

ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS  
SOCIALINĖS GEROVĖS IR NEGALĖS STUDIJŲ FAKULTETAS  
SVEIKATOS STUDIJŲ KATEDRA

Taikomosios kūno kultūros (specializacija- sveikatos edukologija) magistrantūros studijų programa

Darina Klimaitienė

**BENDRUOMENĖS ŽINIŲ APIE SVEIKATOS STIPRINIMĄ ANALIZĖ**

Magistro darbas

Magistro darbo vadovė  
doc. dr. Daiva Mockevičienė

2015

## Magistro darbo santrauka

Darbe atlikta *teorinė* bendruomenės žinių apie sveikatos stiprinimą *analizė*.

Iškelta *hipotezė*, kad Kražių bendruomenės nariai turi mažai informacijos apie gyvenimo būdo įtaką jų sveikatai, jos stiprinimui.

Anketinės *apklausos metodu* atliktas tyrimas, kurio tikslas įvertinti Kražių bendruomenės žinias apie sveikatos stiprinimą.

Analizuojant gyvenimo būdo įtaką sveikatai, jos stiprinimui, naudota mokslinės literatūros sisteminė, lyginamoji, loginė analizė ir sintezė. Tyrimo duomenys surinkti anketinės apklausos metodu. Atliekant tyrimo duomenų analizę, taikyta respondentų nuomonės sisteminė, lyginamoji, loginė analizė ir sintezė, lentelių sudarymo ir grafinio vaizdavimo taip pat ir statistiniai metodai.

Tyrimo dalyvavo šimtas moterų ir aštuoniasdešimt vyrų gyvenančių Kražiuose.

*Empirinėje* dalyje yra nagrinėjami bendruomenės gyvenimo, sveikatos ir sveikatos stiprinimo ypatumai.

Svarbiausios empirinio tyrimo *išvados*:

1. Bendruomenės narių sveikatai reikšmingiausi, labiausiai įtakoja jų sveikatos būklę paveldimumas ir elgsenos bei gyvenimo veiksniai.
2. Nustatyta, jog didžioji dalis respondentų jaučiasi gerai ir labai gerai:  $\frac{3}{4}$  moterų ir  $\frac{3}{4}$  vyrų.
3. Darbe iškelta hipotezė, kad bendruomenės nariai turi mažai informacijos apie gyvenimo būdo įtaką jų sveikatai, jos stiprinimui, pasitvirtino. Galima teigti, jog kuo vyresni respondentai, tuo informacijos turi daugiau negu jaunesni, tačiau turi jos nepakankamai.

*Esminiai žodžiai*: bendruomenė, efektyvus, gyvenimas, poreikis, požiūris, prevencija, vertybė.

## Turinys

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Magistro darbo santrauka.....</b>                                 | <b>2</b>  |
| <b>Įvadas.....</b>   | <b>4</b>  |
| <b>1 skyrius. SVEIKATĄ ĮTAKOJANTYS ASPEKTAI.....</b>                 | <b>9</b>  |
| 1.1. Sveikatą veikiančios veiksniai ir jų klasifikacija.....         | 10        |
| 1.2. Sveikatos rizikos veiksnių analizė.....                         | 11        |
| 1.3. Sveikatos stiprinimo samprata ir veikla.....                    | 27        |
| 1.3.1. Sveikatos mokymas.....  | 29        |
| 1.3.2. Sveikatos ugdymas.....  | 31        |
| 1.3.3. Sveikatos stiprinimas.....                                    | 33        |
| <b>2 skyrius. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS.....</b>             | <b>37</b> |
| 2.1. Tyrimo organizavimas, jo etapai ir naudoti metodai.....         | 37        |
| 2.2. Tyrimo imtis.....   | 40        |
| 2.3. Tyrimo rezultatų analizė ir interpretavimas.....                | 41        |
| 2.3.1. Kražių bendruomenės gyvenimo vertinimas.....                  | 42        |
| 2.3.2. Kražių bendruomenės subjektyvus sveikatos vertinimas.....     | 51        |
| 2.3.3. Kražių bendruomenės apie sveikatos stiprinimą vertinimas..... | 56        |
| 2.3.4. Sveikatos edukologo veikla.....                               | 61        |
| <b>Išvados.....</b>  | <b>62</b> |
| <b>Literatūra.....</b>   | <b>63</b> |
| <b>Summary.....</b>  | <b>70</b> |
| <b>Priedai.....</b>  | <b>71</b> |

## IVADAS

### **Mokslinė problema ir tyrimo aktualumas.**

Lietuvos sveikatos programoje 2014-2025 m. sveikata yra apibūdinama kaip žmogaus vertybė ir gyvenimo pagrindas, kuris turi būti pakankamai tvirtas, jog būtų sėkmingai sprendžiami kasdieninio gyvenimo klausimai, įveikiami socialiniai bei ekonominiai iššūkiai. Ji garantuoja ilgesnį gyvenimą, didesnę pajėgumą ir produktyvumą veikloje, mažiau dėl ligų praleisto gyvenimo ir darbo laiko. Sveikata nėra neišsenkantis šaltinis, ji nėra amžina, nes turi savo išteklius, kai juos netinkamai gyvendami žmonės išsekina, tada jie ir suserga. Sveikata reikia rūpintis, ne tada, kai susergama ar sulaukus senatvės, o ją stiprinti, palaikyti reikia pradėti jau ir vaikystėje, jaunystėje, kai sveikata yra dar gera ir siekti, kad tokia išliktų kuo ilgiau, nes 2012 m. atlikus tyrimus pastebėta, kad didėja bendras vaikų sergamumas (Gaidelytė, Madeikytė, Tendziagolskytė, 2013).

Petrauskienė, Starkuvienė, Kalėdienė, Bierontas, Kriaučeliūnas (2006), Jankauskienė, Pečiūra (2007), Juškeliienė (2007) teigia, jog didžiausios reikšmės sveikatos netolygumams turi gyvenamosios, socialiniai, ekonominiai veiksniai, sveikatos priežiūros kokybė, sveikatos tarnybų prieinamumas.

Pasak LR sveikatos sistemos įstatymo pakeitimo įstatymo (1998) prigimtinė žmogaus teisė yra turėti kuo geresnę sveikatą, sveiką aplinką, priimtina, prieinamą ir tinkamą sveikatos priežiūrą. Nuo pat pirmųjų dienų po Lietuvos Nepriklausomybės atkūrimo buvo siekiama formuoti sveikatos politiką, kuri padėtų sukurti reikiamas sąlygas šių teisių įgyvendinimui. Tokiai politikai įteisinti buvo parengti pagrindiniai strateginiai dokumentai – Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija (1991), Lietuvos sveikatos programa (1998) ir Valstybės ilgalaikės raidos strategija (2002). Šiuose dokumentuose buvo suformuotos pagrindinės sveikatos priežiūros sistemos plėtros gairės. Ekonominiai, socialiniai ir sveikatos spręstiniai klausimai buvo susieti į vieną bendrą sistemą taip pat buvo padėti pagrindai reformos ir valdymo tęstinumui užtikrinti, teigia Kumpienė ir kt. (2004).

Pasak Jankauskienės, Pečiūros (2007) daugiausia dėmesio yra skirta atskirų gyvenamosios įpročių (rūkymo, alkoholio vartojimo, mitybos, fizinio aktyvumo), darančių poveikį sveikatai, tyrimams. Lietuvoje vykdomi nacionalinio lygmens tyrimai yra šie: suaugusių Lietuvos žmonių gyvenamosios, psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo paplitimo Lietuvoje, alkoholio vartojimo ir rūkymo prevencijos priemonių poreikio ir taikymo jaunimo tikslinėse grupėse, mokyklinio amžiaus vaikų gyvenamosios ir sveikatos tyrimai. Taip pat yra vykdomi ir tarptautiniai tyrimai: PSO koordinuojamas tarptautinis mokyklinio amžiaus vaikų gyvenamosios ir sveikatos tyrimas (HBSC), Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centro (EMCDDA) bei alkoholio ir kitų narkotikų tyrimų Europos mokyklose (ESPAD) rengėjai vykdo tyrimus apie mokinių alkoholio ir kitų narkotikų vartojimą,

Kartu su PSO Lietuvoje yra atliekama daugiau kaip 30 tęstinių projektų, iš kurių reikšmingesni – „Sveikatą stiprinančios mokyklos“, „Sveiki miestai“, integruota lėtinių neinfekcinių ligų profilaktika (CINDI), Narkotikų prevencija tarp jaunų žmonių, Psichikos sveikatos stiprinimo, Infekcinių ligų stebėjimo, Rūkymo ir alkoholio kontrolės bei kitos. Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros Europos regione principai yra išdėstyti PSO programoje „Sveikata visiems XXI amžiuje“, kurioje suformuluoti iš viso 21 tikslas, tarp kurių yra ir neužkrečiamų ligų bei alkoholio, narkotikų ir tabako žalos mažinimas, teigia J. V. Vaitkevičius (2005). Pasak Juškelienės (2007) iki šiol kartu su Sveikatos programa Lietuvoje įgyvendintos ir šiuo metu įgyvendinamos tokios gyventojų sveikatai aktualios programos kaip širdies ir kraujagyslių bei psichikos ligų, AIDS profilaktikos, narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės bei kitos.

Paskutiniams dešimtmečiams yra būdingi rimti visuomenės požiūrio pokyčiai į žmogų, asmens ir visuomenės sveikatą. Modernioji visuomenės sveikatos stiprinimo koncepcija pabrėžia ne tik medicinos bei įvairių socialinių ir ekonominių struktūrų pastangas gerinti visuomenės sveikatą, bet ir pačių žmonių galimybes kontroliuoti ir stiprinti savo sveikatą. PSO jau keletą dešimtmečių vykdo įvairias sveikatos stiprinimo programas ir akcijas, į kurias vis platesniu mastu įsitraukia daugelis šalių, tarp jų ir Lietuva. Šiandien sunku būtų rasti žmogų, kuris nenorėtų būti sveikas, žvalus ir darbingas, tačiau mūsų šalies Sveikatos apsaugos ministerijos duomenys rodo, kad gyventojų sveikata nėra gera. Nemažai šalies gyventojų kamuoja ne tik fizinės, bet ir dvasinės ligos. Praėjo tie laikai, kai dėl blogos sveikatos buvo kaltinami tik medikai. Dabartinė sveikatos samprata akcentuoja ne tiek jos medicininį, kiek socialinį ir ypatingai edukacinį braižą. Tai patvirtina ir šiuo metu dažniausiai cituojamas holistinio pobūdžio sveikatos apibrėžimas, pateiktas PSO 1948 m. konstitucijos preambuleje: „Sveikata yra visapusiškai fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė, o ne tik ligų ar negalavimų nebuvimas“ (Adaškevičienė, 2004; Kairys, 2005; Skurvydas ir kt., 2006; Jankauskienė, Pečiūra, 2007; Juškelienė, 2007; Šveikauskas, 2008;).

Pasaulio sveikatos organizacija XXI amžiuje turi tokį nekintamą tikslą – visapusiška sveikata visiems ir kelia 2 prioritetinius uždavinius: 1. Stiprinti ir saugoti sveikatą visą gyvenimą; 2. Sumažinti labiausiai paplitusių ligų ir pakenkimų dažnumą. XXI amžiuje numatomos pagrindinės strategijos tarp kurių yra ir visuomenės sveikatos stiprinimo ir priežiūros programos orientavimas į sveikatos išėitį; koordinavimas pirminės šeimos/bendruomenės sveikatos priežiūros; būtinas aktyvus sveikatos vystymo procesas, pasinaudojant tinkama partneryste šalies mastu, bendruomenėse, profesinėje veikloje, ugdymo įstaigose, šeimose. Taip pat nauja Europos bendrijos sveikatos politika yra vykdoma 3 kryptimis tarp kurių yra: informacijos stiprinimas bendruomenės sveikatai gerinti, sukuriant ir tobulinant informacijos apie visuomenės sveikatos ir jos priežiūros

sistemos pokyčius rinkimo, analizės ir platinimo sistemą; sveikatos išsaugojimas bei stiprinimas sveikatos stiprinimo ir ligų profilaktikos priemonėmis (Vaitkevičius, 2005). Lietuvos sveikatos programa (1998) akcentavo siekį ugdyti sąmoningą visuomenės požiūrį į sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą kaip pagrindinę socialiai vertingą gyvenimo sąlygą (Šveikauskas, 2008), taip pat ir Lietuvos sveikatos programos (2014-2025) vienas iš tikslų yra „formuoti sveiką gyvenseną ir jos kultūrą“.

PSO atkreipia dėmesį į šias Lietuvos ir kitų naujai įstojusių į Europos sąjungą šalių visuomenės sveikatos problemas: žemas moderniosios visuomenės sveikatos prioritetas, narkotikų, alkoholio ir tabako vartojimo plitimas, didėjantis sergamumas užkrečiamomis ligomis ir kt. (Vaitkevičius, 2005). PSO duomenimis, gyventojų sveikata didžiaja dalimi priklauso nuo sveikos gyvensenos. Taip pat ir Domarkienė, Klumbienė (2001) teigia, jog didžiausią įtaką žmonių sveikatai paskutiniu metu ėmė daryti šiuolaikinės epochos ligos, susijusios su gyvensenos ir aplinkos pokyčiais. Pasak Javtoko (2009) naujosios modernios visuomenės sveikatos mokslas aiškiai įrodo, kad daug naudingiau yra ligų išvengti, negu jas gydyti, todėl sveikatos ugdymas ir jos išsaugojimas tapo pačia svarbiausia sveikatos politikos sritimi: patvirtintoje Lietuvos sveikatos 2014-2025 m. programoje strateginis tikslas yra pasiekti, kad 2025 m. šalies gyventojai būtų sveikesni ir gyventų ilgiau, pagerėtų gyventojų sveikata ir sumažėtų sveikatos netolygumai. O tarp šios programos uždavinių – sumažinti alkoholinių gėrimų ir tabako vartojimą, neteisėtą narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimą ir prieinamumą, skatinti sveikos mitybos įpročius, ugdyti optimalaus fizinio aktyvumo įpročius – tai vieni reikšmingiausių veiksnių siekiant sveikatos stiprinimo.

Šio tyrimo **probleminiai klausimai**: Koks yra bendruomenės narių požiūris į sveiką gyvenseną? Kokie veiksniai įtakoja bendruomenės narių sveikatą? Kokius sveikatos stiprinimo būdus renkasi bendruomenės nariai?

**Tyrimo objektas** – bendruomenės žinios apie sveikatos stiprinimą.

Iškelta **hipotezė** teigianti, kad Kražių bendruomenės nariai turi mažai informacijos apie gyvenimo būdo įtaką jų sveikatai, sveikatos stiprinimui.

**Tyrimo tikslas** – įvertinti Kražių bendruomenės narių žinias apie sveikatos stiprinimą.

**Tyrimo uždaviniai**:

1. Išanalizuoti mokslinę literatūrą apie žmonių sveikatą įtakojančius veiksnius.
2. Išsiaiškinti Kražių bendruomenės narių subjektyvią nuomonę apie sveikatos būklę.
3. Įvertinti respondentų požiūrį į sveiką gyvenseną.
4. Išsiaiškinti ar sveikatos edukologas bendruomenėje vykdo veiklą, susijusią su sveikata, jos stiprinimu.

**Magistro darbo struktūra.** Ši magistro darbą sudaro: santrauka lietuvių kalba, įvadas, 2 skyriai, išvados, naudotos literatūros sąrašas (107 šaltiniai), santrauka anglų kalba, priedai. Tyrimo duomenis iliustruoja 2 lentelės ir 27 paveikslai. Prieduose yra pateikiama anketa. Darbo apimtis – 71 puslapis.

### **Santrumpos**

PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija

GMO – Genetiškai modifikuoti organizmai

EK – Europos Komisija

ES – Europos Sąjunga

LRS – Lietuvos Respublikos Seimas

PM- psichoaktyviosios medžiagos

## Pagrindinės sąvokos

**Bendruomenė** – žmonių grupė, savanoriškai susibūrusi, kuri turi bendrus tikslus ir poreikius (<http://lt.wikipedia.org/wiki/Bendruomen%C4%97>, žiūrėta 2015-02-08).

**Efektyvus** – veiksmingas, labai paveikus (Tarptautinių žodžių žodynas, 2007, p. 272).

**Gyvensena** – tai įpročių ir papročių visuma, kuri yra per visą žmogaus gyvenimą veikiama, keičiama ir skatinama socializacijos vyksmo. Gyvenseną sudaro mitybos, fizinio aktyvumo, alkoholio ir tabako vartojimo ir kiti įpročiai. Visi jie tarpusavyje yra susiję ir daro įtaką sveikatai (<http://lt.wikipedia.org/wiki/Gyvensena>, žiūrėta 2015 – 02 – 08).

**Holistinis požiūris** – tai visuminis požiūris į žmogaus sveikatą, neapsiribojantis atskirų organų ligų ieškojimu bei gydymu. Žiūrima į žmogų kaip į sudėtingą sistemą, kurioje visi organai bei organizmo sistemos tarpusavyje glaudžiai susijusios. Vertinama žmogaus fizinės, psichikos sveikatos ir socialinės gerovės priklausomybė (Jankauskienė D., Pečiūra R., 2007, p. 14).

**Individas** – atskira būtybė, atribota nuo kitų būtybių laiko bei erdvės atžvilgiu, ir skiriasi nuo bet kurios kitos būtybės kokybiniu struktūros ir elgesio būdo savitumu (Tarptautinių žodžių žodynas, 2007, p. 460).

**Poreikis** – tai, ko reikia, ko nors reikmė (Tarptautinių žodžių žodynas, 2007, p. 577).

**Požiūris** – konkreti pažiūra, nusistatymas (Tarptautinių žodžių žodynas, 2007, p. 579).

**Prevenција** – tai veikla, specialiai skirta sveikatos pavojams ar ligoms atremti (Vesterdal A., 1996, p. 46).

**Specifinis** – tai savitas, būdingas tik vienam asmeniui, daiktui, reiškiniui arba tam tikrai jų grupei (Tarptautinių žodžių žodynas, 2005, p. 398).

**Subalansuoti** – padaryti pusiausvyrą (Dabartinės lietuvių kalbos žodynas, 2000, p. 742).

**Vertybė** – vertė, vertingumas (Dabartinės lietuvių kalbos žodynas, 2000, p. 924).



## 1 skyrius. SVEIKATĄ ĮTAKOJANTYS ASPEKTAI

Ligos ir negalavimai neaplenkia nei vieno žmogaus. Tik susirgus dažniausiai yra susimąstoma apie sveikatą, prarastą sveikatą, teigia Sargautytė (2002).

Be individualios patirties ir šeimos tradicijų, asmens įsitikinimus ir elgesį formuoja skirtingais laikais bei skirtingose visuomenėse susiklostęs požiūris į sveikatą, kuris pabrėžia įvairius jos aspektus. Šiuolaikinis visuomenės sveikatos mokslas pateikia sveikatos apibrėžimą, kuris apima biomedicininį, socialinį ir psichologinį aspektus (Gerikienė, 2007; Juškelienė, 2007):

- ◆ Biomedicininis požiūris sveikata yra apibūdinama kaip organizmo būklė, kuomet nėra psichinių ir fiziologinių funkcijų sutrikimų, kurie gali būti nustatyti objektyviais moksliniais metodais.

- ◆ Sociologiniu požiūriu sveikata yra nesutrikdytas ryšys tarp individų ir jį supančios aplinkos, socialinės aplinkos.

- ◆ Psichologinis požiūris teigia, jog svarbiausia yra tai, kaip savo sveikatą suvokia pats individas.

Pasaulinė sveikatos organizacija 1984 m. apibrėžė sveikatą kaip visiškos fizinės, dvasinės ir socialinės gerovės būseną, o ne vien ligos ar negalios nebuvimą. Pagal šią sampratą sveikata yra tai, kaip atskiras asmuo ar grupė sugeba įgyvendinti savo tikslus bei patenkinti poreikius ir kaip geba keisti ir valdyti aplinką. Todėl sveikata yra kasdieninio gyvenimo šaltinis, o ne gyvenimo tikslas. Ji taip pat apima socialinius, asmeninius išteklius, fizines galimybes. Šis apibrėžimas sveikatą apibūdina kaip visapusišką reiškinį ir teigia, kad nesant tam tikrų sąlygų žmonės negali būti sveiki (Proškuvienė, 2004; Juškelienė, 2007).

Pasak Sargautytės (2002) kaip konkretus žmogus suvokia sveikatą priklauso nuo jo amžiaus, požiūrio į gyvenimą ir dabartinės sveikatos būklės. Tai reiškia, kad individualioje sąmonėje gali egzistuoti keletas požiūrių šalia vienas kito arba jie gali būti išdėstyti hierarchine tvarka.

Įvairiais laikotarpiais žmones vargino skirtingos ligos, buvo patirta vis kitokių su sveikata susijusių problemų: iki 1700 metų vyravo infekcinės, epideminės ligos, nuo 1840 iki 1890 metų – infekcinės ligos, 1910 metais buvo proveržis tuberkuliozės, venerinių bei kitų infekcinių ligų, o nuo 1920 iki 1970 metų vyravo lėtinės neinfekcinės ligos (Kalėdienė, Petrauskienė, Rimpelä, 1999). Galima teigti, jog mažiau plintant infekcinėms ligoms, daugėjo lėtinių, glaudžiai susijusių su gyvensena. Šiuo laikotarpiu taip pat vyrauja lėtinės neinfekcinės ligos: nuo širdies ir kraujagyslių ligų miršta apie 56,3 %, piktybinių navikų (vėžio) – 19,0 % gyventojų (Gaidelytė, Madeikytė, Tendziagolskytė, 2013). Taip pat yra paplitusios priklausomybės ligos: nuo rūkymo sukeltų ligų kasmet miršta daugiau kaip 7000 gyventojų, o tai sudaro apie 20 % bendrojo mirtingumo, teigia LR

Sveikatos apsaugos ministras V. P. Andriukaitis (2012) laiške skirtame mokykloms apie rūkymą; Higienos instituto Sveikatos informacijos centras nurodo, jog 2013 m. nuo narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo mirė 49 žmonės; 2013 nuo alkoholio vartojimo mirė 905 žmogus, tai tik 25 mažiau nei 2012 m. Dažniausia šių mirčių priežastis buvo alkoholinė kepenų liga (51,8%), atsitiktinis apsinuodijimas alkoholiu (29,1 %) ir alkoholinė kardiomiopatija (11,2 %).

Sveikatą teigiamai ar neigiamai gali įtakoti ar ją veikti įvairūs veiksniai.

### ***1.1. Sveikatą veikiančios veiksniai ir jų klasifikacija***

Nuo seno žmonės bandė suvokti, dėl ko atsiranda ligos. XIX amžiuje, atradus ligas sukeliančius mikroorganizmus, buvo išaiškinti užkrečiamųjų ligų sukėlėjai, tačiau kokia nors bakterija ar virusas ne visada yra būtina ir pakankama ligos priežastis. Laikui bėgant buvo pastebėta, kad atskiros ligos yra susijusios su tam tikromis aplinkos sąlygomis, gyvenimo būdu ar kitomis aplinkybėmis. Juškelienė (2007), Proškuvienė (2004) teigia, jog žmonių sveikatą lemia daugelis veiksnių, bet pagrindiniai yra šie:

- ◆ Gyvenimo būdas arba gyvensena. Žmogaus gyvenimo būdas iš visų veiksnių daro didžiausią poveikį, net 50 % sveikatai. Žmogaus gyvensena priklauso nuo biologinių, socialinių ir kultūrinių veiksnių, kuri formuojasi veikiama socialinės aplinkos, bendraujant su šeimos nariais, aplinkiniais žmonėmis.
- ◆ Paveldimumas. Ekspertų nuomone, sveikata nuo paveldimumo priklauso apie 20 %. Paveldimų ligų yra daug, o jos išgydomos būna retai. Šis žmogaus sveikatą įtakojantis veiksnys yra sunkiai kontroliuojamas.
- ◆ Aplinka – fizinė, socialinė. Aplinkos įtakoja sveikatą taip pat apie 20 %. Neigiamą įtaką sveikatai daro fizinės (užterštas oras, vanduo, maisto produktai) ir socialinės (blogos šeimos gyvenimo sąlygos, mažos pajamos, žemas išsilavinimas) aplinkos sąlygos.
- ◆ Medicinos pagalba. Medikų veikla lemia tik apie 10 % žmonių sveikatos. Tradicinė medicina diagnozuoja ir gydo ligas. Šiuo metu vis daugiau dėmesio yra skiriama ligų profilaktikai bei sveikatos stiprinimui, ypatingai atsižvelgiant į sveikos gyvensenos ugdymą.

Sveikatos priežiūros sistema jau nėra vienintelis veiksnys, kuris gali apsaugoti žmonių sveikatą nuo ligų. Sveikata labai priklauso nuo paties žmogaus, jo gyvenimo būdo. Kiekvienas žmogus individualiai turi rūpintis sveikata, nes dažniausiai nuo jo pasirinktų veiksmų ir priklauso, kokia bus jo sveikata, teigia Proškuvienė (2004).

Taip pat sveikatą įtakoja įvairūs *rizikos veiksniai*. Terminas „rizika“ yra kilęs iš prancūziško žodžio risque, o „rizikos veiksnys“ rodo neigiamą asmens ir aplinkos poveikį, kuris skatina ir sukelia įvairias ligas (Petrulionienė, 2005).

Petrulionienė (2005) teigia, jog rizikos veiksniai yra klasifikuojami į dvi grupes: modifikuojamus ir nemodifikuojamus.

♦ Modifikuojamus rizikos veiksnius galima valdyti ar paveikti sveikatos gerinimo linkme. Šiai rizikos veiksnių grupei priklauso: rūkymas, neracionali mityba, mažas fizinis aktyvumas, alkoholio ir narkotikų vartojimas, stresas ir kiti.

♦ Nemodifikuojamų rizikos veiksnių negalima pakeisti, jiems yra labai svarbi savalaikė prevencija. Šiai rizikos veiksnių grupei priklauso: amžius, vyriška lytis ir paveldimumas.

Žmonių sveikatos būklę, teigiamai ar neigiamai įtakoja elgsenos ir gyvenenos veiksniai, kuriuos pats žmogus gali keisti ar paveikti.

## ***1.2. Sveikatos rizikos veiksnių analizė***

Juškelienė (2007) teigia, jog „sveika gyvenena yra geros sveikatos bei savijautos prielaida“. Neracionali mityba, mažas fizinis aktyvumas, svaigiųjų medžiagų vartojimas, stresas yra įvairių lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksniai. Sveikos gyvenenos įpročiai padeda prailginti darbingą amžių, gerina gyvenimo kokybę, mažina ankstyvųjų ligų ir mirties riziką. Gyvenimo būdai turi įtakos biomedicininiai, socialiniai, kultūriniai, profesiniai veiksniai: amžius, lytis, šeimos ir bendruomenės papročiai ir tradicijos, sveikatos žinios, reklama ir daug kitų (Juškelienė, 2003). Pasak Proškuvienės (2004) gyvenena formuojasi vaikystėje ir paauglystėje, o įpročiai dažniausiai išlieka visam gyvenimui. Suaugusiam žmogui yra sunku keisti savo įpročius, todėl PSO dokumentuose ypatingai yra akcentuojamas jaunų žmonių pažeidžiamumas ir yra pabrėžiama tinkamų mitybos, fizinio aktyvumo įpročių, gebėjimo atsakyti narkotinių medžiagų ugdymo svarba. Taip pat PSO teigia, jog lėtinės ligos, funkciniai ir psichikos sutrikimai bendruomenėje gali būti veiksmingai įveikti, jeigu sveikatos priežiūros funkcijos būtų atliekamos kartu bendradarbiaujant mokslo, švietimo, psichologinėms, socialinėms tarnyboms (Juškelienė, 2007).

### **1.2.1. Elgsenos ir gyvenenos veiksniai.**

Žmogaus elgsena ir gyvenena sudaro darnią visumą, priklausančią nuo biologinių, socialinių ir kultūrinių veiksnių bei galinčią turėti tiek teigiamos, tiek neigiamos įtakos sveikatai. Pasak Juškelienės (2007) Last J. elgseną apibrėžia kaip įgimtų ir įgytų reagavimo į aplinką bei jos pokyčius būdų visumą, kuri priklauso nuo asmenybės, ryšių su kitais žmonėmis, šeima, socialinėmis grupėmis. Paveldėtos elgsenos savybės yra unikali žmogaus charakteristika, kuri apima genetiškai nulemtus socialinio elgesio ypatumus ar kultūriškai susiklosčiusius ir priimtinus reagavimo būdus. Įgyta elgsena yra tiesiogiai susijusi su aplinkybėmis ir socialinėmis, ekonominėmis, politinėmis sąlygomis bei jų pokyčiais (Kalėdienė, Petrauskienė, Rimpelä, 1999).

Sveikatą stiprinanti elgsena daro žmogaus sveikatai teigiamą įtaką, kai sąmoningai yra elgiamasi taip, kad sveikata stiprėtų, arba tikimasi, kad taip elgiantis ji stiprės. Tai yra įvairūs veiksmai, kuriuos asmuo atlieka nepriklausomai nuo jo sveikatos būklės, norėdamas sustiprinti sveikatą, nesvarbu, ar jie yra efektyvūs ar ne.

Pasak Javtoko (2009) žinios, požiūriai, įgūdžiai turi daug reikšmės kiekvieno žmogaus elgesiui, taigi ir sveikatą stiprinančiai elgsenai. Socialinė aplinka, santykiai darbe, šeimoje, masinių informacijos priemonių skleidžiama informacija, ryšys su sveikatos priežiūros įstaigomis bei kitais autoritetingais asmenimis modeliuoja žmogaus požiūrį į sveikatą ir jo elgesį.

Kalėdienė, Petrauskienė, Rimpelė (1999) teigia, jog Last J. gyvenimą apibrėžia kaip įpročių ir papročių visumą, kuri yra susidariusi bei veikiama ir stiprinama socializacijos proceso per visą žmogaus gyvenimą. Tad gyvenimą sudaro daugelis veiksnių. Vienų įtaka sveikatai yra akivaizdi ir įrodyta, o dėl kitų poveikio yra diskutuojama, bet negalima paneigti, kad jie visi sąveikauja tarpusavyje, arba stiprindami sveikatą, arba jai kenkdami. Kaip jau buvo minėta, tai patvirtina ir PSO kuri teigia, kad 50 % žmogaus sveikatos būklę lemia paties žmogaus gyvenimo būdas arba gyvenama.

Vienas iš veiksnių įtakojančių sveikatą yra mityba.

### ***Mityba.***

Pasak Adaškevičienės (2004) įžymus amerikiečių gydytojas, psichologas, pedagogas B. Spokas, kurio patarimais auginant vaikus sekė ne viena šeima, organizmą lygina su namu, kuriam pastatyti ir tinkamai prižiūrėti reikia daug įvairių medžiagų. Žmogų taip pat galima palyginti su judančiu mechanizmu, norint jog toks mechanizmas galėtų normaliai veikti, jam reikia energiją gaminančių degalų ir kitų medžiagų. Su maistu kasdien reikia gauti būtinų organizmui medžiagų: riebalų, angliavandenių, baltymų, vitaminų, mikroelementų, skaidulinių medžiagų. Visų šių medžiagų santykis turi būti subalansuotas, o netinkamai maitinantis, šis santykis sutrinka.

PSO duomenimis žmonių sveikata didžiąja dalimi priklauso nuo gyvenamos ir mitybos, tačiau paskutiniaisiais dešimtmečiais Europos šalyse atliktų gyventojų mitybos tyrimų duomenys rodo, deja, blogėjančią gyventojų mitybos būklę, kuri sąlygoja reikšmingą nutukimo, kraujotakos sistemos ligų, cukrinio diabeto, onkologinių ligų paplitimo didėjimą. Taip pat Klumbienė, Petkevičienė (2001), Proškuvienė (2004) teigia, kad Lietuvoje yra paplitusios lėtinės ligos: širdies ir kraujagyslių, piktybiniai navikai, cukrinis diabetas, dantų ėduonis, osteoporozė, kurių išsivystymas priklauso nuo mitybos ir dar daugeliui gyventojų yra nustatomi lėtinių ligų rizikos veiksniai: nutukimas, didelė cholesterolio koncentracija kraujyje, sutrikusi angliavandenių apykaita ir kita.

2004 m. PSO patvirtintoje pasaulio mitybos, fizinio aktyvumo ir sveikatos strategijoje yra nurodyta, kaip turėtų maitintis gyventojai, kad išvengtų lėtinių neinfekcinių ligų, tačiau daugumos šalių gyventojų mityba neatitinka PSO rekomendacijų. Nuo 1997 m. kas penkeri metai yra vykdomi Lietuvos suaugusių gyventojų faktinės mitybos ir gyvenamosios įpročių tyrimai. Šio atlikto tyrimo duomenimis (2007), Lietuvos gyventojų mityba yra nesubalansuota: gyventojai nepakankamai vartoja šviežių daržovių bei vaisių, grūdinių produktų, žuvies ir jos produktų, taip pat per daug vartoja mėsos ir mėsos produktų, daug – riebalų, ypač sočiųjų riebalų rūgščių, mažiau, negu rekomenduojama, su maistu gauna skaidulinių medžiagų ir per daug cholesterolio bei natrio. Įrodyta, jog sveiki mitybos įpročiai susiformuoja jau vaikystėje, todėl yra ypatingai svarbu juos diegti ir formuoti kuo ankstesniame amžiuje. 2005 m. Lietuvoje atliktų mokinių mitybos tyrimų rezultatai rodo, jog mokinių mityba nėra pakankamai sveika ir tinkama, nesilaikoma maitinimosi režimo, jiems dar trūksta žinių apie maisto produktų maistinę vertę, maisto priedus, jų vartojimo riziką ir kita. Nors ir yra imtasi priemonių, Lietuvos, kaip ir daugelio kitų Europos šalių, mokyklinio amžiaus vaikų mityba vis dar yra palanki lėtiniams ligoms atsirasti, todėl būtina tam skirti ypatingą dėmesį, teigia Barzda ir kt. (2009).

Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras (2012) teigia, jog Europos kovos su nutukimu chartijoje pažymėta, kad antsvoris ir nutukimas sudaro vieną iš rimčiausių XXI amžiaus iššūkių visuomenės sveikatai PSO Europos regione, kuriame nutukimo paplitimas per pastaruosius dešimtmečius išaugo tris kartus. ES šalyse kas antras gyventojas turi antsvorį, o kas trečias yra nutukęs. Tai patvirtina ir Juškelienė (2007) bei sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras (2011), jog antsvoris yra viena iš svarbiausių XXI amžiaus visuomenės sveikatos problemų, turinčių reikšmingą poveikį sergamumui ir mirtingumui visame pasaulyje: šiuo metu Europoje 30–80 % suaugusių asmenų turi antsvorio, o vaikų ir paauglių, turinčių antsvorio yra apie 20% ir trečdalis iš jų yra nutukę.

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas 2010 ir 2012 metais atliko suaugusių Lietuvos žmonių gyvenamosios tyrimą, kuris parodė, kad nuo 1994 m. iki 2000 m., sviestą tepančių ant duonos vyrų dalis sumažėjo nuo 70 % iki 37 %, moterų atitinkamai nuo 65 % iki 38 %, nes gyventojai pradėjo ant duonos tepti margariną. Nuo 2000 m., padidėjus tepių riebalų mišinių, kurių pagrindą sudaro pieno riebalai, pasiūlai, Lietuvoje sviesto vartojimas vėl ėmė didėti. 2010 m. sviestą ar tepų sviesto ir augalinių aliejų mišinį ant duonos tepė 59 %, o 2012 m. jau 62% apklaustųjų. Taip pat nustatyta, jog Lietuvoje šviežių daržovių vartojimas didėja, nuo 1996 m. kasdien valgusių šviežias daržoves vyrų dalis išaugo 4,2 karto, o moterų – 4,8 karto 2010 m. iki atitinkamai 5,8 karto ir 5,1 karto 2012 m. Deja, 2010 m. ir 2012 m. daržovių vartojimas buvo nepakankamas: 2010 tik 24 %

moterų ir 17 % vyrų per praėjusią savaitę valgė šviežias daržoves 6-7 dienas per savaitę, o 2012 m. truputį daugiau – atitinkamai 29 % ir 21 %.

Nuo 1994 m. iki 2010 m. antsvorio paplitimas tarp vyrų padidėjo nuo 47 % iki 60 %, o 2012 m. beveik nepakito – 61%, nutukimo – nuo 10 % iki 19 % tiek 2010 m. tiek ir 2012 m. Antsvorio ir nutukimo paplitimas tarp moterų kito nežymiai: 2010 m. antsvoris nustatytas pusei (50 %), o 2012 m. beveik pusei (44 %), nutukimas 2010 m. ir 2012 m. – penktadaliui moterų. Per visą tyrimo laikotarpį nutukimo paplitimo skirtumai tarp išsilavinimo grupių buvo nežymūs. Nutukimo paplitimas didėjo tarp visų išsilavinimo grupių vyrų. 2010 nutukimas nustatytas 22 % aukštojo ir 18 % vidurinio bei žemesnio išsilavinimo vyrų. 2010 m. tyrimas parodė, kad kas ketvirta vidurinio ir žemesnio išsilavinimo moteris buvo nutukusi. Nutukusių moterų dalis buvo mažiausia tarp aukštojo išsilavinimo moterų: sumažėjo nuo 15 % 1994 m. iki 9 % 2012 m.

Taigi, Lietuvos kaip ir daugelio kitų Europos šalių gyventojų mityba yra palanki lėtinių ligų atsiradimui, todėl būtina ją keisti, mokant ir skatinant visuomenę ugdyti sveikos ir tinkamos mitybos įpročių. LR Valstybinė maisto ir veterinarijos tarnyba (2009) teigia, jog norint, kad mityba būtų ne tik sveika, bet ir sveikatinanti, būtina laikytis šių pagrindinių sveikos mitybos principų ir taisyklių:

*Sveikos mitybos principai:*

- ◆ Saikingumas. Svarbu žinoti, kad net ir būtina maisto medžiaga, jeigu jos vartojama per daug, gali turėti neigiamą poveikį sveikatai.
- ◆ Įvairumas. Nė vienas maisto produktas neturi visų maisto medžiagų, o žmogaus organizmui su maistu jų reikia gauti apie 40, todėl tik vartojant įvairius augalinius ir gyvūninius maisto produktus bus visiškai patenkinti organizmo poreikiai.
- ◆ Subalansuotumas. Mitybos subalansavimas – tinkamas baltymų, riebalų, angliavandenių, vitaminų, mineralinių medžiagų santykis bei optimalus energijos kiekis maisto produktuose.

*Sveikos mitybos taisyklės:*

- ◆ Maistui vartoti kuo įvairesnių šviežių maisto produktų, domėtis jų sudėtimi ir rinktis tuos, kuriuose yra kuo mažiau konservantų, dažiklių ir saldiklių;
- ◆ Valgyti kasdien tuo pačiu laiku;
- ◆ Reikia stengtis, kad dienos raciono pagrindą sudarytų grūdiniai produktai;
- ◆ Valgyti daugiau sezoninių daržovių, uogų ir vaisių;
- ◆ Pirmenybę teikti augaliniams riebalams ir tinkamai pasirinkti užkandžius: vaisius, riešutus ar sumuštinį su grūdėta duona ir žuvimi, liesa mėsa ar mažiau riebiu sūriu;
- ◆ Rinktis mažiau druskos turinčius maisto produktus ir valgyti mažiau saldumynų;
- ◆ Kas dieną išgerti 6-8 stiklines vandens;

◆ Nepersivalgyti, stengtis skaičiuoti kalorijas ir reguliariai sportuoti.

Gyventojų mityba, kad ji būtų palanki sveikatai, turi atitikti sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintas rekomenduojamas paros maistinių medžiagų ir energijos normas. Tam, kad mityba būtų subalansuota ir visavertė, gyventojai, maisto gamintojai bei maitinimo organizatoriai turi laikytis sveikos mitybos rekomendacijų (Lietuvos sveikatos programa 2014-2025 m.).

Mityba ir fizinis aktyvumas yra glaudžiai susiję su sveikata. Šie veiksniai užtikrina harmoningą vaiko raidą, gerą vaikų ir suaugusiųjų savijautą, darbingumą bei padeda išvengti daugelio ligų. Skatinti sveiką mitybą ir fizinį aktyvumą yra prioritetas Pasaulio sveikatos organizacijos uždavinys.

### ***Fizinis aktyvumas.***

Fizinis aktyvumas yra vienas reikšmingiausių sveikos gyvensenos komponentų. Judėjimas yra biologinis sveiko žmogaus poreikis, geros sveikatos ir socialinės gerovės sąlyga, teigia Juškelienė (2007). Evoliucijos metu žmogaus kūnas vystėsi kaip fiziškai labai aktyvus. Kitaip sakant, fizinis aktyvumas yra vienas iš būtinų žmogaus kūno fiziologinių poreikių. Per visą žmonijos istoriją žmogus priklausė nuo medžioklės, žvejybos ar maistinių augalų rinkimo, o vėliau nuo primityvaus žemės ūkio ir amatų. Ši veikla reikalavo ilgo ir dažnai sunkaus fizinio darbo. Toks darbas sunaudodavo didžiąją gaunamos iš maisto energijos dalį. Tik per paskutinį šimtą metų, pasitelkę savo intelektą ir modernias technologijas, žmogus mechanizavo daugelį sunkių gamybos ir gavybos procesų. Todėl žmonių populiacija tampa vis mažiau fiziškai aktyvi ir už tai yra mokama savo sveikata. Tai skatina tolesnį lėtinių neinfekcinių ligų plitimą visame pasaulyje, ypač aukšto ekonominio lygio valstybėse. Reguliarus fizinis krūvis yra tiesiogiai siejamas su saugesniu, sveikesniu ir ilgesniu gyvenimu (Lee, Sesso, Paffenbarger, 2000; Dietz, 2005; Woodcock et al., 2011). Užsienio autoriams antrina Kalėdienė, Petrauskienė, Rimpelā (1999), Jankauskienė, Pečiūra (2007) ir Juškelienė (2007), teigdami, jog nejudrus gyvenimo būdas lemia daugelį civilizacijos ligų, nepakankamai judantys žmonės rizikuoja susirgti širdies ir kraujagyslių ligomis, diabetu, kai kuriomis vėžio rūšimis bei nutukti. Optimalus fizinis aktyvumas mažina tikimybę įgyti nereikalingo atsvario, padeda įveikti psichoemocinę įtampą, stresą bei sumažinti peršalimo ligų tikimybę, osteoporozės riziką.

Galima išskirti keletą žodžių junginio *fizinis aktyvumas* (angl. – *physical activity*) reikšmių:

1. Sporto terminų žodyne (2002) jis yra apibūdinamas kaip griaučių raumenų sukelti sąmoningi judesiai, kuriuos darant labiau padidėja energijos sunaudojimas. Jo išraiška yra mankšta, kūno kultūros pamokos, sporto pratys, namų ruošia, aktyvus poilsis ir kita veikla.

2. Visuma aktyvių judesių, veiksmų, kuriuos per tam tikrą laiką ir tam tikru intensyvumu padaro raumenys ir sąnariai (Adaškevičienė, 2008).

3. Laiko dalis, pavyzdžiui, para, savaitė, mėnuo ar metai, kurią žmogus skiria fiziniams pratimams arba tikslingam darbui (Vasiliauskas, Ivaškienė, 2001)

Pasak Adaškevičienės (2004) sporto mokslo atstovai ir medikai XX a. antroje pusėje fizinio aktyvumo klausimus tyrinėjo labai aktyviai. Taip pat negalima nutylėti fakto, jog apie fizinį aktyvumą kaip apie svarbų sveikos gyvensenos komponentą rašė beveik visi Lietuvos sporto mokslo atstovai ir tai yra suprantama, nes fizinis aktyvumas yra glaudžiai susijęs su sveikata. Tad be fizinio aktyvumo analizės būtų neįmanoma kalbėti apie sveikatą.

Adaškevičienė (2008) teigia, jog vaikai iš prigimties yra judrūs. Jie jau gimdami atsineša poreikį judėti, kuris leidžia jam įgyti patirties ir fiziškai tobulėti. Šis poreikis pasireiškia įvairiais judriais žaidimais – bėgiojimu, išdykavimu, suaugusių ir bendraamžių judesių ir veiksmų mėgdžiojimu ar lentyniavimu. Dažniausiai vaikai juda žaisdami įvairius žaidimus, bėgiodami kambaryje, kieme, gamtoje, tačiau suaugę žmonės dažnai slopina vaikų fizinį aktyvumą įvairiais draudimais, reikalavimais ar nurodymais. Fizinis pasyvumas, kūno mankštos stoka yra vaiko sveikatai ryškė. Pasak Juškelienės (2003), Adaškevičienės (2004) judėjimas stiprina raumenis, širdies ir kraujotakos sistemą, kvėpavimą, stimuliuoja medžiagų apykaitą, ramina nervų sistemą, didina atsparumą peršalimo ir kitoms ligoms. Taip pat optimali fizinė veikla stimuliuoja normalų fizinį ir psichinį vaiko vystymąsi, gerina funkcinį organizmo pajėgumą, atveria galimybę pažinti fizinį ir psichinį komfortą sudaro prielaidas vaiko saviraiškai, savirealizacijai ir aktyvios gyvenimo pozicijos formavimuisi. Kūno kultūra yra vaiko sveikatos stiprinimo, valios, fizinės stiprybės ir kūno grožio ugdymo priemonė.

Pasak Lietuvos sveikatos mokslų universiteto prof. habil. dr. Zaborskio (2005), mažėjant Lietuvos mokinių fiziniam aktyvumui „reikia ieškoti naujų, veiksmingų, gyvenamojo laikotarpio reikalavimus atitinkančių vaikų fizinio ugdymo ir sveikatos stiprinimo būdų bei priemonių“. Kaip ir Adaškevičienė (2004) Zaborskis (2005) teigia, jog fizinio aktyvumo reikšmė vaikystėje ir paauglystėje yra didžiulė – nepakankamai judant nukenčia visos organizmo sistemos: silpsta atramos-judamasis aparatas, blogėja sąnarių aprūpinimas maisto medžiagomis, dėl to gali formotis raumenų atrofija, netaisyklinga laikysena. Taip pat sutrinka medžiagų apykaita, silpsta imunitetas, sumažėja atsparumas infekcinėms ligoms. Galima pastebėti, kaip blogėja vaikų pažintinė funkcija, sumažėja dėmesio koncentracija – o tai labai svarbu vaiko mokymuisi. Gali atsirasti depresijos požymių: nuotaikų kaita, padidėjęs dirglumas, sutrinkęs miegas.

Hipokinezė šiuolaikinėje visuomenėje yra būdinga tiek suaugusiems asmenims tiek ir vaikams. PSO ekspertai (2009) apskaičiavo, kad nepakankamas fizinis aktyvumas kasmet



apytiksliai lemia 3,2 milijono Žemės gyventojų mirčių. PSO rekomenduoja kiekvieną dieną suaugusiems mažiausiai 30 min., o vaikams – 1 val. skirti lengvai fizinei veiklai, tačiau, Europos ir Šiaurės Amerikos šalių, duomenimis, tiek fiziškai aktyvūs nebūna nei pusė mokyklinio amžiaus vaikų. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas 2010 m. atliko tarptautinį mokyklinio amžiaus vaikų gyvenimo ir sveikatos tyrimą (HBSC), kuris yra atliekamas PSO iniciatyva. Tyrimo metu tiriamųjų fizinis aktyvumas buvo vertintas atsižvelgiant į sportavimo ir mankštinimosi ne pamokų metu periodiškumą ir trukmę. Rezultatai parodė, jog Lietuvoje vidutiniškai tik kas antrą 11–15 m. amžiaus berniuką (45 %) ir tik kas penktą (20 %) mergaitę galima laikyti pakankamai fiziškai aktyviais, tačiau ir šie rodikliai per paskutinius 16 m. nuosekliai mažėja. Remiantis šiais naujausiais tyrimo duomenimis, Lietuvos berniukai pagal fizinį aktyvumą tarp beveik 40 Europos ir Šiaurės Amerikos šalių užėmė penktą nuo galo vietą, o mergaitės – trečią.

Pasak Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos ir Lietuvos suaugusių gyventojų fizinis aktyvumas yra nepakankamas: 2013 metais Europos Komisijos užsakymu 28 valstybėse narėse vykusio „Eurobarometro“ apklausa apie gyventojų fizinį aktyvumą parodė, jog Lietuvoje niekada nesportuoja ir nesimankština 46 %. žmonių ir tai yra 9 vieta iš visų Europos Sąjungos valstybių narių. Visgi labiau linkę yra sportuoti vyrai nei moterys: 45 % vyrų sportuoja mažiausiai kartą per savaitę, o moterų tik 37 %. Be to 37 % vyrų niekada neužsiima sportine veikla, tuo tarpu moterų, kurios niekuomet nesimankština yra net 47 % .

Marshall et al. (2004), Brodersen et al. (2005), Bryant et al. (2007), Fontaine (2008) bei Zoeller (2009) teigia, jog paskutiniaisiais dešimtmečiais vaikų pramogų ir laisvalaikio užsiėmimų pobūdis labai pasikeitė ir tapo žymiai pasyvesnis. Vaikai, kurie praleidžia daug laiko prie televizoriaus, skaitydami, besimokydami ar žaisdami kompiuterinius žaidimus, patenka į padidintą rizikos grupę, nes tai gresia nutukimu, aukštu arteriniu kraujo spaudimu, dažniais funkciniais negalavimais ir pan., lyginant su tais, kurie eina į lauką ar sporto salę aktyviai žaisti, padeda tėvams namų ruošoje ar ūkyje, aktyviai sportuoja mokykloje ar už mokyklos ribų, ar pasirenka kitas fizinio aktyvumo formas. Neabejotina, kad sveikatos problemos, kurias sukelia toliau augantis visuotinis fizinis pasyvumas tarp suaugusių ir vaikų, nuolatinis nutukimo didėjimas gali būti laikomi vienu didžiausių XXI amžiaus iššūkių, susijusių su visuomenės sveikata. Galima sakyti, kiekvienam suaugusiam tenka dalis atsakomybės didinant vaikų ir paauglių fizinį aktyvumą ir nuosekliai keičiant jų požiūrį į sveiką gyvenimo būdą. Kadangi gydymas ne visada pati efektyviausia strategija kovojant prieš lėtines neinfekcines ligas ir reikalauja didelių išlaidų bei yra siejamas su bloga asmens gyvenimo kokybe ir mirtingumu, tai pagrindinis dėmesys privalo būti skiriamas sveikos gyvenimo ugdymui nuo pat vaikystės. Šeima ir namai vaikui yra pati svarbiausia vieta, kur galima išmokyti deramai įvaldyti įvairias fizinės veiklos rūšis.

Pasak Adaškevičienės (2004), Zumero, Gursko (2012) fizinis aktyvumas reiškiasi penkiose gyvenimo srityse: laisvalaikio, profesinės veiklos: vaikams ir paaugliams tai yra mokykla, namų ruošos, mobilumo ir sporto. Tai galima pavadinti penkiomis pagrindinėmis fizinio aktyvumo formomis. Švietimo sistemoje galima šias formas sugrupuoti į dvi grupes – mokykloje (formalusis) ir už mokyklos ribų (neformalusis) ugdymas. Fizinio aktyvumo formos mokykloje yra šios: rytinė mankšta; judrieji žaidimai; sportiniai ir šokių būreliai; žygiai, šventės, akcijos, varžybos, iškylos; kūno kultūros pamokos; aktyvi veikla per pertraukas ir t. t.

Vaikai turi judėti pagal savo fizines ir psichines išgales, laisvai, be didelės įtampos, jausti judėjimo džiaugsmą, malonumą. Svarbiausiu judėjimo tikslu ikimokykliniame ir jaunesniajame mokykliniame amžiuje reikėtų laikyti vaikų sveikatos stiprinimą bei normalaus fizinio ir psichinio vystymosi skatinimą. Norint pasiekti šį tikslą reikia nuo mažų dienų vaikus pratinti aktyviai, sveikai gyventi. Labai svarbu yra skatinti siekti geresnės fizinės sveikatos ir jos darnos, ugdyti teigiamą požiūrį į kūno kultūrą ir sportą, teigia Zumeras, Gurskas (2012).

Sėkminga šiuolaikinės kūno kultūros sklaida yra neįmanoma be išsamių žinių apie sveiką gyvenseną, žmogaus organizmą ir veiksnius, lemiančius darnų organizmo funkcionavimą, taip pat jo veiklą pažeidžiančius veiksnius bei būdus ir priemones, kurios padeda apsaugoti organizmą nuo žalingo aplinkos poveikio. Reikia pabrėžti, kad pagrindinis kūno kultūros pamokų tikslas yra padėti mokiniams suformuoti fizinio aktyvumo poreikį visam tolesniam gyvenimui. Taigi, fizinis aktyvumas, kaip būtina sveikos gyvensenos dalis, teigiamai veikia vaiko, o vėliau ir suaugusiojo sveikatą. Tą patvirtina gausūs moksliniai tyrimai ir įvairūs autoriai savo darbuose (Telama et al., 2005; Ribeiro et al., 2005; Walther et al., 2009; Zoeller, 2009; Washington, 2009).

Sveikatos edukologai skatina žmones būti fiziškai aktyvesniais, suteikia informacijos bei motyvuoja apie fizinio aktyvumo naudą sveikatai. Taip pat pradedantiems žmonėms mankštintis pataria:

- Pradėti mankštintis nuo mažų krūvių, palaipsniui didinti fizinio aktyvumo intensyvumą, trukmę ir dažnį. Pirmą dieną pavaikščioti apie 10 – 15 min. per pietų pertrauką. Laipsniškai didinant krūvį reikia daugiau judėti užsiimant įprastine veikla.
- Jeigu žmogus yra sveikas skatina mankštintis 30 – 45 min. 4 – 5 k./sav., kurių metu stengtis pasiekti 60 – 75 % maksimalų širdies susitraukimų dažnį.
- Neviršyti 5 – 6 val. per savaitę, nes tai yra didžiausias rekomenduojamas krūvis.
- Prieš pradedant mankštintis skirti 5 min. apšilimui, o baigiant – 5 min. laipsniškam atvėsimui.
- Atlikti pratimus pakankamai intensyviai, kurių metu dažnėtų pulsas ir kvėpavimas.
- Pasirinkti pratimus pagal amžių, įgūdžius ir pajėgumą, jie taip pat turi būti saugūs.

- Pasirinkti pratimus, kurie įtrauktų kuo daugiau raumenų grupių: greitas ėjimas, plaukimas, važiavimas dviračiu, irklavimas, slidinėjimas.
- Pratimus rinktis tokius, kokie patinka.

Kiekvieno žmogaus sveikatą neigiamai įtakoja rūkymas.

### ***Rūkymas.***

Rūkymas išlieka viena svarbiausių Europos regiono žmonių mirties priežasčių. Tabako gaminių vartojimas turi įtakos mirtingumui nuo lėtinių ligų. Taip pat rūkymas žalingai veikia aplinkinius (pasyvus rūkymas) ir yra laikomas plaučių vėžio ir kitų lėtinių plaučių ligų rizikos veiksniu. Su neigiamu tabako poveikiu dažniausiai yra siejamas cigarečių rūkymas, tačiau tabako kramtymas, kaip ir cigarų, pypkių rūkymas, taip pat pavojingas dėl burnos vėžio rizikos. Reikia pažymėti tai, kad metus rūkyti rizika susirgti burnos vėžiu po tam tikro laiko sumažėja ir pasiekia nerūkančio žmogaus lygį. Šiuos teiginius patvirtina ir Kalėdienė, Petrauskienė, Rimpelė (1999), Gossop (2001), Proškuvienė (2004), Jankauskienė, Pečiūra (2007) teigdami, jog nėra abejonių, kad rūkymas yra viena iš pagrindinių sergamumo ir priešlaikinio mirtingumo priežasčių. Tabako vartojimas lemia 25 % širdies ir kraujagyslių ligų, 30 % vėžio, 75 % kvėpavimo sistemos ligų ir yra laikomas svarbiausiu šaltiniu šių ligų rizikos veiksniu. Nuo rūkymo sukeltų ligų Lietuvoje kasmet prieš laiką miršta daugiau kaip 7 tūkstančiai gyventojų.

Taip pat ir Pasaulinė sveikatos organizacija teigia, jog tabakas yra didžiausia išvengiama grėsmė sveikatai Europos Sąjungoje, kuris kiekvienais metais tampa 697 000 mirčių priežastimi. Rūkantys asmenys daugiau gyvenimo metų praleidžia, būdami blogos sveikatos, kurią lemia onkologiniai, širdies kraujagyslių, kvėpavimo takų susirgimai, o beveik pusė rūkančiųjų gyvena vidutiniškai 14 metų trumpiau. Per metus sveikatos priežiūros išlaidos rūkymo sukeltų ligų gydymui siekia 25,3 mlrd. eurų, o visuomenė netenka 8,3 mlrd. eurų per metus dėl darbo našumo sumažėjimo, susijusio su rūkymu. Nepaisant visų aiškiai įvardintų grėsmių, 70 % asmenų pradeda rūkyti iki 18 m., o 94 % – iki 25 m., teigia LR Sveikatos apsaugos ministerijos Ryšių su visuomene skyrius (2013) ir PSO informacijos archyvas (2015).

Nikotinas yra aktyvus ingredientas, kuris turi stimuliuojantį ir raminantį efektą, todėl rūkyti yra greitai įprantama, o atsisakyti šio įpročio yra labai sudėtinga. Norint mesti rūkyti, reikia labai stiprios motyvacijos ir socialinės paramos, kaip emocinio atpildo už dideles pastangas. Rūkantieji žino, jog šis žalingas įprotis kenkia jų sveikatai, dauguma jų netgi nori mesti rūkyti, tačiau jie galvoja, kad po ilgo rūkymo pakenkimai sveikatai yra negrįžtami ir mesti rūkyti nebėra prasmės, bet tai yra netiesa. Rūkymo žala kaupiasi, bet kuo anksčiau žmogus meta rūkyti, tuo nauda sveikatai yra pastebimesnė, teigia Kalėdienė, Petrauskienė, Rimpelė (1999).

Kauno medicinos universiteto mokslininkai Šakytė, Petkevičienė, Klumbienė, Grabauskas, Veryga, Kriaučionienė atliko Lietuvos suaugusių žmonių gyvenimo tyrimus. 2010 m. ir 2012 m. apklausų rezultatai parodė, jog apie 25 % Lietuvos gyventojų rūko. 2010 m. kasdien rūkė 34,2 % vyrų ir 15 % moterų, lyginant su 2012 m. – šiek tiek sumažėjo atitinkamai iki 33 % ir 13 %. 2010 m. ir 2012 m. niekada nerūkė 30,4 % vyrų ir 60 % moterų. Metusių rūkyti vyrų buvo 19,6 % , o moterų - 12 %. Iki 2000 m. rūkymo paplitimas didėjo visoje populiacijoje, tarp moterų išaugdamas 2,3 karto. Nuo 2000 m., įsigaliojus tabako gaminių reklamos draudimui, iki 2010 m. rūkančių vyrų dalis sumažėjo, vėlesniais metais rūkančių vyrų dalis taip pat sumažėjo 1,5 karto, o moterų – nepasikeitė. Klumbienė, Petkevičienė (2001) teigia, kad rūkymo įpročiai priklauso nuo išsilavinimo: rūko daugiau žemesnio išsilavinimo asmenų. Šis tyrimas tai patvirtino – aukštesnio išsilavinimo vyrai rūkė rečiau nei žemesnio. Rūkymo paplitimo netolygumas tarp vyrų išsilavinimo grupių padidėjo, nes tarp aukštojo išsilavinimo vyrų rūkančiųjų dalis sumažėjo labiau nei tarp žemesnio išsilavinimo, o 2012 m. aukštesnio išsilavinimo vyrai rūkė rečiau nei žemesnio, ir rūkymo paplitimas tarp jų nuolat mažėja. Per tiriamąjį laikotarpį rūkymo ir išsilavinimo ryšys tarp moterų pasikeitė priešinga kryptimi: 1994 m. dažniau rūkė aukštesnio išsilavinimo moterys, o 2010 m. ir 2012 m. – žemesnio. 1994 m. darbe pasyviai rūkė pusė vyrų ir kas penkta moteris. 2010 m. pasyviai rūkančių vyrų dalis sumažėjo iki 34 %, moterų – iki 16 %, o 2012 m. dar sumažėjo atitinkamai iki 29 % ir 13 %. Taigi rūkymo paplitimo ir reguliavimo srityje pasiekta nemaža pažanga, tačiau aktuali išlieka paauglių rūkymo problema. Lietuvos Respublikos Seimo nutarime dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 m. programos patvirtinimo 2014 m. birželio 26 d. Nr. XII-964 yra teigiama, jog PSO atkreipia dėmesį į tai, kad „nuolat stiprėja ir agresyvėja tabako rinkodaros ir reklamos, nukreiptos į jaunus žmones, moteris ir žemesnio socialinio ekonominio statuso grupes, priemonės“.

Sveikatos edukologai rūkantiems žmonėms suteikia informacijos apie tabako daromą žalą sveikatai, informuoja apie pasekmes, skatina bei žadina žmonių motyvaciją taip pat duoda įvairių patarimų kaip mesti rūkyti, o jeigu yra poreikis veda užsiėmimus.

Kitas sveikatą neigiamai veikiantis veiksnys yra alkoholis.

### ***Alkoholio vartojimas.***

Gossop (2001) teigia, jog alkoholis yra vienas iš veiksmingiausių ir plačiausiai vartojamų psichotropinių narkotikų, bet jo yra nenorima pripažinti tokiu. Alkoholis yra plačiai paplitęs visame pasaulyje, bet jo, kaip ir bet kurio kito narkotiko atveju, vartojimas skiriasi kiekvienoje kultūroje. Gossop (2001) teiginius pasak Valstybinio psichikos sveikatos centro (2010) patvirtina ir PSO duomenys – Europos regione yra suvartojama daugiausia alkoholio visame pasaulyje. Alkoholis yra pripažintas vienu iš pagrindinių veiksnių, kuris gali sukelti ankstyvą mirtį ir daugelį ligų. Europoje

alkoholis yra 3-asis iš svarbiausių ligų ir mirtingumo rizikos veiksnių po tabako ir per didelio kraujospūdžio. Dėl jo įtakos kiekvienais metais miršta apie 60 000 jaunų 15–29 m. amžiaus europiečių. Lietuvos sveikatos programoje 2014-2025 m., taip pat Kalėdienė, Petrauskienė, Rimpellä (1999) teigia, jog kiekvieną kartą pasigeriant yra negrįžtamai pražudoma dešimtis tūkstančių smegenų ląstelių. Todėl alkoholikai degraduoja, atsiranda šių sveikatos problemų: neurologinių, virškinamojo trakto, širdies ir kraujagyslių, kvėpavimo organų, endokrininės, kraujodaros, reprodukcinės sistemos sutrikimų. Taip pat atsiranda ir psichologinių problemų: alkoholinės psichozės, haliucinacijos, depresija ir daug kitų sutrikimų, kurie baigiasi savižudybėmis. Šiuos teiginius patvirtina ir Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamento turimi duomenys: pasak Valstybinio psichikos sveikatos centro 2013 m. 715 asmenų buvo pirmą kartą užregistruoti susirgę alkoholine psichoze ir 1,4 tūkst. asmenų – lėtiniu alkoholizmu. 2013 m. pabaigoje gydymo įstaigų apskaitoje iš viso buvo 3,4 tūkst. asmenų, kurie sirgo alkoholine psichoze, ir 47,9 tūkst. – lėtiniu alkoholizmu. Lyginant su 2012 m., sergamumo alkoholine psichoze rodiklis yra sumažėjęs 12,6 %, o lėtinio alkoholizmo – 19,7 %, atitinkamai ligotumo rodikliai sumažėjo 3,1 % ir 6,5 %. Pasak Higienos instituto Sveikatos informacijos centro praėjusiais metais dėl alkoholio vartojimo mirė 905 žmonės, tai yra 25 mažiau nei 2012 m. Dažniausios alkoholio vartojimo sukeltos mirties priežastys buvo alkoholinė kepenų liga, atsitiktinis apsinuodijimas alkoholiu ir alkoholinė kardiomiopatija. 2013 m. vyrų mirtingumas dėl alkoholio vartojimo buvo 3,4 karto didesnis negu moterų.

Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamento turimais duomenimis, pasak Lietuvos statistikos departamento Lietuvoje 2013 m. vienas šalies gyventojas suvartojo vidutiniškai 12,9 litro šalies mažmeninės prekybos ir maitinimo įmonėse įsigyto absoliutaus (100 %) alkoholio, tai yra tik 0,1 litro mažiau nei 2012 m. 2013 m. vienas 15 metų ir vyresnis gyventojas, kaip ir 2012 m. suvartojo 15,2 litro. Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo paplitimo Lietuvoje tyrimo duomenys rodo, kad 2012 m. daugiau nei aštuoni iš dešimties 15-64 metų amžiaus asmenų per paskutinius 12 mėn. yra vartoję alkoholinių gėrimų (82,0%), tai yra tik beveik 5 % mažiau nei 2008 m.

Paauglystė – vienas ypatingiausių ir kartu sudėtingiausių vaiko raidos etapų. Jos laikotarpiu dažniausiai yra pradama eksperimentuoti psichoaktyviomis medžiagomis tarp kurių yra ir alkoholis. Pasak Kalėdienės, Petrauskienės, Rimpell'os (1999) alkoholis žmogaus sveikatą įtakoja įvairiai, nes jis turi ir stimuliuojančių, ir raminančių savybių: jis veikia žmogaus psichiką, sutrikdo žmogaus elgesį ir gali sukelti psichinę ar fizinę priklausomybę. Tam tinkamas sąlygas gali sukurti socialinė aplinka, asmens savybės, biologiniai ir kiti veiksniai. Šios socialinės problemos suvokimas, pasirengimas ją identifikuoti ir spręsti turi būti svarbus sveikatos ir ugdymo specialistų bei šeimos uždavinys. Pasak Zaborskio (2011) kad alkoholio vartojimo problema egzistuoja tarp

mūsų šalies paauglių rodo šalies mokyklose, kaip ir daugelyje kitų Europos šalių mokyklų, vykdomas Pasaulio sveikatos organizacijos koordinuojamas tarptautinis mokyklinio amžiaus vaikų gyvenimo ir sveikatos tyrimas (Health Behaviour in School-aged Children – HBSC), kurio duomenys apie narkotinių medžiagų vartojimą yra pateikiami tik tarp 15 metų paauglių. Šio tyrimo duomenys leidžia spręsti apie jaunų žmonių rūkymo, alkoholinių gėrimų ir narkotinių medžiagų vartojimo mastą bei jo pokyčius 1994 – 2010 m. Taigi 2010 m. reguliariai, nors 1 kartą per savaitę, vartojančių alkoholinius gėrimus prisipažino maždaug kas dešimtas tiriamasis (12,9 % berniukų ir 8,1 % mergaičių), o tarp 15-mečių berniukų šis rodiklis siekė 25,2 %, tarp 15-mečių mergaičių – 16,9 %, teigia sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras (2011).

Nacionalinė tabako ir alkoholio kontrolės koalicija (2012) teigia, jog alkoholio vartojimo padariniai yra viena iš 3 svarbiausių visuomenės sveikatos problemų. Nors alkoholį vartoja pusė žmonių, šis reiškinys užima 3-ąją vietą tarp svarbiausių blogos sveikatos ir ankstyvos mirties priežasčių pasaulyje – po mažo gimimo svorio ir nesaugių lytinių santykių, lenkia net tabako sąlygotą žalą sveikatai.

Asmenų, kurie turi alkoholio sukeltų problemų, pasiskirstymas visoje sveikatos priežiūros sistemoje yra neproporcingas – daugiausiai jų tenka pirminei sveikatos priežiūrai. Kaip teigia Grimalauskienė ir kt. (2002) pirminės sveikatos priežiūros komandos pastangos pirmiausia turi būti nukreiptos į alkoholio vartojimo ir jo sukeltų problemų prevenciją 3 lygiais:

- Pirminės prevencijos metu yra siekiama išvengti naujų piktnaudžiavimo alkoholiu atvejų, bei stengiamasi stiprinti sveikatą mažinant alkoholio vartojimą.
- Antrinės prevencijos siekis bei tikslas yra kuo anksčiau pradėti gydyti, kol dar nėra komplikacijų ar invalidumo reiškinių.
- Tretinės prevencijos metu yra siekiama išvengti tolesnių pasekmių, grąžinti į visuomenę žmones, nukentėjusius nuo alkoholio vartojimo.

Taip pat yra svarbi sveikatos edukologo veikla: jis pirmiausia išsiaiškina esamus alkoholio vartojimo įpročius, kitas su alkoholio vartojimu susijusias problemas bei asmens pasirengimą keistis. Nustato ar asmuo yra motyvuotas keistis, pasiūlo pagalbą priimant sprendimą keistis bei literatūros alkoholio problemų klausimais. Kalbasi su žmogumi, pokalbio metu tvirtai, bet draugiškai pataria asmeniui sumažinti vartojamo alkoholio kiekį. Paaiškina jam, kad jis yra nelaikomas alkoholiku, bet laikantis tokio alkoholio vartojimo lygio, kils rizika sveikatai ir santykiams su aplinkiniais ateityje. Išvardina galimą poveikį sveikatai, pateikia teigiamus aspektus, jei alkoholio vartojimas sumažės, susitaria su žmogumi dėl alkoholio vartojimo dienyno vedimo, kuriame jis žymės vartojimo dažnumą ir kiekį, reguliariai tikrina šį dienyną. Žmogaus motyvacija

būna didesnė, kai jis žino, jog yra kontroliuojamas, taip pat susitaria dėl sekančio susitikimo bei pasiūlo esant reikalui kreiptis pagalbos (Grimalauskienė, ir kt. 2002).

Dar vienas veiksnys neigiamai veikiantis žmogaus sveikatą yra narkotikai.

### ***Narkotikų vartojimas.***

Pasak Bankauskienės, Gedminienės (2015) „Narkotikai – tai į Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintus kontroliuojamų medžiagų sąrašus įrašytos gamtinės ar sintetinės medžiagos, kurios dėl kenksmingo poveikio ar piktnaudžiavimo jomis sukelia sunkų žmogaus sveikatos sutrikimą, kuris pasireiškia asmens psichologine ir fizine priklausomybe nuo jų, ar pavojų žmogaus sveikatai“. Narkotikai veikia psichiką, sukelia psichikos ir elgesio sutrikimus bei pažeidžia tam tikras organizmo sistemas, o ilgesnį laiką vartojant narkotikus vystosi psichologinė ir fizinė priklausomybė teigia Proškuvienė (2004).

Pasak Jankauskienės, Pečiūros (2007) pripratimas prie vaistų ar narkotinių medžiagų vartojimo šiuolaikinėje visuomenėje tampa vis svarbesniu sveikatą žalojančiu veiksnium. Narkomanija yra sunki liga, kuri visiškai suardo sveikatą, sukelia invalidumą, o negydoma „atneša“ neišvengiamą mirtį. Tarp jaunimo yra paplitusi įvairių naujų rūšių narkotikų pasiūla ir vartojimas.

Jungtinių Tautų Narkotikų kontrolės ir nusikalstamumo prevencijos 2014 m. ataskaitoje teigiama, jog per paskutiniuosius metus nuo 3,5 % iki 7,0 % 15–64 m. amžiaus pasaulio gyventojų vartojo narkotikus, skaičiuojama, kad tai yra 162–324 mln. asmenų. Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centro 2013 m. metinėje ataskaitoje yra skelbiama, kad europiečių, kurie bandė bent kartą gyvenime narkotikų, yra 80 milijonų arba maždaug ketvirtadalis 15–64 m. amžiaus asmenų. Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas (2013) jau 3 kartą atliko psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo paplitimo Lietuvoje tyrimą. 2012 m. tyrimo duomenimis, bent vieną narkotiką nors kartą gyvenime yra bandę 11,1 % 15–64 metų amžiaus Lietuvos gyventojų, o tai yra 1,4 % mažiau nei 2008 m per paskutiniuosius 12 mėnesių narkotikus vartojo 2,6 % respondentų, kas yra beveik 2,5 karto mažiau nei prieš 4 m., o per paskutiniąsias 30 dienų narkotines ir psichotropines medžiagas 2012 m. nurodė vartoję 0,8 % gyventojų arba beveik 2 kartus mažiau nei 2008 m. 2012 metų tyrimo duomenimis, narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimas labiau yra paplitęs tarp vyrų nei tarp moterų. Nuo 2004 m. iki 2008 m. yra matomas narkotikų vartojimo paplitimo padidėjimas bendroje populiacijoje tiek tarp nors kartą gyvenime bandžiusiųjų, tiek tarp vartojusiųjų per paskutiniuosius 12 mėnesių ir per paskutiniąsias 30 dienų, o 2012 m. narkotikų vartojimo paplitimas sumažėjo pagal visus minėtus vartojimo rodiklius. 15-34 metų amžiaus asmenys dažniau atsakė, jog vartojo narkotines ir psichotropines medžiagas nei vyresni asmenys.

Jankauskienė, Pečiūra (2007) teigia, kad kiekvienais metais Lietuvoje yra užregistruojama vis daugiau narkomanija sergančių asmenų, jų teiginius patvirtina ir Valstybinio psichikos sveikatos centro turimi duomenys: 2012 m. sergamumas narkomanija sudarė 7,2 atvejo 100 tūkst. gyventojų, o 2013 m. – 7,6 atvejo / 100 tūkst. gyventojų, bet tai nėra tikslus narkomanija sergančių asmenų skaičius, nes jų registravimo duomenys ne visada sutampa su faktiniais duomenimis. Tarp registruotų nuo narkotikų priklausomų asmenų ketvirtadalį sudaro moterys, o tris ketvirtadalius – vyrai. Lietuvoje Higienos instituto duomenimis, 2013 m. užregistruoti 54 mirties atvejai, kurių pagrindinė mirties priežastis buvo narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimas.

Bulotaitė (2009) teigia, jog miestų gyventojai vartoja narkotikus dažniau nei gyvenantys kaimo vietovėse ir mažesniuose miestuose. Pasak Januševičienės, Jasaičio (2013) Narkotikų kontrolės departamento 2012 atliktas šalies gyventojų, nuo 15 – 64 m., tyrimas parodė, kad didžiausiuose Lietuvos miestuose – Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje – narkotikų nors kartą yra bandę 12,6 % šių miestų gyventojų, o rajonų centruose ir kaimo vietovėse nors kartą bandžiusių narkotikų žmonių buvo perpus mažiau atitinkamai – 6,6 % ir 6,1 %.

Davidavičienė (2001), Grimalauskienė ir kt. (2002), Astrauskienė (2009), Bankauskienė (2013) teigia, jog žmonės pradeda vartoti psichoaktyvias medžiagas dėl įvairių priežasčių:

- *Malonių pojūčių siekimas*: daugelis vartojamų psichoaktyviųjų medžiagų sukelia stiprų malonumo jausmą. Su pradiniu euforijos pojūčiu yra susiję kiti poveikiai, kurie priklauso nuo narkotiko rūšies, pavyzdžiui, stimuliantas kokainas sukelia jėgos, pasitikėjimo savimi ir padidėjusios energijos pojūčius.

- *Savijautos pagerinimas*: žmonės, kurie kenčia nuo socialinių rūpesčių, su stresu susijusių sutrikimų ir depresijos, pradeda vartoti psichoaktyvias medžiagas norėdami sumažinti nemalonius sielvarto ir nerimo jausmus. Stresas gali turėti didelę įtaką psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo pradžiai ir piktnaudžiavimui jais.

- *Gebėjimų didinimas*: kai kurių žmonių noras padidinti ar pagerinti savo fizinius ar protinius gebėjimus cheminiu būdu gali būti pradinio eksperimentavimo ir tolesnio psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo priežastimi.

- *Vedami smalsumo ir „nes tai daro kiti“*. Šiuo požiūriu dėl stiprios bendraamžių įtakos ypatingai yra pažeidžiami paaugliai. Jie yra labiau linkę įsitraukti į „nepatirtą, jaudinantį“ ir „rizikingą“ elgesį. Paaugliai, kurie negauna pakankamai dėmesio šeimose, neturi savo tvirtų nuostatų, tinkamų gyvenimo įgūdžių ir tampa labiau priklausomi nuo bendraamžių įtakos, kuri dažnai gali būti jiems pražūtinga.

Kitas veiksnys įtakojantis žmogaus sveikatą yra stresas.



## *Stresas.*

Žodis „stresas“ jau yra seniai vartojamas mūsų kalboje ir dažnai žmonės net nesusimąsto jį vartodami. „Valkioja“ jį įvairiose gyvenimo situacijoje. Žmogus sako „stresuoju“, - ir viskas lyg ir turėtų būti aišku, tačiau galima tokią būseną išreikšti ir kitaip. Juk gali žmogus sakyti „nervinuosi“, „bijau“ ar „nerimauju“. Stresas ne tik atima iš žmogaus dvasinę ramybę, bet ir skatina tokių ligų kaip aukšto kraujospūdžio, infarkto, depresijos atsiradimą, teigia Petronis (2006). Todėl nenuostabu, jog stresas tapo labai aktualia socialine ir sveikatos problema, nes tobulėjant informacinėms technologijoms, spartėja gamybos ir konkurencijos tempai, auga informacijos srautai, mažėja laiko priimti racionaliems sprendimams. Užuot teikęs dingstį mokymo(si) džiaugsmams, švietimas virto nesibaigiančia tema pokalbiams apie pedagogų ir mokinių smurtą mokyklose, nesaugumą, motyvacijos trūkumą, stresą ir kitas problemas. Nors buitinėje kalboje žmogus stresu dažniausiai vadina nemalonius dalykus, iš tikrųjų tai yra fenomenas, kuris apima kompleksiškus fiziologinius ir motyvacijos aspektus. Ta tikroji sveikatos problema yra ne stresas apskritai, o tai, kad žmogus nesugeba atskirti normalaus, sveiko streso nuo žlugdančio ar ligą sukeliančio teigia Vollmer (1998). Kalbant apie stresą, labai svarbu yra prisiminti ir vieną garsiausių jo tyrinėtojų R.S.Lazarus'ą. Jis stresą apibūdino kaip ypatingą asmens ir aplinkos santykį, kuris asmens yra įvertintas kaip apsunkintas, arba viršijantis jo turimus išteklius ir keliantis grėsmę jo gerovei (Lazarus, Folkman, 1984). Pasak streso tyrinėtojo, ką asmuo laiko žala, grėsme ar nauda sau, priklauso nuo kognityvinio situacijos įvertinimo. Vertinimo proceso metu priskiriami kokiai nors kategorijai ir įvertinami įvairūs situacijos aspektai, atsižvelgiant į jų reikšmingumą asmeninei gerovei. Pirminio įvertinimo metu yra nustatoma, kokią reikšmę įvykis gali turėti asmeniui, o antrinio – koks streso įveikimo būdas galėtų geriausiai tikti stresui pašalinti ir kokia yra jo sėkmingo panaudojimo tikimybė. Kitas streso tyrinėtojas Chmiel (2005) stresą apibrėžia kaip stimulą – neigiama situacija ar žalingas įvykis, kuris veikia žmogų ir sukelia neigiamas pasekmes. Pagal Chmiel (2005) stresas yra kaip tarpinis procesas tarp stimulo ir reakcijos, kuris daugiau dėmesio sutelkia į kognityvinius, vertinimo bei motyvacinius procesus, jis teigia, jog stresoriai skirtingiems žmonėms gali sukelti skirtingas stresines reakcijas priklausomai nuo to, kaip tie žmonės kognityviai vertina situaciją. „Stresoriai yra įvykiai ar aplinkybės, kurie žmogui sukelia pojūtį, kad fiziniai ar psichologiniai reikalavimai yra ant jo paties sugebėjimų su jais susidoroti ribos“. Stresoriai, kurie sukelia stresą yra skirtingi, bet jie iš esmės sukelia vienodą biologinę streso reakciją (Mecelienė, Vaškelytė, Damulevičienė, 2011):

Taip pat ir O'Hanlon (1999), Proškuvienė (2004) teigia, kad žmonės stresą išgyvena ir vertina individualiai: kas vienam yra kankinantis stresas, kitam – tik adrenalino „injekcija“. Negatyvusis stresas pasireiškia tuomet, kai asmuo situaciją suvokia ne kaip reikalaujančią fizinių ar

psichologinių pastangų įtempimo, bet kaip grėsmingą, keliančią nerimą ir emociškai žlugdančią. Su įvairių formų ir stiprumo stresu žmonės susiduria kiekvieną dieną. Nedidelis stresas gali būti naudingas žmogaus organizmui, nes: stresas suteikia energijos → padeda susikaupti ir → įsigilinti į problemą. Kiekvienam žmogui yra būdinga individuali riba, kurią peržengus stresas jau tampa žalingu. Taip pat kiekvienas asmuo į stresą reaguoja skirtingai, todėl tik jis pats gali įvertinti, kada stresas jau tampa kenksmingu. Jeigu žmogus yra sveikas ir pilnas jėgų, tuomet jis lengvai gali ištvirti vieną kitą stresinį įvykį (Birker, Schott, 1998).

2011 m. gegužės – birželio mėnesiais buvo atliktas UAB "Valentis" užsakymu sociologinis tyrimas, kurį vykdė bendra Lietuvos ir Didžiosios Britanijos rinkos ir viešosios nuomonės tyrimų kompanija "Baltijos Tyrimai", jo rezultatai parodė, jog psichologinę ir fiziologinę įtampą laikas nuo laiko patiria 9 iš 10 šalies gyventojų, o net kas 5 suaugęs Lietuvos žmogus teigia, jog streso būsenoje atsiduria dažnai. Taip pat tyrimas atskleidė, kad stresas dažniausiai yra patiriamas darbe ir mokymosi įstaigose. Dauguma net 90 % apklaustų šalies gyventojų nurodė, jog dažniau ar rečiau jiems tenka atsidurti streso būsenoje. 21 % žmonių teigė, kad jie stresą patiria dažnai, o 44 % atsakė kartais atsiduriantys streso būsenoje. Taip pat paaiškėjo, kad kur kas dažniau už jaunimą stresuoja vyresni nei 30 m. šalies gyventojai. Tyrimo duomenimis, 20 % 30-mečių ir vyresnių žmonių stresą patiria dažnai, o 5 % streso būsenoje gyvena nuolat.

Pasak Kalimo (1980) Margolis ir Kroes akcentuoja streso poveikio pasekmes žmogaus fiziologinei ir psichologinei gerovei. Jie iškelia 5 dimensijas, kurios apibūdina įtampos pasekmes žmogaus savijautai:

1. Trumpalaikės subjektyvios būsenos, pvz.: nerimas, įtampa.
2. Ilgalaikiai chroniški psichologiniai pakitimai, pvz.: atitolimas, depresija.
3. Trumpalaikiai psichologiniai pakitimai, pvz.: kraujo spaudimas.
4. Pablogėjusi fizinė sveikata, pvz.: astmos priepuoliai, skrandžio – žarnyno sutrikimai.
5. Darbo atlikimo susilpnėjimas.

Taigi stresas palieka pasekmes žmogaus organizme ir elgesyje. Organizmo sutrikimai ką tik aprašyti šiek tiek aukščiau, o elgesio pakitimai dėl streso poveikio yra rūkymas, alkoholio vartojimas ir kita.

Kad asmuo galėtų įveikti stresą, pirmiausiai turi išmokti jį atpažinti. Stresą galima atpažinti ne tik iš fizinių, bet ir iš psichinių ar elgesio veiksnių, dažniausiai pasitaikantys (Greenberg, 1999):

- *fiziniai simptomai*– nemiga, nuolatinis nuovargis, piktnaudžiavimas alkoholiu ir kiti;
- *psichiniai simptomai*– jautrumas kritikai, nuolatinė įtampa, padidintas nerimas, įsivaizdavimas, kad niekas tavęs nesupranta ir kiti;

- *elgesio simptomai* – padažnėję konfliktai, įsipareigojimų ir atsakomybės vengimas, nesirūpinimas asmenine higiena ir išvaizda bei kiti.

Vyrauja nuomonė, jog konfliktai yra nepageidautini, jų reikia vengti ir spręsti juos vos tik užsimezgas. Todėl retai žmonės susimasto apie teigiamus šios pusės aspektus – pasikeitimą idėjomis, susitarimus, naują supratimą ir kita. Konfliktinių situacijų yra neišvengiama ir mokyklose. Jos yra vienos iš pagrindinių stresą sukeliančių veiksnių. Reikia atkreipti dėmesį, kad mokykla yra vienas svarbiausių socializacijos veiksnių, kuris turi įtakos vaiko auklėjimui ir jo emocinei raidai. Kaip žinoma mokykloje sąveikauja skirtingos grupės, todėl akivaizdu, kad tarp šių grupių neišvengiamai kiekvienoje situacijoje, gali kilti konfliktų. Straipsnio „Žmogiškieji išteklių kultūros įstaigų veikloje“ autorė Bartkevičiūtė (2007) teigia, jog konstruktyvus konflikto sprendimo būdas leidžia ne tik išsiaiškinti priežastis, dėl kurių kilo konfliktas, bet ir numatyti galimus efektyvius konflikto sprendimo būdus, nusistatyti konkrečius veiksmus, kuriais siekiama išspręsti susidariusią situaciją. Šis būdas užtikrina sklandų tolesnį tarpusavio bendravimą ir bendradarbiavimą.

### ***1.3. Sveikatos stiprinimo samprata ir veikla***

Kalbant apie sveikatos stiprinimą, visų pirma reikia žinoti, kaip yra suprantama sveikata. Yra žinoma, kad įvairios visuomenės ir netgi tos pačios visuomenės, skirtingos žmonių grupės turi skirtingą požiūrį į tai, kas kasdieniame gyvenime yra sveikata. Todėl kiekvienam sveikatos edukologui užsiimančiam sveikatos stiprinimu yra svarbu suprasti įsitikinimus tų, su kuriais jis dirba.

Sveikatos stiprinimo terminą galima aptikti jau XIX amžiuje, kai didesniuose miestuose buvo pradėta sanitarijos reforma ir gyventojų mokymas higieninių įgūdžių. Sveikatos stiprinimo idėjos buvo suformuluotos įgyvendinant Alma Atos pirminės sveikatos priežiūros deklaraciją (1977) ir PSO strategiją „Sveikata visiems“ (1984). Sveikatos stiprinimo apibrėžimas ir pagrindiniai principai buvo suformuluoti Otavos chartijoje, toliau plėtoti konferencijose Adelaidėje, Sundsvalyje, Džakartoje, Bankoke. Visiems bendra tai, jog siekiama, gerinti, stiprinti žmonių sveikatą bei skatinti žmonių sąmoningumą, kad jie suvoktų savo atsakomybę, siekiant sveikatos gerinimo ir imtųsi atitinkamų veiksnių (Jankauskienė, Pečiūra, 2007).

Otavos chartija, nepaisant, kad prabėgo beveik 30 metų, iki šiol yra pagrindinis sveikatos stiprinimo dokumentas. Šioje chartijoje pateiktas sveikatos stiprinimo apibrėžimas yra priimtas visame pasaulyje ir pateikiamas visų svarbiausių Pasaulio sveikatos organizacijos dokumentuose: sveikatos stiprinimas yra procesas, kuris suteikia daugiau galimybių rūpintis savo sveikata ir ją gerinti. Sveikatos stiprinimas dar gali būti apibrėžiamas kaip mokslas ir menas, kuris padeda

žmonėms keisti savo gyvenimą ir siekti optimalios sveikatos būklės (Kalėdienė, Petrauskienė, Rimpelė, 1999; Javtokas, 2009). Optimali sveikata čia yra apibūdinama kaip fizinės, emocinės, socialinės, dvasinės bei intelektualinės sveikatos pusiausvyra.

Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatyme 2002 m. gegužės 16 d. Nr. IX-886 „sveikatos stiprinimas apima sveikatos mokymą, informacijos sklaidimą apie sveiką gyvenimą, sveikos gyvenimo propagavimą, formavimą ir nuo elgsenos priklausomų sveikatos rizikos veiksnių mažinimą...“. O „XXI amžiuje – 21 tikslas“ siekė, kad visi gyventojai iki 2015 metų pasirinktų sveikesnę gyvenimą, kad akivaizdžiai sumažėtų alkoholio, narkotikų ir tabako daroma žala sveikatai taip pat siekė gyventojams sukurti didesnes galimybes gyventi sveikoje aplinkoje.

Kaip žinoma sveikata yra plati ir sudėtinga sąvoka taip pat ir sveikatos stiprinimas nėra paprasta veikla. Sveikatos edukologų veikla, siekiant sveikatos stiprinimo gali apimti šiuos procesus (Javtokas, 2009):

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

Anot Javtoko (2009) modelių, kurie padeda stiprinti sveikatą yra ne vienas. Sveikatos stiprinančios aplinkos kūrimo modelių yra 3: 1. Sveikatos stiprinimo strategijų analizės modelis, 2. Sundsvalio sveikatos palaikymo piramidė ir 3. Sveikatos aplinkos kūrimo modelis. Naudojant šiuos modelius galima išsiaiškinti aplinkos sveikatos problemas, rasti sprendimus bei juos įgyvendinti, padeda suprasti sveikatą palaikančios aplinkos kūrimo tikslus taip pat pristato pagrindines veiklos sritis.

Nauja sveikatos stiprinimo teorija ir praktika – salutogenezės teorija ir salutogeninis sveikatos stiprinimo modelis, kuriuos sukūrė A. Antonovsky, orientuoja į asmens bendrųjų atsparumo išteklių panaudojimą (juos sudaro fizinės asmens savybės, intelektas, asmeninės nuostatos ir sunkumų įveikimo strategijos, finansinis pajėgumas, socialiniai ir kultūriniai veiksniai, kurie gali, esant reikalui, suvaldyti stresinę situaciją), kurie palengvina įveikti gyvenimo sunkumus ir ligas, padeda kritiškai vertinti ankstesnį medicininį rizikos veiksnių prevencijos modelį, paaiškina, kodėl yra neefektyvūs įvairūs draudimai ir kitos griežtos priemonės, orientuoja į pozityvizmą, sveikatą stiprinančius veiksnius bei psichologinių ir socialinių dimensijų išskėlimą į tą patį lygmenį, kaip ir fizinių. Ši nauja sveikatos stiprinimo teorija ir praktika leidžia geriau suprasti žmonių elgseną ir tarpusavio santykius, nustatyti realiai įgyvendinamus visuomenės sveikatos politikos tikslus,

parengti geriausią ligų prevencijos strategiją, skatinti bendruomenės narius aktyviai bei efektyviai veiklai (Kalėdienė, Petrauskienė, Rimpelė, 1999).

Galimybė panaudoti bendruosius atsparumo išteklius priklauso nuo asmens vidinės darnos lygio, o vidinės darnos lygis priklauso: nuo žmogaus gyvenimo reiškinių pažinimo, elgsenos ir motyvų suvokimo. Vidinę darną sudaro 3 komponentai (Javtokas, 2009):

- vidinės ir išorinės veiklos suvokimas,
- veiklos prasmingumas ir
- gebėjimas valdyti situaciją.

Pagal salutogenezės teoriją stresoriaus poveikį patiriantis asmuo, pasižymintis aukštesniu vidinės darnos lygiu: turi motyvų įveikti sunkumą, įžvelgia savo veiksmų prasmę bei tikės, kad turi pakankamai jėgų susidoroti su situacija. Javtokas (2009) teigia, jog 2001 m. atlikto tyrimo duomenys parodė, kad 40 % Lietuvos žmonių vidinės darnos lygis yra aukštas, o 60 % – žemas. Lietuvoje atliktų tyrimų duomenys patvirtina salutogenezės teorijos prielaidas, kad tų asmenų, kurių vidinės darnos lygis yra žemesnis, veikiant stresoriams turi didesnę riziką susirgti ir jie dažniau patiria psichikos sveikatos sutrikimų, taip pat yra rečiau linkę keisti gyvenimą bei dalyvauti sveikatos ugdymo renginiuose.

Labai svarbu siekiant sveikatos gerėjimo yra mokyti, ugdyti, bendruomenės narius, kad jie įgytų daugiau žinių apie sveikatos stiprinimą. Sveikatos stiprinimas yra skirstomas į: sveikatos mokymą, sveikatos ugdymą ir sveikatos stiprinimą.

### ***1.3.1. Sveikatos mokymas.***

Sveikatos mokymas yra pagrindinė sveikatos stiprinimo priemonė. Jo tikslas yra ugdyti elgesį, požiūrį į vertybes, kurios formuoja ne tik asmens, bet ir visos visuomenės sveikatos gyvenimo pamatus. 1998 m. PSO žodyne sveikatos mokymas yra apibūdinamas kaip sąmoninga žinių perdavimo veikla, įskaitant kai kurias bendravimo formas, kurių tikslas – padidinti supratimą apie sveikatą, plėtoti gyvenimo įgūdžius, kurie yra siejami su asmens ir bendruomenės sveikata (Kubilienė, 1998).

Pasak Javtoko (2009) sveikatos mokymą sudaro 3-opi tikslai:

- Pažinimo tikslas – suteikti informacijos, ją išaiškinti, įsitikinti, ar asmuo teisingai suprato pateiktą informaciją ir ar įsisąmonino, kaip turėtų elgtis.
- Emociniai – jutimo tikslai pasireiškia asmens požiūrių, įsitikinimų, vertybių ar nuomonių išsiaiškinimu, jų formavimu ir keitimu, pavyzdžiui, pokalbio su neseniai tapusiu našliu tikslas yra pasiekti, kad žmogus jaustųsi mažiau prislėgtas.

- Įpročių tikslai yra glaudžiai susiję su asmens įpročiais ir veiksmais, pavyzdžiui, mokydami žmogų įprastų fizinių pratimų, siekiame, kad jis išmoktų juos atlikti ir panaudoti ateityje.

Sveikatos mokymas labai retai būna susijęs vien tik su pažinimu, emocijomis ar įgūdžiais, dažniausiai jie būna labai glaudžiai susiję tarpusavyje.

Sveikatos edukologo tikslai, kurių jis siekia, yra labai įvairūs, todėl, norint juos aptarti išsamiau, reikia suskirstyti į skirtingas kategorijas, sveikatos mokymo siekinius teigia Mažionienė (2011):

- Sąmoningos sveikatos siekinys. Juo yra siekiama, kad žmogus sąmoningai įsisavintų, kas ir kokio reikšmingumo yra sveikata.

- Pažinimo siekinys suteikia specifinės informacijos apie sveikatą, kurią galbūt žmogus jau žino, bet sunkiai supranta. Į šią kategoriją įeina anksčiau minėti pažinimo tikslai.

- Savęs supratimo siekinys padeda žmonėms suvokti, kas jiems iš tikrųjų yra. Šioje kategorijoje yra visi jutimo tikslai, susiję su jutimų tyrimu bei asmeniniais žmonių jausmais sveikatos klausimais.

- Požiūrio siekinio grupėje yra jutimo tikslai, kuriais siekiama pakeisti tai, ką žmonės jaučia ir kuo tiki.

- Sprendimo siekiniai – tai pažinimo ir jutimo tikslai, kuriais yra siekiama nuspręsti, kaip išsaugoti ir gerinti sveikatą ateityje.

- Įpročio siekinys formuoja įgūdžius, kurie yra susiję su realia veikla, kuri turi įtakos žmonių sveikatai.

- Socialiniai siekiniai – fizinės ir socialinės veiklos pakeitimas tam, kad žmogus galėtų sveikiau gyventi.

Žmogaus elgesys ir požiūris dažnai nesutampa, be to, yra svarbu žinoti ir tai, kad skirtingiems žmonėms tinka kiti tikslai. Sveikatos mokymas apima ne tik fizinę, bet ir protinę bei emocinę žmogaus sveikatą.

Sveikatos edukologui yra svarbu žinoti, kad sveikatos mokymas (Sajienė, 2003; Jankauskienė, Pečiūra, 2007):

- yra susijęs su žmogumi ir apima fizinius, protinius, socialinius, emocinius, dvasinius bei visuomeninius aspektus;

- trunka visą gyvenimą ir padeda prisitaikyti prie besikeičiančių gyvenimo laikotarpių bei sąlygų;

- yra reikalingas visiems žmonėms – ir sveikiems, ir sunkiai sergantiems;

- skirtas individams, šeimoms, grupėms ir visuomenei;

- vienas iš pagrindinių tikslų yra išmokyti žmones, kad jie galėtų patys sau padėti, sau ir kitiems sukurtų sveikesnes gyvenimo sąlygas;

- naudojant įvairius metodus, apima formalų ir neformalų mokymą;

- turi daugelį tikslų: socialinį, informacijos, įpročių ir požiūrių keitimą.

Sveikatos mokymas yra vienas svarbiausių sveikatos edukologo uždavinių. Sveikatos edukologai nėra vieninteliai sveikatos priežiūros specialistai, atsakingi už sveikatos stiprinimą ir mokymą. Kartu turėtų dirbti kitos grupės bei specialistai. Mokyti pacientą yra profilaktinė (prevencinė) veikla.

Sveikatos edukologai naudoja duomenis apie bendruomenės sveikatą, nustato sveikatos problemas ir kelia sveikatos mokymo tikslus, pasižymi, kas gali trukdyti įgyvendinti planą, kokie veiksniai padės įgyvendinti tikslą, kokie šaltiniai tam asmeniui yra prieinami. Taip pat sveikatos edukologas apgalvoja mokymo vietą, auditoriją, naudojamus šaltinius, apibūdina kaip dirbs, kokį naudos mokymo metodą. Pagal bendruomenės narių sveikatos išmanymą sveikats edukologas pasirenka tinkamą mokymo būdą, planuoja tą mokymą, jį atlieka ir vertina teigia Sajienė (2003).

Sveikatos mokymas – tai ne vien tik vieno žmogaus darbas su kitu žmogumi, bet gali būti atliekamas dirbant grupėse. Dirbti grupėmis yra naudinga, kai sveikatos edukologas nori suteikti asmenims daugiau žinių, padėti jiems išsiaiškinti jų supratimą bei požiūrius ir apsispręsti. Tai padeda žmonėms, kurie koku nors būdu mėgina pakeisti savo įpročius.

Sveikatos mokymas yra svarbus sveikatos edukologo darbo aspektas, kuris remiasi savanoriškais pokyčiais. O normos verčia laikytis patvirtintų taisyklių ir yra efektyvios tik tuomet, kai taikomos kartu su kontrole ir nuobaudomis teigia Javtokas (2009).

Sveikatos stiprinimo veikloje yra svarbu ne tik mokyti bendruomenės narius, bet ir juos ugdyti.

### ***1.3.2. Sveikatos ugdymas.***

Pasak Šveikausko (2008) PSO sveikatos ugdymą apibūdina kaip procesą, kuris padeda asmenims ir bendruomenėms daugiau rūpintis savo sveikata ir ją gerinti, didinti sveikatą lemiančių veiksnių kontrolę. Pagrindinės sveikatos ugdymo kryptys yra: žalingų priklausomybių prevencija; sveika mityba ir burnos higiena; arterinės hipertenzijos prevencija; fizinis aktyvumas ir grūdinimas; streso kontrolė, psichikos sveikatos stiprinimas; saugi aplinka; asmens higiena; lytinis auklėjimas; ligų ir traumų prevencija: širdies, vėžio, lytiškai plintančių ligų, ir AIDS, infekcinių ligų, dantų. Eduonies teigia Mažionienė (2011), o anot Liepinytės-Medeikės (2008) sveikatos ugdymo tikslai yra: skatinti sveiką gyvenimą lemiantį elgesį; kurti saugią ir sveiką bendruomenę, šeimą; tobulinti asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros sistemas bei mažinti ligų ir sveikatos sutrikimų atvejų skaičių ir plėtoti profilaktiką.

Tarptautinių žodžių žodyne (2001) terminas edukacinis reiškia auklėjamasis, lavinamasis, šviečiamasis, tačiau, ugdymo sąveikos apimtis didelė ir ugdytojo veiklos plotmėje yra išskiriamos

ne tik švietimo, lavinimo, auklėjimo, bet ir mokymo, formavimo bei kitos sudėtinės ugdymo funkcijos. Pasak Jovaišo (1993; 1996; 2001) ugdymas apima:

- *Švietimą*, kuris apima informacijos perdavimo, priėmimo ir grįžtamųjų ryšių organizavimą. Švietimo funkciją apibūdinanti sąvoka yra sveikatos švietimas, į kurią įeina ir visapusiškas informavimas apie sveikatą, profilaktiką, neišskiriant nei metodų, nei vykdytojų. Informuojant bendruomenę apie teigiamus ir neigiamus sveikatai veiksnius, švietimas gali būti skirtas pavieniems asmenims ir grupėms, įstaigoms ar visai bendruomenei. Svarbiausia, jog perteikiama informacija suteiktų kokių nors žinių, nurodytų, kaip reikia elgtis, padėtų susidaryti nuomonę. Tikimasi, kad turėdamas žinių, kiekvienas žmogus pats imsis atsakomybės už savo sveikatą (Bydam, 2000). Edukologijos literatūra švietimą suvokia kaip pagrindinę ugdymo funkciją (Šveikauskas, 2008).

- *Lavinimą*, jis apima psichinių galių ir praktinių mokėjimų bei įgūdžių plėtojimą. Skatinant žmogaus psichinę raidą yra lavinami žmogaus jausmai, valia, charakteris, o tuo pačiu ir gebėjimai.

- *Auklėjimą*, kuris apima žmogaus socialinės sąmonės ir elgsenos formavimąsi pageidaujama linkme skatinimą. Tai yra sudėtingas procesas, kuris susijęs su siekiu pakeisti nepriimtinas nuostatas, nes norint pakeisti elgseną, reikia stengtis, kad žmogus visų pirma suabejotų nuostatomis, kuriomis ji yra pagrįsta.

- *Mokymą* – pagalba ir vadovavimas asmens ar grupių mokymuisi ir išmokimui, kuris apima mokymosi motyvacijos formavimą ir kryptingą, planingą ir sistemingą ugdomosios veiklos organizavimą, kuriai vadovauja ugdytojas. Būtent organizuotumu, kryptingumu ir sistemingumu ji skiriasi nuo kitų ugdymo funkcijų. Sveikatos edukologas turi organizuoti ir įgyvendinti sveikatos programas, nukreiptas prieš žalingus įpročius, nesveiką gyvenimo būdą, rūpintis įvairių ligų profilaktikos ir kitomis programomis. Mokymo funkcija gali būti realizuojama mokant įvairaus amžiaus žmones, grupes, bendruomenę kaip saugoti ir prižiūrėti sveikatą.

- *Formavimą*, kuris apima įgūdžių ir įpročių formavimą, nuostatų sveikatos ir gyvenimo būdo atžvilgiu keitimą, sąmoningo žmonių požiūrio į ryšius ir dėsningumus tarp gyvenimo būdo, gyvenimo sąlygų ir ligų atsiradimo formavimą, teigia ir Sajienė (2003).

Šios ugdymo funkcijos viena su kita yra glaudžiai susijusios – švietimas yra vykdomas mokant, mokymo paskirtis yra ne tik išmokyti, bet ir lavinti, auklėti, o auklėjimo paskirtis ne tik perteikti ugdytiniam vertybes, bet pagal jas formuoti ir jų elgesį, asmenybę (Mažionienė, 2011).

Trumpai tariant sveikatos ugdymas yra kryptingos ir sąmoningos pastangos gilinti žinias apie sveikatos tausojimo ir stiprinimo būdus, ugdyti sveikos gyvensenos įgūdžius. Sveikatos ugdymas yra platesnis ir gilesnis procesas negu sveikatos mokymas. Sveikatos mokymas suteikia žinių apie sveikatą, o ugdymas, be žinių, dar siekia išugdyti sveikos gyvensenos įpročius, pakeisti požiūrį ir



elgseną. Sveikatos ugdymas yra viena svarbiausių sveikatos stiprinimo grandžių, kuri yra glaudžiai susijusi su ligų profilaktika.

Bendruomenės narių sveikatos gerėjimo veikloje svarbią vietą užima ne tik sveikatos mokymas ar ugdymas, bet ir sveikatos stiprinimas

### **1.3.3. Sveikatos stiprinimas.**

Pasaulinė sveikatos organizacija sveikatos stiprinimą apibūdina kaip procesą, kuris teikia žmonėms daugiau galimybių rūpintis savo sveikata ir ją gerinti. Sveikatos stiprinimas yra pagrindinė priemonė šiuolaikinėms visuomenės sveikatos problemoms spręsti. Modernioji visuomenės sveikatos priežiūra vis labiau yra orientuojama į sveikatos stiprinimą, nes sveikatos stiprinimas yra vienas efektyviausių būdų, įgalinančių pakeisti gyventojų elgseną, kurti socialinės aplinkos sąlygas sveikatai stiprinti bei našiai ir kūrybingai dirbti. Sveikatos stiprinimas atveria naują visuomenės sveikatos veiklos erą klestinčiai ir lygiateisei visuomenei kurti (Liepinytė – Medeikė, 2008; Javtokas, 2009;).

Kalėdienė, Petrauskienė, Rimpelė (1999) teigia, jog dabartinė sveikatos priežiūros sistema neužtikrina, kad visi asmens sveikatos priežiūros įstaigų: pirminės sveikatos priežiūros centrų, šeimos gydytojų kabinetų ir kitų įstaigų pacientai, turėtų galimybę įgyti sveikatos žinių ir įgūdžių, kurie yra reikalingi jų sveikatos stiprinimo potencialui realizuoti. Dažnas sergamumas lėtinėmis ligomis ir dėl jų ištikusios ankstyvos mirtys dažniausiai yra netikusios gyvenosenos bei sveikatą žalojančios aplinkos padariniai.

Tai, kad sveikatos stiprinimas yra platesnė sąvoka nei ligonių gydymas, suprato jau Lietuvos medicinos patriarchai – dr. J. Basanavičius, prof. V. Lašas, prof. P. Mažylis, prof. A. Domaševičius, prof. V. Kviklys. Suomijos pavyzdys įrodė, kad, pradėjus plačią sveikatos kampaniją prieš rūkymą, ėmus žmones mokyti sveikai maitintis, būti fiziškai aktyvius, normalizuoti padidėjusį kraujospūdį, per 20 metų keletą kartų sumažėjo mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų. Švedų mokslininkai apskaičiavo, kad investavus vieną milijoną kronų (470 tūkst. litų) į širdies persodinimo operaciją galima „laimėti“ penkerius gyvenimo metus, o investavus šią sumą į pacientų mokymą – 74 metus. JAV atliktų tyrimų duomenimis, gydytojo patarimo pacientui mesti rūkyti ekonominis efektas yra nuo 705 iki 2058 JAV dolerių (už išgelbėtus gyvenimo metus). PSO duomenimis, prevencijos priemonės, skirtos gyventojų požiūriui į sveikatos veiksnius formuoti, gali 5 metais pailginti jų sveiko gyvenimo trukmę, teigia Javtokas (2009).

Anot Javtoko (2009) daugelyje pasaulio šalių sveikatos priežiūros įstaigų yra patvirtintos pacientų mokymo rekomendacijos. Pacientams yra ne tik suteikiama informacija apie ligą bei pasakoma diagnozė, bet ir yra aiškinama, kaip reikia stiprinti ir saugoti sveikatą. Šitaip yra

plėtojamas aktyvaus paciento dalyvavimo sveikatinimo procese modelis. Jo centre yra ne medikas, o pacientas, kuris sirgdamas lėtine liga pats turi keisti gyvenimo būdą bei laikytis tam tikro režimo.

Pasak Javtoko (2009) sveikatos stiprinimas Lietuvoje turi tvirtus pamatus. Yra nemažai sveikos gyvensenos propagavimo, sergančiųjų įvairiomis ligomis klubų, draugijų ir kitų nevyriausybinių organizacijų. Veikia daugiau nei 100 organizacijų ir įstaigų, kurios užsiima sveikatos mokymo bei ligų prevencijos veikla. Lietuvoje yra nemažai sveikatą stiprinančių institucijų: darželių, mokyklų, miestų, ligoninių. Šiose įstaigose žmonės yra mokomi sveikatos, savikontrolės metodų, vykdomi žalingų įpročių prevencijos projektai, organizuojami seminarai, konferencijos, kuriuose pristatomi ir aptariami efektyviausi projektai taip pat ir dalijamasi darbo patirtimi. Taip pat yra sukurta sveikatos stiprinimo technologijų ir jų diegimo metodų, skirtų padėti žmonėms geriau rūpintis savo sveikata, motyvuoti juos keisti elgseną ir siekti sveikesnės gyvensenos.

Vienas iš išskirtinių šiuolaikinės sampratos bruožų yra visuomenės, jos struktūrų, bei individų atsakomybė už savo ir kitų sveikatą bei aktyvus dalyvavimas sprendžiant kitų ir savo sveikatos problemas. Šis bruožas papildoma holistinės sveikatos sampratą ir parodo, kad žmonės turi neišsenkamų galimybių stiprinti savo sveikatą (Liepinytė – Medeikė, 2008).

Sveikatos stiprinimo veiklos sferos yra šios (Kalėdienė, Petrauskienė, Rimpelė, 1999):

- Aplinka padedanti gerinti žmonių sveikatą.
- Bendruomenės įtraukimas į sveikatos stiprinimą.
- Visuomenės politika padedanti stiprinti sveikatą.
- Individualios sveikatos stiprinimas bei sveikatos įgūdžiai.
- Sveikatos priežiūros tarnybų orientavimas į ligų profilaktiką ir sveikatos stiprinimą

Sveikatos stiprinimo strategija yra pagrįsta atsakymu į klausimą, kur sukuriama sveikata? Sveikatą kuria ir ją palaiko žmonės savo kasdienio gyvenimo aplinkoje, kurioje jie mokosi, dirba, linksminasi ir myli. Sveikata sukuriama rūpinantis savimi ir kitais, sugebant priimti sprendimus, kontroliuojant savo gyvenimo aplinkybes ir garantuojant, kad visuomenė, kurioje žmogus gyvena, suteiktų sąlygas, kurios užtikrintų visų savo narių sveikatą (Otavos chartija, 1986).

Apibendrinant literatūros analizę galima teigti, jog:

- Kiekvieno žmogaus samprata apie sveikatą yra skirtinga, taip pat sveikatos samprata priklauso nuo įvairių aspektų, kurie diktuoja vienokią ar kitokią požiūrį į sveikatą. Visais laikais žmonės turėjo problemų susijusių su sveikata. Šiuo laikotarpiu vyrauja lėtinės neinfekcinės ligos.
- Sveikata yra įtakojama įvairių veiksnių: paveldimumo, aplinkos, gyvenimo būdo, medicinos. Bet labiausiai sveikatos būklę lemia kiekvieno žmogaus pasirinktas gyvenimo būdas, net 50 %.

- Rizikos veiksnių yra 2 grupės: modifikuojamus veiksnius galima paveikti siekiant sveikatos gerinimo, o nemodifikuojamų – negalima.
- Žmonių elgesys ir gyvenimo būdas priklauso nuo daugelio veiksnių, kurie teigiamai ar neigiamai įtakoja sveikatą.
- Su maistu žmogus turi gauti visų organizmui reikalingų medžiagų ir jų santykis turi būti subalansuotas, nes netinkamai maitinantis, šis santykis sutrinka, o tuomet žmogus turi įvairių sveikatos problemų. Lietuvoje yra paplitusios lėtinės ligos, kurių išsivystymą įtakoja mityba.
- Mažas fizinis aktyvumas yra vienas iš šiuolaikinės žmonių gyvensenos bruožų. Pakankamas fizinis aktyvumas teigiamai veikia sveikatą, mažina lėtinių ligų riziką. Lietuvos gyventojų fizinis aktyvumas yra nepakankamas: tik 15,9 % vyrų ir 13,1 % moterų kiekvieną dieną mankština.
- Rūkymas yra viena iš pagrindinių sergamumo ir priešlaikinio mirtingumo priežasčių. Tabako vartojimas lemia įvairių ligų išsivystymą. Nuo rūkymo sukeltų ligų Lietuvoje kasmet prieš laiką miršta daugiau kaip 7 tūkstančiai gyventojų. Daugėja rūkančių žmonių, tai įtakoja žemas žmonių išsilavinimas.
- Alkoholis yra plačiai paplitęs visame pasaulyje. Jis žmogaus sveikatą veikia įvairiai: ne tik raminančiai, stimuliuojančiai, bet ir sukelia rimtų sveikatos sutrikimų, kartais net mirtį. Alkoholinių gėrimų vartojimo įprotis bei dažnis priklauso nuo gyventojų lyties, amžiaus, gyvenamosios vietos, išsilavinimo.
- Pripratimas prie narkotinių medžiagų vartojimo šiuolaikinėje visuomenėje tampa vis svarbesniu sveikatą žalojančiu veiksniumi. Narkotikų vartojimo pasekmės yra skaudžios: visiškai suardyta sveikatą, invalidumas ar net mirtis. Kiekvienais metais vis daugiau yra užregistruojama asmenų sergančių narkomanija.
- Kiekvienas žmogus stresą išgyvena ir jį vertina individualiai. Ilgą laiką trunkantis stresas gali būti rimtų ligų priežastis. Dėl streso prasideda net 80 % visų ligų.
- Sveikatos stiprinimas tai procesas, kurio metu yra suteikiamos žmonėms įvairios galimybės rūpintis savo sveikata ir ją gerinti. Šio proceso metu yra padedama žmonėms keisti savo gyvenseną ir siekti optimalios sveikatos būklės. Sveikatos edukologų veikla yra labai svarbi sveikatos stiprinimo procese. Yra įvairių modelių skirtų stiprinti sveikatą. Naujausias iš jų – salutogenezės teorija ir salutogeninis sveikatos stiprinimo modelis, kuris orientuoja į individo bendrųjų atsparumo išteklių panaudojimą.
- Sveikatos mokymas yra pagrindinė sveikatos stiprinimo priemonė, kurio tikslas yra ugdyti elgesį, požiūrį į vertybes, formuojančias ne tik individo, bet ir visos visuomenės sveikos gyvensenos pamatus. Sveikatos edukologas mokantis sveikatos siekia: žmogaus sąmoningumo apie sveikatą,

suteikia įvairios informacijos sveikatos klausimais, padeda žmonėms suvokti kas iš tikrųjų jiems yra, siekia pakeisti požiūrį į sveikatą ir t.t. Sveikatos mokymas apima ne tik fizinę, bet ir protinę bei emocinę žmogaus sveikatą.

- Sveikatos ugdymas tai kryptingos ir sąmoningos pastangos gilinti žinias apie sveikatos tausojimą bei jos stiprinimo būdus taip pat ugdyti sveikos gyvensenos įgūdžius. Sveikatos ugdymas, be žinių, dar siekia išugdyti sveikos gyvensenos įpročius, pakeisti požiūrį ir elgseną. Sveikatos edukologų veiklos pagrindinės sveikatos ugdymo kryptys yra: žalingų priklausomybių prevencija; sveika mityba; fizinis aktyvumas ir grūdinimas; streso kontrolė ir kita.

- Sveikatos stiprinimas yra pagrindinė priemonė šiuolaikinėms visuomenės sveikatos problemoms spręsti. Modernioji visuomenės sveikatos priežiūra vis labiau yra orientuojama į sveikatos stiprinimą, nes sveikatos stiprinimas yra vienas efektyviausių būdų, įgalinančių pakeisti gyventojų elgseną, kurti socialinės aplinkos sąlygas sveikatai stiprinti, našiai ir kūrybingai dirbti. Sveikatos stiprinimas Lietuvoje turi tvirtus pamatus. Lietuvoje yra nemažai sveikatą stiprinančių institucijų: darželių, mokyklų, miestų. Vienas iš išskirtinių šiuolaikinės sampratos bruožų yra visuomenės, jos struktūrų, bei individų atsakomybė už savo ir kitų sveikatą bei aktyvus dalyvavimas sprendžiant kitų ir savo sveikatos problemas.

## 2 skyrius. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

### 2. 1. Tyrimo organizavimas, jo etapai ir naudoti metodai

Kiekybiniais tyrimo metodais yra apibūdinami metodai, kurių galutiniai tyrimo rezultatai išreiškiami skaičiais. Žydžiūnaitė (2007) teigia, jog „kiekybinių metodų klasifikacija gali būti įvairi, priklausomai nuo naudojamo specifinio matematinio aparato, funkcijų ir pačių metodų struktūros. Jie gali būti skirstomi į skaitmeninius ir neskaitmeninius, statistinius ir nestatistinius, parametrinės ir neparametrinės statistikos metodus ir t.t.“ Kiekybiniai tyrimo metodai padeda išsamiau ir tiksliau išnagrinėti dinامينius ir statistinius dėsningumus įvairiose veiklos srityse.

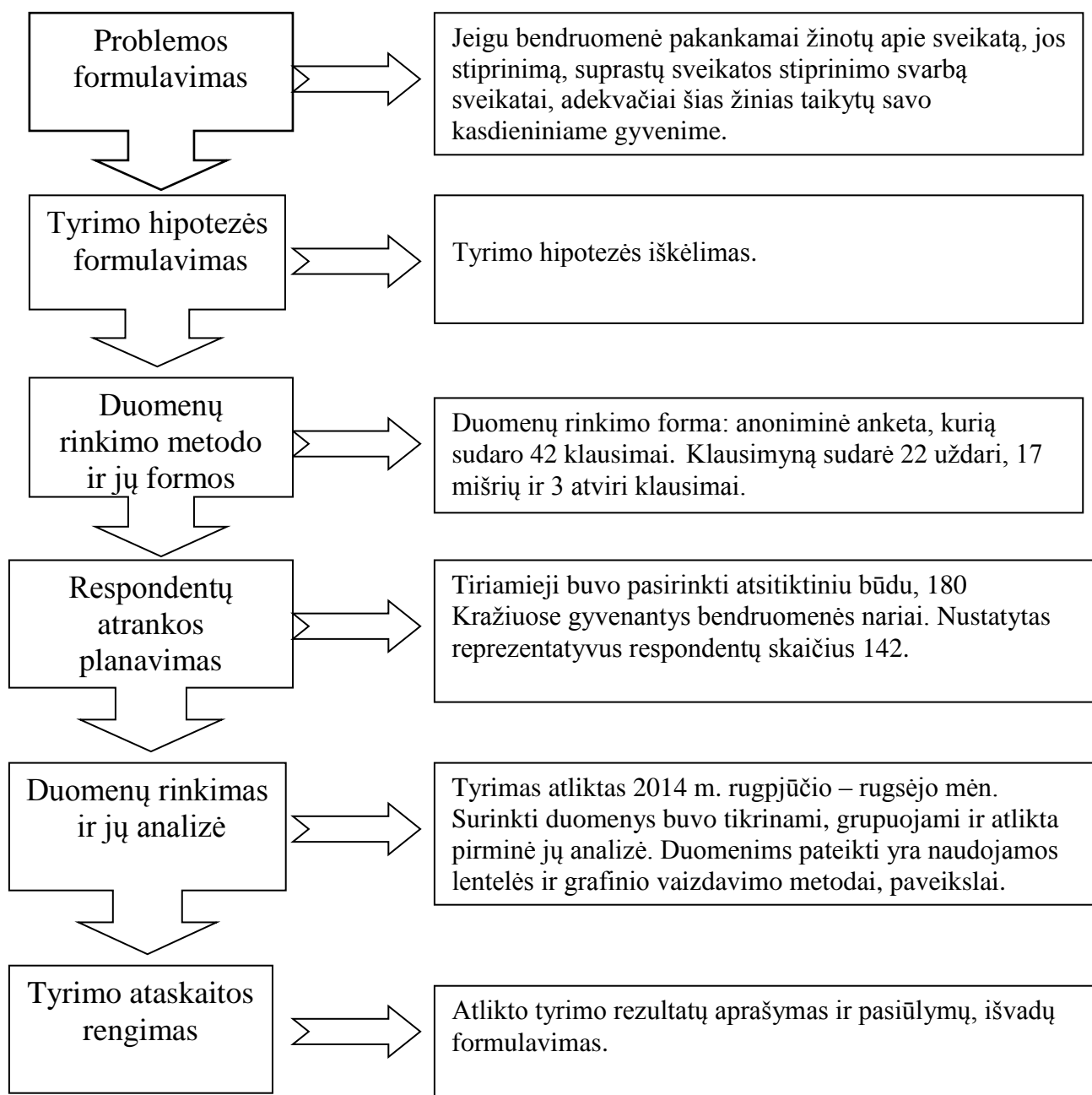
Kiekybinių tyrimų rezultatai yra gaunami skaičiais: procentais, statistiniais ryšiais ir panašiai, o kokybinių tyrimų rezultatai yra gaunami tekstu ir jis yra nagrinėjamas, teigia Tidikis (2003). Iškeltam tikslui pasiekti buvo parengta anketa (žr. PRIEDAS Nr. 1). Anketa tai yra labai patogus ir plačiai naudojamas pirminių duomenų rinkimo būdas. Tai yra klausimynas, kuris naudojamas tyrimo duomenų rinkimo tikslais. Anketa yra aiški, nedviprasmiška bei patikima. Kartu ji skatina respondento norą bendradarbiauti bei kuo teisingiau atsakinėti (Kardelis, 2002).

Anketai sudaryti yra keliami daug įvairių reikalavimų ir rekomendacijų, į kurias tyrėjas privalo atsižvelgti, teigia Kardelis (2002). Pirmiausia anketoje yra pateikta logiškai suformuluota motyvacija, kodėl yra atliekamas tyrimas, o po to pateikiama trumpa anketos užpildymo instrukcija. Sudaryti klausimai yra konkretūs, o atsakymų variantai suprantami, kad atsakydamas respondentas turėtų panaudoti tik minimalias pastangas. Anketa yra sudaryta taip, kad kuo mažiau respondentui reikėtų rašyti taip pat kad būtų išlaikytas anonimiškumas. Joje atsiskleidžia tyrimo tikslai ir uždaviniai, o klausimai yra išdėstyti laikantis nustatytų reikalavimų. Pirmiausiai yra sudaryti klausimai, kurie skirti surinkti pagrindinę, o vėliau – klasifikavimo informaciją. Klasifikavimo informaciją sudaro įvairios demografinės charakteristikos, o pagrindinės informacijos klausimus iš pradžių sudaro bendro pobūdžio klausimai ir po to pereinama prie specifinių klausimų. Prieš pateikiant pirmą klausimą, respondentui buvo pristatoma tyrėja ir tyrimo tikslas, užtikrinama, kad anketa yra anoniminė ir yra nurodoma anketos pildymo tvarka. Anketos pabaigoje yra padėkojama respondentams už bendradarbiavimą.

Anketą sudaro 42 klausimai, kuriuos parengė pats darbo autorius. Klausimyną sudarė 22 uždari klausimai, t.y. visiems klausimams pateikti atsakymų variantai, iš kurių respondentas išsirinko ir pažymėjo jam tinkantį ar keletą tinkančių atsakymų, 17 mišrių klausimų, kur prie pateiktų atsakymų respondentas galėjo įrašyti kitą variantą ar savo nuomonę ir 3 klausimai atviri, į kuriuos respondentai patys parašė savo atsakymus. Antroji - duomenys apie respondentus. Pirmoje

anketos dalyje yra klausimai, kurių atsakymai parodo respondento požiūrį į sveiką gyvenimą antroji – sveikatos vertinimą. Anketos trečioji dalis yra skirta žinioms apie sveikatos stiprinimą išsiaiškinti, o ketvirtoje dalyje nagrinėjama sveikatos edukologo veikla. Reikia paminėti, jog anketoje klausimai buvo formuluojami taip, kad leistų patvirtinti arba paneigti iškeltą hipotezę ir pasiekti tyrimo tikslą.

Atliekant tyrimą reikia laikytis tam tikro nuoseklumo, todėl buvo sudaryti vientisi ir tarpusavio priklausomybę turintys tyrimo proceso etapai (1 pav.), remtasi mokslinių tyrimų nagrinėjimo specialistais (Churchill, 1995; Pranulio, 1998; Dikčiaus, 2003; Kardelio, 2007; Luobikienės, 2008).



1 pav. Tyrimo proceso etapai (sudarė pats šio darbo autorius)

*Problemos išsiaiškinimas yra svarbiausias tyrimo etapas, nes jis turi lemiamą reikšmę visam tyrimui. Pranulis (1998) teigia, jog šiame etape yra būtina atsakyti į klausimus: ką reikia nustatyti tyrimu bei kokia informacija tam tikslui turi būti pateikta atliekant tyrimą. Svarbu yra paminėti, jog tyrimo problema turi apimti tyrimo tikslą ir hipotezės formulavimą. Taigi, jau buvo minėta, jog šio tyrimo tikslas yra įvertinti bendruomenės turimas žinias apie sveikatos stiprinimą.*

Iškeltai hipotezei patvirtinti arba paneigti yra naudojamas aprašomasis vienkartinis tyrimo tipas, nes tyrimas yra atliekamas tik 1 kartą, o tyrimo duomenys yra analizuojami naudojant koreliacijos koeficientą. Tad darbe iškelta hipotezė teigianti, kad Kražių bendruomenės nariai turi mažai informacijos apie gyvenimo būdo įtaką jų sveikatai, jos stiprinimui.

Jai patvirtinti arba paneigti naudojami 21 pav. pateikti veiksniai, veiksniai turintys įtakos sveikatai, jos stiprinimui lyties ir amžiaus atžvilgiu bei koreliacijos koeficientas.

Pasak Griniuvienės (2001) koreliacija tai yra 2 reiškinių (dviejų požymių) tarpusavio sąryšis. 1 lentelėje yra pateikiamos koreliacijos koeficiento reikšmės.

1 lentelė

#### Koreliacijos koeficiento reikšmės

| Koreliacijos koeficiento reikšmių skalė |        |          |          |              |            |              |         |           |        |              |
|---|--------|----------|----------|--------------|------------|--------------|---------|-----------|--------|--------------|
| Labai stipri                            | Stipri | Vidutinė | Silpna   | Labai silpna | Nėra ryšio | Labai silpna | Silpna  | Vidutinė  | Stipri | Labai stipri |
| -1                                      | -1-0,7 | -0,7-0,5 | -0,5-0,2 | -0,2-0       | 0          | 0 - 0,2      | 0,2-0,5 | 0,5 - 0,7 | 0,7- 1 | +1           |

Anot Griniuvienės (2001) koreliacija yra statistinė priklausomybė, kuri neturi griežto funkcinio ryšio. Ji sieja 2 požymius, jeigu vienas priklauso nuo kito požymio ir nuo daugelio atsitiktinių veiksnių, todėl koreliacija pasireiškia tik vidutiniškai. Kaip matoma lentelėje koreliacijos koeficiento reikšmės tenkina nelygybę  $-1 \leq r \leq 1$ . Taigi kuo  $r$  reikšmė yra artimesnė vienetui, tuo stipresnė yra tiesinė koreliacija.

*Kitas tyrimo proceso etapas yra duomenų rinkimo metodo ir formos pasirinkimas. Kumar (2005) teigia, jog duomenų rinkimo metodų yra daug ir įvairių: dokumentai (pvz.: įstatymai ir t.t.), stebėjimas, klausimynas ar interviu. Svarbu yra paminėti, jog nei vienas iš duomenų rinkimo metodų nesuteikia 100 procentinio informacijos tikslumo ir patikimumo, nes surinktų duomenų kokybė priklauso nuo daugelio veiksnių.*

Tad bendruomenės žinių apie sveikatos stiprinimą analizei buvo naudota anketinė apklausa, kurios metu buvo apklausiami žmonės, kurie gyvena Kražiuose. Būtent apklausos metodas buvo pasirinktas dėl šių priežasčių (Dikčius, 2003):

- pateikti klausimai tam tikru nuoseklumu, o tai garantavo, kad kiekvienas respondentas gavo tokius pat atsakymo variantus;
- nesudėtinga duomenų analizė: pakankamai aukštas standartizavimo lygis leido sėkmingai atlikti duomenų analizę;
- galimybė rasti skirtumus tarp įvairių grupių: gauta informacija apie respondentą leido respondentus jungti į tam tikras grupes ir įvertinti skirtumus tarp grupių.

*Kitas tyrimo proceso etapas yra atrankos planavimas. Šį etapą sudaro atrankos būdo pasirinkimas ir imties dydžio nustatymas.*

## 2. 2. Tyrimo imtis

Imtis tai yra tyrimui atrinkta visumos dalis, kuri gali tinkamai ir pakankamai atstovauti visumai ir teikia reikalingą informaciją. Tinkamai atrinkta imtis ir iš jos surinkta informacija turi pakankamai tiksliai atspindėti visumą kuri yra tiriama ir būti naudojama tyrime. Imties atrinkimas nėra lengvas ir paprastas uždavinys.

Apklausiamų asmenų imčiai apskaičiuoti pasirinkau Dikčiaus (2003) formulę:

$$n = \frac{p(1-p)}{\left(\frac{e}{z}\right)^2 + \frac{p(1-p)}{N}}$$

n yra – reikiamas imties dydis;

z – standartinės paklaidos dydžio vienetas esant normaliam pasiskirstymui, kuris atitinka norimo patikimumo laipsnį: kai patikimumo laipsnis 95 %, z = 1,96, o kai patikimumo laipsnis yra 99 % z = 2,58;

e – atrankos klaida: maksimalus skirtumas tarp imties ir visumos proporcijų;

p – visumos proporcija, kuri atitinka tyrėją dominančias charakteristikas;

N – visumos dydis.

Tyrime buvo stengtasi gauti 95 % patikimumo laipsnį, norima klaida – 6 %, o proporcija –50 %.

Kražiuose gyvena 345 moterys, siekiant, kad duomenys būtų statistiškai patikimi turėjo dalyvauti:

$$n = \frac{0,25}{\left(\frac{0,08}{1,96}\right)^2 + \frac{0,25}{173}} = 81 \text{ respondentė}$$



Apklausti užtenka 81 Kražiuose gyvenančių respondentę, tačiau siekiant, jog duomenys būtų patikimesni, buvo apklausta 100 respondenčių.

Vyrų Kražiuose gyvena 204. Taigi apskaičiuota:

$$n = \frac{0,25}{\left(\frac{0,08}{1,96}\right)^2 + \frac{0,25}{102}} = 61 \text{ respondentas}$$

Apklausti užtenka 61 Kražiuose gyvenantį vyrą, tačiau siekiant, jog duomenys būtų patikimesni, buvo apklausta 80.

Šių skaičiavimų dėka išsiaiškinau, jog reikia apklausti 180 respondentų. Ir galima teigti, kad apskaičiuotas imties dydis reprezentuoja visumą.

*Kitas tyrimo proceso etapas yra duomenų rinkimas ir analizė.* Tyrimas atliktas 2014 m. rugpjūčio – rugsėjo mėnesiais, o surinkti pirminiai duomenys prieš atliekant jų detalią analizę buvo tikrinami ir grupuojami.

Visi surinkti tyrimo duomenys įvairių metodų pagalba: sintezės, palyginimo, apibendrinimo buvo siejami į visumą, lyginami su teoriniais aspektais ir daromos išvados. Patikrinus ir išanalizavus duomenis jie buvo tvarkomi Microsoft Office skaičiuokle MS Excel, o gautų rezultatų pateikimui buvo naudotos lentelės ir grafinio vaizdavimo metodai.

### 2. 3. Tyrimo rezultatų analizė ir interpretavimas

Tyrimo metu iš viso buvo išdalinta 210 anketų Kražių gyventojams. Atgal buvo gautos 195 anketos. O tyrime panaudoti 180 anketų duomenys, nes 15 anketų Kražių gyventojai užpildė nepilnai, todėl tos anketos tolimesnėje duomenų analizėje nedalyvavo. Iš viso tyrime dalyvavo šimtas moterų ir aštuoniasdešimt vyrų gyvenančių Kražiuose.

Žemiau yra pateikiami duomenys apie apklausoje dalyvavusius respondentus (žr. 2 lentelė).

2 lentelė

#### Apklausoje dalyvavusių respondentų duomenys, %.

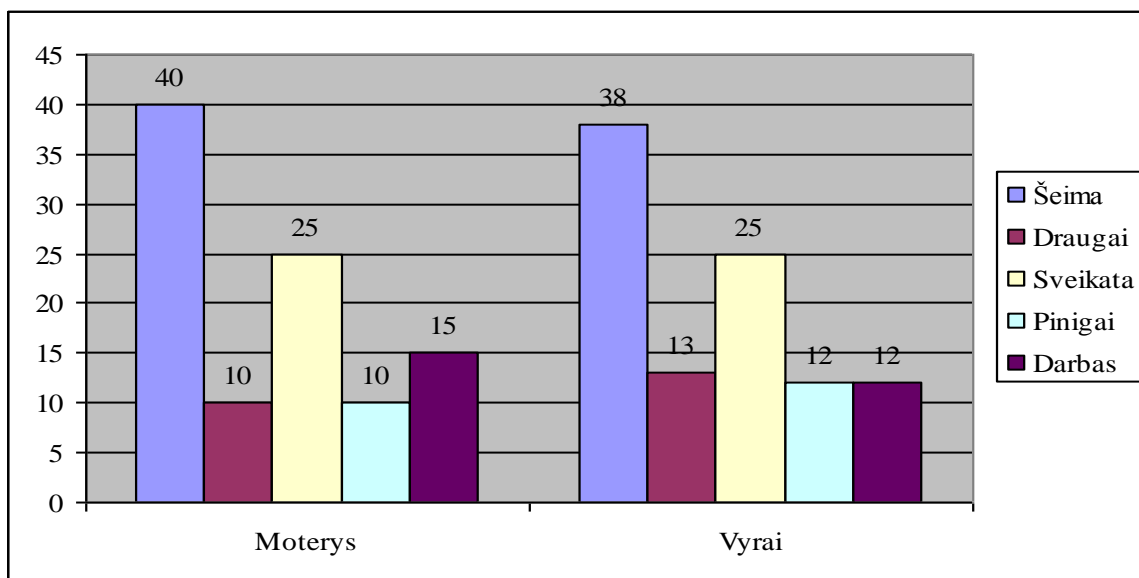
| <b>Lytis</b>  | <b>Respondentai</b> |
|---------------|---------------------|
| Moterys       | 55,6 %              |
| Vyrai         | 44,4 %              |
| Iš viso       | 100 %               |
| <b>Amžius</b> | <b>Respondentai</b> |
| 18-24 m.      | 5,5 %               |
| 25-44 m.      | 16,7 %              |
| 45-64 m.      | 11,1 %              |
| 65 ir vyresni | 66,7 %              |
| Iš viso       | 100 %               |

| Išsilavinimas   | Respondentai |
|-----------------|--------------|
| Pradinis        | 55,6 %       |
| Pagrindinis     | 11,1 %       |
| Vidurinis       | 11,1 %       |
| Aukštesnysis    | 16,7 %       |
| Aukštasis       | 5,5 %        |
| Iš viso         | 100 %        |
| Socialinė grupė | Respondentai |
| Tarnautojai     | 11,1 %       |
| Darbininkai     | 33,3 %       |
| Studentai       | 0 %          |
| Pensininkai     | 33,4 %       |
| Bedarbiai       | 22,2 %       |
| Iš viso         | 100 %        |

Visi respondentai buvo suskirstyti į 4 amžiaus grupes, ir kaip matome žiūrėdami į 2 lentelę, didžioji dalis, truputį daugiau kaip  $\frac{3}{4}$  respondentų yra vyresnio amžiaus, tai yra jų amžius svyruoja nuo 45 iki 65 ir vyresnių. Daugiausia respondentų, nurodė turintys pradinį išsilavinimą, aukštesnį išsilavinimą turėjo beveik  $\frac{2}{5}$  visų apklaustųjų ir tik maža dalis – aukštąjį. Po trečdalį respondentų priklauso darbininkų ir pensininkų socialinei grupei, o penktadalis – bedarbiai ir keletas tarnautojų.

### 2.3.1. Kražių bendruomenės gyvenimo vertinimas

Kalėdienė, Petrauskienė, Rimpelė (1999) teigia, kad šiuolaikinė visuomenė, susidurianti su daug socialinių problemų, sveikatos nelaiko svarbiausiu dalyku jų gyvenime.



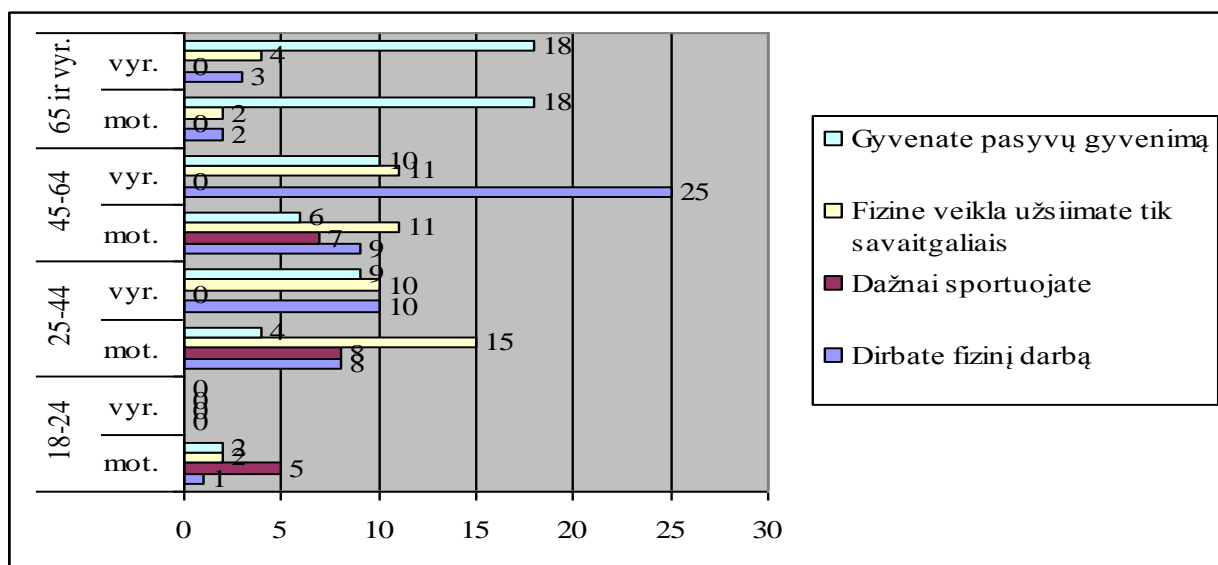
2. pav. Respondentų vertybių skalė pagal lytį, %

Analizuojant gyventojų vertybių skalę, išsiaiškinta, kad šiuolaikinės visuomenės gyvenime sveikata yra pakankamai reikšminga. Atlikto tyrimo duomenys parodė, kad  $\frac{3}{4}$  bendruomenės narių šeimą laiko svarbiausiu dalyku jų gyvenime, tiek vyrams tiek moterims ji yra svarbiausia,  $\frac{1}{2}$

apklaustųjų susumavus abiejų lyčių rezultatus – svarbi yra sveikata, o mažiausiai svarbūs – draugai, darbas ir pinigai. Taigi, kas antras bendruomenės narys nurodė, kad jiems labai svarbi yra sveikata.

Apibendrinus rezultatus galima teigti, kad bendruomenės nariams sveikata yra viena iš prioritetinių vertybių.

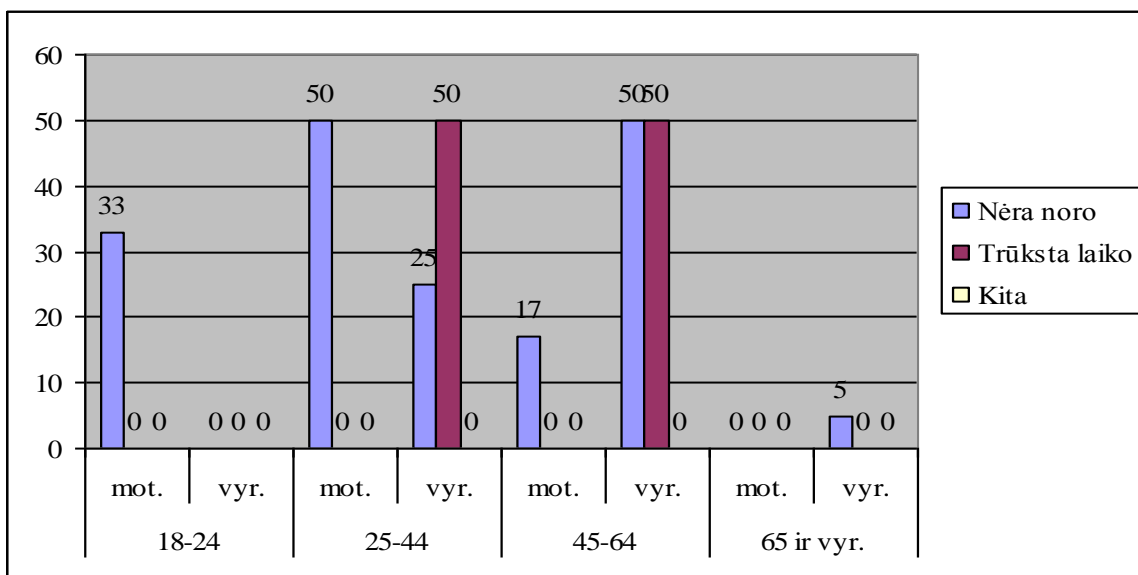
Toliau tyrime siekta išsiaiškinti pagrindinius sveikos gyvensenos elementus. Jankauskienė, Pečiūra (2007) teigia, kad nepakankamas fizinis aktyvumas yra būdingiausias šiuolaikinės žmonių gyvensenos bruožas. O pasak Proškusienės (2004) daugiau kaip 70 % suaugusių žmonių juda nepakankamai.



3 pav. Respondentų fizinio aktyvumo vertinimas pagal amžių ir lytį, %

Analizuojant bendruomenės fizinį aktyvumą nustatyta, kad beveik 3/4 abiejų lyčių respondentų gyvena pasyvų gyvenimą, daugiausiai taip teigė apie 1/3 moterų, kurių amžius svyruoja nuo 45-64 m. ir 1/3 vyrų – 65 ir vyresni. Šiek tiek daugiau kaip 1/2 dirba fizinį darbą (58,5%): penktadalis moterų ir trečdalis vyrų daugiausiai 45-64 m. ir fizine veikla užsiima tik savaitgaliais (56%): beveik trečdalis moterų daugiausiai 25-44 m. ir ketvirtadalis vyrų 45-64 m., o kas penkta 25-44 m. tiriamoji dažnai sportuoja. Tik 20% moterų teigė gyvenančios aktyvų gyvenimą, dažnai sportuojančios.

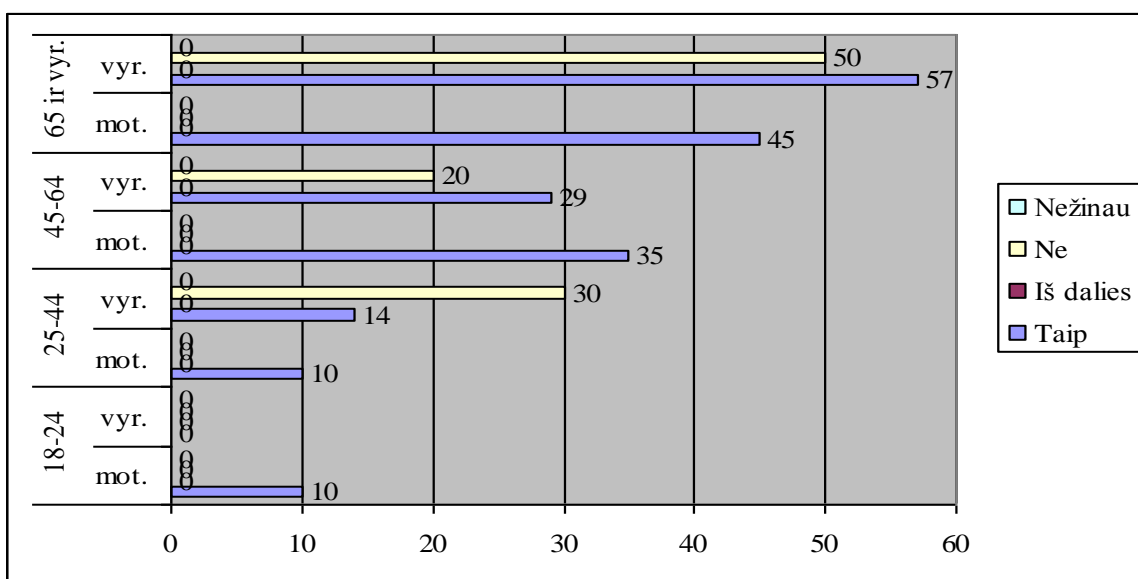
Apibendrinus gautus rezultatus galima teigti, jog dauguma abiejų lyčių bendruomenės narių yra fiziškai pasyvūs (67%), jiems būdingas pasyvus gyvenimo būdas. Gauti tyrimo duomenys yra panašūs su autorės duomenimis, kuri teigia, kad daugiau kaip 70 % žmonių juda nepakankamai.



4 pav. Tiriamųjų pasyvaus gyvenimo priežastys pagal amžių ir lytį, %

Buvo įdomu sužinoti, kokios yra šiuolaikinės visuomenės pasyvaus gyvenimo pagrindinės priežastys. Atlikus tyrimą paaiškėjo, kad apskritai trečdalis gyventojų neužsiima fizine veikla. Moterys nurodė tik vieną priežastį – nėra noro daugiausiai jų buvo 25-44 m., o vyrai – dvi (nėra noro ir trūksta laiko) jų daugiausiai buvo 25-44 ir 45-64 m. amžiaus. Taigi kas trečias respondentas teigė, kad tiesiog neturi poreikio gyventi fiziškai aktyvų gyvenimą.

Galima teigti, jog šios nurodytos priežastys akcentuoja tai, kad bendruomenės nariai tiesiog nežino fizinio aktyvumo įtakos sveikatai. Todėl sekančiu klausimu siekta išsiaiškinti tiriamųjų žinias apie fizinio aktyvumo įtaką sveikatai.

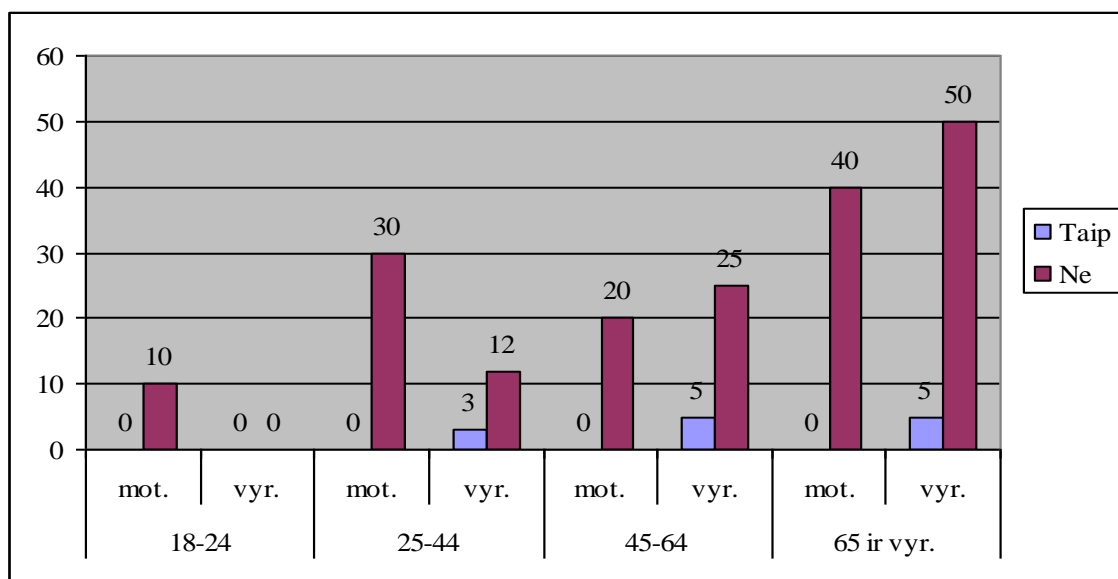


5 pav. Respondentų nuomonė apie fizinio aktyvumo teigiamą įtaką sveikatai pagal amžių ir lytį, %

Išanalizavus gautus duomenis, išsiaiškinta, jog beveik visi (94%) apklaustieji žino, jog fizinis aktyvumas teigiamai veikia sveikatą. Tik keletas (6%) respondentų mano, jog fizinis aktyvumas visiškai neturi įtakos sveikatai. Visos moterys buvo vieningos nuomonės visose amžiaus grupėse, 100% teigė, kad fizinis aktyvumas yra naudingas sveikatai, o keletas vyrų – neturi įtakos sveikatai, daugiausia jų buvo 45-64 m. amžiaus grupėje.

Apibendrinant galima pasakyti, jog ir įvairaus amžiaus ir skirtingos lyties apklaustieji vienodai vertina fizinio aktyvumo naudą sveikatai. Daugelis bendruomenės narių žino ir suvokia fizinio aktyvumo įtaką sveikatai, tačiau nevykdo. Siekiant, kad fizinis aktyvumas padidėtų reikia motyvuoti žmones būti fiziškai aktyvesniais.

Nepaisant tvirtų įrodymų apie rūkymo žalą sveikatai, tabako pramonė yra viena stipriausių pasaulyje, o rūkymas yra vienas iš labiausiai paplitusių sveikatai žalingų įpročių, teigia Kalėdienė, Petrauskienė, Rimpelė (1999).

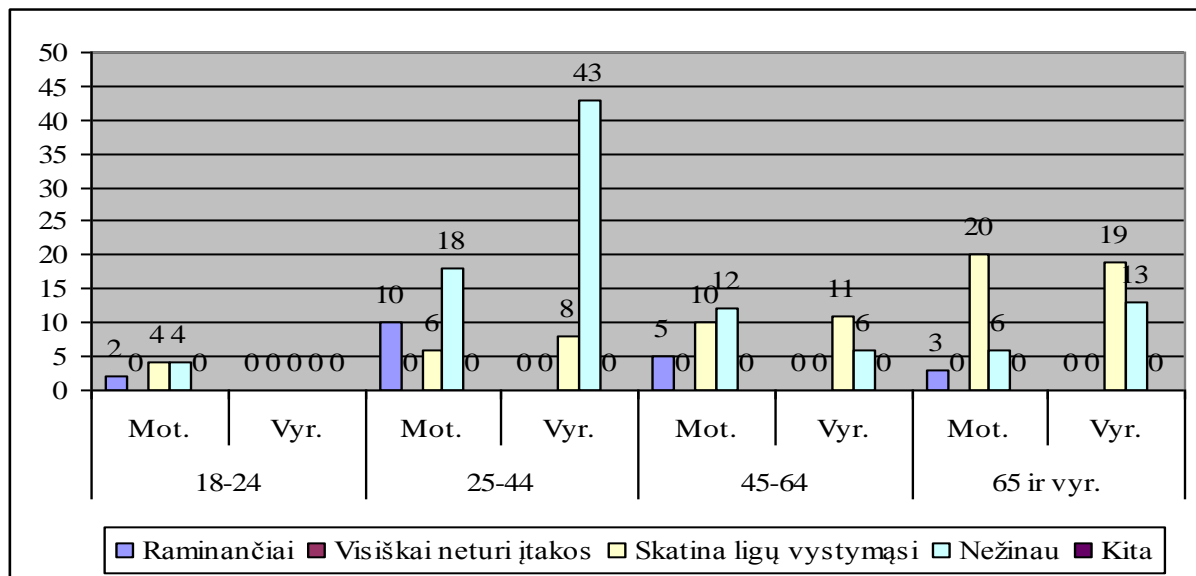


6 pav. Rūkymo paplitimas bendruomenėje, %

Grabauskas ir kt. Kauno medicinos universiteto mokslininkai atliko Lietuvos suaugusių žmonių gyvenimo tyrimą. 2012 m. apklausos rezultatai parodė, kad rūkančių žmonių yra 46 %. Tarp tyrime dalyvavusių asmenų rūkančių yra tik 6 %. Nė viena moteris nenurodė, jog rūko, o vyrų tarpe rūkančių yra 13 %, daugiausia jų pasiskirstė 45-64 ir 65 ir vyresni amžiaus grupėse. Tai yra puikūs duomenys, kurie rodo, jog didžioji dauguma (94%) žino apie rūkymo neigiamą įtaką sveikatai ir nepropaguoja šio žalingo įpročio.

Tyrimo rezultatai rodo, kad šis žalingas įprotis nevyrauja tarp bendruomenės narių, nes didžioji dauguma gyventojų nerūko.

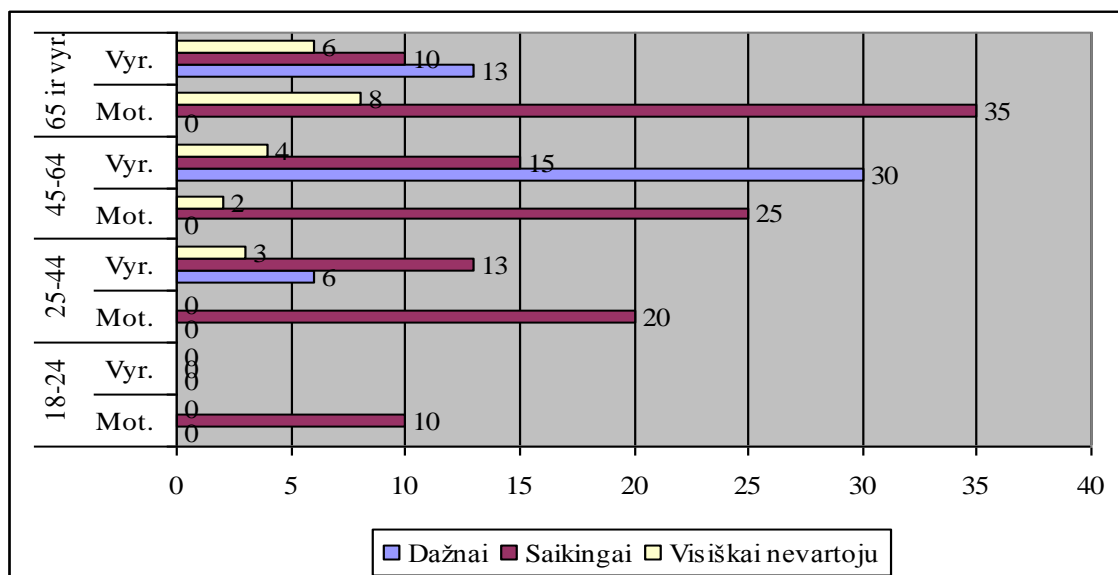
Jankauskienė, Pečiūra (2007) teigia, kad tabako vartojimas yra laikomas svarbiausiu šaltiniu šių ligų rizikos veiksniu: širdies ir kraujagyslių ligų, vėžio, kvėpavimo sistemos ligų ir t.t.



7 pav. Respondentų žinios apie rūkymo įtaką sveikatai pagal amžių ir lytį, %

Išanalizavus tyrimo duomenis paaiškėjo, jog šiek tiek daugiau kaip 1/3 tyrime dalyvavusių asmenų žino, kad rūkymas skatina ligų vystymąsi šį atsakymo variantą pasirinko truputį daugiau kaip trečdalis vyrų (38%) ir moterų (40%) priklausančių 65 ir vyresnių metų grupei, didžioji dalis apklaustųjų pasirinko atsakymą "nežinau": vyrų (62%), moterų (40%) priklausančių 25-44 m. amžiaus grupei, o penktadalis moterų – veikia raminančiai.

Apibendrinant galima pasakyti, jog bendruomenės nariai turi mažai žinių apie rūkymo įtaką sveikatai. Reikia suteikti jiems informacijos, apie šį žalingą veiksnių sveikatai.

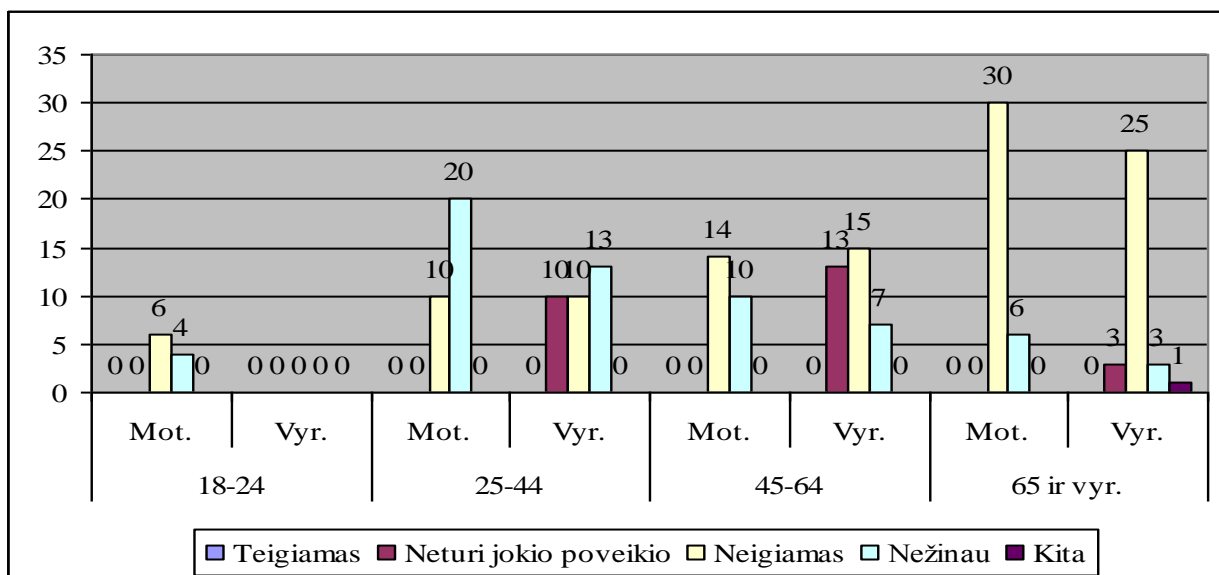


8 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal alkoholio vartojimą, %

Alkoholio vartojimas jau seniai yra viena iš pačių didžiausių žmonių problemų, rašė Mitienė (2001). Remiantis bendruomenės narių užpildytų anketų duomenimis, galima teigti, kad alkoholi dažnai vartoja beveik ½ apklaustųjų t.y. 49 % ir jie visi yra vyriškos lyties atstovai, daugiausia jų priklauso 45-64 m. amžiaus grupei, saikingai vartojančių – šiek tiek daugiau kaip trečdalis vyrų (38%) ir beveik visos moterys (90%) vyrų daugiausiai saikingai vartojančių yra 45-64 m. grupėje, o moterų 65 ir vyresnių bei 45-64 m. grupėse, o 10 % moterų ir 13 % vyrų - jo visiškai nevartoja.

Galima daryti išvadas, jog bendruomenėje vyrai piktnaudžiauja, o moterys nepiktnaudžiauja alkoholiu, jį vartoja saikingai. Tad yra būtina vyrus motyvuoti atsisakyti ar bent saikingai vartoti alkoholi, ugdyti šių asmenų požiūrį bei elgesį sveikatai naudinga linkme.

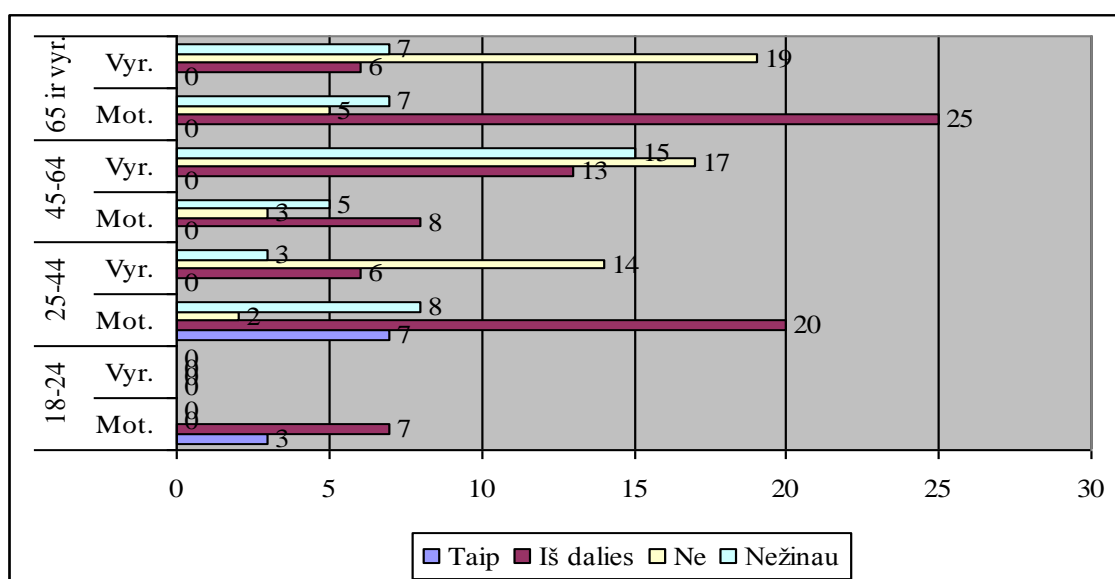
Mitienė (2001) teigia, kad daugelis gyventojų nesusimąsto, o kai kurie gal nežino, apie alkoholio daromą neigiamą įtaką jų sveikatai ir mato tik momentinius pakitimus - “apsinešimą”, apsvaigimą, “gerumo jausmą”.



9 pav. Respondentų žinios apie alkoholio įtaką sveikatai pagal amžių ir lytį, %

Tyrimo metu siekta išsiaiškinti bendruomenės narių žinias apie alkoholio įtaką sveikatai. Į klausimą "Koks alkoholio poveikis sveikatai?" respondentai atsakė taip: ½ apklaustų vyrų teigė, jog neigiamas, daugiausiai jų buvo 65 m. ir vyresnio amžiaus taip pat ir moterys teigė, jog neigiamas – jų buvo daugiau nei ½ 65 m. ir vyresnio amžiaus. Kas antras vyras teigė, jog neturi jokio poveikio ir nežinojo koks alkoholio poveikis sveikatai atitinkamai 45-64 m. ir 25-44 m. amžiaus. O moterų nežinanančių buvo daugiau kaip trečdalis, daugiausiai 25-44 m. grupėje. Vienas apklaustas vyras pasirinko atsakymą „Kita“ ir teigė, jog truputį išgerti yra nieko blogo, gal net sveika.

Atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad net ½ apklaustų vyrų ir daugiau kaip 1/3 moterų žinios apie alkoholio poveikį yra blogos, jiems trūksta informacijos. Reikia bendruomenės nariams suteikti informacijos apie alkoholio neigiamą įtaką sveikatai.

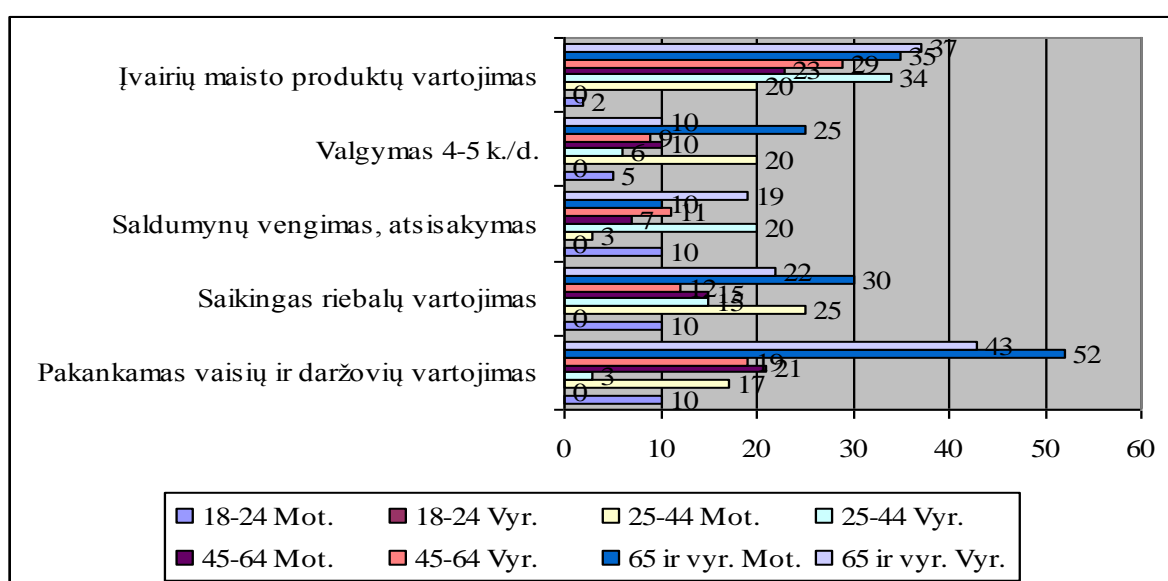


10 pav. Respondentų sveikos mitybos įpročiai, %



Kaip manote, ar Jūs sveikai maitinatės? Šis klausimas buvo užduotas siekiant išsiaiškinti bendruomenės narių nuomonę apie jų pačių mitybą. Tyrimo rezultatai parodė, kad beveik ½ respondentų iš dalies maitinasi sveikai, moterų daugiausiai 65 ir vyr. bei 25-44 m. amžiaus grupėse, o vyrai – 45-64 m. grupėje o labai maža dalis (10%) nurodė, jog maitinasi sveikai ir visos buvo moterys, kas trečias – nesveikai: moterų labai maža dalis, o vyrų net pusė.

Galima daryti išvadas jog, beveik pusė bendruomenės narių tik iš dalies maitinasi sveikai. Todėl yra būtina tiriamuosius motyvuoti maitintis sveikai, kad būtų išvengta ligų, kurias įtakoja mityba. Šiuo laikotarpiu yra būtina prevencija, kuri skatintų gyventojus kaip galima sveikiau maitintis.

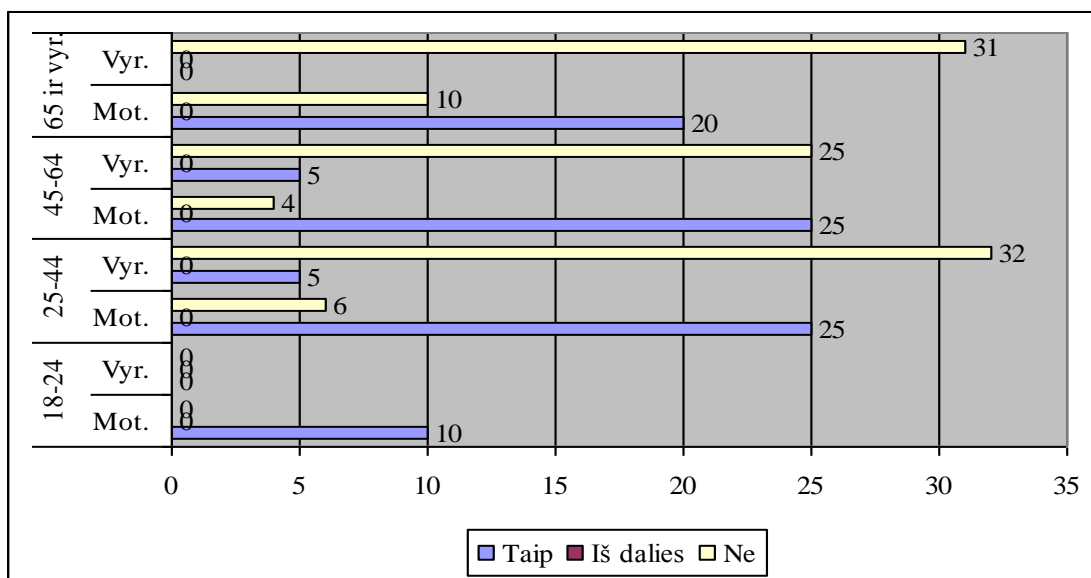


**11 pav.** Respondentų sveikos mitybos supratimas pagal amžių ir lytį, %

Analizuojant respondentų atsakymus į klausimą "Kaip Jūs manote, kas tai yra sveika mityba?" buvo galima pasirinkti keletą atsakymo variantų. Gauti tyrimo duomenys parodė, jog respondentai pasirinko du vyraujančius atsakymus. Visos moterys mano, jog sveika mityba yra neatsiejama nuo pakankamo vaisių ir daržovių vartojimo (100%) bei saikingo riebalų (80%) ir įvairių maisto produktų vartojimo (80%), o vyrai – įvairių maisto produktų (100%) ir pakankamas vaisių ir daržovių vartojimo (65%). Antroje vietoje liko „valgymas 4-5 k./d.“ (60%) ir „saldumynų vengimas, atsisakymas“ (30%) daugiausiai vyravo 65 ir vyresnių moterų atsakymai. Vyrams truputį mažiau sveika mityba asocijuojasi su saldumynų vengimu, atsisakymu (50%) ir saikingu riebalų vartojimu (49%) – atitinkamai 25-44 m. ir 65 m. ir vyresni daugiausiai rinkosi šiuos atsakymus. Trečioje vietoje moterų tarpe liko saldumynų vengimas, atsisakymas, (30%), o vyrų – valgymas 4-5 k./d. (25%).

Apibendrinant bendruomenės narių atsakymus, galima teigti, jog gyventojai turi pakankamai žinių ir jų suvokimas apie sveiką mitybą yra adekvatus.

O’Hanlon (1999), Proškusienė (2004) teigia, kad žmonės stresą išgyvena ir vertina individualiai.

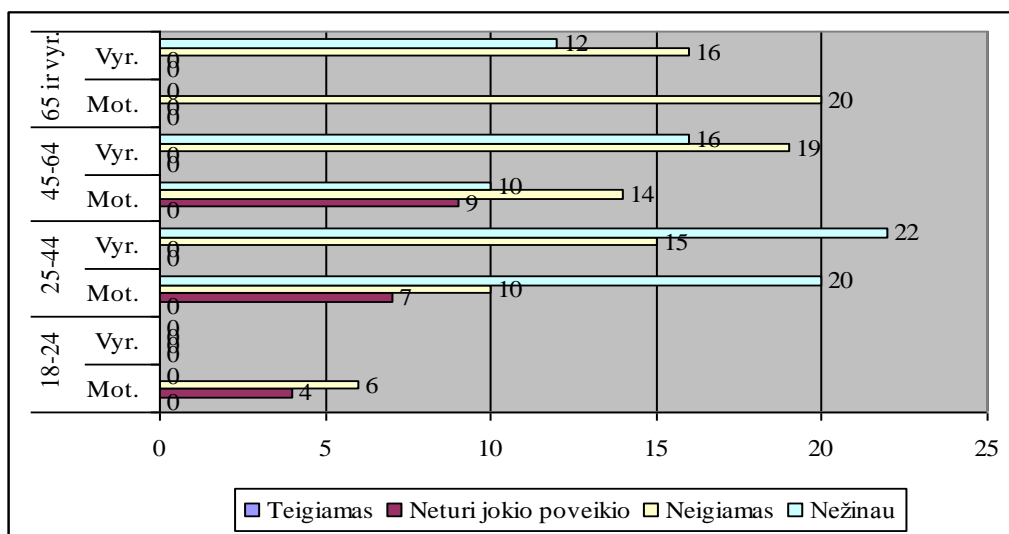


**12 pav.** Streso patyrimas, %

Išanalizavus tyrimo duomenis, nustatyta, kad beveik visi (92%) bendruomenės nariai yra patyrę stresą: moterų didžioji dalis 4/5, daugiausiai jų buvo 25-44 m. ir 45-64 m. amžiaus grupėse, o vyrų, tik kas aštuntas nurodė patyręs stresą 25-44 m. ir 45-64 m. amžiaus grupėse, o nepatyrusių streso vyrų buvo didžioji dalis, net kas septintas daugiausiai buvo 25-44 m. ir 65 ir vyresni amžiaus grupėse, nei moterų – tik kas penkta nurodė nepatyrusi streso, daugiausiai jų buvo 65 ir vyr. amžiaus grupėje.

Galima teigti, kad beveik visi bendruomenės nariai yra patyrę stresą. Taip pat galima pritarti autorių teiginiui, jog gyventojai stresą išgyvena ir jį vertina kiekvienas asmuo individualiai – buvo pasirinkti įvairūs atsakymo variantai.

Stresas gali būti rimtų ligų priežastis, teigia O’Hanlon (1999), Proškuvienė (2004).

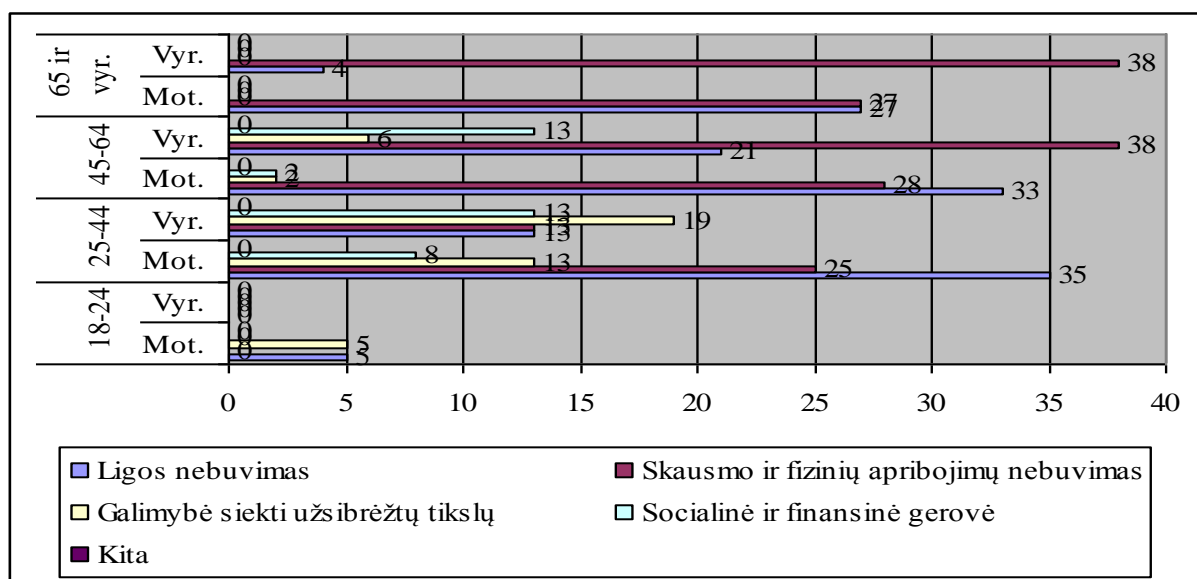


13 pav. Respondentų nuomonė apie streso poveikį sveikatai pagal amžių ir lytį, %

Kaip manote, koks yra streso poveikis sveikatai? Šio klausimo pagalba siekta išsiaiškinti bendruomenės narių žinias apie šį sveikatą įtakojantį veiksnį. Rezultatai rodo, kad ½ apklaustų moterų ir ½ apklaustų vyrų teigia, jog streso poveikis sveikatai yra neigiamas, moterų tarpe daugiausiai šį atsakymo variantą pasirinko 65 ir vyr., o vyrų – 45-64 m. amžiaus, o nežinojo beveik trečdalis (30%) moterų ir ½ vyrų – daugiausiai jų buvo 25-44 m. amžiaus.

Apibendrinant galima teigti, jog pusės bendruomenės narių žinos yra geros, o beveik trečdalį moterų ir ½ vyrų būtina informuoti apie streso poveikį sveikatai.

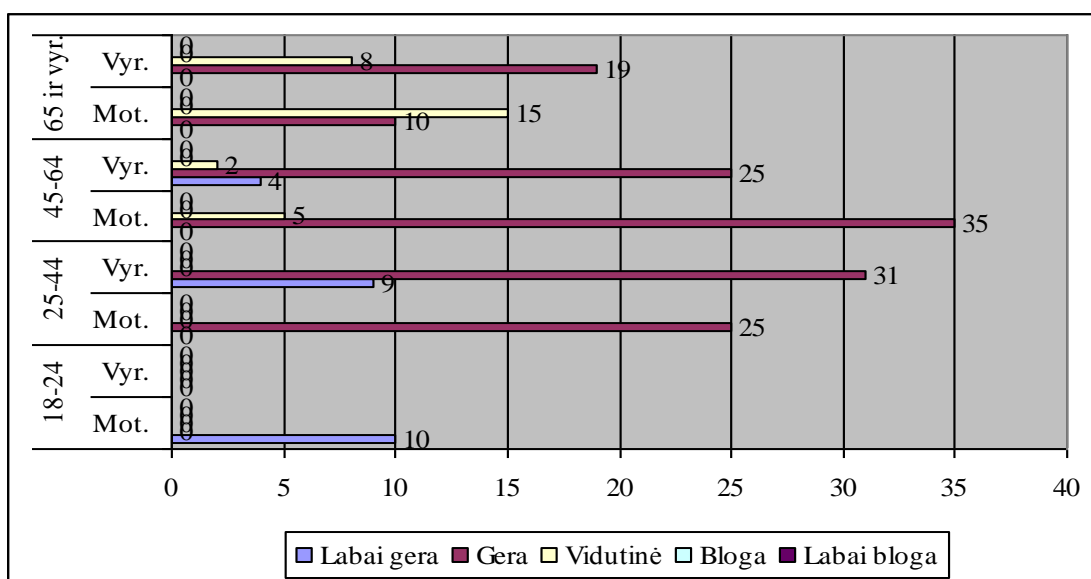
### 2.3.2. Kražių bendruomenės subjektyvus sveikatos vertinimas



14 pav. Respondentų sveikatos sampratos suvokimas, %

Pasak PSO „Sveikata yra ne tik ligų nebuvimas, bet fizinė, psichinė ir socialinė gerovė“. Įdomu buvo išsiaiškinti respondentų nuomonę apie sveikatos sampratą. Į anketos klausimą, „Ką Jums reiškia gera sveikata?“, kurioje buvo galima pasirinkti keletą atsakymų variantų visos moterys vienareikšmiškai atsakė, jog ligos nebuvimas, daugiausiai buvo 25-44 m. ir 45-64 m. amžiaus. Taip pat šį atsakymą pasirinko truputį daugiau kaip trečdalis (38%) vyrų 45-64 m. amžiaus. Tačiau vyrų tarpe dominavo atsakymas „skausmo ir fizinių apribojimų nebuvimas“ jį pasirinko net 89%, o moterų tarpe šis atsakymas liko antroje vietoje – 80%. Kas penktai moteriai ir kas ketvirtam vyrui sveikata asocijuojasi su galimybe siekti užsibrėžtų tikslų šis atsakymas dominavo 25-44 m. grupėje. Ir tik maža dalis moterų (10%) ir vyrų (26%) sveikatą suvokė abstrakčiai kaip socialinę ir finansinę gerovę. Apibendrinus gautus rezultatus galima daryti išvadą, kad bendruomenės narių sveikatos sąvokos supratimas yra individualus. Daugiau kaip pusė respondentų sveikatą lygina su liga ar skausmo ir fizinių apribojimų nebuvimu.

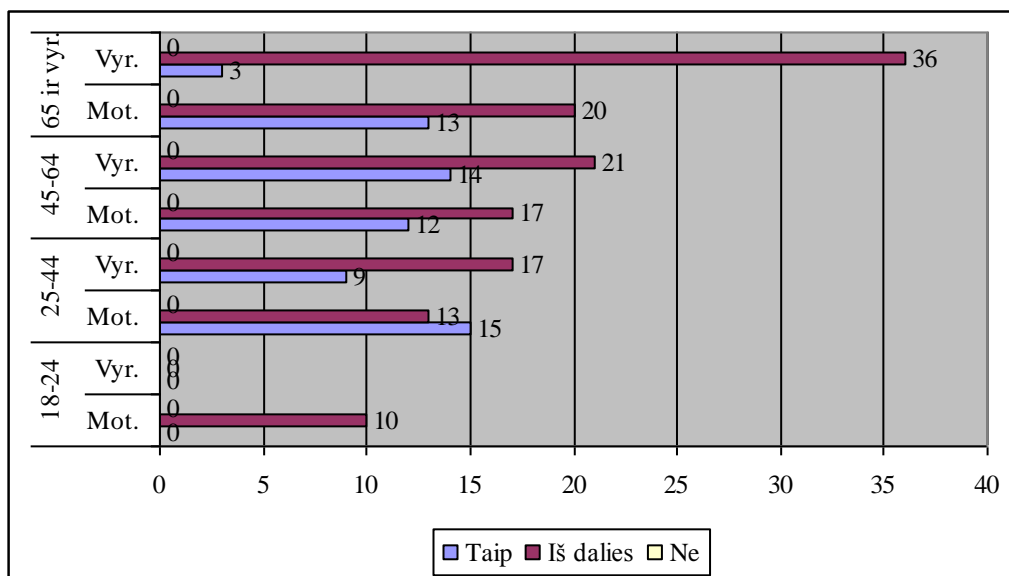
Objektyviai žmogaus sveikata yra vertinama remiantis medicininio patikrinimo rezultatais. Tačiau svarbu ir tai, kaip pats žmogus vertina savo sveikatą. Žmogaus savijauta ne visada sutampa su fizine sveikatos būkle – ji priklauso nuo daugelio psichologinių, socialinių ir kultūrinių veiksnių. Mokslinių tyrimų duomenimis, savo sveikatą blogai vertinančių žmonių mirtingumo, sergamumo ir kiti objektyvūs sveikatos rodikliai yra blogesni nei tų, kurie savo sveikatą vertina gerai. 2012 metų Kauno medicinos universiteto (KMU) atlikto tyrimo duomenimis 51 % vyrų ir 53 % moterų savo sveikatą įvertino kaip gerą ar vidutinę.



15 pav. Respondentų sveikatos vertinimas, %

Analizuojant tiriamųjų sveikatos vertinimą, nustatyta, jog didžioji dalis respondentų jaučiasi gerai ir labai gerai:  $\frac{3}{4}$  moterų ir  $\frac{3}{4}$  vyrų – atitinkamai daugiausiai 45-64 m. ir 25-44 m. amžiaus grupėse. Kas penkta moteris ir kas aštuntas vyras savo sveikatą įvardijo kaip vidutinę.

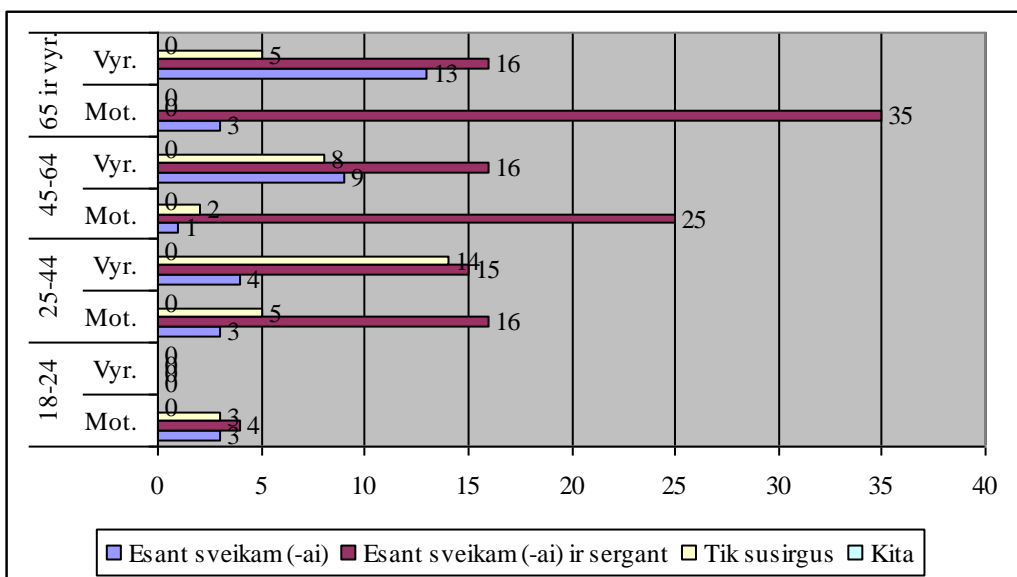
Pasak Kauno medicinos universiteto truputį daugiau negu  $\frac{1}{2}$  apklaustų Lietuvos vyrų ir moterų savo sveikatą įvertino kaip gerą ar vidutinę. Šiuos duomenis palyginus su magistrinio darbo tyrimo duomenimis, galima daryti prielaidą, jog apklaustųjų sveikata yra geresnė nei Lietuvos gyventojų.



**16 pav.** Respondentų rūpinimasis savo sveikata, %

Vienas iš sveikatą stiprinančių veiksnių yra asmens savybės, kurios įtakoja su sveikata susijusią elgseną. Analizuojant respondentų rūpinimąsi savo sveikata, į klausimą, "Ar Jūs rūpinatės savo sveikata?", daugiau kaip trečdalis moterų ir ketvirtadalis vyrų atsakė teigiamai daugiausiai jų buvo atitinkamai 25-44 m. ir 45-64 m. amžiaus grupėse. Iš dalies savo sveikata rūpinasi daugiau kaip  $\frac{1}{2}$  moterų ir  $\frac{3}{4}$  vyrų daugiausiai jų buvo 65 m ir vyresnių. Nei vienas respondentas nepažymėjo, kad nesirūpina savo sveikata.

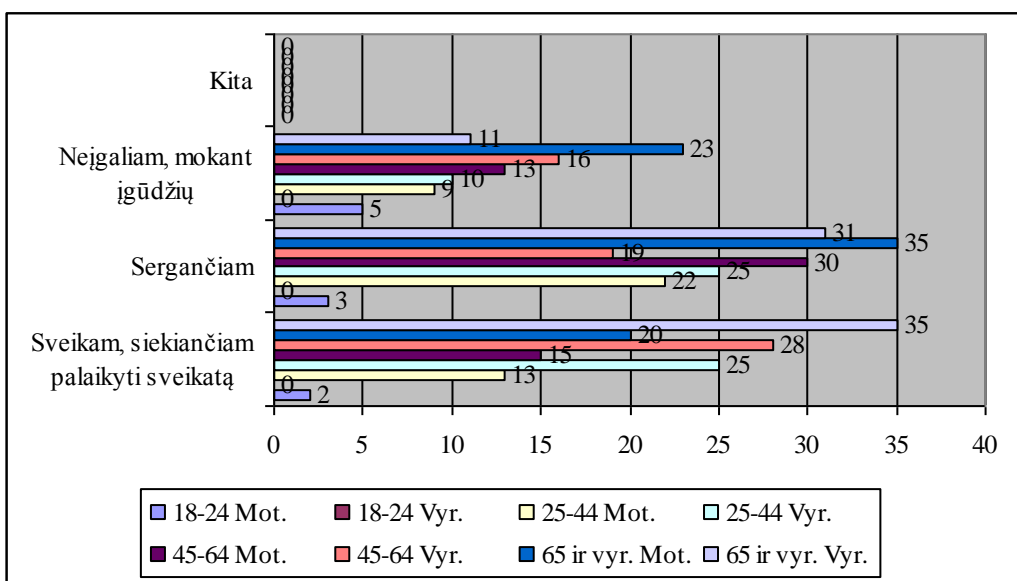
Iš gautų rezultatų galima teigti, jog visapusiškai savo sveikata rūpinasi gana nedidelė dalis žmonių. Galima daryti išvadą, jog bendruomenėje yra labai svarbu vykdyti sveikatos ugdymo, stiprinimo veiklą, kuri žmones motyvuotų labiau rūpintis savo sveikata.



17 pav. Respondentų nuomonė apie rūpinimąsi sveikata pagal amžių ir lytį, %

Įdomu sužinoti bendruomenės narių nuomonę apie tai, kada reikia rūpintis savo sveikata. Tyrimo duomenys rodo, kad truputį daugiau kaip  $\frac{3}{4}$  moterų daugiausiai 65 m. ir vyresnios taip pat beveik  $\frac{1}{2}$  vyrų daugiausiai 45-64 m. ir 65 m. ir vyresni žino, kad sveikata reikia rūpintis esant sveikam ir sergant. Trečdalis respondentų pasirinko atsakymą "esant sveikam". Net 37 % apklaustųjų sveikata rūpinasi tik susirgę.

Vienas iš pirminės sveikatos priežiūros ypatumų yra tai, kad sveikata reikia rūpintis visą gyvenimą. Rūpinimasis sveikata apima ne tik ligų gydymą, bet ir sveikatos stiprinimą, išsaugojimą. Apibendrinant gautus rezultatus galima teigti, jog kas antras bendruomenės narys teisingai suvokia rūpinimąsi savo sveikata.

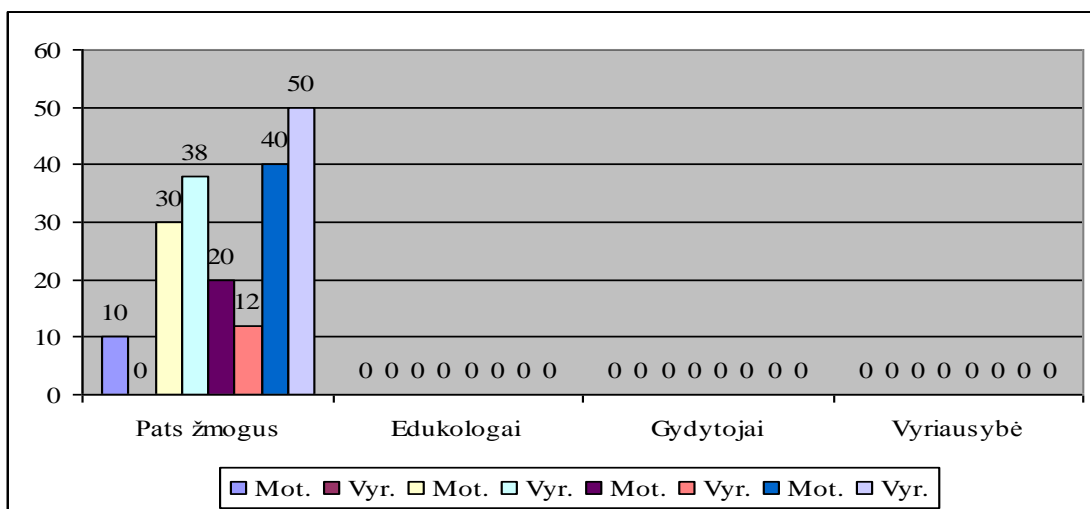


18 pav. Respondentų nuomonė apie sveikatos mokymo reikalingumą pagal amžių ir lytį, %

Išanalizavus duomenis apie sveikatos mokymo reikalingumą, kuomet buvo galima pasirinkti keletą atsakymų, nustatyta, kad ½ moterų ir beveik ¾ vyrų mano bei žino, jog sveikatos mokymas yra reikalingas sveikam, siekiančiam palaikyti sveikatą, asmeniui šie atsakymai dominavo 65 m. ir vyresnių amžiaus grupėse. Tačiau didžioji dalis tiek moterų (90%), tiek vyrų (75%) atsakė, jog sergančiam daugiausiai buvo 65 m. ir vyresnių amžiaus grupėse, o trečioje vietoje liko – neįgaliam.

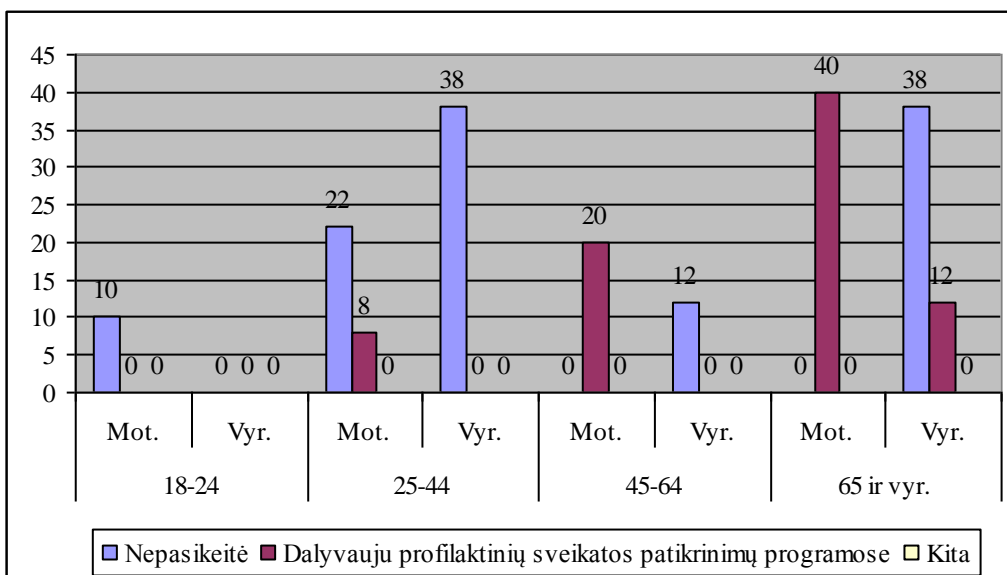
Rezultatai rodo, kad bendruomenės nariai neturi pakankamai žinių apie aplinkybes, kurių metu yra reikalingas mokymas apie sveikatą. Jie nevisai teisingai suvokia, žino kad ne tik sergantį ar sveiką, bet ir neįgalų asmenį reikia mokyti, kad jis sveikas išliktų kuo ilgiau.

Pasaulinė sveikatos organizacija teigia, jog kiekvienas žmogus yra pats atsakingas už savo sveikatą ir pirmiausia pats žmogus turi ja rūpintis.



**19 pav.** Respondentų atsakingumo už sveikatą vertinimas, %

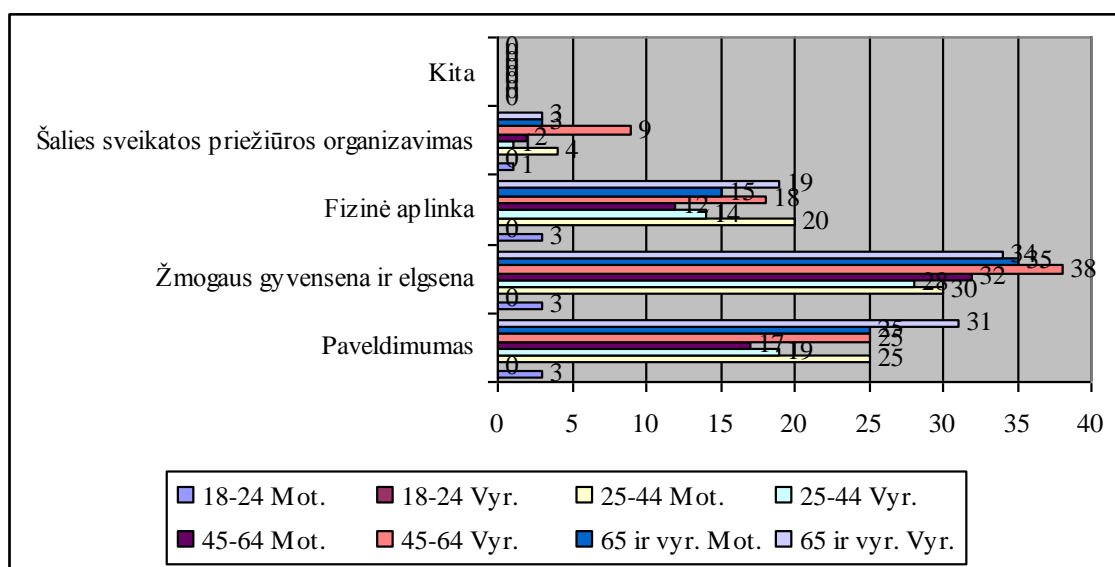
Buvo labai įdomu sužinoti bendruomenės narių nuomonę, į klausimą "Kaip manote, kas pirmiausia turi rūpintis žmogaus sveikata?". Tyrimo duomenys aiškiai parodė, jog visi respondentai yra vienos nuomonės, jie visi atsakė, kad sveikata pirmiausia turi rūpintis pats žmogus. Galima teigti, jog visi apklausti bendruomenės nariai suvokia, kad pirmiausia pats žmogus turi rūpintis savo sveikata, o tik po to gydytojai, edukologai ir t.t. Bendruomenės narių ir Pasaulinės sveikatos organizacijos nuomonės sutampa. O Otavos chartijos dokumentas teigia, kad atsakomybę už sveikatą, jos stiprinimą turi pasidalyti visi: individai, sveikatos priežiūros darbuotojai, vyriausybė. Otavos chartijos ir bendruomenės narių nuomonės šiuo atžvilgiu skiriasi.



20 pav. Respondentų požiūrio į sveikatą kaita per keletą metų pagal amžių ir lytį, %

Kadangi vienareikšmiškai visi bendruomenės nariai pasisakė, jog sveikata pirmiausia turi rūpintis pats žmogus, siekta išsiaiškinti jų požiūrio kaitą į sveikatą. Paaikškėjo, jog beveik  $\frac{3}{4}$  moterų ir tik kas aštuntas vyras 65 m. ir vyresni dalyvauja profilaktinių sveikatos patikrinimų programose. O didžioji dalis vyrų beveik  $\frac{3}{4}$  ir trečdalis moterų – nepakeitė požiūrio. Kaip matome yra būtina įvairiomis priemonėmis siekti, ypač vyresnius vyrus motyvuojant daugiau dėmesio skirti sveikatai.

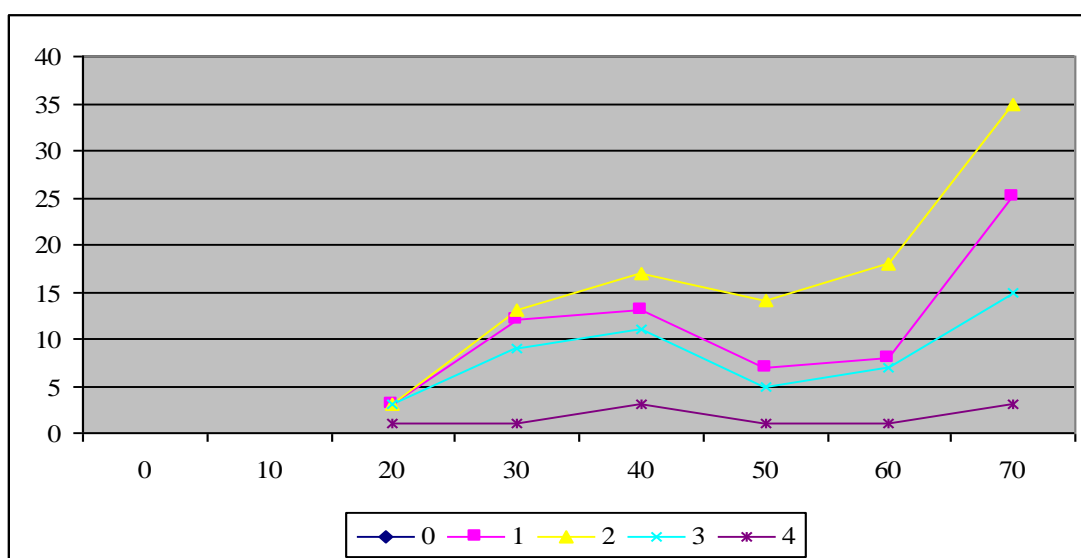
### 2.3.3. Kražių bendruomenės apie sveikatos stiprinimą vertinimas



21 pav. Veiksniai, kurie turi įtakos sveikatai, jos stiprinimui lyties ir amžiaus atžvilgiu, %

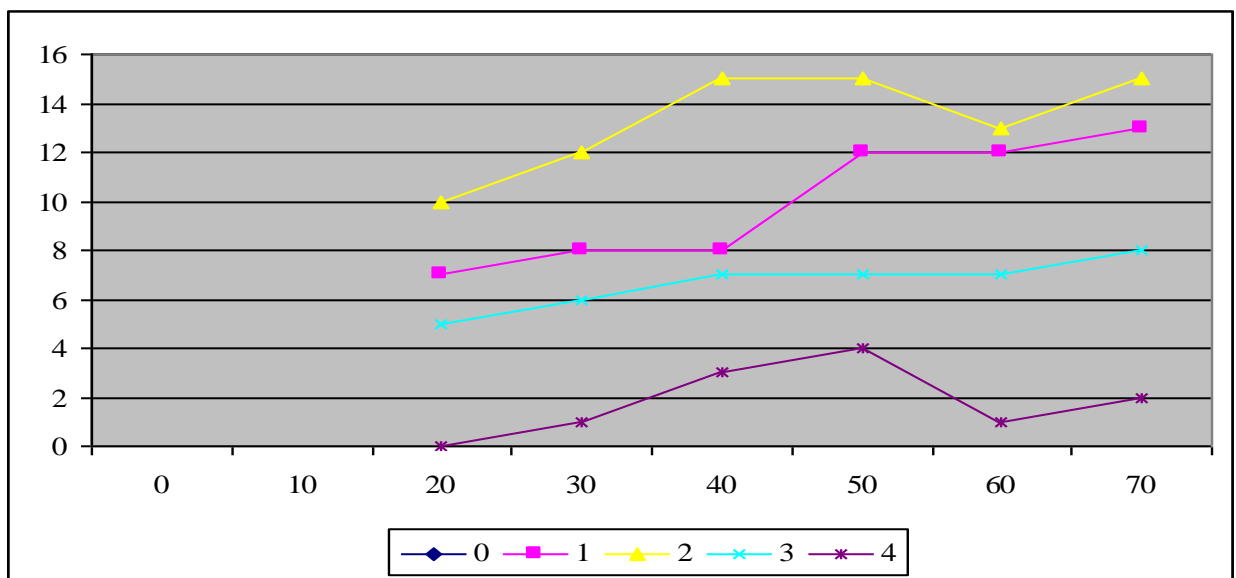


Respondentų buvo klausama, kokie jų nuomone veiksniai įtakoja sveikatą, jos stiprinimą. Atsakydami į anketos klausimą jie galėjo pasirinkti keletą atsakymų. Visi pateikti veiksniai įtakoja sveikatą, jos stiprinimą. Pagal pasirinktų veiksnių kiekį buvo sprendžiama apie respondentų turimas žinias. Tyrimo rezultatai yra suskirstyti pagal lytį ir amžių. Aiškiai yra matoma, jog 25-44 m. bei 65 m. ir vyresnės moterys turi daugiausiai informacijos apie sveikatos, jos stiprinimo veiksnius, daugiausiai jų kiekvieną veiksnių pažymėjo kaip turintį svarbią įtaką. Taip pat ir vyrai šių amžiaus grupių pažymėjo šiuos veiksnius. Respondentai, kurių amžius 45-64 m. bei 65 ir vyresni atsakymų rezultatai pasiskirstė vidutiniškai panašiai vienodai. Vyriausio amžiaus apklaustieji, 65 ir vyresni, tiek vyrai, tiek moterys daugiausiai nurodė, kad įtakos turi paveldimumas bei žmogaus gyvenimo ir elgsena. Moterys ir vyrai taip pat akcentavo, kad sveikatai, jos stiprinimui didelę įtaką gali daryti fizinė aplinka, tuo tarpu mažiausiai moterų ir vyrų tik po 10 manė ir teigė, kad mažiausiai svarbus veiksnys yra šalies sveikatos priežiūros organizavimas. Visi šie pateikti veiksniai turi įtakos sveikatai, jos stiprinimui, bet tik maža dalis 20 respondentų pasirinko visus pateiktus veiksnius, kaip turinčius įtakos sveikatai, jos stiprinimui. Siekiant patvirtinti arba paneigti darbe iškeltą hipotezę – jog bendruomenės nariai turi mažai informacijos apie gyvenimo būdo įtaką sveikatai, jos stiprinimui buvo pasirinktas koreliacinės analizės metodas, kuriuo respondentų turimos žinios yra pateiktos pagal amžiaus grupes (žr. 22 ir 23 pav.). Teorinėje darbo dalyje yra išanalizuota, jog visi anksčiau minėti veiksniai turi įtakos sveikatai, jos stiprinimui. Kuo daugiau veiksnių pasirinko respondentas, tuo daugiau informacijos jis turi apie sveikatą ir jos stiprinimą. O ar informacijos turima daugiau priklausomai nuo respondento amžiaus, buvo skaičiuotas koreliacijos koeficientas.



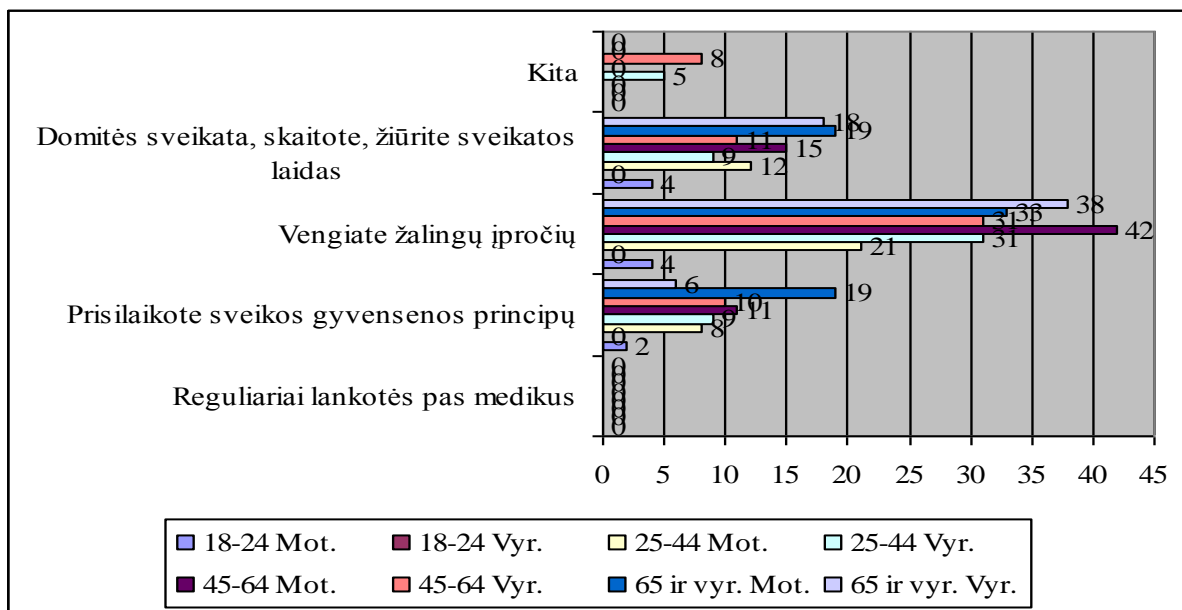
**22 pav.** Moterų turima informacija apie veiksnius, kurie įtakoja sveikatą, jos stiprinimą priklausomai nuo amžiaus, duomenų sklaida.

Šiame paveiksle yra matoma, kad priklausomai nuo respondento amžiaus išskyrus tarpsnį nuo 40 iki 50 m. amžiaus informacijos turima daugiau, nes įvardintas didesnis skaičius veiksmų, kurie turi įtakos sveikatai, jos stiprinimui: moterys iki 30 metų mano, kad sveikatai, jos stiprinimui turi 1-2 pateikti veiksniai, nuo 30 iki 50 metų – pažymi jų šiek tiek daugiau nuo 1-3, o nuo 50 iki 70 m. nuo 1-4. Taigi paveiksle pastebima banguojanti priklausomybė: tačiau galima teigti, jog kuo vyresnė moteris, tuo daugiau veiksmų ji pažymėjo kaip turinčių įtakos sveikatai, jos stiprinimui. MS Exel funkcijos CORREL pagalba buvo apskaičiuotas koreliacijos koeficientas. Gautas koeficientas 0,7 kuris rodo stiprią priklausomybę tarp pasirinktų nagrinėjamų rodiklių: respondentų amžiaus ir veiksmų kiekio (žinių). Sekančiame paveiksle koreliacijos koeficiento pagalba taip pat yra išnagrinėti ir vyrų pažymėti veiksniai, kurie turi įtakos sveikatai, jos stiprinimui.



**23 pav.** Vyrų turima informacija apie veiksmus, kurie įtakoja sveikatą, jos stiprinimą priklausomai nuo amžiaus, duomenų sklaida.

Šiame paveiksle matyti, kad vyrai iki 30 m. įvardija 1-4 veiksmus tačiau jų yra nedaug, nuo 30 iki 50 m. daugėjo vyrų atsakymų nuo 1-4 veiksmų, o nuo 50 iki 60 m. mažiau veiksmų buvo pažymėta, bet 60 m. ir vyresni jų pažymėjo vėl daugiau respondentų. Ryšio stiprumui tarp amžiaus ir veiksmų kiekio (žinių) nustatyti taip pat skaičiuotas koreliacijos koeficientas. Gautas koeficientas yra 0,7, kuris reiškia stiprią priklausomybę tarp nagrinėjamų rodiklių: amžiaus ir veiksmų kiekio (žinių). Taigi, 22 ir 23 paveiksluose matyti, kad didėjant amžiui, respondentai turi truputį daugiau informacijos negu jaunesni. Tačiau jos turi nepakankamai, nes tik 20 respondentų t.y. 11% pažymėjo visus pateiktus veiksmus, o kitų – atsakymai dominavo renkant 2 veiksmus, kurie parodė, kad respondentai žino tik pusę iš nurodytų anketoje veiksmų.

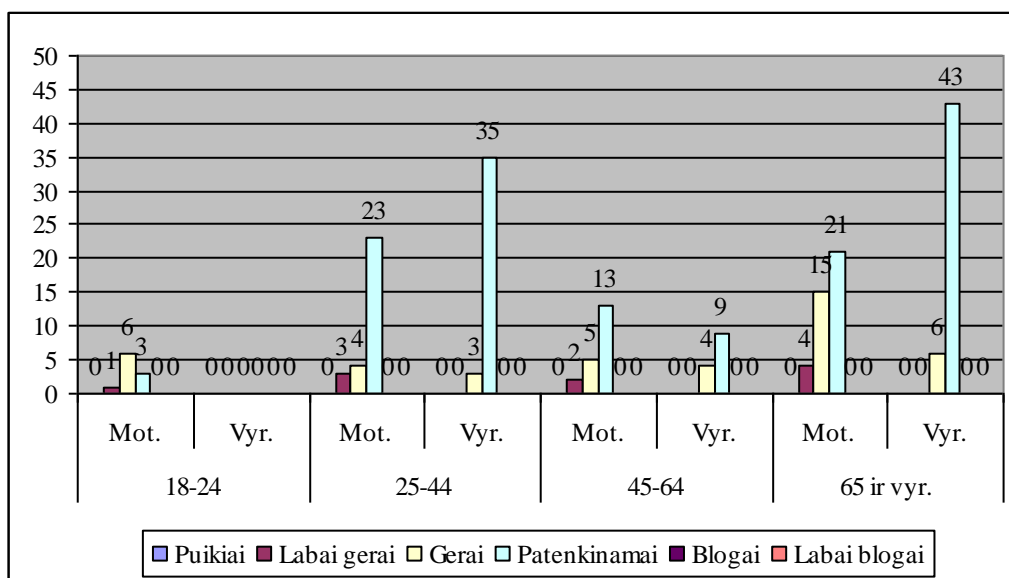


24 pav. Respondentų sveikatos stiprinimo būdai, %

Išanalizavus apklaustųjų sveikatos stiprinimo būdus nustatyta, kad 100% visi stengiasi vengti žalingų įpročių, antroje vietoje tiek moterų (50%), tiek vyrų (38%) tarpe liko domėjimasis sveikata skaitant, žiūrint sveikatos laidas, o trečioje – prisilaikymas sveikos gyvensenos principų.

Nė vienas respondentas nepasirinko reguliaraus lankymosi pas medikus. Tai reiškia, jog kiekvienas asmuo savarankiškai stengiasi stiprinti sveikatą.

Rezultatai aiškiai rodo, jog tyrime dalyvavę bendruomenės nariai įvairiais būdais stiprina savo sveikatą.

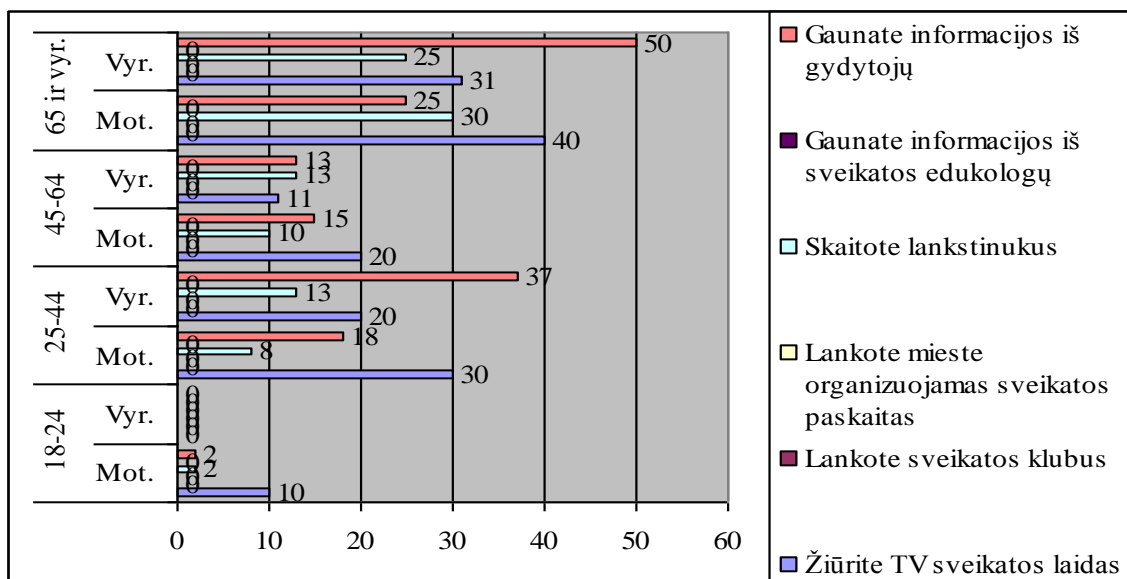


25 pav. Respondentų žinios apie sveikatą, jos stiprinimą, pagal amžių ir lytį, %

Išanalizavus ir apibendrinus bendruomenės narių atsakymus į klausimą "Kaip vertinate savo žinias apie sveikatą, jos stiprinimą?", nustatyta, kad daugiau kaip 1/2 moterų ir 3/4 vyrų daugiausiai

atitinkamai 25-44 m. ir 65 m. ir vyresio amžiaus grupėse savo žinias vertina patenkinamai, gerai savo žinias moterų tarpe įvertino beveik trečdalis (30%), o vyrų – galima sakyti, jog kas aštuntas (13%) daugiausiai visų respondentų buvo 65 m. ir vyresni amžiaus grupėse. Labai gerai savo žinias vertino tik 10% moterų ir nė vienas vyras.

Apibendrinant galima teigti, jog didžioji dalis bendruomenės narių savo žinias vertina tik patenkinamai. Tai rodo, jog žmonėms trūksta reikalingos informacijos apie sveikatą bei jos stiprinimą.

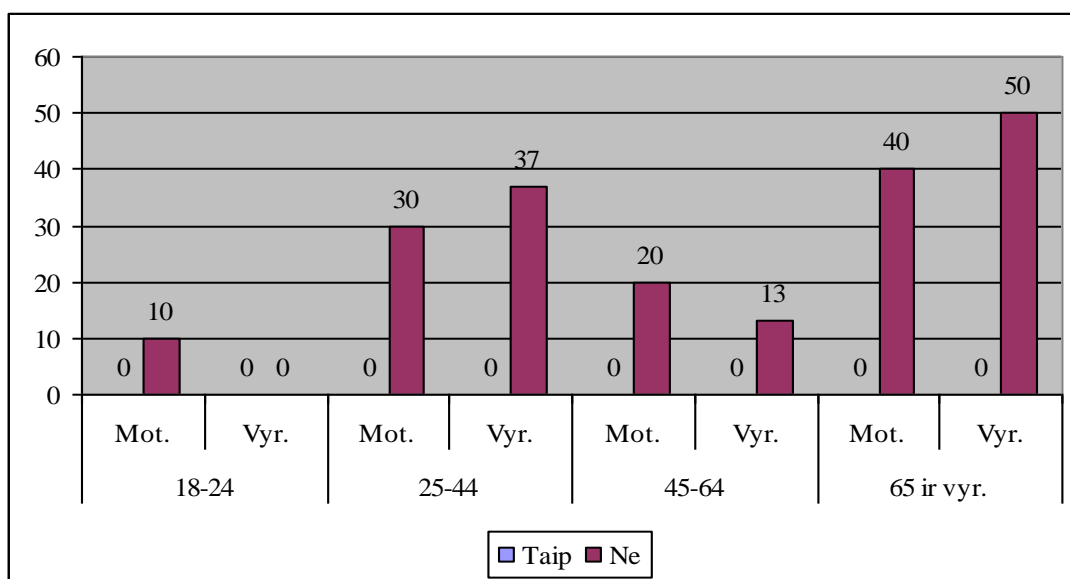


**26 pav.** Šaltiniai iš kurių respondentai gauna informacijos apie sveikatos stiprinimą pagal amžių ir lytį, %

Analizuojant respondentų atsakymus į klausimą "Iš kokių šaltinių gaunate informacijos apie sveikatos stiprinimą?", kur buvo galima pasirinkti keletą atsakymų, rezultatai pasiskirstė taip: moterys – žiūrint TV sveikatos laidas (100%), antroje (60%) ir trečioje (50%) vietoje atitinkamai iš gydytojų ir skaitant lankstinukus. Vyrų tarpe dominavo atsakymas iš gydytojų (100%), o atitinkamai antroje (62%) ir trečioje (51%) vietoje – žiūrint TV sveikatos laidas ir skaitant lankstinukus. Amžiaus atžvilgiu visi atsakymų variantai ir moterų ir vyrų tarpe dominavo 65 m. ir vyresnių grupėse.

Apibendrinant galima teigti, jog didele dalimi prie bendruomenės narių sveikatos stiprinimo prisideda televizija ir medicinos personalas. Tad būtina ir toliau televizijai, laikraščiams ir kt. aktyviai skleisti žinias bei motyvuoti gyventojus stiprinti sveikatą, o sveikatos priežiūros specialistams ypatingai, nes tai yra viena iš daugelio jų pareigų.

### 2.3.4. Sveikatos edukologo veikla



27 pav. Sveikatos edukologo stiprinimo paslaugų teikimas respondentams, %

Išanalizavus tyrimo duomenis nustatyta, jog sveikatos edukologas nė vienam respondentui nėra teikęs sveikatos stiprinimo paslaugų.

Gauti tyrimo duomenys nėra pozityvūs. Tad reikia įvesti sveikatos edukologo etatą pirminėje sveikatos priežiūros institucijoje, kuris padėtų bendruomenės nariams įsisavinti pozityvias sveikatos atžvilgiu vertybes ir poreikį gyventi tomis vertybėmis.

## IŠVADOS

1. Bendruomenės narių sveikatai reikšmingiausi, labiausiai įtakoja jų sveikatos būklę paveldimumas ir elgsenos bei gyvenenos veiksniai, kuriuos sudaro: rūkymas, alkoholio vartojimas, mityba, fizinis aktyvumas bei stresas.
2. Apibendrinus rezultatus nustatyta, jog didžioji dalis Kražių respondentų savo sveikatą įvertino gerai ir labai gerai: truputį daugiau negu  $\frac{3}{4}$  moterų ir  $\frac{3}{4}$  vyrų.
3. Tyrimo rezultatai parodė, kad beveik  $\frac{3}{4}$  abiejų lyčių Kražių bendruomenės narių neužsiima fizine veikla. Tik iš dalies maitinasi sveikai truputį daugiau kaip  $\frac{1}{2}$  moterų, o vyrų net pusė teigė, jog maitinasi nesveikai. Šiek tiek daugiau kaip  $\frac{3}{4}$  moterų teigė patyrusios stresą, o net 88% vyrų teigė jo nepatyrę. Tyrimo duomenys taip pat parodė, kad alkoholio vartojimas yra daug labiau paplitęs, negu rūkymas: beveik pusė (49%) vyrų – dažnai vartoja alkoholį, o nedidelė dalis (13%) rūko. Vyrai yra labiau linkę turėti žalingų įpročių negu moterys.
4. Tyrimo duomenys atskleidė, jog sveikatos edukologas nėra vienam Kražių gyventojui nėra teikęs sveikatos stiprinimo paslaugų.

Darbe iškelta hipotezė, jog Kražių bendruomenės nariai turi mažai informacijos apie gyvenimo būdo įtaką jų sveikatai, jos stiprinimui, pasitvirtino skaičiuojant koreliacijos koeficientą, kurio reikšmė parodė stiprų ryšį tarp respondentų amžiaus ir turimų žinių apie gyvenimo būdo įtaką jų sveikatai, jos stiprinimui.

## LITERATŪRA

1. Adaškevičienė, E. (2004). *Vaikų fizinės sveikatos ir kūno kultūros ugdymas*. Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla.
2. Adaškevičienė, E. 2008. *Silpnos sveikatos vaikų fizinis ugdymas*. Klaipėda: KU leidykla.
3. Astrauskienė, A. (2009). *Naujos psichoaktyvių medžiagų vartojimo tendencijos*. Vilnius: Narkotikų kontrolės departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės.
4. Bankauskienė, I. (2013). *Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencija: samprata ir modeliai*. Informacinis leidinys. Vilnius: Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas.
5. Bankauskienė, I., Gedminienė, R. (2015). *Vaikai seka tėvų pavyzdžiu*. Informacinis leidinys tėvams apie psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevenciją. <http://ntakd.lt/files/prevencija/tevals.pdf> (žiūrėta 2015-02-10).
6. Bartkevičiūtė, I. (2007). *Žmogiškieji išteklių kultūros įstaigų veikloje*. Bėkšta A. ir kt. (Red.kol.) Šiuolaikinis kultūros įstaigų administravimas ir valdymas: projekto "Lietuvos kultūros darbuotojų kvalifikacijos kėlimo plėtra" mokymosi medžiaga. Straipsnių rinkinys (p. 171-180). Vilnius: Lietuvos kultūros darbuotojų tobulinimosi centras.
7. Barzda, A., Bartkevičiūtė, R., Abaravičius, J.A., Stukas, R., Šatkutė, R. (2009). Suaugusių Lietuvos žmonių faktinės mitybos tyrimas ir vertinimas. *Medicinos teorija ir praktika* 2009 - T. 15 (Nr. 1) p. 53–58.
8. Bendorienė, A. ir kt. (Red. kol.). (2005). *Tarptautiniu žodžių žodynas*. Vilnius.
9. Birker, K., Schott, B. (1998). *Pasipildykime jėgas*. Vilnius: Vaga.
10. Bydam, J. (2000). *Pedagogika*. Vilnius: Charibdė.
11. Bryant, M. J., Lucove, J. C., Evenson, K. R., Marshall, S. (2007). Measurement of television viewing in children and adolescents: a systematic review. *Obes Rev*, 8 (3), p. 197–209.
12. Brodersen, N. H., Steptoe, A., Williamson, S., Wardle, J. (2005). Sociodemographic, developmental, environmental, and psychological correlates of physical activity and sedentary behavior at age 11 to 12. *Ann Behav Med*, 29 (1), p. 2–11.
13. Bulotaitė L. (2009). Alkoholio ir kitų narkotikų vartojimo prevencija mokykloje. Vilnius.
14. Candace, C. et al. (Editor team). (2012). Social determinants of health and well-being among young people health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. World Health Organization.
15. Chmiel, N. (2005). Darbo ir organizacinė psichologija. Kaunas: Poligrafija ir informatika.
16. Churchill, G. A. (1995). *Marketing research: Methodological foundations*. 6th ed. - Fort Worth, TX: Dryden Press.
- 17.

- Davidavičienė, A.G. (2001). Tėvams apie narkotikus. Kaip apsaugoti vaikus? Vilnius: Švietimo ir mokslo ministerija Nevyriausybinė organizacija „Tėvai prieš narkotikus“.
18. Dietz, W. H. (2005). Physical activity recommendations: where do we go from here? *Journal of Pediatrics*, 46, p. 719–720.
19. Dikčius, V. (2003). *Marketingo tyrimai: teorija ir praktika*. Vilnius: Vilniaus vadybos kolegija.
20. Domarkienė, S., Klumbienė, J. (2001). *Lietuvos sveikatos politika XXI amžiuje. Lėtinės neinfekcinės širdies ir kraujagyslių ligos*. Vilnius.
21. „Eurobarometro“ apklausa apie gyventojų fizinį aktyvumą, 2013. Parengė: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. <http://newesparama.sam.lt/go.php/lit/Fizinis-aktyvumas> (žiūrėta 2015-02-23).
22. Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras (2013). *Narkotikų problema Europje*. 2012 Metinė ataskaita. Liuksemburgas: Europos Sąjungos leidinių biuras.
23. Fontaine, T. (2008). Physical Activity: the Epidemic of Obesity and Overweight Among Youth: trends, consequences and interventions. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 1 (2), p. 30–36.
24. Gaidelytė, R., Madeikytė, N., Tendziagolskytė, D. (2013). *Lietuvos sveikatos statistika 2012*. <http://sic.hi.lt/data/la2012.pdf> (žiūrėta 2015-02-05).
25. Gerikienė, V. (2007). *Sveikatos, ligos samprata. Asmens sveikatą lemiantys veiksniai. Asmens raidos etapai*. Šiauliai.
26. Gossop, M. (2001). *Gyvenimas su narkotikais*. Vilnius.
27. Greenberg, J. S. (1999). *Comprehensive Stress Management* (7th edition). Boston: WCB/McGraw-Hill.
28. Grimalauskienė, O., Bulotaitė, L., Subata, E., Javtokas, Z., Davidonienė, O., Vainauskienė, R. (2002). Narkotikų vartojimo prevencija bendruomenėje. Pirminės sveikatos priežiūros darbuotojo žinynas. O. Grimalauskienė (Sud.). *Narkotikų plitimo priežastys* (p.12-16). Vilnius: Visuomenės sveikatos ugdymo centro leidykla „Sveikata“.
29. Griniuvienė, L. (2001). *Statistikos praktiniai darbai: metodinė medžiaga*. Vilnius: VPU Leidykla.
30. Higienos institutas. Mirtys susijusios su narkotikų vartojimu, 2013. <http://www.ntakd.lt/index.php/statistika> (žiūrėta 2015-02-18).
31. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. *Alkoholio vartojimas ir padariniai, 2013*. <http://www.ntakd.lt/index.php/statistika> (žiūrėta 2015-02-25).
32. Jankauskienė, D., Pečiūra, R. (2007). *Sveikatos politika ir valdymas*. Vilnius.
33. Januševičienė, E., Jasaitis, E. (2013). *Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo paplitimas Lietuvoje 2004, 2008 ir 2012 metais*. Vilnius: Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas.



34. Javtokas, Z. (2009). *Sveikatos stiprinimo konspektas*. Vilnius.
35. Jovaiša, L. (1993). *Pedagogikos terminai*. Kaunas: Šviesa.
36. Jovaiša, L. (1996). *Edukologijos įvadas*. Kaunas: Technologija.
37. Jovaiša, L. (2001). *Edukologijos pradmenys*. Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla.
38. Juškelienė, V. (2003). *Sveikata ir fizinis ugdymas*. Vilnius: Vilniaus pedagoginis universitetas.
39. Juškelienė, V. (2007). *Visuomenės sveikatos įvadas: sveikatos samprata, sveikatos rizikos ir palaikantys veiksniai*. Mokymo metodinė priemonė. Vilnius: Vilniaus pedagoginis universitetas.
40. Kaffemanienė, I. (2006). *Negalės ir socialinės gerovės tyrimų metodologiniai aspektai*. Metodologinė priemonė bakalaurantams ir magistrantams. Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla.
41. Kairys, J. (2005). *Lietuvos gyventojų sveikatos priežiūros rodikliai*. Mokomoji knyga. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
42. Kalėdienė, R., Petrauskienė, J., Rimpelä, A. (1999). *Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika*. Kaunas.
43. Kalimo, R. (1980). Stress in work: conceptual analysis and study on prison personnel. *Scandinavian Journal of Work, Environment, and Health*, vol.6, p.11-37.
44. Kardelis, K. (2002). *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*. 2-asis pataisytas ir papildytas leidimas. Kaunas.
45. Kardelis, K. (2007). *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*. Šiauliai: Liucilijus.
46. Keinys, S. ir kt. (Red. kol.) (2000). *Dabartinės lietuvių kalbos žodynas*. Vilnius.
47. Klumbienė, J., Petkevičienė, J. (2001). *Sveika gyvensena*. Vilnius.
48. Kubilienė, R. (1998). *Slauga. Ligų prevencija ir sveikatos mokymas*. 5 dalis. Vilnius.
49. Kumar, R. (2005). *Research methodology*. Second edition. - London: SAGE Publications.
50. Kumpienė, J., Grabauskas, V., Gurevičius, R. ir kt. (2004). *Sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategija*. Vilnius: Senoja.
51. Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
52. Lee, I. M., Sesso, H. D., Paffenbarger, R. S. (2000). Physical activity and coronary heart disease risk in men: does the duration of exercise episodes predict risk? *Circulation*, 102 (9), p. 981–986.
53. Liepinytė-Medeikė, V. (2008). *Sveikatinimo darbo su bendruomene, šeima ir nevyriausybinėmis organizacijomis rekomendacijos*. Metodinė medžiaga. [http://oldvasc.sam.lt/darbas\\_su\\_seima.pdf](http://oldvasc.sam.lt/darbas_su_seima.pdf) (žiūrėta 2015-03-05).
54. Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas “Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo” TAR, 2014-07-01, Nr. 9403.  
<https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/85dc93d000df11e4bfca9cc6968de163> (žiūrėta 2015-02-03).

55. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija Ryšių su visuomene skyrius, 2013. [http://www.sam.lt/popup2.php?ru=OgqGftMoBm&tmpl\\_name=m\\_article\\_print\\_view&article\\_id=3620](http://www.sam.lt/popup2.php?ru=OgqGftMoBm&tmpl_name=m_article_print_view&article_id=3620) (žiūrėta 2015-02-21).
56. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro V. P. Andriukaičio atviras laiškas šalies mokykloms apie rūkymą, 2012. [http://www.sam.lt/popup2.php?ru=bS9tX2FydGljbGUvZmlsZXMvdl9hcnRpY2xlX3ByaW50LnBo cA==&tmpl\\_name=m\\_article\\_print\\_view&article\\_id=3409](http://www.sam.lt/popup2.php?ru=bS9tX2FydGljbGUvZmlsZXMvdl9hcnRpY2xlX3ByaW50LnBo cA==&tmpl_name=m_article_print_view&article_id=3409) (žiūrėta 2015-02-03).
57. Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymo pakeitimo įstatymas. Valstybės žinios, 1998-12-23, Nr. 112-3099. <https://www.e-tar.lt/portal/legalAct.html?documentId=TAR.E964CE7A637A> (žiūrėta 2015-02-04).
58. Lietuvos Respublikos Valstybinė maisto ir veterinarijos tarnyba (2009). Sveikos mitybos principai ir taisyklės. <http://vmvt.lt/lt/as/vartotojas/sveikos.mitybos.principai/> (žiūrėta 2015-02-19).
59. Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas 2002 m. gegužės 16 d. Nr. IX-886. Valstybės žinios, 2002-06-07, Nr. 56-2225. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.DD80CF948782> (žiūrėta 2015-03-12).
60. Luobikienė, I. (2008). *Sociologinių tyrimų metodologija*. Kaunas: Technologija.
61. Marshall, S. J., Biddle, S. J. H., Gorely, T., Cameron, N., Murdey, I. (2004). Relationships between media use, body fatness and physical activity in children and youth: a meta-analysis. *International Journal of Obesity*, 28, p. 1238–1246.
62. Mažionienė, A. (2011). *Sveikatos ugdymas*. Mokomoji knyga. Kaunas: „UAB Vitae Litera“.
63. Mecelienė, K., Vaškelytė, A., Damulevičienė, G.(2011). Namuose slaugomų paliatyviųjų pacientų artimųjų patiriamas stresas. *SLAUGA. Mokslas ir praktika* Nr. 7–8 (175–176), p. 12.
64. Mirties priežastys, 2013. Parengė; Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2014. [http://www.hi.lt/uploads/pdf/padaliniai/MPR/Mirties%20priežastys\\_2013.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/padaliniai/MPR/Mirties%20priežastys_2013.pdf) (žiūrėta 2015-02-25).
65. Mitienė, I. (2001). *Lietuvos sveikatos politika XXI amžiuje. Jaunimo sveikata*. Vilnius.
66. Nacionalinė tabako ir alkoholio kontrolės koalicija (2012). *Žalingo alkoholio vartojimo mažinimas Europoje - veiklos planas 2012-2020*. <http://ismuni.lt/media/dynamic/files/4012/zalingoalkoholiovartojimomazinimaseuropoje-veiklosplanas2012-2020.pdf> (žiūrėta 2015-03-02).
67. Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas. *Alkoholio vartojimas ir padariniai*. <http://www.ntakd.lt/index.php/statistika> (žiūrėta 2015-03-03).
68. Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas (2013). *Narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimas, jo padariniai Lietuvoje*. [http://ntakd.lt/files/informacine\\_medzega/0-NTAKD\\_medziaga/1-MP/2013\\_LT.pdf](http://ntakd.lt/files/informacine_medzega/0-NTAKD_medziaga/1-MP/2013_LT.pdf) (žiūrėta 2015-03-05).

69. O'Hanlon, B. (1999). *Stresas*. Vilnius.
70. Ottawa Charter for health Promotion (1986). WHO.
71. Petrauskienė, J., Starkuvienė, S., Kalėdienė, R., Bierontas, D., Kriaučeliūnas, A. (2006). *Sveikatos ir jos netolygumų vertinimo pradmenys*. Mokomoji knyga. Kaunas: KMU.
72. Petronis, M. (2006). *Vakaruose užgimsta rytai*. Kaunas: Aušra.
73. Petrulionienė, Ž. (2005). *Mažinkime širdies ligų riziką*. Vilnius.
74. Pranulis, V. (1998). *Marketingo tyrimai*. Vilnius: Kronta.
75. Proškuvienė, R. (2004). *Sveikatos ugdymo įvadas*. Vilnius.
76. PSO informacijos archyvas (2015). <http://lsmuni.lt/lt/biblioteka/pso-informacija/pso-informacijos-archyvas/> (žiūrėta 2015-02-21).
77. PSO sveikata 21 (2000). *Pagrindiniai visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione*. Vilnius.
78. Ribeiro, M. M., Silva, A. G., Santos, N. S., Guazzelle, I., Matos, N. J., Trombetta, I. C., Halpern, A., Negrão, C. E., Sandra M. F. (2005), Diet and exercise training restore blood pressure and vasodilatory responses during physiological maneuvers in obese children. *Circulation*, 111, p. 1915–1923.
79. Sajienė, L. (2003). Pedagoginės kompetencijos reikšmė siekiant slaugos efektyvumo. *Sveikatos mokslai*, 6, p. 27–34.
80. Sargautytė, R. (2002). Žmogus ir jo liga. *Mokslas ir gyvenimas*. Nr.2. p. 13.
81. Stonkus S. (2002). *Sporto terminų žodynas*, T. 1, 2-asis pataisytas. ir papildytas leidimas. Kaunas: LKKA.
82. Skurvydas, A., Zuožienė, I., Stasiulis, A., Kamandulis, S., Vizbaraitė, D., Masiulis, N., Mačiukas, A., Rėklaitienė, D. (2006). *Fizinis aktyvumas ir sveikata*. Studijų knyga. Kaunas: Lietuvos kūno kultūros akademija.
83. Bendra Lietuvos ir Didžiosios Britanijos rinkos ir viešosios nuomonės tyrimų kompanija "Baltijos Tyrimai". Sociologinis tyrimas. <http://www.test666.webuda.com/news.php?readmore=47> (žiūrėta 2015-03-11).
84. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenimo tyrimas, 2010. Parengė: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas (2011). [http://www.ntakd.lt/files/leidiniai/tyrimas/gyvencenos\\_tyrimas\\_2010.pdf](http://www.ntakd.lt/files/leidiniai/tyrimas/gyvencenos_tyrimas_2010.pdf) (žiūrėta 2015-02-19).
85. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenimo tyrimas, 2012. Parengė: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas (2013). [http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:B.03~2013~ISBN\\_978-9955-15-319-1/DS.001.0.01.BOOK](http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:B.03~2013~ISBN_978-9955-15-319-1/DS.001.0.01.BOOK) (žiūrėta 2015-02-19).

86. Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras (2011). *Mokyklinio amžiaus vaikų neinfekcinių ligų rizikos veiksnių profilaktika*. Metodinės rekomendacijos. [http://www.smlpc.lt/media/file/Skyriu\\_info/Metodine\\_medziaga/Rekomendacijos.pdf](http://www.smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Metodine_medziaga/Rekomendacijos.pdf) (žiūrėta 2015-02-25).
87. Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras (2012). *Nutukimas ir jo prevencija*. <http://www.smlpc.lt/print.php?lang=1&sid=145&tid=1805> (žiūrėta 2015-02-09).
88. Šveikauskas, V. (2008). *Sveikatos edukologija*. Universiteto vadovėlis. Kaunas: KMU.
89. Telama, R., Yang X., Viikari, J., Välimäki, I., Wanne, O., Raitakari, O. (2005). Physical activity from childhood to adulthood: A 21-year tracking study. *American Journal of Preventive Medicine*, 28 (3), p. 267–273.
90. Tidikis, R. (2003). *Socialinių mokslų tyrimų metodologija*. Vilnius: Lietuvos teisės universitetas, p. 367.
91. United Nations office on Drugs and Crime (2014). *World Drug Report*. New York: Vienna.
92. Vaitkevičius, J. V. (2005). *Sveikatos rizikos veiksnių valdymas ir savikontrolė ugdymo srityje*. Mokomoji knyga. Šiauliai: „Šiaurės Lietuva“.
93. Vaitkevičiūtė, V. (Red.) (2007). *Tarptautinių žodžių žodynas*. Vilnius.
94. Valstybinis psichikos sveikatos centras (2010). PSO duomenys apie alkoholio vartojimą. [http://www.vpsc.lt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=118:pso-duomenimis&catid=1:naujienos&Itemid=3](http://www.vpsc.lt/index.php?option=com_content&view=article&id=118:pso-duomenimis&catid=1:naujienos&Itemid=3) (žiūrėta 2015-02-24).
95. Valstybinis psichikos sveikatos centras *Sergamumas ir ligotumas narkomanija*, 2013. <http://www.ntakd.lt/index.php/statistika> (žiūrėta 2015-03-03).
96. Vasiliauskas, K., Ivaškienė V. (2001). *Fiziškai neįgalių žmonių fizinis ugdymas ir saviugda*. Kaunas: LKKA.
97. Vollmer, H. (1998). *Jaučiuosi visiškai išsekusi*. Vilnius: Alma littera.
98. Walther, C., Gaede, L., Adams, V., Gelbrich, G., Leichtle, A., Erbs, S., Sonnabend, M., Fikenzer, K., Körner, A., Kiess, W., Bruegel, M., Thiery, J., Schuler, G. (2009). Effect of increased exercise in school children on physical fitness and endothelial progenitor cells. *Circulation (American Heart Association)*, 120, p. 2251–2259.
99. Washington, R. L. (2009). Physical education in schools helps reduce future cardiovascular risk. *Circulation (American Heart Association)*, 120, p. 2168–2169.
100. WHO (2009). Global Health Risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization. [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks\\_report\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf) (previewed 2015-03-12).

101. Woodcock, J., Franco, O. H., Orsini, N., Roberts, I. (2011). Non-vigorous physical activity and all-cause mortality: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Int J Epidemiol*, 40 (1), p. 121–138.
102. World Health Organization (2004). *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. [http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_english\\_web.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf) (previewed 2015-02-20).
103. Zaborskis, A. (2005). Lietuvos moksleivių gyvensenos vertinimas 1994–2002 metais. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*, Nr. 9, p. 326–333.
104. Zaborskis, A. (2011). Rūkymo, alkoholinių gėrimų ir narkotikų vartojimas tarp Lietuvos paauglių 1994-2010 metais. [http://www.ntakd.lt/files/leidiniai/tyrimas/2012\\_ruk\\_alk.pdf](http://www.ntakd.lt/files/leidiniai/tyrimas/2012_ruk_alk.pdf) (žiūrėta 2015-02-24).
105. Zoeller, R. F. (2009). Physical Activity, sedentary behavior and overweight/obesity in youth: evidence from cross-sectional, longitudinal, and interventional studies. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 2 (3), p. 110–114.
106. Zumeras, R., Gurskas, V. (2012). *Mokinių fizinis aktyvumas ir sveikata*. Metodinė – informacinė medžiaga. Vilnius: Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras.
107. Žydžiūnaitė, V. (2007). *Tyrimo dizainas: struktūra ir strategijos: mokomoji knyga*. Kaunas: Technologija.

## Summary

*Theoretical* analysis of the community knowledge on health strengthening has been conducted in the thesis.

A *hypothesis* has been raised that community members have very little information on impact of their mode of life on health and its strengthening.

A research has been conducted by means of an *interview with questionnaires* which aim was to ascertain the community members' knowledge on health strengthening.

Systematic, comparative, logic analysis and synthesis of scientific literature was used for the analysis of impact of a mode of life on health and its strengthening. The research information was collected by the method of an interview with questionnaires. As the analysis of the research information was conducted, systematic, comparative, logic analysis and synthesis of the respondents' opinion along with table-making, graphic representation and statistical methods were applied.

In total, one hundred women and eighty men residing in Kražiai took part in the research.

Singularities of mode of life, health, health strengthening have been analysed in the *empirical* chapter.

The most essential *conclusions* of the empirical research:

1. Familial, conduct and mode of life factors are the most critical to health of the community members and have the largest impact on their health condition.
2. It was established that the largest number of the respondents feels good and very good:  $\frac{3}{4}$  of women and  $\frac{3}{4}$  of men.
3. The hypothesis raised in the thesis that community members have very little information on impact of their mode of life on health and its strengthening has been justified. It is possible to state that the older the respondents, the more information they have comparing to the younger ones, however this information is insufficient.

*Key words:* community, efficient, mode of life, need, attitude, prevention, value.

## **PRIEDAI**

**Gerbiamas respondente,**

Ši anketa apie sveikatą yra anoniminė, o jos tikslas – įvertinti bendruomenės žinias apie sveikatos stiprinimą. Surinkti duomenys bus panaudoti magistriniame darbe. Jums tai puiki galimybė išreikšti savo nuomonę apie sveikatą, jos stiprinimą. Tinkamus atsakymus pažymėkite taip  arba išreikškite savo nuomonę.

***1. Požiūris į sveiką gyvenimą***

1. Kas Jums gyvenime yra svarbiausia? Sunumeruokite pagal svarbą (*pirmu numeriu nurodykite svarbiausią vertybę, paskutiniu – mažiausiai svarbią*):

- šeima                                       draugai                                       sveikata  
 pinigai                                       darbas

2. Kaip Jūs vertinate savo fizinį aktyvumą? (*galima pateikti kelis atsakymų variantus*)

- dirbate fizinį darbą                                       dažnai sportuojate  
 fizine veikla užsiimate tik savaitgaliais                                       gyvenate pasyvų gyvenimą

3. Jei gyvenate pasyvų gyvenimą, kodėl?

- trūksta laiko                       nėra noro                       kita.....

4. Kaip manote, ar fizinis aktyvumas teigiamai veikia sveikatą?

- taip                       iš dalies                       ne                       nežinau

5. Ar Jūs rūkote?

- taip                       ne

6. Jei atsakėte "taip", ar bandėte atsisakyti šio žalingo įpročio?

- taip                       ne

7. Jūsų nuomone, kaip rūkymas įtakoja žmogaus sveikatą?

- raminančiai                       visiškai neturi įtakos                       skatina ligų vystymąsi                       nežinau                       kita....

8. Ar vartojate alkoholi?

- dažnai                       saikingai                       visiškai nenaudoju



9. Kaip manote, koks alkoholio poveikis sveikatai?

- teigiamas     neturi jokio poveikio     neigiamas     nežinau     kita.....

10. Jei turite žalingų įpročių, kas skatino jų atsisakyti?

- jūsų gydytojas     edukologas     šeimos nariai     niekas     draugai     kita.....

11. Jūsų nuomone, kas tai yra sveika mityba? (*galima pažymėti keletą atsakymo variantų*)

- pakankamas vaisių ir daržovių vartojimas                       saldumynų vengimas, atsisakymas  
 saikingas riebalų vartojimas                                       valgymas 4-5 kartus per dieną  
 įvairių maisto produktų vartojimas, kuriuose yra organizmui naudingų medžiagų

12. Kaip manote, ar Jūs sveikai maitinatės?

- taip                       iš dalies                       ne                       nežinau

13. Jūsų ūgis yra.....

14. Jūsų svoris yra.....

15. Jūsų nuomone stresas yra:

- normali organizmo reakcija į aplinkos dirgiklius  
 nenormali organizmo reakcija į aplinkos dirgiklius  
 kita.....

16. Ar esate patyręs stresą?

- taip                       iš dalies                       ne

17. Kiek kartų per mėnesį patiriate stresą?

- nė karto     1 kartą     2 kartus     3 kartus     4 kartus     kita.....

18. Kaip manote, koks yra streso poveikis sveikatai?

- teigiamas                       neturi jokio poveikio     neigiamas                       nežinau

19. Ar dažnai Jūsų kasdiniame gyvenime atsitinka tai, ką Jums sunku suprasti?

- taip, dažnai                       taip, kartais                       ne

20. Ar dažnai kasdienis gyvenimas teikia Jums pasitenkinimą?

- taip, dažnai                       taip, kartais                       ne

21. Ar dažnai randate išeitį iš padėties, kuri kitiems atrodo beviltiška?

- taip, dažnai                       taip, kartais                       ne

## **II. Subjektyvus sveikatos vertinimas**

1. Kas Jums yra sveikata? (*galima pateikti kelis atsakymų variantus*)

- ligos nebuvimas     skausmo ir fizinių apribojimų nebuvimas  
 galimybė siekti užsibrėžtų tikslų                       socialinė ir finansinė gerovė  
 kita.....

2. Kaip Jūs vertinate savo sveikatą? Ji yra:

- labai gera       gera       vidutinė       bloga       labai bloga

3. Kiek kartų per pastaruosius metus apsilankėte pas šeimos gydytoją ar kitą specialistą?

- nė karto       1 kartą       2 kartus       3 kartus       4 kartus       kita.....

4. Dėl kokių priežasčių lankėtės pas gydytoją?

- dėl profilaktinio sveikatos patikrinimo                       dėl ligos gydymo  
 dėl recepto vaistams     dėl siuntimo pas specialistą  
 patikrinimo dėl sveikos gyvensenos                       nesilankau  
 kita.....

5. Kokiomis ligomis sergate (*nurodykite pagrindinius susirgimus*)?  
.....

6. Jūsų nuomone, kas įtakoja žmogaus sveikatą, jos stiprinimą? (*galima pateikti kelis atsakymų variantus*)

- paveldimumas     žmogaus gyvensena ir elgsena  
 fizinė aplinka     šalies sveikatos priežiūros organizavimas

7. Kaip manote, kiek gyvenimo būdas įtakoja žmogaus sveikatą?

- 50 % sveikatos priklauso nuo gyvenimo būdo  
 20 % sveikatos priklauso nuo gyvenimo būdo  
 10 % sveikatos priklauso nuo gyvenimo būdo

8. Ar Jūs rūpinatės savo sveikata?

- taip  iš dalies  ne

9. Kaip rūpinatės savo sveikata? (*galima pateikti kelis atsakymų variantus*)

- reguliariai lankotės pas medikus  prisilaikote sveikos gyvensenos principų  
 vengiate žalingų įpročių  domitės sveikata, skaitote, žiūrite sveikatos laidas  
 kita.....

10. Kada Jūsų nuomone reikia rūpintis savo sveikata?

- esant sveikam (-ai)  tik susirgus  esant sveikam ir sergant  kita.....

11. Kaip manote, kas pirmiausia turi rūpintis žmogaus sveikata?

- pats žmogus  edukologai  gydytojai  vyriausybė

12. Kada Jūsų nuomone žmogui yra reikalingas mokymas apie sveikatą? (*galima pateikti kelis atsakymų variantus*)

- sveikam, siekiančiam palaikyti sveikatą  sergančiam  neįgaliam, mokant įgūdžių  
 kita....

13. Kaip pasikeitė jūsų požiūris į sveikatą per keletą metų?

- nepasikeitė  dalyvauju profilaktinių sveikatos patikrinimų programose  
 kita.....

### ***III. Žinios apie sveikatos stiprinimą***

1. Ar žinote, kas tai yra sveikatos stiprinimas?

- Taip  Ne

2. Jeigu atsakėte „ne“, ar norėtumėte sužinoti, kas tai yra sveikatos stiprinimas?

- Taip  Ne  Kita.....

3. Kokiais būdais galima stiprinti sveikatą? (*galima pateikti kelis atsakymų variantus*)

- Sveikai maitinantis  Judant  Vengiant ar atsisakant žalingų įpročių  
 Kita.....

