

KLAIPĖDOS UNIVERSITETAS

Sveikatos mokslų fakultetas

Visuomenės sveikatos katedra

Ieva Ivanauskaitė

**SVEIKATOS PRIEŽIŪROS DARBUOTOJŲ
SVEIKOS GYVENSENOS SAVIREGULIACIJOS
UGDYMAS**

Visuomenės sveikatos ugdymo studijų programos magistro baigiamasis darbas

Klaipėda, 2020

Santrauka

Ieva Ivanauskaitė, Sveikatos priežiūros darbuotojų sveikos gyvensenos savireguliacijos ugdymas. Magistro baigiamasis darbas. Darbo vadovas: Doc. Dr. Faustas Stepukonis; Klaipėdos universitetas, sveikatos mokslų fakultetas, visuomenės sveikatos katedra. Klaipėda, 2020. - 70 p.

Sveikatos priežiūros darbuotojai visuomenėje - vieni svarbiausių asmenų, suteikiančių kokybišką informaciją kaip gerinti sveikatos būklę. Taigi, yra svarbu ugdyti sveikos gyvensenos savireguliaciją tarp sveikatos priežiūros darbuotojų, kaip per „pirminę grandį“, norint pagerinti visuomenės sveikatą.

Darbo tikslas: išsiaiškinti sveikatos priežiūros darbuotojų sveikos gyvensenos savireguliacijos įpročių svarbą X mieste.

Tyrimo metodika: tyrimas atliktas naudojantis kiekybinio tyrimo metodais. Naudoti instrumentai: sveikos gyvensenos bei savireguliacijos klausimynai. Taikyta statistinė duomenų analizė. Tiriamųjų kontingentas - 272 sveikatos priežiūros darbuotojai X miesto savivaldybėje. Tyrimo metu buvo analizuojami sveikatos priežiūros darbuotojų X mieste sveikos gyvensenos įpročiai bei savireguliacijos įpročiai, nustatytos šių įpročių sąsajos.

Išvados: analizuojant sveikatos priežiūros darbuotojų sveikos gyvensenos įpročius, nustatyta: daugiau valgo ir pridėtinės druskos turinčio maisto vartoja vyrai; pridėtinio cukraus turintį maistą, dažniau, pasirenka - moterys; normalų kūno masės indeksą turintieji dažniau užkandžiauja, vartoja daržoves, mėsą; aukštą kūno masės indeksą turintieji dažniau vartoja grūdinės kultūros maistą; beveik ketvirtis sveikatos priežiūros darbuotojų išgeria pakankamą kiekį vandens per dieną. Dažniau rūko vyrai, bene pusė visų tirtųjų kartais vartojo alkoholį per paskutines 30 dienų. Ilgiau sėdintieji mažiau laiko skiria fiziniam aktyvumui, dažniau užsiimantys fiziniu aktyvumu - laimingesni, geriau įsivertinantys sveikatą. Tiriamieji, geriau įsivertinę nuotaiką, geriau įsivertina gyvenimo kokybę. Daugiausiai tirtųjų turi silpnus, mažiau - vidutinio stiprumo, mažiausiai - stiprius savireguliacijos įpročius. Nagrinėjant savireguliacijos etapus, dėl kurių, savireguliacijos įpročių lygis gali kisti, nustatyta, jog kiekvienas iš septynių etapų: svarbios informacijos priėmimas, informacijos vertinimas bei lyginimas su normomis, pokyčių inicijavimas, galimybių ieškojimas, plano sudarymas bei plano įgyvendinimas, plano įgyvendinimo veiksmingumas, yra susiję tarpusavyje bei su savireguliacijos įpročių stiprumu. Stipresni savireguliacijos įpročiai, taip pat, yra susiję su retesniu mėsos vartojimu, didesniu išgeriamo vandens kiekiu per dieną; aukštesnį savireguliacijos įpročių lygį turintieji mažiau rūko, rečiau vartoja alkoholį bei geriau įsivertina sveikatos būklę.

Reikšminiai žodžiai: sveikatos priežiūros darbuotojai, sveika gyvensena, savireguliacija, įpročiai.

Summary

Ieva Ivanauskaitė, Education of Healthy Lifestyle Self-Regulation of Health Care Employees'. Master's thesis. Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Faustas Stepukonis; Klaipeda University, Faculty of Health Sciences, Department of Public Health. Klaipeda, 2020. - 70 p.

Healthcare employees in society are among the most important people in providing quality information on how to improve health. Thus, it is important to develop self-regulation of healthy lifestyles among health care employees as a “primary chain” to improve public health.

The aim: to find out the importance of healthy lifestyle self - regulation habits of health care employees’.

Methodology: the study was performed using quantitative research methods. Instruments used: healthy lifestyle and self-regulation questionnaires. Statistical data analysis was applied. The research contingent was 272 health care employees in X city municipality. The study analyzed the healthy lifestyle habits and self-regulatory habits of health care employees in city X, and identified the links between these habits.

Conclusions:

The analysis of health care employees’ healthy lifestyle habits found that: men eat more and eat foods with added salt; foods with added sugar are more often chosen by women; those with normal body mass index eat snacks more often, eat vegetables and meat; those with a high body mass index are more likely to consume cereal-based foods; almost a quarter of health care workers drinks enough water a day. Men smoke more often, with almost half of those surveyed occasionally drinking alcohol in the last 30 days. Those who sit longer, spend less time on physical activity, and more often engage in physical activity - happier, better self-assess health. The better the self-esteem, the better the quality of life. Most of the respondents have - weak, less - medium strength, the least - strong self-regulation habits. The components of self-regulation, as the acceptance of important information, is related to the evaluation of information, comparison with norms; initiating change with the search for opportunities; drawing up a plan with the implementation of the plan; plan implementation skills, with plan implementation effectiveness. All components are directly related to the strength of self-regulatory habits. Health care workers’s stronger self-regulatory habits are also associated with less frequent meat consumption, higher amounts of drinking water per day; those with a higher level of self-regulatory habits smoke less, consume less alcohol and assess their health status better.

Keywords: health care employees, healthy lifestyle, self-regulation, habits.

Lentelių sąrašas

Eil. Nr.	Lentelės pavadinimas	Puslapis
1	Tiriamųjų amžiaus grupės (pagal reikiamą išgerti vandens kiekį ml per dieną) ir išgeriamo vandens per dieną santykis (*p < 0,05)	42
2	Rūkymo darbo valandomis ir savireguliacijos įpročių lygio santykis (*p < 0,05)	55

Paveikslų sąrašas

Eil. Nr.	Paveikslo pavadinimas	Puslapis
1	Tiriamųjų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes ir lytį	34
2	Tiriamųjų svorio pasiskirstymas pagal amžiaus grupes	34
3	Vidutinių pajamų per mėnesį vienam šeimos nariui pasiskirstymas pagal SPD išsilavinimą	35
4	Gaunamų pajamų pasiskirstymas asmeniui per mėnesį ir valgymo kartų per dieną pasiskirstymas tarp tiriamųjų (*p < 0,05)	38
5	KMI grupių ir grūdinės kultūros produktų vartojimo kartų per dieną ryšys (*p < 0,05)	39
6	Užkandžiavimo kartų per dieną bei vaisių valgymo kartų per dieną ryšys (*p < 0,05)	40
7	Ryšys tarp tiriamųjų kūno masės indekso grupių bei daržovių valgymo kartų per dieną (*p < 0,05)	40
8	Pridėtinio cukraus turinčių maisto produktų vartojimas tarp vyrų ir moterų (*p < 0,05)	41
9	Rūkymo tendencija tarp lyčių (*p < 0,05)	43
10	Rūkymo tendencija tarp vyrų ir moterų darbe, pertraukų metu (*p < 0,05)	43
11	Fizinio aktyvumo ir sveikatos būklės įsivertinimo pasiskirstymas tarp tiriamųjų (*p < 0,05)	44
12	Sėdimo laiko per dieną ir fizinės veiklos per dieną tendencija (*p < 0,05)	45
13	Gyvenimo kokybės bei nuotaikos vertinimo tendencija tarp tiriamųjų (*p < 0,05)	45
14	Tiriamųjų sveikatos būklės bei kiek laimingu jaučiasi įsivertinimo tendencija (*p < 0,05)	46
15	Svarbios informacijos priėmimo ir informacijos vertinimo bei lyginimo su normomis ryšys (balais) (*p < 0,05)	47
16	Savireguliacijos įpročių stiprumo ir svarbios informacijos priėmimo ryšys (balais) (*p < 0,05)	47
17	Savireguliacijos įpročių stiprumo ir informacijos vertinimo bei lyginimo su normomis ryšys (balais) (*p < 0,05)	48
18	Pokyčių inicijavimo ir galimybių ieškojimo ryšys (*p < 0,05)	48
19	Savireguliacijos įpročių stiprumo ir pokyčių inicijavimo ryšys (balais) (*p < 0,05)	49

20	Savireguliacijos įpročių stiprumo ir galimybių ieškojimo ryšys (balais) (*p < 0,05)	49
21	Plano sudarymo ir plano įgyvendinimo ryšys (balais) (*p < 0,05)	50
22	Savireguliacijos įpročių stiprumo ir plano sudarymo ryšys (balais) (*p < 0,05)	50
23	Savireguliacijos įpročių stiprumo ir plano įgyvendinimo ryšys (balais) (*p < 0,05)	51
24	Plano įgyvendinimo ir plano įgyvendinimo veiksmingumo ryšys (*p < 0,05)	51
25	Savireguliacijos įpročių stiprumo ir plano įgyvendinimo veiksmingumo ryšys (balais) (*p < 0,05)	52
26	Savireguliacijos lygio bei mėsos valgymo kartų per dieną pasiskirstymas (*p < 0,05)	53
27	Savireguliacijos lygio ir išgeriamo vandens kiekio per dieną pasiskirstymas (*p < 0,05)	54
28	Savireguliacijos stiprumo bei tabako rūkymo įprastą darbo savaitės dieną tendencija (*p < 0,05)	54
29	Savireguliacijos įpročių lygio ir alkoholio vartojimo įprastą darbo savaitės dieną, tarp respondentų, pasiskirstymas (*p < 0,05)	56
30	Savireguliacijos lygio ir sveikatos būklės tendencija tarp tiriamųjų (*p < 0,05)	56

Priedų sąrašas

Eil. Nr.	Priedo pavadinimas	Puslapis
1	Modifikuotas sveikos gyvensenos klausimynas	71
2	Savireguliacijos klausimynas	74

Santrumpos

FA – fizinis aktyvumas.

KMI – kūno masės indeksas.

PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija.

SG – sveika gyvensena.

SPD – sveikatos priežiūros darbuotojai.

TURINYS

IVADAS	10
I. LITERATŪROS ANALIZĖ	12
1.1. Sveika gyvensena	12
1.1.1. Sveikos gyvensenos samprata	12
1.1.2. Sveikatos samprata	14
1.2. Mityba ir jos reikšmė organizmui	16
1.2.1. Sveika mityba ir jos reikšmė	16
1.2.2. Maistinės medžiagos ir vitaminai	17
1.3. Fizinis aktyvumas ir jo reikšmė organizmui	19
1.3.1. Fizinio aktyvumo samprata.....	19
1.3.2. Fizinio aktyvumo išraiškos formos	20
1.3.3. Fizinio aktyvumo poveikis sveikatai	22
1.4. Poilsio laiko samprata	23
1.4.1. Poilsio laikas ir jo reikšmė	23
1.5. Žalingų įpročių samprata	24
1.5.1. Žalingi įpročiai ir jų poveikis organizmui	24
1.6. Savireguliacijos samprata	25
1.6.1. Savireguliacijos įpročių reikšmė	25
1.7. Sveikatos priežiūros darbuotojų gyvensenos ir savireguliacijos ypatumai	27
1.7.1. Sveikatos priežiūros darbuotojų gyvensena bei darbo aplinkos veiksniai.....	27
1.7.2. Sveikatos priežiūros darbuotojų savireguliacija darbo aplinkoje.....	28
1.7.3. Sveikatos priežiūros įstaigų darbo aplinkos veiksniai Lietuvoje ir Europoje	29
1.7.4. Savireguliacijos reikšmė sveikatos priežiūrai	30
II. EMPIRINĖ DALIS	33
2.1. Tyrimo metodika	33
2.1.1. Tyrimo metodai	33
2.1.2. Tyrimo imties charakteristikos.....	34
2.1.3. Tyrimo instrumentai	35
2.1.4. Tyrimo procesas / eiga.....	37
2.1.5. Tyrimo etika.....	37
2.1.6. Tyrimo duomenų analizė	37
2.2. Tyrimo rezultatai	38
2.2.1. Sveikatos priežiūros darbuotojų X mieste sveikos gyvensenos įpročių analizė	38
2.2.2. Sveikatos priežiūros darbuotojų X mieste savireguliacijos įpročių analizė.....	46
2.2.3. Sveikatos priežiūros darbuotojų X mieste sveikos gyvensenos bei savireguliacijos įpročių sąsajos.....	53
REZULTATŲ APTARIMAS	57
IŠVADOS	61
REKOMENDACIJOS	62
LITERATŪRA	63
PRIEDAI	71

IVADAS

Aktualumas. Sveikatos priežiūros įstaigų sveikatos priežiūros darbuotojų savireguliacija, pastaruoju metu yra ne itin populiaru tema moksliniam nagrinėjimui Lietuvoje, tačiau apie sveikatos priežiūros darbuotojų aprašomus savireguliacijos įpročių netolygumus galima pastebėti Lietuvos Respublikos teisiniuose reglamentuose (Lietuvos Respublikos Seimas, 2011).

Sveikatos priežiūros specialistai besigilinantys į savo gyvenimo ypatumus, galimai, atitinkamą požiūrį diegia pacientams. Sveikatos priežiūros darbuotojai atlieka svarbią rolę tiek sveikatos gerinimo, tiek sveikatos ugdymo srityse. Besikreipiančių asmenų į sveikatos priežiūros įstaigas, savireguliacijos įpročių ugdymas gerinant sveikatą gali būti vienas iš metodų, siekiant, pagerinti kiekvieno asmens visuomenėje sveikatos būklę. Taigi, pradedant ugdyti sveikos gyvenimo įpročius visuomenėje, pirmiausiai, sveikatos priežiūros darbuotojai yra asmenys, rodantys pavyzdį, todėl, svarbu, jog sveikos gyvenimo savireguliacijos įpročiai tarp sveikatos priežiūros darbuotojų būtų stiprūs. (Fernandes et al., 2018; Zinonos et al., 2016).

Lietuvoje, retai vykdomos sveikatos programos sveikatos priežiūros darbuotojams, kurios skatintų asmens sveikos gyvenimo įpročių stiprinimą, savireguliacijos įpročių stiprinimą, nepriimtino elgesio prevenciją darbe, gerinant ne tik sveikatą, bet ir teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų, bendruomenei, kokybę (Kartunavičiūtė ir kt., 2017).

Temos problema. Aktuali šio meto problema – netinkamas sveikatos priežiūros darbuotojų darbo krūvio pasiskirstymas praktiškai, taip pat, nereguliarus poilsio laikas bei savireguliacijos trūkumas reaguojant į netikėtai užklupusias situacijas - atspindi netinkamus savireguliacijos darbe įpročius. Sveikatos priežiūros specialistai, besigilinantys į savo gyvenimo ypatumus, galimai, atitinkamą požiūrį diegia pacientams. (Pilipavičienė ir kt., 2015)

Temos iširtumas. Sveikatos priežiūros darbuotojų sveikos gyvenimo savireguliacijos įpročių tema yra svarbi ne tik šioje srityje dirbantiems, bet ir visuomenei. Dėl šios priežasties yra atliekama vis daugiau tyrimų susijusių su darbuotojų sveikatinimo srityje kasdieniais įpročiais bei savireguliacijos įpročiais, tematika. Apie sveikatos priežiūros darbuotojų sveikos gyvenimo savireguliaciją kalba ne tik užsienio autoriai (Auley, 2011; Gollwitzer, 2018 ir kt.), bet ir keletas Lietuvos autorių (Januškevičius ir kt., 2006; Valintėlienė ir kt., 2012; ir kt.). Atliktų tyrimų datos rodo, kad aptarinėjamos temos aktualumas pamažu didėja bei tikėtina, kad ateityje bus atliekama daugiau tyrimų atitinkama tema.

Tyrimo objektas: sveikatos priežiūros darbuotojų sveikos gyvenimo savireguliacijos ugdymas X mieste.

Tyrimo tikslas: išsiaiškinti sveikatos priežiūros darbuotojų sveikos gyvenimo savireguliacijos įpročių svarbą X mieste.

Tyrimo uždaviniai:

1. Išanalizuoti sveikatos priežiūros darbuotojų sveikos gyvensenos įpročius X mieste.
2. Išanalizuoti sveikatos priežiūros darbuotojų savireguliacijos įpročius X mieste.
3. Nustatyti sveikos gyvensenos įpročių bei savireguliacijos įpročių sąsajas tarp sveikatos priežiūros darbuotojų X mieste.

Tyrimo hipotezė: sveika gyvensena, tarp sveikatos priežiūros darbuotojų X mieste, yra susijusi su savireguliacijos įpročių stiprumu.

Tyrimo metodai:

1. Literatūros šaltinių analizė. Šis metodas taikomas atliekant mokslinės literatūros paiešką, autorių, rašiusių ir nagrinėjusių sveikos gyvensenos bei savireguliacijos temas, nuomonių palyginimą ir gautos informacijos sisteminimą.
2. Anketinė apklausa. Šiuo metodu siekiama išanalizuoti sveikatos priežiūros darbuotojų sveikos gyvensenos įpročius X mieste bei sveikos gyvensenos savireguliacijos įpročius X mieste.
3. Anketos duomenų analizė. Šiuo metodu remiantis atliekama tyrimo metu surinktų duomenų statistinė analizė, sisteminimas, vaizdavimas (diagramomis bei lentelėmis).

I. LITERATŪROS ANALIZĖ

1.1. Sveika gyvensena

1.1.1. Sveikos gyvensenos samprata

Sveikos gyvensenos apibrėžimą galima suprasti skirtingai, atitinkamai, kiekvieno asmens gyvenimo būdui, įpročiams. Trumpai, sveika gyvensena - gyvenimo būdas, mažinantis riziką susirgti sunkia liga ar ankstyvos mirties rizikos mažinimas. Moksliniais tyrimais nustatyta, jog tam tikri elgesio modeliai, bruožai, tipai prisideda prie tam tikrų susirgimų neužkrečiamomis ligomis bei ankstesnės mirties atvejų. Sveikata - tai ne tik ligų vengimas ir / ar jų išvengimas; tai apima tiek fizinę, tiek psichologinę bei socialinę gerovę. Besilaikant sveikos gyvensenos įpročių, plečiamas ne tik asmeninis, bet ir visuotinis požiūris gyventi kitaip, gyventi sveikiau (Gardner, 2012).

Sveika gyvensena - balansas tarp trijų aspektų: fizinės sveikatos, psichologinės sveikatos, socialinės gerovės; taip pat, darnus šių sričių funkcionavimas. Kiekviena iš šių, yra atitinkamai susiję ir nors vienos iš sudedamųjų neigiamas pokytis, gali paveikti kitą (Bach - Faig et al., 2011).

Gyvenimo būdas bei su sveikata susijęs elgesys yra vieni svarbiausių sergamumo, ligotumo bei mirtingumo veiksnių visame pasaulyje. Žinoma, jog XXI amžiuje yra skiriamas didelis dėmesys šių veiksnių mažinimui (Bach - Faig, 2011).

Norint mažinti pastaruosius aspektus, naudinga aptarti smulkiau sveikos gyvensenos sudedamuosius komponentus, pagrįstus mokslinė literatūra: tinkamas ir teisingas fizinis aktyvumas, normalios psichinės būklės palaikymas, visavertė mityba, pakankamas bei reguliarus poilsis, žalingų įpročių nebuvimas (Arena et al., 2015).

Fizinis aktyvumas - skeleto raumenų sukelti judesiai, kuomet kūno sunaudojamos energijos kiekis yra didesnis, nei esant ramybės būsenoje. Visuomenėje yra pripažįstama, jog fizinis aktyvumas gerina ne tik kūno parengtį, tačiau ir asmens psichinę būklę, tuo tarpu, gali padėti reguliuoti kūno svorį, mažinti ligų, kaip osteoporozės, vėžio, širdies ir kraujagyslių ligų, ir kt. riziką (Valintėlienė ir kt., 2012; Reiner et al., 2013).

Yra žinomi ne vienas būdų, kaip įtraukti fizinį aktyvumą į kasdienį gyvenimą, siekiant gyventi sveikiau, nepriklausomai nuo amžiaus, veiklumo ar socialinės padėties. Fizinis aktyvumas gali būti suprantamas kaip rimtas užsiėmimas neigiamų faktorių prevencijai, tačiau gali būti ir vienas iš būdų atsipalaidavimui. Taip pat, šio sveikos gyvensenos aspekto privalumas - galima būti aktyviu savarankiškai bei aktyviai užsiimti grupėje bendraminčių (Valintėlienė ir kt., 2012; Reiner et al., 2013).

Neretai, samprotaujant apie psichinę asmens sveikatos būklę, žmonės nežino kaip padėti nei sau, nei arti esančiajam, dėl to, reikia aiškiai apibrėžti, jog psichinė sveikata - gerovės būklė, kai žmogus realizuoja savo sugebėjimus, yra galus įveikti įprastus gyvenimo sunkumus, produktyviai dirbti bei prisidėti prie savo bendruomenės gerovės (Anwar et al., 2020).

Dar, psichikos sveikata gali būti suprantama kaip asmens būseną, kurią ypač svarbu išsaugoti, esant tam tikrų sutrikimų ar ligų atvejais. Pasak Pasaulio sveikatos organizacijos, psichikos sveikata - tai dvasinis bei emocinis atsparumas neigiamiems veiksniams, leidžiantis išjausti džiaugsmą bei išverti nusivylimą, liūdesį, netgi, skausmą (WHO, 2018).

Taip pat, svarbus kaip ir kiti sveikos gyvensenos aspektai – sveika ir subalansuota mityba. Sveika mityba gali padėti išvengti tam tikrų susirgimų ar ligų, taip pat, organizmas iš maisto gauna energijos, kuri yra reikalinga normalioms kūno bei organų veiklos funkcijoms palaikyti (Temaitienė ir kt., 2011).

Maisto produktuose, dažniausiai, galima rasti angliavandenių, riebalų bei baltymų. Mineralai ir vitaminai - kiti maisto medžiagų komponentai, kurie itin svarbūs sveiko organizmo būklei palaikyti. Viena svarbiausių asmens orgabizmo funkcijų, susijusių su sveika ir subalansuota mityba yra gebėjimas palaikyti balansą tarp gaunamų skirtingų maistinių medžiagų. Subalansuota mityba, dažniausiai apima įvairius maisto produktus, kaip kad angliavandenių bei skaidulų turinčius produktus (duona, pilno grūdo makaronai, kruopos, vaisiai, daržovės ir kt.), baltymų turinčius produktus (pienas ir jo produktai, mėsa, žuvis, kiaušiniai, įvairūs riešutai, ankštinės daržovės ir kt.), taip pat, įvairių riebalų turinčių maisto medžiagų ar produktų (žuvis, mėsa, riešutai ir kt.) tam tikro kiekio suvartojimas. Nereikia pamiršti, jog organizmo normalių funkcijų palaikymui labai svarbus gaunamų skysčių kiekis (apskaičiuojamas pagal asmens kūno svorį (kg) * 0,03 (30 ml)) (Rohde et al., 2017).

Taip pat, norint išlaikyti gerą sveikatą, kiekvieno asmens organizmas, skirtingu amžiaus tarpsniu (kūdikis, vaikas, paauglys, jaunas asmuo, vidutinio amžiaus asmuo, vyresnio amžiaus asmuo bei senyvo amžiaus asmuo) turi skirtingus mitybos poreikius, todėl, svarbu išlaikyti atitinkamą savipriežiūros balansą kiekvienam asmeniui individualiai, laikantis atitinkamų mitybos principų.

Nacionalinė miego tyrimų institucija 2019 metais pareiškė, jog tinkamas poilsis yra elementas, fizinės ir psichinės sveikatos palaikymui (Arslan et al., 2019).

Šių laikų sparčiai besivystančioje visuomenėje vyrauja skubos, įtampos ir streso nepritrūkstantis gyvenimo būdas. Atitinkamai, šios būsenos gali sukelti su tinkamu poilsiu susijusias problemas (Laverack, 2015).

Vyrauja du poilsio tipai: pasyvus bei aktyvus. Pasyvus - tylus, mintims skirtas laiko tarpas, kada smegenys gali apdoroti spontaniškai kylančias mintis be jokios idėjos ar minčių krypties. Galimas tiek mažai energijos reikalaujančios veiklos metu, tiek nereikalaujančios mąstymo,

pasikartojančios veiklos metu, taip pat, miego metu. Toks poilsis gali trukti nuo 5 iki 20 minučių (miego metu, atitinkamai ilgiau) vieną kartą dienoje ar net keletą, kada asmuo gali jaustis saugiai, patogiai bei atsipalaiduoti netrukdomas aplinkos veiksnių. Aktyvus poilsis - laiko leidimas užsiimant energinga veikla, kada pulso dažnis pakyla; dažniausiai, dienos metu. Nepaisant rekreacijos tipo, yra daug paprastų ir nesunkiai prieinamų bei nereikalaujančių išteklių kiekvienam individualiai tinkamų, sveikatą gerinančių poilsio būdų - tiek pasyvių, tiek aktyvių.

Lygiai tiek svarbus sveikos gyvensenos komponentas yra žalingų įpročių neturėjimas. Žalingi įpročiai, tai pastaraisiais metais bene daugiausiai dėmesio sulaukianti gyvensenos problema, daranti ypatingai didelę žalą bet kokio amžiaus tarpsnio asmens sveikatai. Yra keletas šiuo metu labiausiai paplitusių žalingų įpročių, kaip kad: rūkymas, alkoholio vartojimas, narkotikų vartojimas (mažiau paplitęs, kadangi yra nelegalus) (Owan, 2020).

Aptariant rūkymo problematiką, galima teigti, jog tai įprotis, vėliau, priklausomybė, sukeliama nikotino, kas sukelia organizmo užteršimą. Rūkymo metu organizmas vienu įkvėpimu gauna didelę dozę aktyviai veikiančių nuodingų kancerogeninių medžiagų (alkaloidų grupės medžiagos) (Wraw et al., 2018; Kaori, Owan, 2020)

Dar vienas ypač dažnai aptariamas visuomenėje žalingas įprotis yra alkoholio vartojimas. Ydingas įprotis vartoti alkoholį labai dažnai pereina į priklausomybę nuo alkoholio. Ši liga „naikina“ iš vidaus, vartojančiojo kūną, psichiką, intelektą. Toks žalingas įprotis perėjęs į ligą pasireiškia nekontroliuojamu noru vartoti, nepriklausomai, kokio stiprumo medžiaga yra vartojama. Alkoholio vartojimas - bene dažniausia visuomeninių problemų bei sveikatos problemų (hipertenzija, širdies ir kraujagyslių sistemos ligos, vėžiniai susirgimai, vidaus organų susirgimai ir kt.) priežastis (Wang et al., 2010).

Apibendrinant, galima teigti, jog sveika gyvensena susideda iš daugiau nei vieno aspekto: tinkamas ir teisingas fizinis aktyvumas, normalios psichinės būklės palaikymas, visavertė mityba, pakankamas bei reguliarus poilsis, žalingų įpročių neturėjimas. Visi išvardyti komponentai yra tolygiai svarbūs norint išlaikyti normalią fizinę, dvasinę, socialinę sveikatą.

1.1.2. Sveikatos samprata

Sveikatos samprata yra apibrėžiama kaip visapusiškas fizinis, dvasinis bei socialinis gerovės, o ne tik ligų ar negalavimų nebuvimas (Savičiūtė, 2013). Yra manoma, jog didžiausią įtaką asmens sveikatai turi gyvensena bei elgsena, genetiniai, biologiniai veiksniai, asmenį supanti aplinka ir sveikatos priežiūra, atitinkamos jos prieinamumo galimybės.

Yra keletas teorinių bei praktinių pagrindų grindžiamų į sveikatos sampratą įtraukiamų aspektų: gera psichikos sveikata, racionali ir subalansuota sveika mityba, reguliarus fizinis aktyvumas

bei žalingų įpročių neturėjimas, organizmo grūdinimas pagrįstais moksliskai būdais, sveikatą stiprinanti bei saugi gyvenamoji aplinka, tinkamos asmens higienos laikymasis, tinkamai organizuotas darbo ir poilsio režimas bei sveikas reprodukcinis gyvenimas (Gardner, 2015).

Taip pat, moksliniuose šaltiniuose sveikatos apibrėžimą galima rasti kaip sugebėjimą nesirgti, greitai pasveikti bei atsistatyti nuo ligos padarinių bei ligos ar susirgimų sukeltų problemų. Teigiama, jog geros sveikatos vieni svarbiausių veiksnių: genetika, aplinka, geri tarpusavio santykiai bei informatyvus švietimas sveikatos klausimais tiek individualiai, tiek visuomeniškai. Sveikatą stiprinti gali padėti reguliarius profilaktinis asmens ištyrimas, profilaktinis ligų patikrinimas, ligų bei ligas sukeliančių faktorių įveikimui taikytinų strategijų įvaldymas (Lachman, Agrigoroaei, 2010).

Yra svarbu, jog skirtingos kultūros ar skirtingos visuomenėje žmonių grupės turi nevienodą požiūrį į sveikatos sampratą. Sveikatos sąvoka yra plataus spektro bei reikšmių sąvoka, apimanti netgi moralines bei filosofines reikšmes (Stephan et al., 2017).

Sveikatos sąvoka gali būti suprantama dvejopai: tiek neigiamai, tiek teigiamai. Prie neigiamų aspektų - sveikatos apibrėžimo aiškinimas per neiginius, kaip kad ligų nebuvimą, negalavimų nebuvimą - šis supratimas labiausiai paplitęs vakarų kultūroje ir atspindi tų šalių medicininį sveikatos supratimo modelį. Teigiamas sveikatos sąvoką apibūdinantis aspektas yra akcentuojantis gerovės būseną, aukštą gyvenimo kokybės rodiklį, tačiau nėra suprantamas kaip asmens siekis. [1; 3; 57]

Reikia pripažinti, jog sveikatos rodiklis nėra nustatomas ir apibūdinamas pagal statistiškai nustatytą ligų ar mirčių skaičių. Bendrai, sveikatos rodiklį apima keli pagrindiniai komponentai - biologiniai, socialiniai, asmens ir visuomenės bendrystės, socialinė bei ekonominė politika (Leslie, Hankey, 2015).

Plati samprata apie sveikatą keičia ne tik žmonių supratimą apie sveikatą, bet ir visuomenės norą keisti kasdienius įpročius bei tradicijas (pvz.: alkoholio vartojimas švenčių metu, badavimas prieš didžias šventes ir kt.). Tai leidžia pripažinti, jog sveikata yra ne tik ligų ar negalavimų nebuvimas, o ir kitokia sveikatos politika bendrai. Galima teigti, jog ne tik įvairios sveikatos sampratos, bet ir skirtingas sveikatos politinis pagrindas šalyse skatina kurti individo bei bendruomenės žinių, tikslų apie sveikatą stiprinimo technikų (Piano, 2016; Leslie, Hankey, 2015).

Apibendrinant, galima teigti, jog pagrindinė sveikatos sampratos teorija yra, kad sveikata yra kasdienio gyvenimo jėgų / energijos šaltinis, o ne tik gyvenimo tikslas. Sveikatos sąvoka yra tinkama, norint pabrėžti žmogaus asmeninius, socialinius išteklius bei fizinį pajėgumą.

1.2. Mityba ir jos reikšmė organizmui

1.2.1. Sveika mityba ir jos reikšmė

Sveika, subalansuota mityba žmogui yra neatsiejama gyvenimo dalis. Supratimas kas yra sveikas maitinimasis atkeliauja atitinkamai pagal sukauptą patirtį, atspindint pasisakančiųjų asmeninius, socialinius, kultūrinius patyrimus, priklausomai nuo gyvenamosios aplinkos, tendencingų visuomeninių įpročių (Wahl et al., 2017; Bach – Faig et al., 2011)

Sveika mityba nereiškia, jog valgytas turėtų būti komplikotas. Tyrimų autorius Wahl yra nustatęs, jog daugiausiai laimės patiria asmenys, vartojantys daugiau daržovių, tačiau, taip pat, reikia pabrėžti, jog maitinimasis neturėtų kelti ypač teigiamų ar neigiamų emocijų, svarbu yra atkreipti dėmesį į produktų maistinę vertę (Wahl et al., 2017).

Pastaraisiais metais vis daugiau mokslininkų nagrinėja tam tikrų maisto produktų naudą / žalą žmogaus organizmui. Neretai tam tikri produktai gali didinti riziką susirgti tam tikromis lėtinėmis ligomis ar net jų išvengti. Yra nurodoma, jog sveikų grūdų (pilno grūdo) maisto produktai, daržovės (augintos be pesticidų), ypač, ankštinės, taip pat, vaisiai, raudona mėsa, vartojami reguliariai ir atitinkamais kiekiais, daro teigiamą įtaką organizmo funkcijoms. Atvirkščiai, nei prieš tai minėtų maisto produktų, patartina riboti - rafinuotų krakmolo, riebių pieno produktų, daug socijų riebalų ir trans - riebalų, pridėtinio cukraus bei druskos turinčių maisto produktų / medžiagų vartojimą (Bisogni et al., 2012).

Dar vienas, į sveikos mitybos sampratą įeinantis komponentas - pakankamas ir reguliarus skysčių suvartojimas. Kiekvieno amžiaus tarpsnio asmeniui yra svarbu išvengti kūno dehidratacijos, ko prevencijai geriausias pasirinkimas - vanduo, galintis pilnai numalšinti troškulį bei padėti palaikyti sveikas organizmo funkcijas. Vandens suvartojimo paros normą asmuo gali apsiskaičiuoti pats arba kreipęsis pagalbos į sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojus, apskaičiuojant: asmens kūno masė (kg) * 0,03 (30 ml). Tokiu būdu gaunamas reikiamo suvartoti vandens kiekis per parą, reikalingas kūno skysčių balansui palaikyti (Rohde et al., 2017).

Subalansuota mityba – tik vienas iš aspektų, padedančių išlaikyti normalias organizmo funkcijas. Apibendrinant, galima teigti, jog vieni svarbiausių sveiko maitinimosi aspektų yra domėjimasis apie sveiką mitybą, žinių apie sveiką mitybą įprasminimas praktiškai bei dalijimasis, teisinga ir patvirtinta atitinkamų asmenų, informacija su šeima bei draugais.

1.2.2. Maistinės medžiagos ir vitaminai

Kiekvieną dieną nuo gimimo organizmas sensta ir gebėjimas pasisavinti bei išnaudoti gaunamas maistines medžiagas keičiasi. Dėl šios priežasties kiekvienam svarbu žinoti svarbiausias maisto medžiagas, reikalingas normalių organizmo funkcijų palaikymui.

Viena iš svarbiausių maisto medžiagų yra baltymai. Baltymai reikalingi raumenų masės augimui bei kūno stiprybei palaikyti. Taip pat, reikšmingą naudą teikia nagams, odai, plaukams. Yra žinoma, jog dažniausiai kaip natūralus baltymų šaltinis yra neriebi mėsa, žuvis, kiaušiniai, pieno produktai, ankštinės daržovės, sėklos ir kita (Lantrip, Huang, 2017).

Taip pat, svarbios organizmui maisto medžiagos yra gerieji riebalai ir jų turintys maisto produktai. Šios maisto medžiagos padeda organizmui absorbuoti gaunamus vitaminus bei organizme yra naudojamos normaliai smegenų funkcijai bei nervų sistemos veiklai palaikyti. Yra žinoma, jog riebalai gali būti trijų tipų: nesotieji, sotieji, trans - riebalai. Organizmo normalioms funkcijoms palaikyti yra naudingiausi nesotieji riebalai, kurių, dažniausiai, galima aptikti augaliniame maiste. Sotieji ir trans – riebalai, dažniausiai, randami gyvūninės kilmės maiste, taip pat, perdirbtame maiste. Šių formų riebalų perteklinis ir nesubalansuotas vartojimas gali skatinti širdies ir kraujagyslių ligų, diabeto, vėžio riziką bei svorio augimą ir kita (Pilipavičienė ir kt., 2015).

Ne tik baltymai, riebalai, bet ir angliavandeniai yra ypač svarbūs žmogaus organizmui. Angliavandeniai - makroelementai, kurie organizme yra pagrindiniai energijos šaltiniai žmogui. Šie makroelementai yra suskirstyti pagal juose esančių cukrų vienetų skaičių ir cheminę vieno su kitu jungtį. Baltymai ar riebalai organizme neretai gali būti verčiami į angliavandenius, tai pateisina pastaruoju metu vis dažniau aprašomas ir pasiteisinančias dietas, kada angliavandenių suvartojimas lygus 0 %. Angliavandeniai, dažniausiai, randami sausos augalinės kilmės maiste bei rečiau sausos gyvūninės kilmės maiste. Perteklinis angliavandenių vartojimas gali padidinti cukrinio diabeto riziką, per mažas suvartojamų angliavandenių kiekis gali mažinti asmens fizinio aktyvumo bei nuovargio lygį (Ludwig et al., 2018; Rehm et al., 2009; Slavin, Carlson, 2014).

Dar viena organizmui itin svarbi maistinė medžiaga - maistinės skaidulos. Be gaunamų skaidulinių medžiagų, žmogaus žarnyno veikla yra pasyvi bei padidėja rizika konstipacijai, kuri, dažniau būdinga vidutinio - vyresnio - senyvo amžiaus žmonėms, nei jaunesniems - dėl aktyvesnės žarnyno peristaltikos. Skaidulinės medžiagos dirgina žarnyno sienelės, tokiu būdu skatina žarnyno judėjimo greitį. Dar žinoma, jog skaidulinių medžiagų vartojimas padeda organizmui reguliuoti gliukozės bei cholesterolio kiekį kraujyje. Daugiausiai skaidulų yra randama augaliniame maiste (Skerrett, Willett, 2010).

Dar viena svarbi organizmui maiste randama medžiaga - mikroelementas kalcis. Šis mikroelementas stiprina kaulus, mažina osteoporozės riziką (ypač dažnai pasireiškia moterims virš

50 metų). Taip pat, kalcis svarbus palaikyti sveikų raumenų bei normalios širdies veiklos funkciją. Kalcio poreikis didėja su amžiumi ir didžiausias yra vidutinio amžiaus asmenims bei vyresniems. Šio elemento daugiausiai randama piene bei pieno produktuose (Lantrip et al., 2017; Pilipavičienė ir kt., 2015).

Ne tik maistinės medžiagos, tačiau ir vitaminai atlieka svarbią funkciją žmogaus organizme ir yra reikšmingai svarbūs, norint palaikyti gerą sveikatą. Vitaminas D yra vienas svarbiausių žmogaus organizmui ir yra atsakingas už mikroelemento kalcio absorbciją bei kalcio kiekio organizme reguliaciją. Žmogui senstant, vitamino D poreikis organizme didėja, todėl patartina šio vitamino vartojimu rūpintis profilaktiškai, jei nustatytas trūkumas. Vitamino D šaltiniai gali būti gyvūninės kilmės pienas, sojų produktai, riebi žuvis ir kita (Caraher, Perry, 2017).

Be šio, vitaminų B grupės vitaminas B6 atlieka itin svarbią funkciją organizme. Padeda gaminti kraujo baltymus, atsakingus už raudonųjų kraujo kūnelių gamybą, kurie reguliuoja hormonų veiklą, dar, šis B grupės vitaminas padeda organizmui palaikyti normalią nervų sistemos veiklą bei reguliuoja gliukozės kiekį kraujo serume. Daugiausiai vitamino B6 galima rasti žuvyje, raudonoje mėsoje, riešutuose, vaisiuose (mažiau, citrusiniuose) (Skerrett et al., 2010).

Dar vienas B grupės vitaminas, svarbus normalios nervų sistemos veiklos palaikymui bei padedantis organizmui gaminti raudonuosius kraujo kūnelius, yra vitaminas B12. Organizme trūkstant šio vitamino, padidėja rizika susirgti anemija, nervų sistemos bei smegenų veiklos funkcijų pažeidimų rizika. Šio B grupės vitamino galima daugiausiai rasti sojos produktuose, jūros gėrybėse bei raudonoje mėsoje (Bach - Faig et al., 2011; Caraher, Perry, 2017).

Vitaminų svarba yra neabejotina, kaip ir mineralinių medžiagų. Viena svarbiausių iš šių yra natriis. Natrio pakanka labai mažai, norint palaikyti normalias organizmo funkcijas, šio elemento daugiausiai yra visų rūšių druskoje. Dideliais kiekiais vartojamas mineralas didina kraujo spaudimą, didina širdies ir kraujagyslių ligų riziką. Dienos natrio suvartojamo kiekio norma yra nustatyta, lygi 5 gramams (Rohde et al., 2017).

Taigi, svarbiausios maistinės medžiagos yra baltymai, riebalai, angliavandeniai, maistinės skaidulos. Taip pat, normalioms organizmo funkcijoms palaikyti yra svarbūs vitaminai: vitaminas D, vitaminas B6, vitaminas B12, vieni svarbiausių mineralų: kalcis bei natriis. Yra žinoma, jog ne tik šios maiste aptinkamos medžiagos, tačiau ir daug kitų, priklausančių šioms grupėms, yra reikalingos palaikyti gerą sveikatą. Vartojant kiekvieną iš šių ir gretimų išvardytoms maistinių medžiagų, svarbu atsižvelgti individualiai į asmens amžių, lytį, sveikatos būklę, išbandant sveikos mitybos principus su ar be sveikatos priežiūros specialistais / medikais / kompetentingais toje srityje asmenimis, priežiūra.

1.3. Fizinis aktyvumas ir jo reikšmė organizmui

1.3.1. Fizinio aktyvumo samprata

Fizinio aktyvumo samprata ir tiesioginė sąvoka neturėtų būti siejama su sporto sąvoka. Fizinis aktyvumas yra kūno judėjimas, sukeltas kaulų bei raumenų, naudojant organizme besikuriančią energiją. Visa tai gali įtraukti tiek sportą, tiek įvairių pratimų atlikimą, tiek veiklas kaip kad aktyvūs žaidimai, vaikščiojimas, namų ruošos veiklas ar net aktyvias veiklas sode (Valinteliene ir kt., 2012).

Klizas ir jo kolegos, kurie fizinį aktyvumą laiko viena pagrindinių žmogaus funkcijų - asmuo, turintis fizinių negalavimų, neretai tampa priklausomas nuo kitų, kitaip sakant, asmens savarankiškumas, priklausomai nuo jo fizinės būklės, atitinkamai mažėja. Kiekvienas gimęs turi atitinkamą genetinį kodą, kuriame yra fiksuotas biologinis pastarojo judėjimo poreikis, būtinas normalių organizmo funkcijų palaikymui bei normaliam vystymuisi. Taip pat, reikia pabrėžti, jog asmens fizinis aktyvumas tiesiogiai priklauso nuo fizinio asmens išsivystymo, jo morfologinių bei fiziologinių savybių visumos, nurodančios žmogaus vystymosi, augimo eigą tam tikrais augimo etapais bei priklauso nuo asmens genotipo bei fenotipo (Klizas ir kt., 2012).

Galima teigti, jog fizinis aktyvumas yra aktyvūs judesiai, per tam tikrą laiko tarpą, tam tikru intensyvumu, kuriuos atliekant, raumenys bei sąnariai naudoja daugiau energijos, nei vyraujant ramybės būsenai. Norint pagerinti asmeninius fizinio aktyvumo rodiklius, lavinti kūną, sportinius sugebėjimus, judėjimo įgūdžius, reikšmingai veiksnius yra fiziniai pratimai, kurių atlikimo metu yra atliekama fizinė veikla, reikalaujanti daugiau energijos, nei įprasta kasdienė veikla. Yra nustatyta, jog fizinė veikla, trunkanti nuo 40 minučių iki 60 minučių kasdien, gali reikšmingai padidinti tiek raumenų išsvermę, tiek reguliuoti kūno svorį, tiek išvengti tam tikrų ligų rizikos ir yra susijusi su žmogaus sveikatos būkle. Taip pat, moksliniai šaltiniai pabrėžia, jog fizinis aktyvumas yra asmens biologinis poreikis, kuris, atitinkamai, susijęs su geresne sveikata, gyvenimo kokybe bei socialine gerove (Strukčinskienė ir kt., 2014; Reiner et al., 2013).

Yra žinoma, jog vis didesnę populiacijos dalį sudaro vidutinio bei vyresnio amžiaus asmenys, atitinkamai, bėgant laikui, vis daugiau visuomeninių problemų yra susiję su sveikata. Pabrėžtina ir tai, jog metams bėgant, fizinė asmenų parengtis prastėja, o motyvacijos trūkumui pasiteisinimu tampa amžius, laiko trūkumas bei faktoriai, susiję su genetika. Senėjimas ir vis mažesnis fizinis aktyvumas yra ne tik kiekvienam nesustabdomas biologinis procesas, bet tam tikra prasme ir pasirinkimas, norint išvengti rizikos veiksnių, susijusių su lėtinėmis, neužkrečiamomis ligomis, kurios vis daugiau vyrauja visuomenėje (Strukčinskienė ir kt., 2014; Reiner et al., 2013; Garlauskaitė, Zabarauskaitė, 2015).

Nepernešamų ligų gydymas, kaip kad širdies ir kraujagyslių ligų ar II tipo cukrinis diabetas ir kt., reikalauja didelių organizmo energijos resursų, tuo tarpu, fizinis aktyvumas yra reikšmingai susijęs su šių ligų prevencija. Bendrai, mokslinės literatūros šaltinių teigimu, pagrindiniai visuomenėje vyraujantys ir dažniausiai pasireiškiančias širdies ir kraujagyslių ligas populiacijoje iššaukiantys veiksniai: KMI (kūno masės indeksas) nukrypimas nuo normos, taip pat, stresas yra santykinai susiję su fizinio aktyvumo trūkumu (Rosa et al., 2019; Colley et al., 2011).

Umstattd ir kolegos teigia, jog reguliarus fizinis aktyvumas gali padėti sumažinti jau esamų ligų padarinius, gerina savijautą bei skatina laikytis sveikos gyvensenos principų ne tik geros fizinės būklės aspektu (Umstattd et al., 2016).

Taigi, apibendrinant, galima teigti, jog reguliarus judėjimas, kaip fizinio aktyvumo išraiška, turi įtakos asmens pajėgumui bei veikia ne tik fiziniame lygmenyje, bet ir gerina psichinę sveikatą, dvasinį būvį bei socialinius santykius.

1.3.2. Fizinio aktyvumo išraiškos formos

Kiekvienas organizmas fizinį krūvį priima skirtingai, atitinkamai, fizinė veikla gali būti ėjimas, spartus ėjimas, bėgimas, namų ruoša ar kita. Nepriklausomai nuo asmens parengties, yra rekomenduojama užsiimti fiziniu aktyvumu 40 minučių – 60 minučių per dieną. Kitaip, 150 minučių per savaitę, vykdant daugiau nei įprastai energijos reikalaujančias veiklas dienos eigoje. Asmeniui, esančiam prastesnio fizinio pasirengimo, prastesnio fizinio pajėgumo, rekomenduojamą dienos aktyvų laiką patartina atitinkamai suskirstyti į keletą laikotarpių, pavyzdžiui: dienos eigoje, fizinei veiklai būtų skiriama 20 minučių, tris kartus per dieną ir t.t.. Netgi itin pasyvų gyvenimo būdą propaguojantiems asmenims patariama aktyvią veiklą pradėti nuo trumpų laiko tarpų, kadangi, net keletas minučių per dieną fiziškai aktyvios veiklos yra reikšmingai naudingos sveikatai (Valintinienė ir kt., 2012; Strukčinskienė ir kt., 2014; Reiner et al., 2013).

Fizinis aktyvumas yra skirstomas į skirtingas kategorijas: mažo intensyvumo fizinis aktyvumas, vidutiniškai intensyvus fizinis krūvis ir didelio intensyvumo fizinis krūvis - paaškinamas asmens pastangų poreikiu, norint atlikti tam tikrą, tikslingą fizinę veiklą. Taip pat, literatūroje pabrėžiama, jog kiekvieno asmens fizinio krūvio tolerancija yra skirtinga ir tai įrodo, jog asmenų fizinės veiklos atlikimo intensyvumas gali būti varijuotinas (Reiner et al., 2013; Chodzko – Zajko et al., 2009).

Tiek veiklos intensyvumas, tiek ir tikslingų judesių atlikimas gali būti įvairus. Skirtingų judesių kombinacijų atlikimas gali būti dviejų rūšių: aerobiniai pratimai - tai pratimai, reikalaujantys mažo ar vidutinio intensyvumo, kuriuos atliekant, daugiausiai, įsijungia didžiosios raumenų grupės ir šie pratimai užima ilgesnį laiką bei yra tikslingi norint išveikti didesnę skeleto raumenų

pasipriešinimą. Aerobinių pratimų pavyzdžiai - mažo arba vidutinio intensyvumo vaikščiojimas, bėgimas, važiavimas dviračiu, plaukimas ir kiti, rutiniškai pasikartojančių judesių pratimai. Aerobinis fizinis krūvis mažina aterosklerozės, širdies ir kraujagyslių ligų riziką, reguliuoja kraujo spaudimą ramybės metu, gerina kraujagyslių sienelių funkcijas (elastingumą, mikro - cirkuliaciją), taip pat, gerina kraujo apytaką smegenyse ne tik fizinio krūvio metu, tačiau ir darbo metu. Aerobiniai užsiėmimai gerina organizmo toleranciją gliukozei, bei didina jautrumą insulinui (veikia kaip profilaktikos priemonė II tipo diabetui), reguliuoja kūno svorį bei mažina nutukimo riziką, kartu su sveika, taisyklinga mityba lėtina kaulų retėjimo procesą (labiausiai būdingas vidutinio amžiaus moterims bei menopauzės metu), kartu su besikeičiančiais fiziniiais organizmo rodikliais, keičiasi ir psichologinė asmens būseną, šio tipo fizinis aktyvumas gali būti naudojamas kaip depresijos bei nerimo sutrikimų prevencija. Dar viena pratimų rūšis - anaerobiniai pratimai, kuriuos atliekant yra įtraukiami įvairių raumenų grupių raumenys, šie pratimai reikalauja didesnio intensyvumo, tačiau yra trumpesnės trukmės. Anaerobinių pratimų atlikimui, organizmui yra reikalingas mažesnis kiekis deguonies, bet reikalauja daugiau energijos išteklių, todėl, energija yra naudojama iš tiesiogiai raumenyse esančių energijos šaltinių, kurių nereikia oksiduoti vykdant tikslinę veiklą. Anaerobinių pratimų atlikimo metu raumuo stiprėja, didėja jo masė, mažėja kūno riebalų masė, organizmui lengviau įveikti nuovargio pojūtį, dėl išsiskiriančių hormonų (Klizas ir kt., 2012; Chodzko – Zajko et al., 2009; Rosa et al., 2019; Vogel et al., 2009; McPhee et al., 2016).

Bendrai, fiziniai pratimai yra judesių kombinacijos, kurios yra suplanuotos, struktūrizuotos bei pasikartojančios, siekiant pagerinti ar palaikyti vieną, ar daugiau fizinio pajėgumo komponentų. Tai veiksmo ar kelių sudedamųjų derinys, tobulinantis bei lavinantis asmens fizines ypatybes, judėjimo įgūdžius. Taip pat, literatūroje fizinių pratimų sąvoka yra apibrėžiama kaip sąmoningų, valingų asmens judesių kombinacija, kurios paskirtis yra lavinti bei gydyti ir tai nusakoma kaip svarbiausia asmens fizinio tobulėjimo priemonė (Rosa et al., 2019; Vogel et al., 2009).

Pasaulinė sveikatos organizacija (WHO, 2018) skelbia, jog neveiklumas gali būti netgi kenksmingas sveikatai ir skatinti krūties bei žarnyno vėžinius susirgimus (21 – 25 proc.), diabetą (21 proc.) ir didinti išeminio insulto riziką (30 proc.). Reguliarus suaugusiųjų fizinis aktyvumas padeda mažinti hipertenzijos, koronarinių širdies ligų, insulto, diabeto riziką. Taip pat, gerina kaulų būklę bei funkcinę sveikatą ir yra vienas pagrindinių aspektų kūno masės reguliacijai (WHO, 2018).

Judėjimo trūkumo lygis daugelyje pasaulio šalių mažėja ir vis dažniau tampa nepernešamų ligų priežastimi bei prastesnės visuomenės sveikatos, imtinai, priežastimi. Siektino - didėjančio fizinio aktyvumo reikšmė, visuomenės sveikatos aspektu, yra ligų priežastingumo išvengimas.

1.3.3. Fizinio aktyvumo poveikis sveikatai

Reguliarus fizinis aktyvumas yra reikšmingai susijęs su širdies ir kraujagyslių ligų rizikos mažinimu, tam tikrų vėžinių susirgimų mažinimu, osteoporozės, diabeto, nutukimo, aukšto kraujo spaudimo, depresijos, streso, nerimo lengvesnėmis formomis ar prevencija. Nustatyta, kad fizinis aktyvumas reikšmingai gerina psichinę sveikatą, „užkerta kelią“ demencijai bei gerina gyvenimo kokybę. Taigi, didesnis fizinis aktyvumas yra susijęs ir su geresne sveikata (Leyk et al., 2010; Colley et al., 2011).

Pasaulyje, 23 proc. suaugusiųjų nesilaiko Pasaulinės sveikatos organizacijos skelbiamų rekomendacijų dėl fizinio aktyvumo, sveikos gyvensenos aspekto. Žinoma, jog pasaulyje, mažiausiai aktyvūs yra rytų Viduržemio jūros, Amerikos, Europos bei vakarų Ramiojo vandenyno gyventojai. Manoma, jog gerėjant šalių ekonomikai, mažėja gyventojų fizinis aktyvumas. Taip pat, šiai sričiai daro didelę įtaką ir transporto pokyčiai šalyse, urbanizacija bei visuomeniniai kultūriniai pokyčiai (Vagner et al., 2017; WHO, 2018).

Pastarieji fizinio aktyvumo rodikliai nusako, jog žmonės yra mažiau aktyvūs laisvo laiko metu ir yra linkę daugiau laiko praleisti sėdint darbe ar atostogaujant. Pastebėta ir ryški fizinio aktyvumo kaita, kadangi, žmonės reikšmingai mažiau laiko praleidžia vaikstant, važiuojant dviračiu. Besiplečianti urbanizacija keičia daug aplinkos bei žmonių elgsenos faktorių, taip pat, žmonių gyvenseną (Vagner et al., 2017; 46; Lachman et al., 2010).

Reguliaros fizinės veiklos skatinimas yra viena iš svarbiausių ne farmacinių priemonių, pradedamų vis dažniau siūlyti vidutinio amžiaus asmenims, nes šioje amžiaus grupėje pastebimas žemas fizinio aktyvumo lygis. Vidutinis, tačiau reguliarus fizinis aktyvumas siejamas su bendru vidutinio amžiaus žmonių ankstyvo mirtingumo mažėjimu (Rose et al., 2009; Vogel et al., 2009; Umstadt et al., 2016).

Galima teigti, jog fizinis aktyvumas yra vienas iš būdų, kiekvieną dieną palaikyti atsinaujinančius energijos resursus, jei tikslingai laikomasi ir kitų sveikos gyvensenos komponentų. Taigi, apibendrinant, fizinio aktyvumo poveikis sveikatai pastebimas ne tik asmens, tačiau ir visuomenės mastu. Subalansuotas ir reguliarus fizinis aktyvumas „užkerta kelią“ tam tikroms ligoms bei veikia organizmą kaip prevencijos priemonė nepernešamoms ligoms, fizinio aktyvumo dėka stiprėja raumenys, kaulai, gerėja suvartojamų medžiagų pasisavinimas.

1.4. Poilsio laiko samprata

1.4.1. Poilsio laikas ir jo reikšmė

Kiekvienam žmogui prireikia laiko poilsiui - atsigauti nuo ligų ar visomis prasmėmis palaikyti sveikatą (Hay, 2010). Nors iki šiol poilsis yra laikomas pagrindine priemone sveikti, dažniau, asmenys ilsisi įprasto gyvenimo eigoje. Pakankamai ilsėdamasis po darbo, asmuo gali išvengti padidėjusio nuovargio lygio (Hay, 2010).

Yra žinoma, jog Europos darbo laiko nuostatuose, kiekvienas dirbantis asmuo turi teisę į minimaliai 11 valandų nepertraukiamo poilsio laikotarpį paros bėgyje, teigiama Europos parlamento, Europos sąjungos tarybos pranešime, 2003 metais (Tremonti, Europos sąjungos taryba, 2003).

Taip pat, ne tik nustatyta, tačiau ir pabrėžiama, jog tiek trumpi kasdienio poilsio etapai, tiek ilgesni laikotarpiai, kaip savaitgalio laikas, yra svarbūs dirbantiems asmenims, turintys įtakos asmens sveikatai bei darbingumui. Neretai dirbantys asmenys yra linkę savaitgalį praleisti poilsio režime bei naudojami proga atsistatyti po darbo savaitės bėgyje sukaupto išsekimo (Ungar et al., 2019).

Dažniausia poilsio išraiška ir bene kiekvieną dieną vykdoma - pasyvus poilsis - miegas. Miegas yra itin svarbi sudedamoji dalis asmens sveikatos bei geros savijautos dalis. Yra nustatyta, jog tinkamas, reguliarus ir aukštos kokybės miegas reikšmingai susijęs su normaliu kūno masės indeksu, geresne imunine sistema, atmintimi, aukštesniais akademiniais pasiekimais bei mažiau ryškiais ir rečiau pasireiškiančiais depresijos simptomais (Blake et al., 2016).

Yra nustatyta, jog prastos kokybės miegas yra reikšmingai susijęs su prastesnės sveikatos rodikliais bei didesne širdies ir kraujagyslių ligų, vėžio, mirtingumo, depresijos, nutukimo rizika, dažnesnėmis suicidinėmis apraiškomis (Toussaint et al., 2018; Michishita et al., 2016).

Dar viena poilsio rūšis yra aktyvus poilsis. Ši sąvoka apibrėžia fizinę krūvį, kurio metu asmuo geba atsipalaiduoti ir pailsėti efektyviau nei pasyviai ilsintis. Tai tokia aktyvi veikla, kada neprisirišama prie tam tikrų minčių, žmonių, yra spontaniška bei gerina asmens tiek fizinę, tiek dvasinę būklę (Arslan et al., 2019; Michishita et al., 2016).

Yra žinoma, jog neretai dirbantys asmenys darbo dienos pertraukų metu noriai mankština, ypač darbovietėse, turinčiose atitinkamas patalpas. Nustatyta, jog aktyviai besiilsintys asmenys, darbo dienos bėgyje, taip padidina darbo efektyvumą bei sustiprina savo sveikatą, reguliuoja kraujo spaudimą, netgi kūno masę, poilsis grupėje pagerina darbuotojų tarpusavio santykius (Arslan et al., 2019; Dolan, Kudrna 2013).

Apibendrinant, galima teigti, jog tiek pasyvus, tiek aktyvus poilsis gerina asmens sveikatą. Kokybiškas poilsis daro teigiamą įtaką fizinei ir psichinei sveikatai, tarpasmeniniams santykiams, bei darbo / veiklos atlikimo efektyvumui.

1.5. Žalingų įpročių samprata

1.5.1. Žalingi įpročiai ir jų poveikis organizmui

Nagrinėjant žalingų įpročių sukeltą problemas bei pasekmes, pirmiausiai, yra svarbu teisingai suvokti sąvokos reikšmę. Žalingas įprotis - tai veiksnys ar keli sudedamieji veiksniai, žalojantys sveikatą: fizinę, psichinę bei nereta to pasekmė - ankstyva mirtis. Žalingų įpročių turėjimas neretai dangsto baimę bei bėgimą nuo savosios būties, šiuolaikinės visuomenės ir jos kaitos. Šie įpročiai trukdo asmeniui ne tik ieškoti savęs, siekti tikslų, gebėti būti socialiai aktyviu ne tik šeimos tarpe, bendrai, tai trukdo žmogui tikslingai kurti, siekti ateities perspektyvų. Autorių teigimu, vyrauja atitinkamas santykis tarp intelekto bei elgsenos įpročių (Wraw et al., 2018; Gardner et al., 2012).

Taip pat, literatūroje teigiama, jog, dažniausiai, vidutinio amžiaus asmenys, galima manyti, darbingo amžiaus asmenys (dažnai) vartoja alkoholį rečiau, taip pat, dažnai susilaiko nuo vartojimo, išvengdami problemų, susijusių su alkoholio vartojimu, kaip kad reikšmingai sunkesnių pagirių, kurios neretai kamuoja vidutinio amžiaus asmenis. Dar, yra žinoma, jog alkoholio vartojimas yra reikšmingai susijęs su didesne demencijos rizika, širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, taip pat, lėtinis alkoholio vartojimas didina insulto, aterosklerozės, infarkto riziką bei piktnaudžiaujant alkoholiu - trikdoma širdies veiklos funkcija, neigiamai paveikiamos kraujagyslės, jų elastingumas bei funkcijos (Sabia et al., 2018; Rehm et al., 2009).

Dar vienas, šiuolaikinėje visuomenėje paplitęs žalingas įprotis - narkotinių medžiagų vartojimas. Ne tik jaunimo amžiaus grupėje, tačiau ir vidutinio bei vyresnių amžiaus asmenų tarpe paplitęs įprotis, keliantis žalą vartojančiųjų sveikatai. Psichiką veikiančių medžiagų vartojimas yra daugiau paplitęs tarp nesusituokusių asmenų, gyvenančių atskirai nuo šeimos asmenų bei našlių. Vartojantieji reikšmingai dažniau patiria atminties sutrikimus (Blazer et al., 2009).

Be šių, bene dažniausiai pasireiškiantis visuomenėje žalingas įprotis yra rūkymas. Rūkymo žala bei pasekmės yra neatsiejamai reikšmingos plaučių vėžio priežastingumui. Netgi tabako kompanijos pripažįsta, jog santykinai rūkymo dažnis bei surūkomos medžiagos kiekis yra susijęs su plaučių ligų, širdies ir kraujagyslių sistemos ligų padidėjusia rizika (Wehbe et al., 2018; Zinonos et al., 2016).

Apibendrinant, galima teigti, jog pagrindiniai žalingi įpročiai vyraujantys šiuolaikinėje visuomenėje yra tokie, kaip alkoholio, psichiką veikiančių medžiagų vartojimas, rūkymas. Mažiau aprašomi, tačiau dažnai pasireiškiantys žalingi įpročiai, taip pat, gali būti: nereguliarus fizinis aktyvumas, nekokybiška bei netaisyklinga mityba, tam tikrų higienos įpročių nesilaikymas, poilsio režimo nesilaikymas ir kiti, kasdienėje veikloje sutinkami elgsenos įpročiai, neigiamai veikiantys sveikatą.

1.6. Savireguliacijos samprata

1.6.1. Savireguliacijos įpročių reikšmė

Savireguliacija - sąmoningas savęs valdymas. Yra teigiama, jog savireguliacija priklauso nuo žmogaus asmeninių charakterio savybių, psichinės būsenos bei konkrečios situacijos ar netgi aplinkos. Taip, kaip kiekvienas asmuo gali skirtingai išreikšti bei priimti savo būsenas, taip kiekvienas asmuo turi ir savitą savęs reguliavimo įpročių struktūrą / stilių. Kitaip, savireguliacija išreiškia asmens gebėjimą susilaikyti / susitvardyti / reguliuoti save bei savo elgseną tam tikru momentu, atitinkamoje situacijoje (Carpenter et al., 2011).

Susijusi sąvoka yra meta - pažinimas, žmogui aiškiai suvokiant, kokių veiksmų teisinga imtis, norint pasiekti tam tikrą tikslą, pvz.: žinant, jog kartojimas padeda įsiminti informaciją, ši sąmoningai kartojama daug kartų, stengiantis įsiminti, tuo tarpu, taip taikoma viena iš strategijų savireguliacijos įpročiams stiprinti. Yra argumentuota, jog neretai mokantis ar sprendžiant iškylančias gyvenimiškas problemas, patiriama daugiau sunkumų, žmogui nežinant jam priimtinių savireguliacijos būdų (Lantrip et al., 2017; Agrigoroaei et al., 2011).

Tikslingas veiksmų atlikimas, kontrolė, pasitaisymas ar pataisymas pagal keliamus tikslus, yra savireguliacija, suprantama kaip psichologinis procesas, sukuriantis sąlygas siektinai elgsenai. Yra keletas savireguliacijos stiprinimo modelių. Vienas iš jų - savų veiksmų, elgsenos stebėseną. Stebint yra atliekama savianalizė, kritinis vertinimas, kiekybės bei kokybės, originalumo aspektais. Kitas modelis yra vadinamas atliktų veiksmų vertinimu. Įvertinama atlikta ar atliktos veiklos, elgsena tam tikroje situacijoje, sprendimai, pagal asmeninius kriterijus. Sukaupus pakankamai gyvenimiškos patirties per save, supančią aplinką bei aplinkinius asmenis, neretai reakcija į vyraujančią situaciją tam tikru metu, keičia emocijas ar netgi susijusius su situacija vaizdinius. Dar vienas savireguliacijos stiprinimo modelis yra sietinas su atliekamų veiksmų planavimu. Atlikus nedominančią veiklą, tačiau privalomą veiklą, skiriamas atitinkamas dėmesys sau, laikas mėgstamai veiklai kaip apdovanojimas. Nuo šių trijų atskirų komponentų visumos priklauso asmens elgsenos ne tik vienuose, bet ir socialinėje aplinkoje (Barbara et al., 2016; Auley et al., 2011).

Gebėjimas save reguliuoti didina asmens pasitikėjimą savimi, savirealizacijos galimybes, padeda realiai vertinti galimybes, išvengti priešlaikinio streso bei nerimo, pasyvumo. Išmokus kontroliuoti save bei skatinti atitinkamai elgtis, išmokstami nauji sėkmės ir nesėkmės priežastingumo sampratos modeliai, taikytini kasdieniame gyvenime bei darbinėje veikloje (Razbadauskas ir kt., 2011; Lantrip et al., 2017).

Netinkamas savęs vertinimas skatina neadekvačias reakcijas, neatitikimą galimybių bei lūkesčių. Galima teigti, jog savireguliacija reikšmingai priklauso nuo gebėjimo kritiškai vertinti užimamą poziciją kasdienėje aplinkoje (Bhattacharyya et al., 2019).

Žinoma, jog esą ne tik teigiami, tačiau ir neigiami savikontrolės veiksniai, kai savireguliacija nėra įprastas vykdomasis bruožas, tačiau, kai tai tampa sutrikimu. Pakitę elgesio aspektai neretai išreiškiami sąvoka kaip savireguliacijos sutrikimas, kada pasireiškia dėmesio sutrikimai, nerimas, baimė, depresija, rečiau, perdėtai lėta veikla, psichiką veikiančių medžiagų vartojimas, veiklos strategijų trūkumas. Neklusnus, dažnai agresyvus, neigiamas ir kerštingas elgesys parodo asmens opozicinį neigimą, tuo tarpu, norą kontroliuoti kitus bei negalėjimą kontroliuoti savęs (Aldwin et al. 2010; Agrigoroaei et al., 2011).

Dažnai, elgsenos sutrikimai yra sluoksniuoti bei sunkiai atpažįstami, tačiau pagal emocijų sutrikimų bei psichosocialinę elgesio klasifikaciją galima pastebėti, jog savireguliacijos sutrikimai ir disbalansas šioje srityje yra priskiriamas prie dėmesio sutrikimų (Aldwin et al., 2011).

Dėmesingumo svarba pasireiškia informacijos apdorojimo poreikiu bei informacijos apdorojimo smegenyse sistemos komponentu. Dėmesio koncentravimas nustato, kas patenka į informacijos apdorojimo sistemas, kuomet prireikia apdoroti neįprastos apimties informacijos kiekį. Yra išskiriamas sensorinis, motorinis bei intelektinis dėmesys. Sensorinis pasireiškia psichikos veikla, nukreipta į juntamus, suvokiamus dirgiklius: matomus, girdimus, uodžiamus ir kita. Motorinis, nukreiptas į judesį, veiklą, elgseną. Intelektinis dėmesys nukreiptas į loginių sprendimų reikalaujančios informacijos apdorojimą. Taip pat, dėmesys skiriamas ir į išorinį bei vidinį. Išorinis sutelkiamas į aplinkos veiksnius, objektus; vidinis sutelkiamas į vidinius asmens išgyvenimus, savęs vertinimą ir pan.. Tikslingas dėmesio pasiskirstymas atitinkamoje situacijoje lemia asmens reakcijas, o tinkamas atsakas į dirgiklius išreiškiamas stiprių savireguliacijos įpročių dėka (Bowers, Moyer, 2009; Miotto et al., 2010; Desrosiers et al., 2019).

Apibendrinant, galima teigti, jog savireguliacijos įpročiai - savikontrolė kasdieniame gyvenime, kuri pasireiškia daugelyje aspektų ir yra svarbi savęs pažinime, šeimos tarpusavio santykiuose, profesinėje veikloje ir kita. Tai yra gebėjimas, kuris padeda kontroliuoti savo elgesį, priimant tinkamus ir apgalvotus sprendimus. Taip pat, įgūdis, leidžiantis valdyti savo emocijas, kai jaučiamas pyktis, nusivylimas ar nerimas. Stiprinant savireguliacijos įpročius jaučia pokytį ne tik asmuo, kuris praktikuoja, bet ir aplink jį esantys. Šie įgūdžiai padeda ne tik sutelkiant dėmesį į prioritetus pažinti save, palaikyti tarpusavio santykius, bet ir priimti svarbius sprendimus, valdyti emocijas probleminių situacijų metu, padeda išlikti empatišku bei sveikesniu žmogumi.

1.7. Sveikatos priežiūros darbuotojų gyvenimo ir savireguliacijos ypatumai

1.7.1. Sveikatos priežiūros darbuotojų gyvenimo bei darbo aplinkos veiksniai

Sveikatos priežiūros darbuotojai - asmenys, kuriais pasitiki visuomenė. Ši profesinė grandis reikalauja būti savikontrolėje tiek asmeniniu, tiek įstaigos lygmeniu. Sveikatos priežiūros darbuotojai atsakingai priima sprendimus, remdamiesi savo įgyta kompetencija bei atitinkamai žvelgia į kliniškai nekompetetingus kolegas, pažeidžiančius nustatytas etines ribas.

Rizikingas sveikatos priežiūros darbuotojų gyvenimo būdas kelia susidomėjimą. Moksliniais tyrimais argumentuojama, jog sveikatos priežiūros darbuotojai, dažniau, nei kiti gyventojai, nesilaiko nacionalinės visuomenės sveikatos sveikos gyvenimo gairių, ypač, tinkamo ir tikslingo fizinio aktyvumo, sveikos bei subalansuotos mitybos, žalingų įpročių netoleravimo - alkoholio vartojimo ir rūkymo. Taip pat, žinoma, jog šios srities darbuotojų, kūno masės indeksas, dažniau, nei visų populiacijos gyventojų, yra didesnis nei optimalus. Yra manoma, jog nesilaikymas sveikos gyvenimo rekomendacijų, sietinas su fiziniu neveiklumu, nutukimu bei rūkymu, netgi psichikos sveikatos problemomis: stresu, perdegimo sindromu, nerimo apraiškomis bei depresijos požymiais (Schneider et al., 2019; Kyle et al., 2016).

Apibrėžiama, jog neretai tarp sveikatos priežiūros darbuotojų, žinios apie sveikesnę bei sveiką gyvenimą nėra praktikuojamos asmeninio gyvenimo motyve. Priežastys gali būti tokios, kaip motyvacijos trūkumas, su darbu susijusių veiksnių problematika, kaip kad ilgos darbo valandos ar pamaininis darbas, didelis darbo krūvis vienam darbuotojui santykinai, poilsio trūkumas, netgi, supančios aplinkos veiksniai (Blake et al., 2019; Blake et al., 2016).

Sveikatos priežiūros darbuotojai turi padidintą riziką patirti stresą profesinėje aplinkoje. Tuo tarpu, kas antras besikreipiantis į sveikatos priežiūros įstaigas asmuo, taip pat, patiria stresą. Sveikatos priežiūros darbuotojai, stresą sutvardydami ir gebėdami reaguoti atitinkamai į užklumpančias, kartais ir netikėtas situacijas, yra pirminis pavyzdys, besikreipusiam, kad nuolatinis stresas gali būti įveikiamas įvaldžius tam tikras technikas (Januškevičius ir kt., 2006). Ne tik atsparumas stresui, tačiau ir gebėjimas palaikyti taisyklingus mitybos įpročius, neturėjimas žalingų įpročių, gebėjimas būti fiziškai aktyviu ir atitinkamai energingu, dirbant net ir daugiau, nei įprastą darbo dieną, išliekant geros nuotaikos - gali būti vienas pirminių pavyzdžių visuomenei, sveikesnės gyvenimo link (Januškevičius ir kt., 2006).

Darbas sveikatos priežiūros srityje reikalauja ne tik dėmesio koncentravimo, emocijų, reakcijų valdymo, bet ir tinkamo elgesio, susijusio su darbo trukmės apibrėžtimi, sveikatos bei saugos taisyklių paisymu, kada turi būti priimami racionalūs, kartais save nugalintys pasirinkimai (Herdis et al., 2016).

Apibendrinant, sveikatos priežiūros darbuotojai yra vieni iš pirmų asmenų, į kuriuos kreipiasi visuomenė, kai sutrinka sveikata. Tikslingas paslaugas teikiančiųjų dėmesys visuomenei bei savikontrolė - pavyzdys, galintis informuoti asmenis apie perspektyvas tobulėti, siekiant geresnės gyvenimo kokybės, sveikesnės gyvensenos bei sveikatos. Geresnę patirtį išsako asmenys, kontaktuojantys su sveikatos priežiūros darbuotojais, kurie labiau mėgaujasi savo darbu, dalijasi konstruktyvia informacija apie sveikatą, geba valdyti emocijas atitinkamose situacijose, skiria pakankamai dėmesio, atrodo sveikiau bei paiso taisyklių.

1.7.2. Sveikatos priežiūros darbuotojų savireguliacija darbo aplinkoje

Yra manoma, jog stipresni savireguliacijos įpročiai galėtų padidinti sveikatos priežiūros darbuotojų įsitraukimą į darbą. Taip pat, leistų sveikatos priežiūros darbuotojams imtis savarankiško efektyvumo bei veiksmingumo ugdymo sveikatos priežiūros įstaigose dirbančiųjų tarpe, perteikiant įgytus įgūdžius besikreipiantiems asmenims, tuo tarpu, rodant jiems pavyzdį, gerinant komunikaciją. Sveikatos priežiūros įstaigose, geresnis organizuotumas ir stipresni savireguliacijos įpročiai pasiteisina rengiant oficialius ir neoficialius susitikimus, kuriant geresnes darbuotojų ugdymosi galimybes darbe: tarp kolegų ar net mokymo kursuose (Brannan et al., 2019).

Teigiama, jog į sveikatos priežiūros įstaigas besikreipiančių asmenų pasitenkinimu gaunamomis paslaugomis bei komunikacija yra labiau pasitenkinę tie asmenys, kurie turėjo komunikaciją su sveikatos priežiūros darbuotojais, kurie yra labiau įsitraukę į atliekamas funkcijas, turi stipresnius savireguliacijos įpročius (Costa, 2010).

Nagrinėjant mokslinę literatūrą, prienama prielaida, jog savireguliacijos įpročių kontrolė darbe priveda prie efektyvesnių darbo rezultatų, konkurencinio pranašumo bei noro dalintis informacija tarp darbuotojų, o pacientams ir jų artimiesiems šie aspektai virsta į geresnę sveikatos priežiūros patirtį, kai prireikia pagalbos; geresnius atsiliepimus apie sveikatos priežiūros kokybę (Brannan et al., 2019).

Taip pat, argumentuojama, jog pasikeitus profesinei savireguliacijai atitinkamose įstaigose, nepriklausomų profesijų atstovai gali pradėti veikti kaip visuomenės gerovę kurianti bendrija, kaip socialiniai lyderiai, siekiantys teigiamų pokyčių (Rose et al., 2009).

Teigiama, jog kolektyviškai įvaldytos tam tikros savireguliacijos teorijos nustato bendrąsias emocijų valdymo strategijas. Šios strategijos padeda ne tik įgyvendinti atsakomybės reikalaujančias veiklas, tačiau ir turi įtakos sprendimų priėmimui, galimybių bei pokyčių ieškojime, naujų planų įgyvendinimo veiksmingume, darbo efektyvume. Patekus į neįprastą profesinę situaciją, savireguliacija padeda pasirinkimo etape, gali reguliuoti emocijas, norint išvengti situacijų, kurios sukelia nepageidaujamas reakcijas (Cameron et al., 2017).

Taigi, savireguliacija yra svarbus aspektas specialistams, tiek iš visuomenei. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė yra svarbi visiems asmenims, ypač, sveikatos srityje. Tyrimai apie profesinę savireguliaciją pabrėžia valstybės bei visuomenės susitarimų normas, pagal kurias, profesijų atstovai dirba visuomenei. Heiman ir Olenik - Shemesh 2019 metais teigė, jog savireguliacijos pokyčiai profesinėje srityje, yra susiję su pokyčiais visuomenėje.

1.7.3. Sveikatos priežiūros įstaigų darbo aplinkos veiksniai Lietuvoje ir Europoje

Duomenys apie sveikatos priežiūrą tarp Europos Sąjungos šalių pakankamai skiriasi, o tai neretai priklauso nuo populiacijos dydžio, populiacijos amžiaus rodiklio, sveikatos priežiūros paslaugų kokybės, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo. Sveikatos supratimo apibrėžtis kiekvienoje šalyje turi įtakos pasitenkinimui gyvenimu, jo kokybei, tikslų užsibrėžtumui ir jų siekimui, socialumui (Duarte et al., 2016).

Sveikatos priežiūra Lietuvoje, tarp Europos sąjungos šalių, yra vertinama pakankamai gerai, tačiau lietuviai prieinamą sveikatos priežiūrą Lietuvoje įvertina bene prasčiausiai, lyginant su kitų Europos sąjungos šalių gyventojų vertinimais apie atitinkamas šalis. Tokius rezultatus lemia visuomenės nepasitikėjimas suteikiama sveikatos priežiūra bei suteikiamų paslaugų kokybe, prieinamumu, kuriuos turėtų užtikrinti valstybinės institucijos (Kalėdienė ir kt., 2004; Lillo - Crespo et al., 2017; OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2017)

Visuomenės sveikata ir sveikesnės gyvensenos skatinimas, tam tikrų ligų prevencija, padeda kuriti veiksmingesnę sveikatos sistemą. Šiuolaikiniame pasaulyje svarbu spręsti ne tik sveikatos sistemos problemas, bet ir socialinę nelygybę, kuomet sveikatos priežiūros prieinamumas sukelia problemas. Europos Sąjungai susitelkti ir kurti sveikatos priežiūros geresnę būtį padeda tikslingai išsikelti tikslai, atsižvelgiant, į šio amžiaus problemas. Išsikelti konkretūs tikslai įtraukia ir sveikatos priežiūros darbuotojus Europoje (~18 mln.), kurie yra ruošiami iškilsiančioms problemoms, susijusioms su gyventojų senėjimu, lėtiniais susirgimais, naujų inovacijų bei technologijų diegimu, spręsti. Sveikatos priežiūra Europoje yra teikiama skirtingais metodais, skirtingomis sistemomis bei skirtingais nacionaliniais lygmenimis. Daugelyje Europos Sąjungos šalių yra konkuruojančių sveikatos draudimo bedrovių sistema, teikianti atitinkamos vyriausybės subsidijas piliečiams, kurie negali padengti savo sveikatos draudimo išlaidų, ypač, tai liečia piliečius, kuriems suteikiama skubi būtinoji medicinos pagalba Europos Sąjungos šalyse (Europos komisija, 2017; OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2017).

Yra žinoma, jog Europoje, sveikatos priežiūros specialistai, šiuo laikotarpiu, turi nepakankamas galimybes gerinti sistemą, kurioje dirba. Švietimo programos Europoje, kaip žinoma, nevisada suteikia sveikatos priežiūros specialistams reikiamų teorinių žinių ar įgūdžių praktikos.

Svarbi standartizuota tobulinimosi sistema, kuri galėtų plėsti bei teikti sveikatos priežiūros gerinimo rezultatus, perspektyviai ruošų sveikatos priežiūros specialistus (Montali et al., 2016).

Sveikatos ir socialinės priežiūros sektorius yra vienas didžiausių Europoje. Šiame sektoriuje dirba apie 10 % Europos Sąjungos darbuotojų, o iš jų, 77 % darbuotojų yra moterys, 33 % - vyrai. Didelė dalis sveikatos ir socialinės priežiūros darbuotojų dirba ligoninėse, slaugos, globos namuose ar atlieka medicinos praktiką bei su sveikata susijusias veiklas (Jong et al., 2014).

Taigi, yra žinoma, jog Europoje sveikatos priežiūros sektoriuje dirbantys asmenys, kaip ir likusiose pasaulio šalyse, susiduria su įvairiomis problemomis, disfunkcijomis, susijusiomis su darbine veikla, aplinka, grėsme darbuotojų sveikatai, sukeliančia profesinių ligų pavojų ar nelaimingus atsitikimus darbe (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2017).

Nustatyta, jog sveikatos priežiūros sektoriuje, 65 % darbo vietų yra pavojingos, įskaitant darbą su sutrikusio intelekto asmenimis, chirurginėmis paslaugomis ar netgi valymo paslaugomis. Yra teigiama, jog Europoje, sveikatos priežiūros darbuotojai darbo vietoje gali susidurti su rizikomis, kaip: biologine rizika, esant infekcijoms, užkrečiamoms ligoms; chemine rizika, kai, pavyzdžiui, dirbama su vaistais onkologijai gydyti ar dezinfekuojančiomis priemonėmis; fizinė rizika, kai patiriamas jonizuojančios spinduliuotės poveikis; ergonominė rizika; psichosocialinė rizika, įskaitant smurtą bei netolygų darbo krūvio paskirstymą. Dėl šių pagrindinių rizikų, sveikatos priežiūros sektorius darbui tampa ypač pavojinga aplinka, kada darbuotojai nėra pajėgūs patys pasirūpinti saugia aplinka bei savo sveikata. Dėl netolygių darbo krūvių ir santykinai mažo darbuotojų skaičiaus sveikatos sistemoje, darbuotojai negali išvengti perteklinio streso, nuovargio bei sveikatos prastėjimo, susijusio su darbiniais veiksniais bei aplinka (Busse et al., 2019).

Be šių, žinomų pavojų darbuotojų sveikatai, yra ir naujausios tendencijos, susiję su senėjančia sveikatos priežiūros sistema, naujų sistemų įvedimu ir trūkumu informacijos, tinkamai darbuotojų kompetencijai palaikyti (Jong, et al., 2014).

Apibendrinant, galima teigti, jog Europos Sąjungoje sveikatos ir socialinės priežiūros sektoriai atskirose valstybėse dirba skirtingomis sistemomis bei skirtingais darbo modeliais. Nors, galima manyti, jog dauguma valstybių atskirai, susiduria su panašiomis problemomis, susijusiomis su sveikatos priežiūra bei sveikatos priežiūros darbuotojais. Pagrindinės jų yra nepakankamai saugi darbinė aplinka, netolygus darbo krūvių paskirstymas, darbuotojų nepasitenkinimas darbo sąlygomis, kada rizikuojama sveikata bei gyvenimo kokybe, dėl sveikatos sistemos netolygumų.

1.7.4. Savireguliacijos reikšmė sveikatos priežiūrai

Savireguliacijai yra skiriamas didžiulis dėmesys, prognozuojant pasėkmes, susijusias su asmens efektyvumu, veiklumu, informacijos ieškojimo, priėmimo, vertinimo, planavimo įgūdžiais.

Taip pat, savireguliacija turi įtaką kiekvieno asmens sveikatai, gyvenimo gerovei; teigiama, jog savireguliacijos, kaip psichologinio veiksnio, veikiančio individą bei visuomenę, suvokimas yra tikslas, siekiant geresnių rezultatų įvykių raidos supratime. Šis aspektas - esminė sąlyga sėkmei bei adaptyviam augimui, visais gyvenimo laiko tarpsniais (Adams, 2017).

Savireguliacijos apibrėžtis gali būti traktuojama įvairiai - individualūs savireguliacijos įgūdžiai formuojasi susiduriant su problemomis gyvenime, kurių dėka yra sukaupiama patirtis. Patirtį galima perduoti arba perteikti įvairiais būdais; kalbant apie sveikatos priežiūros darbuotojus, yra teigiama, jog turintys stiprius savireguliacijos įpročius asmenys, dirbantys visuomenei sveikatos įstaigose, įgytą patirtį gali perteikti per pavyzdį, informuodami apie tam tikrus, svarbius, įstaigoje apsilankiusiajam, sveikesnės gyvenimo aspektus. Žinant, kad asmenys kreipiasi į sveikatos priežiūros įstaigas, dažniausiai, dėl sveikatos surikimų, galima manyti, jog informavimas apie savikontrolės įgūdžių stiprinimą, silpnuosius įkvėptų, motyvuotų ar bent priverstų susimąstyti apie sveikesnės gyvenimo tendenciją, geresnės gyvenimo kokybės link (Harrington, 2012; Hay, Diehl, 2010).

Vieni pagrindinių veiksnių, sukeliančių sveikatos priežiūros darbuotojų nepasitenkinimą darbine veikla, yra sveikatos apibrėžčių ir sistemos reformos, darbo krūvio netolygus pasiskirstymas, aukšti kompetencijos reikalavimai, organizacinės paramos trūkumas; besikreipiantys asmenys į sveikatos priežiūros įstaigas su neadekvačiais priešlaikiniais nusistatymais ir kita. Neretai, sistemos gerinime „paskendęs“ sveikatos priežiūros personalas stengiasi nekreipti aktyvaus dėmesio į užklumpantį stresą bei nuovargį darbe. Tai dažnai padeda personalui prisitaikyti prie iškylančių sunkumų, o stresinių faktorių neigimas padeda sumažinti klaidų tikimybę, susijusią su sveikatos priežiūros visuomenėje kokybe (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2017).

Personalas yra vienas iš svarbiausių tiek socialiniams, tiek ekonominiams sistemų pokyčiams, kurie nuolat vyksta organizacijose, valstybėje. Dėl šių pagrindinių priežasčių, valdyti su darbų organizuotumu susijusias problemas pasitelkiami šiuolaikiniai metodai, pabrėžiant, jog darbuotojas turi ne tik techninio darbuotojo ar darbų vykdytojo pareigas, tačiau yra ir žmogus. Stengiamasi, kad visų lygių darbuotojų kompetencija būtų grindžiama pasitikėjimu ir bendradarbiavimu (Frasquilho et al., 2016).

Yra žinoma, jog norint išvengti sveikatos priežiūros darbuotojų diskomforto darbo vietoje, reikalingas tikslingas pokyčių valdymas. Toks pokyčių valdymas gali būti efektyvus, kai į procesą yra įtraukiami patys darbuotojai, kada patys turi teisę padėti spręsti su pokyčiais darbo įstaigose susijusius klausimus. Į pokyčių diegimo procesą įtraukti darbuotojai jaučiasi labiau suprasti, tokiu būdu išvengia netikrumo bei neapibrėžtumo tikslų siekime (Goffeng et al., 2017).

Tinkamas komunikavimas tarp darbuotojų sveikatos priežiūros įstaigų valdymo metu sukuria kolektyvinę darną ir tai skatina domėtis bei dalintis atitinkama informacija. Atsakingi ir stipresnius savireguliacijos įgūdžius turintys sveikatos priežiūros darbuotojai yra linkę prisitaikyti prie galimų pokyčių bei išsako pokyčių poreikį, kylant nepasitenkinimui darbu. Yra žinoma, jog didžiausią pasipriešinimą pokyčiams ir naujų galimybių ieškojimui jaučia darbuotojai, tiesiogiai nedirbantys su besikreipiančiais į sveikatos priežiūros įstaigą asmenimis, darbuotojai. Galima teigti, jog pastarieji, rečiausiai, susiduria su neigiamais atsiliepimais ir nepasitenkinimu jų darbo rezultatais iš visuomenės (Kartunavičiūtė ir kt., 2017; Stanulewicz et al., 2019).

Didinant darbuotojų pasitenkinimą vykdoma veikla, svarbu suteikti galimybes darbuotojams kelti kvalifikacijos lygį, užtikrinant vykdomų pokyčių eigą bei rezultatus (Gorman, 2014).

Apibendrinant, yra ne vienas veiksnys sveikatos priežiūros įstaigose, keliančių darbuotojams diskomfortą, tačiau galima manyti, jog pasikliaujant tinkama komunikacija, nepatogumus keliančius aspektus galima demokratiškai išspręsti. Atmosfera darbo vietoje ir bendrų tikslų aiškumas skatina darbuotojus ilgiau išlikti motyvuotais bei tikslo siekiančiais.

II. EMPIRINĖ DALIS

2.1. Tyrimo metodika

2.1.1. Tyrimo metodai

Siekiant išanalizuoti sveikatos priežiūros darbuotojų sveikos gyvensenos savireguliacijos įpročius X mieste buvo atliktas kiekybinis tyrimas. Tyrimui atlikti naudota anketinė apklausa raštu, susidedanti iš sveikos gyvensenos klausimyno bei savireguliacijos įpročių klausimyno, statistinės duomenų analizės metodai.

Apklausa buvo atliekama 2020 sausio - kovo mėnesiais. Tyrimui atlikti, gautas Klaipėdos universiteto bioetikos centro pritarimas. Tyrimas atliktas X miesto savivaldybėje, tiriamieji - sveikatos priežiūros darbuotojai. Tyrimo vykdymas pradėtas gavus įstaigų vadovų pritarimus atlikti tyrimą atitinkamoje įstaigoje. Tyrime analizuojama sveikatos priežiūros darbuotojų sveikos gyvensenos bei savireguliacijos įpročiai X mieste.

2.1.2. Tyrimo imties charakteristika

Tyrimo imtis sudaryta naudojantis reprezentatyvios tikimybinės atrankos būdu. Imties dydis apskaičiuotas pagal imties dydžio formulę ($n = 270$). Iš viso išdalinta anketų - 300, į tyrimą įtrauktos 272 respondentų anketos iš visų išdalintų anketų. Tyrimo dalyviai - sveikatos priežiūros darbuotojai X mieste, iš jų, 81,6 % moterys, 18,4 % vyrai.

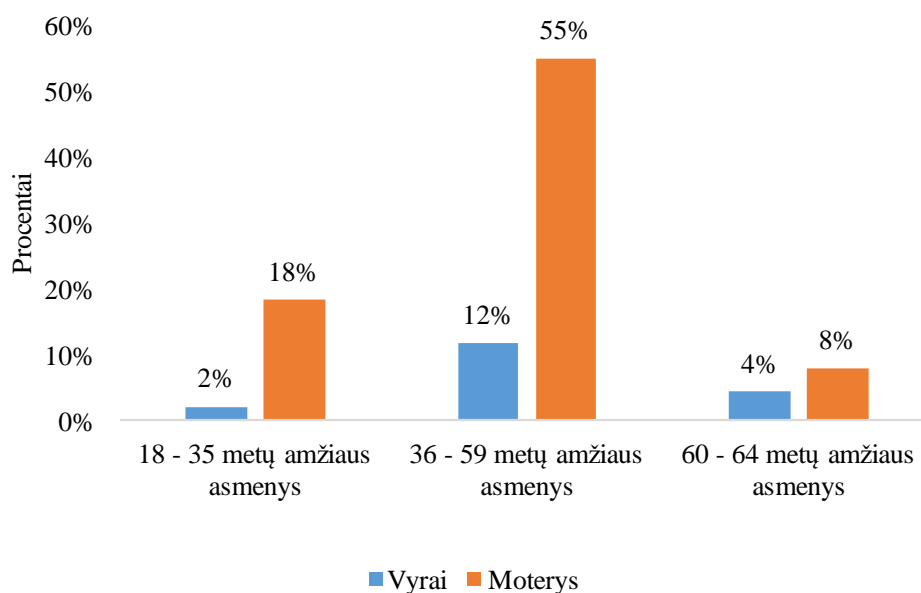
Tiriamųjų įtraukimo į tyrimą kriterijai:

1. Sveikatos priežiūros darbuotojai, gyvenantys X mieste;
2. Asmenys, dirbantys atitinkamose įstaigose, savanoriškai sutikę dalyvauti tyrime;
3. Darbingo amžiaus asmenys (pagal PSO: vyrai nuo 16 iki 62,5 metų amžiaus (63 imtinai); moterys nuo 16 iki 60 metų amžiaus).

Neįtraukimo į tyrimą kriterijai:

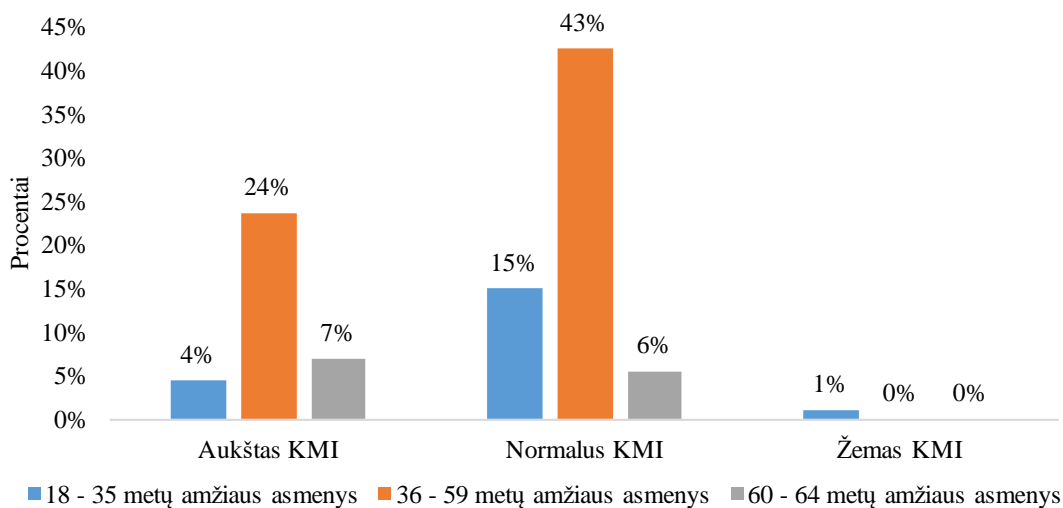
1. Seno amžiaus asmenys ($65 <$ metų, pagal PSO);
2. Asmenys, nepilnai užpildę tyrimo anketą arba ją „sugadinę“ ($n = 28$).

Iš pateiktos diagramos (1 pav.) matyti, kad daugiausiai dalyvavusių tyrime respondentų buvo vidutinio amžiaus moterys, mažiausiai, jauno amžiaus vyrai. Iš viso tyrime dalyvavo 18,4% vyrų ($n = 50$), 81,6% moterų ($n = 222$) (1 pav.).



1 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes ir lytį

Didžiausia tiriamųjų grupė - vidutinio amžiaus asmenys, turintys normalų kūno masės indeksą 42,5% (n = 117); mažiausia tiriamųjų grupė - vidutinio bei seno amžiaus asmenys, turintys per mažą kūno masės indeksą (2 pav.).

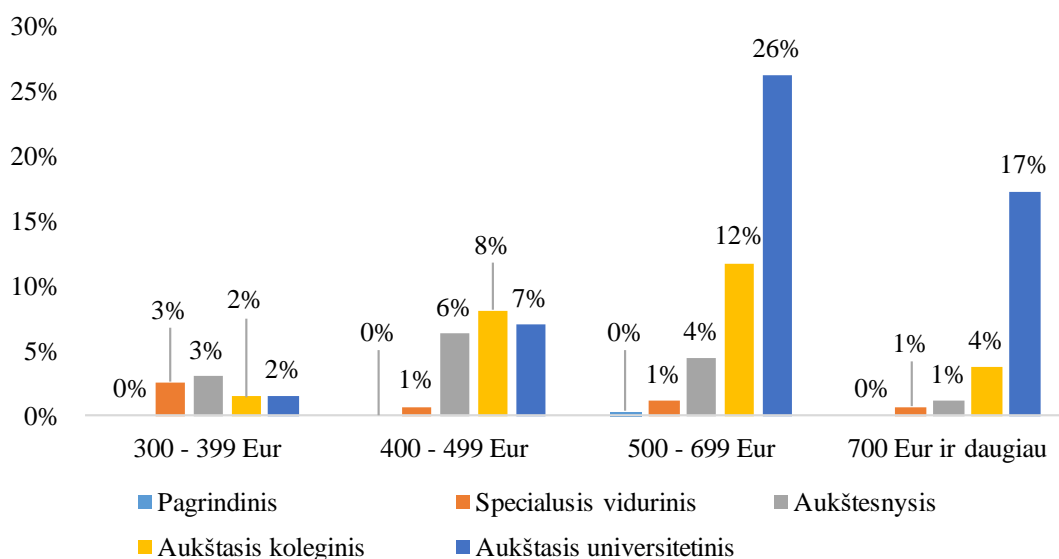


2 pav. Tiriamųjų KMI pasiskirstymas pagal amžiaus grupes

Tyrimo dalyvavo 16,5% (n = 45) lietuvių vyrų, lietuvių moterų 78,7% (n = 214), rusų tautybės vyrų dalyvavo 1,1% (n = 3), moterų 1,8% (n = 5), lenkų tautybės vyrai tyrime nedalyvavo, moterų buvo 0,7% (n = 2), kitos tautybės asmenų, dalyvavusių tyrime, vyrų 0,7% (n = 2), moterų 0,4% (n = 1).

Susituokusių arba gyvenančių kartu su partneriu / partnere vienkiemyje 5,5% (n = 15), kaime 4,4% (n = 12), miestelyje 1,8% (n = 5), mieste 50% (n = 136), didmiestyje 0,4% (n = 1). Nevedę / neištekėję (gyvena vieni) vienkiemyje gyvena 1,5% (n = 4), kaime 1,5% (n = 4), miestelyje 0,7% (n = 2), mieste 10,7% (n = 29), gyvenančių didmiestyje, šiai šeiminei padėčiai priklausančiųjų nebuvo. Išsiskyrusiųjų, gyvenančių vienkiemyje buvo 0,7% (n = 2), kaime 0,4% (n = 1), miestelyje 1,1% (n = 3), mieste 15,1% (n = 41), didmiestyje gyvenančių išsiskyrusiųjų sveikatos priežiūros darbuotojų nebuvo. Netekusiųjų vyro / žmonos, gyvenančiųjų vienkiemyje nebuvo, gyvenančiųjų kaime 0,4% (n = 1), miestelyje 0,7% (n = 2), mieste 5,1% (n = 14), šios šeiminės padėties gyvenančiųjų didmiestyje, tyrime nedalyvavo.

Daugiausiai respondentų turi aukštąjį universitetinį išsilavinimą bei jų pajamos vienam asmeniui šeimoje pasiskirsto nuo 500 Eur iki 699 Eur. Mažiausiai respondentų, dalyvavusių tyrime buvo turintys specialų vidurinį išsilavinimą ir, dažniausiai, šių atsakiusiųjų pajamos šeimoje vienam asmeniui pasiskirsto nuo 300 Eur iki 399 Eur (3 pav.).



3 pav. Vidutinių pajamų per mėnesį vienam šeimos nariui pasiskirstymas pagal SPD išsilavinimą

2.1.3. Tyrimo instrumentai

Tyrimo atlikimui buvo naudojama anketinė apklausa raštu, sudaryta iš dviejų modifikuotų klausimynų.

Pirmoji anketos dalis sudaryta iš Gyvensenos klausimyno, patvirtinto Higienos institute (2016), kuri buvo atitinkamai modifikuota atliekamam tyrimui.

Tyrimo sveikos gyvensenos klausimynas sudarytas iš dviejų dalių:

1. Klausimai apie sveiką gyvenseną, apimantys mitybos įpročius bei ypatumus, žalingus įpročius, fizinį aktyvumą, savo sveikatos, gyvenimo kokybės, jautimosi laimingu įsivertinimą.
2. Klausimai apie demografinius veiksnius: ūgis, svoris, lytis, amžius, tautybė, gyvenamoji vietovė, šeiminė padėtis, išsilavinimas, vidutinės pajamos vienam šeimos nariui per mėnesį.

Antroje tyrimo anketos dalyje naudotas Savireguliacijos klausimynas (The Self-Regulation Questionnaire), sudarytas ir patvirtintas naudojimui Jungtinėse Amerikos Valstijose, Švietimo departamente (1999). Klausimynas iki šiol yra naudojamas tyrimams bei savireguliacijos įpročių lygio vertinimui atlikti.

Tyrimui atlikti pasirinktas klausimynas vertina savireguliacijos procesus per savianalizę. Klausimyną sudaro 63 teiginiai į kuriuos atsakoma vienu iš 5 pasirinkimų, kurie vertinami balais:

- visiškai nesutinku = 5 balai;
- nesutinku = 4 balai;
- nesu tikras / tikra = 3 balai;
- sutinku = 2 balai;
- visiškai sutinku = 1 balas.

Gauti pasirinkimų balai sumuojami ir skaičiuojamas bendras balų skaičius, kuris paaiškinamas:

- 239 balai - aukštas savireguliacijos įpročių lygis;
- 214 - 238 balai - vidutinis savireguliacijos įpročių lygis;
- < 213 balų - žemas savireguliacijos įpročių lygis.

Šis klausimynas, taip pat, apima atskirų asmens savireguliacijos etapų nagrinėjimą:

1. Svarbios informacijos priėmimą (klausimyno klausimai, nagrinėjantys šį savireguliacijos etapą: 1; 8; 15; 22; 29; 36; 43; 50; 57);
2. Informacijos vertinimą bei lyginimą su normomis (klausimai, nagrinėjantys šį savireguliacijos etapą: 2; 9; 16; 23; 30; 37; 44; 51; 58);
3. Pokyčių inicijavimą (klausimai, nagrinėjantys šį savireguliacijos etapą: 3; 10; 17; 24; 31; 38; 45; 52; 59);
4. Galimybių ieškojimą (klausimai, nagrinėjantys šį savireguliacijos etapą: 4; 11; 18; 25; 32; 39; 46; 53; 60);
5. Plano sudarymą (klausimai, nagrinėjantys šį savireguliacijos etapą: 5; 12; 19; 26; 33; 40; 47; 54; 61);
6. Plano įgyvendinimą (klausimai, nagrinėjantys šį savireguliacijos etapą: 6; 13; 20; 27; 34; 41; 48; 55; 62);

7. Plano įgyvendinimo veiksmingumą (klausimyno klausimai, nagrinėjantys šį savireguliacijos etapą: 7; 14; 21; 28; 35; 42; 49; 56; 63).

Remiantis savireguliacijos proceso etapų nagrinėjimu, galima tiksliau nustatyti klausimyną atlikusių asmenų elgesio, siekiant tikslų, nesėkmių priežastis, kurios yra svarbios bendriems elgesio savikontrolės principams.

2.1.4. Tyrimo procesas / eiga

Magistro darbo atlikimo procesas organizuotas keliais etapais: pasiruošimas tyrimui; tyrimo tikslo nustatymas, tyrimo uždavinių išsikėlimas, tyrimo plano sudarymas; proceso organizavimas; tyrimo metodo pasirinkimas, tiriamųjų imties apskaičiavimas; duomenų rinkimas; anketinės apklausos raštu vykdymas; surinktų duomenų analizė; rengiami tyrimo rezultatai, išvados ir rekomendacijos.

2.1.5. Tyrimo etika

Tyrimo atlikimo pradžioje, tyrimo atlikimo įstaigų vadovams bei tiriamiesiems buvo paašškintas tyrimo tikslas ir eiga, nauda tyrimo dalyviams. Atliktas tyrimas yra objektyvus ir apklausoje dalyvavę respondentai - savanoriškai sutikę tyrime dalyvauti.

Siekiant gauti bešališką informaciją, tiriamiesiems išliekant saugiams, tyrimo vykdytojas yra įsipareigojęs vertinti suteikiamą informaciją bei respondentų kompetencijas, savanorišką tiriamųjų dalyvumą. Vykdytojas, taip pat, yra įsipareigojęs išlaikyti orumą bei konfidencialumą net ir užbaigus tyrimą.

Tyrimo atlikimo instrumentai yra patvirtinti viešam naudojimui be atskiro leidimo.

2.1.6. Tyrimo duomenų analizė

Tyrimo statistinė duomenų analizė atlikta naudojant programų paketą SPSS (Statistical Package for Social Science) 25.00 for Mac ir Microsoft Excel programą. Skaičiuotos bei pateikiamos tyrimo metu gautų kiekybinių duomenų charakteristikos: procentinė dalis, vidurkiai, standartiniai nuokrypiai. Ranginių duomenų palyginimui pateikiamos porinių dažnių lentelės. Nominalinių duomenų statistiškai reikšmingų skirtumų nustatymui naudotas Chi kvadrato testas. Dviems nepriklausomoms imtims palyginti naudotas Manio - Vitnio (Maney Whitney) kriterijus. Keturlaukiams duomenims palyginti naudotas Fišerio (Fisher's) kriterijus. Analizuojant ryšį tarp ranginių duomenų naudotas Spirmeno (Spearman's) koreliacijos koeficientas, kai $0 < r < 0,2$ labai silpnas; $0,2 < r < 0,5$ silpnas; $0,5 < r < 0,7$ vidutinis; $0,7 < r < 1$ stiprus koreliacinis ryšys. Koreliacinis ryšys laikomas statistiškai patikimu, kai $p < 0,05$.

2.2. Tyrimo rezultatai

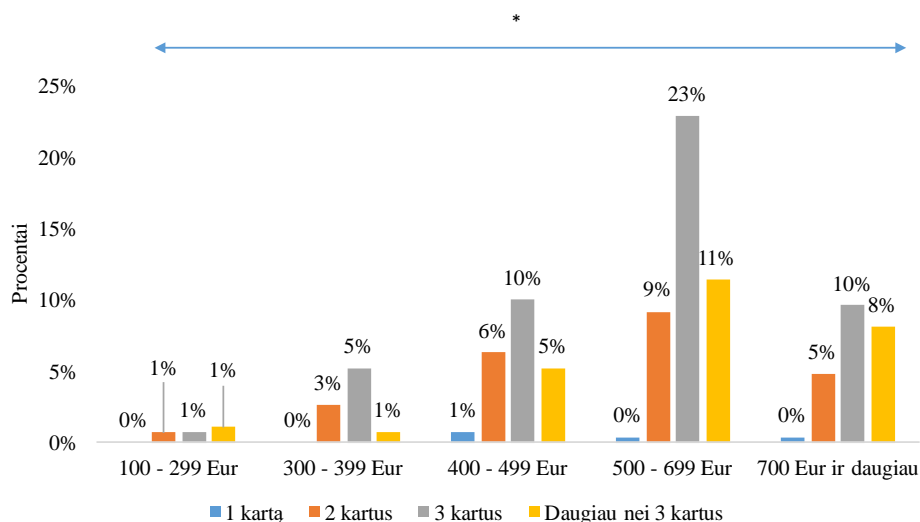
2.2.1. Sveikatos priežiūros darbuotojų X mieste sveikos gyvensenos įpročių analizė

Nagrinėjant sveikatos priežiūros darbuotojų X mieste sveikos gyvensenos įpročius, kurie buvo analizuoti atskirais aspektais: mitybos įpročiai; žalingi įpročiai; fizinis aktyvumas; savęs vertinimas, sveikos gyvensenos aspektu.

Mitybos įpročių analizė tyrime apima tiek valgymo kartus per dieną, užkandžiavimo kartus per dieną, tiek skirtingų maisto produktų, kaip grūdinės kilmės, pieno, mėsos, vaisių, daržovių, pridėtinio cukraus, pridėtinės druskos vartojimo kartus per dieną, dar, vandens kiekio suvartojimą per dieną.

Analizuojant valgymo kartus per dieną, nustatyta, jog nebuvo vyrų, tarp tiriamųjų, kurie valgytų 1 kartą per dieną, tuo tarpu, 1,5 % moterų ($n = 4$) teigė, jog valgo 1 kartą per dieną; 2 kartus per dieną valgo 3,3 % vyrų ($n = 9$), moterų 20,6 % ($n = 56$); 3 kartus per dieną valgo 10,7 % vyrų ($n = 29$), moterų 37,5 % ($n = 102$); daugiau nei 3 kartus per dieną valgo 4,4 % vyrų ($n = 12$), moterų 22,1 % ($n = 60$).

Nagrinėjant valgymo kartus per dieną ir gaunamas pajamas vienam asmeniui šeimoje per mėnesį, gautas statistiškai patikimas ryšys ($p < 0,05$; $p = 0,047$) ir labai silpnas teigiamas koreliacinis ryšys ($r = 0,121$; $p < 0,05$) (4 pav.). Galima teigti, jog valgymų kartai per dieną yra statistiškai reikšmingai susiję su pajamų dydžiu per mėnesį vienam asmeniui šeimoje.

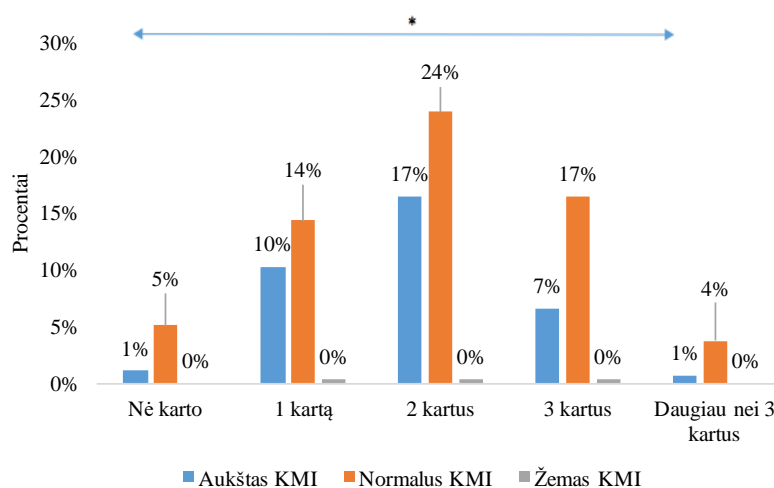


4 pav. Gaunamų pajamų pasiskirstymas asmeniui per mėnesį ir valgymo kartų per dieną pasiskirstymas tarp tiriamųjų (* $p < 0,05$)

Taip pat, yra nustatyta, jog normalų kūno masės indeksą turintys asmenys, dažniau nei antsvorio bei mažą kūno indeksą turintys asmenys, užkandžiauja 63,6 % ($n = 173$), dažniausiai, 2

kartus per dieną; 35,3 % (n = 96) antsvorio turintys asmenys, dažniausiai, užkandžiauja 2 kartus per dieną; mažą kūno masės indeksą turintys asmenys 1,1 % (n = 3) užkandžiauja 2 kartus per dieną arba daugiau nei 3 kartus per dieną.

Taip pat, analizuojant gautus duomenis buvo nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys ($p < 0,05$; $p = 0,021$) ir labai silpnas neigiamas koreliacinis ryšys ($r = -0,140$; $p < 0,05$) tarp respondentų kūno masės indekso bei grūdinės kilmės produktų vartojimo kartų per dieną (5 pav.). Taigi, galima teigti, jog grūdinės kilmės produktų vartojimas yra statistiškai reikšmingai susijęs su didesniu tiriamųjų kūno masės indeksu.



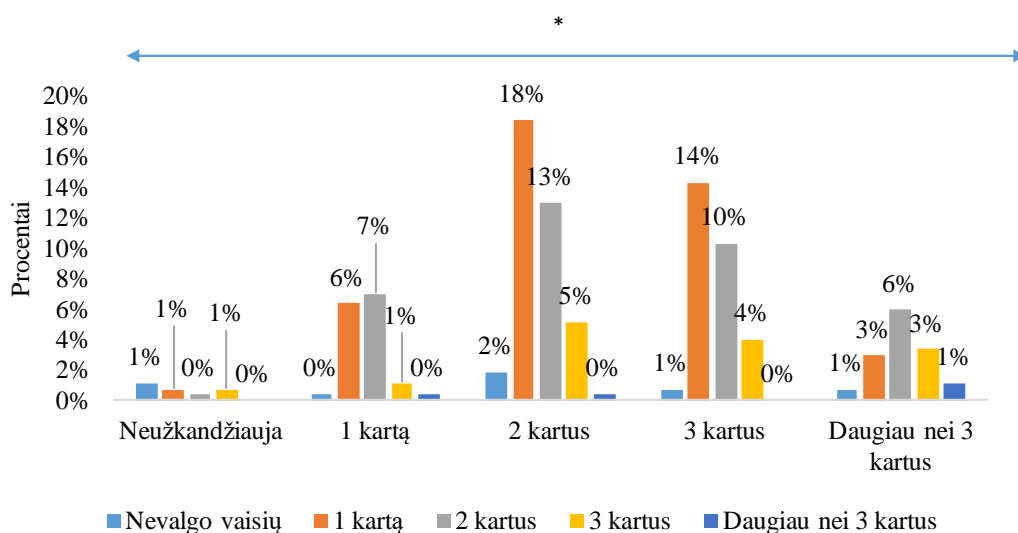
5 pav. KMI grupių ir grūdinės kultūros produktų vartojimo kartų per dieną ryšys (* $p < 0,05$)

Nagrinėjant pieno produktų vartojimą ir kūno masės indeksą statistiškai reikšmingas ryšys nebuvo gautas, tačiau nustatyta, jog 0,4 % vyrų (n = 1) ir 7 % moterų (n = 19) visai nevartoja pieno produktų; 8,8 % vyrų (n = 24) ir 34,6 % moterų (n = 94) 1 kartą per dieną vartoja pieno produktus; 8,1 % vyrų (n = 22) ir 30,9 % moterų (n = 84) 2 kartus per dieną vartoja pieno produktus; 1,1 % vyrų (n = 3) ir 8,5 % moterų (n = 23) 3 kartus per dieną vartoja pieno produktus; nė vienas vyras, tačiau 0,7 % moterų (n = 2) daugiau nei 3 kartus per dieną vartoja pieno produktus.

Tyrimo duomenų analizės metu nagrinėtos kūno masės indekso grupės (asmens KMI per mažas, normalus, didelis - asmuo turi antsvorio) ir mėsos vartojimo kartai per dieną. Yra žinoma, jog 4 % antsvorio turinčių asmenų (n = 11) nė karto per dieną nevartoja mėsos produktų; 19,1 % (n = 52) 1 kartą per dieną vartoja mėsos produktus; 8,8 % (n = 24) 2 kartus per dieną vartoja mėsos produktus; 2,6 % (n = 7) 3 kartus per dieną vartoja mėsos produktus; 0,7 % (n = 2) daugiau nei 3 kartus per dieną vartoja mėsos produktus. Normalų kūno masės indeksą turintys asmenys - 10,7 % (n = 29) nė karto per dieną nevartoja mėsos produktų; 32,7 % (n = 89) 1 kartą per dieną vartoja mėsos produktus; 16,2 % (n = 44) 2 kartus per dieną vartoja mėsos produktus; 3,7 % (n = 10) 3 kartus per dieną; 0,4 % (n =

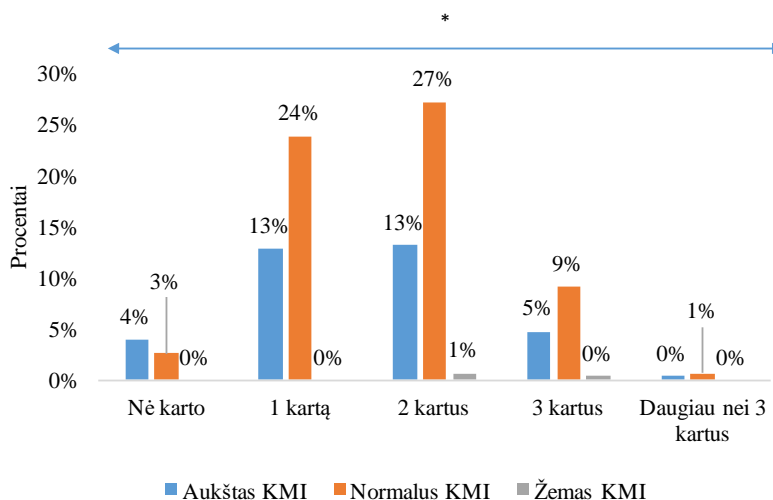
1) daugiau nei 3 kartus per dieną vartoja mėsos produktus. Mažą kūno masės indeksą turintys asmenys – 0,4 % (n = 1) nevartoja mėsos produktų; 0,7 % (n = 2) 1 kartą per dieną vartoja mėsos produktus.

Nagrinęjant tiriamųjų užkandžiavimo įpročius bei vaisių valgymo kartus per dieną, gautas statistiškai patikimas ryšys ($p < 0,05$; $p = 0,042$) ir labai silpnas teigiamas koreliacinis ryšys ($r = 0,123$; $p < 0,05$) (6 pav.). Taigi, galima teigti, jog vaisių suvartojimas per dieną yra statistiškai reikšmingai susijęs su užkandžiavimo kartais per dieną.



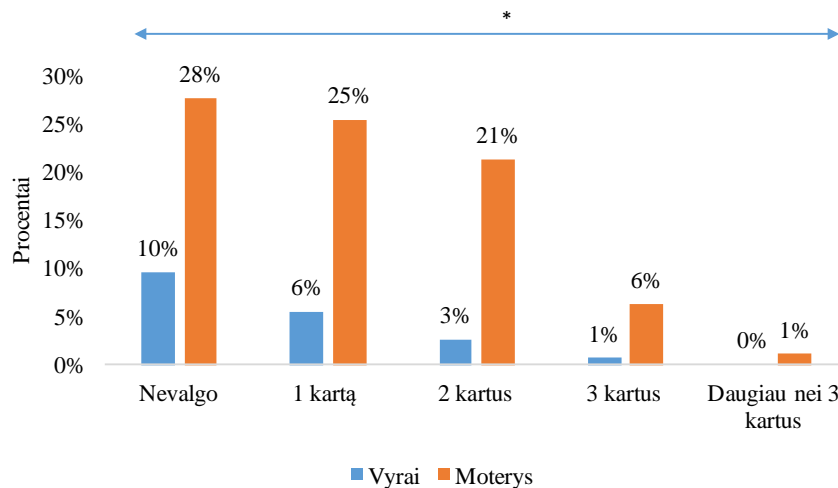
6 pav. Užkandžiavimo kartų per dieną bei vaisių valgymo kartų per dieną ryšys (* $p < 0,05$)

Analizuojant tiriamųjų kūno masės indekso grupes bei daržovių vartojimo per dieną kartus, nustatytas statistiškai patikimas ryšys ($p < 0,05$; $p = 0,033$) tarp jų ir labai silpnas neigiamas koreliacinis ryšys ($r = - 0,129$; $p < 0,05$); galima teigti, jog tiriamųjų kūno masės indeksas yra statistiškai reikšmingai susijęs su daržovių vartojamu kiekiu per dieną (7 pav.).



7 pav. Ryšys tarp tiriamųjų kūno masės indekso grupių bei daržovių valgymo kartų per dieną (* $p < 0,05$)

Taip pat, statistiškai patikimas ($p < 0,05$; $p = 0,006$) labai silpnas teigiamas koreliacinis ryšys ($r = 0,165$; $p < 0,05$) tarp pridėtinio cukraus turinčio maisto vartojimo kartų per dieną bei tiriamųjų lyties (8 pav.). Galima teigti, kad pridėtinio cukraus turinčių produktų vartojimo dažnis statistiškai reikšmingai susijęs su tiriamųjų lytimi.



8 pav. Pridėtinio cukraus turinčių maisto produktų vartojimas tarp vyrų ir moterų (* $p < 0,05$)

Nagrinėjant pridėtinės druskos turinčio maisto ir vartojančiųjų lyties nustatyta, jog vyrai - 8,1 % ($n = 22$) nevalgo šio maisto rūšies; 3,3 % ($n = 9$) 1 kartą; 4 % ($n = 11$) 2 kartus; 2,6 % ($n = 7$) 3 kartus; 0,4 % ($n = 1$) valgo daugiau nei tris kartus per dieną, pridėtinės druskos turintį maistą. Tuo tarpu, moterys - 34,9 % ($n = 95$) visai nevalgo pridėtinės druskos turinčio maisto; 19,1 % ($n = 52$) 1 kartą per dieną; 19,1 % ($n = 52$) 2 kartus; 7,7 % ($n = 21$) 3 kartus; 0,7 % ($n = 2$) moterų, daugiau nei 3 kartus per dieną valgo pridėtinės druskos turintį maistą.

Norint tikslingai išanalizuoti respondentų svorio (kilogramais) ir reikiamo išgerti vandens kiekį per dieną reikia pabrėžti, jog atitinkamai analizuojamos tiriamųjų grupės ir nustatytas rekomenduotinas vandens kiekis per dieną:

- 48 kg - 56 kg sveriantys asmenys, kuriems per dieną rekomenduojama išgerti 1,7 l - 2 l vandens;
- 57 kg - 69 kg sveriantys asmenys, kuriems per dieną rekomenduojama išgerti 2 l - 2,5 l vandens;
- 70 kg - 83 kg, sveriantys, kuriems rekomenduojamas per dieną vandens kiekis suvartoti 2,5 l - 3 l;
- 84 kg - 97 kg sveriantys asmenys, kuriems rekomenduojama per dieną išgerti 3 l - 3,5 l vandens;
- asmenims, sveriantiems nuo 98 kg iki 102 kg, per dieną rekomenduojamas išgerti vandens kiekis yra 3,5 l - 3,7 l.

Nagrinėjant pateiktą lentelę (1 lentelė) galima matyti, jog 16,6 % (n = 46) tiriamųjų per dieną išgeria reikiamą kiekį vandens pagal jų kūno svorį (kg).

1 lentelė. Tiriamųjų svorio (kg) kategorijos (pagal reikiamą išgerti vandens kiekį ml per dieną) ir išgeriamo vandens per dieną santykis (*p < 0,05)

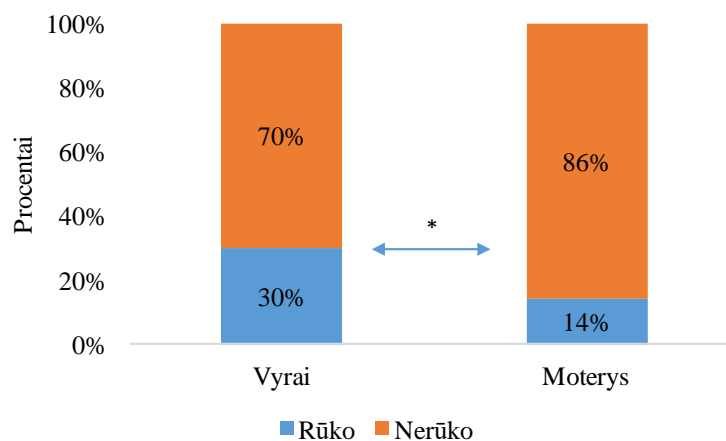
	<i>*Visai negeriu</i>	<i>*~200ml</i>	<i>*~400ml</i>	<i>*~600ml</i>	<i>*~800ml</i>	<i>*~1l</i>	<i>*~1,5l</i>	<i>*Daugiau nei 1,5l</i>
48-56 kg	0,0%	0,8%	1,6%	1,2%	1,5%	0,4%	2,3%	0,0%
57-69 kg	0,8%	7,7%	13,7%	8,2%	7,2%	5,7%	9,5%	0,7%
70-83 kg	0,0%	1,5%	5,0%	6,6%	4,0%	1,4%	4,9%	2,7%
84-97 kg	0,0%	0,8%	1,8%	3,4%	1,8%	2,3%	2,6%	13,2%
98-102 kg	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,4%	0,0%	0,0%

Analizuojant asmenų kūno svorį (kg) ir išgeriamo vandens kiekį per dieną, gautas statistiškai patikimas (p < 0,05; p = 0,029) labai silpnas teigiamas koreliacinis ryšys (r = 0,132; p < 0,05) (1 lentelė). Taigi, galima teigti, jog suvartojamo vandens kiekis yra statistiškai reikšmingai susijęs su asmens kūno mase (kg).

Iš lentelėje pateiktų duomenų ir apibendrintai pateiktų duomenų (virš 1 lentelės), kiek pagal kūno svorį (kg) žmogui rekomenduojama išgerti vandens, galima teigti, jog visi tiriamieji išgeria per mažai vandens dienos metu.

Apibendrinant, tyrime dalyvavusių sveikatos priežiūros darbuotojų mitybos įpročius, sužinota, jog tarp tiriamųjų, vyrai valgo daugiau kartų per dieną bei vartoja daugiau druskos turinčio pridėtinio maisto, nei moterys, kurios dažnai pasirenka pridėtinio cukraus turinčio maisto produktus; užkandžiauja dažniau asmenys, turintys normalų kūno masės indeksą; o užkandžiu, dažniausiai, tiriamieji pasirenka vaisius, tuo tarpu, valgantys daugiau grūdinės kilmės maisto produktų, turi didesnę kūno masės indeksą, o normalų kūno masės indeksą turintieji daugiau valgo mėsos, bei daržovių; taip pat, nustatyta, jog beveik ketvirtadalis tiriamųjų, per dieną išgeria pakankamą vandens kiekį.

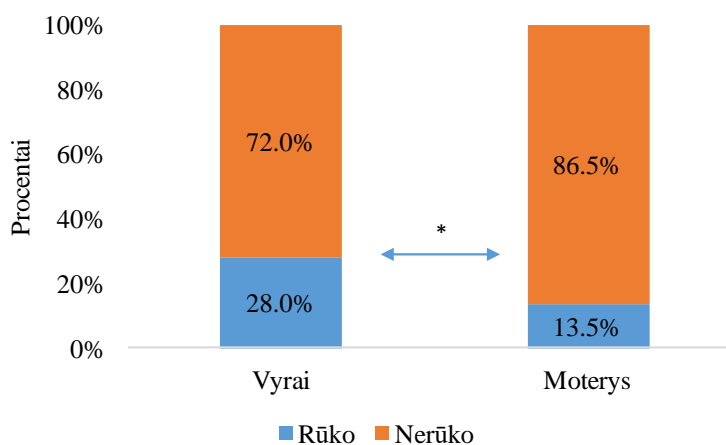
Nagrinėjant rūkymo dažnio ypatumus, nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas (p < 0,05; p = 0,011) tarp rūkančių vyrų ir moterų - statistiškai reikšmingai dažniau rūko vyrai, nei moterys (9 pav.).



9 pav. Vyrų ir moterų rūkymo dažnis (* $p < 0,05$)

Nagrinėjant tiriamųjų kaitinamo tabako / elektroninių cigarečių rūkymo įpročius, nustatyta, jog tarp visų tiriamųjų vyrų, rūkančių vyrų yra 14 % ($n = 7$); moterų 10,8 % ($n = 24$). Taigi, rūkantys kaitinamą tabaką arba elektronines cigaretes buvo 11,4 % ($n = 31$) iš visų tiriamųjų.

Analizuojant gautus duomenis apie sveikatos priežiūros darbuotojų rūkymą darbo valandomis - pertraukų metu, nustatytas statistiškai reikšmingas ($p < 0,05$; $p = 0,018$) skirtumas tarp rūkymo dažnio ir lyties (10 pav.). Taigi, statistiškai reikšmingai dažniau, darbe rūko vyrai.



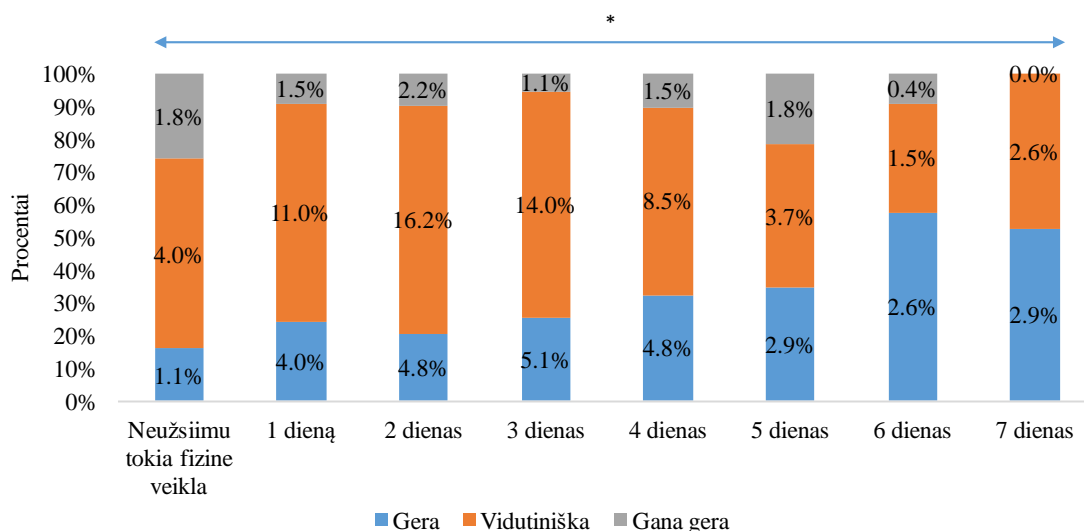
10 pav. Rūkymo dažnis tarp vyrų ir moterų, darbe, pertraukų metu (* $p < 0,05$)

Nagrinėjant gautus tyrimo duomenis apie tiriamųjų alkoholio vartojimą, nustatyta, jog 6,3 % ($n = 17$) vyrų ir 24,3 % (66) moterų vartoja alkoholinius gėrimus. Iš respondentų vyrų, įprastą darbo savaitės dieną retkarčiais arba bent kartą vartoja alkoholinius gėrimus 2,5 % ($n = 7$), moterų 2,9 % ($n = 8$); darbo savaitės bėgyje, retkarčiais arba bent kartą vartoja alkoholinius gėrimus - 3,7 % ($n = 10$) vyrų, 6,6 % ($n = 18$) moterų; per paskutines 30 dienų, kasdien vartoja alkoholinius gėrimus

1,1 % (n = 3) moterų, retkarčiais arba bent kartą 6,6 % (n = 18) vyrų, 23,2 % (n = 63) moterų, per pastarąsias 30 dienų, vartojo alkoholinius gėrimus.

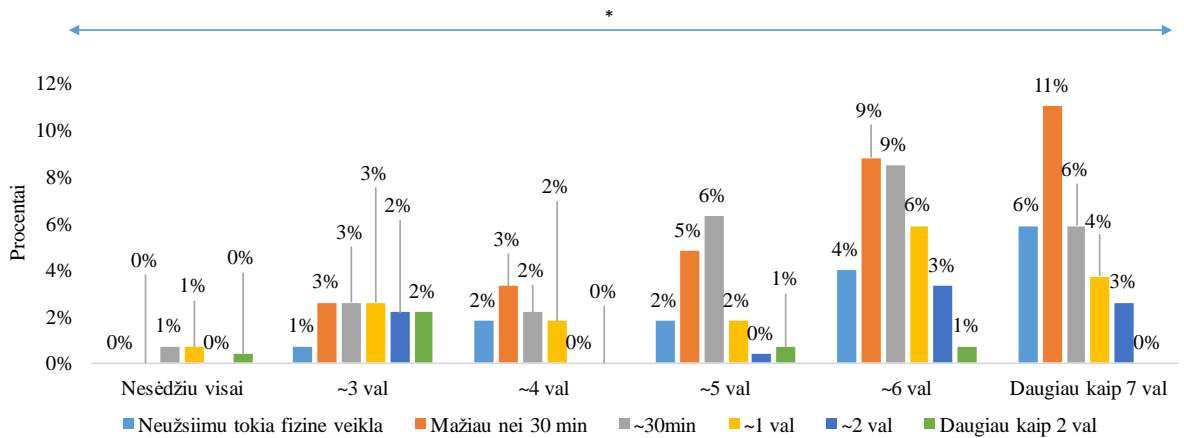
Apibendrinant, galima teigti, jog tarp tirtų sveikatos priežiūros darbuotojų, dažniaus rūko vyrai, įskaitant tabako gaminius, kaitinamąsias bei elektronines cigaretes, taip pat, dažniau rūko darbo laike, pertraukų metu, nei moterys; be to, beveik pusė tirtų asmenų per paskutines 30 dienų vartojo alkoholinius gėrimus.

Nagrinėjant fizinio aktyvumo santykį su sveikatos būkle, gautas statistiškai patikimas ($p < 0,05$; $p = 0,004$) labai silpnas koreliacinis ryšys ($r = - 0,175$; $p < 0,05$) tarp tiriamųjų sveikatos būklės įsivertinimo ir jų fizinio aktyvumo (kartai per savaitę, užsiimant energinga veikla) (11 pav.). Taigi, galima teigti, jog respondentų sveikatos būklės įsivertinimas yra statistiškai reikšmingai susijęs su fizinio aktyvumo per savaitę dažniu.



11 pav. Fizinio aktyvumo ir sveikatos būklės įsivertinimo pasiskirstymas tarp tiriamųjų (* $p < 0,05$)

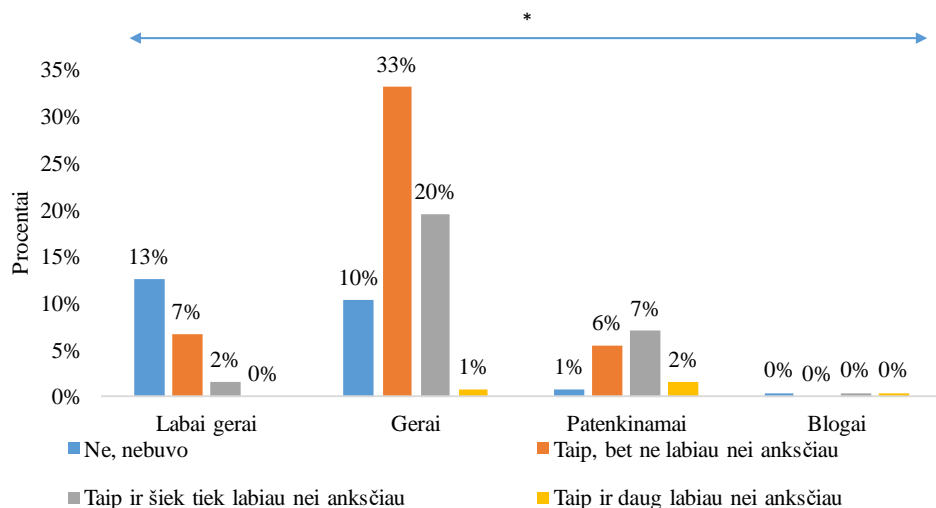
Analizuojant duomenis apie tiriamųjų sėdimą laiką per dieną ir fizinio aktyvumo laiką per dieną gautas statistiškai patikimas ($p < 0,05$; $p = 0,001$) labai silpnas neigiamas koreliacinis ryšys ($r = - 0,198$; $p < 0,05$) (12 pav.). Taigi, galima teigti, jog fizinio aktyvumo laikas yra statistiškai reikšmingai susijęs su sėdimu laiku per dieną.



12 pav. Sėdimo laiko per dieną ir fizinės veiklos per dieną tendencija (* $p < 0,05$)

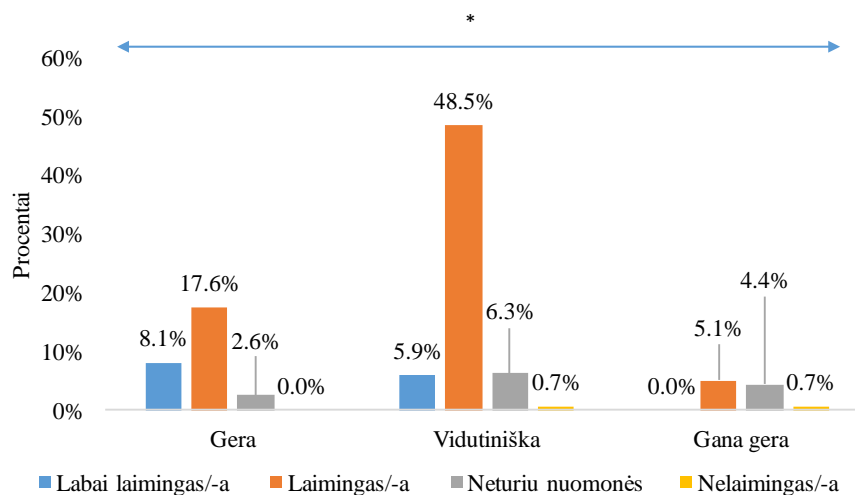
Apibendrinant, sveikatos priežiūros darbuotojai, įsivertinę savo sveikatos būklę kaip gerą arba vidutinišką - dažniau užsiima fiziniu aktyvumu; ilgesnį laiką per dieną sėdintys asmenys, mažesnį laiką per dieną, užsiima fiziniu aktyvumu.

Nagrinėjant tiriamųjų gyvenimo kokybės bei nuotaikos per pastaruosius 12 mėnesių įsivertinimą nustatytas statistiškai patikimas ($p < 0,05$; $p = 0,000$) silpnas teigiamas koreliacinis ryšys ($r = 0,447$; $p < 0,05$) tarp tiriamųjų gyvenimo kokybės bei nuotaikos. Galima teigti, jog respondentų nuotaika yra statistiškai reikšmingai susijusi su gyvenimo kokybe (13 pav.).



13 pav. Gyvenimo kokybės bei nuotaikos vertinimo tendencija tarp tiriamųjų (* $p < 0,05$)

Analizuojant respondentų pateiktus duomenis apie laimės jausmą bei sveikatą buvo gautas statistiškai reikšmingas ($p < 0,05$; $p = 0,000$) silpnas teigiamas koreliacinis ryšys ($r = 0,331$; $p < 0,05$). Galima teigti, jog sveikatos būklė yra statistiškai reikšmingai susijusi su asmens patiriamu laimės jausmu (14 pav.).



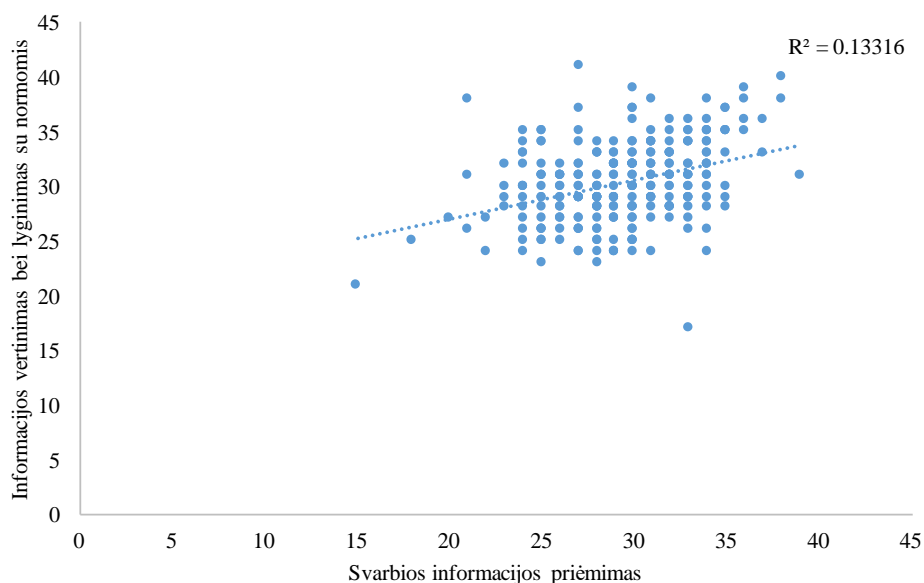
14 pav. Tiriamųjų sveikatos būklės bei kiek laimingu jaučiasi įsivertinimo tendencija (* $p < 0,05$)

Apibendrinant, analizuojant sveikatos priežiūros darbuotojų savęs vertinimą, nustatyta, jog geriau gyvenimo kokybę įvertinę tiriamieji, savo nuotaiką per pastaruosius 12 mėnesius vertino, taip pat, geriau; respondantai, sveikatos būklę įsivertinę geriau, jaučiasi laimingesni.

2.2.2. Sveikatos priežiūros darbuotojų X mieste savireguliacijos įpročių analizė

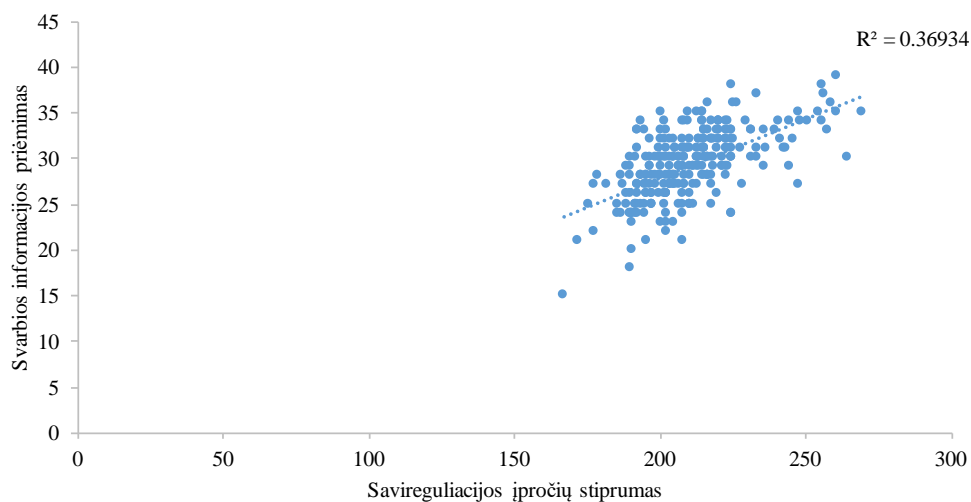
Nagrinėjant savireguliacijos įpročius tarp tirtų sveikatos priežiūros darbuotojų, buvo nustatyta, jog 8 % ($n = 4$) vyrų ir 8,1 % ($n = 18$) moterų turi stiprius savireguliacijos įpročius; 28 % ($n = 14$) vyrų ir 32,9 % ($n = 73$) moterų turi vidutinio stiprumo savireguliacijos įpročius; 64 % ($n = 32$) vyrų ir 59 % ($n = 131$) moterų turi silpnus savireguliacijos įpročius.

Nagrinėjant savireguliacijos įpročių proceso etapus, gautas statistškai patikimas ($p < 0,05$; $p = 0,000$) silpnas teigiamas koreliacinis ryšys ($r = 0,365$; $p < 0,05$) tarp tiriamųjų svarbios informacijos priėmimo bei informacijos vertinimo ir lyginimo su normomis gautų klausimyno balų sumų (kuo didesnė balų suma, tuo stipresnis įgūdis) (15 pav.). Taigi, galima teigti, jog informacijos vertinimas ir lyginimas su normomis yra statistškai reikšmingai susijęs su tiriamųjų svarbios informacijos priėmimu.



15 pav. Svarbios informacijos priėmimo ir informacijos vertinimo bei lyginimo su normomis ryšys (balais) (* $p < 0,05$)

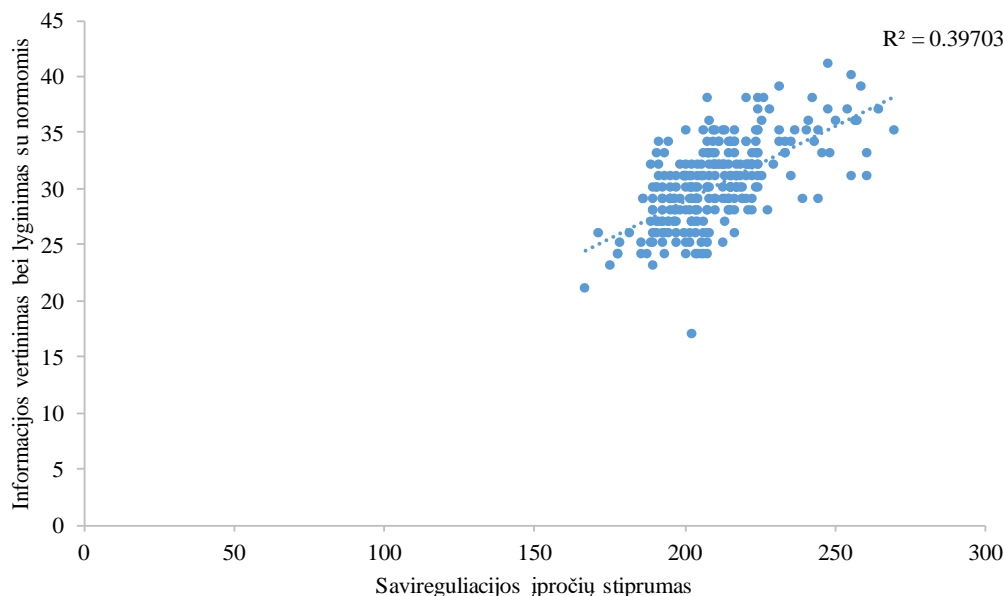
Analizuojant svarbios informacijos priėmimą, taip pat, buvo norima panagrinėti šio savireguliacijos etapo ryšį su savireguliacijos įpročių stiprumu. Tarp šių dviejų aspektų buvo nustatytas statistiškai patikimas ($p < 0,05$; $p = 0,000$) vidutinio stiprumo teigiamas koreliacinis ryšys ($r = 0,608$; $p < 0,05$) (16 pav.). Tai reiškia, jog galima teigti, kad svarbios informacijos priėmimas tarp tiriamųjų yra statistiškai reikšmingai susijęs su savireguliacijos įpročių stiprumu.



16 pav. Savireguliacijos įpročių stiprumo ir svarbios informacijos priėmimo ryšys (balais) (* $p < 0,05$)

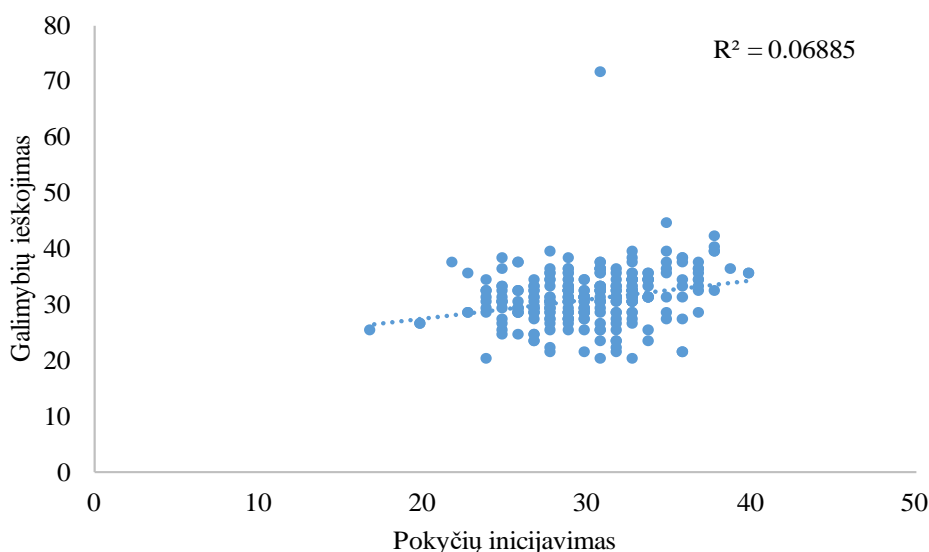
Analizuojant informacijos vertinimą bei lyginimą su normomis (savireguliacijos komponentas) svarbu išnagrinėti šio savireguliacijos etapo ryšį su savireguliacijos įpročių stiprumu. Tarp šių, nustatytas statistiškai patikimas ($p < 0,05$; $p = 0,000$) vidutinio stiprumo teigiamas

koreliacinis ryšys ($r = 0,630$; $p < 0,05$) (17 pav.). Galima teigti, jog informacijos vertinimas ir lyginimas su normomis yra statistiškai reikšmingai susijęs su savireguliacijos įpročių stiprumu.



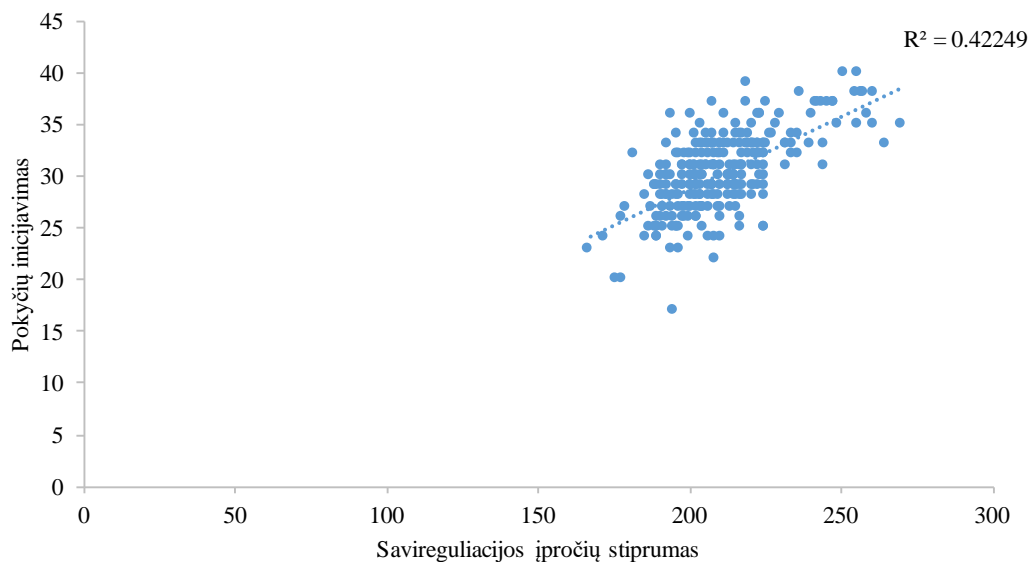
17 pav. Savireguliacijos įpročių stiprumo ir informacijos vertinimo bei lyginimo su normomis ryšys (balais) (* $p < 0,05$)

Analizuojant gautų duomenų suminius savireguliacijos klausimyno balus apie tiriamųjų pokyčių inicijavimą bei galimybių ieškojimą buvo gautas statistiškai patikimas ($p < 0,05$; $p = 0,000$) silpnas teigiamas koreliacinis ryšys ($r = 0,262$; $p < 0,05$) (18 pav.). Taigi, tarp šių aspektų nustatytas ryšys leidžia teigti, jog pokyčių inicijavimas yra statistiškai reikšmingai susijęs su tiriamųjų galimybių ieškojimu pokyčiams įgyvendinti.



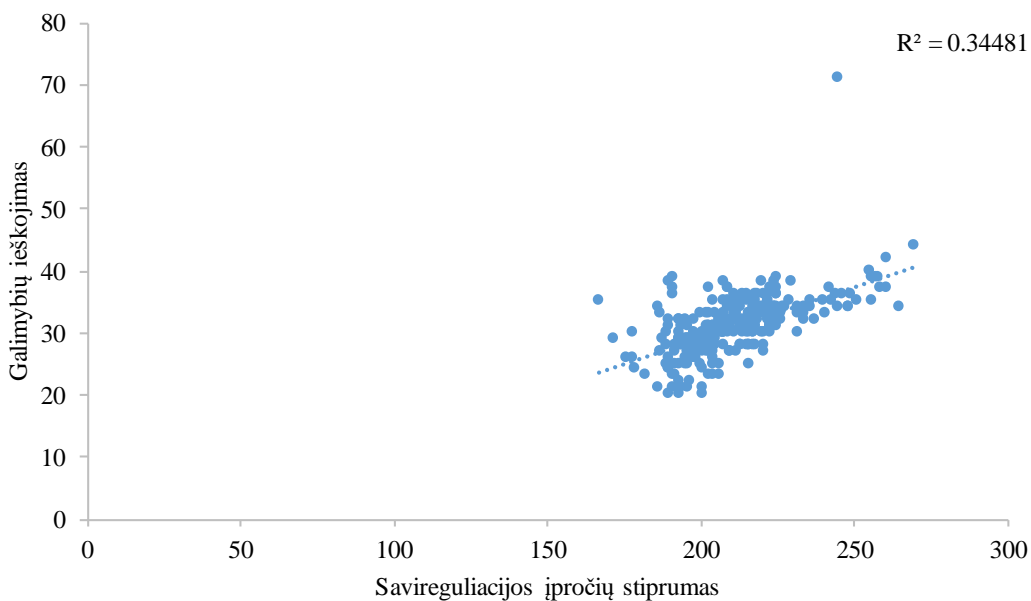
18 pav. Pokyčių inicijavimo ir galimybių ieškojimo ryšys (* $p < 0,05$)

Tarp savireguliacijos įpročių stiprumo ir pokyčių inicijavimo, kaip savireguliacijos etapo, gautas statistiškai patikimas ($p < 0,05$; $p = 0,000$) vidutinio stiprumo teigiamas koreliacinis ryšys ($r = 0,650$; $p < 0,05$) (19 pav.). Taigi, galima teigti, jog pokyčių inicijavimas yra statistiškai reikšmingai susijęs su savireguliacijos įpročių stiprumu.



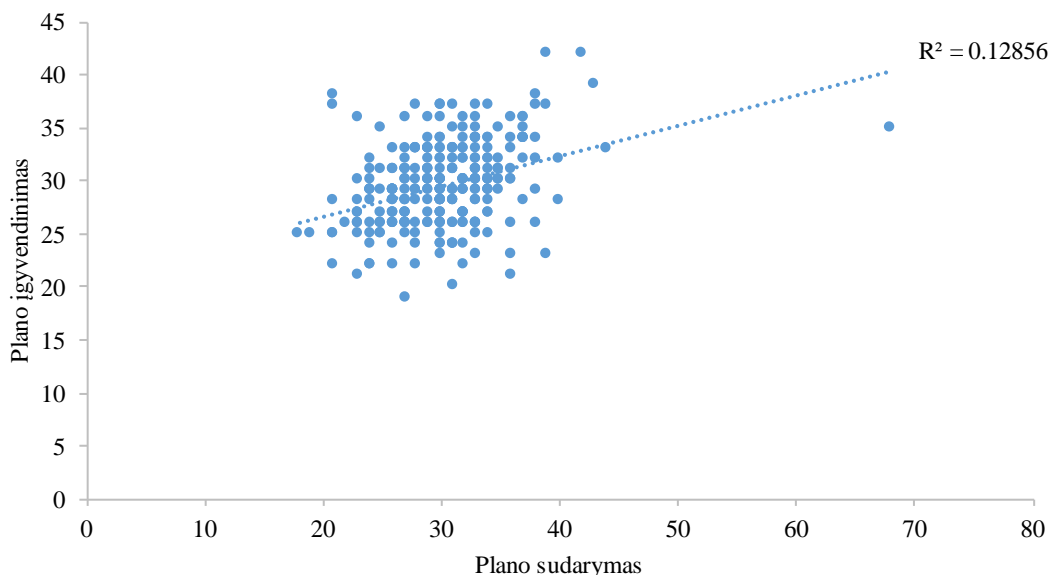
19 pav. Savireguliacijos įpročių stiprumo ir pokyčių inicijavimo ryšys (balais) (* $p < 0,05$)

Analizuojant savireguliacijos įpročių stiprumą ir vieną iš etapų - galimybių ieškojimą, nustatytas statistiškai patikimas ($p < 0,05$; $p = 0,000$) vidutinio stiprumo teigiamas koreliacinis ryšys ($r = 0,587$; $p < 0,05$) (X pav.). Taigi, galima teigti, kad savireguliacijos įpročių stiprumas yra statistiškai reikšmingai susijęs su asmens galimybių ieškojimu pokyčiams (20 pav.).



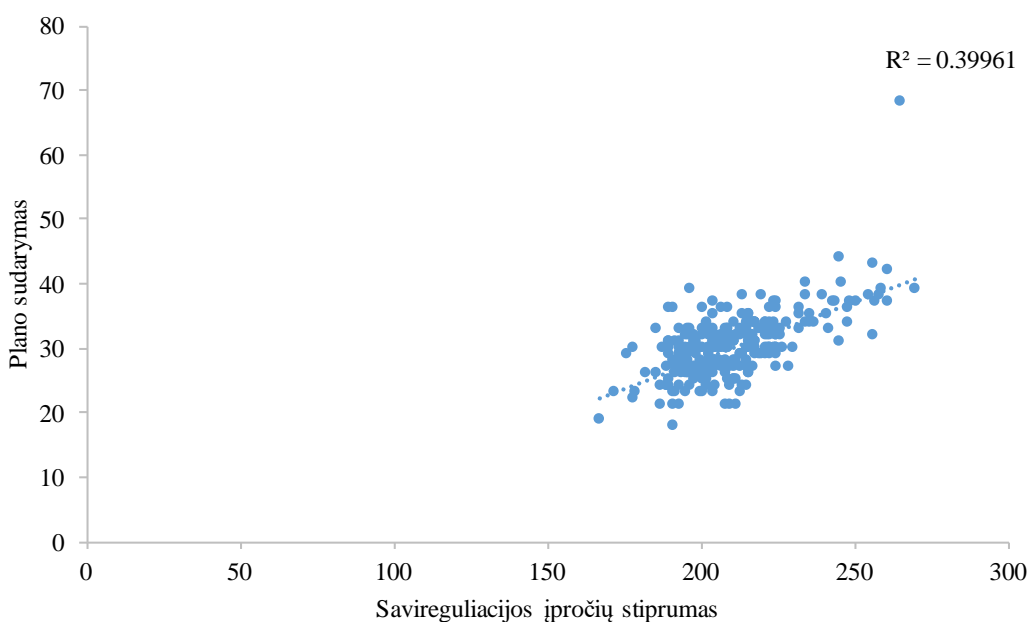
20 pav. Savireguliacijos įpročių stiprumo ir galimybių ieškojimo ryšys (balais) (* $p < 0,05$)

Išanalizavus gautus tyrimo duomenis apie tiriamųjų plano sudarymo bei plano įgyvendinimo įpročius, kaip savireguliacijos komponentus, gautas statistiškai patikimas ($p < 0,05$; $p = 0,000$) silpnas teigiamas koreliacinis ryšys ($r = 0,359$; $p < 0,05$) (21 pav.). Taigi, galima teigti, plano įgyvendinimo etapas yra statistiškai reikšmingai susijęs su plano sudarymo etapu.



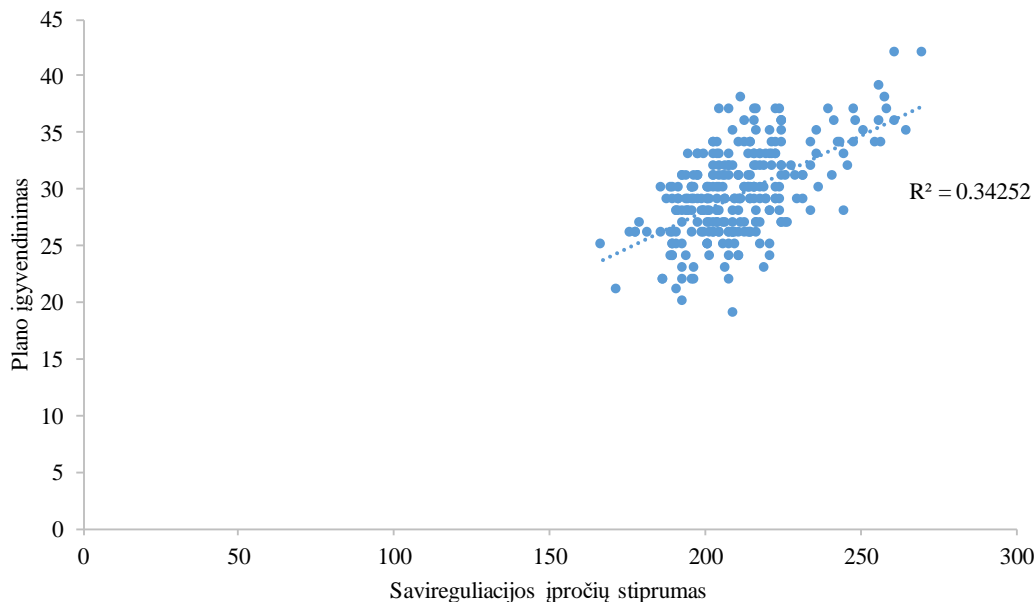
21 pav. Plano sudarymo ir plano įgyvendinimo ryšys (balais) (* $p < 0,05$)

Analizuojant plano sudarymo, kaip savireguliacijos komponento, ryšį su savireguliacijos įpročių stiprumu, gautas statistiškai patikimas ($p < 0,05$; $p = 0,000$) vidutinio stiprumo teigiamas koreliacinis ryšys ($r = 0,632$; $p < 0,05$) (22 pav.). Galima teigti, jog savireguliacijos įpročių stiprumas yra statistiškai reikšmingai susijęs su plano sudarymo etapu.



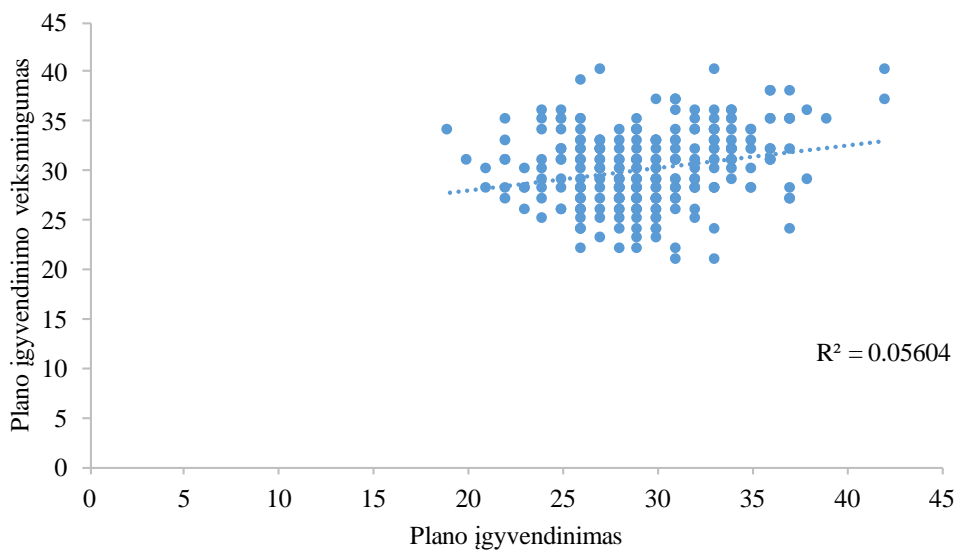
22 pav. Savireguliacijos įpročių stiprumo ir plano sudarymo ryšys (balais) (* $p < 0,05$)

Nagrinėjant dar vieną iš savireguliacijos etapų - plano įgyvendinimą bei savireguliacijos įpročių stiprumą, nustatytas statistiškai patikimas ($p < 0,05$; $p = 0,000$) vidutinio stiprumo teigiamas koreliacinis ryšys ($r = 0,585$; $p < 0,05$) (23 pav.). Taigi, galima teigti, jog plano įgyvendinimo etapas yra statistiškai reikšmingai susijęs su savireguliacijos įpročių stiprumu.



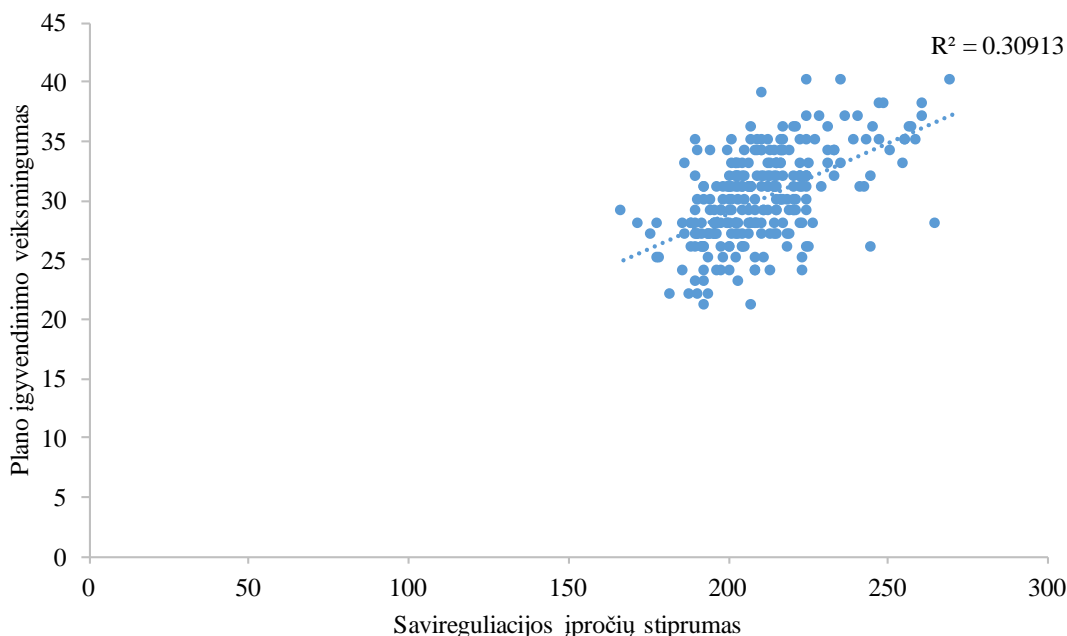
23 pav. Savireguliacijos įpročių stiprumo ir plano įgyvendinimo ryšys (balais) (* $p < 0,05$)

Taip pat, buvo nagrinėjami duomenys apie tiriamųjų planų įgyvendinimą bei planų įgyvendinimo veiksmingumą. Gautas statistiškai patikimas ($p < 0,05$; $p = 0,000$) silpnas teigiamas koreliacinis ryšys ($r = 0,237$; $p < 0,05$) tarp šių dviejų savireguliacijos proceso etapų (24 pav.). Galima teigti, jog tarp tiriamųjų, plano įgyvendinimo veiksmingumas yra statistiškai reikšmingai susijęs su plano įgyvendinimu.



24 pav. Plano įgyvendinimo ir plano įgyvendinimo veiksmingumo ryšys (* $p < 0,05$)

Analizuojant plano įgyvendinimo veiksmingumą, kaip savireguliacijos etapą ir savireguliacijos įpročių stiprumą, gautas statistiškai patikimas ($p < 0,05$; $p = 0,000$) vidutinio stiprumo teigiamas koreliacinis ryšys ($r = 0,556$; $p < 0,05$). Taigi, galima teigti, jog savireguliacijos įpročių stiprumas yra statistiškai reikšmingai susijęs su plano įgyvendinimo veiksmingumo etapu - stipresni savireguliacijos įpročiai, plano įgyvendinimas - veiksmingesnis (25 pav.).



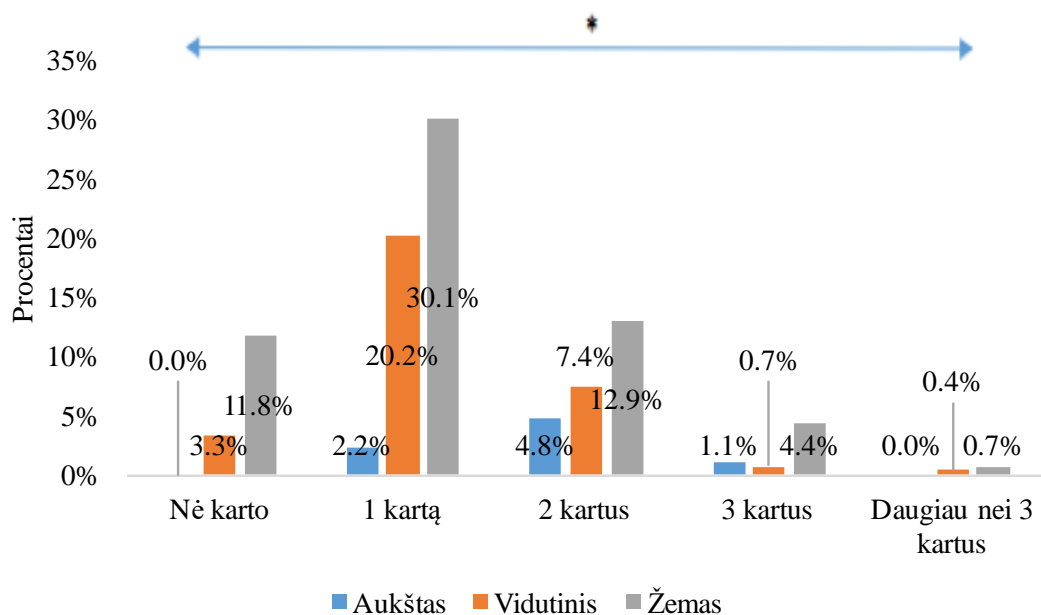
25 pav. Savireguliacijos įpročių stiprumo ir plano įgyvendinimo veiksmingumo ryšys (balais) (* $p < 0,05$)

Apibendrinant, galima pabrėžti, jog daugiausiai tyrime dalyvavusių sveikatos priežiūros darbuotojų, turi silpnus savireguliacijos įpročius, mažiau vidutinio stiprumo, mažiausiai, stiprius savireguliacijos įpročius; taip pat, nustatyta, jog gaunamos informacijos priėmimo ir informacijos vertinimo bei lyginimo su normomis savireguliacijos etapai yra statistiškai reikšmingai susiję; galimybių ieškojimo su pokyčių inicijavimu etapai yra statistiškai reikšmingai susiję; plano įgyvendinimo etapas yra statistiškai reikšmingai susijęs su plano sudarymo etapu; plano veiksmingumo etapas statistiškai reikšmingai susijęs su plano įgyvendinimo etapu; dar, nustatyta, jog kiekvienas iš šių savireguliacijos etapų yra statistiškai reikšmingai susiję su savireguliacijos įpročių stiprumu.

2.2.3. Sveikatos priežiūros darbuotojų X mieste sveikos gyvensenos bei savireguliacijos įpročių sąsajos

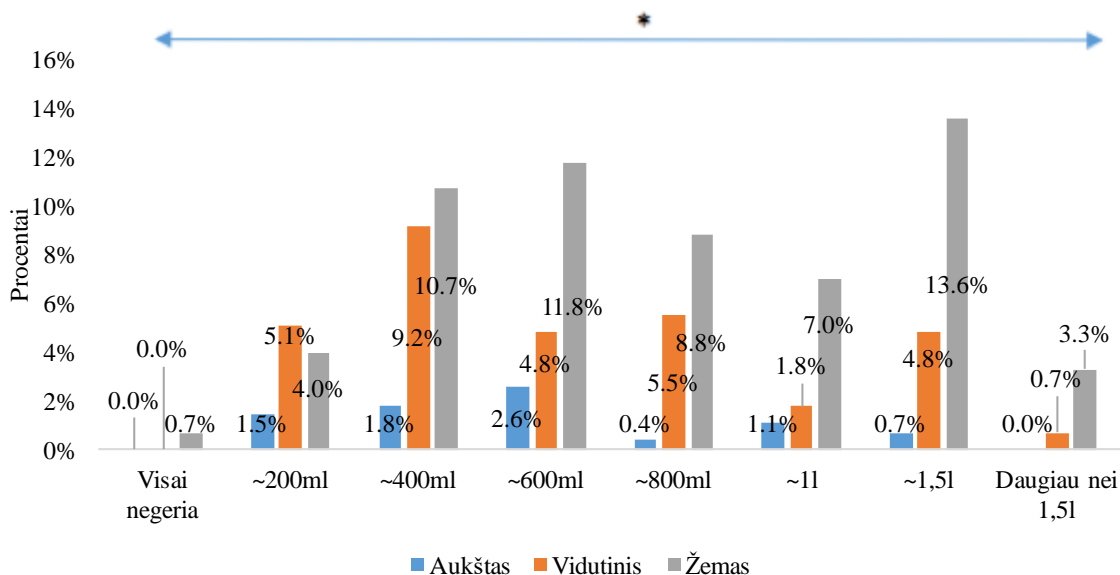
Analizuojant atskirus sveikos gyvensenos aspektus (mityba, žalingi įpročiai, fizinis aktyvumas, psichologinė būklė) ir jų ryšį su savireguliacija, buvo nagrinėti kiekvienas iš komponentų atskirai.

Analizuojant gautus tiriamųjų duomenis apie mėsos valgymą ir jų savireguliacijos įpročių stiprumą, buvo nustatytas statistiškai patikimas ($p < 0,05$; $p = 0,011$) labai silpnas neigiamas koreliacinis ryšys ($r = - 0,154$; $p < 0,05$) (26 pav.). Tai patvirtina prielaidą, jog nuo stipresnių savireguliacijos įpročių gali priklausyti mėsos valgymo kartai per dieną, tarp sveikatos priežiūros darbuotojų. Taip pat, nagrinėjant šiuos du aspektus, buvo gautas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,05$; $p = 0,028$), savireguliacijos lygių atžvilgiu, tarp mėsos valgymo per dieną skaičiaus, kategorijų.



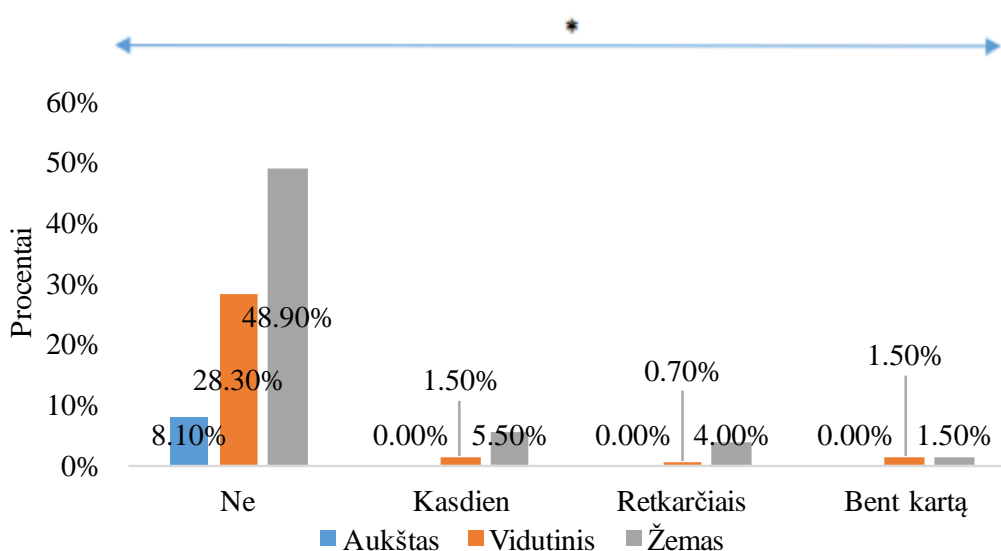
26 pav. Savireguliacijos lygio bei mėsos valgymo kartų per dieną pasiskirstymas (* $p < 0,05$)

Tyrimo duomenimis remiantis, taip pat, buvo nustatytas išgeriamo vandens kiekio per dieną ir savireguliacijos statistiškai patikimas ($p < 0,05$; $p = 0,000$) silpnas teigiamas koreliacinis ryšys ($r = 0,213$; $p < 0,05$). Tai reiškia, jog tarp tirtų sveikatos priežiūros darbuotojų yra tendencija - nuo aukštesnio savireguliacijos lygio, gali priklausyti, didesnis išgeriamo vandens kiekis (27 pav.).



27 pav. Savireguliacijos lygio ir išgeriamo vandens kiekio per dieną pasiskirstymas (* $p < 0,05$)

Analizuojant tiriamųjų žalingus įpročius ir savireguliacijos įpročių stiprumą buvo nustatytas statistiškai patikimas ($p < 0,05$; $p = 0,024$) labai silpnas teigiamos koreliacijos ryšys ($r = 0,137$; $p < 0,05$) tarp savireguliacijos įpročių stiprumo ir respondentų tabako gaminių rūkymą įprastą darbo savaitės dieną (28 pav.); nustatytas statistiškai patikimas ($p < 0,05$; $p = 0,032$) labai silpnas teigiamos koreliacijos ryšys ($r = 0,130$; $p < 0,05$) tarp savireguliacijos įpročių stiprumo ir tabako gaminių rūkymo darbo savaitės bėgyje; taip pat, gautas statistiškai patikimas ($p < 0,05$; $p = 0,049$) labai silpnas teigiamos koreliacijos ryšys ($r = 0,120$; $p < 0,05$) tarp tirtų asmenų savireguliacijos įpročių stiprumo bei tabako gaminių rūkymo per paskutines 30 dienų. Galima patvirtinti, jog kuo stipresni savireguliacijos įpročiai, tuo rečiau asmuo rūko tabako gaminius.



28 pav. Savireguliacijos stiprumo bei tabako rūkymo įprastą darbo savaitės dieną tendencija (* $p < 0,05$)

Taip pat, analizuotas pasisakiusiujų rūkant tabako gaminius ar kaitinamąsias / elektronines cigaretes, darbo laike, pertraukų metu pasisikirstymas pagal savireguliacijos įpročių lygį (2 lentelė).

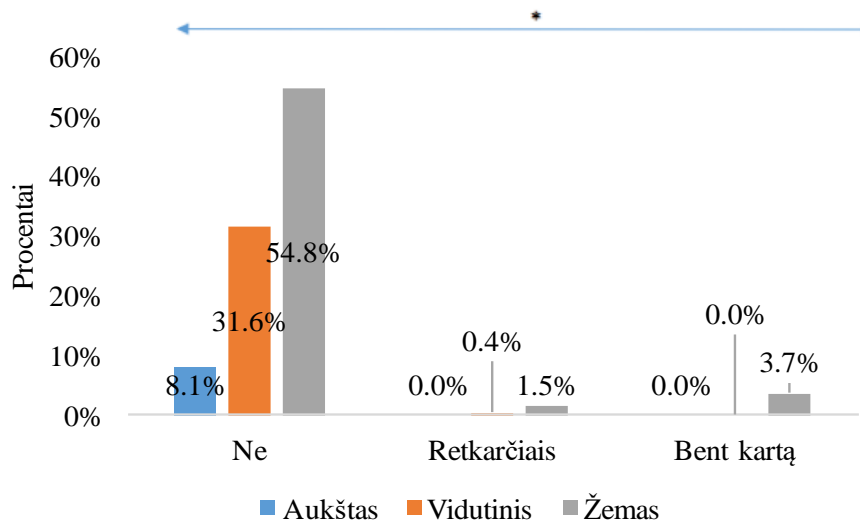
2 lentelė. Rūkymo darbo valandomis dažnis ir savireguliacijos įpročių lygio santykis (*p < 0,05)

	<i>*Aukštas</i>	<i>*Vidutinis</i>	<i>*Žemas</i>
<i>Nė karto</i>	7.4%	28.3%	47.8%
<i>1 kartą</i>	0.0%	1.1%	0.7%
<i>2 kartus</i>	0.0%	0.4%	2.2%
<i>3 kartus</i>	0.0%	0.7%	4.4%
<i>Daugiau nei 3 kartus</i>	0.7%	1.5%	4.8%

Gautas statistiškai patikimas ($p < 0,05$; $p = 0,046$) labai silpnas teigiamas koreliacinis ryšys ($r = 0,121$; $p < 0,05$) tarp sveikatos priežiūros darbuotojų rūkymo darbo laike, pertraukų metu, kartų ir savireguliacijos įpročių stiprumo (2 lentelė). Taigi, rūkymo įprotis darbo metu statistiškai reikšmingai siejasi su savireguliacijos įpročių stiprumu.

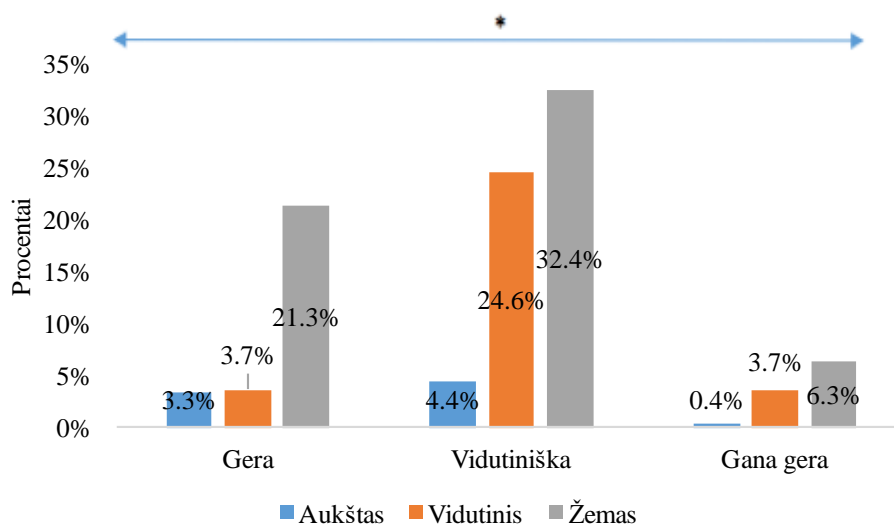
Nagrinėjant alkoholio vartojimą tarp sveikatos priežiūros darbuotojų, nustatyta, jog 59,9 % ($n = 163$) silpnus savireguliacijos įpročius turintys asmenys, vidutinio stiprumo savireguliacijos įpročius turintieji 32 % ($n = 87$) ir 8,1 % ($n = 22$) stiprius savireguliacijos įpročius turintys asmenys vartoja alkoholį darbo savaitės bėgyje, įprastos savaitės bėgyje arba vartojo alkoholį per paskutines 30 dienų.

Nustatant ryšį tarp sveikatos priežiūros darbuotojų savireguliacijos bei žalingų įpročių, tuo tarpu, alkoholio vartojimo, gautas statistiškai patikimas ($p < 0,05$; $p = 0,006$) labai silpnas teigiamas koreliacinis ryšys ($r = 0,165$; $p < 0,05$) tarp respondentų savireguliacijos stiprumo bei alkoholio vartojimo įprastą darbo savaitės dieną (29 pav.); taip pat, statistiškai patikimas ($p < 0,05$; $p = 0,029$) labai silpnas teigiamas koreliacinis ryšys ($r = 0,132$; $p < 0,05$) tarp tirtų asmenų savireguliacijos įpročių lygio bei alkoholio vartojimo per paskutines 30 dienų. Šie nustatyti ryšiai parodo, jog kuo silpnesnė savireguliacija, tuo tiriami asmenys dažniau vartoja alkoholį.



29 pav. Savireguliacijos įpročių lygio ir alkoholio vartojimo įprastą darbo savaitės dieną, tarp respondentų, pasiskirstymas (* $p < 0,05$)

Analizuojant apklaustų sveikatos priežiūros darbuotojų savireguliacijos įpročių lygį bei sveikatos būklę, gautas statistiškai patikimas ($p < 0,05$; $p = 0,045$) labai silpnas neigiamas koreliacinis ryšys ($r = - 0,122$; $p < 0,05$) (30 pav.). Galima teigti, jog sveikatos įsivertinimas yra statistiškai reikšmingai geresnis respondentų, kurie turi žemą ir vidutinį savireguliacijos įpročių lygį.



30 pav. Savireguliacijos lygio ir sveikatos būklės tendencija tarp tiriamųjų (* $p < 0,05$)

Apibendrinant, galima teigti, jog tarp tirtų sveikatos priežiūros darbuotojų, stipresnius savireguliacijos įpročius turintys asmenys valgo mažiau mėsos ir išgeria daugiau vandens per dieną; aukštesnį savireguliacijos įpročių lygį turintieji rečiau yra rūkantys asmenys, įskaitant tabako gaminius, kaitinamąsias ar elektronines cigaretes, dar, rečiau rūko darbe; taip pat, rečiau vartoja alkoholinius gėrimus; nustatyta, jog stipresnius savireguliacijos įpročius turintys asmenys prasčiau įsivertina sveikatos būklę.

REZULTATŲ APTARIMAS

Atliekant šį tyrimą, pirmiausiai, buvo nagrinėta sveikatos priežiūros darbuotojų, viena iš sveikos gyvensenos, mitybos tema. Analizuoti mitybos įpročiai, dažniausiai vartojamos maisto grupės, išgeriamo vandens kiekis.

Įvertinus gautus rezultatus, galime teigti, jog tarp tirtų sveikatos priežiūros darbuotojų, daugiau kartų valgantys per dieną yra vyrai, kurie, taip pat, vartoja daugiau pridėtinės druskos turinčio maisto, nei moterys, kurios, teigia, jog dažniau pasirenka pridėtinio cukraus turinčius maisto produktus; dar, nustatyta, jog normalų kūno masės indeksą turintys asmenys, reguliariai vartoja mėsą bei dažniau, nei kiti, vartoja daržoves bei užkandžiauja daugiau kartų per dieną; tarp visų tirtų asmenų, nustatyta, jog užkandžiui respondentai dažniau pasirenka vaisius, nei kitus maisto produktus; didesnį kūno masės indeksą, turintieji, nustatyta, jog dažniau renkasi grūdinės kilmės maisto produktus; o beveik ketvirtadalis tirtų sveikatos priežiūros darbuotojų per dieną išgeria minimalų, bet pakankamą vandens kiekį jų organizmui. Tarp išvardytų aspektų, tyrimo duomenų analizės metu buvo gauti statistiškai patikimi ($p < 0,05$) labai silpnos ($0 < r < 0,2$) ir silpnos ($0,2 < r < 0,5$) teigiamos koreliacijos ryšiai. Yra žinoma, jog Indijoje, Fernandes ir Shinde 2018 metais atliktame tyrime apie valgymo įpročius tarp sveikatos priežiūros darbuotojų, buvo nustatyta, kad mitybos įpročiai nuo profesijos reikšmingai nepriklauso. Taigi, galima manyti, jog mitybos įpročiai gali būti susiję su gyvenimo būdu, mažiau, su profesija.

Dar vienas iš nagrinėtų gyvensenos aspektų tarp sveikatos priežiūros darbuotojų yra žalingi įpročiai. Tyrimo metu nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,05$) tabako, kaitinamųjų ar elektroninių cigarečių rūkymo darbo metu tarp vyrų ir moterų, yra žinoma, jog vyrai rūko dažniau, nei moterys; taip pat ir darbo laike, pertraukų metu; dar, nustatyta, jog 46,6 % ($n = 127$) dalyvavusių tyrime asmenų, per paskutines 30 dienų vartojo alkoholinius gėrimus. Atliktame tyrime Kipre (Zinonos ir kt. 2016), kur buvo tirti sveikatos priežiūros darbuotojai ir jų žalingų įpročių tendencija, teigiama, jog sveikatos priežiūros įstaigose dirbančiųjų rūkymo tendencija yra panaši į valstybės gyventojų rūkymo tendenciją, taip pat, rašoma, jog norint tobulinti, atlikto tyrimo respondentų įpročius, svarbu juos mokyti atitinkamų savireguliacijos metodikų įpročiui mažinti, tokiu būdu, sveikatos priežiūros specialistai, galėtų skatinti ir besikreipiančiuosius, atsisakyti žalingo įpročio, kenkiančio sveikatai. Švedijoje atliktame tyrime (Montali ir kt. 2016), nagrinėjančiame sveikatos priežiūros darbuotojų alkoholio vartojimą ir fizinį aktyvumą, nurodoma, jog dauguma iš tyrime dalyvavusiųjų tegia vartojantys mažai laipsnių turintį alkoholį, taip pat, pastarieji buvo labiau linkę į sėslų gyvenimo būdą. Autorių teigimu, yra tikslinga mokyti sveikatos priežiūros darbuotojus, žalingų įpročių valdymo technikų. Taigi, galima teigti, jog tarp sveikatos priežiūros darbuotojų yra tendencija

rūkyti arba vartoti alkoholinius gėrimus. Turinčių žalingus įpročius asmenų mokymas savikontrolės bei žalingų įpročių valdymo metodų, tarp sveikatos priežiūros darbuotojų, yra tikslinga perspektyva.

Nagrinėjant tirtų sveikatos priežiūros darbuotojų fizinį aktyvumą, gauti statistiškai patikimi ($p < 0,05$) labai silpni ($0 < r < 0,2$) neigiamos koreliacijos ryšiai tarp respondentų sveikatos būklės bei fizinio aktyvumo dažnumo bei sėdėjimo laiko ir fiziškai aktyvaus laiko per dieną. Tai reiškia, jog nustatyta, kad geresnis sveikatos būklės įsivertinimas tų, kurie fiziškai aktyvesni; daugiau laiko per dieną sėdintys asmenys, trumpiau užsiima fizine veikla per dieną. Taigi, fizinis aktyvumas tarp tirtų asmenų yra per mažas bei turi įtakos sveikatos būklei. Atliktame tyrime (Brannan ir kt. 2018) apie sveikatos priežiūros darbuotojų fizinį aktyvumą Anglijoje, teigiama, jog tyrimo respondentai per mažai laiko per dieną skiria fiziniam aktyvumui bei yra daroma išvada, jog svarbu supažindinti ir sveikatos priežiūros darbuotojus su jų šalyje taikomomis gyventojų fizinio aktyvumo programomis, tuo tarpu, per darbuotojus, informuoti visuomenę apie fizinio aktyvumo naudą.

Gautus duomenis, tyrimo metu, analizuojant, gauta statistiškai patikimi ($p < 0,05$) silpnos ($0,2 < r < 0,5$) teigiamos koreliacijos ryšiai tarp sveikatos priežiūros darbuotojų gyvenimo kokybės įsivertinimo ir vyraujančios nuotaikos per pastaruosius 12 mėnesių, taip pat, yra žinoma, jog geresnės sveikatos būklės respondentai yra laimingesni. Taigi, kiekvienas aspektų yra svarbūs šiuolaikinės gyvenseno veiksniai. Duarte ir kolegos 2016 metais atliko mokslinį tyrimą, analizuojantį sveikatos priežiūros darbuotojų vidinę būseną ir kiek tai susiję su profesija. Tyrime teigiama, jog neretai nuovargis daro įtaką specialistų gyvenimo kokybei bei nuotaikai, tuo tarpu, nuovargis gali paveikti ir darbuotojų sveikatą. Tarp tyrime dalyvaujančių, dauguma buvo moterys, ką galima gretinti su aprašomo tyrimo duomenimis. Taigi, atsižvelgiant į sveikatos priežiūros darbuotojų darbo specifiką, žinoma, jog bene visą darbo laiką šie asmenys praleidžia bendraudami su kitais, kam išnaudojami energijos resursai, o jų neatnaujinus, tai veikia gyvenimo aspektus, kaip gyvenimo kokybę, asmens sveikatą, nuotaiką bei socialumą.

Taip pat, tyrimo metu buvo nagrinėta sveikatos priežiūros darbuotojų savireguliacija bei atskiri savireguliacijos proceso etapai tikslų siekimui, kaip svarbios informacijos priėmimas, informacijos vertinimas bei lyginimas su normomis, pokyčių inicijavimas, galimybių ieškojimas, plano sudarymo bei įgyvendinimo, plano įgyvendinimo veiksmingumo etapai. Analizuojant gautus duomenis buvo gautas statistiškai patikimas ($p < 0,05$) silpnas ($0,2 < r < 0,5$) teigiamos koreliacijos ryšys tarp svarbios informacijos priėmimo bei informacijos vertinimo ir lyginimo su normomis; pokyčių inicijavimo ir galimybių ieškojimo; plano sudarymo bei plano įgyvendinimo įgūdžių; plano įgyvendinimo bei plano įgyvendinimo veiksmingumo; taip pat, gauti statistiškai patikimi ($p < 0,05$) vidutinio stiprumo ($0,5 < r < 0,7$) teigiamos koreliacijos ryšiai tarp: svarbios informacijos priėmimo bei savireguliacijos stiprumo; informacijos vertinimo bei lyginimo su normomis ir savireguliacijos įpročių stiprumo; pokyčių inicijavimo, galimybių ieškojimo bei savireguliacijos stiprumo; plano

sudarymo ir savireguliacijos įpročių stiprumo; plano įgyvendinimo, plano įgyvendinimo veiksmingumo etapų ir savireguliacijos. Apie savireguliaciją tarp sveikatos priežiūros darbuotojų neretai domisi užsienio mokslininkai. Didžiojoje Britanijoje atliktame tyrime (Peate, 2018) yra pranešama, jog sveikatos priežiūros darbuotojų savireguliacija yra viena iš darbuotojų privilegijų, kuri išlaiko atsakomybės jausmą tarp darbuotojų, į juos besikreipiančiųjų atžvilgiu. Savireguliacija profesinėje veikloje, sveikatos srityje, leidžia darbuotojams atitinkamai atlikti jiems pavestas funkcijas, tai reiškia, jog šie asmenys geba valdyti save net ir atsitiktinėse situacijose, yra pakankamai drausmingi bei laikosi disciplinos. Tyrime pranešama, jog geresnę savireguliaciją turintys darbuotojai yra aukštesnės kvalifikacijos bei labiau apsišvietę, yra labiau linkę laikytis etikos standartų bei užtikrina įstaigos profesionalumą, pastarąją nuomonę palaiko ir Bogiatzaki, kartu su kolegomis, 2019 metais atlikęs tyrimą tarp sveikatos priežiūros darbuotojų, apie jų empatiją bei polinkį į „perdegimą“ profesinėje veikloje. Taigi, galima tegti, jog savireguliacijos įpročiai tarp sveikatos priežiūros darbuotojų yra susiję su jų išsilavinimu, profesine veikla, atsiliepia darbinėje aplinkoje tikslingai ir efektyviai priimant net ir skubius sprendimus, ruošiant planus bei vertinant situacijas.

Dar vienas iš tyrimo metu nagrinėtų aspektų yra sveika gyvensena bei savireguliacijos įpročių ryšiai tarp sveikatos priežiūros darbuotojų. Tyrimo duomenų analizės metu nustatytas statistiškai patikimas ($p < 0,05$) labai silpnas ($0 < r < 0,2$) neigiamas koreliacinis ryšys tarp respondentų mėsos valgymo kartų per dieną ir savireguliacijos – stipresnius savireguliacijos įpročius turintys asmenys valgo mažiau mėsos; statistiškai patikimas ($p < 0,05$) labai silpnas ($0 < r < 0,2$) teigiamas koreliacinis ryšys, reiškiantis, jog išgeria daugiau vandens per dieną stipresnius savireguliacijos įpročius turintys asmenys; statistiškai patikimas ($p < 0,05$) labai silpnas ($0 < r < 0,2$) teigiamas koreliacinis ryšys dar nustatytas tarp savireguliacijos įpročių stiprumo bei rūkymo - stipresnius įgūdžius turintys asmenys rečiau rūko tabako gaminius, kaitinamąsias ar elektronines cigaretes, taip pat, rečiau rūko darbe, yra vartoję alkoholinius gėrimus per paskutines 30 dienų; 59,9 % respondentų, turintys silpnus savireguliacijos įpročius, dažniau nei kiti, vartoja alkoholinius gėrimus, tuo tarpu, stipresnius įgūdžius turintys, vartoja alkoholinius gėrimus rečiau; tačiau įsivertina sveikatos būklę prasčiau. Apie sveikatos priežiūros darbuotojų sveiką gyvenseną bei savireguliacijos įpročius rašė Didžiosios Britanijos mokslininkai (Stanulewicz et al., 2019). Pastarųjų teigimu, sveikatos priežiūros darbuotojų sveikos gyvensenos aspektai, kaip psichologinė būsena ar nuotaika, gyvenimo kokybė, sveikatos vertinimas, gali priklausyti nuo profesinio statuso bei savireguliacijos įpročių, stipresniems esant, aspektai geriau įsivertinami; taip pat, tyrimą atlikę asmenys teigia, jog savireguliacija veikia tiek asmens gyvenseną, tiek profesinę sritį, tačiau nustatyta, jog gyvenseną yra paprasčiau pakeisti, nei įpročius, susijusius su darbine aplinka. Taip pat, Gollwitzer, 2018 metais nagrinėjo savireguliaciją tarp sveikatos priežiūros darbuotojų bei nustatė, jog respondentai, kurių savireguliacijos įpročiai buvo metodiškai stiprinami, šie savikontrolės įpročiai teigiamai koreliuoja

su streso valdymu profesinėje aplinkoje, teisingų sprendimų priėmimu, planavimu, taip pat, teigiama, jog pagerėjo tyrime dalyvavusiųjų „lankstumas“ ieškant geresnių galimybių, įgyvendinant planus bei savireguliacijos įpročių stiprėjimas skatina ketinimą keistis dėl naujai gaunamos informacijos vertinimo; asmenys teigia esą labiau pasitikintys savimi. Taigi, apibendrinant, galima daryti prielaidą, jog savireguliacija kaip psichologinis aspektas užima svarbią poziciją tiek asmeninės, tiek profesinės veiklos atlikime. Taip pat, galima teigti, jog stipresnius savireguliacijos įpročius turintys asmenys, geba tikslingiau prisiimti atsakomybę, pirmiausiai, už save bei kitą asmenį, geriau kontroliuoja savo veiksmus bei funkcijas darbinėje aplinkoje, atidžiau planuoja bei veiksmingiau įgyvendina planus, tuo tarpu, laikosi sveikesnės gyvensenos ne tik darbinėje aplinkoje, bet ir namuose. Galima teigti, jog stipresnius savireguliacijos įpročius turintys respondentai labiau laikosi sveikos gyvensenos principų bei gali juos diegti kitiems, taip pat, atitinkamai kritiškiau vertina sveikatą lemiančius veiksnius.

IŠVADOS

1. Analizuojant sveikatos priežiūros darbuotojų sveikos gyvensenos įpročius, nustatyta, jog daugiau kartų per dieną valgo ir pridėtinės druskos turinčio maisto vartoja vyrai; pridėtinio cukraus turintį maistą, dažniau, pasirenka moterys; normalų kūno masės indeksą turintys dažniau užkandžiauja bei vartoja daržoves ir mėsą; aukštą kūno masės indeksą turintys asmenys dažniau vartoja grūdinės kultūros maisto produktus; beveik ketvirtadalis sveikatos priežiūros darbuotojų išgeria pakankamą kiekį vandens per dieną. Dažniau per dieną rūko vyrai, nei moterys; beveik pusė tirtų asmenų per paskutines 30 dienų vartojo alkoholinius gėrimus. Ilgiau per dieną sėdintys asmenys, trumpesnę laiką per dieną skiria fiziniam aktyvumui, o dažniau užsiimantys fiziniu aktyvumu - laimingesni, geriau vertinantys savo sveikatos būklę. Geriau įsivertinę nuotaiką tiriamieji, geriau vertina ir savo gyvenimo kokybę.

2. Nagrinėjant duomenis apie sveikatos priežiūros darbuotojų savireguliacijos įpročius, nustatyta, jog daugiausiai asmenų, turi silpnus savireguliacijos įpročius, mažiau - vidutinio stiprumo savireguliacijos įpročius, mažiausiai tiriamųjų turi stiprius savireguliacijos įpročius. Savireguliacijos proceso etapai, tikslų siekimui: svarbios informacijos priėmimas yra susijęs su informacijos vertinimu bei lyginimu su normomis, pokyčių inicijavimas susijęs su galimybių ieškojimu, plano sudarymo įgūdžiai susiję su plano įgyvendinimo įgūdžiais, taip pat, plano įgyvendinimo įgūdžiai susiję su plano įgyvendinimo veiksmingumu. Taip pat, visi savireguliacijos komponentai atskirai, tiesiogiai yra susiję su savireguliacijos įpročių stiprumu.

3. Nustatyta, jog sveikatos priežiūros darbuotojų X mieste, stipresni savireguliacijos įpročiai yra susiję su retesniu mėsos vartojimu, didesniu išgeriamo vandens kiekiu per dieną, taip pat, aukštesnį savireguliacijos įpročių lygį turintys asmenys mažiau rūko, rečiau vartoja alkoholinius gėrimus bei geriau vertina savo sveikatos būklę.

4. Iškelta hipotezė, kad sveika gyvensena tarp sveikatos priežiūros darbuotojų X mieste yra susijusi su savireguliacijos įpročių stiprumu, pasitvirtino. Tai įrodo mitybos įpročių, žalingų įpročių bei sveikatos būklės įsivertinimo sąsajos su savireguliacijos įpročių stiprumu.

REKOMENDACIJOS

Išanalizavus temą „Sveikatos priežiūros darbuotojų sveikos gyvensenos savireguliacijos ugdymas X mieste“, pateikiamos šios rekomendacijos:

1. Sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų žinių tobulinimas ir nuolatinis atnaujinimas, informavimas apie naujoves sveikos gyvensenos srityje, siekiant praktiškai gerinti visuomenės sveikatą. Kursai, atestacijos dirbančiam personalui.
2. Teorinių žinių apie savireguliaciją bei jos naudą profesinėje srityje teikimas sveikatos priežiūros darbuotojams.
3. Praktinių savireguliacijos įpročių stiprinimo metodikų mokymai sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojams.
4. Sveikatos priežiūros darbuotojų sveikos gyvensenos savireguliacijos kursai, atestacijos darbuotojams.
5. Sveikos gyvensenos savireguliacijos įpročių stiprinimo tarp sveikatos priežiūros darbuotojų populiarinimas, visuomenės sveikatos gerinimui.

LITERATŪRA

1. Adams T. L. 2017. Self – regulating professions: past, present, future. *Journal of Professions and Organization*, 4 (1), p. 70 – 87.
2. Agrigoroaei S., Lachman M. E. 2011. Cognitive Functioning in Midlife and Old Age: Combined Effects of Psychosocial and Behavioral Factors. *The Journals of Gerontology*, 66B (1), p. 130 – 140.
3. Aldwin C. M., Yancura L. A. 2010. Effects of stress on health and aging: Two paradoxes. *64(4)*, p. 183 – 188.
4. Anwar W., Khan A., Conduit R., Kennedy G. A., Jackson M. L. 2020. The relationship between shift-work, sleep, and mental health among paramedics in Australia. *Journal of Sleep health*, p. 1 - 5.
5. Arena R., Lavie C. J., Hivert M. F., Williams M. A., Briggs P., Guazzi M. 2015. Who will deliver comprehensive healthy lifestyle interventions to combat non-communicable disease? Introducing the healthy lifestyle practitioner discipline. *Journal of Expert Review of Cardiovascular Therapy*, 14 (1), p. 15 -22.
6. Arslan E., Alemdaroglu U., Koklu Y., Hazir T., Muniroglu S., Karakoc B. 2019. Effects of Passive and Active Rest on Physiological Responses and Time. *Journal of Human Kinetics*, 60 (1), p. 123 – 132.
7. Asp M. 2015. Rest: A Health-Related Phenomenon and Concept in Caring Science. *Global Qualitative Nursing Research*, 2, p. 1 – 8.
8. Auley E., Mullen S. P., Amanda N., Siobhan A. N., White M., Wojcicki T. R., Mailey E. L., Gothe N. P. 2011. Self-Regulatory Processes and Exercise Adherence in Older Adults: Executive Function and Self-Efficacy Effects. *American Journal of Preventive Medicine*, 41 (3), p. 284 – 290.
9. Bach-Faig A., Berry E. M., Lairon D., Reguant J., Trichopoulou A., Dernini S., Medina F. X., Battino M., Belahsen R., Miranda G., Serra-Majem L. 2011. Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates, *14(12A)*, p. 2274–2284.
10. Barbara J., Daniel P. N., Shannon B., Mihalko L., Miller G. D., Loeser R. F., Messier S. P. 2016. Relationship of Objectively-Measured Habitual Physical Activity to Chronic Inflammation and Fatigue in Middle-Aged and Older Adults. *The Journals of Gerontology: Series A*, 71 (11), p. 1437–1443.
11. Bhattacharyya P., Jena L. K., Pradhan S. 2019. Resilience as a Mediator Between Workplace Humour and Well-being at Work: An Enquiry on the Healthcare Professionals. *Journal of Health Management, Journal of Health Management*, p. 1 – 17.

12. Bisogni C. A., Jastran M., Seligson M., Thompson A. 2012. How People Interpret Healthy Eating: Contributions of Qualitative Research. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 44 (4), p. 282 – 301.
13. Blake H., Narayanasamy M., Batt M. E., Khunti K. 2019. Effectiveness of lifestyle health promotion interventions for nurses: protocol for a systematic review. *Journal of Nursing and Practice*, 3 (1), p. 81 - 85.
14. Blake H., Stanulewicz N., Griffiths K. 2016. Healthy lifestyle behaviours predict health promotion attitudes in pre-registered nurses. *Journal of Nursing Education*, 56, p. 94 – 103.
15. Blazer D. G., Tzy Wu L. 2009. The Epidemiology of Substance Use and Disorders Among Middle Aged and Elderly Community Adults: National Survey on Drug Use and Health. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17 (3), p. 237 - 245.
16. Bogiatzaki V., Frengidou E., Savakis E., Trigoni M., Galanis P., Anagnostopoulos F. 2019. Empathy and Burnout of Healthcare Professionals in Public Hospitals of Greece. *International Journal of Caring Sciences*, 12 (2), p. 611 – 617.
17. Bowers J. M., Moyer A. 2009. Adolescent sleep and technology-use rules: results from the California Health Interview Survey. *Journal of Sleep Health*, p. 1 - 4.
18. Brannan M., Bernardotto M., Clarke N., Varney J. 2019. *BMC Medical Education*, 19, p. 84 – 91.
19. Busse R., Klazinga N., Panteli D., Quentin W. 2019. Improving healthcare quality in Europe Characteristics: effectiveness and implementation of different strategies. Switzerland, Geneva: World Health Organisation.
20. Cameron L. D., Biesecker B. B., Peters E., Taber J. M., Klein W. M. P. 2017. Self-regulation principles underlying risk perception and decision making within the context of genomic testing. *Social and Personality Psychology Compass*, 11 (5), p. 1 – 18.
21. Caraher M., Perry I. 2017. Sugar, salt, and the limits of self regulation in the food industry. *The British Medical Journal*, 357, p. 1 – 2.
22. Carpenter S. M., Yoon C. 2011. Aging and consumer decision making. *Ann N Y Acad Sci*, 1235(1), p. 1 – 15.
23. Chodzko-Zajko W. J., Proctor D. N., Fiatarone Singh M. A., Minson C. T., Nigg C. R., Salem G. J., Skinner J. S. 2009. Exercise and Physical Activity for Older Adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, p. 1510 – 1530.
24. Colley R. C., Garriguat D., Janssen I., Craig C. L., Clarke J., Tremblay M. S. 2011. Physical activity of Canadian adults: Accelerometer results from the 2007 to 2009 Canadian Health Measures Survey. *Health Reports*, 22 (1), p. 1 – 8.

25. Costa G. 2010. Shift Work and Health: Current Problems and Preventive Actions. *Saf Health Work*, 1, p. 112-123.
26. Desrosiers J. J., Lariviere N., Desrosiers J., Boyer R. 2019. Concept Analysis of Human Functioning and Potential Applications to Mental Health Evaluation. *Occupational Therapy in Mental Health*, p. 1 – 28.
27. Dolan P., Kudrna L. 2013. More Years, Less Yawns: Fresh Evidence on Tiredness by Age and Other Factors. *The Journals of Gerontology: Series B*, 70 (4), p. 576 – 580.
28. Duarte J., Pinto-Gouveia J., Cruz B. 2016. Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 60, p. 1–11.
29. Europos komisija. 2017. ES šalių sveikatos sistemos apžvalga. [žiūrėta 2020 m. sausio 17 d.]. Prieiga per internetą: <https://ec.europa.eu/lithuania/state%20of%20health%20in%20the%20EU_it>.
30. Fernandes J., Shinde V. V. 2018. Relationship of body mass index to job stress and eating behaviour in health care professionals - an observational study. *Obesity Medicine*, 14, p. 1 – 17.
31. Frasquilho D., Matos M. G., Salonna F., Guerreiro D., Storti C. C., Gaspar T., Caldas-de-Almeida J. M. 2016. Mental health outcomes in times of economic recession: a systematic literature review. *BMC Public Health*, 16 (115), p. 1 – 40.
32. Gardner B. 2015. A review and analysis of the use of 'habit' in understanding, predicting and influencing health-related behaviour. *Health Psychology Review*, 9(3), p. 277 – 295.
33. Gardner B., Lally P., Wardle J. 2012. Making health habitual: the psychology of 'habit-formation' and general practice. *British Journal of General Practice*, p. 664 – 666.
34. Garlauskaitė A., Zabarauskaitė R. 2015. Lietuvos gyventojų senėjimą lemiančių veiksnių analizė. *Gerontologija*, 13 (4), p. 228 – 234.
35. Goffeng E. M., Nordby K., Tarvainen M. P., Jarvelin – Pasanen S., Wagstaff A., Goffeng L. O., Bugge M., Skare O., Sigstad J. 2017. Fluctuations in heart rate variability of health care workers during four consecutive extended work shifts and recovery during rest and sleep. *Industrial Health*, 56 (2), p. 122 – 131.
36. Gollwitzer P. M., Mayer D., Frick C., Oettingen G. 2018. Promoting the Self-Regulation of Stress in Health Care Providers: An Internet-Based Intervention. *Frontiers in Psychology*, p. 1 - 9.
37. Gorman E. H. 2014. Professional Self-regulation in North America: The Cases of Law and Accounting. *Sociology Compass*, 8 (5), p. 491 – 508.

38. Hay E. L., Diehl M. 2010. Reactivity to Daily Stressors in Adulthood: The Importance of Stressor Type in Characterizing Risk Factors. *Journal of Psychology and Aging*, 25 (1), p. 118 – 131.
39. Heiman T., Olenik-Shemesh D. 2019. Perceived Body Appearance and Eating Habits: The Voice of Young and Adult Students Attending Higher Education. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16 (3), p. 451 – 463.
40. Herdis B., Muller M., Ajdacic - Gross M., Jochen E., Rodgers S., Seifritz E., Rossler W., Rusch N. 2016. Mental Health Literacy, Attitudes to Help Seeking, and Perceived Need as Predictors of Mental Health Service Use: A Longitudinal Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204 (4), p. 321 - 324.
41. Januškevičius V., Vasilavičius P., Tamkutonienė O., Juozulynas A., Ustinavičienė R. 2006. Stresas sveikatos priežiūros sektoriuje. *Visuomenės sveikata*, 16 (4), p. 367 – 371.
42. Jong T., E., Pawlowska-Cypriak K., Hildt-Ciupinska K., Malińska M., Nicolescu G., Trifu A. 2014. Dabartiniai ir kylantys sveikatos priežiūros sektoriaus klausimai, įskaitant slaugą namuose ir bendruomenėje. Ispanija: Europos darbuotojų saugos ir sveikatos agentūra.
43. Kalėdienė R., Dučinskienė D., Petrauskienė J., Vladičkienė J. 2004. Medicinos darbuotojų žinios apie pacientų teises ir jų užtikrinumą sveikatos priežiūros įstaigose. *Visuomenės sveikata*, 2 (25), p. 60 – 63.
44. Kaori S., Owan S. 2020. Mental health effects of long work hours, night and weekend work, and short rest periods. *Social Science & Medicine*, 246 (C), p. 1 – 44.
45. Kartunavičiūtė J., Šidagytė R., Eičinitė – Lingienė R. 2017. Profesinės sveikatos specialistų anketos. Vilnius: Higienos institutas.
46. Klizas Š., Sipavičienė S., Klizienė I., Pliuga V. 2012. Fizinio aktyvumo poveikis vyresnio amžiaus moterų psichofizinei sveikatai. *Moksliniai tyrimai*, 272 (3), p. 267 – 272.
47. Kluger M. T., Townend K., Laidlaw T. 2003. Job satisfaction, stress and burnout in Australian specialist anaesthetists. *Anaesthesia*, 58 (4), p. 339 – 345.
48. Kyle R.G., Wills J., Mahoney C., et al. 2016. Obesity prevalence among healthcare professionals in England: a cross-sectional study using the Health Survey for England. *The British Medical Journal*, 7, p. 1 – 8.
49. Lachman M. E., Agrigoroaei S. 2010. Promoting Functional Health in Midlife and Old Age: Long-Term Protective Effects of Control Beliefs, Social Support, and Physical Exercise. *Plos One*, 5 (10), p. 1 – 9.
50. Lantrip C., Huang J. H. 2017. Cognitive Control of Emotion in Older Adults: A Review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 3 (1), p. 1 – 10.

51. Laverack G. 2015. *Public Health: Power, Empowerment and Professional Practice*. United Kingdom.
52. Leslie W., Hankey C. 2015. Aging, Nutritional Status and Health. *Healthcare*, 3 (3), p. 648 – 658.
53. Leyk D., Ruther T., Wunderlich M., Sievert A., Esfeld D., Witzki A., Erley O., Kuchmeister G., Piekarski C., Lollgen H. 2010. Physical Performance in Middle Age and Old Age. *Deutsches Arzteblatt International*, 107(46), p. 809 – 16.
54. Lietuvos respublikos seimas: “Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros matmenų patvirtinimo 2011 m. birželio 7 d. Nr. XI-1430, Vilnius: Lietuvos Respublikos Seimas, siekdamas nustatyti nuoseklią ir kryptingą sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtrą ir sukurti efektyvesnę ir konkurencingesnę sveikatos sistemą, nutaria: 1 straipsnis.“. Vilnius.
55. Lillo – Crespo M., Sierras – Davo M. C., MacRae R., Rooney K. 2017. Developing a framework for evaluating the impact of Healthcare Improvement Science Education across Europe: a qualitative study. *Journal of Educational Evaluation for Health Professionals*, 14, p. 1 – 28.
56. Ludwig D. S., Hu F. B., Tappy L., Brand – Miller J. 2018. Dietary carbohydrates: role of quality and quantity in chronic disease. *Science Politics of Nutrition, The BMJ*, 361, p. 1 – 6.
57. McPhee J. S., Dean P. F., Nazroo J. J., Pendleton N., Degens H. 2016. Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty. *Biogerontology*, 17, p. 567 – 580.
58. Michishita R., Jiang Y., Ariyoshi D., Yoshida M., Moriyama H., Yamato H. 2016. The practice of active rest by workplace units improves personal relationships, mental health, and physical activity among workers. *Journal of Occupational Health*, 59 (2), p. 122 – 130.
59. Montali F, Campaniello G., Fontechiari S., Ferrari M., Vitali P. 2016. *Research and Best Practice*, 6 (1), p. 21 – 26.
60. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. 2017. *State of Health in the EU, Lietuva: šalies sveikatos profilis 2017*. Briuselis: Organisation for Economic Co-operation and Development.
61. Peate I. 2018. Self-regulation and the nursing associate. *British Journal of Healthcare Assistants*, 12 (2), p. 81 – 83.
62. Piano M. R. 2016. Alcohol’s Effects on the Cardiovascular System. *Alcohol Research: Current Reviews*, 38 (2), p. 219 – 241.
63. Pilipavičienė L., Markevičė R., Grigošaitienė A., Strička M., Jakubynaitė V., Pajarskienė B. 2015. Fizinio aktyvumo skatinimo darbe intervencijos: sisteminė literatūros apžvalga. *Visuomenės sveikata*, 4 (71), p. 27 – 40.

64. Razbadauskas A., Šalyga J., Brasaitė I., Žiliukas G., Istomina N. 2011. Vakarų Lietuvos gyventojų žalingi įpročiai ir jų sąsajos su sveikatos vertinimu. *Visuomenės sveikata*, 21 (7), p. 5 – 9.
65. Rehm J., Mathers D. C., Popova S., Thavorncharoensap D. M., Teerawattananon Y., Patra J. 2009. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet*, 373 (9682), p. 2223 – 2233.
66. Reiner M., Niermann C., Jekauc D., Woll A. 2013. Long-term health benefits of physical activity – a systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health*, 9, p. 2 - 6.
67. Rohde P., Stice E., Shaw H., Gau J.M., Ohls O.C. 2017. Age effects in eating disorder baseline risk factors and prevention intervention effects. *International Journal of Eating Disorders*, 50 (11), p. 1273 – 1280.
68. Rosa A., Solana E., Corpas R., Bartres-Faz D., Pallas M., Vina J., Sanfeliu C., Gomez-Cabrera M. C. 2019. Long-term exercise training improves memory in middle-aged men and modulates peripheral levels of BDNF and Cathepsin B. *Scientific reports*, 9(1), p. 1 – 11.
69. Rose R., Lin C. A., Eastin M. S. 2009. Unregulated Internet Usage: Addiction, Habit, or Deficient Self-Regulation. *Media Psychology*, 5 (3), p. 225 – 253.
70. Sabia S., Fayosse A., Dumurgier J., Dugravot A. 2018. Alcohol consumption and risk of dementia: 23 year follow-up of Whitehall II cohort study. *The British Medicine Journal*, p. 1 – 25.
71. Savičiūtė R. 2013. Sveikatos ir socialinių veiksnių sąsajų tyrimas: daktaro disertacija. Vilnius.
72. Schneider A., Bak M., Mahoney C., et al. 2019. Health-related behaviours of nurses and other healthcare professionals: A cross-sectional study using the Scottish Health Survey. *Journal of Advanced Nursing*, 75, p. 1239 - 1251.
73. Simone S., Planta A., Cicotto G. 2017. The role of job satisfaction, work engagement, self – efficacy and agentic capacities on nurses’ turnover intention and patient satisfaction. *Applied Nursin research*, 39, p. 130 – 140.
74. Skerrett P. J., Willett W. C. 2010. Essentials of Healthy Eating: A Guide. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55 (6), p. 492 – 501.
75. Slavin J., Carlson J. 2014. Carbohydrates. *Advances in Nutrition*, 5 (6), p. 760 – 761.
76. Stanulewicz N., Knox E., Narayanasamy M., Shivji N., Khunti K., Blake H. 2019. Effectiveness of Lifestyle Health Promotion Interventions for Nurses: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (1), p. 1 - 17.
77. Stanulewicz N., Knox E., Narayanasamy M., Shivji N., Khunti K., Blake H. 2019. Effectiveness of Lifestyle Health Promotion Interventions for Nurses: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (1), p. 1 – 17.

78. Stephan Y., Sutin A. R., Bayard S., Terracciano A. 2017. Subjective age and sleep in middle-aged and older adults. *Health Psychology*, 32 (9), p. 1140 – 1151.
79. Strukčinskienė B., Pačiauskaitė I., Griškoniš S., Strukčinskaitė V., Stasiuvienė D., Griškonytė I. 2014. Klaipėdos miesto gyventojų gyvenimo: fizinio aktyvumo ypatumai. *Health Sciences*, 19 (5), p. 16 - 19.
80. Temaitienė N., Bulotaitė L., Jusienė R., Veryga A. 2011. Sveikatos psichologija. Vilnius.
81. Toussaint L., Gall A. J., Cheadle A., Williams D. R. 2018. Let it rest: Sleep and health as positive correlates of forgiveness of others and self-forgiveness. *Journal of Psychology and Health*, 35 (3), 302 - 317.
82. Tremonti G., Europos sąjungos taryba. 2003. Europos sąjungos tarybos direktyva 2003 m. lapkričio 4 d. dėl tam tikrų darbo laiko organizavimo aspektų. Briuselis: Europos Sąjungos oficialusis leidinys.
83. Umstattd M. R., Saunders R., Wilcox S., Valois R. F. 2016. Correlates of Self-Regulation for Physical Activity Among Older Adults. *American Journal of Health Behavior*, 30 (6), p. 710 – 719.
84. Ungar N., Tsiouris A., Herbolsheimer A., Wiskemann J., Sieverding M. 2019. To rest or not to rest—Health care professionals' attitude toward recommending physical activity to their cancer patients. *Psychooncology*, 28 (4), p. 784 – 791.
85. Valintėlienė R., Varvuolienė R., Kranauskas A. 2012. Lietuvos gyventojų fizinis aktyvumas, vertinant GPAQ metodu. *Visuomenės sveikata*, 113, p. 67 – 76.
86. Vogel T., Brechat H., Lepretre M., Kaltenbach G., Berthel M., Lonsdorfer J. 2009. Health benefits of physical activity in older patients: a review. *International Journal of Clinical Practice*., 63 (2), p. 303 – 320.
87. Wahl D. R., Villinger K., König L. M., Ziesemer K., Schupp H. T., Renner B. 2017. Healthy food choices are happy food choices: Evidence from a real life sample using smartphone based assessments. *Scientific Reports*, 17069 (2017), p. 1 – 8.
88. Wang L., Lee I., Manson J. E., et al. 2010. Alcohol Consumption, Weight Gain, and Risk of Becoming Overweight in Middle-aged and Older Women. *JAMA Internal Medicine*, 170 (5), p. 453 - 461.
89. Wehbe L., Ubhi H. K., West R. 2018. Want, need and habit as drivers of smoking behaviour: A preliminary analysis. *Addictive Behaviors*, 76, p. 135 -138.
90. World health organization. 2018. Healthy diet. Geneva. [Žiūrėta 2019 Lapkričio 16 d.]. Prieiga per internetą: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

91. World health organization. 2018. Mental health: strengthening our response. Geneva. [Žiūrėta 2020 Sausio 16 d.]. Prieiga per internetą: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
92. Wraw C., Der G., Gale C. R., Deary I. J. 2018. Intelligence in youth and health behaviours in middle age. *Intelligence*, 69, p. 71 – 86.
93. Zinonos S., Zachariadou T., Zannetos S., Panayiotou A. G., Andreas Georgiou. 2016. *Tobacco Induced Diseases*, 14, p. 1 – 8.

PRIEDAI

Priedas nr. 1

Gerbiamieji, šioje apklausoje rasite klausimus apie Jūsų gyvenimą bei bendrą informaciją. Apklausa yra anoniminė, konfidencialumas garantuojamas, duomenys bus panaudojami tik apibendrintai statistinei analizei ir tyrimo išvadoms.

1 dalis. GYVENSENA

1. Kiek kartų per dieną valgote? (Įprastos darbo savaitės bėgyje)

Nė karto; 1 kartą; 2 kartus; 3 kartus per dieną; > nei 3 kartus per dieną

2. Kiek kartų per dieną užkandžiaujate (įskaitant “kavos pertraukėles”)? (Įprastos darbo savaitės bėgyje)

Nė karto; 1 kartą; 2 kartus; 3 kartus per dieną; > nei 3 kartus per dieną

3. Kiek kartų per dieną valgote grūdinės kilmės produktus? (Įprastos darbo savaitės bėgyje)

Nė karto; 1 kartą; 2 kartus; 3 kartus per dieną; > nei 3 kartus per dieną

4. Kiek kartų per dieną valgote pieno produktus? (Įprastos darbo savaitės bėgyje)

Nė karto; 1 kartą; 2 kartus; 3 kartus per dieną; > nei 3 kartus per dieną

5. Kiek kartų per dieną valgote mėsą? (Įprastos darbo savaitės bėgyje)

Nė karto; 1 kartą; 2 kartus; 3 kartus per dieną; > nei 3 kartus per dieną

6. Kiek kartų per dieną valgote vaisius? (Įprastos darbo savaitės bėgyje)

Nė karto; 1 kartą; 2 kartus; 3 kartus per dieną; > nei 3 kartus per dieną

7. Kiek kartų per dieną valgote daržoves? (Įprastos darbo savaitės bėgyje)

Nė karto; 1 kartą; 2 kartus; 3 kartus per dieną; > nei 3 kartus per dieną

8. Kiek kartų per dieną valgote pridėtinio cukraus turintį maistą? (Įprastos darbo savaitės bėgyje)

Nė karto; 1 kartą; 2 kartus; 3 kartus per dieną; > nei 3 kartus per dieną

9. Kiek kartų per dieną valgote pridėtinės druskos turintį maistą? (Įprastos darbo savaitės bėgyje)

Nė karto; 1 kartą; 2 kartus; 3 kartus per dieną; > nei 3 kartus per dieną;

10. Kokį kiekį vandens per dieną išgeriate?

Vandens visai negeriu; ~ 200 ml; ~ 400 ml; ~ 600 ml; ~ 800 ml; ~ 1 l;

~1,5 l; > 1,5 l

11. Ar rūkote tabako gaminius? Pažymėkite vieną atsakymą kiekvienoje eilutėje.

	Ne	Taip		
		Kasdien	Retkarčiais	Bent kartą
Įprastą darbo savaitės dieną				

Darbo savaitės bėgyje				
Per paskutines 30 dienų				

12. Ar rūkote elektronines/ kaitinamas cigaretes? Pažymėkite vieną atsakymą kiekvienoje eilutėje.

	Ne	Taip		
		Kasdien	Retkarčiais	Bent kartą
Įprastą darbo savaitės dieną				
Darbo savaitės bėgyje				
Per paskutines 30 dienų				

13. Ar darbo metu/ pertraukų metu rūkote?

Taip; Ne

14. Jei pažymėjote taip, kiek kartų per dieną rūkote?

Nė karto; 1 kartą; 2 kartus; 3 kartus per dieną; > nei 3 kartus per dieną

15. Ar vartojate alkoholinius gėrimus? Pažymėkite vieną atsakymą kiekvienoje eilutėje.

	Ne	Taip		
		Kasdien	1 Kartą	2-3 Kartus
Įprastą darbo savaitės dieną				
Darbo savaitės bėgyje				
Per paskutines 30 dienų				

16. Ar buvo atveju, kai buvote apsinuodijęs (-usi)/stipriai apsvaigęs (-usi) nuo alkoholinio gėrimo, pvz., svirduliavote, nerišliai kalbėjote, vėmėte ar negalėjote prisiminti, kas nutiko? Pažymėkite vieną atsakymą kiekvienoje eilutėje.

	Taip	Ne
Įprastą darbo savaitės dieną		
Darbo savaitės bėgyje		
Per paskutines 30 dienų		

17. Kiek kartų per savaitę užsiimate energinga fizine veikla (mankštinatės, sportuojate, bėgiojate, greitai einate, važiuojate dviračiu, energingai dirbate namų ūkio darbus ir pan.) taip, kad pagreitėtų kvėpavimas ir pulsas?

Neužsiimu tokia fizine veikla; 1 dieną; 2 dienas; 3 dienas; 4 dienas; 5 dienas; 6 dienas; 7 dienas

18. Kiek laiko per dieną trunka energinga fizinė veikla, kai ja užsiimate?

Neužsiimu tokia fizine veikla; Mažiau nei 30 min.; ~ 30 min.; ~ 1 val.; ~ 2 val.; Daugiau kaip 2 val.

19. Kiek laiko per dieną sėdite?

Nesėdžiu visai; ~ 3 val.; ~ 4 val.; ~ 5 val.; ~ 6 val.; Daugiau kaip 7 val.

20. Ar per praėjusius 12 mėnesių Jus buvo apėmusi prislėgta nuotaika?

Ne, nebuvo; Taip, bet ne labiau nei anksčiau; Taip, ir šiek tiek labiau nei anksčiau; Taip, ir daug labiau nei anksčiau

21. Kaip vertinate savo gyvenimo kokybę?

Labai gerai; Gerai; Patenkinamai; Blogai; Labai blogai

22. Kaip Jūs vertinate dabartinę savo sveikatos būklę?

Gera; Vidutiniška; Gana gera

23. Ar jaučiatės laimingas/-a?

Labai laimingas/-a; Laimingas/-a; Neturiu nuomonės; Nelaimingas (-a);
 Labai nelaimingas/-a

2 dalis. BENDROJI INFORMACIJA

24. Koks Jūsų ūgis? *Irašykite* _____ *cm*

25. Koks Jūsų svoris? *Irašykite* _____ *kg*

26. Jūsų lytis?

Vyras; Moteris

27. Jūsų amžius (pilni metai) *Irašykite* _____

28. Jūsų tautybė

Lietuvis/lietuvė; Rusas/rusė; Lenkas/lenkė; Kita

29. Gyvenamoji vietovė

Viensėdis (vienkiemis); Kaimas; Miestelis; Miestas; Didmiestis

30. Kokia Jūsų šeiminė padėtis?

Vedęs (ištekėjusi) arba gyvenate nesusituokęs (-usi); Nevedęs (netekėjusi);
 Išsiskyres (-usi); Našlys (-ė)

31. Koks Jūsų išsilavinimas?

Pradinis; Pagrindinis; Specialusis vidurinis; Aukštesnysis (technikumas, aukštesnioji mokykla); Aukštasis koleginis; Aukštasis universitetinis; Aukštasis

32. Kokios vidutinės mėnesio pajamos tenka vienam Jūsų šeimos nariui „į rankas“?

(Sudėkite visų su Jumis gyvenančių šeimos narių mėnesio pajamas ir padalinkite iš šeimos narių skaičiaus).

Mažiau nei 100 Eur; 100–299 Eur; 300–399 Eur; 400–499 Eur; 500–699 Eur; 700 Eur ir daugiau

Ačiū už skirtą laiką!

Savireguliacijos klausimynas

Priedas nr. 2

Nr.		Visiškai nesutinku	Nesutinku	Nesu tikras / -a	Sutinku	Visiškai sutinku
1	Paprastai, stebiu savo pažangą siekiant išsikeltų tikslų.					
2	Mano elgesys nesiskiria nuo kitų žmonių elgesio.					
3	Kiti man sako, jog per daug laiko skiriu konkrečių įvykių apmąstymams.					
4	Aš abejoju, kad galėčiau pasikeisti, net jei norėčiau.					
5	Man sunku sutelkti mintis.					
6	Aš lengvai atsiriboju nuo savo planų.					
7	Aš apdovanoju save už pažangą siekiant tikslų.					
8	Man sunku numanyti atliekamų veiksmų būsimus padarinius.					
9	Mano elgesys panašus į mano draugų elgesį.					
10	Keičiant įpročius bei elgseną, man sunku išvelgti to prasmę bei naudą.					
11	Aš gebu įgyvendinti tikslus, kuriuos išsikeliu.					
12	Aš atidedu sprendimų priėmimą.					
13	Turiu tiek planų, kad man sunku susikoncentruoti į bet kurį vieną iš jų.					
14	Pastebėjęs problemą/ -as įgyvendinant išsikeltus tikslus, aš keičiu veiksmų planą.					
15	Man sunku suvokti, kad jau pakankamai: alkoholio, saldumynų, užkandžių ir kita.					
16	Aš daug mąstau apie tai, ką kiti žmonės galvoja apie mane.					
17	Aš norėčiau apsvarstyti ir kitus, man neįprastus, tikslų įgyvendinimo būdus.					
18	Jei norėčiau pasikeisti, esu įsitikinęs, kad galėčiau tai padaryti.					
19	Kai reikia apsispręsti dėl pokyčių, jaučiuosi užvaldytas pasirinkimų.					

Nr.		Visiškai nesutinku	Nesutinku	Nesu tikras/ -a	Sutinku	Visiškai sutinku
20	Man sunku pradėti daryti tai, ką nusprendžiau, jog atliksiu.					
21	Atrodo, kad nepasimokau iš savo klaidų.					
22	Aš stengiuosi nedirbti/ nevalgyti/ negerti per daug.					
23	Aš lyginu save su kitais asmenimis.					
24	Mėgaujuosi rutina bei pastovumu.					
25	Aš pats ieškau informacijos ir domiuosi kaip galiu pasikeisti.					
26	Žinau daug būdų, kaip galiu pradėti keistis, tačiau man sunku apsispręsti, kurį būdą pasirinkti.					
27	Galiu laikytis plano, kuris žinau, kad pasiteisina.					
28	Suklydus, pasimokau iš savo klaidų.					
29	Bausmės manęs nepaveikia.					
30	Laikauosi paties nustatytų standartų.					
31	Esu užsispyręs.					
32	Iškylus problemai, iškart sprendžiu, kaip galėčiau ją išspręsti.					
33	Man sunku užsibrėžti tikslus.					
34	Aš esu valingas.					
35	Kai noriu ką nors pakeisti, tam skiriu visą savo dėmesį.					
36	Kaltinu save dėl netinkamų veiksmų pasekmių.					
37	Man nesvarbu, jei esu kitoks nei dauguma žmonių.					
38	Jeigu man nesiseka, noriu tai pakeisti.					
39	Manau, kad yra ne vienas būdas išspręsti iškilusią problemą.					
40	Man nesiseka laikytis plano, norint pasiekti išsikeltą tikslą.					
41	Aš sugebu atsispirti pagundai.					
42	Apgalvoju būsimų veiksmų planą, kuris padėtų pasiekti užsibrėžto tikslo.					
43	Dažniausiai nekreipiu dėmesio į tai, kuo užsiimu/ kaip gyvenu.					
44	Stengiuosi būti panašus į mane supančius asmenis.					

Nr.		Visiškai nesutinku	Nesutinku	Nesu tikras/ -a	Sutinku	Visiškai sutinku
45	Net jei nesiseka, nekeičiu savo elgsenos.					
46	Paprastai randu daugiau nei vieną būdą pakeisti tai, ką darau, jei man nesiseka.					
47	Jei turiu tikslą, žinau kaip jį pasiekti.					
48	Esu susikūres taisykles, kurių laikaisi, nepaisant visko.					
49	Jei nusiteikiu pakeisti kažką, skiriu tam daug dėmesio.					
50	Dažnai nesutelkiu dėmesio į tai ką darau, nebent, dėmesį atkreipia kiti.					
51	Aš daug galvoju apie tai, kaip man sekasi.					
52	Įprastai pastebiu poreikį keistis anksčiau, nei kiti.					
53	Lengvai randu būdus kaip pasiekti tai, ko noriu.					
54	Pirmiau pagalvoju, po to darau.					
55	Net maži nesklaidumai mane išblaško.					
56	Jaučiuosi prastai, kai man nepasiseka.					
57	Mokausi iš savo klaidų.					
58	Aš žinau, koks noriu būti.					
59	Aš susierzinu, kai įvyksta tai, ko nesitikėjau/ nenorėjau.					
60	Jei reikia, prašausi pagalbos.					
61	Prieš nusprendamas, apgalvoju įvairius galimus sprendimo variantus.					
62	Aš greitai pasiduodu.					
63	Nusprendęs keistis, tikiuosi geriausio rezultato.					

Ačiū už skirtą laiką!