

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Psichologijos institutas

Liudvikas Veitas

Sveikatos psichologijos studijų programa

Magistro darbas

**Besiformuojančių suaugusiųjų nerimo, depresiškumo ir pozityvios psichikos
sveikatos ryšys su sveikatai rizikingu elgesiu**

Darbo vadovas: dr. Vytautas Jurkuvėnas

Vilnius

2022

Turinys

| | |
|--|----|
| SANTRAUKA | 3 |
| SUMMARY | 4 |
| SVARBIAUSIOS SAŲVOKOS | 5 |
| PRATARMĖ | 6 |
| 1. ĮVADAS | 7 |
| 1.1 Sveikatai rizikingas elgesys | 7 |
| 1.2 Nerimo samprata | 10 |
| 1.3 Depresiškumo samprata | 11 |
| 1.4 Pozityvios psichikos sveikatos samprata | 13 |
| 1.5 Nerimo, depresiškumo ir pozityvios psichikos sveikatos ryšys su sveikatai rizikingu elgesiu | 16 |
| 1.5.1 Nerimo ryšys su sveikatai rizikingu elgesiu | 16 |
| 1.5.2 Depresyvumo ryšys su sveikatai rizikingu elgesiu | 18 |
| 1.5.3 Pozityvios psichikos sveikatos ryšys su sveikatai rizikingu elgesiu | 19 |
| 1.6 Tyrimo tikslas, uždaviniai | 21 |
| 2. TYRIMO METODIKA | 22 |
| 2.1 Tyrimo dalyviai | 22 |
| 2.2 Tyrimo instrumentai | 22 |
| 2.3 Tyrimo eiga | 26 |
| 2.4 Duomenų analizės metodai | 26 |
| 3. REZULTATAI | 27 |
| 3.1 Besiformuojančių suaugusiųjų sveikatai rizikingo elgesio palyginimas pagal sociodemografinius duomenis | 27 |
| 3.2 Nerimo, depresiškumo ir pozityvios psichinės sveikatos ryšys su sveikatai rizikingu elgesiu | 31 |
| 3.2 Sveikatai rizikingo elgesio prognostiniai veiksniai | 32 |
| 4. REZULTATŲ APTARIMAS | 39 |
| IŠVADOS | 44 |
| LITERATŪRA | 45 |

SANTRAUKA

Besiformuojančių suaugusiųjų nerimo, depresiškumo ir pozityvios psichikos sveikatos ryšys su sveikatai rizikingu elgesiu, Liudvikas Veitas, Vilnius, Vilniaus universitetas, 2022, 52 psl.

Besiformuojančio suaugusiojo amžius yra gyvenimo tarpsnis tarp paauglystės ir suaugystės, pasižymintis dideliu sveikatai rizikingo elgesio lygiu. Šio tyrimo tikslas – ištirti besiformuojančių suaugusiųjų nerimo, depresiškumo ir pozityvios psichikos sveikatos ryšius su sveikatai rizikingu elgesiu. Tyrime dalyvavo 172 asmenys: 109 moterys (63,40 %) ir 63 vyrai (36,60 %). Tyrimo dalyvių amžius svyravo nuo 18 iki 29 metų. Tyrime buvo naudoti šie instrumentai: Generalizuoto nerimo sutrikimo skalė-7 (angl. *The Generalized Anxiety Disorder scale-7, GAD-7*; Spitzer et al., 2006), Paciento sveikatos klausimynas-9 (angl. *Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9*; Spitzer et al., 1999), Pozityvios psichikos sveikatos skalė (angl. *Positive Mental Health Scale, PMH-scale*; Lukat et al., 2016), Sveikatai rizikingo elgesio klausimynas (angl. *Health Risk Behaviors Inventory, HRBI*; Irish et al., 2012). Gauti rezultatai parodė, kad besiformuojančių suaugusiųjų įsitraukimas į sveikatai rizikingą elgesį skiriasi pagal lytį, amžių ir išsilavinimą. Tyrimas atskleidė, jog nerimas teigiamai siejasi tik su fiziniu neaktyvumu, o depresiškumas teigiamai siejasi su fiziniu neaktyvumu, rūkymu, rizikingu alkoholio vartojimu ir bendru sveikatai rizikingu elgesiu. Tuo tarpu pozityvi psichikos sveikata neigiamai siejasi su fiziniu neaktyvumu ir bendru sveikatai rizikingu elgesiu. Taip pat buvo nustatyta, jog depresiškumas, išsilavinimo lygis ir lytis prognozuoja įsitraukimą į dalį sveikatai rizikingo elgesio tipų.

Raktiniai žodžiai: besiformuojantys suaugusieji, sveikatai rizikingas elgesys, nerimas, depresiškumas, pozityvi psichikos sveikata.

SUMMARY

Relationships between anxiety, depression, positive mental health and health risk behaviors among emerging adults, Liudvikas Veitas, Vilnius, Vilnius University, 2022, 52 p.

Emerging Adulthood is the stage of life between adolescence and adulthood, with a high level of health risk behaviors. The aim of this study was to investigate the relationship between anxiety, depression, positive mental health and health risk behaviors in emerging adults. The study included 172 individuals: 109 women (63,40 %) and 63 men (36,60 %). The age of the study participants ranged from 18 to 29 years. The following instruments were used in the study: The Generalized Anxiety Disorder scale-7, GAD-7 (Spitzer et al., 2006), Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9 (Spitzer et al., 1999), Positive Mental Health Scale, PMH-scale (Lukat et al., 2016), Health Risk Behaviors Inventory, HRBI (Irish et al., 2012). The results showed that the involvement of emerging adults in health risk behaviors varies by gender, age, and education. The study found that anxiety is positively associated only with physical inactivity, while depression is positively associated with physical inactivity, smoking, risky alcohol use, and general health risk behavior. Meanwhile, positive mental health is negatively associated with physical inactivity and general health risk behavior. Depression, educational attainment, and gender were also found to predict involvement in some types of health risk behaviors.

Keywords: emerging adults, health risk behaviors, anxiety, depression, positive mental health.

SVARBIAUSIOS SĄVOKOS

Besiformuojančio suaugusiojo amžius (angl. *emerging adulthood*) – gyvenimo tarpsnis tarp paauglystės ir suaugystės, tarptautiniu mastu dažnai apibrėžiamas kaip trunkantis nuo 18 iki 29 metų. Jam būdingas ilgiau trunkantis išsilavinimo įgijimas, vėlesnė santuoka ir tėvystė, bei užsitęsęs ir nepastovus perėjimas prie stabilaus darbo (Arnett, 2015).

Nerimas – emocija, kuriai būdingas nuogąstavimas, būsštavimas ir somatiniai įtampos simptomai, kai individas numato gresiantį pavojų, katastrofą ar nelaimę. Kūnas dažnai mobilizuojasi tam, kad sutiktų suvokiamą grėsmę: įsitempia raumenys, padažnėja širdies ritmas ir kvėpavimas. Nerimas laikomas į ateitį orientuotu, ilgalaikiu atsaku, iš esmės nukreiptu į išsklaidytą grėsmę (APA, n. d.).

Depresiškumas – ikiklinikinių nuotaikos būsenų tam tikro lygio intensyvumas, pasireiškiantis liūdesiu, pesimizmu, aktyvumo sumažėjimu. Depresijos atžvilgiu nuotaika traktuojama kaip kontinuumas, kai viename kontinuumo gale yra depresija, kitame – normali nuotaika, o tarp jų – pereinami depresiškumo lygiai. Taip pat depresiškumas gali būti vertinamas kaip sveikatos sutrikimo simptomas, nurodantis, kad asmuo gali sirgti rimta psichikos liga (Deksnytė et al., 2012)

Pozityvi psichikos sveikata – gebėjimas vystytis psichologiškai, emociškai, intelektualiai, socialiai ir dvasiškai (Barry, 2009). Tai bendrosios gerovės išvardintose srityse buvimas (Lukat et al., 2016).

Sveikatai rizikingas elgesys – žmonių vykdoma veikla, kurios dažnis ar intensyvumas didina ligų ar traumų riziką, neatsižvelgiant į tai, ar asmuo žino apie vykdomos veiklos ir ligos ar traumos rizikos ryšį. Dažnai pasitaikantis sveikatai rizikingas elgesys apima rūkymą, vairavimą pavartojus alkoholio, piktnaudžiavimą narkotikais ir tam tikras seksualines praktikas (Stephoe, 2007).

PRATARMĖ

Besiformuojančio suaugusiojo amžius (kitai vadinamas tapsmo suaugusiuoju amžiumi) yra gyvenimo tarpsnis tarp paauglystės ir suaugystės. Jam būdingas ilgiau trunkantis išsilavinimo įgijimas, vėlesnė santuoka ir tėvystė, bei užsitęsęs ir nepastovus perėjimas prie stabilaus darbo (Arnett, 2015). Šis pereinamasis laikotarpis taip pat pasižymi didžiausiu rizikos prisiėmimo lygiu, pavyzdžiui, nesaikingu alkoholio vartojimu, nelegalių narkotinių medžiagų vartojimu, vairavimu apsvaigus ir atsitiktiniais seksualiniais santykiais. Psichikos sveikatos sunkumai, kaip depresija, taip pat gali būti ryškūs šio amžiaus tarpsnio metu. Tokios tendencijos kelia nerimą ir leidžia manyti, kad šiai amžiaus grupei reikalingas didesnis prevencinis dėmesys (Schwartz & Petrova, 2019).

Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis, rizikingas elgesys, kaip fizinis neaktyvumas, tabako vartojimas, žalingas alkoholio vartojimas ir transriebalų vartojimas, yra vieni iš pagrindinių rizikos veiksnių neinfekcinėms ligoms, kurios dabar sudaro daugumą priešlaikinės mirties ir neįgalumo priežasčių visame pasaulyje (WHO, 2021a). Įvairūs studentų rizikingo elgesio tyrimai parodo galimus tokio elgesio neigiamus padarinius, kaip suprastėję akademiniai ir profesiniai pasiekimai, seksualinė prievarta, smurtas, teisinės problemos, netyčiniai susižalojimai ir mirtis, bei padidėjusi rizika įgyti alkoholio ar narkotinių medžiagų priklausomybę (Roeser et al., 2018).

Skaitant mokslinę literatūrą galima pastebėti, kad didžiausias tyrėjų dėmesys yra skiriamas paauglių sveikatai rizikingam elgesiui, bet pastaruoju metu daugėja tyrimų ir su besiformuojančiais suaugusiais, ypač su studentais. Tyrimuose dažnai prieinama prie išvados, kad tokie veiksniai, kaip aštrių pojūčių siekis, bendraamžių rizikos prisiėmimo suvokimas, taip pat tam tikri asmenybės bruožai prognozuoja rizikingą elgesį (Perkins, 2002; Raynor & Levine, 2009; Roeser et al., 2018). Šioje srityje taip pat tyrinėjami ir psichinės sveikatos veiksniai, tokie kaip nerimas ir depresiškumas, kurie atspindi vienus dažniausių psichikos sveikatos sunkumų. Pasikeitus psichikos sveikatos apibrėžimui, kuomet tai nėra suvokiama tik kaip sutrikimų nebuvimas, vis labiau tyrinėjama ir pozityvi psichikos sveikata ir jos ryšys su sveikatai rizikingu elgesiu. Mokslininkams nagrinėjant trijų minėtų psichikos sveikatos konstrukto ryšį su rizikingu elgesiu, neretai yra gaunami prieštaringi rezultatai ties tam tikrais rizikingo elgesio tipais, pavyzdžiui, ties rizikingu seksualiniu elgesiu ar nesveika mityba. Kadangi sveikatai rizikingo elgesio konstruktas yra gan platus ir apima daug įvairaus elgesio formų, ne visos jos yra vienodai dažnai tiriamos, todėl reikia daugiau tyrimų šioje srityje, analizuojant daugiau sveikatai rizikingo elgesio tipų, ypač besiformuojančių suaugusiųjų imtyse.

1. ĮVADAS

1.1 Sveikatai rizikingas elgesys

Yra dvi plačios su sveikata susijusio elgesio kategorijos: rizikingas elgesys ir teigiamas sveikatos elgesys. Rizikingas sveikatai elgesys gali būti apibrėžiamas kaip žmonių vykdoma veikla, kurios dažnis ar intensyvumas didina ligų ar traumų riziką, neatsižvelgiant į tai, ar asmuo žino apie vykdomos veiklos ir ligos ar traumos rizikos ryšį. Dažnai pasitaikantis rizikingas sveikatai elgesys apima rūkymą, vairavimą pavartojus alkoholio, piktnaudžiavimą narkotikais ir tam tikras seksualinės praktikas (Stephoe, 2007). Nagrinėjant mokslinę literatūrą apie sveikatai rizikingą elgesį dažnai galima rasti šaltinių, kuriuose naudojama panaši bet kartu ir šiek tiek platesnė „rizikingo elgesio“ sąvoka arba kitos panašios sąvokos. Pasak Bulotaitės (2014), dažniausiai sąvokos „rizikingas elgesys“, „sveikatai žalingas elgesys“ ir „probleminis elgesys“ įvairių autorių yra vartojamos sinonimiškai, nes joms priskiriami tie patys elgesio tipai. Pati autorė rizikingą elgesį apibrėžė kaip tokį, kuris kelia grėsmę asmens fizinei bei psichikos sveikatai, raidai bei gerovei. Būtent čia ir išryškėja rizikingo elgesio sveikatai ir apskritai rizikingo elgesio sąvokų skirtumai. Platesnė rizikingo elgesio sąvoka apima ne tik sveikatos, bet ir asmens raidos bei gerovės aspektus. Dėl jau minėto elgesio tipų panašumo, šiame darbe bus minimi ne tik rizikingo sveikatai elgesio tyrimai, bet ir bendrai rizikingo elgesio tyrimai.

Taip pat svarbu paminėti, kad bet koks žmogaus elgesys gali sukelti net ir nedidelio lygio riziką sveikatai. Nėra tokio elgesio, kuris būtų absoliučiai saugus, pavyzdžiui, išėję pasivaikščioti mes galime niktstelėti koją, o valgydami – užspringti. Dažniausiai elgesys priskiriamas prie rizikingo, kai jis lemia didesnius sergamumo bei mirtingumo rodiklius (Bulotaitė, 2014). Tokio pobūdžio informaciją pateikia Pasaulio sveikatos organizacija (PSO). PSO išskiria tokius pagrindinius elgesio rizikos faktorius padidinančius riziką susirgti lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis: tabako vartojimas, fizinis neaktyvumas, nesveika mityba ir žalingas alkoholio vartojimas. Pagrindinės lėtinių neinfekcinių ligų rūšys yra širdies ir kraujagyslių ligos (tokios kaip širdies smūgis ir insultas), vėžiniai susirgimai, lėtinės kvėpavimo takų ligos (tokios kaip lėtinė obstrukcinė plaučių liga ir astma) ir diabetas. Pasak PSO, dėl tabako vartojimo kasmet miršta daugiau kaip 7,2 milijono žmonių (įskaitant pasyvaus rūkymo poveikį) ir prognozuojama, kad skaičius per ateinančius metus žymiai padidės. Dėl per didelio druskos/natrio kiekio vartojimo kasmet miršta 4,1 mln. žmonių. Anot PSO, daugiau nei pusė iš 3,3 mln. metinių mirčių, kurios priskiriamos alkoholio vartojimo pasekmėms, yra dėl neužkrečiamų ligų, įskaitant vėžį. Taip pat 1,6 mln. mirčių kasmet gali būti siejama su nepakankamu fiziniu aktyvumu (WHO, 2021b). Pasak Bulotaitės ir Vičaitės (2016), lėtinės neinfekcinės ligos yra didelis iššūkis sveikatos priežiūros sistemai, siekiant sumažinti gyventojų sergamumo ir mirtingumo rodiklius. Lėtinės neinfekcinės ligos, mažindamos gyventojų darbingumą ir produktyvumą,

trumpindamos sveiko gyvenimo metus, kelia grėsmę ne tik asmens ir visos visuomenės gerovei, bet ir ekonominei bei socialinei šalies raidai.

Norint tinkamai tirti galimą rizikingą sveikatai elgesį reikia jį susisteminti ir suskirstyti į tam tikras kategorijas/rūšis. Kaip savo publikacijoje rašo Brener ir kolegos (2013), vieną tokių kategorizavimo sistemų sukūrė JAV ligų kontrolės ir prevencijos centras (angl. *Centers for Disease Control and Prevention, CDC*). Siekiant surinkti duomenis apie sveikatai rizikingą elgesį, kuris reikšmingai prisideda prie pagrindinių sergamumo ir mirtingumo priežasčių tarp JAV jaunimo ir jaunų suaugusiųjų, CDC sukūrė jaunimo rizikingo elgesio stebėjimo sistemą (angl. *Youth Risk Behavior Surveillance System, YRBSS*), kuri skirsto sveikatai rizikingą elgesį į šešias pagrindines kategorijas tarp jaunimo ir jaunų suaugusiųjų:

- 1) elgesys, susijęs su netyčiais sužeidimais ir smurtu (automobilio saugos diržo nesegėjimas, šalmo nedėvėjimas važiuojant motociklu ar dviračiu, važiavimas su vairuotoju, kuris vartojo alkoholį, vairavimas, kuomet esi apsvaigęs nuo alkoholio, žinučių rašymas vairuojant, dalyvavimas muštinėse ir pan.);
- 2) seksualinis elgesys, prisidedantis prie ŽIV infekcijos, kitų lytiškai plintančių ligų ir neplanuoto nėštumo;
- 3) tabako vartojimas;
- 4) alkoholio ir kitų narkotinių medžiagų naudojimas;
- 5) nesveika mityba;
- 6) fizinis neaktyvumas.

Šios elgesio formos dažnai yra tarpusavyje susijusios ir įsigalėjusios vaikystėje bei paauglystėje, tęsiamos ir vyresniame amžiuje (Brener et al., 2013).

Praktikoje įvairūs mokslininkai, tirdami rizikingą sveikatai elgesį, dažniausiai matuoja ne visus galimus rizikingo elgesio tipus, bet tik tam tikrą jų dalį. Neretai tyrimuose skiriasi analizuojami elgesio tipai, bei jų skaičius. Dažniausiai tai priklauso nuo tiriamos imties ir tyrimo tikslo. Pavyzdžiui Kinijoje Chen ir bendraautorių (2017) su studentais atliktame tyrime buvo tiriami 6 rizikingo elgesio tipai: priklausomybė nuo interneto, savęs žalojimo elgesys, savižudiškas elgesys, rūkymas, nesaikingas alkoholio vartojimas ir rizikingas seksualinis elgesys. Slovakijoje Bavolar ir Bacikova-Sleskova (2018) atliktame tyrime su studentais buvo analizuojami 5 sveikatai rizikingo elgesio tipai: alkoholio vartojimas, problematinis interneto naudojimas, nesveiko maisto vartojimas, rūkymas ir rizikingas seksualinis elgesys. Kitame tyrime atliktame Kanadoje su suaugusiais dėmesys buvo skiriamas 4 sveikatai rizikingo elgesio tipams: fiziniam neaktyvumui, kasdieniniam rūkymui, sėsliam elgesiui ir nepakankamam vaisių ir daržovių vartojimui (Dai et al., 2020). Kaip galima pastebėti beveik visi elgesio tipai patenka į jau minėtos JAV jaunimo rizikingo elgesio stebėjimo sistemos išskirtas elgesio kategorijas.

Nagrinėjant sveikatai rizikingo elgesio mokslinių tyrimų duomenis galima pastebėti randamus gan ryškius šio elgesio skirtumus tarp vyrų ir moterų. Vienas tokių atliktų tyrimų, nustatęs skirtumus tarp lyčių, yra Bulotaitės ir Zamalijevės (2017) tyrimas su Lietuvos studentais. Atlikto tyrimo metu paaiškėjo, kad vyrams labiau nei moterims būdingas rizikingas elgesys. Pagal tyrimo duomenis, vyrai dažniau nei moterys vartoja alkoholį, vartoja jį didesniais kiekiais, dažniau išbando narkotines medžiagas, vairuoja apsvaigę nuo alkoholio, rašo SMS žinutes vairuodami, kultivuoja ekstremalų sportą ir dažniau turi daugiau nei du sekso partnerius per paskutinius 12 mėnesių. Minėti lyčių skirtumai buvo rasti ir su studentais atliktame tarptautiniame 26 šalių (iš Azijos, Afrikos ir Amerikos žemynų) tyrime. Jame taip pat teigiama, kad vyrams labiau nei moterims būdingas sveikatai rizikingas elgesys. Tyrime gauta, kad studentai vyrai dažniau nei moterys užsiima priklausomybę, traumų riziką ir burnos sveikatai riziką sukeliančiu elgesiu. Tuo tarpu fizinis neaktyvumas buvo dažnesnis tarp moterų (Pengpida ir Peltzera, 2015). Panašūs rezultatai buvo gauti ir JAV Pinkhasov ir kolegų (2010) atliktame tyrime. Jame buvo gauta, kad vyrai labiau linkę reguliariai ir dideliais kiekiais vartoti alkoholį, taip pat yra didesni rūkaliai (mažiau linkę mesti rūkyti), dažnesni nemedicininį narkotinių medžiagų vartotojai ir turi daugiau atsvario, palyginti su moterimis. Atliktame tyrime buvo nustatyta, kad moterys labiau linkusios nereguliariai vartoti alkoholį ir būti abstinentės. Nors JAV dažniau atsvario turi vyrai, nutukimas dažniau pasitaiko moterų tarpe. Taip pat tyrimas atskleidė, kad vyrai rečiau naudojasi sveikatos priežiūros paslaugomis ir prevencinėmis sveikatos paslaugomis nei moterys. Pasak autorių, šis dažnas sveikatai rizikingas elgesys ir menkas naudojimas sveikatos paslaugomis gali prisidėti prie didelio sergamumo ir mažesnės vyrų gyvenimo trukmės JAV. Verta paminėti, kad Lietuva taip pat pasižymi dideliu skirtumu tarp vyrų ir moterų gyvenimo trukmės. Remiantis Lietuvos statistikos portalo duomenimis, 2019 m. vyrų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė buvo 71,5 m., o moterų – 81 m. Tikėtina, kad viena iš to priežasčių gali būti dažnesnis rizikingas sveikatai elgesys vyrų tarpe.

Kitas svarbus sveikatai rizikingo elgesio veiksnys yra įgyto išsilavinimo lygis. Kaip paaiškėjo Huijts ir kolegoms (2017) tiriant 21 Europos šalies gyventojus, egzistuoja didelė sveikatai rizikingo elgesio nelygybė tarp skirtingą išsilavinimą turinčių individų. Tyrimas atskleidė, jog žemesnį išsilavinimą turintys asmenys turi didesnę tikimybę įsitraukti į rūkymą. Taip pat buvo aptikta, jog žemesnį išsilavinimą turintys žmonės turi mažesnę tikimybę dažnai vartoti alkoholį, bet labiau tikėtina, jog jie įsitrauks į besaikį alkoholio vartojimą (bent kartą į savaitę). Turintys aukštesnį išsilavinimą, labiau tikėtina, jog bus fiziškai aktyvūs bent 3 dienas per savaitę. Taip pat turintys aukštesnį išsilavinimą, labiau tikėtina, kad valgys vaisius ir daržoves bent kartą į dieną. Svarbu paminėti, kad autoriai taip pat pastebėjo ženklus tarpvalstybinius skirtumus nagrinėjant ryšį tarp išsilavinimo ir sveikatai rizikingo elgesio. Taigi, panašu, jog žemesnį išsilavinimą turintys asmenys yra labiau linkę įsitraukti į sveikatai rizikingą elgesį, nors ir yra tam tikrų išimčių.

Apibendrinant galima teigti, kad sveikatai rizikingas elgesys pasitaiko gana dažnai ir prisideda prie didelio kiekio ligų ir mirčių visame pasaulyje. Šis elgesys daro žalą tiek patiems žmonėms, tiek, vertinant plačiau, visos šalies raidai, tiek ekonomikai ir visuomenei. Mokslininkų tiriami ir plačiau visuomenei gan akivaizdūs rizikingo elgesio tipai – alkoholio vartojimas, tabako rūkymas, rizikingas vairavimas ir kt. Mokslininkų taip pat tiriami, tačiau visuomenės rečiau laikomi rizikingais sveikatos elgesio tipai – nepakankamas vaisių ir daržovių vartojimas, labai sėslus elgesys. Tyrimuose nustatoma, kad rizikingiau elgtis dažniausiai yra linkę vyrai. Taip pat mokslininkų aptinkama, jog įsitraukti į sveikatai rizikingą elgesį labiau linkę žemesnį išsilavinimą turintys asmenys.

1.2 Nerimo samprata

Amerikos psichologų asociacijos (APA) internetinis žodynas nerimą apibrėžia kaip emociją, kuriai būdingas nuogąstavimas, būgštavimas ir somatiniai įtampos simptomai, kai individas numato gresiantį pavojų, katastrofą ar nelaimę. Kūnas dažnai mobilizuojasi tam, kad sutiktų suvokiamą grėsmę: įsitempia raumenys, padažnėja širdies ritmas ir kvėpavimas. Nerimas gali būti atskirtas nuo baimės tiek konceptualiai, tiek fiziologiškai, nors šie du terminai dažnai vartojami kaip sinonimai. Nerimas laikomas į ateitį orientuotu, ilgalaikiu atsaku, iš esmės nukreiptu į išsklaidytą grėsmę, o baimė yra tinkamas, į dabartį orientuotas ir trumpalaikis atsakas į aiškiai atpažįstamą ir konkrečią grėsmę (APA, n.d.).

Skirtingus nerimo ir baimės simptomus pagal žmogaus reakcijas į bendrą sistemą suklasifikavo Lang (cit. iš Craske et. al., 2011). Trijų reakcijų sistemą sudaro verbalinis-subjektyvus atsakas, motorinis atsakas ir kūno-visceralinis (susijęs su vidaus organais) atsakas. Šioje sistemoje nerimo simptomai apima nerimavimą/jaudinimąsi (verbalinis-subjektyvus atsakas), vengimą (motorinis atsakas) ir raumenų įtampą (kūno-visceralinis atsakas). Baimės simptomai apima mintis apie neišvengiamą grėsmę (verbalinis-subjektyvus atsakas), pabėgimą (motorinis atsakas), ir stiprų autonominių atsaką, dėl kurio atsiranda tokie simptomai, kaip prakaitavimas, drebulys, smarkus širdies plakimas ir pykinimas (kūno-visceralinis atsakas).

Neretai žmonių patiriamas nerimas yra adekvatus. Tokiais atvejais jis atitinka potencialiai grėsmingą situaciją, todėl ir nėra laikomas sutrikimu. Nerimas atlieka svarbų vaidmenį adaptuojantis ir padedant žmogaus organizmui mobilizuotis, tai vienas iš pozityvaus streso simptomų, tačiau nerimui pasiekus perdėtą lygį, jis tampa nebe padedančiu, bet labiau trukdančiu. Tai vadinama nerimo sutrikimu. Kitaip tariant, normali reakcija tampa patologine, t. y. sutrikimu (Germanavičius, 2006).

Nerimo sutrikimais vadinama psichikos sutrikimų grupė, kuriai būdingas nerimas ir baimė, įskaitant generalizuotą nerimo sutrikimą, panikos sutrikimą, fobijas, socialinio nerimo sutrikimą, obsesinį-kompulsinį sutrikimą, ir potrauminio streso sutrikimą. Kaip ir su depresija, simptomai svyruoja nuo lengvų iki sunkių. Simptomų trukmė, kuriuos paprastai patiria žmonės su nerimo

sutrikimais, daro juos labiau lėtiniais nei epizodiniais sutrikimais. Pagal pasaulio sveikatos organizacijos duomenis, pasaulio gyventojų dalis su nerimo sutrikimais 2015 m. sudarė 3,6 %. Kaip ir depresija, nerimo sutrikimai dažniau pasitaiko tarp moterų nei vyrų (4,6 proc., palyginti su 2,6 proc. pasauliniu lygiu). Nerimo sutrikimų paplitimo rodikliai iš esmės nesiskiria tarp amžiaus grupių, nors yra pastebima mažesnio paplitimo tendencija tarp vyresnio amžiaus grupių (WHO, 2017).

Pagal dabartinį mokslininkų nerimo sutrikimų priežasčių aiškinimą yra manoma, kad sąveikauja psichosocialiniai veiksniai, tokie kaip nelaimės vaikystėje ar stresiniai įvykiai ir genetinis pažeidžiamumas. Taip pat yra nustatytas didelis komorbidiškumas (kelių sutrikimų pasireiškimas kartu) tarp nerimo sutrikimų (ypač generalizuoto nerimo sutrikimo ar panikos sutrikimo) ir depresijos sutrikimų (Thibaut, 2017).

McLean ir Anderson (2009) savo mokslinių tyrimų apžvalgoje teigia, jog tvirti moksliniai įrodymai rodo, kad viso gyvenimo eigoje moterys patiria didesnę nerimą ir baimę nei vyrai. Daugelis nerimo rizikos faktorių yra lyčių skirtumų pagrindas. Pavyzdžiui, moterys dažniausiai gauna aukštesnius įverčius svarbesniuose pažeidžiamumo faktoriuose, įskaitant neigiamą afektą ir nerimastingumą kaip asmenybės bruožą. Keletas tyrimų rodo, kad vyrai fiziologiškai šiek tiek labiau reaguoja į ūmius stresorius nei moterys. Šie rezultatai atitinka didesnę moterų polinkį nerimauti (kitaiip krimstis; angl. *worry*), kuris, kaip yra žinoma, mažina fiziologinį reaktyvumą. Kaip teigia autoriai, yra įrodyta, kad vyrai labiau reaguoja į ūmią grėsmę, o moteris labiau kankina galima grėsmė. Nors moterys bendrai nėra labiau linkusios patirti traumas, tačiau jos labiau linkusios patirti tam tikro pobūdžio traumas, įskaitant seksualinę prievartą ir socialinio tinklo krizes, kurios gali būti ypač stiprūs nerimo rizikos veiksniai.

Taigi, galima teigti, kad nerimas yra žmogaus emocinė reakcija į ateityje numatomą grėsmingą situaciją. Nerimas pasireiškia per mintis, elgesį ir kūno reakcijas. Jis gali padėti žmogui adaptuotis ir mobilizuoti jėgas kuomet to reikia. Mokslininkų duomenimis, moterys linkusios patirti didesnę nerimą, nei vyrai. Situacija, kuomet nerimas pasiekia perdėtą lygį ir trukdo labiau nei padeda, vadinama nerimo sutrikimu.

1.3 Depresiško samprata

Amerikos psichologų asociacijos internetinis žodynas depresiją apibrėžia kaip neigiamą emocinę būseną, pradedant nuo nelaimingumo ir nepasitenkinimo iki didelio liūdesio, pesimizmo ir nevilties jausmo, kurie trukdo kasdieniam gyvenimui. Įvairūs fiziniai, kognityviniai ir socialiniai pokyčiai taip pat yra linkę nutikti kartu, įskaitant pakitusius valgymo ar miego įpročius, energijos ar motyvacijos stoką, sunkumus susikaupti ar priimti sprendimus ir pasitraukimą iš socialinės veiklos. Tai yra daugelio psichikos sveikatos sutrikimų simptomas (APA, n.d.). Tuo tarpu Deksnytės ir kolegų (2012) straipsnyje depresiškumas mediciniškai apibrėžiamas kaip ikiklinikinių nuotaikos būsenų tam

tikro lygio intensyvumas, pasireiškiantis liūdesiu, pesimizmu, aktyvumo sumažėjimu. Depresijos atžvilgiu nuotaika traktuojama kaip kontinuumas, kai viename kontinuumo gale yra depresija, kitame gale – normali nuotaika, o tarp jų – pereinami depresiškumo lygiai. Depresinis sutrikimas diagnozuojamas tik tada, kai simptomai pasiekia slenkstinę ribą ir trunka mažiausiai dvi savaites. Straipsnio autoriai taip pat pamini, kad depresiškumas gali būti vertinamas kaip sveikatos sutrikimo simptomas, nurodantis, kad asmuo gali sirgti rimta psichikos liga.

Pagal pasaulio sveikatos organizacijos duomenis, depresija yra paplitus visame pasaulyje, ja serga 3,8 % gyventojų, įskaitant 5,0 % suaugusiųjų ir 5,7 % vyresnių nei 60 metų žmonių. Maždaug 280 milijonų žmonių visame pasaulyje serga depresija. Taip pat depresija yra pagrindinė negalios priežastis visame pasaulyje ir labai prisideda prie bendros pasaulinės ligų naštos. Svarbu pabrėžti, kad depresija skiriasi nuo įprastų nuotaikų svyravimų ir trumpalaikių emocinių reakcijų į kasdienio gyvenimo iššūkius. Ypač pasikartojanti ir vidutinio ar sunkaus intensyvumo depresija gali tapti rimta sveikatos būkle. Depresijos paveiktas asmuo gali labai nukentėti ir prastai funkcionuoti darbe, mokykloje ir šeimoje. Blogiausiu atveju depresija gali privesti prie savižudybės. Kasmet nuo savižudybių miršta daugiau nei 700 000 žmonių. Savižudybės yra ketvirta dažniausia 15–29 metų amžiaus žmonių mirties priežastis (WHO, 2021c).

Mokslininkai, ieškodami depresiją lemiančių, veiksnių tiria įvairias sritis: vystymosi veiksnius, tokius kaip vaikystės nelaimės (ankstyva trauma ar netinkamas elgesys), asmenybę, psichologinius stresorius, gretutinius sutrikimus, biologinius ir kognityvinius veiksnius. Chroniškos depresijos tyrimuose stipriausi įrodymai ieškant priežastingumo yra randami su vystymosi veiksniais, taip pat su lėtiniais stresoriais ir reaktyvumui į stresą (Beck & Alford, 2009). Depresija serga įvairių sluoksnių ir amžiaus žmonės, tačiau, pagal pasaulio sveikatos organizacijos duomenis, riziką susirgti didina skurdas, nedarbas, tokie gyvenimo įvykiai kaip artimo žmogaus mirtis ar santykių nutrūkimas, fizinė liga ir dėl to sukeltos problemos, alkoholio bei narkotikų vartojimas (WHO, 2017).

Vienas labiausiai ištirtinėtų faktų apie depresiją yra nustatyti lyčių skirtumai pagal ligos pasireiškimą. Girgus ir Yang (2015) savo mokslinėje publikacijoje teigia jog nuo paauglystės vidurio ir bent iki 55 metų amžiaus moterims maždaug du kartus dažniau diagnozuojama depresija ir pasireiškia dvigubai daugiau depresijos simptomų nei vyrams. Pasak straipsnio autorių, vaikystėje nėra reikšmingų lyčių skirtumų pagal depresijos simptomus ar diagnozuojamą depresinį sutrikimą. Reikšmingas lyčių skirtumas pradeda ryškėti maždaug ties 13 metais, kuomet mergaičių depresijos lygis pradeda didėti, o berniukų lygis išlieka gana pastovus. Nors diagnozuojamos depresijos ir depresijos simptomų paplitimas varijuoja pagal amžių, lyčių skirtumas išlieka nepaprastai pastovus iki maždaug 55 metų amžiaus.

Žmogaus amžiaus ryšį su depresija nagrinėjo Kessler ir Bromet (2013) savo mokslinių tyrimų apžvalgoje. Autoriai teigia, kad depresijos epizodo vidutinis (skaičiuojant medianą) pasireiškimą

amžius paprastai yra žmogaus trečiojo dešimtmečio pradžioje arba viduryje. Nors depresijos pasireiškimo amžius dažniausiai pasiskirstęs plačiau, nei daugelio kitų psichikos sutrikimų. Reikšminga depresijos epizodų atvejų dalis prasideda vėlyvoje paauglystėje, amžiaus tarpsnyje nuo ankstyvosios iki vidurinės suaugustės ir vėlyvoje suaugustėje. Depresijos pasireiškimo amžiaus mediana panaši tiek didelių pajamų šalyse tiek ir šalyse nuo mažų iki vidutinių pajamų.

Apibendrinant galima teigti, kad depresiškumas suprantamas kaip neklinikinis neigiamos nuotaikos būsenų (liūdesio, pesimizmo, nevilties) tam tikras lygis ir kaip psichikos sutrikimų simptomas. Depresinis sutrikimas gali būti diagnozuojamas tik kai simptomai pasiekia slenkstinę ribą ir trunka tam tikrą laiką. Depresijos atveju pasitaiko ir įvairūs fiziniai, kognityviniai ir socialiniai pokyčiai. Iš mokslinių duomenų žinoma, jog depresija dažniau diagnozuojama moterims, nei vyrams. Taip pat pastebima, kad depresijos pasireiškimas pagal amžių pasiskirstęs gan plačiai pradedant vėlyvąja paauglyste.

1.4 Pozityvios psichikos sveikatos samprata

Psichinė sveikata tradiciškai buvo apibrėžiama kaip psichopatologijos nebuvimas. Asmenys buvo traktuojami kaip psichiškai nesveiki arba laikomi sveikais. Tačiau pastaruoju metu vis labiau pripažįstama, kad psichikos sutrikimo nebuvimas nėra lygus pozityvios psichinės sveikatos buvimui. Dėl šio pasikeitusio požiūrio pozityvios psichinės sveikatos vertinimas ir psichikos sutrikimų vertinimas yra būtini išsamiam psichikos sveikatos įvertinimui ir tai turėtų būti integruota į mokslinius tyrimus (Lukat et al., 2016). Tuo tarpu Barry (2009) savo publikacijoje komentuoja šiuolaikinį PSO psichikos sveikatos apibrėžimą, kuris yra toks: tai gerovės būseną, kurioje individas suvokia savo gebėjimus, gyvenime susidoroja su patiriamu įprastu stresu, dirba produktyviai ir vaisingai, ir prisideda prie savo bendruomenės. Pasak autorės, šis apibrėžimas meta iššūkį idėjai, kad psichinė sveikata yra tiesiog sergamumo psichikos ligomis priešingybė. Šiame apibrėžime pabrėžiami įvairūs pozityvios psichinės sveikatos aspektai, įskaitant subjektyvią gerovę ir emocinę pusiausvyrą bei gebėjimų vystymą – valdyti gyvenimą, maksimaliai išnaudoti savo potencialą, dalyvauti ir prisidėti prie visuomenės. Taigi, pasak autorės, pozityvios psichinės sveikatos samprata apima gebėjimus vystyti psichologiškai, emociškai, intelektualiai, socialiai ir dvasiškai (Barry, 2009). Taip pat svarbu paminėti, kad psichikos sveikatos apibrėžimui daro poveikį ir kultūra, kurioje tas apibrėžimas kuriamas. Psichikos sveikatos apibrėžimas gali turėti skirtingas reikšmes, priklausomai nuo socialinių, ekonominių ir politinių įtakų. Todėl žvelgiant iš tarpkultūrinės perspektyvos, svarbu suvokti, kad mūsų supratimui apie tai, kas yra pozityvus funkcionavimas, greičiausiai turės didelę įtaką kultūriniai įsitikinimai apie sveikatą ir ligas, visuomenės vertybės ir normos, bei kiti socialiniai faktoriai (Kovess-Masfety ir kt., 2005, cit. iš Barry, 2009).

Nagrinėjant pozityvios psichinės sveikatos komponentus dominuoja dvi teorijos. Pirmoji yra hedoninė tradicija, nagrinėjanti teigiamą afektą (arba teigiamas emocijas ir nuotaikas) ir aukštą pasitenkinimą gyvenimu. Antroji – eudaimoninė tradicija, kuri orientuojasi į optimalų individo funkcionavimą kasdieniame gyvenime (Lukat et al., 2016). Kaip savo publikacijoje komentuoja Sofija ir kolegos (2020), pagal hedoninę tradiciją, gerovė – tai malonumo, teigiamų išgyvenimų ir malonių jausmų maksimalizavimas tuo pačiu metu vengiant skausmo. Hedoniškoji tradicija akcentuoja laimės idėją, kuri apima malonias patirtis ir tikslų pasiekimą. Kaip savo knygoje rašo Sirgy (2020), eudaimoninėje tradicijoje pagrindinis dėmesys skiriamas „geram funkcionavimui gyvenime“. Tuo tarpu eudaimonija (arba psichologinė gerovė) atspindi žmonių funkcionavimo gyvenime kokybę (nebūtinai tik tai, kaip teigiamai jie jaučiasi savo gyvenime). Eudaimonijos konstruktas apima mažiausiai penkias dimensijas: (1) autonomiją, (2) pozityvius santykius su kitais, (3) aplinkos kontrolę (4) asmeninį augimą ir (5) gyvenimo tikslą. Kaip teigia Sofija ir kolegos (2020), eudaimoniniu požiūriu į gerovę žiūrima kaip į asmeninių stiprybių ugdymą, savo prigimtinio potencialo aktualizavimą, dorą gyvenimą ir prisidėjimą prie didesnio gėrio. Taigi, eudaimoninėje tradicijoje yra pabrėžiamas pozityvus funkcionavimas ir asmeninis tobulėjimas – gerovė paprastai yra susijusi su gyvenimo tikslo ir prasmės jausmu. Pasak Sirgy (2020), pozityvios psichikos sveikatos tyrėjai teigia, jog pozityvi psichikos sveikata turi integruoti hedoninę tradiciją kartu su eudaimonine tradicija. Tyrėjai taip pat yra pristatę kitą svarbų pozityvios psichinės sveikatos aspektą – socialinę gerovę, kuri atspindi teigiamą asmens socialinį funkcionavimą.

Mokslinėje literatūroje pozityvios psichikos sveikatos konstruktas nėra visur suprantamas vienodai. Pavyzdžiui, Vaillant (2012) savo straipsnyje išskyrė net septynis konceptualiai skirtingus pozityvios psichinės sveikatos modelius. 1) Psichikos sveikata viršijanti normalią, matuojant DSM-IV bendro veiklos vertinimo skale (angl. *Global Assessment of Functioning, GAF*) ir surenkant daugiau nei 80 balų. 2) Psichinė sveikata kaip kelių žmogaus stiprybių buvimas, o ne silpnųjų nebuvimas. 3) Psichinė sveikata suvokiama kaip branda. 4) Psichinė sveikata kaip teigiamų emocijų dominavimas. 5) Psichinė sveikata kaip aukštas socialinis ir emocinis intelektas. 6) Psichinė sveikata kaip subjektyvi gerovė. 7) Psichinė sveikata kaip atsparumas. Kaip teigia autorius, pozityvios psichikos sveikatos tyrimas reikalauja ir saugiklių, kuriuos jis pasiūlė. Pirma, psichinė sveikata turi būti plačiai apibrėžta kultūriškai jautriomis ir įtraukiančiomis sąvokomis. Antra, psichikos sveikatos kriterijai turi būti empiriškai ir ilgalaikiais tyrimais patvirtinti. Galiausiai, nors psichikos sveikata yra viena iš svarbių žmonijos vertybių, ji neturėtų būti vertinama kaip didžiausias gėris.

Vienas svarbiausių pozityvios psichikos sveikatos prielaidų moksliniams tyrimams yra jos atskyrimas nuo psichinių ligų. Vienas tai atlikusių mokslininkų yra Keyes (2005), kuris sukūrė ir empiriškai patvirtino dviejų kontinuumų modelį. Tame modelyje psichinė sveikata ir psichinės ligos nėra priešingi vieno kontinuumo galai, veikia jie sudaro atskiras, bet koreliuojančias ašis. Taigi,

psichikos ligos nebuvimas nėra lygus psichikos sveikatos buvimui. Autorius visišką psichinę sveikatą apibūdina kaip būseną, kurioje asmenys neturi psichopatologijos ir klesti su aukšta emocine, psichologine ir socialine gerove. Keyes (2007) publikuotame straipsnyje skelbiama, kad koreliacija tarp psichikos ligų faktoriaus ir psichinės sveikatos faktoriaus yra 0,53. Nors ir yra psichinės sveikatos gerėjimo tendencija, kuomet psichikos ligos simptomai mažėja, šis ryšys yra vidutinis. Kaip teigia Sofija ir kt. (2020), komentuodami Keyes dviejų kontinuumų modelį, psichikos ligų kontinuumas apibūdina sutrikimo mastą, o psichikos sveikatos kontinuumas apibūdina gerovės lygio būvimą. Pozityvi psichinės sveikatos kontinuumo demencija gali būti apibrėžta kaip klestėjimas. Keyes psichikos sveikatos klestėjimą apibūdino kaip hedonijos (pozityvių jausmų) ir eudaimonijos (pozityvaus funkcionavimo) būseną ir operacionalizavo šią koncepciją per emocinės, psichologinės ir socialinės gerovės kintamuosius (Sofija et al., 2020). Keyes (2005), remdamasis savo sukurtu visiškos psichinės sveikatos modeliu, JAV atliko tyrimą su suaugusiais (nuo 25 iki 74 m.). Tyrimo rezultatai parodė, kad visiškai psichiškai sveiki (t. y. neturintys psichopatologijos ir klestintys su aukšta emocine, psichologine ir socialine gerove) suaugusieji pranešė apie mažiausius apribojimus dėl sveikatos kasdienėje veikloje, apie mažiausiai praleistų darbo dienų ir apie mažiausiai atvejų, kuomet dirbo pusę darbo dienos, sveikiausią psychosocialinį funkcionavimą (žemą bejėgiškumą, aiškius gyvenimo tikslus, didelį atsparumą ir didelį intymumą).

Dar vieną, platesnį, požiūrį į pozityvią psichinę sveikatą pasiūlė Sirgy (2020), savo knygoje aprašydamas pozityvaus balanso teoriją. Šioje teorijoje jis remiasi pozityvios psichinės sveikatos samprata, į kurią įeina subjektyvi gerovė, eudaimonija ir socialinė gerovė. Teorijoje jis pozityvią psichikos sveikatą aprašo kaip pozityvų balansą net 6 skirtinguose lygiuose: fiziologiniame, emociniame, kognityviniame, metakognityviniame, raidos ir socialiniame – ekologiniame (angl. *social-ecological*). Visuose lygmenyse pozityvus balansas suprantamas kaip pageidaujamos būsenos persvara prieš nepageidaujamą būseną. Kaip teigia autorius, ši teorija didele dalimi paremta „Antrosios pozityviosios psichologijos bangos“ diskurso, kuriame pozityvi psichinė sveikata pripažįstama kaip sudėtinga ir dinamiška teigiamų ir neigiamų psichinių būsenų sąveiką. Taigi, minėtoje teorijoje pozityvi psichinė sveikata aprašoma šiuose lygmenyse:

1. Fiziologiniu lygmeniu. Asmenys, su aukštu gerovės lygiu, fiziologiniame lygmenyje patiria neurocheminių medžiagų, susijusių su apdovanojimais (dopaminas, serotoninas ir oksitocinas) persvarą, lyginant su neigiamomis neurocheminėmis medžiagomis, susijusiomis su stresu (kortizoliu).
2. Emociniu lygmeniu. Asmenys, turintys aukštą gerovės lygį, patiria teigiamų emocijų (laimės, džiaugsmo, pakilumo, pasitenkinimo, ramybės ir kt.) persvarą, lyginant su neigiamomis emocijomis (pyktis, neapykanta, pasibjaurėjimas, baimė, pavydas ir pan.).

3. Kognityviniu lygmeniu. Asmenys, kuriems būdinga pozityvi psichinė sveikata, labiau patiria pasitenkinimą gyvenimo srityse (angl. *domain satisfaction*) (įvairiose ryškiausiose gyvenimo srityse, tokiose kaip šeiminis gyvenimas, darbas, socialinis gyvenimas ir kt.), lyginant su nepasitenkinimu kitose gyvenimo srityse.

4. Metakognityviniu lygmeniu. Asmenys, kuriems būdinga pozityvi psichinė sveikata, linkę patirti daugiau teigiamų savo gyvenimo vertinimų, naudojant tam tikrus palyginimo standartus (pasitenkinimas savo gyvenimu, lyginant su ankstesniu gyvenimu, lyginant su šeimos narių gyvenimu ir kt.), lyginant su neigiamais savo gyvenimo vertinimais, naudojant panašius ar kitus palyginimo standartus.

5. Raidos lygmeniu. Asmenys, kuriems būdinga pozityvi psichinė sveikata patiria daugiau teigiamų psichologinių bruožų (asmeninis augimas, tikslas gyvenime, aplinkos kontrolė, autonomija, teigiami santykiai su kitais ir kt.), palyginti su neigiamomis psichologinėmis savybėmis (pesimizmas, beviltiškumas, depresinis sutrikimas, neurotizmas, impulsyvumas ir kt.).

6. Socialiniu – ekologiniu lygmeniu. Asmenys, kuriems būdinga aukšta pozityvi psichinė sveikata, yra linkę patirti socialinių išteklių persvarą (socialinį priėmimą, socialinį aktualizavimą, socialinį indėlį, socialinę integraciją ir kt.), lyginant su socialiniais suvaržymais (socialinė atskirtis ir kt.).

Taigi, mokslinėje literatūroje pozityvi psichikos sveikata suprantama kaip atskiras konstruktas nuo psichinių ligų. Skirtingi autoriai šį konstruktą apibrėžia savaip, tačiau dauguma sutaria, kad pozityvią psichikos sveikatą turi sudaryti hedoninis gerovės komponentas kartu su eudaimoniniu gerovės komponentu. Dėl šios priežasties dauguma autorių pozityviai psichikos sveikatai priskiria emocinę ir psichologinę gerovę, be to dažnai priskiriama ir socialinė gerovė. Taip pat pozityvią psichikos sveikatą galima suprasti ir kaip pozityvų balansą tarp pageidaujamų ir nepageidaujamų būsenų įvairiuose žmogaus asmenybės ir psichikos lygmenyse.

1.5 Nerimo, depresiškumo ir pozityvios psichikos sveikatos ryšys su sveikatai rizikingu elgesiu

1.5.1 Nerimo ryšys su sveikatai rizikingu elgesiu

Mokslinėje literatūroje tyrimų, nagrinėjančių besiformuojančių suaugusiųjų nerimo ryšį su sveikatai rizikingu elgesiu, nėra daug, tačiau iš jų galime teigti, kad šis ryšys egzistuoja. Pavyzdžiui, Kinijoje Ye ir bendraautoriai (2016) tirdami studentus (nuo 16 iki 24 m.) nustatė, jog padidėjusią nerimo riziką turi dažnai alkoholį vartojantys, prastai miegantys, pasižymintys probleminiu internetu naudojimu ir nesveikai besimaitinantys asmenys. Tuo tarpu nerimo ryšys su fiziniu neaktyvumu ir rūkymu aptiktas nebuvo. Taip pat autorių darbe nustačius 2 skirtingus tiriamųjų klasterius paaiškėjo, jog antrojo klasterio (jis pasižymėjo sveikatai rizikingesniu elgesiu) tiriamieji turėjo reikšmingai

padidėjusį nerimą. Nors prieš tai minėtame tyrime nebuvo aptiktas nerimo ir fizinio neaktyvumo ryšys, tačiau jis yra nustatomas kitų tyrėjų. Vienas tokių tyrimų buvo atliktas Czenczek-Lewandowska ir bendraautorių (2021). Jie tirdami jaunos suaugusius (nuo 18 iki 34 m.) pandemijos metu aptiko fizinio neaktyvumo (sėslaus elgesio t. y. laiko, praleisto sėdint) teigiamą sąsają su nerimu. Taigi, besiformuojančių suaugusiųjų nerimo ir dalies sveikatai rizikingo elgesio tipų ryšys yra aptinkamas, tačiau tyrimų, su šio amžiaus imtimi, kiekis yra menkas.

Nors rūkymo ir fizinio neaktyvumo ryšys su patiriamu nerimu tarp besiformuojančių suaugusiųjų yra gan neaiškus, tačiau šių sveikatai rizikingo elgesio tipų ir nerimo ryšys yra aptinkamas tarp suaugusiųjų. Minėtus ryšius aptiko Strine ir kolegės (2005), atlikę tyrimą su didele ir reprezentatyvia JAV suaugusiųjų (nuo 18 ir vyresnių) imtimi. Jų gauti rezultatai atskleidė, jog tiriamieji, su dažnai patiriamais nerimo simptomais (14 arba daugiau dienų per pastarąjį mėnesį), buvo labiau linkę rūkyti, daugiau vartoti alkoholį ir būti fiziškai neaktyviais nei tiriamieji, kurie nepatyrė nerimo simptomų. Taigi, aptinkama, kad dažnai patiriamas nerimas gali prognozuoti įsitraukimą į sveikatai rizikingą elgesį tarp suaugusiųjų.

Žymiai didesnio mokslininkų dėmesio sulaukia paauglių sveikatai rizikingas elgesys. Galima teigti, kad paauglių nerimo ir sveikatai rizikingo elgesio tipų ryšys aptinkamas dažniau. Pavyzdžiui, Woo ir kolegės (2021) aptiko nerimo ir visų tyrime matuotų sveikatai rizikingo elgesio formų ryšį su reprezentatyvia Korėjos paauglių imtimi. Gauti tyrimo rezultatai atskleidė, jog statistinės analizės metu, kontroliuojant sociodemografinius duomenis, tiriamieji, esantys sunkaus nerimo grupėje, turi reikšmingai didesnę tikimybę rūkyti, vartoti alkoholį ir narkotines medžiagas, turėti lytinių santykių ir turėti lytinius santykius be apsaugos priemonių, nei tiriamieji, esantys normalaus nerimo grupėje. Panašius rezultatus gavo Luo ir kolegės (2019) tarp Kinijos paauglių. Tyrime taip pat aptiktas ryšys tarp visų vertintų sveikatai rizikingo elgesio tipų ir nerimo. Tyrime gauta, jog egzistuoja ryšys tarp fizinio neaktyvumo, miegojimo 6 arba mažiau valandų, naršymo internete 4 arba daugiau valandų, cigarečių rūkymo ir alkoholio vartojimo su patiriamais nerimo simptomais. Remiantis tyrėjų duomenimis atrodo, jog egzistuoja ir bendro paauglių rizikingo elgesio (ne tik sveikatai rizikingo) ryšys su nerimu. Taip nustatė Auerbach ir bendraautoriai (2012), savo tyrime vertinami tokius rizikingo elgesio aspektus: nesaugus seksualinis elgesys; agresyvus/ar smurtinis elgesys; taisyklių laužymas; pavojingas, destruktivus/ar nelegalus elgesys; save žalojantis elgesys; alkoholio ir narkotikų vartojimas. Tyrimo rezultatai parodė, kad analizuojant berniukų ir mergaičių duomenis bendrai nerimo simptomai neprognozavo įsitraukimo į rizikingą elgesį. Bet buvo rastas ryšys analizuojant berniukų ir mergaičių duomenis atskirai. Berniukams, bet ne mergaitėms, aukštesnis nerimo lygis siejosi su įsitraukimu į rizikingą elgesį. Taigi, paauglių nerimo ir sveikatai rizikingo elgesio ryšys yra ištyrinėtas geriau ir aptinkamas dažniau.

Apibendrinus galima teigti, kad mokslininkai savo tyrimuose aptinka nerimo ir sveikatai rizikingo elgesio ryšius, ypač paauglių tarpe. Tačiau reikia pabrėžti, kad tyrimų, su besiformuojančių suaugusiųjų amžiaus tarpsnio imtimis, nėra gausu. Dėl tyrimų stokos tarp besiformuojančių suaugusiųjų nėra pakankamai ištirti nerimo ryšiai su tokiais sveikatai rizikingo elgesio tipais, kaip rizikingas seksualinis elgesys, narkotinių medžiagų vartojimas ir nesveika mityba.

1.5.2 Depresyvumo ryšys su sveikatai rizikingu elgesiu

Ryšys tarp depresiškumo ir įvairaus sveikatai rizikingo elgesio yra aptinkamas mokslinėje literatūroje. Dauguma tyrimų, aptinkančių minėtus ryšius tarp besiformuojančių suaugusiųjų, yra atliekami su studentais. Vieną tokių tyrimų atliko Peltzer ir Pengpid (2015) su 26 šalių (mažų, vidutinių ir aukštų pajamų) universitetų studentais. Tyrimas atskleidė, jog tabako vartojimas, nepakankamas dantų valymas, padidėjęs druskos vartojimas, pusryčių nevalgymas, dažnas sėslus elgesys matuojant naudojimosi internetu laiką siejasi su sunkiais depresijos simptomais. Tyrėjai neaptiko depresiškumo ryšio su didelio kiekio alkoholio epizodiniu vartojimu, lošimu, seksualinių partnerių skaičiumi per 12 mėnesių, saugos diržo segėjimu. Tuo tarpu kiti mokslininkai aptinka depresiškumo ryšį su alkoholio vartojimu, pavyzdžiui, Ye ir kolegų (2016) atliktame tyrime su Kinijos studentais (nuo 16 iki 24 m.) šis ryšys buvo aptiktas. Minėto tyrimo rezultatai parodė, jog dažnas alkoholio vartojimas, rūkymas, prasta miego kokybė, probleminis interneto naudojimas siejosi depresyvumu. Tyrimo autoriai neaptiko depresiškumo ryšio su fiziniu neaktyvumu ir nesveika mityba. Taigi, galima teigti, jog tarp besiformuojančių suaugusiųjų depresiškumo ir dalies sveikatai rizikingo elgesio tipų yra nustatomi teigiami ryšiai, tačiau su tam tikrais elgesio tipais gaunami nenuoseklūs rezultatai.

Tarp depresiškumo ir sveikatai rizikingo elgesio taip pat yra nustatomi ir prognostiniai ryšiai. Pavyzdžiui, šiuos ryšius analizavo Wickham ir kolegės (2020), tirdami jaunos suaugusius iš JAV ir Naujosios Zelandijos. Tyrimo rezultatai atskleidė, jog, kontroliuojant demografinius ir sveikatos kintamuosius, miego kiekybė ir kokybė buvo stipriausiai depresijos simptomus prognozuojantys faktoriai. Asmenys, kurie miegojo 8–12 valandų per naktį (ne daugiau ar mažiau) ir kurių miego kokybė buvo geresnė, pranešė apie mažiau depresijos simptomų. Fizinis neaktyvumas buvo antras stipriausias depresijos simptomus prognozuojantis veiksnys. Netikėta, tačiau mitybos veiksniai neprognozavo depresijos simptomų. Kiti tyrėjai taip pat analizuoja kaip depresiškumas gali nuspėti įsitraukimą į sveikatai rizikingą elgesį. Pavyzdžiui, Dixit & Crum (2000) aptiko, jog didesni depresijos simptomai prognozuoja padidėjusį alkoholio vartojimą tarp suaugusio amžiaus moterų. Tokius pat rezultatus gavo Kim ir kolegės (2022) tarp suaugusių vyrų ir moterų. Mokslininkų taip pat yra nustatoma, jog depresiškumas gali nuspėti įsitraukimą į rizikingą seksualinį elgesį. Vieną tokių tyrimų su didele Kinijos studentų (nuo 16 iki 24 m.) imtimi atliko Jin ir kolegės (2021). Tyrėjai

rizikingu seksualiniu elgesiu laikė atsitiktinius seksualinius santykius, prezervatyvų nenaudojimą, grupinį seksą ir 5 arba daugiau seksualinių partnerių kiekį per gyvenimą. Tyrimas atskleidė, kad lengvi ir sunkūs depresijos simptomai reikšmingai nuspėjo įsitraukimą į atsitiktinius seksualinius santykius tiek tarp vyrų, tiek tarp moterų. Taip pat tyrimo rezultatai parodė, jog moterys su depresijos simptomais buvo mažiau linkusios naudoti apsaugą paskutinių lytinių santykių metu. Tarp jaunų vyrų depresijos simptomai prognozavo įsitraukimą į grupinį seksą. Tai pat buvo gauta, jog jaunos moterys ir vyrai su sunkiais depresijos simptomais buvo labiau linkę turėti daugiau sekso partnerių. Galiausiai tyrėjai aptiko, jog depresijos simptomai didino tikimybę demonstruoti didesnę rizikingo seksualinio elgesio tiek tarp vyrų, tiek tarp moterų. Taigi, galima teigti, jog depresiškumas gali nuspėti įsitraukimą į tam tikrą sveikatai rizikingą elgesį.

Šiame poskyryje nagrinėjami ryšiai dažniau yra tyrinėjami tarp paauglių. Galima teigti, kad depresiškumo ir sveikatai rizikingo elgesio ryšys taip pat aptinkamas ir paauglių imtyse. Tai pagrindžia vienas naujausių tyrimų, atliktas Pozuelo ir kolegų (2022). Minėtas darbas yra sisteminė tyrimų apžvalga ir meta-analizė. Po atrankos į sistematinę apžvalgą buvo įtraukti 33 tyrimai, iš kurių 30 tyrimų sudarė meta-analizę. Įtrauktuose tyrimuose buvo tiriami paaugliai iš mažų ir vidutinių pajamų šalių. Sisteminės apžvalgos ir meta-analizės rezultatai atskleidė, jog paaugliai su depresijos simptomais buvo labiau linkę demonstruoti rizikingą seksualinį elgesį, vartoti alkoholį, tabaką ir narkotines medžiagas, lyginat su paaugliais be depresijos simptomų.

Siekiant apibendrinti galima teigti, kad moksliniuose tyrimuose yra randamas ryšys tarp depresiškumo ir tam tikro sveikatai rizikingo elgesio. Šie ryšiai taip pat aptinkami besiformuojančių suaugusiųjų tarpsnio imtyse. Tačiau stokojama tyrimų, kurie tirtų bendrą besiformuojančių suaugusiųjų amžiaus tarpsnio populiaciją, pavyzdžiui, jau dirbančius, o ne tik studijuojančius asmenis. Analizuojant tokius tyrimus galima teigti, kad labiausiai prieštaringi tyrimų rezultatai gaunami dėl nesveikos mitybos ryšio su depresiškumu.

1.5.3 Pozityvios psichikos sveikatos ryšys su sveikatai rizikingu elgesiu

Mokslinėje literatūroje vis daugėja tyrimų, nagrinėjančių pozityvią psichikos sveikatą. Taip pat dalis jų analizuoja ir pozityvios psichinės sveikatos ryšį su sveikatai rizikingu elgesiu. Pastebima bendra tendencija, jog pozityvi psichikos sveikata neigiamai siejasi su sveikatai rizikingu elgesiu tarp besiformuojančių suaugusiųjų. Tai puikiai iliustruoja vienas naujausių tyrimų šioje srityje, atliktas Sofija ir kolegų (2020) Australijoje su besiformuojančiais suaugusiais (nuo 18 iki 25 m.). Tyrimo rezultatai atskleidė, kad tiriamieji, nepasižymintys aukšta psichine gerove, labiau tikėtina, kad bus fiziškai neaktyvūs. Taip pat nustatyta, jog labiau tikėtina, kad nepatiriantys klestinčios psichikos gerovės tiriamieji bus keleiviai, kuomet vairuotojas yra apsvaigęs, taip pat vairuos apsvaigus nuo narkotikų ir viršys greitį. Tyrime reikšmingi ryšiai buvo rasti tarp visų mitybos elgesio tipų, išskyrus

vaisių vartojimą. Tyrimo rezultatai parodė, jog nepasižymintys psichine gerove, mažiau tikėtina, jog atitiks rekomenduojamą vaisių ir daržovių suvartojimo normą (kuomet abu vartojami kartu), jie, labiau tikėtina, nesaikingai vartos saldžius gėrimus, nesveiką maistą (angl. *junk food*) ir saldumynus. Reikšmingi ryšiai rasti tarp klestinčios psichinės gerovės ir 2 iš 5 matuotų apsaugančių nuo saulės elgesio tipų. Nepasižymintys psichikos gerove buvo labiau linkę retai dėvėti kepurę ir naudoti kremą nuo saulės. Taip pat tyrime tarp patiriančių psichikos gerovę nustatytas reikšmingai mažesnis bendras sveikatai rizikingas elgesys. Tačiau tyrime nebuvo rasta reikšmingų ryšių tarp psichikos gerovės ir alkoholio vartojimo, tabako vartojimo, narkotinių medžiagų vartojimo, bei nereguliaraus prezervatyvų naudojimo. Kaip teigia tyrimo autoriai, ryšių stiprumas tarp psichinės gerovės ir sveikatai rizikingo elgesio buvo stipriausias su elgesiu, kuris rizikingiausias trumpuoju laikotarpiu, kaip vairavimas apsvaigus nuo narkotikų ir važiavimas kaip keleiviui su apsvaigusiu vairuotoju. Šiame tyrime aptikti pozityvios psichikos sveikatos ryšiai su fiziniu aktyvumu ir mitybos elgesiu tarp besiformuojančių suaugusiųjų taip pat yra patvirtinami ir kitų tyrėjų įvairiose šalyse (Aucott et al., 2014; Wickham et al., 2020). Taigi, tarp besiformuojančių suaugusiųjų pozityvi psichikos sveikata neigiamai siejasi su sveikatai rizikingu elgesiu.

Dalyje tyrimų, nagrinėjančių pozityvios psichikos sveikatos (ar šio konstrukto komponentų) ryšį su sveikatai rizikingu elgesiu, yra konstatuojama, jog pozityvi psichikos sveikata stipriausiai neigiamai siejasi su sveikatai rizikingu elgesiu, turinčiu didžiausią riziką. Taip patvirtino Schwartz ir kolegos (2011), tirdami studijuojančius jaunos suaugusius. Autoriai tyrė sveikatai rizikingo elgesio ryšį su gerove (subjektyvia, psichologine ir eudaimonine). Svarbu paminėti, kad autoriai atskirai analizavo prognostinius veiksnius sveikatai rizikingo elgesio paplitimui (įsitraukia asmuo į rizikingą elgesį ar ne) ir dažnumui (kaip dažnai žmogus įsitraukia į elgesį). Taigi, stipriausi gerovės ir sveikatai rizikingo elgesio neigiami ryšiai buvo aptikti nelegalių narkotinių medžiagų vartojimo kategorijoje (sunkiųjų narkotikų vartojimas, uostomų medžiagų vartojimas, švirkščiamų narkotikų vartojimas ir netinkamai vartojami receptiniai vaistai). Rizikingo vairavimo elgesys su gerovės kintamasis nesisiejo analizuojant paplitimą, bet stipriai neigiamai siejosi analizuojant elgesio dažnumą. Taip pat tyrimo rezultatai atskleidė, kad gerovės kintamasis reikšmingai neigiamai prognozavo įsitraukimą į 8 iš 12 tirtų rizikingo elgesio tipų. Tarp tų, kurie užsiima tam tikru sveikatai rizikingu elgesiu, dažnumas buvo reikšmingai neigiamai susijęs su gerove 3 iš 12 elgesio tipų. Tačiau vienu atveju gerovės kintamasis teigiamai siejosi su lytinių santykių be apsaugos priemonių dažnumu. Taigi, galima teigti, kad gerovė neigiamai prognozuoja įsitraukimą į didelę dalį sveikatai rizikingo elgesio.

Mokslininkai taip pat aptinka, jog kitas pozityvios psichinės sveikatos komponentų (kuris yra hedoninės gerovės savybė) – pasitenkinimas gyvenimu – taip pat neigiamai siejasi su sveikatai rizikingu elgesiu. Tai patvirtino Grant ir kolegos (2009), atlikę tyrimą su studentais (nuo 17 iki 30 m.) iš 21 šalies. Tiriamieji buvo iš vakarų Europos ir JAV, centrinės ir rytų Europos ir ramiojo

vandenyno Azijos regiono. Tyrimo rezultatai atskleidė, jog pasitenkinimas gyvenimu teigiamai siejasi su nerūkymu, fiziniu aktyvumu, naudojimu apsauginių priemonių nuo saulės, vaisių valgymu ir riebalų suvartojimo ribojimu, bet nesisiejo su alkoholio ar skaidulų vartojimu. Rezultatai, susiję su rūkymu ir fiziniu aktyvumu, buvo vienodi visuose geografiniuose regionuose. Skirtumai tarp šalių regionų buvo matomi ties apsauginiu elgesiu nuo saulės, vaisių vartojimu ir riebalų vengimu.

Apibendrinus galima teigti, kad yra randami ryšiai tarp pozityvios psichinės sveikatos (arba jos komponentų) ir sveikatai rizikingo elgesio tiriant jaunų suaugusiųjų arba besiformuojančių suaugusiųjų imtyse. Didžioji dalis nustatomų ryšių yra neigiami t. y. didesnė psichinė gerovė siejasi mažesniu įsitraukimu į rizikingą elgesį. Tarp tyrimuose nustatomų ryšių stipriausi neigiami ryšiai randami su elgesiu, kuris laikomas labiau rizikingu. Vis dėlto, kai kurie mokslinių tyrimų rezultatai nesutampa ties tam tikrais sveikatai rizikingo elgesio tipais, pavyzdžiui, ties rizikingu seksualinio elgesio ryšiu su pozityvia psichine sveikata. Dėl šios priežasties būtų naudinga atlikti daugiau tyrimų šioje sferoje.

1.6 Tyrimo tikslas, uždaviniai

Tyrimo tikslas – ištirti besiformuojančių suaugusiųjų nerimo, depresiškumo ir pozityvios psichikos sveikatos ryšius su sveikatai rizikingu elgesiu.

Tyrimo uždaviniai:

1. Palyginti tiriamųjų įsitraukimą į sveikatai rizikingą elgesį pagal demografinius duomenis (lytį, amžių ir išsilavinimą).
2. Įvertinti nerimo ryšį sveikatai rizikingu elgesiu.
3. Įvertinti depresiškumo ryšį su sveikatai rizikingu elgesiu.
4. Įvertinti pozityvios psichikos sveikatos ryšį su sveikatai rizikingu elgesiu.
5. Nustatyti sveikatai rizikingo elgesio prognostinius veiksnius

2. TYRIMO METODIKA

2.1 Tyrimo dalyviai

Pilotiniame tyrime dalyvavo 32 tiriamieji. Tiriamųjų imtį sudarė 21 moteris (65,60 %) ir 11 vyrų (34,40 %). Tiriamųjų amžius svyravo nuo 18 iki 28 ($M = 24,03$; $SD = 2,18$).

Pagrindiniame tyrime dalyvavo 172 tiriamieji. Tiriamųjų imtį sudarė 109 moterys (63,40 %) ir 63 vyrai (36,60 %). Tiriamųjų amžius svyravo nuo 18 iki 29 ($M = 24,03$; $SD = 2,73$). Tyrimo dalyviams atrinkti buvo naudojama netikimybinė (patogioji) tyrimo dalyvių atranka. Tyrime buvo kviečiami dalyvauti besiformuojantys suaugusieji nuo 18 iki 29 metų.

2.2 Tyrimo instrumentai

Nerimas. Tyrime nerimui įvertinti pasirinkta Spitzer ir kolegų (2006) sukurta Generalizuoto nerimo sutrikimo skalė-7 (angl. *The Generalized Anxiety Disorder scale-7, GAD-7*). Ši skalė ir jos lietuviška versija yra viešai prieinama internete ir nereikalauja papildomų leidimų. Kaip teigia skalės autoriai, GAD-7 yra validus ir efektyvus įrankis generalizuoto nerimo sutrikimo atrankai ir jo sunkumo įvertinimui klinikinėje praktikoje ir tyrimuose. Skalė sukurta pagal generalizuoto nerimo sutrikimo DSM-IV (angl. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV*) diagnostinius kriterijus. Skalę sudaro 7 teiginiai. Pvz. Kaip dažnai per pastarąsias 2 savaites jus kamavo šios problemos? 5. Buvimas tokiam (-ai) neramiam (-iai), kad net sunku ramiai pasėdėti. Atsakymai vertinami balais nuo 0 iki 3, atsižvelgiant į nerimo simptomų dažnumą per pastarąsias dvi savaites (0 = visai nekamavo, 1 = keletą dienų, 2 = daugiau nei pusę iš visų dienų, 3 = beveik kiekvieną dieną). Skalės įverčiai gali būti nuo 0 iki 21, o didesnis įvertis rodo didesnę nerimo sunkumą. Susumuoti skalės balai – 5, 10 ir 15 gali būti interpretuojami kaip lengvi, vidutiniai ir sunkūs nerimo simptomai. Kaip teigia Butkutė-Šliuožienė (2019), pradžioje skalė buvo patvirtinta generalizuoto nerimo sutrikimų nustatymui, kuomet ribinė bendro įverčio vertė – 10, nors kai kurių autorių nuomone, dėl didesnio jautrumo galima naudoti 8 arba 9. Pasak autorės, GAD-7 taip pat yra naudojamas apskritai bet kokio nerimo sutrikimo nustatymui, tam tikslui surinkti 8 arba daugiau balų suteikia pakankamą jautrumą ir specifiškumą.

Originali (angliška) GAD-7 skalė Spitzer ir kitų (2006) tyrime pasižymėjo geru patikimumu (vidinio suderintumo ir pakartotinio testavimo), taip pat geru kelių rūšių validumu. Šio darbo tyrime gautas skalės vidinio suderintumo rodiklis Cronbacho alfa = 0,867. Šis koeficientas yra laikomas geru ir leidžia naudoti klausimyną.

Depresiškumas. Depresiškumui įvertinti pasirinktas Spitzer ir kolegų (1999) sukurtas Paciento sveikatos klausimynas-9 (angl. *Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9*). Šis klausimynas yra didesnio paciento sveikatos klausimyno sudedamoji dalis. Ši skalė ir jos lietuviška versija yra viešai prieinama internete ir nereikalauja papildomų leidimų. Kaip straipsnyje apie šį klausimyną teigia Montvidas (2018), PHQ-9 yra plačiausiai ištirtas klausimynas tinkamas tiek depresijos diagnozės nustatymui, tiek simptomų išreikštumo bei gydymo efektyvumo vertinimui. Pasak autoriaus, ši skalė paremta DSM-IV (angl. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV*) depresijos diagnostiniais kriterijais. Šiuo klausimynu yra vertinami pastarųjų dviejų savaitių simptomai. Klausimyną sudaro 9 teiginiai. Pvz. Kaip dažnai per pastarąsias 2 savaites jus kamavo kurios nors iš šių problemų? 2. Jautimasis nusiminusiam (-ai), prislėgtam (-ai) ar beviltiškam (-ai). Klausimyne galimi keturi atsakymų variantai (0 = visai nekamavo, 1 = keletą dienų, 2 = daugiau nei pusę iš visų dienų, 3 = beveik kiekvieną dieną). Taip pat klausimyno gale yra papildomas klausimas, kuris prašo pildančiojo įvertinti, kaip jo patiriami simptomai apsunkino galimybes dirbti savo darbą, rūpintis namais ir vaikais arba sutarti su kitais žmonėmis (visai neapsunkino, šiek tiek apsunkino, labai apsunkino, ypač apsunkino). Pasak Kroenke ir kolegų (2001), pagal surinktų balų sumą galima vertinti depresinių simptomų sunkumą: surinkus nuo 0 iki 4 balų simptomai minimalūs, nuo 5 iki 9 – lengvi simptomai, nuo 10 iki 14 – vidutiniai simptomai, nuo 15 iki 19 – sunkūs simptomai, nuo 20 iki 27 – labai sunkūs depresijos simptomai.

Originalus PHQ-9 klausimynas (angliškas) pasižymi geromis psichometrinėmis savybėmis. Pagal Kroenke ir kolegų (2001) tyrimą, PHQ-9 patikimumas yra puikus (vidinio suderintumo ir pakartotinio testavimo), taip pat klausimynas pasižymi trijų skirtingų rūšių validumu. Šio darbo tyrime gautas skalės vidinio suderintumo rodiklis Cronbacho alfa = 0,864. Šis koeficientas yra geras ir leidžia naudoti klausimyną.

Pozityvi psichikos sveikata. Pozityviai psichikos sveikatai įvertinti pasirinkta Pozityvios psichikos sveikatos skalė (angl. *Positive Mental Health Scale, PMH-scale*). Ši skalė ir jos lietuviška versija yra viešai prieinama internete ir nereikalauja papildomų leidimų. Pasak Lukat ir bendraautorių (2016), klausimynas originaliai buvo sukurtas Lutz ir kolegų 1992 m. nepublikuotame rankraštyje. Skalė matuoja pozityvios psichinės sveikatos vidinius veiksnius (pvz. emocinius ir psichologinius), vietoj išorinių veiksnių (pvz., socialinio palaikymo, partnerystės). Skalė sudaryta iš 9 teiginių pvz. 7. *Jaučiuosi gerai pasiruošęs (-usi) gyvenimui ir jo sunkumams.* Kiekvienas teiginys vertinamas 4 balų Likerto skalėje: 0 (Nesutinku), 1 (Labiau nesutinku), 2 (Labiau sutinku), 3 (Sutinku). Visų teiginių atsakymų skaitinės vertės yra sudedamos ir taip gaunamas skalės įvertis. Aukštesnis įvertis rodo geresnę pozityvią psichinę sveikatą.

Tyrimų rezultatai (Lukat et al., 2016) nustatė geras originalios (angliškos) skalės psichometrinės savybės. Nustatytas skalės vienmatiškas (jog ji matuoja vieną faktorių), aukštas vidinio suderintumo patikimumas (Cronbacho alfa = 0,93), geras pakartotinio tyrimo patikimumas (matuojant po 1 savaitės ir po 4 savaites). Taip pat nustatytas geras dviejų rūšių validumas ir skalės jautrumas terapiniams pokyčiams. Šio darbo tyrime gautas skalės vidinio suderintumo rodiklis Cronbacho alfa = 0,905. Šis koeficientas yra puikus ir leidžia naudoti klausimyną.

Sveikatai rizikingas elgesys. Sveikatai rizikingam elgesiui įvertinti pasirinktas Irish ir kolegų (2012) Sveikatai rizikingo elgesio klausimynas (angl. *Health Risk Behaviors Inventory, HRBI*). Gavus autorės raštišką leidimą naudoti klausimyną, jis buvo išverstas į lietuvių kalbą dvigubo vertimo būdu. Klausimyną sudaro šešios subskalės: fizinio neaktyvumo, nesveikos mitybos, rūkymo, alkoholio vartojimo, nelegalių narkotinių medžiagų vartojimo ir rizikingo seksualinio elgesio. Atskirose subskalėse yra nuo 5 iki 6 teiginių. Iš viso klausimyną sudaro 32 teiginiai, vertinantys tiriamųjų elgesį per pastarąjį mėnesį Pvz. 24. Per pastarąjį mėnesį... Niekada nerūkiu marihuanos; Rūkiu marihuaną vieną ar du kartus; Rūkiu marihuaną keletą kartų; Rūkiu marihuaną vieną ar du kartus per savaitę; Daugumą dienų rūkiu marihuaną. Tiriamiesiems užpildžius klausimyną, pažymėtiems teiginiams pagal klausimyno autorių instrukcijas priskiriamos tam tikros skaitinės vertės skalėje nuo 1 iki 5, kai didesnis skaičius reiškia rizikingesnę elgesį.

Klausimyno kūrimo tyrime metodikos autoriai Irish ir koligos (2012) gavo gerus patikimumo ir validumo rezultatus. Atskirų subskalių vidinis suderintumas buvo gana geras (Cronbacho alfa = nuo 0,66 iki 0,88). Pakartotinio testavimo (po 2 savaites) patikimumas buvo geras tiek bendram rizikingam elgesiui, tiek ir atskirų subskalių rezultatams. Patvirtinančioji faktorinė analizė patvirtino 6 subskalių faktorių struktūrą. Nors 5 klausimuose faktorių svoriai buvo mažesni nei 0,4, tačiau, pasak autorių, tokie rezultatai reprezentuoja rečiau pasitaikantį elgesį ir unikalias studentams būdingas gyvenimo charakteristikas (neturėjimą darbo ar nuosavo būsto). Klausimyno subskalės taip pat demonstravo gerą konvergentinį validumą (reikšmingai siejosi su kitais panašiais klausimynais).

Šio darbo tyrime gauti subskalių vidinio suderintumo Cronbacho alfa koeficientai svyravo nuo 0,555 iki 0,894. Atskirų klausimyno subskalių Cronbacho alfa koeficientai pateikiami 1 lentelėje. Pasak Vaitkevičiaus ir Saudargienės (2010), mažiausias reikalaujamas skalės Cronbacho alfa koeficientas dažniausiai yra 0,7. Tačiau jie taip pat teigia, kad šios rekomendacijos nereikėtų suabsoliutinti. Pasak autorių, naudojant skalę tik statistinei analizei, o ne diagnostikai Cronbacho alfa gali būti mažesnė už 0,7, bet pageidautina, kad būtų bent jau 0,5. Taigi, gauti skalės vidinio suderintumo rodikliai ją leidžia naudoti statistinei duomenų analizei atlikti.

1 lentelė. Sveikatai rizikingo elgesio skalių vidinis suderintumas

| Skalės pavadinimas | Teiginių skaičius | Skalės Cronbacho alfa koeficientas |
|---|-------------------|------------------------------------|
| Fizinio neaktyvumo | 5 | 0,714 |
| Nesveikos mitybos | 6 | 0,555 |
| Rūkymo | 6 | 0,894 |
| Alkoholio vartojimo | 5 | 0,682 |
| Nelegalių narkotinių medžiagų vartojimo | 5 | 0,806 |
| Rizikingo seksualinio elgesio | 5 | 0,839 |
| Bendras sveikatai rizikingas elgesys | 32 | 0,787 |

Norint patikrinti išverstos klausimyno versijos 6 faktorių struktūrą, buvo atlikta patvirtinančioji faktorinė analizė naudojantis Mplus 8.2 programiniu paketu. Buvo gauti gan prasti modelio tinkamumo rodikliai ($\chi^2=1161.523$; $df=449$; $p=0,00$ RMSEA=0,096; CFI=0,735; TLI=0,707). Nors gauta RMSEA reikšmė $< 0,10$, pagal šį rodiklį modelis dar yra laikomas galimu (Pakalniškienė, 2012). Remiantis šiuo modeliu, gauti klausimyno teiginių faktorių analizės svoriai varijavo nuo 0,112 iki 0,931, visi jie pateikiami 2 lentelėje. Buvo gautos 5 teiginių svorių reikšmės mažesnės nei 0,4. Tačiau buvo nuspręsta teiginius palikti ir remtis autorių klausimyno struktūra, nes šio tyrimo imtis nėra pakankamai didelė.

2 lentelė. Sveikatai rizikingo elgesio klausimyno teiginių faktorių analizės svoriai

| Fizinis neaktyvumas | Nesveika mityba | Rūkymas | Alkoholio vartojimas | Nelegalių narkotinių medžiagų vartojimas | Rizikingas seksualinis elgesys |
|---------------------|-----------------|------------|----------------------|--|--------------------------------|
| (1) 0,489 | (6) 0,554 | (11) 0,931 | (17) 0,548 | (23) 0,682 | (28) 0,814 |
| (2) 0,834 | (7) 0,822 | (12) 0,896 | (18) 0,488 | (24) 0,696 | (29) 0,722 |
| (3) 0,741 | (8) 0,464 | (13) 0,918 | (19) 0,595 | (25) 0,896 | (30) 0,894 |
| (4) 0,492 | (8) 0,283 | (14) 0,653 | (20) 0,698 | (26) 0,593 | (31) 0,871 |
| (5) 0,317 | (9) 0,217 | (15) 0,378 | (22) 0,628 | (27) 0,660 | (32) 0,676 |
| | (10) 0,112 | (16) 0,634 | | | |

Sociodemografinių duomenų anketa. Respondentams taip pat buvo pateikiami klausimai apie jų lytį, amžių ir išsilavinimo lygį.

2.3 Tyrimo eiga

Tyrimas buvo atliktas 2022 m. kovo mėnesį. Tyrimo dalyviams buvo pateikiama internetinė tyrimo anketa. Anketa buvo platinama internetiniuose socialiniuose tinkluose. Respondentai buvo informuojami apie tyrimo temą, apytiksę anketos pildymo trukmę (15 min.), duomenų konfidencialumą ir apibendrintų duomenų panaudojimą moksliniams tikslams. Kilus neaiškumams tyrimo dalyviai galėjo susiekti su manimi el. paštu.

2.4 Duomenų analizės metodai

Statistinė duomenų analizė buvo atlikta su dviem programiniais paketais – Mplus 8.2 ir IBM SPSS Statistics 28. Skaičiuota aprašomoji statistika (vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai). Tyrime naudojamų skalių patikimumui įvertinti buvo apskaičiuoti vidinio suderintumo koeficientai Cronbacho alfa. Sveikatai rizikingo elgesio skalės validumui patikrinti atlikta patvirtinamoji faktorių analizė. Norint nustatyti, kokius statistinius kriterijus (parametrinius ar ne parametrinius) duomenų analizei taikyti, buvo tikrinamas duomenų sklaidos normalumas. Buvo gauta, jog normaliam duomenų pasiskirstymui artimos šios skalės: nerimo, depresiškumo, pozityvios psichikos sveikatos, fizinio neaktyvumo, nesveikos mitybos, rūkymo, rizikingo seksualinio elgesio ir bendro sveikatai rizikingo elgesio. Tuo tarpu nutolusios nuo normaliojo duomenų pasiskirstymo buvo alkoholio vartojimo ir nelegalių narkotinių medžiagų vartojimo skalės.

Sveikatai rizikingo elgesio skalių vidurkiams palyginti buvo naudojama Student t-testo kriterijus nepriklausomoms imtims (normaliai pasiskirsčiusiems duomenims) ir Mann-Whitney U kriterijus (nenormaliai pasiskirsčiusiems duomenims). Siekiant nustatyti nerimo, depresiškumo ir pozityvios psichikos sveikatos ryšius su sveikatai rizikingu elgesiu buvo skaičiuojamas Spearman koreliacijos koeficientas. O siekiant įvertinti, kaip nerimas, depresiškumas ir pozityvi psichikos sveikata prognozuoja sveikatai rizikingą elgesį, buvo atliekama binarinė logistinė regresija. Šis statistinis metodas buvo pasirinktas todėl, jog ne visų sveikatai rizikingo elgesio kintamųjų duomenų pasiskirstymas buvo normalus. Norint taikyti šį kriterijų, sveikatai rizikingo elgesio kintamieji buvo paversti dichotominiais (pagal vidurkinius balus): nepasižymi rizikingu elgesiu arba pasižymi rizikingu elgesiu. Skaičiuojant rezultatus buvo pasirinktas statistinio reikšmingumo lygmuo $p < \alpha$, $\alpha = 0,05$.

3. REZULTATAI

3.1 Besiformuojančių suaugusiųjų sveikatai rizikingo elgesio palyginimas pagal sociodemografinius duomenis

Pirmasis tyrimo uždavinys buvo suformuluotas siekiant palyginti tiriamųjų sveikatai rizikingą elgesį pagal sociodemografinius duomenis – lytį, amžių ir išsilavinimą. Sveikatai rizikingam elgesiui tarp vyrų ir moterų palyginti buvo naudojamas Student t-testo kriterijus nepriklausomoms imtims (normaliai pasiskirsčiusiems duomenims) ir Mann-Whitney U testas (nenormaliai pasiskirsčiusiems duomenims). Rezultatai, gauti lyginant sveikatai rizikingą elgesį tarp vyrų ir moterų, pateikti 3 ir 4 lentelėse.

3 lentelė. *Vyrų ir moterų sveikatai rizikingo elgesio vidurkių palyginimas*

| Skalės | Lytis | M (SD) | t | df | p |
|--------------------------------------|---------|--------------|-------|--------|--------------|
| Fizinis neaktyvumas | Vyras | 3,31 (1,04) | -2,64 | 112,39 | 0,009 |
| | Moteris | 3,72 (0,87) | | | |
| Nesveika mityba | Vyras | 3,25 (0,77) | 0,61 | 170 | 0,545 |
| | Moteris | 3,18 (0,66) | | | |
| Rūkymas | Vyras | 2,10 (1,28) | 0,18 | 170 | 0,856 |
| | Moteris | 2,06 (1,20) | | | |
| Rizikingas seksualinis elgesys | Vyras | 2,00 (0,84) | 0,51 | 170 | 0,613 |
| | Moteris | 1,94 (0,74) | | | |
| Bendras sveikatai rizikingas elgesys | Vyras | 13,55 (2,88) | 0,25 | 170 | 0,805 |
| | Moteris | 13,45 (2,34) | | | |

Pastaba: M – vidurkis, SD – standartiniai nuokrypiai. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Kaip matome iš 3 lentelėje pateiktų duomenų rastas statistiškai reikšmingas ($t = - 2,64$; $p = 0,009$) skirtumas yra tarp vyrų ir moterų fizinio neaktyvumo vidurkių. Tyrime gauti rezultatai parodė, jog moterų fizinio neaktyvumo vidurkis reikšmingai didesnis nei vyrų.

4 lentelė. *Vyrų ir moterų sveikatai rizikingo elgesio vidurkinių rangų palyginimas*

| Skalės | Lytis | Vidurkiniai rangai | U | Z | p |
|--|---------|--------------------|---------|-------|--------------|
| Alkoholio vartojimas | Vyrai | 99,29 | 2627,50 | -2,86 | 0,004 |
| | Moterys | 79,11 | | | |
| Nelegalių narkotinių medžiagų vartojimas | Vyrai | 91,10 | 3144 | -1,37 | 0,170 |
| | Moterys | 83,84 | | | |

Pastaba: statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu

Kaip galime pastebėti iš 4 lentelėje pateiktų duomenų, tyrime taip pat rastas statistiškai reikšmingas ($Z = -2,86$; $p = 0,004$) alkoholio vartojimo vidurkinių rangų skirtumas tarp vyrų ir moterų. Tyrime gauti rezultatai parodė, jog vyrams būdingas didesnis alkoholio vartojimas nei moterims.

Tyrimo dalyvių sveikatai rizikingas elgesys taip pat buvo lyginamas pagal amžių, suskirstant juos į jaunesnių (nuo 18 iki 23) ir vyresnių (nuo 24 iki 29) grupes. Sveikatai rizikingam elgesiui tarp skirtingų amžiaus grupių palyginti taip pat buvo naudojamas nepriklausomų imčių Student t-testo kriterijus ir Mann-Whitney U testo kriterijus. Gauti rezultatai pateikti 5 ir 6 lentelėse.

5 lentelė. *Sveikatai rizikingo elgesio vidurkių palyginimas tarp 18-23 ir 24-29 amžiaus besiformuojančių suaugusiųjų*

| | Amžius | M (SD) | t | df | p |
|--------------------------------------|--------|--------------|-------|--------|--------------|
| Fizinis neaktyvumas | 18-23 | 3,74 (0,98) | 1,76 | 170 | 0,081 |
| | 24-29 | 3,48 (0,93) | | | |
| Nesveika mityba | 18-23 | 3,24 (0,74) | 0,57 | 170 | 0,572 |
| | 24-29 | 3,18 (0,68) | | | |
| Rūkymas | 18-23 | 2,02 (1,17) | -0,41 | 170 | 0,682 |
| | 24-29 | 2,10 (1,26) | | | |
| Rizikingas seksualinis elgesys | 18-23 | 1,75 (0,79) | -2,66 | 121,24 | 0,009 |
| | 24-29 | 2,08 (0,75) | | | |
| Bendras sveikatai rizikingas elgesys | 18-23 | 13,52 (2,54) | 0,12 | 170 | 0,905 |
| | 24-29 | 13,47 (2,55) | | | |

Pastaba: M – vidurkis, SD – standartiniai nuokrypiai. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Kaip rodo gauti duomenys, buvo rastas tik vienas statistiškai reikšmingas skirtumas. Vyresnių besiformuojančių suaugusiųjų (nuo 24 iki 29) rizikingo seksualinio elgesio skalės vidurkis buvo reikšmingai ($t = -2,66$; $p = 0,009$) didesnis nei jaunesnių (nuo 18 iki 23) tyrimo dalyvių.

6 lentelė. *Sveikatai rizikingo elgesio vidurinių rangų palyginimas tarp 18-23 ir 24-29 amžiaus besiformuojančių suaugusiųjų*

| | Amžius | Vidurkiniai rangai | U | Z | p |
|--|--------|--------------------|---------|-------|-------|
| Alkoholio vartojimas | 18-23 | 87,88 | 3324,50 | -0,30 | 0,761 |
| | 24-29 | 85,72 | | | |
| Nelegalių narkotinių medžiagų vartojimas | 18-23 | 89,90 | 3199,50 | -1,00 | 0,316 |
| | 24-29 | 84,59 | | | |

Pastaba. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Tyrime dalyvavusių respondentų sveikatai rizikingas elgesys taip pat buvo lyginamas pagal įgytą išsilavinimą. Tiriamieji buvo suskirstyti į dvi grupes, įgiję aukštąjį išsilavinimą ir neįgiję aukštojo išsilavinimo. Sveikatai rizikingam elgesiui tarp skirtingo išsilavinimo grupių palyginti vėl buvo naudojamas parametrinis Student t-testo kriterijus nepriklausomoms imtims ir Mann-Whitney U testas. Rezultatai gauti lyginant sveikatai rizikingą elgesį tarp skirtingo išsilavinimo grupių pateikti 7 ir 8 lentelėse.

7 lentelė. *Sveikatai rizikingo elgesio vidurkių palyginimas tarp turinčių ir neturinčių aukštojo išsilavinimo*

| | Išsilavinimas | M (SD) | t | df | p |
|---------------------|---------------|-------------|------|--------|--------------|
| Fizinis neaktyvumas | Ne aukštasis | 3,65 (0,99) | 0,88 | 170 | 0,383 |
| | Aukštasis | 3,52 (0,93) | | | |
| Nesveika mityba | Ne aukštasis | 3,34 (0,70) | 2,14 | 170 | 0,034 |
| | Aukštasis | 3,11 (0,68) | | | |
| Rūkymas | Ne aukštasis | 2,38 (1,32) | 2,73 | 137,18 | 0,007 |
| | Aukštasis | 1,85 (1,12) | | | |
| | Ne aukštasis | 1,81 (0,82) | | | |

| | | | | | |
|--------------------------------------|--------------|--------------|------|-----|--------------|
| Rizikingas seksualinis elgesys | Aukštasis | 2,07 (0,72) | | | |
| Bendras sveikatai rizikingas elgesys | Ne aukštasis | 14,09 (2,69) | 2,67 | 170 | 0,008 |
| | Aukštasis | 13,06 (2,35) | | | |

Pastaba: M – vidurkis, SD – standartiniai nuokrypiai. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Kaip matome iš 7 lentelėje pateiktų rezultatų, buvo rasti statistiškai reikšmingi skirtumai pagal įsitraukimą į nesveiką mitybą ($t = 2,14$; $p = 0,034$), rūkymą ($t = 2,73$; $p = 0,007$), rizikingą seksualinį elgesį ($t = -2,20$; $p = 0,029$) ir bendrai sveikatai rizikingą elgesį ($t = 2,67$; $p = 0,008$). Tyrimo rezultatai parodė, jog neturinčių aukštojo išsilavinimo tiriamųjų nesveikos mitybos, rūkymo ir bendro sveikatai rizikingo elgesio vidurkiai reikšmingai didesni nei turinčiųjų aukštąjį išsilavinimą, tačiau tiriamųjų turinčių aukštąjį išsilavinimą rizikingo seksualinio elgesio vidurkis reikšmingai didesnis nei turinčių žemesnį išsilavinimą.

8 lentelė. *Sveikatai rizikingo elgesio vidurkinių rangų palyginimas tarp turinčių ir neturinčių aukštojo išsilavinimo*

| | Išsilavinimas | Vidurkiniai rangai | U | Z | p |
|--|---------------|--------------------|---------|-------|--------------|
| Alkoholio vartojimas | Ne aukštasis | 98,65 | 2725,50 | -3,03 | 0,002 |
| | Aukštasis | 77,76 | | | |
| Nelegalių narkotinių medžiagų vartojimas | Ne aukštasis | 96,08 | 2910,50 | -3,19 | 0,001 |
| | Aukštasis | 79,61 | | | |

Pastaba. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Kaip galime pastebėti iš 8 lentelėje pateiktų rezultatų, taip pat buvo rasti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp skirtingo išsilavinimo tiriamųjų pagal įsitraukimą į alkoholio vartojimą ($Z = -3,03$; $p = 0,002$) ir nelegalių narkotinių medžiagų vartojimą ($Z = -3,19$; $p = 0,001$). Tyrimo rezultatai parodė, jog neturinčių aukštojo išsilavinimo tiriamųjų alkoholio vartojimo ir nelegalių narkotinių medžiagų vartojimo vidurkiniai rangai reikšmingai didesni nei turinčių aukštąjį išsilavinimą.

3.2 Nerimo, depresiškumo ir pozityvios psichinės sveikatos ryšys su sveikatai rizikingu elgesiu

Siekiant atlikti tyrimo 2, 3 ir 4 uždavinius, t. y. įvertinti nerimo, depresiškumo ir pozityvios psichinės sveikatos ryšius su sveikatai rizikingu elgesiu, buvo skaičiuojamas Spearman koreliacijos koeficientas. Ši koreliacijos rūšis pasirinkta todėl, kad ne visos sveikatai rizikingo elgesio subskalės yra normaliai pasiskirsčiusios. Pasak Čekanavičiaus ir Murausko (2002), kuomet negalima apskaičiuoti Pearson tiesinės koreliacijos koeficiento, nes kintamųjų normalumo prielaida nėra tenkinama arba duomenų yra mažai, skaičiuojamas Spearman koreliacijos koeficientas.

Kaip galime pastebėti iš 7 lentelės, psichikos sveikatos kintamieji buvo susiję su sveikatai rizikingu elgesiu įvairiose srityse. Kaip parodė tyrimo rezultatai, nerimas reikšmingai teigiamai siejosi tik su fiziniu neaktyvumu ($r_s = 0,19$; $p < 0,05$). Depresiškumas teigiamai siejosi su fiziniu neaktyvumu ($r_s = 0,17$; $p < 0,05$), rūkymu ($r_s = 0,15$; $p < 0,05$), alkoholio vartojimu ($r_s = 0,16$; $p < 0,05$) ir bendrai sveikatai rizikingu elgesiu ($r_s = 0,19$; $p < 0,05$). Tuo tarpu pozityvi psichikos sveikata neigiamai siejosi su fiziniu neaktyvumu ($r_s = -0,26$; $p < 0,01$) ir bendrai sveikatai rizikingu elgesiu ($r_s = -0,22$; $p < 0,01$). Kaip teigia Akoglu (2018), psichologijos moksluose dažniausiai Pearson ir Spearman koreliacijos koeficientai nuo 0,1 iki 0,3 interpretuojami kaip parodantys silpną ryšį. Taigi visi tyrime rasti reikšmingi ryšiai yra silpni.

9 lentelė. Nerimo, depresiškumo ir pozityvios psichinės sveikatos koreliacijos koeficientai su sveikatai rizikingu elgesiu

| | Nerimas | Depresiškumas | Pozityvi psichikos sveikata |
|--|---------|---------------|-----------------------------|
| Fizinis neaktyvumas | 0,19* | 0,17* | -0,26** |
| Nesveika mityba | 0,14 | 0,08 | -0,12 |
| Rūkymas | 0,08 | 0,15* | -0,11 |
| Alkoholio vartojimas | 0,06 | 0,16* | -0,09 |
| Nelegalių narkotinių medžiagų vartojimas | -0,02 | 0,10 | -0,11 |
| Rizikingas seksualinis elgesys | -0,15 | -0,08 | 0,02 |
| Bendras sveikatai rizikingas elgesys | 0,11 | 0,19* | -0,22** |

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Apibendrinus galima teigti, kad šiame tyrime daugiausiai ryšių (visi jie teigiami) su sveikatai rizikingu elgesiu turėjo depresiškumas, o mažiausiai nerimas. Taigi, kuo stipriau išreikštas nerimas, tuo labiau būdingas fizinis neaktyvumas. Kuo stipriau išreikštas depresiškumas, tuo labiau būdingas fizinis neaktyvumas, rūkymas, rizikingas alkoholio vartojimas ir bendras įsitraukimas į sveikatai rizikingą elgesį. Tuo tarpu sąlyginai stipriausi tyrime rasti ryšiai (visi jie neigiami) buvo tarp pozityvios psichikos sveikatos ir fizinio neaktyvumo, bei bendro sveikatai rizikingo elgesio. Taigi, kuo aukštesnė pozityvi psichinė sveikata, tuo mažiau būdingas fizinis neaktyvumas ir bendras įsitraukimas į sveikatai rizikingą elgesį.

3.2 Sveikatai rizikingo elgesio prognostiniai veiksniai

Paskutinis tyrimo uždavinys buvo suformuluotas siekiant nustatyti sveikatai rizikingo elgesio prognostinius veiksnius. Kadangi ne visų sveikatai rizikingo elgesio kintamųjų duomenų pasiskirstymas buvo normalus, todėl jie buvo paversti dichotominiais (nepasižymi rizikingu elgesiu arba pasižymi rizikingu elgesiu). Todėl, siekiant įgyvendinti šį uždavinį, buvo atliekama binarinė logistinė regresija. Pirmiausiai į logistinės regresijos modelį buvo įtraukiami nerimo, depresiškumo ir pozityvios psichinės sveikatos kintamieji. Tuomet į antrąjį modelį, prie jau minėtų kintamųjų, buvo įtraukiami demografiniai duomenys t. y. tiriamųjų amžius, lytis ir išsilavinimas. Antras modelis visais atvejais paaiškino daugiau duomenų sklaidos, todėl jis ir buvo pasirinktas kaip tinkamiausias. Išsamus logistinės regresijos modelių palyginimas pateiktas 8 lentelėje.

10 lentelė. *Logistinės regresijos modelių palyginimas prognozuojant sveikatai rizikingą elgesį*

| Rizikingo elgesio tipas | Modelis | Duomenų sklaidos paaiškinamumas procentais | Modelio tinkamumas pagal Hosmer and Lemeshow testą | | |
|--|---------|--|--|----|-------|
| | | | χ^2 | df | p |
| Fizinis neaktyvumas | 1 | 6,3 – 8,5 | 4,50 | 8 | 0,810 |
| | 2 | 8,3 - 11,2 | 12,62 | 8 | 0,126 |
| Nesveika mityba | 1 | 2,3 - 3,0 | 4,46 | 8 | 0,813 |
| | 2 | 4,9 - 6,5 | 5,72 | 8 | 0,678 |
| Rūkymas | 1 | 2,9 - 3,9 | 3,13 | 8 | 0,926 |
| | 2 | 5,7 - 7,8 | 5,20 | 8 | 7,36 |
| Alkoholio vartojimas | 1 | 2,9 - 4,0 | 6,95 | 8 | 0,542 |
| | 2 | 12,1 - 16,7 | 4,80 | 8 | 0,778 |
| Nelegalių narkotinių medžiagų vartojimas | 1 | 2,7 - 4,4 | 5,85 | 8 | 0,664 |
| | 2 | 8,9 - 14,6 | 12,96 | 8 | 0,113 |

| | | | | | |
|--------------------------------|---|------------|-------|---|-------|
| Rizikingas seksualinis elgesys | 1 | 1,8 - 2,5 | 7,14 | 8 | 0,521 |
| | 2 | 7,4 - 10,2 | 17,70 | 8 | 0,024 |
| Bendras rizikingas elgesys | 1 | 2,2 - 3,0 | 6,46 | 8 | 0,596 |
| | 2 | 3,4 - 4,5 | 4,29 | 8 | 0,830 |

Atikus statistinę analizę gauti logistinės regresijos rezultatai atskirai kiekvienam rizikingo elgesio tipui pateikti 9, 10, 11, 12, 13, 14 ir 15 lentelėse.

11 lentelė. *Fizinio neaktyvumo prognostiniai veiksniai*

| Nepriklausomi kintamieji | Priklausomas kintamasis | | | |
|-----------------------------|-------------------------|-------|----------|-------|
| | Fizinis neaktyvumas | | | |
| | OR | p | χ^2 | p |
| Nerimas | 1,00 | 0,940 | 12,62 | 0,126 |
| Depresiškumas | 1,03 | 0,486 | | |
| Pozityvi psichikos sveikata | 0,94 | 0,081 | | |
| Amžius | 0,98 | 0,836 | | |
| Išsilavinimas | 0,97 | 0,935 | | |
| Lytis | 1,91 | 0,076 | | |

Pastaba. Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu.

Kaip matome iš 9 lentelės, logistinės regresijos modelis tinka tyrimo duomenims Hosmer–Lemeshow testo $\chi^2 = 12,62$, $df = 8$, $p = 0,126$, tikslų spėjimų procentas 64,00, o bendras duomenų sklaidos paaiškinamumo procentas 8,3 – 11,2. Kaip iš pateiktų rezultatų matyti, nei nerimas, nei depresyvumas, nei pozityvi psichinė sveikata ar demografiniai kintamieji statistiškai reikšmingai neprognozuoja fizinio neaktyvumo.

12 lentelė. Nesveikos mitybos prognostiniai veiksniai

| Nepriklausomi kintamieji | Priklausomas kintamasis | | | |
|-----------------------------|-------------------------|-------|----------|-------|
| | Nesveika mityba | | | |
| | OR | p | χ^2 | p |
| Nerimas | 1,09 | 0,082 | 5,72 | 0,678 |
| Depresiškumas | 0,99 | 0,809 | | |
| Pozityvi psichikos sveikata | 1,01 | 0,766 | | |
| Amžius | 1,03 | 0,681 | | |
| Išsilavinimas | 0,55 | 0,091 | | |
| Lytis | 0,80 | 0,523 | | |

Pastaba. Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu.

Kaip galime pastebėti iš 10 lentelės, logistinės regresijos modelis tinka tyrimo duomenims Hosmer–Lemeshow testo $\chi^2 = 5,72$, $df = 8$, $p = 0,678$, tikslų spėjimų procentas 62,80, o bendras duomenų sklaidos paaiškinamumo procentas 4,9 – 6,5. Kaip matome iš pateiktų rezultatų, nei nerimas, nei depresyvumas, nei pozityvi psichinė sveikata ar demografiniai kintamieji statistiškai reikšmingai neprognozuoja nesveikos mitybos.

13 lentelė. Rūkymo prognostiniai veiksniai

| Nepriklausomi kintamieji | Priklausomas kintamasis | | | |
|-----------------------------|-------------------------|-------|----------|-------|
| | Rūkymas | | | |
| | OR | p | χ^2 | p |
| Nerimas | 0,96 | 0,370 | 5,20 | 0,736 |
| Depresiškumas | 1,08 | 0,059 | | |
| Pozityvi psichikos sveikata | 1,03 | 0,496 | | |

| | | |
|---------------|------|--------------|
| Amžius | 1,09 | 0,244 |
| Išsilavinimas | 0,45 | 0,026 |
| Lytis | 1,20 | 0,626 |

Pastaba. Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu.

Kaip matome iš 11 lentelės, logistinės regresijos modelis tinka tyrimo duomenims Hosmer–Lemeshow testo $\chi^2 = 5,20$, $df = 8$, $p = 0,736$, tikslų spėjimų procentas 64,50, o bendras duomenų sklaidos paaiškinamumo procentas 5,7 – 7,8. Iš pateiktų rezultatų matome, kad tik išsilavinimas statistiškai reikšmingai $OR = 0,45$, $p = 0,026$ neigiamai prognozuoja pateikimą į rūkančiųjų kategoriją kuomet, kontroliuojame likusius kintamuosius regresijos modelyje. Tai reiškia, jog mažėjant išsilavinimo lygiui didėja tikimybė patekti į rūkančiųjų kategoriją.

14 lentelė. *Alkoholio vartojimo prognostiniai veiksniai*

| Nepriklausomi kintamieji | Priklausomas kintamasis | | | |
|-----------------------------|-------------------------|--------------|----------|-------|
| | Alkoholio vartojimas | | | |
| | OR | p | χ^2 | p |
| Nerimas | 0,99 | 0,884 | 4,80 | 0,778 |
| Depresiškumas | 1,10 | 0,038 | | |
| Pozityvi psichikos sveikata | 1,05 | 0,235 | | |
| Amžius | 1,06 | 0,493 | | |
| Išsilavinimas | 0,45 | 0,035 | | |
| Lytis | 0,34 | 0,005 | | |

Pastaba. Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu.

Kaip galime pastebėti iš 12 lentelės, logistinės regresijos modelis tinka tyrimo duomenims Hosmer–Lemeshow testo $\chi^2 = 4,80$, $df = 8$, $p = 0,778$, tikslų spėjimų procentas 69,80, o bendras duomenų sklaidos paaiškinamumo procentas 12,1 – 16,7. Iš rezultatų matome, kad depresiškumas $OR = 1,10$, $p = 0,38$, išsilavinimas $OR = 0,45$, $p = 0,035$ ir lytis $OR = 0,34$, $p = 0,005$ statistiškai reikšmingai nuspėja patekimą į alkoholi vartojančių grupę, kontroliuojant likusius kintamuosius modelyje. Tai reiškia, kad ištraukimą į rizikingą alkoholio vartojimą prognozuoja didėjantis depresiškumas, žemesnis išsilavinimas ir buvimas vyru.

15 lentelė. *Nelegalių narkotinių medžiagų vartojimo prognostiniai veiksniai*

| Nepriklausomi kintamieji | Priklausomas kintamasis | | | |
|-----------------------------|--|--------------|----------|-------|
| | Nelegalių narkotinių medžiagų vartojimas | | | |
| | OR | p | χ^2 | p |
| Nerimas | 0,94 | 0,295 | 12,96 | 0,113 |
| Depresiškumas | 1,05 | 0,330 | | |
| Pozityvi psichikos sveikata | 0,98 | 0,671 | | |
| Amžius | 1,04 | 0,677 | | |
| Išsilavinimas | 0,31 | 0,006 | | |
| Lytis | 0,77 | 0,575 | | |

Pastaba. Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu.

Kaip matome iš 13 lentelės, logistinės regresijos modelis tinka tyrimo duomenims Hosmer–Lemeshow testo $\chi^2 = 12,96$, $df = 8$, $p = 0,113$, tikslų spėjimų procentas 82,60, o bendras duomenų sklaidos paaiškinamumo procentas 8,9 – 14,6. Iš rezultatų matome, kad tik išsilavinimas $OR = 0,31$, $p = 0,006$ statistiškai reikšmingai neigiamai nuspėja patekimą į nelegalias narkotines medžiagas vartojančių kategoriją, kuomet kontroliuojam likusius kintamuosius modelyje. Tai reiškia, jog didėjant išsilavinimui mažėja tikimybė vartoti nelegalias narkotines medžiagas.

16 lentelė. Rizikingo seksualinio elgesio prognostiniai veiksniai

| Nepriklausomi kintamieji | Priklausomas kintamasis | | | |
|-----------------------------|--------------------------------|-------|----------|-------|
| | Rizikingas seksualinis elgesys | | | |
| | OR | p | χ^2 | p |
| Nerimas | 0,92 | 0,098 | 17,70 | 0,024 |
| Depresiškumas | 1,01 | 0,783 | | |
| Pozityvi psichikos sveikata | 0,98 | 0,600 | | |
| Amžius | 1,13 | 0,122 | | |
| Išsilavinimas | 1,49 | 0,266 | | |
| Lytis | 1,41 | 0,364 | | |

Pastaba. Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu.

Kaip galime pastebėti iš 14 lentelės, logistinės regresijos modelis yra nutolęs nuo mūsų duomenų pagal Hosmer–Lemeshow testą $\chi^2 = 17,70$, $df = 8$, $p = 0,024$, nors pagal Omnibus test jis dar tiko mūsų duomenims $\chi^2 = 13,27$, $df = 6$, $p = 0,039$. Tačiau pasak (Pallant, 2016), Hosmer–Lemeshow testas yra patikimiausias IBM SPSS prieinamas modelio tinkamumo testas, todėl buvo vadovautasi būtent juo ir šis logistinės regresijos modelis laikomas nutolusiu nuo mūsų duomenų.

17 lentelė. Bendro sveikatai rizikingo elgesio prognostiniai veiksniai

| Nepriklausomi kintamieji | Priklausomas kintamasis | | | |
|-----------------------------|--------------------------------------|-------|----------|-------|
| | Bendrai sveikatai rizikingas elgesys | | | |
| | OR | p | χ^2 | p |
| Nerimas | 1,01 | 0,837 | 4,29 | 0,830 |
| Depresiškumas | 1,03 | 0,505 | | |
| Pozityvi psichikos sveikata | 0,98 | 0,519 | | |

| | | |
|---------------|------|-------|
| Amžius | 1,03 | 0,652 |
| Išsilavinimas | 0,67 | 0,252 |
| Lytis | 0,85 | 0,649 |

Pastaba. Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu.

Kaip matome iš 15 lentelės, logistinės regresijos modelis laikomas tinkamu šio tyrimo duomenims Hosmer–Lemeshow testo $\chi^2 = 4,29$, $df = 8$, $p = 0,830$, tikslų spėjimų procentas 58,70, o bendras duomenų sklaidos paaiškinamumo procentas 3,4 – 4,5. Kaip galime pastebėti iš pateiktų rezultatų, nei nerimas, nei depresyvumas, nei pozityvi psichinė sveikata ar demografiniai kintamieji statistiškai reikšmingai neprognozuoja bendro sveikatai rizikingo elgesio.

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Šio tyrimo tikslas buvo ištirti besiformuojančių suaugusiųjų nerimo, depresiškumo ir pozityvios psichikos sveikatos ryšius su sveikatai rizikingu elgesiu. Tyrime taip pat buvo nustatyti tam tikrų sveikatai rizikingo elgesio tipų išreikštumo skirtumai tarp vyrų ir moterų, jaunesnių ir vyresnių tiriamųjų, ir tarp skirtingo išsilavinimo respondentų. Tyrime buvo nustatyta, jog psichikos sveikatos kintamieji yra susiję su tam tikru sveikatai rizikingu elgesiu. Iš gautų rezultatų galime teigti, kad daugiausiai ryšių su sveikatai rizikingu elgesiu turėjo depresiškumas, tuomet pozityvi psichikos sveikata ir mažiausiai – nerimas. Ir iš jų tik depresiškumas prognozavo rizikingą alkoholio vartojimą. Tuo tarpu iš demografinių rodiklių daugiausiai sveikatai rizikingo elgesio formų nuspėjo išsilavinimas.

Taigi, pirmasis tyrimo uždavinys buvo suformuluotas siekiant palyginti besiformuojančių suaugusiųjų sveikatai rizikingą elgesį pagal sociodemografinius duomenis – lytį, amžių ir išsilavinimą. Šio tyrimo rezultatai atskleidė, jog moterys pasižymi didesniu fiziniu neaktyvumu, tuo tarpu vyrams labiau būdingas rizikingas alkoholio vartojimas. Tyrime rastas skirtumas tarp lyčių pagal fizinio neaktyvumo lygį taip pat yra nustatomas ir kitų tyrėjų darbuose tiriant studentus įvairiose šalyse (Ye et al., 2016; Pengpida & Peltzera, 2015; Kritsotakis et al., 2016). Šio darbo tyrime aptiktas rizikingesnis alkoholio vartojimas tarp vyrų irgi sutampa su kitų tyrėjų gautais rezultatais (Bulotaitė ir Zamalijeva, 2017; Ye et al., 2016; Kritsotakis et al., 2016). Pasak kai kurių mokslininkų, visuomeniniai ir kultūriniai stereotipai bei normos apie moteriškumą ir vyriškumą lemia lyčių lūkesčius ir su lytimi susijusius socialinius vaidmenis ir tai galbūt gali paaiškinti kai kurių sveikatai rizikingo elgesio tipų paplitimo skirtumus tarp jaunų suaugusiųjų vyrų ir moterų (Kritsotakis et al., 2016).

Šiame tyrime nebuvo rasti reikšmingi skirtumai tarp lyčių pagal įsitraukimą į nesveiką mitybą, rūkymą, nelegalių narkotinių medžiagų vartojimą, rizikingą seksualinį elgesį ar bendrą sveikatai rizikingą elgesį. Nenuosekliai, bet kitų tyrėjų darbuose skirtumai tarp lyčių pagal įsitraukimą į minėtus sveikatai rizikingo tipus yra aptinkami. Skirtumai aptinkami pagal vaisių ir daržovių suvartojimą (Keller et al., 2008), rūkymą (Keller et al., 2008; Ye et al., 2016), narkotinių medžiagų vartojimą (Bulotaitė ir Zamalijeva, 2017; Schwartz et al., 2011), rizikingą seksualinį elgesį (Jin et al., 2021; Kritsotakis et al., 2016) ir bendrą sveikatai rizikingą elgesį (Bulotaitė ir Zamalijeva, 2017; Kritsotakis et al., 2016). Tai, jog šiame tyrime neaptikome lyčių skirtumų pagal įsitraukimą į minėtus rizikingo elgesio tipus, iš dalies galėjo lemti pakankamai nedidelė imtis ir skirtingai matuojamas rizikingas elgesys.

Šiame darbe lyginant skirtingų amžiaus grupių besiformuojančių suaugusiųjų įsitraukimą į sveikatai rizikingą elgesį buvo rastas tik vienas skirtumas. Rezultatai parodė, jog rizikingas seksualinis elgesys labiau būdingas vyresniems (24 - 29) tyrimo dalyviams nei jaunesniems (18 - 23).

Šie gauti rezultatai dalinai atitinka kitų tyrėjų gaunamus rezultatus, nors šioje tyrimų srityje yra ir prieštaringų rezultatų. Pavyzdžiui, Jin ir kolegos (2021) nustatė, jog vyresni jaunuoliai (22 – 24) yra seksualiai aktyvesni lyginant su jaunesniais (16 – 18; 19 - 21). Tačiau nebuvo rasta, jog jie reikšmingai labiau įsitraukia į rizikingą seksualinį elgesį (matuojant keturias skirtingas rizikingo seksualinio elgesio formas). Šių skirtumų Lietuvoje taip pat neaptiko Bulotaitė (2014) savo tyrime tarp skirtingų kursų studentų. Tuo tarpu Bradley ir Wildman (2002) tyrimo rezultatai parodė, jog vyresni (20 – 25) besiformuojantys suaugusieji reikšmingai dažniau įsitraukia į rizikingą seksualinį elgesį (matuojant seksualinių partnerių kiekį per metus), nei jaunesni (18 - 19). Tokius pat rezultatus gavo ir Fromme ir kolegos (2008), lygindami seksualinių partnerių kiekį per pirmus studijų metus palyginus su paskutiniaisiais 3 mėnesiais mokykloje. Panašu, kad tyrimuose gaunami rezultatai kažkiek priklauso nuo to, kaip išsamiai yra tiriamas rizikingas seksualinis elgesys (ar vertinama tik viena konkreti elgesio forma, ar daugiau). Kaip iš minėtų tyrimų matome, yra pastebimas didesnis seksualinių partnerių kiekis tarp vyresnių besiformuojančių suaugusiųjų, o tai yra vienas iš rizikingo seksualinio elgesio požymių. Kadangi šio tyrimo klausimyne irgi yra klausimų apie seksualinių partnerių kiekį bei bendrą seksualinį aktyvumą, tai iš dalies ir gali paaiškinti gautus rezultatus. Kaip teigia Bradley ir Wildman (2002), šią didesnio rizikingo seksualinio elgesio tendenciją tarp vyresnių besiformuojančių suaugusiųjų dalinai gali lemti su amžiumi susiję seksualinių partnerių prieinamumo skirtumai. Šiame tyrime nebuvo aptikta daugiau reikšmingų skirtumų tarp vyresnių ir jaunesnių tyrimo dalyvių pagal įsitraukimą į kitus sveikatai rizikingo tipus. Tačiau kitų tyrėjų darbuose neretai yra aptinkama, jog vyresniems besiformuojantiems suaugusiems labiau būdingas alkoholio ir narkotinių medžiagų vartojimas (Bradley & Wildman, 2002; Bulotaitė, 2014).

Šiame tyrime, lyginant įsitraukimą į sveikatai rizikingą elgesį pagal išsilavinimo lygį, aptikta, jog visi sveikatai rizikingo elgesio tipai, išskyrus fizinį neaktyvumą, reikšmingai skyrėsi. Gauti rezultatai atskleidė, jog neturintys aukštojo išsilavinimo tiriamieji labiau pasižymėjo nesveika mityba, rūkymu, alkoholio vartojimu, nelegalių narkotinių medžiagų vartojimu ir bendru sveikatai rizikingu elgesiu. Tuo tarpu turintys aukštąjį išsilavinimą buvo labiau įsitraukę į rizikingą seksualinį elgesį. Kiti autoriai taip pat gauna panašius rezultatus, pavyzdžiui Buck ir Frosini (2012) nustatė, jog labiau tikėtina, kad tiriamieji, neįgiję kvalifikacijos, įsitrauks į sveikatai rizikingą elgesį (rūkymą, nesaikingą alkoholio vartojimą, prastą mitybą, fizinį neaktyvumą), nei tiriamieji, turintys aukštąjį išsilavinimą. Tokius pat rezultatus nustatė ir Shankar su kolegomis (2010). Tuo tarpu tiriant rizikingą seksualinį elgesį ir išsilavinimą gaunami nenuoseklūs duomenys. Pavyzdžiui, Hargreaves ir kolegos (2012) gavo, jog pagal bendrą tendenciją labiau išsilavinusiems būdingas mažiau rizikingas seksualinis elgesys, nei mažiau išsilavinusiems. Tuo tarpu Zuilkowski ir Jukes (2011) apžvalgoje pastebėta, jog išsilavinimo vaidmuo skiriasi priklausomai nuo seksualinio elgesio formos. Apžvalgoje gauta, jog labiau išsilavinę individai linkę labiau naudoti apsaugos priemones lytinio akto metu. Tuo tarpu tiriant

seksualinių partnerių kiekį ir išsilavinimą gaunami prieštaringi rezultatai. Kaip teigia minėto tyrimo autoriai, išsilavinę žmonės labiau supranta rizikas, slypinčias už rizikingo seksualinio elgesio, taip pat jie lengviau gali įpirkti prezervatyvus. Tačiau, pasak autorių, jie taip pat dažnai vėliau sudaro santuoką, daugiau keliauja bei turi didesnes pajamas, kas padidina tikimybę jiems turėti didesnę seksualinių partnerių.

Antrasis tyrimo uždavinys buvo suformuluotas siekiant įvertinti nerimo ryšį sveikatai rizikingu elgesiu. Šiame tyrime nerimas turėjo mažiausiai sąsajų su sveikatai rizikingu elgesiu. Buvo rasta tik viena teigiama sąsaja – tarp nerimo ir fizinio neaktyvumo. Panašius rezultatus gavo ir Czenczek-Lewandowska ir kiti (2021), tirdami jaunos suaugusius pandemijos metu. Tyrime buvo rastas ryšys tarp patiriamo nerimo ir sėslaus elgesio. Ryšį tarp nerimo ir fizinio neaktyvumo taip pat nustatė ir Strine ir kolegos (2005) tarp JAV įvairaus amžiaus suaugusiųjų. Tuo tarpu Ye ir kolegos (2016) šio ryšio tarp Kinijos studentų nenustatė. Tačiau tarp paauglių Kinijoje šis ryšys taip pat buvo aptiktas (Luo et al., 2019). Taigi, rastas ryšys tarp nerimo ir fizinio neaktyvumo didžiąja dalimi atitinka ir kitų tyrėjų darbuose gautus rezultatus. Kaip teigia Azevedo Da Silva ir kolegos (2012), ryšys tarp fizinio aktyvumo ir nerimo gali būti dvikryptis. Pasak autorių, fizinis aktyvumas sumažina nerimo simptomų riziką, tačiau šie simptomai taip pat gali sietis su mažu fizinio aktyvumo lygiu. Šiame tyrime nerimas neturėjo reikšmingų ryšių tarp kitų sveikatai rizikingo elgesio tipų. Kiti tyrėjai dar neretai aptinka nerimo ryšius su rūkymu, rizikingu alkoholio vartojimu arba nesveika mityba (Strine et al., 2005; Ye et al., 2016).

Trečiuoju tyrimo uždaviniu buvo siekiama įvertinti depresiškumo ryšį su įsitraukimu į sveikatai rizikingą elgesį. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad depresiškumas turėjo daugiausiai sąsajų su sveikatai rizikingo elgesio tipais. Depresiškumas teigiamai siejosi su fiziniu neaktyvumu, rūkymu, alkoholio vartojimu ir bendru sveikatai rizikingu elgesiu. Depresiškumo ryšiai su fiziniu neaktyvumu, rūkymu ir rizikingu alkoholio vartojimu taip yra patvirtinami ir kituose tyrimuose (Peltzer & Pengpid, 2015; Wickham et al., 2020; Ye et al., 2016). Gautu ryšio tarp depresiškumo ir bendro sveikatai rizikingo elgesio neįmanoma palyginti su kitų tyrimų rezultatais, nes tyrimuose dažniausiai tyrinėjami tik atskiri sveikatai rizikingo elgesio tipai jų neapibendrinat. Šiame tyrime nebuvo aptikta reikšmingų depresiškumo sąsajų su nesveika mityba, nelegalių narkotinių medžiagų vartojimu ir rizikingu seksualiniu elgesiu. Tačiau dalis tyrėjų kartai aptinka depresiškumo ryšius su nesveiku mitybos elgesiu (Peltzer & Pengpid, 2015) ir rizikingu seksualiniu elgesiu (Jin et al., 2021; Peltzer & Pengpid, 2015). Šie rizikingo elgesio tipai yra gan platūs t. y. apimantys daug įvairaus elgesio formų ir tyrimuose ne visuomet jie yra matuojami vienodai. Tai iš dalies gali lemti rezultatų nenuoseklumą.

Ketvirtuoju tyrimo uždaviniu buvo siekiama įvertinti pozityvios psichinės sveikatos ryšį su sveikatai rizikingu elgesiu. Kaip parodė šio tyrimo rezultatai, pozityvi psichinė sveikata neigiamai siejosi su fiziniu neaktyvumu ir bendru sveikatai rizikingu elgesiu. Fizinio neaktyvumo (arba

aktyvumo) ryšys su pozityvia psichine sveikata yra patvirtinamas daugumoje kitų tyrimų (Aucott et al., 2014; Sofija et al., 2020; Wickham et al., 2020). Bendro sveikatai rizikingo elgesio ir pozityvios psichinės sveikatos neigiamas ryšys taip pat yra aptiktas ir Sofija ir kolegų (2020) tyrime. Aptinkami pozityvios psichikos sveikatos ryšiai su sveikatai rizikingu elgesiu yra aiškiniami įvairiai. Kaip savo publikacijoje teigia Sofija ir kolegų (2020) tyrimai rodo, kad rizikingas elgesys gali būti susijęs su savigyda arba savęs žalojimo motyvais, kurie nesuderinami su aukšta pozityvia psichikos sveikata. Tuo tarpu kaip teigia Ryff ir Singer (1998, p. 22): „paprastai tariant, geras rūpinimasis savo sveikata kasdien sukuria gyvenimą, kuriuo verta rūpintis.“ Taigi žmonės pasižymintys aukštesne psichikos sveikata gali būti rečiau linkę įsitraukti į sveikatai rizikingą elgesį ir labiau linkę rūpintis savo sveikata. Šio darbo tyrime nebuvo rastas ryšys tarp likusių sveikatai rizikingo elgesio tipų ir pozityvios psichinės sveikatos. Kitų tyrėjų kartais yra randami pozityvios psichinės sveikatos ryšiai su tam tikru mitybos elgesiu (Sofija et al., 2020; Wickham et al., 2020), nelegalių narkotinių medžiagų vartojimu ir rizikingu seksualiniu elgesiu (Schwartz et al., 2011) bet šie rezultatai ne visuose tyrimuose sutampa.

Paskutinis tyrimo uždavinys buvo suformuluotas siekiant nustatyti sveikatai rizikingo elgesio prognostinius veiksnius. Buvo bandoma išsiaiškinti, ar nerimas, depresiškumas ir pozityvi psichinė sveikata bei sociodemografiniai duomenys (amžius, lytis ir išsilavinimas) gali prognozuoti įsitraukimą į rizikingą sveikatai elgesį. Tyrime buvo gauta, jog tik išsilavinimo lygis neigiamai prognozuoja pateikimą į rūkančiųjų kategoriją. Tai reiškia, jog esant žemesnio išsilavinimui yra didesnė tikimybė rūkyti. Išsilavinimo lygio prognostinę reikšmę rūkymui taip pat patvirtina ir kitų tyrėjų gauti rezultatai (Huisman et al., 2005; Wetter et al., 2005; Buck & Frosini, 2012). Šiame darbe rūkymo nenuspėjo kiti psichologiniai ar demografiniai kintamieji. Pasak Huisman ir kolegų (2005), išsilavinimas gali suteikti kultūrinių, intelektualinių ir psichosocialinių išteklių, reikalingų norint susidoroti su nepalankiomis asmeninėmis aplinkybėmis sveikesniu būdu nei rūkant.

Šio tyrimo rezultatai taip pat atskleidė, jog įsitraukimą į rizikingą alkoholio vartojimą prognozuoja didėjantis depresiškumas, žemesnis išsilavinimas ir buvimas vyru. Kiti tyrėjai aptinka, jog depresiškumas prognozuoja įsitraukimą į besaikį epizodinį alkoholio vartojimą (Dixit & Crum, 2000; Kim et al., 2022). Kaip komentuoja Kim ir kolegų (2022), tokie rezultatai atitinka idėją, kad asmenys, turintys didesnių depresijos simptomų, vartoja alkoholį savigydai. Jie gali būti motyvuoti naudoti alkoholį tam, kad laikinai gautų palengvėjimą nuo slegiančių jausmų, tokių kaip liūdesys. Išsilavinimo vaidmuo prognozuojant rizikingą alkoholio vartojimą tai pat aptinkamas kitų autorių darbuose (Buck & Frosini; 2012; Huijts et al., 2017), tačiau šis prognostinis ryšys yra gan komplikotas. Kaip tirdami Europos šalių gyventojus nustatė Huijts ir kolegų (2017), žemesnis išsilavinimas prognozuoja retesnę alkoholio vartojimą, tačiau jis taip pat prognozuoja ir besaikį alkoholio vartojimą bent kartą į savaitę. Taip pat svarbu paminėti, jog būtent tokie prognostiniai ryšiai

buvo aptinkami ne visose Europos šalyse. Vyrishkos lyties prognostinę vertę įsitraukimui į rizikingą alkoholio vartojimą taip pat aptinka ir kiti tyrėjai (Kritsotakis et al., 2016; Wade, 2020). Taip pat šiame tyrime buvo gauta, kad tik išsilavinimas reikšmingai neigiamai nuspėja patekimą į nelegalias narkotinius medžiagas vartojančių kategoriją. Panašius rezultatus gauna ir kiti tyrėjai (Bradley & Wildman, 2002; Klare et al., 2020), nors yra aptinkama ir išimčių su tam tikromis narkotinėmis medžiagomis.

Tyrimo ribotumai ir tolimesnių tyrimų kryptys

Vertinant šiame darbe gautus rezultatus svarbu atkreipti dėmesį į tyrimo ribotumus. Pirma, reikia paminėti, jog tyrimo imtis buvo gana maža, tad tyrime galėjo būti nepilnai atskleisti sveikatai rizikingo elgesio skirtumai pagal demografinius rodiklius ir tokio elgesio ryšiai su psichikos sveikatos kintamaisiais. Taip pat visi tyrimo dalyviai atrinkti netikimybinės patogiosios imties sudarymo būdu, tad šių rezultatų negalime plačiai apibendrinti besiformuojančių suaugusiųjų populiacijai. Šiame tyrime sveikatai rizikingo elgesio apklausa buvo paremta savo elgesio per pastarąjį mėnesį retrospektyviu prisiminimu, tad prisiminimo šališkumas ir klaidų tikimybė buvo neišvengiama. Be to visi surinkti duomenys apie sveikatai rizikingą elgesį buvo pranešti pačių tiriamųjų, tad egzistuoja socialinio pageidaujimumo rizika. Taigi tolimesnius tyrimus šia tema būtų naudinga atlikti su didesne ir atsitiktinai atrinkta imtimi. Taip pat ateityje būtų visai naudinga atlikti ilgalaikį tyrimą, kas leistų pamatyti tiriamų ryšių pokytį laike ir gauti kokybiškesnių mokslinių duomenų.

IŠVADOS

1. Besiformuojančių suaugusiųjų įsitraukimas į sveikatai rizikingą elgesį skiriasi tarp vyrų ir moterų. Moterys pasižymi didesniu fiziniu neaktyvumu, tuo tarpu vyrams labiau būdingas rizikingas alkoholio vartojimas.
2. Įsitraukimas į sveikatai rizikingą elgesį skiriasi tarp jaunesnių ir vyresnių besiformuojančių suaugusiųjų. Rizikingas seksualinis elgesys labiau būdingas vyresniems besiformuojantiems suaugusiems nei jaunesniems.
3. Besiformuojančių suaugusiųjų įsitraukimas į sveikatai rizikingą elgesį skiriasi tarp įgijusių aukštąjį išsilavinimą ir tarp jo neįgijusių. Neturintys aukštojo išsilavinimo besiformuojantys suaugusieji labiau pasižymi nesveika mityba, rūkymu, alkoholio vartojimu, nelegalių narkotinių medžiagų vartojimu ir bendru sveikatai rizikingu elgesiu. Tuo tarpu turintys aukštąjį išsilavinimą labiau įsitraukia į rizikingą seksualinį elgesį.
4. Nerimas teigiamai siejasi su fiziniu neaktyvumu tarp besiformuojančių suaugusiųjų.
5. Depresiškumas teigiamai siejasi su fiziniu neaktyvumu, rūkymu, rizikingu alkoholio vartojimu ir bendru sveikatai rizikingu elgesiu tarp besiformuojančių suaugusiųjų.
6. Pozityvi psichinė sveikata neigiamai siejasi su fiziniu neaktyvumu ir bendru sveikatai rizikingu elgesiu tarp besiformuojančių suaugusiųjų.
7. Besiformuojančių suaugusiųjų depresiškumas, išsilavinimo lygis ir lytis prognozuoja įsitraukimą į dalį sveikatai rizikingo elgesio tipų.
 - 7.1. Rūkymą tarp besiformuojančių suaugusiųjų prognozuoja žemesnis išsišlavimo lygis.
 - 7.2. Įsitraukimą į rizikingą alkoholio vartojimą prognozuoja didėjantis depresiškumas, žemesnis išsilavinimas ir buvimas vyru.
 - 7.3. Įsitraukimą į nelegalių narkotinių medžiagų vartojimą prognozuoja žemesnis išsilavinimo lygis.

LITERATŪRA

- Akoglu, H. (2018). User's guide to correlation coefficients. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 18(3), 91–93. <https://doi.org/10.1016/j.tjem.2018.08.001>
- American Psychological Association [APA] (n.d.). *APA Dictionary of Psychology*. Paimta iš <https://dictionary.apa.org/>
- Arnett, J. J. (2015). *Emerging Adulthood: The Winding Road From the Late Teens Through the Twenties (2nd ed.)*. New York: Oxford University Press.
- Aucott, L., Poobalan, A., Mccallum, M., & Smith, W. (2014). Mental well-being related to lifestyle and risky behaviours in 18-25 year olds: Evidence from Northeast Scotland. *International journal of Public Health Research*, 4 (1), 431-440.
- Auerbach, R. P., Kertz, S., & Gardiner, C. K. (2012). Predicting Adolescent Risky Behavior Engagement: The Role of Cognitive Vulnerability and Anxiety. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(3), 300–315. <https://doi.org/10.1521/ijct.2012.5.3.300>
- Azevedo Da Silva, M., Singh-Manoux, A., Brunner, E. J., Kaffashian, S., Shipley, M. J., Kivimäki, M., & Nabi, H. (2012). Bidirectional association between physical activity and symptoms of anxiety and depression: the Whitehall II study. *European Journal of Epidemiology*, 27(7), 537–546. <https://doi.org/10.1007/s10654-012-9692-8>
- Barry, M. M. (2009). Addressing the Determinants of Positive Mental Health: Concepts, Evidence and Practice. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(3), 4–17. <https://doi.org/10.1080/14623730.2009.9721788>
- Bavolar, J. ir Bacikova-Sleskova, M. (2018). Do decision making styles help explain health-risk behavior among university students in addition to personality factors? *Studia Psychologica*, 60(2), 71-83. <https://doi.org/10.21909/sp.2018.02.753>
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and Treatment*, (2nd ed.). University of Pennsylvania Press.
- Bradley, G., & Wildman, K. (2002). Psychosocial Predictors of Emerging Adults' Risk and Reckless Behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(4), 253–265. <https://doi.org/10.1023/a:1015441300026>
- Brener, N. D., Kann, L., Shanklin, S., Kinchen, S., Eaton, D. K., Hawkins, J., & Flint, K. H. (2013). Methodology of the Youth Risk Behavior Surveillance System — 2013. *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports*, 62(1), 1–20.

- Buck, D., & Frosini, F. (2012). *Clustering of unhealthy behaviours over time Implications for policy and practice*. London: Kings Fund
- Bulotaitė L., Vičaitė S., (2016). Su sveikata susijusių elgesį aiškinančios teorijos ir modeliai: kas skatina keisti elgesį. *Visuomenės sveikata*, 1 (72), 9-19.
- Bulotaitė, L., & Zamalijeva, O., (2017). Studentų rizikingo elgesio ir aštrių pojūčių siekio sąsajos. *Psichologija*, 54, 57-71. <https://doi.org/10.15388/Psichol.2016.54.10346>
- Bulotaitė, L., (2014). *Rizikingas elgesys: samprata, paplitimas, veiksniai. Monografija*. Vilniaus universiteto leidykla.
- Butkutė-Šliužienė K. (2019). Generalizuoto nerimo sutrikimo skalė-7. *Biological Psychiatry and Psychopharmacology*, 21(1), 21-22.
- Chen, Y., Liu, X., Huang, Y., Yu, H., Yuan, S., Ye, Y., Li, Q., & He, Q. (2017). Association between Child Abuse and Health Risk Behaviors among Chinese College Students. *Journal of Child and Family Studies*, 26(5), 1380–1387. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0659-y>
- Craske, M. G., Rauch, S. L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D. S., & Zinbarg, R. E. (2011). What Is an Anxiety Disorder? *FOCUS*, 9(3), 369–388. <https://doi.org/10.1176/foc.9.3.foc369>
- Czenczek- Lewandowska, E., Wszyńska, J., Leszczak, J., Baran, J., Weres, A., Mazur, A., & Lewandowski, B. (2021). Health behaviours of young adults during the outbreak of the Covid-19 pandemic – a longitudinal study. *BMC Public Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11140-w>
- Čekanavičius, V. & Murauskas, G. (2002). *Statistika ir jos taikymai 2*. Vilnius: Leidykla TEV.
- Dai, H., Mei, Z., An, A., Lu, Y., & Wu, J. (2020). Associations of sleep problems with health-risk behaviors and psychological well-being among Canadian adults. *Sleep Health*, 6(5), 657–661. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2020.02.003>
- Deksnytė A., Aranauskas R., Kurpatov V., Palinauskaitė K. (2012). Depresiškumo skirtumai naudojant Beko depresijos klausimyną ir Geriatrinę depresijos skalę šeimos gydytojo praktikoje. *Neurologijos Seminarai*, 16(3), 232-236.
- Dixit, A. R., & Crum, R. M. (2000). Prospective Study of Depression and the Risk of Heavy Alcohol Use in Women. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 751–758. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.5.751>

- Fromme, K., Corbin, W. R., & Kruse, M. I. (2008). Behavioral risks during the transition from high school to college. *Developmental Psychology*, 44(5), 1497–1504. <https://doi.org/10.1037/a0012614>
- Germanavičius A., (2006). Nerimo ir depresinių sutrikimų epidemiologija ir patofiziologija. *Neurologijos seminarai*, 10(27), 25–32.
- Girgus, J. S., & Yang, K. (2015). Gender and depression. *Current Opinion in Psychology*, 4, 53–60. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.01.019>
- Grant, N., Wardle, J., & Steptoe, A. (2009). The Relationship Between Life Satisfaction and Health Behavior: A Cross-cultural Analysis of Young Adults. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16(3), 259–268. <https://doi.org/10.1007/s12529-009-9032-x>
- Hargreaves, J. R., Slaymaker, E., Fearon, E., & Howe, L. D. (2012). Changes over time in sexual behaviour among young people with different levels of educational attainment in Tanzania. *Journal of the International AIDS Society*, 15(3). <https://doi.org/10.7448/ias.15.3.17363>
- Huijts, T., Gkiouleka, A., Reibling, N., Thomson, K. H., Eikemo, T. A., & Bambra, C. (2017). Educational inequalities in risky health behaviours in 21 European countries: findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health. *European Journal of Public Health*, 27(1), 63–72. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw220>
- Huisman, M., Kunst, A., & Mackenbach, J. (2005). Inequalities in the prevalence of smoking in the European Union: comparing education and income. *Preventive Medicine*, 40(6), 756–764. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.09.022>
- Ye, Y. L., Wang, P. G., Qu, G. C., Yuan, S., Phongsavan, P., & He, Q. Q. (2016). Associations between multiple health risk behaviors and mental health among Chinese college students. *Psychology, Health & Medicine*, 21(3), 377–385. <https://doi.org/10.1080/13548506.2015.1070955>
- Irish, L. A., Pacella, M. L., Gabert-Quillen, C. A., Hruska, B. & Delahanty, D. L. (2012). Development, reliability and validity of the Health Risk Behaviors Inventory. Poster presented for the annual meeting of the Society of Behavioral Medicine, New Orleans, LA.
- Jin, Z., Cao, W., Wang, K., Meng, X., Shen, J., Guo, Y., Gaoshan, J., Liang, X., & Tang, K. (2021). Mental health and risky sexual behaviors among Chinese college students: a large cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders*, 287, 293–300. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.067>

- Keyes, C. L. M. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.73.3.539>
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95–108. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.62.2.95>
- Keller, S., Maddock, J. E., Hannöver, W., Thyrian, J. R., & Basler, H. D. (2008). Multiple health risk behaviors in German first year university students. *Preventive Medicine*, 46(3), 189–195. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2007.09.008>
- Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The Epidemiology of Depression Across Cultures. *Annual Review of Public Health*, 34(1), 119–138. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114409>
- Kim, A. J., Sherry, S. B., Nealis, L. J., Mushquash, A., Lee-Baggley, D., & Stewart, S. H. (2022). Do symptoms of depression and anxiety contribute to heavy episodic drinking? A 3-wave longitudinal study of adult community members. *Addictive Behaviors*, 130, 107295. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107295>
- Klare, D. L., McCabe, S. E., Ford, J. A., & Schepis, T. S. (2020). Prescription drug misuse, other substance use, and sexual identity: The significance of educational status and psychological distress in US young adults. *Substance Abuse*, 42(3), 377–387. <https://doi.org/10.1080/08897077.2020.1784358>
- Kritsotakis, G., Psarrou, M., Vassilaki, M., Androulaki, Z., & Philalithis, A. E. (2016). Gender differences in the prevalence and clustering of multiple health risk behaviours in young adults. *Journal of Advanced Nursing*, 72(9), 2098–2113. <https://doi.org/10.1111/jan.12981>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Lukat, J., Margraf, J., Lutz, R., van der Veld, W. M., & Becker, E. S. (2016). Psychometric properties of the Positive Mental Health Scale (PMH-scale). *BMC Psychology*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0111-x>
- Luo, X., Zhou, Y., Zheng, R., Li, X., Dai, Y., Narayan, A., Huang, X., Tian, X., Jin, X., Mei, L., Xie, X., Gu, H., Hou, F., Liu, L., Luo, X., Meng, H., Zhang, J., & Song, R. (2019). Association of health-risk behaviors and depressive symptoms and anxiety symptoms: a school-based sample

- of Chinese adolescents. *Journal of Public Health*, 42(3), e189–e198.
<https://doi.org/10.1093/pubmed/fdz115>
- McLean, C. P., & Anderson, E. R. (2009). Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 496–505.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.05.003>
- Montvidas, J. (2018). Paciento sveikatos klausimynas-9. *Biological Psychiatry and Psychopharmacology*, 20(2), 57-59.
- Oficialiosios statistikos portalas. Lietuvos gyventojai (2020 m. leidimas) Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė. Paimta iš <https://osp.stat.gov.lt/lietuvis-gyventojai-2020/mirtingumas/vidutine-tiketina-gyvenimo-trukme>
- Pakalniškienė, V. (2012). *Tyrimo ir įvertinimo priemonių patikimumo ir validumo nustatymas*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
- Pallant, J. (2016). *SPSS Survival Manual* (6th ed.). Open University Press.
- Peltzer, K., & Pengpid, S. (2015). Depressive symptoms and social demographic, stress and health risk behaviour among university students in 26 low-, middle- and high-income countries. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 19(4), 259–265.
<https://doi.org/10.3109/13651501.2015.1082598>
- Pengpida, S., Peltzera K., (2015) Gender differences in health risk behaviour among university students : an international study. *Gender and Behaviour*, 13 (1).
- Perkins, H. W. (2002). Social norms and the prevention of alcohol misuse in collegiate contexts. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement*, 14(14), 164–172.
<https://doi.org/10.15288/jsas.2002.s14.164>
- Pinkhasov, R. M., Wong, J., Kashanian, J., Lee, M., Samadi, D. B., Pinkhasov, M. M., & Shabsigh, R. (2010). Are men shortchanged on health? Perspective on health care utilization and health risk behavior in men and women in the United States. *International Journal of Clinical Practice*, 64(4), 475–487. <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2009.02290.x>
- Pozuelo, J. R., Desborough, L., Stein, A., & Cipriani, A. (2022). Systematic Review and Meta-analysis: Depressive Symptoms and Risky Behaviors Among Adolescents in Low- and Middle-Income Countries. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 61(2), 255–276. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.05.005>

- Raynor, D. A., & Levine, H. (2009). Associations Between the Five-Factor Model of Personality and Health Behaviors Among College Students. *Journal of American College Health*, 58(1), 73–82. <https://doi.org/10.3200/jach.58.1.73-82>
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The Contours of Positive Human Health. *Psychological Inquiry*, 9(1), 1–28. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0901_1
- Roeser, K. A., Somers, C. L., & Mangus, L. R. (2018). Emerging Adults' Risk-Taking Behaviors: Personal and Social Predictors. *Journal of Adult Development*, 26(4), 256–265. <https://doi.org/10.1007/s10804-018-9318-9>
- Schwartz, S. J., & Petrova, M. (2019). Prevention Science in Emerging Adulthood: a Field Coming of Age. *Prevention Science*, 20(3), 305–309. <https://doi.org/10.1007/s11121-019-0975-0>
- Schwartz, S. J., Waterman, A. S., Vazsonyi, A. T., Zamboanga, B. L., Whitbourne, S. K., Weisskirch, R. S., Vernon, M., Caraway, S. J., Kim, S. Y., Forthun, L. F., Donnellan, M. B., & Ham, L. S. (2011). The Association of Well-Being with Health Risk Behaviors in College-Attending Young Adults. *Applied Developmental Science*, 15(1), 20–36. <https://doi.org/10.1080/10888691.2011.538617>
- Shankar, A., McMunn, A., & Steptoe, A. (2010). Health-Related Behaviors in Older Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(1), 39–46. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.08.026>
- Sirgy, J. M. (2020). *Positive Balance: A Theory of Well-Being and Positive Mental Health (Social Indicators Research Series, 80)*. Switzerland: Springer Nature Switzerland AG.
- Sofija, E., Harris, N., Phung, D., Sav, A., & Sebar, B. (2020). Does Flourishing Reduce Engagement in Unhealthy and Risky Lifestyle Behaviours in Emerging Adults? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9472. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249472>
- Spitzer, R. L., Kroenke K., & Williams, J. B. W. (1999). Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study. *JAMA*, 282(18), 1737-1744. <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>

- Stephoe, A. (2007). Health behaviour and stress. In: Fink G (ed.). *Encyclopedia of Stress (2nd edn)* (pp. 263–266). San Diego: Academic Press.
- Strine, T. W., Chapman, D. P., Kobau, R., & Balluz, L. (2005). Associations of self-reported anxiety symptoms with health-related quality of life and health behaviors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(6), 432–438. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0914-1>
- Thibaut, F. (2017). Anxiety disorders: a review of current literature. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 87–88. <https://doi.org/10.31887/dcns.2017.19.2/fthibaut>
- Vaitkevičius, R., & Saudargienė, A. (2010). *Psichologinių tyrimų duomenų analizė*. Kaunas: VDU leidykla.
- Wade, J. M. (2020). Is it Race, Sex, Gender or All Three? Predicting Risk for Alcohol Consumption in Emerging Adulthood. *Journal of Child and Family Studies*, 29(12), 3481–3492. <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01780-8>
- Wetter, D. W., Cofta-Gunn, L., Fouladi, R. T., Irvin, J. E., Daza, P., Mazas, C., Wright, K., Cinciripini, P. M., & Gritz, E. R. (2005). Understanding the associations among education, employment characteristics, and smoking. *Addictive Behaviors*, 30(5), 905–914. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.09.006>
- Wickham, S. R., Amarasekara, N. A., Bartonicek, A., & Conner, T. S. (2020). The Big Three Health Behaviors and Mental Health and Well-Being Among Young Adults: A Cross-Sectional Investigation of Sleep, Exercise, and Diet. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.579205>
- Woo, K. S., Ji, Y., Lee, H. J., & Choi, T. Y. (2021). The Association of Anxiety Severity With Health Risk Behaviors in a Large Representative Sample of Korean Adolescents. *Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(4), 144–153. <https://doi.org/10.5765/jkacap.210017>
- World Health Organization [WHO] (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: WHO Document Production Services
- World Health Organization [WHO] (2021a). *World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva.
- World Health Organization [WHO] (2021b). *Non-communicable diseases*. Paimta iš <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>

World Health Organization [WHO] (2021c). *Depression*. Paimta iš <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Zuilkowski, S. S., & Jukes, M. C. (2011). The impact of education on sexual behavior in sub-Saharan Africa: A review of the evidence. *AIDS Care*, 24(5), 562–576. <https://doi.org/10.1080/09540121.2011.630351>