

KLAIPĖDOS UNIVERSITETAS

Jūratė Grubliauskienė

**EDUKACINĖ ŠEIMOS DIMENSIJA
SU SVEIKATA SUSIJUSIOS VAIKŲ GYVENIMO KOKYBĖS
VERTINIMO KONTEKSTE**

Mokslo daktaro disertacija

Socialiniai mokslai, edukologija (S 007)

Klaipėda, 2019

Mokslo daktaro disertacija rengta 2012–2016 metais Klaipėdos universitete pagal Vytauto Didžiojo universitetui su Klaipėdos universitetu, Mykolo Romerio universitetu, Vilniaus universitetu Lietuvos Respublikos švietimo, mokslo ir sporto ministro 2019 m. vasario 22 d. įsakymu Nr. V-160 ir suteiktą edukologijos mokslo krypties doktorantūros teisę. Daktaro disertacija ginama eksternu.

Mokslinė konsultantė

doc. dr. Rita Vaičekauskaitė (Klaipėdos universitetas, socialiniai mokslai, edukologija, S 007).

Mokslo daktaro disertacija ginama Vytauto Didžiojo universiteto su Klaipėdos universitetu, Mykolo Romerio universitetu, Vilniaus universitetu Edukologijos mokslo krypties taryboje:

Pirmininkė

prof. dr. Liudmila Rupšienė (Klaipėdos universitetas, socialiniai mokslai, edukologija, S 007).

Nariai:

prof. dr. Rūta Girdzijauskienė (Lietuvos muzikos ir teatro akademija, socialiniai mokslai, edukologija, S 007)

prof. dr. Irena Leliūgienė (Mykolo Romerio universitetas, socialiniai mokslai, edukologija, S 007)

prof. dr. Natalja Fatkulina (Vilniaus universitetas, medicinos ir sveikatos mokslai, slauga, M 005)

doc. dr. Cesár Aparecido Agostinis Sobrinho (Klaipėdos universitetas, Porto universitetas, Portugalija, medicinos ir sveikatos mokslai, visuomenės sveikata, M 004)

Mokslo daktaro disertacija bus ginama viešame Edukologijos mokslo krypties tarybos posėdyje 2019 m. birželio 28 d. 11 val. Klaipėdos universiteto *Aula Magna* Konferencijų salėje.

Adresas: Herkaus Manto g. 90-2, LT - 92295 Klaipėda, Lietuva.

KLAIPĖDA UNIVERSITY

Jūratė Grubliauskienė

**EDUCATIONAL DIMENSION OF FAMILY IN THE CONTEXT
OF EVALUATION OF CHILDREN'S HEALTH-RELATED
QUALITY OF LIFE**

Doctoral Dissertation

Social Sciences, Education Science (S 007)

Klaipėda, 2019

The doctoral dissertation was prepared during the period 2012-2016 at Klaipėda university under the doctoral program right conferred to Vytautas Magnus University, Klaipėda University, Mykolas Romeris University, Vilnius University by the Order No V-160 of the Minister of Education, Science and Sport of the Republic of Lithuania, 22 February, 2019. The dissertation is defended on a non-resident basis.

Scientific Supervisor

Assoc. prof. dr. Rita Vaičekauskaitė (Klaipėda University, Social Sciences, Education Science, S 007).

The dissertation will be defended at the Committee of Education Science of Vytautas Magnus University, Klaipėda University, Mykolas Romeris University, Vilnius University:

Chairman

Prof. dr. Liudmila Rupšienė (Klaipėda University, Social Sciences, Education Science, S 007)

Members:

Prof. dr. Rūta Girdzijauskienė (Lithuanian Academy of Music and Theatre, Social Sciences, Education Science, S 007)

Prof. dr. Irena Leliūgienė (Mykolas Romeris University, Social Sciences, Education Science, S 007)

Prof. dr. Natalja Fatkulina (Vilnius University, Medical and Health Sciences, Nursing, M 005)

Assoc. prof. dr. Cesár Aparecido Agostinis Sobrinho (Klaipėda University, Porto University, Portugal, Medical and Health Sciences, Public Health, M 004)

The doctoral thesis will be defended in the public meeting of the Committee of Education Science at 11.00 time, on the 28th of June, 2019, in *Aula Magna* Conference hall of Klaipėda University.

Address: Herkaus Manto str. 84, LT - 92295 Klaipėda, Lithuania

Turinys

IVADAS	11
1. LITERATŪROS APŽVALGA	19
1.1. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sampratos konceptualizavimas	20
1.1.1. Sveikatos ir gyvenimo kokybės sąsajos	20
1.1.2. Asmens vaidmens stiprinant sveikatą aktualizavimas	30
1.2. Gyvenimo kokybės reikšmė vaiko sveikatos stiprinimo kontekste	37
1.2.1. Su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės koncepcijos reikšmingumas	37
1.2.2. Aplinkos vaidmuo su sveikata susijusiai vaikų gyvenimo kokybei vystyti	45
1.3. Šeimos edukacinės dimensijos aktualizavimas	52
1.3.1. Šeimos edukacinės dimensijos iššūkiai ir jų įtaka su sveikata susijusiai vaikų gyvenimo kokybei	52
1.3.2. Šeimos edukacinė dimensija vertinant su sveikata susijusią vaikų gyvenimo kokybę struktūrizacijos požiūriu	60
2. TYRIMO METODOLOGIJA	65
2.1. Tyrimo instrumento pasirinkimo pagrindimas	65
2.2. Bendroji tyrimo instrumento charakteristika	68
2.3. Pagrindinė KIDSCREEN 52 instrumento dalis	70
2.4. Tyrimo instrumento validumas ir patikimumas	74
2.5. Duomenų analizės metodai	79
2.6. Tyrimo imtis	81
2.7. Tyrimo organizavimas	86
3. TYRIMO REZULTATAI	89
3.1. Su sveikata susijusi vaikų gyvenimo kokybė: vaikų įsivertinimas ir jo sociodemografiniai aspektai	89
3.1.1. Įsivertinimas ir lytis	89
3.1.2. Įsivertinimas ir amžius	91

3.1.3. Įsivertinimas ir neformalus savo sveikatos vertinimas	91
3.1.4. Įsivertinimas ir subjektyvus savo sveikatos vertinimas	93
3.1.5. Įsivertinimas ir kalbėjimasis su tėvais apie sveikatą	94
3.2. Su sveikata susijusi vaikų gyvenimo kokybė: tėvų vertinimas ir jo sociodemografiniai aspektai	95
3.2.1. Vertinimas ir tėvų išsilavinimas	96
3.2.2. Vertinimas ir šeiminė padėtis	96
3.2.3. Vertinimas ir objektyvi vaiko sveikata	97
3.2.4. Vertinimas ir subjektyvi vaiko sveikata	99
3.2.5. Vertinimas ir kalbėjimasis su vaiku apie sveikatą	100
3.3. Su sveikata susijusi vaikų gyvenimo kokybė: edukacinės šeimos dimensijos aktualizavimas	101
3.3.1. Su sveikata susijusi vaikų gyvenimo kokybė: tėvų ir vaikų vertinimo skirtumai	102
3.3.2. Su sveikata susijusi vaikų gyvenimo kokybė: šeimų grupės ir jų sociodemografiniai aspektai	102
3.3.3. Su sveikata susijusi vaikų gyvenimo kokybė: vertinimas ir kalbėjimasis šeimose apie vaiko sveikatą	107
3.3.4. Šeimos dimensija su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės dimensijų kontekste	108
3.3.5. Šeimos dimensijos vertinimas ir jo sociodemografiniai aspektai	111
DISKUSIJA	113
TYRIMO RIBOTUMAS IR TOLIMESNĖS TYRIMŲ GAIRĖS	119
IŠVADOS	121
REKOMENDACIJOS	123
LITERATŪRA	125
SUMMARY	147
PRIEDAI	179

Lentelių sąrašas

Eilės numeris	Pavadinimas, šaltinis	Puslapis
1 lentelė	Pagrindinės gyvenimo kokybės dimensijos. Parengta disertacijos autorės.	27
2 lentelė	Vaiko sveikatos vertinimo norminiai aktai ir kriterijai Lietuvoje ir pasaulyje. Parengta disertacijos autorės.	39
3 lentelė	Socialinio–ekologinio modelio sukūrimo teorijos. Šaltinis: Žaltauskė (2017).	50
4 lentelė	KIDSCREEN 52 bendroji struktūra (be įvadinės dalies. Parengta disertacijos autorės).	70
5 lentelė	Su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės skalės ir subskalių vidinio suderinamumo rezultatai disertacijos ir originaliaame klausimyne. Parengta disertacijos autorės.	77
6 lentelė	Disertacijos tyrime naudoto ir tarptautiniuose tyrimuose naudojamo KIDSCREEN 52 klausimyno (vaikų versija) skalės bei subskalių vertinimas naudojant T balus. Parengta disertacijos autorės.	78
7 lentelė	Disertacijos tyrime naudoto ir tarptautiniuose tyrimuose naudojamo KIDSCREEN 52 klausimyno (tėvų versija) skalės bei subskalių vertinimas naudojant T balus. Parengta disertacijos autorės.	79

Eilės numeris	Pavadinimas, šaltinis	Puslapis
8 lentelė	Tyrimo populiacijos pasiskirstymas pagal amžių. Parengta disertacijos autorės pagal Lietuvos statistikos departamento duomenis (2015 01 01).	81
9 lentelė	Lietuvos tyrime dalyvavusių vaikų proporcijos pagal amžiaus grupes. Parengta disertacijos autorės pagal Lietuvos statistikos departamento duomenis (2015 01 01).	83
10 lentelė	Tyrimo imties pagrindinės charakteristikos. Parengta disertacijos autorės.	85
11 lentelė	Su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės įsivertinimas ir jo skirtumai pagal lytį.	90
12 lentelė	Su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės įsivertinimas ir jo ryšys su amžiumi.	91
13 lentelė	Su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės įsivertinimas ir jo skirtumai pagal neformalų savo sveikatos vertinimą.	93
14 lentelė	Su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės įsivertinimas ir jo ryšys su subjektyviu savo sveikatos vertinimu.	94
15 lentelė	Su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės įsivertinimas ir jo skirtumai pagal tai, ar kalbasi vaikai su tėvais apie savo sveikatą.	95
16 lentelė	Su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės vertinimas ir jo ryšys su tėvų išsilavinimu.	96
17 lentelė	Su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės vertinimas pagal šeiminę padėtį.	97
18 lentelė	Su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės vertinimas pagal objektyvų vaiko sveikatos vertinimą.	99
19 lentelė	Su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės vertinimas ir jo ryšys su tėvų nuomone apie jų vaikų subjektyvų savo sveikatos vertinimą.	100
20 lentelė	Su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės vertinimas ir jo ryšys su tėvų kalbėjimusi su vaiku apie sveikatą.	101
21 lentelė	Su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės vertinimo tarp tėvų ir vaikų skirtumai.	103
22 lentelė	Šeimų grupių pagal su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės vertinimą sociodemografiniai aspektai.	105
23 lentelė	Su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės dimensijų vertinimo skirtumai šeimose.	107
24 lentelė	Šeimos dimensijos vertinimas kitų su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės dimensijų vertinimo kontekste.	110

Paveikslų sąrašas

Eilės numeris	Pavadinimas, šaltinis	Puslapis
1 pav.	Sveikatą lemiantys veiksniai. Šaltinis: Dadelo (2015).	21
2 pav.	Sveikatos modelių įvairovė ir integralumas. Šaltinis: Pardeck et al. (2001).	21
3 pav.	Sveikatos koncepcijų ir sveikatos stiprinimo kryptių tarpusavio ryšiai. Parengta disertacijos autorės.	22
4 pav.	Gyvenimo kokybės dimensijos. Šaltinis: Janušauskaitė (2008).	23
5 pav.	Integruota gyvenimo kokybės teorija. Šaltinis: Ventegodt et al. (2007).	25
6 pav.	Vidutinė moterų ir vyrų tikėtina gyvenimo trukmė ir sveiki gyvenimo metai Lietuvoje ir Europoje. Šaltinis: Higienos institutas (2018).	29
7 pav.	Skirtingų Europos šalių vaikų savo sveikatos vertinimo rezultatai. Šaltinis: Bradshaw et al. (2007, p. 142).	41
8 pav.	Genotipo ir aplinkos sąveikos tipai. Šaltinis: Berns (2009).	47
9 pav.	Sveikatos socialinės plėtros koncepcijos. Parengta disertacijos autorės.	48
10 pav.	Pagrindinės šeimos funkcijos. Parengta disertacijos autorės.	53
11 pav.	Tyrimo instrumento vertimo metodika. Parengta disertacijos autorės pagal KIDSCREEN Group Europe (2006).	75

Eilės numeris	Pavadinimas, šaltinis	Puslapis
12 pav.	Atrinkti klasteriai ir tyrimo imtis. Parengta disertacijos autorės.	83
13 pav.	Šeimų grupės pagal su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės vertinimą. Parengta disertacijos autorės.	105

Įvadas

Temos aktualumas. Sveikatos kompleksiško fenomenas suvoktas seniai (Gadamer, 1996), tačiau tai formalizuota tik XX a. viduryje, kai Pasaulio sveikatos organizacija (toliau – PSO) (1948) paskelbė kompleksinę sveikatos apibrėžimą, kuris apima fizinę, psichinę ir socialinę geroves. Kompleksiniu požiūriu, nė viena paskira teorija negali paaiškinti sveikatos fenomeno ir jo raiškos. Todėl nuo XX a. 8-ojo dešimtmečio pradeda sparčiai plėtotis tarpdisciplininis sveikatos konceptualizavimas, kurio kontekste vis didesnę reikšmę įgauna gyvenimo kokybė kaip skėtinė sąvoka. 1993 m. PSO pasiūlė gyvenimo kokybės apibrėžimą, kuriame akcentuojama sveikatos socialiniame kontekste svarba: „Gyvenimo kokybė – tai individualus savo vietos gyvenime vertinimas kultūros ir vertybių sistemos, kurioje individas gyvena, kontekste, susijęs su jo tikslais, viltimis, standartais ir interesais. Tai plati koncepcija, kompleksiskai veikianti asmens fizinės sveikatos, psichologinės būklės, nepriklausomybės lygio, socialinių ryšių ir ryšių su aplinka“ (Starkauskienė, 2011, p. 23). Gyvenimo kokybės ir sveikatos sąsajų spektras plečiasi sveikatos fenomenui įgaunant socialinio reiškinio bruožų (Smith, Walltson, 1992; Kalėdienė, Petrauskienė, Rimppela, 1999; Wullf et al., 2001; Jurgelėnas et al., 2007; Šveikauskas, 2008; Norkus, 2012; Gudžinskienė et al., 2012; Gudžinskienė, Česnavičienė, 2013, 2013 a). Skirtingai negu analogiškos sąvokos, pvz., socialinė sveikata, visuomenės sveikata, *gyvenimo kokybė* kompleksiš-

kai sujungia objektyvius ir subjektyvius veiksnius į bendrą visumą (Cummins, 1997; Veenhoven, 1995, 2005; Schalock, 2002).

Gyvenimo kokybės tyrimuose nuo XX a. 6-ojo dešimtmečio akcentuojamas jos daugiadimensiškumas (Cummins, 1996, 2001, 2005, 2005a; Felce, Perry, 1995, 1997; Veenhoven, 2000; Cummins et al., 2009, 2012). Moksliniai tyrimai rodo, kad sveikata laikoma viena iš svarbiausių, o dažnai ir pati svarbiausia, gyvenimo kokybės dimensija (Servetkienė, 2012, 2012a). Siekiant išsamiau nustatyti, kokie su sveikata susiję veiksniai daro įtaką gyvenimo kokybei, vystoma su sveikata susijusios gyvenimo kokybės koncepcija. Tačiau Staškutė (2014) pažymi, kad su sveikata susijusios gyvenimo kokybės stebėseną kaip atskiros srities tyrimai tik pradedami vystyti. Daugelyje mokslo darbų randami su sveikata susijusios gyvenimo kokybės apibrėžimai yra panašūs apimantys sociodemografinius, psichologinius (išorinius – socialinė aplinka, socialinė parama; vidinius – asmens psichologinės charakteristikos), gyvenimo būdo aspektus (Europos medicinos agentūra, 2006; Staškutė, 2009; Nilsson, 2012; Servetkienė, 2013).

Gyvenimo kokybė, kaip skėtinė sąvoka, dažnai vartojama sinonimiškai su daugeliu kitų, pvz., pasitenkinimas gyvenimu, laimė, gyvensena, o jų vartojimo diferenciacija yra atskiras tyrimo objektas (Janušauskaitė, 2008; Starkauskienė, 2011; Servetkienė, 2012). Gyvenimo kokybė yra sunkiai išgryninama sąvoka dėl jos kompleksiskumo, todėl vertinimo kriterijų, rodiklių ir indikatorių nustatymas daro šią sąvoką aiškesnę ir konkretesnę. Šia prasme gyvenimo kokybės vertinimo modelių kūrimas yra labai aktualus, tačiau sudėtingas dėl reiškinio kompleksiskumo. Daugeliu atvejų gyvenimo kokybės vertinimo modeliai orientuoti į ekonominius ir makrolygmens parametrus, jų raiškos indeksus, kurių šiuo metu galime priskaičiuoti apie porą dešimčių (Janušauskaitė, 2008; Starkauskienė, 2011; Servetkienė, 2012; Rakauskienė, Servetkienė, 2015). Vertinimo modeliai padeda identifikuoti prioritetines sritis – ypač tai svarbu, kai reiškinys pasižymi dideliu kriterijų kompleksiskumu. 2008 m. Europos Komisijos iniciatyva 31 šalyje buvo atliktas antrasis gyvenimo kokybės tyrimas (makrolygmuo). Nustatyta, kad „visose šalyse pagrindinis vaidmuo tenka šeimai – kaip pasitenkinimo kasdieniu gyvenimu šaltiniui; asmenys paprastai labiau patenkinti šeimos ir asmeniniu gyvenimu nei būtiniausiomis viešosiomis paslaugomis“ (cit. pagal Dumbliauskienė, Jarmalavičienė, 2012, p. 6).

Šeimos edukacinės dimensijos aktualizavimas. Šeima – svarbiausia institucija vaiko asmenybės bei sveikatos raidoje. Tačiau, anot Garmienės (2007, p. 8), „šiandien dar labai mažai galime pasakyti apie tai, kaip šeimos psichologiniai ir socialiniai veiksniai siejasi su vaiko gyvensena ir sveikata“. Pasaulio sveikatos organizacijos strategijoje „Sveikata visiems XXI amžiuje“ aktualizuotas šis klausimas, keliant uždavinį – rūpintis sveika gyvenimo pradžia (PSO, 1999). Šiuolaikinės visuomenės pokyčiai kelia daug naujų iššūkių ir reikalauja vis didesnės paramos šeimai įvairiais klausimais, įskaitant ir rūpestį sveikata (Vaitkevičius, 1995; Navaitis, 1999; Stankū-

nienė et al., 1999; Lazutka et al., 1999; Juodaitytė, 2000; Leliūgienė, 2002; Leonavičius 2003; Miškinis, 2003, 2006; Miškinis, 2006).

Mokslinėje literatūroje, vertinant su sveikata susijusią vaiko gyvenimo kokybę, šeimos dimensijai ir jos edukacinei raiškai nėra skiriamas konceptualus dėmesys. Edukacinis šeimos poveikis vaiko sveikatai dažniausiai analizuojamas per tėvų elgesio modeliavimą, auklėjimo stiliaus, socializacijos tipo identifikavimą. Ko gero, daugiausia tyrimų yra apie tėvų auklėjimo stiliaus įtaką vaiko su sveikata susijusiai rizikos elgsenai, pvz., rūkymui, alkoholio vartojimui, seksualinei elgsenai, mitybai, fiziniam aktyvumui (DeVore et al., 2005; Benard, 2006; Arredondo et al., 2006; Garmienė, 2007; O'Connor, Scott, 2007; Gubbels et al., 2009). Kai šeimos edukacinis poveikis aktualizuojamas socializacijos kontekste, vaiko sveikatos stiprinimas aiškinamas kaip socialinio tapsmo procesas. Per ugdymo ir socializacijos procesų tarpusavio sąsajų struktūrinės dimensijos galima stiprinti teigiamus aplinkos poveikius vaikams ir optimizuoti socialinių santykių su žmonėmis „tinklus“ (Juodaitytė, 2002, p. 228). Tačiau stokojama edukacinio poveikio mechanizmų sąsajų su gyvenimo kokybe.

Gyvenimo kokybės tyrimuose, kuriuose pripažįstama šeimos dimensijos svarba, metodologinėje plotmėje daugiau dėmesio reikėtų skirti kardinaliems šeimos pokyčiams: detradicionalizacijai, demokratizacijai ir individualizacijai ir jų daromai įtakai auklėjant vaikus– aktyviajai tėvystei (angl. *active fatherhood*), įjungtai tėvystei (angl. *involved fatherhood*), grindžiamai lyties galios santykių raiška ir vaikystės sampratos konstruojamą prigimtį (Chambers, 2012; Juozeliūnienė, 2012). Šeimos kaip sistemos analizė neturėtų būti grindžiama statiškomis, funkcinėmis kultūros sistemos prielaidomis, kurių pagrindas kultūros sistemos integracija per tiesioginį sociokultūrinių jėgų poveikį veikėjams, jų motyvacijų atitikimas normatyvinėms socialinės sistemos reikmėms. Sociologų požiūriu, „intensyvėjant socialinėms transformacijoms ir augant pačių sistemų sudėtingumui bei jų tarpusavio priklausomybei, į pirmą planą iškyla kokybinės pusės, kokybinių parametrų ir pokyčių nustatymas: paties vyksmo struktūros funkcionavimo bei raidos vidinio mechanizmo atskleidimas, pagrindinių jo kontūrų apibrėžimas“, kas įvardijama „kokybiniu virsmu“ (Grigas, 2001, p. 92). Minėtus šeimos pokyčių iššūkius metodologiniu požiūriu geriausiai pagrindžia vieno žymiausio XX a. pabaigos sociologo Giddens'o (1989, 2000) struktūrizacijos teorija, kuri atkreipia dėmesį į socialinės sąveikos tarp žmonių susidarymo tvarką, pirmiausia per subjektyvias patyrimo struktūras. Grigo požiūriu (2001), tokių struktūrų pagrindinė charakteristika yra įtampų laukai, kurių identifikavimas padeda suprasti kompleksinius socialinius reiškinius. Patyrimo ugdyme reikšmė konceptualiausiai analizuota Dewey'o (2014) ugdymo filosofijos darbuose (Kairė, 2013). Dewey'o (2014) požiūriu, labai svarbu pagrįsti ugdymą tomis kategorijomis, kurios padeda atsakyti tiesioginio reguliavimo ir poveikio mechanizmu paremto aiškinimo. Viena iš tokių kategorijų, Dewey'o požiūriu, yra *suinteresuotumas*, kuris bendrąja prasme turėtų būti suprantamas kaip „susirūpinimas“, „susidomėjimas“, „interesas“ (ten pat, p. 84),

kuris formuoja dinamiškas, lanksčias, nuolat prisitaikančias prie pokyčių ugdymo situacijas. Disertacijoje pristatomas KIDSCREEN klausimynas įgalina analizuoti gyvenimo kokybės vertinimą kaip dinamiškos įtampos lauką tarp vaikų ir tėvų, kai atskleidžiami vaikų ir tėvų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimų skirtumus ir panašumus formuojantys veiksniai. Šis požiūris sutampa su naujomis gyvenimo kokybės tyrimų kryptimis, kuriose akcentuojama tėvų ir vaikų gyvenimo kokybės vertinimų dermės svarba (Rajmil et al., 2013; Qadeer, Ferro, 2018).

Mokslinio tyrimo krypties identifikavimas: nuo sveikatos stiprinimo link gyvenimo kokybės. Gyvenimo kokybės tyrimų poreikis akivaizdus, tačiau užsienio mokslo darbuose dažniausiai tiriami sveikatos stiprinimo veiksnių optimizavimas (Repetti et al., 2002; Johannsen et al., 2006; Clark et al., 2007; Garckija, 2007; Pikó, Hamvai, 2009; Jago, 2010), fizinis aktyvumas (Pastor et al., 2003; Piko, Keresztes, 2006; Erkelenz et al., 2014; Pedišić et al., 2014; Soyang et al., 2016), rizikinga elgsena (DiClemente et al., 2001; Borawski et al., 2003; Page et al., 2010). Gyvenimo kokybė dažniau siejama su socialinių bei sveikatos paslaugų teikimo tobulinimo galimybėmis (Schalock, Alonso, 2002) negu su ugdymo procesu. Daugelyje tyrimų tik iš dalies paliečiama šeima kaip sistema. Moksliniuose tyrimuose yra skiriamas dėmesys šeimos vaidmeniui, valdant rizikos veiksniai: fizinis aktyvumas (Coleman, Iso-Ahola, 1993; Jago, 2010; Page et al., 2010; Tandon et al., 2012; Spengler et al., 2013; Pedišić et al., 2014; Erkelenz, 2014; Soyang Kwon, 2016), sveiką mitybą (Cullen et al., 2001; Johannsen et al., 2006; Clark et al., 2007; Kilani, Al-Qaryouti, 2017), alkoholio vartojimą (Gudžinskienė, Gedminienė, 2011). Tačiau šie tyrimai tik fragmentiškai susiję su gyvenimo kokybės klausimais.

Lietuvos mokslininkų darbuose vyrauja tyrimai apie moksleivių, studentų, mokytojų subjektyvias nuostatas, požiūrį į sveiką gyvenseną (Liaudanskas et al., 2007; Garmienė, 2007; Grinienė, 2007; Lamanauskas, Armonienė, 2011; Mejerienė, Kardelienė, 2011; Norkus, 2012; Gudžinskienė, Česnavičienė, 2013; Žaltauskė, 2017). Taip pat plačiai analizuojami atskiri sveikos gyvensenos komponentai: fizinis aktyvumas (Gudžinskienė et al., 2012; Strazdienė et al., 2012; Valintėlienė et al., 2012; Stukas et al., 2012; Adaškevičienė, 2014), sveikos mitybos įpročiai (Jelagaitė, 2002; Strazdienė, 2014). Tyrimuose siekiama atskleisti pedagogo vaidmenį formuojant vaikų sveiko gyvenimo nuostatas ir įgūdžius (Proškuviene et al., 2000; Petrauskienė, 2008; Petrauskienė, Ustilaitė, 2012; Gudžinskienė, Česnavičienė, 2002, 2013, 2013a).

Pastaruosius kelis dešimtmečius didžiausią dalį tyrimų sudaro sveikatos stiprinimo, ypač didelį dėmesį skiriant rizikos veiksnių valdymui ir gyvenimo būdo formavimui. Gyvenimo kokybės, skirtingai negu sveikatos stiprinimo, krypties tyrimai akcentuoja ne ligą ar jos nebuvimą, o ir savo sveikatos subjektyvų vertinimą. Tai gali suteikti daug vertingos informacijos apie sveikatos būklės riziką, ypač tais atvejais, kai fizinių prasidėjusios ligos požymių dar neįmanoma apčiuopti (cit. pagal Kaliatkaitė, Bulotaitė, 2014, p. 12).

Tyrimo problemos konceptualizavimas edukaciniu aspektu. Postmodernizmo įtakoje vykstant kritinei ugdymo paradigms kaitai, aktualu ieškoti koncepcijų, kurios padėtų atliepti šiuolaikinius ugdymo iššūkius (Bruzgelevičienė, 2008). Ypač daug kritikos sulaukia poveikio paradigma, postmodernizmo filosofijai aktualizuojant žmogaus sąmoningumo stiprinimo svarbą. Ligšioliniuose sveikatos ugdymo tyrimuose yra stipriai išreikšta poveikio paradigma, kai sveikatos ugdymas orientuojamas į sveikatai palankios elgsenos (Glanz et al., 2008), sveikos gyvensenos (Norkus, 2012) formavimą arba sveikatos rizikos veiksnių valdymą (Kalėdienė, Petrauskienė, Rimppele, 1999). Šiuolaikinio ugdymo paradigmos požiūriu, anot Aramavičiūtės (1998), apibrėžiant ugdymą pagrindinis dėmesys turėtų būti skiriamas asmenybės tapsmo procesui, kurį apibūdina tokios dimensijos kaip susitikimas, sąveika, prasmės atradimas (cit. pagal Bruzgelevičienė, 2014). Toks požiūris į ugdymą, anot Vabalio-Gudaičio (1983), yra socialinės konstrukcinės sąveikos koncepcija, kuri apibūdina bręstančiųjų ir subrendusiųjų siekį suartėti, susijungti. Tačiau tokia kontekste patiriama ugdymo tikslų ir veiksmų santykio problema, kurią dažnai tikimasi išspręsti perdėta nuolatine išorinės motyvacijos elementų paieška. Kai kada „vienintelė šios didaktinės aklavietės išeitis yra subjektyvistinė ugdymo metodologijos nuostata“ (Baranova, Degėsys, 2014, p. 313). Pagal šią nuostatą ugdymas konstruojamas „suteikiant galimybę suvokti save (savo santykį su pačiu savimi – taigi, ugdant savivoką, savižiną ir savikūrą), suvokti kitus (suvokiant savo santykį su kitais, priskiriant subjektiškumo sampratą ir kitiems visuomenės nariams) ir galimybę suvokti savo santykių su kitais tipą (suvokiant savo santykį su kitais). Didaktine prasme ši nuostata reiškia būtinybę akcentuoti kiekvieno žmogaus valios laisvę ir asmeninę atsakomybę už savo keliamų tikslų ir pasirinktų priemonių visumą“ (ten pat). Gyvenimo kokybė padeda žmogui išgryninti sąveikos su aplinka lauką, įsisąmoninant savo paties nuostatų vertybinius aspektus ir tokiu būdu būti atsakingam už savo sprendimus.

Asmens sąmoningumo ugdymo strategijos sulaukia vis daugiau tyrėjų dėmesio, analizuojant kritinį mąstymą, reflektyvumą, dialogą (Duoblienė, 2006; Ruškė, 2014; Kolbergytė, Indrašienė, 2012). Sąmoningumas siejamas su asmens „žiniomis apie tikrovę, gebėjimais stebėti, pažinti, suprasti, atsakingai analizuoti save bei supančią aplinką, savus įsitikinimus, vertybes bei elgesio prasmes ir pagrįstumą“ (Kolbergytė, Indrašienė, 2012, p. 422). Tačiau ne mažiau svarbus yra *socialinis sąmoningumas*, kuris leidžia pažvelgti į situaciją kitų žmonių akimis ir įsijausti į kitų žmonių jausmus; suvokti ir vertinti individualius ir grupinius panašumus bei skirtumus; tinkamai naudotis šeimos, mokyklos, bendruomenės ištekliais (Valantinas, 2009; cit. pagal Kolbergytė, Indrašienė, 2012, p. 425). Šia prasme socialinis sąmoningumas glaudžiai sąveikauja su asmens gyvenimo kokybe. Ligšioliniuose gyvenimo kokybės vertinimo tyrimuose vyrauja nominatyvus vertinimas, išreiškiamas asmens subjektyviu požiūriu. Šiame disertaciniame darbe vystoma nauja tyrimų kryptis, kai vertinant gyvenimo kokybę ieškoma dermės tarp tėvų ir vaikų požiūrių skirtumų, o tai sudaro prielaidas

dialogui vertinant gyvenimo kokybę. Dialogas yra socialinio ugdymo pamatas, nes, anot Duoblienės (2006), kuria socialinį santykį, grindžiamą pasitikėjimu, vienas kito vertingumo pripažinimu. Neabejotinai šeima yra ideali erdvė skirtingų nuomonių dermės paieškai, siekiant sąmoningo, ugdomojo dialogo.

Apibendrinant metodologinius argumentus, galima formuoti šiuos disertacinio darbo **probleminius klausimus**:

Kokia edukacinės šeimos dimensijos raiška su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės vertinimo kontekste? Kaip su sveikata susijusių vaikų gyvenimo kokybę įsivertina vaikai ir kaip šį įsivertinimą sąlygoja sociodemografiniai aspektai? Kokios yra identifikuotos šio įsivertinimo sąsajos su sociodemografiniais aspektais? Kaip su sveikata susijusių vaikų gyvenimo kokybę vertina tėvai ir kaip jų vertinimą sąlygoja sociodemografiniai aspektai? Kokios yra šio vertinimo sąsajos su sociodemografiniais aspektais? Kokie veiksniai išreiškia su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės vaikų įsivertinimo ir tėvų vertinimo dermę?

Tyrimo objektas – su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės vertinimo edukacinė šeimos dimensija.

Mokslinio tyrimo tikslas – konceptualizuoti šeimos edukacinės dimensijos raišką su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės tėvų vertinimo ir vaikų įsivertinimo sąveikos kontekste.

Siekiant iškelto tikslo, suformuluoti šie tyrimo **uždaviniai**:

1. Teoriškai pagrįsti su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės sampratą, atskleidžiant jos kompleksiskumą.
2. Konceptualizuoti edukacinę šeimos dimensiją, vertinant su sveikata susijusių vaikų gyvenimo kokybę.
3. Sistemiškai atskleisti tėvų ir vaikų subjektyvų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimą lemiančius veiksnius.
4. Operacionalizuoti edukacinę šeimos dimensiją vertinant su sveikata susijusių vaikų gyvenimo kokybę.

Mokslinis reikšmingumas. Disertacinis darbas prisideda prie edukologijos mokslo objekto pažinimo keletu aspektų:

- Atskleidžiamas iki tol edukologijos mokslinėje literatūroje mažai nagrinėtas su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės koncepcijos reikšmingumas.
- Konceptualizuotas šeimos edukacinis potencialas su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės kontekste.
- Pristatoma su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės vaikų įsivertinimo ir tėvų vertinimo dermės analizė bei sąsajos su sociodemografiniais aspektais.
- Validuotas ir Lietuvos kontekste pritaikytas KIDSCREEN 52 klausimynas.

Praktinis reikšmingumas. Disertacinio darbo praktinė reikšmė aktuali tiek švietimo ir sveikatos sistemos strategams, tiek mokslininkams, specialistams, dirbantiems su šeimomis, bei pačioms šeimoms:

- Švietimo ir sveikatos sistemos strategams aktuali literatūros apžvalgos dalis, aktualizuojanti šeimos dimensijos svarbą vaiko su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei, o ir tai patvirtinantys empirinio tyrimo rezultatai. Tai leidžia pagrįsti šeimos dimensijos įtraukimą ir aktualizavimą švietimo ir sveikatos sistemos dokumentuose.
- Mokslininkams disertacinis darbas aktualus tiek, kiek leistų plėtoti su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės stebėseną, tirti vaikų sveikatos stiprinimo raišką su sveikata susijusios gyvenimo kokybės kontekste, atkreipti dėmesį į gyvenimo kokybės daugiadimensiškumą, rengiant pedagogus, visuomenės sveikatos ir kitus specialistus.
- Specialistams, dirbantiems su šeimomis, šis darbas leistų patiems aktualizuoti holistinį požiūrį į vaiko sveikatą bei padėti šeimoms stiprinti su sveikata susijusią vaikų gyvenimo kokybę.
- Disertacinis darbas šeimoms padės suprasti skirtingų gyvenimo kokybės dimensijų reikšmę vaiko sveikatai.
- Disertacijos tarpdiscipliniškumas (integruoti visuomenės sveikatos, edukologijos, sociologijos, psichologijos mokslai) gali sustiprinti bendradarbiavimą tarp sektorių stiprinant su sveikata susijusią vaikų gyvenimo kokybę bei formuojant vaiko sveikatai palankią aplinką.

Disertacijos tyrimas vykdytas šiais etapais:

1. Tyrimo metodikos rengimas. 2013 m. sausis–spalis.
2. Teorinis tyrimas: su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sampratos konceptualizavimas, su sveikata susijusios vaiko gyvenimo kokybės reikšmingumo nustatymas, aplinkos vaidmens su sveikata susijusiai vaiko gyvenimo kokybei užtikrinti analizavimas, šeimos edukacinės dimensijos aktualizavimas. 2013 m. birželis – 2014 m. birželis.
3. Empirinis tyrimas:
 - 3.1. Instrumento vertimas, validavimas. Kiekybinis tyrimas atliekamas naudojant KIDSCREEN 52 klausimynus (vaikų ir paauglių versiją bei tėvų versiją). Gautas šio tyrimo instrumento grupės rengėjų sutikimas naudoti šį klausimyną. Klausimyno vertimas ir validavimas atliktas pagal nustatytą metodiką. Klausimynui pritarė Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Bioetikos komisija. 2014 m. rugsėjis – 2015 m. sausis.
 - 3.2. Žvalgomasis tyrimas. Prieš atliekant tyrimą, tėvų bei vaikų klausimyno tinkamumui įvertinti pasirinkta 140 respondentų (70 vaikų bei 70 jų tėvų). Jų paprašyta ne tik užpildyti klausimyną, bet ir išreikšti savo nuomonę apie klau-

simyną. Taip pat buvo vertinama, ar pateikiamų klausimų ir atsakymų variantų pakanka respondentams atsakyti į klausimus, ar tinkama klausimyno apimtis, klausimų išdėstymas. Atsižvelgus į bandomojo tyrimo dalyvių nuomonę ir komentarus, buvo klausimai nežymiai pakoreguoti. 2015 m. kovas–gegužė.

- 3.3. Pasirengimas tyrimui. Siekiant sudaryti reprezentatyvią 8–18 metų mokinių Lietuvos imtį (remiantis Statistikos departamento 2015 m. sausio 1 d. duomenimis) iš visų 60 Lietuvos savivaldybių, iš 1195 mokyklų buvo atsitiktinai atrinkta apytiksliai 1 proc. mokyklų. Taikytas klasterinės atrankos metodas. Atranka atlikta iš mokyklų sąrašo, panaudojant SPSS programinę įrangą atsitiktinių skaičių generatoriumi. Siekta, kad mokiniai būtų apklausti mažiausiai vienoje mokykloje penkiuose didžiuosiuose miestuose ir iš geografinio regiono vieno miesto ar vieno kaimo. Lietuva suskirstyta į penkis regionus: Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio. Šiuose regionuose atrinktos 8 savivaldybės ir 11 bendrojo lavinimo įstaigų jose. 2015 m. liepa–rugsėjis.
- 3.4. Tyrimo vykdymas. 2015 m. spalio – 2016 m. vasaris.
- 3.5. Gautų duomenų analizė, apibendrinimas, išvadų parengimas. 2016 m. kovas–gruodis.
4. Daktaro disertacijos parengimas. 2017 m. sausis – 2018 m. liepa.

Darbo struktūra. Disertacinį darbą sudaro įvadas, literatūros analizės skyrius, tyrimo metodologijos skyrius, tyrimo rezultatų aptarimo skyrius, diskusija, išvados, rekomendacijos, literatūros sąrašas ir priedai. Disertaciniame darbe pateiktos 24 lentelės bei 13 paveikslų. Disertaciniam darbui panaudoti 274 šaltiniai.

I.

Literatūros apžvalga

Atsižvelgiant į tyrimo objektą (su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės vertinimo edukacinė šeimos dimensija), parengti trys literatūros analizės poskyriai.

Pirmajame poskyryje pateikiama plati mokslinės literatūros apžvalga, leidžianti tarpdiscipliniškai konceptualizuoti su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sampratą. Nuo tradicinės sveikatos sampratos, pereinant prie holistinio požiūrio, akcentuojama vis auganti socialinių aspektų svarba, kuri įgalina susieti sveikatos ir gyvenimo kokybės koncepcijas. Taip pat šiame poskyryje aktualizuojamas asmens vaidmuo stiprinant sveikatą.

Antrajame poskyryje besikeičiančio požiūrio į vaikus kontekste, konceptualizuojamas su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės vertinimas. Skiriamas dėmesys įvairių vaikų gyvenimo kokybės vertinimo instrumentų apžvalgai. Taip pat šiame poskyryje atskleidžiama aplinkos svarba stiprinant vaiko sveikatą, pabrėžiant, kad aplinkos bei socialiniai veiksniai formuoja vaiko sąmoningumą ir tuo yra reikšmingi su sveikata susijusiai vaikų gyvenimo kokybei.

Trečiasis poskyris atskleidžia šiuolaikinės šeimos pokyčius, dėl kurių jai reikalinga vis didesnė pagalba, ugdant vaiko sveikatą. Gyvenimo kokybė aktualizuojama kaip konceptualiai naujas požiūris į šeimos edukacinį potencialą.

Atliekant literatūros analizę buvo nagrinėjamos mokslinės publikacijos, esančios prenumeruojamose bei laisvos prieigos duomenų bazėse (EBSCO, Sage, Science Direct, Taylor & Francis, Wiley Online Library, Thomson Reuters, Google Scholar ir kt.), kuriose šaltiniai atrinkti remiantis raktiniais žodžiais, tematikomis bei citavimo dažnumu.

1.1. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sampratos konceptualizavimas

1.1.1. Sveikatos ir gyvenimo kokybės sąsajos

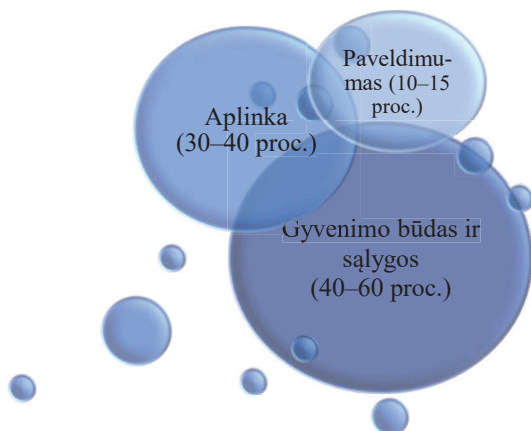
Nors sveikatos kompleksiskumo fenomenas suvoktas seniai, tačiau medicinos mokslo diskurse šis reiškinytis formalizuotas tik XX a. viduryje, kai 1948 m. Pasaulio sveikatos organizacija (toliau – PSO) nurodė, kad sveikata yra visapusė fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė, o ne tik ligų ar negalios nebuvimas (Kalėdienė, Petrauskienė, Rimppele, 1999; Staškutė, 2014). Tokios sampratos įtvirtinimas paskatino kompleksinių sveikatą lemiančių veiksnių paiešką bei jų analizę.

XX a. antrojoje pusėje siekiama atsakyti į klausimą, koks yra sveikatą lemiančių fizinės, dvasinės ir socialinės dedamųjų tarpusavio santykis. Daug autorių sveikatą labiausiai lemiančiais veiksniais laiko gyvenimo būdą ir sąlygas bei mus supančią aplinką (Dadelo, 2015) (1 pav.). Holistiniu požiūriu, sveikatą lemiančių veiksnių sąveika nėra suminis reiškinytis. Holizmas (gr. Holos – „visas“) įgalina suvokti reiškinytį kaip tam tikrą vientisą sistemą, netolygią jos elementų sumai (Mačinskas, Valius, 2000). Be to, holistinis sveikatos konceptualizavimas grindžiamas fizinio, dvasinio ir socialinio aspektų tarpusavio darna (Mikaitienė, Volberkienė, 1997; Mačinskas, Valius, 2000). Holistinis požiūris į sveikatą konceptualiai paaiškina sveikatą lemiančių veiksnių darną.

Kompleksinis požiūris į sveikatą skatino skirtingų mokslo disciplinų – biomedicinos, sociologijos, psichologijos – integralumą, kuriuo siekiama apimti ir derinti skirtingus modelius. Biomedicininis modelis nurodo biologines ligos priežastis, kurių reikia ieškoti žmogaus organizme, tačiau šis modelis neskiria pakankamai dėmesio žmogaus socialinei ir psichologinei aplinkai. Psichosocialinis modelis nurodo ligų priežasčių ieškoti žmogaus socialinėje ir psichologinėje aplinkoje. Atskirų modelių integralumas yra labai kompleksiškas ir vis dažniau įvardijamas kontinuumu (žr. 2 pav.).

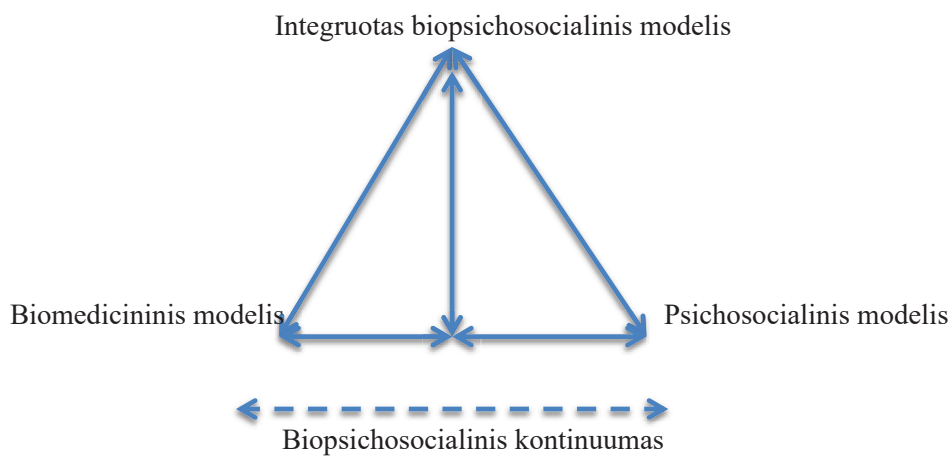
Tarpdisciplininio požiūrio į sveikatą perspektyvoje konstruojamos sveikatos stiprinimo strategijos, apimančios medicininius, biomedicininis, psichologinius, socialinius veiksnis (3 pav.).

Sveikatos stiprinimo strategijoms įgyvendinti pasitelkiami *skirtingi modeliai*, kurie skiriasi sveikatos sampratos interpretacija. Sveikatos stiprinimo strategijose pasitelkus medicininį ar funkcinį modelį (angl. *medical or functional model*), akcentuojami medicininiai sveikatos požymiai ir jų charakteristikos. Čia sveikata pateikiama kaip ligos ar simptomų nebuvimas, o fiziologinės funkcijos ir organizmo sistemų sąveika apibūdinama tik medicinškai. Šis modelis tinkamiausias, kai sveikatos stiprinimo strategija orientuota į ligų prevenciją. Siekiant sveikatos stiprinimo strategijomis formuoti sveiką gyvenseną, pasitelkiamas biomedicininis sveikatos modelis (angl. *biomedical health*



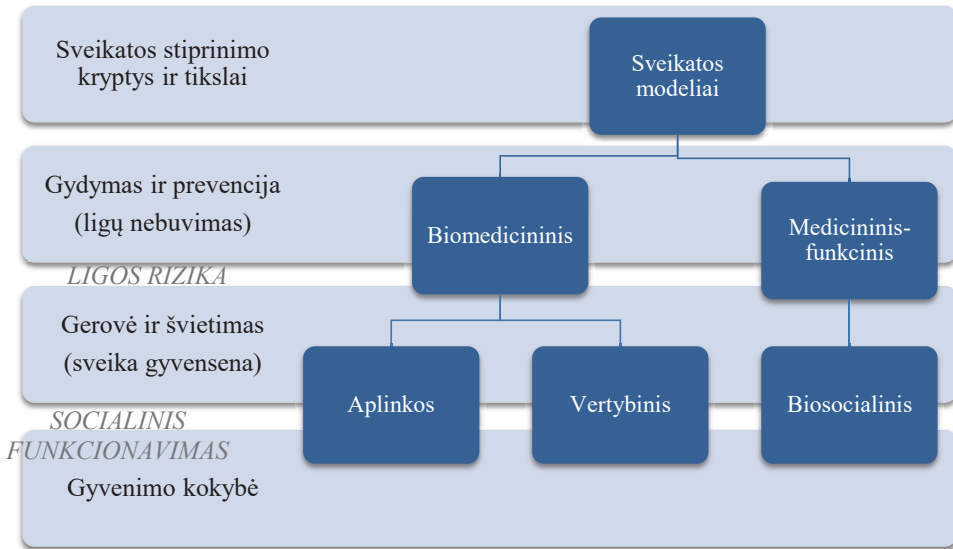
1 pav. Sveikatą lemiantys veiksniai

Parengta disertacijos autorės pagal Dadelo (2015).



2 pav. Sveikatos modelių įvairovė ir integralumas

Šaltinis: Pardeck et al. (2001, p. 63).

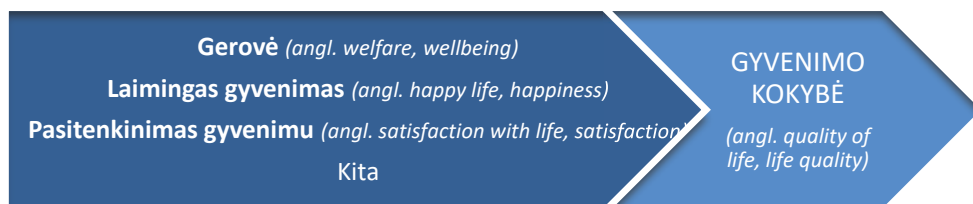


3 pav. Sveikatos koncepcijų ir sveikatos stiprinimo kryptų tarpusavio ryšiai

Parengta disertacijos autorės.

model). Sveikata čia suprantama kaip organinių ir funkcinų sutrikimų nebuvimas, t. y. būseną, kai pats žmogus jaučiasi sveikai. Čia pabrėžiama gamtinė žmogaus prigimtis ir biologinių dėsningumų reikšmė jo veiklai bei sveikatai. Naudojant biosocialinį sveikatos modelį (angl. *biosocial health model*) į vieną visumą integruojami biologiniai ir socialiniai požymiai, akcentuojama jų tarpusavio vienovė, tačiau prioritetas skiriamas socialiniams požymiams. Aptariant vertybinį socialinį sveikatos modelį teigiama, kad sveikata – didžiausia vertybė, būtina visaverčiam žmogaus gyvenimui, visapusiškai saviraiškai. Pastarieji du modeliai taip pat reikšmingi sveikos gyvensenos formavimui. Nuo XX a. vidurio sveikatos stiprinimo strategijose esminis poslinkis vyksta nuo ligų rizikos valdymo prie socialinio funkcionavimo stiprinimo (3 pav.). Nagrinėti atskiri modeliai, įgyvendinant sveikatos stiprinimo strategijas, neleidžia atskleisti holistinio požiūrio į sveikatą. Tad tam galėtų padėti gerovės modelio integravimas į sveikatos stiprinimo strategiją, kai stiprinant sveikatą siekiama ne tik geresnio kūno funkcionavimo, bet ir siekiama kūno, sielos bei proto integralumo.

Gerovė (angl. *wellbeing*) yra labai plati sąvoka. Ji apima fizinį, dvasinį, psichologinį, socialinį, emocinį klotus, kurie lemia teigiamus jausmus, pozityvią elgseną, fizinę ir psichinę sveikatą, prasmingus socialinius ryšius (Bartels, 2015). Tyrimai rodo, jog gerovė nulemia ilgaamžiškumą (Steptoe, 2012). Pasitenkinimas gyvenimu glaudžiai siejasi



4 pav. Gyvenimo kokybės dimensijos

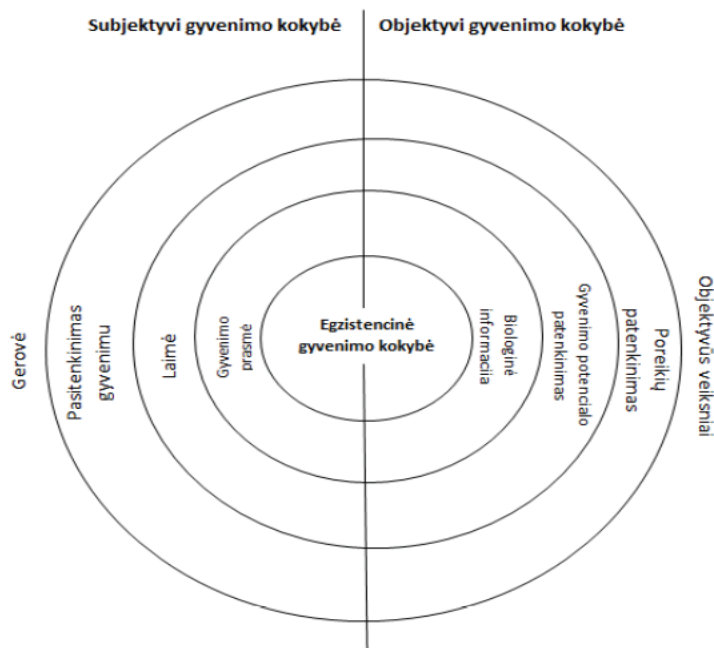
Šaltinis: Janušauskaitė (2008).

su tokiais sociodemografiniais parametrais kaip išsilavinimas, amžius, šeiminė padėtis, tam tikrais susirgimais (pavyzdžiui, depresija) bei rizikinga elgsena (pavyzdžiui, rūkymu, mažu fiziniu aktyvumu) (Steptoe, 2012). Gerovės modeliai akcentuoja ne ligą ar jos nebuvimą, o pozityvų funkcionavimą, sąmoningą sveikatos stiprinimą (Kaliatkaitė, Bulotaitė, 2014). Anot mokslininkų, siekiant numatyti ligos pradžią ar eigą svarbu įvertinti ne tik standartinius rizikos veiksnius, tokius kaip fiziniai simptomai ar sveikatai žalinga elgsena, bet ir subjektyvų individo vertinimą, kuris gali suteikti daug vertingos informacijos apie sveikatos būklės riziką, ypač tais atvejais, kai fizinių prasidėjusios ligos požymių dar neįmanoma apčiuopti (Adams, Bezner, Steinhardt, 1997; Kaliatkaitė, Bulotaitė, 2014). Subjektyviai vertindamas savo sveikatą individas gali kalbėti apie laimę, pasitenkinimą gyvenimu, ekonominę ar fizinę gerovę. Taip yra todėl, kad visos šios paskiros sąvokos tampa atskiromis dimensijomis vertinant gyvenimo kokybę (4 pav.). Gerovė yra tik viena iš gyvenimo kokybės dimensijų.

Gyvenimo kokybė turi skirtingas reikšmes ir skirtingiems žmonėms reiškia skirtingus dalykus. Nors gyvenimo kokybės tyrimų sritis siejama su 1960 metais (Janušauskaitė, 2008), tačiau iki šiol vis dar nėra pateikiama vieninga gyvenimo kokybės samprata. Mokslinėje literatūroje galima aptikti labai skirtingų gyvenimo kokybės (angl. *quality of life*) sąvokos apibrėžimų. Pasaulio sveikatos organizacija 1997 metais pažymėjo, jog gyvenimo kokybė – tai individualus savo vietos gyvenime vertinimas kultūros ir vertybių sistemos, kurioje individas gyvena, kontekste, susijęs su jo tikslais, viltimis, standartais, interesais (Savičiūtė, 2013). Gyvenimo kokybės samprata, parodanti materialinių ir kultūrinių sąlygų svarbą gyvenimo kokybei, atskleidžia žmonių materialinių bei kultūrinių gyvenimo sąlygų ypatybes bei savybes, lyginant su standartu arba tam tikru lygiu, šių sąlygų tinkamą patenkinimą (Janušauskaitė, 2008). O Eurostat, atliekanti vertinimus gyvenimo kokybės srityje, pažymi, kad gyvenimo kokybė yra platesnė sąvoka nei ekonominė gerovė ir pragyvenimo lygis. Jis apima veiksnus, kurie yra reikšmingi žmogaus gyvenime (Eurostat statistical book, 2015). Tokius svarbius gyvenimo kokybei veiksnus nurodo Rakauskienė ir Servetkienė (2011), pažymėdamos, jog gyvenimo ko-

kybė yra sąveika, kuri atspindi demografinių ir sveikatos bei sveikos aplinkos, materialinių, kultūrinių, dvasinių poreikių patenkinimo laipsnį, kuris matuojamas makrolygiu (visos šalies mastu) ir mikrolygiu (atsižvelgiant į žmogaus požiūrį). Šiandien pripažįstama, jog gyvenimo kokybė yra daugiakomponentė sąvoka, ir visų komponentų tarpusavio sąveika sudaro gyvenimo kokybės esmę.

Kitas bendrumas, kurį aptinkame nagrinėdami įvairias gyvenimo kokybės sampratas, jog gyvenimo kokybė visada apima dvi jos dedamąsias: objektyviąją gyvenimo kokybę ir subjektyviąją gyvenimo kokybę. Anot Vazonienės (2010), dėmesio koncentravimas tiek į objektyvų, tiek ir į subjektyvų gyvenimo kokybės vertinimą rodo, kaip keitėsi požiūris į kiekvieno asmens, visuomenės gero gyvenimo supratimą per laiką, kartu praplėstė suvokimą, kodėl šiandien gyvenimo kokybės tyrimai tokie svarbūs. *Objektyvi* gyvenimo kokybė – tai objektyviais rodikliais, indikatoriais, kriterijais įvertinama gyvenimo kokybė. Ji paprastai remiasi objektyvia statistika, įvairių institucijų pateikiama statistine informacija (Contanza et al., 2007; Vazonienė, 2010). Objektyvūs gyvenimo kokybės aspektai apima: pajamas, šeiminių padėčių, sveikatos būklę, kasdienius kontaktus su kitais žmonėmis, funkcinius ir socialinius aspektus (Boelhouwer, Noll, 1987). Pasak tyrėjų, objektyvi gyvenimo kokybė išreiškia žmogaus funkcionavimui aktualią aplinkos rodiklių raidą tam tikros kultūros kontekste (Boelhouwer, Noll, 1987). Objektyvi gyvenimo kokybė indikuoja kultūros įtaką žmogaus gyvenimui. Bendrąja prasme prisitaikymas prie egzistuojančių kultūros normų yra subjektyvios gerovės prielaida (Ventegodt et al., 1994a, 1994b, 1994c, 1995, 1997, 2002, 2003a, 2003b, 2003c, 2003d, 2003e, 2005). *Subjektyvi* gyvenimo kokybė – tai subjektyvi asmens savivoka apie jo gyvenimo kokybę skirtingose gyvenimo srityse. Subjektyvios gyvenimo kokybės sampratos reikšmingumui augančioms studijoms ir tyrimams didelę įtaką turėjo pozityviosios psichologijos stiprinimas (Contanza et al., 2007; Vazonienė, 2010). Subjektyvi gyvenimo kokybė nusako individo išreikštą vertinimą socialinio funkcionavimo klausimais (Ravens-Sieberer et al., 2009). Anot Ventegodt'o ir bendraautorių (2005), sveikatos ir gyvenimo kokybės suvokimas didele dalimi priklauso nuo žmogaus savimonės. Mokslininkų teigimu, individai, vertindami gyvenimo kokybę, dažnai ją tapatina su geru gyvenimu (Ventegodt, Merrick, Andersen, 2003). Jei individas prisiima atsakomybę už gyvenimą, jis stiprina sveikatą ir padeda sau (Ventegodt et al., 2005). Moksliniuose šaltiniuose galima rasti objektyvios ir subjektyvios gyvenimo kokybės sampratų, pristatančių egzistencinę gyvenimo kokybės koncepciją (Ventegodt et al., 2005, 2007). Pastaroji paaiškina gerą asmens socialinį funkcionavimą esant prastoms sąlygoms (ligai), nurodo, kad žmogus, esant patenkinamiems visiems jo poreikiams, gali jausti gyvenimo prasmės ar laimės stoką, ir atvirkščiai. *Egzistencinė* gyvenimo kokybė išreiškia žmogaus atsakomybę ir apsisprendimą vertybių lygmenyje integruoti poreikių patenkinimą su gyvenimo prasmės siekiais. Ji atlieka mediatoriaus vaidmenį tarp objektyvios ir subjektyvios gyvenimo kokybės (5 pav.). Subjektyviosios ir objektyviosios gyvenimo kokybės integravimas sudaro galimybes tiksliau išmatuoti gyvenimo kokybę ir aiškiau suprasti jos prielaidas.



5 pav. Integruota gyvenimo kokybės teorija

Šaltinis: Ventegodt et al. (2003, p. 1032).

Tyrėjai, nagrinėjantys kompleksiskai gyvenimo kokybės sąvoką, kelia klausimą, kokių rodiklių derinys padeda kuo tiksliau išmatuoti gyvenimo kokybę. Gyvenimo kokybės mokslinių tyrimų pradžia siūloma laikyti Allard'o 1987 metais atliktą tyrimą „Turėjimas, mylėjimas, buvimas“, kai pirmą kartą atkreiptas dėmesys į objektyvių ir subjektyvių aplinkybių svarbą žmogaus gyvenime (Servetkienė, 2012; Valiulienė, 2017). Vieni iš pirmųjų gyvenimo kokybės indeksų autoriai (Ferrans, Powers, 1984) siūlo kompleksiskai vertinti pasitenkinimą gyvenimu, sveikatą ir veiklą, psichologinę ir dvasinę savijautą, socialinę–ekonominę gerovę, šeimos gyvenimą (Servetkienė, 2012, cit. iš Valiulienė, 2017).

Nuo 1990 m. pradėtas taikyti žmogaus socialinės raidos indeksas (angl. *Human Development Index, HDI*), kaip atsvara ekonominių veiksnių sureikšminimui. HDI vertina ne tik žmogaus pajamas, bet ir socialinio pasirinkimo galimybes, kurios susijusios su žiniomis (raštingumo bei išsimokslinimo lygis), gyvenimo lygiu (bendrasis vidaus produktas, tenkantis vienam gyventojui) ir kitais veiksniais (Milaševičiūtė, Pukelienė, Vilkas, 2006; Rakauskienė, Servetkienė, 2011). Nemaža dalis gyvenimo kokybės indeksų apima 9 sritis: materialinė gerovė (vertinama pagal BVP, tenkanti

vienam gyventojui), sveikata (vertinama pagal vidutinę tikėtiną gyvenimo trukmę), politinis stabilumas ir saugumas, šeiminiis gyvenimas (vertinamas pagal skyrybų skaičių, tenkantį 1000 gyventojui), visuomeninis gyvenimas (bažnyčios lankymas, narystė visuomeninėse organizacijose), geografinės sąlygos (vertinamos pagal vyraujančią klimata), darbo saugumas (vertinamas pagal nedarbo lygį), politinė laisvė, lyčių lygybė (vertinama pagal vyrų ir moterų darbo užmokesčio santykį) (Milaševičiūtė et al., 2006; Rakauskienė, Servetkienė, 2011; Valiulienė, 2017). Pasak Janušauskaitės (2008), nors gyvenimo kokybės tyrimai apima keletą gyvenimo sričių, tačiau pagrindinės sritys išlieka tos pačios: ekonominė, socialinė, politinė, aplinkos ir kultūros. Tokios gyvenimo sritys išskirtos ne per vienerius metus ir jos naudojamos atliekant gyvenimo kokybės tyrimus makro (šalies) lygmeniu.

Gyvenimo kokybės tyrimų klausimynuose išlieka skirtingas gyvenimo kokybės dimensių skaičius, kuris svyruoja nuo šešių iki dešimties (WHOQOL Group, 1995; Cummins, 1997; Felce, 1997; Schalock, 2000; Hagerty et al., 2001; Keith, 2001; The European Kidscreen Group, 2006) (žr. 1 lentelė).

Disertacijos autorės tyrimui naudotas KIDSCREEN 52 klausimynas sudaro 10 GK dimensių (The European Kidscreen Group, 2006).

Kiekviena gyvenimo kokybės dimensija savaip svarbi asmens gyvenimo kokybei ir tai priklauso nuo žmogaus poreikių bei subjektyvaus savo sveikatos vertinimo.

Dimensija, kuri randama daugelyje gyvenimo kokybės klausimynų, yra sveikata. Sveikata individo suvokimu yra artimiausia gyvenimo kokybės sąvokai. Sveikatos reikšmę žmogaus gyvenimo kokybei galima rasti tiek užsienio, tiek ir Lietuvos mokslininkų darbuose. Juozulynas et al. (2005) teigia, jog tik sveikas žmogus gali fiziškai, protiškaiai ir socialiai veikti bei pajusti teigiamą emocinę būseną: pasitenkinimą ir laimę, o tai yra subjektyvūs gyvenimo kokybės komponentai (Juozulynas et al., 2005). Atlikti tyrimai patvirtina, kad sveikatos įtaka gyvenimo kokybei didelė: sveiki žmonės 2,7 karto dažniau patenkinti savo gyvenimu nei sergantieji (Milaševičiūtė, Pukelienė, Vilkas, 2006). Siekiant išsamiau nustatyti, kokie su sveikata susiję veiksniai lemia bendrą gyvenimo kokybę, suformuluotas atskiras terminas – su sveikata susijusi gyvenimo kokybė (angl. *health related quality of life*). Kadangi kiekviena mokslo sritis į gyvenimo kokybę žiūri iš skirtingų pozicijų, formuoja skirtingas sampratas, svarbu apibrėžti, kas yra su sveikata susijusi gyvenimo kokybė ir kuo skiriasi nuo bendrosios gyvenimo kokybės sampratos. Lietuvių mokslininkų darbuose galima rasti su sveikata susijusios gyvenimo kokybės apibrėžimų, kuriuose akcentuojama sveikatos būklė ir požiūris į ją. Staškutė (2014) pažymėjo, kad „su sveikata susijusi gyvenimo kokybė yra atspindys to, kaip žmonės suvokia ir reaguoja į savo sveikatos būklę ir su sveikata susijusius veiksnius, tokius kaip fizinė, funkcinė, emocinė, psichinė gerovė, bei su sveikata tiesiogiai nesusijusius veiksnius, tokius kaip darbas, šeima, draugai ir kt.“ (Staškutė, 2014, p. 9). Medicinoje dažniausiai tyrinėjama gyvenimo kokybė apima fizinį, psichinį ir socialinį sveikatos lygmenį, turinčius įtakos asmens patirčiai,

1 lentelė. Pagrindinės gyvenimo kokybės dimensijos (PGKS)

Felce (1996)	Schalock (2000), p. 118	PSO (1993)	Hagerty et al (2001), pp. 74–75	Cummins (1997)	KIDSCREEN 52
Fizinė gerovė	Fizinė gerovė	Fizinė	Sveikata	Sveikata	Fizinė gerovė
Materialinė gerovė	Materialinė gerovė	Aplinkos	Materialinė gerovė	Materialinė gerovė	Finansiniai ištekliai
Socialinė gerovė	Socialinė įtrauktis	Socialinių santykių	Jausmas, kad esi vietinės bendruomenės dalis	Bendruomenės gerovė	Socialinis palaikymas ir bendraamžiai
Produktyvumo (productive) gerovė			Darbas ir produktyvi veikla	Darbas / produktyvi veikla	Mokyklos aplinka
Emocinė gerovė	Emocinė gerovė		Emocinė gerovė	Emocinė gerovė	Nuotaika ir emocijos
		Psichologinė			Psichologinė gerovė
Teisės arba pilietinė gerovė	Teisės				
	Tarpasmeniniai santykiai		Santykiai su šeima ir draugais	Socialiniai / šeimos ryšiai	Santykiai su tėvais ir gyvenimas šeimoje
	Asmeninis tobulėjimas				
	Apsisprendimo / pasirinkimo teisė	Nepriklausomybės lygis			Savarankiškumas
		Dvasinė			
			Asmeninis saugumas	Saugumas	Socialinis priėmimas (patyčios)
					Savęs suvokimas

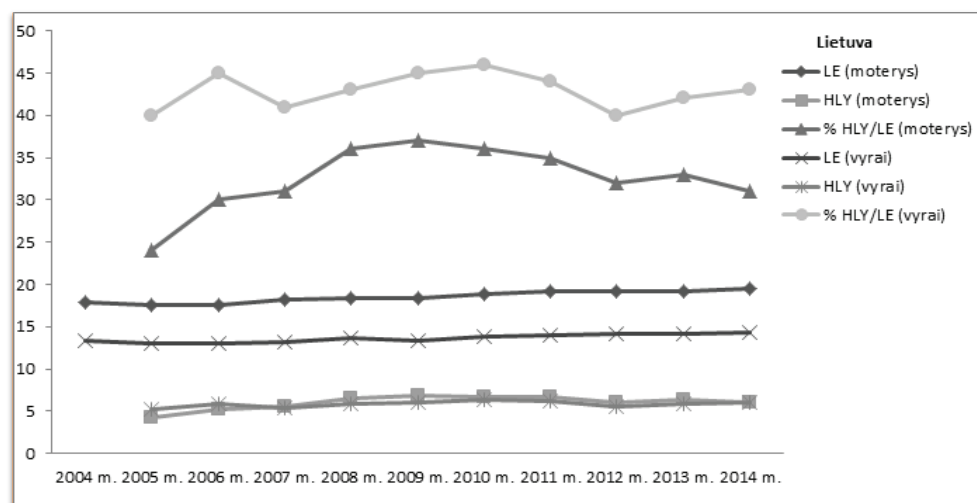
įsitikinimams, lūkesčiams ir pojūčiams (Servetkienė, 2013). Panašūs su sveikata susijusios gyvenimo kokybės apibrėžimai randami užsienio autorių darbuose. Europos medicinos agentūra (2006) pateikė: „Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė yra plati sąvoka, kuri gali būti apibrėžiama, kaip paciento subjektyvus požiūris į ligos ir jos gydymo poveikį savo kasdieniam gyvenimui, fiziniam, psichologiniam ir socialiniam

funkcionavimui ir gerovei“ (European Medicines Agency, 2006). Pasak Pettersen'o (2008), su sveikata susijusi gyvenimo kokybė gali būti apibūdinama kaip subjektyvus pacientų požiūris, kaip išlaikyti savo fizines, emocines ir psichologines funkcijas, leidžiančias dalyvauti šeimos, darbo ir visuomeniniame gyvenime. Įvairių autorių pateikti su sveikata susijusios gyvenimo kokybės apibrėžimai rodo, jog ši sąvoka glaudžiai siejasi su gyvenimo kokybės samprata ir atspindi holistinį požiūrį į sveikatą.

Holistinį požiūrį į su sveikata susijusią gyvenimo kokybę rodo ir šios srities tyrimai. Vertinant su sveikata susijusią gyvenimo kokybę, galima vertinti tik simptomus, lemiančius sveikatos būklę, tačiau būtina vertinti ir individualius aspektus, svarbius gyvenimo kokybei (Juczynski, 2006). Tokie aspektai gali būti: įvairių formų kasdienė veikla (ėjimas, valgymas), simptomų įtaka emocijoms ir pažinimui, užimtumo galimybės, švietimas, poilsis, asmeninės savybės, asmeniniai ištekliai, socialinė parama (Juczynski, 2006). Nilsson (2012) išskyrė pagrindinius veiksniai, kurie veikia su sveikata susijusią gyvenimo kokybę: sociodemografiniai veiksniai, psichologiniai veiksniai (išoriniai – socialinė aplinka, socialinė parama; vidiniai – asmens psichologinės charakteristikos, emocingumas, vidinė darna, saviveiksmingumas), gyvenimo būdo veiksniai ir biomedicininiai veiksniai. Ne tik Lietuvoje, bet ir visoje Europos Sąjungoje tyrimų metu naudojamas išvestinis su sveikata susijusią gyvenimo kokybę atspindintis rodiklis – valstybės gyventojų sveikų gyvenimo metų rodiklis. Jis skaičiuojamas naudojant ne tik sergamumo lėtinėmis ligomis rodiklius, bet ir savo sveikatos vertinimo rodiklius. Lietuvoje tiek moterų, tiek ir vyrų grupėje vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės ir sveikų gyvenimo metų rodikliai gerokai žemesni nei 28 Europos Sąjungos šalių vidurkis (European Health and Life Expectancy System) (6 pav.).

Sveiko gyvenimo metų rodiklis glaudžiai susijęs ne tik su gyvenimo kokybe plačiąją prasme, bet ir su sveikata susijusia gyvenimo kokybe. Kuo blogesni sveiko gyvenimo metų rodikliai, tuo daugiau rekomenduojama skirti dėmesio gyvenimo kokybei, ypač su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei stiprinti, siekiant padėti žmogui kovoti su sveikatos apribojimais. Taigi, gyvenimo kokybė yra mediatoriaus vaidmenį atliekantis kintamasis tarp bendrosios gyvenimo trukmės ir sveiko gyvenimo metų.

Apibendrinimas. Holistinės sveikatos sampratos įtvirtinimas XX a. viduryje paskatino kompleksinių sveikatą lemiančių veiksnių paiešką bei jų tarpusavio santykio analizę. Literatūros analizė atskleidžia, kad holistinis požiūris į sveikatą labiausiai paaiškina sveikatą lemiančių veiksnių darną, o šio požiūrio raida susijusi su skirtingų mokslų skirtingomis prieigomis prie sveikatos. Tai verčia skirtingų sričių mokslininkus ieškoti savojo sveikatos konstrukto aiškinimo būdo. Susiformavęs tarpdisciplininis požiūris į sveikatą leidžia formuoti skirtingas sveikatos stiprinimo strategijas. Pavieniai naudojami modeliai, įgyvendinant sveikatos stiprinimo strategijas, neleidžia atskleisti holistinio požiūrio į sveikatą. Tad tam galėtų padėti gerovės modelio integravimas į sveikatos stiprinimo strategiją. Tačiau gerovė yra tik viena iš gyvenimo kokybės dimensijų. Mokslinių šaltinių analizė leidžia teigti, jog gyvenimo ko-



*LE – vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė, HLY – sveiki gyvenimo metai

6 pav. Vidutinė moterų ir vyrų tikėtina gyvenimo trukmė ir sveiki gyvenimo metai Lietuvoje ir Europos Sąjungoje

Parengta pagal Higienos instituto duomenis (2018).

kybė yra daugiakomponentė sąvoka ir visų komponentų tarpusavio sąveika sudaro gyvenimo kokybės esmę. Didžioji dalis tyrimų nurodo esmines gyvenimo kokybės dedamąsias: objektyvią ir subjektyvią gyvenimo kokybę, kurių integravimas sudaro galimybes tiksliau išmatuoti gyvenimo kokybę ir aiškiau suprasti jos prielaidas. Mokslininkų pateiktuose gyvenimo kokybės tyrimų klausimynuose atsispindi labai skirtingas gyvenimo kokybės dimensijų skaičius. Klausimynų autoriai pristato, jog kiekviena gyvenimo kokybės dimensija savaip svarbi atskiroms asmenų gyvenimo kokybei ir tai priklauso nuo atskiroms žmogaus poreikių bei subjektyvaus savo sveikatos vertinimo. Dažnu atveju išskiriama dimensija, randama daugelyje gyvenimo kokybės klausimynų – sveikata. Sveikata, individo suvokimu, yra artimiausia gyvenimo kokybės sąvokai. Įvairių autorių pateikti su sveikata susijusios gyvenimo kokybės apibrėžimai rodo, jog ši sąvoka glaudžiai siejasi su gyvenimo kokybės samprata ir atspindi holistinį požiūrį į sveikatą. Galiausiai sveikatos ir gyvenimo kokybės sampratos conceptualizavimas atskleidžia asmens vaidmenį gyvenimo kokybės formavimo procese.

1.1.2. Asmens vaidmens stiprinant sveikatą aktualizavimas

Asmenybės bruožai lemia kiekvieno žmogaus individualią adaptaciją prie aplinkos ir kultūrinių veiksnių, kurie formuoja individualų emocinį būvį, gerovės suvokimą. Nėra vieningos nuomonės, kurie asmenybės bruožai ir kaip nulemia sveikatą. Tačiau atskirų tyrimų duomenys teikia naudingų įžvalgų ir padeda suvokti ryšį tarp asmenybės bruožų ir sveikatos, kad būtų galima efektyviai motyvuoti žmones stiprinti sveikatą ir mažinti sergamumo riziką. Kai kurie asmenybės bruožai, pvz., savarankiškumas, bendravimas, savirealizacija, laikomi universaliai reikšmingais, siekiant palaikyti gerą sveikatą (Cloninger, Zorah, 2011). Tačiau paskirų asmenybės bruožų aiškinimas nėra pakankamas, kad būtų galima organizuoti kryptingas veiklas, siekiant spręsti sveikatos stiprinimo klausimus.

Individo vaidmens svarbą formuojant sveiką gyvenseną, kuriant gyvenimo kokybę, susijusią su sveikata, paaiškina sveikatos stiprinimo modeliai. Šie modeliai apima kompleksinių veiksnių sąveiką. Daugiau nei 50 metų vienu universaliausiu sveikatos ugdymo modelių yra laikomas Sveikatos įsitikinimų modelis (angl. *health belief model*), kuris buvo sukurtas apie 1950-uosius metus JAV (Hochbaum, 1958; Rosenstock, 1960, 1966, 1974). Šio modelio kūrėjai, socialinės psichologijos mokslininkai siekė rasti atsakymą į klausimą, kodėl žmonės menkai dalyvauja ligų prevencijai skirtose visuomenės sveikatos programose. Vėliau šis modelis plėtotas, susiejant jį su išmokymo konstruktais, pvz., biheavioristinio požiūrio padiktuotu stimulo–atsako (angl. *Stimulus Response*, S-R) ir kognityvine (angl. *Cognitive Theory*) teorijomis. Stimulo–atsako teorijoje pabrėžiama tiesioginės įtakos elgsenai svarba. Manoma, kad elgseną lemia pastiprinimas ir patiriamos pasekmės. Kognityvinė teorija pabrėžia ne tiesioginės įtakos elgsenai svarbą, o jai daromą įtaką per lūkesčius, kurie formuojami per mąstymo, samprotavimo, hipotezių kėlimo, argumentavimo technikas.) Šio modelio esmė, kad požiūriai / nuostatos ir tikėtina vertė yra pagrindiniai sveikatos elgsenos veiksniai (Brewer, Rimer, 2008). Sveikatos įsitikinimų modelis išlieka vienas populiariausių pastaruosius 50 metų, kuris dėl savo universalumo ir paprastumo naudojamas tiek intervencijos planavimui, tiek elgsenos pokyčiams.

Sveikatos įsitikinimų modelio ilgalaikį populiarumą paaiškina jo sandaros, t. y. pagrindinių konstrukty, supratimas. Jis sudarytas išskirtinai vien iš kognityvinių konstrukty ir jam trūksta emocinio komponento. Tai gali būti vertinama kaip modelio trūkumas (Rimer, 2008). Sveikatos įsitikinimų modelį sudaro šie asmens sveikatos stiprinimo procesui reikšmingi konstruktai (Rimer, 2008; PSO, 2012):

- suvoktas jautrumas (angl. *perceived susceptibility*), t. y. asmens nuomonė apie galimybę susirgti;
- suvoktas rimtumas (angl. *perceived severity*), t. y. asmens nuomonė apie tai, kiek rimta liga ir kokios pasekmės jam gresia;
- suvokta nauda (angl. *perceived benefits*), t. y. asmens tikėjimas pasiūlytų priemonių veiksmingumu, siekiant sumažinti riziką susirgti arba sumažinti susirgimo mastą;

- suvoktos kliūtys (angl. *perceived barriers*), t. y. nuomonė apie rūpinimąsi savo sveikata, psichologinių ir materialinių išteklių naudojimo racionalumą. Kitaip tariant, jei siūlomas pokytis ar intervencija yra nemalonūs, neįtikinantys, sudėtingi ir nenusveria būsimos naudos, tai žmogus jų nepasirinks;
- veiksmo stimulai (angl. *cues to action*), t. y. veiksniai, kurie šūvio principu sustiprina pasirengimą pokyčiams. Tai gali būti koks nors įvykis (pavyzdžiui, patrauklus renginys ar artimo žmogaus liga), telefono skambutis labai specialiu laiku, informacinių priemonių (pavyzdžiui, lankstinukų) platinimas;
- saviveiksmingumas (angl. *self-efficacy*), t. y. asmens pasitikėjimas savo gebėjimu imtis veiksmų. Šis konstruktas labai svarbus, kai kalbame apie intervencijas, susijusias su rūkymu, seksualiniu elgesiu, valgymo problemas (Brewer, Rimer, 2008). Saviveiksmingumo konstruktas sveikatos įsitikinimų modelyje atsirado gerokai vėliau, apie 1980-uosius metus, palyginus su paties sveikatos įsitikinimų modelio atsiradimu (1950 m.) (Cottrell, McKenzie, 2011). Šio konstrukto poreikis atsirado pradėjus sveikatos įsitikinimų modelį taikyti dirbant su ilgalaikėmis sveikatos priežiūros intervencijos programomis.

Išnagrinėjus sveikatos įsitikinimų modelio konstruktus, matome, jog kiekvienas jų aktualizuoja asmens vaidmenį stiprinant sveikatą.

Kitas asmens sveikatos stiprinimui aktualus modelis, kuris yra išvestinis sveikatos įsitikinimų teorijos modelis – Išplėstinių paralelių procesų modelis (angl. *Extended Parallel Process Model*, EPPM). Šiame modelyje pagrindinis akcentas skiriamas žmogaus santykio su rizikos faktoriumi suvokimui. Šis modelis padeda suvokti, kaip ir kodėl žmonės abejoja dėl pavojaus jų sveikatai apskritai (sąlygiškai atitinka suvokto jautrumo ir rimtumo konstrukta pagal sveikatos įsitikinimų teoriją), dėl sveikatos saugos priemonių efektyvumo (sąlygiškai atitinka suvoktos naudos konstrukta pagal sveikatos įsitikinimų teoriją), savo gebėjimo jomis naudotis (sąlygiškai atitinka saviveiksmingumo konstrukta pagal sveikatos įsitikinimų teoriją). Pagal šį modelį žmonės pasitelkia tiek racionalią, tiek emocinę argumentaciją, siekdami išsklaidyti savo abejones ir susirūpinimą. Pavyzdžiui, žmogus gali būti stipriai susirūpinęs dėl tikimybės patirti širdies ligas, tačiau abejoja savo sugebėjimu pakeisti mitybos įpročius (t. y. žemas saviveiksmingumas) ir toliau neatsisako įpročio valgyti riebią maistą, argumentuodamas tuo, kad rytoj jis vis tiek gali žūti automobilio avarijoje. Kiti žmonės savo nenorą atsisakyti riebaus maisto dėl galimybės ilgiau išsaugoti širdies sveikatą dangsto tuo, kad širdies ligos labiau nulemtos paveldimumo negu mitybos (PSO, 2012). Išplėstinių paralelių modelis paaiškina asmens siekius valdyti rizikos sveikatai veiksnius arba argumentus, kodėl vengiama. Tačiau siekis keisti elgseną nereiškia jos keitimo.

Siekiant pagrįsti asmens sveikatos elgseną ir ją lemiančius veiksnius, mokslinėje literatūroje pristatomos motyvuoto elgesio teorija (angl. *Theory of Reasoned Action*, TRA) ir suplanuoto elgesio teorija (angl. *Theory of Planned Behavior*, TPB). Šios

teorijos siekia paaiškinti, kaip nuostatos ir įsivaizduojamos normos veikia su sveikata susijusį elgesį (Fishbein, Ajzen, 1975). Ankstesni tyrimai rodydavo, kad nuostatos tiesiogiai neveikia asmens elgesio. Pagrįstų veiksmų teorijos autoriai atskyrė nuostatas dėl objekto / reiškinių ir nuostatas dėl elgesio. Pagal šią teoriją žmogaus elgesį labiausiai lemia jo intencija. O intenciją (motyvaciją) elgtis tam tikru būdu lemia asmeninės nuostatos dėl elgesio ir įsivaizduojamos socialinės normos (Bulotaitė, Vičaitė, 2016). Pagrindinės prielaidos, kuriomis remiasi TRA teorija, yra šios: a) elgsena yra valios rezultatas; b) žmogus yra racionali būtybė. Manoma, kad pagrindinis žmogaus elgsenos determinantas yra jos tikslas. TRA teorijos ištakos susijusios su siekiu paaiškinti ryšį tarp nuostatų, ketinimų ir elgsenos (Fishbein, 1967). Tačiau tas ryšys yra kompleksinis, todėl svarbu identifikuoti moderuojantį vaidmenį atliekančius konstruktus. Svarbiausią moderuojantį vaidmenį šioje teorijoje atlieka asmens motyvacija keisti elgseną. O motyvaciją sudaro šie komponentai: stipri pozityvi intencija ir pakankamos žinios daryti tai; aplinkos trikdžių nebuvimas; elgesio išreikštumas; ankstesnė patirtis (Montaño, Kasprzyk, 2008, p. 78). Labai svarbu, kad pradžioje būtų tinkamai suformuluoti pozityvūs elgsenos motyvai. Pavyzdžiui, moteris gali nenorėti daryti krūtų mamogramos, nes yra įsitikinusi, kad tyrimas skausmingas. Mergina gali nuspręsti neprašyti partnerio naudoti prezervatyvą, nes yra įsitikinusi, kad toks jos prašymas leis partneriui manyti, kas ji juo nepasitiki. Toliau labai svarbu suteikti tinkamų žinių. Pavyzdžiui, jeigu yra siekiama, kad moteris pasidarytų prevencinį krūtų vėžio tyrimą, jai reikia suteikti žinių apie tyrimą ir sveikatos priežiūros sistemą ir pasirūpinti, kad nebūtų kitų aplinkos kliūčių, pvz., nėra transporto atvykti tyrimo. Kadangi tarp krūtų vėžio prevencijos diagnostinių tyrimų yra ilgi intervalai, svarbu pasirūpinti, kad sveikatos tikrinimo elgsena išliktų stipriai išreikšta, kas leistų žmogui prisiminti savo motyvaciją reguliariai darytis tyrimą (Montaño, Kasprzyk, 2008). Motyvuoto elgesio teorija paaiškina asmens ketinimus / tikslus keisti / koreguoti elgseną.

Modifikuota motyvuoto elgesio teorijos versija yra *suplanuoto elgesio teorija* (angl. *Theory of Planned Behavior*). Be ankstesnėje teorijoje minimų dviejų veiksmų, veikiančių asmens elgesį (asmeninių nuostatų dėl elgesio ir įsivaizduojamų socialinių normų), šioje teorijoje išskiriamas ir trečiasis – suvokiama kontrolė (Ajzen, 2011). Elgesys gali būti visiškai kontroliuojamas arba visai nekontroliuojamas. Elgesio kontrolės laipsnį lemia vidiniai (kognityvūs įgūdžiai, žinios, emocijos) ir išoriniai (situacija, aplinka) veiksniai. Svarbu, kaip žmogus vertina kontrolę. Tai vadinama suvokiama elgesio kontrole. Šioje teorijoje vartojamas ir saviveiksmingumo (angl. *self-efficacy*), atspindinčio vidinę elgesio kontrolę, terminas. Daugelis tyrėjų pripažįsta, kad šiame modelyje minimas saviveiksmingumas ypač svarbus keičiant rizikingą ar sveikatai nepalankų elgesį. Kai kurie autoriai kelia prielaidą, kad saviveiksmingumas su sveikata susijusių teorinių modelių kontekste gali būti prilyginamas elgesiui kylančioms kliūtims ir trukdžiams, o gal kliūčių įvardijimas ir atspindi saviveiksmingumą (Montaño, Kasprzyk, 2008). Nepaisant to, ar mes tai laikysime anksčiau modeliuose

jau buvusi (elgesio kliūtys ar trukdžiai), ar visai nauju (saviveiksmingumo) veiksmu, šio elemento įtraukimas į modelį padidino jo vertę kuriant prevencines ir intervencines programas. Taip pat reikia pasakyti, kad suplanuoto elgesio modelyje kiek per mažai išplėtoti kitų kognityvių ir emocinių elementų sąveika su rizikingu elgesiu. Taip pat neaišku, kokia individo žinių, gebėjimų ir ankstesnės patirties svarba elgesiui bei tai, ar jie būtų tiesiogiai susiję su asmens elgesiu, ar veiktų per tarpininkus, pvz., nuostatas, normatyvinius įsitikinimus. Integravus šiuos elementus į modelį, jis dar geriau padėtų nuspėti asmens elgesį (Linke et al., 2014). Suplanuoto elgesio teorijoje, kaip ir anksčiau minėtoje Pagrįstų veiksmų teorijoje, intencijos (motyvacijos) elgesį veikia tiesiogiai. Tačiau elgesį tiesiogiai veikia ir kiti veiksniai.

Dar vienas reikšmingas asmens elgsenos keitimo veiksnys – asmens vidiniai monologai, trukdantys keisti elgseną. Į tai atkreipia dėmesį Kognityvinė elgesio terapija (angl. *Cognitive-behavior therapy*, CBT). Pavyzdžiui, žmogus, kuris nori mesti rūkyti, veda vidinį monologą, kuriuo stiprina savo abejones: „Aš niekada nesugebėsiu mesti rūkyti“. Pagalba padėti žmogui suprasti savo mąstymą yra svarbi elgesio kaitos prielaida. Klientas mokomas (savi)monitoringo kaip svarbiausios elgsenos kaitos prielaidos. Klientai mokomi sekti ir fiksuoti savo elgesį, pavyzdžiui, kada ir kiek surūkė cigarečių. Kartais monitoringas yra ta sąlyga, kuri padeda atsikratyti rūkymo, tačiau pagalba naujai elgsenai įtvirtinti visada yra svarbi. Daug tyrimų skirta analizuoti, kaip sveikatos ugdymui daro įtaką elgesio ir (savi) kontrolės veiksniai (Lau, Hartman, 1986; Smith, Wallston, 1992). Žmonės, turintys vidinį kontrolės lokusą (angl. *internal locus of control*), yra įsitikinę, jog nuo jų priklauso jų sėkmė ir nesėkmė, o asmenys, kuriems būdingas išorinis kontrolės lokusas (angl. *external locus of control*), yra įsitikinę, jog jų gyvenimą valdo išorinės jėgos. Vidinės kontrolės lokusas sąlygoja tai, kad asmuo yra orientuotas į sveikatai palankią elgseną. Tačiau vien kontrolės lokusas negali nusakyti žmogaus elgsenos. Kontrolės lokuso kintamasis lemia į sveikatą orientuotą elgesį tik tuo atveju, kai sveikata yra laikoma vertybe. Sukurtas specialus sveikatos kontrolės lokuso instrumentas (angl. *health locus of control*, HLC) ir suaugusiems, ir paaugliams (Astrom, Blay, 2002). Kognityvinė elgesio terapija akcentuoja asmens „vidinius sutarimus su savimi“, kas yra sėkmingo elgesio keitimo prielaida.

Transteorinis modelis (angl. *The Transtheoretical Model*, TTM) sujungia į visumą įvairias teorijas, siekiant paaiškinti sveikatos elgsenos pokyčių etapus. Dėl šios priežasties šis modelis dar žinomas kaip Pokyčių etapų modelis (angl. *the Stage of Change*, SOC). Šio modelio ištakos siejamos su rūkymo metimui skirtais tyrimais, kuriais buvo siekiama atsakyti į klausimą, kokie veiksniai lemia sėkmingą rūkymo nutraukimą, kai žmonės tai daro savarankiškai ir kai jie tai daro lankydami specialias programas (DiClemente and Prochaska, 1982; cit. pagal Prochaska et al., 2008, p. 68). Vėliau šis modelis sėkmingai pritaikytas dirbant su programomis, orientuotomis į depresijos, delinkvencijos, nerimo, neplanuoto nėštumo, patyčių ir kt. aspektus. Didžiausią dėmesį TTM skiria individo sprendimų priėmimui. Ši teorija, remdamasi įvairių psichoterapijos ir psichologijos teorijų fragmentais, aiškina asmens elgsenos pokyčius ir skirsto juos į pokyčių

stadijas. Atmesdama anksčiau paplitusią idėją, kad sveikatos elgesys yra momentinis veiksmas (pavyzdžiui, metimas rūkyti, vartoti alkoholį, mitybos subalansavimas), ši teorija teigia, kad sveikatos elgsena yra kur kas ilgesnis procesas, pereinantis šešias pokyčių stadijas (Prochaska et al., 2008; Norkus, 2012):

- nesusimąstymas (angl. *precontemplation*), kai žmogus nemąsto apie galimybę keisti savo elgesį, nes nemato problemos (per ateinančius 6 mėnesius);
- svarstymas (angl. *contemplation*). Žmogus suvokia, kad jo elgesys sukelia jam problemų, ir sveria visus argumentus, kiek jam yra naudinga keistis ir kiek naudinga nieko nedaryti. Svarstymo stadijoje esantys žmonės yra susipažinę su privalumais ir trūkumais. Jie nėra pasiruošę imtis veiksmų iš karto. Paprastai jie tai planuoja artimoje ateityje (per ateinančius 6 mėnesius). Tačiau kartais svarstymas užsitęsia per daug ilgai ir tampa chroniškas;
- apsisprendimas (angl. *preparation*). Ši stadija dar gali reikšti įsipareigojimus keisti elgseną. Žmonės yra pribrendę tuoju (ateinantį mėnesį) imtis veiksmų. Paprastai tokie žmonės jau būna realizavę kokias nors priemones (pavyzdžiui, nusipirko saviugdą knygą ar abonementą sporto klube) ar susidėlioję veiksmų planą. Tačiau jie vis ieško keitimosi strategijos, kuri būtų veiksminga. Tai yra klientai, kuriuos svarbu nedelsiant įtraukti į pagalbos programas, kurios padėtų pasiekti norimų tikslų;
- veiksmas (angl. *action*) (konkretūs elgsenos pokyčiai). Asmuo imasi konkrečių veiksmų, kad įvyktų pokytis (pavyzdžiui, mažina surūkomų cigarečių skaičių kasdien). Tačiau pats veiksmas negarantuoja, kad pokyčiai bus pasiekti. Nors žmonės keičia elgseną, tačiau ji nėra nusistovėjusi. Todėl šioje stadijoje svarbu vengti atkryčio. Paprastai veiksmu laikomas galutinis rezultatas, kai žmogus visiškai meta rūkyti;
- išlaikymas (angl. *maintenance*). Ši stadija dar gali reikšti elgsenos stabilizavimą ir atkryčio išvengimą. Asmuo atlieka tam tikrus veiksmus, kad pasiekti pokyčiai būtų išlaikyti ir neįvyktų atkrytis. Elgsena buvo nuosekli mažiausiai šešis mėnesius ir tęsėsi iki 5 metų. Didžiausia atkryčio galimybė yra po 12 mėnesių. Nustatyta, kad net 43 proc. metusiųjų rūkyti vėl šito imasi būtent po metų.

Tačiau pokyčių etapai neturėtų būti suabsoliutinami, nes pokyčių etapų nuoseklus perėjimas kartais reiškia tik elgesio intenciją, tačiau nereiškia elgesio pokyčio. Kodėl nuostata ar intencija ne visada lemia elgesio pokyčius, gali padėti anksčiau pateiktų modelio konstrukto suvokimas (Brewer, Rimer, 2008). Pokyčių etapų modelis ilgą laiką naudotas norint apibūdinti elgsenos, kuri tapo įpročiu, nutraukimą.

Pastaruoju metu Pokyčių etapų modelis naudojamas ir sveikatą stiprinančiai elgsenai planuoti. Pavyzdžiui, jei dirbame su vaikais, kurie niekada dar nebandė rūkyti ar svaigintis, yra svarbu ištaikyti momentą, kada jie pradeda apie tai svarstyti, ir padėti jiems suvokti būsimą žalą ir situacijos rimtumą. Tačiau tyrimų duomenų apie sėkmingą TTM naudojimą prevencijos programose būtent vaikams yra nedaug. Tai laikoma vienu iš šio modelio trūkumų (Prochaska et al., 2008). Transteorinis modelis

yra skirtas padėti suvokti asmens pasirengimą elgsenos pokyčiams, identifikuojant, kuriame etape jis yra, ir taip padėti žmogui realizuoti elgsenos pokyčius (Brewer, Rimer, 2008). Transteorinis modelis labai aiškiai išreiškia pagrindinį sveikatos ugdymo principą „pradėti ten, kur žmonės yra“ (angl. *starting where people are*) (Green, Kreuter, 2005; cit. pagal Brewer, Rimer, 2008, p. 155). Pavyzdžiui, jeigu žmogus nemato problemos, kad gamyklos darbo sąlygos kenkia jo sveikatai, pradėti aiškinti apie sveikatai tausojantį elgesį yra beprasmiška. Pirmiausia reikia sustiprinti žmogaus sąmoningumą, kuris leistų suvokti problemą. Pokyčių etapų modelis gali būti reikšmingas pagalbininkas prevencijos procese, jei pavysta nustatyti pradinį elgsenos etapą.

Anksčiau aptartos elgsenos keitimo teorijos ir modeliai sąlygoti individo aktyvaus veikimo, tačiau be asmenybės faktorių **keičiant** asmens elgesį svarbūs aplinkos ir socialiniai veiksniai, kuriems didelę dėmesį skiria *socialinio išmokimo teorija* (*Social Cognitive Theory, SCT, anksčiau Social Learning Theory*). Ši teorija plačiai taikoma prevencijos, sveikatos stiprinimo, rizikingos sveikatai elgsenos tyrimuose. Pagrindinė šios teorijos idėja – nuolatinė ir dinamiška sąveika tarp asmenybės, aplinkos ir elgsenos (Norkus, 2012, p. 29). Anot McAlister'io ir kt. (2008), šios teorijos objektas tiek individualus, tiek kolektyvinis elgesys. Žmonių elgsena yra orientuota į siekį padidinti naudą ir sumažinti patiriamus sunkumus. Žmonių elgsena grindžiama ne objektyvia realybe, o jos suvokimu (McAlister et al., 2008). Išskirtiniai žmogaus gebėjimai mokytis stebint (modeliavimas), ypač per masinę komunikaciją, yra centrinis socialinio išmokimo teorijos dėmesio objektas (McAlister et al., 2008). Nors žmonių gebėjimai mokytis tiesiogiai stebint priklauso nuo individualių gebėjimų, tačiau egzistuoja tam tikri bendrieji dėsningumai, kuriuos padeda atskleisti ir suvokti ši teorija. Be to, socialinis mokymasis gali vykti ir nesikeičiant elgsenai. Socialinis išmokimas kaip procesas apima keturis etapus: dėmesio (angl. *attention*) sutelkimas, kuris vyksta dėl įvairių motyvų; išsaugojimas atmintyje (angl. *retention*), t. y. savotiškų simbolių kodų sukūrimas, kuris padeda atkartoti matytą elgseną; reprodukcija (angl. *motor reproduction*), t. y. gebėjimas atkartoti matytą elgseną; motyvacija (angl. *motivation*) nurodo, kad žmogaus elgesio atkartojimą sustiprina motyvacijos mechanizmai, pvz., pozityvus palaikymas. Pagrindiniai socialinio išmokimo teorijos konstruktai (McAlister et al., 2008, p. 171, Norkus, 2012, p. 29):

- Savitarpio determinizmas (angl. *reciprocal determinism*). Asmens ir aplinkos sąveika yra dinamiška. Ne tik aplinka daro įtaką žmogaus elgsenai, bet ir žmogus daro įtaką aplinkai.
- Rezultato lūkesčiai (angl. *outcome expectations*). Nuostatos apie elgsenos pokyčių nulemtą rezultato tikėtinumą ir vertingumą.
- Saviveiksmingumas (angl. *self-efficacy*). Tikėjimas savo galimybėmis ir gebėjimais elgsenai, kuri duos laukiamą rezultatą (pavyzdžiui, moters gebėjimas įtikinti partnerį naudoti prezervatyvą).

- Modeliavimas (angl. *observational learning*), t. y. mokymasis stebint, kai naujos elgsenos išmokstama stebint tiesiogiai ar netiesiogiai (internetas, TV) kito elgseną ir jos rezultatus. Modeliavimo rezultatai priklauso nuo to, kiek asmuo susitapatina, laiko save panašiu į asmenį ar grupę, kurią stebi. Jeigu paauglys tapatina save su tais, kurie nerūko, tai jis atsisakys pasiūlymo rūkyti. Modeliavimas gali būti naudingas naujai elgsenai įtvirtinti, pavyzdžiui, jeigu metęs rūkyti patenka į bendruomenę, kurioje metę rūkyti dalijasi savo patirtimi, tai sustiprina jo tikėjimą ir ryžtą sekti jų pavyzdžiu.
- Stimuliuojanti motyvacija (angl. *incentive motivation*), pavyzdžiui, pabranginti cigaretės, kad mažiau rūkytų.
- Facilitavimas (angl. *facilitation*), t. y. aprūpinimas priemonėmis, kurios paskatina tikėtiną elgseną ir sukuria jai aplinkybes, pavyzdžiui, dalinti nemokamai prezervatyvus dėl užsikrėtimo ŽIV grėsmės.
- Savireguliacija, savikontrolė (angl. *self-regulation*), t. y. procesas, kuris apima tikslų nusistatymą, monitoringą, grįžtamąjį ryšį, socialinės paramos įvertinimą. Tai apima konsultavimą telefonu, kompiuterinių programų naudojimą.
- Moralinis išsipainiojimas (angl. *moral disengagement*), t. y. savotiškas moralinio savęs reguliavimo mechanizmų išlaisvinimas, kuris formuoja mąstymą, kad egzistuoja brutalaus elgesio pateisinimas. Dažnai naudojama agresyvaus elgesio programose.

Socialinio išmokimo teorija ypač populiari analizuojant šiuolaikinių medijų (kompiuterio ir pan.) poveikį sveikatos elgsenai. Metodologiniu požiūriu, SCT yra labai tinkama veiklos tyrimui (angl. *action-oriented research*). Socialinio išmokimo teorija, pabrėždama aplinkos ir socialinių veiksmų svarbą asmens sveikatos stiprinimo procese, aktualizuoja aplinkos vaidmenį su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei.

Apibendrinimas. Asmenybės bruožai lemia kiekvieno žmogaus individualią adaptaciją prie aplinkos ir kultūrinių veiksmų, kurie formuoja individualų emocinį būvį, gerovės suvokimą. Tačiau moksliniu požiūriu, paskirų asmenybės bruožų aiškinimas nėra pakankamas, kad būtų galima organizuoti kryptingas veiklas, siekiant spręsti sveikatos stiprinimo klausimus. Individo vaidmens svarbą formuojant sveiką gyvenimą, kuriant su sveikata susijusią gyvenimo kokybę, paaiškina sveikatos stiprinimo modeliai. Populiariausiu laikomas sveikatos įsitikinimų modelis naudojamas tiek intervencijos planavimui, tiek elgsenos pokyčiams, jo konstruktai aktualizuoja asmens vaidmenį stiprinant sveikatą. Išvestinis sveikatos įsitikinimų teorijos modelis – išplėstinių paralelių procesų modelis paaiškina asmens siekius valdyti rizikos sveikatai veiksmus. Tačiau siekis keisti elgseną nereiškia jos keitimo. Čia talkina pagrįsto elgesio teorija, paaiškinanti elgseną lemiančius veiksmus ir akcentuojanti motyvaciją keisti elgseną, o suplanuoto elgesio teorija akcentuoja socialinių normų svarbą ir kitus veiksmus, lemiančius mūsų elgseną. Vienas tokių veiksmų – asmens

vidiniai monologai, trukdantys keisti elgseną. Darbą su vidiniais monologais apibrėžia kognityvinė elgesio terapija. Visus minėtus modelius ir teorijas sujungia į visumą transteoretinis modelis, aiškinantis elgsenos pokyčių etapus. Visi literatūros analizėje aptarti modeliai ir teorijos sąlygoti individo aktyvaus veikimo.

1.2. Gyvenimo kokybės reikšmė vaiko sveikatos stiprinimo kontekste

1.2.1. Su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės konceptijos reikšmingumas

Tiek tarptautiniame kontekste galiojančiuose norminiuose dokumentuose, tiek ir Lietuvoje vaiko apibrėžimas yra panašus. 1989 m. priimtoje Jungtinių Tautų Organizacijos Vaiko teisių konvencijoje pažymima, jog vaiku laikomas kiekvienas žmogus, neturintis 18-os metų, jei pagal taikomą įstatymą jo pilnametystė nepripažinta anksčiau (Jungtinių Tautų Organizacijos Vaikų teisių konvencija, 1989). Analogiškas vaiko apibrėžimas pateikiamas ir Lietuvos Respublikos vaiko teisių apsaugos pagrindų įstatyme (Žin., 1996, Nr. 33-807). Čia vaikas apibrėžiamas kaip žmogus, neturintis 18 metų, išskyrus atvejus, kai įstatymai numato kitaip. Vaiko apibrėžimo svarbiausias atskaitos taškas – vaiko amžius.

Skirtinguose literatūros šaltiniuose gali būti išskirta skirtinga vaiko amžiaus periodizacija. Vaiko amžiaus tarpsniai, nustatyti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. kovo 23 d. įsakyme Nr. V-383 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gegužės 31 d. įsakymo Nr. 301 „Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose“ pakeitimo“, yra šie: naujagimis – nuo gimimo iki 28 dienų amžiaus; kūdikis – nuo gimimo iki 1 metų amžiaus; ankstyvojo amžiaus vaikas – nuo 1 iki 4 metų amžiaus; viduriniojo amžiaus vaikas – nuo 4 iki 10 metų amžiaus; paauglys – nuo 10 iki 18 metų amžiaus. Šia periodizacija vaiko amžių siekta susieti su atitinkamais raidos periodais. Vaiko amžiaus periodizacijos svarba ir periodizacijos skirtumai sietini su atskirais mokslais. Pirmiausia tai svarbu pediatrijai (mokslui apie vaiko sveikatą). Šis mokslas sutelkia visą dėmesį į vaiko gerovę nuo jo gimimo. Šio mokslo indėlis aktualus visiems vaiko augimo ir vystymosi etapams, siekiant sukurti ir išnaudoti kiekvieno sveiko vaiko, o vėliau jo kaip sveiko suaugusiojo potencialą. Pediatrijoje vadovaujama šiomis vaikų amžiaus grupėmis: naujagimiai, kūdikiai, 1–3 metų vaikai, 4–6 metų vaikai, 7–11 metų vaikai, 12–15 metų vaikai, 16–17 metų vaikai (Labanauskienė et al, 2010). Vaikų sveikata kažkada buvo suaugusiųjų medicinos dalis. XIX-ojo amžiaus pabaigoje–XX-ojo pradžioje žmonės pediatrą pripažino kaip medicinos specialistą, suprasdami, kad vaikų

sveikatos problemos skiriasi nuo suaugusiųjų sveikatos problemų. Taip pat buvo pripažinta, kad vaiko atsakas į ligas, vaistus ir aplinką priklauso nuo amžiaus.

Vaikų ir moksleivių sveikata tapo svarbia šiuolaikinės civilizacijos dalimi. Sveikata ne tik neatsiejama nuo geros savijautos, darbingumo, bet yra fizinio išsivystymo ir parengtumo gyvenimui rezultatas. Kaip apibūdinti sveiką vaiką? Pasak Adaškevičienės (1999), sveikas vaikas – tai aktyvus, linksmas, džiugos nuotaikos, geranoriškai nusiteikęs aplinkinių žmonių atžvilgiu, komunikabilus, smalsus, aktyvus, judrus. Jos teigimu, sveikas vaikas vystosi harmoningai, turi gerai išlavintas funkcinės organizmo galimybes ir fizines ypatybes. Jis stiprus, ištvermingas, greitas, vikrus, užsigrūdinęs, neturi antsvorio, aktyvus, daug juda, sveikai maitinasi. Atkreipdama dėmesį į vaiko psichinę sveikatą, Adaškevičienė pažymi, jog emociškai ir psichiškai sveikas vaikas yra ramus, patenkintas savo gyvenimu, pasitikintis savimi ir kitais, noriai bendrauja su bendraamžiais, nejaučia baimės, pykčio ir kitokių išgyvenimų. Jis myli artimus žmones, jaučiasi laisvas ir draugiškas. Sveiki vaikai retai serga, neserga lėtinėmis ligomis, neturi fizinių trūkumų, greitai neperšąla ir nepavargsta (Adaškevičienė, 1999). Tai pakankamai bendras sveiko vaiko apibūdinimas. Žinoma, ne visi vaikai turi Adaškevičienės išskirtas savybes. Tačiau atkreipti dėmesį į sveiko vaiko požymius būtina, kadangi jų neatitikimas – tai netinkamo vystymosi ar nesveikatos indikatoriai.

Siekiant sistemingai stebėti vaikų sveikatos būklę, atsižvelgiant į gautus rezultatus kryptingai planuoti vaikų sveikatos gerinimo politiką ir ją įgyvendinti, vykdoma nuolatinė vaikų sveikatos stebėseną. Tai daroma norint objektyviai apibūdinti vaiko sveikatą, reikia nustatyti morfologinius organizmo rodiklius, jų raidos darną, įvertinti funkcinės organizmo galimybes, nustatyti ligas, lėtines ligas ar jų nebuvimą. Žmogaus sveikatos vertinimas stipriai susijęs su jo amžiumi. Vaiko sveikata dažniausiai yra vertinama pagal tai, kaip vaikas vystosi pagal nustatytas normas (Hunt, McEwen, 1980, p. 231–246). Visame pasaulyje, taigi ir Lietuvoje, egzistuoja vaiko sveikatos vertinimo norminiai aktai, nurodantys svarbiausius vaiko sveikatos vertinimo kriterijus (žr. 2 lentelė). Šiuo metu Lietuvoje galiojantys aktualūs vaiko sveikatos vertinimą reglamentuojantys dokumentai susiję su profilaktiniais vaiko sveikatos patikrinimais, kurie atliekami ne tik pradedant lankyti ugdymo įstaigą, bet ir kasmet. Šių patikrinimų metu nustatoma vaiko psichomotorinė raida pagal amžiaus grupes, vertinama pagrindinių organų ir organų sistemų būklė, pateikiamos sveikatos patikrinimų išvados bei rekomendacijos (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. kovo 23 d. įsakymas Nr. V-383 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gegužės 31 d. įsakymo Nr. 301 „Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose“ pakeitimo“ (<https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.DC61D74561C5>). Patikrinimų metu pildomas vaiko sveikatos pažymėjimas, kurį vaiko atstovai kasmet privalo pateikti lankomai ugdymo įstaigai, o ten dirbantys visuomenės sveikatos priežiūros specialistai vadovaujasi šio pažymėjimo duomenimis ne tik atlikdami visuomenės sveikatos stebėseną ugdymo įstaigoje, bet ir planuodami tikslinę visuomenės svei-

katos stiprinimo veiklą (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. lapkričio 26 d. įsakymas Nr. V-1336 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gruodžio 24 d. įsakymo Nr. V-951 „Dėl statistinės apskaitos formos Nr. 027-1/a „Vaiko sveikatos pažymėjimas“ patvirtinimo“ pakeitimo“ (<https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.7BDF9739A9CD/VBGZvWDbVD>)).

Lietuvos sveikatos vertinimo palyginimui su kitose šalyse galiojančiu vaiko sveikatos vertinimu pasirinkti du Lietuvai artimiausi pavyzdžiai, naudojantys analogiškus vaikų raidos sveikatos vertinimo rodiklius. Tai Škotijos sveikatos ministerijos reglamentuota Hall 4 (*angl. Health for All Children*) programa (<http://www.gov.scot/Publications/2005/04/15161325/13288>) bei Floridos federacijos vaikų sveikatos tikrinimo programa ([file:///C:/Users/Vartotojas/Downloads/Child_Health_Check-UpHB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Vartotojas/Downloads/Child_Health_Check-UpHB%20(1).pdf)). Objektivių vaiko sveikatos rodiklių vertinimas labai svarbus vaiko fizinės sveikatos vertinimui, tačiau neįvertina kitų sveikatai, dėl to ir vaiko gyvenimo kokybei, svarbių veiksnių.

2 lentelė. Vaiko sveikatos vertinimo norminiai aktai ir kriterijai Lietuvoje ir pasaulyje
Parengta disertacijos autorės.

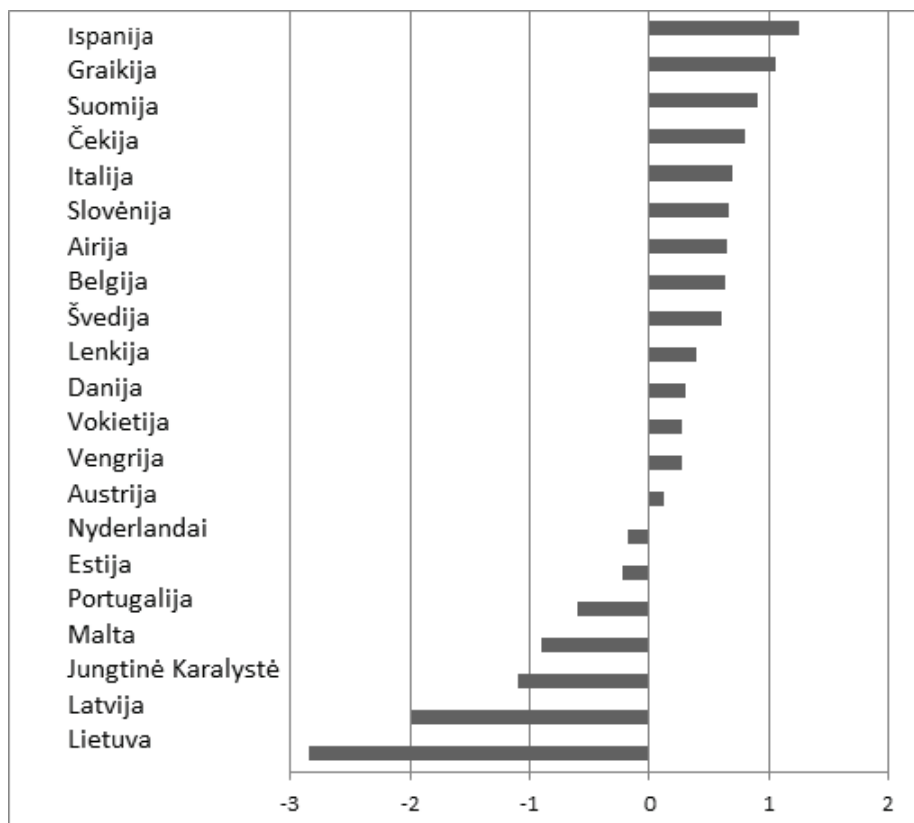
Teisės aktai	Vaiko sveikatos vertinimo kriterijai
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. kovo 23 d. įsakymas Nr. V-383 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gegužės 31 d. įsakymo Nr. 301 „Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose“ pakeitimo“.	Vaiko psichomotorinė raida pagal amžiaus grupę (3, 6, 9, 12, 18, 24, 36, 48 mėn.). Tikrinami įgūdžiai, pvz., ar laiko galvą gulėdamas ant pilvo, kalbinamas šypsosi, verčiasi nuo nugaros ant pilvo ir pan.
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. lapkričio 26 d. įsakymas Nr. V-1336 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gruodžio 24 d. įsakymo Nr. V-951 „Dėl statistinės apskaitos formos Nr. 027-1/a „Vaiko sveikatos pažymėjimas“ patvirtinimo“ pakeitimo“.	Fizinės būklės įvertinimas (fizinės būklės įvertinimas procentilių metodu, ūgis, svoris, KMI, kraujospūdis, klausa, organizmo sistemų vertinimas), dantų ir žandikaulių būklės įvertinimas.
Škotijos sveikatos apsaugos ministerija, Pediatrijos ir vaikų sveikatos karališkasis koledžas nuo 2005 m. diegia Hall 4 programą (<i>ang. Health for All Children, 4th edition</i>). Remiantis Hall 4, kiekvienas vaikas, pradedantis lankyti mokyklą, turi patikrinti sveikatos būklę.	Prieš pradedant lankyti mokyklą: ūgis, svoris, KMI, klausa, rega, dantų būklė, burnos higienos vertinimas, bendras sveikatos būklės vertinimas.
Floridos federacijos vaikų sveikatos tikrinimo programa „Ankstyvas ir periodinis tikrinimas, diagnozavimas ir gydymas“ (Socialinės apsaugos XIX titulinės dalies, Federalinių nuostatų 42 titulinės dalies 441 skyriaus B poskyris).	0–20 m. amžiaus: visapusiška sveikatos ir vystymosi istorija, mitybos vertinimas, visapusiškas fizinės sveikatos ištyrimas, dantų būklė, rega, klausa, laboratoriniai tyrimai.

Vis daugiau dėmesio vertinant vaikų sveikatą skiriama ją sąlygojantiems socialiniams ir psichologiniams veiksniams identifikuoti. Lietuvoje kaip ir dar 48 pasaulio šalyse pagal vieningą metodiką kas ketverius metus atliekamas Sveikatos ir gyvenimo tyrimas (angl. *Health Behaviour in School – aged Children*, santr. HBSC). Lietuvoje šis tyrimas atliekamas nuo 1994 metų, tad galima matyti 24 metų tendencijas mokinių rizikingos elgsenos, gyvenimo, socialinės aplinkos, psichologinės būsenos srityse. Paskutiniajame 2018 metais vykdytame tyrime dalyvavo 4191 mokinys iš 64 Lietuvos bendrojo ugdymo įstaigų. Nors Europos kontekste Lietuvos tyrimo rezultatai nėra prasčiausi, tačiau nerimą kelia patyčių paplitimas, kuris yra du kartus didesnis nei Europos vidurkis. Atkreiptinas dėmesys, kad didelė dalis vaikų mažai fiziškai aktyvūs (18 proc. kasdien fiziškai aktyvūs), prasti burnos higienos įgūdžiai (kasdien 2 kartus per dieną dantis valosi 51 proc. tirtųjų), nepatenkinti savo kūnu, daugiau nei trečdalis patiria psichosomatinius simptomus du kartus per savaitę (<http://www.hbsc.org/hbscdata>). Vieni iš svarbiausių gyvenimo kokybę lemiančių veiksnių yra gyvenimo veiksniai. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas integruoja ne tik objektyvius sveikatos parametrus (pvz. sergamumas), gyvenimo veiksniai, bet ir atsižvelgia į savo sveikatos vertinimo rezultatus.

Randama vis daugiau tyrimų, leidžiančių nustatyti pagrindinius savo sveikatos vertinimą lemiančius veiksniai. Socialiniai veiksniai, pvz., emocinė parama, saugi aplinka, bendravimas ir pan., daro tiesioginę įtaką vaiko subjektyviam savo sveikatos vertinimui (Bradshaw et al., 2007). Kitaip tariant, vaikai, kurie gyvena socialinės rizikos aplinkoje, savo sveikatą vertina prasčiau. Tai gali būti viena iš priežasčių, kodėl Lietuvos vaikų savo sveikatos vertinimas yra prasčiausias Europoje (7 pav.).

Socialiniai veiksniai yra reikšmingi vaikui vertinant savo sveikatą, tačiau dažnai jie sumenkinami. Formuojasi naujas požiūris, kad vaikų dalyvavimas vertinant savo sveikatą yra savaime reikšmingas. Manoma, vaikai turi unikalų savo sveikatos suvokimą, todėl jie gali pasiūlyti naudingos informacijos sveikatos priežiūros specialistams, sveikos gyvenimo planuotojams ir sveikatos politikos vykdytojams. Būtina suprasti, jog vaikai yra būtini jų sveikatos vertinimo dalyviai, ir atkreipti dėmesį į kriterijus, kurie gali lemti vienokius ar kitokius sveikatos vertinimo rezultatus (Rebok et al., 2001).

Mokslinių tyrimų konkrečiai apie tai, kaip vaikai supranta sveikatą, atlikta ne tiek daug. Tačiau nagrinėti moksliniai tyrimai leidžia nustatyti konkrečius kriterijus / indikatorius ar jų grupes, lemiančius, kaip vaikas vertina savo sveikatą. Vienas iš nustatytų reikšmingų kriterijų – vaiko kontrolės lokusas. Žmonės su vidiniu kontrolės lokusu jaučiasi galintys kontroliuoti ar daryti įtaką savo gyvenimo įvykiams, o žmonės su išoriniu kontrolės lokusu priskiria įvykius išorinėms aplinkybėms, nesijaučia galintys jiems daryti įtaką. Tyrimų duomenys rodo, kad vaikų supratimas apie sveikatą yra susijęs su kontrolės lokusu (angl. *locus of control*) (Shagen, Sandler, Perrin, 1988). Sveikiems vaikams būdingas stipresnis vidinis kontrolės lokusas negu vaikams, turintiems sveikatos problemų. Tai susiję su tuo, kad sveiki vaikai demonstruoja geresnį supratimą apie ligą negu jų bendraamžiai su sveikatos problemomis. Mokslininkai daro išvadą, kad pastarųjų metų mokslinių tyrimų rezultatai rodo, jog



7 pav. Skirtingų Europos šalių vaikų savo sveikatos vertinimo rezultatai

Šaltinis: Bradshaw et al. (2007, p. 142).

vaikai daugiau supranta apie sveikatą ir ligas, palyginti su XX a. 8-ojo dešimtmečio tyrimo rezultatais (Myant, Williams, 2005). Pasak tyrėjų, tokia tendencija susijusi su pakitusiu požiūriu į vaikus ir tyrimuose naudojamomis vaikams draugiškomis (angl. *child-friendly*) metodologijomis, kuriose pateikiami vaikams jautrūs (angl. *child-sensitive*) tyrimo metodai, pvz., atviri klausimai, kurie leidžia vaikams labiau atsiskleisti. Be to, teigiama, jog vaikų žinios apie sveikatą gerėja dėl to, kad auga visuomenės sąmoningumas sveikatos klausimų tema ir skiriamas didelis dėmesys sveikatos ugdymo klausimams mokyklose (Myant, Williams, 2005). Tyrimai rodo, kad 4–7 metų amžiaus vaikų žinioms apie ligas didelę įtaką daro mokymo programos (Williams, Binnie, 2002). Čia svarbus vaidmuo tenka sveikatos programų kūrėjams ir įgyvendintojams, kokia jų nuomonė apie vaiko vaidmenį formuojant ir stiprinant jo paties sveikatą. Retai apie sveikatą kalbama iš vaikų perspektyvos, nes vis dar gajus požiūris, kad vaikai nežino, kas jiems geriausia, todėl suaugusiųjų požiūris yra

svarbesnis (Kostmann, Nilsson, 2012). Galima teigti, jog vaiko vidinis kontrolės lokusas, o kartu ir su tuo susijęs savo sveikatos vertinimas gali būti formuojamas, ugdomas ir priklausso nuo aplinkos bei suaugusiųjų požiūrio į vaiko vaidmenį šiame procese.

Ne mažiau sveikatai vertinti reikšmingi indikatoriai – sveikos gyvensenos veiksniai. Atlikta nemažai tyrimų, rodančių glaudų sveikos gyvensenos ryšį su sveikatos vertinimu. Nustatytas ryšys tarp jaunuolių fizinio aktyvumo, psichosocialinės sveikatos, gerovės ir gyvenimo tikslų (Piko, Keresztes, 2006). Fiziškai aktyvesni respondentai, užsibrėždami gyvenimo tikslus, labiau vadovaujasi vidinėmis, o ne išorinėmis vertybėmis. Fizinio aktyvumo įtakos sveikatos suvokimui analizė rodo, kad didesnis fizinis aktyvumas turi tiesioginės ir netiesioginės įtakos sveikatos suvokimui, kovai su rizikos veiksniais: rūkymu, alkoholio vartojimu, depresija ir susidorojimu su psichofiziologiniais simptomais. Be to, fizinis aktyvumas, vertinant savo sveikatą, reikšmingas vertinant savo kūno fizinę būklę, ištvermingumą (angl. *physical fitness*) (Pastor, 2003). Kitas svarbus aspektas – dalyvavimas sportinėje veikloje ir savo sveikatos vertinimas. Yra pastebėta, kad sportinė veikla turi didelę įtaką kontroliuojant kitus veiksmus, susijusius su sveikatinimo veikla, psichologiniu distresu ir turimomis ligomis ir lemia savo sveikatos vertinimo rezultatus (Thorlindsson et al., 1990). Ne mažiau nei fizinis aktyvumas svarbus sveikos gyvensenos veiksnys – mityba. Atsavorį turintys ir nutukę vaikai įvertino savo sveikatą kaip prastą arba labai prastą, lyginant su normalaus svorio vaikais. Nutukimas yra susijęs su prastesne subjektyvia gyvenimo kokybe, nepaisant socioekonominės klasės (Krause, Lampert, 2015, 2262–2276). Nuo vaikystės formuojami tokie sveikos gyvensenos įgūdžiai kaip fizinis aktyvumas, mityba turi tiek tiesioginę, tiek ir netiesioginę reikšmę vaiko savo sveikatos vertinimui.

Nuo mūsų nepriklausantis, tačiau sąsajas su savo sveikatos vertinimu turintis kriterijus – amžius. Nėra pakankamai daug mokslinių tyrimų, rodančių vaikų amžiaus ir supratimo apie sveikatą bei savo sveikatos vertinimo sąsajas. Jaunesni tiriamieji geriau vertina savo sveikatą ir turi geresnę fizinę būklę, mažesnę depresijos ir didesnę pasitenkinimo gyvenimu lygį. 4–12 metų vaikų supratimas apie sveikatą ir ligas priklauso nuo jų amžiaus (Myant, Williams, 2005). Tačiau toje pačioje amžiaus grupėje egzistuoja skirtingas supratimas apie sveikatą ir ligas. Dėl šios priežasties galima daryti prielaidą, kad vaikų supratimas apie sveikatą ir ligas susijęs su jų socialiniu ir kultūriniu patyrimu. Ryškus skirtumas matyti 9–12 metų laikotarpiu: 9–10 metų vaikai kalba apie sveikatą kaip ligos nebuvimą, 11–12 metų vaikai sveikatą sieja su asmens elgesiu. Atlikta tyrimų apžvalga rodo, kad egzistuoja konceptualiai skirtingi požiūriai, kurie lemia tyrimų atskaitos taškus (Myant, Williams, 2005). Tyrimai rodo, kad kuo vaikai mažesni, tuo daugiau jie linkę sveikatą apibrėžti kaip ligos nebuvimą (Schmidt, Frohling, 2000). Tačiau kuo vyresni vaikai, tuo dažniau, kalbėdami apie sveikatą, jie mini pozityvius aspektus. Paaugliai sveikatą supranta plačiau negu tik ligos nebuvimą (Irwin, Millstein, 1986). Susiejant vaikų sveikatos supratimą su Piaget'o (1932) apibrėžtomis raidos stadijomis, pastebėta, kad 2–7 metų amžiaus vaikų

supratimas (priešoperacinė raidos stadija) apie ligas siejasi su magija ir prietarais. Tam tikrus logiškus ligos paaiškinimus vaikai atranda būdami 7–10 metų, kai pradeda skirti išorines ir vidines poveikio jėgas (Bibace, Walsh, 1981). Tačiau tyrimai, kurie sieja Piaget'o raidos stadijas su sveikatos ir ligos supratimo galimybėmis, yra stipriai kritikuojami, teigiant, kad Piaget'o raidos teorija yra skirta vaikų mąstymo ir pažintiniams procesams analizuoti, todėl netinkama analizuoti supratimo kaip reiškinių. Manoma, kad egzistuoja intuityvus vaikų supratimas apie biologinius reiškinius, todėl galima fiksuoti ankstyvo amžiaus vaikų supratimą apie biologinę ligos supratimą (Wellman, Gelman, 1992). Nors vaikų supratimas apie tokius biologinius reiškinius kaip mikrobai ir jų reikšmė infekcijos plitimui yra ribotas, kai kurie tyrimai rodo, kad vaikai nuo 4–5 metų amžiaus sugeba kalbėti apie ligas. Be to, tas pats tyrimas rodo, kad 4–12 metų vaikų supratimas apie ligas priklauso nuo ligų tipo. Pavyzdžiui, beveik visi vaikai lengvai paaiškina danties skausmą, tačiau paaiškinti astmos priežastis gali ne bet kokio amžiaus vaikas. Taip pat tyrimo metu išsiaiškinta, kad beveik visi 4–12 metų vaikai sieja peršalimą su šalčiu, o ne su virusais ar mikrobais, ir ypač tai būdinga vaikams iki 9–10 metų amžiaus (Myant, Williams, 2005). Manoma, kad kalba gali riboti jaunų vaikų galimybę nupasakoti savo sveikatą. Yra mažai žinoma apie vaikų kalbos žodyną, susijusį su sveikatos terminais, bei sveikatos klausimų suvokimą. Kai kurie tyrimai rodo, kad 5-erių metų vaikai nesugeba suprasti didžiosios dalies klausimų, kad tikslingai įvertintų savo sveikatą. O beveik visi 8-erių metų ir vyresni vaikai geba visiškai suprasti pagrindinius su sveikata susijusius terminus ir atsiminti įvykius, nutikimus per paskutines 4 savaites. Taip pat nustatyta, kad 6–7 metų vaikai kur kas dažniau nei vyresni renkasi ekstremalius atsakymus. Remiantis tyrimo rezultatais, galima teigti, kad nuo 8 metų amžiaus vaikai gali adekvačiai atsakyti į klausimus apie įvairius savo sveikatos aspektus, naudojant 5 atsakymų pasirinkimo formatą (Rebok et al., 2001). 8–11 metų amžiaus vaikai turi konkretesnių minčių apie tai, kas sukelia vėžį, ir platesnį ligų supratimą bei įvairių veiksmų, pvz., rūkymo įtaką šeimos sveikatai. Vaikai gana gerai suvokia tai, kas yra sveika ir nesveika gyvensena, tačiau tyrimais nenustatyta, ar šis suvokimas yra vaikų perimamas iš šeimos, ar yra jų pačių pasirinkimas. Kalbant apie vyresnius vaikus būtina pažymėti, jog jų sveikatos suvokimas yra kur kas sistemiškesnis nei ligos samprata ir ją lemiantys veiksniai. Atskiri tyrimai su 9–11 metų vaikais, siekiant išsiaiškinti, kokie, jų manymu, yra svarbiausi sveikatos veiksniai, parodė kur kas platesnį nei biomedicininį vaikų sveikatos suvokimą. Jie svarbiausiu sveikatos veiksmu laiko žmonių tarpusavio santykius. Įvairiuose kituose tyrimuose 8–15 metų vaikai sveikatos veiksniais įvardijo gerus draugus, maistą, gerą miegą, higieną, fizinį aktyvumą, sportą, laimės jausmą. Geri santykiai su draugais ir šeima įvardijami kaip meilė, parama, atvirumas, išklausymas (Knighting et al., 2011; Kostmann, Nilsson, 2012).

Taigi, unikalus, priklausomai nuo amžiaus vaikui būdingas sveikatos supratimas, sudaro prielaidas vaiko gebėjimui įsivertinti su sveikata susijusią gyvenimo kokybę.

Kaip ir suaugusiųjų, taip ir vaikų gyvenimo kokybės tyrimams galima rasti įvairių tyrimo instrumentų, besiskiriančių savo tikslinė paskirtimi ar vertinamų sveikatą lemiančių veiksnių kompleksiskumu. Vaikų (taip pat ir su raidos sutrikimais bei sergančių) su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tyrimams dažniausiai naudojami instrumentai, kuriais siekiama ištirti, kaip ligos arba raidos sutrikimas daro įtaką gyvenimo kokybei ir kaip socialinės sąlygos gali keisti vaiko ligos arba raidos sutrikimo daromą įtaką gyvenimo kokybei. Dažniausiai vaikų gyvenimo kokybei vertinti naudojamas instrumentas yra Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 (Peds QL 4.0). PedsQL instrumentas padeda prevenciškai įvertinti vaiko sveikatos poreikius ir formuoti stiprinimo strategijas (Laaksonen et al., 2008). Šis instrumentas grindžiamas PSO sveikatos koncepcija, todėl apima kompleksiskai socialinius ir biomedicininis sveikatos aspektus vaikams iki 18 metų amžiaus (Laaksonen et al., 2008). Pažymėtini dar keletas vaiko gyvenimo kokybės vertinimo įrankių. Vaiko sveikatos klausimynas (angl. *Child Health Questionnaire*, santr. CHQ) sudarytas iš 98 klausimų. Teoriškai jis paremtas gyvenimo kokybės koncepcijos sandara iš keturių dimensijų: psichinė, fizinė, socialinė ir funkcionavimas mokykloje (Varni, J. et al., 2001). Vaiko sveikatos ir ligos profilis vaikų vertinimu (angl. *Child Health and Illness Profile-Child Edition*, santr. CHIP-CE), skirtas vaikams ir tėvams, apima penkias gyvenimo kokybės sritis: pasitenkinimas savimi ir savo sveikata, emocinis ir fizinis komfortas, atsparumas, rizikos vengimas ir pasiekimas (Riley, et al., 2004). Olandijos mokslininkų rengtas vaikų gyvenimo kokybės klausimynas (angl. *TNO-AZL Children Quality of Life Questionnaire*, santr. TACQOL) (angl. *The Netherlands Organization of Applied Scientific Research Academic Medical Center*) skirstomas į dvi versijas: priešmokyklinukų ir kūdikių gyvenimo kokybės vertinimas (angl. *Preschool Quality of Life and Child Quality of Life*). Tai pirmasis daugialypis instrumentas, sukurtas 0–5 amžiaus vaikams. Jis sudarytas iš 43 klausimų, apimančių fizinį, socialinį, pažintinį ir emocinį funkcionavimą (Bunge et al., 2005). Vaikų gyvenimo kokybės vertinimo instrumentas (angl. *Generic Children's Quality of Life Measure*, santr. GCQ), kuris skirtas analizuoti gyvenimo kokybės skirtumus tarp sveikų ir sergančių bei su negalia vaikų (Collier, MacKinlay, Phillips, 2000). Taip pat gyvenimo kokybės vertinimo klausimynai naudojami tyrimuose, kuriuose analizuojamas konkrečios ligos poveikis vaiko gyvenimo kokybei: psichosocialinė sveikata ir gyvenimo kokybė vaikų, turinčių kardiologinę diagnozę (Patel, Lai et al., 2017), su sveikata susijusi gyvenimo kokybė vaikų ir paauglių su cerebriniu paralyžiumi (Varni, Burwinkle, 2005), matavimai gyvenimo kokybės vaikų, sergančių bronchine astma (Juniper, Guyatt, 1996; Juniper, 1997; Vaitkaitienė et al., 2003), gyvenimo kokybė vaikų, sergančių diabetu (Shrestha, Ghimire, 2012), vaikų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė ir onkologiniai susirgimai (Eiser, 1995), alerginių vaikų susirgimų reikšmė jų su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei (Juniper (1998). Galima rasti mokslinių tyrimų, nagrinėjančių chroninių vaikų susirgimų sąsajas su jų gyvenimo kokybe (Gortmaker, 1985; Janse et al., 2005). Kidscreen vaiko su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo klausimynas, parengtas Kidscreen Europos tyrėjų grupės (angl. *The KIDSCREEN Group Europe*, 2006), tinka visiems vaikams, nepriklausomai nuo vaikų sveikatos

būklės, atskleidžia holistinį sveikatos vertinimą, leidžiantis vertinti vaikų sveikatą jų tėvams ir patiems vaikams. Įvairių šalių mokslininkų ar mokslininkų grupių sukurti gyvenimo kokybės bendrai ar su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo instrumentai suteikia pasirinkimo galimybę, priklausomai nuo atliekamo tyrimo tikslo bei siekiamų įvertinti gyvenimo kokybę lemiančių veiksnių.

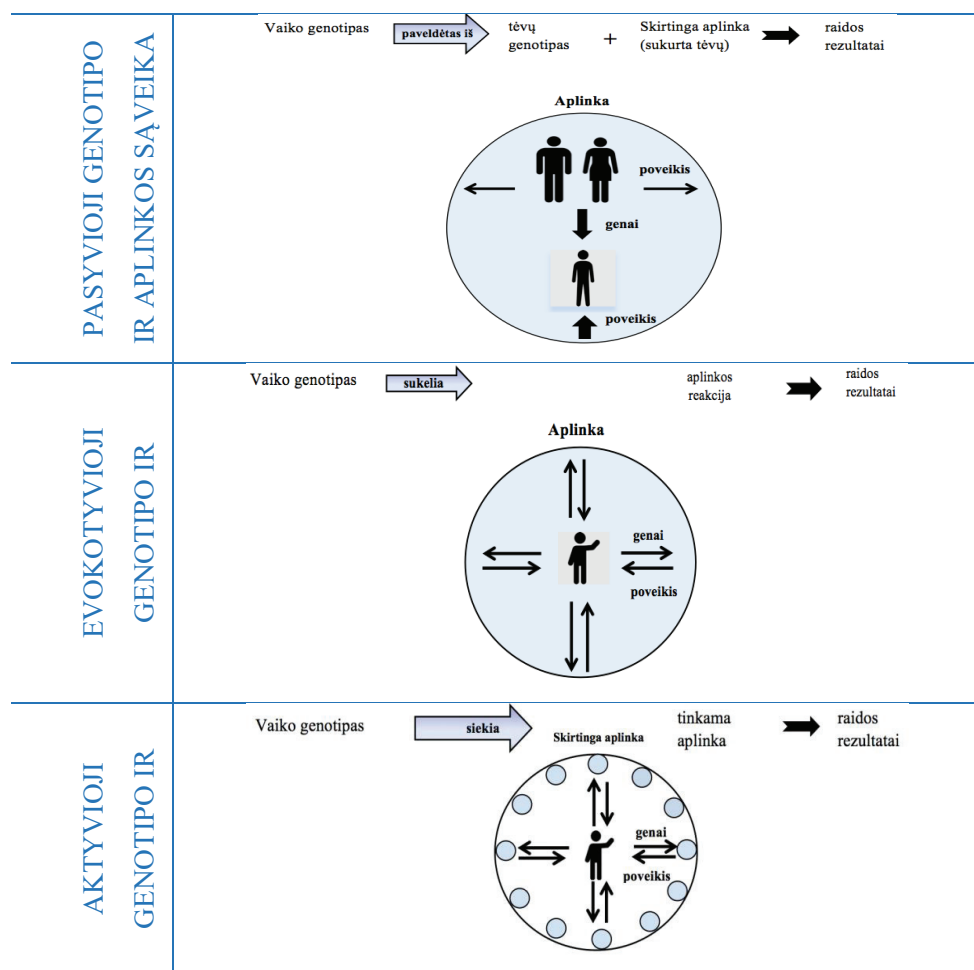
Apibendrinimas. Mokslinės literatūros, teisės aktų ir kitų norminių dokumentų analizė atkleidė, kad vaiko apibrėžimo svarbiausias atskaitos taškas išlieka vaiko amžius. Skirtinguose literatūros šaltiniuose gali būti išskirta skirtinga vaiko amžiaus periodizacija, sietina su atskirais mokslais ir jų tikslais skirtingame vaiko amžiuje. Tačiau randamas bendras sutarimas, kad vaiku laikomas asmuo iki 18 metų. Tyrėjų pripažinta, kad vaiko atsakas į ligas, vaistus ir aplinką bei sveikatos stiprinimo strategijos priklauso nuo amžiaus. Pastaruoju laikotarpiu vaikų ir moksleivių sveikata tapo vienu ryškiausių tyrinėjimo objektų. Mokslinėje literatūroje sutinkama, kad objektyvių vaiko sveikatos rodiklių vertinimas svarbus vaiko fizinei sveikatai vertinti, tačiau vis daugiau tyrimų, identifikuojančių vaikų ir jaunimo sveikatą sąlygojančius socialinius ir psichologinius veiksnius. XX amžiaus tyrimų kontekste išryškėjęs su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas integruoja ne tik objektyvius sveikatos parametrus, gyvensenos veiksmus, bet ir atsižvelgia į savo sveikatos vertinimo rezultatus. Esti nemažai studijų, kurios leidžia išskirti pagrindinius veiksmus, nuo kurių priklauso, kaip vaikas vertina savo sveikatą: vaiko kontrolės lokusas, gyvensenos veiksniai, amžius. Kaip ir suaugusiųjų, taip ir vaikų gyvenimo kokybės tyrimams galima rasti įvairių tyrimo instrumentų, besiskiriančių savo tiksline paskirtimi ar vertinamų sveikatą lemiančių veiksnių kompleksiskumu. Šių instrumentų tikslinis panaudojimas leidžia aktualizuoti asmens vaidmenį sveikatos stiprinimo procese. Tačiau moksliniu požiūriu su sveikata susijusiai vaikų gyvenimo kokybei ne mažiau reikšmingas aplinkos vaidmuo, leidžiantis identifikuoti aplinkos ir socialinius veiksmus, aktualius vaikų gyvenimo kokybės kontekste.

1.2.2. Aplinkos vaidmuo su sveikata susijusiai vaikų gyvenimo kokybei vystyti

Sveikatos stiprinimo procesai didžiąja dalimi yra susiję su socialinės aplinkos įtaka. Socialinė aplinka – aplink žmogų esantis socialinis pasaulis – šeima, darželis, mokykla, įstaiga, visuomeninės (materialinės ir dvasinės) žmonių gyvenimo, jų vystymosi ir veiklos sąlygos (Leonavičius, 1993). Socialinės aplinkos veiksnių unikali sąveika išreikšta tam tikra gyvensena / gyvenimo būdu (angl. *lifestyle*). Gyvensena – tai gyvenimo ypatumai, priklausantys nuo gyvenimo sąlygų ir individualios elgsenos, socialinių, ekonominių, kultūrinių veiksnių, taip pat ir nuo paties individo charakterio savybių. Ji formuojasi bendraujant su tėvais, artimaisiais, draugais ir aplinkiniais (Žaltauskė, 2017, p. 5). Reikšmingas socialinės aplinkos vaidmuo asmens sveikatai ir gyvenimo kokybei inspiruoja socialinės sveikatos koncepcijos svarbą.

Socialinės sveikatos koncepcija aktualizuoja socialinio aspekto svarbą holistinės sveikatos kontekste. Socialinė sveikata susijusi su mūsų kaip visuomenės narių požiūriu į save (PSO, 2012; Gudžinskienė, 2013). Gudžinskienės teigimu, tai žmogaus sugebėjimas prisitaikyti prie visuomenės ar socialinės grupės, kuriai jis priklauso. Socialinė sveikata apima gebėjimą būti rūpestinga šeima, palaikyti draugystės ryšius, gebėjimą priimti ir suteikti pagalbą, kai to reikia, gebėjimą efektyviai bendrauti su įvairiais žmonėmis. Autorė pabrėžia, jog gera socialinė sveikata yra savotiška asmens santykio su jį supančia aplinka ir žmonėmis kokybė (Gudžinskienė, 2013). Tai žmogaus sugebėjimas prisitaikyti prie visuomenės ar socialinės grupės, kuriai jis priklauso. Ji atspindi mūsų santykius su žmonėmis, t. y. su tais, kuriais bendraujame: šeimos nariais, bendradarbiais, draugais. Tyrėja detalizuoja geros socialinės sveikatos kriterijus: socialinis adaptyvumas, t. y. gebėjimas prisitaikyti, socialinis lankstumas, socialinis pasitenkinimas, socialiai dinamiškas elgesys (amžių atitinkanti socialinė raida), socialinių ir kultūrinių normų laikymasis, pakankamas kultūrinio išprusimo lygis (mandagumas, socialiai priimtinos vertybinės orientacijos ir požiūris, teigiamas asmens kryptingumas), socialiai priimtini poelgiai (socialinis elgesys, stilius, sveikas gyvenimo būdas, sveika gyvensena, elgesio sutrikimų neturėjimas), gebėjimas apsispręsti ir priimti socialiai priimtinius sprendimus, teigiamas ir adekvatus savęs vertinimas, gebėjimas reflektuoti savo elgesį. Gudžinskienė atkreipia dėmesį, jog suvokdami, kad socialinės sveikatos neatsiejama dalimi yra socialinė aplinka, grįžtame prie anksčiau minėto ekologinio modelio, kurį nagrinėjantys mokslininkai pabrėžia, jog esminis uždavinys yra ne tik parodyti aplinkos daromą įtaką sveikatai, bet atrasti tarpusavio ryšiais paremtus mechanizmus aplinkoje, kurie nuolat skatina sveikatai palankios aplinkos išteklių augimą. XX a. viduryje sustiprėjo teorijos, aiškinančios socialinės aplinkos svarbą socialinės sveikatos kontekste.

Suvokiant, kokią didelę įtaką sveikatai turi socialiniai veiksniai, yra svarbu skirti jiems dar daugiau dėmesio. Su socialinių veiksnių aktualizavimu siejamas atsiradimas sveikatos socialinės plėtros koncepcijos, kuri, pasak Jurgelėno ir bendraautorių (2007), yra daugialypė. Ši koncepcija yra tikslingų veiksmų sistema, apimanti atskirų sričių tikslus ir bendrą sisteminių tikslą. Sveikatos socialinė plėtra galėtų būti nuolatinis „kokybinis virsmas“, kokybinių sveikatos struktūrų transformacija. Pats sveikatos fenomenas įgauna vis daugiau socialinio reiškinių požymių per įvairias perspektyvas (Wulff et al., 2001). Vienas iš pavyzdžių galėtų būti tarpdisciplininiai tyrimai, kurie susieja tarpusavyje aplinkos ir genų veiksmus (8 pav.). Anot Berns (2009), galima išskirti tris aplinkos ir genų sąveikos tipus: pasyvusis (vaikai jautriai reaguoja į tėvų sukurtą aplinką); evokatyvusis (asmens genotipas provokuoja tam tikrus aplinkos atsakus); aktyvusis (asmens genotipas skatins žmogų ieškoti ar kurti tokią aplinką, kuri labiausiai derėtų su jo genetinė parengtimi).



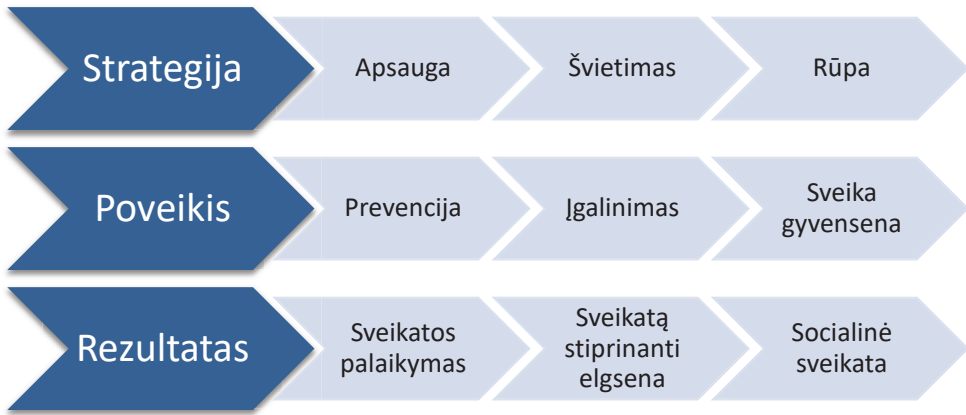
8 pav. Genotipo ir aplinkos sąveikos tipai

Šaltinis: Berns (2009, p. 21).

Sveikatos socialinė plėtra yra kompleksinis reiškiny, apimantis skirtingus lygmenis ir koncepcijas (9 pav.).

Sveikatos socialinės plėtros daugialypė koncepcija sukurama suteikiant vienodai svarbų vaidmenį kiekvienai šios koncepcijos strategijai.

Mokslinėje literatūroje galima rasti pakankamai daug pavyzdžių, nurodančių sveikatos apsaugos ir sveikatos švietimo (ugdymo) svarbą sveikatos socialinei plėtrai. Tačiau, anot Petrauskienės ir Ustilaitės (2013), mažai dėmesio skiriama rūpos kate-



9 pav. Sveikatos socialinės plėtros koncepcijos.

Parengta disertacijos autorės.

gorijai. Rūpesčio kultūra – tai perduodamos vertybės, nuostatos, normos, gyvenimo patirtis. Tyrėjų teigimu, profesionalus rūpinimasis apima asmens pažinimą ir sąmoningus tikslus, procesus, veiksmus, kuriuos įgyvendina sveikatos priežiūros profesionalas ar jų grupės, kai jos teikia pagalbą ar asistuoja kitiems, kai turi aiškias nuostatas, siekiant geros asmenų savijautos, padedant susidoroti su sunkumais ir tenkinant akivaizdžius asmenų poreikius. Mokslininkės atkreipia dėmesį, kad pagrindinės rūpinimosi reikšmės profesionalumui plėtotis yra: kryptingumas iškilusiam tikslui pasiekti ir pripažintos veiklos modelis, suderinta bei dinamiška veiklos eiga ir būdai patirti artimus ryšius bei draugystę. Nagrinėdamos rūpos svarbą vaiko ugdymui, mokslininkės pažymi, jog, siekiant asmens raidos bei nepriklausomybės ir savarankiškumo, pagrindinis tikslas yra vaikų savirūpos gebėjimų ugdymas. Rūpos modelis didžiąja dalimi grindžiamas savitarpio pagalbos vystymu (Petrauskienė, Ustilaitė, 2013). Rūpos modelis labai tinkamas kalbant apie vaikos sveikatos ugdymą šeimoje, nes šio modelio taikymas „remiasi sveikatos ugdymo procesu, grindžiamu tiesiogine sveikatos ugdytojų ir ugdytinių sąveika, siekiant asmenų elgesio ir gyvensenos pokyčių. Sveikatos ugdytojo vaidmenys varijuoja nuo žinių ir nuorodų teikėjo link motyvaciją pokyčiams stiprinančio vaidmens, palydinčio ir remiančio ugdytojo, padedančio mokiniiui (-iams) suprasti ir įsisąmoninti atsakomybę, keisti nuostatas ir elgesį“ (Petrauskienė, Ustilaitė, 2013, p. 33). Įgyvendinus rūpos strategiją, galimas poveikis sveikai gyvensenai bei tikėtina gera socialinė sveikata.

Gera socialinė sveikata susijusi su sveikatos palaikymu, sveikatą stiprinančia elgsena. Pasak Bobrovos (2012), sveika gyvensena arba gyvenimo stilius laikomas vis svar-

besniu sveikatos ugdymo ir stiprinimo tikslu. Jos teigimu, vis stipriau pripažįstama, kad gyvenimo stilius yra reikšminga edukologijos mokslo kategorija, nes padeda suvokti socializacijos proceso, visuomenės lūkesčių ir individualumo raiškos santykį. Šia prasme „gyvenimo stilius reguliuoja socialinę elgseną esant konkrečioms sąlygoms, garantuoja sėkmingą adaptaciją, taip pat žmogaus savirealizacijos lygį, jo individualumo vystymąsi <...> gyvenimo stilius formuojasi individui keliamų socialinių reikalavimų ir kiekvieno žmogaus individualių savitumų sankirtoje. Taigi žmogus turi gebėti ne tik adaptuotis, bet ir siekti visavertės socializacijos, kurios mechanizmai labiausiai pasireiškia individualiu gyvenimo stiliumi“ (Bobrova, 2012, p. 6). Gyvenimo stiliaus perspektyvoje skiriamas dėmesys ne išmoktam socialiniam elgesiui, o jo nuolatiniam konstravimui ir perkonstravimui. Kol kas Lietuvoje gyvenimo stiliaus ir gyvensenos terminai vartojami sinonimiškai. Gyvensena (gyvenimo būdas, angl. *life-style*) – tai įpročių ir papročių visuma, susidariusi, veikiama ir stiprinama socializacijos proceso per visą žmogaus gyvenimą (Norkus, 2012). Lietuvoje sveikos gyvensenos terminas vartojamas sinonimiškai su sveikatą stiprinančios elgsenos (angl. *health promoting behavior*) terminu (Norkaus, 2012), tačiau pastaruoju metu stebime šių terminų subtilėjančią diferenciaciją. Tačiau šie terminai neturėtų būti tapatinami su sveikatos elgsena (angl. *health behavior*) – „tai su poveikiu asmens sveikatai susijusi įgimtų ir įgytų reagavimo į aplinką bei jos pokyčius būdų visuma, priklausanti nuo asmenybės ryšių su kitais žmonėmis, šeima, socialinėmis grupėmis. Skirstoma į sveikatą stiprinančią ir sveikatą žalojančią (rizikingą) elgseną“ (Norkus, 2012, p. 5). Sveikatą palaikanti elgsena yra didelė dalimi prevencinė elgsena, kuri apibrėžiama kaip „save sveiku laikančio žmogaus elgsena, kuria sąmoningai siekiama išvengti ligos, sveikatos pablogėjimo“ (Norkus, 2012, p. 12). Sveika gyvensena neatsiejama nuo asmens gebėjimo reaguoti į aplinką.

Galima išskirti keletą reikšmingiausių asmens santykius su aplinka ir šių santykių svarbą sveikatai analizuojančių teorijų. Glanz ir bendraautoriai (2008) atkreipia dėmesį, jog kai kurios teorijos yra kritikuojamos, kad, sureikšminant aplinkos veiksnius, sumenkinama asmens atsakomybė už savo sveikatai kenksmingą elgseną. Autoriai kaip pavyzdį pateikia rūkymą, kuris ekologinio požiūrio perspektyvoje gali būti traktuojamas ne kaip besąlygiškai individualus asmens pasirinkimas, bet kaip visuomenės problema, nes jaunuoliai patiria nuolatinį ir didžiulį aplinkos spaudimą pabandyti rūkyti ir įsitraukti į tai. Todėl visuomenės negebėjimas suvaldyti situacijos taip, kad aplinka neskatinėtų rūkyti jaunuolių, yra traktuotina kaip visuomenės, o ne individo problema (Glanz et al., 2008). Sallis (2008) nurodo, kad, ekosisteminio požiūriu, asmens sveikatos elgsena yra ugdoma lengviau, kai yra tinkamas aplinkos palaikymas ir (ar) pastiprinimas. Tačiau vien tik aplinkos palaikymas dažnai nėra pakankama sąlyga. Pavyzdžiui, jei, norėdami paskatinti vartoti kuo daugiau vaisių, visur padėsime daug padėklų su vaisiais, tai nebūtinai taip ir atsitiks, jei nebus šviečiamojo darbo ir (ar) jeigu nebus motyvacijos sistemos. Todėl ekologinis modelis pagrindinį dėmesį skiria sąveikoms tarp aplinkos ir asmens elgesio, nuostatų ir kitų dedamųjų (Sallis et

al., 2008). Be to, ekologinis modelis pagrindinį dėmesį skiria tinkamai identifikuoti sąryšius tarp skirtingų veiksmų, pavyzdžiui, fizinio aktyvumo skatinimo programos nebūtinai formuos įprotį vaikščioti pėsčiomis į darbą (Sallis et al, 2008, p. 470). Žaltauskė (2017, p. 28) išskiria socialinį–ekologinį modelį, grindžiamą keleto socialinių, psichologinių teorijų pagrindu (žr. 3 lentelė):

3 lentelė. Socialinio–ekologinio modelio sukūrimo teorijos

Šaltinis: Žaltauskė (2017).

Data	Autorius, teorijos pavadinimas	Koncepcijos esmė
1951 m.	Curt Lewin Ekologinė psichologija – <i>Ecological psychology</i>	Dėmesį koncentravo į sąsajas tarp individo ir jį supančios aplinkos.
1968 m.	Roger Barker Aplinkos psichologija – <i>Environmental Psychology</i>	Teigia, kad žmogaus elgesys gali būti prognozuojamas daug tiksliau, jeigu dėmesys labiau koncentruojamas į susidariusią situaciją nei į individualias asmens savybes.
1979 m.	Urie Bronfenbrenner's Ekologinė sistemų teorija – <i>Systems theory</i>	Kėlė hipotezę, kad aplinką sudaro kelios koncentriškos struktūros, išsidėsčiusios viena kitoje ir sudarančios bendrą visumą, kurios centras – žmogus. Šios struktūros sudarė 4 aplinkos sistemas: mikrosistema, mezosistema, echosistema ir makrosistema.
1980 m.	Rudolph Moos Socialinė ekologija – <i>Social ecology</i>	Sukūrė keturias aplinkos veiksmų kategorijas: fiziniai veiksniai – gamtinės sąlygos, gyvenamosios vietos infrastruktūra; organizaciniai veiksniai – darbovietės veiklos pobūdis ar mokyklos dydis; žmogiškieji ištekliai – socialinė ir kultūrinė žmogaus aplinkos charakteristika
1988 m.	Kenneth McLeroy's Sveikatos elgsenos ekologinis modelis – <i>Ecological Model of Health Behaviours</i>	Išskyrė keturis sveikatos elgsenai reikšmingus įtakos lygius: asmeninės, tarpasmeninės, fizinės aplinkos, bendruomenės ir viešosios tvarkos.
2006 m.	Thomas Glass ir Matthew McAtee Ekosocialinis modelis – <i>Eco-social model</i>	Konceptualizavo įtakos elgsenai hierarchiją per socialinės ir fizinės aplinkos matmenis.

Pristatytos aktualiausios teorijos, konceptualizuojančios asmens ir aplinkos veiksmų ryšių svarbą sveikatos išsaugojimui, stiprinimui ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės formavimui.

Nors egzistuoja nemažai socialinės aplinkos svarbą sveikatai apibūdinančių teorijų, tačiau reikia nepamiršti, jog visuomenė pati apibrėžia tam tikrus sveiko žmogaus

socialinius psichologinius požymius: nepriklausomas (autonomiškas), moralus, savarankiškai apsisprendžiantis, atsakingas. Nesveikam žmogui priskiriami visiškai priešingi požymiai. Crossley (2001, 2002) aiškina, kad sveikatai žalinga elgsena gali būti susijusi su pasipriešinimu dominuojančioms kultūrinėms normoms (kultūrinis rezistentiškumas). Tyrėja pažymi, kad dažnai sveikatos priežiūros specialistų veikla, kuria jie siekia perduoti žinias apie sveikatai palankią elgseną, gali dar labiau sustiprinti pasipriešinimą, ypač jei jų mokymuose yra moralizavimo atspalvio. Jos teigimu, kartais per žiniasklaidą tai išauga į labai stiprų socialinį judėjimą, kaip nutiko, pavyzdžiui, su šeimų pasipriešinimu skiepyti kūdikius. Pasipriešinimas ugdymui kyla iš to, kad žmogus dėl geros sveikatos ateityje turi atsisakyti savo laisvės rinktis elgesį ir laisvai elgtis. Kai kuriose subkultūrinėse grupėse (pankai ir pan.) laisvė yra didelė vertybė ir beveik absoliutus dalykas. Todėl tokie žmonės geriau rinksis laisvę negu sveikatai palankų elgesį. Crossley (2002) požiūriu, sumažinti socialinį kultūrinį pasipriešinimą galima tik rodant atvirumą skirtingoms patirtims (o ne primetant teiginius, kurie nurodo, kaip elgtis siekiant geros sveikatos), organizuojant dialogus, diskusijas, kuriose žmonės reflektuoja savo patirtį, motyvaciją, situacijas. Visuomenės suformuotos ir asmeniui primestos normos / apibrėžtys gali ne padėti, bet pakenkti sėkmingam sveikatos stiprinimo, ugdymo procesui.

Siekiant išvengti pasipriešinimo sveikatos ugdymui, prevencijos programos orientuotos į kritinį mąstymą ir paties vaiko gebėjimus suvokti riziką, ją atpažinti. Jeigu žmonės žino, kaip reikia elgtis, kad būtų sveiki, dar nereiškia, kad jie taip elgsis, nes žmonės nuolat vertina riziką. 95 proc. žmonių turi optimistinį tikėjimą, kad jiems pavyks išvengti rizikos. Socialinės psichologijos atstovai tai siūlo vadinti optimistinio šališkumo (angl. *optimistic bias*) reiškiniu (Joffe, 2002). Joffe'as aiškina, jog žmonės paprastai galvoja, kad jie nebus paliesti rizikos (avarijos, traumos ir pan.), nes mano, kad yra daug kitų žmonių, kurie taip pat turi tą pačią riziką. Kita priežastis yra ta, kad žmonės save lygina su žymiai prastesnėje situacijoje esančiais, todėl imama manyti, kad jiems taip nenukens. Autoriaus nuomone, žmonės pervertina savo turimus gebėjimus kaip galinčius jiems padėti išvengti rizikos. Žmonėms trūksta konkrečios patirties, kuri leistų suvokti realią riziką. Kiti veiksniai, nuo kurių iš dalies priklauso rizikos vertinimas, yra tokie: pasaulėžiūra (Slovic, 1997), žiniasklaidos formuojama nuomonė, pasitikėjimas ekspertais (Gaskel et al., 1999). Svarbu nepamiršti, jog žmonių kritinio mąstymo ir konkrečios patirties, reikšmingos užuomazgos su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei formuoti prasideda šeimoje.

Apibendrinimas. Kaip rodo literatūros apžvalga, sveikatos stiprinimo procesai didžiąja dalimi yra susiję su socialinės aplinkos įtaka. Mokslininkų conceptualizuotas socialinės aplinkos vaidmuo asmens sveikatai ir gyvenimo kokybei inspiruoja socialinės sveikatos koncepciją, kuri nurodo asmens sveikatos su visuomenės normomis sąsajas. Iš mokslinių tyrimų suvokus, kokią didelę įtaką sveikatai turi socialiniai veiksniai, pradedama plėtoti sveikatos socialinės plėtros daugialypė koncepcija, kuri

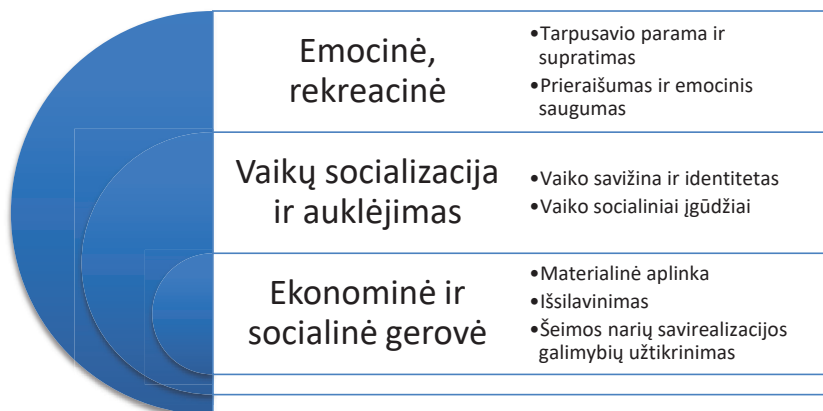
sukuriama suteikiant vienodai svarbų vaidmenį kiekvienai šios koncepcijos strategijai. Mokslinėje literatūroje galima rasti pakankamai daug pavyzdžių, nurodančių sveikatos apsaugos ir sveikatos švietimo (ugdymo) svarbą sveikatos socialinė plėtros koncepcijoje. Tačiau mažiausiai dėmesio skiriama rūpos strategijai, kurią įgyvendinus galimas poveikis sveikai gyvensenai bei tikėtina gera socialinė sveikata. Anot tyrėjų, gera socialinė sveikata susijusi su sveikatos palaikymu, sveikatą stiprinančia elgsena, neatsiejama nuo asmens gebėjimo reaguoti į aplinką. Reikšmingiausiomis asmens santykius su aplinka ir šių santykių svarbą sveikatai analizuojančiomis teorijomis laikomos ekologinė (ekosisteminė) požiūrį bei socialinę–ekologinę požiūrį atspindinčios teorijos. Tačiau sumaišties visgi esama. Nors egzistuoja aplinkos svarbą sveikatai pabrėžiančios teorijos, tačiau yra ir visuomenės suformuotos sveiko / nesveiko žmogaus apibrėžtys, kurios gali ne padėti, bet pakenkti sėkmingam sveikatos stiprinimo, ugdymo procesui. Tai gali pasireikšti pasipriešinimu sveikatos ugdymui. Siekiant išvengti pasipriešinimo sveikatos ugdymui, prevencijos programos turi būti orientuotos į kritinį mąstymą ir paties vaiko gebėjimus suvokti riziką, ją atpažinti. Kritinio žmogaus mąstymo ir konkrečios patirties užuomazgos prasideda šeimoje.

1.3. Šeimos edukacinės dimensijos aktualizavimas

1.3.1. Šeimos edukacinės dimensijos iššūkiai ir jų įtaka su sveikata susijusiai vaikų gyvenimo kokybei

Tradiciškai šeima suprantama kaip maža socialinė bendruomenė, dažnai sociologų įvardijama pagrindine visuomenės ląstele. Šeima ne tik svarbiausia, bet ir mažiausia valstybės ląstelė, vienintelė ir nepakartojama, turinti savo pranašumų ir trūkumų (Gudžinskienė, 2013). Anot autorės, dažniausiai šeima siejama su sutuoktinių sąjunga, kurios vienas pagrindinių uždavinių yra vystyti materialinę ir psichologinę aplinką, tarpusavio parama ir pasitikėjimu grindžiamus santykius bei realizuoti vaikų auklėjimo funkciją. Postmodernioje visuomenėje šeimos samprata yra stipriai pakitusi. Anot Giddens'o (2000) ir Beck'o (2003), reflekttyvaus modernizmo visuomenėje tradicinė šeima kuriama vis rečiau, nes žmonės reflektuoja realybę, kurioje mato ir girdi daug apie skyrybas, todėl vis dažniau tradicines santuokas keičia naujos bendrystės formos – sugyvenimas (angl. *cohabitation*), sujungtos šeimos (angl. *blended families*), draugai kaip šeimos (angl. *friends as families*), partnerystė per atstumą arba PPA (angl. *Living Apart Together – LAT*), šeimos pagal pasirinkimą (angl. *families of choice*) ir kitos.

Tradicinė šeimos kaip auklėjimo instituto samprata taip pat ryškiai kinta. Anot Juozeliūnienės (2012, p. 313), šiuolaikinės šeimos kaip instituto pokyčius geriausiai api-



10 pav. Pagrindinės šeimos funkcijos

Parengta disertacijos autorės.

būdina detradicionalizacijos, demokratizacijos ir individualizacijos sąvokos, o auklėjimo pokyčius – aktyvioji tėvystė (angl. *active fatherhood*), įtraukiančioji tėvystė (angl. *involved fatherhood*), grindžiamos lyties galios santykių raiška ir vaikystės sampratos konstruojamąja prigimtimi, parodant, kad tradicinis romantinis požiūris į vaiką, kaip nekaltą ir globos reikalaujantį, transformuojasi į vaiko, kaip aktyvaus šeimos nario, turinčio teises, sampratą.

Tradiciiniu požiūriu, skiriamas didelis dėmesys šeimos funkcijoms ir jų realizavimui. Daugelio autorių skiriamos šios pagrindinės šeimos funkcijos: ekonominė–ūkinė; rekreacinė (poilsio); vaikų socializacija, auklėjimas; emocinė (afecto); savęs identifikavimo, savižinos funkcija ir kitos (Vaitkevičius, 1995; Miškinis, 2003, 2006; Leliūgienė, 2003; Juodaitytė, 2002, 2003; Čivilytė-Gylienė, 2006) (10 pav.). Šeima, atliekanti būdingas šeimos funkcijas, kurios užtikrina visų jos narių fizinę, psichinę ir dvasinę gerovę, laikoma darnia šeima (Valstybės šeimos politikos koncepcija, 2008). Tinkamas funkcijų realizavimas lemia sėkmingą sistemos funkcionavimą – „tai daugybės individualių veikėjų, sąveikaujančių vienas su kitu, gebėjimas prisitaikyti prie aplinkos reikmių, fizinių aplinkos sąlygų, situacijų, kuriose optimizuojami poreikiai tarpinėje kultūriniu požiūriu struktūrizuotų, bendrųjų simbolių sistemoje“ (Valantiejus, 2007, p. 119).

Anot Miškinio (2003, 2006), šiuolaikinės šeimos požiūriu, ryškūs šeimos struktūros pokyčiai daro didelę įtaką vaikų auklėjimo funkcijos realizavimui šeimoje. Vaikai dažnai auga mišrioje šeimoje, kuriose vienas ar abu partneriai turi ne tik bendrą vaiką, bet ir vaikų iš ankstesnių santuokų. Šeimos struktūra tampa vis sudėtingesnė, dėl to

iškyla daug psichosocialinių problemų. Modernioje šeimoje, kurioje abu sutuoktiniai labai užimti savo darbu arba karjera, vis sunkiau realizuoti tradicines funkcijas. Todėl moderniai šeimos reikia vis daugiau išorinės įvairiapusės socialinės, psichologinės ir edukacinės paramos (Miškinis, 2003, 2006).

Mokslinės literatūros analizė rodo, jog išaugusį paramos šeimai poreikį pirmiausia lemia tokie šiuolaikinės šeimos pokyčiai kaip deinstitutionalizacija, kurią apibūdina šie reiškiniai: gyvenimas kartu nesusituokus (arba kohabitacija) bei kitos alternatyvios gyvenimo kartu formos, santuokų atidėjimas vėlesniam laikui, mažėjantis santuokų skaičius, nesantuokinių vaikų daugėjimas, vienos motinos šeimų skaičiaus augimas. Trumpai tariant, deinstitutionalizaciją apibūdina trys procesai: skyrybos, kohabitacija ir nesantuokiniai vaikai. Deinstitutionalizacija žymi savotišką šeimos instituto kaitą arba institucinio šeimos ir santuokos matmens silpnėjimą (Stankūnienė et al., 1999; Lazutka et al., 1999; Leonavičius 2003). Pasak Stankūnienės (2003), dažnai šeimos deinstitutionalizacijos priežastis nurodoma ekonominė, tačiau ne mažiau svarbi yra lyčių vaidmenų bei vertybių kaita. Be to, dažnai ekonominės priežastys yra stipriai susijusios su vertybinėmis. Rinkos ūkio sąlygojama santykinė ekonominė suaugusių individų nepriklausomybė vienas nuo kito lemia tai, kad šeima nebėra fizinį asmens išlikimą sąlygojanti bendruomenė. Dabar išeidami iš šeimos moterys ir vyrai turi galimybes patys užsitikrinti bent minimumą pragyvenimo lėšų. Be to, egzistuojanti šiuolaikinės visuomenės tolerancija, įgalinanti individą rinktis jam patinkantį ir įsivaizduojamą jam tapačiausią gyvenimo būdą bei nesusilaukiant už tai socialinės atskirties ar pasmerkimo (Stankūnienė et al., 2003). Šiuolaikinės šeimos pokyčiai, lėmę šeimos funkcijų kaitą, reikalauja vis didesnės visuomenės paramos šeimai.

Valstybė, suprasdama, kad jos pagrindas yra šeima, privalo puoselėti šeimos vertybes ir patį šeimos institutą. Nemažai šeimų dėl skyrybų ir dėl kitų priežasčių reikalinga socialinė parama, kuri apibūdinama kaip socialinės, ekonominės, teisinės ir organizacinės priemonės, kuriomis siekiama sudaryti būtiniausias gyvenimo sąlygas šeimoms, kurių darbo, socialinio draudimo ir kitokios pajamos dėl objektyvių, nuo jų nepriklausančių priežasčių yra nepakankamos, kad jos galėtų pasirūpinti savimi. Tam tikslui laikinai, pereinamuoju laikotarpiu, šeimoms ir vaikams mokamos socialinės išmokos, teikiamos socialinės paslaugos, garantijos ir lengvatos. Valstybės parama yra sukoncentruota į sąlygų kūrimą šeimoms savarankiškai funkcionuoti. Gilėjanti individualizacija, individo teisių ir laisvių augimas keičia požiūrį į šeimą ir vaikus bei su šeima susijusią elgseną. Tėvams daug dirbant ir dėl to mažiau laiko praleidžiant su vaiku, šeimos kultūrinė aplinka keičiasi vaiko nenaudai (Navaitis, 1999; Miškinis, 2006). Tuo tarpu šeima yra reikšminga mikroatmosfera, kurioje formuojasi asmenybės pagrindai, kur atliekamos svarbiausios funkcijos: ugdomoji, rekreacinė (fizinė, materialinė, psichologinė, savitarpio pagalbos, laisvalaikio organizavimo), komunikacinė. Vaitkevičiaus (1995) teigimu, siekiant išlaikyti pusiausvyrą šeimoje būtinas vidinis nusiteikimas, ramybė ir pastovumas. Tai priklauso nuo žmogaus

išsilavinimo, išsiauklėjimo, nuo visų šeimos narių tarpusavio supratimo ir sutarimo. Parama šeimai galima suteikiant šeimų funkcionavimui savarankiškumo, keičiant požiūrį į šeimą bei suprantant šeimos funkcijų kompleksumą.

Edukologijos tyrinėtojų požiūriu, šeimoje svarbi yra ir edukacinė parama, kurios sėkmė galima pirmiausiai keičiant stereotipišką požiūrį į vaikus. Pasak Juodaitytės, vaikų ir suaugusiųjų siekis išvystyti tarpasmeninius santykius dažnai žlunga dėl to, kad stokojama požiūrio į kiekvieną vaiką (nepaisant jo amžiaus ir socialinės patirties) kaip į socialiai visavertį. Mokslininkės teigimu, egzistuojant tokiam požiūriui, tikėtinas ir tėvų pasitikėjimas vaiku, o tai suteiktų galimybę jam pačiam organizuoti savo gyvenimą, stiprinti saviraišką, autonomiją, laisvės siekį. Jos teigimu, taip būtų įvertintas kiekvieno vaiko individualumas ir unikalumas. Sukurti adekvačią edukacinės paramos sistemą galima tik reformuojant mokyklos švietimo ir šeimos auklėjimo sistemą taip, kad ji galėtų sėkmingai veikti socializacijos procesus jau ankstyvoje vaikystėje (Juodaitytė, 2000). Būtina padėti šeimai realizuoti edukacinį potencialą.

Tėvai – pirmieji vaiko sveikatos ugdytojai (Garmienė, 2007; Adaškevičienė, 2009). Šeimoje vaikų sveikos gyvensenos principų formavimuisi didžiulę reikšmę turi *tėvų požiūris* į sveikos gyvensenos ugdymą. Vaikų supratimas apie sveikos gyvensenos principus kuriamas bendraujant su tėvais, pamėgdžijant jų elgesį (Garckija, 2007). Šeima moko vaikus, kaip reaguoti į stresą, formuoja požiūrį į sveikatai kenksmingus veiksnius. Kiti sveikatos ugdymui reikšmingi veiksniai – šeimoje *formuojama aplinka* ir tėvų *rodomas pavyzdys*. Kai šeimoje vyrauja pozityvi aplinka, kai tėvai savo pavyzdžiu skatina sveiką gyvenseną, vaikams diegiami atitinkami sveikatos įgūdžiai. Atitinkamai žalingi tėvų įpročiai (rūkymas, nesaikingas svaigalų vartojimas, nesveika mityba, nepakankamas fizinis aktyvumas ir pan.) vaikams tampa blogu pavyzdžiu, kaip netausojama sveikata. Tėvų rodomo pavyzdžio reikšmė vaiko su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei moksliniuose tyrimuose siejama su tam tikrais tėvų sociodemografiniais veiksniais: nedarbas, menkas tėvų išsilavinimas bei prastai apmokamas darbas (Vaitkevičius, 2005). Aktualiausiais edukaciniais vaiko sveikatos potencialo kūrimo veiksniais tampa tėvų požiūris į sveikos gyvensenos ugdymą, šeimos aplinką ir rodomas pavyzdys.

Didžiausia dalis mokslinių tyrimų skirta šeimos vaidmeniui formuojant vaiko fizinę sveikatą pagrįsti. Išskiriami reikšmingiausi sveikos gyvensenos veiksniai: fizinis aktyvumas, sveika mityba, priklausomybę sukeliančių medžiagų vartojimas. JAV atliktas tyrimas atskleidė tėvų įtaką vaikų fiziniam aktyvumui. Šiame tyrime dalyviai buvo suskirstyti į tris grupes: tėvai, turintys aukštą socioekonominį statusą ir abu reguliariai mokykloje sportavę; tėvai, turintys žemesnį socialinį statusą ir reguliariai mokykloje sportavę tėvai, turintys žemesnį socialinį statusą ir nereguliariai mokykloje sportavę tėvas. Nustatyta, kad žemesnio socialinio statuso šeimose tėvų vaidmuo reikšmingiausias vaikų fiziniam aktyvumui (Soyang Kwon, 2016). Mokslininkai, nagrinėję tėvų įtaką 6–7 m. amžiaus vaikų fiziniam aktyvumui, nustatė, kad vaikai,

kurių tėvai buvo fiziškai aktyvūs, dažniau turėjo normalų KMI. Vaikai, kurių bent vienas iš tėvų buvo fiziškai aktyvus, buvo labiau linkę dalyvauti organizuotame sporte. Siekiant efektyvių sveikatos stiprinimo ir antsvorio prevencijos programų, būtina įtraukti tėvus (Erkelenz, 2014, p. 645–650). Aktyvus laisvalaikis padeda susidoroti su stresu ne tik dėl patiriamo fizinio aktyvumo, bet ir dėl patiriamos socialinės paramos. Be to, laisvalaikio veiklos stiprina susidorojimo su iššūkiais gebėjimus (Coleman, Iso-Ahola, 1993). Didesnis šeimos fizinis aktyvumas tiek namuose, tiek ir sporto klubuose teigiamai veikia su sveikata susijusią gyvenimo kokybę (Spengler et al., 2013; Pedišić et al., 2014). Mažas fizinis aktyvumas šeimoje sąlygoja didėjanti pasyvų laisvalaikį. Mokslininkai pastebi, kad egzistuoja stiprus tiesioginis ryšys tarp vaikų ir tėvų pasyvaus laisvalaikio (Jago, 2010). Čia vėl nustatoma šeimos socioekonominio statuso reikšmė. Žemesnio socioekonominio statuso šeimos turi ribotą fizinio aktyvumo spektrą, jų vaikai dažniau žiūri televizorių ar DVD su tėvais ir broliais / seserimis nei užsiima fizine veikla (Tandon et al., 2012, 10–1186). Ilgesnis televizoriaus žiūrėjimas ir kompiuterio naudojimas siejamas su didesniais psichologiniais sunkumais. Vaikai, kurie praleidžia daugiau nei 2 val. per dieną žiūrėdami televizorių ar žaisdami kompiuteriu ir todėl neįvykdo fizinio aktyvumo rekomendacijų, turi padidintą riziką patirti rimtų psichologinių sunkumų (Page et al., 2010, e1011–e1017). Didesnis tėvų televizoriaus žiūrėjimas siejamas su didesniu televizoriaus žiūrėjimu tiek tarp mergaičių, tiek tarp berniukų (Jago, 2010, 194). Fiziškai aktyvių tėvų vaikai yra sveikesni. Tikėtina, kad tai susiję ne tik su genetiniais, paveldimumo niuansais, tačiau ir nuo mažų dienų rodomu aktyvaus judėjimo pavyzdžiu.

Panašios tendencijos galioja ir kalbant apie sveiką mitybą bei žalingus įpročius šeimoje. Vaikai kur kas sunkiau priima informaciją ir išmoksta pageidautinų elgesio modelių ugdydami savo sveikatą, jei su jais nesusiduria artimoje aplinkoje, t. y. jei mama ar tėtis nevalgo pusryčių ar net nepasirūpina jų buvimu, yra mažai tikėtina, kad vaikas savarankiškai ir noriai išsiugdys šį įprotį (Kilani, Al-Qaryouti, 2017). Tyrimai parodė, kad vaikai nepakankamai vartoja daržovių todėl, kad ir tėvams tai būdinga. Tokie vaikai dažniau renkasi saldžius, riebius ir nesveikus patiekalus. Taip pat pastebėta, kad žemo socioekonominio lygio šeimose vaikai rečiau valgo daržovių ir vaisių namuose bei dažniau maitinasi greito maisto restoranuose (Cullen et al., 2001, 187–200). Įvairūs tyrimai rodo ryšį tarp motinos žinių apie mitybą ir didesnio vaisių ir skaidulinių medžiagų vartojimo bei mažesnio riebalų vartojimo tarp vaikų. Taip pat žinios apie mitybą yra siejamos su socioekonimine klase bei išsilavinimu (Clark et al., 2007, 132–141). Ne tik gyvensenos įpročiai, bet ir su tuo susiję rizikos veiksniai glaudžiai siejasi su tėvų rodomu pavyzdžiu. Pavyzdžiui, vaiko svoris susijęs su tėvų svoriu. Mergaitės turėjo didesnę kūno masės indeksą (KMI), jei bent vienas iš tėvų turėjo antsvorio vaikystėje, taip pat tiek berniukai, tiek mergaitės turėjo antsvorio, jei jų motinos manė, kad vaikas turi blogų valgymo įpročių (išrankumas, valgymas per daug dideliais kiekiais ir pan.) (Johannsen et al., 2006, 431–439).

Labai didelę įtaką vaikui turi ir vieno iš tėvų, o dar labiau abiejų nesaikingas alkoholio vartojimas. Gudžinskienės (2011) duomenimis, vienas alkoholizmu sergantis žmogus įvairiais būdais veikia 4–5 artimiausius savo aplinkos žmones, dažniausiai vaikus ir sutuoktinį. Pasak tyrėjos, dažniausiai alkoholį vartojančioje šeimoje netinkamai rūpinamasi vaiko emocine ir fizine sveikata, higiena, asmeniniais poreikiais, stokojama pozityvaus bendravimo. Tokioje šeimoje augantis vaikas gali jausti nuolatinę baimę, nepilnavertiškumą, gėdos ir pykčio jausmą, pasižymi aukštesniu depresijos, nerimo ir neadekvačiu savęs vertinimo lygiu. Mokslininkė atkreipia dėmesį, jog nesaikingai alkoholį vartojančioje šeimoje augantis vaikas daugiausiai patiria psichinės sveikatos problemų, kurios itin paveikia mokymosi procesą (prastesni mokymosi rezultatai, pažintinės veiklos sutrikimai, sunkiai sukaupiamas dėmesys, agresija ir neapykanta, nukreipta į klasės draugus ar mokytojus, ir kt.) (Gudžinskienė, 2011). Formuojant vaiko fizinę sveikatą, būtinas tėvų dėmesys ir pavyzdys fizinio aktyvumo skatinimo, sveikos mitybos bei priklausomybės sukeliančių medžiagų vartojimo prevencijos srityse.

Kai tėvai per mažai skiria dėmesio vaikų sveikai gyvensenai, paauglių sveikatos problemos yra susijusios su rizikingu elgesiu: seksualiniu būdu perduodamos ligos, seksualinis aktyvumas, marihuanos vartojimas, alkoholio vartojimas, asocialus elgesys ir smurtas (DiClemente, et al., 2001). Mokslininkai ieško atsakymo, kaip vaikai suvokia tėvų skiriamą dėmesį, kaip jie gali tartis su tėvais dėl laiko, kurį paaugliai gali leisti su savo draugais nepriklausomai nuo tėvų ir kiek tėvai pasitiki savo vaikais ir leidžia jiems patiems priimti sprendimus. Pasitvirtino prielaida, kad tiek mergaičių, tiek berniukų nepriklausomas laikas, praleidžiamas su draugais, siejamas su padidėjusiu rizikos veiksmų dažnumu (seksualiniu aktyvumu, alkoholio ir marihuanos naudojimu). Berniukams didesnis tėvų dėmesys lemia mažesnę alkoholio vartojimą ir nuoseklų prezervatyvų naudojimą (Borawski et al., 2003, p. 60–70).

Dažnai nėra pakankamai aktualizuojama, tačiau ne mažiau reikšmingas šeimos vaidmuo tenka formuojant vaiko psichinę sveikatą. Garckija (2007) pažymi, kad tėvų tarpusavio santykiai veikia įvairias šeimos funkcionavimo sritis, o kartu tiek vaikų, tiek tėvų psichinę sveikatą. Tėvų konfliktai vaikus gali paveikti dviem būdais – tiesiogiai ir netiesiogiai. Pasak jos, tiesioginio poveikio metu vaikams yra sukeliamas stresas, pažeidžiamas jų saugumo jausmas, pasitikėjimas tėvais ir savimi. Netiesioginio poveikio metu yra pažeidžiamos kitos šeimos funkcionavimo sritys, kurios gali nukreipti vaikų vystymąsi psichopatologijos linkme. Tėvų užsisklendimas arba šaltas bendravimas tarpusavyje tam tikru laipsniu prognozuoja vaikų socialinę izoliaciją, nerimą, depresiją. Taigi tėvų tarpusavio santykiai gali reikšmingai paveikti vaikų psichinę sveikatą (Garckija, 2007). Šeimos, kuriose santykiai yra konfliktiški, šalti, egzistuoja mažai paramos ir rūpestingumo, sukuria terpę vaiko psichosocialinio funkcionavimo problemoms, susijusioms su išderintomis emocijomis, socialinės kompetencijos stoka bei sveikatai žalingais įpročiais, vartojant psichoaktyvias me-

džiagas (Repetti et al., 2002, 330). Anot Bajoriūno (2004), tėvų suteikiama emocinė aplinka daro didelį poveikį daugumai vaiko raidos etapų. Ši aplinka itin reikšminga laikotarpiu nuo kūdikio gimimo iki pasiruošimo mokyklai, tačiau didelės įtakos turi ir vaiko mokslo pasiekimams bei tolesnio gyvenimo gerovei. Pagrindinės priežastys, kurios neigiamai veikia vaiko raidą ir emocinę savijautą: šeimos nesutarimai, tėvų skyrybos, pakartotinės santuokos, kohabitacija (gyvenimas nesusituokus), vienišų mamų / tėvų šeimos. Mokslininkas pastebi, jog dėl šių priežasčių ryšiai su tėvais tampa konfliktiški bei pažeisti, o patys vaikai pasižymi šiek tiek mažesne socialine, akademine, psichologine ir elgesio adaptacija. XX a. 9-ame deš. sustiprėjo požiūris, kad šeima turi didžiulį organiską edukacinį potencialą. Pasak Bajoriūno (2004), šeima, siekdama ugdyti jaunąją kartą, natūraliai ugdosi ir pati. „Šeima, kaip socialinis ir psichologinis instinktas, be ugdymo ir ugdymosi daugeliu atvejų prarastų būtiną gyvybingumą. Čia susilpnėtų kultūringam žmogui būdingų socialinių įgūdžių tobulinimas, pilietiškumo, civilizuotumo, inteligencijos, kūrybos ir saviraiškos siekimas“ (Bajoriūnas, 2004, p. 7). Tėvų tarpusavio santykiai, tėvų kuriama emocinė aplinka neatsiejami geros vaiko psichinės sveikatos veiksniai.

Socialiniai, edukaciniai šeimos veiksniai aktualūs ne tik formuojant vaiko holistinę sveikatą, bet ir vaiko sveikatai vertinti. Vilhjalmsso'as (1994), nagrinėdamas vaikų sveikatos vertinimui įtaką darančius veiksnius, *tėvų paramą* išskyrė kaip stipriausią efektą ir įtaką vaikų savo sveikatos vertinimui turintį veiksnį. Šis veiksnys laikomas netiesioginiu, kadangi pirmiausiai vaiką palaikantys tėvai skatina sveikesnį vaiko elgesį ir rūpinasi vaiko psichinės sveikatos gerove, o tai lemia pozityvesnį ir geresnį savo sveikatos vertinimą. Mokslininkai nustatė ryšį tarp paauglių savo sveikatos suvokimo ir artumo su tėvais (angl. *parental connection*), socialinės tėvų paramos bei individualių apsaugančių psichologinių savybių kaip pasitenkinimas gyvenimu ir optimizmas. Tie vaikai, kurie pozityviau vertina savo gyvenimą ir yra optimistiškesni, taip pat geriau įvertina ir savo sveikatą. Tėvų socialinė parama taip pat yra svarbus veiksnys vaikui vertinant savo sveikatą (Pikó, Hamvai, 2009). Pagal svarbą vaikams vertinant savo sveikatą toliau išskiriama draugų ir kitų suaugusiųjų parama. Kita vertus, draugai ir kiti suaugusieji turi įtakos vertinant savo sveikatą konkretesniais būdais, kartais netgi negatyviais. Draugų parama yra vienintelė, kuri turi tiesioginės įtakos vaikams vertinant sveikatą. Šalia tėvų paramos išskiriami vaiko sveikatos vertinimui reikšmingi socioekonominiai veiksniai. Daug dėmesio mokslinėje literatūroje skiriama tėvų nedarbui. Tyrimai rodo, kad tėvo ilgalaikis nedarbas turi statistiškai reikšmingą ryšį tarp vaikų savo sveikatos vertinimo ir ilgalaikės gerovės. Tyrėjų nustatyta, kad tiek berniukai, tiek mergaitės nedirbant tėvams savo sveikatą ir gerovę dažniau vertina kaip vidutinę. Motinos ilgalaikis nedarbas taip pat siejamas su negatyviu vaiko savo sveikatos įvertinimu bei chroniniais berniukų susirgimais. Tėvų (ypač tėvo) ilgalaikis nedarbas turi negatyvų efektą vaiko subjektyviam sveikatos suvokimui (Sleskova et al., 2006). Suaugusieji bedarbiai turi mažiau socialinės

paramos, patiria daugiau streso ir prasčiau tvarkosi su juo (Creed, Moore, 2006). Tėvų parama ir šeimos socioekonominiai veiksniai leidžia pagrįsti skirtumus to, kaip patys vaikai vertina savo sveikatą.

Formuojant efektyvias vaiko su sveikata susijusios gyvenimo kokybės gerinimo strategijas, būtina nustatyti skirtumus tarp to, kaip vaikai vertina savo sveikatą, ir kaip ją vertina jų tėvai. Mokslininkai nagrinėjo tėvų ir vaikų atsakymų atitikimą su sveikata susijusios gyvenimo kokybės klausimyne. Vaikai gyvenimo kokybę vertina gerokai prasčiau nei jų tėvai pagal fizinių simptomų, motorinio funkcionavimo, autonomijos, kognityvinio funkcionavimo ir pozityvių emocijų skales. Vaikai atsako į klausimus taip pat kaip tėvai arba įvertina pesimistiškiau. Tai rodo, kad tėvai yra linkę pervertinti savo vaiko gerovę. Toks reiškinys buvo itin pastebimas tarp tų vaikų, kurie patiria mažiau pozityvių emocijų. Priešingai, jei vaikas patiria daugiau pozityvių emocijų, jis linkęs labiau sutikti su tėvų atsakymais (Theunissen et al., 1998). Lyginant su emociniais ir socialiniais aspektais, tėvai teisingiausiai įvertino vaiko fizinės sveikatos aspektus. Taip pat atitikmuo yra didesnis, jei vaikai turi lėtinius susirgimus, nors sveikų vaikų ir jų tėvų atsakymai dažnai skiriasi. Tėvai, *kurių vaikas yra sergantis, yra linkę nuvertinti savo vaikų gyvenimo kokybę*, o sveikų vaikų tėvai gyvenimo kokybę yra linkę pervertinti (Eiser, Morse, 2001). Kiti tyrimai rodo, kad motinos, kurios vertina savo pačių gyvenimo kokybę blogiau, yra linkusios pesimistiškiau vertinti ir vaikų gyvenimo kokybę. Autoriai teigia, kad tėvai projektuoja (angl. *projects*) savo jausmus ir emocijas, vertindami savo vaikų funkcionavimą (Cremeens et al., 2006, 58). Atlikti tarptautiniai tyrimai rodo reikšmingą ryšį tarp vaikų auklėjimo ir vaikų, paauglių ir jaunuolių psichikos sveikatos rodiklių. Bendradarbiaujantys tėvai suteikia pirmenybę savo vaikų gerovei (angl. *well-being*), kurdami konstruktyvius santykius šeimoje (Feinberg, 2003). Tėvų nesutarimai, kaip auklėti vaiką, yra susiję su dėmesio sutrikimu, blogais mokymosi rezultatais ir blogesniais tėvų ir vaikų santykiais (Feinberg, 2007). Vaiko su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas jų pačių ir jų tėvų požiūriu skatina analizuoti šių skirtumų raišką šeimos edukacinių modelių kontekste.

Apibendrinimas. Tradiciškai šeima suprantama kaip maža socialinė bendruomenė, dažnai sociologų įvardijama pagrindine visuomenės ląstele. Socialinės aplinkos suvokimo bei socialinių kompetencijų formavimo (si) raiška suprantamiausia šeimos funkcijų kontekste. Šeimos funkcijas galima analizuoti tradiciniu ir šiuolaikinės šeimos aspektu. Šiuolaikinės šeimos pokyčiai, lėmę šeimos funkcijų kaitą, reikalauja vis didesnės visuomenės paramos šeimai. Valstybė paramą šeimai gali suteikti puoselėdama šeimos vertybes ir patį šeimos institutą. Taip pat parama šeimai galima suteikiant šeimų funkcionavimui savarankiškumo, keičiant požiūrį į šeimą bei suprantant šeimos funkcijų kompleksumą. Edukologijos tyrinėtojų požiūriu, šeimoje be socialinės paramos svarbi yra ir edukacinė parama, kurios sėkmė galima pirmiausiai keičiant stereotipišką požiūrį į vaikus. Būtina padėti šeimai realizuoti edukacinį potencialą, kurį aktualizuoti padeda asmens ir aplinkos santykį atspindinčios teorijos. Ekologinio ir socialinio–ekologinio

požiūrio į asmens ir aplinkos santykius teorijos atskleidžia vaiko su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei aktualius šeimos edukacinius veiksmus, pvz., tėvų požiūris į sveikos gyvensenos ugdymą, šeimos aplinka ir tėvų vaikams rodomas pavyzdys. Moksliniuose tyrimuose daug dėmesio šeimos vaidmeniui formuojant vaiko fizinę sveikatą, tačiau ne mažiau reikšmingas šeimos vaidmuo tenka formuojant vaiko psichinę sveikatą. Socialiniai, edukaciniai šeimos veiksniai aktualūs ne tik formuojant vaiko holistinę sveikatą, bet ir vertinant vaiko sveikatą. Formuojant efektyvias vaiko su sveikata susijusios gyvenimo kokybės gerinimo strategijas, būtina nustatyti skirtumus tarp to, kaip vaikai vertina savo sveikatą, ir kaip ją vertina jų tėvai. Vaiko su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas jų pačių ir jų tėvų požiūriu skatina analizuoti ir aktualizuoti šeimos dimensiją vertinant vaikų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę.

1.3.2. Šeimos edukacinė dimensija vertinant su sveikata susijusią vaikų gyvenimo kokybę struktūrizacijos požiūriu

Dažniausiai šeima analizuojama kaip sistema, siekiant atsakyti į klausimą, kaip žmonės įtraukia į savo veiksmus pasikartojančius ir kintančius *socialinės sąveikos modelius*. *Edukologijoje tokios analizės metodologiniu pagrindu dažniausiai yra vaikų socializacijos teorija* (Meadas, 1968; Giddens, 1989; Broom, 1992; Berhman, 1995; Vaitkevičius, 1995; Juodaitytė, 2000; Bitinas, 2006; Berns, 2007; Kvieskienė, 2007), socialinė ekologinė teorija (Berns, 2009), auklėjimo ir tėvystės stilių koncepcijos (Baudmir, 1960; Eisemann, 1988; DeVore et al., 2005; Arredondo, 2006; Gubbels, 2006; Garmienė, 2007; Milašauskienė, 2008; Žukauskienė, 2008; Kulasingam, 2009; Markovskaja, 2000; Malinauskienė, 2010), socialinio išmokymo modeliai (Bowlby, 1969; Bandura, 1977), kuriuose pabrėžiama sistemos ir funkcijos kategorijų svarba. Sociologų požiūriu, tokiuose tyrimuose:

- „struktūra“ iškyla kaip „išorinė“ žmogaus veiksmo atžvilgiu <...> struktūrizacijos teorija pabrėžia perskyrą tarp struktūros ir sistemos“ (Valantiejus, 2007, p. 62);
- „socialinės sąveikos procesai dažnai aprašomi tik kaip objektyvių struktūrų poveikio „padarinys“ (Valantiejus, 2007, p. 70).

Struktūrizacijos teorija, kurios autoriumi laikomas Giddens'as (1989), pabrėžia perskyrą tarp struktūros ir sistemos (Valantiejus, 2007) ir atkreipia dėmesį į socialinės sąveikos tarp žmonių susidarymo tvarką, pirmiausia per patyrimo struktūras. Socialinės sąveikos svarbą iliustruoja tai, kad „emociniai pokyčiai yra procesų, daugelis kurių kyla iš struktūrinės emocijų dinamikos, o ne iš tiesioginio kultūrinio jėgų poveikio, padarinys“ (Valantiejus, 2007, p. 27). Struktūrizacijos teorija formuoja naują požiūrį, anot kurio, „struktūra yra procesinė sąvoka <...> kas lygu suprasti įtampas“ (Valantiejus, 2007, p. 26).

Sociologas Grigas (2001), vadovaudamasis struktūrizacijos metodologinėmis nuostatomis, siūlo socialinę realybę analizuoti kaip įtampų laukus. Tačiau toks įvardijimas nereiškia tiesioginės nuorodos į konfliktą, o į „dinaminės pusiausvyros“ (kintančios, tačiau neprarandančios stabilumo sistemos) procesų analizę (2001, p. 139). Anot Grigo (2001), šiuolaikinėms socialinėms įtampoms būdinga subjektyvizacija, todėl įtampų tokiose srityse kaip šeima analizė yra ypatingos svarbos. Tai socialinės realybės „kokybinio struktūrinimo metodas“ (Grigas, 2001, p. 153). Kokybinis struktūrinimas atkreipia dėmesį į tai, kad „intensyvėjant socialinėms transformacijoms ir augant pačių sistemų sudėtingumui bei jų tarpusavio priklausomybei, į pirmą planą iškyla kokybinės pusės, kokybinių parametrų ir pokyčių nustatymas: paties vyksmo struktūros funkcionavimo bei raidos vidinio mechanizmo atskleidimas, pagrindinių jo kontūrų apibrėžimas“, kas dažnai įvardijama „kokybiniu virsmu“ (Grigas, 2001, p. 92).

Sociologinės dinaminės pusiausvyros koncepcijos analogija ugdymo moksle yra Dewey'o XX a. pradžioje aktualizuotas suinteresuotumas kaip ugdymo kategorija. Dewey'o (2014) požiūriu, kalbant apie ugdymą yra per daug sureikšminamas tiesioginio poveikio ir reguliacinis mechanizmas. Pervertinama auklėjamoji tiesioginių arba asmeninių kontrolės mechanizmų svarba ir psichologinės bei fizinės reakcijos į juos: „Uždarius vagių į kalėjimą, jis nebegalės išbrauti į svetimus namus, bet įkalinimas vargu ar pakeis jo polinkį vagiliauti“ (Dewey, 2014, p. 22).

Socialinės aplinkos poveikis turėtų būti laikomas stiprus savaime: „Jau patas faktas, kad individas gyvena, auga ir bręsta socialinėje aplinkoje, yra veiksmingas jo elgesio reguliavimo veiksnys“ (Dewey, 2014, p. 23). „Bendras supratimas apie mūsų aplinką ir panašus požiūris į tuos pačius dalykus – štai kas sieja socialinės grupės narius“ (Dewey, 2014, p. 24). Dažnai ugdymo proceso supratimas remiasi paskirų fragmentų akumuliacija, tačiau „nepakanka turėti objekto sukeltų pojūčių rinkinio, kad jį teisingai suprastume“ (ten pat, p. 24). Visuma nėra paskirų dalių suma: „Truktelėti virvę, kurią jau traukia kiti, dar nereiškia ištraukti į bendrą veiklą“ (ten pat, p. 24). Dewey'o požiūriu, vaikas per nuolatinę sąveiką (tiek su kitais vaikais, tiek su suaugusiais) nuolat kuria save kaip socialinę būtybę.

Taigi, Dewey'o (2014) požiūriu, labai svarbu pagrįsti ugdymą tomis kategorijomis, kurios padeda atsisakyti tiesioginio reguliavimo ir poveikio mechanizmu paremto aiškinimo. Viena iš tokių kategorijų, Dewey'o požiūriu, yra suinteresuotumas, kuris bendrąja prasme turėtų būti suprantamas kaip „susirūpinimas“, „susiūnėjimas“, „interesas“ (Dewey, 2014, p. 84). Dewey'o požiūriu, „dažnai nesuvokiama, koks svarbus suinteresuotumo vaidmuo ugdyme ir pernelyg sureikšminami emociniai santykiai“ (ten pat, p. 85). Dažnai suinteresuotumas siejamas su naudos ir malonumo padidinimu ugdymo procese (pvz., patrauklesnė ugdymo medžiaga ar jos pateikimo būdas, lengvesnis išmokimas ir pan.). Žodis „suinteresuotumas“ etimologiškai siejasi su lotynų kalbos žodžiu „inter“, kas reiškia „tarp“. Jis nurodo ryšį tarp objektų, nutolusių vienas nuo kito. „Būti suinteresuotam – tai būti užvaldytam kokio nors objekto, nerimauti dėl

jo, juo rūpintis ir domėtis. Kad žmogus suinteresuotas, sakoma tada, kai jis visa galva pasinėręs į kokį nors reikalą ir jame randa save“ (ten pat, p. 85).

Savo filosofinį požiūrį į ugdymą Dewey'as apibūdina „laisvuju eksperimentu“ (angl. *free inquiry*), kuriuo sudaromos sąlygos mąstyti apie ugdymą kaip apie labai lankstų procesą, kuriame statiški tikslai turi būti keičiami dinamiškais, kuriuos realizavus keliama nauji (Glassman, Whaley, 2000) Tikslų dinamiškumas sudaro tinkamas prielaidas maksimaliai skirti dėmesį vaiko patyrimui, kuris yra laikomas ugdymo pagrindu.

Struktūrizacijos teorijos nuostatų taikymas yra aktualus tiriant aukšto kompleksumo reiškinius. Gyvenimo kokybės vertinimo metodologinis pagrindimas išlieka dideliu iššūkiu dėl šio fenomeno kompleksiskumo (Sevetkienė, 2012; Rakauskienė et al., 2015). Nuo XX a. pabaigos vis daugiau dėmesio gyvenimo kokybės tyrimuose skiriama tarpdiscipliniškumui, sukuriant didelę tarpdisciplininių modelių įvairovę. Tiek gyvenimo kokybės kaip reiškinio kompleksiskumas, tiek suinteresuotumas vaiko sveikatos stiprinimu, tiek ir sveikatos stiprinimo tikslų dinamiškumas formuoja skirtingus vaikų ir tėvų požiūrius sveikatos stiprinimo klausimais.

Sėkmingam vaiko sveikatos stiprinimo procesui šeimoje svarbus tėvų ir vaikų požiūris, nuomonės sutapimas sveikatos stiprinimo klausimais, abipusis sveikatos kaip vertybės suvokimas, bendrų tikslų ieškojimas, rezultatų apibrėžimas ir siekimas kartu. Anot Petrulytės (2003, cit. pagal Garmienė, 2007), esama mokslinių tyrimų, nustatusių, jog konfliktus tarp tėvų ir vaikų sužadina kartų nuomonių, požiūrių ir vertybių skirtumai. Skirtingą požiūrį lemia tėvų ir vaikų nevienodas mąstymo procesas, išsivystymas, patirtis. Tėvų požiūris daugiausiai priklauso nuo jų išsilavinimo, profesijos, religijos, o paauglių požiūriui dažniausiai įtaką daro kasdieniai dalykai, pvz., mada, muzikinis skonis (Steinberg, Cauffman, 1996). Skiriasi ir konfliktų priežasčių suvokimas: paaugliai mano, kad konfliktus dėl smulkmenų inicijuoja tėvai, o tėvai mano, kad konfliktais vaikai kovoja su jų, kaip tėvų, vaidmeniu (Riesch et al., 2000, 2003).

Tiek sveikų (Cremeens et al., 2006; Jozefiak et al., 2008), tiek ir lėtinėmis ligomis sergančių (Eiser, Morse, 2001; Nugent, Kline et al., 2013) vaikų bei jų tėvų nuomonės vaikų gyvenimo kokybės klausimais nesutampa. Gyvenimo kokybės vertinimo panašumų ir skirtumų tarp vaikų ir tėvų supratimas yra labai svarbus, ypač vertinant psichosocialinę sveikatą. Nuo to, kaip tėvai vertina psichosocialinę vaiko sveikatą, priklauso ir tėvų rūpinimasis vaiko sveikata (Varni, Limbers, Burwinkle, 2007). Vertinant gyvenimo kokybę tėvai ir vaikai labiau sutaria vertindami tokius gyvenimo kokybės parametrus kaip fizinė gerovė, mokyklos aplinka, socialinis veikimas ir išorinis elgesys, o mažiau sutaria vertindami emocinę gerovę, nerimą. Tėvų vertinimai, susiję su vaiko fizine sveikata, dažnai pakankamai gerai koreliuoja su pačių vaikų savo fizinės sveikatos vertinimu, tačiau vertinant kitas su sveikata susijusias gyvenimo kokybės dimensijas, pavyzdžiui, emocinę gerovę, tėvų ir vaikų nuomonės koreliuoja nežymiai (Eiser, Morse, 2001; Bhavika et al., 2016). Tačiau skirtingų tyrimų duome-

nys parodo ne tik neigiamas, bet ir teigiamas tėvų ir vaikų konfliktų pasekmes, kurios gali būti reikšmingos ir sėkmingam vaiko sveikatos stiprinimo procesui. Konfliktas reiškia priešingų tikslų, nuomonių, interesų susidūrimą, todėl jie yra ir neišvengiami vaiko raidos palydovai (Garmienė, 2007). Konfliktų metu vaikas susipažįsta su kitoku požiūriu į gyvenimą. Tai stimuliuoja jo kritinį mąstymą (Rubenstein, Feldman, 1993), kuris yra labai svarbus veiksnys pasirenkant sveikatai palankią elgseną. Tačiau yra duomenų, rodančių kenksmingą užsitęsusių konfliktų poveikį vaiko psichosocialinei raidai (pavyzdžiui, nuolatinė įtampa (Petrulytė, 2003), rizikingo elgesio pradžia (Bulotaitė et al., 2001)). Nagrinėti moksliniai tyrimai patvirtina, jog tėvų įtaka su sveikata susijusiai vaiko gyvenimo kokybei gerinti, sveikatos stiprinimo procesui stipresnė, kai tėvų ir vaikų nuomonės sveikatos stiprinimo klausimais sutampa. Tokiu būdu parodoma šeimos normų ir vertybių, susijusių su sveikata, perdavimo vaikui šeimoje reikšmė.

Apibendrinimas. Mokslinėje literatūroje dažniausiai šeima analizuojama kaip sistema, siekiant atsakyti į klausimą, kaip žmonės įtraukia į savo veiksmus pasikartojančius ir kintančius socialinės sąveikos modelius. Edukologijoje tokios analizės metodologiniu pagrindu dažniausiai yra vaikų socializacijos teorija, socialinė ekologinė teorija, auklėjimo ir tėvystės stilių koncepcijos, socialinio išmokymo modeliai, kuriuose pabrėžiama sistemos ir funkcijos kategorijų svarba. Mokslininkų išskiriama struktūrizacijos teorija pabrėžia perskyrą tarp struktūros ir sistemos ir atkreipia dėmesį į socialinės sąveikos tarp žmonių susidarymo tvarką pirmiausia per patyrimo struktūras. Vadovaudamiesi struktūrizacijos metodologinėmis nuostatomis, tyrėjai socialinę realybę siūlo analizuoti kaip įtampų laukus, kurie siejami ne su konfliktais, o su „dinaminėmis pusiausvyromis“. Sociologinės dinaminės pusiausvyros koncepcijos analogija ugdymo moksle yra aktualizuotas suinteresuotumas kaip ugdymo kategorija, kuris neleidžia ugdyme sureikšminti tiesioginio poveikio ir reguliacinio mechanizmo. Anot tyrėjų, ugdymą svarbu pagrįsti tomis kategorijomis, kurios padeda atsisakyti tiesioginio reguliavimo ir poveikio mechanizmu paremto aiškinimo. Viena iš tokių kategorijų yra suinteresuotumas, kuris bendrąja prasme turėtų būti suprantamas kaip „susirūpinimas“, „susidomėjimas“, „interesas“. Suinteresuotumo atspindys šeimoje galėtų būti tėvų ir vaikų požiūris, nuomonės sutapimas sveikatos stiprinimo klausimais, abipusis sveikatos kaip vertybės suvokimas, bendrų tikslų ieškojimas, rezultatų apibrėžimas ir siekimas kartu. Nagrinėti moksliniai tyrimai patvirtina, jog tėvų įtaka su sveikata susijusiai vaiko gyvenimo kokybei gerinti, sveikatos stiprinimo procesui stipresnė, kai tėvų ir vaikų nuomonės sveikatos stiprinimo klausimais sutampa. Tokiu būdu parodoma šeimos normų ir vertybių, susijusių su sveikata, perdavimo vaikui šeimoje reikšmė.

II.

Tyrimo metodologija

Metodologijos skyriuje pateikiamas tyrimo instrumento pasirinkimo pagrindimas. Tuomet pristatoma bendroji tyrimo instrumento charakteristika. Vėliau pereinama prie KIDSCREEN instrumento struktūros atskleidimo, aptariamos tyrimo instrumento patikimumo ir validumo charakteristikos. Taip pat šiame skyriuje pristatomi duomenų analizės metodai, tyrimo imtis bei tyrimo organizavimo klausimai.

2.1. Tyrimo instrumento pasirinkimo pagrindimas

Gyvenimo kokybės tyrimai yra labiau orientuoti į prakseologinę prieigą, todėl kaip viena didžiausių metodologinių problemų gyvenimo kokybės tyrimuose tiek jų ištakose XX a. viduryje, tiek ir dabar įvardijama teorinio konceptualizavimo stoka (Lindstrom, 1992; Furmonavičius, 2001; Davis et al., 2006). Didelis dėmesys tyrimo instrumentų analizei ir patikimumui atsirado iš to, kad gyvenimo kokybė yra labai kompleksinis reiškinyss ir jo veiksnių analizė yra labai sudėtingas kompleksinis procesas (Starkauskienė, 2011). Bitino požiūriu (2006), edukologijoje ypač svarbu yra spręsti tyrimų konceptualumo klausimus. Dažnai gyvenimo kokybės klausimynuose skiriamas didelis dėmesys klausimynų psichometrinėms charakteristikoms, tačiau nepakankamas – teoriniam pagrindimui. Deja, klausimynai, turintys geras psichometrinės charakteristikas, nebūtinai turi stiprų teorinį pagrindimą (Davis et al., 2006). Vis stiprėjant įrodymais

pagrįstų (angl. *evidence based*) tyrimų statusui, stiprus empirinis instrumentas, įrodantis ugdymo poveikumą, turi autentišką vertę ir nepaisant teorinio pagrindimo ribotumą. Įrodymais pagrįsti tyrimai yra dažniausiai orientuoti į veiksmų analizę, kuri parodo, kas yra svarbu, kas veikia, bet neatsako į klausimus, kodėl veikia, kaip veikia, todėl teorinio konceptualizavimo svarba išlieka aktuali (Petty, 2008). Todėl gyvenimo kokybės teoriniam konceptualizavimui vis dar skiriamas nepakankamai sisteminis dėmesys. Anot Furmonavičiaus (2001), ši problema ypač aktuali kalbant apie su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tyrimus. Pirmiausia taip yra dėl to, kad dėl įvairių priežasčių inertiškai yra tapatinamos sveikatos būklės, funkcinės būklės ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąvokos. Be to, dažnai su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tyrimuose per daug sureikšminama ligos simptomų raiška (angl. *ill health*), darant išvadas, kad tokių simptomų kaip skausmas sumažėjimas tiesiogiai lemia geresnę gyvenimo kokybę (Davis et al., 2006). Tačiau gyvenimo kokybės tyrimai apima ir labai svarbų egzistencinį bei vertybių aspektus, kurie sudaro / keičia iš esmės ligos simptomų poveikio gyvenimo kokybės vertinimui raišką. Dėl to mes stebime, anot Furmonavičiaus (2001), vadinajamą „negalios paradoksą“, kai žmonės, kurių įvairios funkcijos objektyviai yra labai sutrikusios dėl ligos, nurodo ne ką blogesnę gyvenimo kokybę negu sveiki asmenys. „Šį fenomeną bandoma paaiškinti psichologiniu adaptavimusi. Pasikeitus sveikatos būklei, priklausomai nuo asmenybės bruožų, įvyksta suvokimo, elgsenos, vidinių standartų, vertybių pasikeitimas. Tai lemia atsako poslinkį (response shift), t. y. individualios GK prasmės pasikeitimą dėl pasikeitusių vidinių standartų, vertybių bei suvokimo“ (p. 131). Kad ligos simptomų raiškai inertiškai skiriamas didelis dėmesys, rodo tai, kad beveik dvigubai daugiau yra sukurta specifinių ligos gyvenimo kokybės klausimynų, palyginus su bendraisiais (angl. *generic*). Ypač daug klausimynų yra sukurta epilepsijos, vėžio, astmos, plaučių ligų tyrimams, labai mažai – autizmo, cerebrinio paralyžiaus ir kitų (Davis et al., 2006). Todėl lygiagrečiai siekiama skirti didelį dėmesį individualizuotiems gyvenimo kokybės klausimynams kurti, kurių pagrindinis tikslas yra formuoti klausimus, orientuotus į pacientą kaip asmenį (angl. *person-centred*), o ne į ligą ar sveikatą (angl. *health-focused*) (Camfield, Ruta, 2007). Tačiau tokių instrumentų validavimas yra labai sudėtingas, todėl jie sulaukia mažesnio dėmesio.

Pastaruoju metu skiriamas didelis dėmesys vystyti bendruosius klausimynus, kurie yra plačios indikatorių apimties (emocinė, fizinė, psichinė, santykių, šeimos ir kitos gerovės). Tyrimų metaanalizė rodo, kad KIDSCREEN klausimynas yra vienas iš daugiausiai apimančių su sveikata susijusios gyvenimo kokybės indikatorių (Davis et al., 2006). Kita tendencija yra ta, kad atliekant tyrimus su respondentais, kuriems diagnozuota liga, vis dažniau bendrieji klausimynai yra derinami su specifiniais gyvenimo kokybės klausimynais (Furmonavičius, 2001).

Pirmuoju gyvenimo kokybės tyrimu su nuoseklia teorinių ir empirinių indikatorių derme laikomas atliktas šiaurės šalių vaikų gyvenimo kokybės tyrimas (Lindstrom, 1992; Lindstrom, Eriksson, 1993; Lindstrom, Eriksson, 1993). Šių bendraautorių su-

kurtas gyvenimo kokybės modelis laikomas vienu iš stipriausių teorinių konstrukty šioje tyrimų srityje. Jie pasisakė už bendrųjų gyvenimo kokybės klausimynų kūrimo svarbą. Jų sukurtas gyvenimo kokybės instrumentas pirmą kartą apėmė 2–18 metų amžiaus vaikus penkiose šalyse (Norvegija, Švedija, Suomija, Islandija, Danija). Šio tyrimo patirtis parodė, kaip sunku vystyti palyginamuosius tyrimus, kai trūksta vie-ningo metodologinio sutarimo, todėl ateityje tyrimuose buvo rekomenduojama toliau skirti didelį dėmesį teorinio konceptualizavimo aspektui. Kalbant apie tyrimus su su-
augusiais žmonėmis, teoriniu modeliu pagrįstais laikomi yra PSO sukurtas gyvenimo kokybės instrumentas (WHOQOL-100) ir individualizuotos gyvenimo kokybės matavimo instrumentas (angl. *Patient Generated Index – PGI*), tačiau jie nėra plačiai naudojami tyrimuose (Furmonavičius, 2001).

Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tyrimuose teorinio konceptualizavimo požiūriu gyvenimo kokybės klausimynai dažniausiai skirstomi į dvi grupes: gyvenimo naudingumo (angl. *utility of life*) teorinė prieiga siekiant identifikuoti kokybiškai standartizuotus gyvenimo metus (QALY: quality-adjusted life-years), siekiant įvertinti gydymo metodo ekonominius kaštus. Šie klausimynai pasižymi preferencijų identifikavimu, pavyzdžiui, bendro gyvenimo trukmės santykyje su sveikais gyvenimo metais (Furmonavičius, 2001). Tokio pobūdžio klausimynai netinka tyrimuose su vaikais (Davis et al, 2006). Kitai grupei priskirtini bendrieji klausimynai, kurie remiasi B. Lindström'o bendrojo gyvenimo kokybės modeliu.

Gyvenimo kokybės klausimynai savo tyrimo rezultatų taikymo aspektu skirstomi į tris pagrindines grupes (Staniūtė, 2007, p. 11):

- įvertinantieji (angl. *evaluative*) – matuoja pokyčius per tam tikrą laiką;
- atskiriantieji diferencijuojantieji (angl. *discriminative*) – išskiria tarp asmenų ar grupių tam tikrą dimensiją;
- prognozuojantieji (angl. *predictive*) – suskirsto individus į tam tikras grupes. Jie naudojami monitoringui ar diagnostiniams tyrimams, siekiant nustatyti, kuris individas turi ar turės specifinę būklę ar išeitį.

Pastaruoju metu su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tyrimuose didelis dėmesys yra skiriamas pateikti įrodymais grįstą (angl. *evidence based*) medicinos paslaugų kokybę. Tam tikslui yra dažniausiai naudojami prieš ir po intervencijos vertinimo klausimynai. Šiuo metu populiariausias šioje srityje yra SF-36 klausimynas (angl. *Short Form 36 Medical Outcomes Study Questionnaire*). Taikant gyvenimo kokybės klausimynus yra labai akcentuojamas klausimyno jautrumas ir matavimo tikslumas. Todėl įvertinamieji klausimynai negali būti naudojami monitoringui, o monitoringo klausimynai negali būti naudojami poveikiui matuoti. Labai didelis yra bendros populiacijos diferenciacijai pagal kriterijus ir monitoringui skirtų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės klausimynų trūkumas. Tokius poreikius gali atliepti KIDSCREEN klausimynas.

Sudėtinga situacija yra kalbant apie vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tyrimus ta prasme, kad daugelis klausimynų yra skirti pildyti tėvams apie jų vaikų gyvenimo kokybę (Rajmil et al., 2013). KIDSCREEN klausimyno išskirtinumas yra tas, kad jis pildomas ir vaikų, ir tėvų. Kaip rodo tęstinis tyrimas Ispanijoje, tėvų ir vaikų nuomonės tikrai išsiskiria ir ypač subjektyvios gerovės vertinimo klausimais, o vertinant objektyvius kriterijus tėvų ir vaikų nuomonės yra panašios. Kuo vaikas turi daugiau sveikatos problemų, tuo vaikų ir tėvų nuomonių skirtumai yra mažesni (Rajmil et al., 2013). Pastaruoju metu stiprėja požiūris, kad gyvenimo kokybės tyrimuose turi būti siekiama maksimaliai atsižvelgti į vaikų nuomonę dermėje su tėvų požiūriu. Nauja tendencija yra ta, kad, siekiant tikslumo ir objektyvumo, šioje srityje pripažįstama tęstinių tyrimų svarba (Rajmil et al., 2013; Qadeer, Ferro, 2018).

Siekiant kompleksinio vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo bei galimybės šį vertinimą atlikti ne tik tėvams, bet įsivertinti ir patiems vaikams, pasirinktas KIDSCREEN 52 klausimynas.

2.2. Bendroji tyrimo instrumento charakteristika

Šiuo metu yra žinomos dvi klausimyno versijos KIDSCREEN 27 ir KIDSCREEN 52, kurios skiriasi kiekvienai gyvenimo kokybės dimensijai vertinti numatytų elementų skaičiumi. Disertacijos tyrime siekiant išsamesnio vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijų vertinimo, pasirinkta išsamesnė klausimyno versija – KIDSCREEN 52 (žr. 1 ir 2 priedus).

Atlikti moksliniai tyrimai (Whiteman, Green, 1997; Koopman, 1999; Verrips, 2000) rodo, kad vaikai ir tėvai pateikia skirtingą informaciją apie su sveikata susijusią gyvenimo kokybę. Vaikai ir tėvai yra tos pačios psichosocialinės sistemos dalis, šeima, kuri teikia informaciją apie vaiko sveikatą atitinkančią gyvenimo kokybę, tik iš šiek tiek kitokios perspektyvos. Nustatyta, kad vaiko subjektyvus požiūris į savo asmeninę, su sveikata susijusią gyvenimo kokybę yra labai svarbus, ir jie turėtų būti apklausti. Tačiau kartais gali prireikti gauti antrą nuomonę iš globėjų ar tėvų. Skirtingų šaltinių įtraukimas, vertinant su sveikata susijusią gyvenimo kokybę, labai svarbus, todėl rekomenduojama įtraukti tiek tėvus, tiek ir vaikus (Achenbach, McConaughy, Howell, 1987; La Greca, 1990).

Atsižvelgiant į šiuos argumentus, KIDSCREEN instrumento kūrėjai parengė vaikams ir suaugusiesiems skirtus atskirus klausimynus. Disertacijos tyrime naudota KIDSCREEN 52 versija vaikams ir KIDSCREEN 52 versija tėvams.

Disertacijos tyrime naudotą KIDSCREEN 52 klausimyną sudaro trys dalys. Pirmoji dalis – įvadinė, joje kreipiamasi į respondentus ir išdėstoma, kokių tikslų vykdoma apklausa, nurodoma, jog klausimynas yra anoniminis. Taip pat šioje dalyje pateikiama instrukcija, kaip respondentams žymėti tinkamus atsakymų variantus.

Antroji dalis – sociodemografinė. Šios dalies klausimais siekiama gauti duomenis, reikalingus tyrime dalyvavusių vaikų ir tėvų imties charakteristikai. Formuojant sociodemografinę dalį, remtasi mokslinės literatūros analize. Pastaroji atskleidė tam tikras vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijoms vertinti aktualias charakteristikas. Nustatyta, jog gyvenimo kokybės dimensijų vertinimas susijęs su vaikų amžiumi (Piko, Keresztes, 2006), vaiko sveikatos būkle (Eiser, Morse, 2001), kaip vaikai subjektyviai vertina savo sveikatą (Cremeens et al., 2006), šeimine padėtimi (Širvinskienė, 2010; Waldfogel et al., 2010). Mokslinėje literatūroje dominuoja tyrimai, atskleidžiantys tėvų išsilavinimo ir skirtingų sveikos gyvensenos veiksnių ryšius (Vereecken et al., 2004; Ferdinand, 2012). Siekiant išsiaiškinti vaiko sveikatos ir sveikatos ugdymo suinteresuotumo (Dewey, 2014) raišką šeimoje, tyrėjos iniciatyva įtraukta papildoma sociodemografinė charakteristika – kalbėjimasis su tėvais apie sveikatą (vaikams) ir kalbėjimosi su vaikais apie sveikatą dažnumas (tėvams). Kai kurios sociodemografinės charakteristikos – vaiko lytis, kaip vaikai neformaliai vertina savo sveikatą (išreikšdami savo nuomonę, kuri neprivalo būti pagrįsta mediciniais dokumentais), tėvų pajamas, kaip, tėvų nuomone, vaikas vertina savo sveikatą, objektyvus vaiko sveikatos vertinimas – į sociodemografinį bloką įtrauktos tyrėjos nuožiūra, tikintis, jog nuo šių charakteristikų priklauso vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijų vertinimas.

Vaikams ir tėvams skirtuose klausimynuose sociodemografinio bloko klausimai skiriasi. Vaikų buvo klausiama apie lytį, amžių, kaip vaikas vertina savo sveikatą, ar vaikai kalbasi su savo tėvais apie sveikatą (4 klausimai su galimais atsakymų variantais). Tėvų buvo klausiama apie išsilavinimą, darbo pobūdį, pajamas, šeiminę padėtį, vaiko sveikatos sutrikimus, ar tėvai kalbasi su savo vaiku apie sveikatą (6 klausimai su galimais atsakymų variantais). Šioje klausimyno dalyje vaikų prašyta neformaliai įvertinti savo sveikatą, t. y. pažymėti, turi ar neturi sveikatos sutrikimą, ligą ar ilgalaikę negalią, neprašant to patvirtinti mediciniais dokumentais. Taip pat vaikų prašyta subjektyviai įvertinti savo sveikatą, galimi atsakymų variantai nuo „puiki“ iki „bloga“. Tyrime dalyvavę tėvai taip pat turėjo pažymėti, kaip, jų manymu, jų vaikas subjektyviai vertina savo sveikatą. Taip pat tėvų prašyta objektyviai įvertinti savo vaiko sveikatą, t. y. galėjo pažymėti, kokiai organų sistemai priskirtinas konkretus atvejis ar net pasirinkti keletą organų sistemų (klausimyne pateikta galimybė pasirinkti vieną ar kelis sutrikimus, kurie žymimi vaiko sveikatos pažymėjime, formoje Nr. 027. Pažymėjimas išduodamas gydytojo po profilaktinio vaiko sveikatos patikrinimo ir iki rugsėjo 15 dienos privalo būti pristatytas į ugdymo įstaigą, kurią lanko vaikas).

Trečioji dalis – gyvenimo kokybės dimensijų vertinimas ir joms vertinti skirti matavimo elementai (angl. *items*). Pagal klausimyno rengėjų rekomendaciją, siekiant, kad tyrimo dalyviams pildant klausimyną nekiltų sunkumų todėl, kad jie negali pateikti atsakymo, nes neprisimena, kada tai vyko, prie kiekvienos dimensijos vertinimo pateiktas priminimas mąstyti apie praėjusią savaitę (žr. 4 lentelę).

4 lentelė. KIDSCREEN 52 bendroji struktūra (be įvadinės dalies)

Parengta disertacijos autorės.

Tėvams skirtas klausimyno sociodemografinė dalis	Vaikams skirtas klausimyno sociodemografinė dalis	Tėvams / vaikams skirtų klausimynų bendroji dalis	
<i>Sociodemografiniai parametrai</i>	<i>Sociodemografiniai parametrai</i>	<i>Vaiko su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijos</i>	<i>Matavimo elementų skaičius</i>
Išsilavinimas	Lytis	Fizinė gerovė	5
Darbo pobūdis	Amžius	Psichologinė gerovė	6
Pajamos	Kaip vertina savo sveikatą	Nuotaikos ir emocijos	7
Šeiminė padėtis	Ar kalbasi su tėvais apie sveikatą	Savęs suvokimas	5
Vaiko sveikatos sutrikimai		Savarankiškumas	5
Kalbėjimosi su vaiku apie sveikatą dažnumas		Santykiai su tėvais ir gyvenimas šeimoje	6
		Finansiniai ištekliai	3
		Socialinis palaikymas ir bendraamžiai	6
		Mokyklos aplinka	3
		Socialinis priėmimas (patyčios)	3

2.3. Pagrindinė KIDSCREEN 52 instrumento dalis

Tiek KIDSCREEN 52 klausimyno versijoje vaikams, tiek ir tėvams sutampa dimensijų ir jas vertinančių matavimo elementų skaičius. Dimensijų matavimo elementai pateikiami klausimų forma, vienodi abiem tikslinėms grupėms, tik vaikų prašoma, kad jie įvertintų patys savo gyvenimo kokybę, o tėvai vertina savo vaiko su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijas. Pavyzdžiui, klausimas vaikui: „Ar jauteisi fiziškai stiprus (-i) ir sveikas (-a)?“, klausimas tėvams: „Ar Jūsų vaikas jautėsi fiziškai stiprus ir sveikas?“. Dėl šios priežasties detaliau pristatant instrumentą, vadovaujama si vaikams skirta versija.

Toliau, vadovaujantis KIDSCREEN Group Europe metodika (The KIDSCREEN Group Europe, 2006), detaliai apibūdinama kiekviena vaiko su sveikata susijusios gyvenimo kokybės skalės subskalė, kuri ir yra tapati vaiko su sveikata susijusios gyvenimo kokybės matavimo vienetui – dimensijai.

Dimensija „Fizinė gerovė“ matuoja vaikų / paauglių fizinio aktyvumo lygį, energiją ir fizinę būklę. Fizinio aktyvumo lygis vertinamas atsižvelgiant į jo galimybes

judėti namuose ir mokykloje, žaisti, atlikti fizinio aktyvumo veiklas, pvz., sportuoti, kurios gali ne tik padėti, bet ir pakenkti vaiko / paauglio fiziniam aktyvumui. Ši dimensija atkreipia dėmesį į vaiko / paauglio gebėjimus aktyviai ar energingai žaisti. Be to, šios dimensijos vertinimas leidžia atskleisti, ar vaikas skundžiasi dėl silpnos sveikatos. Atsižvelgiant į tai, vaikų fizinės gerovės matavimui skirtose subskalėje pateikti penki klausimai. Vienas iš šių klausimų skirtas subjektyviai įvertinti savo sveikatą – vaikas turėjo įsivertinti savo sveikatą, pasirinkdamas atsakymą nuo „bloga“ iki „puiki“ (pateikti 5 pasirinkimai). Kiti keturi subskalės klausimai: *Ar jauteisi fiziškai stiprus (-i) ir sveikas (-a)? Ar buvai fiziškai aktyvus (-i) (pvz., bėgiojai, laipiojai, važinėjai dviračiu)? Ar galėjai gerai bėgioti? Ar jauteisi energingas?* Vaikams pateikiami 5 ranguojami atsakymų variantai, kur 1 reiškia „visai ne“, o 5 – „ypač“. Žemi ranginiai vertinimai nurodo vaiko fizinę negerovę, kad vaikas yra fiziškai išsekęs, nepasirengęs, turi mažai energijos. Aukšti vertinimai – priešingai – nurodo vaiko fizinę gerovę, kad jis yra fiziškai sveikas, aktyvus, pasirengęs, yra energingas.

Dimensija „Psichologinė gerovė“ matuoja vaikų teigimas emocijas, pasitenkinimą gyvenimu. Psichologinės gerovės vertinimas atskleidžia teigiamą suvokimą ir individualų emocijų patyrimą. Ši dimensija leidžia nustatyti, kaip dažnai vaikui pasireiškia tokie jausmai kaip laimė, džiaugsmas, linksmumas. Be to, psichologinės gerovės dimensija atspindi asmens pasitenkinimą gyvenimu. Atsižvelgiant į tokią vaikų psichologinės gerovės sampratą, subskalėje „Psichologinė gerovė“ pateikti 6 klausimai: *Ar tau gyventi buvo malonu? Ar jauteisi laimingas (-a), kad esi gyvas (-a)? Ar jauteisi patenkintas (-a) savo gyvenimu? Ar buvai geros nuotaikos? Ar jauteisi linksmas (-a)? Ar linksminaisi?* Vaikams pateikti 5 ranguojami atsakymų variantai, kur 1 reiškia „visai ne“, o 5 – „ypač“. Žemi ranginiai vertinimai nurodo, kad vaikui nėra gyvenimo malonumo, jis nejaučia pasitenkinimo gyvenimu. Aukšti vertinimai rodo psichinę vaiko gerovę, kad jis yra laimingas, pozityviai žiūri į gyvenimą, jaučia pasitenkinimą gyvenimu, malonumą gyventi, yra linksmas.

Dimensija „Nuotaika ir emocijos“ matuoja vaikų depresines nuotaikas, emocijas bei streso jausmo lygį. Nuotaikų ir emocijų lygis vertinamas atsižvelgiant į tokius vaiko jausmus kaip vienatvė, liūdesys, pakantumas ir pasitraukimas. Be to, vertinant šią dimensiją, atsižvelgiama į tai, kaip manoma, ar vaiko patiriami jausmai jį kankina. Šios dimensijos matavimai leidžia atskleisti gyvenimo kokybės lygį, kuris glaudžiai susijęs su negatyvių jausmų dažnumu. Atsižvelgiant į tokią nuotaikos ir emocijų dimensijos sampratą, šią dimensiją vertinančioje subskalėje pateikti 6 klausimai: *Ar jauteisi tarytum viską darai blogai? Ar jauteisi liūdnas (-a)? Ar jauteisi taip blogai, kad nenorėjai nieko daryti? Ar jauteisi taip, tarytum viskas įgriso? Ar jauteisi vienišas? Ar jautei spaudimą?* Respondentams pateikti 5 ranguojami atsakymų variantai, kur 1 reiškia „niekada“, o 5 – „visada“. Žemi ranginiai vertinimai nurodo, kad vaikas jaučia depresiją, jaučiasi prislėgtas, nelaimingas, dažnai kankina bloga nuotaika. Aukšti ranginiai vertinimai – priešingai – vaikas jaučiasi gerai, yra geros nuotaikos.

Dimensija „Savarankiškumas“ matuoja galimybę vaikui susikurti savo laisvalaikį. Šios dimensijos vertinimas atskleidžia vaiko savarankiškumo lygį, kuris yra labai svarbus vystymosi elementas, kuriant individualų identitetą. Vaiko savarankiškumo lygis atspindi jo pasirinkimo laisvę, savarankiškumą, nepriklausomybę. Taip pat savarankiškumo dimensija nurodo, ar vaikas jaučiasi pajėgus formuoti savo gyvenimą, priimdamas sprendimus dėl kasdienės veiklos. Be to, ši dimensija nagrinėja, ar vaikas turi pakankamai galimybių dalyvauti socialinėje veikloje ypač laisvalaikio ir pramogų metu. Atsižvelgiant į tokią savarankiškumo dimensijos sampratą, šią dimensiją vertinančioje subskalėje pateikti 5 klausimai: *Ar jauteisi tarytum viską darai blogai? Ar jauteisi liūdnas (-a)? Ar jauteisi taip blogai, kad nenorėjai nieko daryti? Ar jauteisi taip, tarytum viskas gyvenime nesiseka? Ar jauteisi taip, tarytum viskas įgriso?* Respondentams pateikti 5 ranguojami atsakymų variantai, kur 1 reiškia „niekada“, o 5 – „visada“. Žemi ranginiai vertinimai nurodo žemą savarankiškumo lygį, vaikas jaučiasi ribojamas, prislėgtas, priklausomas. Aukšti ranginiai vertinimai – aukštą savarankiškumo lygį – vaikas savarankiškas, laisvas spręsti, nepriklausomas.

Dimensija „Santykiai su tėvais ir gyvenimas šeimoje“ matuoja ryšius su tėvais ir atmosferą vaiko / paauglio namuose. Ši dimensija atskleidžia santykių tarp vaiko / paauglio ir tėvų / globėjų kokybę, ir vaiko / paauglio jausmus tėvams / globėjams. Šie aspektai vertinami atsižvelgiant į tai, ar vaikas / paauglys jaučia šeimos meilę ir palaikymą, ar atmosfera šeimoje yra komfortabili ar ne, taip pat ar vaikas / paauglys jaučiasi sąžiningai vertinamas. Atsižvelgiant į tokią santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje dimensijos sampratą, šią dimensiją vertinančioje subskalėje pateikti 6 klausimai: *Ar tavo mama, tėtis (tėvai) tave suprato? Ar jauteisi mylimas (-a) mamos, tėčio (tėvų)? Ar namuose jauteisi laimingas (-a)? Ar tavo mama, tėtis (tėvai) turėjo tau pakankamai laiko? Ar tavo mama, tėtis (tėvai) elgėsi su tavimi sąžiningai? Ar galėjai pasikalbėti su mama, tėčiu (tėvais) tada, kai to norėjai?* Vaikams pateikti 5 ranguojami atsakymų variantai, kur 1 reiškia „visai ne“, o 5 – „ypač“. Žemi ranginiai vertinimai nurodo, jog santykių su tėvais kokybė prasta, vaikas patiria vienišumo jausmą, jis jaučiasi nepastebėtas, neįvertintas, tėvus vertina kaip nepasiekiamus, nesąžiningus. Aukšti ranginiai vertinimai parodo aukštą santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje kokybę, vaikas jaučiasi saugus, palaikomas ir mylimas, jaučiasi tinkamai suprastas, tėvus vertina kaip prieinamus, sąžiningus.

Dimensija „Finansiniai ištekliai“ matuoja, ar vaikas / paauglys jaučiasi turįs pakankamai finansinių šaltinių komfortabiliai savo gyvensenai. Taip pat šios dimensijos matavimas leidžia atskleisti, ar vaiko finansiniai ištekliai suteikia galimybę daryti tai, ką nori, su bendraamžiais. Atsižvelgiant į tokią finansinių išteklių dimensijos sampratą, šią dimensiją vertinančioje subskalėje pateikti 3 klausimai: *Ar turėjai pakankamai pinigų tam, kad galėtum veikti tą patį, ką ir tavo draugai? Ar turėjai pakankamai pinigų savo išlaidoms? Ar turėjai pakankamai pinigų tam, kad galėtum kažką daryti su draugais?* Vaikams pateikti 5 ranguojami atsakymų variantai, kur 1 reiškia „niekada“, o 5 – „visada“. Žemi ranginiai vertinimai nurodo finansinio nepasitenkinimo jausmus, vaiko finansiniai ištekliai neleidžia

gyventi taip, kaip norėtų. Aukšti ranginiai vertinimai rodo, kad vaikas jaučiasi patenkintas turimais finansiniais šaltiniais, gali mėgautis turimais finansais.

Dimensija „Socialinis palaikymas ir bendraamžiai“ matuoja vaiko / paauglio santykius su kitais vaikais / paaugliais, gebėjimus sukurti socialinius ryšius su draugais ir bendraamžiais. Šios dimensijos matavimo rezultatai parodo vaiko / paauglio santykių su bendraamžiais kokybę bei jų teikiamą palaikymą. Dimensijai vertinti pateiktais klausimais siekta išsiaiškinti, ar vaikas / paauglys jaučiasi draugų priimtas ir palaikomas bei vaiko / paauglio galimybę formuoti ir kurti draugystę. Socialinio palaikymo ir bendraamžių dimensija taip pat atskleidžia, koks yra komunikavimas su kitais. Taip pat ši dimensija matuoja, kiek asmuo jaučia pozityvius grupės jausmus, ar jaučiasi grupės dalimi ir ar jaučia bendraamžių ir draugų pagarbą. Atsižvelgiant į tokią socialinio palaikymo ir bendraamžių dimensijos sampratą, šią dimensiją vertinančioje subskalėje pateikti 6 klausimai: *Ar leidai laiką su draugais? Ar ką nors veikei su kitais berniukais / mergaitėmis? Ar linksminaisi su draugais? Ar tu ir tavo draugai vieni kitiems padėjote? Ar galėjai su draugais kalbėtis apie viską? Ar galėjai pasikliauti savo draugais?* Vaikams pateikti 5 ranguojami atsakymų variantai, kur 1 reiškia „niekada“, o 5 – visada. Žemi ranginiai vertinimai nurodo vaiko problemas su bendraamžiais bei socialinio palaikymo stoką, vaikas jaučiasi atstumtas, nepriimtas, nepalaikomas bendraamžių, negali jais pasikliauti. Aukšti ranginiai vertinimai nurodo vaiko stiprius ryšius su bendraamžiais, socialinį palaikymą, vaikas jaučiasi priimtas, palaikomas bendraamžių ir įtrauktas į jų grupę, gali pasikliauti bendraamžiais.

Dimensija „Mokyklos aplinka“ matuoja vaiko / paauglio suvokimą apie jo kognityvinius gebėjimus, mokymąsi, dėmesio koncentraciją. Taip pat šios dimensijos matavimo rezultatai atskleidžia vaiko jausmus, susijusius su mokykla. Mokyklos aplinkos dimensija apima vaiko / paauglio pasitenkinimą savo gebėjimais ir našumu mokykloje. Taip pat ši dimensija matuoja bendrus jausmus apie mokyklą, pavyzdžiui, ar mokykla vaikui yra maloni vieta. Vertinant mokyklos aplinkos dimensiją skiriamas dėmesys ir vaiko nuomonei apie jo santykius su mokytojais. Atsižvelgiant į tokią mokyklos aplinkos dimensijos sampratą, šią dimensiją vertinančioje subskalėje pateikti 6 klausimai: *Ar mokykloje jauteisi laimingas (-a)? Ar mokykloje gerai sutari su kitais? Ar buvai patenkintas (-a) mokytojais? Ar galėjai sutelkti dėmesį? Ar tau patiko eiti į mokyklą? Ar gerai sutarei su mokytojais?* Vaikams pateikti 5 ranguojami atsakymų variantai, kur 1 reiškia „visai ne“, o 5 – ypač. Žemi ranginiai vertinimai nurodo, kad vaikas nemėgsta mokyklos ir (ar) mokytojų, jį kankina negatyvūs jausmai apie mokyklą. Aukšti ranginiai vertinimai rodo vaiko pasitenkinimą mokyklos aplinka, jaučiasi laimingas mokykloje, mėgaujasi mokyklos gyvenimu.

Dimensija „Socialinis priėmimas (patyčios)“ matuoja vaiko / paauglio priėmimą mokykloje. Socialinį priėmimo dimensijos rezultatai parodo, ar jautiesi priimtas bendraamžių, ar realiai esi priimtas bendraamžių, bei nerimą dėl bendraamžių. Pagal socialinio priėmimo (patyčių) dimensijos sampratą iš mokinio bus pasityčiota, kai kitas mokinyš ar

mokinių grupė pasakys ar padarys jam bjaurius ir nemalonus dalykus. Taip pat patyčios šioje dimensijoje suprantamos, kai mokinys erzinas jam nepriimtinu būdu. Tai pagal šią subskalę vertinamos dimensijos sampratą patyčiomis nebus laikoma, kai du mokiniai dėl to paties dalyko stipriai ginčijasi ar kovoja. Patyčių sąvoka vertinant šią dimensiją yra standartinė ir naudojama daug metų HBSC (Health Behaviour in School – Aged Children) tyrimuose. Ši dimensija taip pat parodo aukštą gyvenimo kokybės rezultatą, jei negatyvūs jausmai nėra dažni. Atsižvelgiant į tokią socialinio priėmimo (patyčių) dimensijos sampratą, šią dimensiją vertinančioje subskalėje pateikti 3 klausimai: *Ar bijojai kitų berniukų / mergaičių? Ar kiti berniukai / mergaitės iš tavęs juokėsi? Ar kiti berniukai / mergaitės iš tavęs tyčiojosi?* Vaikams pateikti 5 ranguojami atsakymų variantai, kur 1 reiškia „visai ne“, o 5 – „ypač“. Žemi ranginiai vertinimai nurodo žemą socialinio priėmimo arba kitaip aukštą patyčių lygį, vaikas jaučia patyčias, jaučiasi kankinamas bendraamžių, jų atstumtas. Aukšti ranginiai vertinimai rodo aukštą socialinio priėmimo arba žemą patyčių lygį, vaikas nejaučia patyčių, jaučiasi priimtas ir gerbiamas draugų.

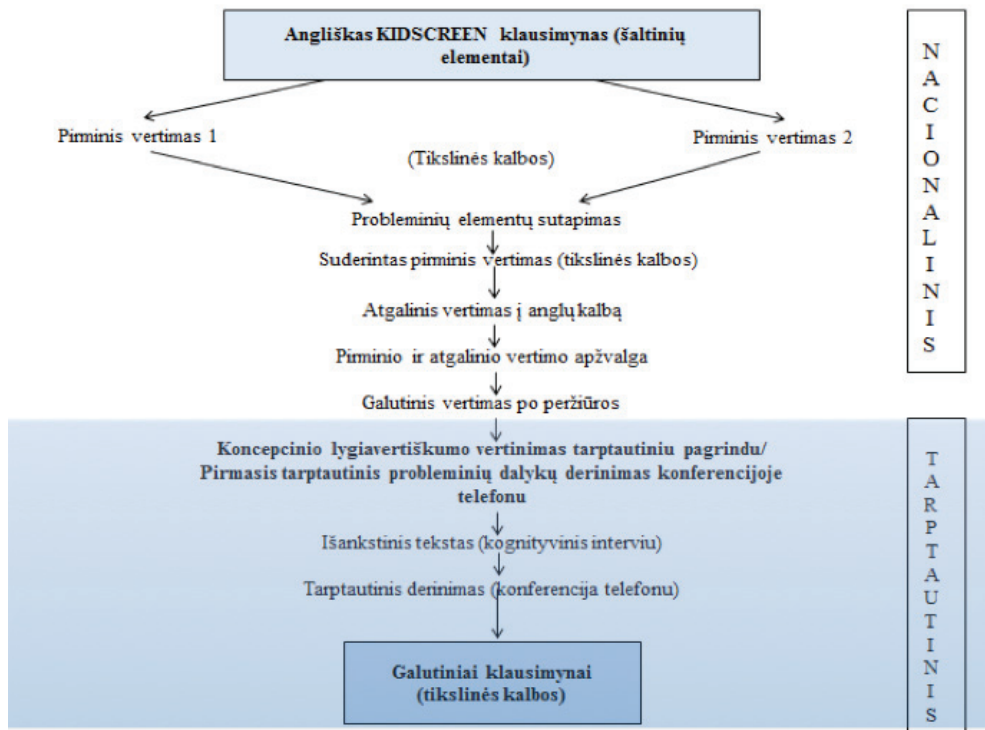
2.4. Tyrimo instrumento validumas ir patikimumas

Validumas yra viena iš svarbiausių charakteristikų, kuria būtina rūpintis nuo tyrimo pradžios iki galo, siekiant savo empiriniu tyrimu praturtinti mokslą patikimu nauju žinojimu (Rupšienė, Rutkienė, 2016, psl. 55). Patikimumas yra viena svarbiausių kokybiško tyrimo charakteristikų ir viena svarbiausių instrumento validumo sąlygų (Rupšienė, Rutkienė, 2016, psl. 49). Instrumento patikimumo užtikrinimas yra būtinas, kad tyrėjas įsitikintų, jog kitų sudaryta bei išversta skalė tokia pat patikima matavimo priemonė, kaip ir toje kultūroje bei toje situacijoje, kurioje ji buvo sukurta ir naudojama (Rupšienė, Rutkienė, 2016, psl. 50). Siekiant užtikrinti tyrimo instrumento validumą ir patikimumą, pagal instrumento rengėjų pateiktą metodiką instrumentas išverstas, išbandytas, taip pat įvertintas instrumento vidinis suderinamumas, palygintas instrumento suderinamumo rodiklis su kitais KIDSCREEN 52 tyrimų instrumento suderinamumo rodikliais.

Instrumento vertimas. Siekiant, jog disertacijos tyrimui būtų taikomas validus instrumentas, klausimynas išverstas pagal klausimyno autorių pateiktą metodiką (The KIDSCREEN Group Europe, 2006, psl. 23) (žr. 11 pav.). Vertimas derintas nacionaliniu ir tarptautiniu lygiu ir mastu, įgyvendinant vertimo metodikoje nurodytus etapus. Derinant vertimą nacionaliniu mastu, iš anglų kalbos į lietuvių kalbą klausimyną vertė du žmonės, t. y. gautos dvi vertimų versijos. Vertimo metodikoje tai vadinama pirminiu vertimu. Tuomet atrinkti probleminiai pirminio vertimo elementai – lyginama, kurie teiginiai pirmoje ir antroje vertimo versijose nesutampa. Po to abi lietuviškos versijos suderintos, kad liktų vienas pirminis vertimas. Po pirminio vertimo eina atgalinio vertimo etapas, t. y. verčiama iš lietuvių kalbos į anglų kalbą. Pirminį ir atgalinį vertimus atliko du Klaipėdos universiteto anglų filologijos studijų IV kurso studentai, vadovaujami anglų kalbos dalyko

dėstytojos. Po atgalinio vertimo su disertacijos autore aptarti pirminis ir atgalinis vertimai ir po peržiūros pateikta galutinė vertimo versija. Pradėjus derinimą tarptautiniu mastu, atliktas koncepcinis vertimo lygiavertiškumo vertinimas tarptautiniu pagrindu – pirmasis tarptautinis probleminių dalykų derinimas. Ši procedūra vykdyta su klausimyno rengėjų grupės atstovu bendraujant elektroniniu paštu ir skaipu konferencijos metu. Kitame etape pateikiami koreguoti tikslinės (šiuo atveju lietuvių) kalbos tekstai. Dar kartą derinta elektroniniu paštu bei telefonu ir pateikti galutiniai lietuvių kalbos klausimynai. Tarptautinio lygio vertimo procedūras vykde disertacijos autorė.

Disertacijos autorei atlikus visas su tyrimo instrumento vertimu susijusias procedūras, KIDSCREEN rengėjų grupė suteikė galimybę būti šio klausimyno atstove Lietuvoje.



11 pav. Tyrimo instrumento vertimo metodika

Šaltinis: KIDSCREEN Group Europe (2006).

Instrumento išbandymas. Tėvams bei vaikams skirtu klausimyno tinkamumui įvertinti atliktas žvalgomasis tyrimas. Naudojant patogiąją atranką pasirinkta 140 respondentų (70 vaikų bei 70 jų tėvų) iš dviejų Klaipėdos mokyklų. Siekiant, jog šiame tyrimo etape dalyvautų skirtingo amžiaus vaikai, pasirinkta viena progimnazija ir vie-

na gimnazija. Tyrime dalyvavusių respondentų paprašyta ne tik užpildyti klausimyną, bet ir išreikšti savo nuomonę apie klausimyną. Taip pat buvo vertinama, ar pateikiamų klausimų ir atsakymų variantų pakanka respondentams atsakyti į klausimus, ar tinkama klausimyno apimtis, klausimų išdėstymas. Atsižvelgus į bandomojo tyrimo dalyvių nuomonę ir komentarus, klausimai nežymiai koreguoti.

Instrumento vidinio suderinamumo vertinimas. Pasak Rupšienės ir Rutkienės (2016), instrumento patikimumo užtikrinimas iš esmės nukreiptas į jo vidinio suderinamumo įvertinimą ir korekcijas, siekiant padidinti vidinį suderinamumą. Tyrėjų teigimu, instrumento vidinį suderinamumą galima įvertinti keliais metodais. Keletas jų labiausiai paplitę, vienas tokių – Cronbach'o alfa kriterijaus taikymas. Šis kriterijus matuoja skalę sudarančių kintamųjų vidinį suderinamumą (Rupšienė, Rutkienė, 2016, psl. 51), disertacijos tyrimo atveju – su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijų vertinimui skirtos skalės ir subskalių vidinį suderinamumą. Cronbach'o alfa remiasi atskirų teiginių, sudarančių klausimyną, koreliacija ir įvertina, ar visi skalės klausimai atspindi tiriamąjį dydį, bei leidžia patikslinti reikiamų teiginių skaičių skalėje. Skirtingų literatūros šaltinių teigimu, šis parametras gali svyruoti nuo 0 iki 1. Jei Cronbach'o alfa koeficientas artimas 1, vadinasi, atskiri klausimyno skalės teiginiai tarpusavyje koreliuoja ir skalė yra patikima matavimo priemonė (Čekavavičius, Murauskas, 2002). Pirminis patikimumo vertinimas parodė, kad tyrimui naudoto vaikams skirto klausimyno bendras suderinamumo rodiklis – 0,848, o atskirų subskalių svyruoja nuo 0,797 iki 0,890. Tėvams skirto klausimyno bendras suderinamumo rodiklis – 0,811, o atskirų subskalių svyruoja nuo 0,842 iki 0,907. Nagrinėjant atskirų subskalių suderinamumo rodiklius, vienos subskalės, t. y. „Savęs suvokimas“, rodiklis tiek vaikams, tiek ir tėvams skirtame klausimyne nustatytas žemas (atitinkamai 0,118 ir 0,196). Pašalinus šią subskalę ir patikslinus bendrą skalės suderinamumo rodiklį nustatyta, jog vaikams skirto klausimyno skalės bendras suderinamumas padidėjo iki 0,946, tėvams skirto klausimyno – 0,938. Todėl ši subskalė pašalinta iš tolimesnio duomenų pristatymo ir vertinimo. Apibendrinant matavimo skalės ir subskalių suderinamumo rodiklius, galime teigti, kad pasirinktas instrumentas (tiek vaikams, tiek ir tėvams skirtas klausimynas) yra gana patikima gyvenimo kokybės matavimo priemonė. Reikia pažymėti, jog vienos subskalės pašalinimas iš tolimesnio duomenų aptarimo ir vertinimo laikomas tyrimo apribojimu, kuris sumažina instrumento ir viso tyrimo patikimumą.

Instrumento vidinio suderinamumo lyginimas su kitų KIDSCREEN 52 tyrimų instrumentų vidinio suderinamumo rodikliais. Be to, atlikta tyrimo naudoto klausimyno skalės ir subskalių suderinamumo rodiklių palyginamoji analizė su originalaus instrumento, naudoto tarptautiniuose tyrimuose, skalės ir subskalių suderinamumo rodikliais (žr. 5 lentelę). Išnagrinėjus gautus rezultatus matome, jog tiek skalių, tiek ir subskalių suderinamumo rezultatai pakankamai artimi abiejuose nagrinėjamuose klausimynuose, išskyrus „Savęs suvokimo“ subskalės suderinamumo rodiklius.

5 lentelė. Su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės skalės ir subskalių vidinio suderinamumo rezultatai disertacijos ir originaliaame klausimyne

Subskalės	CRONBACHS ALPHA			
	Vaikams skirtas klausimynas		Tėvams skirtas klausimynas	
	Disertacijos tyrimas	KIDSCREEN 52 tyrimų rezultatai	Disertacijos tyrimas	KIDSCREEN 52 tyrimų rezultatai
Bendras	0,848	0,8	0,811	0,82
Fizinė gerovė	0,848	0,89	0,850	0,9
Psichologinė gerovė	0,848	0,86	0,855	0,84
Nuotaika ir emocijos	0,876	0,79	0,848	0,76
Savęs suvokimas	0,118	0,84	0,196	0,86
Savarankiškumas	0,852	0,89	0,842	0,87
Santykiai su tėvais ir gyvenimas šeimoje	0,887	0,89	0,854	0,89
Finansiniai ištekliai	0,890	0,85	0,907	0,87
Socialinis palaikymas ir bendraamžiai	0,858	0,87	0,869	0,88
Mokyklos aplinka	0,844	0,77	0,863	0,82
Socialinis priėmimas (patyčios)	0,802	0,8	0,867	0,82

Taip pat klausimyno patikimumui pagrįsti įvertintos klausimyno, naudoto disertacijos tyrime, ir KIDSCREEN 52 originalios versijos, naudojamos tarptautiniuose tyrimuose, skalės bei subskalės naudojant T balus, t. y. standartizuotus balus, bei atlikta palyginamoji šio vertinimo analizė. Taip pat patikimumo skirtumai vertinti atskirai vaikams ir tėvams skirtiems klausimynams. Vertinant klausimyno patikimumą, naudojant T balus, svarbūs parametrai yra vidurkis ir standartinis nuokrypis. Pasirinkto tyrimo klausimyno atveju, kuo skalės ar atskiros subskalės vidurkis artimesnis 50, tuo skalė ar atskira subskalė patikimesnė. Iš toliau esančios vaikams skirtą klausimyno patikimumo vertinimo lentelės matome, kad bendras skalės patikimumas KIDSCREEN 52 rezultatų šiek tiek aukštesnis nei disertacijos tyrimo (atitinkamai 49,94 ir 48,95). Nagrinėjant atskiras subskales matome, kad tik savarankiškumo subskalės patikimumas aukštesnis disertacijos tyrime nei KIDSCREEN 52 tyrimų rezultatų (atitinkamai 50,5 ir 50,13) (žr. 6 lentelę).

6 lentelė. Disertacijos tyrime naudoto ir tarptautiniuose tyrimuose naudojamo KIDSCREEN 52 klausimyno (vaikų versija) skalės bei subskalių vertinimas naudojant T balus.

Parengta disertacijos autorės.

Vaikams skirtas klausimynas				
Subskalės	KIDSCREEN 52 rezultatai		Disertacijos tyrimo rezultatai	
	Vidurkis	St. nuokrypis	Vidurkis	St. nuokrypis
Bendras	49,94	9,88	48,95	9,2
Fizinė gerovė	49,92	9,87	49,55	9
Psichologinė gerovė	49,83	9,70	49,05	10,05
Nuotaika ir emocijos	50,17	10,18	49,35	9,3
Savęs suvokimas	50,11	10,14	49,1	9,85
Savarankiškumas	50,13	10,16	50,5	9,05
Santykiai su tėvais ir gyvenimas šeimoje	50,19	10,21	48,2	10,85
Finansiniai ištekliai	49,88	9,95	48,35	9,75
Socialinis palaikymas ir bendraamžiai	50,05	10,14	46,85	9,35
Mokyklos aplinka	50,31	10,16	50,25	11,25

Nagrinėjant tėvams skirtą klausimyną patikimumą matome, kad bendros skalės KIDSCREEN 52 rezultatų patikimumas šiek tiek aukštesnis nei disertacijos tyrimo (54,26 ir 52). Tačiau nagrinėjant kiekvieną subskalę atskirai gauname, jog daugumos subskalių disertacijos tyrimo vertinimo rezultatų patikimumas aukštesnis nei KIDSCREEN 52 nurodytas tyrimų rezultatų patikimumas. Psichologinė gerovė: 54,55 disertacijos tyrime ir 50,16 KIDSCREEN 52 tyrimų atveju; nuotaika ir emocijos: 55,3 disertacijos tyrime ir 50,31 KIDSCREEN 52 tyrimų atveju; savęs suvokimas: 56,65 disertacijos tyrime ir 55,30 KIDSCREEN 52 tyrimų atveju; savarankiškumas: 55,9 disertacijos tyrime ir 55,53 KIDSCREEN 52 tyrimų atveju; santykiai su tėvais ir gyvenimas šeimoje: 54,55 disertacijos tyrime ir 52,76 KIDSCREEN 52 tyrimų atveju; mokyklos aplinka: 55,7 disertacijos tyrime ir 50,40 KIDSCREEN 52 tyrimų atveju (žr. 7 lentelę).

7 lentelė. Disertacijos tyrime naudoto ir tarptautiniuose tyrimuose naudojamo KIDSCREEN 52 klausimyno (tėvų versija) skalės bei subskalių vertinimas naudojant T balus.

Parengta disertacijos autorės.

Tėvams skirtas klausimynas				
Subskalės	KIDSCREEN 52 rezultatai		Disertacijos tyrimo rezultatai	
	Vidurkis	St. nuokrypis	Vidurkis	St. nuokrypis
Bendras	54,26	10,78	52	9,82
Fizinė gerovė	56,08	9,08	54,1	9,07
Psichologinė gerovė	50,16	11,50	54,55	9,58
Nuotaika ir emocijos	50,31	10,06	55,3	9,31
Savęs suvokimas	55,30	9,72	56,65	8,92
Savarankiškumas	55,53	9,25	55,9	8,8
Santykiai su tėvais ir gyvenimas šeimoje	52,76	8,81	54,55	9,7
Finansiniai ištekliai	56,90	9,13	53,55	9,25
Socialinis palaikymas ir bendraamžiai	55,29	10,51	52,75	9,13
Mokyklos aplinka	50,40	10,46	55,7	10,27

2.5. Duomenų analizės metodai

Analizuojant tyrimo duomenis naudota SPSS (Statistical Package for Social Sciences) „for Windows“ duomenų kaupimo ir analizės programinio paketo 21.0 versija bei „MS Excel“ skaičiuoklė.

Siekiant patikrinti, ar nėra duomenų įvedimo klaidų, apskaičiuoti atsakymų dažniai.

Apklaustos duomenys buvo sujungti į vieningą duomenų bazę, taikant tiriamųjų identifikavimą pagal raktinius požymius: savivaldybės kodą, mokyklos kodą, šeimos kodą. Vieningo šeimos kodo taikymas leido identifikuoti tyrime dalyvavusias šeimas (vienas iš tėvų ir vaikas) bei taikyti šeimų duomenų analizę.

Mann 'o–Whitney'io kriterijus. Jis naudojamas norint nustatyti skirtumo tarp dviejų grupių, surikiuotų pagal rangus, tuo pačiu parametru, reikšmingumą (Gonestas, Strielčiūnas, 2003). Taikant šį kriterijų, lyginamos medianos (arba rangų vidurkliai). Mann'o–Whitney'io kriterijus taikytas siekiant nustatyti, ar yra statistiškai reikšmingi skirtumai tarp nepriklausomo ir priklausomo kintamųjų. Šiame empiriniame tyrime turime šiuos nepriklausomus kintamuosius: vaiko lytį, neformalų savo sveikatos vertinimą (kaip vaikai mano, ar jie turi ligą, negalią ar kitą sveikatos sutrikimą),

objektyvų vaikos sveikatos vertinimą (tėvai, vadovaudamiesi profilaktinių sveikatos patikrinimų rezultatais, pažymi, ar vaikas turi ligą, negalią ar kitą sveikatos sutrikimą), vaiko kalbėjimasis su tėvais apie sveikatą. Šio empirinio tyrimo priklausomas kintamasis – vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijos (5 balų rangų skalė). Taigi naudojant šį statistinį kriterijų siekta nustatyti, kokie skirtumai yra tarp minėtų parametrų / požymių ir vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijų vertinimo. Pagrindinės statistikos, kurios yra analizuojamos taikant Mann'o–Whitney'io kriterijų, tai Mann'o–Whitney'io U reikšmė ir reikšmingumo lygmuo (p). Jei reikšmingumo lygmuo yra mažesnis negu 0,05, daroma išvada, kad skirtumai tarp grupių tiriamuoju požimiū yra statistiškai reikšmingi. Skirtumams nustatyti analizuojami rangų vidurkiai (vidutiniai rangai). Rangų vidurkių reikšmės lyginamos pagal dydį (Rupšienė, Rutkienė, 2015, p. 133–139, cit. pagal Saveljevą, 2016).

Spirmeno (rangų) koreliacijos koeficientas. Koreliacijos ryšiu vadinamas ryšys, kai vieną priežasties požymio reikšmę gali atitikti neviršijančios tam tikrų ribų iš anksto nenustatytos įvairios pasekmės požymio reikšmės. Tai paaiškina pasekmės požymio reikšmės priklausomybę nuo daugybės veiksnių, kurių įtakos negalima įvertinti (Gonestas, Strielčiūnas, 2003, psl. 49). Tarpusavio ryšio stiprumui įvertinti naudojamosi specialiu rodikliu – koreliacijos koeficientu r (esant tiesinei priklausomybei). Koreliacijos koeficiento reikšmės gali būti nuo -1 iki $+1$ (ten pat, psl. 51). Taikant šį koreliacijos koeficientą svarbu įvertinti tarpusavio ryšio kryptis. Tarpusavio ryšio kryptį nustatyti galioja toks apibrėžimas: jeigu didėjant vieno požymio reikšmėms, kito požymio reikšmės didėja, tada ryšys yra tiesioginis. Jeigu didėjant vieno požymio reikšmėms, kito požymio reikšmės mažėja, tada ryšys yra atvirkštinis (Gonestas, Strielčiūnas, 2003, psl. 56). Ženklas „+“ rodo, kad proporcingumas tarp požymių tiesioginis, o „–“ – atvirkštinis. Disertacijos rezultatai, kuriuos analizuojant taikytas Spirmeno koreliacijos koeficientas, bus pristatomi pagal: koreliacijos ryšio stiprumą, ryšio kryptį. Disertacijos tyrime Spirmeno koreliacijos koeficientas taikytas siekiant nustatyti ryšius tarp vaiko amžiaus ir vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijų įsivertinimo, tarp vaiko subjektyvaus savo sveikatos vertinimo ir vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijų įsivertinimo, tarp tėvų išsilavinimo ir vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijų vertinimo, tarp tėvų nuomonės, kaip vaikas vertina savo sveikatą, ir vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijų vertinimo, tarp tėvų kalbėjimosi su vaiku apie sveikatą ir gyvenimo kokybės dimensijų vertinimo.

Siekiant atsakyti į klausimą, ar skiriasi vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijų vertinimas priklausomai nuo šeiminės padėties, taikytas *Kruskal'io – Wallis'o kriterijus*. Taikant šį kriterijų yra lyginami rangų vidurkiai (arba medianos) (Rupšienė, Rutkienė, 2016, p. 153). Pagrindinės statistikos, kurios analizuojamos taikant *Kruskal'io – Wallis'o kriterijų* – chi kvadrato statistika, laisvės laipsnis (df) ir reikšmingumo lygmuo (p). Jei reikšmingumo lygmuo yra mažesnis nei 0,05, daroma išvada, kad skirtumai tarp tiriamųjų grupių tiriamuoju požimiū yra statistiškai reikš-

mingi. Skirtumams nustatyti analizuojami rangų vidurkiai (vidutiniai rangai). Rangų vidurkių reikšmės lyginamos pagal dydį (Rupšienė, Rutkienė, 2015, p. 133–139). Įžvelgus ranginę priklausomybę, papildomai taikytas Jonckheer'io kriterijus, kuris rodo rango kryptį (Rupšienė, Rutkienė, 2016, p. 157).

Willcoxon'o kriterijus. Šio kriterijaus taikymo esmė – siekis palyginti tos pačios respondentų grupės skirtumus kuriuo nors požymiu. Šioje disertacijoje Willcoxon'o taikymas pasirinktas todėl, kad analizuojamas kintamasis yra ne tik kiekybinis, bet ir ranginis. Taikant šį kriterijų siekta nustatyti, ar yra statistiškai reikšmingi skirtumai tarp vaikų, kurie kalbasi su tėvais apie sveikatą, ir tėvų, kurie kalbasi su vaikais apie sveikatą, ir vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijų įsivertinimo (vaikai) bei vertinimo (tėvai). Pateikiant duomenis laikytasi šio kriterijaus pateikimo būtinų sąlygų – pateiktos reikšmės: z, p, pateikti pozityvių ir negatyvių atvejų skaičiai ir atitinkami rangų vidurkiai. Taip pat skaičiuotas efekto dydis, pateikiama r reikšmė (Rupšienė, Rutkienė, 2016, p. 151).

2.6. Tyrimo imtis

Populiacija – objektų, kurių požymiai tiriami, aibė (Čekanavičius, Murauskas, 2006, psl. 10). Disertacijos tyrimo populiacija – 8–18 metų Lietuvos vaikai. Vaikų amžius pasirinktas vadovaujantis disertacijos tyrime naudojamo tyrimo instrumento KIDSCREEN rengėjų grupės rekomendacijomis. Pirmokai (dažniausiai 7 metų vaikai) nedalyvauja tyrime argumentuojant, jog pirmokai dar negeba savarankiškai perskaityti klausimyno teiginių, juos suprasti bei nemoka rašyti arba tai daro per lėtai, kad spėtų atsakyti į visus pateiktus klausimus. Lietuvos statistikos departamento duomenimis, Lietuvoje 2015 m. pradžioje tyrimo populiacijos dydis buvo 323 636. 8 lentelėje galime matyti tyrimo populiacijos pasiskirstymą pagal amžių.

8 lentelė. Tyrimo populiacijos pasiskirstymas pagal amžių

Amžius, metai	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Skaičius	26423	26336	26394	26571	26177	27574	30021	32257	32955	33799	35129

*Lietuvos statistikos departamento duomenimis, 2015 01 01

Populiacijos elementai tyrimui parenkami iš anksto pasirinktu imties sudarymo būdu. Atliekant statistinius tyrimus, domina išvados apie visą populiaciją, todėl galima teigti, kad svarbiausia kiekvienos imties savybė yra jos reprezentatyvumas (Čekanavičius, Murauskas, 2006, psl. 12). Imtis reprezentatyvi, jie ji teisingai atspindi tiriamo požymio galimų reikšmių populiacijoje proporcijas. Būtent reprezentatyvumas lemia, ar ištyrus imtį galima padaryti patikimas išvadas apie visą populiaciją (ten pat, psl. 10).

Tam, kad disertacijos tyrimo rezultatai būtų reprezentatyvūs, imties dydis apskaičiuotas pagal toliau pateiktą formulę (Dikčius V., 2006):

$$n = \frac{t^2 * N * p * (1 - p)}{\Delta^2 * (N - 1) + t^2 * p * (1 - p)} \quad (1)$$

čia:

N – tiriamosios visumos dydis (323636);

t – koeficientas, priklausantis nuo patikimumo reikšmės (patikimumas 99 %, t = 2,57);

p – dalis atrankos vienetų, turinčių tiriamą požymį (p = 0,5, jei nenurodyta kitaip);

Δ – paklaidos ribos (1 % – 5 %, pasirinkta 3 %)

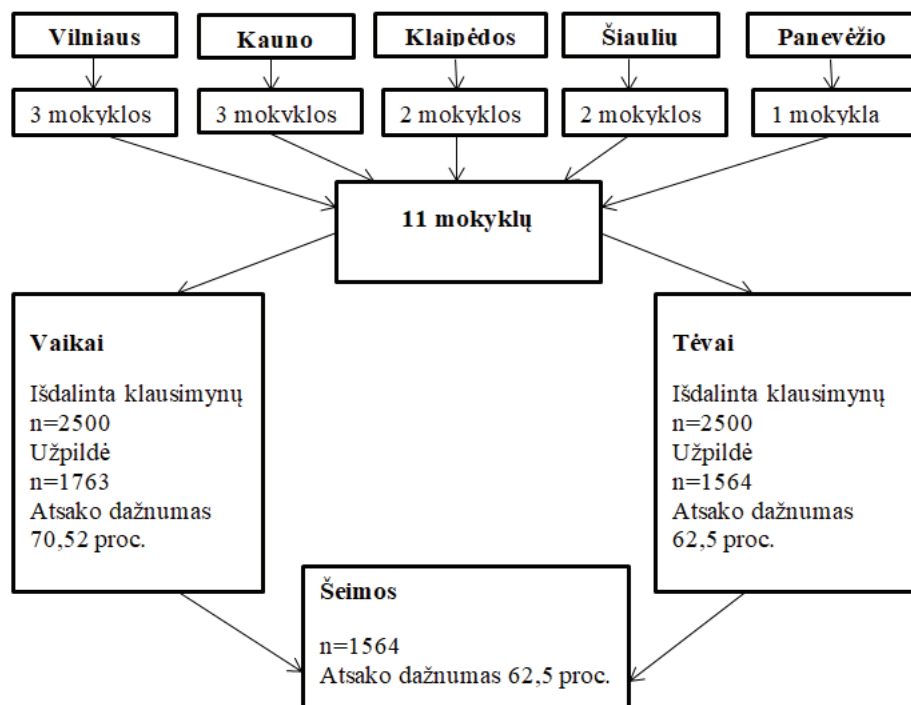
Pasirinkus 3 proc. paklaidos ribą, reikalingas imties tūris 1838, tačiau atsižvelgiant į faktą, kad bus tiriami moksleiviai ir galimas mažesnis grįžtamumas, nes tyrimo vykdymo dieną dėl tam tikrų priežasčių bus nedalyvaujančių pamokoje, taip pat nebus apklausti vaikai, turintys negalią, bei mokiniai, kuriems taikomas individualus mokymas namuose, nuspręsta išdalinti daugiau, t. y. 2500 anketų.

Siekiant sudaryti reprezentatyvią 8–18 metų mokinių Lietuvos imtį, taikyta klasterinė (grupinė) atranka. Tai toks tikimybinės atrankos tipas, kai visa populiacija pagal tam tikrą požymį suskirstoma į panašias grupes – klasterius (Čekanavičius, Murauskas, 2006, psl. 13). Disertacijos tyrimui pasirinkta mokyklų atranka, kuri atlikta panaudojant SPSS programinę įrangą, su atsitiktinių skaičių generatoriumi. Remiantis Statistikos departamento 2015 m. sausio 1 d. duomenimis, Lietuvoje buvo 1195 mokyklų. Tyrimui atrinkta 11 Lietuvos mokyklų, tai apytiksliai sudaro 1 proc. Sudarant imtį planuota, kad tyrime dalyvaus visi atrinktų mokyklų mokiniai.

Vienuolikoje atrinktų mokyklų (iš aštuonių Lietuvos savivaldybių) 2–12 klasių mokiniams išdalinta 2 500 klausimynų, grąžinta 1 763, vaikų klausimyno grįžtamumas vertinamas 70,52 proc. Išdalinta 2500 klausimynų tyrime dalyvaujančių vaikų tėvams, grąžinta – 1564, tėvų klausimyno grįžtamumas – 62,56 proc. (žr. 12 pav.).

Disertacijos tyrime dalyvavo 1763 8–18 metų amžiaus vaikai. Gautas labai panašus respondentų pasiskirstymas pagal lytį, t. y. tyrime dalyvavo 51,14 proc. mergaičių ir 48,86 proc. berniukų. Nagrinėjant tyrime dalyvavusių vaikų pasiskirstymą pagal amžių, vaikai į amžiaus grupes suskirstyti pagal tai, kokio amžiaus dalyvauja Lietuvoje nustatytoje formalioje švietimo programoje: pradinio ugdymo programos mokiniai – 8–10 metų amžiaus, progimnazijos mokiniai – 11–14 metų amžiaus ir gimnazistai – 15–18 metų amžiaus.

Nagrinėjant tyrime dalyvavusius moksleivius pagal amžiaus grupes nustatyta, jog tyrime dalyvavo: 8–10 metų – 17,9 proc.; 11–14 metų amžiaus – 40,4 proc.; 15–18 metų – 41,6 proc.



12 pav. Atrinkti klasteriai ir tyrimo imtis

Parengta disertacijos autorės.

15–18 metų amžiaus tyrimo dalyvių proporcija atitinka 2015 m. Lietuvos statistikos departamento duomenimis nustatytas Lietuvos proporcijas šiose amžiaus grupėse. Lyginant su Lietuvoje nustatytomis amžiaus proporcijomis, šiek tiek mažiau apklausta 8–10 metų amžiaus moksleivių, tačiau didesnė tyrime dalyvavusių 11–14 metų amžiaus moksleivių dalis (žr. 9 lentelę).

9 lentelė. Lietuvos ir tyrime dalyvavusių vaikų proporcijos pagal amžiaus grupes

Parengta disertacijos autorės.

Amžiaus grupė	Lietuvos proporcija (proc.)*	Tyrime dalyvavusieji (proc.)
8–10	24,0	17,9
11–14	35,0	40,4
15–18	41,0	41,6

*Lietuvos statistikos departamento duomenys, prieiga per internetą: <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize/>

Nors 87,57 proc. tyrimo dalyvių teigia neturintys sveikatos sutrikimų ar ilgalaikės negalios, tačiau savo sveikatą kaip puikią vertina 30,5 proc., jog sveikata labai gera, atsakė 26,27 proc., gera – 30,43 proc., likusieji savo sveikatą vertina kaip patenkinamą ir blogą (atitinkamai 7,92 proc. ir 1,88 proc.).

I klausimą, ar dažnai kalbasi su savo tėvais apie sveikatą, teigiamai atsakė 87,02 proc., 12,98 proc. su tėvais apie sveikatą nesikalba.

Tyrimo dalyvavo 1564 8–18 metų amžiaus vaikų tėvai. Analizuojant respondentų pasiskirstymą pagal išsilavinimą, nustatyta, jog 38,5 proc. jų turi vidurinį išsilavinimą, šiek tiek daugiau nei penktadalis (21,2 proc.) – aukštąjį universitetinį, 17,1 proc. – aukštesnįjį, panašiomis dalimis turinčių nebaigtą vidurinį ir aukštąjį neuniversitetinį (atitinkamai 9,8 proc. ir 9,3 proc.) ir tik 4,2 proc. respondentų buvo su pradiniu išsilavinimu.

Paklausus, ką dirba tyrime dalyvavę tėvai didesnę metų dalį, beveik pusė pažymėjo, jog tarnauja įstaigoje, dirba protinį darbą (49,6 proc.), daugiau nei penktadalis (22,2 proc.) dirba pramonėje, statybos ar pan., 16,1 proc. tyrimo dalyvių yra namų šeimininkės, žemės ūkio ir miško darbus dirba 6,3 proc. respondentų, 3,4 proc. tyrime dalyvavusių – bedarbiai ir po labai mažą dalį sudarė studijuojantys ir pensijoje esantys ar dėl negalumo nedirbantys tėvai (atitinkamai 1,1 proc. ir 1,3 proc.).

Disertacijos tyrime dalyvavusių tėvų šeiminės padėties analizė parodė, jog didžioji dalis jų gyvena santuokoje arba nesusituokę, bet gyvena kartu – 72,7 proc., beveik penktadalis (18,0 proc.) tėvų pažymėjo, jog yra išsiskyrę, 5,6 proc. – nesusituokę ir kartu negyvenantys ir 3,8 proc. – našliai.

Analizuojant tėvų kalbėjimosi su vaikais apie sveikatą dažnumą, nustatyta, jog du trečdaliai (59,1 proc.) tai daro dažnai, 38,1 proc. – kartais ir tik 2 proc. niekada nesikalba su savo vaikais apie sveikatą. Taip pat tėvų klausta, kaip, jų manymu, jų vaikas įvertintų savo sveikatą. Ketvirtadalis (25,7 proc.) pažymėjo, jog įvertintų sveikatą kaip puikią, ketvirtadalis (25,0 proc.) mano, jog vaikas galvoja, kad jo sveikata labai gera, 41,0 proc. tėvų manė, kad jų vaikas savo sveikatą įvertintų kaip gerą, 7,9 proc. – patenkinama ir tik 0,9 proc. mano, kad jų vaikas savo sveikatą vertina kaip blogą.

62,2 proc. tėvų pažymėjo, jog jų vaikas turi sveikatos sutrikimą, ir galėjo pažymėti, koks tai konkrečiai susirgimas arba net keletą iš jų. Klausimyne pateikta galimybė pasirinkti vieną ar kelis sutrikimus, kurie žymimi vaiko sveikatos pažymėjime, formoje Nr. 027, kurią pagal galiojančius teisės aktus vaikai kasmet turi pristatyti į mokyklą. Tai daryta vadovaujantis prielaida, jog tėvai, kasmet profilaktiškai tikrindami vaikų sveikatą, iš šeimos gydytojo gauna objektyvią informaciją apie vaiko sveikatos būklę (žr. 10 lentelę).

10 lentelė. Tyrimo imties pagrindinės charakteristikos
Parengta disertacijos autorės.

Visi vaikai		ŠEIMOS	
Iš viso: 1763		Tėvai	Vaikai
AMŽIUS		Iš viso: 1564	Iš viso: 1564
			AMŽIUS
8–10 m.	17,9 %	IŠSILAVINIMAS	8–10 m. 18,4 %
11–14 m.	40,4 %		11–14 m. 38 %
15–18 m.	41,6 %		15–18 m. 43,6 %
VAIKO SAVO SVEIKATOS SUBJEKTYVUS VERTINIMAS		38,5 %	VAIKO SAVO SVEIKATOS SUBJEKTYVUS VERTINIMAS
Puiki	3,5 %	aukštesnysis	Puiki 33,1 %
Labai gera	26,27 %	Aukštasis neuniversitetinis	Labai gera 26,6 %
Gera	30,34 %	Aukštasis universitetinis	Gera 30,6 %
Patenkinama / bloga	9,8 %	TĖVŲ KALBĖJIMAS SU VAIKAIS APIE SVEIKATĄ	
Kartais		Kalbasi dažnai 38,1 %	87,6 % vaikų teigia, kad kalbasi su tėvais apie savo sveikatą
		Niekada 2 %	
87,02 % vaikų teigia, kad kalbasi su tėvais apie savo sveikatą		62,2 % tėvų teigia, kad jų vaikai turi sveikatos sutrikimų	87,1 % vaikų teigia, kad neturi sveikatos sutrikimų
Gyvena santuokoje / kartu Išsiskyrę Nesusituokę / negyvena kartu Našliai		ŠEIMINĖ PADĖTIS	
		72,7 %	
		18 %	
		5,6 %	
		3,8 %	

2.7. Tyrimo organizavimas

Tyrimui atrinktų mokyklų vadovams paruošta ir išsiųsta informacija apie numatomą tyrimą, jo tikslus bei prašymas sudaryti sąlygas atlikti numatytą tyrimą.

Su tyrimui pasirinktų mokyklų vadovais tyrėja susisieikė telefonu ir paprašė numatomą mokykloje vykdyti disertacijos tyrimą pristatyti mokyklos bendruomenei. Mokyklose pasirinkti įvairūs pristatymo bendruomenei būdai: pedagogų pasitarimų metu, mokyklos tarybai, tėvų susirinkimų metu. Pristatymus vykdė mokyklos administracijos atstovas (direktorius ar pavaduotojas). Pristatyta raštu gauta ir telefonu su doktorante aptarta informacija (koks tai tyrimas, kas jo vykdytoja, koks tyrimo tikslas, kaip tai bus vykdoma).

Po mokyklos administracijos pristatymo apie prašomą mokykloje atlikti disertacijos tyrimą dalyvauti nesutiko viena Vilniaus regione pasirinkta mokykla, argumentuodama, jog bus sudėtinga gauti daugumos tėvų sutikimus, mat ši mokykla kiekvienam tyrimui renka tėvų sutikimus. Siekiant parinkti kitą Vilniaus regiono mokyklą naudota identiška atrankos metodika kaip ir kitoms mokykloms (panaudojant SPSS programinę įrangą su atsitiktinių skaičių generatoriumi). Kitoms tyrime dalyvavusioms mokykloms tėvų sutikimo dalyvauti tyrime klausimas buvo sprendžiamas lengviau, kadangi mokyklos į sutartis, kurias mokykla sudaro su tėvais, yra įtraukusios punktą apie tai, jog tėvai sutinka, kad jų vaikas dalyvautų mokykloje organizuojamuose tyrimuose. Tad pristatant tyrimą klasių mokytojų / auklėtojų paprašyta pateikti informaciją, kurių vaikų tėvai sutartyje yra pažymėję, jog nesutinka, kad jų vaikai dalyvautų tyrimuose. Tokių vaikų buvo tik keletas, jiems klausimynas nepateiktas. Taip pat klasių mokytojai / auklėtojai apie tyrimą informavo tėvus per tėvų susirinkimus ar elektroninius dienynus ir paprašė informuoti, jei nenorėtų tokiaime tyrime dalyvauti. Atsisakiusių tėvų vaikams klausimynas nepateiktas.

Dėl duomenų rinkimo konkrečioje mokykloje tyrėja bendradarbiavo su atrinktų savivaldybių visuomenės sveikatos biurų vadovais, kadangi mokyklose dirbantys visuomenės sveikatos priežiūros specialistai yra šių įstaigų darbuotojai. Gavusi visuomenės sveikatos biurų vadovų sutikimą, tyrėja tyrimo metodiką ir tyrimo procedūras pristatė atrinktų mokyklų visuomenės sveikatos priežiūros specialistams. Aptarimas vyko šioms specialistėms priimtiniu būdu: elektroniniu paštu, telefonu, skaipo konferencijos metu. Siekiant, kad tyrimas netrukdytų ugdymo procesui, paprašyta, kad mokyklų visuomenės sveikatos priežiūros specialistės su mokyklos administracija iš anksto suderintų apklausos laiką ir vietą. Vaikai anketas pildė klasės auklėtojo klasėje arba kitoje mokyklos administracijos nurodytoje patalpoje su mokyklos administracija suderintu laiku. Prieš pradėdant pildyti klausimynus, mokyklos visuomenės sveikatos priežiūros specialistė supažindino mokinius žodžiu su atliekamu tyrimu ir paaiškino, kaip pildyti klausimyną. Buvo siekiama, kad mokiniai atsakytų į klausimus savarankiškai ir pildydami klausimyną jaustųsi saugiai. Klausimynui užpildyti mokiniams

buvo skiriama viena pamoka. Kiekvienas vaikas anketas pildė individualiai, kartu dalyvaujant mokyklos visuomenės sveikatos priežiūros specialistei. Pabaigus pildyti klausimynus, visuomenės sveikatos priežiūros specialistė surinkdavo vaikų klausimynus ir vaikams, kurie pildė klausimynus, išdalindavo klausimynus, skirtus jų tėvams. Tėvams skirtas klausimynas buvo pateikiamas voke. Mokinių paprašyta per konkretų nurodytą terminą (iki 7 kalendorinių dienų) atnešti tėvų užpildytą klausimyną ir palikti klasės mokytojui (-ai) ar auklėtojui (-ai). Mokinių tėvai anketas pildė namuose. Užpildytą anketą tėvai įdėdavo į voką ir užklijuodavo. Klasės mokytojai ar auklėtojai vokus su užpildytais klausimynais atiduodavo mokyklos visuomenės sveikatos priežiūros specialistei, o ši, pasibaigus tyrimui, informuodavo tyrėją, kuri organizuodavo klausimynų pasiėmimą iš tikslinės mokyklos.

Siekiant gauti duomenis ne tik iš vaikų, bet ir iš tos pačios šeimos tėvų (tėčio ar mamos), anketos koduotos jas poruojant, t. y. identiškai kodai buvo klijuoti ant dviejų klausimynų: skirto vaikams ir skirto tėvams. Anketų kodavimas:

Pvz. XX YY _ZZ

(2)

čia:

XX – vieno iš 5 regionų savivaldybės, kuriai priklauso pasirinkta mokykla, kodas (suteiktas tyrėjos);

YY – vienos iš vienuolikos atrinktų mokyklų kodas (suteiktas tyrėjos);

ZZ – vaikui priskirtas (klijuojamas ant vaikui skirto klausimyno) ar tėvams priskirtas (klijuojamas ant tėvams skirto klausimyno) kodas (suteiktas tyrėjos).

III.

Tyrimo rezultatai

Pirmame šio skyriaus poskyryje pristatomi rezultatai su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės, kai ją įsivertina vaikai ir kaip šis vaikų įsivertinimas siejasi su jų sociodemografiniais aspektais. Antrame šio skyriaus poskyryje pateikiami rezultatai, kaip tėvai vertina su sveikata susijusią vaikų gyvenimo kokybę ir kaip šis vertinimas siejasi su tėvų sociodemografiniais aspektais. Trečiasis poskyris skirtas edukacinei šeimos dimensijai kitų su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės dimensijų kontekste aptarti.

3.1. Su sveikata susijusi vaikų gyvenimo kokybė: vaikų įsivertinimas ir jo sociodemografiniai aspektai

Šiame poskyryje pateikiami empirinio tyrimo rezultatai, parodantys, kaip vaikai įsivertina savo su sveikata susijusią gyvenimo kokybę bei kaip šis įsivertinimas siejasi su sociodemografiniais aspektais: lytimi, amžiumi, neformaliu bei subjektyviu savo sveikatos vertinimu, kalbėjimusi su tėvais apie sveikatą.

3.1.1. Įsivertinimas ir lytis

Tyrimo klausimas – kaip skiriasi su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės įsivertinimas priklausomai nuo jų lyties?

Hipotezė –su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės kai kurių dimensijų įsivertinimas skiriasi priklausomai nuo lyties.

Taikant Mann'o–Whitney'io kriterijų nustatyta, kad mokyklos aplinkos ir socialinio priėmimo (patyčių) dimensijų rodikliai mergaičių ir berniukų grupėse statistiškai nesiskiria ($p>0,05$).

Statistiškai reikšmingai **aukštesnius balus berniukai nei mergaitės** skiria šioms dimensijoms: fizinės gerovės ($p=0,000$, berniukų vidutinis rangas 1003,55, mergaičių – 759,02), psichologinės gerovės ($p=0,000$, berniukų vidutinis rangas 942,96, mergaičių – 811,49), santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje ($p=0,002$, berniukų vidutinis rangas 913,7, mergaičių – 839,94), finansinių išteklių ($p=0,007$, berniukų vidutinis rangas 905,83, mergaičių – 841,83), socialinio palaikymo ir bendraamžių ($p=0,000$, berniukų vidutinis rangas 919,25, mergaičių – 832,68). Statistiškai reikšmingai **aukštesnius balus mergaitės nei berniukai** skiria vertindamos šias dimensijas: nuotaika ir emocijos ($p=0,000$, mergaičių vidutinis rangas 929,04, berniukų – 817,14), savarankiškumo ($p=0,000$, mergaičių vidutinis rangas 925,62, berniukų – 828,11) (žr. 11 lentelę).

*11 lentelė. Su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės įsivertinimas ir jo skirtumai pagal lytį **

Vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijos		N	Mean Rank	Mann-Whitney U	Z	p reikšmė
Fizinė gerovė	Mergaitė	898	759,02	277950,50	-10,15	0,000
	Berniukas	858	1003,55			
Psichologinė gerovė	Mergaitė	898	811,49	325071,00	-5,45	0,000
	Berniukas	852	942,96			
Nuotaika ir emocijos	Mergaitė	896	929,04	332829,50	-4,64	0,000
	Berniukas	852	817,14			
Savarankiškumas	Mergaitė	898	925,62	342034,50	-4,06	0,000
	Berniukas	857	828,11			
Santykiai su tėvais ir gyvenimas šeimoje	Mergaitė	895	839,94	350790,00	-3,07	0,002
	Berniukas	856	913,70			
Finansiniai ištekliai	Mergaitė	895	841,83	352473,50	-2,68	0,007
	Berniukas	850	905,83			
Socialinis palaikymas ir bendraamžiai	Mergaitė	894	832,68	344354,50	-3,59	0,000
	Berniukas	855	919,25			

**pateikiami duomenys tik apie tas dimensijas, kurių įsivertinimas skiriasi statistiškai reikšmingai pagal lytį*

3.1.2. Įsivertinimas ir amžius

Tyrimo klausimas – koks ryšys tarp su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės įsivertinimo ir jų amžiaus?

Hipotezė – yra ryšys tarp vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės kai kurių dimensijų įsivertinimo ir vaikų amžiaus.

Nustatytos tiesioginės statistiškai reikšmingos koreliacijos tarp vaikų amžiaus ir šių vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijų įsivertinimo: nuotai-ka ir emocijos ($r=0,206$, $p=0,00$), finansiniai ištekliai ($r=0,152$, $p=0,00$), socialinis palaikymas ir bendraamžiai ($r=0,062$, $p=0,01$). Šioms vaikų su sveikata susijusioms gyvenimo kokybės dimensijoms **aukštesnius balus skiria vyresni vaikai. Jaunesni vaikai aukštesniais balais įsivertina**: psichologinės gerovės ($r=-0,182$, $p=0,00$), santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje ($r=-0,126$, $p=0,00$), mokyklos aplinkos ($r=-0,380$, $p=0,00$) bei socialinio priėmimo (patyčių) ($r=-0,176$, $p=0,00$) dimensijas (žr. 12 lentelę). Statistiškai reikšmingas ryšys nenustatytas tarp vaikų amžiaus ir fizinės gerovės bei savarankiškumo dimensijų įsivertinimo rezultatų ($p>0,05$).

12 lentelė. Su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės įsivertinimas ir jo ryšys su amžiumi*

Vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijos	r	p reikšmė
Psichologinė gerovė	-0,182**	0,000
Nuotaika ir emocijos	0,206**	0,000
Santykiai su tėvais ir gyvenimas šeimoje	-0,126**	0,000
Finansiniai ištekliai	0,152**	0,000
Socialinis palaikymas ir bendraamžiai	0,062**	0,010
Mokyklos aplinka	-0,380**	0,000
Socialinis priėmimas (patyčios)	-0,176**	0,000

* pateikiami duomenys tik apie tas dimensijas, kurias įsivertinant nustatytas ryšys su amžiumi

3.1.3. Įsivertinimas ir neformalus savo sveikatos vertinimas

Tyrimo klausimas – kaip skiriasi su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės įsivertinimas priklausomai nuo jų sveikatos neformalaus vertinimo?

Hipotezė – su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės kai kurių dimensijų įsivertinimas skiriasi priklausomai nuo savo sveikatos neformalaus vertinimo.

Pritaikius Mann'o–Whitney'io kriterijų, buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp vaikų neformalaus savo sveikatos vertinimo ir šių vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijų įsivertinimo: fizinė gerovė, psichologinė gerovė, savarankiškumas, santykiai su tėvais ir gyvenimas šeimoje, socialinis palaikymas ir bendraamžiai, mokyklos aplinka. Analizuojant fizinės gerovės dimensiją, nustatyta (p

= 0,000): vaikų, nurodžiusių, jog neturi ilgalaikės negalios, ligos ar sveikatos sutrikimo, vidutinis rangas (904,76) aukštesnis nei vaikų, nurodžiusių, jog turi ilgalaikę negalią, ligą ar sveikatos sutrikimą (vidutinis rangas – 653,21). Vadinasi, vaikai, pažymėję, jog neturi ilgalaikės negalios, ligos ar sveikatos sutrikimų, aukštesniais balais įsivertino fizinės gerovės dimensiją nei pažymėję, jog turi. Analizuojant psichologinės gerovės dimensijos įsivertinimo rezultatus ($p = 0,000$): vaikų, nurodžiusių, kad neturi ilgalaikės negalios, ligos ar sveikatos sutrikimo, vidutinis rangas (897,62) aukštesnis nei turinčių (vidutinis rangas – 680,13). Vadinasi, vaikai, nurodę, kad neturi ilgalaikės negalios, ligos ar sveikatos sutrikimų, aukštesniais balais įsivertino ir psichologinės gerovės dimensiją nei turintieji. Pažymėję neturintys sveikatos sutrikimų vaikai taip pat geriau nei pažymėję turintys įsivertina ir savarankiškumo dimensiją ($p = 0,008$): atitinkamai vidutinis rangas 883,99 ir 787,70. Santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje dimensijos įsivertinimo rezultatai ($p = 0,000$): vaikų, nurodžiusių, jog neturi ilgalaikės negalios, ligos ar sveikatos sutrikimo, vidutinis rangas (894,23) aukštesnis nei turinčių (vidutinis rangas – 707,82). Vadinasi, vaikai, pažymėję neturintys sveikatos sutrikimų, ir šią gyvenimo kokybės dimensiją įsivertina geriau. Duomenys rodo, kad socialinio palaikymo ir bendraamžių dimensijos įsivertinimo rezultatai taip pat statistiškai reikšmingai skiriasi priklausomai nuo sveikatos sutrikimų ($p = 0,022$): vaikų, pažymėjusių, jog neturi ilgalaikės negalios, ligos ar sveikatos sutrikimo, vidutinis rangas (880,44) aukštesnis nei pažymėjusių, jog turi sveikatos sutrikimų (vidutinis rangas – 796,81). Paskutinė dimensija, kurios įsivertinimas statistiškai reikšmingai skiriasi priklausomai nuo sveikatos sutrikimų buvimo ar nebuvimo – mokyklos aplinka ($p = 0,000$): vaikų nurodžiusių, jog neturi ilgalaikės negalios, ligos ar sveikatos sutrikimo, vidutinis rangas (883,94) aukštesnis nei nurodžiusių, jog turi sveikatos sutrikimų (vidutinis rangas – 708,15). Apibendrinant galima teigti, jog visas vaikų su sveikata susijusias gyvenimo kokybės dimensijas, kurių įsivertinimo rezultatai statistiškai reikšmingai skiriasi priklausomai nuo to, ar vaikas pažymėjo turintis ar neturintis ilgalaikę negalią, ligą ar sveikatos sutrikimą, **aukštesniais balais įsivertina vaikai, pažymėję, jog neturi sveikatos sutrikimų** (žr. 13 lentelė). Statistiškai reikšmingi skirtumai nenustatyti analizuojant tris vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijas (nuotaikos ir emocijų, finansinių išteklių, socialinio priėmimo (patyčių)) priklausomai nuo neformalaus savo sveikatos vertinimo.

13 lentelė. Su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės dimensijų įsivertinimas ir jo skirtumai pagal neformalų savo sveikatos vertinimą *

Vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijos	Ar turi kokią ilgalaikę negalią, ligą ar sveikatos sutrikimą?	N	Vidutiniai rangai	Mann-Whitney U	Z	p-reikšmė
Fizinė gerovė	Ne	1529	904,76	118094,0	-6,91	0,000
	Taip	217	653,21			
Psichologinė gerovė	Ne	1523	897,62	123935,5	-5,98	0,000
	Taip	217	680,13			
Savarankiškumas	Ne	1526	883,99	147277,5	-2,66	0,008
	Taip	217	787,70			
Santykiai su tėvais ir gyvenimas šeimoje	Ne	1524	894,23	129945,0	-5,13	0,000
	Taip	217	707,82			
Socialinis palaikymas ir bendraamžiai	Ne	1522	880,44	149254,5	-2,30	0,022
	Taip	217	796,81			
Mokyklos aplinka	Ne	1508	883,94	129031,5	-4,86	0,000
	Taip	215	708,15			

*pateikiami duomenys tik apie tas dimensijas, kurių įsivertinimas skiriasi statistiškai reikšmingai pagal neformalų savo sveikatos vertinimą

3.1.4. Įsivertinimas ir subjektyvus savo sveikatos vertinimas

Tyrimo klausimas – koks ryšys tarp su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės įsivertinimo ir jų subjektyvaus savo sveikatos vertinimo?

Hipotezė – yra ryšys tarp vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės kai kurių dimensijų įsivertinimo ir subjektyvaus savo sveikatos vertinimo.

Statistiškai reikšmingos tiesioginės koreliacijos nustatytos tarp vaikų subjektyvaus savo sveikatos ir šių vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijų įsivertinimo: fizinė gerovė ($r=0,454$, $p=0,000$), psichologinė gerovė ($r=0,360$, $p=0,000$), savarankiškumas ($r=0,236$, $p=0,000$), santykiai su tėvais ir gyvenimas šeimoje ($r=0,286$, $p=0,000$), finansiniai ištekliai ($r=0,197$, $p=0,000$), socialinis palaikymas ir bendraamžiai ($r=0,168$, $p=0,000$), mokyklos aplinka ($r=0,262$, $p=0,000$), socialinis priėmimas (patyčios) ($r=0,042$, $p=0,000$). Tai reiškia, jog visas prieš tai išvardintas vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijas **aukštesniais balais vertina tie vaikai, kurie geriau vertina savo sveikatą**. Statistiškai reikšminga netiesioginė koreliacija nustatyta tarp subjektyvaus savo sveikatos vertinimo ir nuotaikos bei emocijų dimensijos ($r=-0,004$, $p=0,000$). Šią dimensiją **aukštesniais balais įsivertina tie vaikai, kurie subjektyviai savo sveikatą vertina prasčiau** (žr. 14 lentelė).

14 lentelė. Su sveikata susijusios gyvenimo vaikų kokybės įsivertinimas ir jo ryšys su subjektyviu savo sveikatos vertinimu *

Vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijos	r	p reikšmė	N
Fizinė gerovė	0,454**	0,000	1755
Psichologinė gerovė	0,360**	0,000	1749
Nuotaika ir emocijos	-0,004**	0,000	1606
Savarankiškumas	0,236**	0,000	1752
Santykiai su tėvais ir gyvenimas šeimoje	0,286**	0,000	1750
Finansiniai ištekliai	0,197**	0,000	1744
Socialinis palaikymas ir bendraamžiai	0,168**	0,010	1748
Mokyklos aplinka	0,262**	0,000	1732
Socialinis priėmimas (patyčios)	0,042**	0,000	1597

**pateikiami duomenys tik apie tas dimensijas, kurias įsivertinant nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys su subjektyviu savo sveikatos vertinimu*

3.1.5. Įsivertinimas ir kalbėjimasis su tėvais apie sveikatą

Tyrimo klausimas – kaip skiriasi su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės įsivertinimas priklausomai nuo to, ar jie kalbasi su tėvais apie sveikatą?

Hipotezė – su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės kai kurių dimensijų įsivertinimas skiriasi priklausomai nuo to, ar jie kalbasi su tėvais apie sveikatą.

Taikant Mann'ū–Whitney'o kriterijų nustatyti su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės kai kurių dimensijų įsivertinimo skirtumai priklausomai nuo to, ar kalbasi vaikai su tėvais apie sveikatą. Fizinės gerovės dimensijos įsivertinimas ($p = 0,007$): vaikų, kurie kalbasi su tėvais apie sveikatą, vidutinis rangas (887,51) aukštesnis nei nesikalbančių (vidutinis rangas – 791,14); psichologinės gerovės dimensijos įsivertinimas ($p = 0,000$): vaikų, kurie kalbasi su tėvais apie sveikatą, vidutinis rangas (903,91) aukštesnis nei nesikalbančių (vidutinis rangas – 657,81); savarankiškumo dimensijos įsivertinimas ($p = 0,001$): vaikų, kurie kalbasi su tėvais apie sveikatą, vidutinis rangas (889,19) aukštesnis nei nesikalbančių (vidutinis rangas – 767,45); santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje dimensijos įsivertinimas ($p = 0,000$): vaikų, kurie kalbasi su tėvais apie sveikatą, vidutinis rangas (909,10) aukštesnis nei nesikalbančių (vidutinis rangas – 624,14); finansinių išteklių dimensijos įsivertinimas ($p = 0,000$): vaikų, kurie kalbasi su tėvais apie sveikatą, vidutinis rangas (889,72) aukštesnis nei nesikalbančių (vidutinis rangas – 733,56); socialinio palaikymo ir bendraamžių dimensijos įsivertinimas ($p = 0,000$): vaikų, kurie kalbasi su tėvais apie sveikatą, vidutinis rangas (888,27) aukštesnis nei nesikalbančių (vidutinis rangas – 758,43); mokyklos aplinkos dimensijos įsivertinimas ($p = 0,000$): vaikų, kurie kalbasi su tėvais apie sveikatą, vidutinis rangas (889,97) aukštesnis nei nesikalbančių (vidutinis rangas – 688,86).

Gauti rezultatai rodo tendenciją, jog vaikai, kurie **kalbasi su tėvais apie sveikatą, geriau įsivertina savo su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijas**: fizinė gerovė, psichologinė gerovė, savarankiškumas, santykiai su tėvais ir gyvenimas šeimoje, finansiniai ištekliai, socialinis palaikymas ir bendraamžiai, mokyklos aplinka.

Statistiškai reikšmingi skirtumai nenustatyti nuotaikos ir emocijų bei socialinio priėmimo (patyčių) dimensijų įsivertinimo priklausomai nuo kalbėjimosi su tėvais apie savo sveikatą (žr. 15 lentelė).

15 lentelė. Su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės dimensijų įsivertinimas ir jo skirtumai pagal tai, ar kalbasi vaikai su tėvais apie savo sveikatą *

Gyvenimo kokybės dimensijos	Ar kalbėsi su savo tėvais apie savo sveikatą?	N	Mean Rank	Mann-Whitney U	Z	p- reikšmė
Fizinė gerovė	Taip	1522	887,51	153711,0	-2,69	0,007
	Ne	227	791,14			
Psichologinė gerovė	Taip	1517	903,91	123013,5	-6,88	0,000
	Ne	226	657,81			
Savarankiškumas	Taip	1521	889,19	147250,5	-1,11	0,001
	Ne	225	767,45			
Santykiai su tėvais ir gyvenimas šeimoje	Taip	1520	909,10	114606,5	-7,94	0,000
	Ne	224	624,14			
Finansiniai ištekliai	Taip	1513	889,72	139625,0	-4,40	0,000
	Ne	225	733,56			
Socialinis palaikymas ir bendraamžiai	Taip	1517	888,27	145222,5	-3,62	0,000
	Ne	225	758,43			
Mokyklos aplinka	Taip	1504	889,97	128640,0	-5,63	0,000
	Ne	223	688,86			

**pateikiami duomenys tik apie tas dimensijas, kurių įsivertinimas skiriasi statistiškai reikšmingai pagal kalbėjimąsi su tėvais apie sveikatą*

3.2. Su sveikata susijusi vaikų gyvenimo kokybė: tėvų vertinimas ir jo sociodemografiniai aspektai

Šiame poskyryje pateikiami rezultatai, parodantys, kaip tėvai vertina su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės dimensijas bei kaip šis vertinimas siejasi su sociodemografiniais aspektais: išsilavinimu, šeimine padėtimi, objektyviu ir subjektyviu savo vaiko sveikatos vertinimu bei kalbėjimosi su vaiku apie sveikatą dažnumu.

3.2.1. Vertinimas ir tėvų išsilavinimas

Tyrimo klausimas – koks ryšys tarp su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės vertinimo ir tėvų išsilavinimo?

Hipotezė – yra ryšys tarp su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės kai kurių dimensijų vertinimo ir tėvų išsilavinimo.

Analizuojant duomenis, nustatyti statistiškai reikšmingi ryšiai tarp keturių su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės dimensijų vertinimo ir tėvų išsilavinimo. Nustatyta, **kuo aukštesnis tėvų išsilavinimas, tuo aukštesnius** vertinimus tėvais skiria finansinių išteklių dimensijai ($r=0,113$, $p=0,000$). **Žemesnį išsilavinimą turintys tėvai aukštesnius** vertinimus skiria: savarankiškumo dimensijai ($r= -0,146$, $p=0,000$), santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje dimensijai ($r= -0,055$, $p=0,031$), socialinio priėmimo (patyčių) dimensijai ($r= -0,078$, $p=0,002$) (žr. 16 lentelę).

16 lentelė. Su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės vertinimas ir jo ryšys su tėvų išsilavinimu*

Vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijos	r	p reikšmė
Savarankiškumas	-0,146**	0,000
Santykiai su tėvais ir gyvenimas šeimoje	-0,055*	0,031
Finansiniai ištekliai	0,113**	0,000
Socialinis priėmimas (patyčios)	-0,078**	0,002

*pateikiami duomenys tik apie tas dimensijas, kurias vertinant nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys su tėvų išsilavinimu

3.2.2. Vertinimas ir šeiminė padėtis

Tyrimo klausimas – kaip skiriasi su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės vertinimas priklausomai nuo šeiminės padėties?

Hipotezė –su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės kai kurių dimensijų vertinimas skiriasi priklausomai nuo šeiminės padėties.

Taikant Kruskal'io–Wallis'o kriterijų, statistiškai reikšmingi skirtumai nustatyti vertinant fizinės gerovės ($p=0,001$) bei savarankiškumo ($p=0,047$) dimensijas priklausomai nuo šeiminės padėties. Iš rangų vidurkių, pateiktų lentelėje, matome, kad vertinant **fizinės gerovės** dimensiją, **išsiskyrusių tėvų** rangų vidurkis (746,71) yra aukštesnis nei kitos šeiminės padėties grupių tėvų, vadinasi, ši tėvų grupė geriau nei kiti vertina fizinės gerovės dimensiją. Tai reiškia, kad šios grupės tėvai labiau nei kitos šeiminės padėties grupių tėvai mano, jog jų vaikai yra fiziškai pasirengę, stiprūs, energingi. Analizuojant **savarankiškumo** dimensijos duomenis matome, kad **vedusių arba gyvenančių nesusituokusių tėvų** rangų vidurkis (787,68) yra aukštesnis

lyginant su kitos šeiminės padėties grupių tėvais. Vadinasi, šios grupės tėvai labiau nei kitos šeiminės padėties grupių tėvai mano, jog jų vaikai yra savarankiški, laisvi spręsti, nepriklausomi (žr. 17 lentelė).

*17 lentelė. Su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės dimensijų vertinimas pagal šeiminių padėčių**

Gyvenimo kokybės dimensijos	Šeiminė padėtis	N	Mean Rank	Chi kvadratu	df	p reikšmė
Fizinė gerovė	Vedęs (ištekęjusi) arba gyvena nesusituokę	950	642,47	17,024	3	0,001
	Nevedęs (netekėjusi)	76	662,30			
	Išsiskyręs (-usi)	240	746,71			
	Našlys (-ė)	53	578,28			
Savarankiškumas	Vedęs (ištekęjusi) arba gyvena nesusituokę	1118	787,68	7,958	3	0,047
	Nevedęs (netekėjusi)	86	709,72			
	Išsiskyręs (-usi)	274	730,00			
	Našlys (-ė)	59	682,62			

**pateikiami duomenys tik apie tas dimensijas, kurių vertinimas skiriasi statistiškai reikšmingai priklausomai nuo šeiminių padėties*

3.2.3. Vertinimas ir objektyvi vaiko sveikata

Tyrimo klausimas – kaip skiriasi su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės vertinimas priklausomai nuo objektyvaus savo vaiko sveikatos vertinimo?

Hipotezė – su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės kai kurių dimensijų vertinimas skiriasi priklausomai nuo objektyvaus savo vaiko sveikatos vertinimo.

Taikant Mann'o–Whitney'o kriterijų nustatyta, kad tėvai, kurie pažymėjo, kad jų vaikai **turi ilgalaikę negalią, ligą ar sveikatos sutrikimą, geriau vertina šias vaikų su sveikata susijusias gyvenimo kokybės dimensijas:**

- fizinė gerovė ($p = 0,000$): tėvų, kurių vaikai turi ilgalaikę negalią, ligą ar sveikatos sutrikimą, vidutinis rangas (849,78) aukštesnis nei tų tėvų, kurių vaikai neturi ilgalaikės negalios, ligos ar sveikatos sutrikimo (vidutinis rangas – 623,94);
- psichologinė gerovė ($p = 0,000$): tėvų, kurių vaikai turi ilgalaikę negalią, ligą ar sveikatos sutrikimą, vidutinis rangas (825,59) aukštesnis nei tų tėvų, kurių vaikai neturi ilgalaikės negalios, ligos ar sveikatos sutrikimo (vidutinis rangas – 658,38);
- savarankiškumas ($p = 0,000$): tėvų, kurių vaikai turi ilgalaikę negalią, ligą ar sveikatos sutrikimą, vidutinis rangas (800,06) aukštesnis nei tų tėvų, kurių vai-

kai neturi ilgalaikės negalios, ligos ar sveikatos sutrikimo (vidutinis rangas – 709,84);

- šeima ir gyvenimas šeimoje ($p = 0,000$): tėvų, kurių vaikai turi ilgalaikę negalią, ligą ar sveikatos sutrikimą, vidutinis rangas (819,14) aukštesnis nei tų tėvų, kurių vaikai neturi ilgalaikės negalios, ligos ar sveikatos sutrikimo (vidutinis rangas – 679,85);
- finansiniai ištekliai ($p = 0,001$): tėvų, kurių vaikai turi ilgalaikę negalią, ligą ar sveikatos sutrikimą, vidutinis rangas (792,16) aukštesnis nei tų tėvų, kurių vaikai neturi ilgalaikės negalios, ligos ar sveikatos sutrikimų (vidutinis rangas – 716,36);
- socialinis palaikymas ir bendraamžiai ($p = 0,000$): tėvų, kurių vaikai turi ilgalaikę negalią, ligą ar sveikatos sutrikimą, vidutinis rangas (807,68) aukštesnis nei tų tėvų, kurių vaikai neturi ilgalaikės negalios, ligos ar sveikatos sutrikimų (vidutinis rangas – 690,64);
- mokyklos aplinka ($p = 0,000$): tėvų, kurių vaikai turi ilgalaikę negalią, ligą ar sveikatos sutrikimą, vidutinis rangas (795,98) aukštesnis nei tų tėvų, kurių vaikai neturi ilgalaikės negalios, ligos ar sveikatos sutrikimų (vidutinis rangas – 688,93).

Tėvai, kurie pažymėjo, kad jų vaikas **neturi sveikatos sutrikimų**, statistiškai reikšmingai **aukštesnius vertinimus skiria** šioms vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijoms:

- nuotaikų ir emocijų dimensijai ($p = 0,000$): tėvų, kurių vaikai neturi ilgalaikės negalios, ligos ar sveikatos sutrikimo, vidutinis rangas (859,85) aukštesnis nei tų tėvų, kurių vaikai turi ilgalaikę negalią, ligą ar sveikatos sutrikimą (vidutinis rangas – 706,33);
- socialinio priėmimo (patyčių) dimensijai ($p = 0,000$): tėvų, kurių vaikai neturi ilgalaikės negalios, ligos ar sveikatos sutrikimo, vidutinis rangas (810,00) aukštesnis nei tų tėvų, kurių vaikai turi ilgalaikę negalią, ligą ar sveikatos sutrikimą (vidutinis rangas – 718,35) (žr. 18 lentelę).

*18 lentelė. Su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės dimensijų vertinimas pagal objektyvų vaiko sveikatos vertinimą **

Gyvenimo kokybės dimensijos	Sveikatos sutrikimai	N	Mean Rank	Mann-Whitney U	Z	p reikšmė
Fizinis aktyvumas ir sveikata	Neturi	577	623,94	193261,0	-9,74	0,000
	Turi	951	849,78			
Psichologinė gerovė	Neturi	575	658,38	212967,5	-7,22	0,000
	Turi	949	825,59			
Nuotaikos ir emocijos	Neturi	579	859,85	219527,5	-6,61	0,000
	Turi	949	706,33			
Savarankiškumas	Neturi	578	709,84	242957,0	-4,09	0,000
	Turi	953	800,06			
<i>Šeima ir gyvenimas šeimoje</i>	Neturi	579	679,85	225726,0	-6,00	0,000
	Turi	953	819,14			
Finansiniai ištekliai	Neturi	577	716,36	246589,0	-3,30	0,001
	Turi	949	792,16			
Socialinis palaikymas ir bendraamžiai	Neturi	576	690,64	231633,5	-5,04	0,000
	Turi	950	807,68			
Mokyklos aplinka	Neturi	571	688,93	230073,5	-4,64	0,000
	Turi	939	795,98			
Socialinis priėmimas (patyčios)	Neturi	569	810,00	233859,0	-4,19	0,000
	Turi	936	718,35			

**pateikiami duomenys tik apie tas dimensijas, kurių vertinimas skiriasi statistiškai reikšmingai priklausomai nuo objektyvaus vaiko sveikatos vertinimo*

3.2.4. Vertinimas ir subjektyvi vaiko sveikata

Tyrimo klausimas – koks ryšys su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės vertinimo ir tėvų nuomonės apie jų vaikų subjektyvų savo sveikatos vertinimą?

Hipotezė – yra ryšys vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės kai kurių dimensijų vertinimo ir tėvų nuomonės apie jų vaikų subjektyvų savo sveikatos vertinimą.

Nustatyta tendencija, kad **tėvai, kurių manymu vaikai vertina savo sveikatą kaip labai gerą ir puikią, aukštesnius** balus skyrė šioms vaikų su sveikata susi-

jusios gyvenimo kokybės dimensijoms: nuotaikų ir emocijų ($r=0,331$, $p=0,000$) bei socialinio priėmimo (patyčių) ($r=0,131$, $p=0,000$). Šie tėvai dažniau mano, kad jų vaikai jaučiasi gerai, yra geros nuotaikos, nepatiria patyčių, jaučiasi priimti ir gerbiami draugų. Kuo geriau, tėvų manymu, vaikai vertina savo sveikatą, tuo žemesnius balus tėvai skyrė: fizinės gerovės ($r= -0,458$, $p=0,000$), psichologinės gerovės ($r= -0,367$, $p=0,000$), savarankiškumo ($r= -0,110$, $p=0,000$), santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje ($r= -0,110$, $p=0,000$), finansinių išteklių ($r= -0,218$, $p=0,000$), socialinio palaikymo ir bendraamžių ($r= -0,218$, $p=0,000$), mokyklos aplinkos ($r= -0,233$, $p=0,000$) dimensijoms. Ši tėvų grupė dažniau mano, kad jų vaikai fiziškai nepasirengę, fiziškai išsekę, turi mažai energijos, nejaučia gyvenimo malonumo, jaučia nepasitenkinimą gyvenimu, jaučiasi ribojami, prislėgti, priklausomi, kalbant apie santykius su tėvais, jaučiasi nepastebėti, kankina vienišumo jausmus, tėvus vertina kaip nepasiekiamus, nesąžiningus, jaučia finansinio nepasitenkinimo jausmą, finansiniai šaltiniai neleidžia gyventi taip, kaip norėtų, mano, kad jų vaikas jaučiasi nepriimtas, atstumtas, nepalaimomas bendraamžių, negali jais pasikliauti. Taip pat šie tėvai galvoja, kad jų vaikas nemėgsta mokyklos ir mokytojų, jų vaikus kankina negatyvūs jausmai apie mokyklą (žr. 19 lentelę).

19 lentelė. Su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės vertinimas ir jo ryšys su tėvų nuomone apie jų vaikų subjektyvų savo sveikatos vertinimą *

Vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijos	r	p reikšmė	N
Fizinė gerovė	-0,458**	0,000	1544
Psichologinė gerovė	-0,367**	0,000	1540
Nuotaika ir emocijos	0,331**	0,000	1537
Savarankiškumas	-0,110**	0,000	1541
Santykiai su tėvais ir gyvenimas šeimoje	-0,110**	0,000	1542
Finansiniai ištekliai	-0,218**	0,000	1537
Socialinis palaikymas ir bendraamžiai	-0,218**	0,000	1537
Mokyklos aplinka	-0,233**	0,000	1520
Socialinis priėmimas (patyčios)	0,131**	0,000	1516

**pateikiami duomenys tik apie tas dimensijas, kurias vertinant nustatytas statistškai reikšmingas ryšys su tėvų nuomone apie jų vaikų subjektyvų savo sveikatos vertinimą*

3.2.5. Vertinimas ir kalbėjimasis su vaiku apie sveikatą

Tyrimo klausimas – koks ryšys tarp su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės vertinimo ir tėvų kalbėjimo su vaiku apie sveikatą?

Hipotezė – yra ryšys tarp su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės kai kurių dimensijų vertinimo ir tėvų kalbėjimo su vaiku apie sveikatą.

Tyrimas parodė, kuo **dažniau tėvai su vaikais kalbasi apie sveikatą**, tuo statistiškai reikšmingai aukštesnius vertinimus tėvai skiria fizinės gerovės ($r=-0,076$, $p=0,003$); psichologinės gerovės ($r=-0,201$, $p=0,001$); laisvalaikio ($r=-0,055$, $p=0,030$); santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje ($r=-0,249$, $p=0,000$); finansinių išteklių ($r=-0,156$, $p=0,000$); socialinio palaikymo ir bendraamžių ($r=-0,120$, $p=0,000$); mokyklos aplinkos ($r=-0,105$, $p=0,000$) dimensijoms.

Kuo **dažniau tėvai su vaiku kalbasi apie sveikatą**, tuo žemesnius vertinimus skiria nuotaikų ir emocijų dimensijai ($r=0,143$, $p=0,000$) (žr. 20 lentelę). Statistiškai reikšmingi ryšiai nenustatyti tarp socialinio priėmimo (patyčių) dimensijos vertinimo bei tėvų kalbėjimosi su vaiku apie sveikatą.

20 lentelė. Su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės vertinimas ir jo ryšys su tėvų kalbėjimusi su vaiku apie sveikatą *

Vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijos	r	p reikšmė
Fizinė gerovė	-0,076**	0,000
Psichologinė gerovė	-0,201**	0,000
Nuotaika ir emocijos	0,143**	0,000
Savarankiškumas	-0,055**	0,000
Santykiai su tėvais ir gyvenimas šeimoje	-0,249**	0,000
Finansiniai ištekliai	-0,156**	0,000
Socialinis palaikymas ir bendraamžiai	-0,120**	0,000
Mokyklos aplinka	-0,105**	0,000

* pateikiami duomenys tik apie tas dimensijas, kurias vertinant nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys su tėvų kalbėjimusi su vaiku apie sveikatą

3.3. Su sveikata susijusi vaikų gyvenimo kokybė: edukacinės šeimos dimensijos aktualizavimas

Šiame poskyryje pateikiami su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės vertinimo skirtumai šeimose (tarp vaikų ir tėvų). Antroje šio poskyrio dalyje pristatomos šeimų grupės, kurios suformuotos remiantis su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės vertinimo skirtumais ir šių šeimų grupių sociodemografiniais aspektais. Trečioje dalyje dėmesys skiriamas su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės vertinimo skirtumams šeimose priklausomai nuo to, ar vaikai su tėvais šeimose kalbasi apie sveikatą. Tuomet pereinama prie santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje (kitaip šeimos) dimensijos vertinimo kitų su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės dimensijų vertinimo kontekste. Poskyris baigiamas su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės šeimos dimensijos vertinimo sociodemografinių aspektų pristatymu.

3.3.1. Su sveikata susijusi vaikų gyvenimo kokybė: tėvų ir vaikų vertinimo skirtumai

Tyrimo klausimas – ar skiriasi su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės dimensijų vertinimas tarp vaikų ir jų tėvų?

Hipotezė – skiriasi su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės kai kurių dimensijų vertinimas tarp vaikų ir jų tėvų.

Pritaikius Wilcoxon'o kriterijų priklausomoms imtims, nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp daugumos vaiko su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijų vertinimo tarp vaikų ir jų tėvų. **Vaikai** statistiškai reikšmingai **aukštesnius vertinimus nei jų tėvai** skyrė (1) fizinės gerovės ($p=0,00$, $z=-14,510$) dimensijai, t. y. 869 tyrime dalyvavusiose šeimose vaikai šią dimensiją vertina geriau nei tėvai, ir (2) psichologinės gerovės ($p=0,00$, $z=-4,037$) dimensijai – 709 tyrime dalyvavusiose šeimose vaikai šią dimensiją vertina geriau nei jų tėvai. **Tėvai** statistiškai reikšmingai **aukštesnius vertinimus nei vaikai** skyrė (1) savarankiškumo ($p=0,00$, $z=19,089$) dimensijai – 919 tyrime dalyvavusių šeimų šią dimensiją aukštesniais balais vertina tėvai, 324 – vaikai; (2) santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje ($p=0,00$, $z=-3,470$) dimensijai – 662 tyrime dalyvavusiose šeimose šiai dimensijai aukštesnius balus skyrė tėvai, 579 šeimose – vaikai; (3) finansinių išteklių ($p=0,00$, $z=-8,616$) dimensijai – 720 tyrime dalyvavusių šeimų šiai dimensijai aukštesnius balus skyrė tėvai, 420 šeimų – vaikai; (4) socialinio palaikymo ir bendraamžių ($p=0,029$, $z=-2,189$) dimensijai – 689 tyrime dalyvavusiose šeimose tėvai šiai dimensijai skyrė aukštesnius vertinimus nei vaikai, 603 – vaikai; (5) mokyklos aplinkos ($p=0,00$, $z=-8,544$) dimensijai – 789 tyrime dalyvavusiose šeimose tėvai skyrė aukštesnius vertinimus nei vaikai, 486 šeimose – vaikai skyrė aukštesnius vertinimus nei tėvai (žr. 21 lentelę). Statistiškai reikšmingi skirtumai nenustatyti tik vertinant nuotaikos ir emocijų bei socialinio priėmimo (patyčių) dimensijas.

3.3.2. Su sveikata susijusi vaikų gyvenimo kokybė: šeimų grupės ir jų sociodemografiniai aspektai

Tyrimo klausimas – ar galima sudaryti šeimų grupes priklausomai nuo su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės dimensijų vertinimo bei kokie šių šeimų grupių sociodemografiniai skirtumai?

Hipotezė – galima sudaryti šeimų grupes priklausomai nuo su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės dimensijų vertinimo ir šios šeimų grupės skiriasi pagal tam tikrus sociodemografinius aspektus.

Vadovaudamiesi klausimyno atsakymų skale matome, jog suteikiant subskalės teiginiui (kuris skirtas gyvenimo kokybės dimensijai vertinti) žemiausius vertinimus, vaikai gali surinkti du balus ir tėvai gali surinkti du balus. Vadinasi, pirma galima

21 lentelė. Vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo tarp tėvų ir vaikų skirtumai *

Gyvenimo kokybės dimensijos	Vaikų ir tėvų vertinimai *	N	Mean Rank	Z	p reikšmė
Fizinė gerovė	Neigiami	869 ^a	679,01	–14,510 ^a	0,000
	Teigiami	398 ^b	535,72		
	Sąsajos	183 ^c			
Psichologinė gerovė	Neigiami	709 ^a	657,38	–4,037 ^a	0,000
	Teigiami	575 ^b	624,15		
	Sąsajos	157 ^c			
Savarankiškumas	Neigiami	324 ^a	448,73	–19,089 ^b	0,000
	Teigiami	919 ^b	683,09		
	Sąsajos	207 ^c			
Santykiai su tėvais ir gyvenimas šeimoje	Neigiami	579 ^a	589,91	–3,470 ^b	0,001
	Teigiami	662 ^b	648,19		
	Sąsajos	210 ^c			
Finansiniai ištekliai	Neigiami	451 ^a	540,24	–8,616 ^b	0,000
	Teigiami	720 ^b	614,66		
	Sąsajos	270 ^c			
Socialinis palaikymas ir bendraamžiai	Neigiami	603 ^a	643,94	–2,189 ^b	0,029
	Teigiami	689 ^b	648,74		
	Sąsajos	151 ^c			
Mokyklos aplinka	Neigiami	486 ^a	605,95	–8,544 ^b	0,000
	Teigiami	789 ^b	657,74		
	Sąsajos	138 ^c			

*pateikiami duomenys tik apie tas dimensijas, kurių vertinimas statistiškai reikšmingai skiriasi tarp vaikų ir jų tėvų

šeimų grupė (kur ir tėvai, ir vaikai suteikia gyvenimo kokybės dimensijų teiginiams žemiausius vertinimus) gali surinkti bendrą gyvenimo kokybės dimensijos vertinimo vidurkį, ne aukštesnį nei 4. Tokių šeimų, atliekant analizę, nustatyta iki 1 proc. (0,7 proc.). Kadangi toks mažas procentas, nutarta atsisakyti šios šeimų grupės, o atliekant tolimesnę analizę pereiti prie kitų dviejų šeimų grupių.

Pirma šeimų grupė – prieštarinčiai ar vidutiniškai su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės dimensijas vertinančių šeimų grupė (**toliau – PT, V šeimų grupė**):

- šeimos, kuriose tėvai skiria aukštus gyvenimo kokybės dimensijų (subskalių) vertinimus teiginiams (klausimyno atsakymų skalėje 4 ar 5), o vaikai skiria žemus gyvenimo kokybės dimensijų (subskalių) vertinimus teiginiams (klausimyno atsakymų skalėje 1 ar 2) – tai reiškia, kad gyvenimo kokybės dimensijų vertinimas šiose šeimose nesutampa;
- šeimos, kuriose tėvai skiria žemus gyvenimo kokybės dimensijų (subskalių) vertinimus teiginiams (klausimyno atsakymų skalėje 1 ar 2), o vaikai – aukštus (klausimyno atsakymų skalėje 4 ar 5) – gyvenimo kokybės dimensijų vertinimas šiose šeimose nesutampa;
- šeimos, kuriose tėvai ir vaikai skiria vidutinius gyvenimo kokybės dimensijų (subskalių) vertimus teiginiams (klausimyno atsakymų skalėje 3) – neturi nuomonės vertindami gyvenimo kokybės dimensijas;
- šioje šeimų grupėje galimas suminis gyvenimo kokybės dimensijų vertinimo vidurkis nuo 5 iki 7.

Antra šeimų grupė – aukštus vertinimus su sveikata susijusios vaiko gyvenimo kokybės dimensijoms skiriančių šeimų grupė (**toliau – A šeimų grupė**):

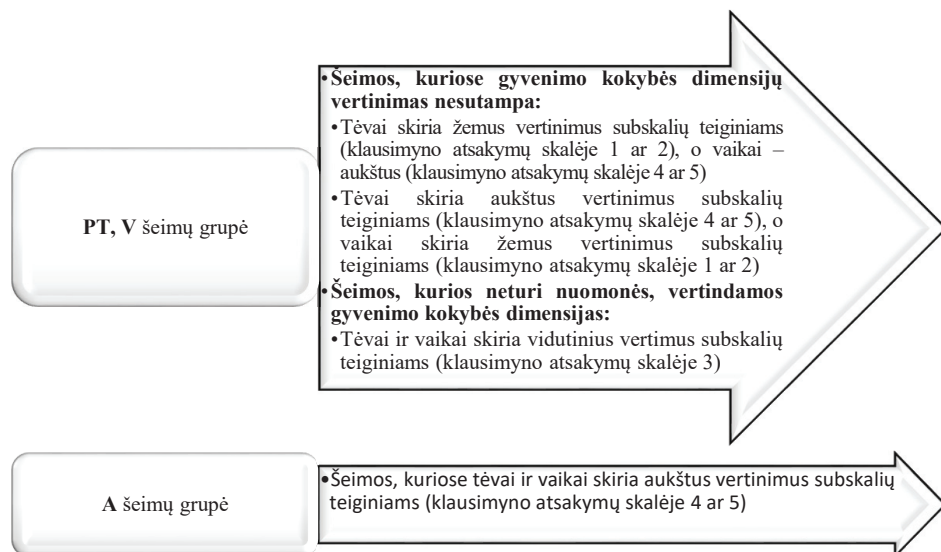
- šeimos, kuriose tėvai ir vaikai skiria aukštus gyvenimo kokybės dimensijų (subskalių) vertinimus teiginiams (klausimyno atsakymų skalėje 4 ar 5);
- šioje šeimų grupėje galimas suminis gyvenimo kokybės dimensijų vertinimo vidurkis ne mažiau nei 8 (žr. 13 pav.).

Tęsiant duomenų analizę šeimų grupėse, gavome, jog pirmajai šeimų grupei galima priskirti 61,9 proc. tyrime dalyvavusių šeimų, o antrajai šeimų grupei – 38,1 proc. tyrime dalyvavusių šeimų.

Lyginant tyrime dalyvavusias šeimas (pirma grupė), kuriose vaikų ir tėvų gyvenimo kokybės dimensijų vertinimai nesutampa arba jie neturi nuomonės apie gyvenimo kokybės dimensijas, su tomis šeimomis (antra šeimų grupė), kuriose vaikų ir tėvų nuomonės vertinant gyvenimo kokybės dimensijas sutampa, galime konstatuoti statistiškai reikšmingus skirtumus pagal atskirus sociodemografinius požymius: šeiminei padėčiai ($p=0,021$) (taikytas Kruskal'o Wallis'o kriterijus), kaip dažnai šeimose tėvai su vaikais kalbasi apie sveikatą ($p=0,046$) (taikyti Mann'o–Whitney'io ir Spirmen'o kriterijai), turi ar neturi vaikai sveikatos sutrikimų ($p=0.000$) (taikytas Mann'o–Whitney'io kriterijus).

Grupėje šeimų, kur tėvų ir vaikų **gyvenimo kokybės dimensijų vertinimas nesutampa** (ar neturi nuomonės), **pilnų šeimų dalis yra mažesnė** (59,4 proc.) lyginant su tomis šeimomis, kuriose nuomonės sutampa (74,5 proc.), šioje šeimų grupėje **mažesnė dalis dažnai besikalbančių apie sveikatą** (55,1 proc.) lyginant su tomis šeimomis, kuriose nuomonės sutampa (63,2 proc.), **didesnė dalis niekada nesikalbančių apie sveikatą** (atitinkamai 7,5 proc. ir 2,1 proc.). Tose šeimose, kuriose faktorių vertinimas nesutampa, **mažesnė dalis** tėvų pažymi, jog vaikas **turi sveikatos sutrikimų** (56,7 proc.), lyginant su tomis, kurios faktorių vertinimas sutampa (74,5 proc.) (žr. 22 lentelė).

III. Tyrimo rezultatai



13 pav. Šeimų grupės pagal su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės vertinimo rezultatus

22 lentelė. Šeimų grupės ir jų sociodemografiniai aspektai

	ŠEIMŲ grupės	
	PT, V šeimų grupė	A šeimų grupė
	61,9 %	38,1 %
ŠEIMINĖ PADĖTIS		
<u>Pilnos šeimos</u>	59,4 %	74,5 %
<u>Išsiskyrusios šeimos</u>	19,1 %	17,8 %
<u>Šeimos, kuriose vienas iš tėvų miręs</u>	10,3 %	6,2 %
KALBĖJIMASIS APIE SVEIKATĄ		
<u>Dažnai</u>	55,1 %	63,2 %
<u>Retai</u>	37,2 %	34,7 %
<u>Niekada</u>	7,5 %	2,1 %
VAIKO SVEIKATOS SUTRIKIMAI		
<u>Turi</u>	56,7 %	74,5 %
<u>Neturi</u>	43,3 %	25,5 %

Analizuojant šeimas, kuriose gyvenimo kokybės dimensijų vertinimas nesutampa (tėvų gyvenimo kokybės dimensijų vertinimo rezultatai aukštesni nei vaiko arba vaiko gyvenimo kokybės dimensijų vertinimo rezultatai aukštesni nei tėvų), nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp to, kuri respondentų grupė (tėvai ar vaikai) gyvenimo kokybės dimensijas vertina aukščiau.

Atliekant gyvenimo kokybės dimensijų vertinimo rezultatų analizę, nustatyti statistiškai reikšmingai žemesni didesnės dalies tėvų nei vaikų vertinimai vienos dimensijos vertinimo atžvilgiu, t. y. vertinant fizinės gerovės dimensiją 61,15 proc. ($p < 0,01$) tėvų šią gyvenimo kokybės dimensiją vertina žemesniais balais nei jų vaikai. Tai reiškia, jog tėvai labiau nei vaikai mano, jog vaikas yra fiziškai išsekęs, fiziškai nepasirengęs, turi mažai energijos. 27,35 proc. vaikų šiai dimensijai skiria žemesnius vertinimus nei jų tėvai ir 11,5 proc. vaikų nuomonės vertinant fizinės gerovės dimensiją sutampa su tėvų nuomone.

Su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės dimensijos, kurių vertinimai yra žemesni didesnės dalies vaikų nei tėvų:

- savarankiškumo dimensijos vertinimas atkleidė, jog 71,53 proc. vaikų gyvenimo kokybei skiria žemesnius vertinimus nei jų tėvai, t. y. mano, jog yra ribojami, prislėgti, priklausomi. Žemesni šios gyvenimo kokybės dimensijos tėvų vertinimai būdingi 19,35 proc. šeimų, kuriose nuomonės nesutampa, ir beveik dešimtadalio šeimų (9,2 proc.) šios gyvenimo kokybės dimensijos vertinimai sutampa ($p < 0,01$);
- santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje dimensijos vertinimas atskleidė, jog 52,59 proc. vaikų šią dimensiją vertina blogiau nei jų tėvai, t. y. šeimoje jaučiasi vieniši, nepastebėti, neįvertinti, tėvus vertina kaip nepasiekiamus, nesąžiningus. Žemesni tėvų vertinimai būdingi 37,17 proc. šeimų, 10,24 proc. – nuomonės sutapo ($p < 0,01$);
- finansinių išteklių dimensiją blogiau vertina 57,22 proc. vaikų. Tokia dalis vaikų jaučia finansinio nepasitenkinimo jausmą, mano, kad finansiniai šaltiniai neleidžia gyventi taip, kaip norėtų. 30,01 proc. tėvų, blogiau vertinančių šią dimensiją, lyginant su vaikais, 12,76 proc. šeimų nuomonė, vertinant finansinių išteklių dimensiją, sutampa ($p < 0,01$);
- socialinio palaikymo ir bendraamžių dimensiją daugiau nei pusė vaikų (50,49 proc.) vertina blogiau nei jų tėvai – būdingas atstūmimo jausmas, jaučiasi nepriimtas / nepalaikomas bendraamžių, negali pasikliauti bendraamžiais, 39,55 proc. tėvų šį faktorių vertina blogiau nei jų vaikai ir 9,96 proc. nuomonė sutampa ($p < 0,05$);
- mokyklos aplinkos dimensijai du trečdaliai vaikų (60,03 proc.) skiria žemesnius vertinimus nei jų tėvai, trečdalis (30,15 proc.) tėvų skiria žemesnius vertinimus nei vaikai, 9,82 proc. nuomonės sutampa ($p < 0,01$).

23 lentelė. Su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės dimensijų vertinimo skirtumai šeimose

Vaikų aukštesni vertinimai nei tėvų	Tėvų aukštesni vertinimai nei vaikų
Fizinė gerovė **	Savarankiškumas **
	Santykiai su tėvais ir gyvenimas šeimoje **
	Finansiniai ištekliai **
	Socialinis palaikymas ir bendraamžiai **
	Mokyklos aplinka **

3.3.3. Su sveikata susijusi vaikų gyvenimo kokybė: vertinimas ir kalbėjimasis šeimose apie vaiko sveikatą

Tyrimo klausimas – ar skiriasi su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės vertinimas šeimose priklausomai nuo kalbėjimosi apie sveikatą?

Hipotezė –su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės kai kurių dimensijų vertinimas skiriasi priklausomai nuo kalbėjimosi šeimose apie vaiko sveikatą.

Vaikų kalbėjimosi su tėvais apie sveikatą ir vaiko su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijų vertinimo skirtumams nustatyti bei, tėvų manymu, ar jie dažnai kalbasi su vaikais apie sveikatą ir vaiko su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijų skirtumams nustatyti naudoti Mann'o–Whitney'io ir Spirmen'o kriterijai. Iš abiejų respondentų grupių gauti vienodi rezultatai, t. y. tie **vaikai kurie teigia, kad kalbasi su tėvais apie sveikatą, ir tie tėvai, kurie teigia, kad dažnai kalbasi su vaikais apie sveikatą, statistiškai reikšmingai aukščiau įvertino tas pačias vaiko su sveikata susijusias gyvenimo kokybės dimensijas**. Ir tėvai, ir vaikai aukštus vertinimus skyrė fizinės gerovės dimensijai ($p<0,01$) ir pagal KIDSCREEN rekomenduojamą rezultatų interpretacijos metodiką (žr. 2.5.3. lentelę), tai reiškia, kad pats vaikas ir jo tėvai mano, jog jis yra fiziškai aktyvus, fiziškai pasirengęs, sveikas ir energingas. Psichologinei gerovei skirti aukšti vertinimai ($p<0,01$) leidžia teigti, kad abiejų grupių nuomonė sutampa, jog vaikas laimingas, linksmas, pozityviai žiūri į gyvenimą, jaučia pasitenkinimą gyvenimu, malonumą gyventi. Santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje dimensijos aukštas vertinimas ($p<0,01$) abiejose respondentų grupėse reiškia, kad ir vieni, ir kiti mano, jog vaikas jaučiasi saugus, palaikomas, mylimas ir suprastas tėvų, tėvus laiko sąžiningais ir prieinamais. Finansinių išteklių dimensijos aukšti vertinimai ($p<0,05$) rodo, kad šiose šeimose vaikas jaučiasi patenkintas turimais finansiniais ištekliais, gali mėgautis turimais finansais. Taip pat aukšti vertinimai iš abiejų grupių skirti socialinio palaikymo ir bendraamžių dimensijai ($p<0,01$), kas rodo nuomonių sutapimą apie tai, jog vaikas jaučiasi priimtas į bendraamžių grupę, jų palaikomas, gali jais pasikliauti. Ir mokyklos aplinkos dimensijos aukšti vertinimai rodo, jog vaikas jaučiasi laimingas mokykloje, mėgaujasi mokyklos gyvenimu ($p<0,01$).

3.3.4. Šeimos dimensija su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės dimensijų kontekste

Tyrimo klausimas – kaip skiriasi su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės dimensijų vertinimas priklausomai nuo santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje dimensijos vertinimo šeimose?

Hipotezė – su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės kai kurių dimensijų vertinimas skiriasi priklausomai nuo santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje dimensijos vertinimo šeimose.

Subskalė „Santykiai su tėvais ir gyvenimas šeimoje“ matuoja vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje dimensiją. Ši dimensija pagal KIDSCREEN Group Europe metodiką (The KIDSCREEN Group Europe, 2006) tiria ryšius su tėvais ir atmosferą vaiko / paauglio namuose. Ši subskalė vertina santykių tarp vaiko / paauglio ir tėvų / globėjų kokybę ir vaiko / paauglio jausmus tėvams / globėjams. Šie aspektai vertinami atsižvelgiant į tai, ar vaikas / paauglys jaučia šeimos meilę ir palaikymą, ar atmosfera šeimoje yra komfortabili ar ne, taip pat ar vaikas / paauglys jaučiasi sąžiningai vertinamas. Atsižvelgiant į tokią santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje dimensijos sampratą, šią dimensiją vertinančioje subskalėje tėvams skirtame klausimyne pateikti 6 klausimai: *Ar Jūsų vaikas jautėsi supras-tas mamos, tėvo (-ų)? Ar Jūsų vaikas jautėsi mylimas savo mamos, tėvo (-ų)? Ar Jūsų vaikas jautėsi laimingas namuose? Ar Jūsų vaikas jautė, kad Jūs skyrėte / turėjote jam pakankamai laiko? Ar Jūsų vaikas jautė, kad Jūs elgėtės su juo sąžiningai? Ar Jūsų vaikas galėjo pasikalbėti su Jumis, kai to norėjo?* Tėvams pateikti 5 ranguojami atsakymų variantai, kur 1 reiškia „ne“, o 5 – „ypač“. Žemi ranginiai vertinimai nurodo, jog santykių su tėvais kokybė prasta, vaikas patiria vienišumo jausmą, jis jaučiasi nepastebėtas, neįvertintas, tėvus vertina kaip nepasiekiamus, nesąžiningus. Aukšti ranginiai vertinimai parodo aukštą santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje kokybę, vaikas jaučiasi saugus, palaikomas ir mylimas.

Pagal subskalės „Santykiai su tėvais ir gyvenimas šeimoje“ tėvų vertinimo rezultatus šeimos suskirstytos į tris grupes: pirmoji – šeimos, kuriose tėvai pasirinko žemus šios subskalės ranginius vertinimus, t. y. 1 arba 2, antroji grupė – šeimos, kuriose tėvai, vertindami šią subskalę, pasirinko neutralų ranginį vertinimą, t. y. 3, ir trečioji šeimų grupė, kurioje tėvai, vertindami šeimos subskalę, pasirinko aukštus ranginius vertinimus, t. y. 4 ir 5.

Išnagrinėjus klasterinės analizės rezultatus, nustatyta, kad subskalių vertinimo rezultatai susiję su tuo, kaip tėvai vertina šeimos ir gyvenimo šeimoje gyvenimo kokybės dimensiją (žr. 23 lentelę). Toje šeimų grupėje, kurioje tėvai skiria žemus vertinimus santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje subskalei, ir kitoms subskalėms skiria žemesnius vertinimus lyginant su kitomis šeimų grupėmis. Išskyrus socialinio priėmimo (patyčių) dimensiją, kuri šioje šeimų grupėje vertinama aukščiausiai lyginant

su kitų subskalių vertinimu (vidurkis – 4,23). Tėvai, kurie skiria žemus vertinimus šeimos dimensijai, žemiausius vertinimus skyrė mokyklos aplinkos (vidurkis – 3,21), socialinio palaikymo ir bendraamžių (vidurkis – 3,22), finansinių išteklių (vidurkis – 3,31) dimensijoms. Panagrinėjus šioje šeimų grupėje vaikų subskalių vertinimo rezultatus, nustatyta, kad vaikai aukščiausiai vertina socialinio priėmimo (patyčių) rezultatus. Pagal KISCREEN interpretacijos metodiką reiškia, kad vaikas nejaučia patyčių, jaučiasi priimtas ir gerbiamas draugų. Tačiau toje grupėje, kur tėvai skiria žemiausius vertinimus šeimos dimensijai, vaikai žemus vertinimus skiria mokyklos aplinkos (vidurkis – 2,58), socialinio palaikymo ir bendraamžių (vidurkis – 2,63), psichologinės gerovės (vidurkis – 2,83), finansinių išteklių (vidurkis – 2,85), fizinės gerovės (vidurkis – 2,86) dimensijoms.

Šeimos, kuriose tėvai šeimos dimensiją vertina neutraliai, žemiausius vertinimus, lyginant su kitų subskalių vertinimu, šioje šeimų grupėje skyrė mokyklos aplinkos dimensijai (vidurkis – 3,0). Taip pat ši šeimų grupė mokyklos aplinkos dimensiją žemiausiai vertina ir lyginant su kitomis šeimų grupėmis. Šioje šeimų grupėje vaikų subskalių vertinimo rezultatai rodo, jog aukščiausią vertinimą jie skiria socialinio priėmimo (patyčių) subskalei (4,29). Taip pat šios šeimų grupės vaikai aukščiausiai vertina socialinio priėmimo (patyčių) subskalę lyginant su kitų šeimų grupių vaikais. Šioje šeimų grupėje vaikai pakankamai aukštus vertinimus skiria savarankiškumo (vidurkis – 4,01), nuotaikos ir emocijų (vidurkis – 3,99) dimensijoms, o žemiausius vertinimus skiria fizinės gerovės (vidurkis – 3,0) dimensijai.

Šeimos, kuriose vaikai šeimos dimensijai skyrė aukščiausius vertinimus, taip pat aukščiausius vertinimus **vaikai skyrė socialinio priėmimo (patyčių)** dimensijai (vidurkis – 4,1), tačiau šis vertinimas yra žemiausias lyginant su kitomis šeimų grupėmis. Aukščiausiai šioje grupėje yra vertinamos **psichologinės gerovės** (vidurkis – 3,97), **nuotaikos ir emocijų** (vidurkis – 3,86) bei **fizinės gerovės** (vidurkis – 3,81) dimensijos. Lyginant su kitomis šeimų grupėmis, visos subskalės, išskyrus nuotaiką ir emocijas bei socialinį priėmimą (patyčias), šioje šeimų grupėje vertinamos aukščiausiais rezultatais. Šioje šeimų grupėje subskalių vertinimo rezultatai vaikų požiūriu rodo, kad visos subskalės, išskyrus nuotaikos ir emocijų bei socialinio priėmimo (patyčių) subskalių vertinimo rezultatus, vertinami aukštesniais balais lyginant su kitų šeimų grupių vaikais. **Aukščiausius vertinimus šioje šeimų grupė tėvai skyrė savarankiškumo** (vidurkis – 4,4), **socialinio priėmimo** (patyčių) (vidurkis – 4,09) bei **finansinių išteklių** (vidurkis – 4,01) dimensijoms. Taip pat kaip ir vaikų atveju, šioje šeimų grupėje gyvenimo kokybės dimensijų vertinimo rezultatai tėvų požiūriu rodo, kad visos dimensijos, išskyrus nuotaikos ir emocijų bei socialinio priėmimo (patyčių) subskalių vertinimo rezultatus, vertinami aukštesniais balais lyginant su kitų šeimų grupių vaikais (žr. 24 lentelę).

24 lentelė. Vaikų ir jų tėvų santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje dimensijos vertinimas kitų su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės dimensijų vertinimo kontekste

Subskalės	Žemiausi šeimos dimensijos vertinimo rezultatai			Neutralūs šeimos dimensijos vertinimo rezultatai			Aukščiausi šeimos dimensijos vertinimo rezultatai		
	Vidurkis	N	St. Nuokrypis	Vidurkis	N	St. Nuokrypis	Vidurkis	N	St. Nuokrypis
VAIKAI									
Fizinė gerovė	3,46	14	1,17	3,59	217	0,84	3,81	1221	0,84
Psichologinė gerovė	3,38	14	1,13	3,52	215	0,90	3,97	1219	0,78
Nuotaika ir emocijos	3,87	13	0,79	3,93	202	0,88	3,86	1104	0,99
Savarankiškumas	3,40	14	1,14	3,57	215	1,02	3,85	1222	0,95
Finansiniai ištekliai	3,31	14	1,14	3,39	216	1,21	3,68	1216	1,15
Socialinis palaikymas ir bendraamžiai	3,22	14	0,89	3,48	216	0,96	3,69	1217	0,95
Mokyklos aplinka	3,21	14	0,94	3,00	213	0,87	3,43	1206	0,86
Socialinis priėmimas (patyčios)	4,23	13	1,06	4,28	200	1,07	4,10	1101	1,20
TĖVAI									
Fizinė gerovė	2,86	14	1,25	3,00	216	0,89	3,48	1217	0,93
Psichologinė gerovė	2,83	14	0,97	3,28	216	0,62	3,93	1213	0,64
Nuotaika ir emocijos	3,93	14	0,67	3,99	211	0,83	3,87	1190	0,91
Savarankiškumas	3,59	14	1,30	4,01	217	0,71	4,40	1220	0,59
Finansiniai ištekliai	2,85	13	1,59	3,39	216	0,88	4,01	1217	0,85
Socialinis palaikymas ir bendraamžiai	2,63	13	1,04	3,37	215	0,69	3,78	1219	0,73
Mokyklos aplinka	2,58	12	0,94	3,08	217	0,63	3,64	1200	0,68
Socialinis priėmimas (patyčios)	4,15	13	1,21	4,29	211	1,00	4,09	1195	1,14

3.3.5. Šeimos dimensijos vertinimas ir jo sociodemografiniai aspektai

Tyrimo klausimas – kaip skiriasi su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės dimensijų vertinimas šeimose priklausomai nuo jų sociodemografinių aspektų?

Hipotezė – su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės kai kurių dimensijų vertinimas šeimose skiriasi priklausomai nuo jų sociodemografinių aspektų.

Analizuotos šeimų grupių, suskirstytų pagal nuo santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje dimensijos vertinimus, sociodemografinės charakteristikos. Nagrinėjant pagal tėvų išsilavinimą nustatyta, kad šeimų grupėje, kur tėvai skyrė žemiausius vertinimus, santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje dimensijos vertinimai vienodomis dalimis pasiskirstė tarp tėvų su viduriniu ar profesiniu išsilavinimu ir tėvų su aukštuoju išsilavinimu (po 25,0 proc.). Šeimų grupėje, kur tėvai neutraliai vertina santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje dimensiją, didžioji dalis tėvų su viduriniu ar profesiniu (36,0 proc.), antroje vietoje tėvai su aukštuoju išsilavinimu (23,7 proc.). Analogiškas tėvų išsilavinimo pasiskirstymas ir toje šeimų grupėje, kur tėvai skyrė aukščiausius vertinimus santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje dimensijai (atitinkamai 39,9 proc. ir 20,3 proc.).

Nagrinėjant šeimų grupių pasiskirstymą pagal šeiminei padėtį nustatyta, kad visose šeimų grupėse didžioji dalis tėvų yra susituokę arba gyvena kartu nors ir nesusituokę. Šeimų grupėje, kur tėvai žemus vertinimus skiria santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje dimensijai, tokių tėvų dalis sudaro 50,0 proc., grupėje, kurioje tėvai skiria neutralius vertinimus – 70,8 proc. ir šeimų grupėje, kur **tėvai šeimos dimensijai skiria aukštus vertinimus, vedusių arba gyvenančių kartu tėvų dalis sudaro 73,1 proc.**

Tačiau statistškai reikšmingi ryšiai tarp šeimų grupių, kurios sudarytos pagal santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje dimensijos vertinimus ir tėvų išsilavinimo ($p = 0,386$) bei šių šeimų grupių bei šeiminei padėties ($p = 0,130$), nenustatyti.

Įvertinus kalbėjimąsi su vaiku apie sveikatą skirtingose šeimų grupėse, nustatyti statistškai reikšmingi skirtumai ($p = 0,000$): žymiai **didesnė dalis tėvų, dažnai besikalbančių su vaikais apie sveikatą, toje šeimų grupėje, kur tėvai skyrė aukštus vertinimus santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje dimensijai** – 62,7 proc., o neutraliai šią dimensiją vertinančių šeimų grupėje – 39,2 proc., žemiausius vertinimus skyrusiųjų grupėje 21,4 proc.

Taip pat atliekant duomenų analizę, statistškai reikšmingi skirtumai nustatyti tarp tėvų vertinimo, ar jų vaikas turi sveikatos sutrikimų, ir grupių, kuriose skirstomi tėvai pagal santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje dimensijos vertinimą. **Didžiausia dalis tėvų, atsakiusių, jog jų vaikas turi ligą, negalią ar kitą sveikatos sutrikimą, buvo toje grupėje šeimų, kur tėvai skiria aukštus vertinimus santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje dimensijai (64,9 proc.).** Šeimų grupėje, kur tėvai santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje dimensijai skiria žemus vertinimus, pažymėjusių, jog vaikas turi ligą, negalią ar kitą sveikatos sutrikimą, 57,1 proc. ir 47 proc. tėvų, pažymėjusių, kad jų vaikas turi sveikatos sutrikimų toje šeimų grupėje, kur šeimos dimensijos vertinimas neutralus.

Diskusija

Gyvenimo kokybės vertinimo esmę sudaro tai, kad leidžia atskleisti objektyvių ir subjektyvių faktorių tarpusavio santykį. Objektyvių ir subjektyvių faktorių vertinimas tampa sudėtingu, kai kalbame apie vaikus. Ilgą laiką buvo vadovaujama tėvų užpildytų anketų apie vaiko gyvenimo kokybę ir jos vertinimą duomenimis. Tačiau tiek edukologijoje (Juodaitytė, 2002, Bruzgelevičienė et al, 2014), tiek medicinoje (Myant, Williams, 2005; Kostmann, Nilsson, 2012), kintant požiūriui į vaiko poreikius ir gebėjimą vertinti savo sveikatą ir socialinį funkcionavimą, vaiko įsivertinimui pradėtas skirti vis didesnis dėmesys. Todėl pastaruoju metu populiarėja instrumentai, kurie apima platų spektrą gyvenimo kokybės dimensijų (emocinė, fizinė, psichinė, santykių, šeimos, gerovės) ir integruoja vaikų ir tėvų vertinimus (Rajmil et al., 2013; Qadeer, Ferro, 2018). Atlikta metaanalizė rodo, kad šioje disertacijoje naudojamas KIDSCREEN klausimynas yra vienas iš daugiausiai apimančių su sveikata susijusios gyvenimo kokybės indikatorių (Davis et al., 2006). Be to, šių indikatorių vertinimas yra abipusis – vaikų ir tėvų.

Šiame kontekste svarbu pažymėti, kad vystantis integruotos gyvenimo kokybės teorijos laukui pažymima vaikų ir tėvų abipusio vertinimo svarba. Mokslininkų teigimu, sveikatos ir gyvenimo kokybės suvokimas didele dalimi priklauso nuo žmogaus savimonės (Ventegodt et al., 2005). Jei individas prisiima atsakomybę už gyvenimą, jis stiprina sveikatą ir padeda sau (Ventegodt et al., 2005). Tai padeda paaiškinti, kodėl

žmogus, esant patenkintiems visiems jo poreikiams, gali jausti gyvenimo prasmės ar laimės stoką, ir atvirkščiai. Sąmoningumo ugdymo svarbą, sprendžiant šiuolaikinės visuomenės iššūkius, pažymi ugdymo tyrinėtojai (Duoblienė, 2006; Kolbergytė, Indrašienė, 2012; Bruzgelevičienė et al, 2014; Baranova, Degėsys, 2014). Nors sveikata yra laikoma viena iš svarbiausių gyvenimo kokybės dimensijų, tačiau jos suvokimas ir savivoka išlieka iššūkiu gyvenimo kokybės kontekste. Disertacijos tyrimo duomenys leidžia teigti, kad sveikata yra reikšmingas faktorius vertinant vaikų gyvenimo kokybę šiais aspektais:

Objektyvi vaiko sveikatos būklė ir vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas parodė, jog tėvai, kurie pažymėjo, kad jų vaikai **turi ilgalaikę negalią, ligą ar sveikatos sutrikimą, geriau vertina šias vaikų su sveikata susijusias gyvenimo kokybės dimensijas**: fizinė gerovė, psichologinė gerovė, savarankiškumas, šeima ir gyvenimas šeimoje, finansiniai ištekliai, socialinis palaikymas ir bendraamžiai, mokyklos aplinka. Tėvai, kurie pažymėjo, kad jų vaikas **neturi sveikatos sutrikimų**, statistiškai reikšmingai **aukštesnius vertinimus skiria** nuotaikų ir emocijų bei socialinio priėmimo (patyčių) dimensijoms.

Vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas **priklauso nuo subjektyvios tėvų nuomonės**, kaip jų vaikas vertina savo sveikatą: **kuo geriau**, tėvų manymu, vaikas vertina savo sveikatą, tuo reikšmingai **aukštesni** nuotaikų ir emocijų bei socialinio priėmimo (patyčių) dimensijų vertinimai; **kuo geriau**, tėvų manymu, vaikas vertina savo sveikatą, tuo **žemesni** fizinės gerovės, psichologinės gerovės, savarankiškumo, santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje, finansinių išteklių, socialinio palaikymo ir bendraamžių, mokyklos aplinkos dimensijų vertinimai.

KIDSCREEN instrumentas įgalina operacionalizuoti šeimos edukacinę dimensiją sisteminių ir struktūracijos aspektais. Požiūris į šeimą kaip sistemą (Vaitkevičius, 1995; Bajoriūnas, 1994; 2004; Leliūgienė, 2002; Berns, 2007) padeda atskleisti šeimos funkcionavimui reikšmingus socialinius, ekonominius, psichologinius veiksnius ir jų tarpusavio sąsajas. „Sistemos funkcionavimas – tai daugybės individualių veikėjų, sąveikaujančių vienas su kitu, gebėjimas prisitaikyti prie aplinkos reikmių, fizinių aplinkos sąlygų, situacijų, kuriose optimizuojami poreikiai tarpinėje kultūriniu požiūriu struktūruotų, bendrųjų simbolių sistemoje“ (Parsons, 1951, cit. pagal Valantiejus, 2007, p. 119). Disertacijos tyrimo duomenys leidžia kalbėti apie reikšmingus šeimos kaip sistemos funkcionavimo veiksnius, lemiančius vaiko su sveikata susijusią gyvenimo kokybę.

Statistiškai reikšmingai **vaikai geriau** nei jų tėvai vertina fizinės gerovės ir psichologinės gerovės dimensijas, o **tėvai** statistiškai reikšmingai **geriau** vertina šias vaikų gyvenimo kokybės dimensijas: savarankiškumo, santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje, mokyklos aplinkos, finansinių išteklių, socialinio palaikymo ir bendraamžių. Gauti empirinio tyrimo rezultatai patvirtina ir mokslinių tyrimų rezultatus, nustačiusius, kad tėvai yra linkę pervertinti savo vaiko gerovę. Toks reiškinys pastebimas tarp tų vaikų, kurie patiria mažiau pozityvių emocijų. Priešingai, jei vaikas patiria daugiau

pozityvių emocijų, jis linkęs labiau sutikti su tėvų atsakymais (Theunissen et al, 1998, 387–397). Vaikų psichosocialinis sveikatos aspektų įvertinimas dažnai sutampa su tėvų įvertinimu, jei vaikai yra vyresni. Panaši tendencija yra matoma tarp jaunesnių vaikų ir jų fizinės sveikatos aspektų įvertinimo. Remiantis moksline literatūra, galima teigti, kad atsakymų atitikimas yra veikiamas vaiko amžiaus, tam tikrų sveikatos aspektų vertinimo ir pačių tėvų gyvenimo kokybės. Lyginant su emociniais ir socialiniais aspektais, tėvai teisingiausiai įvertino vaiko fizinės sveikatos aspektus. Taip pat atitinkmuo yra didesnis, jei vaikai turi lėtinių susirgimų, o štai sveikų vaikų ir jų tėvų atsakymai dažnai skiriasi. Tyrimai rodo, kad tėvai, kurių vaikas yra sergantis, yra linkę nuvertinti savo vaikų gyvenimo kokybę, o sveikų vaikų tėvai gyvenimo kokybę yra linkę pervertinti (Eiser, Morse, 2001).

Analizuojant empirinio disertacijos tyrimo rezultatus nustatyta, jog vaikų socio-demografiniai aspektai reikšmingi vaikų su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei įsivertinti. Nagrinėjant vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės įsivertinimo skirtumus priklausomai nuo lyties, matome, jog **berniukai** statistiškai reikšmingai **aukštesnius balus** skiria **nei mergaitės** fizinės gerovės, psichologinės gerovės, santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje, finansinių išteklių, socialinio palaikymo ir bendraamžių dimensijoms. O **mergaitės** statistiškai reikšmingai **aukštesnius balus nei berniukai** skiria vertindamos šias dimensijas: nuotaikos, emocijų, savarankiškumo. Nors mokslinėje literatūroje sąsają tarp vaikų lyties ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijų vertinimo nėra, tačiau disertacinio tyrimo rezultatai nurodo reikšmingus ryšius tarp lyties ir su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės dimensijų vertinimo. Tai gali būti reikšmingas veiksnys formuojant tikslines vaikų gyvenimo kokybės gerinimo strategijas.

Amžiaus ir vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės įsivertinimo ryšys parodė, jog statistiškai reikšmingai **vyresni** vaikai **aukštesnius** vertinimus skiria nuotaičių ir emocijų, finansinių išteklių, socialinio palaikymo ir bendraamžių dimensijoms, o **jaunesni** – psichologinės gerovės, santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje, mokyklos aplinkos, socialinio priėmimo (patyčių) dimensijoms. Tai iš dalies patvirtina publikuotus duomenis apie tai, jog jaunesni tiriamieji geriau vertina savo sveikatą ir turi geresnę fizinę būklę, mažesnę depresijos lygį, jaučia didesnę pasitenkinimą gyvenimu (Piko, Keresztes, 2006).

Atskleista vaiko sveikatos būklės reikšmė gyvenimo kokybės vertinimui (Eiser, Morse, 2001). Tas pats pasakytina ir apie disertacinio tyrimo rezultatus: visas su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės dimensijas, kurių įsivertinimo rezultatai statistiškai reikšmingai skiriasi priklausomai nuo to, ar vaikas pažymėjo turintis ar neturintis ilgalaikę negalią, ligą ar sveikatos sutrikimą, **aukštesniais balais vertina vaikai, pažymėję, jog neturi sveikatos sutrikimų**. Taip gali būti dėl keleto priežasčių, visų pirma, vaikų neprašyta savo sveikatos vertinimą pagrįsti mediciniais dokumentais, tad tikėtina, jog vaikai nepažymi sveikatos sutrikimų, nes jiems neskiria

dėmesio arba perversina savo sveikatos būklę. Antra, jei vaikas neturi ligos, negalios ar kitų sveikatos sutrikimų, tai ir gyvenimo kokybę vertina geriau. Tai patvirtina ir disertacijos tyrime nagrinėtas subjektyvaus savo sveikatos vertinimo ir su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės įsivertinimo ryšys. Fizinės gerovės, psichologinės gerovės, savarankiškumo, santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje, finansinių išteklių, socialinio palaikymo ir bendraamžių, mokyklos aplinkos, socialinio priėmimo dimensijas **aukštesniais balais įsivertina tie vaikai, kurie subjektyviai geriau vertina savo sveikatą**. Tačiau sumaišties čia esama, mat nuotaikų bei emocijų dimensiją **aukštesniais balais įsivertina tie vaikai, kurie subjektyviai savo sveikatą vertina prasčiau**. Tai reiškia, kad nors ir manau, kad mano sveikata prasta, vis tiek „jaučiuosi gerai, mano nuotaika gera“ (The KIDSCREEN Group Europe, 2006, p. 85).

Mokslinėje literatūroje randama tyrimų, atskleidžiančių tėvų išsilavinimo ir skirtingų sveikos gyvensenos veiksnių ryšius (Ferdinand et al., 2012), paskatinių stiprinti sveikatą (Vereecken et al., 2004). Žvelgiant iš šios perspektyvos, tėvų išsilavinimas daro įtaką su sveikata susijusios vaiko gyvenimo kokybės formavimui. Tačiau stokojama mokslinių tyrimų, atskleidžiančių tėvų išsilavinimo ryšį su vaikų gyvenimo kokybės vertinimu. Disertacijos tyrimas parodė, kad yra statistiškai reikšmingas ryšys tarp tėvų išsilavinimo ir kai kurių vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijų vertinimo. Nustatyta, kad **kuo aukštesnis tėvų išsilavinimas, tuo aukštesnius** vertinimus tėvais skiria finansinių išteklių dimensijai. **Žemesnį išsilavinimą turintys tėvai aukštesnius** vertinimus skiria savarankiškumo, šeimos bei socialinio priėmimo (patyčių) dimensijoms.

Nors empirinio tyrimo metu nustatyti statistiškai reikšmingi tėvų išsilavinimo skirtumai vertinant tik dvi gyvenimo kokybės dimensijas, tačiau mokslinėje literatūroje, analizuojant šeimos įtaką vaiko sveikatai ir gerovei, šeiminė padėtis minima kaip svarbus veiksnys. Įvairūs moksliniai tyrimai rodo, kad geriausiais sveikatos, pažangumo ir gerovės rodikliais pasižymi tie vaikai, kurie auga su abiem biologiniais tėvais, gyvenančiais santuokoje. Šie rezultatai atskleidžia, kad šeimos struktūra turi didelę įtaką vaikų fizinei ir psichinei sveikatai bei gerovei (Širvinskienė, 2010; Waldfogel et al., 2010). Tačiau disertacinio tyrimo metu nustatyta, kad fizinės gerovės dimensijai **aukštesnius** vertinimus skiria **nesusituokę** tėvai, lyginant su kitomis (pagal šeiminę padėtį) tėvų grupėmis, o savarankiškumo dimensiją **aukštesniais** balais vertina **susituokę** tėvai **arba gyvenančios kartu**, bet nesusituokusios poros, lyginant su kitomis tėvų grupėmis.

Sisteminis požiūris neleidžia suprasti socialinių sąveikų tikrovės, kurios reikšmingumas aktualizuojamas (Juodaitytė, 2003), tačiau vis dar stokojama kompleksinių tyrimų šioje srityje. Ugdymo teorijos darbuose (Vabalas-Gudaitis, 1983; Laužikas, 1993; Aramavičiūtė, 1998) pažymima sąveikos svarba: „visus ugdymo matmenis integruojanti ašis yra ugdymo sąveika. Kitaip tariant, jei nėra sąveikos, joks kitas ugdymo matmuo nėra veiksmingas: galima sukurti, ugdytojo požiūriu, reikšmingą pedagoginę situaciją, susieti ugdytinius su kultūros lobiais, rodyti vertingą įtaką, su-

kurti sąlygas kūrybai ir saviraiškai, siūlyti prasmes, apipilti vertybėmis, bet ugdytinis gali likti atsitvėręs nuo ugdytojo pastangų, jei nebus atverta ugdymo sąveikos galia. Ugdymas paveikus tik esant sąveikai. Ugdymasis įmanus tik esant sąveikai“ (cit. pagal Bruzgelevičienė, 2014, p. 77). Ugdymas socializacijos pagrindu gali padėti sustiprinti sąveikos aspektą: „Ugdymo ir socializacijos procesų tarpusavio sąsajų struktūrinės dimensijas galima projektuoti vadovaujantis socialinių sąlygų interpretaciniu modeliu, kuris padeda suvokti, kaip stiprinti teigiamus aplinkos poveikius vaikams ir tuo pačiu sureguliuoti socialinių santykių su žmonėmis „tinklus“ (Davis, 1984; cit. pagal Juodaitytė, 2002, p. 228). Ugdymo ir socializacijos dimensijas integruoja Vabalio-Gudaičio (1983) „konstrukcinės sąveikos sąvoka“ (cit. pagal Bruzgelevičienė, 2014, p. 77). Taigi paradigmų kaita lėmė tai, kad vis didesnis dėmesys skiriamas ne tam, kaip šeimos nariai laikosi stambesnių socialinių sistemų struktūrinių kokybių, o tam, kaip vyksta struktūrų kokybinis virsmas (Grigas, 2001). Anot sociologo Giddens'o, struktūrų kokybinis virsmas neatsiejamas nuo dualumo arba tam tikrų įtampų laukų.

Disertacijos tyrimas rodo, kad šeimos edukacinė dimensija sudaro prielaidas kokybiniam virsmams, kurie apibūdinami toliau išdėstytais tyrimo duomenimis.

Disertacijos tyrime išskirta su sveikata susijusios vaiko gyvenimo kokybės formavimui aktuali sąveikos forma – **vaikų ir tėvų kalbėjimasis apie sveikatą**. Šios sąveikos reikšmę rodo tai, jog statistiškai reikšmingai ir vaikai, ir tėvai (kurie pažymi, kad kalbasi apie sveikatą) aukštesnius vertinimus skiria toms pačioms vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijoms: fizinei gerovei, psichologinei gerovei, santykiams su tėvais ir gyvenimui šeimoje, savarankiškumui, finansiniams ištekliams, socialiniam palaikymui ir bendraamžiams, mokyklos aplinkai.

Sąlyginai pagal gyvenimo kokybės dimensijoms priskirtų teiginių vertinimo vidurkius šeimas galima suskirstyti į dvi grupes: 1) 61,9 proc. visų tyrime dalyvavusių šeimų, kuriose vaikų ir tėvų vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijų vertinimai nesutampa arba abi respondentų grupės neturi nuomonės pateiktu klausimu; 2) 38,1 proc. visų tyrime dalyvavusių šeimų, kuriose ir tėvai, ir vaikai skiria aukštus vertinimus subskalių teiginiams. Ten, kur tėvų ir vaikų **gyvenimo kokybės dimensijų vertinimas nesutampa** (ar neturi nuomonės), **pilnų šeimų dalis yra mažesnė** (59,4 proc.) palyginti su tomis šeimomis, kuriose nuomonės sutampa (74,5 proc.). Šioje šeimų grupėje **mažesnė dalis dažnai besikalbančių apie sveikatą** (55,1 proc.) palyginti su tomis šeimomis, kuriose nuomonės sutampa (63,2 proc.), **didesnė dalis niekada nesikalbančių apie sveikatą** (atitinkamai 7,5 proc. ir 2,1 proc.). Tose šeimose, kuriose faktorių vertinimas nesutampa, **mažesnė dalis** tėvų pažymi, jog vaikas **turi sveikatos sutrikimų** (56,7 proc.), palyginti su tomis, kuriose faktorių vertinimas sutampa (74,5 proc.). Grįžtant prie Dewey'aus (2014) susirūpinimo kategorijos, galimai tėvams, kurių vaikai neturi sveikatos sutrikimų, nėra tikslo aptarti sveikatos aspektų su vaiku.

Siekiant formuoti su sveikata susijusią vaikų gyvenimo kokybę, būtina atkreipti dėmesį į tas gyvenimo kokybės dimensijas, kurių vertinimas tarp tėvų ir vaikų šeimose nesutampa.

Žemesni didesnės dalies **tėvų** nei vaikų fizinės gerovės dimensijos vertinimai rodo, jog tėvai labiau nei patys vaikai mano, kad vaikas yra fiziškai išsekęs, fiziškai nepasirengęs, turi mažai energijos. **Didesnė dalis vaikų** nei tėvų **žemesniais** balais vertina savarankiškumo dimensiją – mano, kad yra ribojami, prislėgti, priklausomi; šeimos dimensiją – šeimoje jaučiasi vieniši, nepastebėti, neįvertinti, tėvus vertina kaip nepasiekiamus, nesažiningus; finansinių išteklių dimensiją – jaučia finansinio nepasitenkinimo jausmą, mano, kad finansiniai ištekliai neleidžia gyventi taip, kaip norėtų; socialinio palaikymo ir bendraamžių dimensiją – būdingas atstūmimo jausmas, jaučiasi nepriimtas (nepalaikomas) bendraamžių, negali pasikliauti bendraamžiais; mokyklos aplinkos dimensija – nemėgsta mokyklos ir mokytojų, negatyvūs jausmai apie mokyklą.

Disertacijos empirinio tyrimo rezultatai parodė tiek vaikų, tiek ir jų tėvų santykių ir gyvenimo šeimoje dimensijos vertinimo svarbą kitų vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijų vertinimo kontekste. Šeimose, kuriose **ir vaikai, ir tėvai skyrė aukščiausius vertinimus šeimos dimensijai, abi tikslinės grupės aukštesnius vertinimus skyrė fizinės gerovės, psichologinės gerovės, savarankiškumo, finansinių išteklių, socialinio palaikymo ir bendraamžių, mokyklos aplinkos dimensijoms. Tačiau šiose šeimose ir vaikai, ir tėvai žemesnius vertinimus skyrė nuotaikų ir emocijos bei socialinio priėmimo (patyčių) dimensijoms, palyginti su tomis šeimomis, kurios žemesniais balais vertino santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje dimensiją.**

Aukštus vertinimus šeimos dimensijai skyrė ir vaikai, ir dažnai su vaikais apie sveikatą besikalbantys tėvai iš pilnų šeimų, taip pat tėvai, pažymėję, jog vaikas turi ligą, negalią ar kitą sveikatos sutrikimą.

Tyrimo ribotumas ir tolimesnės tyrimų gairės

Tyrimo ribotumas sietinas su tuo, jog atlikus tyrimo klausimyno skalės ir subskalių suderinamumo analizę (Cronbachs alfa), nustatytas *žemas subskalės „Savęs vertinimas“ suderinamumo rodiklis. Dėl šios priežasties nuspręsta šią subkalę eliminuoti iš tolimesnės tyrimo rezultatų analizės. Kitas galimas tyrimo ribotumo aspektas – galimi netikslumai dėl tam tikrų kultūrinių ypatumų, nors laikytasi instrumento kūrėjų nustatytos instrumento validavimo ir pritaikymo kitai šaliai metodikos. Be to, tyrimo ribotumas sietinas ir su tuo, jog tyrimui atrinktose mokyklose dalyvavo visos ten esančios klasės, tai silpnina tyrimo reprezentatyvumą.*

Tolimesnis šio tyrimo plėtojimas leistų atskleisti gilesnį šeimos kaip institucijos vaidmenį sveikatos stiprinimo procese. Tam pasitarnautų abiejų tėvų (pilnose šeimose) dalyvavimas tyrime. Visuminį tėvų požiūrį į su sveikatą susijusią vaikų gyvenimo kokybę padėtų atskleisti kiekybinio tyrimo metodo papildymas kokybiniu.

Išvados

- Mokslinės literatūros analizės pagrindu atskleisti konceptualūs ryšiai tarp sveikatos ir gyvenimo kokybės įgalina kokybiškai naujai paaiškinti socialinių veiksnių reikšmę sveikatai. Gyvenimo kokybė indikuoja asmens socialinės patirties sąsajas su jo sąmoningumu. Kitaip tariant, sveikatos stiprinimui svarbūs socialinės aplinkos ištekliai yra suvokiami ne per sisteminio sociokultūrinių jėgų poveikio prizmę, o per žmonių kasdienio patyrimo struktūras. Nauja kryptis yra ta, kad gyvenimo kokybės vertinimas yra modeliuojamas kaip dialogas, kuriame galime atskleisti žmonių patyrimo reikšmių transformacijas. Ugdymo paradigmų kaitos diskusijose pažymima sąmoningumo stiprinimo, grindžiamo visuminiu ugdymu, svarba. Šiame kontekste šeimai skiriamas esminis vaidmuo.
- Validavus pasirinktą KIDSCREEN 52 instrumentą ir atlikus empirinį tyrimą su reprezentatyvia imtimi, galima teigti, jog šis instrumentas gali būti sėkmingai taikomas Lietuvos socialiniame ir kultūriniame kontekste.
- Nors du trečdaliai vaikų nurodė neturintys sveikatos sutrikimų, tačiau tik vienas trečdalis savo sveikatą vertina kaip puikią ir labai gerą. Tai rodo, kad vaikams vertinant sveikatą svarbus ne tik ligos ar negalios nebuvimas, bet ir psichologiniai bei socialiniai veiksniai. Visas su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės dimensijas aukštesniais balais vertina tie vaikai, kurie neturi sveikatos sutrikimų.

- Du trečdaliai tėvų nurodė, kad jų vaikas turi sveikatos sutrikimų. Tėvai, kurie vaiko sveikatą vertina vidutiniškai ir žemiai, daugiau dėmesio skiria bendravimui su vaiku sveikatos klausimais. Tai rodo, kad šeimose vyraujantis požiūris į sveikatą grindžiamas rizikos sveikatai faktorių raiška. Tokiose šeimose vaikai atitinkamai išreiškė daugiau pasitenkinimo šeima, juos supančia kita socialine aplinka mokykloje bei santykiais su bendraamžiais.
- Vaikų ir tėvų dialogas yra veiksnys, sąlygojantis vaikų ir tėvų gyvenimo kokybės vertinimo dermę. Tyrimo rezultatai rodo, kad tėvai, kurie kalbasi su vaiku apie sveikatą, aukštesnius vertinimus skiria visoms su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės dimensijoms, kurias aukštai įvertino ir vaikai, pažymėję, jog kalbasi su tėvais apie sveikatą.
- Šeimos edukacinės dimensijos esmę sudaro vaikų ir tėvų tarpusavio supratimo, meilės, laimės jausmo ir poelgių sąžiningumo šeimoje vertinimas. Tarpusavio supratimą, meilę ir poelgių sąžiningumą šeimoje gerai įvertinę vaikai aukštus balus skyrė fizinės, psichologinės savijautos bei nuotaikos ir emocijų dedamosioms, lemiančioms gyvenimo kokybę, o jų tėvai aukštai vertina vaikų pasitenkinimą turimais finansais ir gebėjimą juos valdyti. Tai rodo, kad vaikų ir tėvų gyvenimo kokybės vertinimui yra svarbi šeimos edukacinė dimensija, grindžiama socialiniu sąmoningumu, kuris kyla iš gebėjimo pažvelgti į situaciją kitų žmonių akimis ir įsijausti į kitų žmonių jausmus, suvokti ir vertinti jų panašumus bei skirtumus. Vertinant tarpusavio supratimą, meilę ir poelgių sąžiningumą šeimoje, vaikų ir tėvų vertinimai panašūs dėl socialinio priėmimo (patyčių) dimensijos, tačiau skiriasi dėl fizinės ir psichologinės gerovės dimensijų.

Rekomendacijos

Sveikatos ir švietimo sistemų strategams:

- Rengiant strateginius sveikatos ir švietimo dokumentus numatyti priemonės, skirtas vaiko sveikatai stiprinti palankiai aplinkai šeimose formuoti.
- Rengiant naujas sveikatos stiprinimo ir švietimo programas įtraukti šeimos gyvenimo kokybės stiprinimo / formavimo / kūrimo elementus.
- Rengiant naujus teisės aktus, siūlant esamų teisės aktų pataisas, integruoti aplinkos, kurioje sveikas pasirinkimas tampa lengviausiu pasirinkimu, kūrimą.

Mokslininkams:

- Vykdyti vaiko sveikatos stiprinimo šeimos gyvenimo kokybės kontekste stebėseną bei mokslinį vertinimą.
- Tobulinant visuomenės sveikatos, socialinių pedagogų, psichologų ir kitų su vaikais dirbančių specialistų ruošimą, į diplominių ir podiplominių studijų programas įtraukti teorinius ir praktinius mokymus apie tėvų ir vaikų bendravimo modelius, bendradarbiavimo skatinimą bei šeimos vaidmens stiprinimą formuojant su sveikata susijusią vaiko gyvenimo kokybę.
- Užtikrinti sistemingą su vaikais dirbančių specialistų kvalifikacijos kėlimą tėvų švietimo ir tėvų įgūdžių formavimo vaikų sveikatos stiprinimo srityse.
- Rengti tėvų švietimo programas. Galimi programų įgyvendintojai: ugdymo įstaigos, pagalbą šeimai teikiančios įstaigos, nevyriausybinės organizacijos ir kt.

Vietos politikams ir savivaldybių administracijoms:

- Rengiant tėvų švietimo programas būtina atsižvelgti ne tik į objektyvius vaiko sveikatos rodiklius, bet ir į tai, kaip patys vaikai suvokia savo su sveikata susijusias problemas, tėvų prioritetus ir poreikius vaikos sveikatos stiprinimo procese.
- Remiantis atliktu tyrimu, į tėvų švietimo programas rekomenduojama įtraukti šias temas:
 - vaiko psichosocialinė ir fizinė raida;
 - paramos ir palaikymo reikšmė vaikų sveikatai ir sveikatos stiprinimui;
 - emociniai tėvų ir vaikų ryšiai;
 - tėvų auklėjimo stilių reikšmė vaiko sveikatos stiprinimui ir šeimos gyvenimo kokybei;
 - sąmoningos tėvystės samprata ir šeimos gyvenimo kokybė;
 - vaikų vertybinių orientacijų formavimas ir kritinio mąstymo įgūdžių ugdymas sveikatos stiprinimo kontekste;
 - tėvų ir vaikų bendravimo kokybė, konfliktai ir jų sprendimo būdai.

Specialistams, dirbantiems su šeimomis:

- Formuoti holistinį tėvų požiūrį į vaiko sveikatos stiprinimą ir jo svarbą šeimos gyvenimo kokybei.
- Ikimokyklinio ir bendrojo lavinimo ugdymo įstaigose suburti iniciatyvinę tėvų grupę, kuri dalintųsi vaikų sveikatos stiprinimo gerąja patirtimi.
- Organizuoti sveiką gyvenseną ugdančią tėvų ir vaikų kartu praleidžiamą popamokinę veiklą ir laisvalaikį.

Šeimoms:

- Stiprinant vaikų sveikatą dėmesį skirti ne tik fizinei gerovei, bet ir šiems faktoriams: psichologinė gerovė, nuotaika ir emocijos, savęs suvokimas, savarankiškumas, santykiai su tėvais ir gyvenimas šeimoje, finansiniai ištekliai, socialinis palaikymas ir bendraamžiai, mokyklos aplinka, socialinis priėmimas (patyčios).
- Nepamiršti vaikų ir tėvų kartu praleidžiamo laiko svarbos. Ieškoti interaktyvių, inovatyvių, abiem pusėms patrauklių laiko praleidimo formų.

Literatūra

- Adams, T., Bezner, J., Steinhardt, M. (1997). The conceptualization and measurement of perceived wellness: integrating balance across and within dimensions. *American Journal of Health Promotion: AJHP*, 11 (3), 210–218.
- Adaškevičienė, E. (1999). *Vaikų sveikatos ugdymas: pedagoginiu aspektu*. Vilnius.
- Adaškevičienė, E. (2014). Mokinių fizinio aktyvumo didinimo galimybės sveikatos požiūriu: kūno kultūros mokytojų nuomonė. *Tiltai*, Nr. 1 (66), ISSN 1392-3137.
- Ajzen, I. The theory of planned behavior: Reactions and reflections. *Psychology and Health*. 2011; 26(9), 1113–1127.
- Arredondo, E. M., Elder, J. P., Ayala, G. X., Campbell, N., Baquero, B., & Duerksen, S. (2006). Is parenting style related to children's healthy eating and physical activity in Latino families? *Health Education Research*, 21 (6), 862–871.
- Astrom, A. N., Blay, D. (2002). Multidimensional Health Locus of Control Scales: Applicability among Ghanaian Adolescents. *East African Medical Journal*, 79 (3), 128–133.
- Bajoriūnas, Z. (1997). *Šeimos edukologija: vadovėlis aukštųjų mokyklų studentams*. Vilnius: Jošer.
- Bajoriūnas, Z. (2004). *Šeimos ugdymo mokslas ir praktika*. Vilnius: Kronta.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.
- Baranova, J., Degėsys, L. (2014). *Filosofijos didaktika modernizmo ir postmodernizmo takoskyroje*, 309–328. Iš: Bruzgelevičienė, R. (2014) (sud.). *Ugdymo paradigmų iššūkiai didaktikai*. Vilnius: LEU.

- Bartels, M. (2015). Genetics of Wellbeing and Its Components Satisfaction with Life, Happiness, and Quality of Life: A Review and Meta-analysis of Heritability Studies. *Behav Genet*, 45(2), 137–156.
- Beck, U., Bons, W. (2003). The Theory of Reflexive Modernization. Problematic, Hypotheses and Research Programme. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1177/0263276403020002001> [žiūrėta 2016-07-07].
- Bergdolt, K. (2008). *Welbeing. Cultural History of Healthy Living*.
- Berns, R. M. (2009). *Socializacija. Šeima, mokykla, visuomenė*. (Vert. į lietuvių kalbą.). Vilnius.
- Bibace, R., Walsh, M. E. (1981). *Children's conceptions of illness*.
- Bitinas, B. (2006). *Edukologinis tyrimas: sistema ir procesas*. Kronta.
- Bradshaw, J., Hoelscher, P., Richardson, D. (2007). An index of child well-being in the European Union. *Social Indicators Research*, 80, 133–177. DOI 10.1007/s11205-006-9024-z.
- Bruzgelevičienė, R. (2014) (sud.). *Ugdymo paradigmų iššūkiai didaktikai*. Vilnius, LEU.
- Bobrova, L. (2012). *Universitetinių studijų kūno kultūros ir sporto programų studentų gyvenimo stiliaus projektavimas vertybinių orientacijų kontekste*. Daktaro disertacija. Šiaulių universitetas.
- Boelhouwer, J., Noll, H. (1987). Objective Quality of Life. Prieiga per internetą: https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_1987 [žiūrėta 2014-05-23].
- Borawski, E. A., Ievers-Landis, C. E., Lovegreen, L. D., Trapl, E. S. (2003). Parental monitoring, negotiated unsupervised time and parental trust: The role of perceived parenting practices in adolescent health risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 33 (2), 60–70.
- Bowlby J. (1969). *Attachment. Attachment and loss: 1. Loss*. New York: Basic Books.
- Brewer, N. T., Rimer, B. K. (2008). Perspectives on Health Behavior Theories that Focus on Individuals. American Psychological Association, In Glanz K. et al. (eds.), *Health Behavior and Health Education. Theory, Research, and Practice*, (4), 149–166.
- Broom, L., Bonjean, Ch. M., Broom, H. (1992), *Sociologija. Esminiai tekstai ir pavyzdžiai*. Kaunas.
- Bulotaitė, L., Vičaitė, S. (2016). Su sveikata susijusį elgesį aiškinančios teorijos ir modeliai: kas skatina keisti elgesį. *Visuomenės sveikata*, 1(72), 9–18.
- Bunge, E. M., Essink-Bot, M-L., Kobussen, Suijlekom-Smit, L. W. A., Moll, H. A., Smit, L. W. A., Moll, H. A., Raat, H. (2005). Reliability and validity of health status measurement by TAPQOL. *Archive of Disease in Childhood*, 90(4), 351–358.
- Camfield, L., Ruta, D. (2007). „Translation is not enough“: using the Global Person Generated Index to assess individual quality of life in Bangladesh, Thailand and Ethiopia. *Quality Life of Research*, DOI 10.1007/s11136-007-9182-8.
- Chomentauskienė, R. (1982). Šeimos santykių įtaka vaikų empatiškumui. *Psichologija*, 3.

- Clark, H. R., Goyder, E., Bissell, P., Blank, L., Peters, J. (2007). How do parents' child-feeding behaviors influence child weight? Implications for childhood obesity policy. *Journal of Public Health*, 29 (2), 132–141.
- Cloninger, C. R., & Zohar, A. H. (2011). Personality and the perception of health and happiness. *Journal of Effective Disorders*, 128 (1), 24–32.
- Coleman, D., Iso-Ahola, S. E. (1993). Leisure and health: The role of social support and self-determination. *Journal of Leisure Research*, 25(2), 111–128.
- Coleman, D., Iso-Ahola, S. E. (1996). Leisure and health: The role of social support and self-determination. *Journal of Leisure Research*, , 28 (3), 169–187.
- Collier, J., MacKinlay, D., Phillips, D. (2000). Norm values for the Generic Children's Quality of Life Measure (GCQ) from a large school-based sample. *Quality of Life Research* (9), 617–623.
- Costanza, R. et al. (2007). Quality of Life: An Approach Integrating Opportunities, Human Needs, and Subjective Well-Being. *Ecology Economics Journal*, 61, 267–276.
- Cottrell, R. R., McKenzie, J. F. (2011). Health Promotion & Education Research Methods. Using Five-Chapter Thesis/Dissertation Model. *Theory, Research, and Practice*. (4th ed.).
- Creed, P. A., Moore, K. (2006). Social support, social undermining and coping in underemployed and unemployed persons. *Journal of Applied Social Psychology*, 36 (2), 321–339.
- Cremeens, J., Eiser, C., Blades, M. (2006). Factors influencing agreement between child self-report and parent proxy-reports on the Pediatric Quality of Life Inventory™ 4.0 (PedsQL™) Generic Core Scales. *Health and quality of life outcomes*, 4 (1), 58.
- Crossley, M. (2002). Health Resistance: The Limits of Contemporary Health Promotion. *Health Education Journal*, 61 (2), 101–112.
- Crossley, M. (2001). The health resistance (HR) scale: Developing a measure of resistance to health promotion. *Health Education Journal*, 60 (4), 313–326.
- Cullen, K. W., Baranowski, T., Rittenberry, L., Cosart, C., Hebert, D., de Moor, C. (2001). Child-reported family and peer influences on fruit, juice and vegetable consumption: reliability and validity of measures. *Health Education Research*, 16 (2), 187–200.
- Cummins, R. A. (1997). *Quality of Life for People with Disabilities – Models, Research and Practice*.
- Cummins, R. A. (1996). The domains of life satisfaction: An attempt to order chaos. *Social Indicators Research*, 38(3), 303–328.
- Cummins, R. A. (2001). Self-rated quality of life scales for people with an intellectual disability: a reply to Ager & Hatton. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, (14), 1–11.

- Cummins, R. A. (2002). The validity and utility of subjective quality of life: a reply to Hatton & Ager. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, (15), 261–268.
- Cummins, R. A. (2005). *Issues in the systematic assessment of quality of life*. In J. Hogg and A. Langa (Eds.), *Assessing adults with intellectual disabilities*. Carlton: Victoria AU: Blackwell Publishing.
- Cummins, R. A. (2005a). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 699–706.
- Cummins, R. A., Lau, A. L. D., Mellor, D., & Stokes, M. A. (2009). Encouraging governments to enhance the happiness of their nation: step 1 understand subjective wellbeing. *Social Indicators Research*, 91(1), 23–36.
- Cummins, R. A., Woerner, J., Weinberg, M., Collard, J., Hartley-Clark, L., Perera, C. (2011). *The Personal Wellbeing Index: Psychometric Equivalence for Adults and School Children*. *Social Indicator Research*.
- Curtis, J. R., Martin, D. P., Martin, T. R. (1997). Patient-assessed Health Outcomes in Chronic Lung Disease What are They, How Do They Help Us, and Where Do We Go from Here? *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 156 (4 Pt 1), 1032–1039.
- Čaplinkienė, M. (2015). *Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybės raida ir būklė: objektyvaus ir subjektyvaus tyrimo rezultatai*. Iš: Rakauskienė O. G. et al., *Gyvenimo kokybės matavimo rodiklių sistema ir vertinimo modelis*. MRU.
- Čekanavičius, V., Murauskas, G. (2006). *Statistika ir jos taikymas*. I. TEV, Vilnius.
- Čivilytė-Gylienė, V. (2006). *Trumpas šeimos teisės vadovas*. Vilnius: Eugrimas.
- Dadelo, S. (2015). *Sveika gyvensena*. Vadovėlis. VGTU leidykla TECHNIKA, Vilnius.
- Davis, E. et al. (2006). Pediatric quality of life instruments: a review of the impact of the conceptual framework on outcomes. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 48, 311–318.
- Davis, E., Nicolas, C., Waters, E., Cook, K., Gibbs, L., Gosch, A., & Ravens-Sieberer, U. (2007). Parent-proxy and child self-reported health-related quality of life: using qualitative methods to explain the discordance. *Quality of Life Research*, 16 (5), 863–871.
- Dewey, J. (2014). *Demokratija ir ugdymas* (vert. į liet. klb.). Klaipėda: Batic Printing Press.
- DeVore, E. R., Ginsburg, K. R. (2005). The protective effects of good parenting on adolescents. *Current opinion in pediatrics*, 17 (4), 460–465.
- DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Crosby, R., Sionean, C., Cobb, B. K., Harrington, K., Davies, S., Hook, E.W., Oh, M. K. (2001). Parental monitoring: Association with adolescents' risk behaviors. *Pediatrics*, 107 (6), 1363–1368.
- Dumbliauskienė, M., Jarmalavičienė, S. (2012). Gyvenimo kokybės kompleksinio vertinimo metodologinės problemos. *Geografijos metraštis*, 45 (1), 3–16.

- Duoblienė, L. (2006). Šiuolaikinė ugdymo filosofija: Refleksijos ir dialogo link. Vilnius: Tyto Alba.
- Eisemann, M., Perris, C., Arrindel, W. A. (1988). *Parenting and Psychopathology*. Chichester: Wiley.
- Eiser, C. (1995). Choices in measuring quality of life in children with cancer: a comment. *Psychooncology*, 4, 121–31.
- Eiser, C., Morse, R. (2001). Can parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review. *Quality of Life Research*, 10 (4), 347–357.
- Erkelenz, N., Kobel, S., Kettner, S., Drenowatz, C., Steinacker, J.M., the Research Group “Join the Healthy Boat – Primary School” (2014). Parental Activity as Influence on Children's BMI Percentiles and Physical Activity. *Journal of Sports Science and Medicine*, 13 (3), 645–650.
- Euteneuer, M., Uhlenhorff, U. (2014) Family concepts – a social pedagogic approach to understanding family development and working with families. *European Journal of Social Work*, 17:5, 702–717.
- Feinberg, M. E. (2003). The Internal Structure and Ecological Context of Coparenting: A Framework for Research and Intervention. *Parent Science Practice*, 3(2), 95–131.
- Feinberg, M. E. (2007). Culture and the Common School. *Journal of Philosophy of Education*, 591–607.
- Felce, D. (1997). Defining and Applying the Concept of Quality of Life. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41 (2), 127.
- Felce, D., Perry, J. (1995). Quality of life: its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16 (1), 51–74.
- Felce, D., Perry, J. (1997). *Quality of life: the scope of the term and its breadth of measurement*. In R. I. Brown (Ed.), *Quality of life for people with disabilities: Models, research and practice*, 2nd edition. Cheltenham: UK: Stanley Thornes LTD.
- Ferdinand, A. O., Sen, B., Rahrurkar, S., Engler, S., Menachemi, N. (2012). The relationship between built environments and physical activity: a systematic review. *American Journal of Public Health*, 102(10), e7–e13. doi: 10.2105/AJPH.2012.300740.
- Ferrans, C. E., Powers, M. (1984). *Quality of life index*. Prieiga per internetą: <http://www.uic.edu/orgs/qli> [žiūrėta: 2016-01-14].
- Fishbein, M. (1967). *Attitude and the prediction of behavior*. In M. Fishbein (Ed.), *Readings in attitude theory and measurement*. New York: Wiley.
- Fishbein, M. (1972). *The search for attitudinal – behavioral consistency*. In J. Cohen (Ed.), *Behavioral science foundations of consumer behavior*. Glencoe, III: Free Press.
- Fishbein, M. (1973). *The prediction of behaviors from attitudinal variables*. In C. D. Mortensen and K. K. Sereno (Ed.), *Advances in communication research*. New York: Harper and Row.

- Fishbein M, Ajzen I. Belief, (1975). *Attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Floridos federacijos vaikų sveikatos tikrinimo programa, file:///C:/Users/Vartotojas/Downloads/Child_Health_Check-UpHB%20(1).pdf.
- Furmonavičius, T. (2001). Gyvenimo kokybės tyrimai medicinoje. *Biomedicina*, 1 (2), 128–132.
- Gadamer, H. G. (1996). *The Enigma of Health*. Stanford University Press.
- Garckija, R. (2007). *Psichologijos tyrimai Lietuvoje: vieta pasaulyje ir ateities vizija*. Vilniaus universitetas.
- Garmienė A. (2007). *Jaunesniųjų paauglių gyvenamosios sąsajos su šeimos psichologiniais ir socialiniais veiksniais*. Daktaro disertacija. Biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata (10 B). Kaunas.
- Gaskell, G., Bauer, M. W., Durant J. (1999). Worlds Apart? The Reception of Genetically Modified Foods in Europe and the U.S. *Science*, 285, 384–387.
- Giddens, A. (1989). *Sociology*. Cambridge: Polity Press.
- Giddens, A. (2000). Modernybė ir asmens tapatumas. Vilnius, Pradai (vertimas į lietuvių kalbą).
- Glanz, K., Rimer, B. K. (2008). Perspectives on Using Theory: Past, Present, and Future. In: Glanz K. et al. (eds.), *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice*. (4th ed.), 509–517.
- Glassman, M., Whaley, K. (2000). Dynamic Aims: The Use of Long-term Projects in Early Childhood Classrooms in Light of Dewey's Educational Philosophy. *Early Childhood Research and Practice*, 2 (1), 22–35.
- Gortmaker, S. L. (1985). *Demography of chronic childhood diseases*. In: Hobbs N, Perrin JM, Ireys HT, editors. *Issues in the care of children with chronic illnesses: a sourcebook on problems, services and policies*. San Francisco, Calif: Jossey-Bass.
- Grigas, R. (2001). *Sociologinė savivoka : specifika, metodai, lituanizacija*. Vilnius, Rosma.
- Grinienė E. 2007. Miesto ir rajono moksleivių socialinė integracija ir požiūris į savo sveikatą. *Kultūra – Ugdymas – Visuomenė*, 2, 57–67.
- Gubbels, J. S., Kremers, S. P., Stafleu, A., Dagnelie, P. C., Goldbohm, R. A., de Vries, N. K., Thijs, C. (2009). Diet-related restrictive parenting practices. Impact on dietary intake of 2-year-old children and interactions with child characteristics. *Appetite*, 52 (2), 423–429.
- Gudžinskienė, V., Česnavičienė, J. (2002). Sveikatos ugdymas bendrojoje ugdymo sistemoje. *Pedagogika*, 60, ISSN 1392-0340.
- Gudžinskienė, V., Armonienė, J., Pocevičius, A. (2012). Fizinis aktyvumas kaip vienas sveikatą lemiančių veiksnių. *Pedagogika*, 105, ISSN 1392-0340.
- Gudžinskienė, V., Gedminienė, R. (2011). Vaikų, augančių alkoholio vartojimo problemų turinčiose šeimose, patiriami psichologiniai, socialiniai ir mokymosi sun-

- kumai. *Socialinis ugdymas*, Nr. 16 (27). Vilnius: Vilniaus pedagoginio universiteto leidykla.
- Gudžinskienė, V., Česnavičienė, J. (2013). Sveikos gyvensenos ugdymo įgyvendinimas 5–8 klasių mokinių požiūriu. *Socialinis darbas*, 12(2), 319–329.
- Gudžinskienė, V., Česnavičienė, J. (2013). Mokytojų žinios apie sveikatą ir sveiką gyvenseną kaip mokinių sveikos gyvensenos ugdymo prielaida. *Socialinis darbas*, 2013, 12, (1), ISSN 1648-4789.
- Gudžinskienė, V. (2013). *Jaunimo socialinės sveikatos ugdymas*. MRU.
- Hagerty, R., Cummins, R., Ferriss, A. L. (2001). *Quality of Life Indexes for National Policy: Review and Agenda for Research*. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1177/075910630107100104> [žiūrėta 2015-03-03].
- Hochbaum, G. M. (1958). Public Participation in Medical Screening Programs: A Socio – Psychological study. *Public Health Service Publication*, 572. Washington, DC United States Government Printing Office.
- Horfiniak, K. (2012). *Australian Unity Wellbeing Index Survey 28.0: The wellbeing of Australians – The impact of marriage*: Report. Deakin University.
- Hunt, S. M., & McEwen, J. (1980). The development of a subjective health indicator. *Sociology of health & illness*, 2 (3), 231–246.
- Irwin, C.E.JR., Millstein, S. G. (1986). Risk – taking behaviors and biopsychosocial development during adolescence. *Journal “Emotion, cognition, health and development in children and adolescents”*, 75–102.
- Jago, R., Fox, K. R., Page, A. S., Brockman, R., & Thompson, J. L. (2010). Parent and child physical activity and sedentary time: do active parents foster active children? *BioMed Central Public Health Journal*, 10 (1), 194.
- Janse, A. J., Sinnema, G., Uiterwaal, C. S. P. M., Kimpen, J. L. L., Gemke, R. J. B. J. (2005). Quality of life in chronic illness: perception of parents and pediatricians. Archives of disease in childhood. *British Medical Association Journal*, 90 (5), 486–91.
- Janušauskaitė, G. (2008). Gyvenimo kokybės tyrimai: problemos ir galimybės. *Filosofija. Sociologija*, 4, 34–44.
- Jelagaitė, A. (2002). Būsimų mokytojų racionalios mitybos žinios ir įpročiai: diagnostinis tyrimas. *Pedagogika*, 64, ISSN 1392-0340.
- Joffe, H. (2002). Social Representations and Health Psychology. *Social Science Information*, 41(4), 559–580.
- Johannsen, D. L., Johannsen, N. M., & Specker, B. L. (2006). Influence of parents’ eating behaviors and child feeding practices on children’s weight status. *Obesity*, 14(3), 431–439.
- Jozeffiak, T., Larsson, B., Wichstrom, L., Wallander, J., & Matthejat, F. (2010). Quality of life as reported by children and parents: a comparison between students and child psychiatric outpatients. *Health Quall Life Outcomes*, 8 (1), 136.

- Juczynski, Z. (2006). Health – related quality of life: theory and measurement introduction. *Acta universitati Lodzi ensis folia psychological*, 10.
- Jungtinių Tautų Organizacijos Vaikų teisių konvencija, (1989). Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.19848> [žiūrėta 2015-03-03].
- Juniper, E. F., Guyatt, G. H., Feeny, D. H., Ferrie, P. J., Griffith, L. E., Townsend, M. (1996). Measuring quality of life in children with asthma. An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation. *Journal of the International Society of Quality of Life Research*. 5 (1), 35–46. ISSN: 0962-9343 (Print), 1573-2649 (Online).
- Juniper, E. F. (1997). How important is quality of life in pediatric asthma? *Pediatric Pulmonology Supplement*, 15, 17–21.
- Juniper, E. F. (1998). Impact of upper respiratory allergic disease on quality of life. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 101 (2 Pt 2), S386-91.
- Juodaitytė, A. (2000). Socializacija ir ugdymas vaikystėje (edukologinis požiūris). *Tiltai*, 4, 61–72.
- Juodaitytė, A. (2002). *Socializacija ir ugdymas vaikystėje*. Vilnius: Petro ofsetas.
- Juozeliūnienė, I. (2012). Šeiminių gyvenimo filosofija. *Sociologija. Mintis ir veiksmai* 1(30), 311-315, ISSN 1392-3358.
- Juozulynas, A., Eeremnych, A. E., Kurtinaitis, J., Jankauskienė, K., Reklaitienė, R. (2005). Gyvenimo kokybė ir sveikata. *Sveikatos mokslai*, 1, 71-74.
- Jurgelėnas, A., Mačiūnas, E., Juozulynas, A., Venalis, A., Norvaišas, S. (2007). *Sveikatos socialinė plėtra*. Vilnius: Valstybinis aplinkos ir sveikatos centras.
- Kairė, S. (2013). Ugdantis patyrimas J. Dewey filosofijoje. *Acta Pedagogica Vilnensia*, 34-46. ISSN 1392-5016.
- Kaliatkaitė, J., Bulotaitė, L. (2014). Gerovės samprata sveikatos moksluose ir psichologijoje: tyrimai, problemos ir galimybės. *Visuomenės sveikata*, 1 (64), 9–24.
- Kalėdienė, R., Petrauskienė, J., Rimpela, A. (1999). Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika. Kaunas „Šviesa“.
- Kickbusch, I. (2014). *Health Governance: The Health Society*. 114–161. Prieiga per internetą: <http://eknygos.lsmuni.lt/springer/685/144-161.pdf> [žiūrėta 2019-01-23].
- Kilani, H. A., Al-Qaryouti, I. A. (2017). What is the Status of Omani Parents on their Children's Healthy Lifestyle? *Journal of Educational and Psychological Studies*, 10 (4).
- Knighting, K., Rowa-Dewar, N., Malcolm, C., Kearney, N., & Gibson, F. (2011). Children's understanding of cancer and views on health-related behavior: a 'draw and write' study. *Child: care, health and development*, 37 (2), 289–299.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs. NJ: Prentice Hall.
- Kolbergytė, A., Indrašienė, V. (2012). *Sąmoningumo ugdymo akcentai: požiūriai ir interpretacijos*. Socialinis darbas, 11(2), 421–432.

- Kostmann, E., Nilsson, L. (2012). Children's Perspectives on Health: What Makes Children Feel Good According to Themselves? *International Journal of Education*, 4 (1), 1–11.
- Krause, L., & Lampert, T. (2015). Relation between Overweight/Obesity and Self-Rated Health among Adolescents in Germany. Do Socio-Economic Status and Type of School Have an Impact on That Relation? *International journal of environmental research and public health*, 12 (2), 2262–2276.
- Kulasingam, A. N. M., Baki, R. (2009). Maternal Parenting Styles and Adolescents' Socio-Academic Development. *The International Journal of Learning*, 16 (7).
- Kvieskienė, G. (2007). *Pozityvioji socializacija kaip ugdymo paradigma. Habilitacijos procedūrai teikiamų mokslo darbų apžvalga*. Prieiga per internetą: <http://www.biblioteka.vpu.lt/elvpu/67655.pdf> [žiūrėta 2015-05-17].
- Kvieskienė, G. (2003). *Socializacija ir vaiko gerovė*. Vilnius. Prieiga per internetą: <http://biblioteka.vpu.lt/elvpu/37059.pdf> [žiūrėta: 2015-06-20].
- Laaksonen, M., Talala, K., Martelin, T., Rahkonen, O., Roos, E., Helakorpi, S., Laatikainen, T., Prättälä, R. (2005). Health behaviors as explanations for educational level differences in cardiovascular and all-cause mortality: a follow-up of 60 000 men and women over 23 years. *Public Health*. 18(1), 38–43.
- Labanauskienė, J., Žagminas, K., Siaurusaitis, B. (2010). Vaikų smurtinės traumos: mechanizmas ir poveikis. *Lietuvos chirurgija*, 8 (4), 215–221.
- Lamanauskas, V., Armonienė, J. 2011. Sveika gyvensena bendrojo lavinimo mokykloje: Lietuvos aukštesniųjų klasių moksleivių pozicija. *Gamtamokslinis ugdymas*, 3 (32), 6–18. Prieiga per internetą: <http://oaji.net/articles/2014/514-1408606907.pdf> [žiūrėta 2018 m. sausio 8 d.].
- Lau, R. R., Hartman, K. A. (1986). Health as a Value: Methodological and Theoretical Considerations. *Health Psychology*, 5 (1), 25–43.
- Lazutka, R., Bernotas, D., Deveikytė, R., Jočytė, R., Karčiauskienė, A., Karpuškienė, V., Žalimienė, L. (1999). *Socialinės paramos šeimoms, auginančioms vaikus, ekonominio efektyvumo įvertinimas*. Vilnius: Vilniaus universiteto Socialinio darbo katedra.
- Leliūgienė, I. (2002). *Socialinė pedagogika*. Kauno technologijos universitetas. Kaunas, Technologija.
- Leonavičius, V. (2003). *Sociologija*. Kaunas: VDU.
- Leonavičius, V., Plieskis, M., Petrauskienė, J. (2003). Pacientų pasitenkinimo bendrosios praktikos gydytojo paslaugomis analizė sveikatos modelio atžvilgiu. *Sociologija. Mintis ir veiksmai* (1), ISSN 1392-3358.
- Leonavičius, V., Baltrušaitytė, G., Naujokaitė, I. (2007). *Sociologija ir sveikatos priežiūros paslaugų vartotojas*. Monografija. Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas.
- Liaudanskas S., Liaugminienė R., Baranauskaitė A. (2007). LŽŪU studentų požiūris į sveiką gyvenseną. *Kultūra – Ugdymas – Visuomenė*, 2.

- Lietuvos Respublikos santuokos ir šeimos kodeksas* (1999). Vilnius, Saulužė.
- Lietuvos Respublikos Seimo 2008 m. birželio 3 d. nutarimo Nr. X-1569 priedėlis „Valstybinė šeimos politikos koncepcija“*.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gegužės 31 d. įsakymo Nr. 301 „Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose“ pakeitimo“ (2015 m. kovo 23 d. Nr. V-383). Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.DC61D74561C5> [žiūrėta 2019-01-25].
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. lapkričio 26 d. įsakymas Nr. V-1336 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gruodžio 24 d. įsakymo Nr. V-951 „Dėl statistinės apskaitos formos Nr. 027-1/a „Vaiko sveikatos pažymėjimas“ patvirtinimo“ pakeitimo“. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.7BDF9739A9CD/VBGZvWDbVD>) [žiūrėta 2019-01-25].
- Lietuvos Respublikos vaiko teisių apsaugos pagrindų įstatymas* (Žin., 1996, Nr. 33-807).
- Lindstrom, B. (1992). Quality of life: A model for evaluating Health for All. Conceptual considerations and policy implications. *Soz Pr/iventivmed*, 37, 301–306.
- Lindstrom, B., Eriksson, B. (1993). Quality of Life among Children in the Nordic Countries. *Quality of Life Research*, 2 (1), 23–32.
- Linke, S. E., Robinson, C. J., Pekmezi, D. (2014). Applying Psychological Theories to Promote Healthy Lifestyles. *American journal of lifestyle medicine*. 8(1), 4–14.
- Malinauskienė, O., Vosylis, R., Erentaitė, R. (2010). Vyresniųjų paauglių lyties tapatumo ir tėvų auklėjimo stiliaus ryšiai. *Socialinis darbas*, 9(2). Prieiga per internetą: https://www.mruni.eu/upload/iblock/496/17_malinauskiene_vosylis.pdf [žiūrėta 2016-10-19].
- Markovskaja, S. 2000. Data on Lithuanian Laboulbeniales. *Botanica Lithuanica*, 6 (3), 299–311.
- McAlister, A. L., Perry, Ch. L., Parcel, G. S. (2008). How Individuals, Environment and Health Behaviors Interact. Social Cognitive Theory. In Glanz K. *et al.* (eds.), *Health Behavior and Health Education. Theory, Research, and Practice*. (4th ed.), 169–171).
- McQueen, D. V., Kickbusch, I., Potvin, L., Pelikan, J. M., Balbo, L., Abel T. (2007). Health and Modernity – The Role of Theory in Health Promotion. *Springer Science & Business Media*, 168.
- Mejerienė V., Kardelienė, L. (2011). Studijuojančiųjų aukštojoje mokykloje požiūris į sveiką gyvenseną, kaip profesinio identiteto bruožą. *Studijos šiuolaikinėje visuomenėje*, 2(1), 96–100. Prieiga per internetą: https://www.slk.lt/sites/default/files/studijos_2011.pdf#page=96 [žiūrėta 2018-01-08].
- Milašauskienė, J., Zambacevičienė, E., Dapkevičienė, V. (2008). Priešmokyklinio amžiaus vaikų intelektualinio brandumo, mokyklinio nerimo ir auklėjimo šeimoje stilių sąsajos. *Jaunųjų mokslininkų darbai*, 4(20).

- Milaševičiūtė, V.; Pukelienė, V.; Vilkas, E. (2006). „Indeksas gyvenimo kokybei matuoti: analizė, vertinimas ir tyrimas Lietuvos atveju“. *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai*. Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas.
- Miškinis, K. (2003). *Šeima žmogaus gyvenime*. Kaunas.
- Miškinis, K. (2006). Šeima pasaulio šalių kultūrose: šeimos politika, šeimos kūrimas, skyrybos, gyvenimo būdas, tradicijos, tarpusavio santykiai, vaikų ugdymas. Kaunas: Karminas.
- Montaño, D. E., Kasprzyk, D. (2008). Theory of reasoned action, theory of planned behavior, and the integrated behavioral model. In Glanz K. *et al. (eds.)*, *Health Behavior and Health Education. Theory, Research, and Practice*. (4th ed.), 67–96.
- Morrow, A. M., Hayen, A., Quine, S., Scheinberg, A., & Craig, J. C. (2012). A comparison of doctors', parents' and children's reports of health states and health-related quality of life in children with chronic conditions. *Child: care, health and development*, 38 (2), 186–195.
- Myant, K. A., Williams, J. M. (2005). Children's Concepts of Health and Illness: Understanding of Contagious Illnesses, Non-Contagious Illnesses and Injuries. *Journal of Health Psychology*, 10, 805–819.
- Navaitis, G. (1999). *Lietuvos šeima: psichoterapinis aspektas*. Vilnius.
- Nilsson, E. (2012). *Aspects of Health-Related Quality of Life*. Linköping University.
- Norkus, A. (2012). *Sveika gyvensena Lietuvos studentų populiacijoje: edukacinis diagnostinis aspektas*. Daktaro disertacija. Socialiniai mokslai, edukologija (07 S). Šiauliai.
- Nugent, K. L., Kline, J. (2013). Assessing psychotic – like symptoms using the BASC 2: adolescent, parent and teacher agreement. *Early Intervention Psychiatry*, 7(4), 431 – 6.
- O'Connor, T. G., Scott, S. B. C. (2007). *Parenting and outcomes for children*. Prieiga per internetą: <https://www.jrf.org.uk/sites/default/files/jrf/migrated/files/parenting-outcomes.pdf> [žiūrėta 2019-04-19].
- Page, A. S., Cooper, A. R., Griew, P., & Jago, R. (2010). Children's screen viewing is related to psychological difficulties irrespective of physical activity. *Pediatrics*, 126 (5), e1011-e1017.
- Pakalniškienė, V. (2012). *Tyrimo ir įvertinimo priemonių patikimumo ir validumo nustatymas*. Metodinė priemonė, Vilniaus universiteto leidykla, Vilnius.
- Pardeck, J. T., Yuen, F. Y. (2001). Family Health: An Emerging Paradigm for Social Worker. *Journal of Health and Social Policy*, 13 (3), 59–74.
- Parsons, T. (1951) *The Social System*. Free Press, New York.
- Pastor, Y., Balaguer, I., Pons, D., & Garcí, M. (2003). Testing direct and indirect effects of sports participation on perceived health in Spanish adolescents between 15 and 18 years of age. *Journal of Adolescence*, 26 (6), 717–730.

- Patel, B. J., Lai, L., Goldfield, G., Sananes, R., Longmuir, P. E. (2017). Psychosocial health and quality of life among children with cardiac diagnoses: agreement and discrepancies between parent and child reports. *Cardiology in the Young*, 27, 713–721.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods*. London: Sage Publications.
- Pedišić, Z., Rakovac, M., Titze, S., Jurakić, D., & Oja, P. (2014). Domain-specific physical activity and health-related quality of life in university students. *European Journal Of Sport Science*, 14 (5), 492–499.
- Petrauskienė A. (2008). *Mokyklos mediko profesinio vaidmens kompleksiskumas ir raida ugdant mokinių sveikatą*. Kaunas.
- Petrauskienė, A., Ustilaitė, S. (2013). *Mokyklos sveikatos ugdytojų vaidmenys*. MRU.
- Petrulytė, A. (2003). *Jaunesniojo paauglio socialinė raida*. Vilnius: Presvika.
- Pettersen, M. D., Du, W., Skeens, M. E., Humes, R. A. (2008). Regression equations for calculation of z scores of cardiac structures in a large cohort of healthy infants, children, and adolescents: an echocardiographic study. *Journal of The American Society of Echocardiography*, 21(8), 922–34.
- Petty, G. (2008). Įrodymais pagrįstas mokymas. Praktinis vadovas (vert. į liet. klb.). Vilnius: Tyto Alba.
- Piaget, J. (1932). *The moral judgment of the child*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Piko, B. F., Keresztes, N. (2006). Physical activity, psychosocial health and life goals among youth. *Journal of Community Health*, 31 (2), 136–145.
- Pikó, B., Hamvai, C. (2009). Study of parental and individual psychological protective factors influencing adolescents' self-perceived health. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 10 (3), 239–248.
- Powers, A. D., Oltmanns, T. F. (2013). Personality pathology as a risk factor for negative health perception. *Journal of Personality Disorders*, 27 (3), 359.
- Prochaska, J. O., Redding, C. A., Evers, K. E. (2008). The transtheoretical model and stages of change. In Glanz K. et al. (eds.), *Health Behavior and Health Education. Theory, Research, and Practice*. (4th ed.), 97–122.
- Proškuvienė, R. (2004). *Sveikatos ugdymo įvadas*. Vilnius.
- Qadeer, R. A., Ferro, M. A. (2018). Child–parent agreement on health-related quality of life in children with newly diagnosed chronic health conditions: a longitudinal study, International. *Journal of Adolescence and Youth*, 23:1, 99–108, DOI: 10.1080/02673843.2017.1297242.
- Rajmil, L., Lopez, A.R., Lopez – Aquila, S., Alonso, J. (2013). Parent–child agreement on health-related quality of life (HRQOL): a longitudinal study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11:101. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-101> [žiūrėta 2018-02-08].
- Rakauskienė, O. G., Servetkienė, V. (2011). *Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybė: dešimt metų rinkos ekonomikoje*. Monografija. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas.

- Rakauskienė, O. G., Servetkienė, V., S. Puškorius, Krinickienė E. et al. (2015). *Gyvenimo kokybės matavimo rodiklių sistema ir vertinimo modelis*. Mokslo studija, Vilnius: Mykolo Romerio universitetas. ISBN 978-9955-19713-3, p. 759.
- Ravens-Sieberer, U., Torsheim, T., Hetland, J., Vollebergh, W. (2009). Subjective health, symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe. *International Journal of Public Health*, 54 (2), 151–159.
- Rebok, G., Riley, A., Forrest, C., Starfield, B., Green, B., Robertson, J., & Tambor, E. (2001). Elementary school-aged children's reports of their health: a cognitive interviewing study. *Quality of Life Research*, 10 (1), 59–70.
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological bulletin*, 128 (2), 330.
- Riesch, S. K., Bush, L., Nelson, C. J. (2000). Topics of conflict between parents and young adolescents. *Journal of the Society of Pediatric Nurses*, 5:27–40. [PubMed]
- Riesch, S. K., Gray, J., Hoeffs, M. (2003). Developing awareness of conflict resolution skill. *Journal of Pediatric Health Care*, 17:22–31. [PubMed]
- Riley, A. W., Forrest, C. B., Rebok, G. W., Starfield, B., Green, B. F., Robertson, J. A. (2004). The child report form of the CHIP-child edition. *Medical Care*, 42(2), 221–231.
- Rosenstock, I. M. (1960). What research in motivation suggests for public health. *American Journal of Public Health*, 50, 295–301.
- Rosenstock, I. M. (1966). Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 94–124. Rosenstock, I. M. (1966). Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 94–124.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328–335.
- Rubenstein, J. L., Feldman, S. S. (1993). Conflict-resolution behavior in adolescent boys: Antecedents and adaptational correlates. *Journal of Research on Adolescence*, 3(1), 41–66.
- Rupšienė, L., Rutkienė, A. (2016). *Edukacinis eksperimentas*. Vadovėlis. Klaipėda.
- Ruškė, J. (2014). *Asmenų su negalia orumo konstravimas sąmoningumo ugdymosi strategijomis*. Daktaro disertacija. Šiaulių universitetas.
- Sallis, J. F. et al. (2008). Ecological models of health behavior. In Glanz K. et al. (eds.), *Health Behavior and Health Education. Theory, Research, and Practice*. (4th ed.), 465–485.
- Savičiūtė, R. (2013). *Sveikatos ir socialinių ryšių sąsajų tyrimas*. Daktaro disertacija, Vilniaus universitetas, Visuomenės sveikata, Vilnius.
- Schalock, R. L., Alonso, M. A. V. (2002). *Handbook on quality of life for human service practitioners*. Washington, DC, US: American Association on Mental Retardation.

- Schalock, R. L., Verdugo, M. A. (2002). *Handbook on quality of life for human service practitioners*. Washington, DC, US: American Association on Mental Retardation.
- Schmidt, L.R., Fröhling, H. (2000). Lay concepts of health and illness from a developmental perspective. *Journal Psychology and Health*, 15, 229–238.
- Servetkienė, V. (2012). Gyvenimo kokybė Lietuvoje: subjektyvus situacijos vertinimas ir realybė. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*, 4 (28), 20–35.
- Servetkienė, V. (2012). *Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybės pokyčiai: statistika ir realybė*[elektroninis išteklius]. 1 (1), 792–815.
- Servetkienė, V. (2013). *Gyvenimo kokybės daugiadimensis vertinimas, identifikuojant kritines sritis*. Daktaro disertacija. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas.
- Shagena, M. M., Sandler, H. K., Perrin, E. C. (1988). Concepts of illness and perception of control in healthy children and in children with chronic illnesses. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 9 (5), 252–256.
- Shrestha, P., Ghimire, L. (2012). A Review about the Effect of Life style Modification on Diabetes and Quality of Life. *Global Journal of Health Science*, 4(6), 185–190.
- Sleskova, M., Geckova, A. M., van Dijk, J. P., Salonna, F., Groothoff, J. W., & Reijneveld, S. A. (2006). Parental support and adolescents' health in the context of parental employment status. *Unemployment and the health of Slovak adolescents*, 63, 400–422.
- Slovic, P. (1997). *Trust, Emotion, Sex, Politics, and Science: Surveying the Risk Assessment*. Battlefield. U. Chi. Legal F. 59.
- Smith, M. S., Wallston, K. A. (1992). How to measure the value of health. *M. Shelton Smith. Health Education Research*, 7 (1), 129–135. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1093/her/7.1.129> [žiūrėta 2016-08-25].
- Soyang, K., Kathleen, F. J., Elena, M. L., Trudy, L. B., Steven, M. L. (2016). Parental characteristic patterns associated with maintaining healthy physical activity behavior during childhood and adolescence. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 13, 58.
- Spengler, S., Woll, A. (2013). The more physically active, the healthier? The relationship between physical activity and health-related quality of life in adolescents: the MoMo study. *Journal of Physical Activity and Health*, 10 (5), 708–715.
- Stallman, H. M., Ohan, J. L. (2016). Parenting style, parental adjustment, and co-parental conflict: Differential predictors of child psychosocial adjustment following divorce. *Behaviour Change*, 33(2), 112–126.
- Staniūtė, M. (2007). *Sergančiųjų išemine širdies liga su sveikata susijusi gyvenimo kokybė ir jos pokyčiai ilgalaikio stebėjimo metu*. Daktaro disertacija. LSU.
- Stankūnienė, V., Baublytė, M., Kanopienė, V., Mikulionienė, S. (1999). *Gimstamumas ir šeima: biografinis požiūris*. Vilnius: Lietuvos filosofijos ir sociologijos institutas.
- Stankūnienė, V., Jonkarytė, A., Mikulionienė, S., Mitrikas A., Maslauskaitė, A. (2003). *Šeimos revoliucija? Iššūkiai šeimos politikai*. Vilnius: Socialinių tyrimų institutas.

- Starkauskienė, V. (2011). *Gyvenimo kokybės veiksniai ir jos kompleksinio vertinimo modelis*. Daktaro disertacija. VDU.
- Staškutė, I. (2014). Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės samprata, stebėsenos ir vertinimo metodai bei reikšmė sveikatos politikoje. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(6), 7–19.
- Steinberg, L., Cauffman, E. (1996). Maturity of judgment in adolescence: Psychosocial factors in adolescent decision making. *Law and Human Behavior*, 20(3), 249–272.
- Steptoe, A., Wardle, J. (2012). Enjoying life and living longer. *Archives of Internal Medicine*, 172 (3), 273–275.
- Strazdienė, N., Adaškevičienė, E. (2012). Studentų sveikatą stiprinantis fizinis aktyvumas, jo raiška laisvalaikiu. *Tiltai*, 4, 93–104.
- Strazdienė, N. (2014). Vaikų sveikos mitybos įpročių ugdymas pradinėje mokykloje: mokytojų nuomonė. *Tiltai*, (66), 67–85, ISSN 1392-3137.
- Stukas, R., Dobrovolskij, V., Adomaitis S. (2012). Visuomenės sveikatos studentų gyvensena ir fizinis aktyvumas. *Sporto mokslas*, 4 4(70), 50–55.
- Sveikata visiems XXI amžiuje* (1999). Pasaulio sveikatos organizacija.
- Širvinskienė, G. (2010). Šeima ir sveikata. Ar santuoka ir pilna šeima turi įtakos vaiko gerovei ir psichikos sveikatai? *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*, XIV.
- Škotijos sveikatos ministerijos programa Hall 4*, (2005). (angl. *Health for All Children*). Prieiga per internetą: <http://www.gov.scot/Publications/2005/04/15161325/13288> [žiūrėta 2019-01-20].
- Šveikauskas, V. (2008). *Sveikatos edukologija*. Kauno medicinos universiteto leidykla.
- Tandon, P. S., Zhou, C., Sallis, J. F., Cain, K. L., Frank, L. D., Saelens, B. E. (2012). Home environment relationships with children's physical activity, sedentary time, and screen time by socioeconomic status. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9 (88), 10–1186.
- The European European KIDSCREEN group (2006). *The Use of Focus Groups in the Development of the KIDSCREEN HRQL Questionnaire*.
- Theunissen, N. C. M., Vogels, T. G. C., Koopman, H. M., Verrips, G. H. W., Zwinderman, K. A. H., Verloove-Vanhorick, S. P., Wit, J. M. (1998). The proxy problem: child report versus parent report in health-related quality of life research. *Quality of Life Research*, 7 (5), 387–397.
- Thorlindsson, T., Vilhjalmsson, R., & Valgeirsson, G. (1990). Sport participation and perceived health status: a study of adolescents. *Social science & medicine*, 31 (5), 551–556.
- Ustilaitė, S., Petrauskienė, A. 2012. Sveikatos ugdymo kaitos tendencijos bendrojo ugdymo mokykloje. *Sporto mokslas*, 4 (70), ISSN 1392-1401.
- Vaitkaitienė, E., Zunkienė, R., Reichenberg, K. (2003). Vaikų, sergančių bronchų astma, gyvenimo kokybė. (Quality of life of asthma child). *Vaikų pulmonologija ir alergologija*, 3 (1), 2034–43.

- Vaitkevičius, J. (1995). *Socialinės pedagogikos pagrindai*. Vilnius, Egalda.
- Vaitkevičius, J. V. (2005). Sveikatos rizikos veiksnių valdymas ir savikontrolė ugdymo srityje. Mokomoji knyga. Šiauliai.
- Valantiejus, A. (2008). *Socialinė struktūra: nuo makro prie mikro modelių*. Vilniaus universiteto leidykla.
- Valantinas, A. (2009). *Socialinis emocinis ugdymas. Kas tai? Kuo gali mums padėti? Švietimo problemos analizė. Švietimo ir mokslo ministerija, [interaktyvus].* Prieiga per internetą: <http://www.nmva.smm.lt/wp-content/uploads/2012/12/Socialinis-emocinis-ugdymas.-Kas-tai-Kuo-gali-mums-pad%C4%97ti-2009-gruodis.pdf> [žiūrėta 2019 03 24].
- Valintėlienė, R., Varvuolienė, R., Kranauskas, A. (2012). Lietuvos gyventojų fizinis aktyvumas, vertinant GPAQ metodu. *Visuomenės sveikata*. 4 (59), 67–75.
- Valiulienė, E. (2017). *Pacientų, turinčių globos–rūpybos poreikį, gyvenimo kokybės ir integruotų sveikatos priežiūros paslaugų poreikio sąsajos*. Magistro darbas. Kauno sveikatos mokslų universitetas.
- Varni, J. W., Seid, M., Kurtin, P. (2001). PedsQL 4.0: Reliability and validity of the pediatric quality of life inventory version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. *Medical Care*, 39(8), 800–812.
- Varni, J. W., Burwinkle, T. M., Sherman, S. A., Hanna, S., Berrin, S. J., Chambers, H. G. (2005). Health-related quality of life of children and adolescents with cerebral palsy: hearing the voices of the children. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47, 592–597.
- Varni, J. W., Limbers, C. A., & Burwinkle, T. M. (2007). How young can children reliably and validly self-report their health-related quality of life?: An analysis of 8,591 children across age subgroups with the PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales. *Health and quality of life outcomes*, 5(1), 1.
- Vazonienė, G. (2010). Subjektyvios pagyvenusių žmonių gyvenimo kokybės socialiniai ekonominiai veiksniai. *Sociologija. Mintis ir veiksmai*, 27.
- Veenhoven, R. (2005). Inequality of Happiness in Nations. *Journal of Happiness Studies*, 6 (4), 351–355.
- Veenhoven, R. (2000). The Four Qualities of Life. *Journal of Happiness Studies*, 1 (1), 1–39.
- Veenhoven, R., Ehrhardt, J. (1995). The cross-national pattern of happiness: Test of predictions implied in three theories of happiness. *Social Indicators Research*, 34 (1), 33–68.
- Ventegodt, S. (1994). *The Connection between Quality of Life and Disease. In The Foundation “A Complete Life”: Back to Work*. Federation of Social Insurance Officers, Stockholm, Sweden.
- Ventegodt, S. (1994). *The Connection Between Quality of Life and Health. Theory and Practice*. Academy for Applied Philosophy, Copenhagen (Danish).

- Ventegodt, S., Morad, M., Vardi, G., Merrick, J. (1994). Clinical Holistic Medicine: Holistic Treatment of Children. *The Scientific World Journal*, 4, 581–588.
- Ventegodt, S. (1995). Quality of Life in Denmark: Results from a Population Survey. Copenhagen (Danish). *The Scientific World Journal*, 3, 1164–1175.
- Ventegodt, S. (1997). Quality of Life and Factors in Early Life. Copenhagen (Danish). *The Scientific World Journal*, 3, 1030–1040.
- Ventegodt, S., Lindholt, J. S., Henneberg, E. W. (2002). Development and validation of QOL5 for clinical databases. A short, global and generic questionnaire based on an integrated theory of the Quality of life. *European Journal of Surgery*, 168, 107–113.
- Ventegodt, S., Henneberg, E. W., Merrick, J., Lindholt, J. S. (2003). Validation of two global and generic Quality of life questionnaires for population screening: SCRE-ENQOL and SEQOL. *The Scientific World Journal*, 3, 412–421.
- Ventegodt, S., Merrick, J., Andersen, N. (2003). Quality of Life Theory I. The IQOL Theory: An Integrative Theory of the Global Quality of Life Concept. *The Scientific World Journal*, 3, 1030–1040.
- Ventegodt, S., Hilden, J., Merrick, J. (2003). Measurement of the Quality of life I. A methodological framework. *The Scientific World Journal*, 3, 950–961.
- Ventegodt, S., Merrick, J., Andersen, N. (2003). Quality of Life Theory II. Quality of life as the realization of life potential: a biological theory of human being. *The Scientific World Journal*, 3, 1041–1049.
- Ventegodt, S. (2003). The life mission theory: a theory for a consciousness-based medicine. *International Journal Adolescent Medicine Health*, 15(1), 89–91.
- Ventegodt, S., Flensburg-Madsen, T., Andersen, N.J., Merrick, J. (2005). The life mission theory VII. Theory of existential (Antonovsky) coherence: a theory of quality of life, health, and ability for use in holistic medicine. *Scientific World Journal*, 6 (5), 377.
- Ventegodt, S., Kandel, I., Merrick, J. (2007). Quality of Life and Philosophy of Life Determines Physical and Mental Health: Status Over Research Findings From The Quality of Life Research Center, Copenhagen, 1991–2007. *The Scientific World Journal*, 7, 1743–1751.
- Vereecken, C. A., Keukelier, E., & Maes, L. (2004). Influence of mother’s educational level on food parenting practices and food habits of young children. *Appetite*, 43 (1), 93–103.
- Vilhjalmsson, R. (1994). Effects of social support on self-assessed health in adolescence. *Journal of youth and adolescence*, 23 (4), 437–452.
- Waldfoegel, J. (2010). Music file sharing and sales displacement in the iTunes era. *Information Economics and Policy*, 22(4), 306–314.
- Wellman, H. M., Gelman, S. A. (1992). Cognitive Development: Foundational Theories of Core Domains. *Annual Review of Psychology*, 43,337–375.

- Williams, J. M., Binnie, L. M. (2002). Children's concepts of illness: an intervention to improve knowledge. *British Journal of Health Psychology*, 7 (2), 129–147.
- WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL) Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41, 1403–1409.
- Wulff, H, R., et al. (2001). *Medicinos filosofija* (vert. į liet klb.). Charibdė.
- Žaltauskė, V. (2017). *Lietuvos 7–8 metų vaikų fizinis aktyvumas ir jo sąsajos su individualiais, šeimos ir mokyklos aplinkos veiksniais*. Daktaro disertacija. Biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata (09B). Kaunas.
- Žydzžiūnaitė, V. (2007). *Tyrimo dizainas: struktūra ir strategijos. Mokomoji knyga*. Kaunas: Technologija.
- Žukauskienė, R., Malinauskienė, O. (2008). Skirtumai tarp lyčių, prognozuojant elgesio ir emocinius sunkumus paauglystėje pagal asmenybės bruožus ir tėvų auklėjimo stilių. *Psichologija*, 38. Prieiga per internetą: <http://www.journals.vu.lt/psichologija/article/view/2603/1824> [žiūrėta 2016-10-19].
- Žukauskienė, R., Malinauskienė, O., Erenaitė, R. (2011). Tėvų auklėjimo stiliaus ir emocinio intelekto sąsajos su vyresniųjų paauglių saviveiksmingumu bei saviverte pagal lytį. *Psichologija*, 44. Prieiga per internetą: <http://www.zurnalai.vu.lt/files/journals/124/articles/2550/public/22-41.pdf> [žiūrėta 2016-10-20].

Tyrimo rezultatų apibavimas

Publikacijos disertacijos tema:

- Grubliauskienė, J., Vaičekauskaitė, R. (2013). Paauglių sveikatos sampratos sąmoningumas pasipriešinimo sveikatos ugdymui kontekste. Visuomenės sveikata, 2013, priedas Nr. 1.
- Grubliauskienė, J., Vaičekauskaitė, R. (2016). Children's point of view to health related social factors // Social welfare : interdisciplinary approach. Šiauliai. ISSN 2029-7424. eISSN 2424-3876. 2016, vol. 6 (1), p. 30–39. DOI: 10.21277/sw.v1i6.247. [Emerging Sources Citation Index (Web of Science); SocINDEX with Full Text]

Kitos publikacijos ar leidiniai:

- Andruškienė, J., Barsevičienė, Š., Dvarionaitė, L., Grubliauskienė, J., Mažonienė, A. (2016). Socioeconomic Characteristics, Oral Care Habits and Oral Health-Related Quality of Life among the Parents of Pre-School Children in Klaipėda. **Published Online:** 2016-12-30 | **DOI:** <https://doi.org/10.1515/arhss-2016-0004>
- Grubliauskienė, J. (2017). Mokyklinio amžiaus vaikų gyvensena 2016 m. Higienos institutas. Visuomenės sveikatos technologijų centras. Tyrimų skyrius. Vilnius, 2017 (psl. 12–16, 44–48).
- Kristjansson, AL., Mann, MJ., Sigfusson, J., Sarbu, EA., Grubliauskiene, J., Daily, SM., Sigfusdottir, ID. (2017). Prevalence of e-cigarette use among adolescents in 13 Eastern European Towns and Cities. *Public Health*, 147, 66–68.
- Sveikatos stiprinimo veikla profesinio mokymo įstaigose. Metodinės rekomendacijos. Higienos institutas. Vilnius, 2017. Recenzuota.

Disertacijos idėjos apribotos skaitant pranešimus vietinėse, regioninėse, tarptautinėse mokslinėse, praktinėse konferencijose:

- 2018 m. balandžio 6 d. Klaipėdos bendrojo lavinimo ugdymo įstaigų vadovams skirtoje konferencijoje „Vaikų ir mokinių sveikatos pokyčiai“ skaitytas pranešimas „Visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų pokyčiai per pastarąjį dešimtmetį“.
- 2018 m. balandžio 5 d. Klaipėdos miesto ikimokyklinio ugdymo įstaigų vadovams ir visuomenės sveikatos priežiūros specialistams skirtoje konferencijoje „Vaikų sveikatos pokyčiai“ skaitytas pranešimas „Visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų integravimas ikimokyklinio ugdymo įstaigose“.
- 2014 m. spalio 10 d. Lietuvos visuomenės sveikatos biurų asociacijos organizuotoje konferencijoje skaitytas pranešimas „Visuomenės sveikatos priežiūra: aktualijos, problemos, sprendimo galimybės“.
- 2014 m. spalio mėn. metinėje jungtinės edukologijos doktorantūros konferencijoje skaitytas pranešimas „Modelling of Educational Environment for the Promoting

of Children's Health – Related Quality of Life“.

2013 m. kovo 22 d. Klaipėdos universitete tarptautinėje mokslinėje–praktinėje konferencijoje „Į sveiką gyvenseną ir skaidrią būtį Vydūno keliu. Psichoemocinė sveikata. Streso valdymas“ skaitytas pranešimas „Paauglių sveikatos sampratos sąmoningumas pasipriešinimo sveikatos ugdymui kontekste“. Pranešimo bendraautorė doc. dr. Rita Vaičekauskaitė.

Mokslinė doktoranto stažuotė atlikta Ferdinando Porsche nuotolinio mokymosi taikomųjų mokslų universitete, Vienoje (Austrijoje).

INFORMACIJA APIE AUTORIŲ

Vardas Pavardė: Jūratė Grubliauskienė
El. paštas: grubliauskienė.jurate@gmail.com

Išsilavinimas:

1996–2000 Studijos Kauno medicinos universitete. Įgytas visuomenės sveikatos bakalauro kvalifikacinis laipsnis.
2000–2002 Studijos Kauno medicinos universitete. Įgytas visuomenės sveikatos magistro kvalifikacinis laipsnis (specializacija – sveikatos edukologija).
2012–2016 Doktorantūros studijos Klaipėdos universitete pagal jungtinę edukologijos krypties doktorantūros studijų programą drauge su Aveiro universitetu (Portugalija), Mykolo Romerio universitetu, Vilniaus universitetu, Vytauto Didžiojo universitetu.

Profesinė veikla:

2002–2003 Klaipėdos miesto visuomenės sveikatos centras. Sveikatos ugdymo skyriaus vedėja.
2003–2008 Klaipėdos miesto savivaldybės administracija. Sveikatos apsaugos skyriaus vedėjo pavaduotoja.
2008 – iki dabar Klaipėdos miesto visuomenės sveikatos biuras. Direktorė.
Nuo 2003 iki dabar Klaipėdos universitetas. Asistentė, lektorė.
Moksliniai interesai: Sveikatos stiprinimas, mokymas; sveikatos elgsenos pokyčių teorijos ir modeliai; sveikatos stiprinimas šeimoje; sveikatos ugdymo projektų rengimas.

Summary

Introduction. Relevance of the topic. Although the phenomenon of health complexity has long been recognized in non-conventional medicine (Gadamer, 1996), it was formalized only in the 20th century, when the World Health Organization (WHO) (1948) published a comprehensive health definition encompassing physical, mental, and social well-being. From a complex point of view, no single theory was able to explain the health phenomenon and its expression. Therefore, from the 70s of the 20th century, interdisciplinary health conceptualisation began to develop rapidly, in the context of which the quality of life as an umbrella concept has been gaining increasing importance. In 1993, the WHO proposed a definition of the quality of life that placed emphasis on the importance of health in the social context: “The quality of life is an individual evaluation of one’s place in life in the context of the culture and values system in which an individual lives as related to his goals, hopes, standards, and interests. That is a broad concept, complexly affected by a person’s physical health, psychological state, level of independence, social relationships, and relationships with the environment” (Starkauskienė, 2011, p. 22). The spectrum of the links between the quality of life and health has been expanding due to the phenomenon of health acquiring features of a social phenomenon (Wulff et al., 2001; Smith, Walltson, 1992; Gudžinskienė et al., 2012; 2007; Šveikauskas, 2008, Norkus, 2012). Unlike analogous concepts such as social health or public health, the quality of life complexly combines

objective and subjective factors into a common entity (Cummins, 1997; Schalock, 2002; Veenhoven, 1995, 2005).

The research in the quality of life since the 50s of the 20th century has emphasised its multidimensionality (Cummins, 1996; 2001, 2005, 2005a; Cummins et al., 2009, 2012; Felce, Perry, 1995, 1997; Veenhoven, 2000). The research evidenced that health was considered to be one of the most important, and often the most important, dimension of the quality of life (Servetkienė, 2012, 2012a). To more comprehensively identify the health-related factors that affected the quality of life in general, the concept of the health-related quality of life has been developed. In many scientific works, definitions of health-related quality of life are similar (European Medical Agency, 2006; Staškutė, 2009; Servetkienė, 2013): they cover socio-demographic, psychological (external, i.e. social environment, social support; and internal: the individual's psychological characteristics), and lifestyle aspects.

Quality of life as an umbrella term has often been used interchangeably with many others, such as satisfaction with life, happiness, or lifestyle, while the differentiation of their use is a separate object of research (Starkauskienė, 2011; Servetkienė, 2012; Janušauskaitė, 2008). Quality of life is difficult to specify because of its complexity, therefore the identification of its evaluation criteria and indicators makes the concept clearer and more specific. In this sense, the development of the life quality evaluation models is very relevant, however, not so simple due to the complexity of the phenomenon. In many cases, life quality evaluation models are oriented towards economic and macro-level parameters. Life quality index calculation is very popular in the evaluation of the quality of life. Based on the meta-analysis of scientific literature sources, we can presently count about two dozen of them (Starkauskienė, 2011; Servetkienė, 2012; Janušauskaitė, 2008; Rakauskienė, Servetkienė, 2015). One of the important tasks of evaluation models is to find priority criteria, especially in cases where the phenomenon is characterized by a high complexity of criteria. In 2008, at the initiative of the European Commission, a second quality of life survey (macro-level) was conducted in 31 countries. It was found out that “in all the countries, family played a key role as a source of satisfaction with everyday life; people are generally more satisfied with family and personal life than with essential public services” (quoted in Dumbliauskienė, Jarmalavičienė, 2012, p. 6).

Actualisation of the educational dimension of family. Family is the most important institution in the development of child's personality and health. However, according to Garmienė (2007, p. 8), “we still have very little to say about how the family's psychological and social factors relate to the child's lifestyle and health.” The World Health Organization Strategy “*Health-for-All Policy for the 21st century*” actualized the issue through setting a task of taking care of a healthy start to life (WHO, 1999). Changes in modern society pose many new challenges and require increasingly greater family support in various issues, including health (Vaitkevičius, 1995; Juodaitytė,

2000; Navaitis, 1999; Miskinis, 2006; Stankūnienė et al., 1999; Lazutka et al., 1999; Lazutka et al., 1999; Leonavičius 2003; Miškinis, 2003, 2006; Leliūgienė, 2002).

Scientific literature does not specify the research that would consider the educational dimension of family when discussing the health-related quality of child's life. An educational impact of the family on the child's health is usually analyzed through the modeling of parental behaviour and the identification of the style of upbringing and the type of socialisation. Perhaps most of the research was related to the influence of parenting style on the child's health-related risk behaviour, such as smoking, alcohol consumption, sexual behaviour, nutrition, and physical activity (DeVore et al, 2005; Benard, 2006; Arredondo et al., 2006; Garmiene, 2007; O'Connor, Scott, 2007; Gubbels et al, 2009). The educational impact of the family can be actualized on the basis of socialization, when the child's health promotion is carried out as a process of social development. Through the structural dimensions of interrelationship of the processes of upbringing and socialisation, positive environmental impacts on children can be enhanced and social networks with people can be optimized (Juodaitytė, 2002, p. 228). However, there is a lack of links between the educational impact mechanisms and the quality of life.

In the research into the quality of life which recognizes the importance of the family dimension, more attention should be paid to the different cardinal family changes, such as detraditionalization, democratization, and individualization, and their influence on children's upbringing - active fatherhood and involved fatherhood are based on the expression of gender power relations and the constructive nature of the childhood conception (Chambers, 2012; Juozeliūnienė, 2012). The analysis of the family as a system should not be based on static, functional assumptions of the cultural system which provide for the integration of the cultural system through the direct influence of socio-cultural forces on the actors and their motivation to meet the normative needs of the social system. From the point of view of sociologists, "with the intensification of social transformations and the growing complexity of the systems themselves and their interdependence, the qualitative aspects are brought to the foreground, i.e. the establishment of qualitative parameters and changes: disclosure of the functioning of the structure of the process itself and the outlining of its principal contours, which is often named "qualitative transformation" (Grigas, 2001, p. 92). The above-mentioned family change challenges are best methodologically justified by Giddens' structuration theory. The structuration theory focuses on the procedure of the formation of social interaction between people, primarily through subjective structures of experience. From Grigas' viewpoint (2001), the main characteristic of such structures is tension fields, the identification of which helps to understand complex social phenomena. The significance of experience in education is best conceptually analyzed in the works of J. Dewey ([1916] 2014) on educational philosophy (Kaire, 2013). From Dewey's (2014) point of view, it is very important to justify education by categories that help

to discourage direct regulation and the impact mechanism-based interpretation. One of such categories, according to Dewey, is *concern*, which in the general sense should be understood as “concernment” or “interest” (ibid, p. 84) and which creates dynamic, flexible, and constantly adapting to change situations. The KIDSCREEN questionnaire presented in the dissertation enables the analysis of evaluation of the quality of life as a field of dynamic tension between children and parents, revealing the factors shaping the differences and similarities between children and parents’ evaluations of the health-related quality of life. This approach coincides with the new trends in the research into quality of life that emphasize the importance of harmonising the children and parents’ evaluations of the health-related quality of life (Rajmil et al., 2013; Qadeer, Ferro, 2018).

Identification of the research field: from health promotion toward the quality of life. The demand for research into the quality of life is evident, however, foreign researchers mainly deal with the issues of health promotion factors optimization (Jago, 2010; Pikó, Hamvai, 2009; Clark et al., 2007; Garckia, 2007; Johannsen et al., 2006; Repetti et al., 2002), physical activity (Soyang et al., 2016; Erkelenz et al., 2014; Pedišić et al., 2014; Piko, Crucifix, 2006; Pastor et al., 2003), and risk behavior (Page et al., 2010; Borawski et al., 2003; DiClemente et al., 2001). Quality of life is more often associated with the opportunities for improving the provision of social and health services (Schalock, Alonso, 2002) than with the process of education. Most studies only partially touch upon the family as a system. The research then focuses on the role of the family in the management of risk factors, such as: physical activity (Coleman, Iso-Ahola, 1993; Jago, 2010; Page et al., 2010; Tandon et al., 2012; Spengler et al., 2013; al, 2014; Erkelenz, 2014; Soyang Kwon, 2016), healthy nutrition (Cullen et al., 2001; Johannsen et al., 2006; Clark et al., 2007; Kilani, Al-Qaryouti, 2017); and alcohol consumption (Gudžinskienė, Gedminienė, 2011). However, the said research touches upon the quality of life issues only in a fragmentary way.

The works of Lithuanian scientists is dominated by research in the subjective attitudes of pupils, students, and teachers and their views on healthy lifestyle (Žaltauskė, 2017; Gudžinskienė, Česnavičienė, 2013; Norkus, 2012; Lamanauskas, Armonienė, 2011; Mejerienė, Kardalienė, 2011; Garmienė, 2007; Grinienė, 2007; Liaudanskas et al., 2007). Individual components of healthy lifestyle have also been widely analyzed: physical activity (Gudžinskienė et al., 2012; Strazdienė et al., 2012; Valintėlienė et al., 2012; Stukas et al., 2012; Adaškevičienė, 2014) and healthy nutrition habits (Strazdienė, 2014; Jelagaitė, 2002). The aim of the research is to disclose the role of teacher in shaping children’s healthy life attitudes and skills (Petrauskienė, Ustilaitė, 2012; Gudžinskienė, Česnavičienė, 2002, 2013, 2013a; Petrauskienė, 2008; Proškovienė et al., 2000).

Over the last few decades, the greater part of the research has focused on health promotion, with a particular focus on the management of risk factors and the shaping

of lifestyles. The research into the quality of life, unlike the research in health promotion, emphasizes not only the disease or its absence, but also one's own health evaluation. Adams, Bezner and Steinhardt (1997) accentuate that, in order to predict the onset or the course of the disease, it is important to evaluate not only the standard risk factors, such as physical symptoms or health-damaging behavior, but also the subjective evaluation of the individual. It can provide a lot of valuable information about the health risk, especially when it is not yet possible to detect physical signs of the onset of the disease (cf. Kaliatkaitė, Bulotaitė, 2014, p. 11–12).

Conceptualization of the research problem from the educational point of view. In the context of critical changes in educational paradigms taking place under the influence of postmodernism, it is important to look for concepts that would help to meet the contemporary educational challenges (Bruzgelevičienė, 2014). There has been a lot of criticism on the impact paradigm in highlighting the importance of raising human awareness. The existing health promotion research contains a strong impact paradigm, when health education is oriented towards the development of health-favourable behavior (Glanz et al., 2008) and of healthy lifestyle (Norkus, 2012) or the management of health risk factors (Kalėdienė, Petrauskienė, Rimppela, 1999). From the point of view of the contemporary paradigm of education, according to Aramavičiūtė (1998), the main focus in defining education should be on the process of becoming a personality, which is characterized by such dimensions as meeting, interaction, and the discovery of meaning (quoted in Bruzgelevičienė, 2014). Such an approach to education, according to Vabalas-Gudaitis (1983), is a conception of social constructive interaction which describes the aspirations of the maturing and the mature to draw together and to join up.

However, in this context, a problem emerges of the relationship between educational goals and actions, which is often expected to be solved by excessive search for the elements of external motivation. In some cases, “the only way out of this didactic deadlock is the subjective attitude of educational methodology” (Baranova, Degėsys, 2014, 313). According to this provision, education is structured “by enabling one to perceive oneself (one's relationship with oneself – hence through the development of self-awareness, self-knowledge, and self-creation), to perceive others (through the perception of one's own relationship with others and the attribution of the concept of subjectivity to other members of society), and the possibility to comprehend the type of one's own relationship with others (through the perception of one's own relationship with others). In the didactic sense, this provision implies the need to emphasize the freedom of will of every human being and their personal responsibility for the totality of the goals set and the measures chosen (ibid). The quality of life helps an individual to specify the field of interaction with the environment through becoming aware of the value-based aspects of one's own provisions and thus becoming responsible for one's own decisions.

An individual's awareness-raising strategies have been attracting increasingly greater attention of researchers. Among awareness-raising strategies, critical thinking, reflection, and dialogue have often been mentioned (Ruškė, 2014; Kolbergytė, Indrašienė, 2012; Duoblienė, 2006). Awareness is associated with an individual's "knowledge of reality, the ability to observe, to get to know, to understand, to responsibly analyze oneself and the surrounding environment, one's own beliefs and values, and the meanings and justification of behavior" (Kolbergytė, Indrašienė, 2012, p. 422). However, no less important is *social awareness* which allows us to look at the situation from the standpoint of other people and to empathize with other people's feelings; to perceive and evaluate individual and group similarities and differences; and to make good use of the family, school, and community resources (Valantinas, 2009). In this sense, social awareness interacts closely with the quality of life of an individual. Previously, the research into evaluation of the quality of life was predominated by nominative evaluation, expressed from an individual's subjective point of view. In this dissertation, a new trend of research is being developed, when the evaluation of the quality of life is aimed at the harmony between the different viewpoints of parents and children which creates preconditions for a dialogue in the evaluation of the quality of life. Dialogue is the foundation of social education, because, according to Duoblienė (2006), it creates a social relationship based on trust and recognition of each other's value. Undoubtedly, the family is the ideal space to seek the harmony of different opinions in order to empower awareness for a strengthening, educational dialogue.

Through summing up the methodological arguments, **the problematic issues** of the dissertation can be formulated:

What is the expression of the educational dimension of the family in the context of evaluation of the children's health-related quality of life? How do children evaluate their own health-related quality of life and how is this self-evaluation predetermined by socio-demographic aspects? What links between this self-evaluation and sociodemographic aspects have been identified? How is children's health-related quality of life evaluated by parents and how is their evaluation predetermined by socio-demographic aspects? What are the links between this evaluation and sociodemographic aspects? What factors reflect the harmony of the children's evaluation of their health-related quality of life and the parents' evaluation of their children's health-related quality of life?

Research object: the educational dimension of the family in the evaluation of children's health-related quality of life.

Aim of the research: to conceptualise the expression of the educational dimension of family in the context of parent evaluation and children self-evaluation of the health-related quality of life.

To achieve the set aim, the following **research objectives** have been formulated:

1. To theoretically justify the concept of children's health-related quality of life and to disclose its complexity.
2. To conceptualise the educational dimension of the family in the evaluation of children's health-related quality of life.
3. To systemically disclose the factors predetermining parent and children's subjective evaluation of the health-related quality of life.
4. To operationalize the educational dimension of the family in the evaluation of the children's health-related quality of life.

Scientific significance. The dissertation contributes to the cognition of the object of the science of educology in several aspects:

The significance of the concept of children's health-related quality of life, little studied in the scientific literature of education until now, has been disclosed.

The educational potential of the family in terms of children's health-related quality of life has been conceptualized.

The analysis of the harmony of children's evaluation of their health-related quality of life and parents' evaluation of their children's health-related quality of life as well as their links with socio-demographic aspects have been presented.

KIDSCREEN 52 questionnaire has been validated and adjusted to the Lithuanian context.

Practical significance. The practical significance of the dissertation is relevant to both the strategists of the education and health systems, to researchers, professionals working with families, and families themselves:

- To the strategists of the education and health systems, the part of the literature review will be relevant which highlights the importance of the family dimension for the child's health-related quality of life, as well as the confirming empirical research findings. That enables the inclusion and actualisation of the family dimension in the education and health system documents.
- To researchers, the dissertation is relevant to the extent to which the monitoring of the health-related children's quality of life can be expanded, the development of children's health promotion in the context of the health-related quality of life can be investigated, and attention to multi-dimensional character of the quality of life can be emphasised in the training of teachers and public health and other professionals.
- Professionals working with families will be enabled to actualize their holistic approach to children's health and help families shape the children's health-related quality of life.
- The interdisciplinarity of the dissertation (integrating the sciences of public health, educology, sociology, and psychology) can enhance cross-sectoral co-

operation by promoting children's health-related quality of life and shaping a child-friendly environment.

The structure of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, the chapters of the literature review, the research methodology, the summary of the research findings, the discussion, conclusions, recommendations, the list of references, and appendices. The dissertation contains 24 tables and 13 figures. 274 sources have been used for the dissertation.

Chapter 1. Literature review. The chapter of the literature review is subdivided into three subchapters. *Subchapter 1* conceptualises health-related quality of life and emphasises the concept of health as a complex phenomenon (PSO, 1948; Kalėdienė et al. 1999; Staškutė, 2014) through highlighting the factors most responsible for health (Mačinskas, Valius, 2000; Dadelo, 2015) and the harmony of the said factors (Mikaitienė, Volberkienė, 1997; Mačinskas, Valius, 2000). An interdisciplinary approach reveals different health models reflecting different characteristics of health (Pardeck et al., 2001; Leonavičius et al, 2003, 2007) and the goals of health promotion achieved due to the choice of different models. A model of wellbeing (Bartels, 2015) is presented, with emphasis placed not on diseases or their absence but rather on positive functioning and conscious health promotion (Kaliatkaitė, Bulotaitė, 2014). Wellbeing is sometimes identified with the quality of life, therefore attention is paid to the presentation of the quality of life as a research area (Janušauskaitė, 2008) and the conceptualisation of its notion (Rakauskienė, Servetkienė, 2011; Savičiūtė, 2013; Servetkienė, 2013). Different concepts of the quality of life are related by the fact that the quality of life always implies two of its aspects: the objective (Boelhouwer, Noll, 1987; Ventegodt, 1994, 1995, 1997, 2002, 2003, 2005; Contanza et al., 2007; Vazonienė, 2010) and the subjective (Ventegodt, Merrick, Andersen, 2003; Ventegodt, 2005, 2007; Contenza et al, 2007; Ravens-Sieberer et al, 2009; Vazonienė, 2010) quality of life. The field of research in the quality of life has been analysed and presented (Ferrans, Powers, 1984; Milaševičiūtė, Pukelienė, Vilkas, 2006; Janušauskaitė, 2008; Vaišvilaitė, 2009; quoted in Servetkienė, 2012; Rakauskienė, Servetkienė, 2011; Valiulienė, 2017). As evidenced by the analysis of questionnaires used for the research in the quality of life, they consist of different numbers of dimensions (WHOQOL Group, 1995; Felce, 1997; Lasly, Cummins, 1997; Schalock, 2000; Hagerly et al., 2001; Keith, 2001; Kidscreen Europe, 2006), however, all of them contain the following dimensions: physical wellbeing, emotional wellbeing, social wellbeing, productivity (at work or at school), interpersonal relationships (friends, family), security/social acceptance, and independence. With the aim of better identification and presentation of the health-related factors that affect the general quality of life, the term *health-related quality of life* shall be used, even if there is no scientific consensus on

it (European Medicines Agency, 2006; Pettersen, 2008; Staškutė, 2009; Servetkienė, 2013). However, supporters of a holistic approach emphasise that the term is oriented not only toward the symptoms of a disease, but also towards individual aspects (Juczynski, 2006), including socio-demographic, psychological, lifestyle, and biomedical ones (Nilsson, 2012).

The subchapter also actualises the role of an individual in health promotion. Research data provide insights into the links between personality traits and health (Cloninger ir Zorah, 2011). However, interpretation of individual personaly traits does not suffice, therefore the role of an individual in the health promotion context is enhanced through the presentation of health promotion models affected by individual activities: Health Belief Model (Hochbaum, 1958; Rosenstock, 1960, 1966, 1974), Extended Parallel Process Model (EPPM), Theory of Reasoned Action (TRA) (Fishbein, 1967; Fishbein, Ajzen, 1975; Montaña, Kasprzyk, 2008; Bulotaitė, Vičaitė, 2016), Theory of Planned Behaviour (Montaña, Kasprzyk, 2008; Ajzen, 2011), Cognitive-Behaviour Therapy (CBT) (Lau, Hartman, 1986; Smith, Wallston, 1992), the Transtheoretical Model (TTM) or, in other words, the Stage of Change (SOC) (Green, Kreuter, 2005; Brewer, Rimer, 2008; Prochaska et al, 2008; Norkus, 2012). Since alongside personal factors environmental and social factors are important for the changes in individual behaviour, the Social Cognitive Theory (SCT), previously Social Learning Theory (McAlister et al., 2008; Norkus, 2012, p. 29), is presented.

Subchapter 2 of the literature review overviews the significance of the quality of life in the context of child health promotion. The review enables the presentation of different documents regulating various child's age periodisation. One consensus on the issue is that child is defined as an individual under 18. In an attempt to formulate a single concept of healthy child, scientists agreed that a healthy child is to possess both good physical and also mental, emotional, and social health (Adaškevičienė, 1999). The subchapter also deals with the similarities and differences in children health monitoring conducted both in Lithuania and abroad (Hunt, McEwen, 1980; Health for All Children programme; Florida federal children's health checking programme *Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment (EPSDT)*; Orders of the Republic of Lithuania Minister of Health regulating preventive health checks for children (No. V-383, 23 March 2015; No. V-1336, 26 November 2015). In this part of the literature review, we argue that not only objective, but also subjective child health evaluation is important (Rebok, 2001; Bradshaw et al., 2007). The research in the subject of specifical children's understanding of health is not abundant, however, they enable the identification of the concrete criteria/ indicators or their groups responsible for children's evaluation of their own health: the control locus (Shagena, Sandler, Perrin, 1988; Williams, Binnie, 2002; Myant, Williams, 2005; Kostmann, Nilsson, 2012), healthy lifestyle factors (Thorlindsson et al., 1990; Pastor, 2003; Piko, Keresztes, 2006; Krause, Lampert, 2015), and age (Bibace, Walsh, 1981; Irwin, Millstein, 1986;

Wellman, Gelman, 1992; Schmidt, Frohling, 2000; Rebok, Riley, 2001; Myant, Williams, 2005; Knighting, 2011; Kostmann, Nilsson, 2012). The analysis of tools in the research into children's quality of life reveals their diversity in terms of their intended use, the complexity of health determinants, the impact of disease or developmental disorder on the quality of life, and the way that social conditions can change the impact made on the quality of life by disease or developmental disorder (Gortmaker, 1985; Eiser, 1995; Juniper, Guyatt, 1996; Juniper, 1997, 1998; Collier, MacKinlay, Phillips, 2000; Varni, J. et al., 2001; Vaitkaitienė et al., 2003; Riley et al., 2004; Janse et al., 2005; The KIDSCREEN Group Europe, 2006; Laaksonen et al., 2008; Shrestha, Ghimire, 2012; Patel, Lai et al., 2017). The second sub-chapter of the literature review is also devoted to the role of environment in the development of children's health-related quality of life. Social environment means the social world around an individual, i.e. family, kindergarten, school, institution as well as social (material and spiritual) conditions of people's life, development, and activity (Leonavičius, 1993). The unique interaction of social environment factors is expressed in a lifestyle which is formed through communication with parents, relatives, friends, and others (Žaltauskė, 2017). The significant role of the social environment for an individual's health and quality of life inspires the importance of the concept of social health. Social health is related to our, as members of society, attitude towards ourselves and our ability to adapt to the society or a social group to which we belong; it is a kind of quality of an individual's relationship with the surrounding environment and people (WHO, 2012; Gudžinskienė, 2013). Social adaptability is a criterion of good social health (Gudžinskienė, 2013). Good social health is related to health care and health promoting behaviour. According to Bobrova (2012), a healthy lifestyle is seen as an increasingly important goal for health education and promotion. An individual must be able not only to adapt, but also to seek full socialisation whose mechanisms mainly manifest themselves through an individual lifestyle (Bobrova, 2012, p. 6). In the lifestyle perspective, attention is paid not to the learned social behavior but to its constant construction and reconstruction. Moreover, theories are presented that analyse an individual's relationship with the environment and the importance of these relationships for health (Glanz et al., 2008; Sallis, 2008; Žaltauskė, 2017). Despite of numerous theories that define the importance of the social environment for health, it should be remembered that society itself defines certain social psychological features of a healthy person: independent (autonomous), moral, self-determined, and responsible (Crossley, 2001, 2002). Possible resistance to predominant cultural norms (cultural resistance) is actualised and can be mitigated through openness to different experiences (rather than imposing statements prescribing how to behave in order to enjoy good health) or through organising dialogues and discussions where people reflect on their experience, motivation, and situations. The norms / definitions formed by society and "imposed" on an individual, instead of helping, may undermine the successful pro-

cess of health promotion and education (Crossley, 2001, 2002). To avoid resistance to health education, prevention programs are focused on critical thinking and the child's ability to perceive and recognize risk (Slovic, 1997; Gaskel et al., 1999; Joffe, 2002). It is important to keep in mind that the beginnings of people's critical thinking and specific experience significant for the formation of health-related quality of life are found in the family.

For this reason, the author moves on to *Subchapter 3 of the literature review* devoted to the actualisation of the educational dimension of the family. Family is not only the most important but also the smallest cell of the state, the only one and unique, with its advantages and disadvantages (Gudžinskienė, 2013). In postmodern society, the traditional concept of the family as an educational institution undergoes major changes (Giddens, 1989; Beck, 2003; Juozeliūnienė, 2012). From a traditional viewpoint, great attention is paid to the functions of the family and their implementation (Miškinis, 2003, 2006; Leliūgienė, 2003; Vaitkevičius, 1995; Juodaitytė, 2002, 2003; Čivilytė-Gylienė, 2006) (Fig. 10). The family that performs typical family functions ensuring the physical, mental, and spiritual wellbeing for all its members is considered to be a harmonious family (National Family Policy Conception, 2008). Proper performance of functions results in the successful functioning of the system (Valantiejus, 2007, p. 119). From the viewpoint of a contemporary family, distinct changes in the family structure greatly affect the implementation of the function of children education in the family (Miškinis, 2003, 2006), due to which a demand for the social support for family increases (Stankūnienė et al., 1999, 2003; Lazutka et al., 1999; Leonavičius 2003). As seen by educological researchers, alongside social support, educational support is also important: its consistent and functional system can only be achieved through reforming the school education and family education system so that it could successfully affect socialisation processes already at an early age (Juodaitytė, 2000). Parents are the first child health educators (Adaškevičienė, 2009, Garmienė, 2007), and their views on the healthy lifestyle understanding predetermine children's healthy lifestyle principles (Garckija, 2007). Children's understanding of the principles of a healthy lifestyle is formed through the communication with their parents and imitation of their behavior (Garckija, 2007). Other factors that are important for health education include the *environment formed* in the family and the *example set* by parents (Vaitkevičius, 2005). The major segment of scientific research focuses on the role of the family in shaping the child's physical health. The most significant factors of a healthy lifestyle have been identified: physical activity (Coleman, Iso-Ahola, 1993; Jago, 2010; Page et al., 2010; Tandon et al., 2012; Spengler et al., 2013; Pedišić et al., 2014; Erkelenz, 2014; Soyang Kwon, 2016), healthy nutrition (Cullen et al., 2001; Johannsen et al., 2006; Clark et al., 2007; Kilani, Al-Qaryouti, 2017), and no use of addictive substances (Gudžinskienė, 2011). When too little attention is paid by parents to the factors of healthy lifestyles of children, the latter's behaviour is likely to

be risky (DiClemente et al., 2001; Borawski et al., 2003). It is frequently not actualised, however, the role of the family in the formation of the child's mental health is no less significant. Here the focus is on parental conflicts (Repetti et al., 2002; Garckija, 2007) and on the creation of a safe emotional environment (Bajoriūnas, 2004).

Social and educational family factors are relevant both to the formation of the child's holistic health as well as to the evaluation of the child's health, i.e. how children evaluate their own health (Vilhjalmsson, 1994; Creed, Moore 2006; Sleskova et al., 2006 Picka, Hamvai, 2009). The development of effective strategies for the improvement of child's health-related quality of life requires a distinction between how children evaluate their own health and how their parents evaluate it (Theunissen et al., 1998; Eiser, Morse, 2001; Cremeens et al., 2006). This section also presents the educational dimension of the family in the evaluation of children's health-related quality of life in terms of structuring. In most cases, the family is analyzed as a system in order to answer the question of how people include repetitive and changing patterns of social interaction in their actions. In educology, the methodological basis of such analysis is usually the theory of child socialization (Mead, 1968; Giddens, 1989; Broom, 1992; Berhman, 1995; Vaitkevičius, 1995; Juodaitytė, 2000; Bitinas, 2006; Berns, 2009; Kvieskienė, 2007); social ecological theory (Berns, 2009), concepts of upbringing and parenting styles (Baudmir, 1960; Eisemann, 1988; DeVore et al., 2005; Arredondo, 2006; Gubbels, 2009; Garmienė, 2007; Milašauskienė, 2008; Žukauskiene, 2008; 2009; Markovskaja, 2000; Malinauskienė, 2010), and social cognition models (Bowlby, 1969; Bandura, 1977) which emphasize the importance of the system and function categories. Giddens' structuration theory has been introduced that emphasised the division between structure and system (Valantiejus, 2007) and drew attention to the procedure of formation of social interactions between people, primarily through the structures of experience. The approach of sociologist Grigas (2001) to social reality as fields of tension is presented. However, this is not a conflict, but rather a 'dynamic balance' (changing, however, not losing stability systems). Contemporary social tensions are characterised by subjectivity, therefore the analysis of tensions in areas such as the family is of particular importance. It is a 'qualitative structuration method' of social reality (Grigas, 2001, p. 153). Qualitative structuration brings forward the identification of qualitative parameters and qualitative changes (Grigas, 2001, p. 92).

As an analogy to the concept of social dynamic equilibrium in the science of education, concern as an educational category, actualised by Dewey in the early 20th century, is presented; in the general sense, it should be understood as 'concernment' or 'interest' (Dewey, 2014, p. 84). In a logical sense, Dewey proposes a "free inquiry" category for his philosophical approach to education which creates conditions to see education as a very flexible process (Glassman, Whaley, 2000). The dynamism of goals creates appropriate prerequisites for paying maximum attention to child's experience considered to be the basis of education.

Application of the provisions of the structuration theory is relevant to the studies of high complexity phenomena. The methodological justification of the quality of life evaluation remains a major challenge due to the complexity of this phenomenon (Sevetkiene, 2012; Rakauskienė et al., 2015). From the late 20th century, increasingly more attention in the research in quality of life has been paid to interdisciplinarity, and a wide variety of interdisciplinary models has been developed. Both the complexity of the quality of life as a phenomenon and the interest in child health promotion as well as the dynamism of health promotion goals form different views of children and parents on health promotion issues.

The success of the child health promotion process greatly depends on the parent and children's attitudes, their coinciding opinions on health promotion issues, mutual understanding of health as a value, identification of common goals, and the setting of goals and pursuing them together. Conflicts between parents and children are triggered by the generation gap-predetermined differences in opinions, attitudes, and values (Petrulytė, 2003, quoted in Garmienė, 2007). Different attitudes are predetermined by different mindsets of parents and children, different levels of development, and different experience (Steinberg, Cauffman, 1996; Riesch et al., 2000, 2003; Eiser, Morse, 2001; Cremeens et al., 2006; Jozefiak et al., 2008; Nugent, Kline et al., 2013). The analyzed research evidenced that parents' influence on the improvement of child's health-related quality of life and on the health promotion process is stronger when parents and children's views on health promotion coincide (Varni, Limbers, Burwinkle, 2007; Bhavika, Lillian, 2016).

Chapter Two. Research Methodology. The chapter dealing with the research methodology is divided into seven sub-chapters. The first one introduces the substantiation of the selection of the research instrument. The quality of life is a complex phenomenon, and an enquiry dedicated to the analysis of its factors is a complex process (Starkauskienė, 2011). However, these scientific studies lack theoretical conceptualisation (Lindström, 1992; Furmonavičius, 2001; Davis et al, 2006; Bitinas, 2006; Petty, 2008). Research in the health-related quality of life lays too great emphasis on the manifestation of disease symptoms (Davis et al., 2006), which results in an almost double number of designed specific questionnaires investigating the quality of life in the case of some kind of disease in comparison to generic ones (Davis et al., 2006). Therefore, in parallel, we seek to focus on the designing of individualised questionnaires on the quality of life; their main goal is to formulate questions in an individual-centred, but not a disease- or health-related, approach (Camfield, Ruta, 2007). Recently, much attention has been paid to the development of generic questionnaires which are characterised by a broad volume of indicators (emotional, physical, mental, relationship, family, etc., welfare). The meta-analysis conducted by Davis et al. (2006) demonstrates that the KIDSCREEN questionnaire is one of those encompassing the largest amount of health-focused indicators of the quality of life. In their aspect of application of research results, questionnaires on the quality of life are divided into three major groups (Staniūtė, 2007, p. 11): evaluative, discriminative, and predictive. The application of

questionnaires on the quality of life highly emphasises the sensitiveness of a questionnaire and the accuracy of measurement. The paucity of questionnaires on health-related quality of life in terms of differentiation of general population according to criteria and monitoring is strongly underlined. Such needs can be met by the KIDSCREEN questionnaire.

Rajmil et al. (2013) emphasise that a complicated situation occurs when dealing with investigations into children's health-related quality of life, since the majority of questionnaires are to be filled in by parents indicating their children's quality of life. The exceptional character of the KIDSCREEN questionnaire lies in the possibility to fill it in by both children and parents. Seeking complex assessment of children's health-focused quality of life and the possibility to perform this assessment not only by parents but also by children themselves, the KIDSCREEN 52 questionnaire has been chosen.

The second sub-chapter presents the general characteristics of this research instrument and the theoretical substantiation of the socio-demographic questions.

Overall structure of KIDSCREEN 52 (without the introductory part)

Socio-demographic part of the questionnaire designed for parents	Socio-demographic part of the questionnaire designed for children	General part of questionnaires designed for parents/ children	
<i>Socio-demographic parameters</i>	<i>Socio-demographic parameters</i>	<i>Dimensions of child's health-focused quality of life</i>	<i>Amount of measurement elements</i>
Education	Gender	Physical wellbeing	5
Type of work	Age	Psychological wellbeing	6
Income	How do they evaluate their health?	Moods and emotions	7
Marital status	Do they speak about health with their parents?	Self-perception	5
Child's health disorders		Independence	5
Frequency of health-focused conversations with a child		Relationships with parents and living in family	6
		Financial resources	3
		Social support and peers	6
		School environment	3
		Social acceptance (bullying)	3

In compliance with the KIDSCREEN Group Europe methods (The KIDSCREEN Group Europe, 2006), the third sub-chapter characterises each subdivision of the scale of child's health-related quality of life in detail, which is identical to the measurement unit, i.e. dimension, of child's health-related quality of life.

The fourth sub-chapter introduces the assurance procedures for the research instrument's validity and reliability (Rupšienė, Rutkienė, 2016): in compliance with the methods presented by the instrument designers, the translation and testing of the instrument have been carried out as well as the assessment of the inner compatibility of the instrument: the comparison of the instrument compatibility indicators with the instrument compatibility indicators of other KIDSCREEN 52 investigations has been completed.

The fifth sub-chapter is dedicated to the discussion of the data analysis methods, i.e. what kind of data analysis has been carried out, which method was applied, and what substantiation they received.

The sixth sub-chapter introduces the research sample. The research sample consisted of 8 to 18-year-old children of Lithuania (Čekanavičius, Murauskas, 2006). The children's age was selected in compliance with the recommendations provided by the group who designed the instrument KIDSCREEN, used in the dissertation research. It was aimed to have the representative research results (Čekanavičius, Murauskas, 2006; Dikčius V., 2006). Having chosen the margin of error not exceeding 3 per cent, the required volume of the sample was 1,838; however, due the fact that the surveyed population were pupils and a lower return was likely to be expected because of some pupils missing lessons for one or another reason, also due to the exclusion of pupils with disability or those taught individually at home from the survey, the decision was made to distribute more, i.e. 2,500, questionnaires. Aiming to form a representative sample of 8 to 18-year-old Lithuanian pupils, the cluster (group) sampling has been applied (Čekanavičius, Murauskas, 2006). Selection of schools for the dissertation research has been conducted by employing the SPSS software encompassing the random number generator. Based on the data provided by the Statistics Department, on 1 January 2015, there were 1,195 schools in Lithuania. 11 Lithuanian schools, which approximately constitute 1 per cent, have been selected for the investigation. The sampling targeted at all students of the selected schools to participate in the survey.

1,763 8 to 18-year-old children have been surveyed for the dissertation research. A very similar gender-based distribution of the respondents has been obtained, i.e. 51.14 per cent of girls and 48.86 per cent of boys took part.

Age-wise, the surveyed pupils distributed as follows: 8 to 10-year-olds accounted for 17.9 per cent; 11 to 14-year-olds, for 40.4 per cent; and 15 to 18-year-olds, for 41.6 per cent.

The ratio of 15 to 18-year-old pupils who participated in the research corresponded to the data on the ratio in these age groups in 2015 drawn by the Lithuanian Statistics

Department. Even though 87.57 per cent of the research participants stated they had no health disorders or long-term disability, 30.5 per cent of them assessed their health as excellent, 26.27 per cent stated they had very good health, 30.43 per cent declared they had good health, the rest assessed their health as satisfactory or poor (accordingly 7.92 per cent and 1.88 per cent). The question on whether they often had conversations with their parents on the subject of health was answered positively by 87.02 per cent, 12.98 per cent were not talking about health with their parents. 1,564 parents of 8 to 18-year-old children took part in the survey. 38.5 per cent of them had secondary education, slightly more than one fifth of them (21.2 per cent) had higher university education, 17.1 per cent were graduates of high schools, similar numbers had incomplete secondary and higher non-university education (accordingly 9.8 per cent and 9.3 per cent), and only 4.2 per cent of the respondents had primary education. The analysis of the marital status of the surveyed parents revealed that the majority of them, i.e. 72.7 per cent, were married or were not married but cohabited; almost one fifth (18.0 per cent) of the parents pointed out that they were divorced, 5.6 per cent were not married and did not cohabit, and 3.8 per cent were widows and widowers. After conducting the analysis of the frequency of conversations between parents and children on the subject of health, it was found out that two thirds (59.1 per cent) did that frequently, 38.1 per cent sometimes conversed, and only 2 per cent never talked with their children about health. Moreover, the parents were asked how their child would assess his/ her health. One fourth (25.7 per cent) emphasised they would assess their health as excellent, one fourth (25.0 per cent) supposed that their child would think that his/ her health was very good, 41.0 per cent of the parents thought their child would assess his/ her health as good, 7.9 per cent, as satisfactory, and only 0.9 per cent pointed out that their child would assess his/ her health as poor. 62.2 per cent of the parents stated that their child had a health disorder and were able to indicate the specific disorder, disease, or even several of them.

The second chapter ends with sub-chapter seven which presents the aspects of the survey organisation in detail.

Chapter Three. Research Findings. The research findings are discussed in three sub-chapters. The first sub-chapter presents the results of the empirical research demonstrating how children self-assess their health-related quality of life and how this self-assessment is linked to the socio-demographic aspects: gender, age, non-formal and subjective self-assessment of health, and conversations with parents about health.

Self-assessment of health-related quality of life depending on pupils' gender revealed that statistically significantly higher points were demonstrated by the boys rather than the girls in the following dimensions: physical wellbeing, psychological wellbeing, relationships with parents and living in family, financial resources, and social support and peers. Meanwhile, statistically significantly higher points were given by

the girls rather than the boys in the assessment of the following dimensions: mood and emotions as well as independence.

Direct statistically significant correlations have been found between the children's age and the following dimensions of self-assessed health-related quality of life: mood and emotions ($r=0.206$, $p=0.00$), financial resources ($r=0.152$, $p=0.00$), and social support and peers ($r=0.062$, $p=0.01$). These health-related quality of life dimensions are assessed in higher points by the elder children, whereas the younger children give higher points to: psychological wellbeing ($r=-0.182$, $p=0.00$), relationships with parents and living in family ($r=-0.126$, $p=0.00$), school environment ($r=-0.380$, $p=0.00$) and social acceptance (bullying) ($r=-0.176$, $p=0.00$) dimensions (see Table 12). No statistically significant correlation was found between the results of self-assessed dimensions of children's age and physical wellbeing as well as independence ($p>0.05$).

Statistically significant differences have been found between children's non-formal assessment of their health and self-assessment of their health-related quality of life dimensions: physical wellbeing, psychological wellbeing, independence, relationships with parents and living in family, social support and peers, and school environment. To sum up, all the children's health-related quality of life dimensions, whose self-assessment results statistically significantly differ depending on the case whether a child indicated he/ she had or did not have long-term disability, were given higher points by the children who indicated that they had no health disorders. Statistically significant differences were not found in the analysis of three dimensions of children's health-related quality of life (mood and emotions, financial resources, and social acceptance (bullying)) depending on non-formal assessment of own health.

Self-assessment of children's health-related quality of life and its correlation with subjective assessment of their own health was investigated. The dimensions of physical wellbeing, psychological wellbeing, independence, relationships with parents and living in family, financial resources, social support and peers, school environment, and social acceptance (bullying) were assessed with higher points by those children who assessed their health better. Statistically significant indirect correlation was found between subjective self-assessment of one's own health and the dimension of mood and emotions ($r=-0.004$, $p=0.000$). This dimension is given higher points in the self-assessment of those children who subjectively assess their health as poorer.

The results demonstrate a trend of the children who have conversations with parents about health giving higher self-assessment of their health-related quality of life dimensions: physical wellbeing, psychological wellbeing, independence, relationships with parents and living in family, financial resources, social support and peers, and school environment.

No statistically significant differences were found in the self-assessment of the dimensions of mood and emotions as well as social acceptance (bullying) as depending on conversations about one's own health with parents.

The second sub-chapter presents the findings demonstrating how parents assess the dimensions of their children's health-related quality of life and how this assessment correlates with the socio-demographical aspects: education, marital status, objective and subjective assessment of their child's health, and the frequency of conversations with their child about health.

When analysing the data, statistically significant correlations between the four dimensions of the children's health-related quality of life and the parents' education have been found. The findings demonstrate that the higher level of the parents' education, the higher assessment is given by the parents to the dimension of financial resources ($r=0.113$, $p=0.000$). The parents having lower level education give higher assessment points to the following dimensions: independence ($r=-0.146$, $p=0.000$), relationships with parents and living in family ($r=-0.055$, $p=0.031$), and social acceptance (bullying) ($r=-0.078$, $p=0.002$).

Statically significant differences were found in the assessment of the dimensions of physical wellbeing ($p=0.001$) and independence ($p=0.047$) depending on the marital status. The range means show that the assessment of the physical wellbeing dimension in terms of the range means of divorced parents (746.71) is higher than that of the parents belonging to other groups representing the marital status; thus, this group of parents assess the dimension of physical wellbeing higher. The results of the analysis of the independence dimension suggest that the mean range of married or living in cohabitation parents (787.68) is higher than that of those parents belonging to other marital status groups.

The analysis of differences in the assessment of the children's health-related quality of life depending on objective assessment of their own child's health indicated that the parents who stated that their children had long-term disability, illness, or health disorder assessed the following dimensions of the children's health-related quality of life higher: physical wellbeing, psychological wellbeing, independence, relationships with parents and living in family, financial resources, social support and peers, and school environment. The parents indicated that their child had no health disorders gave statistically significantly higher points to the following dimensions of children's health-related quality of life: moods and emotions and social acceptance (bullying).

Investigation into the correlation between the assessment of child's health-related quality of life and parents' opinion on the subjective assessment of health by their children revealed the following trend: the parents who believed that their children assessed their health as very good and excellent gave higher points to the following dimensions of children's health-related quality of life: mood and emotions as well as social acceptance (bullying). The better is the children's assessment of their own health as believed by the parents the lower points are given by the parents to these dimensions: physical wellbeing, psychological wellbeing, independence, relationships with parents and living in family, financial resources, social support and peers, and school environment.

The analysis of the correlation between the assessment of children's health-related quality of life and parents' conversations with their children about health reveals that the more often parents talk with their children about health, the more statistically significant higher assessment is given by parents to the dimensions of physical well-being, psychological wellbeing, independence, relationships with parents and living in family, financial resources, social support and peers, and school environment.

The more often parents talk to their child about health, the lower assessment points are given to the dimension of emotions.

DISCUSSION

The essence of the assessment of the quality of life consists of what allows identification and perception of coherence or differences of objective and subjective assessments. The assessment of objective and subjective factors becomes complex when we deal with children. For a long time, the data on the quality of child's life filled in by parents has been used in the assessment of child's quality of life. However, as the viewpoints towards child's needs and ability to assess own health and social functioning are changing in both education science (Juodaitytė, 2002, Bruzgelevičienė et al., 2014) and medicine (Myant, Williams, 2005; Kostmann, Nilsson, 2012), the child's self-assessment receives increasing attention. Therefore, recently, the instruments encompassing a broad spectrum of dimensions of the quality of life (emotional, physical, psychic, relationships, family, wellbeing) and integrate assessment of children and parents are becoming more popular (Rajmil et al., 2013; Qadeer, Ferro, 2018). The meta-analysis conducted by Davis et al. (2006) demonstrates that the KIDSCRE-EN questionnaire employed in this doctoral research is one those encompassing the largest amount of health-related indicators of the quality of life. Moreover, the assessment of these indicators is two-way, i.e. involving both children and parents.

In this context, it is important to note that, as the field of the integrated theory on the quality of life is developing, the importance of two-way assessment involving both children and parents is underlined. According to Ventegodt et al. (2005), perception of the health and quality of life much depends on person's awareness. If an individual accepts responsibility for the life, he/ she enhances health and helps himself/ herself (Ventegodt et al., 2005). This helps explain why a person, having fulfilled all his/ her needs, still can feel the lack of the meaning of life or happiness and on the contrary. The importance of development of awareness when solving the challenges of modern society are emphasised by investigators of education (Bruzgelevičienė et al., 2014; Duoblienė, 2006; Baranova, Degėsys, 2014; Kolbergytė, Indrašienė, 2012). Even though health is treated as one of major dimensions of the quality of life, its perception and awareness of it remain a challenge in the context of the quality of life.

The data of the doctoral research allows stating that health is a significant factor in the assessment of the quality of children's life in the following aspects.

The assessment of **the objective condition of child's health** and children's health-related quality of life demonstrated that those parents who indicated that their children **had long-term disability, illness or health disorder** **higher assessed the following health-related dimensions of children's quality of life**: physical wellbeing, psychological wellbeing, independence, family and living in family, financial resources, social support and peers, school environment. Those parents who indicated that their children **had no health disorders** **gave** statistically significantly **higher points to the dimensions of moods and emotions as well as social acceptance (bullying)**.

Subjective opinion of parents on how their children assessed their health is related to the assessment of health-related quality of life: in parents' mind, **the higher** the child assessed his/ her own health, the more significantly **higher** assessment of the dimensions of moods and emotions as well as social acceptance (bullying) is expressed, and, in parents' mind, **the better** the children assessed their health, **the lower** assessments were in these dimensions: physical wellbeing, psychological wellbeing, independence, relationships with parents and living in family, financial resources, social support and peers, school environment.

The instrument KIDSCREEN facilitates operationalization of the educational family dimension in the systematic and structural aspects. The attitude towards family as a system (Vaitkevičius, 1995; Leliūgienė, 2002; Bajoriūnas, 1994; 2004; Berns, 2007) helps revealing the social, economic, psychological factors and their inter-correlation which are significant to the functioning of a family. According to Parsons (1951), "the functioning of the system is the ability of many individual actors interacting with each other to adjust to the environmental needs, physical conditions of environment, situations where the needs are optimised in a transitional in a cultural sense system of structured, common symbols" (cited following Valantiejus, 2007, p. 119). The data of the doctoral research allows pointing out the following significant factors of the functioning of a family as a system impacting child's health-related quality of life.

The children statistically significantly **higher** than their parents assess the dimensions of physical and psychological wellbeing; whereas **the parents** statistically significantly **higher** assess the following dimensions of the children's quality of life: independence, relationships with parents and living in family, school environment, financial resources, social support and peers. The obtained results of the empirical research prove the findings of scientific research studies, too, having found out that parents tend to over-value the wellbeing of their children. Such phenomenon is observed among those children who experience positive emotions less. On the contrary, if a child experiences positive emotions, mood, he/ she tend to more agree with parents' answers (Theunissen et al., 1998, 387–397). The psycho-social assessment of children's health aspects usually coincides with the parents' assessment if the children

are elder. A similar tendency is observed with junior children in the aspect of their physical health. Grounding on scientific literature it can be stated that the matching of the answers is influenced by the child's age, assessment of specific health aspects and quality of their parents' life. Comparing with the emotional and social aspects, the parents assessed the aspects of child's physical health the most correctly. Moreover, the correspondence is higher if children have chronic diseases, whereas answers of healthy children and their parents usually differ. The research demonstrate that the parents whose children are ill tend to under-assess the quality of their children's lives; whereas parents of healthy children tend to over-assess the quality of life (Eiser, Morse, 2001). Scientists have it that parents project their feelings and emotions when assessing the functioning of their children (Cremeens et al., 2006, 58).

The analysis of the empirical doctoral research data reveals that the socio-demographic aspects of the children are significant in the self-assessment of children's health-related quality of life. Investigating the differences in the self-assessment of health-related quality of life depending on gender we observe that statistically significantly **higher points** were given **by boys rather than by girls** to the following dimensions: physical wellbeing, psychological wellbeing, relationships with parents and living in family, financial resources, social support and peers. Meanwhile statistically significantly **higher points** were given **by girls rather than by boys** in the assessment of the following dimensions: mood and emotions as well as independence. Even though scientific literature does not suggest substantiation for the assessment of correlations between the dimensions of children's gender and health-related quality of life, still the results of the doctoral research show significant correlation between assessment of the dimensions of gender and children's health-related quality of life. This can be a significant factor in formation of target strategies for improvement of the quality of children's life.

The correlation between children's age and health-related quality of life showed that **elder** children gave statistically significantly **higher points** to the dimensions of moods and emotions, financial resources, social support and peers; whereas **younger** ones emphasised the dimensions of psychological wellbeing, relationships with parents and living in family, school environment, social acceptance (bullying). This partially proves the data published by Piko and Keresztes stating that younger surveyed children assessed their health as better and had a better physical condition, lower level of depression, felt higher satisfaction with life (Piko, B. F., Keresztes, N., 2006).

Eiser, Morse (2001) disclosed the meaning of the child's health condition on the assessment of the quality of life. The same can be said about the results of the doctoral research, too: all dimensions of children's health-related quality of life whose self-assessment results statistically significantly differ depending on whether a child indicated having or not having long-term disability, illness or health disorder, **assessed with higher points those children who indicated that they had no health disorders**. This may be caused by several reasons: first of all, the children were not asked to substantiate

the assessment of their health with any medical documents; therefore, it is likely that the children did not indicate their health disorders because they did not pay attention to them or they over-assessed their health condition. Second, when one has not illness or other health disorders, the quality of life is assessed better. This is also proven by the correlation between subjective assessment of own health and self-assessment of children's health-related quality of life. The dimensions of physical wellbeing, psychological wellbeing, independence, relationships with parents and living in family, financial resources, social support and peers, school environment, social acceptance **are self-assessed with higher points by those children who subjectively assess their health better**. However, there is some confusion in it because the dimension of moods and emotions was **self-assessed higher by those children who subjectively assessed their health in lower points**. This means that even though I think that my health is poor, still "I feel good, my mood is good" (The KIDSCREEN Group Europe, 2006, p. 85).

There are several research studies revealing correlations between parents' education and different factors of a healthy lifestyle (Ferdinandir et al., 2012), stimuli in health enhancement (Vereecken et al., 2004) published. From this perspective, parents' education influences the formation of child's health-related quality of life. Nevertheless, there is lack of scientific research revealing the correlation between parents' education and assessment of the quality of child's life. The doctoral research suggests that there is a significant correlation between parents' education and assessment of some health-related dimensions of children's quality of life. It has been found out that **the higher is the parents' education level, the higher** points in assessment are given by parents to the dimension of financial resources. **The parents having lower level of education** give **higher** assessment points to the dimensions of independence, family and social acceptance (bullying).

Even though the empirical research revealed statistically significant differences in parents' education levels only in the assessment of two dimensions of the quality of life, however, scientific literature on the analysis of the family influence on child's health and wellbeing underlines the family status as an important factor. Various scientific studies show that the best indicators of health, advancement and wellbeing are attributed to those children who are raised by both biological parents living in family. These results reveal that the family structure strongly impacts child's physical and mental health and wellbeing (Širvinsienė, 2010; Waldfogel et al., 2010). Nevertheless, the doctoral research points out that the dimension of physical wellbeing is given **giver** assessment points by **unmarried** parents in comparison to other groups (according to the marital status) of the parents, and the dimension of independence is given **higher** points by **married or cohabiting** but not married couples of parents in comparison to other groups of the parents.

However, the systematic approach does not allow us understanding the reality of social interactions whose significance is actualised (Juodaitytė, 2003); still there is lack

of complex research works in this area. The papers on education theory (Aramavičiūtės, 1998); Laužikas, 1993; Vabalas-Gudaitis, 1983; etc.) highlight the importance of interaction: “the interaction of education is the axis integrating all educational measures. In other words, if there is no interaction, any education measure is not efficient: in educator’s point of view, a significant pedagogical situation can be created, students can be linked with cultural treasures, valuable influence can be demonstrated, conditions for creation and self-expression can be provided, meanings can be suggested, valuables can be abundantly available, but a student may remain dissociated from educator’s endeavours if the power of interaction is not revealed. Education undergoes the influence only when interaction exists. Self-education is possible only when interaction exists.” (cited following Bruzgelevičienė, 2014, p. 77). Education based on socialisation can contribute to enhancement of the aspect of interaction: “Structural dimensions of correlations between educational and socialisation processes can be projected in compliance with an interpretational model of social conditions which helps understanding how to enhance positive impacts of the environment and also to regulate the “networks” of social relationships among people (Davis, 1984; cited following Juodaitytė, 2002, p. 228). The dimensions of education and socialisation are integrated by “the notion of the constructional interaction” proposed by Vabalas-Gudaitis (1983) (cited following Bruzgelevičienė, 2014, p. 77). Thus, the change of paradigms determined that a constantly increasing attention is focused on not how family members comply with structural qualities of larger social systems but how the qualitative shift in the structures proceeds (Grigas, 2001). According to a sociologist Giddens, the qualitative shift of the structures is inseparable from dualism, or specific fields of tension.

The doctoral research demonstrates that the educational dimension of a family provides preconditions for qualitative shifts which are characterised by the following research data.

The doctoral research emphasises the form of interaction which is relevant to the formation of child’s health-related quality of life – **conversations between children and parents about health**. The meaning of this interaction is demonstrated by the finding that statistically significantly both children and parents (who point out that they talk to their children) give higher points to the same dimensions of child’s health-related quality of life: physical wellbeing, psychological wellbeing, relationships with parents and living in family, independence, financial resources, social support and peers, school environment.

According to the means of assessment of the statements attributed to the dimensions of the quality of life, the families can be relatively divided into two groups: the first (61.9 per cent of all families who took part in the survey): the families where the children’s and parents’ assessment of the dimensions of children’s health-related quality of life does not coincide or both groups of the respondents have no opinion on the provided question; the second (38.1 per cent of all families who took part in

the survey): in these families, both parents and children give high assessment points to the statements of the sub-scales. In the families where the parents' and children's **assessment of the dimensions of the life quality does not coincide** (or they have no opinion), **the amount of complete families is smaller** (59.4 per cent) in comparison to those families where the opinions coincide (74.5 per cent); in this group of families, there is a **smaller part of those who often have conversations about health** (55.1 per cent) in comparison to those whose opinions do not coincide (63.2 per cent), and there is a **larger part of those who never talk about health** (correspondingly 7.5 per cent and 2.1 per cent). In those families where the assessment points given to the factors do not coincide, a **smaller part** of the parents emphasise that their child **has health disorders** (56.7 per cent) in comparison to those where the assessment of the factor coincides (74.5 per cent). Referring to the concern category, as expressed by Dewey (2014), probably the parents whose children have no health disorders see no point in discussing the health aspects with their children.

Aiming to form the health-related quality of children's health, it is necessary to pay attention to these dimensions of the quality of life where the assessment compared between parents and children does not coincide. **Lower** assessment points given to the physical wellbeing dimension by a larger part of the **parents** rather than of the children show that the parents suppose that their child is physical exhausted, physically unfit, has little energy more often than the children think so of themselves. **A larger part of the children** rather than parents give **lower** points to the dimension of independence – they suppose that are restricted, depressed, dependent; in the dimension of family – inside family they feel lonely, unnoticed, under-assessed, treat parents as unapproachable, unfair; in the dimension of financial resources – they have a sense of financial dissatisfaction, think that financial resources do not allow them live the way they would want to; in the dimension of social support and peers – a sense of rejection is characteristic, an individual feels like being unaccepted/ unsupported by peers, cannot trust peers; in the dimension of school environment – they dislike both school and teachers, negative feelings about school.

The results of the empirical doctoral research revealed importance of the assessment of both children's and their parents' dimensions of relationships with parents and living in family in the context of assessment of other dimensions of children's health-related quality of life. In the families where **both children and parents gave higher assessment points to the family dimension, both target groups allocated higher points to the following dimensions: physical wellbeing, psychological wellbeing, independence, financial resources, social support and peers, school environment. However, both children and parents in these families gave lower assessment points to the dimensions of moods and emotions as well as social acceptance (bullying)** in comparison to those families who gave lower points to the dimension of relationships with parents and living in family.

The families where **both children and parents allocated higher assessment points to the family dimensions** are mostly the parents representing **complete families, they often talk to their children about health** and they note that **a child has an illness, disability or other health disorder**.

CONCLUSIONS

- The conceptual correlations between health and quality of life revealed based on the analysis of scientific literature resulted in a qualitatively new explanation of the significance of social factors to health. The quality of life indicates correlations between an individual's social experience and their awareness. In other words, the resources of social environment which are important to health promotion are perceived not through the prism of a systematic impact of socio-cultural forces but rather through the structures of people's daily experiences. A new direction suggests that the assessment of the quality of life is modelled as a dialogue where the transformations of the meanings of people's experiences can be revealed. The discussions on the change in educational paradigms point out the importance of the awareness enhancement which would be substantiated by the comprehensive education. In this context, the family is assigned the key role.
- After carrying out the validation and empirical application of the chosen instrument KIDSCREEN 52 with a representative sample, we can state that this instrument can be successfully employed in the social and cultural context of Lithuania.
- Even though two thirds of the children did not indicate they had health disorders, only one third of them assessed their health as excellent and very good. This demonstrates that, in the children's assessment of health, both the absence of a disease or disability and also psychological and social factors are important. The health-related dimensions of the children's quality of life are assessed with higher points by those children who have no health disorders.
- Two thirds of the parents indicated that their children had health disorders. The parents who expressed average and lower assessment of the child's health paid more attention to the communication with the child on health issues. This shows that the prevailing attitude towards health shared in families is based on the manifestation of health risk factors. In such families, children accordingly expressed more satisfaction with family surrounding, the social environment at school, and relationships with peers.
- The dialogue between children and parents is the factor which determines the coherence of the assessment of the quality of life expressed by children and parents. The research findings show that those parents who have conversations

with their children about health give higher assessment points to all health-related dimensions of children's quality of life, which also were highly assessed by the children noting that they had conversations with parents about health.

- The essence of the educational dimension in family comprises the value of mutual understanding between children and parents, love, the sense of happiness, and honest behaviour in the family. The children who assessed mutual understanding, love, and honesty of behaviour in family with high points also highly assessed the constituent parts of physical and psychological wellbeing as well as mood and emotions as significant to the quality of life; whereas the parents highly assessed the financial dimension. This demonstrates that the assessment of the quality of life as expressed by children and parents includes a very important dimension of family education based on social awareness rising from the ability to view a situation from other people's viewpoint and empathise with other people, to perceive and assess their similarities and differences. When dealing with mutual understanding, love, and honesty of behaviour in family, the assessment expressed by children and parents are similar in the dimension of social acceptance (bullying); however, they differ in terms of the dimensions of physical and psychological wellbeing.

RECOMMENDATIONS

To strategists of the health and education systems:

- When preparing strategic documents on health and education, to foresee the measures intended for enhancement of child's health, formation of friendly environment in families.
- When preparing new programmes on health enhancement, to include the elements enhancing/ forming/ creating the quality of life in family.
- When preparing new legal acts, suggesting amendments to existing legal acts, to integrate creation of the environments where a choice of a healthy life becomes the easiest choice.

To scientists:

- To carry out the monitoring of enhancement of child's health in the context of the quality of life in family as well as to conduct scientific evaluation of it.
- While improving the education of public health specialists, social pedagogues, psychologists and other specialists working with children, to include theoretical and practical training on the models of communication between parents and children, promotion of collaboration and enhancement of the family role in forming child's health-related quality of life into under-graduate and post-graduate study programmes.

- To ensure systematic qualification development of specialists working with children in the areas of parent education and formation of parents' skills on children's health enhancement.
- To design programmes for education of parents. Likely implementers of the programmes: education institutions, institutions providing support to families, non-governmental organisations etc.

To local politicians and administrative staff of municipalities:

- When preparing programmes for education of parents, it is necessary to regard not only objective indicators of child's health but also how children perceive the problems related to their body, priorities and needs of their parents in the process of enhancement of child's health.
- Grounding on the completed research, it is recommended to include the following topics into the programmes for education of parents:
 - child's psycho-social and physical development;
 - significance of support and assistance to children's health and enhancement of health;
 - emotional relationships between parents and children;
 - significance of the styles of upbringing by parents to the enhancement of child's health and quality of life in family;
 - the concept of conscious parenting and quality of life in family;
 - formation of children's value orientations and development of critical thinking skills in the context of enhancement of health;
 - quality of communication between parents and children, conflicts and ways to solve them.

To specialists working with families:

- To form a holistic parents' attitude towards enhancement of child's health and its importance to the quality of life in family.
- To form an initiative group of parents in pre-school and comprehensive education institutions to share the good experience on enhancement of children's health.
- To organise jointly attended extra-curricular activities and leisure time developing parent's and children's healthy lifestyle.

To families:

- When enhancing children's health, to focus attention on not only physical well-being but also on the following factors: psychological wellbeing, mood and emotions, self-perception, independence, relationships with parents and living

in family, financial resources, social support and peers, school environment, social acceptance (bullying).

- To not forget about the importance of the time spent together by children and parents. To search for interactive, innovative, attractive to both sides forms for spending time.

Approval of the Research Findings

Publications on the theme of the doctoral dissertation:

- Grubliauskienė, J., Vaičekauskaitė, R. (2013). Paauglių sveikatos sampratos sąmoningumas pasipriešinimo sveikatos ugdymui kontekste [Awareness of the Concept of Adolescents' Health in the Context of Resistance against Health Education]. *Visuomenės sveikata* [Public Health], 2013 priedas Nr. 1.
- Grubliauskienė, J., Vaičekauskaitė, R. (2016). Children's Point of View to Health Related Social Factors // *Social Welfare: An Interdisciplinary Approach*. Šiauliai. ISSN 2029-7424. eISSN 2424-3876. 2016, vol. 6 (1), p. 30–39. DOI: 10.21277/sw.v1i6.247. [Emerging Sources Citation Index (Web of Science); SocINDEX with Full Text]

The ideas of the doctoral dissertation approved through presentations given at local, regional, or international scientific and practical conferences:

- 6 April 2018, the conference dedicated to headmasters of comprehensive education institutions of Klaipėda City “Vaikų ir mokinių sveikatos pokyčiai” [Changes in Children's and Pupils' Health], presentation “Visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų pokyčiai per pastarąjį dešimtmetį” [Changes in Public Health Care Services over the Latter Decade].
- 5 April 2018, the conference dedicated to headmasters of pre-school education institutions and public health care specialists of Klaipėda City “Vaikų sveikatos pokyčiai” [Changes in Children's Health], presentation: “Visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų integravimas ikimokyklinio ugdymo įstaigose” [Integration of Public Health Care Services into Pre-school Education Institutions].
- 10 October 2014, the conference organised by the Association of Lithuanian Public Health Offices, presentation: “Visuomenės sveikatos priežiūra: aktualijos, problemos, sprendimo galimybės” [Public Health Care: Topicalities, Problems, and Solution Possibilities].
- October 2014, annual conference of the joint doctoral studies in Education, presentation: “Modelling of Educational Environment for the Promotion of Children's Health-Related Quality of Life”.
- 22 March 2013, Klaipėda University, international scientific-practical conference “Į sveiką gyvenseną ir skaidrią būtį Vydūno keliu. Psichoemocinė sveikata. Streso valdymas” [Towards Healthy Lifestyle and Transparent Existence along Vydūnas's Road. Psycho-Emotional Health. Coping with Stress], presentation: “Paauglių sveikatos sampratos sąmoningumas pasipriešinimo sveikatos ugdymui kontekste” [Awareness of the Concept of Adolescents' Health in the Context of Resistance

against Health Education]. Co-author of the presentation: Assoc. prof. dr. Rita Vaičekauskaitė.

Scientific doctoral internship at the Distance Learning University of Applied Sciences Ferdinand Porsche, Vienna (Austria).

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Name, surname: Jūratė Grubliauskienė
E-mail: grubliauskienė.jurate@gmail.com

Educational background:

1996–2000 Studies at Kaunas University of Medicine (Bachelor's degree in Public Health)
2000–2002 Studies at Kaunas University of Medicine (Master's degree in Public Health, specialism of Health Education)
2012–2016 Doctoral studies at Klaipėda University in the framework of the joint doctoral study programme in the field of Education, implemented with the University of Aveiro (Portugal), Mykolas Romeris University, Vilnius University, and Vytautas Magnus University.

Professional activities:

2002–2003 Klaipėda City Public Health Centre. Head of the Health Education Department.
2003–2008 Klaipėda City Municipality Administration. Deputy Head of the Health Protection Department.
2008–to present Klaipėda City Public Health Office. Director.
Since 2003 Klaipėda University. Assistant, lecturer.
Scientific interests: Health promotion, teaching; theories and models of changes in health behaviour; health promotion in family; development of projects on health education.

Priedai

Klausimyno kodas _____



KIDSCREEN

KIDSCREEN-52

Su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės klausimynas

Vaikų ir paauglių versija
(nuo 8 iki 18 metų)

Labas,

Kaip Tau sekasi? Kaip Tu jautiesi? Štai apie ką mes norime su Tavimi pasikalbėti.

Atidžiai perskaityk kiekvieną klausimą. Pasirink tą atsakymo laukelį, kuris geriausiai atitiks tavo atsakymą, ir pažymėk jį kryželiu ⊗.

Tai nėra testas, todėl neteisingų atsakymų čia nėra. Labai svarbu, kad atsakytum į visus klausimus ir aiškiai pažymėtum vieną atsakymo variantą. Pasirinkdamas atsakymą, galvok apie praėjusią savaitę.

Gali būti ramus, nes niekas iš tavo pažįstamų tavo atsakymų nematys.

I. Demografiniai duomenys

1.1. Tu esi: ☐ 1.1.1. Mergaitė ☐ 1.1.2. Berniukas	1.2. Kiek tau metų? _____ metai (-ų)
1.3. Ar turi kokią ilgalaikę negalią, ligą ar sveikatos sutrikimą? ☐ 1.3.1. Ne ☐ 1.3.2. Taip	
1.4. Ar kalbiesi su savo tėvais apie savo sveikatą? ☐ 1.4.1. Taip ☐ 1.4.2. Ne	

II. Fizinis aktyvumas ir sveikata

Mąstant apie praėjusią savaitę...					
2.1. Kaip manai, kokia yra tavo sveikata? ☐ 2.1.1. Puiki ☐ 2.1.2. Labai gera ☐ 2.1.3. Gera ☐ 2.1.4. Patenkinama ☐ 2.1.5. Bloga					
	visai ne 2.2.1.	šiek tiek 2.2.2.	vidutiniškai 2.2.3.	labai 2.2.4.	ypač 2.2.5.
2.2. Ar jautiesi fiziškai stiprus (-i) ir sveikas (-a)?	☐	☐	☐	☐	☐
	2.3.1.	2.3.2.	2.3.3.	2.3.4.	2.3.5.
2.3. Ar buvai fiziškai aktyvus (-i) (pvz., bėgiojai, laipiojai, važinėjai dviračiu)?	☐	☐	☐	☐	☐
	2.4.1.	2.4.2.	2.4.3.	2.4.4.	2.4.5.
2.4. Ar galėjai gerai bėgioti?	☐	☐	☐	☐	☐
	2.5.1.	2.5.2.	2.5.3.	2.5.4.	2.5.5.
2.5. Ar jautiesi energingas?	☐	☐	☐	☐	☐

III. Jausmai

Mąstant apie praėjusią savaitę...					
	visai ne	šiek tiek	vidutiniškai	labai	ypač
3.1. Ar tau gyventi buvo malonu?	3.1.1. ☐	3.1.2. ☐	3.1.3. ☐	3.1.4. ☐	3.1.5. ☐
3.2. Ar jauteisi laimingas (-a), kad esi gyvas (-a)?	3.2.1. ☐	3.2.2. ☐	3.2.3. ☐	3.2.4. ☐	3.2.5. ☐
3.3. Ar jauteisi patenkintas (-a) savo gyvenimu?	3.3.1. ☐	3.3.2. ☐	3.3.3. ☐	3.3.4. ☐	3.3.5. ☐
3.4. Ar buvai geros nuotaikos?	3.4.1. ☐	3.4.2. ☐	3.4.3. ☐	3.4.4. ☐	3.4.5. ☐
3.5. Ar jauteisi linksmas (-a)?	3.5.1. ☐	3.5.2. ☐	3.5.3. ☐	3.5.4. ☐	3.5.5. ☐
3.6. Ar linksminaisi?	3.6.1. ☐	3.6.2. ☐	3.6.3. ☐	3.6.4. ☐	3.6.5. ☐

IV. Bendra nuotaika

Mąstant apie praėjusią savaitę...					
	niekada	retai	gana dažnai	labai dažnai	visada
4.1. Ar jauteisi tarytum viską darai blogai?	4.1.1. ☐	4.1.2. ☐	4.1.3. ☐	4.1.4. ☐	4.1.5. ☐
4.2. Ar jauteisi liūdnas (-a)?	4.2.1. ☐	4.2.2. ☐	4.2.3. ☐	4.2.4. ☐	4.2.5. ☐
4.3. Ar jauteisi taip blogai, kad nenorėjai nieko daryti?	4.3.1. ☐	4.3.2. ☐	4.3.3. ☐	4.3.4. ☐	4.3.5. ☐
4.4. Ar jauteisi taip, tarytum viskas gyvenime nesiseka?	4.4.1. ☐	4.4.2. ☐	4.4.3. ☐	4.4.4. ☐	4.4.5. ☐
4.5. Ar jauteisi taip, tarytum viskas įgriso?	4.5.1. ☐	4.5.2. ☐	4.5.3. ☐	4.5.4. ☐	4.5.5. ☐
4.6. Ar jauteisi vienišas (-a)?	4.6.1. ☐	4.6.2. ☐	4.6.3. ☐	4.6.4. ☐	4.6.5. ☐
4.7. Ar jautei spaudimą?	4.7.1. ☐	4.7.2. ☐	4.7.3. ☐	4.7.4. ☐	4.7.5. ☐

V. Apie save

Mąstant apie praėjusią savaitę...	niekada	retai	gana dažnai	labai dažnai	visada
5.1. Ar jauteisi patenkintas (-a), būdamas (-a) toks (-ia), koks (-ia) esi?	5.1.1. ☐	5.1.2. ☐	5.1.3. ☐	5.1.4. ☐	5.1.5. ☐
5.2. Ar jauteisi patenkintas (-a) savo drabužiais?	5.2.1. ☐	5.2.2. ☐	5.2.3. ☐	5.2.4. ☐	5.2.5. ☐
5.3. Ar buvai susirūpinęs (-usi) dėl to, kaip atrodo?	5.3.1. ☐	5.3.2. ☐	5.3.3. ☐	5.3.4. ☐	5.3.5. ☐
5.4. Ar pavydėjai dėl to, kaip atrodo kiti berniukai ir mergaitės?	5.4.1. ☐	5.4.2. ☐	5.4.3. ☐	5.4.4. ☐	5.4.5. ☐
5.5. Ar norėtum savo kūne ką nors pakeisti?	5.5.1. ☐	5.5.2. ☐	5.5.3. ☐	5.5.4. ☐	5.5.5. ☐

VI. Laisvalaikis

Mąstant apie praėjusią savaitę...	niekada	retai	gana dažnai	labai dažnai	visada
6.1. Ar turėjai pakankamai laiko sau?	6.1.1. ☐	6.1.2. ☐	6.1.3. ☐	6.1.4. ☐	6.1.5. ☐
6.2. Ar laisvalaikiu galėjai daryti tai, ką pats (-i) nori daryti?	6.2.1. ☐	6.2.2. ☐	6.2.3. ☐	6.2.4. ☐	6.2.5. ☐
6.3. Ar turėjai pakankamai galimybių būti lauke?	6.3.1. ☐	6.3.2. ☐	6.3.3. ☐	6.3.4. ☐	6.3.5. ☐
6.4. Ar turėjai pakankamai laiko susitikti su draugais?	6.4.1. ☐	6.4.2. ☐	6.4.3. ☐	6.4.4. ☐	6.4.5. ☐
6.5. Ar galėjai pasirinkti, ką veikti savo laisvalaikiu?	6.5.1. ☐	6.5.2. ☐	6.5.3. ☐	6.5.4. ☐	6.5.5. ☐

VII. Šeima ir gyvenimas šeimoje

Mąstant apie praėjusią savaitę...	visai ne	šiek tiek	vidutiniškai	labai	ypač
7.1. Ar tavo mama, tėtis (tėvai) tave suprato?	7.1.1. ☐	7.1.2. ☐	7.1.3. ☐	7.1.4. ☐	7.1.5. ☐
7.2. Ar jauteisi mylimas mamos, tėčio (tėvų)?	7.2.1. ☐	7.2.2. ☐	7.2.3. ☐	7.2.4. ☐	7.2.5. ☐

Priedai

7.3. Ar namuose jauteisi laimingas (-a)?	7.3.1. ☐	7.3.2. ☐	7.3.3. ☐	7.3.4. ☐	7.3.5. ☐
7.4. Ar tavo mama, tėtis (tėvai) turėjo tau pakankamai laiko?	7.4.1. ☐	7.4.2. ☐	7.4.3. ☐	7.4.4. ☐	7.4.5. ☐
7.5. Ar tavo mama, tėtis (tėvai) elgėsi su tavimi sąžiningai?	7.5.1. ☐	7.5.2. ☐	7.5.3. ☐	7.5.4. ☐	7.5.5. ☐
7.6. Ar galėjai pasikalbėti su mama, tėčiu (tėvais) tada, kai to norėjai?	7.6.1. ☐	7.6.2. ☐	7.6.3. ☐	7.6.4. ☐	7.6.5. ☐

VIII. Pinigai

Mąstant apie praėjusią savaitę...	niekada	retai	gana dažnai	labai dažnai	visada
8.1. Ar turėjai pakankamai pinigų tam, kad galėtum veikti tą patį, ką ir tavo draugai?	8.1.1. ☐	8.1.2. ☐	8.1.3. ☐	8.1.4. ☐	8.1.5. ☐
8.2. Ar turėjai pakankamai pinigų savo išlaidoms?	8.2.1. ☐	8.2.2. ☐	8.2.3. ☐	8.2.4. ☐	8.2.5. ☐
8.3. Ar turėjai pakankamai pinigų tam, kad galėtum kažką daryti su draugais?	8.3.1. ☐	8.3.2. ☐	8.3.3. ☐	8.3.4. ☐	8.3.5. ☐

IX. Draugai

Mąstant apie praėjusią savaitę...	niekada	retai	gana dažnai	labai dažnai	visada
9.1. Ar leidai laiką su draugais?	9.1.1. ☐	9.1.2. ☐	9.1.3. ☐	9.1.4. ☐	9.1.5. ☐
9.2. Ar ką nors veikei su kitais berniukais / mergaitėmis?	9.2.1. ☐	9.2.2. ☐	9.2.3. ☐	9.2.4. ☐	9.2.5. ☐
9.3. Ar linksminaisi su draugais?	9.3.1. ☐	9.3.2. ☐	9.3.3. ☐	9.3.4. ☐	9.3.5. ☐
9.4. Ar Tu ir Tavo draugai vieni kitiems padėjote?	9.4.1. ☐	9.4.2. ☐	9.4.3. ☐	9.4.4. ☐	9.4.5. ☐
9.5. Ar galėjai su draugais kalbėtis apie viską?	9.5.1. ☐	9.5.2. ☐	9.5.3. ☐	9.5.4. ☐	9.5.5. ☐
9.6. Ar galėjai pasikliauti savo draugais?	9.6.1. ☐	9.6.2. ☐	9.6.3. ☐	9.6.4. ☐	9.6.5. ☐

X. Mokykla ir mokymasis

Mąstant apie praėjusią savaitę...	visai ne 10.1.1.	šiek tiek 10.1.2.	vidutiniškai 10.1.3.	labai 10.1.4.	ypač 10.1.5.
10.1. Ar mokykloje jauteisi laimingas (-a)?	☐	☐	☐	☐	☐
10.2. Ar mokykloje gerai sutari su kitais?	☐	☐	☐	☐	☐
10.3. Ar buvai patenkintas (-a) mokytojais?	☐	☐	☐	☐	☐
10.4. Ar galėjai sutelkti dėmesį?	☐	☐	☐	☐	☐
10.5. Ar tau patiko eiti į mokyklą?	☐	☐	☐	☐	☐
10.6. Ar gerai sutarei su mokytojais?	☐	☐	☐	☐	☐

XI. Patyčios

Mąstant apie praėjusią savaitę...	niekada 11.1.1.	retai 11.1.2.	gana dažnai 11.1.3.	labai dažnai 11.1.4.	visada 11.1.5.
11.1. Ar bijojai kitų berniukų / mergaičių?	☐	☐	☐	☐	☐
11.2. Ar kiti berniukai / mergaitės iš tavęs juokėsi?	☐	☐	☐	☐	☐
11.3. Ar kiti berniukai / mergaitės iš tavęs tyčiojosi?	☐	☐	☐	☐	☐

Klausimyno kodas: _____



KIDSCREEN

KIDSCREEN-52

Su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės klausimynas

Tėvų versija
Lietuvių kalba (LT)

Mieli tėveliai,

šiuo klausimynu siekiame sužinoti Jūsų nuomonę apie Jūsų vaiką: jo fizinį aktyvumą, sveikatą, jausmus, nuotaikas ir pan. Kaip jis (ji) jaučiasi šeimoje, mokykloje, laisvalaikiu, su draugais? Taigi, kaip laikosi Jūsų vaikas?

Klausimynas anoniminis, jo duomenys bus naudojami rengiant daktaro disertaciją. Apklausą atlieka Klaipėdos universiteto socialinių mokslų doktorantė Jūratė Grubliauskienė.

Taigi, prašome atsakyti į pateiktus klausimus apie savo vaiko praėjusios savaitės patirtis.

Prašome pasirinkti tik vieną atsakymo variantą, išskyrus 1.5 klausimą, į kurį galimi keli atsakymų variantai. Atsakymus žymėkite taip: ⊗

Dėkojame už nuoširdumą.

I. Demografiniai rodikliai

1.1. Koks Jūsų išsilavinimas?

- ☐ 1.1.1. Pradinis
- ☐ 1.1.2. Nebaigtas vidurinis (pagrindinė ar profesinė m-kla be vidurinės m-klos atestato)
- ☐ 1.1.3. Vidurinis (vidurinė ar profesinė m-kla su vidurinės m-klos atestatu)
- ☐ 1.1.4. Aukštesnysis (technikumas, aukštesnioji mokykla)
- ☐ 1.1.5. Aukštasis neuniversitetinis (kolegija)
- ☐ 1.1.6. Aukštasis universitetinis

1.2. Kokį darbą dirbate didesnę metų dalį?

- ☐ 1.2.1. Dirbu žemės ūkio ir miško darbus
- ☐ 1.2.2. Dirbu pramonės, statybų ir pan. srityje
- ☐ 1.2.3. Tarnauju įstaigoje, dirbu protinį darbą / dirbu aptarnavimo sferoje
- ☐ 1.2.4. Studijuojau (mokausi)
- ☐ 1.2.5. Esu namų šeimininkė
- ☐ 1.2.6. Esu pensininkas (-ė) / Nedirbu dėl invalidumo
- ☐ 1.2.7. Esu bedarbis (-ė)

1.5. Priskirkite savo vaiko sveikatos sutrikimą tam tikrai organų grupei (pagal Vaiko sveikatos pažymėjimo duomenis) galimi keli atsakymų variantai

- ☐ 1.5.1. Kraujotakos sistema
- ☐ 1.5.2. Kvėpavimo sistema
- ☐ 1.5.3. Nervų sistema
- ☐ 1.5.4. Virškinimo sistema
- ☐ 1.5.5. Urogenitalinė sistema
- ☐ 1.5.6. Endokrininė sistema
- ☐ 1.5.7. Skeleto-raumenų sistema
- ☐ 1.5.8. Oda ir jos priedai
- ☐ 1.5.9. VAIKAS VISIŠKAI SVEIKAS

1.3. Jūsų pajamos

- ☐ 1.3.1. Iki 290 Eur
- ☐ 1.3.2. 291–435 Eur
- ☐ 1.3.3. 436–580 Eur
- ☐ 1.3.4. 581–870 Eur
- ☐ 1.3.5. 871 ir daugiau Eur

1.4. Jūsų šeimyninė padėtis

- ☐ 1.4.1. Vedęs (įstokėjusi) / gyvename nesusituokę
- ☐ 1.4.2. Nevedęs (netekėjusi)
- ☐ 1.4.3. Išsiskyręs (-usi)
- ☐ 1.4.4. Našlys (-ė)

1.6. Kaip dažnai kalbatės su savo vaiku apie jo sveikatą?

- ☐ 1.6.1. Dažnai
- ☐ 1.6.2. Kartais
- ☐ 1.6.3. Niekada

II. Fizinis aktyvumas ir sveikata

2.1. Kaip Jūsų vaikas įvertintų savo sveikatą?

- ☐ 2.1.1. Puiki
- ☐ 2.1.2. Labai gera
- ☐ 2.1.3. Gera
- ☐ 2.1.4. Patenkinama
- ☐ 2.1.5. Bloga

Mąstant apie praėjusią savaitę...

	ne 2.2.1.	šiek tiek 2.2.2.	vidutiniškai 2.2.3.	labai 2.2.4.	ypač 2.2.5.
2.2. Ar Jūsų vaikas jautėsi fiziškai stiprus ir sveikas?	☐	☐	☐	☐	☐
2.3. Ar Jūsų vaikas buvo fiziškai aktyvus (pvz., bėgiojo, laipiojo, važinėjo dviračiu ir pan.)?	2.3.1. ☐	2.3.2. ☐	2.3.3. ☐	2.3.4. ☐	2.3.5. ☐
2.4. Ar Jūsų vaikas aktyviai bėgiojo?	2.4.1. ☐	2.4.2. ☐	2.4.3. ☐	2.4.4. ☐	2.4.5. ☐
2.5. Ar Jūsų vaikas jautėsi energingas?	2.5.1. ☐	2.5.2. ☐	2.5.3. ☐	2.5.4. ☐	2.5.5. ☐

III. Jausmai

Mąstant apie praėjusią savaitę...

	ne 3.1.1.	šiek tiek 3.1.2.	vidutiniškai 3.1.3.	labai 3.1.4.	ypač 3.1.5.
3.1. Ar Jūsų vaikas jautė gyvenimo malonumą?	☐	☐	☐	☐	☐
3.2. Ar Jūsų vaikas džiaugėsi, kad jis (ji) yra gyvas?	3.2.1. ☐	3.2.2. ☐	3.2.3. ☐	3.2.4. ☐	3.2.5. ☐
3.3. Ar Jūsų vaikas jautėsi patenkintas savo gyvenimu?	3.3.1. ☐	3.3.2. ☐	3.3.3. ☐	3.3.4. ☐	3.3.5. ☐
3.4. Ar Jūsų vaikas buvo geros nuotaikos?	3.4.1. ☐	3.4.2. ☐	3.4.3. ☐	3.4.4. ☐	3.4.5. ☐
3.5. Ar Jūsų vaikas jautėsi linksmas?	3.5.1. ☐	3.5.2. ☐	3.5.3. ☐	3.5.4. ☐	3.5.5. ☐
3.6. Ar Jūsų vaikas linksminosi?	3.6.1. ☐	3.6.2. ☐	3.6.3. ☐	3.6.4. ☐	3.6.5. ☐

IV. Bendra nuotaika

Mąstant apie praėjusią savaitę...		niekada	beveik niekada	kartais	beveik visada	visada
		4.1.1.	4.1.2.	4.1.3.	4.1.4.	4.1.5.
4.1.	Ar Jūsų vaikas jautėsi darantis viską blogai?	☐	☐	☐	☐	☐
4.2.	Ar Jūsų vaikas jautėsi liūdnas?	☐	☐	☐	☐	☐
4.3.	Ar Jūsų vaikas jautėsi taip blogai, kad nenorėjo nieko veikti?	☐	☐	☐	☐	☐
4.4.	Ar Jūsų vaikas jautėsi kaip nevykėlis (viskas, ko tik imtųsi, nesiseka)?	☐	☐	☐	☐	☐
4.5.	Ar Jūsų vaikas jautė, kad viskas įgriso?	☐	☐	☐	☐	☐
4.6.	Ar Jūsų vaikas jautėsi vienišas?	☐	☐	☐	☐	☐
4.7.	Ar Jūsų vaikas jautė spaudimą?	☐	☐	☐	☐	☐

V. Apie Jūsų vaiką

Mąstant apie praėjusią savaitę...		niekada	beveik niekada	kartais	beveik visada	visada
		5.1.1.	5.1.2.	5.1.3.	5.1.4.	5.1.5.
5.1.	Ar Jūsų vaikas jautėsi laimingas, būdamas toks, koks yra?	☐	☐	☐	☐	☐
5.2.	Ar Jūsų vaikas buvo patenkintas savo drabužiais?	☐	☐	☐	☐	☐
5.3.	Ar Jūsų vaikas jautė nerimą dėl savo išvaizdos?	☐	☐	☐	☐	☐
5.4.	Ar Jūsų vaikas pavydėjo kitų mergaičių / berniukų išvaizdos?	☐	☐	☐	☐	☐
5.5.	Ar Jūsų vaikas norėjo kažką pakeisti savo kūne?	☐	☐	☐	☐	☐

VI. Laisvalaikis

Mąstant apie praėjusią savaitę...		niekada	beveik niekada	kartais	beveik visada	visada
6.1.	Ar Jūsų vaikas turėjo pakankamai laiko sau?	6.1.1. ☐	6.1.2. ☐	6.1.3. ☐	6.1.4. ☐	6.1.5. ☐
6.2.	Ar Jūsų vaikas galėjo savo laisvu laiku galėjo veikti ką pats (-i) norėjo?	6.2.1. ☐	6.2.2. ☐	6.2.3. ☐	6.2.4. ☐	6.2.5. ☐
6.3.	Ar Jūsų vaikas turėjo pakankamai galimybių būti lauke?	6.3.1. ☐	6.3.2. ☐	6.3.3. ☐	6.3.4. ☐	6.3.5. ☐
6.4.	Ar Jūsų vaikas turėjo pakankamai laiko susitikti su draugais?	6.4.1. ☐	6.4.2. ☐	6.4.3. ☐	6.4.4. ☐	6.4.5. ☐
6.5.	Ar Jūsų vaikas turėjo galimybę pasirinkti, ką veikti savo laisvu laiku?	6.5.1. ☐	6.5.2. ☐	6.5.3. ☐	6.5.4. ☐	6.5.5. ☐

VII. Šeima ir gyvenimas šeimoje

Mąstant apie praėjusią savaitę...		ne	šiek tiek	vidutiniškai	labai	ypač
7.1.	Ar Jūsų vaikas jautėsi suprastas mamos, tėvo (-ų)?	7.1.1. ☐	7.1.2. ☐	7.1.3. ☐	7.1.4. ☐	7.1.5. ☐
7.2.	Ar Jūsų vaikas jautėsi mylimas savo mamos, tėvo (-ų)?	7.2.1. ☐	7.2.2. ☐	7.2.3. ☐	7.2.4. ☐	7.2.5. ☐
		niekada	beveik niekada	kartais	beveik visada	visada
7.3.	Ar Jūsų vaikas jautėsi laimingas namuose?	7.3.1. ☐	7.3.2. ☐	7.3.3. ☐	7.3.4. ☐	7.3.5. ☐
7.4.	Ar Jūsų vaikas jautė, kad Jūs skyrėte / turėjote jam (jai) pakankamai laiko?	7.4.1. ☐	7.4.2. ☐	7.4.3. ☐	7.4.4. ☐	7.4.5. ☐
7.5.	Ar Jūsų vaikas jautė, kad Jūs elgėtės su juo (ja) sąžiningai?	7.5.1. ☐	7.5.2. ☐	7.5.3. ☐	7.5.4. ☐	7.5.5. ☐
7.6.	Ar Jūsų vaikas galėjo pasikalbėti su Jumis, kai to norėjo?	7.6.1. ☐	7.6.2. ☐	7.6.3. ☐	7.6.4. ☐	7.6.5. ☐

VIII. Pinigai

Mąstant apie praėjusią savaitę...		niekada	beveik niekada	kartais	beveik visada	visada
8.1.	Ar Jūsų vaikas turėjo pakankamai pinigų tai pačiai veiklai kaip ir jo (jos) draugai?	8.1.1. ☐	8.1.2. ☐	8.1.3. ☐	8.1.4. ☐	8.1.5. ☐
8.2.	Ar Jūsų vaikas jautė, kad jis (ji) turi pakankamai pinigų savoms išlaidoms?	8.2.1. ☐	8.2.2. ☐	8.2.3. ☐	8.2.4. ☐	8.2.5. ☐
8.3.	Ar Jūsų vaikas jaučia, kad jis (ji) turi pakankamai pinigų veiklai su draugais?	8.3.1. ☐	8.3.2. ☐	8.3.3. ☐	8.3.4. ☐	8.3.5. ☐

IX. Draugai

Mąstant apie praėjusią savaitę...		niekada	beveik niekada	kartais	beveik visada	visada
9.1.	Ar Jūsų vaikas leido laiką su draugais?	9.1.1. ☐	9.1.2. ☐	9.1.3. ☐	9.1.4. ☐	9.1.5. ☐
9.2.	Ar Jūsų vaikas užsiėmė veikla su kitais berniukais / mergaitėmis?	9.2.1. ☐	9.2.2. ☐	9.2.3. ☐	9.2.4. ☐	9.2.5. ☐
9.3.	Ar Jūsų vaikas pramogavo su draugais?	9.3.1. ☐	9.3.2. ☐	9.3.3. ☐	9.3.4. ☐	9.3.5. ☐
9.4.	Ar Jūsų vaikas ir jo (jos) draugai padėjo vieni kitiems?	9.4.1. ☐	9.4.2. ☐	9.4.3. ☐	9.4.4. ☐	9.4.5. ☐
9.5.	Ar Jūsų vaikas galėjo kalbėti su draugais apie viską?	9.5.1. ☐	9.5.2. ☐	9.5.3. ☐	9.5.4. ☐	9.5.5. ☐
9.6.	Ar Jūsų vaikas galėjo pasikliauti draugais?	9.6.1. ☐	9.6.2. ☐	9.6.3. ☐	9.6.4. ☐	9.6.5. ☐

X. Mokykla ir mokymasis

Mąstant apie praėjusią savaitę...		ne	šiek tiek	vidutiniškai	labai	ypač
		10.1.1.	10.1.2.	10.1.3.	10.1.4.	10.1.5.
10.1.	Ar Jūsų vaikas buvo laimingas mokykloje?	☐	☐	☐	☐	☐
10.2.	Ar Jūsų vaikui gerai sekėsi mokykloje?	☐	☐	☐	☐	☐
10.3.	Ar Jūsų vaikas buvo patenkintas mokytojais?	☐	☐	☐	☐	☐
		niekada	beveik niekada	kartais	beveik visada	visada
10.4.	Ar Jūsų vaikas gebėjo sutelkti dėmesį?	☐	☐	☐	☐	☐
10.5.	Ar Jūsų vaikui patiko eiti į mokyklą?	☐	☐	☐	☐	☐
10.6.	Ar Jūsų vaikas gerai sutarė su mokytojais?	☐	☐	☐	☐	☐
		10.4.1.	10.4.2.	10.4.3.	10.4.4.	10.4.5.
		10.5.1.	10.5.2.	10.5.3.	10.5.4.	10.5.5.
		10.6.1.	10.6.2.	10.6.3.	10.6.4.	10.6.5.

XI. Patyčios

Mąstant apie praėjusią savaitę...		niekada	beveik niekada	kartais	beveik visada	visada
		11.1.1.	11.1.2.	11.1.3.	11.1.4.	11.1.5.
11.1.	Ar Jūsų vaikas bijojo kitų berniukų / mergaičių?	☐	☐	☐	☐	☐
11.2.	Ar kiti berniukai / mergaitės šaipėsi iš Jūsų vaiko?	☐	☐	☐	☐	☐
11.3.	Ar kiti berniukai / mergaitės tyčiojosi iš Jūsų vaiko?	☐	☐	☐	☐	☐
		11.2.1.	11.2.2.	11.2.3.	11.2.4.	11.2.5.
		11.3.1.	11.3.2.	11.3.3.	11.3.4.	11.3.5.

Nuoširdžiai dėkoju už atsakymus.

Jei sutiktumėte šia tema pasikalbėti išsamiau (duoti interviu), parašykite savo kontaktinius duomenis:

Telefonas.....

El. paštas.....

Jei turite pasiūlymų ir / ar pastabų šia tema, dėl pildyto klausimyno ar tyrimo – parašykite el. paštu – jurate24@yahoo.com arba paskambinkite tel. +370 682 44 669

Klaipėdos universiteto leidykla

Jūratė Grubliauskienė

EDUKACINĖ ŠEIMOS DIMENSIJA SU SVEIKATA SUSIJUSIOS VAIKŲ GYVENIMO KOKYBĖS
VERTINIMO KONTEKSTE

Daktaro disertacija

EDUCATIONAL DIMENSION OF FAMILY IN THE CONTEXT OF EVALUATION OF
CHILDREN'S HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE

Doctoral dissertation

Klaipėda, 2019

SL 1335. 2019 05 22. Apimtis 16 sąl. sp. l. Tiražas 25 egz.

Išleido ir spausdino Klaipėdos universiteto leidykla, Herkaus Manto g. 84, 92294 Klaipėda
Tel. (8 46) 398 891, el. paštas: leidykla@ku.lt; interneto adresas: <http://www.ku.lt/leidykla/>

