnovērtējumu. Tas norāda uz veselības stāvokļa nevienlīdzības mērīšanas iespējām.¹⁰³

Nevienlīdzība starp dažādām sociāli ekonomiskajām grupām ir lineāra sakarības tendence. Nav tā, ka veselības stāvokļa nevienlīdzība pastāv tikai starp, piemēram, bagātāko un nabadzīgāko sabiedrības daļu. Pat atsevišķas nelielas sociāli ekonomiskas atšķirības var norādīt uz veselības stāvokļa nevienlīdzību. Attiecīgi, jo lielākas ir salīdzinātās sociāli ekonomiskās kategorijas, jo lielākas veselības stāvokļa atšķirības ir iespējams konstatēt.¹⁰⁴ Atšķirības starp dažādām sociāli ekonomiskajām grupām kā priekšnoteikums veselības stāvokļa nevienlīdzībai. Nevienlīdzība, t.s. veselības stāvokļa nevienlīdzība var radīt sociālo noslāņošanas, kas satur vairākas dimensijas: var rasties sociālās kopienas, kur pamatā ekonomiskās un materiālo resursu atšķirības; atšķirības starp sociālo statusu, kur pamatā cieņas, pašcieņas un reputācijas atšķirības; politiskās varas atšķirības kontroles, ietekmes un autonomijas ietvaros.¹⁰⁵

Sociālā statusa, sociālo šķiru un politiskās varas atšķirības rada veselības stāvokļa nevienlīdzību un priekšnoteikumus. Piemēram, pastāv tendence, kur cilvēkiem ar augstāku sociāli ekonomisko pozīciju raksturīgi zemāki mirstības rādītāji, nekā cilvēkiem ar zemāku sociāli ekonomisko pozīciju.¹⁰⁶ Veselības stāvokļa nevienlīdzība un tās rašanās nereti saistāma ar cilvēka dzīves sākuma gadiem, saglabājoties turpmākajos gados.¹⁰⁷ Tāpat pastāv tendence, ka cilvēki ar salīdzinoši zemāku izglītības līmeni, zemāku ienākumu līmeni un mazāk apmaksātu

¹⁰² Stanhope, M., & Lancaster, J. (2013). *Public Health Nursing - Revised Reprint: Population-Centered Health Care in the Community*(p. 262). Missouri: Elsevier Health Sciences.

¹⁰³ Dorling, D., & Dorling, D. (2013). *Unequal health: The Scandal of Our Times* (p. 221). Bristol: The Policy Press.

¹⁰⁴ Kulkarni, V. S., & Subramanian, S. V. (2009). Social Perspectives on Health Inequalities. In T. Brown, S. McLafferty, & G. Moon, *A Companion to Health and Medical Geography* (p. 384). Chichester, UK: John Wiley & Sons.

¹⁰⁵ Huss-Ashmore, R., Schall, J., & Hediger, M. (1992). *Health and Lifestyle Change* (Vol. 9, pp. 64–66). UPenn Museum of Archaeology.

¹⁰⁶ Smith, G. D., Neaton, J. D., Wentworth, D., Stamler, R., & Stamler, J. (2003). Socioeconomic differentials in mortality risk among men screened for the Multiple Risk Factor Intervention Trial: Part II - results for 20,224 black men. In G. D. Smith, *Health Inequalities: Lifecourse Approaches* (p. 60). Bristol: The Policy Press.

¹⁰⁷ Graham, H. (2007). *Unequal Lives: Health And Socioeconomic Inequalities* (pp. 6–7). Berkshire: Open University Press.

nodarbošanās veidu vairāk slimo.¹⁰⁸ Kopumā cilvēki ar zemāku sociāli ekonomisko pozīciju dzīvo mazāk un lielu daļu dzīves saskaras ar veselības problēmām.¹⁰⁹ Kopumā veselības stāvokļa problēmas un nevienlīdzības rašanās priekšnosacījumi atkarīgi no indivīdu saskarsmes ar veselības stāvokli ietekmējošiem riska faktoriem, kas var būt ar tiešu un netiešu ietekmi.

Saskaņā ar uzvedības izpratni veselības stāvokļa nevienlīdzību nosaka arī uzvedības riska faktori, piemēram, smēķēšana, alkohola lietošana, diēta, aktivitātes. Uzvedība un uzvedības riska faktori ir saistīti ar sociālo kontekstu, kurā cilvēks atrodas, tādēļ pastāv grūtības to izmaiņā. Uzvedības un uzvedības riska faktoru izmaiņas jāveic saskaņā ar sociālo kontekstu, jo izmaiņām ir jābūt vairāk vēstām uz sociālo kontekstu nekā uz individuālas uzvedības ietekmi.¹¹⁰

Veselības stāvokļa nevienlīdzība nav fiksēta situācija, tā ir jūtīga attiecībā uz dažāda veida atšķirībām starp indivīdiem un mainīga laikā. Veselības stāvokļa nevienlīdzība nevar tikt saprasta, nosakot tikai sociālo mobilitāti, ģenētiskās atšķirības, veselības aprūpes nevienlīdzību vai veselības stāvokli ietekmējošo uzvedību.¹¹¹ Katrs no mainīgajiem veido daļu veselības stāvokļa nevienlīdzības izpratnē. Ietverot mainīgo kopumu, iespējams izprast lielu daļu no kopējās veselības stāvokļa nevienlīdzības ainas. Taču neatkarīgi no tā uz kāda aspekta apzināšanu noteiktais pētījums ir vērst, sagaidāmais rezultāts ir viens – tiek noteikts evidenču saturs, kas var kalpot par pamatu rīcībpolitikām.

Kopsavilkums: Atšķirības indivīdu sociālajos un ekonomiskajos apstākļos ietekmē veselības stāvokli. Tas norāda uz veselības stāvokli kā sociālo zinātņu priekšmetu. Evidences norāda uz to, ka medicīna vairs nav spējīga pilnvērtīgi skaidrot veselības stāvokli un tā problemātiku, jo virkne veselības problēmu ir saistītas ar sociālajiem un ekonomiskajiem apstākļiem. Pētījumos par veselības stāvokļa nevienlīdzību tiek meklēti iemesli tam, kādēļ indivīds vai sabiedrības daļa ir veselāka par otru, kā iespējams uzlabot veselības stāvokli vai samazināt veselības stāvokļa nevienlīdzību. Pētniecības rezultātā tiek iegūtas zināšanas par veselības stāvokļa problēmu un veselības stāvokļa nevienlīdzības sociālajiem iemesliem. Būtiskākais sociālo zinātņu pētījumos ir

¹⁰⁸ Panel on DHHS Collection of Race and Ethnic Data, Committee on National Statistics, Division of Behavioral and Social Sciences and Education, National Research Council. (2004). *Eliminating Health Disparities: Measurement and Data Needs*. Washington: National Academies Press

¹⁰⁹ Mackenbach, J. P. (2005). *Health inequalities: Europe in profile*. UK Presidency of the EU.

¹¹⁰ Committee on Health and Behavior: Research, Practice and Policy, Board on Neuroscience and Behavioral Health, Institute of Medicine. (2001). *Health and Behavior: The Interplay of Biological, Behavioral, and Societal Influences* (p.3–14). Washington: National Academies Press.

¹¹¹ Brownson, R. C., Baker, E. A., Leet, T. L., Gillespie, K. N., & True, W. R. (2004). *Evidence-Based Public Health* (p. 184). Oxford: Oxford University Press.

mēģinājums skaidrot, kā sociālie un ekonomiskie procesi ietekmē veselības stāvokli. Viena no pieejām veselības stāvokļa izpētē paredz atteikšanos no formālām diagnozēm un pievēršanos veselības stāvokļa un veselības problēmu pašnovērtējumam. Veselības stāvokļa nevienlīdzība nav fiksēta situācija, tā ir jūtīga un mainīga, to ietekmē daudzi faktori un jo plašāks ir izpētē iekļauto faktoru klāsts, jo lielāka iespēja izprast lielāku daļu no kopējās veselības stāvokļa nevienlīdzības ainas.

2. EVIDENCĒS BALSTĪTAS RĪCĪBPOLITIKAS NOZĪME

”Fakti ir spītīgas lietas; un lai arī kādas būt mūsu vēlmes, mūsu tieksmes, vai mūsu aizraušanās diktāts, tas nevar mainīt faktu un evidenču stāvokli.” (J.Adams)

Jebkuras valsts funkcionalitātes nodrošināšanas pamatā ir noteiktu procesu kopums. Šo procesu kvalitātes un efektivitātes priekšnoteikumi nosaka funkcionalitātes spējas, kas, savukārt, ir pamats valsts vai noteiktas struktūras ilgtspējīgai attīstībai, tādējādi nodrošinot iedzīvotāju dzīves kvalitātes pieaugumu un labu pārvaldību.

Visprecīzāk izpratni par pārvaldības konceptu noteiktā darba ietvaros iespējams konstruēt uz skaidrojuma, kur pārvaldība ir *uz zināšanām balstīta* spēja rīkoties, noteikta mērķa sasniegšanai, iesaistot visplašāko dalībnieku loku. Tas ir process un rīcība kopīga labuma radīšanai, nodrošinot ilgtspējīgu attīstību un cilvēku dzīves kvalitāti.¹¹² Šīs izpratnes pamatā atslēgvārdi ir zināšanas, spēja un visplašākais dalībnieku loks. Zināšanu, izpratnes un evidenču esamība nosaka pārvaldības pamatotību, ja netiek ievēroti šie priekšnoteikumi pārvaldības konstrukcijās, nevar tikt sagaidīts, ka pārvaldība vērsta uz ilgtspējīgu attīstību un cilvēku dzīves kvalitāti, kas var būt pretrunā vispārējās attīstības principiem un pretrunā sabiedrības vēlmēm un vajadzībām.

Uz zināšanām balstītu spēju rīkoties skaidro evidencēs balstītas rīcībpolitikas pieeja (*no angļu val. evidence based policy*) par, kuru pēdējo gadu laikā ir parādījusies pastiprināta interese, uzsverot tās nozīmīgumu teorijā un praksē, starp zinātniekiem un rīcībpolitikas īstenotājiem. Pastāv dažāda veida kategorizācijas izpratnes par to, kas tieši ietekmē rīcībpolitiku. Viena no tām nosaka četrus būtiskākos faktorus: informācija, intereses, ideoloģijas un institūcijas. Ar informāciju tiek saprasts zināšanu kopums, kas rīcībpolitikas īstenotājiem ievieš skaidrību par bijušo, esošo, paredzamo un plānojamo rīcībpolitiku ietvaros, kas nosaka evidenču kopuma nepieciešamību, jo evidences tiek uztvertas kā daļa no informācijas. Intereses ir pārsvarā individuālā interese rīcības ietvaros. Ideoloģijas iekļauj filozofijas, principus, vērtības un politisko orientāciju. Institūcijas ne tikai pilda pārstāvniecības funkciju locekļu vidū, formulējot vērtības, ideoloģijas, intereses, bet arī spēj ietekmēt lēmumu pieņemšanas procesu.¹¹³ Ir grūti

¹¹² Ozoliņa, Ž., & Reinholde, I. (2009). *Laba pārvaldība* (lpp. 143, 151). Rīga: Zinātne.

¹¹³ Weiss, C. H. (1983). Ideology, Interests, and Information. In D. Callahan, & B. Jennings (Eds.), *Ethics, The Social Sciences, and Policy Analysis* (pp. 213–245). New York: Springer.

nosakāms katra faktora ietekmes svars, kas atkarīgs no katra individuālā gadījuma, taču ir jārunā par pašu rīcībpolitikas procesa izvēlēto pieeju.

Evidenču izmantošana, informējot rīcībpolitikas īstenotājus, kopumā nav jauna ideja, jauns ir uzsvars attiecībā uz šīs pieejas nozīmīgumu.¹¹⁴ Pašreizējās debates par evidencēs balstītas rīcībpolitikas nozīmi sākās Lielbritānijā deviņdesmitajos gados, kur tika veicināta ideja par evidencēs balstītu medicīnu. Tāpat, vienas no pirmajām diskusijām par evidencēs balstītu rīcībpolitiku iezīmējās 1997. gadā, kad Lielbritānijā leiboristi uzvarēja vēlēšanās ar saukli: "būtisks ir tas, kas strādā". Tas norādīja uz apzinātu atkāpšanos no politiskās ideoloģijas un rīcībpolitiku modernizāciju. 21. gadsimtā tiek sagaidīta evidencēs balstīta rīcībpolitika, kas paredz atkāpšanos no rīcībpolitikām, kas konstruētas uz politiskās ideoloģijas pamata, pievēršoties racionālai lēmumu pieņemšanai. Pieprasījums pēc evidencēs balstītas rīcībpolitikas radies līdz ar nepieciešamību pēc labākas informācijas bāzes starp rīcībpolitikas īstenotājiem. Evidencēs balstīta rīcībpolitika kļūst pazīstama kā dienas kārtība, kas pakārtota izpratnei par to, kas "strādā".¹¹⁵ Galvenās idejas saistāmas ar to, lai sekmētu augstas kvalitātes pētniecību, atbalstot rīcībpolitikas īstenotājus un praktiķus.¹¹⁶

Arī ES pēdējo desmit gadu laikā ir noteikusi standartus politikas ietekmes novērtēšanai. Tie ir balstīti uz ietekmes novērtējuma sistēmas ieviešanu, definējot mainīgos regulu un citu iniciatīvu kvalitātes novērtēšanai rīcībpolitiku un pārvaldības ietvaros. Uz doto brīdī ietekmes novērtējums nav formāli saistošs ES dalībvalstīm, tam ir ieteikuma raksturs. Taču EK ir izveidojusi integrētās ietekmes novērtējuma modeli, kas ir spēkā no 2003. gada. Galvenais šī modeļa mērķis ir, lai tiktu ņemta vērā gan konkurētspēja, gan ilgtspējīgas attīstības mērķi, ierindojot tos starp augstākajām ES darba kārtības prioritātēm. Politikas ietekmes novērtēšana ir process, kas palīdz lēmumu pieņēmējiem izprast vēlamo un/vai nevēlamo ietekmi uz rīcībpolitikām.¹¹⁷ Tas nosaka to, ka lēmumu pieņēmēji pirms lēmumu pieņemšanas apzinās

¹¹⁴ Flyvbjerg, B. (2001). *Making social science matter: why social inquiry fails and how it can succeed again*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

¹¹⁵ Simons, H. (2003). Evidence-based practice: panacea or over promise? *Research Papers in Education*, 18(4), 303–311.

¹¹⁶ Nutley, S. M., Davies, H. T. O., & Smith, P. C. (2000). *What Works?: Evidence-Based Policy and Practice in Public* (pp. 78–82). Bristol: The Policy Press.

¹¹⁷ Stinchcombe, K., & Gibson, R. B. (2001). Strategic environmental assessment as a means of pursuing sustainability: ten advantages and ten challenges. *Journal of Environmental Assessment Policy and Management*, 3(3).

lēmumu sekas attiecībā pret rīcībpolitikām, iedzīvotājiem un institūcijām, kur pamatā ir evidencēs balstītas rīcībpolitikas pieeja.

Kopsavilkums: Pārvaldība ir uz zināšanām balstīta spēja rīkoties, kur zināšanu, izpratnes un evidenču esamība nosaka pārvaldības pamatotību. Ja netiek ievēroti šie priekšnoteikumi, tad pārvaldība nav vērsta uz ilgtspējīgu attīstību un cilvēku dzīves kvalitāti, kas var būt pretrunā vispārējās attīstības principiem un pretrunā sabiedrības vēlmēm un vajadzībām. Pamatotību un uz zināšanām balstītu spēju rīkoties skaidro evidencēs balstītas rīcībpolitikas pieeja. Evidenču izmantošana, informējot rīcībpolitikas īstenotājus, kopumā nav jauna ideja, jauns ir uzsvars attiecībā uz šīs pieejas nozīmīgumu.¹¹⁸ Pieejas ietvaros pastāv apzināta atkāpšanās no politiskās ideoloģijas, pievēršanās rīcībpolitiku modernizācijai un racionālai lēmumu pieņemšanai, lai sekmētu augstas kvalitātes pētniecību, atbalstot rīcībpolitikas īstenotājus un praktiķus.¹¹⁹

2.1. Evidences (*evidence*) izpratne

Runājot par evidencēs balstītu rīcībpolitiku, skaidri jānovelk robežšķirtne par evidences izpratni. Tiek nošķirts jēdziens *evidence* (*no angļu val. evidence*) un pierādījuma jēdziens (*no angļu val. proof*). Sākotnēji meklējot vārda *evidence* nozīmi, rodas saskarsme ar vairākiem konceptiem, kas veido evidences izpratni: pierādījums, hipotēze, uzskati, cēlonis, atbalsts, attaisnojums, labs iemesls, apstiprinājums, apliecinājums, patiesība, varbūtība, indikācija, operacionalizācija u.c. Šie jēdzieni palīdz skaidrot evidences saturu, taču nenosaka to. Ar evidencēm var tikt saprasts: līdzekļi, kas apliecina nezināmu vai apstrīdētu faktu; pieņēmumu apstiprinājums; norāde un indikācija; liecība u.c.¹²⁰

Evidences pamatā ir patiesība, kura var tikt pierādīta. Patiesība ir fakts atbilstoša faktiskajam nevis fikcija.¹²¹ Fakts vai atbilstība faktiskajam var atšķirties, jo pastāv dažādi patiesības izpratnes veidi, piemēram, zinātniskā patiesība, vēsturiskā patiesība.¹²² Pierādījums balstās uz evidenci. Zinātnes pamatā ir fakti, pierādījumi un evidences, kas ir mainīgi.

¹¹⁸ Flyvbjerg, B. (2001). *Making social science matter: why social inquiry fails and how it can succeed again*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

¹¹⁹ Nutley, S. M., Davies, H. T. O., & Smith, P. C. (2000). *What Works?: Evidence-Based Policy and Practice in Public* (pp. 78–82). Bristol: The Policy Press.

¹²⁰ Pawson, R. (2006). *Evidence-Based Policy: A Realist Perspective* (pp. 1–16). London: SAGE Publications Ltd. Strydom, W. F., Funke, N., Nienaber, S., Nortje, K., & Steyn, M. (2010). Evidence-based policymaking: A review. *South African Journal of Science*, 106, 1-8.

¹²¹ Beck, R., & Worden, D. (2001). *Truth, Spirituality and Contemporary Issues* (p. 3). UK: Heinemann.

¹²² Finney, C. G. (2003). *Lectures on Systematic Theology* (Vol. 2, p. 1033). Fairfax: Xulon Press.

Pētniecības attīstība, jaunas evidences var mainīt iepriekš noteiktas evidences un zinātniskos pieņēmumus.¹²³

Ar jēdzienu evidence tiek saprasti fakti, liecinājumi, kas atspoguļo pieņēmuma patiesumu.¹²⁴ Ar jēdzienu pierādījums tiek saprasts pamatojums, kas norāda uz kaut kā atbilstību patiesībai un pierādīšanas veids, kas pārbauda pieņēmuma atbilstību patiesībai. Pierādījums ietver pierādīšanas komponenti, kur pierādīšana nozīmē faktu, evidenču un citu pamatojumu izmantošanu, apstiprinot kaut kā patiesumu.¹²⁵ Pastāv atšķirības starp evidenci un pierādījumu. Pierādīt nozīmē apstiprināt atbilstību patiesībai un pierādot tiek izmantotas evidences, kur ne katra evidence var tikt uzskatīta par pierādījumu. Pastāv dažāda veida evidences: sākotnēji šķietamās (*prima facie*), kas balstītas uz pirmo iespaidu un tiek uzskatītas par patiesām līdz brīdim, kad tiek pierādīts kaut kas cits; iespējamās evidences un cita veida evidences dažādos līmeņos no iespējamības līdz demonstrācijai.¹²⁶ Evidences variē atkarībā no patiesības izpratnes un atkarībā no konkrētās jomas zināšanu attīstības pakāpes, piemēram, evidence par smēķēšanas negatīvo ietekmi indivīda izpratnē var aprobežoties ar zināmo faktu par smēķēšanu kā negatīvi ietekmējošo uzvedību attiecībā uz veselības stāvokli. Taču, evidences par smēķēšanas negatīvo ietekmi var būt arī plašākas, piemēram, mirstības rādītāji, saslimšanu skaits, detalizētāki rezultāti par smēķēšanas negatīvo ietekmi uz dažādiem bioloģiskajiem procesiem.

Evidence nozīmē, ka pieņēmuma atbilstība patiesībai ir pamatota. Pierādījums nozīmē, ka pieņēmums ir patiess. Arguments nozīmē, ka pieņēmums, iespējams, ir patiess.¹²⁷ Visus noteiktos aspektus apvieno pieņēmuma analīze patiesības atbilstībai. Lai noteiktais pieņēmums tiktu noteikts kā patiess ir nepieciešami pierādījumi, kur pamatā ir evidences, kas tiek izmantotas pierādīšanas procesā, lai nonāktu līdz pierādījumam, kur evidences var mainīties.

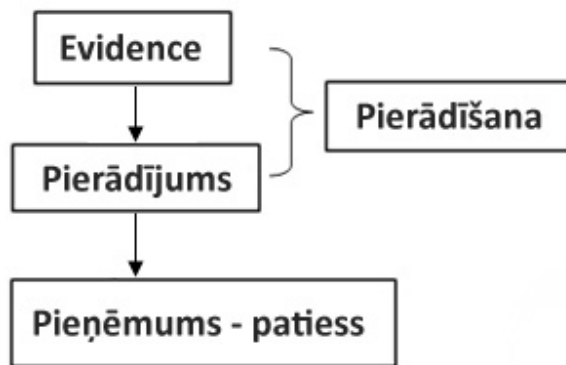
¹²³ Durston, G. (2011). *Evidence: Text & Materials* (pp. 141-142). New York: Oxford University Press.

¹²⁴ Best, A. (2009). *Evidence: Examples & Explanations* (p. 105). Frederick: Aspen Publishers Online.

¹²⁵ McKeown, P. (2014). *Evidence* (pp. 6-7). Oxford: Oxford University Press.

¹²⁶ Finney, C. G. (2003). *Lectures on Systematic Theology* (Vol. 2, p. 1033). Fairfax: Xulon Press.

¹²⁷ Walton, D. (2010). *Legal Argumentation and Evidence* (p. 214). US: Pennsylvania State University Press.



2.1. att. Evidences un pierādījuma nošķirums

Evidence ir kaut kas tāds, kas attaisno uzskatus. Evidence ir balstīta patiesībā, tā attaisno uzskatus vai atspoguļo hipotētiskā pieņēmuma nepareizību. Starp teoriju un evidencēm var pastāvēt četru veidu saikne, kur evidences ir pamats turpmākajām rīcībpolitikām. Teorija var būt: 1. loģiskā veidā apvienota ar evidencēm, 2. loģiskā veidā radīta uz evidenču pamata; 3. var skaidrot evidenču saturu, 4. var būt empīriski balstīta evidencēs.¹²⁸ Tas norāda uz loģisku saikni starp evidencēm, teoriju un rīcībpolitikām, kur teorija un evidences caurvij dažādos savstarpējās saiknes veidos pamatu īstenojamajām rīcībpolitikām.

Daudzos gadījumos ir iespējams runāt par divu veidu evidencēm: pozitīvās un negatīvās. Evidenču analīze un piemērošana pats par sevi ir ļoti sarežģīts process, kur lēmumu pieņēmēji un rīcībpolitiku īstenoņi var būt ļoti selektīvi savās izvēlēs, tādējādi izvēloties un pielāgojot tās evidences, kas attaisno viņu individuālos uzskatus un redzējumu, attaisnojot rīcību ar evidencēm, nevis evidences ir pamats uzskatiem un redzējumam. Pozitīvās evidences ir tās, kuras tiek ņemtas vērā rīcībpolitiku ietvaros, savukārt, negatīvās evidences ir tās, kas ir pakļautas riskam tikt nepamanītas, ignorētas. Pastāv uzskats, ka evidences var tikt izmantotas, lai attaisnotu jau pieņemtus lēmumus un īstentās rīcībpolitikas, kas patiesībā ir manipulācija ar sabiedrisko domu,¹²⁹ taču tas ir pretrunā idejai par evidencēs balstītu rīcībpolitiku. Galvenie aspekti, kas nosaka evidenču izmantošanu vai neizmantošanu rīcībpolitiku ietvaros, ir evidenču kvalitāte,

¹²⁸ Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., & Kok, G. (1998). Intervention Mapping: A Process for Developing Theory and Evidence-Based Health Education Programs. *Health Education & Behavior*, 25(3), 545–563

¹²⁹ Koslowski, B. (1996). *Theory and Evidence: The Development of Scientific Reasoning* (pp. 83–84). Cambridge, US: Massachusetts Institute of Technology.

ticamība, attiecināmība un noteiktās rīcībpolitikas izmaksas.¹³⁰ Evidencēs balstītas rīcībpolitikas pieejas izmantošana norāda arī uz evidenču pieejamību vai nepieciešamajām evidencēm, izpētē pakļaujamajiem aspektiem un evidenču pieejamības ierobežojumiem.

Jau 1999. gadā Lielbritānijas Ministru kabinets ir veicis mēģinājumu, definējot izpratni par evidences saturu. Ar evidenci tika saprastas ekspertu zināšanas, publicētie un esošie pētījumi, rezultāti apspriedēm ar iesaistītajām pusēm, iepriekš īstenotu rīcībpolitiku izvērtēšana, interneta resursi, konsultāciju rezultāti, izmaksu noteikšana rīcībpolitiku iespējām, ekonomiskās un statistiskās modelēšanas rezultāti.¹³¹ Ir grūti nosakāms, vai piedāvātā evidences satura konkretizācija atvieglo evidenču konstrukciju rīcībpolitiku ietvaros, jo skaidrojums līdztekus tam, ka ir konkretizējošs, ir arī ierobežojošs. Būtiskākais, konstruējot evidenču saturu rīcībpolitiku ietvaros, ir ievērot evidenču rakstura un satura vispārīgo skaidrojumu, saskaņā ar evidencēs balstītas rīcībpolitikas pieejas izpratni.

Universāla evidenču rakstura un satura skaidrojuma nav. Faktiski pastāv divas pretstatītas izpratnes, kas norāda uz skaidrojumu diapazonu. Viena no izpratnēm nosaka to, ka evidencēm ir jābūt saskaņā ar noteiktiem zinātniskiem priekšstatiem un konstrukcijām. Otra izpratne iepretī nosaka to, ka ikviens novērojums par noteikto jautājumu var tikt uzskatīts par evidenci. Taču neatkarīgi no izpratnes vienojošais, skaidrojot evidences raksturu un saturu, ir tas, ka evidence ir neatkarīgs un pārbaudāms novērojums ar pārlicinošu saturu vairākumā no gadījumiem, pretējā gadījumā tā var tikt definēta kā interpretācija.¹³² Evidencēs balstītai rīcībpolitikai ir jābūt balstītai uz sistemātiskām evidencēm un uz pētniecības rezultatīvajām evidencēm.

Evidence ir atbilstoša patiesībai. Patiesība nozīmē ne tikai pareizu spriedumu, kas ir spriedums atbilstošs faktam. Patiesība nozīmē arī pamatotu spriedumu, kas ir pamatojumu saturošs spriedums. Pamatojumu saturs arī norāda uz sprieduma patiesumu. Pastāv spriedumi, kuru atbilstība patiesībai ir konstatējama ar vienkāršu uztveri. Tie ir acīmredzami spriedumi, un tiem nav nepieciešamas evidences, lai konstatētu to atbilstību patiesībai.¹³³ Piemēram, es redzu,

¹³⁰ Kelly, M. P., Morgan, A., Bonnefoy, J., Butt, J., & Bergman, V. (2007). *The social determinants of health: Developing an evidence base for political action*. Retrieved from http://www.who.int/social_determinants/resources/mekn_final_report_102007.pdf

¹³¹ Blair, T., & Cunningham, J. (1999). Retrieved from Investment Climate: <https://www.wbginvestmentclimate.org/uploads/modgov.pdf>

¹³² Nutley, S. M., Davies, H. T. O., & Smith, P. C. (2000). *What Works?: Evidence-Based Policy and Practice in Public*. Bristol: The Policy Press.

¹³³ Асмус, В. Ф. (1947). *Логика* (3-е изд., стр. 344–360). Москва: Государственное издательство политической литературы.

ka šajā telpā ir galds, kas ir zaļā krāsā. Nav nepieciešama evidence galda esamībai telpā un tam, ka galds ir zaļā krāsā, jo pati galda esamība un spriedums ir konstatējums patiesības atbilstībai. Atsevišķos gadījumos acīmredzami spriedumi veido pamatu virknei patiesību, kas ne vienmēr ir acīmredzamas, taču pieder pie tās pašas zināšanu kopas. Citiem vārdiem sakot, var būt spriedumi, kuru pamatā ir acīmredzami spriedumi. Piemēram, vesels ābols ir lielāks nekā tā daļa.¹³⁴

Spriedumi, kuru atbilstība patiesībai nav acīmredzama, ir jāpierāda. Pierādīšana paredz sprieduma tuvināšanu acīmredzamajam, norādot pamatojumu. Taču pierādīšana pati par sevi nav tas pats, kas demonstrācija, pierādīšanai ir klātesošs pamatojuma aspekts. Pamatojums norāda uz sprieduma atbilstību patiesībai.¹³⁵ Evidences ir viens no būtiskākajiem aspektiem zinātniskajā darbībā. Taču lielākā daļa zinātnisko patiesību nevar tikt konstatētas ar uztveri. Gluži pretēji, nereti uztvere var būt mānīga, jo tas kā mēs uztveram absolūti var būt pretrunā patiesībai.¹³⁶ Piemēram, jo tālāk atrodas priekšmets, ko apskatām, jo mazāks tas šķiet, it īpaši gadījumos, ja blakus neatrodas salīdzinoša vienība. Patiesībā priekšmeta izmērs nav mainīgs neatkarīgi no attāluma, kurā tas atrodas no mums. Tādā veidā mūsu uztvere ir bijusi mānīga attiecībā uz patiesību. Šajā gadījumā var tikt nošķirta patiesības un patiesa izteikuma izpratne, kur patiesība ir atbilstība faktiskajam un tā tiek raksturota ar izteikumu atbilstību faktiskajam. Nepatiesi izteikumi rodas gadījumos, ja tie satur neatbilstību faktiskajam, tātad nepatiesību.

Plašā nozīmē ar evidenci var tikt saprasti dažāda veida pamatojumu meklējumi uz, kuru pamata noteikts spriedums var tikt klasificēts kā patiess vai nepatiess.¹³⁷ Šaurākā izpratnē ar evidenci var tikt saprasta patiesības pamatošanas forma, uz kuras pamata tiek konstatēta sprieduma atbilstība patiesībai vai nepatiesībai.¹³⁸

Slēdzienos un evidencēs domu gaita var būt atšķirīga. Atšķirība starp secinājumiem un evidencēm nav tajā, ka domu konstrukcijās var nonākt pie secinājuma, bet evidences ir pamats domu konstrukcijām. Gan evidencēs, gan secinājumos var būt abi iespējamie domu gaitas

¹³⁴ Sundholm, G. (2012). Demonstrations Versus Proofs, Being an Afterword, to Constructions, Proofs, and the Meaning of the Logical Constants. In M. Van Der Schaar, *Judgement and the Epistemic Foundation of Logic* (pp. 19–22). New York: Springer.

¹³⁵ Conee, E., & Feldman, R. (2004). *Evidentialism: Essays in Epistemology* (pp. 223–225). Oxford: Oxford University Press.

¹³⁶ Walton, D. N. (2002). *Legal Argumentation and Evidence* (pp. 225–227). USA: Penn State Press.

¹³⁷ Sinha, D. (1969). *Studies in Phenomenology* (Vol. 30, pp. 42–49). New York: Springer.

¹³⁸ Асмус, В. Ф. (1947). *Логика* (3-е изд., стр. 344–360). Москва: Государственное издательство политической литературы.

varianti. Citiem vārdiem sakot, gan evidences, gan secinājumi var būt pamatā, konstruējot domu gaitu un gan evidences, gan secinājumi var būt rezultāts domu gaitai.¹³⁹ Galvenā atšķirība starp secinājumiem un evidencēm ir tajā, ka secinājumi ir saiknes noteikšana starp izpratnēm, konstruējot spriedumu secinājumus. Taču evidences ir ne tikai saiknes noteikšana starp izpratnēm, bet arī nosaka spriedumu atbilstību patiesībai. Gadījumos, kur sprieduma atbilstība patiesībai tiek pamatota, evidences ieņem secinājumu formu.¹⁴⁰

Evidence nav pats pierādīšanas process. Evidence ir loģiska forma, kas atspoguļo jau notikuša pierādīšanas procesa loģisku rezultātu un pierādījums ir rezultāts pierādīšanas procesa ietvaros, kura pamatā ir evidences. Loģisks rezultāts var būt pierādāmā apstiprināšanās vai neapstiprināšanās. Citiem vārdiem sakot, evidence pamato un pierādījums apliecina to, vai izteiksme ir, vai nav pierādīta.¹⁴¹ ¹⁴² Evidences uzdevums ir konstatēt apskatāmās tēzes atbilstību vai neatbilstību patiesībai.¹⁴³ Jebkura veida evidences pamatā ir pamatojums. Pamatojums ir spriedums, kura atbilstība patiesībai ir konstatēta vai par tā atbilstību patiesībai nav šaubu.¹⁴⁴ Tāpat, evidences pamatā ir spriedums jeb argumentācija, kas ir secinājumu kopums, kas pierāda tēzes atbilstību vai neatbilstību patiesībai.¹⁴⁵

Evidences pilda faktiski atbalsta funkciju, t.s. rīcībpolitiku ietvaros. Par evidencēm var tikt uzskatīti jebkura rakstura dati, ne tikai kvantitatīvie, bet tie var būt fakti, pieredze u.c., ja tie ir neatkarīgi un pārbaudāmi. Evidences apstiprina vai apgāž hipotēzi, teoriju, pieņēmumu vai uzskatus.¹⁴⁶ Tādā veidā evidences pilda atbalsta funkciju, lai gala rezultātā nonāktu pie skaidrības un patiesības, konstruējot rīcībpolitikas. Evidencēs balstītas rīcībpolitikas ietvaros nav pietiekami, ka dati ir tikai uzticami, bet datiem ir jābūt arī izrādītai uzticībai, pretējā gadījumā pastāv risks, ka tos neizmantos. Līdz ar to ir arī aplami uzskatīt, ka visu veidu evidencēm ir

¹³⁹ Kaptein, H., Prakken, H., & Verheij, B. (2013). *Legal Evidence and Proof: Statistics, Stories, Logic* (p. 117). Farnham: Ashgate Publishing Ltd.

¹⁴⁰ Асмус, В. Ф. (1947). *Логика* (3-е изд., стр. 344–360). Москва: Государственное издательство политической литературы.

¹⁴¹ Twining, W. L. (1985). *Theories of Evidence: Bentham and Wigmore* (pp. 66–69). Stanford: Stanford University Press.

¹⁴² Mohanty, J. N. (1999). *Logic, Truth and the Modalities: From a Phenomenological Perspective* (pp. 187–189). Dordrecht: Springer.

¹⁴³ Асмус, В. Ф. (1947). *Логика* (3-е изд., стр. 344–360). Москва: Государственное издательство политической литературы.

¹⁴⁴ Reisner, A., & Steglich-Petersen, A. (2011). *Reasons for Belief* (pp. 220–221). Cambridge: Cambridge University Press.

¹⁴⁵ Howick, J. H. (2011). *The Philosophy of Evidence-based Medicine* (pp. 20–22). Chichester: John Wiley & Sons.

¹⁴⁶ Webber, M. (2011). *Evidence-based Policy and Practice in Mental Health Social Work* (2nd ed., pp 1–13). (K. Brown, Ed.) Exeter: Learning Matters Ltd.

vienāds nozīmīguma un atbilstības svars. Parasti rīcībpolitikas īstenotāji, kas pievērsušies evidenču izmantošanai rīcībpolitikas procesā, izdara izvēli par to, kādas evidences tiks izmantotas un veic to prioritizēšanu, balstoties uz ticamības un ietekmes kritērijiem.¹⁴⁷

Evidences ir būtiskas labas pārvaldības nodrošināšanai, sabiedrisko pakalpojumu piegādei, lēmumu pieņemšanai visos sektoros, pilnvarošanai, attīstības pārvaldībai, nodrošinot cilvēku vēlmju un vajadzību atspoguļojumu politikās, nodrošinot "logu" starp sabiedrību un rīcībpolitikas īstenotājiem u.c.¹⁴⁸

Kopsavilkums: Tiek nošķirts jēdziens evidence (*no angļu val. evidence*) un pierādījuma jēdziens (*no angļu val. proof*). Evidences ir fakti, liecinājumi, kas atspoguļo pieņēmuma patiesumu.¹⁴⁹ Evidence nozīmē, ka pieņēmuma atbilstība patiesībai ir pamatota. Pierādījums ir pamatojums, kas norāda uz kaut kā atbilstību patiesībai un pierādīšanas veids, kas pārbauda pieņēmuma atbilstību patiesībai. Pierādījums ietver evidenču un citu pamatojumu izmantošanu, apstiprinot kaut kā patiesumu.¹⁵⁰ Pierādījums nozīmē, ka pieņēmums ir patiess. Evidences variē atkarībā no patiesības izpratnes un atkarībā no konkrētās jomas zināšanu attīstības pakāpes. Evidencēm ir divas izpratnes: 1.evidencēm ir jābūt saskaņā ar noteiktiem zinātniskiem priekšstatiem un konstrukcijām, 2. ikviens novērojums par noteikto jautājumu var tikt uzskatīts par evidenci. Evidence ir neatkarīgs un pārbaudāms novērojums ar pārlicinošu saturu vairākumā no gadījumiem, pretējā gadījumā tā ir interpretācija.¹⁵¹ Evidence pamato, un pierādījums apliecina to, vai izteiksme ir, vai nav pierādīta.¹⁵² Evidences pilda atbalsta funkciju, t.s. rīcībpolitiku ietvaros. Evidences ir būtiskas vairākos rīcībpolitikas aspektos, t.s. nodrošinot cilvēku vēlmju un vajadzību atspoguļojumu.¹⁵³

¹⁴⁷ Bogenschneider, K., & Corbett, T. J. (2010). *Evidence Based Policy making: Insights from Policy- Minded Researchers and Research minded policy makers*(p. 113). Taylor & Francis Group.

¹⁴⁸ King's College London. (n.d.). *The Importance of Evidence-Based Policy Making*. Retrieved from <http://www.kcl.ac.uk/aboutkings/facts/>

¹⁴⁹ Best, A. (2009). *Evidence: Examples & Explanations* (p. 105). Frederick: Aspen Publishers Online.

¹⁵⁰ McKeown, P. (2014). *Evidence* (pp. 6-7). Oxford: Oxford University Press.

¹⁵¹ Nutley, S. M., Davies, H. T. O., & Smith, P. C. (2000). *What Works?: Evidence-Based Policy and Practice in Public*. Bristol: The Policy Press.

¹⁵² Twining, W. L. (1985). *Theories of Evidence: Bentham and Wigmore* (pp. 66–69). Stanford: Stanford University Press.

¹⁵³ King's College London. (n.d.). *The Importance of Evidence-Based Policy Making*. Retrieved from <http://www.kcl.ac.uk/aboutkings/facts/>

2.2. Subjektīvisms un objektīvisms – trauslā robežšķirtne

Sabiedrībā vērtības un evidences ir vienas monētas divas puses,

*kas ietekmē viena otru.*¹⁵⁴

Sociālajās zinātnēs ir iespējams runāt par vismaz divām perspektīvām evidenču kontekstā: objektīvo un subjektīvo. Taču šīs abas perspektīvas var noteikt objektīvo saturu rīcībpolitikām.¹⁵⁵ Ar objektīvo evidenci tiek saprasta tāda evidence, kas var tikt atkārtoti pārbaudīta. Ar subjektīvo evidenci tiek saprasta tāda, kas ne vienmēr ir atkārtoti pārbaudāma, var tikt pieņemta vai nepieņemta no indivīda teiktā. Objektīva evidence nav ietekmēta no personas pieredzes vai priekšstatiem, tā izriet no faktiem vai matemātiskām kalkulācijām. Subjektīvā evidence, saturot objektivitāti, vienlaikus ietver personas objektīvo pieredzi vai priekšstatus, kas ir saistīta ar objektīviem pamatiem realitātē, taču atspoguļo arī personas realitātes redzējuma perspektīvu.¹⁵⁶ Promocijas darba ietvaros ar subjektīvo evidenci tiek saprasts cilvēku pašnovērtējums par viņu veselības stāvokli un veselības stāvokli ietekmējošajiem faktoriem.

Labas pārvaldības pamatā ir pamatota rīcībpolitika. Labu pārvaldību raksturo trīs pamata iezīmes: zināšanas un izpratne, tiesiski noteiktas procedūras un sociālās vērtības.¹⁵⁷ 21. gadsimtā attīstības ietvaros pastāv nepieciešamība, attīstot pārvaldību, formulējot un īstenojot ilgtermiņa rīcībpolitikas un pieņemot pamatotus politiskos lēmumus balstīties uz zināšanām un evidenču saturu. Skaidrs, ka valsts politikas pamatā ir sabiedrība un tās problēmas.¹⁵⁸ Šeit rodas jautājums par to, vai sabiedrības uztvere un pašnovērtējums ir evidences.

Neatkarīgi no tā vai tas tiek darīts ar nodomu vai nē, bet evidences un vērtības tiek skatītas savstarpēji, īpaši sociālās politikas jautājumu kontekstā. Nošķīrumam starp zinātnisku faktu un sociāliem uzskatiem bieži netiek piešķirta nozīmīga loma, jo ir grūti nosakāma nošķīruma robežšķirtne.¹⁵⁹ Mūsdienu izpratnē labas pārvaldības ietvaros nošķīrumam starp zinātni, kas balstīta evidencēs un sabiedrību, kas balstīta uz vērtībām, ir jābūt slēgtam. Slēgtam

¹⁵⁴ World Health Organization. (2012). *Governance for health in the 21st century*. Retrieved from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf

¹⁵⁵ Killoran, A., & Kelly, M. P. (2010). *Evidence-based Public Health: Effectiveness and Efficiency* (p. 148). Oxford: Oxford University Press

¹⁵⁶ Achinstein, P. (2005). *Scientific Evidence: Philosophical Theories and Applications* (pp. 38-39). Baltimore: JHU Press.

¹⁵⁷ Klinke, A., & Renn, O. (2006). *Systemic Risks as Challenge for Policy Making in Risk Governance*. Retrieved from <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/64/131>

¹⁵⁸ Dewey, J. (1927). *The Public and its Problems*. New York: Holt.

¹⁵⁹ Nutley, S. M., Davies, H. T. O., & Smith, P. C. (2000). *What Works?: Evidence-Based Policy and Practice in Public*. Bristol: The Policy Press.

tādā veidā, ka šīs savstarpēji nenošķiramās zināšanas un virzieni būtu iekļaujamas un analizējamās kopā.¹⁶⁰

Kopsavilkums: Pastāv divas evidenču perspektīvas: objektīvā un subjektīvā, kas var noteikt objektīvu pamatojumu rīcībpolitikām.¹⁶¹ Objektīvā evidence ir atkārtoti pārbaudāma un nav ietekmēta no personas pieredzes vai priekšstatiem, tā izriet no faktiem vai matemātiskām kalkulācijām. Subjektīvā evidence ne vienmēr ir atkārtoti pārbaudāma, jo ietver arī personas objektīvo pieredzi vai priekšstatus, kas ir saistīta ar objektīviem pamatiem realitātē un atspoguļo arī personas realitātes redzējumu.¹⁶² Promocijas darba ietvaros ar subjektīvo evidenci tiek saprasts cilvēku veselības stāvokļa un veselības stāvokļa ietekmējošo faktoru pašnovērtējums.

2.3. Evidencēs balstītas rīcībpolitikas pieeja

Ar evidencēs balstītu rīcībpolitiku tiek saprasts diskurss vai metožu komplekss, kas informē rīcībpolitikas procesu, kas nav saistāms ar tiešu mērķi ietekmēt rīcībpolitikas rezultātus. Tā ir pieeja, kas palīdz pieņemt labi informētus un pamatotus lēmumus rīcībpolitiku ietvaros par rīcībpolitiku, programmām un projektiem, nosakot labākās pieejamās evidences un iekļaujot tās rīcībpolitikas procesā. Evidencēs balstītas rīcībpolitikas pieejas pamata pieņēmums saistāms ar to, ka rīcībpolitiku īstenotājiem ir jābūt labāk informētiem par pieejamajām evidencēm un, īstenojot rīcībpolitikas, jāiekļauj evidenču racionāla analīze, jo rīcībpolitikas, kas balstītas uz sistemātiskām evidencēm, paredz labākus rezultātus rādītājus.¹⁶³ Evidences raksturojamas kā politisks, neitrāls un objektīvs rīcībpolitikas instruments.¹⁶⁴

Rīcībpolitikas, kas balstītas evidencēs, paredz labākus rezultātus rādītājus. Evidences rīcībpolitiku ietvaros ir nepieciešamas, jo tās nodrošina izpratni par rīcībpolitikas vidi un tās izmaiņām; palīdz izvērtēt iespējamo rīcībpolitiku ietekmi izmaiņu kontekstā, nodrošinot labākās rīcībpolitikas stratēģijas izvēles iespējas, saskaņā ar paredzamajām sekām un rezultātiem; atspoguļo skaidru saikni starp stratēģiskās darbības virzienu un paredzamajiem rezultātiem,

¹⁶⁰ World Health Organization. (2012). *Governance for health in the 21st century*. Retrieved from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf

¹⁶¹ Killoran, A., & Kelly, M. P. (2010). *Evidence-based Public Health: Effectiveness and Efficiency* (p. 148). Oxford: Oxford University Press

¹⁶² Achinstein, P. (2005). *Scientific Evidence: Philosophical Theories and Applications* (pp. 38-39). Baltimore: JHU Press.

¹⁶³ Davies, P. (2004). *Is evidence-based government possible?* Jerry Lee Lecture. Presented at the 4th Annual Campbell Collaboration Colloquium, Washington DC.

¹⁶⁴ Nutley, S. (2003). *Bridging the policy/research divide: Reflections and Lessons from the UK*. Keynote paper at National Institute of Governance Conference, Canberra, Australia.

rīcībpolitikas mērķiem, kas nodrošina skaidru argumentāciju un atspoguļojumu tam, ka tas, kas tiek darīts šobrīd, ir vistiešākā saikne ar to uz ko ir tiekšanās; nosaka to, kas ir jādara, lai sasniegtu rīcībpolitiku stratēģiskos mērķus vai starprezultātus; ietekmē citus tādā veidā, ka tie palīdz sasniegt izvirzītos rīcībpolitikas mērķus, iesaistoties līdz mērķa sasniegšanai; nodrošina kvalitatīvu komunikāciju, kur uz evidenču pamata ir iespējams apmierināt atvērtās dienas kārtības prasības un iespējas.¹⁶⁵ Iztrūkstot evidencēm, iztrūkst saikne starp rīcībpolitikām un evidenču noteiktajiem labākiem rezultātīvajiem rādītājiem. Tātad, ja tiek konstruētas rīcībpolitikas, kur konstrukciju pamatā netiek izmantotas evidences, tad sagaidāmais rīcībpolitikas ietekmes rezultāts nevar būt potenciāli labākais. Labāki rezultātīvie rādītāji rīcībpolitiku ietvaros nav vienīgais faktors, kas nosaka interesi un pielietojumu šai pieejai, jo pamatotība, prognozējamība un citi aspekti ir neatņemama šīs pieejas sastāvdaļa.

Meklējot pamatojumu aizvien pastiprinātākai interesei par šo pieeju, ir jāmin vairāki būtiski faktori. Šie faktori ir sociālo zinātņu zināšanu paplašināšanās un pieejamība, uzticēšanās samazināšanās attiecībā pret rīcībpolitikas īstenotājiem un nepieciešamība panākt aizvien lielāku sabiedrības atbildību rīcībpolitiku ietvaros atbilstoši pieprasījumam u.c.¹⁶⁶ Faktiski laba pārvaldība veicina labklājību, un sociālo saliedētību, sabiedrības iesaisti, veicina ekonomisko attīstību, pastiprina uzticēšanās attiecībā pret rīcībpolitikas īstenotājiem u.c. Tieši uzticēšanās veidošana attiecībā pret rīcībpolitiku īstenotājiem ir viens no būtiskākajiem labas pārvaldības elementiem.¹⁶⁷ Tas norāda uz to, ka ne tikai sabiedrības ilgtspējīga attīstība ir atkarīga no labas pārvaldības, kas nav iespējama bez evidencēs balstītas rīcībpolitikas, bet arī iepriekš minētais "negatīvais" faktoru fons risināms caur virzību uz labu pārvaldību, kur pamatā ir evidencēs balstīta rīcībpolitika. Neatkarīgi no sabiedrības izmaiņu konteksta rīcībpolitiku īstenotājiem ir jāīsteno rīcībpolitikas, kas ir saskaņā ar šīm sabiedrības izmaiņām. Sabiedrības izmaiņas ir izaicinājums rīcībpolitiku īstenotājiem, kas nosaka izziņas, analīzes nepieciešamību evidencēs balstītas rīcībpolitikas īstenošanas ietvaros.

Evidencēs balstīta rīcībpolitika nozīmē, ka rīcībpolitikas (tās dažādajos vai atsevišķajos posmos) pamatā ir evidences. Evidencēs balstīta rīcībpolitikas pieeja palīdz rīcībpolitikas īstenotājiem pieņemt pamatotus lēmumus, iekļaujot labākās pieejamās evidences rīcībpolitiku

¹⁶⁵ Shaxson, L. (2005). Is your evidence robust enough? Questions for policy makers and practitioners. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 1(1), 102.

¹⁶⁶ Strydom, W. F., Funke, N., Nienaber, S., Nortje, K., & Steyn, M. (2010). Evidence-based policymaking: A review. *South African Journal of Science*, 106, 1–8.

¹⁶⁷ OECD. (2001). *Annual Report 2001*.

konstruēšanā un īstenošanā. Pastāv arī atgriezeniskā saite starp rīcībpolitiku un evidencēm, jo evidencēs balstīta rīcībpolitika ne tika iekļauj evidences rīcībpolitiku ietvaros, ne tikai nosaka to, kas ir zināms, bet ne mazāk svarīgi arī skaidri spēj formulēt to, kas uz doto brīdi nav zināms.¹⁶⁸ Taču pastāv arī noteikti ierobežojumi evidencēs balstītas rīcībpolitikas pieejas neizmantošanai praksē.

Ir definēti pieci faktori, kas ierobežo evidencēs balstītu lēmumu pieņemšanu. Šie faktori ir ātrums (*speed*), paviršība (*superficiality*), štancēšana (*spin*), slepenība (*secrecy*) un zinātnes ignorēšana (*scientific ignorance*).¹⁶⁹ Ātruma faktors nosaka to, ka rīcībpolitikas īstenotāji nepārtraukti atrodas kā politiskā tā arī laika spiedienā, tādēļ nereti tie informācijas apguves posmu veic ātri un pavirši; rīcībpolitiku ietvaros ir jāpanāk kompromiss, kur noteiktā faktora dēļ nereti tiek pieņemti slikti un nepamatoti lēmumi. Paviršības faktors nosaka to, ka rīcībpolitikas īstenotājiem ir jāaptver plašs tematiskais lauks un viņi nespēj iedziļināties katrā jomas jautājumā padziļināti, tādēļ nereti ir atkarīgi no cilvēku zināšanām un spējām, kas viņus informē. Štancēšanas faktors nosaka to, ka uztverei rīcībpolitiku ietvaros ir būtiska loma, te ir runa ne tikai par rīcībpolitikas īstenotāju uztveri, bet arī par visu iesaistīto pušu uztveri, t.s. sabiedrības uztvere par plānotajām rīcībpolitikām, kur nereti var būt pretruna starp sabiedrībai pieņemamāko un ekonomiski izdevīgāko vai labāko. Slepenības faktors nosaka to, ka bieži evidences ir pamats, lai attaisnotu vai pamatotu noteiktas rīcībpolitikas, taču tikpat labi evidenču saturs var būt slepens vai ar nodomu padarīts par slepenu, piemēram, kādi šokējoši pētniecības rezultāti vai konfidenciāla satura informācija. Zinātnes ignorēšanas faktors nosaka to, ka pastāv noteikta veida skepse un aizdomas attiecībā pret zinātniekiem un zinātni, kas varētu ietekmēt rīcībpolitikas procesu, kas nereti ir saistāms ar rīcībpolitikas īstenotāju nezināšanu.¹⁷⁰ Pastāv noteiktie evidenču izmantošanas ierobežojoši faktori, taču ne visa veida evidenču izmantošana ir saskaņā ar evidencēs balstītu rīcībpolitiku.

Evidences nosaka atbalstošu un attaisnojošu raksturu īstenojamajām rīcībpolitikām, nevis īstenojamajām rīcībpolitikām. Šeit ir jārunā par diviem ļoti būtiskiem aspektiem evidencēs balstītas rīcībpolitikas izpratnes ietvaros. Pirmkārt, šādas rīcībpolitikas kvalitāte ir atkarīga no pašu vērā

¹⁶⁸ Law, M. C., & MacDermid, J. (2008). *Evidence-based Rehabilitation: A Guide to Practice* (pp. 304–305). Thorofare: SLACK Incorporated.

¹⁶⁹ Sutcliffe, S., & Court, J. (2005). *Evidence-Based Policymaking: What is it? How does it work? What relevance for developing countries?* Overseas Development Institute.

¹⁷⁰ Cable, V. (2004). *Does Evidence Matter? ODI meeting series*. Retrieved from <http://www.odi.org.uk/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/206.pdf>

ņemto evidenču kvalitātes, kas nevar būt maldinošas, bez evidenču rakstura. Otrkārt, pats šīs pieejas nosaukums nosaka cēloņsakarības saturu: tiek domāta rīcībpolitika, kas balstīta evidencēs, nevis evidences, kas balstītas uz rīcībpolitiku. Nereti praksē vērojama pretēja tendence, kur evidences tiek piemeklētas vai pielāgotas īstenotajām rīcībpolitikām, tādējādi attaisnojot tās. Šī pieeja nereti saistāma ar noteiktiem iemesliem, piemēram, evidenču saturs nosaka resursu nepieciešamību, nepieciešami cilvēkresursi, laika un finanšu resursi, lai iegūtu evidences, turklāt ieguldītais negarantē evidenču ieguvu, ne visi ir gatavi uzņemties ieguldījuma riskus un ne visi vēlas vai spēj ieguldīt. Jebkurā gadījumā, noteiktā pieeja ir pretrunā izpratnei par evidencēs balstītu rīcībpolitiku, pretrunā labas pārvaldības principiem, līdz ar to pretrunā ilgtspējīgai attīstībai un sabiedrības vēlmēm un vajadzībām.

Būtiski nodalīt divas konceptuāli atšķirīgas pieejas: uz viedokli balstīta rīcībpolitika un evidencēs balstīta rīcībpolitika. Evidencēs balstīta rīcībpolitika ir pozitīvi progresējoša tendence, kur ir pāreja no viedoklī balstītas rīcībpolitikas uz evidencēs balstītu rīcībpolitiku, kas ietver stingrāku, racionālāku pieeju, kas apkopo, kritiski izvērtē un izmanto rīcībpolitikās augstas kvalitātes pētījumu rezultātīvos rādītājus - evidences, informējot rīcībpolitikas īstenotājus un praktiķus.¹⁷¹

Pastāv arī nodalāmas izpētes izpratnes evidencēs balstītas rīcībpolitikas ietvaros. Viena no pieejām saistāma ar evidenču izpēti rīcībpolitikai un otra pieeja ar rīcībpolitikas izpēti. Rīcībpolitiku pētījumos, kur tiek veikta rīcībpolitikas analīze faktiski tiek runāts par veidu, kā evidences ir integrētas rīcībpolitikas ietvaros. Tas norāda uz nepieciešamo nošķirumu starp rīcībpolitikas izpēti un izpēti rīcībpolitikai. Izpēte rīcībpolitikai ietver analītisko metožu un pētījumu kopumu, kas skaidro un informē rīcībpolitikas dažādos posmus. Rīcībpolitikas izpēte ietver analītisko metožu un pētījumu kopumu, kas skaidro un informē par rīcībpolitikas dažādajiem posmiem.¹⁷²

Rīcībpolitikas posmi saistāmi ar rīcībpolitikas ciklu. Rīcībpolitikas ciklu atspoguļo sekojošais attēls (sk. 2.2. att.).

¹⁷¹ Davies, P. (2004). *Is evidence-based government possible?* Jerry Lee Lecture. Presented at the 4th Annual Campbell Collaboration Colloquium, Washington DC.

¹⁷² Parsons, D. W. (1995). *Public policy: an introduction to the theory and practice of policy analysis*(p. 16). Cheltenham, U.K., Northampton, MA, USA: Edward Elgar Publishing, Inc.



2.2. att. Rīcībpolitikas posmi (Bridgman & Davis, 1998)

Ikviens no rīcībpolitikas posmiem var ietvert evidenču apzināšanu, pirms noteiktā posma īstenošanas vai nosakot noteiktā rīcībpolitikas posma saturu. Ikviens no īstenojamiem rīcībpolitikas posmiem var kalpot par pamatu kā evidence turpmāko rīcībpolitiku noteikšanai novērtēšanas ietvaros.

Katrā no rīcībpolitikas posmiem izmantojamo evidenču saturs atšķiras. Piemēram, problēmas identificēšanas posmā evidences ir pamats problēmas noteikšanai, evidences ir pamats, konstruējot problēmas formulējumu, un attaisno problēmas nozīmīgumu. Šajā posmā evidences ir pamats tam, ka rīcībpolitikas īstenojamie pilnībā izprot situāciju un visus iespējamās situācijas risinājumus, jo tikai viņi pieņem lēmumu par noteiktās rīcībpolitikas īstenošanu un noteiktās problēmas ietveršanu dienas kārtībā. Būtiskākais šeit ir evidenču ticamības un kvantitātes (visaptverošais) aspekts, kā arī liela nozīme ir evidenču atspoguļojumam pārliecināšanas aspektā. Iepretī īstenošanas posmā uzsvars ir uz darbības atspoguļojuma evidencēm, kas attaisno paredzamā īstenošanas posma efektivitāti un iniciatīvas. Te var tikt iekļauts analītiskais darbs, ekspertu zināšanas, praktiskā pieredze, nereti liela nozīme ir pilotprojektiem. Būtiskākais šeit ir evidenču praktiskā pielietojuma aspekts. Novērtēšanas posmā ir jābūt noteiktam uzraudzības mehānismam. Novērtēšanas posms ir ļoti būtisks, lai noteiktu īstenoto rīcībpolitiku efektivitāti un izveidotu pamatu turpmākajai lēmumu pieņemšanai. Šajā posmā evidences ir pamats, kritērijs novērtēšanas procesā. Šeit būtiski ir paturēt prātā to, ka evidencēm ir jābūt ne tikai objektīvām, pilnīgām un būtiskām, bet arī atspoguļotām atbilstoši īstenojamajam.¹⁷³

¹⁷³ Pollard A., & Court, J. (2005). *How Civil Society Organisations Use Evidence to Influence Policy Processes: A literature review*. Overseas Development Institute.

Pastāv arī noteikta kritika, runājot par evidencēs balstītas rīcībpolitikas nozīmi. Pirmkārt, ir aplami pieņemt, ka ikviena rīcībpolitika var tikt balstīta vienīgi evidencēs, zināšanu un izpratnes radīšanā, jo tas, ko ir iespējams saukt par evidencēm vai zināšanām un izpratnēm rīcībpolitiku ietvaros vienmēr ir saistāms ar pastāvošām vērtībām un uzskatiem.¹⁷⁴ Taču pastāvošo vērtību un uzskatu kopa rīcībpolitiku kā sistēmu ietvaros arī saistāma ar evidenču, zināšanu un izpratnes kopu, jo saturs saskaņā ar sociālu raksturu. Evidences ir būtiska un neatņemama sastāvdaļa rīcībpolitiku ietvaros, taču tas nav absolūti vienīgais priekšnoteikums lēmumu pieņemšanas procesā.¹⁷⁵ Otrkārt, sociālie faktori tādi, kā cilvēku vērtības un izziņas veidi tiešā veidā ietekmē to, kas tiek iegūts. Tas, kādas hipotēzes tiek formulētas, kādas metodes tiek izmantotas, kā tiek interpretēti iegūtie dati, vienmēr var tikt, autora ietekmēts. Tas norāda uz to, ka evidences šādā izpratnē var kalpot par pamatu rīcībpolitikām tikai kā viens no elementiem. Šīm evidencēm ir ieteikuma raksturs rīcībpolitiku ietvaros.¹⁷⁶ Taču rīcībpolitikas nevar tikt norobežotas no noteiktā ieteikuma satura, jo ieteikumu konkurences apstākļos faktiski ir iespējams iegūt evidences rīcībpolitikām, kas satur sociālās komponentes, bet konkurences rezultātā spēj izslēgt izpētes rezultātā radušos subjektīvismu, atstājot subjektīvo perspektīvu, kas nosaka evidenču kopas daļu objektīva satura rīcībpolitikām. Evidences nav vienīgais faktors, kas ietekmē rīcībpolitikas, tāpat rīcībpolitikas var ietekmēt rīcībpolitiku īstenošanu pieredze, ekspertīzes un pieņēmumi.¹⁷⁷ Iepretī mēs varam apgalvot, ka sabiedrības vērtības, sabiedrības novērtējums jeb subjektīvā uztvere un objektīvie fakti rīcībpolitiku ietvaros var tikt vērtēti kā objektīvas evidences un objektīvs pamats rīcībpolitiku ietvaros.

Ne visas rīcībpolitikas var tikt balstītas vienīgi evidencēs, taču evidencēs balstītas rīcībpolitikas pieejas izmantošana, nosaka pamatotību īstenojamajām rīcībpolitikām. Evidences nav vienīgais elements, bet, iztrūkstot evidencēm, pastāv grūtības efektivitātes, kvalitātes un sekmīguma veicināšanā, kas ir pretrunā labas pārvaldības konceptuālajai idejai, sabiedrības vēlmēm un vajadzībām.

Kopsavilkums: Evidencēs balstīta rīcībpolitika ir diskurss vai metožu komplekss, kas informē rīcībpolitikas procesu, nevis tieši ietekmē rīcībpolitikas rezultātus, jo evidences ir neitrāls un

¹⁷⁴ Pawson, R. (2006). *Evidence-Based Policy: A Realist Perspective* (pp. 1–16). London: SAGE Publications Ltd.

¹⁷⁵ Shaxson, L. (2005). Is your evidence robust enough? Questions for policy makers and practitioners. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 1(1), 102.

¹⁷⁶ Nutley, S. M., Davies, H. T. O., & Smith, P. C. (2000). *What Works?: Evidence-Based Policy and Practice in Public*. Bristol: The Policy Press.

¹⁷⁷ Buse, K., Mays, K. N., & Walt, G. (2012). *Making Health Policy* (pp. 172–173). Berkshire: McGraw-Hill International.

objektīvs rīcībpolitikas instruments.¹⁷⁸ Tā ir pieeja, kas iekļauj evidenču racionālu analīzi un palīdz pieņemt labi informētus un pamatotus lēmumus.¹⁷⁹ Pieveja nodrošina izpratni par rīcībpolitikas vidi, tās izmaiņām; palīdz izvērtēt iespējamo rīcībpolitiku ietekmi, nodrošinot labākās rīcībpolitikas stratēģijas izvēles iespējas, saskaņā ar paredzamajām sekām un rezultātiem; atspoguļo saikni starp stratēģiskās darbības virzienu un paredzamajiem rezultātiem, rīcībpolitikas mērķiem, kas nodrošina skaidru argumentāciju; nosaka to, kas ir jā dara, lai sasniegtu rīcībpolitiku stratēģiskos mērķus vai starprezultātus; ietekmē citus, iesaistot mērķa sasniegšanā; nodrošina kvalitatīvu komunikāciju;¹⁸⁰ palīdz pieņemt pamatotus lēmumus. Pieveja nosaka, ka evidences tiek izmantotas īstenojamajām, nevis īstenotām rīcībpolitikām. Evidencēs balstīta rīcībpolitika atšķirībā no viedoklī balstītas rīcībpolitikas ietver stingrāku, racionālāku pieeju, kas apkopo, kritiski izvērtē un izmanto rīcībpolitikās augstas kvalitātes pētījumu rezultātus – evidences.¹⁸¹ Ikvienā no rīcībpolitikas posmiem var ietvert evidences un ikviens rīcībpolitikas posms var radīt evidences sekojošajiem posmiem. Katrā no rīcībpolitikas posmiem izmantojamās evidences atšķiras.

¹⁷⁸ Nutley, S. (2003). *Bridging the policy/research divide: Reflections and Lessons from the UK*. Keynote paper at National Institute of Governance Conference, Canberra, Australia.

¹⁷⁹ Davies, P. (2004). *Is evidence-based government possible?* Jerry Lee Lecture. Presented at the 4th Annual Campbell Collaboration Colloquium, Washington DC.

¹⁸⁰ Shaxson, L. (2005). Is your evidence robust enough? Questions for policy makers and practitioners. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 1(1), 102.

¹⁸¹ Davies, P. (2004). *Is evidence-based government possible?* Jerry Lee Lecture. Presented at the 4th Annual Campbell Collaboration Colloquium, Washington DC.

3. SUBJEKTĪVĀS UN OBJEKTĪVĀS LABKLĀJĪBAS NOŠĶĪRUMS VESELĪBAS STĀVOKĻA NEVIENLĪDZĪBAS IETVAROS

Subjektīvās uztveres koncepts nav plaši izmantots pētījumos. Pārsvarā lielāka nozīme līdz šim tika piešķirta "fakta" novērtējumam, kas saistāms ar iepriekš minēto nošķirumu par evidenci, norobežojoties no izpratnes par subjektīvo uztveri kā vienu no divām evidenču dimensijām. Taču sociāla satura pētījumos, it īpaši pētījumos, kas var kalpot par pamatu rīcībpolitikām ir būtiski skaidrot ne tikai, piemēram, cilvēku fizisko vai mentālo veselību raksturojošos indikatorus, bet to, kā viņi paši vērtē savu fizisko un mentālo veselību, ne tikai cilvēku rīcību, bet arī cilvēku jūtas rīcības ietvaros.

Subjektīvā uztvere, t.s. pirmsākumos saistāma ar psiholoģiju. 1925. gadā D.Flugels (D.Flugel) pirmo reizi raksta par subjektīvās labklājības uztveri (*perception of subjective well-being*).¹⁸² Pirms tam pētījumi veltīti atsevišķu dzīves kvalitātes kompleksa mainīgo objektīvo datu analīzei. 1942. gadā H.Kotams (H.R.Cottam) un A.Mangus (A.R.Mangus) ievieš dzīves standarta jēdzienu.¹⁸³ 1965. gadā H.Kantrils (H.Cantril) savā pētījumā par cilvēku interešu modeļiem pirmo reizi lieto subjektīvās labklājības jēdzienu.¹⁸⁴

Jēdziena parādīšanās un turpmākā pētnieciskā pievēršanās jēdziena lietojumam un satura skaidrojumam paplašināja labklājības kompleksa izpratni, t.s. par labklājības pētniecības „evidences” saturu. Tas var tikt uzskatīts par būtisku pavērsienu labklājības izpratnes ietvaros, jo līdz šim dzīves kvalitāte pārsvarā tika noteikta balstoties uz dzīves materiālo līmeni, veicot tā dēvēto objektīvo datu analīzi. Taču līdztekus vairāki pētījumi apstiprināja tā dēvēto mikrolīmeņa subjektīvo datu nozīmi. Zināms, ka cilvēki var justies labi iepretī objektīvajiem faktoriem viņu dzīvē, kas var tikt vērtēti kā slikti, piemēram, cilvēki nereti jūtas laimīgi iepretī viņu individuālajam ienākumu līmenim, kas vērtējams kā zems un otrādi.¹⁸⁵ Tādējādi pastāv diskusija par objektīvajiem un subjektīvajiem faktoriem, kas varētu vislabāk raksturot dzīves kvalitātes un labklājības kompleksa objektīvo saturu.

¹⁸² Snyder, C. R., & López S.J. (2009). *Oxford Handbook of Positive Psychology* (p. 187). New York: Oxford University Press.

¹⁸³ Cottam, H. R., & Mangus, A.R. (1942). A Proposed Definition of Standard of Living. *Social Forces*, 21(2), 177–179.

¹⁸⁴ Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (2003). *Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology* (p. 428). New York: Russel Sage Foundation.

¹⁸⁵ Veenhoven, R. (2010). How universal is happiness? In E. Diener, J. F. Helliwell, & D. Kahneman (Eds.), *International differences in well-being*. Oxford and New York: Oxford University Press.

Viens no sabiedrības dzīves kvalitātes novērtējuma lielumiem ir cilvēku laimīgums un apmierinātība ar dzīvi. Pētnieki, kas pievēršas subjektīvo sociālo indikatoru pētniecībai, par pamatu izmanto utilitārisma ideju, kur labāka sabiedrība ir tā, kas nodrošina lielāku laimīgumu lielākam cilvēku skaitam. Šī sakarība pastāv ne tikai teorētiskās idejas ietvaros, bet arī cilvēku reālas uztveres ietvaros, cilvēki dod priekšroku tām sabiedrībām, kur subjektīvās labklājības mainīgie ir lielāki.¹⁸⁶ Izprotot sabiedrības raksturojošos mainīgos, kas nosaka subjektīvās labklājības novērtējumu, iespējams izprast padziļinātāk daudzus sociālus procesus ar sabiedrības attīstības mērķi.

Subjektīvā labklājība tiek ietekmēta un arī ietekmē daudzus būtiskus funkcionalitātes faktoros. Šie faktori ir saistīti materiālo stāvokli, piemēram, ienākumi, patēriņš, labumi u.c. Taču subjektīvā labklājība ir ietekmēta un arī ietekmē faktoros, kas saistīti ar dzīves kvalitātes kompleksu, piemēram, veselības stāvoklis, nodarbinātība, drošība, sociālie kontakti u.c.¹⁸⁷

Ar objektīvajiem faktoriem parasti tiek saprasti mainīgie, kas raksturo indivīdu funkcionalitātes spējas un to kapacitāti, piemēram, indivīda fiziskā un mentālā veselība. Tāpat, ar objektīvajiem faktoriem parasti tiek saprasti mainīgie, kas raksturo indivīda rīcības spējas un to kapacitāti, piemēram, materiālais un finansiālais nodrošinājums, infrastruktūra, paplašināta nozīmes satura iespējas. Ar subjektīvajiem faktoriem parasti tiek saprasti mainīgie, kas raksturo indivīda dzīves kvalitātes un labklājības pašvērtējumu, indivīda funkcionalitātes spējas, rīcības spējas un to kapacitātes pašvērtējumu, piemēram, laime un apmierinātība ar dzīvi, fiziskās vai mentālās veselības pašvērtējums.¹⁸⁸

Nepastāv vienota izpratne par dzīves kvalitātes un labklājības kompleksa izmantojamajiem faktoriem, skaidrojot tā objektīvo saturu. Atsevišķi autori uzskata, ka objektīvie faktori un subjektīvie faktori ir divas nošķiramas dzīves kvalitātes un labklājības jomas, norādot, ka saistība starp šīm jomām ir minimāla. Citiem vārdiem sakot, nevar tikt sagaidīts, ka, paaugstinoties dzīves kvalitātes un labklājības objektīvo faktoru mainīgajiem, paaugstināsies arī subjektīvo faktoru mainīgie.¹⁸⁹ Taču līdztekus pastāv viedoklis, ka pieaugošā

¹⁸⁶ Diener, E. (2009). *The Science of Well-Being: The Collected Works of Ed Diener* (pp. 1–2). New York: Springer.

¹⁸⁷ Boarini, R., Comola, M., Smith, C., Manchin, R., & Keulenaer, F. (2012). *What Makes for a Better Life: The Determinants of Subjective Well-Being in OECD Countries Evidence from the Gallup World Poll*. OECD Statistics Working Paper.

¹⁸⁸ Silis, V. (2010). *Latvijas iedzīvotāju veselības uzvedība un dzīves kvalitāte* (Promocijas darbs). Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte.

¹⁸⁹ Erikson, R. (1993). Descriptions of inequality: the Swedish approach to welfare research. In M. Nussbaum, & A. K. Sen (Eds.), *The Quality of life*. Oxford: Clarendon Press.

pētnieciskā interese par subjektīvajiem mainīgajiem ir kā reakcija uz izaicinājumu operacionalizēt un kvantificēt dzīves kvalitātes un labklājības jēdziena kodolu.¹⁹⁰ Jēdzienu ietvaros būtiska loma ir indivīdu subjektīvajai apmierinātībai ar dažādajām dzīves jomām un dzīvi kopumā.¹⁹¹

Objektīvo faktoru lietojums balstās uz pieņēmumu, ka situācijas un apstākļu saturs var tikt vērtēts kā vēlams vai nevēlams, taču situācijas un apstākļu saturs tiek salīdzināts ar normatīvajiem kritērijiem – mērķiem un vērtībām.¹⁹² Salīdzināšanai ar normatīvajiem kritērijiem pamatā ir vairāki priekšnoteikumi. Jābūt skaidrai politiskai vienprātībai par to, kas ir būtisks labklājības ietvaros. Jābūt skaidrai vienprātībai par robežšķirtni labu un sliktu dzīves kvalitātes mainīgo nošķīrumā, kā arī skaidrai vienprātībai par vēlamo attīstības virzienu. Taču līdztekus ir skaidrs, ka reālajā vidē pastāv grūtības noteikto priekšnoteikumu pastāvēšanai, kaut vai viena no atslēgvārdiem „vienprātība” dēļ. Tieši tādēļ nereti noteiktie priekšnoteikumi saistāmi ar pieņemto politisko lēmumu vispārinošo saturu. Subjektīvo faktoru lietojums balstās uz pieņēmumu, ka labklājība pamatā ir atkarīga no indivīdu pašnovērtējuma, jo indivīds ir tas, kas vislabāk spēj novērtēt to, kas viņam ir būtiskākais, kas ir labi un kas ir slikti un kas būtu labāk labklājības ietvaros.¹⁹³

Pastāv savstarpējas pretrunas starp objektīvo un subjektīvo faktoru izpausmēm labklājības ietvaros, taču faktoru izpausmes nav savstarpēji izslēdzošas. Piemēram, var tikt novērots paradokss, kur indivīds var būt subjektīvi apmierināts iepretī objektīvām grūtībām savā dzīvē, taču var tikt novērots arī tas, ka indivīds ir subjektīvi apmierināts līdztekus labiem objektīvajiem faktoriem savā dzīvē. Objektīvo un subjektīvo faktoru kombinācijas nosaka atšķirīgus jēdzienus. Sekojošā 3.1. tabula sniedz šo jēdzienu apkopojumu.

¹⁹⁰ Noll, H. H. (2000). *Social indicators and social reporting: the international experience*. Retrieved from <http://www.ccsd.ca/noll1.html>

¹⁹¹ Land, K. (2000). Social indicators. In E. F. Borgatta, & R. V. Montgomery (Eds.), *The Encyclopedia of Sociology*. New York: Macmillan.

¹⁹² Noll, H. H. (2000). *Social indicators and social reporting: the international experience*. Retrieved from <http://www.ccsd.ca/noll1.html>

¹⁹³ Ibid.

**Skaidrojošo jēdzienu apkopojums objektīvo un subjektīvo dzīves kvalitātes faktoru kombinācijām
(Noll, 2000)**

Objektīvie faktori	Subjektīvie faktori	
	Labi	Slikti
Labi	Labklājība	Disonanse
Slikti	Adaptācija	Deprivācija

No noteiktā nošķīruma ir skaidrs, ka, runājot par labklājības un dzīves kvalitātes kompleksa saturu, ir jārunā kā par objektīvajiem tā arī par subjektīvajiem faktoriem. Tikai gadījumā, ja mēs runājam par labiem objektīvajiem un labiem subjektīvajiem faktoriem ir iespējams runāt par labklājību. Tas ir ļoti būtiski arī izpratnes par evidencēs balstītu rīcībpolitiku ietvaros, jo tikai gadījumā, ja tiek ņemti vērā gan subjektīvie, gan objektīvie faktori, ir iespējams runāt par rīcībpolitikām, kas vērstas uz labklājību.

Labklājības jēdziens ir daudzdimensionāls, tas ietver sevī objektīvu un subjektīvu perspektīvu, tas nosaka to, ka kopējam priekšstatam ir jāietver abas faktoru dimensijas.¹⁹⁴ Tas sasaucas ar 3.1. tabulā apkopoto, kur tikai gadījumā, kad iespējams runāt par labiem objektīvajiem un subjektīvajiem faktoru mainīgajiem, iespējams runāt par labklājību, citos gadījumos ir jārunā par jēdzienu nošķīrumu. Labklājība un dzīves kvalitāte satur daudzus faktorus, kas objektīvā veidā ietekmē indivīdu dzīvi un apstākļus, izpaužoties kā subjektīvā apmierinātība ar dzīvi un dzīves apstākļiem. Labklājība ir labu objektīvo un subjektīvo labklājības faktoru kombinācija.

Labklājība jāanalizē mikrolīmenī, kur pamatā ir indivīdu dzīves apstākļi, subjektīvais vērtējums un makrolīmenī, kur pamatā ir ekonomiskās un sociālās situācijas atspoguļojums. Labklājība ir daudzdimensionāla, tā ietekmē daudzus aspektus un tiek ietekmēta no daudziem aspektiem. Līdz ar to tā nosaka ne tikai daudzu dzīves jomu apskatu, bet arī ietver jomu savstarpējo mijiedarbību labklājības veidošanas ietvaros. Labklājību ir nepieciešams vērtēt gan pēc objektīviem, gan pēc subjektīviem faktoriem. Subjektīvajiem faktoriem ir būtiska loma, nosakot individuālos mērķus un orientāciju, kam ir būtiska saistība ar objektīvajiem faktoriem un

¹⁹⁴ Koroļova, I. (2011). *Subjektīvā labklājība: apmierinātības un dzīves sasniegumu vērtējums jauniešu pārejā uz pieaugušo statusu* (Promocijas darbs). Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte.

rīcībpolitiku konstrukcijām. Pievēršoties abu faktoru kopām, tiek iegūta pilnīgāka aina ar vispārinošāku raksturu.^{195 196}

Dzīves kvalitāte savukārt raksturo gan kolektīvās labklājības līmeni, gan indivīda summāro labklājību.¹⁹⁷ Labklājības jēdziens ir tas, kas visuzskatāmāk atspoguļo dzīves kvalitāti. Labklājība dzīves kvalitātes ietvaros ir komponents, kas atspoguļo cilvēka individuālās dzīves kvalitātes novērtējumu visās tās jomās. Labklājība atspoguļo to, kāda ir situācija objektīvajā pasaulē ar ārējiem dzīves faktoriem un kā katrs indivīds pats tās interpretē.^{198 199} Dzīves kvalitāte un labklājība ir gan subjektīva, gan objektīva. Dzīves kvalitātes kontekstā katra no divām dimensijām veido septiņu faktoru summu. Šie faktori ir materiālā labklājība, veselība, produktivitāte, intimitāte, drošība, kopienas sajūtas un emocionālā labklājība. Objektīvā dimensija satur pakārtotus objektīvos mainīgos un subjektīvā satur indivīdu apmierinātību un noteikto sfēru prioritizēšanu.^{200 201} Agrāk labklājība, t.s. subjektīvā labklājība tika skatīta kā homogēna parādība, taču šobrīd ir skaidrs, ka to veido daudzi faktori, kur katram ir īpaša saistība un atkarība no dažādiem iekšējiem un ārējiem faktoriem.^{202 203}

Labklājība tāpat kā dzīves kvalitāte ir plašs jēdziens, kas ietver sevī visdažādākos spēju, vajadzību, funkciju jomu mainīgos un apmierinātību šajās jomās. Pētot labklājības jautājumus, pastāv divas pieejas,. Objektīvās labklājības pieejas pārsvarā pievēršas vajadzībām, kas nepieciešamas indivīdam, lai viņa dzīve varētu tikt uzskatīta par labu. Vajadzības, kuram pievēršas objektīvās labklājības pieejas ietvaros, ir universālas. Subjektīvās labklājības pieejas pamatā ir ideja, ka tieši indivīdi ir tie, kas vislabāk ir spējīgi vērtēt savas labklājības saturu, tādēļ

¹⁹⁵ European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. (2004). *Quality of life in Europe*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

¹⁹⁶ Stilis, V. (2010). *Latvijas iedzīvotāju veselības uzvedība un dzīves kvalitāte* (Promocijas darbs). Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte.

¹⁹⁷ Gabe, J., Bury, M., & Elston, M. A. (2004). *Key Concepts in Medical Sociology*. London: SAGE Publications.

¹⁹⁸ Millere, J. (2012). *Bērnu ar invaliditāti ģimeņu dzīves kvalitāte Latvijā* (Promocijas darbs). Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte.

¹⁹⁹ Ventegodt, S., Merrick, J., & Andersen, N. J. (2003). Quality of Life Theory I. The IQOL Theory: An Integrative Theory of the Global Quality of Life Concept. *The Scientific World Journal*, 3, 1030–1040.

²⁰⁰ Cummins, R. A. (1997). Assessing quality of life. In R. I. Brown, *Quality of Life for People with Disabilities: Models, Research and Practice*. Chetlham: Stanley Thornes.

²⁰¹ Stilis, V. (2010). *Latvijas iedzīvotāju veselības uzvedība un dzīves kvalitāte* (Promocijas darbs). Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte.

²⁰² Koroļova, I. (2011). *Subjektīvā labklājība: apmierinātības un dzīves sasniegumu vērtējums jauniešu pārejā uz pieaugušo statusu* (Promocijas darbs). Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte

²⁰³ Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). *Subjective well-being: Three decades of progress*. *Psychological bulletin*, 125(2), 276.

viņiem pašiem ir jājautā par to.²⁰⁴ Subjektīvās labklājības pieeja ļauj indivīdiem pašiem vērtēt savu labklājību, nevis koncentrēties uz citu spriedumiem.²⁰⁵

Subjektīvās labklājības pieejas ietvaros dzīves kvalitāte tiek skatīta kā indivīda izpratne un uztvere par individuālo pozīciju saistībā ar kultūru, vērtībām, individuālajiem mērķiem, vēlmēm, problēmām, t.s. fizisko un mentālo veselību, sociālajām attiecībām, individuālo pārlicību, saikni ar vidi.²⁰⁶ Subjektīvās labklājības pieejas ietvaros tiek analizēti labas dzīves priekšstati, subjektīvie priekšnoteikumi rīcībai, apmierinātība ar veselību, darbu, materiālo stāvokli, dzīvi un citi līdzīgi jautājumi. Mūsdienās, runājot par dzīves kvalitāti un labklājību, mēs nerunājam tikai par filozofisku diskusiju priekšmetu vai individuālu problēmu. Šie jēdzieni nereti ir centrālie, runājot par attīstības procesu mērķiem, jēgu, ekonomiskās izaugsmes uzdevumiem, attīstības modeļiem, kritērijiem rīcībpolitikām. Jēdzieni kā integrējošs motīvs sociālai un politiskai dienas kārtībai.²⁰⁷

Viena no teorijām, kas skaidro subjektīvo labklājību, ir sociālā salīdzinājuma teorija. Tā saistīta ar procesu, kur indivīdi domā par sevi salīdzinošā perspektīvā saistībā ar citiem indivīdiem, pašvērtējums kā indikators, novērtējot savu dzīvi attiecībā pret citiem.²⁰⁸ Salīdzinošā perspektīva un nevienlīdzība šeit tiek identificēti kā atslēgvārdi.

Kopsavilkums: Subjektīvās uztveres novērtējums ir mazāk izmantots nekā "fakta" novērtējums. Taču rīcībpolitikām, kas vērstas uz cilvēku, ir būtisks arī subjektīvās uztveres novērtējums, jo cilvēki var justies labi iepretī objektīvajiem faktoriem viņu dzīvē.²⁰⁹ Tas rada diskusiju par objektīvajiem un subjektīvajiem faktoriem, kas varētu vislabāk raksturot dzīves kvalitāti un labklājību. Objektīvie faktori ir mainīgie, kas raksturo indivīdu funkcionalitātes, rīcības spējas un to kapacitāti, indivīda rīcības spējas un to kapacitāti. Subjektīvie faktori ir mainīgie, kas raksturo indivīda dzīves kvalitātes un labklājības pašvērtējumu, indivīda funkcionalitātes spēju, rīcības

²⁰⁴ Howell, R. T., & Howell, C. J. (2008). The relation of economic status to subjective well-being in developing countries: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 134(4), 536–560.

²⁰⁵ Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez, *Handbook of Positive Psychology*. Oxford and New York: Oxford University Press.

²⁰⁶ Phillips, D. (2006). *Quality of Life: Concept, Policy and Practice* (pp. 15–39). New York: Routledge.

²⁰⁷ Bela, B., & Tisenkofps, T. (2006). *Dzīves kvalitāte Latvijā* (lpp. 38–60). Rīga: Zinātne.

²⁰⁸ Millere, J. (2012). *Bērnu ar invaliditāti ģimeņu dzīves kvalitāte Latvijā* (Promocijas darbs). Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte.

²⁰⁹ Veenhoven, R. (2010). How universal is happiness? In E. Diener, J. F. Helliwell, & D. Kahneman (Eds.), *International differences in well-being*. Oxford and New York: Oxford University Press.

spēju un to kapacitātes pašvērtējumu.²¹⁰ Subjektīvo faktoru lietojums balstās uz pieņēmumu, ka labklājība pamatā ir atkarīga no indivīdu pašnovērtējuma, jo indivīds ir tas, kas vislabāk spēj novērtēt to, kas viņam ir būtiskākais, kas ir labi un kas ir slikti.²¹¹ Tikai gadījumā, ja tiek ņemti vērā gan subjektīvie, gan objektīvie faktori, ir iespējams runāt par rīcībpolitikām, kas vērstas uz labklājību. Subjektīvās perspektīvas ietvaros tiek skatīta indivīda izpratne un uztvere par viņa pozīciju t.s. saistībā ar fizisko un mentālo veselību²¹² un tiek analizēti labas dzīves priekšstati, subjektīvie priekšnoteikumi rīcībai un apmierinātība ar veselību un citiem dzīves aspektiem.

²¹⁰ Sīlis, V. (2010). *Latvijas iedzīvotāju veselības uzvedība un dzīves kvalitāte* (Promocijas darbs). Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte.

²¹¹ Noll, H. H. (2000). *Social indicators and social reporting: the international experience*. Retrieved from <http://www.ccsd.ca/noll1.html>

²¹² Phillips, D. (2006). *Quality of Life: Concept, Policy and Practice* (pp. 15–39). New York: Routledge.

4. VESELĪBAS STĀVOKĻA NEVIENLĪDZĪBA

Veselības stāvoklis ietver sevī fizisko, mentālo un sociālo indivīda funkcionēšanu un labklājību.²¹³ Veselības stāvokli ietekmē dažāda veida riska faktori, kas arī nosaka veselības stāvokli negatīvi ietekmējošos rezultātos rādītājus, tai skaitā radot veselības stāvokļa nevienlīdzību vai nevienlīdzības priekšnoteikumus. Indivīds savas uzvedības ietvaros ir spējīgs vismaz daļēji novērst riska faktoru ietekmi.²¹⁴ Riska faktori var būt arī vides noteikti.²¹⁵ Riska faktori ietekmē veselības stāvokli, palielinot saslimšanas iespējas, pasliktina veselības stāvokli un negatīvi ietekmē laba veselības stāvokļa priekšnoteikumus.²¹⁶

Arī resursi ietekmē veselības stāvokli, nosakot labklājības apstākļus, kas var sekmēt veselības stāvokļa priekšnoteikumus. Resursu kopums iekļauj dažāda veida resursu veidus gan materiālos, gan nemateriālos. Ar materiālajiem resursiem pārsvarā tiek saprasti tādi resursi, kas var tikt pārvietoti, ir jūtami vai sataustāmi, piemēram, māsasaimniecību labumi, dažādi priekšmeti u.c. Savukārt, ar nemateriālajiem resursiem tiek saprasti labumi, kas nevar tikt pārvietoti, nav jūtami vai sataustāmi, bet ir kaut kādas noteiktas vērtības, piemēram, drošība, kontakts, mijiedarbība u.c. Tātad resursi ar to ietekmi attiecībā uz veselības stāvokli var būt dažādi ne tikai materiāli, tie var būt kontakti vai mijiedarbība starp indivīdiem, savstarpējā uzticēšanās un drošība.²¹⁷ Tie var būt arī resursi fiziskajā vidē, kas ietekmē veselības stāvokli, veicinot veselīgu dzīvi un indivīda labklājību.²¹⁸

Tradicionālais epidemioloģiskais modelis atspoguļo dažādu faktoru ietekmi uz veselības stāvokli. Indivīds vai indivīdu kopums saskaras ar noteiktiem riska faktoriem, atrodas noteiktā sociālajā kontekstā un apstākļos kā arī īsteno noteiktu individuālo uzvedību, kas ietekmē veselības stāvokli. Kā rezultāts ietekmes faktoriem ir noteikts veselības stāvoklis, saslimstība un

²¹³ Stewart, A. L., & Ware, J. E. (1998). *Measuring Functioning and Well-being: The Medical Outcomes Study Approach* (pp. 18–20). USA: Duke University Press.

²¹⁴ World Health Organization. (2002). *The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life* (p. 150). Geneva: World Health Organization.

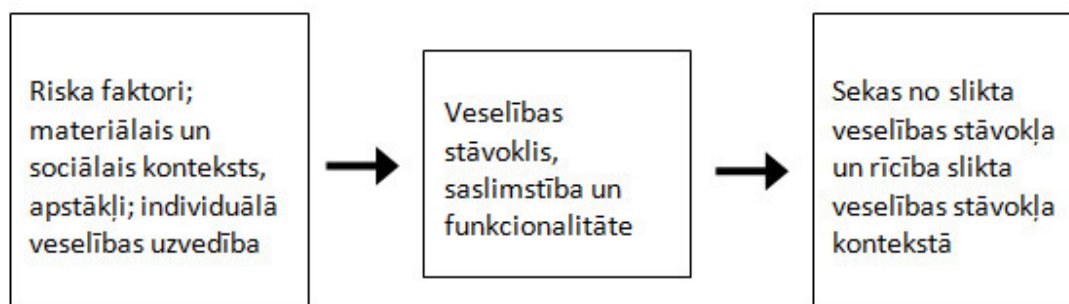
²¹⁵ Eyal, N., Hurst, S. A., Norheim, O. F., & Wikler, D. (2013). *Inequalities in Health: Concepts, Measures, and Ethics* (p. 6). New York: Oxford University Press.

²¹⁶ Mackenbach, J. P., Bakker, M. J., Kunst, A. E., & Diderichsen, F. (2002). Socioeconomic inequalities in health in Europe: An overview. In J. P. Mackenbach, & M. J. Bakker, *Reducing Inequalities in Health: A European Perspective* (p. 13). New York: Routledge.

²¹⁷ Fritzell, J., & Lundberg, O. (2007). *Health Inequalities and Welfare Resources: Continuity and Change in Sweden* (pp 1–18). Bristol: The Policy Press.

²¹⁸ Luker, K., Orr, J., & McHugh, G. A. (2011). *Health Visiting: A Rediscovery*(pp. 56–57). Chichester: John Wiley & Sons.

arī funkcionalitāte atbilstoši veselības stāvoklim. Atbilstoši noteiktajai veselības stāvokļa pozīcijai ir iespējams runāt par sekām, kas izriet no noteiktā veselības stāvokļa un arī rīcību, kas tiek īstenota vai īstenojama. Šķietami pamata modelis ir viendimensionāls, taču tas satur vairākas dimensijas un perspektīvas. Piemēram, materiālais un sociālais konteksts sevī var ietvert dzīves apstākļus, darba vides apstākļus un citus aspektus. Piemēram, veselības stāvoklis satur visa veida mentālās un fiziskās veselības stāvokli raksturojošās dimensijas; rīcība var būt ne tikai individuāla rīcība, bet arī rīcībpolitika. Šīs dažādās dimensijas un aspekti ir veselības stāvokli ietekmējošie faktori.²¹⁹



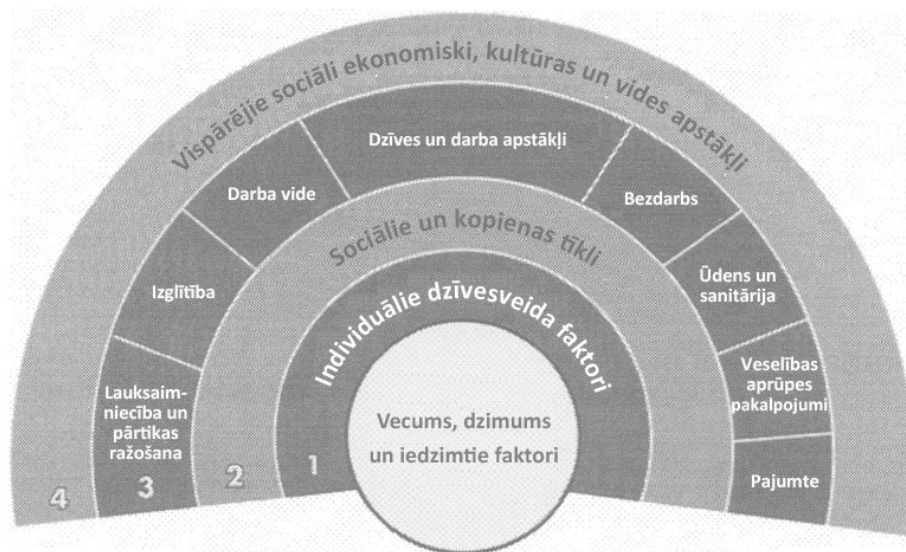
4.1. att. Tradicionālais epidemioloģiskais modelis (Rasmussen, N. K, 2008)²²⁰

Veselības stāvokļa novērtējums var tikt veikts, piemēram, vadoties pēc noteiktām diagnozēm vai analīžu rezultātiem, bet var būt tikpat labi arī indivīdu uztveres jeb pašnovērtējuma atspoguļojums.²²¹ Taču jebkurā gadījumā būtiskākais ir evidences saturs, lai būtu iespējams novērtēt iespējamās sekas, ietekmes faktoros un iespējamās pasākumu konstrukcijas situācijas uzlabošanas nolūkā. Veselības stāvokli nosaka vairāki, dažāda veida individuālie, sabiedrības un nacionālie faktori. Šo faktoru apkopojumu atspoguļo sekojošais attēls.

²¹⁹ Venkatapuram, S. (2011). *Health Justice: An Argument from the Capabilities Approach*. Cambridge: Polity Press.

²²⁰ Rasmussen, N. K. (2008). *The HEPRO Survey Model*. Retrieved from http://www.heproforum.net/images/stories/uploads/PDF/080103_hepromodel.pdf

²²¹ Bowling, A. (2004). *Measuring Health* (3rd ed., pp. 1–7). Berkshire: McGraw-Hill International.



4.2. att. Veselības stāvokli ietekmējošie faktori (Dahlgren, G., & Whitehead, M., 1991)²²²

Veselības stāvokli ietekmē visi 4.2. attēlā apkopotie faktori, kas vērtējami individuālā, sabiedrības un nacionālā līmenī. Attēls atspoguļo individuālo un vides faktoru mijiedarbību. Centrā ir cilvēks ar tam piemītošajiem faktoriem. Šie faktori ir vecums, kur pieaugot vecumam veselības stāvoklim ir tendence pasliktināties; dzimums, pastāv sakarības starp dzimumu un veselības stāvokli, piemēram, sievietes paredzamais mūža ilgums ir lielāks nekā vīriešu; iedzimtie faktori, kur liela nozīme, nosakot indivīda veselības stāvokli, ir ģenētikai un vecāku fonam. Noteiktie faktori nav saistāmi ar individuālajām ietekmes iespējām, taču tos ir iespējams ņemt vērā, plānojot rīcībpolitikas vai individuālo rīcību. Attiecībā uz šiem faktoriem un cilvēku centrā ir vērsta pārējo faktoru ietekme, ietekmējot veselības stāvokli. Pārējie faktori ar to ietekmi nav fiksēti, tie ir ietekmējami un modificējami. Individuālie dzīves faktori saistāmi ar individuālo uzvedību, kas ietekmē veselības stāvokli, piemēram, fiziskās aktivitātes, alkohola patēriņš un citi. Tas, piemēram, vai indivīds izvēlas smēķēt, vai nesmēķēt bieži ir atkarīgs no vairākiem sociālajiem un ekonomiskajiem apstākļiem, piemēram, no sabiedrības normām. Veselības stāvokli ietekmē arī dažāda veida sociālie un kopienas tīkli, tā ir dažāda veida sociālā un sabiedrības ietekme, kas izpaužas kā savstarpējais atbalsts dažāda veida nelabvēlīgu apstākļu kontekstā. Taču šie ietekmes faktori var izpausties arī negatīvā veidā, kur viens otram nesniedz nekāda veida atbalstu. Nākošie ir dažāda veida strukturālie faktori: izglītība, darba vide un citi.

²²²Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies.

Kā arī veselības stāvokli ietekmē dažāda veida sociāli ekonomiskie, kultūras un vides apstākļi.²²³ Atšķirības šajos faktoros starp indivīdiem rada veselības stāvokļa nevienlīdzību.

Veselības stāvokļa nevienlīdzība atspoguļo veselības statusa variācijas individuālā vai reģionālā līmenī. Veselības stāvokļa nevienlīdzības jēdziens tiek izmantots, lai atspoguļotu veselības statusa atšķirības starp indivīdiem vai grupām.²²⁴ Paredzamajam mūža ilgumam, veselības statusam, indivīdu un sabiedrības veselības stāvoklim ir īpaša nozīme sabiedrības izaugsmes kontekstā. Ja pastāv veselības stāvokļa nevienlīdzība, tas norāda uz nevienlīdzīgu resursu sadalījumu starp indivīdiem.²²⁵ Veselības stāvokļa nevienlīdzības pētniecība ir daudzdisciplinārs jautājums, ko var skatīt no ekonomikas, socioloģijas, politikas u.c. zinātņu perspektīvas dažādos griezumos.²²⁶

Veselības stāvokļa nevienlīdzība ir sabiedrības veselības problēma ar ļoti būtisku politisko nozīmi.²²⁷ Rīcībpolitikas īstenotājiem ir jābūt labi informētiem par sabiedrības veselības stāvokļa un nevienlīdzību raksturojošajiem mainīgajiem, pirms tiek izstrādātas pieejas nevienlīdzības novēršanai. Pastāv dažāda veida rīcībpolitiku pieejas, kas vērstas uz veselības stāvokļa nevienlīdzības novēršanu. Tās tiek īstenotas gan reģionālā, gan nacionālā, gan starptautiskā līmenī.²²⁸ Nereti tiek novirzīta lielāka daļa resursu un tiek pieliktas īpašas pūles, apkarojot tās slimības, kas visvairāk apdraud dzīvību, uzlabojot veselības aizsardzības sistēmu.²²⁹ Īpaša nozīme tiek piešķirta rīcībpolitikām, kas vērstas uz nabadzības mazināšanu. Šeit tiek pievērsta uzmanība ne tikai nabadzības mazināšanai noteiktas sabiedrības ietvaros, bet arī ir runa par pasaules izaicinājumu, mazinot nabadzību pasaules nabadzīgākajās valstīs, iekļaujot pakārtotos mērķus, piemēram, mazināt bērnu mirstības rādītājus.²³⁰ Taču neatkarīgi no īstenotajām rīcībpolitikām būtiska nozīme ir nepieciešamībai rīkoties saskaņā ar veselību

²²³ Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies.

²²⁴ Kawachi, I., Subramanian, S. V., & Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *The Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(9), 647–652.

²²⁵ Rostila, M. (2013). *Social Capital and Health Inequality in European Welfare States*(pp. 8–9). New York: Palgrave Macmillan.

²²⁶ Jabbour, S., Giacaman, R., Yamout, R., & Khawaja, M. (2012). *Public Health in the Arab World*(p. 432). Cambridge: Cambridge University Press.

²²⁷ Sen, A., & Foster, J. E. (1997). *On economic inequality*. Oxford: Oxford University Press.

²²⁸ World Health Organization. (2003). *The World Health Report 2003: Shaping the Future*(pp. 117–119). Geneva: World Health Organization.

²²⁹ Tulchinsky, T. H., & Varavikova, E. (2009). *The New Public Health* (2nd ed., pp. 38–39). London: Academic Press.

²³⁰ Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A., & Wirth, M. (2001). *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action* (pp. 183–184). New York: Oxford University Press.

noteicošajiem sociālajiem faktoriem. Tas nodrošina visaptverošu un daudzpusīgu rīcībpolitikas pieeju.²³¹

M. Marmots (M. Marmot) savā grāmatā "Social determinants of health inequalities" ir apkopojis evidences, veselību noteicošos sociālos faktoros: 1) sociālā novirze, 2) stress, 3) jaunības dzīve, 4) sociālā izstumšana, 5) darbs, 6) bezdarbs, 7) sociālais atbalsts, 8) kaitīgie ieradumi, 9) pārtika, 10) transports.²³² Pieejas attiecībā uz veselības stāvokļa nevienlīdzības mazināšanu ir atšķirīgas, prioritizējot noteiktos faktoros dažādos veidos vai piešķirot nozīmi tikai atsevišķiem veselību noteicošajiem faktoriem. Taču neatkarīgi no tā skaidrs ir tas, ka īstenojot rīcībpolitikas, kas vērstas uz veselības stāvokļa nevienlīdzību, nevar tikt veiktas pragmatiskā veidā, noteiktā koncepta paplašinātā satura dēļ.

Pastāv trīs veidu skaidrojumi sociālajai nevienlīdzībai veselības stāvokļa ietvaros: 1) veselības stāvoklis nosaka sociālo pozīciju, kur veselības stāvoklis ir atskaites punkts, 2) sociālā pozīcija nosaka veselības stāvokli, kur sociālā pozīcija ir atskaites punkts, 3) faktori, kas raksturo iepriekšējos dzīves gadus, nosaka abus – esošo sociālo pozīciju un veselības stāvokli, taču netiešā veidā. Attiecībā uz trešo iespējamo skaidrojumu, pastāv arī noteikta kritika, kas ierobežo analīzes iespējas. Tā kā ietekme ir netieša, nav iespējams novilkt skaidru robežšķirtni ietekmes ietvaros, turklāt, lai veiktu pilnvērtīgu analīzi, tā būtu jāveic paaudžu nomaiņas kontekstā.²³³

Kopsavilkums: Veselības stāvoklis ietver sevī fizisko, mentālo un sociālo indivīda funkcionēšanu un labklājību.²³⁴ Veselības stāvokli ietekmē dažāda veida riska faktori, radot veselības stāvokļa nevienlīdzības priekšnoteikumus. Riska faktori var būt indivīda uzvedības²³⁵ un arī vides noteikti.²³⁶ Arī resursi (materiālie un nemateriālie) ietekmē veselības stāvokli, nosakot labklājības apstākļus, kas var sekmēt veselības stāvokļa priekšnoteikumus. Tradicionālais epidemioloģiskais modelis atspoguļo dažādu faktoru ietekmi uz veselības stāvokli, kur indivīds saskaras ar noteiktiem riska faktoriem, atrodas noteiktā sociālajā kontekstā,

²³¹ Raphael, D. (2012). *Tackling Health Inequalities: Lessons from International Experiences*(pp. 191–193). Toronto: Canadian Scholars' Press.

²³² Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365 (9464), 1099–1104

²³³ Marmot, M., Ryff, D. C., Bumpass L. L., Shipley, M., & Marks, N. F. (1997). Social inequalities in health: next questions and converging evidence. *Social Science & Medicine*, 44(6), 901–910.

²³⁴ Stewart, A. L., & Ware, J. E. (1998). *Measuring Functioning and Well-being: The Medical Outcomes Study Approach* (pp. 18–20). USA: Duke University Press.

²³⁵ World Health Organization. (2002). *The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life* (p. 150). Geneva: World Health Organization.

²³⁶ Eyal, N., Hurst, S. A., Norheim, O. F., & Wikler, D. (2013). *Inequalities in Health: Concepts, Measures, and Ethics* (p. 6). New York: Oxford University Press.

apstākļos un īsteno noteiktu uzvedību, kas ietekmē veselības stāvokli. Veselības stāvokli ietekmē daudzi faktori: vecums, dzimums, iedzimtie faktori (nav ietekmējami), individuālie dzīves jeb individuālās uzvedības faktori, sociālie un kopienas tīklu faktori, strukturālie faktori, sociāli ekonomiskie, kultūras un vides apstākļi.²³⁷ Pastāv grūtības noteikt ietekmes virzienu starp veselības stāvokli un faktoriem (kurš kuru ietekmē). Atšķirības šajos faktoros starp indivīdiem rada veselības stāvokļa nevienlīdzību. Veselības stāvokļa nevienlīdzība atspoguļo veselības statusa variācijas individuālā vai reģionālā līmenī. Veselības stāvokļa nevienlīdzības jēdziens tiek izmantots, lai atspoguļotu veselības statusa atšķirības starp indivīdiem vai grupām.²³⁸

4.1. Veselības stāvokļa nevienlīdzības jēdziens un izpratne

Cilvēki ar labāku vai sliktāku veselības stāvokli nav nejauša parādība sabiedrībā. Pārsvarā cilvēku koncentrācija ar sliktāku veselības stāvokli vērojama starp tiem cilvēkiem, kur ir salīdzinoši mazāks resursu daudzums, kas sekmē cilvēku dzīves ekonomisko nedrošību un nelabvēlīgu dzīves attīstību.²³⁹ Pastāv ierobežojumi skaidri identificēt to, kas ir labs un slikts veselības stāvoklis. Citiem vārdiem sakot, pastāv grūtības identificēt skaidru robežu, kas ļauj savstarpēji nošķirt šos pretstatītos jēdzienus. Taču bieži var skaidri identificēt savstarpējā salīdzinājumā labāku vai sliktāku veselības stāvokli (piemēram, ja a ir labāks veselības stāvoklis nekā b), dažādu faktoru pozitīvo vai negatīvo ietekmi attiecībā uz veselības stāvokli (piemēram, alkohola vai tabakas patēriņš negatīvi ietekmē veselības stāvokli). Tieši šī iemesla dēļ veselības stāvokļa nevienlīdzības izpēte paredz skaidru savstarpējās salīdzināšanas iespēju.

Veselības stāvokļa nevienlīdzības jēdziens saistāms ar faktu, ka pastāv sistemātiskas atšķirības starp indivīdu veselības stāvokli, kas saistītas ar to nevienlīdzīgu pozīciju sabiedrībā.²⁴⁰ Konkrētais jēdziens tiek lietots, lai apzīmētu veselības stāvokļa atšķirības, kas saistāmas ar indivīdu nevienlīdzīgu sociāli ekonomisko pozīciju sabiedrībā un apzīmējot veselības stāvokļa nevienlīdzību starp dzimumiem, etniskajām grupām vai cita veida sabiedrības

²³⁷ Eyal, N., Hurst, S. A., Norheim, O. F., & Wikler, D. (2013). *Inequalities in Health: Concepts, Measures, and Ethics* (p. 6). New York: Oxford University Press.

²³⁸ Kawachi, I., Subramanian, S. V., & Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *The Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(9), 647–652.

²³⁹ Riekert, K. A., Ockene, J. K., & Shumaker, S. A. (2008). *The Handbook of Health Behavior Change* (3rd ed., pp. 740-741). New York: Springer Publishing Company.

²⁴⁰ Graham, H. (2009). *Understanding Health Inequalities* (2nd ed., pp. 2-4). Berkshire: Open University Press.

grupām.²⁴¹ Dažkārt tiek lietoti saturu precizējoši jēdzieni, piemēram, dzimumu veselības stāvokļa nevienlīdzība.²⁴²

Starp pētniekiem un rīcībpolitikas procesa dalībniekiem nav vienotas konsekvences veselības stāvokļa nevienlīdzības jēdziena lietojumā. Piemēram, ASV pētnieki un rīcībpolitikas īstenotāji reti lieto jēdzienu veselības stāvokļa nevienlīdzība, runājot par sistemātiskām veselības stāvokļa atšķirībām starp vairāk vai mazāk privilģētākām sabiedrības grupām. Biežāk tā vietā tiek lietots jēdziens veselības stāvokļa atšķirības.²⁴³ Lielbritānijā astoņdesmitajos un deviņdesmitajos gados, konservatīvās valdības laikā, lai apzīmētu veselības stāvokļa nevienlīdzību, tika lietots jēdziens veselības stāvokļa variācijas. Lielbritānijā jēdziena veselības stāvokļa nevienlīdzība lietošana ienāk 1997. gadā ar leiboristu valdības ievēlēšanu.²⁴⁴ Atšķirību vai variācijas jēdziens biežāk tiek lietots, aprakstot veselības stāvokļa atšķirības starp sabiedrības apakšgrupām. Lietojot jēdzienu veselības stāvokļa nevienlīdzība, tiek skatītas sociālās un ekonomiskās nevienlīdzības, ar kurām šīs veselības stāvokļa atšķirības ir saistītas.²⁴⁵ Lietojot jēdzienu veselības stāvokļa nevienlīdzība, tiek ietverta arī ietekmējošo faktoru izpratne.

Veselības stāvokļa nevienlīdzības un veselības stāvokļa atšķirības jēdzieni visbiežāk tiek lietoti, lai aprakstītu sakarību, kur sociālās un ekonomiskās atšķirības starp indivīdiem saistītas ar veselības stāvokļa atšķirībām starp tiem.²⁴⁶ Veselības stāvokļa nevienlīdzības jēdziens nereti tiek lietots, lai izteiktu morālu spriedumu par noteikto sociālo sistēmu, kur tiek pieņemts, ka sociālās nevienlīdzības ir atšķirības, kas tiek uztvertas lielā mērā kā netaisnīgas.²⁴⁷ Veselības stāvokļa nevienlīdzības jēdziena pamatā ir pieņēmums, ka ikvienam būtu jābūt vienādām iespējām dzīvot ilgu un veselīgu mūžu.²⁴⁸

²⁴¹ Graham, H. (2007). *Unequal Lives: Health And Socioeconomic Inequalities* (pp. 99–100). Berkshire: Open University Press.

²⁴² Idip, p. 9.

²⁴³ Braveman, P. (2006). Health disparities and health equity: Concepts and Measurement. *Public Health*, 27, 167–194.

²⁴⁴ Allmark, P. J., & Salway, S. (2009). *Reducing Health Inequalities Implementation Theme. Briefing paper 1: Why health inequalities matter*. South Yorkshire: Collaborations for Leadership in Applied Health Research .

²⁴⁵ Graham, H. (2009). *Understanding Health Inequalities* (2nd ed., pp. 3–4). Berkshire: Open University Press.

²⁴⁶ Andresen, E., & DeFries Bouldin, E. (2010). *Public Health Foundations: Concepts and Practices* (pp. 388–389). USA: John Wiley & Sons.

²⁴⁷ Killoran, A., & Kelly, M. P. (2010). *Evidence-based Public Health: Effectiveness and Efficiency* (pp. 64–65). Oxford: Oxford University Press

²⁴⁸ Graham, H. (2009). *Understanding Health Inequalities* (2nd ed., p. 4). Berkshire: Open University Press.

Lai varētu tikt izprastas veselības stāvokļa nevienlīdzības ir jāsaprot, kāda veida saikne pastāv starp sociāli ekonomisko pozīciju un veselības stāvokli.²⁴⁹ Pastāv mainīgs viedoklis par savstarpējo cēloņsakarību, jo sociāli ekonomiskie apstākļi ietekmē veselības stāvokli un veselības stāvoklis ietekmē sociāli ekonomiskos apstākļus. Piemēram, ienākumi var ietekmēt cilvēka iespējas iegādāties nepieciešamos medikamentus, un cilvēka veselības stāvoklis var noteikt cilvēka spēju strādāt tikai zemi atalgotu darbu vai vispār nespēju strādāt.²⁵⁰

Sociālā pozīcija ir veselības stāvokli fundamentāli ietekmējošs aspekts.²⁵¹ Sociāli ekonomiskā pozīcija nemainīgi ietekmē indivīdiem pieejamos resursus, kas nosaka veselības stāvokļa uzlabošanas kapacitāti un veselības stāvokli ietekmējošos riska faktorus.²⁵² Sociāli ekonomiskās priekšrocības nosaka pieeju resursiem, kas var uzlabot veselības stāvokli un ierobežo veselības stāvokli ietekmējošos riskus. Tie indivīdi, kuriem ir ierobežoti ekonomiskie resursi, ir vairāk pakļauti veselības stāvokli ietekmējošiem riskiem. Riski, kas ietekmē veselības stāvokli neaprobežojas ar darba vides riskiem, tie ir arī mājas riski un uzvedības riski un tie uzkrājas dzīves laikā.²⁵³

Kopsavilkums: Pārsvārā cilvēkiem ar sliktāku veselības stāvokli ir salīdzinoši mazāks resursu daudzums, kas sekmē dzīves ekonomisko nedrošību un nelabvēlīgu dzīves attīstību.²⁵⁴ Pastāv grūtības noteikt to, kas ir labs vai slikts veselības stāvoklis, taču savstarpēji salīdzinot var identificēt labāku vai sliktāku veselības stāvokli, ko paredz veselības stāvokļa nevienlīdzības izpēte. Veselības stāvokļa nevienlīdzības jēdziens norāda uz sistemātiskām atšķirībām starp indivīdu veselības stāvokli, kas saistītas ar to nevienlīdzīgu pozīciju sabiedrībā²⁵⁵ vai apzīmē veselības stāvokļa nevienlīdzību starp dzimumiem, etniskajām un citām sabiedrības grupām.²⁵⁶ Dažkārt tiek lietoti saturu precizējoši jēdzieni, piemēram, dzimumu veselības stāvokļa

²⁴⁹ Albrecht, G. L., Fitzpatrick, R., & Scrimshaw, S. C. (2000). *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine* (pp. 128-129). London: SAGE Publications Ltd.

²⁵⁰ Power, C., & Matthews, S. (1997). Origins of health inequalities in a national population sample. *The Lancet*, 350(9091), 1584–1589.

²⁵¹ Link, B. G., & Phelan, J. (1995). Social Conditions as Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 80-94.

²⁵² Budrys, G. (2010). *Unequal Health: How Inequality Contributes to Health or Illness* (pp. 221-226). USA: Rowman & Littlefield Publishers.

²⁵³ Power, C., & Matthews, S. (1997). Origins of health inequalities in a national population sample. *The Lancet*, 350(9091), 1584–1589.

²⁵⁴ Riekert, K. A., Ockene, J. K., & Shumaker, S. A. (2008). *The Handbook of Health Behavior Change* (3rd ed., pp. 740-741). New York: Springer Publishing Company.

²⁵⁵ Graham, H. (2009). *Understanding Health Inequalities* (2nd ed., pp. 2-4). Berkshire: Open University Press.

²⁵⁶ Graham, H. (2007). *Unequal Lives: Health And Socioeconomic Inequalities* (pp. 99–100). Berkshire: Open University Press.

nevienlīdzība.²⁵⁷ Pastāv atšķirības jēdzienu lietojumā, piemēram, veselības stāvokļa atšķirības,²⁵⁸ veselības stāvokļa variācijas. Taču, lietojot jēdzienu veselības stāvokļa nevienlīdzība, tiek skatītas sociālās un ekonomiskās nevienlīdzības, ar kurām šīs veselības stāvokļa atšķirības ir saistītas,²⁵⁹ iekļaujot arī ietekmējošo faktoru izpratni. Veselības stāvokļa nevienlīdzības jēdziens tiek visbiežāk lietots, lai aprakstītu sakarību, kur sociālās un ekonomiskās atšķirības starp indivīdiem saistītas ar veselības stāvokļa atšķirībām starp tiem.²⁶⁰

4.2. Veselības stāvokļa pašnovērtējums

Vairāku pētījumu rezultāti norāda uz to, ka veselības stāvokļa pašnovērtējums var būt kā mainīgais, prognozējot un nosakot cilvēku veselības aprūpes sistēmas iespēju izmantošanu, mirstību un citus būtiskus veselības stāvokli raksturojošos mainīgos.²⁶¹ Tam, ka pastāv noteiktas sakarības starp indivīdu veselības stāvokļa pašnovērtējumu un veselību raksturojošajiem objektīvajiem datiem, pastāv vairāki skaidrojumi.

Viens no skaidrojumiem norāda uz to, ka kopējais veselības stāvokļa pašnovērtējums iekļauj visus veselības stāvokli raksturojošos aspektus, kā arī veselības stāvokļa pasliktināšanās simptomus, individuālos un vides riska faktoros. Tas norāda uz to, ka veselības stāvokļa pašnovērtējums ietver ne tikai esošā veselības stāvokļa novērtējumu, bet arī veselības stāvokli ietekmējošos aspektus un veselības stāvokļa novērtējumu nākotnes perspektīvā. Tātad indivīda veselības stāvokļa pašnovērtējums ir ļoti būtisks. Savukārt, piemēram, viens no visbiežāk lietotajiem mainīgajiem, vērtējot veselības stāvokli, mirstības rādītāji nav spējīgi sniegt šo informāciju.²⁶²

Otrs skaidrojums saistāms ar subjektīvās pašsajūtas ietekmi uz veselības stāvokli, kur tiek pieņemts, ka tas, ja cilvēks jūtas labi, (atbilstoši labs veselības stāvokļa pašnovērtējums) pats par sevi aizsargā indivīdu no veselības stāvokļa pasliktināšanās. Negatīva pašsajūta (atbilstoši slikts

²⁵⁷ Graham, H. (2007). *Unequal Lives: Health And Socioeconomic Inequalities* (p.9). Berkshire: Open University Press.

²⁵⁸ Braveman, P. (2006). Health disparities and health equity: Concepts and Measurement. *Public Health*, 27, 167–194.

²⁵⁹ Graham, H. (2009). *Understanding Health Inequalities* (2nd ed., pp. 3–4). Berkshire: Open University Press.

²⁶⁰ Andresen, E., & DeFries Bouldin, E. (2010). *Public Health Foundations: Concepts and Practices* (pp. 388–389). USA: John Wiley & Sons.

²⁶¹ DeSalvo, K. B., Fan, V. S., McDonell, M. B., & Fihn, S. D. (2005). Predicting Mortality and Healthcare Utilization with a Single Question. *Health Services Research*, 40(4), 1234–1246.

²⁶² Wahl, H. W. (2006). *The Many Faces of Health, Competence and Well-Being in Old Age: Integrating Epidemiological, Psychological and Social perspectives* (p. 258). Netherlands: Springer.

veselības stāvokļa pašnovērtējums) negatīvi ietekmē veselības stāvokli, piemēram, depresiju kontekstā.²⁶³

Veselības pašnovērtējums balstās uz atbildēm uzdotot vispārizplatītu pētniecības jautājumu: kā jūs vērtējat savu veselības stāvokli?^{264 265 266 267 268} Ir vairāki pētījumi, kas atspoguļo, ka noteiktais indikators norāda uz veselības problēmām, un arī ir spēcīgs mirstības paredzēšanas mainīgais.^{269 270 271 272 273 274} Vairākos pētījumos veselības pašnovērtējums tiek klasificēts kā "spēcīgā" evidence.^{275 276 277 278} Pastāv noteikta sakarība, kur jo zemāks ir cilvēku sociālais statuss, jo lielākas ir fiziskās un mentālās veselības problēmas. Taču līdztekus atsevišķos pētījumos ir noteikta vispārinoša sakarība, jo zemāks ir cilvēku sociālais statuss, jo lielākas ir fiziskās un mentālās veselības problēmas, jo sliktāka ir subjektīvā labklājība.²⁷⁹

Visbiežāk veselības stāvokļa pašnovērtējums rīcībpolitiku ietvaros ir ignorēts aspekts, pievēršoties tikai evidenču saturam, kas saistīts ar objektīvo veselības statusu vai mainīgajiem,

²⁶³ Diener, E., Lucas, R., Schimmack, U., & Helliwell, J. (2009). *Well-being for Public Policy* (pp. 142-144). Oxford: Oxford University Press.

²⁶⁴ Erikssona, I, Undéna, A. L., & Elofsson, S. (2001). Self-rated health. Comparisons between three different measures. Results from a population study. *International Journal of Epidemiology*, 30(2), 326–333.

²⁶⁵ Phellas, C. (2012). *Aging in European Societies: Healthy Aging in Europe*. (J. L. Powell, & S. Chen, Eds.) New York: Springer.

²⁶⁶ OECD. (2013). *OECD Health Data 2013. Definitions, Sources and Methods*. Retrieved from OECD Statistics: <http://stats.oecd.org/fileview2.aspx?IDFile=b5ada8c0-1093-4e1a-a9b7-09ad357dd7bf>

²⁶⁷ Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. (2013). *SHARE - Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Retrieved from The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE): <http://www.share-project.org>

²⁶⁸ Eurofound. (2013). *How many hours per week would you prefer to work?* Retrieved from Eurofound: <http://www.eurofound.europa.eu/surveys/smt/3eqls/index.EF.php>

²⁶⁹ Ginzler, E. M. (2010). *Systemic Lupus Erythematosus, Rheumatic Disease Clinics of North America* (Vol. 20). Elsevier Health Sciences.

²⁷⁰ DeSalvo, K. B., Bloser, N., Reynolds, K., He, J., & Muntner, P. (2006). Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question. *Journal of General Internal Medicine*, 21(3), 267–275.

²⁷¹ Burström, B., & Fredlund, P. (2001). Self rated health: Is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55, 836–840.

²⁷² Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*, 69(3), 307–316.

²⁷³ Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 21–37.

²⁷⁴ Idler, E. L., & Angel, R. J. (1990). Self-rated health and mortality in the NHANES-I Epidemiologic Follow-up Study. *American Journal of Public Health*, 80(4), 446–452.

²⁷⁵ Fayers, P. M., & Hays, R. D. (2005). *Assessing Quality of Life in Clinical Trials: Methods and Practice* (2nd ed., p. 314). New York: Oxford University Press.

²⁷⁶ Ibid., pp. 309–310.

²⁷⁷ McFadden, E., Luben, R., Wareham, N., Kinmonth, A. L., & Khaw, K. T. (2008). Social inequalities in self-rated health by age: Cross-sectional study of 22 457 middle-aged men and women. *BMC Public Health*, 8(230).

²⁷⁸ Shadbolt, B., Barresi, J., & Craft, P. (2002). Self-Rated Health as a Predictor of Survival Among Patients With Advanced Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 20(10), 2514–2519.

²⁷⁹ Marmot, M., Ryff, D. C., Bumpass L. L., Shipley, M., & Marks, N. F. (1997). Social inequalities in health: next questions and converging evidence. *Social Science & Medicine*, 44(6), 901–910.

kas raksturo vispārējo labklājību jeb labklājības objektīvo daļu.²⁸⁰ Taču, kā iepriekš tika minēts, tikai gadījumā, kad tiek ņemtas vērā abas daļas – objektīvā un subjektīvā ir iespējams runāt par labklājības kompleksu kopumā.²⁸¹ Šī pieeja rīcībpolitiku ietvaros ir pretrunā evidencēs balstītai rīcībpolitikai. Ir vairāki pētījumi, kas apstiprina, ka veselības stāvokļa pašnovērtējumam ir tikpat nozīmīga ietekme uz veselību un ar veselību saistītu uzvedību kā objektīvajiem mainīgajiem, taču šī ietekme nereti var būt atšķirīga, piemēram, negatīva iepretī pozitīvai.²⁸²

Lai varētu runāt par veselības kompleksu kopumā, nav pietiekoši, ja uzmanība tiek pievērsta tikai slimībām un saslimšanām. Veselības komplekss ietver cilvēka funkcionalitātes pozitīvās iezīmes. Labklājības faktori ne tikai nosaka dzīves kvalitāti, bet arī izstrādā būtiskus aizsardzības mehānismus attiecībā ar stresu, depresiju un citām veselības kompleksa dimensijām.²⁸³ Tādā veidā ir iespējams runāt par dažādu faktoru daudzdimensionālo ietekmi veselības stāvokļa ietvaros. Tas, kāda veida faktori ietekmē veselības stāvokli un kāda veida ir šī ietekme, skaidro vairākas veselības stāvokļa nevienlīdzību skaidrojošās pieejas.

Kopsavilkums: Veselības stāvokļa pašnovērtējums var būt kā mainīgais, prognozējot un nosakot cilvēku veselības aprūpes sistēmas iespēju izmantošanu, mirstību un citus būtiskus mainīgos.²⁸⁴ Pastāv sakarības starp indivīdu veselības stāvokļa pašnovērtējumu un veselību raksturojošajiem objektīvajiem datiem, jo veselības stāvokļa pašnovērtējums iekļauj visus veselības stāvokli raksturojošos aspektus un subjektīvā pašsajūta ietekmē veselības stāvokli. Vairāki pētījumi atspoguļo, ka noteiktais indikators norāda uz veselības problēmām, ir spēcīgs mirstības paredzēšanas mainīgais²⁸⁵ un tiek klasificēts kā "spēcīgā" evidence.^{286 287288} Vairāki pētījumi apstiprina, ka veselības stāvokļa pašnovērtējumam ir tikpat nozīmīga ietekme uz veselību un ar

²⁸⁰ Diener, E., Lucas, R., Schimmack, U., & Helliwell, J. (2009). *Well-being for Public Policy* (p. 144). Oxford: Oxford University Press.

²⁸¹ Noll, H. H. (2000). *Social indicators and social reporting: the international experience*. Retrieved from <http://www.ccsd.ca/noll1.html>

²⁸² Mossey, J. M., & Shapiro, E. (1982). Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*, 72(8), 800–808.

²⁸³ Lewinsohn, P., & Redner, J. (1991). *The relationship between life satisfaction and psychosocial variables: new perspectives* (pp. 141–169). Oxford: Pergamon Press.

²⁸⁴ DeSalvo, K. B., Fan, V. S., McDonell, M. B., & Fihn, S. D. (2005). Predicting Mortality and Healthcare Utilization with a Single Question. *Health Services Research*, 40(4), 1234–1246.

²⁸⁵ Ginzler, E. M. (2010). *Systemic Lupus Erythematosus, Rheumatic Disease Clinics of North America* (Vol. 20). Elsevier Health Sciences.

²⁸⁶ Fayers, P. M., & Hays, R. D. (2005). *Assessing Quality of Life in Clinical Trials: Methods and Practice* (2nd ed., p. 314). New York: Oxford University Press.

²⁸⁷ *Ibid.*, pp. 309–310.

²⁸⁸ McFadden, E., Luben, R., Wareham, N., Kinmonth, A. L., & Khaw, K. T. (2008). Social inequalities in self-rated health by age: Cross-sectional study of 22 457 middle-aged men and women. *BMC Public Health*, 8(230).

veselību saistītu uzvedību kā objektīvajiem mainīgajiem, taču šī ietekme nereti var būt atšķirīga, piemēram, negatīva iepretī pozitīvai.²⁸⁹

²⁸⁹ Mossey, J. M., & Shapiro, E. (1982). Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health, 72*(8), 800–808.

5. VESELĪBAS STĀVOKĻA NEVIENLĪDZĪBU SKAIDROJŠĀS PIEEJAS

Nepastāv universāla definīcija, definējot veselības stāvokļa nevienlīdzību. Pasaules Veselības organizācija ar veselības kompleksu saprot slimības un vājuma neesamību, kā arī pilnīgu mentālās un fiziskās labklājības stāvokli.²⁹⁰ Medicīniskā izpratnē parasti fokuss ir uz slimībām un apstākļiem, uzsvāru liekot uz veselīgu dzīves kvalitāti.²⁹¹ Ar veselības stāvokļa nevienlīdzību tiek saprasts priekšlaicīgas mirstības, saslimstības un invaliditātes atšķirības starp cilvēkiem reģiona, valsts vai starptautiskā mērogā.²⁹²

Pamatojoties uz Lisabonas līguma 3. pantu un LR Satversmes 116. pantu kā ES, tā Latvijas kontekstā tiek noteikta vēlme veicināt iedzīvotāju labklājības stāvokli²⁹³, kas sasaucās ar Pasaules Veselības organizācijas veselības kompleksa definīciju. Sociālajam stāvoklim ir būtiska saistība ar veselību un labklājību. Neaizsargātāko indivīdu sociālie un ekonomiskie priekšnosacījumi ietekmē to veselības stāvokli. Tāpat, arī pieņemtie politiskie lēmumi ar atšķirīgu ietekmi uz veselības aprūpes nodrošinājumu un sociālā atbalsta nodrošinājumu.²⁹⁴ Atšķirīgie priekšnosacījumi un atšķirīgās politikas arī rada veselības stāvokļa nevienlīdzības rašanās iespējas. Kopumā veselības stāvokļa nevienlīdzība skar tādus sabiedriski būtiskus jautājumus kā solidaritāte, ekonomiskā un sociālā vienotība, vienlīdzīgas cilvēku iespējas un cilvēktiesības.²⁹⁵

Pastāv arī vairākas veselības stāvokļa nevienlīdzības novērtējuma alternatīvas, kas atkarīgas no ietvertās izpratnes par veselības stāvokļa nevienlīdzību un to ietekmējošajiem faktoriem. Nereti tiek vērtēta jaundzimušo mirstība, dzīves ilguma atšķirības, pieaugušo mirstība, saslimstība, vardarbības līmenis, atkarības vielu lietošana, dzīves un darba vides apstākļi,

²⁹⁰ World Health Organization. (1946). *Official Records of the World Health Organization* (p. 100).

²⁹¹ Wilson, B. (1995). Linking Clinical Variables With Health-Related Quality of Life. *JAMA*, 273(1), 59–65.

²⁹² Eiropas Savienības Padome. (2011). *Padomes secinājumi „Veselības stāvokļa atšķirību novēršana Eiropas Savienībā, ar saskaņotu rīcību veicinot veselīga dzīves veida pieņemšanu”*. Eiropas Savienības Oficiālais Vēstnesis.

²⁹³ Latvijas Satversmes sapulce. (2007). *Latvijas Republikas Satversme*.

Eiropas Savienības Oficiālais Vēstnesis. (2007). *Lisabonas līgums*. Izgūts no <http://eur-lex.europa.eu/JOHtml.do?uri=OJ:C:2007:306:SOM:LV:HTML>

²⁹⁴ World Health Organization. (2006). *Concepts and principles for tackling social inequities in health*. Retrieved from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf

²⁹⁵ Commission of the European Communities. (2009). *Solidarity in health: reducing health inequalities in the EU*. Retrieved from http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_en.pdf

uzturs.²⁹⁶ Tiek pieņemts, ka veselības stāvokļa nevienlīdzība nereti saistīta ar sociālo statusu, piemēram, neaizsargātāka ir tā sabiedrības daļa, kas veic mazkvalificētu darbu, kuriem zemi ienākumi, zems izglītības līmenis.²⁹⁷ Salīdzinoši slikts veselības stāvoklis parasti ir trūkumā dzīvojošiem cilvēkiem, bezpajumtniekiem, bezdarbniekiem, cilvēkiem ar invaliditāti, cilvēkiem ar mazām pensijām.²⁹⁸ Pastāv arī veselības stāvokļa nevienlīdzība starp valstij piederīgajiem un imigrantiem.²⁹⁹ Veselības stāvokli būtiski ietekmē arī darba vide.³⁰⁰

Pastāv noteikta saikne starp veselību un labklājību. Nevienlīdzīgi ienākumi viens no faktoriem, kas rada atšķirības veselības stāvoklī starp cilvēkiem. Veselības stāvokļa nevienlīdzību lielā mērā rada sociālā stratifikācija.³⁰¹ Sabiedrības attīstība un ekonomiskā izaugsme pēc būtības nespēj mazināt nevienlīdzību veselības jomā. Šeit liela loma jāpievērš labuma sadalījumam un rīcībpolitiku pamatā jārunā par mērķi, kas vērsts uz atšķirību samazināšanu. Rīcībpolitiku ietvaros veselības stāvokļa nevienlīdzību kontekstā liela nozīme ir sociālās aizsardzības politikai. Ienākumu sadale un sociālā aizsardzība nosaka, cik lielā mērā pastāv nevienlīdzība starp veselības stāvokli.³⁰² Tāda veidā mēs varam apgalvot, ka nabadzība ir viens no veselības nevienlīdzības rašanās faktoriem.

Saistība pastāv arī starp veselības aprūpes izdevumiem un veselības stāvokli ar tās nevienlīdzību, runājot gan par veselības aprūpi ārstniecības pakalpojuma ietvaros, gan par sabiedrības veselības stāvokli kā prevenciju. Veselības aprūpes izdevumi tiešā veidā nosaka veselības sistēmas spēju nodrošināt cilvēku vajadzības. Veselības aprūpes izdevumi un līdz ar to arī politika ietver sevī veselības aprūpes pieejamību un kvalitātes dimensiju.³⁰³ Ja piedāvātais atbilstošs iedzīvotāju vajadzībām tiek nodrošināta veselības aprūpe nepieciešamajā līmenī, bet ja

²⁹⁶ Novick, L. F., & Morrow, C. B. (2002). *Defining public health: historical and contemporary developments* (pp. 1–31). Jones and Bartlett Publishers.

²⁹⁷ Adler, N. E., & Ostrove, J. M. (1999). Socioeconomic status and health: what we know and what we don't. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 3–15.

²⁹⁸ Novick, L. F., & Morrow, C. B. (2002). *Defining public health: historical and contemporary developments* (pp. 1–31). Jones and Bartlett Publishers.

²⁹⁹ Mladovsky, P. (2007). Migrant health in the EU. *Eurohealth*, 13(1), 9–11.

³⁰⁰ Siegrist, J., & Marmot, M. (2004). Health inequalities and the psychosocial environment—two scientific challenges. *Social Science & Medicine*, 58(8), 1463–1473.

³⁰¹ Ross, E. C. (1995). The links between education and health. *American Sociological Review*, 60(5), 719–745.

³⁰² Daniels, N., & Kennedy, B. P. (1999). Why justice is good for our health: the social determinants of health inequalities. *Bioethics and Beyond*, 128(4), 215–251.

³⁰³ Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099–1104.

pastāv veselības aprūpes kvalitātes un pieejamības vienlīdzīgums, tiek mazināta veselības aprūpes nevienlīdzības un līdz ar to veselības stāvokļa nevienlīdzības iespējamība.³⁰⁴

Veselības stāvokļa nevienlīdzības rašanās saistīta arī ar makroekonomiskajiem apstākļiem.³⁰⁵ Tas liek domāt par nesenās ekonomiskās krīzes negatīvo ietekmi. Sarežģīti makroekonomiskie apstākļi attiecīgi ietekmē ne tikai finanšu stāvokli, bet arī sociālos procesus un rada priekšnosacījumus lielākai veselības stāvokļa nevienlīdzībai.

Lielā daļā valstu veselības stāvokļa nevienlīdzību novēršana ir viens no noteiktajiem mērķiem valsts politikā. Tas ir sarežģīti īstenojams mērķis rīcībpolitikas ietvaros, jo nevienlīdzībai nereti cieša saikne ar minētajiem faktoriem: labklājību, izglītību, ienākumiem, vidi un citiem, kas nevar tikt novērsts vienkāršā veidā, īstenojot noteiktas rīcībpolitikas veselības aprūpes sistēmas ietvaros.³⁰⁶ Iespējams, efektīvai veselības stāvokļa nevienlīdzības novēršanai ir nepieciešamas radikālas pārmaiņas sabiedrības struktūrā.

Lielākoties katrā valstī pastāv sociālās atšķirības, kas kalpo par pamatu veselības stāvokļa atšķirībām starp indivīdiem. Pētījumos ir konstatētas sakarības, kas ir nepārprotamas, piemēram, pārsvarā sievietes dzīvo ilgāk nekā vīrieši,³⁰⁷ kvalificēta darba veicēji pārsvarā dzīvo ilgāk nekā mazkvalificēta darba veicēji,³⁰⁸ bagāti cilvēki dzīvo pārsvarā ilgāk nekā nabadzīgi cilvēki,³⁰⁹ nesmēķētāji dzīvo pārsvarā ilgāk nekā smēķētāji.³¹⁰ Veselības stāvokļa nevienlīdzības atkarīgas no daudziem faktoriem, no atšķirībām dzīves stilā, atšķirīgiem patēriņiem, atšķirīgiem sociālajiem un ekonomiskajiem priekšnoteikumiem. Šie dažādie faktori no, kuriem atkarīga veselības stāvokļa nevienlīdzība tiek uzskatīti par riska faktoriem.³¹¹ Rīcībpolitikām jābūt orientētām uz šo riska faktoru mazināšanu.³¹² Bieži riska faktoru mazināšana ir informēšana.

³⁰⁴ Gordon, D. (1999). *Inequalities in Health: The Evidence Presented to the Independent Inquiry Into Inequalities in Health*. (D. Gordon, M. Shaw, D. Dorling, & G. D. Smith, Eds., pp. 88–89) Bristol: The Policy Press.

³⁰⁵ Subramanian, S. V., & Belli, P. (2002). The macroeconomic determinants of health. *Annual Review of Public Health*, 23, 287–302.

³⁰⁶ Killoran, A., & Kelly, M. P. (2010). *Evidence-based Public Health: Effectiveness and Efficiency* (pp. 63–64). Oxford: Oxford University Press

³⁰⁷ Shaw, M., & Dorling, D. (2002). *Health, place and society* (p. 99). Great Britain: Pearson Education Limited.

³⁰⁸ Thorslund, M., & Lundberg, L. (1994). Health and inequalities among the oldest old. *Journal of aging and health*, 6, 51–69.

³⁰⁹ Macintyre, S., & McKay, L. (2005). Are rich people or poor people more likely to be ill? *Social Science & Medicine*, 60, 313–317.

³¹⁰ Barendregt, J. J., & Bonneux, M. D. (1997). The Health Care Costs of Smoking. *The new journal of medicine*, 337, 1052–1057.

³¹¹ World Health Organization. (2002). *The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life* (pp. 14–15). Geneva: World Health Organization.

³¹² Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Fundamental Cause Theory. In W. C. Cockerham, *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory* (p. 119). Dordrecht: Springer.

Taču parasti cilvēki, kas ir informēti par riskiem un ir gatavi rīkoties saskaņā ar tiem visbiežāk, nav tie, kuriem tiek identificēta augstākā riska pakāpe.³¹³

Rīcībpolitikas un lēmumi, lai novērstu veselības stāvokļa nevienlīdzību paredz sarežģītību pēc būtības. Piemēram, nereti, lai samazinātu smēķētāju skaitu tiek paaugstināts akcīzes nodoklis tādējādi paaugstinot smēķēšanas izmaksas, taču nereti nabadzīgi cilvēki, nevis, nesmēķē, bet cieš to spēja segt citas dzīvei būtiskas izmaksas, piemēram, to uzturu.³¹⁴ Tas paver pētniecības iespējas, veicot gadījuma izpēti, ko iespējams pētīt kā evidencēs balstītu rīcībpolitiku ietvaros, gan pievēršoties dažāda veida statistiskajai analīzei.

Lēmumu un rīcībpolitiku ietvaros, kas vērstas uz veselības stāvokļa nevienlīdzības novēršanu, ir jārunā arī par solidaritāti, jo tām jābūt balstītām taisnīguma principos un tās ietekmē visu sabiedrību neatkarīgi no tā, uz ko tiek vērstas.³¹⁵ Šeit ir jāuzdod retorisks jautājums, vai ir jābūt attiecināmam vienādam atskaites punktam attiecībā pret visiem sabiedrības locekļiem? Jo pārsvarā pastāv diskusijas par veselības stāvokļa nevienlīdzību starp bagātiem un nabadzīgiem cilvēkiem, starp dažādām sociālajām klasēm, starp cilvēkiem, kas dzīvo dažādos reģionos. Tipiskākā atbilde būtu jā, kas liek cilvēkiem just piederību noteiktajai kopienai, kas padara skaidrāku situāciju atsaucoties uz sociālo solidaritāti. Tomēr līdzī seko taisnīguma principi, kas liek aizdomāties vai solidaritāte ir reāla vai morāli retoriska.³¹⁶

Visbiežāk, runājot par veselības stāvokļa nevienlīdzību tiek runāts par četrām pieejām (iekļauj ne tikai teorētiskus, bet arī metodoloģiskus priekšstatus par savstarpējām sakarībām) veselības stāvokļa nevienlīdzību skaidrojuma:

- uzvedības/ kultūras;
- materiālistu;
- psiho-sociālo;
- dzīves gājuma.³¹⁷

³¹³ Great Britain. Parliament. House of Commons. Health Committee. (2009). *Health Inequalities: Report, Together with Formal Minutes* (Vol. 1, p. 67). The Stationery Office.

³¹⁴ Danziger, S., & Haveman, R. H. (2001). *Understanding Poverty* (pp. 285-286). USA: Harvard University Press.

³¹⁵ Williams, S., & Torrens, P. (2007). *Introduction to Health Services* (7th ed., pp. 327-328). USA: Cengage Learning Ltd.

³¹⁶ Williams, A. (1999). Inequalities in health and intergenerational equity. *Ethical Theory and Moral Practice*, 2(1), 47-55.

³¹⁷ Bartley, M. (2004). *Health Inequality: An Introduction to Theories, Concepts and Methods*. Cambridge: The Policy Press.

Katra no četrām pieejām piedāvā savu cēloņsakarību skaidrojumu veselības stāvokļa nevienlīdzības pastāvēšanai. Uzvedības/ kultūras pieeja (Bourdieu P., Shaw M., Bartley M., Raphael D., Smith G.D., West P., Blane D.) pieņem, ka veselības stāvokļa nevienlīdzību veicina atšķirības sociālo šķiru uzvedībā. Šīs pieejas ietvaros tiek runāts par vairākiem uzvedības faktoriem, piemēram, diētas izvēli, medikamentu patēriņu, alkohola un tabakas patēriņu, brīvā laika aktivitātēm un citiem faktoriem.³¹⁸ Šī pieeja balstās arī uz pieņēmumu, ka atsevišķās kultūrās var būt izplatītāka zemāku ienākumu vai mazāk privilģētāku sociālo šķiru parādība, kas veicina veselību pasliktinošu uzvedību, piemēram, smēķēšanu, neveselīgu diētu, zemu fiziskās aktivitātes līmeni.³¹⁹

Materiālistu pieeja (Lynch J.W., Smith G.D., Kaplan G.A., House J.S., Bartley M., Van Doorslaer E., Koolman X., Smith J.P., Marmot M., Ryff C.D., Bumpass L.L., Shipley M., Marks N.F., Wilkinson R.) paredz, ka veselības stāvokļa nevienlīdzību veicina nabadzība, cilvēku finansiālais stāvoklis un to atšķirības. Materiālistu pieejas ietvaros tiek runāts par vairākiem veselības stāvokļa nevienlīdzību ietekmējošiem faktoriem, kas pamatā saistīti ar dzīves standarta mainīgajiem, piemēram, ienākumi, dzīves vieta un citi.³²⁰ Tas nosaka, ka veselības stāvokļa nevienlīdzības rašanās iemesls ir zemi ienākumi vai to konsekvences.³²¹

Psiho – sociālās pieejas (Martikainen P., Bartley M., Lahelma E., Elstad J.I., Egan M., Thomas S., Petticrew M., Tannahill C., White K., Marmot M., Wilkinson R., Allen J., Goldblatt P., Kelly S., Hertzman C., Daniels M., Siegrist J.) ietvaros tiek pieņemts, ka sociālā nevienlīdzība var ietekmēt to, kā cilvēki jūtas psiholoģiski, kas savukārt var un ietekmē fiziskā ķermeņa procesus. Piemēram, stresa sociālie priekšnosacījumi rada emocionālas pārmaiņas, kas ietekmē bioloģiskas izmaiņas, tai skaitā ietekmējot sirds saslimstības risku.³²²

Dzīves gājuma pieejas (Smith G.D., Lynch J.W., Marmot M., Stansfeld S., Bartley M., Krieger N., Olsen J., Stronks K., Mackenbach J.P.) ietvaros tiek pieņemts, ka visas – sociālās,

³¹⁸ Chandola, T., & Marmot, M. G. (2010). Socio-economic Position and Health. In A. Steptoe, K. E. Freedland, J. R. Jennings, M. M. Llabre, S. B. Manuck, & E. J. Susman, *Handbook of Behavioral Medicine: Methods and Applications* (pp. 313–314). New York: Springer.

³¹⁹ Braveman, P., & Tarimob, E. (2002). Social inequalities in health within countries: not only an issue for affluent nations. *Social Science & Medicine*, 54(11), 1621–1635.

³²⁰ Asthana, S., & Halliday, J. (2006). *What Works in Tackling Health Inequalities?: Pathways, Policies and Practice Through the Lifecourse* (pp. 28–30). Bristol: The Policy Press.

³²¹ Turrell, G. (2001). Income inequality and health: in search of fundamental causes. In R. Eckersley, J. Dixon, & R. M. Douglas (Eds.), *The Social Origins of Health and Well-being* (pp. 89-96). USA: Cambridge University Press.

³²² Stephens, C. (2008). *Health Promotion: A Psychosocial Approach*. (S. Payne, & S. Horn, Eds., pp. 61–63) Berkshire: McGraw-Hill International.

psiho-sociālās, bioloģiskās priekšrocības vai ierobežojumi ietekmē veselības stāvokļa nevienlīdzību, skatot individuālās pieredzes kontekstā. Piemēram, bērnības uzturs, fiziskā aktivitāte ietekmē indivīda veselības stāvokli dažādos vecuma periodos.³²³ Šī pieeja ir ļoti tuva Darvina (Darwin) izpratnei par dabīgo atlasī. Šī pieeja paredz to, ka cilvēki ar sliktu veselības stāvokli bērnībā un pusaudžu gados biežāk nonāk mazāk privilģētajās sociālajās šķirās pieauguša cilvēka gados.³²⁴ Katra no četrām pieejām izvirza noteiktu cēloņsakarību ar vairākiem faktoriem, kas ir par pamatu veselības stāvokļa nevienlīdzībai, taču pamatā ir veselības stāvokļa nevienlīdzības pastāvēšana un tās daudzdimensionalitāte, kas ne tikai ir daudzu faktoru ietekmēta, bet arī ietekmē daudzus būtiskus sabiedriskās un ekonomiskās funkcionalitātes aspektus.

Kopš 1980. gada, kad diskusijas par noteikto jomu kļuva starptautiskas, ir attīstītas šīs pieejas, skaidrojot veselības stāvokļa nevienlīdzības rašanās cēloņsakarības. Visas noteiktās pieejas ir saistītas ar sociālajiem un vides skaidrojumiem. Piemēram, psiho-sociālā pieeja saistīta ar psiholoģiskajiem efektiem, kur iepriekšējā pieredzē esošie stresa apstākļi darbā vai mājās, vai zems sociālais statuss rada noteiktās sekas.³²⁵ Dzīves gājuma pieeja tās kompleksās izpētes dēļ attīstījies deviņdesmitajos gados. Dzīves gājuma pieeja paredz cilvēku izpēti ilgstošā dzīves periodā, dažreiz arī paaudžu nomaiņu ietvaros. Dzīves gājuma pieejas pamatā ir pieņēmums, kur cilvēka iespējas uz labu vai sliktu veselību ietekmē tas, kas ar cilvēku ir noticis bērnībā vai pat vēl pirms dzimšanas.³²⁶ Pieeju klasifikācija un nosaukumi mēdz atšķirties, taču tās nav savstarpēji izslēdzošas. Pastāv arī alternatīvas pieejas, piemēram, neo-materiālistu pieeja pievērš mazāku uzmanību indivīdam, pievēršoties sabiedrībām un to savstarpējām atšķirībām, meklējot atšķirības starp sabiedrībām, to sociālajām rīcībpolitikām un institūcijām. Pieņem, ka sabiedrībās, kur ir mazākas atšķirības sadalījumā starp dažādiem cilvēkiem, būs mazāka

³²³ Ryan, L. H., & Smith, J. (2009). Cognition and Health Disparities Over the Life Course: Longevity as an Example. In T. C. Antonucci, & J. S. Jackson (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics: Life-Course Perspectives on Late Life Health Inequalities* (Vol. 29, pp. 131-133). New York: Springer Publishing Company.

³²⁴ Smith, G. D., Neaton, J. D., Wentworth, D., Stamler, R., & Stamler, J. (2003). Socioeconomic differentials in mortality risk among men screened for the Multiple Risk Factor Intervention Trial: Part I - results for 300,685 white men. In G. D. Smith, *Health Inequalities: Lifecourse Approaches* (p. 29). Bristol: The Policy Press.

³²⁵ Elstad, J. I. (1998). The Psycho-social Perspective on Social Inequalities in Health. *Sociology of Health & Illness*, 20(5), 598–618.

³²⁶ Wadsworth, M. E. (1997). Health inequalities in the life course perspective. *Social science & medicine*, 44(6), 859–869.

nevienlīdzības pakāpe.³²⁷ Jāņem vērā, ka teorijas un to piedāvātais cēloņsakarību skaidrojums nav savstarpēji izslēdzošs. Noteiktā pētījuma ietvaros tiks izmantota iepriekš minētā četru pieeju klasifikācija, lai skaidrākā veidā novilkta pētniecības robežšķirtnes, taču nenorobežojoties no iespējamajām atklātajām tendencēm vai sakarībām.

Kopsavilkums: Sociālajam un ekonomiskajam stāvoklim ir būtiska saistība ar veselību, atšķirīgi priekšnosacījumi var radīt veselības stāvokļa nevienlīdzību. Pastāv vairākas veselības stāvokļa nevienlīdzības novērtēšanas alternatīvas, kas pakārtotas izpratnei par ietekmējošajiem faktoriem.³²⁸ Līdz ar to nevienlīdzības novēršana rīcībpolitikās ir sarežģīti īstenojams mērķis, jo daudzu faktoru saistība paredz starpsektoru rīcībpolitikas.³²⁹ Visbiežāk veselības stāvokļa nevienlīdzību skaidrojumam tiek izmantotas četras pieejas: uzvedības/ kultūras; materiālistu; psiho-sociālā; dzīves gājuma.³³⁰ Katra no pieejām piedāvā savu cēloņsakarību skaidrojumu veselības stāvokļa nevienlīdzības pastāvēšanai. Uzvedības/ kultūras pieejas ietvaros tiek pieņemts, ka veselības stāvokļa nevienlīdzību veicina atšķirības sociālo šķiru uzvedībā.³³¹ Materiālistu pieeja paredz, ka veselības stāvokļa nevienlīdzību veicina nabadzība, cilvēku finansiālais stāvoklis un to atšķirības.³³² Psiho – sociālās pieejas ietvaros tiek pieņemts, ka sociālā nevienlīdzība var ietekmēt to, kā cilvēki jūtas psiholoģiski, kas savukārt var un ietekmē fiziskā ķermeņa procesus.³³³ Dzīves gājuma pieejas ietvaros tiek pieņemts, ka visas priekšrocības vai ierobežojumi ietekmē veselības stāvokļa nevienlīdzību, skatot individuālās pieredzes kontekstā.³³⁴ Visas pieejas ir saistītas ar sociālajiem un vides skaidrojumiem. Pieejas tiks izmantotas darba empīriskās metodoloģijas konstruēšanā.

³²⁷ Layte, R. (2012). The Association Between Income Inequality and Mental Health: Testing Status Anxiety, Social Capital, and Neo-Materialist Explanations. *European Sociological Review*, 28(4), 498–511.

Bottero, W. (2005). Stratification: Social Division and Inequality (p.194). New York: Routledge.

³²⁸ Novick, L. F., & Morrow, C. B. (2002). *Defining public health: historical and contemporary developments* (pp. 1–31). Jones and Bartlett Publishers.

³²⁹ Killoran, A., & Kelly, M. P. (2010). *Evidence-based Public Health: Effectiveness and Efficiency* (pp. 63–64). Oxford: Oxford University Press

³³⁰ Bartley, M. (2004). *Health Inequality: An Introduction to Theories, Concepts and Methods*. Cambridge: The Policy Press.

³³¹ Chandola, T., & Marmot, M. G. (2010). Socio-economic Position and Health. In A. Steptoe, K. E. Freedland, J. R. Jennings, M. M. Llabre, S. B. Manuck, & E. J. Susman, *Handbook of Behavioral Medicine: Methods and Applications* (pp. 313–314). New York: Springer.

³³² Asthana, S., & Halliday, J. (2006). *What Works in Tackling Health Inequalities?: Pathways, Policies and Practice Through the Lifecourse* (pp. 28–30). Bristol: The Policy Press.

³³³ Stephens, C. (2008). *Health Promotion: A Psychosocial Approach*. (S. Payne, & S. Horn, Eds., pp. 61–63) Berkshire: McGraw-Hill International.

³³⁴ Ryan, L. H., & Smith, J. (2009). Cognition and Health Disparities Over the Life Course: Longevity as an Example. In T. C. Antonucci, & J. S. Jackson (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics: Life-Course Perspectives on Late Life Health Inequalities* (Vol. 29, pp. 131-133). New York: Springer Publishing Company.

5.1. Uzvedības/kultūras pieeja

Uzvedības kultūras pieejā pastāv uzsvars uz neapzinātu indivīdu rīcību, uz neapdomātu rīcību, neuzmanīgu dzīves stilu, kas ir pamata virzošie indikatori sliktam veselības stāvoklim.³³⁵ Atsevišķos gadījumos tiek pieņemts, ka šāda veida sistemātiska rīcība, kas ir saskaņā ar noteiktu sociālo grupu, ir izglītības vai individuālās iegribas konsekvence. Citos gadījumos pastāv uzskats, ka rīcība, kas ir noteicoša labam vai sliktam veselības stāvoklim, ir iegūta sociālās struktūras ietvaros. Tā ilustrē sociālo struktūru nošķiramās dzīves stilus, kas raksturo un pastiprinās noteikto sociālo grupu ietvaros.³³⁶ Noteiktā pieeja nosaka, ka pastāv atšķirības starp dažādām sociālajām grupām dažāda veida patēriņa un aktivitāšu ietvaros, kas saistītas ar veselības stāvokli.³³⁷ Visbiežāk izmantotās indikācijas salīdzinājumam ir smēķēšana, alkohola patēriņš, aktīvā atpūta un sports, uzturs.³³⁸

Veselības stāvokli negatīvi ietekmējoša uzvedība ietver sevī dažāda veida ikdienas saskarsmei pakļautas aktivitātes, piemēram, uzturs, alkohola un narkotisko vielu patēriņš. Taču līdztekus uzvedība saistāma ar starp personu uzvedības formā, piemēram, noziedzība, vardarbība, pašnāvība, paškaitējums un cita veida formas.³³⁹

Tiek pieņemts, ka jo zemāka ir cilvēka pozīcija noteiktajā sociālajā grupā, jo lielāka iespēja, ka noteiktais indivīds rīkosies un veiks patēriņu pretrunā labāka veselības stāvokļa iespējām, piemēram, lielāka iespēja, ka smēķēs. Praksē, veicot pētījumus saskaņā ar noteikto pieeju, lielāka uzmanība tiek veltīta uzvedības, nevis kultūras aspektam.³⁴⁰ Ja pastāv nošķirums un uzvedība ir pamats, skaidrojot veselības stāvokļa nevienlīdzību, tad tiek pieņemts, ka pastāv

³³⁵ Chandola, T., & Marmot, M. G. (2010). Socio-economic Position and Health. In A. Steptoe, K. E. Freedland, J. R. Jennings, M. M. Llabre, S. B. Manuck, & E. J. Susman, *Handbook of Behavioral Medicine: Methods and Applications* (pp. 313–314). New York: Springer.

³³⁶ Koivusilta, L., & Rimpelä, A. (2007). Intertwining of Health Career with Educational Career. In E. B. Darlon, *Adolescent Behavior Research Advances* (pp. 132–133). New York: Nova Science Publishers.

³³⁷ Hoffmann, R. (2008). *Socioeconomic Differences in Old Age Mortality* (pp. 78–81). New York: Springer.

³³⁸ Pampel, F. C., Krueger, P. M., & Denney, J. T. (2010). *Socioeconomic Disparities in Health Behaviors. Annual Review of Sociology*, 36, 349–370.

³³⁹ Norton, R., Hyder, A. A., & Gururaj, G. (2006). Risk Factors for Unintentional Injuries and Violence. In M. Merson, R. E. Black, & A. Mills, *International Public Health: Diseases, Programs, Systems and Policies* (2nd ed., pp. 336–337). Sudbury: Jones & Bartlett Learning.

³⁴⁰ Osler, M. (1993). Social class and health behaviour in Danish adults: A longitudinal study. *Public Health*, 104(4), 251–260.

saikne starp sociālo pozīciju un uzvedību caur indivīda nelabvēlīgajām personības īpašībām, kas ir neatkarīgas no indivīda pozīcijas sociālajā struktūrā.³⁴¹

Kultūras koncepts ir definēts dažādos veidos. Tas ir komplekss jēdziens, jo iekļauj zināšanas, pārliecības, mākslu, morāli, likumus, paradumus un cita veida raksturojošās īpašības, ko cilvēks ieguvis esot noteiktās sabiedrības loceklis.³⁴² Bieži noteiktā jēdziena skaidrojumā tiek ietvertas tradīcijas, īpaši noteiktas vērtības un noteikumi vai normas, kas nosaka sociālās grupas uzvedību.³⁴³ Kultūra ir kā nozīmju sistēma cilvēku pratos kopienas ietvaros. Pastāv sakarība starp dzīves apstākļiem, uzvedību un rezultātiem, kur sociālās robežas noteikšana rada nevienlīdzību.³⁴⁴ Dažāda veida kultūras formas var ietekmēt neapzinātā veidā veselības stāvokli ietekmējošu uzvedību, t.s., negatīvi veselības stāvokli ietekmējošu uzvedību.³⁴⁵

Taču līdztekus pastāv arī uzskats, ka ir jārunā ne tikai par sociālajām atšķirībām, kas nosaka uzvedību attiecībā uz veselības stāvokli. Jārunā ne tikai par indivīdu mentālajiem mainīgajiem. Piemēram, cilvēki dažādās sociālajās pozīcijās izprot, ka smēķēšana kaitē veselības stāvoklim, tātad atšķirības izpratnēs neizskaidro smēķēšanas ieradumu atšķirības.³⁴⁶ Pastāv ļoti būtiska starp izglītības līmeni un veselības stāvokli ietekmējošo uzvedību. Izglītība nereti saistāma ar kultūras kontekstu, piemēram, bērns aug sociālajā grupā, kur visi orientēti uz izglītošanos, izglītošanos labākās izglītības iestādēs. Attiecīgi ir lielāka iespējamība, ka noteiktā bērna izglītošanās būs līdzīga. Nereti pētījumos, veicot operacionalizāciju, kultūra tiek noteikta izglītības mainīgā ietvaros.³⁴⁷ Pastāv risks, veicot pētījumus uzvedības un kultūras pieejas ietvaros, jo lai rezultāti varētu tikt vispārināti nepieciešama datu kopa, iekļaujot vairākas paaudzes.³⁴⁸

³⁴¹ Muntaner, C., Borrell, C., Chung, H., & Benach, J. (2010). Class Exploitation and Psychiatric Disorders. In R. Hofrichter, & R. Bhatia, *Tackling Health Inequities Through Public Health Practice: Theory to Action* (2nd ed., pp. 188-189). New York: Oxford University Press.

³⁴² Gullestrup, H. (2006). *Cultural Analysis: Towards Cross-cultural Understanding* (p.32). Aalborg: Copenhagen Business School Press.

³⁴³ Kroeber, A. L., & Kluckhohn, C. (1978). *Culture: A Critical Review of Concepts and Definitions* (p.53). Kraus Reprint Company.

³⁴⁴ Lock, M., & Nguyen, V. K. (2011). *An Anthropology of Biomedicine* (pp. 8–9). Chichester: John Wiley & Sons.

³⁴⁵ Riegelman, R. K. (2009). *Public Health 101: Healthy People-Healthy Populations* (pp. 57–58). Sudbury: Jones & Bartlett Learning.

³⁴⁶ Blaxter, M. (2010). *Health* (2nd ed., pp. 88–95). Cambridge: Polity Press.

³⁴⁷ Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A., Lynch, J. W., & Smith, G. D. (2006). Indicators of socioeconomic position (part 1). *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60, 7–12.

³⁴⁸ Nigg, C. R., Allegrante, J. P., & Ory, M. (2002). Theory-comparison and multiple-behavior research: common themes advancing health behavior research. *Health Education Research*, 17(5), 670–679.

Jaunākā no uzvedības kultūras pieejām cēlusies no salīdzināmajiem pētījumiem par veselības stāvokļa nevienlīdzību Eiropā. Pieejas pamatā ir uzsvars veselības stāvokli ietekmējošo uzvedības risku izvērtējumu salīdzinošā perspektīvā starp valstīm.³⁴⁹

Kopsavilkums: Uzvedības kultūras pieejā tiek pieņemts, ka veselības stāvokļa nevienlīdzību veicina atšķirības sociālo šķiru uzvedībā, iekļauj uzvedības faktorus un ir uzsvars uz neapzinātu indivīdu rīcību.³⁵⁰ Neapzinātu rīcību nosaka piederība sociālajai grupai, izglītība, individuālā iegriba, sociālās struktūras.³⁵¹ Pastāv atšķirības starp patēriņu un aktivitātēm, kas saistītas ar veselības stāvokli.³⁵² Tiek pieņemts, ka jo zemāka ir cilvēka pozīcija sociālajā grupā, jo lielāka iespēja, ka indivīds rīkosies un veiks patēriņu pretrunā labāka veselības stāvokļa iespējām. Visbiežāk izmantotie faktori ir smēķēšana, alkohola patēriņš, aktīvā atpūta un sports, uzturs.³⁵³ Praksē, veicot pētījumus saskaņā ar noteikto pieeju, lielāka uzmanība tiek veltīta uzvedības, nevis kultūras aspektam.³⁵⁴

5.2. Materiālistu pieeja

Lielākā daļa pētnieku piekrīt tam, ka pastāv skaidra savstarpējā saistība starp ienākumu nevienlīdzību un sabiedrības veselības stāvokli nacionālā līmenī.³⁵⁵ Literatūrā pastāv dažāda veida viedokļi par saikni starp nevienlīdzību un veselības stāvokli. Atsevišķos gadījumos viedoklis ir noraidošs³⁵⁶ vai skeptisks³⁵⁷, taču citi piekrīt šīs sakarības pastāvēšanai.³⁵⁸

³⁴⁹ Richter, M. (2010). *Risk Behaviour in Adolescence: Patterns, Determinants and Consequences*. Germany: Springer.

³⁵⁰ Chandola, T., & Marmot, M. G. (2010). Socio-economic Position and Health. In A. Steptoe, K. E. Freedland, J. R. Jennings, M. M. Llabre, S. B. Manuck, & E. J. Susman, *Handbook of Behavioral Medicine: Methods and Applications* (pp. 313–314). New York: Springer.

³⁵¹ Koivusilta, L., & Rimpelä, A. (2007). Intertwining of Health Career with Educational Career. In E. B. Darlon, *Adolescent Behavior Research Advances* (pp. 132–133). New York: Nova Science Publishers.

³⁵² Hoffmann, R. (2008). *Socioeconomic Differences in Old Age Mortality* (pp. 78–81). New York: Springer.

³⁵³ Pampel, F. C., Krueger, P. M., & Denney, J. T. (2010). *Socioeconomic Disparities in Health Behaviors*. *Annual Review of Sociology*, 36, 349–370.

³⁵⁴ Osler, M. (1993). Social class and health behaviour in Danish adults: A longitudinal study. *Public Health*, 104(4), 251–260.

³⁵⁵ Pearce, N., & Smith, G. D. (2003). Is Social Capital the Key to Inequalities in Health? *American Journal of Public Health*, 93(1), 122–129.

Feinstein, J. S. (1993). The Relationship between Socioeconomic Status and Health: A Review of the Literature. *The Milbank Quarterly*, 71(2), 279–322.

³⁵⁶ Deaton, A., & Lubotsky, D. (2003). Mortality, inequality and race in American cities and states. *Social Science & Medicine*, 56(6), 1139–1153.

³⁵⁷ Lynch, J., Smith, G. D., Harper, S., Hillemeier, M., Ross, N., Kaplan, G. A., & Wolfson, M. (2004). Is Income Inequality a Determinant of Population Health? Part 1. A Systematic Review. *The Milbank Quarterly*, 82(1), 5–99.

³⁵⁸ Wilkinson, R. G., & Pickett, K. E. (2006). Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine*, 62(7), 1768–1784.

Lielākoties pastāv vienotība par to, ka vienlīdzīgākām sabiedrības daļām piemīt labāki vidējie veselības stāvokli raksturojošie mainīgie nekā mazāk vienlīdzīgās sabiedrības daļām. Piemēram, ir pierādīts, ka pastāv būtiska korelācija starp sabiedrības ienākumu nevienlīdzību un paredzamo mūža ilgumu. Ienākumu nevienlīdzība skaidro aptuveni vienu astoto daļu no paredzamā mūža ilguma izmaiņām.³⁵⁹

Ienākumu nevienlīdzība rada negatīvu fonu un var būt kā cēlonis daudziem negatīviem sociāli ekonomiskajiem procesiem. Ienākumu nevienlīdzība negatīvi ietekmē veselības stāvokli un labklājību.³⁶⁰ Ienākumu nevienlīdzība var ietekmēt sociālo attiecību aspektus, kur būtisks ir balanss starp indivīdu dominantu un savstarpējo atbalstu.³⁶¹ Ienākumu nevienlīdzība var būt kā indikators, atspoguļojot vairākus sociāli ekonomiskos procesus un tendences, piemēram, labklājību, izglītību, dzīves apstākļi.³⁶²

Šī pieeja pētījumos ir mazāk izmantota nekā pārējās. Pastāv vairāku pētījumu rezultāti kā apstiprinājums tam, ka pastāv saikne starp veselības stāvokļa nevienlīdzību un materiālajiem priekšnoteikumiem.³⁶³ Noteiktā pieeja saistāma ar strukturālās pieejas izpratni.³⁶⁴ Cilvēkiem ar salīdzinoši zemākiem ienākumiem nereti ir sliktāks veselības stāvoklis un mazāks paredzamais mūža ilgums.³⁶⁵ Noteiktās pieejas ietvaros tiek pieņemts, ka materiālajiem apstākļiem, materiālajam stāvoklim ir tieša ietekme attiecībā uz veselības stāvokļa nevienlīdzību.³⁶⁶ Ir runa par lineārās līknes savstarpējo saistību, kur nav tā, ka veselības stāvoklis ir slikts cilvēkiem ar ļoti zemiem ienākumiem un pārējiem, ir salīdzinoši vidējs veselības stāvoklis. Tieši skaidrojums

³⁵⁹ Wilkinson, R. (2009). The impact of inequality: empirical evidence. In S. J. Babones, *Social Inequality and Public Health* (p. 186). Bristol: The Police Press.

³⁶⁰ Tonoyan, T., Sauer, M., & Schulz-Nieswandt, F. (2010). *Growth, Inequality, Poverty and Pro-poor Health Policy* (pp. 36–39). Münster: LIT Verlag.

³⁶¹ Stephens, C. (2008). *Health Promotion: A Psychosocial Approach*. (S. Payne, & S. Horn, Eds., pp. 61–63) Berkshire: McGraw-Hill International.

³⁶² Eiβel, D. (2013). Inequality and the Role of Redistributive Policy. In D. Eiβel, E. Rokicka, J. Leaman, *Welfare State at Risk: Rising Inequality in Europe* (pp. 37–38). Springer.

³⁶³ Marmot, M. G., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E., Feeney, A., & Smith, G. D. (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *The Lancet*, 337(8754), 1387–1393.

³⁶⁴ Abel, T. (2007). Cultural Capital in Health Promotion. In D. V., McQueen, & I. Kickbusch, *Health and Modernity: The Role of Theory in Health Promotion* (pp. 46–47). New York: Springer.

³⁶⁵ Marmot, M. G., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E., Feeney, A., & Smith, G. D. (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *The Lancet*, 337(8754), 1387–1393.

³⁶⁶ Bambra, C. (2011). *Work, Worklessness, and the Political Economy of Health* (pp. 17–18). Oxford: Oxford University Press.

savstarpējās saistības lineārās līknes ietvaros ir lielākais izaicinājums, veicot veselības stāvokļa nevienlīdzības pētījumus noteiktās pieejas ietvaros.³⁶⁷

Tiek meklēti pamatoti iemesli, kādēļ pastāv lineāras līknes saistība starp veselības stāvokli un ienākumiem, radot lineāras tendences nevienlīdzību.³⁶⁸ Šie papildus cēloņsakarības meklējumi galvenokārt saistāmi ar to, ka nauda, darba alga vai ienākumi kopumā nevar tiešā veidā ietekmēt ķermeņa fizioloģiskos procesus. Ienākumi un labumu īpašumtiesības lielākajā daļā gadījumu nespēj skaidrot tiešā veidā cēloņsakarību veselības stāvokļa nevienlīdzības kontekstā. Ir vairāki pētījumi, kas atspoguļo saikni starp veselības stāvokļa nevienlīdzību, materiālo nodrošinājumu, nodarbinātību.³⁶⁹ Taču nevar runāt par tiešu saistību starp individuālajām izpausmēm un materiālajiem riska faktoriem, jo tie faktori, kas var tikt identificēti kā materiālie, šķietami tiešā veidā neietekmē veselības stāvokli.³⁷⁰ Pastāv netieša saistība, jo tieša saikne saistāma ar materiālajiem faktoriem pakārtotajiem faktoriem. Citiem vārdiem sakot, nevis ienākumi ietekmē veselības stāvokli tiešā veidā, bet uzturs, darba vides riski un citi faktori ietekmē tiešā veidā veselības stāvokli, kas saistīti ar materiālajiem faktoriem.

Ir būtiski arī novilkt robežšķirtni starp indivīdu absolūto un relatīvo nabadzību vai trūkumu, jo cilvēks var just trūkumu pēc noteiktiem labumiem iepretī tam, ko var atļauties, neatkarīgi no nodrošinājuma. Taču viennozīmīgi ir skaidrs, ka pastāv tieša savstarpējā saikne starp ienākumu un labklājības sadalījumu, t.s. veselības stāvokli. Līdz ar to šī savstarpējā saikne atspoguļo šīs pieejas cēloņsakarības idejas pamatotību.³⁷¹

Nav tik viegli novilkt robežšķirtni starp materiālo faktoru ietekmi uz veselības stāvokļa nevienlīdzību, kas padara materiālistu pieejas izpratni kompleksu. Pastāv paplašināta izpratne par materiālistu pieeju, kur tiek ietverti aspekti no sociālās struktūras organizācijas konsekvencēm, ko indivīds nav spējīgs ietekmēt. Šī izpratne tuva Vēbera idejai par dzīves iespējām.³⁷²

³⁶⁷ Smith, G. D. (1996). Income inequality and mortality: why are they related? *British Medical Journal*, 312(7037), 987–988.

³⁶⁸ Ecoba, R., & Smith, G. D. (1999). Income and health: what is the nature of the relationship? *Social Science & Medicine*, 48(5), 693–705.

³⁶⁹ Williams, D. R., Yu, Y., Jackson, J. S., & Anderson, N. B. (1997). Racial Differences in Physical and Mental Health. Socio-economic Status, Stress and Discrimination. *Journal of Health Psychology*, 2(3), 335–351.

³⁷⁰ Mullahy, J., Robert, S., Wolfe, B. (2004). Health, Income, and Inequality. In K. Neckerman, *Social Inequality* (pp. 536–538). New York: Russell Sage Foundation.

³⁷¹ Muir, F., & Reynolds, P. (2013). Theoretical Perspectives of Health Visiting. In G. Thornbory, *Public Health Nursing: A Textbook for Health Visitors, School Nurses and Occupational Health Nurses* (pp. 65–66). Chichester: John Wiley & Sons.

³⁷² Blane, D., Bartley, M., & Smith, G. D. (1997). Disease aetiology and materialist explanations of socioeconomic mortality differentials. *European Journal of Public Health*, 7(4), 385–391.

Piemēram, indivīdam ar pieticīgu pagātni, bez ietekmīgiem kontaktiem, ar zemu kvalifikāciju ir mazākas iespējas iegūt labāk atalgotu, drošāku darbu. Šīs pieejas ietvaros ar labu darbu tiek saprasts tas darbs, kur pastāv būtiska konkurence tā iegūšanā. Iespējas iegūt šo darbu ir atkarīgas no indivīda kvalitātēm, kas iegūtas dzīves laikā. Tas nosaka to, ka, lai indivīds spētu iegūt labu darbu viņam, ir nepieciešama uzkrātā pieredze, un iegūtas noteiktas priekšrocības. Tādā veidā noteiktās pieejas ietvaros tiek runāts par savstarpēji pakārtotajiem faktoriem, kas saistīti ar materiālajiem faktoriem. Labklājība tāpat kā uz noteikto brīdi esošie ienākumi, ir cieši saistīti ar veselības stāvokli.³⁷³ Pastāv pakārtotā savstarpējā saikne, jo ienākumi un labklājība saistāma ar indivīda nodarbinātības veidu, dzīves vietu un vidi.

Nav tā, ka pastāv veselības stāvokļa nevienlīdzība tikai starp materiāli nodrošinātiem cilvēkiem un nabadzīgiem cilvēkiem. Pastāv atšķirības veselības stāvoklī starp privilīģētākajām grupām un mazāk privilīģētākajām, starp nabadzīgajām grupām un visnabadzīgākajām. Nav runa tikai par atšķirībām starp bagātajiem un nabadzīgajiem, starp cilvēkiem ar augstāko vai zemāko statusu. Šīs pieejas ietvaros ir runa par lineāro saikni starp materiālajiem faktoriem un veselības stāvokli. Tiek uzdots retorisks jautājums vai nedaudz lielāks materiālais nodrošinājums nosaka nedaudz labāku veselības stāvokli vai priekšnoteikumus nedaudz labākam veselības stāvoklim.³⁷⁴ Šīs pieejas ietvaros indivīda ieņēmumi var tikt apskatīti divos veidos. Indivīda ieņēmumi var būt pamats, lai iegādātos lietas, kur atsevišķas var būt būtiskas veselības stāvoklim.³⁷⁵ Taču indivīda ieņēmumi var būt arī kā indikators, nosakot indivīda pozīciju sociālajā struktūrā, kas nosaka indivīda iespējas sabiedrībā.³⁷⁶ Indivīda iespējas sabiedrībā var būt vara un ietekme ikdienas dzīvē.³⁷⁷ Pastāv atšķirības starp indivīdiem dažādās pozīcijās, kas nosaka katra indivīda spējās izvairīties no dažāda veida potenciālajiem riskiem.³⁷⁸

Materiālo veselības priekšrocību daudzums, ienākumi un pirkjspēja nav tikai rīcībā esošās naudas apjoma noteikts. Lielā mērā tas vai esošais naudas apjoms tiek izmantots kā

³⁷³ Robert, S. A., & House, J. S. (2000). Socioeconomic Inequalities in Health: Integrating Individual-, Community-, and Societal-Level Theory and Research. In G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick, & S. C. Scrimsha, *The handbook of social studies in health and medicine* (pp. 115–136). London: SAGE Publications Ltd.

³⁷⁴ Marmot, M., Ryff, D. C., Bumpass L. L., Shipley, M., & Marks, N. F. (1997). Social inequalities in health: next questions and converging evidence. *Social Science & Medicine*, 44(6), 901–910.

³⁷⁵ Deaton, A. (2007). Policy Implications of the Gradient of Health and Wealth. In R. Bayer, *Public Health Ethics: Theory, Policy, and Practice* (pp. 178–179). Oxford: Oxford University Press.

³⁷⁶ Clarke, A. (2010). *The Sociology of Healthcare* (2nd ed., pp. 125–126). New York: Routledge.

³⁷⁷ Committee on Health and Behavior: Research, Practice and Policy, Board on Neuroscience and Behavioral Health, Institute of Medicine. (2001). *Health and Behavior: The Interplay of Biological, Behavioral, and Societal Influences* (pp.259–260). Washington: National Academies Press.

³⁷⁸ Bury, M. (2005). *Health and Illness* (pp. 24–25). Cambridge: Polity Press.

materiālās priekšrocības attiecībā pret veselības stāvokli, ir sabiedrības, politikas un ekonomikas noteikts.³⁷⁹ Kopienas un sabiedrības atšķiras. Atšķiras indivīda iekļaušana un atzīšana sabiedrības ietvaros, kas atkarīgs no materiālā nodrošinājuma faktoriem. Jebkura veida situācijā, kas var tikt raksturota kā sociāla, savstarpējās attiecības ir neatņemama sastāvdaļa.³⁸⁰ Tādēļ naudas apjoms, kas atliek izdzīvošanai, ir atkarīgs no savstarpējo attiecību uzturēšanas izmaksām. Šīs izmaksas ietekmē to, kāds naudas apjoms ir pieejams pārtikai, pajumtei un citiem eksistenci, veselības stāvokli noteicošiem faktoriem.³⁸¹ Būtiski ir tas, ka ir grūti nošķirt cilvēka fizioloģiskajai izdzīvošanai nepieciešamo minimumu no sociālās līdzdalības izdevumiem. Atšķirīgās sabiedrībās ir atšķirīgas attiecību un eksistences uzturēšanas izmaksas. Šīs atšķirības arī nosaka atšķirības uzturam un veselībai pieejamajos resursos.³⁸² Tas saistāms arvienu no veselības stāvokļa nevienlīdzību skaidrojošajām cēloņsakarībām materiālistu pieejas ietvaros. Grūtības rodas tajā brīdī, kad indivīdiem nav pietiekoši daudz finanšu resursu, lai nodrošinātu sociālo līdzdalību līdztekus fizioloģiskajām vajadzībām. Grūtības rodas nevis tādēļ, ka nav pietiekoši daudz finansiālo resursu, bet tādēļ, ka psiholoģiskās un sociālās vajadzības konkurē ar fizioloģiskajām vajadzībām, kas nosaka veselības stāvokļa nevienlīdzības rašanos.³⁸³

Salīdzinoši nesen parādījies arī neo-materiālistu skaidrojums veselības stāvokļa nevienlīdzībai. Skaidrojums saistāms ar nozīmīgu sakarību starp sabiedrības veselību un ienākumu ne vienlīdzīgumu.³⁸⁴ Neo-materiālistu skaidrojums vairāk saistāms ar rīcībpolitiku ietekmi.³⁸⁵ Veselības stāvokļa nevienlīdzību nosaka atšķirības subsīdijās un dzīves standartos, kas var ietekmēt veselības stāvokli.³⁸⁶ Neo-materiālistu skaidrojums atšķiras no materiālistu skaidrojuma. Materiālistu skaidrojums saistāms ar saiknes izvērtējumu starp ienākumiem, pirktpēju un to, kas tiek iegādāts, ietekmējot indivīdu veselības stāvokli. Iepretī neo-materiālistu

³⁷⁹ Coburn, D. (2000). Income inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of neo-liberalism. *Social Science & Medicine*, 51(1), 135–146.

³⁸⁰ Cattell, V. (2001). Poor people, poor places, and poor health: the mediating role of social networks and social capital. *Social Science & Medicine*, 52(10), 1501–1516.

³⁸¹ Wilkinson, R. G. (2006). The Impact of Inequality. *Social Research: An International Quarterly*, 73(2), 711–732.

³⁸² Szreter, S., & Woolcock, M. (2004). Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology*, 33(4), 650–667.

³⁸³ Sen, A. (1992). *Inequality Reexamined* (pp. 115–116). USA: Harvard University Press.

³⁸⁴ Phillips, D. (2006). *Quality of Life: Concept, Policy and Practice* (p. 209). New York: Routledge.

³⁸⁵ Linsley, P., Kane, R., & Owen, S. (2011). *Nursing for Public Health: Promotion, Principles and Practice* (pp. 181–182). Oxford: Oxford University Press.

³⁸⁶ Baum, F. (2000). Social capital, economic capital and power: further issues for a public health agenda. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 54, 409–410.

skaidrojums saistāms ar saiknes izvērtējumu starp publiskajiem pakalpojumiem un veselības stāvokli noteiktās sabiedrības ietvaros.³⁸⁷

Veselības stāvokļa nevienlīdzība pastāv starp indivīdu grupām noteiktā sabiedrībā.³⁸⁸ Pārsvārā veselības stāvokļa un ienākumu nevienlīdzības pētījumos veselības stāvoklis tiek identificēts kā paredzamais mūža ilgums sabiedrībā starp dažādām valstīm vai reģioniem.^{389 390} Pārsvārā tiek pētīta veselības stāvokļa nevienlīdzība, raugoties uz veselības stāvokļa atšķirībām starp dažādām sociālajām šķirām, sociālajiem statusiem, ienākumu grupām.³⁹¹ Iepretī pastāv sociālā ekoloģija, kas vērsta uz pētniecību starp valstīm. Sociālās ekoloģijas ietvaros tiek meklēta atbilde attiecībā uz to vai pastāv savstarpējā saistība starp ienākumu sadalījumu un veselības stāvokli un kas var būt būtisks saistības ietvaros ja tāda pastāv.³⁹² Piemēram, ir būtiski saprast vai ienākumu sadalījumam ir saistība ar veselības stāvokli arī tad, ja tiek ņemti vērā cilvēku individuālie ienākumi. Var būt situācija, kur pastāv ļoti būtiska ienākumu atšķirība individuālā līmenī, indivīda ienākumi var būt salīdzinoši ļoti lieli, taču tāpat tas negarantē 150 gadu mūžu.³⁹³ Tas ir jautājums par to, kādā veidā tiek operēts ar skaitļiem, kur pētījuma rezultātiem ir jābūt pēc iespējas patiesākiem.

Kopsavilkums: Materiālistu pieejā tiek pieņemts, ka veselības stāvokļa nevienlīdzību veicina nabadzība, cilvēku finansiālais stāvoklis un to atšķirības. Pieeja iekļauj faktoros, kas pamatā saistīti ar dzīves standarta mainīgajiem, piemēram, ienākumi, dzīves vieta un citi.³⁹⁴ Ienākumu nevienlīdzība negatīvi ietekmē veselības stāvokli un labklājību³⁹⁵ un var ietekmēt sociālo

³⁸⁷ Mackenback, J. P. (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states: *The explanation of a paradox. Social Science & Medicine*, 75(4), 761–769.

³⁸⁸ Fritzell, J., & Lundberg, O. (2007). *Health Inequalities and Welfare Resources: Continuity and Change in Sweden* (pp. 11–12). Bristol: The Policy Press.

³⁸⁹ Smith, G. D. (2003). *Health Inequalities: Lifecourse Approaches*. Bristol: The Policy Press.

Qi, Y. (2008). *Explaining Cross-national Disparities in Health: The Role of Income Inequality* (p. 159). Ann Arbor: ProQuest.

³⁹⁰ Lúanaigh, P. Ó., & Carlson, C. (2005). *Midwifery and Public Health: Future Directions, New Opportunities* (p. 67). Elsevier Health Sciences.

³⁹¹ Great Britain. Parliament. House of Commons. Health Committee. (2009). *Health Inequalities: Report, Together with Formal Minutes* (Vol. 1, p. 26). The Stationery Office.

³⁹² MacDonald, G. (2006). What is mental health? In M. Cattan, & S. Tilford, *Mental Health Promotion: A Lifespan Approach: A Lifespan Approach* (p. 16). Berkshire: McGraw-Hill International.

³⁹³ Yngwe, M. Å., & Lundberg, O. (2007). Assessing the contribution of relative deprivation to income differences in health. In J. Fritzell, & O. Lundberg, *Health Inequalities and Welfare Resources: Continuity and Change in Sweden* (pp. 136–137). Bristol: The Policy Press.

³⁹⁴ Asthana, S., & Halliday, J. (2006). *What Works in Tackling Health Inequalities?: Pathways, Policies and Practice Through the Lifecourse* (pp. 28–30). Bristol: The Policy Press.

³⁹⁵ Tonoyan, T., Sauer, M., & Schulz-Nieswandt, F. (2010). *Growth, Inequality, Poverty and Pro-poor Health Policy* (pp. 36–39). Münster: LIT Verlag.

attiecību aspektus.³⁹⁶ Cilvēkiem ar salīdzinoši zemākiem ienākumiem nereti ir sliktāks veselības stāvoklis un mazāks paredzamais mūža ilgums.³⁹⁷ Materiālajiem apstākļiem, materiālajam stāvoklim ir ietekme attiecība uz veselības stāvokļa nevienlīdzību,³⁹⁸ taču nauda, darba alga vai ienākumi kopumā nevar tiešā veidā ietekmēt ķermeņa fizioloģiskos procesus. Materiālo veselības priekšrocību daudzums, ienākumi un pirktpēja nav tikai rīcībā esošās naudas apjoma noteikts. Tas vai materiālās priekšrocības tiek izmantotas attiecībā pret veselības stāvokli, ir sabiedrības, politikas un ekonomikas noteikts.³⁹⁹ Materiālistu skaidrojums saistāms ar saiknes izvērtējumu starp materiālajām priekšrocībām, to izmantošanu attiecībā uz veselības stāvokli.

5.3. Psiho-sociālā pieeja

Saikne starp nevienlīdzību un veselības stāvokli norāda uz to, ka ne tikai materiālajiem resursiem, bet arī sociālajām struktūrām ir nozīme veselības stāvokļa kontekstā. Saikne starp sociālo struktūru un veselības stāvokli var būt tieša un netieša.⁴⁰⁰ Piemēram, psihosociālās pieejas ietvaros tiek pieņemts, ka vienlīdzīgākās sabiedrībās ir labāks veselības stāvoklis nekā nevienlīdzīgās sabiedrībās, kas ir tieša saikne.⁴⁰¹ Taču iepretī sociālā realitāte ir būtisks veselības stāvokli ietekmējošais faktors. Individīda vietai sabiedrībā neatkarīgi no materiālajiem faktoriem ir tieša ietekme uz bioloģiskajiem veselības stāvokli ietekmējošajiem procesiem.⁴⁰² Kopš cilvēks lielāko savu dzīves daļu pavada strādājot ir pamats uzskatīt, ka pamata mehānisms, caur kuru ekoloģiskie sabiedrības faktori ietekmē individuālo veselības stāvokli, ir darba vide. Ja indivīdam ir pieredze, strādājot taisnīgā iestādē, kur pret tiem izturas taisnīgi un konsekventi to veselības stāvoklis būs labāks.⁴⁰³

³⁹⁶ Stephens, C. (2008). *Health Promotion: A Psychosocial Approach*. (S. Payne, & S. Horn, Eds., pp. 61–63) Berkshire: McGraw-Hill International.

³⁹⁷ Marmot, M. G., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E., Feeney, A., & Smith, G. D. (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *The Lancet*, 337(8754), 1387–1393.

³⁹⁸ Bambra, C. (2011). *Work, Worklessness, and the Political Economy of Health* (pp. 17–18). Oxford: Oxford University Press.

³⁹⁹ Coburn, D. (2000). Income inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of neo-liberalism. *Social Science & Medicine*, 51(1), 135–146.

⁴⁰⁰ Tausig, M., & Fenwic, R. (2011). *Work and Mental Health in Social Context* (pp. 15-16). New York: Springer.

⁴⁰¹ Chandola, T., & Marmot, M. G. (2010). Socio-economic Position and Health. In A. Steptoe, K. E. Freedland, J. R. Jennings, M. M. Llabre, S. B. Manuck, & E. J. Susman, *Handbook of Behavioral Medicine: Methods and Applications* (pp. 314-315). New York: Springer.

⁴⁰² Laverack, G. (2007). *Health Promotion Practice: Building Empowered Communities* (pp. 31-32). Berkshire: McGraw-Hill International.

⁴⁰³ Smith, P., & Polanyi, M. (2009). Understanding and Improving the Health of Work. In D. Raphael, *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives* (2nd ed., pp. 115-116). Toronto: Canadian Scholars' Press.

Lielākajā daļā pētījumu veselības stāvokli ietekmējošā uzvedība netiek uztverta, kā iespējas skaidrojot visas sociālās atšķirības.⁴⁰⁴ Ļoti daudzos pētījumos nodarbinātības veids tiek noteikts kā precīzs mainīgais sociālā statusa, ienākumu un nodarbinātības attiecību noteikšanā.⁴⁰⁵ Kopumā pētījumi parāda to, ka ir nepieciešams pētīt ne tikai uzvedību – smēķēšanu, diētas, sporta aktivitātes, lai noskaidrotu atšķirības starp mazāk vai vairāk privilģētajām sociālajām grupām, bet jautājums jāskata kompleksāk. Katrs iekļautais jautājums nevar tikt norobežots no kopējā konteksta, piemēram, nevar viennozīmīgi pieņemt, ka cilvēkiem ar zemākiem ienākumiem būs mazāk kvalitatīvs uzturs, jo tas var atšķirties starp indivīdiem to individuālās pieejas diētai dēļ un viņi var saņemt arī valsts atbalstu.⁴⁰⁶

Viena no izplatītākajām alternatīvajām pētniecības metodēm ir psiho-sociālā pieeja. Šī pieeja nosaka to, ka izpētē ir nepieciešams iekļaut tā saucamos psiho-sociālos riska faktoros. Ar, psiho-sociālā riska faktoriem tiek saprasts sociālais atbalsts, kontrole, uzraudzība un autonomija darba vietā, balanss starp darbu un ārpus darba brīvo telpu vai mājām, balanss starp ieguldījumu un ieguvumiem.⁴⁰⁷ Ja veselības stāvokļa nevienlīdzību mēģina skaidrot tikai materiālā aspekta, mēģinājums visticamāk būs nepilnīgs, jo nevienlīdzība var pastāvēt ne tikai starp dažādām materiālā nodrošinājuma grupām.⁴⁰⁸ Uzvedības pieejas ietvaros, skaidrojot saikni starp ienākumiem, un veselības stāvokli par pamatu tiek izmantoti riska faktori smēķēšana, ievērotais uzturs un cita veida uzvedība. Iepretī psiho-sociālās pieejas ietvaros par pamatu tiek izmantoti psiholoģiskie un sociālā riska faktori, kas ne mazāk spējīgi skaidrot noteikto sakarību.⁴⁰⁹

⁴⁰⁴ Cardarelli, K. M., Low, M. D., Vernon, S. W., Precely, N., Baumler, E. R., & Tortolero, S. (2009). Critical Review of the Evidence for the Connection Between Education and Health: a Guide for Exploration of the Causal Pathways. In J. J. Kronenfeld, *Social Sources of Disparities in Health and Health Care and Linkages to Policy, Population Concerns and Providers of Care* (pp. 138-143). Bingley: Emerald Group Publishing.

⁴⁰⁵ Brunner, E. J., Marmot, M. G., White, I. R., O'Brien, J. R., Etherington, M. D., Slavin, B. M. ... Smith, G. D. (1993). Gender and employment grade differences in blood cholesterol, apolipoproteins and haemostatic factors in the Whitehall II study. *Atherosclerosis*, 102(2), 195–207.

⁴⁰⁶ Kunst, A.E., Groenhof, F., Andersen, O., Borgan, J. K., Costa, G., Desplanques, G. ... Mackenbach, J. P. (1999). Occupational class and ischemic heart disease mortality in the United States and 11 European countries. *American Journal of Public Health*, 89(1), 47-53.

⁴⁰⁷ Kulkarni, V. S., & Subramanian, S. V. (2009). Social Perspectives on Health Inequalities. In T. Brown, S. McLafferty, & G. Moon, *A Companion to Health and Medical Geography* (pp. 383-387). Chichester: John Wiley & Sons.

⁴⁰⁸ Great Britain. Parliament. House of Commons. Health Committee. (2009). Health Inequalities: Report, Together with Formal Minutes (Vol. 1, p.26-27). The Stationery Office.

⁴⁰⁹ Robert, S. A., & House, J. S. (2000). Socioeconomic Inequalities in Health: Integrating Individual-, Community-, and Societal-Level Theory and Research. In G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick, & S. C. Scrimsha, *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine* (pp. 120-121). London: SAGE Publications Ltd.

Visbiežāk izmantotie faktori ir stresa apstākļi un to ietekme, indivīdu statusa atšķirības, uzraudzība un autonomija darba vietā.⁴¹⁰

Tajā pašā laikā veselības stāvokli negatīvi ietekmējošās uzvedības vairāk raksturīgas zemāk sociāli un ekonomiski privilēģētajiem indivīdiem. Lielākoties šī saikne nav tieša starp indivīdu naudas resursu un īstenoto uzvedību, saikne ir pastarpināta.⁴¹¹ Šo saikni precīzāk iespējams skaidrot ar kultūras vai psiho-sociālo komponenti.⁴¹² Vienmēr ir nepieciešams ietvert ne tikai ekonomisko, bet arī sociālo skaidrojumu. Pašregulācijas pieeja ir tā, kas nosaka saikni starp uzvedības un psiho-sociālo pieeju. Tiek pieņemts, ka dažāda veida uzvedība, kas vērsta uz veselības stāvokļa pasliktināšanu un palielina ieraduma risku, kļūst daudz saistošāka, ja līdztekus pastāv noteikti psiholoģiskie priekšnoteikumi. Tādā veidā psiho-sociālās pieejas ietvaros tiek skaidrota uzvedības dažādība starp dažādām sociālajām grupām.⁴¹³

Psiho-sociālās pieejas pamatā ir mēģinājums skaidrot to, kā uz nevienlīdzības, dominances vai subordinācijas pamata radušās jūtas spēj tiešā veidā ietekmēt bioloģiskos procesus, cilvēkā veselības stāvokli. Ir mēģinājums noskaidrot, kā sociālā nevienlīdzība liek justies indivīdiem un kā šīs sajūtas ietekmē veselības stāvokļa procesus indivīda organismā. Noteiktās pieejas pamatā ir dažāda veida medicīniska rakstura pamatojums, skaidrojot procesu norisi cilvēka organismā, kas saistīts ar ķermeņa signālu nodošanu smadzenēm. Saikne starp jūtām un uzvedību ir pamatota.⁴¹⁴ Šī pieeja ir viena no izplatītākajām mūsdienās, skaidrojot veselības stāvokļa nevienlīdzību no medicīniskā skatupunkta.⁴¹⁵

Ideālā gadījumā pētījums saskaņā ar psiho-sociālo pieeju ir jāveic ilgstošā laika periodā, iekļaujot veselīgu cilvēku izlasi dažādās sociāli ekonomiskajās pozīcijās. Šīs pieejas izmantošana

⁴¹⁰ Smith, G. D., Neaton, J. D., Wentworth, D., Stamler, R., & Stamler, J. (2003). Socioeconomic differentials in mortality risk among men screened for the Multiple Risk Factor Intervention Trial: Part I - results for 300,685 white men. In G. D. Smith, *Health Inequalities: Lifecourse Approaches* (p. 32). Bristol: The Policy Press.

⁴¹¹ Abel, T., Cockerham, W. C., & Niemann, S. (2002). A critical approach to lifestyle and health. In S. Platt, & J. Watson, *Researching Health Promotion* (p. 72). New York: Routledge.

⁴¹² Scharloo, M., & Kaptein, A. A. (2005). Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Behavioural Medicine Approach. In S. Llewelyn, & P. Kennedy, *Handbook of Clinical Health Psychology* (pp. 169-170). Chichester: John Wiley & Sons.

⁴¹³ Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology, 1*(1), 27-41.

⁴¹⁴ Boydell, L. (2009). Analysing discourse psycho-socially. In S. Clarke, & P. Hoggett, *Researching Beneath the Surface: Psycho-Social Research Methods in Practice* (pp. 241-244). London: Karnac Books

⁴¹⁵ Clarke, S. (2006). Theory and Practice: Psychoanalytic Sociology as Psycho-Social Studies. *Sociology, 40*(6), 1153-1169.

netiek uzskatīta par sarežģītu, taču tā ir salīdzinoši dārga un laikietilpīga.⁴¹⁶ Grūtības ir arī ar izlases veidošanu, jo ir grūti izveidot pamatotu izlasi ar cilvēkiem no dažādām sociālajām pozīcijām ar vienlīdzīgi labu sākotnējo veselības stāvokli.⁴¹⁷

Līdz šim veiktie pētījumi pārsvarā iekļauj trīs dzīves sfēras: mājas, darba vietu un sabiedrību.⁴¹⁸ Sociālais atbalsts ir viens no noteicošajiem šīs pieejas pētniecības faktoriem, pētot veselības stāvokļa nevienlīdzības cēloņsakarības. Sociālais atbalsts bieži tiek apvienots ar dažāda veida stresa faktoriem un nereti tiek skatīts kā "fona" vai "mīkstinošais" faktors. Tas ir tādēļ, ka gadījumā, kad pastāv dažāda veida stresa faktori, kas var sekmēt veselības stāvokļa pasliktināšanos, piemēram, nelabvēlīga darba vides gaisotne, sociālais atbalsts var spēlēt noteicošos lomu "mīkstinot" stresa faktoru ietekmi uz veselības stāvokli.⁴¹⁹ Pētījumos par sociālo apstākļu ietekmi uz veselības stāvokli ir apstiprināta sociālā atbalsta aizsardzības funkcija. Cilvēkiem ar labām savstarpējām attiecībām ģimenē, draugu lokā, darba vietā, sabiedrībā ir lielāks paredzamais mūža ilgums, nekā tiem, kas ir izolētāki.⁴²⁰ Taču noteiktās pieejas ietvaros ir jāpievēršas arī stresa faktoru izpētei, piemēram, jautājot par vēlamajiem procesiem darba vietā. Praksē tas ir salīdzinoši viegli īstenojams, veicot aptaujas.⁴²¹

Darba vides riski arī kā viens no noteicošajiem šīs pieejas faktoriem. Darba vides risku faktors iekļauj dažāda veida apstākļu – prasības, kontrole, uzraudzība, spriedze un citu apstākļu kombināciju. Piemēram, augstas prasības attiecībā pret darbinieku, īstenojot nelielu kontroli vai uzraudzību noteiktajos uzdevumos, var sekmēt veselības problēmu rašanos. Prasības, kontrole un uzraudzība bieži tiek mērīta, balstoties uz jautājumiem par darba vietu un vidi. Kombinācija ar augstām prasībām un zemu darba izpildes kontroli vai uzraudzību tiek saukta arī par darba

⁴¹⁶ Stephens, C. (2008). *Health Promotion: A Psychosocial Approach*. (S. Payne, & S. Horn, Eds., pp. 61-63) Berkshire: McGraw-Hill International.

⁴¹⁷ Siegrist, J., & Marmot, M. (2004). Health inequalities and the psychosocial environment – two scientific challenges. *Social Science & Medicine*, 58(8), 1463–1473.

⁴¹⁸ Newman, B. M., & Newman, P. R. (2011). *Development Through Life: A Psychosocial Approach* (11th ed., pp. 395-396). USA: Cengage Learnign Ltd.

⁴¹⁹ Smith, A. W., & Baum, A. (2003). The Influence of Psychological Factors on Restorative Function in Health and Illness. In J. Suls, & K. A. Wallston, *Social Psychological Foundations of Health and Illness* (pp. 437-438). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

⁴²⁰ Greenwood, D. C., Muir, K. R., Packham, C. J., & Madeley, R. J. (1996). Coronary heart disease: a review of the role of psychosocial stress and social support. *Journal of Public Health*, 18(2), 221-231.

⁴²¹ Heszen, I. (2009). The Biopsychosocial Model of Illness and Its New Developments an Outline. In K. Janowski, & S. Steuden, *Biopsychosocial Aspects of Health and Disease* (Vol. 1, pp. 11-16). Lublin, Poland: CPPP Scientific Press.

spriedzi.⁴²²⁴²³ Darba spriedze iekļauj izpratni par kontroli, uzraudzību un autonomiju darba vietā, veidojot saikni starp indivīdu sociālo pozīciju un veselības stāvokļa nevienlīdzību. Tas palīdz skaidrot to, kādēļ atsevišķās sociālajās grupās ir labāks vai sliktāks veselības stāvoklis. Cilvēkiem ar lielāku autonomiju un kontroli darba vietā ir labāks veselības stāvoklis.⁴²⁴ Vēl viens būtisks veselības stāvokli ietekmējošs darba vides risks ir sasniegumu un atzinības nelīdzsvarotība. Cilvēkiem ar augstiem sasniegumiem un zemu atzinību dažādās formās: samaksa, drošība, vadītāju atzinība, izaugsmes iespējas ir veselības pasliktināšanās risks.⁴²⁵ Sasniegumu un atzinības nelīdzsvarotības pētniecība ir mazāk sarežģīta, nekā darba spriedzes pētniecība.⁴²⁶

Ienākumu pieaugums vai izaugsmes iespējas ir būtiski faktori, ietekmējot indivīdu individuālo izpratni par viņu vietu sociālajā hierarhijā.⁴²⁷ Nodarbinātības noteiktie materiālie labumi, savstarpējās attiecības un apstākļi ir būtiski. Noteikti aspekti būtiski, radot indivīda izpratni par pozīciju sociālajā hierarhijā, taču nav līdz galam atbildēts jautājums, par to ietekmi uz veselības stāvokļa nevienlīdzību.⁴²⁸

Visas no minētajām pieejām veselības stāvokļa nevienlīdzības izpētei nav savstarpēji izslēdzošas. Pastāv grūtības noteikt vai veselības stāvoklis ir rezultāts psiho-sociālo faktoru ietekmei uz bioloģiskajiem procesiem.⁴²⁹

Kopsavilkums: Psiho-sociālajā pieejā tiek pieņemts, ka sociālā nevienlīdzība var ietekmēt to, kā cilvēki jūtas psiholoģiski, kas savukārt var un ietekmē fiziskā ķermeņa procesus.⁴³⁰ Indivīda

⁴²² Cho, E. Y. N., & Känel, R. (2012). Job Stress and Overcommitment in Cardiac Patients. In E. A. Dornelas, *Stress Proof the Heart: Behavioral Interventions for Cardiac Patients* (pp. 252-253). New York: Springer.

⁴²³ Stansfeld, S., & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32(6), 443-462.

⁴²⁴ Kivimäki, M., Ferrie, J. E., & Marmot, M. (2010). Workplace and mental well-being: Whitehall II study. In A. Killoran, & M. P. Kelly, *Evidence-based Public Health: Effectiveness and Efficiency* (pp. 279-283). Oxford: Oxford University Press.

⁴²⁵ Siegrist, J. (2002). Effort-reward imbalance at work and health. In P. L. Perrewe, & D. C. Ganster, *Historical and Current Perspectives on Stress and Health (Research in Occupational Stress and Well-being)* (Vol. 2, pp. 261-291). Emerald Group Publishing Limited.

⁴²⁶ Schuler, R. S. (1980). Definition and conceptualization of stress in organizations. *Organizational Behavior and Human Performance*, 25(2), 184-215.

⁴²⁷ Lynch, J. W., & Kaplan, G. A. (1997). Understanding How Inequality in the Distribution of Income Affects Health. *Journal of Health Psychology*, 2(3), 297-314.

⁴²⁸ Sacker, A., Firth, D., Fitzpatrick, R., Lynch, K., & Bartley, M. (2000). Comparing health inequality in men and women: prospective study of mortality 1986-96. *British Medical Journal*, 320, 1303-1307.

⁴²⁹ Engel, G. L. (2004). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. In A. L. Caplan, J. J. McCartney, & D. A. Sisti, *Health, Disease, and Illness: Concepts in Medicine* (p. 56). Washington: Georgetown University Press.

vietai sabiedrībā ir tieša ietekme uz bioloģiskajiem veselības stāvokli ietekmējošajiem procesiem.⁴³¹ Pieeja nosaka to, ka izpētē ir nepieciešams psiho-sociālos riska faktoros. Ar psiho-sociālajiem riska faktoriem, tiek saprasts sociālais atbalsts, kontrole, uzraudzība un autonomija darba vietā, balanss starp darbu un ārpus darba brīvo telpu vai mājām, balanss starp ieguldījumu un ieguvumiem.⁴³² Psiho-sociālās pieejas pamatā ir mēģinājums skaidrot to, kā uz nevienlīdzības, dominances vai subordinācijas pamata radušās jūtas spēj tiešā veidā ietekmēt bioloģiskos procesus, cilvēka veselības stāvokli, kā sociālā nevienlīdzība liek justies indivīdiem un kā šīs sajūtas ietekmē veselības stāvokļa procesus organismā.⁴³³ Līdz šim veiktie pētījumi pārsvarā iekļauj trīs dzīves sfēras: mājas, darba vietu un sabiedrību.⁴³⁴

5.4. Dzīves gājuma pieeja

Noteiktā pieeja radusies astoņdesmitajos gados, balstoties uz informācijas pieejamības attīstības pamata, kur parādījās ilgtermiņa pētniecības rezultāti.⁴³⁵ ⁴³⁶ Pieejas pamatā ir ideja, ka cilvēka veselības stāvoklis var būt rezultāts dažādu kompleksu apstākļu kombinācijai pagātnē.⁴³⁷ Noteiktās pieejas ietvaros tiek runāts par trūkumu un priekšrocību uzkrāšanos. Ja indivīds ar mazāk privilēģētu sociālo fonu iegulda mazāk izglītībā un viņam piemīt mazāk priekšrocības turpmākajos sociālajos panākumos tas var tikt skatīts kā rezultāts iedzimtajām personības iezīmēm.⁴³⁸ Dzīves gājuma pieejas ietvaros netiek noteikts tas, ka pastāv tikai viens cēloņu kopums sociālajām atšķirībām veselības stāvokļa nevienlīdzības ietvaros. Tiek pieņemts, ka

⁴³⁰ Stephens, C. (2008). *Health Promotion: A Psychosocial Approach*. (S. Payne, & S. Horn, Eds., pp. 61–63) Berkshire: McGraw-Hill International.

⁴³¹ Laverack, G. (2007). *Health Promotion Practice: Building Empowered Communities* (pp. 31-32). Berkshire: McGraw-Hill International.

⁴³² Kulkarni, V. S., & Subramanian, S. V. (2009). Social Perspectives on Health Inequalities. In T. Brown, S. McLafferty, & G. Moon, *A Companion to Health and Medical Geography* (pp. 383-387). Chichester: John Wiley & Sons.

⁴³³ Boydell, L. (2009). Analysing discourse psycho-socially. In S. Clarke, & P. Hoggett, *Researching Beneath the Surface: Psycho-Social Research Methods in Practice* (pp. 241-244). London: Karnac Books

⁴³⁴ Newman, B. M., & Newman, P. R. (2011). *Development Through Life: A Psychosocial Approach* (11th ed., pp. 395-396). USA: Cengage Learnign Ltd.

⁴³⁵ Bartley, M. (2004). *Health Inequality: An Introduction to Theories, Concepts and Methods* (p. 103). Cambridge: The Policy Press.

⁴³⁶ Kuh, D., & Ben-Shlomo, Y. (2004). *A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology* (2nd ed., p. 3). Oxford: Oxford University Press.

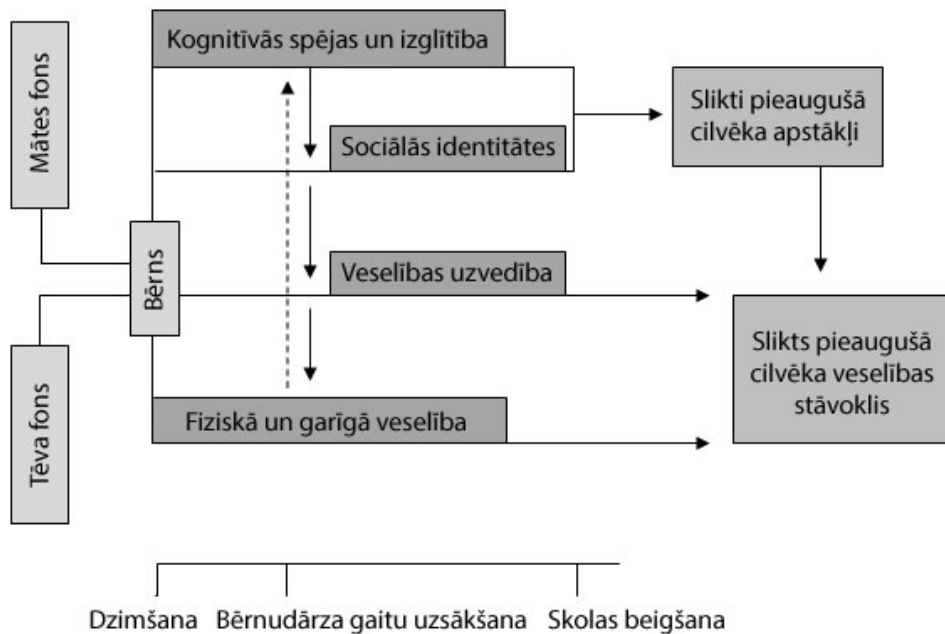
⁴³⁷ Asthana, S., & Halliday, J. (2006). *What Works in Tackling Health Inequalities?: Pathways, Policies and Practice Through the Lifecourse* (pp. 373-374). Bristol: The Policy Press.

Kuh, D., Ben-Shlomo, Y., Lynch, J., Hallqvist, J., & Power, C. (2003). Life course epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(10), 778–783.

⁴³⁸ Power, C., & Hertzman, C. (1997). Social and biological pathways linking early life and adult disease. *British Medical Bulletin*, 53(1), 210-221.

lielākajā daļā gadījumu nopietnām slimībām ir saikne ar sociālo novirzi, dzīves gaitu un procesiem.⁴³⁹

Dzīves gājuma pieejas ietvaros tiek pieņemts, ka veselības stāvokļa nevienlīdzība ir rezultāts procesu kopumam indivīda dzīves laikā. Ietekme ir arī procesu kopumam, kas ir saistāms ar indivīda pirms dzimšanas periodu.⁴⁴⁰ Sociālā vide var noteikt indivīdu funkcionalitātes spējas un izturību, jo sociālā vide ietekmē indivīda attīstības procesus laika gaitā.⁴⁴¹ Taču jāņem vērā, ka tieši sociālās un ekonomiskās rīcībpolitikas ietekmē veselības stāvoklim būtisku individuālo resursu sadalījumu un dzīves kvalitāti, kas arī nosaka indivīda spējas un iespējas sociāli ekonomiskajā vidē, t.s. veselības stāvokļa kontekstā.⁴⁴²



5.1. att. Dzīves gājuma pieejas atspoguļojums, nosakot saikni starp ierobežojumiem dzīves sākumā un sliktu veselības stāvokli turpmākajos dzīves gados (Graham, H., & Power, C., 2004)⁴⁴³

⁴³⁹ Bartley, M., & Blane, D. (2009). Life-course influences on health at older ages. In H. Graham, *Understanding Health Inequalities* (2nd ed., pp. 48-49). Berkshire: Open University Press.

⁴⁴⁰ Asthana, S., & Halliday, J. (2006). *What Works in Tackling Health Inequalities?: Pathways, Policies and Practice Through the Lifecourse* (p. 160). Bristol: The Policy Press.

⁴⁴¹ Watt, R. G. (2006). Emerging Theories into the Social Determinants of Health: Implications for Oral Health Promotion. In J. Douglas, S. Earle, S. Handsley, C. E. Lloyd, & S. Spurr, *A Reader in Promoting Public Health: Challenge and Controversy* (pp. 41-42). London: SAGE Publications Ltd.

⁴⁴² Bell, R., Goldblatt, P., & Marmot, M. (2013). Social inequalities and public health. In M. Sommer, & R. Parker, *Structural Approaches in Public Health* (p. 32). New York: Routledge.

⁴⁴³ Graham, H., & Power, C. (2004). *Childhood disadvantage and adult health: a lifecourse framework* (p. 19). London: Health Development Agency.

Noteiktais attēls atspoguļo dzīves gājuma pieejas ietvaros esošos izpratni par veselības stāvokļa rašanās iemesliem. Cilvēka veselības stāvokli nosaka faktori, kurus ne vienmēr pats cilvēks ir spējīgs tiešā veidā ietekmēt. Tas, kāds ir pieauguša cilvēka veselības stāvoklis, pašos pirmsākumos ir atkarīgs no abu vecāku fona. Šis fons ir gan ģenētiskais fons, gan dažāda veida veselības stāvokli ietekmējošie riski, apstākļi, uzvedība un citi ietekmējošie faktori. Šī ietekme attiecībā uz indivīda veselības stāvokli nosakāma jau pirms indivīda dzimšanas. Piedzimstot un turpmākajos bērnības gados katram indivīdam konstruējas noteiktas kognitīvās spējas, uztvere, izglītība, kas nosaka indivīda sociālo identitāti un pozīciju, kas attiecīgi ļauj noteikt un īstenot vispieņemamāko uzvedību, ietekmējot veselības stāvokli. Nosacīti iespējams runāt par šo procesu kā par ciklisku procesu, jo, nonākot noteiktā veselības stāvoklī, indivīds atkārtoti atgriežas pie kognitīvajām, uztveres konstrukcijām un izglītošanās. Nosacīti, jo cikls noteiktos gadījumos var vairs neturpināties. Kognitīvās spējas, uztvere, izglītība un sociālā identitāte, pozīcija nosaka apstākļus, kuros atrodas indivīds. Šie apstākļi, veselības stāvokli ietekmējošā uzvedība, indivīda fiziskās un mentālās veselības komplekss arī nosaka kopējo noteiktā indivīda veselības stāvokli.⁴⁴⁴

Noteiktās pieejas ietvaros pastāv vairākas savstarpēji konkurējošas pieejas. Dzīves gājuma pieeja savos pirmsākumos pievērsās sakarības pētniecībai par to vai uz noteikto brīdi pastāv veselības stāvokļa atšķirības starp cilvēkiem dažādās sociālajās grupās un vai tas ir saistāms ar kaut ko, kas noticis iepriekšējā dzīves pieredzē. Šīs pieejas ietvaros tiek skatīta faktoru netiešā izlase. Dzīves gājuma pieeja tiek izmantota, nojaucot robežas starp šī brīža sociālajām atšķirībām, skatot tās pagātnes cēloņsakarību kontekstā.⁴⁴⁵⁴⁴⁶ Atsevišķos gadījumos uzmanība tiek pievērsta kritisko periodu izvērtējumam. Tiek pieņemts, ka vismaz dažu gadu paaugstinātu risku vai īpaši nelabvēlīgas pieredzes apstākļos ietekme uz cilvēka veselības stāvokli būs daudz būtiskāka.⁴⁴⁷ Citos pētījumos uzmanība tiek pievērsta uzkrātajai pieredzei un ietekmējošajiem faktoriem. Tiek apkopota visa uzkrātā pieredze un ietekmējošie faktori, vērtējot

⁴⁴⁴ Graham, H., & Power, C. (2004). *Childhood disadvantage and adult health: a lifecourse framework* (pp. 19-20). London: Health Development Agency

⁴⁴⁵ Williams, S. J., Calnan, M., & Dolan, A. (2007). Explaining inequalities in health: theoretical, conceptual and methodological agendas. In E. Dowler, & N. Spencer, *Challenging Health Inequalities: From Acheson to Choosing Health* (pp. 53-55). Bristol: The Policy Press.

⁴⁴⁶ Elder, G. H., & Social Science Research Council (U.S.). (1985). *Life course dynamics: trajectories and transitions, 1968-1980*. USA: Cornell University Press.

⁴⁴⁷ Fritzell, J. (2007). Life course inequalities: generations and social class. In J. Fritzell, & O. Lundberg, *Health Inequalities and Welfare Resources: Continuity and Change in Sweden* (pp. 69-70). Bristol: The Policy Press.

katra atsevišķā riska vai nelabvēlīgā apstākļa pievienoto vērtību kopējai ietekmei. Šīs pieejas ietvaros nav būtisks, kad noteiktais riska vai nelabvēlīgais apstākļis ir piedzīvots, bet būtiska ir to savstarpējā saikne, kurš ir būtiskāks un kurš ietekmē citus.⁴⁴⁸ Trešā pieeja pētījumos ir vērsta uz pieredzes procesu mijiedarbības izpēti. Lielākoties ir runa par pieredzi, kas negatīvi ietekmē veselības stāvokli, taču var būt arī pozitīvi veselības stāvokli ietekmējošā pieredze, piemēram, noteiktu slimību izslimošana uzlabo imunitāti.⁴⁴⁹ Cita dzīves gājuma pieeja vērsta uz kopējā dzīves gājuma aplūkojumu. Dažkārt atsevišķi riski vai priekšrocības var kalpot par pamatu saslimšanas riska pieaugumam vai samazinājumam, jo pieaug citu saistīto faktoru iespējamība.⁴⁵⁰ Kopumā, izmantojot dzīves gājuma pieejas, netiek pieņemts, ka jāizvēlas viena. Var tikt veidots pieeju sajaukums, pētot saistošo jautājumu.

Pētījumos, kur tiek izmantota dzīves gājuma pieeja tiek ietverti dažāda veida dati. Par visvienkāršāko veidu datu ieguvei, neaprobežojot pētījuma kvalitāti, tiek uzskatītas aptaujas, kur tiek uzdoti jautājumi par cilvēku dzīves iepriekšējo pieredzi.⁴⁵¹ Par būtiskākajiem jautājumiem tiek uzskatīti tie, kas saistāmi ar indivīda, viņa vecāku nodarbošanos un vai indivīds atceras kāda veida ekonomiskās grūtības bērnībā. Lielākajā daļā pētījumu tiek izmantota lineārā un loģistiskā regresijas metode.⁴⁵²

Dzīves gājuma pieejas ietvaros tiek skatīta faktoru netiešā izlase. Netiešās izlases idejas pamatā ir tas, ka veselības stāvokļa atšķirības starp dažādu sociālo grupu pieaugušiem indivīdiem ir sagaidāmas atbilstoši psiholoģiskajām iezīmēm bērnībā. Pozitīvas psiholoģiskās iezīmes bērnībā labvēlīgi ietekmē gan izdevīgāku sociālo pozīciju, gan labāku veselības stāvokli.⁴⁵³ Piemēram, lielā daļā gadījumu ir iespējams izskaidrot saikni starp bērnības sociālo pozīciju un veselības stāvokļa pašnovērtējumu esot pieaugušam ar faktu, ka cilvēkiem ar mazāk priekšrocībām bērnībā bija mazākas sasniegumu iespējas, biežāk vēlas justies ārpus notikumu kontroles, tai skaitā ietekmējot veselības stāvokli. Taču nav zināms cik tālu šāda veida kompleksi

⁴⁴⁸ Kuh, D., & Ben-Shlomo, Y. (2004). *A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology* (2nd ed., pp. 3-5). Oxford: Oxford University Press.

⁴⁴⁹ Kuh, D., & Ben-Shlomo, Y. (2004). *A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology* (2nd ed., pp. 383-385). Oxford: Oxford University Press.

⁴⁵⁰ Asthana, S., & Halliday, J. (2006). *What Works in Tackling Health Inequalities?: Pathways, Policies and Practice Through the Lifecourse* (pp. 373-381). Bristol: The Policy Press.

⁴⁵¹ Bartley, M. (2004). *Health Inequality: An Introduction to Theories, Concepts and Methods* (p. 105). Cambridge: The Policy Press.

⁴⁵² Van de Mheen, H., Stronks, K. & Looman, C.W.N., & Mackenbach, J.P. (1998). Does childhood socioeconomic status influence adult health through behavioural factors? *International Journal of Epidemiology*, 27(3), 431-437.

⁴⁵³ Ibid.

raksturojumi var tikt uzskatīti par pārmantojamiem. Tādēļ labāk pētījumos izvairīties no ģenētiskās pārmantojamības komponentes.⁴⁵⁴ Pilnīgākai pētniecībai ir labāk pievērsties idejai, ka dzīves laikā riski uzkrājas, ietekmējot veselības stāvokli.⁴⁵⁵

Dzīves gājuma pieejas ietvaros veselības stāvoklis tiek uztverts kā dzīves laikā esošo sociālo, psiholoģisko un bioloģisko priekšrocību un trūkumu atspoguļojums.⁴⁵⁶ Veselības stāvokļa nevienlīdzība attiecas uz šo priekšrocību un trūkumu atspoguļojumu, rodas un ietekmējama atkarībā no indivīda un ģimenes pozīcijas sociālajās un ekonomiskajās struktūrās, hierarhiskā statusa. Savstarpējā saistība starp faktoriem un veselības stāvokli lielā mērā atkarīga no politiskās un kultūras vides. Tas, kādā veidā priekšrocības un trūkumi savstarpēji kombinējas cilvēka dzīves laikā ietekmē veselības stāvokli un to kādi veselības stāvokli ietekmējoši faktori ir iemantoti.⁴⁵⁷

Kopsavilkums: Dzīves gājuma pieejā tiek pieņemts, ka visas priekšrocības vai ierobežojumi ietekmē veselības stāvokļa nevienlīdzību, skatot tos individuālās pieredzes kontekstā.⁴⁵⁸ Pieejas pamatā ir ideja, ka cilvēka veselības stāvoklis var būt rezultāts dažādu kompleksu apstākļu kombinācijai pagātnē,⁴⁵⁹ uzkrājoties trūkumiem un priekšrocībām. Pastāv vairāku cēloņu kopums sociālajām atšķirībām veselības stāvokļa nevienlīdzības ietvaros un lielākajā daļā gadījumu nopietnām slimībām ir saikne ar sociālo novirzi, dzīves gaitu un procesiem.⁴⁶⁰ Veselības stāvokļa nevienlīdzība ir rezultāts procesu kopumam indivīda dzīves laikā un arī pirms

⁴⁵⁴ Holtzman, N. A. (2002). Genetics and social class. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56, 529-535.

⁴⁵⁵ Fuller-Iglesias, H., Smith, J., & Antonucci, T. C. (2009). Cumulative Equalities and Disparities on Well-Being and Health. In T. C. Antonucci, & J. S. Jackson, *Annual Review of Gerontology and Geriatrics: Life-Course Perspectives on Late Life Health Inequalities* (Vol. 29, pp. 17-18). New York: Springer Publishing Company.

⁴⁵⁶ Great Britain: Parliament: House of Lords: Science and Technology Committee. (2005). *Ageing: Scientific Aspects; 1st Report of Session 2005-06*(p. 4). London: The Stationery Office.

⁴⁵⁷ Smith, G. D., Neaton, J. D., Wentworth, D., Stamler, R., & Stamler, J. (2003). Socioeconomic differentials in mortality risk among men screened for the Multiple Risk Factor Intervention Trial: Part I - results for 300,685 white men. In G. D. Smith, *Health Inequalities: Lifecourse Approaches* (pp. 30-31). Bristol: The Policy Press.

⁴⁵⁸ Ryan, L. H., & Smith, J. (2009). Cognition and Health Disparities Over the Life Course: Longevity as an Example. In T. C. Antonucci, & J. S. Jackson (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics: Life-Course Perspectives on Late Life Health Inequalities* (Vol. 29, pp. 131-133). New York: Springer Publishing Company.

⁴⁵⁹ Asthana, S., & Halliday, J. (2006). *What Works in Tackling Health Inequalities?: Pathways, Policies and Practice Through the Lifecourse* (pp. 373-374). Bristol: The Policy Press.

Kuh, D., Ben-Shlomo, Y., Lynch, J., Hallqvist, J., & Power, C. (2003). Life course epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(10), 778-783.

⁴⁶⁰ Bartley, M., & Blane, D. (2009). Life-course influences on health at older ages. In H. Graham, *Understanding Health Inequalities* (2nd ed., pp. 48-49). Berkshire: Open University Press.

dzimšanas periodā.⁴⁶¹ Tiek izmantoti dažāda veida dati, visbiežāk tiek veiktas aptaujas, kur tiek uzdoti jautājumi par cilvēku dzīves iepriekšējo pieredzi.⁴⁶²

5.1. tabula

Veselības stāvokļa nevienlīdzību skaidrojošo pieeju apkopojums⁴⁶³

	Kultūras/ uzvedības	Materiālais	Psihosociālais	Dzīves gājuma
Ietekmes faktori	Atšķirības pārlicēbā, normās, vērtībās nosaka veselības stāvokļa nevienlīdzību. Atšķirības pārlicēbā, normās un vērtībās nozīmē, ka atsevišķi indivīdi no mazāk nodrošinātajām sociālajām grupām visbiežāk īsteno veselības stāvokli negatīvi ietekmējošu uzvedību – vairāk lieto alkoholu, smēķēs, mazāk īsteno fiziskās aktivitātes u.c.	Individuālo ienākumu atšķirība nosaka veselības stāvokļa nevienlīdzību. Individuālie ienākumi nosaka diētu, mājokļa kvalitāti, vides piesārņotību, darba bīstamību un citus veselības stāvokli ietekmējošos priekšnoteikumus.	Sociālā un psiholoģiskā fona atšķirības nosaka veselības stāvokļa nevienlīdzību. Statuss, kontrole, sociālais atbalsts darbā vai mājās, līdzsvars starp ieguldījumu un ieguvumiem (ieguldījumu un novērtējumu) ietekmē veselības stāvokli, ietekmējot ķermeņa funkcijas (ietekmē ne tikai mentāla, bet arī fiziska).	Atšķirības dzīves gaitas notikumos un procesos nosaka veselības stāvokļa nevienlīdzību. Notikumi un procesi pirms dzimšanas un bērnībā var ietekmēt gan veselības stāvokli, gan spēju saglabāt veselības stāvokli. Veselības stāvoklis un sociālie apstākļi ietekmē viens otru laika gaitā.

⁴⁶¹ Asthana, S., & Halliday, J. (2006). *What Works in Tackling Health Inequalities?: Pathways, Policies and Practice Through the Lifecourse* (p. 160). Bristol: The Policy Press.

⁴⁶² Bartley, M. (2004). *Health Inequality: An Introduction to Theories, Concepts and Methods* (p. 105). Cambridge: The Policy Press.

⁴⁶³ Bartley, M. (2004). *Health Inequality: An Introduction to Theories, Concepts and Methods* (pp. 15-18). Cambridge: The Policy Press.

6. VESELĪBAS STĀVOKĻA NEVIENLĪDZĪBA UN RĪCĪBPOLITIKA

Veselības stāvokļa nevienlīdzība norāda uz rīcībpolitiku nozīmīgumu.⁴⁶⁴ Pirms tiek konstruētas rīcībpolitikas veselības stāvokļa nevienlīdzības mazināšanai, ir jābūt skaidrībai par evidenču saturu un to, ka ir atrasta pareizā, situāciju skaidrojošā pieeja. Veselības stāvokļa nevienlīdzības pastāvēšana apliecina, ka veselības aprūpes pakalpojumi neaizsargā cilvēkus no veselības stāvokļa sekām, kas saistītas ar nabadzību, darba riskiem vai zemu sociālo statusu.⁴⁶⁵ Kopumā ir grūti noteikt kritērijus atbilstoši populārajai idejai, kur rīcībpolitikai ir jābūt balstītai evidencēs. Pat tad ja ir pieejamas evidences no dažādiem pētījumiem bieži tās savstarpēji nesakrīt.⁴⁶⁶ ⁴⁶⁷ Pētījumos, kas vērsti uz iejaukšanos sociālajās rīcībpolitikās gandrīz nav iespējams konstruēt identiskas situācijas, jo cilvēku ienākumi var pieaugt, var būt labāki veselības aprūpes pakalpojumi, ietekmējoši faktori nepārtraukti mainās. Līdz ar to ir ļoti grūti atrast evidences, kas varētu palīdzēt pieņemt lēmumus par to, kāda veida rīcībpolitika varētu tikt īstenota, samazinot veselības stāvokļa nevienlīdzību.⁴⁶⁸ Izpētei, kas vērsta uz evidenču noteikšanu veselības stāvokļa nevienlīdzības ietvaros, evidenču raksturs atšķiras. Evidences kā atbalsts rīcībpolitiku ierosināšanai, pamats iejaucoties īstenojamajās rīcībpolitikās. Pētījumu ietvaros ir jābūt skaidrībai par evidenču kvalitāti un evidencēm ir jābūt izmantotām kā argumentiem, piedāvājot rīcībpolitikas konstrukcijas jomu.⁴⁶⁹

Vairāki pētījumi un oficiālās rekomendācijas iekļauj veselības izglītošanas pasākumu nepieciešamību. Taču vairāku valstu pieredze, īstenojot rīcībpolitikas, kas vērstas uz veselības izglītošanu, norāda uz to, ka tas nemazina veselības stāvokļa nevienlīdzību.⁴⁷⁰ Cilvēku uzvedība

⁴⁶⁴ Bryant, T. (2012). Applying the Lessons from International Experiences. In D. Raphael, *Tackling Health Inequalities: Lessons from International Experiences* (p. 266). Toronto: Canadian Scholars' Press.

⁴⁶⁵ Mackenbach, J. P., Bakker, M. J., Sihto, M., & Diderichsen, F. (2002). Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. In J. P. Mackenbach, & M. J. Bakker, *Reducing Inequalities in Health: A European Perspective* (p. 35). New York: Routledge.

⁴⁶⁶ Exworthy, M. (2003). The "Secong Black Report?" The Acheson Report as Another Opportunity to Tackle Health Inequalities. In V. Berridge, & S. Blume, *Poor Health: Social Inequality Before and After the Black Report* (p. 181). London: Frank Cass Publishers.

⁴⁶⁷ Nutbeam, D. (2003). How does evidence influence public health policy? Tackling health inequalities in England. *Health Promotion Journal of Australia*, 14(3), 154-158.

⁴⁶⁸ Asthana, S., & Halliday, J. (2006). *What Works in Tackling Health Inequalities?: Pathways, Policies and Practice Through the Lifecourse* (pp. 561-564). Bristol: The Policy Press.

⁴⁶⁹ Acheson, D. (1998). *Independent Inquiry Into Inequalities in Health* (pp.156-157). South Lambeth: Stationery Office Books.

⁴⁷⁰ Bartley, M. (2004). *Health Inequality: An Introduction to Theories, Concepts and Methods* (p. 172). Cambridge: The Policy Press.

dažādās sociāli ekonomiskajās pozīcijās ir būtiskākais cēlonis veselības stāvokļa nevienlīdzībai.⁴⁷¹ Psiho-sociālo faktoru pētniecība ir sarežģīta, lai tos varētu klasificēt kā evidences. Psiho-sociālo faktoru iekļaušana rīcībpolitikās arī sarežģīts process, jo vieglāk ietekmēt tos indivīdus, kuru ietekme ir vismazāk būtiska veselības stāvokļa nevienlīdzības mazināšanas kontekstā. Piemēram, cilvēki, kuru dzīves ir salīdzinoši patīkamas piešķirs lielāku prioritāti iespējai dzīvot ilgāk nekā tie, kuru dzīves salīdzinoši ir skarbas.⁴⁷²

Veselības stāvoklis var būt ietekmēts atkarībā no mentālās un fiziskas attīstības dzīves laikā, īpaša nozīme šeit ir kritiskajiem periodiem bērnībā. Attiecīgi var būt sagaidāms, ka valstīs, kur tiek īstenotas rīcībpolitikas, kas vērstas uz jauno ģimeņu ekonomisko aizsardzību, var būt labvēlīgas tendences veselības stāvokļa nevienlīdzības kontekstā.⁴⁷³ Vairākas rīcībpolitikas, kas vērstas uz veselības stāvokļa nevienlīdzības mazināšanu ietver materiālos faktorus, nosakot veidus, kādos sociālie un ekonomiskie pasākumi ietekmē indivīdu un ģimeņu piekļuvi drošai, labi atalgotai nodarbinātībai, labas kvalitātes dzīves apstākļiem, drošai un tūrai videi.⁴⁷⁴ Grūtības ir, īstenojot rīcībpolitikas ar ilgstošu ietekmi.⁴⁷⁵

Rīcībpolitiku ietvaros ir jāņem vērā līdzsvara nepieciešamība starp darbu un ārpus darba dzīvi. Ir jābūt pietiekošai ģimenes dzīves proporcijai, kas nodrošina arī bērnu audzināšanu un attīstību.⁴⁷⁶ Līdztekus pastāv ienākumu nevienlīdzība kā cēlonis veselības stāvokļa nevienlīdzībai. Rīcībpolitikas, kas vērstas uz strādājošo cilvēku kopējo labklājības uzlabošanu ietekmēs arī ienākumu nevienlīdzības novēršanu. Viens no veidiem kā mazināt nabadzību un zemu izglītības sasniegumus, ir pievēršanās pirmsskolas izglītībai noteiktajos jautājumos.⁴⁷⁷

Rīcībpolitikas īstenošanai var būt izšķiroša loma nevienlīdzības radīto, potenciālo un postošo rezultātu vai iemeslu novēršanā vai likvidēšanā.⁴⁷⁸ Ekonomiskie resursi, kas nosaka

⁴⁷¹ Myer, L., Susser, E., Link, B., & Morroni, C. (2010). Social Epidemiology. In J. Killewo, K. Heggenhougen, & S. R. Quah, *Epidemiology and Demography in Public Health* (p. 246). USA: Academic Press.

⁴⁷² Smith, K. (2013). *Beyond Evidence Based Policy in Public Health: The Interplay of Ideas* (pp. 192-194). New York: Palgrave Macmillan.

⁴⁷³ Becker, S., Bryman, A., & Ferguson, H. (2012). *Understanding Research for Social Policy and Social Work: Themes, Methods and Approaches* (p. 110). Bristol: The Policy Press.

⁴⁷⁴ Fletcher, A. (2013). *Health Promotion Theory* (pp. 125-127). Berkshire: McGraw-Hill International.

⁴⁷⁵ Acheson, D. (1998). *Independent Inquiry Into Inequalities in Health* (p.36). South Lambeth: Stationery Office Books.

⁴⁷⁶ World Health Organization. (2008). *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health* (pp.80-81). Geneva: World Health Organization.

⁴⁷⁷ Acheson, D. (1998). *Independent Inquiry Into Inequalities in Health* (pp. 38-39). South Lambeth: Stationery Office Books.

⁴⁷⁸ Chandra, S. (2009). Inequality, psychosocial health and societal health: a model of inter-group conflict. In S. J. Babones, *Social Inequality and Public Health* (p. 132). Bristol: The Policy Press.

indivīdu ienākumus un labklājību grupas ietvaros ir atkarīgi no katras grupas kontroles un izvirzītajiem uzdevumiem attiecībā pret politisko sistēmu.⁴⁷⁹ Pastāv atsevišķi ekonomiskās pašintereses ierobežojumi. Nevienš indivīds nav spējīgs izolēti veidot un īstenot rīcību, lai sasniegtu veselīgas vides apstākļus, noteiktu izglītības sistēmu, palielinātu ekonomisko drošību.⁴⁸⁰ Šie dažāda veida priekšnoteikumi un apstākļi veido atšķirības starp indivīdu laimīgumu, dzīves ilgumu un citiem būtiskiem cilvēka dzīves aspektiem. Kamēr noteiktās atšķirības pastāv tas ir pamats ne tikai sociālo ienākumu atšķirībām naudas izteiksmē, bet arī kopējām labklājības atšķirībām.⁴⁸¹

Šīs idejas liek mums domāt par nodarbinātības veidu, par vidi, kurā mēs pavadām savu dzīvi, par darba algu, par sociālo pozīciju un citiem dzīves būtiskiem aspektiem. Piemēram, darba vides apstākļi lielā mērā ir saistīti ar sociālajām vērtībām, kultūras un likumdošanas. Dažāda veida organizācijās pastāv pieredzes un atalgojuma hierarhija, kurai ir noteicoša sociālā loma.⁴⁸²

Sabiedrības rīcībpolitikas ir jābūt formulētām tādā veidā, lai tās varētu ietekmēt indivīdu dzīves realitāti.⁴⁸³ Attiecīgi rīcībpolitikas nemaz nevar ietekmēt indivīda dzīves realitāti, ja nav iekļauts indivīda dzīves realitātes atspoguļojums rīcībpolitiku pamatā esošo evidenču saturā, ja nav iekļauts indivīdu pašnovērtējums. Rīcībpolitikas pamata ietvars var būt tiešā veidā saistīts ar veselības stāvokļa uzlabošanu sabiedrībā, taču ja pat noteiktais mērķis nekad netiek sasniegts rīcībpolitikas mehānismi ir savstarpēji saistīti, un virzība uz noteikto mērķi paredz citus rezultātīvos rādītājus, piemēram, labāki darba vides apstākļi, solidārāka sabiedrība.

Kopsavilkums: Veselības stāvokļa nevienlīdzības pastāvēšana apliecina, ka veselības aprūpes pakalpojumi neaizsargā cilvēkus no veselības stāvokļa sekām, kas saistītas ar nabadzību, darba riskiem vai zemu sociālo statusu.⁴⁸⁴ Evidences nodrošina rīcībpolitiku pamatotību, ir jābūt pārliecībai par evidenču kvalitāti un evidencēm ir jābūt izmantotām kā argumentiem rīcībpolitiku

⁴⁷⁹ Chandra, S. (2009). Inequality, psychosocial health and societal health: a model of inter-group conflict. In S. J. Babones, *Social Inequality and Public Health* (p. 136). Bristol: The Policy Press.

⁴⁸⁰ Keane, C. (2013). *Modeling Behavior in Complex Public Health Systems: Simulation and Games for Action and Evaluation* (pp. 4-6). New York: Springer Publishing Company.

⁴⁸¹ Daniel, C. (1997). Socialists and Equality. In J. Franklin, *Equality* (pp. 14-16). London: Institute for Public Policy Research.

⁴⁸² Segall, S. (2010). *Health, Luck, and Justice* (pp. 91-96). Princeton: Princeton University Press.

⁴⁸³ Babones, S. J. (2009). Inequality and health: models for moving from science to policy. In S. J. Babones, *Social Inequality and Public Health* (pp. 185-186). Bristol: The Policy Press.

⁴⁸⁴ Mackenbach, J. P., Bakker, M. J., Sihto, M., & Diderichsen, F. (2002). Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. In J. P. Mackenbach, & M. J. Bakker, *Reducing Inequalities in Health: A European Perspective* (p. 35). New York: Routledge.

izstrādē.⁴⁸⁵ Rīcībpolitikas īstenošanai var būt izšķiroša loma nevienlīdzības radīto, potenciālo un postošo rezultātu vai iemeslu novēršanā vai likvidēšanā.⁴⁸⁶ Sabiedrības rīcībpolitikas ir jābūt formulētām tādā veidā, lai tās varētu ietekmēt indivīdu dzīves realitāti⁴⁸⁷ un tas nav iespējams, ja nav iekļauts indivīda dzīves realitātes atspoguļojums, indivīdu pašnovērtējums.

6.1. Rīcībpolitikas ietekmes iespējas

Veselības stāvokļa nevienlīdzības nav nemainīgas, rīcībpolitikas spēj ietekmēt un mainīt situāciju.⁴⁸⁸ Pastāv pieaugoša interese par rīcībpolitikām un rīcībpolitiku instrumentiem, kas spēj ietekmēt sociālo nevienlīdzību un veselības stāvokļa nevienlīdzību.⁴⁸⁹ Taču, lai varētu tikt konstruētas efektīvas rīcībpolitikas ir nepieciešams izprast to, kas izraisa un uztur veselības stāvokļa nevienlīdzību. Jāizprot, kas ir veselības stāvokļa nevienlīdzību ietekmējošie faktori un kāda veida rīcībpolitikas var būt ar nevienlīdzības novēršanas potenciālu, vai iespējamajām rīcībpolitikām var būt dažāda veida ietekme uz dažādām sociāli ekonomiskajām grupām un vai šī potenciālā ietekme ir vērtējama kā pozitīva vai negatīva. Jāizprot, kāda ir un kāda var būt rīcībpolitiku loma veselības stāvokļa nevienlīdzības kontekstā.⁴⁹⁰ Izpratnes pamatā ir evidences, un potenciāls ir evidencēs balstītai rīcībpolitikai, taču pastāv vairākas rīcībpolitikas iespējas. Rīcībpolitikas ietekmes iespējas attiecībā uz veselības stāvokļa nevienlīdzību iespējams izprast, apskatot sekojošo attēlu.

⁴⁸⁵ Acheson, D. (1998). *Independent Inquiry Into Inequalities in Health* (pp.156-157). South Lambeth: Stationery Office Books.

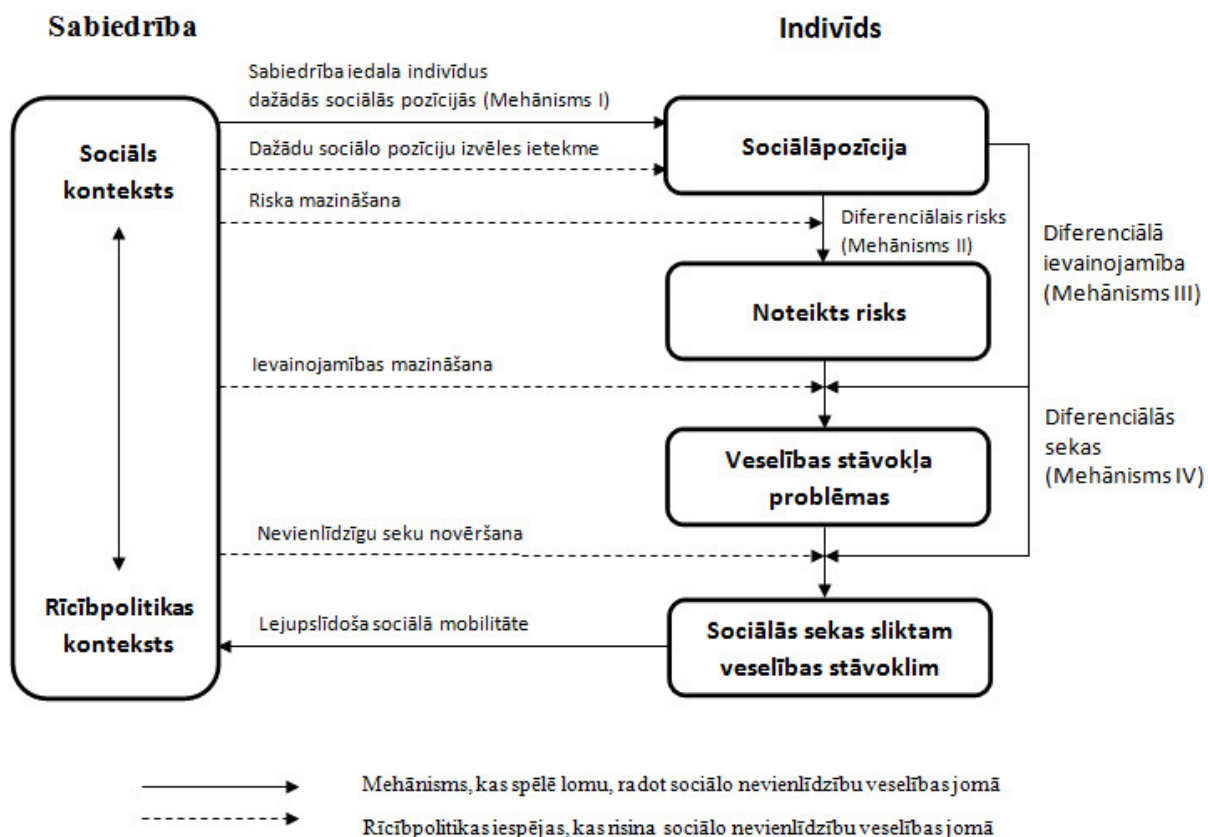
⁴⁸⁶ Chandra, S. (2009). Inequality, psychosocial health and societal health: a model of inter-group conflict. In S. J. Babones, *Social Inequality and Public Health* (p. 132). Bristol: The Policy Press.

⁴⁸⁷ Babones, S. J. (2009). Inequality and health: models for moving from science to policy. In S. J. Babones, *Social Inequality and Public Health* (pp. 185-186). Bristol: The Policy Press.

⁴⁸⁸ Hofrichter, R. (2010). Tackling Health Inequities: A Framework for Public Health Practice. In R. Hofrichter, & R. Bhatia, *Tackling Health Inequities Through Public Health Practice: Theory to Action* (2nd ed., pp. 21-22). Oxford: Oxford University Press.

⁴⁸⁹ Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104.

⁴⁹⁰ Warwick-Booth, L., Dixey, R., & South, J. (2013). Health Public Policy. In R. Dixey, *Health Promotion: Global Principles and Practice* (pp. 62-63). Oxfordshire: CABI.



6.1. att. Ietvars, kas atspoguļo sociālā konteksta rezultātos rādītājus attiecībā uz veselības stāvokli un rīcībpolitiku ieviešanas iespējas (Diderichsen, F., Evans, T., & Whitehead, M., 2001)⁴⁹¹

Noteiktais attēls atspoguļo rīcībpolitiku ietekmi uz sociālajiem veselības stāvokļa nevienlīdzību ietekmējošajiem faktoriem un palīdz konceptualizēt veselības stāvokļa nevienlīdzību ietekmējošos dažādos mehānismus un rīcībpolitiku iesaistes iespējas. Šīs pieejas ietvaros faktori, kas ietekmē veselības stāvokli var tikt apzināti gan no individuālā līmeņa, gan no sabiedrības līmeņa. Attēla labajā pusē tiek atspoguļota indivīdu sociālā pozīcija un tas, kādā veidā sociālā pozīcija var ietekmēt būtiskos veselības stāvokļa riskus, tādus kā nabadzība, uztura trūkumi, veselības stāvokli apdraudošā uzvedība, bīstami darba vides apstākļi un citi. Tiek izdalīti četri pamata ietekmes mehānismi.⁴⁹²

Viens no iespējamajiem ietekmes mehānismiem ir sociālās stratifikācijas process. Sociālās stratifikācijas procesa ietvaros sabiedrība tiek iedalīta atbilstoši dažādajām sociālajām

⁴⁹¹ Diderichsen, F., Evans, T., & Whitehead, M. (2001). The Social Basis of Disparities in Health. In T. Evans, *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action* (p. 15). Oxford: Oxford University Press.

⁴⁹² Ibid, p. 14.

pozīcijām un atbilstoši katrai no pozīcijām tiek piešķirtas iespējas un resursi. Sabiedrības grupām, kurām ir lielākas iespējas un resursi, ir lielāks potenciāls dzīvot veselīgu dzīvi, nekā grupām, kas ir mazāk privilēģētas. Stratifikācijas process parasti var būt ietekmīgāks gadījumā, ja sociāla iedalīšana sabiedrībā ir plašāka.⁴⁹³ Tas saistāms ar to, ka sociāli ekonomiskā pozīcija ir būtisks faktors, ietekmējot veselības stāvokļa nevienlīdzību.⁴⁹⁴

Otrs no iespējamajiem ietekmes mehānismiem ir diferenciālā ietekme. Ietekme tiek īstenota attiecībā gandrīz uz visiem riska faktoriem – materiālajiem, psiho-sociālajiem un uzvedības, kas ir pretēji saistīti ar sociālo pozīciju. Jo zemāka ir sociālā pozīcija, jo lielāka ir riska faktoru iespējamība, kas sekmē arī riska faktoru iespējamību paaudžu kontekstā. Trešais no iespējamajiem ietekmes mehānismiem ir pievēršanās diferenciālajai ievainojamībai. Šis ietekmes mehānisms var attiekties un var arī neattiekties un individuālo veselības stāvokli. Tas ir atkarīgs no tā vai citi veicinošie riska faktori, vai riska apstākļi pastāv un vai tie kopā pastiprina veselības stāvokļa apdraudējumu. Ceturtais no iespējamajiem ietekmes mehānismiem ir pievēršanās diferenciālajām konsekvencēm. Veselības stāvokli ietekmējošās sociālās un ekonomiskās konsekvences ir ne tikai atkarīgas no individuālajām veselības problēmām, bet arī no individuālo veselības problēmu ietekmes uz indivīdu spējām būt nodarbinātam, dzīvot neatkarīgi un piedalīties sabiedriskajā dzīvē. Individuālo veselības problēmu ietekme var būt dažāda un atkarīga no indivīda sociālās pozīcijas. Sociālajām konsekvencēm, kas ietekmē negatīvi veselības stāvokli, var būt plašāka ietekme attiecība uz sociālās stratifikācijas procesu. Piemēram, konsekvences var veicināt atgriešanos pie zemāk apmaksāta darba vai bezdarba, atgriežoties pie sociālā un rīcībpolitiku konteksta.⁴⁹⁵

Attēla kreisajā pusē ir atspoguļota sabiedrības perspektīva. Pamatā ir izpratne par to, kādā veidā dominējošais sociālais konteksts mijiedarbojas un ietekmē indivīdu sociālo pozīciju, kas ietekmē veselības stāvokļa problēmas. Rīcībpolitikas kā daļa no sociālā konteksta var ietekmēt faktorus starp sociālajām pozīcijām un veselības stāvokļa konsekvences. Pastāv četru veidu rīcībpolitikas iesaistes veidi. Pirmkārt, rīcībpolitika var ietekmēt indivīda sociālo pozīciju sabiedrībā. Izglītības sistēma un ģimenes politikas, piemēram, var ietekmēt indivīdu izaugsmes

⁴⁹³ Diderichsen, F., Evans, T., & Whitehead, M. (2001). The Social Basis of Disparities in Health. In T. Evans, *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action* (pp. 15-17). Oxford: Oxford University Press.

⁴⁹⁴ Popay, J., & Williams, G. (2009). Equalizing the people's health: a sociological perspective. In J. Gabe, & M. Calnan, *The New Sociology of the Health Service* (pp. 223-225). New York: Routledge.

⁴⁹⁵ Diderichsen, F., Evans, T., & Whitehead, M. (2001). The Social Basis of Disparities in Health. In T. Evans, *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action* (pp. 17-18). Oxford: Oxford University Press.

iespējas sociālajā hierarhijā. Tāpat, rīcībpolitikas var ietekmēt, cik plašas ir atšķirības starp indivīdiem dažādās sociālajās pozīcijās.⁴⁹⁶

Otrkārt, rīcībpolitika var ietekmēt veselības stāvokļa risku klāstu, ar ko saskaras indivīdi dažādās sociālajās pozīcijās. Liela daļa no rīcībpolitikām, kas vērstas uz veselības stāvokļa nevienlīdzības apkarošanu, ir ar mērķi aizsargāt indivīdus neizdevīgā pozīcijā. Rīcībpolitikas vērstas, lai aizsargātu indivīdus no nabadzības, bīstamiem darba vides apstākļiem, uztura trūkumiem un citiem veselības stāvokļa riskiem. Šīs rīcībpolitikas biežāk tiks konstruētas un būs ar lielāku ietekmi attiecībā uz mazāk privilēģētāko sabiedrības daļu un tādā veidā spēj ietekmēt veselības stāvokļa nevienlīdzību.⁴⁹⁷

Treškārt, rīcībpolitika var ietekmēt riska faktoru ietekmi, kam pakļauti indivīdi. Kā minēts, pievēršoties diferenciālās ievainojamības ietekmes apjomam, kādā veidā dažāda veida riska faktori vai riska apstākļi spēj ietekmēt veselības stāvokli, bieži ir atkarīgs no dažāda veida citu veicinošo iemeslu pastāvēšanas. Piemēram, tas, kāda veida ietekme ir attiecība uz veselības stāvokli no tā, ka cilvēks ir salīdzinoši nabadzīgs vai bezdarbnieks var atšķirties dažādās sabiedrībās un dažādos laika periodos pat noteiktā sabiedrībā. Noteiktās sabiedrībās nabadzīgs cilvēks var atļauties daudz vairāk nekā citās sabiedrībās, dažāda veida bezdarbnieku aizsardzības politikas un citas atšķirības starp sabiedrībām un starp dažādiem laika periodiem. Rīcībpolitikas, piemēram, ne tikai var novērst riska faktoru – būt nabadzīgam, kas ir otrais rīcībpolitikas iesaistes veids, bet arī mīkstināt riska faktoru ietekmi – nodrošināt nabadzīgo aizsardzības programmas īstenošanu, kas ir noteiktais rīcībpolitikas iesaistes veids.⁴⁹⁸

Ceturtkārt, rīcībpolitika var ietekmēt tiešā veidā indivīdu veselības stāvokli, to, vai indivīds ir vai nav vesels. Ir vairāki rīcībpolitiku veidi, pārsvarā tie pievēršas efektivitātei un vienlīdzībai veselības aprūpes pakalpojumos. Šīm rīcībpolitikām var būt tieša ietekme attiecībā uz saslimstību un to konsekvencēm izdzīvošanas kontekstā, invaliditāti un ikdienas dzīvi. Sociālās konsekvences, kas ietekmē veselības stāvokli var atšķirties starp sabiedrībām. Sociālās konsekvences ir daļēji atkarīgas no tā, kādā veidā hroniskās slimības mijiedarbojas ar vairākiem faktoriem, kas saistīti ar sociālo kontekstu. Piemēram, kāda veida darba tirgus pastāv un kāda

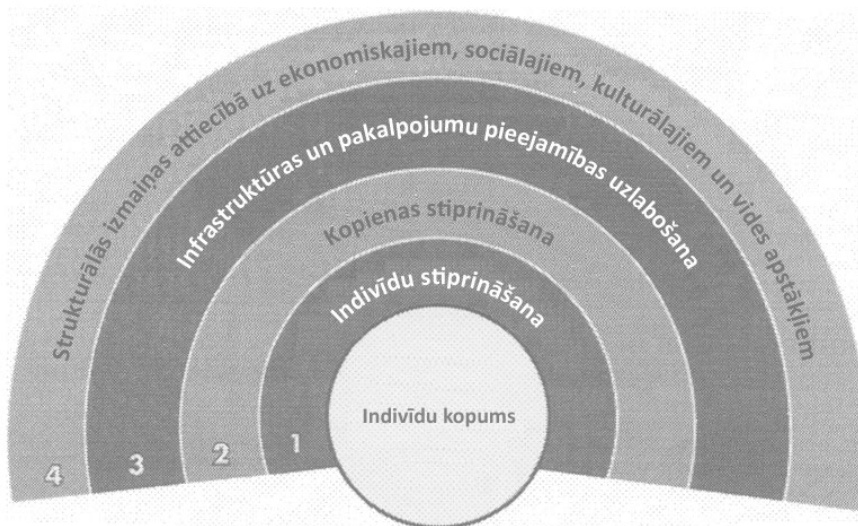
⁴⁹⁶ Diderichsen, F., Evans, T., & Whitehead, M. (2001). The Social Basis of Disparities in Health. In T. Evans, *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action* (p. 19). Oxford: Oxford University Press.

⁴⁹⁷ Ibid, pp 19-21.

⁴⁹⁸ Ibid, pp 19-21.

veida rīcībpolitikas tiek īstenotas, lai uzlabotu vai pasliktinātu cilvēku iespējas būt nodarbinātiem, kuriem ir hroniskie apstākļi, hroniskās veselības problēmas vai invaliditāte.⁴⁹⁹

Līdzīgi kā, runājot par veselības stāvokļa nevienlīdzību, ir iespējams runāt par dažādiem to ietekmējošiem cēloņiem un faktoriem, par faktoriem dažādos līmeņos, arī rīcībpolitikas var tikt īstenotas dažādos līmeņos atbilstoši rašanās cēloņiem un ietekmējošajiem faktoriem. Veselības stāvokli nosaka vairāki, dažāda veida individuālie, sabiedrības un nacionālie faktori un arī rīcībpolitikas, kas vērstas uz veselības stāvokļa vai veselības stāvokļa nevienlīdzības ietekmi, var būt dažādas.⁵⁰⁰ Izpratni par šiem dažādajiem rīcībpolitiku līmeņiem atspoguļo sekojošā attēlā.^{501 502}



6.2. att. Rīcībpolitikas līmeņi (Dahlgren, G., & Whitehead, M., 1991; Williams, G., n.d.)

Rīcībpolitikas līmenis var tikt izvēlēts un piemērots atbilstoši konstatētajiem ietekmes faktoriem noteiktā indivīdu kopuma ietvaros. Rīcībpolitikas ar noteiktajiem līmeņiem pārsvarā nav savstarpēji izslēdzošas. Tas norāda uz to, ka, konstatējot vairākus veselības stāvokļa nevienlīdzību ietekmējošos faktorus, dažādos līmeņos, ir iespējams īstenot vairāku līmeņu rīcībpolitikas. Taču īstenojot, vairāku līmeņu rīcībpolitiku ir jāpārskata, vai tās nemonā pretrunā.

⁴⁹⁹ Diderichsen, F., Evans, T., & Whitehead, M. (2001). The Social Basis of Disparities in Health. In T. Evans, *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action* (pp. 21-22). Oxford: Oxford University Press.

⁵⁰⁰ Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies.

⁵⁰¹ Ibid.

⁵⁰² Williams, G. (n.d.). *Understanding health inequalities: theories, concepts and evidence*. Retrieved from Health in Wales: <http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/888/Gareth%20Williams1.pdf>

Iepriekš minētais attēls atspoguļo rīcībpolitikas līmeņus, ietekmējot veselības stāvokļa nevienlīdzību atkarībā no individuālās un vides faktoru mijiedarbības. Centrā ir indivīdu kopums uz, kuru tiek vērstas noteiktās rīcībpolitikas dažādos līmeņos. Rīcībpolitikās saistošs ir nevis atsevišķais indivīds, bet indivīdu kopums ar tam raksturīgajiem faktoriem pat ja rīcībpolitikas tiek īstenotas mikrolīmenī.^{503 504}

Saskaroties ar indivīdu vai indivīdu kopumu raksturojošajiem faktoriem vecumu, dzimumu un citiem, kas norāda uz veselības stāvokļa nevienlīdzību starp šīm grupām ir iespējams īstenot rīcībpolitikas, kurās tiek ņemti vērā šie faktori.⁵⁰⁵ Citiem vārdiem sakot, piemēram, ja pastāv veselības stāvokļa nevienlīdzība starp dzimumu grupām ir iespējams un ir nepieciešams konstruēt rīcībpolitikas, kas vērstas uz nevienlīdzīgā pozīcijā esošo dzimuma grupu. Īpaši būtiski tas ir tādēļ, ka noteiktie faktori nav saistāmi ar individuālajām ietekmes iespējām, taču tos ir iespējams ņemt vērā, konstruējot rīcībpolitikas.

Attiecībā uz šiem faktoriem un indivīdu kopumu ir iespējams īstenot dažādus rīcībpolitiku līmeņus, ietekmējot veselības stāvokli un veselības stāvokļa nevienlīdzību starp indivīdu kopumu. Ņemot vērā to, ka pārējie faktori ar to ietekmi nav fiksēti, tie ir ietekmējami un modificējami, rīcībpolitiku līmeņi var būt ar tiešu ietekmi attiecībā uz indivīdu kopuma veselības stāvokļa nevienlīdzību.⁵⁰⁶

Rīcībpolitikas indivīdu stiprināšanas līmenis kā jau pats nosaukums to pasaka priekšā, saistāms ar rīcībpolitikām, kas vērtas attiecībā uz indivīdu un izriet no individuālā līmeņa evidenču satura. Rīcībpolitikas indivīdu stiprināšanas līmenis saistāms ar individuālās uzvedības faktoriem, piemēram, fiziskās aktivitātes, alkohola patēriņš un citi. Šie uzvedības faktori var būt atkarīgi no sabiedrības normām un no īstenotajām rīcībpolitikām. Piemēram, var tikt īstenotas dažāda veida rīcībpolitikas, lai samazinātu indivīdu alkohola patēriņu.⁵⁰⁷

Rīcībpolitikas kopienas stiprināšanas līmenis attiecas uz kopienu, kā rīcībpolitikas subjektu un kopienas kopējās raksturojošās evidences ir pamats šī līmeņa ietvaros. Rīcībpolitikas

⁵⁰³ Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies.

⁵⁰⁴ Williams, G. (n.d.). *Understanding health inequalities: theories, concepts and evidence*. Retrieved from Health in Wales: <http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/888/Gareth%20Williams1.pdf>

⁵⁰⁵ Daniels, N. (2008). International Health Inequalities and Global Justice. In M. Boylan, *International Public Health Policy and Ethics* (pp. 110-112). Dordrecht: Springer.

⁵⁰⁶ Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies.

⁵⁰⁷ Ibid.

kopienas stiprināšanas līmenis attiecas dažāda veida sociālajiem un kopienas tīkliem jeb dažāda veida sociālo un sabiedrības ietekmi, kas var izpausties kā savstarpējā mijiedarbība vai savstarpējais atbalsts dažāda veida nelabvēlīgu apstākļu kontekstā vai gluži pretēji.⁵⁰⁸ Piemēram, rīcībpolitikas var tikt īstenotas, lai ietekmētu savstarpējā atbalsta veidus un struktūras, lai veicinātu solidaritāti.

Rīcībpolitikas infrastruktūras un pakalpojumu pieejamības uzlabošanas līmenis saistāms ar dažāda veida strukturālajiem veselības stāvokli ietekmējošajiem faktoriem, piemēram, izglītība, darba vide, veselības aprūpes pakalpojumi. Šī līmeņa ietvaros rīcībpolitikas vērstas uz to, lai ietekmētu strukturālo faktoru izmaiņas.⁵⁰⁹ Piemēram, var tikt īstenotas rīcībpolitikas, lai uzlabotu veselības aprūpes kādu noteiktu pakalpojumu vai tā pieejamību, ūdens kvalitāti vai tā pieejamību.

Strukturālās izmaiņas attiecībā uz ekonomiskajiem, sociālajiem, kultūras un vides apstākļiem ir vispārīgākais no rīcībpolitikas līmeņiem un šī iemesla dēļ var tikt uzskatīts arī par viskomplicētāko. Tas paredz to, ka noteiktā līmeņa rīcībpolitikas ir vērstas uz izmaiņām indivīdu kopuma sociālajās, ekonomiskajās, kultūras, vides struktūrās un apstākļos.⁵¹⁰ Piemēram, var tikt īstenotas rīcībpolitikas, lai samazinātu ienākumu nevienlīdzību vai lai mainītu sabiedrības viedokli par noteiktu jautājumu. Noteiktie piemēri liecina par šī līmeņa kompleksumu un vispārīgo raksturu, jo noteikti katra no noteiktā līmeņa rīcībpolitikām paredz daudzu rīcībpolitiku savstarpējo saistību un norāda uz tās sarežģītību mērķa sasniegšanā. Piemēram, ienākumu nevienlīdzība saistāma ar vairākām sociālajām politikām, rīcībpolitikām darba tirgus kontekstā un daudzām citām. Tāpat, piemēram, rīcībpolitikas, kas vērstas uz sabiedrības domas maiņu vismaz nosaka paaudžu nomaīņas nepieciešamību.⁵¹¹ Rīcībpolitikas, kuru pamatā ir evidenču saturs par atšķirībām dažādajos veselības stāvokli ietekmējošajos faktoros, ir vērstas un ir ļoti būtiskas veselības stāvokļa nevienlīdzības mazināšanai.

Mūsdienās ir mainījusies izpratne par veselības rīcībpolitikām. Rīcībpolitikās tiek apvienoti divi mērķi. Pirmkārt, tiek ietverts tradicionālais mērķis uzlabot sabiedrības kopējo veselības stāvokli un otrkārt, tiek ietverts mērķis samazināt veselības stāvokļa nevienlīdzību.

⁵⁰⁸ Ibid.

⁵⁰⁹ Ibid.

⁵¹⁰ Ibid.

⁵¹¹ Ibid.

Rīcībpolitikas vērstas uz abu mērķu sasniegšanu.^{512 513 514 515} Veselības stāvokli ietekmējošo sociāli ekonomisko nevienlīdzību novēršana kļūst par centrālo mērķi veselības rīcībpolitikās nacionālā un starptautiskā līmenī.^{516 517} To var sasniegt, iekļaujot rīcībpolitikās plašāku veselības stāvokli ietekmējošo faktoru klāstu.⁵¹⁸ Lai rīcībpolitikas varētu būt sekmīgas, veselības stāvokli ietekmējošajiem faktoriem ir jābūt skatītiem sociāli ekonomisko grupu kontekstā.⁵¹⁹

Kopsavilkums: Veselības stāvokļa nevienlīdzība ir mainīga⁵²⁰ un rīcībpolitiku efektivitāti nosaka izpratne par veselības stāvokļa nevienlīdzību ietekmējošajiem faktoriem. Pastāv četri rīcībpolitiku mehānismi: 1. sociālās stratifikācijas process, 2. diferenciālā ietekme, 3. pievēršanās diferenciālajai ievainojamībai, 4. pievēršanās diferenciālajām konsekvencēm.⁵²¹ Pastāv četru veidu rīcībpolitikas iesaistes veidi: 1. rīcībpolitika var ietekmēt indivīda sociālo pozīciju sabiedrībā, 2. var ietekmēt veselības stāvokļa risku klāstu, ar ko saskaras indivīdi, 3. var ietekmēt riska faktoru ietekmi, kam pakļauti indivīdi, 4. var ietekmēt indivīdu veselības stāvokli caur veselības aprūpes pakalpojumiem.⁵²² Rīcībpolitikas var tikt īstenotas dažādos līmeņos atbilstoši cēloņiem un ietekmējošajiem faktoriem: 1. indivīdu stiprināšanas līmenis attiecībā uz individuālās uzvedības faktoriem, 2. kopienas stiprināšanas līmenis attiecībā uz kopienas tīkliem, 3. infrastruktūras un pakalpojumu pieejamības uzlabošanas līmenis attiecībā uz strukturālajiem faktoriem, 4. ekonomisko, sociālo, kultūras un vides apstākļu līmenis attiecībā uz strukturālajām

⁵¹² Graham, H. (2009). Tackling health inequalities: the scope for policy. In H. Graham, *Understanding Health Inequalities* (p. 200). Berkshire: McGraw-Hill International.

⁵¹³ Toward, S. (2009). Appraising and Influencing Health Policy and Strategy. In L. Coles, & E. Porter, *Public Health Skills: A Practical Guide for nurses and public health practitioners* (p. 127). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

⁵¹⁴ Barron, K. (2008). *Health inequalities: written evidence* (Vol. II, p. 337). London: The Stationery Office.

⁵¹⁵ Orme, J., Powell, J., Taylor, P., & Grey, M. (2007). *Public Health For The 21st Century* (2nd ed., p. 153). Berkshire: McGraw-Hill International.

⁵¹⁶ Mackenbach, J. P., Bakker, M. J., Sihto, M., & Diderichsen, F. (2002). Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. In J. P. Mackenbach, & M. J. Bakker, *Reducing Inequalities in Health: A European Perspective* (pp. 36-67). New York: Routledge.

⁵¹⁷ Mikkonen, J. (2012). Finnish Experiences. In D. Raphael, *Tackling Health Inequalities: Lessons from International Experiences* (p. 177). Toronto: Canadian Scholars' Press.

⁵¹⁸ Asthana, S., & Halliday, J. (2006). *What Works in Tackling Health Inequalities?: Pathways, Policies and Practice Through the Lifecourse* (p. 562). Bristol: The Policy Press.

⁵¹⁹ Mackenbach, J. P., & Kunst, A. E. (2011). Evidence for strategies to reduce socioeconomic inequalities in health in Europe. In J. Figueras, & M. McKee, *Health Systems, Health, Wealth And Societal Well-Being: Assessing The Case For Investing In Health Systems* (pp. 165-170). Berkshire: McGraw-Hill International.

⁵²⁰ Hofrichter, R. (2010). Tackling Health Inequities: A Framework for Public Health Practice. In R. Hofrichter, & R. Bhatia, *Tackling Health Inequities Through Public Health Practice: Theory to Action* (2nd ed., pp. 21-22). Oxford: Oxford University Press.

⁵²¹ Diderichsen, F., Evans, T., & Whitehead, M. (2001). The Social Basis of Disparities in Health. In T. Evans, *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action* (p. 14). Oxford: Oxford University Press.

⁵²² Ibid, p. 10.

izmaiņām un apstākļiem.⁵²³ Mūsdienās veselības rīcībpolitikas ir vērstas uz veselības stāvokļa uzlabošanu un veselības stāvokļa nevienlīdzības mazināšanu.

6.2. Evidencēs balstīta veselības rīcībpolitika

Veselības rīcībpolitikām ir būtiska ietekme uz indivīdu veselības stāvokli.^{524 525} Rīcībpolitikām saistošās evidences var būt gan kvantitatīva, gan kvalitatīva informācija.^{526 527} Var runāt par trīs pamata evidencēs balstītas rīcībpolitikas sfērām:

- 1) process, lai saprastu pieejas, kas uzlabotu un palielinātu rīcībpolitikas īstenošanas varbūtību,
- 2) saturs, kur tiek identificēti specifiskie rīcībpolitikas elementi un noteikta to ietekmes efektivitāte,
- 3) rezultāts, kur tiek noteikta noteiktās rīcībpolitikas potenciālā ietekme.⁵²⁸

Lai tiktu sekmēta evidencēs balstīta rīcībpolitika nepieciešams iekļaut pēc iespējas efektīvāku informācijas sagatavošanas un izplatīšanas procesu, jāizmanto esošos analīzes rīkus pēc iespējas efektīvākā veidā, jāveic rīcībpolitikas uzraudzība, jāveic rezultatīvo rādītāju uzraudzība un uzskaitē papildus salīdzinot ar dažāda veida evidencēm.⁵²⁹

Ir skaidri zināms, ka veselības rīcībpolitikas likumu, regulāciju vai direktīvu formā absolūti ietekmē veselības stāvokli.⁵³⁰ Jebkura veida lēmumu pieņemšanas process vai rīcībpolitiku formulēšanas process veselības rīcībpolitiku kontekstā ir komplekss un atkarīgs no zinātniskās, ekonomiskās, sociālās un politiskās ietekmes daudzveidības.⁵³¹ Pastāv būtiska atšķirība starp to, kas pētījumos tiek uzskatīts par efektīvu un to, kas rīcībpolitiku ietvaros tiek īstenots. Rīcībpolitiku ietvaros izpratne par efektīvu darbību bieži aprobežojas ar paplašinātu izpratni,

⁵²³ Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies.

⁵²⁴ Steptoe, A., Gardner, B., & Wardle, J. (2010). The Role of Behaviour in Health. In D. French, K. Vedhara, A. A. Kaptein, & J. Weinman, *Health Psychology* (pp. 19-28). Chichester: John Wiley & Sons.

⁵²⁵ Carmody, T. (1997). Health-related behaviours: common factors. In A. Baum, *Cambridge Handbook of Psychology, Health, and Medicine* (pp. 118-120). Cambridge: Cambridge University Press.

⁵²⁶ Pope, C., Mays, N., & Popay, J. (2007). *Synthesising Qualitative And Quantitative Health Evidence: A Guide To Methods*. Berkshire: McGraw-Hill International.

⁵²⁷ Asthana, S., & Halliday, J. (2006). *What Works in Tackling Health Inequalities?: Pathways, Policies and Practice Through the Lifecourse* (pp. 576-577). Bristol: The Policy Press.

⁵²⁸ Brownson, R. C., Chiqui, J. F., & Stamatakis, K. A. (2009). Understanding Evidence-Based Public Health Policy. *American Journal of Public Health, 99*(9), 1576–1583.

⁵²⁹ Pawson, R. (2006). *Evidence-Based Policy: A Realist Perspective* (pp. 4-6). London: SAGE Publications Ltd.

⁵³⁰ Brownson, R. C., Chiqui, J. F., & Stamatakis, K. A. (2009). Understanding Evidence-Based Public Health Policy. *American Journal of Public Health, 99*(9), 1576–1583.

⁵³¹ Brownson, R. C. (1998). Epidemiology and Health Policy. In R. C. Brownson, & D. B. Petitti, *Applied Epidemiology: Theory to Practice* (pp. 349-351). New York: Oxford University Press.

iekļaujot normatīvo ietvaru un budžeta prioritātes. Pētniecība pārsvarā rīcībpolitiku ietekmē caur ilgstošu komunikācijas un mijiedarbības procesu. Daļēji rīcībpolitikas un pētniecības saskarsmes process ir tik sarežģīts zinātniskās informācijas dēļ, kas bieži ir plaša, ne vienmēr sistemātiska un ne vienmēr pieejama rīcībpolitikas īstenošanai. Saskarsmes procesa sarežģītība ierobežo efektīvas veselības rīcībpolitikas īstenošanu.⁵³²

Līdztekus pastāv vairāki ierobežojumi veselības rīcībpolitikas efektīvai īstenošanai: nepietiekama noteikto vērtību izvērtēšana, piemēram, netiek ņemtas vērā, liela daļa no sabiedrības vajadzībām nosakot rīcībpolitikas;⁵³³ nepietiekams evidenču pamats rīcībpolitikās, piemēram, atsevišķi rīcībpolitiku rezultatīvie rādītāji var būt veiksmes rezultāts un jāņem vērā, ka evidences mainās laika gaitā; laika nesakrītība, piemēram, ļoti bieži vēlēšanu ciklu, rīcībpolitikas procesu un pētniecības laiki nesakrīt;⁵³⁴ pārstāvniecības interešu pretrunas, piemēram, pastāv pretruna starp veselības aizsardzības interesēm un noteiktām veselības stāvokli negatīvi ietekmējošām interesēm (alkohols, tabaka u.c.);⁵³⁵ pētniecības izolētība no rīcībpolitikas procesa, piemēram, pētniecības rezultātu iekļaušana rīcībpolitikas dienas kārtībā nereti ir atkarīga no pētnieka kontaktiem un ne visi pētnieki, veicot pētījumus, ir ieinteresēti rīcībpolitikas procesa ietekmēšanā;⁵³⁶ rīcībpolitikas īstenošanas process var būt komplekss, un nepamatots, piemēram, rīcībpolitikas process var būt pretrunā izpratnei par evidencēs balstītu rīcībpolitiku, lēmumu pieņēmēji un rīcībpolitikas īstenošanas rīcībpolitikas kompleksuma dēļ nereti paļaujas uz pieredzi, stereotipiem, intuitīviem pieņēmumiem, kultūras normām;⁵³⁷ indivīdi jebkurā no disciplīnām ne vienmēr spēj izprast rīcībpolitikas procesu kopumā, piemēram, starpdisciplināra pieeja var nodrošināt vispusīgāku un precīzāku redzējumu; praktiski dažkārt izmanto savas zināšanas un

⁵³² Mitchell, D. E. (2006). Research impact on educational policy and practice in the USA. In J. Nisbet, J. Megarry, & S. Nisbet, *World Yearbook of Education 1985: Research, Policy and Practice* (pp. 34-35). Abingdon: Routledge.

⁵³³ Hann, A., & Peckham, S. (2007). Politics, Ethics and Evidence: Immunisation and Public Health Policy. In A. Hann, *Health Policy and Politics* (pp. 156-161). Hampshire: Ashgate Publishing Ltd.

⁵³⁴ Cartwright, N., & Hardie, J. (2012). *Evidence-Based Policy: A Practical Guide to Doing It Better* (pp. 50-53). New York: Oxford University Press.

⁵³⁵ Litman, T. J., & Robins, L. S. (1989). *Health Politics and Policy* (pp. 183-184). USA: Delmar Publishers.

⁵³⁶ Ortiz de Zevallos, G., & Salas, A. (2000). Building productive partnerships for the promotion of reform: the APOYO Institute in Peru. In D. Stone, *Banking on Knowledge: The Genesis of the Global Development Network* (pp. 117-119). New York: Routledge.

⁵³⁷ Marston, G., & Watts, R. (2003). Tampering With the Evidence: A Critical Appraisal of Evidence-Based Policy-Making. *An Australian Review of Public Affairs*, 3(3), 143-163.

iešanas, lai ietekmētu evidencēs balstītas rīcībpolitikas procesu, piemēram, ne vienmēr praktiķu izpratne par procesu ir saskaņā ar rīcībpolitikas procesu.⁵³⁸

Rīcībpolitikas ietekmēšana iekļauj sevī gan zināšanas, gan prasmes.⁵³⁹ Tādā veidā evidences rīcībpolitikas procesam var būt dažādu veidu. Evidenču izpratne nereti tiek izveidota arī uz tiesiskā ietvara pamata.⁵⁴⁰ Rīcībpolitikai būtiski ir gan kvantitatīvie dati, gan kvalitatīvā informācija, kas noteikta veida konstrukcijās ir klasificējami kā evidences.⁵⁴¹ Uz pētniecību balstītās evidences varētu būt pamata evidences, kas raksturīgas dažāda veida rīcībpolitikām. Taču tas nenozīmē, ka zinātniskajām evidencēm kā vienam no evidenču veidiem būtu noteicoša loma reālu rīcībpolitiku kontekstā. Nereti var apgalvot, ka rīcībpolitikas īstenotāji atšķirībā no zinātniekiem strādā ar cita veida evidenču hierarhiju un izpratni par evidencēm pēc būtības, tādējādi pastāvot divām paralēlām izpratnēm. Vairākos gadījumos rīcībpolitikas īstenotājiem trūkst izpratnes par labu un sliktu datu nošķirumu, tādēļ nereti pastāv liela varbūtība tikt ietekmētiem no interešu grupu puses ar nepamatotiem datiem, kuriem trūkst evidenču satura.⁵⁴² Piemēram, debatēs nereti dati tiek izmantoti kā retorisks ierocis, un dažkārt ar debašu ietekmi dati var zaudēt to objektīvo nozīmi.⁵⁴³

Kvantitatīvās evidences, ar tām saprotot datus skaitliskā izteiksmē, rīcībpolitiku ietvaros var būt dažāda veida. Piemēram, dažāda veida dati no statistiskajām datu bāzēm, pētījuma rezultāti un arī atsevišķu iepriekšējās prakses rīcībpolitiku novērtējuma rezultāti. Taču būtiskāks ir noteikto datu apkopojuma sistemātiskums un interpretācijas neatkarīgums.⁵⁴⁴ Iepretī kvalitatīvās evidences, ar tām saprotot datus, kas nav skaitliskā, bet gan vārdiskā un nozīmes izteiksmē, var būt arī dažāda veida. Piemēram, dati, kas iegūti izmantojot dažāda veida kvalitatīvās datu vākšanas metodes, novērojumi, intervijas, fokusa grupas intervijas un citas

⁵³⁸ Harris, E., & Kende-Robb, C. (2008). Integrating Macroeconomic Policies and Social Objectives: Choosing the Right Policy Mix for Poverty Reduction. In A. A. Dani, & A. Haan, *Inclusive States: Social Policy and Structural Inequalities* (pp. 98-99). Washington: World Bank Publications.

⁵³⁹ Clavier, C., & Leeuw, E. (2013). *Health Promotion and the Policy Process* (pp.218-223). Oxford: Oxford University Press.

⁵⁴⁰ Webber, M. (2011). *Evidence-based Policy and Practice in Mental Health Social Work* (2nd ed., pp. 7-8). (K. Brown, Ed.) Exeter: Learning Matters Ltd.

⁵⁴¹ Powell, M. (2011). The policy process. In J. Glasby, *Evidence, Policy and Practice: Critical Perspectives in Health and Social Care* (pp. 22-23). Bristol: The Policy Press.

⁵⁴² Committee on the Use of Social Science Knowledge in Public Policy, Center for Education, Division of Behavioral and Social Sciences and Education, National Research Council. (2012). *Using Science as Evidence in Public Policy* (pp. 46-52). (K. Prewitt, T. A. Schwandt, & M. L. Straf, Eds.) Washington: National Academies Press.

⁵⁴³ McDonough, J. E. (2001). Using And Misusing Anecdote In Policy Making. *Health Affairs*, 20(1), 207-212.

⁵⁴⁴ Pope, C., Mays, N., & Popay, J. (2007). *Synthesising Qualitative And Quantitative Health Evidence: A Guide To Methods* (pp. 3-4). Berkshire: McGraw-Hill International.

metodes. Kvalitatīvās evidences var tikt izmantotas stāstījuma veidā, ietekmējot rīcībpolitiku stratēģijas, prioritātes, izmantojamās pieejas izvēli. Kvalitatīvajām evidencēm lielākoties ir raksturīgs emocionāls un intuitīvs raksturs. Kvalitatīvie dati pārsvarā visefektīvāk var tikt izmantoti kā ievads turpmākajiem kvantitatīvajiem datiem, taču to ietekme ir ļoti būtiska.⁵⁴⁵

Viennozīmīgi, runājot par evidencēm, ir būtiski saprast evidenču izpratni atbilstoši politiskajai sistēmai, jo izpratne par evidenci var būtiski atšķirties starp dažādām politiskajām sistēmām. Piemēram, evidence, kas var tikt izmantota vai var ietekmēt rīcībpolitikas procesu būtiski, atšķiras starp totalitāru un demokrātisku sistēmu.⁵⁴⁶ Noteiktā darba ietvaros tiek skatīta izpratne par evidenci un evidencēs balstītu rīcībpolitiku demokrātiskas sistēmas ietvaros.

Nosacīti evidencēs balstīta rīcībpolitika var tikt iedalīta trīs nepārtrauktās sfērās – process, saturs un rezultatīvie rādītāji. Nepastāv universāli vislabākais un vispiemērotākais evidenču tips. Procesa sfēras mērķis ir saprast pieejas, lai uzlabotu iespējamās rīcībpolitikas īstenošanu.⁵⁴⁷ Pamata informācija var tikt iegūta, piemēram, no intervijām, gadījuma izpētes, pētījumiem, kas vērsti uz noteikta specifiska jautājuma izpēti. Pamata faktoru apzināšana un identificēšana, kas ietekmē rīcībpolitikas procesu, ir ļoti būtiska, lai veicinātu evidencēs balstītu rīcībpolitiku. Rīcībpolitikas process ir sarežģīts un arī faktori, kas ietekmē šo procesu ir vienlīdz kompleksi.⁵⁴⁸

Satura sfēras mērķis ir identificēt specifiskus rīcībpolitikas elementus, kas varētu būt pēc iespējas efektīvāki. Pamatinformācija var tikt iegūta, piemēram, izmantojot sistemātisku pārskatīšanu vai kontentanalīzi. Rīcībpolitikas saturs orientēts uz specifisku rīcībpolitikas elementu identificēšanu, kas varētu būt efektīvi.⁵⁴⁹ Kā iepriekš tika minēts, gan kvantitatīvie, gan kvalitatīvie dati var tikt izmantoti, lai noteiktu visatbilstošāko rīcībpolitiku ar tās pakārtotajiem elementiem. Rezultatīvo rādītāju sfēras mērķis ir noteikt rīcībpolitikas potenciālo ietekmi. Pamatinformācija var tikt iegūta, piemēram, izmantojot stratēģiskās plānošanas metodes,

⁵⁴⁵ Avis, M. (2005). Is there an epistemology for qualitative research? In I. Holloway, *Qualitative Research In Health Care* (pp. 3-15). Berkshire: McGraw-Hill International.

⁵⁴⁶ Ethridge, M., & Handelman, H. (2009). *Politics in a Changing World* (pp. 246-247). Wadsworth: Cengage Learning.

⁵⁴⁷ Brownson, R. C., Chiqui, J. F., & Stamatakis, K. A. (2009). Understanding Evidence-Based Public Health Policy. *American Journal of Public Health, 99*(9), 1576–1583.

⁵⁴⁸ Choi, B. C., Pang, T., Lin, V., Puska, P., Sherman, G., Goddard, M. ... Clotey, C. (2005). Can scientists and policy makers work together? *Journal of Epidemiology & Community Health, 59*(8), 632-637.

⁵⁴⁹ Brownson, R. C., Chiqui, J. F., & Stamatakis, K. A. (2009). Understanding Evidence-Based Public Health Policy. *American Journal of Public Health, 99*(9), 1576–1583.

uzraudzības sistēmas, eksperimentālās metodes.⁵⁵⁰ Rīcībpolitiku rezultatīvo rādītāju fiksēšana ir ļoti būtiska evidencēs balstītas rīcībpolitikas izpratnes ietvaros. Rīcībpolitikas novērtējums ir ļoti būtisks, lai saprastu tās ietekmi uz sabiedrību un individu, tai skaitā, lai saprastu uzvedības izmaiņas.⁵⁵¹ Viens no veidiem, kā novērtēt rīcībpolitiku un tās ietekmi, ir piecu dimensiju pieeja. Šīs piecas dimensijas ir: 1) izplatība, kur jānoskaidro, kas vai cik daudzi būs noteiktās rīcībpolitikas ietekmēti, 2) efektivitāte, kur tiek noteikta tuvāka vai tālāka ietekme, kā arī neparedzētas noteiktās rīcībpolitikas sekas, 3) ietekme, kur tiek noteikta noteiktās rīcībpolitikas izplatība un līdzdalības līmenis tajā, 4) izpilde, kur tiek noteiktas izmaksas un piemērošana, 5) uzturēšana, kur tiek institucionalizēta noteiktā rīcībpolitika vai programma.⁵⁵²

Taču neatkarīgi no pieejas evidencēs balstītai rīcībpolitikai ir jābūt veidotai, iekļaujot nepārtrauktus procesus, kas izmanto labākās pieejamās kvalitatīvās un kvantitatīvās evidences, lai uzlabotu sabiedrības veselības stāvokli un veselības stāvokļa rezultatīvos rādītājus.⁵⁵³ Nereti kvalitatīvi akadēmiskie pētījumi nesasniedz rīcībpolitikas īstenotājus, kas bieži saistāms ar datu formu. Pētījuma datiem būtu jābūt sekojošā formā: tiem jāatspoguļo sabiedrības veselības stāvokļa problēmas, jāatspoguļo, noteiktā jautājuma prioritāti iepretī citiem jautājumiem, jānorāda uz būtiskumu konkrētās sabiedrības ietvaros, jāatspoguļo labumi no noteiktās rīcībpolitikas ieviešanās, jābūt personalizētiem un jāatspoguļo to, ka šī ietekme ir iespējama, jāiekļauj izmaksu novērtējums. Šiem datiem ir jābūt pēc iespējas īsākā un izprotamākā veidā.⁵⁵⁴

Rīcībpolitikai vienmēr ir bijusi, ir, un būs tieša ietekme uz sabiedrības un individuālajiem procesiem, tai skaitā uz veselības stāvokli.⁵⁵⁵ Ietekme uz veselības stāvokli un ar to saistītajiem faktoriem var tikt vērtēta ilgtermiņā, ņemot vērā veselības stāvokļa procesu raksturu.⁵⁵⁶ Būtiskākais rīcībpolitikas procesā ir evidencēs balstītas rīcībpolitikas pieeja, iekļaujot pēc

⁵⁵⁰ Buse, K., Mays, K. N., & Walt, G. (2012). *Making Health Policy* (pp. 7-22). Berkshire: McGraw-Hill International.

⁵⁵¹ Vedung, E. (2008). *Public Policy and Program Evaluation* (pp. 29-33). New Brunswick: Transaction Publishers.

⁵⁵² Brownson, R. C., Chriqui, J. F., & Stamatakis, K. A. (2009). Understanding Evidence-Based Public Health Policy. *American Journal of Public Health, 99*(9), 1576–1583.

⁵⁵³ Dodson, E. A., Brownson, R. C., & Weiss, S. M. (2012). Policy Dissemination Research. In R. C. Brownson, G. A. Colditz, & E. K. Proctor, *Dissemination and Implementation Research in Health: Translating Science to Practice* (pp. 437-438). New York: Oxford University Press.

⁵⁵⁴ Brownson, R. C., Royer, C., Ewing, R., & McBride, T. D. (2006). Researchers and Policymakers: Travelers in Parallel Universes. *American Journal of Preventive Medicine, 30*(2), 164–172.

⁵⁵⁵ Rütten, A., Gelius, P., & Abu-Omar, K. (2013). Action theory and policy analysis: the ADEPT model. In C. Clavier, & E. Leeuw, *Health Promotion and the Policy Process* (pp. 175-185). Oxford: Oxford University Press.

⁵⁵⁶ Crinson, I. (2008). *Health Policy: A Critical Perspective* (pp. 10-12). London: SAGE Publications Ltd.

iespējas labākās pieejamās evidences un paplašinot iesaistīto loku evidenču daudzpusīguma dēļ.⁵⁵⁷

Kopsavilkums: Tiek izšķirtas trīs pamata evidencēs balstītas rīcībpolitikas sfēras: 1. process, lai saprastu pieejas, kas uzlabotu un palielinātu rīcībpolitikas īstenošanas varbūtību, 2. saturs, kur tiek identificēti specifiskie rīcībpolitikas elementi un noteikta to ietekmes efektivitāte, 3. rezultāts, kur tiek noteikta rīcībpolitikas potenciālā ietekme.⁵⁵⁸ Evidencēs balstītu rīcībpolitiku sekmē – efektīvs informācijas sagatavošanas un izplatīšanas process, esošos analīzes rīku efektīvākā izmantošana, rīcībpolitiku uzraudzība, rezultātu salīdzināšana ar citām evidencēm un pētījumu rezultātu integrācija praksē.⁵⁵⁹ Rīcībpolitiku efektivitāti ierobežo: nepietiekama noteikto vērtību izvērtēšana, nepietiekams evidenču pamats rīcībpolitikās, laika nesakrītība, pārstāvniecības interešu pretrunas, pētniecības izolētība no rīcībpolitikas procesa, uztveres un izpratnes ierobežojumi, praktiķu izpratnes un rīcībpolitikas procesa pretrunas.⁵⁶⁰ Nepastāv universāli vislabākais un vispiemērotākais evidenču tips, evidences jānosaka atbilstoši gadījumam. Evidencēs balstītai rīcībpolitikai ir jābūt veidotai, iekļaujot nepārtrauktus procesus, kas izmanto labākās pieejamās kvalitatīvās un kvantitatīvās evidences.

⁵⁵⁷ Nutley, S., & Webb, J. (2000). Evidence and the policy process. In S. M. Nutley, H. T. Davies, & P. C. Smith, *What Works?: Evidence-based Policy and Practice in Public Services* (pp. 13-16). Bristol: The Policy Press.

⁵⁵⁸ Brownson, R. C., Chiqui, J. F., & Stamatakis, K. A. (2009). Understanding Evidence-Based Public Health Policy. *American Journal of Public Health, 99*(9), 1576–1583.

⁵⁵⁹ Pawson, R. (2006). *Evidence-Based Policy: A Realist Perspective* (pp. 4-6). London: SAGE Publications Ltd.

⁵⁶⁰ Harris, E., & Kende-Robb, C. (2008). Integrating Macroeconomic Policies and Social Objectives: Choosing the Right Policy Mix for Poverty Reduction. In A. A. Dani, & A. Haan, *Inclusive States: Social Policy and Structural Inequalities* (pp. 98-99). Washington: World Bank Publications.

7. DARBA EMPĪRISKĀ PĒTĪJUMA METODOLOĢIJA

Promocijas darbs iekļaujas rīcībpolitikas pētījumu izpratnē. Promocijas darbs vērsts uz tādu rīcībpolitikas analīzes pieeju, kas ietver rekomendējošu uz noteiktiem rezultatīvajiem rādītājiem vērstu izpratni, kur rīcībpolitika tiek uztverta kā process. Promocijas darbam saistoša individuālā līmeņa pētniecība. Saskaņā ar darba teorētiskajā nodaļā atspoguļoto, šāda veida individuālā līmeņa pētījumos pastāv mēģinājums veidot nošķirumu starp cilvēkiem ar un bez veselības problēmām, t.s. veselības stāvokļa pašnovērtējuma kontekstā, skatot to piederību dažāda veida sociālajām un ekonomiskajām grupām, identificējot veselības stāvokli ietekmējošos riska faktorus.⁵⁶¹ Promocijas darbs vērsts uz veselības stāvokļa evidenču subjektīvās perspektīvas jeb veselības stāvokļa pašnovērtējuma izvērtējumu individuālā līmenī. Veselības stāvokļa pašnovērtējuma identificēšanas ietvaros notiek atteikšanās no formālajām diagnozēm un tiek jautāts cilvēkiem noteikt viņu veselības stāvokli vai veselības stāvokļa problēmas.⁵⁶²

Promocijas darbam saistoša statistiskā skaidrojuma pieeja. Socioloģijā parasti pastāv mēģinājums skaidrot visu iesaistīto pušu motivējošos faktorus, lai noskaidrotu pamatu un skaidrotu rīcības cēloņus. Taču bieži vien šī pieeja ierobežo izpratni par gala rezultātu noteiktās rīcības ietvaros, ļaujot izprast tikai katras iesaistītās puses rīcības pamatojumu. Statistiskā skaidrojuma pieeja iepretī neietver mēģinājumu rast vai skaidrot iesaistīto pušu motivējošos faktorus, jūtas vai rīcības pamatojumus. Statistiskās skaidrojuma pieejas ietvaros pastāv uzsvars uz gala rezultāta pētniecību, kur var tikt iekļauti dažāda veida pakārtotie faktori vai mainīgie ar mērķi paredzēt gala rezultatīvos rādītājus.⁵⁶³

Sākotnēji nav pamata pieņemt, ka kāds indivīds ir mazāk vai vairāk vesels, nekā cits. Tikai, veicot savstarpējo salīdzinājumu starp dažādām sociāli ekonomiskajām grupām, var tikt konstatētas veselības stāvokļa atšķirības starp tām, piemēram, atšķirības starp sievietēm un vīriem veselības stāvokli, atšķirības starp dažādām ienākumu grupām, nodarbinātības veidu, izglītības līmeni. Attiecīgi var tikt konstatēts, ka dzimums, ienākumi, nodarbinātības veids un izglītības līmenis kļūst par daļu no statistiskā skaidrojuma veselības stāvokļa nevienlīdzības kontekstā.

⁵⁶¹ Fuchs, V. R., (2004). Reflections on the socio-economic correlates of health. *Journal of Health Economics*, 23(4), 653–661.

⁵⁶² Bjorner, J., Fayers, P., & Idler, E. (2005). Self-rated health. In P. M. Fayers, & R. D. Hays, *Assessing Quality of Life in Clinical Trials: Methods and Practice* (2nd ed., pp. 309–324). New York: Oxford University Press.

⁵⁶³ Bartley, M. (2004). *Health Inequality: An Introduction to Theories, Concepts and Methods* (p. 35). Cambridge: The Policy Press.

Taču statistiskās skaidrojuma pieejas ietvaros nepastāv mēģinājums skaidrot to kādēļ konkrētie sociāli ekonomiskie mainīgie varētu ietekmēt veselības stāvokli un radīt atšķirības starp to. Pieejas ietvaros tiek konstatētas atšķirības un, veidojot indivīdu grupas, balstoties uz noteikto mainīgo klasifikāciju, ir iespējams paredzēt indivīdu veselības stāvokli.⁵⁶⁴

Statistiskās skaidrojuma pieejas ietvaros sākotnēji pastāv mēģinājums konstatēt veselības stāvokļa nevienlīdzību noteicošos mainīgos un to grupas. Nākamais solis ir saistāms ar mēģinājumu saprast vai noteiktie mainīgie ir savstarpēji saistīti, piemēram, vai sieviešu veselības stāvoklis ir labāks, tādēļ, ka to ienākumi ir augstāki un to ienākumi ir augstāki tādēļ, ka tās pārsvarā ieņem augstus amatus. Taču visbiežāk sieviešu veselības stāvoklis ir labāks, ienākumi nav augstāki un tās pārsvarā neieņem augstus amatus, attiecīgi statistiskais skaidrojums noteikto grupu ietvaros jāvērtē nošķirti. Kopumā statistiskās skaidrojuma pieejas ietvaros indivīdi tiek stratificēti dažādās grupās, to veselības stāvoklis tiek salīdzināts un tādā veidā ir iespējams spriest par veselības stāvokļa nevienlīdzību starp dažādām sociāli ekonomisko mainīgo grupām.⁵⁶⁵ Pētniecības metodes saskaņā ar zinātniskā darba mērķi un izpētes jautājumiem.

Promocijas darba mērķis ir *izprast un analizēt to, pirmkārt, kāda veida veselības stāvokļa nevienlīdzība pastāv Latvijā, otrkārt, kādi faktori ir ar vislielāko ietekmi un treškārt, sniegt analītisku vērtējumu provizorisko rīcībpolitiku un lēmumu ietvaros.* Darba ietvaros tie izvirzīti trīs izpētes jautājumi uz, kuru pamata arī tiek konstruēta darba metodoloģija:

- 1) *Kāda veselības stāvokļa nevienlīdzība pastāv Latvijā starp iedzīvotājiem?*
- 2) *Kāds ir visbūtiskākais sociāli ekonomiskais faktors veselības stāvokļa nevienlīdzībai Latvijā?*
- 3) *Vai Latvijas Republikas Veselības ministrijas rīcībpolitikas ir saskaņā ar konstatētajām veselības stāvokļa nevienlīdzības tendencēm Latvija?*

Metodoloģija tiek konstruēta atbilstoši izvirzītajam darba mērķim un izpētes jautājumiem. Balstoties uz teorētiskajā darba daļā apkopoto, tiek konstruēts pētījuma metodoloģiskais rāmis, identificējot izpētē iekļaujamos indikatorus, tādā veidā sistemātiski atbildot uz izvirzītajiem izpētes jautājumiem. Darbā tiks izmantotas kvantitatīvās un kvalitatīvās izpētes metodes. Kvantitatīvā izpētes metode saistoša visiem izvirzītajiem jautājumiem, kur, balstoties uz aptauju, tiks veikta kvantitatīvā datu analīze atbilstoši katram no izvirzītajiem jautājumiem. Kvalitatīvā izpētes metode saistoša trešajam izpētes jautājumam.

⁵⁶⁴ Bartley, M. (2004). *Health Inequality: An Introduction to Theories, Concepts and Methods* (pp. 35-36). Cambridge: The Policy Press.

⁵⁶⁵ Ibid., p. 36.

Kopsavilkums: Promocijas darbs ir rīcībpolitikas pētījums ar rekomendāciju izstrādi. Darba pamatā ir veselības stāvokļa pašnovērtējuma izvērtējums individuālā līmenī un statistiskā skaidrojuma pieeja. Pētniecības metodes saskaņā ar zinātniskā darba mērķi un izpētes jautājumiem. Balstoties uz teorētiskajā darba daļā apkopoto, tiek veidota metodoloģija, identificējot izpētē iekļaujamus indikatorus un sistemātiskā veidā atbildot uz izvirzītajiem izpētes jautājumiem. Darbā tiks izmantotas kvantitatīvās un kvalitatīvās izpētes metodes.

7.1. Pētniecības modelis un indikatori

Par pamatu metodoloģijas konstrukcijai un izpētē iekļaujamo indikatoru identificēšanai tiek izmantots Dalgrena (G.Dahlgren) un Vaitheda (M.Whitehead) veselības stāvokļa ietekmējošo faktoru modelis⁵⁶⁶ un četras veselības stāvokļa nevienlīdzību skaidrojošās pieejas: uzvedības/ kultūras, materiālistu, psiho – sociālā un dzīves gājuma.⁵⁶⁷ Saskaņā ar mērķi radīt pēc iespējas vispārīgāku un daudzpusīgāku priekšstatu, konkrētā darba kontekstā pastāv mēģinājums apvienot veselības stāvokļa ietekmējošo faktoru modeli un četras veselības stāvokļa nevienlīdzību skaidrojošās pieejas. Tādā veidā identificējot pēc iespējas plašāku iekļaujamo indikatoru klāstu. Lai sekmīgi veiktu apvienojumu tiek identificēti modeļa līmeņiem un pieejām saistošie faktori, konceptuālie pieņēmumi un meklēts to savstarpējais pārklājums. Rezultātā tiek konstruēts apkopojošais modelis, kas atspoguļo izpētē iekļaujamo indikatoru apkopojumu un savstarpējo modeļa un pieeju pārklājumu (sk. 7.1. att.). Konkrētais indikatoru apkopojums saistošs aptaujas konstrukcijai.

⁵⁶⁶ Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies.

⁵⁶⁷ Bartley, M. (2004). *Health Inequality: An Introduction to Theories, Concepts and Methods*. Cambridge: The Policy Press.



7.1. att. Veselības stāvokļa nevienlīdzību skaidrojošais apkopojošais modelis ar izpētē iekļaujamajiem indikatoriem

Tiek skaidri identificēts savstarpējais pārklājums starp modeļa individuālo dzīvesveida faktoru līmeni un uzvedības/ kultūras pieeju (pārklājumu starp modeļa līmeņiem un pieejām skatīt darba 7.1. attēlā). Individuālie dzīves faktori saistāmi ar individuālo uzvedību⁵⁶⁸ un arī uzvedības/kultūras pieejas pamatā ir pieņēmums par indivīdu uzvedību, kā būtiskāko veselības stāvokli ietekmējošo faktoru.⁵⁶⁹ Uzvedības/ kultūras pieejas ietvaros tiek pieņemts, ka kultūras dimensija ietekmē indivīdu uzvedību, kas savukārt ietekmē indivīdu veselības stāvokli, attiecīgi kultūras dimensija kā pakārtotā attiecībā uz veselības stāvokļa ietekmi. Tāpat, praksē, veicot pētījumus saskaņā ar noteikto pieeju, lielāka uzmanība tiek veltīta uzvedības, nevis kultūras aspektam.⁵⁷⁰ Tādā veidā izpētes ietvaros tiek pievērsta uzmanība individuālajiem dzīvesveida faktoriem un pieejas uzvedības faktoru grupai. Kā būtiskākie šim modeļa līmenim saistošie faktori tiek identificēti: diēta/ uzturs, tabakas patēriņš, alkohola patēriņš, medikamentu patēriņš, fiziskās aktivitātes/ aktīvā atpūta, sports. Faktori jeb indikatori identificēti balstoties uz darba teorētiskajā nodaļā ietvertu, gan iekļaujot modelim un pieejai būtiskākos savstarpēji saistošos indikatorus, gan ņemot vērā minēto izplatītāko pētniecības praksi.

Tiek identificēts savstarpējais pārklājums starp modeļa sociālo un kopienas tīklu līmeņa faktoriem un psiho-sociālās pieejas faktoriem. Modeļa sociālo un kopienas tīklu līmenī tiek ietverta dažāda veida sociālā un sabiedrības ietekme, kas izpaužas kā savstarpējais atbalsts vai gluži pretēji atbalsta neesamība.⁵⁷¹ Psiho-sociālā modeļa ietvaros tiek pieņemts, ka sociālā nevienlīdzība var ietekmēt to, kā cilvēki jūtas psiholoģiski, kas savukārt var un ietekmē fiziskā ķermeņa procesus. Statuss, kontrole, sociālais atbalsts darbā vai mājās, līdzsvars starp ieguldījumu un ieguvumiem ietekmē veselības stāvokli, ietekmējot ķermeņa funkcijas.⁵⁷² Kā būtiskākie šim modeļa līmenim saistošie faktori tiek identificēti: sociālā un sabiedrības ietekme (savstarpējais atbalsts), sociāli ekonomiskā nevienlīdzība (subordinācija, dominance), psiholoģiskie efekti (stress, nelabvēlīga gaisotne), zems sociālais statuss (salīdzinājumā ar citiem), balanss (starp darbu un ārpus darbu, starp ieguldījumiem un ieguvumiem)(saskarsme,

⁵⁶⁸ Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies.

⁵⁶⁹ Bartley, M. (2004). *Health Inequality: An Introduction to Theories, Concepts and Methods* (p. 236). Cambridge: The Policy Press.

⁵⁷⁰ Osler, M. (1993). Social class and health behaviour in Danish adults: A longitudinal study. *Public Health, 104*(4), 251–260.

⁵⁷¹ Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies.

⁵⁷² Bartley, M. (2004). *Health Inequality: An Introduction to Theories, Concepts and Methods* (pp. 240). Cambridge: The Policy Press.

drošība, atzinība, izaugsmes iespējas)), savstarpējās attiecības (darbs, ģimene, draugi, sabiedrība), darba vides riska faktori (prasības, kontrole, spriedze). Tiek izšķirtas trīs sfēras, kurām saistoši identificētie indikatori: mājas, darbs, sabiedrība. Indikatori un tiem saistošās sfēras identificētas, balstoties uz darba teorētiskajā nodaļā ietvertu, gan iekļaujot modeļa sociālo, un kopienas tīklu līmenim un psiho – sociālās pieejas būtiskākos savstarpēji saistošos indikatorus, gan, ņemot vērā minēto izplatītāko pētniecības praksi.

Attēlā tiek identificēts savstarpējais pārklājums starp modeļa trešo līmeni un materiālistu pieeju. Trešais līmenis vērts uz dažāda veida strukturālo faktoru izvērtējumu.⁵⁷³ Materiālistu pieejas pamatā ir pieņēmums, ka veselības stāvokļa nevienlīdzību veicina nabadzība, cilvēku finansiālais stāvoklis un to atšķirības, pārsvarā tiek ietverti faktori, kas saistīti ar dzīves standarta mainīgajiem.⁵⁷⁴ Kā būtiskākie šim modeļa līmenim saistošie faktori tiek identificēti: izglītība (izglītības līmenis), darba vide (atalgojums, drošība, taisnīga izturēšanās), dzīves un darba apstākļi (ienākumi, patēriņš, labumi, pirktspēja), bezdarbs (nodarbinātības vai bezdarba veids), veselības aprūpes pakalpojumi (veselības pakalpojumu pieejamība un kvalitāte), pajumte (dzīves vieta, apstākļi). Netiek ietvertas lauksaimniecības un pārtikas ražošanas, ūdens un sanitārijas dimensijas, ņemot vērā ierobežojumus indikatoru noteikšanai un ņemot vērā pētniecības praktisko pieredzi, ietverot šos mainīgos pētījumos par pasaules nabadzīgākajām valstīm.

Modeļa ceturtajā līmeni tiek ietverti vispārējie sociāli ekonomiski, kultūras un vides apstākļi, kas vērtējami sabiedrības kontekstā. Noteiktā pētījuma ietvaros, iespējams tikai šo kopējās sabiedrības apstākļu izvērtējums no indivīdu perspektīvas vispārīgā jautājumu formā.

Tiek identificēts savstarpējais pārklājums starp modeļa visiem līmeņiem, modeļa centrā esošo cilvēku ar iedzimtajiem faktoriem un dzīves gājuma pieeju. Dzīves gājuma pieejas pamatā ir pieņēmums, ka visas – sociālās, psiho-sociālās, bioloģiskās priekšrocības vai ierobežojumi ietekmē veselības stāvokļa nevienlīdzību, skatot individuālās pieredzes kontekstā.⁵⁷⁵ Dzīves gājuma pieejas ietvaros tiek vērtēta trūkumu un priekšrocību uzkrāšanās, individuālā pieredze, veselības stāvoklis iepriekšējos dzīves gados, iepriekšējās sociāli ekonomiskās grūtības, ģenētika un vecāku fons. Faktiski tiek vērtēti visi modeļa līmeņi ar to indikatoriem, skatot tos iepriekšējās pieredzes kontekstā. Attiecīgi konstruējot aptaujas anketu būtiski ietvert katram indikatoram pakārtoto jautājumu par iepriekšējo dzīves pieredzi.

⁵⁷³ Bartley, M. (2004). *Health Inequality: An Introduction to Theories, Concepts and Methods*. Cambridge: The Policy Press.

⁵⁷⁴ Ibid.

⁵⁷⁵ Ibid.

Kopsavilkums: Metodoloģijas izstrādes un izpētē iekļaujamo indikatoru identificēšanas pamatā tiek izmantots Dalgrena (G.Dahlgren) un Vaitheda (M.Whitehead) veselības stāvokļa ietekmējošo faktoru modelis⁵⁷⁶ un četras veselības stāvokļa nevienlīdzību skaidrojošās pieejas: uzvedības/ kultūras, materiālistu, psiho – sociālā un dzīves gājuma,⁵⁷⁷ veicot to apvienojumu, kas nodrošina plašāku iekļaujamo indikatoru klāstu. Rezultātā tiek konstruēts apkopjošais modelis, kas atspoguļo izpētē iekļaujamo indikatoru apkopojumu. Identificēts savstarpējais pārklājums starp modeļa līmeņiem un pieejām: individuālo dzīvesveida faktoru līmeni un uzvedības/ kultūras pieeju, sociālo un kopienas tīklu līmeni un psiho – sociālo pieeju, modeļa trešo līmeni un materiālistu pieeju, starp modeļa visiem līmeņiem un dzīves gājuma pieeju, modeļa ceturtajā līmeni tiek ietverti vispārējie sociāli ekonomiski, kultūras un vides apstākļi. Katrā no apkopjošā modeļa līmeņiem tiek noteikti ietekmējošie faktori, kas ir pamatā aptaujas izstrādei.

7.2. Aptaujas anketas izstrāde, izlase un aptaujas gaita

Aptaujas anketas konstrukcijas pamatā ir veidotais apkopjošais modelis ar identificētajiem indikatoriem. Aptauja tiek veidota balstoties uz identificētajiem indikatoriem (skatīt 1.pielikumu). Anketā atsevišķi tiek nošķirta demogrāfisko pazīmju jautājumu grupa, kas saistoša pirmajam izpētes jautājumam. Ņemot vērā to, ka atsevišķi demogrāfisko pazīmju jautājumi iekļaujas identificēto indikatoru grupās tie tiek atzīmēti, lai būtu iespējams identificēt pirmajam izpētes jautājumam saistošo. Respondenta dzīves vietu (pilsēta vai novads) norāda intervētājs, saskaņā ar pielietotās izlases metodes iespējām. Atsevišķi tiek izšķirts veselības stāvokļa pašnovērtējuma centrālais jautājums, kas ir primārais konkrētās anketas jautājums. Ņemot vērā veselības stāvokļa pašnovērtējuma būtiskumu noteiktās izpētes ietvaros, papildus tiek ietverti četri veselības stāvokļa pašnovērtējuma kontroljautājumi. Pārējie anketas jautājumi pakārtoti apkopjošā modeļa identificētajiem indikatoriem, strukturējot tos pa modeļa līmeņiem jeb veselības stāvokļa nevienlīdzību skaidrojošajām pieejām. Katram indikatoram jeb veselības stāvokļa nevienlīdzību ietekmējošajam faktoram tiek formulēts atšķirīgs jautājumu skaits atkarībā no izpētei saistošās precizējumu nepieciešamības un pēc līdzšinējās prakses. Noslēgumā tiek formulēts viens veselības stāvokļa nevienlīdzību skaidrojošās pieeju un modeļa līmeņu kontroljautājums ar mērķi salīdzināt iegūtos datus ar respondentu vispārējo viedokli. Visi

⁵⁷⁶ Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies.

⁵⁷⁷ Bartley, M. (2004). *Health Inequality: An Introduction to Theories, Concepts and Methods*. Cambridge: The Policy Press.

formulētie jautājumi saskaņā ar noteiktā pētījuma saturu, un balstoties uz identificētajiem indikatoriem. Vairumā gadījumu pilnībā vai daļēji jautājumu formulējums aizgūts no labās prakses HEPRO projekta.⁵⁷⁸ Atsevišķos gadījumos jautājumu formulējums ir darba autores veidots. Anketa tiek tulkota divās valodās – latviešu un krievu, atbilstoši ģenerālās kopas izplatītāko saskarsmes valodu lietojumam.

Ņemot vērā jautājumu formulēšanā iespējamo problemātiku, piemēram, jautājumu interpretācijas iespējas, jautājumu būtības nesapratne vai sarežģītība, grūtības sniedzot atbildes respondentu vidū, tika veikta jautājumu pārbaude uz, kuras pamata noteiktie jautājumi precizēti. Jautājumu formulēšanas un pārbaudes ietvaros īstenoti divi pamata soļi: 1. jautājumu konstruēšana, 2. jautājumu pirms testēšana. Jautājumu konstruēšanas posmā tiek formulēti jautājumi saskaņā ar noteiktā darba mērķi, uzdevumiem, teorētiskajā darba daļā identificēto. Atbilstoši pieejamībai tika izmantoti formulēto jautājumu labās prakses piemēri. Formulēšanas procesā tika meklētas un risinātas iespējamās kritikas perspektīvas gan darba autores izvērtējuma ietvaros, gan jautājot kolēģiem, draugiem, ģimenes locekļiem, pasniedzējiem. Jautājumu pirms testēšanas posmā veiktas kognitīvās intervijas.⁵⁷⁹

Kopumā veiktas 11 kognitīvās intervijas, iekļaujot pēc iespējas dažādākus respondentus, balstoties uz noteiktajām saistošajām demogrāfiskajām pazīmēm: vecums, dzimums, ģimenes stāvoklis, izglītības līmenis, ienākumu līmenis, dzīvesvieta, nodarbinātības veids. Kognitīvās intervijas veiktas balstoties uz izlases nejaušības principu – pirmais pretimnācējs identificētajās vietās, kurš piekrīt intervijai. Izlases vietas izvēlētas atbilstoši stratifikācijas nepieciešamībai pēc demogrāfiskajām pazīmēm: vecums – vidējās izglītības iestāde (1 intervija), pensionāts (1 intervija); dzimums – parks (2 intervijas, abi dzimumi); ģimenes stāvoklis – blakus bērnu dārza teritorijai (1 intervija, intervējot vienu no pāra), vecpilsēta (1 intervija, piektdienas vakars); izglītības līmenis, ienākumu līmenis, nodarbinātības veids – ”darba vieta” (1 intervija mazkvalificēta darba veicējs, 1 intervija augstākās izglītības iestādes pasniedzējs, 1 intervija blakus NVA filiālei); dzīvesvieta - pilsētā ārpus centra teritorijas (1 intervija), mazapdzīvota lauku teritorija (1 intervija). Vidējais vienas intervijas garums stunda. Ētisku apsvērumu dēļ un

⁵⁷⁸ Heprogress. (2008). *HEPRO questionnaires*. Retrieved from <http://heproforum.net/former-projects/hepro-2005-2008/questionnaires>

⁵⁷⁹ Lustig, P., & Blom, A. (2013). *Balstoties uz ieteikumiem GESIS Summer School in Survey Methodology vasaras skolā* (M. Banceviča, intervētājs).

lielā interviju apjoma dēļ interviju laikā netika izmantota videofilmēšanas, vai diktofona ieraksta iespējas, un tika fiksēta būtiskā informācija rakstiskā veidā.⁵⁸⁰

Kognitīvo interviju laikā uzdoti precizējoši jautājumi koncentrējoties uz vairākiem būtiskiem aspektiem: 1. iekļautais jēdziens, jautājumu formulējums (vai respondents saprot jautājumu; vai, atbildot uz jautājumu tiek iegūta nepieciešamā informācija), 2. jautājumu kopums (vai pastāv savstarpēja saikne un pāreja starp jautājumiem; vai pastāv iespējama jautājumu savstarpēja ietekme uz atbildēm; vai pastāv respondentu interese un koncentrēšanās sniedzot atbildes). Kognitīvās intervijas laikā darba autore koncentrējās uz jautājumu lasīšanas un atbilžu formulēšanas laikā notiekošo, fiksējot noderīgu informāciju. Tika izmantota retrospektīvā "skaļās domāšanas" metode, piedāvājot respondentam, komentējot iepazīties un atbildēt uz jautājumiem pēc uzdodot saistošos jautājumus. Pēc kognitīvajām intervijām veikts visbiežāk sastopamo nepilnību apkopojums, koriģējot jautājumus iespēju robežās. Pastāvošie riski saistāmi ar anketas apjomu un ar atsevišķiem saturiski plašiem jēdzieniem (piemēram, sociāli ekonomiskie, kultūras, vides apstākļi, nevienlīdzība).⁵⁸¹

Anketa saskaņā ar pētījuma mērķi un izvirzītajiem izpētes jautājumiem. Pirmā izpētes jautājuma ietvaros būtiski noskaidrot atšķirības veselības stāvoklī, veicot izvērtējumu starp demogrāfisko pazīmju grupām. Otrā izpētes jautājuma ietvaros būtiski noskaidrot būtiskāko veselības stāvokļa pašnovērtējumu ietekmējošo faktoru starp faktoru jeb indikatoru grupām apkopojošā modeļa ietvaros kā arī nenorobežojoties no visu faktoru ietekmes būtiskuma noteikšanas. Trešā izpētes jautājuma ietvaros, veicot kvalitatīvo datu analīzi, būtiski noskaidrot īstenoto rīcībpolitiku kontekstu un veikt to savstarpējo salīdzinājumu ar kvantitatīvās analīzes rezultātiem, tādējādi konstatējot nepilnības un konstruējot provizorisko rīcībpolitiku ieteikumus.

Kvantitatīvās analīzes ietvaros paredzēts veikt anketēšanu un iegūto datu analīzi. Pētījuma metode ir tiešās aptaujas respondentu dzīvesvietās. Ģenerālā kopa saskaņā ar plānoto pētījumu ir Latvijas iedzīvotāji. Izlase 1007 respondenti, saskaņā ar statistisko kļūdu, kas ir ap +/- 3%.⁵⁸² Izlase veicama saskaņā ar ģenerālās kopas reprezentivitāti. Izlases pirmajā posmā tiek noteikts nepieciešamais respondentu skaits proporcionāli iedzīvotāju skaitam statistiskajos reģionos, republikas pilsētas un novados (skatīt 2.pielikumu). Tieši šī iemesla dēļ respondentu skaits ir 1007, lai tiktu ievērota konsekvence, apaļojot proporcionālo respondentu skaitu. Balstoties uz

⁵⁸⁰ Lustig, P., & Blom, A. (2013). *Balstoties uz ieteikumiem GESIS Summer School in Survey Methodology vasaras skolā* (M.Banceviča, intervētājs).

⁵⁸¹ Turpat.

⁵⁸² Mannheim, J. B., & Rich, R. C. (2006). *Empirical political analysis* (p. 391). New York: The Lehigh Press.

publiski pieejamajiem Valsts adrešu reģistra datiem (adreses pa pilsētām un novadiem), tiek veidota adrešu datu bāze. Izmantojot izveidoto adrešu datu bāzi un datora programmu, ievērojot nejaušības principu, tiek atlasīti katras republikas pilsētas un novada aptaujas sākuma punkti. Gadījumos, kad iegūto anketu skaits nav pietiekams, saskaņā ar noteikto nepieciešamo respondentu skaitu pilsētas vai novada ietvaros, tiek atlasīti vairāki aptaujas sākuma punkti atbilstoši nepieciešamībai un ievērojot nejaušības principu. Iegūto anketu skaita nepietiekamība var rasties tā iemesla dēļ, ka sākuma punkts tiek noteikts ar noteiktu ielas nosaukumu pa, kuru attiecīgi notiek virzība, intervētājam nav iespēja mainīt ielas nosaukumu.

Izlase tika veidota saskaņā ar nejaušās izlases veidu, saskaņā ar maršruta metodi. Maršruta sākuma punkts vai punkti tiek noteikti saskaņā ar iepriekš noteikto. Anketēšana tiek uzsākta no norādīta sākuma punkta, veicot anketēšanu pa vienu ielas pusi (pāra skaitļa adreses apmeklējot augošā secībā, nepāra – dilstošā). Anketēšana tiek veikta katrā piektajā dzīvoklī, katrā trešajā privātmājā, laukos – katrā viensētā, kas atrodas norādītajā aptaujas sākuma punktā. Gadījumos, kad izlasē iekļautajā adresē neviena nav mājās vai respondenti atsaka dalību anketēšanā, anketēšana tiek turpināta pa norādīto maršrutu vai nepieciešamības gadījumā tiek atlasīts aptaujas sākuma punkts, izslēdzot noteiktos gadījumus. Gadījumos, ja pastāv respondentu izvēles iespējas, respondents tiek izvēlēts pēc "jaunākā vīrieša principa". Saskaņā ar noteikto principu, kā pirmais dalībai aptaujā, tiek lūgts jaunākais noteiktajā punktā klātesošais vīrietis, ja nav, tad jaunākā sieviete. Tas tiek darīts izlases reprezentivitātes apsvērumu dēļ, nodrošinot pēc iespējas atbilstošāku respondentu dzimumu un vecumu proporcionalitāti ģenerālai kopai. Tādēļ, ka Latvijā pastāv disproporcija starp dzimumiem un jaunākus respondentus ir grūtāk sastapt dzīves vietā.⁵⁸³ Aptaujas veikšanas periods no 2014. gada 1. augusta līdz 2014. gada 31. oktobrim. Aptauju veic kopumā 26 cilvēki, resursu taupīšanas nolūkā maršruti tiek piešķirti atbilstoši dzīves vietu izdevīgumam. Pētījums visos posmos tiek veikts atbilstoši profesionālās ētikas prasībām.

Pielietotā metode nodrošina to, ka visticamāk netiks aptaujāts viens un tas pats cilvēks vairākas reizes. To ir salīdzinoši viegli, piemērot lielām kopām, un rezultāti uztverami kā objektīvi, jo izlase balstās uz nejaušības principu un ikviens var iekļūt izlases kopumā. Izlase nodrošina izlases kopuma dažādību atbilstoši ģenerālajai kopai. Iespējamās izlases problēmas, saistītas ar respondentu atsaucību un resursu ierobežotību. Anketas konstrukcijas priekšrocības

⁵⁸³ Baltijas Sociālo Zinātņu institūts. (2001). *Tautas mākslas pieejamības izpēte* (3-4. lpp). Izgūts no http://www.km.gov.lv/lv/doc/starpzares/petijumi/Tautas_makslas_pieejamiba_2001.pdf

saistītas ar labās prakses piemēriem jautājumu formulējumā un kognitīvo interviju rezultātu pielietošanu.

Kopsavilkums: Aptaujas anketas konstrukcijas pamatā ir veidotais apkopojošais modelis ar identificētajiem indikatoriem, papildus iekļaujot demogrāfisko jautājumu grupu un piecus veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumus. Jautājumu formulējums daļēji aizgūts no labās prakses, anketa tulkota divās valodās – latviešu un krievu. Jautājumi formulēti divos soļos: 1. jautājumu konstruēšana, 2. jautājumu pirms testēšana, veicot kognitīvās intervijas (izmantota retrospektīvā "skaļās domāšanas" metode). Pētījuma metode ir tiešās aptaujas respondentu dzīvesvietās. Ģenerālā kopa ir Latvijas iedzīvotāji, izlase 1007 respondenti. Respondentu skaits noteikts proporcionāli iedzīvotāju skaitam statistiskajos reģionos, republikas pilsētas un novados. Izlase veidota kā nejaušā, saskaņā ar maršruta metodi, iekļaujot "jaunākā vīrieša principu" respondentu izvēles gadījumā. Aptaujas periods no 2014. gada 1. augusta līdz 2014. gada 31. oktobrim. Pētījums visos posmos tiek veikts atbilstoši profesionālās ētikas prasībām.

7.3. Datu analīze metodes

Promocijas darba ietvaros tiek veikta datu kvalitatīvā un kvantitatīvā analīze, atbilstoši katram no izvirzītajiem izpētes jautājumiem un tam pakārtoto darba hipotēzi. Kvantitatīvā datu analīze tiek veikta, izmantojot aptaujas datu rezultātus un rezultātu analīzi SPSS programmā. Kvalitatīvā datu analīze saistoša trešajam izpētes jautājumam un tam pakārtotajai darba hipotēzei, kas tiek veikta NVivo programmā, analizējot LR Veselības ministrijas rīcībpolitikas dokumentus.

Pirms analīzes veikšanas tika īstenota datu kodēšana, kas nodrošina kvantitatīvās analīzes iespējas. Datu kodēšana tiek veikta katram no anketas jautājumiem (vai arī vienā jautājumā iekļautajiem vairākiem aspektiem), piešķirot skaitli atbildei. Piešķirtais skaitlis katrai no atbildēm ir secīgs (no 1 līdz maksimālajam atbilžu skaitam jautājumā). Datu ievade veikta SPSS programmā, nosakot mainīgo līmeņus. Pēc datu ievades īstenotas vairākas datu analīzes metodes.

Ņemot vērā kvantitatīvo datu apjomu un izvirzīto izpētes jautājumu analīzes ierobežojumu, sākotnēji tiek veikta vispārīga atbilžu sadalījuma biežuma analīze, izmantojot SPSS programmas biežuma analīzes (*frequencies*) funkciju. Atbilžu sadalījuma biežuma nodrošina vispārīgu atbilžu rezultātu atspoguļojumu, konkrētāk pievēršoties konstruētās anketas jautājumiem, atspoguļo rezultātus par konkrēto izlasi, nodrošina iespēju konstatēt vispārīgās tendences un iespējamo atbilžu problemātiku. Atbilžu biežuma sadalījums nav tieši saistīts ar

izvirzītajiem izpētes jautājumiem vai hipotēzēm, bet saistīts ar veiktās izlases atspoguļojumam un tās ietvaros konstatētajām pamata tendencēm.

Pirmā izpētes daļa saistīta ar izvirzīto pirmo izpētes jautājumu un pakārtoto darba hipotēzi. Izvirzītais pirmais izpētes jautājums ir: *kāda veselības stāvokļa nevienlīdzība pastāv Latvijā starp iedzīvotājiem?* Pakārtoti izvirzītā pirmā darba hipotēze ir: (H1) *lielākā veselības stāvokļa nevienlīdzības proporcija pastāv starp dzimumiem, iekļauto demogrāfisko mainīgo kontekstā.* Izpētes jautājums un hipotēze vērsta uz veselības stāvokļa nevienlīdzības aprakstu veselības stāvokļa pašnovērtējuma ietvaros, nevis skaidrojumu. Netiek ietverts apraksts tam, kādēļ pastāv veselības stāvokļa nevienlīdzība, kādi faktori to ietekmē, bet tiešā veidā iekļauto demogrāfisko mainīgo ietvaros tiek veikts situācijas apraksts. Hipotēzes ietvaros tiek pārbaudīts vai konkrēti izvirzītais viens no demogrāfiskajiem mainīgajiem ir ar būtiskāko nozīmi.

Atbilde uz izvirzīto izpētes jautājumu un hipotēzes pārbaude tiek balstīta uz veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumu (kopumā pieci) un demogrāfisko mainīgo (kopumā desmit) jautājumu atbilžu analīzes pamata. Analīzē iekļautie demogrāfiskie mainīgie saskaņā ar darba teorētiskajā daļā veikto apkopojumu un tie ir šādi: valoda (aizpildītās anketas valoda), dzīvesvieta(plānošanas reģionu sadalījums), vecums, dzimums, mājsaimniecībā dzīvojošo personu skaits, ģimenes stāvoklis, augstākā pabeigtā izglītība, vidējie mēneša ienākumi, pamatnodarbošanās, pamata dzīves vietas atrašanās (formulētos jautājumus skatīt 1.pielikumā). Atbilde uz izvirzīto izpētes jautājumu un hipotēzes pārbaude tiek veikta, izmantojot par pamatu veiktos Pīrsona (*Pearson*). koeficientu aprēķinus. Aprēķini apkopoti 6.pielikumā, kur jautājumam un hipotēzei saistošais apkopots tabulas demogrāfisko pazīmju sadaļā.

Starp katru no veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumiem un demogrāfisko pazīmju jautājumiem tika veikts Pīrsona (*Pearson*) koeficienta aprēķins. Tiek veikta parametriskā statistikas analīzes metode, lai gan pastāv neparametriskā analīzes metodes alternatīvas, piemēram, Spīrmena (*Spearman*) koeficients. Tas tiek darīts, jo parametriskās statistikas metodes tiek izmantotas gadījumos, ja pētāmā objekta sadalījums ir zināms vai būtiski neatšķiras no normālā sadalījuma un datu izkliede ir dažāda, kas tieši saistīts ar analizējamo datu kopu. Būtiski ņemt vērā, ka secinājumi, kas tiek konstruēti uz noteiktās analīzes pamata, norāda uz korelācijas struktūru, nevis uz kauzalitāti. Tas tiek saistīts ar veselības stāvokļa daudzdimensionālo dabu un problemātiku, nosakot ietekmes virzienu starp faktoriem un veselības stāvokli. Pīrsona (*Pearson*) koeficients, kas ir virs 0,5 vai zem -0,5 ir statistiski nozīmīgs, attiecīgi sakarība liecina par vispārinošu raksturu jeb šī sakarība pastāv lielākajā daļā no gadījumiem. Ņemot vērā to, ka par

statistisko nozīmīgumu liecina tikai dažās sakarības pastāv nepieciešamība pievērsties datu detalizētākai analīzei. Papildus tika izšķirtas sakarības, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam. Noteiktā robeža sakarībām, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam, ir koeficientu vērtības virs 0,25 un zem -0,25. Pamatojums šādas robežas noteikšanai saskaņā ar koeficienta saturu, kas norāda uz to, ka lielā daļā gadījumu šī sakarība pastāv jeb biežāk šī sakarība pastāv, nekā nepastāv. Tāpat, analīzē tiek ņemts vērā, ka sakarības neesamība pēc būtības liecina par noteiktām tendencēm. Atbilde uz izvirzīto izpētes jautājumu tiek konstruēta, balstoties uz konstatēto tendenču vispārīgu aprakstu starp veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumiem un demogrāfisko mainīgo jautājumiem.

Izvirzītās darba hipotēzes pārbaude paredz nevienlīdzības proporcijas noteikšanu un savstarpējo salīdzināšanu starp ietvertajiem demogrāfiskajiem mainīgajiem, nosakot vai dzimums ir būtiskākais. Nevienlīdzības proporcijas lielums tiek noteikts, balstoties uz katra no iekļauto demogrāfisko mainīgo koeficientu vidējo moduļu vērtībām. Koeficientu vidējās moduļu vērtības tiek aprēķinātas katram no demogrāfiskajiem mainīgajiem atsevišķi, lai varētu veikt savstarpējo salīdzināšanu. Tas tiek darīts, aprēķinot Pīrsona (*Pearson*) koeficientu vidējās vērtības, neņemot vērā koeficienta priekšā esošās zīmes (+ vai -). Šāda aprēķina pamatojums saistāms ar to, ka pastāv nepieciešamība izvairīties no negatīvo un pozitīvo vērtību summārā iznākuma, kas var būt pretruna konstatētajām tendencēm. Piemēram, ja kādā demogrāfiskajā jautājumu grupa tiek konstatēti koeficienti, kas ir statistiski nozīmīgi, taču ar pozitīvu un negatīvu zīmi summa norādīs uz salīdzinoši mazu vērtību, kas izslēdz tendences konstatēšanas iespēju.

Tāpat, korelācija pati par sevi norāda uz sakarības esamību vai neesamību katra demogrāfiskā mainīgā pakārtoto opciju ietvaros, piemēram, ja sakarība pastāv starp dzimumiem, tad ir atšķirības starp dzimuma mainīgā pakārtotajām opcijām (siev., vīr.) un otrādi. Attiecīgi ir iespējams konstatēt nevienlīdzības esamību vai neesamību. Proporciju nosaka sakarības lielums, cik liela ir sakarība vai cik liela ir veselības stāvokļa nevienlīdzība starp mainīgā opcijām. Tā kā tiek uzdoti vairāki veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumi un jautājumu atbilžu nozīmes atšķiras, attiecīgi koeficienti, norādot uz vienu un to pašu sakarību, var atšķirties (var būt pozitīvs un citā jautājumā negatīvs). Tiek aprēķinātas koeficientu vidējās moduļu vērtības, lai precīzi noteiktu to mainīgo, kas nosaka lielāko veselības stāvokļa nevienlīdzības proporciju. Hipotēzes pārbaude tiek veikta, sakārtojot demogrāfisko mainīgo koeficientu vidējās moduļu vērtības pēc to lieluma dilstošā secībā. Attiecīgi tas ļauj skaidri pārbaudīt hipotēzi, noteikt vai dzimums ir ar

būtiskāko proporciju, vai vērtība ir vislielākā. Tāpat, tas ļauj sarindot vērtības prioritārā secībā pēc to lieluma, attiecīgi ļauj noteikt demogrāfisko mainīgo būtiskuma prioritātes.

Otrā izpētes daļa saistīta ar izvirzīto otro izpētes jautājumu un pakārtoto darba hipotēzi. Izvirzītais otrais izpētes jautājums ir: *Kāds ir visbūtiskākais sociāli ekonomiskais faktors veselības stāvokļa nevienlīdzībai Latvijā?* Pakārtoti izvirzītā otrā darba hipotēze ir: (H2) *visbūtiskākais faktors veselības stāvokļa nevienlīdzībai Latvijā ir iedzīvotāju dzīves un darba apstākļi.* Otrais izpētes jautājums un izvirzītā darba hipotēze saistāma ar veselības stāvokļa nevienlīdzību ietekmējošo faktoru noteikšanu. Izvirzītie sociāli ekonomiskie faktori, saskaņā ar promocijas darba teorētiskajā daļā konstruēto veselības stāvokļa nevienlīdzību skaidrojošo modeli. Modeļa ietvaros iekļautas pieejas un ietekmes līmeņi, kas savukārt ietver dažāda veida sociāli ekonomiskos faktoros. Katrā no modeļiem un līmeņiem ir atšķirīgs noteikto sociāli ekonomisko faktoru skaits (skatīt 7.1. attēlu). Otrā izpētes daļa vērsta uz faktoru būtiskuma noteikšanu un visbūtiskākā sociāli ekonomisko faktora identificēšanu attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējuma nevienlīdzību. Attiecīgi hipotēzes ietvaros tiek pārbaudīts vai izvirzītais viens no sociāli ekonomiskajiem faktoriem ir ar būtiskāko nozīmi.

Otrajā izpētes daļā izmantotas metodes līdzīgas pirmajā izpētes daļā izmantotajām. Atšķiras apjoms un izmantotie mainīgie. Atbilde uz izvirzīto izpētes jautājumu un hipotēzes pārbaude tiek balstīta uz veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumu un sociāli ekonomisko faktoru jautājumu atbilžu analīzes pamata. Ņemot vērā identificēto faktoru paplašināto nozīmi, katram no tiem ir vairāki pakārtotie jautājumi (jautājumu sadalījumu pa grupām skatīt 1.pielikumā). Tieši tāpat tiek aprēķināts Pīrsona (*Pearson*) koeficients, tiek izšķirti statistiski nozīmīgie koeficienti un koeficienti, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam. Tiek aprēķinātas koeficientu vidējās moduļu vērtības katram no faktoru jautājumiem, katram faktoram un pieejai, modeļa faktoru līmenim. Šīs metodes izmantošanas pamatojums saistīts ar mainīgo plašo līmeņu klāstu, kur pastāv nepieciešamība veikt apkopojošu analīzi.

Atbilde uz izvirzīto izpētes jautājumu ietver konstatēto tendenču vispārīgu aprakstu starp veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumiem un sociāli ekonomisko faktoru jautājumiem. Tiek noteikti sakarību koeficienti starp jautājumiem, kas ir statistiski nozīmīgi un kas tuvojas statistiskajam nozīmīguma un aprakstītas šīs sakarības pēc būtības. Sakarību apraksts ļauj konstatēt pastāvošās tendences starp veselības stāvokļa pašnovērtējumu un sociāli ekonomiskajiem faktoriem.

Otrās darba hipotēzes pārbaude paredz sociāli ekonomisko faktoru ietekmes būtiskuma noteikšanu attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējuma nevienlīdzību, kā arī šīs ietekmes būtiskuma savstarpējo salīdzināšanu starp iekļautajiem sociāli ekonomiskajiem faktoriem. Veicot ietekmes aprakstu, būtiski ir ņemt vērā veselības stāvokļa nevienlīdzības daudzdimensionalitāti, tā ietekmē daudzus faktorus un tā tiek ietekmēta no daudziem faktoriem. Attiecīgi ietekmes virziens var tikt skaidrots abos virzienos, var tikt noteikta sakarības esamība vai neesamība, bet nepastāv mēģinājums noteikt ietekmes virzienu. Lai noteiktu sociāli ekonomisko faktoru ietekmes būtiskumu, tiek aprēķinātas koeficientu vidējās moduļu vērtības katram no faktoriem. Lai veiktu ietekmes būtiskuma savstarpējo salīdzinājumu, tiek noteikta faktoru vidējo moduļu vērtību nozīmīguma secība (no būtiskākā uz mazāk būtisko). Attiecīgi tas ļauj skaidri pārbaudīt hipotēzi, noteikt vai dzīves un darba apstākļu faktors ir ar būtiskāko ietekmi, vai vērtība ir vislielākā. Tāpat, tas ļauj sarindot vērtības prioritārā secībā pēc to lieluma, attiecīgi ļauj noteikt sociāli ekonomisko faktoru būtiskuma prioritātes.

Papildus otrās izpētes daļas ietvaros tiek aprēķinātas pieeju, modeļa faktoru līmeņu vidējās moduļu vērtības un tās tiek sarindotas pēc to ietekmes būtiskuma (no būtiskākā uz mazāk būtisko). Konkrētā analīze saistoša atbildei uz izvirzīto otro izpētes jautājumu, jo tiek veikts vispārīgs apraksts pēc ietekmes būtiskumu. Tāpat noteiktā analīze saistoša trešajam izpētes jautājumam, kas paredz savstarpējo salīdzināšanu starp konstatētajām tendencēm un rīcībpolitikas dokumentos iekļauto.

Trešā izpētes daļa saistīta ar izvirzīto trešo izpētes jautājumu un pakārtoto darba hipotēzi. Izvirzītais trešais izpētes jautājums ir: *Vai Latvijas Republikas Veselības ministrijas rīcībpolitikas ir saskaņā ar konstatētajām veselības stāvokļa nevienlīdzības tendencēm Latvijā?* Pakārtoti izvirzītā trešā darba hipotēze ir: (H3) *lielākā daļa konstatēto tendenču nav ņemtas vērā Latvijas Republikas Veselības ministrijas rīcībpolitikās.* Izvirzītais izpētes jautājums un darba hipotēze veido salīdzinoši apjomīgāko analīzes daļu un sastāv no vairākiem posmiem. Izpētes jautājums un izvirzītā darba hipotēze paredz veselības stāvokļa nevienlīdzību ietekmējošo faktoru (darba otrā izpētes jautājuma un otrās hipotēzes rezultāti) savstarpējo salīdzināšanu ar rīcībpolitiku kontekstā konstatēto. Pastāv mēģinājums savstarpēji salīdzināt cilvēku noteiktās prioritātes, faktorus attiecībā uz veselības stāvokļa nevienlīdzību un LR Veselības ministrijas rīcībpolitikās noteiktās prioritātes pēc to biežuma sadalījuma. Attiecīgi hipotēzes ietvaros pieņemot, ka lielākajā daļā gadījumu nepastāv šī savstarpējā saskaņa.

Darba trešajā izpētes daļā tiek veikta gan kvantitatīvā, gan kvalitatīvā datu analīze. Izmantotie kvantitatīvie dati ir otrās izpētes daļas rezultāti un trešajā izpētes daļā veiktais savstarpējais salīdzinājums. Kvalitatīvo datu analīze tiek veikta NVivo programmā. Tiek veikta LR Veselības ministrijas rīcībpolitikas dokumentu kontentanalīze. Atbilstoši informācijas pieejamībai ar rīcībpolitikām tiek saprasti LR Veselības ministrijas attīstības plānošanas dokumenti. Dokumentu izlase nav nejauša. Analīzē tiek ietverti visi pieejamie attīstības plānošanas dokumenti, kas ir pieejami identiskā laika posmā, kad tiek veikta anketēšana un tie dokumenti, kas attiecas uz aktuālu plānošanas periodu (attiecas uz šodienu vai nākotnes periodu). Ietvertie attīstības plānošanas dokumenti ir šādi:

1. Alkoholisko dzērienu patēriņa mazināšanas un alkoholisma ierobežošanas rīcības plāns 2012.-2014. gadam,
2. Imunizācijas plāns 2012.-2014. gadam,
3. Mātes un bērna veselības uzlabošanas plāns 2012.–2014. gadam,
4. Onkoloģisko slimību kontroles programma 2009.–2015. gadam,
5. Pamatnostādnes e-Veselība Latvijā,
6. Pamatnostādnes Iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošana 2009.-2014. gadā,
7. Pamatnostādņu Iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošana 2009.–2014. gadā īstenošanas plāns 2013.–2014. gadam,
8. Plāns reto slimību jomā 2013.-2015. gadam,
9. Primārās veselības aprūpes attīstības plāns 2014.-2016. gadam,
10. Programma Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē 2006.-2015. gadam,
11. Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020. gadam, 12. Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plāns 2013.-2015. gadam,
13. Tuberkulozes izplatības ierobežošanas plāns 2013.-2015. gadam,
14. Valsts katastrofu medicīnas plāns,
15. Zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas sistēmas attīstības koncepcija.

Darba ietvaros tiek veikta izlasē iekļauto rīcībpolitikas dokumentu kontentanalīze. Kontentanalīze paredz kodēšanas sistēmas izveidi, kodēšanas procesu, iegūto datu analīzi. Izveidotā kodēšanas sistēma absolūti skaidra, jo tiek veidota identiska kvantitatīvo datu kodiem (saskaņā ar darba teorētiskajā daļā konstruēto modeli, attiecīgi kodi ir modeļa līmeņi, pieejas un pakārtotie līmeņu faktori). Papildus tiek iekļauta neparedzēto tēmu grupa, kas tiek papildināta

kodēšanas procesā. Kā arī, ņemot vērā, ka katrai rīcībpolitikai ir noteikts ietekmes virziens, papildus tiek iekļauta kodu satura vērtību un nozīmju grupa (kodi ir pozitīva, negatīva, neitrāla).

Kodēšanas process tiek konstruēts saskaņā ar maksimālas objektivitātes iespējām (kodu piemērus skatīt 17.pielikumā). Kodēti tiek visi iekļautie rīcībpolitikas dokumenti (katrs atsevišķi), kodējot to atsevišķās daļas izveidotajā kodēšanas sistēmā. Netiek iekļauti rīcībpolitikas dokumentu nosaukumi, saturs ar situācijas aprakstošu nozīmi. Kodēti tiek tikai rīcībpolitikas dokumentu fragmenti, kas paredz darbību vai rīcību, attiecīgi tiek iekļauts ietekmes aspekts, konkretizēta rīcība. Kodēšanā tiek iekļauti fragmenti, kas iekļauj rīcību, konkretizētu sasniedzamo rezultātu, taču neietver rīcības instrumentus vai precizētu pakārtoto rīcības plānu, piemēram, dažāda veida rīcībpolitikas vēlamies sasniedzamie rezultatīvie rādītāji. Netiek iekļauti ietekmes aspekti, konkretizēta rīcība ar atsaukumi pagātnes formā. Kodēšanā netiek iekļauti vispārīgi formulējumi, kas neietver skaidri identificējamu ietekmes aspektu un konkretizētu rīcību. Kodēšanā tiek iekļauti tie satura fragmenti, kas iekļauj ietekmes vai rīcības aspektu attiecībā uz veselības stāvokli ietekmējošajiem faktoriem, saskaņā ar identificētajiem kodiem. Tiek paturēta iespēja iekļaut iepriekš neparedzētos kodus, kas atbilst minētajiem kodēšanas kritērijiem, taču kodēšana netiek veikta attiecībā uz tiem satura fragmentiem, kur ir runa par veselības stāvokļa vispārīgo ietekmi, nevis veselības stāvokli (uzlabot veselību, uzlabot reproduktīvo veselību u.c.) ietekmējošajiem faktoriem.

Kodēšana tiek veikta tikai, ja noteiktais rīcībpolitikas dokumenta fragments atbilst minētajiem principiem. Fragments tiek kodēts noteiktajā faktorā, ja pastāv tieša saistība, iekļautā rīcības nozīme ir vērsta uz faktora ietekmi. Viens fragments var tikt kodētas vairākos faktoros, ja tas attiecas uz vairākiem. Ja noteiktais fragments tiek kodēts faktoram, tad tas automātiski tiek ieskaitīts noteiktā modeļa faktoru līmeņa, pieejas kopējo kodu skaitā. Katrs no kodētajiem fragmentiem tiek iekļauts arī rīcībpolitikas vērtību kodu sadaļā. Katra fragmenta vērtības tiek noteiktas sekojoši: pozitīva (ar mērķi vai provizorisku iespēju uzlabot indivīdu situāciju, pozitīvi ietekmē konkrēto faktoru, skaidra ietekmes iespēja) neitrāli (bez noteikta mērķa vai provizoriskas iespējas ietekmēt indivīdu situāciju, vērsts uz noteiktā faktora ietekmi, taču nav tieši skaidra ietekmes iespēja (piemēram, izglītot) vai ietekme pastarpināta), negatīva (ar mērķi vai provizorisku iespēju pasliktināt indivīdu situāciju, negatīvi ietekmē noteikto faktoru, skaidra ietekmes iespēja)

Iegūtie dati ir kodētais rezultāts NVivo programmā. Iegūto datu analīze tiek veikta, balstoties uz dažāda veida kodēto datu kopsavilkumiem. Sākotnēji, lai gūtu priekšstatu par

kodētajiem rīcībpolitikas dokumentiem tiek veikta attīstības plānošanas dokumentu vispārīga analīze programmā, kas sniedz ieskatu atsevišķās vispārīgās tendencēs. Līdzīgi kā kvantitatīvo datu analīzes gadījumā tiek veikta atbilžu sadalījuma biežuma analīze, lai gūtu vispārīgu priekšstatu par datiem un izlasi arī šeit tiek izmantotas atsevišķas metodes, lai sasniegtu šo rezultātu kvalitatīvo datu ietvaros. Tiek apskatīts biežāk lietoto vārdu kopsavilkums, biežāk lietoti vārdu savstarpējo sakarību kopsavilkums un ar vārdu veselība saistītā kopsavilkums. Tiek sniegts vispārīgs apraksts, konstatējot atsevišķas vispārīgas tendences.

Atbilde uz izvirzīto trešo izpētes jautājumu saistīta ar kodēto rezultātu apkopojumu vairākos griezumos. Viens no šiem apkopojumiem ir kvalitatīvo datu kodēšanas rezultātu kopsavilkums, kas atspoguļo kodēto avotu, atsauču, vārdu un paragrāfu skaitu. Būtiskākais no ietvertajiem mainīgajiem ir kodēto atsauču skaits. Šis apkopojums tiek veikts ar mērķi gūt plašāku priekšstatu par kodēšanas rezultātu pa kodēšanas grupām (vai pastāv kodi visās faktoru grupās). Tas atspoguļo kodēto avotu, atsauču, vārdu, paragrāfu skaitu, un norāda uz rīcībpolitikas ietekmes līmeņu un to faktoru biežumu dokumentos. Tiek izveidota arī rīcībpolitikas līmeņu hierarhija pēc kodēto atsauču vienību skaita un sniegts vispārīgs rezultātu apraksts. Taču konkrētā analīze neiekļauj ietekmes satura elementa izvērtējuma iespējas. Tādēļ tiek veidots apkopojums, kas atspoguļo kodēto vienību skaitu attiecībā uz rīcībpolitiku satura vērtību un nozīmi un rīcībpolitiku satura vērtības un nozīmes sadalījumu pa rīcībpolitikas līmeņu ietekmes grupām un to faktoriem, lai vēlāk varētu tikt veikts savstarpējais salīdzinājums ar konstatētajām tendencēm attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu.

Izvirzītā trešā darba hipotēze paredz konstatēto tendenču savstarpējo salīdzinājumu starp rīcībpolitikas dokumentos konstatēto un otrās izpētes daļas ietvaros konstatētajām tendencēm. Par rīcībpolitikas prioritātēm ietekmes līmeņu kontekstā un tiem pakārtoto faktoru kontekstā iespējams secināt no prioritāšu secības, taču rīcībpolitikas ietekmes prioritātes izriet no tām rīcībpolitikām, kas tiek klasificētas kā pozitīvas. Tādēļ tiek veidots kopsavilkums, kas tās nošķir un kur tiek veikts hipotēzei saistošais savstarpējais salīdzinājums. Citiem vārdiem sakot, lai varētu veikt izvirzītās trešās darba hipotēzes pārbaudi, ir nepieciešams veikt savstarpējo salīdzinājumu starp rīcībpolitiku ietvaros noteiktajām prioritātēm un cilvēku norādītajām prioritātēm attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu. Lai atspoguļotu šo savstarpējo salīdzinājumu starp rīcībpolitiku ietvaros noteiktajām prioritātēm un cilvēku norādītajām prioritātēm attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu tiek kopsavilkumi attiecībā uz faktoriem un attiecībā uz pieejām, modeļa līmeņiem. Atbildot uz izvirzīto izpētes jautājumu, tiek

aprstītas konstatētās tendences vispārīgā veidā. Hipotēzes pārbaudei tiek noteiktas vietas pēc kārtas (prioritārā secībā). Tiek veikts savstarpējais salīdzinājums, vai noteiktās vietas pēc kārtas sakrīt. Gadījumā, ja lielākajā daļā gadījumu tās sakrīt, tad hipotēze ir apstiprināta, ja nē, tad nav apstiprināta.

Izmantotie apkopojumi norāda uz mēģinājumu tuvināt kvalitatīvos datus kvantitatīvai datu analīzei, kas sevī ietver vairākus problemātiskus aspektus, kas galvenokārt saistīti ar rīcībpolitikas dokumentu satura tuvināšanu kvantifikācijai. Lai risinātu analīzes problemātiku un paplašinātu secinājumus par rīcībpolitikas dokumentos ietverto, kas nodrošinātu daudzpusīgāku pamatu rīcībpolitikas ieteikumu izstrādei, dokumenti papildus tiek analizēti fiksējot sastopamos problēmaspektus. Tātad, ņemot vērā to, ka izvirzītais darba mērķis saistām ar rīcībpolitikas ieteikumu formulēšanu, ir nepieciešams paplašināt secinājumus, pievēršoties arī rīcībpolitikas paplašinātākai satura analīzei. Tādēļ, veicot datu apstrādi NVivo programmā, paralēli tika fiksēta informācija un problēmaspekti, kas paplašina secinājumus par rīcībpolitikas dokumentu saturu. Tiek veikts fiksētā apkopojums, vispārīgi aprakstot problēmaspektus, norādot konkrētus piemērus un iekļaujot ieteikumus problemātikas novēršanai.

Atbilstoši visu datu analīzes rezultāti tiek izmantoti saskaņā ar izvirzīto darba mērķi, konstruējot rīcībpolitikas ieteikumus Ieteikumi rīcībpolitiku ietvaros tradicionāls rīcībpolitikas pētījumu rezultāts. Sākotnēji tiks veikts visu rezultātu konspektīvs apkopojums, atbilstoši izstrādājot ieteikumus rīcībpolitikām.

Kopsavilkums: Veikta datu kvalitatīvā un kvantitatīvā analīze. Kvantitatīvā datu analīze tiek veikta SPSS programmā, izmantojot aptaujas datu rezultātus. Kvalitatīvā datu analīze saistoša trešajai izpētes daļai un tiek veikta NVivo programmā, analizējot LR Veselības ministrijas rīcībpolitikas dokumentus. Darbā ir trīs izpētes daļas, katram no izpētes jautājumiem un hipotēzei ir viena izpētes daļa. Pirmajā izpētes daļā aprēķināti Pīrsona (*Pearson*) koeficienti, kas norāda uz korelācijas struktūru, nevis uz kauzalitāti. Nevienlīdzības proporcijas lielums tiek noteikts, balstoties uz katra no iekļauto demogrāfisko mainīgo koeficientu vidējo moduļu vērtībām. Hipotēzes pārbaude tiek veikta, sakārtojot demogrāfisko mainīgo koeficientu vidējās moduļu vērtības pēc to lieluma dilstošā secībā. Otrā izpētes daļa vērsta uz faktoru būtiskuma noteikšanu un visbūtiskākā sociāli ekonomisko faktora identificēšanu attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējuma nevienlīdzību, kur izmantotās metodes līdzīgas pirmajā izpētes daļā izmantotajām. Atšķiras apjoms un izmantotie mainīgie. Darba trešajā izpētes daļā tiek veikta gan kvantitatīvā, gan kvalitatīvā datu analīze. Izmantotie kvantitatīvie dati ir otrās izpētes daļas

rezultāti. Kvalitatīvo datu analīze veikta NVivo programmā, veicot LR Veselības ministrijas rīcībpolitikas dokumentu kontentanalīzi. Iegūto datu analīze tiek veikta, balstoties uz dažāda veida kodēto datu kopsavilkumiem.

8. PĒTĪJUMA REZULTĀTI

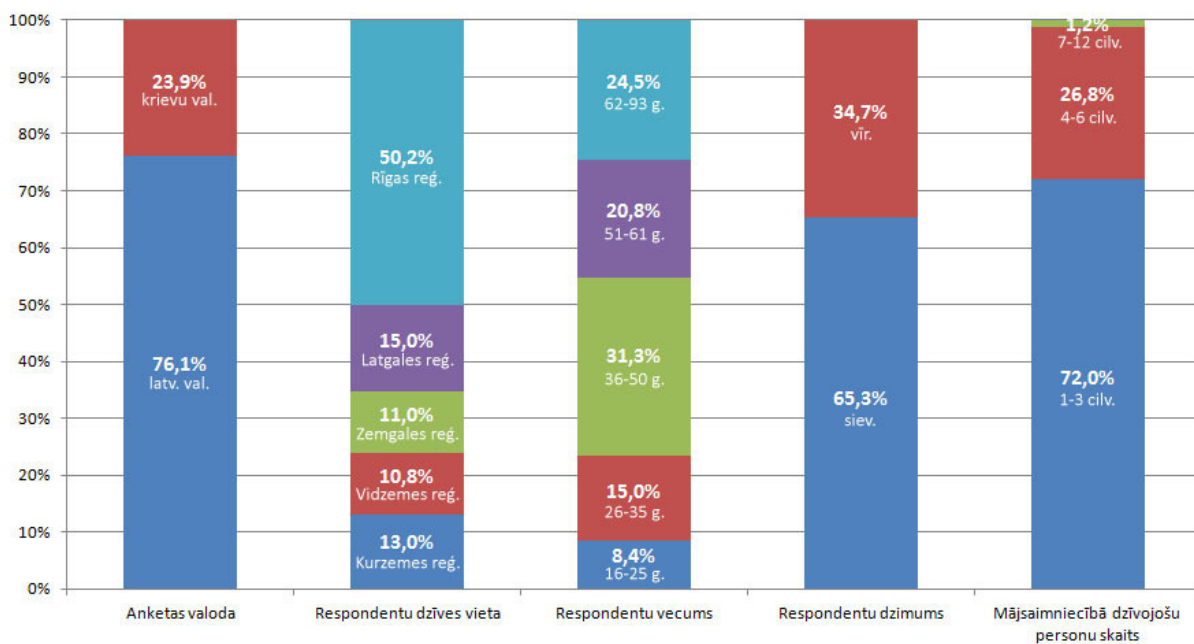
Darba pētījuma rezultātu apraksts tiek konstruēts sistemātiskā veidā, saskaņā ar izvirzīto promocijas darba mērķi: *izprast un analizēt to, pirmkārt, kāda veida veselības stāvokļa nevienlīdzība pastāv Latvijā, otrkārt, kādi faktori ir ar vislielāko ietekmi un treškārt, sniegt analītisku vērtējumu provizorisko rīcībpolitiku un lēmumu ietvaros*. Ievērojot pētījuma rezultātu apraksta sistemātiskumu, katrs no izpētes jautājumiem ar tam pakārtoto darba hipotēzi tiks apskatīts atsevišķi. Izpētes jautājumiem un darba hipotēzēm saistošie dati ir aptaujas rezultāti un kvalitatīvās datu analīzes rezultāti.

Kvalitatīvās datu analīzes rezultāti izriet no NVivo programmā analizētajiem LR Veselības ministrijas rīcībpolitikas dokumentiem. Analizēto dokumentu skaits ir piecpadsmit. Tika analizēti visi pieejamie attīstības plānošanas dokumenti, izslēdzot tos, kuri neattiecas uz aktuālo plānošanas periodu. Tika analizēti visi pieejamie attīstības plānošanas dokumenti, kas bija pieejami LR Veselības ministrijas mājaslapā laika periodā, kas identisks anketēšanas laika periodam. Kvalitatīvie datu analīzes rezultāti saistoši trešajam izpētes jautājumam ar tam pakārtoto darba hipotēzi.

Kvantitatīvie datu analīzes rezultāti izriet no SPSS programmā analizētajiem aptaujas anketu rezultātiem. Aptauja veikta laika periodā no 2014. gada 1. septembra līdz 2014. gada 31. oktobrim. Kopējais aizpildīto anketu skaits ir 1007, saskaņā ar noteikto empīriskās analīzes metožu aprakstā. Kvantitatīvo datu analīzes rezultāti saistoši visiem izpētes jautājumiem ar tām pakārtotajām darba hipotēzēm.

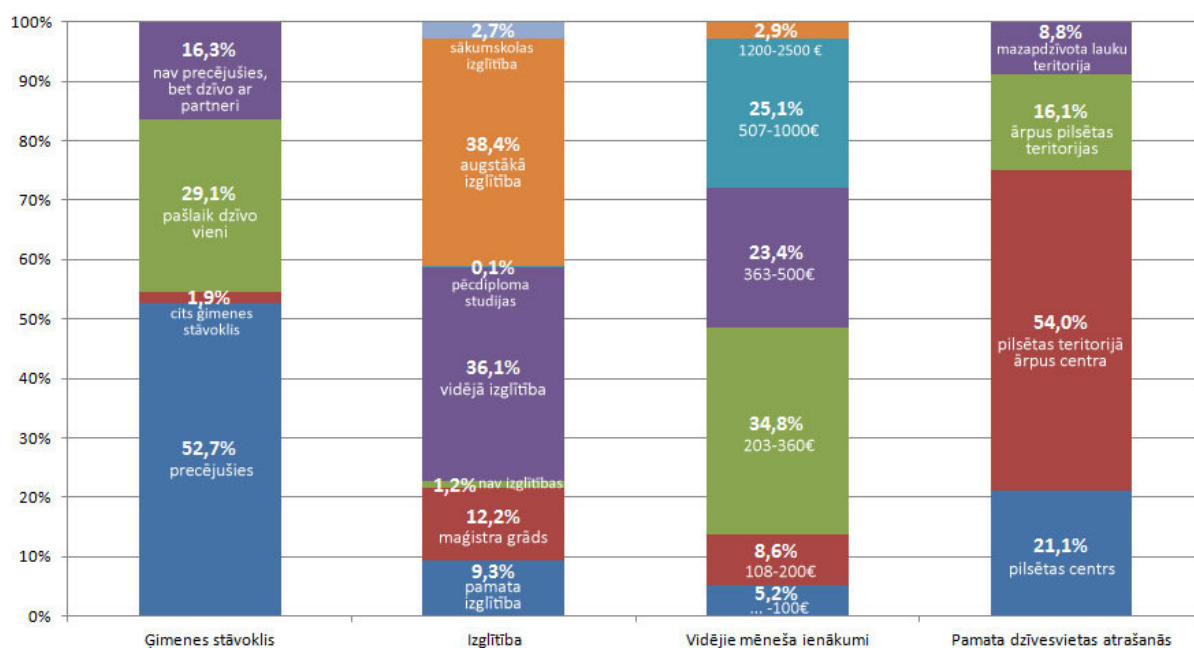
8.1. Aptaujas anketu atbilžu sadalījuma biežums

Aptaujas anketu atbilžu sadalījuma biežums tiek vērtēts balstoties uz rezultātiem, izmantojot SPSS programmas biežuma (*frequencies*) funkciju. Aptaujas anketu atbilžu sadalījuma biežums ir atspoguļots 5. pielikumā apkopotā veidā, kur secība ir saskaņā ar apraksta secību, grupējot pa noteiktajām jautājumu grupām. Atbilžu sadalījuma biežuma apraksts ir būtisks, vērtējot vispārīgos atbilžu rezultātus, konkrētāk pievēršoties konstruētās anketas jautājumiem un īstenotajam izlases kopumam kā arī pievēršoties katra jautājuma atbilžu biežuma sadalījumam ir iespējams konstatēt vispārīgās tendences un iespējamo atbilžu problemātiku. Kopumā aizpildītas 1007 aptaujas anketas, saskaņā ar sākotnēji izvirzīto.



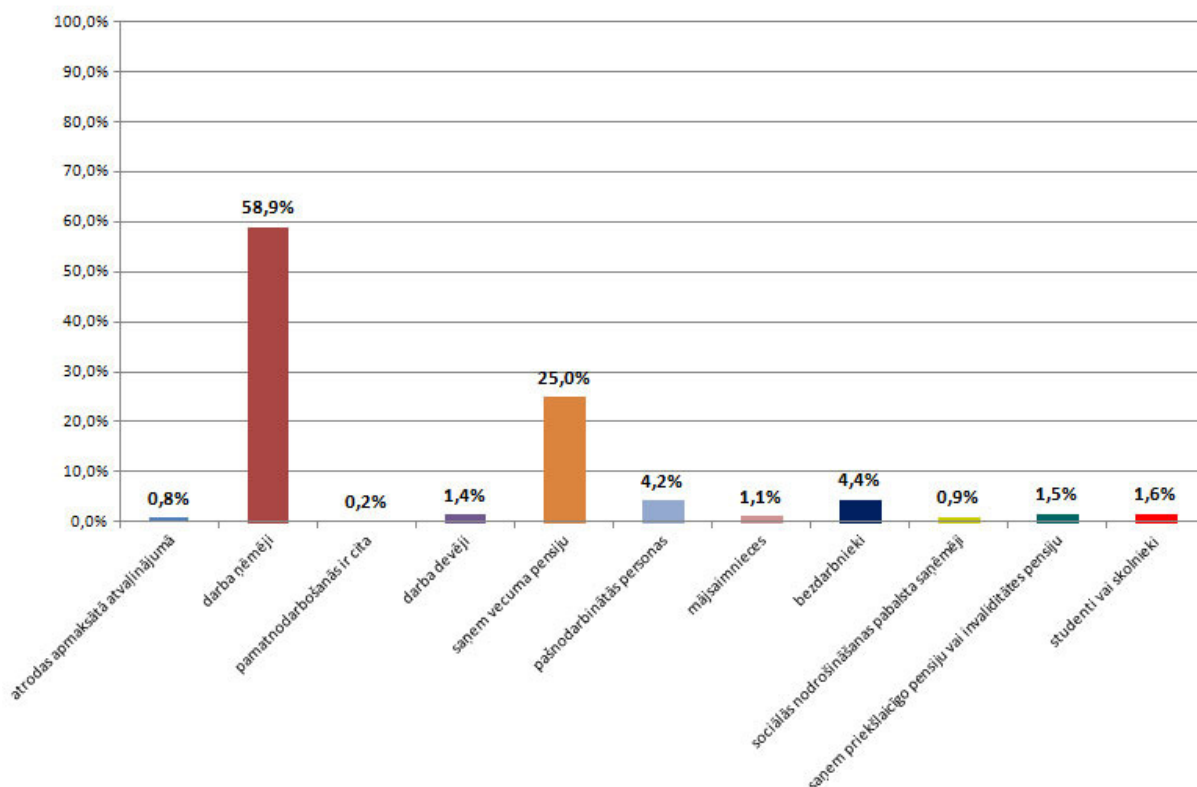
8.1. att. Atbilžu sadalījuma biežums pa demogrāfisko pazīmju jautājumiem (1.daļa)

No kopējā anketu skaita 76,1% anketu aizpildītas latviešu valodā un 23,9% aizpildītas krievu valodā. Vērtējot atbildes uz izvirzītajiem demogrāfisko pazīmju jautājumiem sniegto atbilžu biežuma sadalījums pa respondentu dzīvesvietām (pilsēta vai novads) ir saskaņā ar sākotnēji izvirzīto izlasi, proporcionāli iedzīvotāju skaitam. Konkrētāk apskatot atbilžu sadalījumu pa plānošanas reģioniem, kopumā Rīgas reģionā aizpildītas 50,2% no anketām, Latgales reģionā 15%, Kurzemes reģionā 13%, Zemgales reģionā 11%, Vidzemes reģionā 10,8%. Anketas aizpildījuši respondenti vecumā no 16 līdz 93 gadiem. Vecuma sadalījums vienmērīgs, kur vecumā līdz 25 gadiem aizpildījuši 8,4% respondentu, vecumā no 26 līdz 35 gadiem 15%, vecumā no 36 līdz 50 gadiem 31,3%, vecumā no 51 līdz 61 gadiem 20,8% un vecumā no 62 līdz 93 gadiem 24,5% respondentu. Anketas aizpildījušas 65,3% sievietes un 34,7% vīrieši. Lielākajā daļā gadījumu norādītais mājsaimniecībā dzīvojošo cilvēku skaits ir līdz trīs cilvēkiem 72% gadījumu, no 4 līdz 6 cilvēkiem 26,8%, no 7 līdz 12 cilvēkiem 1,2% gadījumu.



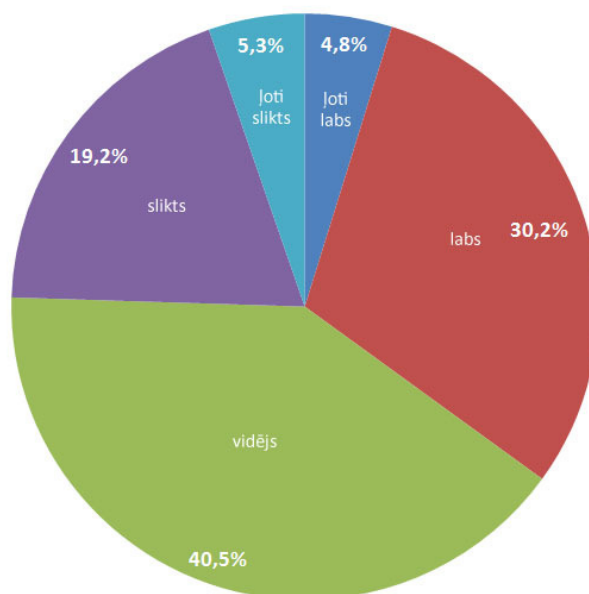
8.2. att. Atbilžu sadalījuma biežums pa demogrāfisko pazīmju jautājumiem (2.daļa)

Respondenti, norādot savu ģimenes stāvokli, 52,7% gadījumu norāda, ka ir precējušies, 16,3% gadījumos, ka nav precējušies, bet dzīvo ar partneri, 29,1% gadījumā, ka pašlaik dzīvo vieni un 1,9%, ka ir cits ģimenes stāvoklis. Jautājumā par augstāko pabeigto izglītību 1,2% no respondentiem norāda, ka izglītības nav, 2,7% ir sākumskolas izglītība, 9,3% pamata izglītība, 36,1% vidējā izglītība, 38,4% augstākā izglītība, 12,2% maģistra grāds un 0,1% pēcdiploma studijas. Respondentu sadalījuma biežums pa vidējo mēneša ienākumu grupām ir šāds: 5,2% norāda, ka vidējie mēneša ienākumi ir līdz 100 eiro, 8,6% no 108 līdz 200 eiro, 34,8% no 203 līdz 360 eiro, 23,4% no 363 līdz 500 eiro, 25,1% no 507 līdz 1000 eiro un 2,9% no 1200 līdz 2500 eiro. Jautājumā par pašreizējās pamata dzīvesvietas atrašanos 21,1% respondentu norāda, ka tā atrodas pilsētas centrā, 54%, ka pilsētas teritorijā ārpus centra, 16,1%, ka apkaimē ārpus pilsētas teritorijas un 8,8%, ka mazapdzīvotā lauku teritorijā.



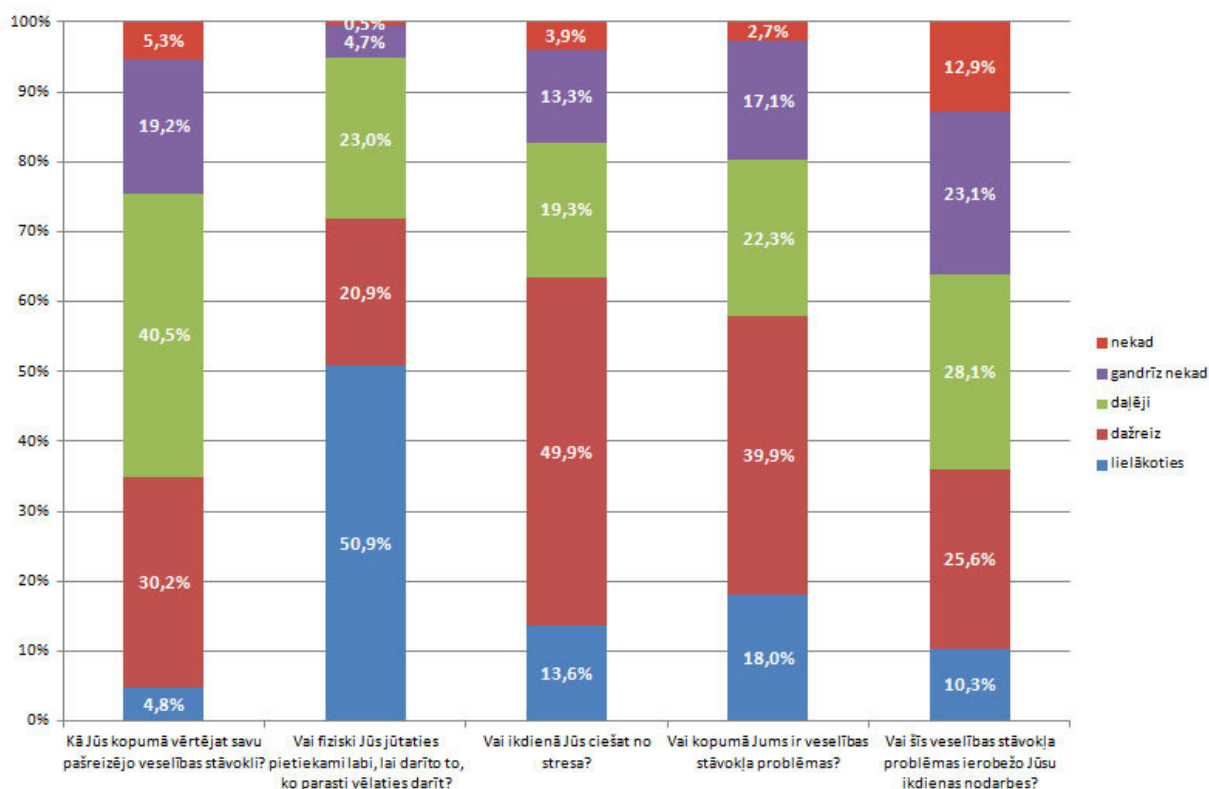
8.3. att. Atbilžu sadalījuma biežums pa pamatnodarbošanās grupām

Jautājumā, kur tiek lūgts norādīt šī brīža pamatnodarbošanos tiek konstatēts, ka 58,9% respondentu ir darba ņēmēji, 1,4% ir darba devēji, 4,2% ir pašnodarbinātās personas, 1,1% mājsaimnieces, 0,8% atrodas apmaksātā atvaļinājumā, 25% saņem vecuma pensiju, 1,5% saņem priekšlaicīgo pensiju vai invaliditātes pensiju, 4,4% ir bezdarbnieki, 0,9% ir sociālās nodrošināšanas pabalsta saņēmēji, 1,6% ir studenti vai skolnieki un 0,2% norāda, ka pamatnodarbošanās ir cita. Atbilžu biežuma sadalījuma vienmērīgums norāda uz izlases sekmīgumu atbilstoši ģenerālās kopas raksturīgajam.



8.4. att. Atbilžu biežuma sadalījums jautājumā par pašreizējā veselības stāvokļa novērtējumu

Aptaujas anketas centrālie jautājumi ir veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumi, jo tie nosaka analīzes pamatu visiem izvirzītajiem izpētes jautājumiem un nosaka veselības stāvokļa pašnovērtējuma salīdzināšanas iespējas. Atbilžu sadalījuma biežums arī šajos jautājumos ir dažāds. Kopumā izvirzīti pieci veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumi, kur viens tiek noteikts kā centrālais, balstoties uz iepriekšējo līdzīgu pētījumu praktisko pieredzi. Centrālajā jautājumā ar lūgumu respondentus novērtēt viņu pašreizējo veselības stāvokli 4,8% to vērtē kā ļoti labu, 30,2% kā labu, 40,5% kā vidēju, 19,2% kā sliktu un 5,3% kā ļoti sliktu. Šis atbilžu biežuma sadalījums norāda uz to, ka cilvēki lielākoties savu veselības stāvokli vērtē kā vidēju, ar nelielu pārsvaru pozitīvas tendences virzienā.



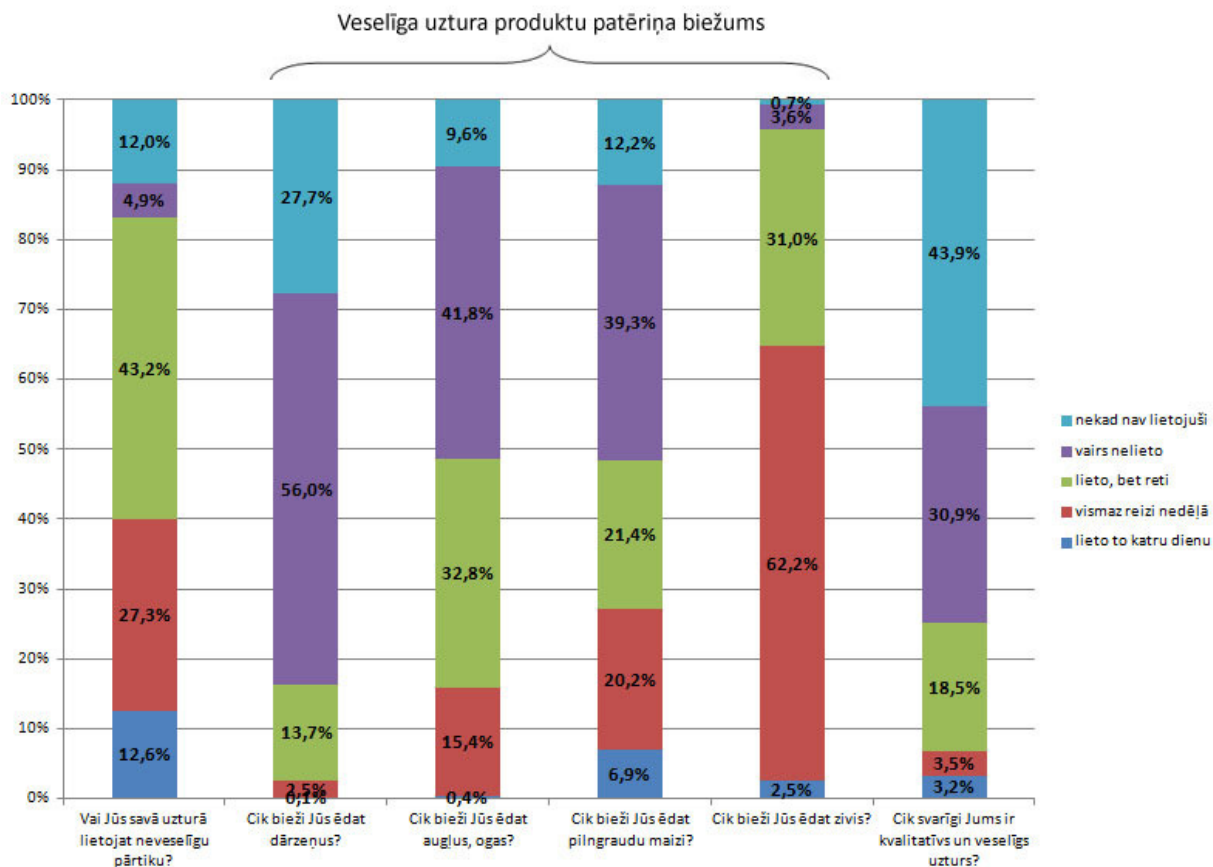
8.5. att. Atbilžu biežuma sadalījums veselības stāvokļa pašnovērtējuma kontroljautājumos

Taču pārējos veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumos rodas skaidrāks priekšstats par pastāvošajām tendencēm. Jautājot par to, vai cilvēki jūtas pietiekami labi, lai darītu to ko parasti vēlas darīt, 50,9% norāda, ka lielākoties, 20,9% dažreiz, 23% daļēji, 4,7% gandrīz nekad un 0,5% nekad. Tātad neskatoties uz atsevišķos gadījumos veselības stāvokļa problēmām, respondenti lielākoties uzskata, ka tās neierobežo to fiziskas funkcionalitātes iespējas. Atbildot uz jautājumu par stresu ikdienā, 13,6% respondentu norāda, ka lielākoties ikdienā cieš no stresa, 49,9% dažreiz, 19,3% daļēji, 13,3% gandrīz nekad un 3,9% nekad. Tas liek secināt par salīdzinoši negatīvu tendenci, jo lielākā daļa ar būtisku pārsvaru respondentu savā ikdienā vismaz daļēji cieš no stresa. Respondentiem tiek lūgts novērtēt vai kopumā tiem ir veselības stāvokļa problēmas. 18% norāda, ka lielākoties ir veselības stāvokļa problēmas, 39,9% gadījumos dažreiz, 22,3% gadījumos daļēji, 17,1 gadījumos gandrīz nekad, 2,7% nekad. Atbilžu sadalījuma biežums liek secināt, ka lielākajā daļā gadījumu respondenti vismaz daļēji saskaras ar veselības stāvokļa problēmām. Negativitāti šīs tendences kontekstā pastiprina atbilžu biežuma sadalījums uz sekojošo jautājumu par to, vai šīs veselības stāvokļa problēmas ierobežo respondentu ikdienas nodarbes. Kopumā 10,3% norāda, ka lielākoties tās ierobežo, 25,6% dažreiz, 28,1% daļēji, 23,1% gandrīz nekad un 12,9 nekad. Tas liek secināt, ka ne tikai lielākajā daļā gadījumu

respondenti saskaras vismaz daļēji ar veselības stāvokļa problēmām, bet arī ar būtisku atbilžu biežuma sadalījuma pārsvaru lielākoties šīs veselības stāvokļa problēmas vismaz daļēji ierobežo ikdienas nodarbes.

Kopumā secinot par centrālajiem veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumu atbilžu biežuma sadalījumiem, var tikt konstatēts, ka pastāv ar nelielu pārsvaru pozitīva tendence kopumā, vērtējot pašreizējo veselības stāvokli un pārsvarā cilvēki jūtas fiziski pietiekami labi. Taču uz negatīvu tendenču esamību norāda tas, ka lielākā daļa cilvēku vismaz daļēji cieš no stresa, saskaras ar veselības stāvokļa problēmām un tās vismaz daļēji ierobežo ikdienas nodarbes. Tādā veidā būtiska uzmanība būtu jāpievērš stresa apstāklim un īslaicīgajām veselības stāvokļa problēmām ar to ietekmi.

Visi turpmākie anketas jautājumi saistāmi ar veselības stāvokļa nevienlīdzību skaidrojošajām pieejām un modeļiem ar iekļautajiem faktoriem, konstruētā apkopojošā modeļa ietvaros. Kā pirmā no sekojoši apskatāmajām jautājumu grupām ir uzvedības pieejai un modeļa individuālā dzīvesveida faktoru līmenim saistošie jautājumi. Tajā ietilpst tādu faktoru kā diēta/ uzturs, tabakas patēriņš, alkohola patēriņš, medikamentu patēriņš, fiziskās aktivitātes/aktīvā atpūta, sports jautājumu grupas.

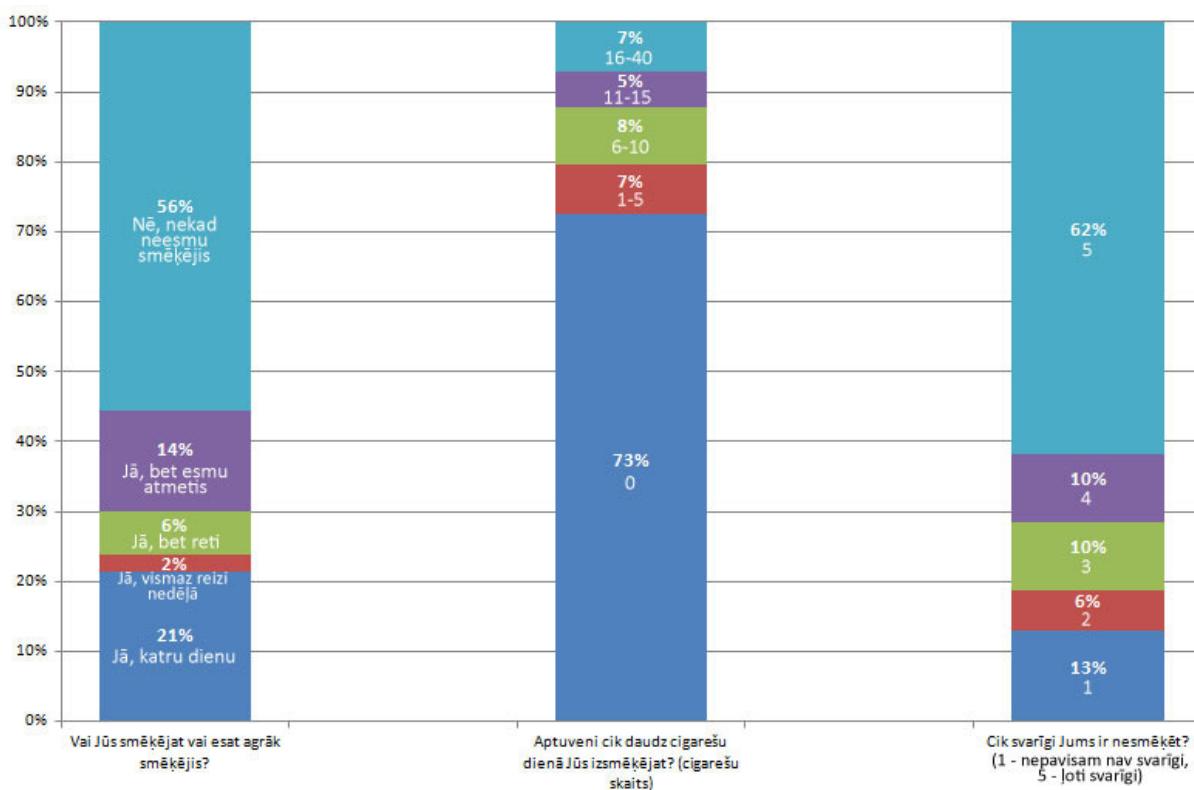


8.6. att. Atbilžu biežuma sadalījums diētas un uztura faktora jautājumu grupā

Diētas un uztura faktora jautājumu grupa liecina par noteiktām pretrunām atbilžu sadalījuma biežuma kontekstā. Jautājumā par to vai uzturā tiek lietota neveselīga pārtika, 12,6% norāda, ka lieto to katru dienu, 27,3% vismaz reizi nedēļā, 43,2% lieto, bet reti, 4,9% vairs nelieto, un 12% nekad nav lietojuši. Nākamajā jautājumu grupā, tiek jautāts par vairāku veselīgā uztura produktu patēriņa biežumu. Sadalījums starp piedāvātajiem produktiem ir atšķirīgs. Dārzeņi patēriņš ir salīdzinoši augsts, jo 27,7% respondentu norāda, ka dārzeņus savā uzturā lieto vairākas reizes dienā, 56% gandrīz katru dienu, 13,7% vienu vai pāris reizes nedēļā, 2,5% retāk nekā reizi nedēļā un tikai 0,1% nekad. Augļu un ogu patēriņš ir salīdzinoši zemāks, jo 9,6% respondentu norāda, ka augļus un ogas savā uzturā lieto vairākas reizes dienā, 41,8% gandrīz katru dienu, 32,8% vienu vai pāris reizes nedēļā, 15,4% retāk nekā reizi nedēļā un 0,4% nekad. Pilngraudu maizes patēriņš starp atbildēm ir salīdzinoši līdzīgs, jo 12,2% respondentu norāda, ka pilngraudu maizi savā uzturā lieto vairākas reizes dienā, 39,3% gandrīz katru dienu, 21,4% vienu vai pāris reizes nedēļā, 20,2% retāk nekā reizi nedēļā un 6,9% nekad. Šī jautājuma atbilžu

biežuma sadalījuma kontekstā, iespējams, pastāv problemātika, jo maize un pilngraudu maize ir atšķirīgi pārtikas produkti, pilngraudu maizes izmaksas ir salīdzinoši augstas un piedāvājums tirgu, attiecīgi pieprasījums tirgu ir salīdzinoši neliels. Zivju patēriņš ir salīdzinoši zems, jo tikai 0,7% respondentu norāda, ka zivis savā uzturā lieto vairākas reizes dienā, 3,6% gandrīz katru dienu, 31% vienu vai pāris reizes nedēļā, 62,2% retāk nekā reizi nedēļā un 2,5% nekad. Būtiski ir izprast ne tikai esošo tendenci, bet virzību uz pozitīvu tendenci, ne tikai to cik tiek īstenots veselīgs un kvalitatīvs uzturs, bet arī to cik svarīgs tas ir cilvēkiem. To ļauj izprast sekojošais jautājums, kur respondentiem tik lūgts novērtēt, cik svarīgs viņiem ir kvalitatīvs un veselīgs uzturs. Atbilžu sadalījums liecina par pozitīvu tendenci, jo lielākā daļa respondentu norāda, ka tas ir svarīgs (43,9% ļoti svarīgs un 3,2% nepavisam nav svarīgs).

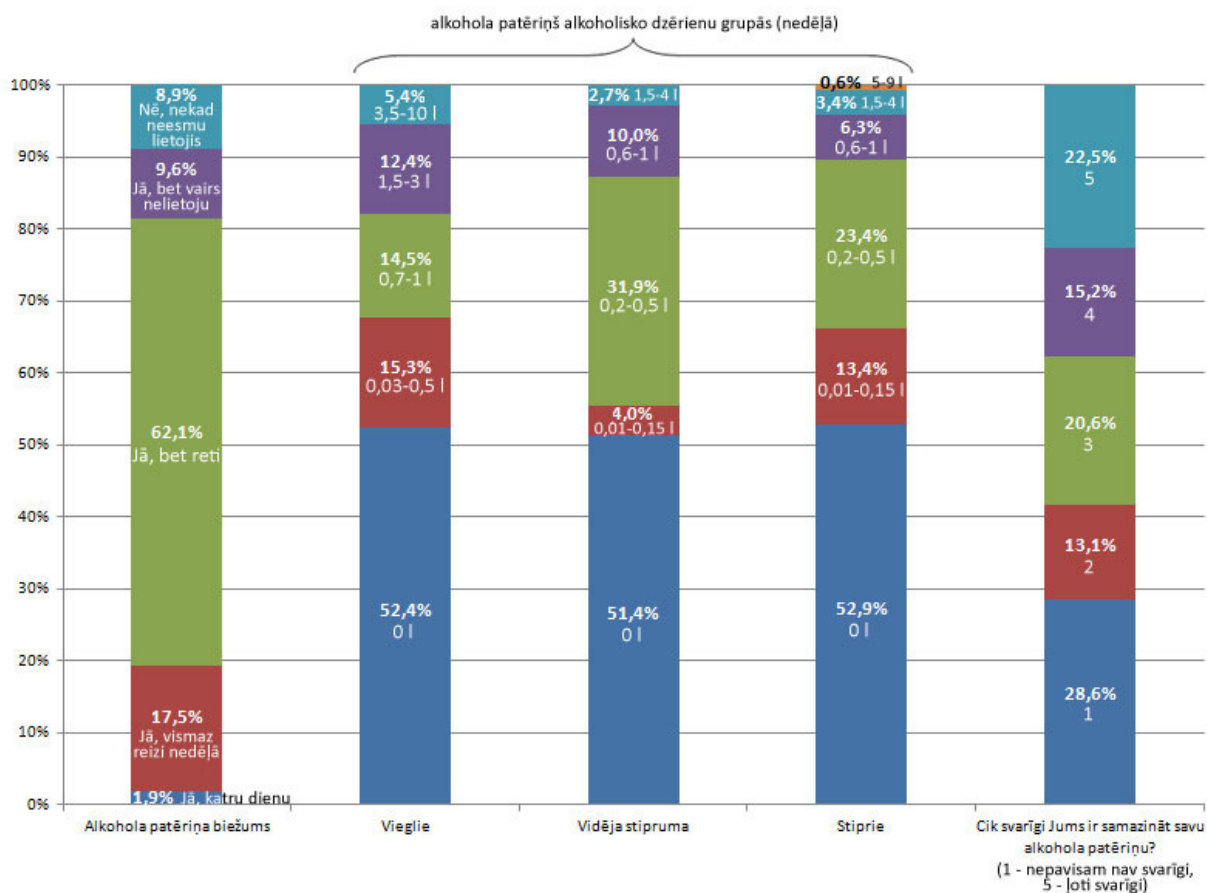
Kopumā diētas un uztura faktora kontekstā var tikt secināts, ka cilvēki salīdzinoši bieži lieto neveselīgu pārtiku, taču vienlaikus bieži tiek lietotas veselīga uztura pārtikas grupas (dārzeņi, augļi un ogas, iespējams arī pilngraudu maize), retāk tiek lietotas zivis. Taču, neskatoties uz neveselīgās pārtikas patēriņu, cilvēkiem lielākoties ir būtisks veselīgs un kvalitatīvs uzturs, kas acīmredzot ne vienmēr ir saskaņā ar reālo patēriņu vai reālā patēriņa iespējām.



8.7. att. Atbilžu biežuma sadalījums tabakas patēriņa faktora jautājumu grupā

Tabakas patēriņa faktora jautājumu grupa liecina par noteiktām pozitīvām tendencēm atbilžu sadalījuma biežuma kontekstā. Taču jāņem vērā, ka noteiktais jautājums var tikt pieskaitīts pie sensitīvo jautājumu grupas, kur cilvēki ne vienmēr vēlas sniegt patiesas atbildes uz šāda rakstura jautājumiem. Attiecīgi rezultāti būtu interpretējami ar noteiktu distanci, neietverot pārlicinoši vispārinošu raksturu. Jautājumā par to vai tiek smēķēts, vai agrāk ir smēķēts, 21,4% norāda, ka smēķē katru dienu, 2,4% vismaz reizi nedēļā, 6,3% smēķē, bet reti, 14,4% vairs nesmēķē, un 55,5% nekad nav smēķējuši. Tātad absolūti lielākā respondentu daļa norāda, ka nekad nav smēķējuši, atmetuši vai to dara salīdzinoši reti. Jautājumā par izsmēķēto aptuveno cigarešu skaitu dienā, saglabājas iepriekš minētā pozitīvā tendence. Tomēr apstiprinās šīs jautājumu grupas sensitīvais raksturs, jo respondentu skaits, kas norāda, ka neizmēķē nevienu cigareti, ir 72,5%. Iespējams, norādītais skaits būtu mainīgs, ja jautājumā iekļautais laika periods būtu lielāks. Taču liela daļa respondentu norāda uz salīdzinoši būtisku smēķēšanas apjomu, kur 7,2% norāda, ka dienā izsmēķē no 1 līdz 5 cigaretēm, 8,1% no 6 līdz 10, 5,2% no 11 līdz 15 un 7% no 16 līdz 40 cigaretēm dienā. Jautājumā, kur respondentiem tik lūgts novērtēt cik svarīgs viņiem ir nesmēķēt pastāv apstiprinoša pozitīva tendence tabakas patēriņa kontekstā, jo lielākā daļa respondentu norāda, ka tas ir svarīgi (61,8% ļoti svarīgs un 13% nepavisam nav svarīgs).

Kopumā tabakas patēriņa faktora kontekstā var tikt secināts, ka pastāv pozitīva tendence, salīdzinoši lielākā daļa cilvēku nesmēķē, smēķētāju vidū cigarešu patēriņš ir atšķirīgs (pastāv liels un neliels cigarešu patēriņš dienā), taču pozitīvo tendenci pastiprina fakts, ka absolūtajā vairākumā respondentiem ir būtiski nesmēķēt.

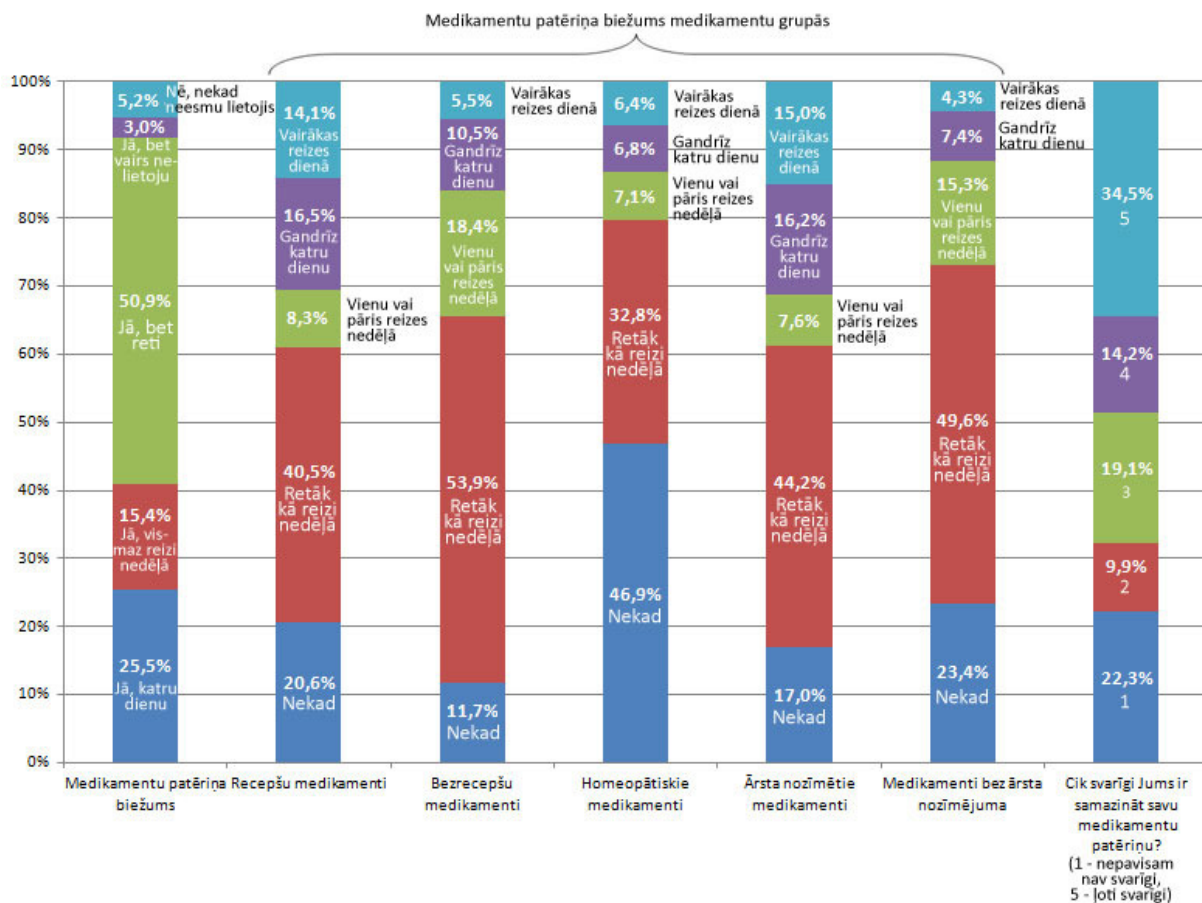


8.8. att. Atbilžu biežuma sadalījums alkohola patēriņa faktora jautājumu grupā

Alkohola patēriņa faktora jautājumu grupa arī liecina par noteiktām pretrunīgām tendencēm atbilžu sadalījuma biežuma kontekstā. Tāpat arī šī jautājuma kontekstā būtu jāņem vērā sensitīvu jautājumu atbilžu specifika. Jautājumā par to vai tiek lietots, vai agrāk ir lietots alkohols, 1,9% norāda, ka lieto alkoholu katru dienu, 17,5% vismaz reizi nedēļā, 62,1% lieto, bet reti, 9,6% vairs nelieto, un 8,9% nekad nav lietojuši. Pārsteidzošs ir sniegto atbilžu atklātums, jo salīdzinoši liela respondentu proporcija norāda, ka alkohola patēriņš ir regulārs, vismaz reizi nedēļā. Papildus tika uzdots jautājums par alkohola patēriņu atsevišķās alkoholisko dzērienu grupās. Vieglo alkoholisko dzērienu patēriņa kontekstā 52,4% respondentu norāda, ka šos alkoholiskos dzērienus nelieto vispār, 15,3% līdz 0,5l nedēļā, 14,5% līdz 1l, 12,4% līdz 3l un no 3,5 l līdz 10l nedēļā 5,4% respondentu. Vidēja stipruma alkoholisko dzērienu kontekstā tendence saglabājas līdzīga, nepatērē 51,4% respondentu, līdz 0,15l 4%, līdz 0,5l 31,9%, līdz 1l 10% un līdz 4l nedēļā 2,7%. Stipros alkoholiskos dzērienu 52,9% respondentu nepatērē vispār, 13,4% patērē līdz 0,15l, 23,4% līdz 0,5l, 6,3% līdz 1l, 3,4% līdz 4l, 0,6% līdz 9l. Jautājumā, kur respondentiem tik lūgts novērtēt, cik svarīgi viņiem ir samazināt alkohola patēriņu pastāv

atšķirīga tendence, jo atbilžu sadalījums ir ļoti līdzīgs (22,5% ļoti svarīgi un 28,6% nepavisam nav svarīgi).

Kopumā var secināt, ka rodas zināma pretruna starp atbildēm jautājumos, jautājot par konkrēta alkohola patēriņu aizvien vairāk, ir to cilvēku, kas norāda, ka alkoholu nepatērē vispār, nekā jautājumā par to vai tiek patērēts alkohols vispārīgi. Alkohola patēriņš starp alkohola stipruma veidiem ir salīdzinoši proporcionāli līdzīgs, viegie alkoholiskie dzērieni tiek patērēti lielākā apjomā nekā vidējā stipruma, taču pārsteidzošs ir arī stipro alkoholisko dzērienu lielais patēriņa apjoms atsevišķos gadījumos. Par negatīvās tendences pastiprinošu aspektu kļūst atbildes par alkohola patēriņa samazinājuma būtiskumu, kur salīdzinoši alkohola patēriņa samazinājums netiek uzvertts kā būtisks.

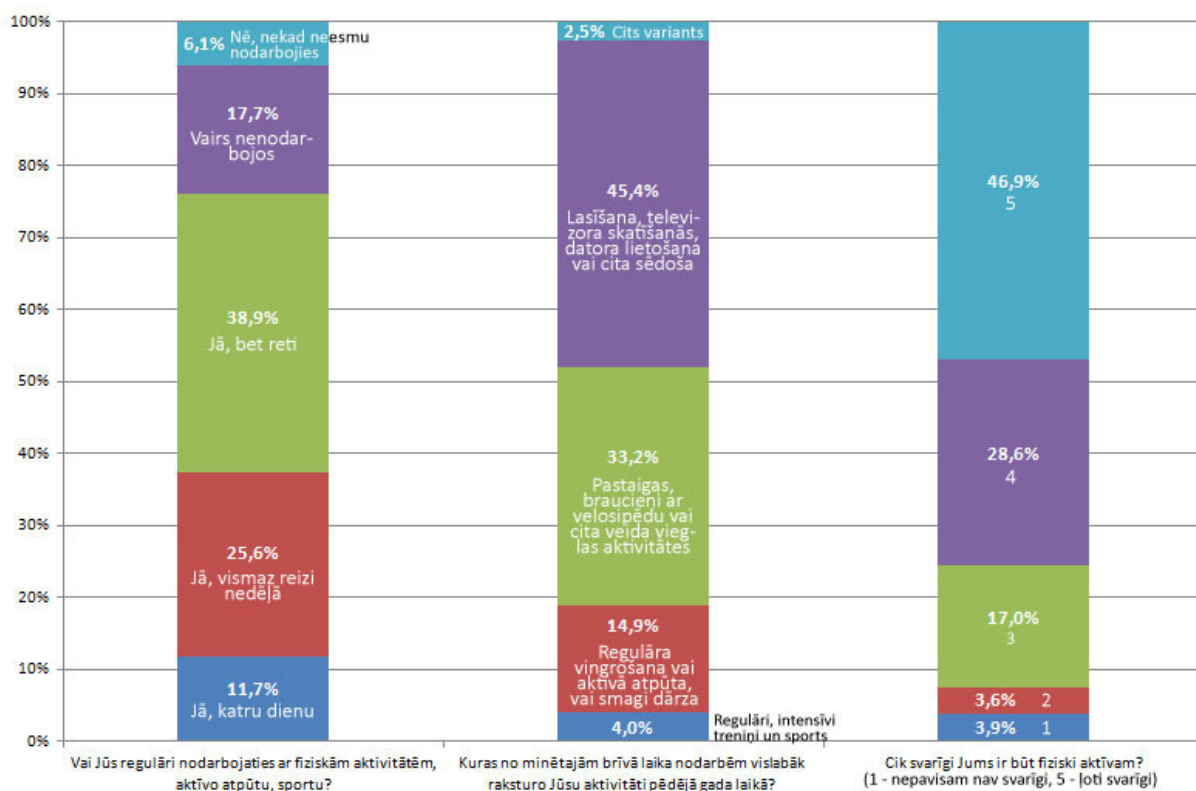


8.9. att. Atbilžu biežuma sadalījums medikamentu patēriņa faktora jautājumu grupā

Medikamentu patēriņa faktora jautājumu grupa arī liecina par noteiktām būtiskām tendencēm atbilžu sadalījuma biežuma kontekstā. Jautājumā par to vai tiek lietoti, vai agrāk ir lietoti medikamenti, 25,5% norāda, ka lieto medikamentus katru dienu, 15,4% vismaz reizi

nedēļā, 50,9% lieto, bet reti, 3% vairs nelieto, un 5,2% nekad nav lietojuši. Tas norāda uz salīdzinoši augstu medikamentu patēriņu. Taču interesants ir medikamentu patēriņš starp dažādām to grupām, jo tas atšķiras starp piedāvātajām grupām. Receptšu medikamentu patēriņš ir vidējs, jo 14,1% respondentu norāda, ka receptšu medikamentus savā uzturā lieto vairākas reizes dienā, 16,5% gandrīz katru dienu, 8,3% vienu vai pāris reizes nedēļā, 40,5% retāk nekā reizi nedēļā un 20,6% nekad. Bezreceptšu medikamentu patēriņš ir salīdzinoši līdzīgs, jo 5,5% respondentu norāda, ka bezreceptšu medikamentus lieto vairākas reizes dienā, 10,5% gandrīz katru dienu, 18,4% vienu vai pāris reizes nedēļā, 53,9% retāk nekā reizi nedēļā un 11,7% nekad. Homeopātisko medikamentu patēriņš ir salīdzinoši zemāks un ir daudz vairāk to cilvēku, kas tos nelieto vispār, 6,4% respondentu norāda, ka homeopātiskos medikamentus lieto vairākas reizes dienā, 6,8% gandrīz katru dienu, 7,1% vienu vai pāris reizes nedēļā, 32,8% retāk nekā reizi nedēļā un 46,9% nekad. Ārsta nozīmēto medikamentu patēriņš līdzīgs receptšu medikamentu patēriņam, 15% respondentu norāda, ka ārsta nozīmētos medikamentus lieto vairākas reizes dienā, 16,2% gandrīz katru dienu, 7,6% vienu vai pāris reizes nedēļā, 44,2% retāk nekā reizi nedēļā un 17% nekad. Medikamentus bez ārsta nozīmējuma lieto nedaudz retāk, 4,3% respondentu norāda, ka šos medikamentus lieto vairākas reizes dienā, 7,4% gandrīz katru dienu, 15,3% vienu vai pāris reizes nedēļā, 49,6% retāk nekā reizi nedēļā un 23,4% nekad. Jautājumā, kur respondentiem tik lūgts novērtēt, cik svarīgi viņiem ir samazināt medikamentu patēriņu pastāv pretrunīga tendence ar virzību uz pozitīvo pusi, jo atbilžu sadalījums ir ļoti līdzīgs (34,5% ļoti svarīgi un 22,3% nepavisam nav svarīgi).

Kopumā absolūti lielākā daļa no cilvēkiem regulāri lieto medikamentus, patēriņa regularitāte atšķiras, visbiežāk tiek norādīts, ka medikamentu patēriņš pastāv, bet reti. Konkrētāk par medikamentu patēriņa regularitāti liecina norādītais patēriņa apjoms starp piedāvāto medikamentu grupām, salīdzinoši līdzīgi tiek patērēti receptšu un bezreceptšu medikamenti, ārsta nozīmētie un bez ārsta nozīmējuma medikamenti, nedaudz biežāk tiek lietoti receptšu medikamenti un ārsta nozīmētie. Homeopātiskos medikamentus lieto retāk un ir salīdzinoši daudz to cilvēku, kas tos nelieto vispār.



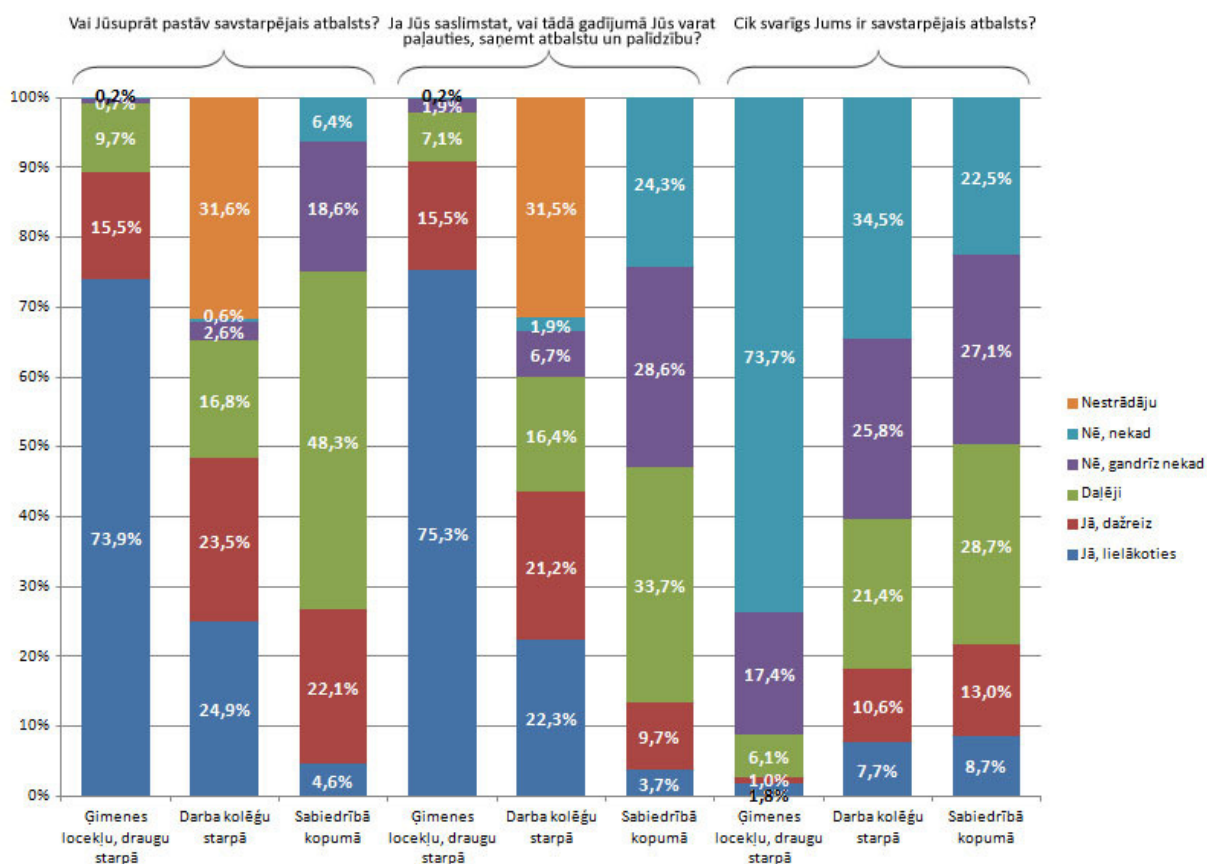
8.10. att. Atbilžu biežuma sadalījums fiziskās aktivitātes un aktīvās atpūtas, sporta faktora jautājumu grupā

Fiziskās aktivitātes un aktīvās atpūtas, sporta faktora jautājumu grupa arī liecina par salīdzinoši negatīvām tendencēm atbilžu sadalījuma biežuma kontekstā. Jautājumā par to vai regulāri nodarbojas ar fiziskām aktivitātēm, aktīvo atpūtu un sportu, 11,7% norāda, ka nodarbojas katru dienu, 25,6% vismaz reizi nedēļā, 38,9% nodarbojas, bet reti, 17,7% vairs nenodarbojas un 6,1% nekad nav nodarbojušies. Jautājumā, kur tiek precizējoši lūgts norādīt brīvā laika nodarbes, kas vislabāk raksturo katra individuālo aktivitāti pēdējā gada laikā šī salīdzinoši negatīvā tendence apstiprinās. Tikai 4% respondentu norāda, ka regulāri, intensīvi treniņi un sports vislabāk raksturo viņu brīvā laika nodarbes pēdējā gada laikā, 14,9%, kā vislabāk raksturojošo norāda regulāru vingrošanu vai aktīvu atpūtu, vai smagus dārza darbus, 33,2% norāda pastaigas, braucienus ar velosipēdu vai cita veida vieglas aktivitātes, lielākā daļa respondentu, 45,4% norāda lasīšanu, televizora skatīšanos, datora lietošanu vai cita veida sēdošas nodarbes, 2,5% norāda citu variantu. Jautājumā, kur respondentiem tik lūgts novērtēt, cik svarīgi viņiem ir būt fiziski aktīviem pastāv pretrunīga, jo atbilžu sadalījums ir norāda uz absolūti pozitīvu tendenci iepretī atbildēm uz iepriekš uzdotajiem jautājumiem (46,9% ļoti svarīgi un 3,9% nepavisam nav svarīgi).

Kopumā cilvēki lielākoties nodarbojas ar fiziskām aktivitātēm, aktīvo atpūtu un sportu, taču to lielākajā daļā gadījumu īsteno reti, visbiežāk brīvā laika nodarbes ir saistāmas ar lasīšanu, televizora skatīšanos, datora lietošanu un cita veida sēdošām nodarbēm. Taču, neskatoties uz īstenotajām aktivitātēm reālajā dzīvē, cilvēkiem salīdzinoši ir ļoti svarīgi būt fiziski aktīviem, tāpat pastāv pretruna starp svarīgo un reāli īstenoto.

Kopumā uzvedības pieejas un modeļa individuālo dzīvesveida faktoru atbilžu sadalījuma biežums ļauj konstatēt pretrunīgas tendences. Lielākoties cilvēkiem ir svarīgi uzlabot un īstenot pozitīvo praksi šo faktoru ietvaros, taču reāli īstenotais mēdz būt pretrunā. Salīdzinoši bieži tiek lietota neveselīga pārtika, taču vienlaikus bieži tiek lietotas veselīga uztura pārtikas grupas. Salīdzinoši lielākā daļa cilvēku nesmēķē, smēķētāju vidū cigarešu patēriņš ir atšķirīgs. Alkohola patēriņš lielā daļā gadījumu ir regulārs un starp alkohola stipruma veidiem ir salīdzinoši proporcionāli līdzīgs, taču alkohola patēriņa samazinājums lielākoties netiek uztverts kā būtisks. Absolūti lielākā daļa no cilvēkiem regulāri lieto medikamentus, medikamentu patēriņš starp dažādām to grupām ir līdzīgs, salīdzinoši retāk tiek lietoti homeopātiskie medikamenti. Salīdzinoši reti tiek īstenotas fiziskās aktivitātes, aktīvā atpūta un sports, visbiežāk par brīvā laika nodarbi izvēloties dažāda veida sēdošas nodarbes, neskatoties uz to, ka ir svarīgi būt fiziski aktīvam. Šo faktoru kontekstā atbilžu sadalījuma biežums norāda uz konkrētās pieejas būtiskumu un dažādību atbildēs. Attiecīgi var tikt secināts, ka katrs no faktoriem ir jāskata arī atsevišķi, jo pastāv atšķirīgas tendences ne tikai starp faktoriem, bet arī starp katra faktora jautājumiem.

Kā otrā no sekojoši apskatāmajām jautājumu grupām ir psiho-sociālai pieejai un modeļa sociālo un kopienas tīklu faktoru līmenim saistošie jautājumi. Konkrētā pieeja un modeļa līmenis saistāms ar trīs sfērām: māja, darbs un sabiedrība. Attiecīgi visi no konstruētajiem jautājumiem ietver noteiktās trīs sfēras. Šajā modeļa līmenī ietilpst tādu faktoru kā sociālā un sabiedrības ietekme (savstarpējais atbalsts), sociāli ekonomiskā nevienlīdzība, zems sociālais statuss (subordinācija, dominance salīdzinājumā ar citiem), psiholoģiskie efekti (stress, nelabvēlīga gaisotne), balanss starp darbu un ārpus darbu, starp ieguldījumiem un ieguvumiem (saskarsme, drošība, atzinība, izaugsmes iespējas), savstarpējās attiecības (darbs, ģimene, draugi, sabiedrība), darba vides riska faktori (prasības, kontrole, spriedze) jautājumi.

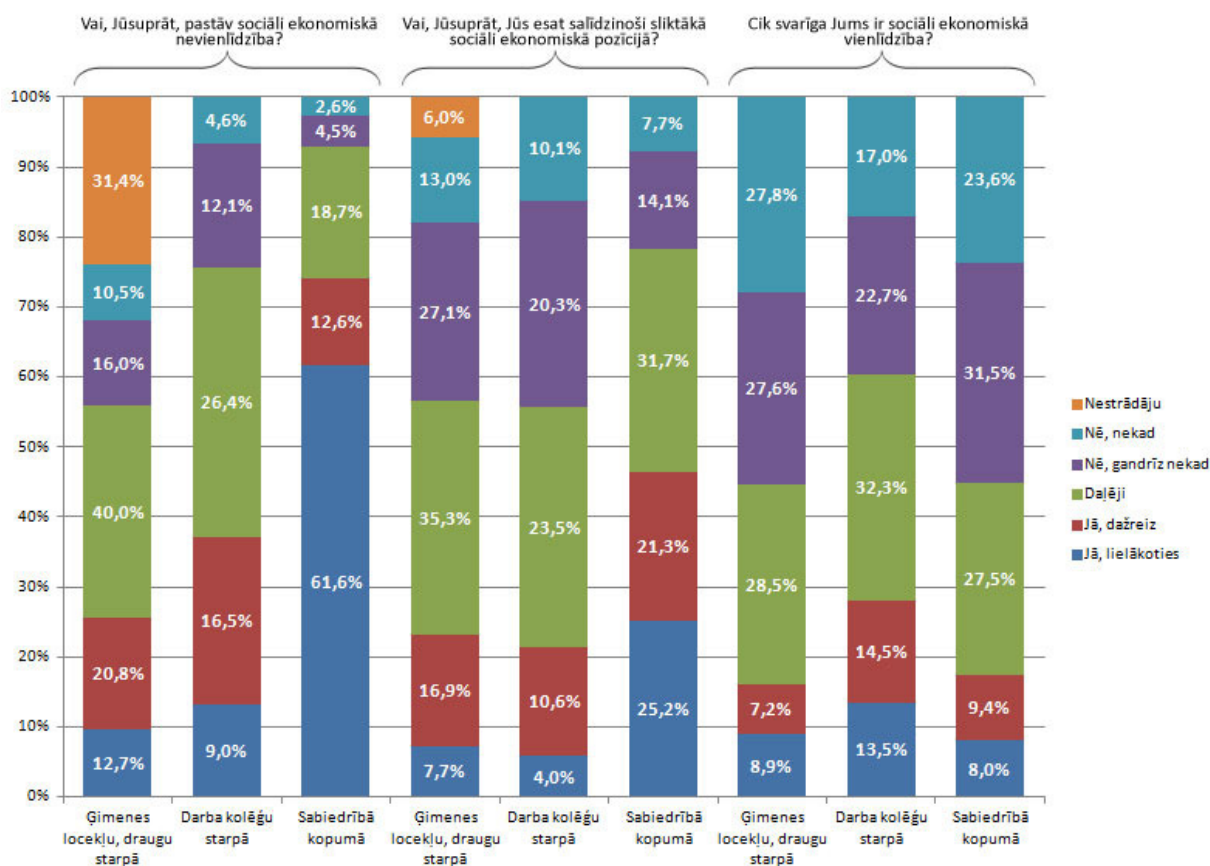


8.11. att. Atbilžu biežuma sadalījums sociālās un sabiedrības ietekmes (savstarpējā atbalsta) faktora jautājumu grupā

Sociālās un sabiedrības ietekmes (savstarpējā atbalsta) faktora jautājumu grupa liecina par atšķirībām starp ietvertajām sfērām atbilžu sadalījuma biežuma kontekstā. Jautājumā par to, vai pastāv savstarpējais atbalsts trīs sfēru kontekstā, pastāv atšķirības atbilžu biežuma sadalījumā. Absolūtais respondentu vairākums, 73,9% norāda, ka lielākoties pastāv savstarpējais atbalsts ģimenes locekļu un draugu starpā, 15,5% norāda, ka atbalsts pastāv dažreiz, 9,7%, ka daļēji, 0,7%, ka gandrīz nekad un tikai 0,2%, ka nekad. Jautājumā par to vai pastāv savstarpējais atbalsts darba kolēģu starpā atbilžu sadalījums atšķiras, jo 24,9% respondentu norāda, ka lielākoties tas pastāv, 23,5%, ka tas pastāv dažreiz, 16,8%, ka daļēji, 2,6%, ka gandrīz nekad, 0,6%, ka nekad un 31,6% respondentu norāda, ka nestrādā. Novērtējot savstarpējo atbalstu sabiedrībā kopumā, tikai 4,6% respondentu norāda, ka lielākoties sabiedrībā šis atbalsts pastāv, 22,1%, ka atbalsts pastāv dažreiz, 48,3%, ka daļēji, 18,6%, ka gandrīz nekad un 6,4%, ka nekad. Arī sekojošajā jautājumā par to, vai saslimšanas gadījumā pastāv iespēja pajauties, saņemt atbalstu un palīdzību trīs sfēru kontekstā pastāv atšķirības. Līdzīgi absolūtais respondentu vairākums, 75,3% norāda, ka

var paļauties, saņemt atbalstu un palīdzību no ģimenes locekļiem un draugiem, 15,5%, ka dažreiz, 7,1%, ka daļēji, 1,9%, ka gandrīz nekad un tikai 0,2% nekad. Sniedzot atbildes par paļaušanos, atbalsta saņemšanu un palīdzību no kolēģiem, 22,3% norāda, ka lielākoties saņem, 21,2% dažreiz, 16,4% daļēji, 6,7% gandrīz nekad, 1,9% nekad un 31,5% norāda, ka nestrādā. Sabiedrības kontekstā atbilžu sadalījums arī atšķiras, tikai 3,7% respondentu norāda, ka var paļauties, saņemt atbalstu un palīdzību no sabiedrības, 9,7% dažreiz, 33,7% daļēji, 28,6% gandrīz nekad un 24,3% nekad. Jautājumā, kur respondentiem tik lūgts novērtēt cik svarīgs viņiem ir savstarpējais atbalsts ģimenes locekļu, draugu starpā pastāv izteikti pozitīva tendence, jo atbilžu sadalījums liecina par lielākajā daļā gadījumu norādītu svarīgumu (73,7% ļoti svarīgs un 1,8% nepavisam nav svarīgs). Arī atbalsts kolēģu starpā lielākoties ir svarīgs, jo lielākajā daļā gadījumu tas tiek norādīts kā svarīgs (34,5% ļoti svarīgs un 7,7% nepavisam nav svarīgs). Mazāk taču svarīgs ir arī atbalsts sabiedrībā (22,5% ļoti svarīgs un 8,7% nepavisam nav svarīgs).

Kopumā pastāv atbilžu sadalījuma atšķirības starp ģimenes un draugu, starp kolēģu un starp sabiedrības sfēru. Pozitīvākās tendences sociālās un sabiedrības ietekmes, savstarpējā atbalsta kontekstā konstatējamas ģimenes un draugu sfēras ietvaros. Absolūti lielākajā daļā gadījumu tiek norādīts, ka pastāv savstarpējais atbalsts, var paļauties, saņemt atbalstu un palīdzību no ģimenes un draugiem. Lielā daļā gadījumu šī tendence konstatējama arī no kolēģiem, taču tendence salīdzinoši nav tik pozitīva. Par negatīvu tendenci liecina absolūti pretējs atbilžu sadalījums sabiedrības kontekstā. Tātad cilvēki lielākoties saņem savstarpējo atbalstu no ģimenes, retāk no kolēģiem un lielākoties gandrīz nekad no sabiedrības. Tendenci apstiprina arī savstarpējā atbalsta būtiskums, kur būtiskākais ir atbalsts no ģimenes un draugiem, mazāk būtisks kolēģu atbalsts un vēl mazāk sabiedrības.



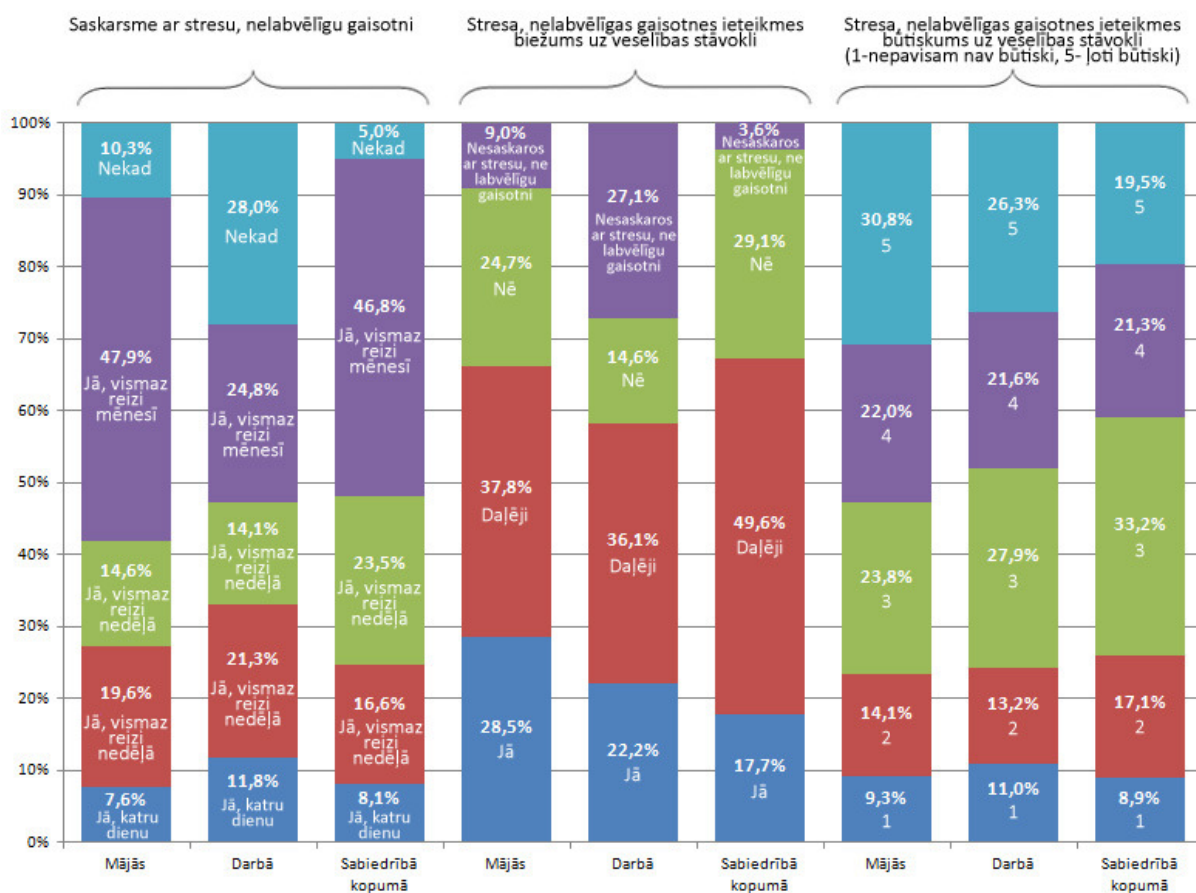
8.12. att. Atbilžu biežuma sadalījums sociāli ekonomiskās nevienlīdzības, zema sociālā statusa (subordinācija, dominānce salīdzinājumā ar citiem) faktora jautājumu grupā

Sociāli ekonomiskās nevienlīdzības, zema sociālā statusa (subordinācijas, dominānces salīdzinājumā ar citiem) faktora jautājumu grupa arī liecina par atšķirībām starp ietvertajām sfērām atbilžu sadalījuma biežuma kontekstā. Jautājumā par to, vai pastāv sociāli ekonomiskā nevienlīdzība trīs sfēru kontekstā, pastāv atšķirības atbilžu biežuma sadalījumā. 12,7% respondentu norāda, ka lielākoties pastāv sociāli ekonomiskā nevienlīdzība ģimenes locekļu un draugu starpā, 20,8% norāda, ka tā pastāv dažreiz, 40%, ka daļēji, 16%, ka gandrīz nekad un tikai 10,5%, ka nekad. Jautājumā par sociāli ekonomisko nevienlīdzību kolēģu starpā tikai 9% respondentu norāda, ka lielākoties tā pastāv, 16,5% norāda, ka tā pastāv dažreiz, 26,4%, ka daļēji, 12,1%, ka gandrīz nekad, 4,6%, ka nekad un 31,4% norāda, ka nestrādā. Būtiskas atšķirības atbilžu sadalījumā biežumā ir sekojošajā jautājumā par sociāli ekonomisko nevienlīdzību sabiedrībā, absolūtais respondentu vairākums, 61,6% norāda, ka lielākoties tā pastāv, 12,6% norāda, ka tā pastāv dažreiz, 18,7%, ka daļēji, 4,5%, ka gandrīz nekad un 2,6%, ka nekad.

Arī sekojošajā jautājumā par to, vai respondenti izjūt to, ka ir salīdzinoši sliktākā sociāli ekonomiskā pozīcijā trīs sfēru kontekstā, pastāv atšķirības. Novērtējot to vai atrodas salīdzinoši sliktākā sociāli ekonomiskā pozīcijā ģimenes locekļu un draugu starpā 7,7% respondentu norāda, ka lielākoties atrodas, 16,9%, ka atrodas dažreiz, 35,3%, ka daļēji, 27,1%, ka gandrīz nekad un 13%, ka nekad. Iepretī tikai 4% respondentu norāda, ka lielākoties atrodas salīdzinoši sliktākā sociāli ekonomiskā pozīcijā darba kolēģu starpā, 10,8% norāda, ka tā atrodas dažreiz, 23,5%, ka daļēji, 20,3%, ka gandrīz nekad, 10,1%, ka nekad un 31,5% norāda, ka nestrādā. Novērtējot sabiedrībā kopumā, 25,2% respondentu norāda, ka lielākoties atrodas sliktākā sociāli ekonomiskā pozīcijā, 21,3% norāda, ka tā atrodas dažreiz, 31,7%, ka daļēji, 14,1%, ka gandrīz nekad un tikai 7,7%, ka nekad.

Jautājumā, kur respondentiem tiek lūgts novērtēt cik svarīga viņiem ir sociāli ekonomiskā vienlīdzība ģimenes locekļu, draugu starpā pastāv pozitīva tendence, jo atbilžu sadalījums liecina par lielākajā daļā gadījumu norādītu svarīgumu (27,8% ļoti svarīgi un 8,9% nepavisam nav svarīgi). Par pretrunīgu tendenci liecina atbildes šī jautājuma kolēģu sfēras kontekstā, jo atbilžu biežuma sadalījums ir līdzīgs (17% ļoti svarīgi un 13,5% nepavisam nav svarīgi). Pozitīva tendence pastāv jautājuma sabiedrības kontekstā, jo absolūti lielākā daļa respondentu norāda par svarīgumu (23,6% ļoti svarīgi un tikai 8% nepavisam nav svarīgi).

Kopumā pastāv atbilžu sadalījuma atšķirības starp ģimenes un draugu, starp kolēģu un starp sabiedrības sfēru. Pārsvarā cilvēki uzskata, ka sociāli ekonomiskā nevienlīdzība starp ģimenes locekļiem, draugiem un kolēģiem pastāv dažreiz, taču starp sabiedrību kopumā tā pastāv lielākoties un par to norāda absolūtais vairākums. Novērtējot to vai atrodas salīdzinoši sliktākā sociāli ekonomiskā pozīcijā lielākajā daļā gadījumu starp ģimenes locekļiem, draugiem tiek norādīts, ka tas pastāv daļēji, kolēģu starpā retāk un sabiedrībā kopumā biežāk. Svarīgākā sociāli ekonomiska vienlīdzība ir sabiedrībā un starp ģimenes locekļiem draugiem, mazāk svarīga ir starp kolēģiem.



8.13. att. Atbilžu biežuma sadalījums psiholoģisko efektu (stresa, nelabvēlīgas gaisotnes) faktora jautājumu grupā

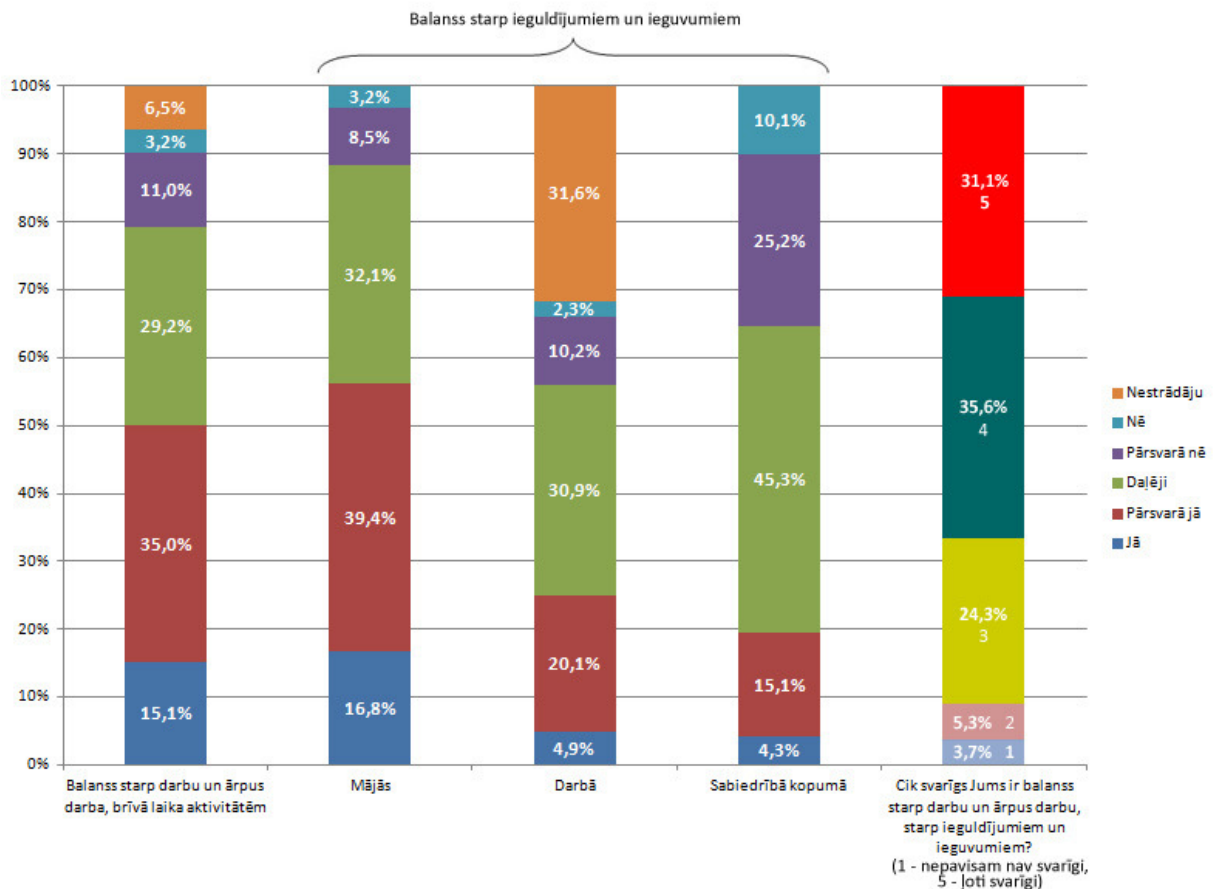
Psiholoģisko efektu (stresa, nelabvēlīgas gaisotnes) faktora jautājumu grupa arī liecina par atšķirībām starp ietvertajām sfērām atbilžu sadalījuma biežuma kontekstā. Jautājumā par to, vai saskaras ar stresu un nelabvēlīgu gaisotni trīs sfēru kontekstā, pastāv atšķirības atbilžu biežuma sadalījumā. 7,6% respondentu norāda, ka saskaras ar stresu un nelabvēlīgu gaisotni mājās katru dienu, 19,6% norāda, ka vismaz reizi nedēļā, 14,6%, ka vismaz reizi mēnesī, 47,9%, ka reti un 10,3%, ka nekad. Darbā ar stresu un nelabvēlīgu gaisotni saskaras biežāk, jo 11,8% norāda, ka katru dienu, 21,3% vismaz reizi nedēļā, 14,1% vismaz reizi mēnesī, 24,8% reti un 28% nekad (jāņem vērā nestrādājošo skaits). Sabiedrībā ar stresu un nelabvēlīgu gaisotni saskaras līdzīgi biežuma ziņā kā mājās, taču retāk nekā darbā, jo 8,1% katru dienu, 16,6% vismaz reizi nedēļā, 23,5% vismaz reizi mēnesī, 46,8% reti un 5% nekad.

Sekojošajā jautājumā par to vai stress, nelabvēlīga gaisotne ar, kuru saskaras trīs sfēru kontekstā rada ietekmi uz veselības stāvokli arī pastāv atbilžu sadalījuma biežuma atšķirības. 28,5% respondentu norāda, ka stress un nelabvēlīga gaisotne, ar kuru saskaras mājās rada ietekmi

uz veselības stāvokli, 37,8 norāda, ka rada daļēji, 24,7%, ka nerada un 9%, ka nesaskaras ar stresu un nelabvēlīgu gaisotni mājās. Arī stresa un nelabvēlīga gaisotne bieži rada ietekmi uz veselības stāvokli, jo 22,2 norāda, ka tā rada ietekmi, 36,1, ka daļēji, 14,6%, ka nerada un 27,1%, ka nesaskaras ar stresu un nelabvēlīgu gaisotni darbā (jāņem vērā nestrādājošo skaits). Salīdzinoši visbiežāk ietekmi uz veselības stāvokli atstāj stress un nelabvēlīga gaisotne, ar kuru saskaras sabiedrībā kopumā, 17,7% norāda, ka rada ietekmi, 49,6%, ka daļēji, 29,1%, ka nerada ietekmi un tikai 3,6% nesaskaras ar stresu un nelabvēlīgu gaisotni sabiedrībā kopumā.

Jautājumā, kur tiek lūgts novērtēt cik būtisku ietekmi uz veselības stāvokli rada stress, nelabvēlīga gaisotne, ar kuru saskaras mājās, pastāv negatīva tendence, jo atbilžu sadalījums liecina par lielākajā daļā gadījumu norādītu būtiskumu (30,8% ļoti būtiska un 9,3% nepavisam nav būtiska). Darba sfēras ietvaros saglabājas līdzīga negatīva tendence, arī šeit atbilžu sadalījums liecina par lielākajā daļā gadījumu norādītu būtiskumu (26,3% ļoti būtiska un 11% nepavisam nav būtiska). Sabiedrības sfēras ietvaros tiek norādīta mazāk būtiska ietekme, jo salīdzinoši mazāks ir to respondentu skaits, kas norāda uz tās būtiskumu (19,5% ļoti būtiska un 8,9% nepavisam nav būtiska).

Kopumā pastāv atbilžu sadalījuma atšķirības starp ietvertajām sfērām. Visbiežāk ar stresu un nelabvēlīgu gaisotni saskaras darbā, retāk mājās un sabiedrībā. Taču salīdzinoši visbiežāk ietekmi uz veselības stāvokli rada stress un nelabvēlīga gaisotne, ar kuru saskaras sabiedrībā, retāk darbā un mājās radītais. Stresa un nelabvēlīgas gaisotnes ietekmes būtiskums savukārt norāda uz pretēju tendenci, biežāk visbūtiskāko ietekmi rada mājās radītais, retāk darbā un visretāk sabiedrībā radītais.

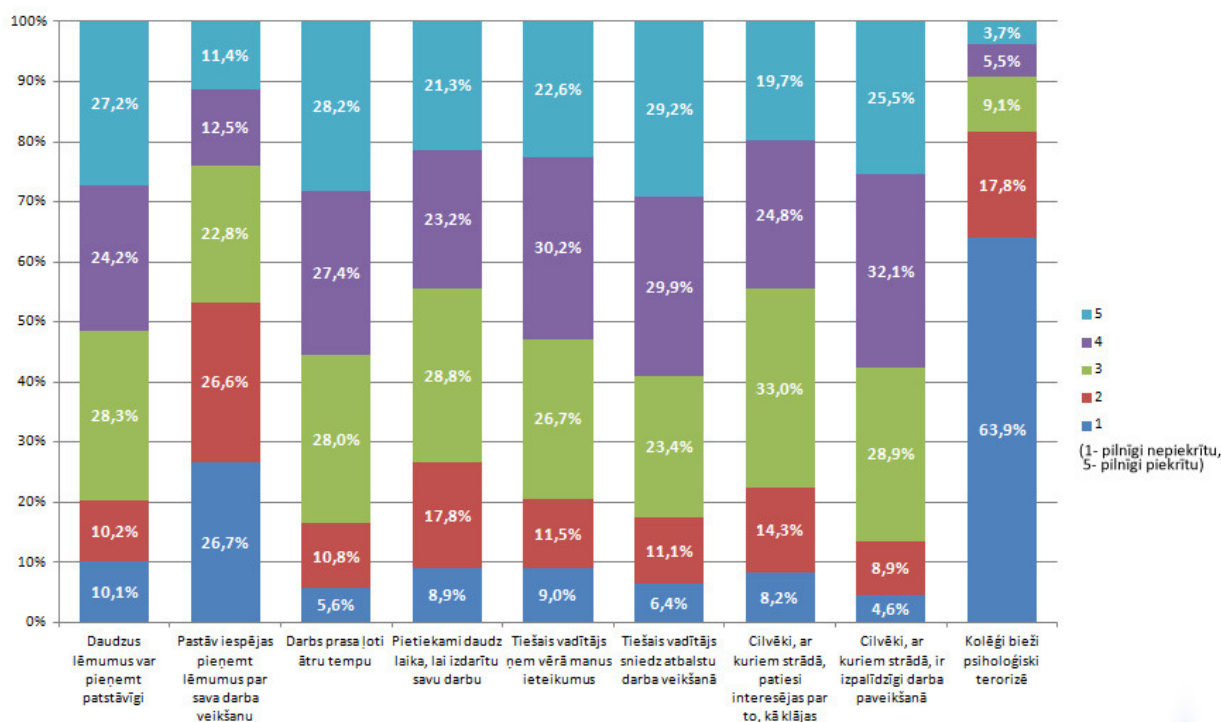


8.14. att. Atbilžu biežuma sadalījums balansa starp darbu un ārpus darbu, starp ieguldījumiem un ieguvumiem faktora jautājumu grupā

Balansa starp darbu un ārpus darbu, starp ieguldījumiem un ieguvumiem (saskarsmes, drošības, atzinības, izaugsmes iespēju) faktora jautājumu grupa arī liecina par atšķirībām starp ietvertajām sfērām atbilžu sadalījuma biežuma kontekstā. Jautājumā, kur tiek noskaidrots vai ikdienā pastāv balanss starp darbu un ārpus darbu, starp brīvā laika aktivitātēm, 15,1% norāda, ka pastāv, 35%, ka pārsvārā pastāv, 29,2%, ka daļēji, 11%, ka pārsvārā nepastāv, 3,2%, ka nepastāv un 6,5% saista šo jautājumu tiešā veidā ar darba tiesiskajām attiecībām, kuru nav. Jautājumā par to, vai pastāv balanss starp ieguldījumiem un ieguvumiem trīs sfēru kontekstā, pastāv atšķirības atbilžu sadalījuma biežumā starp sfērām. 16,8% respondentu norāda, ka mājās pastāv balanss starp ieguldījumiem un ieguvumiem 39,4%, ka pārsvārā pastāv, 32,1%, ka daļēji, 8,5%, ka pārsvārā nepastāv un 3,2%, ka nepastāv. Darba sfēras ietvaros atbilžu sadalījuma biežums nedaudz atšķiras, jo tikai 4,9% norāda, ka balanss pastāv, 20,1%, ka pārsvārā pastāv, 30,9%, ka daļēji, 10,2%, ka pārsvārā nepastāv, 2,3%, ka nepastāv un 31,6% norāda, ka nestrādā. Sabiedrības sfēras ietvaros sadalījums ir līdzīgs, 4,3% norāda, ka balanss pastāv, 15,1%, ka pārsvārā pastāv,

45,3%, ka daļēji, 25,2%, ka pārsvarā nepastāv, 10%, ka nepastāv. Jautājumā, kur tiek lūgts novērtēt cik svarīgs ir balanss starp darbu un ārpus darbu, starp ieguldījumiem un ieguvumiem pastāv pozitīva tendence, jo atbilžu sadalījums liecina par lielākajā daļā gadījumu norādītu svarīgumu (31,1% ļoti svarīgs un 3,7% nepavisam nav svarīgs).

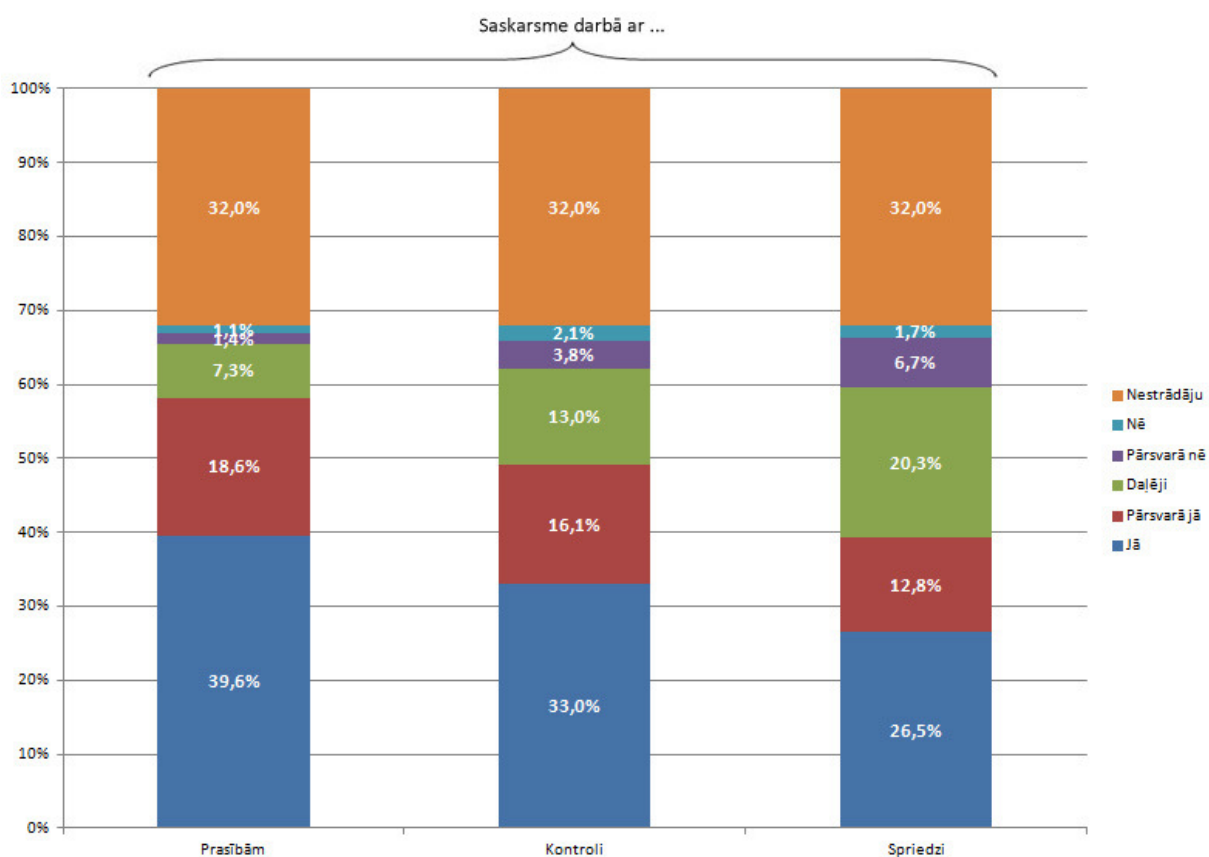
Kopumā lielākajā daļā gadījumu pastāv balanss starp darbu un ārpus darbu, starp brīvā laika aktivitātēm, lai gan lielu daļu, veido tie, kuriem šis balanss nepastāv vai pastāv tikai daļēji. Balanss starp ieguldījumiem un ieguvumiem visbiežāk pastāv mājās, darbā un sabiedrībā kopumā visbiežāk tas nepastāv vai pastāv tikai daļēji. Taču, neskatoties uz balansa trūkumu atsevišķās sfērās, lielākoties tas tiek uztverts kā svarīgs.



8.15. att. Atbilžu biežuma sadalījums darba vides riska faktora (prasības, kontrole, spriedze) jautājumu grupā

Darba vides riska faktora (prasības, kontrole, spriedze) jautājumu grupa liecina lielākajā daļā gadījumu par pozitīvām ietekmes tendencēm. Tiek izvirzīts jautājumu kopums ar lūgumu izteikt viedokli par to, cik lielā mērā respondenti piekrīt izvirzītajiem apgalvojumiem par viņu darbu. Lielākoties tiek norādīts, ka daudzus lēmumus darbā var pieņemt patstāvīgi, taču līdztekus ir salīdzinoši liela cilvēku proporcija, kas pilnīgi nepiekrīt šim apgalvojumam (27,2% pilnīgi piekrīt un 10,1% pilnīgi nepiekrīt). Lielākoties pastāv iespējas pieņemt lēmumus par sava darba veikšanu, taču lielai daļai tādas iespējas nepastāv, jo norāda, ka piekrīt apgalvojumam par mazām

iespējām pieņemt lēmumus (11,4% pilnīgi piekrīt, un 26,7% pilnīgi nepiekrīt). Pārsvārā tiek norādīts, ka darbs prasa ļoti ātru tempu, jo lielākā daļa piekrīt šim apgalvojumam (28,2% pilnīgi piekrīt, un tikai 5,6% pilnīgi nepiekrīt). Pārsvārā tiek norādīts, ka parasti ir pietiekami daudz laika, lai izdarītu savu darbu, jo lielākā daļa piekrīt šim apgalvojumam (21,3% pilnīgi piekrīt, un 8,9% pilnīgi nepiekrīt). Lielākajā daļā gadījumu tiek norādīts, ka tiešais vadītājs ņem vērā ieteikumus, jo lielākā daļa piekrīt šim apgalvojumam (22,6% pilnīgi piekrīt, un 9% pilnīgi nepiekrīt). Lielākajā daļā gadījumu tiek norādīts, ka tiešais vadītājs sniedz atbalstu darba veikšanā (29,2% pilnīgi piekrīt, un 6,4% pilnīgi nepiekrīt). Salīdzinoši mazāka cilvēku proporcija piekrīt apgalvojumam, ka cilvēki ar, kuriem tiek strādāts patiesi, interesējas par to, kā viņiem klājas (19,7% pilnīgi piekrīt, un 8,2% pilnīgi nepiekrīt). Līdztekus lielākajā daļā gadījumu tiek norādīts, ka cilvēki, ar kuriem tiek strādāts, ir izpalīdzīgi darba paveikšanā (25,5% pilnīgi piekrīt, un 4,6% pilnīgi nepiekrīt). Absolūtais vairākums nepiekrīt apgalvojumam par to, ka kolēģi bieži psiholoģiski terorizē (3,7% pilnīgi piekrīt, un 63,9% pilnīgi nepiekrīt).



8.16. att. Atbilžu biežuma sadalījums vides riska faktora (prasības, kontrole, spriedze) jautājumu grupā

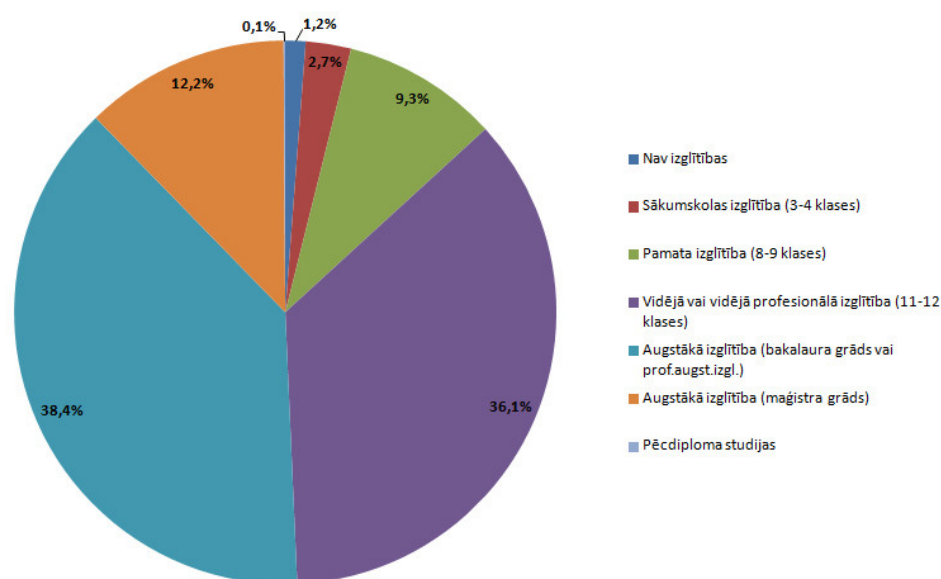
Nākamais jautājumu bloks, konkrētā faktora ietvaros, saistīts ar tiešiem jautājumiem par prasībām, kontroli un spriedzi darbā, kur pastāv salīdzinoši negatīva tendence. Absolūtais respondentu vairākums norāda, ka savā darba vidē saskaras ar prasībām (39,6% saskaras, 18,6% pārsvarā saskaras, 7,3% daļēji, 1,4% pārsvarā nesaskaras, tikai 1,1% nesaskaras un 32% norāda, ka nestrādā). Nedaudz mazāk, taču tāpat absolūtais respondentu vairākums norāda, ka savā darba vidē saskaras ar kontroli (33% saskaras, 16,1% pārsvarā saskaras, 13% daļēji, 3,8% pārsvarā nesaskaras, tikai 2,1% nesaskaras un 32% norāda, ka nestrādā). Vēl nedaudz mazāk, taču tāpat respondentu vairākums norāda, ka savā darba vidē saskaras ar spriedzi (26,5% saskaras, 12,8% pārsvarā saskaras, 20,3% daļēji, 6,7% pārsvarā nesaskaras, tikai 1,7% nesaskaras un 32% norāda, ka nestrādā).

Kopumā cilvēki lielākoties saskaras ar prasībām, kontroli un spriedzi darba vietā, kas liecina par negatīvu tendenci darba vides riska faktora ietvaros. Taču lielākajā daļā gadījumu pastāv arī pozitīvas tendences, jo darbā var tikt pieņemti patstāvīgi lēmumi, ir iespējas pieņemt šos lēmumus, parasti ir pietiekami daudz laika darba paveikšanai, vadītāji ņem vērā ieteikumus un sniedz atbalstu darba paveikšanā, darba kolēģi interesējas un ir izpalīdzīgi darba paveikšanā un psiholoģiski neterorizē, taču pārsvarā darbs prasa ātru tempu. Neskatoties uz pozitīvo šo jautājumu kontekstā lielākajā daļā gadījumu, ir jāņem vērā tomēr pastāvošā cilvēku proporcija, kas norāda par pretējo.

Kopumā psiho-sociālās pieejas un modeļa sociālo un kopienas tīklu faktoru līmeņa atbilžu sadalījuma biežums ļauj konstatēt atsevišķas pretrunīgas tendences. Kopumā pastāv atbilžu sadalījuma atšķirības starp ģimenes un draugu, starp kolēģu un starp sabiedrības sfēru. Sociālās un sabiedrības ietekmes, savstarpējā atbalsta faktora kontekstā konstatējamās, ka cilvēki lielākoties saņem savstarpējo atbalstu no ģimenes, retāk no kolēģiem un lielākoties gandrīz nekad no sabiedrības un kā būtiskākais arī tiek uztverts atbalsts no ģimenes un draugiem, mazāk būtisks kolēģu atbalsts un vēl mazāk sabiedrības. Sociāli ekonomiskās nevienlīdzības, zema sociālā statusa faktora jautājumu grupas atbilžu sadalījums norāda uz to, ka sociāli ekonomiskā nevienlīdzība starp ģimenes locekļiem, draugiem un kolēģiem pastāv dažreiz, taču lielākoties tā pastāv starp sabiedrību kopumā. Salīdzinoši sliktākā sociāli ekonomiskā pozīcijā starp ģimenes locekļiem, draugiem lielākoties atrodas daļēji, kolēģu starpā retāk un sabiedrībā kopumā biežāk. Svarīgākā sociāli ekonomiska vienlīdzība ir sabiedrībā un starp ģimenes locekļiem draugiem, mazāk svarīga ir starp kolēģiem. Psiholoģisko efektu faktora jautājumu grupas atbilžu sadalījums norāda uz to, ka visbiežāk ar stresu un nelabvēlīgu gaisotni saskaras darbā, retāk mājās un

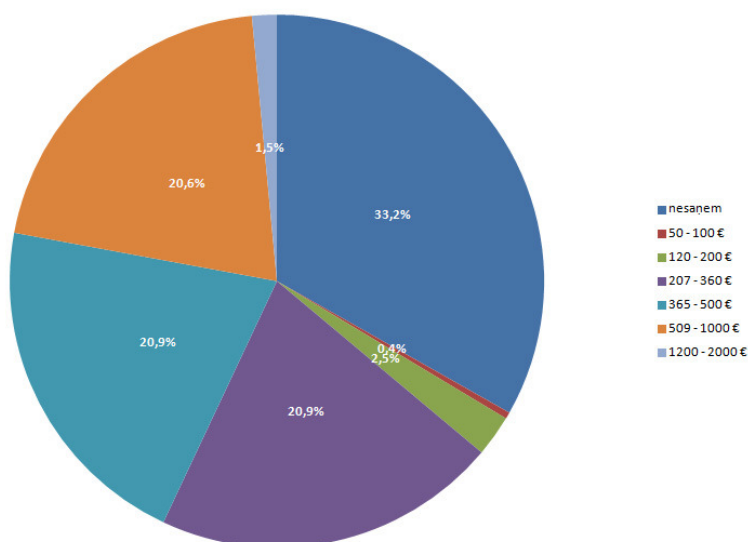
sabiedrībā. Salīdzinoši visbiežāk ietekmi uz veselības stāvokli rada stress un nelabvēlīga gaisotne, ar kuru saskaras sabiedrībā, retāk darbā un mājās radītais, kaut arī biežāk visbūtiskāko ietekmi rada mājās radītais, retāk darbā un visretāk sabiedrībā radītais. Balansa starp darbu un ārpus darbu, starp ieguldījumiem un ieguvumiem faktora jautājumu grupas atbilžu sadalījums norāda uz to, ka pārsvarā pastāv balanss starp darbu un ārpus darbu, starp brīvā laika aktivitātēm, lai gan lielu daļu veido tie, kuriem šis balanss nepastāv vai pastāv tikai daļēji. Visbiežāk tas pastāv mājās, un darbā, sabiedrībā visbiežāk tas nepastāv, lai gan tiek uzņemts kā svarīgs. Darba vides riska faktora jautājumu grupas atbilžu sadalījums norāda uz to, ka darba vietā lielākoties ir saskarsme ar prasībām, kontroli un spriedzi. Iepretī lielākoties darbā var tikt pieņemti patstāvīgi lēmumi, ir iespējas pieņemt šos lēmumus, parasti ir pietiekami daudz laika darba paveikšanai, vadītāji ņem vērā ieteikumus un sniedz atbalstu darba paveikšanā, darba kolēģi interesējas un ir izpalīdzīgi darba paveikšanā un psiholoģiski neterorizē, bet pārsvarā darbs prasa ātru tempu un pastāv vērā ņemama cilvēku proporcija, kas norāda par pretējo. Arī šo faktoru kontekstā pastāv dažādība atbildēs, katrs no faktoriem vērtējams atsevišķi, un pastāv atšķirīgas tendences ne tikai starp faktoriem, bet arī starp katra faktora jautājumiem.

Kā trešā no sekojoši apskatāmajām jautājumu grupām ir materiālistu pieejai un modeļa trešajam faktoru līmenim saistošie jautājumi. Šajā modeļa līmenī ietilpst tādu faktoru kā izglītības (izglītības līmeņa), darba vides (atalgojuma, drošības, taisnīgas izturēšanās), dzīves un darba apstākļu (ienākumu, patēriņa, labumu, pirkjspējas), bezdarba (nodarbinātības vai bezdarba veida), veselības aprūpes pakalpojumu (pieejamības un kvalitātes), pajumtes (dzīves vietas, apstākļu) jautājumi.



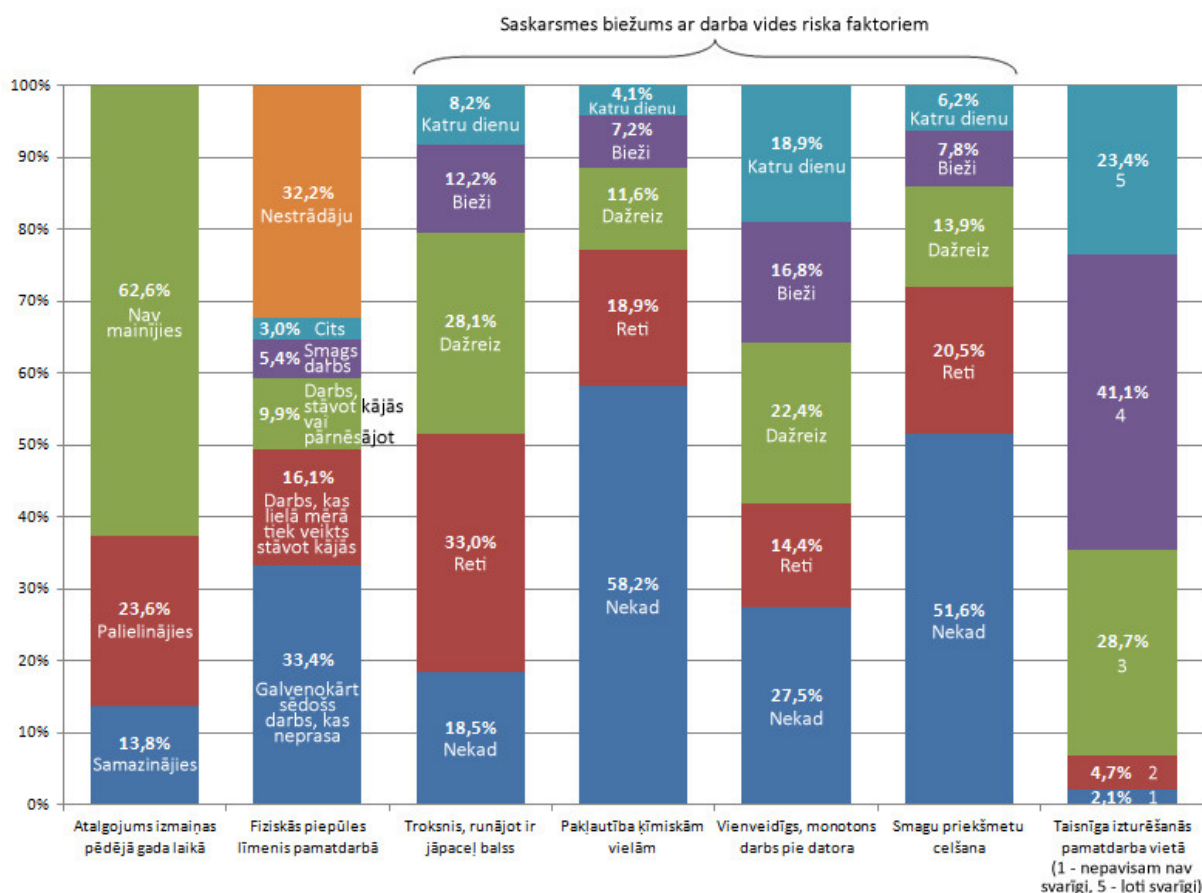
8.17. att. Atbilžu biežuma sadalījums izglītības faktora jautājumu grupā (augstākā pabeigtā izglītībā)

Izglītības faktora atbilžu sadalījuma biežums ļauj konstatēt izlasē iekļauto respondentu sadalījumu pa izglītības līmeņiem. Kā iepriekš tika minēts, jautājumā par augstāko pabeigto izglītību 1,2% no respondentiem norāda, ka izglītības nav, 2,7% ir sākumskolas izglītība, 9,3% pamata izglītība, 36,1% vidējā izglītība, 38,4% augstākā izglītība, 12,2% maģistra grāds un 0,1% pēcdiploma studijas. Tātad lielākajā daļā gadījumu respondentiem ir vai augstākā vai vidējā izglītība.



8.18. att. Atbilžu biežuma sadalījums pa šī brīža neto atalgojuma grupām (darba vides faktora jautājumu grupā)

Kopumā darba vides (atalgojuma, drošības, taisnīgas izturēšanās) faktora atbilžu sadalījuma biežums ļauj konstatēt atsevišķas negatīvas tendences. Respondentu atbilžu sadalījuma biežums pa šī brīža neto atalgojuma grupām ir šāds: 33,2% norāda, ka atalgojumu nesaņem, 0,4% norāda, ka šī brīža atalgojums ir no 50 līdz 100 eiro, 2,5% no 120 līdz 200 eiro, 20,9% no 207 līdz 360 eiro, 20,9% no 365 līdz 500 eiro, 20,6% no 509 līdz 1000 eiro un 1,5% no 1200 līdz 2000 eiro. Tātad absolūti lielākā daļa respondentu norāda, ka atalgojumu nesaņem vispār vai tas ir līdz 500 eiro mēnesī.



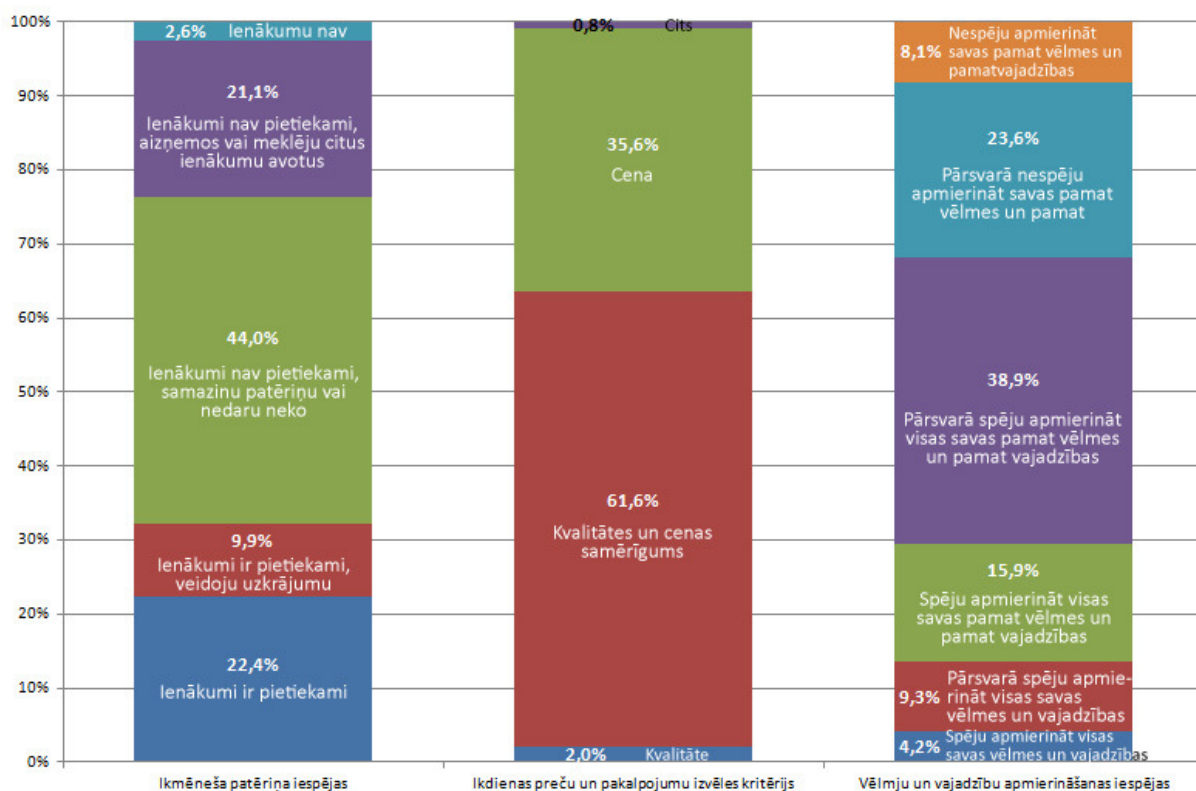
8.19. att. Atbilžu biežuma sadalījums darba vides faktora jautājumu grupā

Jautājumā par to kādā veidā atalgojums pēdējā gada laikā ir mainījies atbilžu sadalījuma biežums norāda uz noteiktu tendenci, jo absolūti lielākā respondentu daļa, 62,6% norāda, ka atalgojums pēdējā gada laikā nav mainījies un starp tiem, kuriem izmaiņas ir notikušas, lielākajā daļā gadījumu atalgojums ir palielinājies (23,6% norāda, ka palielinājies, 13,8%, ka samazinājies). Respondentu atbilžu sadalījuma biežums pa fiziskās piepūles līmeņiem pamatdarbā ir šāds: 33,4% galvenokārt ir sēdošs darbs, kas neprasa fizisku piepūli, 16,1% ir darbs, kas lielā mērā tiek veikts stāvēt kājās vai staigājot, bet citādi neprasa fizisko piepūli, 9,9%

ir darbs, stāvot kājās vai staigājot, bieži cilājot vai pārnēsājot priekšmetus, 5,4% ir smags vai ātrs darbs, kas ir fiziski grūts, 3% ir cita veida darbs un 32,2% norāda, ka nestrādā vispār. Tātad liela daļa respondentu ir bezdarbnieki, lielākā daļa īsteno darbu, ka neprasa fizisko piepūli, taču līdztekus apkopojot pārējos nodarbinātības veidus, liela daļa respondentu īsteno darbu, kas prasa dažāda līmeņa fizisko piepūli.

Tiek izvirzīts jautājumu kopums ar lūgumu norādīt to, cik bieži darbā ir saskarsme ar dažāda veida situācijām, dažāda veida darba vides riska faktoriem. Lielākoties tiek norādīts, ka darba vietā pastāv saskarsme ar troksni, tik skaļu, ka, runājot ir jāpaceļ balss (8,2% norāda, ka katru dienu, 12,2%, ka bieži, 28,1% dažreiz, 33% reti, 18,5% nekad). Taču lielākoties tiek norādīts, ka darba vietā nepastāv saskarsme ar pakļautību ķīmiskām vielām, izgarojumiem vai gāzu iedarbību (4,1% norāda, ka katru dienu, 7,2%, ka bieži, 11,6% dažreiz, 18,9% reti, 58,2% nekad). Salīdzinoši visbiežāk darba vietā pastāv saskarsme ar vienveidīgu, monotonu darbu pie datora (18,9% norāda, ka katru dienu, 16,8%, ka bieži, 22,4% dažreiz, 14,4% reti, 27,5% nekad). Retāk, taču lielā daļā gadījumu darba vietā pastāv saskarsme ar smagu priekšmetu, virs 20kg celšanu (6,2% norāda, ka katru dienu, 7,8%, ka bieži, 13,9% dažreiz, 20,5% reti, 51,6% nekad). Jautājumā par taisnīgu izturēšanos pamatdarbavietā tiek novērota salīdzinoši pozitīva tendence, jo lielākā daļa respondentu norāda, ka izturēšanās ir taisnīga (23,4% norāda, ka ļoti taisnīgi, 2,1% norāda, ka ļoti netaisnīgi).

Kopumā darba vides faktora atbilžu sadalījuma biežums norāda uz vairākām negatīvām tendencēm. Absolūti lielākajā daļā gadījumu atalgojums netiek saņemts vispār vai tas ir līdz 500 eiro mēnesī un atalgojums pēdējā gada laikā lielākajā daļā gadījumu nav mainījies. Liela daļa respondentu nestrādā, lielākā daļa īsteno darbu, ka neprasa fizisko piepūli, taču, apkopojot pārējos nodarbinātības veidus, liela daļa respondentu īsteno darbu, kas prasa dažāda līmeņa fizisko piepūli. Lielākajā daļā gadījumu pastāv saskarsme ar dažāda veida darba vides riska faktoriem, ar skaļu troksni, vienveidīgu, monotonu darbu, nedaudz retāk ar smagu priekšmetu celšanu un lielākoties nepastāv saskarsme ar pakļautību dažāda veida ķīmiskajām vielām. Taču, līdztekus visbiežāk tiek norādīts, ka pastāv taisnīga izturēšanās pamata darba vietā.

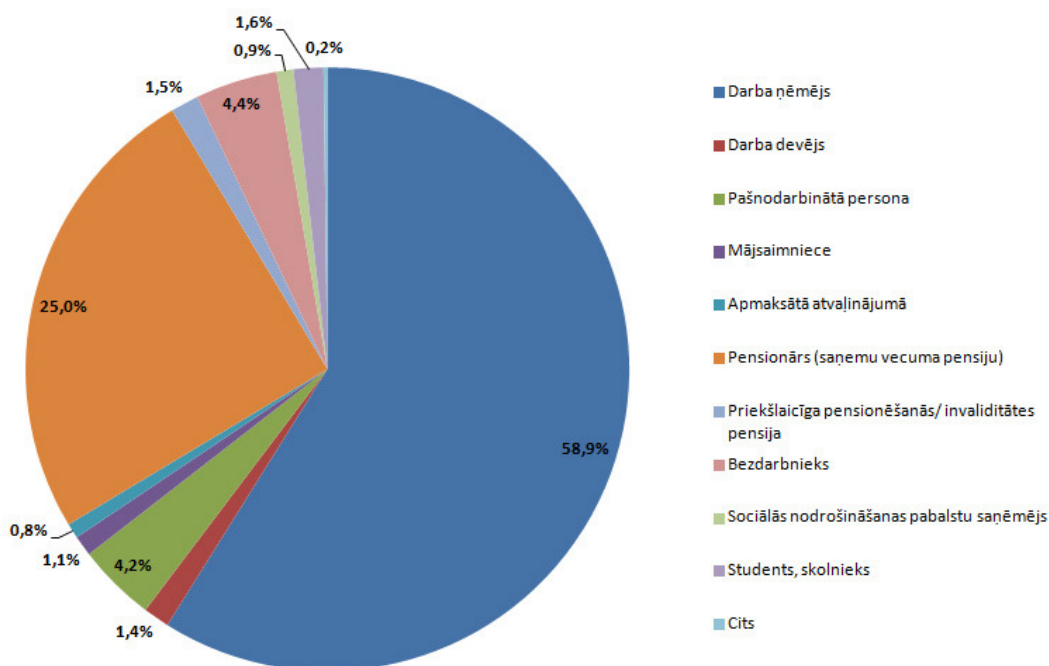


8.20. att. Atbilžu biežuma sadalījums dzīves un darba apstākļu faktora jautājumu grupā

Dzīves un darba apstākļu (ienākumu, patēriņa, labumu, pirktspējas) faktora atbilžu sadalījuma biežums arī ļauj konstatēt atsevišķas negatīvas tendences. Kā iepriekš tika norādīts, respondentu sadalījuma biežums pa vidējo mēneša ienākumu grupām ir šāds: 5,2% norāda, ka vidējie mēneša ienākumi ir līdz 100 eiro, 8,6% no 108 līdz 200 eiro, 34,8% no 203 līdz 360 eiro, 23,4% no 363 līdz 500 eiro, 25,1% no 507 līdz 1000 eiro un 2,9% no 1200 līdz 2500 eiro. Lielākajā daļā gadījumu vidējie mēneša ienākumi nepārsniedz 500 eiro mēnesī. Jautājumā, kur tiek lūgts norādīt izteikumu, kurš visprecīzāk raksturo ikmēneša patēriņa iespējas var tikt konstatēta negatīva tendence, jo lielākajā daļā gadījumu pastāv norāde uz ienākumu nepietiekamību (22,4% norāda, ka ienākumi ir pietiekami, 9,9%, ka ienākumi ir pietiekami un tiek veidots uzkrājums, 44%, ka ienākumi nav pietiekami un tiek samazināts patēriņš, vai netiek darīts nekas, 21,1%, ka ienākumi nav pietiekami un tiek meklēti citi ienākumu avoti vai aizņemas, 2,6%, ka ienākumu nav). Jautājumā, kur tiek lūgts norādīt kritēriju, kurš visprecīzāk raksturo ikdienas preču un pakalpojumu izvēli lielākā daļa respondentu norāda, ka tas ir kvalitātes un cenas samērīgums, taču negatīvā tendence ietvaros pastiprina salīdzinoši lielais to respondentu skaits, kas norāda cenu (tikai 2% norāda kvalitāti, 61,6% kvalitātes un cenas samērīgumu, 35,6% cenu, 0,8% citu). Jautājumā, kur tiek lūgts norādīt izteikumu, kurš

visprecīzāk raksturo ikdienas preču un pakalpojumu izvēli lielākā daļa respondentu norāda, ka pārsvarā spēj apmierināt savas pamat vēlmes un vajadzības, taču līdztekus ir daudz to cilvēku, kas nav spējīgi tās apmierināt (4,2% spēj apmierināt visas savas vēlmes un vajadzības, 9,3% pārsvarā spēj apmierināt visas savas vēlmes un vajadzības, 15,9% spēj apmierināt savas pamat vēlmes un vajadzības, 38,9% pārsvarā spēj apmierināt savas pamat vēlmes un vajadzības, 23,6% pārsvarā nespēj apmierināt savas pamat vēlmes un vajadzības, 8,1% nespēj apmierināt savas pamat vēlmes un vajadzības).

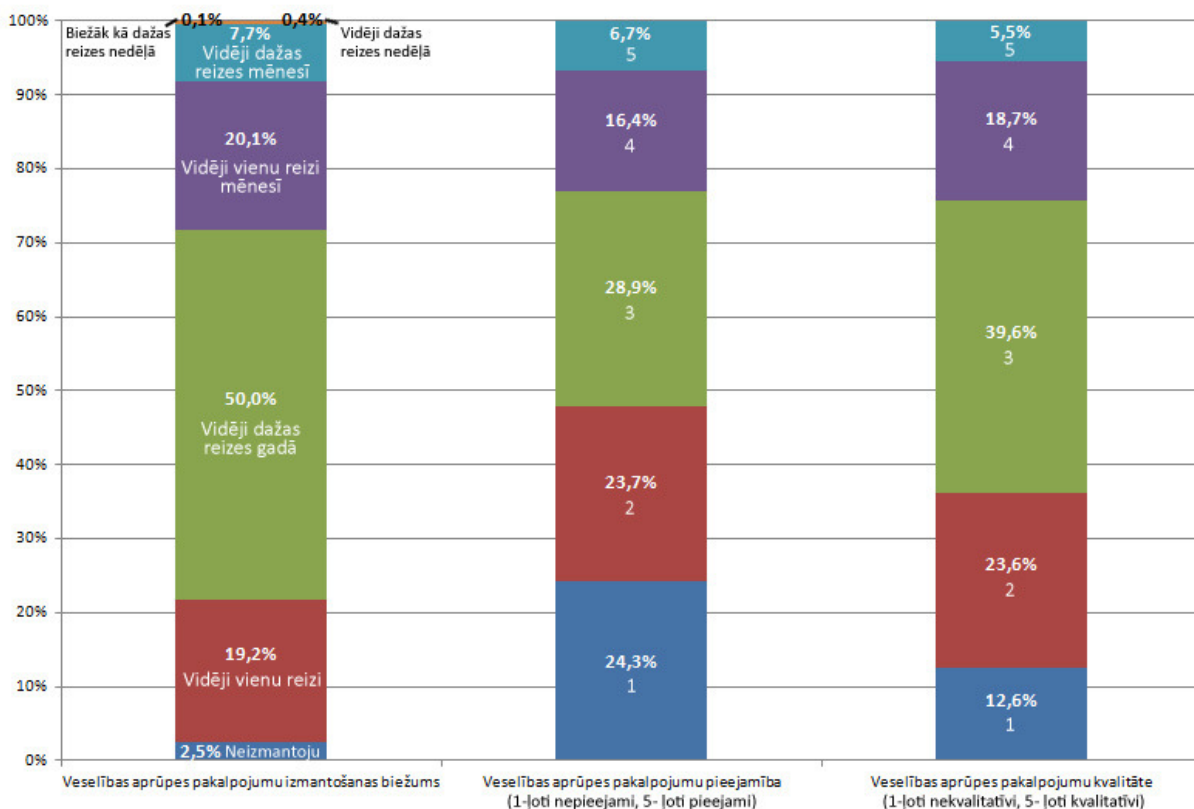
Kopumā darba dzīves un darba apstākļu faktora atbilžu sadalījuma biežums norāda uz vairākām negatīvām tendencēm. Pārsvarā vidējie mēneša ienākumi nepārsniedz 500 eiro mēnesī, un pārsvarā cilvēki norāda, ka ienākumi nav pietiekami. Visbiežāk norādītais kritērijs ikdienas preču un pakalpojumu izvēlei ir kvalitātes un cenas samērīgums, taču salīdzinoši liela ir to cilvēku proporcija, kas norāda cenu. Pārsvarā cilvēki spēj apmierināt savas pamat vēlmes un vajadzības, taču ir liela to cilvēku proporcija, kas to nespēj.



8.21. att. Atbilžu biežuma sadalījums pa nodarbinātības vai bezdarba veidiem (bezdarba, nodarbinātības faktors)

Bezdarba (nodarbinātības vai bezdarba veida) faktora atbilžu sadalījuma biežums ļauj konstatēt izlasē iekļauto respondentu sadalījumu pa nodarbinātības vai bezdarba veidiem. Kā iepriekš tika minēts, 58,9% respondentu ir darba ņēmēji, 1,4% ir darba devēji, 4,2% ir pašnodarbinātās personas, 1,1% mājsaimnieces, 0,8% atrodas apmaksātā atvaļinājumā, 25%

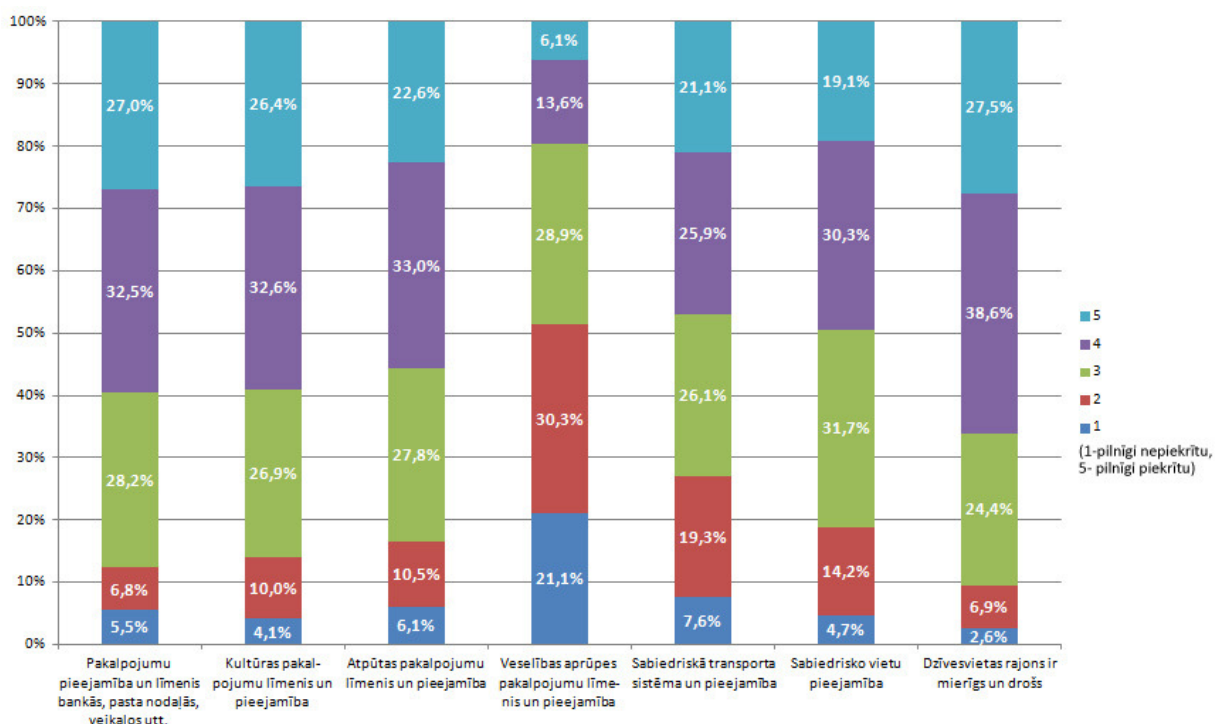
saņem vecuma pensiju, 1,5% saņem priekšlaicīgo pensiju vai invaliditātes pensiju, 4,4% ir bezdarbnieki, 0,9% ir sociālās nodrošināšanas pabalsta saņēmēji, 1,6% ir studenti vai skolnieki un 0,2% norāda, ka pamatnodarbošanās ir cita. Tātad lielākā daļa respondentu ir darba ņēmēji, taču salīdzinoši liela daļa respondentu ir bezdarbnieki.



8.22. att. Atbilžu biežuma sadalījums veselības aprūpes pakalpojumu (pieejamības un kvalitātes) faktora jautājumu grupā

Veselības aprūpes pakalpojumu (pieejamības un kvalitātes) faktora atbilžu sadalījuma biežums ļauj konstatēt atsevišķas negatīvas tendences. Jautājumā, kur tiek lūgts norādīt veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanas biežums, tiek konstatēts, ka tie tiek izmantoti salīdzinoši reti, pārsvarā ne biežāk kā dažas reizes gadā (2,5% norāda, ka neizmanto, 19,2%, ka izmanto vienu reizi gadā, 50%, ka vidēji dažas reizes gadā, 20,1% vidēji vienu reizi mēnesī, 7,7% vidēji dažas reizes mēnesī, 0,4% vidēji dažas reizes nedēļā un 0,1% biežāk nekā dažas reizes nedēļā). Jautājumā, kur tiek lūgts novērtēt izmantoto veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību pastāv negatīva tendence, jo salīdzinoši lielākā daļa respondentu norāda, ka pieejamība ir zema (tikai 6,7% norāda, ka pakalpojumi ir ļoti pieejami un 24,3%, ka ir ļoti nepieejami). Par līdzīgu negatīvu tendenci liecina veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes novērtējums, jo salīdzinoši

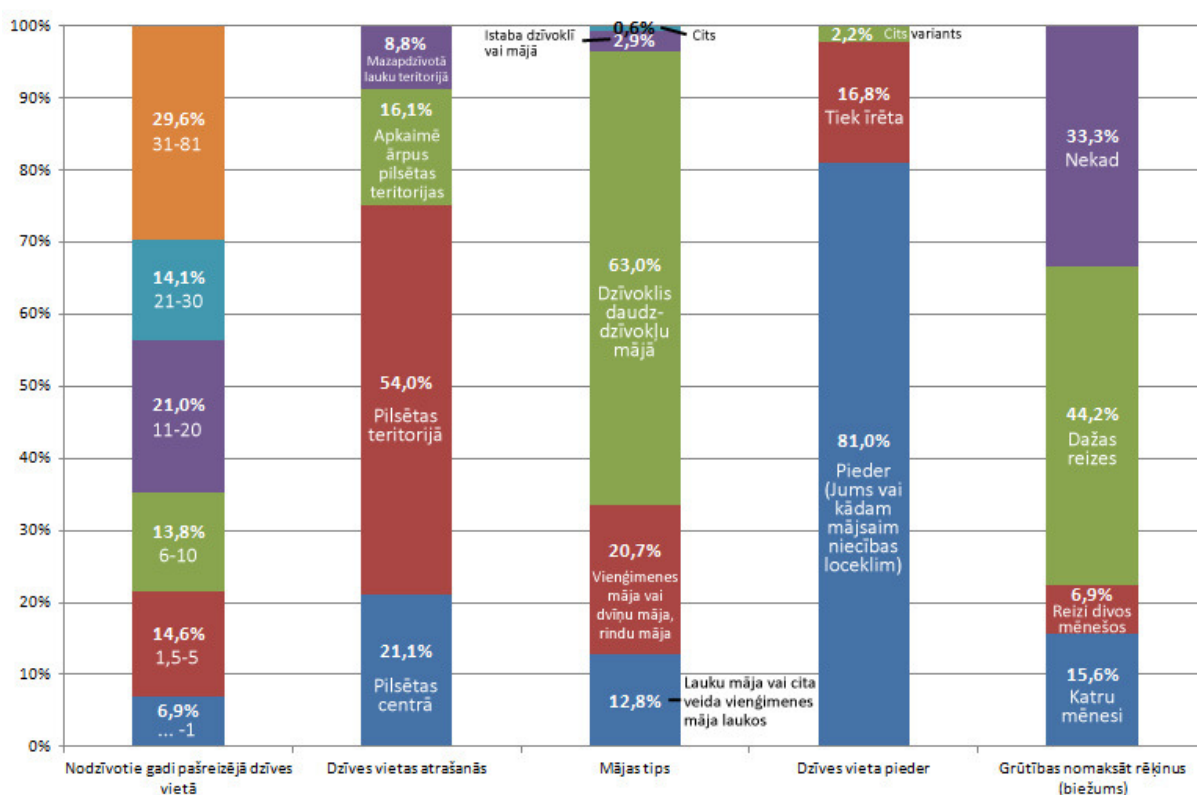
lielākā daļa respondentu norāda, ka kvalitāte ir zema (5,5% norāda, ka pakalpojumi ir ļoti kvalitatīvi un 12,6%, ka ir ļoti nepieejami). Iespējams, salīdzinoši retais veselības pakalpojumu izmantojums var tikt saistīts ar pakalpojuma pieejamības aspektu, jo kvalitāte, lai gan tiek novērtēta salīdzinoši zemu, taču tā tiek vērtēta kā nedaudz augstāka, nekā pieejamība. Kopumā veselības aprūpes pakalpojumu faktora atbilžu sadalījums liecina par vairākām negatīvām tendencēm. Pārsvārā veselības aprūpes pakalpojumi tiek izmantoti salīdzinoši reti, lielākoties ne biežāk kā dažas reizes gadā, pārsvārā pakalpojumu pieejamība tiek novērtēta kā zema un pakalpojumu kvalitāte nedaudz augstāk.



8.23. att. Atbilžu biežuma sadalījums pajumtes (dzīves vietas un apstākļu) faktora jautājumu grupā – pašreizējās pamata dzīves vietas apstākļu raksturojums

Pajumtes (dzīves vietas un apstākļu) faktora atbilžu sadalījuma biežums ļauj konstatēt atsevišķas būtiskas tendences. Tiek izvirzīts jautājumu kopums ar lūgumu norādīt to, cik lielā mērā respondenti piekrīt minētajiem apgalvojumiem par viņu pašreizējo pamata dzīvesvietu. Lielākoties respondenti piekrīt apgalvojumam, ka vispārējā pakalpojumu pieejamība un līmenis bankās, pasta nodaļās, veikalos ir labs (5,5% pilnīgi nepiekrīt, 27% pilnīgi piekrīt). Lielākā daļa respondentu piekrīt apgalvojumam, ka kultūras pakalpojumu līmenis un pieejamība ir laba (4,1% pilnīgi nepiekrīt, 26,4% pilnīgi piekrīt). Lielākā daļa respondentu piekrīt apgalvojumam, ka atpūtas pakalpojumu līmenis un pieejamība ir laba (6,1% pilnīgi nepiekrīt, 22,6% pilnīgi piekrīt).

Taču pilnīgi pretēji, lielākā daļa respondentu nepiekrīt apgalvojumam, ka veselības aprūpes pakalpojumu līmenis un pieejamība ir laba (21,1% pilnīgi nepiekrīt, 6,1% pilnīgi piekrīt). Lielākā daļa respondentu piekrīt apgalvojumam, ka sabiedriskā transporta sistēma un pieejamība ir laba (7,6% pilnīgi nepiekrīt, 21,1% pilnīgi piekrīt). Tāpat, lielākā daļa respondentu piekrīt apgalvojumam, ka sabiedrisko vietu pieejamība ir laba (4,7% pilnīgi nepiekrīt, 19,1% pilnīgi piekrīt). Lielākā daļa respondentu piekrīt apgalvojumam, ka dzīves vietas rajons ir mierīgs un drošs (2,6% pilnīgi nepiekrīt, 27,5% pilnīgi piekrīt). Pārsvārā tiek konstatētas pastāvošas pozitīvas tendences attiecībā uz dzīves vietu un tās apstākļiem, taču pārsteidzoša ir negatīvā tendence, novērtējot veselības aprūpes pakalpojumu līmeni un pieejamību.



8.24. att. Atbilžu biežuma sadalījums pajumtes (dzīves vietas un apstākļu) faktora jautājumu grupā – pašreizējās pamata dzīves vietas raksturojums

Jautājums par to, cik ilgi respondenti dzīvo savā pašreizējā dzīves vietā ļauj konstatēt izlasē iekļauto respondentu sadalījumu pa konkrētajām grupām: 6,9% līdz gadam, 14,6% no 1,5 līdz 5 gadiem, 13,8% no 6 līdz 10 gadiem, 21% no 11 līdz 20 gadiem, 14,1% no 21 līdz 30 gadiem un 29,6% no 31 līdz 81 gadam. Attiecīgi tas ļauj secināt, ka iepriekšminētais novērtējums par dzīves vietu un apstākļiem ir pamatots ilgstošas dzīves vietas novērtējuma ietvaros. Kā iepriekš tika minēts, jautājumā par pašreizējās pamata dzīvesvietas atrašanos 21,1% respondentu

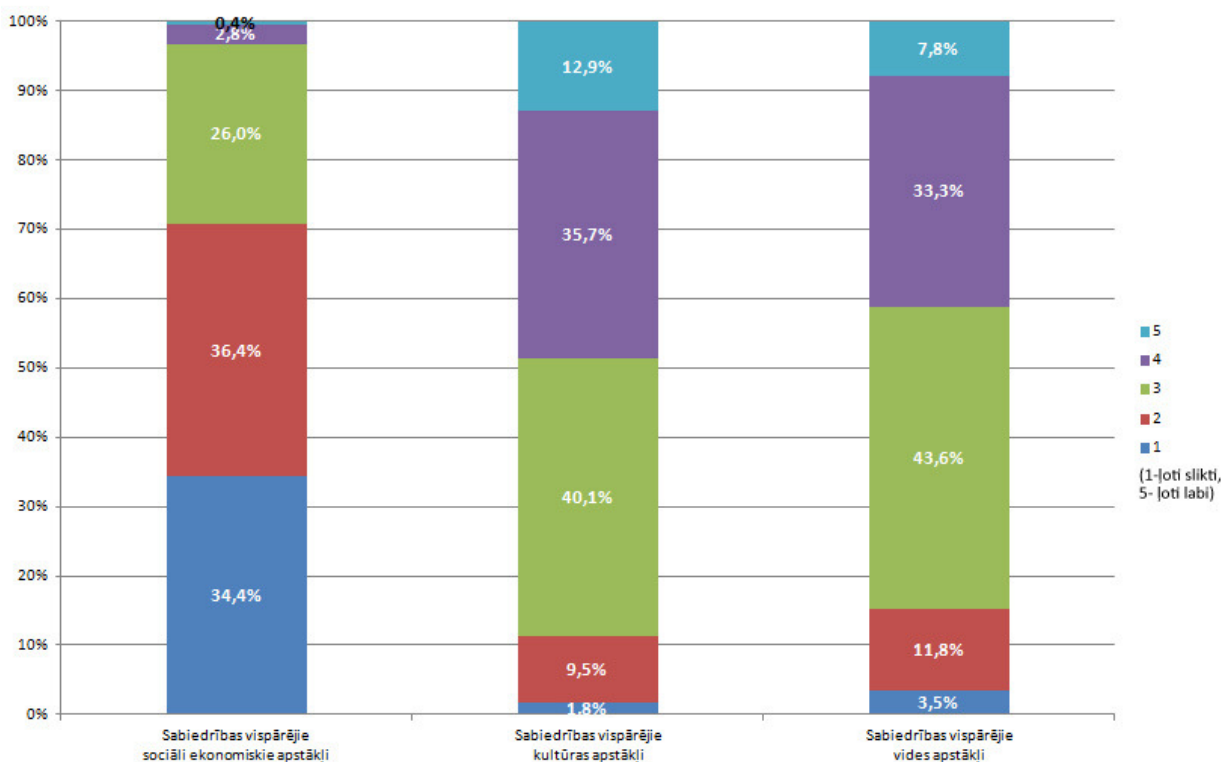
norāda, ka tā atrodas pilsētas centrā, 54%, ka pilsētas teritorijā ārpus centra, 16,1%, ka apkaimē ārpus pilsētas teritorijas un 8,8%, ka mazapdzīvotā lauku teritorijā. Jautājumā par mājas tipu, kurā tiek dzīvots 12,8% respondentu norāda, ka dzīvo lauku mājā vai cita veida viengimenes mājā laukos, 20,7%, ka dzīvo viengimenes mājā, dvīņu mājā vai rindu mājā, 63%, ka dzīvo dzīvoklī daudzdzīvokļu mājā, 2,9%, ka dzīvo istabā dzīvoklī vai mājā un 0,6%, ka cita veida mājvietā. 81% respondentu norāda, ka mājvieta pieder viņiem vai kādam mājsaimniecības loceklim, 16,8%, ka tā tiek īrēta un 2,2% gadījumu pastāv cits variants. Tātad lielākā respondentu daļa dzīvo pilsētas teritorijā ārpus centra, dzīvoklī daudzdzīvokļu mājā, kas pieder viņiem vai kādam mājsaimniecības loceklim. Par negatīvu tendenci liecina sekojošais jautājums, kur respondentiem tiek lūgts norādīt, cik bieži pēdējā gada laikā viņi ir saskārušies ar grūtībām nomaksāt rēķinus. Absolūti lielākā respondentu daļa norāda, ka ir saskārušies ar grūtībām veikt rēķinu nomaksu (15,6% katru mēnesi, 6,9% reizi divos mēnešos, 44,2% dažas reizes, 33,3% nekad).

Kopumā pajumtes faktora atbilžu sadalījums liecina par vairākām negatīvām un pozitīvām tendencēm. Lielākoties tiek konstatēts pozitīvs novērtējums attiecībā uz dzīves vietu un tās apstākļiem, taču pārsteidzoši zems ir veselības aprūpes pakalpojumu līmeņa un pieejamības novērtējums. Lielākā daļa respondentu ilgstoši dzīvo esošajā dzīves vietā, pārsvarā dzīvo pilsētas teritorijā ārpus centra, dzīvoklī daudzdzīvokļu mājā, kas pieder viņiem vai kādam mājsaimniecības loceklim. Par negatīvu tendenci liecina fakts, ka absolūti lielākā respondentu daļa norāda, ka ir saskārušies ar grūtībām veikt rēķinu nomaksu.

Kopumā materiālistu pieejas un modeļa trešā faktoru līmeņa atbilžu sadalījuma biežums ļauj konstatēt salīdzinoši negatīvas tendences. Lielākajā daļā gadījumu respondentiem ir vai augstākā vai vidējā izglītība. Lielākoties atalgojums netiek saņemts vispār vai tas ir līdz 500 eiro mēnesī un atalgojums pēdējā gada laikā nav mainījies. Liela daļa respondentu nestrādā, un starp strādājošiem lielākā daļa īsteno darbu, ka neprasa fizisko piepūli. Pārsvarā pastāv saskarsme ar dažāda veida darba vides riska faktoriem, ar skaļu troksni, vienveidīgu, monotonu darbu, nedaudz retāk ar smagu priekšmetu celšanu un nepastāv saskarsme ar pakļautību dažāda veida ķīmiskajām vielām. Pārsvarā pastāv taisnīga izturēšanās pamata darba vietā. Pārsvarā vidējie mēneša ienākumi nepārsniedz 500 eiro mēnesī un ienākumi nav pietiekami. Visbiežāk norādītais kritērijs ikdienas preču un pakalpojumu izvēlei ir kvalitātes un cenas samērīgums, taču salīdzinoši liela ir to cilvēku proporcija, kas norāda cenu. Pārsvarā cilvēki spēj apmierināt savas pamat vēlmes un vajadzības, taču ir liela to cilvēku proporcija, kas to nespēj. Lielākā daļa respondentu ir darba

ņēmēji. Pārsvārā veselības aprūpes pakalpojumi tiek izmantoti salīdzinoši reti, ne biežāk kā dažas reizes gadā, pārsvārā pakalpojumu pieejamība un kvalitāte tiek novērtēta kā zema. Pārsvārā pastāv pozitīvs novērtējums attiecībā uz dzīves vietu un apstākļiem, zems ir veselības aprūpes pakalpojumu līmeņa un pieejamības novērtējums. Lielākā daļa respondentu ilgstoši dzīvo esošajā dzīves vietā, pārsvārā dzīvo pilsētas teritorijā ārpus centra, dzīvoklī daudzdzīvokļu mājā, kas pieder viņiem vai kādam mājsaimniecības loceklim. Absolūti lielākā respondentu daļa norāda, ka ir saskārušies ar grūtībām veikt rēķinu nomaksu.

Kā ceturtnā no sekojoši apskatāmajām jautājumu grupām ir vispārējo sociāli ekonomisko, kultūras un vides apstākļu pieejai un modeļa sabiedrības ceturtnajam faktoru līmenim saistošie jautājumi. Šajā modeļa līmenī ietilpst tāda tieši definēta faktora kā vispārējo sociāli ekonomisko, kultūras un vides apstākļu jautājumi.

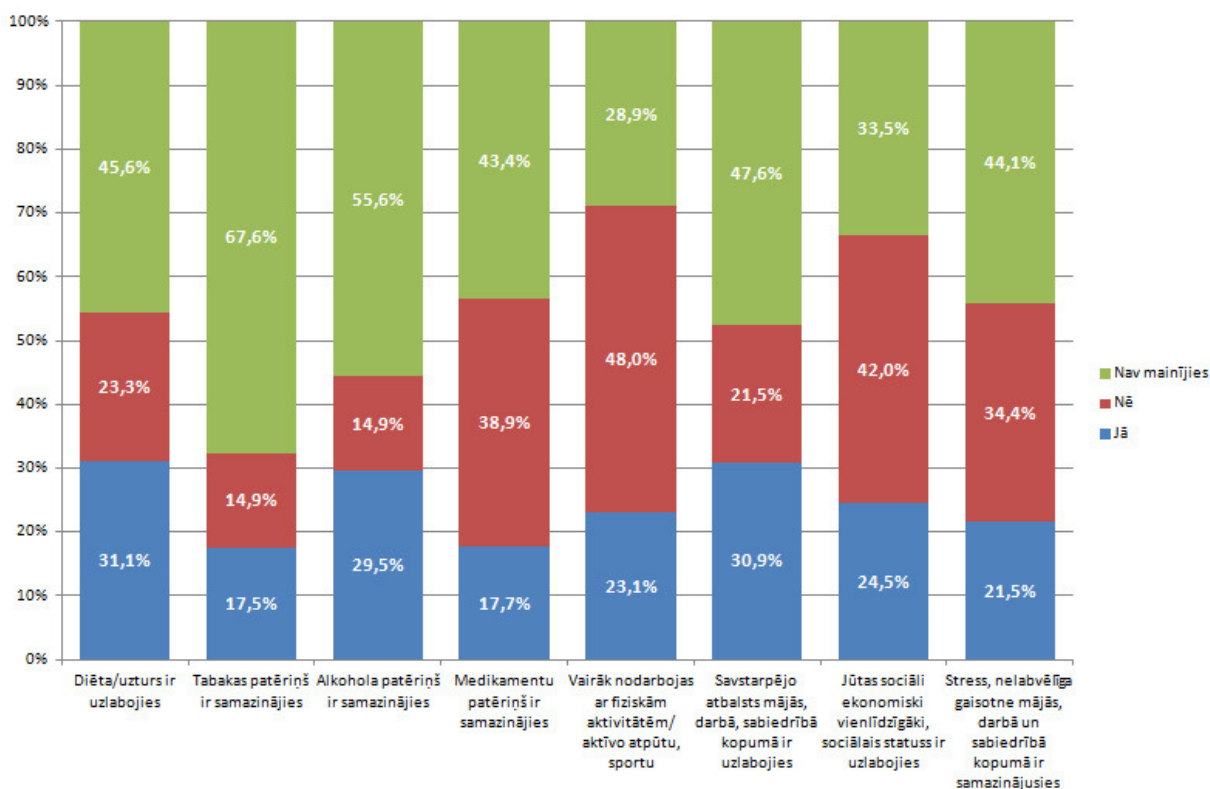


8.25. att. Atbilžu biežuma sadalījums vispārējo sociāli ekonomisko, kultūras un vides apstākļu faktora jautājumu grupā – apstākļu novērtējums

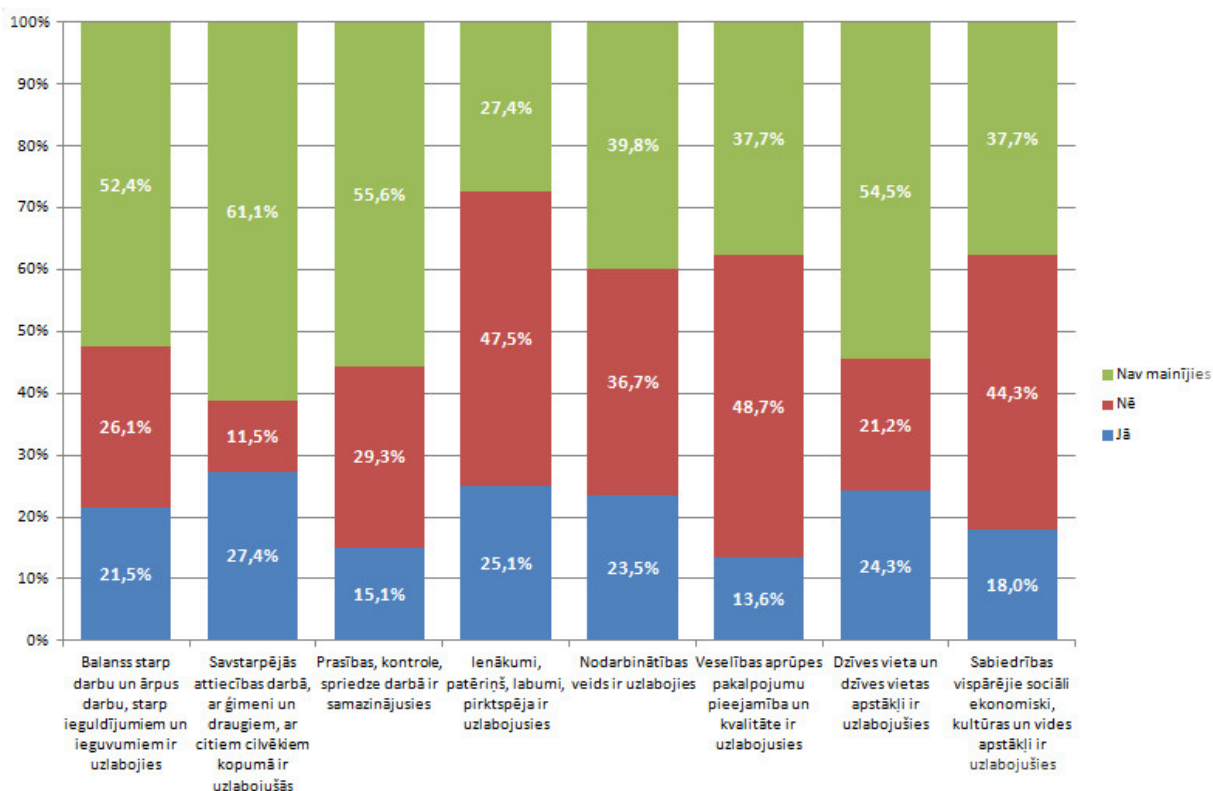
Jautājumā, kur tiek lūgts atsevišķi novērtēt katru no vispārējiem apstākļiem, tiek konstatētas vairākas būtiskas tendences. Sabiedrības vispārējie sociāli ekonomiskie apstākļi lielākajā daļā gadījumu tiek novērtēti kā slikti, jo lielākā daļa no sniegtajām atbildēm iekļaujas sliktā novērtējuma ietvaros (34,4% novērtē kā ļoti sliktus un tikai 0,4% kā ļoti labus). Iepretī

sabiedrības vispārējie kultūras apstākļi lielākajā daļā gadījumu tiek novērtēti kā labi, par to liecina atbilžu sadalījuma biežums (tikai 1,8% novērtē kā ļoti sliktus un 12,9% kā ļoti labus). Sabiedrības vispārējie vides apstākļi lielākajā daļā gadījumu tiek novērtēti kā vidēji ar virzību uz pozitīvu novērtējumu, par to liecina atbilžu sadalījuma biežums (tikai 3,5% novērtē kā ļoti sliktus, 7,8% kā ļoti labus un 43,6% kā vidējus). Kopumā vispārējo sociāli ekonomisko, kultūras un vides apstākļu pieejas un modeļa sabiedrības ceturtā faktoru līmeņa atbilžu sadalījuma biežums ļauj konstatēt vairākas atšķirīgas novērtējuma tendences. Pārsvārā sabiedrības vispārējie sociāli ekonomiskie apstākļi tiek novērtēti kā slikti, vispārējie kultūras apstākļi kā labi un vispārējie vides apstākļi kā vidēji ar virzību uz labu novērtējumu.

Kā piektā no sekojoši apskatāmajām jautājumu grupām ir dzīves gājuma pieejai un modeļa visiem līmeņiem dzīves gājuma kontekstā saistošie jautājumi. Šajā modeļa līmenī ietilpst tādu faktoru kā trūkumu un priekšrocību uzkrāšanās, individuālās pieredzes, veselības stāvokļa iepriekšējos dzīves gados, iepriekšējo sociāli ekonomisko grūtību, ģenētikas un vecāku fona jautājumi.



8.26. att. Atbilžu biežuma sadalījums trūkumu un priekšrocību, uzkrāšanas, individuālās pieredzes faktora jautājumu grupā – cik lielā mērā piekrīt apgalvojumam (1. daļa)



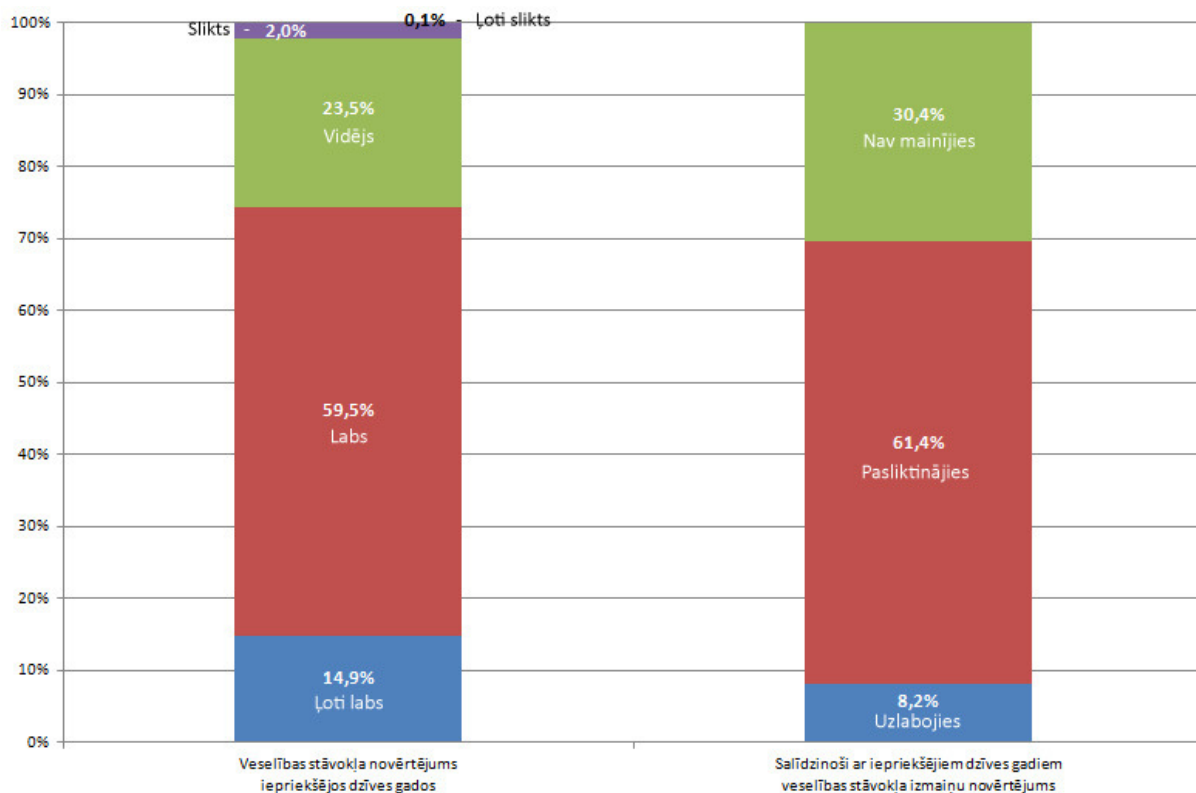
8.27. att. Atbilžu biežuma sadalījums trūkumu un priekšrocību, uzkrāšanas, individuālās pieredzes faktora jautājumu grupā – cik lielā mērā piekrīt apgalvojumam (2. daļa)

Kopumā trūkumu un priekšrocību uzkrāšanās, individuālās pieredzes faktora atbilžu sadalījuma biežums ļauj konstatēt atsevišķas negatīvas tendences. Tiek izvirzīts jautājumu kopums ar lūgumu norādīt to, cik lielā mērā respondenti piekrīt minētajiem apgalvojumiem par šī brīža dažādiem dzīves aspektiem salīdzinot ar iepriekšējiem dzīves gadiem. Lielākoties respondenti norāda, ka viņu diēta un uzturs nav mainījies (31,1% norāda, ka uzlabojies, 23,3%, ka pasliktinājies un 45,6% nav mainījies). Arī tabakas patēriņš pārsvarā nav mainījies (17,5% norāda, ka samazinājies, 14,9%, ka palielinājies un 67,6% nav mainījies). Pārsvarā alkohola patēriņš arī nav mainījies, taču salīdzinoši liela proporcija respondentu norāda, ka tas ir samazinājies (29,5% norāda, ka samazinājies, 14,9%, ka palielinājies un 55,6% nav mainījies). Lielā daļā gadījumu medikamentu patēriņš arī nav mainījies, taču salīdzinoši liela proporcija respondentu norāda, ka tas ir palielinājies (17,7% norāda, ka samazinājies, 38,9%, ka palielinājies un 43,4% nav mainījies). Pārsvarā cilvēki mazāk nodarbojas ar fiziskajām aktivitātēm, aktīvo atpūtu un sportu (23,1% norāda, ka vairāk nodarbojas, 48%, ka mazāk un 28,9% fizisko aktivitāšu līmenis nav mainījies). Galvenokārt tiek norādīts, ka savstarpējais atbalsts mājās, darbā un sabiedrībā nav mainījies (21,5% norāda, ka samazinājies, 30,9%, ka palielinājies un 47,6%

nav mainījies). Pārsvārā cilvēki norāda, ka jūtas sociāli ekonomiski nevienlīdzīgi un viņu sociālais statuss ir pasliktinājies (24,5% norāda, ka uzlabojies, 42%, ka pasliktinājies un 33,5 nav mainījies). Pārsvārā tiek norādīts, ka stress, nelabvēlīgas gaisotnes mājās, darbā un sabiedrībā kopumā apstākļi nav mainījušies, taču ir salīdzinoši liela respondentu proporcija, kas norāda, ka šie apstākļi ir pasliktinājušies (21,5%, ka uzlabojušies, 34,4%, ka pasliktinājušies, 44,1% nav mainījušies). Lielākā daļa respondentu norāda, ka balanss starp darbu un ārpus darbu, starp ieguldījumiem un ieguvumiem nav mainījies (21,5% norāda, ka uzlabojies, 26,1%, ka pasliktinājies un 52,4% nav mainījies). Pārsvārā arī savstarpējās attiecības darbā, ar ģimeni un draugiem, ar citiem cilvēkiem kopumā nav mainījušās (27,4% norāda, ka uzlabojušās, 11,5%, ka pasliktinājušās un 61,1%, ka nav mainījušās). Pārsvārā arī prasības, kontrole un spriedze darbā nav mainījušās, taču salīdzinoši liela proporcija norāda, ka tās ir palielinājušās (15,1% norāda, ka samazinājušās, 29,3%, ka palielinājušās un 55,6%, ka nav mainījušās). Negatīvi vērtējams fakts, ka pārsvārā ienākumi, patēriņš, labumi un pirktpēja ir pasliktinājušies (25,1% norāda, ka uzlabojusies, 47,5%, ka pasliktinājušies, 27,4%, ka nav mainījusies). Pārsvārā cilvēku nodarbinātības veids ir pasliktinājies vai nav mainījies (23,5% norāda, ka uzlabojies, 36,7%, ka pasliktinājies un 39,8%, ka nav mainījies). Lielākajā daļā gadījumu tiek norādīts, ka izmantoto veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība un kvalitāte ir pasliktinājusies (13,6% norāda, ka uzlabojusies, 48,7%, ka pasliktinājusies un 37,7%, ka nav mainījusies). Pārsvārā dzīves vieta un dzīves vietas apstākļi nav mainījušies (24,3% norāda, ka uzlabojušies, 21,2%, ka pasliktinājušies un 54,5%, ka nav mainījušies). Taču pārsvārā tiek norādīts, ka sabiedrības vispārējie sociāli ekonomiskie, kultūras un vides apstākļi ir pasliktinājušies (18% norāda, ka uzlabojušies, 44,3%, ka pasliktinājušies un 37,7%, ka nav mainījušies).

Kopumā trūkumu un priekšrocību uzkrāšanās, individuālās pieredzes faktora atbilstu sadalījums liecina par to, ka liela daļa no dažādiem dzīves aspektiem nav mainījušies, līdztekus daudzi aspekti ir pasliktinājušies. Pārsvārā nav mainījies: diēta un uzturs, tabakas patēriņš, alkohola patēriņš, medikamentu patēriņš (salīdzinoši būtiska palielinājuma proporcija), atbalsts mājās, darbā un sabiedrībā, stress un nelabvēlīga gaisotne mājās, darbā un sabiedrībā kopumā, balanss starp darbu un ārpus darbu, starp ieguldījumiem un ieguvumiem, savstarpējās attiecības, prasības, kontrole un spriedze darbā (salīdzinoši būtiska palielinājuma proporcija), dzīves vieta un dzīves vietas apstākļi. Pārsvārā pasliktinājies: mazāk nodarbojas ar fiziskajām aktivitātēm, aktīvo atpūtu un sportu, jūtas sociāli ekonomiski nevienlīdzīgi un sociālais statuss ir pasliktinājies, ienākumi, patēriņš, labumi un pirktpēja, nodarbinātības veids, izmantoto veselības

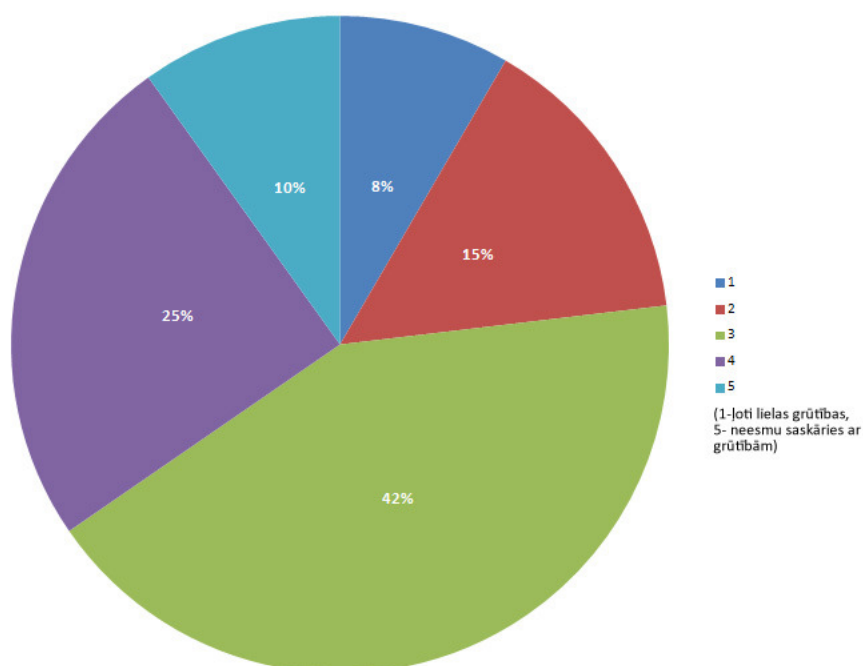
aprūpes pakalpojumu pieejamība un kvalitāte, sabiedrības vispārējie sociāli ekonomiskie, kultūras un vides apstākļi.



8.28. att. Atbilžu biežuma sadalījums veselības stāvokļa iepriekšējos dzīves gados faktora jautājumu grupā

Kopumā veselības stāvokļa iepriekšējos dzīves gados faktora atbilžu sadalījuma biežums ļauj konstatēt atsevišķas būtiskas tendences, kas ir arī saistošas veselības stāvokļa pašnovērtējuma kontekstā iepriekšējos dzīves gados. Jautājumā, kur tiek lūgts novērtēt veselības stāvokli iepriekšējos dzīves gados tiek konstatēta pozitīva tendence, jo lielākā daļa respondentu savu veselības stāvokli iepriekšējos dzīves gados novērtē kā labu (14,9% kā ļoti labu, 59,5% kā labu, 23,5% kā vidēju, 2% kā sliktu un tikai 0,1% kā ļoti sliktu). Taču par kopumā negatīvu tendenci šī faktora ietvaros liecina atbilžu biežuma sadalījums uz sekojošo jautājuma. Jautājumā, kur tiek lūgts novērtēt salīdzinoši ar iepriekšējiem dzīves gadiem, kā ir mainījies veselības stāvoklis, tiek konstatēta negatīva tendence, jo absolūti lielākā daļa respondentu norāda, ka veselības stāvoklis ir pasliktinājies (tikai 8,2% norāda, ka uzlabojies, 61,4%, ka pasliktinājies un 30,4%, ka nav mainījies). Kopumā veselības stāvokļa iepriekšējos dzīves gados faktora atbilžu sadalījuma biežums norāda uz negatīvu tendenci, lai gan pārsvarā veselības stāvoklis iepriekšējos

dzīves gados tiek vērtēts kā labs, absolūtais vairākums norāda, ka veselības stāvoklis ir pasliktinājies.

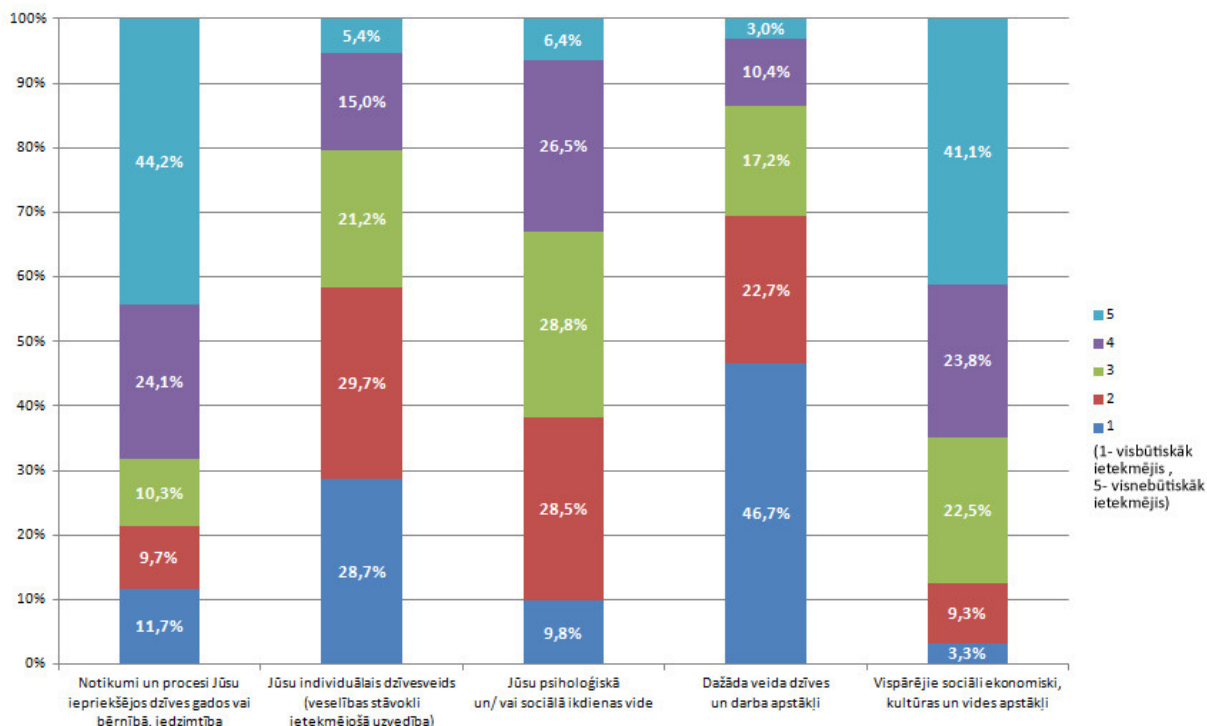


8.29. att. Atbilžu biežuma sadalījums iepriekšējo sociāli ekonomisko grūtību faktora jautājumā – pašreizējo sociāli ekonomisko grūtību salīdzinājums ar pagātni

Iepriekšējo sociāli ekonomisko grūtību faktora atbilžu sadalījuma biežums ļauj konstatēt novērtējumu salīdzinošā perspektīvā. Jautājumā, kur tiek lūgts novērtēt salīdzinoši ar pašreizējo situāciju ar cik lielām sociāli ekonomiskām grūtībām iepriekšējos dzīves gados ir nācies saskarties var tikt konstatēta salīdzinoši negatīva tendence mūsdienu kontekstā. Liela daļa no respondentiem norāda, ka salīdzinoši ar pašreizējo situāciju grūtības pagātnē nav bijušas tik nozīmīgas (8,4% un 14,7% pagātnes grūtības salīdzinoši ar pašreizējām ļoti būtiska un būtiskas, 9,9% un 24,7% pagātnes grūtības salīdzinoši ar pašreizējām ļoti nebūtiskas un nebūtiskas).

Ģenētikas un vecāku fona faktora atbilžu sadalījuma biežums ļauj konstatēt šī faktora ietekmes būtiskumu uz veselības stāvokli. Jautājumā, kur tiek lūgts novērtēt to cik būtiska ietekme uz pašreizējo veselības stāvokli ir iedzimtībai no vecākiem tiek konstatēts atbilžu sadalījuma vienmērīgums. Tādā veidā var tikt noteikts, ka nepastāv dominējošas tendences. Citiem vārdiem sakot, ir cilvēki, kuri uzskata, ka iedzimtībai no vecākiem ir būtiska ietekme un arī tādi, kas uzskata pretēji. Tātad iedzimtības no vecākiem ietekme vērtējama atbilstoši katram individuālajam gadījumam.

Kopumā dzīves gājuma pieejas un modeļa līmeņiem saistošo faktoru atbilžu sadalījuma biežums ļauj konstatēt vairākas būtiskas tendences. Trūkumu un priekšrocību uzkrāšanās, individuālās pieredzes faktors liecina, ka liela daļa no dzīves aspektiem nav mainījušies vai pasliktinājušies. Pārsvarā nav mainījies: diēta un uzturs, tabakas patēriņš, alkohola patēriņš, medikamentu patēriņš (salīdzinoši būtiska palielinājuma proporcija), atbalsts mājās, darbā un sabiedrībā, stress un nelabvēlīga gaisotne mājās, darbā un sabiedrībā kopumā, balanss starp darbu un ārpus darbu, starp ieguldījumiem un ieguvumiem, savstarpējās attiecības, prasības, kontrole un spriedze darbā (salīdzinoši būtiska palielinājuma proporcija), dzīves vieta un dzīves vietas apstākļi. Pārsvarā pasliktinājies: mazāk nodarbojas ar fiziskajām aktivitātēm, aktīvo atpūtu un sportu, jūtas sociāli ekonomiski nevienlīdzīgāki un sociālais statuss ir pasliktinājies, ienākumi, patēriņš, labumi un pirkjspēja, nodarbinātības veids, izmantoto veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība un kvalitāte, sabiedrības vispārējie sociāli ekonomiskie, kultūras un vides apstākļi. Veselības stāvokļa iepriekšējos dzīves gados faktors norāda uz negatīvu tendenci, jo lai gan pārsvarā veselības stāvoklis iepriekšējos dzīves gados tiek vērtēts kā labs, absolūtais vairākums norāda, ka veselības stāvoklis ir pasliktinājies. Iepriekšējo sociāli ekonomisko grūtību faktors norāda uz to, ka salīdzinoši ar pašreizējo situāciju grūtības pagātnē nav bijušas tik nozīmīgas. Ģenētikas un vecāku fona faktors norāda uz to, ka iedzimtības no vecākiem ietekme vērtējama atbilstoši katram individuālajam gadījumam.



8.30. att. Atbilžu biežuma sadalījums veselības stāvokļa nevienlīdzību skaidrojošo pieeju un modeļa līmeņu kontroljautājumā

Atsevišķi tiek uzdots veselības stāvokļa nevienlīdzību skaidrojošo pieeju un modeļa līmeņu kontroljautājums, kas ļauj apkopojošā un tiešā veidā pārliecināties par respondentu viedokli, kas ir saistīts ar veselības stāvokļa pašnovērtējumu. Konkrētā jautājuma ietvaros respondentiem tiek lūgts norādīt secību pēc konkrēto skaidrojošo pieeju ietekmes būtiskuma attiecībā uz pašreizējo veselības stāvokli. Pārsvārā tiek norādīts, ka notikumi un procesi iepriekšējos dzīves gados vai bērnībā, un iedzimtība ir ietekmējuši pašreizējo veselības stāvokli visnebūtiskāk (44,2% norāda, ka visnebūtiskāk). Pārsvārā individuālais dzīvesveids, veselības stāvokli ietekmējošā uzvedība tiek norādīta kā otra būtiskākā attiecībā uz pašreizējo veselības stāvokli (29,7% norāda kā otro būtiskāko). Lielākā daļa respondentu psiholoģisko un sociālo ikdienas vidi norāda kā trešo būtiskāko attiecībā uz pašreizējo veselības stāvokli (28,8% norāda kā trešo būtiskāko). Pārsvārā dažāda veida dzīves un darba apstākļi (piemēram, ienākumi, pirktpēja, nodarbinātības veids, dzīves vietas apstākļi, izglītības līmenis, veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība un kvalitāte u.c.) tiek norādīti kā visbūtiskākie attiecībā uz pašreizējo veselības stāvokli (46,7% norāda kā visbūtiskāko). Pārsvārā vispārējie sociāli ekonomiskie, kultūras un vides apstākļi tiek norādīti kā visnebūtiskākie attiecībā uz pašreizējo veselības

stāvokli (41,1% norāda kā visnebūtiskāko). Lai varētu tikt izveidota skaidra būtiskuma secība, jāņem vērā, ka divu pieeju faktori tiek izvirzīti pārsvarā kā nebūtiskākie. Taču vispārējie sociāli ekonomiskie, kultūras un vides apstākļi tiek biežāk norādīti (23,8% gadījumu) kā ceturtie būtiskākie, nekā notikumi un procesi iepriekšējos dzīves gados, bērnībā un iedzimtība (24,1% gadījumu). Attiecīgi var tikt izveidota skaidra secība starp pieeju būtiskumu, balstoties uz respondentiem tieši uzdotu jautājumu attiecībā uz pašreizējo veselības stāvokli. Tātad kā būtiskākā veselības stāvokli ietekmējošā pieeja pārsvarā tiek izvēlēta materiālistu pieeja, kā otra būtiskākā uzvedības pieeja, kā trešā būtiskākā psiho-sociālā pieeja, kā ceturtais būtiskākais vispārējo sociāli ekonomisko, kultūras un vides apstākļu modeļa līmenis un kā visnebūtiskākā dzīves gājuma pieeja.

Konkrētā atbilžu sadalījuma biežuma analīze ļauj secināt par vairākām būtiskām un vispārīgām tendencēm, pievēršoties vispārīgai katra individuālā jautājuma analīzei. Taču promocijas darba ietvaros ir izvirzīti trīs izpētes jautājumi ar tiem pakārtotajām darba hipotēzēm, kas ir saskaņā ar izvirzīto promocijas darba mērķi. Izvirzīto izpētes jautājumu analīze un pievēršanas katras individuālās hipotēzes pārbaudei detalizētāk atspoguļo datu analīzē konstatēto apkopojošā veidā. Turpmākajās darba apakšnodaļās notiks pievēršanās katram no izvirzītajiem izpētes jautājumiem un katras izvirzītās darba hipotēzes pārbaude.

8.2. Veselības stāvokļa nevienlīdzība iekļauto demogrāfisko mainīgo kontekstā

Sekojošā darba apakšnodaļa saistāma ar izvirzīto pirmo izpētes jautājumu un pakārtoti izvirzīto pirmo darba hipotēzi. Izvirzītais pirmais izpētes jautājums ir: *kāda veselības stāvokļa nevienlīdzība pastāv Latvijā starp iedzīvotājiem?* Pakārtoti izvirzītā pirmā darba hipotēze ir: (H1)*lielākā veselības stāvokļa nevienlīdzības proporcija pastāv starp dzimumiem, iekļauto demogrāfisko mainīgo kontekstā.* Konkrētais izpētes jautājums un izvirzītā darba hipotēze saistāma ar pastāvošās veselības stāvokļa nevienlīdzības aprakstu, nevis skaidrojumu. Citiem vārdiem sakot, nav runa par to kādēļ pastāv veselības stāvokļa nevienlīdzība, kādi faktori to ietekmē, bet tiešā veidā iekļauto demogrāfisko mainīgo ietvaros tiek veikts situācijas apraksts. Attiecīgi hipotēzes ietvaros pārbaudot vai konkrēti izvirzītais viens no demogrāfiskajiem mainīgajiem ir ar būtiskāko nozīmi.

Atbilde uz izvirzīto izpētes jautājumu un hipotēzes pārbaude tiek balstīta uz veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumu un demogrāfisko mainīgo jautājumu atbilžu analīzes pamata. Kopumā izvirzīti pieci veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumi (skatīt 1. pielikumu).

Iekļautie demogrāfiskie mainīgie kopumā ir desmit: valoda, dzīvesvieta(plānošanas reģionu sadalījums), vecums, dzimums, mājsaimniecībā dzīvojošo personu skaits, ģimenes stāvoklis, augstākā pabeigtā izglītība, vidējie mēneša ienākumi, pamatnodarbošanās, pamata dzīves vietas atrašanās (formulētos jautājumus skatīt 1. pielikumā). Atbilde uz izvirzīto izpētes jautājumu un hipotēzes pārbaude tiek veikta, izmantojot par pamatu veiktos Pīrsona(*Pearson*) koeficientu aprēķinus. Aprēķini apkopoti 6. pielikumā. Konkrētajam izpētes jautājumam un hipotēzei saistošais apkopots 6. pielikuma tabulas demogrāfisko pazīmju sadaļā.

Kopumā reti, kura no sakarībām norāda par statistisko nozīmīgumu un tikai dažas sakarības norāda uz tuvošanos statistiskajam nozīmīgumam. Taču arī statistiski nozīmīgas sakarības neesamība vai sakarības neesamība pēc būtības liecina par tendencēm, kas var būt nozīmīgas sabiedrības ietvaros un var būt nozīmīgas rīcībpolitiku ietvaros. Attiecīgi ir būtiski pievērsties iekļauto visu mainīgo detalizētai analīzei, kas ir saistoši ne tikai sabiedrības un rīcībpolitiku nozīmīgu tendenču noteikšanai, bet arī konkrēti izvirzītajam izpētes jautājumam un hipotēzei. Lai tiktu sniegta atbilde uz izvirzīto izpētes jautājumu, tiks apskatītas katram no izvirzītajiem demogrāfiskajiem mainīgajiem saistošās sakarības attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu.

8.1. tabula

Pīrsona koeficienti starp veselības stāvokļa pašnovērtējumu un valodu

	Kā Jūs kopumā vērtējat savu pašreizējo veselības stāvokli?	Vai fiziski Jūs jūtaties pietiekami labi, lai darīto to, ko parasti vēlaties darīt?	Vai ikdienā Jūs ciešat no stresa?	Vai kopumā Jums ir veselības stāvokļa problēmas?	Vai šīs veselības stāvokļa problēmas ierobežo Jūsu ikdienas nodarbes?	Vidējā moduļu vērtība
Valoda	0,10	0,03	0,16	-0,03	-0,02	0,07

Pirmais no izvirzītajiem demogrāfiskajiem mainīgajiem ir valoda (anketas aizpildīšanas valoda: latviešu vai krievu). Konkrētā demogrāfiskā mainīgā ietvaros attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu nepastāv statistiski nozīmīgas vai sakarības, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam (kopumā koeficienti nepārsniedz 0,16). Valodas un centrālā veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājuma (kā Jūs kopumā vērtējat savu pašreizējo veselības stāvokli?) sakarības koeficients ir 0,1. Tas norāda, ka sakarība nepastāv, taču atsevišķos gadījumos krievu valodā aizpildītās anketās norādītais veselības stāvokļa pašnovērtējums ir nedaudz sliktāks. Valodas un fiziskās pašsajūtas koeficients ir 0,03, kas norāda uz sakarības neesamību. Valodas uz ikdienas

stresa novērtējuma jautājuma koeficients ir 0,16. Sakarība nav statistiski nozīmīga, taču atsevišķos gadījumos krievu valodā aizpildītajās anketās ir retāka norāde par ikdienas stresa biežumu. Valodas un veselības stāvokļa problēmu novērtējuma jautājuma koeficients ir -0,03, kas norāda uz sakarības neesamību. Valodas un veselības stāvokļa problēmu radīto ierobežojumu jautājuma koeficients ir -0,02, kas norāda uz sakarības neesamību. Vidējā koeficientu moduļu vērtība valodas mainīgā ietvaros ir 0,07. Kopumā valodas mainīgā ietvaros nepastāv statistiski nozīmīgas sakarības, atsevišķos gadījumos krievvalodīgo veselības stāvoklis ir nedaudz sliktāks, taču atsevišķos gadījumos krievvalodīgie retāk cieš no stresa ikdienā.

8.2. tabula

Pirsona koeficienti starp veselības stāvokļa pašnovērtējumu un dzīvesvietu (plānošanas reģioni)

	Kā Jūs kopumā vērtējat savu pašreizējo veselības stāvokli?	Vai fiziski Jūs jūtaties pietiekami labi, lai darītu to, ko parasti vēlaties darīt?	Vai ikdienā Jūs ciešat no stresa?	Vai kopumā Jums ir veselības stāvokļa problēmas?	Vai šīs veselības stāvokļa problēmas ierobežo Jūsu ikdienas nodarbes?	Vidējā moduļu vērtība
Respondenta dzīvesvieta (pilsēta vai novads) - plānošanas reģioni	0,03	0,02	0,00	-0,02	-0,04	0,02

Otrais no izvirzītajiem demogrāfiskajiem mainīgajiem ir dzīvesvieta (sadalījums plānošanas reģionos). Konkrētā demogrāfiskā mainīgā ietvaros attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu arī nepastāv statistiski nozīmīgas sakarības vai sakarības, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam (kopumā koeficienti nepārsniedz 0,04). Koeficienti starp dzīvesvietu un veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumiem ir: 0,03, 0,02, 0, -0,02, -0,04. Vidējā koeficientu moduļu vērtība dzīvesvietas mainīgā ietvaros ir 0,02. Kopumā dzīvesvietas mainīgā ietvaros nepastāv statistiski nozīmīgas sakarības attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumiem. Tas norāda uz to, ka dzīvesvietai nav saistības ar veselības stāvokļa pašnovērtējumu, veselības stāvokļa pašnovērtējuma atšķirības nav novērojamas dzīvesvietas kontekstā.

Pirsona koeficienti starp veselības stāvokļa pašnovērtējumu un vecumu

	Kā Jūs kopumā vērtējat savu pašreizējo veselības stāvokli?	Vai fiziski Jūs jūtaties pietiekami labi, lai darīto to, ko parasti vēlaties darīt?	Vai ikdienā Jūs ciešat no stresa?	Vai kopumā Jums ir veselības stāvokļa problēmas?	Vai šīs veselības stāvokļa problēmas ierobežo Jūsu ikdienas nodarbes?	Vidējā moduļu vērtība
Norādiet Jūsu vecumu gados!	0,59	0,33	-0,12	-0,46	-0,40	0,38

Trešais no izvirzītajiem demogrāfiskajiem mainīgajiem ir vecums. Konkrētā demogrāfiskā mainīgā ietvaros attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu pastāv statistiski nozīmīgas un sakarības, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam (kopumā koeficienti nepārsniedz 0,59). Starp vecumu un jautājumu, kur tiek lūgts novērtēt pašreizējo veselības stāvokli pastāv statistiski nozīmīga korelācija (koeficients 0,59). Tas norāda uz iespēju konstatēt vispārinošu tendenci, kur, palielinoties vecumam, pasliktinās veselības stāvokļa novērtējums. Tātad, jo vecāks cilvēks, jo sliktāk viņš novērtē savu pašreizējo veselības stāvokli. Sakarība, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam, pastāv starp vecumu un jautājumu, kur tiek lūgts novērtēt fizisko pašsajūtu (koeficients 0,33). Tas norāda uz to, ka lielā daļā gadījumu, jo vecāks ir cilvēks, jo sliktāka ir viņa fiziskā pašsajūta. Starp vecumu un jautājumu, kur tiek lūgts novērtēt saskarsmi ar stresu ikdienā nepastāv statistiski nozīmīga korelācija (koeficients -0,12), taču atsevišķos gadījumos, jo vecāks ir cilvēks, jo biežāka ir viņa saskarsme ar stresu ikdienā. Starp vecumu un jautājumu, kur tiek lūgts novērtēt vai pastāv veselības stāvokļa problēmas konstatējama sakarība, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam (koeficients -0,46). Tas norāda uz to, ka lielā daļā gadījumu, jo vecāks ir cilvēks, jo biežāk viņam ir veselības stāvokļa problēmas. Starp vecumu un jautājumu, kur tiek lūgts novērtēt, vai esošās veselības stāvokļa problēmas ierobežo ikdienas nodarbes pastāv sakarība, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam (koeficients -0,4). Tas norāda uz to, ka lielā daļā gadījumu, jo vecāks ir cilvēks, jo biežāk viņa veselības stāvokļa problēmas ierobežo ikdienas nodarbes. Vidējā koeficientu moduļu vērtība vecuma mainīgā ietvaros ir 0,38, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam. Kopumā vecuma mainīgā ietvaros pastāv statistiski nozīmīga sakarība un sakarības, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumiem. Var tikt konstatētas, ka lielākoties vecums ietekmē

veselības stāvokļa pašnovērtējumu, galvenokārt, jo vecāks ir cilvēks, jo sliktāks ir viņa veselības stāvokļa pašnovērtējums.

8.4. tabula

Pīrsona koeficienti starp veselības stāvokļa pašnovērtējumu un dzimumu

	Kā Jūs kopumā vērtējat savu pašreizējo veselības stāvokli?	Vai fiziski Jūs jūtaties pietiekami labi, lai darīto to, ko parasti vēlaties darīt?	Vai ikdienā Jūs ciešat no stresa?	Vai kopumā Jums ir veselības stāvokļa problēmas?	Vai šīs veselības stāvokļa problēmas ierobežo Jūsu ikdienas nodarbes?	Vidējā moduļu vērtība
Norādiet Jūsu dzimumu!	-0,02	-0,10	0,19	0,10	0,11	0,10

Ceturtais no izvirzītajiem demogrāfiskajiem mainīgajiem ir dzimums. Konkrētā demogrāfiskā mainīgā ietvaros attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu nepastāv statistiski nozīmīgas sakarības vai sakarības, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam (kopumā koeficienti nepārsniedz 0,19). Koeficienti starp dzimumu un veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumiem ir: -0,02, -0,1, 0,19, 0,11 un 0,1. Vidējā koeficientu moduļu vērtība dzimuma mainīgā ietvaros ir 0,1. Atsevišķos gadījumos sievietes savu fizisko pašsajūtu novērtē sliktāk nekā vīrieši, sievietes nedaudz biežāk norāda, ka cieš no stresa, nedaudz biežāk norāda uz veselības stāvokļa problēmām un to, ka tās ierobežo ikdienas nodarbes. Taču, kopumā dzimuma mainīgā ietvaros nepastāv statistiski nozīmīgas sakarības attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumiem. Tas norāda uz to, ka vairākumā no gadījumu veselības stāvokļa pašnovērtējuma atšķirības nav novērojamas starp dzimumiem.

Pirsona koeficienti starp veselības stāvokļa pašnovērtējumu un mājsaimniecībā dzīvojošo personu skaitu

	Kā Jūs kopumā vērtējat savu pašreizējo veselības stāvokli?	Vai fiziski Jūs jūtaties pietiekami labi, lai darīto to, ko parasti vēlaties darīt?	Vai ikdienā Jūs ciešat no stresa?	Vai kopumā Jums ir veselības stāvokļa problēmas?	Vai šīs veselības stāvokļa problēmas ierobežo Jūsu ikdienas nodarbes?	Vidējā moduļu vērtība
Cik personas dzīvo Jūs mājsaimniecībā (ieskaitot Jūs pašu)?	-0,18	-0,09	0,04	0,18	0,10	0,12

Piektais no izvirzītajiem demogrāfiskajiem mainīgajiem ir mājsaimniecībā dzīvojošo personu skaits. Konkrētā demogrāfiskā mainīgā ietvaros attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu nepastāv statistiski nozīmīgas sakarības vai sakarības, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam (kopumā koeficienti nepārsniedz 0,18). Koeficienti starp mājsaimniecībā dzīvojošo personu skaitu un veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumiem ir: -0,18, -0,09, 0,04, 0,18 un 0,1. Atsevišķos gadījumos cilvēki ar lielāku mājsaimniecībā dzīvojošo cilvēku skaitu novērtē savu pašreizējo veselības stāvokli kā labāku, mazāk saskaras ar veselības stāvokļa problēmām un tās mazāk ierobežo ikdienas nodarbes. Vidējā koeficientu moduļu vērtība mājsaimniecībā dzīvojošo personu skaita mainīgā ietvaros ir 0,12. Kopumā mājsaimniecībā dzīvojošo personu skaita mainīgā ietvaros nepastāv statistiski nozīmīgas sakarības attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumiem. Tas norāda uz to, ka mājsaimniecībā dzīvojošo personu skaitam nav saistības ar veselības stāvokļa pašnovērtējumu.

Pirsona koeficienti starp veselības stāvokļa pašnovērtējumu un ģimenes stāvokli

	Kā Jūs kopumā vērtējat savu pašreizējo veselības stāvokli?	Vai fiziski Jūs jūtaties pietiekami labi, lai darīto to, ko parasti vēlaties darīt?	Vai ikdienā Jūs ciešat no stresa?	Vai kopumā Jums ir veselības stāvokļa problēmas?	Vai šīs veselības stāvokļa problēmas ierobežo Jūsu ikdienas nodarbes?	Vidējā moduļu vērtība
Kāds ir Jūs ģimenes stāvoklis?	-0,07	0,00	0,00	0,04	0,01	0,03

Sestais no izvirzītajiem demogrāfiskajiem mainīgajiem ir ģimenes stāvoklis. Konkrētā demogrāfiskā mainīgā ietvaros attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu arī nepastāv statistiski nozīmīgas sakarības vai sakarības, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam (kopumā koeficienti nepārsniedz 0,07). Koeficienti starp ģimenes stāvokli un veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumiem ir: -0,07, 0, 0, 0,04 un 0,01. Vidējā koeficientu moduļu vērtība ģimenes stāvokļa mainīgā ietvaros ir 0,03. Kopumā ģimenes stāvokļa mainīgā ietvaros nepastāv statistiski nozīmīgas sakarības attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumiem. Tas norāda uz to, ka ģimenes stāvoklim nav saistības ar veselības stāvokļa pašnovērtējumu.

Pirsona koeficienti starp veselības stāvokļa pašnovērtējumu un izglītības līmeni

	Kā Jūs kopumā vērtējat savu pašreizējo veselības stāvokli?	Vai fiziski Jūs jūtaties pietiekami labi, lai darīto to, ko parasti vēlaties darīt?	Vai ikdienā Jūs ciešat no stresa?	Vai kopumā Jums ir veselības stāvokļa problēmas?	Vai šīs veselības stāvokļa problēmas ierobežo Jūsu ikdienas nodarbes?	Vidējā moduļu vērtība
Kāda ir Jūsu augstākā pabeigtā izglītība?	-0,35	-0,20	-0,04	0,20	0,20	0,20

Septītais no izvirzītajiem demogrāfiskajiem mainīgajiem ir izglītības līmenis (augstākā pabeigtā izglītība). Pārsvārā noteiktā demogrāfiskā mainīgā ietvaros attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu nav statistiski nozīmīgu sakarību, taču ir viena sakarība, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam (kopumā koeficienti nepārsniedz 0,35). Pastāv sakarība, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam starp izglītības līmeni un pašreizējā veselības stāvokļa novērtējuma

jautājumu (koeficients -0,35). Tas norāda uz to, ka lielā daļā gadījumu, jo zemāks ir cilvēka izglītības līmenis, jo sliktāk viņš novērtē savu pašreizējo veselības stāvokli. Starp izglītības līmeni un pārējiem veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumiem nepastāv statistiski nozīmīgas sakarības, vai sakarības, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam (koeficienti ir: -0,2, -0,04, 0,2, un 0,2). Atsevišķos gadījumos cilvēki ar zemāku izglītību fizisko pašsajūtu novērtē kā sliktāku, nedaudz biežāk norāda, ka tiem ir veselības stāvokļa problēmas un nedaudz biežāk norāda, ka tās ierobežo ikdienas nodarbes. Vidējā koeficientu moduļu vērtība izglītības līmeņa mainīgā ietvaros ir 0,2. Kopumā izglītības līmeņa mainīgā ietvaros pastāv viena sakarība, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam un norāda uz to, ka lielā daļā gadījumu, jo zemāks ir cilvēka izglītības līmenis, jo sliktāk viņš novērtē savu pašreizējo veselības stāvokli.

8.8. tabula

Pirsona koeficienti starp veselības stāvokļa pašnovērtējumu un ienākumiem

	Kā Jūs kopumā vērtējat savu pašreizējo veselības stāvokli?	Vai fiziski Jūs jūtaties pietiekami labi, lai darīto to, ko parasti vēlaties darīt?	Vai ikdienā Jūs ciešat no stresa?	Vai kopumā Jums ir veselības stāvokļa problēmas?	Vai šīs veselības stāvokļa problēmas ierobežo Jūsu ikdienas nodarbes?	Vidējā moduļu vērtība
Kādi ir Jūsu šī brīža vidējie mēneša ienākumi? (eiro)	-0,28	-0,22	-0,01	0,21	0,17	0,18

Astotais no izvirzītajiem demogrāfiskajiem mainīgajiem ir ienākumi (šī brīža vidējie mēneša ienākumi, eiro). Pārsvarā noteiktā demogrāfiskā mainīgā ietvaros attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu nav statistiski nozīmīgu sakarību, taču ir viena sakarība, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam (kopumā koeficienti nepārsniedz 0,28). Pastāv sakarība, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam starp ienākumiem un pašreizējo veselības stāvokļa novērtējumu (koeficients -0,28). Tas norāda uz to, ka lielā daļā gadījumu, jo zemāki ir ienākumi, jo sliktāk tiek novērtēts pašreizējais veselības stāvoklis. Starp ienākumiem un pārējiem veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumiem nepastāv statistiski nozīmīgas sakarības, vai sakarības, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam (koeficienti ir: -0,22, -0,01, 0,21 un 0,17). Atsevišķos gadījumos cilvēki ar zemākiem ienākumiem fizisko pašsajūtu novērtē kā sliktāku, nedaudz biežāk norāda, ka tiem ir veselības stāvokļa problēmas un nedaudz biežāk norāda, ka tās ierobežo ikdienas nodarbes. Vidējā koeficientu moduļu vērtība ienākumu mainīgā ietvaros ir 0,18. Kopumā

ienākumu mainīgā ietvaros pastāv viena sakarība, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam un norāda uz to, ka lielā daļā gadījumu, jo zemāki ir cilvēka ienākumi, jo sliktāk viņš novērtē savu pašreizējo veselības stāvokli.

8.9. tabula

Pirsona koeficienti starp veselības stāvokļa pašnovērtējumu un pamatnodarbošanos

	Kā Jūs kopumā vērtējat savu pašreizējo veselības stāvokli?	Vai fiziski Jūs jūtaties pietiekami labi, lai darīto to, ko parasti vēlaties darīt?	Vai ikdienā Jūs ciešat no stresa?	Vai kopumā Jums ir veselības stāvokļa problēmas?	Vai šīs veselības stāvokļa problēmas ierobežo Jūsu ikdienas nodarbes?	Vidējā moduļu vērtība
Kāda šobrīd ir Jūsu pamatnodarbošanās?	0,45	0,22	0,00	-0,33	-0,30	0,26

Devītais no izvirzītajiem demogrāfiskajiem mainīgajiem ir pamatnodarbošanās (nodarbinātības vai bezdarba veids). Konkrētā jautājuma ietvaros atbilžu variantu secība tika iekļauta apzināti, lai neierobežotu secinājumus koeficientu ietvaros (secība, kur sākumā ir nodarbinātības veidi un beigās ir bezdarba veidi). Noteiktā demogrāfiskā mainīgā ietvaros attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu nav statistiski nozīmīgu sakarību, taču ir trīs sakarības, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam (kopumā koeficienti nepārsniedz 0,45). Pastāv sakarība, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam starp pamatnodarbošanos un pašreizējo veselības stāvokļa novērtējumu (koeficients 0,45), starp pamatnodarbošanos un veselības stāvokļa problēmām (koeficients -0,33), un starp pamatnodarbošanos un veselības stāvokļa problēmu radītajiem ierobežojumiem (koeficients -0,3). Tas norāda uz to, ka lielā daļā gadījumu tie, kuri norādījuši dažāda veida bezdarbu kā pamatnodarbošanos, sliktāk novērtē savu pašreizējo veselības stāvokli, biežāk norāda, ka tiem ir veselības stāvokļa problēmas un biežāk, ka tās ierobežo ikdienas nodarbes. Atsevišķos gadījumos šie cilvēki arī biežāk norāda uz sliktāku fizisko pašsajūtu. Vidējā koeficientu moduļu vērtība pamatnodarbošanās mainīgā ietvaros ir 0,26.

Pirsona koeficienti starp veselības stāvokļa pašnovērtējumu un pamata dzīves vietas atrašanās

	Kā Jūs kopumā vērtējat savu pašreizējo veselības stāvokli?	Vai fiziski Jūs jūtaties pietiekami labi, lai darīto to, ko parasti vēlaties darīt?	Vai ikdienā Jūs ciešat no stresa?	Vai kopumā Jums ir veselības stāvokļa problēmas?	Vai šīs veselības stāvokļa problēmas ierobežo Jūsu ikdienas nodarbes?	Vidējā moduļu vērtība
Kur atrodas Jūsu pašreizējā pamata dzīvesvieta?	0,14	0,08	0,00	-0,12	-0,10	0,09

Desmitais no izvirzītajiem demogrāfiskajiem mainīgajiem ir pamata dzīves vietas atrašanās. Arī šī jautājuma ietvaros atbilžu variantu secība tika iekļauta apzināti, lai neierobežotu secinājumus koeficientu ietvaros (secība, kur sākumā ir pilsētas centra un beigās ir mazapdzīvota lauku teritorija). Konkrētā demogrāfiskā mainīgā ietvaros attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu nepastāv statistiski nozīmīgas sakarības vai sakarības, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam (kopumā koeficienti nepārsniedz 0,14). Koeficienti starp ģimenes stāvokli un veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumiem ir: 0,14, 0,08, 0, -0,12 un -0,1. Atsevišķos gadījumos tie cilvēki, kas dzīvo tālāk no pilsētas nedaudz sliktāk novērtē savu pašreizējo veselības stāvokli, nedaudz biežāk norāda uz veselības stāvokļa problēmām un uz to, ka tās ierobežo ikdienas nodarbes. Vidējā koeficientu moduļu vērtība pamata dzīves vietas atrašanās mainīgā ietvaros ir 0,09. Kopumā šī mainīgā ietvaros nepastāv statistiski nozīmīgas sakarības attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumiem.

Kopumā, ja tiek apskatīti veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumi, tad var tikt konstatēts, ka vislielākās sakarības starp demogrāfisko jautājumu grupu pastāv ar centrālo veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumu, kurt tiek lūgts novērtēt kopumā pašreizējo veselības stāvokli. Par to liecina vidējās koeficientu moduļu vērtības katram no jautājumiem, kas konkrētā jautājuma gadījumā ir 0,22. Taču tas norāda arī uz to, ka faktiski vidējā vērtība nav statistiski nozīmīga un arī netuvojas statistiskajam nozīmīgumam. Tātad var tikt secināts, ka visi iekļautie demogrāfiskie mainīgie kopā nenorāda uz sakarības esamību, tie būtu jāskata atsevišķi, konstruējot secinājumus par sakarībām katra demogrāfiskā mainīgā ietvaros. Visi no iekļautajiem mainīgajiem nav vienlīdz ne tikai sabiedriski nozīmīgi, bet arī rīcībpolitiku ietvaros nozīmīgi attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu. Augstāk tika apkopota atbilde uz izvirzīto izpētes jautājumu, norādot uz to, kāda veida sakarības pastāv starp katru no iekļautajiem

demogrāfiskajiem mainīgajiem un veselības stāvokļa pašnovērtējumu, tādā veidā atspoguļojot, kāda veselības stāvokļa nevienlīdzība pastāv Latvijā starp iedzīvotājiem demogrāfisko mainīgo kontekstā. Taču, lai varētu tikt precizēta atbilde uz izvirzīto izpētes jautājumu ir nepieciešams pārbaudīt izvirzīto, izpētes jautājumam pakārtoto darba hipotēzi. Tas ne tikai precizētu izvirzīto jautājumu, ļautu pārbaudīt izvirzīto darba hipotēzi, bet arī noteiktu iespēju precizēt katra iekļautā demogrāfiskā mainīgā sakarības būtiskumu attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu. Precizēt tādā nozīmē, ka būtu iespēja noteikt mainīgo ar visbūtiskāko ietekmi (visbūtiskāko sakarību) un noteikt mainīgo secību attiecībā uz būtiskumu, kas attiecīgi var precizēt prioritātes sabiedrības nozīmīguma un rīcībpolitiku ietvaros.

Izvirzītās darba hipotēzes (H1) ietvaros tiek noteikts, ka: *lielākā veselības stāvokļa nevienlīdzības proporcija pastāv starp dzimumiem, iekļauto demogrāfisko mainīgo kontekstā.* Nevienlīdzības proporcijas lielums tiek noteikts, balstoties uz katra no iekļauto demogrāfisko mainīgo koeficientu vidējo moduļu vērtībām. Korelācija pati par sevi norāda uz sakarības esamību vai neesamību katra demogrāfiskā mainīgā pakārtoto opciju ietvaros, piemēram, ja sakarība pastāv starp dzimumiem, tad ir atšķirības starp dzimuma mainīgā pakārtotajām opcijām (siev., vīr.) un otrādi. Attiecīgi ir iespējams konstatēt nevienlīdzības esamību vai neesamību. Proporciju nosaka sakarības lielums, cik liela ir sakarība vai cik liela ir veselības stāvokļa nevienlīdzība starp mainīgā opcijām. Tā kā tiek uzdoti vairāki veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumi un jautājumu atbilžu nozīmes atšķiras, attiecīgi koeficienti, norādot uz vienu un to pašu sakarību, var atšķirties (var būt pozitīvs un citā jautājumā negatīvs). Lai precīzi noteiktu to mainīgo, kas nosaka lielāko veselības stāvokļa nevienlīdzības proporciju, tiek aprēķinātas koeficientu vidējās moduļu vērtības. Sakarību skaidrojumi veikti atbildot uz izvirzīto izpētes jautājumu. Hipotēzes pārbaudei nepieciešams noteikt mainīgo būtiskumu, kur tiek izmantotas koeficientu vidējās moduļu vērtības.

Vidējās koeficientu moduļu vērtības skatīt 6.pielikumā demogrāfisko pazīmju sadaļā. Koeficientu vidējās moduļu vērtības pa demogrāfiskajām pazīmēm ir šādas: valoda (0,07), dzīvesvieta (0,02), vecums (0,38), dzimums (0,1), mājsaimniecībā dzīvojošo personu skaits (0,12), ģimenes stāvoklis (0,03), izglītības līmenis (0,2), ienākumi (0,18), pamatnodarbošanās (0,26), pamata dzīves vietas atrašanās (0,09). Starp demogrāfiskajiem mainīgajiem un veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumiem pastāv tikai dažas statistiski nozīmīgas sakarības un dažas sakarības, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam. Vecuma ietvaros pastāv 1 statistiski nozīmīga un 3 statistiskajam nozīmīgumam tuvas sakarības. Izglītības līmeņa ietvaros 1

statistiskajam nozīmīgumam tuva sakarība, ienākumu ietvaros 1 statistiskajam nozīmīgumam tuva sakarība, pamatnodarbošanās ietvaros 3 statistiskajam nozīmīgumam tuvas sakarības.

Iekļauto demogrāfisko pazīmju nozīmīguma secība (no būtiskākās uz mazāk būtisko) pēc koeficientu vidējām moduļu vērtībām ir šāda (skatīt 7. pielikumu): 1. vecums, 2. pamatnodarbošanās, 3. izglītības līmenis, 4. ienākumi, 5. mājsaimniecībā dzīvojošo personu skaits, 6. dzimums, 7. pamata dzīves vietas atrašanās, 8. valoda, 9. ģimenes stāvoklis, 10. dzīvesvieta (plānošanas reģions). Attiecīgi tiek secināts, ka izvirzītā darba hipotēze ((H1): *lielākā veselības stāvokļa nevienlīdzības proporcija pastāv starp dzimumiem, iekļauto demogrāfisko mainīgo kontekstā*) nav apstiprinājusies. Lielākā veselības stāvokļa nevienlīdzības proporcija pastāv starp vecuma grupām, iekļauto demogrāfisko mainīgo kontekstā un dzimuma mainīgais atrodas sestajā vietā pēc būtiskuma starp iekļautajiem mainīgajiem.

Liela daļa no demogrāfiskajiem mainīgajiem nav ietekmējami vispār, vai ietekmes iespējas ir tikai daļējas. Rīcībpolitiku ietvaros tos ir svarīgi ņemt vērā, izprotot prioritātes. Taču līdztekus pastāv vairāki faktori un to grupas, kas ne tikai rada veselības stāvokļa nevienlīdzības iespējas, bet arī atsevišķos gadījumos ir ietekmējami, tieši iekļaujami rīcībpolitikās. Ir svarīgi saprast, ne tikai to kāda veselības stāvokļa nevienlīdzība pastāv starp demogrāfisko mainīgo grupām, bet arī to kādi ir faktori, ar kuriem ir būtiska sakarība attiecībā uz veselības stāvokļa nevienlīdzību. Pastāv mēģinājums to skaidrot sekojošajā darba apakšnodaļā, pievēršoties izvirzītajam otrajam izpētes jautājumam un tam pakārtotajai darba hipotēzei.

8.3. Veselības stāvokļa nevienlīdzība sociāli ekonomisko faktoru kontekstā

Sekojošā darba apakšnodaļa saistāma ar izvirzīto otro izpētes jautājumu un pakārtoti izvirzīto otro darba hipotēzi. Izvirzītais otrais izpētes jautājums ir: *Kāds ir visbūtiskākais sociāli ekonomiskais faktors veselības stāvokļa nevienlīdzībai Latvijā?* Pakārtoti izvirzītā otrā darba hipotēze ir: (H2) *visbūtiskākais faktors veselības stāvokļa nevienlīdzībai Latvijā ir iedzīvotāju dzīves un darba apstākļi*. Konkrētais izpētes jautājums un izvirzītā darba hipotēze saistāma ar veselības stāvokļa nevienlīdzību ietekmējošo faktoru noteikšanu. Izvirzītie sociāli ekonomiskie faktori, saskaņā ar promocijas darba teorētiskās daļas ietvaros konstruēto veselības stāvokļa nevienlīdzību skaidrojošo modeli. Modeļa ietvaros iekļautas pieejas un ietekmes līmeņi, kas savukārt ietver dažāda veida sociāli ekonomiskos faktorus. Pastāv mēģinājums noteikt faktoru būtiskumu un noteikt visbūtiskāko sociāli ekonomisko faktoru attiecībā uz veselības stāvokļa

pašnovērtējuma nevienlīdzību. Attiecīgi hipotēzes ietvaros pārbaudot vai konkrēti izvirzītais viens no sociāli ekonomiskajiem faktoriem ir ar būtiskāko nozīmi.

Atbilde uz izvirzīto izpētes jautājumu un hipotēzes pārbaude tiek balstīta uz veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumu un sociāli ekonomisko faktoru jautājumu atbilžu analīzes pamata. Atbilstoši veselības stāvokļa pašnovērtējumam un sociāli ekonomiskajiem faktoriem pa to grupām izvirzītos jautājumus skatīt 1. pielikumā. Atbilde uz izvirzīto izpētes jautājumu un hipotēzes pārbaude tiek veikta, balstoties uz kvantitatīvo datu analīzi, kas apkopota 6. pielikumā. Lai tiktu sniegta atbilde uz izvirzīto izpētes jautājumu un pakārtoto darba hipotēzi, tiks apskatītas sakarības katra faktora ietvaros, kas ir statistiski nozīmīgas vai tuvojas statistiskajam nozīmīgumam un faktora koeficientu vidējās moduļu vērtības.

Uzvedības pieejas un modeļa individuālā dzīvesveida faktoru līmenī ietvertie faktori ir 1. diēta un uzturs, 2. tabakas patēriņš, 3. alkohola patēriņš, 4. medikamentu patēriņš, 5. fiziskās aktivitātes, aktīvā atpūta un sports. Katram no faktoriem ir izvirzīti vairāki pakārtotie jautājumi. Kopumā noteiktās pieejas un modeļa līmeņa faktoriem attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumiem tiek konstatētas vairākas sakarības, kas ir statistiski nozīmīgas un vairākas, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam.

Diētas un uztura faktora ietvaros konstatētas divas sakarības, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam. Pastāv sakarība starp jautājumu, kur tiek lūgts norādīt cik bieži tiek uzturā lietota neveselīga pārtika un jautājumu, kur tiek lūgts novērtēt pašreizējo veselības stāvokli (koeficients 0,3), un jautājumu, kur tiek lūgts novērtēt vai pastāv veselības stāvokļa problēmas (koeficients - 0,27). Tas norāda uz pretrunīgu tendenci, jo lielā daļā gadījumu cilvēki, kas biežāk savā uzturā lieto neveselīgu pārtiku norāda, ka viņu pašreizējais veselības stāvoklis ir labāks un mazāk saskaras ar veselības stāvokļa problēmām. Pārējos jautājumos netiek konstatētas sakarības, sakarības netiek konstatētas arī jautājumos, kur tiek lūgts norādīt atsevišķu veselīga uztura pārtikas produktu patēriņa biežumu. Tas norāda uz noteiktās sakarības problemātiku, jo jau iepriekš noskaidrots, ka vecums ir būtiskākais starp demogrāfiskajiem mainīgajiem nevienlīdzības kontekstā. Kontrolējot vecuma mainīgo, ir redzams, ka pārsvarā neveselīgu pārtiku lieto cilvēki, kas ir jaunāki un tieši vecuma mainīgais ir būtiski ietekmējis rezultātu. Diētas un uztura faktora koeficientu vidējā moduļu vērtība ir 0,09.

Tabakas patēriņa faktora ietvaros netiek konstatēta neviena sakarība, kas ir statistiski nozīmīga vai tuvojas statistiskajam nozīmīgumam. Attiecīgi tas norāda, ka nepastāv sakarības starp to vai cilvēks smēķē, to cik daudz viņš smēķē, to cik svarīgi viņam ir nesmēķēt un veselības

stāvokļa pašnovērtējumu. Tabakas patēriņa faktors neietekmē veselības stāvokļa pašnovērtējumu. Tabakas patēriņa faktora koeficientu vidējā moduļu vērtība ir 0,07.

Alkohola patēriņa faktora ietvaros netiek konstatēta neviena sakarība, kas ir statistiski nozīmīga vai tuvojas statistiskajam nozīmīgumam. Attiecīgi tas norāda, ka nepastāv sakarības starp to vai cilvēks patērē vai nepatērē alkoholu, to, cik daudz viņš patērē alkoholu (t.s. ņemot vērā alkohola stipruma veidus), to cik svarīgi viņam ir samazināt savu alkohola patēriņu un veselības stāvokļa pašnovērtējumu. Alkohola patēriņa faktors neietekmē veselības stāvokļa pašnovērtējumu. Alkohola patēriņa faktora koeficientu vidējā moduļu vērtība ir 0,06.

Medikamentu patēriņa faktora ietvaros tiek konstatētas divas sakarības, kas ir statistiski nozīmīgas un 23 sakarības, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam. Tas norāda uz to, ka pastāv salīdzinoši daudz sakarību, kas saistāmas ar vairākām tendencēm šī faktora ietvaros attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu. Pastāv statistiski nozīmīga sakarība starp jautājumu, kur tiek lūgts norādīt recepšu medikamentu patēriņa biežumu un jautājumu, kur tiek lūgts novērtēt pašreizējo veselības stāvokli (koeficients 0,51). Identiska, statistiski nozīmīga sakarība pastāv starp jautājumu, kur tiek lūgts norādīt ārsta nozīmēto medikamentu patēriņa biežumu un šo pašu centrālo veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumu (koeficients 0,51). Attiecīgi lielākajā daļā gadījumu tie cilvēki, kas patērē vairāk recepšu un ārsta nozīmētos medikamentus, savu pašreizējo veselības stāvokli novērtē kā sliktāku. Pastāv vairākas sakarības, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam starp jautājumu, kur tiek lūgts norādīt kopējo medikamentu patēriņa biežumu un veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumiem (koeficienti -0,46, -0,38, 0,48, 0,44). Tas norāda uz to, ka lielā daļā gadījumu tie cilvēki, kas biežāk patērē medikamentus, savu pašreizējo veselības stāvokli vērtē kā sliktāku, sliktāk novērtē savu fizisko pašsajūtu, biežāk saskaras ar veselības stāvokļa problēmām un tās biežāk ierobežo viņu ikdienas nodarbes. Šīs pašas sakarības parādās arī recepšu medikamentu patēriņa ietvaros (koeficienti 0,51, 0,39, -0,49, -0,42), bezrecepšu medikamentu patēriņa ietvaros (koeficienti 0,47, 0,36, -0,37, -0,35), ārsta nozīmēto medikamentu patēriņa ietvaros (koeficienti 0,51, 0,42, -0,47, -0,41) un medikamentu bez ārsta nozīmējuma ietvaros (koeficienti 0,45, 0,33, -0,37, -0,29). Homeopātisko medikamentu patēriņa ietvaros pastāv tikai divas statistiskajam nozīmīgumam tuvas sakarības (koeficienti 0,34 un -0,26). Tas norāda uz to, ka lielā daļā gadījumu tie cilvēki, kas biežāk lieto homeopātiskos medikamentus, savu pašreizējo veselības stāvokli vērtē kā sliktāku un biežāk saskaras ar veselības stāvokļa problēmām. Homeopātisko medikamentu patēriņš salīdzinoši mazāk ietekmē veselības stāvokļa pašnovērtējumu. Lai gan kopumā medikamentu patēriņa faktora ietvaros

pastāv salīdzinoši daudz sakarību attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu, būtu jāņem vērā norādīta veselības stāvokļa pašnovērtējuma daudzdimensionalitāte, skaidrojot tās. Ne tikai veselības stāvoklis ir ietekmēts, bet tas arī ietekmē daudzus faktoros. Loģiski ir vērtēt šo sakarību abos virzienos, jo skaidrs, ka tie cilvēki, kuri biežāk un vairāk lieto dažāda veida medikamentus to dara sliktāka veselības stāvokļa dēļ, bet tai pašā laikā lietojot biežāk un vairāk medikamentus tie apzinās, ka viņu veselības stāvoklis ir sliktāks. Medikamentu patēriņa faktora koeficientu vidējā moduļa vērtība ir 0,34, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam. Tātad medikamentu patēriņš lielā daļā gadījumu ietekmē veselības stāvokļa pašnovērtējumu.

Fiziskās aktivitātes, aktīvās atpūtas un sporta faktora ietvaros tiek konstatētas trīs sakarības, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam. Pastāv sakarība starp jautājumu, kur tiek lūgts norādīt fizisko aktivitāšu, aktīvās atpūtas un sporta regularitāti un jautājumiem, kur tiek lūgts novērtēt pašreizējo veselības stāvokli (koeficients 0,3), fizisko pašsajūtu (koeficients 0,29). Tas norāda uz to, ka lielā daļā gadījumu tie cilvēki, kas biežāk nodarbojas ar fiziskām aktivitātēm, aktīvo atpūtu un sportu savu pašreizējo veselības stāvokli vērtē kā labāku un fizisko pašsajūtu kā labāku. Pastāv sakarība starp jautājumu, kur tiek lūgts norādīt brīvā laika nodarbi, kas vislabāk raksturo aktivitāti pēdējā gada laikā un pašreizējā veselības stāvokļa novērtējuma jautājumu (koeficients 0,31). Tas norāda uz to, ka lielā daļā gadījumu tie cilvēki, kas raksturo savas brīvā laika nodarbes ar lielāku fiziskās piepūles līmeņa aktivitāti biežāk norāda savu pašreizējo veselības stāvokli kā labāku. Arī šo sakarību būtiski aplūkot veselības stāvokļa daudzdimensionalitātes ietvaros. Cilvēku veselības stāvoklis ir labāks, ne tikai, pateicoties fiziskajām aktivitātēm, bet tie ir spējīgi ar tām nodarboties, ja to veselības stāvoklis ir labāks. Fiziskās aktivitātes, aktīvās atpūtas un sporta faktora koeficientu vidējā moduļa vērtība ir 0,15.

Kopumā starp uzvedības pieejas un modeļa individuālā dzīvesveida faktora līmeņa ietvertajiem faktoriem pastāv vairākas sakarības. Noteiktās pieejas un modeļa līmeņa faktoru kopējā vidējā moduļa vērtība ir 0,16.

Psiho-sociālās pieejas un modeļa sociālo, kopienas tīklu līmenī ietvertie faktori ir 1. sociālā un sabiedrības ietekme (savstarpējais atbalsts), 2. sociāli ekonomiskā nevienlīdzība, zems sociālais statuss (subordinācija, dominance salīdzinājumā ar citiem), 3. psiholoģiskie efekti (stress, nelabvēlīga gaisotne), 4. balanss starp darbu un ārpus darba, starp ieguldījumiem un ieguvumiem (saskarsme, drošība, atzinība, izaugsmes iespējas), 5. savstarpējās attiecības (darbs, ģimene, draugi, sabiedrība), 6. darba vides riska faktori (prasības, kontrole, spriedze). Katram no faktoriem ir izvirzīti vairāki pakārtotie jautājumi. Kopumā noteiktās pieejas un modeļa līmeņa

faktoriem attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumiem tiek konstatētas vairākas sakarības, kas ir statistiski nozīmīgas un vairākas, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam.

Sociālās un sabiedrības ietekmes faktora ietvaros tiek konstatētas divas sakarības, kas ir statistiski nozīmīgas un septiņas sakarības, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam. Pastāv statistiski nozīmīga sakarība starp jautājumu, kur tiek lūgts novērtēt pašreizējo veselības stāvokli un jautājumu, kur tiek lūgts novērtēt savstarpējo atbalstu darba kolēģu starpā (koeficients 0,55). Tas norāda uz to, ka tie cilvēki, kas biežāk saskaras ar savstarpējo atbalstu darba kolēģu starpā savu pašreizējo veselības stāvokli vērtē kā labāku. Pastāv statistiski nozīmīga sakarība starp jautājumu, kur tiek lūgt novērtēt pašreizējo veselības stāvokli un jautājumu, kur tiek lūgts novērtēt atbalstu un palīdzību no darba kolēģiem saslimšanas gadījumā. (koeficients 0,53). Tas norāda uz to, ka tie cilvēki, kas biežāk var paļauties un saņemt atbalstu no darba kolēģiem saslimšanas gadījumā savu pašreizējo veselības stāvokli vērtē kā labāku. Statistiskajam nozīmīgumam tuvojas sakarība starp darba kolēģu atbalsta novērtējuma jautājumu un jautājumiem, kur tiek lūgts novērtēt fizisko pašsajūtu (koeficients 0,3), veselības stāvokļa problēmu esamību (koeficients -0,4) un to ietekmi uz ikdienas nodarbēm (koeficients -0,35). Tas norāda uz to, ka lielā daļā gadījumu tie cilvēki, kas biežāk saskaras ar savstarpējo atbalstu darba kolēģu starpā jūtas fiziski labāk, retāk saskaras ar veselības stāvokļa problēmām un tās retāk ierobežo viņu ikdienas nodarbes. Statistiskajam nozīmīgumam tuvojas sakarība starp darba kolēģu atbalsta, palīdzības saslimšanas gadījumā novērtējuma jautājumu un jautājumiem, kur tiek lūgts novērtēt fizisko pašsajūtu (koeficients 0,28), veselības stāvokļa problēmu esamību (koeficients -0,38) un to ietekmi uz ikdienas nodarbēm (koeficients -0,32). Tas norāda uz to, ka lielā daļā gadījumu tie cilvēki, kas saslimstot biežāk, saskaras ar savstarpējo atbalstu un palīdzību no darba kolēģiem jūtas fiziski labāk, retāk saskaras ar veselības stāvokļa problēmām un tās retāk ierobežo viņu ikdienas nodarbes. Statistiskajam nozīmīgumam tuvojas arī sakarība starp pašreizējā veselības stāvokļa novērtējuma jautājumu un savstarpējā atbalsta kolēģu starpā būtiskuma novērtējuma jautājumu (koeficients -0,29). Tas norāda uz to, ka lielā daļā gadījumu tiem cilvēkiem, kuriem savstarpējais atbalsts kolēģu starpā ir svarīgāks savu pašreizējo veselības stāvokli vērtē kā labāku. Arī sociālās un sabiedrības ietekmes faktors tika vērtēts visu trīs sfēru ietvaros, interesanti ir tas, ka tieši darba, darba kolēģu sfērai ir nozīme attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu, nevis ģimenei, draugiem vai sabiedrībai kopumā. Sociālās un sabiedrības ietekmes faktora koeficientu vidējā moduļu vērtība ir 0,15.

Sociāli ekonomiskā nevienlīdzības, zema sociālā statusa faktora ietvaros netiek konstatētas sakarības, kas ir statistiski nozīmīgas, taču pastāv desmit sakarības, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam. Pastāv sakarības, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam starp sociāli ekonomiskās nevienlīdzības novērtējumu darba kolēģu starpā un pašreizējā veselības stāvokļa novērtējumu (koeficients 0,42) un veselības stāvokļa problēmu novērtējumu (koeficients -0,28). Arī statistiskajam nozīmīgumam tuvas sakarības pastāv starp sociāli ekonomiskās pozīcijas novērtējumu ģimenes locekļu, draugu starpā un pašreizējā veselības stāvokļa novērtējumu (koeficients -0,26), fiziskās pašsajūtas novērtējumu (koeficients -0,25), veselības stāvokļa problēmu novērtējumu (koeficients 0,26) un to ietekmi uz ikdienas nodarbēm (koeficients 0,25). Sakarība pastāv arī starp sociāli ekonomiskās pozīcijas novērtējumu darba kolēģu starpā un pašreizējā veselības stāvokļa novērtējumu (koeficients 0,36), starp sociāli ekonomiskās pozīcijas novērtējumu sabiedrībā kopumā un pašreizējā veselības stāvokļa novērtējumu (koeficients -0,37), veselības stāvokļa problēmu novērtējumu (koeficients 0,34) un to ietekmi uz ikdienas nodarbēm (koeficients 0,3). Tas norāda uz to, ka lielā daļā gadījumu tie cilvēki, kas norāda uz lielāku sociāli ekonomisko nevienlīdzību darba kolēģu starpā savu pašreizējo veselības stāvokli vērtē kā labāku un retāk saskaras ar veselības stāvokļa problēmām. Lielā daļā gadījumu tie cilvēki, kas norāda, ka ir salīdzinoši sliktākā sociāli ekonomiskā pozīcijā ģimenes locekļu, draugu starpā savu pašreizējo veselības stāvokli vērtē kā labāku, fizisko pašsajūtu kā labāku, retāk saskaras ar veselības stāvokļa problēmām un tās retāk ierobežo ikdienas nodarbes. Lielā daļā gadījumu tie cilvēki, kas norāda, ka ir salīdzinoši sliktākā sociāli ekonomiskā pozīcijā sabiedrībā kopumā savu pašreizējo veselības stāvokli vērtē kā labāku, retāk saskaras ar veselības stāvokļa problēmām un tās retāk ierobežo ikdienas nodarbes. Sociāli ekonomiskā nevienlīdzības, zema sociālā statusa faktora koeficientu vidējā moduļu vērtība ir 0,15.

Psiholoģisko efektu faktora ietvaros netiek konstatētas sakarības, kas ir statistiski nozīmīgas, taču pastāv deviņas sakarības, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam. Lielā daļā gadījumu tie cilvēki, kas biežāk saskaras ar stresu un nelabvēlīgu gaisotni darbā savu pašreizējo veselības stāvokli vērtē kā sliktāku (koeficients 0,33). Tie cilvēki, kas biežāk saskaras ar nelabvēlīgu gaisotni, stresu sabiedrībā kopumā biežāk ikdienā cieš no stresa (koeficients 0,27). Cilvēki, kas norāda, ka biežāk stress, nelabvēlīga gaisotne ar kuru saskaras mājās rada ietekmi uz veselības stāvokli, biežāk savu pašreizējo veselības stāvokli vērtē kā sliktāku (koeficients -0,31), biežāk ikdienā cieš no stresa (koeficients 0,29), biežāk saskaras ar veselības stāvokļa problēmām (koeficients 0,26) un tās biežāk ierobežo viņu ikdienas nodarbes (koeficients 0,25). Cilvēki, kas

norāda, ka biežāk stress, nelabvēlīga gaisotne, ar kuru saskaras sabiedrībā kopumā, rada ietekmi uz veselības stāvokli, biežāk norāda uz veselības stāvokļa problēmām, kas ierobežo viņu ikdienas nodarbes (koeficients 0,28). Lielā daļā gadījumu tie, kas norāda, ka stress, nelabvēlīga gaisotne ar, kuru saskaras mājās, rada būtisku ietekmi uz veselības stāvokli biežāk ikdienā cieš no stresa (koeficients -0,28). Psiholoģisko efektu faktora koeficientu vidējā moduļu vērtība ir 0,19.

Balansa starp darbu un ārpus darba, starp ieguldījumiem un ieguvumiem faktora ietvaros tiek konstatēta viena sakarība, kas ir statistiski nozīmīga un trīs sakarības, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam. Pastāv statistiski nozīmīga sakarība starp jautājumu, kur tiek lūgts novērtēt balansu darbā un jautājumu, kur tiek lūgts novērtēt pašreizējo veselības stāvokli (koeficients 0,55). Pārsvārā cilvēki, kuru darba ikdienā vairāk pastāv balanss starp ieguldījumiem un ieguvumiem savu pašreizējo veselības stāvokli novērtē kā labāku. Tāpat pastāv sakarības, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam starp jautājumu, kur tiek lūgts novērtēt balansu darbā un jautājumu, kur tiek lūgts novērtēt fizisko pašsajūtu (koeficients 0,31), jautājumu, kur tiek lūgts novērtēt veselības stāvokļa problēmas (koeficients -0,4) un jautājumu par šo veselības stāvokļa problēmu ietekmi uz ikdienas nodarbjū ierobežošanu (koeficients -0,36). Tas norāda uz to, ka lielā daļā gadījumu cilvēki, kuru darba ikdienā vairāk pastāv balanss starp ieguldījumiem un ieguvumiem savu fizisko pašsajūtu vērtē kā labāku, mazāk saskaras ar veselības stāvokļa problēmām un tās mazāk ierobežo viņu ikdienas nodarbes. Arī šī faktora ietvaros dominējoša ietekme ir darba sfērai. Kopumā balansa starp darbu un ārpus darba, starp ieguldījumiem un ieguvumiem faktora koeficientu vidējā moduļu vērtība ir 0,15.

Savstarpējo attiecību faktora ietvaros netiek konstatēta neviena sakarība, kas ir statistiski nozīmīga, taču pastāv viena sakarība, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam. Šī sakarība pastāv starp jautājumu, kur tiek lūgts novērtēt savstarpējo attiecību būtiskumu ar darba kolēģiem un pašreizējā veselības stāvokļa novērtējuma jautājumu (koeficients -0,37). Tas norāda uz to, ka lielā daļā gadījumu tie cilvēki, kas savstarpējās attiecības ar darba kolēģiem norāda kā būtiskākas savu pašreizējo veselības stāvokli novērtē kā labāku. Lai gan pastāv tikai viena sakarība un tā tikai tuvojas statistiskajam nozīmīgumam, tā pastāv darba sfēras ietvaros. Tādā veidā atkārtoti norādot uz šīs sfēras būtiskumu attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu. Kopumā savstarpējo attiecību faktora koeficientu vidējā moduļu vērtība ir 0,1.

Darba vides riska faktora ietvaros tiek konstatēta viena sakarība, kas ir statistiski nozīmīga un astoņas sakarības, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam. Visas no minētajām sakarībām pastāv starp tiem jautājumiem, kas tiešā veidā iekļauj prasību, kontroles un spriedzes

novērtējumu darba vidē. Statistiski nozīmīga sakarība pastāv starp jautājumu, kur tiek lūgts novērtēt saskarsmi ar prasībām darba vidē un pašreizējā veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumu (koeficients 0,52). Pārsvārā tie cilvēki, kas biežāk saskaras ar prasībām darba vidē, savu pašreizējo veselības stāvokli novērtē kā sliktāku. Sakarības, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam pastāv starp šo pašu prasību darba vidē novērtējuma jautājumu un fiziskās pašsajūtas novērtējuma jautājumu (koeficients 0,26), veselības stāvokļa problēmu novērtējuma jautājumu (koeficients -0,38), šo problēmu ietekmes uz ikdienas nodarbēm novērtējuma jautājumu (koeficients -0,33). Tas norāda uz to, ka lielā daļā gadījumu tie cilvēki, kas biežāk saskaras ar prasībām darba vidē savu fizisko pašsajūtu vērtē kā sliktāku, biežāk norāda uz veselības stāvokļa problēmām un to, ka šīs problēmas biežāk ierobežo viņu ikdienas nodarbes. Līdzīga situācija pastāv arī starp kontroles un spriedzes novērtējuma jautājumiem darba vidē. Lielā daļā gadījumu tie cilvēki, kas biežāk saskaras ar kontroli (koeficients 0,48) un spriedzi (koeficients 0,45) darba vidē savu pašreizējo veselības stāvokli vērtē kā sliktāku. Biežāk saskaroties ar kontroli darba vidē, biežāk norāda uz veselības stāvokļa problēmām (koeficients -0,35) un šo problēmu ietekmi uz ikdienas nodarbēm (koeficients -0,3). Biežāk saskaroties ar spriedzi darba vidē, biežāk norāda uz veselības stāvokļa problēmām (koeficients -0,3). Jāņem vērā, ka šī faktora ietvaros būtiskāko lomu savstarpējās sakarības ietvaros veido tieši formulētie jautājumi. Kopumā darba vides riska faktora koeficientu vidējā moduļu vērtība ir 0,15.

Kopumā starp psiho-sociālās pieejas un modeļa sociālo, kopienas tīklu līmenī ietvertajiem faktoriem pastāv vairākas sakarības kas ir statistiski nozīmīgas un vairākas, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam. Par būtisku tendenci liecina sakarību pārklājums darba sfēras jautājumu kontekstā attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu, kas attiecīgi norāda uz darba sfēru kā būtiskāko šīs pieejas un modeļa līmeņa ietvaros. Noteiktās pieejas un modeļa līmeņa faktoru kopējā vidējā moduļu vērtība ir 0,15.

Materiālistu pieejas un modeļa trešajā līmenī ietvertie faktori ir 1. izglītība (izglītības līmenis), 2. darba vide (atalgojums, drošība, taisnīga izturēšanās), 3. dzīves un darba apstākļi (ienākumi, patēriņš, labumi, pirktpēja), 4. bezdarbs (nodarbinātības vai bezdarba veids), 5. veselības aprūpes pakalpojumi (veselības pakalpojumu pieejamība un kvalitāte), 6. pajumte (dzīves vieta, apstākļi). Katram no faktoriem ir izvirzīti vairāki pakārtotie jautājumi. Kopumā noteiktās pieejas un modeļa līmeņa faktoriem attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumiem tiek konstatētas vairākas sakarības, kas ir statistiski nozīmīgas un vairākas, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam.

Izglītības faktora ietvaros tiek konstatēta viena sakarība, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam. Šī faktora ietvaros tiek formulēts tikai viens jautājums, jo pastāv nepieciešamība tiešā veidā identificēt respondentu izglītības līmeni. Pastāv sakarība, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam starp jautājumu, kur tiek lūgts norādīt uz doto brīdi augstāko pabeigto izglītību un pašreizējā veselības stāvokļa novērtējuma jautājumu (koeficients -0,35). Izglītības līmeņa jautājumā piedāvāto atbilžu variantu izkārtojums apzināts no zemāka izglītības līmeņa uz augstāku, kas neierobežo konstatēto sakarību secinājumu iespējas. Pastāvošā sakarība norāda uz to, ka lielā daļā gadījumu tie cilvēki, kuru izglītības līmenis ir zemāks savu pašreizējo veselības stāvokli vērtē kā sliktāku. Kopumā izglītības faktora koeficientu vidējā moduļu vērtība ir 0,2.

Darba vides faktora ietvaros tiek konstatēta viena sakarība, kas ir statistiski nozīmīga un septiņas sakarības, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam. Statistiski nozīmīga sakarība pastāv starp jautājumu, kur tiek lūgts norādīt izteikumu, kas visprecīzāk raksturo fiziskās piepūles līmeni pamatdarbā un pašreizējā veselības stāvokļa novērtējuma jautājumu (koeficients 0,51). Tas norāda uz to, ka pārsvarā tie cilvēki, kuru darbs ir ar smagāku fiziskās piepūles līmeni savu pašreizējo veselības stāvokli vērtē kā sliktāku, nekā tie, kuru darbs neprasa tik lielu fizisko piepūli. Pastāv sakarības, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam starp jautājumu, kur tiek lūgts norādīt šī brīža atalgojumu un pašreizējā veselības stāvokļa novērtējuma jautājumu (koeficients -0,46), fiziskās pašsajūtas novērtējuma jautājumu (koeficients -0,25), veselības stāvokļa problēmu novērtējuma jautājumu (koeficients 0,37) un šo problēmu ietekmes uz ikdienas nodarbēm novērtējuma jautājumu (koeficients 0,29). Tas norāda uz to, ka lielā daļā gadījumu tie cilvēki, kuru atalgojums ir zemāks savu pašreizējo veselības stāvokli vērtē kā sliktāku, fizisko pašsajūtu vērtē kā sliktāku, biežāk saskaras ar veselības stāvokļa problēmām un tās biežāk ierobežo viņu ikdienas nodarbes. Pastāv sakarības, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam starp jautājumu, kur tiek lūgts norādīt izteikumu, kas visprecīzāk raksturo fiziskās piepūles līmeni pamatdarbā un fiziskās pašsajūtas novērtējuma jautājumu (koeficients 0,26), veselības stāvokļa problēmu novērtējuma jautājumu (koeficients -0,4), šo problēmu ietekmes uz ikdienas nodarbēm novērtējuma jautājumu (koeficients -0,32). Tas norāda uz to, ka lielā daļā gadījumu tie cilvēki, kuru darbs ir ar smagāku fiziskās piepūles līmeni savu fizisko pašsajūtu vērtē kā sliktāku, biežāk saskaras ar veselības stāvokļa problēmām un tās biežāk ierobežo viņu ikdienas nodarbes. Kopumā darba vides faktora koeficientu vidējā moduļu vērtība ir 0,13.

Dzīves un darba apstākļu faktora ietvaros tiek konstatētas piecas sakarības, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam. Pārsvarā sakarības pastāv attiecībā uz centrālo veselības stāvokļa

pašnovērtējuma jautājumu. Lielā daļā gadījumu tie cilvēki, kuru šī brīža vidējie mēneša ienākumi ir zemāki, savu pašreizējo veselības stāvokli vērtē kā sliktāku (koeficients -0,28). Tāpat, lielā daļā gadījumu savu pašreizējo veselības stāvokli vērtē kā sliktāku tie cilvēki, kuru ikmēneša patēriņa iespējas biežāk saistāmas ar nepietiekamiem ienākumiem (koeficients 0,27), tie cilvēki, kuru biežākais kritērijs ikdienas preču un pakalpojumu izvēlei, ir cena, nevis kvalitāte (koeficients 0,37) un tie cilvēki, kuri biežāk ikdienas preču un pakalpojumu izvēlē, nav spējīgi apmierināt savas pamata vēlmes un vajadzības (koeficients 0,42). Lielā daļā gadījumu tie cilvēki, kuri biežāk ikdienas preču un pakalpojumu izvēlē nav spējīgi apmierināt savas pamata vēlmes un vajadzības, vairāk saskaras ar veselības stāvokļa problēmām (koeficients -0,31). Kopumā dzīves un darba apstākļu faktora koeficientu vidējā moduļu vērtība ir 0,21.

Bezdarba (nodarbinātības vai bezdarba veida) faktora ietvaros tiek konstatētas trīs sakarības, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam. Šī faktora ietvaros tiek formulēts tikai viens jautājums, jo pastāv nepieciešamība tiešā veidā identificēt respondentu nodarbinātības vai bezdarba veidu. Lielā daļā gadījumu tie cilvēki, kuri norāda kā savu pamatnodarbošanos dažāda veida bezdarbu savu pašreizējo veselības stāvokli vērtē kā sliktāku (koeficients 0,45), biežāk norāda uz saskarsmi ar veselības stāvokļa problēmām (koeficients -0,33) un to, ka tās ierobežo viņu ikdienas nodarbes (koeficients -0,3). Kopumā bezdarba (nodarbinātības vai bezdarba veida) faktora koeficientu vidējā moduļu vērtība ir 0,26.

Veselības aprūpes pakalpojumu faktora ietvaros tiek konstatētas septiņas sakarības, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam. Lielā daļā gadījumu tie cilvēki, kuri biežāk izmanto veselības aprūpes pakalpojumus savu pašreizējo veselības stāvokli vērtē kā sliktāku (koeficients 0,39), savu fizisko pašsajūtu vērtē kā sliktāku (koeficients 0,33), biežāk saskaras ar veselības stāvokļa problēmām (koeficients -0,42) un biežāk norāda, ka tās ierobežo viņu ikdienas nodarbes (koeficients -0,36). Bieži tie cilvēki, kuri veselības aprūpes pakalpojumus vērtē, kā mazāk pieejamus, savu pašreizējo veselības stāvokli vērtē kā sliktāku (koeficients -0,41) un vairāk saskaras ar veselības stāvokļa problēmām (koeficients 0,25). Tāpat, tie cilvēki, kuri veselības aprūpes pakalpojumus vērtē, kā mazāk kvalitatīvus, savu pašreizējo veselības stāvokli vērtē kā sliktāku (koeficients -0,37). Kopumā veselības aprūpes pakalpojumu faktora koeficientu vidējā moduļu vērtība ir 0,25.

Pajumtes (dzīves vietas, apstākļu) faktora ietvaros tiek konstatētas četras sakarības, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam. Viena no sakarībām apstiprina iepriekš konstatēto veselības aprūpes pakalpojumu faktora ietvaros. Nepastāv sakarības starp veselības stāvokļa

pašnovērtējumu, un dažāda veida dzīves vietas apstākļiem, pakalpojumiem, izņemot veselības aprūpes pakalpojumiem. Lielā daļā gadījumu tie cilvēki, kas novērtē atbilstoši dzīvesvietai veselības aprūpes pakalpojumu līmeni un pieejamību kā sliktāku savu pašreizējo veselības stāvokli biežāk vērtē kā sliktāku (koeficients -0,34). Šī faktora pārējās sakarības saistāmas ar nodzīvotajiem gadiem pašreizējā dzīvesvietā. Sakarības būtu jāvērtē, ņemot vērā, ka iespējami nodzīvoto gadu skaits atkarīgs no respondenta vecuma. Lielā daļā gadījumu tie cilvēki, kas pašreizējā dzīves vietā nodzīvojuši salīdzinoši ilgākus gadus, savu pašreizējo veselības stāvokli vērtē kā sliktāku (koeficients 0,4), biežāk saskaras ar veselības stāvokļa problēmām (koeficients -0,31) un tās biežāk ierobežo viņu ikdienas nodarbes (koeficients -0,29). Kopumā veselības pajumtes faktora koeficientu vidējā moduļu vērtība ir 0,1.

Kopumā starp materiālistu pieejas un modeļa trešajā līmenī ietvertajiem faktoriem pastāv vairākas sakarības kas ir statistiski nozīmīgas un vairākas, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam. Noteiktās pieejas un modeļa līmeņa faktoru kopējā vidējā moduļu vērtība ir 0,15.

Modeļa ceturtajā, vispārējo sociālo, ekonomisko, kultūras un vides apstākļu līmenī ietvertais faktors ir tiešā veidā definēti un tiešā veidā formulētajos jautājumos ietverti vispārējie sociāli, ekonomiski, kultūras un vides apstākļi. Faktoram un attiecīgi modeļa līmenim kopumā ir izvirzīti trīs pakārtotie jautājumi par katru no ietvertajiem apstākļiem, tiešā veidā lūdzot respondentus novērtēt katru no apstākļu dimensijām. Kopumā noteiktās pieejas un modeļa līmeņa faktoriem attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumiem tiek konstatēta viena sakarība, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam.

Vispārējo sociālo, ekonomisko, kultūras un vides apstākļu faktora ietvaros tiek konstatēta viena sakarība, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam. Pastāv statistiskajam nozīmīgumam tuva sakarība starp jautājumu, kur tiek lūgts novērtēt sabiedrības vispārējos sociāli ekonomiskos apstākļus un pašreizējā veselības stāvokļa novērtējuma jautājumu (koeficients -0,3). Tas norāda uz to, ka lielā daļā gadījumu tie cilvēki, kas novērtē sabiedrības vispārējos sociāli ekonomiskos apstākļus kā sliktākus, savu pašreizējo veselības stāvokli novērtē kā sliktāku. Kopumā vispārējo sociālo, ekonomisko, kultūras un vides apstākļu faktora koeficientu vidējā moduļu vērtība ir 0,09. Arī ceturajā, vispārējo sociālo, ekonomisko, kultūras un vides apstākļu līmeņa faktoru kopējā vidējā moduļu vērtība ir 0,09.

Dzīves gājuma pieejas un modeļa visu līmeņu dzīves gājuma kontekstā ietvertie faktori ir 1.trūkumu un priekšrocību uzkrāšanās, individuālā pieredze 2.veselības stāvoklis iepriekšējos dzīves gados, 3. iepriekšējās sociāli ekonomiskās grūtības 4.ģenētika un vecāku fons. Kopumā

noteiktās pieejas faktoriem attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējuma jautājumiem tiek konstatētas tikai dažas sakarības, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam.

Trūkumu un priekšrocību uzkrāšanās, individuālās pieredzes faktora ietvaros tiek konstatēta viena sakarība, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam. Pastāv sakarība, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam starp jautājumu, kur tiek lūgts norādīt izmaiņas attiecībā uz balansu starp darbu un ārpus darbu, starp ieguldījumiem un ieguvumiem, un pašreizējā veselības stāvokļa novērtējuma jautājumu (koeficients 0,28). Tas norāda uz to, ka tie cilvēki, kuru balanss starp darbu un ārpus darbu, starp ieguldījumiem un ieguvumiem ir uzlabojies savu pašreizējo veselības stāvokli vērtē kā labāku. Kopumā trūkumu un priekšrocību uzkrāšanās, individuālās pieredzes faktora koeficientu vidējā moduļu vērtība ir 0,08.

Veselības stāvokļa iepriekšējos dzīves gados faktora ietvaros tiek konstatētas divas sakarības, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam. Pastāv sakarības starp jautājumu, kur tiek lūgts novērtēt veselības stāvokli iepriekšējos dzīves gados un pašreizējā veselības stāvokļa novērtējuma jautājumu (koeficients 0,32), fiziskās pašsajūtas novērtējuma jautājumu (koeficients 0,25). Tas norāda uz to, ka lielā daļā gadījumu tie cilvēki, kas savu veselības stāvokli iepriekšējos dzīves gados novērtē kā sliktāku arī savu pašreizējo veselības stāvokli un fizisko pašsajūtu novērtē kā sliktāku. Tas norāda ne tikai uz sakarību starp pagātnes un pašreizējā veselības stāvokļa novērtējumu, bet arī uz veselības stāvokļa pašnovērtējuma saglabāšanos laika gaitā. Kopumā veselības stāvokļa iepriekšējos dzīves gados faktora koeficientu vidējā moduļu vērtība ir 0,19.

Iepriekšējo sociāli ekonomisko grūtību un ģenētikas un vecāku fona faktoru ietvaros netiek konstatēta neviena sakarība, kas būtu statistiski nozīmīga vai tuvotos statistiskajam nozīmīgumam. Attiecīgi pastāv pamats secināt, ka noteiktie faktori nav nozīmīgi attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu. Kopumā iepriekšējo sociāli ekonomisko grūtību faktora koeficientu vidējā moduļu vērtība ir 0,04. Kopumā ģenētikas un vecāku fona faktora koeficientu vidējā moduļu vērtība ir 0,06.

Kopumā starp dzīves gājuma pieejas un modeļa visu līmeņu dzīves gājuma kontekstā ietvertajiem faktoriem pastāv dažas sakarības, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam. Konkrētās pieejas faktoru kopējā vidējā moduļu vērtība ir 0,09.

Atsevišķi tiek formulēts modeļa līmeņu kontroljautājums, kur tiek lūgts norādīt būtiskuma secību piedāvātajiem variantiem attiecībā uz pašreizējā veselības stāvokļa ietekmi. Ietvertie izvēles varianti pakārtoti modeļa līmeņu alternatīvām. Kontroljautājuma ietvaros tiek konstatētas

divas sakarības, kas tuvojas statistiskajam nozīmīgumam. Lielā daļā gadījumu tie, kas salīdzinoši par nebūtisku ietekmes aspektu pašreizējā veselības stāvokļa kontekstā izvēlas notikumus un procesus iepriekšējos dzīves gados, bērnībā un iedzimtību (dzīves gājuma pieeja) savu pašreizējo veselības stāvokli vērtē kā sliktāku (koeficients 0,26). Tas apstiprina iepriekš konstatētu sakarību, kur dzīves gājuma pieejai ir salīdzinoši maza ietekme attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu. Tāpat, lielā daļā gadījumu tie, kas par salīdzinoši būtisku ietekmes aspektu pašreizējā veselības stāvokļa kontekstā, izvēlas dažāda veida dzīves un darba apstākļus (materiālistu pieeja) arī savu pašreizējo veselības stāvokli vērtē kā sliktāku (koeficients -0,29). Tas norāda uz to, ka materiālistu pieejai ir salīdzinoši būtiska ietekme attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu, ja jautājums tiek formulēts tiešā veidā. Taču vispārīgu priekšstatu par modeļa līmeņu, pieeju un pakārtoto faktoru ietekmi attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu ir iespējams rast, apkopojot iepriekš konstatēto un veicot rezultātu apkopojumu hipotēzes pārbaudes nolūkā.

Iekļauto sociāli ekonomisko faktoru nozīmīguma secība (no būtiskākā uz mazāk būtisko) pēc koeficientu vidējām moduļu vērtībām ir šāda (skatīt 8.pielikumu): 1. medikamentu patēriņš, 2. bezdarbs (nodarbinātības vai bezdarba veids), 3. veselības aprūpes pakalpojumi (pieejamība un kvalitāte), 4. dzīves un darba apstākļi (ienākumi, patēriņš, labumi, pirkspēja), 5. izglītība, 6. veselības stāvoklis iepriekšējos dzīves gados, 7. psiholoģiskie efekti (stress, nelabvēlīga gaisotne), 8. balanss starp darbu un ārpus darbu, starp ieguldījumiem un ieguvumiem (saskarsme, drošība, atzinība, izaugsmes iespējas), 9. fiziskās aktivitātes, aktīvā atpūta un sports, 10. sociāli ekonomiskā nevienlīdzība, zems sociālais statuss (subordinācija, dominance salīdzinājumā ar citiem), 11. sociālā un sabiedrības ietekme (savstarpējais atbalsts), 12. darba vides riska faktori (prasības, kontrole, spriedze), 13. darba vide (atalgojums, drošība, taisnīga izturēšanās), 14. savstarpējās attiecības (darbs, ģimene, draugi, sabiedrība), 15. pajumte (dzīves vieta un apstākļi), 16. vispārējie sociāli ekonomiskie, kultūras un vides apstākļi, 17. diēta un uzturs, 18. trūkumu un priekšrocību uzkrāšanās, individuālā pieredze, 19. tabakas patēriņš, 20. ģenētika un vecāku fons, 21. alkohola patēriņš, 22. iepriekšējās sociāli ekonomiskās grūtības. Attiecīgi tiek secināts, ka izvirzītā darba hipotēze ((H2): *visbūtiskākais faktors veselības stāvokļa nevienlīdzībai Latvijā ir iedzīvotāju dzīves un darba apstākļi*) nav apstiprinājusies. Visbūtiskākais faktors veselības stāvokļa nevienlīdzībai Latvijā attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu starp iekļautajiem sociāli ekonomiskajiem faktoriem ir medikamentu patēriņš. Šīs sakarības ietvaros būtiski ņemt vērā veselības stāvokļa daudzdimensionalitāti un ietekmi, kas var būt vērsta abos virzienos.

Medikamentu patēriņš ietekmē veselības stāvokļa pašnovērtējumu, un arī veselības stāvokļa pašnovērtējums ietekmē medikamentu patēriņš. Loģisks šīs sakarības skaidrojums var tikt saistīts ar faktu, kur tie cilvēki, kuru veselības stāvoklis ir sliktāks biežāk lieto medikamentus un tie cilvēki, kuri biežāk lieto medikamentus savu veselības stāvokli novērtē kā sliktāku. Hipotēzē ietvertais faktors – dzīves un darba apstākļi (ienākumi, patēriņš, labumi un pirktspēja), ir ceturtais būtiskākais faktors starp ietvertajiem, saskaņā ar aprēķināto faktora vidējo moduļu vērtību. Apkopotās faktoru vidējās moduļu vērtības (8. pielikums) ļauj secināt par katra ietvertā sociāli ekonomiskā faktora būtiskumu attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu, kas attiecīgi var kalpot par pamatu rīcībpolitiku ietvaros, izvērtējot un nosakot rīcībpolitikas prioritātes. Taču nereti rīcībpolitiku ietvaros nav runa par rīcībpolitiku konstrukcijām, kas tiešā veidā vērstas uz katra vai kāda noteikta faktora ietekmi, bieži rīcībpolitikas tiek konstruētas attiecībā uz faktoru grupām, rīcībpolitikas līmeņiem.

Par pamatu rīcībpolitiku izstrādei, kas vērstas uz noteiktu faktoru līmeņa ietekmi, var tikt izmantots aprēķinātais faktoru līmeņu un pieeju vidējo moduļu vērtību apkopojums (9.pielikums). Tiek konstatēts, ka būtiskākā attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu ir uzvedības pieeja un modeļa individuālo dzīvesveida faktoru līmenis (vidējā moduļu vērtība 0,16). Otra būtiskākā ir psiho-sociālā pieeja un modeļa sociālo un kopienas tīklu līmenis (vidējā moduļu vērtība 0,149). Trešā būtiskākā ir materiālistu pieeja un modeļa trešais līmenis (vidējā moduļu vērtība 0,148). Ceturtie būtiskākie ir vispārējie sociāli ekonomiskie, kultūras un vides apstākļi (vidējā moduļu vērtība 0,088). Visnebūtiskākā ir dzīves gājuma pieeja un modeļa visi līmeņi dzīves gājuma kontekstā (vidējā moduļu vērtība 0,085).

Sociāli ekonomisko faktoru noteiktais būtiskums un faktoru līmeņu noteiktais ietekmes būtiskums attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu norāda uz cilvēku viedokli par būtiskumu. Kopumā cilvēku viedoklis, vēlmes un vajadzības būtu jāņem vērā rīcībpolitiku ietvaros, jo tas ir saskaņā ar labas pārvaldības principiem, saskaņā ar evidencēs balstītu rīcībpolitiku un kopumā tas nodrošina rīcībpolitiku tuvināšanu vispārējām sabiedrības interesēm. Atbilde uz konkrēto izvirzīto izpētes jautājumu un konkrētās darba hipotēzes pārbaude norāda uz sabiedrības prioritātēm faktoros attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu. Taču būtiski ir noskaidrot vai konstruētas LR Veselības ministrijas rīcībpolitikas ir saskaņā ar konstatētajām tendencēm un noteiktajām prioritātēm. Par to ir iespējams pārliecināties izvirzītā trešā izpētes jautājuma kontekstā un, veicot izvirzītās trešās darba hipotēzes pārbaudi.

8.4. Rīcībpolitiku un konstatēto veselības stāvokļa nevienlīdzības tendenču saskaņa

Sekojošā darba apakšnodaļa saistāma ar izvirzīto trešo izpētes jautājumu un pakārtoti izvirzīto trešo darba hipotēzi. Izvirzītais trešais izpētes jautājums ir: *Vai Latvijas Republikas Veselības ministrijas rīcībpolitikas ir saskaņā ar konstatētajām veselības stāvokļa nevienlīdzības tendencēm Latvijā?* Pakārtoti izvirzītā trešā darba hipotēze ir: (H3) *lielākā daļa konstatēto tendenču nav ņemtas vērā Latvijas Republikas Veselības ministrijas rīcībpolitikās.* Konkrētais izpētes jautājums un izvirzītā darba hipotēze saistāma ar noteikto veselības stāvokļa nevienlīdzību ietekmējošo faktoru (darba otrā izpētes jautājuma un otrās hipotēzes rezultāti) rīcībpolitiku kontekstā noteikto savstarpējo saskaņu. Pastāv mēģinājums savstarpēji salīdzināt cilvēku noteiktās prioritātes, faktorus attiecībā uz veselības stāvokļa nevienlīdzību un LR Veselības ministrijas rīcībpolitikās neteiktās prioritātes pēc to biežuma sadalījuma. Attiecīgi hipotēzes ietvaros pieņemot, ka lielākajā daļā gadījumu nepastāv šī savstarpējā saskaņa.

Atbilde uz izvirzīto izpētes jautājumu un hipotēzes pārbaude tiek balstīta uz darba otrā izpētes jautājuma un otrās hipotēzes pārbaudes rezultātiem un LR Veselības ministrijas attīstības plānošanas dokumentu analīzes rezultātiem, kas veikti NVivo programmā. Attiecīgi trešā izpētes jautājuma ietvaros un trešās darba hipotēzes pārbaudes ietvaros tiek izmantoti kvantitatīvie un kvalitatīvie dati. Izmantotie kvantitatīvie dati izriet no iepriekš minētās datu analīzes otrā izpētes jautājuma ietvaros. Izmantotie kvalitatīvie dati izriet no NVivo programmas ietvaros veiktās analīzes un analīzes rezultātiem, kas pakārtoti tikai trešajam izpētes jautājumam un trešajai hipotēzei. Atbilstoši nepieciešama detalizētāka pievēršanās kvalitatīvajiem datiem un to apstrādes rezultātiem.

Pirms kvalitatīvo datu kodēšanas atbilstoši izvirzītajiem sistemātiskajiem kodiem tiek veikta attīstības plānošanas dokumentu vispārīga analīze programmā, kas sniedz ieskatu atsevišķās vispārīgās tendencēs. Sākotnēji tiek apkopoti rīcībpolitikas dokumentu biežāk lietotie vārdi, kas ļauj secināt par biežāk ietvertos dokumentos. Programmā tiek veikts 50 biežāk lietoto vārdu apkopojums, kur atlasīti vārdi, ņemot vērā vārdu saknes un izslēdzot saikļus, kas neļauj spriest par saturisko būtību. Apkopojums ietverts 10. pielikumā, kur tiek atsoguļoti biežāk lietotie vārdi, dokumentu skaits, kur tie tiek ietverti, katra vārda biežums (skaits cik bieži tas minēts dokumentos) un vārda svērtais procents, kas norāda uz vārda biežumu attiecībā uz kopējā teksta apjomu. Visbiežāk lietotie vārdi ir veselības, aprūpes, valsts, eiro, slimību un lati. Veselības vārds tiek lietots ar izteiktu biežuma pārsvara proporciju (svērtais procents 1,6, vārdam aprūpes 0,74). Veselības un aprūpes jēdziena lietojuma biežums norāda uz rīcībpolitiku izteikto

orientāciju uz veselības aprūpes pakalpojumu ietekmi. Tāpat, biežais eiro un latu lietojums norāda uz saturu, kas bieži saistāms ar rīcībspolitikas dokumentu finanšu plānojuma perspektīvu. Šo tendenci pastiprina biežais citu vārdu lietojums, kas arī saistāmi ar finanšu plānojumu, piemēram, budžeta, līdzekļi, finansējums, finanšu u.c. Ja tiek apskatīti tie vārdi, kas tiek lietoti visbiežāk un lielākajā dokumentu gadījumu skaitā, tad var secināt, ka 12 dokumentos tiek lietoti tādi vārdi kā ārstniecības, nepieciešams, informācijas. Attiecīgi visbiežāk dokumentos tiek norādīts uz ārstniecību un ar to saistīto, dažāda veida trūkumu esamību jeb nepieciešamību un informāciju, kas var būt trūkstoša, esoša vai par pamatu pakārtotajam. Starp biežāk lietotajiem vārdiem pastāv arī vairāki, kas var tikt saistīti ar veselības stāvokļa ietekmējošajiem faktoriem, piemēram, veselības aprūpes (iespējams veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība un kvalitāte), zāļu (iespējams medikamentu patēriņš), alkohola (iespējams alkohola patēriņš) u.c. Taču vārdu biežuma sadalījums ļauj tikai pieņemt, bet neļauj izdarīt secinājumus par saistību ar citiem vārdiem un veselības stāvokļa pašnovērtējuma faktoriem.

Tieši šī iemesla dēļ programmā tika veiktas sekojošās darbības. Lai noskaidrotu biežāk lietoto vārdu biežākās sastapējās saistības sadalījumu, programmā tiek izveidota shēma, kas to atspoguļo (11. pielikums). Izveidotā shēma norāda uz vārdu savstarpējās saistības diviem blokiem, kur vārdu sakārtojums norāda uz saistību pakārtotību starp tiem. Pirmajā vārdu savstarpējās saistības blokā ietilpst šādi vārdi: sistēmas, informācijas, datu, ārstu, ģimenes, ārsta, sirds, riska, slimību, pacientu, pacientiem, lati, ārstniecības, darba, kopā, pasākumu, ietvaros, līdzekļu, skaits, nodrošināt, programmas, budžeta, nepieciešams, finansējums (secība saskaņā ar savstarpējo pakārtotību). Tas norāda uz to, ka centrā ir informācijas un datu sistēmas ar to nepieciešamību, nereti tiek uzsvērts sirds slimnieku būtiskums, riski saistot ar ārstiem un ģimenes ārstiem, un trešā sadaļa saistīta ar naudas resursu nepieciešamību ārstniecības darbam, pasākumiem, programmu budžeta nepieciešamā finansējuma nodrošināšanai. Faktiski tas ļauj secināt, ka biežāk ir runa nevis par konkrētu faktoru ietekmi, bet par informācijas vai finanšu resursu nepieciešamību.

Otrajā vārdu savstarpējās saistības blokā ietilpst šādi vārdi: garīgās, ministru, alkohola, trūkst, zāļu, Eiropas, jomā, pakalpojumu, sabiedrības, attīstības, veselības, aprūpes, euro, skaitā, papildus, budžetu, spkc, finanšu, paredzēto, laikā, Latvijā, bērnu, valsts, Latvijas, iedzīvotāju, veselība. Tas norāda uz to, ka pastāv uzsvars uz zāļu trūkumu, veselības aprūpe tiek saistīta ar sabiedrības un pakalpojumu attīstību Eiropas kontekstā, un trešā sadaļa saistīta ar papildus budžeta finanšu resursu nepieciešamību informācijas uzturēšanai un iedzīvotāju veselībai. Tas

ļauj secināt, ka nereti pastāv uzsvars uz nepietiekamību, trūkumu resursu ietvaros un veselības aprūpes attīstība tiek skatīta ne tikai pakalpojumu, bet arī sabiedrības attīstības kontekstā.

Ņemot vērā to, ka veselība kā visbiežāk lietotais vārds, veselība kā centrālais izpētes objekts un ar veselību pastāvošās vārdu saistības var radīt priekšstatu par dokumentos biežāk ietvertu izpratni, programmā tiek veikts apkopojums, kas atspoguļo ar vārdu veselība biežāk savstarpēji saistīto vārdu sadalījumu (12. pielikums). Apkopojot iegūto informāciju, tiek secināts, ka ar veselību visbiežāk tiek saistītas dažāda veida pamatnostādnes, stratēģijas, informācijas vai informācijas sistēmu nepieciešamība, pastāv uzsvars uz ģenētiku, vecāku fonu un bērnu (bērns, jaundzimušie un zīdaiņi, māte, seksuālā un reproduktīvā, māte un tēvs) un garīgo veselības perspektīvu (psihiskā, garīgā). Uz interesantu tendenci norāda atsevišķos gadījumos ietvertā ietekmes kompetences norobežošana, piemēram, sabiedrības veselības perspektīvas ārpus veselības nozares ietekmes, veselība visu nozaru politikās. Tas sasaucas ar veselības stāvokļa nevienlīdzību ietekmējošo faktoru būtību, kur faktiski nevar runāt tikai par nošķirtas veselības politikas ietekmes iespējām.

Datu kodēšana tika veikta saskaņā ar konstruēto ietekmes faktoru līmeņu un pieeju modeli, un saskaņā ar rīcībpolitikas ietekmes līmeņiem ar tiem pakārtotajiem modeļa faktoriem. Kodēšanas process saskaņā ar metodoloģijas darba nodaļā noteikto. Pēc kodēšanas tiek veikts datu rezultātu apkopojums vairākos griezumos. Viens no šiem apkopojumiem ir kvalitatīvo datu kodēšanas rezultātu kopsavilkums, kas atspoguļo kodēto avotu, atsauču, vārdu un paragrāfu skaitu (13. pielikums). Būtiskākais no ietvertajiem mainīgajiem ir kodēto atsauču skaits, kas kalpo par pamatu trešajam izpētes jautājumam un hipotēzes pārbaudei. Taču konkrētais apkopojums tiek veikts ar mērķi gūt plašāku priekšstatu par kodēšanas rezultātu pa kodēšanas grupām. Kopumā visos noteiktajos rīcībpolitikas ietekmes līmeņos pastāv kodi.

Dzīves gājuma ietekmes līmenī kopējais kodēto avotu skaits ir 8, kopumā kodētas 75 atsauču vienības, 626 vārdi un 85 paragrāfi. Šī rīcībpolitikas ietekmes līmeņa vislielākais kodēto atsauču vienību skaits pastāv veselības stāvokļa iepriekšējos dzīves gados faktora ietvaros (27 vienības). Otrais lielākais skaits pastāv ģenētikas un vecāku fona faktora ietvaros (23 vienības), trešais lielākais trūkumu un priekšrocību uzkrāšanās, individuālās pieredzes faktora ietvaros (20 vienības) un vismazākais iepriekšējo sociāli ekonomisko grūtību faktora ietvaros (tikai 2 vienības). Kopumā dzīves gājuma ietekmes līmenis atrodas ceturtajā vietā starp rīcībpolitikas ietekmes līmeņiem pēc kodēto atsauču vienību skaita.

Indivīdu kopuma ietekmes līmenī kopējais kodēto avotu skaits ir 11, kopumā kodētas 159 atsauču vienības, 1586 vārdi un 186 paragrāfi. Šī rīcībpolitikas ietekmes līmeņa vislielākais kodēto atsauču vienību skaits pastāv attiecībā uz vecumu (96 vienības), otrs lielākais skaits pastāv attiecībā uz dzimumu (42 vienības), trešais attiecībā uz iedzimtajiem faktoriem (20 vienības). Šī ietekmes līmeņa ietvaros būtiski ņemt vērā iepriekš minēto, kur konkrētajā ietekmes līmenī rīcībpolitiku kontekstā nevar būt runa par ietekmi, kas vērsta uz faktoru izmaiņām, bet ir runa par faktoru ņemšanu vērā konstruējot rīcībpolitikas, kas var ietekmēt pakārtotās izmaiņas. Kopumā indivīdu kopuma ietekmes līmenis atrodas trešajā vietā starp rīcībpolitikas ietekmes līmeņiem pēc kodēto atsauču vienību skaita.

Indivīdu stiprināšanas ietekmes līmenī kopējais kodēto avotu skaits ir 10, kopumā kodētas 222 atsauču vienības, 2592 vārdi un 264 paragrāfi. Šī rīcībpolitikas ietekmes līmeņa vislielākais kodēto atsauču vienību skaits pastāv attiecībā uz alkohola patēriņa faktoru (71 vienība), otrs lielākais skaits attiecībā uz medikamentu patēriņa faktoru (47 vienības), trešais attiecībā uz diētas un uztura faktoru (36 vienības), ceturtais attiecībā uz fiziskās aktivitātes, aktīvās atpūtas un sporta faktoru (34 vienības) un vismazākais kodēto atsauču skaits pastāv attiecībā uz tabakas patēriņa faktoru (32 vienības). Taču būtiski ņemt vērā, ka vislielākais dokumentu skaits, kur tiek pieminēti noteiktie faktori, ir attiecībā uz medikamentu patēriņa faktoru un fiziskās aktivitātes, aktīvās atpūtas un sporta faktoru. Kopumā indivīdu stiprināšanas ietekmes līmenis atrodas otrajā vietā starp rīcībpolitikas ietekmes līmeņiem pēc kodēto atsauču vienību skaita.

Infrastruktūras un pakalpojumu pieejamības uzlabošanas ietekmes līmenī kopējais kodēto avotu skaits ir 17, kopumā kodētas 640 atsauču vienības, 5226 vārdi un 731 paragrāfs. Šī rīcībpolitikas ietekmes līmeņa absolūti lielākais kodēto atsauču vienību skaits pastāv attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumu faktoru (576 vienība), otrs lielākais skaits attiecībā uz izglītības faktoru (47 vienības), trešais attiecībā uz pajumtes faktoru (12 vienības), ceturtais attiecībā uz dzīves un darba apstākļu faktoru (9 vienības), piektais attiecībā uz darba vides faktoru (6 vienības) un vismazākais skaits attiecībā uz bezdarba vai nodarbinātības faktoru (5 vienības). Jāņem vērā, ka gandrīz visas kodētās atsauces šī rīcībpolitikas ietekmes līmeņa ietvaros pastāv attiecībā uz vienu no līmeņa faktoriem – veselības aprūpes pakalpojumu faktors. Tāpat, arī šī faktora ietvaros pastāv izteikti lielākais kodēto avotu skaits, kas ir 17. Tas norāda uz to, ka tieši šis faktors īpaši tiek ņemts vērā rīcībpolitikās, tas ne tikai visbiežāk tiek minēts, bet arī tiek minēts vislielākajā dokumentu skaitā. Kopumā infrastruktūras un pakalpojumu pieejamības

uzlabošanas ietekmes līmenis atrodas pirmajā vietā starp rīcībpolitikas ietekmes līmeņiem pēc kodēto atsauču vienību skaita, lielākoties viena faktora kodēto vienību skaita dēļ.

Kopienas stiprināšanas ietekmes līmenī kopējais kodēto avotu skaits ir 11, kopumā kodētas 55 atsauču vienības, 596 vārdi un 63 paragrāfi. Šī rīcībpolitikas ietekmes līmeņa vislielākais kodēto atsauču vienību skaits pastāv attiecībā uz sociāli ekonomiskās nevienlīdzības, zema sociālā statusa faktoru (28 vienība), otrs lielākais skaits attiecībā uz psiholoģisko efektu faktoru (9 vienības), trešais attiecībā uz darba vides riska faktoriem (7 vienības), ceturtais attiecībā uz savstarpējo attiecību faktoru (6 vienības), piektais attiecībā uz sociālo un sabiedrības ietekmes faktoru (4 vienības). Neviena kodētā atsauču vienība netiek konstatēta attiecībā uz balansa faktoru. Tas norāda uz to, ka balanss starp darbu un ārpus darbu, starp ieguldījumiem un ieguvumiem dokumentos netiek ņemts vērā vispār. Kopumā kopienas stiprināšanas ietekmes līmenis atrodas piektajā vietā starp rīcībpolitikas ietekmes līmeņiem pēc kodēto atsauču vienību skaita.

Strukturālo izmaiņu attiecībā uz ekonomiskajiem, sociālajiem, kultūras un vides apstākļiem ietekmes līmenī un faktorā kopējais kodēto avotu skaits ir 10, kopumā kodētas 52 atsauču vienības, 488 vārdi un 58 paragrāfi. Tas atrodas pēdējā, sestajā vietā starp rīcībpolitikas ietekmes līmeņiem pēc kodēto atsauču vienību skaita. Tas lielā mērā skaidrojams ar to, ka noteiktais ietekmes līmenis un faktors saturiski bieži tiek nošķirts no valsts kompetences, norādot uz to kā uz pašvaldības ietekmes kompetenci.

Atsevišķi tika nošķirts arī neparedzēto tēmu bloks, kas neiekļaujas definēto rīcībpolitikas ietekmes līmeņu vai to faktoru ietvaros. Tika izšķirta tikai viena neparedzētā tēma, kas saistīta ar saslimstības samazināšanu dažādos griezumos. Kopumā saslimstības samazināšana rīcībpolitikas dokumentos ir salīdzinoši bieži sastopama, jo kopējais kodēto avotu skaits ir 7, kopumā kodētas 95 atsauču vienības, 737 vārdi un 100 paragrāfi. Taču konkrētā neparedzētā tēma netiek iekļauta turpmākajā analīzē, jo neiekļaujas tiešā veidā konstruētajā modelī un saistāma ar pakārtoto rīcībpolitikas ietekmi. Pārsvārā saslimstības samazināšana tiek pakārtoti saistīta ar modelī ietvertajiem faktoriem, piemēram, lai samazinātu saslimstību nepieciešams paaugstināt medikamentu pieejamību. Tas norāda uz to, ka pakārtoti tas iekļaujas konstruētajā modelī un nepastāv nepieciešamība veikt konkrētās tēmas paplašinātu analīzi.

Kopumā kvalitatīvo datu kodēšanas rezultātu kopsavilkums, kas atspoguļo kodēto avotu, atsauču, vārdu un paragrāfu skaitu norāda uz rīcībpolitikas ietekmes līmeņu un to faktoru biežumu dokumentos. Rīcībpolitikas līmeņu hierarhija pēc kodēto atsauču vienību skaita (no

lielākā uz mazāko) ir šāda: 1. infrastruktūras un pakalpojumu pieejamības uzlabošanas ietekmes līmenis, 2. indivīdu stiprināšanas ietekmes līmenis, 3. indivīdu kopuma ietekmes līmenis, 4. dzīves gājuma ietekmes līmenis, 5. kopienas stiprināšanas ietekmes līmenis 6. strukturālo izmaiņu attiecībā uz ekonomiskajiem, sociālajiem, kultūras un vides apstākļiem ietekmes līmenis. Infrastruktūras un pakalpojumu pieejamības uzlabošanas ietekmes līmenis ir pirmajā vietā pēc kodēto atsauču vienību skaita un arī pēc kodēto avotu skaita, taču tas ir konkrēti viena iekļautā faktora dēļ. Šis faktors ir veselības aprūpes pakalpojumu, kur ir absolūti lielākais kodēto atsauču skaits un kodēto avotu skaits starp visām faktoru grupām. Tas norada uz to, ka visbiežāk dokumentos ir runa par veselības aprūpes pakalpojumiem. Taču konkrētā analīze neiekļauj ietekmes satura elementa izvērtējuma iespējas. Par dažādību kodēto atsauču ietekmes saturā liecina 13. pielikuma apkopojums, kas atspoguļo kodēto vienību skaitu attiecībā uz rīcībpolitiku satura vērtību un nozīmi. Kopumā kodēti 17 avoti, 778 atsauces, 6435 vārdi un 861 paragrāfs. Absolūti lielākajā daļā gadījumu rīcībpolitiku satura vērtība un nozīme tiek kodēta kā neitrāla (672 atsauču vienības). Taču vairāk pastāv pozitīvi (95 vienības), nekā negatīvi (11 vienības) vērtas kodētās rīcībpolitiku satura vērtības un nozīmes. Lai varētu sniegt precizējošu atbildi uz izvirzīto izpētes jautājumu un hipotēzi, nepieciešams detalizēti apskatīt rīcībpolitiku satura vērtības un nozīmes sadalījumu pa rīcībpolitikas līmeņu ietekmes grupām un to faktoriem, lai vēlāk varētu tikt veikts savstarpējais salīdzinājums ar konstatētajām tendencēm attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu.

Rīcībpolitiku satura vērtības un nozīmes sadalījumu pa rīcībpolitikas līmeņu ietekmes grupām un to faktoriem atspoguļo sekojošais 14. pielikums. Kā iepriekš tika norādīts, lielākā daļa no rīcībpolitikām ir neitrālas, daļa ir pozitīvas un vismazāk ir negatīvas rīcībpolitikas. Starp rīcībpolitikas līmeņiem vislielākais kodēto neitrālo rīcībpolitiku ir attiecībā uz infrastruktūras un pakalpojumu pieejamības uzlabošanas līmeni (567 vienības), otrs lielākais attiecībā uz indivīdu stiprināšanas līmeni (183 vienības). Starp rīcībpolitikas līmeņu faktoriem vislielākais kodēto neitrālo rīcībpolitiku ir attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumu faktoru (506 vienības), otrs lielākais skaits attiecībā uz vecuma faktoru (73 vienības), trešais attiecībā uz alkohola patēriņa faktoru (56 vienības), ceturtais attiecība uz vispārējo sociāli ekonomisko, kultūras un vides apstākļu faktoru (40 vienības), piektais attiecībā uz medikamentu patēriņu (36 vienības).

Daļa no konstatētajām rīcībpolitikām ir pozitīvas, vērtas uz tieši un pozitīvo konkrēto rīcībpolitikas līmeņu un to faktoru ietekmi. Starp rīcībpolitikas līmeņiem vislielākais kodēto pozitīvo rīcībpolitiku ir attiecībā uz infrastruktūras un pakalpojumu pieejamības uzlabošanas

līmeni (71 vienības), otrs lielākais attiecībā uz indivīdu kopuma līmeni (katram 35 vienība). Starp rīcībpolitikas līmeņu faktoriem vislielākais kodēto pozitīvo rīcībpolitiku ir attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumu faktoru (69 vienības), otrs lielākais skaits attiecībā uz vecuma faktoru (23 vienības), trešais attiecībā uz alkohola patēriņa faktoru (14 vienības), ceturtais attiecība uzdzimumu faktoru (11 vienības), piektais attiecībā uz vispārējo sociāli ekonomisko, kultūras un vides apstākļu faktoru un tabakas patēriņa faktoru (katram 8 vienības).

Neliela daļa no konstatētajām rīcībpolitikām ir negatīvas. Negatīvas rīcībpolitikas nepastāv attiecībā uz dzīves gājuma ietekmes līmeni un indivīdu kopuma līmeni un to faktoriem. Vislielākais kodēto negatīvo rīcībpolitiku ir attiecībā uz infrastruktūras un pakalpojumu pieejamības uzlabošanas līmeni (11 vienības) un tam pakārtoto veselības aprūpes pakalpojumu faktoru (11 vienības). Dažas kodētās negatīvās rīcībpolitikas ir attiecībā uz indivīdu stiprināšanas līmeni (3 vienības) un tam pakārtoto medikamentu patēriņa faktoru (3 vienības), attiecībā uz strukturālo izmaiņu līmeni (3 vienības) un tam pakārtoto vispārējo sociāli ekonomisko, kultūras un vides apstākļu faktoru (3 vienības).

Par rīcībpolitikas prioritātēm ietekmes līmeņu kontekstā un tiem pakārtoto faktoru kontekstā iespējams secināt no iepriekš minēto prioritāšu secības, taču rīcībpolitikas ietekmes prioritātes izriet no tām rīcībpolitikām, kas tiek klasificētas kā pozitīvas. Kopumā var tikt konstatēts, ka rīcībpolitikās visbiežāk par pozitīvi ietekmējamu tiek noteikts infrastruktūras un pakalpojumu pieejamības uzlabošanas līmenis, un indivīdu kopuma līmenis. Visbiežāk rīcībpolitiku pozitīva ietekme ir vērsta uz tādiem faktoriem kā veselības aprūpes pakalpojumi, vecums, alkohola patēriņš, dzimums un vispārējie sociāli ekonomiskie, kultūras un vides apstākļi. Lai varētu veikt izvirzītās trešās darba hipotēzes pārbaudi, ir nepieciešams veikt savstarpējo salīdzinājumu starp rīcībpolitiku ietvaros noteiktajām prioritātēm un cilvēku norādītajām prioritātēm attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu.

Savstarpējo salīdzinājumu starp rīcībpolitiku ietvaros noteiktajām prioritātēm un cilvēku norādītajām prioritātēm attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu atspoguļo sekojošais 15. pielikums (attiecībā uz faktoriem) un 16. pielikums (attiecībā uz pieejām, modeļa līmeņiem). Apkopojumā ietverta informācija par modeļa līmeņu un faktoru vidējām moduļu vērtībām, kas izriet no sniegto respondentu atbilžu sadalījuma biežuma un satura vērtības, nozīmes pozitīvi kodēto atsauču skaitu, kas izriet no kvalitatīvo datu kodēšanas rezultāta. Lai veiktu savstarpējo salīdzinājumu katrai no vērtībām tiek piešķirta secības vieta kolonās (jo mazāka, jo būtiskāka) un tiek veikts savstarpējais salīdzinājums starp kvalitatīvo un kvantitatīvo datu rezultātiem.

Piecu būtiskāko veselības stāvokļa nevienlīdzību ietekmējošo faktoru salīdzinājums starp respondentu norādīto un rīcībpolitikas ietvertu

Faktori	Respondentu norādītais būtiskums pēc kārtas	Rīcībpolitikas ietvertais būtiskums pēc kārtas
Vecums	1	2
Medikamentu patēriņš	2	5
Bezdarbs (nodarbinātības vai bezdarba veids)	3	8
Veselības aprūpes pakalpojumi (veselības pakalpojumu pieejamība un kvalitāte)	4	1
Dzīves un darba apstākļi (ienākumi, patēriņš, labumi, pirktspēja)	5	9

Sākotnēji, veicot savstarpējo salīdzinājumu attiecībā uz veselības stāvokļa nevienlīdzību ietekmējošajiem faktoriem (skatīt 15. pielikumu), var tikt konstatētas pretrunas starp respondentu norādīto un rīcībpolitikās ietvertu. Būtiskums pēc kārtas tiek atspoguļots kolonā ar nosaukumu vieta pēc kārtas (no būtiskākā uz mazāk būtisko). Respondenti kā svarīgākos faktorus attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu norāda vecumu, medikamentu patēriņu, bezdarbu vai nodarbinātības veidu, veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un kvalitāti, dzīves un darba apstākļus. Iepretī, rīcībpolitikas dokumentos visbiežāk tiek norādīti tādi faktori (norāde ievērojot secīgumu) kā veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība un kvalitāte, vecums, alkohola patēriņš, dzimums, vispārējie sociāli ekonomiskie un kultūras apstākļi, un sociāli ekonomiskā nevienlīdzība, zems sociālais statuss. Ņemot vērā arī pārējo faktoru secīgumu, var tikt secināts, ka, neskatoties uz to, ka lielā daļā gadījumu respondentu un rīcībpolitikas dokumentu prioritātes attiecībā uz veselības stāvokli ir tuvas, taču pārsvarā to secīgums pēc būtiskuma nesakrīt. Piemēram, respondentu norādītais bezdarba vai nodarbinātības faktors vai dzīves un darba apstākļu faktors, kas iekļaujas piecos būtiskākajos, neiekļaujas starp rīcībpolitikas dokumentos biežāk minētajiem. Piemēram, sociāli ekonomiskā nevienlīdzība, dzimums, vispārējie sociāli ekonomiskie, kultūras un vides apstākļi, alkohola patēriņš, kas iekļaujas rīcībpolitikas dokumentos biežāk norādītajos starp respondentu norādītajiem, atrodas nebūtiskāko starpā. Tikai vienā gadījumā rīcībpolitikas dokumentos biežuma secīgums un respondentu norādītais būtiskuma secīgums sakrīt – balanss starp darbu un ārpus darbu, starp ieguldījumiem un ieguvumiem atrodas devītajā vietā pēc būtiskuma. Attiecīgi izvirzītā darba hipotēze noteikto faktoru apkopojuma ietvaros ir apstiprinājusies.

Svarīgi ir ņemt vērā būtisku tendenci, ka liela daļa no noteiktajiem faktoriem vispār netiek ņemti vērā ar pozitīvi vērstu rīcībpolitikas ietekmi attiecībā uz tiem rīcībpolitikas plānošanas dokumentos. Vispār netiek ņemti vērā tādi faktori, kā dzīves un darba apstākļi (atrodas starp respondentu norādītajiem būtiskākajiem), izglītības līmenis, psiholoģiskie efekti, balanss starp darbu un ārpus darbu (prioritārā secība sakrīt, taču sakrītība uzskatāma par nosacītu, jo netiek ņemta vērā vispār), sociālā un sabiedrības ietekme, darba vide, savstarpējās attiecības, pajumte, iepriekšējās sociāli ekonomiskās grūtības. Attiecīgi rīcībpolitiku ietvaros būtu būtiski pievērsties faktoriem, ne tikai, nosakot prioritātes, bet vispār iekļaujot tās rīcībpolitiku dokumentos un ietekmes laukā.

8.12. tabula

Savstarpējā salīdzinājuma apkopojums starp rīcībpolitiku ietvaros noteiktajām prioritātēm un respondentu norādītajām prioritātēm attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu (pieejas, modeļa līmeņi)

Pieejas, modeļa līmeņi	Respondentu norādītais būtiskums pēc kārtas	Rīcībpolitikas ietvertais būtiskums pēc kārtas
Uzvedības pieeja/ modeļa individuālo dzīvesveida faktoru līmenis	1	3
Psiho – sociālā pieeja (trīs sfēras: mājas, darbs, sabiedrība)/ modeļa sociālo un kopienas tīklu līmenis	2	5
Materiālistu pieeja/ modeļa trešais līmenis	3	1
Demogrāfiskās pazīmes	4	2
Vispārējie sociāli, ekonomiski, kultūras un vides apstākļi	5	6
Dzīves gājuma pieeja/ modeļa visi līmeņi dzīves gājuma kontekstā	6	4

Arī veicot savstarpējo salīdzinājumu attiecībā uz veselības stāvokļa ietekmes līmeņiem (detalizētāk skatīt 16. pielikumu) var tikt konstatētas pretrunas starp respondentu norādīto un rīcībpolitikās ietvērto. Kā būtiskākā no respondentu norādītajām pieejām un ietekmes līmeņiem ir uzvedības pieeja un modeļa individuālo dzīvesveida faktoru līmenis. Kā biežāk no rīcībpolitikas dokumentos ietvertajām pieejām un ietekmes līmeņiem ir materiālistu pieeja un modeļa trešais līmenis. Pieeju un modeļa līmeņu secīgums pēc respondentu norādītā būtiskuma ir šāds: 1. uzvedības pieeja un modeļa individuālo dzīvesveida faktoru līmenis, 2. psiho – sociālā pieeja un modeļa sociālo un kopienas tīklu līmenis, 3. materiālistu pieeja un modeļa trešais līmenis, 4.

demogrāfiskās pazīmes un indivīdu kopums, 5. modeļa vispārējo sociāli ekonomisko, kultūras un vides apstākļu līmenis, 6. dzīves gājuma pieeja un modeļa visi līmeņi dzīves gājuma kontekstā. Pieeju un modeļa līmeņu secīgums pēc rīcībpolitikas dokumentos ietvertā biežuma ir šāds: 1. materiālistu pieeja un modeļa trešais līmenis, 2. demogrāfiskās pazīmes un indivīdu kopums, 3. uzvedības pieeja un modeļa individuālo dzīvesveida faktoru līmenis, 4. dzīves gājuma pieeja un modeļa visi līmeņi dzīves gājuma kontekstā, 5. psiho – sociālā pieeja un modeļa sociālo un kopienas tīklu līmenis, 6. modeļa vispārējo sociāli ekonomisko, kultūras un vides apstākļu līmenis. Absolūti visos gadījumos respondentu norādītais būtiskuma secīgums attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu un rīcībpolitikas dokumentos identificētais biežuma secīgums nesakrīt. Attiecīgi izvirzītā darba hipotēze noteikto pieeju un modeļa līmeņu apkopojuma ietvaros ir apstiprinājusies.

Apkopojot secināto par noteiktajiem faktoriem, pieejām un modeļa līmeņiem, tiek secināts, ka izvirzītā darba trešā hipotēze ((H3) *lielākā daļa konstatēto tendenču nav ņemtas vērā Latvijas Republikas Veselības ministrijas rīcībpolitikās*) ir apstiprinājusies, jo lielākajā daļā gadījumu konstatētās tendences attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu faktoru, modeļa līmeņu un pieeju ietvaros nav ņemtas vērā rīcībpolitikās pēc to biežuma secības. Skaidrs, ka veicot noteiktās darba hipotēzes pārbaudi un lielā mērā arī konstruējot atbildi uz izvirzīto izpētes jautājumu paredz mēģinājumu tuvināt kvalitatīvos datus kvantitatīvai datu analīzei, kas sevī ietver vairākus problemātiskus aspektus, kas galvenokārt saistīti ar rīcībpolitikas dokumentu satura tuvināšanu kvantifikācijai. Ņemot vērā to, ka izvirzītais darba mērķis saistāms ar rīcībpolitikas ieteikumu formulēšanu, ir nepieciešams paplašināt secinājumus, pievēršoties arī rīcībpolitikas paplašinātākai satura analīzei. Tieši šī iemesla dēļ, veicot datu apstrādi NVivo programmā, paralēli tika fiksēta informācija un problēmaspekti, kas paplašina secinājumus par rīcībpolitikas dokumentu saturu. Sekojošajā darba apakšnodaļā, apkopojot tiks aprakstīti galvenie un būtiskākie secinājumi par rīcībpolitikas satura problemātiku.

8.5. Rīcībpolitiku kvalitatīvās analīzes rezultātā konstatētā problemātika

Lielākā daļa no konstatētajām problēmām saistāmas ar trūkumiem stratēģiskās plānošanas ietvaros. Pastāv problēmas, kas saistītas ar pamatotības trūkumu vai pamatotības neatbilstību evidencei pēc būtības, secīguma neievērošanu un saturisko izpratni. Analīze par konkrēto problemātiku tiek veikta apkopotā veidā, ietverot atsauces uz visiem analizētajiem rīcībpolitikas dokumentiem, minot konkrētus piemērus. Faktiski vairāki no identificētajiem trūkumiem ir

savstarpēji saistīti, tādēļ sniedzot pamatojumu par katru no tiem var tikt izmantoti vienoti piemēri. Tiek sniegts katra no identificētajiem trūkumiem apraksts, balstoties uz konkrētiem piemēriem. Atbilstoši katram no identificētajiem trūkumiem tiks sniegti priekšlikumi to pilnveidē.

Pirmkārt, rīcībpolitikas dokumentos tiek sniegts apraksts par iepriekš īstenoto un vēlamu, par iepriekš izvirzītiem mērķiem un to sasniegšanas rezultātiem. Atsevišķos gadījumos tiek norādīts, ka izvirzītais mērķis ir daļēji sasniegts,⁵⁸⁴ tādā veidā var tikt pieņemts, ka tas tiek darīts ar mērķi, lai pozitīvā veidā aprakstītu un attaisnotu īstenoto. Taču konceptuāli, formulējot skaidrus rīcībpolitikas pasākumus un tiem pakārtotos skaidri formulētos sasniedzamos rezultātus, nevar tikt runāts par daļēji sasniegtu vai nesasniegtu mērķi. Mērķis var būt tikai sasniegts vai nesasniegts, un pārsvarā šajos gadījumos tas nav sasniegts. Lai izvairītos no noteiktās problemātikas, vēlams izvirzīt skaidrus un sasniedzamus mērķus, skaidrus un sasniedzamus mērķiem pakārtotos rezultātus. Taču, pieļaujot situācijas, kur izvirzītais mērķis un rezultāti ne vienmēr var tikt sasniegti, vēlams skaidri identificēt to, ka tie nav sasniegti, kas ļautu precīzāk identificēt rīcībpolitikas problēmas un turpmāko darbības lauku.

Rīcībpolitikas process pēc būtības paredz situācijas aprakstu, kas dokumentos pārsvarā tiek balstīts uz dažāda veida informācijas un datu apkopojumu, analīzi. Analizētajos dokumentos tiek izmantoti dažādi dati, statistika un vispārināti secinājumi, kas nereti liek šaubīties par to pamatotību. Tāpat, ne vienmēr ir skaidrs izmantotās informācijas pamatojums, jo nepastāv tieša saikne ar izdarītajiem secinājumiem. Izmantotā informācija nereti rada priekšstatu par selektīvu informācijas izmantošanu, kuras izmantošanas nepieciešamība ne vienmēr ir skaidra, dažkārt nepastāv daudzpusīga datu analīze un secinājumu pamatotība. Ļoti daudz statistikas atspoguļojuma un tendenču konstatācijas, kur nav saistības ar identificētajām problēmām. Ja tiek veikta analīze, tad nereti tā neietver daudzpusīgu redzējumu. Piemēram, tie izmantota statistika par alkohola patēriņa izmaiņām, kur tiek secināts, ka alkohola patēriņš ir samazinājies, taču iespējams tas nav samazinājies, jo līdztekus pastāv iespēja, ka ir palielinājies nelegālā alkohola patēriņš, kas netiek ietverts analīzē.⁵⁸⁵ Neapšaubāms ir fakts, ka nereti pastāv datu pieejamības ierobežojumi, taču tas neattaisno iespējas izdarīt vispārinošus un nepamatotus secinājumus. Lai izvairītos no noteiktās problemātikas, vēlams apzināties datu pieejamības ierobežojumus, veikt

⁵⁸⁴ Ministru kabinets. (2012). *Alkoholisko dzērienu patēriņa mazināšanas un alkoholisma ierobežošanas rīcības plāns 2012.-2014.gadam* (5. lpp). Izgūts no <http://www.vm.gov.lv>

⁵⁸⁵ Ministru kabinets. (2012). *Alkoholisko dzērienu patēriņa mazināšanas un alkoholisma ierobežošanas rīcības plāns 2012.-2014.gadam* (6. lpp). Izgūts no <http://www.vm.gov.lv>

skaidru un pamatotu datu analīzi, situācijās, kur pastāv ierobežojumi neformulēt viennozīmīgi vispārinošus secinājumus.

Atsevišķos gadījumos tiek konstatēta nepilnīga informācijas interpretācija, kas dažkārt rada priekšstatu par apzinātu datu pielāgošanu iepriekš formulētiem secinājumiem, problēmai vai risināmiem. Piemēram, vakcinācijas samazinājums primāri tiek saistīts ar sabiedrības negatīvo viedokli par vakcīnām, nevis ekonomiskajām iespējām vai citiem mainīgajiem. Netiek izmantoti citi mainīgie datu analīzē, tiek izdarīti vispārināti secinājumi un problēmas identifikācija, rīcībpolitikas formulēšana, neietverot daudzpusīgu redzējumu par situāciju. Dokumentā tiek norādīts, ka: „vakcinācijas līmenis vecuma grupā „65 gadi un vecāki” pēdējās sezonas laikā Latvijā bija viens no viszemākajiem ES valstīs - vidēji 2,2% (2010./11.gada sezonā – 1,5%), salīdzinājumam - Lielbritānijā un Nīderlandē šajā vecuma grupā vakcinēti 70% un vairāk iedzīvotāji”.⁵⁸⁶ Neskatoties uz to, ka noteiktā vecuma grupa ir ekonomiski neaizsargāta, ekonomiskā dimensija vispār netiek apskatīta. Iepretī kā būtiskākā problēma tiek identificēta sabiedrības nepietiekamas zināšanas, piedāvājot informēšanu kā labāko situācijas risinājumu. Lai izvairītos no noteiktās problemātikas, vēlams datu analīzē ietvert daudzpusīgāku redzējumu, interpretēt datus saskaņā ar pamatotību un skaidri ievērot rīcībpolitikas posmu secīgumu.

Dažreiz dokumentos tiek iekļautas vispārīgas frāzes kā piedāvātie ietekmes risinājumi, taču pēc būtības tie nav ietekmējami. Piemēram, tiek norādīts kā potenciālais problēmas risinājums: „samazināt ultravioletā starojuma kaitīgo ietekmi”,⁵⁸⁷ skaidri neidentificējot to kādā veidā tas var tikt īstenots. Rodas šaubas par to, ka ir iespējams samazināt ultravioletā starojuma kaitīgo ietekmi, varbūt būtu iespējams samazināt patēriņu, palielināt aizsardzību u.c. Lai izvairītos no noteiktās problemātikas, vēlams skaidri formulēt risinājumus, precizēt izpratni un skaidri identificēt paredzētos rīcības pasākumus.

Pastāv ne tikai selektīva datu izmantošana vai nepilnīga datu analīze un interpretācija, bet arī sākotnēji noteiktie nepieciešamie dati netiek izmantoti un tiek veikti secinājumi. Piemēram, tiek izvirzīts mērķis: „Latvijas iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošanās”. Identificētie nepieciešamie indikatori ir pašnāvību skaits un iedzīvotāju apsekojumu rezultātos iegūtie dati par savas garīgās veselības pašnovērtējumu. Datu par garīgās veselības pašnovērtējumu nav, un

⁵⁸⁶ Ministru kabinets. (2012). *Imunizācijas plāns 2012.-2014.gadam* (9. lpp). Izgūts no <http://polsis.mk.gov.lv/LoadAtt/file16887.doc>

⁵⁸⁷ Ministru kabinets. (2009). *Onkoloģisko slimību kontroles programma 2009.-2015.gadam* (11. lpp). Izgūts no <http://polsis.mk.gov.lv/LoadAtt/file65105.doc>

pašnāvību skaits neļauj spriest par iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošanas pilnvērtīgi.⁵⁸⁸ Pozitīvi tiek vērtēts, ka atsevišķos gadījumos tiek atzīti datu vai informācijas pieejamības ierobežojumi, taču datu un informācijas ierobežojumi būtu ne tikai jāatzīst, bet arī jāņem vērā plānojot. Piemēram, tiek norādīts, ka: „Ņemot vērā to, ka pašlaik Latvijā netiek veikta vispusīga un korekta reto slimību pacientu uzskaitē, nav iespējams pilnvērtīgi apkopot informāciju par retajām slimībām.”; ”Uzskaites trūkums ne tikai traucē uzsākt un virzīt mērķtiecīgas un plānotas darbības, bet arī kavē esošo problēmu apzināšanu un risināšanu, neļaujot objektīvi novērtēt to apjomu un smaguma pakāpi.”⁵⁸⁹ Taču neskatoties uz norādīto, tiek skaidri identificētas problēmas, rīcības pasākumi un vēlamais rīcībpolitikas virziens, kas saistāms ar ietekmi attiecībā uz retajām slimībām. Lai izvairītos no noteiktās problemātikas, vēlams precīzi identificēt indikatorus, nepieciešamos datus, datu un informācijas ierobežotību un konstruēt pamatotas rīcībpolitikas, ņemot vērā šos ierobežojumus, risinot tos.

Bieži rīcībpolitikas dokumentos tiek pamatoti identificēts situācijas apraksts vai problēma (t.s. iekļaujot veselības stāvokļa ietekmes faktoros), taču iztrūkst skaidra pakārtotā rīcība un rīcības pasākumu kopums. Piemēram, primārās veselības aprūpes plānā viens no principiem pārklāj veselības stāvokli ietekmējošos faktoros: „Pieejamība – kvalitatīva un droša PVA ir pieejama visiem iedzīvotājiem, neatkarīgi no finanšu vai ģeogrāfiskiem ierobežojumiem, pacienta vecuma, veselības stāvokļa, psihosociālajiem un citiem faktoriem” Taču definēts tiek tikai princips, kam nav sasaistes ar sekojošajām rīcībpolitikas plānotajām aktivitātēm. Tāpat tiek minēts, ka būtiskāka problēma pieejamības kontekstā ir nevis ārstu skaits, bet izvietojums Latvijas teritorijā, attiecīgi ģimenes ārstu slodze nav vienmērīga, kas ietekmē pieejamību. Arī šajā gadījumā tiek identificēta problēma, kur nav pakārtotas plānotās aktivitātes. Turklāt problēma netiek identificēta daudzpusīgā skatījumā, jo noteiktais situācijas apraksts liecina ne tikai par pieejamības problēmu, bet arī par kvalitātes problēmu.⁵⁹⁰ Lai izvairītos no noteiktās problemātikas, vēlams ne tikai pamatoti identificēt situācijas aprakstu vai problēmu, bet gūt skaidru priekšstatu par identificētā saturu un skaidri noteikt pakārtoto rīcības pasākumu kopumu, jo nav pietiekami ar labi identificētu problēmu vai noteiktu mērķi būtiska ir problēmas risināšana un virzība uz mērķa sasniegšanu.

⁵⁸⁸ Ministru kabinets. (2008). *Pamatnostādnes "Iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošana 2009. - 2014.gadā"*. Izgūts no <http://polsis.mk.gov.lv/LoadAtt/file27442.doc>

⁵⁸⁹ LR Veselības ministrija. (2013). *Plāns reto slimību jomā 2013.-2015.gadam* (6. lpp.). Izgūts no http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/reto_slimibu_plans_13_15.pdf

⁵⁹⁰ Ministru kabinets. (2014). *Primārās veselības aprūpes attīstības plāns 2014.-2016.gadam*. Izgūts no <http://polsis.mk.gov.lv/LoadAtt/file46598.doc>

Atsevišķos dokumentos tiek konstatēta pieņēmumu neatbilstība patiesībai, kas faktiski ir absolūti pretstatā izpratnei par evidencēs balstītu rīcībpolitiku. Tiek iekļauti pieņēmumi ar skaidru norādi uz to atbilstību patiesībai, kas reāli tā nav. Absolūti visos dokumentos tiek iekļauti kā paredzētie rīcības pasākumi dažāda veida izglītošanas aktivitātes. Piemēram, sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plāna, visi pasākumi saistīti ar sabiedrības informēšanu, normatīvu un priekšlikumu izstrādi, lielākais uzsvars uz sabiedrības informēšanas pasākumiem.⁵⁹¹ Atsevišķos gadījumos tās ir primārās aktivitātes vai veido lielāko daļu no kopējā rīcības pasākumu kopuma. Ietvertie izglītošanas pasākumi ir paredzēti attiecībā uz visdažādākajām iesaistītajām pusēm: jauniešu, vecāku, speciālistu, ārstu, pašvaldības darbinieku un citu dažāda veida izglītošanas aktivitātes. Pastāv norādes, ka tas ir: „zinātniski pierādīts efektīvs veids”⁵⁹², lai ietekmētu veselības stāvokli un veselības stāvokļa ietekmējošos faktoru, piemēram, veselības stāvokli ietekmējošā uzvedība – vakcinācija, smēķēšana, alkohola patēriņš u.c. Turklāt norādot šo pieņēmumu, nepastāv nekāda veida atsaucē avotu vai pamatojums. Taču reālā situācija ir gluži pretēja, lai gan bieži riska faktoru mazināšana ir informēšana citās rīcībpolitiku praksēs. Taču parasti cilvēki, kas ir informēti par riskiem un ir gatavi rīkoties saskaņā ar tiem, visbiežāk nav tie, kuriem tiek identificēta augstākā riska pakāpe. Pastāv evidences par to, ka informēšanas pasākumu nespēj reāli ietekmēt vai neietekmē tos, kuru ietekmēšana ir primāra.⁵⁹³ Lai izvairītos no noteiktās problemātikas, vēlams rīcībpolitikas tuvināt izpratnei par evidencēs balstītām un formulētajiem pieņēmumiem iekļaut atsauci vai pamatojumu.

Dažos gadījumos tiek konstatēta kompetences, atbildības un ietekmes lauka ierobežošana. Pārsvarā kompetences un atbildības ierobežošana vai norobežošanās saistāma ar dažāda veida vispārējo sociāli ekonomisko, kultūras un vides apstākļu ietekmes pasākumiem. Pārsvarā, lai uzlabotu sabiedrības vispārējo sociāli ekonomisko, kultūras un vides apstākļus (piemēram, infrastruktūra un tās pieejamība (t.s. veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāte un pieejamība), problēmas, kas saistītas ar to) piedāvātie risinājumi biežāk ir saistīti ar pašvaldību izglītošanas pasākumiem par problēmu un darbu ar tām, vai norādi uz pašvaldības atbildību problēmas

⁵⁹¹ Ministru kabinets. (2013). *Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plāns 2013.-2015.gadam*. Izgūts no <http://polsis.mk.gov.lv/LoadAtt/file10168.doc>

⁵⁹² Ministru kabinets. (2012). *Alkoholisko dzērienu patēriņa mazināšanas un alkoholisma ierobežošanas rīcības plāns 2012.-2014.gadam* (26.lpp). Izgūts no http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/phoebe/tiesibu_akti_attistibas_planosanas_dokumentu_d81959c0f94f7a66c22574960024121e/alkohola_plans_2013_janv.doc

⁵⁹³ Great Britain. Parliament. House of Commons. Health Committee. (2009). *Health Inequalities: Report, Together with Formal Minutes* (Vol. 1, p. 67). The Stationery Office.

risināšanā, tā ierobežojot rīcībpolitikas atbildību un ietekmes kompetenci. Ietekmes lauka ierobežošanas problēma saistīta ar to, ka dažreiz piedāvātie risinājumi nav vērsti uz daudzpusīgu problēmas risinājumu vai netiek ņemts vērā, ka rodas jauna problēma, sasniedzot piedāvāto risinājumu. Piemēram, pamatnostādnes e-veselība ir runa par pakalpojumu, un informācijas elektronizāciju attiecīgi nodrošinot pieejamību tiem, kam ir pieejamība elektroniskajai videi. Rodas problēma, kur nav runas par pieejamības aspektiem šiem cilvēkiem.⁵⁹⁴ Lai izvairītos no noteiktās problemātikas, ja tiek veikta kompetences un atbildības ierobežošana, skaidri noteikt robežšķirtni, lai uzlabotu plānošanas un rīcības rezultātus. Tāpat, vēlams gadījumos, kad nav skaidri risinājuma veidi meklēt tos, nevis meklēt veidus kā norobežoties. Gadījumos, kad pastāv ietekmes lauka ierobežošana, vēlams identificēt saistīto problemātiku, lai varētu identificēt labākos risinājumus.

Pozitīvi tiek vērtēta norādītā daudznozaru un starpsektoru atbildība un kompetence atsevišķu veselības stāvokļa aspektu risināšanā, piemēram: „Lai efektīvāk izstrādātu un īstenotu mātes un bērna veselības politiku Latvijā, veselības, izglītības, labklājības un citu nozaru aspekti jāiekļauj vienotā starpsektoru politikā, sadarbojoties ar citām ministrijām, pašvaldībām un nevalstisko sektoru, kā arī ar PVO un ES institūcijām. Mātes un bērna veselības jautājumi jārisina stratēģiski un kompleksi, lai ieviestu principu „veselība visās politikās”, jo šie jautājumi vistiešākā veidā saistīti ar demogrāfijas situācijas uzlabošanu un valsts veselīgu attīstību”.⁵⁹⁵ Šāda veida aspekti ir ļoti būtiski, jo ir saskaņā ar veselības stāvokļa daudzdimensionalitāti un nepieciešamajām daudzdimensionālajām ietekmes iespējām. Taču, vēlams ir ne tikai ietvert norādes, kas ņem vērā veselības stāvokļa daudzdimensionalitāti, bet būtu vēlams formulēt konkrētizējošu rīcību noteiktajā virzienā.

Pozitīvi tiek vērtētas vairākas norādes uz nepieciešamību pievērsties evidencēs balstītas rīcībpolitikas izpratnei, piemēram: „Nodrošināt uz pierādījumiem balstītu un izmaksu efektīvu onkoloģisko slimnieku ārstēšanu un rehabilitāciju”, „Nodrošināt vienlīdzīgu, uz pierādījumiem balstītu un izmaksu efektīvu slimnieku ārstēšanu”, „Nodrošināt uz pierādījumiem balstītu medicīnas tehnoloģiju pielietošanu PA”.⁵⁹⁶ Taču rodas priekšstats par izpratnes trūkumu

⁵⁹⁴ Ministru kabinets. (2005). *Pamatnostādnes e-Veselība Latvijā*. Izgūts no <http://polsis.mk.gov.lv/LoadAtt/file43142.doc>

⁵⁹⁵ Ministru kabinets. (2012). *Mātes un bērna veselības uzlabošanas plāns 2012.–2014.gadam*. Izgūts no http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/phoebe/aktualitates_mate_un_berns_76be192571ed4256c22579890047bc05/vm_mb_plans_informat_070612_mb.pdf

⁵⁹⁶ Ministru kabinets. (2009). *Onkoloģisko slimību kontroles programma 2009.–2015.gadam*. Izgūts no <http://polsis.mk.gov.lv/LoadAtt/file65105.doc>

evidencēm balstītas rīcībpolitikas ietvaros, kaut vai tā iemesla dēļ, ka tiek lietots pierādījuma jēdziens. Būtiskākās nepilnības saistītas ar šīm norādēm, kur neseko nekāda veida precizējumi vai paredzētās aktivitātes, kas būtu saistītas ar noteikto. Vēlams paplašināt izpratni par evidencēs balstītu rīcībpolitiku, formulējot šāda veida norādes, vēlams tās precizēt, konkretizējot rīcības pasākumus to sasniegšanai.

Kopumā tiek identificēti vairāki trūkumi rīcībpolitiku ietvaros, kas nosacīti var tikt iedalīti trīs grupās. Tiek identificēti sekojoši pamatotības trūkumi: 1. apraksts vai argumentācija neatbilst faktiskajam saturam, 2. selektīva datu izmantošana vai nepilnīga datu analīze un interpretācija, 3. kompetences, atbildības un ietekmes lauka ierobežošana. Tiek identificēti sekojoši secīguma neievērošanas trūkumi: 1. stratēģiskās plānošanas posmu secīguma neievērošana. Tiek identificēti sekojoši saturiskās izpratnes trūkumi: 1. mērķa daļēja sasniegšana kā īstenotā attaisnošanas pamats, 2. piedāvāti ietekmes risinājumi, kas pēc būtības nav ietekmējami, 3. pamatoti identificētajam nav pakārtota skaidra rīcība, 4. pieņēmumu neatbilstība patiesībai. Līdztekus identificētajām problēmām pastāv vairāki pozitīvi aspekti, kas galvenokārt tiek konstatēti sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2014.-2020. gadam. Konkrētais dokuments tiek caurskatīts kā centrālais, ne tikai tā apjoma dēļ, bet arī tā iemesla dēļ, ka tam noteiktais plānošanas periods ir lielākais un tas faktiski ietver nozares dažādo aspektu apkopojumu.

Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2014.-2020. gadam tiek konstatēti vairāki aspekti, kas saskan ar promocijas darba mērķi un idejām par vēlamu rīcībpolitikas virzienu. Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2014.-2020. gadam minēts apakšmērķis virsmērķa sasniegšanai: „Novērst nevienlīdzību veselības jomā, veicot pasākumus, lai nodrošinātu Latvijas iedzīvotājiem vienādas iespējas veselības veicināšanā un veselības aprūpē.” Tāpat arī: “Ņemot vērā, ka nevienlīdzība veselības jomā ir viena no mūsdienu lielākajām sociālajām, ekonomiskajām un politiskajām problēmām ES, PVO Eiropas reģionā, kā arī visā pasaulē, nevienlīdzības mazināšana veselības jomā ir viens no prioritārajiem mērķiem līdz 2020. gadam.” Tas norāda uz to, ka nevienlīdzības novēršana veselības jomā tiek izvirzīta par prioritāti. Taču būtiski ņemt vērā, ka ir runa par vienādām, nevis vienlīdzīgām iespējām, kā arī ar nevienlīdzību tiek saprasta pieejamība, vienādas iespējas, nevis veselības stāvokļa nevienlīdzības problemātika (piemēram: „saglabājot, uzlabojot un atjaunojot Latvijas iedzīvotāju, jo īpaši, sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju, veselības stāvokli nākamajos septiņos gados.”)⁵⁹⁷

⁵⁹⁷ Ministru kabinets. (2014). *Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020.gadam*. Izgūts no <http://polsis.mk.gov.lv/LoadAtt/file9234.doc>

Taču līdztekus pastāv identificēta veselības stāvokļa nevienlīdzības izpratne, kas ir saskaņā ar promocijas darbā noteikto nevienlīdzības izpratni. Tiek izšķirta veselības stāvokļa nevienlīdzība, kas radusies dažādu sociāli ekonomisko rādītāju rezultātā: „Dati liecina par ievērojamām atšķirībām Latvijas iedzīvotāju veselības stāvoklī un veselību ietekmējošajos paradumos, turklāt ne tikai starp dzimumiem, bet arī sociālekonomiskajās grupās. Atšķirības vērojamas attiecībā uz fizisko aktivitāti, lieko svaru un aptaukošanos, smēķēšanu un citu atkarības vielu lietošanu, garīgo veselību, negadījumiem, vakcināciju, veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību - tās norāda par Latvijā pastāvošo nevienlīdzību veselības jomā.” Tādā veidā tiek ne tikai identificēta promocijas darbā noteiktā veselības stāvokļa nevienlīdzības izpratne, bet tiek iekļauta izpratne par dažādajiem faktoriem, kas to var un arī ietekmē.

Pastāv norāde, ka konkrētā rīcībpolitikas dokumenta ietvaros tiek ņemts vērā: „Katra indivīda un līdz ar to arī sabiedrības veselību ietekmē bioloģiskie, psihoemocionālie, sociālie, ekonomiskie, vides, tai skaitā klimata pārmaiņas, kā arī dzīvesveida faktori. Šīs tiesības, iespējas un faktori ņemti par pamatu, izstrādājot šo politikas plānošanas dokumentu.” Attiecīgi tiek skaidri identificēti veselības stāvokli ietekmējošo faktoru kopumi, taču turpmākais saturs liecina par nepilnībām. Faktori tiek identificēti, taču faktiski nepastāv šo daudzpusīgo faktoru ietveršana rīcībpolitikas noteikšanā vai problēmas identificēšanā.

Arī šī dokumenta ietvaros tiek ņemta vērā veselības stāvokļa daudzdimensionālitate un nepieciešamā daudzdimensionālā ietekme: „Sabiedrības veselības rādītāju būtiska uzlabošanās valstī iespējama tikai tad, ja veselība ir iekļauta visās politikās, kā arī, ja visiem valsts iedzīvotājiem ir nodrošinātas vienlīdzīgas iespējas saņemt veselības aprūpes pakalpojumus”, „Stratēģijā “Veselība 2020” viens no veselības politikas pamatprincipiem ir „veselība visās politikās””. Absolūti skaidrā veidā tiek noteikts, kas ar to tiek saprast, kur arī citām nozarēm, institūcijām un organizācijām jābūt iesaistītām un līdzatbildīgām konkrētās politikas īstenošanā. Tāpat, veicot norādi uz veselības stāvokļa daudzdimensionalitāti un faktoriem, kas to ietekmē (ekonomiskie, sociālie, kultūras, vides u.c.), kas nereti atrodas ārpus veselības nozares ietekmes.

Taču būtiski ir ne tikai identificēt šī aspekta būtiskumu, bet arī ietvert norādes, konkrētizojošus pasākumus, kas varētu nodrošināt virzību uz noteikto. Kas sekmīgi tiek darīts, uzsākot diskusiju par „izejas punktu”, kā vienu no veidiem dažādu nozaru rīcībpolitiku integrēšanai. Ar to saprotot, pamatojumu jeb plānošanā izmantotās evidences. Pirmo reizi precīzi tiek lietots evidences jēdziens, neskatoties uz iepriekšējo pierādījuma jēdziena lietojumu (piemēram, „efektīva politika un laba pārvaldība – veselības politikas pamatā ir pierādījumos

balstītas zināšanas – zinātniskie pierādījumi un izmaksu efektivitāte.”). Tāpat pastāv norāde uz otru iespējamo alternatīvu starpnozaru politiku saskaņošanai, kur tiek piedāvāts par pamatu izmantot daudzdimensionālo veselības stāvokļa pašnovērtējuma modeli, kas nodrošinātu iespēju plānot vienotu stratēģiju. Tieši šo piedāvāto alternatīvu evidences ir konkrētā promocijas darba izpētes centrā. Attiecīgi promocijas darba rezultāti ir skaidri identificēti rīcībpolitikas pieprasījuma ietvaros.

Promocijas darba rezultātu identificēto pieprasījumu pastiprina fakts, ka noteiktā dokumenta ietvaros nepastāv norobežošanās no evidences pēc būtības, jo vismaz atsevišķos aspektos tiek izmantota subjektīvā evidences perspektīva, piemēram, cilvēku paustais viedoklis par ierobežojumiem apmeklēt ārstu pat ja ir bijusi nepieciešamība. Turklāt izdarītie secinājumi ir saskaņā ar vienu no izpētē iekļautajām pieejām, materiālistu pieeju. Tiek secināts, ka: „nabadzība ir būtisks faktors, kas nosaka sliktu veselību, jo finanšu līdzekļu trūkums ir ļoti nozīmīgs ierobežojošais faktors veselības aprūpes pakalpojumu pieejamībai.” Tas liecina par to, ka pastāv mēģinājums izmantot arī pašnovērtējuma datus.

Kopumā stratēģijā 2020 tiek konstatētas vairākas pozitīvas tendences, kas ir saskaņā ar evidencēs balstītas rīcībpolitikas izpratni. Tāpat tiek identificēts skaidrs promocijas darba rezultātu pieprasījums. Ļoti daudz no iekļautā liecina par rīcībpolitikas attīstības virzīšanu, jo daudz par to ko būtu vēlams darīt. Taču nav skaidrības par šīs attīstības virzīšanu praktiskā izpratnē, jo reti pastāv uzsvars uz to, ka tas tiks darīts (piemēram, par budžeta palielinājumu no IKP vai par zāļu kompensācijas palielinājumu: „nepieciešams pārskatīt zāļu kompensācijas sistēmu”). Tātad nepieciešams, vēlams, uzlabojams, bet netiek skaidri formulēts, ka tas tiks darīts. Tāpat, neskatoties uz to, ka šī dokumenta ietvaros tiek aprakstītas problēmas evidencēs balstītas pieejas ietvaros, tas tāpat netiek ņemts vērā pārējos precizējošos rīcībpolitikas dokumentos. Vēlams, lai noteiktais būtu skaidrs, uz praktisku rīcību vērsts un ne tikai iekļautu jautājumu par starpnozaru politikas saskaņošanu, bet arī konkrētās vienas nozares ietvaros rīcībpolitiku saskaņošanu: „Veselības aprūpes kvalitātes nozīmīgākās sastāvdaļas ir konsekventa veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana, uz pierādījumiem balstītas prakses izmantošana, koordinēta aprūpe visos veselības aprūpes posmos, iespējamo kļūdu novēršana aprūpes procesā (drošība) un klīniskās efektivitātes uzlabošana.”

SECINĀJUMI UN IETEIKUMI RĪCĪBPOLITIKĀM

Promocijas darbā ir analizēta veselības stāvokļa nevienlīdzība Latvijā veselības stāvokļa pašnovērtējuma kontekstā. Centrālais darba fokuss ir attiecībā uz evidencēs balstītu rīcībpolitiku un tas tiek pārbaudīts veselības rīcībpolitikā, pieņemot, ka pastāv atkāpšanās no tādām rīcībpolitikām, kas konstruētas uz politiskās ideoloģijas pamata, pievēršoties racionālai lēmumu pieņemšanai un rīcībpolitikas pamatojumam.⁵⁹⁸ Evidencēs balstīta rīcībpolitika nodrošina rīcībpolitiku pamatotību, kas nosaka rīcību sabiedrības interesēs un valsts funkcionalitātes kapacitāti. Šī pieeja nodrošina izpratni par rīcībpolitikas vidi, tās izmaiņām; kā arī palīdz izvērtēt iespējamo rīcībpolitiku ietekmi, nodrošinot labākās rīcībpolitikas stratēģijas izvēles iespējas, saskaņā ar paredzamajām sekām un rezultātiem; atspoguļo saikni starp stratēģiskās darbības virzienu un paredzamajiem rezultātiem, rīcībpolitikas mērķiem, kas nodrošina skaidru redzējumu par to, kas ir jā dara, lai sasniegtu rīcībpolitiku stratēģiskos mērķus un starprezultātus; ietekmē citus, iesaistot mērķa sasniegšanā; nodrošina kvalitatīvu komunikāciju;⁵⁹⁹ palīdz pieņemt pamatotus lēmumus. izšķirt vismaz par divas evidenču perspektīvas: objektīvā un subjektīvā, tad promocijas darbam saistošā evidenču perspektīva ir subjektīvā, ar to saprotot veselības stāvokļa pašnovērtējumu.

Veselības stāvoklis un veselības stāvokļa nevienlīdzība ir daudzdimensionāli, jo tie ietekmē daudzus aspektus un tiek ietekmēti no daudziem aspektiem. Tie var ietekmēt daudzus procesus, aspektus, faktoros un dažāda veida faktori, procesi un aspekti var ietekmēt un noteikt veselības stāvokli vai veselības stāvokļa nevienlīdzību. Turklāt, lielākās grūtības ir ar ietekmes virziena noteikšanu, var noteikt, ka pastāv savstarpējā saistība, taču ir grūti noteikt, kurš tad īsti kuru ietekmē. Veselības stāvokļa nevienlīdzības daudzdimensionalitāte norāda uz to, kā uz starpsektoru rīcībpolitikas jautājums. Attiecīgi veselības stāvokļa nevienlīdzību ir iespējams ietekmēt, "sinhronizējot" dažāda līmeņa, dažādu jomu rīcībpolitikas un dažādos rīcībpolitikas aspektus. Līdz ar to, promocijas darbs ir balstīts uz starpdisciplināru pieeju.

Tradicionāli veselības stāvokļa jautājumi tiek skatīti medicīnas zinātnes ietvaros, taču veselības stāvokļa un veselības stāvokļa nevienlīdzības pētniecība sociālo zinātņu ietvaros ir mūsdienu aktualitāte. Tas ir saistīts ar vairākiem mūsdienās aktualizētajiem veselības stāvokli

⁵⁹⁸ Simons, H. (2003). Evidence-based practice: panacea or over promise? *Research Papers in Education*, 18 (4), 303–311.

⁵⁹⁹ Shaxson, L. (2005). Is your evidence robust enough? Questions for policy maker sand practitioners. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 1(1), 102.

ietekmējošiem aspektiem. Pirmkārt, atšķirības indivīdu sociālajos un ekonomiskajos apstākļos ietekmē veselības stāvokli, jo atšķirīgās sociālajās un ekonomiskajās struktūrās veselības stāvoklis ir atšķirīgs. Otrkārt, evidences norāda uz to, ka medicīna vairs nav pamatfaktors un nav spējīga pilnvērtīgi skaidrot veselības stāvokli un tā problemātiku, jo virkne veselības problēmu ir saistītas ar sociālajiem un ekonomiskajiem apstākļiem. Sociālo zinātņu pētījumos par veselības stāvokļa nevienlīdzību tiek meklēti iemesli tam, kādēļ viens indivīds vai sabiedrības daļa ir veselāka par otru un kā uzlabot veselības stāvokli vai samazināt veselības stāvokļa nevienlīdzību. Pētniecības rezultātā tiek iegūtas zināšanas par sociālajiem iemesliem veselības stāvokļa problēmu un veselības stāvokļa nevienlīdzības kontekstā. Tā kā veselības stāvokļa nevienlīdzība nav fiksēta situācija, tā ir jūtīga un mainīga, to ietekmē daudzi faktori un līdz ar to jo plašāks ir izpētē iekļauto faktoru klāsts, jo lielāka iespēja izprast lielāku daļu no kopējās veselības stāvokļa nevienlīdzības ainas. Viena no pieejām veselības stāvokļa izpētē paredz atteikšanos no formālām diagnozēm un pievēršanos veselības stāvokļa pašnovērtējumam, kas arī tiek īstenots promocijas darba ietvaros. Šīs pieejas izmantošanas pamatojums ir saistīts ar to, ka veselības stāvokļa problēmām ir saikne ar individuālo dzīves apstākļu un procesu subjektīvo pieredzi, līdz ar to veselības stāvoklis var tikt vērtēts veselības stāvokļa pašnovērtējuma kontekstā.

Veselības stāvokļa pašnovērtējums pārsvarā tiek pētīts tiešās aptaujās, uzdodot jautājumu par to, kā tiek novērtēts veselības stāvoklis. Veselības stāvokļa pašnovērtējuma izpēte ir būtiska vairāku iemeslu dēļ. Pirmkārt, veselības stāvokļa pašnovērtējums ir ļoti plašs mainīgais. Veselības stāvokļa pašnovērtējums iekļauj visus veselības stāvokli raksturojošos aspektus, veselības stāvokļa pasliktināšanās simptomus un riska faktoros, esošās situācijas un nākotnes perspektīvas novērtējumus, ietekmējošo faktoru novērtējumu. Tas atšķir to no daudziem objektīvajiem mainīgajiem, piemēram, mirstības rādītāji neiekļauj veselības stāvokli ietekmējošos aspektus, kas nerada letālas sekas.⁶⁰⁰ Otrkārt, subjektīvā pašsajūta ietekmē veselības stāvokli. Daudzos pētījumos ir pierādīts, ka subjektīvā pašsajūta rada ietekmi uz ķermeņa fizioloģiskajiem procesiem. Tas norāda uz to, ka veselības stāvokļa pašnovērtējums ir ne tikai plašs mainīgais, bet ietekmē arī veselības stāvokļa objektīvo mainīgo perspektīvu. Treškārt, ir pierādīts, ka veselības stāvokļa pašnovērtējums ir spēcīgs mirstības paredzēšanas mainīgais,⁶⁰¹

⁶⁰⁰ Wahl, H. W. (2006). *The Many Faces of Health, Competence and Well-Being in Old Age: Integrating Epidemiological, Psychological and Social perspectives* (p. 258). Netherlands: Springer.

⁶⁰¹ Ginzler, E. M. (2010). *Systemic Lupus Erythematosus, Rheumatic Disease Clinics of North America* (Vol. 20). Elsevier Health Sciences.

tiek klasificēts kā "spēcīgā" evidence⁶⁰² un pašnovērtējumam ir nozīmīga ietekme uz veselību un ar veselību saistīto uzvedību.⁶⁰³

Veselības stāvokļa pašnovērtējums nodrošina veselības stāvokļa novērtējumu, taču ietekmi uz veselības stāvokli rada dažāda veida riska faktori, kas nosaka arī veselības stāvokļa nevienlīdzības priekšnoteikumus. Riska faktori var būt indivīda uzvedības⁶⁰⁴ un arī vides noteikti.⁶⁰⁵ Arī resursi (materiālie un nemateriālie) ietekmē veselības stāvokli, nosakot labklājības apstākļus, kas var sekmēt veselības stāvokļa priekšnoteikumus. Veselības stāvokli ietekmē tas, ka indivīds saskaras ar noteiktiem riska faktoriem, atrodas noteiktā sociālajā kontekstā, apstākļos un īsteno noteiktu uzvedību. Visi šie aspekti nosaka indivīda veselības stāvokli, kas, savukārt, nosaka veselības stāvokļa radītās sekas, tostarp veselības stāvokļa nevienlīdzību. Veselības stāvokli ietekmē daudzi faktori: vecums, dzimums, iedzimtie faktori, individuālie dzīves jeb individuālās uzvedības faktori, sociālie un kopienas tīklu faktori, strukturālie faktori, sociāli ekonomiskie, kultūras un vides apstākļi.⁶⁰⁶ Atšķirības šajos faktoros starp indivīdiem rada veselības stāvokļa nevienlīdzību. Veselības stāvokļa nevienlīdzība atspoguļo veselības statusa variācijas un sistemātiskas veselības stāvokļa atšķirības starp indivīdiem vai grupām,⁶⁰⁷ kas saistītas ar to nevienlīdzīgu pozīciju sabiedrībā.⁶⁰⁸ Promocijas darba ietvaros tiek lietots veselības stāvokļa nevienlīdzības jēdziens, jo tas paredz sistemātiskas salīdzināšanas iespējas un tas iekļauj arī ietekmējošo faktoru izpratni.⁶⁰⁹

Pastāv vairākas veselības stāvokļa nevienlīdzības novērtēšanas alternatīvas, kas pakārtotas izpratnei par ietekmējošajiem faktoriem.⁶¹⁰ Visbiežāk veselības stāvokļa nevienlīdzību skaidrojumam tiek izmantotas četras pieejas: uzvedības/kultūras; materiālistu; psiho-sociālā;

⁶⁰² Fayers, P. M., & Hays, R. D. (2005). *Assessing Quality of Life in Clinical Trials: Methods and Practice* (2nd ed., p. 314). New York: Oxford University Press.

McFadden, E., Luben, R., Wareham, N., Kinmonth, A. L., & Khaw, K. T. (2008). Social inequalities in self-rated health by age: Cross-sectional study of 22 457 middle-aged men and women. *BMC Public Health*, 8(230).

Fayers, P. M., & Hays, R. D. (2005). *Assessing Quality of Life in Clinical Trials: Methods and Practice* (2nd ed., pp. 309–310). New York: Oxford University Press.

⁶⁰³ Mossey, J. M., & Shapiro, E. (1982). Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*, 72(8), 800–808.

⁶⁰⁴ World Health Organization. (2002). *The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life* (p. 150). Geneva: World Health Organization.

⁶⁰⁵ Eyal, N., Hurst, S. A., Norheim, O. F., & Wikler, D. (2013). *Inequalities in Health: Concepts, Measures, and Ethics* (p. 6). New York: Oxford University Press.

⁶⁰⁶ Ibid.

⁶⁰⁷ Kawachi, I., Subramanian, S. V., & Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *The Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(9), 647–652.

⁶⁰⁸ Graham, H. (2009). *Understanding Health Inequalities* (2nd ed., pp. 2-4). Berkshire: Open University Press.

⁶⁰⁹ Ibid., pp. 3-4.

⁶¹⁰ Novick, L. F., & Morrow, C. B. (2002). *Defining public health: historical and contemporary developments* (pp. 1–31). Jones and Bartlett Publishers.

dzīves gājuma.⁶¹¹ Katra no pieejām piedāvā savu cēloņsakarību skaidrojumu veselības stāvokļa nevienlīdzības pastāvēšanai. Uzvedības/ kultūras pieejas ietvaros tiek pieņemts, ka veselības stāvokļa nevienlīdzību veicina atšķirības sociālo šķiru uzvedībā.⁶¹² Materiālistu pieeja paredz, ka veselības stāvokļa nevienlīdzību veicina nabadzība, cilvēku finansiālais stāvoklis un to atšķirības.⁶¹³ Psiho-sociālās pieejas ietvaros tiek pieņemts, ka sociālā nevienlīdzība var ietekmēt to, kā cilvēki jūtas psiholoģiski, kas savukārt var un ietekmē fiziskā ķermeņa procesus.⁶¹⁴ Dzīves gājuma pieejas ietvaros tiek pieņemts, ka visas priekšrocības vai ierobežojumi ietekmē veselības stāvokļa nevienlīdzību, skatot individuālās pieredzes kontekstā.⁶¹⁵ Katra no pieejām piedāvā noteiktu skaidrojumu un ietver konkrētus faktorus, kas var ietekmēt veselības stāvokļa nevienlīdzības rašanos. Visas pieejas ir saistītas ar sociālajiem un vides skaidrojumiem.

Par veselības stāvokli ietekmējošo faktoru daudzveidību liecina arī Dalgrena (G.Dahlgren) un Vaitheda (M.Whitehead) veselības stāvokļa ietekmējošo faktoru modelis.⁶¹⁶ Modelis atspoguļo individuālo un vides faktoru mijiedarbību, kur centrā ir cilvēks ar tam piemītošajām īpašībām, kas nav ietekmējamās, bet būtu jāņem vērā un ir četru līmeņu faktori, kas attiecas uz individuālo dzīves veidu jeb individuālo uzvedību, sociālajiem un kopienas tīkliem, strukturālajiem apstākļiem, sociālajiem ekonomiskajiem, kultūras un vides apstākļiem. Atšķirībā no līdzšinējās pētnieciskās prakses Latvijā un pasaulē, promocijas darbā tiek izmantota novatoriska pieeja jautājuma izpētē, jo balstoties uz veselības stāvokļa ietekmējošo faktoru modeli un četrām veselības stāvokļa nevienlīdzību skaidrojošajām pieejām tiek izstrādāts inovatīvs modelis jautājuma pētniecībai. Modelī tiek iekļauti visi identificētie veselības stāvokli ietekmējošie faktori, kas paplašina izpratni par veselības stāvokļa nevienlīdzību Latvijā. Modelis tiek izmantots empīriskā materiāla analīzē, identificējot veselības stāvokļa nevienlīdzību, sociāli ekonomisko faktoru ietekmes prioritātes, rīcībpolitiku problemātiku saistībā ar konstatētajām tendencēm un izstrādājot rīcībpolitikas ieteikumus.

⁶¹¹ Bartley, M. (2004). *Health Inequality: An Introduction to Theories, Concepts and Methods*. Cambridge: The Policy Press.

⁶¹² Chandola, T., & Marmot, M. G. (2010). Socio-economic Position and Health. In A. Steptoe, K. E. Freedland, J. R. Jennings, M. M. Llabre, S. B. Manuck, & E. J. Susman, *Handbook of Behavioral Medicine: Methods and Applications* (pp. 313–314). New York: Springer.

⁶¹³ Asthana, S., & Halliday, J. (2006). *What Works in Tackling Health Inequalities?: Pathways, Policies and Practice Through the Lifecourse* (pp. 28–30). Bristol: The Policy Press.

⁶¹⁴ Stephens, C. (2008). *Health Promotion: A Psychosocial Approach*. (S. Payne, & S. Horn, Eds., pp. 61–63) Berkshire: McGraw-Hill International.

⁶¹⁵ Ryan, L. H., & Smith, J. (2009). Cognition and Health Disparities Over the Life Course: Longevity as an Example. In T. C. Antonucci, & J. S. Jackson (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics: Life-Course Perspectives on Late Life Health Inequalities* (Vol. 29, pp. 131-133). New York: Springer Publishing Company.

⁶¹⁶ Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies.

Promocijas darbs ir rīcībpolitikas pētījums ar rekomendāciju izstrādi. Darba pamatā ir veselības stāvokļa pašnovērtējuma izvērtējums individuālā līmenī un statistiskā skaidrojuma pieeja. Pētniecības metodes saskaņā ar zinātniskā darba mērķi un izpētes jautājumiem. Balstoties uz teorētiskajā darba daļā apkopoto, tiek veidota metodoloģija, identificējot izpētē iekļaujamos indikatorus un sistemātiskā veidā atbildot uz izvirzītajiem izpētes jautājumiem. Darbā ir izmantotas kvantitatīvās un kvalitatīvās izpētes metodes.

Promocijas darbā tiek izmantota novatoriska pieeja veselības stāvokļa nevienlīdzības pētniecībai, lai rastu atbildes uz trīs būtiskiem izpētes jautājumiem. Pirmkārt, kāda veselības stāvokļa nevienlīdzība pastāv Latvijā starp iedzīvotājiem? Pieņemot, ka lielākā veselības stāvokļa nevienlīdzības proporcija pastāv starp dzimumiem, iekļauto demogrāfisko mainīgo kontekstā. Otrkārt, kāds ir visbūtiskākais sociāli ekonomiskais faktors veselības stāvokļa nevienlīdzībai Latvijā? Pieņemot, ka visbūtiskākais faktors veselības stāvokļa nevienlīdzībai Latvijā ir iedzīvotāju dzīves un darba apstākļi. Treškārt, vai Latvijas Republikas Veselības ministrijas rīcībpolitikas ir saskaņā ar konstatētajām veselības stāvokļa nevienlīdzības tendencēm Latvijā? Pieņemot, ka lielākā daļa konstatēto tendenču nav ņemtas vērā Latvijas Republikas Veselības ministrijas rīcībpolitikās. Lai nodrošinātu sistemātisku un mērķtiecīgu izpēti, promocijas darbā tika izvirzīts mērķis: izprast un analizēt to, pirmkārt, kāda veida veselības stāvokļa nevienlīdzība pastāv Latvijā, otrkārt, kādi faktori ir ar vislielāko ietekmi un treškārt, sniegt analītisku vērtējumu provizorisko rīcībpolitiku un lēmumu ietvaros. Pētījums tika veikts vairākos izpētes posmos, atbilstoši izvirzītajam darba mērķim un izpētes jautājumiem. Darba secinājumi tiks apskatīti atbilstoši katra izpētes posma rezultātiem.

Vispārīgās tendences, aptaujas anketu atbilžu sadalījuma biežums

Aptaujas anketu atbilžu sadalījuma biežums ļauj secināt par vispārīgām tendencēm starp Latvijas iedzīvotājiem attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu un veselības stāvokli ietekmējošiem aspektiem.

Veselības stāvokļa pašnovērtējums:

Pārsvarā cilvēki savu pašreizējo veselības stāvokli vērtē kā labu un norāda, ka jūtas fiziski pietiekami labi. Tas norāda uz pozitīvu tendenci, taču uz negatīvu tendenču esamību norāda tas, ka lielākā daļa cilvēku vismaz daļēji cieš no stresa, saskaras ar veselības stāvokļa problēmām un tās vismaz daļēji ierobežo ikdienas nodarbes. Tādā veidā būtiska uzmanība rīcībpolitiku ietvaros būtu jāpievērš stresa apstākļiem, īslaicīgajām veselības stāvokļa problēmām un to ietekmei.

Uzvedības pieejas un modeļa individuālā dzīvesveida faktori:

Šajā faktoru grupā pastāv vairākas pretrunīgas tendences. Lielākoties cilvēkiem ir svarīgi uzlabot un īstenot veselības stāvokli pozitīvi ietekmējošu uzvedību, taču reāli īstenotais mēdz būt pretrunā. Salīdzinoši bieži tiek lietota neveselīga pārtika, taču vienlaikus bieži tiek lietotas veselīga uztura pārtikas grupas. Salīdzinoši lielākā daļa cilvēku nesmēķē, smēķētāju vidū cigarešu patēriņš ir atšķirīgs. Alkohola patēriņš lielā daļā gadījumu ir regulārs un starp alkohola stipruma veidiem ir salīdzinoši proporcionāli līdzīgs, taču alkohola patēriņa samazinājums lielākoties netiek uztverts kā būtisks. Absolūti lielākā daļa cilvēku regulāri lieto medikamentus, medikamentu patēriņš starp dažādām to grupām ir līdzīgs, salīdzinoši retāk tiek lietoti homeopātiskie medikamenti. Salīdzinoši reti tiek īstenotas fiziskās aktivitātes, aktīvā atpūta un sports, visbiežāk par brīvā laika nodarbi izvēloties dažāda veida sēdošas nodarbes, neskatoties uz to, ka ir svarīgi būt fiziski aktīvam. Attiecīgi var secināt, ka katrs no faktoriem ir jāskata atsevišķi, jo pastāv atšķirīgas tendences starp jautājumiem. Tādā veidā, izstrādājot rīcībpolitikas attiecībā uz veselības stāvokli ietekmējošo individuālo uzvedību, katra no individuālās uzvedības aktivitātēm ir jāskata atsevišķi. Negatīvākās tendences attiecas uz neveselīgas pārtikas lietošanu, alkohola patēriņa regularitāti, biežo medikamentu patēriņu un reto fiziskās aktivitātes līmeni. Esošās rīcībpolitikas bieži ir vērstas uz individuālās uzvedības ietekmēšanu, piemēram, smēķēšanas samazināšanu. Rīcībpolitikas bieži neietver konstatēto tendenču prioritātes, piemēram, alkohola patēriņam ir negatīvākas tendences, nekā tabakas patēriņam. Biežākais aktivitātes veids rīcībpolitikās ar mērķi ietekmēt indivīdu uzvedību ir informēšana un akcīzes nodokļa paaugstināšana. Taču ir pierādīts, ka cilvēki, kas ir informēti par riskiem un ir gatavi rīkoties saskaņā ar tiem, visbiežāk nav tie, kuriem tiek identificēta augstākā riska pakāpe. Pastāv evidences par to, ka informēšanas pasākumu nespēj reāli ietekmēt vai neietekmē tos, kuru ietekmēšana ir primāra.⁶¹⁷ Bieži, lai samazinātu smēķētāju skaitu tiek paaugstināts akcīzes nodoklis, tādējādi paaugstinot smēķēšanas izmaksas, taču nereti nabadzīgi cilvēki, nevis, nesmēķē, bet cieš to spēja segt citas dzīvei būtiskas izmaksas, piemēram, uzturs.⁶¹⁸ Attiecīgi rīcībpolitiku aktivitātēm būtu jābūt izstrādātām atbilstoši mūsdienu tendencēm, atbilstoši konstatētajām evidencēm, ņemot vērā apstākļus, lai veicinātu reāla mērķa sasniegšanu individuālās uzvedības ietekmēšanā. Pastāv pretruna starp uzvedību un būtiskumu, kaut gan cilvēkiem ir svarīgi īstenot veselības stāvokli pozitīvi ietekmējošu uzvedību, tas nereti netiek

⁶¹⁷ Great Britain. Parliament. House of Commons. Health Committee. (2009). *Health Inequalities: Report, Together with Formal Minutes* (Vol. 1, p. 67). The Stationery Office.

⁶¹⁸ Danziger, S., & Haveman, R. H. (2001). *Understanding Poverty* (pp. 285-286). USA: Harvard University Press.

Istenots. Attiecīgi rīcībpolitiku ietvaros būtu jāpievērš uzmanība ne tikai pozitīvas uzvedības veicināšanai, bet arī ierobežojumiem, kas rada šķēršļus praksē.

Psiho-sociālās pieejas un modeļa sociālo un kopienas tīklu faktori:

Arī šajā faktoru grupā pastāv vairākas pretrunīgas tendences. Pastāv atbilžu atšķirības starp trīs sfērām: ģimene un draugi, kolēģi un sabiedrība. Cilvēki lielākoties saņem savstarpējo atbalstu no ģimenes, retāk no kolēģiem un lielākoties gandrīz nekad no sabiedrības. Kā būtiskākais tiek uztverts atbalsts no ģimenes un draugiem, mazāk būtisks kolēģu atbalsts un visnebūtiskākais sabiedrības atbalsts. Sociāli ekonomiskā nevienlīdzība starp ģimenes locekļiem, draugiem un kolēģiem pastāv dažreiz, taču lielākoties tā pastāv starp sabiedrību kopumā. Svarīgākā sociāli ekonomiska vienlīdzība ir sabiedrībā un starp ģimenes locekļiem draugiem, mazāk svarīga ir starp kolēģiem. Visbiežāk ar stresu un nelabvēlīgu gaisotni saskaras darbā, retāk mājās un sabiedrībā. Salīdzinoši visbūtiskāko ietekmi uz veselības stāvokli rada stress un nelabvēlīga gaisotne ar kuru saskaras mājās, retāk darbā un visretāk sabiedrībā. Pārsvārā pastāv balanss starp darbu un ārpus darbu, starp brīvā laika aktivitātēm, lai gan lielu daļu veido tie, kuriem šis balanss nepastāv vai pastāv tikai daļēji. Visbiežāk tas pastāv mājās un darbā, sabiedrībā visbiežāk tas nepastāv, lai gan tiek uztverts kā svarīgs. Darba vietā lielākoties ir saskarsme ar prasībām, kontroli un spriedzi. Iepretī lielākoties darbā var tikt pieņemti patstāvīgi lēmumi, ir iespējas pieņemt šos lēmumus, parasti ir pietiekami daudz laika darba paveikšanai, vadītāji ņem vērā ieteikumus un sniedz atbalstu darba paveikšanā, darba kolēģi interesējas un ir izpalīdzīgi darba paveikšanā un psiholoģiski neterorizē, bet pārsvārā darbs prasa ātru tempu. Izstrādājot rīcībpolitikas attiecībā uz šo faktoru grupu, katrs no faktoriem ir jāskata atsevišķi. Negatīvākās tendences attiecas uz darba un sabiedrības sfēru. Vēlams samazināt sociāli ekonomisko nevienlīdzību sabiedrībā un veicināt solidaritāti. Rīcībpolitiku ietvaros būtiski ņemt vērā atšķirības starp šo faktoru biežumu un būtiskumu, jo ne vienmēr biežāk ietekmējošie faktori būtiskāk ietekmē veselības stāvokli, piemēram, stress biežāk sastopams darbā, bet būtiskāk ietekmē mājās pastāvošie stresa apstākļi.

Materiālistu pieejas un modeļa trešā līmeņa faktori:

Šajā faktoru grupā pastāv salīdzinoši daudz negatīvu tendenču. Lielākajā daļā gadījumu respondentiem ir augstākā vai vidējā izglītība. Lielākoties atalgojums netiek saņemts vispār vai tas ir līdz 500 eiro mēnesī un atalgojums pēdējā gada laikā nav mainījies. Liela daļa respondentu nestrādā, un starp strādājošiem lielākā daļa īsteno darbu, ka neprasa fizisko piepūli. Pārsvārā

pastāv saskarsme ar dažāda veida darba vides riska faktoriem, ar skaļu troksni, vienveidīgu, monotonu darbu, nedaudz retāk ar smagu priekšmetu celšanu un nepastāv saskarsme ar pakļautību dažāda veida ķīmiskajām vielām. Pārsvārā pastāv taisnīga izturēšanās pamata darba vietā. Pārsvārā vidējie mēneša ienākumi nepārsniedz 500 eiro mēnesī un ienākumi nav pietiekami. Visbiežāk norādītais kritērijs ikdienas preču un pakalpojumu izvēlei ir kvalitātes un cenas samērīgums, taču salīdzinoši liela ir to cilvēku proporcija, kas norāda cenu. Pārsvārā cilvēki spēj apmierināt savas pamat vēlmes un vajadzības, taču ir liela to cilvēku proporcija, kas to nespēj. Lielākā daļa respondentu ir darba ņēmēji. Pārsvārā veselības aprūpes pakalpojumi tiek izmantoti salīdzinoši reti, ne biežāk kā dažas reizes gadā, pārsvārā pakalpojumu pieejamība un kvalitāte tiek novērtēta kā zema. Pārsvārā pastāv pozitīvs novērtējums attiecībā uz dzīves vietu un apstākļiem, zems ir veselības aprūpes pakalpojumu līmeņa un pieejamības novērtējums. Lielākā daļa respondentu ilgstoši dzīvo esošajā dzīves vietā, pārsvārā dzīvo pilsētas teritorijā ārpus centra, dzīvoklī daudzdzīvokļu mājā, kas pieder viņiem vai kādam māsaiņniecības loceklim. Absolūti lielākā respondentu daļa norāda, ka ir saskārušies ar grūtībām veikt rēķinu nomaksu. Attiecīgi rīcībpolitikām būtu jābūt vērstām uz individuālā materiālā nodrošinājuma veicināšanu. Negatīvākās tendences attiecas uz nodarbinātību, ikdienas patēriņa apmierināšanas iespējām un veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un kvalitāti. Tendences norāda uz savstarpējo saistību. Ja tiek palielināti ienākumi, tas palielina pamata vēlmju un vajadzību apmierināšanas iespējas, tostarp biežāka veselības aprūpes pakalpojumu izmantošana, rēķinu nomaksas iespējas. Ja tiek uzlabota veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība un kvalitāte, tas veicina augstāku veselības aprūpes pakalpojumu novērtējumu un izmantošanas biežumu. Rīcībpolitikām būtu jāņem vērā faktoru savstarpējā saistība un pamata ietekmes prioritātes.

Vispārējo sociāli ekonomisko, kultūras, vides apstākļu un modeļa ceturtā līmeņa faktori:

Šajā faktoru grupā pastāv vairākas atšķirīgas novērtējuma tendences. Pārsvārā sabiedrības vispārējie sociāli ekonomiskie apstākļi tiek novērtēti kā slikti, vispārējie kultūras apstākļi kā labi un vispārējie vides apstākļi kā vidēji ar virzību uz labu novērtējumu. Attiecīgi rīcībpolitikām primāri būtu jābūt vērstām uz sabiedrības vispārējo sociāli ekonomisko apstākļu uzlabošanu.

Dzīves gājuma pieejas un modeļa visu līmeņu faktori dzīves gājuma kontekstā:

Šajā faktoru grupā pastāv vairākas būtiskas tendences. Trūkumu un priekšrocību uzkrāšanās, individuālās pieredzes faktors liecina, ka liela daļa no dzīves aspektiem nav mainījušies vai ir pasliktinājušies. Pārsvārā nav mainījies: diēta un uzturs, tabakas patēriņš,

alkohola patēriņš, medikamentu patēriņš, atbalsts mājās, darbā un sabiedrībā, stress un nelabvēlīga gaisotne mājās, darbā un sabiedrībā kopumā, balanss starp darbu un ārpus darbu, starp ieguldījumiem un ieguvumiem, savstarpējās attiecības, prasības, kontrole un spriedze darbā, dzīves vieta un dzīves vietas apstākļi. Pārsvārā pasliktinājies: mazāk nodarbojas ar fiziskajām aktivitātēm, aktīvo atpūtu un sportu, jūtas sociāli ekonomiski nevienlīdzīgāki un sociālais statuss ir pasliktinājies, ienākumi, patēriņš, labumi un pirkjspēja, nodarbinātības veids, izmantoto veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība un kvalitāte, sabiedrības vispārējie sociāli ekonomiskie, kultūras un vides apstākļi. Veselības stāvokļa iepriekšējos dzīves gados faktors norāda uz negatīvu tendenci, jo lai gan pārsvārā veselības stāvoklis iepriekšējos dzīves gados tiek vērtēts kā labs, absolūtais vairākums norāda, ka veselības stāvoklis ir pasliktinājies. Iepriekšējo sociāli ekonomisko grūtību faktors norāda uz to, ka salīdzinoši ar pašreizējo situāciju grūtības pagātnē nav bijušas tik nozīmīgas. Ģenētikas un vecāku fona faktors norāda uz to, ka iedzimtības no vecākiem ietekme vērtējama atbilstoši katram individuālajam gadījumam. Attiecīgi lielākā daļa no dzīves aspektiem nav mainījušies vai ir pasliktinājušies. Rīcībpolitikām būtu jābūt vērstām tendenču pozitīvām izmaiņām. Konkrētā faktoru grupa ietekmējama ilgtermiņā un pakāpeniski, atsevišķos gadījumos pat paaudžu nomaiņas ietvaros. Lielāka uzmanība būtu jāpievērš individuālās uzvedības aspektiem, materiālā nodrošinājuma aspektiem un veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības un kvalitātes aspektiem. Jāņem vērā, ka atsevišķām tendencēm var būt dažādi cēloņi un attiecīgi tas paredz dažādas ietekmes iespējas, vai ietekmes ierobežojumus. Piemēram, veselības stāvokļa pasliktināšanās laikā var būt saistīta ar vairākiem aspektiem, arī ar novecošanos, kas nav tiešā veidā ietekmējama, bet būtu jāņem vērā rīcībpolitiku ietvaros.

1. izpētes posms, tendences demogrāfisko mainīgo kontekstā

Šī izpētes posma ietvaros pastāv mēģinājums rast atbildi uz pirmo no izvirzītajiem izpētes jautājumiem – kāda veselības stāvokļa nevienlīdzība pastāv Latvijā starp iedzīvotājiem? Atbilde uz izvirzīto izpētes jautājumu tiek noteikta atbilstoši konstatētajām tendencēm starp veselības stāvokļa pašnovērtējumu un demogrāfiskajiem mainīgajiem. Hipotēzē tika pieņemts, ka lielākā veselības stāvokļa nevienlīdzības proporcija pastāv starp dzimumiem, iekļauto demogrāfisko mainīgo kontekstā.

Kopumā analizē iekļauti šādi demogrāfiskie mainīgie: valoda (aizpildītās anketas valoda), dzīvesvieta (plānošanas reģionu sadalījums), vecums, dzimums, mājsaimniecībā dzīvojošo

personu skaits, ģimenes stāvoklis, augstākā pabeigtā izglītība, vidējie mēneša ienākumi, pamatnodarbošanās, pamata dzīves vietas atrašanās. Atbilstoši katram mainīgajam konstatētas sekojošas tendences:

- Atsevišķos gadījumos krievvalodīgo veselības stāvoklis ir nedaudz sliktāks, taču viņi retāk cieš no stresa ikdienā.
- Dzīvesvietai (plānošanas reģionos) nav saistības ar veselības stāvokļa pašnovērtējumu.
- Vecums lielākoties ietekmē veselības stāvokļa pašnovērtējumu, galvenokārt, jo vecāks ir cilvēks, jo sliktāks ir viņa veselības stāvokļa pašnovērtējums.
- Atsevišķos gadījumos sievietes savu fizisko pašsajūtu novērtē sliktāk nekā vīrieši, sievietes nedaudz biežāk norāda, ka cieš no stresa, nedaudz biežāk norāda uz veselības stāvokļa problēmām un to, ka tās ierobežo ikdienas nodarbes.
- Atsevišķos gadījumos cilvēki ar lielāku mājsaimniecībā dzīvojošo cilvēku skaitu novērtē savu pašreizējo veselības stāvokli kā labāku, mazāk saskaras ar veselības stāvokļa problēmām un tās mazāk ierobežo ikdienas nodarbes.
- Ģimenes stāvoklim nav saistības ar veselības stāvokļa pašnovērtējumu.
- Lielā daļā gadījumu, jo zemāks ir cilvēka izglītības līmenis, jo sliktāk viņš novērtē savu pašreizējo veselības stāvokli.
- Lielā daļā gadījumu, jo zemāki ir cilvēka ienākumi, jo sliktāk viņš novērtē savu pašreizējo veselības stāvokli.
- Cilvēki, kuru pamatnodarbošanās ir kāds no bezdarba veidiem sliktāk novērtē savu pašreizējo veselības stāvokli, biežāk norāda, ka tiem ir veselības stāvokļa problēmas un biežāk, ka tās ierobežo ikdienas nodarbes. Atsevišķos gadījumos šie cilvēki arī biežāk norāda uz sliktāku fizisko pašsajūtu.
- Atsevišķos gadījumos tie cilvēki, kas dzīvo tālāk no pilsētas nedaudz sliktāk novērtē savu pašreizējo veselības stāvokli, nedaudz biežāk norāda uz veselības stāvokļa problēmām un uz to, ka tās ierobežo ikdienas nodarbes.

Izvirzītās darba hipotēzes pārbaude paredzēja mainīgo nozīmīguma secības noteikšanu. Nozīmīguma secība norāda uz to, kuri no demogrāfiskajiem mainīgajiem būtiskāk vai visnebūtiskāk ietekmē veselības stāvokļa pašnovērtējumu. Tas ir būtiski ne tikai promocijas darba pirmās hipotēzes pārbaudei, bet arī rīcībpolitiku prioritāšu noteikšanai. Iekļauto demogrāfisko pazīmju nozīmīguma secība (no būtiskākās uz mazāk būtisko) pēc koeficientu vidējām moduļu vērtībām ir šāda (skatīt 7.pielikumu): 1. vecums, 2. pamatnodarbošanās,

3.izglītības līmenis, 4.ienākumi, 5.mājsaimniecībā dzīvojošo personu skaits, 6.dzimums, 7.pamata dzīves vietas atrašanās, 8.valoda, 9.ģimenes stāvoklis, 10. dzīvesvieta (plānošanas reģions).

Attiecīgi tiek secināts, ka izvirzītā darba hipotēze ((H1): *lielākā veselības stāvokļa nevienlīdzības proporcija pastāv starp dzimumiem, iekļauto demogrāfisko mainīgo kontekstā*) nav apstiprinājusies. Lielākā veselības stāvokļa nevienlīdzības proporcija pastāv starp vecuma grupām, iekļauto demogrāfisko mainīgo kontekstā un dzimuma mainīgais atrodas sestajā vietā pēc būtiskuma starp iekļautajiem mainīgajiem.

Saskaņā ar veselības stāvokļa nevienlīdzību skaidrojošo apkopojošo modeli demogrāfiskās pazīmes ir cilvēkam piemītošās pazīmes, kas nav tiešā veidā ietekmējamās rīcībpolitiku ietvaros, bet tās būtu jāņem vērā. Rīcībpolitiku ietvaros būtu jāņem vērā demogrāfisko pazīmju nozīmīguma secība, nosakot rīcībpolitiku prioritātes, nosakot primārās demogrāfiskās grupas uz kurām rīcībpolitikas ir attiecināmas. Primārās demogrāfisko pazīmju grupas var noteikt atbilstoši norādītajai pazīmju nozīmīguma secībai. Visbūtiskāk veselības stāvokļa pašnovērtējumu ietekmē vecums, pamatnodarbošanās, izglītības līmenis un ienākumi. Ģimenes stāvoklim un dzīvesvietai plānošanas reģionos nav saistības ar veselības stāvokļa pašnovērtējumu, kas var būt būtisks arguments reģionālo rīcībpolitiku ietvaros.

2. izpētes posms, tendences veselības stāvokli ietekmējošo faktoru kontekstā

Šī izpētes posma ietvaros pastāv mēģinājums rast atbildi uz otro no izvirzītajiem izpētes jautājumiem – kāds ir visbūtiskākais sociāli ekonomiskais faktors veselības stāvokļa nevienlīdzībai Latvijā? Atbilde uz izvirzīto izpētes jautājumu tiek noteikta atbilstoši konstatētajām tendencēm starp veselības stāvokļa pašnovērtējumu un veselības stāvokli ietekmējošajiem sociāli ekonomiskajiem faktoriem. Hipotēzē tiek pieņemts, ka visbūtiskākais faktors veselības stāvokļa nevienlīdzībai Latvijā ir iedzīvotāju dzīves un darba apstākļi.

Analīzē iekļautie sociāli ekonomiskie faktori, saskaņā ar promocijas darba teorētiskajā daļā konstruēto veselības stāvokļa nevienlīdzību skaidrojošo modeli. Modeļa ietvaros iekļautas pieejas un ietekmes līmeņi, kas ietver dažāda veida sociāli ekonomiskos faktoros. Katrā no modeļiem un līmeņiem ir atšķirīgs noteikto sociāli ekonomisko faktoru skaits. Atbilstoši katrai no faktoru grupām konstatētas sekojošas tendences:

Uzvedības pieejas un modeļa individuālā dzīvesveida faktori

- Diētas un uztura faktora ietvaros pastāv pretrunīga tendence. Lielā daļā gadījumu cilvēki, kas biežāk savā uzturā lieto neveselīgu pārtiku norāda, ka viņu pašreizējais veselības stāvoklis ir labāks un mazāk saskaras ar veselības stāvokļa problēmām. Kontrolējot vecuma mainīgo, ir redzams, ka pārsvarā neveselīgu pārtiku lieto cilvēki, kas ir jaunāki un tieši vecuma mainīgais ir būtiski ietekmējis rezultātu.
- Tabakas patēriņam nav saistības ar veselības stāvokļa pašnovērtējumu, nepastāv sakarības starp to vai cilvēks smēķē, to cik daudz viņš smēķē, to cik svarīgi viņam ir nesmēķēt un veselības stāvokļa pašnovērtējumu.
- Alkohola patēriņam nav saistības ar veselības stāvokļa pašnovērtējumu, nepastāv sakarības starp to vai cilvēks patērē vai nepatērē alkoholu, to, cik daudz viņš patērē alkoholu (t.s. ņemot vērā alkohola stipruma veidus), to cik svarīgi viņam ir samazināt savu alkohola patēriņu un veselības stāvokļa pašnovērtējumu.
- Lielā daļā gadījumu tie cilvēki, kas biežāk patērē medikamentus, savu pašreizējo veselības stāvokli vērtē kā sliktāku, sliktāk novērtē savu fizisko pašsajūtu, biežāk saskaras ar veselības stāvokļa problēmām un tās biežāk ierobežo viņu ikdienas nodarbes. Homeopātisko medikamentu patēriņš salīdzinoši mazāk ietekmē veselības stāvokļa pašnovērtējumu.
- Lielā daļā gadījumu tie cilvēki, kas raksturo savas brīvā laika nodarbes ar lielāku fiziskās piepūles līmeņa aktivitāti biežāk norāda savu pašreizējo veselības stāvokli kā labāku.

Psiho-sociālās pieejas un modeļa sociālo un kopienu tīklu faktori:

- Lielā daļā gadījumu tie cilvēki, kas biežāk saskaras ar savstarpējo atbalstu darba kolēģu starpā jūtas fiziski labāk, retāk saskaras ar veselības stāvokļa problēmām un tās retāk ierobežo viņu ikdienas nodarbes. Tieši darba kolēģu sfērai ir nozīme attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu, nevis ģimenei, draugiem vai sabiedrībai kopumā.
- Lielā daļā gadījumu tie cilvēki, kas biežāk saskaras ar stresu un nelabvēlīgu gaisotni darbā savu pašreizējo veselības stāvokli vērtē kā sliktāku. Tie cilvēki, kas biežāk saskaras ar nelabvēlīgu gaisotni, stresu savu pašreizējo veselības stāvokli vērtē kā sliktāku, biežāk ikdienā cieš no stresa, biežāk saskaras ar veselības stāvokļa problēmām un tās biežāk ierobežo viņu ikdienas nodarbes.
- Pārsvarā cilvēki, kuru darba ikdienā vairāk pastāv balanss starp ieguldījumiem un ieguvumiem savu pašreizējo veselības stāvokli novērtē kā labāku, savu fizisko pašsajūtu

vērtē kā labāku, mazāk saskaras ar veselības stāvokļa problēmām un tās mazāk ierobežo viņu ikdienas nodarbes. Arī šī faktora ietvaros dominējoša ietekme ir darba sfērai.

- Pārsvarā tie cilvēki, kas biežāk saskaras ar prasībām, kontroli un spriedzi darba vidē, savu pašreizējo veselības stāvokli novērtē kā sliktāku, biežāk norāda uz veselības stāvokļa problēmām un to, ka šīs problēmas biežāk ierobežo viņu ikdienas nodarbes.

Materiālistu pieejas un modeļa trešā līmeņa faktori:

- Cilvēki, ar zemāku izglītības līmeni savu pašreizējo veselības stāvokli vērtē kā sliktāku.
- Pārsvarā tie cilvēki, kuru darbs ir ar smagāku fiziskās piepūles līmeni savu pašreizējo veselības stāvokli vērtē kā sliktāku. Cilvēki ar zemāku atalgojumu savu pašreizējo veselības stāvokli vērtē kā sliktāku, fizisko pašsajūtu vērtē kā sliktāku, biežāk saskaras ar veselības stāvokļa problēmām un tās biežāk ierobežo viņu ikdienas nodarbes.
- Lielā daļā gadījumu, cilvēki ar zemākiem šī brīža vidējiem mēneša ienākumiem savu pašreizējo veselības stāvokli vērtē kā sliktāku. Cilvēki, kuru ikmēneša patēriņa iespējas biežāk saistāmas ar nepietiekamiem ienākumiem, kuru biežākais kritērijs ikdienas preču un pakalpojumu izvēlei, ir cena nevis kvalitāte un tie, kuri biežāk ikdienas preču un pakalpojumu izvēlē, nav spējīgi apmierināt savas pamata vēlmes un vajadzības savu pašreizējo veselības stāvokli vērtē kā sliktāku.
- Cilvēki, kuru pamatnodarbošanās ir dažāda veida bezdarbs savu pašreizējo veselības stāvokli vērtē kā sliktāku, biežāk norāda uz saskarsmi ar veselības stāvokļa problēmām un to, ka tās ierobežo viņu ikdienas nodarbes.
- Lielā daļā gadījumu tie cilvēki, kuri biežāk izmanto veselības aprūpes pakalpojumus savu pašreizējo veselības stāvokli vērtē kā sliktāku. Bieži tie cilvēki, kuri veselības aprūpes pakalpojumus vērtē, kā mazāk pieejamus un mazāk kvalitatīvus, savu pašreizējo veselības stāvokli vērtē kā sliktāku.
- Nepastāv sakarības starp veselības stāvokļa pašnovērtējumu un dažāda veida dzīves vietas apstākļiem, pakalpojumiem, izņemot veselības aprūpes pakalpojumiem.

Vispārējo sociāli ekonomisko, kultūras, vides apstākļu un modeļa ceturtnā līmeņa faktori:

- Cilvēki, kas novērtē sabiedrības vispārējos sociāli ekonomiskos apstākļus kā sliktākus, savu pašreizējo veselības stāvokli novērtē kā sliktāku.

Dzīves gājuma pieejas un modeļa visu līmeņu faktori dzīves gājuma kontekstā:

- Cilvēki, kuru balanss starp darbu un ārpus darbu, starp ieguldījumiem un ieguvumiem ir uzlabojies savu pašreizējo veselības stāvokli vērtē kā labāku.
- Lielā daļā gadījumu tie cilvēki, kuri savu veselības stāvokli iepriekšējos dzīves gados novērtē kā sliktāku arī savu pašreizējo veselības stāvokli un fizisko pašsajūtu novērtē kā sliktāku. Tas norāda uz veselības stāvokļa pašnovērtējuma saglabāšanos laika gaitā.
- Iepriekšējām sociāli ekonomiskajām grūtībām, ģenētikai un vecāku fonam nav saistības ar veselības stāvokļa pašnovērtējumu.

Izvirzītās darba hipotēzes pārbaude paredz mainīgo nozīmīguma secības noteikšanu. Nozīmīguma secība norāda uz to, kuri no sociāli ekonomiskajiem faktoriem visbūtiskāk vai visnebūtiskāk ietekmē veselības stāvokļa pašnovērtējumu. Tas ir būtiski ne tikai promocijas darba otrās hipotēzes pārbaudei, bet arī rīcībpolitiku prioritāšu noteikšanai.

Iekļauto sociāli ekonomisko faktoru nozīmīguma secība (no būtiskākā uz mazāk būtisko) pēc koeficientu vidējām moduļu vērtībām ir šāda (skatīt 8. pielikumu): 1. medikamentu patēriņš, 2. bezdarbs (nodarbinātības vai bezdarba veids), 3. veselības aprūpes pakalpojumi (pieejamība un kvalitāte), 4. dzīves un darba apstākļi (ienākumi, patēriņš, labumi, pirktspēja), 5. izglītība, 6. veselības stāvoklis iepriekšējos dzīves gados, 7. psiholoģiskie efekti (stress, nelabvēlīga gaisotne), 8. balanss starp darbu un ārpus darbu, starp ieguldījumiem un ieguvumiem (saskarsme, drošība, atzinība, izaugsmes iespējas), 9. fiziskās aktivitātes, aktīvā atpūta un sports, 10. sociāli ekonomiskā nevienlīdzība, zems sociālais statuss (subordinācija, dominance salīdzinājumā ar citiem), 11. sociālā un sabiedrības ietekme (savstarpējais atbalsts), 12. darba vides riska faktori (prasības, kontrole, spriedze), 13. darba vide (atalgojums, drošība, taisnīga izturēšanās), 14. savstarpējās attiecības (darbs, ģimene, draugi, sabiedrība), 15. pajumte (dzīves vieta un apstākļi), 16. vispārējie sociāli ekonomiskie, kultūras un vides apstākļi, 17. diēta un uzturs, 18. trūkumu un priekšrocību uzkrāšanās, individuālā pieredze, 19. tabakas patēriņš, 20. ģenētika un vecāku fons, 21. alkohola patēriņš, 22. iepriekšējās sociāli ekonomiskās grūtības.

Attiecīgi tiek secināts, ka izvirzītā darba hipotēze ((H2): *visbūtiskākais faktors veselības stāvokļa nevienlīdzībai Latvijā ir iedzīvotāju dzīves un darba apstākļi*) nav apstiprinājusies. Visbūtiskākais faktors veselības stāvokļa nevienlīdzībai Latvijā attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu starp iekļautajiem sociāli ekonomiskajiem faktoriem ir medikamentu patēriņš. Hipotēzē ietvertais faktors – dzīves un darba apstākļi (ienākumi, patēriņš, labumi un pirktspēja),

ir ceturtais būtiskākais faktors starp ietvertajiem, saskaņā ar aprēķināto faktora vidējo moduļu vērtību.

Apkopotās faktoru vidējās moduļu vērtības (8. pielikums) ļauj secināt par katra ietvertā sociāli ekonomiskā faktora būtiskumu attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu. Balstoties uz faktoru būtiskuma secību, rīcībpolitiku ietvaros ir iespējams noteikt prioritātes. Taču nereti rīcībpolitikas nav tiešā veidā vērstas uz katra vai kāda noteikta faktora ietekmi, bieži rīcībpolitikas tiek konstruētas attiecībā uz faktoru grupām, rīcībpolitikas līmeņiem.

Par pamatu rīcībpolitiku izstrādei, kas vērstas uz noteiktu faktoru līmeņa ietekmi, var tikt izmantots aprēķinātais faktoru līmeņu un pieeju vidējo moduļu vērtību apkopojums (9. pielikums). Būtiskuma secība pa faktoru grupām ir sekojoša: 1. uzvedības pieeja un modeļa individuālo dzīvesveida faktoru līmenis; 2. psiho-sociālā pieeja un modeļa sociālo un kopienas tīklu līmenis; 3. materiālistu pieeja un modeļa trešais līmenis; 4. vispārējie sociāli ekonomiskie, kultūras un vides apstākļi; 5. dzīves gājuma pieeja un modeļa visi līmeņi dzīves gājuma kontekstā (vidējā moduļu vērtība 0,085).

Saskaņā ar veselības stāvokļa nevienlīdzību skaidrojošo apkopojamo modeli visi izpētē iekļautie sociāli ekonomiskie faktori ir ietekmējami, attiecīgu rīcībpolitiku piemērošana var veicināt izmaiņas faktoros un to ietekmē. Rīcībpolitiku ietvaros būtu jāņem vērā faktoru un faktoru grupu nozīmīguma secība attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu, nosakot rīcībpolitiku prioritātes un nosakot primāros faktoros vai faktoru grupas uz kurām rīcībpolitikas tiek vērstas. Visbūtiskāk veselības stāvokļa pašnovērtējumu ietekmē medikamentu patēriņš, nodarbinātības vai bezdarba veids, veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība un kvalitāte, dzīves un darba apstākļi, izglītība. Visbūtiskākā veselības stāvokli ietekmējošā faktoru grupa ir uzvedības pieejas, individuālā dzīvesveida faktoru grupa. Faktoru ietekmes būtiskuma secība rīcībpolitiku ietvaros ļauj secināt ne tikai par vēlamajām prioritātēm, bet arī par maznozīmīgiem faktoriem veselības stāvokļa pašnovērtējuma ietekmē. Taču, ja rīcībpolitikās tiek izmantota identificētā faktoru būtiskuma secība, tā nevar tikt nošķirta no veselības stāvokļa daudzdimensionālās dabas. Veselības stāvokļa daudzdimensionālā daba paredz to, ka veselības stāvoklis ietekmē daudzus faktoros un daudzi faktori ietekmē veselības stāvokli un grūtības ir ar ietekmes virziena noteikšanu – kurš kuru ietekmē. Piemēram, medikamentu patēriņam ir vislielākā saistība starp faktoriem ar veselības stāvokļa pašnovērtējumu. Netiek identificēts vai lielāks medikamentu patēriņš paredz sliktāku veselības stāvokļa pašnovērtējumu, vai sliktāks

veselības stāvokļa pašnovērtējums paredz lielāku medikamentu patēriņu. Attiecīgi rīcībpolitiku ietvaros būtu jāņem vērā faktoru būtiskums un arī ietekmes daudzdimensionalitāte.

3. izpētes posms, rīcībpolitiku un konstatēto tendenču saskaņa

Šī izpētes posma ietvaros pastāv mēģinājums rast atbildi uz trešo izvirzīto izpētes jautājumu – vai Latvijas Republikas Veselības ministrijas rīcībpolitikas ir saskaņā ar konstatētajām veselības stāvokļa nevienlīdzības tendencēm Latvijā? Atbilde uz izvirzīto izpētes jautājumu tiek noteikta atbilstoši konstatētajām tendencēm otrajā izpētes posmā, veicot rīcībpolitikas dokumentu sistemātisku analīzi un veicot savstarpējo salīdzināšanu starp rezultātiem. Hipotēzē tiek pieņemts, ka lielākā daļa konstatēto tendenču nav ņemtas vērā Latvijas Republikas Veselības ministrijas rīcībpolitikās.

Tika veidots kvalitatīvo datu kodēšanas rezultātu kopsavilkums, kas atspoguļo rīcībpolitikas ietekmes līmeņu un to faktoru biežumu dokumentos. Kopsavilkums ļauj secināt par rīcībpolitikā ietvertajām prioritātēm pēc to biežuma dokumentos. Rīcībpolitikas līmeņu hierarhija pēc kodēto atsauču vienību skaita (no lielākā uz mazāko) ir šāda: 1. infrastruktūras un pakalpojumu pieejamības uzlabošanas ietekmes līmenis, 2. indivīdu stiprināšanas ietekmes līmenis, 3. indivīdu kopuma ietekmes līmenis, 4. dzīves gājuma ietekmes līmenis, 5. kopienas stiprināšanas ietekmes līmenis 6. strukturālo izmaiņu attiecībā uz ekonomiskajiem, sociālajiem, kultūras un vides apstākļiem ietekmes līmenis. Infrastruktūras un pakalpojumu pieejamības uzlabošanas ietekmes līmenis ir pirmajā vietā pēc kodēto atsauču vienību skaita un arī pēc kodēto avotu skaita, taču tas ir konkrēti viena iekļautā faktora dēļ. Šis faktors ir veselības aprūpes pakalpojumu, kur ir absolūti lielākais kodēto atsauču skaits un kodēto avotu skaits starp visām faktoru grupām. Tas norāda uz to, ka visbiežāk dokumentos ir runa par veselības aprūpes pakalpojumiem un to ietekmi, nevis par līmeņa ietekmi kopumā.

Respondenti kā svarīgākos faktorus attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu norāda vecumu, medikamentu patēriņu, bezdarbu vai nodarbinātības veidu, veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un kvalitāti, dzīves un darba apstākļus. Iepretī, rīcībpolitikas dokumentos visbiežāk tiek norādīti tādi faktori (norāde ievērojot secīgumu) kā veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība un kvalitāte, vecums, alkohola patēriņš, dzimums, vispārējie sociāli ekonomiskie un kultūras apstākļi, un sociāli ekonomiskā nevienlīdzība, zems sociālais statuss.

Ņemot vērā arī pārējo faktoru secīgumu, var tikt secināts, ka, neskatoties uz to, ka lielā daļā gadījumu respondentu un rīcībpolitikas dokumentu prioritātes attiecībā uz veselības stāvokli

ir tuvas, taču pārsvarā to secīgums pēc būtiskuma nesakrīt. Piemēram, respondentu norādītais bezdarba vai nodarbinātības faktors vai dzīves un darba apstākļu faktors, kas iekļaujas piecos būtiskākajos, neiekļaujas starp rīcībpolitikas dokumentos biežāk minētajiem. Piemēram, sociāli ekonomiskā nevienlīdzība, dzimums, vispārējie sociāli ekonomiskie, kultūras un vides apstākļi, alkohola patēriņš, kas iekļaujas rīcībpolitikas dokumentos biežāk norādītajos starp respondentu norādītajiem, atrodas nebūtiskāko starpā. Tikai vienā gadījumā rīcībpolitikas dokumentos biežuma secīgums un respondentu norādītais būtiskuma secīgums sakrīt – balanss starp darbu un ārpus darbu, starp ieguldījumiem un ieguvumiem atrodas devītajā vietā pēc būtiskuma. Attiecīgi izvirzītā darba hipotēze noteikto faktoru apkopojuma ietvaros ir apstiprinājusies.

Svarīgi ir ņemt vērā būtisku tendenci, ka liela daļa no noteiktajiem faktoriem vispār netiek ņemti vērā ar pozitīvi vērstu rīcībpolitikas ietekmi attiecībā uz tiem rīcībpolitikas plānošanas dokumentos. Netiek ņemti vērā tādi faktori, kā dzīves un darba apstākļi (atrodas starp respondentu norādītajiem būtiskākajiem), izglītības līmenis, psiholoģiskie efekti, balanss starp darbu un ārpus darbu (prioritārā secība sakrīt, taču sakritība uzskatāma par nosacītu, jo netiek ņemta vērā vispār), sociālā un sabiedrības ietekme, darba vide, savstarpējās attiecības, pajumte, iepriekšējās sociāli ekonomiskās grūtības. Attiecīgi rīcībpolitiku ietvaros būtu būtiski pievērsties faktoriem, ne tikai, nosakot prioritātes, bet vispār iekļaujot tās rīcībpolitiku dokumentos un ietekmes laukā.

Kā būtiskākā no respondentu norādītajām pieejām un ietekmes līmeņiem ir uzvedības pieeja un modeļa individuālo dzīvesveida faktoru līmenis. Kā biežāk no rīcībpolitikas dokumentos ietvertajām pieejām un ietekmes līmeņiem ir materiālistu pieeja un modeļa trešais līmenis. Absolūti visos gadījumos respondentu norādītais būtiskuma secīgums attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu un rīcībpolitikas dokumentos identificētais biežuma secīgums nesakrīt. Attiecīgi izvirzītā darba hipotēze noteikto pieeju un modeļa līmeņu apkopojuma ietvaros ir apstiprinājusies.

Apkopojot secināto par noteiktajiem faktoriem, pieejām un modeļa līmeņiem, tiek secināts, ka izvirzītā darba trešā hipotēze ((H3) *lielākā daļa konstatēto tendenču nav ņemtas vērā Latvijas Republikas Veselības ministrijas rīcībpolitikās*) ir apstiprinājusies, jo lielākajā daļā gadījumu konstatētās tendences attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu faktoru, modeļa līmeņu un pieeju ietvaros nav ņemtas vērā rīcībpolitikās pēc to biežuma secības.

Rīcībpolitiku ietvaros būtu jāņem vērā cilvēku noteiktās prioritātes, iekļaujot norādītās prioritātes un ievērojot norādīto prioritāšu secību. Rīcībpolitiku prioritātes pēc prioritāšu

iekļaušanas biežuma rīcībpolitikas dokumentos absolūti atšķiras no respondentu norādītajām. Atšķirīga ir prioritāšu noteikšana un noteikto prioritāšu būtiskuma secība.

Secinājumi attiecībā uz rīcībpolitikas dokumentu satura uzlabojumiem

Ņemot vērā to, ka 3. izpētes posmā izmantotās darba metodes paredz kvalitatīvo datu salīdzināšanu ar kvantitatīvajiem datiem, papildus tika veikta rīcībpolitikas dokumentu analīze, fiksējot informāciju par saturiskajām problēmām. Tas nodrošina paplašinātākus secinājumus un rīcībpolitikas ieteikumus. Lielākā daļa no saturiskajām problēmām neatbilst promocijas darba centrālajam fokusam, evidencēs balstītas rīcībpolitikas pieejai.

Kopumā tiek identificēti vairāki trūkumi rīcībpolitiku ietvaros, kas var tikt iedalīti trīs grupās. Tiek identificēti sekojoši pamatotības trūkumi: 1. apraksts vai argumentācija neatbilst faktiskajam saturam, 2. selektīva datu izmantošana vai nepilnīga datu analīze un interpretācija, 3. kompetences, atbildības un ietekmes lauka ierobežošana. Tiek identificēti sekojoši secīguma neievērošanas trūkumi: 1. stratēģiskās plānošanas posmu secīguma neievērošana. Tiek identificēti sekojoši saturiskās izpratnes trūkumi: 1. mērķa daļēja sasniegšana kā īstenotā attaisnošanas pamats, 2. piedāvāti ietekmes risinājumi, kas pēc būtības nav ietekmējami, 3. pamatoti identificētajam nav pakārtota skaidra rīcība, 4. pieņēmumu neatbilstība patiesībai.

Ieteikumi attiecībā uz rīcībpolitikas dokumentu satura uzlabojumiem izriet no konstatētajām nepilnībām. Rīcībpolitikām būtu jābūt saskaņā ar evidencēs balstītas rīcībpolitikas izpratni. Evidencēs balstīta rīcībpolitika paredz pamatotību, kur pamatotības trūkumi nav pieļaujami. Aprakstam un argumentācijai būtu jāatbilst iekļautajam saturam, apraksts un argumentācija ir jāveido balstoties uz iekļauto informāciju, nevis tie ir savstarpēji nošķirami. Pamatotību nosaka ne tikai korekts iekļautās informācijas atspoguļojums un argumentācijas izstrāde balstoties uz iekļauto, bet arī daudzpusīga informācijas izmantošana, korekta datu analīze, interpretācija. Vēlams rīcībpolitikas izstrādāt uz iegūtās informācijas un analīzes pamata, nevis pielāgot datus "vēlamajām" rīcībpolitikas aktivitātēm. Rīcībpolitikas dokumentos ir jānosaka atbildība un kompetence, nevis jānorobežojas no atbildības un kompetences uzņemšanās. Rīcībpolitikas mērķi un uzdevumi var tikt sasniegti tikai gadījumos, ja tiek ievērots stratēģiskās plānošanas posmu secīgums. Vēlami saturiskās izpratnes uzlabojumi, piemēram, mērķis var tikt sasniegts vai nesasniegts, nevis daļēji sasniegts, aktivitātes var tikt īstenotas tikai attiecībā uz ietekmējamiem procesiem, problēmu identifikācija paredz rīcību, iekļautajiem pieņēmumiem ir jābūt atbilstošiem patiesībai, attiecīgi pamatotiem.

Līdztekus identificētajām problēmām pastāv vairāki pozitīvi aspekti, kas galvenokārt tiek konstatēti sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2014.-2020.gadam. Konstatētie pozitīvie aspekti ir saskaņā ar evidencēs balstītas rīcībpolitikas izpratni. Ļoti daudz no iekļautā liecina par rīcībpolitikas attīstības virzīšanu. Taču nav skaidrības par šīs attīstības virzīšanu praktiskā izpratnē, jo reti pastāv uzsvars uz to, ka tas tiks darīts (piemēram, par budžeta palielinājumu no IKP vai par zāļu kompensācijas palielinājumu: „nepieciešams pārskatīt zāļu kompensācijas sistēmu”). Bieži sastopamā izteiksmes forma iekļauj sekojošos vārdus – nepieciešams, vēlams, uzlabojams, bet netiek skaidri formulēts, ka tas tiks darīts. Tāpat, neskatoties uz to, ka šī dokumenta ietvaros tiek aprakstītas problēmas evidencēs balstītas pieejas ietvaros, tas tāpat netiek ņemts vērā pārējos rīcībpolitikas dokumentos.

Rīcībpolitiku ietvaros vēlams skaidri formulēt paredzamās aktivitātes, paredzamos ietekmes vai rīcības virzienu. Rīcības virziens nav uzskatāms par skaidri formulētu, ja par aktivitātēm tiek runāts kā par vēlamām, nepieciešamām, jo nav skaidri noteikta rīcībpolitikas ‘aktīvā’ pozīcija. Pozitīvi tiek vērtētas dokumentā esošās dažas atsauces uz rīcībpolitiku pamatotību un evidencēs balstītu rīcībpolitikas pieeju. Taču vēlama ne tikai atsauce uz pieeju, bet tās integrācija rīcībpolitikas saturā. Vēlams, lai rīcībpolitikā noteiktais būtu skaidrs, uz praktisku rīcību vērsts un ne tikai iekļautu jautājumu par starpnozaru politikas saskaņošanu, bet arī konkrētās vienas nozares ietvaros rīcībpolitiku saskaņošanu: „Veselības aprūpes kvalitātes nozīmīgākās sastāvdaļas ir konsekventa veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana, uz pierādījumiem balstītas prakses izmantošana, koordinēta aprūpe visos veselības aprūpes posmos, iespējamo kļūdu novēršana aprūpes procesā (drošība) un klīniskās efektivitātes uzlabošana.”⁶¹⁹

Nemot vērā to, ka veselības stāvokļa nevienlīdzība ir mainīga,⁶²⁰ rīcībpolitiku efektivitāti nosaka rīcībpolitiku elastīgums, pamatotība, izpratne par sabiedrības vēlmēm, vajadzībām, sabiedriski nozīmīgiem procesiem un izpratne par veselības stāvokļa nevienlīdzību ietekmējošajiem faktoriem. Neatkarīgi no konstatētajām tendencēm pastāv četri rīcībpolitiku mehānismi veselības stāvokļa nevienlīdzības ietekmēšanai: 1. sociālās stratifikācijas process, 2. diferenciālā ietekme, 3. pievēršanās diferenciālajai ievainojamībai, 4. pievēršanās diferenciālajām

⁶¹⁹ Ministru kabinets. (2014). *Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020.gadam*. Izgūts no <http://polsis.mk.gov.lv/LoadAtt/file9234.doc>

⁶²⁰ Hofrichter, R. (2010). Tackling Health Inequities: A Framework for Public Health Practice. In R. Hofrichter, & R. Bhatia, *Tackling Health Inequities Through Public Health Practice: Theory to Action* (2nd ed., pp. 21-22). Oxford: Oxford University Press.

konsekvencēm.⁶²¹ Pastāv četru veidu rīcībpolitikas iesaistes veidi: 1. rīcībpolitika var ietekmēt indivīda sociālo pozīciju sabiedrībā, 2. var ietekmēt veselības stāvokļa risku klāstu, ar ko saskaras indivīdi, 3. var ietekmēt riska faktoru ietekmi, kam pakļauti indivīdi, 4. var ietekmēt indivīdu veselības stāvokli caur veselības aprūpes pakalpojumiem.⁶²² Rīcībpolitikas mehānisma un rīcībpolitikas iesaistes veida izvēle katrā konkrētajā situācijā ir atkarīga no pieņemtā politiskā lēmuma. Taču tas uz ko izvēlētais mehānisms vai ietekmes veids tiek vērsts būtu jābūt atkarīgam no konstatētajām evidencēm, tostarp sabiedrības veselības stāvokļa pašnovērtējuma tendencēm. Konstatētās tendences var būt attiecībā uz konkrētiem veselības stāvokli ietekmējošiem faktoriem vai faktoru grupām. Attiecīgi, rīcībpolitikām būtu jābūt vērstām vai uz atsevišķu faktoru ietekmi, vai uz faktoru grupām, nosakot rīcībpolitikas ietekmes līmeni: 1. indivīdu stiprināšanas līmenis attiecībā uz individuālās uzvedības faktoriem, 2. kopienas stiprināšanas līmenis attiecībā uz kopienas tīkliem, 3. infrastruktūras un pakalpojumu pieejamības uzlabošanas līmenis attiecībā uz strukturālajiem faktoriem, 4. ekonomisko, sociālo, kultūras un vides apstākļu līmenis attiecībā uz strukturālajām izmaiņām un apstākļiem.⁶²³ Mūsdienās veselības rīcībpolitikas ir vērstas uz veselības stāvokļa uzlabošanu un veselības stāvokļa nevienlīdzības mazināšanu, kas paredz rīcībpolitiku sarežģītību un starp sektoru pieeju. Taču, īstenojot rīcībpolitikas attiecībā uz kāda faktora ietekmi vai līmeņa ietekmi, tas paredz labākus rezultātus. Labāku rezultātu sasniegšanu nodrošina evidencēs balstītas rīcībpolitikas pieeja.

Evidencēs balstītas rīcībpolitikas pieeja nosaka rīcībpolitiku pamatoības nepieciešamību. Pastāv trīs evidencēs balstītas rīcībpolitikas sfēras, kas nodrošina skaidrākas pieejas integrācijas iespējas rīcībpolitiku praksē: 1. process, lai saprastu pieejas, kas uzlabotu un palielinātu rīcībpolitikas īstenošanas varbūtību, 2. saturs, kur tiek identificēti specifiskie rīcībpolitikas elementi un noteikta to ietekmes efektivitāte, 3. rezultāts, kur tiek noteikta rīcībpolitikas potenciālā ietekme.⁶²⁴ Evidencēs balstītu rīcībpolitiku sekmē – efektīvs informācijas sagatavošanas un izplatīšanas procesu, esošos analīzes rīku efektīvākā izmantošana, rīcībpolitiku uzraudzība, rezultātu salīdzināšana ar citām evidencēm un pētījumu rezultātu integrācija praksē.⁶²⁵

⁶²¹ Diderichsen, F., Evans, T., & Whitehead, M. (2001). The Social Basis of Disparities in Health. In T. Evans, *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action* (p. 14). Oxford: Oxford University Press.

⁶²² Ibid., p. 19.

⁶²³ Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies.

⁶²⁴ Brownson, R. C., Chiqui, J. F., & Stamatakis, K. A. (2009). Understanding Evidence-Based Public Health Policy. *American Journal of Public Health*, 99(9), 1576–1583.

⁶²⁵ Pawson, R. (2006). *Evidence-Based Policy: A Realist Perspective* (pp. 4-6). London: SAGE Publications Ltd.

Rīcībpolitiku efektivitāti ierobežo: nepietiekama noteikto vērtību izvērtēšana, nepietiekams evidenču pamats rīcībpolitikās, laika nesakrītība, pārstāvniecības interešu pretrunas, pētniecības izolētība no rīcībpolitikas procesa, uztveres un izpratnes ierobežojumi, praktiķu izpratnes un rīcībpolitikas procesa pretrunas.⁶²⁶ Nepastāv universāli vislabākais un vispiemērotākais evidenču tips, evidences nosakāmas atbilstoši gadījumam. Evidencēs balstītai rīcībpolitikai ir jābūt veidotai, iekļaujot nepārtrauktus procesus, kas izmanto labākās pieejamās kvalitatīvās un kvantitatīvās evidences. Veselības rīcībpolitikās viena no būtiskām evidenču perspektīvām ir veselības stāvokļa pašnovērtējums, kas nodrošina skaidrāku izpratni par pastāvošām tendencēm, sabiedrības vēlmēm un vajadzībām.

Pamata grūtības veselības rīcībpolitiku ietvaros rodas veselības stāvokļa daudzdimensionālās dabas dēļ un ar to kā ietekmēt noteikto indivīdu grupu, novēršot veselības stāvokļa riskus. Veselības stāvokļa nevienlīdzība nav fiksēta situācija tā ir jūtīga attiecībā uz dažāda veida atšķirībām starp indivīdiem un mainīga laikā.⁶²⁷ Attiecīgi, tādēļ ir nepieciešama rīcībpolitiku elastīga reakcija. Ilgtermiņā veselības rīcībpolitikām atšķirībā no esošās situācijas būtu jābūt vērstām nevis uz veselības stāvokļa radīto seku novēršanu, bet uz veselības stāvokli ietekmējošo cēloņu novēršanu. Izpratni par šo ilgtermiņa perspektīvu var nodrošināt veselības stāvokļa pašnovērtējuma tendences un skaidrāka evidencēs balstītas rīcībpolitikas integrācija veselības rīcībpolitiku praksē.

⁶²⁶ Harris, E., & Kende-Robb, C. (2008). Integrating Macroeconomic Policies and Social Objectives: Choosing the Right Policy Mix for Poverty Reduction. In A. A. Dani, & A. Haan, *Inclusive States: Social Policy and Structural Inequalities* (pp. 98-99). Washington: World Bank Publications.

⁶²⁷ Brownson, R. C., Baker, E. A., Leet, T. L., Gillespie, K. N., & True, W. R. (2004). *Evidence-Based Public Health* (p. 184). Oxford:Oxford University Press.

IZMANTOTIE INFORMĀCIJAS AVOTI

- Abel, T. (2007). Cultural Capital in Health Promotion. In D. V., McQueen, & I. Kickbusch, *Health and Modernity: The Role of Theory in Health Promotion* (pp. 46–47). New York: Springer.
- Abel, T., Cockerham, W. C., & Niemann, S. (2002). A critical approach to lifestyle and health. In S. Platt, & J. Watson, *Researching Health Promotion* (p. 72). New York: Routledge.
- Acheson, D. (1998). *Independent Inquiry Into Inequalities in Health* (pp.156-157). South Lambeth: Stationery Office Books.
- Achinstein, P. (2005). *Scientific Evidence: Philosophical Theories and Applications* (pp. 38-39). Baltimore: JHU Press.
- Adler, N. E., & Ostrove, J. M. (1999). Socioeconomic status and health: what we know and what we don't. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 3–15
- Albrecht, G. L., Fitzpatrick, R., & Scrimshaw, S. C. (2000). *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine* (pp. 128-129). London: SAGE Publications Ltd.
- Allmark, P. J., & Salway, S. (2009). *Reducing Health Inequalities Implementation Theme. Briefing paper 1: Why health inequalities matter*. South Yorkshire: Collaborations for Leadership in Applied Health Research .
- Andresen, E., & DeFries Bouldin, E. (2010). *Public Health Foundations: Concepts and Practices* (pp. 388–389). USA: John Wiley & Sons.
- Asthana, S., & Halliday, J. (2006). *What Works in Tackling Health Inequalities?: Pathways, Policies and Practice Through the Lifecourse*. Bristol: The Policy Press.
- Avis, M. (2005). Is there an epistemology for qualitative research? In I. Holloway, *Qualitative Research In Health Care* (pp. 3-15). Berkshire: McGraw-Hill International.
- Babones, S. J. (2009). Inequality and health: models for moving from science to policy. In S. J. Babones, *Social Inequality and Public Health* (pp. 185-186). Bristol: The Policy Press.
- Bakker, M., & Mackenbach, J. (2004). *Reducing Inequalities in Health: A European Perspective* (p. 35). USA: Routledge.
- Baltijas Sociālo Zinātņu institūts. (2001). *Tautas mākslas pieejamības izpēte* (3-4. lpp). Izgūts no http://www.km.gov.lv/lv/doc/starpnozares/petijumi/Tautas_makslas_pieejamiba_2001.pdf
- Bambra, C. (2011). *Work, Worklessness, and the Political Economy of Health* (pp. 17–18). Oxford: Oxford University Press.

- Barendregt, J. J., & Bonneux, M. D. (1997). The Health Care Costs of Smoking. *The new journal of medicine*, 337, 1052–1057.
- Barron, K. (2008). *Health inequalities: written evidence* (Vol. II, p. 337). London: The Stationery Office.
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., & Kok, G. (1998). Intervention Mapping: A Process for Developing Theory and Evidence-Based Health Education Programs. *Health Education & Behavior*, 25(3), 545–563
- Bartley, M. (2004). *Health Inequality: An Introduction to Theories, Concepts and Methods*. Cambridge: The Policy Press.
- Bartley, M., & Blane, D. (2009). Life-course influences on health at older ages. In H. Graham, *Understanding Health Inequalities* (2nd ed., pp. 48-49). Berkshire: Open University Press.
- Baum, F. (2000). Social capital, economic capital and power: further issues for a public health agenda. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 54, 409–410.
- Beck, R., & Worden, D. (2001). *Truth, Spirituality and Contemporary Issues* (p. 3). UK: Heinemann.
- Bela, B., & Tisenkofps, T. (2006). *Dzīves kvalitāte Latvijā* (pp. 38–60). Rīga: Zinātne.
- Bell, R., Goldblatt, P., & Marmot, M. (2013). Social inequalities and public health. In M. Sommer, & R. Parker, *Structural Approaches in Public Health* (p. 32). New York: Routledge.
- Best, A. (2009). *Evidence: Examples & Explanations* (p. 105). Frederick: Aspen Publishers Online.
- Bjorner, J., Fayers, P., & Idler, E. (2005). Self-rated health. In P. M. Fayers, & R. D. Hays, *Assessing Quality of Life in Clinical Trials: Methods and Practice* (2nd ed., pp. 309–324). New York: Oxford University Press.
- Blair, T., & Cunningham, J. (1999). Retrieved from Investment Climate: <https://www.wbginvestmentclimate.org/uploads/modgov.pdf>
- Blane, D., Bartley, M., & Smith, G. D. (1997). Disease aetiology and materialist explanations of socioeconomic mortality differentials. *European Journal of Public Health*, 7(4), 385–391.
- Blaxter, M. (2010). *Health* (2nd ed., pp. 88–95). Cambridge: Polity Press.
- Blumenthal, D. S., & DiClemente, R. J. (2004). *Community-based Health Research: Issues and Methods* (pp. 90–93). New York: Springer Publishing Company.
- Boarini, R., Comola, M., Smith, C., Manchin, R., & Keulenaer, F. (2012). *What Makes for a Better Life: The Determinants of Subjective Well-Being in OECD Countries Evidence from the Gallup World Poll*. OECD Statistics Working Paper.

- Bogensneider, K., & Corbett, T. J. (2010). *Evidence Based Policy making: Insights from Policy- Minded Researchers and Research minded policy makers*(p. 113). Taylor & Francis Group.
- Bottero, W. (2005). *Stratification: Social Division and Inequality* (p.194). New York: Routledge.
- Bowling, A. (2004). *Measuring Health* (3rd ed., pp. 1–7). Berkshire: McGraw-Hill International.
- Bowling, A. (2007). Health status assessment. In S. Ayers, *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp. 266-267). Cambridge University Press.
- Boydell, L. (2009). Analysing discourse psycho-socially. In S. Clarke, & P. Hoggett, *Researching Beneath the Surface: Psycho-Social Research Methods in Practice* (pp. 241-244). London: Karnac Books
- Braveman, P. (2006). Health disparities and health equity: Concepts and Measurement. *Public Health, 27*, 167–194.
- Braveman, P., & Tarimob, E. (2002). Social inequalities in health within countries: not only an issue for affluent nations. *Social Science & Medicine, 54(11)*, 1621–1635.
- Brownson, R. C. (1998). Epidemiology and Health Policy. In R. C. Brownson, & D. B. Petitti, *Applied Epidemiology: Theory to Practice* (pp. 349-351). New York: Oxford University Press.
- Brownson, R. C., Baker, E. A., Leet, T. L., Gillespie, K. N., & True, W. R. (2004). *Evidence-Based Public Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Brownson, R. C., Chiqui, J. F., & Stamatakis, K. A. (2009). Understanding Evidence-Based Public Health Policy. *American Journal of Public Health, 99(9)*, 1576–1583.
- Brownson, R. C., Royer, C., Ewing, R., & McBride, T. D. (2006). Researchers and Policymakers: Travelers in Parallel Universes. *American Journal of Preventive Medicine, 30(2)*, 164–172.
- Brunner, E. J., Marmot, M. G., White, I. R., O'Brien, J. R., Etherington, M. D., Slavin, B. M. ... Smith, G. D. (1993). Gender and employment grade differences in blood cholesterol, apolipoproteins and haemostatic factors in the Whitehall II study. *Atherosclerosis, 102(2)*, 195–207.
- Bryant, T. (2012). Applying the Lessons from International Experiences. In D. Raphael, *Tackling Health Inequalities: Lessons from International Experiences* (p. 266). Toronto: Canadian Scholars' Press.
- Budrys, G. (2010). *Unequal Health: How Inequality Contributes to Health or Illness* (pp. 221-226). USA: Rowman & Littlefield Publishers.

- Burström, B., & Fredlund, P. (2001). Self rated health: Is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55, 836–840.
- Bury, M. (2005). *Health and Illness* (pp. 24–25). Cambridge: Polity Press.
- Buse, K., Mays, K. N., & Walt, G. (2012). *Making Health Policy*. Berkshire: McGraw-Hill International.
- Cable, V. (2004). *Does Evidence Matter? ODI meeting series*. Retrieved from <http://www.odi.org.uk/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/206.pdf>
- Camfield, L., & Skevington, S. M. (2008). On Subjective Well-being and Quality of Life. *Journal of Health Psychology*, 13(6), 764-775
- Cardarelli, K. M., Low, M. D., Vernon, S. W., Preacely, N., Baumler, E. R., & Tortolero, S. (2009). Critical Review of the Evidence for the Connection Between Education and Health: a Guide for Exploration of the Causal Pathways. In J. J. Kronenfeld, *Social Sources of Disparities in Health and Health Care and Linkages to Policy, Population Concerns and Providers of Care* (pp. 138-143). Bingley: Emerald Group Publishing.
- Carmody, T. (1997). Health-related behaviours: common factors. In A. Baum, *Cambridge Handbook of Psychology, Health, and Medicine* (pp. 118-120). Cambridge: Cambridge University Press.
- Cartwright, N., & Hardie, J. (2012). *Evidence-Based Policy: A Practical Guide to Doing It Better* (pp. 50-53). New York: Oxford University Press.
- Cattell, V. (2001). Poor people, poor places, and poor health: the mediating role of social networks and social capital. *Social Science & Medicine*, 52(10), 1501–1516.
- Centrālā statistikas pārvalde. (2014). Pastāvīgo iedzīvotāju skaits statistajos reģionos, republikas pilsētās un novados gada sākumā. Izgūts no <http://data.csb.gov.lv/>
- Chandola, T., & Marmot, M. G. (2010). Socio-economic Position and Health. In A. Steptoe, K. E. Freedland, J. R. Jennings, M. M. Llabre, S. B. Manuck, & E. J. Susman, *Handbook of Behavioral Medicine: Methods and Applications* (pp. 313–315). New York: Springer.
- Chandra, S. (2009). Inequality, psychosocial health and societal health: a model of inter-group conflict. In S. J. Babones, *Social Inequality and Public Health*. Bristol: The Policy Press.
- Cho, E. Y. N., & Känel, R. (2012). Job Stress and Overcommitment in Cardiac Patients. In E. A. Dornelas, *Stress Proof the Heart: Behavioral Interventions for Cardiac Patients* (pp. 252-253). New York: Springer.

- Choi, B. C., Pang, T., Lin, V., Puska, P., Sherman, G., Goddard, M. ... Clottey, C. (2005). Can scientists and policy makers work together? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(8), 632-637.
- Clarke, A. (2010). *The Sociology of Healthcare* (2nd ed., pp. 125–126). New York: Routledge.
- Clarke, S. (2006). Theory and Practice: Psychoanalytic Sociology as Psycho-Social Studies. *Sociology*, 40(6), 1153-1169.
- Clavier, C., & Leeuw, E. (2013). *Health Promotion and the Policy Process* (pp.218-223). Oxford: Oxford University Press.
- Coburn, D. (2000). Income inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of neo-liberalism. *Social Science & Medicine*, 51(1), 135–146.
- Cohen, N., & Galea, S. (2011). *Population Mental Health: Evidence, Policy, and Public Health Practice* (pp. 51–58). New York: Taylor & Francis.
- Commission of the European Communities. (2009). *Solidarity in health: reducing health inequalities in the EU*. Retrieved from http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_en.pdf
- Committee on Health and Behavior: Research, Practice and Policy, Board on Neuroscience and Behavioral Health, Institute of Medicine. (2001). *Health and Behavior: The Interplay of Biological, Behavioral, and Societal Influences*. Washington: National Academies Press.
- Committee on the Use of Social Science Knowledge in Public Policy, Center for Education, Division of Behavioral and Social Sciences and Education, National Research Council. (2012). *Using Science as Evidence in Public Policy* (pp. 46-52). (K. Prewitt, T. A. Schwandt, & M. L. Straf, Eds.) Washington: National Academies Press.
- Conee, E., & Feldman, R. (2004). *Evidentialism: Essays in Epistemology* (pp. 223–225). Oxford: Oxford University Press.
- Cottam, H. R., & Mangus, A.R. (1942). A Proposed Definition of Standard of Living. *Social Forces*, 21(2), 177–179.
- Crinson, I. (2008). *Health Policy: A Critical Perspective* (pp. 10-12). London: SAGE Publications Ltd.
- Cummins, R. A. (1997). Assessing quality of life. In R. I. Brown, *Quality of Life for People with Disabilities: Models, Research and Practice*. Chetlenham: Stanley Thornes.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies.

- Daniel, C. (1997). Socialists and Equality. In J. Franklin, *Equality* (pp. 14-16). London: Institute for Public Policy Research.
- Daniels, N. (2008). International Health Inequalities and Global Justice. In M. Boylan, *International Public Health Policy and Ethics* (pp. 110-112). Dordrecht: Springer.
- Daniels, N., & Kennedy, B. P. (1999). Why justice is good for our health: the social determinants of health inequalities. *Bioethics and Beyond*, 128(4), 215–251.
- Danziger, S., & Haveman, R. H. (2001). *Understanding Poverty* (pp. 285-286). USA: Harvard University Press.
- Davies, P. (2004). *Is evidence-based government possible?* Jerry Lee Lecture. Presented at the 4th Annual Campbell Collaboration Colloquium, Washington DC.
- Deaton, A. (2007). Policy Implications of the Gradient of Health and Wealth. In R. Bayer, *Public Health Ethics: Theory, Policy, and Practice* (pp. 178–179). Oxford: Oxford University Press.
- Deaton, A., & Lubotsky, D. (2003). Mortality, inequality and race in American cities and states. *Social Science & Medicine*, 56(6), 1139–1153.
- DeSalvo, K. B., Bloser, N., Reynolds, K., He, J., & Muntner, P. (2006). Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question. *Journal of General Internal Medicine*, 21(3), 267–275.
- DeSalvo, K. B., Fan, V. S., McDonell, M. B., & Fihn, S. D. (2005). Predicting Mortality and Healthcare Utilization with a Single Question. *Health Services Research*, 40(4), 1234–1246.
- Dewey, J. (1927). *The Public and its Problems*. New York: Holt.
- Diderichsen, F., Evans, T., & Whitehead, M. (2001). The Social Basis of Disparities in Health. In T. Evans, *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*. Oxford: Oxford University Press.
- Diener, E. (2009). *The Science of Well-Being: The Collected Works of Ed Diener* (pp. 1–2). New York: Springer.
- Diener, E., Lucas, R., Schimmack, U., & Helliwell, J. (2009). *Well-being for Public Policy* (pp. 142-144). Oxford: Oxford University Press.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez, *Handbook of Positive Psychology*. Oxford and New York: Oxford University Press.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). *Subjective well-being: Three decades of progress*. *Psychological bulletin*, 125(2), 276.

- Dodson, E. A., Brownson, R. C., & Weiss, S. M. (2012). Policy Dissemination Research. In R. C. Brownson, G. A. Colditz, & E. K. Proctor, *Dissemination and Implementation Research in Health: Translating Science to Practice* (pp. 437-438). New York: Oxford University Press.
- Dorling, D., & Dorling, D. (2013). *Unequal health: The Scandal of Our Times*. Bristol: The Policy Press.
- Ecoba, R., & Smith, G. D. (1999). Income and health: what is the nature of the relationship? *Social Science & Medicine*, 48(5), 693–705.
- Eiropas Parlaments. (2007). *Eiropas Savienības Pamattiesību harta*. Retrieved from <http://eur-lex.europa.eu/lv/treaties/dat/32007X1214/hm/C2007303LV.01000101.htm>
- Eiropas Savienības Oficiālais Vēstnesis. (2007). Lisabonas līgums. Izgūts no <http://eur-lex.europa.eu/JOHtml.do?uri=OJ:C:2007:306:SOM:LV:HTML>
- Eiropas Savienības Padome. (2011). *Padomes secinājumi „Veselības stāvokļa atšķirību novēršana Eiropas Savienībā, ar saskaņotu rīcību veicinot veselīga dzīves veida piekļaušanu”*. Eiropas Savienības Oficiālais Vēstnesis.
- Eiβel, D. (2013). Inequality and the Role of Redistributive Policy. In D.Eiβel, E.Rokicka, J. Leaman, *Welfare State at Risk: Rising Inequality in Europe* (pp. 37–38). Springer.
- Elder, G. H., & Social Science Research Council (U.S.). (1985). *Life course dynamics: trajectories and transitions, 1968-1980*. USA: Cornell University Press.
- Elstad, J. I. (1998). The Psycho-social Perspective on Social Inequalities in Health. *Sociology of Health & Illness*, 20(5), 598–618.
- Engel, G. L. (2004). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. In A. L. Caplan, J. J. McCartney, & D. A. Sisti, *Health, Disease, and Illness: Concepts in Medicine* (p. 56). Washington: Georgetown University Press.
- Erikson, R. (1993). Descriptions of inequality: the Swedish approach to welfare research. In M. Nussbaum, & A. K. Sen (Eds.), *The Quality of life*. Oxford: Clarendon Press.
- Erikssona, I, Undéna, A. L., & Elofssonb, S. (2001). Self-rated health. Comparisons between three different measures. Results from a population study. *International Journal of Epidemiology*, 30(2), 326–333.
- Ethridge, M., & Handelman, H. (2009). *Politics in a Changing World* (pp. 246-247). Wadsworth: Cengage Learning.
- Eurofound. (2013). *How many hours per week would you prefer to work?* Retrieved from Eurofound: <http://www.eurofound.europa.eu/surveys/smt/3eqls/index.EF.php>

- EuroHealthNet. (n.d.). *Latvia*. Retrieved from http://www.health-inequalities.eu/HEALTHTHEQUITY/EN/about_hi/health_inequalities/latvia/
- European Commission. (2010). *John Dalli*. Retrieved from http://ec.europa.eu/commission_2010-2014/dalli/index_en.htm
- European Commission. (2013). *Health inequalities in the EU*. Retrieved from http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/healthinequalitiesineu_2013_en.pdf
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. (2004). *Quality of life in Europe*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Eurostat. (2015). Life expectancy at birth, by sex. Retrieved from <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=en&pcode=tps00025>
- Eurostat. (2015). Self-perceived health statistics. Retrieved from http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Self-perceived_health_statistics
- Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A., & Wirth, M. (2001). *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action* (pp. 183–184). New York: Oxford University Press.
- Exworthy, M. (2003). The "Secong Black Report?" The Acheson Report as Another Opportunity to Tackle Health Inequalities. In V. Berridge, & S. Blume, *Poor Health: Social Inequality Before and After the Black Report* (p. 181). London: Frank Cass Publishers.
- Eyal, N., Hurst, S. A., Norheim, O. F., & Wikler, D. (2013). *Inequalities in Health: Concepts, Measures, and Ethics* (p. 6). New York: Oxford University Press.
- Farrell, C., McAvoy, H., Wilde, J., & Combat Poverty Agency. (2008). *Tackling Health Inequalities: An All-Ireland Approach to Social Determinants* (pp. 12–18). Dublin: Combat Poverty Agency.
- Fayers, P. M., & Hays, R. D. (2005). *Assessing Quality of Life in Clinical Trials: Methods and Practice* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Feinstein, J. S. (1993). The Relationship between Socioeconomic Status and Health: A Review of the Literature. *The Milbank Quarterly*, 71(2), 279–322.
- Finney, C. G. (2003). *Lectures on Systematic Theology* (Vol. 2, p. 1033). Fairfax: Xulon Press.
- Fiske, D. W. (1986). *Metatheory in Social Science: Pluralisms and Subjectivities*. USA: University of Chicago Press.
- Flyvbjerg, B. (2001). *Making social science matter: why social inquiry fails and how it can succeed again*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Fotso, J.C., & Kuate-Defo, B. (2005). Measuring socioeconomic status in health research in developing countries: should we be focusing on households, communities or both? *Social Indicators Research*, 72(2), 189–237.

Foundation Focus. (2010). *How are you? Quality of life in Europe*. Retrieved from <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2010/26/en/2/EF1026EN.pdf>

Fritzell, J. (2007). Life course inequalities: generations and social class. In J. Fritzell, & O. Lundberg, *Health Inequalities and Welfare Resources: Continuity and Change in Sweden* (pp. 69-70). Bristol: The Policy Press.

Fritzell, J., & Lundberg, O. (2007). *Health Inequalities and Welfare Resources: Continuity and Change in Sweden* (pp 1–18). Bristol: The Policy Press.

Fuchs, V. R., (2004). Reflections on the socio-economic correlates of health. *Journal of Health Economics*, 23(4), 653–661.

Fuller-Iglesias, H., Smith, J., & Antonucci, T. C. (2009). Cumulative Equalities and Disparities on Well-Being and Health. In T. C. Antonucci, & J. S. Jackson, *Annual Review of Gerontology and Geriatrics: Life-Course Perspectives on Late Life Health Inequalities* (Vol. 29, pp. 17-18). New York: Springer Publishing Company.

Gabe, J., Bury, M., & Elston, M. A. (2004). *Key Concepts in Medical Sociology*. London: SAGE Publications.

Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A., Lynch, J. W., & Smith, G. D. (2006). Indicators of socioeconomic position (part 1). *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60, 7–12.

Ginzler, E. M. (2010). *Systemic Lupus Erythematosus, Rheumatic Disease Clinics of North America* (Vol. 20). Elsevier Health Sciences.

Gordon, D. (1999). *Inequalities in Health: The Evidence Presented to the Independent Inquiry Into Inequalities in Health*. (D. Gordon, M. Shaw, D. Dorling, & G. D. Smith, Eds., pp. 88–89) Bristol: The Policy Press.

Graham, H. (2007). *Unequal Lives: Health And Socioeconomic Inequalities*. Berkshire: Open University Press.

Graham, H. (2009). Tackling health inequalities: the scope for policy. In H. Graham, *Understanding Health Inequalities* (p. 200). Berkshire: McGraw-Hill International.

Graham, H. (2009). *Understanding Health Inequalities* (2nd ed.). Berkshire: Open University Press.

Graham, H., & Power, C. (2004). *Childhood disadvantage and adult health: a lifecourse framework* (pp. 19-20). London: Health Development Agency

- Great Britain. Parliament. House of Commons. Health Committee. (2009). *Health Inequalities: Report, Together with Formal Minutes* (Vol. 1). The Stationery Office.
- Great Britain: Parliament: House of Lords: Science and Technology Committee. (2005). *Ageing: Scientific Aspects; 1st Report of Session 2005-06*(p. 4). London: The Stationery Office.
- Greenwood, D. C., Muir, K. R., Packham, C. J., & Madeley, R. J. (1996). Coronary heart disease: a review of the role of psychosocial stress and social support. *Journal of Public Health, 18*(2), 221-231.
- Gullestrup, H. (2006). *Cultural Analysis: Towards Cross-cultural Understanding* (p.32). Aalborg: Copenhagen Business School Press.
- Hann, A., & Peckham, S. (2007). Politics, Ethics and Evidence: Immunisation and Public Health Policy. In A. Hann, *Health Policy and Politics* (pp. 156-161). Hampshire: Ashgate Publishing Ltd.
- Harris, E., & Kende-Robb, C. (2008). Integrating Macroeconomic Policies and Social Objectives: Choosing the Right Policy Mix for Poverty Reduction. In A. A. Dani, & A. Haan, *Inclusive States: Social Policy and Structural Inequalities* (pp. 98-99). Washington: World Bank Publications.
- Heprogress. (2008). *HEPRO questionnaires*. Retrieved from <http://heproforum.net/former-projects/hepro-2005-2008/questionnaires>
- Heszen, I. (2009). The Biopsychosocial Model of Illness and Its New Developments an Outline. In K. Janowski, & S. Steuden, *Biopsychosocial Aspects of Health and Disease* (Vol. 1, pp. 11-16). Lublin, Poland: CPPP Scientific Press.
- Hoffmann, R. (2008). *Socioeconomic Differences in Old Age Mortality* (pp. 78–81). New York: Springer.
- Hofrichter, R. (2010). Tackling Health Inequities: A Framework for Public Health Practice. In R. Hofrichter, & R. Bhatia, *Tackling Health Inequities Through Public Health Practice: Theory to Action* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Holtzman, N. A. (2002). Genetics and social class. *Journal of Epidemiology & Community Health, 56*, 529-535.
- Howell, R. T., & Howell, C. J. (2008). The relation of economic status to subjective well-being in developing countries: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 134*(4), 536–560.
- Howick, J. H. (2011). *The Philosophy of Evidence-based Medicine* (pp. 20–22). Chichester: John Wiley & Sons.
- Huss-Ashmore, R., Schall, J., & Hediger, M. (1992). *Health and Lifestyle Change* (Vol. 9, pp. 64–66). UPenn Museum of Archaeology.

- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 21–37.
- Idler, E. L., & Angel, R. J. (1990). Self-rated health and mortality in the NHANES-I Epidemiologic Follow-up Study. *American Journal of Public Health*, 80(4), 446–452.
- Israel, B. A., Schulz, A. J., Parker, E. A., & Becker, A. B. (1998). Review of community-based research: Assessing Partnership Approaches to Improve Public Health. *Annual review of public health*, 19, 173–202.
- Jabbour, S., Giacaman, R., Yamout, R., & Khawaja, M. (2012). *Public Health in the Arab World*(p. 432). Cambridge: Cambridge University Press.
- Janoski, T., & Hicks, A. M. (1994). *The Comparative Political Economy of the Welfare State* (p. 255). USA: Cambridge University Press.
- Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*, 69(3), 307–316.
- Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (2003). *Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology* (p. 428). New York: Russel Sage Foundation.
- Kaptein, H., Prakken, H., & Verheij, B. (2013). *Legal Evidence and Proof: Statistics, Stories, Logic* (p. 117). Farnham: Ashgate Publishing Ltd.
- Karaškēvica, J. (2004). *Latvijas veselības aprūpes sistēmas reforma un iedzīvotāju veselība laikposmā no 1993.gada līdz 2003.gadam* (Promocijas darbs). Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte.
- Kaupuzs, A. (2011). *Fiziskās aktivitātes veselības veicināšanai 60-75 gadus veciem cilvēkiem* (Promocijas darbs). Rīga: Latvijas Sporta pedagoģijas akadēmija
- Kawachi, I., Subramanian, S. V., & Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *The Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(9), 647–652.
- Keane, C. (2013). *Modeling Behavior in Complex Public Health Systems: Simulation and Games for Action and Evaluation* (pp. 4-6). New York: Springer Publishing Company.
- Kelly, M. P., Morgan, A., Bonnefoy, J., Butt, J., & Bergman, V. (2007). *The social determinants of health: Developing an evidence base for political action*. Retrieved from http://www.who.int/social_determinants/resources/mekn_final_report_102007.pdf
- Kessel, F., & Anderson, N. (2008). *Interdisciplinary Research : Case Studies from Health and Social Science* (pp. 287-290). New York: Oxford University Press.
- Killoran, A., & Kelly, M. P. (2010). *Evidence-based Public Health: Effectiveness and Efficiency*. Oxford: Oxford University Press.

King's College London. (n.d.). *The Importance of Evidence-Based Policy Making*. Retrieved from <http://www.kcl.ac.uk/aboutkings/facts/>

Kivimäki, M, Ferrie, J. E., & Marmot, M. (2010). Workplace and mental well-being: Whitehall II study. In A. Killoran, & M. P. Kelly, *Evidence-based Public Health: Effectiveness and Efficiency* (pp. 279-283). Oxford: Oxford University Press.

Klinke, A., & Renn, O. (2006). *Systemic Risks as Challenge for Policy Making in Risk Governance*. Retrieved from <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/64/131>

Koivusilta, L., & Rimpelä, A. (2007). Intertwining of Health Career with Educational Career. In E. B. Darlon, *Adolescent Behavior Research Advances* (pp. 132–133). New York: Nova Science Publishers.

Koroļova, I. (2011). *Subjektīvā labklājība: apmierinātības un dzīves sasniegumu vērtējums jauniešu pārejā uz pieaugušo statusu* (Promocijas darbs). Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte.

Koslowski, B. (1996). *Theory and Evidence: The Development of Scientific Reasoning* (pp. 83–84). Cambridge, US: Massachusetts Institute of Technology.

Kroeber, A. L., & Kluckhohn, C. (1978). *Culture: A Critical Review of Concepts and Definitions* (p.53). Kraus Reprint Company.

Kuh, D., & Ben-Shlomo, Y. (2004). *A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology* (2nd ed., pp. 3-5). Oxford: Oxford University Press.

Kuh, D., Ben-Shlomo, Y., Lynch, J., Hallqvist, J., & Power, C. (2003). Life course epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health, 57(10)*, 778–783.

Kulkarni, V. S., & Subramanian, S. V. (2009). Social Perspectives on Health Inequalities. In T. Brown, S. McLafferty, & G. Moon, *A Companion to Health and Medical Geography* (pp. 383-387). Chichester: John Wiley & Sons.

Kunst, A.E., Groenhouf, F., Andersen, O., Borgan, J. K., Costa, G., Desplanques, G. ... Mackenbach, J. P. (1999). Occupational class and ischemic heart disease mortality in the United States and 11 European countries. *American Journal of Public Health, 89(1)*, 47-53.

Land, K. (2000). Social indicators. In E. F. Borgatta, & R. V. Montgomery (Eds.), *The Encyclopedia of Sociology*. New York: Macmillan.

Latvijas Republikas Veselības ministrija. (2012). *Nozare*. Izgūts no <http://www.vm.gov.lv/lv/nozare/>

Latvijas Satversmes sapulce. (2007). *Latvijas Republikas Satversme*.

- Laverack, G. (2007). *Health Promotion Practice: Building Empowered Communities* (pp. 31-32). Berkshire: McGraw-Hill International.
- Law, M. C., & MacDermid, J. (2008). *Evidence-based Rehabilitation: A Guide to Practice* (pp. 304-305). Thorofare: SLACK Incorporated.
- Layte, R. (2012). The Association Between Income Inequality and Mental Health: Testing Status Anxiety, Social Capital, and Neo-Materialist Explanations. *European Sociological Review*, 28(4), 498-511.
- Lewinsohn, P., & Redner, J. (1991). *The relationship between life satisfaction and psychosocial variables: new perspectives* (pp. 141-169). Oxford: Pergamon Press.
- Link, B. G., & Phelan, J. (1995). Social Conditions as Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 80-94.
- Linsley, P., Kane, R., & Owen, S. (2011). *Nursing for Public Health: Promotion, Principles and Practice* (pp. 181-182). Oxford: Oxford University Press.
- Litman, T. J., & Robins, L. S. (1989). *Health Politics and Policy* (pp. 183-184). USA: Delmar Publishers.
- Lock, M., & Nguyen, V. K. (2011). *An Anthropology of Biomedicine* (pp. 8-9). Chichester: John Wiley & Sons.
- LR Veselības ministrija. (2013). *Plāns reto slimību jomā 2013.-2015.gadam* (6. lpp.). Izgūts no http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/reto_slimibu_plans_13_15.pdf
- Lúanaigh, P. Ó., & Carlson, C. (2005). *Midwifery and Public Health: Future Directions, New Opportunities* (p. 67). Elsevier Health Sciences.
- Luker, K., Orr, J., & McHugh, G. A. (2011). *Health Visiting: A Rediscovery*(pp. 56-57). Chichester: John Wiley & Sons.
- Lustig, P., & Blom, A. (2013). *Balstoties uz ieteikumiem GESIS Summer School in Survey Methodology vasaras skolā* (M. Banceviča, intervētājs).
- Lynch, J. W., & Kaplan, G. A. (1997). Understanding How Inequality in the Distribution of Income Affects Health. *Journal of Health Psychology*, 2(3), 297-314.
- Lynch, J., Smith, G. D., Harper, S., Hillemeier, M., Ross, N., Kaplan, G. A., & Wolfson, M. (2004). Is Income Inequality a Determinant of Population Health? Part 1. A Systematic Review. *The Milbank Quarterly*, 82(1), 5-99.
- Maantay, J. A., & McLafferty, S. (2011). *Geospatial Analysis of Environmental Health* (pp. 287-289). New York: Springer.

- MacDonald, G. (2006). What is mental health? In M. Cattan, & S. Tilford, *Mental Health Promotion: A Lifespan Approach: A Lifespan Approach* (p. 16). Berkshire: McGraw-Hill International.
- Macintyre, S., & McKay, L. (2005). Are rich people or poor people more likely to be ill? *Social Science & Medicine*, 60, 313–317.
- Mackenbach, J. P. (2005). *Health inequalities: Europe in profile*. UK Presidency of the EU.
- Mackenbach, J. P., & Kunst, A. E. (2011). Evidence for strategies to reduce socioeconomic inequalities in health in Europe. In J. Figueras, & M. McKee, *Health Systems, Health, Wealth And Societal Well-Being: Assessing The Case For Investing In Health Systems* (pp. 165-170). Berkshire: McGraw-Hill International.
- Mackenbach, J. P., Bakker, M. J., Kunst, A. E., & Diderichsen, F. (2002). Socioeconomic inequalities in health in Europe: An overview. In J. P. Mackenbach, & M. J. Bakker, *Reducing Inequalities in Health: A European Perspective* (p. 13). New York: Routledge.
- Mackenbach, J. P., Bakker, M. J., Sihto, M., & Diderichsen, F. (2002). Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. In J. P. Mackenbach, & M. J. Bakker, *Reducing Inequalities in Health: A European Perspective*. New York: Routledge.
- Mackenbach, J. P. (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states: *The explanation of a paradox*. *Social Science & Medicine*, 75(4), 761–769.
- Manheim, J. B., & Rich, R. C. (2006). *Empirical political analysis* (p. 391). New York: The Lehigh Press.
- Marinker, M. (2006). *Constructive Conversations about Health: Policy and Values*. Abingdon: Radcliffe Publishing Ltd.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104.
- Marmot, M. G., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E., Feeney, A., & Smith, G. D. (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *The Lancet*, 337(8754), 1387–1393.
- Marmot, M., & Wilkinson, R. (2005). *Social Determinants of Health* (pp. 20–22). USA: Oxford University Press.
- Marmot, M., Ryff, D. C., Bumpass L. L., Shipley, M., & Marks, N. F. (1997). Social inequalities in health: next questions and converging evidence. *Social Science & Medicine*, 44(6), 901–910.
- Marston, G., & Watts, R. (2003). Tampering With the Evidence: A Critical Appraisal of Evidence-Based Policy-Making. *An Australian Review of Public Affairs*, 3(3), 143-163.

- Martini, C. J. (1977). Health indexes sensitive to medical care variation. *International Journal of Health Services*, 7(2), 293–309
- Mayes, P. (2003). *Language, Social Structure, and Culture* (p. 7). Philadelphia: John Benjamins Publishing.
- McDonough., J. E. (2001). Using And Misusing Anecdote In Policy Making. *Health Affairs*, 20(1), 207-212.
- McFadden, E., Luben, R., Wareham, N., Kinmonth, A. L., & Khaw, K. T. (2008). Social inequalities in self-rated health by age: Cross-sectional study of 22 457 middle-aged men and women. *BMC Public Health*, 8(230).
- McKeown, P. (2014). *Evidence* (pp. 6-7). Oxford: Oxford University Press.
- Mikkonen, J. (2012). Finnish Experiences. In D. Raphael, *Tackling Health Inequalities: Lessons from International Experiences* (p. 177). Toronto: Canadian Scholars' Press.
- Millere, J. (2012). *Bērnu ar invaliditāti ģimeņu dzīves kvalitāte Latvijā* (Promocijas darbs). Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte.
- Ministru kabinets. (2005). *Pamatnostādnes e-Veselība Latvijā*. Izgūts no <http://polsis.mk.gov.lv/LoadAtt/file43142.doc>
- Ministru kabinets. (2008). *Pamatnostādnes "Iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošana 2009. - 2014.gadā"*. Izgūts no <http://polsis.mk.gov.lv/LoadAtt/file27442.doc>
- Ministru kabinets. (2009). *Onkoloģisko slimību kontroles programma 2009.–2015.gadam*. Izgūts no <http://polsis.mk.gov.lv/LoadAtt/file65105.doc>
- Ministru kabinets. (2012). *Alkoholisko dzērienu patēriņa mazināšanas un alkoholisma ierobežošanas rīcības plāns 2012.-2014.gadam*. Izgūts no http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/phoebe/tiesibu_akti_attistibas_planosanas_dokumentu_d81959c0f94f7a66c22574960024121e/alkohola_plans_2013_janv.doc
- Ministru kabinets. (2012). *Imunizācijas plāns 2012.-2014.gadam* (9. lpp). Izgūts no <http://polsis.mk.gov.lv/LoadAtt/file16887.doc>
- Ministru kabinets. (2012). *Mātes un bērna veselības uzlabošanas plāns 2012.–2014.gadam*. Izgūts no http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/phoebe/aktualitates_mate_un_bernus_76be192571ed4256c22579890047bc05/vm_mb_plans_informat_070612_mb.pdf
- Ministru kabinets. (2013). *Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plāns 2013.- 2015.gadam*. Izgūts no <http://polsis.mk.gov.lv/LoadAtt/file10168.doc>

Ministru kabinets. (2014). *Primārās veselības aprūpes attīstības plāns 2014.-2016.gadam*. Izgūts no <http://polsis.mk.gov.lv/LoadAtt/file46598.doc>

Ministru kabinets. (2014). *Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020.gadam*. Izgūts no <http://polsis.mk.gov.lv/LoadAtt/file9234.doc>

Mitchell, D. E. (2006). Research impact on educational policy and practice in the USA. In J. Nisbet, J. Megarry, & S. Nisbet, *World Yearbook of Education 1985: Research, Policy and Practice* (pp. 34-35). Abingdon: Routledge.

Mladovsky, P. (2007). Migrant health in the EU. *Eurohealth*, 13(1), 9–11.

Mohanty, J. N. (1999). *Logic, Truth and the Modalities: From a Phenomenological Perspective* (pp. 187–189). Dordrecht: Springer.

Monden, C. W. S. (2004). Socioeconomic health inequalities in Latvia: a cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(3), 217–223.

Mossey, J. M., & Shapiro, E. (1982). Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*, 72(8), 800–808.

Možajeva, I. (2012). *Latvijas un Eiropas iedzīvotāju pašnovērtētās veselības modeļi un veselības riska faktori* (Promocijas darbs). Rīga: Latvijas Universitāte.

Muir, F., & Reynolds, P. (2013). Theoretical Perspectives of Health Visiting. In G. Thornbory, *Public Health Nursing: A Textbook for Health Visitors, School Nurses and Occupational Health Nurses* (pp. 65–66). Chichester: John Wiley & Sons.

Mullahy, J., Robert, S., Wolfe, B. (2004). Health, Income, and Inequality. In K. Neckerman, *Social Inequality* (pp. 536-538). New York: Russell Sage Foundation.

Muntaner, C., Borrell, C., Chung, H., & Benach, J. (2010). Class Exploitation and Psychiatric Disorders. In R. Hofrichter, & R. Bhatia, *Tackling Health Inequities Through Public Health Practice: Theory to Action* (2nd ed., pp. 188-189). New York: Oxford University Press.

Murray, C. J. L., Gakidou, E. E., & Frenk, J. (1999). Health inequalities and social group differences: what should we measure? *Bulletin of the World Health Organization*, 77(7), 537–542.

Newman, B. M., & Newman, P. R. (2011). *Development Through Life: A Psychosocial Approach* (11th ed., pp. 395-396). USA: Cengage Learnign Ltd.

Nigg, C. R., Allegrante, J. P., & Ory, M. (2002). Theory-comparison and multiple-behavior research: common themes advancing health behavior research. *Health Education Research*, 17(5), 670–679.

- Noll, H. H. (2000). *Social indicators and social reporting: the international experience*. Retrieved from <http://www.ccsd.ca/noll1.html>
- Norton, R., Hyder, A. A., & Gururaj, G. (2006). Risk Factors for Unintentional Injuries and Violence. In M. Merson, R. E. Black, & A. Mills, *International Public Health: Diseases, Programs, Systems and Policies* (2nd ed., pp. 336–337). Sudbury: Jones & Bartlett Learning.
- Novick, L. F., & Morrow, C. B. (2002). *Defininig public health:historical and contemporary developments* (pp. 1–31). Jones and Bartlett Publishers.
- Nutbeam, D. (2003). How does evidence influence public health policy? Tackling health inequalities in England. *Health Promotion Journal of Australia*, 14(3), 154-158.
- Nutley, S. (2003). *Bridging the policy/research divide: Reflections and Lessons from the UK*. Keynote paper at National Institute of Governance Conference, Canberra, Australia.
- Nutley, S. M., Davies, H. T. O., & Smith, P. C. (2000). *What Works?: Evidence-Based Policy and Practice in Public*. Bristol: The Policy Press.
- Nutley, S., & Webb, J. (2000). Evidence and the policy process. In S. M. Nutley, H. T. Davies, & P. C. Smith, *What Works?: Evidence-based Policy and Practice in Public Services* (pp. 13-16). Bristol: The Policy Press.
- OECD. (2001). *Annual Report 2001*.
- OECD. (2008). *Inequalities in Health Care Use in OECD countries*. Retrieved from Organisation for Economic Co-operation and Development: <http://www.oecd.org/health/inequalities>
- OECD. (2013). *OECD Health Data 2013. Definitions, Sources and Methods*. Retrieved from OECD Statistics: <http://stats.oecd.org/fileview2.aspx?IDFile=b5ada8c0-1093-4e1a-a9b7-09ad357dd7bf>
- Ogilvie, R. S. (2013). *Community Development Approaches Improving Public Health* (pp. 44–46). New York: Routledge.
- Orme, J., Powell, J., Taylor, P., & Grey, M. (2007). *Public Health For The 21St Century* (2nd ed., p. 153). Berkshire: McGraw-Hill International.
- Ortiz de Zevallos, G., & Salas, A. (2000). Building productive partnerships for the promotion of reform: the APOYO Institute in Peru. In D. Stone, *Banking on Knowledge: The Genesis of the Global Development Network* (pp. 117-119). New York: Routledge.
- Osler, M. (1993). Social class and health behaviour in Danish adults: A longitudinal study. *Public Health*, 104(4), 251–260.
- Ozoliņa, Ž., & Reinholde, I. (2009). *Laba pārvaldība* (lpp. 143, 151). Rīga: Zinātne.

Pampel, F. C., Krueger, P. M., & Denney, J. T. (2010). *Socioeconomic Disparities in Health Behaviors*. *Annual Review of Sociology*, 36, 349–370.

Panel on DHHS Collection of Race and Ethnic Data, Committee on National Statistics, Division of Behavioral and Social Sciences and Education, National Research Council. (2004). *Eliminating Health Disparities: Measurement and Data Needs*. Washington: National Academies Press

Parsons, D. W. (1995). *Public policy: an introduction to the theory and practice of policy analysis*(p. 16). Cheltenham, U.K., Northampton, MA, USA: Edward Elgar Publishing, Inc.

Pawson, R. (2006). *Evidence-Based Policy: A Realist Perspective* (pp. 1–16). London: SAGE Publications Ltd.

Pearce, N., & Smith, G. D. (2003). Is Social Capital the Key to Inequalities in Health? *American Journal of Public Health*, 93(1), 122–129.

Pescosolido, B. A., Martin, J. K., McLeod, J. D., & Rogers, A. (2010). *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing: A Blueprint for the 21st Century* (pp. 106–107). New York: Springer.

Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Fundamental Cause Theory. In W. C. Cockerham, *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory* (p. 119). Dordrecht: Springer.

Phellas, C. (2012). *Aging in European Societies: Healthy Aging in Europe*. (J. L. Powell, & S. Chen, Eds.) New York: Springer.

Phillips, D. (2006). *Quality of Life: Concept, Policy and Practice*. New York: Routledge.

Pollard A., & Court, J. (2005). *How Civil Society Organisations Use Evidence to Influence Policy Processes: A literature review*. Overseas Development Institute.

Popay, J., & Williams, G. (2009). Equalizing the people's health: a sociological perspective. In J. Gabe, & M. Calnan, *The New Sociology of the Health Service* (pp. 223-225). New York: Routledge.

Pope, C., Mays, N., & Popay, J. (2007). *Synthesising Qualitative And Quantitative Health Evidence: A Guide To Methods*. Berkshire: McGraw-Hill International.

Powell, M. (2011). The policy process. In J. Glasby, *Evidence, Policy and Practice: Critical Perspectives in Health and Social Care* (pp. 22-23). Bristol: The Policy Press.

Power, C., & Matthews, S. (1997). Origins of health inequalities in a national population sample. *The Lancet*, 350(9091), 1584–1589.

Qi, Y. (2008). *Explaining Cross-national Disparities in Health: The Role of Income Inequality* (p. 159). Ann Arbor: ProQuest.

Raphael, D. (2012). *Tackling Health Inequalities: Lessons from International Experiences* (pp. 191–193). Toronto: Canadian Scholars' Press.

Rasmussen, N. K. (2008). *The HEPRO Survey Model*. Retrieved from http://www.heproforum.net/images/stories/uploads/PDF/080103_hepromodel.pdf

Reisner, A., & Steglich-Petersen, A. (2011). *Reasons for Belief* (pp. 220–221). Cambridge: Cambridge University Press.

Renemanis, R. (2015). *Latvijas onkoloģijas sistēmas sociāli ekonomiskais izvērtējums Eiropas reģionos* (Promocijas darbs). Daugavpils: Daugavpils Universitāte.

Richter, M. (2010). *Risk Behaviour in Adolescence: Patterns, Determinants and Consequences*. Germany: Springer.

Riegelman, R. K. (2009). *Public Health 101: Healthy People-Healthy Populations* (pp. 57–58). Sudbury: Jones & Bartlett Learning.

Riekert, K. A., Ockene, J. K., & Shumaker, S. A. (2008). *The Handbook of Health Behavior Change* (3rd ed., pp. 740-741). New York: Springer Publishing Company.

Robert, S. A., & House, J. S. (2000). Socioeconomic Inequalities in Health: Integrating Individual-, Community-, and Societal-Level Theory and Research. In G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick, & S. C. Scrimsha, *The handbook of social studies in health and medicine* (pp. 115–136). London: SAGE Publications Ltd.

Ross, E. C. (1995). The links between education and health. *American Sociological Review*, 60(5), 719–745.

Rostila, M. (2013). *Social Capital and Health Inequality in European Welfare States* (pp. 8–9). New York: Palgrave Macmillan.

Rütten, A., Gelius, P., & Abu-Omar, K. (2013). Action theory and policy analysis: the ADEPT model. In C. Clavier, & E. Leeuw, *Health Promotion and the Policy Process* (pp. 175-185). Oxford: Oxford University Press.

Ryan, L. H., & Smith, J. (2009). Cognition and Health Disparities Over the Life Course: Longevity as an Example. In T. C. Antonucci, & J. S. Jackson (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics: Life-Course Perspectives on Late Life Health Inequalities* (Vol. 29, pp. 131-133). New York: Springer Publishing Company.

Sacker, A., Firth, D., Fitzpatrick, R., Lynch, K., & Bartley, M. (2000). Comparing health inequality in men and women: prospective study of mortality 1986-96. *British Medical Journal*, 320, 1303-1307.

- Scharloo, M., & Kaptein, A. A. (2005). Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Behavioural Medicine Approach. In S. Llewelyn, & P. Kennedy, *Handbook of Clinical Health Psychology* (pp. 169-170). Chichester: John Wiley & Sons.
- Schuler, R. S. (1980). Definition and conceptualization of stress in organizations. *Organizational Behavior and Human Performance*, 25(2), 184–215.
- Segall, S. (2010). *Health, Luck, and Justice* (pp. 91-96). Princeton: Princeton University Press.
- Sen, A. (1992). *Inequality Reexamined* (pp. 115-116). USA: Harvard University Press.
- Sen, A., & Foster, J. E. (1997). *On economic inequality*. Oxford: Oxford University Press.
- Shadbolt, B., Barresi, J., & Craft, P. (2002). Self-Rated Health as a Predictor of Survival Among Patients With Advanced Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 20(10), 2514–2519.
- Shaw, M., & Dorling, D. (2002). *Health, place and society* (p. 99). Great Britain: Pearson Education Limited.
- Shaxson, L. (2005). Is your evidence robust enough? Questions for policy makers and practitioners. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 1(1), 102.
- Siegel, M., & Lotenberg, L. D. (2008). *Marketing Public Health: Strategies to Promote Social Change* (pp. 5–30). USA: Jones & Bartlett Publishers.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41.
- Siegrist, J. (2002). Effort-reward imbalance at work and health. In P. L. Perrewe, & D. C. Ganster, *Historical and Current Perspectives on Stress and Health (Research in Occupational Stress and Well-being)* (Vol. 2, pp. 261-291). Emerald Group Publishing Limited.
- Siegrist, J., & Marmot, M. (2004). Health inequalities and the psychosocial environment—two scientific challenges. *Social Science & Medicine*, 58(8), 1463–1473.
- Sīlis, V. (2010). *Latvijas iedzīvotāju veselības uzvedība un dzīves kvalitāte* (Promocijas darbs). Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte.
- Simons, H. (2003). Evidence-based practice: panacea or over promise? *Research Papers in Education*, 18 (4), 303–311.
- Sinha, D. (1969). *Studies in Phenomenology* (Vol. 30, pp. 42–49). New York: Springer.
- Šķilters, J. (2014). *Koriģēts balstoties uz J. Šķiltera ieteikumiem* (M. Banceviča, intervētājs).
- Smith, A. W., & Baum, A. (2003). The Influence of Psychological Factors on Restorative Function in Health and Illness. In J. Suls, & K. A. Wallston, *Social Psychological Foundations of Health and Illness* (pp. 437-438). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

Smith, G. D. (1996). Income inequality and mortality: why are they related? *British Medical Journal*, 312(7037), 987–988.

Smith, G. D. (2003). *Health Inequalities: Lifecourse Approaches*. Bristol: The Policy Press.

Smith, P., & Polanyi, M. (2009). Understanding and Improving the Health of Work. In D. Raphael, *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives* (2nd ed., pp. 115-116). Toronto: Canadian Scholars' Press

Smith, G. D., Neaton, J. D., Wentworth, D., Stamler, R., & Stamler, J. (2003). Socioeconomic differentials in mortality risk among men screened for the Multiple Risk Factor Intervention Trial: Part II - results for 20,224 black men. In G. D. Smith, *Health Inequalities: Lifecourse Approaches*. Bristol: The Policy Press.

Smith, G. D., Neaton, J. D., Wentworth, D., Stamler, R., & Stamler, J. (2003). Socioeconomic differentials in mortality risk among men screened for the Multiple Risk Factor Intervention Trial: Part I - results for 300,685 white men. In G. D. Smith, *Health Inequalities: Lifecourse Approaches*. Bristol: The Policy Press.

Snyder, C. R., & López S.J. (2009). *Oxford Handbook of Positive Psychology* (p. 187). New York: Oxford University Press.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2013). *Public Health Nursing - Revised Reprint: Population-Centered Health Care in the Community*(p. 262). Missouri: Elsevier Health Sciences.

Stansfeld, S., & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32(6), 443-462.

Stephens, C. (2008). *Health Promotion: A Psychosocial Approach*. (S. Payne, & S. Horn, Eds., pp. 61–63) Berkshire: McGraw-Hill International.

Steptoe, A., Gardner, B., & Wardle, J. (2010). The Role of Behaviour in Health. In D. French, K. Vedhara, A. A. Kaptein, & J. Weinman, *Health Psychology* (pp. 19-28). Chichester: John Wiley & Sons.

Stewart, A. L., & Ware, J. E. (1998). *Measuring Functioning and Well-being: The Medical Outcomes Study Approach* (pp. 18–20). USA: Duke University Press.

Stinchcombe, K., & Gibson, R. B. (2001). Strategic environmental assessment as a means of pursuing sustainability: ten advantages and ten challenges. *Journal of Environmental Assessment Policy and Management*, 3(3).

Strēle, I. (2007). *Cukura diabēta pacientu sociāli ekonomiskā stāvokļa ietekme uz glikēmijas kontroli* (Promocijas darbs). Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte.

Strydom, W. F., Funke, N., Nienaber, S., Nortje, K., & Steyn, M. (2010). Evidence-based policymaking: A review. *South African Journal of Science*, 106, 1-8.

- Subramanian, S. V., & Belli, P. (2002). The macroeconomic determinants of health. *Annual Review of Public Health, 23*, 287–302.
- Sundholm, G. (2012). Demonstrations Versus Proofs, Being an Afterword, to Constructions, Proofs, and the Meaning of the Logical Constants. In M. Van Der Schaar, *Judgement and the Epistemic Foundation of Logic* (pp. 19–22). New York: Springer.
- Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. (2013). *SHARE - Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Retrieved from The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE): <http://www.share-project.org>
- Sutcliffe, S., & Court, J. (2005). Evidence-Based Policymaking: What is it? How does it work? What relevance for developing countries? Overseas Development Institute.
- Szreter, S., & Woolcock, M. (2004). Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology, 33*(4), 650–667.
- Tausig, M., & Fenwic, R. (2011). *Work and Mental Health in Social Context* (pp. 15-16). New York: Springer.
- Thorslund, M., & Lundberg, L. (1994). Health and inequalities among the oldest old. *Journal of aging and health, 6*, 51-69.
- Tonoyan, T., Sauer, M., & Schulz-Nieswandt, F. (2010). *Growth, Inequality, Poverty and Pro-poor Health Policy* (pp. 36–39). Münster: LIT Verlag.
- Toward, S. (2009). Appraising and Influencing Health Policy and Strategy. In L. Coles, & E. Porter, *Public Health Skills: A Practical Guide for nurses and public health practitioners* (p. 127). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Tulchinsky, T. H., & Varavikova, E. (2009). *The New Public Health* (2nd ed.). Amsterdam: Elsevier Academic Press.
- Turrell, G. (2001). Income inequality and health: in search of fundamental causes. In R. Eckersley, J. Dixon, & R. M. Douglas (Eds.), *The Social Origins of Health and Well-being* (pp. 89-96). USA: Cambridge University Press.
- Twining, W. L. (1985). *Theories of Evidence: Bentham and Wigmore* (pp. 66–69). Stanford: Stanford University Press.
- Van de Mheen, H., Stronks, K. & Looman, C.W.N., & Mackenbach, J.P. (1998). Does childhood socioeconomic status influence adult health through behavioural factors? *International Journal of Epidemiology, 27*(3), 431-437.
- Vedung, E. (2008). *Public Policy and Program Evaluation* (pp. 29-33). New Brunswick: Transaction Publishers.

- Veenhoven, R. (2010). How universal is happiness? In E. Diener, J. F. Helliwell, & D. Kahneman (Eds.), *International differences in well-being*. Oxford and New York: Oxford University Press.
- Venkatapuram, S. (2011). *Health Justice: An Argument from the Capabilities Approach*. Cambridge: Polity Press.
- Ventegodt, S., Merrick, J., & Andersen, N. J. (2003). Quality of Life Theory I. The IQOL Theory: An Integrative Theory of the Global Quality of Life Concept. *The Scientific World Journal*, 3, 1030–1040.
- Wadsworth, M. E. (1997). Health inequalities in the life course perspective. *Social science & medicine*, 44(6), 859–869.
- Wahl, H. W. (2006). *The Many Faces of Health, Competence and Well-Being in Old Age: Integrating Epidemiological, Psychological and Social perspectives* (p. 258). Netherlands : Springer.
- Walton, D. N. (2002). *Legal Argumentation and Evidence* (pp. 225–227). USA: Penn State Press.
- Warwick-Booth, L., Dixey, R., & South, J. (2013). Health Public Policy. In R. Dixey, *Health Promotion: Global Principles and Practice* (pp. 62-63). Oxfordshire: CABI.
- Watt, R. G. (2006). Emerging Theories into the Social Determinants of Health: Implications for Oral Health Promotion. In J. Douglas, S. Earle, S. Handsley, C. E. Lloyd, & S. Spurr, *A Reader in Promoting Public Health: Challenge and Controversy* (pp. 41-42). London: SAGE Publications Ltd.
- Webber, M. (2011). *Evidence-based Policy and Practice in Mental Health Social Work* (2nd ed.). (K. Brown, Ed.) Exeter: Learning Matters Ltd.
- Weiss, C. H. (1983). Ideology, Interests, and Information. In D. Callahan, & B. Jennings (Eds.), *Ethics, The Social Sciences, and Policy Analysis* (pp. 213–245). New York: Springer.
- Wilkinson, R. (2002). *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality* (p. 26). Taylor & Francis.
- Wilkinson, R. (2009). The impact of inequality: empirical evidence. In S. J. Babones, *Social Inequality and Public Health* (p. 186). Bristol: The Police Press.
- Wilkinson, R. G. (2006). The Impact of Inequality. *Social Research: An International Quarterly*, 73(2), 711–732.
- Wilkinson, R. G., & Pickett, K. E. (2006). Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine*, 62(7), 1768–1784.

- Williams, A. (1999). Inequalities in health and intergenerational equity. *Ethical Theory and Moral Practice*, 2(1), 47–55.
- Williams, D. R., Yu, Y., Jackson, J. S., & Anderson, N. B. (1997). Racial Differences in Physical and Mental Health. Socio-economic Status, Stress and Discrimination. *Journal of Health Psychology*, 2(3), 335–351.
- Williams, G. (n.d.). *Understanding health inequalities: theories, concepts and evidence*. Retrieved from Health in Wales:
<http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/888/Gareth%20Williams1.pdf>
- Williams, S. J., Calnan, M., & Dolan, A. (2007). Explaining inequalities in health: theoretical, conceptual and methodological agendas. In E. Dowler, & N. Spencer, *Challenging Health Inequalities: From Acheson to Choosing Health* (pp. 53-55). Bristol: The Policy Press.
- Williams, S., & Torrens, P. (2007). *Introduction to Health Services* (7th ed., pp. 327–328). USA: Cengage Learning Ltd.
- Wilson, B. (1995). Linking Clinical Variables With Health-Related Quality of Life. *JAMA*, 273(1), 59–65.
- World Health Organization. (1946). *Official Records of the World Health Organization* (p. 100).
- World Health Organization. (2002). *The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2003). *The World Health Report 2003: Shaping the Future* (pp. 117–119). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2004). *World Report on Knowledge for Better Health: Strengthening Health Systems* (pp. 32–33). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2006). *Concepts and principles for tackling social inequities in health*. Retrieved from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf
- World Health Organization. (2009). *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2012). *Governance for health in the 21st century*. Retrieved from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf
- Yngwe, M. Å., & Lundberg, O. (2007). Assessing the contribution of relative deprivation to income differences in health. In J. Fritzell, & O. Lundberg, *Health Inequalities and Welfare Resources: Continuity and Change in Sweden* (pp. 136-137). Bristol: The Policy Press.

Асмус, В. Ф. (1947). *Логика* (3-е изд., стр. 344–360). Москва: Государственное издательство политической литературы.

PIELIKUMI

Aptaujas anketas jautājumi pa grupām (demogrāfiskās pazīmes; veselības stāvokļa pašnovērtējums; veselības stāvokļa nevienlīdzību skaidrojošās pieejas/ modeļa līmeņi, to indikatori)⁶²⁸

Demogrāfiskās pazīmes													
(Neiekļautās atzīmētas ar * starp faktoru grupām)	<p>Respondenta dzīvesvieta (pilsēta vai novads).</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>Norādiet Jūsu vecumu gados!</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>Norādiet Jūsu dzimumu!</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Siev.</td> <td style="width: 70%;"></td> </tr> <tr> <td>Vīr.</td> <td></td> </tr> </table> <p>Cik personas dzīvo Jūs mājsaimniecībā (ieskaitot Jūs pašu)? (norādiet skaitu)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>Kāds ir Jūs ģimenes stāvoklis? (iespējama viena atbilde)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Precējies</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>Neprecējies, pašlaik dzīvoju kopā ar partneri</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pašlaik dzīvoju viens</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cits</td> <td></td> </tr> </table>	Siev.		Vīr.		Precējies		Neprecējies, pašlaik dzīvoju kopā ar partneri		Pašlaik dzīvoju viens		Cits	
Siev.													
Vīr.													
Precējies													
Neprecējies, pašlaik dzīvoju kopā ar partneri													
Pašlaik dzīvoju viens													
Cits													
Veselības stāvokļa pašnovērtējums													
Veselības stāvokļa pašnovērtējums – centrālais jautājums	<p>Kā Jūs kopumā vērtējat savu pašreizējo veselības stāvokli? (iespējama viena atbilde)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Ļoti labs</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>Labs</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vidējs</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Slikts</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ļoti slikts</td> <td></td> </tr> </table>	Ļoti labs		Labs		Vidējs		Slikts		Ļoti slikts			
Ļoti labs													
Labs													
Vidējs													
Slikts													
Ļoti slikts													

⁶²⁸ Škilters, J. (2014). *Koriģēts balstoties uz J. Šķiltera ieteikumiem* (M. Banceviča, intervētājs).

Veselības stāvokļa
pašnovērtējums –
kontroljautājumi

Vai fiziski Jūs jūtaties pietiekami labi, lai darīto to, ko parasti vēlaties
darīt? (iespējama viena atbilde)

Jā, lielākoties	
Jā, dažreiz	
Daļēji	
Nē, gandrīz nekad	
Nē, nekad	

Vai ikdienā Jūs ciešat no stresa? (iespējama viena atbilde)

Jā, bieži	
Jā, dažreiz	
Daļēji	
Nē, gandrīz nekad	
Nē, nekad	

Vai kopumā Jums ir veselības stāvokļa problēmas?(iespējama viena
atbilde)

Jā, bieži	
Jā, dažreiz	
Daļēji	
Nē, gandrīz nekad	
Nē, nekad	

Vai šīs veselības stāvokļa problēmas ierobežo Jūsu ikdienas
nodarbes?(iespējama viena atbilde)

Jā, bieži	
Jā, dažreiz	
Daļēji	
Nē, gandrīz nekad	
Nē, nekad	

Veselības stāvokļa nevienlīdzību skaidrojošās pieejas/ modeļa līmeņi, to indikatori

Uzvedības pieeja/ modeļa individuālo dzīvesveida faktoru līmenis

Diēta/ uzturs

Vai Jūs savā uzturā lietojat neveselīgu pārtiku? (iespējama viena atbilde)

Jā, katru dienu	
Jā, vismaz reizi nedēļā	
Jā, bet reti	
Vairs nelietoju	
Nē, nekad neesmu lietojis	

Cik bieži Jūs ēdat...? (iespējama viena atbilde katrā rindiņā)

	Nekad	Retāk kā reizi nedēļā	Vienu vai pāris reizes nedēļā	Gandrīz katru dienu	Vairākas reizes dienā
Dārzeņus					
Augļus, ogas					
Pilngraudu maizi					
Zivis					

Cik svarīgi Jums ir kvalitatīvs un veselīgs uzturs? (iespējama viena atbilde, kur 1-nepavisam nav svarīgi, 5- ļoti svarīgi)

1	2	3	4	5

Tabakas patēriņš

Vai Jūs smēķējat vai esat agrāk smēķējis? (iespējama viena atbilde)

Jā, katru dienu	
Jā, vismaz reizi nedēļā	
Jā, bet reti	
Jā, bet esmu atmetis	
Nē, nekad neesmu smēķējis	

	<p>Aptuveni cik daudz cigarešu dienā Jūs izsmēķējat? (norādiet cigarešu skaitu)</p> <table border="1" data-bbox="549 365 1144 472"> <tr> <td>Cigarešu skaits</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nesmēķēju</td> <td></td> </tr> </table> <p>Cik svarīgi Jums ir nesmēķēt? (iespējama viena atbilde, kur 1- nepavisam nav svarīgi, 5- ļoti svarīgi)</p> <table border="1" data-bbox="549 593 847 701"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Cigarešu skaits		Nesmēķēju		1	2	3	4	5																					
Cigarešu skaits																															
Nesmēķēju																															
1	2	3	4	5																											
Alkohola patēriņš	<p>Vai Jūs lietojat alkoholu vai esat agrāk lietojis alkoholu? (iespējama viena atbilde)</p> <table border="1" data-bbox="549 846 1144 1111"> <tr> <td>Jā, katru dienu</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Jā, vismaz reizi nedēļā</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Jā, bet reti</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Jā, bet vairs nelietoju</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nē, nekad neesmu lietojis</td> <td></td> </tr> </table> <p>Cik litrus alkoholisko dzērienu Jūs izdzerat vidēji nedēļas laikā? (norādiet litros)</p> <table border="1" data-bbox="549 1232 1241 1570"> <thead> <tr> <th></th> <th>Litri</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vieglie alkoholiskie dzērieni (alus, sidrs u.c.)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vidēja stipruma alkoholiskie dzērieni (vīns, liķieris, vermuts u.c.)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Stiprie alkoholiskie dzērieni (šņabis, viskijs, konjaks u.c.)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nelietoju alkoholu</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Cik svarīgi Jums ir samazināt savu alkohola patēriņu? (iespējama viena atbilde, kur 1-nepavisam nav svarīgi, 5- ļoti svarīgi)</p> <table border="1" data-bbox="549 1691 847 1798"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Jā, katru dienu		Jā, vismaz reizi nedēļā		Jā, bet reti		Jā, bet vairs nelietoju		Nē, nekad neesmu lietojis			Litri	Vieglie alkoholiskie dzērieni (alus, sidrs u.c.)		Vidēja stipruma alkoholiskie dzērieni (vīns, liķieris, vermuts u.c.)		Stiprie alkoholiskie dzērieni (šņabis, viskijs, konjaks u.c.)		Nelietoju alkoholu		1	2	3	4	5					
Jā, katru dienu																															
Jā, vismaz reizi nedēļā																															
Jā, bet reti																															
Jā, bet vairs nelietoju																															
Nē, nekad neesmu lietojis																															
	Litri																														
Vieglie alkoholiskie dzērieni (alus, sidrs u.c.)																															
Vidēja stipruma alkoholiskie dzērieni (vīns, liķieris, vermuts u.c.)																															
Stiprie alkoholiskie dzērieni (šņabis, viskijs, konjaks u.c.)																															
Nelietoju alkoholu																															
1	2	3	4	5																											

Medikamentu patēriņš	Vai Jūs lietojat medikamentus vai esat agrāk lietojis medikamentus? (iespējama viena atbilde)					
	Jā, katru dienu					
	Jā, vismaz reizi nedēļā					
	Jā, bet reti					
	Jā, bet vairs nelietoju					
	Nē, nekad neesmu lietojis					
	Cik bieži Jūs lietojat...? (iespējama viena atbilde katrā rindiņā)					
		Nekad	Retāk kā reizi nedēļā	Vienu vai pāris reizes nedēļā	Gandrīz katru dienu	Vairākas reizes dienā
	Recepšu medikamentus					
	Bezrecepšu medikamentus					
Homeopātiskos medikamentus						
Ārsta nozīmētos medikamentus						
Medikamentus bez ārsta nozīmējuma						
Cik svarīgi Jums ir samazināt savu medikamentu patēriņu? (iespējama viena atbilde, kur 1-nepavisam nav svarīgi, 5- ļoti svarīgi)						
1	2	3	4	5		
Fiziskās aktivitātes/ aktīvā atpūta, sports	Vai Jūs regulāri nodarbojaties ar fiziskām aktivitātēm, aktīvo atpūtu, sportu? (iespējama viena atbilde)					
	Jā, katru dienu					
	Jā, vismaz reizi nedēļā					
	Jā, bet reti					
	Vairs nenodarbojos					
	Nē, nekad neesmu nodarbojies					

	Kuras no minētajām brīvā laika nodarbēm vislabāk raksturo Jūsu aktivitāti pēdējā gada laikā? (iespējama viena atbilde)			
	Regulāri, intensīvi treniņi un sports			
	Regulāra vingrošana vai aktīvā atpūta, vai smagi dārza darbi			
	Pastaigas, braucieni ar velosipēdu vai cita veida vieglas aktivitātes			
	Lasīšana, televizora skatīšanās, datora lietošana vai cita sēdoša nodarbe			
	Cits variants			
Cik svarīgi Jums ir būt fiziski aktīvam? (iespējama viena atbilde, kur 1- nepavisam nav svarīgi, 5- ļoti svarīgi)				
1	2	3	4	5

Psiho-sociālā pieeja (trīs sfēras: mājas, darbs, sabiedrība) / modeļa sociālo un kopienas tīklu līmenis

Sociālā un sabiedrības ietekme (savstarpējais atbalsts)	Vai Jūsaprāt pastāv savstarpējais atbalsts...? (iespējama viena atbilde katrā rindiņā)					
		Jā, lielākoties	Jā, dažreiz	Daļēji	Nē, gandrīz nekad	Nē, nekad
	Jūsu ģimenes locekļu, draugu starpā					
	Jūsu darba kolēģu starpā					
Sabiedrībā kopumā						

	<p>Ja Jūs saslimstat, vai tādā gadījumā Jūs varat paļauties, saņemt atbalstu un palīdzību...? (iespējama viena atbilde katrā rindiņā)</p> <table border="1" data-bbox="549 365 1437 775"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jā, lielākoties</th> <th>Jā, dažreiz</th> <th>Daļēji</th> <th>Nē, gandrīz nekad</th> <th>Nē, nekad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>No jūsu ģimenes locekļiem, draugiem</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>No jūsu darba kolēģiem</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>No sabiedrības</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Cik svarīgs Jums ir savstarpējais atbalsts...? (iespējama viena atbilde, kur 1-nepavisam nav svarīgi, 5- ļoti svarīgi)</p> <table border="1" data-bbox="549 898 1353 1126"> <thead> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jūsu ģimenes locekļu, draugu starpā</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Jūsu darba kolēģu starpā</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sabiedrībā kopumā</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Jā, lielākoties	Jā, dažreiz	Daļēji	Nē, gandrīz nekad	Nē, nekad	No jūsu ģimenes locekļiem, draugiem						No jūsu darba kolēģiem						No sabiedrības							1	2	3	4	5	Jūsu ģimenes locekļu, draugu starpā						Jūsu darba kolēģu starpā						Sabiedrībā kopumā					
	Jā, lielākoties	Jā, dažreiz	Daļēji	Nē, gandrīz nekad	Nē, nekad																																												
No jūsu ģimenes locekļiem, draugiem																																																	
No jūsu darba kolēģiem																																																	
No sabiedrības																																																	
	1	2	3	4	5																																												
Jūsu ģimenes locekļu, draugu starpā																																																	
Jūsu darba kolēģu starpā																																																	
Sabiedrībā kopumā																																																	
<p>Sociāli ekonomiskā nevienlīdzība / zems sociālais statuss (subordinācija, dominance (salīdzinājumā ar citiem))</p>	<p>Vai, Jūsprāt, pastāv sociāli ekonomiskā nevienlīdzība...? (iespējama viena atbilde katrā rindiņā)</p> <table border="1" data-bbox="549 1267 1437 1700"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jā, lielākoties</th> <th>Jā, dažreiz</th> <th>Daļēji</th> <th>Nē, gandrīz nekad</th> <th>Nē, nekad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jūsu ģimenes locekļu, draugu starpā</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Jūsu darba kolēģu starpā</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sabiedrībā kopumā</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Jā, lielākoties	Jā, dažreiz	Daļēji	Nē, gandrīz nekad	Nē, nekad	Jūsu ģimenes locekļu, draugu starpā						Jūsu darba kolēģu starpā						Sabiedrībā kopumā																													
	Jā, lielākoties	Jā, dažreiz	Daļēji	Nē, gandrīz nekad	Nē, nekad																																												
Jūsu ģimenes locekļu, draugu starpā																																																	
Jūsu darba kolēģu starpā																																																	
Sabiedrībā kopumā																																																	

	Vai, Jūsaprāt, Jūs esat salīdzinoši sliktākā sociāli ekonomiskā pozīcijā...? (iespējama viena atbilde katrā rindiņā)					
		Jā, lielākoties	Jā, dažreiz	Daļēji	Nē, gandrīz nekad	Nē, nekad
	Jūsu ģimenes locekļu, draugu starpā					
	Jūsu darba kolēģu starpā					
	Sabiedrībā kopumā					
Cik svarīga Jums ir sociāli ekonomiskā vienlīdzība...? (iespējama viena atbilde, kur 1-nepavisam nav svarīgi, 5- ļoti svarīgi)						
		1	2	3	4	5
Jūsu ģimenes locekļu, draugu starpā						
Jūsu darba kolēģu starpā						
Sabiedrībā kopumā						
Psiholoģiskie efekti (stress, nelabvēlīga gaisotne)	Vai Jūs saskaraties ar stresu, nelabvēlīgu gaisotni..? (iespējama viena atbilde katrā rindiņā)					
		Jā, katru dienu	Jā, vismaz reizi nedēļā	Jā, vismaz reizi mēnesī	Jā, bet reti	Nekad
	Mājās					
	Darbā					
	Sabiedrībā kopumā					
Vai stress, nelabvēlīga gaisotne ar, kuru saskaraties rada ietekmi uz Jūsu veselības stāvokli? (iespējama viena atbilde katrā rindiņā)						
Stress, nelabvēlīga gaisotne..	Jā	Daļēji	Nē	Nesaskaros ar stresu, nelabvēlīgu gaisotni		
Mājās						
Darbā						
Sabiedrībā kopumā						

	<p>Cik būtisku ietekmi uz Jūsu veselības stāvokli rada stress, nelabvēlīga gaisotne ar, kuru saskaraties...? (iespējama viena atbilde, kur 1- nepavisam nav būtiska, 5- ļoti būtiska)</p> <table border="1" data-bbox="549 421 1150 647"> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Mājās</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Darbā</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sabiedrībā kopumā</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	Mājās						Darbā						Sabiedrībā kopumā																									
	1	2	3	4	5																																								
Mājās																																													
Darbā																																													
Sabiedrībā kopumā																																													
<p>Balanss (starp darbu un ārpus darbu, starp ieguldījumiem un ieguvumiem(saskarsme, drošība, atzinība, izaugsmes iespējas))</p>	<p>Vai Jūsu ikdienā pastāv balanss starp darbu un ārpus darba, brīvā laika aktivitātēm? (iespējama viena atbilde)</p> <table border="1" data-bbox="549 790 901 1055"> <tr> <td>Jā</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pārsvarā jā</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Daļēji</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pārsvarā nē</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nē</td> <td></td> </tr> </table> <p>Vai Jūsu ikdienā pastāv balanss starp ieguldījumiem (darbs, rūpes, atbalsts u.c.) un ieguvumiem (saskarsme, drošība, atzinība u.c.)..? (iespējama viena atbilde katrā rindiņā)</p> <table border="1" data-bbox="549 1232 1436 1476"> <tr> <td></td> <td>Jā</td> <td>Pārsvarā jā</td> <td>Daļēji</td> <td>Pārsvarā nē</td> <td>Nē</td> </tr> <tr> <td>Mājās</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Darbā</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sabiedrībā kopumā</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Cik svarīgs Jums ir balanss starp darbu un ārpus darbu, starp ieguldījumiem un ieguvumiem? (iespējama viena atbilde, kur 1- nepavisam nav svarīgi, 5- ļoti svarīgi)</p> <table border="1" data-bbox="549 1655 847 1760"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Jā		Pārsvarā jā		Daļēji		Pārsvarā nē		Nē			Jā	Pārsvarā jā	Daļēji	Pārsvarā nē	Nē	Mājās						Darbā						Sabiedrībā kopumā						1	2	3	4	5					
Jā																																													
Pārsvarā jā																																													
Daļēji																																													
Pārsvarā nē																																													
Nē																																													
	Jā	Pārsvarā jā	Daļēji	Pārsvarā nē	Nē																																								
Mājās																																													
Darbā																																													
Sabiedrībā kopumā																																													
1	2	3	4	5																																									

Savstarpējās attiecības (darbs, ģimene, draugi, sabiedrība)	Kā Jūs vērtējat savstarpējās attiecības ar...? (iespējama viena atbilde, kur 1-ļoti negatīvi, 5- ļoti pozitīvi)					
		1	2	3	4	5
	Darba kolēģiem					
	Ģimenes locekļiem, draugiem					
	Sabiedrībā esošiem cilvēkiem kopumā					
	Cik svarīgas Jums ir savstarpējās attiecības ar...? (iespējama viena atbilde, kur 1-nepavisam nav svarīgas, 5- ļoti svarīgas)					
		1	2	3	4	5
	Darba kolēģiem					
	Ģimenes locekļiem, draugiem					
	Sabiedrībā esošiem cilvēkiem kopumā					
Darba vides riska faktori (prasības, kontrolē, spriedze)	Cik lielā mērā Jūs piekrītat minētajiem apgalvojumiem attiecībā uz Jūsu darbu? (iespējama viena atbilde katrā rindiņā, kur 1- pilnīgi nepiekrītu, 5 – pilnīgi piekrītu)					
		1	2	3	4	5
	Savā darbā es daudzus lēmumus varu pieņemt patstāvīgi					
	Man ir ļoti maz iespējas pieņemt lēmumus par sava darba veikšanu					
	Mans darbs prasa ļoti ātru tempu					
	Man parasti ir pietiekami daudz laika, lai izdarītu savu darbu					
	Mans tiešais vadītājs ņem vērā manus ieteikumus					
	Mans tiešais vadītājs sniedz atbalstu darba veikšanā					
	Cilvēki, ar kuriem es kopā strādāju, patiesi interesējas par to, kā man klājas					
	Cilvēki, ar kuriem es kopā strādāju, ir izpalīdzīgi darba paveikšanā					
	Darbā kolēģi mani bieži psiholoģiski terorizē					

	<p>Vai Jūs darba vidē saskaraties ar...? (iespējama viena atbilde katrā rindiņā)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jā</th> <th>Pārsvarā jā</th> <th>Daļēji</th> <th>Pārsvarā nē</th> <th>Nē</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Prasībām</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kontroli</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Spriedzi</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Jā	Pārsvarā jā	Daļēji	Pārsvarā nē	Nē	Prasībām						Kontroli						Spriedzi					
	Jā	Pārsvarā jā	Daļēji	Pārsvarā nē	Nē																				
Prasībām																									
Kontroli																									
Spriedzi																									
Materiālistu pieeja/ modeļa trešais līmenis																									
Izglītība (izglītības līmenis)	<p>*Kāda ir Jūsu augstākā pabeigtā izglītība? (iespējama viena atbilde)</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Nav izglītības</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sākumskolas izglītība (3-4 klases)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pamata izglītība (8-9 klases)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vidējā vai vidējā profesionālā izglītība (11-12 klases)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Augstākā izglītība (bakalaura grāds vai prof.augst.izgl.)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Augstākā izglītība (maģistra grāds)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pēcdiploma studijas</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Nav izglītības		Sākumskolas izglītība (3-4 klases)		Pamata izglītība (8-9 klases)		Vidējā vai vidējā profesionālā izglītība (11-12 klases)		Augstākā izglītība (bakalaura grāds vai prof.augst.izgl.)		Augstākā izglītība (maģistra grāds)		Pēcdiploma studijas											
Nav izglītības																									
Sākumskolas izglītība (3-4 klases)																									
Pamata izglītība (8-9 klases)																									
Vidējā vai vidējā profesionālā izglītība (11-12 klases)																									
Augstākā izglītība (bakalaura grāds vai prof.augst.izgl.)																									
Augstākā izglītība (maģistra grāds)																									
Pēcdiploma studijas																									
Darba vide (atalgojums, drošība, taisnīga izturēšanās)	<p>Kāds ir Jūsu šī brīža atalgojums neto (uz rokas)? (norādiet eiro)</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Atalgojums eiro</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nesaņemu atalgojumu</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Vai Jūsu atalgojums pēdējā gada laikā ir...?</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Samazinājies</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Palielinājies</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nav mainījies</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Atalgojums eiro		Nesaņemu atalgojumu		Samazinājies		Palielinājies		Nav mainījies															
Atalgojums eiro																									
Nesaņemu atalgojumu																									
Samazinājies																									
Palielinājies																									
Nav mainījies																									

	Kurš no šiem izteikumiem visprecīzāk raksturo fiziskās piepūles līmeni Jūsu pamatdarbā? (iespējama viena atbilde)					
	Galvenokārt sēdošs darbs, kas neprasa fizisku piepūli					
	Darbs, kas lielā mērā tiek veikts stāvot kājās vai staigājot, bet citādi neprasa fizisku piepūli					
	Darbs, stāvot kājās vai staigājot, bieži cilājot vai pārnēsājot priekšmetus					
	Smags vai ātrs darbs, kas ir fiziski grūts					
	Cits					
	Nestrādāju					
	Cik bieži darbā Jūs saskaraties ar šādām situācijām? (iespējama viena atbilde katrā rindiņā)					
		Nekad	Reti	Dažreiz	Bieži	Katru dienu
	Troksnis (tik skaļš, ka, runājot ir jāpaceļ balss)					
Pakļautība ķīmisko vielu, izgarojumu vai gāzu iedarbībai						
Vienveidīgs/ monotons darbs pie datora						
Smagu priekšmetu (virs 20kg) celšana						
Nestrādāju						
Cik taisnīgi (ikdienā, konfliktsituācijās; kolēģi, vadība; novērtējot, sodot utml.) pret Jums izturas Jūsu pamatdarbavietā? (iespējama viena atbilde, kur 1 - ļoti netaisnīgi, 5 - ļoti taisnīgi)						
	1	2	3	4	5	
Dzīves un darba apstākļi (ienākumi, patēriņš, labumi, pirktspēja)	*Kādi ir Jūsu šī brīža vidējie mēneša ienākumi? (norādiet eiro)					
	Ienākumi eiro					
	Ienākumu nav					

	Kurš no šiem izteikumiem visprecīzāk raksturo Jūsu ikmēneša patēriņa iespējas? (iespējama viena atbilde)	
	Ienākumi ir pietiekami	
	Ienākumi ir pietiekami, veidoju uzkrājumu	
	Ienākumi nav pietiekami, samazinu patēriņu vai nedaru neko	
	Ienākumi nav pietiekami, aizņemos vai meklēju citus ienākumu avotus	
	Ienākumu nav	
	Kurš no šiem kritērijiem visprecīzāk raksturo Jūsu ikdienas preču/ pakalpojumu izvēli? (iespējama viena atbilde)	
	Kvalitāte	
	Kvalitātes un cenas samērīgums	
	Cena	
	Cits	
	Kurš no šiem izteikumiem visprecīzāk raksturo Jūsu ikdienas preču/ pakalpojumu izvēli? (iespējama viena atbilde)	
	Spēju apmierināt visas savas vēlmes un vajadzības	
	Pārsvārā spēju apmierināt visas savas vēlmes un vajadzības	
	Spēju apmierināt visas savas pamat vēlmes un pamat vajadzības	
	Pārsvārā spēju apmierināt visas savas pamat vēlmes un pamat vajadzības	
	Pārsvārā nespēju apmierināt savas pamat vēlmes un pamat vajadzības	
Nespēju apmierināt savas pamat vēlmes un pamat vajadzības		

<p>Bezdarbs (nodarbinātības vai bezdarba veids)</p>	<p>*Kāda šobrīd ir Jūsu pamatnodarbošanās? (iespējama viena atbilde)</p> <table border="1" data-bbox="549 315 1329 949"> <tr><td>Darba ņēmējs</td><td></td></tr> <tr><td>Darba devējs</td><td></td></tr> <tr><td>Pašnodarbinātā persona</td><td></td></tr> <tr><td>Mājsaimniece</td><td></td></tr> <tr><td>Apmaksātā atvaļinājumā</td><td></td></tr> <tr><td>Pensionārs (saņemu vecuma pensiju)</td><td></td></tr> <tr><td>Priekšlaicīga pensionēšanās/ invaliditātes pensija</td><td></td></tr> <tr><td>Bezdarbnieks</td><td></td></tr> <tr><td>Sociālās nodrošināšanas pabalstu saņēmējs</td><td></td></tr> <tr><td>Students, skolnieks</td><td></td></tr> <tr><td>Cits</td><td></td></tr> </table>	Darba ņēmējs		Darba devējs		Pašnodarbinātā persona		Mājsaimniece		Apmaksātā atvaļinājumā		Pensionārs (saņemu vecuma pensiju)		Priekšlaicīga pensionēšanās/ invaliditātes pensija		Bezdarbnieks		Sociālās nodrošināšanas pabalstu saņēmējs		Students, skolnieks		Cits													
Darba ņēmējs																																			
Darba devējs																																			
Pašnodarbinātā persona																																			
Mājsaimniece																																			
Apmaksātā atvaļinājumā																																			
Pensionārs (saņemu vecuma pensiju)																																			
Priekšlaicīga pensionēšanās/ invaliditātes pensija																																			
Bezdarbnieks																																			
Sociālās nodrošināšanas pabalstu saņēmējs																																			
Students, skolnieks																																			
Cits																																			
<p>Veselības aprūpes pakalpojumi (veselības pakalpojumu pieejamība un kvalitāte)</p>	<p>Cik bieži Jūs izmantojat veselības aprūpes pakalpojumus? (iespējama viena atbilde)</p> <table border="1" data-bbox="549 1095 1211 1503"> <tr><td>Neizmantoju</td><td></td></tr> <tr><td>Vidēji vienu reizi gadā</td><td></td></tr> <tr><td>Vidēji dažas reizes gadā</td><td></td></tr> <tr><td>Vidēji vienu reizi mēnesī</td><td></td></tr> <tr><td>Vidēji dažas reizes mēnesī</td><td></td></tr> <tr><td>Vidēji dažas reizes nedēļā</td><td></td></tr> <tr><td>Biežāk kā dažas reizes nedēļā</td><td></td></tr> </table> <p>Cik pieejami ir Jūsu izmantotie veselības aprūpes pakalpojumi? (iespējama viena atbilde, kur 1-ļoti nepieejami, 5- ļoti pieejami)</p> <table border="1" data-bbox="549 1626 849 1731"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>Cik kvalitatīvi ir Jūsu izmantotie veselības aprūpes pakalpojumi? (iespējama viena atbilde, kur 1-ļoti nekvalitatīvi, 5- ļoti kvalitatīvi)</p> <table border="1" data-bbox="549 1854 849 1960"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Neizmantoju		Vidēji vienu reizi gadā		Vidēji dažas reizes gadā		Vidēji vienu reizi mēnesī		Vidēji dažas reizes mēnesī		Vidēji dažas reizes nedēļā		Biežāk kā dažas reizes nedēļā		1	2	3	4	5						1	2	3	4	5					
Neizmantoju																																			
Vidēji vienu reizi gadā																																			
Vidēji dažas reizes gadā																																			
Vidēji vienu reizi mēnesī																																			
Vidēji dažas reizes mēnesī																																			
Vidēji dažas reizes nedēļā																																			
Biežāk kā dažas reizes nedēļā																																			
1	2	3	4	5																															
1	2	3	4	5																															

Pajumte (dzīves vieta, apstākļi)	Cik lielā mērā Jūs piekrītat minētajiem apgalvojumiem, domājot par Jūsu pašreizējo pamata dzīvesvietu? (iespējama viena atbilde katrā rindiņā, kur 1-pilnīgi nepiekrītu, 5- pilnīgi piekrītu)					
		1	2	3	4	5
	Vispārējā pakalpojumu pieejamība un līmenis bankās, pasta nodaļās, veikalos utt. ir labs					
	Kultūras pakalpojumu (bibliotēka, kino, teātris, deju klubi utt.) līmenis un pieejamība ir laba					
	Atpūtas pakalpojumu (sportošanas iespējas, peldbaseins, pastaigu vietas utt.) līmenis un pieejamība ir laba					
	Veselības aprūpes pakalpojumu līmenis un pieejamība ir laba					
	Sabiedriskā transporta sistēma un pieejamība ir laba					
	Sabiedrisko vietu (labas iespējas satīties un kontaktēties ar draugiem, kaimiņiem, cilvēkiem kopumā utt.) pieejamība ir laba					
	Dzīvesvietas rajons ir mierīgs un drošs					
	Cik ilgi Jūs dzīvojat savā pašreizējā pamata dzīvesvietā? (norādiet gadus)					
Gadi						
*Kur atrodas Jūsu pašreizējā pamata dzīvesvieta? (iespējama viena atbilde)						
Pilsētas centrā						
Pilsētas teritorijā ārpus centra						
Apkaimē ārpus pilsētas teritorijas						
Mazapdzīvotā lauku teritorijā						

	Kāda tipa mājā Jūs dzīvojat? (iespējama viena atbilde)					
	Lauku māja vai cita veida viengimenes māja laukos					
	Viengimenes māja vai dvīņu māja, rindu māja					
	Dzīvoklis daudzdzīvokļu mājā					
	Istaba dzīvoklī vai mājā					
	Cits					
	Mājvieta...? (iespējama viena atbilde)					
	Pieder (Jums vai kādam mājsaimniecības loceklim)					
	Tiek īrēta (īrējat Jūs vai kāds mājsaimniecības loceklis)					
	Cits variants					
Cik bieži pēdējā gada laikā Jūs saskārāties ar grūtībām nomaksāt rēķinus?(iespējama viena atbilde)						
Katru mēnesi						
Reizi divos mēnešos						
Dažas reizes						
Nekad						
Vispārējie sociāli ekonomiski, kultūras un vides apstākļi - sabiedrība (modeļa ceturtais līmenis)						
Vispārējie sociāli ekonomiski, kultūras un vides apstākļi	Jūsaprāt, cik labi ir sabiedrības vispārējie...? (iespējama viena atbilde, kur 1 - ļoti slikti, 5 - ļoti labi)					
		1	2	3	4	5
	Sociāli ekonomiskie apstākļi					
	Kultūras apstākļi					
Vides apstākļi						

Dzīves gājuma pieeja / modeļa visi līmeņi dzīves gājuma kontekstā

Trūkumu un priekšrocību uzkrāšanās/ individuālā pieredze	Salīdzinoši ar iepriekšējiem dzīves gadiem, vai piekrītat apgalvojumiem? (iespējama viena atbilde katrā rindiņā)			
		Jā	Nē	Nav mainījies
	Jūsu diēta/ uzturs ir uzlabojies			
	Jūsu tabakas patēriņš ir samazinājies			
	Jūsu alkohola patēriņš ir samazinājies			
	Jūsu medikamentu patēriņš ir samazinājies			
	Jūs vairāk nodarbojaties ar fiziskām aktivitātēm/ aktīvo atpūtu, sportu			
	Jūs izjūtat lielāku savstarpējo atbalstu mājās, darbā, sabiedrībā kopumā			
	Jūs jūtaties sociāli ekonomiski vienlīdzīgāks, Jūsu sociālais statuss ir uzlabojies			
	Stress, nelabvēlīga gaisotne mājās, darbā un sabiedrībā kopumā ir samazinājies			
	Balanss starp darbu un ārpus darbu, starp ieguldījumiem un ieguvumiem ir uzlabojies			
	Savstarpējās attiecības darbā, ar ģimeni un draugiem, ar citiem cilvēkiem kopumā ir uzlabojušās			
	Prasības, kontrole, spriedze darbā ir samazinājies			
	Jūsu ienākumi, patēriņš, labumi, pirkjspēja ir uzlabojies			
	Jūsu nodarbinātības veids ir uzlabojies			
	Jūsu izmantoto veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība un kvalitāte ir uzlabojies			
Jūsu dzīves vieta un dzīves vietas apstākļi ir uzlabojušies				
Sabiedrības vispārējie sociāli ekonomiski, kultūras un vides apstākļi ir uzlabojušies				

<p>Veselības stāvoklis iepriekšējos dzīves gados</p>	<p>Kā Jūs kopumā vērtējat savu veselības stāvokli iepriekšējos dzīves gados? (iespējama viena atbilde)</p> <table border="1" data-bbox="550 347 1010 562"> <tr><td>Ļoti labs</td><td></td></tr> <tr><td>Labs</td><td></td></tr> <tr><td>Vidējs</td><td></td></tr> <tr><td>Slikts</td><td></td></tr> <tr><td>Ļoti slikts</td><td></td></tr> </table> <p>Salīdzinoši ar iepriekšējiem dzīves gadiem, vai Jūsu pašreizējais veselības stāvoklis ir ...? (iespējama viena atbilde)</p> <table border="1" data-bbox="550 667 1010 792"> <tr><td>Uzlabojies</td><td></td></tr> <tr><td>Pasliktinājies</td><td></td></tr> <tr><td>Nav mainījies</td><td></td></tr> </table>	Ļoti labs		Labs		Vidējs		Slikts		Ļoti slikts		Uzlabojies		Pasliktinājies		Nav mainījies	
Ļoti labs																	
Labs																	
Vidējs																	
Slikts																	
Ļoti slikts																	
Uzlabojies																	
Pasliktinājies																	
Nav mainījies																	
<p>Iepriekšējās sociāli ekonomiskās grūtības</p>	<p>Salīdzinoši ar pašreizējo situāciju, ar cik lielām sociāli ekonomiskām grūtībām iepriekšējos dzīves gados Jums ir nācies saskarties? (iespējama viena atbilde, kur 1 - ļoti lielas grūtības, 5 - neesmu saskāries ar grūtībām)</p> <table border="1" data-bbox="550 1010 847 1095"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	2	3	4	5											
1	2	3	4	5													
<p>Ģenētika un vecāku fons</p>	<p>Jūsaprāt, cik būtiska ietekme uz Jūsu pašreizējo veselības stāvokli ir iedzimtībai no vecākiem? (iespējama viena atbilde, kur 1 - nepavisam nav būtiska, 5 - ļoti būtiska)</p> <table border="1" data-bbox="550 1265 847 1350"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	2	3	4	5											
1	2	3	4	5													
<p>Veselības stāvokļa nevienlīdzību skaidrojošās pieejas/ modeļa līmeņi – kontroljautājums</p>	<p>Jūsaprāt, kas visbūtiskāk ir ietekmējis Jūsu pašreizējo veselības stāvokli? (norādiet secību, kur 1 - visbūtiskāk ietekmējis un 5 - visnebūtiskāk ietekmējis)</p> <table border="1" data-bbox="550 1534 1426 1924"> <tr><td>Notikumi un procesi Jūsu iepriekšējos dzīves gados vai bērnībā, iedzimtība</td><td></td></tr> <tr><td>Jūsu individuālais dzīvesveids (veselības stāvokli ietekmējošā uzvedība)</td><td></td></tr> <tr><td>Jūsu psiholoģiskā un/vai sociālā ikdienas vide</td><td></td></tr> <tr><td>Dažāda veida dzīves un darba apstākļi (piemēram, ienākumi, pirkspēja, nodarbinātības veids, dzīves vietas apstākļi, izglītības līmenis, veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība un kvalitāte u.c.)</td><td></td></tr> <tr><td>Vispārējie sociāli ekonomiski, kultūras un vides apstākļi</td><td></td></tr> </table>	Notikumi un procesi Jūsu iepriekšējos dzīves gados vai bērnībā, iedzimtība		Jūsu individuālais dzīvesveids (veselības stāvokli ietekmējošā uzvedība)		Jūsu psiholoģiskā un/vai sociālā ikdienas vide		Dažāda veida dzīves un darba apstākļi (piemēram, ienākumi, pirkspēja, nodarbinātības veids, dzīves vietas apstākļi, izglītības līmenis, veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība un kvalitāte u.c.)		Vispārējie sociāli ekonomiski, kultūras un vides apstākļi							
Notikumi un procesi Jūsu iepriekšējos dzīves gados vai bērnībā, iedzimtība																	
Jūsu individuālais dzīvesveids (veselības stāvokli ietekmējošā uzvedība)																	
Jūsu psiholoģiskā un/vai sociālā ikdienas vide																	
Dažāda veida dzīves un darba apstākļi (piemēram, ienākumi, pirkspēja, nodarbinātības veids, dzīves vietas apstākļi, izglītības līmenis, veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība un kvalitāte u.c.)																	
Vispārējie sociāli ekonomiski, kultūras un vides apstākļi																	

Respondentu skaits proporcionāli iedzīvotāju skaitam statistiskajos reģionos, republikas pilsētās un novados⁶²⁹

	Iedzīvotāju skaits	Respondentu skaits
LATVIJA	2001468	1000
Rīga	643368	321
Daugavpils	87403	44
Jelgava	57332	29
Jēkabpils	23269	12
Jūrmala	49750	25
Liepāja	71926	36
Rēzekne	29948	15
Valmiera	23657	12
Ventspils	36677	18
Aglonas novads	3731	2
Aizkraukles novads	8592	4
Aizputes novads	9023	5
Aknīstes novads	2878	1
Alojas novads	5088	3
Alsungas novads	1452	1
Alūksnes novads	15972	8
Amatas novads	5462	3
Apes novads	3643	2
Auces novads	6879	3
Ādažu novads	10238	5
Babītes novads	9630	5
Baldones novads	5400	3
Baltinavas novads	1112	1
Balvu novads	13301	7
Bauskas novads	24615	12
Beverīnas novads	3231	2
Brocēnu novads	5828	3
Burtnieku novads	8128	4
Carnikavas novads	6788	3
Cesvaines novads	2697	1
Cēsu novads	17241	9
Cīblas novads	2755	1
Dagdas novads	7819	4

⁶²⁹ Centrālā statistikas pārvalde. (2014). Pastāvīgo iedzīvotāju skaits statistiskajos reģionos, republikas pilsētās un novados gada sākumā. Izgūts no <http://data.csb.gov.lv/>

	Iedzīvotāju skaits	Respondentu skaits
Daugavpils novads	23503	12
Dobeles novads	21218	11
Dundagas novads	4140	2
Durbes novads	2921	1
Engures novads	7321	4
Ērgļu novads	2988	1
Garkalnes novads	7817	4
Grobiņas novads	9051	5
Gulbenes novads	21935	11
Iecavas novads	8756	4
Ikšķiles novads	9174	5
Ilūkstes novads	7537	4
Inčukalna novads	7748	4
Jaunjelgavas novads	5656	3
Jaunpiebalgas novads	2319	1
Jaunpils novads	2444	1
Jelgavas novads	23778	12
Jēkabpils novads	4860	2
Kandavas novads	8672	4
Kārsavas novads	5913	3
Kocēnu novads	6226	3
Kokneses novads	5334	3
Krāslavas novads	16291	8
Krimuldas novads	5176	3
Krustpils novads	5977	3
Kuldīgas novads	24190	12
Ķeguma novads	5586	3
Ķekavas novads	22335	11
Lielvārdes novads	10174	5
Limbažu novads	17262	9
Līgatnes novads	3532	2
Līvānu novads	11799	6
Lubānas novads	2475	1
Ludzas novads	13439	7
Madonas novads	24134	12
Mazsalacas novads	3314	2
Mālpils novads	3522	2
Mārupes novads	16948	8
Mērsraga novads	1615	1
Naukšēnu novads	1881	1

	Iedzīvotāju skaits	Respondentu skaits
Neretas novads	3760	2
Nīcas novads	3482	2
Ogres novads	34897	17
Olaines novads	19720	10
Ozolnieku novads	9661	5
Pārgaujas novads	3938	2
Pāvilostas novads	2742	1
Pļaviņu novads	5462	3
Preiļu novads	10083	5
Priekules novads	5663	3
Priekuļu novads	8050	4
Raunas novads	3412	2
Rēzeknes novads	27395	14
Riebiņu novads	5270	3
Rojas novads	3851	2
Ropažu novads	6748	3
Rucavas novads	1711	1
Rugāju novads	2311	1
Rundāles novads	3617	2
Rūjienas novads	5321	3
Salacgrīvas novads	8027	4
Salas novads	3725	2
Salaspils novads	22088	11
Saldus novads	24494	12
Saulkrastu novads	5773	3
Sējas novads	2223	1
Sīguldas novads	17117	9
Skrīveru novads	3554	2
Skrundas novads	5142	3
Smiltenes novads	12811	6
Stopiņu novads	10195	5
Strenču novads	3459	2
Talsu novads	29747	15
Tērvetes novads	3501	2
Tukuma novads	29177	15
Vaiņodes novads	2520	1
Valkas novads	8664	4
Varakļānu novads	3395	2
Vārkavas novads	2034	1
Vecpiebalgas novads	4030	2

	Iedzīvotāju skaits	Respondentu skaits
Vecumnieku novads	8486	4
Ventspils novads	11859	6
Viesītes novads	3965	2
Viļakas novads	5314	3
Viļānu novads	6113	3
Zilupes novads	3167	2

Aptaujas anketa latviešu valodā

Respondenta dzīvesvieta (pilsēta vai novads)

Labdien!

Es veicu aptauju, kas veltīta dažādiem ar veselības stāvokli saistītiem jautājumiem Latvijā. Jūs šai aptaujai esat izraudzīts pilnīgi nejauši. Lai iegūtie dati būtu precīzi ir ļoti svarīgi, lai Jūsu atbildes ir atklātas. Aptauja ir anonīma un aizņem aptuveni 10 minūtes laika.

Lūdzu, sniedziet vienu atbildi uz katru no sekojošajiem jautājumiem!

	Ļoti labs	Labs	Vidējs	Slikts	Ļoti slikts
Kā Jūs kopumā vērtējat savu pašreizējo veselības stāvokli?					
Kā Jūs kopumā vērtējat savu veselības stāvokli iepriekšējos dzīves gados?					

Salīdzinoši ar iepriekšējiem dzīves gadiem, vai Jūsu pašreizējais veselības stāvoklis ir...?

Uzlabojies	Pasliktinājies	Nav mainījies

Lūdzu, sniedziet vienu atbildi uz katru no sekojošajiem jautājumiem!

	Jā, lielākoties	Jā, dažreiz	Daļēji	Nē, gandrīz nekad	Nē, nekad
Vai fiziski Jūs jūtaties pietiekami labi, lai darītu to, ko parasti vēlaties darīt?					
Vai ikdienā Jūs ciešat no stresa?					
Vai kopumā Jums ir veselības stāvokļa problēmas?					
Vai šīs veselības stāvokļa problēmas ierobežo Jūsu ikdienas nodarbes?					

Lūdzu, sniedziet vienu atbildi uz katru no sekojošajiem jautājumiem!

	Jā, katru dienu	Jā, vismaz reizi nedēļā	Jā, bet reti	Vairs nē	Nē, nekad
Vai Jūs savā uzturā lietojat neveselīgu pārtiku?					
Vai Jūs smēķējat vai esat agrāk smēķējis?					
Vai Jūs lietojat alkoholu vai esat agrāk lietojis alkoholu?					
Vai Jūs lietojat medikamentus vai esat agrāk lietojis medikamentus?					
Vai Jūs regulāri nodarbojaties ar fiziskām aktivitātēm, aktīvo atpūtu, sportu?					

Lūdzu, sniedziet vienu atbildi uz katru no sekojošajiem jautājumiem! (1 - nepavisam nav svarīgi / nav būtiska, 5 - ļoti svarīgi / būtiska)

	1	2	3	4	5
Cik svarīgi Jums ir kvalitatīvs un veselīgs uzturs?					
Cik svarīgi Jums ir nesmēķēt?					
Cik svarīgi Jums ir samazināt savu alkohola patēriņu?					
Cik svarīgi Jums ir samazināt savu medikamentu patēriņu?					
Cik svarīgi Jums ir būt fiziski aktīvam?					
Cik svarīgs Jums ir savstarpējais atbalsts Jūsu ģimenes locekļu, draugu starpā?					
Cik svarīgs Jums ir savstarpējais atbalsts Jūsu darba kolēģu starpā?					
Cik svarīgs Jums ir savstarpējais atbalsts sabiedrībā kopumā?					
Cik svarīga Jums ir sociāli ekonomiskā vienlīdzība Jūsu ģimenes locekļu, draugu starpā?					
Cik svarīga Jums ir sociāli ekonomiskā vienlīdzība Jūsu darba kolēģu starpā?					
Cik svarīga Jums ir sociāli ekonomiskā vienlīdzība sabiedrībā kopumā?					
Cik būtisku ietekmi uz Jūsu veselības stāvokli rada stress, nelabvēlīga gaisotne ar, kuru saskaraties mājās?					
Cik būtisku ietekmi uz Jūsu veselības stāvokli rada stress, nelabvēlīga gaisotne ar, kuru saskaraties darbā?					
Cik būtisku ietekmi uz Jūsu veselības stāvokli rada stress, nelabvēlīga gaisotne ar, kuru saskaraties sabiedrībā kopumā?					
Cik svarīgs Jums ir balanss starp darbu un ārpus darbu, starp ieguldījumiem un ieguvumiem?					
Cik svarīgas Jums ir savstarpējās attiecības ar ģimenes locekļiem, draugiem?					
Cik svarīgas Jums ir savstarpējās attiecības ar darba kolēģiem?					
Cik svarīgas Jums ir savstarpējās attiecības ar sabiedrībā esošiem cilvēkiem kopumā?					
Jūsaprāt, cik būtiska ietekme uz Jūsu pašreizējo veselības stāvokli ir iedzimtībai no vecākiem?					

Lūdzu, sniedziet vienu atbildi par katru no piedāvātajiem variantiem!

	Nekad	Retāk kā reizi nedēļā	Vienu vai pāris reizes nedēļā	Gandrīz katru dienu	Vairākas reizes dienā
<i>Cik bieži Jūs ēdat...?</i>					
Dārzeņus					
Augļus, ogas					
Pilngraudu maizi					
Zivis					

	Nekad	Retāk kā reizi nedēļā	Vienu vai pāris reizes nedēļā	Gandrīz katru dienu	Vairākas reizes dienā
<i>Cik bieži Jūs lietojat...?</i>					
Recepšu medikamentus					
Bezrecepšu medikamentus					
Homeopātiskos medikamentus					
Ārsta nozīmētos medikamentus					
Medikamentus bez ārsta nozīmējuma					

Lūdzu, sniedziet vienu atbildi uz katru no sekojošajiem jautājumiem!

	Jā, lielākoties	Jā, dažreiz	Daļēji	Nē, gandrīz nekad	Nē, nekad	Nestrādāju
Vai Jūsprāt pastāv savstarpējais atbalsts Jūsu ģimenes locekļu, draugu starpā?						
Vai Jūsprāt pastāv savstarpējais atbalsts Jūsu darba kolēģu starpā?						
Vai Jūsprāt pastāv savstarpējais atbalsts sabiedrībā kopumā?						
Ja Jūs saslimstat, vai tādā gadījumā Jūs varat paļauties, saņemt atbalstu un palīdzību no jūsu ģimenes locekļiem, draugiem?						
Ja Jūs saslimstat, vai tādā gadījumā Jūs varat paļauties, saņemt atbalstu un palīdzību no jūsu darba kolēģiem?						
Ja Jūs saslimstat, vai tādā gadījumā Jūs varat paļauties, saņemt atbalstu un palīdzību no sabiedrības?						
Vai, Jūsprāt, pastāv sociāli ekonomiskā nevienlīdzība Jūsu ģimenes locekļu, draugu starpā?						
Vai, Jūsprāt, pastāv sociāli ekonomiskā nevienlīdzība Jūsu darba kolēģu starpā?						
Vai, Jūsprāt, pastāv sociāli ekonomiskā nevienlīdzība sabiedrībā kopumā?						

	Jā, lielākoties	Jā, dažreiz	Daļēji	Nē, gandrīz nekad	Nē, nekad	Nestrādāju
Vai, Jūsaprāt, Jūs esat salīdzinoši sliktākā sociāli ekonomiskā pozīcijā Jūsu ģimenes locekļu, draugu starpā?						
Vai, Jūsaprāt, Jūs esat salīdzinoši sliktākā sociāli ekonomiskā pozīcijā Jūsu darba kolēģu starpā?						
Vai, Jūsaprāt, Jūs esat salīdzinoši sliktākā sociāli ekonomiskā pozīcijā sabiedrībā kopumā?						

Lūdzu, sniedziet vienu atbildi uz katru no sekojošajiem jautājumiem!

	Jā	Pārsvarā jā	Daļēji	Pārsvarā nē	Nē	Nestrādāju
Vai Jūsu ikdienā pastāv balanss starp darbu un ārpus darba, brīvā laika aktivitātēm?						
Vai Jūsu ikdienā pastāv balanss starp ieguldījumiem (darbs, rūpes, atbalsts u.c.) un ieguvumiem (saskarsme, drošība, atzinība u.c.) mājās?						
Vai Jūsu ikdienā pastāv balanss starp ieguldījumiem (darbs, rūpes, atbalsts u.c.) un ieguvumiem (saskarsme, drošība, atzinība u.c.) darbā?						
Vai Jūsu ikdienā pastāv balanss starp ieguldījumiem (darbs, rūpes, atbalsts u.c.) un ieguvumiem (saskarsme, drošība, atzinība u.c.) sabiedrībā kopumā?						
Vai Jūs darba vidē saskaraties ar prasībām?						
Vai Jūs darba vidē saskaraties ar kontroli?						
Vai Jūs darba vidē saskaraties ar spriedzi?						

Lūdzu, sniedziet vienu atbildi uz katru no sekojošajiem jautājumiem! (1- pilnīgi nepiekrītu, 5 - pilnīgi piekrītu)

	1	2	3	4	5
<i>Cik lielā mērā Jūs piekrītat minētajiem apgalvojumiem attiecībā uz Jūsu darbu? (Ja nestrādājat, pārejiet pie nākamā jautājuma!)</i>					
Savā darbā es daudzus lēmumus varu pieņemt patstāvīgi					
Man ir ļoti maz iespējas pieņemt lēmumus par sava darba veikšanu					
Mans darbs prasa ļoti ātru tempu					
Man parasti ir pietiekami daudz laika, lai izdarītu savu darbu					

	1	2	3	4	5
Mans tiešais vadītājs ņem vērā manus ieteikumus					
Mans tiešais vadītājs sniedz atbalstu darba veikšanā					
Cilvēki, ar kuriem es kopā strādāju, patiesi interesējas par to, kā man klājas					
Cilvēki, ar kuriem es kopā strādāju, ir izpalīdzīgi darba paveikšanā					
Darbā kolēģi mani bieži psiholoģiski terorizē					
<i>Cik lielā mērā Jūs piekrītat minētajiem apgalvojumiem, domājot par Jūsu pašreizējo pamata dzīvesvietu?</i>					
Vispārējā pakalpojumu pieejamība un līmenis bankās, pasta nodaļās, veikalos utt. ir labs					
Kultūras pakalpojumu (bibliotēka, kino, teātris, deju klubi utt.) līmenis un pieejamība ir laba					
Atpūtas pakalpojumu (sportošanas iespējas, peldbaseins, pastaigu vietas utt.) līmenis un pieejamība ir laba					
Veselības aprūpes pakalpojumu līmenis un pieejamība ir laba					
Sabiedriskā transporta sistēma un pieejamība ir laba					
Sabiedrisko vietu (labas iespējas satikties un kontaktēties ar draugiem, kaimiņiem, cilvēkiem kopumā utt.) pieejamība ir laba					
Dzīvesvietas rajons ir mierīgs un drošs					

Cik bieži darbā Jūs saskaraties ar šādām situācijām? (Ja nestrādājat, pārejiet pie nākamā jautājuma!)

	Nekad	Reti	Dažreiz	Bieži	Katru dienu
Troksnis (tik skaļš, ka, runājot ir jāpaceļ balss)					
Pakļautība ķīmisko vielu, izgarojumu vai gāzu iedarbībai					
Vienveidīgs/ monotons darbs pie datora					
Smagu priekšmetu (virs 20kg) celšana					

Kurš no šiem izteikumiem visprecīzāk raksturo fiziskās piepūles līmeni Jūsu pamatdarbā? (iespējama viena atbilde)

Galvenokārt sēdošs darbs, kas neprasa fizisku piepūli	
Darbs, kas lielā mērā tiek veikts stāvot kājās vai staigājot, bet citādi neprasa fizisku piepūli	
Darbs, stāvot kājās vai staigājot, bieži cilājot vai pārnēsājot priekšmetus	
Smags vai ātrs darbs, kas ir fiziski grūts	
Cits	
Nestrādāju	

Cik taisnīgi (īkdienā, konfliktsituācijās; kolēģi, vadība; novērtējot, sodot utml.) pret Jums izturas Jūsu pamatdarbavietā? (iespējama viena atbilde, kur 1 - ļoti netaisnīgi, 5 - ļoti taisnīgi)

1	2	3	4	5

Kā Jūs vērtējat savstarpējās attiecības ar...? (iespējama viena atbilde, kur 1 - ļoti negatīvi, 5 - ļoti pozitīvi)

	1	2	3	4	5
Darba kolēģiem					
Ģimenes locekļiem, draugiem					
Sabiedrībā esošiem cilvēkiem kopumā					

Vai Jūs saskaraties ar stresu, nelabvēlīgu gaisotni..? (iespējama viena atbilde katrā rindiņā)

	Jā, katru dienu	Jā, vismaz reizi nedēļā	Jā, vismaz reizi mēnesī	Jā, bet reti	Nekad
Mājās					
Darbā					
Sabiedrībā kopumā					

Vai stress, nelabvēlīga gaisotne ar, kuru saskaraties rada ietekmi uz Jūsu veselības stāvokli? (iespējama viena atbilde katrā rindiņā)

Stress, nelabvēlīga gaisotne..	Jā	Daļēji	Nē	Nesaskaros ar stresu, nelabvēlīgu gaisotni
Mājās				
Darbā				
Sabiedrībā kopumā				

Aptuveni cik daudz cigarešu dienā Jūs izsmēķējat? (norādiet cigarešu skaitu)

Cigarešu skaits	
Nesmēķēju	

Cik litrus alkoholisko dzērienu Jūs izdzerat vidēji nedēļas laikā? (norādiet litros)

	Litri
Viegļie alkoholiskie dzērieni (alus, sidrs u.c.)	
Vidēja stipruma alkoholiskie dzērieni (vīns, liķieris, vermutis u.c.)	
Stiprie alkoholiskie dzērieni (šņabis, viskijs, konjaks u.c.)	
Nelietoju alkoholu	

Kuras no minētajām brīvā laika nodarbēm vislabāk raksturo Jūsu aktivitāti pēdējā gada laikā? (iespējama viena atbilde)

Regulāri, intensīvi treniņi un sports	
Regulāra vingrošana vai aktīvā atpūta, vai smagi dārza darbi	
Pastaigas, braucieni ar velosipēdu vai cita veida vieglas aktivitātes	
Lasišana, televizora skatīšanās, datora lietošana vai cita sēdoša nodarbe	
Cits variants	

Salīdzinoši ar iepriekšējiem dzīves gadiem, vai piekrītat apgalvojumiem? (iespējama viena atbilde katrā rindiņā)

	Jā	Nē	Nav mainījies
Jūsu diēta/ uzturs ir uzlabojies			
Jūsu tabakas patēriņš ir samazinājies			
Jūsu alkohola patēriņš ir samazinājies			
Jūsu medikamentu patēriņš ir samazinājies			

	Jā	Nē	Nav mainījies
Jūs vairāk nodarbojaties ar fiziskām aktivitātēm/ aktīvo atpūtu, sportu			
Jūs izjūtat lielāku savstarpējo atbalstu mājās, darbā, sabiedrībā kopumā			
Jūs jūtaties sociāli ekonomiski vienlīdzīgāks, Jūsu sociālais statuss ir uzlabojies			
Stress, nelabvēlīga gaisotne mājās, darbā un sabiedrībā kopumā ir samazinājies			
Balanss starp darbu un ārpus darbu, starp ieguldījumiem un ieguvumiem ir uzlabojies			
Savstarpējās attiecības darbā, ar ģimeni un draugiem, ar citiem cilvēkiem kopumā ir uzlabojušās			
Prasības, kontrole, spriedze darbā ir samazinājies			
Jūsu ienākumi, patēriņš, labumi, pirkjspēja ir uzlabojies			
Jūsu nodarbinātības veids ir uzlabojies			
Jūsu izmantoto veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība un kvalitāte ir uzlabojies			
Jūsu dzīves vieta un dzīves vietas apstākļi ir uzlabojušies			
Sabiedrības vispārējie sociāli ekonomiski, kultūras un vides apstākļi ir uzlabojušies			

Salīdzinoši ar pašreizējo situāciju, ar cik lielām sociāli ekonomiskām grūtībām iepriekšējos dzīves gados Jums ir nācies saskarties? (iespējama viena atbilde, kur 1-ļoti lielas grūtības, 5-neesmu saskāries ar grūtībām)

1	2	3	4	5

Kurš no šiem izteikumiem visprecīzāk raksturo Jūsu ikmēneša patēriņa iespējas? (iespējama viena atbilde)

Ienākumi ir pietiekami	
Ienākumi ir pietiekami, veidoju uzkrājumu	
Ienākumi nav pietiekami, samazinu patēriņu vai nedaru neko	
Ienākumi nav pietiekami, aizņemos vai meklēju citus ienākumu avotus	
Ienākumu nav	

Kurš no šiem kritērijiem visprecīzāk raksturo Jūsu ikdienas preču/ pakalpojumu izvēli? (iespējama viena atbilde)

Kvalitāte	
Kvalitātes un cenas samērīgums	
Cena	
Cits	

Kurš no šiem izteikumiem visprecīzāk raksturo Jūsu ikdienas preču/ pakalpojumu izvēli?
(iespējama viena atbilde)

Spēju apmierināt visas savas vēlmes un vajadzības	
Pārsvarā spēju apmierināt visas savas vēlmes un vajadzības	
Spēju apmierināt visas savas pamat vēlmes un pamat vajadzības	
Pārsvarā spēju apmierināt visas savas pamat vēlmes un pamat vajadzības	
Pārsvarā nespēju apmierināt savas pamat vēlmes un pamat vajadzības	
Nespēju apmierināt savas pamat vēlmes un pamat vajadzības	

Cik bieži pēdējā gada laikā Jūs saskārāties ar grūtībām nomaksāt rēķinus?(iespējama viena atbilde)

Katru mēnesi	
Reizi divos mēnešos	
Dažas reizes	
Nekad	

Jūsaprāt, cik labi ir sabiedrības vispārējie...? (iespējama viena atbilde, kur 1-ļoti slikti, 5 - ļoti labi)

	1	2	3	4	5
Sociāli ekonomiskie apstākļi					
Kultūras apstākļi					
Vides apstākļi					

Cik pieejami ir Jūsu izmantotie veselības aprūpes pakalpojumi? (iespējama viena atbilde, kur 1 - ļoti nepieejami, 5 - ļoti pieejami)

1	2	3	4	5

Cik kvalitatīvi ir Jūsu izmantotie veselības aprūpes pakalpojumi? (iespējama viena atbilde, kur 1 - ļoti nekvalitatīvi, 5 - ļoti kvalitatīvi)

1	2	3	4	5

Cik bieži Jūs izmantojat veselības aprūpes pakalpojumus? (iespējama viena atbilde)

Neizmantoju	
Vidēji vienu reizi gadā	
Vidēji dažas reizes gadā	
Vidēji vienu reizi mēnesī	
Vidēji dažas reizes mēnesī	
Vidēji dažas reizes nedēļā	
Biežāk kā dažas reizes nedēļā	

Jūsaprāt, kas visbūtiskāk ir ietekmējis Jūsu pašreizējo veselības stāvokli? (norādiet secību, kur 1 - visbūtiskāk ietekmējis un 5 - visnebūtiskāk ietekmējis)

Notikumi un procesi Jūsu iepriekšējos dzīves gados vai bērnībā, iedzimtība	
Jūsu individuālais dzīvesveids (veselības stāvokli ietekmējošā uzvedība)	
Jūsu psiholoģiskā un/ vai sociālā ikdienas vide	
Dažāda veida dzīves un darba apstākļi (piemēram, ienākumi, pirktspēja, nodarbinātības veids, dzīves vietas apstākļi, izglītības līmenis, veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība un kvalitāte u.c.)	
Vispārējie sociāli ekonomiski, kultūras un vides apstākļi	

Norādiet Jūsu vecumu gados!

Norādiet Jūsu dzimumu!

Siev.	<input type="checkbox"/>
Vīr.	<input type="checkbox"/>

Cik personas dzīvo Jūs mājsaimniecībā (ieskaitot Jūs pašu)? (norādiet skaitu)

Cik ilgi Jūs dzīvojat savā pašreizējā pamata dzīvesvietā? (norādiet gadus)

Gadi	<input type="text"/>
------	----------------------

Kur atrodas Jūsu pašreizējā pamata dzīvesvieta? (iespējama viena atbilde)

Pilsētas centrā	<input type="checkbox"/>
Pilsētas teritorijā ārpus centra	<input type="checkbox"/>
Apkaimē ārpus pilsētas teritorijas	<input type="checkbox"/>
Mazapdzīvotā lauku teritorijā	<input type="checkbox"/>

Kāda tipa mājā Jūs dzīvojat? (iespējama viena atbilde)

Lauku māja vai cita veida viengimenes māja laukos	<input type="checkbox"/>
Viengimenes māja vai dvīņu māja, rindu māja	<input type="checkbox"/>
Dzīvoklis daudzdzīvokļu mājā	<input type="checkbox"/>
Istaba dzīvoklī vai mājā	<input type="checkbox"/>
Cits	<input type="checkbox"/>

Mājvieta...? (iespējama viena atbilde)

Pieder (Jums vai kādam mājsaimniecības loceklim)	<input type="checkbox"/>
Tiek īrēta (īrējat Jūs vai kāds mājsaimniecības loceklis)	<input type="checkbox"/>
Cits variants	<input type="checkbox"/>

Kāds ir Jūs ģimenes stāvoklis? (iespējama viena atbilde)

Precējies	<input type="checkbox"/>
Neprecējies, pašlaik dzīvoju kopā ar partneri	<input type="checkbox"/>
Pašlaik dzīvoju viens	<input type="checkbox"/>
Cits	<input type="checkbox"/>

Kāda ir Jūsu augstākā pabeigtā izglītība? (iespējama viena atbilde)

Nav izglītības	
Sākumskolas izglītība (3-4 klases)	
Pamata izglītība (8-9 klases)	
Vidējā vai vidējā profesionālā izglītība (11-12 klases)	
Augstākā izglītība (bakalaura grāds vai prof.augst.izgl.)	
Augstākā izglītība (maģistra grāds)	
Pēcdiploma studijas	

Kāds ir Jūsu šī brīža atalgojums neto (uz rokas)? (norādiet eiro)

Atalgojums eiro	
Nesaņemu atalgojumu	

Vai Jūsu atalgojums pēdējā gada laikā ir...?

Samazinājies	
Palielinājies	
Nav mainījies	

Kādi ir Jūsu šī brīža vidējie mēneša ienākumi? (norādiet eiro)

Ienākumi eiro	
Ienākumu nav	

Kāda šobrīd ir Jūsu pamatnodarbošanās? (iespējama viena atbilde)

Darba ņēmējs	
Darba devējs	
Pašnodarbinātā persona	
Mājsaimniece	
Apmaksātā atvaļinājumā	
Pensionārs (saņemu vecuma pensiju)	
Priekšlaicīga pensionēšanās/ invaliditātes pensija	
Bezdarbnieks	
Sociālās nodrošināšanas pabalstu saņēmējs	
Students, skolnieks	
Cits	

Aptaujas anketa krievu valodā

Место проживания респондента (город или уезд)

Здравствуйте!

Я провожу опрос, посвященный различным вопросам, связанным со здоровьем в Латвии. Вы выбраны для этого опроса абсолютно случайно. Для данных, собранных точно очень важно, чтобы ваши ответы были правдивы. Опросяется анонимными занимает около 10 минут.

Пожалуйста, дайте один ответ на каждый из следующих вопросов!

	Очень хорошее	Хорошее	Средние	Плохое	Очень плохое
Как вы оцениваете своё текущее здоровье?					
Как вы оцениваете своё здоровье в предыдущие годы жизни?					

По сравнению с предыдущими годами жизни, Ваша текущее состояния здоровья...?

Улучшилось	Ухудшилось	Не изменилось

Пожалуйста, дайте один ответ на каждый из следующих вопросов!

	Да, в основном	Да, иногда	Частично	Нет, почти никогда	Нет, никогда
Чувствуете ли вы себя физически достаточно хорошо, что бы делать то, что, хотите делать?					
Страдаете ли вы ежедневно от стресса?					
В целом, есть ли у вас проблемы со здоровьем?					
Ограничивают ли эти проблемы со здоровьем вашу повседневную деятельность?					

Пожалуйста, дайте один ответ на каждый из следующих вопросов!

	Да, каждый день	Да, по крайней мере, один раз в неделю	Да, но редко	Уже нет	Нет, никогда
Принимаете ли вы в вашем рационене здоровую пищу?					
Курите ли вы или курили раньше?					
Употреблятели вы алкоголь или употребляли раньше?					

	Да, каждый день	Да, по крайней мере, один раз в неделю	Да, но редко	Уже нет	Нет, никогда
Употребляете ли вы медикаменты или употребляли раньше?					
Занимаетесь ли вы регулярной физической активностью, активном отдыхом, спортом?					

Пожалуйста, дайте один ответ на каждый из следующих вопросов! (1 - совсем не важно / не имеет значения, 5 - очень важно / значительное)

	1	2	3	4	5
Насколько важно для вас качественное и здоровое питание?					
Насколько важно для вас не курить?					
Насколько важно для вас уменьшения употребление алкоголя?					
Насколько важно для вас уменьшения употребление медикаментов?					
Насколько важно для вас быть физически активным?					
Как важна для вас взаимная поддержка среди ваших членов семьи, друзей?					
Как важна для вас взаимная поддержка среди ваших коллег?					
Как важна для вас взаимная поддержка среди общества в целом?					
Как важна для вас социально-экономическая равенство среди ваших членов семьи, друзей?					
Как важна для вас социально-экономическая равенство среди ваших коллег?					
Как важна для вас социально-экономическая равенство среди общества в целом?					
Насколько значительное влияние на ваше здоровье оставляет стресс, негативная атмосфера с которой сталкиваетесь дома?					
Насколько значительное влияние на ваше здоровье оставляет стресс, негативная атмосфера с которой сталкиваетесь на работе?					
Насколько значительное влияние на ваше здоровье оставляет стресс, негативная атмосфера с которой сталкиваетесь в обществе в целом?					
Насколько важен для вас баланс между работой и в не-работы, между вложениями и выгодами?					
Насколько важны для вас отношения между членами семьи, друзьями?					
Насколько важны для вас отношения между коллегами?					
Насколько важны для вас отношения между людьми в обществе в целом?					
По вашему мнению, насколько значительное влияние на ваше текущее состояния здоровья имеет генетика родителей?					

Пожалуйста, дайте один ответ на каждый из предложенных вариантов!

	Никогда	Реже, чем раз в неделю	Один или несколько раз в неделю	Почти каждый день	Несколько раз в день
<i>Как часто вы едите...?</i>					
Овощи					
Фрукты, ягоды					
Хлеб из цельной пшеницы					
Рыбу					
<i>Как часто вы употребляете...?</i>					
Рецептурные медикаменты					
Нерецептурные медикаменты					
Гомеопатические медикаменты					
Прописанные медикаменты					
Медикаменты без прописывания врача					

Пожалуйста, дайте один ответ на каждый из следующих вопросов!

	Да, в основном	Да, иногда	Частично	Нет, почти никогда	Нет, никогда	Не работаю
По вашему мнению, есть ли взаимная поддержка среди ваших членов семьи, друзей?						
По вашему мнению, есть ли взаимная поддержка среди ваших коллег?						
По вашему мнению, есть ли взаимная поддержка среди общества в целом?						
Если вы заболели, в этом случае можете ли вы рассчитывать на помощь и поддержку от своей семьи, друзей?						
Если вы заболели, в этом случае можете ли вы рассчитывать на помощь и поддержку от коллег?						
Если вы заболели, в этом случае можете ли вы рассчитывать на помощь и поддержку от общества?						
По вашему мнению, есть ли социально-экономические неравенства среди ваших членов семьи, друзей?						

	Да, в основном	Да, иногда	Частично	Нет, почти никогда	Нет, никогда	Не работаю
По вашему мнению, есть ли социально-экономические неравенства среди ваших коллег?						
По вашему мнению, есть ли социально-экономические неравенства среди общества в целом?						
По вашему мнению, находитесь ли вы в худшем социально-экономическом положении чем ваши члены семьи, друзья?						
По вашему мнению, находитесь ли вы в худшем социально-экономическом положении чем ваши коллеги?						
По вашему мнению, находитесь ли вы в худшем социально-экономическом положении среди общества в целом?						

Пожалуйста, дайте один ответ на каждый из следующих вопросов!

	Да	В основном да	Частично	В основном нет	Нет	Не работаю
Существует ли вашей повседневной жизни баланс между работой и в не-работы, свободном время препровождением?						
Существует ли в вашей повседневной жизни дома баланс между вложениями (работа, забота, поддержка и т.д.) и выгодами (коммуникация, безопасность, признание и т.д.)?						
Существует ли в вашей повседневной жизни на работе баланс между вложениями (работа, забота, поддержка и т.д.) и выгодами (коммуникация, безопасность, признание и т.д.)?						

	Да	В основном да	Частично	В основном нет	Нет	Не работаю
Существует ли в вашей повседневной жизни средиобщества в целом баланс между вложениями (работа, забота, поддержка и т.д.) и выгодами (коммуникация, безопасность, признание и т.д.)?						
Сталкиваетесь ли вы в рабочей среде с требованиями?						
Сталкиваетесь ли вы в рабочей среде с контролем?						
Сталкиваетесь ли вы в рабочей среде с напряжением?						

Пожалуйста, дайте один ответ на каждый из следующих вопросов! (1- полностью не согласен, 5 - полностью согласен)

	1	2	3	4	5
<i>В какой мере вы согласны со следующими утверждениями в отношении вашей работы? (Если вы не работаете, перейдите к следующему вопросу!)</i>					
В своей работе, я могу принять многие решения самостоятельно					
У меня очень мало возможностей для принятия решений о моей работе					
Моя работа требует очень быстрый темп					
У меня обычно есть достаточно времени, чтобы выполнять свою работу					
Мой непосредственный руководитель учитывает моих предложений					
Мой непосредственный руководитель оказывать поддержку в работе					
Люди, с которыми я работаю действительно заинтересованы в том, как у меня дела					
Люди, с которыми я работаю, помогают в выполнении работы					
Рабочие коллеги часто психологически терроризируют меня					
<i>В какой мере вы согласны со следующими утверждениями в отношении вашего основного места жительства?</i>					
Общая доступность услуг и уровень в банках, почтовых отделениях, магазинах и т.п.. хороший					
Уровни и доступность услуг в области культуры (библиотека, кинотеатр, театр, танцевальный клуб, и т.д. ...) хорошая					

	1	2	3	4	5
Уровни и доступность рекреационных услуг (спортивные сооружения, бассейн, место для прогулок, и т.д. ..) хорошая					
Уровень и доступность услуг здравоохранения хорошая					
Система общественного транспорта и доступность хорошая					
Доступность общественных мест (хорошие возможности встретиться и пообщаться с друзьями, соседями, людьми вообще, и т.д. ..) хорошая					
Район места жительства спокойный и безопасный					

Как часто на работе у вас бывает такие ситуации? (Если вы не работаете, перейдите к следующему вопросу!)

	Никогда	Редка	Иногда	Часто	Каждый день
Шум (достаточно громкий, что когда говорим должны повышать голос)					
Воздействие химических веществ, паров или газов					
Повторяющиеся / монотонная работа на компьютере					
Подъем тяжелых предметов (более 20 кг)					

Какое из следующих утверждений лучше всего описывает уровень физического усилия на вашей основной работе? (возможен один ответ)

В основном сидячая работа, которая не требует физических усилий	
Работа в основном делается стоя или ходя но в остальном не требует физических усилий	
Работа стоя или ходя, часто поднимая или перемещая предметы	
Тяжелая или быстрая работа, которая является физически трудной	
Другой	
Не работаю	

Как справедливо к вам относятся на вашей основной работе (ежедневно, конфликтных ситуациях; коллеги, руководство; оценивают, наказывают, и т.д. ..)? (возможен один ответ, где 1 - очень несправедливо, 5 - очень справедливо)

1	2	3	4	5

Как вы оцениваете отношения между ...? (возможен один ответ, где 1 - очень негативно, 5 - очень позитивно)

	1	2	3	4	5
Коллегами по работе					
Членами семьи, друзьями					
Людьми в обществе в целом					

Сталкиваетесь ли вы со стрессом, негативной атмосферой ..? (возможен один ответ в каждый строке)

	Да, каждый день	Да, по крайней мере, один раз в неделю	Да, по крайней мере, один раз в месяц	Да, но редко	Никогда
Дома					
На работе					
В обществе в целом					

Влияет ли на ваше здоровье стресс или негативная атмосфера с которой сталкиваетесь? (возможен один ответ в каждый строке)

Стресс или негативная атмосфера..	Да	Частично	Нет	Не сталкиваясь со стрессом негативни атмосфери
Дома				
На работе				
В обществе в целом				

Примерно сколько сигарет вы выкуриваете в день? (укажите количество сигарет)

Количество сигарет	
Не курю	

Сколько литров алкогольных напитков вы выпиваете в среднем за неделю? (укажите литры)

	Литры
Легкие алкогольные напитки (пиво, сидр и т.д.)	
Средней крепости алкогольные напитки (вино, ликер, вермут и т.д.)	
Крепкие алкогольные напитки (водка, виски, коньяк и т.д.)	
Не употребляю алкоголь	

Какие из следующих досуга лучше всего описывает вашу деятельность в прошлом году? (возможен один ответ)

Регулярный, интенсивные тренировки и спорт	
Регулярные упражнения и активный отдых, или тяжелая садоводство	
Прогулки, езда на велосипеде или другие легкие деятельности	
Чтение, просмотр телевизора, использование компьютера или другая сидячая деятельность	
Другой вариант	

По сравнению с предыдущими годами жизни, согласны ли вы со следующими утверждениями? (возможен один ответ в каждой строке)

	Да	Нет	Не изменилось
Ваша диета / питание улучшилось			
Ваше употребление табака уменьшилось			
Ваше употребление алкоголя уменьшилось			
Ваше употребление медикаментов уменьшилось			
Вы больше занимаетесь физической активностью, активном отдыхом, спортом			
Вы больше чувствуете взаимную поддержку у себя дома, на работе, в обществе в целом			
Вы чувствуете себя более социально-экономически равным, ваш социальный статус улучшился			
Стресс, негативная атмосфера дома, на работе и в обществе в целом уменьшилось			
Баланс между работой и в не-работы, между вложениями и выгодами улучшился			
Отношения на работе, между членами семьи, друзьями, с другими людьми в целом улучшились			
Требования, контроль, стресс на работе уменьшился			
Ваш доход, потребление, выгоды, покупательная способность улучшилась			
Ваш тип занятости улучшился			
Качества и доступность использованных услуг здравоохранения улучшилась			
Ваше место жительства и условия место жительства улучшились			
Общий социально-экономические условия, условия культуры и условия среды общества улучшились			

По сравнению с нынешней ситуацией, с насколько большими социально-экономическими трудностями в предыдущие годы жизни вы столкнулись? (возможен один ответ, где 1- очень большими трудностями, 5- не сталкивался с трудностями)

1	2	3	4	5

Какое из следующих утверждений лучше всего описывает ваши ежемесячные потребительские возможности? (возможен один ответ)

Доход достаточной	
Доход достаточной, накапливаю	
Доход не достаточной, сокращения потребления или ничего не делают	
Доход не достаточной, занимаю или ищу другие источники дохода	
Дохода, нет	

Какое из следующих утверждений лучше всего описывает ваши критерии ежедневного выбора товара / услуги? (возможен один ответ)

Качество	
Пропорциональность качество и цены	
Цена	
Другой	

Какое из следующих утверждений лучше всего описывает ваш ежедневный выбор товара / услуги? (возможен один ответ)

Способность удовлетворить все свои потребности и пожелания	
В основном способность удовлетворить все свои потребности и пожелания	
Способность удовлетворить все свои основные потребности	
В основном способность удовлетворить все свои основные потребности	
В основном неспособность удовлетворить все свои основные потребности	
Неспособность удовлетворить все свои основные потребности	

Как часто в течение последнего года вы столкнулись с трудностями оплатить счета? (возможен один ответ)

Каждый месяц	
Каждые два месяца	
Несколько раз	
Никогда	

По вашему мнению, насколько хороший в общественности общий...? (возможен один ответ, где 1-очень плохой, 5 - очень хороший)

	1	2	3	4	5
Социально-экономические условия					
Условия культуры					
Условия среды					

Насколько доступны ваши используемые услуги здравоохранения? (возможен один ответ, где 1 - очень недоступны, 5 - очень доступным)

1	2	3	4	5

Насколько качественны ваши используемые услуги здравоохранения? (возможен один ответ, где 1 - очень качественные, 5 - очень некачественные)

1	2	3	4	5

Как часто вы пользуетесь услугами здравоохранения? (возможен один ответ)

Не использую	
В среднем, один раз в год	
В среднем, несколько раз в году	
В среднем, один раз в месяц	
В среднем, несколько раз в месяц	
В среднем, несколько раз в неделю	
Более, чем несколько раз в неделю	

По вашему мнению, что наиболее существенно повлияла на ваше текущее состояние здоровья? (укажите порядок, в котором 1 - наиболее значительно повлияла, 5 - наиболее несущественно повлияла)

События и процессы ваших предыдущих лет жизни или в детстве, наследственность	
Ваш индивидуальный образ жизни (поведение влияющие на состояние здоровья)	
Ваша психологическая и / или социальная повседневная среда	
Различные виды условий жизни и труда (на пример, доход, покупательная способность, тип занятости, условия проживания, уровень образования, качестваи доступ к услугам здравоохранения и т.д.)	
Общий социально-экономические условия, условия культуры и условия среды	

Укажите ваш возраст!

Укажите ваш пол!

Жен.	
Муж.	

Сколько людей живут в вашем домохозяйстве (включая вас)? (укажите количество)

Как долго вы живете в основном месте жительства? (укажите годы)

Годы	
------	--

Где находится ваше текущее основное место жительства? (возможен один ответ)

В центре города	
В территорий города за пределами центра	
В окрестности за пределами городской территорий	
В малонаселенном сельском районе	

В доме какого типа вы живете? (возможен один ответ)

Деревенский дом или односемейный дом другого типа в сельской местности	
Дом на одну семью или двухквартирный дом, террасный дом	
Квартира в многоквартирном доме	
Комната в квартире или доме	
Другой	

Место жительства...? (возможен один ответ)

Принадлежит (вам или члену вашей семьи)	
Арендуется (вами или членом вашей семьи)	
Другой вариант	

Каково ваше семейное положение? (возможен один ответ)

Женат	
Не замужем, живу с партнером	
В настоящее время живу один	
Другое	

Какое ваше высшее завершённое образование? (возможен один ответ)

Нет образования	
Начальное образование (3-4 класса)	
Основное образование (8-9 классов)	
Среднее или среднее профессиональное образование (11-12 классов)	
Высшее образование (степень бакалавра или высшее профессиональное образование)	
Высшее образование (степень магистра)	
Аспирантура	

Какова ваша текущая нетто-зарплата (на руки)? (укажите евро)

Зарплата в евро	
Зарплату не получаю	

Ваша зарплата за последний год...?

Снизилась	
Увеличилась	
Не изменилась	

Каков ваш текущий среднемесячный доход? (укажите евро)

Доходы в евро	
Нет доходов	

Какое ваше главное занятие сейчас? (возможен один ответ)

Работник	
Работодатель	
Самозанятый	
Домохозяйка	
Нахожусь в оплачиваемом отпуске	
Пенсионер (получаю пенсию по старости)	
Досрочный выход на пенсию / пенсия по инвалидности	
Безработный	
Получатель пособия социального обеспечения	
Студент, школьник	
Другое	

Aptaujas anketu atbilžu sadalījuma biežums

Demogrāfiskās pazīmes	Valoda	Kodi	1	2										
		Atb. biež (%)	76,1	23,9										
	Respondenta dzīvesvieta (pilsēta vai novads)-plānošanas reģioni	Kodi	1	2	3	4	5							
		Atb. biež (%)	13	10,8	11	15	50,2							
	Norādiet Jūsu vecumu gadus!	Vecuma grupas	16-25	26-35	36-50	51-61	62-93							
		Atb. biež (%)	8,4	15	31,3	20,8	24,5							
	Norādiet Jūsu dzimumu!	Kodi	1	2										
		Atb. biež (%)	65,3	34,7										
	Cik personas dzīvo Jūs mājāsaimniecībā (ieskaitot Jūs pašu)?	Māj. pers. skaits	1-3	4-6	7-12									
		Atb. biež (%)	72	26,8	1,2									
	Kāds ir Jūsu ģimenes stāvoklis?	Kodi	1	2	3	4								
		Atb. biež (%)	52,7	16,3	29,1	1,9								
	Kāda ir Jūsu augstākā pabeigtā izglītība?	Kodi	1	2	3	4	5	6	7					
		Atb. biež (%)	1,2	2,7	9,3	36,1	38,4	12,2	0,1					
	Kādi ir Jūsu šī brīža vidējie mēneša ienākumi? (eiro)	Ienākumu grupas	-100	108-200	203-360	363-500	507-1000	1200-2500						
		Atb. biež (%)	5,2	8,6	34,8	23,4	25,1	2,9						
	Kāda šobrīd ir Jūsu pamatnodarbošanās?	Kodi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
		Atb. biež (%)	58,9	1,4	4,2	1,1	0,8	25	1,5	4,4	0,9	1,6	0,2	
	Kur atrodas Jūsu pašreizējā pamata	Kodi	1	2	3	4								
		Atb. biež (%)	21,1	54	16,1	8,8								

		dzīvesvieta?									
Veselības stāvokļa pašnovērtējums		Kā Jūs kopumā vērtējat savu pašreizējo veselības stāvokli?	Kodi	1	2	3	4	5			
			Atb. biež (%)	4,8	30,2	40,5	19,2	5,3			
		Vai fiziski Jūs jūtaties pietiekami labi, lai darīto to, ko parasti vēlaties darīt?	Kodi	1	2	3	4	5			
			Atb. biež (%)	50,9	20,9	23	4,7	0,5			
		Vai ikdienā Jūs ciešat no stresa?	Kodi	1	2	3	4	5			
			Atb. biež (%)	13,6	49,9	19,3	13,3	3,9			
		Vai kopumā Jums ir veselības stāvokļa problēmas?	Kodi	1	2	3	4	5			
			Atb. biež (%)	18	39,9	22,3	17,1	2,7			
		Vai šīs veselības stāvokļa problēmas ierobežo Jūsu ikdienas nodarbes?	Kodi	1	2	3	4	5			
			Atb. biež (%)	10,3	25,6	28,1	23,1	12,9			
		Uzvedības pieeja / modeļa individuālo dzīvesveida faktoru līmenis	Diēta/uzturs	Vai Jūs savā uzturā lietojat neveselīgu pārtiku?	Kodi	1	2	3	4	5	
					Atb. biež (%)	12,6	27,3	43,2	4,9	12	
				Cik bieži Jūs ēdat dārzeņus?	Kodi	1	2	3	4	5	
					Atb. biež (%)	0,1	2,5	13,7	56	27,7	
Cik bieži Jūs ēdat augļus, ogas?	Kodi			1	2	3	4	5			
	Atb. biež (%)			0,4	15,4	32,8	41,8	9,6			
Cik bieži Jūs ēdat pilngraudu maizi?	Kodi			1	2	3	4	5			
	Atb. biež (%)			6,9	20,2	21,4	39,3	12,2			
Cik bieži Jūs ēdat zivis?	Kodi			1	2	3	4	5			
	Atb. biež (%)			2,5	62,2	31	3,6	0,7			
Cik svarīgi Jums ir	Kodi			1	2	3	4	5			

	kvalitatīvs un veselīgs uzturs?	Atb. biež (%)	3,2	3,5	18,5	30,9	43,9	
Tabakas patēriņš	Vai Jūs smēķējat vai esat agrāk smēķējis?	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	21,4	2,4	6,3	14,4	55,5	
	Aptuveni cik daudz cigarešu dienā Jūs izsmēķējat? (cigarešu skaits)	Cig. skaits	0	1-5	6-10	11-15	16-40	
		Atb. biež (%)	72,5	7,2	8,1	5,2	7	
	Cik svarīgi Jums ir nesmēķēt?	Kodi	1	2	3	4	5	
	Atb. biež (%)	13	5,8	9,7	9,7	61,8		
Alkohola patēriņš	Vai Jūs lietojat alkoholu vai esat agrāk lietojis alkoholu?	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	1,9	17,5	62,1	9,6	8,9	
	Cik litrus alkoholisko dzērienu Jūs izdzerat vidēji nedēļas laikā? (vieglie alkoholiskie dzērieni (alus, u.c.))	Vieg. alk. dzēr. (l)	0	0,03-0,5	0,7-1	1,5-3	3,5-10	
		Atb. biež (%)	52,4	15,3	14,5	12,4	5,4	
	Cik litrus alkoholisko dzērienu Jūs izdzerat vidēji nedēļas laikā? (vidēja stipruma alkoholiskie dzērieni (vīns, liķieris, vermuts u.c.))	Vid. stip. alk. dzēr. (l)	0	0,01-0,15	0,2-0,5	0,6-1	1,5-4	
		Atb. biež (%)	51,4	4	31,9	10	2,7	
	Cik litrus alkoholisko dzērienu Jūs izdzerat vidēji nedēļas laikā? (stiprie alkoholiskie dzērieni (šņabis, viskijs, konjaks u.c.))	Stipr. alk. dzēr. (l)	0	0,01-0,15	0,2-0,5	0,6-1	1,5-4	5-9
		Atb. biež (%)	52,9	13,4	23,4	6,3	3,4	0,6
	Cik svarīgi Jums ir	Kodi	1	2	3	4	5	

	samazināt savu alkohola patēriņu?	Atb. biež (%)	28,6	13,1	20,6	15,2	22,5	
Medikamentu patēriņš	Vai Jūs lietojat medikamentus vai esat agrāk lietojis medikamentus?	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	25,5	15,4	50,9	3	5,2	
	Cik bieži Jūs lietojat recepšu medikamentus?	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	20,6	40,5	8,3	16,5	14,1	
	Cik bieži Jūs lietojat bezrecepšu medikamentus?	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	11,7	53,9	18,4	10,5	5,5	
	Cik bieži Jūs lietojat homeopātiskos medikamentus?	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	46,9	32,8	7,1	6,8	6,4	
	Cik bieži Jūs lietojat ārsta nozīmētos medikamentus?	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	17	44,2	7,6	16,2	15	
	Cik bieži Jūs lietojat medikamentus bez ārsta nozīmējuma?	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	23,4	49,6	15,3	7,4	4,3	
	Cik svarīgi Jums ir samazināt savu medikamentu patēriņu?	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	22,3	9,9	19,1	14,2	34,5	

Psiho-sociālā pieeja (trīs sfēras: mājas, darbs, sabiedrība) / modeļa sociālo un kopienas tīklu līmenis	Fiziskās aktivitātes / aktīvā atpūta, sports	Vai Jūs regulāri nodarbojaties ar fiziskām aktivitātēm, aktīvo atpūtu, sportu?	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	11,7	25,6	38,9	17,7	6,1		
		Kuras no minētajām brīvā laika nodarbēm vislabāk raksturo Jūsu aktivitāti pēdējā gada laikā?	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	4	14,9	33,2	45,4	2,5		
		Cik svarīgi Jums ir būt fiziski aktīvam?	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	3,9	3,6	17	28,6	46,9		
	Sociālā un sabiedrības ietekme (savstarpējais atbalsts)	Vai Jūsaprāt pastāv savstarpējais atbalsts Jūsu ģimenes locekļu, draugu starpā?	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	73,9	15,5	9,7	0,7	0,2		
		Vai Jūsaprāt pastāv savstarpējais atbalsts Jūsu darba kolēģu starpā?	Kodi	1	2	3	4	5	6
		Atb. biež (%)	24,9	23,5	16,8	2,6	0,6	31,6	
		Vai Jūsaprāt pastāv savstarpējais atbalsts sabiedrībā kopumā?	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	4,6	22,1	48,3	18,6	6,4		

Ja Jūs saslimstat, vai tādā gadījumā Jūs varat paļauties, saņemt atbalstu un palīdzību no jūsu ģimenes locekļiem, draugiem?	Kodi	1	2	3	4	5	
	Atb. biež (%)	75,3	15,5	7,1	1,9	0,2	
Ja Jūs saslimstat, vai tādā gadījumā Jūs varat paļauties, saņemt atbalstu un palīdzību no jūsu darba kolēģiem?	Kodi	1	2	3	4	5	6
	Atb. biež (%)	22,3	21,2	16,4	6,7	1,9	31,5
Ja Jūs saslimstat, vai tādā gadījumā Jūs varat paļauties, saņemt atbalstu un palīdzību no sabiedrības?	Kodi	1	2	3	4	5	
	Atb. biež (%)	3,7	9,7	33,7	28,6	24,3	
Cik svarīgs Jums ir savstarpējais atbalsts Jūsu ģimenes locekļu, draugu starpā?	Kodi	1	2	3	4	5	
	Atb. biež (%)	1,8	1	6,1	17,4	73,7	
Cik svarīgs Jums ir savstarpējais atbalsts Jūsu darba kolēģu starpā?	Kodi	1	2	3	4	5	
	Atb. biež (%)	7,7	10,6	21,4	25,8	34,5	
Cik svarīgs Jums ir savstarpējais atbalsts sabiedrībā kopumā?	Kodi	1	2	3	4	5	
	Atb. biež (%)	8,7	13	28,7	27,1	22,5	

Sociāli ekonomiskā nevienlīdzība / zems sociālais statuss (subordinance, dominance (salīdzinājumā ar citiem))	Vai, Jūsaprāt, pastāv sociāli ekonomiskā nevienlīdzība Jūsu ģimenes locekļu, draugu starpā?	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	12,7	20,8	40	16	10,5	
	Vai, Jūsaprāt, pastāv sociāli ekonomiskā nevienlīdzība Jūsu darba kolēģu starpā?	Kodi	1	2	3	4	5	6
		Atb. biež (%)	9	16,5	26,4	12,1	4,6	31,4
	Vai, Jūsaprāt, pastāv sociāli ekonomiskā nevienlīdzība sabiedrībā kopumā?	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	61,6	12,6	18,7	4,5	2,6	
	Vai, Jūsaprāt, Jūs esat salīdzinoši sliktākā sociāli ekonomiskā pozīcijā Jūsu ģimenes locekļu, draugu starpā?	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	7,7	16,9	35,3	27,1	13	
	Vai, Jūsaprāt, Jūs esat salīdzinoši sliktākā sociāli ekonomiskā pozīcijā Jūsu darba kolēģu starpā?	Kodi	1	2	3	4	5	6
		Atb. biež (%)	4	10,6	23,5	20,3	10,1	31,5
	Vai, Jūsaprāt, Jūs esat salīdzinoši sliktākā sociāli ekonomiskā pozīcijā sabiedrībā kopumā?	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	25,2	21,3	31,7	14,1	7,7	

Psiholoģiskie efekti (stress, nelabvēlīga gaisotne)	Cik svarīga Jums ir sociāli ekonomiskā vienlīdzība Jūsu ģimenes locekļu, draugu starpā?	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	8,9	7,2	28,5	27,6	27,8	
	Cik svarīga Jums ir sociāli ekonomiskā vienlīdzība Jūsu darba kolēģu starpā?	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	13,5	14,5	32,3	22,7	17	
	Cik svarīga Jums ir sociāli ekonomiskā vienlīdzība sabiedrībā kopumā?	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	8	9,4	27,5	31,5	23,6	
	Vai Jūs saskaraties ar stresu, nelabvēlīgu gaisotni mājās?	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	7,6	19,6	14,6	47,9	10,3	
	Vai Jūs saskaraties ar stresu, nelabvēlīgu gaisotni darbā?	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	11,8	21,3	14,1	24,8	28	
	Vai Jūs saskaraties ar stresu, nelabvēlīgu gaisotni sabiedrībā kopumā?	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	8,1	16,6	23,5	46,8	5	
Vai stress, nelabvēlīga gaisotne ar, kuru saskaraties rada ietekmi uz Jūsu veselības stāvokli? (mājās)	Kodi	1	2	3	4			
	Atb. biež (%)	28,5	37,8	24,7	9			

Vai stress, nelabvēlīga gaisotne ar, kuru saskaraties rada ietekmi uz Jūsu veselības stāvokli? (darbā)	Kodi	1	2	3	4		
	Atb. biež (%)	22,2	36,1	14,6	27,1		
Vai stress, nelabvēlīga gaisotne ar, kuru saskaraties rada ietekmi uz Jūsu veselības stāvokli? (sabiedrībā kopumā)	Kodi	1	2	3	4		
	Atb. biež (%)	17,7	49,6	29,1	3,6		
Cik būtisku ietekmi uz Jūsu veselības stāvokli rada stress, nelabvēlīga gaisotne ar, kuru saskaraties mājās?	Kodi	1	2	3	4	5	
	Atb. biež (%)	9,3	14,1	23,8	22	30,8	
Cik būtisku ietekmi uz Jūsu veselības stāvokli rada stress, nelabvēlīga gaisotne ar, kuru saskaraties darbā?	Kodi	1	2	3	4	5	
	Atb. biež (%)	11	13,2	27,9	21,6	26,3	
Cik būtisku ietekmi uz Jūsu veselības stāvokli rada stress, nelabvēlīga gaisotne ar, kuru saskaraties sabiedrībā kopumā?	Kodi	1	2	3	4	5	
	Atb. biež (%)	8,9	17,1	33,2	21,3	19,5	

Balanss (starp darbu un ārpus darbu, starp ieguldījumiem un ieguvumiem (saskarsme, drošība, atzinība, izaugsmes iespējas))	Vai Jūsu ikdienā pastāv balanss starp darbu un ārpus darba, brīvā laika aktivitātēm?	Kodi	1	2	3	4	5	6
		Atb. biež (%)	15,1	35	29,2	11	3,2	6,5
	Vai Jūsu ikdienā pastāv balanss starp ieguldījumiem (darbs, rūpes, atbalsts u.c.) un ieguvumiem (saskarsme, drošība, atzinība u.c.) mājās?	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	16,8	39,4	32,1	8,5	3,2	
	Vai Jūsu ikdienā pastāv balanss starp ieguldījumiem (darbs, rūpes, atbalsts u.c.) un ieguvumiem (saskarsme, drošība, atzinība u.c.) darbā?	Kodi	1	2	3	4	5	6
		Atb. biež (%)	4,9	20,1	30,9	10,2	2,3	31,6
	Vai Jūsu ikdienā pastāv balanss starp ieguldījumiem (darbs, rūpes, atbalsts u.c.) un ieguvumiem (saskarsme, drošība, atzinība u.c.) sabiedrībā kopumā?	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	4,3	15,1	45,3	25,2	10,1	
	Cik svarīgs Jums ir balanss starp darbu un ārpus darbu, starp ieguldījumiem un ieguvumiem?	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	3,7	5,3	24,3	35,6	31,1	

Savstarpējās attiecības (darbs, ģimene, draugi, sabiedrība)	Kā Jūs vērtējat savstarpējās attiecības ar darba kolēģiem?	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	1	2,9	20,1	48,5	27,5	
	Kā Jūs vērtējat savstarpējās attiecības ar ģimenes locekļiem, draugiem?	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	0,3	1,5	8,2	28,5	61,5	
	Kā Jūs vērtējat savstarpējās attiecības ar sabiedrībā esošiem cilvēkiem kopumā?	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	3,7	8,6	35,9	36,8	15	
	Cik svarīgas Jums ir savstarpējās attiecības ar ģimenes locekļiem, draugiem?	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	0,7	0,7	6,3	12,8	79,5	
	Cik svarīgas Jums ir savstarpējās attiecības ar darba kolēģiem?	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	5,8	9,3	19,6	29,3	36	
	Cik svarīgas Jums ir savstarpējās attiecības ar sabiedrībā esošiem cilvēkiem kopumā?	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	5,4	12,9	33,3	29,7	18,7	

Darba vides riska faktori (prasības, kontrole, spriedze)	Savā darbā es daudzus lēmumus varu pieņemt patstāvīgi	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	10,1	10,2	28,3	24,2	27,2	
	Man ir ļoti maz iespējas pieņemt lēmumus par sava darba veikšanu	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	26,7	26,6	22,8	12,5	11,4	
	Mans darbs prasa ļoti ātru tempu	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	5,6	10,8	28	27,4	28,2	
	Man parasti ir pietiekami daudz laika, lai izdarītu savu darbu	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	8,9	17,8	28,8	23,2	21,3	
	Mans tiešais vadītājs ņem vērā manus ieteikumus	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	9	11,5	26,7	30,2	22,6	
	Mans tiešais vadītājs sniedz atbalstu darba veikšanā	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	6,4	11,1	23,4	29,9	29,2	
	Cilvēki, ar kuriem es kopā strādāju, patiesi interesējas par to, kā man klājas	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	8,2	14,3	33	24,8	19,7	
	Cilvēki, ar kuriem es kopā strādāju, ir izpalīdzīgi darba paveikšanā	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	4,6	8,9	28,9	32,1	25,5	
	Darbā kolēģi mani bieži psiholoģiski terorizē	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	63,9	17,8	9,1	5,5	3,7	

		Vai Jūs darba vidē saskaraties ar prasībām?	Kodi	1	2	3	4	5	6	
		Atb. biež (%)	39,6	18,6	7,3	1,4	1,1	32		
		Vai Jūs darba vidē saskaraties ar kontroli?	Kodi	1	2	3	4	5	6	
		Atb. biež (%)	33	16,1	13	3,8	2,1	32		
		Vai Jūs darba vidē saskaraties ar spriedzi?	Kodi	1	2	3	4	5	6	
		Atb. biež (%)	26,5	12,8	20,3	6,7	1,7	32		
	Izglītība	Kāda ir Jūsu augstākā pabeigtā izglītība?	Kodi	1	2	3	4	5	6	7
			Atb. biež (%)	1,2	2,7	9,3	36,1	38,4	12,2	0,1
	Materiālistu pieeja/ modeļa trešais līmenis	Darba vide (atalgojums, drošība, taisnīga izturēšanās)	Kāds ir Jūsu šī brīža atalgojums neto (uz rokas)? (eiro)	Atalg. grupas	0	50-100	120-200	207-360	365-500	509-1000
Atb. biež (%)				33,2	0,4	2,5	20,9	20,9	20,6	1,5
Vai Jūsu atalgojums pēdējā gada laikā ir...?			Kodi	1	2	3				
			Atb. biež (%)	13,8	23,6	62,6				
Kurš no šiem izteikumiem visprecīzāk raksturo fiziskās piepūles līmeni Jūsu pamatdarbā?			Kodi	1	2	3	4	5	6	
			Atb. biež (%)	33,4	16,1	9,9	5,4	3	32,2	
Troksnis (tik skaļš, ka, runājot ir jāpaceļ balss)			Kodi	1	2	3	4	5		
			Atb. biež (%)	18,5	33	28,1	12,2	8,2		
Pakļautība ķīmisko vielu, izgarojumu vai gāzu iedarbībai		Kodi	1	2	3	4	5			
		Atb. biež (%)	58,2	18,9	11,6	7,2	4,1			

Dzīves un darba apstākļi (ienākumi, patēriņš, labumi, pirktspēja)	Vienveidīgs/ monotons darbs pie datora	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	27,5	14,4	22,4	16,8	18,9	
	Smagu priekšmetu (virs 20kg) celšana	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	51,6	20,5	13,9	7,8	6,2	
	Cik taisnīgi (ikdienā, konfliktsituācijās; kolēģi, vadība; novērtējot, sodot u.tml.) pret Jums izturas Jūsu pamatdarbavietā?	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	2,1	4,7	28,7	41,1	23,4	
	Kādi ir Jūsu šī brīža vidējie mēneša ienākumi? (eiro)	Kodi	-100	108- 200	203- 360	363- 500	507- 1000	1200- 2500
		Atb. biež (%)	5,2	8,6	34,8	23,4	25,1	2,9
	Kurš no šiem izteikumiem visprecīzāk raksturo Jūsu ikmēneša patēriņa iespējas?	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	22,4	9,9	44	21,1	2,6	
	Kurš no šiem kritērijiem visprecīzāk raksturo Jūsu ikdienas preču/ pakalpojumu izvēli?	Kodi	1	2	3	4		
		Atb. biež (%)	2	61,6	35,6	0,8		

	Kurš no šiem izteikumiem visprecīzāk raksturo Jūsu ikdienas preču/ pakalpojumu izvēli?	Kodi	1	2	3	4	5	6						
		Atb. biež (%)	4,2	9,3	15,9	38,9	23,6	8,1						
	Bezdarbs (nodarbinātības vai bezdarba veids)	Kāda šobrīd ir Jūsu pamatnodarbošanās?	Kodi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
			Atb. biež (%)	58,9	1,4	4,2	1,1	0,8	25	1,5	4,4	0,9	1,6	0,2
	Veselības aprūpes pakalpojumi (veselības pakalpojumu pieejamība un kvalitāte)	Cik bieži Jūs izmantojat veselības aprūpes pakalpojumus?	Kodi	1	2	3	4	5	6	7				
			Atb. biež (%)	2,5	19,2	50	20,1	7,7	0,4	0,1				
		Cik pieejami ir Jūsu izmantotie veselības aprūpes pakalpojumi?	Kodi	1	2	3	4	5						
			Atb. biež (%)	24,3	23,7	28,9	16,4	6,7						
		Cik kvalitatīvi ir Jūsu izmantotie veselības aprūpes pakalpojumi?	Kodi	1	2	3	4	5						
			Atb. biež (%)	12,6	23,6	39,6	18,7	5,5						

Pajumte (dzīves vieta, apstākļi)	Vispārējā pakalpojumu pieejamība un līmenis bankās, pasta nodaļās, veikalos utt. ir labs	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	5,5	6,8	28,2	32,5	27	
	Kultūras pakalpojumu (bibliotēka, kino, teātris, deju klubi utt.) līmenis un pieejamība ir laba	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	4,1	10	26,9	32,6	26,4	
	Atpūtas pakalpojumu (sportošanas iespējas, peldbaseins, pastaigu vietas utt.) līmenis un pieejamība ir laba	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	6,1	10,5	27,8	33	22,6	
	Veselības aprūpes pakalpojumu līmenis un pieejamība ir laba	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	21,1	30,3	28,9	13,6	6,1	
	Sabiedriskā transporta sistēma un pieejamība ir laba	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	7,6	19,3	26,1	25,9	21,1	

	Sabiedrisko vietu (labas iespējas satikties un kontaktēties ar draugiem, kaimiņiem, cilvēkiem kopumā utt.) pieejamība ir laba	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	4,7	14,2	31,7	30,3	19,1	
	Dzīvesvietas rajons ir mierīgs un drošs	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	2,6	6,9	24,4	38,6	27,5	
	Cik ilgi Jūs dzīvojat savā pašreizējā pamata dzīvesvietā?	Nodz. g. grupas	-1	1,5-5	6-10	11-20	21-30	31-81
		Atb. biež (%)	6,9	14,6	13,8	21	14,1	29,6
	Kur atrodas Jūsu pašreizējā pamata dzīvesvieta?	Kodi	1	2	3	4		
		Atb. biež (%)	21,1	54	16,1	8,8		
	Kāda tipa mājā Jūs dzīvojat?	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	12,8	20,7	63	2,9	0,6	
	Mājvieta...?	Kodi	1	2	3			
		Atb. biež (%)	81	16,8	2,2			
	Cik bieži pēdējā gada laikā Jūs saskārāties ar grūtībām nomaksāt rēķinus?	Kodi	1	2	3	4		
		Atb. biež (%)	15,6	6,9	44,2	33,3		

Vispārējie sociāli, ekonomiski, kultūras un vides apstākļi	Vispārējie sociāli, ekonomiski, kultūras un vides apstākļi	Jūsaprāt, cik labi ir sabiedrības vispārējie sociāli ekonomiskie apstākļi?	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	34,4	36,4	26	2,8	0,4		
		Jūsaprāt, cik labi ir sabiedrības vispārējie kultūras apstākļi?	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	1,8	9,5	40,1	35,7	12,9		
		Jūsaprāt, cik labi ir sabiedrības vispārējie vides apstākļi?	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	3,5	11,8	43,6	33,3	7,8		
Dzīves gājuma pieeja/ modeļa visi līmeņi dzīves gājuma kontekstā	Trūkumu un priekšrocību uzkrāšanās/ individuālā pieredze	Jūsu diēta/ uzturs ir uzlabojies	Kodi	1	2	3			
		Atb. biež (%)	31,1	23,3	45,6				
		Jūsu tabakas patēriņš ir samazinājies	Kodi	1	2	3			
		Atb. biež (%)	17,5	14,9	67,6				
		Jūsu alkohola patēriņš ir samazinājies	Kodi	1	2	3			
		Atb. biež (%)	29,5	14,9	55,6				
		Jūsu medikamentu patēriņš ir samazinājies	Kodi	1	2	3			
		Atb. biež (%)	17,7	38,9	43,4				
		Jūs vairāk nodarbojaties ar fiziskām aktivitātēm/ aktīvo atpūtu, sportu	Kodi	1	2	3			
		Atb. biež (%)	23,1	48	28,9				
		Jūs izjūtat lielāku savstarpējo atbalstu mājās, darbā, sabiedrībā kopumā	Kodi	1	2	3			
		Atb. biež (%)	30,9	21,5	47,6				

	Jūs jūtaties sociāli ekonomiski vienlīdzīgāks, Jūsu sociālais statuss ir uzlabojies	Kodi	1	2	3			
		Atb. biež (%)	24,5	42	33,5			
	Stress, nelabvēlīga gaisotne mājās, darbā un sabiedrībā kopumā ir samazinājies	Kodi	1	2	3			
		Atb. biež (%)	21,5	34,4	44,1			
	Balanss starp darbu un ārpus darbu, starp ieguldījumiem un ieguvumiem ir uzlabojies	Kodi	1	2	3			
		Atb. biež (%)	21,5	26,1	52,4			
	Savstarpējās attiecības darbā, ar ģimeni un draugiem, ar citiem cilvēkiem kopumā ir uzlabojušās	Kodi	1	2	3			
		Atb. biež (%)	27,4	11,5	61,1			
	Prasības, kontrole, spriedze darbā ir samazinājies	Kodi	1	2	3			
		Atb. biež (%)	15,1	29,3	55,6			
	Jūsu ienākumi, patēriņš, labumi, pirktspēja ir uzlabojusies	Kodi	1	2	3			
		Atb. biež (%)	25,1	47,5	27,4			
	Jūsu nodarbinātības veids ir uzlabojies	Kodi	1	2	3			
		Atb. biež (%)	23,5	36,7	39,8			

		Jūsu izmantoto veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība un kvalitāte ir uzlabojusies	Kodi	1	2	3			
		Atb. biež (%)	13,6	48,7	37,7				
		Jūsu dzīves vieta un dzīves vietas apstākļi ir uzlabojušies	Kodi	1	2	3			
		Atb. biež (%)	24,3	21,2	54,5				
		Sabiedrības vispārējie sociāli ekonomiski, kultūras un vides apstākļi ir uzlabojušies	Kodi	1	2	3			
		Atb. biež (%)	18	44,3	37,7				
	Veselības stāvoklis iepriekšējos dzīves gados	Kā Jūs kopumā vērtējat savu veselības stāvokli iepriekšējos dzīves gados?	Kodi	1	2	3	4	5	
			Atb. biež (%)	14,9	59,5	23,5	2	0,1	
		Salīdzinoši ar iepriekšējiem dzīves gadiem, vai Jūsu pašreizējais veselības stāvoklis ir...?	Kodi	1	2	3			
			Atb. biež (%)	8,2	61,4	30,4			
	Iepriekšējās sociāli ekonomiskās grūtības	Salīdzinoši ar pašreizējo situāciju, ar cik lielām sociāli ekonomiskām grūtībām iepriekšējos dzīves gados Jums ir nācies saskarties?	Kodi	1	2	3	4	5	
			Atb. biež (%)	8,4	14,7	42,3	24,7	9,9	

	Ģenētika un vecāku fons	Jūsaprāt, cik būtiska ietekme uz Jūsu pašreizējo veselības stāvokli ir iedzimtībai no vecākiem?	Kodi	1	2	3	4	5	
		Atb. biež (%)	9,8	19,5	28,8	18,6	23,3		
Modeļa līmeņi – kontroljautājums		Notikumi un procesi Jūsu iepriekšējos dzīves gados vai bērnībā, iedzimtība	Kodi	1	2	3	4	5	
			Atb. biež (%)	11,7	9,7	10,3	24,1	44,2	
		Jūsu individuālais dzīvesveids (veselības stāvokli ietekmējošā uzvedība)	Kodi	1	2	3	4	5	
			Atb. biež (%)	28,7	29,7	21,2	15	5,4	
		Jūsu psiholoģiskā un/ vai sociālā ikdienas vide	Kodi	1	2	3	4	5	
			Atb. biež (%)	9,8	28,5	28,8	26,5	6,4	
		Dažāda veida dzīves un darba apstākļi (piemēram, ienākumi, pirktpēja, nodarbinātības veids, dzīves vietas apstākļi, izglītības līmenis, veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība un kvalitāte u.c.)	Kodi	1	2	3	4	5	
			Atb. biež (%)	46,7	22,7	17,2	10,4	3	
		Vispārējie sociāli ekonomiski, kultūras un vides apstākļi	Kodi	1	2	3	4	5	
			Atb. biež (%)	3,3	9,3	22,5	23,8	41,1	

Veselības stāvokļa pašnovērtējums attiecībā uz demogrāfiskajām pazīmēm, sociāli ekonomiskajiem faktoriem un faktoru līmeņiem, pieejām

	Veselības stāvokļa pašnovērtējums attiecībā uz demogrāfiskajām pazīmēm, sociāli ekonomiskajiem faktoriem un faktoru līmeņiem, pieejām							Vidējā moduļu vērtība	Faktora vidējā moduļu vērtība
	Kā Jūs kopumā vērtējat savu pašreizējo veselības stāvokli?	Vai fiziski Jūs jūtaties pietiekami labi, lai darīto to, ko parasti vēlaties darīt?	Vai ikdienā Jūs ciešat no stresa?	Vai kopumā Jums ir veselības stāvokļa problēmas?	Vai šīs veselības stāvokļa problēmas ierobežo Jūsu ikdienas nodarbes?				
Demogrāfiskās pazīmes	Valoda	0,104	0,034	0,157	-0,025	-0,016	0,067	0,067	
	Respondenta dzīvesvieta (pilsēta vai novads)-plānošanas reģioni	0,027	0,021	0,003	-0,022	-0,043	0,023	0,023	
	Norādiet Jūsu vecumu gados!	0,592	0,328	-0,123	-0,461	-0,403	0,382	0,382	
	Norādiet Jūsu dzimumu!	-0,021	-0,097	0,186	0,102	0,105	0,102	0,102	
	Cik personas dzīvo Jūs mājāsaimniecībā (ieskaitot Jūs pašu)?	-0,180	-0,090	0,038	0,175	0,100	0,117	0,117	
	Kāds ir Jūs ģimenes stāvoklis?	-0,070	-0,002	0,009	0,043	0,006	0,026	0,026	
	Kāda ir Jūsu augstākā pabeigtā izglītība?	-0,348	-0,203	-0,041	0,199	0,200	0,198	0,198	

	Kādi ir Jūsu šī brīža vidējie mēneša ienākumi? (eiro)	-0,277	-0,215	-0,014	0,213	0,173	0,178	0,178	
	Kāda šobrīd ir Jūsu pamatnodarbošanās?	0,447	0,215	-0,003	-0,330	-0,298	0,259	0,259	
	Kur atrodas Jūsu pašreizējā pamata dzīvesvieta?	0,144	0,078	0,003	-0,123	-0,102	0,090	0,090	
	Vidējā moduļu vērtība	0,221	0,128	0,058	0,169	0,145			
Uzvedības pieeja/ modeļa individuālo dzīvesveida faktoru līmenis	Diēta/uzturs	Vai Jūs savā uzturā lietojat neveselīgu pārtiku?	0,305	0,122	-0,171	-0,265	-0,162	0,205	0,087
		Cik bieži Jūs ēdat dārzeņus?	0,172	-0,028	-0,037	-0,173	-0,067	0,095	
		Cik bieži Jūs ēdat augļus, ogas?	-0,186	-0,052	0,045	0,077	0,050	0,082	
		Cik bieži Jūs ēdat pilngraudu maizi?	-0,086	-0,051	0,041	-0,029	-0,005	0,042	
		Cik bieži Jūs ēdat zivis?	-0,134	-0,021	0,092	0,076	0,069	0,078	
		Cik svarīgi Jums ir kvalitatīvs un veselīgs uzturs?	-0,036	0,001	0,010	-0,026	-0,017	0,018	
		Vidējā moduļu vērtība	0,153	0,046	0,066	0,108	0,062		
	Tabakas patēriņš	Vai Jūs smēķējat vai esat agrāk smēķējis?	0,086	0,089	-0,135	-0,130	-0,120	0,112	0,071
		Aptuveni cik daudz cigarešu dienā Jūs izsmēķējat? (cigarešu skaits)	0,010	-0,034	0,140	0,069	0,046	0,060	
		Cik svarīgi Jums ir nesmēķēt?	0,019	0,007	-0,074	-0,058	-0,054	0,042	
		Vidējā moduļu vērtība	0,038	0,043	0,116	0,086	0,073		

Alkohola patēriņš	Vai Jūs lietojat alkoholu vai esat agrāk lietojis alkoholu?	0,077	0,113	-0,051	-0,137	-0,096	0,095	0,062
	Cik litrus alkoholisko dzērienu Jūs izdzerat vidēji nedēļas laikā? (vieglie alkoholiskie dzērieni (alus, sidrs u.c.))	-0,002	-0,017	0,055	0,065	0,016	0,031	
	Cik litrus alkoholisko dzērienu Jūs izdzerat vidēji nedēļas laikā? (vidēja stipruma alkoholiskie dzērieni (vīns, liķieris, vermutis u.c.))	-0,058	-0,025	-0,032	0,059	0,010	0,037	
	Cik litrus alkoholisko dzērienu Jūs izdzerat vidēji nedēļas laikā? (stiprie alkoholiskie dzērieni (šņabis, viskijs, konjaks u.c.))	0,162	0,056	0,088	0,000	-0,055	0,072	
	Cik svarīgi Jums ir samazināt savu alkohola patēriņu?	0,105	0,060	-0,066	-0,085	-0,062	0,076	
	Vidējā moduļa vērtība	0,081	0,054	0,059	0,069	0,048		

Medikamentu patēriņš	Vai Jūs lietojat medikamentus vai esat agrāk lietojis medikamentus?	-0,463	-0,375	0,195	0,482	0,435	0,390	0,335
	Cik bieži Jūs lietojat recepšu medikamentus?	0,510	0,389	-0,169	-0,498	-0,417	0,397	
	Cik bieži Jūs lietojat bezrecepšu medikamentus?	0,465	0,362	-0,194	-0,370	-0,348	0,348	
	Cik bieži Jūs lietojat homeopātiskos medikamentus?	0,342	0,239	-0,181	-0,255	-0,213	0,246	
	Cik bieži Jūs lietojat ārsta nozīmētos medikamentus?	0,510	0,422	-0,161	-0,471	-0,408	0,394	
	Cik bieži Jūs lietojat medikamentus bez ārsta nozīmējuma?	0,452	0,334	-0,174	-0,336	-0,290	0,317	
	Cik svarīgi Jums ir samazināt savu medikamentu patēriņu?	0,327	0,245	-0,132	-0,297	-0,259	0,252	
Vidējā moduļu vērtība	0,438	0,338	0,172	0,387	0,339			

Psiho – sociālā pieeja (trīs sfēras: mājas, darbs, sabiedrība)/ modeļa sociālo un kopienas tīklu līmenis	Fiziskās aktivitātes/ aktīvā atpūta, sports	Vai Jūs regulāri nodarbojaties ar fiziskām aktivitātēm, aktīvo atpūtu, sportu?	0,303	0,288	-0,134	-0,228	-0,154	0,221	0,151
		Kuras no minētajām brīvā laika nodarbēm vislabāk raksturo Jūsu aktivitāti pēdējā gada laikā?	0,305	0,173	-0,071	-0,229	-0,146	0,185	
		Cik svarīgi Jums ir būt fiziski aktīvam?	-0,096	-0,086	-0,007	0,015	0,032	0,047	
	Vidējā moduļu vērtība	0,235	0,182	0,071	0,157	0,110			
	Sociālā un sabiedrības ietekme (savstarpējais atbalsts)	Vai Jūsprāt pastāv savstarpējais atbalsts Jūsu ģimenes locekļu, draugu starpā?	0,123	0,205	-0,076	0,002	-0,089	0,099	0,149
		Vai Jūsprāt pastāv savstarpējais atbalsts Jūsu darba kolēģu starpā?	0,546	0,296	-0,063	-0,396	-0,348	0,330	
		Vai Jūsprāt pastāv savstarpējais atbalsts sabiedrībā kopumā?	0,113	0,147	-0,008	-0,039	-0,038	0,069	
		Ja Jūs saslimstat, vai tādā gadījumā Jūs varat paļauties, saņemt atbalstu un palīdzību no jūsu ģimenes locekļiem, draugiem?	0,249	0,197	-0,078	-0,155	-0,114	0,158	

Ja Jūs saslimstat, vai tādā gadījumā Jūs varat paļauties, saņemt atbalstu un palīdzību no jūsu darba kolēģiem?	0,532	0,280	-0,067	-0,382	-0,323	0,317	
Ja Jūs saslimstat, vai tādā gadījumā Jūs varat paļauties, saņemt atbalstu un palīdzību no sabiedrības?	0,253	0,171	-0,083	-0,150	-0,118	0,155	
Cik svarīgs Jums ir savstarpējais atbalsts Jūsu ģimenes locekļu, draugu starpā?	0,028	0,008	-0,014	-0,045	-0,016	0,022	
Cik svarīgs Jums ir savstarpējais atbalsts Jūsu darba kolēģu starpā?	-0,294	-0,097	0,040	0,170	0,107	0,142	
Cik svarīgs Jums ir savstarpējais atbalsts sabiedrībā kopumā?	-0,118	0,071	0,012	0,024	-0,025	0,050	
Vidējā moduļu vērtība	0,251	0,164	0,049	0,151	0,131		

Sociāli ekonomiskā nevienlīdzība/ zems sociālais statuss (subordinance, dominance (salīdzinājumā ar citiem))	Vai, Jūsaprāt, pastāv sociāli ekonomiskā nevienlīdzība Jūsu ģimenes locekļu, draugu starpā?	-0,040	-0,035	0,066	0,085	0,075	0,060	0,150
	Vai, Jūsaprāt, pastāv sociāli ekonomiskā nevienlīdzība Jūsu darba kolēģu starpā?	0,418	0,190	0,016	-0,282	-0,218	0,225	
	Vai, Jūsaprāt, pastāv sociāli ekonomiskā nevienlīdzība sabiedrībā kopumā?	-0,146	-0,033	0,137	0,132	0,101	0,110	
	Vai, Jūsaprāt, Jūs esat salīdzinoši sliktākā sociāli ekonomiskā pozīcijā Jūsu ģimenes locekļu, draugu starpā?	-0,263	-0,253	0,079	0,259	0,250	0,221	
	Vai, Jūsaprāt, Jūs esat salīdzinoši sliktākā sociāli ekonomiskā pozīcijā Jūsu darba kolēģu starpā?	0,363	0,108	0,039	-0,222	-0,160	0,178	
	Vai, Jūsaprāt, Jūs esat salīdzinoši sliktākā sociāli ekonomiskā pozīcijā sabiedrībā kopumā?	-0,369	-0,238	0,086	0,336	0,297	0,265	

	Cik svarīga Jums ir sociāli ekonomiskā vienlīdzība Jūsu ģimenes locekļu, draugu starpā?	0,073	0,110	-0,060	-0,082	-0,128	0,091	
	Cik svarīga Jums ir sociāli ekonomiskā vienlīdzība Jūsu darba kolēģu starpā?	-0,090	0,030	-0,077	0,036	-0,025	0,052	
	Cik svarīga Jums ir sociāli ekonomiskā vienlīdzība sabiedrībā kopumā?	0,197	0,107	-0,089	-0,181	-0,170	0,149	
	Vidējā moduļu vērtība	0,218	0,123	0,072	0,180	0,158		
Psiholoģiskie efekti (stress, nelabvēlīga gaisotne)	Vai Jūs saskaraties ar stresu, nelabvēlīgu gaisotni mājās?	-0,179	-0,083	0,213	0,125	0,144	0,149	0,185
	Vai Jūs saskaraties ar stresu, nelabvēlīgu gaisotni darbā?	0,325	0,085	0,180	-0,208	-0,108	0,181	
	Vai Jūs saskaraties ar stresu, nelabvēlīgu gaisotni sabiedrībā kopumā?	-0,115	-0,203	0,269	0,104	0,162	0,170	
	Vai stress, nelabvēlīga gaisotne ar, kuru saskaraties rada ietekmi uz Jūsu veselības stāvokli? (mājās)	-0,311	-0,177	0,290	0,257	0,251	0,257	

Vai stress, nelabvēlīga gaisotne ar, kuru saskaraties rada ietekmi uz Jūsu veselības stāvokli? (darbā)	0,364	0,080	0,118	-0,191	-0,101	0,171	
Vai stress, nelabvēlīga gaisotne ar, kuru saskaraties rada ietekmi uz Jūsu veselības stāvokli? (sabiedrībā kopumā)	-0,244	-0,233	0,244	0,217	0,276	0,243	
Cik būtisku ietekmi uz Jūsu veselības stāvokli rada stress, nelabvēlīga gaisotne ar, kuru saskaraties mājās?	0,142	0,165	-0,280	-0,199	-0,232	0,204	
Cik būtisku ietekmi uz Jūsu veselības stāvokli rada stress, nelabvēlīga gaisotne ar, kuru saskaraties darbā?	-0,179	-0,022	-0,224	-0,024	-0,073	0,104	
Cik būtisku ietekmi uz Jūsu veselības stāvokli rada stress, nelabvēlīga gaisotne ar, kuru saskaraties sabiedrībā kopumā?	0,125	0,183	-0,203	-0,183	-0,249	0,189	
Vidējā moduļu vērtība	0,221	0,137	0,224	0,168	0,177		

Balanss (starp darbu un ārpus darbu, starp ieguldījumiem un ieguvumiem (saskarsme, drošība, atzinība, izaugsmes iespējas))	Vai Jūsu ikdienā pastāv balanss starp darbu un ārpus darba, brīvā laika aktivitātēm?	0,081	0,241	-0,030	-0,078	-0,146	0,115	0,152
	Vai Jūsu ikdienā pastāv balanss starp ieguldījumiem (darbs, rūpes, atbalsts u.c.) un ieguvumiem (saskarsme, drošība, atzinība u.c.) mājās?	0,069	0,198	-0,098	-0,029	-0,144	0,108	
	Vai Jūsu ikdienā pastāv balanss starp ieguldījumiem (darbs, rūpes, atbalsts u.c.) un ieguvumiem (saskarsme, drošība, atzinība u.c.) darbā?	0,550	0,310	-0,089	-0,404	-0,356	0,342	
	Vai Jūsu ikdienā pastāv balanss starp ieguldījumiem (darbs, rūpes, atbalsts u.c.) un ieguvumiem (saskarsme, drošība, atzinība u.c.) sabiedrībā kopumā?	0,147	0,184	-0,108	-0,091	-0,131	0,132	
	Cik svarīgs Jums ir balanss starp darbu un ārpus darbu, starp ieguldījumiem un ieguvumiem?	-0,161	-0,010	-0,112	0,039	0,000	0,065	
	Vidējā moduļu vērtība	0,202	0,188	0,088	0,128	0,155		

Savstarpējās attiecības (darbs, ģimene, draugi, sabiedrība)	Kā Jūs vērtējat savstarpējās attiecības ar darba kolēģiem?	-0,123	-0,197	0,117	0,062	0,148	0,130	0,098
	Kā Jūs vērtējat savstarpējās attiecības ar ģimenes locekļiem, draugiem?	-0,175	-0,127	0,125	0,096	0,138	0,132	
	Kā Jūs vērtējat savstarpējās attiecības ar sabiedrībā esošiem cilvēkiem kopumā?	-0,064	-0,145	0,043	-0,002	0,075	0,066	
	Cik svarīgas Jums ir savstarpējās attiecības ar ģimenes locekļiem, draugiem?	-0,101	-0,038	-0,057	-0,037	0,014	0,049	
	Cik svarīgas Jums ir savstarpējās attiecības ar darba kolēģiem?	-0,366	-0,115	0,020	0,194	0,147	0,168	
	Cik svarīgas Jums ir savstarpējās attiecības ar sabiedrībā esošiem cilvēkiem kopumā?	-0,097	0,039	0,030	0,025	-0,023	0,043	
Vidējā moduļu vērtība	0,154	0,110	0,065	0,069	0,091			

Darba vides riska faktori (prasības, kontrole, spriedze)	Savā darbā es daudzus lēmumus varu pieņemt patstāvīgi	-0,048	-0,160	-0,035	0,086	0,112	0,088	0,145
	Man ir ļoti maz iespējas pieņemt lēmumus par sava darba veikšanu	0,077	0,111	0,028	-0,109	-0,085	0,082	
	Mans darbs prasa ļoti ātru tempu	-0,021	-0,025	-0,082	0,084	0,120	0,066	
	Man parasti ir pietiekami daudz laika, lai izdarītu savu darbu	-0,100	-0,086	0,172	0,045	0,078	0,096	
	Mans tiešais vadītājs ņem vērā manus ieteikumus	-0,029	-0,093	0,039	0,059	0,097	0,064	
	Mans tiešais vadītājs sniedz atbalstu darba veikšanā	-0,145	-0,114	0,157	0,160	0,197	0,154	
	Cilvēki, ar kuriem es kopā strādāju, patiesi interesējas par to, kā man klājas	-0,102	-0,094	0,106	0,082	0,101	0,097	
	Cilvēki, ar kuriem es kopā strādāju, ir izpalīdzīgi darba paveikšanā	-0,173	-0,152	0,111	0,112	0,110	0,132	
	Darbā kolēģi mani bieži psiholoģiski terorizē	0,098	0,116	-0,129	-0,126	-0,144	0,123	
	Vai Jūs darba vidē saskaraties ar prasībām?	0,522	0,260	-0,032	-0,381	-0,326	0,304	
	Vai Jūs darba vidē saskaraties ar kontroli?	0,480	0,239	-0,038	-0,354	-0,295	0,281	

		Vai Jūs darba vidē saskaraties ar spriedzi?	0,451	0,196	0,044	-0,298	-0,248	0,247	
		Vidējā moduļu vērtība	0,187	0,137	0,081	0,158	0,159		
Materiālistu pieeja/ modeļa trešais līmenis	Izglītība	Kāda ir Jūsu augstākā pabeigtā izglītība?	-0,348	-0,203	-0,041	0,199	0,200	0,198	0,198
		Vidējā moduļu vērtība	0,348	0,203	0,041	0,199	0,200		
	Darba vide (atalgojums, drošība, taisnīga izturēšanās)	Kāds ir Jūsu šī brīža atalgojums neto (uz rokas)? (eiro)	-0,461	-0,251	-0,007	0,369	0,291	0,276	0,134
		Vai Jūsu atalgojums pēdējā gada laikā ir...?	0,135	0,031	-0,023	-0,139	-0,108	0,087	
		Kurš no šiem izteikumiem visprecīzāk raksturo fiziskās piepūles līmeni Jūsu pamatdarbā?	0,511	0,255	0,022	-0,402	-0,321	0,302	
		Troksnis (tik skaļš, ka, runājot ir jāpaceļ balss)	0,016	0,068	-0,015	0,015	-0,037	0,030	
		Pakļautība ķīmisko vielu, izgarojumu vai gāzu iedarbībai	0,105	0,126	0,014	-0,048	-0,093	0,077	
		Vienveidīgs/ monotons darbs pie datora	-0,062	-0,008	-0,104	0,039	-0,026	0,048	
		Smagu priekšmetu (virs 20kg) celšana	0,171	0,126	0,047	-0,070	-0,089	0,100	

	Cik taisnīgi (ikdienā, konfliktsituācijās; kolēģi, vadība; novērtējot, sodot u. tml.) pret Jums izturas Jūsu pamatdarbavietā?	-0,182	-0,190	0,103	0,138	0,160	0,155	
	Vidējā moduļu vērtība	0,205	0,132	0,042	0,152	0,141		
Dzīves un darba apstākļi (ienākumi, patēriņš, labumi, pirkspēja)	Kādi ir Jūsu šī brīža vidējie mēneša ienākumi? (eiro)	-0,277	-0,215	-0,014	0,213	0,173	0,178	0,207
	Kurš no šiem izteikumiem visprecīzāk raksturo Jūsu ikmēneša patēriņa iespējas?	0,267	0,207	-0,072	-0,183	-0,175	0,181	
	Kurš no šiem kritērijiem visprecīzāk raksturo Jūsu ikdienas preču/ pakalpojumu izvēli?	0,369	0,216	-0,048	-0,243	-0,228	0,221	
	Kurš no šiem izteikumiem visprecīzāk raksturo Jūsu ikdienas preču/ pakalpojumu izvēli?	0,418	0,220	-0,051	-0,305	-0,248	0,248	
	Vidējā moduļu vērtība	0,333	0,215	0,046	0,236	0,206		

Bezdarbs (nodarbinātības vai bezdarba veids)	Kāda šobrīd ir Jūsu pamatnodarbošanās?	0,447	0,215	-0,003	-0,330	-0,298	0,259	0,259
	Vidējā moduļu vērtība	0,447	0,215	0,003	0,330	0,298		
Veselības aprūpes pakalpojumi (veselības pakalpojumu pieejamība un kvalitāte)	Cik bieži Jūs izmantojat veselības aprūpes pakalpojumus?	0,391	0,333	-0,177	-0,422	-0,360	0,337	0,250
	Cik pieejami ir Jūsu izmantotie veselības aprūpes pakalpojumi?	-0,405	-0,193	0,006	0,249	0,195	0,210	
	Cik kvalitatīvi ir Jūsu izmantotie veselības aprūpes pakalpojumi?	-0,370	-0,170	0,090	0,220	0,162	0,202	
	Vidējā moduļu vērtība	0,389	0,232	0,091	0,297	0,239		

Pajumte (dzīves vieta, apstākļi)	Vispārējā pakalpojumu pieejamība un līmenis bankās, pasta nodaļās, veikalos utt. ir labs	-0,051	-0,078	0,015	0,011	0,016	0,034	0,098
	Kultūras pakalpojumu (bibliotēka, kino, teātris, deju klubi utt.) līmenis un pieejamība ir laba	-0,061	-0,084	-0,028	0,032	0,049	0,050	
	Atpūtas pakalpojumu (sportošanas iespējas, peldbaseins, pastaigu vietas utt.) līmenis un pieejamība ir laba	-0,085	-0,104	-0,012	0,064	0,081	0,069	
	Veselības aprūpes pakalpojumu līmenis un pieejamība ir laba	-0,339	-0,181	0,060	0,190	0,162	0,186	
	Sabiedriskā transporta sistēma un pieejamība ir laba	-0,207	-0,134	0,077	0,082	0,113	0,123	
	Sabiedrisko vietu (labas iespējas satikties un kontaktēties ar draugiem, kaimiņiem, cilvēkiem kopumā utt.) pieejamība ir laba	-0,190	-0,127	0,045	0,112	0,135	0,122	
	Dzīvesvietas rajons ir mierīgs un drošs	-0,006	-0,019	0,027	0,001	-0,017	0,014	

		Cik ilgi Jūs dzīvojat savā pašreizējā pamata dzīvesvietā?	0,403	0,234	-0,047	-0,308	-0,293	0,257	
		Kur atrodas Jūsu pašreizējā pamata dzīvesvieta?	0,144	0,078	0,003	-0,123	-0,102	0,090	
		Kāda tipa mājā Jūs dzīvojat?	-0,115	-0,053	0,024	0,049	0,070	0,062	
		Mājvieta...?	-0,177	-0,084	0,056	0,119	0,125	0,112	
		Cik bieži pēdējā gada laikā Jūs saskārāties ar grūtībām nomaksāt rēķinus?	-0,114	-0,072	0,005	0,028	0,045	0,053	
		Vidējā moduļu vērtība	0,158	0,104	0,033	0,093	0,101		
Vispārējie sociāli, ekonomiski, kultūras un vides apstākļi	Vispārējie sociāli, ekonomiski, kultūras un vides apstākļi	Jūsaprāt, cik labi ir sabiedrības vispārējie sociāli ekonomiskie apstākļi?	-0,302	-0,158	-0,010	0,166	0,155	0,158	0,088
		Jūsaprāt, cik labi ir sabiedrības vispārējie kultūras apstākļi?	0,007	-0,049	-0,121	-0,067	0,013	0,051	
		Jūsaprāt, cik labi ir sabiedrības vispārējie vides apstākļi?	-0,029	-0,073	-0,074	-0,024	0,066	0,053	
		Vidējā moduļu vērtība	0,113	0,093	0,068	0,085	0,078		

Dzīves gājuma pieeja / modeļa visi līmeņi dzīves gājuma kontekstā	Trūkumu un priekšrocību uzkrāšanās/ individuālā pieredze	Jūsu diēta/ uzturs ir uzlabojies	0,166	0,088	-0,001	-0,041	-0,021	0,064	0,076
		Jūsu tabakas patēriņš ir samazinājies	0,108	0,076	-0,032	-0,090	-0,092	0,080	
		Jūsu alkohola patēriņš ir samazinājies	-0,001	-0,045	0,054	0,018	0,028	0,029	
		Jūsu medikamentu patēriņš ir samazinājies	-0,058	-0,099	0,043	0,120	0,084	0,081	
		Jūs vairāk nodarbojaties ar fiziskām aktivitātēm/ aktīvo atpūtu, sportu	0,126	0,092	0,012	-0,062	-0,050	0,068	
		Jūs izjūtat lielāku savstarpējo atbalstu mājās, darbā, sabiedrībā kopumā	0,138	0,058	0,008	-0,036	-0,008	0,050	
		Jūs jūtaties sociāli ekonomiski vienlīdzīgāks, Jūsu sociālais statuss ir uzlabojies	0,121	0,075	-0,002	-0,068	-0,071	0,068	
		Stress, nelabvēlīga gaisotne mājās, darbā un sabiedrībā kopumā ir samazinājies	0,098	-0,028	0,007	0,012	0,016	0,032	
		Balanss starp darbu un ārpus darbu, starp ieguldījumiem un ieguvumiem ir uzlabojies	0,276	0,102	-0,050	-0,180	-0,162	0,154	

Savstarpējās attiecības darbā, ar ģimeni un draugiem, ar citiem cilvēkiem kopumā ir uzlabojušās	0,189	0,076	-0,046	-0,135	-0,089	0,107	
Prasības, kontrole, spriedze darbā ir samazinājusies	0,184	0,077	-0,021	-0,107	-0,073	0,092	
Jūsu ienākumi, patēriņš, labumi, pirktspēja ir uzlabojusies	0,126	0,089	0,024	-0,092	-0,115	0,089	
Jūsu nodarbinātības veids ir uzlabojies	0,170	0,084	-0,032	-0,123	-0,114	0,105	
Jūsu izmantoto veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība un kvalitāte ir uzlabojusies	-0,072	-0,002	0,044	0,086	0,038	0,049	
Jūsu dzīves vieta un dzīves vietas apstākļi ir uzlabojušies	0,209	0,109	0,013	-0,155	-0,068	0,111	
Sabiedrības vispārējie sociāli ekonomiski, kultūras un vides apstākļi ir uzlabojušies	-0,038	0,017	0,085	0,066	0,010	0,043	
Vidējā moduļu vērtība	0,130	0,070	0,030	0,087	0,065		

Veselības stāvoklis iepriekšējos dzīves gados	Kā Jūs kopumā vērtējat savu veselības stāvokli iepriekšējos dzīves gados?	0,317	0,250	-0,043	-0,210	-0,221	0,208	0,193
	Salīdzinoši ar iepriekšējiem dzīves gadiem, vai Jūsu pašreizējais veselības stāvoklis ir...?	-0,238	-0,123	0,110	0,214	0,205	0,178	
	Vidējā moduļu vērtība	0,277	0,187	0,076	0,212	0,213		
Iepriekšējās sociāli ekonomiskās grūtības	Salīdzinoši ar pašreizējo situāciju, ar cik lielām sociāli ekonomiskām grūtībām iepriekšējos dzīves gados Jums ir nācies saskarties?	0,004	-0,054	0,020	0,041	0,060	0,036	0,036
	Vidējā moduļu vērtība	0,004	0,054	0,020	0,041	0,060		
Ģenētika un vecāku fons	Jūsaprāt, cik būtiska ietekme uz Jūsu pašreizējo veselības stāvokli ir iedzimtībai no vecākiem?	-0,161	-0,009	0,014	0,105	0,024	0,063	0,063
	Vidējā moduļu vērtība	0,161	0,009	0,014	0,105	0,024		

Modeļa līmeņi – kontroljautājums	Notikumi un procesi Jūsu iepriekšējos dzīves gados vai bērnībā, iedzimtība	0,259	0,116	-0,052	-0,175	-0,146	0,150	0,132
	Jūsu individuālais dzīvesveids (veselības stāvokli ietekmējošā uzvedība)	0,121	0,141	-0,103	-0,130	-0,169	0,133	
	Jūsu psiholoģiskā un/ vai sociālā ikdienas vide	0,049	0,061	0,186	0,015	0,007	0,064	
	Dažāda veida dzīves un darba apstākļi (piemēram, ienākumi, pirktpēja, nodarbinātības veids, dzīves vietas apstākļi, izglītības līmenis, veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība un kvalitāte u.c.)	-0,285	-0,201	0,019	0,174	0,165	0,169	
	Vispārējie sociāli ekonomiski, kultūras un vides apstākļi	-0,204	-0,147	-0,025	0,160	0,185	0,144	
	Vidējā moduļu vērtība	0,184	0,133	0,077	0,131	0,134		

	koeficients ir statistiski nozīmīgs
	koeficients tuvojas statistiskam nozīmīgumam
	koeficients tuvojas statistiskam nozīmīgumam

Demogrāfisko pazīmju būtiskums attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu

Demogrāfiskās pazīmes	Vidējā moduļu vērtība
Norādiet Jūsu vecumu gados!	0,38
Kāda šobrīd ir Jūsu pamatnodarbošanās?	0,26
Kāda ir Jūsu augstākā pabeigtā izglītība?	0,20
Kādi ir Jūsu šī brīža vidējie mēneša ienākumi? (eiro)	0,18
Cik personas dzīvo Jūs mājāsaimniecībā (ieskaitot Jūs pašus)?	0,12
Norādiet Jūsu dzimumu!	0,10
Kur atrodas Jūsu pašreizējā pamata dzīvesvieta?	0,09
Valoda	0,07
Kāds ir Jūs ģimenes stāvoklis?	0,03
Respondenta dzīvesvieta (pilsēta vai novads) - plānošanas reģioni	0,02

Sociāli ekonomisko faktoru būtiskums attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu

Faktori	Faktora vidējā moduļu vērtība
Medikamentu patēriņš	0,335
Bezdarbs (nodarbinātības vai bezdarba veids)	0,259
Veselības aprūpes pakalpojumi (veselības pakalpojumu pieejamība un kvalitāte)	0,250
Dzīves un darba apstākļi (ienākumi, patēriņš, labumi, pirktspēja)	0,207
Izglītība	0,198
Veselības stāvoklis iepriekšējos dzīves gados	0,193
Psiholoģiskie efekti (stress, nelabvēlīga gaisotne)	0,185
Balanss (starp darbu un ārpus darbu, starp ieguldījumiem un ieguvumiem (saskarsme, drošība, atzinība, izaugsmes iespējas))	0,152
Fiziskās aktivitātes/ aktīvā atpūta, sports	0,151
Sociāli ekonomiskā nevienlīdzība/ zems sociālais statuss (subordinance, dominance (salīdzinājumā ar citiem))	0,150
Sociālā un sabiedrības ietekme (savstarpējais atbalsts)	0,149
Darba vides riska faktori (prasības, kontrole, spriedze)	0,145
Darba vide (atalgojums, drošība, taisnīga izturēšanās)	0,134
Savstarpējās attiecības (darbs, ģimene, draugi, sabiedrība)	0,098
Pajumte (dzīves vieta, apstākļi)	0,098
Vispārējie sociāli, ekonomiski, kultūras un vides apstākļi	0,088
Diēta/uzturs	0,087
Trūkumu un priekšrocību uzkrāšanās/ individuālā pieredze	0,076
Tabakas patēriņš	0,071
Ģenētika un vecāku fons	0,063
Alkohola patēriņš	0,062
Iepriekšējās sociāli ekonomiskās grūtības	0,036

Pieeju un modeļa faktoru līmeņu būtiskums attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu

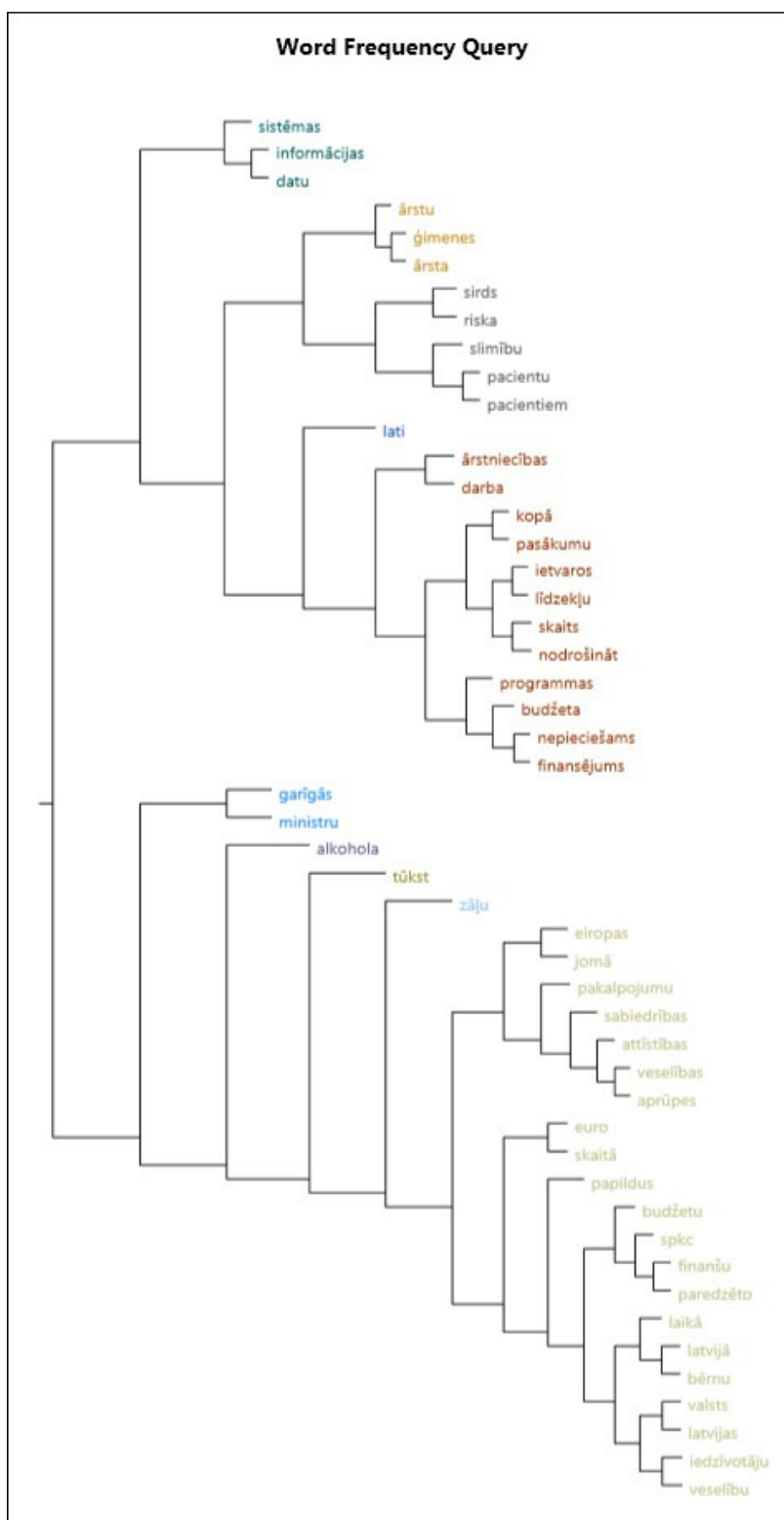
	Vidējā moduļu vērtība
Uzvedības pieeja / modeļa individuālo dzīvesveida faktoru līmenis	0,160
Psiho – sociālā pieeja (trīs sfēras: mājas, darbs, sabiedrība) / modeļa sociālo un kopienas tīklu līmenis	0,149
Materiālistu pieeja / modeļa trešais līmenis	0,148
Vispārējie sociāli, ekonomiski, kultūras un vides apstākļi	0,088
Dzīves gājuma pieeja / modeļa visi līmeņi dzīves gājuma kontekstā	0,085

Piecdesmit biežāk lietoto vārdu apkopojums no rīcībpolitikas dokumentiem

Biežāk lietotie vārdi	Dokumentu skaits	Biežums	Svērtais procents
veselības	9	3366	1,60
aprūpes	7	1556	0,74
valsts	6	1371	0,65
euro	4	1026	0,49
slimību	7	811	0,38
lati	4	734	0,35
pacientu	8	691	0,33
pakalpojumu	11	674	0,32
ģimenes	7	668	0,32
ietvaros	8	635	0,30
ārstniecības	12	591	0,28
iedzīvotāju	11	569	0,27
latvijas	8	541	0,26
kopā	4	531	0,25
zāļu	4	507	0,24
budžeta	7	487	0,23
latvijā	7	484	0,23
līdzekļu	8	480	0,23
skaitā	6	449	0,21
nepieciešams	12	446	0,21
skaits	6	433	0,21
sabiedrības	11	432	0,20
darba	5	421	0,20
finansējums	11	407	0,19
pasākumu	8	392	0,19
informācijas	12	388	0,18
papildus	8	378	0,18
sistēmas	8	371	0,18
ārstu	5	370	0,18
pacienti	10	365	0,17
tūkst	5	342	0,16
bērnu	5	338	0,16
programmas	10	337	0,16
garīgās	7	318	0,15
veselību	8	308	0,15
datu	4	306	0,15
eiropas	7	303	0,14
spkc	4	303	0,14

Biežāk lietotie vārdi	Dokumentu skaits	Biežums	Svērtais procents
sirds	5	296	0,14
ārsta	5	295	0,14
alkohola	8	292	0,14
nodrošināt	10	276	0,13
finanšu	7	273	0,13
paredzēto	9	270	0,13
jomā	4	265	0,13
laikā	5	264	0,13
ministru	8	264	0,13
atfīstības	10	260	0,12
budžetu	7	260	0,12
riska	5	255	0,12

Biežāko savstarpēji saistīto vārdu sadalījums



Kvalitatīvo datu kodēšanas rezultātu kopsavilkums

Rīcībpolitikas līmenis	Rīcībpolitikas līmeņa faktors	Kodēto avotu skaits	Kodēto atsauču skaits	Kodēto vārdu skaits	Kodēto paragrāfu skaits
Dzīves gājuma ietekme	Dzīves gājuma ietekme	8	75	626	85
	Ģenētika un vecāku fons	7	23	210	28
	Iepriekšējās sociāli ekonomiskās grūtības	1	2	16	2
	Trūkumu un priekšrocību uzkrāšanās, individuālā pieredze	5	20	152	22
	Veselības stāvoklis iepriekšējos dzīves gados	4	27	227	29
Indivīdu kopums	Indivīdu kopums	11	159	1586	186
	Dzimums	6	42	387	44
	Iedzimtie faktori	6	20	175	25
	Vecums	11	96	1020	116
Indivīdu stiprināšana	Indivīdu stiprināšana	10	221	2592	264
	Alkohola patēriņš	5	71	1091	91
	Diēta, uzturs	4	36	327	42
	Fiziskās aktivitātes, aktīvā atpūta, sports	7	34	389	41
	Medikamentu patēriņš	8	47	421	51
	Tabakas patēriņš	5	32	360	38

Rīcībpolitikas līmenis	Rīcībpolitikas līmeņa faktors	Kodēto avotu skaits	Kodēto atsauču skaits	Kodēto vārdu skaits	Kodēto paragrāfu skaits
Infrastruktūras un pakalpojumu pieejamības uzlabošana	Infrastruktūras un pakalpojumu pieejamības uzlabošana	17	640	5226	731
	Bezdarbs vai nodarbinātība	3	5	161	21
	Darba vide	2	6	51	7
	Dzīves un darba apstākļi	4	9	74	9
	Izglītība	10	31	353	50
	Pajumte	4	12	101	15
	Veselības aprūpes pakalpojumi	17	576	4482	628
Kopienas stiprināšana	Kopienas stiprināšana	11	55	596	63
	Balanss (starp darbu un ārpus darbu, starp ieguldījumiem un ieguvumiem(saskarsme, drošība, atzinība, izaugsmes iespējas))	0	0		
	Darba vides riska faktori (prasības, kontrole, spriedze)	2	7	68	10
	Psiholoģiskie efekti (stress, nelabvēlīga gaisotne)	4	9	76	9
	Savstarpējās attiecības (darbs, ģimene, draugi, sabiedrība)	3	6	60	7
	Sociālā un sabiedrības ietekme (savstarpējais atbalsts)	3	4	37	5
	Sociāli ekonomiskā nevienlīdzība, zems sociālais statuss (subordinācija, dominance (salīdzinājumā ar citiem))	10	28	351	31

Rīcībpolitikas līmenis	Rīcībpolitikas līmeņa faktors	Kodēto avotu skaits	Kodēto atsauču skaits	Kodēto vārdu skaits	Kodēto paragrāfu skaits
Neparedzētās tēmas	Neparedzētās tēmas	7	95	737	100
	Saslimstības samazināšana	7	95	737	100
Rīcībpolitiku satura vērtība, nozīme	Rīcībpolitiku satura vērtība, nozīme	17	778	6435	861
	Negatīva	2	11	100	12
	Neitrāla	17	672	5482	743
	Pozitīva	13	95	853	106
Strukturālās izmaiņas attiecībā uz ekonomiskajiem, sociālajiem, kultūras un vides apstākļiem	Strukturālās izmaiņas attiecībā uz ekonomiskajiem, sociālajiem, kultūras un vides apstākļiem	10	52	488	58
	Vispārējie sociāli ekonomiski, kultūras un vides apstākļi	10	52	488	58

Kvalitatīvo datu kodēšanas rezultāti par rīcībpolitikas līmeņiem un ietekmes faktoriem rīcībpolitikas satura vērtību un nozīmju grupās

Rīcībpolitikas līmenis	Rīcībpolitikas līmeņa faktors	Rīcībpolitiku satura vērtība, nozīme		Negatīva		Neitrāla		Pozitīva	
		Skaitis	Vieta pēc kārtas	Skaitis	Vieta pēc kārtas	Skaitis	Vieta pēc kārtas	Skaitis	Vieta pēc kārtas
Dzīves gājuma ietekme	Dzīves gājuma ietekme	72	7	0	4	60	7	12	7
	Ģenētika un vecāku fons	23	18	0	4	21	16	2	13
	Iepriekšējās sociāli ekonomiskās grūtības	2	26	0	4	2	26	0	15
	Trūkumu un priekšrocību uzkrāšanās, individuālā pieredze	20	19	0	4	16	19	4	12
	Veselības stāvoklis iepriekšējos dzīves gados	27	17	0	4	21	16	6	11
Indivīdu kopums	Indivīdu kopums	158	4	0	4	123	4	35	3
	Dzimums	42	12	0	4	31	13	11	8
	Iedzimtie faktori	20	19	0	4	19	18	1	14
	Vecums	96	5	0	4	73	6	23	5
Indivīdu stiprināšana	Indivīdu stiprināšana	218	3	3	2	183	3	32	4
	Alkohola patēriņš	70	8	0	4	56	8	14	6
	Diēta, uzturs	36	13	0	4	30	14	6	11
	Fiziskās aktivitātes, aktīvā atpūta, sports	34	14	0	4	32	12	2	13
	Medikamentu patēriņš	47	11	3	2	36	11	8	10
	Tabakas patēriņš	31	15	0	4	29	15	2	13

Rīcībpolitikas līmenis	Rīcībpolitikas līmeņa faktors	Rīcībpolitiku satura vērtība, nozīme		Negatīva		Neitrāla		Pozitīva	
		Skaitis	Vieta pēc kārtas	Skaitis	Vieta pēc kārtas	Skaitis	Vieta pēc kārtas	Skaitis	Vieta pēc kārtas
Infrastruktūras un pakalpojumu pieejamības uzlabošana	Infrastruktūras un pakalpojumu pieejamības uzlabošana	639	1	11	1	567	1	71	1
	Bezdarbs vai nodarbinātība	5	24	0	4	3	25	2	13
	Darba vide	6	23	0	4	6	22	0	15
	Dzīves un darba apstākļi	9	21	0	4	9	21	0	15
	Izglītība	31	15	0	4	31	13	0	15
	Pajumte	12	20	0	4	12	20	0	15
	Veselības aprūpes pakalpojumi	576	2	11	1	506	2	69	2
Kopienas stiprināšana	Kopienas stiprināšana	54	9	1	3	44	9	10	9
	Balanss (starp darbu un ārpus darbu, starp ieguldījumiem un ieguvumiem(saskarsme, drošība, atzinība, izaugsmes iespējas))	0	27	0	4	0	27	0	15
	Darba vides riska faktori (prasības, kontrole, spriedze)	7	22	0	4	5	23	2	13
	Psiholoģiskie efekti (stress, nelabvēlīga gaisotne)	9	21	0	4	9	21	0	15
	Savstarpējās attiecības (darbs, ģimene, draugi, sabiedrība)	6	23	0	4	6	22	0	15

Rīcībpolitikas līmenis	Rīcībpolitikas līmeņa faktors	Rīcībpolitiku satura vērtība, nozīme		Negatīva		Neitrāla		Pozitīva	
		Skaitis	Vieta pēc kārtas	Skaitis	Vieta pēc kārtas	Skaitis	Vieta pēc kārtas	Skaitis	Vieta pēc kārtas
	Sociālā un sabiedrības ietekme (savstarpējais atbalsts)	4	25	0	4	4	24	0	15
	Sociāli ekonomiskā nevienlīdzība, zems sociālais statuss (subordinācija, dominance (salīdzinājumā ar citiem))	28	16	1	3	20	17	8	10
Neparedzētās tēmas	Neparedzētās tēmas	95	6	0	4	81	5	14	6
	Saslimstības samazināšana	95	6	0	4	81	5	14	6
Strukturālās izmaiņas attiecībā uz ekonomiskajiem, sociālajiem, kultūras un vides apstākļiem	Strukturālās izmaiņas attiecībā uz ekonomiskajiem, sociālajiem, kultūras un vides apstākļiem	51	10	3	2	40	10	8	10
	Vispārējie sociāli ekonomiski, kultūras un vides apstākļi	51	10	3	2	40	10	8	10

Savstarpējā salīdzinājuma apkopojums starp rīcībpolitiku ietvaros noteiktajām prioritātēm un cilvēku norādītajām prioritātēm attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu (faktori)

Faktori	Faktora vidējā moduļa vērtība	Vieta pēc kārtas	Skaits	Vieta pēc kārtas
Norādiet Jūsu vecumu gados!	0,382	1	23	2
Medikamentu patēriņš	0,335	2	8	5
Bezdarbs (nodarbinātības vai bezdarba veids)	0,259	3	2	8
Veselības aprūpes pakalpojumi (veselības pakalpojumu pieejamība un kvalitāte)	0,250	4	69	1
Dzīves un darba apstākļi (ienākumi, patēriņš, labumi, pirktspēja)	0,207	5	0	9
Izglītība	0,198	6	0	9
Veselības stāvoklis iepriekšējos dzīves gados	0,193	7	6	6
Psiholoģiskie efekti (stress, nelabvēlīga gaisotne)	0,185	8	0	9
Balanss (starp darbu un ārpus darbu, starp ieguldījumiem un ieguvumiem (saskarsme, drošība, atzinība, izaugsmes iespējas))	0,152	9	0	9
Fiziskās aktivitātes/ aktīvā atpūta, sports	0,151	10	2	8

Faktori	Faktora vidējā moduļu vērtība	Vieta pēc kārtas	Skaitis	Vieta pēc kārtas
Sociāli ekonomiskā nevienlīdzība/ zems sociālais statuss (subordinance, dominance (salīdzinājumā ar citiem))	0,150	11	8	5
Sociālā un sabiedrības ietekme (savstarpējais atbalsts)	0,149	12	0	9
Darba vides riska faktori (prasības, kontrole, spriedze)	0,145	13	2	8
Darba vide (atalgojums, drošība, taisnīga izturēšanās)	0,134	14	0	9
Norādiet Jūsu dzimumu!	0,102	15	11	4
Savstarpējās attiecības (darbs, ģimene, draugi, sabiedrība)	0,098	16	0	16
Pajumte (dzīves vieta, apstākļi)	0,098	17	0	16
Vispārējie sociāli, ekonomiski, kultūras un vides apstākļi	0,088	18	8	5
Diēta/uzturs	0,087	19	6	6
Trūkumu un priekšrocību uzkrāšanās/ individuālā pieredze	0,076	20	4	7
Tabakas patēriņš	0,071	21	2	8
Ģenētika un vecāku fons	0,063	22	2	8
Alkohola patēriņš	0,062	23	14	3
Iepriekšējās sociāli ekonomiskās grūtības	0,036	24	0	9

Savstarpējā salīdzinājuma apkopojums starp rīcībpolitiku ietvaros noteiktajām prioritātēm un cilvēku norādītajām prioritātēm attiecībā uz veselības stāvokļa pašnovērtējumu (pieejas, modeļa līmeņi)

	Vidējā moduļu vērtība	Vieta pēc kārtas	Skaitis	Vieta pēc kārtas
Uzvedības pieeja/ modeļa individuālo dzīvesveida faktoru līmenis	0,160	1	32	3
Psiho – sociālā pieeja (trīs sfēras: mājas, darbs, sabiedrība)/ modeļa sociālo un kopienas tīklu līmenis	0,149	2	10	5
Materiālistu pieeja/ modeļa trešais līmenis	0,148	3	71	1
Demogrāfiskās pazīmes	0,144	4	35	2
Vispārējie sociāli, ekonomiski, kultūras un vides apstākļi	0,088	5	8	6
Dzīves gājuma pieeja/ modeļa visi līmeņi dzīves gājuma kontekstā	0,085	6	12	4

Kvalitatīvo datu kodēšanas piemēri pa kodiem (rīcībpolitikas līmeņi, ietekmes faktori, rīcībpolitikas saturs vērtības)

Rīcībpolitikas līmenis	Rīcībpolitikas līmeņa faktors	Negatīva	Neitrāla	Pozitīva
Dzīves gājuma ietekme	Ģenētika un vecāku fons	nav	<p>papildināt un izdot „Vecāku dienasgrāmata” ar informatīvu materiālu par alkoholisko dzērienu kaitīgo ietekmi uz mātes un bērna veselību; Nodrošināta vecāku informēšana par atkarību izraisošo vielu ietekmi uz grūtnieces un augļa veselību un mātes piena nozīmi bērna veselības nodrošināšanā; Papildināt normatīvos aktus ar pārmantotā vēža diagnostikas un ārstēšanas pakalpojumu apmaksas nosacījumiem; Izvērtēt faktoros, kuri var samazināt reto slimību (iedzimto anomāliju) attīstību; Palielināt pieejamību ietekmējamu ģenētiska riska faktoru noteikšanai; Informēt ārstniecības personas, vecākus un masu saziņas līdzekļu viedokļu veidotājus par mātes piena nozīmi bērna veselības nodrošināšanā un saglabāšanā; Izglītot ārstniecības personas (ģimenes ārstus, vecmātes, ginekologus) par iedzimto anomāliju profilaksi un diagnostiku.</p>	Ieviest papildus izmeklēšanas metodes grūtniecēm, lai mazinātu iedzimto anomāliju attīstību jaundzimušajiem; Paplašināt ģenētisko izmeklējumu iespējas
	Iepriekšējās sociāli ekonomiskās grūtības	nav	Palielināt pieejamību ietekmējamu ģenētiska riska faktoru noteikšanai; Īstenot vienotu politiku mātes, tēva un bērna veselības veicināšanai;	nav

Rīcībpolitikas līmenis	Rīcībpolitikas līmeņa faktors	Negatīva	Neitrāla	Pozitīva
	Trūkumu un priekšrocību uzkrāšanās, individuālā pieredze	nav	<p>papildināt un izdot „Vecāku dienasgrāmata” ar informatīvu materiālu par alkoholisko dzērienu kaitīgo ietekmi uz mātes un bērna veselību; Palielinājusies sabiedrības informētība un izpratne par vakcinācijas nozīmi; Palielināt pieejamību ietekmējamu ģenētiska riska faktoru noteikšanai; jauno vecāku informēšanu; mātes piena nozīmi bērna veselības nodrošināšanā un saglabāšanā; Īstenot izglītojošus pasākumus jaunajiem vecākiem par zīdīšanas veicināšanu; Ieviest veselības aprūpes pēctecības programmu; samazinātu bērnu pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai;</p>	<p>Paplašināt ģenētisko izmeklējumu iespējas; Iekļaut visas grūtnieces augsta riska grupā brīvprātīgai vakcinācijai pret gripu un nodrošināt vakcīnas cenas kompensāciju 50 % apmērā no valsts budžeta līdzekļiem</p>
	Veselības stāvoklis iepriekšējos dzīves gados	nav	<p>Nodrošināt vecāku informēšanu un topošo vecāku bezmaksas apmācības procesu pirmsdzemdību un pēcdzemdību aprūpes laikā; Nodrošināta vecāku informēšana par atkarību izraisošo vielu ietekmi uz grūtnieces un augļa veselību un mātes piena nozīmi bērna veselības nodrošināšanā; topošo vecāku apmācību pirmsdzemdību aprūpes laikā; Organizēt informatīvus pasākumus grūtniecēm un jaunajiem vecākiem; Palielināt pieejamību ietekmējamu ģenētiska riska faktoru noteikšanai; jauno vecāku informēšanu; Paplašināt ģenētisko izmeklējumu veikšanu; izstrādāt priekšlikumus bērnu ar paaugstinātu fizisko slodzi sirds veselības novērtēšanai;</p>	<p>Ieviest papildus izmeklēšanas metodes grūtniecēm, lai mazinātu iedzimto anomāliju attīstību jaundzimušajiem; Iekļaut valsts apmaksātajos pakalpojumos papildus diagnostiskos izmeklējumus neauglības noteikšanai un medicīniskās apaugļošanas procedūras; Visām grūtniecēm veikt B grupas beta hemolītiskā streptokoka uzņēmumu grūtniecības 37.nedēļā; Ieviest otro poti pret vējbakām bērniem; veikt obligāto skābekļa piesātinājumu (pulsa oksimetriju) jaundzimušajiem</p>

Rīcībpolitikas līmenis	Rīcībpolitikas līmeņa faktors	Negatīva	Neitrāla	Pozitīva
Indivīdu kopums	Dzimums	nav	izvirza mātes un bērna veselības aprūpes uzlabošanu; ārstējot neauglību; Izveidot mātes mirstības konfidencialās analīzes sistēmu, kā arī perinatālās mirstības analīzes sistēmu veselības aprūpes uzlabošanai; Samazināta mātes mirstība; Precizēt grūtnieču aprūpes kārtību, tai skaitā paredzot papildu izmeklējumus; Sagatavot informatīvu ziņojumu par ultrasonogrāfijas pieejamību grūtniecēm; ņemot vērā dzimumu atšķirības; risina gan ar personas dzimumu saistītās problēmas, gan tiecas mazināt īpaši izteiktas atšķirības starp dzimumiem; Īstenot vienotu politiku mātes, tēva un bērna veselības veicināšanai; Īstenot mērķa grupu izglītošanai veltītus veselības informēšanas pasākumus, tai skaitā, ņemot vērā dzimumu atšķirības;	Neauglības ārstēšanas (t.sk. medicīniskās apaugļošanas) iekļaušana; Ieviest papildus izmeklēšanas metodes grūtniecēm, lai mazinātu iedzimto anomāliju attīstību jaundzimušajiem; Iekļaut grūtnieces augsta riska grupā brīvprātīgai vakcinācijai pret gripu un nodrošināt vakcīnas cenas kompensāciju 100 % apmērā; Visām grūtniecēm veikt B grupas beta hemolītiskā streptokoka uzsējumu grūtniecības 37.nedēļā; Kompensēt recepšu zāļu iegādes izdevumus 25% apmērā grūtniecēm; tiks ievērots dzimumu līdztiesības princips
	Iedzimtie faktori	nav	uzlabot mātes un bērna veselību, samazināt zīdaiņu mirstību un, atbilstoši ANO Tūkstošgades attīstības mērķiem, mazināt bērnu mirstību un uzlabot mātes veselību; izvirza mātes un bērna veselības aprūpes uzlabošanu; Nodrošināta vecāku informēšana par atkarību izraisošo vielu ietekmi uz grūtnieces un augļa veselību un mātes piena nozīmi bērna veselības nodrošināšanā; Papildināt normatīvos aktus ar pārmantotā vēža diagnostikas un ārstēšanas pakalpojumu apmaksas nosacījumiem; Uzlabot mātes, tēva un bērna veselību, samazināt zīdaiņu mirstību; Grūtnieču un bērnu veselības uzlabošana; Palielināt pieejamību ietekmējamu ģenētiska riska faktoru noteikšanai; Paplašināt ģenētisko izmeklējumu veikšanu; veikt grozījumus normatīvajos aktos, nosakot obligāto augļa EHO izmeklēšanu;	valsts apmaksātajos pakalpojumos

Rīcībpolitikas līmenis	Rīcībpolitikas līmeņa faktors	Negatīva	Neitrāla	Pozitīva
	Vecums	nav	<p>izvērtēt nepieciešamību veikt grozījumus normatīvajos aktos, uzlabojot nepilngadīgajiem saņemt narkologa konsultāciju akūtu alkohola intoksikāciju gadījumos; Vadlejnieku izstrāde ģimenes ārstiem par bērnu imunizāciju ar nezināmu vai nepilnīgu vakcinācijas vēsturi; uzlabot mātes un bērna veselību, samazināt zīdaiņu mirstību un, atbilstoši ANO Tūkstošgades attīstības mērķiem, mazināt bērnu mirstību un uzlabot mātes veselību; Sadarbībā ar NVO nepieciešams organizēt informatīvi izglītojošus pasākumus jauniešiem un pusaudžiem; Nodrošināt jauno vecāku apmācību; Izveidot starpinstitucionālu darba grupu, lai uzlabotu agrīnu ziņošanas sistēmas darbību par vardarbību pret bērnu</p>	<p>Paaugstināta vakcinācijas aptvere (zīdaiņi, bērni, pieaugušie); Bērnu no augsta vai vidēja riska ģimenēm, kurās netiek pietiekami nodrošināta bērna attīstība un audzināšana, vakcinācijas statusa uzlabošana; Ieviest papildus izmeklēšanas metodes grūtniecēm, lai mazinātu iedzimto anomāliju attīstību jaundzimušajiem; Kompensēt recepšu zāļu iegādes izdevumus 50% apmērā bērniem līdz 2 gadu vecumam; Valsts apmaksātu brīvpusdienu nodrošināšana skolēniem;</p>

Rīcībpolitikas līmenis	Rīcībpolitikas līmeņa faktors	Negatīva	Neitrāla	Pozitīva
Indivīdu stiprināšana	Alkohola patēriņš	nav	<p>Alkoholisko dzērienu piedāvājuma ierobežošana un kontrole; Alkoholisko dzērienu pieprasījuma samazināšana; izvērtēt nepieciešamību veikt grozījumus normatīvajos aktos, lai paredzētu policijas darbiniekiem lielākas pilnvaras uz aizdomu pamata par administratīvā pārkāpuma izdarīšanu iekļūt ar nelikumīgo alkoholisko dzērienu apriti saistītos objektos; Riskantas un kaitējošas alkoholisko dzērienu lietošanas samazināšana; Alkoholisko dzērienu lietošanas un tā radīto seku indikatorrādītāju monitorings un sabiedrības informēšana; Plānoti arī pasākumi cīņai ar sekām, kas rodas pārmērīgas un kaitējošas alkoholisko dzērienu lietošanas rezultātā; veikt grozījumus normatīvajos aktos, paredzot ierobežojumus alkoholisko dzērienu mazumtirdzniecībai un lietošanai valsts un pašvaldību telpās, izņemot pašvaldību kultūras iestāžu telpās un to teritorijās; ierobežot alkoholisko dzērienu mazumtirdzniecību izglītības iestāžu, dienesta viesnīcu, ja to telpās uzturas izglītojamie, kas iegūst pamata, vidējo profesionālo vai speciālo izglītību, sociālās aprūpes un ārstniecības iestāžu, policijas, karaspēka daļu un citu militarizēto formējumu telpās un teritorijās; veikt labās prakses apmaiņu starp pašvaldībām atskurbšanas telpu nodrošinājumā uz brīvprātības principa; veikt alkoholisko dzērienu lietošanas un seku parādību monitoringu.</p>	<p>Samazināts alkohola patēriņš un tā radītās kaitīgās sekas; Uzlabots alkohola atkarīgajiem un lietotājiem sniegto pakalpojumu klāsts; nodrošināt alkohola atkarīgo slimnieku sociālo rehabilitāciju; Pastiprināt kontroli tirdzniecības vietās;</p>

Rīcībpolitikas līmenis	Rīcībpolitikas līmeņa faktors	Negatīva	Neitrāla	Pozitīva
	Diēta, uzturs	nav	Samazināt veselībai kaitīgo ieradumu īpatsvaru, īpaši izglītības iestāžu audzēkņu vidū, un popularizēt veselību veicinošus ieradumus; Izvērtēt normatīvos aktus par īpašiem medicīniskiem nolūkiem paredzēto pārtiku bērniem; īstenot vienotu politiku veselīga uztura veicināšanai; Popularizēt veselīga uztura jautājumus sabiedrībā; Veicināt augļu un dārzeņu patēriņu uzturā; Sagatavot grozījumus normatīvajos aktos, lai precizētu pārtikas produktu klāstu; Veikt sabiedrības informēšanu par dzeramā ūdens un peldūdens piesārņojuma negatīvo ietekmi; izstrādāt uztura ieteikumus iedzīvotājiem sirds un asinsvadu slimību profilaksei; informēt pārtikas produktu ražotājus par nepieciešamību samazināt sāls, tauku, cukura daudzumu pārtikas produktos; veikt grozījumus Pārtikas aprites uzraudzības likumā	Nodrošinātu bezmaksas augļu un dārzeņu pieejamību izglītības iestādēs; celiakija ēdināšanas nodrošināšanai pamatzglītības iestādēs; Valsts apmaksātu brīvpusdienu nodrošināšana skolēniem; Turpināt īstenot programmu skolu apgādei ar augļiem un dārzeņiem; Turpināt īstenot “Skolas piena” programmu;
	Fiziskās aktivitātes, aktīvā atpūta, sports	nav	īstenot vienotu politiku fizisko aktivitāšu veicināšanai sabiedrībā; nodrošināt izglītojošus pasākumus par fizisko aktivitāšu lomu veselības saglabāšanā un bezmaksas sporta aktivitāšu pieejamību iedzīvotājiem pašvaldībās; Samazināt veselībai kaitīgo ieradumu īpatsvaru, īpaši izglītības iestāžu audzēkņu vidū, un popularizēt veselību veicinošus ieradumus; Paaugstināt fiziskās aktivitātes līmeni cilvēkiem ar mazkustīgu dzīvesveidu; Veicināt ģimenes ārstu, māsu un ārstu palīgu iesaisti optimālas fiziskās slodzes veicināšanā bērniem, pieaugušajiem, senioriem un riska grupām; Popularizēt fiziskās aktivitātes sabiedrībā, īpaši, sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju grupām; Nodrošināt konsultācijas pašvaldībām, kā ieviest	

Rīcībpolitikas līmenis	Rīcībpolitikas līmeņa faktors	Negatīva	Neitrāla	Pozitīva
			Vadlīnijas pašvaldībām veselības veicināšanā fizisko aktivitāšu jomā; sagatavot un izplatīt informatīvu materiālu iedzīvotājiem par nepieciešamo fizisko aktivitāšu biežumu, intensitāti, veidiem; Izstrādāt metodisko materiālu ģimenes ārstiem par „fiziskās aktivitātes receptes izrakstīšanu”; pašvaldību teritorijās nodrošināt informāciju iedzīvotājiem par pieejamiem sporta kompleksiem;	
	Medikamentu patēriņš	Neturpināt zāļu iegādes kompensācijas sistēmas attīstību; kompensējamām zālēm aptiekās piemērojamā uzcelojuma paaugstināšanu;	izvērtēt Latvijā bīstamākās zāļu un alkoholisko dzērienu kombinācijas, to radītos riskus; izveidot medicīniskā uztura kompensācijas sistēmu; Izveidot zāļu kompensācijas sistēmu; Noteikt medicīniskā uztura apmaksas kārtību; Izvērtēt iespēju uzsākt pusaudžu no 14 gadu vecuma vakcināciju pret garo klepu; Izvērtēt iespējas uzlabot esošo vakcināciju uzskaites sistēmu; Noteikt normatīvajos aktos farmaceitiskās aprūpes lomu; Informēt sabiedrību par saprātīgu zāļu lietošanas drošuma nosacījumiem; Veicināt sabiedrības informētību par tradicionālajā medicīnā lietojamo produktu īpašībām;	Ieviest otro poti pret vējbakām bērniem; Stiprināt uzraudzību un starpresoru koordinētu darbību viltoto zāļu izplatības riska mazināšanai; Veidot efektīvu un skaidru neizlietoto zāļu savākšanas un utilizācijas sistēmu; nodrošināt kompensējamās zāles; nodrošināt medikamentu apmaksu pie diagnozes Z94.1;
	Tabakas patēriņš	nav	Mazināt tabakas negatīvo ietekmi uz indivīdu un sabiedrību kopumā; Nodrošināta vecāku informēšana par atkarību izraisošo vielu ietekmi uz grūtnieces un augļa veselību un mātes piena nozīmi bērna veselības nodrošināšanā; Izstrādāt mācību un metodiskos līdzekļus par kaitīgo ieradumu ietekmi uz veselību; palielinātu iedzīvotāju īpatsvaru ar veselīgu dzīvesveidu; īstenot vienotu politiku dažāda veida atkarību izraisošo vielu; Atkarību izraisošo vielu un procesu izplatības samazināšana sabiedrībā,	veikt grozījumus normatīvajos aktos, aizliedzot pārdot elektroniskās cigaretes nepilngadīgām personām; Pastiprināt kontroli tirdzniecības vietās;

Rīcībpolitikas līmenis	Rīcībpolitikas līmeņa faktors	Negatīva	Neitrāla	Pozitīva
			īpaši, sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju grupām; Izstrādāt elektronisko nikotīna ievades sistēmu tiesisko regulējumu; Veikt PVO Starptautiskā jauniešu smēķēšanas pētījuma (GYTS) aptauju Latvijā; Izvērtēt tabakas izstrādājumu standartizētā iepakojuma ieviešanas iespējas; veikt sabiedrības informēšanas kampaņu, lai samazinātu bērnu pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai; izvērtēt nepieciešamību veikt grozījumus normatīvajos aktos, paredzot cigaretēm optimālo akcīzes likmi	
Infrastrukturā un pakalpojumu pieejamības uzlabošana	Bezdarbs vai nodarbinātība	nav	Veicināt ģimenes ārstu sniegto pakalpojumu pieejamību tām iedzīvotāju grupām, kuras pēc Veselības aprūpes finansēšanas likumprojekta pieņemšanas neiegūs tiesības saņemt valsts veselības apdrošināšanas pakalpojumus; veikt grozījumus normatīvajos aktos, paredzot ierobežojumus alkoholisko dzērienu mazumtirdzniecībai un lietošanai valsts un pašvaldību telpās, izņemot pašvaldību kultūras iestāžu telpās un to teritorijās	Izstrādāt normatīvo aktu ceļu būves, celtniecības, lauksaimniecības objektos nodarbināto personu profilaktisko veselības pārbaūžu veikšanai;
	Darba vide	nav	Veicināt veselīgu un drošu dzīves un darba vidi; Traumatisma un vides risku ietekmes mazināšana; Veicināt veselīgu un drošu vidi; Apzināt vides risku faktoru ietekmi uz veselību, informēt sabiedrību; Pilnveidot ārstniecības personu (ģimenes ārsti, neirologi u.c.) zināšanas par arodslimības izraisošajiem faktoriem	nav

Rīcībpolitikas līmenis	Rīcībpolitikas līmeņa faktors	Negatīva	Neitrāla	Pozitīva
	Dzīves un darba apstākļi	nav	Veicināt veselīgu un drošu dzīves un darba vidi; Traumatisma un vides risku ietekmes mazināšana; Veicināt veselīgu un drošu vidi; Apzināt vides riska faktoru ietekmi uz veselību, informēt sabiedrību; veikt Bērnu antropometrisko parametru un skolu vides pētījumu;	nav
	Izglītība	nav	pilnveidot jauniešu zināšanas par veselīga dzīvesveida, seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem; Ģimenes ārsta komandas tālākizglītības programmās ieviest; Pilnveidot mācību priekšmetu programmu paraugus, veicinot integrētu veselības, sporta izglītības un cilvēkdrošības jautājumu pēctecīgu apguvi pirmsskolas izglītībā; pilnveidot jauniešu zināšanas par veselīga dzīvesveida, seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem; Izstrādāt mācību un metodiskos līdzekļus par kaitīgo ieradumu ietekmi uz veselību; Veselības aprūpē strādājošo izglītības celšana informācijas tehnoloģiju jomā; paaugstināt profesionāļu izglītības līmeni garīgās veselības jautājumos; Veicināt medicīnas studentu un veselības aprūpes speciālistu izglītību reto slimību jomā; Mācību programmu sasaiste ar reto slimību programmu; Izvērtēt iespējas noteikt prasības ģimenes ārsta praksē strādājošo māsu/ārsta palīga izglītībai; Izglītības sistēmas attīstīšana (augstākās, profesionālās, tālākizglītības) atbilstoši pieprasījumam veselības nozares darba tirgū;	nav

Rīcībpolitikas līmenis	Rīcībpolitikas līmeņa faktors	Negatīva	Neitrāla	Pozitīva
	Pajumte	nav	Uzlabot ģimenes ārstu prakšu un feldšerpunktu teritoriālā izvietojuma plānojumu; Palielināt zobārstniecības pakalpojumu pieejamību teritorijās ar zemu iedzīvotāju blīvumu; vienmērīgu veselības aprūpes un veselības veicināšanas pakalpojumu pieejamību visā Latvijā; Veicināt veselīgu un drošu dzīves un darba vidi; Veicināt veselīgu un drošu vidi; Traumatisma profilaksei veicināt drošas apkārtējās vides izveidi; Apzināt vides riska faktoru ietekmi uz veselību, informēt sabiedrību	nav
	Veselības aprūpes pakalpojumi	elektronisko identifikācijas karšu ieviešana un elektroniskā paraksta ieviešana; E-veselības pakalpojumi pilnā apjomā būtu pieejami tikai tiem iedzīvotājiem, kuriem būtu pieejamas elektroniskās identifikācijas kartes; Samazināt pacienta nelietderīgi patērēto laiku, kontaktējoties ar ārstniecības iestādēm	kvalitatīvas veselības aprūpes pakalpojumu sistēmas veidošana, nodrošinot pakalpojumu vienlīdzīgu pieejamību visiem Latvijas iedzīvotājiem; vienmērīgu veselības aprūpes un veselības veicināšanas pakalpojumu pieejamību visā Latvijā; nodrošināt pēctecīgu narkoloģiskas ārstēšanas pieejamību (atklāšana, motivācija, specializēta ārstēšana, rehabilitācija); Izstrādāt un reģistrēt antenatālās aprūpes vadlīnijas un kritērijus ārstniecības personu kompetences noteikšanai; Izveidot mātes mirstības konfidenciālās analīzes sistēmu, kā arī perinatālās mirstības analīzes sistēmu veselības aprūpes uzlabošanai; Izveidot valstī neauglības reģistru un centralizētu spermas datu banku; Uzlabot prenatālo iedzimto anomāliju diagnostiku; Reģionālo perinatālo centru stiprināšana; Atjaunot Mazulim draudzīgas slimnīcas iniciatīvu Latvijā; Samazināt un novērst riska faktoru, kas izraisa onkoloģiskās slimības, ietekmi uz sabiedrību; Uzlabot veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību onkoloģiskiem pacientiem; izvērtēt nepieciešamību veikt	Paaugstināta vakcinācijas aptvere; Ieviest papildus izmeklēšanas metodes grūtniecēm, lai mazinātu iedzimto anomāliju attīstību jaundzimušajiem; Iekļaut grūtnieces augsta riska grupā brīvprātīgai vakcinācijai pret gripu un nodrošināt vakcīnas cenas kompensāciju 100 % apmērā; Kompensēt receptu zāles 25% apmērā grūtniecēm un sievietēm pēcdzemdību periodā, kompensēt receptu zāles 50% apmērā bērniem līdz 2 gadu vecumam; Iekļaut valsts apmaksātajos pakalpojumos papildus diagnostiskos izmeklējumus neauglības noteikšanai un medicīniskās apaugļošanas procedūras; Visām grūtniecēm veikt B grupas beta hemolītiskā streptokoka uzņēmumu grūtniecības 37.nedēļā; Iekļaut visas grūtnieces augsta riska grupā brīvprātīgai vakcinācijai pret gripu un nodrošināt vakcīnas cenas kompensāciju 50 % apmērā no valsts budžeta līdzekļiem; Kompensēt

Rīcībpolitikas līmenis	Rīcībpolitikas līmeņa faktors	Negatīva	Neitrāla	Pozitīva
			grozījumus normatīvajos aktos, uzlabojot nepilngadīgajiem saņemt narkologa konsultāciju akūtu alkohola intoksikāciju gadījumos; veikt labās prakses apmaiņu starp pašvaldībām atskurbsšanas telpu nodrošinājumā uz brīvprātības principa; Valsts finansētajā grūtnieču aprūpē īstenot principu „nauda seko grūtniecei”; Nodrošināt apmācību par ultrasonogrāfijas skrīninga veikšanu; Reģionālo perinatālo centru stiprināšana; Izstrādāt un reģistrēt antenatālās aprūpes vadlīnijas un kritērijus	recepšu zāļu iegādes izdevumus 25% apmērā grūtniecēm; Telemedicīnas aparātūra un darbam ar šo aparātūru apmācīts personāls ir pieejams visās neatliekamās medicīniskās palīdzības slimnīcās; Izveidot valstī 24 sabiedrībā balstītas garīgās veselības aprūpes dienesta iestādes; Nodrošināt pieejamību paliatīvās aprūpes pakalpojumiem mājās neatkarīgi no pacienta dzīves vietas un vecuma; Nodrošināt ar tehniskiem palīglīdzekļiem; Dienas aprūpes centru izveide, īslaicīgai aprūpei; Nodrošināt pēctecīgu veselības aprūpi neiznēstiem bērniem; palielināt ambulatoro pakalpojumu apjomu
Kopienas stiprināšana	Balanss (starp darbu un ārpus darbu, starp ieguldījumiem un ieguvumiem(saskarsme, drošība, atzinība, izaugsmes iespējas))	nav	nav	nav
	Darba vides riska faktori (prasības, kontrole, spriedze)	nav	Veicināt veselīgu un drošu dzīves un darba vidi; Veicināt veselīgu un drošu vidi; Apzināt vides riska faktoru ietekmi uz veselību, informēt sabiedrību	Traumatisma un vides risku ietekmes mazināšana

Rīcībpolitikas līmenis	Rīcībpolitikas līmeņa faktors	Negatīva	Neitrāla	Pozitīva
	Psiholoģiskie efekti (stress, nelabvēlīga gaisotne)	nav	Nodrošināt medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu pieejamību un attīstīt psihosociālo rehabilitāciju; līdz 2020. gadam jāuzlabo iedzīvotāju psiholoģiskā labklājība; Izpratnes par garīgās veselības nozīmi veicināšana; Sagatavot priekšlikumus izdegšanas sindroma ārstēšanai; Garīgās veselības veicināšana sabiedrībā, īpaši, sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju grupām; veselības aprūpes speciālisti tiktu regulāri apmācīti par vardarbības jautājumiem; Izveidot programmu psiholoģiskās palīdzības sniegšanai iedzīvotājiem krīzes situācijās;	nav
	Savstarpējās attiecības (darbs, ģimene, draugi, sabiedrība)	nav	Veicināt sabiedrības informēšanu, pacientu izglītošanu un līdzestību; mazināt sabiedrībā izveidojušos negatīvo attieksmi pret garīgās veselības aprūpes pakalpojumu lietotājiem un viņu radniekiem; sekmēt informētas un atvērtas sabiedrības attīstību garīgās veselības jautājumos; Izveidot programmu psiholoģiskās palīdzības sniegšanai iedzīvotājiem krīzes situācijās;	nav
	Sociālā un sabiedrības ietekme (savstarpējais atbalsts)	nav	apmācīt iedzīvotājus pirmās palīdzības sniegšanā; Veicināt sabiedrības informēšanu, pacientu izglītošanu un līdzestību; mazināt sabiedrībā izveidojušos negatīvo attieksmi pret garīgās veselības aprūpes pakalpojumu lietotājiem un viņu radniekiem;	nav
	Sociāli ekonomiskā nevienlīdzība, zems sociālais statuss (subordinācija, dominance (salīdzinājumā ar citiem))	E-veselības pakalpojumi pilnā apmērā būtu pieejami tikai tiem iedzīvotājiem, kuriem būtu pieejamas elektroniskās identifikācijas kartes	Imunizācijas plāns sniedz ieguldījumu un atbalstu arī tādas veselības aprūpes veidošanā, kas mazina sociālo atstumtību; Valsts finansētajā grūtnieču aprūpē īstenot principu „nauda seko grūtniecei”; Nodrošināt vienlīdzīgu, uz pierādījumiem balstītu un izmaksu efektīvu slimnieku ārstēšanu; Informēt riska grupas iedzīvotājus	Paaugstināta vakcinācijas aptvere (risku grupas iedzīvotājiem); Bērnu no augsta vai vidēja riska ģimenēm, kurās netiek pietiekami nodrošināta bērna attīstība un audzināšana, vakcinācijas statusa uzlabošana; Iekļaut grūtnieces augsta riska grupā brīvprātīgai vakcinācijai pret gripu un nodrošināt

Rīcībpolitikas līmenis	Rīcībpolitikas līmeņa faktors	Negatīva	Neitrāla	Pozitīva
			<p>par organizētā vēža skrīningizmeklējumu saņemšanas iespējām un rezultātiem; nodrošinot vienlīdzīgas iespējas visiem Latvijas iedzīvotājiem saņemt nepieciešamo garīgās veselības aprūpi; iedzīvotāju finansiālajam ieguldījumam par veselības aprūpes pakalpojumiem jāatbilst viņu maksātspējai; visiem Latvijas iedzīvotājiem vienlīdzīgu pieeju kvalitatīviem veselības aprūpes pakalpojumiem, kas tiek apmaksāti no valsts budžeta līdzekļiem; Atkarību izraisošo vielu un procesu izplatības samazināšana sabiedrībā, īpaši, sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju grupām; samazināt iedzīvotāju saslimstību ar tuberkulozi un tās radīto sociāli ekonomisko slogu, nodrošinot plānotu, saskaņotu un koordinētu profilakses, ārstniecības un pretepidēmijas pasākumu veikšanu; Aizsargāt trūcīgās personas un riska grupu personas pret tuberkulozi;</p>	<p>vakcīnas cenas kompensāciju 100 % apmērā; Kompensēt recepšu zāļu iegādes izdevumus 25% apmērā grūtniecēm; Kompensēt recepšu zāļu iegādes izdevumus 50% apmērā bērniem līdz 2 gadu vecumam;</p>
Neparedzētās tēmas	Saslimstības samazināšana	nav	<p>Novērsta, uzturēta zemā līmenī vai samazinājusies Latvijas iedzīvotāju saslimstība ar vakcīnregulējamām infekcijas slimībām, veicot mērķtiecīgu un plānveida vakcināciju; Vakcinācijas izraisīto komplikāciju uzraudzības uzlabošana; samazināt saslimšanas risku ar onkoloģiskām slimībām, pagarināt onkoloģisko slimnieku dzīvildzi; Samazināt un novērst riska faktoru, kas izraisa onkoloģiskās slimības, ietekmi uz sabiedrību;</p>	<p>samazināt iedzīvotāju saslimstību ar vakcīnregulējamām infekcijas slimībām; nodrošināt kompensējamās zāles; nodrošināt funkcionālās diagnostikas izmeklējumus; Paaugstināt zīdaiņu vakcināciju; Uzlabot pacientu ar TB (TB/HIV) ārstēšanu tiešā ārstniecības personas novērošanā;</p>

Rīcībpolitikas līmenis	Rīcībpolitikas līmeņa faktors	Negatīva	Neitrāla	Pozitīva
Strukturālās izmaiņas attiecībā uz ekonomiskajiem, sociālajiem, kultūras un vides apstākļiem	Vispārējie sociāli ekonomiski, kultūras un vides apstākļi	Neturpināt zāļu iegādes kompensācijas sistēmas attīstību; kompensējamām zālēm aptiekās piemērojamā uzcelojuma paaugstināšanu	nodrošināt izglītojošus pasākumus par fizisko aktivitāšu lomu veselības saglabāšanā un bezmaksas sporta aktivitāšu pieejamību iedzīvotājiem pašvaldībās; sniegt pašvaldībām metodisku atbalstu veselību veicinošu aktivitāšu īstenošanai pašvaldības iedzīvotājiem; uzlabot dzīves kvalitāti; Mazināt tabakas negatīvo ietekmi uz indivīdu un sabiedrību kopumā; kvalitatīvas veselības aprūpes pakalpojumu sistēmas veidošana, nodrošinot pakalpojumu vienlīdzīgu pieejamību visiem Latvijas iedzīvotājiem; Pārskatīt atbalsta mehānismus ģimenes ārsta praksēm teritorijās ar zemu iedzīvotāju blīvumu; vienmērīgu veselības aprūpes un veselības veicināšanas pakalpojumu pieejamību visā Latvijā; Traumatisma un vides risku ietekmes mazināšana; Veicināt veselīgu un drošu vidi; Apzināt vides riska faktoru ietekmi uz veselību, informēt sabiedrību; Uzraudzīt vides kvalitāti un faktorus, kas ietekmē bērnu veselību; Traumatisma profilaksei veicināt drošas apkārtējās vides izveidi;	Nodrošināt vienlīdzīgu pieejamību veselības aprūpes pakalpojumiem visā Latvijas teritorijā; Uzlabot pacientu ar TB (TB/HIV) ārstēšanu tiešā ārstniecības personas novērošanā; Palielināt zāļu kompensācijai paredzēto finansējumu;

Pētījuma shēma ar ievada elementiem

