

ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS

**Andrius Norkus**

**SVEIKA GYVENSENA LIETUVOS  
STUDENTŲ POPULIACIJOJE:  
EDUKACINIS DIAGNOSTINIS ASPEKTAS**

Daktaro disertacija

Socialiniai mokslai, edukologija (07S)

Šiauliai, 2012

Disertacija rengta 2008–2012 metais Šiaulių universitete.

Disertacinį tyrimą rėmė Lietuvos valstybinis mokslo ir studijų fondas.

Mokslinis vadovas prof. habil. dr. Gediminas Merkys (Kauno technologijos universitetas, socialiniai mokslai, edukologija – 07 S, sociologija – 05 S).

## TURINYS

Disertacijoje vartojamų sąvokų žodynėlis .....	5
ĮVADAS .....	6
1. SVEIKA GYVENSENA KAIP TARPDISCIPLININIO NAGRINĖJIMO OBJEKTAS: ATLIKTŲ STUDIJŲ APŽVALGA .....	12
1.1. Sveikos gyvensenos samprata ir komponentai.....	12
1.2. Sveikos gyvensenos tyrimų istorinės ištakos .....	13
1.3. Sveikos gyvensenos tyrimų šiuolaikinės metodologinės priegios .....	15
1.3.1. Antrinių šaltinių analizė ir žinybinė statistika.....	15
1.3.2. Pirmine analize grįsti kiekybiniai metodai.....	17
1.3.3. Kokybiniai metodai .....	21
1.4. Sveikos gyvensenos tyrimai biomedicinos ir visuomenės sveikatos moksluose.....	23
1.5. Sveikos gyvensenos tyrimai socialiniuose ir elgsenos moksluose.....	25
1.6. Sveikos gyvensenos fenomeno atspindžiai edukologiniuose tyrimuose....	30
1.7. Tarptautiniai palyginamieji sveikos gyvensenos tyrimai .....	33
2. SVEIKA GYVENSENA KAIP VISUOMENINĖ IR EDUKACINĖ VERTYBĖ .....	35
2.1. Sveika gyvensena skirtingose kultūrose ir civilizacijose .....	35
2.2. Sveikos gyvensenos vaidmuo modernioje visuomenėje .....	37
2.3. Sveikos gyvensenos diegimo patirtis ir problemos Lietuvoje.....	39
2.4. Sveika gyvensena kaip edukacinė vertybė ir ugdymo tikslas .....	42
2.5. Sveika gyvensena kaip ugdymo priemonė ir ugdymo rezultatas .....	45
2.5.1. Šeimos vaidmuo ugdant sveiką gyvenseną .....	45
2.5.2. Bendruomenių ir subkultūrų vaidmuo ugdant sveiką gyvenseną....	48
2.5.3. Formaliosios švietimo sistemos ir mokyklos vaidmuo ugdant sveiką gyvenseną.....	50
2.5.4. Neformaliojo švietimo ir sporto klubų galimybės ugdyti sveiką gyvenseną.....	54
2.5.5. Sveikos gyvensenos ugdymas ir žiniasklaida: galimybės ir problemos .....	57
2.5.6. Studentai kaip savita ugdytinių grupė: sveikos gyvensenos aspektas .....	59
2.5.7. Sveikos gyvensenos ugdymo prielaidos aukštojo mokslo sistemoje.....	61
3. EMPIRINIO TYRIMO METODOLOGIJA .....	63
3.1. Metodologiniai tyrimo metmenys .....	63
3.2. Tyrimo instrumento struktūra ir kokybės rodikliai .....	64
3.3. Tiriamųjų imties charakteristika.....	67

4. LIETUVOS STUDENTŲ SVEIKA GYVENSENA EDUKACINIŲ DIAGNOSTINIŲ ASPEKTU: EMPIRINIO TYRIMO DUOMENYS.....	70
4.1. Sveikos gyvensenos ugdymo rezultatų diagnostika .....	70
4.1.1. Studentų požiūris į sveikatos stiprinimą ir fizinį aktyvumą .....	70
4.1.2. Sveikos gyvensenos rodiklių paplitimas studentų populiacijoje.....	72
4.2. Edukacinių ir socialinių aplinkų poveikio studentų sveikai gyvensenai diagnostika .....	80
4.2.1. Vaikystės namų aplinka ir sveikatos ugdymas(is) šeimoje kaip studentų sveikos gyvensenos veiksnys.....	80
4.2.2. Ugdymo(si) bendrojo lavinimo mokykloje sąsajos su sveika gyvensena studijuojant aukštojoje mokykloje.....	92
4.2.3. Sveikos gyvensenos ir sveikatos ugdymas(is) aukštojoje mokykloje: motyvai, poreikiai bei galimybės .....	96
4.2.4. Studentų sveikos gyvensenos įpročių diagnostika studijų krypties aspektu.....	103
4.2.5. Sveikos gyvensenos priklausomybė nuo socialinės aplinkos .....	113
4.3. Subjektyvių savo kūno ir sveikatos vertinimo aspektų sąsajos su sveika gyvensena.....	122
4.3.1. Studentų nepasitenkinimo kūnu rodikliai lyties aspektu.....	122
4.3.2. Savo kūno ir sveikatos vertinimo sąsajos su sveikos gyvensenos komponentais .....	124
 APIBENDRINAMOSIOS IŠVADOS, DISKUSIJA, REKOMENDACIJOS .....	127
LITERATŪRA.....	134
 PRIEDAI (kompaktinė plokštelė)	

## Disertacijoje vartojamų sąvokų žodynelis

- Elgsena** (angl. *behavior*) – tai įgimtų ir įgytų reagavimo į aplinką bei jos pokyčius būdų visuma, priklausanti nuo asmenybės ryšių su kitais žmonėmis, šeima, socialinėmis grupėmis.
- Gyvensena (gyvenimo būdas, angl. *lifestyle*)** – tai įpročių ir papročių visuma, sudaranti veikiama ir stiprinama socializacijos proceso per visą žmogaus gyvenimą.
- Sveikata** – visapusė fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė, o ne tik ligų ar negalavimų nebuvimas.
- Sveikatą stiprinanti (palaikanti) elgsena** (angl. *health promoting behavior*) – kai sąmoningai elgiamasi taip, kad sveikata stiprėtų, arba tikimasi, kad taip elgiantis ji sustiprės. Tai įvairūs veiksmai, kuriuos asmuo atlieka neatsižvelgdamas į sveikatos būklę, norėdamas sustiprinti sveikatos būklę, nesvarbu, ar jie veiksmingi, ar ne. Pažymėtina, kad lietuvių kalboje susiklosčiusioje mokslinės terminijos tradicijoje **sveikos gyvensenos** ir sveikatą stiprinančios (palaikančios) elgsenos terminai laikomi sinonimais. Šios tradicijos laikomasi ir šiame darbe.
- Sveikatą žalojanti arba rizikinga elgsena** (angl. *risky health behavior*) – susijusi su tradiciniais ligų ir sveikatos rizikos veiksniais (pvz., rūkymas, alkoholio vartojimas, neracionali mityba ir t. t.).
- Sveikatos elgsena** (angl. *health behavior*) – tai su poveikiu asmens sveikatai susijusi įgimtų ir įgytų reagavimo į aplinką bei jos pokyčius būdų visuma, priklausanti nuo asmenybės ryšių su kitais žmonėmis, šeima, socialinėmis grupėmis. Skirstoma į sveikatą stiprinančią ir sveikatą žalojančią (rizikingą) elgseną.
- Sveikatos raštingumas** (angl. *health literacy*) – gebėjimas perskaityti, suprasti ir pasinaudoti informacija apie sveikatos saugojimą, priimti sprendimus ir jais vadovautis.
- Sveikatos stiprinimas** (angl. *health promotion*) – procesas, suteikiantis žmonėms daugiau galimybių rūpintis savo sveikata ir ją gerinti. Apima sveikatos mokymą ir sveikatos bei socialinę politiką.
- Sveikatos ugdymas** (angl. *health education*) – kryptingos ir sąmoningos pastangos gilinti žinias apie sveikatos stiprinimo ir saugojimo būdus, įtvirtinti teigiamą požiūrį į sveikatą ir ją stiprinančius veiksnius, formuoti elgesio įgūdžius ir įpročius. Sveikatos ugdymas yra viena iš svarbiausių sveikatos stiprinimo grandžių, glaudžiai susijusi su ligų profilaktika. Sveikatos ugdymo esmė – ne tai, ką žmogus žino apie sveikatą, o tai, ką daro, kad ją stiprintų. Esminis sveikatos ugdymo komponentas – sveikatą stiprinančių įgūdžių mokymas.

## IVADAS

**Tyrimo aktualumas ir problema.** Sveikata plačiausia prasme suvokiama kaip visapusiška fizinė, socialinė ir dvasinė gerovė, o sveikos gyvensenos fenomenas yra medicinos, sociologijos, visuomenės sveikatos, psichologijos, edukologijos, istorijos, antropologijos, vadybos mokslų objektas. Galima išskirti dvi pagrindines sveikos gyvensenos tyrimų kryptis – *biomedicininę* (besikoncentruojančią į objektyviai pamatuojamų sveikatos rodiklių ir gyvensenos sąsajas) ir *psichologinę*, kurios objektas yra žmogaus elgsena bei su ja susiję psichosocialiniai aspektai. Vis didesnis dėmesys visame pasaulyje sveikai gyvensenai skiriamas pastaraisiais dešimtmečiais, kadangi keičiantis medicinos ir visuomenės sveikatos mokslų paradigmoms asmuo suvokiamas nebe kaip pasyvus sveikatos priežiūros paslaugos gavėjas ar pacientas, bet kaip tiesioginis savo sveikatos kūrėjas ir puoselėtojas. Idėja, kad žmogus pats yra atsakingas už savo sveikatą, vis dažniau pasigirsta ir viešajame bei politiniame diskurse. Pavyzdžiui, jau dabar kai kuriose valstybėse rūkantieji moka didesnę sveikatos draudimą, sveikatai kenksmingas maistas apmokestinamas didesniais mokesčiais ir t. t. Tai atrodo logiška, kadangi šiandien daugelis sveikatos sutrikimų ir ligų išsivysčiusiose valstybėse yra glaudžiai susiję su gyvensenos ypatumais. Pažymėtina, kad technologijų pažanga išsivysčiusiose valstybėse beveik visiškai išnaikino fizinę darbą, mechanizavo buitį, užteršė aplinką, todėl sveikas gyvenimo būdas yra svarbus ir kaip priemonė, padedanti eliminuoti ar bent jau susilpninti neigiamą modernėjančios kasdienės aplinkos įtaką sveikatai. Medicinos istoriko Bergdolt (2008) manymu, staigūs XIX a. moksliniai pokyčiai Europos medicinoje lėmė sveikatos nuvertinimą ir „kažką technišką ir pamatuojamą“, o ikimodernybėje vyravę darnos, saikingumo, harmonijos, relaksacijos principai primiršti. Pasak minėto autoriaus, šių idėjų nuosmukis buvo žalingas visai visuomenei. Klausimas, kaip rasti stabilesnę pusiausvyrą tarp mokslinių medicinos pasiekimų ir tūkstantmečius kauptos sveikos gyvensenos patirties, šiandien tampa itin aktualus, kadangi nemažai mokslinių tyrimų atskleidžia įvairių amžiaus grupių žmonių sveikatos prastėjimo tendencijas. Tikėtina, kad dėl šios priežasties šiandien vis populiarėja ekologinis požiūris ir gyvenimo būdas, glaudžiai susipinantis su sveikos gyvensenos principais.

Nors jaunimas tradiciškai laikomas viena iš sveikiausių socialinių grupių, tyrimai atskleidžia nemažai jaunimui būdingų sveikatos problemų bei sveikatai žalingo elgesio apraiškų (Jankauskas, Jatulienė, 2008; Mikšys, 2005; Poteliūnienė, Viraliūnaitė, 2006; Kardelis ir kt., 2001; Tamošauskas, 2005; Vaščila ir kt., 2005; Bobrova ir kt., 2004; Bobrova, Grajauskas, 2005; Narkauskaitė ir kt., 2011; Grinienė, 2007; Ivaškienė ir kt., 2007; Škėmienė ir kt., 2007; Stukas, Dobrovolskij, 2009, ir kt.). Minėti tyrimai rodo, kad akademinio jaunimo sveikatą neigiamai veikia nepakankamas fizinis aktyvumas, alkoholio, tabako ir kitų psichiką veikiančių medžiagų vartojimas, nesveika mityba, stresas, netinkamas darbo ir poilsio režimas ir kt. Lietuvos

studentų sveikatos būklę gerai iliustruoja žiniasklaidos nušviestas atvejis, kada tik mažiau nei trečdalis vienos kolegijos studentų, norėjusių tapti kraujo donorais, buvo pripažinti tinkamais donorystei dėl įvairių sveikatos problemų<sup>1</sup>. Svarbu tai, kad jaunystėje susiformavusi sveikatos elgsena ir įpročiai gali turėti įtaką visam likusiam gyvenimui. Studijų aukštojoje mokykloje pradžia yra reikšmingas gyvenimo įvykis, kuris dažnai būna susijęs su iššūkiais bei stresu jaunam žmogui adaptuojantis prie akademinų krūvių, naujos socialinės ir fizinės aplinkos. Kartu su minėtais pokyčiais studentams atsiranda daugiau laisvės, o drauge ir asmeninės atsakomybės už savo gyvenseną (von Ah ir kt., 2004; Grininė, 2006). Nors tyrimais įrodyta, kad studijų aukštojoje mokykloje pradžia yra pereinamasis laikotarpis, kurio metu palanku diegti sveikos gyvensenos įgūdžius (Dinger, Waigandt, 1997), ši galimybė Lietuvos aukštosiose mokyklose nėra išnaudojama. Pasak Tamošausko (2007), dauguma jaunuolių studijuoti į aukštąsias mokyklas ateina silpnos sveikatos ir neturėdami fizinio aktyvumo bei sveiko gyvenimo būdo motyvų.

Faktai, kad Lietuvoje nuolat silpnėja mokinių sveikata, gyventojai sveikos gyvensenos įpročiais atsilieka net ir nuo panašaus istorinio bei kultūrinio konteksto kaimyninių valstybių, vyrų gyvenimo trukmė yra viena trumpiausių Europoje, nėra sukurta vieninga gyvensenos rodiklių duomenų bazė, rodo nepakankamai įsisąmonintą sveikos gyvensenos svarbą, siunčia pavojaus signalus ir reikalauja permąstyti sveikos gyvensenos ugdymo strategiją bei jos įgyvendinimą, o kartu aktualizuoja kokybiškų sveikos gyvensenos tyrimų poreikį. Iškalbingas rodiklis yra Lietuvos Respublikoje gydymui ir prevencijai skiriamų lėšų santykis. Pavyzdžiui, 2010 m. bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos sudarė 6,7 mlrd. Lt (vidutiniškai 2031 Lt kiekvienam gyventojui), iš jų – net 49 % gydymo paslaugoms ir vos 1 % – prevencijai ir visuomenės sveikatai<sup>2</sup>.

Minėti sveikatingumo ir sveikatinimo faktai kelia pagrįstų abejonų dėl šiuolaikinės Lietuvos institucinės edukacinės sveikatos ugdymo infrastruktūros kokybės. Šiame kontekste galima dviprasmiškai prisiminti sovietinę patirtį – viena vertus, sovietinis „fizkultas“ buvo militarizuotas, dehumanizuotas, ryškiai grįstas totalitarinei valstybei būdingais funkcionalizmo principais, tačiau, antra vertus, edukacinė sveikatos stiprinimo infrastruktūra buvo gerokai prieinamesnė kiekvienam, ypač periferijos gyventojams.

Moderniojoje visuomenėje, kurią Debord (2006) apibūdina kaip „spektaklio visuomenę“, iškyla ir glaudžiai su sveika gyvensena susijusi „kūno atrodymo“ problema. Pasak Kallifatides (2005), neretai sveika gyvensena ir gyvenimas su savo kūnu virsta „gyvenimu dėl kūno“. Šiuolaikinėje visuomenėje paplitęs žiniasklaidos ir grožio, mados industrijų propaguojamas kūno kultas paradoksaliai susiaurino ribą tarp sveikos gyvensenos ir patologijos. Jauni žmonės labai jautrūs aplinkos ir žiniask-

<sup>1</sup> Daugelio studentų sveikata – per silpna donorystei. Interneto prieiga: <<http://www.knypava.lt/2010/12/17/daugelio-studentu-sveikata-%E2%80%93-per-silpna-donorystei>>, žiūrėta [2012-07-19].

<sup>2</sup> Lietuvos statistikos departamentas. Interneto prieiga: <<http://www.stat.gov.lt/lt/news/view?id=8870>>, žiūrėta [2012-07-19].

laidos socialiniam spaudimui, o siekis atitikti socialinius lūkesčius, turėti „idealų kūną“ dažnai veda į rizikingą sveikatai elgseną. Pažymėtinas ir kitas grožio industrijos poveikio aspektas – grožio bei sveikatos technologijų fetišizavimas, kai su(si)kuriamą iliuziją, jog asmeninių sveikatos stiprinimo pastangų tarsi nebereikia – viską už žmogų „atliks“ maisto papildai, liekninantys preparatai, soliariumai, plastinė chirurgija, elektriniai treniruokliai, masažuokliai ir pan.

Kadangi nuo visuomenės narių sveikatos tiesiogiai priklauso visos visuomenės, valstybės gerovė, sveika gyvensena gali ir turi būti suvokiama ne tik kaip bendražmogiška, humanistinė, bet ir kaip ekonominė vertybė. Tyrimai rodo, kad investuoti į sveikos gyvensenos įpročių ugdymą valstybei žymiai naudingiau, nei apmokėti netekusio sveikatos asmens išlaikymą ir gydymą (Yach ir kt., 2006). Savaimė suprantama, valstybės dėmesys sveikam gyvenimo būdai ir jo skatinimui neleidžia abejoti jos humanistine pareiga rūpintis praradusiais sveikatą, gydyti sergančiuosius bei užtikrinti orią senatvę.

Aukščiau minėti argumentai sveiką gyvenseną leidžia suvokti kaip ugdymo vertybę, tikslą ir rezultatą, prasmingai atsiskleidžiančius mokymosi visą gyvenimą edukacinės paradigmos kontekste. Edukacinė diagnostika įgalina įvertinti, kaip/ar pasiekiamas ugdymo rezultatas, kuris laikytinas ugdymo tikslo projekcija realybėje. Šiame disertaciniame tyrime edukacinė diagnostika pasitelkiama kaip priemonė įvertinti studentų sveikos gyvensenos (kaip ugdymo rezultato) priklausomybę nuo edukacinių, socialinių, aplinkos (infrastruktūros) veiksnių bei ištirti jos sąsajas su subjektyviu savo kūno vertinimu.

Disertacinio tyrimo **problema** gali būti išreiškiama šiais klausimais:

1. Kokią edukacinę įtaką sveikos gyvensenos įgūdžių formavimuisi turi šeima? Kiek/ar svarbus tėvų asmeninis pavyzdys, vaikystės šeimos socialinis sluoksnis?
2. Kaip/ar prie sveikos gyvensenos įpročių ir nuostatų ugdymo(si) prisideda formaliojo švietimo sistema? Koks bendrojo lavinimo mokyklos indėlis? Ar kūno kultūros pamokos sėkmingai atlieka pagrindinę jai švietimo dokumentų deleguojamą funkciją – skiepija mokiniams sveikos gyvensenos ir sąmoningo fizinio aktyvumo įgūdžius?
3. Kaip sveika gyvensena reiškiasi studijuojant aukštojoje mokykloje? Kaip gyvensenos rodikliai siejasi su studentų nuostatomis? Kaip/ar sveikos gyvensenos rodikliai priklauso nuo pasirinktos studijų krypties ir socialinės aplinkos? Kaip/ar aukštoji mokykla prisideda prie studentų sveikatos ugdymo? Kokios/ar sudaromos galimybės fizinei studentų saviugdai? Kokie yra studentų fizinės saviugdos skatuliai ir kliūtys?
5. Koks yra subjektyvus studentų savo kūno, sveikatos ir fizinio pajėgumo vertinimas? Kaip/ar jis siejasi su sveikos gyvensenos įpročiais?
6. Kokios yra galimybės skatinti studentų sveikos gyvensenos įpročius?

**Tyrimo objektas** – sveika gyvensena.

**Tyrimo dalykas** – studentų sveika gyvensena kaip ugdymo rezultatas.

Disertacinio tyrimo **tikslas** – atskleisti Lietuvos studentų sveikos gyvensenos



rodiklius įvairiais (ugdymo(si) patirties, lyties, studijų krypties, socialinės aplinkos ir kt.) aspektais.

Tyrimo tikslas buvo įgyvendinamas nuosekliai realizuojant šiuos **tyrimo uždavinius**:

- 1) išanalizuoti mokslinę literatūrą apie sveiką gyvenseną, jos ugdymą bei tyrimus; taip pat sveikatos ugdymą reglamentuojančius Lietuvos Respublikos dokumentus;
- 2) sukurti studentų sveikos gyvensenos tyrimo metodologiją ir patikimą kiekybinio tyrimo instrumentą, leidžiantį įgyvendinti tyrimo tikslą;
- 3) statistinės analizės metodais patikrinus instrumento validumą ir patikimumą, atlikti kiekybinių duomenų matavimus;
- 4) atlikus tyrimo rezultatų interpretaciją, parengti išvadas bei rekomendacijas dėl studentų sveikos gyvensenos ugdymo tobulinimo galimybių.

Tyrimas projektuotas remiantis keliomis teorinėmis koncepcijomis:

- *Tarpdisciplininiu požiūriu*, pripažįstančiu sveikos gyvensenos fenomeną kaip medicinos, biologijos, sociologijos, psichologijos, edukologijos, antropologijos, visuomenės sveikatos, vadybos mokslų objektą. Pirmybė buvo teikta edukologiniam požiūriui, suvokiant sveiką gyvenseną kaip ugdymo tikslą ir rezultatą.
- *Holistiniu požiūriu į sveikatą (PSO)*, apibrėžiančiu sveikatą kaip fizinę, socialinę, dvasinę gerovę. Dėl šios priežasties disertacinis tyrimas apima ne tik fizinės sveikatos, bet ir socialines dimensijas.
- *Sveikatos įsitikinimų teorija* (Health Belief Model, Hoschbaum, 1958; Rosenstock, 1960), kuri grindžiama nuostata, jog žmogus suvokia savo sveikatos būklę, stengiasi elgtis taip, kad ją saugotų. Sveikatos įsitikinimų modelio svarbiausias teiginys yra tas, kad suvokta ligos grėsmė ir elgsenos, padedančios išvengti ligos, nauda yra pagrindiniai veiksniai, lemiantys nusiteikimą dėl sveikatos ir pozityvius veiksmus sveikatai stiprinti. Remiantis šia teorija, disertaciniame tyrime siekiama atskleisti subjektyviai vertinamos savo sveikatos bei gyvensenos sąsajas.
- *Socialinio išmokimo teorija* (Social Cognitive Theory, Bandura, 1977), teigiančia, kad žmonės yra aktyvūs informacijos priėmėjai, besimokantys stebėdami ir pagal tai modeliuojantys savo pačių elgseną. Remiantis socialinio išmokimo teorijos prielaidomis, disertaciniame darbe ieškoma dabartinės gyvensenos sąsajų su vaikystės bei dabartine socialine aplinka.
- *Socialinio konstruktyvizmo* prielaidomis, kad sveikata ir kūnas yra socialiniai konstruktai, o individo elgsenai būdingas siekis patenkinti visuomenės lūkesčius (ekspektacijas), atitikti visuomenės konstruojamą grožio ir sveikatos idealo modelį (Berger, 1995; Foucault, 1977; Debord, 2006). Šių idėjų pagrindu vienu iš disertacinio tyrimo komponentų pasirinkta subjektyvaus pasitenkinimo savo kūnu dimensija.

Atsižvelgus į pasaulinę sveikos gyvensenos tyrimų patirtį, disertacinio tyrimo tikslą ir išsikeltus uždavinius, pasirinkta kiekybinė empirinė **metodologinė** prieiga,

kuri ir nulėmė darbe taikytus metodus. Disertaciniame tyrime taikyti **metodai**:

- 1) standartizuota apklausa raštu;
- 2) surinktų duomenų statistinė analizė (atlikta kompiuterine statistikos programa SPSS 17.0). Analizuojant duomenis taikyti faktorinės, dispersinės ANOVA (*Analysis of Variance*), koreliacinės analizės, aprašomosios statistikos metodai, skalių vidinis patikimumas tikrintas skaičiuojant Cronbach  $\alpha$  koeficientą, skirtumų reikšmingumas vertintas naudojant  $\chi^2$  (*chi-kvadrata*).

Lietuvoje ir pasaulyje atlikta nemažai tyrimų apie skirtingų sveikos gyvensenos komponentų faktinį paplitimą įvairiuose socialiniuose segmentuose, tačiau pastebimas tyrimų, analizuojančių sveikos gyvensenos įpročių ugdymą(si), deficitas. Šio disertacinio tyrimo mokslinis **naujumas** pasireiškia atrastomis studentų sveikos gyvensenos sąsajomis su sveikatos ugdymu(si): edukacine patirtimi šeimoje, mokykloje, aukštojoje mokykloje; biografiniais faktoriais, socialine ir fizine aplinka, edukacine infrastruktūra ir kt. Be to, tyrimas išsiskiria sąlygiškai dideliu tirtų sveikos gyvensenos komponentų ir ją lemiančių edukacinių kintamųjų kiekiu.

**Praktinį tyrimo reikšmingumą** lemia rastos sąsajos tarp faktinės studentų gyvensenos ir jos ugdymo(si) veiksmių, tyrimo duomenų analizės pagrindu parengtos rekomendacijos studentų sveikatos ugdymui ir sveikos gyvensenos įpročių ugdymo tobulinimui formaliojo švietimo sistemoje.

**Teorinis tyrimo reikšmingumas** reiškiasi tuo, kad sukurtas relevantiškas, kultūrinės Lietuvos sąlygas atitinkantis inventarijus, įgalinantis patikimai diagnozuoti studentų sveikos gyvensenos edukacines prielaidas.

Tyrimas vyko šiais **etapais**:

- 1) 2008 m. sausio mėn. – 2009 m. lapkričio mėn. Gilintasi į mokslinę literatūrą, formuluotos teorinės ir metodologinės tyrimo gairės.
- 2) 2009 m. lapkričio mėn. – 2010 m. gruodžio mėn. Konstruotas ir išbandytas tyrimo instrumentas, atliktos jo korekcijos.
- 3) 2011 m. vasario mėn. – 2011 m. rugsėjo mėn. Aukštosiose mokyklose platin-tas tyrimo instrumentas, pradėta pirminė rezultatų analizė.
- 4) 2011 m. rugsėjo mėn. – 2012 m. vasario mėn. Atlikta tyrimo interpretacija, parengta tyrimo ataskaita.

### **Ginamieji teiginiai:**

1. Vaikystės šeima, sveikatos ugdymas joje, tėvų asmeninis pavyzdys bei socialinis sluoksnis yra svarbūs edukaciniai faktoriai, nuo kurių didele dalimi priklauso studentų sveikos gyvensenos įpročiai.
2. Bendrojo lavinimo sistema ir kūno kultūros pamokos nepakankamai sėkmingai atlieka joms švietimo dokumentais deleguotą sveikatinimo ir sveikos gyvensenos ugdymo funkciją.
3. Aukštosiose mokyklose nesukuriamos pakankamos prielaidos sveikai gyvensenai ir jos ugdymui(si). Dauguma studentų neidentifikuoja aukštosios mokyklos kaip institucijos, turinčios ir galinčios prisidėti prie jų sveikatos ugdymo(si).

4. Sveikos gyvensenos įpročių diegimui studentų tarpe būtinos ilgalaikės kompleksinės priemonės, apimančios tėvų švietimą bendrojo lavinimo mokyklose, sveikatos ugdymo(si) kokybės bendrojo lavinimo ir aukštosiose mokyklose gerinimą, sporto ir sveikatingumo infrastruktūros plėtojimą.

**Mokslinių publikacijų disertacijos tema sąrašas:**

1. **Norkus A.**, 2010, *Body image and healthy living habits in students' population: a theoretical review* // Jaunųjų mokslininkų darbai, 1 (26). P. 172–175. ISSN 1648-8776.
2. **Norkus A.**, 2011, *Studentų nuostatų fizinio aktyvumo atžvilgiu sąsajos su kūno kultūros ugdymo(si) patirtimi mokykloje* // Jaunųjų mokslininkų darbai, 3 (32). P. 49–53. ISSN 1648-8776.
3. **Norkus A.**, 2011, *Panevėžio kolegijos studentų savo sveikatos vertinimo, patiriamų simptomų ir farmacijos preparatų vartojimo analizė lyties aspektu* // Taikomieji tyrimai studijose ir praktikoje, 5. P. 80–85. ISSN 2029-1280.
4. **Norkus A.**, Alūzas R., 2012, *Studentų sveikatos ugdymas Lietuvos aukštosiose mokyklose: galimybės ir problemos* // Studijos šiuolaikinėje visuomenėje, 3 (1). P. 185–193. ISSN 2029-431X.

**Disertacijos tema skaityti pranešimai mokslinėse konferencijose:**

1. **Norkus A.**, 2009, *Mokytojo veikla ugdant pozityvų mokinio požiūrį į savo kūną*. VIII tarptautinė mokslinė konferencija „Mokytojų rengimas XXI amžiuje: pokyčiai ir perspektyvos“. Šiauliai.
2. **Norkus A.**, 2010, *Kūno kultūros pamokų įtaka mokinių požiūriui į savo kūną*. III nacionalinė mokslinė konferencija „Mokslas žmonių sveikatai“. Kaunas.
3. **Norkus A.**, 2010, *Body attitude, body image and healthy living habits in high-school students' population: a theoretical review*. International Conference of Young Scientists. Šiauliai.
4. **Norkus A.**, 2011, *Panevėžio kolegijos studentų savo sveikatos vertinimo, patiriamų simptomų ir farmacijos preparatų vartojimo analizė lyties aspektu*. Respublikinė mokslinė praktinė konferencija „Vaikų ir jaunimo sveikatos ugdymas: dabartis ir perspektyva“. Panevėžys.
5. **Norkus A.**, Alūzas R., 2012, *Studentų sveikatos ugdymas(is) Lietuvoje: galimybės ir problemos*. Respublikinė mokslinė praktinė konferencija „Studijos šiuolaikinėje visuomenėje“. Šiauliai.

**Disertacinio darbo apimtis ir struktūra.** Disertacinį darbą sudaro įvadas, keturios dalys, apibendrinamos išvados, literatūros sąrašas ir priedai. Disertacijoje pateiktos 23 lentelės ir 54 paveikslai. Darbo apimtis – 146 puslapiai (be priedų). Literatūros sąrašą sudaro 247 šaltiniai.

# 1. SVEIKA GYVENSENA KAIP TARPDISCIPLININIO NAGRINĖJIMO OBJEKTAS: ATLIKTŲ STUDIJŲ APŽVALGA

---

## 1.1. SVEIKOS GYVENSENOS SAMPRATA IR KOMPONENTAI

Pastaraisiais dešimtmečiais vyrauja PSO pasiūlyta holistinė sveikatos samprata, kai sveikata suvokiama kaip „visiška fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė, o ne tik ligos ar negalavimo nebuvimas“. Sveikata suprantama kaip visuma, susidedanti iš viena nuo kitos priklausančių sričių: emocinės, fizinės, protinės, socialinės, asmeninės, dvasinės ir profesinės (Gudžinskienė ir kt., 2007). Sveikata suvokiama kaip dinamiškas, kūrybiškas procesas, apimantis visas pagrindines žmogaus gyvenimo sferas – biologinę, psichologinę ir socialinę (Žemaitienė ir kt., 2011). Manoma, kad didžiausią įtaką sveikatai turi gyvensena, kuri suvokiama kaip įpročių ir papročių visuma, veikiama ir stiprinama socializacijos proceso visą žmogaus gyvenimą. PSO sveiką gyvenseną apibrėžia kaip „asmens veiklą, kuri turi realų arba tikėtiną poveikį jo sveikatos būklei ir yra atliekama sveikatos stiprinimo, saugojimo arba palaikymo tikslais“. Proškuvienė (2004) sveiką gyvenseną suvokia kaip kasdienį gyvenimo būdą, kuris stiprina ir tobulina rezervines organizmo galimybes, padeda žmogui išlikti sveikam ir saugoti bei gerinti savo sveikatą. Panašiai sveiką gyvenseną apibrėžia ir Gudžinskienė (2007) – jos teigimu, tai individo gyvensenos forma, padedanti išsaugoti ir stiprinti sveikatą. Rizikinga sveikatai elgsena – tokia elgsena, kuri didina sveikatos sutrikimo ar pablogėjimo tikimybę (Health Promotion Glossary, 1998). Sveikatos elgsenos (angl. *health behavior*) sąvoka lietuvių mokslinėje terminijoje vartojama retai, dažniausiai tyrėjai sveikatos elgseną laiko sveikos gyvensenos sinonimu ir vartoja pastarąjį terminą. Minėtos tradicijos laikomasi ir šiame disertaciniame darbe. Vis dėlto reiktų pastebėti, kad sveikatos elgsena apima abiejų minėtų tipų elgseną: turinčią tiek teigiamą, tiek ir neigiamą (arba rizikingą) poveikį sveikatai.

Gochman (1982, 1997) pasiūlytoje sveikos gyvensenos sampratoje teigiama, kad sveiką gyvenseną atspindi ne tik pastebimi, akivaizdūs veiksmai ar elgsena, tačiau ir psichiniai procesai bei išgyvenimai, kurie irgi gali būti vertinami, tiriami moksliniais metodais. Pasak Parkerson (1993), sveika gyvensena plačiausia prasme apima asmenų, grupių, organizacijų veiksmus, juos veikiančius bei su jais susijusius faktorius ir šių veiksmų rezultatus, įskaitant socialinius pokyčius, sveikatos politikos vystymąsi ir tobulinimą, pagerėjusią gyvenimo kokybę. Kasl ir Cobb (1966) išskyrė tris asmens sveikatos elgsenos kategorijas, kurias susiejo su subjektyviai vertinama individo sveikata:

1. *Prevencinė elgsena* – save sveiku laikančio žmogaus elgsena, kuria sąmoningai siekiama išvengti ligos, sveikatos pablogėjimo.

2. *Ligos elgsena* – save sergančiu laikančio žmogaus elgsena, kai imamas veiksmingų priemonių, siekiant pasiekti sau priimtina sveikatos būklę.
3. *Silpnojo elgsena* – save sergančiu laikančio žmogaus elgsena, kada imamas priemonių, siekiant pasijusti geriau, įskaitant ir kitų asmenų – sveikatos priežiūros specialistų ar medikų – globą. Šis elgsenos tipas siejamas su tam tikru laipsniu sumažėjusia asmenine atsakomybe už savo paties sveikatą ir dažnai siejamas su „išmokto bejėgiškumo“ būseną.

Įvairių mokslinės literatūros šaltinių analizė leidžia konstatuoti, kad sveika gyvenmena yra daugiamatė sąvoka, apimanti šiuos pagrindinius *komponentus*:

- mitybą;
- fizinį aktyvumą / pasyvumą;
- tabako vartojimą / nevartojimą;
- alkoholio ir kitų psichiką veikiančių medžiagų vartojimą / nevartojimą;
- farmacijos preparatų vartojimą;
- darbo ir poilsio (miego) režimą;
- seksualinę elgseną;
- patiriamą stresą ir gebėjimą jį įveikti;
- higienos įpročius;
- profilaktinį sveikatos tikrinimąsi;
- kitą elgseną, galinčią turėti įtakos sveikatai (pvz., vairavimo įpročiai, saugos diržų naudojimas automobilyje, dalyvavimas muštynėse, ilgas deginimasis saulėje arba soliariume, pavojingų sveikatai sporto šakų propagavimas ir pan.).

Verta pastebėti, kad minėtiems sveikos gyvenmenos komponentams skiriamas nevienodas tyrėjų dėmesys. Lietuvoje populiariausi tyrimai, analizuojantys mitybos, fizinio aktyvumo, tabako ir alkoholio vartojimo paplitimą, o kiti sveikos gyvenmenos komponentai tyrinėjami gana fragmentiškai.

## 1.2. SVEIKOS GYVENSENOS TYRIMŲ ISTORINĖS IŠTAKOS

Visose visuomenėse žmogaus sveikata buvo laikoma itin svarbia vertybe, nuo kurios tiesiogiai priklauso visuomenės gerovė. Visuomenės sveikatos, sveikatos stiprinimo ir sanitarijos mokslų užuomazgos pastebimos dar senovės Babilono, Egipto, Indijos, Peru, Graikijos, Romos ir kitose civilizacijose. Bendruomenėse egzistavo tam tikros mitybos, higienos, poilsio, seksualinio elgesio normos, dažnai glaudžiai susijusios su tikėjimu ir skleidžiamos per religinius mokymus (pavyzdžiui, reikalavimas apsiprausti prieš malda, valgi arba susilaikyti nuo lytinių santykių menstruacijų dienomis) (Bergdolt, 2008). Be to, religija skatino žmogų rūpintis ne tik savo, bet ir

aplinkinių sveikata ir gerove (Johnson, 2007)<sup>3</sup>. Manoma, kad moksliniame kontekste sveikatos sąvoka pradėta vartoti Antikos laikais, kai graikų gydytojas Hipokratas (460–375 m. pr. m. e.) susistemino žinias apie sveikatą. Senovės Graikijoje atsirado ir sveikos gyvensenos mokymo užuomazgos, pirmiausia pasireiškusios gimnastikos pratybomis (Šveikauskas, 2008). Higienos bei sanitarijos sistemos buvo sukurtos viduramžiais Europos miestuose, o Renesanso epocha laikoma mokslinio žmogaus kūno pažinimo, infekcinių ligų plitimo tyrinėjimų pradžia (Rosen, 1993).

Moksliniai bandymai ieškoti sąsajų tarp sveikatos ir gyvenimo sąlygų prasidėjo XIX a. pradžioje – 1820 m. Edinburgo universiteto profesorius W. P. Alison aprašė glaudų ryši tarp skurdo ir sveikatos sutrikimų, infekcinių ligų (Terris, 1992), kiek vėliau panašius tyrimus Prancūzijoje atliko Villerme (Coleman, 1982). 1848 m. R. Virchow socialinė studija išanalizavo dėmėtosios šiltinės paplitimo priežastis Aukštutinėje Silezijoje (Vokietija) ir pateikė ekonomines bei politines rekomendacijas, padėjusias įveikti epidemiją (Taylor, Rieger, 1984). Vis dėlto minėtieji tyrimai priskirtini ne sveikatos elgsenos ar sveikos gyvensenos, o epidemiologijos, visuomenės sveikatos ir socialinės medicinos sritimis, todėl čia paminėti tik epizodiškai.

Nors ryšys tarp gyvensenos ir sveikatos suvoktas dar gilioje senovėje, sveikatos elgsena, kaip mokslinio tyrinėjimo objektas, yra sąlygiškai naujas. Istorinio lūžio momentu sveikatos elgsenos tyrimuose reikėtų laikyti praėjusio šimtmečio vidurį. Visų pirma tai sietina su 1948 m. Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) suformuluotu sveikatos apibrėžimu, kuriame ji aiškinama kaip „visapusė fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė, o ne tik ligų ar negalavimų nebuvimas“. Šitoks holistinis sveikatos suvokimas (kartais dar ir šiandien kritikuojamas biomedicinos bei visuomenės sveikatos mokslų atstovų už abstraktumą ir idealizmą) didele dalimi lėmė platesnius sveikatos nuostatų, sveikatai darančių įtaką veiksmų bei gyvensenos tyrimus. Kitas reikšmingą įtaką sveikatos elgsenos tyrimams turėjęs įvykis – šeštajame dešimtmetyje JAV socialinių psichologų sukurta sveikatos įsitikinimų teorija (*Health Belief Model*), su nedideliais papildymais iki šiol plačiai taikoma sveikatos nuostatų ir elgsenos tyrimuose. Vėliau vystėsi kitos psichosocialinės teorijos, paskatinusios sveikatos elgsenos tyrimų raidą: pagrįstų veiksmų teorija (*Theory of Reasoned Action*), socialinio išmokimo teorija (*Social Cognitive Theory*), transteorinis modelis (*Transtheoretical Model*)<sup>4</sup>.

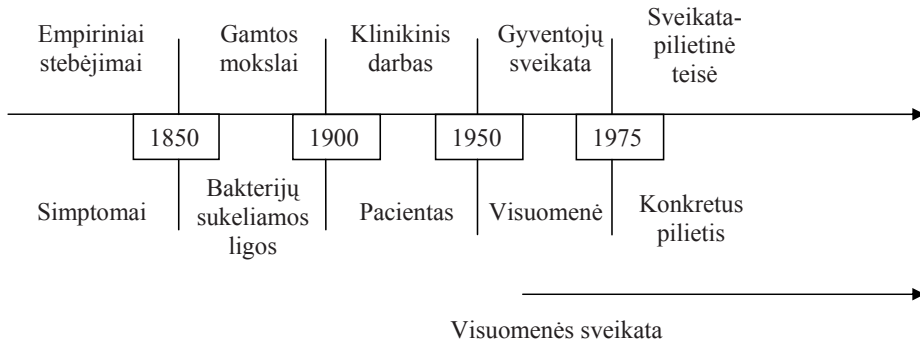
Visgi maždaug iki 1970–1980 m. pagrindinis tyrėjų dėmesys (bent jau Europoje) buvo skiriamas sveikatos priežiūros profesionalams ir institucijoms, individas suvokiamas tik kaip pasyvus visuomenės sveikatos stiprinimo objektas. Ypač tendencija buvo ryški Sovietų Sąjungoje. Leonavičius (2003) pažymi, kad biomedicininis sveikatos suvokimo modelis Sovietų Sąjungoje buvo palankus ir ideologiškai – jis leido griežtai atskirti socialines, politines, kultūrines sąlygas nuo biologinių ir ligos priežasčių ieškoti tik kūne bei įvairiuose mikroorganizmuose. Gyvensenos bei subjektyvių sveikatos rodiklių tyrimų Lietuvoje pradžia laikomi 1972–1974 m., kada pagal tarptautinę tęstinę širdies ligų profilaktikos PSO organizuotą programą „Kaunas-Rot-

<sup>3</sup> Plačiau apie tai 2.1 skyriuje.

<sup>4</sup> Plačiau šios teorijos aiškinamos 1.4 skyriuje.

terdam Intervention Study“ (KRIS), tirti Kaune gyvenantys vidutinio amžiaus vyrai, o tyrimo rezultatai palyginti su analogišku tyrimu Roterdame (Goštautas, 1996).

Keičiantis sveikatos koncepcijai, keitėsi ir sveikatos stiprinimo principas, pagrindine jo prasme tapo įgalinti žmones kontroliuoti ir būti atsakingais už savo sveikatą; sveikatos profesionalų pareiga – tik patarti, kaip tai padaryti (Kalėdienė ir kt., 1999). Gyvensenos tyrimams pradėtas skirti vis didesnis dėmesys visuomenės sveikatos, socialiniuose, elgsenos moksluose, edukologijoje.



1 pav. Visuomenės sveikatos mokslo raida (pagal Leonavičių ir kt., 2007)

Pastaraisiais dešimtmečiais pasaulyje atliekamomis tyrimų programomis buvo siekiama nustatyti ir pamatuoti efektyviausius metodus, keičiančius gyvenimą ir sveikatos elgseną. Elgseną tiriančių mokslininkų ir medikų bendradarbiavimas sudarė prielaidas tikslesniam asmens sveikos gyvensenos pamatavimui kiekybiniais duomenimis bei gerėjantiems sveikatos rezultatams (Glanz ir kt., 2008).

### 1.3. SVEIKOS GYVENSENOS TYRIMŲ ŠIUOLAIKINĖS METODOLOGINĖS PRIEIGOS

#### 1.3.1. Antrinių šaltinių analizė ir žinybinė statistika

Sveikatos ir sveikos gyvensenos tyrimuose esminis skirtumas tarp pirminių ir antrinių informacijos šaltinių priklauso nuo rinkusio duomenis tyrėjo ar tyrėjų komandos ir analizuojančio duomenis tyrėjo ryšio. Jei analizuojantis informaciją tyrėjas neprisidėjo prie duomenų rinkimo, laikoma, kad jis naudojasi antriniais šaltiniais. Vadinasi, duomenys, viename tyrime buvę pirminiais šaltiniais, kitame jau gali tapti antriniais. Atsakymas į klausimą, kokiais šaltiniais (pirminiais ar antriniais) naudotis, priklauso nuo analizuojamo klausimo ir tyrėjo turimų laiko, finansinių resursų bei jo kompetencijos. Antriniai duomenys gali būti tiek kiekybiniai, tiek kokybiniai, tačiau

sveikatos moksluose dažniausiai naudojamosi kiekybiniais duomenimis. Nemažai epidemiologijos ir visuomenės sveikatos mokslų tyrimų yra atliekami naudojantis abiejų rūšių – pirminiais ir antriniais informacijos šaltiniais (Boslaugh, 2007).

Kaip klasikinių antrinių šaltinių panaudojimo sveikos gyvensenos tyrimuose pavyzdį galima pateikti Taivano mokslininkų (Chen ir kt., 2008) atliktą mokslinę studiją. Joje tiriamas ryšys tarp paauglių prie kompiuterio ir televizoriaus praleidžiamo laiko bei sveikatą stiprinančio elgesio. Duomenys šiai analizei buvo paimti iš kito mokslinio projekto, skirto įvertinti paauglių atsvario bei nutukimo priežastis. Antrinė analizė atskleidė atvirkštinę koreliaciją tarp paauglių prie kompiuterio ir TV praleidžiamo laiko ir sveikatą stiprinančios elgsenos.

Antrinės duomenų analizės metodu laikytina ir metaanalizė, kuri vis plačiau naudojama sveikatos ir sveikos gyvensenos tyrimuose. Metaanalizė suvokiama kaip sisteminis tyrimų apibendrinimo metodas, kai, vertinant tos pačios srities nepriklausomus tyrimus, jų metu gauti rezultatai apibendrinami (Wolf, 1986). Metaanalizės metodo taikymo sveikatos elgsenos tyrimuose pavyzdžiu galima laikyti Keller ir Lehmann (2008) publikuotą studiją apie sveiką gyvenseną propaguojančios informacijos poveikio efektyvumą. Šiai studijai atlikti buvo panaudoti kitų 60 tyrimų (bendrai apimančių apie 22 500 tiriamųjų imtį) rezultatai. Minėti autoriai, šių tyrimų rezultatų apibendrinimui pasitelkę matematinę statistiką, padarė išvadą, kad sveiką gyvenseną propaguojanti informacija yra efektyviausia tada, kai tikslingai adresuojama skirtingiems socialiniams segmentams (rekomenduojama atsižvelgti į tikslinės auditorijos lytį, amžių, rasę ir t. t.).

Duomenų apie sveikatos elgseną pateikiama žinybinės ir nežinybinės statistikos interneto duomenų bazėse, tačiau reikia pripažinti, kad Lietuvos tyrėjai jais naudotis neskuba. Kita vertus, reikia konstatuoti, kad Lietuvos žinybinės statistikos pateikiamų sveikos gyvensenos indikatorių kiekis yra skurdokas. Manytume, kad tikslinga trumpai apžvelgti ir palyginti kai kurias pasaulio ir Lietuvos sveikatos bei sveikos gyvensenos rodiklių statistinių duomenų bazes ir jų pateikiamus indikatorius.

***Pasaulio sveikatos organizacijos statistinių duomenų bazė<sup>5</sup>***. Joje pateikiami statistiniai duomenys apie pasaulio valstybių gyventojų mirtingumą, sergamumą įvairiomis ligomis, sveikatos priežiūros politiką ir jos finansavimą, gyvenamosios aplinkos sąlygas. Sveikos gyvensenos rodikliams priskirtini statistiniai duomenys apie vidutinį alkoholio suvartojimą, tabako vartojimo ir nepakankamo fizinio aktyvumo paplitimą skirtingose valstybėse.

***Europos Sąjungos visuomenės sveikatos duomenų bazė<sup>6</sup>***. Pateikiama visų ES valstybių gyventojų demografiniai rodikliai, duomenys apie tikėtiną gyvenimo trukmę, mirtingumą, sergamumą kai kuriomis ligomis, subjektyvų sveikatos vertinimą. Duomenys gali būti filtruojami pagal lytį, amžių, išsilavinimą. Yra duomenų apie kai kurių ES valstybių gyventojų sveikatos elgseną: vaisių ir daržovių suvartojimą, rūkymo paplitimą, alkoholio kiekį, tenkantį vienam gyventojui. Pažymėtina, kad Lietuvos tarp šių valstybių nėra.

<sup>5</sup> Interneto prieiga: <<http://www.who.int>>, [žiūrėta: 2011-09-09].

<sup>6</sup> Interneto prieiga: <<http://ec.europa.eu/health/indicators>>, [žiūrėta: 2011-09-09].



**Lietuvos statistikos departamento duomenų bazė**<sup>7</sup>. Pateikiami duomenys apie sveikatos priežiūros išlaidas, sveikatos apsaugos sistemos personalą, lovų ligoninėse skaičių, susirgimus piktybiniais navikais ir tuberkulioze. Sveikos gyvensenos rodikliams galėtų būti priskirti tik duomenys apie alkoholio ir tabako vartojimo paplitimą bei jo padarinius.

**Lietuvos higienos instituto duomenų bazė**<sup>8</sup>. Pateikiami Lietuvos gyventojų demografiniai, sergamumo, sveikatos priežiūros išteklių ir finansavimo rodikliai. Yra duomenų ir trumpa ataskaita apie Lietuvos gyventojų subjektyvų savo sveikatos vertinimą, daržovių suvartojimą, fizinį aktyvumą, rūkymą, alkoholio vartojimą. Šie duomenys pateikti pasiskirstymo pagal lytį bei amžiaus grupes aspektu ir yra gana seni (naujausi duomenys – 2008 m.).

Tarptautinio projekto „**Mokyklinio amžiaus vaikų sveikatos elgsena**“ („*Health Behavior in School-aged Children*“) duomenų bazė<sup>9</sup>. Projektas pasižymi indikatorių gausa – analizuojama mokinių mityba, fizinis aktyvumas, higienos įpročiai, žalingi įpročiai, sveikatos būklė, pasitenkinimas gyvenimu, socialiniai santykiai ir kt. Tyrimo duomenys nėra laisvai prieinami, tačiau juos galima nemokamai užsisakyti elektroniniu paštu nurodžius tyrimo tikslą ir planuojamą atlikti statistinę analizę.

Kaip siektinas pavyzdys paminėtina JAV **Sveikatos sutrikimų ir prevencijos centro** (*Centers of Disease Control and Prevention*) duomenų bazė<sup>10</sup>. Šioje duomenų bazėje gausu statistinės informacijos apie sveikatos sutrikimus, mirtingumą, sveikatos elgseną įvairiose JAV valstijose. Informacija laisvai prieinama, pateikiama patogiai vartotojui, paprasta pasirinkti duomenis pagal norimas kategorijas (pvz., tyrimo metus, amžiaus tarpsnį, geografinį regioną ir pan.). Tačiau šis šaltinis Lietuvos (bei visos Europos) tyrėjams mažai naudingas, kadangi pateikiami duomenys tik apie JAV gyventojų populiaciją ir galėtų būti naudojami tik atliekant lyginamuosius tyrimus.

Apibendrinant būtų galima teigti, kad Europos, o ypač Lietuvos, sveikatos statistikoje duomenų apie gyventojų sveikatos elgseną nėra daug, jie dažnai fragmentiški, neišsamūs, pasenę. JAV sveikatos statistika šiam klausimui skiria daug didesnę dėmesį. Keltina prielaida, kad sveikos gyvensenos rodiklių statistikos kiekis, prieinamumas ir kokybė iš dalies atspindi dabartinę visuomenės ir sveikatos politiką formuojančių institucijų požiūrį į sveikos gyvensenos ir jos tyrimų svarbą.

### 1.3.2. Pirmine analize grįsti kiekybiniai metodai

Daugelis sveikatos ugdymo ir sveikos gyvensenos tyrimų visame pasaulyje pagrįsti kiekybine paradigma (Buchanan, 1998; Glanz ir kt., 2008). Kiekybinės pri-

<sup>7</sup> Interneto prieiga: <<http://www.stat.gov.lt>>, [žiūrėta: 2011-09-09].

<sup>8</sup> Interneto prieiga: <<http://www.hi.lt>>, [žiūrėta: 2011-09-09].

<sup>9</sup> Interneto prieiga: <<http://www.hbsc.org>>, [žiūrėta: 2011-09-09].

<sup>10</sup> Interneto prieiga: <<http://www.cdc.gov>>, [žiūrėta: 2011-09-09].

eigos dominavimą sveikatos ir sveikatos ugdymo moksluose galima paaiškinti šių mokslu siekiu kaip įmanoma tiksliau, patikimiau diagnozuoti, prognozuoti, paveikti konkrečios populiacijos, visuomenės grupės ar bendruomenės sveikatos situaciją. Disertanto nuomone, kiekybinius sveikatos elgsenos tyrimus galima sąlygiškai skirstyti į keletą kategorijų. Kategorizavimo sąlygotumą nulemia galimybė kai kuriuos tyrimus priskirti kelioms iš šių kategorijų:

**1) Tyrimai, analizuojantys elgsenos paplitimą ar/ir dažnį populiacijoje, socialinėje grupėje, bendruomenėje.** Dažnai atliekami tarptautiniu, valstybiniu arba regioniniu mastu, yra reprezentatyvūs. Kaip pavyzdį būtų galima pateikti reguliariai atliekamus „Lietuvos suaugusiųjų gyvenimos tyrimą“ ir „Lietuvos mokyklinio amžiaus vaikų sveikatos elgsenos tyrimą“<sup>11</sup>. Jie yra ir tarptautinių projektų dalis, o juose surinkti duomenys gali būti ir yra panaudojami kaip antriniai šaltiniai kituose tyrimuose. Plati indikatorių skalė gautus duomenis leidžia naudoti atskleidžiant elgsenos sąsajas su kitais veiksniais – pavyzdžiui, demografiniais rodikliais, socioekonominė padėtimi ir pan. Žinoma, yra ir mažesnės apimties elgsenos paplitimą analizuojančių tyrimų, pavyzdžiui, Astrauskienės ir kt. (2009) atlikta studija „*Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo paplitimas tarp Lietuvos aukštųjų mokyklų studentų*“. Jos metu naudojant standartizuotą klausimyną buvo apklausti 1025 visų Lietuvos aukštųjų mokyklų studentai. Imtis sudaryta taikant atsitiktinės atrankos metodą. Tyrime pasirinkti kintamieji – lytis, demografiniai ir socioekonominiai rodikliai bei įvairių psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo dažnis. Rezultatai parodė, kad studentai vyrai labiau linkę vartoti psichiką veikiančias medžiagas nei merginos. Studentų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo rodikliai buvo lyginami su visos Lietuvos populiacijos rezultatais. Paaiškėjo, kad studentai beveik visų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo dažniu statistiškai patikimai viršija populiacijos vidurkį.

**2) Tyrimai, atskleidžiantys sveikatos elgsenos sąsajas su kitais kintamaisiais.** Jie analizuoja ryšius tarp elgsenos ir išorinių arba vidinių faktorių: demografinių rodiklių, aplinkos, sveikatos, asmenybės ar fiziologinių savybių. Kaip tokių sąsajų paieškos pavyzdį galėtume pateikti Garmienės (2006) atliktą tyrimą „*Šeimos socioekonominiai veiksniai ir paauglių gyvenimos sąsajos Kauno mieste*“. Jis atskleidė, kad šeimos ekonominiai ir socialiniai veiksniai nevienodai veikia skirtingus paauglių gyvenimos komponentus: gyvenimas nepilnoje šeimoje, menkas tėvų išsilavinimas, mažos tėvų pajamos lemia prastesnį vaikų sveikatos potencialą ir gyvenimo įgūdžius, tačiau tarp turtingesnių tėvų vaikų labiau paplitę žalingi įpročiai, jų mityba mažiau sveika. Kitas panašus tyrimas – „*Moksleivių sportavimo ir fizinio aktyvumo laisvalaikio sąsajos su socialiniais ekonominiais veiksniais*“ (Šukys, Bagdonas, 2007). Taikydami apklausos raštu metodą, autoriai atsitiktinės atrankos būdu apklausė 1162 Kauno bendrojo lavinimo mokyklų mokinius. Tyrimo instrumentą sudarė uždaro tipo klausimai, apimantys demografinius mokinių duomenis, fizinio aktyvumo dažnumą ir kultivuojamos sporto šakos rūšį, tėvų išsilavinimo ir įsidarbinimo rodiklius, gyvenimo sąlygas. Nustatyta, kad laisvalaikio fiziškai aktyvesni tie mokiniai, kurie priskirtini aukštesnio socialinio statuso šeimoms. Mokinių fizinis aktyvumas

<sup>11</sup> Plačiau šie tyrimai aprašyti 1.7 skyriuje.

laisvalaikiu susijęs su tokiais šeimos socialinį ekonominį statusą lemiančiais veiksniais kaip išsilavinimas ir gyvenimo sąlygos.

Yra tyrimų, kuriuose nagrinėjamos sąsajos tarp dviejų ar daugiau sveikatos elgsenos komponentų – pvz., „*Lietuvos gyventojų mitybos įpročių ir gyvensenos veiksnių sąsajos*“ (Kriaučionienė ir kt., 2009). Autorės naudojami tarptautinio FINBALT HEALTH MONITOR tyrimo duomenimis, kurie buvo renkami paštu apklausiant 20–64 metų gyventojus, atsitiktinai atrinktus iš Lietuvos gyventojų registro sąrašų. 1998–2004 m. iš viso buvo atliktos 4 apklausos, kiekvienai jų atrinkta po 3 000 žmonių. Atsako dažnis svyravo nuo 61,7 % iki 74,4 %. Mityba vertinta apklausus tiriamuosius apie 20 maisto produktų grupių vartojimo dažnį. Siekiant sumažinti mitybos įpročius charakterizuojančių kintamųjų skaičių, taikyta faktorinė analizė. Išskirti keturi mitybos modeliai (du iš jų apibūdinantys sveiką mitybą, kiti du – nesveiką). Atlikus logistinę regresinę analizę, buvo įvertinta gyventojų mitybos įpročių sąsaja su kitais gyvensenos veiksniais. Paaiškėjo, kad Lietuvos gyventojų mitybos modeliai buvo susiję su kitais gyvensenos veiksniais – tarp gyventojų, valgusių sveiką maistą, buvo mažiausiai rūkančių, vartojančių alkoholinius gėrimus, fiziškai pasyvių. Tuo tarpu gyventojai, valgantys daugiau saldumynų ir „sunkaus maisto“ išsiskyrė didesniu rūkymu, dažnesniu stiprių alkoholinių gėrimų vartojimu, mažesniu fiziniu aktyvumu. Kitas ryšio tarp dviejų sveikos gyvensenos komponentų tyrimo pavyzdys – „*Studentų sveikos mitybos bei streso įveikimo strategijų sąsajos*“ (Perminas, Galvydienė, 2008). Tyrime dalyvavo 232 VDU dieninių bakaluro studijų studentai nuo 18 iki 24 m. Streso įveikimo būdams įvertinti buvo naudojamas streso įveikimo strategijų klausimynas (COPE). Remiantis sveikos mitybos rekomendacijomis maisto produktų vartojimui buvo sudaryta maisto produktų vartojimo skalė, kurioje tiriamieji turėjo pažymėti tam tikrų produktų vartojimo dažnį. Nustatyta, kad sveikesnė merginų mityba susijusi su į problemą nukreiptu streso įveikimu. Tuo tarpu tiek vaikinių, tiek merginų prastesnė mityba susijusi su mažiau adaptyviu streso įveikimu.

**3) Edukacinio sveikatos ugdymo proceso ir/ar jo poveikio sveikatos elgsenai tyrimai.** Jais siekiama pamatuoti ugdymo proceso efektyvumą, veiksmingumą. Vienas reikšmingiausių šio tipo tyrimų – ŠMM užsakymu parengta ataskaita „*Sveikos gyvensenos ugdymas mokyklose*“ (Gudžinskienė ir kt., 2007). Šiame didelės apimties empiriniame tyrime dalyvavo daugiau nei 2500 įvairaus amžiaus 3–12 kl. mokinių, 500 mokytojų ir 152 mokyklų vadovai iš visų Lietuvos geografinių regionų. Rezultatai atskleidė nemažai sunkumų, su kuriomis ugdydamos mokinių sveiką gyvenseną susiduria mokyklos. Nustatyta, kad mokyklose sveikos gyvensenos ugdymo programos yra vykdomos, tačiau nenuosekliai. Paaiškėjo, kad mokytojams trūksta metodinių priemonių ir t. t. Gautų rezultatų pagrindu parengtos rekomendacijos sveikos gyvensenos ugdymo tobulinimui mokyklose.

Kai kuriuose šio tipo tyrimuose taikomas eksperimento metodas, pvz., „*Mokinių sveikos gyvensenos žinių įgijimo ir fizinio aktyvumo skatinimas aktyviaisiais mokymosi metodais*“ (Balevičiūtė, Poteliūnienė, 2006). Ugdymo eksperimente dalyvavo 386 vienos pagrindinės mokyklos 7–8 kl. mokiniai. Tyrime dalyvavo po tris

eksperimentines ir po dvi kontrolines 7 ir 8 klases. Eksperimentinėse grupėse mokiniams kartą per tris savaites buvo vedama teorinė kūno kultūros pamoka pagal sveikos gyvensenos žinių įgijimo programą, naudojant aktyvinamuosius mokymosi metodus (debatai, klasės diskusija, minčių lietus, savarankiškas mąstymas). Kontrolinėse grupėse buvo vykdoma įprasta kūno kultūros mokymo programa. Ugdomojo eksperimento pabaigoje nustatyta, kad eksperimentinėse grupėse reikšmingai padidėjo bendrųjų ir metodinių sveikos gyvensenos žinių lygis bei noras įsiliesti į fizinę veiklą.

**4) Tyrimai, atskleidžiantys subjektyvias nuostatas, požiūrį į sveikatos elgseną.**

Kitaip tariant, tai tyrimai, kurių tiesioginis objektas yra ne faktinė sveikatos elgsena, o su ja susiję psichologiniai rodikliai. Vienas tokių tyrimų – „*Klaipėdos profesinių mokyklų moksleivių požiūris į narkomanijos problemą*“ (Jurgaitienė ir kt., 2006). Tyrime dalyvavo 912 Klaipėdos miesto profesinių mokyklų mokinių, atrinktų atsitiktiniu būdu. Tyrimo instrumentą sudarė bendrieji klausimai (lytis, amžius, gyvenamoji vieta), klausimai apie respondentų požiūrį į narkotikų vartojimą, narkomaniją kaip reiškinį ir kt. Duomenys analizuoti lyčių aspektu, skirtumo patikimumui nustatyti naudota chi-kvadrato reikšmė. Rezultatai parodė, kad tiriamiesiems trūksta žinių ir socialinių įgūdžių, kaip pasielgti susidūrus su narkotikų pasiūla arba patekus į kitas su narkotikais susijusias situacijas. Nemaža respondentų dalis pritaria testavimui dėl narkotikų.

Šio tipo tyrimai reikšmingi ir medicinoje, siekiant iširti tam tikrų socialinių grupių požiūrį į sveikatos stiprinimą, profilaktinį sveikatos tikrinimą ir ankstyvąją diagnostiką. Tokio tyrimo pavyzdžiu gali būti „*Vyrų požiūris į ankstyvą prostatos vėžio diagnostiką sąsajos su sveikatos įsitikinimais*“ (Čepanauskienė ir kt., 2011). Minėtoje studijoje tirti 1184 45–79 m. amžiaus vyrai, dalyvavę ankstyvos prostatos vėžio diagnostikos programoje. Taikyta anketinė apklausa, atskleidžianti kai kuriuos socialinius ir demografinius respondentų požymius, o sveikatos įsitikinimų tyrimui panaudotas V. Champion klausimynas, taikomas onkologinių ligų profilaktikos programose. Rezultatai atskleidė, kad sveikatos motyvacija buvo svarbiausias stimulus dalyvauti profilaktikos programoje. Atskleisti reikšmingi sveikatos motyvacijos nuostatų skirtumai tarp socialinių grupių: noras anksti nustatyti sveikatos problemas, išsaugoti gerą sveikatą, informacijos apie sveikatos gerinimą paieškos, nuomonė, kad reikia užsiimti sveikatą stiprinančia veikla, reguliarius sveikatos tikrinimasis mažiausiai buvo išreikštas pensininkų ir nedirbančiųjų grupėse, o daugiausiai – tarnautojų grupėje. Sveikatą stiprinanti veikla ir profilaktinis sveikatos tikrinimasis mažiausiai svarbus buvo darbininkų socialinėje grupėje. Kadangi šio tipo tyrimai identifikuoja socialines grupes, kurioms būdingos rizikingos sveikatos nuostatos, jie gali būti reikšmingi ir sveikatos ugdymo požiūriu.

### 1.3.3. Kokybiniai metodai

Alternatyva kiekybiniam tyrimams ir loginiam pozityvizmui sveikatos ugdymo tyrimuose gali būti konstruktyvistinė prieiga. Konstruktyvizmo požiūriu, tiriamųjų atvejų struktūra ir paaiškinimas visų pirma turi išryškėti tyrimo procese, o ne būti priskiriama konceptualioms kategorijoms prieš pradedant tyrimą (Lewis, 1996). Konstruktyvistinės prieigos pavyzdžiais gali būti laikomi sveikatos moksluose kartais taikomi etnografiniai, fenomenologiniai ar pamatinė (*grounded*) teorija pagrįsti tyrimai. Šioje paradigmoje tokių duomenų rinkimo metodų, kaip standartizuotų klausimynų, uždarų klausimų anketų, panaudojimas turi ribotas galimybes (Glanz ir kt., 2008). Kokybinių tyrimų duomenys yra tyrimo tikslų atžvilgiu nestruktūruota medžiaga – stebėjimo protokolai, interviu ir pokalbių įrašai, tiriamųjų ataskaitos, diskusijų dalyvių išsiskyrimai, rašiniai, dokumentai ir pan. (Bitinas, 2006a). Kokybinis tyrimas pasižymi indukcinė logika (t. y. mąstymu, nukreiptu nuo bendrumo į specifiskumą), prieštaraujančių vienas kitam duomenų rinkimu ir lyginimu. Šio tipo tyrimas leidžia suvokti, kaip prasmės yra suvokiamos per kultūros prizmę (Zunker ir kt., 2011). Dar vienas svarbus kokybinio tyrimo bruožas – lankstumas. Tyrėjo požiūris, strategijos, pasirenkami metodai gali kisti jau pačiame tyrimo procese, atsižvelgiant į jau turimus duomenis ir susidarytą tiriamo fenomeno vaizdą (Denzin, Lincoln, 2000). Pasak Patton (2002), kokybinius tyrimus atliekantys mokslininkai paprastai koncentruojasi į santykinai mažą, tikslingai atrinktą tiriamųjų imtį, siekdami surinkti apie ją informacijos turtingas išvalgas. Induktyvioji duomenų analizė atskleidžia tiriamųjų suvokiamas prasmes, įvairius požiūrius į procesą ir yra interpretatyvios prigimties (Creswell, 2007). Tyrėjas pasikliauja savais mąstymo gebėjimais – analizės ir sintezės, abstrahavimo ir konkretinimo, lyginimo, objektų visapusio nagrinėjimo ir kitomis protinės veiklos operacijomis, todėl, interpretuojant kokybinio tyrimo duomenis, neišvengiamai susiduriama su subjektyvumo rizika – rezultatų interpretacija gali priklausyti nuo konkretaus tyrėjo patirties ar interesų (Corbin, Strauss, 2008; Bitinas, 2006a).

Bitino (2006a) teigimu, kokybinių duomenų analizė yra iteracinis procesas, nes kiekvienas duomenų vertinimo ir interpretavimo žingsnis priklauso nuo ankstesniųjų; sąveikaudamas su tiriamaisiais, tyrėjas kaupia metodologinę ir konceptualiąją patirtį, tiksliau išvelgia tai, kas lemia duomenų turinį. Todėl duomenų analizei turi reikšmę ne tik kokybinės informacijos turinys, bet ir jos rinkimo laikas, atskleidžiantis ankstesnių duomenų įtaką vėlesnių fiksavimui. Kai tyrėjas suvokia, kad situacija (forma ir turinys) kartojasi ir naujos informacijos nebegaunama, jis gali nutraukti analizę (Bitinas, 2006a).

Pope ir Mays (2006) išskiria tris dažniausiai sveikatos moksluose taikomus kokybinio tyrimo metodus:

- *Interviu* (individualūs arba grupiniai);
- *Stebėjimas* (naudojamas duomenų apie žmonių elgseną, veiklą rinkimui).
- *Dokumentų arba teksto analizė* (dažnai tyrimo objektu tampa žiniasklaidos kuriamos reikšmės ir prasmės).

Klasikinio kokybinio sveikatos nuostatų ir sveikatos elgsenos tyrimo pavyzdžiu laikytina Zunker ir kt. (2011) atlikta studija apie moterų elgseną siekiant kontroliuoti savo kūno masę. Tiksline tyrimo imtimi pasirinktos 26 ne jaunesnės kaip 30 metų baltaodės bei juodaodės amerikietės, prieš tai dalyvavusios kūno masės mažinimo programoje *EatRight*. Pamatine (*grounded*) teorija pagrįsto tyrimo metu buvo siekiama išsiaiškinti, kaip moterims, per pastaruosius vienerius metus praradusioms daugiau nei 5 % iki tol buvusios kūno masės, sekėsi išlaikyti sumažėjusią kūno masę, su kokiais išgyvenimais ir potyriais jos susidūrė. Duomenims rinkti buvo naudojami grupinio ir individualaus interviu metodai. Tyrimo objektas buvo esamas tiriamųjų požiūris į sveiką mitybą. Analizuodama gautus duomenis, tyrėjų komanda vertino ir tiriamųjų sveikatos istoriją, sveikatos lūkesčius, pasitenkinimą kūnu. Buvo išskirtos ir papildomos kategorijos bei subkategorijos, galėjusios turėti įtakos tiriamųjų kūno masės savikontrolės procesui: vaikystės aplinka ir mitybos įpročiai, kultūrinės mitybos tradicijos, finansinės galimybės pirkti sveiką maistą, patiriamas stresas ir gebėjimas jį įveikti, asmeninė bandymų reguliuoti kūno masę istorija ir t. t. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad esamiems mitybos įpročiams turi įtakos vaikystės šeimos mitybos įpročiai, gyvenamoji ir darbo aplinka, socialinis palaikymas, pokyčiai asmeniniame gyvenime. Pažymėtina, kad tyrėjams išliko neaiškios priežastys, lėmusios, kodėl vienos moterys pasibaigus kūno masės mažinimo programai *EatRight* tęsė sveikos mitybos įpročius, o kitos grįžo prie anksčiau buvusiųjų.

Lietuvoje kokybinių sveikatos elgsenos tyrimų negausu. Paminėtinas atliktas „Kokybinis tyrimas dėl žmonių, užsikrėtusių ŽIV/sergančių AIDS, pažeidžiamumo įvertinimo Lietuvoje“ (Gurevičius ir kt., 2009). Tiriamųjų imtis – 20 užsikrėtusių ŽIV/sergančių AIDS asmenų, duomenys rinkti grupinio interviu metodu. Nors šios studijos pagrindinis tikslas nebuvo atskleisti tiriamųjų gyvenimą ir sveikatos elgseną, išsami užsikrėtusiųjų asmeninių patirčių analizė leido tai padaryti. Paaikškėjo, kad, kai kuriems tiriamiesiems sužinojus diagnozę, padidėjo atsakomybė už savo ir kitų sveikatą, pasikeitė seksualiniai įpročiai. Daliai tyrimo dalyvių užteko valios atsitraukti nuo alkoholio ir narkotikų vartojimo.

Barbour (1999) pastebi, kad sveikatos priežiūros ir stiprinimo srityse vis daugėja mokslinių tyrimų, kuriuose suderinamos kiekybinė ir kokybinė prieigos. Neretai kokybiniuose, konstruktyvizmo paradigma paremtuose tyrimuose užfiksuoti reiškiniai vėliau tiriama naudojantis loginio pozityvizmo prieiga. Šis požiūris turi sąsajų ir su psichologiniais tyrimais (Cacioppo ir kt., 2004).

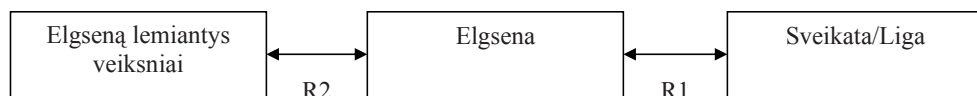
Kokybiniai tyrimai sveikatos elgsenos bei ugdymo moksluose Lietuvoje yra menkai paplitę ir turi didelį nepanaudotą potencialą. Tikėtina, kad ši situacija nemaža dalimi yra nulemta ilgą laiką vyravusio biomedicininio sveikatos sampratos modelio ir su juo susijusios kiekybinių tyrimų tradicijos. Keičiantis visuomenės bei sveikatos specialistų požiūriui į sveikatą, pradedant ją suvokti kaip holistinį fenomeną, kokybiniais tyrimams turėtų atsiverti nauja erdvė. Vis labiau išsąmoninama, kad asmeninė žmogaus sveikatos patirtis, įsitikinimai, nuostatos yra reikšmingai sveikatą veikiantys faktoriai ir turi būti tyrinėjami nuodugniau pasitelkiant kokybinius tyrimo metodus.

## 1.4. SVEIKOS GYVENSENOS TYRIMAI BIOMEDICINOS IR VISUOMENĖS SVEIKATOS MOKSLUOSE

Šiuolaikinėje tradicinėje medicinoje neretai dar pasitikima tik ligos nebuvimo laipsnio matavimu, PSO sveikatos apibrėžimas biomedicininio požiūriu dažnai laikomas nepakankamai praktišku, ideologizuotu. Kalėdienės ir kt. (1999) manymu, apibrėžiant sveikatą kaip bendrą vertybę, šitoks apibrėžimas negali būti vartojamas nei formuluojant sveikatos priežiūros tikslus, nei formuojant sveikatos politiką. Medicininis sveikatos modelis, kada sveikata suvokiama kaip ligos nebuvimas, vis dar paplitęs Vakarų kultūrose (Javtokas, 2009; Giddens, 2005). Tačiau šiuolaikinėms visuomenėms yra būdingos labiausiai nuo gyvensenos ir elgsenos priklausančios sveikatos problemos ir ligos (Gochman, 1988; Kalėdienė ir kt., 1999; Juškelienė, 2007), todėl net ir medicininio bei visuomenės sveikatos požiūriu vertinant bei prognozuojant sveikatą, be įprastų mirtingumo, sergamumo, neįgalumo rodiklių, labai svarbūs yra ir duomenys apie gyvensenos veiksnius, taip pat pačių žmonių požiūris į savo sveikatą, streso išgyvenimą, gyvenimo kokybę. Daugelis biomedicininio rodiklių yra negatyvūs ir atspindi ligos modelį. Jie atskleidžia tik esamą sveikatos situaciją, kuri iš esmės yra gyvensenos pasekmė (Kolbe, 1988). Remiantis tik mirtingumo ar sergamumo rodikliais, sunku daryti išvadas apie priežastinius ryšius arba prognozuoti galimus pokyčius, vertinti edukacinių sveikatinimo programų sėkmę. Pripažįstama, kad klasikinis biomedicininis požiūris yra nepakankamas, vis reikšmingesne laikoma subjektyvių charakteristikų (pvz., subjektyvaus savo sveikatos vertinimo) ir gyvensenos analizė. Pasak Grabausko ir kt. (2009), sveikatos informacinė sistema turėtų apimti visus sveikatos, jai darančių įtaką veiksnių ir sveikatos priežiūros aspektus. Nors gyvenseną charakterizuojantys rodikliai turėtų būti svarbi sveikatos informacinės sistemos sudedamoji dalis, kaip jau buvo minėta, Lietuvoje nėra pakankamai išsamios jų informacinės sistemos.

Visuomenės sveikata apibrėžiama kaip daugelį visuomenės gyvenimo sričių apimanti sveikatos gerinimo veikla, formuojanti sveikatos politiką, strategiją ir taktiką, paruošianti per atitinkamas valstybės struktūras įgyvendinti visuomenės sveikatos priemones (Juškelienė, 2007). Kalėdienė ir kt. (1999) išskiria tris pagrindines visuomenės sveikatos tyrimų funkcijas:

- *Įvertinti* – nustatyti visuomenės sveikatos būklę, sveikatos rizikos veiksnius, ligų paplitimą, sveikatos priežiūros įstaigų veiklos rodiklius. Tai atlieka sveikatos statistika bei aprašomoji epidemiologija. Nuolat vertinamos ir jau įgyvendintos sveikatos programos, sveikatos priežiūros įstaigų veikla bei jų rezultatai;
- *Išsiaiškinti priežastis* – tai mokslinė sveikatos ir ligos priežasčių analizė, įgalinanti numatyti arba išbandyti ligų profilaktikos bei gydymo priemones. Šią funkciją atlieka analitinė epidemiologija, biomedicinos mokslai, klinikinės studijos;
- *Numatyti ir prognozuoti* – naudojantis esama informacija apie sveikatos būklę ir jos priežastinius ryšius, numatyti sveikatos pokyčių kryptis, sveikatos programų ar tarnybų efektyvumą, kainas, galimas išeitis.



**2 pav.** Ryšiai tarp konstrukto, kaip elgsenos epidemiologijos objektai (pagal Mason ir Powell, 1985)

Dauguma žinių apie elgsenos poveikį sveikatai yra surinkta epidemiologiniais metodais. Epidemiologija yra apibūdinama kaip sveikatos sutrikimų ir juos sukeliančių veiksmų pasiskirstymo žmonių populiacijose tyrimas (Mausner, Kramer, 1985, cit. pagal Kolbe, 1988). Elgsenos epidemiologija suvokiama kaip žmogaus elgsenos, veikiančios jo sveikatos būklę, paplitimo populiacijoje ir tai lemiančių veiksmų tyrinėjimas (Kolbe, 1988). Mason ir Powell (1985) išskiria du atskirus procesus, kuriuos tyrinėja elgsenos epidemiologija. Kaip parodyta 2 pav., pirmasis procesas (R1) tyrinėja ryšius tarp elgsenos ir sveikatos būklės. Antrasis procesas (R2) naudoja epidemiologijos metodus siekdamas išsiaiškinti sąsajas tarp elgsenos ir ją lemiančių veiksmų. Abiems procesams lyginamasis elgsenos paplitimo dažnis tiriamosiose populiacijose yra esminis parametras. Duomenims apie juos surinkti ir vertinti dažniausiai naudojami 1 lentelėje pateikti metodai bei instrumentai:

1 lentelė

**Sveikatos elgsenos vertinimo metodai ir instrumentai** (pagal Kolbe, 1988)

Kategorija ir metodas	Pavyzdžiai
<i>Elgsenos ataskaitos:</i> 1. Savęs stebėjimo ataskaita. 2. Ataskaita apie kitų elgseną.	Paros valgiaraščio atkūrimas. Sveikatos rizikos veiksmų įvertinimo anketa. Tėvų pateikiami duomenys apie vaikų burnos higienos įpročius. Gydytojo ataskaita apie pacientui paskirto gydymosi kurso laikymąsi.
<i>Fiziniai elgsenos matavimai:</i> 3. Fiziologiniai duomenys 4. Sveikatos būklė	Cholesterolio kiekis kraujyje kaip sveikos mitybos rodiklis. Greitosios pagalbos iškvietimai diabetikams arba astmatikams kaip gydomojo režimo laikymosi rodiklis. Kūno masės pokyčiai (matuojamas mitybos arba fizinio aktyvumo režimo laikymasis).
<i>Elgsenos stebėjimo metodai:</i> 5. Netiesioginis stebėjimas 6. Tiesioginis stebėjimas	Parduotuvės klientų arba kavinės lankytojų pasirinkimų analizė. Suvartojamo medžiagos kiekio (pvz.: alkoholio, tabako, sviesto ir t. t.) analizė. Vaikų fizinio aktyvumo stebėjimas kūno kultūros pamokose.



Apibendrinant pastebėtina, kad visuomenės sveikatos moksle tebevyksta polemika tiek dėl paties sveikatos apibrėžimo tinkamumo ir pritaikomumo praktikoje, tiek tarp „klasikinio“ ir „moderniojo“ požiūrio į sveikos gyvensenos tyrimus. Nors pasaulyje vis geriau suvokiama, kad gyvensena yra esminis sveikatą lemiantis veiksnys, sąlygiškai nedidelis dėmesys gyvensenos tyrimams Lietuvoje rodo, kad čia vis dar vyrauja „klasikinis“, biomedicininis požiūris į sveikatą ir atsiliekama nuo moderniojo diskurso.

## 1.5. SVEIKOS GYVENSENOS TYRIMAI SOCIALINIUIOSE IR ELGSENOS MOKSLUOSE

### *Sveikos gyvensenos tyrimai socialiniuose moksluose*

Visuotinai pripažįstama, kad žmogaus sveikata ir jos priežiūra yra ne tik gamtos mokslų, bet ir sociologinio, kultūrologinio (antropologinio), politologinio, ekonomikos bei kitų socialinio pažinimo sričių objektas. Modeliuodama visuomenės ir individų sveikatą veikiančius veiksnius, sociologija reikšmingai papildė biologijos ir medicinos mokslus. Sociologinio pažinimo formavimasis buvo tiesiogiai susijęs su moderniosios visuomenės atsiradimu bei jos raida, o sveikatos ir medicinos sociologijos išsirutuliojimas laikytinas atskiru sociologijos ir moderniosios sveikatos priežiūros sistemos santykio atveju (Leonavičius ir kt., 2007). Sveikatos sociologijos tyrinėtojai pripažįsta, kad sveikatos sociologijos objekto susiformavimas ir apibūdinimas pirmiausiai yra sietinas su amerikiečių struktūriniu funkcionalizmu, kuris domėjosi ligos ir sveikatos normatyviškumo sveikatos priežiūros sistemoje konceptualizacijos bei britų keliamais sveikatos ir susirgimų skirtumų socialiniais stratifikacijos klausimais (Annadale, 1998; cit. pagal Leonavičių ir kt., 2007). Skirtingai nuo medicinos sociologijos, tyrinėjamosios gydymo sistemos sudėtinės dalis ir jos procesus, sveikatos sociologija dažniau siejama su socialinių veiksnių poveikiu individo ir visuomenės sveikatai. Kalėdienė ir kt. (1999) išskiria šias esmines sveikatos sociologijos problemas:

- socialinių veiksnių įtaka sveikatai,
- socialinių veiksnių įtaka elgesiui,
- socialiniai nesveikatos padariniai,
- sveikatos profesionalų socialinės problemos,
- socialinės problemos sveikatos sistemoje.

Tuo tarpu sveikos gyvensenos mokslo užduotis yra suvokti sveikos gyvensenos fenomeną ir paversti žinias apie jį konkrečiomis priemonėmis sveikatai stiprinti. Pagrindiniu sveikatos ugdymo ir gyvensenos tyrimų sėkmės kriterijumi laikytinas indėlis stiprinant individų ir populiacijų sveikatą. Nors šios srities tyrimai svarbūs ir vystant teorijas, visgi jų esmė yra teorijų pritaikomumas „realioje aplinkoje“, susi-

liejant teorijai, tyrimui ir praktikai (Rosenstock, 1990). Svarbu ir tai, kad dauguma sveikos gyvensenos ugdytojų dirba turėdami ribotus resursus, tad vienas iš sveikos gyvensenos tyrimų tikslų yra sveikatos ugdymo strategijų optimizavimas ir efektyvinimas, orientuojantis į konkrečią situaciją, kurią sociologinis tyrimas padeda suvokti ir įvertinti (Gochman, 1988). Pastebėtina, kad ir šioje srityje didžiausią vaidmenį vis dar vaidina sociomedicininė sveikatos rodiklių (mirtingumo, sergamumo) analizė, kurių nepakanka, kadangi svarbios yra ir visuomenės socialinę sveikatą atspindinčios charakteristikos. Jos leidžia suvokti ne tik gyventojų fizinės sveikatos būklę, bet ir socialinę šalies politiką bei ekonominius, politinius pokyčius. Kalėdienė ir kt. (1999) išskiria šias pagrindines su sveikata susijusias visuomenės gyvenimo sritis, kurias tiria socialiniai mokslai:

- visuomenės saugumas;
- išsimokslinimas;
- pajamos;
- gyventojų užimtumas;
- gyvenimo sąlygos;
- laisvalaikio leidimo galimybės;
- visuomenės demografinės charakteristikos.

Sveikatos būklės ir ligų tyrimai skirtingose etninėse, socialinėse grupėse ir klasėse (socialinė epidemiologija) pakankamai plačiai paplitę, tačiau gyvensenos studijų kur kas mažiau. Giddens (2005), remdamasis Didžiojoje Britanijoje bei kitose industrinėse šalyse atliktais plataus masto tyrimais, teigia, jog sveikata turi akivaizdų klasinį gradientą ir pastebi didėjantį tyrimų, siekiančių atskleisti sveikatos ir socialinės klasės sąsajas, kiekį. Pasak autoriaus, šios koreliacijos paiešką sunkina keli vienas kitam prieštaraujantys aiškinimai:

- 1) *Artefaktų aiškinimai* atkreipia dėmesį į problemišką statistinių duomenų pateikimų pobūdį. Kai kurie ekspertai aiškina, kad tiek klasės, tiek ir sveikatos kintamųjų matavimai gali turėti įvairios formos paklaidų, taigi nepatikimi. Todėl į bet kurias ryškėjančias sąsajas reikia žvelgti skeptiškai, kadangi jos gali rasti tiesiog dėl duomenų rinkimo.
- 2) *Atrankos pagal sveikatą aiškinimai* teigia, kad veikiau asmens sveikata daro įtaką socialinei padėčiai, o ne atvirkščiai. Pagal šį požiūrį, žmonėms, turintiems gerą sveikatą, geriau sekasi, jie lengviau kyla karjeros laiptais, o silpnės sveikatos žmonės savaime gali nusmukti į žemesnę socialinės hierarchijos pakopą.
- 3) *Kultūriniai ir elgsenos aiškinimai* pabrėžia individualios gyvensenos reikšmę sveikatai. Žemesniųjų klasių žmonėms labiau būdinga įnikti į žalingus įpročius, pavyzdžiui, rūkyti, nesilaikyti dietos, girtauti, o visa tai kenkia sveikatai. Šiuo požiūriu už prastą savo sveikatą pirmiausia atsako patys individai, nes jie laisvai pasirenka gyvenseną. Kai kurie šios nuostatos gynėjai teigia, jog šitokia elgsena nepriklauso vien individo kontrolės sričiai, o veikiau glūdi socialiniame klasės kontekste. Bet ir jie nurodo, kad būtent gyvensenos ir vartojimo modeliai yra pagrindinės prastos sveikatos priežastys.

- 4) *Materialistiniai arba aplinkos poveikio aiškinimai* sveikatos nelygybės priežastimi laiko didesnio masto socialines struktūras, tokias kaip skurdas, turto bei pajamų pasiskirstymas, nedarbas, būsto problemos, aplinkos tarša ir blogos darbo sąlygos. Sveikatos nelygybės modeliai, skiriantys klases, laikomi materialinio nepritekliaus išdava. Sumažinti sveikatos nelygybę pavyktų tik tai sprendžiant esmines bendrosios socialinės nelygybės priežastis.

Disertanto nuomone, tikėtina, kad išsamesni socialinių grupių sveikatos elgsenos tyrimai padėtų giliau pažvelgti į sveikatos netolygumo priežastis ir identifikuoti socialines rizikos grupes, kurioms sveikos gyvensenos įgūdžių ugdymas yra reikalingiausias. Paminėtina ir tai, kad sveikatos, ligos bei sveikatos priežiūros sociologinis aiškinimas yra reikšmingas ne tik gilinantis į sveikatos priežiūros ar stiprinimo sistemas, bet ir šiuolaikinę visuomenę, jos socialinės sąveikos mechanizmus (Annadele, 1998; cit. pagal Leonavičių ir kt., 2007).

### ***Sveikos gyvensenos tyrimai elgsenos moksluose***

Iš esmės visus su sveikata susijusios žmogaus elgsenos tyrinėjimus apima gana naujas *sveikatos psichologijos* mokslas. Vienas sveikatos psichologijos pradininkų J. Matarazzo (1982, cit. pagal Žemaitienę ir kt., 2011) sveikatos psichologiją apibrėžė kaip „ypatingą mokomųjų, mokslinių ir profesinių psichologijos disciplinos indėlių derinį, skirtą sveikatai išsaugoti, ligų prevencijai ir gydymui, etiologiniams bei diagnostiniams ryšiams tarp ligos ir sveikatos nustatyti, sveikatos priežiūros sistemai analizuoti ir tobulinti bei sveikatos politikai formuoti“. Sveikatos psichologijos discipliną Žemaitienė ir kt. (2011) skirsto į penkias specializuotas sritis:

- 1) *klinikinė sveikatos psichologija* (tiria su sveikata susijusių žmogaus elgseną, jos keitimo galimybes);
- 2) *aplinkos sveikatos psichologija* (domisi fizinės, psichologinės, socialinės darbo aplinkos ir darbo reikšme žmogaus sveikatai);
- 3) *visuomenės sveikatos psichologija* (gilinasi į populiacijos psichologinių ir socialinių sveikatos veiksnių sąsajas);
- 4) *bendruomenės sveikatos psichologija* (daugiausiai dėmesio skiria efektyvių sveikatos stiprinimo ir ligų prevencijos paieškai bendruomenėje);
- 5) *kritinės sveikatos psichologija* (analizuoja sveikatos priežiūros sistemas, teisinius sveikatos aspektus; socialinių, psichologinių, etninių sveikatos netolygumų priežastis).

Juškelienė (2007) sveikatos psichologiją apibrėžia kaip mokslą, nagrinėjantį psichologijos teorijas, aiškinančias žmogaus elgesio motyvus, priežastis, elgesio pokyčius tam tikromis sąlygomis. Didžioji dalis sveikatos elgsenos tyrimų grindžiamos keliomis pagrindinėmis žmogaus sveikatos elgseną ir jos priežastis aiškinančiomis psichologinėmis teorijomis:

***Sveikatos įsitikinimų teorija*** (*Health Belief Model*), (Hoschbaum, 1958; Rosentock, 1960). Šeštojo XX a. dešimtmečio pradžioje JAV psichologai siekė paaiškinti žmogaus elgseną remdamiesi dviem pagrindinėmis teorijomis: dirgiklio-atsako (behavioristine) ir kognityvine. Šių dviejų teorijų pagrindu išsivystė sveikatos įsitikinimų teorija. Ji apima keletą pirminių konceptų, kurie skatina žmones vengti sveikatos

sutrikimų. Sveikatos įsitikinimų teorija pagrįsta nuostata, kad žmogus elgsis naudingai dėl savo sveikatos, pavyzdžiui, sutiks dalyvauti profilaktikos programoje, jeigu bus įsitikinęs, kad taip išvengs ligos, neigiamų jos pasekmių, taip pat turės teigiamų lūkesčių, tikės, kad jam pasiseks atlikti reikiamus veiksmus. Sveikatos įsitikinimų modelio svarbiausias teiginys yra tas, kad suvokta ligos grėsmė ir elgesio, padedančio išvengti ligos ir jos pasekmių, nauda yra pagrindiniai veiksniai, lemiantys nusiteikimą dėl sveikatos ir pozityvius veiksmus sveikatai stiprinti. Sveikatos įsitikinimų modelis (žr. 2 lentelę) buvo ir tebėra taikomas daugelyje gyvenamosios bei sveikatos nuostatų tyrimų (Čepanauskienė, Kalibatiene, 2010).

2 lentelė

**Sveikatos įsitikinimų modelio koncepcijos**  
(pagal Čepanauskienę ir Kalibatiene, 2010)

Koncepcija	Apibūdinimas	Taikymas
Suvoktas jautrumas	Asmens nuomonė apie galimybę susirgti.	Nustatyti riziką susirgti; individualizuoti riziką remiantis asmens savybėmis ar elgesiu, padidinti suvokiamą imlumą, jeigu jis per mažas.
Suvoktas rimtumas	Asmens nuomonė apie tai, kiek rimta liga ir kokios jos pasekmės jam gresia.	Nustatyti gresiančios ligos ir jos pasekmių riziką.
Suvokta nauda	Asmens tikėjimas pasiūlytų priemonių veiksmingumu siekiant sumažinti riziką arba sveikatos sutrikdymo mastą.	Numatyti veiksmus, kurių reikia imtis, paaiškinti teigiamą poveikį, kurio reikėtų tikėtis.
Suvoktos kliūtys	Asmens nuomonė apie veiksnius (psichologinius ir materialinius), trukdančius jam saugoti sveikatą.	Nustatyti bei sumažinti kliūtis taikant paskatas, įvairias paramos formas, draudimą.
Sveikatos motyvacija	Priemonės, skatinančios veikti.	Pateikti informaciją, ją priminti, skatinti siekti ir suvokti žinias.
Pasitikėjimas	Pasitikėjimas savo gebėjimu imtis veiksmų.	Pateikti mokymus, konsultacijas, kaip imtis veiklos.

**Pagrįstų veiksmų teorija** (*Theory of Reasoned Action* (Fishbein, 1967)). Dažniausiai taikoma siekiant nustatyti priežastis, lemiančias sveikatos elgseną. Pagrindinės dvi prielaidos, kuriomis remiasi teorija, yra šios: a) elgsena yra valios rezultatas; b) žmogus yra racionali būtybė. Manoma, kad pagrindinis žmogaus elgsenos determinantas yra jos tikslas. Modifikuota motyvuoto elgesio teorijos versija yra **suplanuoto elgesio teorija** (*Theory of Planned Behavior*), sukurta siekiant numatyti elgseną pagal turimą tikslą ir numatanti tam tikras kvazimatematines sąsajas tarp įsitikinimų, požiūrių, tikslų ir elgsenos. Motyvuoto elgesio teorijos požiūriu, žmonės pasirenka savo elgesį atlikdami racionalių sprendimus. Individualius ketinimus, lemiančius vienokį ar kitokį elgesį, formuoja individualus požiūris į elgesį ir individualiai suvokiamos socialinės normos. Elgsena pasirenkama atsižvelgiant į turimą tikslą, o tikslą

lemia trys pagrindiniai kintamieji: subjektyvios normos, požiūris ir pasitikėjimas savimi. Taigi, iš motyvuoto elgesio teorijos perspektyvos, tikimybė, kad asmuo sumažins sveikatai rizikingą elgseną priklauso nuo to, kokio jis tikisi rizikos sumažėjimo ir laipsnio, ir to, kiek tikėtini elgsenos rezultatai bus verti įdedamų pastangų. Didelis dėmesys skiriamas ir socialiniams lūkesčiams – tam, kokios elgsenos iš individo tikisi visuomenė ir kaip individas juos internalizuoja. Dauguma motyvuoto elgesio teorijos požiūriu paremtų tyrimų fokusuojasi ne į pačią elgseną, o į numanomą elgsenos tikslą.

**Socialinio išmokimo teorija** (*Social Cognitive Theory* (Bandura, 1977)). Ši elgsenos išmokimo teorija didelį dėmesį skiria aplinkos ir socialiniams faktoriams. Plačiai taikoma prevencijos, sveikatos stiprinimo, rizikingos sveikatai elgsenos tyrimuose. Pagrindinė šios teorijos idėjų – nuolatinė ir dinamiška sąveika tarp asmenybės, aplinkos ir elgsenos. Tais pačiais esminiais principais aiškinama ir bendruomenės ar visuomenės sveikatos elgsena.

3 lentelė

### Socialinio išmokimo teorijos konstruktai (Bandura, 1977)

Konstruktas	Apibūdinimas
Aplinka	Išoriniai veiksniai
Situacija	Asmens suvokiama aplinka
Elgsenos gebėjimai	Asmens žinios ir gebėjimai elgtis
Lūkesčiai	Asmens numanomi elgsenos rezultatai
Tikėjimasis	Tikėtinų elgsenos rezultatų asmeninis vertinimas
Savikontrolė	Savo elgsenos kontrolė
Mokymasis stebint	Naujos elgsenos išmokimas stebint kito elgseną ir elgsenos rezultatus (kitai – modeliavimas)
Pastiprinimai	Aplinkos reakcijos į asmens elgesį, turinčios įtakos elgesio pasikartojimui
Pasitikėjimas savimi	Asmens tikėjimas savo galimybėmis atlikti elgesį
Emocinis susivaldymas	Strategijos, asmens naudojamos susitvarkyti su „sunkiomis“ mintimis, įvykiais, patirtimi.
Savitarpio determinizmas	Dinamiška asmenybės, elgsenos ir aplinkos sąveika

**Transteorinis modelis** (*Transtheoretical model* (Prochaska, DiClemente, 1984, dar vadinamas *Elgsenos keitimo stadijų modeliu*). Tai yra teorinis, integracinis elgsenos keitimo modelis. Šis modelis naudotas norint apibūdinti elgsenos, kuri tapo įpročiu, nutraukimą. Pastaruoju metu naudojamas ir sveikatą stiprinančios elgsenos planavimui. Didžiausią dėmesį TTM skiria individo sprendimų priėmimui. Ši teorija, remdamasi įvairių psichoterapijos ir psichologijos teorijų fragmentais, aiškina asmens elgsenos pokyčius ir suskirsto juos į pokyčių stadijas. Atmesdama anksčiau paplitusią idėją, kad sveikatos elgesys yra momentinis veiksmas (pvz., metimas rūkyti, vartoti alkoholį, mitybos subalansavimas), ši teorija teigia, kad sveikatos elgsena yra kur kas ilgesnis procesas, pereinantis šešias pokyčių stadijas:

1. *Nesusimąstymo stadija*. Žmogus nesvarsto galimybė keistis, jis savo elgesyje ar gyvenimoje nemato problemos arba netiki, kad jo elgesys yra problemiškas. Šiame etape žmonės artimiausioje ateityje (ateinančius šešis mėnesius) neplanuoja imtis jokių veiksmų.
2. *Svarstymo stadija*. Žmogus suvokia, kad jo elgesys sukelia jam problemų ir sveria visus argumentus, kiek jam yra naudinga keistis ir kiek naudinga nieko nedaryti. Žmonės planuoja artimoje ateityje (per ateinančius 6 mėnesius) keisti savo elgseną. Jie yra susipažinę su privalumais ir trūkumais.
3. *Apsisprendimo stadija (įsipareigojimas keisti elgseną)*. Žmonės numato nedelsiant (ateinančių mėnesių) imtis veiksmų. Paprastai tokie žmonės paskutiniaisiais metais ėmėsi rimtų priemonių ir turėjo veiksmų planą. Žmogus ieško keitimosi strategijos, kuri būtų veiksminga ir efektyvi.
4. *Veiksmas (konkretūs elgsenos pokyčiai)*. Asmuo imasi konkrečių veiksmų, kad įvyktų pokytis. Pats veiksmas negarantuoja, kad pokyčiai bus pasiekti. Šiai stadijai priskirtini asmenys, pakeitę sveikatos elgseną per pastaruosius 6 mėnesius. Žmonės iš tiesų pakeičia elgseną, tačiau ji nėra nusistovėjusi. Šioje stadijoje svarbu vengti atkryčio.
5. *Išlaikymas (elgsenos stabilizavimas ir atkryčio išvengimas)*. Asmuo atlieka tam tikrus veiksmus, kad pasiekti pokyčiai būtų išlaikyti ir neįvyktų atkrytis. Elgsena buvo nuosekli mažiausiai šešis mėnesius.
6. *Atkrytis (ši stadija įtraukta tik kai kuriuose TTM modelio variacijose)*. Indivui nepavyksta išlaikyti pasiektų pokyčių ir jis grįžta prie senos elgsenos.

Sveikos gyvensenos tyrimams elgsenos moksluose dažnai pasitelkiama **sveikatos kontrolės lokuso** teorija. Pagrindinė jos idėja yra ta, kad žmogaus elgesys kontroliuojamas dvejopai – vidinių arba išorinių veiksnių. Vidiniu sveikatos kontrolės lokusu pasižyminti asmenybė – savarankiška, nepriklausoma, kryptinga, optimistiška, gebanti įveikti stresą. Vidinės sveikatos kontrolės lokuso žmonės tiki teigiamomis rūpinimosi savimi pasekmėmis sveikatai. Išoriniam kontrolės lokusui būdingas pasyvumas, žemas savęs vertinimas, pesimizmas, „išmoktas bejėgiškumas“, menkesni socialiniai įgūdžiai, elgesio problemos (Gochman, 1988; Petrulytė, 2008).

## 1.6. SVEIKOS GYVENSENOS FENOMENO ATSPINDŽIAI EDUKOLOGINIUOSE TYRIMUOSE

Ugdymas gali būti nagrinėjamas socialinių, humanitarinių, medicinos mokslų kontekste, tačiau, skirtingai nuo minėtųjų mokslų, ugdymo reiškinių ir procesų esmę sudaro ugdomoji sąveika, ji yra edukologijos mokslinio pažinimo objektas (Bitinas, 2006a). Svarbiausias edukologinio tyrimo tikslas – mokslškai pagrįstų rekomendaci-

jų ugdymo praktikams suteikimas, iškylančių problemų sprendimas (Bitinas, 2006b; Creswell, 2008). Be to, ugdymo proceso ir jo sėkmės tyrimai svarbūs švietimo politiką formuojančioms institucijoms. Jovaišos (2002) teigimu, ugdymo tikrovės pažinimo uždaviniai yra tokie pat, kaip ir visų mokslų:

- 1) *kaupiti naujus mokslinės tikrovės faktus;*
- 2) *rinkti jiems informaciją;*
- 3) *ją analizuoti ir aprašyti;*
- 4) *išaiškinti ir apibendrinti informaciją, nustatyti dėsnius ir dėsningumus.*

Tačiau minėtas autorius išskiria ir specifinius edukologijos mokslo uždavinius, siedamas juos su tuo, kad ugdymui reikia patikrintų priemonių ir veiklos su jomis būdų:

- 5) *parengti mokliškai pagrįstas pedagoginės veiklos priemones;*
- 6) *parengti veiklos technologiją bei metodiką;*
- 7) *prognozuoti ugdytinių bei visuomenės švietimo poreikių plėtrą, mokyklų raidą ir kt. (Jovaiša, 2002).*

Edukologinių tyrimų svarbą sveikos gyvensenos tyrimuose pagrindžia Kolbe (1988) pasiūlytas modelis. Jis įvardija penkis būdus, kuriais gali būti gerinamas ir tiriamas sveikatos stiprinimo edukacinis efektyvumas:

- 1) teorinio pagrindo, kuriuo grindžiamas sveikatos ugdymas, tobulinimas (pavyzdžiui, tikslesnis veiksnių, turinčių įtaką sveikatos elgsenai, nustatymas ir modeliavimas, adaptavimas konkrečios populiacijos kontekstui).
- 2) edukacinio poveikio koncentravimas į elgseną, labiausiai veikiančią populiacijos sveikatą;
- 3) koncentravimasis į didesnės rizikos populiacijas;
- 4) politikos ir administracinių priemonių įtaka sveikatos elgsenai;
- 5) kombinuotas poveikis, kuriantis sinergijos efektą.

Reikia pastebėti, kad nors daugelyje ugdymo teorijos veikalų sveikatos, fiziškai ir dvasiškai darnios asmenybės ugdymui skiriamas nemažas dėmesys, empirinių sveikos gyvensenos ugdymo tyrimų Lietuvoje negausu. Gudžinskienė ir kt. (2007), savo tyrimo ataskaitoje apžvelgusios Lietuvos mokslininkų atliktus mokinių sveikos gyvensenos ugdymo tyrimus, išskiria šias plačiau tyrinėtąs sritis:

- 1) fizinis aktyvumas;
- 2) taisyklingos laikysenos įgūdžių ir įpročių formavimas;
- 3) sveikatos ugdymo sąsajos su mokinio darbotvarke, mokymosi krūviais;
- 4) asmeninė ir mokymosi aplinkos higiena;
- 5) mitybos įpročių formavimas,
- 6) emocinės ir protinės sveikatos stiprinimas;
- 7) žalingų įpročių bei ŽIV/AIDS prevencija.

Disertanto nuomone, apibendrinant Lietuvos mokslininkų įdirbį, tikslinga išskirti šiuos aspektus, kuriais šiuolaikiniuose edukologiniuose tyrimuose atskleidžiamas sveikos gyvensenos fenomenas:

**1) Elgsenos paplitimas tam tikroje ugdymo proceso dalyvių (paprastai – ugdytinių) populiacijoje.** Vienas iš tokių tyrimų – „*Skirtingų Lietuvos edukacinių kon-*

*tingentų rūkymo įpročių socialinės prielaidos*“ (Juškelienė, Ustilaitė, 2004). Šios studijos tikslas – nustatyti dviejų Lietuvos edukacinių kontingentų – bendrojo lavinimo ir profesinių mokyklų – su rūkymu susijusias psichosocialines šeimos ypatybes ir planuoti prevencines priemones. Tyrimo kontingentas reprezentuoja 16–18 metų Lietuvos bendrojo lavinimo ir profesinių mokyklų aukštesniųjų klasių mokinių populiaciją (BLM respondentų grupę sudarė 1401, PRM – 1466 mokiniai). Respondentai apklausti naudojant anoniminę anketą, kurią sudarė uždari klausimai apie rūkymo dažnumą, tėvų išsilavinimą, šeimos socialinę padėtį, santykius šeimoje, gaunamus kišenpinigius. Požymių skirtumams nustatyti naudotas chi-kvadrato kriterijus. Tyrimas parodė, kad rūkymo problema susijusi su demografiniais ir edukaciniais veiksniais ir yra būdingesnė profesinių mokyklų kontingentui. Psichosocialinių šeimos veiksnių analizė atskleidė išsilavinimo, užimtumo, turtingumo, psichologinio klimato ir bendravimo skirtumus – profesinių mokyklų situacija yra gerokai prastesnė. Palanki turtinė šeimos padėtis susijusi su didesniu mokinių rūkymo paplitimu, tačiau geri šeimos santykiai, pakankamas bendravimas, pokalbiai sveikatos temomis turi esminės reikšmės paauglio sveikos gyvensenos įgūdžiams formuotis. Siekdamas užkirsti kelią rūkymo plitimui, tyrimo autorės rekomenduoja atsižvelgti į edukacinių kontingentų socialinių sąlygų specifiką.

**2) Sveikos gyvensenos sąsajos su ugdymo(si) pasiekimais**<sup>12</sup>. Šio tipo tyrimai svarbūs aiškinant sveikos gyvensenos komponentų sąsajas su ugdymo rezultatais. Pavyzdžiui, Armonienės (2007) atliktame tyrime „*Mokinių fizinis aktyvumas ir sveikata*“ ieškoma fizinio aktyvumo ir gyvensenos sąsajų. Tyrimo imtį sudarė 211 vienos Vilniaus mokyklos V–XI kl. mokinių. Respondentai pildė uždaro tipo anketą, kurią sudarė uždaro tipo klausimai apie fizinį aktyvumą laisvalaikiu, jo motyvus ir kliūtis, veiklos prioritetus poilsio metu, mokymosi krūvį bei subjektyvų savo sveikatos vertinimą. Autorė prieina prie išvados, kad protinis mokinių darbingumas susijęs su gera fizine sveikata ir pakankamu judėjimo aktyvumu. Tiesa, minėto tyrimo mokslinę vertę mažina tai, kad apie šias sąsajas išvados daromos ne remiantis koreliacine analize, o aprašomosios statistikos rodikliais.

**3) Ugdymo(si) poveikis ugdytinių sveikos gyvensenos įpročiams**. Šio tipo tyrimai reikšmingi vertinant ugdymo(si) proceso, sveikatinimo programų sėkmę bei numatant jų tobulinimo galimybes. Vienas tokio tipo empirinių tyrimų – gana plati Poteliūnienės (2010) studija „*Studentų fizinį ugdymą ir sportinį rengimą skatinantys veiksniai*“. Joje atskleidžiami universitetinių ir neuniversitetinių aukštųjų mokyklų fizinio ugdymo vyksmo ypatumai išryškinant studentų nuomonę apie fizinio ugdymo aukštojoje mokykloje turinį ir edukacinę aplinką, analizuojamos Lietuvos studentų fizinės būklės kaitos tendencijos. Tyrimui atlikti naudotas anketavimo metodas<sup>13</sup>.

Apibendrinant edukologijos mokslui priskirtinus sveikos gyvensenos tyrimus, reikia pasakyti, kad dažniausiai Lietuvos mokslininkai tyrinėja vieną (geriausiu atveju – kelis) sveikos gyvensenos komponentus arba kurio nors vieno faktoriaus povei-

<sup>12</sup> Ugdymo(si) pasiekimai čia suvokiami plačiausia prasme – tai gali būti akademiniai pasiekimai, nuostatos, vertybės, sveikata, fizinis pajėgumas, sportinis meistriškumas ir t. t.

<sup>13</sup> Su šio tyrimo rezultatais supažindinama 2.5.7 skyriuje.



kį gyvensenai. Šiuo disertaciniu tyrimu stengtasi sumažinti kompleksinių sveikos gyvensenos ugdymo prielaidų tyrimų deficitą. Tuo tikslu buvo sukurtas ir panaudotas plačią kintamųjų skalę apimantis tyrimo inventarijus.

## 1.7. TARPTAUTINIAI PALYGINAMIEJI SVEIKOS GYVENSENOS TYRIMAI

Viena iš svarbių sveikatos informacijos charakteristikų yra duomenų palyginamumas šalių ir regionų aspektu (Grabauskas ir kt., 2009). Galimybė lyginti statistinius rodiklius itin svarbi sveikatos priežiūros sistemų administravimo, finansinių išteklių paskirstymo ir sveikatos ugdymo sistemų veiklos optimizavimui (Dawad, Veenstra, 2007). Pagrindinis 2008–2013 m. ES visuomenės sveikatos programos tikslas – rengiant sveikatos rodiklius ir renkant duomenis teikti palyginamą informaciją apie Europos piliečių sveikatą. Pagal ES sveikatos programą buvo sudarytas Europos bendrijos sveikatos rodiklių (angl. *ECHI*) sąrašas<sup>14</sup>. Šalia biomedicininų rodiklių šiame sąrašė yra platus gyvensenos indikatorių spektras: alkoholio, tabako, psichiką veikiančių medžiagų vartojimas, fizinio aktyvumo, mitybos įpročiai. ECHI rodiklius tvarko ir duomenis renka koordinuojamos darbo grupės, kurios glaudžiai bendradarbiauja su „Eurostatu“ ir naudojami Bendrijos statistikos programa. Tikimasi, kad bus sustiprinti ryšiai su PSO, EBPO ir kitomis informaciją sveikatos klausimais teikiančiomis tarptautinėmis organizacijomis. ES veikloje daugiausia dėmesio skiriama šių rodiklių kokybės ir palyginamumo gerinimui, kad valstybėms narėms ir Europos tinklams būtų lengviau analizuoti informaciją ir kad informacija apie visuomenės sveikatą galėtų naudotis daugiau žmonių<sup>15</sup>. Galutinis tikslas yra sukurti Europos Sąjungos informacijos ir žinių apie sveikatą sistemą, kuria visapusiškai galėtų naudotis Europos specialistai ir plačioji visuomenė<sup>16</sup>.

Suaugusių žmonių gyvensenos stebėseną Lietuvoje vykdoma nuo 1994 m. Suomijos Visuomenės sveikatos instituto iniciatyva buvo pradėtas FINBALT HEALTH MONITOR tyrimas, kuriame dalyvavo Suomija ir Baltijos šalys. Tyrimas buvo vykdomas pagal bendrą protokolą, taikant vienodą standartinę metodiką, todėl duomenis galima lyginti tarp šalių. Šio tyrimo patirtį priėmė ir pritaikė PSO koordinuojama Lėtinųjų neinfekcinių ligų integruotos profilaktikos programa (*CINDI – Country-wide Integrated Noncommunicable Disease Intervention Programme*). 2001–2002 m. gyvensenos tyrimas buvo atliktas 26 šalyse, dalyvaujančiose tarptautinėje programoje.

<sup>14</sup> Interneto prieiga: [http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index_en.htm) [žiūrėta 2011-08-04].

<sup>15</sup> Ten pat [žiūrėta 2011-08-04].

<sup>16</sup> Plačiau apie tai Europos Sąjungos portale apie sveikatą apsaugą [http://ec.europa.eu/health-eu/health\\_in\\_the\\_eu/ec\\_health\\_indicators/index\\_lt.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/health_in_the_eu/ec_health_indicators/index_lt.htm) [žiūrėta 2011-08-05].

Projektas tapo daug platesniu sveikatai veikiančios gyvenamosios tyrimu CINDI Health Monitor (Grabauskas ir kt., 2009). Šis tyrimas apima tokius rodiklius, kaip gyventojų subjektyvų savo sveikatos vertinimas, fizinis aktyvumas, mitybos įpročiai, alkoholio ir tabako vartojimas, eismo saugumo įpročiai. Tyrimas organizuojamas ir rezultatai skelbiami kas dveji metai, Lietuvoje jį atlieka Sveikatos mokslų universiteto ir Biomedicininio tyrimų instituto mokslininkai (Grabauskas ir kt., 2009).

Kitas Lietuvoje atliekamas tarptautinis palyginamasis gyvenamosios tyrimas „*Mokyklinio amžiaus vaikų sveikatos elgsena*“ („*Health Behavior in School-aged Children*“). Šis PSO inicijuotas tarptautinis projektas vykdomas nuo 1983 m. Kas ketverius metus tiriama projekte dalyvaujančių valstybių 11, 13 ir 15 metų vaikų sveikatos elgsena (mityba, prie kompiuterio ir TV praleidžiamas laikas, higienos įpročiai, alkoholio vartojimas, rūkymas, seksualinė patirtis ir elgsena). Lietuva projekte dalyvauja nuo 1993 m., 2001 m. į projektą buvo įtrauktos 43 pasaulio valstybės (dauguma jų – Europos).

Alkoholio ir kitų narkotikų vartojimo tyrimas Europos mokyklose (**ESPAD**, *The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*) atliekamas nuo 1995 m. kas ketveri metai. Lietuva dalyvauja jame nuo pat pradžių. Pagrindinis ESPAD tikslas – surinkti tinkamus palyginimui duomenis apie alkoholio, tabako ir narkotikų vartojimą 15–16 m. amžiaus mokinių grupėje įvairiose Europos valstybėse. Šio tyrimo rezultatai padeda formuoti ir įgyvendinti adekvačias prevencines švietimo ir socialines iniciatyvas (Tamošiūnas ir kt., 2008). 2011 m. ESPAD tyrimo duomenys atskleidė, kad Lietuva yra daugiau negu dvigubai aukščiau už Europos vidurkį pagal gydytojų nepaskirtų raminamųjų/migdromųjų vaistų vartojimą, aukštesni už ESPAD vidurkį yra rūkymo ir alkoholio vartojimo per 30 dienų iki apklausos rodikliai, šiek tiek aukštesni marihuanos/hašišo vartojimo per gyvenimą rodikliai. Kaip pozityvų rodiklį galima išskirti tai, kad Lietuvos mokinių alkoholio suvartojimo per paskutinį vartojimo epizodą kiekis yra ryškiai žemesnis už ESPAD vidurkį (Šutinienė, 2011).

Verta paminėti ir 2002 m. atliktą **NORBAGREEN** studiją. Jos tikslas buvo įvertinti daržovių ir vaisių vartojimą Šiaurės Europos ir Baltijos valstybėse. Tyrimas atliktas naudojant vienodą, specialiai projektui parengtą klausimyną, kurio tinkamumas įvertintas Lietuvoje, Suomijoje ir Švedijoje. Rezultatų analizė atskleidė, kad net 90 % Lietuvos gyventojų mityba neatitinka tarptautinių ir Lietuvos sveikos mitybos rekomendacijų (Petkevičienė, Kriaučionienė, 2005).

Apibendrinant Lietuvoje atliekamus tarptautinius palyginamuosius sveikos gyvenamosios tyrimus, pastebėtina, kad jie yra aukštos metodologinės kokybės, tyrimo instrumentai apima didelį kiekį gyvenamosios indikatorių bei demografinių kintamųjų, kas leidžia sėkmingai identifikuoti rizikos grupes ir tikslinius edukacinius kontingentus. Tačiau reikia pripažinti, kad šių tyrimų rezultatai gana fragmentiškai pristatomi visuomenei. Abejotinas ir tyrimo rezultatų panaudojimas sveikos gyvenamosios ugdymo praktikai tobulinti.

## 2. SVEIKA GYVENSENA KAIP VISUOMENINĖ IR EDUKACINĖ VERTYBĖ

---

### 2.1. SVEIKA GYVENSENA SKIRTINGOSE KULTŪROSE IR CIVILIZACIJOSE

*Senosiose civilizacijose* sveikata buvo mistifikuota, laikoma aukštesniųjų jėgų nulemta duotybe. Pavyzdžiui, senovės egiptiečiai žmogaus kūną skirstė į 36 dalis, o kiekvienos jų gerove „rūpinosi“ atskiras dievas (Rotshuch, 1965, cit. pagal Bergdolt, 2008). Asirų civilizacijoje buvo manoma, kad jei žmogus laikosi tabu, gerbia amuletus ir burtažodžius, tuomet jis yra santykinai apsaugotas nuo mirusiųjų sielų ir demonų, kurie gali įvairiais būdais suluošinti sveikatą. Babiloniečiai tikėjo, kad žmogaus sveikatą ir jos sutrikimus lemia žvaigždės. Gydytojai, diagnozuodami ir gydydami ligas, rėmėsi astrologiniais stebėjimais. Paminėtina, kad didelė reikšmė buvo teikiama higienos normoms. Pavyzdžiui, buvo manoma, kad prisilietęs prie sergančio žmogaus asmuo tampa „nešvarus“ ir lengviau pažeidžiamas blogio jėgų. Sveikatos praradimas taip pat buvo suprantamas kaip nuodėmingo gyvenimo įrodymas. Kaip ir priesaikos sulaužymas, santuokinė neištikimybė, nusižengimas socialinėms normoms ar ritualams, sveikatos netekimas buvo laikomas dievų apsaugos praradimu, todėl visuomenė dažnai reaguodavo priekaištais ir ligonio izoliavimu (Canguilhem, 1989). Persijoje buvo tikima, kad sveikatą galima stiprinti iškilium moraliniu elgesiu, gyvenimu pagal religinius priesakus, priešingu atveju ligos demonams atsiranda galimybė įsigauti į kūną.

*Senovės Graikijoje* sveikata, gydymas ir religija iš esmės buvo vienas ir tas pats. Kaip ir egiptiečiai ar babiloniečiai, senovės graikai žmogaus sveikatos būklę laikė priklausoma nuo dievų ir demonų malonės. Žmogaus sveikata buvo suvokiama ir vertinama pagal visuomenės normų, saiko laikymąsi, socialinę integraciją šeimoje ir valstybėje, susilauktus palikuonis, pasitenkinimą gyvenimu, gerą kūno funkcionavimą ir protinius sugebėjimus (Bergdolt, 2008). Filosofinis ir pedagoginis *kalokagatijos* principas teigė, kad grožis yra būtina sveikatos sąlyga, o psichinis ir moralinis pranašumas yra išreiškiamas per fizinį tobulumą. Graikų intelektualai fizinę ir psichinę aktyvumą laikė vienodai svarbiais asmenybės formavimosi faktoriais. Pažymėtina, kad higienos sąvoka buvo vartojama kalbant ne tik apie fizinę, bet ir apie dvasinę sveikatą. Hipokrato mokymuose didelis dėmesys buvo skiriamas mitybai, tačiau pripažįstama, kad vien jos neužtenka – reikia reguliaraus mankštinimosi, gimnastikos. IV a. graikų gydytojas Dioklis parašė sveikos gyvensenos ir higienos vadovėlį, kuriame akcentuojama sveika mityba, miegas, dantų valymas pipirmėtės milteliais, masažas, pasivaikščiavimai ir kitoks fizinis aktyvumas. Senovės Romoje, kaip ir Graikijoje, sportas turėjo didelę reikšmę visuomenės sveikatai ir socialiniam

gyvenimui. Buvo populiarī gimnastika, bėgimas, ūoliai į aukštį ir tolį, žaidimai kamuoliu. Pažymėtinos Romos pirtys, turėjusios ne tik higienos, bet ir socialinę reikšmę. Romėnų gydytojas Galenas akcentavo žmogaus gyvensenos, elgsenos ir profilaktikos reikšmę sveikatai (Bergdolt, 2008).

*Judaizmo* religija pripažįsta, kad kūno ir dvasios būklė visiškai priklausoma nuo dievo, tačiau pasižymi griežtu ir pragmatišku gyvensenos bei higienos normų reglamentavimu: pavyzdžiui, draudimai valgyti riebų maistą ir kraują, lytiškai santykiuoti menstruacijų metu. Ankstyvasis islamas pabrėžė pasirinkto gyvenimo būdo svarbą sveikatai. Kaip ir daugelyje senovės religijų, sveikatos praradimas buvo laikomas dievo bausme. Panašiai kaip ir judaizmas, islamas pasižymėjo (ir pasižymi) griežtu kasdienio gyvenimo, higienos ir mitybos įpročių reglamentavimu. Sveikata buvo laikoma kūno ir sielos gerove, kuri neįmanoma be religinio atsidavimo. Arabų perimta romėnų pirčių kultūra taip pat tarnavo sveikatos išsaugojimui. Pasak Račiaus (2004), musulmonų teologai ir teisininkai tikinčiuosius dar žemėje ragina kūnui skirti deramą dėmesį, ypač jo higienai. Islamo pranašas Mahometas daug dėmesio skyrė musulmonų švarai: nepaisant vandens stygiaus, prieš pradėdami kiekvieną iš penkių kasdienių meldimūsi, jie privalo apsiprausti tekančiu vandeniu.

*Ankstyvojoje krikščionybėje* įsigalėjo asketizmas ir požiūris, kad kūnas yra nuodėmės ir pagundos šaltinis. Buvo paplitusios ne tik badavimo, susilaikymo nuo lytinių santykių, bet ir savo kūno žalojimo religinės praktikos. Šv. Paulius rašė: „Aš plaku savo kūną ir paverčiu jį savo vergu“. Kita vertus, jau tuomet krikščionių bendruomenėse rūpinimasis ligonių sveikata, jų slauga buvo laikoma vertybėmis. Įdomu tai, kad gnosticizmo religinės srovės atstovai smerkė alkoholio, medikamentų vartojimą, bet kokį gydymą ir rūpinimąsi kūnu. Netgi kūno higiena, prausimasis buvo laikoma pagoniškais pramanais (Bergdolt, 2008).

*Ankstyvaisiais viduramžiais* (529 m.) Monte Kasine įkurtas pirmasis benediktinų vienuolynas padėjo pagrindus vakarietiškosios medicinos vystymuisi. Pirminių gydymo tikslu buvo laikoma dvasinė sveikata. Benediktinų pedagoginė doktrina nepateisino silpnybės, bet saugojo silpnuosius: senus žmones, vaikus, neturtinguosius ir ligonius. Vėliau viduramžių mistikai sveikatos sutrikimus ir skausmą priėmė kaip dievo dovaną – liga buvo suvokiama kaip galimybė patirti Kristaus kančią, tapti „budriam ir jautriam“, išsivaduoti nuo ligtolinių gyvenimiškų rūpesčių. Pasibaigus viduramžiams, *Renesanso epocha* atnešė kitokį požiūrį į sveikatą. Ji vėl tapo suvokiama kaip vertybė. Gimnastika ir fiziniai pratimai buvo kartais buvo interpretuojami kaip tam tikra asketizmo apraiška. Populiarėjo turnyrai, laivų regatos, žaidimai kamuoliu, bėgimo lenktynės, žirgų sportas, imtynės, fechtavimasis, buvo suvokiama judėjimo nauda sveikatai ir ligų profilaktikai. Apibendrinamas istoriškai susiklosčiusį krikščionybės santykį su žmogaus kūnu, teologas ir religijos tyrinėtojas Michel (1985) teigia, kad „krikščionybės istorija didžiąja dalimi yra priešiško kūnui istorija“, tačiau pabrėžia, kad Biblija tam jokios priešasties nedavė, o „krikščioniškas“ priešiškumas kūnui yra kilęs iš graikų platoniškosios filosofijos.

Reziumuojant būtų galima teigti, kad požiūris į sveikatą ir gyvenseną kito, tačiau sveikata visose visuomenėse buvo laikoma vertybe, kuria reikia rūpintis (šiuo

požiūriu išsiskyrė tik ankstyvosios krikščionybės gnostikų ir viduramžių mistikų religinės srovės). Nors daugelis religijų sveikatą laiko duotybe, kartu pripažįsta, kad liga gali būti dievo bausmė už netinkamą gyvenimo būdą, o padorus gyvenimas pagal dievo ir gamtos nustatytus dėsnius – raktas į gerą sveikatą. Religija dažnai ir šiandien labai glaudžiai susijusi su visuomenės sveikatos įpročiais ir juos veikia (mitybos, higienos, lytinių santykių ir t. t.). Kaip pavyzdį galima pateikti itin mažą alkoholio suvartojimą islamo šalyse. Tikėtina, kad krikščionybės paplitimas Europoje vis dar turi įtakos požiūriui į savo kūną.

## 2.2. SVEIKOS GYVENSENOS VAIDMUO MODERNIOJE VISUOMENĖJE

Giddens (2005) teigimu, mūsų moderniajame amžiuje gyvenšana ir sveikata vis labiau pabrėžiamos, vadinasi, manoma, kad didėja individų atsakomybė už savo pačių gerą savijautą. Kaip pavyzdį būtų galima paminėti pastaruoju metu viešojoje erdvėje Lietuvoje pasirodančius politikų svarstymus, kad medicininio draudimo įmokų dydis konkrečiam asmeniui turėtų priklausyti nuo jo gyvenšenos<sup>17</sup>. Realus tokios politikos įgyvendinimo pavyzdys yra Danijos vyriausybė, kuri ėmėsi konkrečių veiksmų, siekdama, kad gyventojų mitybos įpročiai taptų sveikesni – įvedė akcizo mokesť maisto produktams, kuriuose yra sočiųjų riebalų<sup>18</sup>. Visuomenės sveikatos ir medicinos mokslų duomenimis, išsivysčiusiose visuomenėse labiausiai paplitę yra su gyvenimo būdu glaudžiai susiję lėtiniai sveikatos sutrikimai (širdies ir kraujagyslių sistemos ligos, nutukimas, onkologiniai susirgimai ir t. t.) (Juškelienė, 2007; Proškuvienė, 2004). Vienu iš svarbiausių sveikatos rizikos faktorių laikomas fizinio aktyvumo trūkumas. Aktyvi gyvenšana svarbi ne tik fizinei žmogaus sveikatai, bet teikia ir daugybę kitų socialinių ir psichologinių pranašumų. Įvairios fizinio aktyvinimo priemonės reikalingos ne vien tik žmogaus fizinėms galioms palaikyti ar didinti, bet turi žymiai didesnę reikšmę. Tai gali būti veiksminga atsipalaidavimo ir net psichoterapinė priemonė, padedanti žmogui atsigauti po įtempto protinio darbo, kasdienių rūpesčių (Neverauskas, 2008; Sakalauskas, 2010). Sąmoningas fizinis aktyvumas pastaruoju metu tampa ypač svarbus, kadangi fizinis darbas išsivysčiusiose valstybėse yra beveik išnykęs, o buitis mechanizuota. Su fizinio aktyvumo stoka glaudžiai susijęs nutukimas – viena svarbiausių XXI a. sveikatos problemų išsivysčiusiose valstybėse.

<sup>17</sup> Interneto prieiga: <http://www.delfi.lt/news/daily/Health/iesko-budu-kaip-branginti-gydy-ma-turintiems-zalingu-iprociu.d?id=48028127> [žiūrėta 2011-07-29].

<sup>18</sup> Interneto prieiga: <http://verslas.delfi.lt/business/danijoje-isigaliojo-pirmasis-pasaulyje-tau-ku-mokestis.d?id=50236060> [žiūrėta 2011-10-05].

Visuomenės sveikatos specialistai teigia, kad didelį pavojų sveikatai kelia ir modernėjanti kasdienė aplinka. Naujos technologijos keliančios triukšmą, vibraciją, ultravioletinę ir elektromagnetinę spinduliuotę bei išskiriančios į aplinką kancerogenines ir toksines medžiagas<sup>19</sup>. Veikiami nepalankios aplinkos būklės žmonės suserga, juos kamuoja nuovargis, bloga nuotaika, menkėja atsparumas ligoms, vystosi nevaisingumas (Kalenda, 2006). Dėl aplinkos, pramoniniu būdu gaminamo maisto užterštumo išsivysčiusiose visuomenėse vis labiau populiarėja su sveikos gyvensenos fenomenu glaudžiai susipynusi ekologinė pasaulėžiūra ir gyvensena.

Šiuolaikinės medicinos ir farmacijos pasiekimai leidžia išgyventi ir silpnesnės sveikatos individams, kurie kitomis sąlygomis būtų mirę. Tai neišvengiamai veikia žmonijos genofondą, kadangi iš esmės nebevyksta natūralioji atranka, silpna sveikata tiesiogiai perduodama genetiniu būdu palikuonims. Sveikas gyvenimo būdas gali būti viena iš pagrindinių priemonių redukuoti medicinos pasiekimų žalą genofondui.

Medicinos istoriko Bergdolt (2008) manymu, iki tol buvusios sveikos gyvensenos svarbos sumažėjimą didele dalimi lėmė staigūs XIX a. moksliniai pokyčiai Europos medicinoje. Pasak jo, sveikata staiga buvo nuvertinta į „kažką techniško ir pamatuojamo“, o paprasčiausi darnos, saikingumo, harmonijos, relaksacijos principai pamiršti. Šių idėjų nuosmukis buvo žalingas visai visuomenei. Šiandien iškyla aktualus klausimas, kaip rasti stabilesnę pusiausvyrą tarp mokslinių medicinos pasiekimų ir tūkstantmečius kauptos sveikos gyvensenos patirties.

Vienas svarbiausių sveikatos ugdymo uždavinių moderniojoje visuomenėje – gyventojų *sveikatos raštingumo* didinimas, kritinio mąstymo ugdymas, mokymas įveikti socialinį spaudimą ir atsirinkti informaciją. Neretai sveika gyvensena ir gyvenimas su savo kūnu virsta „gyvenimu dėl kūno“ (Kallifatides, 2005). G. Debord savo knygoje „Spektaklio visuomenė“ (2006) moderniojoje visuomenėje viešpataujantį gyvenimo modelį pavadino „spektakliu“. Spektaklis – socialinis reginių skleidžiamas ryšys tarp asmenų, sukurtas pateisinti esamos sistemos sąlygas ir tikslus. Netgi daugiau – spektaklis gyvuoja vardan savęs ir yra pagrindinė šiuolaikinės visuomenės gamybinė veikla. Pasak autoriaus, pirmoji ekonomikos viešpatavimo socialiniame gyvenime fazė į bet kokios žmogiškosios veiklos apibrėžtį įnešė akivaizdų nuopuolį, nurodydama perėjimą iš *būti* į *turėti*. Dabartinė fazė, nusakanti visišką socialinio gyvenimo užgrobimą remiantis ekonomikos pasiekimais, stumia į visuotinę kaitą nuo *turėti* į *atrodyti*. Anot Foucault (1977), „nebūtini jokie ginklai, fizinė prievarta, ar materialiniai apribojimai. Tiktai žvilgsnis, stebintis žvilgsnis, kurį kiekvienas stebimas individas internalizuoja iki tokio laipsnio, kad jis tampa savęs prižiūrėtoju“. Kiekvienas individas atlieka savo priežiūrą, veikdamas prieš save. Taigi, žmogaus kūniškumo prieinamumas kito žvilgsniui modernybės laikotarpiu įgyja vis svarbesnę prasmę. Kūno kontrolė, kurios iš individo tikimasi visose socialinės sąveikos situacijose – visuminė ir nenutrūkstama. Be to, būti kompetentingam reiškia ne tik

<sup>19</sup> Interneto prieiga: <http://www.15min.lt/naujiena/gyvenkime-sveikai/naujienos/didziausius-issukius-sveikatai-siandienineje-visuomeneje-kelia-modernejanti-kasdienybe-306-14492>, [žiūrėta 2011-10-08].

visą laiką kontroliuoti kūną, bet reikia, kad ir kiti *matytų* tai darant (Berger, 1995). *Atrodymo* esmę nagrinėja ir K. Karnickaitė (2009). Pasak jos, „vartotojiškoje visuomenėje kūno įkalinimas tam tikruose mados kanonų gniaužtuose supančioja mąstymą ir pasmerkia dar aktyvesniam vartojimui. Mados, įvaizdžio, kūno estetikos, sveikos mitybos, grožio, jaunystės kultai – tėra sumedijuotos simuliacijos, tai verslas, pasiglemžiantis kūną. Kūno modeliavimas, atsižvelgiant į šių sudievinčių industrijų įgeidžius, tik skatina sąmonę pateisinti pokyčius, jų prasmingumą ir įtikėti racionali reklaminio gyvenimo pasirinkimu. Dabar jau sunku atskirti, kurie kūno poreikiai fiziologiniai, o kurie įpiršti rinkos“ (Karnickaitė, 2009).

Taigi, modernybės laikotarpis kelia naujus, tik jam būdingus sveikos gyvensenos ugdymo uždavinius bei iššūkius. Vienas svarbiausių edukologijos mokslo uždavinių šioje srityje yra pasiekti, kad asmuo iš gausybės šiuolaikinėje visuomenėje galimų gyvensenos modelių rinktųsi sveiką gyvenimo būdą.

### 2.3. SVEIKOS GYVENSENOS DIEGIMO PATIRTIS IR PROBLEMAS LIETUVOJE

Sveikos gyvensenos idėjų sklaidos pradžia Lietuvoje laikytini 1846 m., kai Šiaulių apskrities kunigai I. Štachas ir A. Kybartas įkūrė blaivybės draugijas. Nuo 1858 m. jų pradėtą darbą tęsė Žemaitijos vyskupas M. Valančius. Vėliau sveikos gyvensenos idėjas savo darbuose skelbė Vydūnas, J. Šliūpas, M. Mačernis, S. Šalkauskis, J. Laužikas, K. Dineika (Gudžinskienė ir kt., 2007).

Sovietmečiu įsigalėjus biomedicinei sveikatos sampratai, didžiausias dėmesys buvo skiriamas fizinės sveikatos saugojimui ir stiprinimui. Buvo akcentuojamas fizinės sveikatos stiprinimas kūno kultūros pamokose ir mokyklinė higiena (Gudžinskienė ir kt., 2007). Sovietiniam režimui buvo būdingas fizinio pajėgumo sureikšminimas, plito masinio sporto idėja. Tuometinė valdžia „fizkultą“ matė kaip priemonę kurti harmoningą, sveiką ir darbingą socialistinę visuomenę. Dar pirmieji Sovietų Sąjungos lyderiai fizinį ugdymą laikė vienu iš esminių „naujo tarybinio žmogaus“ formavimo metodų (Hoffmann, 2000). Buvo populiarinamas masinis sportas. Pranevičiūtės (2007) teigimu, Sovietų Sąjungoje sporto reikšmingumas buvo įvertintas visais aspektais: pirma, sportas palaiko sveiką gyvenimo būdą, todėl „sportuojantis sovietinis žmogus“ dirbs produktyviau ir bus geresnis Tėvynės gynėjas. Netgi sportinių įvertinimų sistema buvo ne tik apibrėžiama sporto meistrų vardais, bet ir suteikiant apdovanojimus, nominuojant kaip „pasirengusį darbui ir gynybai“. Antra, sportas – tai savotiškas visuomenės dėmesio kontroliavimas, užtikrinimas, kad aktyvūs ir energingi jos nariai turės kuo užsiimti, savotiškas žmogaus individualių poreikių tenkinimo ir asmeninio pasitenkinimo būdas, siekiant užkirsti kelią „virtuvinėms re-

voliucijoms“. Trečia, sportas – puiki priemonė mobilizuoti visuomenę, sužadinti jos pasididžiavimą bendrapiliečiais, tai galimybė valdžiai kurti vieningą valdomų tautų „sovietinės tautos“ identitetą. Be to, „masiškumas“ užtikrino bendrumo, masinio įsitraukimo ir visų lygybės jausmą. Ketvirta, valstybės atžvilgiu dalyvavimas tarptautinėse varžybose reiškė savotišką tarptautinį pripažinimą, statuso užsitikinimą ir vietos žemėlapyje apibrėžimą. Dėl egzistavusio politinio spaudimo kokį nors sportinį talentą turintys asmenys nesportuoti praktiškai negalėjo (Pranevičiūtė, 2007). Logiška, kad šiai sistemai tarnavo ir „fizinis lavinimas“ tiek bendrojo lavinimo, tiek aukštojoje mokykloje.

Lietuvai atgavus nepriklausomybę ir pasikeitus politinei santvarkai, keitėsi ir požiūris į sveiką gyvenimą bei jos reikšmę. Lietuvos nacionalinės sveikatos politikos formavimas prasidėjo, kai VI Lietuvos gydytojų sąjungos atkuriamasis suvažiavimas priėmė rezoliucijas ir medicinos visuomenę įpareigojo parengti naują Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją. Po išsamių diskusijų VII Lietuvos gydytojų suvažiavimas priėmė Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją, kurią 1991 m. spalio 30 d. patvirtino Lietuvos Respublikos Aukščiausioji Taryba (Atkuriamasis Seimas), ir ji tapo pagrindiniu dokumentu, atspindinčiu Lietuvos sveikatos sistemos ateitį.

Lietuvos SAM patvirtintoje 1998–2010 m. Sveikatos programoje numatomi ambicingi tikslai, kurių numatoma siekti „sudarant sąlygas sveiką gyvenimą paversti socialine norma populiarinant sveiką gyvenimo būdą, skatinant asmenis ir šeimas siekti geresnės sveikatos“.

2004 m. Lietuvos socialinių tyrimų instituto atlikta studija „Lietuvos gyventojų politikos strategijos metmenys“ išsamiai analizuoja visuomenės sveikatą ir gyventojų sveikatos elgseną bei leidžia teigti, kad prie minėtos programos tikslų net nebuvo priartėta. Kaip didžiausios silpnybės ir problemos išskirtos šios:

- Didelė Lietuvos gyventojų dalis susiduria su nemažais makrostruktūriniais apribojimais (skurdu, žemomis pajamomis, menkomis išsilavinimo galimybėmis ir t. t.) ir yra ekonomiškai nepajėgi adaptuoti sveikos gyvenimo nuostatų.
- Lietuvos gyventojai išsiskiria vienais didžiausių Europoje socialinės nelygybės rodikliais. Tai lemia ir sveikatos bei sveikos gyvenimo diferenciaciją ir skatina psichosocialinio streso reiškinį visuomenėje plitimą.
- Ribojantys makrostruktūriniai veiksniai (ypač skurdas) ir aukštas psichosocialinio streso lygis lemia agresijos, autodestrukcijos ir sveikatai žalingos elgsenos (ypač alkoholio ir narkotikų vartojimo) apraiškas visuomenėje.
- Užsitęsusi sveikatos priežiūros sistemos reorganizacija, nėra aiškios sveikatos priežiūros sistemos plėtros vizijos. Priimta teisinė sveikatos priežiūros sistemos bazė prieštarauja realybėje vykstantiems procesams.
- Visuomenėje vyrauja pasyvus požiūris į savo sveikatą, nesuvokiama asmeninė atsakomybė. Lietuvoje išlieka žemas visuomenės socialinis aktyvumas, iniciatyvumas, neišplėta bendruomeninė veikla, nepakankamai išplėtotas visuomenės dalyvavimas nevyriausybinių organizacijų veikloje.
- Pastaraisiais metais šalyje grėsmingai didėjo rūkančių vyrų ir moterų skaičius, visuomenėje vis labiau plinta narkotikų ir kitų svaiginamųjų medžiagų vartojimas. Ypač didelį nerimą kelia kasmet didėjantis moksleivių, vartojan-



čių įvairius narkotikus, skaičius.

- Valstybinės alkoholio ir tabako kontrolės bei narkotikų kontrolės ir prevencijos programos nepakankamai veiksmingos, nes vykdomos epizodiškai, lėšoms skiriamos nesistemiškai.
- Vyriausybės komisijos ir tarnybos, turinčios kontroliuoti alkoholio ir rūkalų prekybą bei nelegalią gamybą ir kontrabandą, dirba neefektyviai, todėl nelegalūs (savo gamybos ir kontrabandinis alkoholis) ir pigūs nekokybiški rūkalai yra lengvai prieinami net ir ribinėms visuomenės grupėms bei paaugliams.
- Europos kontekste Lietuvos gyventojai, ypač paaugliai (moksleiviai), išsiskiria itin žemais fizinio aktyvumo rodikliais. Pastebėtina, kad net lyginant su panašaus istorinio ir kultūrinio konteksto kaimyninėmis šalimis (Latvija, Estija), Lietuvos gyventojų fizinio aktyvumo rodikliai atsilieka.
- Nors šiuo metu įgyvendinamos įvairios sveiką gyvenseną skatinančios programos ir priemonės, nenumatytas šių priemonių efektyvumo vertinimo mechanizmas.

Žmogaus studijų centro (2008) atlikto tyrimo duomenimis, Lietuvos gyventojams būdingi itin aukšti save žalojančio elgesio rodikliai. Konstatuojama, kad Lietuva, kaip ir kitos posovietinės erdvės šalys, patiria sveikatingumo krizę. Netikslingas save žalojančio elgesio formas (nesaikingas alkoholio vartojimas, rūkymas, rizikingas sveikatai elgesys) besirenkantiems individams būdingesnės tokios tendencijos: jie nesididžiuoja esą Lietuvos piliečiai, nesijaučia reikalingi visuomenei, jaučiasi vieniši, praradę pasitikėjimą visuomenės normomis ir jos nariais, nelaimingi ir nepatenkinti savo gyvenimu, linkę nusižudyti. Minėta studija išryškino ir galimą didelę žiniasklaidos bei valstybės institucijų vykdomų viešųjų ryšių veiksmų įtaką. Ši įtaka gali nulemti dominuojantį visuomenėje – pesimistinį ar optimistinį – informacijos konteksto sukūrimą ir jo interpretaciją bei atitinkamai veikti socialinę sociumo terpę stiprindama arba mažindama bejėgiškumo ir beviltiškumo nuostatas.

Kita aktuali sveikos gyvensenos diegimo problema – sporto ir sveikatingumo infrastruktūros padėtis. Lietuvos Respublikos Seimo patvirtintoje 2011–2020 m. valstybinėje sporto plėtros strategijoje konstatuojama, kad dauguma sporto salių priklauso bendrojo lavinimo ir profesinėms mokykloms, taigi jų prieinamumas suaugusiems Lietuvos gyventojams yra ribotas. Iškalbingas faktas yra tas, kad iki šiol Statistikos departamento skaičiuojami tik sporto objektai, neįtraukiant riedlenčių aikštelių, rekreacinių zonų, dviračių ir pėsčiųjų takų, kitos kasdieniam ir nemokamam fiziniam aktyvumui skirtos infrastruktūros. Palyginti su Europos Sąjungos valstybėmis narėmis, Lietuvoje sporto objektų plėtra skiriasi nuo dviejų iki 150 ir daugiau kartų. Pvz., vidutiniškai Prancūzijoje 1 000 gyventojų tenka 3,5 sporto infrastruktūros objekto, iš jų lauko (atvirų) statinių – apie 2,2, o uždarų statinių – apie 1,3, tuo tarpu Lietuvoje 2005 m. 1 000 gyventojų vidutiniškai teko 1,71 sporto infrastruktūros objekto<sup>20</sup>. Minėtame dokumente pastebima, kad naujai statomose Lietuvos miestų gyvenamosiose teritorijose beveik nelieka viešų, aktyviam poilsiui skirtų erdvių. Strategijoje pabrė-

<sup>20</sup> Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „Dėl 2011–2020 metų valstybinės sporto plėtros strategijos patvirtinimo“. 2011-04-07, Valstybės žinios, 2011, Nr. 41-1942.

žiamas ir labai skirtingas sporto statinių skaičiaus skirtinguose Lietuvos regionuose pasiskirstymas (kai kur šis skirtumas siekia 8,6 karto).

Apibendrinant šį skyrių, būtų galima teigti, kad nemaža dalis Lietuvos visuomenės gyvena „skurdo kultūroje“, kuriai būdingas „išmoktas bejėgiškumas“ – manymas, jog pasaulyje ir savo gyvenime nieko neįmanoma pakeisti. Tai tiesiogiai atsispindi ir sveikatos elgsenoje – žmogus nesijaučia atsakingas už patį save ir savo sveikatą, dažnai pasirenkama rizikinga sveikatai elgsena. Sveikai gyvenimui nepalankus ir menkas sporto bei sveikatingumo infrastruktūros išvystymas, prastas jos prieinamumas, netolygus sporto ir sveikatingumo statinių pasiskirstymas skirtinguose regionuose.

## 2.4. SVEIKA GYVENSENĄ KAIP EDUKACINĘ VERTYBĘ IR UGDYMO TIKSLĄ

L. Jovaiša (1993) vertybę apibūdina kaip „objektą, reikšmingai tenkinantį asmens ar visuomenės poreikius; asmenybės elgesio ar veiklos motyvą, susijusį su objektais, labiausiai atitinkančiais materialinius, kultūrinius ir dvasinius asmenybės poreikius“. Sveikatą jis supranta kaip prigimtine vertybę, lemiančią žmogaus veiklumo galimybes. V. Šveikauskas (2008) išskiria *sveikatos kultūros* sąvoką. Ją sudaro:

- tam tikroje sociokultūrinėje terpėje susiformavusios sąvokos, apibūdinančios sveikatos esmę, su sveikata susijusius dalykus;
- savos sveikatos teorijos – sveikatos, ligos ir su tuo susijusių reiškinių, prielaidų supratimas ir aiškinimas;
- vertybių sistema, parodanti žmogaus ir visuomenės pozicijas sveikatos atžvilgiu;
- susiklosčiusios taisyklės, normos, elgesio standartai, sankcijos.

Sveikatos ugdymo paskirtis – atskleisti, kaip sveiko žmogaus idealas tampa asmenybės ir visuomenės ugdymo tikslu, kaip jis skatina žmonių aktyvumą rūpintis savo sveikata ir ją gerinti (Šveikauskas, 2008). Vis didesnę sveikatos ugdymo reikšmę pripažįsta ne tik edukologai, bet ir biomedicinos bei visuomenės sveikatos mokslų atstovai (Juškelienė, 2007).

Ilgą žmonių gyvavimo tarpsnį gyvenimas buvo nulemtas gamtos, gyvenamosios aplinkos, kultūros, religijos, visuomenės santvarkos. Gyvenimas pagal gamtos ritmą, bendruomenės, visuomenės dėsnius ir religinius mokymus iš esmės buvo sveikas ir harmoningas. Modernybės pliuralizmas kartu su technologijų pažanga atvėrė galimybes žmogui pačiam rinktis gyvenimo filosofiją, principus ir būdą. Išsivysčiusiose visuomenėse atsirado daugybė gyvenimosi modelių. Šioje situacijoje ir atsiskleidžia sveikatos ugdymo svarba moderniosioms visuomenėms – sveikas visuomenės narys neabejotinai yra visuomenės gerovę kurianti ir palaikanti vertybė,

tačiau, skirtingai nei, tarkime, ankstyvosiose visuomenėse, visuomenės modelis pats savaimė negarantuoja individo sveikos gyvensenos įgūdžių. Veikiau priešingai – modernioje visuomenėje yra visos sąlygos negyventi sveikai, o aplinka dažnai užteršta fizine ir psichine prasme. Pasak Jovaišos (2005), individas veikia pagal aplinkybes, todėl visų pirma sveikos gyvensenos ir žmonių gyvenimo sėkmės kūrybai turi vadovauti valstybė, pasitelkusi švietimą, meninę kultūrą, teisės institucijas. Taigi, visuomenė, suinteresuota, kad jos nariai rinktųsi palankų sveikatai gyvenimo būdą, turi sąmoningai rūpintis jo ugdymo užtikrinimu. Ekonominiu požiūriu visuomenei taip pat žymiai naudingiau investuoti į sveikatos ugdymą, negu išlaikyti dėl sveikatos problemų negalinčius dirbti savo narius ir finansuoti jų gydymą (Yach ir kt., 2006). Kita vertus, šioje vietoje demokratinės visuomenės susiduria su vadinamąja pasirinkimo laisvės dilema, kai iškyla etinis klausimas, kiek daug valstybei leidžiama įsiterpti į asmeninį gyvenimą (Gurevičius, 2011).

Sveikatos ir sveikos gyvensenos įgūdžių ugdymas užima svarbią vietą A. Tannahill (1985, cit. pagal Kalėdienę ir kt., 1999) pasiūlytame ir visame pasaulyje plačiai pripažįstamame praktinės sveikatos stiprinimo veiklos modelyje. Šis modelis jungia tris tarpusavyje susijusias veiklos sferas:

- sveikatos mokymą (angl. *health education*),
- ligų profilaktiką (angl. *disease prevention*),
- sveikatos saugą (angl. *health protection*), kuri apima įstatyminę ir finansinę sveikatos stiprinimo srities kontrolę.



**3 pav.** Sveikatos stiprinimo modelis  
(Tannahill, 1985, cit. pagal Kalėdienę ir kt., 1999)

Vadovaujantis šiuo modeliu, išskiriamos 7 sveikatos stiprinimo veiklos sritys:

1. Profilaktiniai veiksmai (pvz., visuotinė imunizacija, profilaktiniai tyrimai).
2. Profilaktinis sveikatos ir sveikos gyvensenos mokymas, apimantis ir žiniasklaidos šaltinius.
3. Profilaktinė sveikatos sauga. Tai įstatymais, nutarimais ir kontrole pagrįsta galimybė išvengti ligų.

4. Sveikatos mokymas, palaikantis profilaktinę sveikatos saugą.
5. Pozityvios sveikatos mokymas. Jis skirstomas į dvi kategorijas: mokymas, kurio tikslas paveikti žmonių elgesį (pvz., skatinti būti fiziškai aktyviems), ir mokymas, kurio tikslas padėti žmonėms pasiekti gyvenimo pilnatvę ir pasitikėjimą savimi.
6. Pozityvios sveikatos sauga (nesveiko elgesio galimybių sumažinimas įstatymų ir finansinės kontrolės priemonėmis).
7. Sveikatos mokymas, skatinantis sveikatos saugą (pastovus visuomenės informavimas apie sveikatos ir su ja susijusias problemas).

Taigi, sveikatos stiprinimas turėtų būti suprantamas kaip pastangų ugdyti sveikatą ir išvengti nesveikatos derinys, susipinantis sveikatos mokymo, ligų profilaktikos ir sveikatos saugos sferoms (Kalėdienė, 1999). PSO sveikatos stiprinimą apibrėžia kaip procesą, suteikiantį daugiau galimybių rūpintis savo sveikata ir ją gerinti. Pasak Javtoko (2009), sveikatos stiprinimo procesai gali apimti:

- sveikos gyvensenos skatinimą;
- sveikatos paslaugų prieinamumo gerinimą;
- aplinkos, kurioje sveikas pasirinkimas tampa lengviausiu pasirinkimu, kūrimą;
- mokymą apie sveikatos išsaugojimą ir palaikymą.

4 lentelė

**Pagrindiniai visuomenės sveikatos (kaip medicinos šakos) ir sveikatos stiprinimo skirtumai (pagal Webster ir French, 2002)**

	<b>Visuomenės sveikata</b>	<b>Sveikatos stiprinimas</b>
<b>Dėmesys</b>	Ligų prevencijai, stebėsenai, vadybai	Sveikatos saugai ir stiprinimui
<b>Pagrindinis išsilavinimas</b>	Biomedicininis, epidemiologinis, sveikatos ekonomikos	Sociologijos, socialinės politikos, edukologijos, psichologijos
<b>Pagrindinės veiklos sritys</b>	Ligų paplitimo ir etiologijos tyrimai Gyventojų sveikatos stebėjimas ir vertinimas Užkrečiamųjų ligų protrūkių valdymas Patikros ir imunizacijos programų planavimas, stebėseną ir vertinimas Sveikatos priežiūros gerinimo paslaugų ir programų planavimas	Politikos formavimas sveikatai saugoti ir stiprinti įvairiose aplinkose Švietimas ir informavimas elgsenai ir sveikatai pakeisti Darbas bendruomenėse poreikiams identifikuoti ir tenkinti Organizacinių struktūrų plėtotė
<b>Praktinės veiklos sritys</b>	Sveikatos sektorius	Visi sektoriai, kuriuose žmonės gyvena, mokosi, dirba ir linksminasi
<b>Procesas</b>	„Iš viršaus į apačią“: informacijos rinkimas ir politikos formavimas	„Iš apačios į viršų“: bendradarbiavimas ir partnerystė, bendruomenės ir asmenų pajėgumų didinimas
<b>Vertybės</b>	Įgaliojimai (kompetencija), ekspertizė, griežtas taisyklių laikymasis	Bendradarbiavimas, tarpininkavimas, partnerystė, įgalinimas

Proškovienės (2004) teigimu, sveikos gyvensenos ugdymas yra vienas efektyviausių būdų padėti žmogui būti sveikam: įgyti praktinių įgūdžių, leidžiančių priemonėmis priemonėmis sistemingai stiprinti sveikatą, priimti teisingus sprendimus, nuolat rūpintis savo ir artimųjų sveikata, suvokti atsakomybę už savo ir kitų sveikatą, išlaikyti ją optimaliai gerą net kritinėse situacijose, naudotis naujausia visuomenei teikiama informacija apie sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą. Pagrindine sveikatos ugdymo funkcija ir komponentu laikytinas sveikos gyvensenos įgūdžių ugdymas. Jis įtrauktas į kiekvieną sveikatos ugdymo strategiją ir yra pagrindinis kintamasis tiriant sveikatos ugdymo strategijų sėkmę. Asmeninių sveikos gyvensenos įgūdžių ugdymas PSO Otavos chartijoje (1986) išskirtas kaip vienas iš penkių svarbiausių sveikatos stiprinimo prioritetų. Reikia paminėti, kad pastaraisiais dešimtmečiais pasigirsta diskusijų dėl sveikatos ugdytojų koncentravimosi vien tik į sveikatos elgseną. Keliama nuomonė, kad į sveikatos ugdymą reikėtų žiūrėti plačiau, atsiriboti nuo biheivioristinio požiūrio ir moralizavimo, koncentruotis į vertybių, kritinio mąstymo ugdymą (Buchanan, 2006; Jensen, 1997).

## 2.5. SVEIKA GYVENSENA KAIP UGDYMO PRIEMONĖ IR UGDYMO REZULTATAS

### 2.5.1. Šeimos vaidmuo ugdant sveiką gyvenseną

Šeima yra ta aplinka, kurioje prasideda pirmoji vaiko socialinė sąveika. Giddens (2005) pažymi, kad ikimoderniosiose kultūrose pagrindinė institucija, kovojanti su ligomis ir negalavimais, buvo šeima. Šeimos įtaka vaiko sveikatai ir šiandien yra neginčijama, ji prasideda anksčiausiai ir yra nuolatinė<sup>21</sup>. Šeima ir namai suvokiami kaip prieglobstis nuo susvetimėjusio pasaulio ir įtampos (Berger, 1995). Šeimos samprata ir modelis kito (ir tebekinta) istoriškai kartu su visuomenės raida (Miškinis, 2003; Bajoriūnas 1997; Mizaras, 2011; Garmienė, 2006). Lietuvos Respublikos valstybinėje šeimos politikos koncepcijoje (2008) teigiama, kad šeima yra „esminis visuomenės gėris, kylantis iš žmogaus prigimties ir *grindžiamas savanorišku vyro ir moters santuokiniu pasižadėjimu skirti savo gyvenimą šeiminiams santykiams kurti, užtikrinantis šeimos narių – vyro ir moters, vaikų bei visų kartų gerovę ir sveikos visuomenės raidą, tautos bei valstybės gyvybingumą ir kūrybingumą*“. Tiesa, pastaruoju metu viešojoje erdvėje pasigirsta diskusijų dėl galimo kitų šeimos modelių įteisavimo.

Bajoriūno (1997) teigimu, šeima yra viena intymiausių, pastoviausių, patikimiausių ir veiksmingiausių vaikų ugdymo, tautos identiteto kūrimo ir išsaugojimo,

<sup>21</sup> Sveikatos sveikatos apsaugos ministerijos svetainė. Interneto prieiga: [http://sena.sam.lt/lt/main/sveikatos\\_patarimai/gyvensena/sveikos\\_gyvensesnos\\_u](http://sena.sam.lt/lt/main/sveikatos_patarimai/gyvensena/sveikos_gyvensesnos_u) [žiūrėta 2011-09-11].

dorovės ir dvasingumo bei kultūros ugdymo grandžių. Pasak jo, šeimos narių poveikis vienas kitam yra trejopas:

- *tiesioginis*: veikia kompleksiskai, žadina kiekvieno jos nario emocijas, dirgina juos, gerina arba žaloja jų sveikatą, teikia skausmo arba džiaugsmo kitiems šeimos nariams;
- *žmogaus gyvenimui reikšmingas*: paliečia kiekvieno šeimos nario likimą;
- *pastovus*: daro didelę įtaką visiems šeimos nariams.

Miškinio (2003) teigimu, šeimoje lemiamą vaidmenį vaidina tėvai. Vaikas stebi ir perima šeimos gyvenimo būdą, jos narių dorovinę ir dvasinę kultūrą, elgesį, vertybines orientacijas, elgesio normas, veiklos ir bendravimo su kitais būdus. Vakarų mokslininkai (Windle ir kt., 2010; Barber ir kt., 2005; Fergus, Zimmerman, 2005) išskiria tris pagrindines dimensijas, per kurias tėvai reikšmingai veikia vaiko elgseną:

- *stebėseną* (žinojimas, kur yra vaikas pasibaigus pamokoms, savaitgaliais; su kuo bendrauja ir t. t.);
- *tėvų palaikymas* (išreikštas tėvų pasitikėjimas, šiluma, palaikymas vaikams svarbiose veiklose);
- *tėvų nustatytos normos* (aiškiai apibrėžtos leistino elgesio ribos ir sankcijos už jų nesilaikymą).

Miškinis (2003) pastebi, kad daugelis senosios, idealizuotos šeimos bruožų šiandien jau yra nepriimtini šiuolaikiniam žmogui. Pasak jo, dabar žmonės trokšta daugiau laisvės, todėl, nepavykus santuokai, ryžtingai skiriasi; nori daugiau laiko ir lėšų skirti savo išsilavinimui, laisvalaikiui, todėl šeimose gimdoma mažiau vaikų ir gimdymas atidedamas vėlesniam laikui.

5 lentelė

### Esminiai šeimos pokyčių bruožai (pagal Miškinį, 2003)

Šeimos gyvenimo sritis	Pokyčio konkrečioje srityje esmė
Šeimos kūrimo amžius	Senėja
Vaikų gimdymo amžius	Senėja
Vaikų skaičius šeimoje	Mažėja
Nesantuokinių vaikų gimdymas	Dažněja
Abortai kaip gimstamumo reguliatorius	Klesti
Neregistruotos santuokos	Daugėja
Skyrybos	Dažněja
Matrifokalinės šeimos	Daugėja

Pastarojo meto globaliniai ir ekonominiai pokyčiai išryškino dar vieną – tėvų emigracijos problemą. Nemaža dalis vaikų gana ilgai auga be tėvų, negali iš jų mokytis gyvenimo patirties, elgsenos modelių, iškyla didelė rizika šių vaikų socializacijai (Leliūgienė ir kt., 2005). Tėvų emigraciją patyrusiems vaikams būdingas uždaramas, perdėtas rūpinimasis savimi, padidėjęs emocinis labilumas, agresyvumas, neadekvatus savęs vertinimas, neigiamų emocijų išgyvenimas (Butvilas, 2007). Nepilnose šei-

mose (šeimose, kur trūksta bent vieno biologinio tėvo) augantys vaikai laiko save ne tokiais laimingais, blogiau vertina savo sveikatą ir gyvenimo kokybę (Zaborskis ir kt., 1996). Yra duomenų, kad gyvenimas nepilnoje šeimoje siejasi su didesne paauglių sveikatai rizikingos elgsenos tikimybe: ankstyva lytine elgsena, rūkymu, alkoholio vartojimu, narkotinių medžiagų vartojimu, didesniu nepilnamečių polinkiu į nusikalstamumą (Garmienė, 2006). Tikėtina, kad su šiais neigiamais gyvenimo atskirai nuo tėvų aspektais iš dalies susijusi ir prastėjanti vaikų fizinė bei psichinė sveikata.

Reikia pastebėti, kad net ir su abiem tėvais gyvenančių vaikų edukacinė šeimos aplinka nėra palanki mokinių fizinei saviugdai. Daugiau nei ketvirtis tėvų neskatina vaikų fiziškai tobulintis. Daugiau nei pusė tėvų nerodo vaikams asmeninio sveikos gyvensenos pavyzdžio (Levickienė, Kardelis, 1999). Tai ypač svarbu, nes būtent asmeninis tėvų pavyzdys yra svarbiausias vaikų fizinį aktyvumą veikiantis faktorius (Goltieb, Chen, 1985; Butcher, 1983, cit. pagal Gochman, 1988). Su tėvų rodomu pavyzdžiu glaudžiai siejasi ir kiti vaikų gyvensenos aspektai – rūkymas (Borland, Rudolph, 1975; Biglan, Lichtenstein, 1984), mitybos įpročiai ir polinkis į sveikatai žalingas dietas (Benedikt ir kt., 1998).

Daugelyje išsivysčiusių Europos valstybių vaikų sveikatos tarnybos į savo veiklą įtraukia darbą su tėvais – jų psichinės sveikatos stiprinimą, tėvystės bei motinystės įgūdžių didinimą. Vertinant įvairių Lietuvoje vykusių vaikų sveikatinimo projektų efektyvumą paaiškėjo, kad tėvų įtraukimas yra vienas iš sunkiausiai įvykdomų uždavinių. Taigi, vienas iš svarbiausių ir sudėtingiausių sveikatos ugdymo darbo barų – tėvų švietimas, šeimos atsakomybės už vaiko sveikatą ugdymas<sup>22</sup>.

Didelę reikšmę mokinių gyvensenai turi ir tėvų socialinė bei ekonominė padėtis. Menkas tėvų išsilavinimas, mažos pajamos susijusios su prastesniu vaikų sveikatos potencialu ir gyvenimo įgūdžiais. Aukštesnę socialinę padėtį užimančių tėvų vaikai miršta rečiau, serga mažiau nei žemo išsimokslinimo, mažas pajamas turinčių šeimų vaikai (Kalėdienė ir kt., 1999). Moksleivių sveikatos ir gyvensenos tyrimo duomenys rodo, kad turtingesnių tėvų vaikai jaučiasi sveikesni ir laimingesni, jie dažniau sulaukia tėvų pagalbos, atviriau bendrauja su tėvais. Tačiau tarp šių vaikų labiau paplitęs rūkymas, alkoholio vartojimas, jie labiau linkę vartoti saldumynus, gerti gazuotus vaisvandenių. Ekonominė šeimos būklė lemia ir mokinių laisvalaikio užimtumą: turtingų šeimų vaikai, lyginant su neturtingų šeimų vaikais, laisvalaikiu dažniau mankština ir sportuoja, dažniau įtraukiami į sveikatą stiprinančią veiklą (Zaborskis, Makari, 2000). Tai gali būti siejama ir su tėvų asmeninio pavyzdžio įtaka, kadangi aukštesnio socialinio sluoksnio atstovai yra mažiau linkę į sveikatai žalingą elgseną, dažniau propaguoja sveiką gyvenimo būdą (Kalėdienė ir kt., 1999). Tą patvirtina ir pačių mokinių nuomonė – dauguma jų pripažįsta, kad jų gyvensenai didelę įtaką daro tėvai ir šeimos gyvenimo būdas, o mokykla – tik vidutinę (Gudžinskienė, 2007).

<sup>22</sup> Sveikatos apsaugos ministerijos svetainė. Interneto prieiga: [http://sena.sam.lt/lt/main/sveikatos\\_patarimai/gyvensena/sveikos\\_gyvensenos\\_u](http://sena.sam.lt/lt/main/sveikatos_patarimai/gyvensena/sveikos_gyvensenos_u) [žiūrėta 2011-09-11].

## 2.5.2. Bendruomenių ir subkultūrų vaidmuo ugdant sveiką gyvenimą

### *Bendruomenių vaidmuo*

Bendruomenė ilgą laiką buvo suvokiama kaip žmonių grupė, kurią vienija gyvenamoji vieta, tarpusavio priklausomybė, bendros vertybės. Pastaruoju metu bendruomenės supratimas prasiplėtė nuo griežtai apibrėžto geografinio modelio iki mažesnių socialinių struktūrų – religinių konfesijų, darboviečių, mokyklų, kitų žmones vienijančių institucijų ar organizacijų (Beresford ir kt., 1997; Sorensen ir kt., 1996; Resnicow ir kt., 2000). Pasak Fellin (2001), bendruomenės formavimasis gali būti pagrįstas ir etniniais, seksualinės orientacijos ar profesijos principais. Kita vertus, bendruomenėmis gali būti laikomos ir stambesnės struktūros – miestai, rajonai, apskritys ir pan. Leliūgienė (1997) bendruomenę apibrėžia kaip šeimų ar žmonių grupę, vienijamą bendros vertybės, turinčią vieningas tarnybas, įstaigas ir interesus ar geografinį artumą. Hunter (1975) bendruomenę suvokia kaip:

- funkcionalų erdvinį vienetą, padedantį tenkinti jo narių išgyvenimo reikmes;
- narių tarpusavio socialinės sąveikos vienetą;
- simbolinį kolektyvinio identiteto vienetą.

Eng ir Parker (1994) prie šios sampratos pridėjo ketvirtą bendruomenės apibrėžimą. Jų teigimu, bendruomenė – tai socialinis vienetas, kurį žmonės atveda noras visuomeniniu būdu siekti permainų. Bendruomeninė veikla paprastai vykdoma pačių žmonių iniciatyva. Ją skatina jų vidinis poreikis saviugdai bei saviraiškai, savęs socialiniam įgalinimui (Vaitkevičienė, Čepienė, 2008).

Glanz ir kt. (2008) bendruomenės teorijas skirsto į dviem požiūriais:

- *Ekologinės sistemos perspektyva*. Ji paprastai taikoma geografiniu požiūriu autonomiškoms bendruomenėms, koncentruojantis į populiacijos charakteristikas (dydį, tankumą, heterogeniškumą ir pan.), fizinę aplinką, socialinę bendruomenės struktūrą ir organizaciją, bendruomenę veikiančius technologinius procesus ir pan.
- *Socialinės sistemos perspektyva* koncentruojasi visų pirma į formalias bendruomenėje veikiančias organizacijas bei bendruomenės subsystemų (ekonominės, politinės ir t. t.) tarpusavio sąveikas.

Herbert (2004) išskyrė dar vieną bendruomenės dimensiją – nuo geografinės vietos ir laiko nepriklausomą kibernetinę bendruomenę, sąveikaujančią internetu.

Vietos papročiai, vertybės, elgsenos būdai pripažįstami kaip svarbūs individualią elgseną ir nuostatas lemiantys faktoriai. Bendruomenėje priimtinių sveikatos elgsenos normų keitimas gali būti veiksmingas faktorius, veikiantis jos narių asmeninės sveikatos elgsenos pokyčius. Sveikatai rizikinga elgsena nebėra suvokiama vien tik kaip asmeninė, bet ir kaip visos bendruomenės problema ir atsakomybė (Thompson ir kt., 2003). Tokios bendruomeninės atsakomybės už savo narių sveikatos elgseną pavyzdžiais gali būti bendruomenės siekis riboti prekybą alkoholiu arba transporto srautą, steigti nerūkymo, rekreacines, fizinio aktyvumo zonas ir t. t. Bendruomenės svarba stiprinant sveikatą pabrėžiama ir PSO Otavos chartijoje (1986).



Manoma, kad bendruomenės socialinių ryšių stiprumas bei socialinis kapitalas taip pat susijęs su jos narių sveikata ir pozityvia sveikatos elgsena (Kawachi ir kt., 1997). Socialinis kapitalas kuriamas per kasdienes žmonių sąveikas pilietinėse ir religinėse grupėse, savanoriaujant, atliekant nesavanaudiškus veiksmus kitų bendruomenės narių labui. Kuo stipresni šie ryšiai, tuo labiau tikėtina, kad bendruomenės nariai bendradarbiaus ir kurs prielaidas sveikatai palankiai elgsenai, streso mažinimui. Kitaip tariant, stiprus socialinis palaikymas yra priemonė, padedanti įveikti stresą be sveikatai žalingų veikslių (Cohen, Willis, 1985). Be to, stiprūs bendruomenės tarpusavio ryšiai skatina jos narių pasitikėjimą savimi, ryžtingumą, gerą savijautą, stabilumo pojūtį. Šios psichologinės būsenos taip pat glaudžiai susijusios su sveikatai naudingos elgsenos propagavimu (Cohen, Syme, 1985). Ir atvirkščiai – bendruomenėse, kuriose silpni socialiniai ryšiai, pastebimas didesnis narkotikų vartojimas, kitos sveikatai žalingos elgsenos paplitimas (Davidavičienė, 2001).

Vakaruose atlikti tyrimai rodo, kad reikšmingą poveikį savo narių sveikam gyvenimo būdai gali turėti religinės bendruomenės bei jų lyderiai. Religinėms bendruomenėms priklausantys žmonės pasižymi geresniu gebėjimu įveikti stresą, mažesniu alkoholio, nikotino ir narkotinių medžiagų vartojimu (Atchley, 1997; Ferraro, Albrecht-Jensen, 1991). Holt ir McClure (2006) pažymi, kad kartu su poveikiu fizinei sveikatai priklausymas religinei bendruomenei sietinas su geresne dvasine sveikata. Kita vertus, čia kyla klausimas, kiek iš tikrųjų pozityvi sveikatos elgsena yra nulenta religinės bendruomenės, o kiek – asmeninių religinių įsitikinimų ir gyvenimo jais vadovaujantis.

### ***Subkultūrų vaidmuo***

Daugelio tyrinėtojų darbuose subkultūra siejama su amžiumi ir socialine klase. Jaunimas laikomas ypatinga amžiaus grupe, kuriai būdingi išskirtiniai poelgiai ir charakterio savybės, skiriančios jaunimą nuo vyresniosios kartos. Tarp tokių savybių – polinkis prieštarauti, maištauti (Ramanauskaitė, 2004). Nors subkultūros sąvokos kilmė siejama su rezistencinėmis socialinio protesto idėjomis, iš esmės dabar dažnai ji yra „socialinė grupė, siūlantį pašaliečiams iš anksto paruoštą receptą, kaip būti savimi ir kartu kažko kito dalimi“ (Manstavičius, 2008). Tam pritaria ir Mažeikis (2008), teigdamas, kad šiandien subkultūros žymiai labiau priklausomos nuo komercinių industrijų poveikio, o jų rezistencijos, konflikto, protesto spektras nebesutampa su klasiniais idealais. Taigi, subkultūros nariams primetami tam tikri stiliaus, elgsenos ir vartojimo standartai, kuriuos jie turi atitikti, norėdami būti subkultūros dalimi. Išsamesnių tyrimų, kaip subkultūra siejasi su jai priklausančių asmenų sveikatos elgsena, aptikti nepavyko, tačiau galima formuoti tam tikras hipotezines prielaidas. Visų pirma, paminėtina skirtinga žmogaus sveikatos, gyvybės ir kūniškumo vieta įvairių subkultūrų vertybių skalėse. Su tuo neabejotinai sietinas ir tam tikras subkultūroje vyraujantis sveikatos elgsenos modelis – fizinis aktyvumas (arba pasyvumas), alkoholio, kitų psichiką veikiančių medžiagų vartojimas (arba susilaikymas), lytinė elgsena, savęs žalojimo ar kūno modifikavimo (tatuiruotės, auskarai) tradicijos ir t. t. Pavyzdžiui, bent jau visuomenėje vyraujančiuose stereotipuose

*hiphopo* subkultūra siejama su marihuana, klubinės muzikos – su sintetiniais narkotikais, *hakerių* – su fiziniu pasyvumu ir silpnumu, gotų arba *emo* – su suicidaliais ir savęs žalojimo polinkiais ir pan. Pasak Clarke ir kt. (1989, cit. pagal Ramanauskaite, 2004) subkultūra turi savo socialinių ritualų tinklą, kuris susieja jos narių kolektyvinę identitetą ir apibrėžia juos kaip grupę. Jie kuria išskirtinį stilių, išreiškiantį šios grupės bendrumą. Tikėtina, kad kai kurių subkultūrų socialiniai ritualai ir stiliai yra susiję su sveikatos elgsena (dažniau – su rizikinga sveikatai elgsena). Petkevičiūtė (2010), atlikusi Lietuvos nuteistų vyrų subkultūros tyrimą, konstatavo, kad rūpinimasis savo kūnu, fiziniu pajėgumu, asmens higiena susijęs su aukštesne nuteistojo vieta kalinių hierarchijoje.

Įdomiu fenomenu šio disertacinio tyrimo požiūriu laikytinos subkultūros, atsiradusios su sveikata ar fiziniu aktyvumu susijusios elgsenos pagrindu: pvz., kultūristų (angl. *bodybuilders*), gatvės šokėjų, *skeiterių*, banglentininkų ir pan. Jankauskienės ir kt. (2007) tyrimas atskleidė, kad kultūristams būdingas nepasitenkinimas kūnu ir plačiai paplitęs farmacijos preparatų, didinančių raumenų apimtis, vartojimas. Ši tendencija dar padidėja, pradėjus dalyvauti kultūrizmo varžybose.

Apibendrinant būtų galima pastebėti, kad bendruomeniškumo ir sveikos gyvenimos sąsajas įrodančių studijų atlikta nemažai, tuo tarpu sveikatos elgsena skirtingose subkultūrose yra ne tik Lietuvos, bet ir užsienio mokslininkų beveik netyrinėta erdvė.

### **2.5.3. Formaliosios švietimo sistemos ir mokyklos vaidmuo ugdant sveiką gyvenimą**

Manoma, kad sveikos gyvenimos įpročiams vystytis lemiamą įtaką turi gyvenimo pradžia, nes joje susiformavusius įpročius vėliau sunku pakeisti. Turint omenyje tai, kad ne visi vaikai mato tinkamą suaugusiųjų pavyzdį namuose, formaliojo ugdymo įstaigoms tenka svarbus ir atsakingas vaidmuo ugdant sveikatą palaikančius ir stiprinančius įgūdžius bei įpročius (Edelman, Mandle, 1998; Fleming, 1979; Kemn, Close, 1995; Selekman, 2006). Tikėtina, kad sveikatos įgūdžių ugdymas mokykloje turi įtakos ne tik ugdytinių sveikatai bei gyvenimui, bet per juos netiesiogiai pozityviai veikia ir visos bendruomenės sveikatos elgseną (Edelman, Mandle, 1998; Whitehead, 2006). PSO irgi pripažįsta, kad sveikatos stiprinimas mokykloje yra vienas iš veiksmingiausių būdų ne tik vaikų, bet ir visos visuomenės sveikatos gerinimui.

Užsienio šalių patirtis ir švietimo politika šioje srityje gana įvairi. Daugelyje pasaulio šalių sukurtos ir vykdomos sveikatos ugdymo programos, kuriose daug dėmesio skiriama vaikų sveikatingumo kompetencijų ugdymui mokykloje. Vienose valstybėse šios programos yra visiškai integruotos į švietimo sistemą, kitose – sveikatos ugdymo kursas dėstomas kaip atskiras dalykas. Pavyzdžiui, Škotijoje skaitomas atskiras 40 val. sveikatos kursas, Danijoje ir Olandijoje yra privalomi sveikatos ugdymo kursai – sveikatos pagrindų, lytinio ugdymo (Proškovienė, 2004). JAV mo-

kyklose jau ketvirtį amžiaus plačiai taikoma Koordinuojamos mokyklos sveikatos (*Coordinated School Health*) programa (Marx, Wooley, 1998; Lee ir kt., 2007; Vinciullo, Bradley, 2009). Ji apima šiuos 8 komponentus, kurie sąveikauja kurdami sinerginį ugdomąjį efektą:

- *sveikatos ugdymas* (pagrindinis jo tikslas – ugdyti *sveikatos raštingumą*);
- *fizinis ugdymas* (tikslas – ugdyti fizinio aktyvumo įgūdžius);
- *sveikatos paslaugos* (apima pirmąją pagalbą, mokinių sveikatos būklės stebėjimą ir vertinimą, bendradarbiavimą su vietos medikais);
- *psichologinis ir socialinis konsultavimas* (padeda mokiniams susidoroti su emociniais iššūkiais, spręsti psichologines problemas);
- *mityba* (sveikas maistas mokyklos valgykloje, mokiniai mokomi, kaip pasirinkti sveiką maistą namie, parduotuvėje);
- *personalo sveikata* (dėmesys ir mokymai mokytojams bei kitam mokyklos personalui, keliami prielaida, kad jo rodomas pavyzdys turės įtakos mokinių požiūriui);
- *palanki sveikatai mokyklos aplinka*;
- *šeimoms ir vietos bendruomenės įtraukimas į sveikatos stiprinimo veiklą*.

Europoje 1992 m. įkurtas sveikatą stiprinančių mokyklų tinklas (*The European Network of Health Promoting Schools*), pirmosios 10 Lietuvos mokyklų prie jo prisijungė dar 1993 m. Šiuo metu tinklui priklauso 291 Lietuvos mokykla<sup>23</sup>. Pagrindinis sveikatą stiprinančių mokyklų tikslas – stiprinti moksleivių sveikatą, gilinti sveikatos žinias ir įgūdžius, bendromis mokytojų, medikų, šeimoms ir visuomenės pastangomis kurti integruotą, viską apimančią sveikatos stiprinimo ir ugdymo sistemą per vaikų ugdymo institucijas.

Danų mokslininkai (Jensen 1995; Hedegaard, Jensen, 1997), ištyrę Danijos sveikatą stiprinančių mokyklų veiklą, išskyrė du skirtingus požiūrius, kuriais besivadovaudamos mokyklos ugdo mokinių sveikatą: *moralistinę* paradigmą ir *demokratinę* paradigmą. Šios dvi paradigmos iš esmės skiriasi ne tik sveikatos samprata, bet ir požiūriu į pedagoginę veiklą, ugdymo aplinką, santykius su vietos bendruomene ir t. t. Moralistinė paradigma nesuteikia laisvės ugdytiniams, neleidžia formuotis savo asmeninio sveikatos ir sveikos gyvensenos suvokimo, jie suprantami kaip pasyvūs informacijos priėmėjai. Minėti autoriai aprašo moralistinės paradigmos pavyzdį, kuomet vienoje Danijos mokykloje visi ketvirtos klasės mokiniai (apytiksliai 10 metų amžiaus) buvo pasirinkti tiksline grupe, ir penkerius metus iki mokyklos baigimo jiems buvo reguliariai teikiama informacija bei mokomoji medžiaga apie rūkymo žalą sveikatai. Pasibaigus šiai penkerių metų programai ir atlikus tyrimą paaiškėjo, kad šie mokiniai rūko ne mažiau, nei kiti to paties amžiaus paaugliai.

<sup>23</sup> Sveikatą stiprinančių Lietuvos mokyklų sąrašas: [http://www.smlpc.lt/media/file/Skyriu\\_info/Vaiku\\_sveikata/SSM/SSM-sarasas-2011-05-02.pdf](http://www.smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Vaiku_sveikata/SSM/SSM-sarasas-2011-05-02.pdf) [žiūrėta: 2011-08-12].

**Moralistinės ir demokratinės sveikatos ugdymo paradigimų skirtumai**  
(pagal Jensen, 1995)

	<b>Moralistinis sveikatos ugdymas</b>	<b>Demokratiškas sveikatos ugdymas</b>
<b>Sveikatos samprata</b>	Elgesys / gyvensena Orientuota į sveikatos sutrikimą Sveikata kaip uždara sąvoka	Gyvenimo sąlygos / gyvensena Orientuota į gerovę ir sveikatos sutrikimų nebuvimą Sveikata kaip atvira sąvoka
<b>Pedagoginis požiūris</b>	Tikslas: elgsenos pokyčiai Moralizuojantis/totalitarinis	Tikslas: veiklos kompetencija Demokratinis / bendradarbiavimo
<b>Mokytojo vaidmuo</b>	Asmeninis pavyzdys (nerūko, negeria, sveikai maitinasi)	Mokytojas atviras, demokratiškas, linkęs bendradarbiauti ir t. t.
<b>Mokyklos aplinka</b>	Sveikas maistas, rūkymas uždraustas	Kupina iššūkių, skatinanti veikti, į sprendimų dėl aplinkos priėmimą įtraukiami mokiniai
<b>Mokykla / visuomenė</b>	Medicinos specialistai „iš visuomenės“ dirba mokykloje, klasėse	Pati mokykla ir mokiniai suvokiama kaip visuomenės dalis
<b>Vertinimas</b>	Mokinių elgesio pokyčių vertinimas	Mokinių kompetencijų vertinimas (mintys, vizijos, išipareigojimai)

Pasak šių autorių, demokratinėje sveikatos ugdymo paradigmoje pagrindinis dėmesys skiriamas šiems aspektams:

- 1) sveikata visuomenėse yra veikiamą gyvenimo sąlygų ir gyvensenos pasirinkimo;
- 2) sveikatos problemoms spręsti turi būti skiriamas vienodas dėmesys visuomeniniame (gyvenimo sąlygų) ir asmeniniame (gyvensenos) lygmenyse. Jei norima, kad žmonės prisidėtų prie sveikatos problemų sprendimo, jie turi suvokti jas abiejuose minėtuose lygmenyse ir vystyti savo galimybes jas paveikti, pakeisti situacijai;
- 3) bazinio išsilavinimo institucijos (mokyklos) yra atsakingos už tai, kad visuomenės nariai įgytų sveikatos žinių ir gebėjimų, leidžiančių jiems priimti asmeniškai reikšmingus sprendimus ir veikti reaguojant į visuomenės bei asmeninę situaciją. Apibendrintas mokyklinio sveikatos ugdymo tikslas yra išugdyti mokinių kompetencijas veikti asmeniniame bei visuomeniniame lygmenyse.

Tikėtina, kad sveikatos ugdymas Lietuvoje vyksta būtent moralistinės paradigmos rėmuose, kurią didele dalimi galime tapatinti su plačiau žinoma poveikio (mokyklos) paradigma. Tiesa, Lietuvoje tokių tyrimų sveikatos ugdymo srityje nebuvo atlikta, bet bendrąsias švietimo kaitos tendencijas nagrinėję mokslininkai pripažįsta, kad daugelis Lietuvos mokytojų praktikoje vis dar vadovaujasi poveikio (geriausiu

atveju – sąveikos) paradigmomis. Mokymo metodai, kurie skatintų kūrybiškumą, savarankiškumą, atsakingumą, ugdytų kritinį mąstymą, yra naudojami retai ir tik nedaugelio mokytojų (Čiužas, Jucevičienė, 2006).

Lietuvos švietimo teisės aktuose sveikatos kompetencijų ugdymui skiriamas nemažas dėmesys. Svarbiausiame Lietuvos švietimą reglamentuojančiame dokumente – Švietimo įstatyme – tarp išvardintų švietimo sistemos uždavinių yra paminėtas toks: „puoselėti asmens fizinės ir dvasinės galias, padėti tvirtus dorovės ir sveikos gyvensenos pagrindus, ugdyti intelektą, sudaryti sąlygas individualybei plėtotis“. Priešmokyklinio ugdymo programoje (2002) kaip viena iš penkių ugdomųjų kompetencijų įvardyta sveikatos saugojimo kompetencija (sveikai gyventi, saugiai judėti ir veikti). Bendrojo ugdymo programose (2003; 2008) sveikatos ugdymui taip pat skiriama nemažai dėmesio. Lietuvos mokyklose kartu su bendrojo lavinimo programomis buvo ir yra įgyvendinamos įvairios kitos programos. Valstybiniu lygmeniu patvirtinta Universalioji sveikatos ugdymo programa (1992). 1994 ir 1997 m. ji buvo išleista kartu su *Bendrosiomis programomis* atskiru skyriumi *Sveikatos ugdymo programa*, o 2000 m. išspausdinta kaip atskiras leidinys *Universalioji sveikatos ugdymo bei rengimo šeimai programa*. Paminėtina ir į mokomųjų dalykų turinį integruojama Alkoholio, tabako ir kitų psichiką veikiančių medžiagų prevencijos programa. Sveikatos ir sveikos gyvensenos ugdymo funkcijos Sveikatos apsaugos ministro įsakymu deleguotos ir mokyklose dirbantiems visuomenės sveikatos priežiūros specialistams, tačiau juos turi ne visos miesto ir tik trečdalis kaimo mokyklų<sup>24</sup>.

Nors sveikatos ugdymas Lietuvos bendrąjį ugdymą reglamentuojančiuose dokumentuose suvokiamas kaip integralus ir apimantis daugelį mokomųjų dalykų, išskirtinė vieta čia turėtų tekti kūno kultūros pamokoms. Pradinio ir pagrindinio ugdymo bendrosiose programose (2008) nurodyta, kad pagrindinis kūno kultūros pamokų tikslas – „ugdyti mokinių sveikatą stiprinančio fizinio aktyvumo nuostatas ir gebėjimus ir sistemingo fizinio aktyvumo įpročius“. Kaip viena iš keturių dalyko sričių nurodoma sveika gyvensena (savęs pažinimas, savikontrolė, fizinis aktyvumas, sveika mityba, žinios apie neigiamą alkoholio, tabako ir kitų psichiką veikiančių medžiagų poveikį sveikatai). Tačiau empiriniai tyrimai rodo, kad ugdymo praktika yra inertiška, mokytojams vis dar sunku atsakyti sovietinio modelio, kada svarbiausiu kūno kultūros (tuomet – *fizinio lavinimo*) dalyko tikslu buvo laikomas mokinio fizinis pajėgumas, normatyvų įvykdymas. Tik penktadalis kūno kultūros mokytojų reguliariai suteikia mokiniams teorinių žinių apie sveiką gyvenseną (Gudžinskienė ir kt., 2007). Dar viena problema ta, kad Lietuvoje, kaip ir kitose šalyse, visuomenė nelaiko kūno kultūros lygiaverčiu dalyku kitiems mokomiesiems dalykams. Be to, vis dar paplitusi nuomonė, kad kūno kultūros mokytojo darbo sėkmę atspindi ugdytinių sporto pasiekimai (Jankauskienė, 2008; Masiliauskas, 2011). Nors Kūno kultūros ir sporto įstatyme (2008) numatytos 3 privalomos savaitinės kūno kultūros pamokos, realiai tai įgyvendina mažiau nei 1 % mokyklų. Svarbiomis kūno kultūros mokomojo dalyko problemomis išlieka mokinių pasiekimų vertinimo klausimas, dažnos neigiamos

<sup>24</sup> Sveikatos apsaugos ministerijos svetainė. Interneto prieiga: <[http://www.sam.lt/go.php/lit/Stiprinama\\_sveikatos\\_prieziura\\_mokyklose/794](http://www.sam.lt/go.php/lit/Stiprinama_sveikatos_prieziura_mokyklose/794)> [žiūrėta 2011-09-10].

merginų nuostatos į šį mokomąjį dalyką. Siekiant didesnio kūno kultūros pamokų efektyvumo, reikėtų labiau atsižvelgti į visuomenės poreikius, atsisakyti ugdymo turinyje vyraujančių varžybinių elementų, koncentruotis į visuomenės sveikatą ir gerovę. Irwin ir Pettigrew (1994) nuomone, sprendžiant šią problemą, būtų tikslinga rengiant kūno kultūros, fizinio ugdymo specialistus, didesnę dėmesį kreipti ne tik į žmogaus fiziologijos žinias, bet ir etinius, filosofinius aspektus.

2007 m. ŠMM užsakymu V. Gudžinskienės ir kt. atliktas tyrimas „Sveikos gyvenimosi ugdymas mokyklose“ atskleidė, kad sveikatos ugdymui mokyklose nėra skiriamas deramas dėmesys. Rūpinimasis vaiko sveikata kol kas yra dažniau rašytinis bei deklaratyvus, tačiau ne visada praktikoje egzistuojantis realus reiškinys. Pagrįstas prielaidas abejoti Lietuvos bendrojo lavinimo mokyklų pasiekimais mokinių sveikatos ir sveikos gyvenimosi ugdyme kelia mokinių bei mokyklų baigusių asmenų gyvenimosi įpročiai bei sveikatos rodikliai. Pavyzdžiui, Lietuvos mokinių fizinio aktyvumo kitimas turi mažėjimo tendenciją (Zaborskis, Raskilas, 2011).

Pastarąjį dešimtmetį Lietuvoje susirūpinta per dideliu mokinių mokymosi krūviu ir jo poveikiu sveikatai bei gyvenimui. Sketerskienė (2009) nustatė, kad tie mokiniai, kurie savo mokymosi krūvį vertino kaip per didelį, dažniau savo sveikatą vertino kaip blogą ar labai blogą, dažniau sirgo, dėl sveikatos sutrikimų turėjo mažinti įprastinę veiklą. Rezultatai rodo, kad per didelis mokymosi krūvis yra vienas iš pirmaujančių veiksnių, sąlygojančių pagrindinėje mokykloje besimokančių vaikų blogą savo sveikatos vertinimą. Tiesa, pastaruoju metu ŠMM ėmėsi priemonių spręsti situacijai ir jau pastebimos mokymosi krūvio mažėjimo tendencijos (Sketerskienė, 2009).

#### **2.5.4. Neformaliojo švietimo ir sporto klubų galimybės ugdyti sveiką gyvenimą**

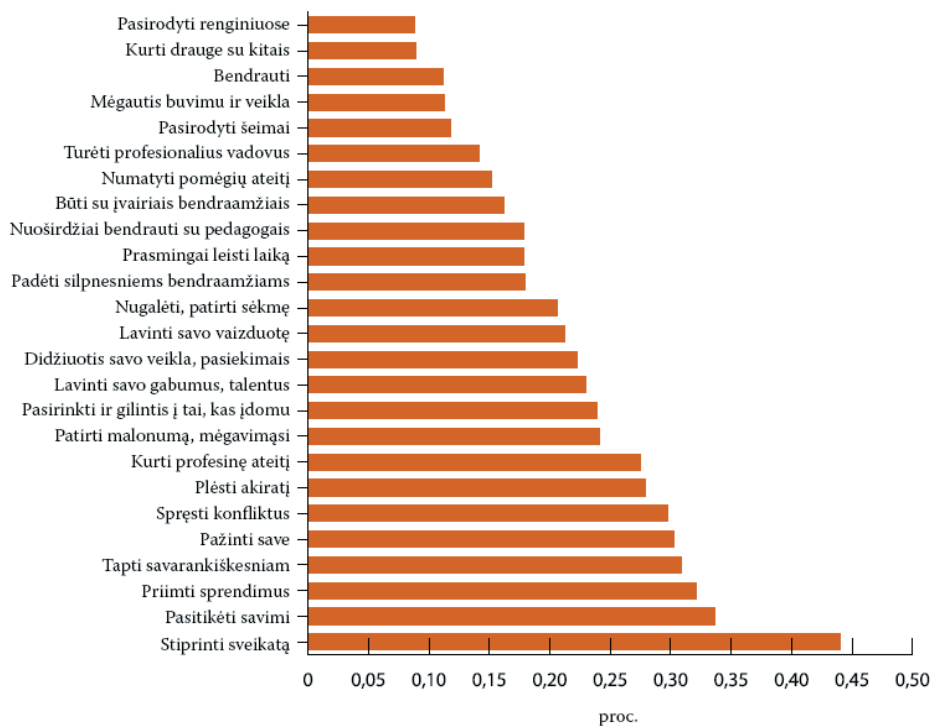
Neformalusis ugdymas Europoje yra pripažinta švietimo sritis, skatinanti aktyvų pilietiškumą ir asmenybės tobulėjimą, padedanti spręsti jaunų žmonių integravimosi į darbo rinką problemas, verslumą, skatinti mokymosi motyvaciją, įveikti mokyklos baimę, ieškoti alternatyvaus, kūrybinio ugdymosi galimybių<sup>25</sup>. Lietuvos Respublikos švietimo įstatyme (2011) neformalusis švietimas apibrėžiamas kaip „švietimas pagal įvairias švietimo poreikių tenkinimo, kvalifikacijos tobulinimo, papildomos kompetencijos įgijimo programas, išskyrus formaliojo švietimo programas“. Neformaliojo vaikų švietimo koncepcijoje (2005) neformalusis švietimas apibrėžiamas kaip „kryptinga veikla, padedanti vaikui įgyti kompetencijos, tapti sąmoninga asmenybe, sugebančia atsakingai ir kūrybingai spręsti savo problemas ir aktyviai veikti visuomenėje bei prisitaikyti prie kintančios aplinkos“. Neformaliojo vaikų švietimo programas vykdo neformaliojo vaikų švietimo ir kitos švietimo įstaigos, laisvieji mokytojai, kiti švietimo teikėjai. Neformaliajam vaikų švietimui priskiriamas taip pat

<sup>25</sup> Neformaliojo vaikų švietimo sąnaudos ir prieinamumas, 2006, *Tyrimo ataskaita*. Vilnius: ŠMM.

ir formalųjį švietimą papildantis ugdymas, kurį vykdo muzikos, dailės, kitos menų ir sporto mokyklos. Vaikų ir jaunimo socializacijos programoje (2004) pabrėžiamas neformaliojo vaikų švietimo vaidmuo įgyvendinant užimtumo, prevencijos ir edukacines programas, lemiančias sėkmingą vaikų ir jaunimo socializaciją, ugdančias jų kultūrinę brandą, pilietiškumą, socialinius įgūdžius, saviraišką, gebėjimus ir polinkius. Konceptijoje teigiama, kad neformaliojo švietimo būdu ugdomos šios kompetencijos:

- *asmeninės* – savęs pažinimas, savistaba, pasitikėjimas savimi, savęs vertinimas, savianalizė, saviraiška, sveika gyvensena, atsakomybė už savo veiksmus;
- *edukacinės* (mokymosi) – savarankiškas mokymasis bei informacijos valdymas, mokymasis visą gyvenimą, informacijos gavimas, jos analizavimas bei panaudojimas, mąstymo lankstumas (loginis, kritinis-probleminis, kūrybinis);
- *socialinės* – bendravimas ir bendradarbiavimas, darbas komandoje, demokratinių struktūrų ir procedūrų išmanymas, sprendimų priėmimas, konfliktų sprendimas, lygių galimybių įsisąmoninimas, ekologinė savimonė;
- *profesinės* – specifinių sričių žinios, gebėjimai ir įgūdžiai, supratimas apie šiuolaikinę darbo rinką, požiūris į veiklos kokybę.

Lietuvoje pastarąjį dešimtmetį neformaliojo švietimo organizavimui, jo veiksmingumui skirtas nemažas tyrėjų dėmesys. Keletas tyrimų atlikta ŠMM užsakymu. Miliūnienė ir kt. (2009) teigia, kad šiuolaikinio švietimo sąlygomis sveikatai rizikingų veiksmų prevencijos ugdymui vien formaliojo švietimo nepakanka ir regis būtinybę šioje srityje panaudoti neformaliojo ugdymo galimybes. Tačiau pažymėtina, kad neformaliojo sveikatos ir sveikos gyvensenos ugdymo studijų Lietuvoje negausu. Apie neformaliojo švietimo galimybes ugdant mokinių sveikatą neužsimenama ir 2007 m. parengtoje ataskaitoje „Sveikos gyvensenos ugdymas mokyklose“. Artima ir susijusia su sveika gyvensena neformaliojo švietimo sritimi laikytinas sportinis ugdymas. Ruškaus ir kt. (2009) studija atskleidė, kad sportas yra populiariausia neformaliojo ugdymo(si) sritis 1–11 kl. mokinių, ypač berniukų, tarpe. Neabejojama, kad sportas ir fizinis aktyvumas teigiamai veikia mokinių fizinį pajėgumą, tačiau svarbu pabrėžti, kad sportinio ugdymo pagrindinis tikslas yra ne sveika gyvensena, o sportinis meistriškumas. Ypač tas pasakytina apie sporto mokyklas, kurios vykdo talentingų sportui vaikų atranką, tuo užkirsdamos kelią strateginiuose švietimo dokumentuose numatyta neformaliojo švietimo prieinamumo visiems principą (2006, ŠMM tyrimo ataskaita).



4 pav. Neformaliojo vaikų švietimo tikslų įgyvendinimo reitingas (Ruškus ir kt., 2009)

Sveikatos ugdymo bei stiprinimo neformaliajame vaikų švietime realybė iškalbingai atskleidžiama jau minėtame Ruškaus ir kt. (2009) tyrime (4 pav.). Reitingas atspindi mokinių, tėvų bei neformaliojo ugdymo pedagogų nuomones apie skirtumus tarp skirtingų kategorijų svarbos ir realios vaikų patirties. Sveikatos stiprinimo kategorija reitinge užima paskutinę, 25-ąją vietą – vadinasi, jos svarba suvokiama pakankamai, tačiau ugdymo realybėje išreiškiama menkai. Ši situacija atrodo paradoksali, turint omenyje tai, kad sporto pratybos yra viena populiariausių mokinių neformaliojo ugdymo krypčių. Kad sporto pedagogai turėtų didesnę dėmesį skirti savo ugdytinių sveikos gyvensenos įpročių ugdymui, patvirtina ir užsienio mokslininkų studijos. Aktyviai sportuojantys mokiniai dažnai yra linke į psichiką veikiančių medžiagų vartojimą, rizikingą seksualinę elgseną, smurtą, nesveiką mitybą (Taliaferro ir kt., 2010), anabolinių steroidų vartojimą (Miller ir kt., 2002).

Lietuvoje plečiasi mankštinimosi paslaugas teikiantis privatus sporto ir sveikatingumo centrų sektorius, tačiau jame pastebima didelė trenerių, instruktorių ir vadybininkų kompetencijos problema. Be to, daugumos privačių mankštinimosi centrų kainos yra prieinamos tik didesnes nei vidutinės pajamas gaunantiems miesto gyventojams, o šių įstaigų rinkodara paprastai remiasi ne sveikatingumo, o kūno kulto principais (Jankauskienė, 2008).

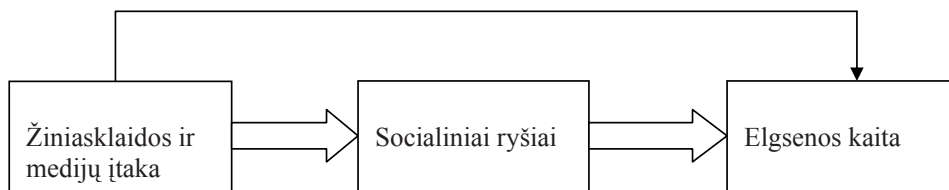


### 2.5.5. Sveikos gyvensenos ugdymas ir žiniasklaida: galimybės ir problemos

Žiniasklaidą galima suvokti kaip vieną iš pagrindinių visą gyvenimą besitęsiančio mokymosi šaltinių. Visose moderniose visuomenėse ji suvokiama kaip giliai įsiskverbianti, institucionalizuota struktūra, galinti reikšmingai keisti žmonių sveikatos elgseną (Fishman ir kt., 2006). Ji gali turėti įtaką asmenims, grupėms, institucijoms, bendruomenėms (paveikti turimas žinias, nuomonę, požiūrį, elgseną); kita vertus – pati yra veikiamą savo vartotojų auditorijos (McLeod ir kt., 1991). Padidėjęs žiniasklaidos susidomėjimas sveikatos elgsena bei sveika gyvensena iš dalies gali būti aiškinamas ir visuomenės sveikatos mokslo koncepcijų kaita; pastaraisiais dešimtmečiais vis didesnis dėmesys kreipiamas ne į ligos ar negalavimo nebuvimą, bet į sveikatos stiprinimą (Labre, Walsh-Childers, 2003; Wiswanath, 2005).

Kalbant apie visuomenės informavimą ir švietimą sveikatos klausimais, neretai vartojamas *sveikatos komunikacijos* (angl. *health communication*) terminas. Pasak PSO, sveikatos komunikacija apima sveikatos žurnalistiką, socialinę reklamą, komunikaciją tarpasmeniniame ir organizacijų lygmenyse. Išskiriama ir sveikatos rizikos grupių komunikacija (Health Promotion Glossary, 1998).

Įrodyta, kad didėjantis informacijos apie sveikatą ir sveiką gyvenseną kiekis turi potencialą pozityviai veikti asmens sveikatą stiprinančią ir palaikančią elgseną (Stryker, 2003; Yanowitzki, Stryker, 2001). Be to, žiniasklaida perteikia ne tik žinias, bet ir socialinius su sveikata susijusios elgsenos standartus (Berkman ir kt., 2000). Šiai minčiai iš esmės pritaria ir Banduros (1977, 1994) socialinio išmokymo teorija, teigianti, kad žmonės yra aktyvūs informacijos priėmėjai, besimokantys stebėdami ir pagal tai modeliuojantys savo pačių elgseną. Pavyzdžiui, labai tikėtina, kad televizijos žiūrovas, matydamas mėgstamo serialo veikėjų fiziškai aktyvią elgseną, ir pats užsinorės ją užsiimti. Šiame procese dalyvauja ir socialiniai asmens ryšiai (5 pav.). Kita vertus, tie patys dėsniai galioja ir kalbant apie kenksmingą sveikatai elgseną. Yra daug tyrimų, įrodančių, kad žiniasklaida gali paskatinti pavojingą sveikatai elgseną – ankstyvą ir rizikingą seksualinį gyvenimą (Brown ir kt., 2006; Escobar-Chaveset ir kt., 2005; Somers, Tynan, 2006; Strasburger, Donnerstein, 1999), tabako, alkoholio ir kitų psichiką veikiančių medžiagų vartojimą (Carson ir kt., 2005; Ellickson ir kt., 2005; Stern, 2005; Strasburger, Wilson, 2002). Be to, žiniasklaidos propaguojamas liekno ir gražaus kūno kultas dažnai paskatina jos vartotojų nepasitenkinimą savo kūnu, o tai dažnai sukelia mitybos sutrikimus ir psichinės sveikatos problemas (Harrison, 2000; McCabe, Ricciardelli, 2001; Taveras ir kt., 2004; Thomsen ir kt., 2001; Buzalaitė-Kašalynienė, Rinkevičienė, 2009).



**5 pav.** Sąveika tarp žiniasklaidos ir elgsenos (Bandura, 2004)

Žiniasklaidos priemonių kenksmingą poveikį vaikams ir paaugliams galėtų sumažinti mokykla, gebėjimo atsirinkti informaciją ugdymas, žiniasklaidos švietimo (angl. *media education*) tobulinimas. Tačiau pažymėtina, kad problemų kyla ne vien tik iš mokinių pusės, mokytojams taip pat trūksta galios ir kompetencijų šioje srityje (Garmienė, 2006).

Siekiant geriau suvokti žiniasklaidos įtaką sveikos gyvensenos ugdymui, tikslinga ją tipologizuoti, išskiriant dvi rūšis, dažnai turinčias skirtingą poveikį:

- Įprastas žiniasklaidos srautas;
- Socialinės reklamos kampanijos.

Skirtingai nuo komercinės reklamos, socialine reklama dažniausiai siekiama apginti visuomenės interesą, skatinti pageidaujama visuomenės narių elgseną. Tai reklama, kuri sudaro galimybę propaguoti idėją, aktualią socialinių problemų kontekste, ir, neturėdama komercinio imperatyvo, atlieka informacinį-šviečiamąjį vaidmenį. Pagrindinis socialinės reklamos turinio aspektas – moralinis imperatyvas, perteikiamas akcentuojant neigiamas vieno ar kito veiksmo pasekmes, pasitelkiant metaforas, papildomas kontekstines asociacijas (Tamutienė, Vveinhardt, 2006). Sveikos gyvensenos propagavimas yra viena iš dažnesnių socialinės reklamos taikymo sričių pasaulyje ir Lietuvoje. Visuomenės sveikatos specialistai pripažįsta didėjančią socialinės reklamos įtaką gyventojų elgsenai ir laiko ją vienu svarbiausių įrankių tai elgsenai keisti (Grier, Bryant, 2004; Hornik, 2002). Randolph ir Viswanath (2004), ištyrę nemažai sveiką gyvenimą propaguojančių socialinės reklamos kampanijų, nustatė, kad pagrindiniai jų sėkmę lemiantys faktoriai yra šie:

- pastebimumas, išskirtinumas iš kito informacijos srauto;
- kūrybiška reklamos idėja;
- palanki aplinka (pokyčiams nusiteikusi bendruomenė ar visuomenė, kuriai socialinė reklama adresuojama);
- mokslinis pagrįstumas (remiamasi psichologijos žiniomis, žmogaus elgsenos kaitą ir jos motyvus aiškinančiomis teorijomis).

Lietuvoje socialines reklamas dažnai kuria ne specialistai, o patys jų užsakovai, todėl kartais neatskleidžiama problemos esmė. Viena iš pagrindinių priežasčių – kuklios užsakovų finansinės galimybės. Kita problema – dažnai tikimasi greito rezultato, neužtikrinamas reklaminės kampanijos tęstinumas, kuris socialinei reklamai yra būtinas (Lukaitė, 2010). Tamutienė ir Vveinhardt (2006), tyrusios socialinės reklamos poveikį Lietuvos jaunimui ir studentams, teigia, kad jaunimas ne visada teisingai įvertina socialinės reklamos paskirtį ir ne visada tiksliai iššifruoja pagrindinę mintį. Neadekvačiai suvokiamas socialinės reklamos turinys parodo, kad jaunuoliai neju-

čia pačios socialinės problemos, neturi pirminės socialinės informacijos apie ją. Tyrimas parodė, kad netinkamas reklamos pateikimas gali sukelti ir priešingą lauktajai reakciją (Tamutienė, Vveinhardt, 2006).

### **2.5.6. Studentai kaip savita ugdytinių grupė: sveikos gyvensenos aspektas**

Raidos psichologų teigimu, suaugusiųjų žmonių raidos stadijos egzistuoja, tačiau labiau priklauso nuo socialinio, nei nuo biologinio amžiaus (Žukauskienė, 2007). Jaunystės amžiaus tarpsniui yra būdingas pirmas savarankiškas kabinimasis į socialinę aplinką, savo vietos gyvenime ieškojimas ir bandymas ją išlaikyti. Prieš nusistovint suaugusiems būdingiems tarpasmeniniams santykiams ir gyvenimo stiliui, paprastai jaučiamas gilus noras viską asmeniškai patirti ir išbandyti, pajusti įvairius tik jaunystei būdingus malonumus (Pikūnas, Palujanskienė, 2003).

Svarbu tai, kad jaunystėje susiformavusi sveikatos elgsena ir įpročiai gali turėti įtakos visam likusiam gyvenimui. Studijų aukštojoje mokykloje pradžia yra reikšmingas gyvenimo įvykis, kuris dažnai būna susijęs su iššūkiais bei stresu jaunam žmogui adaptuojantis prie akademinų krūvių, naujos socialinės ir fizinės aplinkos. Kartu su minėtais pokyčiais studentams atsiranda daugiau laisvės, o drauge ir asmeninės atsakomybės už savo gyvenseną (von Ah ir kt., 2004; Grinienė, 2006). Studentams svarbus socialinis palaikymas, galintis sumažinti neigiamą streso įtaką. Kita vertus, nustatyta, kad socialiniai ryšiai studentų gyvenseną gali veikti ne tik pozityviai (pvz., skatinti būti fiziškai aktyvius ar racionaliai maitintis), bet ir negatyviai (skatina rūkyti ar vartoti alkoholį) (Gustainienė, Cirtautienė, 2007).

Tyrimai rodo, kad tarp studentų įvairiose šalyse gana plačiai paplitę kenksmingi sveikatai įpročiai: alkoholio, tabako, psichotropinių medžiagų vartojimas, fizinis pasyvumas, nesveika mityba, nesaugus seksas (Steptoe, Wardle, 2001, Steptoe ir kt., 2002). Pabrėžiamas stresas, kylantis iš socialinio (Jonson ir kt., 1998; Stock ir kt., 2001) ir finansinio (Misra, 2000) studentų pažeidžiamumo. Pažymėtina, kad patiriamą stresą studentai yra linkę įvardyti kaip rūkymo priežastį (Mates, Allison, 1992). Steptoe ir kt. (1996) tyrimas atskleidė, kad egzaminų sesijos metu patiriamas stresas ženkliai sumažina studentų fizinį aktyvumą.

JAV ir Kanados tyrinėtojai pastaruoju metu nemažą dėmesį skiria azartinių lošimų paplitimui studentų tarpe. Įrodyta, kad azartiniai lošimai glaudžiai susiję su kitomis sveikatai žalingomis praktikomis – rūkymu ir alkoholio vartojimu (McComb, Hanson, 2009). Azartinių lošimų, kaip studentų sveikatos rizikos veiksnio, tyrimų Lietuvoje aptikti nepavyko. Kaip atskiras socialinis veiksnys tyrėjų dėmesio susilaukia studentų gyvensenos bendrabučiuose ir aukštųjų mokyklų studentų miesteliuose ypatumai, kadangi ten rizikinga sveikatai elgsena ypač paplitusi (Wechsler ir kt., 1995; Cooper, 2002).

Studentės jautrios visuomenės ir žiniasklaidos propaguojamam liekno kūno kultui. Jos dažnai jaučia nepasitenkinimą savo kūnu, o tai glaudžiai susiję su pavojin-

gomis sveikatai mitybos bei fizinio aktyvumo praktikomis, liekninamųjų bei apetitą mažinančių farmacijos preparatų vartojimu, patologiniais mitybos sutrikimais (ano-reksija, bulimija), taip pat su depresija, nerimu, nepasitikėjimu savimi, neurozėmis ir emociniu nestabilumu (Gillen, Lefkowitz, 2006; Grossbard ir kt., 2009).

Lietuvoje atlikta nemažai studentų sveikatos, sveikatos nuostatų ir gyvenamosios tyrimų. Jų rezultatai iš esmės nesiskiria nuo užsienio šalių, atskleidžiamos panašios tendencijos. Kai kurios iš jų kelia didelį nerimą. Pavyzdžiui, Poteliūnienė ir Viraliūnaitė (2006) nustatė, kad 72 % studentų alkoholių vartoja dažnai ir labai dažnai, 22 % yra bandę narkotikų. Kasdien arba keletą kartų per savaitę svaigiuosius gėrimus vartoja nuo 23,0 iki 28,1 % studentų (Kardelis ir kt., 2001). Lietuvos studentų gyvenamosios tyrimai patvirtino, kad rūkymas, alkoholio vartojimas žymiai populiariesnis tarp studentų, gyvenančių bendrabutyje ar su kitais studentais, nei tarp tų, kurie gyvena su tėvais ar kartu su nuomojamo buto (kambario) šeimininku (Poteliūnienė, Viraliūnaitė, 2006).

Studentų fizinis aktyvumas mažas, reguliariai mankština tik kas penktas studentas, 36 % mankština tik kartą per mėnesį. Dauguma studentų laisvalaikį leidžia pasyviai, neturi noro, valios ir energijos domėtis kitomis laisvalaikio praleidimo formomis (Tamošauskas, 2005; Vaščila ir kt., 2005). Akcentuotina, kad daugiau nei pusė apklaustųjų suvokia fizinio aktyvumo naudą, tačiau didžioji studentų dalis nėra linkusi reguliariai judėti, palaikyti savo fizinę sveikatą (Jancauskas, Jatulienė, 2008; Mikšys, 2005). Pasigendama reguliarios mitybos įpročių – kas antras studentas nevalgo pusryčių, reguliariai maitinasi tik kas penktas studentas (Poteliūnienė, Viraliūnaitė, 2006). Manoma, kad nesveiką mitybą sąlygoja įpročių stoka, laiko trūkumas, nepritaikytas studentų valgyklų asortimentas bei nepakankamos žinios apie mitybą (Končaitė, 2007). Paplitęs kavos (67,3 %) ir energinių gėrimų (46,9 %) vartojimas. 6,9 % studentų reguliariai vartoja narkotikus (Narkauskaitė ir kt., 2011).

Dar vienas neigiamai Lietuvos studentų sveikatą veikiantis veiksnys yra didelis užimtumas – darbą su studijomis derina kas trečias antrakursis ir kas antras ketvirtakursis. Dirbantys studentai kenčia nuo poilsio ir miego trūkumo. Nustatyta, kad dėl įtempto studijų ir darbo režimo 59 % studentų miega 5–7 valandas per parą (Poteliūnienė, Viraliūnaitė, 2006). Minėto tyrimo rezultatus patvirtina bei papildo Bobrovos ir kt. (2004) atlikta Šiaulių universitete studijuojančių studentų apklausa, atskleidusi, jog studentų sveikatą žaloja ne tik rūkymas, alkoholio vartojimas, bet ir fizinio ir psichinio krūvio disharmonija, neracionali dienotvarkė, materialinės problemos ir nepakankamai išugdytas sveikatos puoselėjimo ir stiprinimo poreikis. Paaikškėjo, kad sveikatos stiprinimo poreikį visiškai patenkinę nurodė vos 15,9 % pirmakursių ir 15,6 % ketvirtakursių.

Studentų savijautą veikia ir studijos. Pusei studentų studijos neįdomios, jie savo pasiekimais nepatenkinti, kartais jaučiasi pasimetę, dažnai nežino, ką daryti (Grininė, 2006). Bobrova ir Grajauskas (2005) šias psichosocialines studentų problemas sieja ir su netobula priėmimo į aukštąsias mokyklas sistema, kuomet studentai ne visada įstoja į studijų programą, leidžiančią įprasminti jų prigimtį. Streso paplitimas tampa vis aktualesne problema, nes būtis tampa vis sudėtingesnė, didėja socialiniai reikalavimai, daugėja bendravimo problemų, o tai didina streso grėsmę. Nemažai

studentų renkasi žalingus streso įveikimo būdus (rūkymą, alkoholį) (Ivaškienė ir kt., 2007). Paradoksalu, kad sveikos gyvensenos ir mitybos įgūdžiais nepasižymi netgi būsimeji medikai bei visuomenės sveikatos specialistai (Škėmienė ir kt., 2007; Stukas, Dobrovolskij, 2009), nors tai daryti lyg ir įpareigotų jų studijų krypties pasirinkimas.

Šiame skyriuje apžvelgtos mokslinės studijos leidžia išskirti labiausiai tarp studentų paplitusius sveikatos rizikos veiksnius: fizinį pasyvumą, patiriamą stresą, psichiką veikiančių medžiagų vartojimą, nereguliarią mitybą.

### **2.5.7. Sveikos gyvensenos ugdymo prielaidos aukštojo mokslo sistemoje**

Studijų aukštojoje mokykloje pradžia yra pereinamasis laikotarpis, kurio metu palanku diegti sveikos gyvensenos įgūdžius (Dinger, Waigandt, 1997).

Pasak Tamošausko (2007), dauguma jaunuolių studijuoti į aukštąsias mokyklas ateina silpnos sveikatos ir neturėdami fizinio aktyvumo bei sveiko gyvenimo būdo motyvų. Tamošausko (2005) duomenimis, sergančių (spec. medicininės grupės arba atleisti nuo fizinių pratybų) septyniose Lietuvos aukštosiose mokyklose buvo nuo 46 % Vilniaus Gedimino technikos universitete iki 11 % Lietuvos muzikos ir teatro akademijoje). Armonienė (1998) pastebi, kad Lietuvos jaunimo raidos vyksmai – mokymasis, darbas, laisvalaikis, požiūris į sveikatą, jos stiprinimą iš esmės skiriasi nuo jų bendraamžių Vakarų Europoje, Skandinavijoje, Šiaurės Amerikoje.

Jankauskas ir Jatulienė (2008) konstatuoja, kad aukštosios mokyklos per lėtai vadojasi iš netolimos praeities stereotipų, studentų kūno kultūros ugdyme vyrauja utilitarinė-pragmatinė kryptis, pratybų turinys orientuotas į fizinių ypatybių lavinimą, o ne į vidinius asmenybės parametrus. Minėti autoriai siūlo studentų kūno kultūros žinias ugdyti atsižvelgiant į tris komponentus: 1) pasaulėžiūros; 2) antropologijos; 3) specialiųjų kūno kultūros žinių. Šių autorių atlikto tyrimo duomenimis, mažiau negu pusė apklaustų studentų teigiamai vertina kūno kultūros pedagogų darbą ir elgesį. Panašias tendencijas pastebi ir Poteliūnienė (2010), konstatuodama, kad iš akiračio išleidžiami pasaulėžiūros, psichologiniai ir kiti svarbūs ugdymo parametrai: studentų intelektinis, metodinis rengimas, fizinės saviugdės motyvacijos formavimas, dorovinis ugdymas. Su tuo galima sieti ir minėtos autorės pastebėjimus, kad didelė dalis studentų nesuvokia kūno kultūros ir sporto vertybinio bruožo asmenybei tobulėti, nepakankamai vertina kūno kultūrą kaip priemonę, harmonizuojančią jų psichofizinę būklę, studentų fizinio aktyvumo motyvacija skurdoka, be platesnio socialinio ir kultūrinio konteksto, apsiribojanti asmeninio įvaizdžio kūrimu. Užsienio tyrėjų darbai irgi atskleidžia panašią situaciją: studijų procese studentai pasigenda dėmesio sveikatos supratimo ugdymui, sveikos gyvensenos stiliaus formavimui, stokoja sveikos gyvensenos rekomendacijų, sveikatos išsaugojimo programų (Stock ir kt., 2001; Bothmer, Fridlund, 2004; von Ah ir kt., 2005). Šiai minčiai pritaria ir Tamošauskas (2000), teigdamas, kad dauguma studentų nesuvokia kūno kultūros intelektinių, dorovinių, socialinių vertybių, todėl orientacija į kūno kultūrą kaip vertybę, o ne momen-

tinę, pragmatinę priemonę yra būtina ugdymo sąlyga. Pasak Jankausko ir Jatulienės (2008), šiandien ne tiek svarbu išsiaiškinti technologinius studentų fizinio rengimo aspektus, kiek nustatyti kūno kultūros, kaip vertybės, įdiegimą asmenybės kultūros sistemoje. Vadinasi, labai svarbus studentų fizinio ugdymo(si) veiksnys pedagogo asmenybė, jo pedagoginis meistriškumas, gebėjimas kurti mokymąsi skatinančią aplinką, stiprinti motyvaciją (Poteliūnienė, 2010). Tamošauskas (2007), analizuodamas Lietuvos aukštųjų mokyklų kūno kultūros specialistų kontingentą, pastebi, kad kūno kultūros katedrose dirba nemažai pensinio amžiaus žmonių, dėl to per lėtai įdiegiamos naujovės, susijusios su demokratiniu akademiniu jaunimo ugdymu, kūno kultūros pratybų humanizavimu, modernizavimu, rekreacinės kūno kultūros organizavimu. Jaunų kūno kultūros specialistų dirbti į aukštąsias mokyklas ateina nedaug.

Grinienė (2006) nustatė, kad studentų sveikatos žinios tiesiogiai siejasi su gyven-sena. Kuo daugiau žinių studentai turėjo apie sveiką gyven-seną, tuo labiau jie buvo fiziškai aktyvūs, rečiau rūkė ir buvo labiau patenkinti savo pasiekimais. Fiziškai aktyvesni studentai rečiau skundėsi galvos svaigimu ir silpnumu, mažiau kasdien rūkė, jų psichinė savijauta, susijusi su studijomis, dažniau buvo geresnė. Kasdien rūkantys studentai dažniau išgerdavo iki apsvaigimo. Vadinasi, studentams svarbu ne tik skiepyti sveikos gyven-senos įgūdžius, bet ir suteikti teorinių sveikatos stiprinimo žinių.

Davidavičienės (1992) teigimu, jaunystės laikotarpiui turėtų būti keliami šie sveikatos ugdymo tikslai:

- aptarti psichinę ir dvasinę sveikatą, supažindinti su psichohigiena ir psicho-profilaktika, padėti išmokti psichinės savireguliacijos;
- apibendrinti asmens higienos žinias ir įgytus įgūdžius;
- išmokyti analizuoti ir vertinti savo psichinę būseną ir elgesį, kontroliuoti savo veiksmus; supažindinti su psichikos sutrikimais ir jų profilaktika;
- padėti suvokti maisto vartojimo pagrindus, formuoti sveikos mitybos nuostatas;
- supažindinti su darbo rūšimis ir jų poveikiu sveikatai, profesinėmis ligomis;
- padėti suvokti žmogaus funkcinį pajėgumą per visą amžių;
- padėti suprasti žinias apie žmogaus saugumą aplinkoje ir visuomenėje; ugdyti pirmosios medicinos pagalbos įgūdžius;
- padėti perimti sveikatos holistinį supratimą kaip asmens, grupės ir visuomenės fizinę, psichinę ir socialinę gerovę; aptarti aplinkos veiksnių poveikį jai palaikyti;
- suteikti išsamesnių žinių apie narkotines medžiagas, formuoti neigiamą požiūrį į žalingus įpročius;
- padėti perprasti lytinio elgesio principus, rengti šeimos gyvenimui;
- padėti suvokti lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnius ir jų profilaktiką.

Apibendrinant skyriuje pateiktus duomenis, galima teigti, kad studentų sveikatos ugdyme reikalingi pokyčiai. Nepaisant to, kad nemažai studentų į aukštąsias mokyklas įstoja neturėdami sveikos gyven-senos įgūdžių ir poreikio, studijų pradžia yra palankus, tačiau beveik neišnaudojamas laikotarpis skiepyti sveikos gyven-senos įgūdžius.

## 3. EMPIRINIO TYRIMO METODOLOGIJA

---

### 3.1. METODOLOGINIAI TYRIMO METMENYS

Atsižvelgus į empirinio tyrimo tikslą, uždavinius, apimtį, tyrinėjamo objekto daugiamatiškumą ir pasaulinę sveikos gyvensenos bei sveikatos ugdymo studijų patirtį, buvo pasirinkta kiekybinė tyrimo prieiga. Laikytasi prielaidos, kad kiekybiniai duomenų analizės metodai leis objektyviai diagnozuoti tyrinėjamo fenomeno raiškos ypatumus, dėsningumus, kintamųjų sąsajas bei atvers galimybę ekstrapoliuoti rezultatus visai Lietuvos studentų populiacijai.

Mokslui būdingas siekis, kad jo išvados būtų kuo tikslesnės, geriau apibūdin-tų tiriamąjį objektą. Tyrimo duomenų formalizavimas sukuria prielaidas jų analizei taikyti matematinius metodus ir kartu leidžia ieškoti tikslesnio ugdymo problemų sprendimo. Pasaulinis mokslas kiekybinę analizę laiko standartine procedūra, būtina moksliniam tyrimui. Edukologiniuose tyrimuose dar nėra panaudotos visos kiekybi-nių metodų taikymo galimybės (Bitinas, 2006a).

Siekiant įgyvendinti empirinio tyrimo uždavinius ir įvairiais aspektais pažvelgti į Lietuvos aukštųjų mokyklų studentų sveikos gyvensenos rodiklius bei su jais susi-jusius ugdymo(si) patirties veiksnius, buvo pasirinkti šie esminiai tyrimo komponentai:

- ugdymo(si) šeimoje patirtis;
- ugdymo(si) bendrojo lavinimo mokykloje patirtis;
- faktinė sveikos gyvensenos raiška studijuojant;
- subjektyvus savo sveikatos ir kūno vertinimas.

Reiktų pastebėti, kad, nepaisant kiekybinio tyrimo duomenų rinkimo būdo, tiri-amųjų ugdymosi šeimoje ir mokykloje vaikystės patirčių rekonstravimas yra artimas *fenomenologiniam* požiūriui.

Kiti svarbūs duomenys, padėję įgyvendinti tyrimo tikslą, buvo šie:

- tiriamųjų demografiniai ir bendrieji duomenys;
- faktinės studentų žinios apie sveikatą ir ją lemiančius veiksnius;
- respondentų požiūris į sveikatą, jos stiprinimą ir sveiką gyvenseną;
- sveikos gyvensenos ugdymosi ir fizinio aktyvumo galimybės aukštojoje mo-kykloje.

Atsižvelgus į tyrimus, atskleidžiančius studentų sveikatos ir sveikos gyvense-nos įpročių pasiskirstymo lytinį netolygumą (Tamošauskas, 2000; Tamošauskas ir kt., 1994; Mertinas, Tinteris, 1998), analizuojant tyrimo duomenis išryškintas lyties aspektas.

### 3.2. TYRIMO INSTRUMENTO STRUKTŪRA IR KOKYBĖS RODIKLIAI

Tyrimo duomenims rinkti 2009–2010 m. buvo konstruotas ir išbandytas didelės apimties klausimynas, apimantis 24 klausimų blokus (visą klausimyną žr. Prieduose). Klausimynas konstruotas remiantis literatūros šaltinių analize bei asmenine pedagogine disertanto patirtimi. Instrumento tinkamumas buvo tikrinamas bandomaisiais pildymais, koreguotas atsižvelgiant į respondentų pastabas apie pastebėtus netikslumus, neaiškias klausimų formuluotes. Atsižvelgus į tyrimo instrumento apimtį ir siekiant padidinti respondentų motyvaciją kokybiškai pildyti klausimyną, buvo sukurta tam tikrą emocinį užtaisą turintis klausimyno brošiūros viršelis, panaudotos specialios vizualizacijos ir klausimų blokų komponavimo technikos (Fanning, 2005; Merkys, 2008). Mažas nekokybiškai užpildytų anketų procentas (7,8 %) leidžia manyti, kad šių technikų taikymas pasiteisino. Stengiantis eliminuoti tiriamųjų nuovargio bei sumažėjusios klausimyno pildymo motyvacijos faktorius, galimai atsirandančius dėl gana ilgo anketos pildymo laiko ir galinčius reikšmingai paveikti pildymo kokybę, buvo atspausdintos dviejų rūšių brošiūros. Klausimai jose buvo identiški, tačiau skyrėsi jų išdėstymo tvarka.

7 lentelė

#### Tyrimo duomenų sritys ir jų fiksavimo klausimyne būdai

Duomenų sritis	Uždaro tipo klausimai	Atviro tipo klausimai	Skalė	Lentelė
Demografiniai ir bendrieji duomenys	x	x	x	
Duomenys apie tėvus ir jų sveikos gyvensenos įpročius	x			
Santykiai ir ugdymas vaikystės šeimoje			x	
Santykiai ir ugdymas mokykloje			x	
Požiūris į sveikatą ir sveiką gyvenseną			x	
Žinios apie sveikatą ir ją lemiančius veiksnius	x			
Sveikos gyvensenos ir jos ugdymo(si) galimybės aukštojoje mokykloje	x			
Sveikos gyvensenos komponentai	x		x	x
Subjektyvus savo kūno ir sveikatos vertinimas			x	

Konstruojant tyrimo instrumentą, buvo remiamasi testų teorijos ir praktikos postulatu, kad vienam ar kitam latentiniam psichometriniam konstruktui potencialiai atstovauja jo empirinių referentų (konkrečių testo žingsnių) aibė (Merkys, 1999). Skalių ir subskalių kokybė buvo užtikrinama naudojant faktorinės analizės metodą.



Teiginių tinkamumas skalei (vidinė skalės konsistencija) tikrinta klasikiniu įverčiu – Cronbach  $\alpha$  (Kronbacho alfa) koeficientu. Kuo šis koeficientas aukštesnis, tuo skalės teiginiai labiau tinkami matuoti tiriamą konstrukta. Laikoma, kad minimali leistina Cronbach  $\alpha$  koeficiento reikšmė – 0,5. Paaiškėjo, kad daugelio skalių vidinis patikimumas gana aukštas ir viršija 0,7. Aukščiausia tyrime taikytos skalės Cronbach  $\alpha$  koeficiento reikšmė – 0,86, žemiausia – 0,59.

8 lentelė

**Skalių struktūra ir metrologinė kokybė**

Skalė	Subskalės matuojamas konstruktas	Teiginių pavyzdžiai	Teiginių skaičius subskaleje	Cronbach $\alpha$ koeficientas
Ugdymo(si) šeimoje patirtis	Pozityvus socialinis šeimos klimatas	Tėvai domėjosi mano pasiekimais, pomėgiais ir interesais; Tėvai stengdavosi skirti man kuo daugiau laiko; Tėvai kalbėdavosi su manimi apie man svarbius dalykus; Galiu teigti, kad turėjau gražią ir laimingą vaikystę.	9	0,86
	Sveikatos ugdymas šeimoje	Su manimi buvo kalbama apie žalingų įpročių pasekmes; Buvau skatinama(-s) gyventi sveikai; Tėvai daug dėmesio skyrė mano higienos įpročių ugdymui; Buvau skatinama(-s) valgyti tai, kas sveika.	4	0,78
	Fizinis aktyvumas kartu su tėvais	Dalyvavimas sveikatingumo ar sporto renginiuose, varžybose; Turistiniai žygiai pėsčiomis, dviračiais, slidėmis, vandens transporto priemonėmis ir t. t.; Sportiniai, judrieji žaidimai.	7	0,76
Ugdymo(si) mokykloje patirtis	Pozityvus socialinis mokyklos klimatas	Mokykloje jausdavausi saugiai; Mokykla stiprino mano pasitikėjimą savimi; Buvau mėgstama(-s) ir gerbiama(-s) klasės draugų; Mokykliniai metai man sukelia gerus prisiminimus.	6	0,85
	Kūno kultūros mokytojų kompetencija	Kūno kultūros mokytojas gebėjo sudominti mokomuoju dalyku; Mokytojas dažniausiai būdavo gerai pasiruošęs ir suplanavęs pamokas; Kūno kultūros mokytojas rodė asmeninį fiziškai aktyvios ir sveikos gyvensenos pavyzdį; Mokytojas atsižvelgdavo į mokinių individualumą.	6	0,85

8 lentelės tęsinys

Ugdy- mo(si) mokyklo- je patirtis	Fizinė kū- no kultūros pamokų aplinka	Mokykla turėjo daug ir įvairaus sportinio in- ventoriaus, priemonių; Mokyklos sporto bazė (salė, stadionas) buvo tvarkinga ir jauki; Po kūno kultūros pamokos turėjau galimybę nusiprausti duše; Turėjau geras sąlygas persirengti, pasiruošti pamokai.	4	0,71
	Negatyvūs išgyveni- mai kūno kultūros pamokose	Kompleksuodavau dėl savo nesugebėjimo atlikti kai kurių užduočių; Mokytoja (-s) man skirdavo per sunkias užduotis; Po kūno kultūros pamokų dažnai jausdavausi pervargęs (-usi); Kūno kultūros pamokose dažnai patirdavau stresą.	7	0,81
	Kūno kul- tūros pa- mokų pra- smingumo suvokimas	Kūno kultūros pamokos man buvo naudingos; Kūno kultūros pamokos turėjo įtakos mano sveikatai ir fiziniam pajėgumui; Kūno kultūros pamokos paskatino mane būti fiziškai aktyviu (-a) po mokyklos baigimo; Kūno kultūros pamokos padėjo man rasti pa- tinkančią fizinio aktyvumo rūšį.	7	0,86
Sveikos gyvense- nos kom- ponentai	Fizinio aktyvumo poreikis	Kurį laiką pabuves (-usi) be fizinio krūvio, jaučiuosi prastai; Kad gerai jausčiausi, man būtina judėti; Fizinis aktyvumas man greičiau malonumas, nei prievolė; Mėgstu fizinį aktyvumą gamtoje, gryname ore.	7	0,75
	Sveika mi- tyba	Pirmenybę teikiu ekologiškai išaugintiems produktams; Daržovės ir vaisiai užima svarbią vietą mano mitybos racione; Stengiuosi nevalgyti riebaus maisto; Maisto poveikis sveikatai man svarbiau už jo skonį.	7	0,63
	Profilak- tika	Užsiimu organizmo grūdinimu, imuniteto stiprinimu; Reguliariai profilaktiškai tikrinuosi sveikatą; Profilaktiškai lankausi pas odontologą; Skiepijuosi nuo gripo, erkinio encefalito ir kt.	5	0,59

8 lentelės tęsinys

Sveikos gyvensenos komponentai	Polinkis į dietų laikymąsi	Aš nuolat skaičiuoju suvalgomo maisto energetinę vertę (kalorijas); Būna, kad valgydama (-s) ar pavalgęs (-usi) jaučiu kaltės jausmą, sąžinės priekaištus; Stengiuosi nevalgyti vakare; Dažnai laikausi įvairių dietų.	5	0,71
	Rizikinga seksualinė elgsena	Atsitiktiniai lytiniai santykiai; Atsitiktiniai lytiniai santykiai nesinaudojant apsaugos priemonėmis; Lytiniai santykiai apsvaigus nuo narkotinių medžiagų arba alkoholio.	4	0,74
	Higiena	Kasdien maudausi duše arba vonioje.	1	–
	Patiriamas stresas	Stresas – nuolatinis mano gyvenimo palydovas.	1	–
	Patiriami simptomai	Nugaros skausmai; Apetito sutrikimai; Galvos skausmas.	17	0,85
	Farmacijos preparatų vartojimas	Vaistai nuo skausmo; Vaistai nuo slogos ir kosulio; Antibiotikai.	14	0,66
Subjektyvus savo kūno ir sveikatos vertinimas	Pozityvus savo fizinio pajėgumo vertinimas	Esu patenkinta (-s) savo fiziniu pajėgumu; Prireikus galiu dirbti sunkų fizinį darbą; Sugebėčiau savimi pasirūpinti ekstremaliomis sąlygomis.	5	0,80
	Nepasitenkinimas kūno išvaizda	Esu nepatenkinta (-s) savo kūno išvaizda; Aš gėdijuosi savo kūno; Esu nepatenkinta (-s) savo kūno linijomis.	7	0,85
	Negatyvus savo sveikatos vertinimas	Vis prastėjanti sveikata varo į neviltį; Kenčiu nuo įvairių sveikatos sutrikimų, kurie trukdo atsiduoti studijoms pilnu pajėgumu; Nuolatos jaučiu nerimą dėl savo sveikatos būklės.	9	0,84

### 3.3. TIRIAMŲJŲ IMTIES CHARAKTERISTIKA

Tyrimo klausimynas buvo platinamas 2011 m. pavasario ir rudens semestrais aukštosiose Vilniaus, Kauno, Šiaulių, Panevėžio, Utenos mokyklose. Tiriamieji – pirmosios studijų pakopos (bakaluro) nuolatiniai ir dieninių studijų studentai. Šis

sprendimas buvo pasirinktas po nemažų svarstymų, kadangi pagal Lietuvos švietimo įstatymą studentas yra asmuo, studijuojantis pagal aukštesniojo ar aukštojo mokslo studijų programas. Vadinasi, studentais laikytini ne tik bakalauro, bet ir magistro, doktorantūros, taip pat vakarines, neakivaizdines bei išplėstines studijas pasirinkę asmenys. Visgi projektuojant tyrimą buvo nuspręsta, kad tikslingiausia yra orientuotis į didžiausią studentų grupę, kuriai, tikėtina, labiausiai būdingi tipiškai studentiškos gyvensenos įpročiai – t. y. į pirmosios pakopos nuolatinių ir dieninių studijų studentus.

Tyrimė dalyvavo 7 universitetų ir 5 kolegijų studentai (iš viso 12 aukštųjų mokyklų). Išsamesnė tiriamųjų imties charakteristika pateikiama 9 lentelėje. Dauguma anketų buvo platinamos tiesiogiai per aukštąsias mokyklas, kitos – per studentų atstovybes, studentų reikalų tarnybas. Vykdam apklaušą buvo laikomasi savanoriškumo principo, kuris iš esmės trukdė suformuoti nepriekaištingą tiriamųjų imtį. Platinant klausimyną, buvo siekiama užtikrinti šiuos imties sudarymo principus:

- 1) tiriamųjų įvairovę studijų krypties aspektu;
- 2) tiriamųjų įvairovę kurso aspektu.

Reikia pastebėti, kad, renkantis respondentus ir analizuojant tyrimo duomenis pagal studijų kryptis, nebuvo griežtai laikomasi ŠMM patvirtinto studijų sričių ir kryptių sąrašo modelio. Tyrimė naudotas respondentų skirstymas į studijų kryptis buvo pasirinktas įvertinus tyrimo objekto specifiškumą ir siekiant išsamesnės mokslinės analizės (pavyzdžiui, kūno kultūros ir sporto edukologiją studijuojantys studentai buvo išskirti į atskirą studijų kryptį hipotetizuojant, kad jų sveikos gyvensenos įpročiai turėtų skirtis nuo kitų edukologijos studentų).

9 lentelė

Tiriamųjų imties charakteristika (procentinis pasiskirstymas)

Lytis						
<i>Moterys</i>			<i>Vyrai</i>			
64,9			35,1			
Amžius						
<i>19 ir mažiau</i>	<i>20</i>	<i>21</i>	<i>22</i>	<i>23</i>	<i>24</i>	<i>25 ir daugiau</i>
2,5	21,7	31	24	12,2	3,7	4,9
Šeiminė padėtis						
<i>Vieniša (-s)</i>	<i>Turi draugą (-ę)</i>	<i>Turi gyvenimo partnerį (-ę)</i>	<i>Vedęs / Ištekėjusi</i>	<i>Išsiskyręs (-usi), našlys (-ė)</i>		
45,8	42,9	8,5	2,5	0,4		

<b>Gyvenamasis būstas</b>								
<i>Bendrabu- tis</i>	<i>Nuomojamas butas</i>	<i>Nuomojamas kambarys</i>	<i>Nuosavas arba tėvų butas</i>	<i>Nuosavas arba tėvų namas</i>				
29,7	21,8	4,8	28,6	13,8				
<b>Profesinė veikla</b>								
<i>Tik studiuoja</i>	<i>Uždarbiauja laisvu laiku</i>	<i>Dirba ne visu etatu</i>	<i>Dirba visu etatu</i>	<i>Turi nuosavą ver- slą ar jo dalį</i>				
70,7	20,9	5,3	2,1	0,9				
<b>Aukštosios mokyklos tipas</b>								
<i>Universitetinė aukštoji mokykla</i>		<i>Kolegija</i>						
62,2		37,8						
<b>Kursas</b>								
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>					
28,9	25,4	29,4	16,3					
<b>Studijų kryptis</b>								
<i>Edukolo- gija</i>	<i>Sociali- niai mokslai</i>	<i>Biome- dicinos mokslai</i>	<i>Kūno kultūra ir spor- tas</i>	<i>Tech- nikos mokslai</i>	<i>Humani- tariniai mokslai</i>	<i>Gam- tos moks- lai</i>	<i>Meno studij- jos</i>	<i>Karo mokslai</i>
12,8	19,8	13,4	3,2	22,6	7,6	5,8	11,5	3,4
<b>Studijų finansavimo tipas</b>								
<i>Finansuojamos valstybės</i>			<i>Nefinansuojamos valstybės</i>			<i>Iš dalies finansuojamos valstybės</i>		
62,5			23,3			14,2		

Iš viso buvo surinktos 1048 anketos, tačiau atliekant analizę iš jų 82 (7,8 %) buvo atmestos kaip netinkamai užpildytos. Atrenkant netinkamai užpildytus klausimynus, buvo laikomasi dviejų kriterijų:

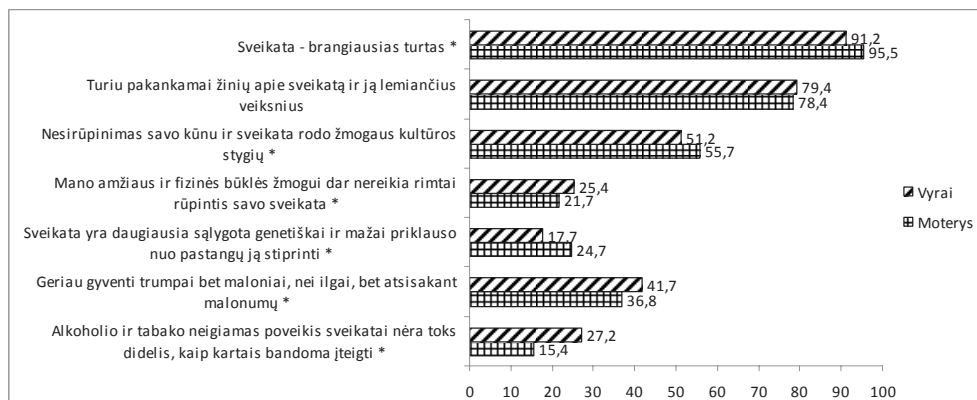
- 1) klausimyno užpildymo logiškumas (pavyzdžiui, ar nėra taip, kad respondentas pritaria dviems vienas kitam prieštaraujantiems teiginiams);
- 2) klausimyno užpildymo išbaigtumas.

## 4. LIETUVOS STUDENTŲ SVEIKA GYVENSENA EDUKACINIŲ DIAGNOSTINIŲ ASPEKTU: EMPIRINIO TYRIMO DUOMENYS

### 4.1. SVEIKOS GYVENSENOS UGDYMO REZULTATŲ DIAGNOSTIKA

#### 4.1.1. Studentų požiūris į sveikatos stiprinimą ir fizinį aktyvumą

Pripažįstama, kad svarbiausias sveikos gyvensenos ugdymo tikslas yra sveiką palaikanti ir stiprinanti elgsena, tačiau su sveikata ir gyvensena susiję požiūriai bei nuostatos taip pat yra laikomi svarbiais faktoriais, tiesiogiai veikiančiais elgseną ir galinčiais būti mokslinio tyrinėjimo objektu (Gochman, 1982; Gochman, 1997). 6 pav. iliustruoja tiriamųjų požiūrį į sveiką ir jos stiprinimą. Skirtumo tarp lyčių statistiniam patikimumui įvertinti buvo taikytas  $\chi^2$  (*chi-kvadrato*) kriterijus. Skirtumas laikytas statistiškai patikimu, kai  $p < 0,05$ .



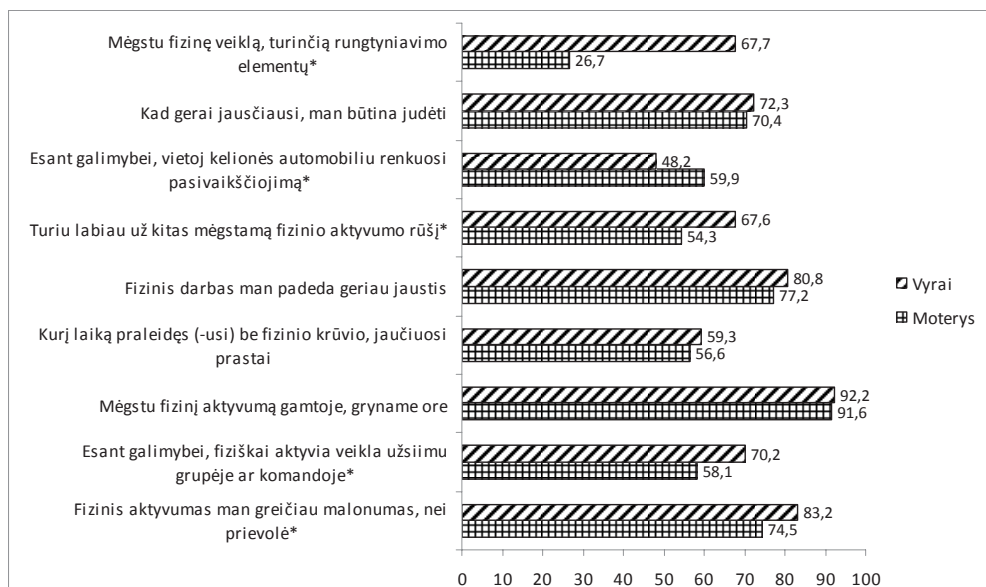
6 pav. Studentų požiūris į sveiką ir jos stiprinimą  
(pritarimo teiginiams procentinis pasiskirstymas, \* $p < 0,05$ )

Rezultatų analizė rodo, kad dauguma tiriamųjų sveiką laiko vertybe. Ypač ši tendencija ryški moterų grupėje. Nepaisant to, kad sveiką laiko brangiausiu turtu, daugiau nei trečdalis studentų verčiau rinktųsi trumpesnį, bet malonumų kupiną gyvenimą. Įdomu ir tai, kad gana nemažai – beveik keturi penktadaliai – tiriamųjų nurodė turintys pakankamai žinių apie sveiką ir ją lemiančius veiksnius. Tuo tarpu anksčiau atliktų tyrimų duomenimis, žinių apie sveiką gyvenseną pakako vos trečdaliui studentų (Grinienė, 2006). Kad studentų žinios apie sveikatos stiprinimą nėra pakankamos, nustatė Kardelis ir kt. (2001), Astrauskienė ir kt. (2005). Šie tyrimai

atskleidė ir tiesioginę priklausomybę tarp studentų turimų sveikatos žinių bei sveikės-gyvensenos. Manytume, kad dalies studentų sveikatos žinių trūkumą atskleidžia ir deklaruojama nuostata, jog jų amžiaus ir fizinės būklės žmonėms sveikata rimtai rūpintis dar nereikia. Tai labiau būdinga vyrams, nei moterims, kaip ir įsitikinimas, kad sveikata yra daugiausiai sąlygota genetiškai ir mažai priklauso nuo pastangų ją stiprinti. Minėti radiniai patvirtina kitų tyrimų duomenis, atskleidžiančius pozityvesnes moterų nuostatas sąmoningo sveikatos stiprinimo ir palaikymo atžvilgiu (Gil-Lacruz, Gil-Lacruz, 2010). Be to, moterys labiau nei vyrai yra linkusios manyti, kad rūpinimasis savo kūnu ir sveikata yra kultūringo žmogaus bruožas. Šiek tiek stebina abiejų lyčių pritarimo procentas šiam teiginiui – tik maždaug pusė studentų vertina rūpinimąsi kūnu ir sveikata kaip asmens kultūros išraišką. Paaiškėjo ir tai, kad vyrai kur kas labiau linkę kritiškai vertinti ar atmesti informaciją apie alkoholio bei tabako žalą sveikatai.

Fizinis aktyvumas laikomas vienu svarbiausių sveikatą lemiančių veiksnių ir sveikos gyvensenos komponentų, todėl asmens vidinis poreikis juo užsiimti gali būti pripažįstamas kaip sveikos gyvensenos ugdymo rezultatai atspindintis rodiklis. 7 pav. iliustruoja su fiziniu aktyvumu poreikiu bei nuostatomis fizinio aktyvumo atžvilgiu susijusių klausimyno teiginių pritarimo procentą vyrų ir moterų grupėse.

Paaiškėjo, kad judėjimas būtinas daugiau nei dviejų trečdalių vyrų ir moterų gerai savijautai. Nors įvairių amžiaus ir socialinių grupių studijos (Maciulevičienė, Kardelis, 2006; Volbekienė ir kt., 2007) atskleidžia didesnę faktinį vyrų fizinį aktyvumą, mūsų tyrimo rezultatai rodo, kad vyrų ir moterų mankštintis poreikis statistiškai reikšmingai nesiskiria. Taip pat nesiskiria ir procentinis pritarimo teiginiui „Fizinis darbas man padeda geriau jaustis“ pasiskirstymas. Daugiau nei pusė tyrime dalyvavusių studentų teigė, kad, kurį laiką pabuvę be fizinio krūvio, jaučiasi prastai (59,3 % ir 56,6 %). Abiems lytims būdingas pomėgis mankštintis gamtoje, gryname ore. Reikia pastebėti, kad didesnė vyrų dalis fizinį aktyvumą suvokia kaip malonumą teikiančią procesą (83,2 % ir 74,5 %). Beveik triskart didesnis procentas vyrų mėgsta fizinę veiklą, turinčią rungtyniavimo elementų (67,7 % ir 26,7 %), o moterys labiau nei vyrai yra linkusios vietoj kelionės automobiliu esant galimybei rinktis pasivaikščiavimą (48,2 % ir 59,9 %). Vyrams labiau būdingas pomėgis fiziškai aktyvia veikla užsiimti grupėje arba komandoje. Didesnę vyrų dalis nurodė, kad turi mėgstamesnę už kitas fizinio aktyvumo rūšį.



7 pav. Studentų požiūris į fizinį aktyvumą (pritarimo teiginiams procentinis pasiskirstymas, \* $p < 0,05$ )

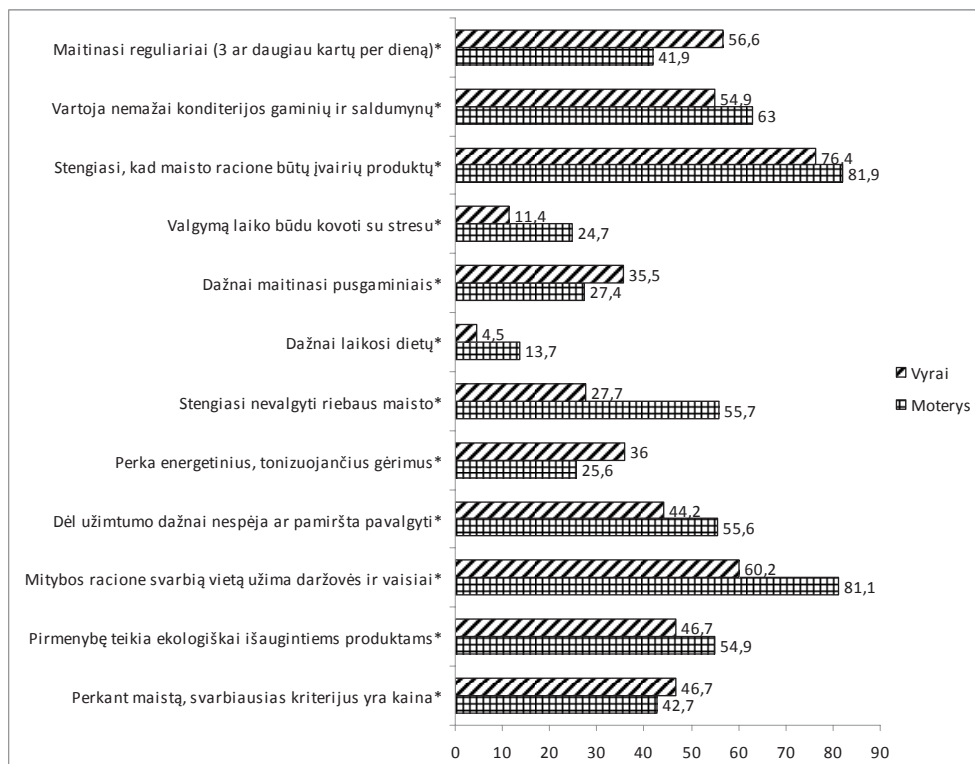
Apibendrinant šiame skirsnyje pateiktus tyrimo rezultatus, pastebėtina, kad didelį nepanaudotą potencialą ugdant studentų sveikos gyvensenos įgūdžius galėtų turėti jų sveikatos, kaip vertybės, suvokimas. Nors dauguma respondentų savo sveikatos žinias subjektyviai vertina kaip pakankamas, tikėtina, kad žinių apie gyvensenos svarbą sveikatai jiems vis dėlto trūksta.

#### 4.1.2. Sveikos gyvensenos rodiklių paplitimas studentų populiacijoje

**Mitybos įpročiai.** Vienas pagrindinių sveikata saugančių gyvensenos veiksnių bei ligų profilaktikos elementų yra sveika mityba (Škėmienė ir kt., 2007). Vertinant empirinio tyrimo duomenis apie respondentų mitybos įpročius (žr. 8 pav.), paaiškėjo, kad bemaž pusei studentų svarbiausias kriterijus renkantis maisto produktus yra jų kaina (teiginiui pritarė 46,7 % vyrų ir 42,7 % moterų). Tikėtina, kad, perkant pigiausias maisto produktus, ne visada išsigyjamas geros kokybės, nekenksmingas sveikatai produktas. Kitas svarbus mitybos rodiklis – maitinimosi reguliarumas. Paaiškėjo, kad reguliariai, ne mažiau kaip 3 kartus per dieną maitinasi tik pusė tiriamųjų (56,6 % vyrų ir 41,9 % moterų). Šie duomenys iš esmės atitinka Stuko ir Dobrovolskij (2009) tyrimo rodiklius. Galima daryti prielaidą, kad nemažai daliai studentų reguliariai maitintis trukdo didelis užimtumas, kadangi panašus apklaustųjų procentas teigė dėl savo užimtumo nespėjantys ar pamirštantys pavalgyti (44,2 % vyrų ir



55,6 % moterų). Nors vyrai maitinasi reguliariau nei moterys, jie mažesnę dėmesį skiria maisto produktų įvairovei racione ir rečiau renkasi ekologiškus produktus. Be to, vyrai labiau linkę dažnai maitintis pusgaminiais, valgo mažiau vaisių ir daržovių, perka daugiau energinių tonizuojamųjų gėrimų, dvigubai rečiau nei moterys stengiasi nevalgyti riebaus maisto. Lyginant su vyrais, didesnė moterų dalis teigė, jog valgo nemažai konditerijos gaminių ir saldumynų (54,9 % ir 63 %). Beveik ketvirtadalis moterų (24,7 %) nurodė, kad valgymas joms yra streso įveikos priemonė, tuo tarpu tokių vyrų buvo dvigubai mažiau (11,4 %). Moterims būdingas kur kas didesnis polinkis į dažną dietų laikymąsi (13,7 % ir 4,5 %). Šį faktą patvirtina ir kitų tyrimų (Rolls ir kt., 1991; Jeffery ir kt., 1991) duomenys. Apibendrinant studentų mitybos įpročių tyrimo rezultatus, pastebėtina, kad pritarimo visiems teiginiams lyčių skirtumai buvo statistiškai reikšmingi. Simptomiška tai, kad moterims būdingesnis didesnis dėmesys maisto kokybei ir įvairovei, o vyrams – reguliarsnė mityba. Tikėtina, kad tokia moterų elgsena yra susijusi su siekiu kontroliuoti savo kūno svorį, turėti gražų kūną, kas vyrams atrodo mažiau svarbu.



8 pav. Studentų mitybos įpročiai (pritarimo teiginiams procentas, \* $p < 0,05$ )

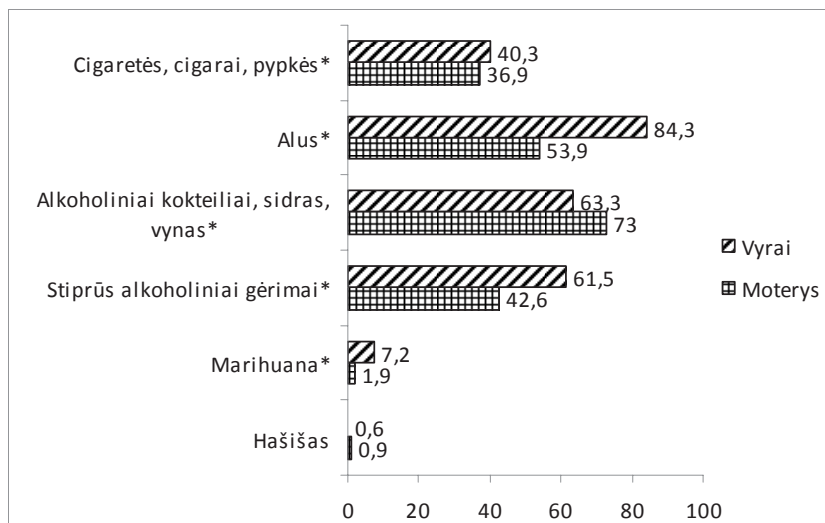


9 pav. Studentų profilaktikos ir sveikatos saugojimo įpročiai (pritarimo teiginiams procentas, \* $p < 0,05$ )

**Profilaktikos ir sveikatos saugojimo įpročiai.** Analizuojant respondentų pritarimo procentą sveikatos išsaugojimą bei profilaktikos įpročius apibūdinantiems teiginiams, matosi, kad reguliariai profilaktiškai sveikatą tikrinasi beveik pusė moterų (48,3 %) ir 38,3 % vyrų (žr. 9 pav.). Dar labiau skiriasi profilaktiškai pas odontologą besilankančių vyrų (36,6 %) ir moterų (59,4 %) nuošimtis. Tik kas penkiasdešimta moteris kasdien nesivalo dantų (1,8 %), o tokių vyrų yra 7,4 %. Be to, kur kas didesnė moterų dalis savo sveikatos išsaugojimu rūpinasi pasinaudodamos liaudies medicinos patarimais (58,9 % moterų, 41,3 % vyrų). Tuo tarpu vyrai moteris reikšmingai lenkė besigrūdinančiųjų ir stiprinančiųjų imunitetą nuošimčių. Tai darantys nurodė beveik pusė vyrų ir 39 % moterų. Vyrų, lyginant su moterimis, linkę dažniau skiepytis nuo užkrečiamųjų ligų. Apibendrinant galima teigti, kad moterims būdingas didesnis dėmesys profilaktikai bei savo sveikatos išsaugojimui. Šią tendenciją patvirtina ir jau minėtas Gil-Lacruz bei Gil-Lacruz (2010) tyrimas.

**Psichiką veikiančių medžiagų vartojimas.** Vertinant psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo paplitimą populiacijose, svarbus rodiklis yra vartojimo dažnis ir periodiškumas. Vienas iš dažniausiai tokiuose tyrimuose vartojamų indikatorių – medžiagos vartojimas per pastarąjį mėnesį (30 dienų). 10 pav. iliustruoja per pastarąsias 30 dienų (iki klausimyno pildymo) psichiką veikiančias medžiagas bent kartą vartojusių studentų procentą. Akivaizdu, kad dažniausiai studentų vartojama psichoaktyvioji medžiaga – silpnieji alkoholiniai gėrimai. Tabako gaminius (cigaretės, cigarus, pypkes) bent kartą per pastarąjį mėnesį rūkė nurodė 40,3 % vyrų ir 36,9 % moterų. Tuo tarpu tai darantys kasdien arba beveik kasdien pripažino maždaug penktadalis respondentų (22,5 % vyrų ir 17,9 % moterų). Šie duomenys panašūs į kitų tyrėjų gautus duomenis (Narkauskaitė ir kt., 2011). Daugiau nei pusė moterų ir net 84,3 % vyrų nurodė pastarąjį mėnesį gėrę alaus. Pažymėtina, kad 41,2 % tyrime dalyvavusių vyrų nurodė alų geriantys 1–2 kartus per savaitę. Beveik trys ketvirtadaliai moterų (73 %)

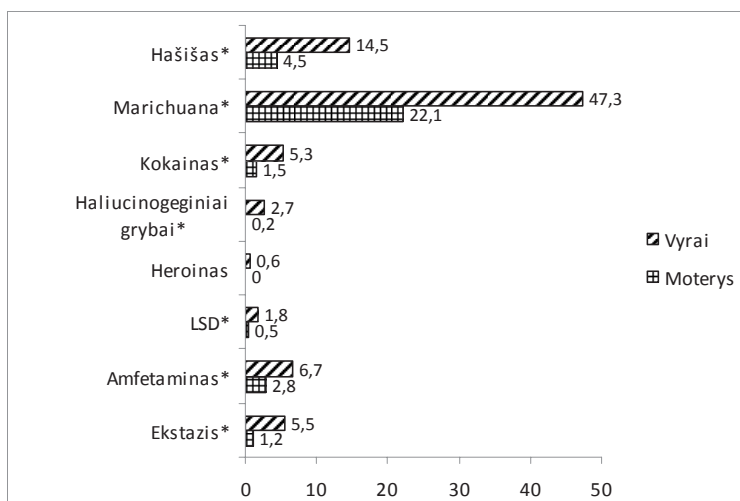
ir 63,3 % vyrų pastarąjį mėnesį vartojo alkoholinius kokteilius, sidrą arba vyną. Daugiau nei penktadalis moterų (21,4 %) šiuos alkoholinius gėrimus vartoja 1–2 kartus per savaitę. Beveik pusė respondentų (61,5 % vyrų ir 42,6 % moterų) teigė per pastarąsias 30 dienų gėrę stipriųjų alkoholinių gėrimų. Dešimtadalis vyrų (9,6 %) nurodė geriantys stiprius alkoholinius gėrimus 1–2 kartus per savaitę.



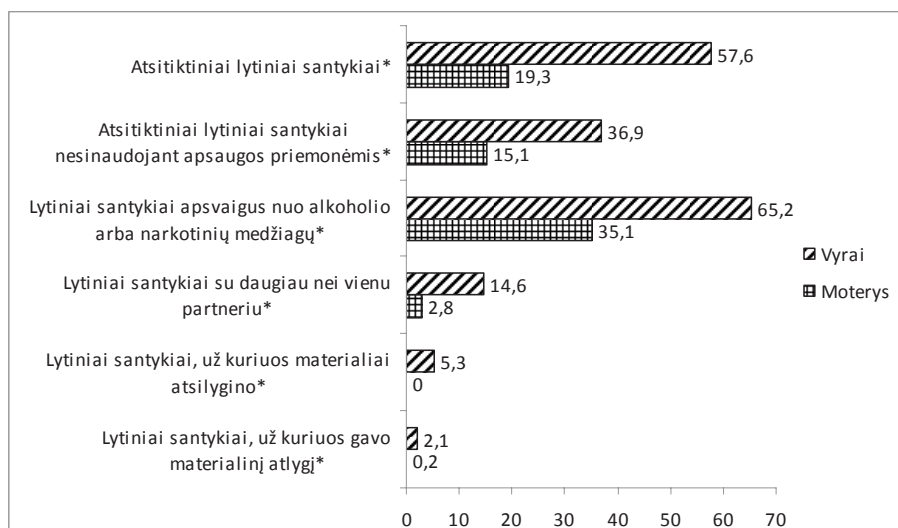
**10 pav.** Per pastarąsias 30 dienų vartojusių psichiką veikiančias medžiagas studentų procentas (\* $p < 0,05$ )

7,2 % vyrų ir 1,9 % moterų per mėnesį iki klausimyno pildymo bent kartą nurodė vartoję marihuaną, mažiau nei procentas – hašišą. Haliucinogeninius grybus ir kokainą pastarąjį mėnesį nurodė vartoję po vieną tiriamąjį, o vartojusiųjų kitas narkotines medžiagas nebuvo. Tai, kad marihuana yra populiariausias narkotikas studentų tarpe, patvirtina ir Narkauskaitės ir kt. (2011) atliktas tyrimas.

11 pav. iliustruoja nors kartą gyvenime vartojusių narkotines medžiagas studentų procentą. Nors šis rodiklis ir neatspindi susiformavusio psichoaktyviosios medžiagos vartojimo įpročio, jis yra laikomas rizikos veiksniu tokiam įpročiui atsirasti. Rezultatai rodo, kad beveik pusė vyrų (47,3 %) ir beveik ketvirtadalis moterų (22,1 %) nors kartą gyvenime yra vartoję marihuanos. Hašišą vartoti bandę yra 14,5 % vyrų ir 4,5 % moterų, kokainą – atitinkamai 5,3 % ir 1,5 %, haliucinogeninius grybus 2,7 % ir 0,2 %, amfetaminą 6,7 % ir 2,8 %, LSD – 1,8 % ir 0,5 %, ekstazį – 5,5 % ir 1,2 %. Apibendrinant galima konstatuoti, kad psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo įpročiai ir polinkis jas išbandyti labiau būdingi vyrams, o plačiausiai išbandyta narkotinė medžiaga – marihuana. Tai iš esmės atitinka ir kitų mokslininkų, tyrinėjusių psichiką veikiančių medžiagų vartojimą Lietuvos jaunimo ir studentų tarpe, nurodytus duomenis (Narkauskaitė ir kt., 2011, Juozulynas ir kt., 2008).



**11 pav.** Nors kartą gyvenime vartojusių narkotines medžiagas studentų procentas (\* $p < 0,05$ )

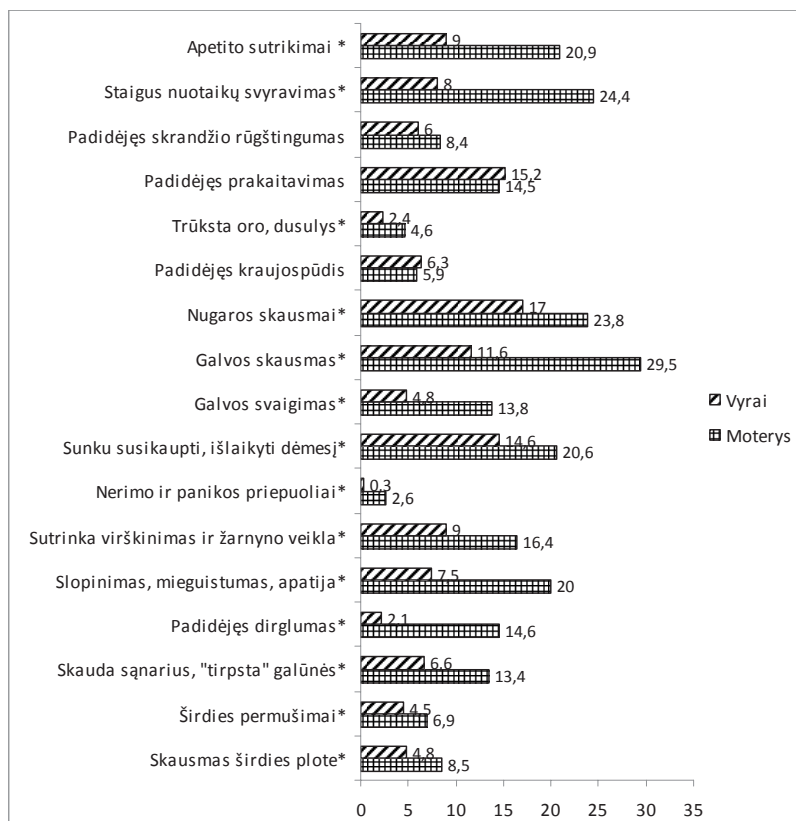


**12 pav.** Bent kartą gyvenime rizikinga seksualine elgsena užsiiminėjusių studentų procentas (\* $p < 0,05$ )

**Rizikinga seksualinė elgsena** yra sveikatos elgsenos komponentas, kurio pagrindinėmis dedamosiomis mokslinėje literatūroje dažniausiai įvardijami: a) turėtų lytinių partnerių skaičius; b) atsitiktiniai lytiniai santykiai; c) lytiniai santykiai, nesinaudojant apsaugos priemonėmis; d) lytiniai santykiai apsvaigus nuo psichiką veikiančių medžiagų. Atlikta mūsų tyrimo duomenų faktorizacija parodė, kad rizikingai seksualinei elgsenai tikslinga priskirti ir elgseną, kada už lytinius santykius atsilyginama materialiai (arba gaunamas atlygis) bei lytinius santykius su daugiau nei vienu partneriu. Įrodyta, kad rizikinga seksualinė elgsena glaudžiai susijusi su

lytiniu keliu plintančių ligų plitimu, nepageidaujamu nėštumu, psichoaktyviųjų medžiagų vartojimu (Cooper, 2002), taip pat žemesne asmens saviverte (Gardner ir kt., 1998). Pasak Cooper (2002), studentų seksualinę elgseną tyrinėti ypač svarbu, kadangi dažnai studijų socialinė aplinka atveria galimybes naujiems potyriams, o jauniems žmonėms svarbu išmokti valdyti savo intymųjų gyvenimą ir seksualumą. Legkauskio ir Jakovlevaitės (2005) teigimu, lytiniu būdu plintančių ligų atžvilgiu ypač rizikingu laikotarpiu būtų galima laikyti paauglystės pabaigą ir suaugusiojo amžiaus pradžią, kai dauguma jaunuolių jau yra seksualiai aktyvūs, tačiau tuo pat metu nemažai jų dar būdingas paaugliškas elgesio chaotiškumas ir neatsakingumas.

12 pav. iliustruojamas bent kartą gyvenime rizikinga seksualine elgsena užsiiminėjusių studentų procentas. Paaiškėjo, kad rizikingos seksualinės elgsenos patirtį turi kur kas didesnis procentas vyrų. Daugiau nei pusė (57,6 %) vyrų nurodė bent kartą gyvenime turėję atsitiktinius lytinius santykius, o tokių moterų buvo mažiau nei penktadalis (19,3 %). Daugiau nei trečdalis tyrime dalyvavusių vyrų (36,9 %) ir 15,1 % moterų turi atsitiktinių lytinių santykių nesinaudojant apsaugos priemonėmis patirtį. Beveik du trečdaliai vyrų (65,2%) ir daugiau nei trečdalis moterų (35,1 %) yra užsiiminėję seksu apsvaigę nuo alkoholio arba narkotinių medžiagų. Lytinių santykių su daugiau nei vienu partneriu patirtį turi kas septintas vyras (14,6 %) ir

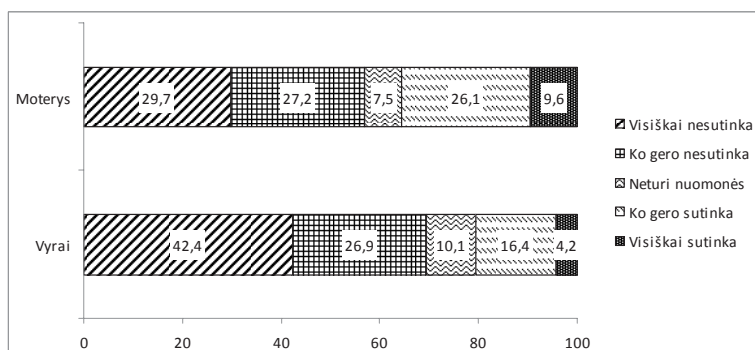


13 pav. Dažnai ir nuolat simptomus patiriančių studentų procentas (\*p < 0,05)

2,8 % moterų. Kas dvidešimtas vyras (5,3 %) pripažino, kad nors kartą gyvenime už seksą yra atsilyginęs materialiai. 2,1 % vyrų ir 0,2 % moterų teigė, kad už seksą yra gavę materialinį atlygį. Lytiniu keliu plintančia liga buvo užsikrėtę 1,4 % vyrų ir 0,8 % moterų. Įtarimas, kad gali būti užsikrėtę lytiniu keliu plintančia liga, buvo kilęs 3,4 % vyrų ir 1,4 % moterų. Tai, kad rizikingos seksualinės elgsenos patirtis kur kas labiau paplitusi tarp vyrų, atskleidžia ir Legkausko bei Jakovlevaitės (2005) atliktas tyrimas.

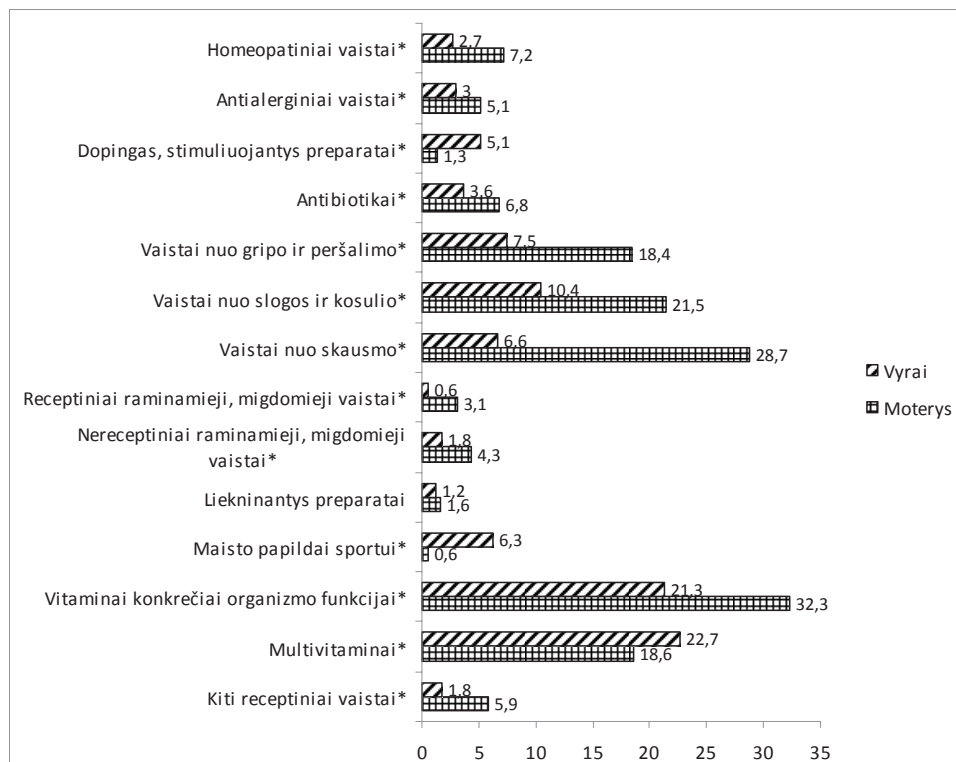
Nors **patiriami simptomai** ir nėra laikomi tiesioginiu sveikos gyvensenos komponentu, juos analizuoti tikslinga, kadangi jie glaudžiai siejasi su gyvenimu, sveikatos sutrikimais, subjektyviu savo sveikatos vertinimu, farmacijos preparatų vartojimu (Jylhä ir kt., 1986; Cott ir kt., 1999; Winter ir kt., 2007). 13 pav. iliustruoja tiriamųjų, klausimyne pažymėjusių, kad nurodytus simptomus patiria „dažnai“ ir „nuolat“, procentą. Akivaizdu, kad simptomus bei negalavimus dažnai ir nuolat patiria didesnis moterų procentas. Statistiškai reikšmingai nesiskiria tik padidėjusio skrandžio rūgštingumo, padidėjusio kraujospūdžio ir padidėjusio prakaitavimo paplitimas vyrų ir moterų grupėse. Triskart didesnis moterų procentas nurodė dažnai ir nuolat patiriančios staigų nuotaikų svyravimą (8 % vyrų ir 24,4 % moterų), slopinimą, mieguistumą, apatiją (atitinkamai 7,5 % ir 20 %), galvos skausmą (11,6 % ir 29,5 %), galvos svaigimą (4,8 % ir 13,8 %). Dvigubai daugiau moterų patiria apetito sutrikimus (9 % ir 20,9 %), virškinimo sistemos sutrikimus (9 % ir 16,4 %), sąnarių skausmą ir galūnių „tirpimą“ (6,6 % ir 13,4 %), skausmus širdies plote (4,8 % ir 8,5 %), dusulį (2,4 % ir 4,6 %). Lyginant su vyrais, keliskart daugiau moterų dažnai ir nuolat skundžiasi padidėjusiu dirglumu, nerimu bei panikos priepuoliais. Penktadaliui moterų ir 14,6 % vyrų dažnai pasireiškia dėmesio sukaupimo ir išlaikymo problemos. Beveik ketvirtadalis moterų (23,8 %) ir 17 % vyrų nurodė patiriantys nugaros skausmus.

Apibendrinant patiriamų simptomų dažnį lyties aspektu, pastebėtina, kad labiausiai skiriasi su emocijomis bei psichine sveikata susijusių vyrų ir moterų patiriamų simptomų dažnis. Moterų grupėje keliskart dažniau reiškiasi dirglumas, nuotaikų kaita, nerimas, apatija, dėmesio išlaikymo sunkumai. Šią prielaidą iš dalies patvirtina ir studentų patiriamo streso analizė (žr. 14 pav.).



14 pav. Tiriamųjų pritarimo teiginiui „Stresas – nuolatinis mano gyvenimo palydovas“ procentinis pasiskirstymas

**Patiriamas stresas** svarbus kaip veiksnys, darantis reikšmingą įtaką sveikatai ir kitiems gyvenenos komponentams. Įvairių amžiaus grupių tyrimai įrodė glaudžią tiesioginę tarpusavio priklausomybę tarp patiriamo streso ir psichiką veikiančių medžiagų vartojimo (House ir kt., 1986; Steptoe ir kt., 1998), mažo fizinio aktyvumo (Kivela, Pakkala; 1991; Ng, Jeffery, 2003), nesveikos mitybos (Ng, Jeffery, 2003; Steptoe ir kt., 1998). Teiginiui „Stresas – nuolatinis mano gyvenimo palydovas“ visiškai arba iš dalies pritarė daugiau nei trečdalis tyrime dalyvavusių moterų ir penktadalis vyrų. Tendencija, kad stresą ir emocinius sunkumus dažniau patiria moterys, būdinga ne tik studentams, bet ir kitoms socialinėms grupėms (Kuodytė-Kazieliene ir kt., 2007). Pažymėtina, kad Lietuvos studentų patiriamas stresas, jo paplitimas ir priežastys kol kas tyrinėti labai fragmentiškai ir reikalauja išsamesnės analizės. Damijonaitienė (2000), analizavusi Lietuvos teisės akademijos (dabar – Mykolo Romerio universitetas) studentų gyvenimą, pateikė duomenis, kad studentai vidutiniškai 2,6 karto per savaitę patiria situacijas, sukeliančias jiems daug rūpesčių ir nervinės įtampos.



**15 pav.** Dažnai ir nuolat farmacijos preparatus vartojančių studentų procentas (\* $p < 0,05$ )

**Farmacijos preparatų vartojimas** susijęs su savo sveikatos vertinimu (Mansson ir kt., 2002) bei patiriamais simptomais (Andersson ir kt., 1999; Antonov, Isac-

son, 1998). Minėti autoriai tyrimais įrodė, kad asmenys, prasčiau vertinantys savo sveikatą, yra linkę dažniau vartoti farmacijos preparatus. Svarbu tai, jog, PSO duomenimis, daugiau nei pusė vaistų vartojama neracionaliai: vieni žmonės jų vartoja per daug, kiti tai daro neteisingai, tretį – nepakankamomis dozėmis. Netinkamas vaistų vartojimas gali turėti drastiškų pasekmių. Dozės didinimas kelia perdozavimo arba priklausomybės riziką – tuomet reikia vartoti daugiau vaistų, norint pajusti efektą; o perdozavimas gali sukelti apsinuodijimą, gyvybiškai svarbių organų funkcijos sutrikimą (Balčiūnienė, 2010). 15 pav. iliustruoja studentų, nurodžiusių, kad farmacijos preparatus vartoja „dažnai“ ir „nuolat“, procentą. Paaiškėjo, kad vyrų grupėje yra daugiau vartojančiųjų multivitaminus (22,7 % ir 18,6 %), stimuliuojančius preparatus, dopingą (5,1 % ir 1,3 %) ir maisto papildus sportui (6,3% ir 0,6 %). Manytume, kad šiuos faktus galima sieti su vyrų fiziškai aktyvesniu gyvenimo būdu, kai kuriais atvejais – su sportinių rezultatų siekimu. Įdomu tai, kad reikšmingai nesiskyrė dažnai ir nuolat vartojančių liekninamuosius preparatus vyrų ir moterų nuošimtis (1,2 % ir 1,6 %), tačiau daugiau nei dešimtadalis moterų (10,7 %) nurodė, kad juos vartoja retkarčiais, o tokių vyrų tebuvo 2,7 %. Visų kitų farmacijos preparatų vartojimo nuošimčių moterys lenkia vyrus. Tai galima susieti su didesniu jų rūpinimusi savo sveikatos išsaugojimu. Lyginant su vyrais, keliskart didesnė moterų dalis dažnai ir nuolat vartoja vaistus nuo skausmo (6,6 % ir 28,7 %), vaistus nuo gripo ir peršalimo (7,5 % ir 18,4 %), receptinius (0,6 % ir 3,1 %) ir nereceptinius (1,8 % ir 4,3 %) raminamuosius bei migdomuosius, homeopatinius (2,7 % ir 7,2 %) vaistus. Faktas, kad moterys kelis kartus dažniau vartoja raminamuosius vaistus, logiškai siejasi su išgyvenamą stresą iliustruojančiais šio tyrimo rezultatais (moters jį nurodė patiriančios keliskart dažniau). Beveik trečdalis moterų nurodė dažnai ir nuolat vartojančios vitaminus konkrečiai organizmo funkcijai, o tokių vyrų buvo tik kiek daugiau nei penktadalis (21,3 %). Moterys dukart lenkia vyrus vaistų nuo slogos ir kosulio (10,4 % ir 21,5 %) bei antibiotikų (3,6 % ir 6,8 %) vartojimu. Kas dvidešimta tyrime dalyvavusi studentė dažnai arba nuolat vartoja antialerginius preparatus.

## **4.2. EDUKACINIŲ IR SOCIALINIŲ APLINKŲ POVEIKIO STUDENTŲ SVEIKAI GYVENSENAI DIAGNOSTIKA**

### **4.2.1. Vaikystės namų aplinka ir sveikatos ugdymas(is) šeimoje kaip studentų sveikos gyvensenos veiksnys**

Ryšys tarp ugdymo vaikystės šeimoje ir sveikos gyvensenos studijuojant aukštojoje mokykloje gana nemažai tyrinėtas ir atskleistas užsienio mokslininkų (Rohner, Britner, 2002; White ir kt., 2000; Schwartz ir kt., 2009; Arnett, 2005). Minėti tyrimai atskleidžia socialinio išmokimo bei tėvų-vaikų santykių reikšmę vėlesnei jauno suaugusiojo gyvensenai.



Siekiant įvertinti tiriamų konstrukčių sąsajas su vaikystės namų aplinka ir sveikatos ugdymu šeimoje, buvo atlikta koreliacinė priklausomų ir nepriklausomų kintamųjų analizė (žr. 10 lentelę). Koreliacinė analizė atskleidė tarpusavio ryšį ir tarp nepriklausomų kintamųjų: pozityvus namų klimatas susijęs su sveikatos ugdymu šeimoje ( $r = 0,52$ ) bei fiziškai aktyvia tėvų veikla kartu su savo vaikais ( $r = 0,29$ ).

10 lentelė

**Vaikystės namų aplinkos ir sveikatos ugdymo šeimoje sąsajos su priklausomais kintamaisiais (koreliacijos koeficientai)**

Priklausomi kintamieji	Pozityvus socialinis namų klimatas	Sveikatos ugdymas šeimoje	Fizinis aktyvumas kartu su tėvais
Fizinio aktyvumo poreikis	0,11**	0,15**	0,13**
Sveika mityba	0,18**	0,19**	0,10**
Profilaktika	0,20**	0,22**	0,18**
Higienos įpročiai	0,17**	0,15**	0,11**
Žinios apie sveikatą	0,03	0,01	-0,03
Farmacijos preparatų vartojimas	0,04	0,08*	0,15**
Negatyvus savo sveikatos vertinimas	-0,13**	-0,02	-0,11**
Patiriami simptomai	-0,12**	-0,10**	-0,06
Nepasitenkinimas kūno išvaizda	-0,07*	-0,05	-0,05
Pozityvus savo fizinio pajėgumo vertinimas	0,13**	0,15**	0,15**
Narkotinių medžiagų vartojimas	-0,02	-0,02	-0,02
Alkoholio vartojimas	0,01	0,03	-0,08
Rūkymas	-0,03	0,02	0,06
Rizikinga seksualinė elgsena	-0,08*	-0,06	0,04

\*\*0,01; \* 0,05.

Nors įprastai koreliacinė analizė neatskleidžia priežastinių tiriamų reiškinių ryšių, šiuo atveju dėl kintamųjų chronologijos galima manyti, kad tarp sveikatos ugdymo šeimoje ir dabartinės tiriamųjų gyvensenos egzistuoja priežastinis ryšys. Kaip matyti 10 lentelėje, pozityvus vaikystės namų klimatas statistiškai patikimai koreliuoja su profilaktika ( $r = 0,20$ ), sveika mityba ( $r = 0,18$ ), higienos įpročiais ( $r = 0,17$ ), fizinio aktyvumo poreikiu ( $r = 0,11$ ). Užfiksuotas atvirkštinis ryšys su neigiamu savo sveikatos vertinimu ( $r = -0,13$ ) ir patiriamais simptomais ( $r = -0,12$ ). Sveikatos ugdymo šeimoje dimensija siejasi su studentų profilaktikos įpročiais ( $r = 0,22$ ),

sveika mityba ( $r = 0,19$ ), fizinio aktyvumo poreikiu ( $r = 0,15$ ), pozityviu savo fizinio pajėgumo vertinimu ( $r = 0,15$ ) ir higienos įpročiais ( $r = 0,15$ ), atvirkštiniu ryšiu – su patiriamais simptomais ( $r = -0,10$ ). Fiziškai aktyvi tėvų veikla kartu su vaikais siejasi su jų profilaktikos įpročiais ( $r = 0,18$ ), farmacijos preparatų vartojimu ( $r = 0,15$ ), pozityviu savo fizinio pajėgumo vertinimu ( $r = 0,13$ ), fizinio aktyvumo poreikiu ( $r = 0,13$ ), higienos įpročiais ( $r = 0,11$ ), sveika mityba ( $r = 0,10$ ), atvirkštiniu ryšiu – su negatyviu savo sveikatos vertinimu ( $r = -0,11$ ) jiems tapus studentais. Pastebėtina, kad minėti nepriklausomi kintamieji neturi statistiškai reikšmingo ryšio su studentų rūkymu, alkoholio ir narkotinių medžiagų vartojimu, sveikatos žiniomis.

Atsižvelgiant į tyrimus, atskleidžiančius socioekonominių šeimos veiksnių įtaką įvairiems vaikų ir paauglių sveikos gyvensenos komponentams (Zaborskis ir kt., 1996; Zaborskis, Makari, 2000; Kalėdienė ir kt., 1999), hipotetizuota, kad vaikystės šeimos socioekonominiai faktoriai gali būti reikšmingi ir vėliau – studijuojant aukštojoje mokykloje. Analizuojant kintamųjų priklausomybę nuo vaikystės šeimos socialinio sluoksnio, buvo naudotasi dispersinės analizės metodu ANOVA (*Analysis of Variance*). Socialinio sluoksnio faktoriaus įtaka priklausomiems kintamiesiems laikyta reikšminga, kai  $p < 0,05$ . F kriterijaus įvertis rodo veiksnio įtakos stiprumą priklausomam kintamajam. Analizė atskleidė (žr. 11 lentelę), kad nuo socialinio vaikystės šeimos sluoksnio reikšmingai priklauso tiriamųjų profilaktikos ( $F = 5,759$ ) ir higienos ( $F = 3,537$ ) įpročiai, rizikinga seksualinė elgsena ( $F = 4,397$ ), negatyvus savo sveikatos ( $F = 3,111$ ) ir kūno išvaizdos ( $F = 2,239$ ) vertinimas.

11 lentelė

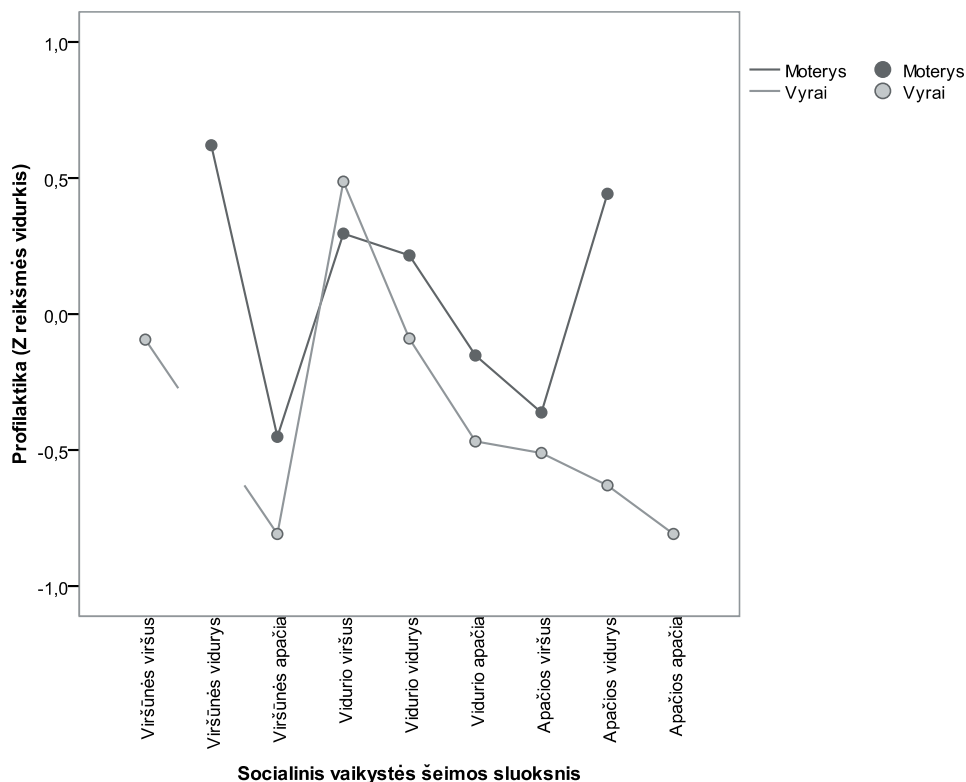
### Socialinio vaikystės šeimos sluoksnio reikšmė priklausomiems kintamiesiems

Priklausomi kintamieji		Kvadratų suma	df	Vidurkio kvadratas	F	Reikšmingumo lygmuo
Profilaktika	Tarp grupių	86,507	8	10,81	5,759	0,00
	Grupės viduje	1701,213	906	1,88		
	Iš viso	1787,720	914			
Sveika mityba	Tarp grupių	24,393	8	3,049	1,066	0,39
	Grupės viduje	2591,537	906	2,860		
	Iš viso	2615,930	914			
Higienos įpročiai	Tarp grupių	4,305	8	0,538	3,537	0,00
	Grupės viduje	137,841	906	0,152		
	Iš viso	142,146	914			
Fizinio aktyvumo poreikis	Tarp grupių	28,390	8	3,549	0,999	0,44
	Grupės viduje	3219,953	906	3,554		
	Iš viso	3248,343	914			
Patiriamas stresas	Tarp grupių	2,352	8	0,294	1,399	0,19
	Grupės viduje	190,396	906	0,210		
	Iš viso	192,748	914			
Rūkymas	Tarp grupių	4,903	8	0,613	2,638	0,01
	Grupės viduje	210,502	906	0,232		
	Iš viso	215,405	914			

11 lentelės tęsinys

Priklausomi kintamieji		Kvadratų suma	df	Vidurkio kvadratas	F	Reikšmingumo lygmuo
Farmacijos preparatų vartojimas	Tarp grupių	23,759	8	2,970	1,262	0,26
	Grupės viduje	2131,417	906	2,353		
	Iš viso	2155,176	914			
Narkotikų vartojimas	Tarp grupių	0,525	8	0,066	0,612	0,77
	Grupės viduje	97,169	906	0,107		
	Iš viso	97,694	914			
Rizikinga seksualinė elgsena	Tarp grupių	11,812	8	1,477	4,397	0,00
	Grupės viduje	304,210	906	0,336		
	Iš viso	316,022	914			
Alkoholio vartojimas	Tarp grupių	10,388	8	1,298	1,059	0,39
	Grupės viduje	1110,373	906	1,226		
	Iš viso	1120,761	914			
Negatyvus savo sveikatos vertinimas	Tarp grupių	44,230	8	5,529	3,111	0,00
	Grupės viduje	1610,146	906	1,777		
	Iš viso	1654,376	914			
Pozityvus savo fizinio pajėgumo vertinimas	Tarp grupių	55,824	8	6,978	1,741	0,09
	Grupės viduje	3630,792	906	4,007		
	Iš viso	3686,616	914			
Nepasitenkinimas kūno išvaizda	Tarp grupių	74,118	8	9,265	2,239	0,02
	Grupės viduje	3748,566	906	4,137		
	Iš viso	3822,684	914			
Patiriami simptomai	Tarp grupių	108,799	8	13,600	1,896	0,06
	Grupės viduje	6499,831	906	7,174		
	Iš viso	6608,630	914			

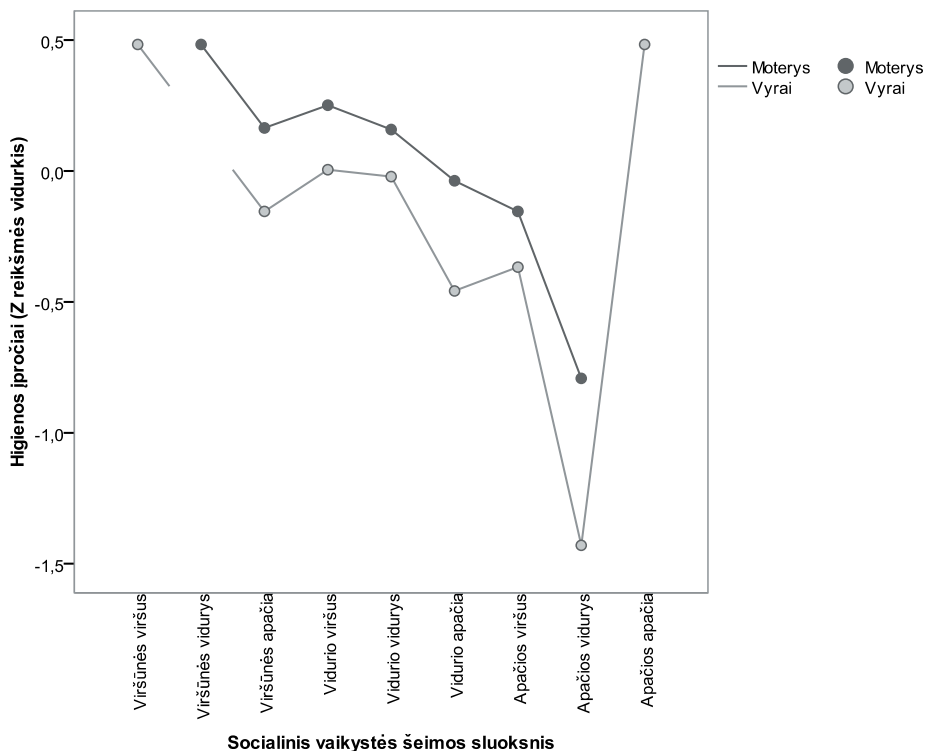
Manytume, kad vaikystės šeimos socialinio sluoksnio reikšmingai veikiamus kintamuosius tikslinga panagrinėti atskirai. Kintamojo vertei apibrėžti buvo naudota Z reikšmė (Z įvertis arba standartinis įvertis). Tai bedimensinis statistinis dydis, rodantis, kiek standartinių nuokrypių reikšmė turi nuo vidutinės reikšmės (vidurkio). Jis gaunamas atimant populiacijos vidutinę reikšmę iš atskiros reikšmės ir skirtumą dalijant iš populiacijos standartinio nuokrypio. Šis procesas vadinamas *standartizavimu* (normalizavimu).



**16 pav.** Studentų profilaktikos įpročiai priklausomai nuo socialinio vaikystės šeimos sluoksnio

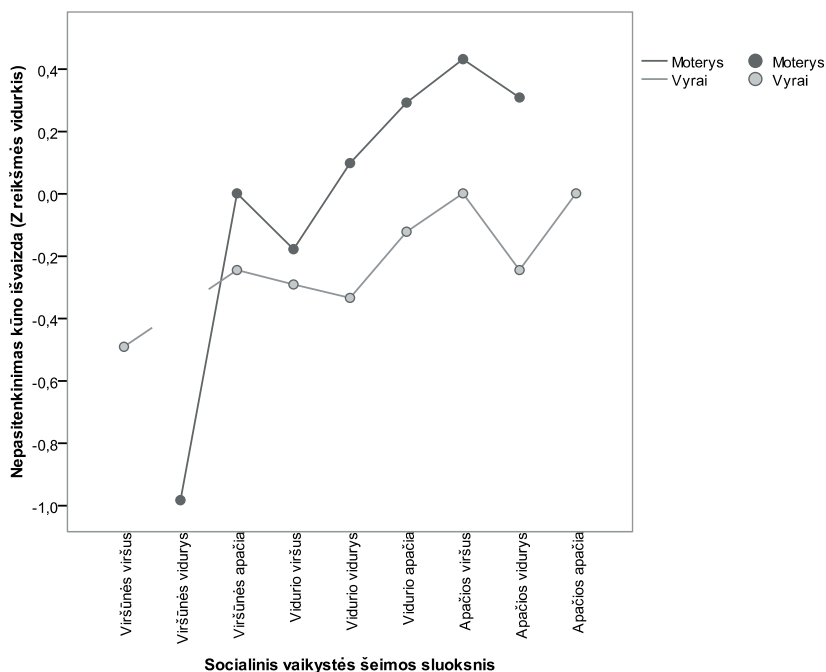
16 pav. matyti dėsningas esamų profilaktikos įpročių Z įverčio vidurkio reikšmės mažėjimas priklausomai nuo žemėjančio vaikystės šeimos socialinio sluoksnio. Labiausiai profilaktikos įpročiai paplitę tarp vidurinės klasės aukštesniojo sluoksnio atstovų. Moterims būdingas didesnis rūpinimasis savo sveikatos išsaugojimu. Aukščiausiems ir žemiausiems socialiniams sluoksniams savo vaikystės šeimą priskyusių tiriamųjų Z įverčio vidurkio išskirtines reikšmes lemia mažas šių tiriamųjų skaičius imtyje (ši faktą galima paaiškinti normaliuoju variantų pasiskirstymo dėsnium, nes dauguma tiriamųjų savo vaikystės šeimą priskyrė viduriniams visuomenės sluoksniams).

Panašios tendencijos atsiskleidžia analizuojant higienos įpročius. 17 pav. matyti, kad studentai, kilę iš aukštesnių socialinių sluoksnių, pasižymi didesne higienos įpročių raiška. Išryškėja lytiškumo faktorius – moterys labiau rūpinasi asmens higiena nei vyrai.



17 pav. Studentų higienos įpročiai priklausomai nuo socialinio vaikystės šeimos sluoksnio

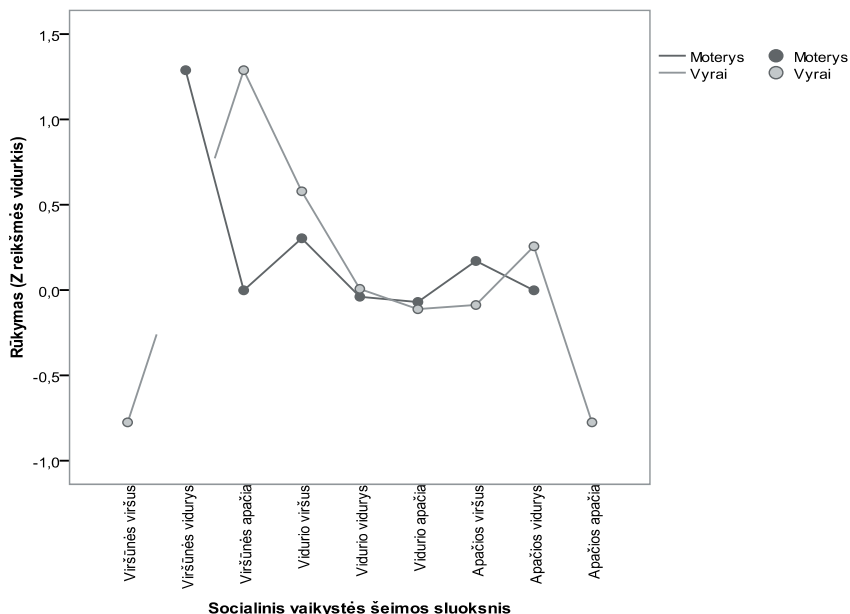
Nepasitenkinimas savo kūno išvaizda yra subjektyvus rodiklis, siejamas su sveikatai žalingu elgesiu – organizmą alinančiomis dietomis, mitybos sutrikimais, liekninamųjų arba raumenų masę didinančių farmacijos preparatų vartojimu (Mintz, Betz, 1988; Stice, 2002; Jankauskienė ir kt., 2007). Atskleistas ir ryšys su psichosocialiniais rodikliais – savęs vertinimu, pasitikėjimu savimi, patiriamu nerimu bei psichine sveikata (Patrick ir kt., 2004, Grossbard ir kt., 2009). Paaiškėjo, kad iš žemesnių visuomenės sluoksnių kilusiems studentams būdingas didesnis nepasitenkinimas kūnu (18 pav.). Negatyviausiu savo kūno išvaizdos vertinimu pasižymi iš apatinio sluoksnio viršutinės dalies kilusios moterys. Z reikšmės vidurkių skirtumai parodė, jog šioje dimensijoje ženkliai reiškiasi lyties aspektas – vyrai savo išvaizdą yra linkę vertinti gerokai palankiau, negu moterys. Kad moterims kur kas labiau būdingas nepasitenkinimas kūno išvaizda, rodo ir užsienio autorių tyrimai (Falon, Rozin, 1985; Tiggemann, 1992). Be to, šie mūsų tyrimo radiniai siejasi su McLaren ir Kuh (2004) atliktos studijos, įrodančios socialinio sluoksnio priklausomybę moterų pasitenkinimui savo kūnu, duomenimis.



**18 pav.** Studentų nepasitenkinimas kūno išvaizda priklausomai nuo socialinio vaikystės šeimos sluoksnio

19 pav. matosi, kad iš vidurinių visuomenės sluoksnių kilę studentai rūko mažiau už kilusius iš aukštesniųjų arba žemesniųjų sluoksnių. Beveik visų sluoksnių atstovų tarpe rūkymas labiau paplitęs tarp vyrų. Siekiant geriau suvokti rūkymo priklausomybę nuo vaikystės namų aplinkos ir tėvų įpročių, atlikta dispersinė ANOVA analizė. Rezultatai parodė (žr. 12 lentelę), kad motinos rūkymas gyvenant su vaikais statistiškai reikšmingai ( $p = 0,04$ ) veikia ( $F = 4,205$ ) jų rūkymo įpročius studijuojant aukštojoje mokykloje. Tuo tarpu tėvo rūkymas yra mažiau reikšmingas veiksnys ( $F = 2,614$ ,  $p = 0,11$ ).

SVEIKA GYVENSENA LIETUVOS STUDENTŲ POPULIACIJOJE:  
EDUKACINIS DIAGNOSTINIS ASPEKTAS



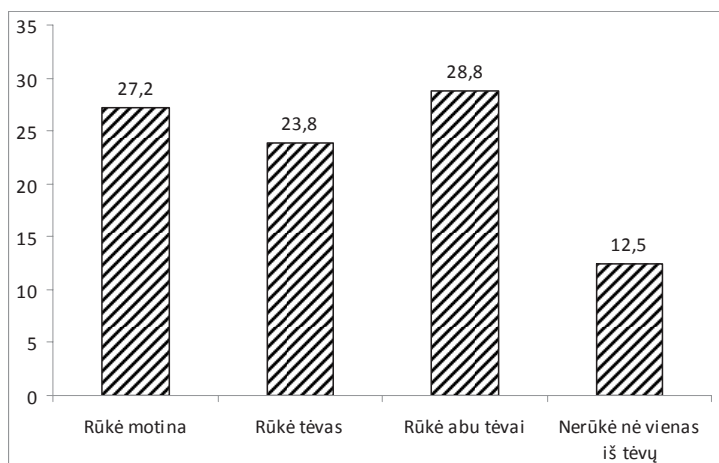
19 pav. Studentų rūkyimas priklausomai nuo socialinio vaikystės šeimos sluoksnio

12 lentelė

Studentų rūkyimo priklausomybė nuo tėvų rūkyimo įpročių jiems gyvenant kartu

		Kvadratų suma	df	Vidurkio kvadratas	F	Reikšmingumo lygmuo
Gyvenant kartu motina rūkė	Tarp grupių	0,606	1	0,606	4,205	0,04
	Grupės viduje	128,915	895	0,144		
	Iš viso	129,521	896			
Gyvenant kartu tėvas rūkė	Tarp grupių	0,643	1	0,643	2,614	0,11
	Grupės viduje	220,173	895	0,246		
	Iš viso	220,816	896			

Tėvų rūkyimo įtaka vaikų rūkyimo įpročiams jiems tapus aukštosios mokyklos studentais iliustruojama 20 pav. Matyti, kad kasdien arba beveik kasdien tabaką rūko 28,8 % studentų, užaugusių šeimose, kuriose abu tėvai rūkė. 27,2 % rūkančiųjų studentų nurodė, kad jų vaikystės šeimoje rūkė motina, 23,8 % – kad rūkė tėvas. Tuo tarpu nerūkančių tėvų šeimose užaugę studentai rūko dvigubai rečiau.



**20 pav.** Kasdien arba beveik kasdien tabaką rūkančių studentų tėvų rūkymo įpročiai jiems gyvenant kartu (%)

13 lentelė

**Studentų alkoholio vartojimo priklausomybė nuo tėvų alkoholio vartojimo įpročių jiems gyvenant kartu**

		Kvadratų suma	df	Vidurkio kvadratas	F	Reikšmingumo lygmuo
Motinos alkoholio vartojimo įpročiai	Tarp grupių	1,648	3	0,549	3,719	0,01
	Grupės viduje	132,352	896	0,148		
	Iš viso	134,000	899			
Tėvo alkoholio vartojimo įpročiai	Tarp grupių	2,114	3	0,705	1,345	0,26
	Grupės viduje	469,415	896	0,524		
	Iš viso	471,529	899			

Įdomu tai, kad panašios sąsajos atsiskleidžia ir analizuojant alkoholio vartojimo paplitimą. 13 lentelėje matyti, kad svarbus veiksnys studentų alkoholio vartojimui yra motinos alkoholio vartojimo įpročiai jų vaikystės šeimoje ( $F = 3,719$ ). Tėvo alkoholio vartojimo įpročiai nėra toks svarbus veiksnys ( $F = 1,345$ ,  $p = 0,26$ ).



**Studentų dabartinės sveikos mitybos priklausomybė nuo motinos mitybos  
įpročių jiems gyvenant kartu**

		Kvadratų suma	df	Vidurkio kvadratas	F	Reikšmin- gumo lyg- muo
Motina neteikė didelės reikšmės maistui ir jo kiekiui	Tarp grupių	3,911	7	0,559	2,270	0,03
	Grupės viduje	233,331	948	0,246		
	Iš viso	237,242	955			
Motina stengdavosi valgyti sveiką maistą	Tarp grupių	8,532	7	1,219	5,257	0,00
	Grupės viduje	219,798	948	0,232		
	Iš viso	228,329	955			
Motina kartais sąmoningai ribodavo maisto kiekį	Tarp grupių	1,202	7	0,172	1,124	0,35
	Grupės viduje	144,907	948	0,153		
	Iš viso	146,109	955			
Motina dažnai laikydavosi dietų	Tarp grupių	0,167	7	0,024	0,694	0,68
	Grupės viduje	32,624	948	0,034		
	Iš viso	32,791	955			

Dispersinė ANOVA analizė atskleidė, kad studentų sveikos mitybos įgūdžių formavimuisi pakankamai reikšmingi abiejų tėvų mitybos įpročiai (žr. 14 ir 15 lenteles), tačiau motinos sveikos mitybos reikšmė yra didesnė ( $F = 5,257$ ), lyginant su tėvo ( $F = 3,847$ ).

**Studentų dabartinės sveikos mitybos priklausomybė nuo tėvo mitybos  
įpročių jiems gyvenant kartu**

		Kvadra- tų suma	df	Vidurkio kvadra- tas	F	Reikšmingu- mo lygmuo
Tėvas neteikė didelės reikšmės maistui ir jo kiekiui	Tarp grupių	4,446	7	0,635	3,668	0,00
	Grupės viduje	155,155	896	0,173		
	Iš viso	159,601	903			
Tėvas stengdavosi valgyti sveiką maistą	Tarp grupių	4,528	7	0,647	3,847	0,00
	Grupės viduje	150,666	896	0,168		
	Iš viso	155,194	903			
Tėvas kartais sąmoningai ribodavo maisto kiekį	Tarp grupių	0,144	7	0,021	0,620	0,74
	Grupės viduje	29,793	896	0,033		
	Iš viso	29,937	903			
Tėvas dažnai laikydavosi dietų	Tarp grupių	0,005	7	0,001	0,585	0,77
	Grupės viduje	0,994	896	0,001		
	Iš viso	0,999	903			

Yra studijų, leidžiančių manyti, jog linkusios į dietas ir rizikingus mitybos įpročius moterys perduoda šiuos polinkius savo dukroms (Keel ir kt., 2007; Coulthard ir kt., 2004). Dispersinė mūsų tyrimo duomenų analizė patvirtino šią prielaidą (16 lentelė). Dažnas motinos dietų laikymasis yra reikšmingas faktorius dukters polinkiui į dietas jai tapus studente ( $F = 4,492$ ).

16 lentelė

**Studentų polinkio į dietų laikymąsi priklausomybė nuo motinos dietos laikymosi joms gyvenant kartu**

		Kvadratų suma	df	Vidurkio kvadra- tas	F	Reikšmin- gumo lyg- muo
Motina stengdavo- si valgyti sveiką maistą	Tarp grupių	1,703	5	0,341	1,460	0,20
	Grupės viduje	143,230	614	0,233		
	Iš viso	144,934	619			
Motina neteikė dide- lės reikšmės mais- tui ir jo kiekiui	Tarp grupių	0,850	5	0,170	0,678	0,64
	Grupės viduje	153,954	614	0,251		
	Iš viso	154,805	619			
Motina kartais są- moningai ribodavo maisto kiekį	Tarp grupių	1,169	5	0,234	1,512	0,18
	Grupės viduje	94,990	614	0,155		
	Iš viso	96,160	619			
Motina dažnai laiky- davosi dietų	Tarp grupių	0,716	5	0,143	4,492	0,00
	Grupės viduje	19,573	614	0,032		
	Iš viso	20,289	619			
Motina turėjo rimtų mitybos sutrikimų	Tarp grupių	0,016	5	0,003	0,485	0,79
	Grupės viduje	3,959	614	0,006		
	Iš viso	3,974	619			

Įdomu tai, kad tarp tėvų fizinio aktyvumo ir dabartinio studentų poreikio būti fiziškai aktyviems statistiškai patikimas ryšys neatsiskleidė. Tačiau labai svarbu pastebėti, kad reikšmingas faktorius fizinio aktyvumo poreikio atsiradimui yra tėvų fiziškai aktyvi veikla, kuria jie užsiimdavo kartu su savo vaikais (žr. 17 lentelę).

**Studentų fizinio aktyvumo poreikio priklausomybė nuo fiziškai  
aktyvios veiklos vaikystėje kartu su tėvais**

		Kvadratų suma	df	Vidurkio kvadra- tas	F	Reikšmin- gumo lygmuo
Turistiniai žygiai pėsčiomis, dviračiais, slidėmis, vandens transporto priemonėmis ir t. t.	Tarp grupių	10,193	8	1,274	2,714	0,01
	Grupės viduje	441,790	941	0,469		
	Iš viso	451,983	949			
Išvykos į gamtą grybauti, uogauti, žuvauti	Tarp grupių	6,288	8	0,786	1,531	0,14
	Grupės viduje	487,608	950	0,513		
	Iš viso	493,896	958			
Sportiniai, judrieji žaidimai	Tarp grupių	13,775	8	1,722	2,815	0,00
	Grupės viduje	575,593	941	0,612		
	Iš viso	589,368	949			
Maudynės atviraime vandens telkinyje ar baseine	Tarp grupių	1,627	8	0,203	0,398	0,92
	Grupės viduje	484,528	949	0,511		
	Iš viso	486,156	957			
Dalyvavimas sveikatingumo ar sporto renginiuose, varžybose	Tarp grupių	14,784	8	1,848	3,916	0,00
	Grupės viduje	445,010	943	0,472		
	Iš viso	459,794	951			
Sporto renginių, varžybų stebėjimas	Tarp grupių	7,376	8	0,922	1,517	0,15
	Grupės viduje	575,109	946	0,608		
	Iš viso	582,486	954			
„Ekstremalus“ fizinis aktyvumas – dažasvydis, alpinizmas, nardymas, parašiutizmas	Tarp grupių	1,365	8	0,171	0,746	0,65
	Grupės viduje	215,800	944	0,229		
	Iš viso	217,165	952			

Fizinio aktyvumo poreikiui reikšmingas dalyvavimas sveikatingumo ar sporto renginiuose kartu su tėvais ( $F = 3,916$ ), sportiniai ir judrieji žaidimai ( $F = 2,815$ ), turistiniai žygiai ( $F = 2,714$ ). Neatsiskleidė statistiškai reikšmingas išvykų į gamtą, maudynių, ekstremalaus fizinio aktyvumo ir pasyvaus sporto renginių ar varžybų stebėjimo faktorių poveikis.

Apibendrinant empirinio tyrimo duomenis, reikia konstatuoti, kad vaikystės šeima, tėvų ir vaikų santykiai ir socioekonominiai rodikliai yra svarbūs faktoriai, lemiantys tolesnę žmogaus gyvenseną. Tyrimas atskleidė tėvų (ypač – motinos) asmeninio pavyzdžio svarbą formuojantis jauno žmogaus sveikos gyvensenos įgūdžiams.

#### 4.2.2. Ugdymo(si) bendrojo lavinimo mokykloje sąsajos su sveika gyvensena studijuojant aukštojoje mokykloje

Siekiant nustatyti ugdymo(si) mokykloje sąsajas su priklausomais kintamaisiais, buvo atlikta koreliacinė analizė (žr. 18 lentelę). Jos rezultatai atskleidė, kad pozityvus emocinis mokyklos klimatas statistiškai patikimai siejasi su dabartiniu studentų pozityviu savo fizinio pajėgumo vertinimu ( $r = 0,23$ ), profilaktika ( $r = 0,19$ ), fizinio aktyvumo poreikiu ( $r = 0,17$ ), higienos įpročiais ( $r = 0,16$ ), alkoholio vartojimu ( $r = 0,11$ ), sveika mityba ( $r = 0,09$ ). Nustatytas atvirkštinis ryšys tarp pozityvaus socialinio mokyklos klimato ir negatyvaus savo sveikatos vertinimo ( $r = -0,18$ ), nepasitenkinimo kūno išvaizda ( $r = -0,17$ ), patiriamų simptomų ( $r = -0,12$ ). Mokykloje turėta kokybiška fizinė kūno kultūros pamokų aplinka ir mokymo priemonės siejasi su pozityviu savo fizinio pajėgumo vertinimu ( $r = 0,17$ ), profilaktikos įpročiais ( $r = 0,15$ ), fizinio aktyvumo poreikiu ( $r = 0,13$ ), higiena ( $r = 0,12$ ), sveika mityba ( $r = 0,11$ ) studijuojant. Pastebėtas atvirkštinis ryšys tarp kūno kultūros pamokų aplinkos ir studentų patiriamų simptomų ( $r = -0,13$ ) bei negatyvaus savo sveikatos vertinimo ( $r = -0,12$ ). Tiriamųjų subjektyviai vertinta kūno kultūros mokytojo kompetencija patikimai koreliuoja su fizinio aktyvumo poreikiu ( $r = 0,20$ ), pozityviu savo fizinio pajėgumo vertinimu ( $r = 0,20$ ), profilaktikos įpročiais ( $r = 0,18$ ), sveika mityba ( $r = 0,15$ ). Atvirkštinė koreliacija užfiksuota tarp kūno kultūros mokytojo kompetencijos ir studentų patiriamų simptomų ( $r = -0,15$ ), sveikatos žinių ( $r = -0,11$ ), negatyvaus savo sveikatos vertinimo ( $r = -0,10$ ), rizikingos seksualinės elgsenos ( $r = -0,07$ ). Atskirai analizuojant atvirkštinį kūno kultūros mokytojo kompetencijos ir jo mokinių turimų sveikatos žinių ryšį, keltina prielaida, kad studentai kompetentingais linkę laikyti mokytojus, savo pamokose mažiau dėmesio skiriančius teorinių sveikatos žinių perteikimui ir besiorientavusius į praktinę veiklą.

Kūno kultūros pamokose patirti negatyvūs išgyvenimai siejasi su studijų aukštojoje mokykloje metu patiriamais simptomais ( $r = 0,30$ ), nepasitenkinimu kūno išvaizda ( $r = 0,25$ ) ir negatyviu savo sveikatos vertinimu ( $r = 0,25$ ). Negatyvias patirtis kūno kultūros pamokose išgyvenę studentai yra linkę prasčiau vertinti savo fizinį pajėgumą ( $r = -0,29$ ), pasižymi mažesniu fizinio aktyvumo poreikiu ( $r = -0,18$ ) ir higienos įpročiais ( $r = -0,08$ ). Kūno kultūros pamokų prasingumo ir teikiamos naudos suvokimas susijęs su fizinio aktyvumo poreikiu ( $r = 0,33$ ), pozityviu savo fizinio pajėgumo vertinimu ( $r = 0,24$ ), profilaktikos ( $r = 0,17$ ) ir sveikos mitybos ( $r = 0,14$ ) įpročiais studijuojant. Atvirkštinės sąsajos pastebėtos tarp kūno kultūros pamokų prasingumo suvokimo ir patiriamų simptomų ( $r = -0,10$ ), negatyvaus savo sveikatos vertinimo ( $r = -0,10$ ).

**Mokyklinės patirties sąsajos su priklausomais kintamaisiais**

Priklausomi kintamieji	Pozityvus socialinis mokyklos klimatas	Fizinė kūno kultūros pamokų aplinka	Kūno kultūros mokytojo kompetencija	Negatyvūs išgyvenimai kūno kultūros pamokose	Kūno kultūros pamokų prasmingumo suvokimas
Fizinio aktyvumo poreikis	0,17**	0,13**	0,20**	-0,18**	0,33**
Sveika mityba	0,09**	0,11**	0,15**	-0,04	0,14**
Profilaktika	0,19**	0,15**	0,18**	-0,07	0,17**
Higienos įpročiai	0,16**	0,12**	0,05	-0,08*	0,08
Žinios apie sveikatą	0,06	-0,03	-0,11**	0,02	-0,06
Farmacijos preparatų vartojimas	-0,01	0,03	0,01	0,14**	-0,04
Negatyvus savo sveikatos vertinimas	-0,18**	-0,12**	-0,10**	0,25**	-0,10**
Patiriami simptomai	-0,12**	-0,13**	-0,15**	0,30**	-0,10**
Nepasitenkinimas kūno išvaizda	-0,17**	-0,01	-0,03	0,25**	-0,07*
Pozityvus savo fizinio pajėgumo vertinimas	0,23**	0,17**	0,20**	-0,29**	0,24**
Narkotinių medžiagų vartojimas	0,02	0,04	-0,05	0,02	0,02
Alkoholio vartojimas	0,11**	0,01	-0,01	-0,04	-0,01
Rūkymas	0,05	0,04	-0,04	0,05	-0,05
Rizikinga seksualinė elgsena	0,05	-0,04	-0,07*	0,02	-0,03

\*\*0,01; \* 0,05.

Atkreiptinas dėmesys ir į nepriklausomų kintamųjų tarpusavio sąsajas (žr. 19 lentelę). Koreliacinė analizė atskleidė, kad pozityvus socialinis mokyklos klimatas sietinas su fizine kūno kultūros pamokų aplinka ( $r = 0,33$ ), kūno kultūros mokytojo kompetencija ( $r = 0,34$ ) bei kūno kultūros prasmingumo suvokimu ( $r = 0,30$ ). Sąlygiškai stiprų ryšį tarp kūno kultūros mokytojo kompetencijos ir fizinės kūno kultūros aplinkos ( $r = 0,58$ ) galima aiškinti dvejopai. Visų pirma, tikėtina, kad kompetentingas kūno kultūros mokytojas geba pats kurti palankias ugdymui(si) aplinkas arba inicijuoti jų kūrimą. Ir atvirkščiai – turtinga mokyklos sporto bei sveikatingumo bazė sudaro geresnes sąlygas pasireikšti mokytojo gebėjimams patraukliau, įdomiau organizuoti kūno kultūros ugdymo(si) procesą. Gera ugdymosi aplinka susijusi ir su pamokų prasmingumo, teikiamos naudos suvokimu ( $r = 0,50$ ). Tuo tarpu skurdesnė,

nejauki ugdymosi aplinka siejama su patirtais negatyviais išgyvenimais kūno kultūros pamokose ( $r = 0,19$ ). Negatyvūs potyriai pamokose su kūno kultūros mokytojo kompetencija susiję atvirkštiniu ryšiu ( $r = -0,26$ ). Sąlygiškai stiprus ryšys ( $r = 0,67$ ) užfiksuotas tarp mokytojo kompetencijos ir kūno kultūros pamokų prasmingumo suvokimo.

19 lentelė

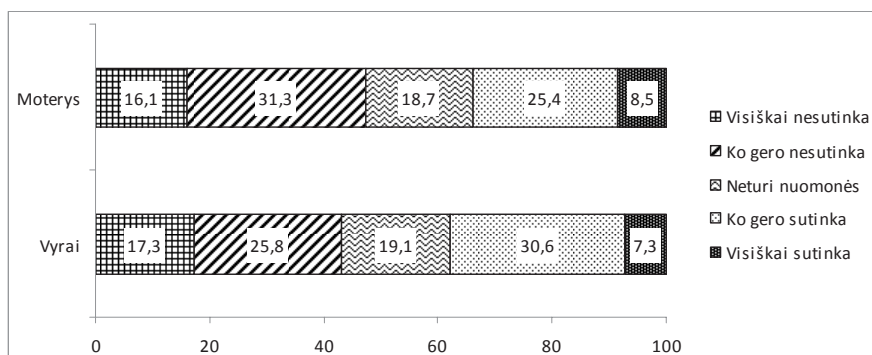
**Mokyklinės patirties kintamųjų tarpusavio sąsajų koreliacinė matrica  
(koreliacijos koeficientai)**

	Pozityvus socialinis mokyklos klimatas	Fizinė kūno kultūros pamokų aplinka	Kūno kultūros mokytojo kompetencija	Negatyvūs išgyvenimai kūno kultūros pamokose	Kūno kultūros pamokų prasmingumo suvokimas
Pozityvus socialinis mokyklos klimatas		0,33**	0,34**	-0,30**	0,30**
Fizinė kūno kultūros pamokų aplinka			0,58**	-0,19**	0,50**
Kūno kultūros mokytojo kompetencija				-0,26**	0,67**
Negatyvūs išgyvenimai kūno kultūros pamokose					-0,36**
Kūno kultūros pamokų prasmingumo suvokimas					

\*\* 0,01.

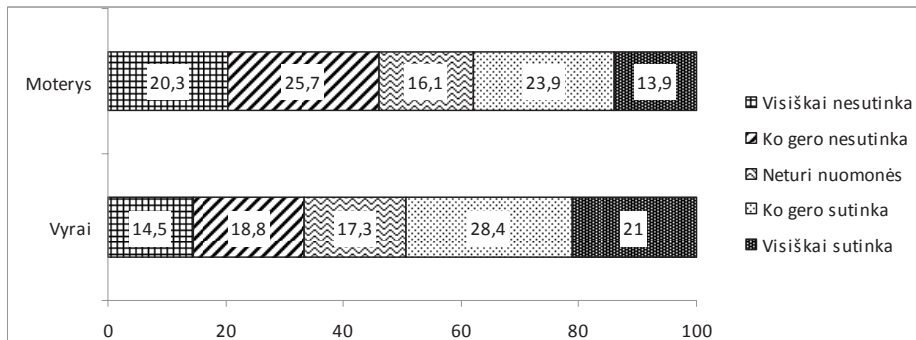
Studentų nuomonė apie bendrojo lavinimo mokyklos įtaką jų sveikos gyvensenos įgūdžių ugdymuisi iliustruojama 21 pav. Klausimyno teiginiui „Mokykla prisidėjo prie mano sveikos gyvensenos įgūdžių ugdymo(si)“ iš dalies arba visiškai pritarė šiek tiek daugiau nei trečdalis respondentų (33,9 % moterų ir 37,9 % vyrų). Šiam teiginiui visiškai arba iš dalies nepritarė beveik pusė tyrime dalyvavusių studentų (47,4 % moterų ir 43,1 % vyrų). Taigi, galima teigti, kad vyrams būdingas šiek tiek pozityvesnis mokyklos poveikio sveikos gyvensenos įgūdžių formavimuisi vertinimas.

SVEIKA GYVENSENA LIETUVOS STUDENTŲ POPULIACIJOJE:  
EDUKACINIS DIAGNOSTINIS ASPEKTAS



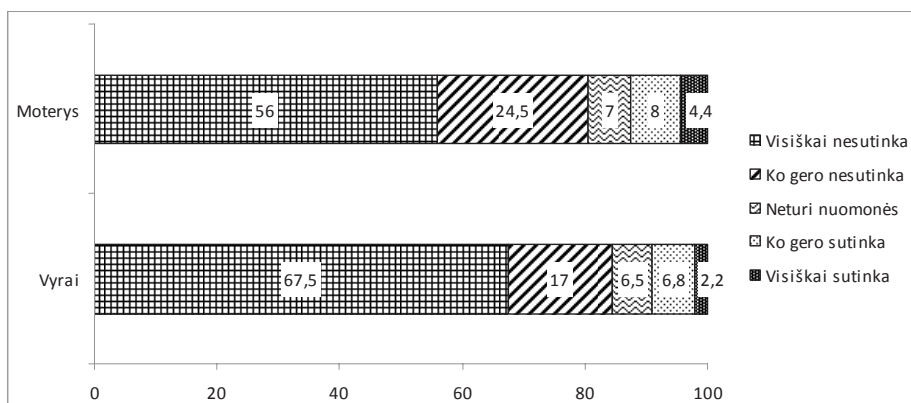
**21 pav.** Pritarimo teiginiui „Mokykla prisidėjo prie mano sveikos gyvensenos įgūdžių ugdymo(si)“ procentinis pasiskirstymas

Gana panašios tendencijos atsiskleidė ir tiriamiesiems vertinant kūno kultūros pamokų įtaką jų fiziniam aktyvumui baigus mokyklą (22 pav.). Beveik pusė vyrų ir kiek daugiau nei trečdalis moterų patvirtino pozityvią kūno kultūros pamokų įtaką jų fizinio aktyvumo įpročiams baigus mokyklą. Tuo tarpu beveik pusė moterų (46 %) ir trečdalis vyrų nemano, kad kūno kultūros pamokos prisidėjo prie jų fizinio aktyvumo įpročių formavimosi. Matosi, kad vyrai palankiau nei moterys vertina kūno kultūros pamokų poveikį jų fiziniam aktyvumui baigus mokyklą.



**22 pav.** Pritarimo teiginiui „Kūno kultūros pamokos paskatino mane būti fiziškai aktyviu po mokyklos baigimo“ procentinis pasiskirstymas

Svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad daliai studentų kūno kultūros pamokos netgi prisidėjo prie neigiamų nuostatų fizinio aktyvumo ir sporto atžvilgiu formavimosi (23 pav.). Klausimyno teiginiui „Kūno kultūros pamokos man suformavo neigiamas nuostatas sporto ir fizinio aktyvumo atžvilgiu“ iš dalies arba visiškai pritarė maždaug dešimtadalis respondentų (12,4 % moterų ir 9 % vyrų).



**23 pav.** Pritarimo teiginiui „Kūno kultūros pamokos man suformavo neigiamas nuostatas sporto ir fizinio aktyvumo atžvilgiu“ procentinis pasiskirstymas

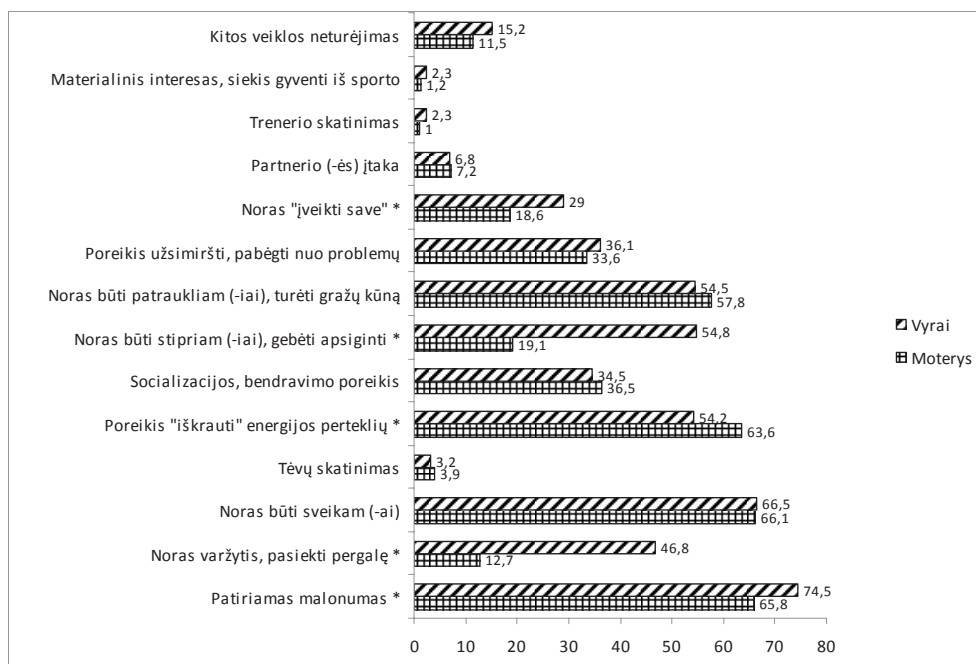
Apibendrinant šiame skyriuje pateikiamus empirinio tyrimo duomenis, derėtų išskirti kūno kultūros mokytojo kompetencijos, kūno kultūros pamokų emocinio klimato, turėtų fizinio ugdymosi aplinkos svarbą įvairiems tiriamųjų sveikos gyvensenos komponentams jiems tapus aukštosios mokyklos studentais. Studentų išreikšta nuomonė apie bendrojo lavinimo mokyklos indėlį jų sveikos gyvensenos ir fizinio aktyvumo įgūdžių formavimuisi verčia stipriai abejoti bendrojo lavinimo sistemos veiksmingumu šioje srityje, ypač kalbant apie merginų grupę.

#### 4.2.3. Sveikos gyvensenos ir sveikatos ugdymas(is) aukštojoje mokykloje: motyvai, poreikiai bei galimybės

Tyrimo rezultatai parodė, kad save bent šiek tiek fiziškai aktyviais laiko 91,4 % tyrime dalyvavusių vyrų ir 80 % moterų. 24 pav. pateikiami ir analizuojami šių respondentų fizinio aktyvumo motyvai. Paaiškėjo, kad pagrindinės priežastys, skatinančios studentus rinktis fiziškai aktyvią veiklą, yra patiriamas malonumas (ši motyvą nurodė 74,5 % vyrų ir 65,8 % moterų) bei noras būti sveikam (atitinkamai 66,5 % ir 66,1 %). Kiek mažiau tiriamųjų kaip skatulius įvardijo poreikį iškrauti energijos perteklių (54,2% ir 63,6%) bei siekį turėti patrauklų, gražų kūną (54,5 % ir 57,8 %). Daugiau nei pusė save fiziškai aktyviais laikančių vyrų (54,8 %) teigė, kad sportuoti juos skatina noras būti stipriems, gebėti apsiginti, tuo tarpu šis motyvas svarbus tik mažiau nei penktadaliui moterų (19,1 %).



SVEIKA GYVENSENA LIETUVOS STUDENTŲ POPULIACIJOJE:  
EDUKACINIS DIAGNOSTINIS ASPEKTAS

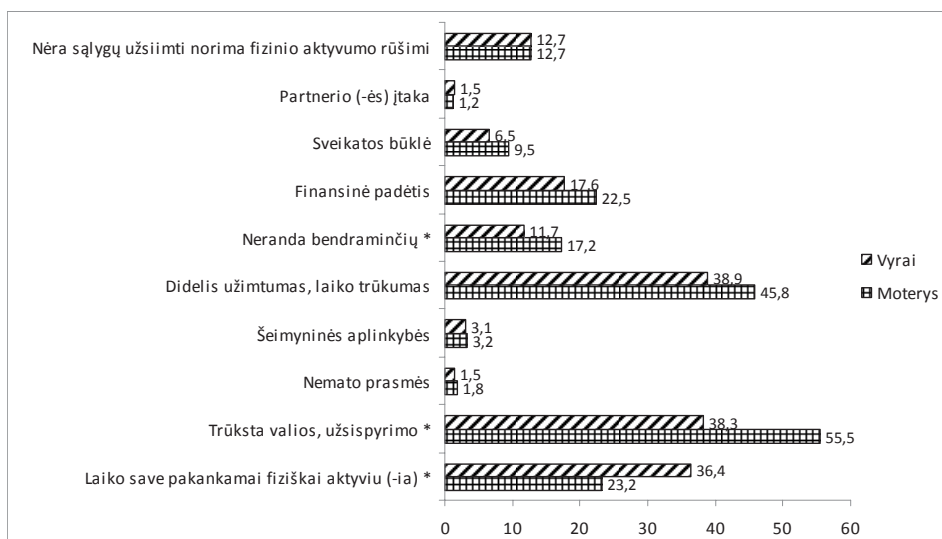


24 pav. Studentų fizinio aktyvumo motyvų procentinė raiška (\* $p < 0,05$ )

Akivaizdu, kad vyrų grupėje kur kas ryškesnis varžymosi, pergalės siegio motyvas (46,8 %). Jis svarbus triskart mažesnei merginų daliai (12,7 %). Reikšmingai pasiskirstymo tarp lyčių požiūriu skiriasi ir valingo noro „įveikti save“ procentas (29 % ir 18,6 %).

Maždaug trečdalis vyrų ir moterų nurodė, kad būti fiziškai aktyvius juos skatina galimybė užsimiršti, pabėgti nuo problemų bei socializacijos, bendravimo poreikis. Mažiausiai tiriamųjų kaip fizinio aktyvumo skatulius nurodė kitos veiklos neturėjimą, partnerio įtaką, tėvų bei trenerio skatinimą, materialinį interesą.

Lyginant šiuos rezultatus su Tamošausko (2000) atlikto studentų fizinio aktyvumo motyvų tyrimo duomenimis, pastebėtina, kad abiejuose tyrimuose sutapo du pagrindiniai motyvai – fizinio aktyvumo teikiamas malonumas ir gražaus kūno siekis. Įdomu tai, kad labai ženkliai skyrėsi respondentų, nurodžiusių sveikatos stiprinimo motyvą, skaičius – mūsų tyrime jį nurodė du trečdaliai respondentų, o Tamošausko (2000) atliktame tyrime – vos apie 7 % tiriamųjų.

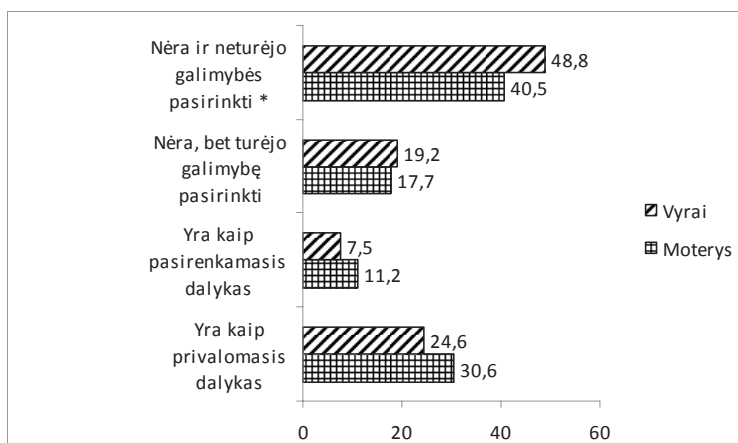


**25 pav.** Studentų nurodytų kliūčių fiziniam aktyvumui procentinė raiška (\* $p < 0,05$ )

Nors devyni iš dešimties tiriamųjų sutinka, kad fizinis aktyvumas yra vienas svarbiausių sveikatą lemiančių veiksnių, save pakankamai fiziškai aktyviais laiko vos daugiau nei trečdalis vyrų ir mažiau nei ketvirtadalis moterų (25 pav.). Viena iš dažniausiai nurodomų kliūčių studentams būti fiziškai aktyvesniems – valios ir užsispyrimo trūkumas. Didelį užimtumą ir laiko trūkumą kaip kliūtį nurodė 38,9 % vyrų ir 45,8 % moterų. Penktadalio studentų teigimu, jiems būti pakankamai fiziškai aktyviems neleidžia finansinė padėtis (17,6 % ir 22,5 %). Daugiau nei dešimtadalis tiriamųjų nurodė, kad neturi sąlygų užsiimti norima sporto šaka arba fizinio aktyvumo rūšimi. 11,7 % vyrų ir 17,2 % moterų fiziškai aktyviai veiklai neranda bendraminčių. Prastą savo sveikatos būklę kaip trukdį įvardijo 6,5 % vyrų ir 9,5 % moterų. Mažiausiai respondentų kaip kliūtis įvardijo šeimynines aplinkybes (3,1 % ir 3,2 %), partnerio įtaką (1,5 % ir 1,2 %). Tik 1,5 % vyrų ir 1,8 % moterų nurodė apskritai nematantys prasmės būti fiziškai aktyviais.

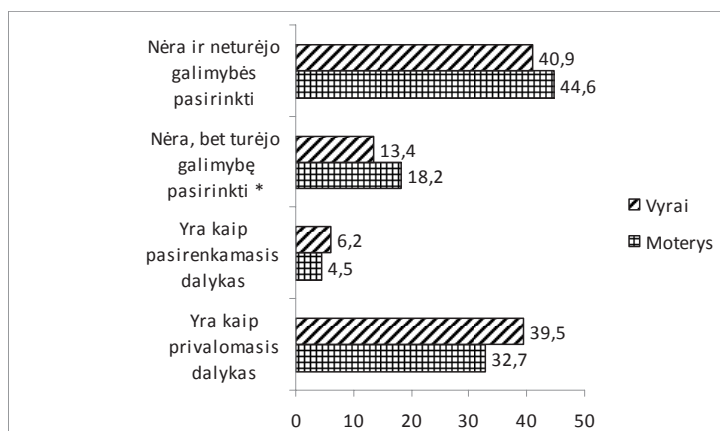
Panašios tendencijos pastebimos ir Jankausko bei Jatulienės (2008) atliktame studentų gyvenimo kokybės tyrime, kiek skiriasi tik kliūčių fiziniam aktyvumui reitingas. Minėtame tyrime daugiausiai studentų (31 %) kaip kliuvinius fiziniam aktyvumui įvardija didelį mokymosi krūvį, finansines aplinkybes (18,2 %), noro, valios ir energijos stygių (11,8 %). Įdomus ir reikšmingas autorių radinys yra tas, kad vos 0,7 % studentų teigė nevertinantys sporto įtakos sveikatai.

SVEIKA GYVENSENA LIETUVOS STUDENTŲ POPULIACIJOJE:  
EDUKACINIS DIAGNOSTINIS ASPEKTAS



26 pav. Disciplinos, kuriose studentai įgyja teorinių žinių apie sveikatą (% , \*p < 0,05)

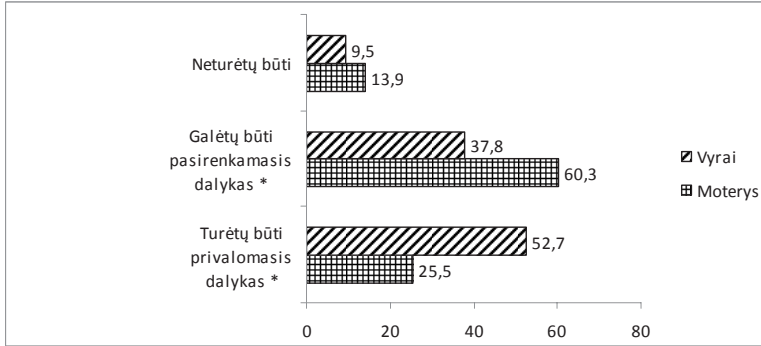
Vertinant studentų sveikatos ugdymo padėtį aukštosiose mokyklose, paaiškėjo, kad beveik pusės studentų tyrimo metu turėtame paskaitų tvarkaraštyje nėra užsiėmimų, kuriuose jie galėtų įgyti teorinių žinių apie sveikatą ir jos stiprinimą (48,8 % vyrų ir 40,5 % moterų, žr. 26 pav.). Privalomos paskaitos apie sveikatą ir sveikatingumą įtrauktos į ketvirtadalio (24,6 %) vyrų ir kiek mažiau nei trečdalis (30,6 %) moterų tvarkaraštį. Šį skirtumą galima aiškinti tuo, kad daugiau moterų renkasi su sveikatos priežiūra susijusias studijų programas. Šiek tiek mažiau nei penktadalis tiriamųjų nurodė, kad tokių paskaitų nėra, tačiau jie turėjo galimybę jas pasirinkti. Tokia galimybe pasinaudojo 7,5 % vyrų ir 11,2 % moterų.



27 pav. Kūno kultūros užsiėmimai studentų paskaitų tvarkaraštyje (% , \*p < 0,05)

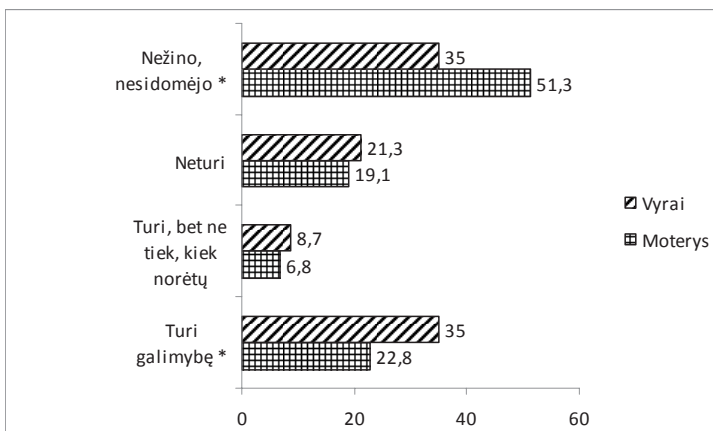
Privalomi kūno kultūros užsiėmimai yra 39,5 % vyrų ir 32,7 % moterų paskaitų tvarkaraščiuose (žr. 27 pav.). Kūno kultūros pratybų savo paskaitų tvarkaraščiuose

neturi ir neturėjo galimybės pasirinkti 40,9 % vyrų ir 44,6 % moterų. Svarbus rodiklis yra faktas, kad 13,4 % vyrų ir 18,2 % moterų turėjo galimybę pasirinkti kūno kultūros užsiėmimus, tačiau to nepadarė. Tik maždaug kas dvidešimto studento paskaitų tvarkaraštyje yra pasirenkamosios kūno kultūros pratybos.



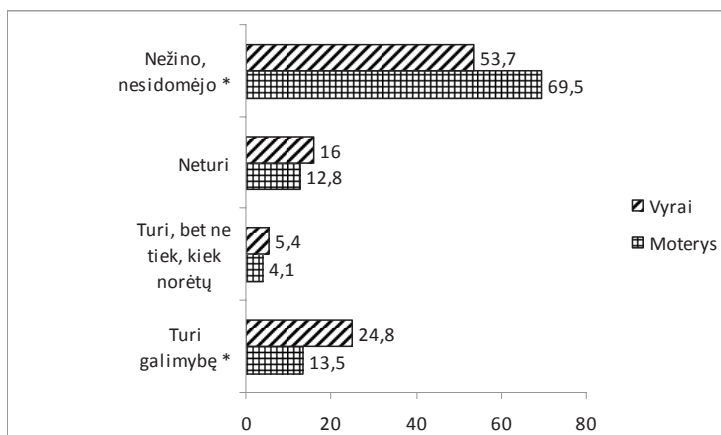
28 pav. Studentų nuomonė apie kūno kultūros pratybų reikalingumą jų paskaitų tvarkaraštyje (% , \*p < 0,05)

Analizuojant studentų nuomonę apie kūno kultūros pratybų reikalingumą, paaiškėjo, kad daugiau negu pusė (52,7 %) vyrų ir ketvirtadalis (25,5 %) moterų mano, kad kūno kultūra turėtų būti įtraukta į jų tvarkaraštį kaip privalomas dalykas (28 pav.). Daugiau nei trečdalis vyrų (37,8 %) ir 60,3 % moterų nuomone, kūno kultūra galėtų būti laisvai pasirenkamas dalykas. Kad merginos labiau nei vyrai pageidauja pasirenkamųjų kūno kultūros pratybų, atskleidė ir Jankausko bei Jatulienės (2008) atliktas tyrimas. Tuo tarpu nuomonę, kad kūno kultūros pratybų tvarkaraštyje visai nereikia, išreiškė 9,5 % vyrų ir 13,9 % moterų.



29 pav. Studentų galimybės po paskaitų nemokamai naudotis savo aukštosios mokyklos sporto ar sveikatingumo base (% , \*p < 0,05)

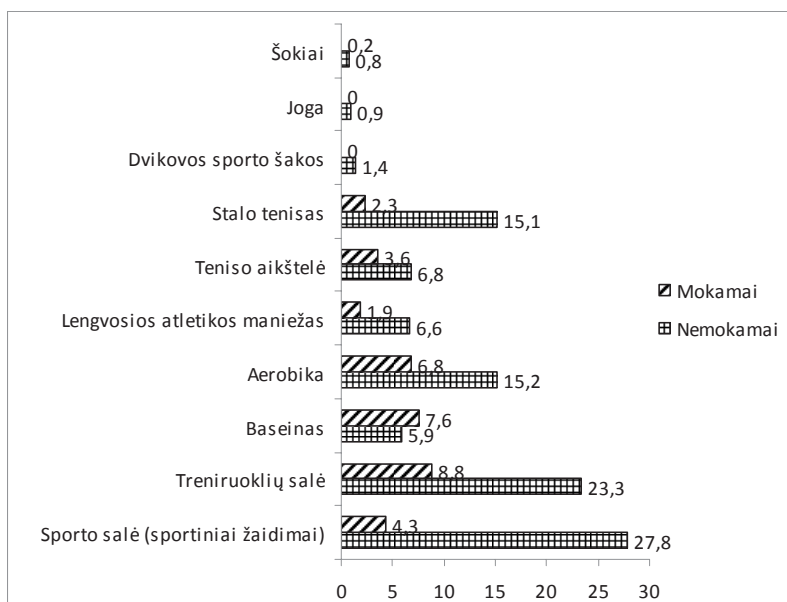
Vertinant studentų galimybes po paskaitų nemokamai užsiimti fiziškai aktyvia veikla savo aukštojoje mokykloje, paaiškėjo, kad daugiau nei trečdalis vyrų ir daugiau nei pusė moterų apie šią galimybę nežino arba ja nesidomėjo (žr. 29 pav.). Penktadalio studentų teigimu, jie neturi galimybės po paskaitų naudotis savo aukštosios mokyklos sporto, sveikatingumo baze ar lankyti užsiėmimų. Šiek tiek daugiau nei trečdalis vyrų (35 %) ir mažiau nei ketvirtadalis moterų (22,8 %) teigė, kad turi galimybes po paskaitų nemokamai užsiimti fiziškai aktyvia veikla savo aukštojoje mokykloje. Dar 8,7 % vyrų ir 6,8 % moterų nurodė, kad tokią galimybę turi nepakankamą.



**30 pav.** Studentų galimybės po paskaitų mokamai naudotis savo aukštosios mokyklos sporto ar sveikatingumo baze (%,\* $p < 0,05$ )

Galimybe lankyti mokamus sporto ar fizinio aktyvumo užsiėmimus savo aukštojoje mokykloje nesidomėjo ir apie ją nežino daugiau negu pusė vyrų (53,7 %) ir 69,5 % moterų (žr. 30 pav). 16 % vyrų ir 12,8 % moterų nurodė, kad tokių sąlygų jų aukštojoje mokykloje nėra. Maždaug kas dvidešimtas studentas turi tokią galimybę (5,4 % ir 4,1%), tačiau vertina ją kaip nepakankamą. Mokamai savo aukštojoje mokykloje mankštintis gali ketvirtadalis tyrime dalyvavusių vyrų (24,8 %) ir beveik dvigubai mažiau moterų (13,5 %). Tikėtina, kad dalis studentų, ypač merginų, apie šią galimybę nežino, jiems tai nežinoma.

Paaiškėjo, kad aukštosiose mokyklose studentams dažniausiai nereikia mokėti už galimybę naudotis sporto bazėmis ar užsiimti fiziškai aktyvia veikla (žr. 31 pav.). Dažniausiai studentams suteikiamos sąlygos nemokamai naudotis sportinių žaidimų sale (tokią galimybę nurodė turintys 27,8 % respondentų), treniruokliais (23,3 %), užsiimti aerobika (15,2 %), žaisti stalo tenisą (15,1 %). Mažiau studentų nurodė nemokamai galintys žaisti tenisą (6,8 %), naudotis lengvosios atletikos maniežu (6,6 %), baseinu (5,9 %), užsiiminėti dvikovos sporto šakomis (1,4 %). Mažiausias tiriamųjų nuošimtis turi galimybę užsiimti joga (0,9 %) ir choreografija, šokiais (0,8 %).



**31 pav.** Sporto bazės ir fizinio aktyvumo užsiėmimai, kuriais studentai savo aukštojoje mokykloje gali naudotis ne paskaitų metu (%)

Mokamai daugiausia studentų turi galimybę naudotis treniruokliais (8,8 %), baseinu (7,6 %), užsiimti aerobika (6,8 %). Mažiau tiriamųjų nurodė galintys žaisti žaidimus sporto salėje (4,3 %), tenisą (3,6 %) ir stalo (2,3 %) tenisą, mankštintis manieže (1,9 %).

Apibendrinant skyriuje pateiktus duomenis, reikėtų pastebėti, kad didžioji dauguma studentų suvokia fizinio aktyvumo reikšmę ir teikiamą naudą, tačiau tik mažą jų dalis laiko save pakankamai fiziškai aktyviais. Dažniausiai studentų nurodyti fizinio aktyvumo motyvai – noras būti sveikiems, gražiams, sportuojant patiriamas malonumas, o dažniausiai pasitaikančios kliūtys – laiko ir valios trūkumas. Tik dalis studentų savo paskaitų tvarkaraštyje turi paskaitų, kuriose įgyja teorinių žinių apie sveikatą, kiek daugiau nei trečdalis – kūno kultūros pratybas. Didesnė vyrų dalis norėtų, kad kūno kultūros pratybos būtų privalomos, o moterys labiau pageidautų galimybės rinktis. Įdomu tai, kad, suteikus studentams galimybę rinktis kūno kultūrą kaip pasirenkamąją studijų dalyką, ji pasirinko tik kas trečias vyras ir kas penkta moteris. Vertinant studentų galimybes po paskaitų naudotis aukštųjų mokyklų sporto ir sveikatingumo bazėmis, pastebėtina, kad jiems dažniausiai siūlomos tradicinės fizinio aktyvumo formos: sporto, treniruoklių, aerobikos salės, stalo tenisas. Vis dėlto didesnį dalis studentų apie aukštosios mokyklos teikiamas fizinio ugdymosi galimybes nurodė nežinantys ir jomis nesidomintys.

#### 4.2.4. Studentų sveikos gyvensenos įpročių diagnostika studijų krypties aspektu

Siekiant išsiaiškinti, kurie studentų sveikos gyvensenos rodikliai priklauso nuo pasirinktos studijų krypties, buvo atlikta dispersinė ANOVA analizė. Laikyta, kad studijų kryptis reikšmingai veikia gyvensenos įpročius, kai  $p < 0,05$ . Dispersinės analizės rezultatai parodė (žr. 20 lentelę), kad nuo pasirinktų studijų krypties reikšmingai priklauso studentų pozityvus savo fizinio pajėgumo vertinimas ( $F = 7,55$ ), profilaktikos įpročiai ( $F = 5,73$ ), patiriami simptomai ( $F = 4,8$ ), alkoholio vartojimas ( $F = 3,258$ ), rizikinga seksualinė elgsena ( $F = 3,042$ ) farmacijos preparatų vartojimas ( $F = 2,597$ ), nepasitenkinimas kūno išvaizda ( $F = 2,042$ ) ir fizinio aktyvumo poreikis ( $F = 1,953$ ). Šiuos kintamuosius, maytume, tikslinga panagrinėti lyties aspektu atskirai.

20 lentelė

**Kintamųjų priklausomybė nuo studijų krypties**

Priklausomi kintamieji		Kvadratų suma	df	Vidurkio kvadratas	F	Reikšmingumo lygmuo
Profilaktika	Tarp grupių	86,412	8	10,801	5,730	0,00
	Grupės viduje	1803,891	957	1,885		
	Iš viso	1890,303	965			
Sveika mityba	Tarp grupių	38,100	8	4,762	1,676	0,10
	Grupės viduje	2719,905	957	2,842		
	Iš viso	2758,005	965			
Higienos įpročiai	Tarp grupių	3,355	8	0,419	2,768	0,01
	Grupės viduje	144,977	957	0,151		
	Iš viso	148,332	965			
Fizinio aktyvumo poreikis	Tarp grupių	55,315	8	6,914	1,953	0,05
	Grupės viduje	3388,966	957	3,541		
	Iš viso	3444,282	965			
Patiriamas stresas	Tarp grupių	8,089	8	1,011	4,976	0,00
	Grupės viduje	194,450	957	0,203		
	Iš viso	202,539	965			
Rūkymas	Tarp grupių	3,355	8	0,419	1,798	0,07
	Grupės viduje	223,238	957	0,233		
	Iš viso	226,593	965			
Farmacijos preparatų vartojimas	Tarp grupių	50,361	8	6,295	2,597	0,01
	Grupės viduje	2319,992	957	2,424		
	Iš viso	2370,353	965			
Narkotikų vartojimas	Tarp grupių	1,613	8	0,202	1,829	0,07
	Grupės viduje	105,535	957	0,110		
	Iš viso	107,148	965			

20 lentelės tęsinys

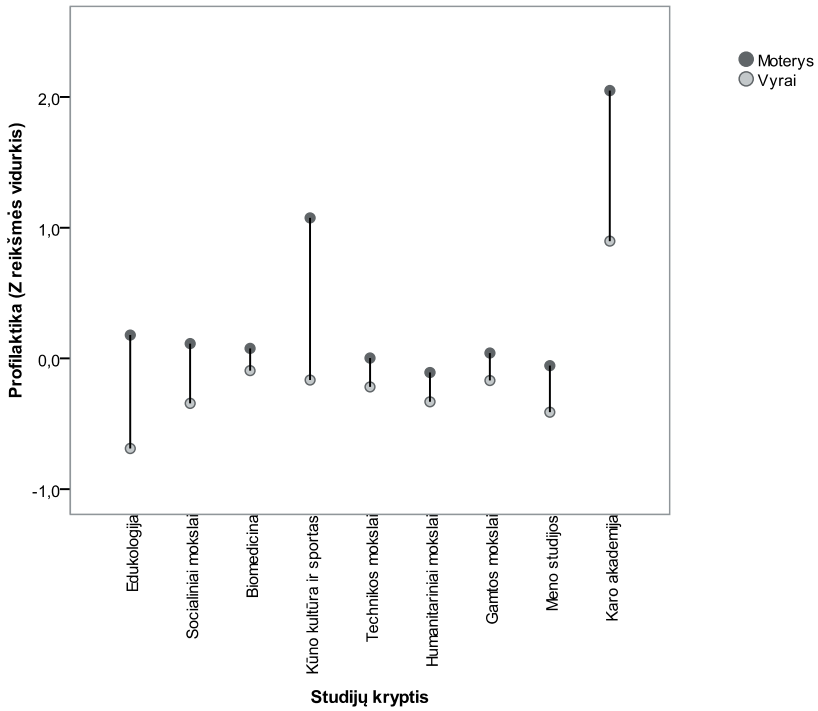
Rizikinga seksualinė elgsena	Tarp grupių	8,186	8	1,023	3,042	0,00
	Grupės viduje	321,944	957	0,336		
	Iš viso	330,129	965			
Alkoholio vartojimas	Tarp grupių	31,409	8	3,926	3,258	0,00
	Grupės viduje	1153,416	957	1,205		
	Iš viso	1184,825	965			
Negatyvus savo sveikatos vertinimas	Tarp grupių	25,949	8	3,244	1,787	0,08
	Grupės viduje	1737,463	957	1,816		
	Iš viso	1763,412	965			
Pozityvus savo fizinio pajėgumo vertinimas	Tarp grupių	232,787	8	29,098	7,550	0,00
	Grupės viduje	3688,299	957	3,854		
	Iš viso	3921,086	965			
Nepasitenkinimas kūno išvaizda	Tarp grupių	66,900	8	8,362	2,042	0,04
	Grupės viduje	3920,091	957	4,096		
	Iš viso	3986,991	965			
Patiriami simptomai	Tarp grupių	268,903	8	33,613	4,800	0,00
	Grupės viduje	6701,114	957	7,002		
	Iš viso	6970,018	965			

Visų studijų kryptių merginoms būdinga didesnė profilaktikos įpročių raiška, nei vaikinams (žr. 32 pav.) Profilaktinis rūpinimasis savo sveikata ryškiausias kūno kultūros ir karo mokslus studijuojančių merginų tarpe. Karo akademijos vaikinų profilaktikos Z įvertis taip pat aukštas, lenkiantis visų kitų studijų kryptių merginų Z vidurkių reikšmes. Mažiausiai dėmesio profilaktikai skiria edukologiją, socialinius mokslus ir meno studijas pasirinkę vaikinai. Pastebėtina, kad iš bendros populiacijos rezultatų neišsiskiria biomedicinos mokslų studentai, nors studijų kryptis įpareigoja juos labiau rūpintis savo sveikata.

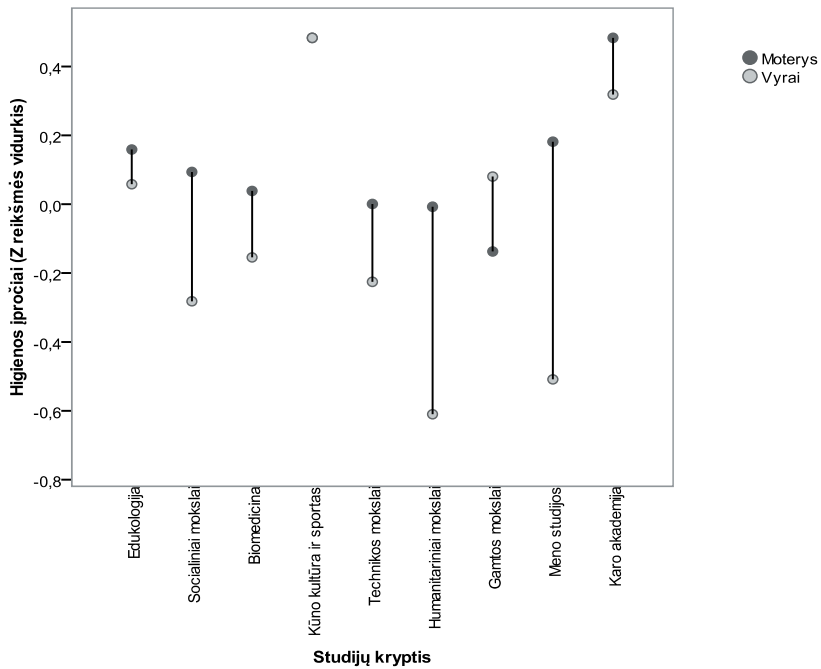
Kaip ir profilaktika, higienos įpročiais labiausiai pasižymi kūno kultūros bei karo mokslų studentai (33 pav.). Daugelyje studijų kryptių moterims būdinga aukštesnė higiena nei vyrams, išskyrus gamtos mokslus (vyrai lenkia moteris) ir kūno kultūros studijas (čia moterų ir vyrų Z įvertis vienodas). Itin žemais asmens higienos įverčiais pasižymi humanitarinius mokslus ir meno studijas pasirinkę vyrai, ženkliai atsilikdami nuo tų pačių studijų kryptių studenčių. Šiek tiek geresnė padėtis socialinių ir technikos mokslus studijuojančių vyrų tarpe, tačiau ir čia lyčių skirtumai gana ryškūs.



SVEIKA GYVENSENA LIETUVOS STUDENTŲ POPULIACIJOJE:  
EDUKACINIS DIAGNOSTINIS ASPEKTAS

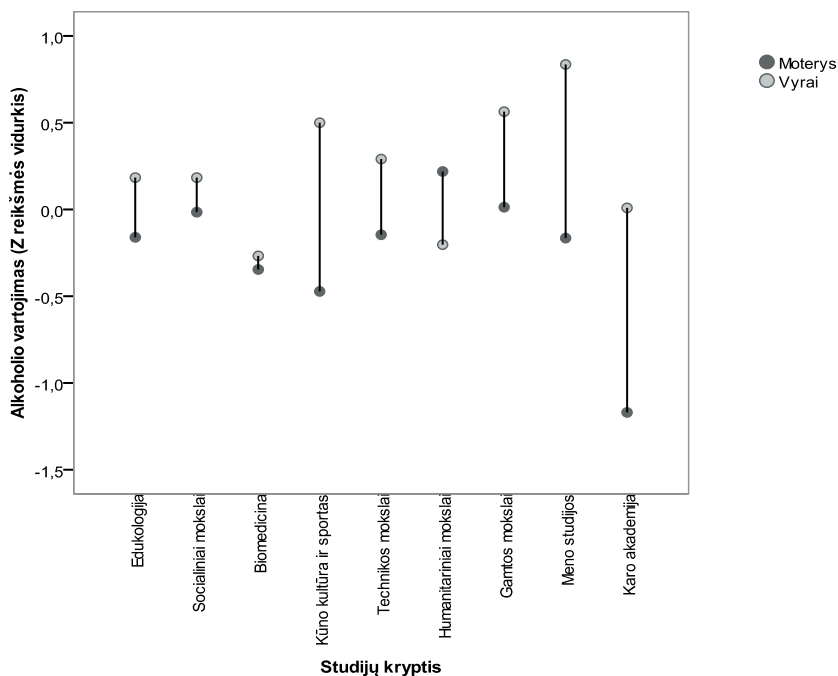


32 pav. Profilaktikos įpročiai priklausomai nuo studijų krypties



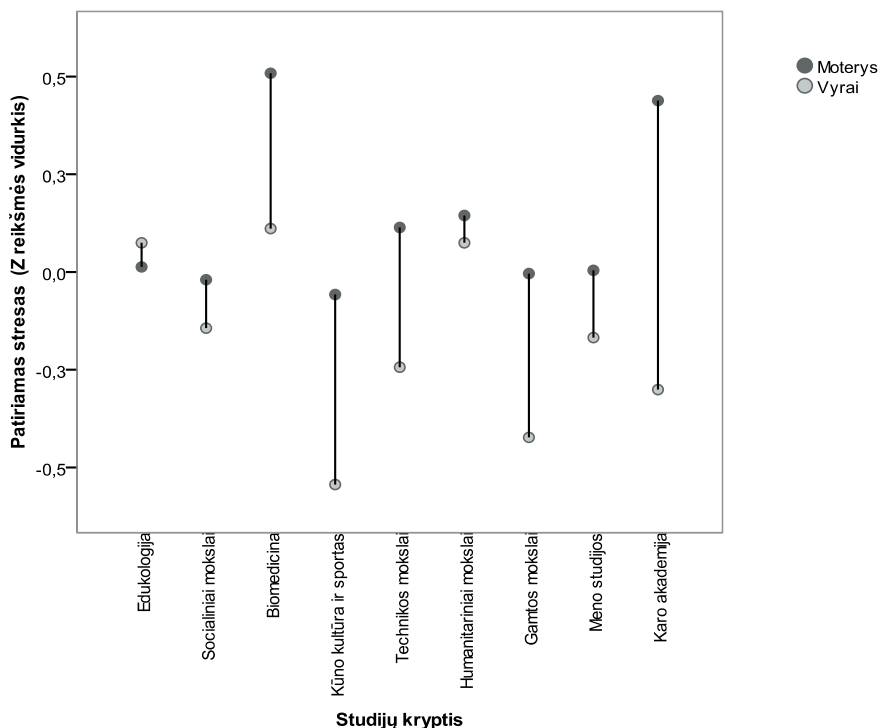
33 pav. Higienos įpročiai priklausomai nuo studijų krypties

Z reikšmių vidurkiai atskleidžia, kad beveik tarp visų studijų krypčių studentų vyrai vartoja daugiau alkoholio (34 pav.). Išsiskiria tik humanitarinių mokslų studentės, pagal šį rodiklį lenkiančios savo ir kai kurių kitų (edukologijos, socialinių ir karo mokslų) studijų krypčių vyrus. Aukščiausiais Z reikšmės vidurkiais pasižymi meną, gamtos mokslus ir, kaip bebūtų keista, kūno kultūrą studijuojantys vyrai. Vyrų tarpe mažiausiai alkoholio vartoja biomedicinos, humanitarinių ir karo mokslų studentai. Be jau minėtų humanitarinių, užfiksuoti gana aukšti gamtos, socialinių ir technikos mokslų studentų Z reikšmių vidurkiai. Mažiausiai alkoholio vartoja karo, kūno kultūros ir biomedicinos studentės. Vyrų ir moterų alkoholio suvartojimas labiausiai skiriasi karo akademijos, meno ir kūno kultūros studentų tarpe, mažiausiai – tarp pasirinkusių biomedicinos, socialinių mokslų ir edukologijos studijas.



34 pav. Alkoholio vartojimas priklausomai nuo studijų krypties

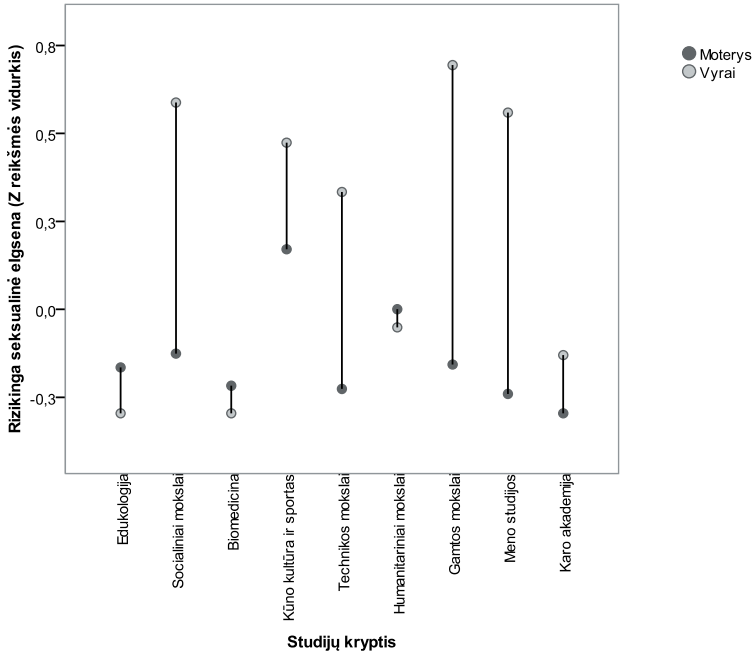
Tyrimo rezultatai atskleidė, kad stresą kur kas dažniau patiria moterys (žr. 35 pav). Tai užfiksuota visose studijų kryptyse, išskyrus edukologiją. Didžiausi streso rodikliai atsiskleidė tarp biomedicinos, karo akademijos ir humanitarinių mokslų studentų. Mažiausiai, vertinant moteriškos lyties respondenčių Z reikšmes, stresą patiria kūno kultūros, socialinių bei gamtos mokslų studentės. Vyrų tarpe daugiausiai streso patiria biomedicinos, humanitarinių mokslų ir edukologijos, mažiausiai – kūno kultūros, gamtos mokslų ir karo akademijos studentai. Ryškiausi išgyvenamo streso lyčių skirtumai atsiskleidė karo, kūno kultūros bei gamtos mokslus pasirinkusiųjų tarpe, mažiausi – tarp edukologijos, humanitarinių ir gamtos mokslų studentų.



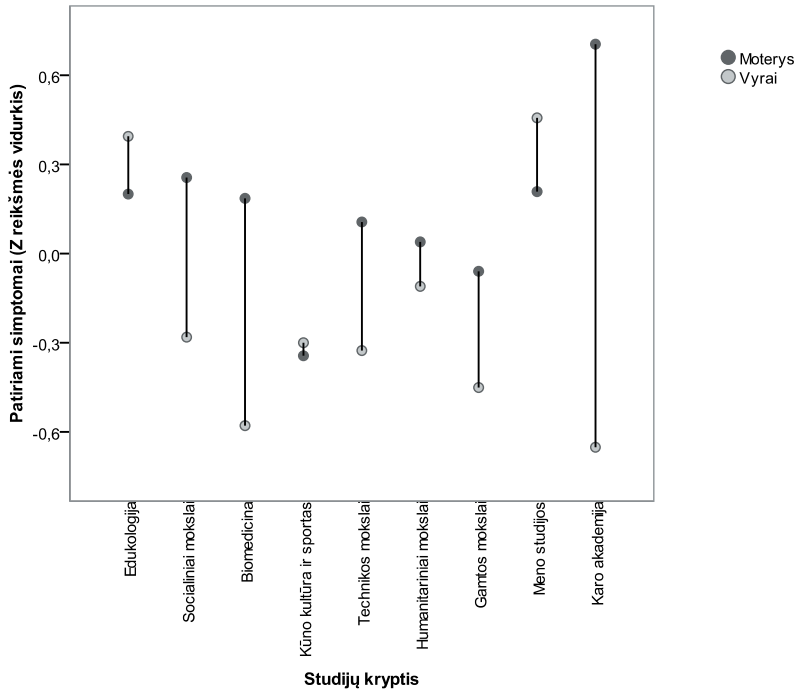
35 pav. Patiriamas stresas priklausomai nuo studijų kryptyies

Analizuojant rizikingos seksualinės elgsenos paplitimą tarp skirtingų studijų krypčių, paaiškėjo, kad ji labiau būdinga vyrams. Ypač tai pasakytina apie gamtos, socialinių mokslų bei meno studijų studentus vyrus (žr. 36 pav.). Tarp šių studijų krypčių atstovų užfiksuoti ir didžiausi skirtumai lyties aspektu. Moterų tarpe aukščiausiais šio rodiklio Z įverčio vidurkiais pasižymi kūno kultūros, humanitarinių ir socialinių mokslų, žemiausiais – karo, meno bei technikos mokslų studentės. Vyrų tarpe saugia seksualine elgsena išsiskiria biomedicinos, edukologijos ir humanitarinių mokslų studentai.

Patiriami simptomai bei negalavimai laikytini svarbiu rodikliu, susijusiu su gyvenimo kokybe, objektyvia sveikatos būkle, savo sveikatos subjektyviu vertinimu, farmacijos preparatų vartojimu ir kitais sveikatos gyvensenos bei sveikatos aspektais. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad moterys dažniau patiria įvairius simptomus, ypač – karo, meno studijų, socialinių mokslų ir edukologijos studentės (žr. 37 pav.). Mažiausiai simptomų ir negalavimų patiria kūno kultūrą, gamtos ir humanitarinius mokslus studijuojančios merginos. Vyrų tarpe aukščiausiais Z reikšmės vidurkiais išsiskiria meno, edukologijos ir humanitarinių, žemiausiais – karo, biomedicinos ir gamtos mokslų studentai. Didžiausi lyčių skirtumai patiriamų simptomų bei negalavimų aspektu užfiksuoti karo, biomedicinos ir socialinių mokslų studentų tarpe.

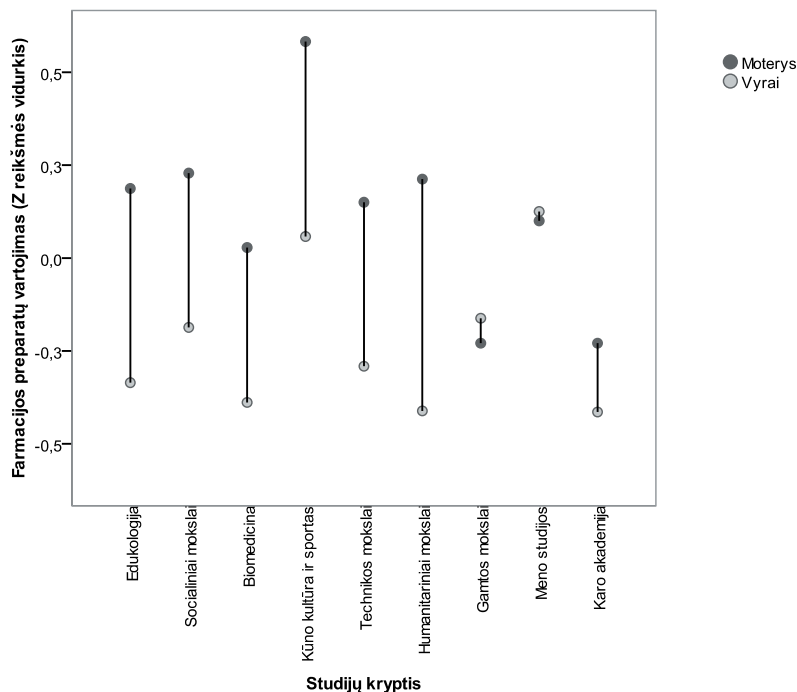


36 pav. Rizikinga seksualinė elgsena priklausomai nuo studijų krypties



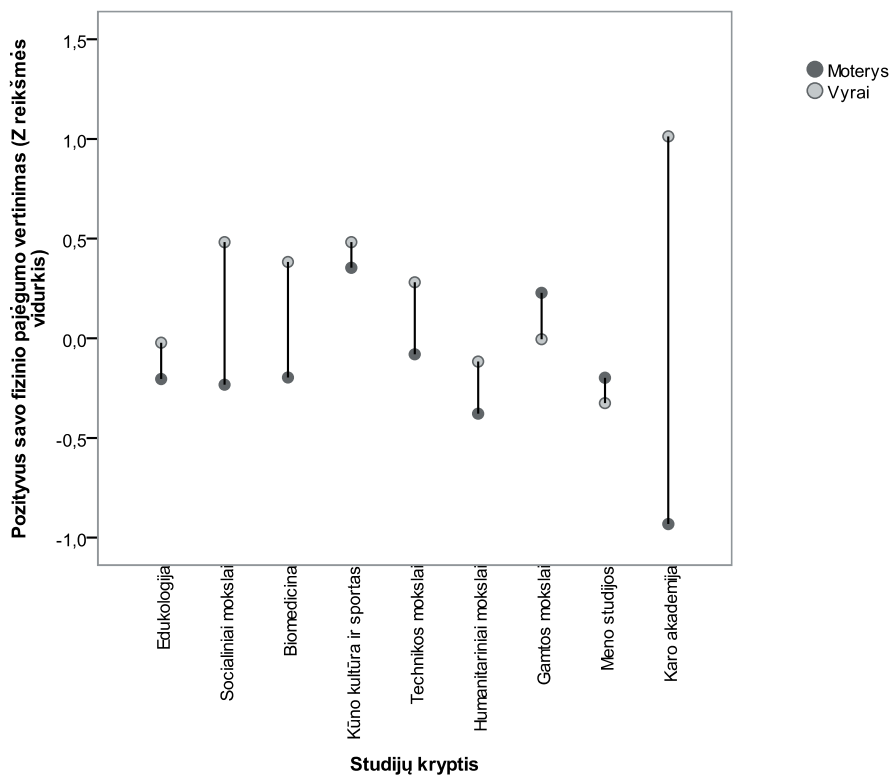
37 pav. Patiriami simptomai priklausomai nuo studijų krypties

SVEIKA GYVENSENA LIETUVOS STUDENTŲ POPULIACIJOJE:  
EDUKACINIS DIAGNOSTINIS ASPEKTAS



**38 pav.** Farmacijos preparatų vartojimas priklausomai nuo studijų krypties

Analizuojant farmacijos preparatų vartojimo paplitimą, 38 pav. matosi, kad daugelio studijų kryptių atstovų tarpe šiuo aspektu moterys ženkliai lenkia vyrus (išimtytys – meno ir gamtos mokslų studentai, kur vyrai nežymiai pirmauja). Tikėtina, kad aukštesni moterų Z įverčiai iš dalies gali būti paaiškinami kontraceptinių tablečių vartojimu. Didžiausias farmacijos preparatų vartojimo paplitimas užfiksuotas tarp kūno kultūros, socialinių ir humanitarinių mokslų studentų. Moterų tarpe mažiausiai medikamentų vartoja karo akademijos, gamtos mokslų ir biomedicinos studentės. Tarp vyrų aukščiausiais Z įverčio vidurkiais išsiskyrė meno, kūno kultūros ir gamtos, žemiausiais – karo, humanitarinių bei biomedicinos mokslų studentai. Didžiausi lyčių skirtumai pastebėti tarp humanitarinių mokslų, kūno kultūros bei edukologijos, mažiausi – tarp gamtos, meno ir karo studijas pasirinkusių studentų. Tikėtina, kad gana aukšti kūno kultūros ir sporto studijų krypties atstovų Z reikšmės vidurkiai gali būti nulemti jų sportinės veiklos ir su ja susijusių farmacijos preparatų (vitaminų, maisto papildų, stimuliuojančių medikamentų ir pan.) vartojimo.

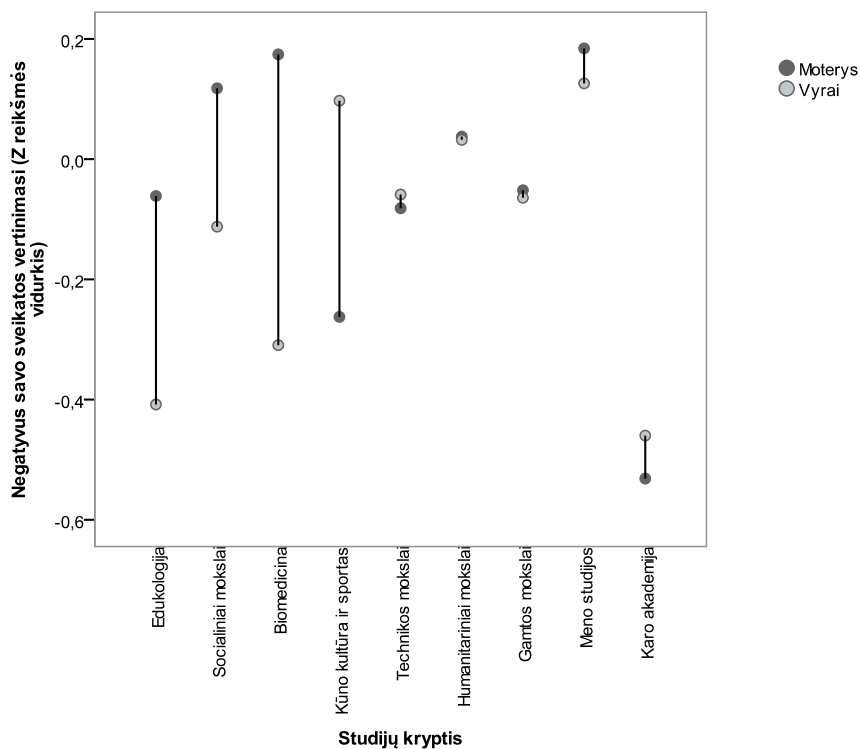


**39 pav.** Pozityvus savo fizinio pajėgumo vertinimas priklausomai nuo studijų krypties

Tyrimo rezultatų analizė parodė, kad vyrai yra labiau linkę teigiamai vertinti savo fizinį pajėgumą, nei moterys (žr. 39 pav.). Aukščiausiais Z įverčio vidurkiais išsiskyrė karo, kūno kultūros bei socialinius mokslus pasirinkę vyrai. Prasčiausiai savo fizinį pajėgumą vertina meno studijų, humanitarinių ir gamtos mokslų atstovai. Merginų tarpe aukštomis Z reikšmėmis pasižymi kūno kultūros, gamtos ir technikos, žemomis – karo akademijos, humanitarinių bei socialinių mokslų studentės. Didžiausi lyčių skirtumai atsiskleidė tarp karo, socialinių ir biomedicinos, mažiausi – tarp kūno kultūros, meno ir edukologijos studentų. Tikėtina, kad žemas karo akademijos studentėlių fizinio savo pajėgumo vertinimas yra susijęs su studijų specifika, kurių metu jos jaučiasi fiziškai silpnesnės už kartu studijuojančius vyrus.

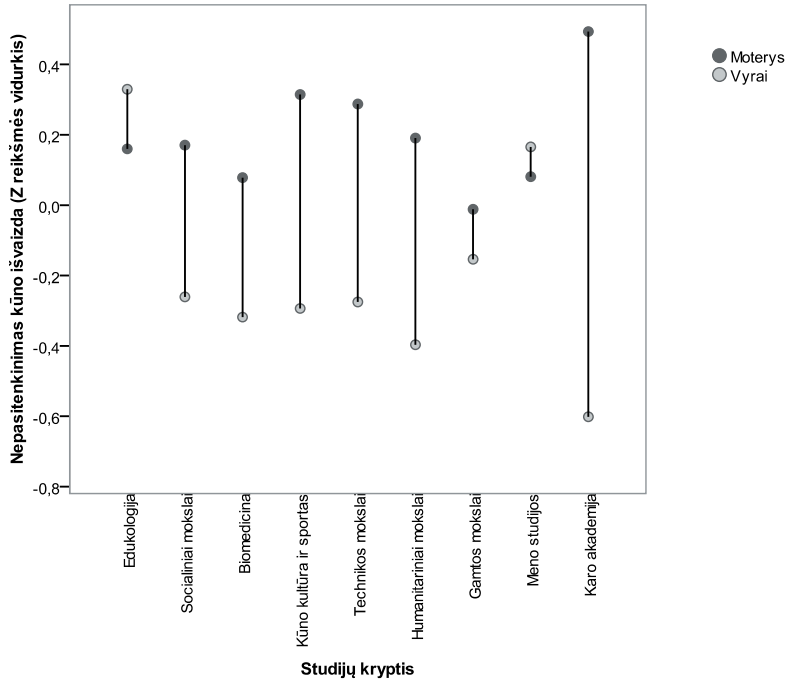
Analizuojant kitą svarbų subjektyvų rodiklį – negatyvų savo sveikatos vertinimą, paaiškėjo, kad daugelio studijų kryptų vyrams būdingas pozityvesnis požiūris į savo sveikatos būklę (40 pav.). Moterų tarpe blogiausiai savo sveikatą vertina meno, biomedicinos ir socialinių mokslų, pozityviausiai – karo, kūno kultūros ir technikos mokslų studentės. Tarp vyrų aukščiausiais negatyvaus savo sveikatos vertinimo Z reikšmių vidurkiais pasižymi meno, kūno kultūros ir humanitarinių mokslų, žemiau-

siais – karo akademijos, edukologijos bei biomedicinos mokslų studentai. Didžiausi lyčių skirtumai pastebėti tarp biomedicinos, edukologijos ir kūno kultūros studentų, o humanitarinius, gamtos ir technikos mokslus studijuojančių vyrų ir moterų savo sveikatos vertinimas beveik nesiskiria.

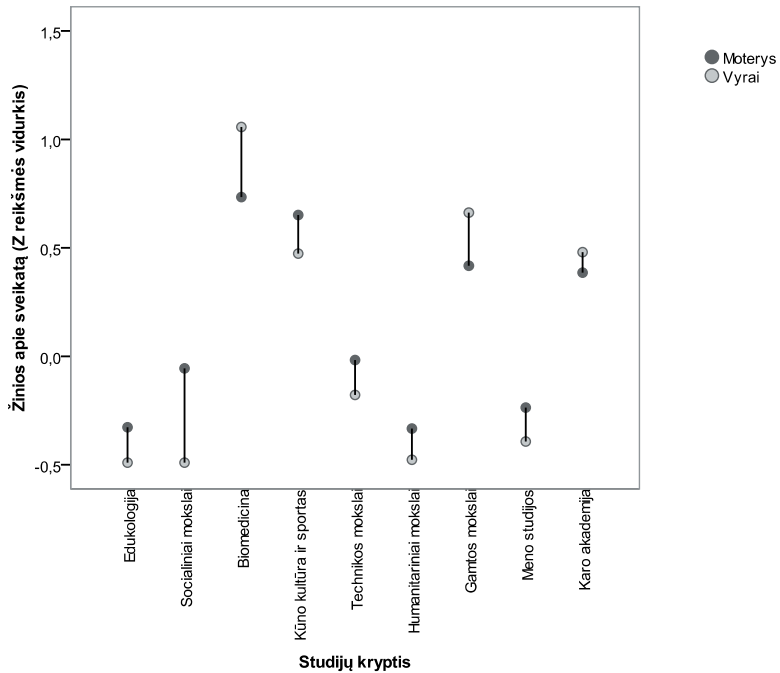


**40 pav.** Negatyvus savo sveikatos vertinimas priklausomai nuo studijų krypties

Kaip ir negatyvus savo sveikatos vertinimas, moterims būdingas didesnis nepasitenkinimas savo kūno išvaizda (išskyrus edukologijos ir meno studijas pasirinkusius vyrus). Aukščiausiais Z reikšmės vidurkiais išsiskiria karo, kūno kultūros ir technikos mokslus studijuojančios moterys, žemiausiais – gamtos, biomedicinos ir meno studentės (žr. 41 pav.). Be jau minėtų edukologijos ir meno studentų, vyrų tarpe aukštais nepasitenkinimo kūno išvaizda įverčiais pasižymėjo gamtos ir socialinių mokslų atstovai. Pozityviausiai savo išvaizdą vertina karo, humanitarinius ir biomedicinos mokslus pasirinkę vyrai. Didžiausi lyčių skirtumai atsiskleidė tarp karo, kūno kultūros ir humanitarinių mokslų, mažiausi – tarp meno, gamtos mokslų ir edukologijos studentų.



41 pav. Nepasitenkinimas kūno išvaizda priklausomai nuo studijų krypties



42 pav. Sveikatos žinios priklausomai nuo studijų krypties



Analizuojant sveikatos žinių pasiskirstymo lygį, pastebimas akivaizdus atotrūkis tarp tų studijų krypčių, kuriose sveikatos žinios įtrauktos į studijų programą (biomedicinos, kūno kultūros, gamtos ir karo mokslų), ir kitų studijų krypčių (žr. 42 pav.). Logiška, kad sveikatos žiniomis biomedicinos studentai lenkia visų kitų studijų krypčių atstovus. Aukštais Z reikšmės vidurkiais taip pat pasižymi kūno kultūros studentės ir gamtos mokslus studijuojantys vyrai. Mažiausiai sveikatos žinių turi edukologiją, socialinius bei humanitarinius mokslus studijuojantys vyrai ir edukologiją, humanitarinius mokslus bei meno studijas pasirinkusios moterys.

Apibendrinant šiame skyriuje pateiktus tyrimo duomenis, įvairių studijų krypčių studentų bendras sveikos gyvensenos tendencijas išskirti būtų sunkoka, kadangi variacija tarp skirtingų gyvensenos komponentų yra pakankamai didelė. Be to, sveikos gyvensenos įpročių skirtumai priklausomai nuo studijų krypties Lietuvoje tyrinėti labai fragmentiškai, todėl palyginti šio tyrimo duomenis su kitomis studijomis gana sudėtinga. Polinkiu į rizikingą sveikatai elgseną ir negatyviu savo kūno bei sveikatos vertinimu kiek ryškiau išsiskiria meno studijų atstovai. Pažymėtina, kad itin mažais sveikatos žinių įverčiais pasižymėjo būsimieji pedagogai – edukologijos studentai, o tai suteikia pagrindo abejoti jų gebėjimais baigus studijas sėkmingai ugdyti mokinių sveikata.

#### 4.2.5. Sveikos gyvensenos priklausomybė nuo socialinės aplinkos

Yra tyrimų, įrodančių, kad socialinė aplinka yra reikšmingas studentų sveikos gyvensenos veiksnys (Poteliūnienė, Viraliūnaitė, 2006; Wechsler ir kt., 1995; Wechsler, Toben, 2008). Mūsų tyrimo duomenų dispersinė ANOVA analizė atskleidė, kad nuo asmenų, su kuriais studentai dalijasi būstu, reikšmingai priklauso fizinio aktyvumo poreikis ( $F = 2,793$ ) ir alkoholio vartojimas ( $F = 3,268$ ) (žr. 21 lentelę).

21 lentelė

##### Asmenų, su kuriais studentai dalijasi būstu, reikšmė priklausomiems kintamiesiems

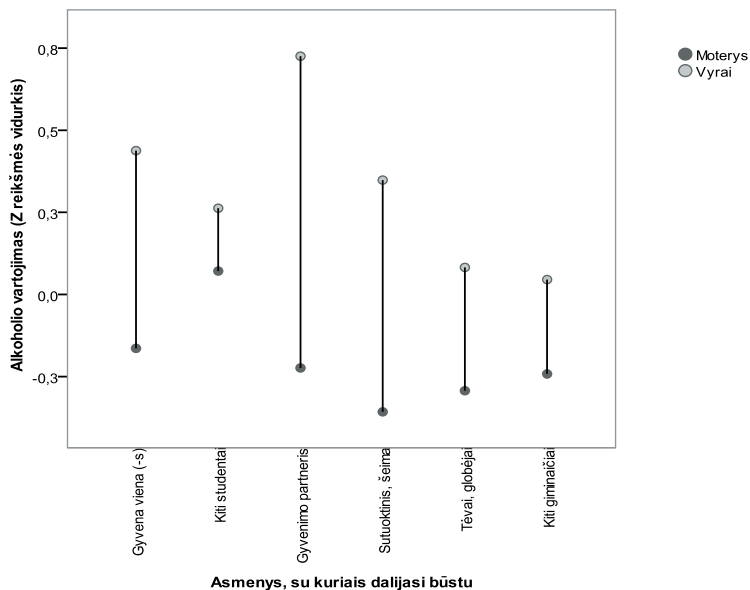
Priklausomi kintamieji		Kvadratų suma	df	Vidurkio kvadratas	F	Reikšmingumo lygmuo
Profilaktika	Tarp grupių	3,159	5	0,632	0,320	0,90
	Grupės viduje	1886,355	957	1,971		
	Iš viso	1889,514	962			
Sveika mityba	Tarp grupių	11,073	5	2,215	0,773	0,57
	Grupės viduje	2741,993	957	2,865		
	Iš viso	2753,065	962			
Higienos įpročiai	Tarp grupių	1,309	5	0,262	1,705	0,13
	Grupės viduje	146,916	957	0,154		
	Iš viso	148,224	962			

21 lentelės tęsinys

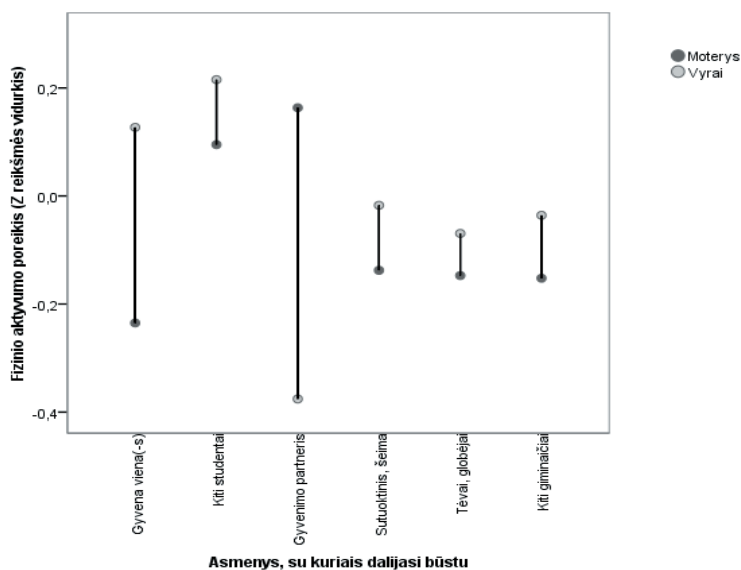
Fizinio aktyvumo poreikis	Tarp grupių	49,318	5	9,864	2,793	0,02
	Grupės viduje	3379,643	957	3,531		
	Iš viso	3428,962	962			
Patiriamas stresas	Tarp grupių	1,498	5	0,300	1,428	0,21
	Grupės viduje	200,772	957	0,210		
	Iš viso	202,270	962			
Rūkymas	Tarp grupių	2,016	5	0,403	1,725	0,13
	Grupės viduje	223,656	957	0,234		
	Iš viso	225,672	962			
Farmacijos preparatų vartojimas	Tarp grupių	22,104	5	4,421	1,803	0,11
	Grupės viduje	2345,861	957	2,451		
	Iš viso	2367,965	962			
Narkotikų vartojimas	Tarp grupių	0,670	5	0,134	1,204	0,31
	Grupės viduje	106,467	957	0,111		
	Iš viso	107,136	962			
Rizikinga seksualinė elgsena	Tarp grupių	0,481	5	0,096	0,280	0,92
	Grupės viduje	328,904	957	0,344		
	Iš viso	329,385	962			
Alkoholio vartojimas	Tarp grupių	19,853	5	3,971	3,268	0,01
	Grupės viduje	1162,847	957	1,215		
	Iš viso	1182,700	962			
Negatyvus savo sveikatos vertinimas	Tarp grupių	18,502	5	3,700	2,031	0,07
	Grupės viduje	1743,357	957	1,822		
	Iš viso	1761,859	962			
Pozityvus savo fizinio pajėgumo vertinimas	Tarp grupių	8,340	5	1,668	0,408	0,84
	Grupės viduje	3910,074	957	4,086		
	Iš viso	3918,413	962			
Nepasitenkinimas kūno išvaizda	Tarp grupių	34,539	5	6,908	1,676	0,14
	Grupės viduje	3943,457	957	4,121		
	Iš viso	3977,996	962			
Patiriami simptomai	Tarp grupių	40,710	5	8,142	1,126	0,35
	Grupės viduje	6919,177	957	7,230		
	Iš viso	6608,630	914			

Manytume, kad reikšmingai nuo socialinės aplinkos priklausomus kintamuosius tikslinga išanalizuoti atskirai lyties aspektu. 43 pav. iliustruoja studentų alkoholio suvartojimą priklausomai nuo to, su kokiais asmenimis jie dalijasi gyvenamuoju būstu. Rezultatai rodo, kad visose kategorijose vyrams būdingas didesnis alkoholio suvartojimas. Didžiausiais Z reikšmės vidurkiais pasižymi vyrai, gyvenantys kartu su gyvenimo partneriu (-e), sutuoktine arba vieni, o mažiausiai alkoholio iš vyrų suvartoja kartu su giminaičiais ir tėvais (globėjais) gyvenantys studentai. Moterų tarpe dideliu alkoholio suvartojimu ryškiai išsiskiria kartu su kitais studentais gyvenan-

čios respondentės. Nenuostabu, kad mažiausiais Z įverčio vidurkiais pasižymi šeima jau sukūrusios ir joje gyvenančios moterys. Jas nežymiai lenkia gyvenančiosios su tėvais ar kitais giminaičiais. Didžiausi lyčių skirtumai pastebėti tarp su gyvenimo partneriu ir savo šeima gyvenančių studentų, mažiausi – tarp gyvenančių kartu su kitais studentais bei giminaičiais.



43 pav. Studentų alkoholio vartojimas priklausomai nuo asmenų, su kuriais dalijasi būstu



44 pav. Studentų fizinio aktyvumo poreikis priklausomai nuo asmenų, su kuriais dalijasi būstu

Analizuojant fizinio aktyvumo poreikio priklausomybę nuo socialinės gyvenamosios aplinkos, paaiškėjo, kad vyrai pasižymi didesniais  $Z$  įverčio vidurkiais (išskyrus gyvenančius kartu su gyvenimo partnere (-iu)). Aukščiausias  $Z$  reikšmės vidurkis užfiksuotas tarp kartu su kitais studentais gyvenančių vyrų, šiek tiek mažesniu vidurkiu pasižymi vieni gyvenantys vyrai (žr. 44 pav.). Itin žemais poreikio mankštintis rodikliais išsiskiria vyrai, gyvenantys kartu su gyvenimo partnere (-iu). Tuo tarpu su gyvenimo partneriu gyvenančios moterys išsiskiria aukščiausiais fizinio aktyvumo poreikio rodikliais, šiek tiek nuo jų atsilieka būstą besidalijančios su kitais studentais. Mažiausiai mankštintis linkusios vienos gyvenančios moterys. Jas šiek tiek lenkia gyvenančios su giminaičiais, tėvais (globėjais) ir savo šeima. Didžiausi skirtumai lyties aspektu pastebėti tarp su gyvenimo partneriu ir vienu gyvenančių studentų  $Z$  reikšmių vidurkių.

Vertinant sveikos gyvensenos įpročių priklausomybę nuo gyvenamojo būsto, buvo atlikta ANOVA analizė (žr. 22 lentelę). Paaiškėjo, kad gyvenamasis būstas yra reikšmingas faktorius studentų alkoholio vartojimo įpročiams ( $F = 5,060$ ), fizinio aktyvumo poreikiui ( $F = 3,196$ ), rūkymui ( $F = 3,176$ ), narkotinių medžiagų vartojimui ( $F = 2,765$ ), negatyviam savo sveikatos vertinimui ( $F = 2,646$ ) ir rizikingai seksualinei elgsenai ( $F = 2,068$ ).

22 lentelė

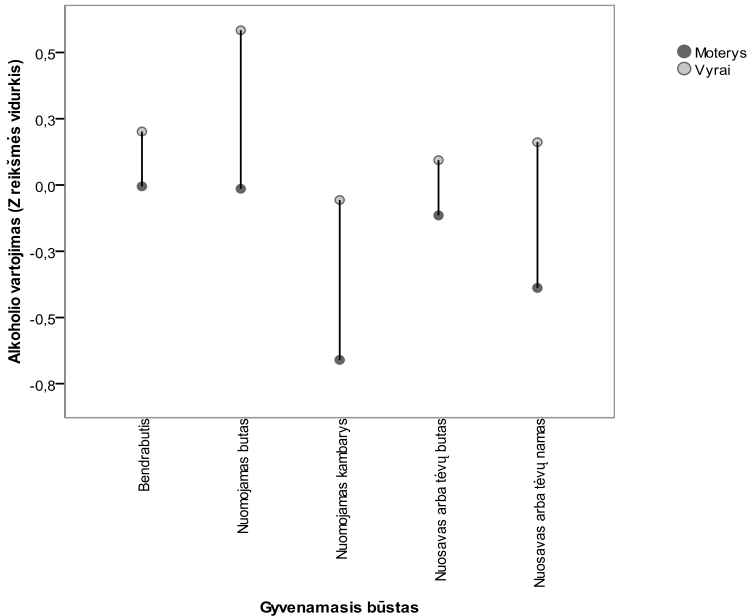
### Gyvenamojo būsto reikšmė priklausomiems kintamiesiems

Priklausomi kintamieji		Kvadratų suma	df	Vidurkio kvadratas	F	Reikšmingumo lygmuo
Profilaktika	Tarp grupių	8,219	6	1,370	0,696	0,65
	Grupės viduje	1882,033	956	1,969		
	Iš viso	1890,251	962			
Sveika mityba	Tarp grupių	23,803	6	3,967	1,390	0,22
	Grupės viduje	2728,324	956	2,854		
	Iš viso	2752,127	962			
Higienos įpročiai	Tarp grupių	1,614	6	0,269	1,754	0,11
	Grupės viduje	146,611	956	0,153		
	Iš viso	148,224	962			
Fizinio aktyvumo poreikis	Tarp grupių	67,605	6	11,267	3,196	0,00
	Grupės viduje	3370,049	956	3,525		
	Iš viso	3437,653	962			
Patiriamas stresas	Tarp grupių	1,032	6	0,172	0,817	0,56
	Grupės viduje	201,238	956	0,211		
	Iš viso	202,270	962			
Rūkymas	Tarp grupių	4,415	6	0,736	3,176	0,00
	Grupės viduje	221,506	956	0,232		
	Iš viso	225,921	962			

22 lentelės tęsinys

Farmacijos preparatų vartojimas	Tarp grupių	13,381	6	2,230	0,906	0,49
	Grupės viduje	2353,138	956	2,461		
	Iš viso	2366,519	962			
Narkotikų vartojimas	Tarp grupių	1,827	6	0,305	2,765	0,01
	Grupės viduje	105,309	956	0,110		
	Iš viso	107,136	962			
Rizikinga seksualinė elgsena	Tarp grupių	4,230	6	0,705	2,068	0,05
	Grupės viduje	325,810	956	0,341		
	Iš viso	330,039	962			
Alkoholio vartojimas	Tarp grupių	36,280	6	6,047	5,060	0,00
	Grupės viduje	1142,420	956	1,195		
	Iš viso	1178,700	962			
Negatyvus savo sveikatos vertinimas	Tarp grupių	28,785	6	4,797	2,646	0,02
	Grupės viduje	1733,514	956	1,813		
	Iš viso	1762,299	962			
Pozityvus savo fizinio pajėgumo vertinimas	Tarp grupių	29,813	6	4,969	1,224	0,29
	Grupės viduje	3881,795	956	4,060		
	Iš viso	3911,607	962			
Nepasitenkinimas kūno išvaizda	Tarp grupių	25,217	6	4,203	1,020	0,41
	Grupės viduje	3940,746	956	4,122		
	Iš viso	3965,963	962			
Patiriami simptomai	Tarp grupių	22,789	6	3,798	0,523	0,79
	Grupės viduje	6937,099	956	7,256		
	Iš viso	6959,888	962			

Reikšmingai gyvenamojo būsto faktoriaus veikiamus kintamuosius panagrinėsi-  
me atskirai. 45 pav. iliustruoja tiriamųjų alkoholio vartojimo įpročių skirtumus pri-  
klausomai nuo gyvenamojo būsto. Akivaizdu, kad visuose būsto tipuose gyvenantys  
vyrai suvartoja daugiau alkoholio, nei moterys. Didžiausiu alkoholio vartojimo Z  
reikšmės vidurkiu išsiskiria vyrai, gyvenantys nuomojamuose butuose, o mažiau-  
siu – nuomojamuose kambariuose. Vertinant moterų alkoholio vartojimo įpročius,  
matosi, kad jais labiausiai pasižymi bendrabučiuose ir nuomojamuose butuose gyve-  
nančios studentės. Mažiausias Z įverčio vidurkis užfiksuotas kambarius besinuomo-  
jančių studentų grupėje.



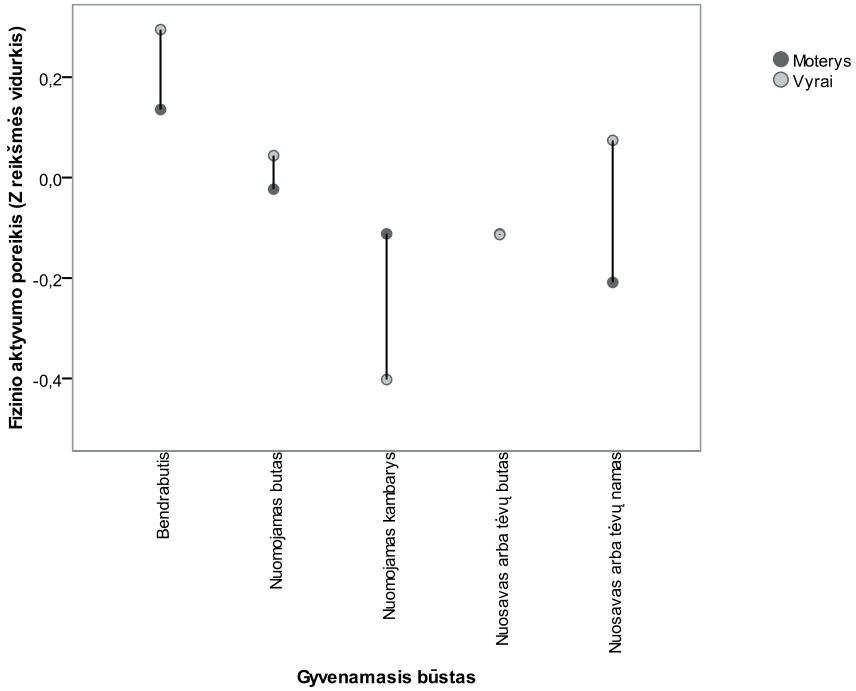
45 pav. Alkoholio vartojimas priklausomai nuo gyvenamojo būsto

Didžiausi lyčių skirtumai užfiksuoti tarp gyvenančiųjų nuomojamuose butuose bei nuomojamuose kambariuose studentų. Mažiau skiriasi gyvenančiųjų bendrabučiuose, savo arba tėvų butuose vyrų ir moterų alkoholio vartojimo rodikliai.

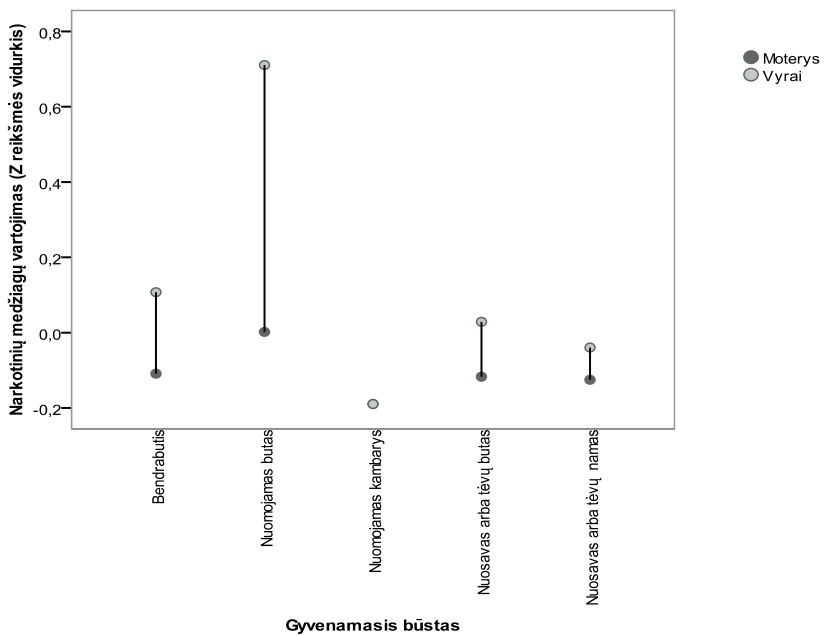
Gyvenamojo būsto aspektu analizuojant tiriamųjų fizinio aktyvumo poreikį, paaiškėjo, kad aukščiausiais Z įverčio vidurkiais pasižymi bendrabučiuose gyvenantys vyrai ir moterys (žr. 46 pav.). Mažiausiu fizinio aktyvumo poreikiu pasižymi nuomojamuose kambariuose gyvenantys vyrai. Didžiausi lyčių skirtumai pastebėti nuomojamų kambarių bei individualių namų gyventojų grupėse. Visiškai nesiskyrė nuosavuose arba tėvų butuose gyvenančių vaikinių ir merginų Z reikšmės vidurkiai.

Narkotinių medžiagų vartojimas labiau paplitęs vyrų tarpe (žr. 47 pav.). Šiuo požiūriu išsiskiria tik besinuomojančių kambarius studentų grupė, kur vyrų ir moterų tarpe šis rodiklis vienodai mažas. Aukštu Z reikšmės vidurkiu ryškiai išsiskiria nuomojamuose butuose gyvenantys vyrai. Tarp skirtingose aplinkose gyvenančių moterų skirtumai nėra tokie ryškūs, kaip vyrų grupėje, tačiau aišku, kad nuomojamoje butuose gyvenančioms moterims būdingas didžiausias polinkis vartoti narkotines medžiagas. Būtent tarp besinuomojančių butus studentų užfiksuotas ryškiausias vyrų ir moterų Z reikšmės vidurkių skirtumas.

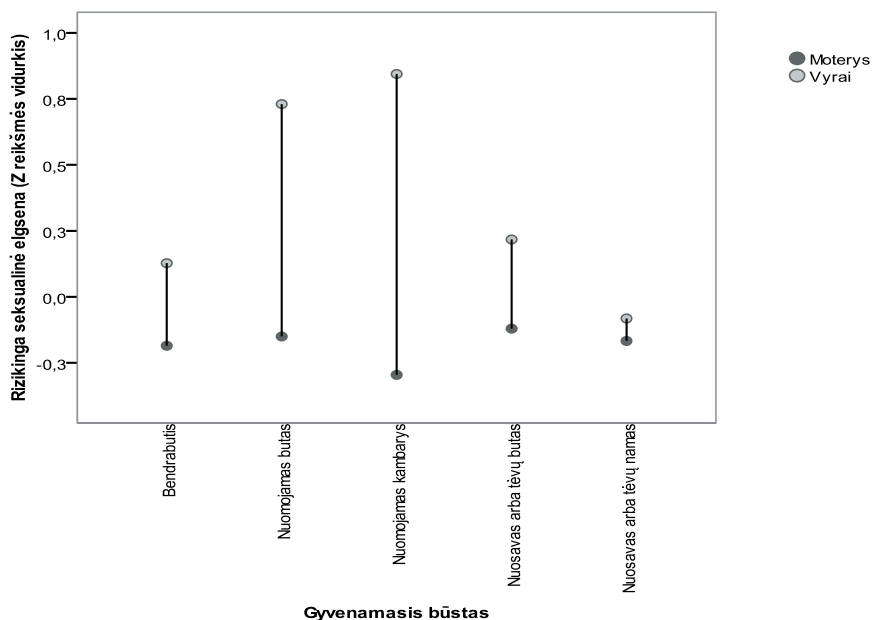
SVEIKA GYVENSENA LIETUVOS STUDENTŲ POPULIACIJOJE:  
EDUKACINIS DIAGNOSTINIS ASPEKTAS



46 pav. Fizinio aktyvumo poreikis priklausomai nuo gyvenamojo būsto



47 pav. Narkotinių medžiagų vartojimas priklausomai nuo gyvenamojo būsto



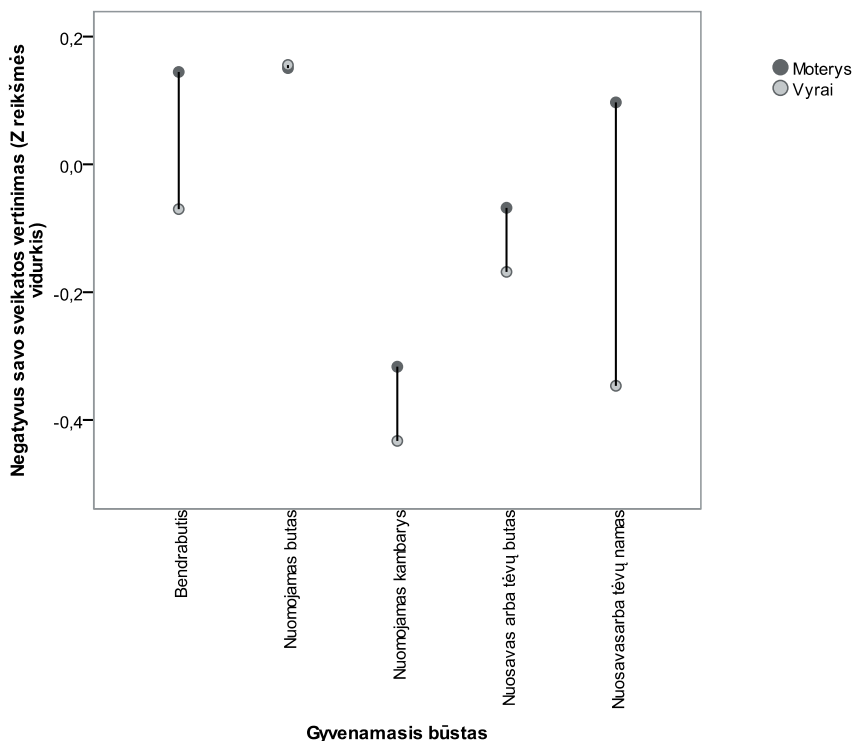
**48 pav.** Rizikinga seksualinė elgsena priklausomai nuo gyvenamojo būsto

Analizuojant rizikingos seksualinės elgsenos paplitimą, akivaizdu, kad ji labiau būdinga vyrams, nei moterims (žr. 48 pav.). Aukščiausiais rizikingos seksualinės elgsenos rodikliais pasižymi vyrai, gyvenantys nuomojamuose kambariuose ir butuose. Mažiausiai į rizikingą seksualinę elgseną yra linkę nuosavuose savo arba tėvų namuose bei bendrabučiuose gyvenantys vyrai. Moterų tarpe skirtumai neryškūs, ženkliu išsiskiria mažos kambarius besinuomojančių studentų Z reikšmės. Didžiausi rizikingos seksualinės elgsenos Z įverčių vidurkių skirtumai lyčių aspektu užfiksuoti nuomojamuose kambariuose, mažiausi – nuosavuose namuose gyvenančių studentų tarpe.

Dispersinė ANOVA analizė atskleidė, kad subjektyvus studentų savo sveikatos vertinimas reikšmingai skiriasi priklausomai jų gyvenamojo būsto (žr. 49 pav.). Moterims būdingi aukštesni negatyvaus savo sveikatos vertinimo Z įverčio vidurkiai. Prasčiausiai savo sveikatą vertina studentai, gyvenantys nuomojamuose butuose (tai pasakytina tiek apie vyrus, tiek apie moteris). Tikėtina, kad tai siejasi ir su jų tarpe plačiai paplitusiais rizikingos sveikatos elgsenos rodikliais. Negatyviu sveikatos vertinimu taip pat pasižymi ir bendrabučių bei nuosavų namų gyventojos. Pozityviausiai savo sveikatą vertina nuomojamuose kambariuose ir nuosavuose namuose gyvenantys vyrai. Didžiausiu lyčių skirtumu išsiskiria nuosavų namų, mažiausiu – nuomojamų butų gyventojų grupės.



SVEIKA GYVENSENA LIETUVOS STUDENTŲ POPULIACIJOJE:  
EDUKACINIS DIAGNOSTINIS ASPEKTAS



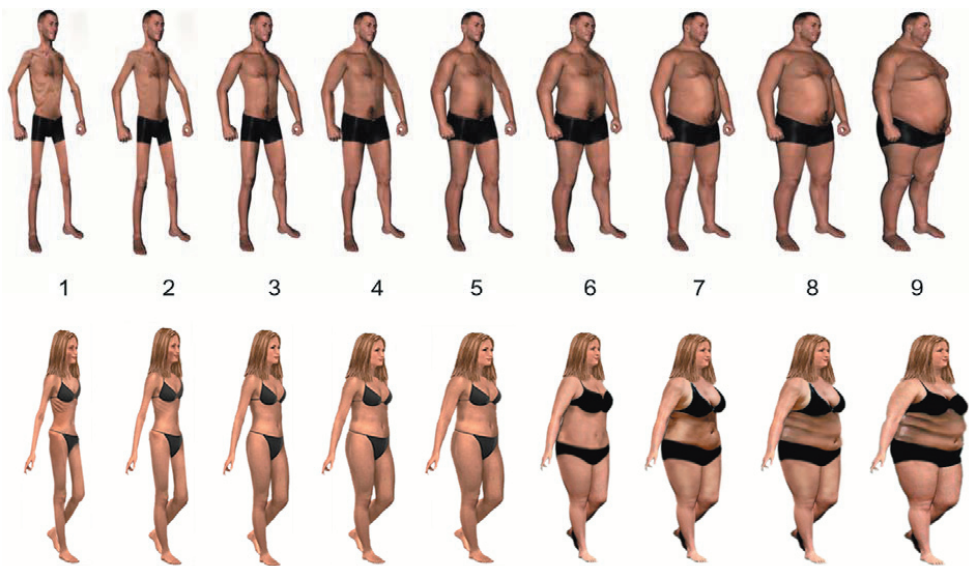
49 pav. Negatyvus savo sveikatos vertinimas priklausomai nuo gyvenamojo būsto

Apibendrinant šiame skyriuje pateikiamus tyrimo rezultatus, pastebėtina, kad rizikinga sveikatai elgsena (alkoholio, narkotikų vartojimu, rizikingais seksualiniais įpročiais) ir negatyviu savo sveikatos vertinimu itin išsiskiria nuomojamuose butuose gyvenantys studentai, ypač vyrai. Nors užsienio autoriai (Wechsler ir kt., 1995; Wechsler, Toben, 2008) savo tyrimuose kaip sveikatos rizikos faktorių nurodo gyvenimą bendrabutyje ar studentų miestelyje, mūsų tyrimo rezultatai rodo, kad gyvenantys bendrabutyje studentai pasižymi dideliu fizinio aktyvumo poreikiu, o jų rizikingos elgsenos rodikliai daugeliu atvejų artimi populiacijos vidurkiui. Tikėtina, kad tam pozityvią įtaką turi bendrabučių vidaus tvarkos taisyklės, jų laikymąsi siekiantys užtikrinti budėtojai, taip pat ir būtinybė savo gyvenimo režimą rinktis atsižvelgiant į kartu gyvenančių studentų poreikius. Be to, čia gali būti reikšmingi ir ekonominiai veiksniai, kadangi tikėtina, jog galintys už buto nuomą susimokėti studentai turi daugiau finansinių išteklių alkoholiui ir kvaišalams, nei gyvenantieji bendrabutyje.

### 4.3. SUBJEKTYVIŲ SAVO KŪNO IR SVEIKATOS VERTINIMO ASPEKTŲ SAŠAJOS SU SVEIKOS GYVENSENOS KOMPONENTAIS

#### 4.3.1. Studentų nepasitenkinimo kūnu rodikliai lyties aspektu

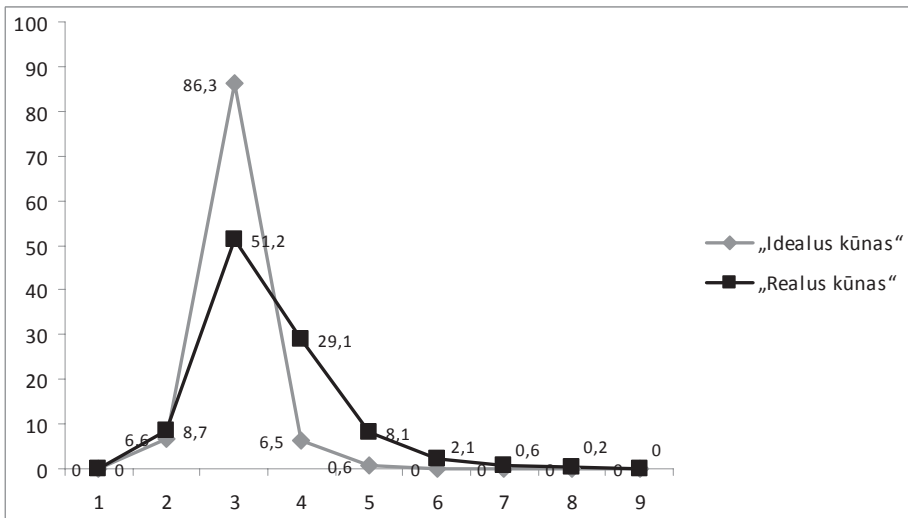
Ankstesniuose skyriuose jau minėjome, kad nepasitenkinimas savo kūnu laikomas sveikatai žalingos elgsenos ir prastesnės savivertės rizikos veiksniu. Tiriamųjų nepasitenkinimui savo kūnu matuoti buvo naudota mūsų modifikuota Stunkardo (1983) pasiūlyta 9 figūrų vertinimo skalė (*Figure Rating Scale, FRS*) (žr. 50 pav.). Pagal šią tyrimo metodiką respondentai savo lyties skalėje turi pažymėti dvi figūras – vieną, jų manymu, labiausiai atitinkančią jų realią kūno formą, ir antrąją, artimiausią jų išsivaizduojamam gražaus kūno idealui. Skirtumu tarp šių dviejų tiriamojo pasirinkimų matuojamas nepasitenkinimo kūnu laipsnis (Thompson, Gardner, 2002).



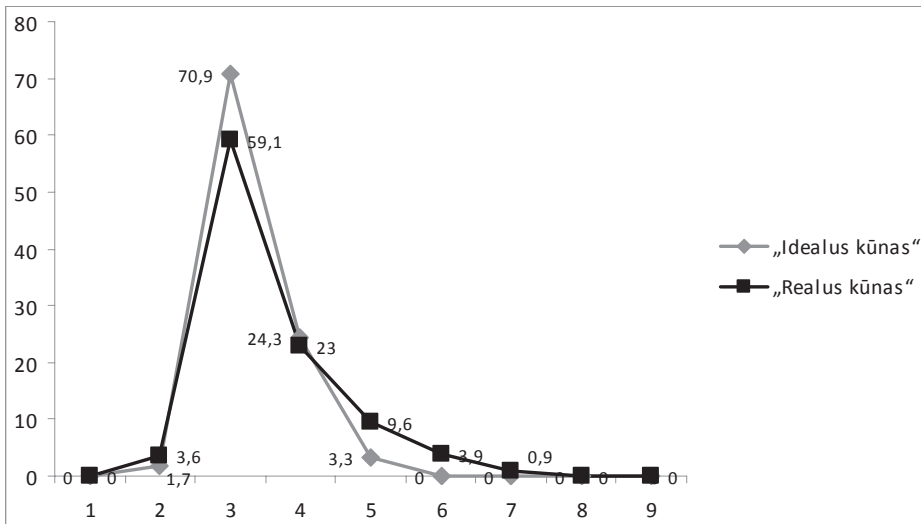
50 pav. Modifikuota Stunkardo figūros vertinimo skalė

Tyrimo rezultatų analizė atskleidė, kad daugelis (86,3 %) merginų gražaus kūno idealu laiko 3 figūrą, tačiau tik pusė jų nurodė ją turinčios (51 pav.). Tuo tarpu analizuojant respondentų atsakymų pasiskirstymą vyrų grupėje, matosi, kad skirtumai tarp jų „idealių“ ir „realių“ kūnų nėra tokie dideli, kaip moterų grupėje (52 pav.). Akivaizdu ir tai, kad kur kas daugiau vyrų gražiu yra linkę laikyti stambesnę kūną, o moterims būdingas liekno kūno idealizavimas. Be to, lyginant su vyrais, keliskart daugiau moterų ir kaip „idealių“, ir kaip „realių“ kūną pasirinko anoreksišką 2 figūrą.

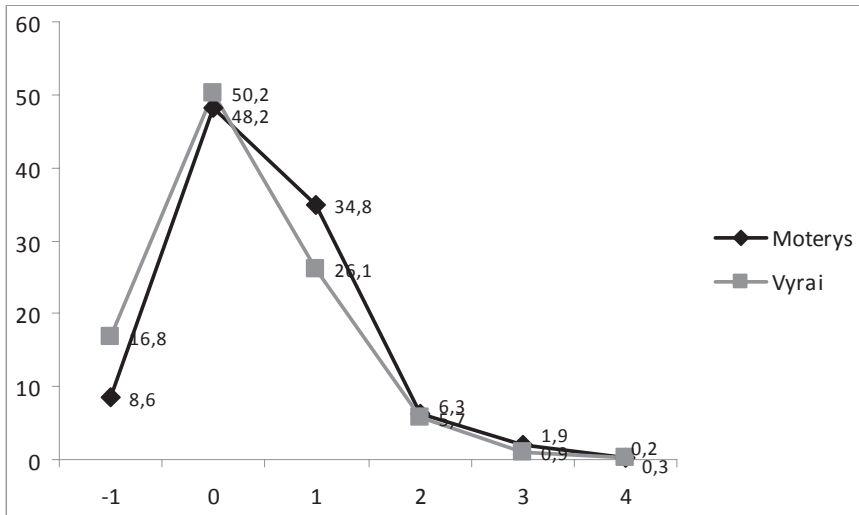
Tos pačios lyčių skirtumų tendencijos pastebėtos ir užsienio autorių (Falon, Rozin, 1985; Tiggemann, 1992) tyrimuose.



51 pav. Figūrų vertinimo skalės pasirinkimų procentinis skirstinys moterų grupėje



52 pav. Figūrų vertinimo skalės pasirinkimų procentinis skirstinys vyrų grupėje



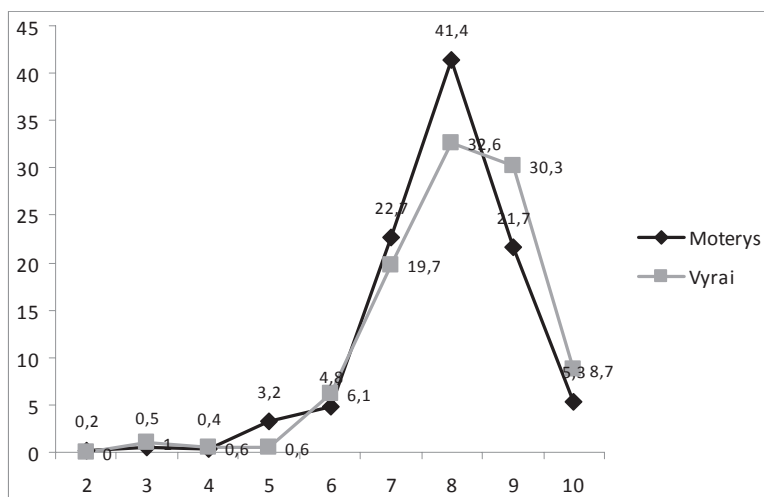
**53 pav.** Figūrų vertinimo skalės asmeninių įvertių skirtumo procentinis skirstinys

Analizuojant asmeninius respondentų nepasitenkinimo kūno išvaizda rodiklius, iš kiekvieno respondento nurodyto „realų“ kūną atspindinčios figūros skaičiaus buvo atimtas „idealių“ figūros skaičius. 53 pav. iliustruojami gauti rezultatai. Neigiama reikšmė (-1) atspindi tiriamuosius, kurie laiko save per lieknais. Matome, kad tokių vyrų yra dvigubai daugiau, nei moterų. Skirtumo tarp kūno idealo ir savo kūno nebuvimas (0) rodo pasitenkinimą kūnu. Tai būdinga tik pusei visų studentų. Tuo tarpu daugiau ar mažiau per stambiais save laiko trečdalis vyrų bei daugiau nei 40 % moterų.

Faktas, kad net pusė studentų jaučia nepasitenkinimą savo kūnu, leidžia kelti prielaidas ir apie kitų su šiuo faktoriumi susijusių sveikatos rizikos veiksnių grėsmę.

#### 4.3.2. Savo kūno ir sveikatos vertinimo sąsajos su sveikos gyvensenos komponentais

Analizuojant studentų subjektyvų savo sveikatos vertinimą balais nuo 1 (labai bloga) iki 10 (puiki sveikata), matyti, kad didžiausias procentas studentų savo sveikatą vertina 8 balais (41,4 % moterų ir 32,6 % vyrų) (žr. 54 pav.). Didesnis vyrų procentas savo sveikatą įvertino kaip labai gerą (30,3 % vyrų ir 21,7% moterų) ir puikią (atitinkamai (8,7 % ir 5,3 %).



**54 pav.** Subjektyvaus savo sveikatos vertinimo balais procentinis skirstinys

23 lentelėje lyties aspektu pateikiamos subjektyvių savo kūno ir sveikatos vertinimo aspektų ir sveikos gyvensenos komponentų koreliacijos koeficientai. Rezultatai moterų grupėje rodo, kad nepasitenkinimas kūno išvaizda siejasi su polinkiu į dietų laikymąsi ( $r = 0,38$ ), patiriamais simptomais ( $r = 0,21$ ), patiriamu stresu ( $r = 0,15$ ), rūkymu ( $r = 0,10$ ).

Vyrų nepasitenkinimas kūno išvaizda susijęs su patiriamais simptomais ( $r = 0,38$ ), patiriamu stresu ( $r = 0,25$ ), polinkiu į dietų laikymąsi ( $r = 0,13$ ). Užfiksuota atvirkštinė nepasitenkinimo išvaizda koreliacija su fizinio aktyvumo poreikiu ( $r = 0,14$ ) ir sveikos mitybos įpročiais ( $r = -0,12$ ).

Negatyvus savo sveikatos vertinimas moterų grupėje siejasi su patiriamais simptomais ( $r = 0,36$ ), farmacijos preparatų vartojimu ( $r = 0,27$ ), patiriamu stresu ( $r = 0,25$ ) ir profilaktikos įpročiais ( $r = 0,09$ ). Vyrų grupėje su negatyviu savo sveikatos vertinimu koreliuoja patiriami simptomai ( $r = 0,44$ ), patiriamas stresas ( $r = 0,30$ ), rizikinga seksualinė elgsena ( $r = 0,16$ ) ir farmacijos preparatų vartojimas ( $r = 0,12$ ).

Pozityvus moterų savo fizinio pajėgumo vertinimas siejasi su fizinio aktyvumo poreikiu ( $r = 0,27$ ), profilaktika ( $r = 0,22$ ), sveika mityba ( $r = 0,18$ ) ir higienos įpročiais ( $r = 0,10$ ). Atvirkštinė koreliacija moterų grupėje užfiksuota tarp pozityvaus savo fizinio pajėgumo vertinimo ir patiriamų simptomų ( $r = -0,24$ ), patiriamo streso ( $r = -0,12$ ) ir rizikingos seksualinės elgsenos ( $r = -0,09$ ). Pozityvus vyrų savo fizinio pajėgumo vertinimas susijęs su fizinio aktyvumo poreikiu ( $r = 0,24$ ), profilaktika ( $r = 0,22$ ), sveika mityba ( $r = 0,19$ ) ir higienos įpročiais ( $r = 0,10$ ). Atvirkštinė koreliacija vyrų grupėje užfiksuota tarp pozityvaus savo fizinio pajėgumo vertinimo ir patiriamų simptomų ( $r = -0,33$ ), patiriamo streso ( $r = -0,23$ ) bei rūkymo ( $r = -0,11$ ).

**Subjektyvių savo kūno ir sveikatos vertinimo aspektų sąsajos  
su sveikos gyvensenos komponentais**

Sveikos gyvensenos komponentai	Nepasitenkinimas kūno išvaizda		Negatyvus savo sveikatos vertinimas		Pozityvus savo fizinio pajėgumo vertinimas	
	Moterys	Vyrai	Moterys	Vyrai	Moterys	Vyrai
Fizinio aktyvumo poreikis	-0,03	-0,14*	-0,05	0,01	0,27**	0,24**
Sveika mityba	-0,01	-0,12*	0,03	-0,08	0,18**	0,19**
Profilaktika	0	-0,10	0,09*	-0,05	0,22**	0,22**
Higienos įpročiai	0	-0,10	0,03	0	0,10**	0,10**
Farmacijos preparatų vartojimas	0,13**	0,05	0,27**	0,12*	-0,02	-0,09
Patiriami simptomai	0,21**	0,38**	0,36**	0,44**	-0,24**	-0,33**
Patiriamas stresas	0,15**	0,25**	0,25**	0,30**	-0,12**	-0,23**
Polinkis į dietų laikymąsi	0,38**	0,13*	0,08	0,03	-0,02	0,03
Narkotinių medžiagų vartojimas	0,01	0,01	0	0,02	-0,04	-0,06
Alkoholio vartojimas	0,07	0,01	-0,02	0,06	0,03	0,01
Rūkymas	0,10**	0,05	0,06	0,03	-0,01	-0,11*
Rizikinga seksualinė elgsena	0,08	0,09	0	0,16**	-0,09*	-0,05

\*0,05; \*\*0,01

Su subjektyviu savo kūno vertinimu nei vyrų, nei moterų grupėse reikšmingai nesisiejo alkoholio ir narkotinių medžiagų vartojimas. Vertinant lyčių skirtumus, matyti, kad vyrų grupėje nesveika mityba ir mažesnis fizinio aktyvumo poreikis koreliuoja su negatyviu savo išvaizdos vertinimu. Ši tendencija nepastebėta moterų tarpe. Moterų grupėje kur kas stipresnis ryšys tarp nepasitenkinimo išvaizda ir polinkio į dietų laikymąsi. Be to, moterų grupėje, skirtingai nei vyrų, nepasitenkinimas išvaizda susijęs su rūkymu. Prasčiau savo sveikatą vertinančios moterys yra linkusios daugiau dėmesio skirti jos saugojimui, profilaktikai ( $r = 0,09$ ), kas nepasakytina apie vyrus. Negatyviau savo sveikatą vertinančios moterys labiau nei vyrai yra linkusios vartoti farmacijos preparatus. Vyrų grupėje prastesnis savo sveikatos vertinimas siejasi su rizikinga sveikatai elgsena, o moterų grupėje šis ryšys neatsiskleidė. Vyrų tarpe, skirtingai nei moterų, užfiksuota statistiškai patikima koreliacija tarp prastesnio savo fizinio pajėgumo vertinimo ir rūkymo. Prasčiau savo fizinį pajėgumą vertinančioms moterims būdingas didesnis polinkis į rizikingą seksualinę elgseną.

# APIBENDRINAMOSIOS IŠVADOS, DISKUSIJA, REKOMENDACIJOS

---

## 1. Išvados iš mokslinės literatūros apžvalgos

**1.1.** Moderniojoje visuomenėje išryškėja specifinės sveikos gyvensenos mokslinio tyrinėjimo ir ugdymo problemos, nebūdingos ankstesniems žmonijos gyvavimo tarpsniams. Vakarų pasaulis susiduria su fizinio pasyvumo, užterštos aplinkos, neracionalios mitybos, patiriamo streso, psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, socialinio spaudimo ir kt. iššūkiais. Vis didesnis mokslininkų, politikų, sveikatos edukologų dėmesys sveikai gyvensenai skiriamas suvokus, kad išsivysčiusiose valstybėse dažniausiai pasitaikantys sveikatos sutrikimai didžiąja dalimi yra nulemti būtent pasirinkto gyvenimo būdo. Įsisąmoninus, kad nuo kiekvieno asmens sveikatos tiesiogiai priklauso ir visos visuomenės gerovė, sveikos gyvensenos fenomenas laikytinas ne tik humanistine, bendražmogiška, bet ir visuomenine, ekonomine, edukacine vertybe, kurios ugdymo kokybe bei rezultatais privalo rūpintis kiekviena valstybė.

**1.2.** Apibendrinant Lietuvoje atliekamus sveikos gyvensenos tyrimus, pabrėžtina, kad jie atsilieka nuo moderniojo diskurso, kadangi dažniausiai apsiribojama tam tikrų gyvensenos rodiklių paplitimu, tačiau nepakankamas dėmesys skiriamas pačiam įgūdžių bei įpročių radimosi procesui, veiksniams ir aplinkybėms. Pastebėtina tendencija, kad įvairių socialinių grupių tyrimai atskleidžia gan pozityvias nuostatas į sveikatos stiprinimą bei saugojimą, tačiau jos dažniausiai netampa faktine sveika gyvensena. Visuomenės sveikatos ir biomedicinos mokslų dominavimas sveikos gyvensenos tyrimų srityje neleidžia identifikuoti šios nuostatų ir elgsenos divergencijos psichosocialinių bei psichopedagoginių priežasčių. Nors Lietuva dalyvauja keliuose tarptautiniuose gyventojų sveikos gyvensenos tyrimuose, pasižyminčiuose aukšta metodologine tyrimo instrumentų kokybe ir leidžiančiuose identifikuoti sveikos gyvensenos požiūriu pažeidžiamiausias socialines grupes, šių tyrimų rezultatais nepakankamai naudojamosi tobulinant sveikos gyvensenos ugdymo praktiką.

**1.3.** Reikia konstatuoti akivaizdų atotrūkį tarp įstatymuose, valstybinėse strategijose, sveikatos ugdymą reglamentuojančiuose dokumentuose deklaruojamų siekinių ir ugdymo realybės bei rezultatų. Svarbiausios sveikos gyvensenos diegimo problemos Lietuvoje – visuomenės vis dar nesuvokiama asmeninė atsakomybė už savo sveikatą, polinkis į save žalojančią ir sveikatai rizikingą elgseną, didelis psichosocialinis stresas, skurdas, menkas sporto ir sveikatingumo infrastruktūros prieinamumas gyventojams, neišnaudojamos neformaliojo švietimo galimybės.

**1.4.** Nors jaunimas tradiciškai laikomas viena iš sveikesnių socialinių grupių, studentų gyvensenos tyrimai atskleidžia aukštus akademinio jaunimo fizinio pasyvumo, patiriamo streso, psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, neracionalios mitybos ir kitos sveikatai žalingos elgsenos rodiklius. Svarbu tai, kad jaunystėje susiformavę įpročiai dažnai išlieka visam likusiam gyvenimui. Studijų aukštojoje mokykloje pradžia yra laikoma palankiu laikotarpiu ugdyti sveikos gyvensenos įpročius, tačiau Lietuvos aukštojo mokslo sistema juo beveik nesinaudoja.

## 2. Empirinio tyrimo išvados

**2.1.** Sėkmingo edukacinio poveikio rezultatu ir galima tolesnio ugdymo sėkmės prielaida laikytinas faktas, kad daugumai studentų sveikata yra vertybė. Didelė dalis tiriamųjų mano turintys pakankamai žinių apie sveikatą bei ją lemiančius veiksnius. Vis dėlto beveik ketvirtadalis tiriamųjų laikosi nuomonės, kad jų amžiuje sveikata dar nereikia rimtai rūpintis, o sveikata yra prigimtinė duotybė ir mažai priklauso nuo asmens pastangų ją stiprinti.

**2.2.** Abejonių dėl sveikos gyvensenos ugdymo sėkmės kelia nemažai studentų gyvensenos įpročių. Kasdien arba beveik kasdien rūko maždaug penktadalis respondentų. Silpnuosius alkoholinius gėrimus 1–2 kartus per savaitę vartoja daugiau nei trečdalis vyrų ir penktadalis moterų. Dešimtadalis vyrų pripažino, jog 1–2 kartus per savaitę geria stiprius alkoholinius gėrimus. Iš narkotinių medžiagų tarp studentų labiausiai paplitusi marihuana, o stipresni narkotikai vartojami tik pavieniais atvejais, pabandymui, tad kalbėti apie kitų narkotikų vartojimą, kaip apie paplitusį įprotį, negalime.

**2.3.** Atskirą dėmesį reikėtų atkreipti į studentų išgyvenamą stresą. Stresą nuolat patiriantys pripažino daugiau nei trečdalis moterų ir penktadalis vyrų. Su šiuo veiksniu sietinas ir faktas, kad moterų grupėje kur kas dažniau reiškiasi su emocine ir psichine sveikata susiję simptomai – dirglumas, nerimas, apatija, dėmesio ir apetito sutrikimai.

**2.4.** Dauguma studentų suvokia fizinio aktyvumo reikšmę sveikatai, tačiau pakankamai fiziškai aktyviais save laiko tik kiek daugiau nei trečdalis vyrų ir mažiau nei ketvirtadalis moterų. Pagrindiniai studentų fizinio aktyvumo motyvai – patiriamas malonumas, noras būti sveikiems ir turėti gražų kūną. Dažniausiai nurodytos kliūtys fiziniam aktyvumui – valios, užsispyrimo trūkumas bei didelis užimtumas.

**2.5.** Regresinė ir koreliacinė empirinio tyrimo duomenų analizė leido nustatyti edukacinio vaikystės šeimos poveikio įvairiems studentų sveikos gyvensenos komponentams svarbą. Sveikatos ugdymas vaikystės šeimoje reikšmingai siejasi su fizinio aktyvumo poreikiu, sveikos mitybos, profilaktikos ir higienos įpročiais bei pozityviu savo fizinio pajėgumo vertinimu. Paaiškėjo, kad sveikos gyvensenos įpročių formavimuisi svarbus tėvų (ypač – motinos) rodomas asmeninis gyvensenos pavyzdys. Reikia pastebėti, kad tėvų fizinio aktyvumo įpročiai patys savaime neturi reikšmingos įtakos vėlesniam vaikų fizinio aktyvumo poreikiui – norą mankštintis skatino tik ta fiziškai aktyvi tėvų veikla, kuria buvo užsiimama kartu su savo vaikais. Vaikystės šeimos socialinio sluoksnio įtaka atsiskleidė tokiems studentų sveikos gyvensenos komponentams, kaip profilaktikos ir higienos įpročiai, rizikinga seksualinė elgsena. Be to, iš žemesnio socialinio sluoksnio kilę asmenys yra linkę negatyviau vertinti savo sveikatą ir kūno išvaizdą.

**2.6.** Labai iškalbinga studentų nuomonė apie bendrojo lavinimo mokyklos edukacinę reikšmę jų sveikos gyvensenos įpročiams. Beveik du trečdaliai tiriamųjų nemano, kad bendrojo lavinimo mokykla prisidėjo prie jų sveikos gyvensenos įgūdžių ugdymo(si). Tik kiek daugiau nei trečdalis moterų ir mažiau nei pusė vyrų pritarė



teiginiui, kad kūno kultūros pamokos paskatino juos būti fiziškai aktyvius po mokyklos baigimo, o dešimtadalis respondentų teigė, kad kūno kultūros pamokos jiems suformavo neigiamas nuostatas sporto ir fizinio aktyvumo atžvilgiu. Pažymėtina, kad tiriamieji, palankiau vertinę mokyklos socialinį klimatą, fizinę kūno kultūros pamokų aplinką ir kūno kultūros mokytojo kompetenciją, studijuodami aukštojoje mokykloje pasižymi didesniu fizinio aktyvumo poreikiu, ryškesniais sveikos mitybos, profilaktikos ir higienos įpročiais, pozityvesniu subjektyviu savo sveikatos ir fizinio pajėgumo vertinimu.

**2.7.** Analizuojant sveikatos ugdymo situaciją aukštojoje mokykloje, paaiškėjo, kad maždaug ketvirtadalis studentų paskaitų tvarkaraščiuose yra dalykų, kuriuose jie įgyja žinių apie sveikatą. Privalomi kūno kultūros užsiėmimai yra kiek daugiau nei trečdalis studentų paskaitų tvarkaraščiuose. Dar penktadalis studentų nurodė turėję galimybę pasirinkti kūno kultūros pratybas kaip pasirenkamąjį dalyką, tačiau atkreiptinas dėmesys, kad šia galimybe pasinaudojo tik kas trečias vyras ir kas penkta moteris. Pusė tyrime dalyvavusių vyrų ir ketvirtadalis moterų mano, kad kūno kultūra paskaitų tvarkaraštyje turi būti kaip privalomasis dalykas, o 37,8 % vyrų ir 60,3 % moterų mano, kad turėtų būti suteikta galimybė rinktis.

**2.8.** Galimybės naudotis savo aukštosios mokyklos sveikatingumo infrastruktūra ribotos, menkai viešinamos. Dažniausiai siūlomos kelios tradicinės fizinio aktyvumo rūšys, pasigendama įvairovės. Po paskaitų nemokamai naudotis savo aukštosios mokyklos sporto ir sveikatingumo baze nurodė turintys galimybę trečdalis vyrų ir ketvirtadalis moterų, penktadalis tiriamųjų šios galimybės neturi. Iškalbingas rodiklis yra tas, kad apie tokią galimybę nežino arba ja nesidomėjo daugiau nei trečdalis vyrų ir daugiau nei pusė moterų.

**2.9.** Studijų kryptis yra reikšmingas faktorius tokiems sveikos gyvensenos komponentams kaip profilaktikos ir higienos įpročiai, fizinio aktyvumo poreikis, patiriamas stresas, rizikinga seksualinė elgsena bei subjektyviems rodikliams kaip savo sveikatos, fizinio pajėgumo bei kūno išvaizdos vertinimui. Nors skirtingose studijų kryptyse įvairių gyvensenos komponentų dažnis stipriai varijuoja, atkreiptinas dėmesys į meno studijas pasirinkusių studentų gyvensenos įpročius, kadangi jų tarpe sveikatai rizikinga elgsena paplitusi labiausiai. Be to, reiktų atkreipti dėmesį ir į itin žemą edukologijos studentų sveikatos žinių lygį, kadangi tai kelia abejonių jų gebėjimais ugdyti mokinių sveikatą tapus pedagogais.

**2.10.** Socialinė aplinka yra reikšmingas faktorius tokiems sveikos gyvensenos komponentams kaip psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas, rizikinga seksualinė elgsena bei fizinio aktyvumo poreikis. Atkreiptinas dėmesys į tai, kad didžiausi rizikingos sveikatai elgsenos rodikliai būdingi nuomojamuose butuose kartu su kitais studentais gyvenantiems vyrams.

**2.11.** Pusė abiejų lyčių studentų jaučia nepasitenkinimą kūnu (norėtų būti lieknesni arba stambesni). Negatyvus savo sveikatos bei kūno išvaizdos vertinimas susijęs su patiriamu stresu, simptomais, dažnesniu farmacijos preparatų vartojimu.

**2.12.** Vertinant pagrindinius skirtumus lyties aspektu, paaiškėjo, kad moterims būdinga ryškesnė profilaktikos, higienos, sveikos mitybos įpročių raiška. Kita vertus, jos pasižymi ir didesniais streso rodikliais, neigiamu savo sveikatos ir kūno iš-

vaizdos vertinimu, dažniau patiria simptomus, vartoja farmacijos preparatus ir dažniau laikosi dietų. Vyrai, lyginant su moterimis, pasižymi didesniu fizinio aktyvumo poreikiu, dažniau vartoja alkoholį, tabaką ir narkotines medžiagas, užsiima rizikinga seksualine elgsena.

### 3. Diskusija

Disertacinį tyrimą apibendrinanti diskusija paremta literatūros šaltinių analize, empirinio tyrimo duomenimis bei dešimtmetį trunkančia disertanto pedagogine patirtimi sveikatingumo bei sporto sektoriuje.

Visų pirma reiktų atkreipti dėmesį į studentų nuostatų ir faktinės gyvensenos skirtumus. Pavyzdžiui, respondentų atsakymai parodė, kad absoliuti dauguma studentų sveikata, gražų kūną laiko vertybėmis, yra įsitikinę fizinio aktyvumo svarba sveikatai, tačiau tik nedidelė dalis pasirenka sveiką ir pakankamai fiziškai aktyvią gyvenseną. Vadinasi, ugdant sveikos gyvensenos įpročius esminis vaidmuo tenka ne žinių apie sveikatą perteikimui, bet asmens veiklinimui, įgalinimui, motyvavimui. Prielaidų sėkmingai ir sąmoningai veikti atsiradimui didelį, tačiau nepakankamai vertinamą vaidmenį turi sveikatingumo infrastruktūra, materialinė bazė. Tikėtina, kad tinkama edukacinė aplinka leidžia pedagogui įdomiau organizuoti ugdymo procesą, o ugdytiniui atveria didesnę laisvę išbandyti ir rinktis mėgstamą fizinio aktyvumo rūšį. Tuo tarpu tiek bendrojo lavinimo, tiek aukštosiose mokyklose dauguma sporto bazių skurdžios, smarkiai ribojančios pasirinkimo galimybę ir prieinamumą. Tik maždaug trečdalis studentų nurodė, kad turi galimybę po paskaitų nemokamai naudotis savo aukštosios mokyklos sporto ar sveikatingumo baze, didelė dalis apie tokią galimybę nežinojo, ja nesidomėjo. Šie ir kiti rodikliai leidžia manyti, kad daugelis studentų savo aukštosios mokyklos apskritai neidentifikuoja kaip institucijos, galinčios ir turinčios prisidėti prie jų sveikatos ugdymo(s).

Viešoji sveikatingumo ir rekreacijos infrastruktūra irgi menkai, netolygiai išvystyta, daliai gyventojų sunkiai prieinama dėl finansinių ir geografinių priežasčių. Kita vertus, panašu, kad dėl sporto klubų ir grožio industrijos agresyvios rinkodaros dalis jaunimo fiziškai aktyvią veiklą įsivaizduoja tik kaip lankymąsi prabanguose, madinguose sporto klubuose. Žinoma, šioje situacijoje atsakomybės dalį turėtų prisiimti ir pedagogai, ne visada pakankamai išsamiai supažindinantys mokinius ir studentus su fizinio aktyvumo rūšių įvairove bei galimybėmis užsiimti daug finansinių išteklių nereikalaujančia fiziškai aktyvia veikla.

Tyrimo rezultatai atskleidė ir didelę asmeninio tėvų bei pedagogų sveikos gyvensenos pavyzdžio svarbą tolesnei ugdytinio gyvensenai. Akivaizdu, kad geriausiai sveika gyvensena ugdoma ne moralizuojant, o demonstruojant asmeninį pavyzdį. Žinoma, dažnai tai yra problemiška dėl pačių tėvų ir pedagogų gyvensenos įpročių – fizinis pasyvumas, psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas, psichosocialinis stresas, neracionali mityba ir kita sveikatai rizikinga elgsena būdinga ne tik jaunimui, bet ir vyresnių socialinių grupių atstovams.

Atskiro disertacinio tyrimo tema galėtų būti kūno kultūros pedagogų meistriš-

kumas ir pedagoginės nuostatos. Kūno kultūros mokytojo ar dėstytojo vaidmuo itin svarbus, kadangi šiandien dažnam jaunam žmogui kūno kultūros pamoka ar pratybos yra vienintelė vieta, kur jis užsiima fiziškai aktyvia veikla. Vadinasi, ši edukacinė sąveika didele dalimi gali nulėmti tolesnį ugdytinio gyvenimosi pasirinkimą. Nors jau beveik du dešimtmečiai, kaip sveikatos ugdymą reglamentuojantys dokumentai akcentuoja ne fizinio pajėgumo, o sąmoningų sveikos gyvenimosi įgūdžių ugdymo svarbą, nemažai daliai pedagogų tai sunku perkelti į ugdymo praktiką. Vienas iš sunkumų – nesukurta kūno kultūros pasiekimų vertinimo sistema, tad pedagogas dažnai eina lengviausiu keliu ir vertina vien tik ugdytinio fizinį pajėgumą, neatsižvelgdamas į vertybines nuostatas, mokymosi procese įdedamas pastangas, asmeninę pažangą ir t. t. Tokie pedagogo veiksmai dažnai ilgam laikui atgraso nuo aktyvios veiklos fiziškai silpnesnius ar prastesnės sveikatos ugdytinius, suformuoja neigiamas nuostatas į sveiką gyvenimo būdą.

#### **4. Edukacinės sveikos gyvenimosi diegimo rekomendacijos**

**4.1.** Literatūros analizė bei empirinio tyrimo duomenys atskleidė didelę šeimos, tėvų asmeninio pavyzdžio svarbą ugdant sveikos gyvenimosi įpročius. Reikia pripažinti, kad galimybės tobulinti sveikatos ugdymą(si) šeimoje yra ribotos, ypač problemiška pakeisti tėvų sveikos gyvenimosi įpročius. Vis dėlto manytume, kad viena iš kol kas nepakankamai išnaudojamų galimybių galėtų būti kryptingesnis tėvų švietimas sveikatos ugdymo klausimais per bendrojo lavinimo mokyklas ar ikimokyklinio ugdymo įstaigas.

**4.2.** Akivaizdu, kad sveikatos ugdymo bendrojo lavinimo mokykloje realybė neatitinka ugdymą reglamentuojančiuose dokumentuose jai iškeltų tikslų. Svarbiausia sveikatos ugdymo funkcija tenka kūno kultūros pamokoms, todėl visų pirma reikia imtis priemonių, leidžiančių pagerinti kūno kultūros pamokų kokybę, peržiūrėti kūno kultūros mokytojų rengimą ir kvalifikacijos tobulinimą. Be to, svarbu užtikrinti, kad sveikos gyvenimosi ugdymas į kitus mokomuosius dalykus būtų integruojamas ne tik dokumentuose, bet ir praktikoje.

**4.3.** Kol kas nepakankamai išnaudojamos neformaliojo švietimo teikiamos sveikatos ugdymo galimybės. Nors sportas yra dažniausiai vaikų ir jaunimo pasirenkama neformaliojo švietimo sritis, dauguma trenerių koncentruojasi ne į sveikos gyvenimosi, bet į sportinio meistriškumo ugdymą ir sportinių rezultatų siekimą. Tikėtina, kad situaciją pakeisti galėtų sporto pedagogų rengimo tobulinimas. Be to, tikslinga keisti ir sporto pedagogų darbo pasiekimų vertinimo sistemą, atsisakyti sportinių rezultatų sureikšminimo (bent jau vertinant su jauniausiais sportininkais dirbančių trenerių veiklą).

**4.4.** Atsižvelgiant į tyrimus, rodančius, kad studijų aukštojoje mokykloje pradžia gali būti palankus momentas keisti gyvenimosi įpročius, pirmo kurso I semestre būtų tikslinga visiems aukštųjų mokyklų studentams į paskaitų tvarkaraštį įtraukti

privalomąjį modulį, kuriame jie gautų esminių teorinių žinių apie sveikatą ir sveiką gyvenseną, o kartu būtų supažindinami su konkrečios aukštosios mokyklos teikiama sveikatos ugdymo(si) galimybėmis. Į šį modulį būtina integruoti ir supažindinimą su streso įveikos strategijomis ir būdais, nes tyrimas parodė šios problemos aktualumą studentų, o ypač studenčių, tarpe.

**4.5.** Manytume, kad bent pirmuosiuose studijų kursuose būtinos privalomos kūno kultūros pratybos, kuriose studentai įgytų praktinių sveikos gyvensenos, fizinio aktyvumo įgūdžių, būtų supažindinti su pagrindiniais mankštinimosi principais (kadangi didelė dalis to neišmoksta bendrojo lavinimo mokykloje). Žinoma, kad šie užsiėmimai būtų efektyvūs, reikia užtikrinti jų kokybę, dėstytojų kvalifikaciją ir kompetenciją.

**4.6.** Tyrimo duomenų analizė leido identifikuoti studentų populiacijos segmentus, kuriuose rizikinga sveikatai elgsena paplitusi labiausiai. Vienas jų – meno studijas pasirinkę studentai. Be jau minėtų bendrų rekomendacijų, šiame segmente tikėtinas pozityvus sveiką gyvenseną propaguojančių socialinių akcijų, meno, sporto ir sveikatingumo renginių edukacinis efektyvumas. Kitas rizikos grupei priskirtinas socialinis segmentas – nuomojamuose butuose gyvenantys studentai. Suprantama, tikslinio edukacinio poveikio galimybės šiems studentams labai ribotos. Manytume, kad viena iš nedaugelio priemonių, galinčių keisti situaciją šiame segmente, – tikslinga socialinė reklama aukštojoje mokykloje.

**4.7.** Ypatingą dėmesį vertėtų atkreipti į edukologijos studentų rengimą. Jie išsiskiria skurdžiomis sveikatos žiniomis, patys nėra linkę rinktis sveiko gyvenimo būdo. Tikėtina, kad, jiems tapus pedagogais, bus problemiška diegti sveiką gyvenseną savo ugdytiniais, todėl reikėtų edukologijos studijų programas praplėsti dalykais apie sveikatos ugdymą.

**4.8.** Būtina plėsti ir gerinti viešąją, o kartu ir bendrojo lavinimo bei aukštųjų mokyklų sporto, sveikatingumo infrastruktūrą, didinti jos prieinamumą.

**4.9.** Svarbu gerinti socialinės reklamos, propaguojančios sveiką gyvenseną, kokybę, patrauklumą, suprantamumą; adresuoti ją tikslinėms socialinėms grupėms.

## 5. Tyrimo tęstinumo perspektyvos

Mokslinės literatūros analizė bei mūsų atliko empirinio tyrimo rezultatai leidžia numatyti tolesnes studentų sveikos gyvensenos edukacinių prielaidų tyrinėjimo kryptis. Manytume, kad, tęsiant pradėtą darbą, būtų prasminga ir tikslinga:

- Gilintis į studentų patiriamą stresą, nustatyti jo priežastis ir padarinius, ieškoti edukacinių jo redukavimo sprendimų.
- Nuodugniau tyrinėti rizikos grupėms priskirtinus studentų populiacijos segmentus, ieškoti priežasčių, lemiančių dažnesnį rizikingos sveikatai elgsenos paplitimą šiuose segmentuose.
- Išsamiau analizuoti subjektyvų studentų savo kūno ir sveikatos vertinimą kaip galimo edukacinio poveikio objektą, susijusį su sveikos gyvensenos komponentais.

- Atskirai įvertinti ir palyginti universitetinių bei neuniversitetinių aukštųjų mokyklų studentų sveikatos ugdymo bruožus, jų specifiškumą.
- Analizuoti priklausymo įvairioms jaunimo subkultūroms sąsajas su sveikos gyvensenos įpročiais.
- Pasitelkus kokybinę tyrimo priemonę (pvz., etnografinį tyrimą), analizuoti nuostatų virsmo į sveikatą palaikančią ir stiprinančią elgseną fenomeną ir konceptualizuoti jo priežastis.
- Atlikti ugdomąjį eksperimentą, eksperimentinėms grupėms studijų aukštojoje mokykloje pradžioje įvedus teorinius bei praktinius sveikatos stiprinimo modulius.

## LITERATŪRA

1. von Ah D., Ebert S., Ngamvitroj A., Park N., Kang D., 2004, Predictors of Health Behaviors in College Students. *Journal of Advanced Nursing*, 48 (5), p. 463–474.
2. Andersson H.I., Ejlerstsson G., Leden I., Schersten B., 1999, Impact of chronic pain on health care seeking, self care, and medication. Results from a population-based Swedish study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53 (11), p. 503–509.
3. Antonov K., Isacson D., 1998, Headache and analgesic use in Sweden. *Headache*, 38 (2), p. 97–104.
4. Armonienė J., 1998, Jaunimo fizinio aktyvumo veiksniai. Vilnius: VU.
5. Arnett J. J., 2005, The developmental context of substance use in emerging adulthood. *Journal of Drug Issues*, 35, p. 235–253.
6. Astrauskienė A., Jansonienė A., Šapokienė L., 2005, KTU ir KMU pirmo kurso studentų požiūris į sveikatą kaip gyvenimiškąją vertybę. *Kultūra – ugdymas – visuomenė: mokslo darbai*, p. 315–317. Kaunas.
7. Astrauskienė A., Dobrovolskis V., Stukas R., 2009, Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo paplitimas tarp Lietuvos aukštųjų mokyklų studentų. *Medicinos teorija ir praktika*, T. 15 (Nr. 4), p. 366–371.
8. Atchley R. C., 1997, The subjective importance of being religious and its effect on health and morale 14 years later. *Journal of Aging Studies*, 11, p. 131–141.
9. Bajoriūnas Z., 1997, Šeimos edukologija. Vilnius: Jošara.
10. Balčiūnienė R., 2010, Profilaktiškai griebtis vaistų – pavojinga. Prieiga per internetą: <[http://projektai.delfi.lt/pazinksave\\_v/pataria/profilaktiskai-griebtis-vaistu-pavojinga.d?id=38713875](http://projektai.delfi.lt/pazinksave_v/pataria/profilaktiskai-griebtis-vaistu-pavojinga.d?id=38713875)>, [žiūrėta 2011-11-01].
11. Balevičiūtė R., Poteliūnienė S., 2006, Mokinių sveikos gyvensenos žinių įgijimo ir fizinio aktyvumo skatinimas aktyvinamaisiais mokymosi metodais. *Pedagogika*, Nr. 81, p. 115-120.
12. Bandura A., 1977, Social Learning Theory. New Jersey: Prentice Hall.
13. Bandura A., 2004, Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education and Behavior*, Vol. 31, No. 2, p. 143–164.
14. Bandura A., 1994, Social Cognitive Theory of Mass Communication. In J. Bryant and D. Zillman (eds.), *Media Effects: Advances in Theory and Research*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum, 1994.
15. Barber B. K., Stolz H. E., Olsen J. A., 2005, Parental support, psychological control, and behavioral control: Assessing relevance across time, culture, and method. *Monographs for Society of Child Development*, 70 (4), p. 1–137.
16. Barbour R. S., 1999, The case for combining qualitative and quantitative approaches in health services research. *Journal of Health Services Research & Policy*, 4, p. 39–43.
17. Bendroji priešmokyklinio ugdymo ir ugdymosi programa, 2002. Vilnius: Švietimo aprūpinimo centras.
18. Bendrojo lavinimo programos ir išsilavinimo standartai XI–XII klasėms, 2002. Vilnius: Švietimo aprūpinimo centras.
19. Benedikt R., Wertheim E. H., Love A., 1998, Eating Attitudes and Weight-Loss Attempts in Female Adolescents and Their Mothers. *Journal of Youth and Adolescence* Vol. 27, Nr. 1, p. 43–57.
20. Beresford S. A., Curry S. J., Kristal A. R., Lazovich D., Feng Z., Wagner E. H., 1997, A

- dietary intervention in primary care practice: the Eating Patterns Study. *American Journal of Public Health*, 87, p. 610–616.
21. Berger P., 1995, Sociologija. Kaunas: Litterae universitatis.
  22. Bergdolt K., 2008, Wellbeing - A Cultural History of Healthy Living. Polity Press.
  23. Berkman L. F., Glass, T., Brissette I., Seeman T. E., 2000, From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51, p. 843–857.
  24. Biglan A., Lichtenstein E., 1984, A behavior-analytic approach to smoking acquisition: Some recent findings. *Journal of Applied Social Psychology*, 14, p. 207–223.
  25. Bitinas B., 2006, Edukologinis tyrimas: sistema ir procesas. Vilnius: Krona.
  26. Bitinas B., 2006, Edukologinių tyrimų metodologiniai vingiai. *Pedagogika* (83), p. 9–15.
  27. Bobrova L., Čepulėnas A., Grajauskas L., 2004, Šiaulių universiteto studentų psichosocialiniai poreikiai ir veiksniai, turintys įtakos jų gyvenimui. *Ugdymo psichologija*, 11–12, p. 205–210.
  28. Bobrova L., Grajauskas L., 2005, Lietuvos ir Amerikos studentų psichosocialinių poreikių, kaip gyvenimo determinantų, ypatumai. *Mokytojų ugdymas*, 5, p. 89–95.
  29. Borland B. L., Rudolph J. P., 1975, Relative effects of low socioeconomic status, parental smoking and poor scholastic performance on smoking among high school students. *Social Science and Medicine*, 9, p. 27–30.
  30. Boslaugh S., 2007, Secondary Sources in Public Health: a Practical Guide. New York.
  31. Bothmer M. I., Fridlund B., 2005, Gender differences in health habits and in motivation for a healthy lifestyle among Swedish university students. *Nursing and Health Sciences*, 7 (2), p. 107–118.
  32. Brown J., Landin L'Engle K., Pardun C., Guang G., Kenneavy K., Jackson C., 2006, Sexy media matter: Exposure to sexual content in music, movies, television, and magazines predicts black and white adolescents' sexual behavior. *Pediatrics*, 117, p. 1018–1027.
  33. Buchanan D., 1998, Beyond Positivism: Humanistic Perspectives on Theory and Research in Health Education. *Health Education Research: Theory & Practice*, 13 (3), p. 439–450.
  34. Buchanan D., 2006, A New Ethic for Health Promotion: Reflections on a Philosophy of Health Education for the 21st Century. *Health Education & Behavior*, Vol. 33 Issue 3, p. 290–304.
  35. Butvilas T., 2007, Emigracija: palikti vaikai. *Acta humanitarica universitatis Saulensis*. T. 5, p. 378–385.
  36. Buzalaitė-Kašalynienė J., Rinkevičienė V., 2009, Moters savo kūno suvokimas kaip socializacijos rizikos veiksnys. *Acta pedagogica Vilensia* (23), p. 92–103.
  37. Cacioppo J. T., Semin G. R., Bernston G. G., 2004, Realism, Instrumentalism and Scientific Symbiosis: Psychological Theory as a Search for Truth and the Discovery of Solutions. *American Psychologist*, 59, p. 214–223.
  38. Canguilhem G., 1989, The Normal and Pathological. New York.
  39. Carson N., Rodriguez D., Audrain-McGovern J., 2005, Investigation of mechanisms linking media exposure to smoking in high school students. *Preventive Medicine*, 41, p. 511–520.
  40. Chen M. Y., Liou Y. M., Wu J. Y., 2008, The Relationship Between TV / Computer Time and Adolescents' Health-Promoting Behavior: A Secondary Data Analysis. *Journal of Nursing Research*, Vol. 16, p. 75–84.
  41. Cohen S., Syme S. L., 1985, Issues in the study and application of social support. New York: Academic.

42. Cohen S., Willis T. A., 1985, Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychosocial bulletin*, 98, p. 310–357.
43. Coleman W., 1982, Death is a Social Disease: public health and political economy in early industrial France.
44. Cooper M. L., 2002, Alcohol use and risky sexual behavior among college students and youth: Evaluating the evidence. *Journal of Studies on Alcohol. Suppl. No 14*, p. 101–117.
45. Corbin J., Strauss A., 2008, Basics of qualitative research. Los Angeles, CA: Sage.
46. Coulthard H., Blissett J., Harris G., 2004, The relationship between parental eating problems and children's feeding behavior: a selective review of literature. *Eating Behaviors* 5 (2), p. 103–115.
47. Creswell J. W., 2007, Qualitative Inquiry & Research Design: Choosing Among Five Approaches. London: Sage.
48. Creswell J. V., 2008, Educational Research: Planning, Conducting and Evaluating Quantitative and Qualitative Research. Merrill Prentice Hall.
49. Čepanauskienė R., Kalibatiėnė D., 2010, Sveikatos įsitikinimų modelio taikymas priešinės liaukos vėžio ankstyvo diagnozavimo programoje. *Medicinos teorija ir praktika. T. 16, Nr. 4*, p. 484–489.
50. Čepanauskienė R., Kalibatiėnė D., Gurevičius R., 2011, Vyrų požiūrio į ankstyvą prostatos vėžio diagnostiką sąsajos su sveikatos įsitikinimais. *Sveikatos mokslai* 21 (6), p. 93–103.
51. Čiužas R., Jucevičienė P., 2006, Lietuvos mokytojų didaktinės kompetencijos. Tyrimo ataskaita.
52. Damijonaitienė R., 2000, Lietuvos Teisės akademijos I kurso studentų gyvenimo ypatumai. *Jurisprudencija, T. 17 (9)*, p. 142–145.
53. Davidavičienė A. G., 1992, Sveikatos ugdymas, Lietuvos švietimo reformos gairės. Vilnius: Valstybinis leidybos centras.
54. Davidavičienė A. G., 2001, Tėvams apie narkotikus. Kaip apsaugoti vaikus? Vilnius: ŠMM.
55. Dawad S., Veenstra N., 2007, Comparative health systems research in a context of HIV/AIDS: lessons from a multi-country study in South Africa, Tanzania and Zambia. *Health Research Policy and Systems*, 2007, 5:13.
56. Debord G., 2006, Spektaklio visuomenė. Kaunas: Kitos knygos.
57. Dinger M., Waigandt A., 1997, Dietary intake and physical activity behaviors of male and female college students. *American Journal of Health Promotion* 11 (5), p. 360–362.
58. Edelman C., Mandle C. L., 1998, The school-aged period: Health promotion throughout the lifespan. Missouri: Mosby Com.
59. Ellickson P., Collins R., Hambarsoomians K., McCaffrey D., 2005, Does alcohol advertising promote adolescent drinking? Results from a longitudinal assessment. *Addiction*, 100, p. 235–246.
60. Eng E., Parker E., 1994, Measuring Community Competence in the Mississippi Delta: The Interface between Program Evaluation and Empowerment. *Health Education Quarterly*, 21 (2), p. 199–220.
61. Escobar-Chaves S. L., Tortolero S. R., Markham C. M., Low B. J., Eitel P., Thickett P., 2005, Impact of the media on adolescent sexual attitudes and behaviors. *Pediatrics*, 116, p. 303–326.



62. Fanning E., 2005, Formatting a Paper-based Survey Questionnaire: Best Practices. *Practical Assessment, Research & Evaluation* 10 (12), p. 1–14.
63. Falon A. E., Rozin P., 1985, Sex differences in perceptions of desirable body shape. *Journal of Abnormal Psychology, Vol 94 (1)*, p. 102–105.
64. Fellin P., 2001, Understanding American Communities. In J. Rothman, J. Erlich, and J. Tropman (eds.), *Strategies of Community Intervention*. (5th ed.) Itasca, Ill.: Peacock.
65. Fergus S., Zimmerman M. A., 2005, Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health, 26*, p. 399–419.
66. Ferraro K. F., Albrecht-Jensen C. M., 1991, Does religion influence adult health? *Journal for the Scientific Study of Religion, 30*, p. 193–202.
67. Fishbein M., 1967, *Readings in Attitude Theory and Measurement*. New York: Wiley.
68. Fleming R. A., 1979, Developing a Child's Self Esteem. *Pediatric Nursing* 5 (4), p. 58–60.
69. Foucault M., 1977, *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. New York.
70. Gardner L. H., Frank D., Amankwaa L. I., 1998, A comparison of sexual behavior and self-esteem in young adult females with positive and negative tests for sexually transmitted diseases. *Official Journal of the Association of Black Nursing Faculty in Higher Education, 9 (4)*, p. 89–94.
71. Garmienė A., 2006, Šeimos socialiniai ir ekonominiai veiksniai bei jų sąsajos su paauglių gyvensena. Kauno apskrities gyventojų sveikata 2006 m. Kauno visuomenės sveikatos centro metinis leidinys.
72. Giddens A., 2005, *Sociologija*. Kaunas.
73. Gil-Lacruz M., Gil-Lacruz A. I., 2010, Health Perception and Health Care Access: Sex Differences in Behaviors and Attitudes. *American Journal of Economics and Sociology, 69 (2)*, p. 783–801.
74. Gillen M., Lefkowitz E., 2006, Gender Role Development and Body Image among Male and Female First Year College Students. *Sex Roles, 55*, p. 25–37.
75. Glanz K., Rimer B., Viswanath K., 2008, *Health Behavior and Health Education. Theory, Research, Practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
76. Gochman D. S., 1982, Labels, Systems, and Motives: Some Perspectives of Future Research. *Health Education Quarterly, 9*, p. 167–174.
77. Gochman D. S., 1988, *Health Behavior: Emerging Research Perspectives*. New York: Plenum Press.
78. Gochman D. S., 1997, Health Behavior Research: Definitions and Diversity. In D. S. Gochman (ed.) *Handbook of Health Behavior Research Vol. I. Personal and Social Determinants*. New York: Plenum Press.
79. Goštautas A., 1996, Lietuvos gyventojų savo sveikatos suvokimo tyrimai 1972-1994. *Filosofija. Sociologija, Nr. 3*, p. 31–36.
80. Grabauskas V., Klumbienė J., Petkevičienė J., Šakytė E., Kriaučionienė V., Veryga A., Prättälä R., 2009, Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenamosios tyrimas, 2008. Kaunas: KMU.
81. Grininė E., 2006, Studentų savos sveikatos vertinimas ir požiūris į sveiką gyvenimą. *Ugdymas. Kūno kultūra. Sportas. Nr. 1 (60)*, p. 10–17.
82. Grier S., Bryant C., 2005, Social Marketing in Public Health. *Annual Review of Public Health (26)*, p. 319–339.
83. Grossbard J., Lee C., Neighbors C., Larimer M., 2009, Body Image Concerns and Contingent Self-Esteem in Male and Female College Students. *Sex Roles, 60*, p. 198–207.

84. Gudžinskienė V., Česnavičienė J., Suboč V., 2007, Sveikos gyvensenos ugdymas mokyklose. *Tyrimo ataskaita*. Vilnius.
85. Gudžinskienė V., 2007, Mokymas sveikai gyventi: teoriniai ir praktiniai aspektai. Vilnius: VPU leidykla.
86. Gurevičius R., 2011, Sveikatos profilaktikos dilemos ir iššūkiai šiuolaikinei visuomenei. *Visuomenės sveikata Nr. 4 (55)*, p. 5–7.
87. Gurevičius R., Žydzūnaitė V., Vainoriūtė L., 2009, Kokybinis tyrimas dėl žmonių, užsikrėtusių ŽIV/sergančių AIDS, pažeidžiamumo įvertinimo Lietuvoje. *Tyrimo ataskaita*. Vilnius: Higienos institutas.
88. Gustainienė L., Cirtautienė L., 2007, Socialinio palaikymo ir subjektyvaus sveikatos vertinimo sąsaja tarp studentų. *Visuomenės sveikata Nr. 2 (37)*, p. 34–39.
89. Harrison K., 2000, Television viewing, fat stereotyping, body shape standards, and eating disorder symptomology in grade-school children. *Communication Research*, 27, p. 617–641.
90. Health Promotion Glossary, 1998. Geneva: World Health Organization.
91. Herbert S., 2004, Harnessing the Power of the Internet for Advocacy and Organizing. In M. Minkler (ed.), *Community Organizing and Community Building For Health*. New Brunswick, N. J.: Rutgers.
92. Hoffmann D., 2000, Physical Culture and the New Soviet Person. Ohio State University.
93. Holt C. L., McClure, S. M., 2006, Perceptions of the religion-health connection among African American church members. *Qualitative Health Research*, 16, p. 268–281.
94. Hornik R. C., 2002, Public Health Communication: Evidence for behavior change. Mahwah: NJ Erlbaum.
95. Hoschbaum G. M., 1958, Public Participating in Medical Screening Programs: A Socio-Psychological Study. Washington, D. C.
96. House J. S., Strecher V., Metzner H. L., Robins, C. A., 1986, Occupational stress and health among men and women in the Tecumseh Community Health Study. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, p. 62–77.
97. Hunter A., 1975, The Loss of Community: An Empirical Test Through Replication. *American Sociology Review*, 40 (5), p. 537–552.
98. Yach D., Stuckler D., Brownell K. D., 2006, Epidemiologic and economic consequences of the global epidemics of obesity and diabetes. *Nature Medicine*, 12, p. 62–66.
99. Irwin C., Pettigrew F., 1994, A look back to the future. *Physical Educator, Vol. 50 (4)*, P. 170–176.
100. Ivaškienė, V., Liaudanskas, S., Kšanauskienė, L., Čepelionienė, J. (2007). Studentų streso įveikimo būdai. *Kultūra – ugdymas – visuomenė: tarptautinės mokslinės konferencijos straipsnių rinkinys. Akademija*, 2, p. 255–258.
101. Yanovitzky I., Stryker J., 2001, Mass media, social norms, and health promotion effects. *Communication Research*, 28 (2), p. 208–239.
102. Jankauskas J., Jatulienė N., 2008, Vilniaus universiteto studentų gyvenimo kokybė. Vilnius: VPU.
103. Jankauskienė R., 2001, Vyresnių klasių merginų požiūris į savo kūną ir neformali fizinė veikla. Daktaro disertacija: socialiniai mokslai, edukologija (07S). Kaunas: LKKA.
104. Jankauskienė R., Kardelis K., Pajaujienė S., 2007, Muscle size satisfaction and predisposition for a health harmful practice in bodybuilders and recreational gymnasium users. *Medicina (Kaunas)*, 43 (4), p. 338–346.

105. Jankauskienė R., 2008, Lietuvos gyventojų fizinio aktyvumo skatinimo strategija: kūno kultūra ar kūno kultas? *Medicina (Kaunas)*, 44 (5), p. 346–355.
106. Jeffery R. W., Adlis S. A., Forster J. L., 1991, Prevalence of dieting among working men and women: The healthy worker project. *Health Psychology*, 10 (4), p. 274–281.
107. Javtokas Z., 2009, Sveikatos stiprinimo konspektas. Vilnius.
108. Jensen B., 1995, Concepts and models in a democratic health education. *Research in Environmental and Health Education. Research Centre for Environmental and Health Education, The Royal Danish School of Educational Studies, Copenhagen*, p. 151–169.
109. Jensen B., 1997, A Case of Two Paradigms Within Health Education. *Health Education Research. Theory & Practice, Vol. 12, No. 4*, p. 419–428.
110. Johnson J., 2007, Managing Health Education and Promotion Programs: Leadership Skills for the 21st Century. Massachusetts.
111. Jonson N. F., Nichols J. F., Sallis, J. F., 1998, Interrelationships between physical activity and other health behaviors among university women and men. *Preventive Medicine*, 27 (4), p. 536–544.
112. Jovaiša L., 1993, Edukologijos įvadas. Kaunas: Technologija.
113. Jovaiša L., 2005, Sėkmės kūrybos mokymo problema. *Acta Pedagogica Vilensia*, 15, p. 10–28.
114. Juozulynas A., Astrauskienė A., Jurgelėnas A., Prapiestis A., Butikis M., Savičiūtė R., 2008, Psichoaktyviųjų medžiagų integrali vartojimo rizika ir sauga tarp jaunimo. *Gerontologija*, 9 (3), p. 157–161.
115. Jurgaitienė D., Šaltytė L., Vainoriūtė L., Klaipėdos profesinių mokyklų moksleivių požiūris į narkomanijos problemą. *Pedagogika (84)*, p. 160–165.
116. Juškelienė V., 2007, Visuomenės sveikatos įvadas: sveikatos samprata, sveikatos rizikos ir palaikantys veiksniai. Vilnius: VPU leidykla.
117. Kalenda Č., 2006, Ekologinė etika. Mokomoji knyga. Vilnius: Rosma.
118. Kalėdienė R., Petrauskienė J., Rimpela A., 1999, Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika. Kaunas: Šviesa.
119. Kallifatides T., 2005, Gyvename kūno laikais. *Literatūra ir menas, Nr. 3042*.
120. Kardelis K., Misevičienė I., Šaferis V., 2001, Studentų gyvenama ir požiūris į sveikatos stiprinimą. *Ugdymas. Kūno kultūra. Sportas. Nr. 2 (39)*, p. 22–26.
121. Karnickaitė K., 2009, Kam priklauso mūsų kūnas? Interneto prieiga: <[http://gyvenimas.delfi.lt/grozis\\_ir\\_sveikata/article.php?id=21230756&categoryID=405](http://gyvenimas.delfi.lt/grozis_ir_sveikata/article.php?id=21230756&categoryID=405)> [žiūrėta 2011-09-22].
122. Kawachi I., Kennedy B. P., Lochner, K., Prothrow-Stith D., 1997, Social Capital, Income Equality, and Mortality. *American Journal of Public Health*, 87, p. 1491–1497.
123. Keller P. A., Lehmann D. R., 2008, Designing Effective Health Communications: A Meta-Analysis. *Journal of Public Policy & Marketing, Vol. 27 (2)*, p. 117–130.
124. Keel K., Heatherton T., Hamden J. L., Hornig C. D., 1997, Mothers, Fathers, and Daughters: Dieting and Disordered Eating. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention* 5 (3), p. 216–228.
125. Kemn J., Close A., 1995, Health promotion in school: Health promotion theory and practice. London: McMillan Press.
126. Kivela S. L., Pahkala K., 1991, Relationships between health behavior and depression in the aged. *Aging*, 3, p. 153–159.
127. Kolbe L. J., 1988, The Application of Health Behavior Research. In: Health Behavior: Emerging Research Perspectives. New York: Plenum Press.

128. Končaitė J., 2007, Žinių apie sveikatą ir sveiką mitybą sąsajos su mitybos įpročiais tarp Kauno kolegijos studentų. *Magistro diplominis darbas*. Kaunas.
129. Kriaučionienė V., Petkevičienė J., Klumbienė J., 2009, Lietuvos gyventojų mitybos įpročių ir gyvenamosios veiksmų sąsajos. *Medicina (Kaunas)*, 45 (7), p. 537–543.
130. Kuodytė-Kazielienė R., Užaitė L., Palinauskienė R., Kuzinkovas A., Šerytė L., Ulianskienė R., 2007, Streso, depresijos, nerimo paplitimas tarp sveikatos priežiūros ir švietimo darbuotojų Panevėžio mieste. *Medicinos teorija ir praktika*, T. 13 (4), p. 479–489.
131. Labre M. P., Walsh-Childers K., 2003, Friendly advice? Beauty messages in web sites of teen magazines. *Mass Communication & Society* (6), p. 379–388.
132. Lee S., Burgeson C., Fulton J., Spain C., 2007, Physical Education and Physical Activity: Results From the School Health Policies and Programs Study 2006. *Journal of School Health* Vol.77, No. 8, p. 435–463.
133. Leliūgienė I., 1997, Žmogus ir socialinė aplinka. Kaunas: Technologija.
134. Legkauskas V., Jakovlevaitė V., 2005, Rizikingo seksualinio studentų elgesio ir jų psichosocialinių savybių ryšys. *Psichologija*, 32, p. 35–45.
135. Leliūgienė I., Rupšienė L., Plavinskienė L., 2005, Tėvų išvykimo dirbti į užsienį įtaka vaikų socializacijai. *Specialusis ugdymas*. Nr. 1 (12), p. 35–44.
136. Leonavičius V., 2003, Sociologijos recepcija Lietuvoje: sveikatos sociologijos atvejis. *Filosofija. Sociologija*. Nr. 3, p. 35–40.
137. Leonavičius V., Baltrušaitytė G., Naujokaitė I., 2007, Sociologija ir sveikatos priežiūros sistemos paslaugų vartotojas. Kaunas: VDU leidykla.
138. Levickienė G., Kardelis K., 1999, Moksleivių fizinės saviugdų komponentų bei socialinių ir edukacinių veiksnių sąsaja. *Socialiniai mokslai*, Nr. 4 (21), p. 91–98.
139. Lietuvos gyventojų politikos strategijos metmenys, 2004. Vilnius: Socialinių tyrimų institutas.
140. Lietuvos Respublikos Kūno kultūros ir sporto įstatymas, 2008.
141. Lietuvos Respublikos valstybinė šeimos politikos koncepcija, 2008.
142. Lietuvos Respublikos Švietimo įstatymas, 2011.
143. Lukaitė A. Socialinės reklamos – be psichologų išvalgų. Internetinė prieiga: <<http://www.valstietis.lt/Pradzia/Naujienos/Lietuvoje/Socialines-reklamos-be-psichologu-izvalgu>> [žiūrėta 2011-06-14].
144. Maciulevičienė E., Kardelis K., 2006, Kauno vidutinio amžiaus gyventojų fizinio aktyvumo laisvalaikio raiška ir jo sąsajos su socialiniais-demografiniais veiksniais. *Ugdymas. Kūno kultūra. Sportas*, Nr. 3 (62), p. 29–35.
145. Manstavičius A., 2008, Apie maisto pažadus vartotojų pasaulyje. *Post Scriptum*, Nr. 14. Internetinė prieiga: <<http://www.postscriptum.lt/nr14-mazumos-ir-subkulturos-2008/apie-maisto-pazadus-vartotoju-pasaulyje>> [žiūrėta 2011-05-04].
146. Marx E., Wooley S., 1998, Health is academic: A guide to coordinated school health programs. New York.
147. Masiliauskas D., 2011, Kūno kultūros mokytojo profesinės ir mokinio dalykinės pozicijos sąsaja pamokoje. *Daktaro disertacija*. Socialiniai mokslai, edukologija (07 S). Šiauliai: ŠU leidykla.
148. Mansson, N., Merlo J., Östergren P., 2002, Is there an interaction between self-rated health and medication with analgesics and hypnotics in the prediction of disability pension? *Scandinavian Journal of Public Health*, 30 (4), p. 267–273.
149. Mason J., Powell K., 1985, Physical activity, behavioral epidemiology, and public health. *Public health reports*, 100 (2), p. 113–115.

150. Mažeikis G., 2008, Visuomenės subkultūralizacija ir alternatyvaus pilietiškumo raida. *Filosofija. Sociologija. T. 19, Nr. 1*, p. 35–43.
151. Merkys G., 1999, Testavimas – socialinių mokslų principas. Metodologinio diskurso projekcija. *Socialiniai mokslai Nr. 2 (19)*, p. 7–21.
152. Merkys G., 2008, Design and composition of questionnaires: techniques for response behavior by extremely long instruments. In *Quality and Equity in Higher Education - International Experiences and Comparisons: International Workshop, November 2008 / Ed. T. Bargel, M. Schmidt, H. Bargel*, p. 112–116.
153. Mertinas J., Tinteris M., 1998, Vilniaus pedagoginio universiteto I kurso studentų sveikatos būklė 1994–1998 metais. *Žmogaus ugdymo problemos šiuolaikinėje visuomenėje: tarptautinė mokslinė konferencija: mokslo darbai*. Kaunas: Akademija.
154. McCabe M., Ricciardelli L., 2001, Parent, peer and media influences on body image and strategies to both increase and decrease body size among adolescent boys and girls. *Adolescence, 36 (142)*, p. 225–241.
155. McComb J. L., Hanson W. E., 2009, Problem Gambling on College Campuses. *NASPA Journal, Vol. 46 (1)*, p. 1–29.
156. McLaren L., Kuh D., 2004, Women’s body dissatisfaction, social class, and social mobility. *Social Science & Medicine, Volume 58, Issue*, p. 1575–1584.
157. McLeod J. M., Kosicki G. M., Pan Z., 1991, On Understanding and Misunderstanding Media Effects. In J. Curran and M. Gurevitch (eds.) *Mass Media and Society*. London: Edward Arnold.
158. Mikšys D., 2005, Studentų fizinio aktyvumo motyvacija. *Studentų fizinis aktyvumas: dabartis ir naujos perspektyvos. Sporto mokslo konferencijos straipsniai*, p. 39–42. Kaunas: Kauno kolegijos leidybos centras.
159. Miliūnienė L., Vaitkevičius J. V., Bakanovienė T., Mockevičienė D., 2009, Sveikatos rizikos veiksnių savikontrolė neformaliajame ugdyme. Šiauliai: Šiaurės Lietuva.
160. Miller K. E., Sabo D., Melnick M. J., Farrell M., 2002, A Comparison of Health Behavior in Adolescent Users of Anabolic-Androgenic Steroids, by Gender and Athlete Status. *Sociology of Sport Journal, 19*, p. 385–402.
161. Mintz L. B., Betz N. E., 1988, Prevalence and correlated of eating disordered behavior among undergraduated women. *Journal of Counseling Psychology, 35*, p. 463–471.
162. Misra R., 2000, Academic stress of college students: comparison of student and faculty perceptions. *College Student Journal 21*, p. 1–10.
163. Michel K. H., 1985, Biblijos sąvokų žodynelis. Interneto prieiga: <www.prizme.lt> [žiūrėta 2011-08-21].
164. Miškinis K., 2003, Šeima žmogaus gyvenime. Kaunas: Aušra.
165. Mizaras V., 2011, Šeimos samprata: diskriminavimas, arba kai forma aukščiau už turinį. Internetoprieiga: <<http://www.delfi.lt/news/ringas/lit/vmizaras-seimos-samprata-diskriminavimas-arba-kai-forma-auksciau-uz-turini.d?id=44879063>> [žiūrėta 2011-09-04].
166. Narkauskaitė L., Juozulynas A., Jurgelėnas A., Venalis A., 2011, Psichiką veikiančių medžiagų vartojimo paplitimas tarp Lietuvos aukštųjų mokyklų studentų. *Visuomenės sveikata, 1 (52)*, p. 91–97.
167. Neformaliojo vaikų švietimo koncepcija, 2005.
168. Neformaliojo vaikų švietimo sąnaudų ir prieinamumas, 2006, *Tyrimo ataskaita*. Vilnius: ŠMM.
169. Nesaikingo alkoholio vartojimo neigiamos įtakos Lietuvos konkurencingumui mažinimo galimybių identifikavimas, 2008, *Taikomojo mokslinio tyrimo ataskaita*. Vilnius: Žmogaus studijų centras.

170. Neverauskas J., 2008, Optimalus fizinis aktyvumas. *Sveikas žmogus, Nr. 4*, p. 58–59.
171. Ng D. M., Jeffery R. W., 2003, Relationships between perceived stress and health behaviors in a sample of working adults. *Health Psychology, 22*, p. 638–642.
172. Ottawa Charter for Health Promotion, 1986, Interneto prieiga: <[http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)> [žiūrėta 2011-07-15].
173. Parkerson G., 1993, Disease-Specific Versus Generic Measurement on Health-Related Quality of Life in Insulin Dependent Diabetic Patients. *Medical Care, 31*, p. 629–637.
174. Patrick H., Neighbors C., Knee C. R., 2004, Appearance-related social comparisons: the role of contingent self-esteem and self perceptions of attractiveness. *Personality and Social Psychology Bulletin, 30*, p. 501–514.
175. Patton M. Q., 2002, Qualitative Research and Evaluation Methods. London: Sage.
176. Perminas A., Galvydienė E., 2008, Studentų sveikos mitybos bei streso įveikimo strategijų sąsajos. *Tarptautinis psichologijos žurnalas: biopsichosocialinis požiūris, Nr. 1*, p. 71–84.
177. Petkevičienė J., Kriaučionienė V., 2005, Lietuvos gyventojų daržovių ir vaisių vartojimo įpročiai. Lietuvos sodininkystės ir daržininkystės instituto ir Lietuvos Žemės ūkio universiteto mokslo darbai. *Sodininkystė ir daržininkystė, 24 (1)*, p. 88–97.
178. Petkevičiūtė R., Įkalinti vyriškumai Lietuvos nuteistųjų subkultūroje ir Lenkijos nuteistųjų podkultūroje. *Kultūra ir visuomenė. Socialinių tyrimų žurnalas. Nr. 1 (2)*, p. 147–170.
179. Petrulytė A., 2008, Paauglių kūrybiškumas ir sveikatos kontrolės lokusas kaip mokymosi veiksniai. *Pedagogika (90)*, p. 115–120.
180. Pikūnas J., Palujanskienė A., 2003, Asmenybės vystymasis. Kaunas: Pasaulio lietuvių kultūros, mokslo ir švietimo centras.
181. Pope C., Mays N., 2006, Qualitative methods in health care. Blackwell Publishing.
182. Poteliūnienė S., Viraliūnaitė L., 2006, Socialinių veiksnių įtaka studentų gyvenimui. *Pedagogika, Nr. 83*, p. 109–116.
183. Poteliūnienė S., 2010, Studentų fizinį ugdymą ir sportininkų rengimą skatinantys veiksniai. *Apžvalga*. Vilnius: VPU.
184. Pradinio ir pagrindinio ugdymo bendrosios programos, 2008. Vilnius: Švietimo aprūpinimo centras.
185. Pranevičiūtė J., 2007, Sportas kaip valstybės propagandos dalis: sovietinės sistemos atgaivinimas Baltarusijoje. *Post Scriptum, Nr. 12*. Interneto prieiga: <<http://www.postscriptum.lt/nr12-sportas/sportas-kaip-valstybes-propagandos-dalis-sovietines-sistemos-atgaivinimas-baltarusijoje>> [žiūrėta: 2011-07-15].
186. Proškuvienė R., 2004, Sveikatos ugdymo įvadas. Vilnius: VPU leidykla.
187. Račius E., 2004, Kūnas islame: sielos tarnas pakeliui į išganymą. Interneto prieiga: <[www.religija.lt](http://www.religija.lt)> [žiūrėta 2011-08-20].
188. Randolph W., Viswanath K., 2004, Lessons Learned from Public Health Mass Media Campaigns: Marketing Health in a Crowded Media World. *Annual Review of Public Health (25)*, p. 419–437.
189. Rohner R. P., Britner P. A., 2002, Worldwide mental health correlates of parental acceptance-rejection: Review of cross-cultural and intracultural evidence. *Cross-Cultural Research, 36*, p. 16–47.
190. Rosen G., 1993, A History of Public Health. Baltimore.
191. Rolls B. J., Fedoroff I. C., Guthrie J. F., 1991, Gender differences in eating behavior and body weight regulation. *Health Psychology, 10 (2)*, p. 133–142.

192. Rosenstock I. M., 1960, What Research in Motivation Suggests for Public Health. *American Journal of Public Health*, 50, p. 295–302.
193. Rosenstock I. M., 1990, The Past, Present and Future of Health Education. In *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, Practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
194. Resnicow K, Wallace D. C., Jackson A., Digirolamo A., Odom E., et al., 2000, Dietary change through African American churches: baseline results and program description of the Eat For Life trial. *Journal of Cancer Education* (15), p. 156–163.
195. Ruškus J., Žvirdauskas D., Stanišauskienė V., 2009, Neformalusis ugdymas Lietuvoje. Faktai, interesai, vertinimai. *Mokslo studija*. Vilnius: Švietimo aprūpinimo centras.
196. Sakalauskas Š., 2010, Fizinio aktyvumo pagrindai. Vilnius: MRU.
197. Schwartz S. J., Zamboanga B. L., Ravert R. D., Kim S. Y., Weisskirch R. S., Williams M. K., Bersamin M., Finley G. E., 2009, Perceived Parental Relationships and Health Risk Behaviors in College-Attending Emerging Adults. *Journal of Marriage and Family*, 71, p. 727–740.
198. Selekman J., 2006, *School Nursing: A Comprehensive Text*. Philadelphia: FA Davis Company.
199. Sketerskienė R., 2009, Lietuvos bendrojo lavinimo mokyklų 6 ir 8 klasių mokinių mokymosi krūvis ir jo sąsaja su sveikata. *Daktaro disertacija: biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata (10B)*. Vilnius: VU.
200. Somers C., Tynan J., 2006, Consumption of sexual dialogue and content on television and adolescent sexual outcomes: Multiethnic findings. *Adolescence*, 41(161), p. 15–38.
201. Sorensen G., Thompson B., Glanz K., Feng Z., Kinne S., 1996, Work-site based cancer prevention: primary results from the Working Well Trial. *American Journal of Public Health*, 86, p. 939–947.
202. Steptoe A., Wardle J., Pollard T. M., 1998, Stress, hassles and variations in alcohol consumption, food choice, and physical exercise: A diary study. *British Journal of Health Psychology*, 3, p. 51–63.
203. Steptoe A., Wardle J., Pollard T. M., Canaan L., Davies G. J., 1996, Stress, social support and health-related behavior: a study of smoking, alcohol consumption and physical exercise. *Journal of Psychosomatic Research*, 41 (2), p. 171–180.
204. Steptoe A., Wardle J., 2001, Health behaviour, risk awareness and emotional well-being in students from Eastern Europe and Western Europe. *Social Science & Medicine*, 53, p. 1621–1630.
205. Steptoe A., Phil D., Wardle J., Cui W., Bellisle F., Zotti A., Baranyai R., Sanderman R., 2002, Trends in smoking, diet, physical exercise, and attitudes toward health in European university students from 13 countries, 1990–2000. *Preventative Medicine*, 35, p. 97–104.
206. Stern S., 2005, Messages from teens on the big screen: Smoking, drinking, and drug use in teen-centered films. *Journal of Health Communication*, 10, p. 331–336.
207. Stice E., 2002, Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, p. 825–848.
208. Stock C., Wille L., Kramer A., 2001, Gender-specific health behaviors of German university students predict the interest in campus health promotion. *Health Promotion International*, 16 (2), p. 145–154.
209. Strasburger V., Wilson B., 2002, *Children, adolescents and the media*. Thousand Oaks, CA: Sage.
210. Stryker J. E., 2003, Media and marijuana: A longitudinal analysis of news media effects on adolescents' marijuana use and related outcomes, 1977–1999. *Journal of Health Communication*, 8 (4), p. 305–328.

211. Stukas R., Dobrovolskij V., 2009, Visuomenės sveikatos studentų mitybos ypatumai. *Sveikatos mokslai, 1 (62)*, p. 2147–2153.
212. Škėmienė L., Ustinavičienė R., Piešinė L., Radišauskas R., 2007, Studentų medikų mitybos ypatybės. *Medicina, 43 (2)*, p. 145–152.
213. Šukys S., Bagdonas A., 2007, Moksleivių sportavimo ir fizinio aktyvumo laisvalaikio sąsajos su socialiniais ekonominiais veiksniais. *Ugdymas. Kūno kultūra. Sportas, Nr. 1 (64)*, p. 44–50.
214. Šutinienė I., 2011, Alkoholio ir kitų narkotikų tyrimas Europos mokyklose ESPAD-2011. *Tyrimo Lietuvoje ataskaita*.
215. Šveikauskas V., 2008, Sveikatos edukologija. Kaunas: KMU.
216. Taylor R., Rieger A., 1984, Rudolf Virchow on the Typhus Epidemic in Upper Silesia: an Introduction and Translation. *Sociology of Health and Illness, Vol. 6, No. 2*, p. 201–217.
217. Taliaferro L. A., Rienzo B. A., Donovan K. A., 2010, Relationships Between Youth Sports Participation and Selected Health Risk Behaviors From 1999 to 2007. *Journal of School Health 80 (8)*, p. 399–410.
218. Tamošauskas P., 2000, Humanistiškai orientuotas studentų fizinis ugdymas: monografija. Vilnius: Technika.
219. Tamošauskas P., 2005, Studentų fizinio ugdymo atsinaujinimo gairės. *Kultūra – ugdymas – visuomenė: mokslo darbai, 1*, p. 379–384. Kaunas: Akademija.
220. Tamošauskas P., 2007, Kūno kultūros raidos tendencijos Lietuvos universitetinėse aukštosiose mokyklose. *Santalka. Edukologija, T. 15. Nr. 2*, p. 80–87.
221. Tamošauskas P., Mačys A., Vaiščila V., 1994, Pirmo kurso studentų fizinės-funkcinės būklės ypatumai. *Įvairaus amžiaus gyventojų fizinio aktyvumo, fizinio ugdymo ir sveikatos problemos*. Vilnius.
222. Tamošiūnas T., Šutinienė I., Šimaitis, 2008, Alkoholio ir kitų narkotikų tyrimas Europos mokyklose ESPAD – 2007. *Tyrimo ataskaita*. Vilnius.
223. Tamutienė L., Vveinhardt J., 2006, Socialinė reklama: teoriniai metmenys ir percepcijos aspektai. *Profesinės studijos: teorija ir praktika (2)*, p. 83–87.
224. Taveras E., Rifas-Shiman S., Field A., Frazier A., Colditz G., Gillman M., 2004, The influence of wanting to look like media figures on adolescent physical activity. *Journal of Adolescent Health, 35 (1)*, p. 41–50.
225. Terris M., 1992, Concepts of Health Promotion: Dualities in Public Health. *Journal of Public Health Policy, Vol. 13*, p. 267–273.
226. Thompson B., Coronado G., Snipes S., Puschel K., 2003, Methodologic Advances and Ongoing Challenges in Designing Community Health Promotion Programs. *Annual Review of Public Health (24)*, p. 315–340.
227. Thompson K. J., Gardner R. M., 2002, Measuring Perceptual Body Image among Adolescents and Adults. In T. F. Cash, T. Pruzinsky (eds.) *Body Image. Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*. New York: Guilford Press.
228. Thomsen S., Weber M., Brown L., 2001, The relationship between health and fitness magazine reading and eating disordered weight loss methods among high school girls. *American Journal of Health Education, 32 (3)*, p. 133–138.
229. Tiggemann M., 1992, Body-size dissatisfaction: Individual differences in age and gender, and relationship with self-esteem. *Personality and Individual Differences, Vol. 13, Issue 1*, p. 39–43.
230. Vaikų ir jaunimo socializacijos programa, 2004.



231. Vaitkevičienė A., Čepienė A., 2008, Spaudos poveikis formuojant kaimo bendruomenės socialinį įvaizdį. *Jaunujų mokslininkų darbai, Nr. 4 (20)*, p. 245–251.
232. Vaščila V., 2003, Lietuvos žemės ūkio universiteto pirmo kurso studentų sveikatos savianalizė. *Dvasinės vertybės žinių visuomenėje: tarptautinė mokslinė konferencija. Mokslo darbai*, p. 265–267. Kaunas: Akademija.
233. Vinciullo F., Bradley B., 2009, A Correlational Study of the Relationship Between a Coordinated School Health Program and School Achievement: A Case for School Health. *The Journal of School Nursing, Vol. 25, No. 6*, p. 453–465.
234. Viswanath K., 2005, The communications revolution and cancer control. *Nature Reviews*, 5, p. 828–835.
235. Volbekienė V., Gričiūtė A., Gaižauskienė A., 2007, Lietuvos didžiųjų miestų 5–11 klasių moksleivių su sveikata susijęs fizinis aktyvumas. *Ugdymas. Kūno kultūra. Sportas. Nr. 2 (65)*, p. 71–77.
236. Webster C., French J., 2002, The cycle of conflict. In Adams L., Amos M., Munro J. (eds.) *Promoting Health: Politics and Practice*. London: Sage.
237. Wechsler H., Dowdall G. W., Davenport A., Castillo S., 1995, Correlates of college student binge drinking. *American Journal of Public Health, Vol. 85, Issue 7*, p. 921–926.
238. Wechsler H., Nelson T. F., 2008, What we have learned from the Harvard School of Public Health College Alcohol Study: Focusing attention on college student alcohol consumption and the environmental conditions that promote it. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Vol. 69 (4)*, p. 481–490.
239. White H. R., Johnson V., Buyske S., 2000, Parental modeling and parental behavioral effects on offspring alcohol and cigarette use: A growth curve analysis. *Journal of Substance Abuse*, 12, p. 287–310.
240. Whitehead D., 2006, The health-promoting school. What role for nursing? *Journal of Clinical Nursing*, 15, p. 264–271.
241. Windle M., Brener N., Cuccaro P., Dittus P., Kanouse D., Murray N., Wallander J., Schuster M., 2010, Parenting Predictors of Early Adolescents' Health Behaviors: Simultaneous Group Comparisons Across Sex and Ethnic Groups. *Youth Adolescence*, 39, p. 594–606.
242. Wolf F. M., 1986, *Meta-Analysis – Quantitative Methods for Research Synthesis*. SAGE Publications.
243. Zaborskis A., Žemaitienė N., Šumskas L., Diržytė A., 1996, Moksleivių gyvenimo būdas ir sveikata: PSO 1994 m. apklausos rezultatai. Vilnius.
244. Zaborskis A., Makari J., 2000, Mokyklos ir šeimos aplinkos ryšys su moksleivių sveikata. *Vaičių pulmonologija ir alergologija, Nr. 3(2)*, p. 829–838.
245. Zaborskis A., Raskilas A., 2011, Lietuvos mokinių fizinio aktyvumo pokyčiai 1994–2010 metais. *Visuomenės sveikata, Nr. 3 (54)*, p. 78–86.
246. Zunker Ch., Ard J., Rutt C. D., Cox T. L., Ivanokva N. V., Baskin M. L., Maintaining Healthy Behaviors Following Weight Loss: A Grounded Theory Approach. *Journal of Ethnographic and Qualitative Research, Vol. 5*, p. 186–204.
247. Žagminas K., Šurkienė G., Stukas R., Vadeikienė G., Nariūnas G., Šilys A., 2009, Sveikatos rizikos veiksnių paplitimas tarp Vilniaus miesto vidurinių mokyklų 9–12 klasių mokinių 2001 ir 2006 metais. *Medicinos teorija ir praktika, Nr. 1*, p. 45–52

**Andrius Norkus**

**SVEIKA GYVENSENA LIETUVOS  
STUDENTŲ POPULIACIJOJE:  
EDUKACINIS DIAGNOSTINIS ASPEKTAS**

Daktaro disertacija

Socialiniai mokslai, edukologija (07S)

SL 843. 2012-09-20. 12,16 leidyb. apsk. l. Tiražas 20. Užsakymas 84.  
Išleido VšĮ Šiaulių universiteto leidykla, P. Višinskio g. 25, LT-76351 Šiauliai.

El. p. leidykla@cr.su.lt, tel. (8 41) 59 57 90, faks. (8 41) 52 09 80.

Interneto svetainė <http://leidykla.su.lt/>