

VILNIAUS PEDAGOGINIS UNIVERSITETAS
PEDAGOGIKOS IR PSICHOLOGIJOS FAKULTETAS
EDUKOLOGIJOS KATEDRA

Roma Paukštienė

SVEIKOS GYVENSENOS UGDYMO(SI) POREIKIS
SUAUGUSIŲJŲ NEFORMALIAME ŠVIETIME

Magistro darbas
Edukologija (andragogika)

Magistro darbo vadovė doc. dr. R. Proškuvienė

Vilnius, 2009

TURINYS

ĮVADAS	3
DARBE NAUDOJAMOS SAŲOKOS	6
1. SVEIKOS GYVENSENOS SAMPRATA IR SVEIKATOS UGDYMO(SI) RAIDA	7
1.1. Sveikata ir sveika gyvensena, jų ugdymas	7
1.2. Sveikatos ugdymo Lietuvoje istorinė apžvalga	9
1.3. Pagrindiniai gyvensenos komponentai ir jų reikšmė sveikatai	11
1.3.1. Mityba	12
1.3.2. Fizinis aktyvumas	14
1.3.3. Psichikos sveikata	16
1.3.4. Žalingi įpročiai	19
1.4. Sveikatos ugdymo programos ir jų įgyvendinimas šalyje	22
1.5. Suaugusiųjų neformalus švietimas ir jų sveikos gyvensenos ugdymo(si) galimybės Lietuvoje	27
1.6. Sveikatos gerinimo politikos ir suaugusiųjų sveikatos ir sveikos gyvensenos ugdymo(si) apžvalga pasaulio mastu	31
2. SVEIKOS GYVENSENOS UGDYMO(SI) POREIKIO NEFORMALIAME SUAUGUSIŲJŲ ŠVIETIME TYRIMAS	36
2.1. Tyrimo organizavimas ir metodika	36
2.2. Tyrime dalyvavusių suaugusiųjų charakteristika	39
2.3. Sveikatos ir sveikos gyvensenos žinių įvertinimas	40
2.4. Suaugusiųjų sveikos gyvensenos įpročiai	44
2.5. Sveikos gyvensenos ugdymo(si) poreikis	57
IŠVADOS	63
REKOMENDACIJOS	64
LITERATŪROS SĄRAŠAS	65
SUMMARY	74
PRIEDAI	76

IVADAS

Temos aktualumas. Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis žmogaus sveikata 49-53 proc. priklauso nuo jo gyvenamosios, 17-20 proc. – nuo aplinkos veiksnių, apie 18 proc. – nuo žmogaus paveldimumo (genetikos) ir tik 8-10 proc. – nuo medicinos pagalbos (Juškelienė, 2007). 1978 m. *Almatos deklaracijoje* akcentuojama ne tik ligų gydymas, bet ir jų prevencija. *Pasaulinėje sveikatos deklaracijoje* „Sveikata visiems XXI a.“ priimtoje 1998 m., tarp įvairių sveikatos tikslų įvardijamas ir pagrindinių sveikos gyvenamosios faktorių poreikis: sveikesnės mitybos, fizinio aktyvumo ir psichikos sveikatos gerinimo, žalingų įpročių sumažinimo siekimas, akcentuojamos mokslo žinios sveikatai ir partnerių sutelkimas sveikatos tikslams.

Skandinavijos šalys vienos pirmųjų ėmėsi įgyvendinti sveikatos projektus – 1972 m. prasidėjęs *Šiaurės Karelijos projektas* (The North Karelia Project) davė teigiamų rezultatų jau po 20 metų (žmonių gyvenama tapo sveikesnė). *Elgesio pakeitimo konsorciūmo* (The Behavior Change Consortium – BCC), startavusio 1999 m. JAV, tikslas – remiantis sveika elgsena, pasiekti ilgalaikį elgesio pakeitimą mitybos, fizinio aktyvumo ir žalingų įpročių prevencijos srityse, nes bloga mityba, nepakankamas judėjimas, tabako ir alkoholio vartojimas apima 10 pagrindinių sergamumo ir pirmalaikio mirtingumo atvejų JAV (Ory, M. G. et al., 2002).

Viena iš strateginių krašto reformų po Nepriklausomybės atkūrimo Lietuvoje buvo įvardinta visuomenės sveikatos politika – sveikatingumo stiprinimo poreikis, kuris įmanomas tik bendradarbiaujant švietimo ir sveikatos apsaugos sistemoms (Švietimo gairės, 2002). Šalyje įgyvendinamos švietimo ir sveikatos reformos, tačiau „vykstant sveikatos reformai, didėja suaugusiųjų ir vaikų sergamumas bei ligotumas“ (Jankauskienė ir kt., 2007, p. 282). Lietuvos gyventojai turi daug sveikatos problemų: pagal alkoholio suvartojimą šalis pirmąją Europos Sąjungoje, pagal savižudybių skaičių daugiau kaip 10 metų šalis pirmąją Europoje (Proškuvienė, 2008) – šie faktai pagrindžia suaugusiųjų sveikos gyvenamosios ugdymo(si) būtinybę.

1998 m. Lietuvos Respublikos Seimas patvirtina *Lietuvos sveikatos programą 1997-2010 m.*, tačiau *Sveikatos propagandos programa* lieka neįgyvendinta, o „sveikatinimo programos ugdymo įstaigose vykdomos nenuosekliai, todėl būtina tobulinti sveikatinimo veiklą“ (Gudžinskienė, 2007, p. 41). Švietimo gairėse (2002) numatyta visuomenės sveikatos politika, išplėtojant suaugusiųjų sveikatingumo ugdymo sistemą, akcentuojamas mokymasis visą gyvenimą, kuris tampa pagrindine atsinaujinančio švietimo paradigma. R. Proškuvienė pažymi, kad „efektyvesnės ir santykinai pigesnės yra kompleksinės programos, apimančios daugelį sveikos gyvenamosios aspektų“ (Proškuvienė, 2004, p. 8). Tačiau dar šiandien suaugusieji (net formaliam

švietime) neturi mokslinėmis žiniomis pagrįstos sveikos gyvensenos ugdymo programos, apimančios visuminį (holistinį) sveikatos ugdymą bei orientuotos plačiajai visuomenei. Tuo tarpu neformalaus švietimo sektoriuje privačia iniciatyva atsiranda įvairių sveikatos ar sveikos gyvensenos ugdymo programų ne visada pagrįstų mokslinėmis žiniomis.

Keičiantis pasauliui, vyksta ir ugdymo turinio nuolatinė kaita – todėl reikia garantuoti ugdymo turinio atsinaujinimą ir moksliskumą (Lietuvos švietimo koncepcija, 1992). Galime daryti prielaidą, kad sveikos gyvensenos ugdymo(si) suaugusiesiems programos sukūrimas, suderinimas ir patvirtinimas (Švietimo ir mokslo ministerijos bei Sveikatos apsaugos ministerijos) bei jos įgyvendinimas padėtų pakeisti susidariusią situaciją – užtikrintų sveikos gyvensenos ugdymo(si) proceso tęstinumą, prieinamumą, moksliskumą, kontekstualumą, nacionalumą, humaniškumą, demokratiškumą ir efektyvumą, leistų realizuoti mokymosi visą gyvenimą poreikį ir galimybes (Švietimo gairės, 2002).

Sveikas gyvenimo būdas yra aktualus kiekvienam žmogui, tame tarpe ir darbo autorei, kuri po nelaimingo atsitikimo išgyveno tik dėl geros sveikatos, kurią turėjo sveiko gyvenimo būdo dėka. Vėliau tapo priklausoma nuo rūkymo ir jo atsisakė. Turėdama tokią patirtį, ji padėjo daugeliui žmonių atsisakyti rūkymo ir alkoholio vartojimo, įveikti psichologines krizes, paskatino juos sportuoti ar sveikiau maitintis ir pan. Darbo autorė planuoja vesti sveikos gyvensenos ugdymo(si), žalingų įpročių atsisakymo seminarus suaugusiesiems.

Problema – ar reikalingas sveikos gyvensenos ugdymas suaugusiųjų neformaliame švietime?

Tyrimo objektas – suaugusiųjų sveikos gyvensenos ugdymas neformaliame švietime.

Probleminis klausimas – ar mokslinėmis žiniomis pagrįstos sveikos gyvensenos ugdymo programos nebuvimas yra problema suaugusiųjų neformaliame švietime?

Tyrimo tikslas – ištirti sveikos gyvensenos ugdymo(si) poreikį suaugusiųjų neformaliame švietime.

Tyrimo uždaviniai:

1. Išanalizuoti gyvensenos įtaką sveikatai ir sveikos gyvensenos ugdymo raidą.
2. Įvertinti suaugusiųjų sveikos gyvensenos žinių lygį.
3. Įvertinti suaugusiųjų sveikos gyvensenos žinių taikymą gyvenime: jų elgesį ir įpročius.
4. Atskleisti suaugusiųjų sveikos gyvensenos ugdymo(si) problemiskumą ir ugdymo(si) poreikį.

Tyrimo metodai:

Teorinis: edukologinės, psichologinės, filosofinės, biomedicininės, visuomenės sveikatos literatūros studijavimas padėjo atskleisti svarbiausius tiriamos problemos klausimus.

Empirinis (praktinis) – respondentų anketinė apklausa, siekiant išsiaiškinti jų sveikos gyvensenos žinias, nuostatas, elgesį, sveikos gyvensenos ugdymo(si) poreikį.

Content analizės metodas panaudotas, apdorojant apklausos atvirus klausimus.

Matematinės statistikos – tyrimo duomenų analizė atlikta kompiuterine programa SPSS (Statistical package for the Social Sciences) 13.0 for Windows. Apskaičiuota respondentų atsakymų absoliutūs ir procentiniai dažniai, statistiniai rodikliai: Chi-kvadrato kriterijus (Pearson Chi-Square), laisvės laipsnių skaičius (df), reikšmingumo lygmuo (Asymp. Sig); koreliacijos koeficientas (Pearson Correlation), ryšio stiprumas ir statistinis reikšmingumas. Grafiniam duomenų atvaizdavimui taikyta Microsoft Office programa, Microsoft Excel ir Word. Duomenys darbe pateikiami paveikslų ir lentelių forma.

Tyrimo imtis – atsitiktinė. Tyrime dalyvavo 220 respondentų iš Vilniaus, Kauno, Klaipėdos miestų ir 7 Lietuvos rajonų darbo organizacijų, dalyvaujančių neformaliame švietime.

Tyrimo etapai:

Pirmajame etape studijuota biomedicininė, visuomenės sveikatos, edukologinė, psichologinė, filosofinė literatūra, kuria remiantis numatyta tyrimo uždaviniai, kurta diagnostinio tyrimo metodika. **Antrajame** etape atliktas žvalgomasis tyrimas – anketinė apklausa, kurios tikslas patikrinti sukurtos metodikos tinkamumą ir esant reikalui, pakoreguoti ją. **Trečiajame** etape atliktas diagnostinis tyrimas, kurio pagrindinis tikslas – įvertinti tiriamų suaugusių sveikos gyvensenos žinias, jų taikymą gyvenime: elgesį ir įpročius bei atskleisti suaugusiųjų sveikos gyvensenos ugdymo(si) problemišumą. **Ketvirtajame** etape, remiantis mokslinės literatūros apžvalga ir atlikto tyrimo statistine duomenų analize, suformuluota išvados ir rekomendacijos.

Darbo mokslinis naujumas ir teorinis reikšmingumas:

- Išryškinta suaugusiųjų sveikos gyvensenos ugdymo(si) problemiškumas.
- Konstatuotas suaugusiųjų sveikos gyvensenos ugdymo(si) poreikis Lietuvoje.
- Atskleistas suaugusiųjų noras mokytis sveikos gyvensenos.
- Pateiktos suaugusiųjų sveikos gyvensenos ugdymo formos.

Darbo praktinis reikšmingumas:

- Tyrimo rezultatai naudingi, kuriant holistinę (visuminę) sveikos gyvensenos ugdymo programą suaugusiems ar tobulinant suaugusiųjų sveikatos ugdymo strategiją.
- Remiantis darbo medžiaga, pradėta vesti sveikos gyvensenos ugdymo seminarai suaugusiesiems.
- Atkreiptas tyrime dalyvavusių suaugusiųjų dėmesys į sveikatą, sveikos gyvensenos ugdymą, žalingų įpročių prevenciją.

DARBE NAUDOJAMOS SĄVOKOS

Sveikata yra fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė, o ne ligų ir negalavimų nebuvimas (PSO, 1946).

Sveika gyvensena – kasdieninis gyvenimo būdas, kuris stiprina ir tobulina rezervines organizmo galimybes, padeda žmogui išlikti sveikam, saugoti ir gerinti savo sveikatą (Proškuvienė, 2004).

Ugdymas, *education in broad sense, Erziehung im breiten Sinne, воспитание в широком смысле* – asmenybę kuriantis žmonių bendravimas, sąveikaujant su aplinka bei žmogaus kultūros vertybėmis. Ugdymas – bendriausia pedagogikos kategorija, apimanti auginimą, švietimą, mokymą, lavinimą, auklėjimą, formavimą (Jovaiša, 2007).

Švietimas – pagrindinė ugdymo funkcija, tenkinanti individo ir visuomenės informacinius poreikius. Pagrindinės švietimo funkcijos – mokymas ir lavinimas. Nemokyklinio švietimo darbą dirba kultūros įstaigų sistema, žiniasklaidos priemonės (radijas, televizija, spauda) (Jovaiša, 2007).

Neformalus suaugusiųjų švietimas apima į valstybės švietimo registrą neįtrauktas švietimo rūšis – bendrąjį ir profesinį lavinimąsi, jei jo apimtis nesudaro reglamentuoto modelio, pomėgių ugdymą, bendrą savišvietą. Neformalųjį švietimą teikia valstybinės ar nevalstybinės oficialiai įregistruotos švietimo įstaigos, klubai, bibliotekos, muziejai, sąjungos ir organizacijos (Lietuvos švietimo koncepcija, 1992).

1. SVEIKOS GYVENSENOS SAMPRATA IR SVEIKATOS UGDYMO(SI) RAIDA

Sveikos gyvensenos sampratoje ir sveikatos ugdymo(si) raidoje atskleidžiamas sveikatos ir sveikos gyvensenos ugdymas, pagrindinių sveikos gyvensenos komponentų reikšmė sveikatai bei jų problemiškas, atliekama sveikatos ugdymo Lietuvoje istorinė apžvalga bei nagrinėjamos sveikatos ugdymo programos ir jų įgyvendinimas šalyje. Taip pat apžvelgiamas suaugusiųjų neformalus švietimas, apibūdinamos suaugusiųjų sveikos gyvensenos ugdymo(si) galimybės šalyje, atliekama sveikatos gerinimo politikos apžvalga pasaulio mastu.

1.1. Sveikata ir sveika gyvensena, jų ugdymas

Sveikata yra viena svarbiausių žmogaus gyvenimo vertybių. Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) sveikatą apibrėžia ne tik kaip ligų, negalios nebuvimą, bet ir kaip visapusę fizinę, dvasinę ir socialinę gerovę. Sveikata domisi įvairių mokslų ir disciplinų atstovai: medikai, psichologai, filosofai, edukologai, sociologai, lyderystės teoretikai ir kt.

L. Seiger ir kt. (1995) nurodo geros sveikatos komponentus: emocinis, fizinis, intelektualus, dvasinis, socialinis, profesinis (Proškuvienė, 2004). V. Gudžinskienė (2007) šiuos sveikatos komponentus papildė asmeniniu ir visuomeniniu aspektu.

Emocinė sveikata yra suvokiama kaip gebėjimas suprasti ir išreikšti savo jausmus. Fizinė sveikata – geras kūno ir visų organizmų sistemų funkcionavimas. Protinė (intelektuali) sveikata susijusi su informacijos rinkimu, apdorojimu, įvairių psichologinių procesų darna, gebėjimu nusistatyti prioritetus ir siekti tikslo. Socialinė (visuomeninė) sveikata atspindi gebėjimą bendrauti su žmonėmis, prisitaikyti prie socialinės grupės. Asmeninė sveikata priklauso nuo asmens laimės ir sėkmės supratimo. Profesinė sveikata yra susijusi su asmenybės gebėjimu pasinaudoti savo privalumais, įgūdžiais, mokėjimais profesinėje veikloje. Dvasinė sveikata – tarsi egzistencijos pagrindas, apimanti žmogaus dvasines vertybes, padedanti suvokti kitas, glaudžiai susijusias sveikatos sritis (Gudžinskienė, 2007). Psichikos sveikata – tai gera savijauta, tinkamas darbo ir poilsio sureguliuojimas, kai žmogus gali atskleisti savo gebėjimus, įveikti gyvenimo sunkumus, produktyviai dirbti ir nešti bendruomeninį indėlį. Asmens (individo) sveikatą apibūdina asmeniniai sveikatos rodikliai, emociniai veiksniai, požiūris į savo paties sveikatą. Visuomenės sveikatą apibūdina statistiniai rodikliai: gimstamumas, mirtingumas, sergamumas, gyvenimo trukmė ir kt. Sveikata yra suprantama kaip visų sveikatos sričių visuma.

Sveika gyvensena – tai kasdieninis gyvenimo būdas, kuris padeda žmogui išlikti sveikam, saugoti ir stiprinti sveikatą. Sveika gyvensena suvokiama kaip individo ar grupės gyvenimo būdas, tausojantis sveikatą. Svarbiausi sveikos gyvensenos komponentai: sveika mityba, optimalus fizinis aktyvumas ir grūdinimais, asmens higiena ir kūno priežiūra, tinkamas poilsis ir psichoemocinis stabilumas, saugi ir sveika aplinka, sveikatai žalingų įpročių nebuvimas (Proškovienė, 2004).

Jei remsimės Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis, kad žmogaus sveikata 49-53 proc. priklauso nuo jo paties, 17-20 proc. – nuo aplinkos veiksnių, apie 18 proc. – nuo žmogaus genetinės konstitucijos ir tik 8-10 proc. – nuo medicinos pagalbos – tai turėsime pripažinti, kad esminis faktorius darantis įtaką žmogaus sveikatai, yra pats žmogus, jo gyvenimo būdas, nuostatos, vertybės, elgesys ir pan. Kiti faktoriai darantys įtaką sveikatai, irgi gali būti veikiami žmogaus gyvensenos, pvz.: žmogaus gyvenimo būdas gali palengvinti arba apsunkinti dalies įgimtų ligų raidą. Vadinasi, sveika gyvensena, jos įtaka sveikatai yra dar reikšmingesnė, nei gali atrodyti iš pirmo žvilgsnio. Todėl sveikos gyvensenos ugdymo(si) poreikis yra ypatingai aktualus, nes sveika gyvensena daro įtaką visoms sveikatos sritims: asmens ir visuomenės, emocinei, fizinei, protinei, socialinei, asmeninei, profesinei, dvasinei, psichikos sveikatai – todėl yra svarbus holistinis (visuminis) sveikatos ugdymas.

Ugdymas yra edukologijos mokslų objektas, todėl magistro darbe yra nagrinėjamas sveikos gyvensenos ugdymas(is) (jo poreikis) – vienas iš svarbiausių veiksnių, lemiančių žmogaus sveikatą. Ugdymas yra traktuojamas kaip visuomenės funkcija, procesai ar žmonių bendravimas, apimantis individo sąveiką su aplinka ir kultūros vertybėmis. Ugdymas apjungia tokias kategorijas kaip švietimas, mokymas, lavinimas, auklėjimas, formavimas. Žmogaus ugdymas palaiapsniui pereina į saviugdą ir tęsiasi visą gyvenimą (Lukšienė, 2000). Ugdymo esmė – sudaryti sąlygas reikštingiems žmogaus gebėjimams, formuoti pasaulėžiūrai, internalizuoti vertybes, „padėti ugdytiniui išskleisti savo asmenybę ir kūrybiškai veikti pasaulyje“ (Aramavičiūtė, 1998).

H. Maslow (1908-1970) humanistinės ir transpersonalinės psichologijos krypčių pradininkas, asmenybės suaugusiųjų raidos psichologijos teorijos atstovas – plačiausiai žinomas dėl žmogaus poreikių piramidės ir savęs aktualizavimo koncepcijų – pirmasis pasaulyje akcentavo sveiką asmenybę. Ankstesni autoriai iki to laiko tyrinėjo patologines asmenybes. Maslow tyrinėjo asmenybes, siekiančias žmogiškos pilnatvės. Visi jo tiriamieji buvo daugiau ar mažiau aktualizavusios asmenybės, kurios buvo sveiki žmonės. Maslow (2006) teorija atskleidžia asmens poreikių tenkinimo svarbą ir vertybinių orientacijų bei motyvacijos įtaką asmenybės vystymuisi.

Vertybinės orientacijos yra svarbi ugdymo sudedamoji dalis. Žinių, pažiūrų, įsitikinimų, vertybinių orientacijų svarbą žmogaus elgesiui nagrinėja ugdymo filosofija, kuri akcentuoja holistinį požiūrį į ugdytinį. Humanistinis ugdymas turi padėti skleisti visoms ugdytinio galioms:

dvasinėms, psichinėms ir fizinėms (Vasiliauskas, 1992). Vertybines orientacijas nagrinėja ir įvairios lyderystės teorijos, nes lyderystė visada yra susijusi su vertybėmis. R. Boyatzis ir kt. (2006) darnioje lyderystėje iškelia nuolatinį lyderio atsinaujinimo visas sveikatos aspektais (protiniu, psichologiniu, emociniu, fiziniu ir dvasiniu) poreikį.

S. Hagard (1994) nurodė **sveikatos ugdymo modelį:**

INFORMACIJA → ŽINOJIMAS → NUOSTATA → ELGESYS → SVEIKATA .

Šį sveikatos ugdymo modelį vėliau nagrinėjo kiti autoriai: E. Adaškevičienė (1999), R. Proškuviene (2004), V. Gudžinskienė (2007). Šio modelio sudėtinės dalys – žinios, o jų pagrindu formuojamos nuostatos ir grindžiamas elgesys tinka ir sveikos gyvensenos ugdymo(si) pagrindimui. Tam, kad žmogus gyventų sveikai, jis turi turėti žinių apie sveiką gyvenseną, mokėti jas taikyti kasdieniniame gyvenime, gyventi ir veikti pagal jas, remiantis atitinkamomis vertybinėmis orientacijomis, siekdamas išsaugoti ir stiprinti sveikatą. Sveikata yra tarsi priemonė, kurios dėka žmogus gali pasiekti ir realizuoti savo gyvenimo tikslus, todėl sveikata turėtų būti esmine žmogaus vertybe. Keičiantis pasauliui, keičiasi ir mokslinės žinios, mokymosi teorijos, žmonių vertybinės orientacijos, todėl yra svarbus nuolatinis žinių apie sveikatą ir sveiką gyvenseną atnaujinimas moksliniais pagrindais. Sveikos gyvensenos – kaip svarbiausio sveikatos faktoriaus – ugdymas(is) turi užimti labai svarbią vietą ugdymo(si) procese ir tęstis visą gyvenimą, praktiškai įgyvendindamas pagrindinę atsinaujinančio švietimo paradigmą (mokyti visą gyvenimą).

1.2. Sveikatos ugdymo Lietuvoje istorinė apžvalga

Sveikatos ugdymo mokslas formavosi ilgus metus. Sveikata domėjosi įvairių sričių ir profesijų atstovai. Trumpai apžvelgsime sveikatos ugdymo raidą Lietuvoje.

Vyskupas M. Valančius (1801-1885) – sveikos gyvensenos propaguotojas, blaivybės skleidėjas. Jis tikėjo auklėjimo galia ir naudodamasis savo, kaip bažnyčios hierarcho padėtimi, kovojo prieš alkoholio vartojimą. Daktaras J. Šliūpas (1861-1944) knygoje „Ryžkimės būti sveiki“ dėmesį skyrė vaikų ir jaunimo sveikatos ugdymui, higienai, fiziniam lavinimui. Išskyrė kūno dailumo, brandos, sveikatos ir stiprybės, proto plėtros, širdies tobulinimo ir valios sutvirtinimo sritis. Apie higienos, sveikos aplinkos, mitybos, mankštos ir poilsio reikšmę sveikatai J. Šliūpas aprašė knygoje „Higiena arba Sveikatos dėsnių mokslas“. Filosofas ir rašytojas Vydūnas (V. Storosta) (1868-1953) knygoje apie sveikatą „Sveikata, jaunumas, grožė“ išdėstė sveikatos koncepciją. Sveikatą įvardijo kaip esminę vertybę ir kultūros dalį. Sveikatos filosofijos pagrindas – siekimas išvengti ligų. Vydūnas atkreipė dėmesį į protinę, emocinę, fizinę sveikatą, kvėpavimą,

mitybą, sveiką aplinką, asmens higieną (Vydūnas, 1991). M. Mačernis (1937) akcentavo sveikatos ugdymą kaip kompleksinę mokymo sritį ir siūlė visą mokymą sutelkti apie sveikatą, gamtą, visuomenę ir darbą.

Sveikos mitybos reikšmę sveikatai nagrinėjo D. Mikalauskaitė (1990, 1997); L. Saukienė (1990); A. Zaborskis (1996); M. Miškinienė (2001); V. Gudžinskienė, E. Žilinskienė (2003) ir kiti. Paauglių mitybos ypatumus nagrinėjo R. Proškuvienė, V. Gudžinskienė (1997). R. Stukas (1999) nagrinėjo sveikos mitybos principus, pagrindines maisto medžiagas, maisto priedus ir teršalus bei jų poveikį sveikatai, daugiau akcentuodamas vaikų ir moksleivių mitybą.

Higienos klausimams daug dėmesio skyrė E. Andriulis. Jo vadovėlis „Asmens higiena“ (1979) buvo pirmoji sveikatos ugdymo priemonė, skirta mokykloms, taip pat autorius nagrinėjo ir studentų higieną (1979). Asmens higienai dėmesį skyrė E. Grinienė, D. Lindišienė, E. Maračinskienė, V. Vaitkevičius (1990). Aplinkos higienos svarbą pabrėžė E. Adaškevičienė (1996) ir kiti.

Fizine sveikata domėjosi ir ją tyrinėjo daugelis šalies mokslininkų. Kūno kultūros įtaką sveikatai akcentavo K. Dineika, K. Labanauskas (1959). K. Dineika vienas pirmųjų atkreipė dėmesį į kūno kultūros poveikį sveikatai bei kūno lavinimą nuo mažens, pabrėžė kūno ir dvasios ugdymo vienvė, akcentuodamas psichofizinę treniruotę (Dineika, 2001). Fizinio lavinimo įtaką sveikatai nagrinėjo S. Šalkauskis ir J. Laužikas. Šalkauskis (1992) sveikatą apibūdino kaip kūno ir sielos sutarimą, vertindamas ją filosofiniu aspektu. Laužikas (1997) akcentavo fizinio aktyvumo ugdymo būtinybę ir dėmesį skyrė fizinio aktyvumo poreikiui ugdyti. Vaikų ir moksleivių fizinį aktyvumą nagrinėjo E. Grinienė (1990); R. Kairytė (1993); E. Adaškevičienė (1996); I. Zuožienė (1998); R. Paulauskas (1999); R. Dilienė (2000); V. Juškelienė (2003). Studentų ir jaunimo fizinį ugdymą tyrė V. Vaščila (1996); J. Armonienė (1998); O. Gasparkienė (1999). Moksleivių fizinės saviugdos problemas nagrinėjo I. Zuožienė (1998); O. Batutis (2003), o studentų fizinę saviugdą, jos skatinimą tyrė S. Dadelo (1998); S. Poteliūnienė (1999); L. Tubelis (2001).

Vaikų ir paauglių *psichikos sveikatos* problemas tyrinėjo D. Pūras (2002); R. Proškuvienė (2006, 2008), kuri akcentavo psichikos sutrikimus lemiančius veiksnius bei prevencines priemones. Emocinės ir protinės sveikatos stiprinimą akcentavo E. Adaškevičienė (1999); V. Gudžinskienė (2002); E. Žilinskienė (2002). Protinio darbingumo suderinamumą su besimokančiųjų mokinių krūviu, amžiumi ir galimybėmis nagrinėjo E. Grinienė (1990); R. Kairytė (1993); A. G. Davidavičienė (1992, 1996); E. Andriulis (1997); M. Černiausienė (2000); V. Gudžinskienė (2000).

Saugaus elgesio, traumų profilaktikos problematiką nagrinėjo N. Dailidienė; A. Davidavičienė, R. Šarauskaitė (1995) ir kt. Paauglių *lytiškumo* raišką tyrė S. Ustilaitė (2001).

Žalingų įpročių, ŽIV/ AIDS prevencija – sudėtingiausia sveikatos ugdymo dalis. Ją tyrinėjo A. Goštautas (1996, 2002); I. Pilkauskienė (1996); A. Zaborskis, N. Žemaitienė, L. Šumskas (1996); A. Baubinas (1997); I. Bulotaitė (1998); A. G. Davidavičienė (1999, 2000); M. Černiauskienė (2000); Z. Javtokas, A. Žagminas (2002) ir kt. Atkreipiamas dėmesys į prevencinio darbo individualumą ir diferencijavimą pagal amžių. V. Gudžinskienė (2007) nurodė 3 prevencinio darbo lygmenis: teorinį (informaciją), praktinį (disputus, individualų darbą) ir emocinį (palankią aplinką). Lietuvos moksleivių sveikatos stiprinimui didelį dėmesį skyrė A. Zaborskis (1997).

Suaugusių Lietuvos gyventojų pagrindinių gyvenamosios veiksmų (mitybos, fizinio aktyvumo ir žalingų įpročių) įtaką sveikatai nagrinėjo L. Dregval (1998), kuri teigė, kad svarbiausias sveikatos politikos komponentas – sveikos gyvenamosios veiksmų ugdymas; V. Grabauskas, J. Klumbienė, J. Petkevičienė, J. Šakytė, E. Kriaučionienė, V. Paalanen ir kt. (2006). Šie mokslininkai pagrįdė rėmėsi *Finbalt Health Monitor* gyvenamosios veiksmų tyrimais, kurie Lietuvoje populiacijos mastu atliekami kas antri metai (nuo 1994 m.). D. Gailienė (2000) tyrė savižudybių paplitimo socialinius-psichologinius aspektus ir prevencijos galimybes. V. Volbekienė (2004) tyrė suaugusiųjų nepakankamą fizinį aktyvumą ir senėjimą, pagyvenusių žmonių sporto modelius, fizinio pasyvumo sukeltas ligas. R. Jankauskienė (2008) nagrinėjo Lietuvos sporto politiką, fizinio aktyvumo tyrimus populiacijos mastu ir užsienio šalių patirtį.

Visuomenės sveikatos aktualijas nagrinėjo D. Jankauskienė, R. Pečiūra (1997), R. Kalėdienė, J. Petrauskienė, J. Rimpela (1999); V. Juškelienė (2008).

Sveikatos ugdymo tradicijos šalyje siekia XIX a. Tuo metu dėmesys buvo skiriamas ir sveikos gyvenamosios veiksmų ugdymui (tiek vaikų, tiek suaugusiųjų). Sovietmečiu vyravo biomedicininė sveikatos samprata, daugiau akcentuojant fizinę jos pusę ir higieną. Po Lietuvos nepriklausomybės atgavimo, Lietuvai įstojus į PSO ir perėmus pažangias pasaulio sveikatos ugdymo tradicijas, šalies mokslininkai ėmė skirti didelį dėmesį vaikų ir jaunimo sveikatos ugdymui, jų gyvenamosios veiksmų problemoms ir jų sprendimui, o suaugusiųjų sveikatos ir sveikos gyvenamosios veiksmų ugdymui (si) skiriamas nepakankamas dėmesys.

Pagrindiniai sveikos gyvenamosios veiksmų komponentai ir jų reikšmė sveikatai

Apžvelgsime pagrindinių sveikos gyvenamosios veiksmų komponentų: sveikos mitybos, optimalaus fizinio aktyvumo, psichikos sveikatos, žalingų įpročių problemišumą ir įtaką sveikatai.

Mityba

Lietuvos sveikatos programoje (1998) teigiama, kad mokslininkų darbai įrodė, kad neteisinga mityba tiesiogiai nulemia beveik 50 proc. mirčių, taigi sveika mityba yra sveikatos pagrindas. Įvairių išsivysčiusių pasaulio šalių mitybos programų pagrindas evoliucionavo nuo “racionalios”, vėliau – “subalansuotos“ mitybos, iki mokslininkų pasiūlyto termino – “sveikos” mitybos. JAV maisto ir vaistų administracija bei Nacionalinė mokslų akademija pasiūlė terminą “sveikatinanti mityba”, kuris konceptualiai geriausiai atspindi mitybos, kaip svarbiausio biologinio fenomeno, reikšmę ligų profilaktikai (Lietuvos sveikatos programa, 1998).

Lietuvos gyventojų mityba praeitame šimtmeetyje smarkiai kito: mažėjant kompleksinių angliavandenių vartojimui, padidėjo monosacharidų vartojimas, baltymų kiekis (gaunamas su maistu) nepakito, bet žymiai padidėjo riebalų kiekis maisto racione: 1933-1939 m. riebalai tiekavo tik 30 proc. energijos gaunamos su maistu, o 1980-1995 m. – net 42-49 proc.) (Lietuvos sveikatos programa, 1998). Suaugusių Lietuvos žmonių faktinės mitybos tyrimas ir vertinimas (2007) ištyrė faktinę suaugusių Lietuvos gyventojų mitybą 2007 m. ir pateikė panašius duomenis apie per didelį riebalinės kilmės kalorijų kiekį, gaunamą su maistu (moterų mityboje jis sudarė 41,9 proc., o vyrų – 44,9 proc.). PSO rekomenduoja su maistu iš riebalų gauti 30 proc. energijos kiekio.

A. Barzda ir kt. (2009) teigia, kad Lietuvos suaugusių gyventojų 2007 m. mityba yra nesubalansuota ir ją reikia koreguoti. Mokslininkai nurodo, kad per daug vartojama riebalų (ypač sočiųjų riebalų rūgščių, cholesterolio), cukraus, natrio, nepakankamas vitaminų (D, B1, PP, B12), kalcio, jodo, magnio, geležies, cinko vartojimas. Suaugusių Lietuvos žmonių faktinės mitybos tyrimą ir vertinimą (2007) atlikę mokslininkai, rekomenduoja pagrindinį energijos šaltinį (riebalus) pakeisti angliavandeniais, ypač sudėtiniais angliavandeniais ir maisto skaidulomis, kurių pagrindinis šaltinis yra vaisiai ir daržovės. Šios nuostatos deklaruojamos ir Valstybinėje maisto ir mitybos strategijoje, ir Lietuvos sveikatos programoje 1997-2010 m.

Nuo 1994 m. Lietuvoje pradėta diegti gyvenamosios stebėsenos sistema ir kas antri metai atliekamas tarptautinis gyvenamosios tyrimas Finbalt Health Monitor populiacijos lygyje, kuriame išsamiai tiriama ir gyventojų mityba. Analizuojant šio tyrimo duomenis per 12 metų (iki 2006 m.), galime teigti, kad Lietuvos gyventojų mityba kito. Maistui gaminti daug dažniau pradėtas vartoti augalinis aliejus. Vyrų, vartojančių augalinį aliejų, dalis padidėjo beveik 2,5 karto, o moterų – beveik 2 kartus. Aliejuose esančios polinesočiosios riebalų rūgštys mažina cholesterolio koncentraciją kraujyje, tuo pačiu mažindamos išeminės širdies ligos ir kitų ligų riziką (Stukas, 1999).

Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenamosios tyrimo (2006) duomenimis nuo 1994 m. iki 2000 m. beveik dvigubai sumažėjo gyventojų tepusių ant duonos sviestą, nes gyventojai pradėjo tepti ant

duonos margarina. Tai byloja apie teigiamus poslinkius mityboje, nes svieste yra daugiau sočiųjų riebalų rūgščių, didinančių cholesterolio koncentraciją kraujyje (Grabauskas ir kt., 2006). Tačiau vėliau, atsiradus plačiam tepių riebalų mišinių (kurių pagrindą sudaro pieno riebalai) asortimentui, sviesto vartojimas vėl ėmė didėti. 2006 m. sviestą ir tepių riebalų mišinius ant duonos tepė beveik pusė gyventojų (55 proc. vyrų ir 58 proc. moterų), o sviestą dažniau vartojo vyresnio amžiaus žmonės.

Finbalt Health Monitor atliekamų tyrimų duomenimis per 12 metų Lietuvos gyventojai dažniau pradėjo valgyti šviežias daržoves. Nors 3 dienas per savaitę valgančiųjų šviežias daržoves skaičius išaugo 2,5 karto, bet 2006 m. jas valgė tik kas antras suaugęs šalies gyventojas. Šviežius vaisius ir uogas 3 dienas per savaitę 2006 m. valgė 28 proc. vyrų ir 42 proc. moterų. Suaugusieji, turintys aukštąjį išsilavinimą, dažniau valgė daržoves negu tie, kurių išsilavinimas nebaigtas vidurinis ir vidurinis. Nors padidėjo vartojančių vaisius ir daržoves, tačiau didžiosios dalies suaugusiųjų mityba nėra sveika. Respublikinio mitybos centro (1998) parengtoje sveikos mitybos piramidėje rekomenduojama valgyti daržovių ir vaisių 5-9 porcijas į dieną. Daržovėse esančios medžiagos (vitaminai, flavanoidai, mineralinės medžiagos, maistinės skaidulos ir kt.) apsaugo nuo širdies ir kraujagyslių ligų (V. Grabauskas ir kt., 2006). Skaidulinės medžiagos padeda kontroliuoti svorį, atlieka vidurių užkietėjimo, hemorojaus ir apendikso infekcijos profilaktiką, mažina storosios žarnos vėžio, širdies ir kraujagyslių ligų riziką, absorbuoja toksines medžiagas, lėtina cholesterolio (ir kitų sterolių) absorbciją (Miškinienė, 2001).

Jeigu būtų vartojama pakankamai daržovių ir vaisių, širdies ir kraujagyslių ligų rizika sumažėtų trečdaliu (V. Grabauskas ir kt., 2006). R. Stukas (1999) nurodo, kad pagrindinių mirties priežasčių 1997 m. struktūroje kraujo apytakos sistemos ligos tarp vyrų sudarė 45,11 proc., o tarp moterų – 66,56 proc. Mokslininkas teigia, kad didelis mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių sistemų ligų, nutukimo yra susijęs su netinkama mityba.

L. Dregval (1998) akcentuoja užsienio šalių patirtį, kuri demonstruoja, kad ten kur valstybės mastu vykdomos įvairios sveikos gyvensenos programos, kur gyventojai nuolat mokomi sveikai valgyti, mityba palaipsniui gerėja. Pvz.: Suomijoje vykdomoje nacionalinėje sveikatingumo programoje (Šiaurės Karelijos projektas) didelis dėmesys yra skiriamas gyventojų mitybai, sveikos gyvensenos ugdymui. Suomiai 10-20 metų bėgyje žymiai pagerino mitybos įpročius: ant duonos tepančių sviestą gyventojų sumažėjo nuo 80 proc. iki 20 proc., pusantro karto padidėjo kasdien vartojančių daržoves.

Apibendrinus mokslininkų darbus suaugusių gyventojų mitybos srityje, galime teigti, kad nežiūrint gerėjančios šalies gyventojų mitybos, dalies gyventojų mityba išlieka nesveika, todėl yra būtinas suaugusiųjų sveikos gyvensenos ugdymas(is). Užsienio šalių (pvz.: Suomijos) ugdomoji

patirtis gyvenimo srityje rodo, kad pasiekiami teigiami rezultatai, turintys įtakos gyvenimo įpročių ir mitybos gerėjimui.

Fizinis aktyvumas

Fizinis aktyvumas – „tai kūno judesiai, kurių rezultatas yra didesnis nei ramybės lygmens energijos sunaudojimas“ (Jankauskienė, 2008, p. 4). V. Volbekienė (2004) apibūdina fizinį aktyvumą, kaip skeleto raumenų sukeltus judesius, kurie ženkliai padidina energijos išsekimą. Mokslininkai teigia, kad aktyvumas yra susijęs su amžiumi, lytimi, medžiagų apykaita ir kt. Fiziniam aktyvumui įtaką daro visuomeninės tradicijos, papročiai, gyvenimo nuostatos, vertybės, draugai, šeima, darbo pobūdis, aplinka, buities sąlygos ir kt.

Lietuvos gyventojų fizinis aktyvumas dažniausiai buvo tiriamas kaip sudėtinė gyvenimo dalis, atliekant biomedicininis ar sociologinius tyrimus. Nesukurta Lietuvos gyventojų fizinio aktyvumo stebėsenos sistema, todėl fizinis aktyvumas ne visada nustatomas tinkamai (remiantis galiojančiais ir patikrintais klausimynais). Tiriant skirtingais fizinio aktyvumo nustatymo instrumentais, gautus duomenis sunku interpretuoti ir palyginti su kitų šalių fizinio aktyvumo rodikliais (Jankauskienė, 2008).

Kalėdienė ir kiti (1999) teigia, kad dviejų trečdalių Lietuvos suaugusiųjų gyvenimo yra fiziškai pasyvi. 2004 m. atlikto Eurobarometro tyrimo „Europos Sąjungos piliečiai ir sportas“ duomenimis 48 proc. Lietuvos respondentų nurodė, kad jie niekada nesportuoja ir nesimankština. Lietuvos statistikos departamento 2005 m. duomenimis, šalyje nepakankamai fiziškai aktyvūs buvo kas penkta moteris ir kas septintas vyras. R. Jankauskienė (2008) teigia, kad 2007 m. sociologinėje apklausoje apie Lietuvos gyventojų požiūrį į kūno kultūros pratybas ir sportą, nustatyta, kad 51,6 proc. gyventojų iš viso nesimankština. Analizuojant Finbalt Health Monitor suaugusių žmonių gyvenimo tyrimo duomenis, nustatyta, kad 1998 m. ir 2002 m. 2 kartus per savaitę Lietuvoje mankštinosi (taip, kad padažnėtų kvėpavimas ir suprakaituotų) tik 30 proc. suaugusiųjų, o 2006 m. laisvalaikiu kasdien mankštinosi tik 15,7 proc. dalyvavusiųjų tyrime. Taigi, apibendrinus įvairių tyrimų rezultatus, galime teigti, kad fizinis aktyvumas šalyje būdingas tik mažesnei pusei suaugusių gyventojų, todėl yra svarbus jų gyvenimo ugdymas(is), fizinio aktyvumo skatinimas.

Pastaruoju metu mokslinėse publikacijose teigiama, kad fizinis aktyvumas, kuris trunka 30 minučių, ne mažiau 5 kartus per savaitę (išsekvojant apie 200 kcal energijos per dieną) stiprina suaugusiųjų sveikatą (Blair, 2009), o fizinis aktyvumas, išsekvojant 1000-1100 kcal energijos per savaitę, stiprina širdies ir kraujagyslių sistemos, griaučių raumenų pajėgumą, padeda išlaikyti sveiką svorį (Volbekienė, 2004). Lietuvos sveikatos programoje (1998) teigiama, kad fizinis aktyvumas yra labai svarbus, stiprinant žmogaus sveikatą, mažinant riziką susirgti lėtinėmis neinfekcinėmis

ligomis. PSO ekspertai rekomenduoja dienotvarkę planuoti taip, kad fizinė veikla kasdien sudarytų ne mažiau kaip 1 val. per savaitę (Juškelienė, 2007).

Fizinis aktyvumas pasireiškia profesinėje veikloje, buityje, laisvalaikiu, poilsiaujant, sportuojant, mankštinantis ir kt. Mokslininkai akcentuoja, kad tinkamas fizinis aktyvumas pagerina nuotaiką, bendravimą, pasitikėjimą savimi, darbingumą, miegą, fizinę išvaizdą, padeda įveikti depresiją, stresą, sumažina tikimybę susirgti nutukimu ir kitom ligom. Blair S.N. (2009) teigia, kad fizinis aktyvumas atitolina kognityvinių (pažintinių) procesų silpnėjimą su amžiumi, gerina protinį darbingumą. Pvz.: vien tik vaikščiojimas stiprina sveikatą, mankština raumenys, mažėja sąnarių ir raumenų sustingimas bei skausmai, stabdomas diabeto atsiradimas ir kaulinio audinio irimas (osteoporozė), mažėja padidėjęs kraujospūdis, širdies priepuolio ir insulto pavojus, įtampa, gerėja kraujotaka, stiprėja širdis, gerėja kvėpavimo sistemos veikla, didėja plaučių talpa, gerėja protinė veikla (daugiau deguonies smegenims), rečiau skauda galvą, gerėja savijauta ir medžiagų apykaita, didėja fizinė ištvermė ir pajėgumas (Žilinskienė ir kt., 2003). Pasirenkant laisvalaikio sportą, svarbu yra žinoti, kad nesaugūs fiziniai pratimai gali pakenkti sveikatai

Jeigu fizinis aktyvumas kasdien yra mažesnis nei 30 minučių, tai gyvensena yra fiziškai pasyvi ir galimi sveikatos rizikos veiksniai. Nepakankamas fizinis aktyvumas vadinamas **hipokineze**. Dėl fizinio pasyvumo JAV gyventojų mirtingumas yra 2 kartus didesnis, nei dėl visų nelaimingų atsitikimų (gaisrų, transporto avarių, kriminalinių nusikaltimų, lytiniu būdu plintančių ligų ir pan.) kartu sudėjus (Booth et al., 2002). Su fiziniu pasyvumu siejama 3,5 proc. visų ligų ir jam priskiriama 5-10 proc. mirčių Europos regione (Jankauskienė, 2008). Nustatyta, kad fiziškai pasyvių moterų išeminės širdies ligos, insulto ir 2 tipo diabeto rizika padidėja 43 proc. (Volbekienė, 2004). Mokslininkai nustatė, kad per didelis kūno svoris (ir nutukimas) sukelia daugelį ligų. Kūno svoris priklauso nuo genetinių faktorių, medžiagų apykaitos sutrikimų, endokrininės sistemos ligų, bet dažniausia nutukimo priežastis yra persivalgymas ir per mažas fizinis aktyvumas (Proškuvienė, 2004).

Analizuojant Finbalt Health Monitor suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos tyrimų duomenis per 12 metų, nustatyta, kad nutukusių vyrų dalis padidėjo beveik dvigubai iki 2006 m., o antsvorio paplitimas išaugo nuo 47 proc. iki 56 proc. Tarp moterų nutukimo ir antsvorio paplitimas beveik nepakito (2006 m. nutukusių buvo 19 proc. moterų, o 49 proc. turėjo antsvorį). Tyrime išryškėjo aukštąjį išsilavinimą turinčių moterų nutukimo mažėjimo tendencijos. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos 2006 m. tyrimo duomenimis tik 40,9 proc. tiriamųjų kūno svoris buvo normalus, 32,2 proc. turėjo antsvorį, o 19,7 proc. buvo nutukę (Grabauskas ir kt., 2006). Apibendrinant antsvorio tyrimų duomenis, galime konstatuoti, kad didėja antsvorio ir nutukimo paplitimas šalyje: tik mažesnės gyventojų dalies kūno svoris yra normalus, beveik pusė suaugusiųjų

turi atsvorį, o dalis jų yra nutukę. Tai įrodo suaugusiųjų sveikos gyvensenos ugdymo būtinumą, skatinat suaugusiųjų fizinį aktyvumą ir reguliuojant jų mitybą.

Sovietmečiu sporto politika šalyje buvo orientuota į pasiekimus arba varžybinį sportą. Po Nepriklausomybės atkūrimo Lietuvoje sparčiai didėja privataus kapitalo investicijos į sporto klubų tinklą, tačiau dalies jų paslaugų kainos yra prieinamos ne visiems. Tyrimais nustatyta, kad užsienio šalių gyventojų palankiau vertinančių fizinio aktyvumo sąlygas, fizinis aktyvumas yra didesnis nei tų, kurie tas sąlygas vertina kaip nepalankias (Jankauskienė, 2008). PSO pabrėžia, kad fizinis aktyvumas turėtų būtų integruojamas į kasdieninę gyventojų veiklą, kad mankštintimosi galimybės (dviračių takai, rekreacinės aikštelės, parkai) būtų prieinami kuo didesnei daliai žmonių. Tačiau šalyje prasta daugelio šalies parkų, dviračių takų, žaidimų aikštelių situacija, dalis dabartinių sporto objektų neatitinka standartiniams higienos normų reikalavimams, o per pastaruosius 20 m. Lietuvoje (remiant valstybei), buvo pastatytas tik vienas tarptautinius reikalavimus atitinkantis sporto objektas – Šiaulių Arena (Jankauskienė, 2008). Lietuvoje fizinio aktyvumo sąlygų gerinimas (išskyrus profesionalų sportą) dažniausiai yra paliekamas privataus sektoriaus iniciatyvai, kuris daugiau linkęs vadovautis ne Europos šalių patirtimi, o JAV, kur propaguojamas kūno kultas: liesumas ar raumeningumas (kūno dizainas, figūros dailinimas).

Tubelis (2001) tyręs studentų fizinės saviugdos skatinimą, nurodo pagrindines priežastis, trukdančias fizinės saviugdai vykti, tarp kurių yra kūno kultūrą skatinančių motyvų stoka ir kūno kultūros žinių bei gebėjimų trūkumas. R. Jankauskienė (2008) teigia, kad reiktų remtis užsienio šalių gerąja patirtimi pagrįsta valstybės politika, kurios tikslas – suaugusiųjų motyvacijos ir poreikio judėti ugdymas turėtų būti nukreipti į sveikatos stiprinimą, ligų prevenciją, priešlaikinės mirties atitolinimą, gyvenimo kokybės gerinimą. Suaugusiųjų sveikos gyvensenos ugdymo(si) poreikis yra aktualus dar ir dėl to, kad gyventojų fizinį aktyvumą nepakankamai skatina sveikatos priežiūros darbuotojai – tik nedidelė dalis suaugusiųjų nurodė, kad gydytojas (6,9 proc.) ar sveikatos priežiūros specialistas (1,6 proc.) patarė didinti fizinį aktyvumą (Suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos tyrimas, 2006 m.)

1.3.3. Psichikos sveikata

Psichikos sveikata yra sudedamoji sveikatos dalis, kurią PSO apibrėžia kaip gerą savijautą, kai žmogus gali atskleisti savo gebėjimus, įveikti gyvenimo sunkumus, produktyviai ir vaisingai dirbti ir nešti bendruomeninį indėlį (Proškuvienė, 2008). Psichiškai sveikam žmogui būdinga psichinių procesų darna, mąstymo, elgesio ir emocijų adekvatumas situacijai, sugebėjimas daryti sprendimus ir už juos atsakyti. Mokslininkai, tiriantys psichikos sveikatą, dažniausiai nurodo šias

visuomenės psichikos sveikatos problemas: depresiją, nerimą, stresą, prievartą, smurtą, agresiją, priklausomybes ir savižudybes.

R. Proškuvienė (2008) teigia, kad sergamumas psichikos ligomis Lietuvoje nuo 1990 m. iki 2004 m. padidėjo beveik 10 proc. Sveikatos apsaugos ministerijos duomenimis didėja gyventojų ligotumas psichikos ligomis: 1990 m. psichikos ligomis sirgo 145688 asmenys, o 1997 m. – 155490. Psichikos ligų epidemiologiniai tyrimai rodo, jog šalyje yra apie 500 000 asmenų, kuriems reikalinga psichologo, psichoterapeuto arba psichiatro pagalba. Mokslininkai teigia, kad moterys dažniau nei vyrai, patiria depresiją, stresą ar nervinę įtampą.

Valstybinis psichikos sveikatos centras (2008) pateikia duomenis (1 lentelėje) apie psichikos sutrikimus Lietuvoje, iš kurių matyti, kad jų paplitimas didėja.

1 lentelė

Psichikos sutrikimų skaičius

Metai	Sergančių asmenų skaičius 100 000 gyventojų
2001 m.	2639,50
2002 m.	2696,50
2003 m.	2653,50
2004 m.	2710,90
2005 m.	2717,00
2006 m.	2756,10
2007 m.	2795,65

L. Dregval (1998) nurodo, kad sergančių lėtinėmis psichinėmis ligomis 1995 m. buvo 1403,8 asmenų 100 000 gyventojų, o tai reiškia, kad sergančiųjų skaičius per 12 metų (nuo 1995 iki 2007 m.) padidėjo net 1391,85 (100 000 gyventojų).

Mokslininkai teigia, kad žmogaus gyvensena turi įtakos depresijai – ją padidinti gali piktnaudžiavimas narkotikais, alkoholiu, vaistais, o sumažinti gali tinkamas fizinis aktyvumas ir tinkama mityba (reiktų vartoti daug daržovių ir vaisių, aprūpinant organizmą vitaminais, mineralinėmis medžiagomis). Fiziškai aktyvūs asmenys, palyginti su pasyviais, rečiau serga depresija (Kesaniemi et al., 2001). R. Proškuvienė (2008) pažymi, kad mankštinimasis dažnai yra ne blogesnė streso įveikimo priemonė, kaip antidepresantai ir nurodo nerimą mažinančias priemones: reguliarią mankštą, kvėpavimo pratimus, relaksaciją (raumenų ir vaizduotės), malonią veiklą, tinkamą poilsį ir miegą, nevartojimą kavos, arbatžolių arbatos, energetinių gėrimų ir kt.

Daugelio mokslininkų tyrimai rodo, kad ryšys tarp neigiamų emocijų ir vėžio nėra lengvai apčiuopiamas – stresas nesukuria vėžinių ląstelių, tačiau, silpnindamas organizmo gynybą ir kovą

su vėžinėmis ląstelėmis, veikia jų augimą (Justice, 1985). Streso ir vėžio ryšys aiškinamas imuninės sistemos pokyčiais. Ilgai besitęsiantis stresas gali sukelti emocinį organizmo išsekimą, kuris gali pasireikšti fiziniu nuovargiu (energijos trūkumu, galvos skausmais, apetito ir svorio pokyčiais, nemiga), emociniu nuovargiu (depresija, bejėgiškumu) ir psichiniu nuovargiu (neigiamu savęs vertinimu, neigiamu požiūriu į darbą, aplinkinius, nusišalinimu nuo įsipareigojimų) (Lekavičienė ir kt., 2007).

Mokslininkai nurodo šiuos pagrindinius streso rizikos veiksnius: rūkymą, alkoholio vartojimą, nesubalansuotą mitybą, skurdą, nedarbą, nuolatinę kritiką ir kt. Myers (2000) teigia, kad streso stiprumas priklauso nuo žmogaus būdo ir jį supančios aplinkos. Galimos streso įveikimo strategijos yra streso ir emocinio išsekimo pažinimas, elgesio keitimas, bendravimo formų tobulinimas (Proškusienė, 2008). Mokslininkų darbuose akcentuojama žmogaus gyvenimosios įtaka streso įveikimui – tai kvėpavimo pratimai, bendravimas, atsipalaidavimas, relaksacija, meditacija, pozityvus požiūris, tinkamas laiko planavimas ir poilsis, sveika mityba, žalingų įpročių atsisakymas ir kt.

D. Gailienė (2000) tyrusi savižudybių Lietuvoje socialinius-psichologinius paplitimo aspektus, teigia, kad „pagal oficialius duomenis, įvairių šalių pateikiamus Pasaulinei sveikatos organizacijai, Lietuvos savižudybių rodiklis šiuo metu yra aukščiausias pasaulyje“ (Gailienė, 2000, p. 6). Jei nepriklausomoje prieškarinio Lietuvos savižudybių skaičius per metus svyravo nuo 123 (1924 m.) iki 231 (1939 m.), tai 1995-1998 m. jų buvo nuo 1554 iki 1723, o tai sudarė 41,8-46,4 savižudybes 100 000 šalies gyventojų (Gailienė, 2000). Mokslininkė teigia, kad yra ryšys tarp savižudybių paplitimo ir jų pateikimo žiniasklaidoje pobūdžio: „savižudybių aprašymai pagrindiniuose Lietuvos dienraščiuose (kaip ir Vengrijos, taip pat pasižyminčios aukštais savižudybių rodikliais) teigiamiau vertinami, nei šalyse su žemais savižudybių rodikliais“ (Gailienė, 2000, p. 131.). Mokslininkė, nurodydama savižudybių prevencijos modelį Lietuvoje, akcentuoja ugdymą, sveikos gyvenimosios įgūdžių formavimą (alkoholio ir narkotikų profilaktiką), mokymąsi ir informavimą. R. Proškusienė (2008) teigia, kad pastebimas savižudybių skaičiaus didėjimas, nes pagal savižudybių skaičių Lietuva (1994 m. aplenkusi Vengriją) tapo pirmaujančia šalimi Europoje ir tokia išlieka jau daugiau kaip 10 metų. Mokslininkė nurodo, kad savižudybės yra susijusios su depresija, o nediagnozuotos ir negydytos depresijos lemia didelį savižudybių skaičių. L. Dregval (1998) teigia, kad tarp kasmet įvykstančių 1700 savižudybių, 500 įvykdomos alkoholio vartojimo pasekmėje. Lietuvos sveikatos programoje (1998) nurodoma, kad apie 70 proc. savižudybių siejamos su alkoholio vartojimu.

Remiantis mokslininkų darbais, galime konstatuoti, kad sveika gyvenimo (sveika mityba, tinkamas fizinis aktyvumas ir žalingų įpročių neturėjimas) padeda įveikti kai kurias psichikos

problemas ar sudaro prielaidas joms neatsirasti – todėl suaugusiųjų sveikos gyvensenos ugdymas(is) bei jos propagavimas yra svarbi priemonė psichikos sveikatai gerinti. Sveika gyvensena, mažindama depresiją bei gerindama bendrą žmogaus savijautą, gali turėti ir teigiamos įtakos savižudybių mažėjimui. Įvairių tyrimų rezultatai rodo blogėjančią suaugusiųjų psichikos sveikatos būklę šalyje, o tai tik pagrindžia suaugusiųjų sveikos gyvensenos ugdymo(si) poreikį.

1.3.4. Žalingi įpročiai

Toliau apžvelgsime pagrindinius žalingus įpročius: alkoholio vartojimą, rūkymą, narkotikų vartojimą, jų paplitimą ir problemišumą.

Pagal **alkoholio** suvartojimą Lietuva pirmauja Europos Sąjungoje (Proškuvienė, 2008). Analizuojant ir lyginant Finbalt Health Monitor tyrimų duomenis per 12 metų, nustatyta, kad šalyje stiprių alkoholinių gėrimų vartojimo dažnis tarp vyrų ir moterų beveik nepakito per minėtą laikotarpį. 2006 m. bent kartą per savaitę juos gėrė kas trečias vyras ir kas dešimta moteris (Grabauskas ir kt., 2006). Tačiau padidėjo alaus vartojimo dažnis: vyrų, bent kartą savaitėje geriančių alaus, padaugėjo 12 proc., o moterų – 11 proc. (Suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos tyrimas, 2006 m.)

2005 m. Lietuvos gyventojų sveikatos tyrimo (apklausos) duomenimis per 4 savaites iki apklausos, alkoholinius gėrimus vartojo 58 proc. gyventojų, o per 12 mėn. alkoholinius gėrimus vartojo 76,3 proc. gyventojų. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos 2006 m. tyrimo duomenimis tik 12,6 proc. tiriamųjų nurodė, kad niekada nevartoja stiprių alkoholinių gėrimų. Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenimis matyti didėja suvartojamo alkoholio kiekis: 2007 m. Lietuvoje 1 gyventojui per metus teko 11,2 litrų o 2000 m. – 9,9 litrai absoliutaus (100 %) alkoholio.

Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenimis 2006 m. palyginti su 2000 m., asmenų sergančių alkoholine psichoze skaičius išaugo 66 procentais, o 2007 m. jų padaugėjo 13 proc. (lyginat su 2006 m.). Alkoholinės psichozės beveik 2 kartus dažniau diagnozuojamos kaimo gyventojams, o lėtinis alkoholizmas būdingesnis miestiečiams. L. Dregval (1998) nurodo, kad sergančių lėtiniu alkoholizmu 1995 m. šalyje buvo 52 149. Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenimis 2007 m. dėl alkoholio vartojimo mirė 1741 žmogus (tai 257 daugiau nei 2006 m.). Dėl apsinuodijimo alkoholiu ir jo surogatais 1994 m. mirė 725 asmenys, o 1995 m. – 738 (Dregval, 1998).

Lietuvos sveikatos programoje (1998) teigiama, kad mirtys, susijusios su alkoholiu, Lietuvoje vidutiniškai sudaro 10,4 proc. visų mirčių. Pagal PSO Europos regioninio komiteto

duomenis, alkoholio vartojimas nulemia 6 proc. jaunesnių nei 75 metų žmonių mirtį (Sveikata visiems XXI, 200).

Mokslininkai pažymi, kad su alkoholio vartojimu yra susiję ir kiti pavojingo elgesio atvejai: vairavimas išgėrus, smurtavimas, ligos (psichozės, savižudybės), nusikaltimai ir kt. Informatikos ir ryšių departamento prie Vidaus reikalų ministerijos duomenimis 2007 m. šeštadalis visų ištirtų nusikalstamų veikų padaryta neblaivių asmenų. Policijos departamento prie Vidaus reikalų ministerijos duomenimis 2007 m. kas septintas užregistruotas eismo įvykis padarytas neblaivių asmenų (jų metu žuvo 90, sužeisti 1408 žmonės), o dėl neblaivių vairuotojų kaltės žuvo 69 žmonės, sužeista – 1211 (tai 3,6 proc. daugiau nei 2006 m.) (Statistikos departamentas, 2008). Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenamosios 2006 m. tyrimo duomenimis net 39,1 proc. tiriamųjų teigė, kad per praėjusius 12 mėn. pastebėjo ką nors iš draugų vairuojant išgėrus.

Apibendrinus alkoholio vartojimo tendencijas Lietuvoje, galime teigti, kad stiprių alkoholinių gėrimo vartojimo dažnis nemažėja per 12 metų (o alaus vartojimas net didėja). Taip pat alkoholio vartojimas yra susijęs su nelaimingais atsitikimais, nusikaltimais, avarijomis, ligomis, savižudybėmis, todėl suaugusiųjų sveikos gyvenamosios ugdymas(is), siekiant sumažinti alkoholio vartojimą, yra svarbus edukologinis uždavinys.

V. Grabauskas ir kt. (2006) apibendrinami suaugusių Lietuvos žmonių gyvenamąją (nuo 1994 m. iki 2006 m.) teigia, kad **rūkymo** paplitimas padidėjo tarp moterų ir beveik nepakito tarp vyrų. Per 12 metų laikotarpį rūkymo paplitimas tarp aukštojo išsilavinimo vyrų sumažėjo nuo 32 proc. iki 22 proc. Tarp moterų rūkymo paplitimas didėjo visose išsilavinimo grupėse (per 12 metų). Tačiau paskutiniiais metais tarp aukštojo išsilavinimo moterų stebimos rūkymo paplitimo mažėjimo tendencijos: 2000 m. rūkė 14 proc. moterų, o 2006 m. – tik 10 proc. Kai kurie tyrimai rodo, kad didėjant išsimokslinimui, rūkymo paplitimas mažėja (Dregval, 1998).

Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenamosios tyrimo ir Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenimis 2006 m. kasdien rūkė beveik penktadalis gyventojų, o 2007 m. Lietuvoje vienam gyventojui per metus teko 1229 cigarečių (2006 m. – 1202).

Didžiausia kasdien rūkančiųjų (net 21,1 proc.) reguliaraus rūkymo trukmė yra 26 ir daugiau metų. Kad niekada nerūkė nurodė tik 42,2 proc. suaugusiųjų. Tarp asmenų, kurie anksčiau rūkė, o dabar nerūko didžiausią dalį (44 proc.) sudaro turintys aukštąjį išsilavinimą. Šie rezultatai parodo, kad išsilavinimas turi įtakos žalingų įpročių atsisakymui.

Lietuvos sveikatos programoje (1998) teigiama, kad tabako vartojimas lemia 25 proc. širdies ir kraujagyslių ligų, 30 proc. vėžio, 75 proc. kvėpavimo sistemos ligų ir yra laikomas svarbiausiu šių ligų rizikos faktoriumi. Nuo rūkymo sukeltų ligų Lietuvoje kasmet prieš laiką miršta daugiau

kaip 7 tūkst. gyventojų, kas sudaro 20 proc. bendrojo mirtingumo. PSO duomenimis dėl rūkymo ligų sukeltų mirčių vidutiniškai prarandama 20 gyvenimo metų (Sveikata visiems XXI, 2000).

Suaugusiųjų žalingų įpročių paplitimo tyrimų duomenys rodo, kad rūkymas yra susijęs ir su kitais rizikos veiksniais: alkoholiu vartojimu, nesveika mityba, nepakankamu fiziniu aktyvumu. Penktadalis asmenų, kuriems būdinga nesveika gyvensena, turi tris ir daugiau rizikos veiksnius (Juškelienė, 2007).

Pasyvus rūkymas yra didžiulė žala organizmui. Dregval (1998) teigia, kad rūkymo metu į aplinką išskirtuose dūmuose yra 50 kartų didesnė kancerogenų koncentracija, nei ją gauna pats rūkantysis. Finbalt Health Monitor tyrimų duomenimis, 2006 m. prirūkytose patalpose darbo metu mažiau nei 1 val. praleidžia 12,6 proc. tiriamųjų; 1-5 val. praleidžia 10 proc. tiriamųjų, daugiau nei 5 val. praleidžia 8,8 proc. tiriamųjų. Net 32 proc. tiriamųjų nurodo, kad gyvena bute, kuriame kas nors rūko – didžiausią jų dalį (80 proc.) sudaro turintys aukštąjį universitetinį išsilavinimą.

Kadangi rūkymo mažėjimas labiausiai pastebimas tarp aukštąjį išsilavinimą turinčių žmonių, galima tikėtis, kad esant kryptingai rūkymo mažinimo politikai ir tinkamai suaugusiųjų sveikos gyvensenos ugdymo(si) programai, pastarieji galėtų daryti teigiamą įtaką kartu gyvenantiems rūkantiesiems ar net padėti jiems atsikratyti žalingų įpročių. Juo labiau, kad net 71,7 proc. šeimos narių pataria rūkantiesiems atsisakyti rūkymo (Grabauskas ir kt., 2006) ir tai parodo, kad suaugusieji užsiima kitų ugdymu. Kad šis ugdymas(is) galėtų būti efektyvus, demonstruoja ir rūkančiųjų motyvacija – net 70 proc. kasdien rūkančiųjų (73,2 proc. vyrų ir 65,5 proc. moterų) nori mesti rūkyti ir tik 5,9 proc. teigia nenorintys atsisakyti rūkymo (Suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos tyrimas, 2006 m.). To paties tyrimo duomenimis mažiausiai norinčių mesti rūkyti yra studentų tarpe, o daugiausiai jų yra tarp vyresnių suaugusiųjų – tai akivaizdžiai demonstruoja suaugusiųjų sveikos gyvensenos ugdymo(si) poreikį ir būtinumą, juo labiau, kad net 79,8 proc. kasdien rūkančių nerimauja dėl rūkymo padarinių sveikatai.

Lietuvos sveikatos programoje (1998) teigiama, kad Lietuva dėl savo geografinės padėties tapo narkotikų tranzito iš Rytų į Vakarų šalimi. Susidarė ne tik palankios sąlygos nelegaliai gabenti narkotikus per Lietuvą, bet ir juos platinti Lietuvoje, todėl **narkomanija** tapo grėsmingu socialiniu reiškiniu.

Lietuvos statistikos metraštis (2007) pateikia Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenis (2 lentelėje) apie besigydančius šalies asmenis nuo narkotinių ar psichotropinių medžiagų. Iš šių duomenų matosi mažėjimo tendencijos pirmą kartą besikreipusių gydytis asmenų tarpe. Tačiau didėja bendras besigydančių asmenų skaičius metų gale: 2006 m. jų buvo net 5573, o tai 2052 asmenimis daugiau nei 2001 m. (3521).

**Nuo narkotinių ar psichotropinių medžiagų priklausomybės
besigydančys asmenys 2001-2006 m.**

	2001	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Kreipėsi pirmą kartą	546	653	471	356	424	349	323
Gydėsi metų pabaigoje	3521	4087	4405	4689	5011	5371	5573
100 000 gyventojų tenka pirmą kartą besikreipusių	15,6	18,8	13,6	10,3	12,3	10,2	9,5
100 000 gyventojų tenka besigydančių metų gale	101,0	117,6	127,2	136,1	146,3	157,8	164,6

Išanalizavus Lietuvos sveikatos programos (1998) ir Valstybinio psichikos sveikatos centro (2008) pateiktus duomenis apie narkomanijos paplitimą, galime teigti, kad jis išsaugo dvigubai per 9 metus (nuo 1997 m. iki 2006 m.). Valstybinio psichikos sveikatos centro (2008) duomenimis didžiausia dalis tarp besigydančių nuo narkotinės priklausomybės 2007 m. užfiksuota tarp 25-29 m. suaugusiųjų, antroje vietoje – tarp asmenų nuo 35 m. amžiaus (šie skaičiai tik pagrindžia suaugusiųjų sveikos gyvensenos ugdymo(si) būtinybę. Didėja ir mirčių skaičius dėl narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo: 2006 m. jų buvo 62, o 2007 m. – 72, du trečdaliai jų mirė atsitiktinai apsinuodiję narkotikais.

Apibendrinami žalingų įpročių paplitimą šalyje, galime teigti, kad jis didėja, sukeldamas įvairias ligas, atnešdamas nelaimingus atsitikimus ir priešlaikines mirtis. Mokslininkai ypatingai akcentuoja būtinybę mažinti žalingų įpročių paplitimą. Tai pagrindžia sveikos gyvensenos ugdymo(si) suaugusiųjų tarpe būtinybę.

Šalies bei užsienio mokslininkai akcentuoja sveikos gyvensenos (sveikos mitybos, tinkamo fizinio aktyvumo, geros psichikos sveikatos, žalingų įpročių nebuvimo) teigiamą įtaką suaugusiųjų sveikatai. L. Dregval (1998) pabrėžia, kad pastovus sveikos gyvensenos mokymas ir ugdymas turi tapti pagrindine valstybės sveikatos politikos strategija.

1.4. Sveikatos ugdymo programos ir jų įgyvendinimas šalyje

Apžvelgsime pagrindinius šalies dokumentus, atspindinčius sveikatos gerinimo politiką, reglamentuojančius sveikatos programas, akcentuojant sveikos gyvensenos būtinybę.

Viena iš strateginių krašto reformų po Nepriklausomybės atkūrimo Lietuvoje buvo įvardinta visuomenės sveikatos politika: sveikatingumo stiprinimas, kuris įmanomas tik glaudžiai bendradarbiaujant švietimo ir sveikatos apsaugos sistemoms.

Lietuvos švietimo koncepcija (1992) ir Lietuvos suaugusiųjų švietimo koncepcija (1993) buvo vieni iš svarbiausių dokumentų, nurodę švietimo reformos gaires ir suaugusiųjų švietimo sistemos bruožus. Juose akcentuojami tam tikri sveikatos klausimai, pažymima, kad ugdant asmenį, būtina atsižvelgti į jo psichinę ir fizinę prigimtį, užtikrinti normalią jo sklaidą. Vienu iš pagrindinių švietimo reformos darbų buvo numatytas ugdymo turinio programų rengimas, o prie universaliųjų programų sudarymo įvardijama ir sveikatos ugdymo būtinybė, pagrinde orientuojant sveikatos ugdymą į mokyklinį formalųjį ugdymą.

1998 m. Lietuvos Respublikos Seimas patvirtino *Lietuvos sveikatos programą 1997-2010 m.*, kurioje atsispindi sveikos gyvensenos poreikis. Svarbiausi sveikatos programos tikslai: gyventojų mirtingumo mažinimas ir vidutinės gyvenimo trukmės ilginimas, sveikatos santykių teisingumas, gyvenimo kokybės pagerinimas. Sveikos gyvensenos srityje numatyta siekti priklausomybę sukeliančių medžiagų vartojimo mažinimo ir prevencijos (tabako ir alkoholio vartojimo sumažinimo, narkotikų vartojimo profilaktikos), sveikos mitybos, fizinio aktyvumo didinimo.

Siekiant įgyvendinti šiuos tikslus, *Lietuvos sveikatos programoje* numatyta ir eilė **edukologinių bei švietimo uždavinių:**

sveikos mitybos įgyvendinimo srityje:

- mokyti visuomenę sveikos mitybos principų,
- sukurti visuomenės informavimo ir sveikos mitybos mokymo sistemą,

fizinio aktyvumo didinimo srityje:

- propaguoti sportą ir fiziškai aktyvią veiklą laisvalaikio,
- didinti prieinamumą visiems gyventojų socialiniams sluoksniams sportuoti,
- įdiegti naują specialistų (taikančių fizinius pratimus asmens ir visuomenės sveikatai stiprinti) rengimo programą,

žalingų įpročių paplitimo mažinimo srityje:

- didinti visuomenės informuotumą alkoholio vartojimo sąlygojamų problemų klausimais,
- per visuomenės informavimo priemones inicijuoti kampanijas prieš žalą, daromą dėl alkoholio vartojimo ir kt.

Siekiant rūkymo paplitimo mažinimo, programoje užakcentuota, kad rūkymo profilaktikos ir nutraukimo programos ruošia ir vykdo sveikatos priežiūros sektorius, tačiau tabako vartojimo mažinimo efektyvumas priklauso nuo viso komplekso valstybės mastu vykdomų teisinių, ekonominių, medicininių ir mokymo priemonių, bendradarbiaujant valstybiniam, privačiam ir

visuomeniniam sektoriams (Lietuvos sveikatos programa, 1998). Programoje numatyti tikslai yra orientuoti vaikų, jaunimo ir suaugusiųjų sveikatos gerinimui.

Švietimo gairėse (2002) numatyta kryptinga **visuomenės sveikatos politika**, kurios tikslas – sustiprinti bendrąjį visuomenės sveikatingumą, atsižvelgiant į vaikų, jaunimo ir į suaugusiųjų poreikius. Siekiant šių tikslo, reikia įgyvendinti tokius **uždavinius**:

- visose švietimo grandyse ugdyti nuostatą, kad sveikata yra vertybė;
- užtikrinti profilaktinę sveikatos priežiūrą;
- suteikti sveikos gyvensenos ir lytinės sveikatos pagrindus moksleiviams,
- kurti sveikų mokyklų tinklą;
- sukurti narkotikų ir psichotropinių medžiagų vartojimo prevencijos sistemą;
- mokyklose įgyvendinti narkomanijos ir savižudybių prevencijos, psichinės sveikatos tausojimo programas;
- remiantis žiniasklaida ir kitomis švietimo priemonėmis, išplėtoti suaugusiųjų sveikatingumo ugdymo sistemą;
- išplėtoti vaikų ir suaugusiųjų kūno kultūros ir sporto, aktyvaus laisvalaikio formas;
- išplėtoti visuomenės, vaikų ir jaunimo sveikatos mokslinius tyrimus, jais remiantis kurti ir įgyvendinti sveikatos politikos programas.

Numatoma suderinti ugdymo turinį su sveikatos reikalavimais (Švietimo gairės, 2002). Sveikatos ir sveikos gyvensenos ugdymo turinys ypač aktualus suaugusiesiems, kurių ugdymas (mokymas) gyvenimo eigoje pereina į saviugdą ir tęsiasi visą gyvenimą – todėl yra svarbu, kad suaugusieji galėtų gauti naujomis mokslinėmis žiniomis pagrįstą informaciją. Švietimo gairėse (2002) pabrėžiama, kad turinys turi būti tiesiogiai susiejamas su asmens ir visuomenės gyvenimui būtinų vertybinių nuostatų, bendrųjų gebėjimų bei kompetencijų suteikimu.

Nors eilėje šalies dokumentų buvo minimas ir suaugusiųjų sveikatos ugdymo poreikis, tačiau realiai sveikatos ir sveikos gyvensenos ugdymas šalyje yra skiriamas vaikų ir jaunimo sveikatos ugdymui. Sveikatos ugdymo kursas bendrojo lavinimo mokyklose yra integruotas beveik į visas mokomąsias programas. 1992 m. išleista *Universalioji sveikatos ugdymo programa*. 1994 m. ir 1997 m. ją pakartotinai išleido kartu su *Bendrosiomis programomis* atskiru skyriumi *Sveikatos ugdymo programa (1997)*. 2000 m. išėjo atskiras leidinys *Universalioji sveikatos ugdymo bei rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo programa (2000)*. 2005 m. pasirodė *Rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo programa*, o 2007 m. – *Lytiškumo ugdymo programa*. Visos minėtos programos

yra patvirtintos Švietimo ir mokslo ministerijos, ekspertų komisijų ir turi būti įgyvendinamos šalies mokyklose.

Sveikatos ugdymo programų tikslai yra:

- diegti holistinį (visuminį) sveikatos supratimą, t.y. fizinę, dvasinę, protinę, emocinę ir socialinę gerovę suprasti kaip svarbią asmeniui, šeimai, visuomenei,
- teikti žinių ir įgūdžių, padedančių ugdyti, gerinti savo ir kitų sveikatą.

Per švietimo reformos laikotarpį be programų sveikatingumo, sveikatos stiprinimo tema pasirodė daug metodinės literatūros mokykloms. 1993 m. Lietuva buvo priimta į Europos sveikatą stiprinančių mokyklų tinklą. Be bendrųjų sveikatos ugdymo programų pasirodė ir specialiosios programos: *Narkotinių medžiagų vartojimo prevencijos, Vaikų dantų edukacijos profilaktikos, Gyvenimas kryžkelėje, AIDS profilaktikos programa, Psichikos ligų profilaktikos programa, Širdies ir kraujagyslių ligų profilaktikos programa, Traumatizmo profilaktikos programa, Tuberkuliozės profilaktikos ir kontrolės programa, Lytiniu būdu plintančių ligų profilaktikos programa* ir kt. Taip pat įgyvendinamos ir programos, susietos su aplinkos gerinimu, pvz.: *Nacionalinė aplinkos sveikatinimo veiksmų programa* (Sveikatos programos, 2008).

Nors Lietuvos Vyriausybė 1996 m. buvo pritarusi *Sveikatos propagandos programai* (kuri buvo orientuota plačiajai visuomenei), tačiau ši programa taip ir liko nesukurta (Sveikatos programos, 2008).

Nors tam tikruose valstybiniuose dokumentuose: *Lietuvos sveikatos programoje 1997-2010 m.*, Švietimo gairėse (2002) deklaruojamas sveikos gyvensenos poreikis ir numatomi konkretūs sveikos gyvensenos įgyvendinimo uždaviniai, tačiau Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos 2007-2009 m. strateginiame veiklos plane prie iškeltų strateginių tikslų ir numatytų įvykdyti uždavinių, sveika gyvensena nėra akcentuojama. Sveikatos apsaugos sektoriaus strateginio 2007-2009 m. veiklos plano SSGG (stiprybių, silpnybių, galimybių, grėsmių) analizėje, prie silpnybių įvardijamas nepakankamas dėmesys visuomenės sveikatai ir ligų prevencijai, o prie grėsmių akcentuojamas nesusiformavęs teigiamas visuomenės požiūris į sveiką gyvenseną, sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą (Sveikatos apsaugos ministerijos 2007-2009 m. strateginis veiklos planas, 2007)

Įvairių ligų profilaktikos programas, orientuotas suaugusiesiems, įgyvendina medicinos sektorius, pagrindinį dėmesį skirdamas ligų gydymui. Lietuvoje medicinos darbuotojai beveik nepraktikuoja suaugusiųjų sveikos gyvensenos propagavimo – tai įrodo įvairūs tyrimai, atlikti populiacijos mastu. Pvz.: Suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos 2006 m. tyrimo duomenimis, gydytojas nepatarė keisti mitybos (dėl sveikatos) 83,1 proc. tiriamųjų, o 97,5 proc. tiriamųjų nepatarė kiti sveikatos priežiūros specialistai (per praėjusius 12 mėn.). Didinti fizinio aktyvumo

nepatarė: gydytojas – 93,1 proc. suaugusiųjų, kiti sveikatos priežiūros specialistai – 98,4 proc. (per praėjusius 12 mėn.). Mažinti kūno svorio nepatarė: gydytojas – 90,1 proc. suaugusiųjų, kiti sveikatos priežiūros specialistai – 98,4 proc. (per praėjusius 12 mėn.). Net 96,1 proc. tiriamųjų teigė, kad per praėjusius 12 mėn. gydytojas nepatarė vartoti mažiau alkoholio dėl sveikatos, o 99,1 proc. – kad kiti sveikatos priežiūros specialistai nepatarė vartoti mažiau alkoholio. Per praėjusius 12 mėn. net 79,3 proc. rūkančiųjų (75,4 proc. vyrų ir 87,9 proc. moterų) gydytojas nepatarė mesti rūkyti, o 94,4 proc. rūkančiųjų (93,1 proc. vyrų ir 97,1 proc. moterų) odontologas nepatarė mesti rūkyti ir net 96 proc. rūkančiųjų (96,1 proc. vyrų ir 95,7 proc. moterų) kiti sveikatos priežiūros specialistai nepatarė mesti rūkyti.

Išnagrinėjus sveikos gyvensenos programas ir jų įgyvendinimą šalyje, galime teigti, kad praktinis sveikos gyvensenos ugdymas šalyje pagrįstas ir orientuotas į vaikus ir į jaunimą. Tačiau vaikų ir jaunimo sveikatos ugdymui švietimo sistemoje nebūdingas sistemingumas (Gudžinskienė, 2006). Mokslininkė nurodo, kad sveikatos ugdymą reglamentuojančių dokumentų, programų ir metodinės literatūros yra (ypač mokykliniam ugdymui), tačiau jų įgyvendinimas stringa. Ugdymo institucijoms palikta teisė ir laisvė nuspręsti, kaip bus įgyvendinama sveikatos ugdymo programos. L. Tubelis (2001) teigia: „tai, kad bendrojo lavinimo mokyklose buvo netinkamai organizuojamos pamokos sąlygojo ir kūno kultūros žinių nuvertinimą – vaikinai patys mažai gavę kūno kultūros teorinių žinių, joms neskyrė didelio dėmesio“ (Tubelis, 2001, p. 161).

Suaugusiųjų sveiką gyvenseną akcentuojančių dokumentų Lietuvoje yra, tačiau praktinis suaugusiųjų sveikos gyvensenos propagavimas yra nepakankamas. Tarp Lietuvos Vyriausybės patvirtintų sveikatos programų ir Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos vykdomų sveikatos programų pastebimas nesuderinamumas (pvz.: sveikos gyvensenos srityje). Dar šiandien suaugusieji (net formaliaje švietime) neturi mokslinėmis žiniomis pagrįstos sveikos gyvensenos ugdymo programos, apimančios visuminį (holistinį) sveikatos ugdymą ir orientuotos plačiajai visuomenei.

Nors šalies mokslininkai: L. Dregval, V. Grabauskas, R. Jankauskienė, J. Klumbienė, V. Volbekienė, R. Jankauskienė ir kiti tiria ir suaugusiųjų gyvensenos problemas bei pabrėžia sveikos gyvensenos būtinybę, tačiau suaugusiųjų sveikos gyvensenos ugdymui(si) (kaip procesui) skiriamas nepakankamas dėmesys – tai patvirtina blogėjanti suaugusiųjų sveikatos situacija šalyje (Jankauskienė ir kt., 2007), mokslininkų pateikiami suaugusiųjų gyvensenos tyrimų rezultatai, rodantys blogėjančią ar nepakankamai gerėjančią suaugusiųjų gyvenseną. Todėl sveikos gyvensenos ugdymo(si) poreikis yra aktuali visuomenės problema, į kurią negalima nekreipti dėmesio.

1.5. Suaugusiųjų neformalus švietimas ir jų sveikos gyvensenos ugdymo(si) galimybės Lietuvoje

Suaugusiųjų švietimas yra didžiausia permanentinės švietimo sistemos dalis, apimanti vyresnius kaip 18 metų, nesimokančius nuosekliojo švietimo sistemoje: ikimokyklinio ar mokyklinio ugdymo įstaigose, specialiose, jaunimo, profesinėse, aukštesniosiose ar aukštosiose mokyklose (Lietuvos švietimo koncepcija, 1993). Lietuvos suaugusiųjų švietimo koncepcijoje (1993) akcentuojama asmens siekis mokytis visą savo gyvenimą, o suaugusiųjų švietimui būdinga savanoriškas sričių pasirinkimas bei specifiniai mokymosi būdai.

Neformalus suaugusiųjų švietimas – asmens ir visuomenės interesus atliepantis mokymasis, lavinimasis ar studijos, kurias baigusiam neišduodamas valstybės dokumentas (Lietuvos neformaliojo suaugusiųjų švietimo įstatymas, 1998). Neformalus suaugusiųjų švietimas apima į valstybės registrą neįtrauktas švietimo rūšis: bendrąjį ir profesinį lavinimąsi, pomėgių ugdymą, bendrą savišvietą. Lietuvos neformaliojo suaugusiųjų švietimo įstatymas (1998) reglamentuoja neformaliojo švietimo sistemą, nustato veiklos ir valdymo pagrindus. Suaugusiųjų švietimo klausimus nagrinėja Baltoji knyga (1999), o suaugusiųjų švietimu rūpinasi Lietuvos suaugusiųjų švietimo asociacija (LSŠA). Suaugusiųjų neformalaus švietimo turinys Lietuvoje nėra reglamentuojamas, jei jo nedraudžia įstatymai. Iš vienos pusės tai yra gerai, nes pačios naujausios žinios ir patirtis gali pasiekti suaugusiuosius be ilgų biurokratinių barjerų o iš kitos pusės yra galimybė atsirasti nekokybiškoms ugdymo programoms, tolimoms nuo mokslinių tiesų.

Kadangi Lietuvoje nėra moksliniais pagrindais sukurtos ir patvirtintos suaugusiųjų sveikos gyvensenos ugdymo(si) programos, kyla grėsmė atsirasti nemoksliniais pagrindais pagrįstoms programoms, orientuotoms suaugusiųjų sveikos gyvensenos ugdymui(si). Pvz.: Lietuvos sveikuolių sąjunga, vienijanti 57 sveikatingumo klubus, pristato holistinę sveikatos ugdymo metodiką, kurioje nurodomas ritminis meditacinis bėgimas su išsimaudymu atviraime vandens telkinyje bet koku oru (www.sveikuoliai.lt). Internetu apstu įvairių siūlomų „sveikos gyvensenos“ atributų: pvz.: Sveiko maisto ir sveikesnės gyvensenos klubas propaguoja maisto derinimą pagal kraujo grupes (<http://lt.netlog.com>), kiti siūlo maisto derinimą pagal H. Šeltoną (<http://www.bodybuilding.lt>), o tai nėra mokslininkų patvirtinta ir sveikoje mityboje neakcentuojama. Internetinis portalas „Sveikas žmogus“ siūlo įvairius organizmo valymo būdus (net sveikiesiems), laida „Sveikas žmogus“ dažnai užsiima ligų gydymu, medikamentų ir vitaminų reklama (<http://www.sveikaszmogus>), Kultūros ir sveikatos centras Agnum, kaip sveikos gyvensenos priemonę, siūlo maisto papildų naudojimą

(www.reikijoga.lt), nors žmogaus organizmas 80-85 proc. vitaminų perdirba iš augalinių medžiagų ir tik 15-20 proc. – iš sintetinių (Žilinskienė ir kt., 2003) ir kt. Todėl, esant nemokslinių sveikatos koncepcijų gausai, suaugusiųjų sveikos gyvensenos ugdymas(is), remiantis moksliniais pagrindais, tampa dar aktualesnis.

Neformaliam švietimui nėra būtinos reglamentuotos ugdymo programos, tačiau tokios patvirtintos sveikos gyvensenos ugdymo programos buvimas leistų neformaliems švietimo sektoriams susiderinti sveikos gyvensenos ugdymo turinį, veikti pagal jį, įgyvendinant įvairias ugdymo formas, pasirinkti tinkamas ugdymo priemones. O patys suaugusieji galėtų tiksliau orientuotis sveikos gyvensenos ugdyme(si), pasirinkdami mokslu pagrįstas teorijas ir priemones sveikatai tausoti. Rengti ir įgyvendinti neformaliojo suaugusiųjų švietimo mokymo programas gali neformaliojo ir formaliojo švietimo įstaigos, turinčios neformaliojo suaugusiųjų švietimo padalinius ar skyrius bei kiti juridiniai asmenys. Valstybė gali užsakyti neformaliojo švietimo įstaigoms valstybines švietimo programas. Todėl, remiantis logiškumo principu, norint įgyvendinti suaugusiųjų sveikos gyvensenos ugdymo(si) poreikį (neformaliame švietime), būtų galima tikėtis suaugusiųjų sveikos gyvensenos ugdymo(si) programos sukūrimo.

Suaugusiųjų sveikos gyvensenos ugdymą (mokymą, lavinimą, propagavimą) šalyje galima įgyvendinti, remiantis **neformaliojo suaugusiųjų švietimo formomis**, kurias nurodo Teresevičienė ir kt. (2006):

- Centrai, institutai, tarnybos, dieniniai, vakariniai ir tęstiniai kursai, seminarai, nuotolinis mokymasis.
- Mokyklos: dieninės, neakivaizdinės, eksterno programos.
- Nevyriausybinės organizacijos – jų įstatuose numatyta švietėjiška veikla savo nariams, bendruomenei.
- Liaudies mokyklos, universitetai.
- Bibliotekos, teatrai, muziejai ir kitos organizacijos (organizuoja švietėjiškas veiklas suaugusiesiems).
- Švietimo darbą dirba ir žiniasklaida: radijas, televizija, spauda.

Kultūros įstaigų ir žiniasklaidos švietėjiška veikla turi ypatingai didelį vaidmenį tiek vaikų, jaunimo, tiek ir suaugusiųjų ugdymui, jų vertybinių nuostatų formavimui. Žiniasklaidos švietėjiška paskirtis yra ne tik neigiamų, bet ir teigiamų pavyzdžių atskleidimas, siekiant auginti, šviesti, auklėti, lavinti, formuoti. Todėl, atsižvelgiant į švietimo uždavinius, akcentuotus Lietuvos sveikatos programoje (1998), sveikos gyvensenos įgyvendinimui būtų galima išnaudoti žiniasklaidos tiesioginę paskirtį informacijos propagavimui, pvz.: skleisti mokslines žinias apie sveiką mitybą,

fiziškai aktyvią veiklą, žalingų įpročių vengimą ir kt. (taip, kaip ir yra numatyta Lietuvos sveikatos programoje).

Švietimo gairėse (2002) pateikti **švietimo principai**, tarp kurių nurodomas **humaniškumas** – tai orientavimasis į žmogų kaip į vertybę, savarankiškos asmenybės, gebančios kurti prasmingą gyvenimą, ugdymas. Pripažįstama ne tik formalus, bet ir neformalaus bei informalus švietimas. Todėl šiuo humaniškumo principu turėtų būti grindžiamas suaugusiųjų sveikos gyvensenos poreikio realizavimas ir sveikos gyvensenos ugdymas(is). Šiuo principu turėtų būti grindžiama ir žiniasklaidos švietėjiška veikla, orientuota sveikatinimo propagandai. Kitas švietimo principas – **moksliškumas** – reikalauja, kad ugdymo turinys būtų objektyvus, atitiktų mokslo logiką. Švietimo **prieinamumo** principas turėtų užtikrinti suaugusiesiems galimybę ne tik gauti mokslines žinias apie sveikos gyvensenos ugdymą(si), bet ir dalyvauti pačiame ugdymo(si) procese, kuri organizuotų profesionalai. Kuriant ir įgyvendinant suaugusiųjų sveikos gyvensenos ugdymo(si) programą (ar programas), reikėtų remtis pažangia užsienio šalių praktika, perimti lietuvių tautai artimą patirtį, nepažeidžiant **nacionalumo** ir kitų švietimo principų. Būtina diegti holistinį (visuminį) sveikatos supratimą.

Remiantis Europos Tarybos 2000 m. kovo mėn. Lisabonoje paskelbta išvada dėl perėjimo prie mokymosi visą gyvenimą ir Mokymosi visą gyvenimą memorandumu (2001), Švietimo gairės (2002) užakcentuoja, kad tęstinis mokymasis ir **mokymasis visą gyvenimą** tampa pagrindine atsinaujinančio švietimo paradigma. Lietuvos švietimo įstatyme (2003) akcentuojama neformaliojo suaugusiųjų švietimo paskirtis – sudaryti sąlygas asmeniui mokytis visą gyvenimą. Mokymosi visą gyvenimą svarba įgyja didžiulę reikšmę, užtikrindama švietimo **tęstinumą**. Todėl atsižvelgiant į šių dokumentų suformuotas nuostatas, reiktų garantuoti galimybę suaugusiesiems mokytis visą gyvenimą, tame tarpe ir sveikos gyvensenos, kuri yra svarbiausias sveikatos komponentas.

Švietimo gairėse (2002) akcentuojama būtinybė glaudžiai bendradarbiauti švietimo ir sveikatos apsaugos sistemoms, siekiant įgyvendinti visuomenės sveikatos politiką. Sveikatos apsaugos srityje tampa svarbus dirbančių specialistų perkvalifikavimas ir naujų paruošimas ar modernių darbo formų (skatinančių sveikatinimo propagavimą) sukūrimas, kaip pvz.: Didžiojoje Britanijoje bendrosios praktikos gydytojai sutartimis yra įpareigojami teikti pacientams žinių apie sveiką gyvenseną. Švietimo srityje tampa svarbus sveikos gyvensenos ugdymo(si) proceso organizavimas. Juk suaugusiųjų sveikos gyvensenos ugdymui būtinos ne tik atitinkamos sveikatos žinios, bet ir profesionalus jų pateikimas bei edukologine (andragogine) kompetencija pagrįstas ugdymo procesas, siekiant jo efektyvumo ir atitinkamų rezultatų.

Andragogas – suaugusiųjų mokytojas, švietėjas, lektorius, instruktorius, treneris – organizuodamas sveikos gyvensenos ugdymo procesą, turi gebėti įvertinti besimokančiojo

psichofiziologinius ypatumus, išmanyti suaugusiųjų psychosocialinę ir kognityvinę raidą, išsiaiškinti besimokančiojo poreikius, tikslus ir nustatyti mokymosi stilių, mokėti meistriškai naudotis įvairiomis mokymosi teorijomis ir metodikomis.

Pvz.: **biheviaristinė** (elgesio) mokymosi teorija (atstovai Pavlovas, Thorndike, Watson ir kt.) suaugusiųjų sveikos gyvensenos ugdymo(si) procese galima naudotis, mokantis taisyklingos ir saugios fizinės veiklos (pratimų) ar formuojant kitus būtinus įgūdžius. Mokymo proceso eigoje svarbu šią teoriją mokėti derinti su kitomis teorijomis (esant reikalui). **Kognityvinė** (pažinimo) mokymosi teorija (Piaget, Vygotskis, Kolb, Jarvis ir kt.), kuri remiasi pažinimo procesais, atmintimi ir mąstymu, sveikos gyvensenos ugdymo procese yra svarbi, parenkant suaugusiesiems mokymo turinį ir principus (nuo žemesnio – prie aukštesnio lygio), naujas žinias formuojant turimų žinių pagrindu. Remiantis **konstruktyvistine** (žinių kūrimo) mokymosi teorija (atstovai Brooks, Brandt ir kt.), suaugusiųjų sveikos gyvensenos ugdymosi procesą reikia organizuoti taip, kad žinios būtų nuolat konstruojamos, reorganizuojamos, o pats besimokantysis būtų aktyvus žinių įgijimo metu (mokymosi esmė – aktyvus informacijos apdorojimas, klasifikavimas ir perdirbimas). Vadovaujantis **humanistine** mokymosi teorija (Rogers, Maslow ir kt.), reikia siekti, kad sveikos gyvensenos ugdymo(si) proceso centre būtų pats žmogus, o ugdymą(si) organizuoti taip, kad pats besimokantysis prisiimtų atsakomybę už rezultatus, išreikštų save per mokymąsi. Mokymasis vyktų efektingiau, jei sutaptų su besimokančiųjų interesais, kurie ypač svarbūs suaugusiųjų ugdyme.

Sveikos gyvensenos ugdymo(si) proceso efektyvumą andragogas galėtų sustiprinti, tinkamai pasinaudodamas suaugusiųjų **motyvacija**, kuri yra psichologinis veiksnys, lemiantis suaugusiųjų mokymąsi. M. Knowles (1970) išskiria 6 suaugusiųjų mokymosi motyvacijos kriterijus: socialinių ryšių, asmeninių pasiekimų, išorinių lūkesčių, socialinės gerovės siekimo, stimuliacinius, susidomėjimo mokslu. E. Trečiokienė (1993) išskiria 3 pagrindinius suaugusiųjų mokymosi motyvus: socialinis (komunikacijos poreikių tenkinimas), profesinis (profesijos keitimas ar gilinimasis į turimos profesijos žinias) ir individualus (vertybės, asmenybės ugdymasis).

Kadangi suaugusieji mokosi per **patirtį** (Jarvis, 2001), o motyvacija yra lemiantis jų mokymąsi veiksnys, todėl sveikos gyvensenos ugdymas(is) suaugusiųjų švietime galėtų būti efektyvus, nes suaugusieji jau turi gyvensenos patirties ir motyvacijos (atsirandančios dėl įvairių priežasčių, pvz.: prastos sveikatos). Kiekvieno žmogaus prigimtine teise – žinoti sveikos gyvensenos pagrindus ir gyventi pagal juos ne tada kai suserga, o tam, kad nesusirgtų. Todėl sveikos gyvensenos ugdymo(si) suaugusiesiems programos sukūrimas, jos suderinimas ir patvirtinimas (Švietimo ir mokslo ministerijos ir Sveikatos apsaugos ministerijos) bei profesionalus jos įgyvendinimas yra aktuali edukologinė problema.

1.6. Sveikatos gerinimo politikos ir suaugusiųjų sveikatos ir sveikos gyvensenos ugdymo(si) apžvalga pasaulio mastu

Apžvelgsime pasaulio sveikatos gerinimo politiką ir pažangią užsienio šalių patirtį.

1978 m. Almatoje PSO surengė konferenciją skirtą pirminės sveikatos priežiūros vaidmeniui sveikatos sistemoje. Priimtoje *Almatos deklaracijoje* akcentuojamas ne tik ligų gydymas, bet ir jų prevencija, iškeliamas mitybos klausimas.

1986 m. priimta *Otavos chartija* dėl sveikatos ugdymo ir propagandos. Joje numatoma sukurti visuomenės politiką ir aplinką, padedančią stiprinti sveikatą, įtraukti bendruomenes į sveikatos gerinimą, stiprinti individualias sveikatos žinias bei įgūdžius. Otavos chartija nustato pagrindinius sveikatos ugdymo principus.

1989 m. *Frankfurto* ir 1994 m. *Helsinkio konferencijose* sukurta *Sveikos aplinkos vystymo Europos regiono programa*.

1992 m. *Tarptautinėje Mitybos konferencijoje* pateikta Pasaulinė deklaracija ir planas dėl „Veiksmų lemiančių mitybą“. Numatyti strategijų pagrindai nacionalinėms maisto ir maitinimosi politikoms.

1995 m. *Europos chartija* (Paryžiuje) dėl alkoholio vartojimo numato eilę priemonių, kurių tarpe yra ir švietimui aktualių uždavinių: informuoti žmones apie žalingą alkoholio poveikį šeimai, sveikatai ir visuomenei; įdiegti griežtus draudimus tiesioginei ir netiesioginei alkoholio reklamai (ypač siejant su sportu), remti organizacijas ir judėjimus, propoguojančius sveiką gyvenimo būdą, užtikrinti pastovų programų atnaujinimą ir kt.

1996 m. Slovėnijoje priimta *Liublianos chartija* apie sveikatos reformas Europoje. Joje išvardinti nauji sveikatos politikos tikslai (orientuoti į sveikatos gerėjimą).

1997 m. priimtoje *Džakartos deklaracijoje* numatyta sveikatos stiprinimo prioritetai – XXI a. sveikatos stiprinimo vizija.

Sveikata visiems XXI a. – tai *Pasaulinė sveikatos deklaracija*, priimta 1998 m. Pasaulio sveikatos asamblėjoje. PSO valstybės narės patvirtino savo įsipareigojimus, išdėstytus PSO konstitucijoje. PSO Europos regiono politika „Sveikata visiems XXI a.“ numato 21 sveikatos siekinį, tarp kurių sveikos gyvensenos srityje nurodoma: sveikesnio gyvenimo siekimas (sveikesnė elgsena mitybos, fizinio aktyvumo, lytinio gyvenimo srityse); psichinės sveikatos gerinimas; ligų ir traumų sumažinimas; sveika ir saugi aplinka; alkoholio, narkotikų ir tabako žalos sumažinimas; sveikatingumo prielaidos; integruotas sveikatos sektorius; mokslo žinios sveikatai ir specialios

mokymo programos; rėmimas organizacijų ir judėjimų, propaguojančius sveiką gyvenimo būdą; partnerių sutelkimas sveikatos tikslams ir kt. (dalis uždavinių yra aktualūs ir švietimui).

1998 m. *Madrido chartijoje* numatytos nuostatos Europai be rūkymo: pripažinti ir palaikyti žmonių teisę į aplinką be rūkymo (teisiškai užtikrinant nerūkymą viešose vietose), uždrausti tabako reklamą ir rėmimą, apriboti nikotino propagavimą ir tabako pramonės rinkodarą, informuoti visuomenės narius apie tabako žalą, užtikrinti pagalbą norintiems mesti rūkyti, sukurti sąjungas gerinančias sveikatą ir kt.

2000 m. Briuselyje paskelbtas *ES visuomenės sveikatos strategijos dokumentas*.

2002 m. *ES visuomenės sveikatos programoje* 2003-2008 m. numatyti 3 prioritetai : sveikatos informacija, sveikatą lemiantys veiksniai ir atsakas į grėsmes.

2005 m. *Bankoko chartija* apibrėžia valstybių išpareigojimus, ugdant sveikatą pasaulyje. Bankoko chartija siekiama sveikesnio pasaulio, valstybių atitinkamų politinių veiksmų, jų dalyvavimo, palaikymo ir propagavimo.

2008 m. priimta antroji *ES visuomenės sveikatos programa* 2008-2013 m., kurios finansavime numatyta virš 300 projektų ir kita veikla.

Pasaulio sveikatos organizacija vienija 193 valstybes. Lietuva šios organizacijos narė yra nuo 1991 m., priklauso Europos regioniniam biurui, todėl šalyje yra įgyvendinamos įvairios PSO programos.

PSO rekomenduoja šiuos sveikatos ugdymo programos **komponentus**:

1. Asmens sveikatos priežiūra, asmens higiena, dantų priežiūra, poilsis, darbas, laisvalaikis.
2. Asmens ir žmonių santykiai, lytinis ugdymas. Psichinė ir emocinė sveikata.
3. Tinkamas maitinimasis, sveikas maistas, augimas, vystymasis.
4. Piktnaudžiavimas narkotikais (tabakas, alkoholis, kiti narkotikai), vaistų vartojimas ir piktnaudžiavimas jais.
5. Aplinka ir sveikata (branduolinė energija, ekologinės problemos).
6. Saugus elgesys ir nelaimingų atsitikimų prevencija.
7. Vartotojo auklėjimas, visuomenės sveikatos priežiūra, šeimos gyvenimas, ligų prevencija ir kontrolė.
8. Visuomenės sveikatos priežiūros struktūros.
9. Šeimos gyvenimas.
10. Ligų prevencija ir kontrolė.

Skandinavijos šalys vienos pirmųjų ėmėsi įgyvendinti sveikatos projektus. Apie 1970 m. prasidėjęs *Šiaurės Karelijos projektas* (The North Karelia Project), skirtas sveikos gyvensenos

ugdymui, jau po 20 m. davė teigiamų rezultatų populiacijos mastu – žmonių gyvensena tapo sveikesnė ir pagerėjo savo sveikatos teigiamas įvertinimas. Pvz.: 1972 m. savo sveikatą gerai vertino 32 proc. vyrų ir 31 proc. moterų (30-59 m. amžiaus), o 1992 m. vyrų buvo jau 50 proc., moterų net 59 proc. Taip pat pagerėjo gyventojų mityba, padidėjo fizinis aktyvumas, perpus sumažėjo rūkančių vyrų, ilgėja gyvenimo trukmė, o mirtingumas sumažėjo net 70 proc.

1985 m. pirmą kartą Europos istorijoje Suomijos vyriausybė pateikė parlamentui sveikatos politiką, kurios pagrindu buvo sukurta atitinkama strategija. Tačiau ne viskas vyko sklandžiai, nes sveikatos politikos procesas buvo priskirtas tik sveikatos sektoriui. Todėl 1992 m. buvo pataisyta strategija – didesnis dėmesys skirtas reklamai, praktiniam ruošimui, mokomajai medžiagai (Sveikata visiems XXI a.). Suomijos pavyzdys parodė, kad sveikatos politikos įgyvendinimas yra nenutrūkstamas procesas, apimantis ir tam tikrus pakeitimus, patobulinimus, kuriuos reiktų pastebėti ir koreguoti, diegiant kuo įvairesnes sveikos gyvensenos propagavimo formas bei pritraukiant kitus visuomeninius sektorius.

Skandinavijos šalys įgyvendina ir sveikatos ugdymo programas jaunimui: Suomijoje – *Šiaurės Karelijos jaunimo projektas* (North Karelia Youth Project), Norvegijoje – *Oslo Jaunimo studija* (Oslo Youth Study).

Australijoje įgyvendinama *Gyvenimo įgūdžių ugdymo programa Australijoje* (Life Style Education Program in Australia). Izraelyje vykdoma sveikatos programa *Saugok savo sveikatą* (Keep Your Body Healthy). JAV sveikatos ugdymo programa yra pilnai integruota į švietimo sistemą (Gudžinskienė, 2007).

Sveikatos programos vykdomos Indijoje, Šri Lankoje, Kolumbijoje, Madagaskare, Mongolijoje. Didžiojoje Britanijoje pacientai sudaro sutartis su bendrosios praktikos gydytojais, kuriose iškeliami reikalavimai, įpareigojantys teikti informaciją apie sveiką gyvenimo būdą, sveikatos stiprinimą (Sveikata visiems XXI amžiuje).

Suomija, Nyderlandai, Ispanija, Didžioji Britanija įsteigė specialias komisijas sveikatai įvertinti. Suomijoje sveikatą veikiančios gyvensenos stebėseną pradėta 1978 m. Kasmet atliekamos gyventojų apklausos, kurių tikslas vertinti sveikatos ugdymo priemonių efektyvumą. Apklausų rezultatai pateikiami politikams, sveikatos priežiūros specialistams, plačiajai visuomenei. Tyrimo patirtis parodė, kad pokyčius galima susieti su profilaktine veikla ir vykdoma sveikatos priežiūros pertvarka. Suomijos *Visuomenės sveikatos instituto* iniciatyva 1990 m. gyvensenos stebėsenos sistema įdiegta Estijoje, 1994 m. – Lietuvoje ir 1998 m. – Latvijoje. Tarptautinis gyvensenos tyrimas *Finbalt Health Monitor* vykdomas populiacijos lygyje. Jo tikslas – įvertinti gyventojų, priklausančių įvairioms socialinėms ir demografinėms grupėms, gyvensenos ypatumus ir nustatyti jos pokyčius. Dabar Lietuvoje gyvensenos tyrimai atliekami kas antri metai, iš viso yra atlikti

aštuoni tyrimai. Iki to laiko Lietuvoje buvo tiriami tik atskiri fragmentai: rūkymas, alkoholio vartojimas KRIS programoje, 25-64 m. gyvenamosios įpročius penkiuose eksperimentiniuose Lietuvos centruose tyrė CINDI programa. MONICA programa (nuo 1983 m.) tyrė žalingus įpročius ir fizinį aktyvumą tarp 35-64 m. Kauno vyrų ir moterų (Dregval, 1998).

Daugelyje pasaulio valstybių vykdomas gyvenamosios įpročių monitoringas, siekiant įvertinti profilaktinių programų efektyvumą bei kitų veiksnių įtaką gyvenimui. Amerikoje veikia gyvenamosios rizikos veiksnių stebėjimo sistema BRFSS (Behavioural Risk Factor Surveillance System), Britanijoje – HALS (Health and Lifestyle Survey) – sveikatos ir gyvenamosios apžvalga, Suomijoje – *Monitoring Health Behaviour Among the Finish Adult Population* – suaugusių žmonių gyvenamosios įvertinimas (Klumbienė et al., 2008).

Mokslininkai teigia, kad su sveikata susijusio fizinio aktyvumo skatinimas pasaulyje žengia tik pirmuosius žingsnius, tačiau jis yra reikalingas, skatina individualų ar organizacijų elgsenos keitimą. Fizinio aktyvumo programų tikslas turėtų būti nukreiptas ne tik į individualios elgsenos keitimą, nes pvz.: net fiziškai aktyvių šalių, kaip Suomijos ar Šveicarijos gyventojų kasdieninis fizinis aktyvumas mažėja darbo dienomis (Jankauskienė, 2008). Siekiant dalintis šalių tarpusavio pažangia patirtimi, PSO buvo įkurtas sveikata stiprinantis fizinio aktyvumo tinklas – *Health Enhancing Physical Activity Network*.

Remiantis šio tinklo duomenimis, vis daugiau pasaulio šalių kuria nacionalines fizinio aktyvumo strategijas ir programas. Suomija, Olandija, Anglija, Škotija ir Slovėnija turi parengusias nacionalines su sveikata susijusias fizinio aktyvumo skatinimo programas, o daugelis kitų Europos valstybių ėmė kurti tokias strategijas. Nors daugelyje šalių nėra su sveikata susijusių fizinio aktyvumo skatinimo strategijų, tačiau jose vykdomos atskiros fizinio aktyvumo programos: Švedijoje, Vokietijoje, Austrijoje.

JAV 1997 m. spalio mėn. *Nacionalinio sveikatos instituto* (National Institutes of Health – NIH) *Elgesio ir socialinių mokslų tyrinėjimo tarnyba* (Office of Behavioral and Social Sciences Research – OBSSR) išskėlė poreikį dėl naujų metodų pritaikymo ligų prevencijai per elgsenos pakeitimą. Šios iniciatyvos tikslas – paskatinti ištirti pažangias strategijas, remiantis sveika elgsena pasiekti ilgalaikį elgsenos pakeitimą mitybos, fizinio aktyvumo ir žalingų įpročių prevencijos srityse, nes bloga mityba, nepakankamas judėjimas, tabako ir alkoholio vartojimas apima 10 pagrindinių sergamumo ir pirmalaikio mirtingumo atvejų JAV. Iš pateiktų 62 paraiškų buvo atrinktos geriausios pagrindinės mokslinės apžvalgos ir koordinuojant (OBSSR), mokslinių tyrinėjimų programa buvo finansuojama daugelio Nacionalinio sveikatos instituto institucijų: ligų prevencijos, moterų sveikatos tyrimų, dietinių papildų, alternatyvios medicinos ir kitų įstaigų: nacionalinių senėjimo,

piktnaudžiavimo alkoholiu ir alkoholizmo, psichikos sveikatos, vėžio, širdies, plaučių ir kraujo institutų ir kt.

Nacionalinis sveikatos institutas tuo tikslu įsteigė *Elgesio pakeitimo konsorciumą* (The Behavior Change Consortium – BCC), finansuodamas 15 elgesio pakeitimo projektų. *Elgesio pakeitimo konsorciumas* (BCC), kuris startavo 1999 m., remiasi nauja paradigma: leisti asmenims pasirinkti elgesį, kurį jie nori pakeisti. 15 elgesio pakeitimo projektų sudaro: 2 studijos sutelktos ties vaikais ir paaugliais, 10 – suaugusiųjų, 4 – vyresnių suaugusiųjų (1 studija apima ir suaugusiuosius ir vaikus); projektų tikslas – pagerinti sveikatos elgesį, mitybą, fizinę veiklą, užkirsti kelią žalingiems įpročiams (Ory, M. G. et al., 2002).

Įvairių pasaulio šalių sveikatos programų ir jų įgyvendinimo apžvalga, rodo, jog esminis dėmesys į sveikatos gerinimą, akcentuojant ne tik ligų gydymą, atkreiptas ne taip jau seniai – Almatos deklaracijoje (1978). Atliekami įvairūs tyrimai yra orientuoti į sveikatos problemų, netinkamos gyvenamosios (mitybos, fizinio aktyvumo), žalingų įpročių (rūkymo, alkoholio vartojimo) nustatymą. Įvairios pasaulio šalys įgyvendina sveikatos ugdymo programas ir strategijas, kurios yra koreguojamos jų eigoje (pvz.: Suomija) arba kuo plačiau įtraukia ne tik šalies sveikatos sektorius, bet ir kitas institucijas (pvz.: Suomija, JAV).

Pasaulio raidos ir žmogaus gyvenimo eigos procese kinta žinios, žmogaus gebėjimas jomis naudotis, vertybinės orientacijos – todėl yra būtinas sveikos gyvenamosios ugdymo(si) programų turinio atnaujinimas ir jų įgyvendinimo užtikrinimas, siekiant gerinti ir tausoti žmonių sveikatą.

Apibendrinami galime teigti, kad suaugusiųjų sveikos gyvenamosios ugdymui(si) šalyje skiriamas nepakankamas dėmesys. Žmogaus sveikatai didelę įtaką daro jo gyvenama (mityba, fizinis aktyvumas, psichikos sveikatos stovis, žalingi įpročiai). Mokslininkų darbai ir tyrimų rezultatai rodo, kad tik nedidelė Lietuvos suaugusių gyventojų dalis gyvena sveikai. Ir nors yra teigiamų poslinkių šalies gyventojų mityboje, tačiau dar didelė jų dalis maitinasi nesveikai, didžiosios dalies suaugusiųjų fizinis aktyvumas yra nepakankamas, didėja antsvorio ir nutukimo paplitimas, daugėja psichikos sveikatos problemų, didėja žalingų įpročių paplitimas (alkoholio ir narkotikų vartojimas yra susijęs su nelaimingais atsitikimais), didžiąjai daliai gyventojų medikai nepataria gyventi sveikai. Tarp Lietuvos Vyriausybės patvirtintų sveikatos programų ir Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos vykdomų sveikatos programų pastebimas nesuderinamumas (ypač sveikos gyvenamosios srityje). Dar šiandien suaugusieji (net formaliaiame švietime) neturi mokslinėmis žiniomis pagrįstos sveikos gyvenamosios ugdymo programos, apimančios visuminį (holistinį) sveikatos ugdymą ir orientuotos plačiai visuomenei. Todėl suaugusiųjų sveikos gyvenamosios ugdymas(is) yra aktuali edukologinė problema.

2. SVEIKOS GYVENSENOS UGDYMO(SI) POREIKIO NEFORMALIAME SUAUGUSIŲJŲ ŠVIETIME TYRIMAS

Siekiant ištirti ir įvertinti suaugusiųjų sveikos gyvensenos ugdymą(si), tyrimui panaudota anketa (1 priedas), atliktas pilotinis (žvalgomasis) tyrimas, po kurio anketa buvo nežymiai pakoreguota ir vėliau atliktas empirinis tyrimas.

2.1. Tyrimo organizavimas ir metodika

Anketa (1 priedas) sudaryta remiantis teorine literatūros, švietimo ir sveikatos apsaugos dokumentų analize, asmenine patirtimi bei mokslinio darbo vadovės konsultacijomis. Anketoje nurodytas tyrimo tikslas, garantuojamas anonimiškumas, pateikta duomenų pildymo instrukcija, atskleidžiamas apklausos duomenų panaudojimas.

Anketa sudaryta iš 27 klausimų, tarp kurių yra 3 aprašai (15, 16, 17) ir 1 teiginys (18).

Anketos pradžioje pateikti įdomesni ir lengvesni klausimai, kurie vėliau sunkėja, pvz.: „Jūsų manymu kas daugiausiai lemia žmogaus sveikatą? (Pažymėkite 1 atsakymą)“. Sunkiausi klausimai yra sukonzentruoti anketos viduryje, kur yra pateikiami aprašai, pvz.: „Ar Jums pakanka žinių šiomis temomis?“ – su vienu atsakymu iš 4 galimų: *visada pakanka, dažniausiai pakanka, kartais nepakanka, dažniausiai nepakanka*. Į anketos pabaigą vėl seka lengvesni klausimai, kaip pvz.: „Jūsų amžius“, „Jūsų lytis“ ir kt. Anketoje panaudoti kontroliniai klausimai, pvz.: „Ar turite žalingų įpročių?“, „Ar Jūs sveikai maitinatės?“. Taip pat panaudoti filtruojantys klausimai: „Jei lankotės pas medikus, kiek jie suteikia Jums informacijos apie sveiką gyvenseną?“, „Jei rūkote, kiek cigarečių surūkote per dieną?“, paliekant galimybę išvengti atsakymo.

Klausimai anketoje: uždari (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 24, 26), atviri (22, 27), kombinuoti (12, 18, 25).

Anketos atsakymai pateikti nominalinėje (1, 10, 12, 18, 22, 24, 25, 27), ranginėje (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 13, 15, 16, 17, 19, 21, 21, 26) ir intervalinėje skalėse (9, 11, 14, 23).

Ranginėje skalėje atsakymai pateikti, naudojant įvairaus rango skales: dichotominę (2 balų) skalę (pvz.: *taip, ne*), 3 balų skalę (pvz.: *gyvenu sveikai, stengiuosi gyventi sveikai, gyvenu nesveikai*), 4 balų skalę (pvz.: *visada pakanka, dažniausiai pakanka, kartais nepakanka, dažniausiai nepakanka*) ir 5 balų (Likerto) skalę (*labai gera, gera, vidutiniška, bloga, labai bloga*).

Tyrimui pasirinkta tinkamas tyrimo instrumentas – anketa, o tai užtikrina tyrimo **validumą**. Tyrimo **patikimumas** (reliabilumas) užtikrintas, panaudojant anketoje keletą panašių savo prasme klausimų, pvz.: „Ar žinote kas yra sveika gyvensena?“, „Kaip vertinate savo gyvenimo būdą?“, „Kaip vertinate savo sveikatą?“ arba „Ar Jūs sveikai maitinatės?“, „Kokiu būdu paruoštus maisto produktus vartojate dažniausiai?“, „Kaip dažnai vartojate šiuos produktus?“ ir kt.

Sveikos gyvensenos ugdymo(si) poreikį buvo siekiama išsiaiškinti, tiriant ne tik suaugusiųjų norus (t.y. reikia ar nereikia mokytis sveikai gyventi), bet ir jų sveikatos būklę, žinias apie sveiką gyvenimo būdą, žinių gavimą ir taikymą gyvenime, elgesį bei kt. Anketos klausimai suformuluoti ir atsižvelgiant į esminius sveikos gyvensenos komponentus: mitybą, fizinį aktyvumą, psichikos sveikatą, žalingus įpročius.

Klausimai anketoje yra suskirstyti į kelias dalis:

1. Demografinė: amžius, lytis, išsilavinimas (3 klausimai).

2. Žinių įvertinimo: vertinant sveikatos, sveikos gyvensenos, mitybos ir fizinio aktyvumo žinias (6 klausimai), pvz.: „Jūsų manymu kas daugiausiai lemia žmogaus sveikatą?“, „Ar žinote kas yra sveika gyvensena?“, „Ar Jūs sveikai maitinatės?“ ir kt.

3. Elgesio (gyvensenos įpročių) įvertinimo – t.y. sveikos gyvensenos žinių taikymo gyvenime, nagrinėjant atskirus sveikos gyvensenos aspektus: mitybą, fizinį aktyvumą, psichologinę savijautą, žalingus įpročius (11 klausimų), pvz.: „Kaip dažnai vartojate šiuos produktus?“, „Kuriam fizine veikla užsiimate pastoviai?“, „Ar rūkote?“, „Kaip dažnai vartojate alkoholį (įskaitant visas alkoholio rūšis: alų, alkoholinius kokteilius)?“ ir kt.

4. Sveikos gyvensenos ugdymo poreikio (7 klausimai), pvz.: „Apie kurias sveikos gyvensenos sritis norėtumėte sužinoti daugiau? Parašykite.“, „Ar Jūsų nuomone suaugusiuosius reikia mokytis sveikai gyventi?“, „Kur ir kaip būtų galima suaugusiuosius mokytis sveikos gyvensenos? Parašykite“.

Suaugusiųjų gyvensenos įpročių ištyrimui anketoje skirta daugiau klausimų, nei poreikių (norų, nuomonės) tyrimui, nes prasti gyvensenos įpročiai irgi parodo sveikos gyvensenos ugdymo(si) poreikį. Antra vertus, suaugusieji juk galėjo atsakyti, kad mokytis sveikos gyvensenos nereikia – tokiu atveju apie ugdymo(si) poreikį būtų sprendžiama pagal jų žinias, sveikatos stovį ir gyvensenos įpročius.

Tyrimas buvo vykdytas dviem etapais:

- pirmame etape buvo atliktas pilotinis (žvalgomasis) tyrimas,
- antrame etape – atliktas empirinis (taikomasis) tyrimas, kuris yra diagnostinio pobūdžio.

Pilotiniame (žvalgomajame) tyrime dalyvavo 15 suaugusių respondentų, pagrinde iš Vilniaus miesto. Jo metu buvo tikslinama tyrimo priemonės ir metodai. Tyrimas vyko 2008 m. gruodžio mėn. 5-10 d. Jo metu buvo išsiuntinėtoms anketos elektoriniu paštu, nurodyti tyrimo tikslai, prašoma atsakyti į klausimus, pareikšti pastabas tiek anketos klausimams, tiek atsakymams – ar jie yra suprantami, aiškūs. Po gautų žvalgomojo tyrimo duomenų buvo pakoreguota anketa: 11-e klausime „Kaip dažnai vartojate alkoholį (įskaitant visas alkoholio rūšis: alų, alkoholinius kokteilius)?“ – atsirado atsakymas: *vartuju labai retai*. Žvalgomajame tyrime atviri klausimai, kurie reikalauja individualių respondentų atsakymų, buvo pateikti anketos viduryje (prie sunkesnių klausimų). Tačiau po pilotinio tyrimo atviri klausimai buvo nukelti į anketos pabaigą, nes respondentai pažymėjo, jog jie pamane, kad atvirų klausimų anketoje bus daug, todėl nuo anketos vidurio jau nenorėjo jos pildyti. Taigi, pakoregavus anketą po žvalgomojo tyrimo, buvo atliktas empirinis tyrimas.

Empirinis (taikomasis) tyrimas vyko 2008 m. gruodžio mėn. 12-25 d.

Prieš atliekant tyrimą, buvo tartasi su įmonių (dalyvaujančių suaugusiųjų neformaliame švietime) atsakingais vadovais ar savininkais, kurie leido atlikti šį anoniminį tyrimą jų organizacijose. Tyrimo metu elektroniniu paštu buvo išsiųsta anketos darbo organizacijoms, kurių suaugę darbuotojai užpildė jas ir elektroniniu paštu gražino tyrėjai.

Tyrime dalyvavo suaugusieji iš Vilniaus, Klaipėdos, Kauno, Jonavos, Plungės, Tauragės, Prienų, Švenčionių, Ignalinos ir Visagino miestų, tiek stambių, tiek vidutinių įmonių darbuotojai.

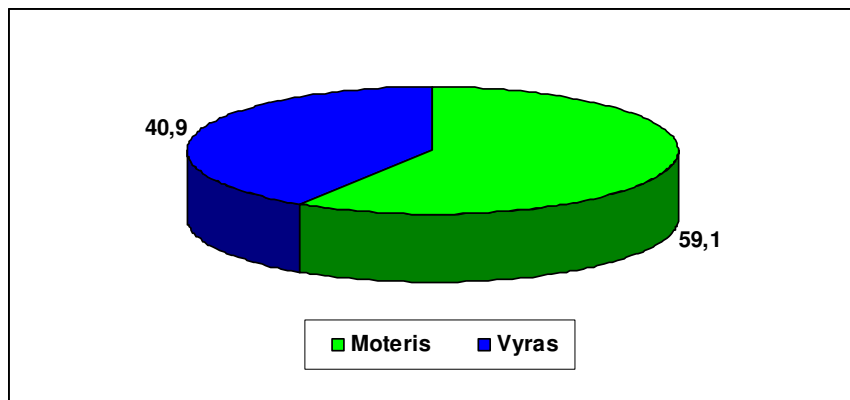
Tyrime dalyvavo **220** respondentų (tai laikoma patikima intimi magistro darbe).

Tyrime panaudota **atsitiktinė imtis**, kuri geriausiai užtikrina tyrimo reprezentatyvumą.

Anketinės apklausos duomenys apdoroti kompiuterine programa SPSS (Statistical package for the Social Sciences) 13.0 for Windows. Naudojantis šia programa, buvo apskaičiuota respondentų atsakymų procentiniai dažniai, Chi-kvadrato kriterijus (Pearson Chi-Square), laisvės laipsnių skaičius (df), reikšmingumo lygmuo (Asymp. Sig), koreliacijos koeficientas (Pearson Correlation), ryšio stiprumas ir statistinis reikšmingumas. Grafiniam duomenų atvaizdavimui taikyta Microsoft Office programa, Microsoft Excel ir Word. Duomenys darbe pateikiami paveikslų ir lentelių forma.

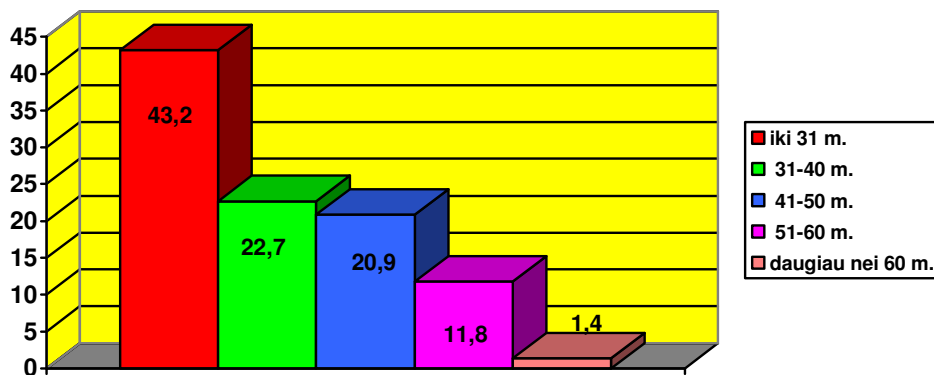
2.2. Tyrime dalyvavusių suaugusiųjų charakteristika

Tyrime dalyvavo 59,1 proc. moterų ir 40,9 proc. vyrų (1 paveikslas).



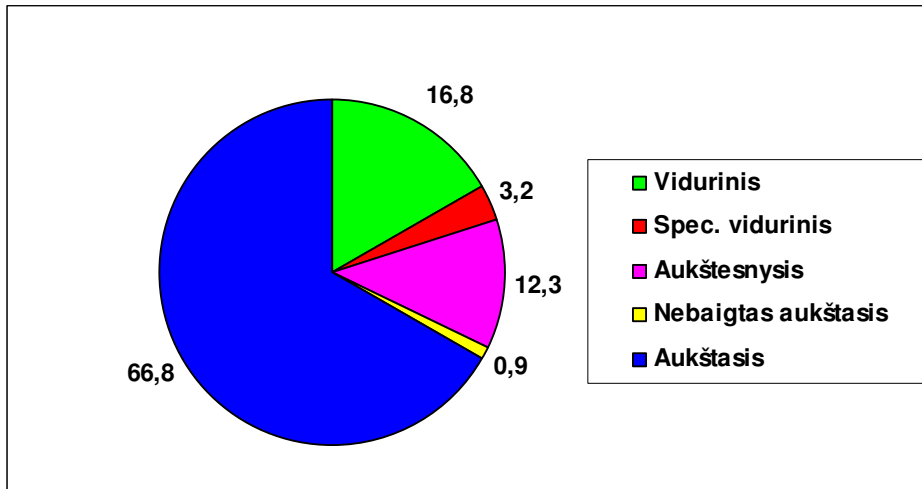
1 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal lytį (proc.)

Respondentų pasiskirstymas pagal **amžių** parodytas 2 paveiksle. Amžius nurodomas atskirais intervalais: iki 31 m., 31-40 m., 41-50 m., 51-60 m. ir daugiau nei 60 m. Didžiausią dalį sudaro jauni žmonės iki 31 m. – jų yra net 43,2 proc. Likusius 56,8 proc. sudaro vyresni nei 31 m. amžiaus suaugusieji, tarp kurių 22,7 proc. sudaro 31-40 m., 20,9 proc. – 41-50 m., 11,8 proc. – 51-60 m. amžiaus suaugusieji ir tik 1,4 proc. – vyresni nei 60 m. amžiaus.



2 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal amžių (proc.)

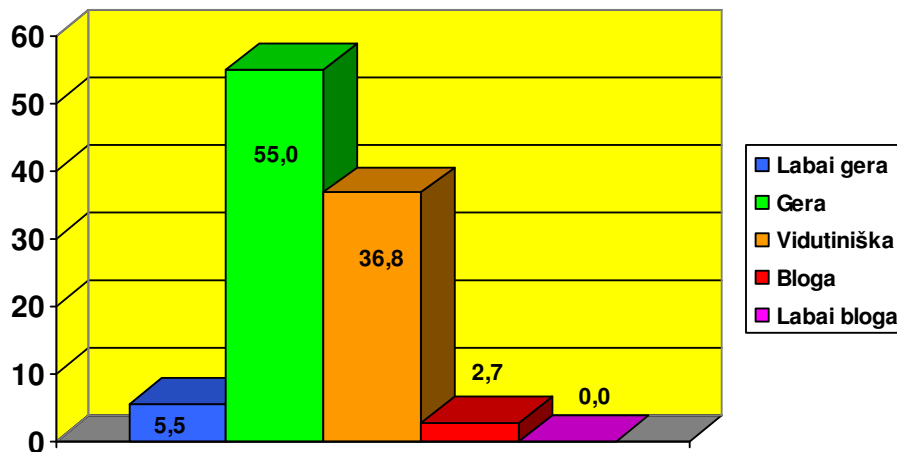
Tiriamųjų **išsilavinimas** parodytas (3 paveiksle): didžiausią dalį – net 66,8 proc. sudaro turintys aukštąjį išsilavinimą, likusieji 33,2 proc. tenka tiriamiesiems, kurių išsilavinimas ne aukštasis ir jis pasiskirsto tokiom proporcijom: 16,8 proc. tenka vidurinį išsilavinimą, 12,3 proc. – aukštesnįjį, 3,2 proc. – specialųjį vidurinįjį ir 0,9 proc. – nebaigtą aukštąjį turintiems respondentams.



3 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal išsilavinimą (proc.)

2.3. Sveikatos ir sveikos gyvensenos žinių ir nuostatų įvertinimas

Savo **sveikatą** kaip gerą vertina net 55 proc. respondentų, 5,5 proc. nurodo, kad jų sveikata labai gera (4 pav.). Savo sveikatą kaip vidutinišką vertina 36,8 proc. respondentų, blogą – 2,7 proc. respondentų, o labai blogą – 0,0 proc. respondentų. Toks optimistinis sveikatos įvertinimas autorės nuomone gali būti grindžiamas tuo, kad tyrime dalyvavo daugiausiai (43,2 proc.) jaunų (iki 31 m.) amžiaus žmonių ir mažiausiai (1,4 proc.) vyresnių nei 60 m. amžiaus suaugusiųjų.



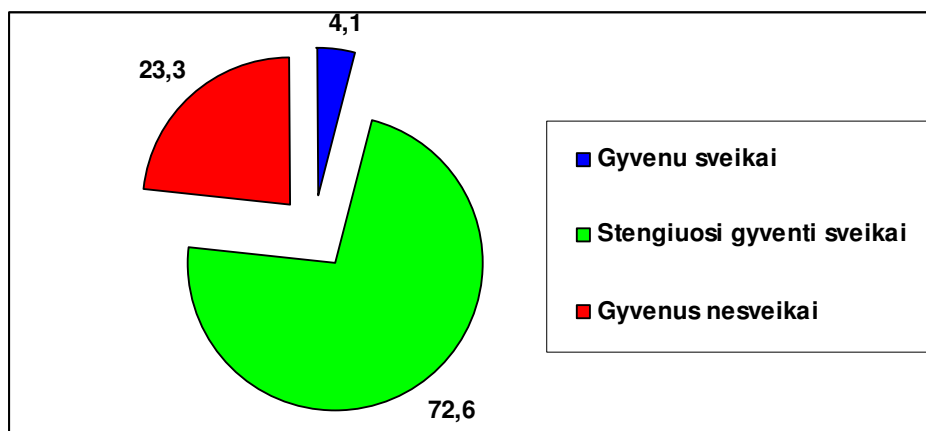
4 pav. Tiriamųjų savo sveikatos vertinimas (proc.)

Šio tyrimo duomenys skiriasi nuo populiacijos tyrimo duomenų, kuomet tik apie 1/3 20-64 m. gyventojų savo sveikatą vertino kaip gerą (Dregval, 1998) ir nuo Suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos tyrimo (2006), kuriame savo sveikatą kaip gerą vertino 21,8 proc. tiriamųjų. Tyrimo

rezultatai labiau artimesni Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenims: gerai ir gana gerai vertinančių savo sveikatą 2006 m. buvo 43,6 proc. (kuo jaunesni žmonės, tuo jie geriau vertino savo sveikatą: 20-24 m. amžiaus grupėje tokių buvo net apie 70 proc., o 45-54 m. – tik penktadalis).

Nagrinėjant **sveikatos įsivertinimą** pagal **išsilavinimą** (2 priedas), konstatuota, kad savo sveikatą kaip gerą vertina 29,5 proc. turinčių vidurinį išsilavinimą, 40,7 proc. turinčių aukštesnį išsilavinimą ir net 65,1 proc. turinčių aukštą išsilavinimą respondentų. Ir atvirkščiai, savo sveikatą kaip blogą, vertina mažiausia respondentų dalis (0,7 proc.), turinti aukštą išsilavinimą ir didesnė respondentų dalis su viduriniu (6,8 proc.) ir aukštesniu (7,4 proc.) išsilavinimu. Kad sveikata yra vidutiniška nurodo net 54,5 proc. turinčių vidurinį, 51,9 proc. turinčių aukštesnį ir tik 28,9 proc. aukštą išsilavinimą turinčių respondentų. Todėl galime konstatuoti statistiškai reikšmingus skirtumus tarp sveikatos įsivertimo ir tiriamųjų išsilavinimo – kad sveikata yra geresnė teigia respondentai turintys aukštesnį išsilavinimą. Kad skirtumas yra statistiškai reikšmingas, patvirtina ir statistiniai duomenys (3 priede) – reikšmingumo lygmuo (Asymp. Sig.) $p=0,000$.

5 paveiksle atsispindi tiriamųjų nuomonė, **vertinant savo gyvenimo būdą**. Didžioji dalis respondentų – net 72,6 proc. nurodo, kad stengiasi gyventi sveikai, 23,3 proc. teigia, kad gyvena nesveikai ir tik 4,1 proc. nurodo, kad gyvena sveikai.



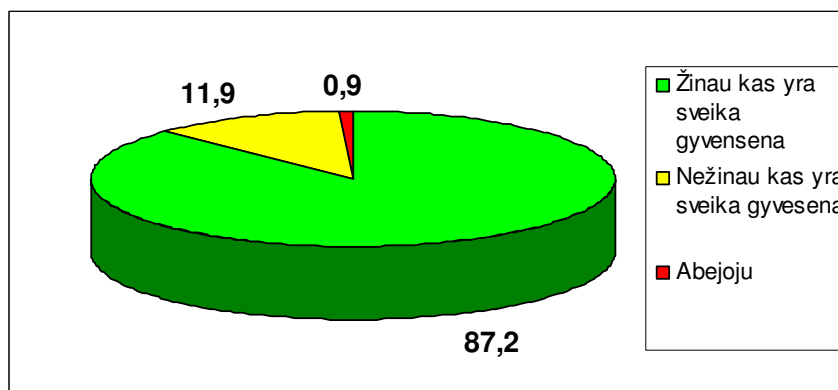
5 pav. Tiriamųjų gyvenimo būdo įsivertinimas (proc.)

Tiriant savo **gyvenimo būdo įsivertinimą** pagal **lytį** (3 priedas), nebuvo užfiksuotas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp šių grupių: tiek vyrų, tiek moterų gyvenama yra panaši: 5,6

proc. vyrų ir 3,1 proc. moterų teigia gyvenantys sveikai, 26,7 proc. vyrų ir 20,9 proc. moterų nurodo gyvenantys nesveikai, o 67,8 proc. vyrų ir 76,0 proc. moterų stengiasi gyventi sveikai.

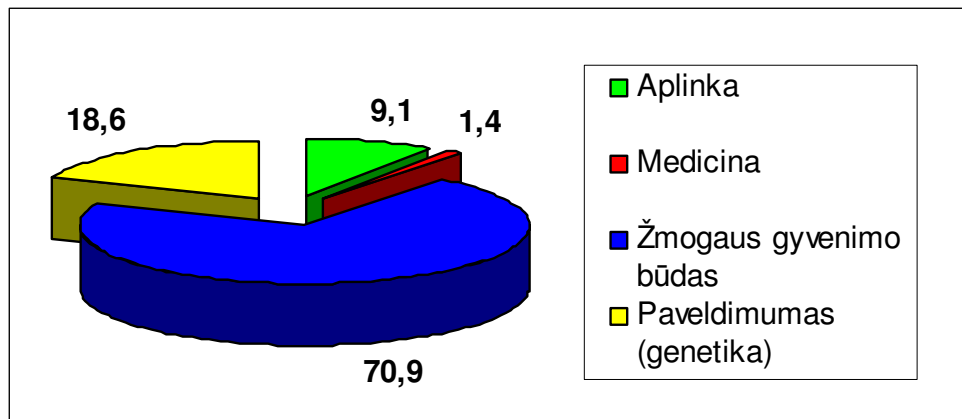
Nagrinėjant savo **gyvenimo būdo įsivertinimą** pagal **išsilavinimą** (3 priedas), nebuvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp šių grupių: kad gyvena ir sveikai, ir nesveikai, teigia skirtingą išsilavinimą turintys respondentai. Kad stengiasi gyventi sveikai nurodo 69,8 proc. vidurinių išsilavinimą turintys respondentai, 71,8 proc. su aukštuoju ir 81,5 proc. su aukštesniu išsilavinimu. Ir nors aukštesnį išsilavinimą turintys respondentai teigia esantys sveikesni (2 priede) – sveikesniu gyvenimo būdu jie nepasižymi (arba jam kelia griežtesnius vertinimo kriterijus). Jų geresnę sveikatą autorės nuomone, galima pagrįsti remiantis Maslow teorija apie motyvaciją ir asmenybę: aktualizavusios asmenybės jaučiasi sveikesnės, o būtent dalis aktualizacijos ir yra pasiekama per mokslą.

87,2 proc. tiriamųjų teigia, kad žino **kas yra sveika gyvensena**, 11,9 proc. – abejoja ir 0,9 proc. nežino kas yra sveika gyvensena (6 pav.).



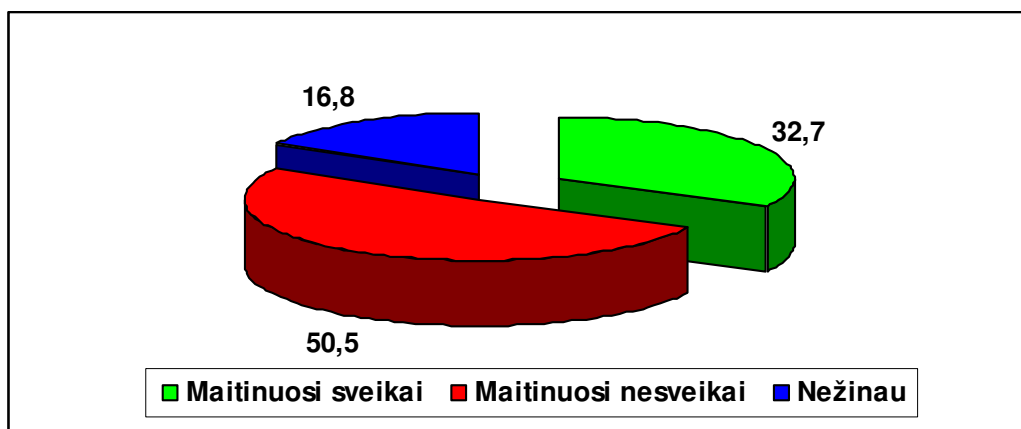
6 pav. Savo žinių apie sveiką gyvenseną įsivertinimas (proc.)

Nors net 87,2 proc. respondentų teigia žiną kas yra sveika gyvensena, tačiau tik 70,9 proc. apklaustųjų teisingai nurodo (7 pav.), kad **žmogaus sveikatą daugiausiai lemia** žmogaus gyvenimo būdas. Ir nors tik 0,9 proc. buvo nurodę, kad nežino kas yra sveika gyvensena, tačiau net 29,1 proc. respondentų neteisingai nurodė faktorius, daugiausiai lemiančius žmogaus sveikatą: 18,6 proc. respondentų teigia, kad tai yra paveldimumas (genetika), 9,1 proc. – aplinka ir 1,4 proc. – medicina (7 pav.).



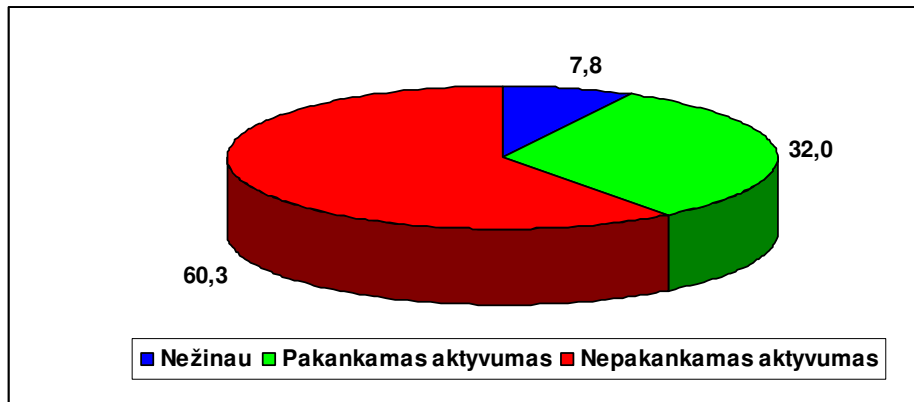
7 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas (proc.),
vertinant 1 faktorių, daugiausiai lemiantį žmogaus sveikatą

Sveikos **mitybos** žinios (ir įgūdžiai) parodomi 8 paveiksle. Tik 32,7 proc. respondentų pažymi, kad maitinasi sveikai, net 50,5 proc. teigia, kad maitinasi nesveikai, o 16,8 proc. – nežino.



8 pav. Sveikos mitybos įsivertinimas (proc.)

Tiriamųjų **judėjimo aktyvumo įsivertinimas** parodytas 9 paveiksle – net 60,3 proc. respondentų teigia, kad jų judėjimo aktyvumas yra nepakankamas, 7,8 proc. prisipažįsta, jog nežino ar aktyvumas yra pakankamas ir tik 32,0 proc. apklaustųjų teigia, kad jų judėjimo aktyvumas yra pakankamas.



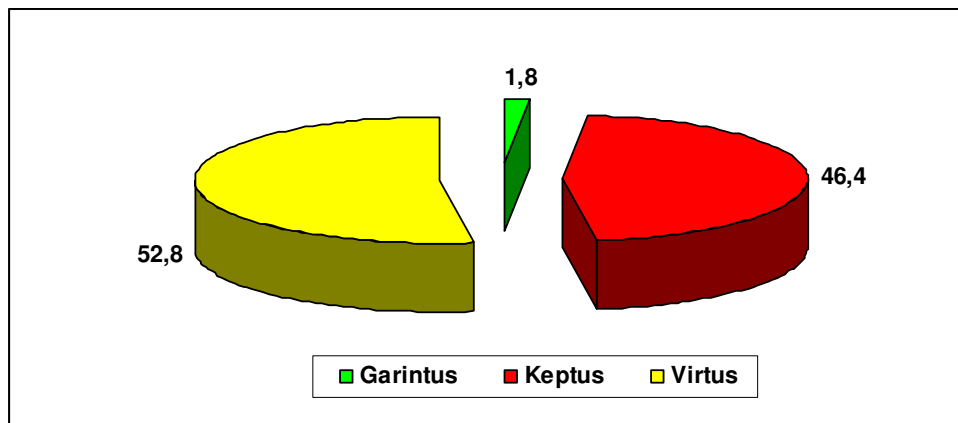
9 pav. Tiriamųjų judėjimo aktyvumo įsivertinimas (proc.)

Tiriant žinias įvairiom sveikos gyvensenos temom pagal žinių apie sveiką gyvenimo būdą įsivertinimą (4 priedas), nustatyta, kad dalis respondentų, atsakiusių jog žino kas yra sveika gyvensena, nurodo, kad jiems nepakanka žinių tam tikromis temomis, pvz.: kartais ir dažniausiai jiems nepakanka žinių šiais klausimais: traumų profilaktikos – 50,3 proc. respondentų, ligų prevencijos – 46,1 proc. respondentų, sveikos ir saugios aplinkos – 34,3 proc., psichinės sveikatos ir streso – 33,5 proc., sveikos mitybos – 29,9 proc., optimalaus fizinio aktyvumo – 29,5 proc., sveikos gyvensenos – 24,1 proc., žalingų įpročių atsisakymo – 22,5 proc. respondentų ir kt. Taigi, tarp žinančių kas yra sveika gyvensena, net 24,1 proc. respondentų nurodo, kad jiems kartais arba dažniausiai nepakanka žinių apie sveiką gyvenseną. Tarp tų, kurie abejoja (žino ar nežino kas yra sveika gyvensena) yra net 77,0 proc. respondentų, kuriems kartais arba dažniausiai nepakanka žinių apie sveiką gyvenseną, 69,2 proc. – apie ligų prevenciją, 65,4 proc. – apie traumų profilaktiką, 61,6 proc. – apie sveiką mitybą, 57,7 proc. – apie žalingų įpročių atsisakymą, 57,7 proc. – apie optimalų fizinį aktyvumą, 53,9 proc. – apie rūkymo žalą, 48,0 proc. – apie sveiką ir saugią aplinką ir kt. Remdamiesi 4 priede esančiais duomenimis, galime teigti, kad ne visiems teigiantiems jog žino, kas yra sveika gyvensena, iš tikrųjų pakanka žinių apie įvairias sveikos gyvensenos sritis.

2.4. Suaugusiųjų sveikos gyvensenos įpročiai

Siekiant įvertinti suaugusiųjų sveikos gyvensenos elgesį, įpročius, t.y. kaip jie taiko žinias, ar panaudoja jas gyvenime, siekdami geresnės sveikatos – tyrimo anketoje buvo nurodyti klausimai, skirti išnagrinėti atskiriems sveikos gyvensenos įpročiams: mitybos, fizinio aktyvumo, psichologinės savijautos, žalingų įpročių.

Nagrinėjant sveikos mitybos įpročius, 10 paveiksle parodyta **kokiu būdu paruoštus maisto produktus** respondentai **vartoja dažniausiai**. Net 52,8 proc. tiriamųjų dažniausiai vartoja virtus maisto produktus, 45,4 proc. – keptus ir tik 1,8 proc. – garintu būdu paruoštus maisto produktus.



10 pav. Dažniausias maisto produktų ruošimo būdas (proc.)

5 priede parodytas įvairių **produktų vartojimo dažnis**.

Juodą duoną kasdien valgo 48,9 proc. respondentų (iš jų 22,4 proc. ją vartoja kelis kartus per dieną, o 26,5 proc. – 1 kartą), 51,1 proc. ją valgo tik kelis kartus per savaitę arba dar rečiau (5 priedas). Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenimos tyrimo 2006 m. užfiksuota, kad kasdien juodą duoną valgo 60,8 proc. tiriamųjų (t.y. 11,9 proc. daugiau nei šiame tyrime).

Kruopų košes kasdien valgo 12,9 proc. tiriamųjų (iš jų kelis kartus per dieną – 2,3 proc., o 1 kartą per dieną – 10,6 proc.), kelis kartus per savaitę arba dar rečiau – jas valgo net 87,2 proc. tiriamųjų (5 priedas). Tačiau iš jų net 32,7 proc. respondentų buvo pažymėję, kad maitinasi sveikai (8 pav.). Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenimos tyrimo 2006 m. užfiksuota, kad kasdien košes ir dribsnius valgo tik 3,9 proc. tiriamųjų (t.y. 9 proc. mažiau nei šiame tyrime).

Daržoves ir vaisius kasdien valgo 84 proc. tiriamųjų, iš kurių tik 37,9 proc. juos vartoja kelis kartus per dieną (sveika mityba), o likę 62,1 proc. vartoja nepakankamai dažnai (iš jų 46,1 proc. – 1 kartą per dieną, o 16 proc. – tik kelis kartus per savaitę arba dar rečiau (5 priedas). Lietuvos sveikatos informacijos centras skelbia 2006 m. suaugusiųjų gyvenimos tyrimo duomenis, kuriuose užfiksuota, kad beveik kasdien šviežias daržoves, vaisius ir uogas valgo 35,1 proc. tiriamųjų. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenimos tyrimo 2006 m. duomenimis virtas daržoves beveik kasdien vartoja – 8,1 proc., o konservuotus vaisius ar uogas – 4,8 proc.

Žuvį kasdien vartoja 4,5 proc. tiriamųjų, 47,3 proc. – vartoja kelis kartus per savaitę, o 48,2 proc. – retai (5 priedas). Finbalt Health Monitor suaugusiųjų 2006 m. gyvenimos tyrimo

duomenimis Lietuvoje kasdien žuvį valgo 1,4 proc. tiriamųjų (t.y. 3,1 proc. mažiau nei šiame tyrime).

Pieno produktus kelis kartus per dieną vartoja 18,4 proc. respondentų, 1 kartą per dieną – 35,5 proc., kelis kartus per savaitę – 33,6 proc., o retai – 12,4 proc. (5 priedas).

Mėsą kasdien valgo 43,4 proc. respondentų (tarp jų 16,0 proc. – kelis kartus per dieną, o 27,4 proc. – 1 kartą per dieną). Kelis kartus per savaitę mėsą vartoja 46,1 proc., retai – 10,5 proc. (5 priedas). Finbalt Health Monitor suaugusiųjų 2006 m. gyvenimos tyrimo duomenimis Lietuvoje kasdien mėsą valgo 14,4 proc. tiriamųjų (t.y. net 29 proc. mažiau nei šiame tyrime), 7,9 proc. nurodė, kad jos nevartojo nė karto per praeitą savaitę.

Saldumynus kasdien vartoja 40,7 proc. tiriamųjų (iš jų kelis kartus per dieną – 19,2 proc. respondentų, 1 kartą per dieną – 21,5 proc.), kelis kartus per savaitę – 37,4 proc., o retai – tik 21,9 proc. (5 priedas). Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenimos tyrimo 2006 m. užfiksuota, kad beveik kasdien saldinius vartoja 5,3 proc., o saldžius konditerijos gaminius – 7,3 proc. tiriamųjų.

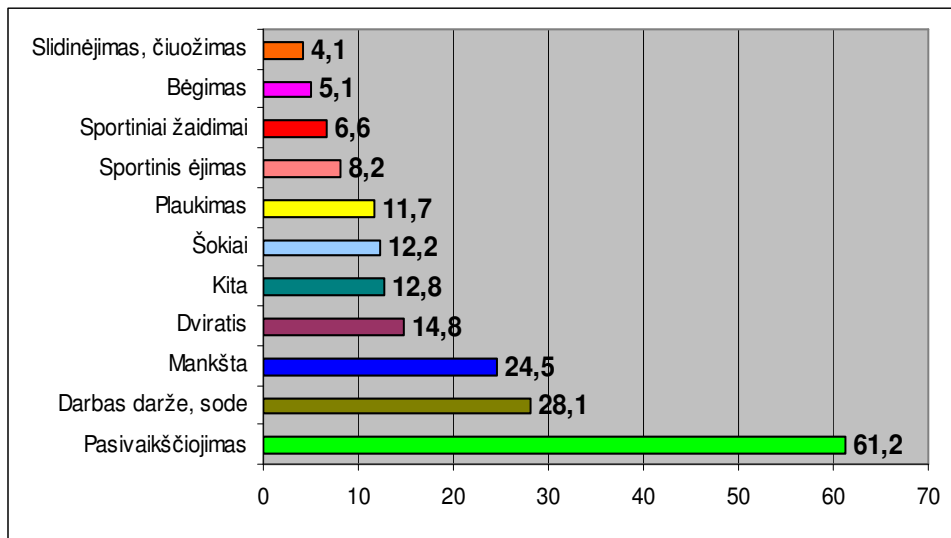
Analizuojant maisto **produktų vartojimo** dažnį pagal savo **mitybos įsivertimą** (6 priedas) nustatyta, kad sveikiau maitinasi vertinantys savo mitybą kaip sveiką.

Daržoves ir vaisius kelis kartus per dieną (dažniau) valgo 52,8 proc. įvardijusių savo mitybą kaip sveiką, o rečiau – 33,7 proc. nesveikai besimaitinančių ir 21,6 proc. nežinančių (ar jie maitinasi sveikai ar nesveikai) respondentų. Statistiškai reikšmingus skirtumus patvirtina ir statistiniai duomenys (7 priedas) – reikšmingumo lygmuo (Asymp. Sig.) $p=0,024$ (skirtumas yra reikšmingas).

Statistiškai reikšmingi skirtumai nustatyti, nagrinėjant kruopų košių valgymą: kelis kartus per dieną (dažniau) kruopų košes valgo net 5,6 proc. sveikai besimaitinančių, o rečiau – tik 0,9 proc. nesveikai besimaitinančių ir 0,0 proc. nežinančių (ar jie maitinasi sveikai ar nesveikai) respondentų. 1 kartą per dieną kruopų košes valgo 19,4 proc. sveikai besimaitinančių, 7,3 proc. nesveikai besimaitinančių ir 2,8 proc. nežinančių (ar jie maitinasi sveikai ar nesveikai) respondentų. Tai patvirtina ir statistiniai duomenys (8 priedas) – reikšmingumo lygmuo $p=0,000$ (skirtumas yra statistiškai reikšmingas). Todėl galime teigti, kad tiriamieji, kurie vertina savo mitybą kaip sveiką, maitinasi sveikiau, nei tie kurie vertina savo mitybą kaip nesveiką arba nežino. Tačiau tik žymiai mažesnė tiriamųjų dalis (nei nurodė apklausoje), realiai maitinasi sveikai.

Tiriant **fizinį aktyvumą**, 11 paveiksle parodytos fizinės veiklos rūšys, kuriomis tiriamieji **užsiima pastoviai**. Didžiausia jų dalis, net 61,2 proc. pastoviai užsiima tik pasivaikščiojimu, o 28,1 proc. – darbu darže ar sode. Aktyvesnėm sportinėm veiklom pastoviai užsiima mažesnė dalis apklaustųjų: 14,8 proc. – dviračiu, 12,2 proc. – šokiais, 11,7 proc. – plaukimu, 8,2 proc. – sportiniu

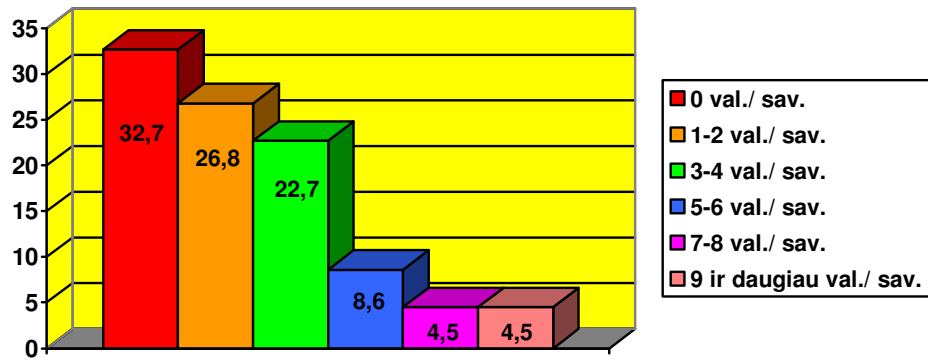
ėjimu, 6,6 proc. – sportiniais žaidimais, 5,1 proc. – bėgimu, 4,1 proc.– slidinėjimu arba čiuožimu. Kita fizine veikla pastoviai užsiima 12,8 proc. tiriamųjų (9 priedas), kurie pažymėjo jogą, sporto klubo lankymą, riedučius, aikido, fizinį darbą ir kt.



11 pav. Tiriamųjų užimtumas pastovia fizine veikla (proc.)

Kai kurie šio tyrimo duomenys labai panašūs su Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenimis: 2006 m. pastoviai laisvalaikiu mankštinosi 23 proc., o šio tyrimo rezultatai rodo, kad pastoviai mankštą daro 24,5 proc. respondentų.

12 paveiksle parodytas suaugusiųjų **užimtumas fizine veikla (iki suprakaitavimo)**. Net 59,5 proc. apklaustųjų fiziniam aktyvumui savaitėje skiria tik 0-1-2 val., o tai laikoma nepakankamu fiziniu aktyvumu. 22,7 proc. apklaustųjų fizinei veiklai skiria 3-4 val. per savaitę (vidutinis fizinis aktyvumas). Ir tik 17,6 proc. respondentų fiziniam aktyvumui skiria 5 ir daugiau valandų – iš jų 8,6 proc. fizinei veiklai skiria 5-6 val., 4,5 proc. – 7-8 val. ir 4,5 proc. – 9 ir daugiau valandų savaitėje. Remdamiesi tyrimų duomenimis galime teigti, kad didžioji dalis suaugusiųjų nepakankamai skiria laiko fizinei veiklai.



12 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas (proc.), užsiimant fizine veikla (iki suprakaitavimo)

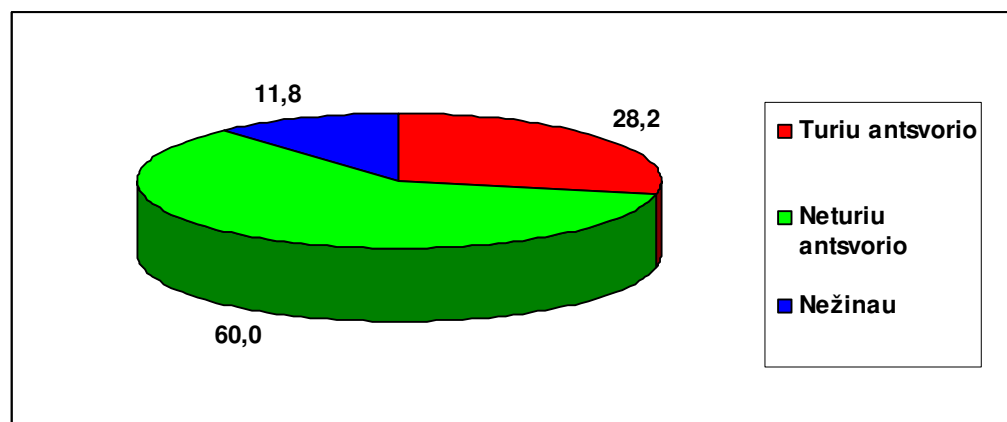
Kai kurie šie tyrimo duomenys panašūs su kitų tyrimų duomenimis, pvz.: Lietuvos suaugusių žmonių 2006 m. tyrimo rezultatais nustatyta, kad 1-2 val. savaitėje mankština (taip, kad suprakaituotų ir padažnėtų kvėpavimas) 21,7 proc. tiriamųjų (t.y. 5,1 proc. mažiau, nei šiame tyrime), o 2-3 val. savaitėje mankština tik 7,3 proc. Kiti Lietuvos suaugusių žmonių 2006 m. tyrimo rezultatai skiriasi, pvz.: kasdien po 30 min. (t.y. 3,5 val. savaitėje) iki suprakaitavimo mankština 15,7 proc., o šiame tyrime virš 3 val. savaitėje fizine veikla (iki suprakaitavimo) užsiima net 40,3 proc. tiriamųjų, o virš 4 val. – 17,8 proc.

Nagrinėjant **pastovią fizinę veiklą** pagal **fizinio aktyvumo** dažnį (10 priedas), nustatytas pastovios fizinės veiklos pasiskirstymas valandomis (per savaitę). Net 76,5 proc. respondentų, kurie per savaitę skiria 0 val. fiziniam aktyvumui (iki suprakaitavimo) nurodo, kad pastoviai užsiima pasivaikščiavimu, 39,2 proc. – darbu darže, sode, kitoms veikloms tenka dar mažiau. Realiai šie respondentai pastoviai nesportuoja, nes tam skiria 0 val. į savaitę. Panašią pastovią fizinę veiklą nurodė ir respondentai, skiriantys 1-2 val. per savaitę fiziniam aktyvumui (iki suprakaitavimo) – iš jų 68,4 proc. užsiima pasivaikščiavimu, 26,3 proc. – darbu darže, sode ir 26,3 proc. – mankšta. 52,6 proc. respondentų skiriančių 5-6 val. per savaitę fiziniam aktyvumui (iki suprakaitavimo) nurodė, kad pastoviai užsiima pasivaikščiavimu, 47,4 proc. – mankšta, 36,8 proc. – dviračiu, 26,3 proc. – plaukimu, šokiais ir kita veikla, 15,8 proc. – sportiniu ėjimu, 10,5 proc. – darbu darže, sode ir bėgimu. Atlikus paskaičiavimus, statistiškai reikšmingi skirtumai užfiksuoti nebuvo.

Tiriant fizinį aktyvumą, nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp **judėjimo trukmės iki suprakaitavimo** ir respondentų savo **judėjimo aktyvumo įsivertinimo** (11 priede). 5 ir daugiau valandų savaitėje fiziniam aktyvumui skiria net 34,2 proc. respondentų, teigiančių, kad jų judėjimas pakankamas, 9,1 proc. teigiančių kad jų judėjimas nepakankamas ir 11,8 proc. nežinančių (ar juda pakankamai ar nepakankamai) respondentų. Ir atvirkščiai: 0 val. savaitėje fiziniam aktyvumui (iki

suprakaitavimo) skiria 12,9 proc. teigiančių, kad jų judėjimas pakankamas, 44,7 proc. teigiančių kad jų judėjimas nepakankamas ir 23,5 proc. nežinančių (ar juda pakankamai ar nepakankamai) respondentų. Tai patvirtina ir statistiniai duomenys (11 priede) – reikšmingumo lygmuo (Asymp. Sig.) $p=0,000$ (skirtumas yra statistiškai reikšmingas). Nors didžioji dalis tiriamųjų nepakankamai skiria laiko fizinei veiklai, tačiau tie kurie vertina savo judėjimo aktyvumą kaip pakankamą, skiria daugiau laiko fiziniam aktyvumui iki suprakaitavimo, o tie kurie vertina savo judėjimą kaip nepakankamą arba nežino, skiria mažiau laiko fiziniam aktyvumui iki suprakaitavimo.

Tiriant suaugusiųjų sveikos gyvensenos įpročius, buvo nagrinėjama ir **antsvorio** problema, kuri dažniausiai atsiranda dėl netinkamos mitybos ar netinkamo fizinio judėjimo ir rečiau – dėl paveldimumo (genetikos) ar ligų (Proškuvienė, 2004). Net 28,2 proc. apklaustųjų nurodo turintys antsvorio, 60 proc. teigia, jog antsvorio neturi, o 11,8 proc. nežino – tai parodyta 13 paveiksle.



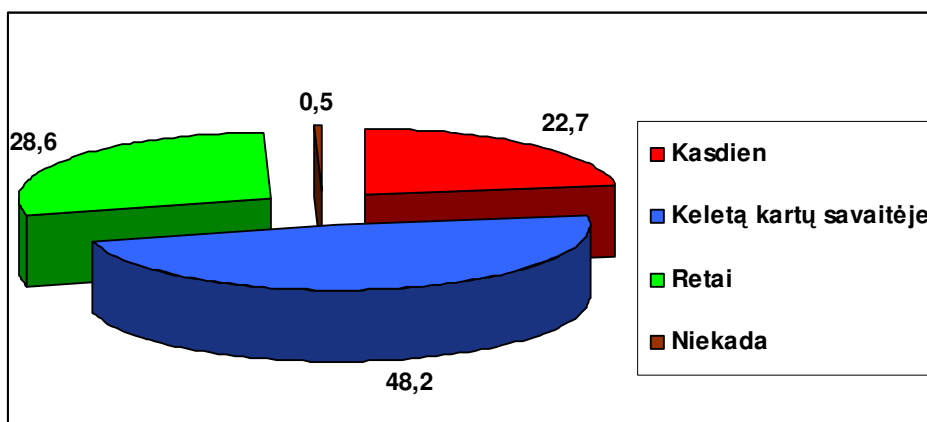
13 pav. Tiriamųjų antsvorio įsivertinimas (proc.)

Antsvorio paplitimo duomenys šiame darbe skiriasi nuo Lietuvos sveikatos informacijos centro skelbiamų 2006 m suaugusiųjų gyvensenos tyrimo duomenų, kur konstatuota, kad tik 40,9 proc. tiriamųjų kūno svoris buvo normalus (t.y. 19,1 proc. mažiau, nei šiame tyrime), 32,2 proc. turėjo antsvorį, 19,7 proc. buvo nutukę. Darbe pateikti tyrimo rezultatai rodo, kad net 11,8 proc. tiriamųjų nežino ar turi antsvorio problemų, tuo tarpu Lietuvos žmonių gyvensenos tyrime 2006 m. nustatyta, kad tik 2,6 proc. tiriamųjų nežinojo savo svorio (t.y. 4,5 karto mažiau nei šiame tyrime).

Nagrinėjant **žinias apie sveikatą lemiančius veiksnius** pagal **antsvorio vertinimą** (12 priedas), galima konstatuoti, kad respondentai nežinantys savo antsvorio problemos, blogiausiai žino ir apie daugiausiai sveikatą lemiantį veiksni: tik 53,8 proc. jų teisingai nurodė, kad daugiausiai sveikatą lemia žmogaus gyvenimo būdas. Tuo tarpu respondentai, kurie žino jog turi arba neturi antsvorio, daugiau žino ir apie esminį sveikatą lemiantį veiksni: atitinkamai 71,0 proc. ir 74,2 proc.

nurodė, kad daugiausiai sveikatą lemia žmogaus gyvenimo būdas. Kad skirtumai yra statiškai reikšmingi patvirtina ir statistiniai duomenys (12 priede) – reikšmingumo lygmuo: $p= 0,000$ (skirtumas yra reikšmingas). Todėl galime teigti, kad respondentai teisingai žinantys apie sveikatą lemiantį esminį faktorių, daugiau žino ir apie atsvario turėjimą arba jo neturėjimą.

Tiriant suaugusiųjų sveikos gyvensenos įpročius, buvo nagrinėjama ir **psichikos sveikata**. 14 paveiksle pateikti duomenys rodo, kad net 22,7 proc. apklaustųjų kasdien jaučia įtampą ir nerimą, 48,2 proc. – juos jaučia keletą kartų per savaitę ir tik 28,6 proc. įtampą ir nerimą jaučia retai, 0,5 proc. – niekada.



14 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas (proc.), jaučiant įtampą, nerimą

Kad Lietuvos suaugę gyventojai dažnai patiria nerimą ar stresą konstatuoja ir kitų tyrimų rezultatai, vykdomi populiacijos mastu. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos 2006 m. tyrimo duomenimis, kad streso ar nervinės įtampos visai nepatyrė, nurodė tik 22,1 proc. tiriamųjų, du trečdaliai juos patyrė ne daugiau nei kiti, o kad juos patyrė daugiau nei kiti, nurodė 14,4 proc. tiriamųjų; kad depresijos visai nepatyrė nurodė 43,3 proc. tiriamųjų (per paskutinius 12 mėn.), trečdalis ją patyrė ne labiau nei anksčiau, o šiek tiek labiau nei anksčiau depresiją patyrė 5,6 proc. vyrų ir 7,4 proc. moterų (daugiausiai tarp jų buvo turinčių pradinį išsilavinimą ir bedarbių).

Nagrinėjant **įtampos, nerimo pasireiškimą** pagal **fizinį aktyvumą (iki suprakaitavimo)** (12 priedas), nustatyta, kad dažniau fizine veikla užsiimantys respondentai, rečiau jaučia įtampą ir nerimą, pvz.: net 31,9 proc. respondentų skiriančių fiziniam aktyvumui (iki suprakaitavimo) 0 val. savaitėje, kasdien jaučia nerimą ir įtampą, tuo tarpu kai tik 10,5 proc. skiriančių fiziniam aktyvumui (iki suprakaitavimo) 5-6 val. savaitėje, kasdien jaučia nerimą ir įtampą. Statistiškai reikšmingus skirtumus patvirtina ir statistiniai duomenys (13 priede) – reikšmingumo lygmuo $p= 0,001$ (skirtumas yra reikšmingas). Todėl galime teigti, kad teisingi sveikos gyvensenos įpročiai (tinkamas

fizinis aktyvumas iki suprakaitavimo) turi teigiamos įtakos psichikos sveikatos gerėjimui, mažina įtampos ir nerimo pajautimo dažnį.

Tirta ir suaugusiųjų **vaistų vartojimas** (13 priede). Dažnai ir kartais raminamuosius vaistus vartoja 11,3 proc. apklaustųjų, niekada – net 63,2 proc. Likusieji 25,5 proc. raminamuosius vartoja labai retai. Finbalt Health Monitor 2006 m. tyrime nurodoma, kad 15,8 proc. suaugusių Lietuvos gyventojų vartojo raminamuosius vaistus (per pastarąją savaitę).

Dar mažiau yra vartojama migdomųjų vaistų ir antidepresantų. Net 84,5 proc. tiriamųjų teigia niekada nevartojantys migdomųjų, 11,8 proc. nurodo, kad migdomuosius vartoja labai retai ir tik 3,7 proc. teigia juos vartojantys dažnai arba kartais. Kad niekada nevartoja antidepresantų teigia net 89,5 proc. respondentų, labai retai juos vartoja 8,6 proc., o dažnai ir kartais – tik 1,9 proc. Nors savo sveikatą kaip blogą ir labai blogą buvo įsivertinę tik 2,7 proc. respondentų (4 paveiksle), tačiau net 7,3 proc. tiriamųjų dažnai vartoja nuskausminamuosius, o 6,2 proc. dažnai vartoja kitus vaistus (13 priede). Net 60,5 proc. respondentų savo sveikatą buvo įsivertinę kaip labai gerą ir gerą (4 paveiksle), tačiau niekada vaistų nevartoja žymiai mažesnė dalis: tik 16,4 proc. nevartoja nuskausminamųjų, 13,6 proc. – antibiotikų, ir 33,5 proc. – kitų vaistų (13 priedas). Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenamosios 2006 m. tyrimas nurodo, kad tik 21,1 proc. gyventojų nevartojo vaistų (per pastarąją savaitę).

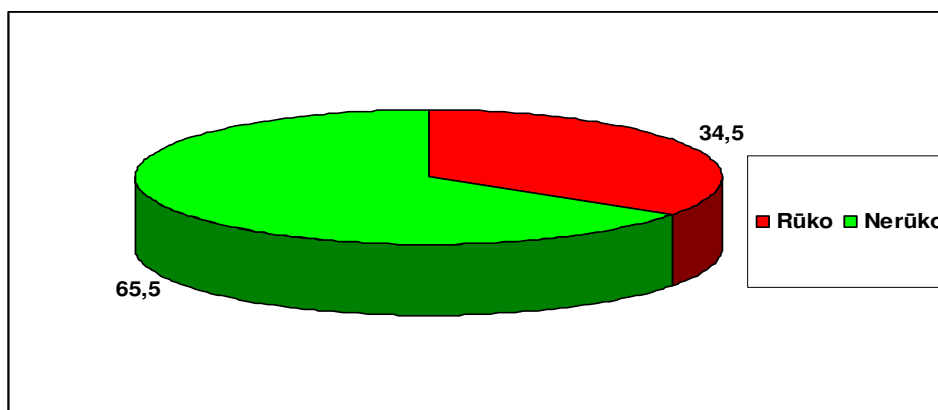
Nagrinėjant **vaistų vartojimą** pagal **amžių** (14 priedas), galima teigti, kad raminamųjų vaistų vartojimas su amžiumi didėja. Kad niekada nevartoja raminamųjų nurodė 70,5 proc. respondentų iki 31 m., 60,0 proc. – 31-40 m., 63,0 proc. – 41-50 m., 46,2 proc. – 51-60 m. ir tik 33,3 proc. respondentų virš 60 m. amžiaus. Ryšį tarp šių faktorių patvirtina ir statistiniai duomenys 15 priede – koreliacijos apskaičiavime matyti, kad ryšys Sig. (2-tailed) yra statistiškai patikimas, kadangi $p = 0,007$, o ryšio stiprumas (Pearson Correlation) yra reikšmingas (**).

Taip pat didėjant amžiui, dažniau yra vartojami ir migdomieji vaistai. Ryšį tarp šių faktorių ir statistiškai reikšmingus skirtumus patvirtina ir statistiniai duomenys (15 priede) – reikšmingumo lygmuo (Asymp. Sig.) $p = 0,04$ (skirtumas yra statistiškai reikšmingas), o koreliacijos apskaičiavime matyti, kad ryšys Sig. (2-tailed) yra statistiškai patikimas, kadangi $p = 0,001$, o ryšio stiprumas (Pearson Correlation) yra reikšmingas. Niekada nevartojantys migdomųjų nurodė 89,5 proc. respondentų iki 31 m., 90,0 proc. – 31-40 m., 76,1 proc. – 41-50 m., 76,9 proc. – 51-60 m. ir tik 33,3 proc. respondentų virš 60 m. amžiaus (15 priedas). Iš atlikto tyrimo matyti, kad didėja ir kitų vaistų vartojimas tarp vyresnio amžiaus respondentų. Dažnai kitus vaistus vartoja 1,2 proc. tiriamųjų iki 31 m., 0,0 proc. – 31-40 m., 7,3 proc. – 41-50 m., 28,0 proc. – 51-60 m. ir net 33,3

proc. respondentų virš 60 m. amžiaus. Ryšį tarp amžiaus ir kitų vaistų vartojimo patvirtina ir statistiniai duomenys 15 priede – koreliacijos apskaičiavime matyti, kad ryšys Sig. (2-tailed) yra statistiškai patikimas, kadangi $p = 0,000$, o ryšio stiprumas (Pearson Correlation) yra reikšmingas.

Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenenos 2006 m. tyrimas pateikia panašius duomenis, rodančius, kad įvairių vaistų vartojimas didėja su amžiumi: jei 25-34 m. amžiaus grupėje raminamuosius vartojo 5 proc vyrų ir 12 proc. moterų, tai 55-64 m. amžiaus grupėje jų buvo 15,8 proc. vyrų ir 33,5 proc. moterų.

Tiriant suaugusiųjų žalingus įpročius, 15 paveiksle konstatuota **rūkymo** paplitimas tarp tiriamųjų: 34,5 proc. respondentų nurodo, kad rūko (kasdien), o 65,5 proc. – nerūko.



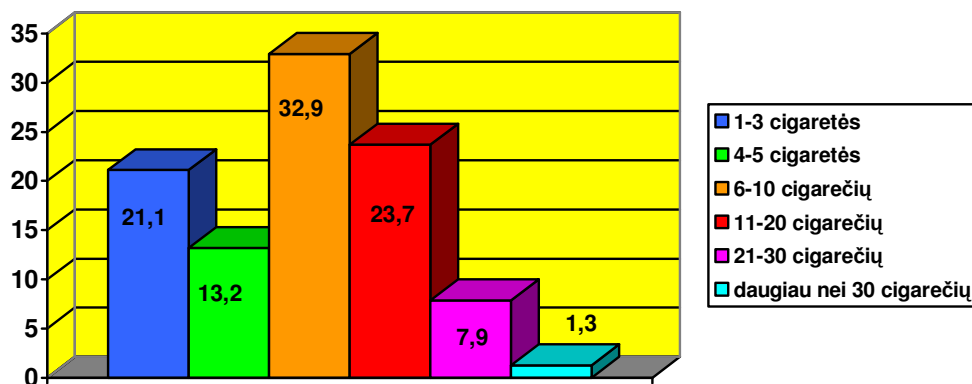
15 pav. Rūkymo paplitimas (proc.)

Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenims 2006 m. kasdien rūkė 26,5 proc. tiriamųjų (t.y. 8 proc. mažiau nei šiame tyrime), o Statistikos departamento (2005 m. Lietuvos gyventojus apklausos) duomenimis kasdien rūko 42 proc. vyrų ir 10 proc. moterų. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenenos 2006 m. tyrime nurodyta, kad niekada nerūkė 42,2 proc. respondentų.

16 paveiksle pavaizduota kokį **skaičių cigarečių surūko per dieną** rūkantys tiriamieji. Daugiausiai yra surūkoma net 6-10 cigarečių per dieną – tiek jų surūko net 32,9 proc. rūkančiųjų. Į antrą vietą patenka 11-20 cigarečių kiekis surūkomas per dieną – tiek jų surūko net 23,7 proc. rūkančių respondentų. Panašius duomenis pateikia Finbalt Health Monitor tyrimas: suaugę Lietuvos gyventojai 2006 m. daugiausiai surūkė iki 14 cigarečių, antroje vietoje – 15-24 cigaretės per dieną

Trečioje vietoje atsiranda 1-3 cigaretės (surūkomos per dieną) – tiek jų surūko net 21,1 proc. rūkančiųjų (16 pav.). Į ketvirtą vietą patenka 4-5 cigaretės surūkomos per dieną – tiek jų surūko 13,2 proc. rūkančių tiriamųjų. Penktoje vietoje yra 21-30 cigarečių (surūkomų per dieną) – tiek jų surūko net 7,9 proc. rūkančių respondentų. Paskutinėje vietoje yra mažiausias rūkančiųjų skaičius

1,3 proc., tačiau surūkantis didžiausią cigarečių kiekį per dieną – net daugiau nei 30. Nei vienas tiriamasis nenurodė, kad surūko mažiau nei 1 cigaretę per dieną.



16 pav. Rūkančiųjų pasiskirstymas (proc.) pagal surūkytų cigarečių skaičių per dieną

Nuo 1 iki 11 cigarečių per dieną surūko 67,2 proc. rūkančiųjų, o nuo 11 iki 30 – 31,6 proc. rūkančiųjų, tuo tarpu Suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos 2006 m. tyrimo duomenimis nuo 1 iki 14 cigarečių per dieną surūko 47,5 rūkančiųjų, o nuo 15 iki 24 – 38,8 proc. Mažesnę dalis rūkančiųjų surūko daugiau cigarečių per dieną, o didesnę dalis rūkančiųjų rūko mažiau.

Nagrinėjant **surūkomų cigarečių skaičių** pagal **sveikos gyvensenos įsivertinimą** (16 priede), konstatuota, kad tarp gyvenančių sveikai nėra surūkančių po 1-3, 4-5, 11-20, 21-30 ir daugiau nei 30 cigarečių per dieną. Tačiau tarp gyvenančių sveikai yra 100,0 proc. respondentų surūkančių 6-10 cigarečių per dieną, o tai gali rodyti sveikos gyvensenos žinių spragas. Vadinasi, tarp tų, kurie tyrime teigė, kad gyvena sveikai (4,1 proc.), realiai sveikai gyvenančių yra dar mažiau.

Tarp tiriamųjų, kurie stengiasi gyventi sveikai, nėra surūkančių po 11-20 ir daugiau nei 30 cigarečių per dieną, tačiau tarp jų yra net 31,1 proc. surūkančių 6-10, 26,7 proc. – 1-3, 22,2 proc. – 11-20 ir 20,0 proc. surūkančių 4-5 cigaretes per dieną. Respondentai, įvertinę savo gyvenseną kaip nesveiką, surūko daugiausiai cigarečių per dieną: 21-30 cigarečių surūko 21,4 proc., o daugiau nei 30 cigarečių surūko 3,6 proc.; likusieji pasiskirsto tokiom proporcijom: 28,6 proc. surūko po 6-10 ir po 11-20, 14,3 proc. – po 1-3, o 3,6 proc. – po 4-5 cigaretes per dieną. Atsižvelgiant į tyrimo rezultatus, galima teigti, kad mažiau rūko besistengiantys gyventi sveikai, mažiausiai – gyvenantys sveikai, o daugiausiai – gyvenantys nesveikai respondentai. Statistiškai reikšmingus skirtumus patvirtina ir statistiniai duomenys (16 priede) – reikšmingumo lygmuo $p = 0,021$ (skirtumas yra statistiškai reikšmingas).

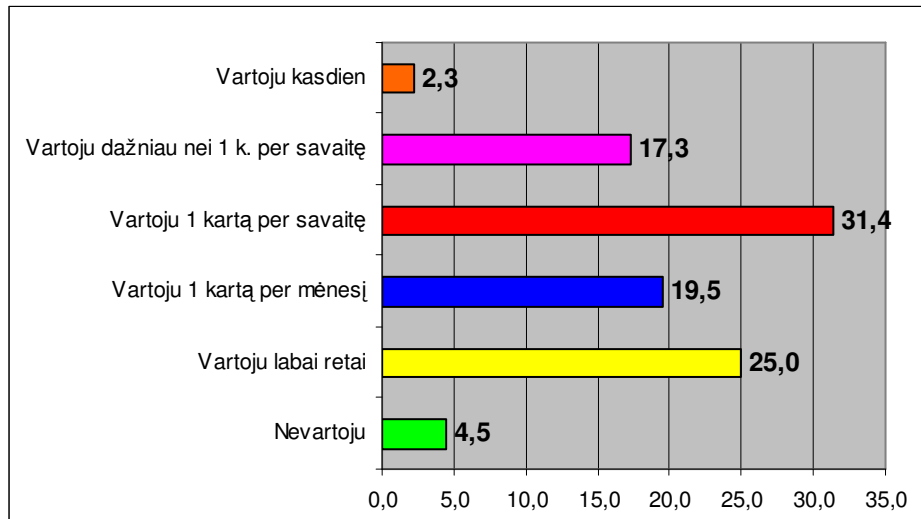
Nagrinėjant **maisto produktų paruošimo būdą ir rūkymą** (17 priedas), nustatyta, kad keptus maisto produktus vartoja tik 37,1 proc. nerūkančių ir net 60,8 proc. rūkančių respondentų, ir atvirkščiai – virtus maisto produktus vartoja 37,1 proc. rūkančių ir 61,3 nerūkančių tiriamųjų. Statistiškai reikšmingus skirtumus tarp rūkančiųjų ir nerūkančiųjų mitybos patvirtina ir statistiniai duomenys 17 priede – reikšmingumo lygmuo (Asymp. Sig.) $p = 0,003$ (skirtumas yra reikšmingas), todėl galima teigti, kad rūkantieji dažniau vartoja keptus (nei virtus) maisto produktus, o nerūkantys tiriamieji – atvirkščiai (maitinasi sveikiau).

Analizuojant **surūkytų cigarečių skaičių pagal išsilavinimą** (18 priede), konstatuota, kad mažiausią cigarečių kiekį (1-3) per dieną surūko 10,3 proc. turintys vidurinį ir 35,1 proc. turintys aukštą išsilavinimą tiriamieji. Daugiau nei 20 cigarečių per dieną surūko 13,8 proc. turintys vidurinį, 50,0 proc. turintys aukštesnį ir 5,4 proc. turintys aukštą išsilavinimą respondentai. Surūkytų cigarečių skaičius per dieną didėja, mažėjant išsilavinimui, todėl galime teigti, kad kuo aukštesnis išsilavinimas, tuo mažesnis rūkymo dažnis (pagal surūkomų cigarečių skaičių per dieną). Statistiškai reikšmingus skirtumus tarp surūkytų per dieną cigarečių skaičiaus ir išsilavinimo patvirtina ir statistiniai duomenys (18 priede) – reikšmingumo lygmuo (Asymp. Sig.) $p = 0,046$ (skirtumas yra reikšmingas).

Lyginant su kitais tyrimais, yra pastebimas mažėjantis rūkymo paplitimas tarp suaugusiųjų turinčių aukštą išsilavinimą. Finabalt Health Monitor tyrimuose akcentuojama, kad pastaruoju metu tarp aukštojo išsilavinimo moterų pastebimos rūkymo paplitimo mažėjimo tendencijos: 2000 m. ir 2002 m. rūkė 14 proc. moterų, o 2006 m. – tik 10 proc. Dregval (1998) teigia, kad kai kurie mokslininkai irgi nurodo, kad didėjant išsimokslinimui, rūkymo paplitimas mažėja.

Tiriant surūkytų **cigarečių skaičių pagal alkoholio vartojimo dažnį** (19 priede), nustatyta, kad didžiausias kasdien vartojančių alkoholį tiriamųjų skaičius (16,7 proc.), surūko 21-30 cigarečių per dieną. 100,0 proc. respondentų surūkančių daugiau nei 30 cigarečių per dieną, alkoholį vartoja dažniau nei 1 kartą per savaitę. 24,0 proc. tiriamųjų alkoholį vartojantys 1 kartą per mėnesį ir 40,0 proc. vartojančių alkoholį labai retai, surūko po 6-10 cigarečių per dieną. Ryšį tarp surūkytų per dieną cigarečių skaičiaus ir alkoholio vartojimo dažnio patvirtina ir statistiniai duomenys (19 priede) – koreliacijos apskaičiavime matyti, kad ryšys yra statistiškai patikimas, kadangi $p = 0,003$. Todėl galime teigti, kad egzistuoja ryšys tarp rūkymo ir alkoholio vartojimo dažnio: kuo daugiau surūkoma cigarečių, tuo dažniau vartojamas alkoholis.

Tiriant suaugusiųjų **alkoholio vartojimą**, nustatyta (17 pav.), kad alkoholio nevartoja 4,5 proc. apklaustųjų, o labai retai vartoja 25,0 proc. Net 51,0 proc. respondentų alkoholį vartoja dažnai. Didžiausia tiriamųjų dalis net 31,4 proc. alkoholį vartoja 1 kartą per savaitę, trečioje vietoje atsiranda 19,5 proc. respondentų, vartojančių alkoholį 1 kartą per mėnesį, ketvirtoje vietoje yra 17,3 proc. apklaustųjų, vartojančių alkoholį dažniau nei 1 kartą per savaitę. Kasdien alkoholį vartoja net 2,3 proc. apklaustųjų.



17 pav. Suaugusiųjų pasiskirstymas (proc.) pagal alkoholio vartojimą, (įskaitant visas alkoholio rūšis: alų, alkoholinius kokteilus)

Kai kurie šio tyrimo duomenys yra panašūs su kitais tyrimais populiacijos mastu, pvz.: Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenimo tyrimo 2006 m. duomenimis (bet kokį alkoholį) vartoja 85,8 proc. (t.y. 9,7 proc. mažiau nei šiame tyrime), o kasdien jį vartoja 2,1 proc. tiriamųjų (t.y. tik 0,2 proc. mažiau nei šiame tyrime). Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenimis 2006 m. 1 kartą savaitėje vartojusių stiprius alkoholinius gėrimus buvo 18,4 proc., vyną – 7 proc., alų – 33,9 proc. tiriamųjų, o šiame tyrime buvo 31,4 proc. tiriamųjų vartojusių (bet kokius) alkoholinius gėrimus 1 kartą savaitėje

Tačiau šio tyrimo alkoholio vartojimo rezultatai neatitinka kitiems šalies gyventojų sveikatos tyrimų duomenims, nes šiame tyrime, apklausiant suaugusiuosius specialiai buvo pažymėta visų alkoholių rūšių (įskaitant visas alkoholio rūšis: alų, alkoholinius kokteilus) vartojimas. Todėl alkoholio vartojimo paplitimas tarp suaugusiųjų yra dažnesnis, nei tų tyrimų, kuriuose visų alkoholių rūšių vartojimas nenurodytas. Pvz.: net 95,5 proc. šio tyrimo respondentų vartoja alkoholį, kai tuo tarpu Lietuvos statistikos metraštyje (2007) nurodytas alkoholio paplitimas 2005 m. tarp 76,3 proc. šalies gyventojų. (t.y. 19,2 proc. mažiau).

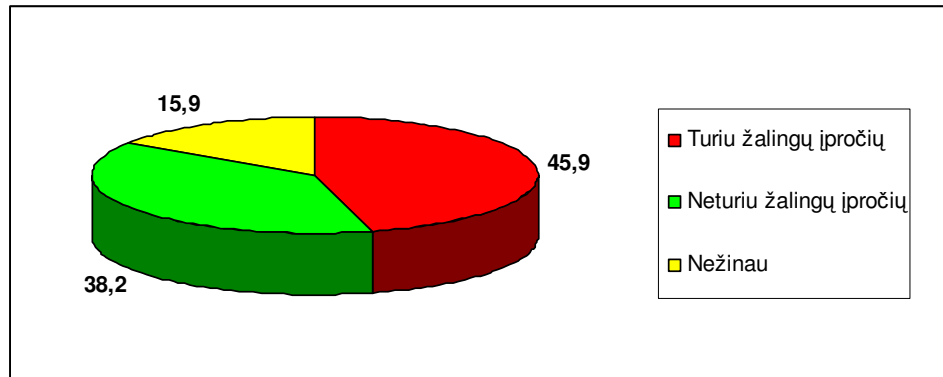
Nagrinėjant **alkoholio vartojimo** dažnį pagal **lytį** (20 priede), nustatyta, kad tarp alkoholio nevartojančių ar labai retai vartojančių tiriamųjų, alkoholio vartojimas tarp lyčių pasiskirstęs labai panašiai: jo nevartoja 4,6 proc. moterų ir 4,4 proc. vyrų, o labai retai vartoja 25,4 proc. moterų ir 24,4 proc. vyrų. Vidutinio dažnio alkoholio vartojimo intervaluose (pagal anketos atsakymus), dažniau alkoholį vartoja moterys nei vyrai: 1 kartą per savaitę alkoholį vartoja 35,4 proc. tiriamų moterų ir 25,6 proc. tiriamų vyrų, o 1 kartą per mėnesį – 23,8 proc. moterų ir 13,3 proc. – vyrų. Pagal intensyviausius alkoholio vartojimo dažnius, dažniau alkoholį vartoja vyrai nei moterys: kasdien jį vartoja 3,3 proc. vyrų ir 1,5 proc. moterų; dažniau nei 1 kartą per savaitę vartoja 28,9 proc. vyrų ir 9,2 proc. moterų. Skirtumus tarp alkoholio vartojimo ir lyčių patvirtina ir statistiniai duomenys (20 priede) – reikšmingumo lygmuo (Asymp. Sig.) $p = 0,004$ (skirtumas yra statistiškai reikšmingas).

Tiriant **alkoholio vartojimo** dažnį ir **nerimo, įtampos pajautimą** (21 priede), konstatuota, kad mažiausia dalis kasdien jaučiančių įtampą ir nerimą, yra tarp nevartojančių alkoholio (4 proc.) ir tarp vartojančių jį kasdien respondentų (2 proc.). Tuo tarpu tarp vartojančių alkoholį 1 kartą per savaitę, užfiksuotas ir didžiausias nerimo ir įtampos pajautimas: tarp jų kasdien įtampą ir nerimą jaučia 32,0 proc., o kelis kartus per savaitę – 33,0 proc. respondentų. Todėl, remdamiesi tyrimo duomenimis, galime teigti, kad vidutinis alkoholio vartojimo dažnis (pagal anketos klausimo atsakymus) turi įtakos įtampos ir nerimo pajautimui. Ryšį tarp alkoholio vartojimo ir įtampos ir nerimo pajautimo dažnio patvirtina ir statistiniai duomenys (priedas 21), koreliacijos apskaičiavime matyti, kad ryšys yra patikimas, kadangi $p = 0,035$.

Nagrinėjant **alkoholio vartojimo** dažnį pagal **sveikos gyvensenos įsivertinimą** (22 priede), nustatyta, kad tarp respondentų, kurie teigia gyvenantys sveikai, yra 33,3 proc. vartojančių alkoholį labai retai ir net 55,6 proc. vartojančių 1 kartą per savaitę, o tarp besistengiančių gyventi sveikai yra net 1,3 proc. vartojančių alkoholį kasdien. Tokia situacija parodo sveikos gyvensenos pagrindų nesuvokimą tarp dalies respondentų, vertinant savo gyvenimą.

Tarp besistengiančių gyventi sveikai, didžiausią dalį pagal alkoholio vartojimą (net 30,2 proc.) sudaro respondentai, vartojantys jį 1 kartą per savaitę. Visgi, dažnėjant alkoholio vartojimui, nesveikai gyvenančių respondentų daugėja: didžiausią jų dalį (35,3 proc.) sudaro vartojantys alkoholį dažniau nei 1 kartą per savaitę, o 31,4 proc. sudaro vartojantys alkoholį 1 kartą per savaitę. Statistiškai reikšmingus skirtumus patvirtina ir statistiniai duomenys (22 priede) – reikšmingumo lygmuo (Asymp. Sig.) $p = 0,002$ (skirtumas yra statistiškai reikšmingas).

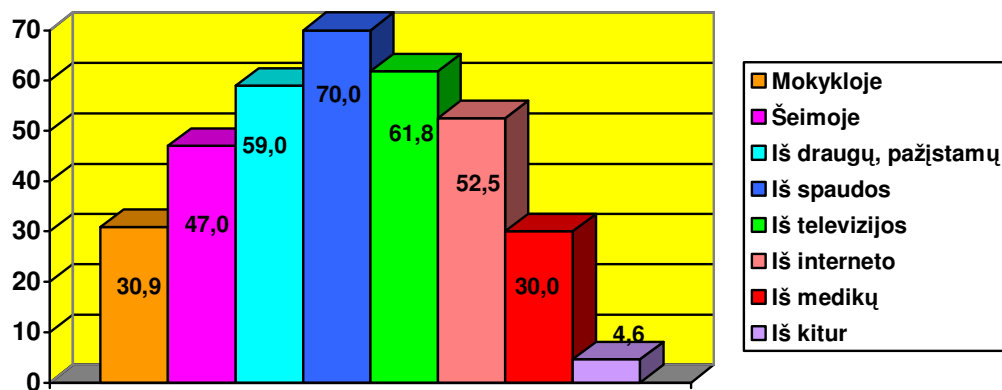
Nežiūrint to, kad alkoholio nevartoja ir labai retai vartoja tik 29,5 proc. tiriamųjų, tačiau net 38,2 proc. nurodo, kad neturi žalingų įpročių, o 15,9 proc. nežino turi ar neturi žalingų įpročių ir tik 45,9 proc. respondentų prisipažįsta turintis žalingų įpročių (18 paveiksle).



18 pav. Žalingų įpročių paplitimas

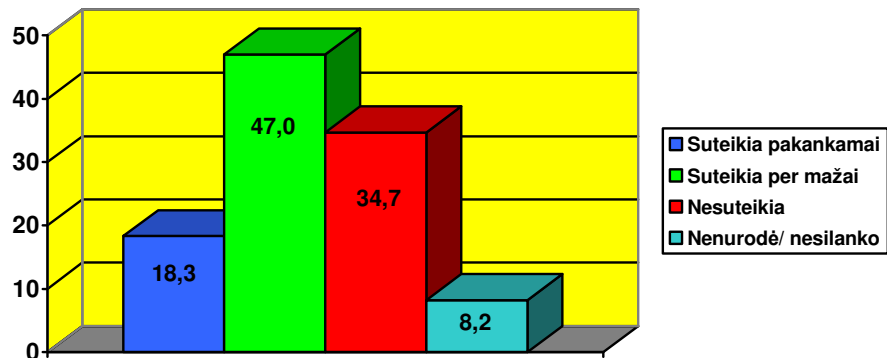
2.5. Suaugusiųjų sveikos gyvensenos ugdymo(si) poreikis

Siekiant įvertinti sveikos gyvensenos ugdymo procesą ir poreikį, tyrime buvo nustatyti dažniausi šaltiniai, kuriais tiriamieji gavo arba gauna informaciją apie sveiką gyvenimo būdą (19 paveiksle). Net 70,0 proc. respondentų nurodo, kad informaciją apie sveiką gyvenseną yra gavę iš spaudos, 61,8 proc. – iš televizijos, 59,0 proc. – iš draugų, pažįstamų, 52,5 proc. – iš interneto, 47,0 proc. – šeimoje, 30,9 proc. – mokykloje, 30,0 proc. – iš medikų, 4,6 proc. – iš kitur.



19 pav. Suaugusiųjų pasiskirstymas (proc.) pagal informacijos šaltinius (apie sveiką gyvenimo būdą)

Nors 30,0 proc. tiriamųjų nurodo, kad **informaciją apie sveiką gyvenseną gauna iš medikų**, tačiau tik 18,3 proc. respondentų teigia, kad medikai suteikia informacijos pakankamai. Likusieji 81,7 proc. informacijos gauna per mažai arba visai jos negauna (20 paveiksle).



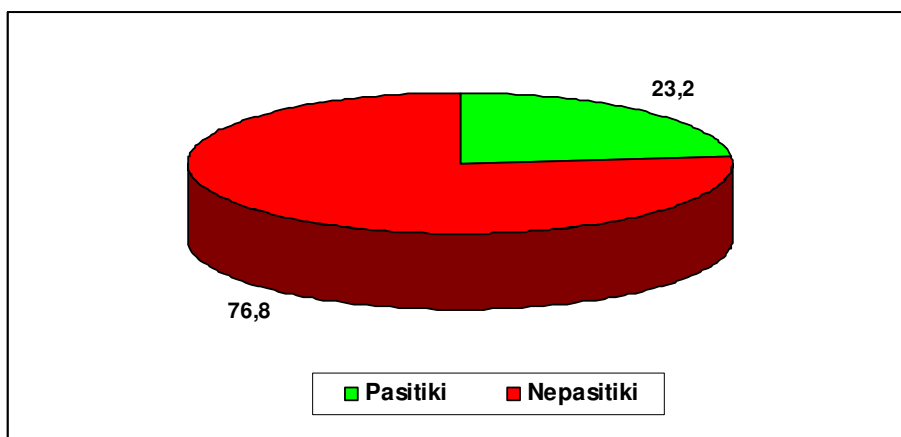
20 pav. Informacijos apie sveiką gyvenseną suteikimas, lankantis pas medikus (proc.)

Panašius duomenis apie nepakankamą medikų sveikos gyvensenos propagavimą pateikia ir kiti tyrimai, atlikti Lietuvoje populiacijos mastu. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos 2006 m. tyrimas pateikia duomenis, iš kurių matyti, kad medikai suteikia pacientams nepakankamai informacijos apie sveiką gyvenseną, pvz.: net 83,1 proc. tiriamųjų teigė, kad (per praėjusius 12 mėn.) gydytojas nepatarė keisti mitybos dėl sveikatos, 93,1 proc. nepatarė didinti fizinio aktyvumo, 79,3 proc. rūkančiųjų nepatarė mesti rūkyti, o 96,1 proc. nepatarė vartoti mažiau alkoholio dėl sveikatos.

Nagrinėjant **informacijos apie sveiką gyvenseną šaltinius** pagal **amžių** (23 priede), nebuvo užfiksuoti statistiškai reikšmingi skirtumai. Informaciją apie sveiką gyvenseną panašiai gauna įvairaus amžiaus grupės. Didžiausia jų dalis (77,6 proc.) yra 31-40 m. respondentai, gaunantys informaciją iš spaudos ir 67,3 proc. – iš televizijos. Tarp respondentų, kurių amžius iki 31 m. gausiausios grupės yra tarp gaunančių informaciją iš spaudos (70,2 proc.) ir iš interneto (70,2 proc.). Tarp 41-50 m. respondentų didžiausią kiekį (64,4 proc.) sudaro gaunantys informaciją iš spaudos ir 51,1 proc. – iš televizijos. Tarp 51-60 m. didžiausią kiekį (65,4 proc.) sudaro gaunantys informaciją iš spaudos ir 61,1 proc. – šeimoje. Kad informaciją apie sveiką gyvenseną gauna iš medikų nurodė nuo 0,00 proc. iki 32,7 proc. respondentų įvairaus amžiaus grupėse. Mokykloje informaciją gaunančių (gavusių) respondentų yra nuo 12,2 proc. iki 38,5 proc. tarp įvairaus amžiaus grupių – šie skaičiai byloja apie nepakankamą sveikatos ugdymą mokykloje.

24 priede parodyta kaip tiriamieji vertina **žinių trūkumą apie sveiką gyvenseną** ir atskiras jos sritis. 51,8 proc. apklaustųjų nurodo, kad jiems nepakanka (dažniausiai ir kartais) žinių apie traumų profilaktiką, 48,6 proc. – apie ligų prevenciją, 36,4 proc. – apie psichinę sveikatą ir stresą, 36,0 proc. – apie sveiką ir saugią aplinką, 34,1 proc. – apie sveiką mitybą, 32,9 proc. – apie optimalų fizinį aktyvumą, 30,9 proc. – apie pačią sveiką gyvenseną, 27,3 proc. – apie žalingų įpročių atsisakymą, 8,2 proc. – apie narkotikų vartojimo prevenciją, 6,9 proc. – apie lytinį gyvenimą, 5,6 proc. – apie asmens higieną, 3,6 proc. – apie alkoholio žalą, 3,2 proc. – apie rūkymo žalą.

Tik 23,2 proc. respondentų **pasitiki informacija apie sveiką gyvenimo būdą** ir net 76,8 proc. informacija nepasitiki (21 paveiksle). Eurobarometro (2004) atlikti tyrimai parodo, kad 43 proc. šalies gyventojai linkę nepasitikėti spauda, o 31 proc. – televizija.

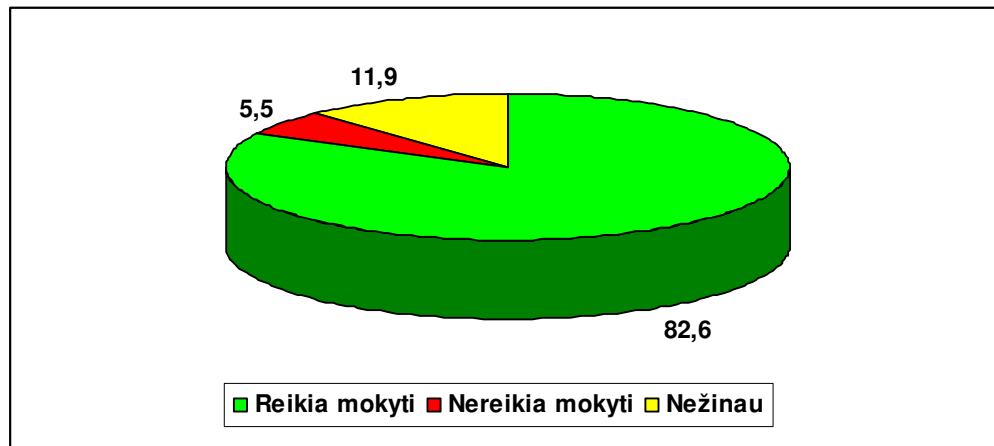


21 pav. Suaugusiųjų pasiskirstymas (proc.) pagal pasitikėjimą informacija (apie sveiką gyvenimo būdą)

Nagrinėjant **pasitikėjimą informacija apie sveiką gyvenseną** pagal lytį (25 priedas), nebuvo tarp jų nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai: informacija panašiai pasitiki tiek vyrai, tiek moterys. Tarp pasitikinčių informacija respondentų yra 22,3 proc. moterų ir 24,4, proc. vyrų, o tarp nepasitikinčių informacija apie sveiką gyvenseną, yra 75,6 proc. vyrų ir 77,7 proc. moterų.

Į klausimą „**Ar suaugusiuosius reikia mokyti sveikai gyventi?**“ – net 82,6 proc. tiriamųjų atsako, kad reikia ir tik 5,5 proc. mano, kad nereikia, o 11,9 proc. nežino (22 paveiksle).

Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenimos tyrimo 2006 m. duomenimis 70 proc. kasdien rūkančių nori mesti rūkyti – tai irgi atspindi sveikos gyvenimos ugdymo poreikį.



22 pav. Sveikos gyvensenos ugdymo poreikis (proc.)

Tiriant **mokymo** (sveikai gyventi) **poreikį** pagal **išsilavinimą** (25 priede), buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp išsilavinimo ir mokymosi poreikio. Kad suaugusiuosius reikia mokyti sveikai gyventi mano 65,9 proc. turinčių vidurinį išsilavinimą, 85,2 proc. – aukštesnį ir 87,2 proc. – aukštą išsilavinimą respondentai; nežino ar reikia mokyti 20,5 proc. turinčių vidurinį išsilavinimą, 11,1 proc. – aukštesnį ir 9,5 proc. – aukštą išsilavinimą respondentų. Kad suaugusiųjų nereikia mokyti sveikai gyventi, mano 13,6 proc. turinčių vidurinį išsilavinimą, 3,7 proc. – aukštesnį ir 3,4 proc. – aukštą išsilavinimą turinčių respondentų. Remiantis šiais duomenimis, galima teigti, kad kuo aukštesnis išsilavinimas – tuo didesnis poreikis mokytis (sveikai gyventi). Tai patvirtina ir statistiniai duomenys (25 priede) – reikšmingumo lygmuo (Asymp. Sig.) $p=0,017$ (skirtumas yra statistiškai reikšmingas).

Tiriant respondentų poreikius, anketoje buvo įvesti atviri klausimai, kurie padėjo išsiaiškinti **sveikos gyvensenos sritis, apie kurias daugiau norėtų sužinoti** respondentai – 26 priedas. Didžiausia dalis atsakiusiųjų, net 62,1 proc. norėtų daugiau sužinoti apie sveiką mitybą, kiti 15,2 proc. – apie ligų prevenciją, profilaktiką, 13,6 proc. – apie stresą, jo mažinimo bei įveikimo būdus, 10,6 proc. – apie fizinį aktyvumą, 9,1 proc. – apie maisto produktų derinimą, 7,6 proc. – apie antsvorio mažinimą, lieknėjimą, 4,5 proc. – kaip atsikratyti žalingų įpročių, 4,5 proc. – apie psichinę sveikatą, 3,0 proc. – apie sveiką gyvenseną (visas sritis), 3,0 proc. – apie pakankamą judėjimą, 3,0 proc. – apie aktyvaus sporto poveikį sveikai gyvensenai, 3,0 proc. – kaip sveikai sportuoti, 3,0 proc. – apie sveiką ir saugią aplinką, 3,0 proc. – apie traumų profilaktiką, 1,5 proc. – kaip atsikratyti nemigos, 1,5 proc. – apie psichologinį savęs valdymą, 1,5 proc. – apie vaistų poveikį organizmui, jo išbalansavimą, 1,5 proc. – apie ekologišką gyvenseną, 1,5 proc. – apie

imuniteto stiprinimą, 1,5 proc. – apie narkotikų vartojimo prevenciją, 1,5 proc. – apie jogą, meditaciją, 1,5 proc. – apie organizmo valymo būdus natūraliais produktais.

Kitas atviras tyrimo klausimas buvo skirtas išsiaiškinti respondentų nuomonei apie tai, **kur ir kaip būtų galima suaugusius mokyti sveikos gyvensenos** (27 priedas). 37,5 proc. atsakiusių tiriamųjų nurodė, kad suaugusius būtų galima mokyti sveikos gyvensenos per žiniasklaidą, 35,6 proc. – rengiant specializuotus kursus, seminarus, 28,8 proc. – organizuojant kursus ar paskaitas darbovietėse, 16,3 proc. – specialiose interneto svetainėse, forumuose, 16,3 proc. – rengiant atitinkamus kursus medicinos įstaigose, 8,7 proc. – švietimo ir ugdymo įstaigose, 7,7 proc. – per socialinę reklamą, 3,8 proc. – per literatūrą, 2,9 proc. – įvairiuose klubuose, susiėjimuose pagal interesus, 2,9 proc. – sporto klubuose, 1,9 proc. – organizuojant vasaros stovyklas (kur būtų ne tik pasakojama, bet ir rodomi sveikos mitybos, fizinės mankštos pavyzdžiai), 1,9 proc. – leidžiant nemokamus žurnalus apie sveiką gyvenimą, 1,9 proc. – daugiau informacijos teikiant prekybos centruose, pažymint sveikus produktus, 1,9 proc. – steigiant sveikos gyvensenos klubus, 1,9 proc. – šeimoje, 1,9 proc. – masinio susibūrimo vietose, baruose, restoranuose ir kt.

Nagrinęjant **sveikos gyvensenos mokymo poreikį** pagal **išsilavinimą** (298 priede), galima konstatuoti, kad aukštąjį išsilavinimą turintys respondentai (net 55,9 proc.) buvo aktyviausi ir pateikė daugiausiai įvairių pasiūlymų dėl sveikos gyvensenos mokymosi galimybių, o vidurinį ar aukštesnįjį išsilavinimą turintys respondentai buvo ne tokie aktyvūs. Net 53,8 proc. turinčių aukštesnįjį išsilavinimą, 26,8 proc. – aukštąjį išsilavinimą ir 11,1 proc. – vidurinį išsilavinimą turinčių respondentų mano, kad suaugusiesiems turėtų būti organizuojami kursai ir paskaitos darbovietėse. 39,0 proc. su aukštuoju, 38,5 proc. su aukštesniu ir 22,2 proc. su viduriniu išsilavinimu teigia, kad šviesti suaugusiuosius reiktų per žiniasklaidą. Kad suaugusiuosius reikia mokyti sveikai gyventi, rengiant specializuotus kursus ir seminarus, nurodo 40,2 proc. turinčių aukštąjį, 23,1 proc. – aukštesnįjį ir 11,1 proc. – vidurinį išsilavinimą respondentų. Kad reiktų rengti atitinkamus kursus medicinos įstaigose, teigia 22,2 proc. vidurinį išsilavinimą, 15,4 proc. aukštesnįjį išsilavinimą ir 15,9 proc. aukštąjį išsilavinimą turintys respondentai. Mokyti suaugusiuosius sveikos gyvensenos specialiose interneto svetainėse, forumuose pasiūlė 18,3 proc. turinčių aukštąjį ir 15,4 proc. turinčių aukštesnįjį išsilavinimą respondentų. 11,1 proc. su viduriniu ir 1,2 proc. su aukštuoju išsilavinimu mano, kad mokyti reiktų masinio susibūrimo vietose, baruose, restoranuose, teikiant daugiau informacijos prekybos centruose, pažymint sveikus produktus. 11,1 proc. turinčių vidurinį išsilavinimą siūlo rengti daugiau nacionalinių kampanijų (pritraukiančių daugiau žmonių) bei rengti nemokamus kino seansus, kurių metu rodytų sveikos

gyvensenos pamokančius filmus, o po jų galėtų būti vedama diskusija sveikos gyvensenos tema. Kad sveikos gyvensenos reiktų mokyti švietimo ir ugdymo įstaigose mano 9,8 proc. turinčių aukštąjį ir 7,7 proc. turinčių aukštesnįjį išsilavinimą respondentų. Šviesti suaugusiuosius per socialinę reklamą siūlo 8,5 proc. turinčių aukštąjį ir 7,7 proc. turinčių aukštesnįjį išsilavinimą respondentų, o per literatūrą – 7,7 proc. su aukštesniu ju ir 3,7 proc. su aukštesniu ju išsilavinimu. Kiti pasiūlymai pagal pateiktas sveikos gyvensenos priemones pasiskirstę po 1,2 proc., 2,4 proc. ir 3,7 proc. (28 priedas).

IŠVADOS

1. Didžiausią įtaką žmogaus sveikatai daro jo gyvenama, ypač mityba, fizinis aktyvumas, psichikos tausojimas bei žalingų įpročių vengimas, todėl sveikos gyvenamosios ugdytas(is) yra viena iš svarbiausių priemonių sveikatai palaikyti ir gerinti.
2. Pasaulyje ir Lietuvoje daugiau dėmesio yra skiriama vaikų ir paauglių sveikos gyvenamosios ugdytas(is). Suaugusiųjų sveikos gyvenamosios ugdytas yra nepakankamas, šalyje nėra moksliskai pagrįstos suaugusiųjų sveikos gyvenamosios ugdytos programos, apimančios visuminį (holistinį) sveikatos ugdytą, todėl privačia iniciatyva neformaliame suaugusiųjų švietime atsirandantis sveikos gyvenamosios ugdytas ne visada grindžiamas moksliniais pagrindais.
3. Respondentams trūksta žinių apie sveiką gyvenamąją: 1/3 nežino, kad daugiausia sveikatą lemia žmogaus gyvenama. Net tarp teigiančių, kad žino, kas yra sveika gyvenama, yra nemažai tokių, kurie nurodo, kad jiems nepakanka žinių svarbiais sveikos gyvenamosios klausimais: 50,3 proc. – traumų profilaktikos, 46,1 proc. – ligų prevencijos, 34,3 proc. – sveikos ir saugios aplinkos, 33,5 proc. – psichinės sveikatos ir streso, 29,9 proc. – sveikos mitybos, 29,5 proc. – optimalaus fizinio aktyvumo, 22,5 proc. – žalingų įpročių atsisakymo.
4. Tik 4,1 proc. respondentų nurodo, kad gyvena sveikai; o 5,5 proc. teigia, kad jų sveikata labai gera.
5. Nepakankamai išugdyti tiriamųjų sveikos gyvenamosios įpročiai: tik 1/3 maitinasi sveikai, fizinis aktyvumas pakankamas 40,3 proc., 22,7 proc. kasdien jaučia įtampą ir nerimą, 1/2 dažnai vartoja alkoholį, 1/3 rūko.
6. Nors suaugusieji naudojami įvairiais šaltiniais informacijai apie sveiką gyvenamąją gauti (svarbiausi informacijos šaltiniai: spauda – 70,0 proc., 61,8 proc. – televizija, 59,0 proc. – draugai ir pažįstami, 30,0 proc. – medikai), tačiau 76,8 proc. tiriamųjų nepasitiki gaunama informacija apie sveiką gyvenamąją.
7. 82,6 proc. respondentų teigia, kad yra būtinas suaugusiųjų sveikos gyvenamosios ugdytas. Kuo aukštesnis tiriamųjų išsilavinimas, tuo dažniau nurodomas poreikis mokytis sveikai gyventi ($p < 0,05$). Respondentai siūlo įvairius sveikos gyvenamosios ugdytos(si) būdus: kursai ir paskaitos darbovietėse, žiniasklaida, specializuoti kursai ir seminarai, nacionalinės kampanijos ir kt.

REKOMENDACIJOS:

1. Sukurti Lietuvos suaugusių gyventojų sveikos gyvensenos holistinio ugdymo(si) programą ir suderinti ją bei patvirtinti Švietimo ir mokslo ir Sveikatos apsaugos ministerijoms.
2. Remiantis šia programa, neformaliojo švietimo sektoriuje pradėti įgyvendinti sveikos gyvensenos ugdymą(si), atliepanti mokymosi visą gyvenimą paradigmą.
3. Įtraukti į suaugusiųjų sveikos gyvensenos ugdymo(si) procesą kuo daugiau šalies sektorių: valstybines institucijas, visuomenines ir privačias organizacijas, žiniasklaidą.

LITERATŪRA:

1. 2005 metų gyventojų sveikatos tyrimo rezultatai [interaktyvus] [žiūrėta 2009 05 05]. Prieiga per internetą: <<http://vilniustsv.stat.gov.lt/lt/pages/view/?id=2055&PHPSESSID=cgexdakqi>>
2. 2005 m. Lietuvos gyventojų sveikatos tyrimo rezultatai [interaktyvus] [žiūrėta 2008 06 21]. Prieiga per internetą: <<http://www.stat.gov.lt/lt/news/view/?id=1521>>
3. Adaškevičienė, E. *Judėjimas – vaiko sveikata, stiprybė, grožis*. Klaipėda, 1996.
4. Adaškevičienė, E. *Vaikų sveikatos ugdymas pedagoginiu aspektu*. Vilnius, 1999.
5. *Alkoholio vartojimas ir padariniai 2007 m.* [interaktyvus] [žiūrėta 2009 05 21]. Prieiga per internetą: <<http://www.stat.gov.lt/lt/catalog/viewfree/?id=1382>>
6. *Alma-Ata 1978 : Primary health care*. Geneva, 1978.
7. Andriulis, E. *Asmens higiena*. Kaunas, 1979.
8. Andriulis, E.; Milaknienė, E. *Vaikų ir paauglių fizinis išsivystymas*. Vilnius 1997.
9. Aramavičiūtė, V. *Ugdymo samprata*. Vilnius, 1998.
10. Armonienė, J. *Jaunimo fizinio aktyvumo ugdymo veiksniai*. Vilnius, 1998.
11. *Baltoji knyga*. Aukštasis mokslas. Vilnius, 1999.
12. *Baltoji knyga*. Profesinis rengimas. Vilnius, 1999.
13. Barzda, A.; Bartkevičiūtė, R.; Abaravičius, J.A. ir kt. Suaugusių Lietuvos žmonių faktinės mitybos tyrimas ir vertinimas. *Medicinos teorija ir praktika*, 2009, T. 15 (1) [interaktyvus] [žiūrėta 2009 05 28]. Prieiga per internetą: <http://www.mtp.lt/files/53_62_MTP_.pdf>
14. Batutis, O. Moksleivių požiūris į fizinę saviugdą ir jo ugdymo galimybės mokykloje. *Daktaro disertacija: socialiniai mokslai (edukologija)*. Vilnius, 1998.
15. Baubinas, A. Ligų rizikos veiksniai. *Aplinkos medicina*, Vilnius, 1997.
16. Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Turning Information into Health* [interaktyvus] [žiūrėta 2008 05 30]. Prieiga per internetą: <<http://www.cdc.gov/BRFSS/>>
17. *Bendrosios programos ir išsilavinimo standartai. XI–XII klasės*. Vilnius, 2002.
18. *Bendrosios programos ir išsilavinimo standartai*. Priešmokyklinis, pradinis ir pagrindinis ugdymas. Vilnius, 2003.
19. Blair, S. N. *Physical inactivity: the biggest public health problem of the 21st century* [interaktyvus] [žiūrėta 2009 03 11]. Prieiga per internetą: <<http://bjsm.bmj.com/cgi/content/full/43/1/1>>
20. Boyatzis, R.; McKee, A. *Darni lyderystė*. Vilnius, 2006.

21. Booth, F.W.; Chakravarthy, M.V. *Cost and consequences of sedentary living*. 2002.
22. Bulotaitė, I. *Mokslėiviai ir narkotikai*. Vilnius, 1998.
23. *Charter of Paris for a new Europe* [interaktyvus] [žiūrėta 2008 05 29]. Prieiga per internetą: <http://www.fas.org/nuke/control/paris/index.html>
24. Černiauskiėnė, M. *Apie nepriklausomybę sukėliančias medžiagas ir jų vartojimo prevenciją ugdymo institucijose*. Vilnius, 2000.
25. Dadelo, S. Lietuvos teisės akademijos studentų fizinės saviugdės efektyvumo tyrimai. *Daktaro disertacija: socialiniai mokslai (edukologija)*. Vilnius, 1998.
26. Dailidienė, N.; Davidavičienė, A.; Šarauskaitė, R. *Vaikų traumatizmo profilaktika*. Vilnius, 1995.
27. Davidavičienė, A. G. *Sveikatos ugdymo programa*. Universaliosios ugdymo programos. Vilnius, 1992.
28. Davidavičienė, A. G. *Sveikos gyvensenos įtvirtinimas mokyklose*. Vilnius, 1996.
29. *Declaration of Alma-Ata*. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 [interaktyvus] [žiūrėta 2009 05 20]. Prieiga per internetą: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
30. *Declaration on Action for Environment and Health in Europe. Second European Conference on Environment and Health*. Helsinki, Finland, 20-22 June 1994 [interaktyvus] [žiūrėta 2008 05 29]. Prieiga per internetą: http://whqlibdoc.who.int/euro/1994-97/EUR_ICP_CEH_212.pdf
31. Diliėnė, R. *Aukime sveiki ir stiprūs: vaikų sveikatos ir fizinio ugdymo programa*. Klaipėda, 2000.
32. Dineika, K.; Labanauskas, K. *Fizinė kultūra – sveikatos šaltinis*. Vilnius, 1959.
33. Dineika, K. *Psichofizinė treniruotė*. Vilnius, 2001.
34. Dregval, L. Sveikatą veikiančių gyvensenos ypatumų įvertinimas suaugusių Lietuvos žmonių populiacijoje. *Daktaro disertacija. Biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata*. Kaunas, 1998.
35. *European Health strategy* [interaktyvus] [žiūrėta 2009 05 20]. Prieiga per internetą: <http://europa.eu/scadplus/leg/en/s03001.htm>
36. *Finbalt Health Monitor*. National Institute for Health and Welfare [interaktyvus] [žiūrėta 2008 05 30]. Prieiga per internetą: http://www.ktl.fi/portal/english/research_people_programs/health_promotion_and_chronic_disease_prevention/projects/finbalt/roskaa/finbalt_health_monitor

37. Gailienė, D. Savižudybės Lietuvoje: socialiniai-psichologiniai paplitimo aspektai ir prevencijos modelis. *Habilitacinis darbas: socialiniai mokslai (psichologija)*. Kaunas, 2000.
38. Gasparkienė, O. Kūno kultūra ir sveika gyvensena aukštojoje mokykloje. *Studentų kūno kultūra ir sportas, žvelgiant į XXI amžių*. Kaunas, 1999, p. 8.
39. *Gyvenimas kryžkelėje: lytinio ugdymo programa*. Kaunas, 2001.
40. *Gyvensenos tyrimas 2000* [interaktyvus] [žiūrėta 2008 05 01]. Prieiga per internetą: <<http://www.vsv.lt/statistika/gyvensena2000/index.html>>
41. Goštautas, A.; Pilkauskienė, I. *Sniego gniūžtės mokykla*. Kaunas, 1996.
42. Grabauskas, V., Klumbienė, J.; Petkevičienė, J. ir kt. *Suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos tyrimas, 2006* [interaktyvus] [žiūrėta 2009 05 05]. Prieiga per internetą: <http://www.ktl.fi/attachments/lithuania_2006_report.pdf>
43. Grinienė, E.; Lindišienė, D.; Maračinskienė, E.; V. Vaitkevičius. *Mokymosi įtaka vaiko ir paauglio organizmui*. Kaunas, 1990.
44. Gudžinskienė, V. Protinio darbingumo ugdymo veiksniai III-IV klasėse. *Daktaro disertacija, socialiniai mokslai (edukologija)*. Vilnius, 2000.
45. Gudžinskienė, V. *Kritinio mąstymo svarba, ugdant sveiką gyvenseną*. Vilnius, 2000.
46. Gudžinskienė, V.; Žilinskienė, E. *Studentų įpročiai ir savijauta*. Vilnius, 2002.
47. Gudžinskienė, V. *Sveikatos ugdymą reglamentuojantys dokumentai ir pedagogų sveikos gyvensenos kompetencija, 2006* [interaktyvus] [žiūrėta 2008 05 14]. Prieiga per internetą: <http://gimtasiszodis.w3.lt/gudzinskiene_06_5.htm>
48. Gudžinskienė, V. Mokyklos vadovų požiūris į sveikatingumo ugdymo veiklą. *Pedagogika* 88. Vilnius, 2007 [interaktyvus] [žiūrėta 2008 05 14]. Prieiga per internetą: <<http://www.vpu.lt/pedagogika/PDF/2007/88/gudz36-42.pdf>>
49. Gudžinskienė, V. *Mokymas sveikai gyventi: teoriniai ir praktiniai aspektai*. Vilnius, 2007.
50. *Health and Lifestyles Survey (HALS)* [interaktyvus] [žiūrėta 2008 05 30]. Prieiga per internetą: <<http://www.statistics.gov.uk/STATBASE/Source.asp?vlnk=1313&More=Y>>
51. *Holistinės sveikatos ugdymo metodika* [interaktyvus] [žiūrėta 2008 06 24]. Prieiga per internetą: <<http://www.sveikuoliai.lt/index1.htm>>
52. *Informatikos ir ryšių departamentas*. Statistika [interaktyvus] [žiūrėta 2008 05 29]. Prieiga per internetą: <http://www.vrm.lt/fileadmin/Image_Archive/IRD/Statistika/index2.phtml?id=198&idStat=7&metai=2009&menuo=4®ionas=0&id3=1&idAta=2#Atas-VSD-ITI>

53. *Innovative Approaches to Disease Prevention through Behavior Change* [interaktyvus] [žiūrėta 2009 05 11]. Prieiga per internetą: <<http://www1.od.nih.gov/behaviorchange/overview.htm>>
54. *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century* [interaktyvus] [žiūrėta 2008 05 29]. Prieiga per internetą: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/>>
55. *Į sveiką gyvenimą ir skaidrią būtį Vydūno keliu*. Klaipėda, 2007.
56. Jankauskienė, D. Sveikatos reformos Lietuvoje. 1990-1998 m. įvertinimas. *Mokslo daktaro disertacija*. Kaunas, 2000.
57. Jankauskienė, D.; Pečiūra, R. *Sveikatos politika ir valdymas*. Vilnius, 2007.
58. Jankauskienė, R. Lietuvos gyventojų fizinio aktyvumo skatinimo strategija: kūno kultūra ar kultas? *Medicina*, 2008.
59. Jarvis, P. *Mokymosi paradoksai*. Kaunas, 2001.
60. Javtokas, Z.; Goštautas, A.; Žagminas, K. *Suaugusių Lietuvos gyventojų sveikatos žinių, elgsenos ir įpročių 1997 ir 2001 metų tyrimų duomenys*. Vilnius, 2002.
61. Jovaiša, L. *Enciklopedinis edukologijos žodynas*. Vilnius, 2007.
62. Justice, A. *Review of the effects of stress on cancer in laboratory animals* [interaktyvus] [žiūrėta 2009 05 06]. Prieiga per internetą: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2994138>>
63. Juškelienė, V. *Sveikata ir fizinis aktyvumas*. Vilnius, 2003.
64. Juškelienė, V. *Visuomenės sveikatos įvadas*. Vilnius, 2007.
65. Kairytė, R. Fizinio aktyvumo poveikis vyresnio amžiaus mokinių protiniam darbingumui ir kai kurioms jų organizmo funkcijoms. *Gamtos mokslų daktaro disertacija*. Vilnius, 1993.
66. Kalėdienė, R.; Petrauskienė, J.; Rimpela, A. *Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika*. Kaunas, 1999.
67. Klumbienė, J.; Petkevičienė, J.; Helasoja, V. et al. Sociodemographic and health behaviour factors associated with obesity in adult populations in Estonia, Finland and Lithuania. *European Journal of Public Health. Oxford Journal* [interaktyvus] [žiūrėta 2009 05 03]. Prieiga per internetą: <<http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/14/4/390>>
68. Kesaniemi, Y. K.; Danforth, E. J.; Jensen, M. D. et al. *Dose-response issues concerning physical activity and health: an evidence-based symposium*. Medicine Science and Sports Exercises, 2001.
69. Knowles, M. *The Modern Practice of Adult Education*. New York, 1970.
70. Kolb D. A.; Kolb A. Y. *Academy of Management Learning & Education*, 2005, Vol. 4, No. 2, 193–212. Learning Styles and Learning Spaces: Enhancing Experiential Learning in

- Higher Education [interaktyvus] [žiūrėta 2008 05 29]. Prieiga per internetą:
<http://scholar.google.lt/scholar?hl=lt&lr=&scoring=r&q=kolb+d.a.&as_ylo=2004>
71. *Kultūros ir sveikatos centras Agnum centras* [interaktyvus] [žiūrėta 2008 06 24]. Prieiga per internetą: <<http://www.reikijoga.lt/?agnum>>
72. Laužikas, J. *Rinkiniai raštai*. T.3. Kaunas, 1997.
73. Lekavičienė, R.; Vasiliauskaitė, Z.; Matulienė, G. *Psichologija šiandien*. Kaunas, 2007.
74. *Lietuvos neformaliojo suaugusiųjų švietimo įstatymas*. Vilnius, 1998.
75. *Lietuvos sveikatos informacijos centras* [interaktyvus] [žiūrėta 2009 05 28]. Prieiga per internetą: <<http://www.lsic.lt/stbprg>>
76. *Lietuvos sveikatos programa*. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 1998.
77. *Lietuvos sveikatos programa* [interaktyvus] [žiūrėta 2008 05 19]. Prieiga per internetą:
<<http://sena.sam.lt/lt/sam/veikla/programos-projektai/programa/>>
78. *Lietuvos sveikatos programos monitoringas* [interaktyvus] [žiūrėta 2008 05 19]. Prieiga per internetą: <<http://sena.sam.lt/lt/sam/veikla/programos-projektai/programa/7/>>
79. *Lietuvos statistikos metraštis* [kompaktinis diskas]. Statistikos departamentas, 2007.
80. *Lietuvos suaugusiųjų švietimo asociacijos įstatas* [interaktyvus] [žiūrėta 2009 05 27]. Prieiga per internetą: <<http://www.lssa.smm.lt/index.php?id=3>>
81. *Lietuvos suaugusiųjų švietimo koncepcija*. Vilnius, 1993.
82. *Lietuvos švietimo koncepcija*. Vilnius, 1992.
83. *Lietuvos švietimo įstatymas*. Vilnius, 2003.
84. Lukšienė, M. *Jungtys*. Vilnius, 2000.
85. Mačernis, M. Aplinkos ir tėvynės pažinimo medžiagos perteikimas. *Tautos mokykla*, 1937, 7.
86. *Maisto produktų derinimas pagal H. Šeltoną* [interaktyvus] [žiūrėta 2009 04 22]. Prieiga per internetą: <http://www.bodybuilding.lt/2005/07/24/maisto_produkto_derinimas.html>
87. Maslow, A. H., *Motyvacija ir asmenybė*. Vilnius, 2006.
88. Mikalauskaitė, D. *Mityba*. Vilnius, 1996.
89. Mikalauskaitė, D.; Saukienė, L. *Sveikos mitybos paslaptys*. Vilnius, 1990.
90. Miškinienė, M. *Mityba*. Vilnius, 2006.
91. Myers, G., D. *Psichologija*. Kaunas, 2000.
92. *Mokymosi visą gyvenimą memorandumas*. Vilnius, 2001.
93. *Nacionalinė narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 2004–2008 metų programa*. Vilnius, 2003.
94. *Narkotinių medžiagų vartojimo prevencijos programa ir standartas*. Vilnius, 2001.

95. *Narkotikų vartojimas ir padariniai* 2007 m. Statistikos departamentas [interaktyvus] [žiūrėta 2008 06 21]. Prieiga per internetą: <<http://www.stat.gov.lt/lt/catalog/viewfree/?id=1384>>
96. Ory, M. G.; Jordan, P. J.; Bazzare, T. *The Behavior Change Consortium: setting the stage for a new century of health behavior-change research* [interaktyvus] [žiūrėta 2009 03 11]. Prieiga per internetą: <<http://her.oxfordjournals.org/cgi/content/full/17/5/500>>
97. *Ottava Charter for Health Promotion*. WHO, 1986.
98. Paulauskas, R. Vaikų organizmo adaptacija fiziniams krūviams. *Daktaro disertacija: biomedicinos mokslai, biologija, fiziologija*. Vilnius, 1999.
99. Poteliūnienė, S. Studentų sveikata ir fizinio aktyvumo problemos. *Studentų kūno kultūra ir sportas, žvelgiant į XXI amžių*. Kaunas, 1999, p.23.
100. Proškuvienė, R.; Gudžinskienė, V. Paauglių mitybos ypatumai. Švietimo reforma ir mokytojų rengimas. *IV tarptautinė konferencija*. Vilnius, 1997.
101. Proškuvienė, R. *Sveikatos ugdymo įvadas*. Vilnius, 2004.
102. Proškuvienė, R., Zlatkuvienė, V., Černiauskiene, M. Studentų – būsimų pedagogų gyvensena ir požiūris į sveikatą. *Visuomenės sveikata*, 2006, 2 (33).
103. Proškuvienė, R. *Psichikos sveikatos problemos*. Vilnius, 2008.
104. *Psichikos ligos ir savižudybės* [interaktyvus] [žiūrėta 2008 06 16]. Prieiga per internetą: <<http://sena.sam.lt/sam/veikla/programos-projektai/programa/3/?part=7>>
105. *Psichikos sutrikimai* [interaktyvus] [žiūrėta 2008 06 15]. Prieiga per internetą: <http://www.vpsc.lt/IMAGES/psichikos_statistika/sergpsich.gif>
106. Pūras, D. Vaikų psichikos sveikatos priežiūros plėtra Lietuvoje: pasiekimai ir kliūtys. *Medicina*, 2002, 38 (4).
107. *Rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo universalioji programa*. Vilnius, 2005.
108. Seachange, Treechange, Lifestyle Change: Naracoorte, South Australia. *Rural Health Education Foundation* [interaktyvus] [žiūrėta 2008 05 30]. Prieiga per internetą: <http://www.rhef.com.au/programs/program-1/?program_id=105>
109. Solomon, S.; Kington, R. National efforts to promote behavior-change research: views from the Office of Behavioral and Social Sciences Research. *European Journal of Public Health Oxford Journal* [interaktyvus] [žiūrėta 2008 05 30]. Prieiga per internetą: <<http://her.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/17/5/495>>
110. *Special Eurobarometer 213 "Citizens of the European Union and sport"* [interaktyvus] [žiūrėta 2009 05 05]. Prieiga per internetą: <http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_213_report_en.pdf>

111. *Statistikos departamentas* [žiūrėta 2009 05 29]. Prieiga per internetą:
<<http://www.stat.gov.lt/lt/search/?query=sveikata>>
112. Stukas, R. *Sveika mityba*. Vilnius, 1999.
113. *Sveika mokykla* [interaktyvus] [žiūrėta 2008 05 02]. Prieiga per internetą:
<<http://www.vsv.lt/gyvensena/sveikas/>>
114. *Sveikas žmogus. Organizmą reikia valyti. Kaip?* [interaktyvus] [žiūrėta 2009 05 30].
Prieiga per internetą:
<<http://www.sveikaszmogus.lt/index.php?pagrid=straipsnis&lid=2&strid=2556>>
115. *Sveikata visiems XXI amžiuje*. Lietuvos sveikatos apsaugos ministerija, 2000.
116. *Sveikatos apsaugos ministerijos 2007-2009 m. strateginis veiklos planas*
[interaktyvus] [žiūrėta 2009 05 27]. Prieiga per internetą:
<<http://sena2.sam.lt/lt/sam/veikla/planai/>>
117. *Sveikatos programos* [interaktyvus] [žiūrėta 2008 05 19]. Prieiga per internetą:
<<http://sena.sam.lt/sam/veikla/programos-projektai/programa/5/>>
118. *Sveiko gyvenimo būdo ir tinkamos asmens higienos mokyklinės programos*. Vilnius, 1999.
119. *Sveiko maisto ir sveikesnės gyvenamos klubas*. Dieta pagal kraujo grupę
[interaktyvus] [žiūrėta 2008 05 30]. Prieiga per internetą:
<http://lt.netlog.com/groups/be_mesos/forum/messageid=88>
120. Šalkauskis, S. *Pedagoginiai raštai*. Kaunas, 1992.
121. Šliūpas, J. *Hygiena arba Sveikatos dėsnių mokslas*. Šiauliai, 1928.
122. Šliūpas, J. *Ryžkimės būti sveiki..* Šiauliai, 1932.
123. *Švietimo gairės*. 2003-2012 metai projektas. Vilnius, 2002.
124. Teresevičienė, M.; Gedvilienė, G.; Zuzevičiūtė, V. *Andragogika*. Kaunas, 2006.
125. Trečiokienė, E. *Suaugusiųjų mokymosi motyvai*. Vilnius, 1993.
126. *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World* (11 August 2005)
[interaktyvus] [žiūrėta 2008 05 29]. Prieiga per internetą:
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/>
127. *The Charter against Tobacco, 1988* [interaktyvus] [žiūrėta 2008 05 29]. Prieiga per
internetą: <http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010927_9>
128. *The Health Programme 2008-2013* [interaktyvus] [žiūrėta 2008 05 29]. Prieiga per
internetą: <http://ec.europa.eu/health/ph_programme/pgm2008_2013_en.htm>
129. *The International Conference on Nutrition* [interaktyvus] [žiūrėta 2008 05 29]. Prieiga
per internetą: <<http://www.fao.org/docrep/v7700t/v7700t02.htm>>

130. *The Ljubljana Charter on Reforming Health Care, 1996* [interaktyvus] [žiūrėta 2008 05 29]. Prieiga per internetą: <http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010927_5>
131. *The North Karelia Project. 20 years results and experiences.* Helsinki, 1996.
132. *The North Karelia Project* [interaktyvus] [žiūrėta 2008 05 22]. Prieiga per internetą: <http://www.ktl.fi/portal/english/research_people_programs/health_promotion_and_chronic_disease_prevention/projects/cindi/north_karelia_project/>
133. *The Oslo Youth Study. European Journal of Public Health. Oxford Journal* [interaktyvus] [žiūrėta 2008 05 30]. Prieiga per internetą: <<http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/4/3/195>>
134. *The Public Health Programme (2003-2008) ran from 1 January 2003 – 31 December 2007* [interaktyvus] [žiūrėta 2008 05 29]. Prieiga per internetą: <http://ec.europa.eu/health/ph_programme/2003-2008/programme_en.htm>
135. Tubelis, L. Studentų fizinės saviugdos skatinimo sistema ir jos efektyvumas. *Daktaro disertacija: socialiniai mokslai, edukologija.* Vilnius, 2001.
136. *Universalioji sveikatos ugdymo programa.* Vilnius 1994.
137. *Universaliosios sveikatos ugdymo bei rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo programos,* Vilnius, 2000.
138. Ustilaitė, S. Paauglių lytiškumo raiška ir jos psichopedagoginės korekcijos prielaidos. *Daktaro disertacija. Socialiniai mokslai, edukologija.* Vilnius, 2001.
139. *Valstybinė maisto ir mitybos strategija 2003-2010 m.* [interaktyvus] [žiūrėta 2009 05 28]. Prieiga per internetą: <http://www.lva.lt/lvga/istatai/istatymai/Maist_ir_Mityb_strat.DOC>
140. *Valstybinis psichikos sveikatos centras* [interaktyvus] [žiūrėta 2008 06 16]. Prieiga per internetą: <http://www.vpsc.lt/IMAGES/psichikos_statistika/sergpsich.gif>
141. Vasiliauskas, R. *Vertybių ugdymas.* Vilnius, 1992.
142. Vaščila, V. Studentų fizinis ugdymas. *Studentų fizinės saviugdos pedagoginiai pagrindai.* Vilnius, 1996, p. 113-131.
143. *Visuomenės sveikatos programos* [interaktyvus] [žiūrėta 2008 05 19]. Prieiga per internetą: <lark.osf.lt/OSF/Ataskaita2002/VisuomenesSveikata2002.doc>
144. Vydūnas. *Sveikata, jaunumas, grožė.* Kaunas, 1991.
145. Volbekienė, V. *Fizinis aktyvumas, sveikata ir senėjimas* [interaktyvus] [žiūrėta 2008 04 01]. Prieiga per internetą: <<http://www.lkka.lt/zurnalas/z0404/Volbekiene.doc.pdf>>
146. Watson J. B. *Psychology from the Standpoint of a Behaviorist,* 2007 [interaktyvus] [žiūrėta 2009 05 28]. Prieiga per internetą:

<http://books.google.com/books?hl=lt&lr=&id=6QXy7BaYbGcC&oi=fnd&pg=PA1&dq=watson+j.b.&ots=G3Y-YZDarN&sig=CMUvq-5fyRQyvLi0yHRADooqih0#PPR5,M1>

147. *World Health Report*. Health systems: improving performance, 2000.
148. Zaborskis, A.; Žemaitienė, N.; Šumskas, L. ir kt. *Moksleivių gyvenimo būdas ir sveikata*. Vilnius, 1996.
149. Zaborskis, A. Lietuvos moksleivių sveikata ir jos stiprinimas. *Habilitacinis darbas*. Kaunas, 1997.
150. Zaborskis, A. *Lietuvos moksleivių gyvensena: raida 1994-1998 m. ir vertinimas tarptautiniu požiūriu*. Panevėžys, 2001.
151. Zuoženė, I. Kūno kultūros ir sveikos gyvensenos žinių įtaka moksleivių fiziniam aktyvumui. *Edukologijos daktaro disertacija*. Kaunas, 1998.
152. Žilinskienė, E.; Gudžinskienė, V. *Gyvensena ir sveikata*. Vilnius, 2003.

SUMMARY

The **subject** of study – the education of healthy lifestyle in informal adult education.

Scientific leader docent doctor Regina Proškuviėnė.

The **problem** of research – is the education of adult healthy lifestyle necessary in informal adult education?

The **object** of research – the adult healthy lifestyle education in informal adult education.

The **aim** of research – to explore the adult healthy lifestyle demand in informal adult education.

The tasks of research:

1. To analyse the healthy lifestyle influence to health and the evolution of healthy lifestyle education.
2. To estimate the level of the adult healthy lifestyle knowledge.
3. To evaluate the using of adult healthy lifestyle knowledge in life: their behaviour and habits.
4. To reveal the adult healthy lifestyle educational problems and a demand of education.

The **methods** of research: academic, empirical (practical), Content analysis and mathematical statistics.

Human being lifestyle, especially nutrition, physical activity, consideration of psyche and avoiding of harmful habits make the most influence into his health, therefore the healthy lifestyle education is one of the most important means to maintain and improve health.

The more attention is devoted for children and teenagers healthy lifestyle education in the world and in Lithuania. The education of adult healthy lifestyle is not satisfactory.

There isn't the adult healthy lifestyle program in Lithuania, which could cover the holistic (totality) health education, therefore the different health education programs emerge by private initiative and they do not always justify the scientific bases.

220 respondents took part on empirical research. The respondents were from working organizations, which take part in learning, from Vilnius, Kaunas, Klaipėda and 7 other Lithuanian towns.

The undertaking of research is casual.

The results:

The results of the accomplished research prove a demand of adult health education.

Only 4,1 pc. of respondents allege that they live healthily.

The respondents don't have satisfactory habits of healthy lifestyle: only 1/3 of them eat healthily, 40,3 pc. have enough physical activity, 22,7 pc. feel the tension and stress, 1/2 often use alcohol, 1/3 smoke.

The respondents lack the knowledge about healthy lifestyle: 1/3 of them don't know, that lifestyle determines their health mostly.

Even among those who state that they know about a healthy lifestyle there are the people who admit they have not enough knowledge about the most important questions of healthy lifestyle, there are: 50,3 pc. – injury prophylaxis, 46,1 proc. – disease prevention, 34,3 proc. – healthy and secure environment, 33,5 proc. – psychical health and stress, 29,9 proc. – healthy nutrition, 29,5 proc. – optimal physical activity, 22,5 proc. – giving up of harmful habits.

Although the adults use the different information channels for receiving the information about healthy lifestyle (the most important information channels are the press – 70 pc., 61,8 pc. – TV, 59,0 pc. – friends and familiars, 30 pc. – medics), but 76,8 pc. of respondents don't trust on the information about healthy lifestyle.

82,6 pc. of respondents indicate, that adult's healthy lifestyle education is necessary.

The higher the education of the respondents is, the greater is the demand to learn to live healthily ($p < 0,05$).

The respondents suggest different manners of healthy lifestyle: the courses and lectures at workplaces, media, special courses and lectures, national campaigns and other means.

The **keywords:** health, healthy lifestyle, nutrition, physical activity, psychical health, harmful habits, education, informal adult education.

PRIEDAI

ANKETA

Gerbiamieji, ši anoniminė anketa skirta išsiaiškinti suaugusiųjų sveikos gyvensenos aspektus, jų propagavimą, požiūrį į sveiką gyvenseną ir jos ugdymą.

Tyrimo duomenys bus apibendrinti ir panaudoti Vilniaus pedagoginio universiteto Pedagogikos ir psichologijos fakulteto Edukologijos katedros andragogikos specialybės magistrantės Romos Paukštienės darbe, nagrinėjant sveikos gyvensenos ugdymo poreikį.

Prašau atsakyti į anketos klausimus ir pažymėti X arba spalva labiausiai Jums tinkantį atsakymų variantą

Dėkoju Jums už nuoširdžius atsakymus.

1. Jūsų manymu kas daugiausiai lemia žmogaus sveikatą? (Pažymėkite 1 atsakymą).

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. <input type="checkbox"/> aplinka | 3. <input type="checkbox"/> žmogaus gyvenimo būdas |
| 2. <input type="checkbox"/> medicina | 4. <input type="checkbox"/> paveldimumas (genetika) |

2. Kaip vertinate savo sveikatą?

- | | |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Labai gera | 4. <input type="checkbox"/> Bloga |
| 2. <input type="checkbox"/> Gera | 5. <input type="checkbox"/> Labai bloga |
| 3. <input type="checkbox"/> Vidutiniška | |

3. Kaip vertinate savo gyvenimo būdą?

1. Gyvenu sveikai
2. Stengiuosi gyventi sveikai
3. Gyvenu nesveikai

4. Ar žinote kas yra sveika gyvensena?

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Taip | 2. <input type="checkbox"/> Ne | 3. <input type="checkbox"/> Abejoju |
|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|

5. Jei lankotės pas medikus, kiek jie suteikia Jums informacijos apie sveiką gyvenseną?

- | | | |
|---|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Suteikia pakankamai | 2. <input type="checkbox"/> Suteikia per mažai | 3. <input type="checkbox"/> Nesuteikia |
|---|--|--|

6. Ar Jūs sveikai maitinatės?

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Taip | 2. <input type="checkbox"/> Ne | 3. <input type="checkbox"/> Nežinau |
|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|

7. Ar Jūsų judėjimo aktyvumas pakankamas?

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Taip | 2. <input type="checkbox"/> Ne | 3. <input type="checkbox"/> Nežinau |
|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|

8. Ar rūkote?

- | | |
|----------------------------------|--------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Taip | 2. <input type="checkbox"/> Ne |
|----------------------------------|--------------------------------|

9. Jei rūkote, kiek cigarečių surūkote per dieną?

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1. <input type="checkbox"/> 1-3 | 4. <input type="checkbox"/> 11-20 |
| 2. <input type="checkbox"/> 4-5 | 5. <input type="checkbox"/> 21-30 |
| 3. <input type="checkbox"/> 6-10 | 6. <input type="checkbox"/> daugiau nei 30 |

10. Kokių būdu paruoštus maisto produktus vartojate dažniausiai?

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Virtus | 2. <input type="checkbox"/> Keptus | 3. <input type="checkbox"/> Garintus |
|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|

11. Kaip dažnai vartojate alkoholį (įskaitant visas alkoholio rūšis: alų, alkoholinius kokteilius)?

- | | |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Nevartuju | 4. <input type="checkbox"/> Vartuju 1 kartą per savaitę |
| 2. <input type="checkbox"/> Vartuju labai retai | 5. <input type="checkbox"/> Vartuju dažniau nei 1 kartą per savaitę |
| 3. <input type="checkbox"/> Vartuju 1 kartą per mėnesį | 6. <input type="checkbox"/> Vartuju kasdien |

12. Kuria fizine veikla užsiimate pastoviai ? (Pažymėkite visus tinkančius atsakymus):

- | | |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Mankšta | 7. <input type="checkbox"/> Plaukimas |
| 2. <input type="checkbox"/> Sportiniai žaidimai | 8. <input type="checkbox"/> Šokiai |
| 3. <input type="checkbox"/> Bėgimas | 9. <input type="checkbox"/> Darbas darže, sode |
| 4. <input type="checkbox"/> Sportinis ėjimas | 10. <input type="checkbox"/> Slidinėjimas, čiuožimas |
| 5. <input type="checkbox"/> Pasivaikščiojimas | 11. <input type="checkbox"/> Kita (įrašyti) _____ |
| 6. <input type="checkbox"/> Dviratis | |

13. Kaip dažnai jaučiate įtampą, nerimą?

- Kasdien
- Keletą kartų per savaitę
- Retai
- Niekada

14. Kiek valandų savaitėje skiriate fiziniam aktyvumui (iki suprakaitavimo)?

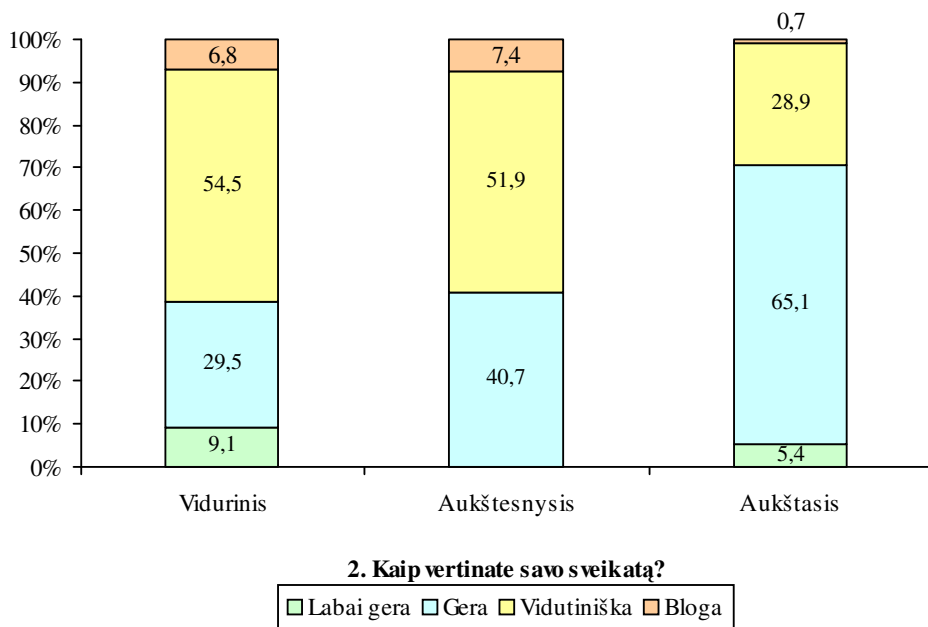
- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. <input type="checkbox"/> 0 | 4. <input type="checkbox"/> 5-6 |
| 2. <input type="checkbox"/> 1-2 | 5. <input type="checkbox"/> 7-8 |
| 3. <input type="checkbox"/> 3-4 | 6. <input type="checkbox"/> 9 ir daugiau |

15. Ar Jums pakanka žinių šiomis temomis?

Temos	Visada pakanka 1.	Dažniausiai pakanka 2.	Kartais nepakanka 3.	Dažniausiai nepakanka 4.
1. Sveika gyvensena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sveika mityba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Optimalus fizinis aktyvumas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Asmens higiena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Psichinė sveikata ir stresas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sveika ir saugi aplinka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Rūkymo žala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Alkoholio žala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Narkotikų vartojimo prevencija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Žalingų įpročių atsisakymas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Lytinis gyvenimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ligų prevencija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Traumų profilaktika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Kaip dažnai vartojate šiuos produktus?

Produktai	Kelis kartus per dieną 1.	1 kartą per dieną 2.	Kelis kartus per savaitę 3.	Retai 4.
1. Daržovės, vaisiai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Saldumynai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pieno produktai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kruopų košės	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Žuvis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mėsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Juoda duona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Sveikatos įsivertinimas pagal išsilavinimą (proc.)

su Pearson Chi-Square kriterijaus (chi-kvadrato kriterijaus) paskaičiavimu

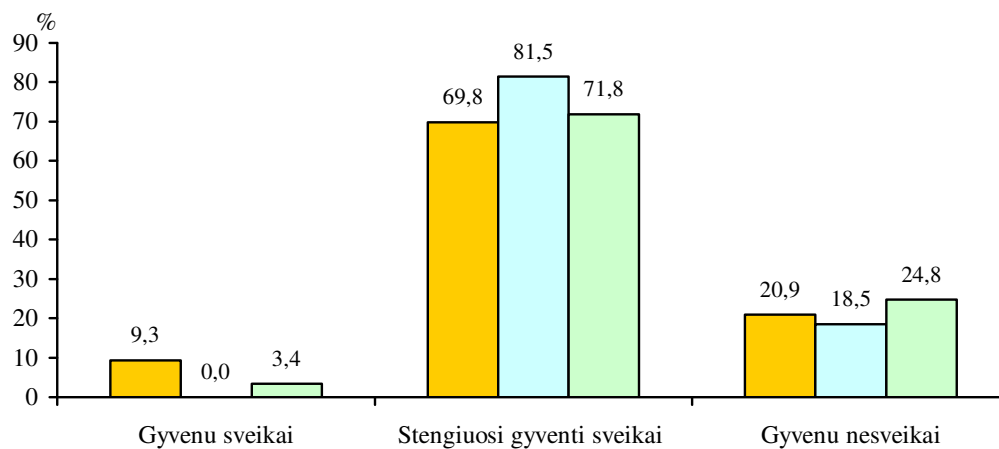
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	26,642 ^a	6	,000
Likelihood Ratio	27,981	6	,000
Linear-by-Linear Association	13,450	1	,000
N of Valid Cases	220		

a. 5 cells (41,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,74.

Gyvenimo būdo įsivertimas pagal lytį

Anketos klausimai	24. Jūsų lytis:					
	1. Moteris		2. Vyras		Viso	
	Skaičius	%	Skaičius	%	Skaičius	%
3. Kaip vertinate savo gyvenimo būdą?						
1. Gyvenu sveikai	4	3,1	5	5,6	9	4,1
2. Stengiuosi gyventi sveikai	98	76,0	61	67,8	159	72,6
3. Gyvenu nesveikai	27	20,9	24	26,7	51	23,3
Viso	129	100,0	90	100,0	219	100,0

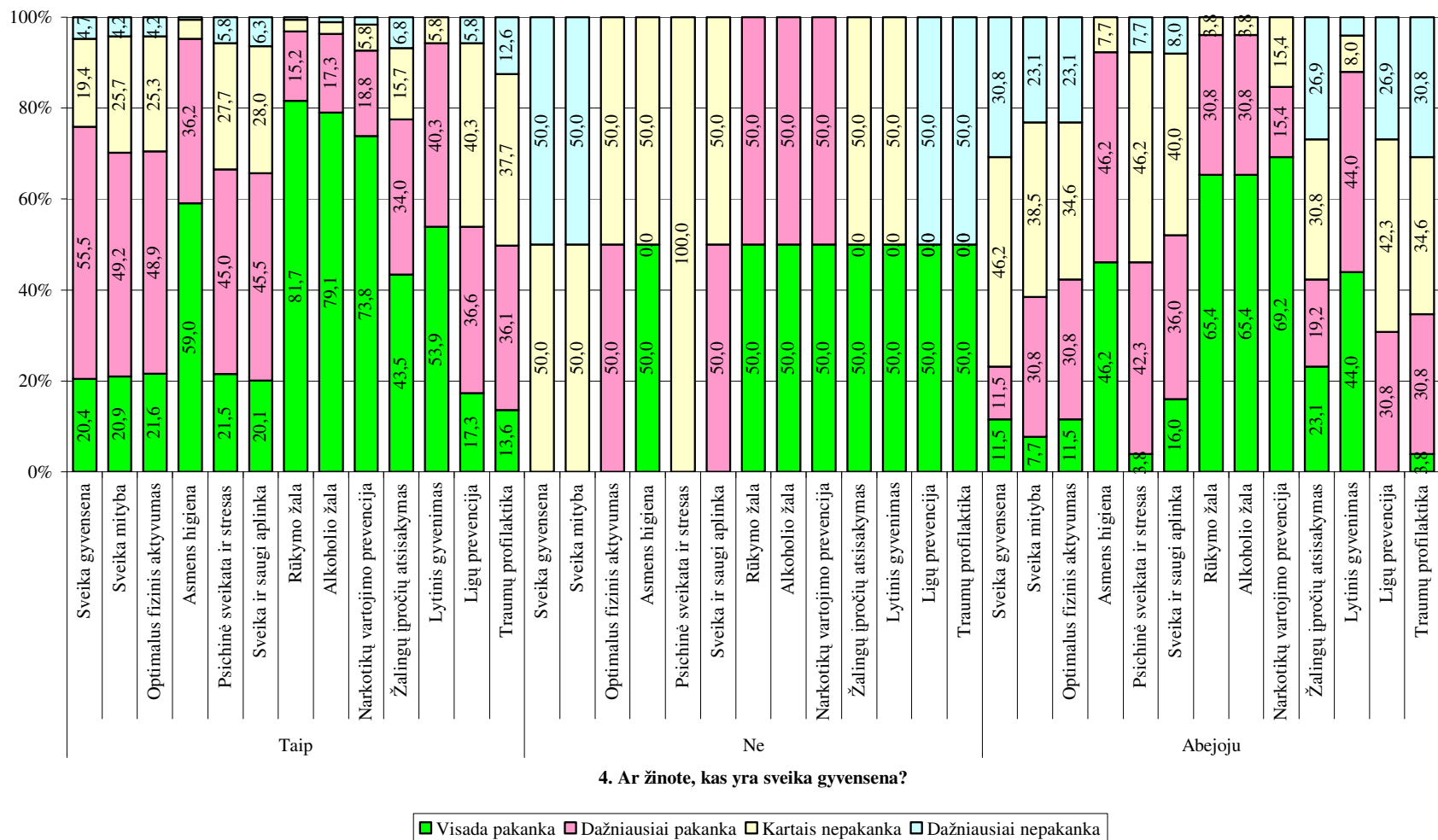


3. Kaip vertinate savo gyvenimo būdą?

Išsilavinimas: Vidurinis Aukštesnysis Aukštasis

Gyvenimo būdo įsivertinimas pagal išsilavinimą (proc.)

15. Ar Jums pakanka žinių šiomis temomis?



4. Ar žinote, kas yra sveika gyvenena?

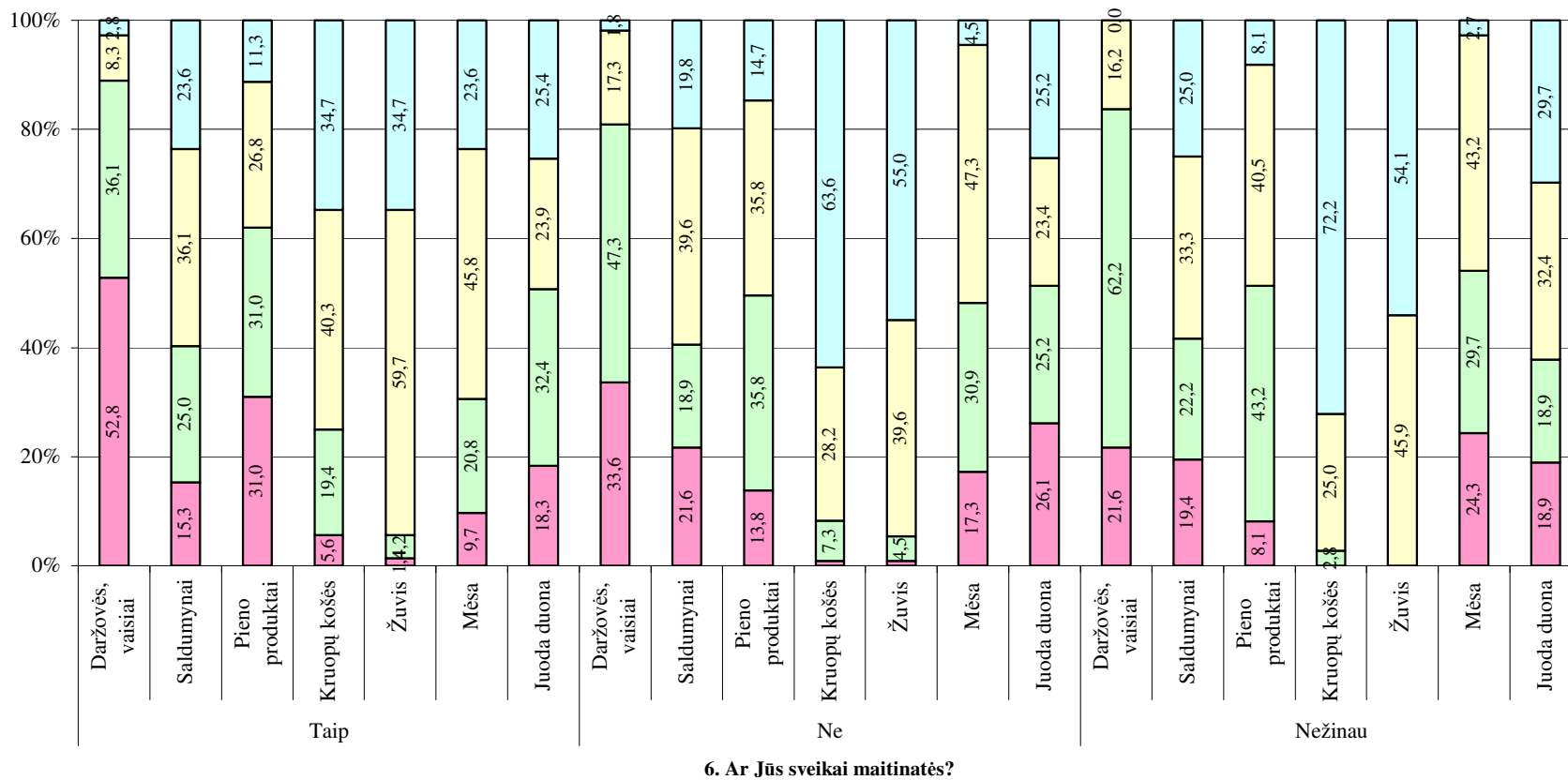
■ Visada pakanka ■ Dažniausiai pakanka ■ Kartais nepakanka ■ Dažniausiai nepakanka

Žinių įvairiom sveikos gyvenenos temom ir žinių apie sveiką gyvenimo būdą įsivertinimas

Produktų vartojimo dažnis

Anketos klausimai	Atsakymų pasiskirstymai		
	Skaičius	% (nuo bendro apklaustųjų skaičiaus)	% (nuo atsakiusių į klausimą)
16. Kaip dažnai vartojate šiuos produktus?			
<i>1. Daržovės, vaisiai</i>			
1. Kelis kartus per dieną	83	37,7	37,9
2. 1 kartą per dieną	101	45,9	46,1
3. Kelis kartus per savaitę	31	14,1	14,2
4. Retai	4	1,8	1,8
Nenurodė	1	0,5	-
Viso	220	100,0	100,0
<i>2. Saldumynai</i>			
1. Kelis kartus per dieną	42	19,1	19,2
2. 1 kartą per dieną	47	21,4	21,5
3. Kelis kartus per savaitę	82	37,3	37,4
4. Retai	48	21,8	21,9
Nenurodė	1	0,5	-
Viso	220	100,0	100,0
<i>3. Pieno produktai</i>			
1. Kelis kartus per dieną	40	18,2	18,4
2. 1 kartą per dieną	77	35,0	35,5
3. Kelis kartus per savaitę	73	33,2	33,6
4. Retai	27	12,3	12,4
Nenurodė	3	1,4	-
Viso	220	100,0	100,0
<i>4. Kruopų košės</i>			
1. Kelis kartus per dieną	5	2,3	2,3
2. 1 kartą per dieną	23	10,5	10,6
3. Kelis kartus per savaitę	69	31,4	31,7
4. Retai	121	55,0	55,5
Nenurodė	2	0,9	-
Viso	220	100,0	100,0
<i>5. Žuvis</i>			
1. Kelis kartus per dieną	2	0,9	0,9
2. 1 kartą per dieną	8	3,6	3,6
3. Kelis kartus per savaitę	104	47,3	47,3
4. Retai	106	48,2	48,2
Nenurodė	0	0,0	-
Viso	220	100,0	100,0
<i>6. Mėsa</i>			
1. Kelis kartus per dieną	35	15,9	16,0
2. 1 kartą per dieną	60	27,3	27,4
3. Kelis kartus per savaitę	101	45,9	46,1
4. Retai	23	10,5	10,5
Nenurodė	1	0,5	-
Viso	220	100,0	100,0
<i>7. Juoda duona</i>			
1. Kelis kartus per dieną	49	22,3	22,4
2. 1 kartą per dieną	58	26,4	26,5
3. Kelis kartus per savaitę	55	25,0	25,1
4. Retai	57	25,9	26,0
Nenurodė	1	0,5	-
Viso	220	100,0	100,0

16. Kaip dažnai vartojate šiuos produktus?



■ Kelių kartų per dieną
 ■ 1 kartą per dieną
 ■ Kelių kartų per savaitę
 ■ Retai

Maisto produktų vartojimo dažnis pagal mitybos pobūdį

Daržovių ir vaisių vartojimas pagal mitybos pobūdį
su Pearson Chi-Square kriterijaus (chi-kvadrato kriterijaus) paskaičiavimu

Anketos klausimai	6. Ar Jūs sveikai maitinatės?							
	1. Taip		2. Ne		3. Nežinau		Viso	
	Skaičius	%	Skaičius	%	Skaičius	%	Skaičius	%
16. Kaip dažnai vartojate šiuos produktus?								
<i>1. Daržovės, vaisiai</i>								
1. Kelis kartus per dieną	38	52,8	37	33,6	8	21,6	83	37,9
2. 1 kartą per dieną	26	36,1	52	47,3	23	62,2	101	46,1
3. Kelis kartus per savaitę	6	8,3	19	17,3	6	16,2	31	14,2
4. Retai	2	2,8	2	1,8	0	0,0	4	1,8
Viso	72	100,0	110	100,0	37	100,0	219	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,603 ^a	6	,024
Likelihood Ratio	15,435	6	,017
Linear-by-Linear Association	6,260	1	,012
N of Valid Cases	219		

a. 3 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,68.

Pieno produktų vartojimas pagal mitybos pobūdį
su Pearson Chi-Square kriterijaus (chi-kvadrato kriterijaus) paskaičiavimu

Anketos klausimai	6. Ar Jūs sveikai maitinatės?							
	1. Taip		2. Ne		3. Nežinau		Viso	
	Skaičius	%	Skaičius	%	Skaičius	%	Skaičius	%
<i>3. Pieno produktai</i>								
1. Kelis kartus per dieną	22	31,0	15	13,8	3	8,1	40	18,4
2. 1 kartą per dieną	22	31,0	39	35,8	16	43,2	77	35,5
3. Kelis kartus per savaitę	19	26,8	39	35,8	15	40,5	73	33,6
4. Retai	8	11,3	16	14,7	3	8,1	27	12,4
Viso	71	100,0	109	100,0	37	100,0	217	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,282 ^a	6	,039
Likelihood Ratio	13,014	6	,043
Linear-by-Linear Association	3,924	1	,048
N of Valid Cases	217		

a. 1 cells (8,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,60.

Kruopų košių vartojimas pagal mitybos pobūdį
su Pearson Chi-Square kriterijaus (chi-kvadrato kriterijaus) paskaičiavimu

Anketos klausimai	6. Ar Jūs sveikai maitinatės?							
	1. Taip		2. Ne		3. Nežinau		Viso	
	Skaičius	%	Skaičius	%	Skaičius	%	Skaičius	%
<i>4. Kruopų košės</i>								
1. Kelis kartus per dieną	4	5,6	1	0,9	0	0,0	5	2,3
2. 1 kartą per dieną	14	19,4	8	7,3	1	2,8	23	10,6
3. Kelis kartus per savaitę	29	40,3	31	28,2	9	25,0	69	31,7
4. Retai	25	34,7	70	63,6	26	72,2	121	55,5
Viso	72	100,0	110	100,0	36	100,0	218	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	25,005 ^a	6	,000
Likelihood Ratio	25,635	6	,000
Linear-by-Linear Association	22,088	1	,000
N of Valid Cases	218		

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,83.

Mėsos vartojimas pagal mitybos pobūdį
su Pearson Chi-Square kriterijaus (chi-kvadrato kriterijaus) paskaičiavimu

Anketos klausimai	6. Ar Jūs sveikai maitinatės?							
	1. Taip		2. Ne		3. Nežinau		Viso	
	Skaičius	%	Skaičius	%	Skaičius	%	Skaičius	%
<i>6. Mėsa</i>								
1. Kelis kartus per dieną	7	9,7	19	17,3	9	24,3	35	16,0
2. 1 kartą per dieną	15	20,8	34	30,9	11	29,7	60	27,4
3. Kelis kartus per savaitę	33	45,8	52	47,3	16	43,2	101	46,1
4. Retai	17	23,6	5	4,5	1	2,7	23	10,5
Viso	72	100,0	110	100,0	37	100,0	219	100,0

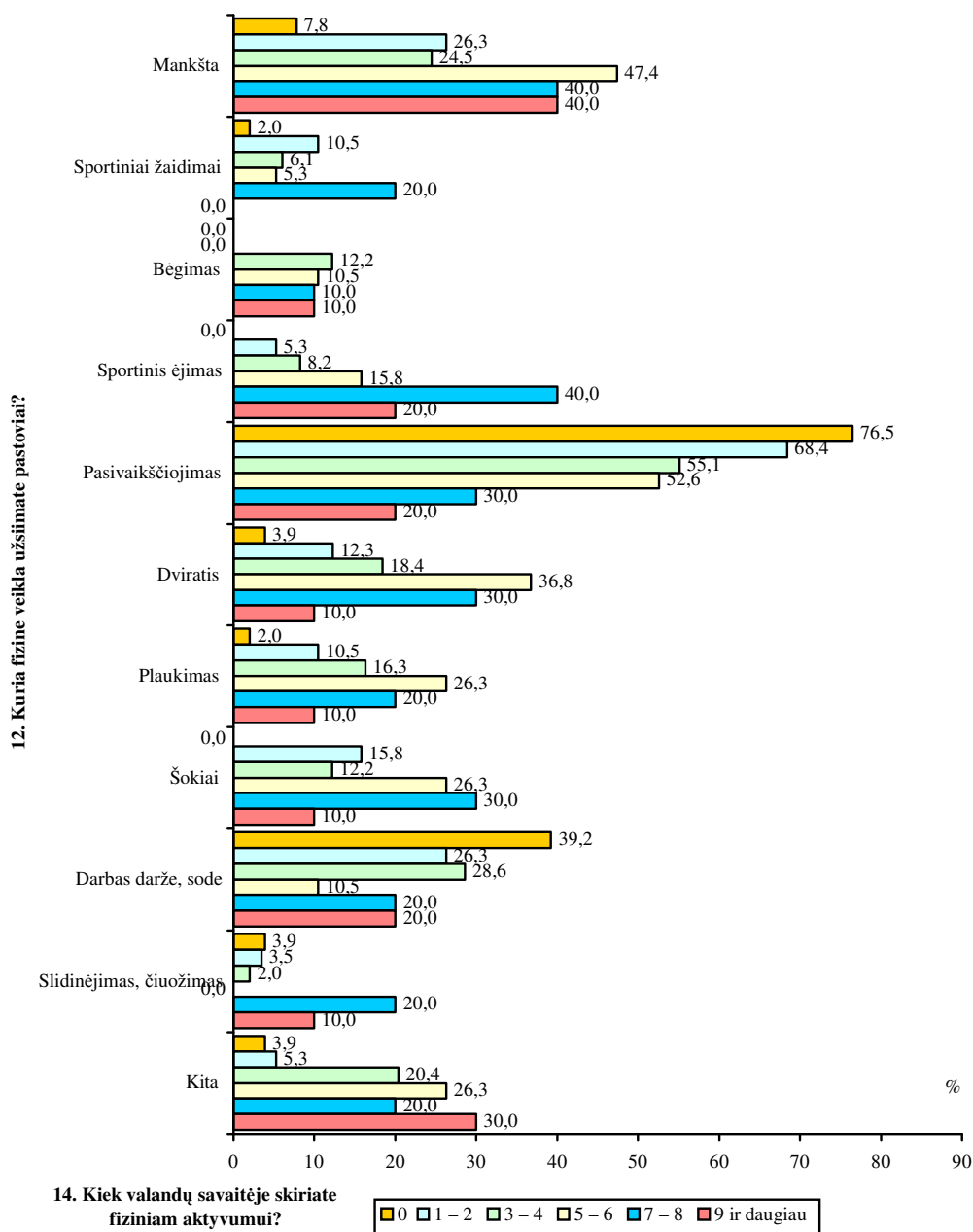
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22,932 ^a	6	,001
Likelihood Ratio	21,892	6	,001
Linear-by-Linear Association	13,530	1	,000
N of Valid Cases	219		

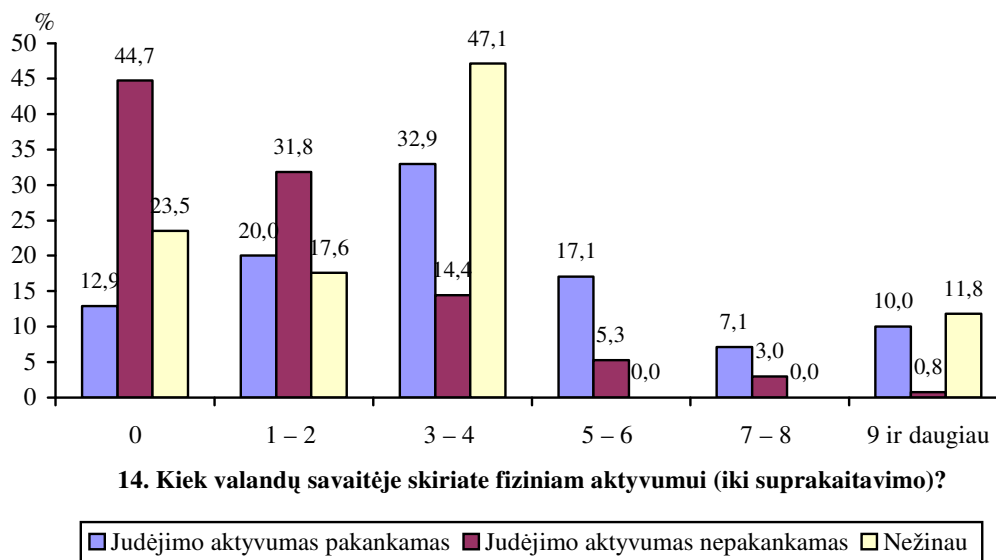
a. 1 cells (8,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,89.

Pastovus užimtumas fizine veikla

Anketos klausimai	Atsakymų pasiskirstymai		
	Skaičius	% (nuo bendro apklaustųjų skaičiaus)	% (nuo atsakiusių į klausimą)
12. Kuria fizine veikla užsiimate pastoviai ? (Pažymėkite visus tinkančius atsakymus):			
1. Mankšta	48	21,8	24,5
2. Sportiniai žaidimai	13	5,9	6,6
3. Bėgimas	10	4,5	5,1
4. Sportinis ėjimas	16	7,3	8,2
5. Pasivaikščiojimas	120	54,5	61,2
6. Dviratis	29	13,2	14,8
7. Plaukimas	23	10,5	11,7
8. Šokiai	24	10,9	12,2
9. Darbas darže, sode	55	25,0	28,1
10. Slidinėjimas, čiuožimas	8	3,6	4,1
11. Kita:	25	11,4	12,8
Joga	5	20,0	20,0
Kalanetika	1	4,0	4,0
Sporto klubas	11	44,0	44,0
Riedučiai	1	4,0	4,0
Aktyvus poilsis vasaros metu	1	4,0	4,0
Aikido treniruotės	1	4,0	4,0
Fizinis darbas	5	20,0	20,0
- nenurodė	0	0,0	-
Nenurodė / pastoviai neužsiima	24	10,9	-
Viso	220	179,5	189,3



Pastovios fizinės veiklos ir fizinio aktyvumo dažnis (valandomis per savaitę)



Fizinis aktyvumas pagal judėjimo įsivertinimą
 su Pearson Chi-Square kriterijaus (chi-kvadrato kriterijaus) paskaičiavimu

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	51,404 ^a	10	,000
Likelihood Ratio	54,265	10	,000
Linear-by-Linear Association	17,254	1	,000
N of Valid Cases	219		

a. 7 cells (38,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,70.

Sveikatą lemiančių veiksnių ir atsvario vertinimas
su Pearson Chi-Square kriterijaus (chi-kvadrato kriterijaus) paskaičiavimu

Anketos klausimai	21. Ar turite atsvario?							
	1. Taip		2. Ne		3. Nežinau		Viso	
	Skaičius	%	Skaičius	%	Skaičius	%	Skaičius	%
1. Jūsų manymu kas daugiausiai lemia žmogaus sveikatą?								
1. Aplinka	7	11,3	6	4,5	7	26,9	20	9,1
2. Medicina	0	0,0	0	0,0	3	11,5	3	1,4
3. Žmogaus gyvenimo būdas	44	71,0	98	74,2	14	53,8	156	70,9
4. Paveldimumas (genetika)	11	17,7	28	21,2	2	7,7	41	18,6
Viso	62	100,0	132	100,0	26	100,0	220	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	38,251 ^a	6	,000
Likelihood Ratio	26,726	6	,000
Linear-by-Linear Association	3,269	1	,071
N of Valid Cases	220		

a. 5 cells (41,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,35.

Įtampos, nerimo jautimas pagal fizinį aktyvumą (iki suprakaitavimo)
su Pearson Chi-Square kriterijaus (chi-kvadrato kriterijaus) paskaičiavimu

Anketos klausimai	14. Kiek valandų savaitėje skiriate fiziniam aktyvumui (iki suprakaitavimo)?													
	1. 0		2. 1 – 2		3. 3 – 4		4. 5 – 6		5. 7 – 8		6. 9 ir daugiau		Viso	
	Skaičius	%	Skaičius	%	Skaičius	%	Skaičius	%	Skaičius	%	Skaičius	%	Skaičius	%
13. Kaip dažnai jaučiate įtampą, nerimą?														
1. Kasdien	23	31,9	9	15,3	11	22,0	2	10,5	4	40,0	1	10,0	50	22,7
2. Keletą kartų per savaitę	36	50,0	25	42,4	23	46,0	12	63,2	4	40,0	6	60,0	106	48,2
3. Retai	13	18,1	25	42,4	16	32,0	5	26,3	2	20,0	2	20,0	63	28,6
4. Niekada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	10,0	1	0,5
Viso	72	100,0	59	100,0	50	100,0	19	100,0	10	100,0	10	100,0	220	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	37,705 ^a	15	,001
Likelihood Ratio	22,939	15	,085
Linear-by-Linear Association	2,036	1	,154
N of Valid Cases	220		

a. 13 cells (54,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,05.

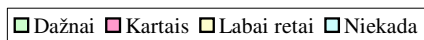
Vaistų vartojimo dažnis

Anketos klausimai	Atsakymų pasiskirstymai		
	Skaičius	% (nuo bendro apklaustųjų skaičiaus)	% (nuo atsakiusių į klausimą)
17. Kaip dažnai vartojate šiuos vaistus?			
<i>1. Nuskausminamieji</i>			
1. Dažnai	16	7,3	7,3
2. Kartais	60	27,3	27,3
3. Labai retai	108	49,1	49,1
4. Niekada	36	16,4	16,4
Nenurodė	0	0,0	-
Viso	220	100,0	100,0
<i>2. Raminamieji</i>			
1. Dažnai	4	1,8	1,8
2. Kartais	21	9,5	9,5
3. Labai retai	56	25,5	25,5
4. Niekada	139	63,2	63,2
Nenurodė	0	0,0	-
Viso	220	100,0	100,0
<i>3. Migdomieji</i>			
1. Dažnai	1	0,5	0,5
2. Kartais	7	3,2	3,2
3. Labai retai	26	11,8	11,8
4. Niekada	186	84,5	84,5
Nenurodė	0	0,0	-
Viso	220	100,0	100,0
<i>4. Antibiotikai</i>			
1. Dažnai	2	0,9	0,9
2. Kartais	23	10,5	10,5
3. Labai retai	165	75,0	75,0
4. Niekada	30	13,6	13,6
Nenurodė	0	0,0	-
Viso	220	100,0	100,0
<i>5. Antidepresantai</i>			
1. Dažnai	1	0,5	0,5
2. Kartais	3	1,4	1,4
3. Labai retai	19	8,6	8,6
4. Niekada	197	89,5	89,5
Nenurodė	0	0,0	-
Viso	220	100,0	100,0
<i>6. Priešalerginiai</i>			
1. Dažnai	4	1,8	1,8
2. Kartais	12	5,5	5,5
3. Labai retai	55	25,0	25,0
4. Niekada	149	67,7	67,7
Nenurodė	0	0,0	-
Viso	220	100,0	100,0
<i>7. Kiti</i>			
1. Dažnai	12	5,5	6,2
2. Kartais	38	17,3	19,6
3. Labai retai	79	35,9	40,7
4. Niekada	65	29,5	33,5
Nenurodė	26	11,8	-
Viso	220	100,0	100,0

17. Kaip dažnai vartojate šiuos vaistus?



23. Jūsų amžius



Vaistų vartojimas pagal amžių

14 priedas

Vaistų vartojimo dažnis pagal amžių
su Chi-kvadrato kriterijaus ir koreliacijos paskaičiavimais

Anketos klausimai	23. Jūsų amžius:											
	1. iki 31 m.		2. 31-40 m.		3. 41-50 m.		4. 51-60 m.		5. daugiau nei 60 m.		Viso	
	Skaičius	%	Skaičius	%	Skaičius	%	Skaičius	%	Skaičius	%	Skaičius	%
17. Kaip dažnai vartojate šiuos vaistus?												
<i>3. Migdomieji</i>												
1. Dažnai	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,8	0	0,0	1	0,5
2. Kartais	1	1,1	1	2,0	4	8,7	0	0,0	1	33,3	7	3,2
3. Labai retai	9	9,5	4	8,0	7	15,2	5	19,2	1	33,3	26	11,8
4. Niekada	85	89,5	45	90,0	35	76,1	20	76,9	1	33,3	186	84,5
Viso	95	100,0	50	100,0	46	100,0	26	100,0	3	100,0	220	100,0

Chi-Square Tests

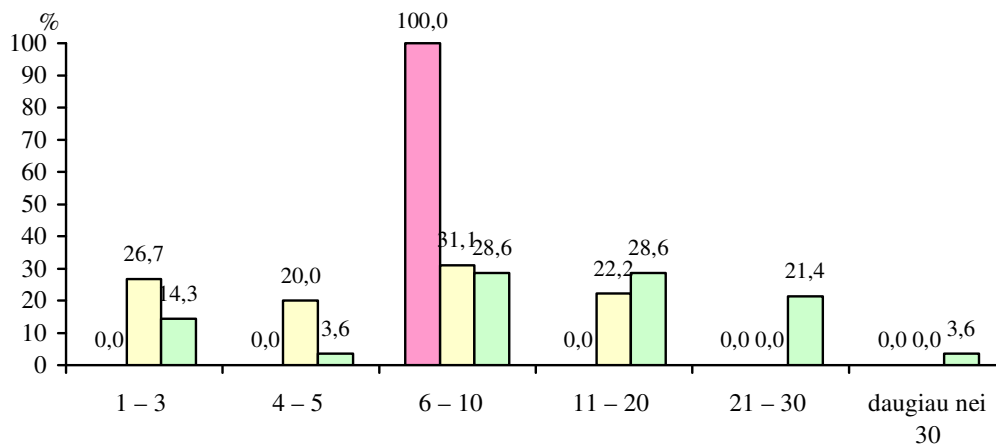
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	28,668 ^a	12	,004
Likelihood Ratio	19,490	12	,077
Linear-by-Linear Association	10,503	1	,001
N of Valid Cases	220		

a. 13 cells (65,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

Correlations

		a23
a17.1	Pearson Correlation	-,100
	Sig. (2-tailed)	,138
	N	220
a17.2	Pearson Correlation	-,182**
	Sig. (2-tailed)	,007
	N	220
a17.3	Pearson Correlation	-,219**
	Sig. (2-tailed)	,001
	N	220
a17.4	Pearson Correlation	-,211**
	Sig. (2-tailed)	,002
	N	220
a17.5	Pearson Correlation	-,125
	Sig. (2-tailed)	,063
	N	220
a17.6	Pearson Correlation	,066
	Sig. (2-tailed)	,329
	N	220
a17.7	Pearson Correlation	-,317**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	194
a23	Pearson Correlation	1
	N	220

** . Correlation is significant at the 0.01 level



9. Jei rūkote, kiek cigarečių surūkote per dieną?

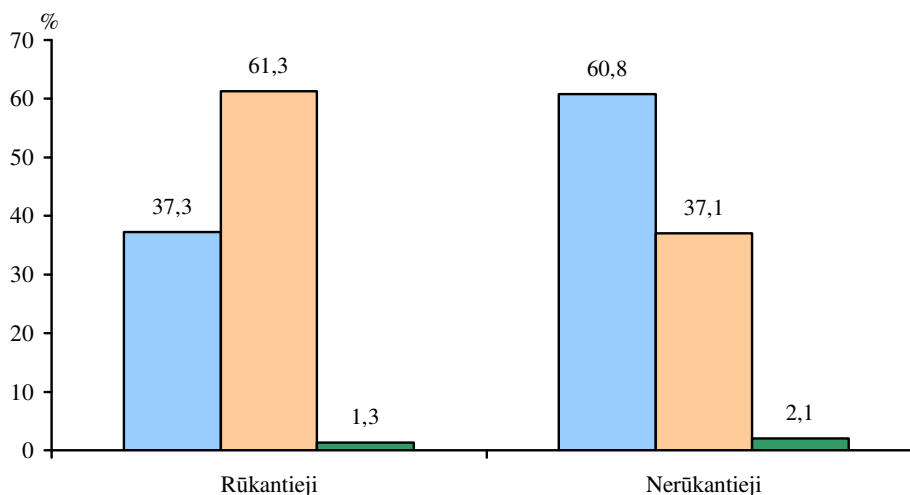
■ Gyvenu sveikai
 ■ Stengiuosi gyventi sveikai
 ■ Gyvenu nesveikai

Surūkomų cigarečių skaičius ir sveikos gyvensenos įsivertinimas
su Pearson Chi-Square kriterijaus (chi-kvadrato kriterijaus) paskaičiavimu

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,983 ^a	10	,021
Likelihood Ratio	23,811	10	,008
Linear-by-Linear Association	8,340	1	,004
N of Valid Cases	75		

a. 11 cells (61,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,03.



10. Kokiu būdu paruoštus maisto produktus vartojate dažniausiai:

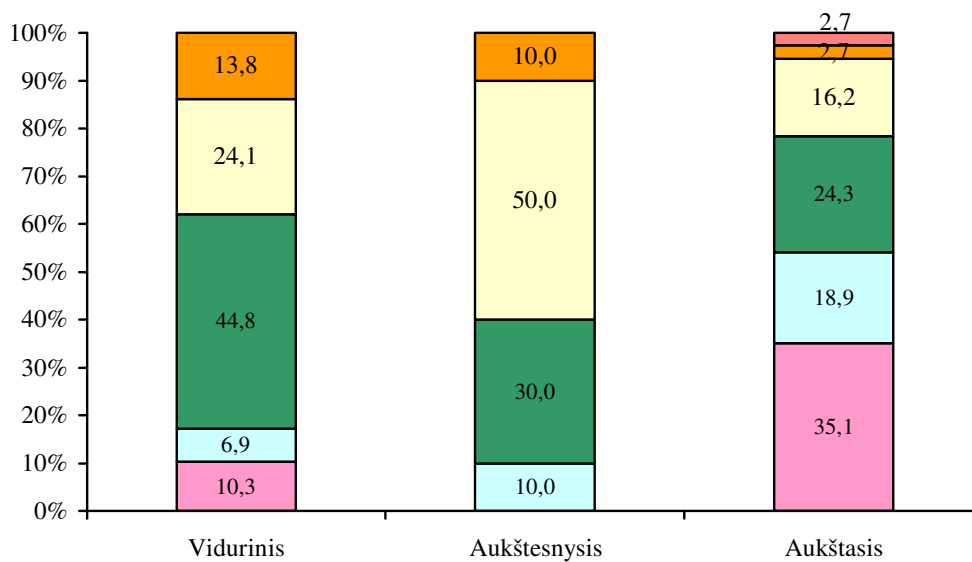
■ Virtus
 ■ Keptus
 ■ Garintus

Maisto produktų paruošimo būdas (vartojimas) ir rūkymas
su Pearson Chi-Square kriterijaus (chi-kvadrato kriterijaus) paskaičiavimu

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,691 ^a	2	,003
Likelihood Ratio	11,734	2	,003
Linear-by-Linear Association	8,836	1	,003
N of Valid Cases	218		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,38.



9. Jei rūkote, kiek cigarečių surūkote per dieną?

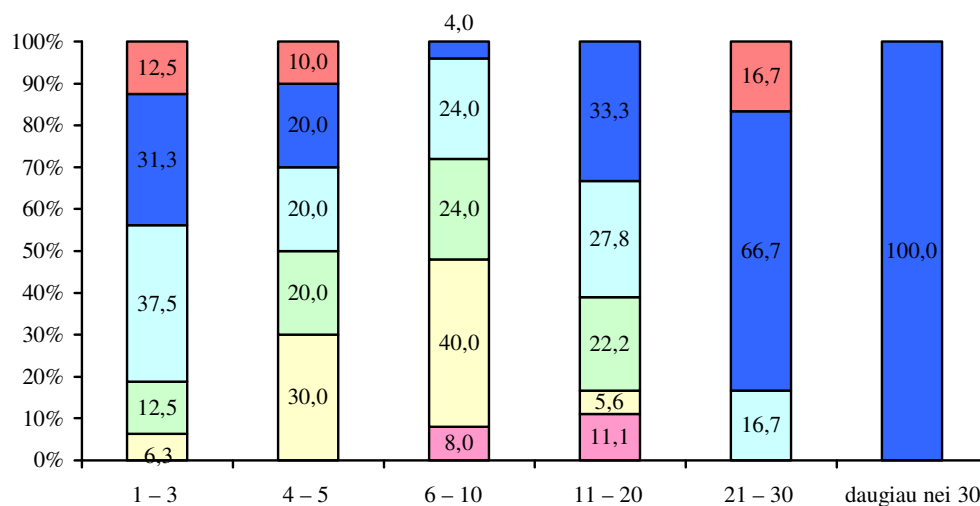
1 – 3 4 – 5 6 – 10 11 – 20 21 – 30 daugiau nei 30

Surūkytų cigarečių skaičiaus pagal išsilavinimą
su Pearson Chi-Square kriterijaus (chi-kvadrato kriterijaus) paskaičiavimu

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,600 ^a	10	,046
Likelihood Ratio	20,491	10	,025
Linear-by-Linear Association	7,309	1	,007
N of Valid Cases	76		

a. 12 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.



9. Jei rūkote, kiek cigarečių surūkote per dieną?

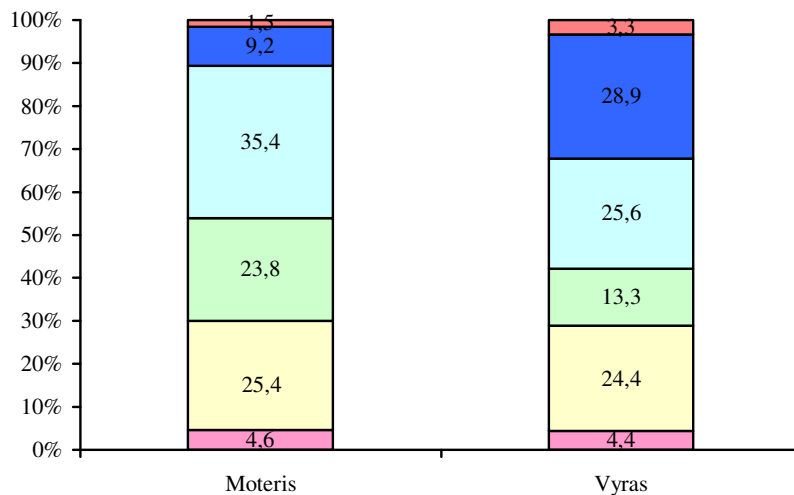
11. Kaip dažnai vartojate alkoholį?

■ Nevartoju	■ Vartoju labai retai
■ Vartoju 1 kartą per mėnesį	■ Vartoju 1 kartą per savaitę
■ Vartoju dažniau nei 1 kartą per savaitę	■ Vartoju kasdien

Surūkytų cigarečių skaičius pagal alkoholio vartojimo dažnį su koreliacijos paskaičiavimu

Correlations

		a9	a11
a9	Pearson Correlation	1	-,003
	Sig. (2-tailed)		,977
	N	76	76
a11	Pearson Correlation	-,003	1
	Sig. (2-tailed)	,977	
	N	76	76



11. Kaip dažnai vartojate alkoholį?

■ Nevartoju	□ Vartoju labai retai
■ Vartoju 1 kartą per mėnesį	□ Vartoju 1 kartą per savaitę
■ Vartoju dažniau nei 1 kartą per savaitę	■ Vartoju kasdien

Alkoholio vartojimas pagal lytį
su Pearson Chi-Square kriterijaus (chi-kvadrato kriterijaus) paskaičiavimu

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,320 ^a	5	,004
Likelihood Ratio	17,295	5	,004
Linear-by-Linear Association	4,639	1	,031
N of Valid Cases	220		

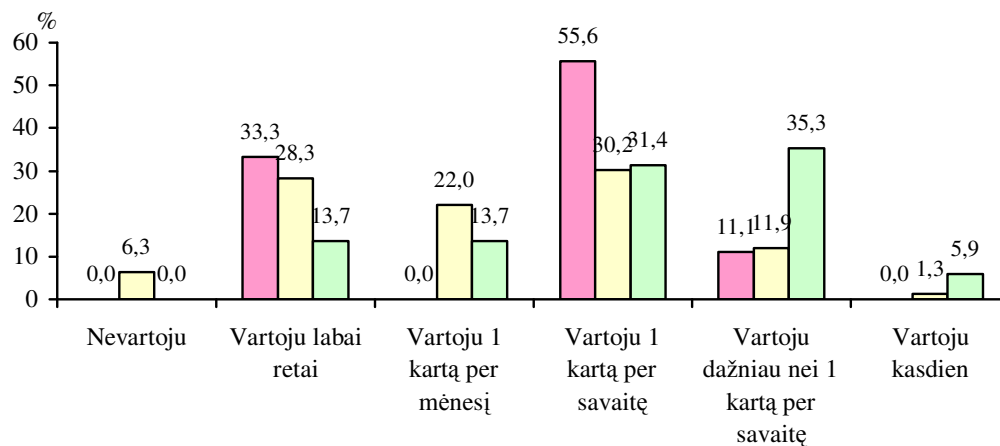
a. 3 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,05.

**Alkoholio vartojimas ir nerimo, įtampos pajautimas
su koreliacijos paskaičiavimu**

Anketos klausimai	13. Kaip dažnai jaučiate įtampą, nerimą?									
	1. Kasdien		2. Keletą kartų per savaitę		3. Retai		4. Niekada		Viso	
	Skaičius	%	Skaičius	%	Skaičius	%	Skaičius	%	Skaičius	%
11. Kaip dažnai vartojate alkoholį (įskaitant visas alkoholio rūšis: alų, alkoholinius kokteilius)?										
1. Nevartuju	2	4,0	4	3,8	4	6,3	0	0,0	10	4,5
2. Vartuju labai retai	14	28,0	25	23,6	15	23,8	1	100,0	55	25,0
3. Vartuju 1 kartą per mėnesį	7	14,0	23	21,7	13	20,6	0	0,0	43	19,5
4. Vartuju 1 kartą per savaitę	16	32,0	35	33,0	18	28,6	0	0,0	69	31,4
5. Vartuju dažniau nei 1 kartą per savaitę	10	20,0	16	15,1	12	19,0	0	0,0	38	17,3
6. Vartuju kasdien	1	2,0	3	2,8	1	1,6	0	0,0	5	2,3
Viso	50	100,0	106	100,0	63	100,0	1	100,0	220	100,0

Correlations

		a11	a13
a11	Pearson Correlation	1	-,035
	Sig. (2-tailed)		,607
	N	220	220
a13	Pearson Correlation	-,035	1
	Sig. (2-tailed)	,607	
	N	220	220



11. Kaip dažnai vartojate alkoholį?

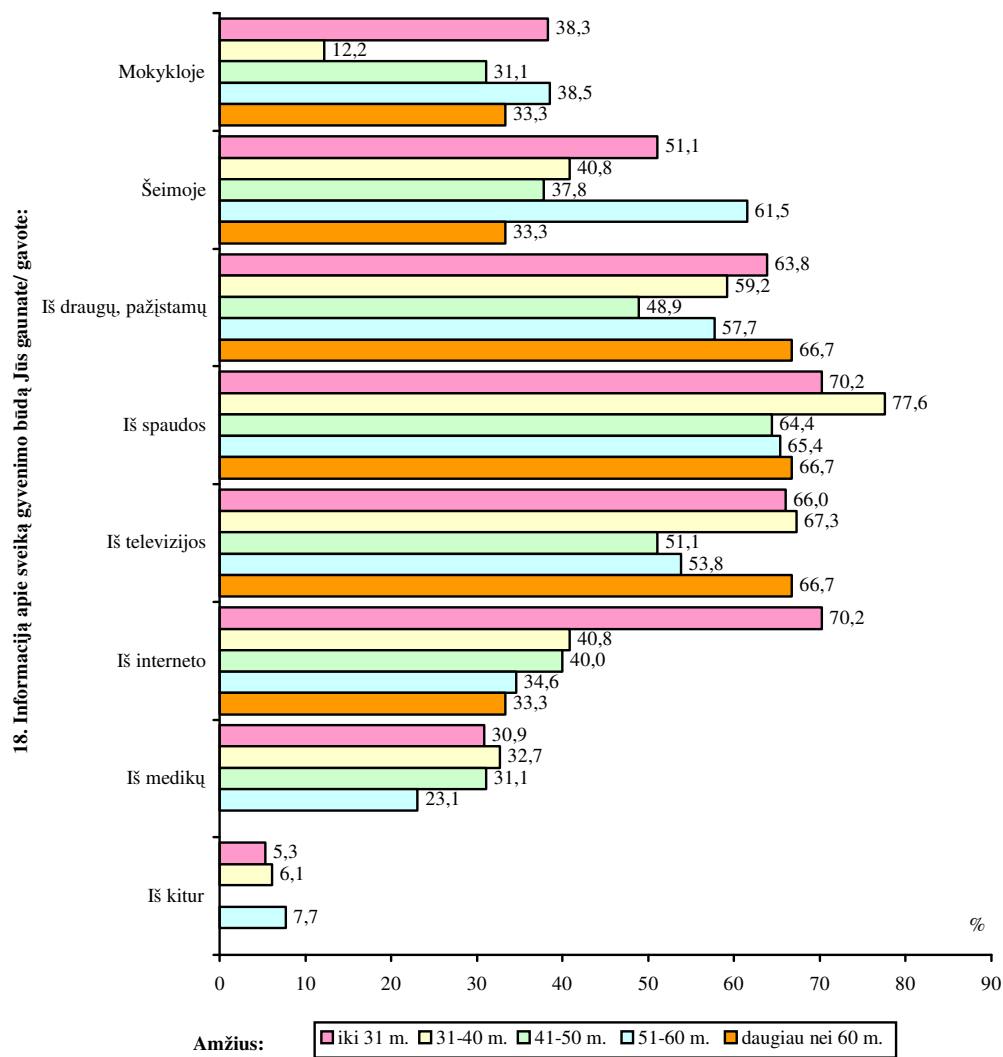
■ Gyvenu sveikai
 ■ Stengiuosi gyventi sveikai
 ■ Gyvenu nesveikai

Alkoholio vartojimo dažnis pagal sveikos gyvensenos įšvertinimą su Pearson Chi-Square kriterijaus (chi-kvadrato kriterijaus) paskaičiavimu

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	28,385 ^a	10	,002
Likelihood Ratio	30,587	10	,001
Linear-by-Linear Association	14,529	1	,000
N of Valid Cases	219		

a. 9 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,21.



Informacijos apie sveiką gyvenimą šaltiniai pagal amžių

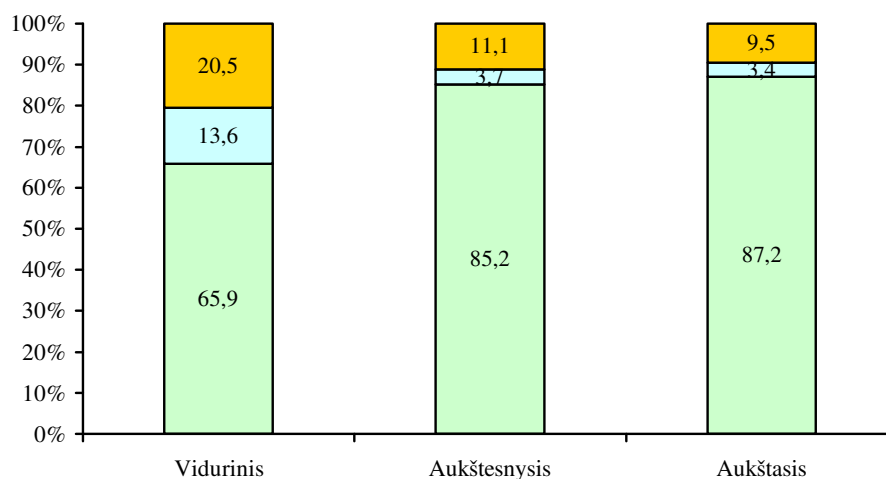
Žinių pakankamumas ir nepakankamumas

Anketos klausimai	Atsakymų pasiskirstymai		
	Skaičius	% (nuo bendro apklaustųjų skaičiaus)	% (nuo atsakiusių į klausimą)
15. Ar Jums pakanka žinių šiomis temomis?			
<i>1. Sveika gyvensena</i>			
1. Visada pakanka	42	19,1	19,1
2. Dažniausiai pakanka	110	50,0	50,0
3. Kartais nepakanka	50	22,7	22,7
4. Dažniausiai nepakanka	18	8,2	8,2
Nenurodė	0	0,0	-
Viso	220	100,0	100,0
<i>2. Sveika mityba</i>			
1. Visada pakanka	42	19,1	19,1
2. Dažniausiai pakanka	103	46,8	46,8
3. Kartais nepakanka	60	27,3	27,3
4. Dažniausiai nepakanka	15	6,8	6,8
Nenurodė	0	0,0	-
Viso	220	100,0	100,0
<i>3. Optimalus fizinis aktyvumas</i>			
1. Visada pakanka	44	20,0	20,1
2. Dažniausiai pakanka	103	46,8	47,0
3. Kartais nepakanka	58	26,4	26,5
4. Dažniausiai nepakanka	14	6,4	6,4
Nenurodė	1	0,5	-
Viso	220	100,0	100,0
<i>4. Asmens higiena</i>			
1. Visada pakanka	124	56,4	57,1
2. Dažniausiai pakanka	81	36,8	37,3
3. Kartais nepakanka	11	5,0	5,1
4. Dažniausiai nepakanka	1	0,5	0,5
Nenurodė	3	1,4	-
Viso	220	100,0	100,0
<i>5. Psichinė sveikata ir stresas</i>			
1. Visada pakanka	42	19,1	19,1
2. Dažniausiai pakanka	98	44,5	44,5
3. Kartais nepakanka	67	30,5	30,5
4. Dažniausiai nepakanka	13	5,9	5,9
Nenurodė	0	0,0	-
Viso	220	100,0	100,0
<i>6. Sveika ir saugi aplinka</i>			
1. Visada pakanka	43	19,5	19,8
2. Dažniausiai pakanka	96	43,6	44,2
3. Kartais nepakanka	64	29,1	29,5
4. Dažniausiai nepakanka	14	6,4	6,5
Nenurodė	3	1,4	-
Viso	220	100,0	100,0

lentelės tęsinys kitame lape

lentelės tęsinys

Anketos klausimai	Atsakymų pasiskirstymai		
	Skaičius	% (nuo bendro apklaustųjų skaičiaus)	% (nuo atsakiusių į klausimą)
<u>7. Rūkymo žala</u>			
1. Visada pakanka	175	79,5	79,5
2. Dažniausiai pakanka	38	17,3	17,3
3. Kartais nepakanka	6	2,7	2,7
4. Dažniausiai nepakanka	1	0,5	0,5
Nenurodė	0	0,0	-
Viso	220	100,0	100,0
<u>8. Alkoholio žala</u>			
1. Visada pakanka	170	77,3	77,3
2. Dažniausiai pakanka	42	19,1	19,1
3. Kartais nepakanka	6	2,7	2,7
4. Dažniausiai nepakanka	2	0,9	0,9
Nenurodė	0	0,0	-
Viso	220	100,0	100,0
<u>9. Narkotikų vartojimo prevencija</u>			
1. Visada pakanka	161	73,2	73,2
2. Dažniausiai pakanka	41	18,6	18,6
3. Kartais nepakanka	15	6,8	6,8
4. Dažniausiai nepakanka	3	1,4	1,4
Nenurodė	0	0,0	-
Viso	220	100,0	100,0
<u>10. Žalingų įpročių atsisakymas</u>			
1. Visada pakanka	90	40,9	40,9
2. Dažniausiai pakanka	70	31,8	31,8
3. Kartais nepakanka	40	18,2	18,2
4. Dažniausiai nepakanka	20	9,1	9,1
Nenurodė	0	0,0	-
Viso	220	100,0	100,0
<u>11. Lytinis gyvenimas</u>			
1. Visada pakanka	115	52,3	52,5
2. Dažniausiai pakanka	89	40,5	40,6
3. Kartais nepakanka	14	6,4	6,4
4. Dažniausiai nepakanka	1	0,5	0,5
Nenurodė	1	0,5	-
Viso	220	100,0	100,0
<u>12. Ligų prevencija</u>			
1. Visada pakanka	34	15,5	15,5
2. Dažniausiai pakanka	79	35,9	35,9
3. Kartais nepakanka	88	40,0	40,0
4. Dažniausiai nepakanka	19	8,6	8,6
Nenurodė	0	0,0	-
Viso	220	100,0	100,0
<u>13. Traumų profilaktika</u>			
1. Visada pakanka	29	13,2	13,2
2. Dažniausiai pakanka	77	35,0	35,0
3. Kartais nepakanka	81	36,8	36,8
4. Dažniausiai nepakanka	33	15,0	15,0
Nenurodė	0	0,0	-
Viso	220	100,0	100,0



26. Ar Jūsų nuomone suaugusiuosius reikia mokyti sveikai gyventi?

Taip
 Ne
 Nežinau

Mokymo (sveikai gyventi) poreikis pagal išsilavinimą
su Pearson Chi-Square kriterijaus (chi-kvadrato kriterijaus) paskaičiavimu

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,037 ^a	4	,017
Likelihood Ratio	10,338	4	,035
Linear-by-Linear Association	7,190	1	,007
N of Valid Cases	219		

a. 3 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,48.

Pasitikėjimas informacija apie sveiką gyvenimą pagal lytį

Anketos klausimai	24. Jūsų lytis:					
	1. Moteris		2. Vyras		Viso	
	Skaičius	%	Skaičius	%	Skaičius	%
19. Ar pasitikite visa informacija apie sveiką gyvenimą?						
1. Taip	29	22,3	22	24,4	51	23,2
2. Ne	101	77,7	68	75,6	169	76,8
Viso	130	100,0	90	100,0	220	100,0

Sveikos gyvensenos žinių poreikis

Anketos klausimas Atsakymai.	Atsakymų pasiskirstymai		
	Skaičius	% (nuo bendro apklaustųjų skaičiaus)	% (nuo atsakiusių į klausimą)
22. Apie kurias sveikos gyvensenos sritis norėtumėte sužinoti daugiau? Parašykite.			
Apie sveiką mitybą	41	18,6	62,1
Apie pakankamą judėjimą	2	0,9	3,0
Apie psichinę sveikatą	3	1,4	4,5
Apie stresą, jo mažinimo bei įveikimo būdus	9	4,1	13,6
Apie fizinį aktyvumą	7	3,2	10,6
Mokymai apie sveiką gyvenseną turėtų būti kompleksiški, apimantys visas jos sritis	2	0,9	3,0
Apie ligų prevenciją, profilaktiką	10	4,5	15,2
Kaip atsikratyti nemigos	1	0,5	1,5
Apie aktyvaus sporto poveikį sveikai gyvensenai, kokia turi įtaką.	2	0,9	3,0
Apie vaistų poveikį organizmui, jo išbalansavimą.	1	0,5	1,5
Kaip atsikratyti žalingų įpročių	3	1,4	4,5
Apie psichologinį savęs valdymą	1	0,5	1,5
Apie maisto produktų derinimą	6	2,7	9,1
Apie organizmo valymo būdus natūraliais produktais	1	0,5	1,5
Apie ekologišką gyvenseną	1	0,5	1,5
Apie imuniteto stiprinimą	1	0,5	1,5
Apie jogą, meditaciją	1	0,5	1,5
Apie sveiką ir saugią aplinką	2	0,9	3,0
Apie traumų profilaktiką	2	0,9	3,0
Kaip sveikai sportuoti	2	0,9	3,0
Apie narkotikų vartojimo prevenciją	1	0,5	1,5
Apie atsvario mažinimą, lieknėjimą	5	2,3	7,6
Nenurodė	154	70,0	-
Viso	220	117,3	157,6

Sveikos gyvensenos mokymo galimybės ir pasiūlymai

Anketos klausimas. Atsakymai.	Atsakymų pasiskirstymai		
	Skaičius	% (nuo bendro apklaustųjų skaičiaus)	% (nuo atsakiusiųjų į klausimą)
27. Kur ir kaip būtų galima suaugusius mokyti sveikos gyvensenos? Parašykite.			
Rengiant kursus neformaliojo mokymo sistemoje	1	0,5	1,0
Per patrauklias veiklas	1	0,5	1,0
Rengiant atitinkamus kursus medicinos įstaigose	17	7,7	16,3
[vairiuose klubuose, susijimuose pagal interesus	3	1,4	2,9
Per žiniasklaidą	39	17,7	37,5
Organizuojant kursus ar paskaitas darbovietėse	30	13,6	28,8
Specialiose interneto svetainėse, forumuose	17	7,7	16,3
Sporto klubuose	3	1,4	2,9
Švietimo ir ugdymo įstaigose (darželiuose, mokyklose, universitetuose)	9	4,1	8,7
Rengiant specializuotus kursus, seminarus	37	16,8	35,6
Galėtų būti rengiami nemokami kino seansai, kurių metu rodytų sveikos gyvensenos mokančius filmukus ir po filmuko/ų galėtų būti vedama diskusija sveikos gyvensenos tema.	1	0,5	1,0
Per socialinę reklamą	8	3,6	7,7
Per literatūrą	4	1,8	3,8
Rengti daugiau nacionalinių kampanijų, kad pritraukti daugiau žmonių	1	0,5	1,0
Organizuoti vasaros kelių dienų stovyklas, kur būtų ne tik pasakojama, bet ir rodomi pavyzdžiai sveikos mitybos, fizinės mankštos, kaip suderinti sveiką gyvenseną su dabartinių greitu gyvenimo tempu.	2	0,9	1,9
Leidžiant nemokamus žurnalus apie sveiką gyvenseną	2	0,9	1,9
Daugiau informacijos teikiant prekybos centruose, pažymint sveikus produktus	2	0,9	1,9
Steigiant sveikos gyvensenos klubus	2	0,9	1,9
Suaugę patys turėtų tuo domėtis ir stengtis pagal galimybes kuo sveikiau gyventi patys ir pratinti vaikus prie sveiko gyvenimo būdo, nemanau, kad tam reikalingos spec.			
Mokyklos	1	0,5	1,0
Visomis įmanomomis priemonėmis	1	0,5	1,0
Šeimoje	2	0,9	1,9
Masinio susibūrimo vietose, baruose, restoranuose	2	0,9	1,9
Per sveikos gyvensenos produktus (pvz., arbata, tinkanti vietoj kavos, ir ją lydinti informacija)	1	0,5	1,0
Namuose	1	0,5	1,0
Nenurodė	116	52,7	-
Viso	220	137,7	179,8

Sveikos gyvensenos mokymo galimybės ir pasiūlymai pagal išsilavinimą

Anketos klausimai Atsakymai.	25. Jūsų išsilavinimas:							
	1. Vidurinis		2. Aukštesnysis		3. Aukštasis		Viso	
	Skaičius	%	Skaičius	%	Skaičius	%	Skaičius	%
27. Kur ir kaip būtų galima suaugusius mokyti sveikos gyvensenos? Parašykite.								
Rengiant kursus neformaliojo mokymo sistemoje	0	0,0	0	0,0	1	1,2	1	1,0
Per patrauklias veiklas	0	0,0	0	0,0	1	1,2	1	1,0
Rengiant atitinkamus kursus medicinos įstaigose	2	22,2	2	15,4	13	15,9	17	16,3
Įvairiuose klubuose, susijimuose pagal interesus	0	0,0	0	0,0	3	3,7	3	2,9
Per žiniasklaidą	2	22,2	5	38,5	32	39,0	39	37,5
Organizuojant kursus ar paskaitas darbovietėse	1	11,1	7	53,8	22	26,8	30	28,8
Specialiose interneto svetainėse, forumuose	0	0,0	2	15,4	15	18,3	17	16,3
Sporto klubuose	0	0,0	0	0,0	3	3,7	3	2,9
Švietimo ir ugdymo įstaigose (darželiuose, mokyklose, universitetuose)	0	0,0	1	7,7	8	9,8	9	8,7
Rengiant specializuotus kursus, seminarus	1	11,1	3	23,1	33	40,2	37	35,6
Galėtų būti rengiami nemokami kino seansai, kurių metu rodytų sveikos gyvensenos mokančius filmukus ir po filmuko/ų galėtų būti vedama diskusija sveikos gyvensenos tema.	1	11,1	0	0,0	0	0,0	1	1,0
Per socialinę reklamą	0	0,0	1	7,7	7	8,5	8	7,7
Per literatūrą	0	0,0	1	7,7	3	3,7	4	3,8
Rengti daugiau nacionalinių kampanijų, kad pritraukti daugiau žmonių	1	11,1	0	0,0	0	0,0	1	1,0
Organizuoti vasaros kelių dienų stovyklas, kur būtų ne tik pasakojama, bet ir rodomi pavyzdžiai sveikos mitybos, fizinės mankštos, kaip suderinti sveiką gyvenimą su dabartinių greitu gyvenimo tempu.	0	0,0	0	0,0	2	2,4	2	1,9
Leidžiant nemokamus žurnalus apie sveiką gyvenimą	0	0,0	0	0,0	2	2,4	2	1,9
Daugiau informacijos teikiant prekybos centruose, pažymint sveikus produktus	1	11,1	0	0,0	1	1,2	2	1,9
Steigiant sveikos gyvensenos klubus	0	0,0	0	0,0	2	2,4	2	1,9
Suaugę patys turėtų tuo domėtis ir stengtis pagal galimybes kuo sveikiau gyventi patys ir pratinti vaikus prie sveiko gyvenimo būdo, nemanau, kad tam reikalingos spec. mokyklos	0	0,0	0	0,0	1	1,2	1	1,0
Visomis įmanomomis priemonėmis	0	0,0	0	0,0	1	1,2	1	1,0
Šeimoje	0	0,0	0	0,0	2	2,4	2	1,9
Masinio susibūrimo vietose, baruose, restoranuose	1	11,1	0	0,0	1	1,2	2	1,9
Per sveikos gyvensenos produktus (pvz., arbata, tinkanti vietoj kavos, ir ją lydinti informacija)	0	0,0	0	0,0	1	1,2	1	1,0
Namuose	1	11,1	0	0,0	0	0,0	1	1,0
Viso	9	122,2	13	169,2	82	187,8	104	179,8