

KLAIPĖDOS UNIVERSITETAS

Sveikatos mokslų fakultetas

Visuomenės sveikatos katedra

Viktorija Gudauskaitė

**PACIENTO MITYBOS ĮPROČIŲ ĮTAKA
VERTINANT MAISTĄ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS
ĮSTAIGOJE IR JŲ VALDYMAS**

Sveikatos priežiūros vadybos studijų programos magistro baigiamasis darbas

Klaipėda, 2020

SANTRAUKA

Gudauskaitė V. Paciento mitybos įpročių įtaka vertinant maistą sveikatos priežiūros įstaigoje ir jų valdymas. Sveikatos priežiūros vadybos magistro baigiamasis darbas. Darbo vadovas prof. habil. dr. Vinsas Janušonis, Klaipėdos universitetas: Klaipėda, 2020,- 95 p.

Darbo tikslas – išanalizuoti paciento mitybos įpročių įtaką maisto sveikatos priežiūros įstaigoje vertinimui ir išsiaiškinti, kaip tuos įpročius valdyti.

Tyrimo metodai: Teoriniam tyrimui buvo atlikta literatūros analizė. Sudaryta anketa, pagal kurią atliktas tyrimas „Paciento mitybos įpročių įtaka vertinant maistą sveikatos priežiūros įstaigoje ir jų valdymas“. Atliktas empirinis tyrimas. Empirinio tyrimo tikslas – išanalizuoti paciento mitybos įpročių įtaką maisto sveikatos priežiūros įstaigoje vertinimui ir išsiaiškinti, kaip tuos įpročius valdyti. Pasirinktas kiekybinis tyrimo metodas – anoniminė anketinė apklausa. Duomenys apskaičiuoti naudojantis SPSS (Statistical Package for Social Sciences) programine įranga. Naudotas surinktų duomenų vaizdavimo būdas – diagramos, lentelės. Siekiant palyginti, kaip gauti rezultatai skiriasi skirtingų socialinių-demografinių charakteristikų respondentų grupėse, buvo apskaičiuoti χ^2 kriterijai („*chi-kvadratas*“). Visais atvejais statistiškai reikšmingu laikysime skirtumą, kurio patikimumas bus didesnis nei 95 proc., t. y., kai $p < 0,05$.

Tyrimo organizavimas. Tyrimas buvo organizuojamas ir vykdomas 2020 metų kovo mėnesį. Tyrimui atlikti pasirinkta Klaipėdos universitetinė ligoninė. Šiai analizei atlikti buvo gautas vyriausiojo gydytojo bei Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Visuomenės sveikatos katedros sutikimai. Apklaunami buvo Klaipėdos universitetinėje ligoninėje besigydantys pacientai. Tyrimo metu buvo išdalyta 400 anketų, gražintos užpildytos 399 anketos, o iš jų sugadintos 8 anketos. Iš viso tyrime dalyvavo 391 respondentas. Nustatyta, kad kiek daugiau nei pusė (55 proc.) tyrimo dalyvių buvo moterys, vyrai sudarė 45 proc. Pagal amžių daugiausia buvo 51–60 m. (25 proc.), 61–70 m. (24 proc.) ir 41–50 m. (22 proc.) respondentų, mažiausiai – 18–30 m. (8 proc.) respondentų.

Tyrimo rezultatai. Apklausus tyrime dalyvavusius respondentus paaiškėjo, kad sveika gyvensena domisi daugiau nei pusė (54 proc.) apklaustųjų. Reikšmingai dažniau sveiku gyvenimo būdu domisi moterys (65 proc.), nei vyrai (40 proc.), jaunesni nei 50 m. asmenys (72 proc.). Taip pat nustatyta, kad iš tyrime dalyvavusių asmenų daugiau nei pusė (58 proc.) savo mitybos įpročius vertina labai gerai ar gerai. Vertinančių blogai ar labai blogai buvo labai mažai (9 proc.). Savo mitybą reikšmingai dažniau vertina aukštąjį išsilavinimą turintys asmenys (26 proc.), nei turintys žemesnį išsilavinimą (9 proc.). Gauti rezultatai, parodė, kad remtis sveikos mitybos principais stengiasi mažiau nei pusė (43 proc.) asmenų, o dar 32 proc. tą daro bent kartais. Taip pat, dauguma respondentų (42 proc.) valgo tuomet, kai jaučia alkį, o 5 kartus per dieną – 22 proc. apklaustųjų. Pasiteiravus respondentų, ar jų

mityba yra tinkama ir su ja gauna pakankamai maistinių medžiagų, daugiau nei pusė (51 proc.) mano, kad jų mityba yra tinkama. Analizuojant tyrimo rezultatus, paaiškėjo, kad 22 proc. apklaustųjų skundėsi energijos sumažėjimu ir tik 7 proc. – energijos padidėjimu, o laikantis ligoninėje priskirto mitybos režimo savijauta pagerėjo tik 45 proc. respondentų. Pasibaigus gydymui mitybos įpročius planuoja keisti tik 37 proc. respondentų, o likusioji dalis – net 63 proc. – nežada keisti savo mitybos įpročių pasibaigus gydymui.

Išvados. Dauguma sveikatos priežiūros įstaigoje besigydančių pacientų nurodė, kad jiems reikalinga informacija apie sveiką mitybą, tačiau didžioji dalis jų nežada keisti savo mitybos įpročių, nes daugiau nei pusė apklaustųjų nurodė, kad jų mityba yra tinkama ir jie pakankamai gauna maistinių medžiagų.

Raktiniai žodžiai: įpročiai, mityba, gyvensena, visuomenės mokymas, ugdymas, ligonių dietos.

SUMMARY

Gudauskaitė V. Patient's Eating Habits and Food Evaluation in Hospital: Interaction and Management. Master's Thesis in Health Care Management. Supervisor professor habilitated doctor Vinsas Janušonis, Klaipėda University: Klaipėda, 2020,- 95 p.

The aim of the study was to analyse the influence of the patient 's eating habits on the evaluation of food in the health care institution and to find out how to manage those habits.

Research methods: Literature analysis was performed for the theoretical research. A questionnaire was developed, according to which the research “Influence of Patient’s Eating Habits on Food Evaluation in Health Care Institution and Their Management” was conducted. An empirical study was performed. The aim of the empirical study is to analyse the influence of the patient's eating habits on the evaluation of food in the health care institution and to find out how to manage those habits. The chosen quantitative research method is an anonymous questionnaire. Data were calculated using the Statistical Package for Social Sciences, *abbr.* SPSS, software. The method of displaying the collected data was used - diagrams and tables. In order to compare how the obtained results differ in the groups of respondents with different socio-demographic characteristics, χ^2 criteria, the so called “chi-square”, were calculated. In all cases, we will consider a difference with a reliability of more than 95% to be statistically significant, i. i.e., when $p < 0.05$.

Organisation of the study. The survey was organised and conducted in March 2020. Klaipėda University Hospital was selected for the study. This analysis received the consents of the Chief Physician and the Department of Public Health at the Faculty of Health Sciences of Klaipėda University. Patients treated at Klaipėda University Hospital were interviewed. During the study 400 questionnaires were distributed, and 399 completed questionnaires were returned, and 8 of them were damaged. A total of 391 respondents participated in the study. It was found that slightly more than half (55%) of the study participants were women, and 45% were men. By age, the majority of the respondents were between 51 and 60 years of age, 25%, respondents between 61 and 70 years totalled 24% and respondents between 41 and 50 years of age amounted to 22% of the total amount of respondents, with the least number of respondents between 18–30 years.

The results of the study. A survey of respondents found that more than half (54%) of respondents were interested in a healthy lifestyle. Women (65%) are significantly more interested in a healthy lifestyle than men (40%), and individuals under the age of 50 (72%). It was also found that more than half (58%) of the participants in the study rated their eating habits as very good or good. There were very few people who rated it as bad or very bad (9%). People with higher education (26%) evaluate their diet significantly more often than those with lower education (9%). The obtained results showed

that less than half, 43%, of individuals try to follow the principles of healthy eating, and another 32% do this at least sometimes. Also, the majority of respondents, 42%, eat when they feel hungry, and 22% of the respondents eat 5 times a day. When asked whether their diet is suitable and whether they receive enough nutrients, more than half (51%) think their diet is suitable. Analysing the results of the study, it turned out that 22 percent of respondents complained of energy loss and only 7% noticed an increase in energy, whereas adherence to the hospital's diet improved the well-being of a mere 45% part of the respondents. Only 37 % of the respondents plan to change their eating habits after treatment, and the remaining 63% of the respondents are not going to change their eating habits after treatment.

Conclusions. Most patients in health care indicated that they needed information about a healthy diet, but the majority did not promise to change their eating habits because more than half of the respondents indicated their diet was suitable and they were getting enough nutrients.

Keywords: habits, diet, lifestyle, public education, education, patient diets.

PAVEIKSLĖLIŲ SĄRAŠAS

1 pav. Maisto pasirinkimo modelis.....	17
2 pav. Mitybos nepakankamumo priežastys.....	22
3 pav. Grafinė veiklos proceso schema	26
4 pav. Elgesio keitimo stadijų modelis.....	29
5 pav. Pasiskirstymas pagal domėjimąsi (propagavimą) sveika gyvensena.....	34
6 pav. Pasiskirstymas pagal savo mitybos įpročių vertinimą.....	35
7 pav. Pasiskirstymas pagal valgymo dažnumą per dieną.....	36
8 pav. Mitybos įpročius įtakojantys objektai.....	37
9 pav. Objektai, su kuriais siejama sveika mityba.....	39
10 pav. Pasiskirstymas pagal nuomonę, ar mityba yra tinkama ir su jau gaunama pakankamai maistinių medžiagų.....	41
11 pav. Pasiskirstymas pagal pastangas remtis sveikos mitybos principais valgant.....	42
12 pav. Pasiskirstymas pagal saldžių užkandžių (saldumynų) įtraukimą į savo kasdienę mitybą	43
13 pav. Pasiskirstymas pagal per dieną išgeriamą vandens kiekį.....	44
14 pav. Būdai troškulio malšinimui.....	46
15 pav. Pagrindiniai kriterijai, pagal kuriuos renkami maisto produktai	47
16 pav. Pasiskirstymas pagal savo apetito vertinimą	49
17 pav. Pasiskirstymas pagal savo kūno masės kontroliavimą	50
18 pav. Pasiskirstymas pagal energijos kasdieniam gyvenimui pakankamumą.....	51
19 pav. Pasiskirstymas pagal maisto papildų vartojimo dažnumą	53
20 pav. Pasiskirstymas pagal nuomonę, ar mityba yra tinkama ir gaunama pakankamai maistinių medžiagų.....	54
21 pav. Apie mitybą kalbėję medicinos darbuotojai	55
22 pav. Pasiskirstymas pagal dietinio gydymo priskyrimą	57
23 pav. Respondentų, kuriems buvo priskirtas dietinis gydymas, pasiskirstymas pagal dietinio gydymo priskyrimo priežastis	58
24 pav. Respondentų, kuriems buvo priskirtas dietinis gydymas, pasiskirstymas pagal griežtą nustatytos dietos laikymąsi.....	59
25 pav. Respondentų, kuriems buvo priskirtas dietinis gydymas, pasiskirstymas pagal nuomonę, ar skiriant dietą turi būti atsižvelgiama į asmens mitybos įpročius	60
26 pav. Pasiskirstymas pagal leidimą užkandžiauti tarp pagrindinių valgių.....	61
27 pav. Pasiskirstymas pagal valgymo būdus	62
28 pav. Pasiskirstymas pagal suvalgomą liginės maisto porcijos dalį	63
29 pav. Pasiskirstymas pagal apetito dingimą po priskirtos dietos ar liginės įprasto maisto	64

30 pav. Priežastys, dėl kurių buvo dingęs apetitas	66
31 pav. Pasiskirstymas pagal energijos pokytį	67
32 pav. Pasiskirstymas pagal svorio pokytį pradėjus maitintis pagal priskirtą dietą	68
33 pav. Pasiskirstymas pagal savijautos pagerėjimą laikantis ligoninėje priskirto mitybos režimo .	69
34 pav. Pasiskirstymas pagal mitybos plano pokytį nuo kasdienio viešojo sveikatingumo įstaigoje	71
35 pav. Pasiskirstymas pagal nuomonę, ar skiriant maitinimą turi būti atsižvelgiama į mitybos įpročius	72
36 pav. Pasiskirstymas pagal nuomonę, ar yra reikalinga informacija apie mitybą.....	73
37 pav. Pasiskirstymas pagal nuomonę, ar įmanoma atsižvelgti į kiekvieno paciento mitybos įpročius	74
38 pav. Pasiskirstymas pagal nuomonę, svarbi yra mityba ligoninėje, kai gulėjimo laikas yra labai trumpas	75
39 pav. Pasiskirstymas pagal polinkį keisti mitybos įpročius gulint ligoninėje.....	77
40 pav. Pasiskirstymas pagal planus keisti mitybos įpročius pasibaigus gydymui	78
41 pav. Pasiskirstymas pagal mitybos įpročių pasikeitimą gydantis ligoninėje.....	79

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal demografines - socialines charakteristikas	33
2 lentelė. Pasiskirstymas pagal domėjimąsi (propagavimą) sveika gyvensena pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas.....	34
3 lentelė. Pasiskirstymas pagal savo mitybos įpročių vertinimą pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas	35
4 lentelė. Pasiskirstymas pagal valgymo dažnumą per dieną pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas	37
5 lentelė. Mitybos įpročius įtakojantys objektai pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas	38
6 lentelė. Objektai, su kuriais siejama sveika mityba pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas	40
7 lentelė. Pasiskirstymas pagal nuomonę, ar mityba yra tinkama ir su jau gaunama pakankamai maistinių medžiagų pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas.....	41
8 lentelė. Pasiskirstymas pagal pastangas remtis sveikos mitybos principais valgant pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas	42
9 lentelė. Pasiskirstymas pagal saldžių užkandžių (saldumynų) įtraukimą į savo kasdienę mitybą pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas	44
10 lentelė. Pasiskirstymas pagal per dieną išgeriamą vandens kiekį pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas	45
11 lentelė. Būdai troškulio malšinimui pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas	46
12 lentelė. Pagrindiniai kriterijai, pagal kuriuos renkami maisto produktai pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas.....	48
13 lentelė. Pasiskirstymas pagal savo apetito vertinimą pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas	50
14 lentelė. Pasiskirstymas pagal savo kūno masės kontroliavimą pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas	51
15 lentelė. Pasiskirstymas pagal energijos kasdieniam gyvenimui pakankamumą pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas.....	52
16 lentelė. Pasiskirstymas pagal maisto papildų vartojimo dažnumą pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas	53
17 lentelė. Pasiskirstymas pagal nuomonę, ar mityba yra tinkama ir gaunama pakankamai maistinių medžiagų, pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas.....	54

18 lentelė. Apie mitybą kalbėję medicinos darbuotojai pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas	56
19 lentelė. Pasiskirstymas pagal dietinio gydymo priskyrimą pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas	57
20 lentelė Respondentų, kuriems buvo priskirtas dietinis gydymas, pasiskirstymas pagal dietinio gydymo priskyrimo priežastis pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas.....	58
21 lentelė. Respondentų, kuriems buvo priskirtas dietinis gydymas, pasiskirstymas pagal griežtą nustatytos dietos laikymąsi pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas	59
22 lentelė. Respondentų, kuriems buvo priskirtas dietinis gydymas, pasiskirstymas pagal nuomonę, ar skiriant dietą turi būti atsižvelgiama į asmens mitybos įpročius pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas	61
23 lentelė. Pasiskirstymas pagal leidimą užkandžiauti tarp pagrindinių valgių pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas.....	62
24 lentelė. Pasiskirstymas pagal valgymo būdus pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas	63
25 lentelė. Pasiskirstymas pagal suvalgomą ligoninės maisto porcijos dalį pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas.....	64
26 lentelė. Pasiskirstymas pagal apetito dingimą po priskirtos dietos ar ligoninės įprasto maisto pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas	65
27 lentelė. Priežastys, dėl kurių buvo dingęs apetitas pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas	66
28 lentelė. Pasiskirstymas pagal energijos pokytį pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas	67
29 lentelė. Pasiskirstymas pagal pokytį pradėjus maitintis pagal priskirtą dietą pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas.....	69
30 lentelė. Pasiskirstymas pagal savijautos pagerėjimą laikantis ligoninėje priskirto mitybos režimo pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas	70
31 lentelė. Sveikatos priežiūros įstaigų maisto atitikimą jų mitybos įpročiams vertinimo vidurkiai pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas	70
32 lentelė. Pasiskirstymas pagal mitybos plano pokytį nuo kasdienio viešojo sveikatingumo įstaigoje pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas.....	71
33 lentelė. Pasiskirstymas pagal nuomonę, ar skiriant maitinimą turi būti atsižvelgiama į mitybos įpročius pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas	73
34 lentelė. Pasiskirstymas pagal nuomonę, ar yra reikalinga informacija apie mitybą pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas	74

35 lentelė. Pasiskirstymas pagal nuomonę, ar įmanoma atsižvelgti į kiekvieno paciento mitybos įpročius pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas	75
36 lentelė. Pasiskirstymas pagal nuomonę, svarbi yra mityba ligoninėje, kai gulėjimo laikas yra labai trumpas pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas.....	76
37 lentelė. Pasiskirstymas pagal polinkį keisti mitybos įpročius gulint ligoninėje pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas.....	77
38 lentelė. Pasiskirstymas pagal planus keisti mitybos įpročius pasibaigus gydymui pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas	78
39 lentelė. Pasiskirstymas pagal mitybos įpročių pasikeitimą gydantis ligoninėje pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas.....	79

TURINYS

ĮVADAS	12
I. ASMENS ĮPROČIAI, FORMAVIMAS(IS), PAVEIKUMAS, MITYBOS BEI MITYBA SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOJE	14
1.1. Asmens įpročiai	14
1.1.1. Įpročių formavimas(is) ir jų įtaka asmeniui	14
1.2. Mitybos įpročiai	15
1.2.1. Veiksniai, lemiantys maisto pasirinkimą	16
1.2.2. Lietuvių mitybos įpročiai	17
1.2.3. Mitybos reikšmė ir sveikatos problemos.....	18
1.2.4. Mitybos nepakankamumas ir pasekmės	20
1.3. Pacientams taikomos dietos	24
1.3.1. Dietų ir subalansuoto maitinimo funkcionalumas.....	25
1.4. Visuomenės sveikatos stiprinimas	26
1.4.1. Visuomenės sveikos gyvensenos ugdymas	28
II. KASDIENĖS MITYBOS ĮPROČIŲ PAVEIKUMO SVEIKATOS ĮSTAIGOS TIEKIAMO MAISTO VERTINIMUI	31
2.1. Tyrimo organizavimas ir metodika	31
2.2. Demografinės ir socialinė respondentų charakteristika	33
2.3. TYRIMO REZULTATAI	34
2.4. REZULTATŲ APTARIMAS	80
IŠVADOS	82
LITERATŪRA	83
PRIEDAI	90

IVADAS

Pagrindiniuose Lietuvos strateginiuose dokumentuose yra išskelti uždaviniai formuoti sveiką gyvenimą, ugdyti sveikos mitybos įpročius ir gerinti galimybes visoms gyventojų grupėms pasirinkti sveikatai palankų maistą (LR nutarimas, 2015). Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) ir įvairių mokslinių šaltinių duomenimis, netinkama mityba neigiamai veikia gyventojų lėtinių neinfekcinių ligų, tokių kaip kraujotakos sistemos ligos, piktybiniai navikai, cukrinis diabetas ir kitų vystymąsi bei didina gyventojų mirtingumą. Tinkama ir sveika mityba mažina riziką susirgti lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis bei saugo ir stiprina gyventojų sveikatą (Barzda A., Bartkevičiūtė R., Baltušytė I. ir kt., 2016). Mitybos specialistai teigia, kad sveika mityba turi ne tik saugoti sveikatą, bet ją stiprinti ir įtvirtinti. Deja, tačiau didelė dalis visuomenės mitybai skiria per mažai dėmesio.

Mityba yra vienas iš svarbiausių gyvenimo faktorių, veikiančių sveikatą. Didelę reikšmę tinkamai mitybai turi šeimos tradicijos, vaiko mitybos įgūdžių formavimas nuo gimimo. Vartojant įvairų ir visavertį maistą, užtikrinama, kad organizmas gaus būtinųjų maisto medžiagų. Dalis šių medžiagų organizmui reikalinga ląstelėms atnaujinti, makroenergetinių junginių sintezei ir energijos substratų (riebalų, glikogeno) atsargoms kaupti (Januškevičienė G., Sekmokienė D., Lukoševičius L., 2009).

Moksliniais tyrimais įrodyta, kad keičiant gyvenimo įpročius galima pagerinti gyventojų sveikatą ir pailginti jų gyvenimo trukmę. Kaip teigia Budreikaitė A., tik sveika ir visavertė mityba daro poveikį fiziniam ir protiniam žmogaus vystymuisi, darbingumui bei ilgaamžiškumui (Budreikaitė A., 2017).

Tam, kad pagerintų visuomenės sveikatą ir išspręstų aktualiausias gyventojų mitybos problemas, PSO Europos regiono biuras, atkreipdamas dėmesį į tai, kad tinkamų maisto produktų gamyba ir vartojimas gali sumažinti lėtinių neinfekcinių ligų paplitimą, nuolat skatina valstybėse tirti gyventojų mitybą. Tiriant siekiama išsiaiškinti mitybos įpročius, suvartojamų maisto produktų, su maistu gaunamos energijos ir maisto medžiagų kiekius. Be gyventojų faktinės mitybos ir mitybos įpročių, analizuojant turėtų būti įvertinti tyrime dalyvaujančių asmenų požiūris į sveiką mitybą ir lėtinių neinfekcinių ligų, susijusių su mityba, paplitimo tendencijos ir pokyčiai (WHO, 2020).

Darbo tikslas – išanalizuoti paciento mitybos įpročių įtaką maisto sveikatos priežiūros įstaigoje vertinimui ir išsiaiškinti, kaip tuos įpročius valdyti.

Tiksliui pasiekti suformuluoti tokie darbo **uždaviniai**:

1. remiantis literatūros šaltiniais, išstudijuoti asmens sveikatos priežiūros įstaigoje taikomas dietas;
2. nustatyti pacientų sveikos gyvensenos ir mitybos principus prieš patenkant į sveikatos priežiūros įstaigą;
3. išanalizuoti veiksnius, lemiančius pacientų mitybos įpročių įtaką sveikatai;
4. įvertinti pacientų mitybos žinias apie sveiką gyvenseną ir tinkamą mitybą;
5. išsiaiškinti ir įvertinti pacientų pojūčius po pritaikytos dietos gydymui sveikatos priežiūros įstaigoje.

Tyrimo metodai: Teoriniam tyrimui buvo atlikta literatūros analizė. Sudaryta anketa, pagal kurią atliktas tyrimas „Paciento mitybos įpročių įtaka vertinant maistą sveikatos priežiūros įstaigoje ir jų valdymas“. Atliktas empirinis tyrimas. Empirinio tyrimo tikslas – išanalizuoti paciento mitybos įpročių įtaką maisto sveikatos priežiūros įstaigoje vertinimui ir išsiaiškinti, kaip tuos įpročius valdyti. Pasirinktas kiekybinis tyrimo metodas – anoniminė anketinė apklausa. Duomenys apskaičiuoti naudojantis SPSS (Statistical Package for Social Sciences) programine įranga. Naudotas surinktų duomenų vaizdavimo būdas – diagramos, lentelės. Siekiant palyginti, kaip gauti rezultatai skiriasi skirtingų socialinių-demografinių charakteristikų respondentų grupėse, buvo apskaičiuoti χ^2 kriterijai („*chi-kvadratas*“). Visais atvejais statistiškai reikšmingu laikysime skirtumą, kurio patikimumas bus didesnis nei 95 proc., t. y., kai $p < 0,05$.

I. ASMENS ĮPROČIAI, FORMAVIMAS(IS), PAVEIKUMAS, MITYBOS BEI MITYBA SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOJE

1.1. Asmens įpročiai

Didžioji žmogaus elgesio forma yra pasikartojantys veiksmai: prekybos centre žmogus perka kavą, žymimą jam įprastu prekės ženklu, keliaudamas į savo darbą gali laikytis konkretaus maršruto ir gerti kavą. Tarp visų minėtų veiksmybų bendra tai, kad jiems atlikti reikia minimaliai mąstyti. Pati elgesio rūšis, kai veiksmai nuolat kartojami per daug nesistengiant galvoti, gali būti priskirta įpročio sąvokai. Įpročiai buvo pademonstruoti moksliniuose tyrimuose empiriškai, siekiant nustatyti stiprų žmonių elgesį santykinai stabiliose situacijose, pvz., renkantis transportą. Nors įpročio atlikimas gali būti labai sąmoningas, pvz., rytais ruošti kavą, tačiau atlikimas gali apimti labai mažą dalį mąstymo. Vis dėlto įpročiai turi ir didelę naudą mūsų kasdieniniam gyvenimui: užuot gaišus laiką galvojant apie sprendimus problemų, būdingų įprastai rutinai, galima laisvai galvoti apie problemas, kurios nėra tokios įprastos (Jager W., 2003).

Toliau analizuojant įpročio sąvoką, pabrėžtina, kad tai žmogaus veiklos ir ugdymo procese susiformavęs polinkis atlikti tam tikrą veiksmą. Šis polinkis gali tapti vadinamuoju funkcinio poreikiu, kuris skatina asmens vienokį ar kitokį poelgį. Daugelis įpročių susidaro vaikystėje, dažniausiai imituojant suaugusiuosius. Tam, kad įprotis susiformuotų, svarbu nuolat kartoti išmoktą veiksmą, kuris turėtų teigiamą emocinį poveikį – gerintų fizinę savijautą ir teiktų pasitenkinimą. Įprotis nuo įgūdžio skiriasi tuo, kad jis yra reikmė atlikti veiksmą ir yra tam tikromis sąlygomis dažniausiai realizuojamas. Atsižvelgiant į veiklos sritis, įpročiai klasifikuojami į elgesio, mokymosi, darbo, buitinius ir kt. Taip pat įpročiai gali būti naudingi arba žalingi (Visuotinė lietuvių enciklopedija).

1.1.1. Įpročių formavimas(is) ir jų įtaka asmeniui

Šiais laikais jau vienareikšmiškai sutinkama su nuostata, kad nuo pačių žmonių gyvenimo būdo priklauso sveikatos būklė. Kad netektų mokėti už asmens, netekusio sveikatos, gydymą, daug naudingiau būtų investuoti į sveikos gyvensenos įpročių ugdymą(si), todėl visuomenės raidos svarbiausiu uždaviniu laikomas geros vaikų sveikatos palaikymas, nes būtent jų sveikata lems ateinančių kartų sveikatos būklę. Šiam tikslui pasiekti stengiamasi užtikrinti kiekvieno vaiko sveiką gyvenimo pradžią ir tolesnę vystymąsi sveikoje ir saugioje aplinkoje. Elgsenos ir gyvensenos pagrindai, išliekantys visą gyvenimą formuojasi vaikystėje ir ypač paauglystėje: augdamas vaikas perima savo tėvų / įtėvių / globėjų įgūdžius saugoti sveikatą ir vengti rizikingo gyvenimo būdo. Nuo šių pagrindų ateityje priklausys kiekvieno žmogaus sveikata ir gyvenimo kokybė. Vis dėlto ne

kiekvienoje šeimoje propaguojamos sveikos gyvensenos nuostatos, todėl ugdymo institucijoms taip pat tenka didžiulė atsakomybė (Gudžinskienė V., Česnavičienė J., 2014).

Pabrėžtina, kad visuomenė tikrai turi žinių apie sveiką gyvenseną, sveiką mitybą, tačiau jos ir žmogaus faktinė elgsena nuolat prieštarauja tarpusavyje. Labai didelei santykinai masei žmonių yra būdingas pribloškiantis atotrūkis tarp žinių apie sveiką gyvenseną, sveiką mitybą ir faktinės elgsenos atitinkamoje srityje. Paradoksas tas, kad bemaž visų žinios yra daugiau ar mažiau teisingos, išsamios, tačiau sveikos gyvensenos ir sveikos mitybos įpročių reguliariai laikosi jau žymiai mažesnė dalis individų (Merkys G., Norkus A., Dovydaitis J., 2016). Kai kurie tyrimai parodė, kad svarbiausi veiksniai, lemiantys maisto pasirinkimą tarp suaugusiųjų, yra skonis, kaina, mityba, malonumas ir svorio kontrolė. Dažnai šie įpročiai susiformuoja ir įsitvirtina palyginti dar jauname amžiuje. Todėl patartina ugdyti gerus mitybos įpročius, kai žmonės yra kuo jaunesni. Svarbu tai, kad labai mažiems vaikams sprendimus dėl maisto vartojimo kontroliuoja tėvai ir iki mokyklinės įstaigos. Tolesniame gyvenimo laikotarpyje ypač svarbus maisto pasirinkimo gyvenimo etapas yra tada, kai žmonės pirmą kartą išsina gyventi savarankiškai ir pradeda patys priimti sprendimus dėl maisto vartojimo (Deshpande S., Basil D. M., Basil Z. D., 2009).

Gerėjančios gyvenimo sąlygos ir tobulėjančios technologijos palengvino maisto ruošimo ir gamybos procesus, sudarė sąlygas žmogui greičiau ir paprasčiau maitintis. Vis dėl to tai neigiamai paveikė suaugusiųjų ir vaikų mitybą: ji tapo nevisavertė, nepakankama arba, atvirkščiai, per gausi. „Išryškėjo netinkamos mitybos ir nepakankamo fizinio aktyvumo problemos, siejamos su nutukimu bei padidėjusiu sergamumu“ (Strazdienė N., 2014).

1.2.Mitybos įpročiai

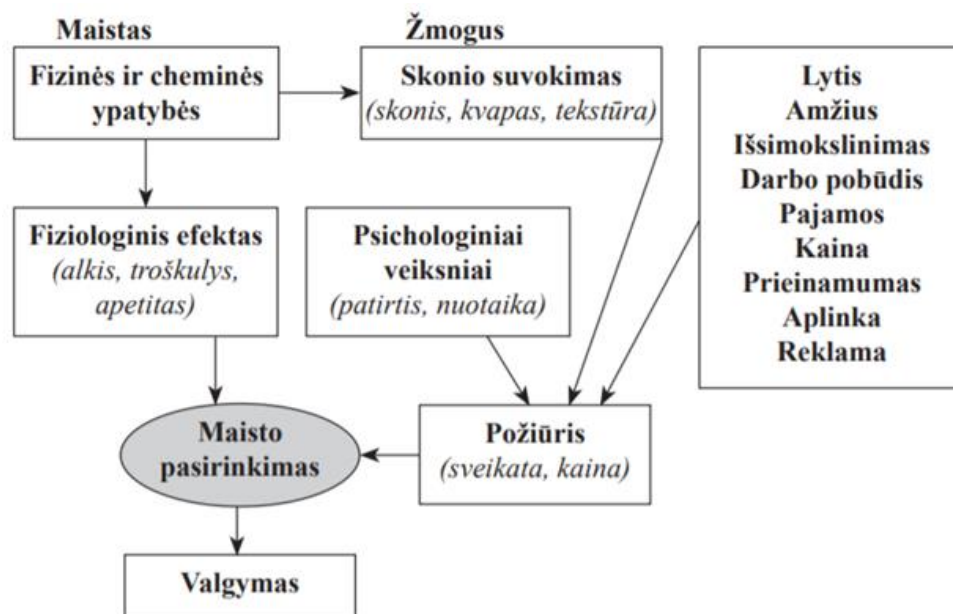
Visuomenė, suvokdama, kad sveika mityba yra vienas iš pagrindinių sveikatą saugančių gyvensenos veiksnių, vis labiau domisi konkrečiu jos poveikiu sveikatai. Sveika mityba padeda saugoti ir stiprinti sveikatą, išvengti daugelio ligų. Vien sveikas maistas neužtikrina, kad sveikata bus gera, tačiau suteikia galimybę ją saugoti ir stiprinti. Sveikata, darbingumas, grožis labai priklauso nuo paties žmogaus pastangų. O tinkama ir visavertė mityba padeda žmogui fiziškai ir protiškaai vystytis, skatina darbingumą bei ilgina gyvenimo trukmę. Subalansuota mityba yra sveikatos pagrindas. Žmogus turi maitintis atsižvelgdamas į maisto racioną (Senikienė Ž., Lukoševičius A., Jurkštienė V. ir kt., 2016). Todėl aktualiausias uždavinys, tyrinėjant šalies gyventojų mitybą, yra įvertinti atskirų jų grupių mitybą (Dobrovolskij V., Stukas R., 2012).

Kadangi mitybos reikšmė žmonių sveikatai ir gyvenimo kokybei yra didžiulė, labai svarbūs yra informacijos apie mitybą šaltiniai, kuriais žmonės naudojami. Galima pastebėti, kad

daugiausia informacijos apie mitybą gauname iš įvairių informacijos šaltinių: knygų, televizijos, spaudos, šeimos narių ir kt. Pabrėžtina, kad beveik kiekviename laikraštyje ar žurnale galima rasti patarimų, kaip sveikai žmonės turėtų maitintis (Grabauskas V., Klumbienė J., Petkevičienė J. ir kt., 2014). Deja, spaudoje skelbiama informacija apie mitybą ne visada atitinka sveikos mitybos rekomendacijas, nes joje gausu reklamų, kuriomis dažniau siekiama pasipelnyti, nei suteikti tinkamų žinių apie sveiką gyvenimo būdą. Verta paminėti, kad skirtingo amžiaus grupių žmonėms yra aktualesni skirtingi informacijos apie mitybą šaltiniai. Viena iš labiausiai veikiančių žmogaus sąmonę ir jo mitybos įpročius priemonių laikytina žiniasklaida, ypač populiarioji spauda. Šiuo metu pasaulyje pastebima, kad žiniasklaida formuoja žmonių nuomonę apie kūno suvokimą, o sykiu ir mitybą (Stukas R., Šurkienė G., Grubytė S ir kt., 2012). Nors sveikai maitintis svarbu kiekviename žmogaus gyvenimo etape, tinkama mityba labiausiai derėtų rūpintis jauno amžiaus asmenims, kadangi tuo laikotarpiu vystosi organizmas, susidaro sveikos gyvensenos įpročiai. (Dobrovolskij V., Stukas R., 2012). Naujausių tyrimų duomenimis, pastaraisiais metais Lietuvos gyventojų mitybos įpročiai kinta teigiama linkme, tačiau nesveiki įpročiai dar plačiai paplitę (Grabauskas V., Klumbienė J., Petkevičienė J. ir kt., 2014).

1.2.1. Veiksniai, lemiantys maisto pasirinkimą

Šiomis dienomis susiduriama su maisto pramonės siūlomu įvairiausių maisto produktų asortimentu. Vis dėlto pasirinkti nėra taip lengva, kaip gali atrodyti iš pirmo žvilgsnio. Maisto produktų pasirinkimą dažniausiai lemia kaina, kvapas, skonis, produkto išvaizda, šalies bei šeimos tradicijos. Renkantis taip pat svarbūs individualūs žmogaus įpročiai, priklausantys nuo socialinės padėties, pajamų, nuotaikos ir daugelio kitų veiksnių. Aplinka tai pat daro įtaką mūsų pasirinkimams. Visų šių aplinkybių visuma lemia, koks bus mūsų pasirinkimas (1 pav.).



1 pav. Maisto pasirinkimo modelis (Petkevičienė J., Kriaučionienė V., Petrauskienė A., 2014)

1.2.2. Lietuvių mitybos įpročiai

Didžiausia Lietuvos, kaip ir daugelio kitų Europos šalių, gyventojų sveikatos problema yra lėtinės neinfekcinės ligos: insultai, kraujotakos sistemos ligos, arterinė hipertenzija, onkologinės ligos, II tipo cukrinis diabetas, nutukimas ir kitos, kurios ir yra svarbiausios gyventojų mirties priežastys. Anot Januškevičienės G., šios ligos neatsiejamos nuo gyvenimo pokyčių, kuriuos lemia šalių ekonomika, tokie procesai, kaip globalizacija, industrializacija ir urbanizacija (Januškevičienė G., 2009). Kalbant apie lėtines neinfekcines ligas, taip pat atkreiptinas dėmesys, kad sukeltis ir nulemiantis ligos eigą faktorius yra ydingas būdas: neadekvati organizmo sandarai mityba, fizinio aktyvumo stoka, ilgalaikis užribinis stresas ir kt. Visi šie traumuojantys faktoriai nepastebimai laikui bėgant pažeidžia organizmo funkcines sistemas ir sukelia ligas nulemiančius simptomus (Kirkutis A., 2016).

2014 metais Pasaulio sveikatos organizacija priėmė trečiąjį Europos maisto ir mitybos veiksmų planą 2015–2020 metams. Šio plano strateginis tikslas – išvengti priešlaikinių mirčių ir ženkliai sumažinti ekonominę išvengiamų, su mityba susijusių lėtinių ligų, nutukimo ir kitų pasekmių naštą, didinančią socialinius sveikatos skirtumus ir turinčią neigiamos įtakos gerovei bei gyvenimo kokybei. Lietuvoje ir kitose Europos Sąjungos šalyse atliktų gyventojų mitybos tyrimų duomenys rodo, kad gyventojai nesilaiko sveikos mitybos rekomendacijų. Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programoje vienas iš iškeltų uždavinių – skatinti Lietuvos gyventojus sveikai maitintis. Šiam uždaviniui pasiekti būtina didinti sveikos mitybos raštingumą ir sudaryti galimybes visoms Lietuvos gyventojų grupėms pasirinkti sveikatai palankų maistą (Pundžius J., 2015).

Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, žmogaus sveikata 40–60 proc. priklauso nuo gyvenamosios aplinkos, 30–40 proc. – nuo aplinkos, 10–15 proc. – nuo paveldėjimo ir tik 8–10 proc. – nuo sveikatos apsaugos. Sveika mityba yra ne tik vienas pagrindinių sveikatą lemiančių gyvenamosios aplinkos veiksnių, bet ir bene svarbiausių ligų riziką mažinančių elementų. Mokslininkų teigimu, mitybos įpročiai net 25–30 proc. turi įtakos sveikatai (Dobrovolskij V., 2013). Pasak Dobrovolskij V., fizinis pasyvumas, nesveika mityba ir žalingi įpročiai ne tik dažnai negrįžtamai žaloja žmogaus sveikatą, bet gali ir neigiamai paveikti gyvenimo kokybę bei socialinius ryšius (Dobrovolskij V., 2012). Moksliniai tyrimai parodė, kad žmonės per mažai vartoja šviežių daržovių ir vaisių, žuvies ir jos produktų, tad jų mityba nėra sveikatinanti. Didžioji dalis Lietuvos gyventojų maisto produktus perka, atsižvelgdami į kainą. Ir tik mažiau nei pusė gyventojų laikosi mitybos režimo (Dobrovolskij V., 2013). Tai rodo 2013–2014 metais Lietuvoje atlikti mitybos įpročių ir faktinės mitybos tyrimai. Atlikto tyrimo duomenys parodė, kad Lietuvos gyventojų pagrindiniai maisto produktų pasirinkimo kriterijai yra skonis – 39,7 proc. – ir kaina – 31,9 proc., o maistą sveikatos gerinimo (ligų profilaktikos) tikslu renkasi tik 13,4 proc. respondentų. Šiuo metu vis dažniau pripažįstama, kad nesubalansuota mityba skatina ne tik nutukimą, lipidų apykaitos sutrikimus, didina lėtinių neinfekcinių, bet ir kitų ligų rizikos veiksnius (Barzda A., Bartkevičiūtė R., Baltušytė I. ir kt., 2016). Kiti atlikti tyrimai rodo, kad nereguliarus valgymas kartą ar du per parą kenkia sveikatai. Valgantys du ar tris kartus per parą dažniau serga skrandžio ligomis, virškinimo sutrikimais negu valgantys reguliariai tris arba keturis kartus per dieną (Bartkevičiūtė R., Barzda A., Stukas R. ir kt., 2010).

1.2.3. Mitybos reikšmė ir sveikatos problemos

Mityba – suma visų procesų ir funkcijų, nulemiančių organizmo augimą ir vystymąsi, išsaugojimą ir atsikūrimą. Maistu vadinama medžiaga, kurios sudedamosios dalys gali pavirsti organizmo audiniais, skysčiais ir yra organizmo vartojamos bet kurioms jo funkcijoms atlikti. Visos organizmo dalys, visos jo funkcijos priklauso nuo medžiagų, kurias iš maistinių medžiagų pasisavina kraujas. Nuo maisto priklauso žmogaus sveikata, imunitetas, atsparumas negalavimams ir išvaizda (Bardauskienė S., 2008). Sveika mityba padeda saugoti ir stiprinti sveikatą, išvengti daugelio ligų. Sveika mityba – tai sveikatos pagrindas. Sukaupta ganėtinai daug mokslinių tyrimų duomenų, pagrindžiančių mitybos ir sveikatos ryšį (Bardauskienė S., 2008).

Pasak Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO), nesveika mityba yra vienas iš pagrindinių rizikos veiksnių susirgti lėtinėmis ligomis, tokiomis kaip širdies ir kraujagyslių ligos, vėžys, diabetas ir kitomis būklėmis, susijusiomis su nutukimu (WHO, 2020). Moksliniais tyrimais įrodyta, kad mityba daro reikšmingą įtaką lėtinėms neinfekcinėms ligoms plisti. Taip pat be mitybos

susirgti lėtinėmis ligomis įtakos turi ir kiti gyvenimo veiksniai. Esant keliems žalingiems įpročiams, lėtinių ligų rizika labai padidėja (Lukšienė D. I., 2008).

Tyrimai rodo, kad nesveika mityba dažnai būna susijusi su rūkymu, alkoholinių gėrimų vartojimu ir fiziniu pasyvumu. Pavyzdžiui, rūkantys žmonės rečiau valgo daržovių. Vartojantys alkoholinius gėrimus gyventojai labiau linkę rinktis riebią maistą. Fiziškai pasyvių žmonių maisto davinyje būna mažiau daržovių, daugiau didelės energinės vertės produktų nei fiziškai aktyvių žmonių mityboje (Kriaučionienė V. ir kt., 2009). Labai svarbu, kad žmonės, rinkdamiesi maistą, atsižvelgtų ne tik į gausią pasiūlą, bet atkreiptų dėmesį į patį maisto produktą ir į jo maistinę vertę. Deja, tik maždaug penktadalis Lietuvos suaugusių gyventojų rinkdamiesi maistą galvoja apie jo naudą sveikatai, tai sudaro 21,3 proc. (Dobrovolskij V., Stukas R., 2014). Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, žmogaus sveikata 40–60 proc. priklauso nuo gyvenimo būdo. Ligų profilaktikai svarbu ne tik vartoti saugų maistą, bet ir išmanyti sveikatai palankios mitybos principus (Januškevičius G., 2009). Gera sveikata yra svarbi gyvenimo kokybės sudėtinė dalis ir pagrindinė prielaida asmens socialiniam bei ekonominiam vystymuisi (Lamanauskas V., Armonienė J., 2011). Nustatytos apibrėžiančios sveiką mitybą konkrečios rekomendacijos: valgyti daugiau vaisių, daržovių, riešutų ir grūdų, sumažinti cukraus, druskos ir riebalų kiekį. Užuot vartojus sočiąsias riebalų rūgštis, patariama rinktis nesočiąsias. Taip pat iš mitybos raciono derėtų pašalinti transriebalų rūgštis (WHO, 2020).

Būtina žmones skatinti kasdien propaguoti sveiką gyvenimo būdą, dalytis gerąją šios srities patirtimi, šalinti pagrindinius blogą sveikatą lemiančius faktorius, nuo kurių priklauso sergamumas ir ankstyva mirtis, informuoti apie žalingą rūkymo ir alkoholio vartojimo poveikį, propaguojant seksualinę sveikatą, mažinti sužalojimų ir nelaimingų atsitikimų skaičių (Lamanauskas V., Armonienė J., 2011). Nusprendus keisti savo gyvenimo būdą, svarbu mąstyti pozityviai. Žmogus turi save įtikinti, kad jis gali tai pasiekti ir padaryti, kad jis tai moka. Reikia negalvoti apie neigiamus dalykus, būtina ugdyti pasitikėjimą savo jėgomis, įsivaizduoti būsimą rezultatą, pokyčius. Tik tokiu atveju žmogus galės pasiekti tikslą ir pakeisti savo gyvenimo būdą. Mokslinių tyrimų gausa įrodo, kad nesveika ir netaisyklinga mityba skatina lėtinių neinfekcinių ligų, ypač kraujotakos sistemos ir onkologinių ligų, sudarančių didžiausią Lietuvos gyventojų mirtingumo dalį, atsiradimą ir vis dažniau yra pripažįstama įprastu šių ligų rizikos faktoriumi (Astrauskienė A. ir kt., 2011). Mityba – sveikatos pagrindas. Tai viena iš svarbiausių veiksnių, lemiančių žmonių sveikatą ir gyvenimo kokybę (Juozulynas A., Savičiūtė R., Jurgelėnas A. ir kt., 2011). Žmogus pats yra atsakingas už savo sveikatą ir turi ja rūpintis, stiprinti ir tausoti. Žmonės tai turėtų suprasti ir norėti būti sveiki (Januškevičienė G., Sekmokienė D., Lukoševičius L., 2009). Daugelio metų tyrimų duomenys atskleidžia, kad didelės dalies suaugusių Lietuvos gyventojų mityba nėra visavertė. Nustatyta, kad Lietuvoje gyvenantys

asmenys suvartoja per daug riebalų – riebalinės kilmės kalorijos sudaro 41,7 proc. viso raciono energinės vertės (norma 15–30 proc.), vartoja nepakankamai vaisių ir daržovių, žuvų ir jų produktų. Daugumos gyventojų racione trūksta vitaminų A, C, D, B2, B12, PP, pantoteno rūgšties, magnio, kalcio, geležies, cinko, jodo. Trečdalis asmenų šviežias daržoves valgo tik 1–2 kartus per savaitę (Pasaulio sveikatos organizacija rekomenduoja jų valgyti kasdien per kiekvieną maitinimąsi, t. y. 5 kartus, arba 400 g/d). Vidutinis Lietuvos gyventojas vidutiniškai jų suvalgo tik 260 gramų (LR sveikatos apsaugos ministerija).

Sveikos gyvensenos sudėtinės dalys, ypač pakankamas fizinis aktyvumas, sveikata, kova su žalingais įpročiais, yra svarbūs veiksniai siekiant stiprinti sveikatą ir apsisaugoti nuo lėtinių neinfekcinių ligų (Grabauskas V., 2013). Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, mūsų sveikata didžiąja dalimi priklauso nuo sveikos gyvensenos. Jei visuomenės nariai būtų fiziškai aktyvūs, laikytųsi sveikos mitybos principų, nepiktnaudžiautų alkoholiu ir nerūkytų, būtų galima išvengti 90 proc. II tipo cukrinio diabeto, 80 proc. širdies kraujagyslių sistemos, 30 proc. onkologinių ligų (Javtokas Z., Karlienė V., Kriaučiūnaitė A., ir kt., 2014). Skaičiuojama, kad daugiau nei 50 proc. šalies gyventojų turi atsvorį ar yra nutukę, nuolatos daugėja atsvorį turinčių ar nutukusių vaikų. Nustatyta, kad 40–60 proc. Europos Sąjungos žmonių gyvensena yra nejudri, todėl įvairiuose tarptautiniuose dokumentuose ir gairėse akcentuojama žmonių skatinimo keisti nejudrų gyvenimo būdą į sveikesnį ir aktyvesnį būtinumą (Valintėlienė R., Varvuolienė R., Kranauskas A., 2012).

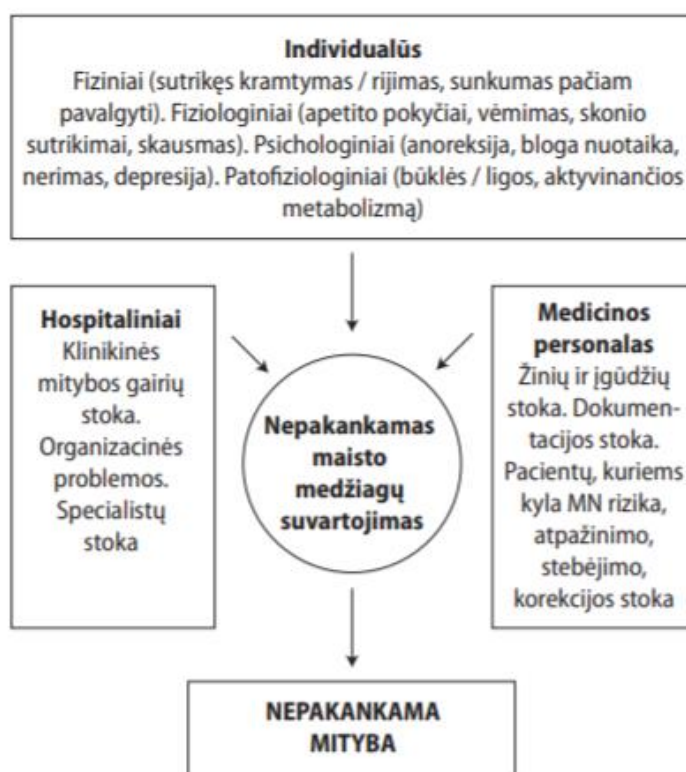
1.2.4. Mitybos nepakankamumas ir pasekmės

Mitybos nepakankamumas – patloginė žmogaus organizmo būklė, sukeliama maisto medžiagų stokos arba sutrikus maisto medžiagų suvartojimo ir poreikio organizme balansui. Atsiradęs baltymų, riebalų, angliavandenių, vitaminų ar mikroelementų trūkumas sukelia įvairių sistemų struktūrinius ir funkcinius pakitimus (centrinės nervų, kaulų ir raumenų, širdies ir kraujagyslių, kvėpavimo, virškinimo ir imuninės sistemų, termoreguliacijos). Šie pakitimai silpnina imunitetą, pažeidžia organizmo medžiagų apykaitą ir lemia blogas pooperacines išėitis: blogina gyvenimo kokybę, ilgina gydymo trukmę ir didina mirštamumą (Ringaitienė D., Gineitytė D., Vicka V. ir kt., 2015). Taip pat nepakankama mityba siejama su ilgesne gydymo stacionare trukme, pakartotiniu hospitalizavimu, ligos komplikacijomis, ankstyvu ligonių apgyvendinimu slaugos ir globos įstaigose (Damulevičienė G., Lesauskaitė V., Macijauskienė J., 2008).

Išsivysčiusiose šalyse nepakankama mityba tampa vis svarbesne problema (Liubinaitė L. J., Vidmantaitė R., 2015). Kuri, pasak Damulevičienės G. ir kitų autorių, yra dažna tarp vyresnio amžiaus žmonių, tačiau ji gana retai nustatoma. Literatūros duomenimis, apie 5–12 proc. pagyvenusių

žmonių, gyvenančių namuose, 26–65 proc. – gydomų ligoninėse, 35–65 proc. – geriatrijos skyrių pacientų, 5–85 proc. – slaugos ir globos įstaigose gyvenančių žmonių nustatoma nepakankama mityba (Damulevičienė G., Lesauskaitė V., Macijauskienė J., 2008). Dėl nepakankamos mitybos vyresniame amžiuje pablogėja imuninė funkcija, vystosi virškinimo trakto struktūros ir funkcijos sutrikimai. Papildomas stresas organizmui, pvz., chirurginė liga, operacija, gali dar labiau pakenkti mitybos būklei ir energijos baltymų pusiausvyrai.

Nepakankama mityba paprastai yra ne nustatoma, o įvertinama, todėl ir didina sergamumo ir mirtingumo riziką. Svarbu sistemingai tikrinti įstaigoje besigydančių pacientų mitybos būklę, siekti rasti ir taikyti paprastas, greitas, patikimas ir mažiausiai išlaidų reikalaujančias, bet veiksmingas priemones. Mitybos būklės patikrinimas yra procesas, kurio metu nurodomos charakteristikos, susijusios su nepakankamos mitybos būklės rizika (Lim S., Tong C., Ang E. and etc., 2009). Pasak Ringaitienės D. (2016) nepaisant medicinos ir technologijų pažangos, tiksliausio mitybos nepakankamumo diagnostikos kriterijaus paieškos tebevyksta iki šių dienų. Organizmas nesugeba užtektinai apsirūpinti maisto medžiagomis dėl daugialypių priežasčių. Viena vertus, nepakankamos mitybos rizikos veiksniai yra amžius, socialinė atskirtis, sumažėjusios pajamos, bloga dantų būklė, alkoholizmas, psichikos sutrikimai, gyvenimas slaugos ar globos įstaigose (Damulevičienė G., Lesauskaitė V., Macijauskienė J., 2008). Kita vertus, tai ir įvairių patalogijų, sutrikdančių maisto įsisavinimą, rezultatas: apetito stoka, virškinimo sutrikimai, įvairūs medikamentai ir ligos. Svarbus ir padidėjęs, tačiau neadekvačiai kompensuotas maistinių medžiagų poreikis, jie gali sukelti lėtines, piktybinės ligas, uždegiminius procesus ir kt. (2 pav.) (Ringaitienė D., Gineitytė D., Vicka V. ir kt., 2015).



2 pav. Mitybos nepakankamumo priežastys (Ringaitienė D., Gineitytė D., Vicka V. ir kt., 2015)

Remiantis Europos enterinės ir parenterinės mitybos draugijos rekomendacijomis ir atliktų tyrimų duomenimis, laiku diagnozavus mitybos nepakankamumą ir iškart taikant gydymą yra didelė tikimybė sumažinti sergamumą ir mirštamumą bei pagerinti gyvenimo kokybę (Ringaitienė D., Gineitytė D., Vicka V. ir kt., 2015).

Sergant atsiradę mitybos sutrikimai vadinami su liga susijusiu mitybos nepakankamumu. Tokie socioekonominiai veiksniai, kaip skurdas, socialinė atskirtis, ribojančių dietų laikymasis ir žalingi įpročiai, yra kita mitybos nepakankamumo priežastis, ypač paplitusi tarp pagyvenusių ir labai jaunų žmonių (Ringaitienė D., 2016).

Dažniausiai maisto nepakankamumo atsiradimo priežastis – neadekvatus suvartojamų maisto medžiagų, energijos kiekis ir organizmo poreikis. Organizme mažėja baltymų, riebalų, glikogeno, mikroelementų ir vitaminų, o taip yra sutrikdomos įvairių organų funkcijos:

- **Širdies ir kraujagyslių sistema.** Mitybos nepakankamumas skatina miokardo baltymų sunaudojimą, taip mažėja širdies raumens masė, minutinis širdies tūris, yra trikdoma širdies metabolizma ir funkcija, vystosi hipotenzija, blogėja kitų organų kraujotaka, jų aprūpinimas deguonimi. Elektrolitų ir mikroelementų stoka gali sukelti ritmo sutrikimus.

- **Kvėpavimo sistema.** Didesnis kaip 20 proc. organizmo baltymų išsekimas sutrikdo kvėpavimo raumenų struktūrą ir funkciją, todėl blogėja plaučių ventiliacinė funkcija, didėja infekcijų rizika. Dėl mitybos nepakankamumo sukkelto kvėpavimo raumenų silpnumo sunkiau nutraukti dirbtinę plaučių ventiliaciją.
- **Kaulų ir raumenų sistema.** Raumenys – vieta, kur kaupiasi žmogaus organizmo baltymai. Tiesioginės raumenų stimuliacijos būdu nustatyta, kad badaujant bent kelias dienas raumenų jėga sumažėja 20 proc.
- **Centrinė nervų sistema.** Mitybos nepakankamumo sukelta vitaminų (B1, B12) stoka gali paskatinti kalcio, magnio, fosforo apykaitos sutrikimus ir smegenų disfunkciją: depresiją, nerimą, suvokimo ir mąstymo sutrikimus.
- **Virškinimo sistema.** Dėl nepakankamos mitybos sutrinka skrandžio, tulžies, kasos sulčių sekrecija. Sumažėjus maisto medžiagų kiekiui žarnyno spindyje, blogėja enterocitų veikla, sutrinka žarnyno barjerinė funkcija, prastėja maisto medžiagų absorbcija, gali prasidėti viduriavimas.
- **Imuninė sistema.** Mitybos nepakankamumas sutrikdo imuninių ląstelių proliferaciją ir komplemento sistemos komponentų sintezę, taip sumažindamas organizmo atsparumą infekcijoms.
- **Termoreguliacijos** sutrikimai būdingi didelio laipsnio mitybos nepakankamumui, jų atsiranda dėl sutrikusios vazokonstrikcijos (Kastytis K., 2012).

Dėl nepakankamos mitybos vyresnio amžiaus žmonėms sutrinka imuninė sistema. Sutrikimai pasireiškia padidėjusia infekcijų rizika, ilgu atsiradusių žaizdų gijimu, kraujotakos sistemos ligomis, piktybiniais navikais, cukriniu diabetu, sepsiu ir daugybe kitų ligų (Barzda A., Bartkevičiūtė R., Baltušytė I. ir kt., 2016).

Vyresniame amžiuje dėl nepakankamos mitybos pastebima kaulų demineralizacija, nustatomi raumenų baltymų išsekimas bei inkstų akmenligės požymiai, sumažėja alkio ir skonio pojūtis. Šios priežastys silpnina organizmą, daro įtaką nepakankamai mitybai, psichologinei būsenai, keičia neurosensorinę sistemą, skatina odos pažeidimus, o dėl sumažėjusios raumenų masės bei atitinkamų jų funkcijų sutrikimų padidėja griuvimų ir kaulų lūžių bei jų komplikacijų rizika (Volpi E., Campbell W. W., Dwyer T. J., 2012).

1.3. Pacientams taikomos dietos

Dietinis maitinimas organizuojamas ligoninėje, remiantis sveikatos apsaugos ministro 2016 m. birželio 23 d. įsakymu Nr. V-836 „Dėl rekomenduojamų paros maistinių medžiagų ir energijos normų tvirtinimo“ bei Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2016 m. gruodžio 16 d. „Maitinimo organizavimo asmens sveikatos priežiūros įstaigose rekomendacijos“. Sergančio žmogaus maitinimas yra vienas iš svarbiausių gydymo grandžių. Tinkamas ir adekvatus maitinimas padeda sustabdyti ligą, gauti geresnius gydymo rezultatus, gydymas tampa pigesnis (Enterinio maitinimo pagrindai, 2007).

Dietinis maitinimas – gydytojo skiriamas maitinimas, kuris užtikrina paciento fiziologinių ir ligos nulemtų individualių maisto medžiagų ir energijos poreikių patenkinimą, parenkant tinkamus pagal skiriamą dietinį gydymą maisto produktus, patiekalų gamybos būdą, konsistenciją ir valgymo režimą. Sveikatos priežiūros įstaigose dietinis maitinimas gali būti skiriamas iki 30 dienų, kurios yra skirstomos į pagrindines dietas, gydomąsias dietas bei gydomąsias specifines dietas. Tinkamas maitinimas ne tik apsaugo nuo ligų, bet ir padeda jas gydyti, nes kiekvienas vaistas turi šalutinį poveikį, o tinkamai ir tikslingai pritaikius dietą galima suderinti visas sutrikusias organizmo funkcijas. Tinkamas maitinimas yra itin reikšminga sąlyga sveikti ir gyvenimo kokybei gerinti.

Sveikatos priežiūros įstaiga valgiaraščius sudaro pagal jos teikiamoms sveikatos priežiūros paslaugoms reikalingas dietas (LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas).

1. Pagrindinė dieta (sveikiems):

- Pagrindinė dieta (**P1**);
- Pagrindinė nėščiųjų ir žindyvių dieta (**P2**);
- Pagrindinė pagyvenusiųjų ir vyresnio amžiaus žmonių dieta (**P3**);
- Vegetarinė dieta (**P4**).

2. Gydomosios standartinės dietos (sergantiems):

- Padidinto baltymų kiekio, sumažinto riebalų kiekio dieta (**B↑R↓**);
- Sumažinto natrio (druskos) kiekio dieta (**N↓**);
- Sergančiųjų cukriniu diabetu dieta (**CD**);
- Sumažinto kalorijų kiekio dieta (**Kcal↓**).

3. Gydomosios specifinės dietos:

- Sumažinto baltymų kiekio dieta (**B**↓);
- Sumažinto kalcio kiekio dieta (**Ca**↓);
- Sumažinto geležies kiekio dieta (**Fe**↓);
- Sumažinto kalio ir fosforo kiekio dieta (**K**↓**P**↓);
- Sumažinto riebalų ir cholesterolio, sočiųjų riebalų rūgščių kiekio dieta (**R**↓);
- Sumažinto vario kiekio dieta (**Cu**↓);
- Sumažinto tiramino kiekio dieta (**Tir**↓);
- Sumažinto purinų kiekio dieta (**Pur**↓);
- Sumažinto skaidulinių medžiagų kiekio dieta (**Sk**↓);
- Sumažinto laktozės kiekio dieta (**Lac**↓);
- Belaktozė dieta (**Lac** (-)).

1.3.1. Dietų ir subalansuoto maitinimo funkcionalumas

Pacientams skiriamų dietų šablonai sukuriama dietų ir maitinimo administravimo veiklos proceso metu. Šablonus naudojant pacientui priskiriamas maitinimas stacionare. Pagal paskirtą maitinimą konkrečiam pacientui sukuriama maitinimo planas, kurį galima peržiūrėti ir koreguoti. Be to, kiekvienam stacionaro skyriui ir visai ligoninei sukuriama maisto tiekimo planas, kuriuo remiantis sudaromas užsakymas ligoninės virtuvei arba maisto tiekimo įmonei bei kontroliuojamas maisto tiekimas ir pacientų maitinimas. Veiklos procese dalyvaujančių sveikatos priežiūros įstaigos specialistų rolės:

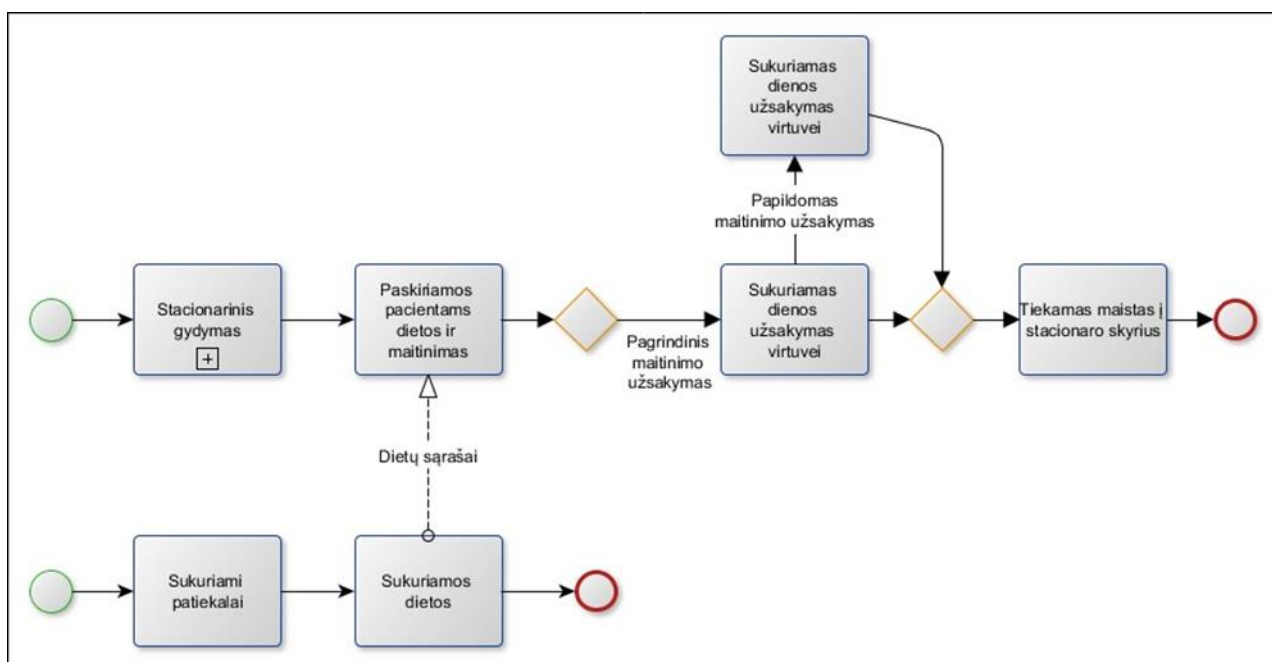
- **stacionaro gydytojas** – stacionaro gydytojas, pacientui skiriantis dietą;
- **dietistas** – gydytojas, atsakingas už dietų ir valgiaraščio sudarymą, atliekantis konsultanto vaidmenį ir skiriantis papildomus produktus arba koreguojantis paskirtas dietas;
- **maitinimo administratorius** – stacionaro skyriaus arba įstaigos darbuotojas, atsakingas už maitinimo užsakymą (Dietų ir maitinimo administravimo veiklos procesas, 2015).

Dietistas, remdamasis visų įstaigos skyrių pateiktais duomenimis, parengia suvestinę apie reikiamas dietas bei jų kiekį ir teikia užsakymą maitinimo paslaugos teikėjui. Maisto paruošimo skyriaus vedėjas savo darbą derina su gydytoju dietologu, vadovauja gaminant dietiniam gydymui

tinkamus patiekalus ir, įstaigos vadovui nedavus kitokių nurodymų, yra atsakingas už maisto tvarkymo higienos reikalavimų vykdymą.

Virėjai gamindami patiekalus privalo laikytis dietinių patiekalų receptūrų, ruošimo technologijų bei gydytojų dietologų ir dietistų, kontroliuojančių dietinių patiekalų gamybą ir jų kokybę, nurodymų. Pacientams pagaminti dietiniai patiekalai perduodami skyrių maisto išdavėjams, kurie yra atsakingi už maisto pristatymą iš virtuvės į skyrių. Maistas tiekiamas nepažeistuose, pvz., neįskilusiuose ir neapdažytuose, induose, atsižvelgiant į patiekiamo maisto konsistenciją. Maisto paruošimo skyriuje taip pat privalo būti skelbiamas einamos dienos valgiaraštis, kuriame nurodoma kiekvieno patiekalo išėiga, dienos raciono maistinė ir energinė vertės.

Pacientams paruoštą maistą privaloma pristatyti ne vėliau kaip per 2 valandas nuo pagaminimo ir patiekiami karšti patiekalai, gėrimai turi būti ne žemesnės kaip 65°C temperatūros, o šalti patiekalai ir gėrimai nuo 7 iki 14°C temperatūros.



3 pav. Grafinė veiklos proceso schema (Dietų ir maitinimo administravimo veiklos procesas, 2015)

1.4. Visuomenės sveikatos stiprinimas

Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) teikia dešimtmečiais nesikeičiantį sveikatos apibrėžimą, jog „sveikata – visapusiškas fizinis, psichinis ir socialinis gerovė, o ne vien tik ligos ar negalavimų nebuvimas“ (WHO, 1948).

Sveikata – tai vertybė, kuri gyvybiškai svarbi kiekvieno asmens, šeimos ir visos bendruomenės gyvenime. Akcentuojama, kad sveikata būtina ekonominei ir socialinei plėtrai. Prasta visuomenės sveikata neigiamai veikia bendrąjį šalies produktyvumą, darbo jėgą, žmogiškuosius išteklius ir viešąsias išlaidas. „Visuomenės sveikata priklauso nuo biologinių, cheminių, ekonominių, ergonominių, fizikinių, socialinių, psichologinių veiksnių, kuriuos valdo ne tik sveikatos priežiūros, bet ir kiti sektoriai“ (LR Vyriausybė).

Paskutiniaisiais dešimtmečiais, atsižvelgiant į senyvo amžiaus žmonių sveikatą Europoje, ypač didelis dėmesys skiriamas vaikų ir jaunimo sveikatai, siekiant turėti kuo daugiau darbingo amžiaus sveikų žmonių ateityje. Vykdydama tikslą stiprinti žmonių sveikatą, užkirsti kelią dažniausiai atsirandančioms lėtinėms neinfekcinėms ligoms Pasaulio sveikatos organizacija inicijuoja labai daug įvairių judėjimų, pvz., „Sveiki regionai“, „Sveiki miestai“, „Sveikatą stiprinančios mokyklos“, „Sveikatą stiprinančios ligoninės ir sveikatos priežiūros įstaigos“. (Misevičienė I., Špečkauskienė V., Rauckienė-Michaelsson A., 2017). Pagrindinės sveikatos stiprinimo veiklos kryptys: formuoti veiksmingas sveikatos strategijas, kurti aplinką, kuri būtų palanki sveikatai, stiprinti bendruomenių veiklą, asmeninius įgūdžius ir atitinkamai perorientuoti sveikatos paslaugas. Tai sudėtinga, sisteminė šiuolaikinė visuomenės sveikatos politika, kurią vykdant reikia suvokti ir pašalinti ne tik sveikatos sistemos, bet ir šalia jos esančias ir nuolat besikeičiančias aplinkos kliūtis, trukdančias priimti žmonių sveikatai naudingus politinius sprendimus (Juozulynas A., Jurgelėnas A., Narkauskaitė L. ir kt., 2013).

Norint pasiekti tikslus, būtina struktūrizuoti visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas, išryškinant visuomenės sveikatos stiprinimo ir sveikatos raštingumo vaidmenis, jų tarpusavio sąsajas, geriau suprasti reikalingus specifinius gebėjimus, mokymo galimybes, profesinę organizacinę paramą ir kt. Šiandien nebeginčijama nuostata, kad darbiniai visuomenės sveikatos stiprinimo procesai yra susiję su valdymo principų įgyvendinimu, kai ištekliai skirstomi atsižvelgiant į visuomenės poreikius, jų prioritetus. Ypač svarbu, kad būtų palaikomi lankstūs partnerystės ryšiai su kitomis institucijomis, organizacijomis – būtinas poreikių įgyvendinimo kompleksiskumas. (Karlienė V., 2017). Lietuva, orientuodamasi į Europos naujosios sveikatos politikos dokumentą „Sveikata 2020“, parengė Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. strategiją. Ji rengta atsižvelgiant ne tik į minėtąjį Europos sveikatos politikos dokumentą, bet ir į valstybės pažangos strategijos „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“, patvirtintos Lietuvos Respublikos Seimo 2012-05-15 nutarimu Nr. XI-2015 (Žin., 2012, Nr. 613050), 2014–2020 metų Nacionalinės pažangos programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012-11-28 nutarimu Nr. 1482 (Žin., 2012, Nr. 144-7430), šešioliktos Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Seimo 2012-12-13 nutarimu Nr. XII-51 (Žin., 2012, Nr. 149-7630), nuostatas. Strategija patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo

2014 m. birželio 26 d. nutarimu Nr. XII-964, įregistruotu Teisės aktų registre (TAR) 2014-07-01 (identifikacijos kodas 201409403). Programos 2014–2025 metų tikslas, kad Lietuvoje gyventojai būtų sveikesni, ilgiau gyventų, sumažėtų sveikatos netolygumai. Taip pat nustatyti ir keturi tikslai:

1. sukurti saugesnę socialinę aplinką, mažinti sveikatos netolygumus ir socialinę atskirtį, mažinant skurdo lygį, nedarbą, socialinę bei ekonominę gyventojų diferenciaciją šalies ir bendruomenės lygmeniu;
2. sukurti sveikatai palankią fizinę darbo ir gyvenamąją aplinką, kuriant saugias darbo, sveikas buitines sąlygas, didinant prekių ir paslaugų vartotojų saugumo lygį, kuriant palankias sąlygas saugiai leisti laisvalaikį, mažinant avaringumą, traumų kelių eismo įvykiuose skaičių, mažinant oro, vandens, dirvožemio užterštumą bei triukšmą;
3. formuoti sveiką gyvenimą ir jos kultūrą, mažinant alkoholinių gėrimų, tabako, neteisėtų psichotropinių medžiagų bei narkotikų vartojimą ir jų prieinamumą, taip pat skatinant sveikos mitybos įpročius ir ugdant fizinio aktyvumo įpročius;
4. užtikrinti kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius per sveikatos sistemos tvarumą bei kokybę, plėtojant sveikatos priežiūros technologijas, kurių efektyvumas pagrįstas moksliniais tyrimais, tai pat gerinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, jų prieinamumą, motinos bei vaiko sveikatą, stiprinant lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir kontrolę (Skrobotovas R., 2017).

1.4.1. Visuomenės sveikos gyvensenos ugdymas

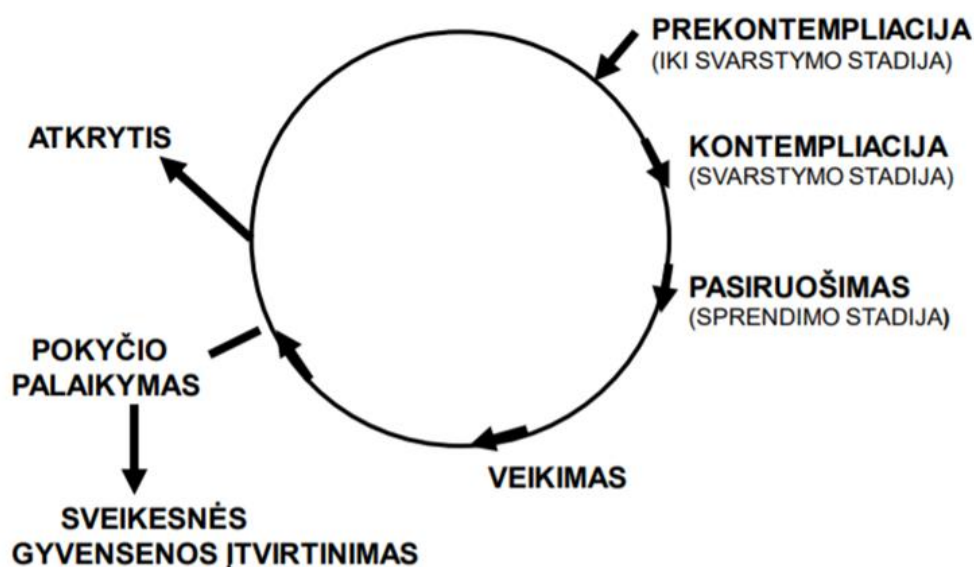
Sveika gyvensena suteikia prasmę asmenybės saviugdos procesui, kuris pasireiškia laisvai priimant tam tikrus sprendimus, sąmoningai atsisakant sveikatai žalingų elgsenos, vartojimo formų bei įpročių. Savikūra išryškėja užsiimant sveikatą puoselėjančiomis bei stiprinančiomis praktikomis, kuriant pozityvų ir konstruktyvų santykį su aplinka ir pačiu savimi, išreiškiant asmenybės tapatumą, suvokiant, kad sveikata ir gyvenimo kokybė priklauso nuo paties asmens veiksmų. „Sveikos gyvensenos ugdymą(si) tikslingiausia traktuoti kaip procesą, orientuotą ne tik į sąmoningą ir kryptingą asmens sveikatos tausojimą bei stiprinimą, bet ir asmeninį vystymąsi bei asmenybės transformacijas“ (Vaivada S., 2015).

Sveikatos raštingumas galima suprasti kaip gebėjimą ieškoti ir suprasti įvairiomis informavimo priemonėmis perduodamą informaciją apie sveikatą. Sveikatos raštingumo procesas apibūdinamas kaip asmens siekis gerinti gyvenimo kokybę, lemiantis daugiau teisingų ir tvarių visuomenės sveikatos pasikeitimų (Javtokas Z., Sabaliauskas R., Žagminas K. ir kt., 2013). Mokslinių tyrimų duomenimis, žmonės, kurių sveikatos raštingumas yra gana ribotas, rečiau taiko profilaktines

priemonės ir dažniausiai sveikatos priežiūros sistemoje atsiduria jau susirgę. Europos sveikatos raštingumo apklausos metu nustatyta, kad beveik pusės visų suaugusiųjų yra nepakankami ar probleminiai sveikatos raštingumo įgūdžiai – 21 proc. suaugusiųjų turi žemus sveikatos raštingumo įgūdžius ir 24 proc. . – ribinius (Rapolienė L., Eigėlytė A., Gedrimė L. ir kt., 2017). 2018 metais atliktas suaugusių Lietuvos gyventojų gyvenimo tyrimas parodė, kad mažiausias sveikatos raštingumo lygis vyrauja tarp vyresnio amžiaus, žemesnio išsilavinimo, našlių, pensininkų, kaimo gyventojų. Siekiant pakelti Lietuvos gyventojų sveikatos raštingumo lygį, daugiau dėmesio reikėtų skirti vyresnio amžiaus, žemesnio išsilavinimo kaimo gyventojų sveikatos mokymui ir ligų prevencijai (Javtokas Z., Žagminas K., 2018).

Siekiant užtikrinti veiksmingą ligų prevenciją, svarbu keisti sveikatai nepalankų elgesį. Ekspertai pripažįsta, kad sveika gyvenimo būdas leidžia iš esmės sumažinti sergamumą, mirtingumą ir pailginti gyvenimo trukmę. Sveikatos priežiūros sistemai iškelus sveikatinimą kaip visuotinį tikslą, pradėta ieškoti žmonėms padedančių keisti savo gyvenimo būdą strategijų, kurios būtų efektyvios ir paremtos įrodymais. Sukurta nemažai teorijų ir modelių, bandančių paaiškinti su sveikata susijusį elgesį. Jie analizuoja įvairius kognityvinius, emocinius, asmenybinius ar aplinkos veiksnius, turinčius įtakos su sveikata susijusiam elgesiui, jo raidai (Bulotaitė L., Vičaitė S., 2016).

Žmonėms būdinga savo elgsenos nekeisti staiga, visiškai ir visam laikui. Elgesio keitimo stadijų modelis (angl. The Stages of Change Model) parodo, kad vykstantys elgesio pokyčiai nėra vienkartinis veiksmas. Elgesio pasikeitimas yra ilgas procesas, galintis trukti mėnesius ir metus. Bandantieji keisti elgesį patiria penkias skirtingas proceso stadijas (žr. schemą) (Javtokas Z., 2016):



4 pav. Elgesio keitimo stadijų modelis (Javtokas Z., 2016)

1. Prekontempliacijos stadija – asmens elgesio pokyčiai nedomina ir jis nėra suinteresuotas keisti savo elgesį.
2. Kontempliacijos stadija – įgytos žinios ar asmeninė patirtis keičia požiūrį, asmuo pradeda galvoti apie elgesio pokyčius, tačiau jis dar nesiryžta veikti ir šioje stadijoje gali likti kelerius metus.
3. Pasiruošimo stadija – asmuo brandina motyvus ir pradeda planuoti elgesio pokyčius, remdamasis elgsenos keitimo patirtimi praeityje.
4. Veikimo stadija – asmuo pakankamai motyvuotas, bando pakeisti elgesį, bet ne visada sėkmingai, todėl reikalinga psichologinė parama.
5. Palaikymo stadija – įtvirtinami elgesio pokyčiai, kurie išlieka ilgą laiką.

Nedaug žmonių šias stadijas patiria nuosekliai. Visuomenės sveikatos specialistams svarbu atpažinti proceso stadiją ir pagal tai planuoti savo veiksmus (intervencijas). Jeigu asmuo yra prekontempliacijos stadijoje, savo dėmesį geriau nukreipti į kitas problemas, pvz., sumažinti rizikingą elgseną ar mažinti žalojančių sveikatą aplinkos veiksnių įtaką. Veikimo stadijoje svarbiausia yra įgyti susitvarkymo įgūdžių (Javtokas Z., 2016).

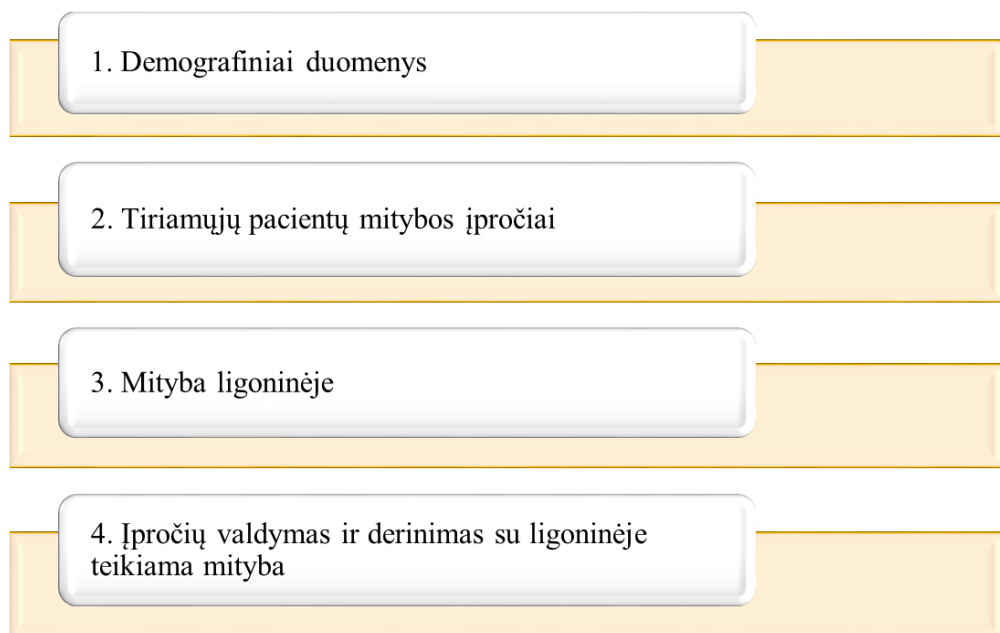
II. KASDIENĖS MITYBOS ĮPROČIŲ PAVEIKUMO SVEIKATOS ĮSTAIGOS TIEKIAMO MAISTO VERTINIMUI

2.1. Tyrimo organizavimas ir metodika

Teoriniam tyrimui buvo atlikta literatūros analizė, naudojant raktinius žodžius: įpročiai, mityba, gyvensena, visuomenės mokymas, ugdymas, ligonių dietos.

Buvo sudaryta anketa, pagal kurią atliktas tyrimas „Paciento mitybos įpročių įtaka vertinant maistą sveikatos priežiūros įstaigoje ir jų valdymas“ (1 priedas).

Siekiant įvertinti pacientų mitybos įpročių įtaką maisto sveikatos priežiūros įstaigoje, buvo atliktas empirinis tyrimas. Pasirinktas kiekybinis tyrimo metodas – anoniminė anketinė apklausa. Empirinio tyrimo tikslas – išanalizuoti paciento mitybos įpročių įtaką maisto sveikatos priežiūros įstaigoje vertinimui ir išsiaiškinti, kaip tuos įpročius valdyti. Anketoje vertinami pacientų mitybos įpročiai prieš patenkant į gydymo įstaigą ir gydantis sveikatos priežiūros įstaigoje. Analizuojama, kaip pasikeitė jų esami mitybos įpročiai, ar yra linkę juos keisti. Anketoje klausimai suskirstyti į keturias temas:



Anketoje pateikta 42 uždaro tipo klausimai ir 1 atviras – iš viso 43 klausimai. Tyrimas buvo organizuojamas ir vykdomas 2020 metų kovo mėnesį. Tyrimui atlikti pasirinkta Klaipėdos universitetinė ligoninė. Šiai analizei atlikti buvo gautas vyriausiojo gydytojo sutikimas. Apklaunami buvo Klaipėdos universitetinėje ligoninėje besigydantys pacientai. Kad respondentus pavyktų apklausti, įstaigos administratorei buvo pateiktos anketos, kurias ji perdavė skyriaus vyr. slaugos administratorei išdalyti pacientams. Taip pat buvo susitarta dėl anketų gražinimo laiko. Užpildytas

anketas pacientai atidavė slaugytojoms, kurios nunešė vyr. slaugos administratorei, o ji perdavė ligoninės administratorei. Dėl užpildytų anketų atsiėmimo buvo susisiekiama telefonu.

Tyrimo imties apskaičiavimas – Pagal Pukėną (2009, 6 p.), sudarant imtį svarbu laikytis dviejų pagrindinių reikalavimų.– imtis turi būti reprezentatyvi, t. y., kuo aiškiau atspindėti populiaciją, iš kurios ji sudaryta, ir turi būti užtikrinta maža imties paklaida. Taip pat Kardelis (2016) teigia, kad planuojant tyrimus, svarbu nustatyti reikalingą minimalų tyrimų skaičių, kad būtų galima padaryti statistškai reikšmingas išvadas. Tyrimo metu buvo pasirinkta 5 proc. paklaida bei 95 proc. tikimybė.

2018 metų duomenimis, Klaipėdos universitetinėje ligoninėje per metus stacionare ligonių skaičius buvo 40 828 (Higienos institutas). Imtis apskaičiuota remiantis Paniotto formule (Kardelis, 2016).

$$n = \frac{1}{\Delta^2 + \frac{1}{N}}$$

Imties apskaičiavimo formulė

Čia:

n – imties dydis;

Δ – imties paklaidos dydis arba ribinė atrankos paklaida (socialinių mokslų tyrimuose priimtina, tai yra Δ = 0,05 iki 0,1);

N – tyrinėjamos visumos dydis.

Reprezentatyviai imčiai reikalingas apklausti respondentų skaičius Klaipėdos universitetinėje ligoninėje: $1/(0,05 \times 0,05 + 1/40\,828) = 381$

Tyrimo metu buvo išdalinta 400 anketų, gražintų užpildytų 399 anketų, o iš jų 8 sugadintos anketos. Atsako dažnis 97,75%.

Statistinės duomenų analizės pateikimas: Analizė atlikta raštiškai. Duomenys apskaičiuoti naudojantis SPSS (Statistical Package for Social Sciences) programine įranga, kuria patogiau apdoroti surinktą informaciją, pritaikytą darbui su duomenimis, jų analizei, ryšiams nustatyti. Naudotas surinktų duomenų vaizdavimo būdas – diagramos, lentelės. Ranginiams ir nominaliesiems kintamiesiems buvo apskaičiuoti dažniai (proc.). Siekiant palyginti, kaip gauti rezultatai skiriasi skirtingų socialinių-demografinių charakteristikų respondentų grupėse, buvo apskaičiuoti χ^2 kriterijai

(„*chi-kvadratas*“). Visais atvejais statistiškai reikšmingu laikysime skirtumą, kurio patikimumas bus didesnis nei 95 proc., t. y., kai $p < 0,05$.

2.2. Demografinės ir socialinė respondentų charakteristika

Tyrimo metu buvo apklaustas 391 respondentas, kurių socialinės–demografinės charakteristikos pateikiamos žemiau esančioje lentelėje. Nustatyta, kad kiek daugiau nei pusė (55 proc.) tyrimo dalyvių buvo moterys, tuo tarpu vyrai sudarė 45 proc. Pagal amžių daugiausiai buvo 51-60 m. (25 proc.), 61-70 m. (24 proc.) ir 41-50 m. (22 proc.) respondentų, mažiausiai – 18-30 m. (8 proc.). Pagal išsilavinimą daugiausiai respondentų (28 proc.) turėjo vidurinę profesinį išsilavinimą ir vidurinę išsilavinimą (24 proc.), tuo tarpu mažiausiai buvo respondentų su pradiniu išsilavinimu (7 proc.). Pagal gyvenamąją vietą kiek daugiau nei pusė respondentų (61 proc.) gyveno miestuose, tuo tarpu kaimo gyventojai sudarė 39 proc.

1 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal demografines - socialines charakteristikas

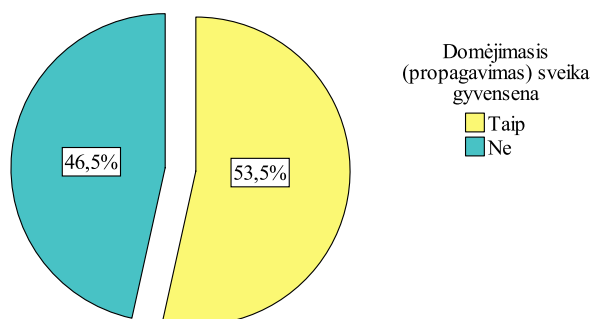
	Charakteristika	Vnt.	Proc.
Lytis	Vyrai	175	44,8%
	Moterys	216	55,2%
Amžius	18 - 30 m.	31	7,9%
	31 - 40 m.	34	8,7%
	41 - 50 m.	87	22,3%
	51 - 60 m.	99	25,3%
	61 - 70 m.	95	24,3%
	71 m. ir daugiau	45	11,5%
Išsilavinimas	Pradinis	29	7,4%
	Vidurinis	94	24,0%
	Vidurinis profesinis	108	27,6%
	Aukštesnysis	82	21,0%
	Aukštasis	78	19,9%
Gyvenamoji vieta	Miestas	240	61,4%
	Kaimas	151	38,6%

Siekdami tyrimo rezultatus palyginti skirtingose respondentų grupėse pagal jų demografines charakteristikas, respondentų grupes, kuriose yra santykinai mažas asmenų skaičius, sujungiame su kitomis, siekdami gauti kuo panašesnį dydžio grupes, bei siekiant kad respondentų grupių būtų kuo mažesnis skaičius. Atsižvelgiant į tai, atliekame šias transformacijas:

- 18-30 ir 31-40 m. respondentus sujungiame į vieną grupę, o vyresnius nei 71 m. respondentus sujungiame su 61-70 m. grupe.
- Pradinį ir vidurinę išsilavinimą turinčius respondentus sujungiame į vieną grupę.

2.3. TYRIMO REZULTATAI

Tyrimė dalyvavusių respondentų pirmiausia buvo prašoma atsakyti, ar jie domisi sveika gyvensena. Kaip galime matyti iš žemiau esančiame paveiksle pateiktų rezultatų, sveika gyvensena domisi daugiau nei pusė (54 proc.) respondentų.



5 pav. Pasiskirstymas pagal domėjimąsi (propagavimą) sveika gyvensena

Palyginta domėjimąsi (propagavimą) sveika gyvensena skirtingose respondentų grupėse pagal jų socialines–demografines charakteristikas (žr. lentelę žemiau). Apskaičiavus „Chi kvadrato“ (χ^2) kriterijus, buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai (kai $p < 0,05$), kurie parodė, kad sveika gyvensena reikšmingai dažniau domisi moterys, nei kad vyrai, jaunesni nei 50 m. asmenys, nei kad vyresni, turintys aukštąjį išsilavinimą, nei kad turintys žemesnį išsilavinimą, bei miesto gyventojai, nei kad kaime gyvenantys respondentai.

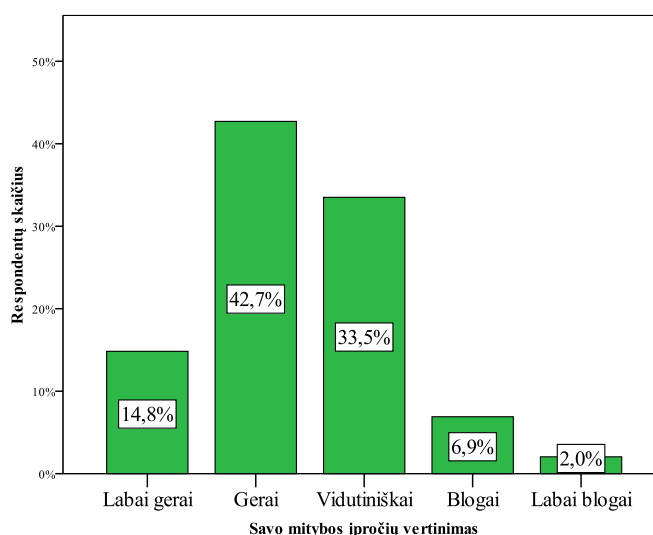
2 lentelė. Pasiskirstymas pagal domėjimąsi (propagavimą) sveika gyvensena pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas

		Domėjimas (propagavimas) sveika gyvensena		χ^2	l/s	p
		Taip	Ne			
Lytis	Vyrai	39,7%	60,3%	24,151	1	0,000
	Moterys	64,7%	35,3%			
Amžius	Iki 40 m.	72,3%	27,7%	37,008	3	0,000
	41-50 m.	70,1%	29,9%			
	51-60 m.	51,5%	48,5%			
	61 m. ir daugiau	35,5%	64,5%			
Išsilavinimas	Pradinis, vidurinis	43,4%	56,6%	24,551	3	0,000
	Vidurinis profesinis	44,4%	55,6%			

	Aukštesnysis	59,8%	40,2%			
	Aukštasis	75,3%	24,7%			
Gyvenamoji vieta	Miestas	68,6%	31,4%	57,170	1	0,000
	Kaimas	29,3%	70,7%			

Statistiškai reikšmingi skirtumai paryškinti ($p < 0,05$)

Nustatyta, kaip tyrime dalyvavę asmenys vertina savo mitybos įpročius (žr. 6 paveikslą). Matyti, kad daugiau nei pusė (58 proc.) savo mitybos įpročius vertina labai gerai ar gerai, o dar 34 proc. – vidutiniškai. Tuo tarpu vertinančių blogai ar labai blogai tebuvo 9 proc.



6 pav. Pasiskirstymas pagal savo mitybos įpročių vertinimą

Palyginta savo mitybos įpročių vertinimą skirtingose respondentų grupėse pagal jų socialines–demografines charakteristikas (žr. lentelę žemiau). Apskaičiavus „Chi kvadrato“ (χ^2) kriterijus, buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai (kai $p < 0,05$), kurie parodė, kad savo mitybą labai gerai reikšmingai dažniau vertina aukštąjį išsilavinimą turintys asmenys, nei kad turintys žemesnį išsilavinimą, o tik gerai savo mitybą vertina tik pradinę ir vidurinę išsilavinimą turintys asmenys. Taip pat savo mitybos įpročius reikšmingai dažniau gerai vertina miesto gyventojai, nei kad kaimo, tuo tarpu mitybos įpročių vertinimas tarp skirtingos lyties ir amžiaus grupių reikšmingai nesiskyrė (nes $p > 0,05$).

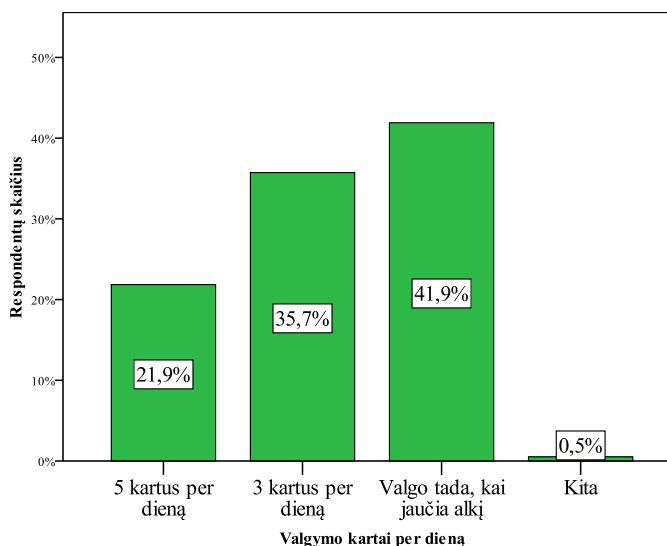
3 lentelė. Pasiskirstymas pagal savo mitybos įpročių vertinimą pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas

		Savo mitybos įpročių vertinimas					χ^2	lls	p
		Labai gerai	Gerai	Vidutiniškai	Blogai	Labai blogai			
Lytis	Vyrai	13,7%	44,6%	32,0%	6,9%	2,9%	1,758	4	0,780

	Moterys	15,7%	41,2%	34,7%	6,9%	1,4%			
Amžius	Iki 40 m.	21,5%	47,7%	27,7%	1,5%	1,5%	17,469	12	0,133
	41-50 m.	19,5%	39,1%	35,6%	5,7%	0,0%			
	51-60 m.	10,1%	46,5%	33,3%	9,1%	1,0%			
	61 m. ir daugiau	12,1%	40,0%	35,0%	8,6%	4,3%			
Išsilavinimas	Pradinis, vidurinis	13,8%	52,0%	25,2%	5,7%	3,3%	27,949	12	0,006
	Vidurinis profesinis	9,3%	39,8%	40,7%	10,2%	0,0%			
	Aukštesnysis	13,4%	39,0%	36,6%	9,8%	1,2%			
	Aukštasis	25,6%	35,9%	33,3%	1,3%	3,8%			
Gyvenamoji vieta	Miestas	16,7%	49,6%	28,8%	4,6%	0,4%	25,387	4	0,000
	Kaimas	11,9%	31,8%	41,1%	10,6%	4,6%			

Statistiškai reikšmingi skirtumai paryškinti ($p < 0,05$)

Nustatyta, kokių dažnumu tyrime dalyvavę asmenys valgo kiekvieną dieną (žr. 7 paveikslą). Matyti, kad dauguma respondentų (42 proc.) valgo tuomet, kai jaučia alkį, tuo tarpu bent tris kartus per dieną valgo 36 proc., o 5 kartus per dieną – 22 proc.



7 pav. Pasiskirstymas pagal valgymo dažnumą per dieną

Palyginta valgymo dažnumą per dieną skirtingose respondentų grupėse pagal jų socialines–demografines charakteristikas (žr. 4 lentelę). Apskaičiavus „Chi kvadrato“ (χ^2) kriterijus, buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai (kai $p < 0,05$), kurie parodė, kad 5 kartus per dieną reikšmingai dažniau valgo aukštesnįjį ir aukštąjį išsilavinimą turintys asmenys, nei kad turintys žemesnį išsilavinimą, nei miesto gyventojai, nei kad kaimo, kurie reikšmingai dažniau nei miestiečiai

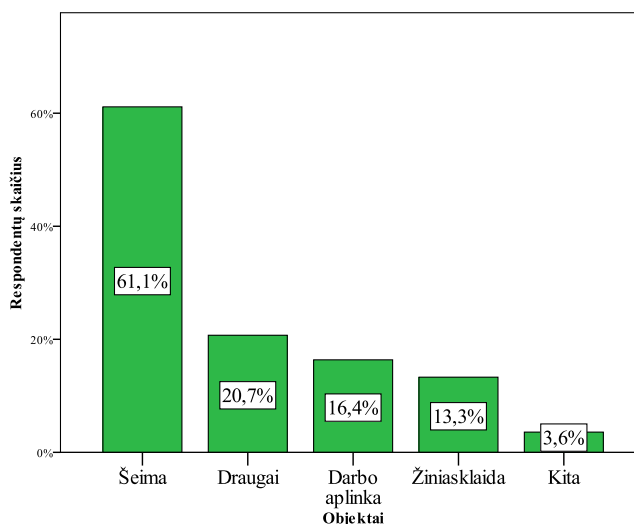
valgo tik tuomet, kai jaučia alkį. Tuo tarpu valgymo dažnumai tarp skirtingos lyties ir amžiaus grupių reikšmingai nesiskyrė (nes $p > 0,05$).

4 lentelė. Pasiskirstymas pagal valgymo dažnumą per dieną pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas

		Valgymo kartai per dieną				χ^2	l/s	p
		5 kartus per dieną	3 kartus per dieną	Valgo tada, kai jaučia alkį	Kita			
Lytis	Vyrai	17,8%	32,2%	49,4%	0,6%	7,730	3	0,052
	Moterys	25,1%	38,6%	35,8%	0,5%			
Amžius	Iki 40 m.	29,2%	36,9%	33,8%	0,0%	16,071	9	0,065
	41-50 m.	21,8%	48,3%	29,9%	0,0%			
	51-60 m.	19,4%	33,7%	45,9%	1,0%			
	61 m. ir daugiau	20,1%	28,8%	50,4%	0,7%			
Išsilavinimas	Pradinis, vidurinis	19,7%	32,8%	47,5%	0,0%	19,248	9	0,023
	Vidurinis profesinis	14,8%	39,8%	45,4%	0,0%			
	Aukštesnysis	25,9%	33,3%	40,7%	0,0%			
	Aukštasis	30,8%	37,2%	29,5%	2,6%			
Gyvenamoji vieta	Miestas	26,3%	37,5%	35,8%	0,4%	11,720	3	0,008
	Kaimas	14,8%	32,9%	51,7%	0,7%			

Statistiškai reikšmingi skirtumai paryškinti ($p < 0,05$)

Buvo nustatyta, kokie objektai dažniausiai įtakoja respondentų mitybos įpročius (žr. 8 paveikslą). Matyti, kad dažniausiai daro įtaka šeima (61 proc.), rečiausiai – draugai (21 proc.), darbo aplinka (16 proc.) ir žiniasklaida (13 proc.).



8 pav. Mitybos įpročius įtakojantys objektai

Buvo palyginta mitybos įpročius įtakojančius objektus skirtingose respondentų grupėse pagal jų socialines–demografines charakteristikas (žr. 5 lentelę). Apskaičiavus „Chi kvadrato“ (χ^2) kriterijus, buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai (kai $p < 0,05$), kurie parodė, kad:

- Draugai reikšmingai dažniau įtakoja mitybos įpročius asmenų, turinčių vidurinę profesinį ir aukštesnįjį išsilavinimą, nei kad kitų išsilavinimo grupių respondentus.
- Žiniasklaida reikšmingai dažniau įtakoja moterų, nei kad vyrų mitybos įpročius, taip pat iki 40 m. ir 51-60 m. asmenų įpročius, turinčių vidurinę profesinį išsilavinimą įpročius.
- Darbo aplinka reikšmingai dažniau įtakoja jaunesnių nei 50 m. asmenų mitybos įpročius, turinčius aukštesnįjį ir aukštąjį išsilavinimą asmenų įpročius bei miesto gyventojų įpročius, nei kad kaimo gyventojų įpročius.

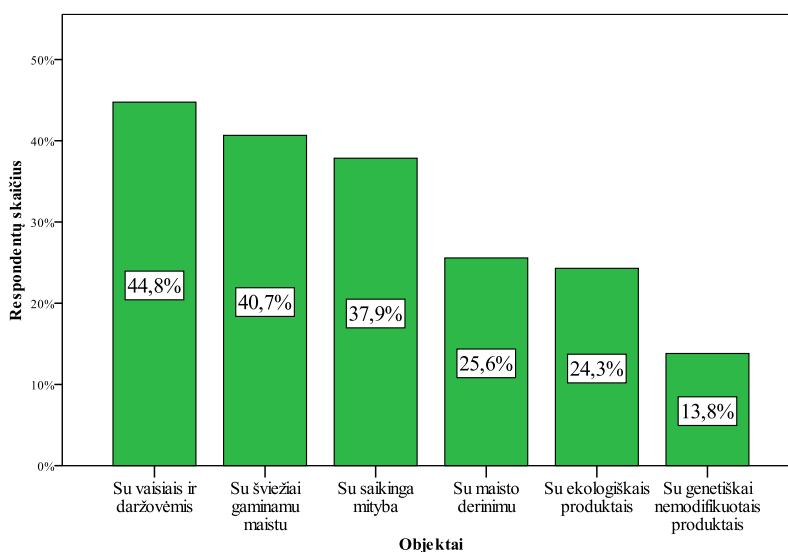
Kitais atvejais statistiškai reikšmingų skirtumų tarp objektų, įtakojančių mitybos įpročius, ir respondentų socialinių–demografinių charakteristikų nebuvo nustatyta.

5 lentelė. Mitybos įpročius įtakojančios objektai pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas

		Šeima	Draugai	Žiniasklaida	Darbo aplinka	Kita
Lytis	Vyrai	62,9%	24,6%	9,1%	14,3%	2,9%
	Moterys	59,7%	17,6%	16,7%	18,1%	4,2%
	χ^2	0,400	2,867	4,746	1,004	0,480
	<i>lls</i>	1	1	1	1	1
	<i>p</i>	0,527	0,090	0,029	0,316	0,488
Amžius	Iki 40 m.	56,9%	23,1%	18,5%	20,0%	6,2%
	41-50 m.	52,9%	19,5%	8,0%	24,1%	5,7%
	51-60 m.	61,6%	23,2%	19,2%	17,2%	2,0%
	61 m. ir daugiau	67,9%	18,6%	10,0%	9,3%	2,1%
	χ^2	5,656	1,068	7,887	9,640	3,966
	<i>lls</i>	3	3	3	3	3
	<i>p</i>	0,130	0,785	0,048	0,022	0,265
Išsilavinimas	Pradinis, vidurinis	61,8%	16,3%	8,1%	10,6%	2,4%
	Vidurinis profesinis	61,1%	25,9%	20,4%	13,0%	,0%
	Aukštesnysis	61,0%	29,3%	9,8%	24,4%	4,9%
	Aukštasis	60,3%	11,5%	15,4%	21,8%	9,0%
	χ^2	0,048	10,923	8,721	9,469	11,448
	<i>lls</i>	3	3	3	3	3
	<i>p</i>	0,997	0,012	0,033	0,024	0,010
Gyvenamoji vieta	Miestas	61,7%	20,8%	14,6%	19,6%	3,8%
	Kaimas	60,3%	20,5%	11,3%	11,3%	3,3%
	χ^2	0,077	0,005	0,889	4,693	0,052
	<i>lls</i>	1	1	1	1	1
	<i>p</i>	0,782	0,943	0,346	0,030	0,820

Statistiškai reikšmingi skirtumai paryškinti ($p < 0,05$)

Buvo nustatyta, su kokiais objektais yra siejama sveika mityba (žr. 9 paveikslą). Matyti, kad dažniausiai sveika mityba siejama su vaisiais ir daržovėmis (45 proc.), šviežiai gaminamu maistu (41 proc.) ir saiku (38 proc.), rečiausiai – su maisto derinimu (26 proc.), ekologiškais produktais (24 proc.) ir genetiškai nemodifikuotais produktais (14 proc.).



9 pav. Objektai, su kuriais siejama sveika mityba

Taip pat buvo palyginti objektai, su kuriais siejama sveika mityba, skirtingose respondentų grupėse pagal jų socialines–demografines charakteristikas (žr. 6 lentelę). Apskaičiavus „Chi kvadrato“ (χ^2) kriterijus, buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai (kai $p < 0,05$), kurie parodė, kad:

- Su vaisiais ir daržovėmis sveiką mitybą reikšmingai dažniau sieja iki 40 m. asmenys, nei kad vyresni, turintys aukštesnįjį ar aukštąjį išsilavinimą, nei kad turintys žemesnį išsilavinimą, bei miesto gyventojai, nei kad kaimo.
- Su genetiškai nemodifikuotais produktais sveiką mitybą reikšmingai dažniau sieja iki 50 m. asmenys, nei kad vyresni.
- Su saikinga mityba sveiką mitybą reikšmingai dažniau sieja aukštesnįjį ir aukštąjį išsilavinimą turintys asmenys bei miestiečiai, nei kad kaimo gyventojai.
- Su maisto derinimu sveiką mitybą reikšmingai dažniau sieja jaunesni nei 40 m. asmenys, nei kad vyresni, turintys aukštesnįjį ir aukštąjį išsilavinimą bei miestiečiai, nei kad kaimo gyventojai.
- Su ekologiškais produktais sveiką mitybą reikšmingai dažniau sieja aukštąjį išsilavinimą turintys asmenys, nei kad turintys žemesnį.

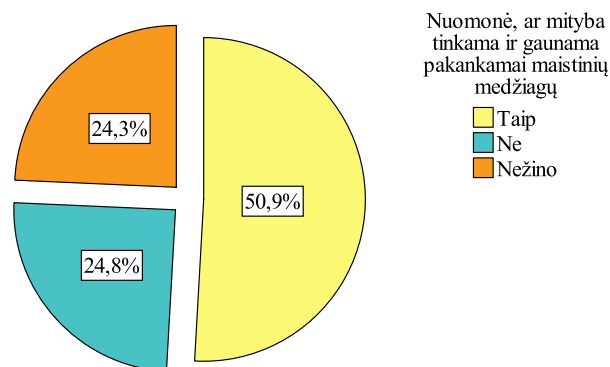
Kitais atvejais statistiškai reikšmingų skirtumų tarp objektų, su kuriais siejama sveika mityba, ir respondentų socialinių–demografinių charakteristikų nebuvo nustatyta.

6 lentelė. Objektai, su kuriais siejama sveika mityba pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas

		Su vaisiais ir daržovėmis	Su genetiškai nemodifikuotais produktais	Su saikinga mityba	Su maisto derinimu	Su šviežiai gaminamu maistu	Su ekologiškais produktais
Lytis	Vyrai	40,6%	12,0%	33,1%	24,0%	36,6%	21,7%
	Moterys	48,1%	15,3%	41,7%	26,9%	44,0%	26,4%
	χ^2	2,245	0,873	2,986	0,413	2,200	1,149
	<i>lls</i>	1	1	1	1	1	1
	<i>p</i>	0,134	0,350	0,084	0,520	0,138	0,284
Amžius	Iki 40 m.	64,6%	18,5%	40,0%	40,0%	33,8%	33,8%
	41-50 m.	46,0%	21,8%	40,2%	26,4%	39,1%	25,3%
	51-60 m.	45,5%	10,1%	42,4%	24,2%	38,4%	19,2%
	61 m. ir daugiau	34,3%	9,3%	32,1%	19,3%	46,4%	22,9%
	χ^2	16,648	9,445	3,156	10,141	3,484	4,829
	<i>lls</i>	3	3	3	3	3	3
	<i>p</i>	0,001	0,024	0,368	0,017	0,323	0,185
Išsilavinimas	Pradinis, vidurinis	35,0%	8,9%	24,4%	19,5%	39,8%	17,1%
	Vidurinis profesinis	41,7%	14,8%	39,8%	21,3%	39,8%	25,9%
	Aukštesnysis	56,1%	12,2%	42,7%	31,7%	40,2%	23,2%
	Aukštasis	52,6%	21,8%	51,3%	34,6%	43,6%	34,6%
	χ^2	11,381	6,897	16,446	8,383	0,350	8,217
	<i>lls</i>	3	3	3	3	3	3
	<i>p</i>	0,010	0,075	0,001	0,039	0,950	0,042
Gyvenamoji vieta	Miestas	48,8%	16,3%	42,5%	30,8%	39,6%	25,0%
	Kaimas	38,4%	9,9%	30,5%	17,2%	42,4%	23,2%
	χ^2	4,007	3,106	5,708	9,026	0,301	0,167
	<i>lls</i>	1	1	1	1	1	1
	<i>p</i>	0,045	0,078	0,017	0,003	0,583	0,683

Statistiškai reikšmingi skirtumai paryškinti ($p < 0,05$)

Nustatyta respondentų nuomonė, ar jų mityba yra tinkama ir su ja gaunama pakankamai maistinių medžiagų (žr. 10 paveikslą). Kaip matyti, daugiau nei pusė (51 proc.) mano, kad jų mityba yra tinkama, tuo tarpu su tuo nesutiko tik kas penktas.



10 pav. Pasiskirstymas pagal nuomonę, ar mityba yra tinkama ir su jai gaunama pakankamai maistinių medžiagų

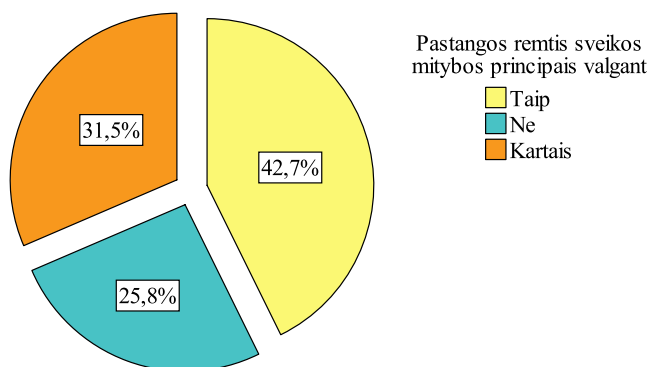
Buvo palyginta nuomonė, ar mityba yra tinkama ir su jai gaunama pakankamai maistinių medžiagų, skirtingose respondentų grupėse pagal jų socialines–demografines charakteristikas (žr. 7 lentelę). Apskaičiavus „Chi kvadrato“ (χ^2)kriterijus, buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai (kai $p < 0,05$), kurie parodė, kad savo mitybą tinkama reikšmingai dažniau laiko miesto gyventojai, nei kad kaimo. Tuo tarpu nuomonės, ar mityba yra tinkama ir su jai gaunama pakankamai maistinių medžiagų, tarp skirtingos lyties, išsilavinimo ir amžiaus grupių reikšmingai nesiskyrė (nes $p > 0,05$).

7 lentelė. Pasiskirstymas pagal nuomonę, ar mityba yra tinkama ir su jai gaunama pakankamai maistinių medžiagų pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas

		Nuomonė, ar mityba tinkama ir gaunama pakankamai maistinių medžiagų			χ^2	lls	p
		Taip	Ne	Nežino			
Lytis	Vyrai	45,1%	25,1%	29,7%	5,901	2	0,052
	Moterys	55,6%	24,5%	19,9%			
Amžius	Iki 40 m.	55,4%	27,7%	16,9%	4,696	6	0,583
	41-50 m.	52,9%	20,7%	26,4%			
	51-60 m.	53,5%	24,2%	22,2%			
	61 m. ir daugiau	45,7%	26,4%	27,9%			
Išsilavinimas	Pradinis, vidurinis	46,3%	19,5%	34,1%	11,199	6	0,082
	Vidurinis profesinis	50,0%	27,8%	22,2%			
	Aukštesnysis	56,1%	28,0%	15,9%			
	Aukštasis	53,8%	25,6%	20,5%			
Gyvenamoji vieta	Miestas	57,1%	22,1%	20,8%	9,604	2	0,008
	Kaimas	41,1%	29,1%	29,8%			

Statistiškai reikšmingi skirtumai paryškinti ($p < 0,05$)

Nustatytos respondentų pastangos remtis sveikos mitybos principais valgant (žr. 11 paveikslą). Įvertinus gautus rezultatus nustatyta, kad remtis sveikos mitybos principais stengiasi mažiau nei pusė (43 proc.) asmenų, o dar 32 proc. tą daro bent kartais.



11 pav. Pasiskirstymas pagal pastangas remtis sveikos mitybos principais valgant

Buvo palyginta pastangos remtis sveikos mitybos principais valgant skirtingose respondentų grupėse pagal jų socialines–demografines charakteristikas (žr. 8 lentelę). Apskaičiavus „Chi kvadrato“ (χ^2) kriterijus, buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai (kai $p < 0,05$), kurie parodė, reikšmingai dažniau remtis sveikos mitybos principais stengiasi moterys, nei kad vyrai, jaunesni nei 50 m. asmenys, turintys aukštesnįjį ar aukštąjį išsilavinimą, bei miesto gyventojai, nei kad gyvenantys kaime.

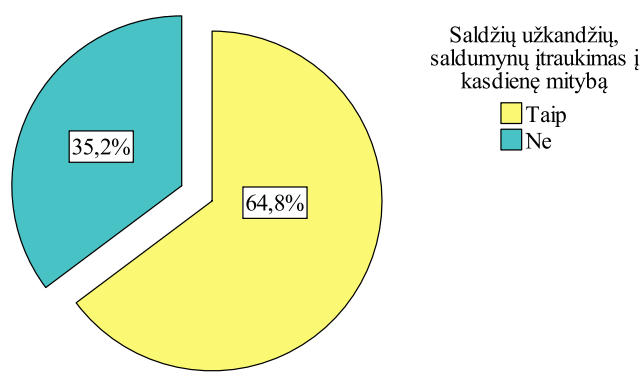
8 lentelė. Pasiskirstymas pagal pastangas remtis sveikos mitybos principais valgant pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas

		Pastangos remtis sveikos mitybos principais valgant			χ^2	lls	p
		Taip	Ne	Kartais			
Lytis	Vyrai	35,4%	33,7%	30,9%	11,591	2	0,003
	Moterys	48,6%	19,4%	31,9%			
Amžius	Iki 40 m.	56,9%	7,7%	35,4%	21,565	6	0,001
	41-50 m.	50,6%	21,8%	27,6%			
	51-60 m.	38,4%	28,3%	33,3%			
	61 m. ir daugiau	34,3%	35,0%	30,7%			
Išsilavinimas	Pradinis, vidurinis	29,3%	33,3%	37,4%	27,426	6	0,000

	Vidurinis profesinis	38,0%	31,5%	30,6%			
	Aukštesnysis	52,4%	22,0%	25,6%			
	Aukštasis	60,3%	10,3%	29,5%			
Gyvenamoji vieta	Miestas	51,7%	17,1%	31,3%	30,089	2	0,000
	Kaimas	28,5%	39,7%	31,8%			

Statistiškai reikšmingi skirtumai paryškinti ($p < 0,05$)

Nustatytas saldžių užkandžių (saldumynų) įtraukimas į savo kasdienę mitybą (žr. 12 paveikslą). Matyti, kad saldžius užkandžius į kasdienę mitybą įtraukia daugiau nei pusė (65 proc.).



12 pav. Pasiskirstymas pagal saldžių užkandžių (saldumynų) įtraukimą į savo kasdienę mitybą

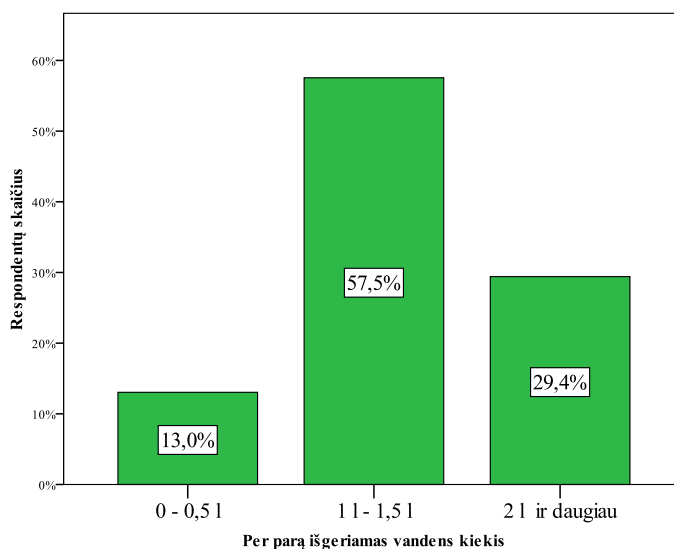
Palyginta saldžių užkandžių (saldumynų) įtraukimą į savo kasdienę mitybą skirtingose respondentų grupėse pagal jų socialines–demografines charakteristikas (žr. 9 lentelę). Apskaičiavus „Chi kvadrato“ (χ^2) kriterijus, buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai (kai $p < 0,05$), kurie parodė, kad saldumynus į kasdienę mitybą reikšmingai dažniau įtraukia pradinį ir vidurinį bei aukštesnį išsilavinimą turintys asmenys. Tuo tarpu saldžių užkandžių (saldumynų) įtraukimą į savo kasdienę mitybą, tarp skirtingos lyties, gyvenamosios vietos ir amžiaus grupių reikšmingai nesiskyrė (nes $p > 0,05$).

9 lentelė. Pasiskirstymas pagal saldžių užkandžių (saldumynų) įtraukimą į savo kasdienę mitybą pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas

		Saldžių užkandžių, saldumynų įtraukimas į kasdienę mitybą		χ^2	l/s	p
		Taip	Ne			
Lytis	Vyrai	67,1%	32,9%	0,699	1	0,403
	Moterys	63,0%	37,0%			
Amžius	Iki 40 m.	60,0%	40,0%	1,260	3	0,739
	41-50 m.	65,5%	34,5%			
	51-60 m.	63,3%	36,7%			
	61 m. ir daugiau	67,6%	32,4%			
Išsilavinimas	Pradinis, vidurinis	73,7%	26,3%	8,874	3	0,031
	Vidurinis profesinis	57,4%	42,6%			
	Aukštesnysis	68,3%	31,7%			
	Aukštasis	57,7%	42,3%			
Gyvenamoji vieta	Miestas	64,6%	35,4%	0,012	1	0,913
	Kaimas	65,1%	34,9%			

Statistiškai reikšmingi skirtumai paryškinti ($p < 0,05$)

Buvo nustatyta, kiek vandens per parą išgeria tyrime dalyvavę asmenys (žr. 13 paveikslą). Įvertinus gautus rezultatus matyti, kad daugiau nei pusė apklaustųjų (58 proc.) per parą išgeria 1-2 litrus, tuo tarpu daugiau nei 2 litrus išgeria kas trečias respondentas, mažiau nei puslitrį – 13 proc.



13 pav. Pasiskirstymas pagal per dieną išgeriamą vandens kiekį

Palyginta kiek per dieną išgeriamą vandens kiekį skirtingose respondentų grupėse pagal jų socialines–demografines charakteristikas (žr. 10 lentelę). Apskaičiavus „Chi kvadrato“ (χ^2) kriterijus, buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai (kai $p < 0,05$), kurie parodė, kad 2 litrus ir daugiau

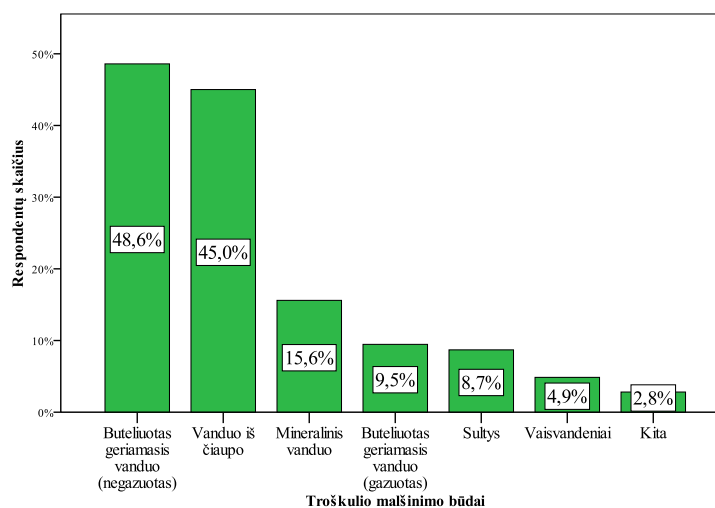
reikšmingai dažniau išgeria aukštesnį ir aukštą išsilavinimą turintys asmenys, tuo tarp 1-1,5 litrų reikšmingai dažniau išgeria pradinį, vidurinį ir vidurinę profesinį išsilavinimą turintys asmenys. Taip pat nustatyta, kad 2 litrus ir daugiau reikšmingai dažniau išgeria miesto gyventojai, o kaimo gyventojai reikšmingai dažniau išgeria tik 1-1,5 litrus vandens. Tuo tarpu per dieną išgeriamas vandens kiekis tarp skirtingos lyties ir amžiaus grupių reikšmingai nesiskyrė (nes $p > 0,05$).

10 lentelė. Pasiskirstymas pagal per dieną išgeriamą vandens kiekį pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas

		Per parą išgeriamas vandens kiekis			χ^2	lls	p
		0 - 0,5 l	1 l - 1,5 l	2 l ir daugiau			
Lytis	Vyrai	16,0%	54,9%	29,1%	2,528	2	0,282
	Moterys	10,6%	59,7%	29,6%			
Amžius	Iki 40 m.	16,9%	43,1%	40,0%	11,656	6	0,070
	41-50 m.	11,5%	60,9%	27,6%			
	51-60 m.	9,1%	56,6%	34,3%			
	61 m. ir daugiau	15,0%	62,9%	22,1%			
Išsilavinimas	Pradinis, vidurinis	17,1%	65,0%	17,9%	23,797	6	0,001
	Vidurinis profesinis	8,3%	65,7%	25,9%			
	Aukštesnysis	14,6%	41,5%	43,9%			
	Aukštasis	11,5%	51,3%	37,2%			
Gyvenamoji vieta	Miestas	12,5%	52,5%	35,0%	9,488	2	0,009
	Kaimas	13,9%	65,6%	20,5%			

Statistiškai reikšmingi skirtumai paryškinti ($p < 0,05$)

Buvo nustatyta, kokiais būdais yra dažniausiai malšinamas troškulys (žr. paveikslą žemiau). Matyti, kad dažniausiai troškulys malšinamas vandeniu iš butelių (49 proc.) ir vandeniu iš čiaupo (45 proc.), rečiausiai – mineraliniu vandeniu (16 proc.), buteliuotu negazuotu geriamuoju vandeniu (10 proc.), sultimis (9 proc.), taip pat vaisvandeniais (5 proc.).



14 pav. Būdai troškulio malšinimui

Palyginta būdai troškulio malšinimui skirtingose respondentų grupėse pagal jų socialines–demografines charakteristikas (žr. 11 lentelę). Apskaičiavus „Chi kvadrato“ (χ^2)kriterijus, buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai (kai $p < 0,05$), kurie parodė, kad:

- Vandeniui iš čiaupo troškulį reikšmingai dažniau malšina 61 m. ir vyresni, nei kad jaunesni asmenys, taip pat turintys pradinį, vidurinį ir vidurinį profesinį išsilavinimą, nei kad turintys aukštesnįjį ir aukštąjį išsilavinimą, bei kaimo gyventojai, nei kad gyvenantys mieste.
- Buteliuotu geriamuoju negazuotu vandeniui troškulį reikšmingai dažniau malšina aukštesnįjį išsilavinimą turintys asmenys, nei kad turintys pradinį ar vidurinį, bei miesto gyventojai, nei kad gyvenantys kaime.

Kitais atvejais statistiškai reikšmingų skirtumų tarp troškulio malšinimo būdų ir respondentų socialinių–demografinių charakteristikų nebuvo nustatyta.

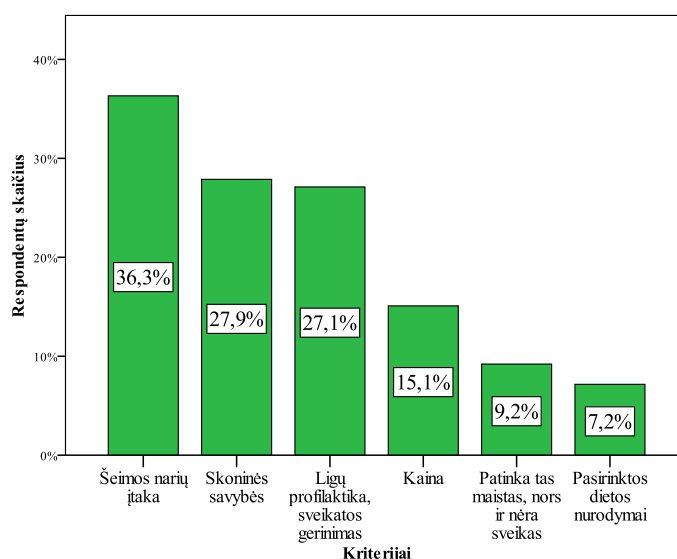
11 lentelė. Būdai troškulio malšinimui pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas

		Vanduo iš čiaupo	Buteliuotas geriamasis vanduo (negazuotas)	Buteliuotas geriamasis vanduo (gazuotas)	Mineralinis vanduo	Vaisvandeniai	Sultys	Kita
Lytis	Vyrai	49,1%	45,1%	12,6%	17,7%	6,3%	10,3%	2,9%
	Moterys	41,7%	51,4%	6,9%	13,9%	3,7%	7,4%	2,8%
	χ^2	2,183	1,510	3,573	1,074	1,394	1,009	0,002
	<i>lls</i>	1	1	1	1	1	1	1
	<i>p</i>	0,140	0,219	0,059	0,300	0,238	0,315	0,962
Amžius	Iki 40 m.	40,0%	52,3%	12,3%	15,4%	3,1%	3,1%	0,0%
	41-50 m.	35,6%	58,6%	8,0%	16,1%	4,6%	10,3%	0,0%
	51-60 m.	44,4%	48,5%	12,1%	17,2%	4,0%	13,1%	2,0%

	61 m. ir daugiau	53,6%	40,7%	7,1%	14,3%	6,4%	7,1%	6,4%
	χ^2	7,909	7,340	2,514	0,388	1,349	5,761	11,320
	<i>lls</i>	3	3	3	3	3	3	3
	<i>p</i>	0,048	0,062	0,473	0,943	0,718	0,124	0,010
Išsilavinimas	Pradinis, vidurinis	57,7%	32,5%	8,9%	12,2%	7,3%	8,9%	5,7%
	Vidurinis profesinis	47,2%	51,9%	5,6%	13,0%	6,5%	11,1%	1,9%
	Aukštesnysis	34,1%	63,4%	14,6%	22,0%	0,0%	9,8%	1,2%
	Aukštasis	33,3%	53,8%	10,3%	17,9%	3,8%	3,8%	1,3%
	χ^2	16,453	21,252	4,580	4,492	6,583	3,230	5,521
	<i>lls</i>	3	3	3	3	3	3	3
	<i>p</i>	0,001	0,000	0,205	0,213	0,086	0,358	0,137
Gyvenamoji vieta	Miestas	38,8%	55,0%	8,3%	17,1%	3,3%	8,3%	1,3%
	Kaimas	55,0%	38,4%	11,3%	13,2%	7,3%	9,3%	5,3%
	χ^2	9,848	10,211	0,926	1,037	3,130	0,103	5,555
	<i>lls</i>	1	1	1	1	1	1	1
	<i>p</i>	0,002	0,001	0,336	0,309	0,077	0,749	0,018

Statistiškai reikšmingi skirtumai paryškinti ($p < 0,05$)

Tyrimo metu nustatyta, kokie yra pagrindiniai kriterijai, pagal kuriuos renkami maisto produktai (žr. 15 paveikslą). Matyti, kad dažniausiai maisto produktai pasirenkami pagal šeimos narių įtaką (36 proc.), skonines savybes (28 proc.) ir ligų profilaktiką bei sveikatos gerinimą (27 proc.), rečiau – pagal kainą (15proc.), o rečiausiai – pagal patikimą (9 proc.) ar dietinius nurodymus (7 proc.).



15 pav. Pagrindiniai kriterijai, pagal kuriuos renkami maisto produktai

Palyginti pagrindiniai kriterijai, pagal kuriuos renkami maisto produktai, skirtingose respondentų grupėse pagal jų socialines–demografines charakteristikas (žr. 12 lentelę). Apskaičiavus

„Chi kvadrato“ (χ^2)kriterijus, buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai (kai $p < 0,05$), kurie parodė, kad:

- Pagal sveikatos gerinimą maisto produktus reikšmingai dažniau renkasi moterys, vidurinę profesinį, aukštesnį ir aukštą išsilavinimą turintys asmenys ir miesto gyventojai.
- Pagal šeimos narių įtaką maisto produktus reikšmingai dažniau renkasi vyrai ir vidurinę profesinį išsilavinimą turintys asmenys.
- Pagal skonines savybes maistą reikšmingai dažniau renkasi moterys, aukštesnį ir aukštą išsilavinimą turintys asmenys ir miesto gyventojai.
- Pagal dietos nurodymus maistą reikšmingai dažniau renkasi aukštesnį iš aukštą išsilavinimą turintys asmenys.
- Pagal kainą maistą reikšmingai dažniau renkasi vyrai, vyresni nei 51 m. asmenys, turintys pradinį ir vidurinę išsilavinimą bei kaimo gyventojai.
- Pagal tai, koks maistas patinka, maistą reikšmingai dažniau renkasi vyrai bei vidurinę ar pradinį išsilavinimą turintys asmenys.

Kitais atvejais statistiškai reikšmingų skirtumų tarp maisto pasirinkimo kriterijų ir respondentų socialinių–demografinių charakteristikų nebuvo nustatyta.

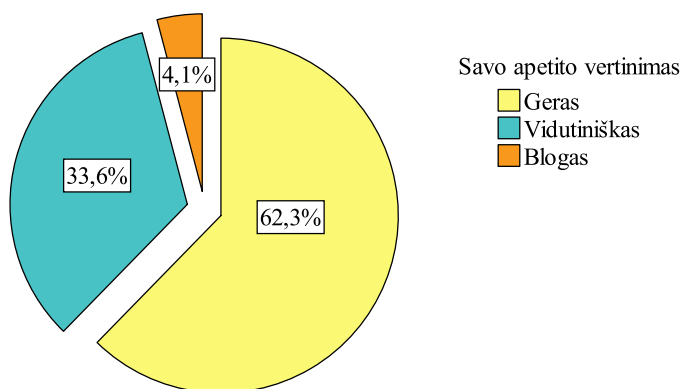
12 lentelė. Pagrindiniai kriterijai, pagal kuriuos renkami maisto produktai pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas

		Ligų profilaktika, sveikatos gerinimas	Šeimos narių įtaka	Skoninės savybės	Pasirinktos dietos nurodymai	Kaina	Patinka tas maistas, nors ir nėra sveikas
Lytis	Vyrai	21,1%	45,1%	21,7%	5,1%	19,4%	13,1%
	Moterys	31,9%	29,2%	32,9%	8,8%	11,6%	6,0%
	χ^2	5,708	10,669	5,984	1,941	4,655	5,870
	<i>lls</i>	1	1	1	1	1	1
	<i>p</i>	0,017	0,001	0,014	0,164	0,031	0,015
Amžius	Iki 40 m.	29,2%	27,7%	30,8%	12,3%	4,6%	10,8%
	41-50 m.	27,6%	32,2%	35,6%	10,3%	8,0%	2,3%
	51-60 m.	27,3%	42,4%	27,3%	6,1%	20,2%	10,1%
	61 m. ir daugiau	25,7%	38,6%	22,1%	3,6%	20,7%	12,1%
	χ^2	0,297	4,637	5,180	6,810	14,411	6,695
	<i>lls</i>	3	3	3	3	3	3
	<i>p</i>	0,961	0,200	0,159	0,078	0,002	0,082
Išsilavinimas	Pradinis, vidurinis	15,4%	38,2%	20,3%	2,4%	22,0%	15,4%
	Vidurinis profesinis	31,5%	48,1%	25,0%	5,6%	15,7%	7,4%
	Aukštesnysis	29,3%	35,4%	32,9%	12,2%	8,5%	2,4%
	Aukštasis	37,2%	17,9%	38,5%	11,5%	10,3%	9,0%
	χ^2	13,707	18,138	9,320	9,918	8,726	10,646

	<i>lls</i>	3	3	3	3	3	3
	<i>p</i>	0,003	0,000	0,025	0,019	0,033	0,014
Gyvenamoji vieta	Miestas	30,0%	32,9%	33,8%	7,1%	10,4%	7,1%
	Kaimas	22,5%	41,7%	18,5%	7,3%	22,5%	12,6%
	χ^2	2,627	3,107	10,660	0,006	10,591	3,353
	<i>lls</i>	1	1	1	1	1	1
	<i>p</i>	0,105	0,078	0,001	0,940	0,001	0,067

Statistiškai reikšmingi skirtumai paryškinti ($p < 0,05$)

Tyrimo metu nustatyta, kad daugiau nei pusė respondentų (62 proc.) savo apetitą vertina kaip gerą, o dar 34 proc. – kaip vidutinišką. Tuo tarpu blogai savo apetitą vertina tik 4 proc.



16 pav. Pasiskirstymas pagal savo apetito vertinimą

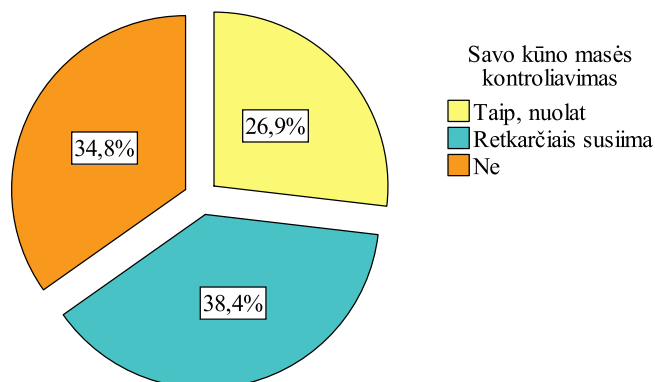
Palyginta, kaip savo apetitą vertina skirtingose respondentų grupėse pagal jų socialines–demografines charakteristikas (žr. 13 lentelę). Apskaičiavus „Chi kvadrato“ (χ^2) kriterijus, buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai (kai $p < 0,05$), kurie parodė, kad gerai savo apetitą reikšmingai dažniau vertina iki 40 m. asmenys bei miesto gyventojai, nei kad kaimo gyventojai. Tuo tarpu savo apetito vertinimas tarp skirtingos lyties ir išsilavinimo grupių reikšmingai nesiskyrė (nes $p > 0,05$).

13 lentelė. Pasiskirstymas pagal savo apetito vertinimą pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas

		Savo apetito vertinimas			χ^2	l/s	p
		Geras	Vidutiniškas	Blogas			
Lytis	Vyrai	61,1%	34,3%	4,6%	0,285	2	0,867
	Moterys	63,3%	33,0%	3,7%			
Amžius	Iki 40 m.	75,4%	24,6%	0,0%	14,840	6	0,022
	41-50 m.	66,7%	31,0%	2,3%			
	51-60 m.	61,6%	35,4%	3,0%			
	61 m. ir daugiau	54,0%	38,1%	7,9%			
Išsilavinimas	Pradinis, vidurinis	65,0%	29,3%	5,7%	9,248	6	0,160
	Vidurinis profesinis	55,6%	39,8%	4,6%			
	Aukštesnysis	57,3%	40,2%	2,4%			
	Aukštasis	72,7%	24,7%	2,6%			
Gyvenamoji vieta	Miestas	67,5%	30,4%	2,1%	10,772	2	0,005
	Kaimas	54,0%	38,7%	7,3%			

Statistiškai reikšmingi skirtumai paryškinti (p<0,05)

Tyrimo metu nustatyta, kad savo kūno masę nuolat kontroliuoja tik 27 proc. respondentų, o retkarčiais tą daro 38 proc. Tuo tarpu niekada kūno masės nekontroliuoja 35 proc.



17 pav. Pasiskirstymas pagal savo kūno masės kontroliavimą

Taip pat palyginta, kaip savo kūno masės kontroliavimą skirtingose respondentų grupėse pagal jų socialines–demografines charakteristikas (žr. 14 lentelę). Apskaičiavus „Chi kvadrato“ (χ^2) kriterijus, buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai (kai p<0,05), kurie parodė, kad nuolatos

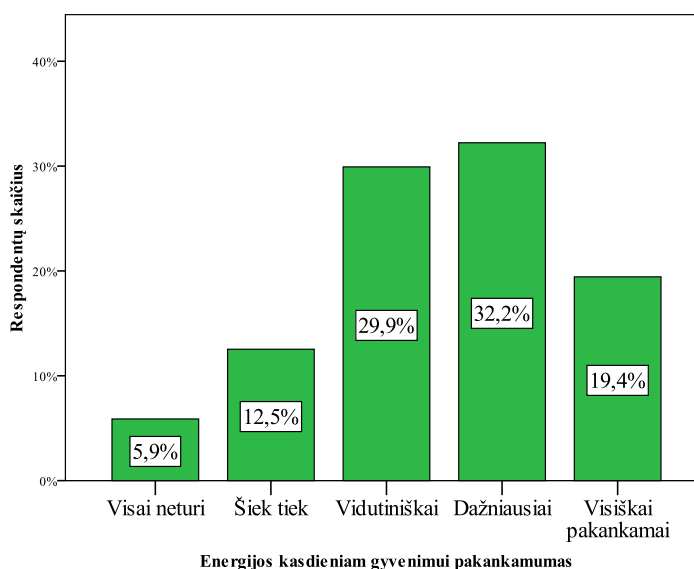
savo kūno masę reikšmingai dažniau kontroliuoja moterys, nei kad vyrai, iki 50 m. asmenys, nei kad vyresni, turintys aukštesnįjį ar aukštąjį išsilavinimą, bei miesto gyventojai.

14 lentelė. Pasiskirstymas pagal savo kūno masės kontroliavimą pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas

		Savo kūno masės kontroliavimas			χ^2	l/s	p
		Taip, nuolat	Retkarčiais susiima	Ne			
Lytis	Vyrai	17,1%	34,9%	48,0%	28,051	2	0,000
	Moterys	34,7%	41,2%	24,1%			
Amžius	Iki 40 m.	44,6%	33,8%	21,5%	44,963	6	0,000
	41-50 m.	40,2%	36,8%	23,0%			
	51-60 m.	23,2%	46,5%	30,3%			
	61 m. ir daugiau	12,9%	35,7%	51,4%			
Išsilavinimas	Pradinis, vidurinis	17,9%	34,1%	48,0%	40,605	6	0,000
	Vidurinis profesinis	16,7%	47,2%	36,1%			
	Aukštesnysis	35,4%	45,1%	19,5%			
	Aukštasis	46,2%	25,6%	28,2%			
Gyvenamoji vieta	Miestas	36,7%	37,5%	25,8%	36,712	2	0,000
	Kaimas	11,3%	39,7%	49,0%			

Statistiškai reikšmingi skirtumai paryškinti ($p < 0,05$)

Tyrimo metu nustatytas respondentų pasiskirstymas pagal energijos kasdieniam gyvenimui pakankamumą. Įvertinus žemiau esančiame paveiksle pateiktus duomenis nustatyta, kad daugumai respondentų (52 proc.) energijos dažniausiai ar visiškai pakanka, o dar 30 proc. jos pakanka vidutiniškai.



18 pav. Pasiskirstymas pagal energijos kasdieniam gyvenimui pakankamumą

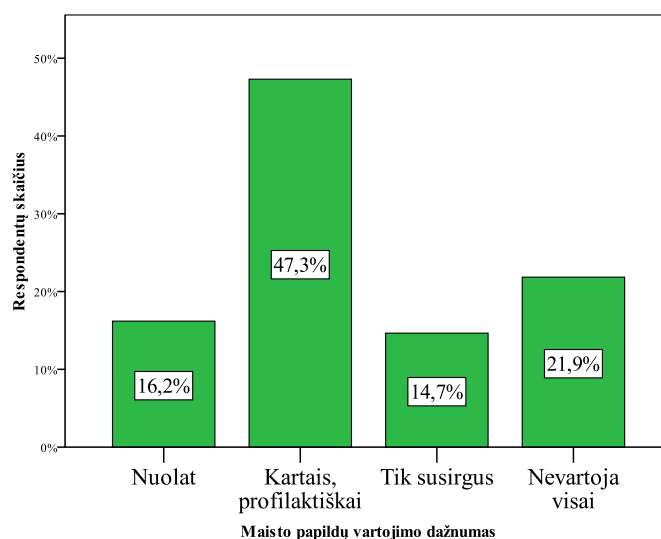
Palyginta energijos kasdieniam gyvenimui pakankamumą skirtingose respondentų grupėse pagal jų socialines–demografines charakteristikas (žr. 15 lentelę). Apskaičiavus „Chi kvadrato“ (χ^2) kriterijus, buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai (kai $p < 0,05$), kurie parodė, kad reikšmingai dažniau energijos visiškai pakanka vyrams, nei kad moterims. Tuo tarpu energijos kasdieniam gyvenimui pakankamumas tarp skirtingos amžiaus, gyvenamosios vietos ir išsilavinimo grupių reikšmingai nesiskyrė (nes $p > 0,05$).

15 lentelė. Pasiskirstymas pagal energijos kasdieniam gyvenimui pakankamumą pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas

		Energijos kasdieniam gyvenimui pakankamumas					χ^2	l/s	p
		Visai neturi	Šiek tiek	Vidutiniškai	Dažniausiai	Visiškai pakankamai			
Lytis	Vyrai	4,0%	14,3%	26,3%	30,3%	25,1%	9,761	4	0,045
	Moterys	7,4%	11,1%	32,9%	33,8%	14,8%			
Amžius	Iki 40 m.	7,7%	4,6%	35,4%	33,8%	18,5%	16,210	12	0,182
	41-50 m.	9,2%	13,8%	24,1%	29,9%	23,0%			
	51-60 m.	4,0%	10,1%	26,3%	40,4%	19,2%			
	61 m. ir daugiau	4,3%	17,1%	33,6%	27,1%	17,9%			
Išsilavinimas	Pradinis, vidurinis	7,3%	13,8%	33,3%	25,2%	20,3%	14,406	12	0,276
	Vidurinis profesinis	3,7%	16,7%	25,9%	31,5%	22,2%			
	Aukštesnysis	6,1%	9,8%	31,7%	41,5%	11,0%			
	Aukštasis	6,4%	7,7%	28,2%	34,6%	23,1%			
Gyvenamoji vieta	Miestas	6,3%	10,4%	28,8%	35,8%	18,8%	5,309	4	0,257
	Kaimas	5,3%	15,9%	31,8%	26,5%	20,5%			

Statistiškai reikšmingi skirtumai paryškinti ($p < 0,05$)

Tyrimo metu nustatyta, kaip dažnai respondentai vartoja maisto papildus. Įvertinus gautus rezultatus nustatyta, kad nuolat maisto papildus vartoja tik 16 proc., tuo tarpu tik kartais – beveik pusė (47 proc.). Matyti ir tai, kad visai papildų nevirtuoja 22 proc. respondentų.



19 pav. Pasiskirstymas pagal maisto papildų vartojimo dažnumą

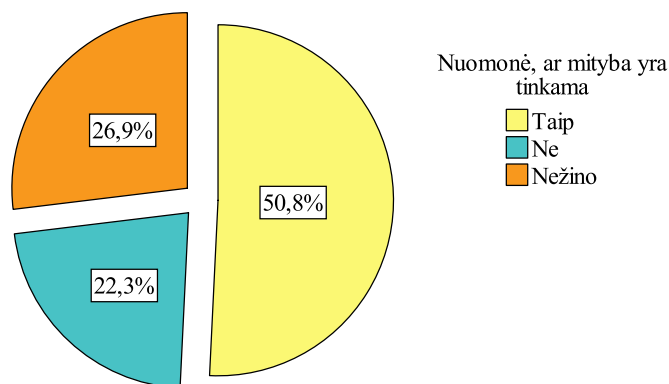
Buvo palyginta maisto papildų vartojimo dažnumą skirtingose respondentų grupėse pagal jų socialines–demografines charakteristikas (žr. 16 lentelę). Apskaičiavus „Chi kvadrato“ (χ^2) kriterijus, buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai (kai $p < 0,05$), kurie parodė, kad nuolat maisto papildus reikšmingai dažniau vartoja moterys, nei kad vyrai, jaunesni nei 50 m. asmenys, turintys aukštąjį išsilavinimą bei miesto gyventojai, o visai papildų reikšmingai dažniau nevartoja vyrai, vyresni nei 41 m. asmenys, turintys pradinį ar vidurinę išsilavinimą ir kaimo gyventojai.

16 lentelė. Pasiskirstymas pagal maisto papildų vartojimo dažnumą pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas

		Maisto papildų vartojimo dažnumas				χ^2	lls	p
		Nuolat	Kartais, profilaktiškai	Tik susirgus	Nevartoja visai			
Lytis	Vyrai	10,3%	41,4%	17,8%	30,5%	21,815	3	0,000
	Moterys	20,9%	52,1%	12,1%	14,9%			
Amžius	Iki 40 m.	27,7%	46,2%	12,3%	13,8%	18,721	9	0,028
	41-50 m.	20,0%	50,6%	7,1%	22,4%			
	51-60 m.	14,1%	47,5%	18,2%	20,2%			
	61 m. ir daugiau	10,0%	45,7%	17,9%	26,4%			
Išsilavinimas	Pradinis, vidurinis	13,9%	35,2%	21,3%	29,5%	29,335	9	0,001
	Vidurinis profesinis	10,3%	50,5%	16,8%	22,4%			
	Aukštesnysis	17,1%	56,1%	9,8%	17,1%			
	Aukštasis	26,9%	52,6%	6,4%	14,1%			
Gyvenamoji vieta	Miestas	19,3%	51,3%	11,3%	18,1%	14,344	3	0,002
	Kaimas	11,3%	41,1%	19,9%	27,8%			

Statistiškai reikšmingi skirtumai paryškinti ($p < 0,05$)

Įvertinus žemiau esančiame paveiksle pateiktus duomenis nustatyta, kad daugiau nei pusė (51 proc.) respondentų mano, kad jų mityba yra tinkama, tuo tarpu netinkama ją laiko tik 22 proc. o iš jų 27 proc. nežino ar mityba yra tinkama.



20 pav. Pasiskirstymas pagal nuomonę, ar mityba yra tinkama ir gaunama pakankamai maistinių medžiagų

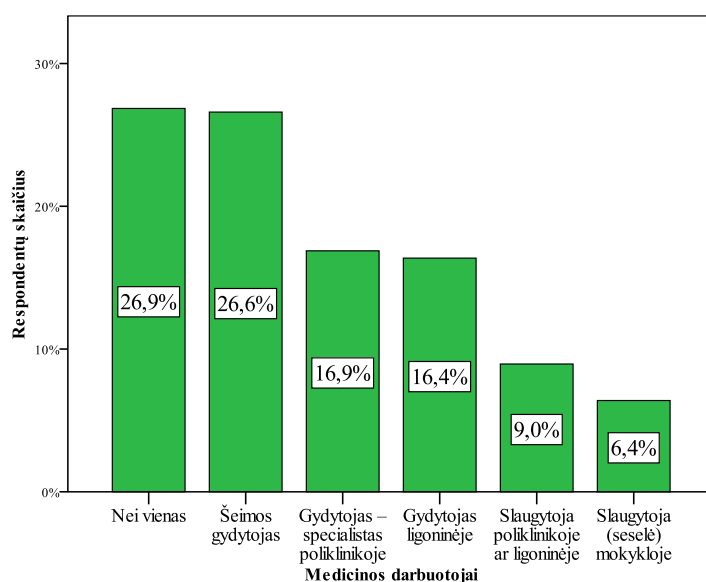
Taip pat palyginta nuomonė, ar mityba yra tinkama ir gaunama pakankamai maistinių medžiagų, skirtingose respondentų grupėse pagal jų socialines–demografines charakteristikas (žr. 17 lentelę). Apskaičiavus „Chi kvadrato“ (χ^2) kriterijus, statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvo nustatyta, kad rodo, kad nuomonės, ar mityba yra tinkama, tarp skirtingos lyties, amžiaus, gyvenamosios vietos ir išsilavinimo grupių reikšmingai nesiskyrė (nes $p > 0,05$).

17 lentelė. Pasiskirstymas pagal nuomonę, ar mityba yra tinkama ir gaunama pakankamai maistinių medžiagų, pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas

		Nuomonė, ar mityba yra tinkama			χ^2	lls	p
		Taip	Ne	Nežino			
Lytis	Vyrai	47,7%	19,5%	32,8%	5,635	2	0,060
	Moterys	53,2%	24,5%	22,2%			
Amžius	Iki 40 m.	60,0%	24,6%	15,4%	8,077	6	0,233
	41-50 m.	56,3%	18,4%	25,3%			
	51-60 m.	47,5%	22,2%	30,3%			
	61 m. ir daugiau	45,3%	23,7%	30,9%			
Išsilavinimas	Pradinis, vidurinis	49,2%	15,6%	35,2%	12,395	6	0,054
	Vidurinis profesinis	45,4%	25,9%	28,7%			

	Aukštesnysis	54,9%	23,2%	22,0%			
	Aukštasis	56,4%	26,9%	16,7%			
Gyvenamoji vieta	Miestas	54,2%	20,8%	25,0%	2,884	2	0,236
	Kaimas	45,3%	24,7%	30,0%			

Tyrimo metu nustatyta, kokie medicinos darbuotojai yra kalbėję apie mitybą (žr. 21 paveikslą). Matyti, kad nors ir 27 proc. respondentų nurodė, kad apie mitybą su jais nėra kalbėjęs nei vienas medicinos darbuotojas, tačiau tarp kalbėjusiųjų dažniausiai buvo šeimos gydytojas (27 proc.), rečiau – poliklinikos gydytojai-specialistai (17 proc.), ligoninių gydytojai (16 proc.), o rečiausiai – slaugytojai poliklinikose ar ligoninėse (9 proc.) ir slaugytojai mokyklose (6 proc.).



21 pav. Apie mitybą kalbėję medicinos darbuotojai

Buvo palyginta apie mitybą kalbėjusių medicinos darbuotojų skirtingose respondentų grupėse pagal jų socialines–demografines charakteristikas (žr. 18 lentelę). Apskaičiavus „Chi kvadrato“ (χ^2) kriterijus, buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai (kai $p < 0,05$), kurie parodė, kad:

- Šeimos gydytojas apie mitybą reikšmingai dažniau kalba su miesto gyventojais, nei kad gyvenančiais kaime.
- Mokyklos slaugytoja reikšmingai dažniau yra kalbėjusi su jaunesniais nei 40 m. asmenimis.
- Poliklinikos ar ligoninės slaugytoja reikšmingai dažniau yra kalbėjusi su moterimis, nei kad vyrais, bei vidurinį profesinį ir aukštąjį išsilavinimą turinčiais asmenimis.
- Nei vienas medicinos darbuotojas reikšmingai dažniau nekalbėjo su vyrais, nei kad moterimis.

Kitais atvejais statistiškai reikšmingų skirtumų tarp medicinos darbuotojų, kalbėjusių apie mitybą, ir respondentų socialinių–demografinių charakteristikų nebuvo nustatyta.

18 lentelė. Apie mitybą kalbėję medicinos darbuotojai pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas

		Šeimos gydytojas	Gydytojas – specialistas poliklinikoje	Gydytojas ligoninėje	Slaugytoja (seselė) mokykloje	Slaugytoja poliklinikoje ar ligoninėje	Nei vienas
Lytis	Vyrai	26,3%	16,6%	13,7%	4,0%	5,1%	33,1%
	Moterys	26,9%	17,1%	18,5%	8,3%	12,0%	21,8%
	χ^2	0,016	0,021	1,630	3,033	5,638	6,378
	<i>lls</i>	1	1	1	1	1	1
	<i>p</i>	0,900	0,884	0,202	0,082	0,018	0,012
Amžius	Iki 40 m.	18,5%	15,4%	13,8%	13,8%	4,6%	35,4%
	41-50 m.	27,6%	17,2%	12,6%	8,0%	6,9%	28,7%
	51-60 m.	24,2%	20,2%	19,2%	3,0%	7,1%	23,2%
	61 m. ir daugiau	31,4%	15,0%	17,9%	4,3%	13,6%	24,3%
	χ^2	4,202	1,243	1,987	9,339	6,046	3,696
	<i>lls</i>	3	3	3	3	3	3
	<i>p</i>	0,240	0,743	0,575	0,025	0,109	0,296
Išsilavinimas	Pradinis, vidurinis	27,6%	13,0%	19,5%	7,3%	4,1%	24,4%
	Vidurinis profesinis	25,9%	18,5%	13,9%	3,7%	13,9%	25,9%
	Aukštesnysis	28,0%	17,1%	13,4%	3,7%	6,1%	31,7%
	Aukštasis	24,4%	20,5%	17,9%	11,5%	12,8%	26,9%
	χ^2	0,382	2,257	2,038	5,955	9,086	1,411
	<i>lls</i>	3	3	3	3	3	3
	<i>p</i>	0,944	0,521	0,565	0,114	0,028	0,703
Gyvenamoji vieta	Miestas	30,4%	18,8%	14,6%	6,7%	9,2%	24,2%
	Kaimas	20,5%	13,9%	19,2%	6,0%	8,6%	31,1%
	χ^2	4,641	1,549	1,446	0,077	0,035	2,285
	<i>lls</i>	1	1	1	1	1	1
	<i>p</i>	0,031	0,213	0,229	0,781	0,851	0,131

Statistiškai reikšmingi skirtumai paryškinti ($p < 0,05$)

Tyrimo metu nustatyta, kad dietinis gydymas buvo priskirtas 32 proc. sveikatos priežiūros įstaigoje gulintiems pacientams, o nepriskirtas – 68 proc. pacientų.



22 pav. Pasiskirstymas pagal dietinio gydymo priskyrimą

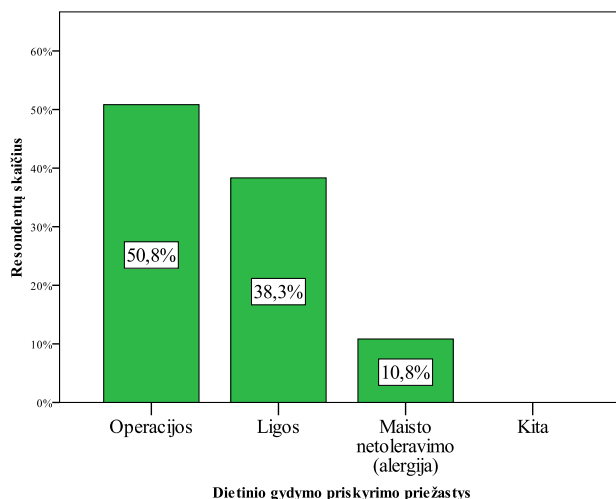
Palyginta dietinio gydymo priskyrimą skirtingose respondentų grupėse pagal jų socialines–demografines charakteristikas (žr. 19 lentelę). Apskaičiavus „Chi kvadrato“ (χ^2) kriterijus, statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvo nustatyta, kas rodo, kad dietinio gydymo priskyrimas tarp skirtingos lyties, amžiaus, gyvenamosios vietos ir išsilavinimo grupių reikšmingai nesiskyrė (nes $p > 0,05$).

19 lentelė. Pasiskirstymas pagal dietinio gydymo priskyrimą pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas

		Dietinio gydymo priskyrimas		χ^2	lls	p
		Taip	Ne			
Lytis	Vyrai	28,9%	71,1%	1,416	1	0,234
	Moterys	34,6%	65,4%			
Amžius	Iki 40 m.	26,2%	73,8%	1,575	3	0,665
	41-50 m.	35,3%	64,7%			
	51-60 m.	33,7%	66,3%			
	61 m. ir daugiau	31,7%	68,3%			
Išsilavinimas	Pradinis, vidurinis	35,5%	64,5%	3,999	3	0,262
	Vidurinis profesinis	36,5%	63,5%			
	Aukštesnysis	27,2%	72,8%			
	Aukštasis	25,6%	74,4%			
Gyvenamoji vieta	Miestas	32,1%	67,9%	0,000	1	0,985
	Kaimas	32,0%	68,0%			

Tyrimo metu nustatytos respondentų, kuriems buvo priskirtas dietinis gydymas, pasiskirstymas pagal dietinio gydymo priskyrimo priežastys. Kaip matyti iš žemiau esančiame

paveiksle pateiktų duomenų, pusei gydymas buvo priskirtas po operacijos, o dar 38 proc. dėl ligos. Tuo tarpu dėl maisto netoleravimo dietinis gydymas buvo priskirtas tik 11 proc.



23 pav. Respondentų, kuriems buvo priskirtas dietinis gydymas, pasiskirstymas pagal dietinio gydymo priskyrimo priežastis

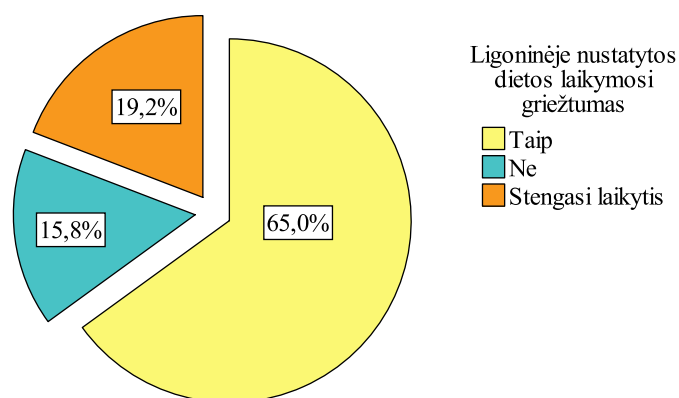
Buvo palyginta dietinio gydymo priskyrimo priežastis respondentų grupėse pagal jų socialines–demografines charakteristikas (žr. 20 lentelę). Apskaičiavus „Chi kvadrato“ (χ^2) kriterijus, statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvo nustatyta, kas rodo, kad dietinio gydymo priskyrimo priežastys tarp skirtingos lyties, amžiaus, gyvenamosios vietos ir išsilavinimo grupių reikšmingai nesiskyrė (nes $p > 0,05$).

20 lentelė Respondentų, kuriems buvo priskirtas dietinis gydymas, pasiskirstymas pagal dietinio gydymo priskyrimo priežastis pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas

		Dietinio gydymo priskyrimo priežastys			χ^2	l/s	p
		Operacijos	Ligos	Maisto netoleravimo (alergija)			
Lytis	Vyrai	62,0%	30,0%	8,0%	4,291	2	0,117
	Moterys	42,9%	44,3%	12,9%			
Amžius	Iki 40 m.	64,7%	29,4%	5,9%	3,651	6	0,724
	41-50 m.	51,7%	34,5%	13,8%			
	51-60 m.	46,9%	37,5%	15,6%			
	61 m. ir daugiau	47,6%	45,2%	7,1%			
Išsilavinimas	Pradinis, vidurinis	51,2%	36,6%	12,2%	4,780	6	0,572
	Vidurinis profesinis	42,1%	47,4%	10,5%			
	Aukštesnysis	68,2%	27,3%	4,5%			
	Aukštasis	47,4%	36,8%	15,8%			
	Miestas	50,0%	36,5%	13,5%	1,478	2	0,478

Gyvenamoji vieta	Kaimas	52,2%	41,3%	6,5%			
------------------	--------	-------	-------	------	--	--	--

Tyrimo metu nustatytas respondentų, kuriems buvo priskirtas dietinis gydymas, pasiskirstymas pagal griežtą nustatytos dietos laikymąsi. Kaip matyti iš žemiau esančiame paveiksle pateiktų duomenų, griežtos dietos laikosi 65 proc., tuo tarpu iš viso jos nesilaiko 16 proc. asmenų, kuriems tokia dieta priskirta.



24 pav. Respondentų, kuriems buvo priskirtas dietinis gydymas, pasiskirstymas pagal griežtą nustatytos dietos laikymąsi

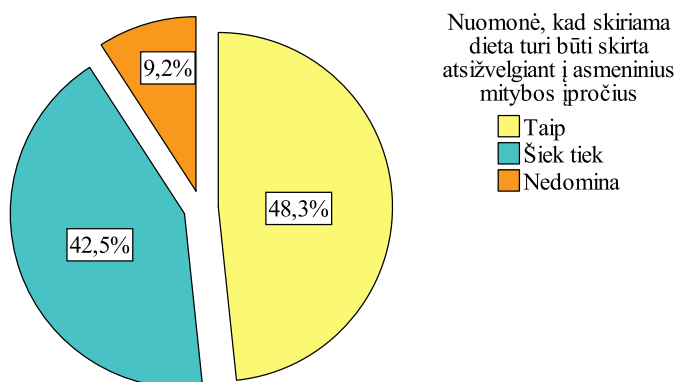
Palyginta griežtą nustatytos dietos laikymąsi respondentų grupėse pagal jų socialines–demografines charakteristikas (žr. 21 lentelę). Apskaičiavus „Chi kvadrato“ (χ^2) kriterijus, statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvo nustatyta, kas rodo, kad dietinio gydymo griežtas laikymasis tarp skirtingos lyties, amžiaus, gyvenamosios vietos ir išsilavinimo grupių reikšmingai nesiskyrė (nes $p > 0,05$).

21 lentelė. Respondentų, kuriems buvo priskirtas dietinis gydymas, pasiskirstymas pagal griežtą nustatytos dietos laikymąsi pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas

		Ligoninėje nustatytos dietos laikymosi griežtumas			χ^2	lls	p
		Taip	Ne	Stengiasi laikytis			
Lytis	Vyrai	64,0%	16,0%	20,0%	0,046	2	0,977
	Moterys	65,7%	15,7%	18,6%			
Amžius	Iki 40 m.	70,6%	5,9%	23,5%	3,936	6	0,685

	41-50 m.	65,5%	20,7%	13,8%			
	51-60 m.	56,3%	21,9%	21,9%			
	61 m. ir daugiau	69,0%	11,9%	19,0%			
Išsilavinimas	Pradinis, vidurinis	68,3%	14,6%	17,1%	3,464	6	0,749
	Vidurinis profesinis	68,4%	18,4%	13,2%			
	Aukštesnysis	54,5%	13,6%	31,8%			
	Aukštasis	63,2%	15,8%	21,1%			
Gyvenamoji vieta	Miestas	63,5%	16,2%	20,3%	0,206	2	0,902
	Kaimas	67,4%	15,2%	17,4%			

Tyrimo metu nustatytas respondentų, kuriems buvo priskirtas dietinis gydymas, pasiskirstymas pagal nuomonę, ar skiriant dietą turi būti atsižvelgiama į asmens mitybos įpročius. Kaip matyti iš žemiau esančiame paveiksle pateiktų duomenų, su šia nuomone sutinka mažiau nei pusė (48 proc.), o dar 43 proc. sutinka iš dalies.



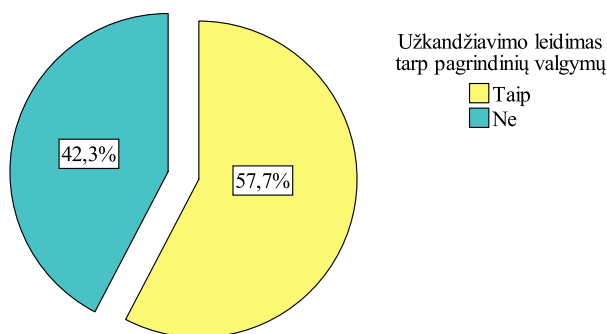
25 pav. Respondentų, kuriems buvo priskirtas dietinis gydymas, pasiskirstymas pagal nuomonę, ar skiriant dietą turi būti atsižvelgiama į asmens mitybos įpročius

Taip pat palyginus nuomonę, ar skiriant dietą turi būti atsižvelgiama į asmens mitybos įpročius respondentų grupėse pagal jų socialines–demografines charakteristikas (žr. 22 lentelę). Apskaičiavus „Chi kvadrato“ (χ^2) kriterijus, statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvo nustatyta, kas rodo, kad nuomonės tarp skirtingos lyties, amžiaus, gyvenamosios vietos ir išsilavinimo grupių reikšmingai nesiskyrė (nes $p > 0,05$).

22 lentelė. Respondentų, kuriems buvo priskirtas dietinis gydymas, pasiskirstymas pagal nuomonę, ar skiriant dietą turi būti atsižvelgiama į asmens mitybos įpročius pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas

		Nuomonė, kad skiriama dieta turi būti skirta atsižvelgiant į asmeninius mitybos įpročius			χ^2	lls	p
		Taip	Šiek tiek	Nedomina			
Lytis	Vyrai	52,0%	36,0%	12,0%	1,841	2	0,398
	Moterys	45,7%	47,1%	7,1%			
Amžius	Iki 40 m.	47,1%	41,2%	11,8%	1,718	6	0,944
	41-50 m.	51,7%	44,8%	3,4%			
	51-60 m.	46,9%	40,6%	12,5%			
	61 m. ir daugiau	47,6%	42,9%	9,5%			
Išsilavinimas	Pradinis, vidurinis	56,1%	39,0%	4,9%	6,741	6	0,346
	Vidurinis profesinis	50,0%	39,5%	10,5%			
	Aukštesnysis	27,3%	54,5%	18,2%			
	Aukštasis	52,6%	42,1%	5,3%			
Gyvenamoji vieta	Miestas	48,6%	41,9%	9,5%	0,039	2	0,981
	Kaimas	47,8%	43,5%	8,7%			

Įvertinus žemiau esančiame paveiksle pateiktus duomenis nustatyta, kad tarp pagrindinių valgių užkandžiauti buvo leidžiama daugiau nei pusei pacientų (58 proc.), o 42 proc. pacientams nebuvo leista užkandžiauti.



26 pav. Pasiskirstymas pagal leidimą užkandžiauti tarp pagrindinių valgių

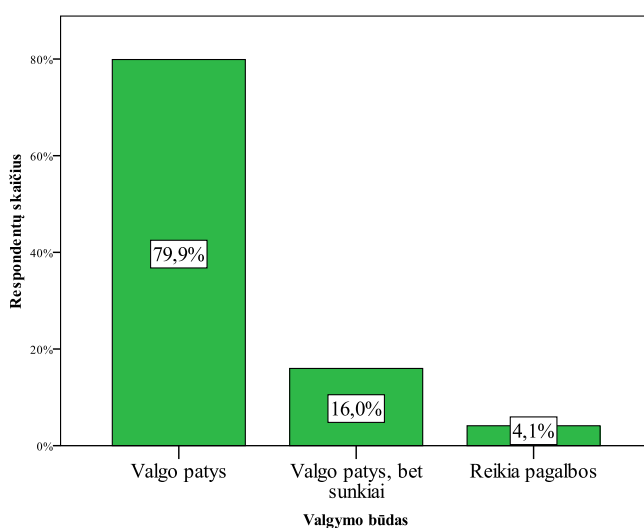
Palyginta leidimą užkandžiauti tarp pagrindinių valgių skirtingose respondentų grupėse pagal jų socialines–demografines charakteristikas (žr. 23 lentelę). Apskaičiavus „Chi kvadrato“ (χ^2) kriterijus, buvo reikšmingų skirtumų nebuvo nustatyta (nes $p > 0,05$), kas rodo, kad užkandžiavimo

leidimas tarp skirtingos lyties, amžiaus, išsilavinimo ir gyvenamosios vietos asmenų reikšmingai nesiskyrė.

23 lentelė. Pasiskirstymas pagal leidimą užkandžiauti tarp pagrindinių valgių pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas

		Užkandžiavimo leidimas tarp pagrindinių valgytų		χ^2	Išs.	p
		Taip	Ne			
Lytis	Vyrai	58,3%	41,7%	0,047	1	0,828
	Moterys	57,1%	42,9%			
Amžius	Iki 40 m.	63,2%	36,8%	0,878	3	0,831
	41-50 m.	55,7%	44,3%			
	51-60 m.	56,8%	43,2%			
	61 m. ir daugiau	57,0%	43,0%			
Išsilavinimas	Pradinis, vidurinis	62,2%	37,8%	4,127	3	0,248
	Vidurinis profesinis	50,0%	50,0%			
	Aukštesnysis	56,9%	43,1%			
	Aukštasis	62,5%	37,5%			
Gyvenamoji vieta	Miestas	60,6%	39,4%	1,808	1	0,179
	Kaimas	53,4%	46,6%			

Tyrimo metu nustatyti respondentų valgymo būdai. Įvertinus žemiau esančiame paveiksle pateiktus rezultatus matyti, kad dauguma asmenų (80 proc.) valgo patys, tuo tarpu sunkiai tai daro 16 proc., o pagalbos reikia tik 4 proc.



27 pav. Pasiskirstymas pagal valgymo būdus

Palyginti valgymo būdai valgių skirtingose respondentų grupėse pagal jų socialines–demografines charakteristikas (žr. 24 lentelę). Apskaičiuavus „Chi kvadrato“ (χ^2) kriterijus, reikšmingų

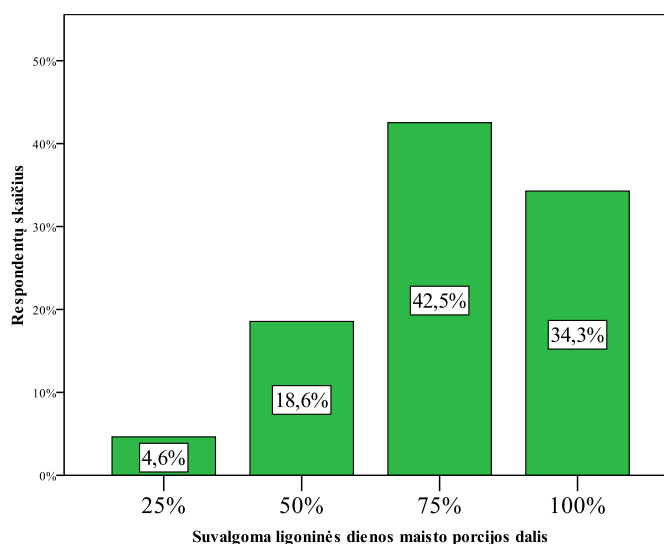
skirtumų nebuvo nustatyta (nes $p > 0,05$), kas rodo, kad patys reikšmingai dažniau valgo aukštąjį ir aukštesnį išsilavinimą turintys asmenys bei miesto gyventojai.

24 lentelė. Pasiskirstymas pagal valgymo būdus pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas

		Valgymo būdas			χ^2	lls	p
		Reikia pagalbos	Valgo patys, bet sunkiai	Valgo patys			
Lytis	Vyrai	2,9%	18,3%	78,9%	2,344	2	0,310
	Moterys	5,2%	14,1%	80,8%			
Amžius	Iki 40 m.	0,0%	7,7%	92,3%	10,648	6	0,100
	41-50 m.	5,8%	19,8%	74,4%			
	51-60 m.	3,1%	14,4%	82,5%			
	61 m. ir daugiau	5,7%	18,6%	75,7%			
Išsilavinimas	Pradinis, vidurinis	6,6%	23,0%	70,5%	16,388	6	0,012
	Vidurinis profesinis	6,6%	14,2%	79,2%			
	Aukštesnysis	1,2%	12,2%	86,6%			
	Aukštasis	0,0%	11,5%	88,5%			
Gyvenamoji vieta	Miestas	3,4%	11,8%	84,8%	9,278	2	0,010
	Kaimas	5,3%	22,5%	72,2%			

Statistiškai reikšmingi skirtumai paryškinti ($p < 0,05$)

Tyrimo metu nustatyta, kokią dalį ligoninės maisto suvalgė respondentai. Įvertinus žemiau esančiame paveiksle pateiktus rezultatus matyti, kad dauguma respondentų (77 proc.) suvalgo visą maistą ar bent 75 proc., tuo tarpu pusę porcijos suvalgo tik 19 proc., o tik ketvirtį porcijos – 5 proc.



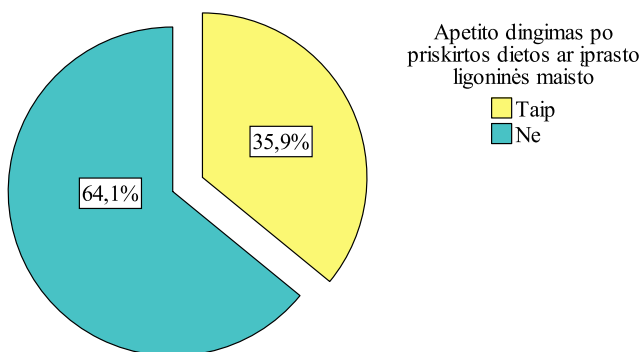
28 pav. Pasiskirstymas pagal suvalgomą ligoninės maisto porcijos dalį

Buvo palyginta suvalgomą ligoninės maisto porcijos dalį skirtingose respondentų grupėse pagal jų socialines–demografines charakteristikas (žr. 25 lentelę). Apskaičiavus „Chi kvadrato“ (χ^2) kriterijus, statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvo nustatyta (nes $p > 0,05$), kas rodo, kad suvalgomo maisto porcijos dalis tarp skirtingos lyties, amžiaus, išsilavinimo ir gyvenamosios vietos respondentų grupių statistiškai reikšmingai nesiskyrė.

25 lentelė. Pasiskirstymas pagal suvalgomą ligoninės maisto porcijos dalį pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas

		Suvalgoma ligoninės dienos maisto porcijos dalis				χ^2	lls	p
		25%	50%	75%	100%			
Lytis	Vyrai	4,6%	17,1%	37,1%	41,1%	6,901	3	0,075
	Moterys	4,7%	19,7%	46,9%	28,6%			
Amžius	Iki 40 m.	4,7%	20,3%	35,9%	39,1%	4,495	9	0,876
	41-50 m.	5,8%	22,1%	44,2%	27,9%			
	51-60 m.	4,1%	19,4%	42,9%	33,7%			
	61 m. ir daugiau	4,3%	15,0%	44,3%	36,4%			
Išsilavinimas	Pradinis, vidurinis	5,7%	20,5%	41,8%	32,0%	3,168	9	0,957
	Vidurinis profesinis	3,7%	15,0%	42,1%	39,3%			
	Aukštesnysis	3,7%	18,3%	43,9%	34,1%			
	Aukštasis	5,2%	20,8%	42,9%	31,2%			
Gyvenamoji vieta	Miestas	5,5%	17,2%	43,3%	34,0%	1,578	3	0,664
	Kaimas	3,3%	20,7%	41,3%	34,7%			

Tyrimo metu nustatytas apetito dingimas po priskirtos dietos ar ligoninės įprasto maisto. Įvertinus žemiau esančiame paveiksle pateiktus rezultatus matyti, kad apetitas buvo dingęs mažiau nei pusei (36 proc.) respondentų.



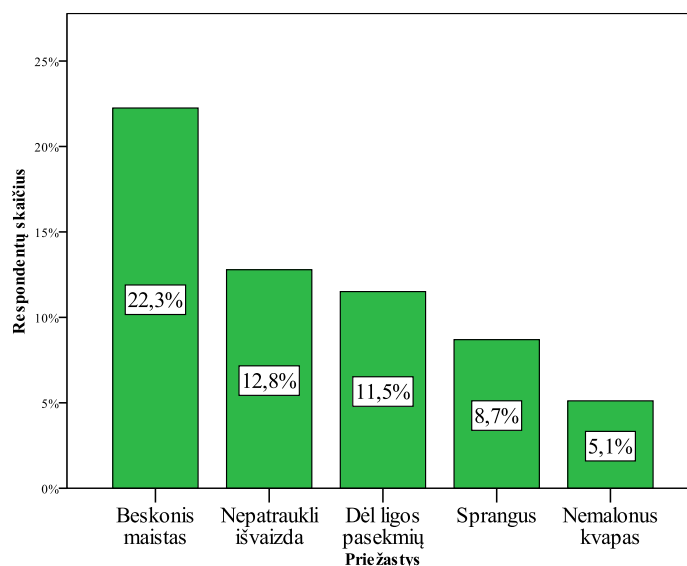
29 pav. Pasiskirstymas pagal apetito dingimą po priskirtos dietos ar ligoninės įprasto maisto

Palyginta apetito dingimas po priskirtos dietos ar ligoninės įprasto maisto skirtingose respondentų grupėse pagal jų socialines–demografines charakteristikas (žr. 26 lentelę). Apskaičiuojant „Chi kvadrato“ (χ^2) kriterijus, statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvo nustatyta (nes $p > 0,05$), kas rodo, kad apetito dingimas tarp skirtingos lyties, amžiaus, išsilavinimo ir gyvenamosios vietos respondentų grupių statistiškai reikšmingai nesiskiria.

26 lentelė. Pasiskirstymas pagal apetito dingimą po priskirtos dietos ar ligoninės įprasto maisto pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas

		Apetito dingimas po priskirtos dietos ar įprasto ligoninės maisto		χ^2	l/s	p
		Taip	Ne			
Lytis	Vyrai	32,9%	67,1%	1,198	1	0,274
	Moterys	38,3%	61,7%			
Amžius	Iki 40 m.	30,8%	69,2%	6,559	3	0,087
	41-50 m.	47,1%	52,9%			
	51-60 m.	36,1%	63,9%			
	61 m. ir daugiau	31,4%	68,6%			
Išsilavinimas	Pradinis, vidurinis	41,0%	59,0%	2,434	3	0,487
	Vidurinis profesinis	35,8%	64,2%			
	Aukštesnysis	32,9%	67,1%			
	Aukštasis	31,2%	68,8%			
Gyvenamoji vieta	Miestas	35,4%	64,6%	0,060	1	0,807
	Kaimas	36,7%	63,3%			

Tyrimo metu nustatytos apetito dingimo priežastys (žr. 30 paveikslą). Matyti, kad dažniausiai apetitas dingdavo dėl beskonio maisto (22 proc.) ir nepatrauklios išvaizdos (13 proc.), rečiau – dėl ligos pasekmių (12 proc.) ir sprangumo (9 proc.), rečiausiai – dėl nemalonaus kvapo (5 proc.).



30 pav. Priežastys, dėl kurių buvo dingęs apetitas

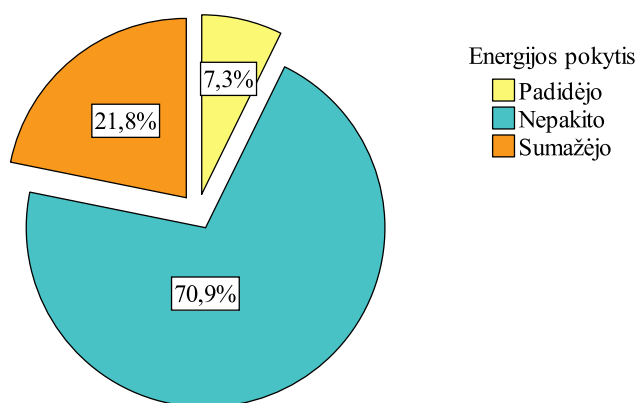
Palygintos priežastys, dėl kurių buvo dingęs apetitas, skirtingose respondentų grupėse pagal jų socialines–demografines charakteristikas (žr. 27 lentelę). Apskaičiavus „Chi kvadrato“ (χ^2) kriterijus, statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvo nustatyta (nes $p > 0,05$), kas rodo, kad apetito dingimo priežastys tarp skirtingos lyties, amžiaus, išsilavinimo ir gyvenamosios vietos respondentų grupių statistiškai nesiskiria.

27 lentelė. Priežastys, dėl kurių buvo dingęs apetitas pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas

		Beskonis maistas	Sprangus	Nepatraukli išvaizda	Nemalonus kvapas	Dėl ligos pasekmių
Lytis	Vyrai	22,9%	10,3%	12,0%	5,1%	10,3%
	Moterys	21,8%	7,4%	13,4%	5,1%	12,5%
	χ^2	0,067	1,009	0,176	0,001	0,465
	<i>lls</i>	1	1	1	1	1
	<i>p</i>	0,795	0,315	0,675	0,982	0,495
Amžius	Iki 40 m.	16,9%	6,2%	20,0%	4,6%	9,2%
	41-50 m.	26,4%	11,5%	13,8%	6,9%	12,6%
	51-60 m.	19,2%	12,1%	14,1%	3,0%	13,1%
	61 m. ir daugiau	24,3%	5,7%	7,9%	5,7%	10,7%
	χ^2	2,818	4,418	6,325	1,592	0,784
	<i>lls</i>	3	3	3	3	3
	<i>p</i>	0,421	0,220	0,097	0,661	0,853
Išsilavinimas	Pradinis, vidurinis	22,8%	10,6%	15,4%	4,9%	9,8%
	Vidurinis profesinis	25,9%	10,2%	7,4%	4,6%	9,3%
	Aukštesnysis	18,3%	7,3%	9,8%	4,9%	15,9%
	Aukštasis	20,5%	5,1%	19,2%	6,4%	12,8%
	χ^2	1,741	2,292	7,162	0,346	2,559

	<i>lls</i>	3	3	3	3	3
	<i>p</i>	0,628	0,514	0,067	0,951	0,465
Gyvenamoji vieta	Miestas	21,7%	8,3%	13,8%	5,4%	11,7%
	Kaimas	23,2%	9,3%	11,3%	4,6%	11,3%
	χ^2	0,123	0,103	0,516	0,116	0,015
	<i>lls</i>	1	1	1	1	1
	<i>p</i>	0,726	0,749	0,473	0,733	0,902

Analizuojant respondentų energijos pokytį nustatyta, kad daugumai respondentų (71 proc.) energija nepakito, tuo tarpu 22 proc. skundėsi energijos sumažėjimu, ir tik 7 proc. – energijos padidėjimu.



31 pav. Pasiskirstymas pagal energijos pokytį

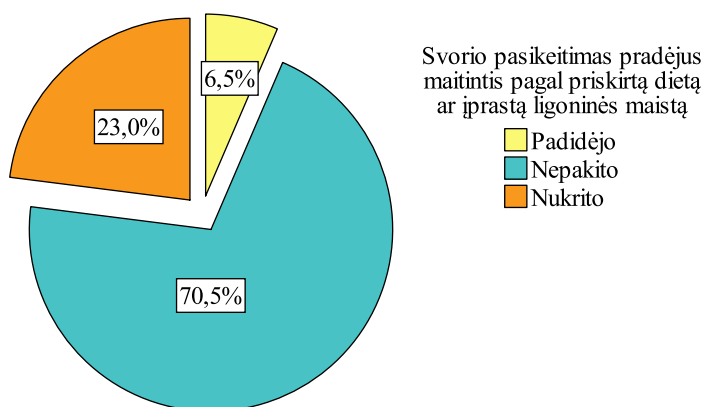
Taip pat palyginta energijos pokytis skirtingose respondentų grupėse pagal jų socialines–demografines charakteristikas (žr. 28 lentelę). Apskaičiavus „Chi kvadrato“ (χ^2) kriterijus, reikšmingų skirtumų nebuvo nustatyta (nes $p > 0,05$), kas rodo, kad energijos pokytis tarp skirtingos lyties, amžiaus, išsilavinimo ir gyvenamosios vietos respondentų grupių statistiškai reikšmingai nesiskyrė (nes $p > 0,05$).

28 lentelė. Pasiskirstymas pagal energijos pokytį pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas

		Energijos pokytis			χ^2	<i>lls</i>	<i>p</i>
		Padidėjo	Nepakito	Sumažėjo			
Lytis	Vyrai	4,7%	72,1%	23,3%	3,294	2	0,193
	Moterys	9,4%	70,0%	20,7%			

Amžius	Iki 40 m.	12,5%	67,2%	20,3%	5,349	6	0,500
	41-50 m.	8,3%	69,0%	22,6%			
	51-60 m.	6,1%	75,8%	18,2%			
	61 m. ir daugiau	5,1%	70,3%	24,6%			
Išsilavinimas	Pradinis, vidurinis	7,4%	63,1%	29,5%	10,291	6	0,113
	Vidurinis profesinis	4,7%	77,4%	17,9%			
	Aukštesnysis	6,3%	72,5%	21,3%			
	Aukštasis	11,7%	72,7%	15,6%			
Gyvenamoji vieta	Miestas	6,8%	71,1%	22,1%	0,207	2	0,902
	Kaimas	8,0%	70,7%	21,3%			

Kaip matyti iš žemiau esančiame paveiksle pateiktų duomenų, daugumai respondentų (71 proc.) pradėjus maitintis pagal priskirtą dietą svoris nepakito, tuo tarpu sumažėjo 23 proc. o iš jų tik (7 proc.) padidėjo.



32 pav. Pasiskirstymas pagal svorio pokytį pradėjus maitintis pagal priskirtą dietą

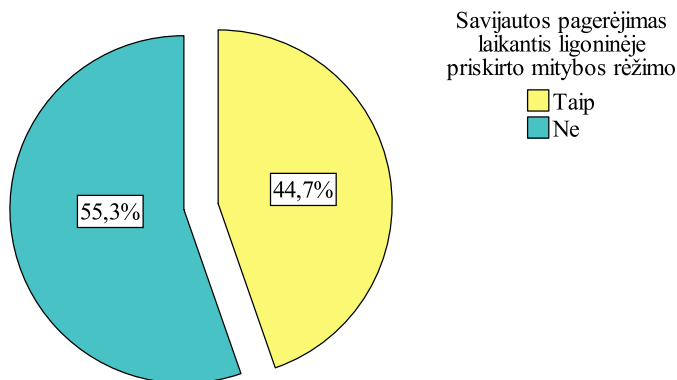
Buvo palygintas pokytis pradėjus maitintis pagal priskirtą dietą skirtingose respondentų grupėse pagal jų socialines–demografines charakteristikas (žr. 29 lentelę). Apskaičiavus „Chi kvadrato“ (χ^2) kriterijus, buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai (kai $p < 0,05$), kurie parodė, kad reikšmingai dažniau svoris nukrito iki 40 m. asmenims, nei kad 41-60 m. asmenims. Tuo tarpu svorio pokytis tarp skirtingos lyties, amžiaus, išsilavinimo ir gyvenamosios vietos respondentų grupių reikšmingai nesiskyrė (nes $p > 0,05$).

29 lentelė. Pasiskirstymas pagal pokytį pradėjus maitintis pagal priskirtą dietą pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas

		Svorio pasikeitimas pradėjus maitintis pagal priskirtą dietą ar įprastą ligoninės maistą			χ^2	lls	p
		Padidėjo	Nepakito	Nukrito			
Lytis	Vyrai	4,0%	74,6%	21,4%	3,892	2	0,143
	Moterys	8,4%	67,3%	24,3%			
Amžius	Iki 40 m.	3,2%	65,1%	31,7%	16,781	6	0,010
	41-50 m.	12,9%	69,4%	17,6%			
	51-60 m.	7,1%	77,8%	15,2%			
	61 m. ir daugiau	3,6%	68,6%	27,9%			
Išsilavinimas	Pradinis, vidurinis	9,1%	66,9%	24,0%	6,739	6	0,346
	Vidurinis profesinis	4,6%	77,8%	17,6%			
	Aukštesnysis	3,7%	72,0%	24,4%			
	Aukštasis	7,9%	64,5%	27,6%			
Gyvenamoji vieta	Miestas	6,4%	70,8%	22,9%	0,018	2	0,991
	Kaimas	6,6%	70,2%	23,2%			

Statistiškai reikšmingi skirtumai paryškinti ($p < 0,05$)

Taip pat nustatyta, kad laikantis ligoninėje priskirto mitybos režimo savijauta pagerėjo tik 45 proc. respondentų, tuo tarpu 55 proc. nurodė, kad pagerėjimo nepajuto.



33 pav. Pasiskirstymas pagal savijautos pagerėjimą laikantis ligoninėje priskirto mitybos režimo

Palyginta savijautos pagerėjimą laikantis ligoninėje priskirto mitybos režimo skirtingose respondentų grupėse pagal jų socialines–demografines charakteristikas (žr. 30 lentelę). Apskaičiavus „Chi kvadrato“ (χ^2) kriterijus, statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvo nustatyta, kas rodo, kad

savijautos pagerėjimas tarp skirtingos lyties, amžiaus, išsilavinimo ir gyvenamosios vietos respondentų grupių reikšmingai nesiskyrė (nes $p > 0,05$).

30 lentelė. Pasiskirstymas pagal savijautos pagerėjimą laikantis ligininėje priskirto mitybos režimo pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas

		Savijautos pagerėjimas laikantis ligininėje priskirto mitybos režimo		χ^2	l/s	p
		Taip	Ne			
Lytis	Vyrai	40,7%	59,3%	1,990	1	0,158
	Moterys	47,9%	52,1%			
Amžius	Iki 40 m.	48,4%	51,6%	0,482	3	0,923
	41-50 m.	43,7%	56,3%			
	51-60 m.	44,8%	55,2%			
	61 m. ir daugiau	43,5%	56,5%			
Išsilavinimas	Pradinis, vidurinis	39,7%	60,3%	4,573	3	0,206
	Vidurinis profesinis	49,1%	50,9%			
	Aukštesnysis	39,5%	60,5%			
	Aukštasis	51,9%	48,1%			
Gyvenamoji vieta	Miestas	47,9%	52,1%	2,536	1	0,111
	Kaimas	39,6%	60,4%			

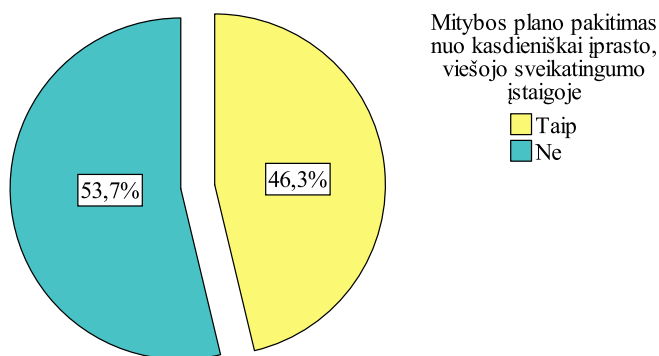
Tyrimo dalyvavusių respondentų buvo prašoma dešimtbalėje skalėje įvertinti sveikatos priežiūros įstaigų maisto atitikimą jų mitybos įpročiams. Nustatyta, kad šių vertinimų vidurkis buvo pakankamai aukštas ir sudarė $8,08 \pm 1,72$ balus. Taip pat apskaičiavimo šių vertinimų vidurkius tarp skirtingų socialinių–demografinių charakteristikų respondentų grupių, bei apskaičiavimo Spearmano koreliacijos koeficientus (r) tarp vertinimų ir socialinių–demografinių charakteristikų. Kaip matyti iš žemiau esančioje lentelėje pateiktų duomenų, koreliacijos koeficientai nebuvo reikšmingi (nes $p > 0,05$), kas rodo, kad statistiškai reikšmingo ryšio tarp sveikatos priežiūros įstaigų maisto atitikimo vertinimų ir lyties, amžiaus, išsilavinimo ir gyvenamosios vietos nėra.

31 lentelė. Sveikatos priežiūros įstaigų maisto atitikimą jų mitybos įpročiams vertinimo vidurkiai pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas

		Sveikatos priežiūros įstaigų maisto atitikimo savo mitybos įpročiams vertinimas		r	p
		Vid.	SN		
Lytis	Vyrai	7,98	1,77	0,047	0,355
	Moterys	8,17	1,69		
Amžius	Iki 40 m.	7,92	1,84	0,022	0,667
	41-50 m.	8,08	1,98		
	51-60 m.	8,12	1,49		

	61 m. ir daugiau	8,13	1,68		
Išsilavinimas	Pradinis, vidurinis	8,02	1,70	0,029	0,573
	Vidurinis profesinis	8,20	1,64		
	Aukštesnysis	8,01	1,68		
	Aukštasis	8,09	1,95		
Gyvenamoji vieta	Miestas	8,15	1,70	-0,55	0,283
	Kaimas	7,97	1,78		

Kaip matyti iš žemiau esančiame paveiksle pateiktų duomenų, mitybos planas nuo kasdienio pakito tik mažiau nei pusei (46 proc.) respondentų, o (54 proc.) respondentams mitybos planas nepakito nuo kasdieniškai įprasto.



34 pav. Pasiskirstymas pagal mitybos plano pokytį nuo kasdienio viešojo sveikatingumo įstaigoje

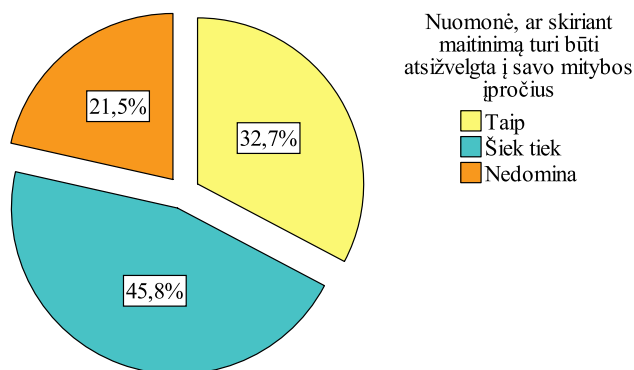
Palyginta mitybos plano pokytis nuo kasdienio viešojo sveikatingumo įstaigoje skirtingose respondentų grupėse pagal jų socialines–demografines charakteristikas (žr. 32 lentelę). Apskaičiavus „Chi kvadrato“ (χ^2) kriterijus, statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvo nustatyta, kas rodo, kad mitybos plano pokytis tarp skirtingos lyties, amžiaus, išsilavinimo ir gyvenamosios vietos respondentų grupių reikšmingai nesiskyrė (nes $p > 0,05$).

32 lentelė. Pasiskirstymas pagal mitybos plano pokytį nuo kasdienio viešojo sveikatingumo įstaigoje pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas

		Mitybos plano pakitimas nuo kasdieniškai įprasto, viešojo sveikatingumo įstaigoje		χ^2	Ils	p
		Taip	Ne			
Lytis	Vyrai	44,8%	55,2%	0,258	1	0,611

	Moterys	47,4%	52,6%			
Amžius	Iki 40 m.	53,1%	46,9%	2,689	3	0,442
	41-50 m.	46,5%	53,5%			
	51-60 m.	40,2%	59,8%			
	61 m. ir daugiau	47,1%	52,9%			
Išsilavinimas	Pradinis, vidurinis	48,4%	51,6%	2,734	3	0,434
	Vidurinis profesinis	45,8%	54,2%			
	Aukštesnysis	39,0%	61,0%			
	Aukštasis	51,3%	48,7%			
Gyvenamoji vieta	Miestas	46,0%	54,0%	0,017	1	0,897
	Kaimas	46,7%	53,3%			

Kaip matyti iš žemiau esančiame paveiksle pateiktų duomenų, tik 33 proc. respondentų mano, kad skiriant maitinimą turi būti atsižvelgiama į mitybos įpročius, tuo tarpu dalinai su tuo sutiko 46 proc.



35 pav. Pasiskirstymas pagal nuomonę, ar skiriant maitinimą turi būti atsižvelgiama į mitybos įpročius

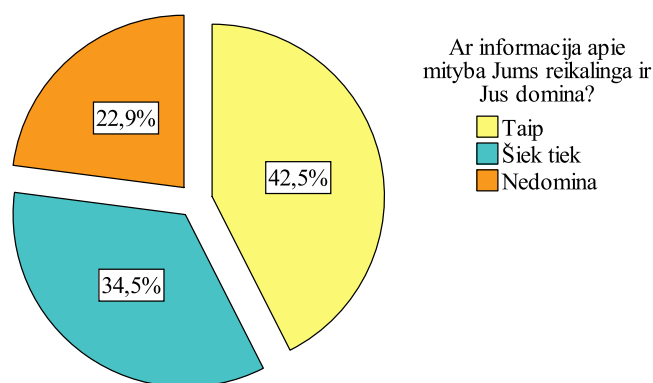
Palyginta nuomonė, ar skiriant maitinimą turi būti atsižvelgiama į mitybos įpročius skirtingose respondentų grupėse pagal jų socialines–demografines charakteristikas (žr. 33 lentelę). Apskaičiavus „Chi kvadrato“ (χ^2) kriterijus, buvo nustatyti statistiškai reikšmingi (kai $p < 0,05$) skirtumai, kurie parodė, kad su šia nuomone reikšmingai dažniau sutinka moterys, nei kad vyrai, ir jaunesni nei 50 m. asmenys, nei kad vyresni. Tuo tarpu nuomonė tarp skirtingos lyties, amžiaus, išsilavinimo ir gyvenamosios vietos respondentų grupių reikšmingai nesiskyrė (nes $p > 0,05$).

33 lentelė. Pasiskirstymas pagal nuomonę, ar skiriant maitinimą turi būti atsižvelgiama į mitybos įpročius pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas

		Nuomonė, ar skiriant maitinimą turi būti atsižvelgta į savo mitybos įpročius			χ^2	lls	p
		Taip	Šiek tiek	Nedomina			
Lytis	Vyrai	26,3%	43,4%	30,3%	15,834	2	0,000
	Moterys	38,0%	47,7%	14,4%			
Amžius	Iki 40 m.	49,2%	35,4%	15,4%	20,683	6	0,002
	41-50 m.	39,1%	49,4%	11,5%			
	51-60 m.	27,3%	48,5%	24,2%			
	61 m. ir daugiau	25,0%	46,4%	28,6%			
Išsilavinimas	Pradinis, vidurinis	30,1%	43,9%	26,0%	11,840	6	0,066
	Vidurinis profesinis	27,8%	50,0%	22,2%			
	Aukštesnysis	30,5%	53,7%	15,9%			
	Aukštasis	46,2%	34,6%	19,2%			
Gyvenamoji vieta	Miestas	37,1%	43,8%	19,2%	5,699	2	0,058
	Kaimas	25,8%	49,0%	25,2%			

Statistiškai reikšmingi skirtumai paryškinti ($p < 0,05$)

Kaip matyti, informacija apie mitybą domina ir yra reikalinga 43 proc. respondentų, o dar 35 proc. domina bent šiek tiek.



36 pav. Pasiskirstymas pagal nuomonę, ar yra reikalinga informacija apie mitybą

Taip pat buvo palyginta nuomonė, ar yra reikalinga informacija apie mitybą skirtingose respondentų grupėse pagal jų socialines–demografines charakteristikas (žr. 34 lentelę). Apskaičiavus „Chi kvadrato“ (χ^2) kriterijus, buvo nustatyti statistiškai reikšmingi (kai $p < 0,05$) skirtumai, kurie

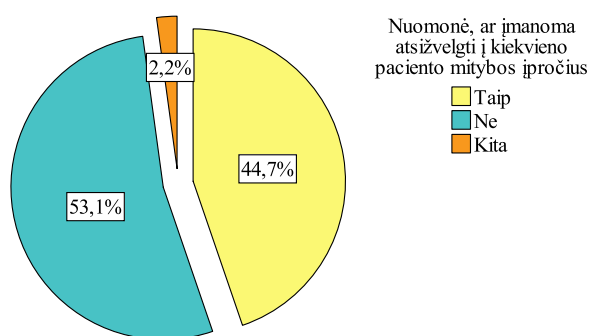
parodė, kad informacija apie mitybą reikšmingai dažniau domina moteris, jaunesnius nei 50 m. asmenis, turinčius aukštesnį ir aukštą išsilavinimą ir gyvenančius miestuose.

34 lentelė. Pasiskirstymas pagal nuomonę, ar yra reikalinga informacija apie mitybą pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas

		Ar informacija apie mitybą Jums reikalinga ir Jus domina?			χ^2	lls	p
		Taip	Šiek tiek	Nedomina			
Lytis	Vyrai	33,3%	34,5%	32,2%	18,026	2	0,000
	Moterys	50,0%	34,6%	15,4%			
Amžius	Iki 40 m.	60,9%	25,0%	14,1%	19,772	6	0,003
	41-50 m.	52,3%	30,2%	17,4%			
	51-60 m.	34,7%	38,8%	26,5%			
	61 m. ir daugiau	33,6%	38,6%	27,9%			
Išsilavinimas	Pradinis, vidurinis	31,1%	39,3%	29,5%	18,830	6	0,004
	Vidurinis profesinis	38,9%	35,2%	25,9%			
	Aukštesnysis	48,8%	35,4%	15,9%			
	Aukštasis	59,2%	25,0%	15,8%			
Gyvenamoji vieta	Miestas	49,0%	32,2%	18,8%	11,599	2	0,003
	Kaimas	32,2%	38,3%	29,5%			

Statistiškai reikšmingi skirtumai paryškinti (p<0,05)

Tyrimo metu nustatyta, kad tik 48 proc. respondentų mano, kad į kiekvieno paciento mitybos įpročius atsižvelgti galima, tuo tarpu su tuo nesutinka daugiau nei pusė (53 proc.).



37 pav. Pasiskirstymas pagal nuomonę, ar įmanoma atsižvelgti į kiekvieno paciento mitybos įpročius

Taip pat palyginta nuomonė, ar įmanoma atsižvelgti į kiekvieno paciento mitybos įpročius, skirtingose respondentų grupėse pagal jų socialines–demografines charakteristikas (žr. 35 lentelę).

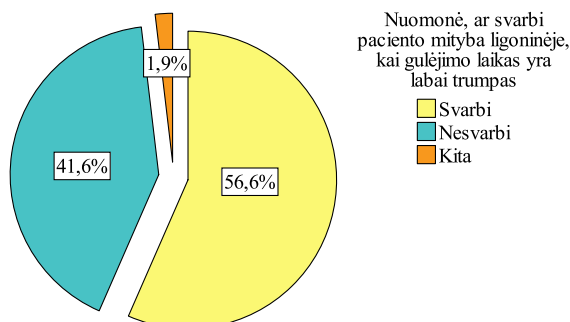
Apskaičiavus „Chi kvadrato“ (χ^2) kriterijus, buvo nustatyti statistiškai reikšmingi (kai $p < 0,05$) skirtumai, kurie parodė, kad su nuomone reikšmingai dažniau sutinka jaunesni nei 50 m. asmenys, nei kad vyresni. Tuo tarpu nuomonė tarp skirtingos lyties, išsilavinimo ir gyvenamosios vietos respondentų statistiškai reikšmingai nesiskyrė (nes $p > 0,05$).

35 lentelė. Pasiskirstymas pagal nuomonę, ar įmanoma atsižvelgti į kiekvieno paciento mitybos įpročius pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas

		Nuomonė, ar įmanoma atsižvelgti į kiekvieno paciento mitybos įpročius			χ^2	l/s	p
		Taip	Ne	Kita			
Lytis	Vyrai	38,4%	59,8%	1,8%	5,230	2	0,073
	Moterys	49,8%	47,8%	2,4%			
Amžius	Iki 40 m.	52,5%	41,0%	6,6%	21,510	6	0,001
	41-50 m.	58,8%	41,2%	0,0%			
	51-60 m.	36,3%	61,5%	2,2%			
	61 m. ir daugiau	38,1%	60,4%	1,5%			
Išsilavinimas	Pradinis, vidurinis	38,6%	57,0%	4,4%	7,386	6	0,287
	Vidurinis profesinis	45,7%	52,4%	1,9%			
	Aukštesnysis	45,5%	54,5%	,0%			
	Aukštasis	52,0%	46,7%	1,3%			
Gyvenamoji vieta	Miestas	48,1%	50,2%	1,7%	2,968	2	0,227
	Kaimas	39,3%	57,9%	2,9%			

Statistiškai reikšmingi skirtumai paryškinti ($p < 0,05$)

Kaip matyti iš žemiau esančiam paveiksle pateiktų duomenų, dauguma respondentų (57 proc.) mano, kad paciento mityba yra svarbi ligoninėje gulint ir trumpą laiką, tuo tarpu su šia nuomone nesutiko 42 proc.



38 pav. Pasiskirstymas pagal nuomonę, svarbi yra mityba ligoninėje, kai gulėjimo laikas yra labai trumpas

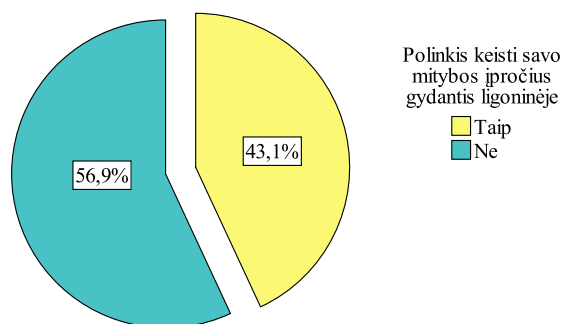
Buvo palyginta nuomonė, ar svarbi yra mityba ligoninėje, kai gulėjimo laikas yra labai trumpas, skirtingose respondentų grupėse pagal jų socialines–demografines charakteristikas (žr. 36 lentelę). Apskaičiuavus „Chi kvadrato“ (χ^2) kriterijus, buvo nustatyti statistiškai reikšmingi (kai $p < 0,05$) skirtumai, kurie parodė, kad su šia nuomone reikšmingai dažniau sutinka jaunesni nei 50 m. asmenys ir asmenys, turintys aukštesnįjį ar aukštąjį išsilavinimą. Tuo tarpu nuomonė tarp skirtingos lyties, išsilavinimo ir gyvenamosios vietos respondentų statistiškai reikšmingai nesiskyrė (nes $p > 0,05$).

36 lentelė. Pasiskirstymas pagal nuomonę, svarbi yra mityba ligoninėje, kai gulėjimo laikas yra labai trumpas pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas

		Nuomonė, ar svarbi paciento mityba ligoninėje, kai gulėjimo laikas yra labai trumpas			χ^2	lls	p
		Svarbi	Nesvarbi	Kita			
Lytis	Vyrai	50,9%	47,2%	1,8%	3,886	2	0,143
	Moterys	61,0%	37,1%	1,9%			
Amžius	Iki 40 m.	71,9%	25,0%	3,1%	13,624	6	0,034
	41-50 m.	63,4%	35,4%	1,2%			
	51-60 m.	50,0%	47,9%	2,1%			
	61 m. ir daugiau	49,6%	48,9%	1,5%			
Išsilavinimas	Pradinis, vidurinis	53,5%	43,9%	2,6%	13,057	6	0,042
	Vidurinis profesinis	46,2%	51,9%	1,9%			
	Aukštesnysis	63,6%	36,4%	,0%			
	Aukštasis	68,4%	28,9%	2,6%			
Gyvenamoji vieta	Miestas	59,3%	39,0%	1,7%	1,855	2	0,395
	Kaimas	52,1%	45,8%	2,1%			

Statistiškai reikšmingi skirtumai paryškinti ($p < 0,05$)

Nustatyta, kad polinkį keisti mitybos įpročius gulint ligoninėje turi mažiau nei pusė (43 proc.) respondentų, o iš jų net (57 proc.) respondentų neturi polinkio keisti savo įprastos mitybos įpročių.



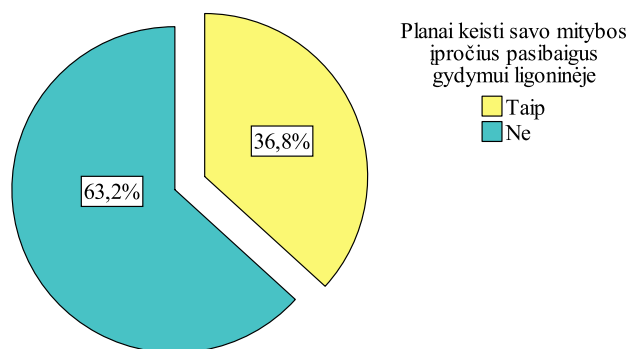
39 pav. Pasiskirstymas pagal polinkį keisti mitybos įpročius gulint ligoninėje

Palyginta polinkį keisti mitybos įpročius gulint ligoninėje skirtingose respondentų grupėse pagal jų socialines–demografines charakteristikas (žr. 37 lentelę). Apskaičiavus „Chi kvadrato“ (χ^2) kriterijus, statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvo nustatyta, kas rodo, kad polinkis keisti mitybos įpročius tarp skirtingos lyties, išsilavinimo ir gyvenamosios vietos respondentų statistiškai reikšmingai nesiskyrė (nes $p > 0,05$).

37 lentelė. Pasiskirstymas pagal polinkį keisti mitybos įpročius gulint ligoninėje pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas

		Polinkis keisti savo mitybos įpročius gydantis ligoninėje		χ^2	lls	p
		Taip	Ne			
Lytis	Vyrai	38,5%	61,5%	2,677	1	0,102
	Moterys	46,8%	53,2%			
Amžius	Iki 40 m.	43,1%	56,9%	0,008	3	1,000
	41-50 m.	43,0%	57,0%			
	51-60 m.	43,4%	56,6%			
	61 m. ir daugiau	42,9%	57,1%			
Išsilavinimas	Pradinis, vidurinis	36,6%	63,4%	3,263	3	0,353
	Vidurinis profesinis	45,4%	54,6%			
	Aukštesnysis	45,1%	54,9%			
	Aukštasis	48,1%	51,9%			
Gyvenamoji vieta	Miestas	45,6%	54,4%	1,611	1	0,204
	Kaimas	39,1%	60,9%			

Nustatyta, kad pasibaigus gydymui mitybos įpročius planuoja keisti tik 37 proc. respondentų, o likusioji dalis net (63 proc.) nežada keisti savo mitybos įpročių pasibaigus gydymui.



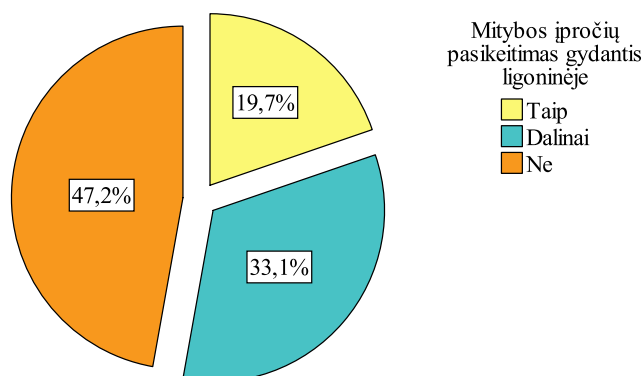
40 pav. Pasiskirstymas pagal planus keisti mitybos įpročius pasibaigus gydymui

Buvo palyginta planus keisti mitybos įpročius pasibaigus gydymui skirtingose respondentų grupėse pagal jų socialines–demografines charakteristikas (žr. 38 lentelę). Apskaičiavus „Chi kvadrato“ (χ^2) kriterijus, statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvo nustatyta, kas rodo, kad mitybos planai keisti mitybos įpročius tarp skirtingos lyties, išsilavinimo ir gyvenamosios vietos respondentų statistiškai reikšmingai nesiskyrė (nes $p > 0,05$).

38 lentelė. Pasiskirstymas pagal planus keisti mitybos įpročius pasibaigus gydymui pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas

		Planai keisti savo mitybos įpročius pasibaigus gydymui ligoninėje		χ^2	lls	p
		Taip	Ne			
Lytis	Vyrai	32,2%	67,8%	2,837	1	0,092
	Moterys	40,5%	59,5%			
Amžius	Iki 40 m.	33,8%	66,2%	5,039	3	0,169
	41-50 m.	46,5%	53,5%			
	51-60 m.	36,7%	63,3%			
	61 m. ir daugiau	32,1%	67,9%			
Išsilavinimas	Pradinis, vidurinis	30,9%	69,1%	4,601	3	0,203
	Vidurinis profesinis	37,0%	63,0%			
	Aukštesnysis	45,7%	54,3%			
	Aukštasis	36,4%	63,6%			
Gyvenamoji vieta	Miestas	38,9%	61,1%	1,234	1	0,267
	Kaimas	33,3%	66,7%			

Nustatyta, kad ligoninėje mitybos įpročiai pakito tik 20 proc. respondentų, o 47 proc. nurodė, kad jie nepakito net dalinai.



41 pav. Pasiskirstymas pagal mitybos įpročių pasikeitimą gydantis ligoninėje

Palyginus mitybos įpročių pasikeitimą gydantis ligoninėje skirtingose respondentų grupėse pagal jų socialines–demografines charakteristikas (žr. 39 lentelę). Apskaičiavus „Chi kvadrato“ (χ^2) kriterijus, statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvo nustatyta, kas rodo, kad mitybos įpročių pasikeitimas tarp skirtingos lyties, išsilavinimo ir gyvenamosios vietos respondentų statistiškai reikšmingai nesiskyrė (nes $p > 0,05$).

39 lentelė. Pasiskirstymas pagal mitybos įpročių pasikeitimą gydantis ligoninėje pagal respondentų socialines–demografines charakteristikas

		Mitybos įpročių pasikeitimas gydantis ligoninėje			χ^2	Ils	p
		Taip	Dalinai	Ne			
Lytis	Vyrai	16,7%	31,0%	52,3%	3,648	2	0,161
	Moterys	22,2%	34,7%	43,1%			
Amžius	Iki 40 m.	15,4%	33,8%	50,8%	6,020	6	0,421
	41-50 m.	24,4%	38,4%	37,2%			
	51-60 m.	17,2%	34,3%	48,5%			
	61 m. ir daugiau	20,7%	28,6%	50,7%			
Išsilavinimas	Pradinis, vidurinis	18,7%	30,1%	51,2%	5,391	6	0,495
	Vidurinis profesinis	22,2%	28,7%	49,1%			
	Aukštesnysis	17,1%	42,7%	40,2%			
	Aukštasis	20,8%	33,8%	45,5%			
Gyvenamoji vieta	Miestas	19,7%	36,4%	43,9%	3,444	2	0,179
	Kaimas	19,9%	27,8%	52,3%			

2.4. REZULTATŲ APTARIMAS

Moksliniame darbe yra be galo daug informacijos apie sveiką mitybą ir problemas, išskylančias nesimaitinant sveikai. Taip pat šiame darbe nagrinėjama tema apie asmens įpročius ir jų formavimąsi pabrėžiant, kad nuo pačių žmonių gyvenimo būdo priklauso sveikatos būklė ir gyvenimo kokybė. Analizuojant mokslinę literatūrą, supažindinama su mitybos įpročiais, nagrinėjamos pacientams taikomos dietos. Nepamiršamos ir svarbiausios temos – visuomenės sveikatos stiprinimas ir sveikos gyvensenos ugdymas.

Moksliniais tyrimais įrodyta, kad keičiant gyvensenos įpročius galima pagerinti gyventojų sveikatą ir pailginti jų gyvenimo trukmę, todėl išskirtinis dėmesys skiriamas sveikos gyvensenos ugdymui ir sąlygų sveikai gyventi sukūrimui (Strukčinskienė B., 2014). Sveika ir visavertė mityba daro poveikį fiziniam ir protiniam žmogaus vystymuisi, darbingumui bei ilgaamžiškumui (Budreikaitė A., 2017).

Tyrimo metu nustatyta, kad sveikos mitybos principais stengiasi remtis mažiau nei pusė (43 proc.) asmenų, o dar 32 proc. tą daro bent kartais. Taip pat matyti, kad dažniausiai maisto produktai pasirenkami atsižvelgiant į šeimos narių poreikius (36 proc.), skonines savybes (28 proc.) ir ligų profilaktiką bei sveikatos gerinimą (27 proc.), rečiau – kainą (15 proc.). Lyginant su 2013–2014 metais Lietuvoje atlikto mitybos įpročių ir faktinės mitybos tyrimo duomenimis, parodžiusiais, kad Lietuvos gyventojų pagrindiniai maisto produktų pasirinkimo kriterijai yra skonis – 39,7 proc. – ir kaina – 31,9 proc., o maistą sveikatos gerinimo (ligų profilaktikos) tikslu renkasi tik 13,4 proc. respondentų, galima teigti, kad žmonės laikui bėgant tampa sąmoningesni ir didesnę dėmesį kreipia į savo sveikatos gerinimą, tačiau maisto produktus pasirinkimas pagal skonines savybes taip pat išlieka reikšmingu faktoriumi.

Tokie mokslininkai, kaip Stukas R., Šurkienė G., Grubytė S ir kt. teigia, kad mitybos reikšmė žmonių sveikatai ir gyvenimo kokybei yra didžiulė, labai svarbūs yra informacijos apie mitybą šaltiniai, kuriais žmonės naudojasi. Galima pastebėti, kad daugiausia informacijos apie mitybą gaunama iš įvairių informacijos šaltinių: knygų, televizijos, šeimos narių ir kt. Spauda – vienas iš labiausiai veikiančių žmogaus sąmonę ir jo mitybos įpročius informacijos sklaidos būdų. Vis dėlto spaudoje skelbiama informacija apie mitybą ne visada pateikiama atsižvelgus į sveikos mitybos rekomendacijas, nes joje gausu reklamų, kuriomis dažniau siekiama pasipelnyti, nei suteikti tinkamų žinių apie sveiką gyvenimo būdą. Atliktame tyrime nustatyta, kad žiniasklaida reikšmingai dažniau veikia moterų (16,7 proc.) nei vyrų (9,1 proc.) mitybos įpročius, taip pat iki 40 m. (18,5 proc.) ir 51–60 m. (19,2 proc.) asmenis, turinčius vidurinį profesinį išsilavinimą. Taip pat didžiąją dalį apklaustųjų veikia ir darbo aplinka, kuri reikšmingai dažniau daro įtaką jaunesniems nei 50 m. (44,1 proc.), turintiems aukštesnįjį ir aukštąjį išsilavinimą (46,2 proc.) asmenims.

Vertinant savijautos pagerėjimą laikantis ligininėje priskirto mitybos režimo, geriau jautėsi tik 45 proc. respondentų, o 55 proc. nurodė, kad pagerėjimo nepajuto. Analizuojant pacientų energijos pokytį, nustatyta, kad daugumai respondentų (71 proc.) energija nepakito, 22 proc. skundėsi energijos sumažėjimu ir tik 7 proc. – energijos padidėjimu. Vis dėlto paklausus, ar informacija apie mitybą domina ir yra reikalinga, 43 proc. respondentų, o dar 35 proc. domina bent šiek tiek. Reikšmingai dažniau informacija apie mitybą domina moteris (50 proc.), jaunesnius nei 50 m. asmenis, turinčius aukštesnįjį ir aukštąjį išsilavinimą ir gyvenančius miestuose.

Merkys G., Norkus A., Dovydaitis J. pabrėžia, kad visuomenė tikrai yra įgijusi žinių apie sveiką gyvenseną, sveiką mitybą, tačiau tos žinios ir žmogaus faktinė elgsena nuolat prieštarauja tarpusavyje. Atlikus tyrimą tai įrodyta, kai respondentų klausama, su kuo jie linkę sieti sveiką mitybą. Matyti, kad dažniausiai sveika mityba siejama su vaisiais ir daržovėmis (45 proc.), šviežiai gaminamu maistu (41 proc.) ir saiku (38 proc.), rečiau – su maisto derinimu (26 proc.), ekologiškais produktais (24 proc.) ir genetiškai nemodifikuotais produktais (14 proc.). Tačiau taip pat galima įžvelgti, kad sveikesnę mitybą dažniau siekia propaguoti iki 40 m. asmenys (65 proc.) nei vyresni (34 proc.). Taip pat sveika mityba labiau rūpinasi asmenys, turintys aukštesnįjį ar aukštąjį išsilavinimą, nei respondentai, turintys žemesnį išsilavinimą.

Klausimyno pabaigoje pacientams buvo užduodami klausimai, ar pasibaigus gydymui ligininėje, jie planuoja keisti savo mitybos įpročius. Didžioji dalis (net 63 proc.) nežada keisti savo mitybos įpročių, o likusioji dalis (37 proc.) pasibaigus gydymui juos planuoja keisti. Svarbu buvo sužinoti ir tai, ar linkstama keisti mitybos įpročius gulint ligininėje. Mažiau nei pusė (43 proc.) respondentų linkę keisti savo mitybos įpročius, tačiau iš jų net 57 proc. apklaustųjų neturi polinkio keisti savo mitybos įpročių. Pagal Bulotaitę L., ir Vičaitę S. (2016), siekiant užtikrinti veiksmingą ligų prevenciją, svarbu keisti sveikatai nepalankų elgesį.

Apibendrinant būtų galima teigti, kad visuomenei privaloma nuolat suteikti tinkamą informaciją, jog ji būtų suinteresuota gyventi sveikiau. Reikia skatinti rinktis sveikesnius produktus ar užsiimti tam tikra fizine veikla ir kurti saugesnę, sveikesnę aplinką gyventojams. Svarbu pabrėžti, kad švietimo sektorius yra kaip sveikatos priežiūros sektoriaus dalis ir jau nuo pat ankstyvosios vaikystės atlieka svarbų vaidmenį. Mokymo įstaigos turi suteikti atitinkamų žinių apie maistą, mitybą ir fizinį aktyvumą, o visa informacija turi būti perduodama tolimesnėms kartoms tam, kad ateities kartų gyvenimas būtų kokybiškesnis ir sveikesnis.

IŠVADOS

1. Asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dietos yra teikiamos remiantis Lietuvos Respublikos įsakymu. Dietos yra skirstomos į pagrindines dietas, gydomąsias dietas ir gydomąsias specifines dietas. Dietinis maitinimas priskiriamas gydytojo, kuris užtikrina paciento fiziologinių ir ligos nulemtų individualių maisto medžiagų ir energijos poreikių patenkinimą, parenkant tinkamus pagal skiriamą dietinį gydymą maisto produktus, patiekalų gamybos būdą, konsistenciją ir valgymo režimą.
2. Įvertinus gautus rezultatus, nustatyta, kad remtis sveikos mitybos principais stengiasi mažiau nei pusė (43 proc.) asmenų, o dar 32 proc. tą daro bent kartais. Taip pat dauguma respondentų (42 proc.) valgo tuomet, kai jaučia alkį, o 5 kartus per dieną – 22 proc.
3. Palyginti mitybos įpročiams įtakos turintys veiksniai, kurie parodė, kad žiniasklaida reikšmingai dažniau paveikia moterų (16,7 proc.) nei vyrų (9,1 proc.) mitybos įpročius, taip pat iki 40 m. (18,5 proc.) ir 51–60 m. (19,2 proc.) asmenų, turinčių vidurinį profesinį išsilavinimą, mitybos įpročius. Darbo aplinka reikšmingai dažniau veikia jaunesnių nei 50 m. (44,1 proc.), turinčių aukštesnį ir aukštąjį išsilavinimą (46,2 proc.) mitybos įpročius.
4. Nustatyta, kad dažniausiai sveika mityba siejama su vaisiais ir daržovėmis (45 proc.), šviežiais gaminamu maistu (41 proc.) ir saiku (38 proc.), rečiausiai – su maisto derinimu (26 proc.). Analizuojant, ar respondentų mityba yra tinkama ir su ja gaunama pakankamai maistinių medžiagų, daugiau nei pusė (51 proc.) mano, kad jų mityba yra tinkama, o su šiuo teiginiu nesutiko tik kas penktas apklaustasis.
5. Po priskirtos dietos ar ligoninės įprasto maisto, apetitas buvo dingęs mažiau nei pusei (36 proc.) respondentų, 22 proc. skundėsi energijos sumažėjimu ir tik 7 proc. – energijos padidėjimu. Laikantis ligoninėje priskirto mitybos režimo savijauta pagerėjo tik 45 proc. respondentų.

LITERATŪRA

1. Astrauskienė A., Abaravičius A., Bartkevičiūtė R. ir kt. 2011. Sveikos gyvensenos rekomendacijos. Vilnius.
2. Bardauskienė S. 2008. Mityba, sveikata ir fizinis aktyvumas. Paskaitos konspektas. [interaktyvus], [žiūrėta 2020m. sausio 04 d.] Prieigą per internetą: <<http://ebooks.profcentras.leidyba.lt/eb/1538/mityba-sveikata-ir-fizinis-aktyvumas/>>
3. Bardauskienė S. Mityba, sveikata ir fizinis aktyvumas. Kaunas. 2008. [interaktyvus], [žiūrėta 2020m. sausio 04 d.] Prieigą per internetą: <<http://ebooks.profcentras.leidyba.lt/eb/1538/mityba-sveikata-ir-fizinis-aktyvumas/>>
4. Bartkevičiūtė R., Barzda A., Stukas R. ir kt. 2010. Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras. Vilniaus universiteto medicinos fakultetas Kauno medicinos universitetas. Sveikos mitybos rekomendacijos. Vilnius.
5. Barzda A. Bartkevičiūtė R. Baltušytė I. ir kt. 2016 Suaugusių ir pagyvenusių lietuvių gyventojų faktinės mitybos ir mitybos įpročių tyrimas. Visuomenės sveikata.
6. Budreikaitė A., Kontautienė V., Janušaitė G. Klipėdos universiteto studentų požiūris į maisto papildų vartojimą, Sporto mokslas, 2017 priedas, Nr. 4, 46-53 p.
7. Bulotaitė L., Vičaitė S. 2016 Su sveikata susijusį elgesį aiškinančios teorijos ir modeliai: kas skatina keisti elgesį. Visuomenės sveikata. Nr. 1, p. 9-18
8. Constitution of the World Health Organization. WHO, Geneva, 1948.
9. Damulevičienė G., Lesauskaitė V., Macijauskienė J. 2008. Pagyvenusio amžiaus operuotinių pacientų mitybos būklė. Medicina. Kaunas. Nr. 8, p. 609-618
10. Deshpande S., Basil. D. M., Basil. Z. D. 2009. Factors Influencing Healthy Eating Habits Among College Students: An Application of the Health Belief Model. Health Marketing Quarterly. Volume 26, p. 145-164. [interaktyvus], [žiūrėta 2020m. vasario 18 d.] Prieigą per internetą: <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07359680802619834>>
11. Dietų ir maitinimo administravimo veiklos procesas. 2015. [interaktyvus], [žiūrėta 2019m. gruodžio 08 d.] Prieigą per internetą: <http://kaunoligonine.lt/public/var/UserFiles/HIS_dokumentai/VP15-Dietu-maitinimo-administravimas-v1.pdf>
12. Dobrovolskij V., Stukas R. 2012. Studentų mitybos ypatumai. Visuomenės sveikata. Nr. 1, p. 14-19.

13. Dobrovolskij V., Stukas R. 2013. Lietuvos gyventojų mitybos įpročiai. Visuomenės sveikata. Nr. 4. 34-41p.
14. Dobrovolskij V., Stukas R. 2014. Lietuvos gyventojų mitbos įpročiai 2013 metais. Mokomoji knyga. Vilniaus universitetas. [interaktyvus], [žiūrėta 2019 m. gruodžio 08 d.] Prieigą per internetą:
<[http://smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Mityba ir fizinis aktyvumas/mitybos%20DB/Lietuvos%20gyventoju%20mitybos%20iprociai%202013%20metais.pdf](http://smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Mityba_ir_fizinis_aktyvumas/mitybos%20DB/Lietuvos%20gyventoju%20mitybos%20iprociai%202013%20metais.pdf) >
15. Dobrovolskij V., Stukas R., Žilinskienė R., ir kt. 2012. Fiziškai aktyvių studentų maisto papildų vartojimo ypatumai. Sveikatos mokslai. Nr. 2. 61-66 p.
16. Enterinio maitinimo pagrindai. Enterinio maitinimo centro draugija. 2007. [interaktyvus], [žiūrėta 2019m. gruodžio 08 d.] Prieigą per internetą:
<http://www.emcdraugija.lt/downloads/enterinio_maitinimo_pagrindai.pdf>
17. European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020. WHO. Denmark. 2014. [interaktyvus], [žiūrėta 2020m. sausio 04 d.] Prieiga per internetą: <
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/253727/64wd14e_FoodNutAP_140426.pdf>
18. Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. WHO. 2009. [interaktyvus], [žiūrėta 2020m. vasario 18 d.] Prieigą per internetą:
<https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf
≥
19. Grabauskas V., Klumbienė J., Petkevičienė J. ir kt. 2013. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenamos tyrimas 2012. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas Medicinos akademija, Lietuva.
20. Grabauskas V., Klumbienė J., Petkevičienė J. ir kt. 2015. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenamos tyrimas 2014. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Kaunas.
21. Gudžinskienė V., Česnavičienė J. 2014. 5–8 Klasių mokinių sveikos gyvenamos žinios, įgūdžiai ir įpročiai, taikant informacijos motyvacijos – įgūdžių modelį. Socialinis darbas. Nr. 13, Mykolo Romerio universitetas. [interaktyvus], [žiūrėta 2020m. vasario 18 d.] Prieigą per internetą: <<https://repository.mruni.eu/bitstream/handle/007/12990/3920-8508-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>
22. Higienos institutas. Stacionaro ligonių sudėtis pagal gydymo įstaigas. [interaktyvus], [žiūrėta 2019m. gruodžio 08 d.] Prieigą per internetą: <https://stat.hi.lt/default.aspx?report_id=143>
23. <http://sm-hs.eu/wp-content/uploads/2019/03/961-2824-1-PB.pdf>

24. Jager, W. 2003. Breaking 'bad habits': a dynamical perspective on habit formation and change. Groningen: University of Groningen. [interaktyvus], [žiūrėta 2020m. kovo 10 d.] Prieigą per internetą: <https://www.researchgate.net/publication/251477649_Breaking_'bad_habits'_a_dynamical_perspective_on_habit_formation_and_change>
25. Januškevičienė G. Sekmokienė D. 2009. Lukoševičius L. Sveika gyvensena ir funkcionalusis maistas. Visuomenės sveikata. Nr. 4. 50-60 p.
26. Javtokas Z. 2016. PRECEDE–PROCEED modelio naudojimas planuojant ir vertinant visuomenės sveikatos stiprinimo intervencijas. Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras. Vilnius. [interaktyvus], [žiūrėta 2020m. kovo 10 d.] Prieigą per internetą: <<https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Naujienos/2016/PP%20pavyzdys%202016.pdf>>
27. Javtokas Z., Karlienė V., Kriauciūnaitė A., ir kt. 2014. Visuomenės sveikatos stiprinimo vadovas savivaldybėms. Vilnius. [interaktyvus], [žiūrėta 2020m. kovo 10 d.] Prieigą per internetą: <http://www.smlpc.lt/media/file/Methodine%20medziaga/2014-09-7%20Visuomenes%20sveikatos%20stiprinimo%20vadovas%20savivaldybems_2014%20galutinis%20%281%29.pdf>
28. Javtokas Z., Sabaliauskas R., Žagminas K. ir kt. 2013. Suaugusių Lietuvos gyventojų sveikatos raštingumas. Visuomenės sveikata. Nr. 4, p. 38-46
29. Javtokas Z., Žagminas K. 2018. Suaugusiųjų gyvensenos tyrimas: sveikatos raštingumo duomenų apžvalga. Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras. Prieigą per internetą: [interaktyvus], [žiūrėta 2020m. kovo 11 d.] <https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/SveikatosRa%C5%A1tingumo_tyrimas_2018.pdf>
30. Juozulynas A., Jurgelėnas A., Narkauskaitė L. ir kt. 2013. Integralūs sveikatos stiprinimo politikos bruožai. Visuomenės sveikata. Nr. 3, p. 62-67
31. Juozulynas A., Savičiūtė R., Jurgelėnas A. ir kt. 2011. Penkių Europos šalių pagyvenusių žmonių sveikatos resursai ir pastangos juos didinti. Visuomenės sveikata. Nr. 2, p. 5-10
32. Januškevičienė G., Sekmokienė D., Lukoševičius L. 2009. Sveika gyvensena ir funkcionalusis maistas. Visuomenės sveikata. Nr. 4, p. 50-60
33. Kardelis K. 2016. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidybos centras. [interaktyvus], [žiūrėta 2020m. kovo 15 d.] Prieigą per internetą: <<https://www.scribd.com/doc/37948910/K-Kardelis-Mokslini%C5%B3-tyrim%C5%B3-metodologija-ir-metodai>>

34. Karlienė V. 2017. Visuomenės sveikatos stiprinimo efektyvi priemonė: sveikatos raštingumo paslauga. Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras. [interaktyvus], [žiūrėta 2020m. kovo 11 d.] Prieigą per internetą: <[http://www.smlpc.lt/media/image/Naujienoms/2017%20metai/Lankstukai/Sveikatos_rastin_gumo_paslauga.%202019%20\(1\).pdf](http://www.smlpc.lt/media/image/Naujienoms/2017%20metai/Lankstukai/Sveikatos_rastin_gumo_paslauga.%202019%20(1).pdf)>
35. Kastys K. 2012. Ką žinome apie klinikinę mitybą?. Lietuvos gydytojo žurnalas. [interaktyvus], [žiūrėta 2019m. gruodžio 08 d.] Nr. 2. Prieigą per internetą: <http://emedicina.lt/lt/zurnalai/lietuvos_gydytojo_zurnalas_2012/2/savaite_aktualija_ir_sp_ECIALISTU_KOMENTARAI-_KA_ZINOME_APIE_KLINIKINE_MITYBA.HTML>
36. Kirkutis A. 2016. Dabartinė gyvenimo būdo medicina – Vydūno sveikos gyvensenos ideologijos tęsinys. Klaipėdos universiteto leidykla. [interaktyvus], [žiūrėta 2020m. vasario 19 d.] Prieigą per internetą: <https://www.ku.lt/svmf/wp-content/uploads/sites/7/2017/04/Vydunas_2016.pdf>
37. Kriaučionienė V., Petkevičienė J., Klumbienė J. 2009. Lietuvos gyventojų mitybos įpročių ir gyvensenos veiksnių sąsajos. Medicina. Kaunas, Nr. 7, p. 537-543
38. Lamanauskas V., Armonienė J. 2011. Fizinis aktyvumas kaip sveikatą sąlygojantis veiksnys: socioedukaciniai aspektai. Gamtamokslinis ugdymas. Nr. 1
39. Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimas Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos programos 2014–2025 metams patvirtinimo“. Teisės aktų registras. 2014; 2014-09403.
40. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Lietuvos gyventojų mitybos būklė. [interaktyvus], [žiūrėta 2020m. vasario 19 d.] Prieigą per internetą: <<https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/visuomenes-sveikatos-prieziura/mityba-ir-fizinis-aktyvumas-2/mitybos-prieziura/lietuvos-gyventoju-mitybos-bukle>>
41. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Lietuvos gyventojų mitybos būklė. 2014. [interaktyvus], [žiūrėta 2020m. vasario 19 d.] Prieigą per internetą: <<https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/visuomenes-sveikatos-prieziura/mityba-ir-fizinis-aktyvumas-2/mitybos-prieziura/lietuvos-gyventoju-mitybos-bukle>>
42. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Maitinimo organizavimo asmens sveikatos priežiūros įstaigose rekomendacijos. 2016 m. gruodžio 16 d. Vilnius. [interaktyvus], [žiūrėta 2020m. vasario 19 d.] Prieigą per internetą: <http://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Veiklos_sritys/visuomenes-sveikatos-prieziura/mityba-ir-fizinis-aktyvumas/SAM%20Rek%20Bdietos.pdf>

43. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2015 m. gruodžio 9 d. nutarimas Nr. 1291 „Dėl Nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2016–2023 metų plėtros programos patvirtinimo“.
44. Lim S., Tong C., Ang E., and etc. Development and validation of 3-Minute Nutrition Screening (3-MinNS) tool for acute hospital patients in Singapore 2009. p. 395-403 [interaktyvus], [žiūrėta 2020m. kovo 11 d.] Prieigą per internetą: <<https://pdfs.semanticscholar.org/1b42/412163240abec285bd24ba7d3c0b5af3c0a2.pdf>>
45. Liubinaitė L. J., Vimantaitė R. 2015. Nepakankamos mitybos išsivystymo priežastys, pasekmės ir paplitimas tarp kardiologinių pacientų Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno klinikose. SLAUGA. Mokslas ir praktika. Nr. 4. [interaktyvus], [žiūrėta 2019m. gruodžio 09 d.] Prieigą per internetą: <<http://www.sskc.lt/uploads/slauga2015/4.pdf>>
46. LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl pacientų maitinimo organizavimo asmens sveikatos priežiūros įstaigose tvarkos aprašo patvirtinimo“ 2019 m. rugpjūčio 20 d. Nr. V-1000. Vilnius.
47. Lukšienė D. I., Černiauskienė L. R., Margevičienė L. ir kt. 2008. 45–64 metų vyrų metabolinio sindromo ir rūkymo įpročių paplitimo pokyčiai per 10 metų bei šių rizikos veiksnių ryšys su išemine širdies liga. Medicina. Kaunas, Nr. 5, p. 400-406
48. Merkys G., Norkus A., Dovydaitis J. 2016. Lietuvos studentų mitybos įpročiai ir juos sąlygojantys veiksniai: masinės apklausos rezultatai. Visuomenės sveikata. Nr. 6, p. 5-12.
49. Misevičienė I., Špečkauskienė V., Rauckienė-Michaelsson A. 2017. „Sveikata 2020“ politikos raida: jaunimo sveikata. Visuomenės sveikata. Nr.1, p. 51-60.
50. Pukėnas K. 2009. Kokybinių duomenų analizė SPSS programa. Lietuvos kūno kultūros akademija. Kaunas. [interaktyvus], [žiūrėta 2020m. kovo 15 d.] Prieigą per internetą: <https://www.spssanalize.lt/wpcontent/uploads/2014/03/kokybiniu_duomenu_analize_SPSS_programa.pdf>
51. Pundžius J. 2015. Mityba ir maisto sauga. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. Vilnius. . [interaktyvus], [žiūrėta 2020m. kovo 15 d.] Prieigą per internetą: <<http://sveikatostaryba.lt/wp-content/uploads/2017/01/2015.pdf>>
52. Petkevičienė J., Kriaučionienė V., Petrauskienė A. 2014. Visuomenės sveikata ir mityba. Šiauliai: AB spaustuvė „Titnagas“
53. Rapolienė L., Eigėlytė A., Gedrimė L. ir kt. 2017. Gyventojų informuotumas apie sveiką gyvenimą. Visuomenės sveikata. Nr. 6, p. 80-84

54. Ringaitienė D. 2016. Mitybos nepakankamumo paplitimas, vertinimas ir įtaka ankstyvoms komplikacijoms po širdies operacijų. Daktaro disertacija. Vinius.
55. Ringaitienė D., Gineitytė D., Vicka V. ir kt. 2015. Mitybos nepakankamumo svarba kardi chirurginiams pacientams. Visuomenės sveikata. Nr. 1, p. 5-11
56. Senikienė Ž., Lukoševičius A., Jurkštienė V. ir kt. 2016. Studentų mitybos įpročių analizė. Visuomenės sveikata, Nr. 6, p. 65-71.
57. Skrobotovas R. 2017. Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų strategijos vykdymas: kaip sekasi siekti užsibrėžtų tikslų? Visuomenės sveikatos netolygumai, Higienos institutas, Nr. 6. [interaktyvus], [žiūrėta 2020m. kovo 11 d.] Prieigą per internetą: <[http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Informaciniai/LSS_vertinimas_VSN_2017\(6\).pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Informaciniai/LSS_vertinimas_VSN_2017(6).pdf)>
58. Strazdienė N. 2014. Vaikų sveikos mitybos įpročių ugdymas pradinėje mokykloje: mokytojų nuomonė. Tiltai.
59. Strukčinskienė B., Pačiauskaitė I., Griškoniš S. 2014. Klaipėdos miesto gyventojų gyvenama: fizinio aktyvumo ypatumai. Visuomenės sveikata. Nr. 5. 16-19 p.
60. Stukas R., Šurkienė G., Grubytė S. ir kt. 2012. Populiarios spaudos įtaka studentų mitybai. Visuomenės sveikata. Nr. 5, p. 57-63.
61. Vaivada S. 2015. Asmenybės saviugda dalyvaujant nevyriausybinų organizacijų sveikos gyvensenos ugdyme. Daktaro disertacija. Šiauliai.
62. Valintėlienė R., Varvuolienė R., Kranauskas A. 2012. Lietuvos gyventojų fizinis aktyvumas, vertinant GPAQ metodu. Visuomenės sveikata. Nr. 4, p. 67-68.
63. Visuotinė lietuvių enciklopedija. [interaktyvus], [žiūrėta 2020m. vasario 18 d.] Prieigą per internetą: <<https://www.vle.lt/Straipsnis/iprotis-32619>>
64. Volpi E., Campbell W. W., Dwyer T. J. and etc. 2012. Is the Optimal Level of Protein Intake for Older Adults Greater Than the Recommended Dietary Allowance?. The journals of gerontology. [interaktyvus], [žiūrėta 2020m. vasario 18 d.] <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3660117/>>
65. WHO | Diet. Who.int. 2016. [interaktyvus], [žiūrėta 2020m. vasario 18 d.] Prieigą per internetą: <<https://www.who.int/topics/diet/en/>>
66. WHO Regional Committee for Europe. 2013 Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. 2013. [interaktyvus], [žiūrėta 2020m. kovo 11 d.] Prieigą per internetą:

<<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being>>

PRIEDAI

Gerb. respondente,

Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto sveikatos priežiūros vadybos studijų programos magistro 2 kurso studentė Viktorija Gudauskaitė atlieku tyrimą, kurio tikslas – išanalizuoti paciento mitybos įpročių įtaka maisto sveikatos priežiūros įstaigoje vertinimui ir jų valdymas. Apklausa anoniminė, konfidencialumas garantuojamas. Surinkti duomenys bus naudojami rengiant mokslines išvadas, bei praktines rekomendacijas, kurių dėka žmonės skatinami rūpintis savo sveikata, bei įpročiais įtakojančiais ją.

Atidžiai perskaitykite kiekvieną klausimą ir pažymėkite Jums priimtina variantą, o kur reikia, įrašykite savo atsakymą. Iš anksto dėkoju už sąžiningumą ir nuoširdumą.

1. Jūsų lytis:
 - a) Vyras
 - b) Moteris

2. Jūsų amžius:
 - a) 18 – 30
 - b) 31 – 40
 - c) 41 – 50
 - d) 51 – 60
 - e) 61 – 70
 - f) 71 ir daugiau

3. Jūsų išsilavinimas?
 - a) Pradinis
 - b) Vidurinis
 - c) Vidurinis profesinis
 - d) Aukštesnysis
 - e) Aukštasis

4. Gyvenamoji vieta:
 - a) Miestas
 - b) Kaimas

5. Ar domitės (propagujete) sveiką gyvenimą?
 - a) Taip
 - b) Ne

6. Kaip vertinate savo mitybos įpročius?
 - a) Labai gerai
 - b) Gerai

- c) Vidutiniškai
 - d) Blogai
 - e) Labai blogai
7. Kiek kartų ir kaip per dieną valgote?
- a) Valgau (po nedaug/daug) 5 kartus per dieną (reguliariai/nereguliariai)
 - b) Valgau (po nedaug/daug) 3 kartus per dieną (reguliariai/nereguliariai)
 - c) Valgau tada, kai jaučiu alkį (įvairiai, nereguliariai)
 - d) Kita:.....
8. Kas įtakoja Jūsų mitybos įpročius?
- a) Šeima
 - b) Draugai
 - c) Žiniasklaida
 - d) Darbo aplinka
 - e) Kita.....
9. Su kuo siejate sveiką mitybą? (gali būti keli atsakymo variantai)
- a) Su vaisiais ir daržovėmis
 - b) Su genetiškai nemodifikuotais produktais
 - c) Su saikinga mityba
 - d) Su maisto derinimu
 - e) Su šviežiai gaminamu maistu
 - f) Su ekologiškais produktais
10. Ar manote, kad Jūsų mityba tinkama (gera) ir su ja gaunate pakankamai maistinių medžiagų?
- a) Taip, manau
 - b) Ne, nemanau
 - c) Nežinau
11. Ar Jūs valgydamas stengiatės remtis sveikos mitybos principais?
- a) Taip
 - b) Ne
 - c) Kartais
12. Ar į savo kasdienę mitybą įtraukiate, palepinate save koku saldžiu užkandžiu, saldumynu?
- a) Taip (kartkartėm/beveik kasdien/kasdien)
 - b) Ne (nemėgstu saldumynų/neleidžiu sau piktnaudžiauti saldumynais/labai retai)
13. Kiek per parą išgeriate vandens?
- a) 0 – 0,5l
 - b) 1l - 1,5l
 - c) 2l – ir daugiau...
14. Kuo dažniausiai malšinate troškulį?
- a) Vanduo iš čiaupo;
 - b) Buteliuotas geriamasis vanduo (negazuotas);

- c) Buteliuotas geriamasis vanduo (gazuotas);
- d) Mineralinis vanduo;
- e) Vaisvandeniai;
- f) Sultys;
- g) Kita.....

15. Pagrindiniai kriterijai, pagal kuriuos renkatės maisto produktus?

- a) Ligu profilaktika, sveikatos gerinimas
- b) Šeimos narių įtaka
- c) Skoninės savybės
- d) Pasirinktos dietos nurodymai
- e) Kaina
- f) Patinka tas maistas, nors ir nėra sveikas

16. Koks Jūsų apetitas?

- a) Geras
- b) Vidutiniškas
- c) Blogas

17. Ar kontroliuojate savo kūno masę?

- a) Taip, nuolat
- b) Retkarčiais susiimu
- c) Ne

18. Ar turite pakankamai energijos kasdieniniam gyvenimui?

- a) Visai neturiu
- b) Šiek tiek
- c) Vidutiniškai
- d) Dažniausiai
- e) Visiškai pakankamai

19. Kaip dažnai vartojate maisto papildus (vitaminus, mineralus ir kt.)?

- a) nuolat
- b) kartais, profilaktiškai
- c) tik susirgus
- d) nevartoju visai

20. Ar manote, kad Jūsų mityba tinkama (gera) ir su ja gaunate pakankamai maistinių medžiagų?

- a) Taip, manau
- b) Ne, nemanau
- c) Nežinau

21. Kuris iš medicinos darbuotojų yra kalbėjęs su Jumis apie mitybą?

- a) Šeimos gydytojas
- b) Gydytojas – specialistas poliklinikoje
- c) Gydytojas ligoninėje
- d) Slaugytoja (seselė) mokykloje
- e) Slaugytoja poliklinikoje ar ligoninėje

f) Nei vienas

22. Ar Jums buvo priskirtas dietinis gydymas? (Jei atsakėte Ne, pereikite prie 26 klausimo)

- a) Taip
- b) Ne

23. Dėl kokios priežasties Jums buvo priskirtas dietinis gydymas?

- a) Operacijos
- b) Ligos
- c) Maisto netoleravimo (alergija)
- d) Kita.....

24. Ar griežtai laikotės ligoninėje nustatytos dietos?

- a) Taip
- b) Ne
- c) Stengiuosi laikytis

25. Ar manote, kad Jums skiriama dieta turi būti atsižvelgta į Jūsų mitybos įpročius?

- a) Taip
- b) Šiek tiek
- c) Nedomina

26. Ar buvo leidžiama užkandžiauti tarp pagrindinių valgių?

- a) Taip
- b) Ne

27. Valgymo būdas:

- a) Reikia pagalbos
- b) Valgau pats, bet sunkiai
- c) Valgau pats

28. Kurią ligoninės dienos maisto porcijos dalį Jūs suvalgote?

- a) 25%
- b) 50%
- c) 75%
- d) 100%

29. Ar buvo dingęs apetitas po priskirtos dietos ar ligoninės įprasto maisto?

- a) Taip
- b) Ne

30. Jei buvo dingęs, tai dėl kokių priežasčių?

- a) Beskonis maistas
- b) Sprangus
- c) Nepatraukli išvaizda
- d) Nemalonus kvapas
- e) Dėl ligos pasekmių

31. Kaip pasikeitė Jūsų energija?

- a) Padidėjo
- b) Nepakito
- c) Sumažėjo

32. Kaip pasikeitė svoris, pradėjus maitintis pagal priskirtą dietą ar ligoninės įprasto maisto?

- a) Padidėjo
- b) Nepakito
- c) Nukrito

33. Ar Jūsų savijauta pagerėjo laikantis ligoninėje priskirto mitybos režimo?

- a) Taip
- b) Ne

34. Kiek vertinate balais sveikatos priežiūros įstaigų maisto atitikimą Jūsų mitybos įpročiams ?
(dešimtbalėje skalėje)

Labai blogai

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Labai gerai

35. Ar Jūsų mitybos planas pakito nuo kasdieniškai įprasto, viešojo sveikatingumo įstaigoje?

- c) Taip
- d) Ne

36. Ar manote, kad Jums skiriamas maitinimas turi būti atsižvelgtas į Jūsų mitybos įpročius?

- d) Taip
- e) Šiek tiek
- f) Nedomina

37. Ar informacija apie mitybą Jums reikalinga ir Jus domina?

- a) Taip
- b) Šiek tiek
- c) Nedomina

38. Ar Jūsų nuomone, įmanoma atsižvelgti į kiekvieno paciento mitybos įpročius?

- a) Taip
- b) Ne
- c) Kita...

39. Ar Jūsų nuomone, svarbi paciento mityba ligoninėje, kai gulėjimo laikas yra labai trumpas (pvz. 5 dienos)?

- a) Svarbi
- b) Nesvarbi
- c) Kita...

40. Ar esate linkęs keisti savo mitybos įpročius gydantis ligoninėje?

- a) Taip
- b) Ne

41. Ar gydymui pasibaigus ligoninėje planuojate keisti savo mitybos įpročius?

- a) Taip
- b) Ne

42. Ar Jūsų mitybos įpročiai pasikeitė gydantis ligoninėje?

- a) Taip
- b) Dalinai
- c) Ne

43. Kaip manote, dėl kokių priežasčių pasikeitė Jūsų mitybos įpročiai?

.....