

10. Lindfors P., Lundberg O., Lundberg U. Sense of coherence and biomarkers of health in 43-year old women. *Int J Beh Med*, 2005;12(2):98–102.

11. Jatkevičius A. Nepilnamečių smurtinio nusikalstamumo prevencija. Daktaro disertacija. Vilnius: VU, 2003.

12. Selmistraitienė D. Socialiniai įgūdžiai – paaugliams. Priklausomybių nuo narkotinių medžiagų prevencijos gairės. *Socialinis ugdymas*, 2001; 4:66–79.

13. Smart D., Sanson A. Social competence in young adulthood, its nature and antecedents. *Family Matters*, 2003;4(6):4–10.

14. Ignatavičienė S., Žukauskienė R. Rizikos grupės vaikai. Metodinės rekomendacijos pedagogams. Vilnius: LR švietimo ir mokslo ministerija, 1999.

15. Cartwright-Hatton, S; Hodges, L; Porter, J. Social anxiety in childhood: the relationship with self and observer rated social skills. *J Child Psychol Psychiatry*, 2003;44(5):737–742.

#### BASIC SOCIAL SKILLS AND SENSE OF COHERENCE AMONG CHILDREN AT RISK

R. Malinauskas, V. Malinauskienė, A. Dumčienė, Š. Šniras

##### Summary

*Key words: basic social skills, sense of coherence, children at risk.*

*The objective of the study – to evaluate the level of basic social*

*skills and sense of coherence among children at risk. The hypothesis of the study was that children at risk with low sense of coherence have lower level of basic social skills as compared to children at risk with middle sense of coherence. The sample consisted of 503 11–18 year old children at risk from foster homes and youth schools in Kaunas, Vilnius and Šiauliai districts. The data were collected according to Malinauskas and Šniras basic social skills inventory and brief instrument of Antonovsky's scale. Antonovsky's method was meant to determine the sense of coherence. The hypotheses of mathematical statistics were tested by the  $\chi^2$  test and Student t test. Our results indicated that basic social skills were weaker ( $p < 0.01$ ) among children at risk with low sense of coherence as compared to children at risk with middle sense of coherence. It emerged that children at risk with middle sense of coherence have significantly more trained the following basic social skills: emotional expressiveness, emotional control, social expressiveness, and social control.*

**Correspondence to:** r.malinauskas@lkkk.lt

*The project was funded by the Lithuanian State Science and Studies Foundation (Agreement No. T-15/08).*

Gauta 2008-10-10



## ALKOHOLIO IR RŪKYMŲ SOCIALINĖS SAŠAJOS

A. JUOZULYNAS<sup>1,2</sup>, A. ASTRAUSKIENĖ<sup>2</sup>, A. JURGELĖNAS<sup>1</sup>, G. ŠURKIENĖ<sup>2</sup>, M. BUTIKIS<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Vilniaus universiteto Eksperimentinės ir klinikinės medicinos institutas,

<sup>2</sup>Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Visuomenės sveikatos institutas

**Raktažodžiai:** *visuminis požiūris, alkoholis, tabakas, socialinis saitas, vertybinė nuostata, grįžtamasis ryšys.*

### Santrauka

*Alkoholio ir tabako vartojimo paplitimas nuolat didėja ir tampa socialiniu reiškiniu. Jį formuoja socialinis saitas – sveikatos priklausomybę nuo alkoholio ir rūkymo organizuojančių veiksmų visuma. Šio darbo tikslas – ištirti alkoholio ir rūkymo paplitimo sąsajas su socialine sveikata, socialiniu statusu ir vertybinėmis orientacijomis Vilniaus mieste. Panaudojant faktorinės analizės metodą nustatyta trys visuminiai socialinio saito ir vienas grįžtamojo ryšio faktorius. Svarbiausiais situacijos valdymo parametrais nustatytos vertybės: viltis, tikėjimas, šeima, sveikata.*

### ĮVADAS

Šių metų Nacionalinės sveikatos tarybos metiniame pranešime sakoma, kad Lietuvos gyventojų mirtingumas nuolat didėja ir pagrindinės priežastys yra kraujotakos

ligos, piktybiniai navikai, alkoholizmas, rūkymas, narkotinių medžiagų vartojimas, traumos [1]. Didėjant Lietuvos gyventojų girtavimo mastą rodo asmenų, sergančių alkoholinėmis psichozėmis ir lėtiniu alkoholizmu skaičius. 2006-aisiais 100 tūkst. gyventojų priskiriama 101 alkoholinės psichozės atvejis - tai yra beveik dvigubai daugiau nei prieš 6 metus. Dėl alkoholio vartojimo 2006 metais Lietuvoje mirė 1484 žmonės ir tai yra penktadaliu daugiau nei 2005-aisiais.

Alkoholio ir tabako vartojimo problema pasiekė šalies aukščiausias įstatymų leidimo ir valdžios instancijas. Tai reiškia, kad šios problemos negalima išspręsti vien medicinos ar visuomenės sveikatos priemonėmis. Ją formuoja sveikatos priklausomybę nuo alkoholio ir rūkymo organizuojančių veiksmų visuma – specifinis socialinis saitas. Problema yra visuminio pobūdžio ir priklauso sveikatos socialinės plėtros sričiai [2]. Ši problema būdinga ir kitoms šalims. Jos sprendimas atsispindi naujoje Europos sveikatos strategijoje ir antroje sveikatos programoje 2008-2013 [3,4].

Kadangi pastangos mažinti alkoholio vartojimą ir

rūkymą Lietuvoje jų mastų nemažina ir atsižvelgiant į tai, kad postkomunistinėje erdvėje socialiniai sveikatos procesai vyksta skirtingais dėsniniais [5], manome, kad būtina ieškoti ne tik išbandytų, bet kitokių, šiuolaikiniams principais paremtų valdymo būdų [6,7].

**Šio darbo tikslas** – bandymas realizuoti visuminį požiūrį į alkoholio ir rūkymo socialinio saito bendrumus ir specifiškumus, kai socialinį saitą sudaro socialinė sveikata, socialinis statusas (pajamos, išsilavinimas, profesija, šeimos padėtis) ir vertybinės orientacijos.

#### TYRIMO OBJEKTAS IR METODAS

Tirta 18 metų ir vyresni Vilniaus miesto gyventojai. Imtis reprezentatyvi, atsitiktinė, tikimybinė, kvotuota pagal amžių ir lytį. Tyrimo metu buvo apklausta 1232 respondentai, iš jų 539 (43,8%) vyrai ir 693 (56,2%) moterys.

Tyrimui mes taikėme mūsų parengtą sveikatos socialinės plėtros koncepcijos [2] integruoto tyrimo metodą [8]. Alkoholio ir rūkymo socialinio saito, kaip tikslingos sistemos, elementais buvo imta socialinė sveikata, išsilavinimas, šeimos padėtis, vieno šeimos nario pajamos, vertybinės orientacijos. Hipotetiškai vertybinės orientacijos buvo modeliuojamos kaip grįžtamojo ryšio integralus parametras. Socialinė sveikata identifikuota panaudojant PSO anketą [9].

Visuminė socialinio saito struktūra buvo gauta faktorinės analizės metodu. Duomenų tinkamumas analizei

tikrintas Bartleto sferiškumo ir KMO kriterijais. Gauti rezultatai gerai tiko faktorinės analizės metodui. Alkoholio vartojimo ir rūkymo paplitimo dažnumai vertinti penkių rangų skale: nevartoju, kelis kartus per metus, 2-3 kartus per mėnesį, 2-3 kartus per savaitę, kasdien. Tirta stiprių alkoholinių gėrimų (>22%), vyno ir alaus vartojimo dažnumai. Analizei ši skalė buvo pakeista į dichotominę skalę „geria-negeria“ ir „rūko-nerūko“. Grupei „negeria“ santykinai buvo priskirti asmenys, kurie visai nevartoja alkoholio ir kurie vartoja kelis kartus per metus. Visi kiti priskirti „geriančių“ grupei. Analogiškai buvo suformuotos „nerūkančių“ ir „rūkančių“ grupės. Vertybinių orientacijų struktūra formuota atsižvelgiant į materialinio, socialinio ir dvasinio pobūdžio vertybes, kurios buvo vertintos penkių rangų skale. Faktorinei analizei buvo paliktos tik tos vertybinės orientacijos, kurių bendrumai buvo didesni už 0,4. Hipotezės apie vidurkių skirtumus tikrintos Studento kriterijumi 0,05 pasikliaujamu lygmeniu. Priklausomumo nuo alkoholio ir rūkymo grįžtamojo ryšio galimybė modeliuota lyginant socialinio saito faktorines struktūras be vertybinių orientacijų ir jas įvedus. Galimo veiksmingesnio valdymo parametrai buvo išskiriami pagal didžiausio bendrumo rodiklį.

#### REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

Alkoholio vartojimo ir rūkymo situacijos valdymo veiksmingumas priklauso nuo socialinio saito vidinių prieštaravimų, kurie atsiranda dėl situacijai neadekvačių valdymo poveikių iš išorės, todėl planuojamos priemonės neduoda norimų rezultatų. Tokiu atveju reikia papildomo grįžtamojo ryšio [6]. Tokiu papildomu ryšiu mes įvedame vertybinį bloką. 1 lentelėje pateikta socialinio saito struktūros ir jas sudarančių kintamųjų (klausimų) faktoriai svoriai be papildomo vertybinio grįžtamojo ryšio ir su juo. Visuminę faktorinę struktūrą be grįžtamojo ryšio formuoja trys faktoriai, kurie paaiškina 53,9 proc. socialinio saito bendros dispersijos. Pirmąjį faktorių F1 formuoja 1-5 klausimai, kuriuos pagal prasmę galima pavadinti socialine sveikata. Jo vidutinės reikšmės kito nuo -3,68 iki 2,22. Teigiamos reikšmės sudarė 35,4% ir reiškė socialinės sveikatos galimybes, o neigiamos – 44,6% ir atitiko socialinės sveikatos riziką. (Čia rizika suprantama sveikatos socialinės plėtros kontekste; plg. [2]). Tyrimu nustatyta, kad socialinės sveikatos rizika yra didesnė už galimybes.

1 lentelė. Alkoholio vartojimo ir rūkymo socialinio saito faktorinės struktūros su grįžtamoju ryšiu ir be jo.

Klausimai*	Faktoriai								Bendrumai	
	Be vertybių			Su vertybėmis				Be vert.	Su vert	
	F1	F2	F3	F1V	F2V	F3V	F4V			
1	0,760			0,758				0,588	0,581	
2	0,556			0,556				0,344	0,343	
3	0,774			0,776				0,602	0,604	
4	0,773			0,770				0,603	0,605	
5	0,671			0,672				0,494	0,497	
6		0,665		0,452		0,657		0,646	0,650	
7		0,554		0,530		0,538		0,591	0,592	
8		0,800				0,783		0,707	0,678	
9			0,826				0,798	0,696	0,656	
10			0,793				0,789	0,646	0,638	
11		-0,520				-0,305		0,295	0,274	
12			0,453				0,453	0,262	0,269	
13									0,189	
14					0,682				0,486	
15					0,697				0,516	
16					0,687				0,490	
17					0,709				0,509	
18					0,601				0,397	
Tikrinė reikšmė	3,084	1,811	1,578	3,170	2,432	1,766	1,624			
Paaišk. Disp.%	25,7	15,1	13,1	17,6	13,5	9,8	9,1	53,9	49,9	

\*Ar dažnai per praėjusį mėnesį Jūs: 1. Vengėte ir šalinotės aplinkinių žmonių? 2. Buvote geranoriškai nusiteikęs (-usi) ir draugiškai bendravote su aplinkiniais žmonėmis? 3. Bendraudamas su žmonėmis sudirgavote ir tapdavote irzlus (-i)? 4. Kėlėte nepagrįstus reikalavimus savo šeimos nariams ir draugams? 5. Gerai sutarėte su žmonėmis? 6. Jautėtės mylimas (-a)? 7. Jautėtės vienišas (-a)? 8. Turėjote šalia žmogų, kuris kiekvieną akimirka galėjo Jums padėti? 9. Išimokslinimas. 10. Profesija. 11. Šeimos padėtis. 12. Vieno šeimos nario pajamos per mėn. 13. Piniagai. 14. Sveikata. 15. Šeima. 16. Tikėjimas. 17. Vilnis. 18. Pagarba gyvybei.

Antrąjį faktorių F2 formuoja 6-8 ir 11 kintamieji ir jis paaiškina 15,1% bendros dispersijos. Pagal prasmę tai yra socialinių santykių, socialinės paramos kintamieji. Šių kintamųjų sąveikoje neigiamas vaidmuo tenka šeimos situacijai. Detalesniam situacijos paaiškinimui reikia papildomų tyrimų.

Pagal kintamųjų prasmę šį visuminį faktorių įvardijome socialinės paramos faktoriumi. Jo vidutinės reikšmės kito nuo -3,41 iki 2,19 (2 lentelė). Teigiamos reikšmės sudaro 57,4% ir viršija neigiamas vidurkio reikšmes. Trečią visuminį faktorių F3 formuoja 9,10,12 kintamieji (1 lentelė), kurie charakterizuoja socialinį statusą. Pagal kintamųjų prasmę jį įvardijome visuminiu socialinio statuso faktoriumi. Jis paaiškina 13,1% bendros dispersijos. Faktoriaus vidutinės reikšmės kinta nuo -2,67 iki 4,59. Teigiamos reikšmės (61,5%), išreiškiančios socialinio statuso išteklius, viršija neigiamas (38,5%). Visuminę faktoriinę struktūrą su grįžtamoju ryšiu charakterizuoja keturi visuminiai faktoriai – F1V, F2V, F3V, F4V. Ši struktūra skiriasi nuo tik ką aptartos tuo, kad ji yra specifiskesnė, nes bendrumai joje sumažėjo nuo 53,9% iki 49,9%. Kitas svarbus ženklas – vertybinės orientacijos suformavo antrą pagal svarbumą visuminį faktorių F2V. Jis paaiškina 13,5% bendros dispersijos ir pagal kintamųjų prasmę gali būti pavadintas vertybinių orientacijų faktoriumi. Faktoriaus vidutinės reikšmės kinta dideliame intervale – nuo -4,76 iki 8,08 ir teigiamos reikšmės buvo šiek tiek didesnės už neigiamas (58,3% ir 41,7% atitinkamai).

Bet svarbiausia, kad šio faktoriaus įvedimas labiausiai pakeitė socialinės sveikatos faktoriaus struktūrą teigiamą vidutinių reikšmių sritį pakeldamas nuo 35,4% iki 56,5% ir šiek tiek sumažino neigiamų, rizikos, reikšmių procentą. Tai reiškia, kad pasitvirtino mūsų hipotezė apie tai, kad vertybinės orientacijos gali atlikti neigiamo grįžtamojo ryšio vaidmenį stabilizuojant alkoholio vartojimo ir rūkymo situaciją. Tačiau, atsižvelgiant į mūsų sukonstruotą modelį, geriančių žmonių, vyresnių nei 18 metų, Vilniaus mieste buvo rasta 69,6%, kyla klausimas, ar šis procesas jau nėra nukrypęs nuo dinaminės pusiausvyros, t.y. ar populiacijos socialinės sveikatos (F1 ir F1V faktoriai) ir socialinio statuso visuminių faktorių (F3 ir F4V faktoriai) galimybių ir rizikos santykio balansą dar gali įtakoti neigiami grįžtamieji ryšiai (gauti esminiai šių faktorių vidutinių reikšmių skirtumai, 2 lentelė) ar jau reikia laukti esminių kokybinių pokyčių?. Atsakymui į šį klausimą reikia papildomų tyrimų. Nesunku pastebėti ir tai, kad

geriančių žmonių latentinių faktorių vidutinės reikšmės yra teigiamų reikšmių srityje, o negeriančių – daugiau neigiamų. Tai, matyt, susiję su motyvacija, kad alkoholis suteikia teigiamų emocijų.

Kitas mūsų tyrimo uždavinys buvo situacijos valdymo parametru paieška. Netiesinėse sistemose, kokią mes čia nagrinėjame, kintamieji tarp savęs yra susiję ir formuoja latentinius visuminius faktorius. Tie kintamieji, kurie yra silpniausiai susiję su visuminais faktoriais yra mažai veiksmingi, o išlieka tik gana nedaug „stipriausių“ kintamųjų, kurie turi lemiamos įtakos situacijai. Mūsų atveju tokie kintamieji buvo: vengimas ir šalinimasis aplinkinių žmonių, irzlumas bendraujant su žmonėmis, nepagrįsti reikalavimai šeimos nariams ir draugams. Todėl valdant socialinės sveikatos kokybę alkoholio vartojimo prevencijos požiūriu reikia ugdyti tas vertybes, kurios turi didžiausios įtakos aukščiau paminėtų kintamųjų pozityviam pokyčiui. Tyrimas parodė, kad šiuo momentu didžiausią svorį turi vertybės: viltis, tikėjimas, šeima, sveikata. Mažiausiai reikšmės teikiama gyvybės gerbimui. Socialinės paramos visuminiams faktoriui didžiausios įtakos turi 8 kintamasis – buvimas šalia žmogaus, kai to labiausiai reikia. Tai neabejotina veikimo solidarumo sritis. Socialinio statuso srityje didžiausios įtakos turi išsimokslinimas ir profesija.

### IŠVADOS

1. Ne rūkymas, bet alkoholis labiausiai suardo svarbiausių socialinio saito elementų – socialinės sveikatos ir socialinio statuso – išteklių ir rizikos balansą.
2. Vertybinės orientacijos, kaip neigiamas grįžtamasis situacijos valdymo ryšys, gali sušvelninti tik socialinės sveikatos disbalansą ir beveik neįtakoja kitų faktoriinės struktūros sričių.
3. Tyrimo metu nustatyti svarbiausi kintamieji, įtakojantys sveikatos socialinio saito valdymą, buvo: vengimas bendrauti su žmonėmis; irzlumas bendraujant;

2 lentelė. Alkoholio vartojimo ir rūkymo visuminių faktorių vidurkių skirtumai.

Fakt. ident	Be vertybių				Su vertybėmis				
	Vartojimas	Fakt. vid.	Stand. nuokr.	p	Fakt. ident	Vartojimas	Fakt. vid.	Stand. nuokr.	p
F1	Geria	0,076	0,975	0,000	F1V	Geria	0,081	0,970	0,000
	Negeria	-0,173	1,035			Negeria	-0,184	1,043	
	Rūko	-0,048	1,034	0,242		Rūko	-0,049	1,028	0,234
	Nerūko	0,023	0,983			Nerūko	0,023	0,986	
F2	Geria	0,005	0,996	0,768	F2V	Geria	0,016	0,986	0,390
	Negeria	-0,012	1,001			Negeria	-0,037	1,029	
	Rūko	-0,054	1,004	0,190		Rūko	0,001	1,169	0,978
	Nerūko	0,025	0,977			Nerūko	-0,001	0,909	
F3	Geria	1,009	0,345	0,000	F3V	Geria	-0,001	0,997	0,952
	Negeria	-0,950	0,049			Negeria	0,002	1,006	
	Rūko	-0,060	1,105	0,146		Rūko	-0,049	1,040	0,238
	Nerūko	0,028	0,945			Nerūko	0,023	0,980	
F4V	Geria	0,007	1,016	0,000	F4V	Geria	-0,007	1,016	0,000
	Negeria	-0,176	0,940			Negeria	-0,176	0,940	
	Rūko	-0,078	1,118	0,058		Rūko	-0,078	1,118	
	Nerūko	0,037	0,937			Nerūko	0,037	0,937	

nepagrįsti reikalavimai šeimos nariams ir draugams; nebuvimas artimų žmonių, kai jų pagalbos labai reikia. Visi šie parametrai gali būti suvokti bendru susvetimėjimo sindromu.

4. Didžiausią svorį situacijai valdyti grįžtamojo ryšio principu turi vertybės: viltis, tikėjimas, šeima, sveikata. Mažiausią – pagarba gyvybei.

#### Literatūra

1. <http://www.balsas.lt/naujiena/200978>
2. Jurgelėnas A., Mačiūnas E., Juozulynas A. ir bendr. Sveikatos socialinė plėtra. Vilnius, 2007.
3. Baltoji knyga. Kartu sveikatos labui, 2008-2013 m. ES strateginis požiūris. Briuselis, 13.10.2007 KOM(2007) 630.
4. Europos Parlamento ir tarybos sprendimas Nr. 1350/2007/EB 2007 m. spalio 23 d. dėl antrosios Bendrijos veiksmų programos sveikatos srityje (2008–2013 m.). <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:301:0003:0013:LT:PDF>.
5. Jurgelėnas A., Mieliauskaite D, Filipaviciute R. From the former Soviet Union: Socioeconomic health inequalities exist in post-communist Lithuania. *BMJ*. 2005; 331(7510): 236.
6. Jurgelėnas A., Juozulynas A., Norvaišas S., Šurkienė G. Visuomenės sveikatos plėtros valdymas. *Sveikatos mokslai*, 2004; 3: 38–40.
7. Kanišauskas S. Teorijos ir praktikos santykis valdyme bei jurisprudencijoje: sinergetinė paradigma ir filosofiniai jos aspektai. *Viešoji politika ir administravimas*, 2002; 2: 54-62.

8. Jurgelėnas A., Juozulynas A., Norvaišas S., Šurkienė G. Visuomenės sveikatos plėtros integruotas tyrimas. *Sveikatos mokslai*, 2004; 3: 21–24.

9. ICP/HSC 016(2) 0197A ( The questions were suggested by Ron D. Hays, The Rand Corporation, Santa Monica, CA, USA).

#### THE SOCIAL LINK OF ALCOHOL AND SMOKING

A. Juozulynas, A. Astrauskienė, A. Jurgelėnas, G. Šurkienė, M. Butikis

#### Summary

*Key words: integrated approach, alcohol, smoking, social link, value judgement, feedback.*

*The prevalence usage of alcohol and tobacco is steadily growing and becomes a social expression. It's formed from sum of health dependence on alcohol and smoking organized factors – social link. The aim of this work is to use the method of integrated approach to investigate the prevalence correlation of alcohol and smoking between factors of social link: social health, social status and worth orientation in Vilnius city. The factors of one reversible link and three whole social links were established using the method of factor analysis. The most important values were established by parameters of situation control.*

**Correspondence to:** [algirdas.juozulynas@ekmi.vu.lt](mailto:algirdas.juozulynas@ekmi.vu.lt)

Gauta 2008-10-10



## METHODOLOGICAL APPROACHES TO MEASURING THE OUTCOMES OF HEALTH CARE

V. ŽYDŽIŪNAITĖ

*Institute of Educational Studies, Kaunas University of Technology, Kaunas, Lithuania,  
Department of Nursing Science, Kuopio University, Kuopio, Finland*

**Key words:** *health care outcomes, measuring, methodological approaches, nurse, nursing interventions, reliability, validity.*

#### Summary

*The paper is focused on the methodological approaches to measurement of health care outcomes. The research questions are the following: What are the perceptions of health care outcomes measurement? How are characterized the quantitative and qualitative measurement of health care outcomes? The research aim is to examine critically the use of quantitative and qualitative data measurement in order to assess the outcomes of*

*health care by describing the validity and reliability issues associated with each approach. Conclusions: (1) Measurement of health care outcomes typically focuses on patients' opinions in such a way that the objects of concern are not integrally intertwined with the process of care itself. That is, patients are not made the centre of concern; consequently, quality is disconnected from anything of importance to the actual outcomes of care. (2) By measuring the health care outcomes is important to assert the value of clear expectations routinely checked against observations and it is related to measurement management. Measurement is most clearly meaningful when numbers*