

VISUOMENĖS SVEIKATA

Public Health

KETVIRTINIS RECENZUOJAMAS MOKSLO ŽURNALAS, LEIDŽIAMAS NUO 1996 M.

2025/3(110)



Higienos
institutas



Lietuvos Respublikos
sveikatos apsaugos ministerijos



Lithuanian Republic
Ministry of Health

HIGIENOS INSTITUTAS

Higienos institutas

INSTITUTE OF HYGIENE

VISUOMENĖS SVEIKATA

Public Health

2025/3(110)

Redakcinė kolegija:

pirmininkas

dr. Šarūnas Alasauskas, Higienos institutas;

atsakingoji redaktorė

dr. Virginija Kanapeckienė, Higienos institutas;

nariai:

dr. Aušra Beržanskytė, Vilniaus universitetas;

prof. dr. Laima Bulotaitė, Vilniaus universitetas;

dr. Jonas Bunikis, Europos Komisija, Belgija;

prof. Göran Bondjers, University of Gothenburg, Švedija;

prof. dr. Danguolė Jankauskienė, Mykolo Romerio universitetas;

prof. dr. Arnoldas Jurgutis, Pasaulio sveikatos organizacija;

prof. dr. Boguslavas Gruževskis, Lietuvos socialinių mokslų centras, Vilniaus universitetas;

dr. Vida Juškelienė, Higienos institutas;

prof. Ramunė Kalėdienė, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas;

prof. Gintarė Kalinienė, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas;

prof. Eda Merisalu, Tartu University, Estija;

prof. dr. Sigita Lesinskienė, Vilniaus universitetas;

dr. Olga Meščeriakova, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas;

doc. dr. Laura Nedzinskienė, Vilniaus universitetas;

prof. dr. Alvydas Navickas, Vilniaus universitetas;

dr. Rūta Petrauskaitė-Everatt, Nacionalinis vėžio institutas;

dr. Jelena Stanislavovienė, Vilniaus universitetas;

prof. Rūta Ustinavičienė, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas;

dr. Rolanda Valintėlienė, Higienos institutas;

prof. Harri Vainio, Faculty of Public Health, Kuwait University, Kuveitas;

prof. Anita Villeruša, Riga Stradins University, Latvija.

Už anglų kalbos kokybę redakcija neatsako.

Kalbos redaktorė Rima Mažeikienė

Dizainerė Evelina Vitkauskienė

TURINYS

REDAKCIJOS SKILTIS

1992 m. Tarpvaststybinių vandentakių ir tarptautinių ežerų apsaugos ir naudojimo konvencijos Vandens ir sveikatos protokolo įgyvendinimo aktualijos Lietuvoje	5
---	---

LITERATŪROS APŽVALGOS

<i>Indrė Šapokaitė, Aldona Mikaliūkštienė, Aurelija Turauskienė</i>	
Arterinė hipertenzija ir jos sąsajos su miego kokybe	13
<i>Karolina Adomavičiūtė, Agnė Jakavonytė-Akstinienė, Stanislav Sabaliauskas</i>	
Agresijos valdymo iššūkiai slaugant demencija sergančius pacientus: literatūros apžvalga	21

ORIGINALŪS STRAIPSNIAI

<i>Jonė Jaselionienė</i>	
Išvengiamų hospitalizacijų rodiklių pokyčiai Lietuvos savivaldybėse 2018–2024 m.	28
<i>Virginija Kanapeckienė, Asta Jurkevičienė, Augustė Šalnaitė</i>	
Pozityvios tėvystės programos „Neįtikėtini metai“ įgyvendinimo Lietuvoje vertinimas tėvystės mokymus vedusių grupių vadovų požiūriu	44
<i>Jūratė Bukauskienė, Toma Jasiukevičiūtė-Zelenko</i>	
Artimųjų, gyvenančių šalia psichikos negalią turinčio šeimos nario, savivokos ypatumai dailės terapijos procese	53
<i>Miglė Bacevičienė, Ieva Reviakaitė</i>	
Gamtos apsupties ir pasitenkinimo gyvenimu ryšys darbingo amžiaus Lietuvos gyventojų imtyje: ryšio su gamta, dėmesingo įsisąmoninimo ir psichikos sveikatos vaidmuo	66
<i>Kristina Briedė, Aldona Mikaliūkštienė</i>	
Sergančiųjų cukriniu diabetu savikontrolės įvertinimas	79
<i>Donata Ceiko, Renata Giliun</i>	
Darbingo amžiaus žmonių miego kokybė ir jai įtaką turinčių veiksnių įvertinimas	87
<i>Urtė Adelė Kerpytė, Laura Nedzinskienė, Renata Giliun</i>	
Odos būklių ir jos priežiūros sąsajos su gyvenimo kokybe	94
<i>Julija Balodienė, Evelina Daugėlienė</i>	
Vyresnio amžiaus asmenų burnos sveikata ir su ja susijusi gyvenimo kokybė	101

VISUOMENĖS SVEIKATOS PRAKTIKAI

<i>Virginija Vaičekonienė</i>	
Mes – kaip mūsų planeta	112
<i>Jūratė Tamašauskaitė, Lolita Pilipavičienė</i>	
Parengta metodinė medžiaga, kaip užtikrinti paciento namuose dirbančių medicinos darbuotojų saugą ir sveikatą ...	116
<i>Olita Kriukovienė</i>	
Kelyje į sveiką ateitį: aktyvaus judumo svarba	118

Informacija straipsnių autoriams	120
---	------------

CONTENTS

EDITORIAL

The Implementation of the Protocol on Water and Health to the 1992 Convention on the Protection and Use of Transboundary Watercourses and International Lakes in Lithuania	5
---	----------

REVIEWS

<i>Indrė Šapokaitė, Aldona Mikaliūkštienė, Aurelija Turauskienė</i>	
Arterial Hypertension and Its Associations with Sleep Quality	13
<i>Karolina Adomavičiūtė, Agnė Jakavonytė-Akstinienė, Stanislav Sabaliauskas</i>	
Challenges in Managing Aggression in Dementia Care: a Review of the Literature	21

ORIGINAL ARTICLES

<i>Jonė Jaselionienė</i>	
Changes in Avoidable Hospitalization Indicators in Lithuanian Municipalities, 2018–2024	28
<i>Virginija Kanapeckienė, Asta Jurkevičienė, Augustė Šalnaitė</i>	
Evaluation of the Implementation of the Positive Parenting Programme „The Incredible Years“ in Lithuania: Perspectives of Group Leaders Facilitating Parenting Trainings	44
<i>Jūratė Bukauskienė, Toma Jasiukevičiūtė-Zelenko</i>	
The Peculiarities in the Self-Awareness of Close Relatives Living with a Family Member with a Mental Disability During the Process of Art Therapy	53
<i>Miglė Bacevičienė, Ieva Reviakaitė</i>	
The Relationship Between Nature Exposure and Life Satisfaction in a Sample of Working-Age Lithuanian Residents: the Role of Nature Connectedness, Mindful Awareness, and Mental Health	66
<i>Kristina Briedė, Aldona Mikaliūkštienė</i>	
Assessment of Self-management in People with Diabetes Mellitus	79
<i>Donata Ceiko, Renata Giliun</i>	
Sleep Quality of People of Working Age and Assessment of Factors Influencing It	87
<i>Urtė Adelė Kerpytė, Laura Nedzinskienė, Renata Giliun</i>	
Associations of Skin Conditions and Skincare with Quality of Life	94
<i>Julija Balodienė, Evelina Daugėlienė</i>	
Oral Health and Oral Health-Related Quality of Life in Older Adults	101

FOR PUBLIC HEALTH PRACTICE

We Are Like Our Planet	112
Newly Prepared Methodological Material for Ensuring the Safety and Health of Home Healthcare Workers	116
On the Path to a Healthy Future: the Importance of Active Mobility	118
Information to Authors	120

1992 M. TARPVALSTYBINIŲ VANDENTAKIŲ IR TARPTAUTINIŲ EŽERŲ APSAUGOS IR NAUDOJIMO KONVENCIJOS VANDENS IR SVEIKATOS PROTOKOLO ĮGYVENDINIMO AKTUALIJOS LIETUVOJE

Vanduo yra didžiausias gamtos vaistas.

Džekas Lalane

*Suprasti vandenį reiškia suprasti kosmosą,
gamtos stebuklus ir patį gyvenimą.*

Masaru Emoto

Vandens, sanitarijos, higienos ir sveikatos gerinimas išlieka svarbus prioritetas visame Europos regione, nes tai susiję su žmogaus teisėmis, tvarumu ir socialine gerove. Jų vaidmuo tampa ypač svarbus pandemijos ir infekcinių ligų kontekste,

taip pat kovojant su antimikrobinio atsparumu.

Lietuva – viena iš nedaugelio Europos šalių, kurios turi prieigą prie švaraus vandens ir kuriose centralizuotam vandens tiekimui naudojamas tik požeminis vanduo. Požeminis vanduo yra labiau apsaugotas nuo mikrobiologinės bei žmogaus veiklos cheminės taršos. Lietuvos geologijos tarnybos duomenimis, Lietuvoje išgaunamo vandens gręžinio gylis paprastai siekia 30–50 metrų, o Klaipėdos krašte vanduo imamas ir iš 250 metrų gylis. Aukštą vandens kokybę lemia tai, kad geriamasis vanduo gaunamas iš giliųjų sluoksnių, kurie yra apsaugoti nuo paviršinės taršos, o tokio vandens paruošimas yra daug paprastesnis, palyginti su vandeniu, kuris ruošiamas iš paviršinių vandenų. Centralizuotai tiekiamo geriamojo vandens kokybė yra nuolat kontroliuojama. Iš čiaupo bėgantis geriamasis vanduo yra saugus ir sveikas, jeigu jis atitinka Lietuvos higienos normos HN 24:2023 „Geriamojo vandens saugos ir kokybės reikalavimai“ reikalavimus. Miestuose arba didesnėse gyvenvietėse žmonės vartoja požeminį vandenį, o mažose gyvenvietėse ir vienkiamiuose iki šiol naudojamosi šachtiniais šuliniais. Didžiausia šachtinių šulinių vandens problema – nitratai. Šachtinių šulinių vanduo, kuriame nitrātų kiekis padidėjęs, kelia pavojų ne tik sveikatai, bet ir gyvybei.

Vandens ir sveikatos protokolo ratifikavimo procesas (istorinė informacija), ratifikavimo tikslas

Siekdamos stiprinti bendradarbiavimą ir vykdyti ligų, susijusių su vandeniu, prevenciją, 29 Europos regiono šalys prisijungė prie Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) ir Jungtinių Tautų (JT) Europos ekonominės komisijos (EEK) 1992 m. Tarpvalstybinių vandentakių ir tarptautinių ežerų apsaugos ir naudojimo konvencijos Vandens ir sveikatos protokolo (Vandens ir sveikatos protokolas) ir jį ratifikavo.

Vandens ir sveikatos protokolo poreikis atsirado po Helsinkyje 1992 m. priimtų Tarpvalstybinių vandentakių ir tarptautinių ežerų apsaugos ir naudojimo konvencijos (Helsinkio konvencijos). Helsinkio konvencija buvo sudaryta JT EEK iniciatyva ir įsigaliojo 1996 m. spalio 6 d. Helsinkio konvencija yra reikšmingas tarptautinis susitarimas, kuris padeda saugoti vieną iš svarbiausių gamtos išteklių – vandenį. Ji užtikrina, kad šalys bendradarbiautų ir veiktų atsakingai, kad bendri vandens telkiniai būtų apsaugoti tiek nuo taršos, tiek nuo netvaraus naudojimo. Ji apima ne tik upių ir ežerų, kertančių valstybių sienas, bet ir visų susijusių vandens telkinių valdymą.

Vandens ir sveikatos protokolas pradėtas rengti 1996 m., įsigaliojus Helsinkio konvencijai, nes buvo pripažinta, kad vien Helsinkio konvencijos aplinkosauginių nuostatų nepakanka – būtina įtraukti ir visuomenės sveikatos aspektus. Vandens ir sveikatos protokolo atsiradimo tikslas – sujungti vandens valdymo ir visuomenės sveikatos sritis, siekiant pagerinti prieigą prie saugaus geriamojo vandens ir sanitarijos bei sumažinti su vandeniu

susijusių ligų paplitimą. Rengiant Vandens ir sveikatos protokolo, kaip tarptautinės sutarties, tekstą dalyvavo ekspertai iš įvairių šalių, PSO ir JT EEK, tarp jų ir Higienos instituto specialistai ir mokslininkai. Buvo organizuoti tarptautiniai susitikimai, derybos, konsultacijos su šalimis ir nevyriausybėmis organizacijomis, aptarti tokie klausimai kaip saugus geriamasis vanduo, nuotekų tvarkymas, prieiga prie sanitarijos, ligų prevencija. 1999 m. birželio 16–18 d. vykusioje 3-iojoje Europos aplinkos ir sveikatos ministrų konferencijoje Londone dalyvavusių šalių atstovai pasirašė Vandens ir sveikatos protokolą¹.

Šioje ministrų konferencijoje, vadovaudamasis Lietuvos Respublikos Prezidento įgaliojimais, Lietuvos Respublikos aplinkos ministras Danius Lygis pasirašė Vandens ir sveikatos protokolą ir Lietuva, kaip viena iš pasirašiusių valstybių, įsipareigojo jį ratifikuoti. 2003 m. gruodžio 2 d. Lietuvos Respublikos Seimas, vadovaudamasis Lietuvos Respublikos Prezidento dekretu, ratifikavo Vandens ir sveikatos protokolą (Žin., 2004, Nr. 36-1173; 2004, Nr. 36-1183).

Pagrindinis Vandens ir sveikatos protokolo tikslas – užtikrinti ligų, susijusių su vandeniu, prevenciją ir (arba) užkirsti kelią, kontroliuoti ir mažinti infekcinių ligų, susijusių su vandeniu, plitimą. Vandens ir sveikatos protokolo tekste apibrėžiama sąvoka „Liga, susijusi su vandeniu“ – tai bet kokios rimtos neigiamos pasekmės žmogaus sveikatai, tokios kaip mirtis, invalidumas, liga ar sveikatos sutrikimai, kurias tiesiogiai ar netiesiogiai sukėlė bet kurių vandenų būklė arba kiekio ar kokybės pokyčiai.

Tarptautinės teisės statusą Vandens ir sveikatos protokolas įgijo 2005 m. rugpjūčio 4 d., kai jį ratifikavo 16 šalių. Šiuo metu jį ratifikavusios 29 šalys: Albanija, Azerbaidžanas, Baltarusija, Belgija, Bosnija ir Hercegovina, Kroatija, Čekija, Estija, Suomija, Prancūzija, Vokietija, Vengrija, Latvija, Lietuva, Liuksemburgas, Juodkalnija, Nyderlandai (Nyderlandų Karalystė), Šiaurės Makedonija, Norvegija, Portugalija, Moldova, Rumunija, Rusijos Federacija, Serbija, Slovakija, Ispanija, Šveicarija, Ukraina ir Uzbekistanas. Vandens ir sveikatos protokolas tapo pirmuoju tarptautiniu teisiškai įpareigojančiu dokumentu, kuris sieja aplinkosaugą

su visuomenės sveikata, ypatingą dėmesį skiriant vandens saugai. Šalys, pasirašiusios ir (arba) ratifikavusios šį protokolą, susitarė (įsipareigojo) imtis visų reikiamų priemonių užtikrinti:

- tinkamą ir tolygų geros kokybės geriamojo vandens tiekimą;
- adekvačias sanitarijos ir profilaktikos priemones bei standartų laikymąsi;
- efektyvią vandens išteklių ir ekosistemų apsaugą nuo teršimo iš įvairių šaltinių, įskaitant žemės ūkį, pramonę bei kitų pavojingų medžiagų nuotekas ir emisijas;
- žmonių sveikatos apsaugą nuo su vandeniu susijusių ligų;
- efektyvias stebėsenos ir ankstyvojo perspėjimo sistemas, leidžiančias greitai nustatyti atvejus, kurie gali sukelti ligų, susijusių su vandeniu, protrūkius ar pavienius atvejus.

Vandens ir sveikatos protokole akcentuojama, jog Europos regiono šalys supranta, kad „vanduo būtinas gyvybei palaikyti ir kad tokio kiekio bei tokios kokybės, kokių reikia pagrindiniams žmogaus poreikiams tenkinti, vandens turėjimas yra būtina sąlyga tiek gesnei žmonių sveikatai, tiek tvariam vystymuisi“.

Tarpvalstybinis, tarpinstitucinis ir daugiasektorinis bendradarbiavimas

Svarbūs veiksniai, tokie kaip gyventojų skaičiaus augimas, urbanizacija, aplinkos tarša, biologinės įvairovės nykimas ir klimato kaita, tikėtina, turės didelį poveikį gėlo vandens išteklių kokybei, o tai apsunkins saugių vandens tiekimo, sanitarijos ir higienos paslaugų prieinamumą. Vandens ir sveikatos protokolo tikslų įgyvendinimo sėkmė priklausys nuo strateginio bendradarbiavimo su įvairiais partneriais, turinčiais bendrų darbotvarkių – tarptautinėmis, tarpvalstybinėmis ir nevyriausybėmis organizacijomis. Partnerystės ir bendradarbiavimo sąveika įtraukia valdžios sektorių, susijusį ne tik su vandeniu, aplinka ir sveikata, bet ir su švietimu, žemės ūkiu, finansais, miestų ir kaimo plėtra bei visuomene.

Vandens ir sveikatos protokolo ratifikavimas atvėrė galimybes koordinuoti veiksmus tarpvalstybiniu lygiu

¹ Protocol on Water and Health to the 1992 Convention on the Protection and Use of Transboundary Watercourses and International Lakes, done in London, on 17 June 1999
<https://unece.org/DAM/env/documents/2000/wat/mp.wat.2000.1.e.pdf>

su tarpvalstybinių upių baseinų šalimis, nepriklausančiomis Europos Sąjungai, siekiant užtikrinti geriamojo, paviršinio ir rekreacinio vandens kokybę, vandeniu plintančių ligų prevenciją ir kontrolę, gerinti žmonių sveikatą bei bendradarbiauti kuriant tarpvalstybines ankstyvojo perspėjimo ir bendrąsias vandeniu plintančių ligų kontrolės ir prevencijos sistemas.

Tarpvalstybinis bendradarbiavimas

Didžioji dalis pasaulio vandens išteklių priklauso bendriems tarpvalstybiniais vandeningiesiems sluoksniams, kurie aprūpina požeminiu vandeniu skirtingų šalių gyventojus, todėl šių išteklių apsauga yra visų valstybių pareiga. Kai šalys ribojasi su tais pačiais tarpvalstybiniais vandenimis, jos bendradarbiauja ir prireikus teikia viena kitai paramą užkertant kelią, kontroliuojant ir mažinant tarpvalstybines ligų, susijusių su vandeniu, pasekmes. Ligų, susijusių su vandeniu, prevencija, kontrolė ir jų mažinimas yra svarbūs ir neatidėliotini uždaviniai, kurie gali būti tinkamai įgyvendinti tik glaudžiai bendradarbiaujant visais lygiais ir visuose sektoriuose, tiek tarp valstybių, tiek atskirų valstybių viduje.

Vadovaudamasi Vandens ir sveikatos protokolo 13 straipsniu, šalys imasi bendrų tarptautinių veiksmų:

- a) keičiasi informacija ir žiniomis apie tarpvalstybinius vandenis bei apie su jais susijusias problemas ir riziką su kitomis šalimis, kurios ribojasi su tais pačiais vandenimis;
- b) kartu su kitomis šalimis, kurios ribojasi su tais pačiais tarpvalstybiniais vandenimis, siekia, kad įsigaliojusių bendri ar suderinti vandenų valdymo planai pagal 6 straipsnio 5 dalies b punktą ir priežiūros bei išankstinio perspėjimo sistemos bei veiksmų, esant ypatingoms situacijoms, planai pagal 8 straipsnio 1 dalį siekiant reaguoti į ligų, susijusių su vandeniu, protrūkių ir pavienius jų atvejus ir į rimtą tokių protrūkių ir pavienių atvejų grėsmę, ypač dėl vandens užterštumo bei neįprastų atmosferos reiškinių;
- c) lygybės ir abipusiškumo pagrindu suderina savo susitarimus ir kitus sutarimus dėl jų tarpvalstybinių vandenų siekdamas panaikinti visus prieštaravimus pagrindiniams Vandens ir sveikatos protokolo principams ir nustatydamos tarpusavio santykius bei elgesį Vandens ir sveikatos protokolo tikslų atžvilgiu;

d) konsultuoja viena kitą bet kurios iš jų prašymu klausimais, susijusiais su dideliu neigiamu poveikiu žmogaus sveikatai, kurį gali daryti atitinkama su vandeniu susijusi liga.

Bendradarbiaudamos ir padėdamos viena kitai vykdyti nacionalinius ir vietinius planus, šalys taip pat svarsto, kaip jos galėtų geriausiai prisidėti prie:

- vandenų valdymo planų tarpvalstybinių, nacionalinių ir (ar) vietinių lygiu ir vandens tiekimo bei nuotekų tvarkymo sistemų pagerinimo schemų parengimo;
- projektų, ypač infrastruktūros plėtros, rengimo tobulinimo pagal šiuos planus ir schemas, siekdamas palengvinti galimybę naudotis finansavimo šaltiniais;
- veiksmingo šių projektų vykdymo;
- priežiūros bei išankstinio perspėjimo sistemų kūrimo, veiksmų planų ypatingomis aplinkybėmis rengimo ir galimybių reaguoti prasidėjus ligoms, susijusioms su vandeniu, sudarymo;
- teisės aktų, reikalingų šio protokolo įgyvendinimui paremti, parengimo;
- pagrindinių profesionalių ir techninių darbuotojų mokymo bei rengimo;
- ekonomiškai efektyvių priemonių ir metodų, skirtų užkirsti kelią, kontroliuoti ir mažinti ligų, susijusių su vandeniu, plitimą, tyrimo ir plėtros;
- veiksmingų stebėsenos bei vandens ūkio tarnybų darbo efektyvumo ir kokybės vertinimo sistemų funkcionavimo ir integruotų duomenų bazių bei informacinių sistemų plėtojimo;
- kokybės užtikrinimo veiklos stebėsenos, įskaitant laboratorijų palyginamumą.

Tarpinstitucinis bendradarbiavimas

Siekiant įgyvendinti ratifikuoto Vandens ir sveikatos protokolo įsipareigojimus, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos aplinkos ministro įsakymu buvo įsteigta tarpžinybinė koordinavimo grupė. Koordinavimo grupei priklauso kompetentingi atstovai iš įvairių institucijų: LR sveikatos apsaugos ministerijos, LR aplinkos ministerijos, LR užsienio reikalų ministerijos, LR žemės ūkio ministerijos, Valstybinės maisto ir veterinarijos tarnybos, Aplinkos apsaugos agentūros, Lietuvos geologijos tarnybos, LR sveikatos apsaugos ministerijos Ekstre-

malių sveikatai situacijų centro, Nacionalinio visuomenės sveikatos centro prie LR sveikatos apsaugos ministerijos, Nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros laboratorijos, Vilniaus universiteto Hidrologijos ir klimatologijos katedros, Pasaulio sveikatos organizacijos atstovybės Lietuvoje, Lietuvos vandens tiekėjų asociacijos, Lietuvos savivaldybių asociacijos.

Pagrindinės koordinavimo grupės funkcijos – nustatyti Vandens ir sveikatos protokolo įgyvendinimo Lietuvoje veiklos uždavinius, vertinti pasiekimus ir dalyvauti rengiant Vandens ir sveikatos protokolo įgyvendinimo Lietuvoje ataskaitas.

Lietuvos ataskaitos rengimas

Šalys, ratifikavusios Vandens ir sveikatos protokolą, tarp jų ir Lietuva, vadovaudamosi Vandens ir sveikatos protokolo 6 ir 7 straipsniais, privalo kas trejus metus parengti nacionalinę ataskaitą apie protokolo nuostatų įgyvendinimą ir teikti JT EEK ir PSO Vandens ir sveikatos protokolo jungtiniam sekretariatui (Jungtinis sekretoriatas). Nacionalinės ataskaitos padeda apibrėžti nacionalinius uždavinius bei rodiklius, įvertinti pasiektą pažangą arba nustatyti problemines sritis. Ataskaitose pateikiama per trejus metus įgyvendintų šalies priemonių apžvalga, susijusi su tolygiu ir tinkamu geros kokybės geriamojo vandens tiekimu, adekvačiomis sanitarijos bei profilaktikos priemonėmis, gyventojų sveikatos apsauga nuo su vandeniu susijusių ligų ir atitiktimi šalies standartams.

Higienos institutas, atlikdamas Vandens ir sveikatos protokolo kontaktinio asmens ir koordinavimo grupės sekretoriavimo funkcijas bei vykdydamas LR sveikatos apsaugos ministerijos pavedimą, 2025 m. parengė Lietuvos trejų metų suvestinę nacionalinę ataskaitą (2025 m. Lietuvos ataskaita) pagal šalių pasitarimuose nustatytas gaires ir pateikė Jungtiniam sekretariatui. Rengiant ataskaitą dalyvavo LR aplinkos ministerija, LR užsienio reikalų ministerija, LR žemės ūkio ministerija, Valstybinė maisto ir veterinarijos tarnyba, Aplinkos apsaugos agentūra, Lietuvos geologijos tarnyba, LR sveikatos apsaugos ministerijos Ekstremalių sveikatai situacijų centras ir Nacionalinis visuomenės sveikatos centras prie LR sveikatos apsaugos ministerijos. 2025 m. Lietuvos ataskaita parodė, kad Lietuvoje pas-

tebimai gerėja geriamojo vandens ir nuotekų tvarkymo paslaugų kokybė ir prieinamumas. Per pastarąjį dešimtmetį centralizuoto geriamojo vandens tiekimo aprėptis išaugo iki 83,5 proc. šalies gyventojų, t. y. 10 proc. daugiau nei 2007 m. Pastaruoju metu 83,5 proc. gyventojų turi prieigą ir prie centralizuotų nuotekų tvarkymo paslaugų, kai 2007 m. šis rodiklis tesiekė 62 proc. Gerokai sustiprinta ir stebėsenos sistema – 2023 m. Valstybinė maisto ir veterinarijos tarnyba patikrino 99,8 proc. visų pateiktų vandens tiekimo ataskaitų (2013 m. – tik 63,9 proc.). Taip pat reikšmingai pagerėjo nuotekų valymo kokybė: pagal nustatytus standartus 2023 m. išvalyta 95,2 proc. visų nuotekų, palyginti su 72,5 proc. 2018 m. Teigiamos tendencijos matomos ir baseinų priežiūros srityje – 2024 m. higienos reikalavimus atitiko 61,6 proc. baseinų (2023 m. – 55 proc.). Šie rezultatai rodo, kad ilgalaikės investicijos, teisės aktų tobulinimas ir atsakingas institucijų darbas prisideda prie visų šalies gyventojų geresnės gyvenimo kokybės ir tvaresnės aplinkos.

Visų šalių, ratifikavusių Vandens ir sveikatos protokolą, 2025 m. parengtos nacionalinės ataskaitos bus pristatytos 7-ajame šalių aukšto lygio pasitarime, kuris įvyks 2025 m. lapkričio 5–7 d. Budapešte (Vengrija), ir paskelbtos JT interneto svetainėje. Jungtinis sekretoriatas kas trejus metus organizuoja tokius šalių aukšto lygio pasitarimus, kuriuose šalys atsiskaito už nuveiktus įsipareigojimus, pristato nacionalines ataskaitas, apibendrina pasiekimus ir planuoja ateities darbus, bendru balsavimu patvirtindamos Vandens ir sveikatos protokolo įgyvendinimo programas ir jų įgyvendinimo veiklų priemones.

Pastarasis, 6-asis šalių aukšto lygio pasitarimas, kuriame dalyvavo Lietuvos delegacija, vyko 2022 m. lapkričio 16–18 d. Ženevoje, Šveicarijos Konfederacijoje². Delegacijai vadovavo sveikatos apsaugos viceministrė Aušra Bilotienė-Motiejūnienė. Higienos institutas, kuris yra atsakingas už Vandens ir sveikatos protokolo įgyvendinimo koordinavimą Lietuvoje, aktyviai dalyvavo formuojant mūsų šaliai atstovavusią delegaciją ir rengiant Lietuvos pasiekimų ir pozicijų pristatymą. Higienos instituto vyriausioji specialistė Natalja Šliachtich, vykdanči koordinavimo grupės sekretoriaus ir kontaktinio asmens Lietuvoje funkcijas, buvo gar-

² Sixth session of the Meeting of the Parties to the Protocol on Water and Health | UNECE.
<https://unece.org/info/events/event/360848>

bingai paskirta šalies delegacijos vadovo pavaduotoja. Delegacijos misija buvo atsiskaityti už Vandens ir sveikatos protokolo nuostatų įgyvendinimą Lietuvoje, dalyvauti svarstant su vandeniu, sanitarija, higiena ir sveikata susijusius klausimus, aptarti ateinančių metų veiklos programą ir balsuoti už priimamus sprendimus. Šiame pasitarime buvo patvirtinta Vandens ir sveikatos protokolo įgyvendinimo 2023–2025 m. programa (2023–2025 m. Programa)³.

Vandens ir sveikatos protokolo įgyvendinimo 2023–2025 m. programa

2023–2025 m. Programa atspindi Europos regiono šalių prioritetus, poreikius ir bendras problemas bei padeda šalims siekti savo nacionalinių prioritetų vandens, sanitarijos, higienos ir sveikatos srityse. Pagrindinis jos tikslas – remti šalis vykdančias Vandens ir sveikatos protokolo nuostatas ir užtikrinančias jų laikymąsi.

2023–2025 m. Programoje nustatyti 5 uždaviniai prisideda prie bendro Vandens ir sveikatos protokolo tikslo – visais atitinkamais lygiais, t. y. valstybės, tarptautiniu ir tarptautiniu mastu prisidėti prie žmogaus sveikatos ir gerovės apsaugos, tiek individualiai, tiek kolektyviai, laikantis tvaraus vystymosi bendrųjų principų, tobulinant vandenų valdymą, įskaitant vandens ekosistemų apsaugą, bei užkertant kelią, kontroliuojant ir mažinant ligų, susijusių su vandeniu, plitimą. Programos uždaviniai yra šie:

1. skatinti naujų šalių prisijungimą prie Vandens ir sveikatos protokolo, užtikrinti atitiktį jo nuostatomis ir remti siektinų uždavinių nustatymą.
2. apsaugoti visuomenės sveikatą, užkertant kelią su vandeniu susijusių ligų protrūkiams ir vandens kokybės blogėjimui.
3. užtikrinti visuotinę ir lygiavertę prieigą prie saugaus geriamojo vandens, sanitarijos ir higienos paslaugų visiems ir visomis sąlygomis.
4. saugoti vandens išteklius ir aplinką.
5. spręsti klimato kaitos poveikį vandens ištekliams ir didinti vandens bei sanitarijos paslaugų atsparumą klimato kaitai.

2023–2025 Programą sudaro devynios sritys, kurios apima:

- valdymo gerinimą nustatant siektinus uždavinius

vandens ir sveikatos srityse, įgyvendinant numatytas priemones ir teikiant trimetes ataskaitas;

- vandeniu plintančių ligų prevenciją ir mažinimą;
- vandens, sanitarijos ir higienos klausimus institucijose ir viešosiose erdvėse;
- mažų vandens tiekimo ir sanitarijos sistemų problemas;
- saugaus vandens tiekimo ir sanitarijos sistemų valdymą;
- lygiateisės prieigos prie vandens ir sanitarijos klausimus ir žmogaus teisių į vandenį ir sanitariją įgyvendinimą praktikoje;
- atsparumo klimato kaitai didinimą;
- informuotumo apie protokolą ir prisijungimo prie jo skatinimą;
- Atitikties komiteto veiklą ir posėdžius, konsultacijų procesą, teisinių procedūrų aspektus.

Septynios iš devynių sričių apima technines sritis, susijusias su vandeniu, sanitarija, higiena ir sveikata, viena sritis skirta informavimui bei viešinimui ir viena – Atitikties komiteto veiklai.

Higienos institutas aktyviai dalyvauja 2023–2025 m. Programos 1 srities „Valdymo gerinimas nustatant siektinus uždavinius vandens ir sveikatos srityse, įgyvendinant numatytas priemones ir teikiant trimetes ataskaitas“ veikloje. Šiai sričiai užtikrinti buvo įsteigta atvira pajėgumų stiprinimo ekspertų grupė. Šios grupės veikla buvo pagrindinė įgyvendinant daugumą Vandens ir sveikatos protokolo programinių dalių – didelis vaidmuo jai teko remiant ir padedant įgyvendinti 6 ir 7 straipsnius, siekiant pasaulinių ir regioninių įsipareigojimų, nustatant nacionalinius tikslus ir siektinus uždavinius bei vykdančią pažangos stebėseną. Siekiant padėti šalims buvo parengtas rekomendacijų leidinys „Vandens ir sveikatos protokolo gerosios praktikos ir pamokų, įgytų nustatant uždavinius, bei ataskaitų rengimo rinkinys“ ir suvestinės nacionalinės trimetės ataskaitos šablonas.

Taip pat Higienos institutas dalyvauja 6 srities „Lygiateisė prieiga prie vandens ir sanitarijos ir žmogaus teisių į vandenį ir sanitariją įgyvendinimas praktikoje“ veikloje ir leidinio „Vandens ir sanitarijos prieinamumo užtikrinimas visiems žmonėms: politikos galimybės ir geroji praktika, siekiant užtikrinti saugaus geriamojo

³ Programme of work for 2023–2025 (ECE/MP/WH/24/Add.1)

https://unece.org/sites/default/files/2023-12/ECEMP.WH24Add.1_ENG.pdf

vandens ir sanitarijos paslaugų prieinamumą Europos regione“ parengime⁴.

Vandens ir sveikatos protokole akcentuojama, kad ypatingas dėmesys turi būti skiriamas gyventojų, kurie ypač jautrūs su vandeniu susijusioms ligoms, apsaugai, o vienoda galimybė naudotis pakankamu kiekiu tinkamos kokybės vandens turėtų būti užtikrinta visiems visuomenės nariams, ypač tiems, kurių sunki padėtis ar kurie gyvena socialinio susvetimėjimo sąlygomis. Vandens ir sanitarijos paslaugos turi būti prieinamos visiems be jokios diskriminacijos, ypatingas dėmesys turi būti skiriamas moterų ir mergaičių poreikiams.

Pažymėtina, kad visi Lietuvos gyventojai turi teisę į kokybiško ir saugaus vandens prieigą, o mažas pajamas gaunančioms šeimoms ar asmenims su negalia teikiama papildoma socialinė parama. Lietuvos Respublikos piniginių socialinės paramos nepasiturintiems gyventojams įstatymo 7 straipsnyje numatyta, kad teisę į kompensaciją gyventojai turi tais atvejais, kai geriamojo vandens, kurio kiekis ne didesnis už šio įstatymo 12 straipsnyje nustatytą normatyvą, išlaidos viršija 2 procentus bendrai gyvenančių asmenų arba vieno gyvenančio asmens pajamų, arba (ir) karšto vandens, kurio kiekis ir atskirų energijos ar kuro rūšių sąnaudos karštam vandeniui ne didesnės už šio įstatymo 12 straipsnyje nustatytus normatyvus, išlaidos viršija 5 procentus bendrai gyvenančių asmenų arba vieno gyvenančio asmens pajamų. Tai pat Lietuvos Respublikos geriamojo vandens tiekimo ir nuotekų tvarkymo įstatymas numato, kad vartotojų kiekvieną mėnesį mokama suma už geriamojo vandens tiekimo ir (arba) nuotekų tvarkymo paslaugas neturi viršyti 4 procentų pajamų.

Bendradarbiaudamas su Lietuvos įstaigomis Higienos institutas inicijavo Lietuvos dalyvavimą 2023–2025 m. Programos 3 srities „Vanduo, sanitarija ir higiena institucijose ir viešosiose erdvėse“ veikloje, susijusioje su vandens, sanitarijos ir higienos sąlygų gerinimu mokyklose. Lietuvos sporto universitetas ir Nacionalinis visuomenės sveikatos centras prie Sveikatos apsaugos ministerijos surinko gerąsias šalių praktikas, susijusias su menstruacine higiena ir rankų higiena švietimo įstaigose, ir apibendrintus rezultatus pateikė PSO rengiamam leidiniui, kurį planuojama pristatyti 2025 m.

lapkričio 5–7 d. Budapešte 7-ajame šalių aukšto lygio pasitarime.

Siekiant paremti Vandens ir sveikatos protokolo įgyvendinimo programinių veiklų vykdymą yra sudaromos ir (arba) sušaukiamos ekspertų grupės. Šios grupės gali būti šaukiamos reguliariai, o jų veikla paprastai apima teminius prioritetus, svarbius veiklos programai. Viena tokių grupių – Šiaurės ir Baltijos šalių tinklas – buvo įsteigta 2012 m. Tinklo veiklos tikslas – vadovaujantis Vandens ir sveikatos protokolo nuostatomis bei jo įgyvendinimo veiklos programa nustatyti bendrąsias vandens tiekimo ir sveikatos problemas, pritaikyti gerąsias praktikas Šiaurės ir Baltijos šalyse, numatyti bendradarbiavimo ir bendrų projektų įgyvendinimo galimybes. Tinklo veikla vykdoma organizuojant kasmetinius pasitarimus. Nuo 2012 m. įvairiose Šiaurės ir Baltijos šalyse vyko 10 pasitarimų. Atkreiptinas dėmesys, kad 6-asis pasitarimas buvo surengtas 2017 m. Vilniuje. Pasitarimuose dalyvauja Danijos, Estijos, Islandijos, Latvijos, Lietuvos, Norvegijos, Suomijos, Švedijos šalių atstovai bei PSO ir JT EEK ekspertai. Šiaurės ir Baltijos šalių specialistų pasitarimai gerina tarpinstitucinį bendradarbiavimą, informacijos sklaidą, pagrįstų sprendimų dėl geriamojo vandens ir sanitarijos užtikrinimo priėmimą tarptautiniu ir nacionaliniu lygmeniu. Pastaraisiais metais daug dėmesio pasitarimuose skiriama rizikos vertinimu pagrįstai geriamojo vandens priežiūrai. Rizikos vertinimas ir valdymas vykdomas geriamojo vandens gavybos vietoms skirtuose požeminio vandens baseinuose, geriamojo vandens tiekimo sistemose ir pastatų vidaus vandentiekio sistemose. Tai padeda sutelkti dėmesį į visuomenės sveikatai svarbiausius klausimus ir gauti didžiausią naudą ribotų išteklių sąlygomis.

Išvada

Pastaraisiais dešimtmečiais pasiekta reikšminga pažanga užtikrinant saugų geriamąjį vandenį, tinkamas sanitarines sąlygas ir higieną bei darnų vandens išteklių valdymą visame Europos regione. Vis dėlto dar yra spragų užtikrinant pagrindines vandens, sanitarijos ir higienos paslaugas, o vandeniu plintančių ligų protrūkiai ir toliau kelia grėsmę žmonių sveikatai, gerovei ir bendruomenių produktyvumui. Norint pašalinti šias spragas, būtina tęsti ir stiprinti pastangas, kartu spar-

⁴ Making water and sanitation affordable for all: Policy options and good practices to ensure the affordability of safe drinking water and sanitation services in the pan-European region. <https://unece.org/environment-policy/publications/making-water-and-sanitation-affordable-all-policy-options-and-good>

tinant saugiai valdomų vandens ir sanitarijos paslaugų teikimą visame regione, siekiant apsaugoti žmonių sveikatą ir aplinką.

Pažymėtina, kad Lietuva pasauliniame kontekste išsiskiria palankia gamtine situacija, susijusia su gėlo vandens išteklių būkle, tačiau tai nereiškia, kad Lietuvos prisijungimas prie Vandens ir sveikatos protokolo nuostatų yra tik formalus. Tinkamas Vandens ir sveikatos protokolo nuostatų ir programinių veiklų įgyven-

dinimas Lietuvoje yra itin svarbus siekiant išsaugoti turimus geros kokybės vandens išteklius ateities kartoms bei sudarant sąlygas kiekvienam šalies gyventojui naudoti geros kokybės vandenį. Lietuvai, kaip ir kitoms pasaulio valstybėms, yra aktualu užtikrinti vandens kokybės ir sveikatos ryšį.

*Natalja Šliachtich, Higienos institutas
El. p. natalja.sliachtic@hi.lt*

THE IMPLEMENTATION OF THE PROTOCOL ON WATER AND HEALTH TO THE 1992 CONVENTION ON THE PROTECTION AND USE OF TRANSBOUNDARY WATERCOURSES AND INTERNATIONAL LAKES IN LITHUANIA

Natalja Šliachtich, *Institute of Hygiene, e-mail: natalja.sliachtic@hi.lt*

Successful implementation of the objectives set out in the Protocol on Water and Health depends on strategic collaboration with a range of stakeholders sharing aligned agendas, including international, transboundary, and non-governmental organizations. Effective partnerships and intersectoral cooperation encompass not only sectors traditionally associated with water, environment, and health, but also extend to education, agriculture, infrastructure, finance, urban and rural development, and civil society.

Over the past decades, substantial progress has been made across the WHO European Region in securing access to safe drinking water, adequate sanitation and hygiene services, and in promoting the sustainable management of water resources. Nevertheless, significant gaps persist in the provision of basic water, sanitation, and hygiene (WASH) services. Outbreaks of waterborne diseases continue to pose serious risks to human health, well-being, and community productivity. Addressing these challenges necessitates sustained and intensified efforts, along with the accelerated deployment of safely managed water and sanitation services throughout the region, to ensure the protection of both public health and the environment.

Lithuania, in the global context, benefits from favourable natural conditions with respect to the availability and quality of freshwater resources. However, this favourable

status does not render Lithuania's commitment to the Protocol on Water and Health merely symbolic. On the contrary, the effective implementation of its provisions and programmatic activities is of critical importance for preserving high-quality water resources for future generations, and for ensuring that all residents of the country have equitable access to safe and reliable water. As in all other countries, safeguarding the intrinsic link between water quality and human health remains a national priority. The Hygiene Institute, in turn, actively participates in a programme aimed at enhancing the implementation of the Protocol on Water and Health, with particular focus on setting targets, preparing reports, and capacity building. The Institute is also involved in initiatives promoting equitable access to water and sanitation services, as well as the human right to safe drinking water. Special emphasis is placed on socially vulnerable populations, including the elderly, persons with disabilities, and victims of natural disasters. In Lithuania, social support mechanisms have been established to provide financial assistance to low-income households for drinking water supply and wastewater management services. Moreover, international cooperation is actively pursued, especially through the expert network of Nordic and Baltic countries, to address challenges related to water supply and public health.

ARTERINĖ HIPERTENZIJA IR JOS SĄSAJOS SU MIEGO KOKYBE

Indrė Šapokaitė, Aldona Mikaliūkštienė, Aurelija Turauskienė

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų instituto Slaugos katedra

SANTRAUKA

Arterinė hipertenzija yra dažna lėtinė liga, turinti didelę įtaką sveikatai. Ji gali sutrikdyti miegą, o prasta miego kokybė apsunkina ligos kontrolę, sukelia nuovargį, irzlumą ir sumažėjusį darbingumą. Daugelyje tyrimų nagrinėjama tik miego trukmė ir pasitenkinimas miegu, tačiau šis tyrimas išsiskiria detaliu miego kokybės vertinimu, nes įvertina miego trukmę, reguliarumą, efektyvumą, migdomųjų vartojimą ir sutrikimus. Tai padeda geriau suprasti miego ryšį su arterine hipertenzija ir atkreipia dėmesį į svarbiausias sritis, kurioms reikia daugiau dėmesio.

Straipsnio tikslas – apžvelgti mokslinę literatūrą apie arterinę hipertenziją, miego kokybę ir sąsajas tarp jų.

Medžiaga ir metodai. Atlikta tiriamoji mokslinės literatūros apžvalga apie arterinės hipertenzijos ir miego kokybės sąsajas. Duomenys buvo renkami iš 2019–2024 m. mokslinių šaltinių, pasiekiamų duomenų bazėse *National Library of Medicine (PubMed)*, *Web of Science (Clarivate)* bei paieškos sistemoje *Google Scholar*. Iš 124 atrinktų šaltinių į analizę įtrauktos 37 publikacijos, atitinkančios atrankos kriterijus.

Rezultatai. Arterinės hipertenzijos paplitimas priklauso nuo amžiaus, lyties ir sveikatos priežiūros sistemos veiksmingumo. Prasta miego kokybė susijusi su žalingais įpročiais, psichologiniais sutrikimais, lėtinėmis ligomis, irzlumu bei silpnėjančia imunine sistema. Miego sutrikimai, apnėja, trumpas ir ilgas miegas, taip pat miego reguliarumas ir efektyvumas gali padidinti kraujospūdį ir didinti arterinės hipertenzijos riziką.

Išvados. Arterinės hipertenzijos paplitimas priklauso nuo amžiaus, lyties ir sveikatos priežiūros sistemos efektyvumo. Prastą miego kokybę lemia žalingi įpročiai, psichologiniai sutrikimai ir lėtinės ligos. Trumpas, ilgas miegas, apnėja ir miego sutrikimai gali sukelti kraujospūdžio padidėjimą.

Reikšminiai žodžiai: arterinė hipertenzija, miego kokybė, miego trukmė, nemiga.

IVADAS

Arterinė hipertenzija (AH) yra viena iš dažniausiai pasitaikančių sveikatos problemų visame pasaulyje. Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis, 2023 m. arterine hipertenzija sirgo beveik 1,3 mlrd. žmonių, tai yra maždaug kas trečias suaugęs asmuo [1]. Lietuvoje, remiantis 2023 m. statistika, arterine hipertenzija sirgo 353,8 iš 1 tūkst. gyventojų, o kraujospūdį mažinančių vaistų buvo suvartota beveik 7,8 karto daugiau nei Suomijoje, kur jų vartojama mažiausiai [2]. Šis rodiklis atskleidžia ne tik didelį ligos paplitimą, bet ir parodo, kad hipertenzijos kontrolės bei prevencijos klausimai išlieka itin svarbūs žmonių sveikatos kontekste.

AH poveikis neapsiriboja širdies ir kraujagyslių sistemos pažeidimais – liga daro įtaką daugeliui kitų gyvenimo aspektų, įskaitant miego kokybę [3]. Miegas yra esminis žmogaus fiziologinio ir psichologinio funkcionavimo komponentas, o jo sutrikimai gali turėti reikšmingų padarinių sveikatai [4]. Daugeliui pacientų, sergančių arterine hipertenzija, pasireiškia įvairūs

Adresas susirašinėti: Aldona Mikaliūkštienė
Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto
Sveikatos mokslų instituto Slaugos katedra
M. K. Čiurlionio g. 21/27, 03101 Vilnius
El. p. aldona.mikaliukstiene@mf.vu.lt

miego sutrikimai [5]. Bloga miego kokybė lemia ne tik nuovargį, dirglumą ir sumažėjusį darbingumą, bet ir padidina nerimo bei depresijos riziką [6, 7].

Moksliniai tyrimai rodo, kad prasta miego kokybė ir nepakankamas miegas yra reikšmingi hipertenzijos rizikos veiksniai. Trumpas miego laikas gali prisidėti prie aukšto kraujospūdžio išsivystymo, o ilgas, tačiau neefektyvus ar dažnai pertraukiamas miegas taip pat gali turėti neigiamų padarinių [8, 9, 10]. Be to, nereguliarus miego režimas ir vėlyvas užmigimo laikas yra veiksniai, galintys apsunkinti AH kontrolę [11]. Tokie miego sutrikimai kaip obstrukcinė miego apnėja yra ypač reikšmingi, nes jie ne tik sukelia dažno naktinio pabudimo epizodus, bet ir yra susiję su AH rizika [12]. Pasaulio mokslinėje literatūroje vis dažniau nagrinėjama miego kokybės ir arterinės hipertenzijos sąsaja. Pavyzdžiui, Sood ir kolegės (2024 m.) nustatė, kad ilgesnis miegas gali padidinti AH riziką [13]. Yang ir bendraautorai (2021 m.) analizavo, kaip subjektyviai prasta miego kokybė neigiamai veikia arterinę hipertenziją [14]. Scott su kolegomis (2023 m.) savo tyrime pabrėžė, kad nereguliarus miego režimas taip pat prisideda prie hipertenzijos vystymosi [15]. Nepaisant to, daugelio tyrimų trūkumas yra tas, kad jie apsiriboja tik pagrindinių miego aspektų, tokių kaip trukmė ar subjektyvi miego kokybė, nagrinėjimu, neatsižvelgdami į visapusišką miego kokybės vertinimą. Šis tyrimas išsiskiria savo išsamumu – jame analizuojami ne tik pagrindiniai miego aspektai, tokie kaip trukmė, bet ir miego reguliarumas, efektyvumas, migdomųjų vartojimo poveikis bei miego sutrikimų įtaka arterinės hipertenzijos rizikai. Ši analizė padeda geriau suprasti, kaip įvairūs miego aspektai susiję su arterine hipertenzija, ir kreipia dėmesį į svarbiausias sritis, kurioms būtina skirti daugiau dėmesio. Tyrimo rezultatai leidžia identifikuoti pagrindinius miego sutrikimų veiksnius, kurie daro įtaką hipertenzijos rizikai, ir taip prisideda prie efektyvesnių ligos prevencijos bei kontrolės strategijų kūrimo. Šio straipsnio tikslas – apžvelgti mokslinę literatūrą apie arterinę hipertenziją, miego kokybę ir sąsajas tarp jų.

MEDŽIAGA IR METODAI

Siekiant išanalizuoti arterinės hipertenzijos ir miego kokybės sąsajas, atlikta tiriamosios mokslinės literatūros apžvalga. Duomenims rinkti buvo naudojami nau-

jausi moksliniai šaltiniai, pasiekiami duomenų bazėse *National Library of Medicine (PubMed)*, *Web of Science (Clarivate)* ir specializuotoje informacijos paieškos sistemoje *Google Scholar*. Paieškai naudotos šios raktinės frazės: anglų kalba – *arterial hypertension, sleep quality, sleep duration, sleep efficiency*, lietuvių kalba – *arterinė hipertenzija, miego kokybė, miego trukmė, miego efektyvumas*. Mokslinių šaltinių paieška buvo vykdoma 2024 m. rugpjūčio–gruodžio mėn. Atrankai taikyti šie kriterijai: publikacijose nagrinėjamos paieškos frazėse nurodytos temos; parašytos anglų ar lietuvių kalbomis, nemokamos, viso teksto publikacijos, kurių išleidimo data ne vėlesnė nei 2019 metai. Išimtis pritaikyta vienai senesnei nei penkerių metų publikacijai, kuri buvo panaudota teorijai aprašyti.

Iš viso rasti 366 straipsniai, iš kurių atrinkti ir išsamiau išnagrinėti 98. Galutinei analizei atlikti pasirinktos 38 publikacijos, kurios visiškai atitiko atrankos kriterijus ir pateikė reikšmingos informacijos arterinės hipertenzijos bei miego kokybės sąsajoms tirti.

REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

Arterinė hipertenzija, ligos epidemiologija. Arterinė hipertenzija – viena dažniausių lėtinių ligų, daranti didelę įtaką žmonių sveikatai. Remiantis PSO parengta 2023 m. pasaulinės hipertenzijos ataskaita, Europoje arterine hipertenzija sirgo keturi iš dešimties 30–79 metų amžiaus žmonių, tačiau šis rodiklis skyrėsi priklausomai nuo šalies. Daugiausia sergančiųjų užfiksuota Lenkijoje, Kroatijoje ir Vengrijoje. Mažiausias hipertenzijos paplitimas nustatytas Šveicarijoje [16]. Šie duomenys rodo, kad arterinės hipertenzijos paplitimas labai skiriasi tarp šalių, net ir tų, kurios priklauso tai pačiai politinei ir ekonominei erdvei, pavyzdžiui, Europos Sąjungai. Tokie skirtumai atspindi ne tik sveikatos priežiūros sistemų veiksmingumo ar ligos diagnostikos lygio skirtumus, bet ir gyvenimo būdo bei mitybos įpročių įtaką. Pavyzdžiui, Norvegijoje daug daugiau dėmesio skiriama arterinės hipertenzijos prevencijai nei Lenkijoje [17, 18]. Be to, tyrimų duomenimis, norvegų mityba yra geriau subalansuota tiek suvartojamo maisto įvairovės, tiek reikalingų medžiagų kiekio požiūriu, palyginti su Lenkijos gyventojų mityba [19]. Tai yra svarbus aspektas, siekiant sumažinti riziką sirgti arterine hipertenzija [20]. AH paplitimas priklauso ne tik nuo lyties, bet ir nuo socialinių veiksnių, tokių kaip išsilavinimas, lygio. Ty-

rimas, atliktas Prancūzijoje su 59 805 dalyviais nuo 25 iki 69 metų, atskleidė, kad arterinė hipertenzija dažniau nustatoma vyrams nei moterims. To paties tyrimo rezultatai parodė, kad 25–34 metų amžiaus moterų grupėje hipertenzijos paplitimas buvo daug didesnis tarp tų tiriamųjų, kurios turėjo žemiausią išsilavinimą, palyginti su moterimis, turinčiomis aukščiausią išsilavinimą [21]. Tai rodo, kad dėmesys sveikatos švietimui gali turėti teigiamą poveikį sveikatos būklei, ypač jauno amžiaus moterų grupėje.

JAV atliktame tyrime buvo nustatyta, kad AH paplitimas su amžiumi didėja. Jaunesnio amžiaus grupėse AH dažniau buvo diagnozuojama vyrams: 18–39 metų grupėje šis rodiklis tarp vyrų buvo beveik dvigubai didesnis nei tarp moterų. Panaši tendencija išliko ir 40–59 metų amžiaus grupėje. Tačiau vyresniame amžiuje, per 60 metų, paplitimo skirtumai tarp lyčių beveik išnyko – arterinė hipertenzija buvo diagnozuojama didžiąja daugumai ir vyrų, ir moterų [22]. Šie duomenys atskleidžia, kad hipertenzijos paplitimas yra dinamiškas reiškinys, kuris stipriai priklauso nuo amžiaus bei lyties.

Švedijoje ir Kinijoje atlikti tyrimai atskleidė, kad hipertenzijos paplitimas taip pat priklauso nuo sveikatos priežiūros sistemos. Pavyzdžiui, Švedijoje arterinė hipertenzija dažniau buvo nustatoma vyrams nei moterims. Tačiau vyrų informuotumas apie jų būklę ir gydymo kontrolė buvo mažesni nei moterų. Kinijoje situacija kiek skyrėsi – nors vyrų informuotumas apie hipertenziją buvo didesnis, ligos kontrolė tarp vyrų buvo prastesnė nei tarp moterų [23]. Šie rezultatai pabrėžia, kad hipertenzijos paplitimas ir jos valdymas priklauso ne tik nuo amžiaus ir lyties, bet ir nuo šalies sveikatos priežiūros sistemos efektyvumo bei visuomenės požiūrio į ligos prevenciją.

Arterinės hipertenzijos rizikos veiksniai, ligos kontrolė. Hipertenzijos atsiradimą lemia įvairūs veiksniai, tarp kurių svarbią vietą užima tam tikros sveikatos būklės ir elgesio įpročiai. Tyrimas rodo, kad II tipo diabetas, padidėjęs trigliceridų kiekis, didesnis kūno masės indeksas (KMI), rūkymas, priklausomybė nuo alkoholio ir nemiga didina hipertenzijos riziką. Tačiau didesnis didelio tankio lipoproteinų (DTL) kiekis sumažina hipertenzijos riziką, todėl gyvenimo būdo pokyčiai ir sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas yra svarbūs, siekiant sumažinti šios ligos paplitimą [24].

Dar viena svarbi problema, susijusi su AH, yra jos nekontroliavimas. Tyrimas, kuriame dalyvavo 3 129 JAV gyvenantys suaugusieji, sergantys nekontroliuojama AH, atskleidė, kad daugiau nei pusė jų nežinojo apie savo būklę ir nebuvo gydomi. Iš pacientų, kurie žinojo apie savo diagnozę ir atitiko hipertenzijos gydymo kriterijus, dauguma vartojo vaistus, tačiau jų kraujospūdis išliko nekontroliuojamas. Ši problema buvo pastebėta visose demografinėse grupėse, tačiau ypač ryškiai pasireiškė tarp jaunesnio amžiaus suaugusiųjų [25]. Rezultatai atskleidžia reikšmingus AH kontrolės trūkumus. Didelis pacientų, nesuvokiančių savo būklės, skaičius pabrėžia informuotumo stoką ir poreikį dažniau vykdyti sveikatos patikras. Be to, net ir pacientams, kurie žino apie hipertenziją bei gydomi, taikomos terapijos dažnai nėra pakankamai veiksmingos. Apibendrinant galima teigti, kad arterinė hipertenzija yra dažna ir reikšminga lėtinė liga, kurios paplitimą lemia demografiniai, socialiniai ir elgsenos veiksniai. Jos dažnis didėja su amžiumi, o jaunesnio amžiaus grupėse AH dažniau diagnozuojama vyrams. Nors ir pastebimi skirtumai tarp lyčių ir socialinių grupių, tačiau senstant šie skirtumai mažėja. Šalys, kuriose labiau išvystyta sveikatos priežiūros sistema, gali užtikrinti geresnę ligos kontrolę, tačiau vis dar kyla iššūkių dėl diagnostikos ir ligos valdymo, ypač jaunesnio amžiaus grupėse.

Miego kokybė ir jos svarba. Miegas yra esminė žmogaus gyvenimo dalis, reikšminga tiek fizinei, tiek psichinei sveikatai palaikyti. Rekomenduojama miego trukmė suaugusiesiems yra 7–9 valandos per naktį [26]. Didžioji dalis Europos gyventojų šios normos laikosi, pavyzdžiui, Suomijoje ir Nyderlanduose žmonės miega vidutiniškai 7 val. 40 min. Tačiau Turkijoje miego trukmė dažnai nesiekia net 7 valandų, o tai gali turėti neigiamų pasekmių sveikatai [27].

Miego kokybė apibrėžiama kaip asmens pasitenkinimas visais miego aspektais. Ji vertinama pagal keturis pagrindinius kriterijus: miego efektyvumą, užmigimo laiką, miego trukmę ir pabudimus po užmigimo. Šie kriterijai leidžia išsamiai įvertinti miego procesą, apimančią tiek jo pradžią, tiek eigą ir baigtį [7]. Korėjoje atlikto tyrimo, kuriame dalyvavo 165 193 asmenys, duomenimis, bloga miego kokybė nustatyta keturiems iš dešimties visų ištirtųjų – daugiau moterims nei vyrams. Rūkymas buvo statistiškai reikšmingai

susijęs su prastesne miego kokybe, nes rūkančios moterys patyrė miego sutrikimus 2,07 karto dažniau nei nerūkančios, o rūkantys vyrai – 1,17 karto dažniau nei nerūkantys vyrai. Be to, didelis alkoholio vartojimas statistiškai reikšmingai padidino miego kokybės sutrikimo riziką: vyrams ji buvo didesnė 1,27 karto, o moterims – 1,49 karto. Diabetas buvo statistiškai reikšmingai susijęs su bloga miego kokybe tiek vyrams, tiek moterims (1,24 karto dažniau), o arterinė hipertenzija sukėlė blogą miegą 1,14 karto dažniau vyrams ir 1,16 karto dažniau moterims [28].

Dar viename tyrime nustatyta, kad bloga miego kokybė taip pat siejama su įvairiais sveikatos sutrikimais. Blogai miegantys asmenys 1,44 karto dažniau patyrė sunkumų atlikdami kasdienes veiklas bei 2,24 karto dažniau buvo linkę į nerimą ir depresiją [29]. Taip pat blogas miegas gali sukelti nuovargį, irzlumą, sumažinti darbingumą, nusilpninti imuninės sistemos veiklą [7, 30].

Apibendrinant galima teigti, jog bloga miego kokybė gali turėti rimtų pasekmių tiek fizinei, tiek psichinei sveikatai. Blogas miegas yra susijęs su didesne nerimo, depresijos ir lėtinių ligų rizika, taip pat irzlumu ir silpnėjančia imunine sistema.

Miego kokybės ir arterinės hipertenzijos ryšys. Arterinė hipertenzija glaudžiai susijusi su miego kokybe ir jos sutrikimais. AH sergantys asmenys dažnai patiria prastą miego kokybę, o tai gali dar labiau pabloginti jų būklę. Kinijoje atliktas tyrimas parodė, kad miego trūkumas, ypač tarp vyresnio amžiaus moterų, buvo susijęs su AH atsiradimo rizika [5]. Kitame didelės apimties tyrime, kuriame dalyvavo 33 341 tiriamasis, nustatyta, kad AH dažnis tarp gerai miegančių žmonių siekė per 30 proc., o tarp blogai miegančių šis rodiklis siekė daugiau nei 50 proc. [14]. Tai patvirtina stiprų ryšį tarp miego kokybės ir AH rizikos. Kitame tyrime, kuriame buvo tiriami arterine hipertenzija sergantys pacientai, nustatyta, jog tarp moterų bloga miego kokybė buvo 3,2 karto dažnesnė nei tarp vyrų [31]. Šis rezultatas rodo, kad moterys yra jautresnės miego sutrikimams, o prasta miego kokybė glaudžiai susijusi su arterine hipertenzija, todėl moterų sveikatos priežiūrai būtina skirti ypatingą dėmesį.

Nepakankamas miegas, trunkantis mažiau nei 6 valandas, yra susijęs su didesne hipertenzijos rizika. JAV atlikto tyrimo duomenimis, miegantiems mažiau nei 6 valandas per parą asmenims buvo nustatytas

reikšmingai aukštesnis vidutinis paros kraujospūdis, palyginti su tais, kurie miegojo ilgiau [32]. Net nedidelis kraujospūdžio padidėjimas gali paveikti širdies ir kraujagyslių sistemą, todėl trumpas miegas yra laikomas svarbiu AH rizikos veiksniu. Kitu tyrimu nustatyta, kad asmenims, miegantiems mažiau nei 6 valandas, arterinės hipertenzijos rizika padidėjo dešimtadaliu, o miegant daugiau nei 8 valandas – net 30,1 proc. [8]. Tai rodo, kad ne tik trumpas, bet ir ilgas miegas gali turėti neigiamų pasekmių sveikatai. Zhang ir kolegų atliktas tyrimas (2020 m.) parodė, kad vyrų grupėje, kurioje miego trukmė buvo ≥ 8 valandos per naktį, o miego pradžia – po 24 valandos, hipertenzijos tikimybė buvo 1,87 karto didesnė, palyginti su kontroline grupe, kurioje vyrai miegojo 7 valandas per naktį ir užmigdavo 21–22 val. [33]. Tai patvirtina, kad miego trukmė ir miego pradžios laikas yra svarbūs veiksniai, galintys daryti įtaką AH. Ilgas miegas gali būti susijęs su neefektyviu poilsiu arba miego kokybės problemomis, kurios gali neigiamai veikti kraujospūdį. Nors daug dėmesio skiriama trumpam miegui, svarbu atkreipti dėmesį ir į ilgą miegą, kuris taip pat gali turėti neigiamų pasekmių sveikatai.

Miego reguliarumas yra ne mažiau svarbus nei miego trukmė. Australijoje atliktų tyrimų rezultatai parodė, kad miego laiko nereguliarumas turėjo reikšmingą poveikį hipertenzijos rizikai. Buvo nustatyta, kad vėlesnė miego pradžia, vėlesnis miego vidurys bei vėlesnis miego pabaigos laikas padidina AH riziką [15]. Miego režimas gali būti sutrikdomas dėl įvairių priežasčių, įskaitant naktinį ar pamaininį darbą [34] arba netinkamą miego įprotį, tokį kaip užmigimas vėlai vakare [33]. Tokiomis sąlygomis nereguliarus miego režimas gali sukelti AH.

Miego ypatybės turi reikšmingą poveikį AH rizikai. Ma ir kolegų atliktas tyrimas (2020 m.) nustatė, jog kiekvienos papildomos 10 minučių, praleistos stengiantis užmigti, buvo siejamos su didesne hipertenzijos rizika, o sumažėjęs miego efektyvumas (laikas, praleistas iš tiesų miegant, palyginti su viso laiko, praleisto lovoje, santykiu) padidino šią riziką 50 proc. [35]. Tai rodo, kad ne tik miego trukmė, bet ir užmigimo greitis bei miego efektyvumas yra svarbūs veiksniai, siekiant sumažinti širdies ir kraujagyslių ligų riziką.

Miego sutrikimai, tokie kaip obstrukcinė miego apnėja (OMA), knarkimas ir naktiniai prabudimai, yra reikšmingi hipertenzijos rizikos veiksniai. Ren ir ben-

dra autorių atlikto tyrimo (2022 m.) duomenimis, dažnesni prabudimai miego metu buvo susiję su didesne hipertenzijos rizika, ypač tarp pacientų, sergančių OMA. Pavyzdžiui, jei per valandą žmogus prabudo 10 kartų, tai kiekvienas papildomas prabudimas padidino arterinės hipertenzijos riziką 10 proc. [12]. Tai atskleidžia glaudų ryšį tarp miego sutrikimų ir AH.

Migdomųjų vaistų vartojimas ir pernelyg didelis mieguistumas dienos metu yra reikšmingi AH rizikos veiksniai. Prancūzijoje atliktas tyrimas parodė, kad asmenys, kurie reguliariai vartojo migdomuosius, turėjo beveik dvigubai didesnę riziką didinti antihipertenzinių vaistų poreikį [36]. Tai rodo, kad miego sutrikimai ir jiems gydyti taikomos priemonės gali turėti reikšmingą įtaką arterinės hipertenzijos valdymui. Kitas atliktas tyrimas nustatė, jog pernelyg didelis mieguistumas dieną, ypač kai jis pasireiškė dažnai, padidino hipertenzijos riziką net 1,42 karto [37]. Šie duomenys pabrėžia glaudų ryšį tarp miego kokybės problemų ir AH.

Apibendrinant galima teigti, kad prasta miego kokybė yra glaudžiai susijusi su didesne arterinės hipertenzijos rizika. Šis glaudus ryšys pabrėžia, jog miego kokybės gerinimas turėtų tapti svarbia arterinės hipertenzijos prevencijos strategijos dalimi.

IŠVADOS

1. Arterinė hipertenzija yra viena dažniausių lėtinių ligų, kurios paplitimas didėja su amžiumi ir priklauso nuo lyties, socialinių bei gyvenimo būdo veiksnių. AH paplitimas taip pat priklauso nuo šalies sveikatos priežiūros sistemos ir sveikatos politikos. Be to, hipertenzijos kontrolė yra didelis iššūkis, nes daug pacientų nežino apie savo būklę, o tarp tų, kurie žino, gydymas dažnai būna nepakankamai veiksmingas.
2. Prasta miego kokybė yra susijusi su žalingais įpročiais, tokiais kaip alkoholio vartojimas ir rūkymas, su psichologiniais sutrikimais, lėtinėmis ligomis, pavyzdžiui, diabetu ir arterine hipertenzija, taip pat su irzlumo didėjimu ir silpnėjančia imunine sistema.
3. Miego kokybė, įskaitant trukmę, reguliarumą, užmigimo greitį ir miego sutrikimus, tiesiogiai veikia arterinės hipertenzijos riziką. Trumpas, nereguliarus miegas ir pernelyg didelis mieguistumas dieną gali padidinti kraujospūdį ir prisidėti prie hipertenzijos atsiradimo.

Straipsnis gautas 2025-06-16, priimtas 2025-08-19

Literatūra

- World Health Organization. World Hypertension Day 2024: measure your blood pressure accurately, control it, live longer [Internet]. 2024 [cited 2025 Jul 17]. Available from: <https://www.who.int/srilanka/news/detail/17-05-2024-world-hypertension-day-2024--measure-your-blood-pressure-accurately--control-it--live-longer>
- Gaidelytė R, Garbuvienė M. Lietuvos sveikatos statistika. 2023. Health statistics of Lithuania 2023. Vilnius: Higienos institutas; 2023. 72 p. ISSN 2669-283X.
- Mekonene M, Baye K, Gebremedhin S. Epidemiology of hypertension among adults in Addis Ababa, Ethiopia. *Prev Med Rep.* 2023;32:102159. DOI:10.1016/j.pmedr.2023.102159.
- Clement-Carbonell V, Portilla-Tamarit I, Rubio-Aparicio M, Madrid-Valero JJ. Sleep quality, mental and physical health: A differential relationship. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(2):460. DOI:10.3390/ijerph18020460.
- Li C, Shang S. Relationship between sleep and hypertension: Findings from the NHANES (2007–2014). *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(15):7867. DOI:10.3390/ijerph18157867.
- Jiang Y, Jiang T, Xu LT, Ding L. Relationship of depression and sleep quality, diseases and general characteristics. *World J Psychiatry.* 2022;12(5):722–38. DOI:10.5498/wjp.v12.i5.722.
- Nelson KL, Davis JE, Corbett CF. Sleep quality: An evolutionary concept analysis. *Nurs Forum.* 2022;57(1):144–51. DOI:10.1111/nuf.12659.
- He J, He Q. Association between sleep duration and hypertension among adults in Southwest China. *Glob Heart.* 2022;17(1):10. DOI:10.5334/gh.1100.
- Makarem N, Shechter A, Carnethon MR, Mullington JM, Hall MH, Abdalla M. Sleep duration and blood pressure: Recent advances and future directions. *Curr Hypertens Rep.* 2019;21(5):33. DOI:10.1007/s11906-019-0938-7.
- Wang L, Hu Y, Wang X, Yang S, Chen W, Zeng Z. The association between sleep duration and hypertension: A meta and study sequential analysis. *J Hum Hypertens.* 2021;35(7):621–6. DOI:10.1038/s41371-020-0372-y.
- Haghighyegh S, Strohmaier S, Hamaya R, Eliassen AH, Willett WC, Rimm EB. Sleeping difficulties, sleep duration, and risk of hypertension in women. *Hypertension.* 2023;80(11):2407–14. DOI:10.1161/HYPERTENSIONAHA.123.21350.
- Ren R, Zhang Y, Yang L, Somers VK, Covassin N, Tang X. Association between arousals during sleep and hypertension among patients with obstructive sleep apnea. *J Am Heart Assoc.* 2022;11(1):e022141. DOI:10.1161/JAHA.121.022141.
- Sood A, Hosseini K, Soleimani H, Tavakoli K, Heydari N, Farahvash Y. Sleep duration and hypertension incidence: systematic review and meta-analysis. *J Am Coll Cardiol.* 2024;83(13):1877. DOI:10.1016/S0735-1097(24)03867-1.
- Yang Z, Heizhati M, Wang L, Li M, Pan F, Wang Z, et al. Subjective poor sleep quality is associated with higher blood pressure and prevalent hypertension in general population independent of sleep disordered breathing. *Nat Sci Sleep.* 2021;13:1759–70. DOI:10.2147/NSS.S329024.
- Scott H, Lechat B, Guyett A, et al. Sleep irregularity is associated with hypertension: Findings from over 2 million nights with a large global population sample. *Hypertension.* 2023;80(5):1117–26. DOI:10.1161/HYPERTENSIONAHA.122.20513.
- World Health Organization. Global report on hypertension: the race against a silent killer [Internet]. 2023 [cited 2025 Jul 17]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081062>
- Cegłowska U, Burzyńska M, Prejbisz A, et al. Incidence and prevalence of registered hypertension in Poland. *Pol Arch Intern Med.* 2024;134(6):16746. DOI:10.20452/pamw.16746.
- Desai T, Clarke R, Ross S, et al. Trends in prevalence, treatment and control of hypertension in 38,825 adults over 36 years in Tromsø prospective study. *Scand J Public Health.* 2023;51(7):1033–41. DOI:10.1177/14034948221122395.
- Janowska-Miasik E, Waśkiewicz A, Witkowska AM, et al. Diet quality in the population of Norway and Poland. *BMC Public Health.* 2021;21:319. DOI:10.1186/s12889-021-10361-3.
- Di Daniele N, Marrone G, Di Lauro M, et al. Effects of caloric restriction diet on arterial hypertension and endothelial dysfunction. *Nutrients.* 2021;13(1):274. DOI:10.3390/nu13010274.
- Neufcourt L, Deguen S, Bayat S, et al. Gender differences in the association between socioeconomic status and hypertension in France. *PLoS One.* 2020;15(4):e0231878. DOI:10.1371/journal.pone.0231878.
- Osthege Y, Fryar CD, Nwankwo T, Nguyen DT. Hypertension prevalence among adults aged 18 and over: United States, 2017–2018. *NCHS Data Brief.* 2020;(364):1–8. PMID: 32487290.
- Santosa A, Zhang Y, Weinehall L, et al. Gender differences and determinants of hypertension in China and Sweden. *BMC Public Health.* 2020;20(1):1763. DOI:10.1186/s12889-020-09862-4.
- van Oort S, Beulens JWW, van Ballegooijen AJ, et al. Association of cardiovascular risk factors and lifestyle behaviors with hypertension: A Mendelian randomization study. *Hypertension.* 2020;76(6):1971–9. DOI:10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15761.
- Richardson LC, Vaughan AS, Wright JS, Coronado F. Examining the hypertension control cascade in adults with uncontrolled hypertension in the US. *JAMA Netw Open.* 2024;7(9):e2431997. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2024.31997.
- Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, et al. National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations: final report. *Sleep Health.* 2015;1(4):233–43. DOI:10.1016/j.sleh.2015.10.004.
- World Population Review. Average sleep time by country [Internet]. 2024 [cited 2025 Jul 17]. Available from: <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/average-sleep-time-by-country>
- Lee SY, Ju YJ, Lee JE, et al. Factors associated with poor sleep quality in the Korean general population. *J Affect Disord.* 2020;271:49–58. DOI:10.1016/j.jad.2020.03.069.
- Lee S, Kim JH, Chung JH. The association between sleep quality and quality of life: A population-based study. *Sleep Med.* 2021;84:121–6. DOI:10.1016/j.sleep.2021.05.022.
- Garbarino S, Lanteri P, Bragazzi NL, et al. Role of sleep deprivation in immune-related disease risk and outcomes. *Commun Biol.* 2021;4(1):1304. DOI:10.1038/s42003-021-02825-4.
- Gou F, Zhong X, Jiao H. Sleep quality and related influencing factors in adult hypertensive patients in Shandong Province, China. *Medicine (Baltimore).* 2023;102(22):e33926. DOI:10.1097/MD.00000000000033926.

32. Abdalla M, Schwartz JE, Cornelius T, et al. Objective short sleep duration and 24-hour blood pressure. *Int J Cardiol Hypertens.* 2020;7:100062. DOI:10.1016/j.ijchy.2020.100062.
33. Zhang H, Zhao X, Li Y, et al. Night sleep duration and sleep initiation time with hypertension in Chinese rural population: the Henan Rural Cohort. *Eur J Public Health.* 2020;30(1):164–70. DOI:10.1093/eurpub/ckz142.
34. Huang T, Mariani S, Redline S. Sleep irregularity and risk of cardiovascular events: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *J Am Coll Cardiol.* 2020;75(9):991–9. DOI:10.1016/j.jacc.2019.12.054.
35. Ma CC, Gu JK, Bhandari R, et al. Associations of objectively measured sleep characteristics and incident hypertension among police officers: The role of obesity. *J Sleep Res.* 2020;29(6):e12988. DOI:10.1111/jsr.12988.
36. Hernández-Aceituno A, Guallar-Castillón P, García-Esquinas E, et al. Association between sleep characteristics and antihypertensive treatment in older adults. *Geriatr Gerontol Int.* 2019;19(6):537–40. DOI:10.1111/ggi.13660.
37. Balagny P, Vidal-Petiot E, Kab S, et al. Association of snoring and daytime sleepiness with subsequent incident hypertension: A population-based cohort study. *Hypertension.* 2024;81(11):2286–97. DOI:10.1161/HYPERTENSIONA.124.23007.

ARTERIAL HYPERTENSION AND ITS ASSOCIATIONS WITH SLEEP QUALITY

Indrė Šapokaitė, Aldona Mikaliūkštienė, Aurelija Turauskienė

Vilnius University, Faculty of Medicine, Institute of Health Sciences, Department of Nursing

ABSTRACT

Arterial hypertension is one of the most common chronic diseases, significantly affecting human health. It not only impacts the cardiovascular system but can also disrupt sleep, and poor sleep quality can complicate disease management, leading to additional health problems such as depression, and anxiety. Many studies focus only on basic sleep aspects, such as duration or satisfaction, without considering a comprehensive assessment of sleep quality. This study stands out by providing a detailed analysis of the impact of sleep duration, regularity, efficiency, use of sleeping pills, and sleep disturbances on the risk of arterial hypertension.

The aim is to review the scientific literature on arterial hypertension, sleep quality, and their associations.

Materials and Methods. A literature review was conducted, examining scientific articles about the connections between arterial hypertension and sleep quality. Data were collected from the most recent (2019–2024) scientific sources available in the National Library of Medicine (PubMed), Web of Science (Clarivate), and Google Scholar databases. Out of 124 sources, 38 publications that met the established selection criteria were included in the analysis.

Results. The study showed that the prevalence of arterial hypertension depends on age, gender, socioeconomic

factors, and the effectiveness of the healthcare system. Sleep quality directly affects the risk of hypertension—poor sleep and disorders such as sleep apnea, as well as short (less than 6 hours) and long (more than 8 hours) sleep, increase blood pressure. Sleep duration, regularity, and efficiency have a direct impact on cardiovascular health, while sleep disturbances and the use of sleeping pills contribute to the risk of hypertension.

Keywords: arterial hypertension, sleep quality, sleep efficiency, sleep duration

Conclusions. Poor sleep quality poses a significant risk for the development and progression of hypertension. Irregular sleep, short sleep duration, and sleep disorders such as obstructive sleep apnea can increase the risk of hypertension.

Correspondence to Aldona Mikaliūkštienė
Department of Nursing, Institute of Health Sciences,
Faculty of Medicine Vilnius University
M. K. Čiurlionio str. 21/27, LT-03101 Vilnius, Lithuania
E-mail: aldona.mikaliukstiene@mf.vu.lt

Received 16 June 2025, accepted 19 August 2025

AGRESIJOS VALDYMO IŠŠŪKIAI SLAUGANT DEMENCIJA SERGANČIUS PACIENTUS: LITERATŪROS APŽVALGA

Karolina Adomavičiūtė, Agnė Jakavonytė-Akstinienė, Stanislav Sabaliauskas

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų instituto Slaugos katedra

SANTRAUKA

Kasmet vis dažniau pagyvenusiems žmonėms diagnozuojamas demencijos sindromas. Progresuojant demencijai pastebimi elgesio pokyčiai, o iš jų daugiausia problemų keliantis – agresyvus elgesys. Sergančiojo demencija agresyvų elgesį gali provokuoti įvairūs veiksniai, o dėl kognityvinių funkcijų sutrikimo sveikatos priežiūros specialistams sunku identifikuoti priežastis bei suvaldyti agresiją ar jos epizodus.

Tikslas – išanalizuoti agresijos valdymo iššūkius slaugant agresyvius demencija sergančius pacientus.

Metodai. Atlikta sisteminė mokslinės literatūros apžvalga. Paieška buvo vykdoma duomenų bazėse *PubMed* ir *Web of Science*, ieškant naujausių publikacijų, išleistų nuo 2019 iki 2024 metų, pagal paieškos žodžius anglų kalba: *dementia, challenges, aggressive behaviour, nurs*, students*. Pagal įtraukimo ir atmetimo kriterijus į sisteminę apžvalgą įtraukti 5 tyrimai.

Tyrimo rezultatai ir išvados. Tyrimai parodė, kad kiekvieną dieną slaugytojai ir kiti sveikatos priežiūros specialistai susiduria su įvairiais iššūkiais dirbdami su demencija sergančiais pacientais. Dažniausiai pasitaikančios problemos valdant agresyvų elgesį – komplikotas agresyvaus elgesio veiksmų atpažinimas, komandinio darbo stoka, laiko trūkumas, dažnas fizinio suvaržymo priemonių taikymas, medikamentų administravimas ir į pacientą orientuotos priežiūros nebuvimas. Skiriant dėmesį specialistų mokymams apie demencija sergančiųjų agresijos valdymą, taikant į paciento poreikius orientuotą slaugą ir identifikuojant agresiją sukeliančius veiksnius galima užtikrinti kokybišką slaugą.

Reikšminiai žodžiai: agresijos valdymas, iššūkiai, demencija, slaugytojai.

ĮVADAS

Senyvo amžiaus žmonių kognityvinės funkcijos silpnėja, o tai kelia rimtų iššūkių ir reikalauja specialaus pasiruošimo iš sveikatos priežiūros sistemos. Pagal Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) duomenis (2023), šiuo metu pasaulyje yra 55 milijonai žmonių, kurie turi šį sindromą. Prognozuojama, kad iki 2030 metų demencija sergančių žmonių skaičius sieks 78 milijonus, o iki 2050 metų – net 139 milijonus [1]. Sergantieji demencija dažnai pasižymi susijaudinimu ir agresyviu elgesiu, kuris tampa sudėtingu iššūkiu, nes kelia didelį stresą pacientui ir slaugytojui [2]. Agresyvus elgesys gali būti būdingas ir prieš susergant demencija, tačiau tokia elgsena gali pasireikšti ir tiems pacientams, kurie anksčiau niekada nebuvo agresyvūs. Demencija paveikia žmogaus asmenybę ir įpročius, todėl asmuo

linkęs pasikeisti, jaučiasi praradęs savo gyvenimo kontrolę ir gali tapti agresyvus [3].

Nustatyta, jog nuo 70 proc. [4] iki 90 proc. [4–5] sergančiųjų demencija pasireiškia agresyvus elgesys. Agresyvus elgesys gali būti provokuojamas paciento patiriamo skausmo [6] ar fizinio diskomforto, kurį jam sunku nurodyti, taip pat aplinkos faktorių, tokių kaip triukšmas, žmonės, nepažįstama aplinka [4]. Agresijos metu sergantieji gali kalbėti pakeltu tonu. Be to, dėl

Adresas susirašinėti: Agnė Jakavonytė-Akstinienė
Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto
Sveikatos mokslų instituto Slaugos katedra
M. K. Čiurlionio g. 21/27, 03101 Vilnius
El. p. agne.jakavonyte-akstiniene@mf.vu.lt

kognityvinių pokyčių jiems gali pasireikšti nerimastinumas, klaidžiojimas ir uždumas [7].

Demencijai progresuojant tampa sudėtinga suprasti tai, ką pacientai nori pasakyti ar išreikšti, todėl mėginimai aiškintis ar ginčytis su pacientu nepadaeda. Slaugytojai dažnai patiria baimę ar pyktį, nukreiptą į agresyvius pacientus [8]. Pranešimų apie situacijas, kuriose buvo panaudota verbalinė ir fizinio pobūdžio agresija prieš sveikatos priežiūros specialistus, ypač slaugytojus, visame pasaulyje daugėja, todėl siekiant sumažinti žalos riziką sveikatos priežiūros specialistams ir kitam personalui reikia parengti prevencijos ir valdymo strategijas. Šiai problemai spręsti vykdoma įvairi švietėjiška veikla, tačiau bendras jos poveikis nėra aiškus [9].

Vienodas sveikatos priežiūros specialistų supratimas apie agresyvių pacientų elgesį ir taikomi veiksmai kylantiems iššūkiams spręsti yra labai svarbūs siekiant užtikrinti saugią slaugos praktiką. Siekiant efektyviai nuslopinti agresyvaus elgesio simptomus vis dažniau rekomenduojama pirmiausia naudoti nefarmakologinius metodus, taikant į pacientą orientuotą priežiūrą, todėl norint veiksmingai susidoroti su iššūkiais yra būtinas specialus slaugytojų pasirengimas [10]. Kasmet sergančiųjų demencija slaugos kokybė gerėja, tačiau ir sudėtingėja, ypač tada, kai pacientams pasireiškia nenusipėjamas ir neprognozuojamas agresyvus elgesys [11].

Mokslinėje literatūroje aktualizuojamas itin didelis teorinis ir praktinis mokymų poreikis pacientų agresyvaus elgesio tema, siekiant padidinti slaugytojų gebėjimus tinkamai reaguoti į konfliktines situacijas bei reakcijas į agresijos atvejus [12]. Tačiau Lietuvoje nėra atlikta daug tyrimų, kuriuose analizuojami agresijos valdymo iššūkiai slaugant demencija sergančius pacientus. Šiuo tyrimu siekiama aktualizuoti dažniausius iššūkius, su kuriais susiduria slaugytojai, valdydami agresyvius demencija sergančius pacientus. Tyrimo rezultatai prisidės kuriant geriausią slaugos praktiką, dirbant su kognityvinių sutrikimų turinčiais pacientais.

Tikslas – apžvelgti mokslinės literatūros šaltinius, susijusius su agresijos valdymo iššūkiais slaugant sergančiuosius demencija.

MEDŽIAGA IR METODAI

Tiksli pasiekti pasirinkta sisteminė mokslinės literatūros apžvalga [13]. Paieška buvo vykdoma duomenų bazėse *PubMed* ir *Web of Science*, ieškant naujausių pu-

blikacijų, išleistų nuo 2019 iki 2024 metų. Paieška atlikta nuo 2024 m. spalio 21 d. iki 2024 m. gruodžio 15 d. Taikyti šie publikacijų įtraukimo kriterijai: ne senesnės kaip 5 metai; parengtos anglų kalba; turinčios nepamamą viso teksto prieigą. Atmetimo kriterijai: nepateikti tyrimo instrumento validumo rodikliai; į tyrimus neįtraukti slaugytojai.

Paieškos sistemoje buvo naudojami reikšminiai žodžiai *dementia* ir *challenges* ir *aggressive behavior* ir *nurs**, išskyrus *students*. Paieškos rezultatams taikyta PRISMA srauto diagrama (angl. *PRISMA Flow diagram*) (1 pav.).

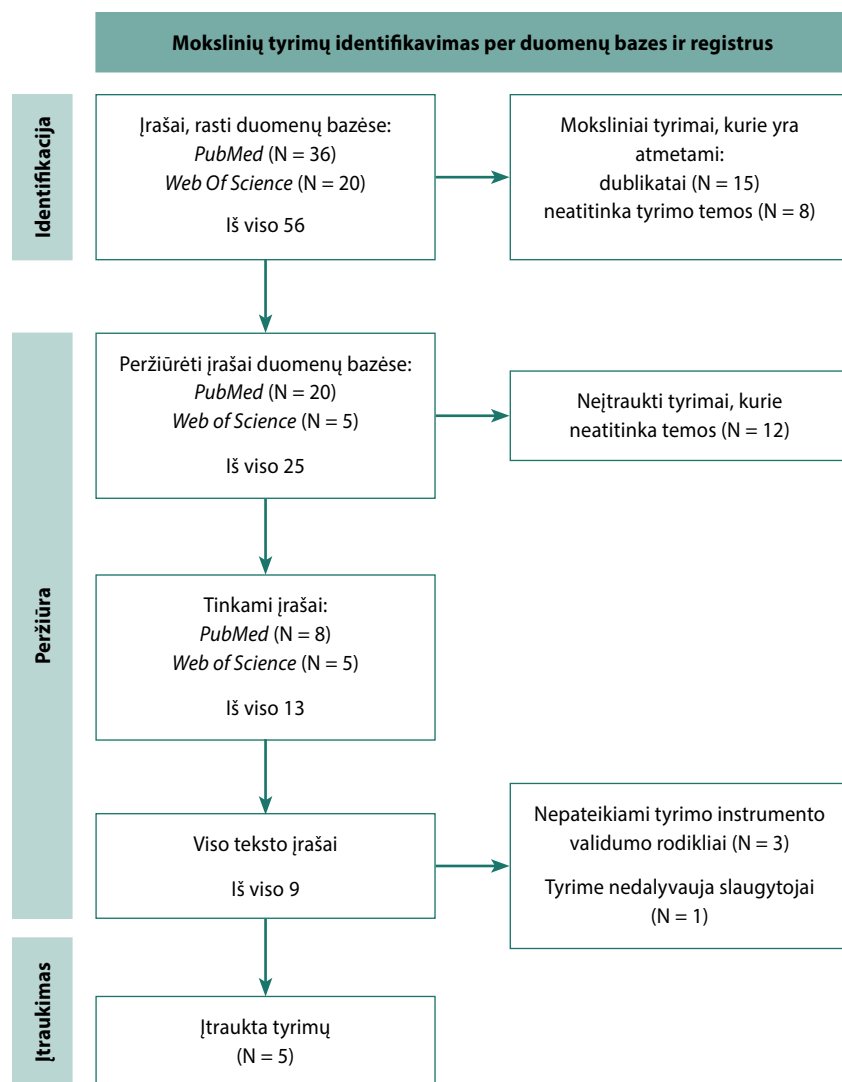
Iš viso rastos 56 publikacijos, pritaikius filtrus atmetos 8, rasta 15 dublikatų, peržiūrėjus pavadinimus neįtraukti 8, perskaičius santrauką atmeta 12 tyrimų, kurie neatitiko temos. Galutinei analizei pasirinktos 5 publikacijos, kurios labiausiai atskleidžia analizuojamą temą.

REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

Remiantis naujausiais moksliniais šaltiniais šiame darbe siekiama aktualizuoti agresijos valdymo iššūkius slaugant sergančiuosius demencija. Demencijos stadijos ir atsirandantys elgesio pokyčiai vis dažniau nagrinėjami mokslininkų. Didėjant sergančiųjų skaičiui pasaulyje, mokslininkai daug dėmesio skiria tyrimams, nagrinėjantiems sergant demencija atsirandančio agresyvaus elgesio priežastis, sveikatos priežiūros personalo iššūkius dirbant su pacientais, kuriems diagnozuoti skirtingi demencijos tipai bei stadijos. Pastaraisiais metais akcentuojamas holistinis požiūris, į pacientą orientuota priežiūra, kurie tampa svarbiausiais įrankiais sergančiųjų demencija iššūkiams valdyti [14]. Atliktos publikacijų analizės duomenys pristatomi 1-oje lentelėje, kurioje pateikiami įvairiose šalyse – Kanadoje [12], Suomijoje [15], Olandijoje [16], Australijoje [17–18] atlikti tyrimai (1 lentelė).

Publikacijų rezultatų analizė leido išskirti esminius iššūkius: 1) į pacientą orientuotos slaugos taikymo užtikrinimas; 2) agresijos veiksnių nustatymas ir skausmo identifikavimas; 3) specialistų mokymų poreikis.

Į pacientą orientuotos slaugos taikymo užtikrinimas. Sunkumai dirbant su demencija sergančiais pacientais yra kasdienė slaugytojų darbo dalis. Piirainen ir kt. (2021) mokslininkų Suomijoje atliktas tyrimas parodė, kad beveik visi (98 proc.) slaugytojai susiduria su išban-



1 pav. PRISMA srauto diagrama

dymais kasdien ar bent kartą per savaitę. Spręsdami kylančias problemas dauguma slaugytojų stengiasi teikti į pacientą orientuotą slaugą ir pirmiausia agresiją valdo bandydami kalbėti, nukreipdami paciento dėmesį į mėgstamas veiklas ar prisiminimus, taikydami prisilietimus ar aktyviai išklausydami pacientų nepasitenkinimus. Tik labai maža dalis (37 proc.) slaugytojų nurodė, jog valdydami agresiją naudojo fizinio suvaržymo priemones [15]. Bendravimas – vienas iš svarbiausių aspektų, padedančių suprasti paciento poreikius, tačiau sergantiesiems demencija išsakyti poreikius sudėtinga. Paciento ir sveikatos priežiūros specialisto bendravimo nebuvimas apsunkina priežiūrą. Pacientų agresija ir nenoras atlikti rytinės ir vakarinės higienos, valgyti ar gerti, atsisakymas vartoti skirtus medika-

mentus tampa sudėtingu iššūkiu slaugytojams, todėl jie dažnai susierzina, praranda viltį ieškoti sprendimų ir jaučia nusivylimą darbu [12, 16]. Siekiant sėkmingai suvaldyti agresijos situacijas yra itin reikšmingas komandinis darbas, todėl personalo tarpusavio santykiai ir pasitikėjimas yra vienas iš veiksmingų suvaldant agresyvų elgesį [17]. Pavyzdžiui, Olandijoje 2022 metais atliktas tyrimas parodė, jog slaugytojai įžvelgė bendradarbiavimo tarp kolegų stoką, nes keičiantis pamainoms nebūdavo suteikiama informacija apie sudėtingą paciento elgesį arba pranešimai buvo neinformatyvūs. Tokią situaciją lėmė laiko ir personalo trūkumas. Tyrimo metu paaiškėjo, jog šios priežastys išprovokuoja vidinius personalo nesutarimus ir sudėtingesnę pacientų priežiūrą [16].

1 lentelė. Publikacijų apie agresijos valdymo iššūkius analizės santrauka

Autorius, metai, šalis	Dalyviai	Metodai ir analizės priemonės	Radiniai
Watson ir Hatcher, 2021, Australija [17]	N = 11, slaugytojai, skyrių vadovai ir individualios priežiūros darbuotojai, dirbantys su pagyvenusiais žmonėmis	Kokybinis tyrimas – pusiau struktūruoto interviu turinio analizė	Valdant agresiją pirmenybė teikiama tiems, kuriems žinomi ją sukeliantys veiksniai. Priešingai, pacientams, kurių bendravimas ir (arba) supratimas sutrikęs, taikomas tik dėmesio atitraukimas ir medikamentinis nuraminimas. Į asmenį orientuotos priežiūros taikymas komplikuoatas dėl laiko ir išteklių trūkumo.
Graham ir kt., 2022, Australija [18]	N = 274, slaugytojai	Virtuali simuliacija su pacientu (klausimynas sudarytas iš 5 psichometriškai patvirtintų instrumentų)	Daugumos (88 proc.) slaugytojų geros teorinės žinios apie skausmą nepadėjo atpažinti jo simuliacijose. Tik 13 slaugytojų (4,7 proc.) atpažino ir traktavo virtualaus paciento sujaudinimą kaip susijusį su skausmu. Daugelis (89 proc.) slaugytojų davė gerti antipsichotinius vaistus.
Wong ir kt., 2024, Kanada [12]	N = 18, sveikatos priežiūros darbuotojai (gydytojai, slaugytojai, kineziterapeutai)	Kokybinis tyrimas – pusiau struktūruoto interviu struktūrinė duomenų analizė	Pagrindiniai agresijos valdymo iššūkiai: agresijos diagnostikos priemonių trūkumas, nepakankamas mokymas, itin dažnas fizinio suvaržymo priemonių bei medikamentų naudojimas, nepakankamas nefarmakologinių metodų taikymas. Lengvinančios priemonės: tarpdisciplininės komandos darbas, tinkamos darbuotojų kompetencijos ir mokymai apie agresiją bei specialus pasirengimas taikyti nefarmakologines priemones.
Veldwijk-Rouwenhorst ir kt., 2022, Olandija [16]	N = 42, gydytojai, psichologai, slaugytojai, skyrių vadovai ir artimieji	Kokybinis tyrimas, susidedantis iš individualių interviu ir tikslinių grupių diskusijų. Tematinė ir turinio analizė	Paciento bendravimas ir bendradarbiavimas įvardyti kaip didžiausi sunkumai. Slaugytojai neturėjo pakankamai įgūdžių ir žinių apie agresyvaus elgesio suvaldymą. Slaugytojai dažnai nepranešdavo apie sudėtingą pacientų elgesį keičiantis pamainoms arba pranešimai buvo nepakankamai kokybiški.
Piirainen ir kt., 2021, Suomija [15]	N = 106, slaugytojai	Kryžminė apklausa naudojant struktūruotą klausimyną bei atvirusius klausimus	98 proc. slaugytojų susidūrė su iššūkiais kasdien ar kartą per savaitę. 97 proc. slaugytojų pirmiausia bando nuraminti pacientą (kalbasi, prisiliečia ir išklauso). Beveik du penktadaliai (37 proc.) respondentų naudojo fizinio suvaržymo priemones.

Agresijos veiksmų nustatymas ir skausmo identifikavimas. Sisteminės apžvalgos duomenimis, sveikatos priežiūros personalas, ypač daugiausia laiko prie paciento praleidžiantys slaugytojai, įvardija, jog agresyvaus elgesio veiksmų nustatymas kelia iššūkių. Agresijos veiksmai gali būti skirtingi: aplinkos pokyčiai, triukšmas, fizinis diskomfortas, skausmas, aplinkiniai žmonės, netinkama priežiūra, artimieji. Šiuolaikinis agresyvaus elgesio valdymas kasdienėje praktikoje yra nevienodas, nes iššūkiams spręsti vieni linkę pirmiausia taikyti nemedikamentinius metodus, kiti – medikamentinius [12, 17–18]. Deja, kai pacientas turi verbalinės ar neverbalinės komunikacijos sutrikimų ir nesuvokia jį supančios aplinkos ar žmonių, slaugytojams tai tampa išbandymu, ir dažniausiai taikomos medikamentinės intervencijos, t. y. pagal gydytojo pasiskyrimus suleidžiami vaistai arba sugirdomos tabletės [17]. Progresuojanti demencija ir kognityviniai sutrikimai kelia vis daugiau slaugos sunkumų, todėl slaugytojų pastangos teikti į pacientą orientuotą slaugą virsta iššūkiu dėl laiko, personalo ir priemonių trūkumo [17]. Be to, Graham su kolegomis (2022) Australijoje atliktas tyrimas parodė, jog agresijos priežastis sunku nustatyti, kai demencija progresuoja vėlesnėse stadijose. Tyrimo metu slaugytojai atliko simuliacijas su virtualiu pacientu, ir tik labai maža dalis slaugytojų (13 iš 274) gebėjo identifikuoti, kad paciento skausmas buvo pagrindinė agresijos priežastis. Kiti slaugytojai neatpažino skausmo ir ėmėsi slaugos veiksmų agresyviai elgesiui valdyti, bet ne skausmui mažinti [18]. *Specialistų mokymų poreikis.* Slaugytojų teorinių ir praktinių įgūdžių mokymo stoka sveikatos priežiūros įstaigose kelia didelių sunkumų siekiant sėkmingai suvaldyti sergančiųjų demencija agresiją. Publikacijų analizė rodo, kad dažniausiai renkamasi medikamentinį metodą, taip pat fizinio suvaržymo priemones, kurios efektyviai nuramina pacientą, tačiau taikant šiuos metodus agresija suvaldoma trumpam [12]. Demencija sergantys pacientai dažnai patiria šalutinių reakcijų ir tampa dar agresyvesni. Pažymima, kad specialistų mokymai ir parengimas pirmiausia taikyti nefarmakologinius veiksmus, tokius kaip dėmesio nukreipimas, pokalbis, užsiėmimai, leistų užtikrinti saugesnę priežiūrą ir padėtų suvaldyti pacientų agresiją [12, 15]. Australijoje 2022 m. atliktas tyrimas atskleidė slaugytojų įgūdžių reikšmę atpažįstant skausmą tarp

demencija sergančių agresyvių pacientų. Tyrimo metu paaiškėjo, kad demencijos ir chirurgijos skyrių vyresnieji slaugytojai pasirodė geriausiai per simuliaciją, kurioje buvo slaugomas agresyvus pacientas, sergantis demencija. Nors slaugytojų teorinės žinios apie demenciją buvo įvertintos kaip geros, praktinės patirties trūkumas tapo pagrindine kliūtimi užtikrinant kokybišką pacientų priežiūrą bei objektyviai nustatant agresijos priežastis. Sveikatos priežiūros darbuotojai taip pat išreiškė specializuotų diagnostinių priemonių, kurios leistų tiksliau vertinti agresyvumą tarp demencija sergančių pacientų, poreikį, nes šiuo metu jų trūksta [18]. Tyrimo išvados parodė, kad praktiniai įgūdžiai ir tinkami vertinimo įrankiai yra būtini siekiant veiksmingai valdyti agresiją ir pagerinti pacientų priežiūros kokybę.

Vokietijoje (2020) atliktame tyrime nustatyta, jog agresijos valdymas gali būti sunkesnis dėl to, kad agresijos epizodai vyksta pacientų palatose tarp pačių pacientų ir dažniausiai vakarais, kai slaugytojų dirba mažiau ir sudėtinga greitai sureaguoti [19]. Daugiau tyrimų, atliktų apie agresijos atvejus tarp demencija sergančių pacientų detalizuojant paros laiką, padėtų užtikrinti saugesnę ir mokslu grįstą slaugos praktiką demencijos skyriuose [19–20]. Tai sustiprintų tarpdisciplininės komandos darbą bei pagerintų slaugytojų pasitenkinimą darbu, fizinę ir emocinę sveikatą. Remiantis analizuotomis publikacijomis nustatyta, jog agresijos valdymas yra itin aktuali ir daug išbandymų kelianti kasdienė slaugytojo veikla dirbant su sergančiaisiais demencija. Tikslus agresyvaus elgesio veiksmų atpažinimas, į pacientą orientuotos priežiūros taikymas, bendras sveikatos priežiūros specialistų darbas, pakankamas specialistų kiekis ir agresijai suvaldyti skirti praktiniai mokymai padėtų efektyviai spręsti kylančius iššūkius.

IŠVADOS

1. Į pacientą orientuota slauga – neatsiejama kokybiškos sveikatos priežiūros dalis, užtikrinanti ne tik geresnius demencija sergančiųjų priežiūros rezultatus, bet ir stiprinanti pasitikėjimą bei bendradarbiavimą tarp pacientų ir slaugytojų.
2. Agresijos priežasčių atpažinimo sunkumai, skausmo diagnozavimo trūkumas ir riboti žmogiškieji ištekliai apsunkina demencija sergančiųjų slaugą. Dėl laiko, personalo ir įgūdžių stokos specialistai

ne visada gali taikyti personalizuotus ir veiksmingus agresijos valdymo metodus, o tai tiesiogiai veikia slaugos kokybę ir pacientų gerovę.

3. Norint užtikrinti kokybišką demencija sergančių pacientų agresijos valdymą, būtina skatinti slaugytojus stiprinti praktinius įgūdžius, dalyvaujant

kompetencijų kėlimo renginiuose. Tai padėtų užtikrinti saugesnę ir veiksmingesnę pacientų priežiūrą, mažinant perteklinį medikamentų bei fizinio suvaržymo priemonių naudojimą.

Straipsnis gautas 2025-05-14, priimtas 2025-07-31

Literatūra

1. World Health Organization. WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 May 5]. Available from: <https://www.who.int/about/governance/constitution>
2. Al Ghassani A, Rababa M, Abu Khait A. Agitation in people with dementia: A concept analysis. *Nurs Forum*. 2021 Oct;56(4):1015–23. DOI: 10.1111/nuf.12629
3. Alzheimer's Society. Aggressive behaviour and dementia [Internet]. London: Alzheimer's Society; 2024 [cited 2025 May 5]. Available from: <https://www.alzheimers.org.uk/about-dementia/symptoms-and-diagnosis/symptoms/aggressive-behaviour-and-dementia>
4. Schnell A, Ott S, Mayer H, Zeller A. Factors associated with aggressive behaviour in persons with cognitive impairments using home care services: A retrospective cross-sectional study. *Nurs Open*. 2021 May;8(3):1345–59. DOI: 10.1002/nop2.751
5. Aarsland D. Epidemiology and Pathophysiology of Dementia-Related Psychosis. *J Clin Psychiatry*. 2020 Sep 15;81(5):AD19038BR1C. DOI: 10.4088/JCP.AD19038BR1C
6. Volicer L. Importance of Distinguishing Reactive and Proactive Aggression in Dementia Care. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2021 May;34(3):243–247. DOI: 10.1177/0891988720924706
7. Jones E, Aigbogun MS, Pike J, Berry M, Houle CR, Husbands J. Agitation in Dementia: Real-World Impact and Burden on Patients and the Healthcare System. *J Alzheimers Dis*. 2021;83(1):89–101. DOI: 10.3233/JAD-210105.
8. Schnell A, Mayer H, Ott S, Zeller A. Experience of aggressive behaviour of health professionals in home care services and the role of persons with dementia. *Nurs Open*. 2021 Mar;8(2):833–843. DOI: 10.1002/nop2.689
9. Kynoch K, Liu XL, Cabilan CJ, Ramis MA. Educational programs and interventions for health care staff to prevent and manage aggressive behaviors in acute hospitals: a systematic review. *JBIEvid Synth*. 2024 Apr 1;22(4):560–606. DOI: 10.11124/JBIES-22-00409
10. Isaac V, Kuot A, Hamiduzzaman M, Strivens E, Greenhill J. The outcomes of a person-centered, non-pharmacological intervention in reducing agitation in residents with dementia in Australian rural nursing homes. *BMC Geriatr*. 2021 Mar 20;21(1):193. DOI: 10.1186/s12877-021-02151-8
11. Kang Y, Bang C. Workload-Related Issues among Nurses Caring for Patients with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Scoping Review. *Healthcare (Basel)*. 2024 Sep 21;12(18):1893. DOI: 10.3390/healthcare12181893
12. Wong B, Ismail Z, Watt J, Holroyd-Leduc J, Goodarzi Z. Barriers and facilitators to care for agitation and/or aggression among persons living with dementia in long-term care. *BMC Geriatr*. 2024 Apr 11;24(1):330. DOI: 10.1186/s12877-024-04919-0
13. Davies A. Carrying out systematic literature reviews: an introduction. *Br J Nurs*. 2019 Aug 8;28(15):1008–1014. DOI: 10.12968/bjon.2019.28.15.1008
14. Chan EY, Glass GF Jr. Delivering a holistic hospital-to-home framework to support family caregivers of persons with dementia: Protocol for a feasibility study. *J Adv Nurs*. 2022 May;78(5):1513–1523. DOI: 10.1111/jan.15210
15. Piirainen P, Pesonen HM, Kyngäs H, Elo S. Challenging situations and competence of nursing staff in nursing homes for older people with dementia. *Int J Older People Nurs*. 2021 Sep;16(5):e12384. DOI: 10.1111/opn.12384
16. Veldwijk-Rouwenhorst AE, Zuidema SU, Smalbrugge M, Persoon A, Koopmans RTCM, Gerritsen DL. Losing hope or keep searching for a golden solution: an in-depth exploration of experiences with extreme challenging behavior in nursing home residents with dementia. *BMC Geriatr*. 2022 Sep 16;22(1):758. DOI: 10.1186/s12877-022-03438-0
17. Watson K, Hatcher D. Factors influencing management of agitation in aged care facilities: A qualitative study of staff perceptions. *J Clin Nurs*. 2021 Jan;30(1-2):136–144. DOI: 10.1111/jocn.15530
18. Graham F, Beattie E, Fielding E. Hospital nurses' management of agitation in older cognitively impaired patients: do they recognise pain-related agitation? *Age Ageing*. 2022 Jul 1;51(7):afac140. DOI: 10.1093/ageing/afac140
19. Goergen T, Gerlach A, Nowak S, Reinelt-Ferber A, Jadzewski S, Taefi A. Danger in safe spaces? Resident-to-resident aggression in institutional care. In: Phelan A, editor. *Advances in elder abuse research*. Cham: Springer; 2020. p. 239–60. (International Perspectives on Aging; vol 24). DOI:10.1007/978-3-030-25093-5_13
20. Richards KC, Allen RP, Morrison J, Fry L, Kovach CR, Rangel A, Lora A, Wang Y, Hanlon AL, Lozano AJ, Bliwise DL. Nighttime Agitation in Persons with Dementia as a Manifestation of Restless Legs Syndrome. *J Am Med Dir Assoc*. 2021 Jul;22(7):1410–1414. DOI: 10.1016/j.jamda.2020.11.026

CHALLENGES IN MANAGING AGGRESSION IN DEMENTIA CARE: A REVIEW OF THE LITERATURE

Karolina Adomavičiūtė, Agnė Jakavonytė-Akstinienė, Stanislav Sabaliauskas

Vilnius University, Faculty of Medicine, Institute of Health Sciences, Department of Nursing

ABSTRACT

Every year, more and more older adults are diagnosed with dementia. Behavioral changes are observed as dementia progresses, with aggressive behavior being the most challenging. A variety of factors can provoke aggressive behavior in dementia, and cognitive impairment makes it difficult for healthcare professionals to identify the causes and manage aggression or episodes of aggression.

The study aimed to analyze the challenges of managing aggression in dementia care.

Methods: a systematic review of scientific literature was conducted. PubMed and Web of Science databases were searched for recent publications published between 2019 and 2024 using the following search terms: dementia, challenges, aggressive behavior, nurs*, and students. Five studies were included in the systematic review based on inclusion and exclusion criteria.

Results and conclusions: research has shown that nurses and other healthcare professionals face different daily

challenges when working with patients with dementia. The most common problems in managing aggressive behavior are the difficulty in recognizing triggers of aggressive behavior, lack of teamwork, lack of time, frequent use of physical restraint, administration of medications, and lack of patient-centered care. Focusing on training professionals in the management of aggression in dementia, patient-centered care, and identification of aggression triggers can help ensure quality care.

Keywords: aggression management, challenges, dementia, nurses.

Correspondence to Agnė Jakavonytė-Akstinienė
Department of Nursing, Institute of Health Sciences,
Faculty of Medicine Vilnius University
M. K. Čiurlionio str. 21/27, LT-03101 Vilnius, Lithuania
E-mail: agne.jakavonyte-akstiniene@mf.vu.lt

Received 14 May 2025, accepted 31 July 2025

IŠVENGIAMŲ HOSPITALIZACIJŲ RODIKLIŲ POKYČIAI LIETUVOS SAVIVALDYBĖSE 2018–2024 M.

Jonė Jaselionienė

Higienos institutas

SANTRAUKA

Tyrimo tikslas – palyginti išvengiamų hospitalizacijų rodiklių pokyčius ir tendencijas 2018–2024 m. Lietuvos savivaldybėse bei įvertinti COVID-19 pandemijos įtaką išvengiamų hospitalizacijų rodiklių pokyčiams.

Tyrimo medžiaga ir metodai. Tyrimo tipas – kiekybinis aprašomasis tyrimas. Tyrimo objektas – išvengiamos hospitalizacijos (toliau – IH). Tyrimo populiacija – Lietuvos gyventojai nuo 1 metų amžiaus, hospitalizuoti dėl ambulatoriškai valdomų ligų. Analizei naudoti Privalomojo sveikatos draudimo fondo informacinės sistemos „Sveidra“ duomenys apie IH ir vidutinis metinis gyventojų skaičius pagal amžių, lytį ir administracinę teritoriją. Apskaičiuoti IH dažnio rodikliai 1 000 gyventojų pagal amžių ir lytį Lietuvoje ir savivaldybėse, įvertinti rodiklių pokyčiai: metinis procentinis pokytis, vidutinis metinis procentinis pokytis bei IH dalis (procentais) nuo visų aktyviojo gydymo hospitalizacijų. Rodiklių pokyčiams įvertinti taikytas tiesinės regresijos modelis. Siekiant įvertinti COVID-19 pandemijos įtaką, palygintas IH paplitimas ir pokyčiai 2019 m. kovo mėn. – 2020 m. vasario mėn. ir 2020 m. kovo mėn. – 2021 m. vasario mėn. laikotarpiais. Apskaičiuota IH dalis nuo visų aktyvaus gydymo hospitalizacijų savivaldybėse, nustatyti mėnesiniai IH rodiklių pokyčiai ir skirtumai. Laikotarpių skirtumams įvertinti taikytas t kriterijus. Pasirinktas statistinio reikšmingumo lygmuo $\alpha = 0,05$.

Rezultatai ir išvados. IH rodiklis Lietuvoje 2024 m., palyginti su 2018 m., sumažėjo apie 1,3 karto. 2020–2021 m. IH rodikliai mažėjo dėl COVID-19 pandemijos įtakos. Nors analizės rezultatai rodo IH rodiklių mažėjimo tendenciją turintį pokytį, nuo 2022 m. stebimas vėl didėjantis užregistruotų IH atvejų skaičius. 2023–2024 m. bendras IH rodiklis išliko panašus, tačiau ryškesni pokyčiai užregistruoti tarp atskirų IH priežasčių ir amžiaus grupių bei regionų. 2024 m. IH rodiklis, palyginti su 2023 m., išliko panašus (sumažėjo 1,1 proc.). Pastaraisiais metais labiausiai sumažėjo IH rodikliai 65 m. ir vyresnio amžiaus asmenų grupėje, tačiau stebint visą laikotarpį nuo 2018 m. labiausiai IH rodiklis pagerėjo vaikų grupėje. 2024 m. tarp vaikų ženkliai sumažėjo IH dėl ausų, nosies ir gerklės infekcijų, tačiau kelis kartus daugiau užregistruota IH dėl pneumonijos. Statistiškai reikšmingas sumažėjimas tarp vaikų nustatytas dėl pielonefrito. Tarp suaugusių ir senyvo amžiaus gyventojų sumažėjo IH dėl stazinio širdies nepakankamumo ir cukrinio diabeto. Tarp 18–64 m. amžiaus gyventojų padidėjo atvejų dėl pneumonijos, 65 m. ir vyresnio amžiaus – dėl pielonefrito. Dėl kitų priežasčių tendencijos kito nevienodai. Vidutiniškai Lietuvoje 2024 m. 1 000 gyventojų teko 20,6 IH atvejų, savivaldybių rodiklių mediana šalyje buvo 24,2. Didesnėje dalyje šalies savivaldybių IH rodikliai buvo aukštesni nei šalies vidurkis, tik 16 savivaldybių IH rodiklis buvo mažesnis nei Lietuvos vidurkis. IH rodikliai savivaldybėse skyrėsi daugiau nei 4 kartus. Analizuojant laikotarpį prieš COVID-19 pandemiją ir po jos stebima, kad visų IH rodikliai sumažėjo. Kartu sumažėjo ir aktyvaus gydymo hospitalizacijų skaičius, t. y. paskelbus karantiną ir kontaktinius apribojimus mažiau pacientų buvo guldoma į stacionarą ir dėl kitų ligų. Pastaruosius kelerius metus matoma IH didėjimo tendencija, tačiau priešpandeminio lygio rodikliai dar nepasiekė. Nors stebimi IH rodiklių mažėjimo tendenciją turintys pokyčiai, tačiau savivaldybėse atskirų IH rodiklių pagal priežastis, lytį, amžių pokyčiai 2018–2024 m. laikotarpiu buvo nevienodi.

Reikšminiai žodžiai: išvengiamos hospitalizacijos, ambulatoriškai išgydomos ligos, netolygumai savivaldybėse, pokyčiai, COVID-19, stacionaro veiklos rodikliai.

IVADAS

Išvengiamos hospitalizacijos (IH) apibrėžiamos kaip stacionarinio gydymo atvejai, kurių galėtų būti išvengta taikant tinkamas ir laiku suteiktas ambulatorines paslaugas. Tokios hospitalizacijos paprastai susijusios su lėtinėmis ar ūmiomis ambulatoriškai valdomomis ligomis arba ambulatorinei priežiūrai jautriomis būklėmis (angl. *ambulatory care sensitive conditions* (ACSC)), kurių eigą galima efektyviai valdyti pirminės sveikatos priežiūros (PSP) lygiu, taip išvengiant komplikacijų ir būtinybės hospitalizuoti pacientą. Situacijos, kai pirminės sveikatos paslaugos nėra pakankamai veiksmingos ar prieinamos, dažnai lemia didesnę IH dažnį. Todėl IH dažnis laikomas netiesioginiu PSP paslaugų kokybės, prieinamumo ir koordinavimo efektyvumo rodikliu. IH rodo neišnaudotą pirminės grandies potencialą ir kartu perteklinį stacionaro išteklių naudojimą, o tai ypač svarbu siekiant optimizuoti sveikatos sistemos kaštus. Regionuose, kuriuose pirminė sveikatos priežiūra yra geriau organizuota, veikia nuoseklus ilgalaikės priežiūros mechanizmas ir užtikrinamas pakankamas šeimos gydytojų bei slaugytojų prieinamumas, IH rodikliai yra reikšmingai mažesni [1]. Ir atvirkščiai – aukštesnis IH lygis dažnai signalizuoja apie struktūrines asmens sveikatos priežiūros sistemos problemas, tokias kaip ribotas paslaugų prieinamumas, koordinacijos stoka tarp ambulatorinio ir stacionarinio sektorių ar neužtikrintas gydymo tęstinumas. Tai ypač aktualu savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigoms.

Lietuvoje IH problemos aktualumą pabrėžia nemaži skirtumai tarp atskirų savivaldybių, be to, išvengiamos hospitalizacijos rodikliai Lietuvoje yra ir vieni didžiausių Europoje. Lietuvoje teikiama daug stacionarių asmens sveikatos priežiūros paslaugų lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams ligoninėse, o aktyvaus gydymo lovų užimtumo rodikliai yra palyginti žemi. Netolygumai tarp savivaldybių rodo, kad būtina racionalizuoti ir stiprinti ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, kartu mažinant stacionarių aktyvaus gydymo paslaugų apimtį. Nuosekli pacientų,

sergančių lėtinėmis ligomis, pvz., astma, lėtine obstrukcine plaučių liga, širdies nepakankamumu ar diabetu, priežiūra ambulatorinėje grandyje, veiksmingos ir kokybiškos pirminės sveikatos priežiūros paslaugos gali padėti išvengti šių ligonių hospitalizavimo brančiai kainuojančiam gydymui stacionare [2]. Lietuvoje išlaidos sveikatos priežiūrai didėja, tačiau yra vienos mažiausių Europos Sąjungoje. Didžiausią išlaidų dalį 2023 m. sudarė gydymui skirtos lėšos – 3,8 proc. bendrojo vidaus produkto, kai ilgalaikiai sveikatos priežiūrai teskirta 0,6 proc., prevencijai – tik 0,2 proc. 2022 m. sveikatos priežiūros išlaidos gydymo paslaugoms sudarė 51,7 proc. viso sveikatos priežiūros biudžeto, medicinos prekėms – 26,3 proc., o ilgalaikiai priežiūrai išleista tik 7,1 proc. [3]. Daugiausia Lietuvos sveikatos priežiūros biudžeto lėšų išleidžiama stacionarinei priežiūrai ir vaistams. 2023 m. iš visų Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) išlaidų asmens sveikatos priežiūrai 37,9 proc. buvo skiriama stacionarinėms paslaugoms, 25,8 proc. – specializuotoms ambulatorinėms paslaugoms, 18,3 proc. – pirminės sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti [4].

IH stebėsena gali būti taikoma kaip viena iš priemonių vertinant sveikatos sistemos veikimą ne tik nacionaliniu, bet ir savivaldybių lygmeniu, padedanti identifikuoti sisteminės spragas, o ypač siekiant pagrįsti išteklių paskirstymo efektyvumą ir identifikuoti pokyčių poreikį. Be to, šis rodiklis padeda įvertinti, kaip asmens sveikatos priežiūros įstaigos prisideda prie lėtininių ligų valdymo bei ankstyvosios intervencijos – esminių veiksmų, siekiant mažinti perteklines, didelės vertės išteklių reikalaujančias stacionarines hospitalizacijas. Prie efektyvesnės ir tvaresnės sveikatos priežiūros sistemos kūrimo, siekiant mažesnio IH skaičiaus, galėtų prisidėti pakankamo šeimos gydytojų skaičiaus užtikrinimas, racionalus asmens sveikatos priežiūros įstaigų (ASPĮ) išteklių paskirstymas ir ilgalaikės pacientų priežiūros tęstinumas [5].

COVID-19 pandemijos metu dėl suprastėjusio stacionarios sveikatos priežiūros prieinamumo IH rodikliai sumažėjo visose šalyse, tačiau atsiranda įrodymų, kad dėl sumažėjusios galimybės gauti sveikatos priežiūros paslaugas padaugėjo komplikacijų, pvz., amputacijų sergantiesiems cukriniu diabetu. IH dėl astmos, lėtinės obstrukcinės plaučių ligos, širdies nepakankamumo, cukrinio diabeto rodikliai skiriasi tarp visų IH statistiką

Adresas susirašinėti: Jonė Jaselionienė
Higienos institutas
Studentų g. 45A, 08107 Vilnius
El. p. jone.jaselioniene@hi.lt

teikiančių šalių, o Lietuvoje jie vis dar išlieka vieni didžiausių [2]. COVID-19 pandemija sumažino IH mastą ir Lietuvoje, tačiau asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimui sugrįžus prie ankstesnių apimčių, hospitalizacijų dėl ambulatoriškai valdomų ligų skaičius vėl didėja.

Tyrimo tikslas – palyginti IH rodiklių pokyčius ir tendencijas 2018–2024 m. Lietuvos savivaldybėse bei įvertinti COVID-19 pandemijos įtaką IH rodiklių pokyčiams.

TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Tyrimo tipas – kiekybinis aprašomasis tyrimas. Tyrimo objektas – išvengiamos hospitalizacijos. Tyrimo populiacija – Lietuvos gyventojai (1 m. amžiaus ir vyresni,

vyrai ir moterys), hospitalizuoti dėl ambulatoriškai valdomų ligų. Tyrimui naudoti PSDF informacinės sistemos „Sveidra“ 2018–2024 m. IH duomenys ir nuolatinių Lietuvos gyventojų duomenys (vidutinis metinis gyventojų skaičius) pagal amžių, lytį ir administracinę teritoriją. IH rodikliai 1 000 gyventojų apskaičiuoti pagal Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintą metodiką (1 lentelė) [6]. IH atvejai atrinkti pagal asmens stacionarinio gydymo kortelės pirmojo aktyviojo gydymo etapo duomenis, neįskaičiuoti aktyviojo gydymo stacionaro dienos (kai pacientas hospitalizuojamas ir išrašomas tą pačią dieną) atvejai bei aktyviojo gydymo atvejai, kai teikiama dienos chirurgijos paslauga.

1 lentelė. Išvengiamų hospitalizacijų priežastys

Ligų grupė	Amžiaus kategorija	TLK-10-AM kodai ir diagnozių laukai (išimtys – žr. įsakymą [6])
Pneumonija	1–17 m. 18–64 m. 65+ m.	J13, J14, J15.3, J15.4, J15.7, J15.9, J16.8, J18.1, J18.8, J18.9 – pagrindinė diagnozė
Astma	1–17 m. 18–64 m. 65+ m.	J45, J46 – pagrindinė diagnozė
Stazinis širdies nepakankamumas	18–64 m. 65+ m.	I50, I11.0 – pagrindinė diagnozė
Cukrinis diabetas	18–64 m. 65+ m.	E10, E11 – pagrindinė diagnozė
Lėtinė obstrukcinė plaučių liga	18–64 m. 65+ m.	J41, J42, J43, J44, J47 – pagrindinė diagnozė; J20 – pagrindinė diagnozė, kai J41, J42, J43, J44, J47 – gretutinė diagnozė
Krūtinės angina	18–64 m. 65+ m.	I20.8, I20.9 – pagrindinė diagnozė
Hipertenzija	18–64 m. 65+ m.	I10, I11.9 – pagrindinė diagnozė
Pielonefritas	1–17 m. 18–64 m. 65+ m.	N10, N11, N12, N13.6, N39.0 – pagrindinė diagnozė
Ausų, nosies ir gerklės infekcijos	1–17 m.	H66, H67, J02, J03, J06, J10, J11, J31.2 – pagrindinė diagnozė
(Kitos) vakcinomis valdomos ligos	1–17 m. 18–64 m. 65+ m.	A08.0, A35, A36, A37, A80, B05, B06, B16.1, B16.9, B18.0, B18.1, B26, G00.0, M01.4 – pagrindinė diagnozė
Geležies stokos anemijos	1–17 m. 18–64 m. 65+ m.	D50.1, D50.8, D50.9 – pagrindinė diagnozė
Opinė liga	18–64 m. 65+ m.	K25.0, K25.1, K25.2, K25.4, K25.5, K25.6, K26.0, K26.1, K26.2, K26.4, K26.5, K26.6, K27.0, K27.1, K27.2, K27.4, K27.5, K27.6, K28.0, K28.1, K28.2, K28.4, K28.5, K28.6 – pagrindinė diagnozė

Burnos ir (ar) dantų ligos	1–17 m. 18–64 m. 65+ m.	K02, K03, K04, K05, K06, K08, K12, K13 – pagrindinė diagnozė, išskyrus K04.8, K05.2, K06.1, K06.2, K06.8, K06.9, K08.2, K08.8, K12.2, K13.2, K13.4, K13.5, K13.6
Epilepsija	1–17 m. 18–64 m. 65+ m.	G40, G41, O15, R56 – pagrindinė diagnozė
Moters dubens organų uždegiminės ligos	18–64 m. 65+ m.	N70, N73, N74 – pagrindinė diagnozė

Apskaičiuoti 2018–2024 m. IH rodikliai 1 000 gyv. pagal amžių ir lytį Lietuvoje ir savivaldybėse, procentinė IH dalis nuo visų aktyviojo gydymo hospitalizacijų (1 m. amžiaus ir vyresnių pacientų). Apskaičiuoti 2018–2024 m. laikotarpio IH dažnio rodiklių (1 000 gyv.) pokyčiai, metinis procentinis pokytis, vidutinis metinis procentinis pokytis.

Vidutinis metinis procentinis pokytis (VMPP) apskaičiuotas pagal formulę:

$VMPP = ((y_L/y_F)^{1/n} - 1) \times 100 \%$, kai y_L yra paskutiniųjų, o y_F – pirmųjų metų rodiklis, n – laikotarpio trukmė metais.

Rodiklių pokyčiams įvertinti taikytas tiesinės regresijos modelis, kuriame nepriklausomu kintamuoju laikytas laikas (metai), o priklausomu – IH rodikliai. Regresijos koeficientas (b) rodo IH rodiklių vidutinį metinį pokytį. Modelio tinkamumas buvo įvertintas analizuojant determinacijos koeficientą (R^2).

Siekiant įvertinti COVID-19 pandemijos įtaką IH rodiklių pokyčiams, palygintas IH rodiklių paplitimas ir pokyčiai 2019 m. kovo mėn. – 2020 m. vasario mėn. ir 2020 m. kovo mėn. – 2021 m. vasario mėn. laikotarpiais. Apskaičiuota procentinė dalis nuo visų aktyvaus gydymo hospitalizacijų (1 m. amžiaus ir vyresnių pacientų) savivaldybėse, nustatyti mėnesiniai rodiklių pokyčiai ir skirtumai. Laikotarpių skirtumams įvertinti taikytas t kriterijus. Sezoniskumo reikšmingumui vertinti atliktas dispersinės analizės testas (f kriterijus), siekiant nustatyti, ar IH dalis reikšmingai skiriasi skirtingais mėnesiais. Sąsajoms tarp mėnesių ir IH rodiklių nustatyti apskaičiuotas Pirsono (Pearson) koreliacijos koeficientas.

Analizei reikalingi duomenys parengti, tvarkyti ir analizuoti MS Excel programa ir statistinės analizės programa IBM SPSS Statistic 19. Pasirinktas statistinio reikšmingumo lygmuo $\alpha = 0,05$.

TYRIMO REZULTATAI

IH rodiklių pokyčiai 2018–2024 m.

Lietuvos savivaldybėse

Lietuvoje 2024 m. užregistruota 59 219 IH atvejų, 1 000 gyventojų teko 20,6 IH atvejo (2023 m. užregistruoti 59 507 IH atvejai, 1 000 gyventojų teko 20,9 atvejo). Tai sudarė apie 13,4 proc. visų aktyviojo gydymo hospitalizacijų 1 m. ir vyresnio amžiaus gyventojų grupėje. Dažniausiai tarp išvengiamų hospitalizacijų priežasčių nustatytas stazinis širdies nepakankamumas (23 proc.), pneumonija (18,3 proc.), pielonefritas (11,8 proc.), ausų, nosies ir gerklės infekcijos (9 proc.), hipertenzija (8,1 proc.), cukrinis diabetas (7,5 proc.).

IH rodiklis Lietuvoje 2024 m., palyginti su 2018 m., sumažėjo apie 1,3 karto (2 lentelė). 2020–2021 m. IH rodikliai mažėjo, tikėtina, dėl COVID-19 pandemijos įtakos. Nors analizės rezultatai rodo IH rodiklių mažėjimo tendenciją turintį pokytį, nuo 2022 m. stebimas vėl didėjantis užregistruotų IH atvejų skaičius. 2023–2024 m. bendras IH rodiklis išliko panašus, tačiau ryškesni pokyčiai užregistruoti tarp atskirų IH priežasčių ir amžiaus grupių bei regionų. 2024 m. IH rodiklis, palyginti su 2023 m., išliko panašus (sumažėjo 1,1 proc.). Pastaraisiais metais IH labiausiai sumažėjo 65 m. ir vyresnio amžiaus asmenų grupėje, tačiau visu stebimuoju laikotarpiu nuo 2018 m. labiausiai IH rodiklis pagerėjo vaikų grupėje. 2024 m. tarp vaikų ryškiai sumažėjo IH dėl ausų, nosies ir gerklės infekcijų, tačiau kelis kartus daugiau užregistruota IH dėl pneumonijos. Statistiškai reikšmingas IH sumažėjimas tarp vaikų nustatytas dėl pielonefrito. Tarp suaugusių ir senyvo amžiaus gyventojų sumažėjo IH dėl stazinio širdies nepakankamumo ir cukrinio diabeto. Tarp 18–64 m. amžiaus gyventojų padidėjo atvejų dėl pneumonijos, 65 m. ir vyresnio amžiaus – dėl pielonefrito. Dėl kitų IH priežasčių tendencijos kito nevienodai.

Visų pateiktų rodiklių pokyčiai yra statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$) (išskyrus pielonefritą vaikų grupėje ($p = 0,006$)), nepaisant to, kad matoma kai kurių rodiklių ryški kasmetinė mažėjimo tendencija (pvz., IH dėl ausų, nosies ir gerklės infekcijų 1–17 m. amžiaus vaikų grupėje, IH dėl hipertenzijos 18–64 m. amžiaus asmenų grupėje, IH dėl pneumonijos 65 m. ir vyresnio amžiaus asmenų grupėje). Gauti rezultatai parodė, kad bene pusė į analizę įtrauktų IH rodiklių 2018–2024 m. svyravo ir neturėjo ryškos didėjimo ar mažėjimo tendencijos ($R^2 < 0,2$).

Vyrų (3 lentelė) ir moterų (4 lentelė) bendras IH rodiklis per pastaruosius metus beveik nepakito, o nuo 2018 m. sumažėjo ketvirtadaliu. 2018–2024 m. nė vienas iš vyrų IH rodiklių pagal priežastis pokyčių nėra statistiškai reikšmingas ($p > 0,05$), tarp moterų statistiškai reikšmingas yra IH dėl pielonefrito rodiklis

1–17 m. grupėje (vyrų rodiklis taip pat arti reikšmingumo ribos).

Didžiausi skirtumai tarp vyrų ir moterų IH rodiklių, kai labiausiai skyrėsi rodiklių kitimo tempas (nepaisant to, kad skirtumai statistiškai nereikšmingi), užfiksuoti tarp bendro 1–17 m. amžiaus vaikų IH rodiklio, 65 m. amžiaus ir vyresnių gyventojų IH rodiklio, IH dėl pneumonijos tarp 65 m. amžiaus ir vyresnių gyventojų, IH dėl pielonefrito 1–17 m. amžiaus grupėje (reikšmingas mergaitėms), IH dėl hipertenzijos tarp 65 m. amžiaus ir vyresnių gyventojų. Vidutinio kasmetinio procentinio pokyčio skirtumai tarp vyrų ir moterų taip pat leidžia matyti, kur labiausiai skiriasi rodiklių mažėjimo tempas tarp lyčių – net jei statistiškai šie skirtumai nėra reikšmingi. Tarp moterų užfiksuoti didesni IH rodiklių mažėjimo tempai negu tarp vyrų, ypač IH dėl cukrinio diabeto ir pielonefrito.

2 lentelė. IH dažnio (1 000 gyv.) rodiklių pokyčiai Lietuvoje 2018–2024 m.

IH priežastys	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Pokytis 2023– 2024 (proc.)	Pokytis 2018– 2024 (proc.)	VMPP	b	R ²
Iš viso IH	27,7	26,8	16,7	13,9	18,0	20,9	20,6	–1,1	–25,4	–4,8	–1,13	0,23
Iš viso IH 1–17 m.	41,5	40,2	19,0	14,2	23,0	27,9	27,9	–0,1	–32,9	–6,4	–2,20	0,22
Iš viso IH 18–64 m.	9,8	9,3	6,2	5,5	6,5	7,1	7,3	4,1	–24,8	–4,6	–0,41	0,31
Iš viso IH 65+ m.	73,8	71,7	47,9	39,9	49,4	57,6	54,9	–4,8	–25,6	–4,8	–2,97	0,27
Ausų, nosies ir gerklės infekcijos 1–17 m.	21,2	21,0	10,1	6,1	11,2	15,8	11,1	–30,0	–47,8	–10,3	–1,42	0,28
Stazinis širdies nepakankamumas	6,1	6,0	4,5	4,0	5,1	6,0	5,7	–4,7	–6,7	–1,1	0,02	0,004
Stazinis širdies nepakankamumas 18–64 m.	1,1	1,0	0,8	0,7	0,9	0,9	0,8	–9,7	–25,0	–4,7	0,04	0,31
Stazinis širdies nepakankamumas 65+ m.	22,3	21,8	16,3	14,1	18,1	21,6	20,4	–5,4	–8,6	–1,5	–0,16	0,01
Pneumonija	3,4	3,4	2,3	1,7	2,2	2,5	3,8	49,6	10,9	1,7	0,03	0,01
Pneumonija 1–17 m.	3,9	4,2	2,1	1,5	2,7	3,2	8,6	166,1	121,4	14,2	0,46	0,18
Pneumonija 18–64 m.	1,1	1,1	0,9	0,6	0,7	0,8	1,3	62,2	17,7	2,8	–0,01	0,002
Pneumonija 65+ m.	10,4	10,1	6,9	5,3	6,4	7,2	7,3	1,1	–30,1	–5,8	–0,56	0,41
Pielonefritas	2,7	2,8	2,1	1,8	2,1	2,4	2,4	0,4	–9,6	–1,7	–0,06	0,10

Pielonefritas 1–17 m.	3,1	3,0	2,3	2,0	2,0	2,2	1,7	–22,2	–45,1	–9,5	–0,22	0,80
Pielonefritas 18–64 m.	1,2	1,2	0,8	0,7	0,9	1,0	1,0	3,0	–13,4	–2,4	–0,03	0,13
Pielonefritas 65+ m.	7,3	7,6	6,0	4,7	5,8	7,1	7,3	3,3	0,3	0,0	0,05	0,01
Hipertenzija	2,6	2,6	1,4	1,2	1,6	2,0	2,0	1,5	–21,8	–4,0	–0,10	0,15
Hipertenzija 18–64 m.	1,2	1,2	0,6	0,6	0,7	0,8	0,8	0,0	–32,2	–6,3	–0,07	0,30
Hipertenzija 65+ m.	7,0	7,1	3,9	3,1	4,4	5,5	5,6	0,9	–20,0	–3,7	–0,24	0,12
Cukrinis diabetas	2,4	2,3	1,5	1,6	1,8	1,9	1,9	–3,1	–20,4	–3,7	–0,07	0,21
Cukrinis diabetas 18–64 m.	1,7	1,6	1,1	1,1	1,3	1,3	1,2	–3,9	–26,6	–5,0	–0,06	0,32
Cukrinis diabetas 65+ m.	4,5	4,6	3,0	3,1	3,5	3,9	3,8	–3,3	–16,2	–2,9	–0,11	0,14

Pastaba. VMPP – vidutinis metinis procentinis pokytis, b – regresijos koeficientas, R^2 – determinacijos koeficientas.

3 lentelė. IH dažnio (1 000 gyv.) vyrų rodiklių pokyčiai Lietuvoje 2018–2024 m.

IH priežastys	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Pokytis 2023– 2024 (proc.)	Pokytis 2018– 2024 (proc.)	VMPP	b	R^2
Iš viso IH	26,6	26,0	16,6	13,9	17,9	20,2	20,1	–0,8	–24,7	–4,6	–1,06	0,24
Iš viso IH 1–17 m.	40,2	39,3	18,1	13,5	22,6	27,7	27,2	–1,6	–32,2	–6,3	–2,06	0,20
Iš viso IH 18–64 m.	10,9	10,4	7,4	6,7	7,7	8,1	8,5	4,7	–22,3	–4,1	–0,41	0,32
Iš viso IH 65+ m.	81,6	80,7	55,8	46,4	56,4	63,7	61,0	–4,4	–25,3	–4,7	–3,40	0,31

Pastaba. VMPP – vidutinis metinis procentinis pokytis, b – regresijos koeficientas, R^2 – determinacijos koeficientas.

4 lentelė. IH dažnio (1 000 gyv.) moterų rodiklių pokyčiai Lietuvoje 2018–2024 m.

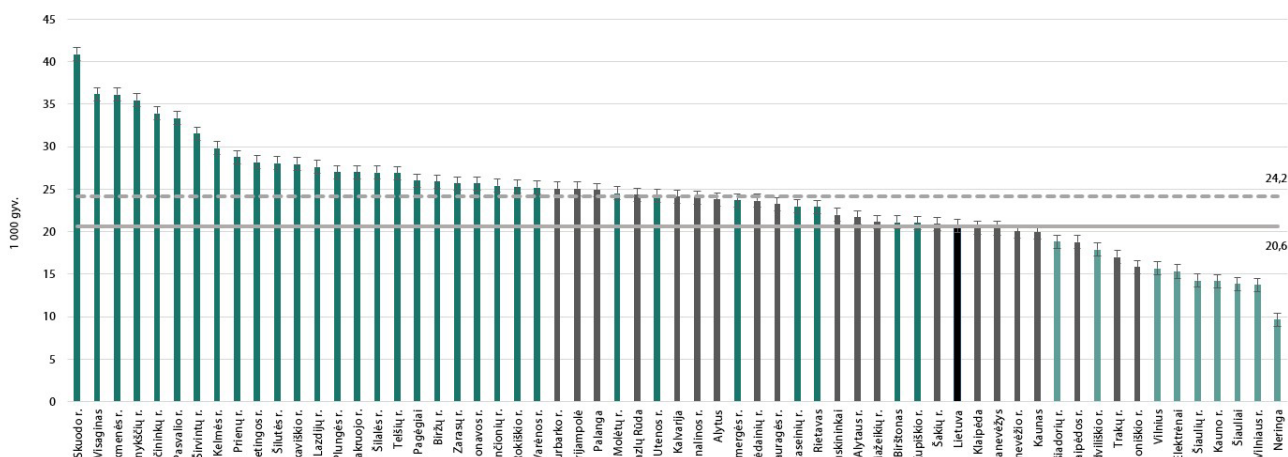
IH priežastys	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Pokytis 2023– 2024 (proc.)	Pokytis 2018– 2024 (proc.)	VMPP	b	R^2
Iš viso IH	28,6	27,5	16,7	13,9	18,1	21,5	21,2	–1,3	–25,9	–4,9	–1,17	0,22
Iš viso IH 1–17 m.	43,0	41,2	20,0	15,0	23,5	28,2	28,5	1,4	–33,6	–6,6	–2,36	0,24
Iš viso IH 18–64 m.	8,7	8,3	5,0	4,4	5,4	6,0	6,2	2,8	–28,8	–5,5	–0,42	0,31
Iš viso IH 65+ m.	69,8	67,1	43,7	36,4	45,7	54,3	51,5	–5,1	–26,2	–4,9	–2,80	0,24

Pastaba. VMPP – vidutinis metinis procentinis pokytis, b – regresijos koeficientas, R^2 – determinacijos koeficientas.

Lietuvos savivaldybėse stebimi dideli netolygumai tarp rodiklių pasiskirstymo. 1–4 pav. pavaizduotos IH (bendras IH skaičius 1 000 gyv.) rodiklių pagal amžių reikšmės savivaldybėse 2024 m. ir 2018–2024 m. santykis su Lietuvos rodikliu. Diagramos stulpelių dydžiai atspindi 2024 m. IH rodiklius savivaldybėse. Stulpeliai nuspalvinti skirtingomis spalvomis atsižvelgiant į tai, koks buvo savivaldybės IH rodiklio santykis su Lietuvos vidurkiu 2018–2024 m., neatsižvelgiant į statistinį reikšmingumą.

2024 m. Lietuvoje 1 000 gyventojų teko vidutiniškai 20,6 IH (1 pav.). Savivaldybių rodiklių mediana šalyje buvo 24,2. Mediana, reikšmingai didesnė nei šalies vidurkis, rodo, kad IH rodiklių reikšmės savivaldybėse buvo nesimetriškai išsidėsčiusios apie vidurkį ir didesnėje dalyje šalies savivaldybių IH rodikliai buvo didesni nei šalies vidurkis: 16 savivaldybių IH rodiklis buvo mažesnis nei Lietuvos vidurkis, 44 savivaldybių – didesnis nei Lietuvos vidurkis. Mažiausias ir didžiausias IH rodiklis šalyje skyrėsi daugiau nei 4 kartus: mažiausias IH rodiklis užfiksuotas Neringos savivaldybėje (9,7 atv. 1 000 gyv.), didžiausias – Skuodo r. savivaldybėje (40,8 atv. 1 000 gyv.). Labiausiai atkreipti dėmesį reikėtų į savivaldybes, kuriose IH rodikliai dėl įvairių priežasčių visu 2018–2024 m. laikotarpiu buvo didesni

nei Lietuvos vidurkis. Mažiausi rodikliai fiksuojami didžiųjų miestų, turinčių respublikinio ir universitetinio lygio ligonines, savivaldybėse. Didesni rodikliai pasiskirstę kitose savivaldybėse, o keliose savivaldybėse (Skuodo r., Visagino, Akmenės r., Anykščių r., Šalčininkų r., Pasvalio r. ir kt.) rodiklių reikšmės itin aukštos. Neatsižvelgiant į didžiųjų miestų rodiklius, mažesni IH rodikliai užfiksuoti ir visu laikotarpiu išliko žemesni nei Lietuvos vidurkis Neringos, Elektrėnų, Radviliškio r., Kaišiadorių r. savivaldybėse. Interpretuojant savivaldybių, turinčių mažai gyventojų, rodiklius reikėtų atsižvelgti ir į absoliutų IH atvejų skaičių jose. Be to, kai kurie IH dėl tam tikrų ligų atvejai registruoti ne visose savivaldybėse, pvz., dėl vakcinomis valdomų ligų, geležies stokos anemijų, burnos ir (ar) dantų ligų, moters dubens organų uždegiminių ligų tam tikrose amžiaus grupėse daugelyje savivaldybių neužregistruota nė vieno IH atvejo. 2018–2024 m. statistiškai reikšmingas IH rodiklių mažėjimas ($p < 0,05$) stebėtas Joniškio r. ($b = -3,19$), Kupiškio r. ($b = -1,87$), Zarasų r. ($b = -4,25$) savivaldybėse. Šiose savivaldybėse IH rodiklis ženkliai mažėjo kasmet, o regresijos modeliai paaiškina gana didelę pokyčio dalį ($R^2 > 0,5$). Visagino ($b = 0,75$) ir Mažeikių r. ($b = 0,07$) savivaldybėse 2018–2024 m. fiksuotas rodiklio didėjimas, tačiau jis statistiškai nėra reikšmingas ($p > 0,05$).



1 pav. Bendras IH rodiklis savivaldybėse 2024 m. ir savivaldybių IH rodiklių įvertinimas 2018–2024 m., atsižvelgiant į Lietuvos vidurkį

Horizontali brūkšniuota pilka linija – 2024 m. IH rodiklių savivaldybėse mediana.

Horizontali pilka linija – IH rodiklių 2024 m. Lietuvos vidurkis.

Savivaldybės IH rodiklio santykis su Lietuvos vidurkiu 2018–2024 m.:

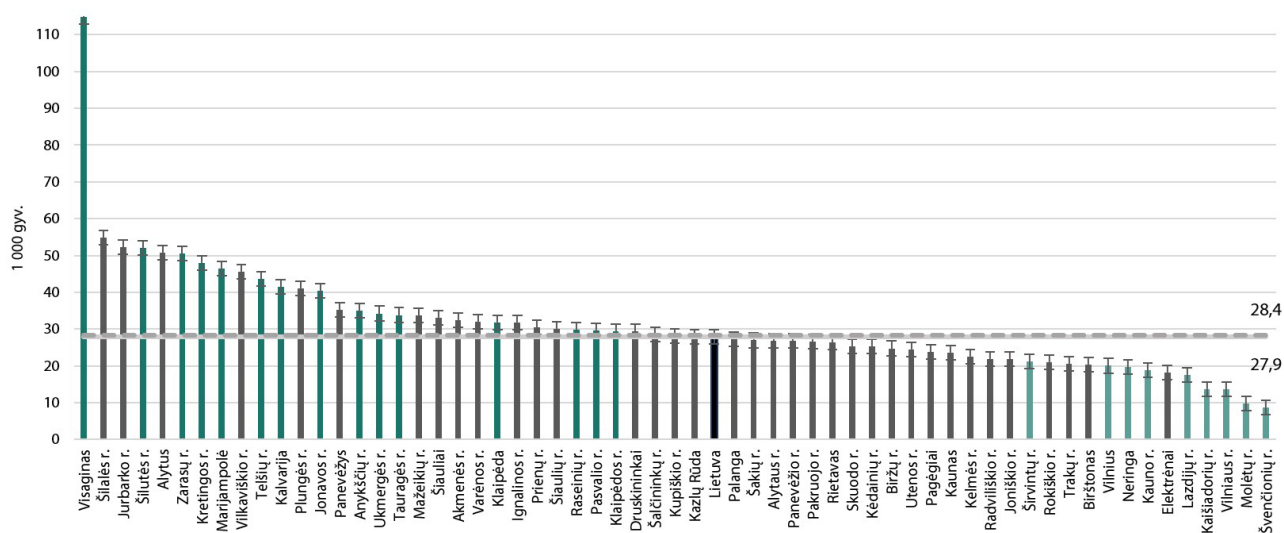
tamsiai žalia spalva – savivaldybės, kuriose IH rodiklis visais metais buvo didesnis nei Lietuvos vidurkis;

šviesiai žalia spalva – savivaldybės, kuriose IH rodiklis visais metais buvo mažesnis nei Lietuvos vidurkis;

tamsiai pilka spalva – savivaldybės, kuriose IH rodiklio santykis su Lietuvos vidurkiu visais metais buvo nepastovus.

Aukštas IH rodiklis (114,9 atv. 1 000 vaikų) 1–17 m. amžiaus grupėje 2024 m. užfiksuotas Visagino savivaldybėje (2 pav.). Šioje savivaldybėje kasmet stebimi aukštesni vaikų IH rodikliai. Nemaži IH rodikliai užfiksuoti ir Šilutės r., Zarasų r., Kretingos r., Marijampolės, Telšių r., Kalvarijos, Jonavos r. savivaldybėse, be to, šiose savivaldybėse rodikliai kasmet išlieka didesni už bendrą Lietuvos rodiklio reikšmę. Švenčionių r., Molėtų r., Kaišiadorių r., Lazdijų r., Neringos, Širvintų r. savivaldybėse rodikliai yra mažiausi ir išlieka mažesni už Lietuvos vidurkį visu stebimuoju laikotarpiu, kaip ir Vilniaus bei Kauno savivaldybėse. 1–17 m. amžiaus grupėje IH rodikliai statistiškai reikš-

mingai ($p < 0,05$) sumažėjo Kelmės r. ($b = -9,07$) ir Švenčionių r. ($b = -4,78$) savivaldybėse. Rodiklių didėjimo tendenciją ($b > 0$) turinčiose savivaldybėse per 2018–2024 m. laikotarpį fiksuota bendro rodiklio augimo tendencija, tačiau ji statistiškai nereikšminga. Ryškiausias rodiklio didėjimas fiksuotas Visagino ($b = 9,19$), Mažeikių r. ($b = 1,13$) ir Druskininkų ($b = 0,55$), kiek mažesnis Šilalės r. ($b = 0,88$) savivaldybėse. Šalčininkų r. ($b = 1,24$) savivaldybėje matoma bendra rodiklio didėjimo tendencija, tačiau 2024 m. stebėtas rodiklio sumažėjimas, dėl kurio bendras pokytis nuo 2018 m. yra neigiamas. Nors augimo tendencija fiksuota, šie pokyčiai nėra statistiškai patikimi ($p > 0,05$).



2 pav. Bendras IH rodiklis 1–17 m. amžiaus grupėje savivaldybėse 2024 m. ir savivaldybių IH rodiklių įvertinimas 2018–2024 m., atsižvelgiant į Lietuvos vidurkį

Horizontali brūkšniuota pilka linija – 2024 m. IH rodiklių savivaldybėse mediana.

Horizontali šviesiai pilka linija – IH rodiklių 2024 m. Lietuvos vidurkis.

Savivaldybės IH rodiklio santykis su Lietuvos vidurkiu 2018–2024 m.:

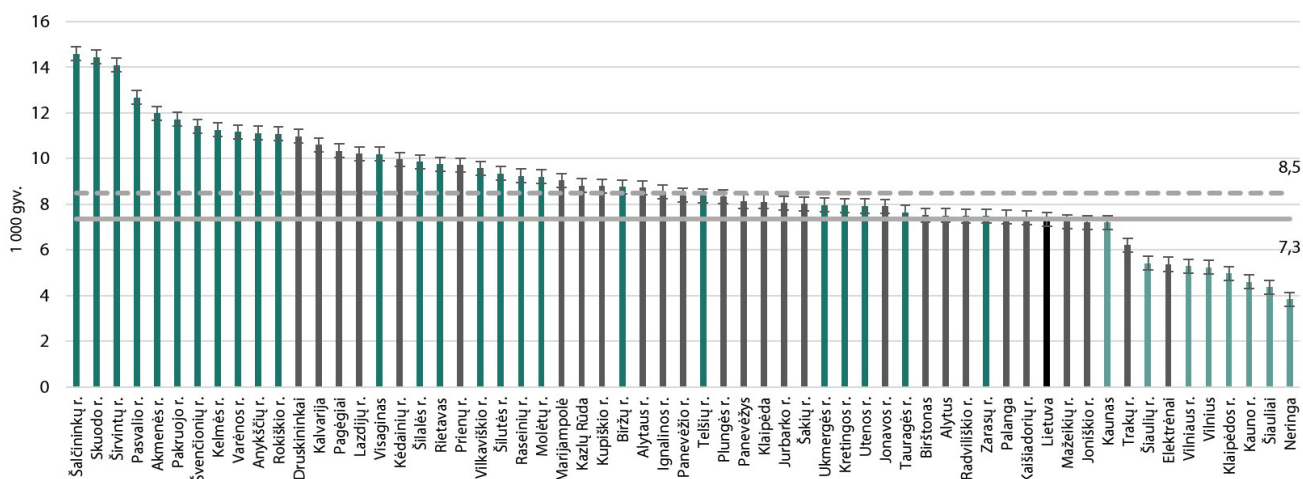
tamsiai žalia spalva – savivaldybės, kuriose IH rodiklis visais metais buvo didesnis nei Lietuvos vidurkis;

šviesiai žalia spalva – savivaldybės, kuriose IH rodiklis visais metais buvo mažesnis nei Lietuvos vidurkis;

tamsiai pilka spalva – savivaldybės, kuriose IH rodiklio santykis su Lietuvos vidurkiu visais metais buvo nepastovus.

Darbingo 18–64 m. amžiaus asmenų grupėje didžiausi ir daug metų iš eilės Lietuvos vidurkį viršijantys rodikliai stebėti Šalčininkų r., Skuodo r., Širvintų r., Pasvalio r., Akmenės r., Pakruojo r. ir kai kuriose kitose savivaldybėse (3 pav.). Mažiausi ir 2018–2024 m. laikotarpiu neviršijantys Lietuvos vidurkio rodikliai užregistruoti tik Neringos ir didžiųjų Lietuvos miestų ir jų rajonų savivaldybėse. 2018–2024 m. reikšmingai sumažėjo IH rodikliai

Zarasų r. ($b = -0,94$), Joniškio r. ($b = -0,71$), Elektrėnų ($b = -0,83$), Klaipėdos r. ($b = -0,62$), Kupiškio r. ($b = -0,20$), Šiaulių miesto ($b = -0,45$) savivaldybėse. Didėjimo tendencija užfiksuota Širvintų r. ($b = 0,42$), Druskininkų ($b = 0,16$), Pagėgių ($b = 0,26$), Prienų r. ($b = 0,23$), Alytaus ($b = 0,03$) savivaldybėse. Šios augimo tendencijos nėra statistiškai reikšmingos, t. y. jos galėjo atsirasti ir dėl duomenų svyravimų.



3 pav. Bendras IH rodiklis 18–64 m. amžiaus grupėje savivaldybėse 2024 m. ir savivaldybių IH rodiklių įvertinimas 2018–2024 m., atsižvelgiant į Lietuvos vidurkį

Horizontali brūkšniuota pilka linija – 2024 m. IH rodiklių savivaldybėse mediana.

Horizontali pilka linija – IH rodiklių 2024 m. Lietuvos vidurkis.

Savivaldybės IH rodiklio santykis su Lietuvos vidurkiu 2018–2024 m.:

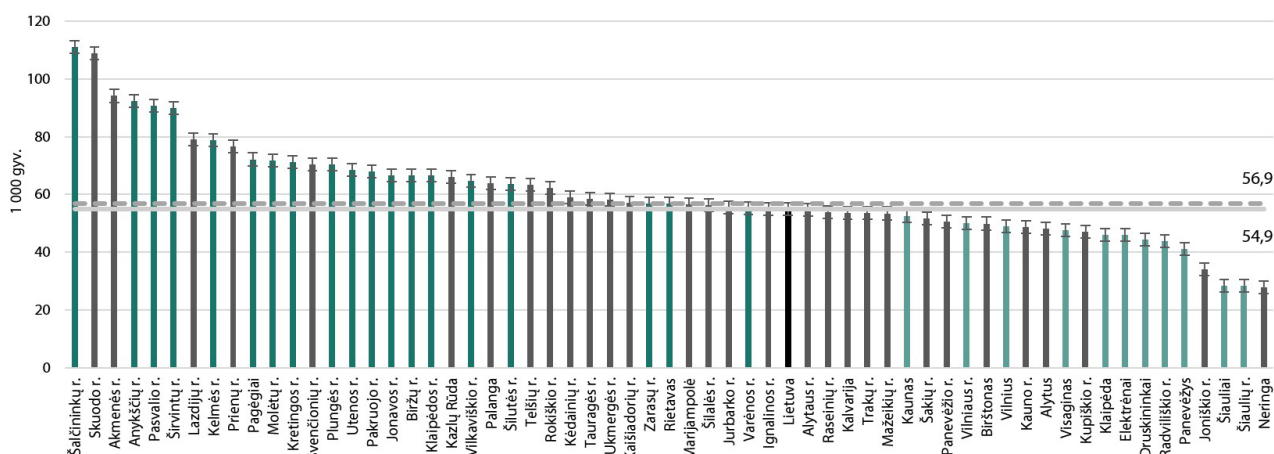
tamsiai žalia spalva – savivaldybės, kuriose IH rodiklis visais metais buvo didesnis nei Lietuvos vidurkis;

šviesiai žalia spalva – savivaldybės, kuriose IH rodiklis visais metais buvo mažesnis nei Lietuvos vidurkis;

tamsiai pilka spalva – savivaldybės, kuriose IH rodiklio santykis su Lietuvos vidurkiu visais metais buvo nepastovus.

65 m. amžiaus ir vyresnių gyventojų grupėje aukščiausi IH rodikliai 2024 m. užfiksuoti Šalčininkų r. (111,1 atv. 1 000 gyv.) ir Skuodo r. (108,8 atv. 1 000 gyv.) savivaldybėse (4 pav.). Šalčininkų r., Anykščių r., Pasvalio r., Širvintų r., Kelmės r. ir kitose savivaldybėse rodikliai buvo ne tik aukšti, bet ir 2018–2024 m. laikotarpiu viršijo Lietuvos vidurkį. Radviiliškio r., Druskininkų, Elektrėnų, Visagino savivaldybėse rodikliai 2018–2024 m. buvo žemesni negu Lietuvos vidurkis, kaip ir daugumoje didžiųjų miestų ir jų rajonų savivaldybių. IH rodikliai reikšmingai sumažėjo Joniškio r. ($b = -11,58$), Zarasų r. ($b = -8,30$),

Šiaulių r. ($b = -5,58$), Alytaus r. ($b = -3,75$), Šiaulių miesto ($b = -3,26$) savivaldybėse. Šiose savivaldybėse vyresnio amžiaus gyventojų IH rodikliai mažėja ne tik nuosekliai, bet ir statistškai patikimai ($p < 0,05$). Rodiklių didėjimo tendenciją turinčiose savivaldybėse ($b > 0$) IH rodikliai 2018–2024 m. laikotarpiu augo – Lazdijų r. ($b = 1,98$), nežymūs ar beveik neutralūs pokyčiai buvo Kelmės r. ($b = 0,17$), Švenčionių r. ($b = 0,64$), Šakių r. ($b = 1,32$), Elektrėnų ($b = 0,14$) savivaldybėse. Tačiau statistškai negalima patvirtinti, kad augimo tendencija yra reikšminga – ji galėjo atsirasti dėl duomenų svyravimo ($p > 0,05$).



4 pav. Bendras IH rodiklis 65 m. ir vyresnio amžiaus grupėje savivaldybėse 2024 m. ir savivaldybių IH rodiklių įvertinimas 2018–2024 m., atsižvelgiant į Lietuvos vidurkį

Horizontali brūkšniuota pilka linija – 2024 m. IH rodiklių savivaldybėse mediana.

Horizontali šviesiai pilka linija – IH rodiklių 2024 m. Lietuvos vidurkis.

Savivaldybės IH rodiklio santykis su Lietuvos vidurkiu 2018–2024 m.:

tamsiai žalia spalva – savivaldybės, kuriose IH rodiklis visais metais buvo didesnis nei Lietuvos vidurkis;

šviesiai žalia spalva – savivaldybės, kuriose IH rodiklis visais metais buvo mažesnis nei Lietuvos vidurkis;

tamsiai pilka spalva – savivaldybės, kuriose IH rodiklio santykis su Lietuvos vidurkiu visais metais buvo nepastovus.

COVID-19 įtaka IH rodiklių pokyčiams ir IH rodiklių sezoniškumas

Analizuojant IH rodiklių paplitimą 2019 m. kovo mėn. – 2020 m. vasario mėn. ir 2020 m. kovo mėn. – 2021 vasario mėn., t. y. laikotarpiu prieš COVID-19 pandemiją ir per ją, stebima, kad IH rodikliai sumažėjo. Rodiklių sumažėjimas tarp šių dviejų laikotarpių savivaldybėse yra statistiškai reikšmingas ($t = 16,41$, $p < 0,001$) (5 lentelė). Reikėtų akcentuoti ir tai, kad sumažėjo ir aktyvaus gydymo hospitalizacijų skaičius, t. y. paskelbus karantiną ir kontaktinius apribojimus ma-

žiau pacientų buvo guldoma į stacionarą ir dėl kitų ligų, atidedamos planinės operacijos. Labiausiai IH dalis tarp aktyvaus gydymo hospitalizacijų sumažėjo Neringos (46,6 proc.), Skuodo r. (34,6 proc.), Visagino (33,1 proc.), Akmenės r. (32,8 proc.), Palangos (30,4 proc.) savivaldybėse. Žemiausi mažėjimo rodikliai užregistruoti Pakruojo r. (7,1 proc.), Rokiškio r. (7 proc.), Panevėžio r. (6,3 proc.), Šalčininkų r. (6,1 proc.) savivaldybėse. Kupiškio r. savivaldybėje pandemijos metu stebėtas IH dalies padidėjimas (5,6 proc.), palyginti su priešpandeminiais metais.

5 lentelė. IH ir aktyvaus gydymo hospitalizacijų santykis (proc.) ir jo pokytis savivaldybėse priešepideminio ir pirmųjų epideminių metų laikotarpiais*

IH dalis nuo aktyvaus gydymo hospitalizacijų	2019_03 – 2020_02	2020_03 – 2021_02	Pokytis (proc.)	IH dalis nuo aktyvaus gydymo hospitalizacijų	2019_03 – 2020_02	2020_03 – 2021_02	Pokytis (proc.)
Neringa	10,2	5,5	–46,6	Šilalės r.	13,3	10,9	–18,4
Skuodo r.	14,2	9,3	–34,6	Radviliškio r.	11,4	9,3	–18,4
Visaginas	15,0	10,0	–33,1	Trakų r.	12,7	10,4	–17,5
Akmenės r.	16,4	11,0	–32,8	Varėnos r.	16,1	13,3	–17,3
Palanga	14,0	9,7	–30,4	Kalvarija	13,8	11,4	–17,0
Molėtų r.	16,9	11,9	–29,9	Vilkaviškio r.	14,8	12,3	–16,9
Mažeikių r.	11,6	8,3	–28,3	Rietavas	13,8	11,5	–16,6
Marijampolė	12,9	9,2	–28,2	Plungės r.	12,9	10,8	–16,2
Šiaulių r.	10,1	7,3	–27,7	Panevėžys	11,5	9,7	–16,1
Biržų r.	14,8	10,8	–26,8	Utenos r.	16,0	13,5	–15,9
Širvintų r.	17,5	12,9	–26,5	Ukmergės r.	13,2	11,2	–15,5
Jurbarko r.	13,0	9,7	–25,7	Druskininkai	10,6	9,0	–15,0
Vilniaus m.	12,0	9,1	–24,2	Pagėgiai	14,8	12,7	–14,3
Telšių r.	13,4	10,2	–24,1	Anykščių r.	19,3	16,6	–14,2
Tauragės r.	12,7	9,7	–23,9	Birštonas	13,6	11,7	–13,8
Kazlų Rūda	12,8	9,8	–23,2	Kaišiadorių r.	12,1	10,5	–13,8
Šiauliai	9,9	7,7	–22,0	Alytus	12,1	10,6	–12,1
Kaunas	12,1	9,4	–22,0	Joniškio r.	15,9	14,0	–12,0
Šilutės r.	13,9	10,9	–22,0	Alytaus r.	15,0	13,2	–11,8
Elektrėnai	9,6	7,6	–21,3	Pasvalio r.	16,8	14,9	–11,4
Lazdijų r.	11,9	9,4	–21,2	Prienų r.	12,8	11,5	–10,2
Kelmės r.	15,2	12,0	–20,9	Ignalinos r.	12,4	11,2	–9,8
Klaipėdos r.	14,1	11,2	–20,7	Jonavos r.	14,7	13,3	–9,6
Kretingos r.	15,7	12,5	–20,6	Švenčionių r.	13,2	12,1	–9,0
Klaipėda	11,3	9,0	–20,0	Šakių r.	11,2	10,3	–8,3
Kėdainių r.	11,2	9,0	–19,4	Pakruojo r.	15,8	14,7	–7,1
Raseinių r.	15,7	12,7	–19,4	Rokiškio r.	12,5	11,6	–7,0
Vilniaus r.	11,2	9,1	–18,9	Panevėžio r.	11,8	11,1	–6,3
Zarasų r.	18,1	14,7	–18,9	Šalčininkų r.	20,2	19,0	–6,1
Kauno r.	11,2	9,1	–18,5	Kupiškio r.	15,4	16,2	5,6

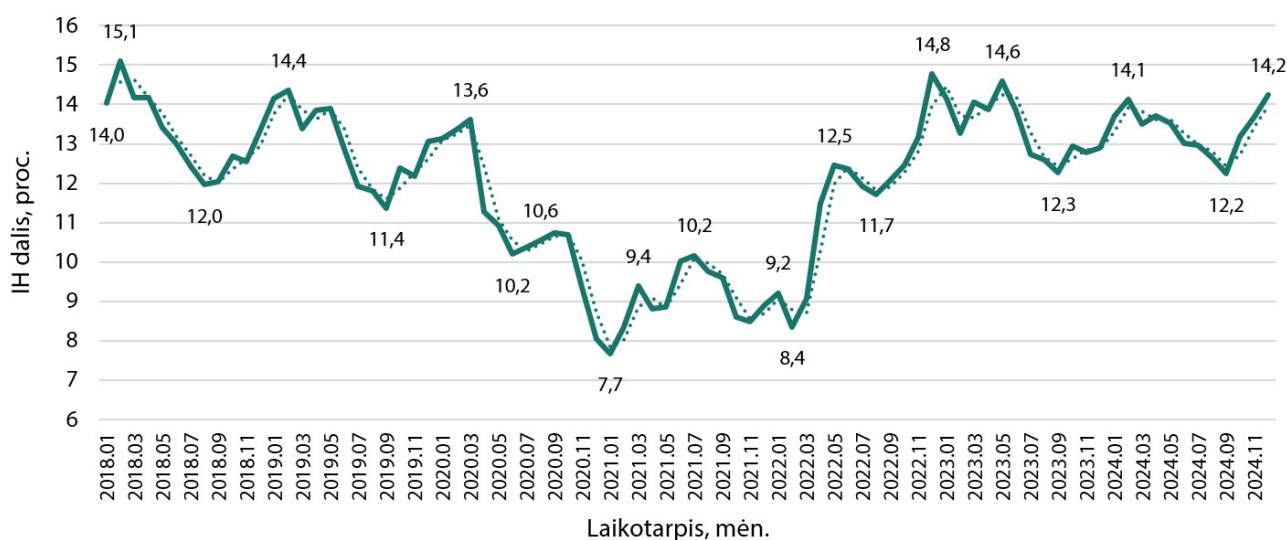
*2019 m. kovo mėn. – 2020 m. vasario mėn. IH dalies vidurkis 12,8 proc., 2020 m. kovo mėn. – 2021 vasario mėn. IH dalies vidurkis 10,2 proc., pokytis –20,3 proc. ($t = 16,41$, $p < 0,001$).

IH dalis per nagrinėjamus metus, ypač pandeminiu laikotarpiu, svyravo gana stipriai. Pandemijos laikotarpiu IH dalis statistiškai reikšmingai skyrėsi nuo kitų laikotarpių ($p < 0,05$), 2021 m. pasiekė žemiausią vidurkį – tik 9,1 proc. Tai galima sieti su pandemijos piku ir stipriai pakitusia hospitalizacijų struktūra. 2020 ir

2022 m. reikšmės taip pat žemesnės nei 2018–2019 m., bet labiau svyravo. Priešpandeminis laikotarpis (2018–2019) pasižymėjo aukštesne ir stabilesne IH dalimi. Analizuojant 2018–2024 m. IH dalies tarp aktyvaus gydymo hospitalizacijų (proc.) duomenų pagal mėnesius kreivę, stebimas akivaizdus IH mažėjimas

2020 m. balandžio mėn. – 2021 m. sausio mėn. laikotarpiu (5 pav.). Vėliau iki 2022 m. kovo mėn. rodiklis kito tolygiai ir nedaug, tačiau nuo 2022 m. pavasario vėl stebėta IH rodiklių augimo tendencija. COVID-19 pandemija turėjo reikšmingą poveikį IH ir aktyvaus gydymo hospitalizacijų santykiui ir ženkliai IH dalies sumažėjimui pandemijos laikotarpiu (2020 m. kovo mėn. – 2022 m. gruodžio mėn.), palyginti su kitais laikotarpiais (2018–2020 m. vasario mėn. ir 2023–2024 m.) ($t = -8,82$, $p < 0,0001$). Pandemijos poveikis IH daliai įvairiais mėnesiais skyrėsi, kai kuriais mėnesiais hospitalizavimas dėl IH priežasčių sumažėjo labiau nei kitais ($p = 0,049$). Didžiausias kiekvieno mėnesio vidurkių skirtumas tarp pandemijos ir ne pandemijos laikotarpių fiksuotas sausio ir vasario mėnesiais, kai pandemijos metu IH dalis sumažėjo beveik 6 proc. punktais, palyginti su įprastais metais. Taip pat reikšmingi skirtumai stebėti pavasarį (kovo–gegužės mėn.), kai, tikėtina, dėl pandeminių bangų ir karantino ribojimų buvo ribojamos planinės hospitalizacijos.

Analizuojant viso laikotarpio (2018–2024 m.) duomenis pastebima, kad IH dalis sezoniskai kinta. Aukščiausi (vertinant pagal medianą) IH procentinės dalies rodikliai daugiausia sutelkti sausio, vasario, kovo mėnesiais. Tai rodo, kad didžiausi IH rodikliai nustatomi šaltuoju metų laiku, taip pat suintensyvėja pavasarį. Šios tendencijos gali būti susijusios su sezoninėmis ligomis, pvz., gripo ir kitų kvėpavimo takų infekcijų paūmėjimu žiemą bei pavasarį. Žemiausi IH rodikliai stebimi šiltuoju metų laiku – liepos, rugpjūčio ir rugsėjo mėnesiais. Tokios tendencijos gali būti susijusios su sezoniniais veiksniais, sumažėjusiais kontaktais arba sustiprėjusia imunine sistema. Tačiau statistškai reikšmingų skirtumų tarp mėnesinių santykinų rodiklių ($f = 0,25$, $p > 0,05$) ir statistškai reikšmingo ryšio tarp mėnesių ir rodiklių ($r = 0,02$, $p = 0,249$) nenustatyta. Tai reiškia, kad nors vizualiai buvo pastebimi tam tikri svyravimai (pvz., mažesnės reikšmės vasarą), jie nėra pakankamai stiprūs ir nuoseklūs, kad sezoniskumas būtų statistškai pagrįstas.



5 pav. Mėnesiniai IH ir aktyvaus gydymo hospitalizacijų santykio (proc.) pokyčiai 2018–2024 m.

($n = 84$, vidurkis 12,1, mediana 12,6, min 7,7, max 15,1, standartinis nuokrypis 1,88, variacija 3,55)

REZULTATŲ APTARIMAS

Dažnos lėtinėmis ligomis sergančių pacientų hospitalizacijos aktyvaus gydymo stacionare rodo, kad ligoniai negauna tinkamos, efektyvios ir ilgalaikės sveikatos priežiūros ambulatorinėje grandyje. IH yra vienas iš rodiklių, padedančių įvertinti sveikatos priežiūros sistemos

efektyvumą, paslaugų kokybę ir prieinamumą. Todėl šių rodiklių stebėseną ir vertinimą yra įtraukti į Lietuvos sveikatos sistemos strateginius dokumentus, siekiant užtikrinti gyventojams geresnę sveikatos priežiūrą [7]. Lietuvoje išvengiamos hospitalizacijos problema aktualesia rajono lygmens ligoninėse – kai kurių savivaldybių

rodikliai dvigubai viršija šalies vidurkį. Ypatingą dėmesį reikėtų skirti tų savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, kuriose IH rodikliai yra didžiausi ir daug metų nemažėjantys. COVID-19 pandemija sumažino IH mastą, tačiau asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimui grįžus prie ankstesnių apimčių, hospitalizacijų nuo ambulatoriškai valdomų ligų dalis regionų ligoninėse vėl didėja. IH skaičius Lietuvoje COVID-19 pandemijos metu sumažėjo beveik per pusę. Tačiau 2022 m. IH rodikliai vėl pradėjo didėti. Remiantis IH statistika, beveik apie 13,4 proc. pacientų aktyviojo gydymo ligoninėse buvo hospitalizuojami ir ligoninių išteklių naudojami gydyti lėtiniais sutrikimams, kurių galima išvengti arba jie galėjo būti išgydyti pirminėje sveikatos priežiūros grandyje. Didžiausią IH pagal priežastis (ligas) dalį jau daug metų sudaro IH dėl stazinio širdies nepakankamumo, pneumonijos, pielonefrito, ausų, nosies ir gerklės infekcijų, cukrinio diabeto, t. y. tų ligų ir būklių, kurias galima suvaldyti išvengiant stacionaraus gydymo.

IH skaičius turi neabejotinos įtakos sveikatos sistemos finansiniams ištekliams. Hospitalizavimo dėl išvengiamų priežasčių sumažinimas gali padėti sutaupyti ribotus sveikatos sistemos išteklius, nes hospitalizacija dažnai yra brangus gydymo metodas. Jei pacientus, ypač sergančius lėtinėmis ligomis, būtų galima efektyviau gydyti ambulatoriškai, sumažėtų ir išlaidų stacionaraus gydymo įstaigose. Remiantis stacionarių aktyviojo gydymo paslaugų ir pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų įkainiais buvo atliktas aktyvaus vidutinės trukmės gydymo atvejų kainų pagal susijusių diagnozių grupes palyginimas. Apkaičiuota, kiek preliminarai būtų galima sutaupyti lėšų, jeigu ambulatorinei pagalbai jautrios diagnozės būtų gydomos ne ligoninėje, o pirminėje ambulatorinėje grandyje. Laikant, kad hospitalizavus ligonį dėl IH priežasties ir gydant jį stacionare būtų suteikiamos stacionarų aktyviojo gydymo sąraše nurodytos gydymo paslaugos, galima preliminarai apskaičiuoti, kokio masto išlaidos vidutiniškai tenka IH gydyti, pvz., stacionare gydant nesudėtingos būklės stazinį širdies nepakankamumą būtų išleista apie 12,6 mln., pneumoniją – 4,5 mln., cukrinį diabetą – 3,3 mln., hipertenziją – 1,4 mln. eurų. Sudėtingiems atvejams gydyti reikėtų dar didesnių išlaidų. Lietuvoje išlaidos, skirtos būtent IH, nėra apskaičiuojamos. Reikėtų atsižvelgti į ne tik pateiktus gydymo paslaugų įkainius, nes kaina priklauso ir nuo unikalaus

IH atvejo – atliekamų konkrečių procedūrų, taikomų gydymo metodų ir skiriamų medikamentų, paciento būklės. Palyginus matyti, kad ambulatorinių paslaugų įkainiai yra santykinai daug mažesni nei stacionaro paslaugų, tad netgi įvertinus ne tik paslaugų įkainius, bet ir ambulatoriniam gydymui skiriamus vaistus, procedūras ir kitas priemones, ambulatorinio gydymo kaina gaunama neabejotinai daug žemesnė negu stacionarinio gydymo. PSDF yra pagrindinis sveikatos priežiūros finansavimo šaltinis. Jo išlaidos rodo, kokia didelė dalis lėšų yra skiriama gydymo stacionare paslaugoms, kai ambulatorinė grandis ir prevencijos sritis gauna tik mažą dalį išlaidoms skirtą fondą. Geresnių sveikatos priežiūros rezultatų galėtų padėti pasiekti pakankamas Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos finansavimas ir, svarbiausia, optimaliai suplanuotas išlaidų paskirstymas, daugiau išteklių skiriant profilaktinių ir sveikatos stiprinimo programų įgyvendinimui, ambulatorinei priežiūrai ir mažiau – vaistams ir stacionariajai sveikatos priežiūrai. Be to, atsižvelgiant į visuomenės senėjimo tendencijas, reikėtų apsvarstyti ligoninių paslaugų ir profilių pritaikymą konkreitiems savivaldybės gyventojų poreikiams. Akivaizdu, kad ambulatoriškai gydomoms ligoms Lietuvoje reikėtų skirti daug didesnę PSDF lėšų dalį, jau nekalbant apie prevencijos sritį, kuri vis dar lieka sveikatos priežiūros sistemos nuošalyje.

COVID-19 pandemija ir su ja susiję apribojimai sutrikdė sveikatos priežiūros sistemos veiklą – sumažėjo paslaugų prieinamumas, buvo atidėti ar atšaukti suplanuoti apsilankymai pas gydytojus. Neabejotinai tai turėjo įtakos ir IH skaičiui, kuris nuo karantino paskelbimo pradžios smarkiai sumažėjo, ir nors po truputį didėja, priešpandeminio lygio dar nepasiekė. IH atvejų dalis sumažėjo ne tik Lietuvoje, bet ir kitose šalyse, tačiau Lietuvoje IH rodikliai, ypač dėl cukrinio diabeto ir stazinio širdies nepakankamumo, vis dar yra vieni didžiausių Europos Sąjungoje [8]. Tai ligos, kurias sėkmingai ir efektyviai galima gydyti pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose įstaigose, nenaudojant brangių stacionaro išteklių [9, 10]. Tyrimai rodo, kad pandemijos padariniai sustiprino regioninius netolygumus [11]. Tikėtina, kad sumažėjusius IH skaičius lėmė sveikatos išteklių perkėlimas su COVID-19 susijusioms būklėms gydyti, gyventojų baimė užsikrėsti infekcija ligoninėje, konsultacijos netiesioginio kontakto būdu. Tačiau gydymo atidėjimas ar kitų paslaugų nega-

vimas gali sukelti pacientams didesnę riziką būti hospitalizuotiems dėl ambulatoriškai valdomų ligų [12]. Be to, atlikta analizė patvirtina, kad pandemija nevienodai paveikė IH dalį įvairiais metų mėnesiais. Remiantis vidutinės IH dalies pokyčiais tarp pandemijos ir ne pandemijos laikotarpių, ryškiausias poveikis (didžiausias santykinis sumažėjimas) fiksuotas žiemos mėnesiais (sausį, vasarį). Pavasario mėnesiais taip pat stebėtas reikšmingas IH atvejų sumažėjimas. Tikėtina, kad šiuo laikotarpiu buvo įvesti griežčiausi karantino ribojimai, o sveikatos priežiūros įstaigos buvo maksimaliai užimtose COVID-19 užsikrėtusių pacientų gydymu. Šiuo laikotarpiu taip pat taikyti planinių paslaugų (hospitalizacijų) ribojimai, o ligoniams teiktos alternatyvios ambulatorinės, nuotolinės paslaugos. Ne tik pandeminiu, bet ir apskritai visu analizuojamuoju laikotarpiu aukštesni IH rodikliai buvo stebimi žiemą ir ankstyvą pavasarį – tai gali būti susiję su sezoniškai kintančiais ligų profiliais ar planinių hospitalizacijų pasiskirstymu per metus. IH rodiklių stebėseną ir vertinimą įtraukti į sveikatos sistemos strateginius dokumentus, tačiau svarbu ne tik vykdyti nuoseklią rodiklių stebėseną, bet ir numatyti efektyvias, pacientų poreikius atitinkančias priemones, galinčias reikšmingai prisidėti prie IH problemos sprendimo ir padedančias sumažinti IH naštą sveikatos sistemai Lietuvoje.

APIBENDRINIMAS

Dauguma IH rodiklių sumažėjo prasidėjus COVID-19 pandemijai. Pastaruosius kelerius metus matoma rodiklių didėjimo tendencija, tačiau rodikliai dar nepasiekė priešpandeminio lygio. IH rodiklis Lietuvoje 2024 m., palyginti su 2023 m., išliko beveik toks pat. Nors stebimi IH rodiklių mažėjimo tendenciją turintys pokyčiai, tačiau savivaldybėse atskirų IH rodiklių pagal priežastis, lytį, amžių pokyčiai 2018–2024 m. laikotarpiu buvo nevienodi. Analizuojant laikotarpį prieš COVID-19 pandemiją ir po jos stebima, kad visų IH rodikliai sumažėjo. Kartu sumažėjo ir aktyvaus gydymo hospitalizacijų skaičius, t. y. paskelbus karantiną ir kontaktinius apribojimus mažiau pacientų buvo guldoma į stacionarą ir dėl kitų ligų, atidedamos planinės operacijos. Aukšti ir išlaikantys didėjimo tendencijas IH rodiklių netolygumai savivaldybėse reikalauja didinti tikslines investicijas į pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, dienos stacionaro paslaugų didinimą, pirminės sveikatos priežiūros išteklių paskirstymą Lietuvos regionuose, taip pat skatinti savivaldybių ASPJ administracijas mažinti pacientų hospitalizavimo poreikį plėtojant pirminės sveikatos priežiūros paslaugų aprėptį, optimizuojant ligoninių organizacinę struktūrą, plėtojant ilgalaikės priežiūros paslaugas.

Straipsnis gautas 2025-06-13, priimtas 2025-08-10

Literatūra

1. Jaselionienė J, Gurevičius R. Išvengiamų hospitalizacijų rodiklių netolygumai Lietuvos savivaldybėse ir jų ryšys su kai kuriais demografiniais ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos rodikliais. *Visuomenės sveikata*. 2025;1(108):42–56. [https://doi.org/10.47458/Vs.2025.1\(108\)-7](https://doi.org/10.47458/Vs.2025.1(108)-7)
2. Health at a glance: Europe 2024: OECD indicators. State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing, 2024. doi.org/10.1787/b3704e14-en
3. Išlaidos sveikatos priežiūros funkcijoms ir teikėjams, 2023. Valstybinė duomenų agentūra, 2024. Prieiga per internetą: <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?indicator=S3R955#/>
4. Lietuvos sveikatos statistika 2023. Higienos institutas, 2024. Prieiga per internetą: https://www.hi.lt/uploads/Statistikos_leidiniai_Sveikatos_statistika/la2023.docx
5. van Loenen T, van den Berg MJ, et al. Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: a systematic review, *Fam Pract*. 2014;31(5):502–516. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmu053>
6. Išvengiamų hospitalizacijų rodiklių skaičiavimo metodika, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. gruodžio 20 d. įsakymu Nr. V-2893. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/fca0e100618111eca9ac839120d251c4>
7. 2022–2030 metų Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo plėtros programa. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/c4da70d0b1c011ecba9197ac603309e4?positionInSearchResults=0&searchModelUUID=e78cfdd3-87dc-478d-a66c-520f73dd9800>
8. Health at a glance 2023: OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2023. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
9. Realising the potential of primary health care. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing; 2020. <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>
10. Tackling wasteful spending on health. Paris: OECD Publishing; 2017. <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>
11. Green MA, McKee M, Massey J, MacKenna B, Mehrkar A, Bacon S, et al. Trends in inequalities in avoidable hospitalisations across the COVID-19 pandemic: a cohort study of 23.5 million people in England. *BMJ Open* 2024;14:e077948. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-077948>
12. Green MA, McKee M, Hamilton O, Shaw RJ, Macleod J, Boyd A, et al. Associations between self-reported healthcare disruption due to COVID-19 and avoidable hospital admission: evidence from seven linked longitudinal studies for England. *BMJ* 2023;382:e075133. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-075133>

CHANGES IN AVOIDABLE HOSPITALIZATION INDICATORS IN LITHUANIAN MUNICIPALITIES, 2018–2024

Jonė Jaselionienė

Institute of Hygiene

SUMMARY

Objective. The aim of the study was to compare changes and trends in avoidable hospitalization indicators across Lithuanian municipalities from 2018 to 2024, and to assess the impact of the COVID-19 pandemic on these indicators.

Material and methods. A quantitative descriptive study design was employed. The object of the study was avoidable hospitalizations (AH), defined as hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions. The study population included Lithuanian residents aged one year and older, both male and female, who were hospitalized for conditions manageable at the outpatient level. Data were sourced from the “Sveidra” information system of the Compulsory Health Insurance Fund for the year 2018–2024, combined with average annual population data disaggregated by age, sex, and administrative territory. Indicators were calculated per 1,000 population by age and sex, both at the national and municipal levels. The study examined changes in frequency indicators, annual percentage changes, average annual percentage change, and the proportion of AH among all hospitalizations for acute care (for patients aged ≥ 1 year). A linear regression model was applied to assess indicator trends. To evaluate the impact of the COVID-19 pandemic, AH prevalence and changes were compared between March 2019–February 2020 and March 2020–February 2021. The proportion of AH among all acute care hospitalizations was analysed at the municipal level, and monthly changes and differences were calculated. The t-test was applied to assess statistically significant differences between periods. A statistical significance threshold of $\alpha = 0.05$ was used.

Results and conclusions. In 2024, the national AH rate in Lithuania was approximately 1.3 times lower compared to 2018. During 2020–2021, AH rates declined primarily due to the COVID-19 pandemic. Although the overall trend suggests a decrease in AH rates, a renewed increase in recorded AH cases has been observed since 2022. While the overall AH rate remained stable between 2023 and 2024 (a 1.1% decrease), more substantial differences were recorded across specific causes, age groups, and

regions. In recent years, the most pronounced reduction in AH was found among individuals aged 65 and older; however, when considering the full 2018–2024 period, the greatest improvement was observed in the pediatric population. In 2024, AH due to ear, nose, and throat infections declined significantly among children, although AH due to pneumonia increased several-fold. A statistically significant decrease was observed for pediatric pyelonephritis. Among adults and elderly populations, reductions in AH were noted for congestive heart failure and diabetes mellitus. Conversely, pneumonia-related AH increased among individuals aged 18–64, and pyelonephritis-related AH increased among those aged 65 and older. Trends for other conditions varied. In 2024, the national average AH rate was 20.6 per 1,000 population, with a municipal median of 24.2. The majority of municipalities recorded AH rates above the national average; only 16 municipalities had rates below it. AH rates varied by more than fourfold across municipalities. Comparison of pre-pandemic and post-pandemic periods revealed overall declines in AH rates and acute care hospitalizations, likely due to reduced admissions during lockdowns. In recent years, AH rates have shown an upward trend, although pre-pandemic levels have not yet been fully restored. Despite the overall decreasing trend, the patterns of change in AH indicators by cause, sex, and age group were heterogeneous across municipalities during the 2018–2024 period.

Keywords: avoidable hospitalization, ambulatory care sensitive conditions, regional disparities, trend analysis, COVID-19, acute care indicators.

Correspondence to Jonė Jaselionienė

Institute of Hygiene

Studentų g. 45A, LT-08107 Vilnius, Lithuania

E-mail: jone.jaselioniene@hi.lt

Received 13 June 2025, accepted 10 August 2025

POZITYVIOS TĖVYSTĖS PROGRAMOS „NEJTİKĖTINI METAI“ ĮGYVENDINIMO LIETUVOJE VERTINIMAS TĖVYSTĖS MOKYMUS VEDUSIŲ GRUPIŲ VADOVŲ POŽIŪRIU

Virginija Kanapeckienė, Asta Jurkevičienė, Augustė Šalnaitė

Higienos institutas

SANTRAUKA

Tikslas – įvertinti Lietuvoje vykdomos pozityvios tėvystės programos „Nejtikėtini metai“ naudą ir veiksmingumą mokymus vedusių grupių vadovų požiūriu.

Metodika. Atliktas kokybinis tyrimas – grupinės diskusijos (angl. *focus group research*), į kurias buvo kviečiami grupių vadovai iš 18 savivaldybių, įgyvendinančių pozityvios tėvystės programą. Įvyko dvi diskusijos, jose dalyvavo 11 grupių vadovų. Kokybinio tyrimo duomenų analizei atlikti taikyta turinio analizė, išskirtos pagrindinės temos ir potėmės.

Apibendrinimas. Programos „Nejtikėtini metai“ vertinimas paslaugų teikėjų – grupių vadovų – požiūriu atskleidė, kad programa buvo naudinga ir veiksminga ugdant pozityvios tėvystės įgūdžius, gerinant bendravimą su vaiku ir koreguojant vaikų elgseną. Grupių vadovų nuomone, programą reikėtų plėtoti kitose šalies savivaldybėse ir į ją įtraukti daugiau su vaikais dirbančių tikslinių grupių – mokytojus, darželių auklėtojus, socialinius darbuotojus. Tėvų elgsenos pokyčiai bendraujant su vaikais, kitų šeimos narių ar pažįstamų pritraukimas į programą „Nejtikėtini metai“ parodė, kad programa turi poveikį stiprinant tėvų gebėjimus spręsti su vaikais susijusias elgesio ir emocijų problemas bei gerinant psichologinį klimatą šeimoje. Norint įrodyti programos veiksmingumą ir poveikį tėvams ilguoju laikotarpiu, reikia papildomų tyrimų.

Reikšminiai žodžiai: tėvystės programa, „Nejtikėtini metai“, veiksmingumas.

ĮVADAS

„Nejtikėtini metai“ – tai pripažinimą pelnęs įrodymais pagrįstų programų rinkinys, skirtas stiprinti pozityvios tėvystės įgūdžius ir užkirsti kelią vaikų probleminei elgesiui. Jungtinėse Amerikos Valstijose (JAV) sukurtų programų efektyvumą pagrindžia daugiau nei 40 metų jų įgyvendinimo patirtis. Atlikti moksliniai tyrimai patvirtina, kad programos yra veiksmingos ir padeda sumažinti ar išvengti problemų, kylančių dėl vaikų elgesio ir emocijų sutrikimų, taip pat apsaugoti tokius vaikus nuo įsitraukimo į nusikalstamas veikas, smurto, psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo. Programos yra skirtos tėvams, mokytojams ir vaikams (1 pav.). „Nejtikėtinų metų“ grupiniai užsiėmimai – labai interaktyvi, dinamiška mažų grupių mokymo patirtis. Šias programas jau daugelį metų sė-

kmingai įdiegusios 20 šalių: JAV, Kanada, Jungtinė Karalystė, Norvegija, Suomija, Australija ir kt. [1–4].

2010 m. M. B. Drugli su bendraautoriais nustatė, kad prieš programos „Nejtikėtini metai“ įgyvendinimą visiems tyrime dalyvavusiems vaikams buvo diagnozuoti elgesio ir emocijų sutrikimai, o praėjus vieneriems metams nuo programos įgyvendinimo dviem trečdaliams vaikų nebuvo diagnozuota elgesio ir emocijų sutrikimų [5]. 2013 m. atliktos sisteminės apžvalgos rezultatai pa-

Adresas susirašinėti: Virginija Kanapeckienė
Higienos institutas
Studentų g. 45A, 08107 Vilnius
El. p. virginija.kanapeckiene@hi.lt

rodė, kad programa „Neįtikėtini metai“ sėkmingai gerina vaikų elgesį įvairiose šeimose ir kad ši tėvams skirta programa gali būti laikoma nusistovėjusia praktika [6]. Kitos sisteminės apžvalgos (2019 m.) duomenimis, „Neįtikėtinų metų“ tėvystės intervencija gali būti veiksminga vaiko apsaugos ir kitų paramos šeimai paslaugų kontekste realiomis gyvenimo sąlygomis [7].

Ekonominis programos „Neįtikėtini metai“ vertinimas atkleidė, kad programa yra ekonomiškai būdas sumažinti vaikų elgesio problemas. O programos sąnaudų analizė kartu su galimos ilgalaikės naudos vertinimu parodė, kad investicijos į tokias programas gali duoti palankią ekonominę grąžą [8].

Nyderlanduose buvo atliktas tyrimas siekiant įvertinti, ar „Neįtikėtinų metų“ tėvystės intervencija gali sėkmingai pasiekti socialinės rizikos arba etninių mažumų šeimas ir būti joms naudinga. Svarbus atradimas buvo tai, kad programos „Neįtikėtini metai“ veiksmingumas nesiskyrė šeimose pagal socialinę, ekonominę padėtį ir etninę priklausomybę. Programos poveikis išliko po 3 mėnesių stebėjimo. Tyrimas parodė, kad socialiniu ir ekonominiu požiūriu nepalankioje situacijoje esančios šeimos ir etninių mažumų šeimos gali dalyvauti ir gauti naudos iš vaikų auklėjimo intervencijų, siekiant sumažinti netinkamą vaikų elgesį [9].

Taip pat esama ir daugiau tyrimų, rodančių, jog programa gerina tėvystės įgūdžius. Pagerėję tėvų įgūdžiai teigiamai atsiliepia ir kitiems šeimų vaikams, santuokos išsaugojimui, vaikų ir juos supančių žmonių gyvenimo kokybei. Be to, nustatyta, kad programa galimai mažina narkotikų, alkoholio ir tabako vartojimą tokių vaikų grupėje ateityje.

Tačiau yra ir kontroversiškų nuomonių apie programos „Neįtikėtini metai“ naudą. Kai kurie autoriai nenustatė platesnės šios programos naudos: programa nesumažino vaikų emocinių problemų, bendravimo su bendraamžiais problemų bei dėmesio trūkumo ir hiperaktyvumo sutrikimo (ADHD) dažnio. Tėvų supratimo apie vaikų elgesį pagerėjimas išliko 2,5 metų, tačiau tyrimo išvados neparodė „Neįtikėtinų metų“, kaip preventinės intervencijos, naudos platesniam vaikų psichikos sveikatos pagerėjimui [10]. Tai rodo naujų tyrimų apie programos veiksmingumą poreikį.

Lietuvoje nuo 2020 m. įgyvendinami du programos „Neįtikėtini metai“ moduliai, kurių tikslas – stiprinti pozityvios tėvystės įgūdžius, mokant tėvus skatinti teigia-

mą vaikų elgesį ir supažindinant juos su veiksmingais metodais, padedančiais spręsti įprastas vaikų elgesio problemas: programa „Neįtikėtini metai“ ikimokyklinio amžiaus vaikų tėvams (angl. *The Incredible Years Preschool Basic Parent Program*), skirta tėvams, tėviams ir globėjams, auginantiesiems 3–6 m. amžiaus vaikus, ir programa „Neįtikėtini metai“ mokyklinio amžiaus vaikų tėvams (angl. *The Incredible Years School Age Basic Parent Program*), skirta tėvams, tėviams ir globėjams, auginantiesiems 6–12 m. amžiaus vaikus. Šios programos pradėtos diegti įgyvendinant 2014–2021 m. Europos ekonominės erdvės finansinio mechanizmo projektą „Programos „Neįtikėtini metai“ pritaikymas ir įgyvendinimas Lietuvoje“ (2019–2024 m.), kurį koordinavo Higienos institutas, ir toliau tęsiamos panaudojant kitus Europos Sąjungos finansavimo šaltinius.

Tyrimo tikslas – įvertinti Lietuvoje vykdomos pozityvios tėvystės programos „Neįtikėtini metai“ naudą ir veiksmingumą mokymus vedusių grupių vadovų požiūriu.

TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Atliktas kokybinis tyrimas – grupinės diskusijos (angl. *focus group research*), į kurias buvo kviečiami dalyvauti grupių vadovai iš 18 savivaldybių, įgyvendinančių pozityvios tėvystės programą. Įvyko dvi diskusijos, kuriose dalyvavo 11 grupių vadovų: 2023 m. birželio 28 d. (4 grupių vadovės) ir 2023 m. liepos 11 d. (7 grupių vadovės). Grupių vadovės (8 psichologės, 2 visuomenės sveikatos specialistės ir 1 socialinė darbuotoja) dirbo su Marijampolės, Klaipėdos, Kretingos, Panevėžio, Alytaus, Plungės, Šalčininkų, Šiaulių savivaldybėse gyvenančiais tėvais. Vadovių patirtis vedant grupinius programos „Neįtikėtini metai“ užsiėmimus buvo nuo 1 iki 3 metų.

Diskusija įrašyta „MS Teams“ platformoje, iš anksto suderinus su jos dalyviais. Vėliau tekstas transkribuotas. Kokybinio tyrimo duomenų analizei atlikti taikyta turinio analizė, išskirtos pagrindinės temos ir potėmės.

Grupinės diskusijos vedimo schema:

Prisistatymas. „Gal galėtumėte trumpai prisistatyti, įvardyti savo profesiją ir kiek laiko esate „Neįtikėtinų metų“ programoje?“

Įžanga. „Ar galėtumėte papasakoti, kaip sužinojote apie „Neįtikėtinų metų“ programą? Kaip ir kodėl nusprendėte dalyvauti šioje programoje?“

Perėjimas. „Kokie buvo jūsų pirmieji įspūdžiai prisijungus prie „Neįtikėtinių metų“ programos? Kokie buvo lūkesčiai, ko tikėjotės?“

Raktiniai klausimai. „Kokie, Jūsų nuomone, pagrindiniai programos privalumai? Ar ši programa atliepia tėvystės įgūdžių ugdymo poreikį Lietuvoje? Prašome pakomentuoti. Ar, remiantis jūsų patirtimi, programa „Neįtikėtini metai“ gali būti laikoma veiksminga? Kokie pagrindiniai šios programos aspektai lemia jos veiksmingumą? Kadangi dirbate su programoje „Neįtikėtini metai“ dalyvaujančiais tėvais, norėčiau paklausti, kokius pokyčius lemia dalyvavimas programoje? Ar galėtumėte pateikti pavyzdžių iš savo patirties apie teigiamus žmonių (ir jų aplinkos), dalyvavusių programoje „Neįtikėtini metai“, pokyčius? Kaip vertinate programos „Neįtikėtini metai“ išbandymo / įgyvendinimo procesus Lietuvoje? Ar galėtumėte pateikti pavyzdžių, kokių, jūsų nuomone, reikia pokyčių? Kokia, jūsų nuomone, būtų papildoma programos įgyvendinimo nauda Lietuvoje? Kokie veiksniai svarbūs užtikrinant sėkmingą programos plėtrą?“

Pabaiga. „Trumpai apibendrinsime tai, ką aptarėme. Ar yra kas nors, apie ką turėjome pasikalbėti, bet neaptarėme?“

REZULTATAI

Pozityvios tėvystės programa „Neįtikėtini metai“ Lietuvoje pradėta diegti 2020 metais. Pirmiausia buvo ieškoma grupių vadovų, kurie būtų apmokomi ir galėtų vesti grupinius užsiėmimus tėvams vaikų, turinčių elgesio ir emocijų sunkumų. Siekiant į programą pritraukti psichologų ar kitų specialistų, informacija apie pradedamą vykdyti projektą buvo plačiai paskelbta ir viešinama visoje šalyje. Pagrindinius informacijos šaltinius, iš kurių sužinota apie naują tėvystės programą, grupių vadovai nurodė pažįstamus, kolegas, internetą, socialinius tinklus, visuomenės sveikatos biurus ir darbovietes: „Draugas – kursiokas atsiuntė visą šitą informaciją, kad ieškomi žmonės, kurie galėtų vesti šitas grupes“; „Sužinojau iš interneto – pamačiau, kad planuojamas toks projektas...“; „Sužinojau iš pedagoginės psichologinės tarnybos“; „Iš biuro ar savivaldybės buvo susisiekiama dėl šios programos...“; „Pamačiau „Facebook’e“...“; „Kadangi dirbu gimnazijoje, tai atėjo skelbimas į pačią mokyklą“; „Aš sužinojau iš savo kolegės, kuri jau dirbo pirmame etape, tai ji dalinosi šia programa ir jos nauda“.

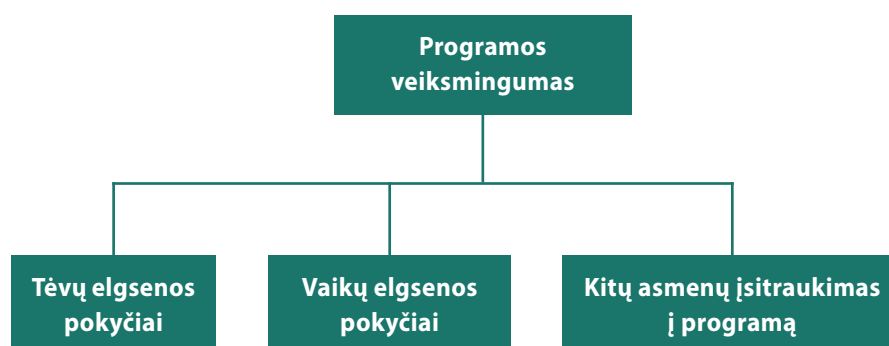
Pagrindinės priežastys, paskatinusios grupių vadovus dalyvauti naujoje tėvystės programoje „Neįtikėtini metai“, buvo trys. Tai ankstesnė darbo su tėvais patirtis („Darbas su tėvais man visą gyvenimą rūpėjo, tai viena iš pagrindinių mano veiklų“; „Labai panašų darbą dirbom bendruomeninės šeimos namuose, vesdavome pozityvios tėvystės užsiėmimus, bet jau pačių suorganizuotus, be jokios konkrečios programos...“), noras išbandyti naują Jungtinėse Amerikos Valstijose sukurtą metodiką („Šitas formatas pasirodė labai įdomus, kitoks priėjimas – per praktiką, per video pavyzdžius“; „Nemažai grupių vesta pagal įvairias metodikas, ...norėjosi pabandyti ir šitą metodiką...“) ir naujų išbandymų paieška („Tuo metu ieškojau kitokių veiklų, kur save realizuoti dar, be psichologinio darbo ir „mamystės“, tai pasitaikė pačiu laiku“).

Pirmi įspūdžiai, pradėjus dalyvauti programoje „Neįtikėtini metai“, nebuvo vien pozityvūs. Vienas iš neigiamų aspektų, kurį įvardijo dauguma diskusijos dalyvių, buvo didelis darbo krūvis, kurio jie nesitikėjo, didelis medžiagos anglų kalba kiekis: „Iš pat pradžių buvo labai daug informacijos, mes gavom tas knygas, ir dar anglų kalba, buvo didžiulis iššūkis pasiruošti, buvo mokymai, jie buvo labai koncentruoti, reikėjo labai daug savarankiško darbo...“; „Pirmoji grupė... aš pasijutau studentė, kuri studijuoja visus savaitgalius prie knygų. Man pati pradžia buvo labai sunki, pradžioj buvau nusivylusi, kad nesiorientavau visiškai knygose“; „Tie talmudai iš pradžių šokiravo“; „Labai gerai, kad yra tėvams knyga, bet jie negali jos skaityti (anglų kalba). Tada papildomas darbas, kurį turim daryti laisvu laiku“. Tačiau jau iš pat pradžių buvo matyti ir teigiami programos aspektai – labai aiškiai ir nuosekliai aprašyta programa („...programa išsami, nereikia išradinėti dviračio, visi žingsniai pateikti, pati metodika išsami“; „Vienas iš motyvų dirbti, kad metodika išsami, aiški, knygos ir tėvams, ir vadovams“; „Patys metodai labai išgryninti ir apibrėžti, temos aiškiai išdėstytos, kas tėvams labai tinka“; „Man viskas paaiškėjo po pirmos supervizijos“; „Labai išmoksti per supervizijas su amerikiečiais“).

Įvardydami tėvystės programos „Neįtikėtini metai“ privalumus, grupių vadovai išskyrė du svarbiausius aspektus: kad tai mokslu ir praktika pagrįstas, laiko patikrintas įrankis („Mokslu grįsta metodika“; „Video tėvams toks išskirtinumas, pavyzdžių yra gausiai, viskas konkrečiai, aiškiai, nuo a iki z, yra supervizijos, palaiky-

mas“; „Praktiniai dalykai nėra taip lengvai priimami, kad tai yra visiška praktika, susitikimuose paskaitų nevyksta, jiems patiems (tėveliams) reikia būti aktyviems, bet vėliau jie pamato prasmę“; „Programa tinka visoms etninėms grupėms, visoms šalims, labai tinka ir čia, Lietuvoje“) ir ilga mokymų trukmė, padedanti sukurti tarpusavio ryšį („Priežastis, kad programa yra ilgesnė nei daugelis kitų metodikų, tėvai turi daug laiko suvokti, sugrįžti atgal, jeigu

kažkas nepavyksta, turėti grupių vadovų palaikymą“; „Sukuriamas tarpusavio ryšys, tėvai nenori išsiskirti“; „Tie 18 susitikimų reikalingi tam, kad sukurtume tą ryšį, tą santykį, kad ir ašaros tos atsirastų.. Kuo ilgesni, tuo geriau“). Vertinant programos „Neįtikėtini metai“ veiksmingumą, buvo išskirta keletas pagrindinių rezultatų, įrodančių, kad ši programa tikrai buvo naudinga tėvams ir davė teigiamų rezultatų (1 pav.).



1 pav. Programos „Neįtikėtini metai“ veiksmingumas grupių vadovų požiūriu

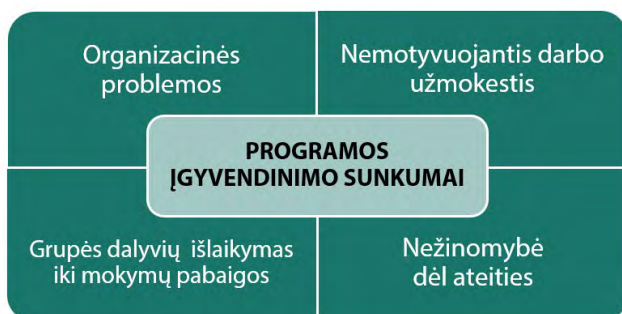
Pasak grupių vadovų, keitėsi mokymuose dalyvaujančių tėvų elgesys, ir ne tik lankančių užsiėmimus, bet ir kitų šeimos narių, nes vieno iš tėvų elgsenos pokyčiai turėjo įtakos kitų šeimos narių (vyro, senelių) elgsenai: „Tėveliai patys prisiima atsakomybę, kokį santykį kuria su vaiku“; „Tėvelių nuomone, santykiai ne tik su vaiku, bet ir šeimoje pagerėja, tai ta nauda ir visos šeimos gaunasi“; „Mama sako: „Aš daug dažniau pradėjau girti savo vaiką“; „Vienas vaikas nuėjęs pas draugus sako, kad mano mama pasidarė labai gera, rami“; „Mama, tu tapai ramesnė, ramiau reaguoji, nebambi, dažniau šypsaisi, veskis ir tėtį“; „Tai programa, keičianti mąstymą – atėjau, norėdama pakeisti vaiko elgesį, o išėjau su mintimi, kad turiu pati save keisti“; „Programa gerina santykį ir šeimoje. Pradėjau taikyti gyrimo metodą. Vaikus aš giriu, bet pradėjau girti ir vyrą, ir taip efektyvu...“.

Grupių vadovai pastebėjo, kad, priklausomai nuo tėvų elgesio su vaiku pokyčių, keitėsi ir paties vaiko elgesys. Tėvai suprato, kad pirmiausia reikia keisti savo mąstymą, keistis patiems bendraujant su vaiku, o ne reikalauti keistis vaikui: „Tėvai sako: „Kai aš pradėjau

daug dažniau girti savo vaiką, jis tapo ramesnis“; „Ugdymo įstaigos pastebi pokyčius vaikuose, auklėtojos vaikų darželiuose sako, kad vaikas tampa kitoks, pastabesnis, pagiria kitus, padedantis kitiems, ramesnis“; „Vaikai pradėjo daug mažiau prašyti dėmesio neigiamu būdu...“; „Mamos labai džiaugiasi, kad kai pradėjo sakyti komplimentus vaikams, iš vaikų irgi girdi komplimentus sau“.

Tyrimo dalyvių teigimu, labai svarbus šios programos veiksmingumo įrodymas yra tai, kad grupiniuose užsiėmimuose dalyvaujantys tėvai rekomenduoja programą savo pažįstamiems, draugams, į ją įtraukia savo šeimos narius: „Ateina draugai, kaimynai, ateina poromis į mokymus“; „Viena mama aštuntame užsiėmime prikalbino, kad į grupę ateitų ir vyras, tai yra džiaugsmas...“; „Vienoj grupėj dalyvavo mama, į kitą grupę atsiunčia tėtį, draugas“; „Labai efektyvu, kai iš poros abu dalyvauja“.

Tačiau įgyvendinant programą susidurta su tam tikrais sunkumais ir problemomis. Tyrimo dalyviai įvardijo keturis pagrindinius sunkumus, kuriuos teko patirti vykdamą programą (2 pav.).



2 pav. Programos „Neįtikėtini metai“ įgyvendinimo sunkumai

Grupių vadovų nuomone, vienu iš didesnių iššūkių tapo programos įgyvendinimo organizacinės problemos, tokios kaip vertimai iš anglų kalbos, užsiėmimų filmavimai, reikalingi supervizijoms ir grupių vadovų akreditavimui, auklių paslaugos vaikams prižiūrėti grupinių užsiėmimų metu, dalyvių maitinimas, mokymo medžiagos parengimas mokymų dalyviams ir pan. Tai buvo trukdžiai ir nepatogumai, kurie turėjo įtakos grupinių užsiėmimų kokybei dėl grupių vadovų patiriamo streso: „Tie patys vertimai suvalgo daug laiko, mažiau aiškumo tada, norėjusi būti mažiau vertėjais šitoje vietoje, kad galėtume koncentruotis į pačios programos įgyvendinimą“; „Kameros yra netinkamos filmuoti tokiems ilgiems užsiėmimams, visą laiką yra stresas mums, vadovams, tas filmavimas“; „Būtų labai naudinga, kad ir auklės galėtų pagrindinius principinius dalykus žinoti. Kai ateina žmonės, turintys darbo su vaikais patirties, tai yra viena, bet tie žmonės ne visada atliepia lūkesčius“; „Su kavos pertraukomis visokių patirčių turėjome, kai tėvai paskutinę minutę praneša, kad nedalyvaus, o porcijos suskaičiuotos. Jų kartais per daug, kitą sykį – per mažai“; „Techninei daliai galėtų būti kitas techninis personalas, kuris galėtų pafilmuoti..., kuo mažiau organizacinių dalykų, tuo darbas būtų dar kokybiškesnis, sklandesnis ir grupės vadovų streso lygis būtų dar mažesnis tam tikrais atvejais“.

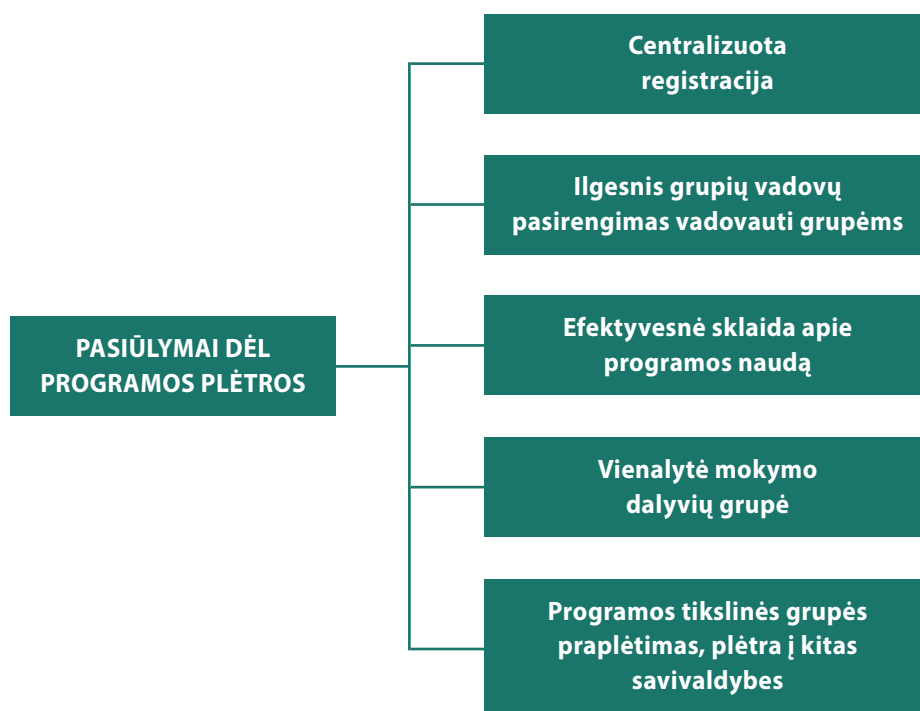
Kita problema, su kuria susidūrė dauguma grupių vadovų, – tai grupių dalyvių (tėvų / globėjų) išlaikymas iki grupinių užsiėmimų pabaigos. Mokymų trukmė ilga (keli mėnesiai), vyksta ne paskaitos, kurias reikia tik išklausti, o praktiniai užsiėmimai, kuriuose reikia aktyviai dalyvauti, o tai daugeliui tėvų buvo didelis iššūkis: „Pas mus tikrai ne visi baigia, ir tų priežasčių labai daug... Ligos atsiradę, darbas pasikeičia, pareigos pasikeičia... Ki-

tas dalykas, lankyti grupę nėra lengvas procesas, nėra taip lengva dalyvauti grupėje, ypač paktinėje. Jeigu būtų paskaitų pobūdžio modelis, tai lankytų daugiau, nes reikia dalintis, analizuoti ir tai nėra lengvas procesas, ne visiems lengva dalyvauti, ir nusprendžia nedalyvauti“; „Kitas dalykas, ką pastebėjome, kad tėvai iš socialinės rizikos šeimų nėra vienas neišlankė iki galo grupių, jiems sunku suprasti video medžiagą ar literatūrą užsienio kalba, tiesiog per daug problemų. Jiems laikytis disciplinos nėra taip paprasta, prisiimti įsipareigojimą ir jį įvykdyti yra labai sudėtinga“; „Būna pokyčiai gyvenime – turėjome kelis tėvus, kurie išsikraustė į kitą miestą“; „Išvyko į užsienį gyventi, į JAV, ten laiko skirtumas, nebėgalai prisijungti“; „Žmonės, kurie dirba pamaininį darbą, jiems tokios programos tampa neprieinamos“.

Pasak tyrimo dalyvių, nemotyvuojantis darbo užmokestis yra vienas iš svarbių neigiamų veiksnių, kuris galėtų turėti įtakos ateityje išlaikant grupių vadovus, į kurių parengimą investuota nemažai pastangų, pinigų ir laiko: „Mes skirdavome ir savo lėšas mokymams. Kalėdos... pamotyvuot tėvus norėdavome, kalėdines dovanėles įteikti, kad ir mažiausią smulkmenėlę, kolegė pati suvežiodavo, kur tėvai gyvena... Labiau jautėsi, kad daugiau dirbam iš idėjos, negu kad mums čia liktų“; „Norėjusi labiau motyvuojančio atlygio, reiktų išlaikyti tuos grupių vadovus“.

Grupių vadovai įdėjo labai daug pastangų įsisavindami šios programos mokymų metodiką projekto įgyvendinimo metu, todėl nurodė jaučiantys nežinomybę dėl ateities, ką veiks pasibaigus projektui: „Turėjo mus įdarbinti visuomenės sveikatos biuras. Buvo ilgas procesas, kol mane galėjo įdarbinti. Visada yra toks klausimas – kas bus toliau, dirbsim ar nedirbsime, kur dėsime tas žinias. Visą laiką esi nežinomybėje, kaip bus toliau“; „Negalima garantuoti, kad bus užtikrintas tęstinumas savivaldybėje“; „Kai tenka bendrauti su kitais atsakingais asmenimis, kurie gali turėti įtakos tos programos tęstinumui, tarkim, savivaldybėje, tai nežinau, ar jie nežino prasmės. Lyg ir žino, pripažįsta, kad ir gera programa, ir efektyvumas, viskas tvarkoje, tačiau nėra, trūksta to palaikymo. Tai ir tuo pačiu motyvacija gali kristi... Nežinau, į ką tai atsiremia, į finansus atsiremia, ir tada liūdesys“.

Diskusijų dalyvių išsakytos mintys ir pastebėjimai davė pagrindą pasiūlymams dėl programos „Neįtikėtini metai“ plėtros savivaldybėje (3 pav.).



3 pav. Pasiūlymai dėl programos „Neįtikėtini metai“ plėtros savivaldybėse

Buvo išreikštas pageidavimas organizuoti centralizuotą, bendrą registraciją į mokymus, kurios metu tėvai turėtų pasirinkimo galimybę dalyvauti savo arba kitų savivaldybių nuotoliniuose mokymuose, ypač kai savo savivaldybėje visos vietos užimtose arba norisi dalyvauti mokymuose, kuriuos veda tam tikri grupių vadovai: „Būtų smagu, kad centralizuota registracija išliktų, kad, pvz., tėvai matytų visas savivaldybes, kur vyksta programa, ir kad žinotų, kad yra šansas... Kad galima juos būtų nukreipti. Gaila motyvuotus tėvelius prarasti“; „Surinkt grupes nėra lengva, tik stiprūs motyvuoti tėveliai pakliūva, ir kuo mažesnė populiacija, tuo mažiau jų, ir kartais galimybė dalyvauti kitų savivaldybių grupėse išgelbsti“.

Pasak diskusijos dalyvių, reiktų dar efektyvesnės sklaidos apie šios programos naudą, nes kartais programos įgyvendinimas savivaldybėse suvokiamas kaip papildoma našta: „Svarbu yra ir švietimas apie šią programą, kad kuo daugiau tai žinotų. Kad ir toje pačioje savivaldybėje vis dar išgirstame ne tai, kad kaip džiugu, kad atsirado šita programa Lietuvoje, o kaip kad čia kažkokia našta numesta“; „Galbūt vis dar trūksta informacijos apie tą programą. Tos sklaidos dar daugiau būtų galima turėti“.

Kaip vienas iš pageidavimų ateityje vykdant programos plėtrą buvo įvardyta ilgesnė trukmė, skirta naujiems grupių vadovams parengti. Numatyti mokymai buvo trumpi, medžiagos daug, neaišku, kuriomis knygomis labiau remtis rengiantis mokymams, todėl grupių vadovams teko atlikti daug papildomo darbo, kuriam reikėjo nemažų laiko investicijų: „Galbūt pradžioje reiktų ne vien tik mokymų, pirmiausia reiktų įsigilinti į tą programą, nes su viskuo susipažinti per mažas laiko tarpas“; „Aš sutikčiau, reiktų gerokai patiemis įsigilinti, tie mokymai, kur gauni pradžioje, tai praktiniai, bet tu tos teorijos neturi, kad galėtum viską taikyti praktikoje. Pasimetimas prasidėjo su tomis knygomis storomis. Labai naudinga būtų, kad iš pat pradžių apmokytų tą medžiagą naudotis – ką iš ko imti, iš kurios knygos kokią informaciją“.

Kitas veiksnys, kuris pagerintų programos „Neįtikėtini metai“ įgyvendinimą ateityje, būtų vienalyčių tėvų / globėjų grupių sudarymas. Šiuo klausimu buvo išsakyta įvairių nuomonių: „Siūlome rinkti atskiras grupes, tas atskyrimas socialinės rizikos šeimų turėtų būti ir tėvams su vaikais su autizmo spektro sutrikimais – taip pat. Specializacija pagal turimus sunkumus būtų svar-

bu“; „Geriau būtų atskiros grupės, bet yra momentas, kad tėvai mokosi vieni iš kitų. Kitus tėvelius gal kažkiek išgąsdintų tos rizikos šeimos... Bet sunku kategoriškai pasakyti“; „Stengiamės priimti ir iš socialinės rizikos šeimų tėvelius, bet jiems iš pat pradžių sunku laikytis tų griežtų reikalavimų (2 val. išbūti, jungtis kas savaitę) ir daug kas atkrenta“.

Diskusijoje dalyvavę grupių vadovai įžvelgė programos naudą ne tik tėvams. Pasiūlyta programos plėtrą vykdyti įtraukiant į ją kitus asmenis, kurie dirba su vaikais ir susiduria su panašiais vaikų elgsenos ir emocijų sunkumais – darželių auklėtojus, mokytojus, socialinius darbuotojus, siekiant, kad visi specialistai turėtų panašių žinių ir taikytų tuos pačius bendravimo su vaikais modelius: *„Šita grupė turėtų būti privaloma visiems tėvams, auklėtojai ir mokytojai turėtų kažką panašaus pereiti“; „Reikėtų dar ir pedagogams. Ta programa turi dalį ir pedagogams. Nauda būtų labai didelė... Jeigu tėveliai šalia, dar ir mokytojai, būtų nuostabu. Norėtųsi, kad ir toliau viskas važiuotų plačiau – nuo darželio iki pat mokyklų“; „Kuo daugiau įvairiose grandyse iš įvairių sričių specialistai turi panašių žinių, kaip auklėti, kaip rasti ryšį, tai ta nauda didesnė, bendra gerovė didesnė“.*

REZULTATŲ APTARIMAS

Mokslinių tyrimų rezultatai rodo, kad tėvų mokymai, skirti išmokti taikyti tam tikrus elgsenos modelius, gali turėti įtakos jų vaikų elgesiui. Tačiau yra mažiau įrodymų, kokie veiksniai turi įtakos tokių programų veiksmingumui. Net ir įgyvendinant sėkmingas intervencines programas, tyrimai atskleidžia nemažus rezultatų skirtumus [11, 12].

„Neįtikėtinių metų“ tėvystės intervencija yra socialinio mokymosi teorija pagrįsta programa, skirta vaikų elgesio problemoms mažinti. Daug atsitiktinių imčių tyrimų, kurių daugumą atliko nepriklausomi tyrėjai, atskleidžia nuoseklų programos „Neįtikėtini metai“ poveikį sprendžiant vaikų elgesio problemas įvairiose šalyse ir įvairiose aplinkose. Tačiau, kaip ir kitų intervencijų atveju, šie vidutiniai poveikiai slepia daug skirtingų vaikų ir šeimų atsakymų. Norint sustiprinti mokslinį supratimą, kodėl vaikai ir tėvai skirtingai reaguoja į intervenciją, reikia inovatyvių tolesnių tyrimų. Taip pat iškyla tyrimų poreikis, siekiant rasti naujų būdų, kaip programą „Neįtikėtini metai“ padaryti veiksmingesnę ir prieinamesnę šeimoms ir

paslaugų teikėjams, ypač žemesnio ekonominio išsivystymo šalyse, kuriant inovatyvias viešinimo sistemas per žiniasklaidos priemones ir sistemingai tikrinant pagrindinius tėvystės intervencijų komponentus [13].

Siekdami įvertinti programos „Neįtikėtini metai“ įgyvendinimą paslaugos teikėjų požiūriu, atlikome kokybinį tyrimą. Nors tai yra subjektyvus vertinimas, kitaip tariant, nuomonė, kuri neparodo programos veiksmingumo Lietuvoje, tačiau grupių vadovai yra tie asmenys, kurie geriausiai žino ir gali įvertinti mokymų turinio svarbą tėvams, remdamiesi savo ankstesne tėvystės mokymų patirtimi. Jie geriausiai mato tėvų reakcijas ir pasitenkinimą mokymais, gauna iš jų grįžtamąjį ryšį, todėl jų požiūris svarbus programos plėtrai bei jos įgyvendinimo tobulinimui šalyje.

Jungtinėse Amerikos Valstijose sukurta programa „Neįtikėtini metai“ gyvuoja jau daugiau nei keturis dešimtmečius ir yra įdiegta daugiau nei 20 šalių, o tai rodo jos universalumą ir pritaikomumą nepriklausomai nuo kultūrinių ir kalbinių šalių skirtumų. Tą patvirtino ir grupių vadovų nuomonė – programa sėkmingai prigyja ir Lietuvoje.

Programa „Neįtikėtini metai“ turi mokymo modulius, skirtus ne tik tėvams, auginantiems įvairaus amžiaus vaikus, bet ir pedagogams. Lietuvoje mokymai mokytojams kol kas nepradėti diegti, tačiau tokių mokymų poreikis, remiantis šio tyrimo rezultatais, akivaizdus. Tai galėtų būti viena iš programos plėtros krypčių ateityje siekiant efektyvesnės pagalbos vaikams, turintiems emocijų ir elgesio sunkumų.

Apibendrinant šio kokybinio tyrimo rezultatus galima teigti, kad grupių vadovai, nepaisant tam tikrų organizacinių ir pasirengimo vesti grupes kliūčių, programą „Neįtikėtini metai“ įvertino palankiai, mato jos teikiamą naudą tėvams ir jų vaikams bei jos plėtros poreikį Lietuvoje.

APIBENDRINIMAS

Programos „Neįtikėtini metai“ vertinimas paslaugų teikėjų (grupių vadovų) požiūriu atskleidė, kad programa buvo naudinga ir veiksminga ugdant pozityvios tėvystės įgūdžius, gerinant bendravimą su vaikais ir koreguojant vaikų elgseną. Grupių vadovų nuomone, programą reikėtų plėtoti kitose šalies savivaldybėse ir įtraukti daugiau su vaikais dirbančių tikslinių grupių – mokytojus, darželio auklėtojus, socialinius

darbuotojus. Tėvų elgsenos pokyčiai bendraujant su vaikais, kitų šeimos narių ar pažįstamų pritraukimas į programą „Neįtikėtini metai“ parodė, kad ši programa turi poveikį stiprinant tėvų gebėjimus spręsti su vaikais susijusias elgesio ir emocijų problemas bei

gerinant psichologinį klimatą šeimoje. Norint įrodyti programos veiksmingumą ir poveikį tėvams ilguoju laikotarpiu, reikia papildomų tyrimų.

Straipsnis gautas 2025-04-11, priimtas 2025-07-14

Literatūra

1. Programos „Neįtikėtini metai“ svetainė Lietuvoje. Vilnius: programa „Neįtikėtini metai“ [žiūrėta 2025-04-17]. Prieiga per internetą: <https://neitiketini-metai.lt/>
2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Informacija apie „Neįtikėtinų metų“ programą Lietuvoje [internet]. Vilnius: SAM [žiūrėta 2025-04-17]. Prieiga per internetą: <https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/programos-ir-projektai/2014-2021-m-eee-parama/apie-programa/2014-2021-eee-finansiniu-mechanizmu-programos-sveikata-priemones/neitiketini-metai-the-incredible-years-lietuvoje>
3. Higienos institutas. Projektai, susiję su programos „Neįtikėtini metai“ diegimu Lietuvoje [internet]. Vilnius: Higienos institutas [žiūrėta 2025-04-17]. Prieiga per internetą: <https://www.hi.lt/projektai/>
4. The Incredible Years®. „Neįtikėtinų metų“ programos svetainė. Seattle: The Incredible Years® [žiūrėta 2025-04-17]. Prieiga per internetą: <https://www.incredibleyears.com/>
5. Drugli MB, Fossum S, Larsson B, Mørch WT. Characteristics of young children with persistent conduct problems 1 year after treatment with the Incredible Years program. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010 Jul;19(7):559–65.
6. Menting ATA, de Castro BO, Matthys W. Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2013;33(8):901–13. DOI: 10.1016/j.cpr.2013.07.006.
7. Karjalainen P, Kiviruusu O, Aronen ET, Santalahti P. Group-based parenting program to improve parenting and children's behavioral problems in families using special services: A randomized controlled trial in a real-life setting. *Child Youth Serv Rev*. 2019;36:420–429. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.12.004>.
8. O'Neill D, McGilloway S, Donnelly M, Bywater T, Kelly P. A cost-effectiveness analysis of the Incredible Years parenting programme in reducing childhood health inequalities. *Eur J Health Econ*. 2013 Feb;14(1):85–94. DOI:10.1007/s10198-011-0342-y.
9. Leijten P, Raaijmakers MAJ, de Castro BO, van den Ban E, Matthys W. Effectiveness of the Incredible Years Parenting Program for Families with Socioeconomically Disadvantaged and Ethnic Minority Backgrounds. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2017;47:59–73. DOI:10.1080/15374416.2015.1038823.
10. Overbeek G, van Aar O, de Castro BO. Longer-term Outcomes of the Incredible Years Parenting Intervention. *Prev Sci*. 2020;22:419–31. DOI: 10.1007/s11121-020-01176-6.
11. Hinshaw SP. Intervention research, theoretical mechanisms, and causal processes related to externalizing behavior patterns. *Dev Psychopathol*. 2002 Fall;14(4):789–818. DOI:10.1017/s0954579402004078.
12. McCart MR, Priester PE, Davies WH, Azen R. Differential effectiveness of behavioral parent-training and cognitive-behavioral therapy for antisocial youth: a meta-analysis. *J Abnorm Child Psychol*. 2006 Aug;34(4):527–43. DOI:10.1007/s10802-006-9031-1.
13. Webster-Stratton C, Reid MJ, Hammond M. Social Skills and Problem-solving Training for Children with Early-Onset Conduct Problems: Who Benefits? *J Child Psychol Psychiatry*. 2001;42:943–52. DOI:10.1111/1469-7610.00790.
14. Gardner F, Leijten P. Incredible Years parenting interventions: current effectiveness research and future directions. *Curr Opin Psychol*. 2017 Jun;15:99–104. DOI: 10.1016/j.copsyc.2017.02.023. Epub 2017 Mar 2.

EVALUATION OF THE IMPLEMENTATION OF THE POSITIVE PARENTING PROGRAMME „THE INCREDIBLE YEARS” IN LITHUANIA: PERSPECTIVES OF GROUP LEADERS FACILITATING PARENTING TRAININGS

Virginija Kanapeckienė, Asta Jurkevičienė, Augustė Šalnaitė

Institute of Hygiene

SUMMARY

Objective – To assess the benefits and effectiveness of the positive parenting program *The Incredible Years*, implemented in Lithuania, from the perspective of group leaders who conducted the training.

Methodology. A qualitative study was conducted using focus group discussions. Group leaders from 18 municipalities implementing the positive parenting program were invited to participate. Two discussions were held with a total of 11 group leaders taking part. Content analysis was applied to analyze the qualitative data, and key themes and subthemes were identified.

Summary. The evaluation of *The Incredible Years* program from the perspective of service providers – the group leaders – revealed that the program was beneficial and effective in developing positive parenting skills, improving communication with children, and addressing children’s behavioral issues. According to the group leaders, the program should be expanded to other municipalities in the country and include additional target groups working with children – such as teachers,

kindergarten educators, and social workers. Changes in parental behavior when interacting with their children, as well as the involvement of other family members or acquaintances in *The Incredible Years* program, demonstrated its impact on strengthening parents’ ability to manage behavioral and emotional issues in children and improving the psychological climate within the family. However, further research is needed to prove the long-term effectiveness and impact of the program on parents.

Keywords: parenting program, *The Incredible Years*, effectiveness.

Correspondence to Virginija Kanapeckienė
Institute of Hygiene
Studentų str. 45A, LT-08107 Vilnius, Lithuania
E-mail: virginija.kanapeckiene@hi.lt

Received 11 April 2025, accepted 14 July 2025

ARTIMŲJŲ, GYVENANČIŲ ŠALIA PSICHIKOS NEGALIĄ TURINČIO ŠEIMOS NARIO, SAVIVOKOS YPATUMAI DAILĖS TERAPIJOS PROCESĖ

Jūratė Bukauskienė^{1,2}, Toma Jasiukevičiūtė-Zelenko³

¹Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas

²Viešoji įstaiga Šeškinės poliklinika

³Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Klinikinės medicinos instituto Psichiatrijos klinika

SANTRAUKA

Tikslas – atskleisti artimųjų, kurių šeimos narys turi psichikos negalią, savivokos ypatumus dailės terapijos procese.

Tyrimo medžiaga ir metodai. Tyrime dalyvavo 4 brandaus ir vyresnio amžiaus moterys (58–74 metų), kurių šeimos narys yra pilnametis ir turi nustatytą psichikos negalią (dalyvumo lygis nustatytas pagal psichikos ir elgesio sutrikimo pobūdį). Tyrimo dalyvės lankė 8 grupinės dailės terapijos sesijas. Duomenų analizei pasirinkta kokybinė tyrimo strategija. Duomenys rinkti pusiau struktūruotu interviu būdu, taip pat įtraukiant tyrėjo užrašus ir dalyvių piešinius. Verbaliniai duomenys (tyrimo dalyvių interviu ir tyrėjo užrašai) buvo analizuojami indukcinės teminės analizės metodu (pagal V. Braun ir V. Clarke), o vizualiniai duomenys (piešiniai) – formaliųjų elementų analizės metodu [1, 2].

Rezultatai ir apibendrinimas. Atlikus teminę analizę išryškėjo dailės terapijos proceso metu tyrimo dalyvių išgyvenami beviltiškumo ir nusivylimo, pykčio ir kaltės bei baimės jausmai. Emociškai intensyvus dalyvių susitikimas su iki tol vengta juoda spalva išreiškiant sunkius, nepriimtinius jausmus (beviltiškumą, baimę, pyktį) tapo reikšmingu simboliu, leidusiu tyrimo dalyvėms patirti palengvėjimą. Patiriama nuolatinė įtampa prisiimant atsakomybę už psichikos negalią turintį šeimos narį, savęs kaip „aplaužytos audros“ įsivaizdavimo ir poreikio būti „matomai“ temos rodė sergančiojo artimųjų savivokos stiprinimo reikšmę. Pastebėtas tyrimo dalyvių savivokos pokytis dailės terapijos procese vyko ne tik per jausmų, bet ir elgesio, įsitikinimų ir motyvacijos padėti sau kismą. Bendrystės reikšmė buvo įvardyta kaip būtina kūrybiniame procese, metaforiškai siejama su šiluma, deguonimi augalui. Bendravimas su tą pačią problemą turinčiomis moterimis skatino naujus socialinius ryšius, leido patirti bendrystę, atnešusią naujus tikslus ir viltį. Dailės terapija gyvenantiems šalia psichikos negalią turinčių šeimos narių gali tapti reikšminga psichosocialinės reabilitacijos erdve, suteikiančia jėgų atsitraukti nuo sunkumų artimoje aplinkoje, polinkio gyventi ne savo gyvenimą, ir suteikia galimybių pajusti ir išgirsti save, svarbius psichoemocinius poreikius ir ieškoti naujų galimybių juos atliepti.

Reikšminiai žodžiai: dailės terapija, psichikos negalia, artimieji, savivoka, teminė analizė.

ĮVADAS

Gyvenimas šalia psichikos negalią turinčio šeimos nario turi įtakos ne tik jo artimųjų socialinei, finansinei gerovei, bet ir psichoemociinei sveikatai [3]. Lietuvos siekis psichikos sveikatos paslaugas transformuoti mažinant stacionarines ir plėtojant bendruomenines ir ambulatorines paslaugas sveikatos priežiūros sistemoje tęsiamas, ir tai

viena iš priežasčių ne tik šalyje, bet ir Europos Sąjungoje, kodėl psichikos negalią turinčių asmenų artimiesiems

Adresas susirašinėti: Jūratė Bukauskienė
Viešoji įstaiga Šeškinės poliklinika
Šeškinės g. 24, 07156 Vilnius
El. p. jurate.bukauskiene@poliklinika.lt

tenka didesnė atsakomybė ir našta. Lietuvoje numatyta iki 2030 metų 30 proc. sumažinti psichiatrijos stacionarolovų skaičių, tad siekiant gerinti psichikos negalią turinčių asmenų integraciją itin svarbu pasirūpinti ir pagalbos tinklu jų artimiesiems, kurie lieka visuomenės ir psichikos sveikatos pagalbos paslaugų „paraštėse“ [4].

Remiantis atliktų tyrimų duomenimis, psichikos negalią turinčių asmenų pagalbos teikimo tinklą dažnai sudaro tik artimieji [5]. Intensyviai susiduriant su psichikos ligos keliama iššūkiais, patiriant ilgalaikę įtampą, nerimą ir patiems artimiesiems gali prireikti sveikatos priežiūros specialistų ir kitos paramos. Atlikti tyrimai rodo, kad artimieji susiduria su fiziniais, emociniais, socialiniais ir finansiniais praradimais [3]. Jie taip pat išgyvena tokius jausmus kaip kančia, beviltiškumas, liūdesys, nuovargis, išsekimas, nusivylimas ir kaltė. Taip pat tyrimuose aptiriamas neigiamas poveikis psichikos ligomis sergančiųjų artimųjų savęs suvokimui [6].

Savivokos terminas siejamas su tokiomis sąvokomis kaip savęs vertinimas, savo individualumo atpažinimas bei refleksija – procesais, leidžiančiais žmogui išvystyti unikalų tapatumo jausmą, priimti sprendimus ir adaptuotis socialinėje aplinkoje. Savivokos procese atpažįstamos, apmąstomos įvairios patirtys, jausmai, elgesys, vertybės ir poreikiai. Savivoka kaip individualus psichologinis procesas sujungia tiek intelektualius, tiek emocinius komponentus. Aukštesnis savivokos lygis padeda geriau suprasti savo emocijas, reaguoti į stresines situacijas, pagerinti tarpasmeninius santykius ir priimti atsakingus sprendimus [7]. Remiantis C. Rogers, nagrinėjusiu savivoką ir jos ryšį su asmens raida, savivoka yra esminė asmens augimo ir savirealizacijos sąlyga, susijusi su autentiškumu ir leidžianti jausti pasitenkinimą gyvenimu [8].

Psichikos ligomis sergančiųjų artimieji neretai save suvokia kaip atliekančius nuolatinio priežiūros teikėjo vaidmenį: prisirišę, visada budrūs, pasirengę gelbėti sergantįjį [7]. Atsakomybės ir itin aktyvaus globotojo ir gelbėtojo vaidmens prisiėmimas vieno artimųjų gali būti suvokiamas kaip neatsiejama tapatybės dalis, kitiems – prieštarauti savęs suvokimui ir kelti vidinį konfliktą [9]. Išgyvenami tokie jausmai kaip beviltiškumas, nusivylimas, pyktis ir kaltė gali rodyti ir neįvykusią adaptaciją priimant įvairius socialinius ir psichologinius praradimus, kurie kyla gyvenant su psichikos negalią turinčiu šeimos nariu [5, 10].

Psichosocialinė pagalba psichikos ligomis sergančiųjų artimiesiems leidžia jiems pasirengti priimti nelengvą gyvenimo uždavinį, o toks pasirengimas neįgaliojo priežiūrai yra statistiškai reikšmingai susijęs ir su žemesniu jų patiriamo nerimo lygiu, galinčiu išsaugoti ir palaikyti priežiūrą teikiančio artimojo ir sergančiojo gerovę [11]. Dailės terapija galėtų atverti galimybes artimiesiems, besirūpinantiems psichikos negalią turinčiu šeimos nariu, saugioje aplinkoje atsitraukti nuo sergančiojo priežiūros ir patirti gilaus atokvėpio jausmą [12]. Per vizualinę raidą įmanoma be didelio pasipriešinimo prisiliesti prie vidinių konfliktų, iškilusių iššūkių bei išgyvenamų sunkių jausmų dėl gyvenime įvykusių pokyčių ir naujo vaidmens. Dailės terapija padeda psichikos negalią turinčiųjų artimiesiems išreikšti savo mintis ir jausmus [13]. Laisvumas, žaismingumas kūrybinėje raidoje paskatina realizuoti žmogaus potencialą ir atsitraukimą nuo ydingų tarpasmeninio elgesio modelių besąlygiškos atsakomybės už artimąjį sąlygomis [14]. Panirimas į spalvas, tekstūrą artimiesiems leidžia atgaivinti sveiką ryšį su savo vidiniu pasauliu, kuriame yra daug daugiau svarbių aspektų nei tik artimojo priežiūra [15]. Dailės terapijos procese aptariant kūrinis formuojasi naujos savęs matymo interpretacijos ir tai padeda geriau suvokti save [16]. Dalyvavimas grupinėje dailės terapijoje artimiesiems leidžia pasijusti socialiai įtrauktiems ir vertinamiems kaip asmenybėms. Skirtingų patyrimų, elgesio, minčių, vertybių girdėjimas grupėje leidžia patirti savo savitumą ir žvelgti į pasaulį plačiau [12].

Dailės terapija tampa vis svarbesne psichikos sveikatos paslaugų sudedamąja dalimi, ypač artimiesiems, besirūpinantiems šeimos nariais, turinčiais psichikos sveikatos sutrikimų. Ši kūrybinė terapija ne tik padeda išreikšti sunkiai įvardijamas emocijas, bet ir veikia kaip efektyvus būdas mažinti stresą, nerimą ir išvengti perdegimo. E. Kramer aprašo dailės terapijos procesą ir jo naudą tiek vaikams, tiek suaugusiems, kuriems reikia pagerinti savo savivoką ir emocinį intelektą [17]. Tyrimai rodo, kad dailės terapija gali reikšmingai pagerinti artimųjų psichologinę gerovę. Pavyzdžiui, sisteminis tyrimas parodė, kad kūrybinės meno intervencijos padeda sumažinti stresą 80 proc. atvejų, nerimą – 69 proc., o depresijos simptomus – 31 proc. atvejų. Šios intervencijos taip pat prisideda prie geresnės emocinės savivokos ir bendros gerovės [18]. Tačiau tyrimų, kuriuose būtų taikyta dailės terapija kaip intervencija tik artimiesiems, kurių suaugęs

šėimos narys turi psichikos negalią, Lietuvoje nepavyko aptikti. Tad šis tyrimas gali tapti reikšminga iniciatyva gilintis į šią temą siekiant gerinti ne tik artimųjų, prižiūrinių psichikos negalią turintį šėimos narį, bet ir visos šėimos emocinę sveikatą, taip pat skatinti platesnį dailės terapijos, kaip psichikos sveikatos gerinimo intervencijos, taikymą sveikatos priežiūros įstaigose šiai žmonių grupei. Straipsnyje pateikiamo tyrimo tikslas – atskleisti artimųjų, kurių šėimos narys turi psichikos negalią, savivokos ypatumus dailės terapijos procese.

MEDŽIAGA IR METODAI

Tyrimo dalyviai. Bendradarbiaujant su vieno Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro gydytojais psichiatrais ir psichologais buvo pakviesti pacientų artimieji, norintys dalyvauti dailės terapijos grupėje ir kartu – kokybinio pobūdžio tyrime. Būtinės atrankos sąlygos: tyrimo dalyvio šėimos nariui nustatytas dalyvumo lygis pagal psichikos ir elgesio sutrikimą; tyrimo dalyvis ir psichikos negalią turintis šėimos narys yra ≥ 18 metų amžiaus. Negalios nustatymas rodo užsitęsusius medicininius, funkcinis ir profesinius asmens sutrikimus, kurie apima asmens negebėjimą dalyvauti kasdieniame gyvenime, dirbti, panaudoti turimą profesinę kvalifikaciją ar įgyti naują bei būti savarankiškam [19].

Tyrimas buvo atliekamas viename iš Vilniaus miesto psichikos sveikatos centrų 2023 m. spalio–gruodžio mėn. Tyrime dalyvavo 4 moterys, kurių šėimos nariams nustatyta psichikos negalia (3 iš jų yra mamos ir 1 – žmona). Tyrimo dalyvių amžius 58–74 metai.

Tyrimo metodai. Tyrimo duomenims rinkti buvo pasitelktas pusiau struktūruoto interviu metodas. Pusiau struktūruotas interviu – tai kokybinio tyrimo metodas, kuriame tyrėjas vadovaujasi iš anksto parengtu klausimų planu, tačiau palieka vietos lankstumui ir spontaniškai klausimų eigai. Šis metodas leidžia gilintis į tiriamąją temą prisitaikant prie pašnekovo atsakymų ir suteikiant galimybę išplėtoti svarbius aspektus [20]. Interviu klausimai buvo siejami su dailės terapijos procese kilusiais jausmais, mintimis, įžvalgomis ir jų kismu sesijų eigoje. Duomenims analizuoti buvo pasitelkti teminės analizės ir formalijų elementų analizės metodai. Teminės analizės metodas leido rasti unikalius kodus tarp tyrimo duomenų ir juos jungti į temas remiantis tyrimo dalyvių interviu ir dailės terapeuto užrašais. Pasak V. Braun ir V. Clarke, kokybinio tyrimo metodas leidžia tyrinėti žmonių patirtis ir

pastebėti reikšmingus psichosocialinius fenomenus [2]. Analizuojant tyrimo dalyvių piešinius buvo pasirinktas formalijų elementų analizės metodas, paremtas vizualios formos sandaros (spalva, forma, linija, objektas ir t. t.) tyrinėjimu, leidęs stebėti tyrimo dalyvių vizualinėje raiškoje kilusias temas. Formalijų elementų ir vizualinių objektų stebėjimas leido tiksliau pamatyti tyrimo dalyvių funkcionavimo vaizdą, gilintis į tai, kas neįvardyta ir nepavaizduota tiesiogiai [21]. Į duomenų analizę taip pat buvo įtraukti tyrėjo užrašai, kurie leido užfiksuoti tyrėjo emocinį foną, neverbalinius signalus, identifikuoti šališkumus, sugrįžti ir dar labiau įsigilinti, kas vyko proceso metu [22]. Šie metodai pasirinkti siekiant išanalizuoti artimųjų, prižiūrinių psichikos negalią turintį šėimos narį, savivokos ypatumų vizualinės raiškos tendencijas, juos siejant su teminės analizės duomenimis ir taip siekiant rasti sąsajas tarp vizualinių ir verbalinių duomenų.

Tyrimo eiga. Išanalizavus užsienyje jau atliktus tyrimus apie dailės terapijos taikymo galimybes artimiesiems, kurių šėimos narys turi psichikos negalią, ir pagalbos poreikį šiai žmonių grupei biopsichosocialiniame kontekste, buvo išgryninta tyrimo tema, problema, tyrimo dalyviai [23, 5]. Vėliau vyko dailės terapijos sesijose keliamų tikslų, naudojamų metodų, priemonių analizė remiantis jau atliktų tyrimų rezultatais, atliepiančiais artimųjų, turinčių šėimos narį su psichikos negalia, poreikį [3, 13]. Sudarant dailės terapijos temų planą ir sesijų eigą buvo siekiama: padėti suvokti dabarties situaciją, prižiūrint šėimos narį, kuris turi psichikos negalią [24]; atpažinti ir išreikšti emocijas [25]; padėti suvokti savo ribas [15]; tyrinėjant savo vidinį pasaulį atskleisti stipriąsias puses ir galimybes [26]; stebėti, kaip per piešinių simboliką, turinį ir dinamiką atsiskleidžia ir (ar) kinta tyrimo dalyvių savivoka [27, 15].

Pasibaigus grupinės dailės terapijos 8 sesijoms buvo atlikti 4 pusiau struktūruoti 60–70 min. interviu. Interviu tekstas transkribuotas, koduotas, kodai sudėti į vieną dokumentą, išskirtos temos ir potemės. Kiekvienas tyrimo dalyvio piešinys išanalizuotas formalijų elementų analizės metodu ir sudarytos didžiausios pasikartojančių formalijų elementų ir vizualinių objektų grupės [21]. Ieškota sąsajų tarp pasikartojančių ir išsiskyrusių formalijų elementų ir vizualinių objektų grupių bei teminės analizės duomenų.

Tyrimo etika. Tyrimo dalyviai žodžiu buvo informuojami apie sąlygas dalyvauti tyrime. Pristatyta tyrimo tema, eiga, tyrimą atliekanti tyrėja ir institucija. Buvo gauti

visų tyrimo dalyvių raštiški sutikimai dalyvauti tyrime su galimybe bet kada atsisakyti jame dalyvauti. Taip pat buvo užtikrinamas anonimiškumas ir konfidencialumas. Asmeniniai duomenys (vardai, vietovardžiai), galintys išduoti asmens tapatybę, buvo pakeisti. Taip pat buvo prašoma raštiško sutikimo interviu metu naudoti garsinio įrašymo įrangą (diktofoną) su galimybe per tris dienas atsisakyti dalyvauti tyrime.

REZULTATAI

Atlikus teminę analizę išryškėjo tyrimo dalyvių **išgyvenami beviltiškumo ir nusivylimo, pykčio ir kaltės bei baimės jausmai**. Beviltiškumo ir nusivylimo jausmus dalyvės įvardijo tapatindamos save su našlaite („Tokiose baisiose sąlygose, bet dar žydi“; Joana) ar pasitelkdamos sraigės vaizdinį („Negali sraigė nusimesti savo namelio, atsitraukt nuo sūnaus“; Tania). Šiuos jausmus dalyvės dažnai siejo su įvairiausiais asmeniniais praradimais – nuo galimybės mokytis vaikystėje piešti („Taip jau neišėjo man eiti piešt, <...> sūnus tik vaikščiojo į užsiėmimus“; Tania) iki sveiko šeimos nario vizijos netekties („Dievas davė netobulą vaiką“; Joana); („Aš jį nupiešiau jaunystėje, kaip jis buvo... ne dabar... ir svajonės buvo... toks matomas, gyveno žmogus, visas problemas sprendė, o dabar...“; Tania). Analizuojant tyrimo duomenis matyti, kad atsiskleidžiantys artimųjų praradimai gali būti labai įvairūs: tarpasmeninių santykių su artimaisiais ir draugais netektys, savo sveikatos, finansinio ar socialinio saugumo, pagaliau – savo vilčių ir iliuzijų praradimai: „Kadangi kitas sūnus gyvena užmiestyje, didelė šeima. Žodžiu, aš ir nežinau, kažkaip jo žmona nenori, kadangi šitas sūnus taip serga, tai ir paleidau“ (Vida). Netekimas vilties, kad situacija pasikeis, pasidavimo jausmas lydėjo tyrimo dalyvių pasisakymus.

Pykčio ir kaltės išgyvenimus tyrimo dalyvės siejo su psichikos ligos gydymo nepakankamumu („Tokie pas mus įstatymai yra, to negalima, to negalima ir galų gale, pasirodo, kad tu ir padėt savo vaikui nieko negali“; Vida), pačiu sergančiuoju („Suprantu, kad vyras negali jau būt kitoks, bet kartais toks užėina pyktis“; Onutė) ir savimi („Aš dabar matau, kad klaidų pridariau nežinodama“; Vida).

Iš tyrėjos užrašų. *Stebėdama dalyvių kūrybinį procesą jautau emocijas, išreiškiamas per dailės priemones. Intensyvūs ir kartais agresyvūs braižymai mediniu aštriu pagaliuku, vaškinių kreidelių stiprus spaudimas, pasibaigęs priemo-*

nės sulūžimu, dalyvėms kėlė norą palikti jausmą ant lapo („Agresija tai čia išvis, gal su tokiu pykčiu labiau, kad tik iš-eitų kažkas“; Tania).

Refleksijų metu dalyvės vengė ir priešinosi tiesiogiai įvardyti jausmus ir emocijas. Viena iš moterų dalijosi, kad visada ieško pozityvumo ir stengiasi neįsitraukti į sunkias emocijas: „Aš visada galvoju, kad reikia ieškoti to pozityvumo <...>. Tas beviltiškumas toks, juo labai užsikreti“ (Joana). Kita dalyvė įvardijo baimę jausmams: „Iš tikrųjų tai realybė, nuo kurios tu visą laiką bėgi, bėgi“ (Joana).

Interviu metu dalyvės po terapijos procese įgyto patyrimo jau dažniau atpažino ir gebėjo įvardyti savo emocijas, pavyzdžiui, beviltiškumą gyvenant su psichikos negalia turinčiu šeimos nariu („Jaučiu beviltiškumą, nesuprantu, kas vyksta...“; Tania), pyktį sūnui, kuris priklausomas nuo alkoholio („Pikta, kad negali niekaip taip suorientuoti, kad atseit vis tiek jis nenori kažkaip keistis“; Tania), kaltę dėl savo veiksmų („Pastoviai lyg kalta įkišusi į psichiatrinę sūnų“; Vida).

Analizuojant tyrimo duomenis išryškėjo, jog tai, **kaip save mato ir kokios norėtų būti tyrimo dalyvės, itin priklausė nuo psichikos negalią turinčiojo poreikių**.

Patiriama nuolatinė įtampa prisiimant atsakomybę už psichikos negalią turintį šeimos narį, savęs kaip „aplaužytos audros“ įsivaizdavimo ir poreikio „būti matomai“ temos rodė, kaip svarbu stiprinti tyrimo dalyvių savi-voką. Tyrimo dalyvės jautėsi tarsi nematomos šalia negalią turinčio šeimos nario. Nuolatinis blaškymasis tarp atsakomybės, pareigos sergančiajam ir laiko sau visoms tyrimo dalyvėms kėlė savęs praradimo jausmą: „Tai čia mano toks rūpestis, jam kad būtų geriau“ (Tania). Dailės terapijos procese savo vaizdinio sukūrimas leido tyrime dalyvavusioms moterims aiškiau pamatyti save („Čia aš, medis be šaknų, kaip toks fragmentas. Ir dar aplaužytas“; Vida), taip pat terapiniame santykių bei grupėje pasijusti svarbioms, išgirstoms, pamatytoms.

Iš tyrėjos užrašų. *Būdama dailės terapijos santykių su dalyvėmis jautau, kad moterys yra pasiekusios savo tapatybės sunykimo ribą ir joms reikalinga pagalba čia ir dabar.*

Kalbėjimas refleksijų metu daugiskaitos pirmuoju asmenu (mes, mūsų, mus), tapatinantis su šeimos nariu, turinčiu psichikos negalią, buvo itin dažnas: „Mes nesi-leidžiam vaistų, tai blogai jaučiamės“ (Vida); „Šiandien mes tame pačiame“ (Onutė). Tačiau poreikis jaustis svarbioms, globojamoms buvo taip pat itin ryškus: „Jaučiamas rūpestis labai iš jūsų pusės. Iš tiesų tai kažkaip labai

ačiū. Ramu" (Joana). Refleksijų metu tyrimo dalyvės dalijosi, jog dailės terapijos sesijų metu jautėsi svarbios, o tai skatino dalyvių atvirumą, atsisąžinimą į save ir kėlė ramybės jausmą. Gebėjimas pamatyti dailės terapijos procese savo pažeidžiamumą tyrimo dalyvėms leido suvokti, kad joms reikalinga pagalba ir ji yra reali bei galima: „Kad nemyliu savęs, reikia daugiau pagalvoti apie save" (Tania); „Moterų nuoširdumas toks priminė, kad reikia savimi pasirūpinti" (Joana) „Gal dar čia paukštį nupiešiu, jaučiu, kad daugiau gyvybės čia jau" (Onutė).

Bendravimo ir bendrystės poreikis prižiūrint turintįjį psichikos negalią reikšmingai buvo juntamas visų tyrimo dalyvių interviu ir refleksijose: „Negaliu gi aš atsisakyti bendrauti visai" (Onutė). Bendrystės patyrimą tyrimo dalyvės siejo su palaikymu, nuoširdumu, atvirumu, susitikimu su skausmu ir palengvėjimu: „Net neįsivaizdavau, kad aš galiu taip iš širdies atvirai kalbėti" (Tania); „Bendrystė duoda labai daug, matot, aš neturiu iš šeimos, kas toj mano bėdoj galėtų sudalyvauti" (Vida). Dalijimasis dailės terapijos grupėje savo išgyvenimais tyrimo dalyvėms reiškė galimybę išlieti sunkias emocijas: „Nemoku piešti, bet tikrai žinau, kad atėjau išpiešti skausmą" (Joana). Kūrybinio proceso metu ir po jo buvo galima pamatyti atsitraukiantį, šiek tiek nuošalėje paliekamą skausmą: „Dabar šiek tiek ramiau" (Tania). Viena dalyvė refleksijos metu kalbėdama apie bendrystės reikšmę apžvelgė grupės dalyves ir stipriai įkvėpė, lyg kūnu norėtų dar stipriau patirti šį jausmą. Gilinantis į tyrimo dalyvių patirtis matyti, jog gyvenimą kartu su psichikos negalia turinčiu šeimos nariu dalyvės siejo su bendravimo apribojimu, o tai didino jų psichosocialinę naštą: „Aplinkui mane priblėsęs ratas" (Vida). Stokojant santykio su psichikos negalia turinčiu šeimos nariu ir aplinka nelieka galimybės būti išgirstam ir išgirsti kitą. Todėl galimybė bendrauti dailės terapijos grupėje tyrimo dalyvių buvo siejama su galimybe atitraukti dėmesį nuo kasdienių problemų ir pareigos prižiūrėti sergantįjį, pasijusti grupėje vertinamoms ir svarbioms. Bendravimas su tą pačią problemą turinčiomis moterimis skatino naujus socialinius ryšius, leido patirti bendrystę, atnešusią naujus tikslus ir viltį: „Gal šitas bendravimas gali mane ištraukti iš nakties?" (Tania).

Dailės terapijos procese sukurtu **vaizdiniu priartėjama prie jausmų patyrimo ir atpažinimo**. Gilinantis į tyrimo dalyvių patirtis dailės terapijoje matyti, kad dalyvių emocijų įvairovės patyrimas platus – nuo nusivylimo

iki pasitenkinimo: „Paėmiau pačią kiečiausią kreidukę ir man ten mažai, aš jos pribraiziau, ir kada padengėm juodu <...>, bet man galų gale patiko tai, ką aš padariau" (Vida). Tyrėjos pastebėtas terapijos proceso pradžioje kilęs užstrigimo, įtampos jausmas galėjo būti siejamas ne tik su asmeniniais pradžios išgyvenimais ir nerimu, kaip pasisuks terapinis procesas, bet ir su grupėje tvyrojusia įtampa dėl baimės atsiverti ir dalytis savo tikrais pojūčiais, jausmais ir būsenomis: „Didžiausia prasme tas dar valdymas, tai yra tas emocinis, nu ta įtampa blokuojama" (Joana). Juodos spalvos vengimas užtapant balta spalva dalyvėms siejosi su poreikiu save ir savo gyvenimą matyti gražesni, ne tokį tamsų. Juoda spalva tyrimo dalyvės gąsdino, kėlė nerimą, įtampą: „Aš grupėje gyniau, kad ten reikia ir tų juodų šakų, bet toks jis man per didelis juodulys tas" (Joana). Priešinimasis naudoti kūrybiniame procese juodą spalvą tyrimo dalyvėms leido vengti išgyvenamų blogų arba sunkių emocijų. Tai skatino dar didesnę savęs vaizdo iškreiptumą: „Aš visada galvoju, kad reikia ieškoti pozityvumo" (Joana). Terapinio proceso metu piešinių stebėjimas ir verbalinis jų apibūdinimas tyrimo dalyvėms padėjo suvokti, kad emocijos ne visada atitinka spalvų koloritą. Spalvos refleksijų metu tapo saugia terpe kalbėtis apie visų jausmų svarbą asmenybės brandai ir skatino tyrimo dalyvės išdrįsti panaudoti kūrybiniame procese ir tamsias spalvas. Emociškai įtemptas susidūrimas su juoda spalva, išreiškiant sunkius, nepriimtinius jausmus (beviltiškumą, baimę, pyktį) tyrimo dalyvėms tapo reikšmingu simboliu, leidusiu patirti atradimo džiaugsmą: „Prisimenu vis tą žibutę, išbraižytą iš po tų juodų dažų" (Vida). Galimybė susitikti su išgyvenamu nerimu, baime ir įtampa naudojant juodą spalvą dailės terapijos procese dalyvės skatino save ir savo situaciją rūpinantis sergančiuoju pamatyti plačiau: nuo situacijos beviltiškumo iki vilties atsiradimo, nuo juodos spalvos vengimo iki susitikimo su ja ir atradimo džiaugsmo, kad juodos spalvos priėmimas gali sugriauti kliūtis patirti kitas spalvas ir su jomis susijusią jausmų paletę.

Analizuojant tyrimo dalyvių refleksijų užrašus buvo juntamos visų dalyvių pastangos nekalbėti apie savo išgyvenamas sunkias emocijas kaip apie beviltiškumą rūpinantis sergančiuoju, nusivylimą savimi ir kitais. Užsimiršti tyrimo dalyvėms buvo vienas iš atėjimo į dailės terapiją tikslų: „...aš esu iš tų, kurios ieško to užsimiršimo" (Joana). Tačiau dailės terapijos priemonių veiksmingumas skatino vaizdinius, kurių nepavyko sukontroliuoti tyrimo dalyvių

gynybos mechanizmams: „Čia takelis išmintas, kuriuo aš pastoviai einu prižiūrėti savo sūnaus <...>. Atrodo, atėjau pozityviai nusiteikusi į dailės terapiją, ir čia tokia akistata. Labai sunku susitaikyti“ (Joana). Sensorinis, kinestetinis dailės priemonėms būdingas poveikis skatino vaizdinius atspindinčius tyrimo dalyvių mąstymo, jausmų ir veikimo būdus, kurie, tikėtina, būdingi ir jų gyvenimuose bei santykiuose su savo artimuoju, turinčiu psichikos negalią. Intensyvus braižymas vaškinge kreidele, kol ši sulūžta, rodė tikslingą, stiprų vienos iš dalyvių įsitraukimą, nepaisant aplinkos ir pasekmių. Tyrimo dalyvės negailėjo savęs kūrybiniame procese netgi jausdamos fizinį skausmą: „Kad tik būtų šviesiau“ (Tania); „Kaip aš besistengiau, nu gal ranka mano ta ne visai dirba, tai vis tiek neišėjo nukrapštyti“ (intensyviai stengėsi atidengti juoda spalva užpieštą paviršių, kad matytųsi įvairios spalvos, kėlusios teigiamus jausmus) (Vida). Savęs nesaugojimas siekiant, kad tik būtų geriau, siejosi su tyrimo dalyvių požiūriu į psichikos negalią turinčio šeimos nario priežiūrą: „Tai čia mano toks rūpestis, kad tik jam būtų geriau“ (Tania). Analizuojant interviu išryškėjo, jog galimybė kalbėtis apie tai dailės terapijos procese tyrimo dalyvėms padėjo pamatyti savo pastangų rūpinantis sergančiuoju mastą: „Aš negaliu nuolat budėti <...>. Man ir saulės reikia“ (Vida). Fizinis įsitraukimas į kūrybos procesą tyrime dalyvavusioms moterims leido išreikšti tokias emocijas kaip įtampa, pyktis ir patirti nusiramimą bei geriau suvokti savo situaciją. Emocijų įkūnijimas per dailės terapijos metodus ir priemones tapo veiksminga pagalba, paskatinusia kalbėti apie savo išgyvenamas emocijas.

Analizuojant tyrimo duomenis buvo pastebėtas **tyrimo dalyvių savivokos pokytis dailės terapijos procese**, kuris vyko per jausmų, elgesio, asmenybės bruožų, įsitikinimų, vertybių ir motyvacijos padėti sau kismą.

Įsitraukimas į dailės terapijos procesą, priklausęs nuo psichikos negalią turinčio šeimos nario sveikatos būklės ir saugaus santykio su terapeutu, lėmė „atlaisvėjusių galvą“. Įsitraukimą į dailės terapijos procesą tyrimo dalyvės siejo su motyvacija padėti sau, su įdėtomis pastangomis ir pasitikėjimu terapeutu bei jo rūpestingumu. Minčių sutelktumas į sergančiojo priežiūrą apsunkino tyrimo dalyvių įsitraukimą į terapinį procesą: „Žinot, kai ateini su tokia ir tokia mintim ir tokia galva... Ta galva užimta savais reikalais“ (Vida). Analizuojant tyrimo dalyvių interviu buvo matyti, kad pablogėjus sergančiojo sveikatos būklei įsitraukimas į dailės terapijos procesą mažėjo: „Kai

ta problema buvo aštresnė mano, tai ateini tu, nesusi-kaupi tam darbui, vis tiek stumia atgal galvoti“ (Onutė). Tačiau dailės terapija („...tas piešimas, nu vis tiek kažkaip daugiau atsijungi, nes čia reikia kažką padaryti, čia būna malonu“; Vida) ir užsimezgęs terapinis santykis skatino minčių atitraukimą nuo sergančiojo priežiūros: „Toks jausmas labai sklinda iš tiesų, kad globoja kažkas <...>, jaučiamas rūpestis labai iš jūsų pusės. Iš tiesų tai kažkaip labai ačiū“ (Joana).

Motyvacija padėti sau buvo vienas svarbiausių veiksnių, skatinusių tyrimo dalyvių savivokos pokytį. Tyrėjos, būsimos dailės terapeutės, asmeninėse refleksijose po dailės terapijos sesijų stebima nuostaba ir džiaugsmas, kiek tyrimo dalyvės buvo įsitraukusios į dailės terapijos procesą. Tai leido suprasti, jog tai veiksnys, skatinantis teigiamą pokytį per kūrybinę raišką: „Kopijuoti man taip labiau išeina, o vat čia norėjosi viską prisiminti ir išbudinti“ (Tania). Visos tyrimo dalyvės išsakė, kad pagalba sau priklauso nuo paties įdėdamų pastangų („Nes jeigu pats žmogus savo galvos netvarkys, tai aš abejoju, ar kas nors dar gali sutvarkyt“; Vida) ir pačios nusiteikimo pasirūpinti savimi („Na, mano susitarimas su savimi. Atsipalaiduoti ir būti čia ir dabar“; Joana).

Dailės terapija – tai galimybė pasirūpinti savimi, paliekant „tą situaciją už durų“. Dailės terapijos proceso patyrimas tyrimo dalyvėms buvo svarbus, nes leido atitrūkti nuo rūpinimosi sergančiuoju („Čia atitrauktos mintys nuo kasdienybės, na, tos rutinos, į kurią tu vis bėgi“; Joana), sustabdyti save („Ir čia toks buvo sustabdymas“; Joana) ir pabūti su savimi („Palikti už durų ten kažkiek tą situaciją ir pabūti“; Vida). Tyrimo dalyvėms savo vaidmenį suvokiant kaip prižiūrinčiojo, patyrimas dailės terapijos procese kėlė nuostabą, kad dėmesys gali būti skiriamas tik joms („Nuo pirmo piešinio viskas susiję tik su manimi“ (Onutė), ir skatino pasijusti svarbias.

Rūpinantis šeimos nario sveikata suklysti negalima ir tai kelia dar didesnę atsakomybę ir įtampą: „Aš dabar matau, kad aš klaidų pridariau nežinodama“ (Vida). Tyrimo dalyvės, naudodamos dailės priemones, leido sau klysti: „Aš noriu piešti, man nereikėjo abejoti, galvoti, kad nemoku piešti arba po to gailėtis, ko aš noriu. Aš labai gerai jaučiausi“ (Joana). Šis patyrimas sukėlė malonumo ir kartu jaudulio emocijas, didinusias savęs įgalinimą ir vidinės kontrolės jausmą.

Išbuvimas su sunkiais jausmais dailės terapijos procese suteikė vilties ir gyvenimo perspektyvos jausmą. Kūry-

biniam procese iškilę vaizdiniai leido tyrimo dalyvėms per saugų terapinį santykį išbūti su išgyvenamais jausmais – baime, nerimu, įtampa: „Labai jau čia juoda naktis. Nu ką čia bekeisi, kai mėnulis šviečia, tai saulės spindulių nebebus, naktis. Tai šitam piešinį aš nebekeisčiau nieko“ (Vida). Dailės terapijos procese kintantys vaizdiniai suteikė galimybę patirti transformaciją, kuri skatino emocinį pokytį: „Žodžiu, kažkas praūžė“ (Vida). Džiaugsmo ir nuostabos patyrimas tyrimo dalyvėms leido susigrąžinti viltį: „Jau ne naktis pas mane, o jau diena šviečiasi“ (Tania); „Lyg ir baimės buvo, ir nustebau, kad galima dar iš to padaryti“ (Onutė). Užuoat automatiškai suvokiant nuolatinę grėsmę rūpinantis sergančiuoju, dailės terapijos procese tyrimo dalyvės galėjo pagerinti savo gebėjimą matyti savo išgyvenimus tiksliau.

Dailės terapijos kaip nekontroliuojamo proceso patyrimas atnešė pozityvių emocijų – laisvumo, džiaugsmo, žaismingumo, vilties. Emocijų įvairovės patyrimas dailės terapijos procese tyrimo dalyvėms leido suvokti išgyvenamus jausmus, ir tai viena iš priemonių geresnės savivokos link: „Nu kažkaip įbrendi į tą atmosferą <...>. Nežinau, kada audra ateis namuose, ne nuo manęs priklauso“ (Vida). Tyrimo dalyvės dailės terapijos procesą įvardijo kaip nekontroliuojamą, kuris suteikė galimybę patirti įvairias emocijas: „Įsivaizduojat, kaip būna, viską šitą nupiešiau nejausdama“ (Tania). Atsidavimas kūrybiniam procesui leido tyrimo dalyvėms atsitraukti nuo atsakomybės naštos, ne kontroliuoti, o atsipalaiduoti ir patirti teigiamas emocijas: „Kažkaip tai pati ranka piešia, ir toks užsiėmimas, malonu“ (Vida); „Smagu tos pora valandų“ (Onutė). Pirmus patyrimus dailės terapijos tyrimo dalyvės siejo su sunkesniais jausmais („Tas viešinamas, tas didelis toksai skausmas“, Joana), vėliau juos keitė netikėtų teigiamų emocijų patyrimas: „Ir taip, visiškai improvizuoji. Labai smagu buvo piešti“ (Joana). Galiausiai iškilo aiškumo jausmas („Man šis piešinys gražiausias, nes jį aš labiausiai suprantu“, Vida), atnešęs vilties, pasitikėjimo ir meilės patyrimą dailės terapijos procese: „Ir visas procesas šitas <...>. Viltį, pasitikėjimą, meilę“ (Tania). Emocijų įvairovės patyrimas dailės terapijos procese, atnešęs galios jausmą, kad „dar yra gyvybės“. Dalyvavimas kūrybiniame procese tyrimo dalyvėms leido mąstyti ne taip tiesiogiai, įvairiau ir skatino savivokos pokytį: „Aš kaip tas aplūžęs medis <...>, aš žibutė, kaip tokia tvirtybė, net iš po žiemos lapų ji veržiasi į viršų“ (Vida). Pasitenkinimo savimi patyrimas dailės terapijos procese

tyrimo dalyvėms leido labiau priimti savo kaip globėjos vaidmenį, įžvelgiant teigiamus aspektus prižiūrint sergantįjį: „Gal ir gerai, kad aš daug ko ir nenukrapščiau, nors ir buvo per juoda“ (Tania). Galimybė patirti įvairias emocijas dailės terapijos procese tyrimo dalyvėms kėlė pilnatvės ir savo galios pajautimą: „Kai esi labai dažnai vienas, iš išorės negauni jokių jausmų <...>. Dabar toks pilnumas, viską pati turiu užpildyti jausmu“ (Tania). Savęs įgalinimo patyrimas kūrybinėje veikloje skatino tyrimo dalyvių pasitikėjimą savimi („Nors aš nemoku piešti, bet buvo toks pasitikėjimas ir buvo visą laiką minčių“, Joana) ir didino atsparumą.

Asmeninių resursų atradimas dailės terapijos procese leido jaustis gyvenime tvirčiau. Vienas iš atsparumą didinančių veiksnių – tyrimo dalyvių gebėjimas atsigauti nuo psichikos negalią turinčio šeimos nario priežiūros. Analizuojant tyrimo duomenis matyti, kad tarp dailės terapijos procese atrastų resursų tyrimo dalyvės išskyrė šiuos dalykus: bendravimą su giminaičiais ir draugais, skaitymą, gamtą ir fiziškai aktyvią veiklą: „Tai draugai, giminaičiai, su kuriais kalbuosi“ (Vida); „Vaikščiojimas ten ir su lazdom ar šiaip gamtoje, ar prie jūros“ (Joana). Asmeninio resurso, kurį tyrimo dalyvės lygino su „užuovėja“, išsigryninimas dailės terapijoje, jo žinojimas leido jaustis stipresnėmis: „Medis nulaužtas vėtros, bet jis dar gyvas ir dar viena šaka yra“ (Vida).

Dailės terapijos patyrimas grupėje kėlė nuostabos jausmą ir skatino žvelgti plačiau. Tyrimo dalyvių interviu ir refleksijų užrašų analizė rodo, jog galimybė lyginti save su kitomis grupės narėmis skatino dalyvių suvokimą, kad kitos moterys žvelgia į pasaulį plačiau: „Reikėtų plačiau pagalvot, ne vien tiktai apie savo vaizdelius“ (Onutė). Viena dalyvė išskyrė, kad stebėdama kitas grupės nares galėjo pajusti savo poreikius ir savo asmenybės ypatumus: „Mano kitoks mąstymas. Abstrakcijos man nepatinka, noriu aiškumo, konkretumo“ (Onutė). Skirtingų patyrimų, elgesio, minčių, vertybių girdėjimas grupėje leido patirti savo savitumą („...gal dėl to, kad čia mes visos skirtingos, mano tokie schematiški piešiniai“, Onutė), skatinusį geriau save suvokti. Gilinantis į tyrime dalyvavusių moterų patyrimą dailės terapijos grupėje reikšmingas buvo džiaugsmo patyrimas kuriant kartu, leidęs pamatyti, ko trūksta: „Gandras tai tikrai čia jis pagyvino. Gavau dovaną iš Tanios“ (Onutė). Nuostabos jausmą tyrimo dalyvės patyrė padėdamos viena kitai ir mokydamosi vienos iš kitų: „Bet man pačiai tai nedaėjo nupiešt, dovanų gavau“ (Joana).

Savivoka siejama su gebėjimu nukreipti dėmesį į save ir pasirūpinti savimi – tą tyrimo dalyvės išsakė interviu metu apibūdindamos dailės terapijos patyrimą: „Nežiūrint į tai, kad aš turiu didžiulį skausmą, nežiūrint į tai, kad turiu labai sunkų laikotarpį prižiūrėti dar ir mamą, aš ateinu į dailės terapiją“ (Joana). Tyrimo dalyvių motyvacija padėti sau ir įsitraukimas į dailės terapijos procesą skatino savo emocijų, asmenybės bruožų, įsitikinimų ir elgesio pažinimą. Galima buvo stebėti tyrimo dalyvių savivokos pokytį, suvokiant įvairių emocijų poreikį: savo svarbos pajautimą, galios ir vidinės kontrolės patyrimą, pasitikėjimo savimi sustiprėjimą, resursų atradimą.

REZULTATŲ APTARIMAS

Šis tyrimas atskleidė, kad **gyvendami šalia psichikos negalią turinčiojo artimieji išgyvena praradimo patyrimą**. Tyrimo dalyvės jautėsi netekusios:

- sveiko šeimos nario vizijos,
- vilties, kad situacija pasikeis,
- tarpasmeninių santykių su sergančiuoju ir kitais esančiais artimoje aplinkoje,
- savo poreikių ir pomėgių,
- emocijų pilnatvės – ramybės, džiaugsmo, laisvumo,
- savo svarbos vertinimo.

Pasak P. L. Camic, nuolatinis prisitaikymas prie psichinės negalios artimiesiems kelia įvairių praradimų patirtis [9]. Tyrimo dalyvėms kūrybiniame procese iškilo sveiko sūnaus, gyvenimo prieš ligą vaizdiniai kaip praradimo motyvai, leidę įsisąmoninti įvykų pokytį. Pasak L. D. Hinz, užuot automatiškai suvokiant savo situaciją, dailės terapijos procese iškilę vaizdiniai padeda pamatyti savo išgyvenimus aiškiau ir tiksliau [14].

Šios užsitęsusios netektys tyrimo dalyvėms kėlė tokius jausmus kaip beviltiškumas, nusivylimas, pyktis, kaltė ir baimė. Kituose tyrimuose teigiama, jog psichikos ligoms būdingas priežiūros intensyvumas kintant būklei, keliantis įtampą, nerimą ir sielvartą. Visa tai didina emocinę prižiūrinčiojo naštą [28]. Mūsų tyrime dalyvavusioms moterims būdinga sudėtingesnė verbalinė emocijų išraiška, kuri dailės terapijos procese reiškėsi per neverbalinę kūrybinę raišką ir vizualinius objektus. Pasak P. L. Camic, dailės terapija sukuria saugią ir atitraukiančią nuo sergančiojo priežiūros aplinką, kuri padeda artimiesiems įsitraukti į svarbius vidinius ir tarpasmeninius procesus [12]. Tyrimo dalyvių piešiniuo-

se išsiskyrė pasikartojančių vaizdinių objektų grupės: apskritimo forma, akies vaizdinys ir augalo motyvas. Šie vaizdiniai tyrime dalyvavusių moterų buvo tapatinami su išgyvenamais beviltiškumo, nusivylimo jausmais ir siejami su nesibaigiančia priežiūra, sergančiojo kontrole, negalėjimu ištrukti iš esamos situacijos. Augalo, vabzdžio vaizdinio transformacija dailės terapijos procese tyrimo dalyvėms leido patirti emocijų pokytį naudojant specifines dailės priemones, skatino atsigręžti į savo vidinį pasaulį ir pasirūpinti savimi. Remiantis G. Gudaite, simboliai padeda išreikšti pasąmonėje glūdinčius jausmus ir mintis, kurie gali būti sunkiai nusakomi žodžiais, taip pat išgyventi šiuos sunkius jausmus, kai suteikiama saugi erdvė juos išreikšti ir suprasti atspiriant į simbolio teikiamą medžiagą ir asociacijas [29]. Mūsų tyrimo dalyvių išgyvenamas pyktis reiškėsi per intensyvų ir kartais net agresyvų dailės priemonių naudojimą. Pyktį tyrimo dalyvės siejo su psichikos negalią turinčio šeimos nario ligos nepriėmimu ir kova su institucijomis. Išgyvenamą kaltę dėl to, kad tenkina savo poreikius, užuot rūpinusios artimuoju, jos kreipė į save, o artimojo psichikos negalią laikė likimo duotybe. Kitame tyrime taip pat pažymima, jog galimybė išreikšti jausmus, kuriuos artimieji laiko savyje, nenorėdami neigiamai paveikti sergančiojo, leidžia saugiai kalbėti apie patiriamus išgyvenimus ir sumažina emocinę naštą [28].

Vyraujantys tyrime dalyvavusių moterų jausmai ir kylančios vaizdiniai piešiniuose atskleidžia gedėjimo reakciją į praradimus. Literatūroje apibrėžiamos gedėjimo reakcijos stadijos, tačiau jos ne visada atspindi netektį patyrusio asmens kasdienio gyvenimo ir patiriamos adaptacijos ryšį su praradimu, o tai galima stebėti dailės terapijos procese [30]. Refleksijų metu tyrimo dalyvės vengė ir priešinosi tiesiogiai įvardyti jausmus ir emocijas, sunkių jausmų baimę jos parodė per tamsių spalvų nenaudojimą piešiniuose. Pasak B. M. Weimand (2012), priešinimasis rodo, kad jausmai yra stiprūs, tik artimieji taip mėgina apsisaugoti nuo sunkių išgyvenimų [5]. Juodos spalvos patyrimas dailės terapijos procese tyrimo dalyvės gąsdino, tačiau akistata su šia spalva leido save ir savo situaciją rūpinantis sergančiuoju pamatyti įvairesniais atspalviais, drąsiau įvardyti juntamą pyktį, baimę ir kaltę. Pasak B. M. Weimand (2012), patirdami pernelyg intensyvias emocijas artimieji dar labiau panyra į rūpinimąsi sergančiuoju, kad išvengtų sunkių jausmų [5]. Dailės terapijoje naudojamos įvairios priemonės (juodus dažus, vaški-

nes kreideles, raizymo pagaliuką) tyrimo dalyvės galėjo saugiai išreikšti patiriamus išgyvenimus. Artimųjų, prižiūrinių psichikos negalią turintį šeimos narį, gedėjimo reakcijos dėl patirtų praradimų – tema, kuri mažai stebima atliktuose kituose tyrimuose, padėjo geriau suvokti artimųjų išgyvenamų jausmų priežastis.

Analizuojant literatūrą kaip viena iš pagrindinių temų atsiskleidžia artimųjų, prižiūrinių sergantįjį, susitapatinimas su slaugytojų vaidmeniu [3]. Mūsų tyrime taip pat iškilo **artimųjų savivokos tema, kai artimojo poreikius užgožia psichikos negalią turinčiojo poreikiai**. Tyrimo dalyvių savęs matymas, vertinimas itin priklausė nuo psichikos negalią turinčiojo poreikių. Nuolatinis blaškymasis tarp atsakomybės, pareigos sergančiajam ir laiko sau visoms tyrimo dalyvėms kėlė savęs praradimo jausmą. Tyrime dalyvavusios moterys įvardijo dailės terapijos procesą kaip nekontroliuojamą, leidžiantį patirti laisvumą, žaismingumą, džiaugsmą. Pasak L. D. Hinz (2020), laisvumo potyris kūrybinėje raiškoje leidžia realizuoti žmogaus potencialą ir nelikti užstrigus besąlygiškoje atsakomybėje [14]. Atsidavimas kūrybiniam procesui leido tyrimo dalyvėms atsitraukti nuo atsakomybės naštos ir patirti teigiamas emocijas.

Savęs vaizdo kaip „aplaužytos audros“ ir poreikio „būti matomai“ temos reiškėsi piešiniuose ir leido aiškiau pamatyti save ir savo poreikius. Dailės terapijos procese tyrimo dalyvės pradėjo aiškiau pastebėti, kaip stipriai psichikos liga sergančio artimojo rūpesčiai užgožė jų pačių asmeninius poreikius, galimybę pasirūpinti savimi, kurti visaverčius santykius ir turėti galimybę jaustis mylimoms. Išgyvenamas nekontroliuojamas savo poreikių, jausmų, santykių su kitais ir savimi praradimas slėgė tyrimo dalyves. Kitame tyrime pažymima, kad dailės terapijos procese aptariant kūrinius formuojasi naujos savęs matymo interpretacijos [15]. Dailės terapijos sesijų metu galimybė pasijausti svarbioms grupėje lėmė dalyvių atsigręžimą į save ir kėlė ramybės jausmą. Pasak B. Hunt, nors ir laikinas, tačiau prasmingas atokvėpis dailės terapijoje psichikos liga sergančiojo artimiesiems pagerina psichologinę savijautą ir leidžia geriau save suvokti [15]. Mūsų tyrime moterų **bendrystės ir bendravimo reikšmė** buvo įvardyta kaip būtina kūrybiniame procese, metaforiškai siejama su šiluma, deguonimi augalui. Kitame tyrime taip pat nurodoma, kad intensyvus dalyvavimas psichikos negalią turinčio šeimos nario priežiūroje skatina ryšio su išoriniu pasauliu praradimą, artimieji jaučia-

si vieniši ir izoliuoti [5]. Be to, mūsų tyrime bendravimo stoką tyrimo dalyvės siejo su emocine tuštuma, kurią tapatino su piešiniuose naudojama maža spalvų įvairovė, ir tai skatino drąsesnę kūrybinę raišką. Kitame tyrime teigiama, jog panirimas į spalvas, tekstūrą artimiesiems atgaivina sveiką ryšį su pasauliu [15]. Todėl galimybė bendrauti ir patirti dailės terapijos procesą grupėje tyrimo dalyvėms padėjo atitraukti dėmesį nuo kasdienių problemų ir pareigos prižiūrėti sergantįjį, pasijusti grupėje vertinamoms ir svarbioms bei patirti ryšio su kitais bendravimo svarbą. Pasak P. L. Camic, dalyvavimas grupinėje dailės terapijoje leidžia artimiesiems pasijusti socialiai įtrauktiems ir vertinamiems kaip atskiroms asmenybėms [12]. Šilto santykio atsiradimą dailės terapijos grupėje lėmė atviras dalijimasis savo patirtimi prižiūrint psichikos negalią turintį šeimos narį, ir tai tapo galimybe tyrimo dalyvėms būti išgirstoms ir mokytis išgirsti kitą. Pasak M. Cameron, menas yra galinga bendravimo ir saviraiškos priemonė, o dalyvavimas jame gali ugdyti ir savigarbą, ir empatiją [31]. Atjautos ir palaikymo patyrimas grupinio kūrybinio proceso metu tyrime dalyvavusioms moterims padėjo keisti požiūrį į sergantįjį, daugėjo empatijos. Bendravimas su tą pačią problemą turinčiomis moterimis skatino tyrimo dalyves kurti naujus socialinius ryšius, leido patirti bendrystę, atnešusią naujus tikslus ir viltį.

Emocijų įkūnijimas per dailės terapijos metodus ir priemones psichikos negalią turinčio šeimos nario artimiesiems buvo veiksminga pagalba, paskatinusi kalbėti apie savo išgyvenamas emocijas. Pasak L. C. Popa, dailės terapija padeda pavaizduoti artimiesiems savo mintis ir jausmus [13]. Kadangi tyrimo dalyvėms emocijas atpažinti ir įvardyti buvo sunku – iškilusio vaizdinio apibūdinimas (medis, kurį apraizgęs skausmas; išmintas takelis, kuriuo nuolat einama) piešiniuose tapo priemone susitikti su išgyvenamais jausmais, nors tyrime dalyvavusių moterų noras dailės terapijos pradžioje buvo tiesiog užsimiršti, vengiant patirti, atskleisti ir tyrinėti savo sunkumus ir nelengvus jausmus. Kitame tyrime teigiama, jog sąmoningai ar nesąmoningai sukurtas vidinis „aš“ meno terapijoje tampa matomas, apčiuopiamas ir konkretus per sukurtą kūrinį, taip kūrinyje tampa tarsi mediatorius, tarpininkas, kuris leidžia sumažinti pasipriešinimą bei gynybą ir priartėti prie sunkaus vidinio turinio [32]. Šiame tyrime dalyvių emocijos skleidėsi piešiniuose nuo nusivylimo iki pasitenkinimo savimi patyrimo. Naudoti piešiniuose juodą spalvą, at-

spindinčią „blogas“ emocijas, tyrimo dalyvės vengė. Pasak L. D. Hinz, tamsių spalvų vengimas kūrinuose skatina savęs vaizdo iškreiptumą, o išdrįsimas susitikti su juoda spalva dailės terapijos procese tyrimo dalyvėms siejosi su atradimo džiaugsmu, nuostaba ir pasitenkinimu [14]. Pagal B. Hunt (2018), panirimas į įvairių spalvų koloritą tiriamiesiems reiškia pamatytą gyvenimo įvairovę [15]. Galimybė nupiešti kilusį vaizdinį dailės terapijos procese moterims leido išpildyti tai, kas neleistina realiame gyvenime, ir tai padėjo pagrindą emocinės raiškos tolerancijai.

Dailės priemonių sensorinis, kinestetinis veiksmingumas skatino vaizdinius, kurių nepavyko sukontroliuoti tyrimo dalyvių gynybos mechanizmams. Pagal L. D. Hinz, žmonėms, turintiems ribotą prieigą prie savo emocijų, naudinga pasiūlyti kinestetinę veiklą, nukreiptą iš pradžių į klausimus apie veiksmą ir tik vėliau į klausimus apie jausmus [14]. Tyrimo dalyvės negailėjo savęs kūrybiniame procese netgi jausdamos fizinį skausmą. Dailės priemonės naudojo intensyviai, kartais net agresyviai. Savęs nesaugojimas, kad tik būtų geriau, siejosi su požiūriu į psichikos negalią turinčio šeimos nario priežiūrą. Galimybė kalbėtis apie tai dailės terapijos procese tyrimo dalyvėms padėjo pamatyti savo pastangų rūpinantis sergančiuoju mastą. Įtraukianti fizinio ir kūrybiškumo diada tyrimo dalyvės leido išreikšti tokias emocijas kaip įtampa, pyktis ir patirti nusiramimą bei geriau suvokti savo padėtį.

Šiame tyrime pastebėtas **dailės terapijos procese dalyvavusių psichikos negalią turinčių šeimos narių artimųjų savivokos pokytis** vyko per jausmų, elgesio, asmenybės bruožų, įsitikinimų, vertybių ir motyvacijos padėti sau kitimą. Kituose tyrimuose teigiama, jog dalyvavimas kūrybiniame procese padeda artimiesiems įgauti pozityvesnį savęs pajautimą [15], savigarbą ir pasitikėjimą savimi [33] bei galią [12].

Įsitraukimas į procesą dailės terapijos metu leido tyrime dalyvavusioms moterims rasti motyvacijos padėti sau. Tam įtakos turėjo dalyvių įdedamos pastangos, rūpestis ir saugumo pojūtis terapijos metu. Kiti tyrimai taip pat patvirtina, jog kūrybinės veiklos pritaikymas pagal individualius gebėjimus ir interesus svarbūs įsitraukimui [34]. Tyrimo dalyvėms nuolat rūpinantis kitu, sergančiu artimuoju, iš dailės terapeuto gautas dėmesys, patirtas rūpestis kėlė dėkingumo jausmą ir norą tęsti dailės terapiją. Mišrių dailės priemonių naudojimas, drąsa eksperimentuoti, aktyvi verbalinė ir neverbalinė kalba rodė

įsitraukimą į procesą, atrastas savęs dalis kaip stiprybę, kurios tyrimo dalyvės nemanė turinčios.

Dailės terapijos proceso patyrimas tyrimo dalyvėms buvo svarbus dėl galimybės atitrūkti nuo rūpinimosi sergančiuoju, paliekant „tą situaciją už durų“. Tyrime dalyvavusios moterys tai įvardijo kaip savęs sustabdymą ir galimybę būti svarbiai kitaip, negu rūpinantis sergančiuoju. M. Csikszentmihalyi nurodo ryšį tarp kūrybiškumo ir buvimo „sraute“, t. y. akimirkoje, patiriant malonumo ir intensyvaus susikaupimo jausmą [3]. Dailės priemonėmis tyrimo dalyvės leido sau suklysti ir tai joms suteikė malonumo, laisvumo jausmą didinant savęs įgalinimą ir vidinės kontrolės patyrimą.

Išbuvimas su sunkiais jausmais – baime, nerimu, įtampa – dailės terapijos procese paskatino tyrimo dalyvės suvokti, kad „po tamsos ateina šviesa“. Kintančių vaizdinių patyrimas kūrybiniame procese, pavyzdžiui, save vaizduojant piešinyje atitolusią nuo negalią turinčio šeimos nario arba mėnulio pavaizdavimas naktį tyrime dalyvavusių moterų buvo siejamas su atsiradusia viltimi. Kitame tyrime artimieji viltį taip pat tapatino su saule, šviesos simboliu tunelio gale [15].

Dailės terapijos kaip nekontroliuojamo, atpalaiduojančio proceso patyrimas atnešė tyrimo dalyvėms pozityvių emocijų: laisvumo, džiaugsmo, žaismingumo, vilties, pasitikėjimo ir meilės. Emocijų įvairovės patyrimas dailės terapijos procese leido tyrimo dalyvėms pajusti, kad reikalingi įvairūs jausmai. Visa tai išplečia žmogaus sąmoningumą ir išlaisvina iš nuostatų, kad reikėtų tiesiog keisti požiūrį [35]. Tuščio lapo patyrimas kūrybiniame procese, vėliau besipildantis įvairiais spalvomis, detalėmis, paskatino tyrimo dalyvės žvelgti tiksliau ir plačiau į savo situaciją, rasti savyje galių, o supratimas, kad reikalinga „užuovėja“, leido suvokti atokvėpio poreikį. Teigiamų emocijų ir socialinio ryšio patyrimas dailės terapijoje leidžia sergančiojo artimiesiems pajusti gilų atokvėpio jausmą [15].

Emocijų įvairovės patyrimas dailės terapijos procese, atnešęs galios jausmą, leido tyrimo dalyvėms patirti pasitenkinimo savimi jausmą, o tai skatino žvelgti į psichikos negalią turinčio šeimos nario priežiūrą pozityviau. Akies vaizdinio kitimas piešiniuose – nuo primityvių linijų, skurdžių detalių, spalvų, vėliau atvaizdavimo debesies, galiausiai veido profilyje – tyrimo dalyvei suteikė pasitikėjimo jausmą. Kūrybinės raiškos laisvumas rodo pasitikėjimą savimi, kūrybiškumą [15]. Savęs įgalinimo

patyrimas kūrybinėje veikloje ir atsiradęs pasitikėjimas savimi didino tyrimo dalyvių atsparumą. Įgalinimas – vienas iš atsparumo veiksnių – gali būti atrastas, formuojamas ir patiriamas kūrybinėje veikloje [36].

Dailės terapijos patyrimas grupėje tyrimo dalyvėms kėlė nuostabos jausmą ir skatino žvelgti plačiau. Viena kitos stebėjimas grupėje skatino tyrime dalyvavusių moterų suvokimą, kad kitos žvelgia į pasaulį plačiau (naudoja daugiau spalvų, detalių, pilnesnis lapas ir t. t.), ir tai leido suprasti, kas yra priimtina, o kas ne. Pasak P. L. Camic (2014), skirtingų patyrimų, elgesio, minčių, vertybių girdėjimas grupėje leidžia patirti savitumą [9].

Tyrimo dalyvių motyvacija padėti sau, aktyviai įsitraukiant į dailės terapijos procesą, skatino jas pažinti savo emocijas, asmenybės bruožus, įsitikinimus ir elgesį. Buvo galima stebėti tyrimo dalyvių savivokos pokytį, joms suvokiant įvairių emocijų poreikį: savęs kaip svarbios, savitos pajautimą, savo galios ir vidinės kontrolės pojūtį, pasitikėjimo savimi sustiprėjimą.

APIBENDRINIMAS

Tyrimu atskleidėme, kad dailės terapijoje dalyvavusios moterys, besirūpinančios šeimos nariu, kuriam nustatyta psichikos negalia, išgyvena beviltiškumo, nusivylimo, pykčio, kaltės ir baimės jausmus. Dalyvės emociškai įtraukę susidūrimas su iki tol vengta juoda spalva išreiškiant sunkius, nepriimtinius jausmus (beviltiškumą, baimę, pyktį) tapo reikšmingu simboliu, leidusiu joms patirti palengvėjimą. Vyraujantys jausmai ir vaizdiniai tyrimo dalyvių piešiniuose atskleidė patiriamą gedėjimo reakciją į praradimus, susijusius su šeimos nario psichikos liga ir priežiūra (tokius kaip sveiko šeimos nario vizijos netektis, santykių su artimaisiais ir draugais nutrūkimas, asmeninės sveikatos, finansinio ir socialinio saugumo bei vilties netekimas). Tyrimu atskleidžiama, kad dailės terapijos metodai ir priemonės tyrime dalyvavusioms moterims buvo naudinga pagalba, paskatinusi jas kalbėti apie savo išgyvenamas emocijas. Įsitraukimas į kūrybinį procesą leido tyrimo dalyvėms atsitraukti nuo atsakomybės naštos ir patirti teigiamas emocijas bei aiškiau pamatyti save ir savo poreikius. Išbuvimas su sunkiais jausmais, vaizduojamo objekto kitimas piešinyje tyrimo dalyvių

buvo siejamas su prasiplėtusia gyvenimo perspektyva, platesniu savęs matymu ir atsiradusia viltimi.

Bendrystės patyrimas grupėje, saugumas, galimybė dalytis sunkumais juos išreiškiant vizualiai ir savo svarbos patyrimas skatino tyrimo dalyvės atsiverti ir atsigręžti į save. Bendrystė ir bendravimas moterų buvo įvardyta kaip labai reikšminga ir būtina kūrybiniame procese, metaforiškai siejama su šiluma, deguonimi augalui.

Tyrimas atskleidė, kad tyrimo dalyvių patiriama nuolatinė atsakomybė ir įtampa prisitaikant prie kintančios šeimos nario psichikos būklės neigiamai veikia sergančiojo artimųjų savivoką. Tyrimo dalyvės išgyveno emocijų ribotumą, save suvokė kaip atliekančias prižiūrėtojų vaidmenį, nes jų mintys ir elgesys buvo nukreipti psichikos negalią turinčiojo kasdieniams poreikiams atliepti. Tyrimo dalyvių savivokos pokytis dailės terapijos procese keičiantis kūrybinei raiškai (kompozicija, spalva, vaizduojamasis objektas, vaizduojamo objekto dinamika erdvėje ir transformacija) vyko drauge su jausmų, elgesio ir motyvacijos padėti sau kitimu. Dailės terapijos kaip nekontroliuojamo, atpalaiduojančio proceso, laisvumo išgyvenimas kūrybiniame procese leido tyrimo dalyvėms patirti pasitenkinimo savimi jausmą ir skatino žvelgti į savo gyvenimą įvairiapusiškiau. Visas dailės terapijos patyrimas tyrime dalyvavusių moterų buvo siejamas su galimybe būti svarbioms ir matomoms.

Tad dailės terapija – inovatyvi psichikos sveikatos paslauga, galinti reikšmingai padėti ne tik patiems sutrikimų turintiems asmenims, bet ir jų artimiesiems. Artimųjų psichologinė gerovė dažnai lieka antrame plane, nors jie patiria ilgalaikį stresą, emocinį išsekimą ir net bejėgiškumo jausmą. Dailės terapija suteikia saugią erdvę išreikšti sunkiai įvardijamas emocijas, mažina įtampą, stiprina savivoką ir padeda atkurti vidinę pusiausvyrą. Šis metodas ypač vertingas tiems, kuriems sunku kalbėti apie savo išgyvenimus tradicinės psichoterapijos metu. Kūrybinis procesas tampa savotišku tiltu tarp vidinio pasaulio ir išorės, leidžiančiu geriau suprasti save, priimti situaciją bei stiprinti emocinį atsparumą.

Straipsnis gautas 2025-07-08, priimtas 2025-09-05

Literatūra

1. Abt T. Introduction to Picture Interpretation: According to C.G. Jung. Illustrated ed. Zurich: Daimon Verlag; 2005. 194 p.
2. Braun V, Clarke V. Successful Qualitative Research: A Practical Guide for Beginners. London: SAGE Publications; 2013.
3. Irons JY, Garip G, Cross AJ, Sheffield D, Bird J. An integrative systematic review of creative arts interventions for older informal caregivers of people with neurological conditions. *PLoS One*. 2020 Dec 7;15(12):e0243461. DOI:10.1371/journal.pone.0243461.
4. Psichikos sveikatos priežiūros pertvarka. Sveikatos kultūra [Internet]. Vilnius: Sveikatos kultūra; 2023 [cited 2024 Jun 4]. Available from: <https://sveikatoskultura.org/reformas-srityys/psichikos-sveikatos-prieziuros-pertvarka/>
5. Weimand BM. Experiences and Nursing Support of Relatives of Persons with Severe Mental Illness [dissertation]. Sweden; 2012.
6. Carswell C, Brown JVE, Shiers D, Ajjan R, Balogun-Katung A, Bellas S, et al. The lived experience of informal caregivers of people who have severe mental illness and coexisting long-term conditions: a qualitative study. *Health Expect*. 2024 Jun 16;27(3):e14119. DOI:10.1111/hex.14119.
7. Liu Z, Heffernan C, Tan J. Caregiver burden: A concept analysis. *Int J Nurs Sci*. 2020 Oct 10;7(4):438–45. DOI:10.1016/j.ijnss.2020.09.002.
8. Rogers CR. On Becoming a Person. Boston: Houghton Mifflin; 1961. p. 225–41.
9. Camic PM, Baker EL, Tischler V. Theorizing how art gallery interventions impact people with dementia and their caregivers. *Gerontologist*. 2016 Dec 1;56(6):1033–41. DOI:10.1093/geront/gnw003.
10. Andrikenė L, Laurinaitis E, Milašiūnas E. Psichoanalitinė psichoterapija. Vilnius: Vaistų žinios; 2013. p. 3950–412.
11. Henriksson A, Arestedt K. Exploring factors and caregiver outcomes associated with feelings of preparedness for caregiving in family caregivers in palliative care: a correlational, cross-sectional study. *Palliat Med*. 2013 Jul;27(7):639–46. DOI:10.1177/0269216313480818.
12. Camic PM, Tischler V, Pearman CH. Viewing and making art together: a multi-session art-gallery-based intervention for people with dementia and their carers. *Aging Ment Health*. 2014 Feb 17;18(2):1610–8. DOI:10.1080/13607863.2013.818101.
13. Popa LC, Manea MC, Velcea D, Șalapa I, Manea M, Ciobanu AM. Impact of Alzheimer's dementia on caregivers and quality improvement through art and music therapy. *Healthcare*. 2021 Jun 9;9(6):698. DOI:10.3390/healthcare9060698.
14. Hinz LD. Expressive Therapies Continuum. New York: Taylor & Francis Group; 2020.
15. Hunt B, Truran L, Reynolds F. „Like a drawing of breath”: leisure-based art-making as a source of respite and identity among older women caring for loved ones with dementia. *Arts Health*. 2018 Jan 2;10(1):29–44. DOI:10.1080/17533015.2017.1285960.
16. Richards AG, Tietjen AC, Jicha GA, Bardach SH, Schmitt FA, Fardo DW, et al. Visual arts education improves self-esteem for persons with dementia and reduces caregiver burden: a randomized controlled trial. *Dementia (London)*. 2019 Nov 1;18(7-8):3130–42. DOI:10.1177/1471301217748332.
17. Sharon DM. Art Therapy for Children. Northridge (CA): California State University; 1979. p. 27–32.
18. Phillips CS, Hebdon M, Cleary C, Ravandi D, Pottepal V, Siddiqi Z, Rodriguez E, Jones BL, et al. Expressive arts interventions to improve psychosocial well-being in caregivers: a systematic review. *PubMed [Internet]*. [cited 2025 Jun 4]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38043748/>
19. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija, Sveikatos apsaugos ministerija. Dėl darbingumo lygio nustatymo kriterijų aprašo. Vilnius; 2023 [cited 2025 Jun 4]. Available from: www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.D1F619C285A0/asr
20. Kvale S, Brinkmann S. *InterViews: Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. California: SAGE; 2009. 377 p.
21. Péntzes I, van Hooren S, Dokter D, Hutschmaekers G. How art therapists observe mental health using formal elements in art products: structure and variation as indicators for balance and adaptability. *Front Psychol*. 2018;9:1611. DOI:10.3389/fpsyg.2018.01611.
22. Creswell JW, Poth CHN. *Qualitative Inquiry and Research Design [Internet]*. United Kingdom: SAGE; [cited 2025 Aug 25]. Available from: https://pubhtml5.com/enuk/cykh/Creswell_and_Poth_2018_Qualitative_Inquiry_4th/
23. Bom J, Bakx P, Schut F, van Doorslaer E. The impact of informal caregiving for older adults on the health of various types of caregivers: a systematic review. *Gerontologist*. 2019 Sep 17;59(5):e6290–42. DOI:10.1093/geront/gnz093.
24. Cross AJ, Garip G, Sheffield D. The psychosocial impact of caregiving in dementia and quality of life: a systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *Psychol Health*. 2018 Nov 2;33(11):1321–42. DOI:10.1080/08870446.2018.1490397.
25. Unadkat S, Camic PM, Vella-Burrows T. Understanding the experience of group singing for couples where one partner has a diagnosis of dementia. *Gerontologist*. 2017 Jun 1;57(3):469–78. DOI:10.1093/geront/gnw171.
26. Cohn MA, Fredrickson BL, Brown SL, Mikels JA, Conway AM. Happiness unpacked: positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emotion*. 2009 Jun;9(3):361–8. DOI:10.1037/a0015952.
27. Baker FA, Stretton-Smith P, Clark IN, Tamplin J, Lee YEC. A group therapeutic songwriting intervention for family caregivers of people living with dementia: a feasibility study with thematic analysis. *Front Med (Lausanne)*. 2018;5:151. DOI:10.3389/fmed.2018.00151.
28. Kuharic M, Sharp LK, Turpin RS, Mulhern B, Lee TA, Rose CE. Care recipient self-perceived burden: perspectives of individuals with chronic health conditions or personal experiences with caregiving on caregiver burden in the US. *SSM Qual Res Health*. 2024 Jun 1;5:100398. DOI: 10.1016/j.ssmmh.2024.100398.
29. Gudaitė G. Asmenybės transformacija sapnuose, pasakose, mituose. Vilnius: Tyto alba; 2001. 362 p.
30. Lister S, Pushkar D, Connolly K. Current bereavement theory: implications for art therapy practice. *Arts Psychother*. 2008 Jan 1;35(4):245–50. DOI: 10.1016/j.aip.2008.06.002.
31. Cameron M, Crane N, Ings R, Taylor K. Promoting well-being through creativity: how arts and public health can learn from each other. *Perspect Public Health*. 2013 Jan 1;133(1):52–9. DOI:10.1177/1757913912453395.
32. Haeyen S, Noorthoorn E. Validity of the self-expression and emotion regulation in art therapy scale (SERATS). *PLoS One*. 2021 Mar 10;16(3):e0248315. DOI:10.1371/journal.pone.0248315.
33. Flatt JD, Liptak A, Oakley MA, Gogan J, Varner T, Lingler JH. Subjective experiences of an art museum engagement activity for persons with early-stage Alzheimer's disease and their family caregivers. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. 2015 Jun;30(4):380–9. DOI:10.1177/1533317514549959.
34. Greaves CJ, Farbus L. Effects of creative and social activity on the health and well-being of socially isolated older people: outcomes from a multi-method observational study. *J R Soc Promot Health*. 2006 May 1;126(3):134–42. DOI:10.1177/1466424006070467.
35. Rubin JA. *Approaches to Art Therapy: Theory and Technique*. London: Routledge; 2016. 529 p.
36. Metz ES, Morrell MA. The role of creativity in models of resilience: theoretical exploration and practical applications. *J Creat Ment Health*. 2008 Oct 10;3(3):303–18. DOI:10.1080/15401380802387093.

THE PECULIARITIES IN THE SELF-AWARENESS OF CLOSE RELATIVES LIVING WITH A FAMILY MEMBER WITH A MENTAL DISABILITY DURING THE PROCESS OF ART THERAPY

Jūratė Bukauskienė^{1,2}, Toma Jasiukevičiūtė-Zelenko³

¹Vilnius University Faculty of Medicine

²Public Institution polyclinic of Šeškinė

³Faculty of Medicine, Vilnius University, Clinic of Psychiatry of the Institute of Clinical Medicine

SUMMARY

Objective: to reveal the peculiarities of self-awareness during the art therapy process of those, who have a family member with a mental disability.

Research material and methods. The study involved 4 mature women (aged 58–74) whose family member is an adult officially diagnosed with a mental disability (participation level determined according to the nature of mental and behavioural disorder). The participants attended 8 sessions of art therapy. A qualitative research strategy was chosen for data analysis. Data were collected through semi-structured interviews, as well as therapist's notes and participants' drawings. Verbal data (interviews and therapist's notes) were analysed using inductive Thematic Analysis (according to V. Braun and V. Clarke), while visual data (drawings) were analysed using the Formal Elements method of art therapy.

Results and Summary. The Thematic Analysis revealed that participants in the art therapy process experienced feelings of hopelessness and disappointment, anger and guilt, as well as fear. An emotionally intense encounter with the previously avoided black colour – used to express difficult, unacceptable emotions (such as hopelessness, fear, and anger) – became a meaningful symbol for the participants, allowing them to experience relief. The ongoing tension caused by taking responsibility for a family member with a mental disability, the self-image as a "broken storm," and the theme of the need to be

"seen" emphasized the importance of strengthening the participants' self-awareness.

A shift in self-awareness was observed in the participants not only through emotional expression, but also in changes in behaviour, beliefs, and motivation to take care of themselves. The importance of togetherness was highlighted as essential in the creative process, metaphorically associated with warmth and oxygen for a plant. Communication with other women facing the same challenges encouraged the formation of new social connections and fostered a sense of community, bringing new goals and hope.

Art therapy for those living alongside family members with mental disabilities can become a significant space for psychosocial rehabilitation, offering resources to step back from the difficulties of a close relationship, the tendency to live someone else's life, and creating opportunities to feel and hear oneself, to recognize important psycho-emotional needs, and to seek new ways to address them.

Correspondence to Jūratė Bukauskienė

Public Institution polyclinic of Šeškinė

Šeškinės st. 24, LT-07156 Vilnius, Lithuania

E-mail: jurate.bukauskiene@poliklinika.lt

Received 8 July 2025, accepted 5 September 2025

GAMTOS APSUPTIES IR PASITENKINIMO GYVENIMU RYŠYS DARBINGO AMŽIAUS LIETUVOS GYVENTOJŲ IMTYJE: RYŠIO SU GAMTA, DĖMESINGO ĮSISĄMONINIMO IR PSICHIKOS SVEIKATOS VAIDMUO

Miglė Bacevičienė, Ieva Reviakaite

Lietuvos sporto universiteto Fizinio ir socialinio ugdymo katedra

SANTRAUKA

Tyrimo tikslas – nustatyti ryšius tarp prieigos prie gamtos ir pasitenkinimo gyvenimu darbingo amžiaus žmonių imtyje, pasitelkiant dėmesingą įsisąmoninimą, jaučiamą ryšį su gamta ir psichikos sveikatą kaip potencialius ryšių mediatorius; taip pat siekta palyginti minėtų tyrimo kintamųjų charakteristikas tarp netaikiusių ir taikiusių dėmesingą įsisąmoninimo praktikas tiriamųjų ir įvertinti, ar praktikų taikymas galėtų moderuoti ryšius tarp tyrimo kintamųjų.

Medžiaga ir metodai. Elektroninė nuoroda į anoniminę apklausos formą buvo platinama internetu. Pateikę sutikimą dalyvauti tyrime asmenys užpildė apklausos formą pateikdami savo socialines ir demografines charakteristikas, įvertindami prieigą prie gamtos, jaučiamą ryšį su gamta, dėmesingą įsisąmoninimą, psichologinį distresą, su psichikos sveikata susijusius teigiamus išgyvenimus ir pasitenkinimą gyvenimu. Tyrime dalyvavo 383 tiriamieji nuo 18 iki 66 m. amžiaus (amžiaus vidurkis $40,3 \pm 12,0$ m.), 77,5 proc. iš jų sudarė moterys.

Rezultatai. Dėmesingumo praktikas taikę asmenys pasižymėjo geresniais psichikos sveikatos rodikliais ir jautė stipresnį ryšį su gamta. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad ryšys su gamta, dėmesingas įsisąmoninimas, teigiami psichikos sveikatos išgyvenimai ir psichologinis distresas medijavo sąsają tarp prieigos prie gamtos ir pasitenkinimo gyvenimu. Pastebėta, kad ryšys tarp gamtos apsupties, ryšio su gamta, dėmesingo įsisąmoninimo ir psichikos sveikatos buvo stipresnis tarp tų tiriamųjų, kurie nepraktikavo dėmesingumo technikų. Tai leidžia manyti, jog šios praktikos veikia kaip nepriklausomas apsauginis veiksnys.

Išvados. Rekomenduojama integruoti gamtos poveikį ir dėmesingumo praktikas į psichikos sveikatos stiprinimo programas, skatinant jų taikymą kasdienėje aplinkoje, darbo vietose pertraukų metu ir laisvalaikio.

Reikšminiai žodžiai: dėmesingas įsisąmoninimas, žalieji plotai, ryšys su gamta, psichikos sveikata, pasitenkinimas gyvenimu.

ĮVADAS

Plečiantis urbanizacijai ir spartėjant gyvenimo tempui vis daugiau žmonių susiduria su lėtiniu stresu bei sumažėjusiu psichologiniu atsparumu [1]. Miesto aplinkoje vyraujanti sensorinė perkrova ir nuolatiniai dirgikliai gali mažinti dėmesingą įsisąmoninimą, kuris siejamas su psichikos sveikatos palaikymu [2]. Be to, miesto gyventojai dažnai turi ribotą prieigą prie gamtos išteklių, o tai mažina jų galimybes pasinaudoti gamtos teikiamu atkuriamuoju poveikiu, padedančiu sumažinti stresą ir atkurti dėmesį [3, 4].

Lietuvoje prasta psichikos sveikata išlieka vienas didžiausių visuomenės sveikatos iššūkių. 2016–2022 m. Lietuvoje 1 iš 8 gyventojų buvo diagnozuotas bent vienas psichikos ar elgesio sutrikimas. Dažniausi nustatyti negalavimai buvo depresiniai sutrikimai (5,4 proc.), neri-

Adresas susirašinėti: Miglė Bacevičienė
Fizinio ir socialinio ugdymo katedra
Lietuvos sporto universitetas
Sporto g. 6, 44221 Kaunas
El. p. migle.baceviciene@lsu.lt

mo sutrikimai (5,0 proc.) ir sutrikimai, susiję su kvaišalų vartojimu (3,3 proc.) [5].

Stresas gali pasireikšti dėl įvairių aplinkos ir vidinių veiksnių [6], o šiai būsenai užsitęsus kyla rizika atsirasti tokioms problemoms kaip depresija ir nerimas [7]. Teigiama, jog natūrali aplinka gali teigiamai veikti psichologinio distreso pasireiškimą (kitais tarant, gamtos apsuptis siejama su mažesniu distreso pasireiškimu) ir per šiuos mechanizmus stiprinti psichikos sveikatą [8].

Streso mažinimo teorija (angl. *Stress Reduction Theory*, SRT), pristatyta Rogerio Ulricho, teigia, kad sąlytis su gamta gali padėti greitai sumažinti psichofiziologinį stresą [9]. Teorija remiasi evoliucine psichologija ir teigia, kad žmonės yra biologiškai linkę teigiamai reaguoti į natūralią aplinką, nes evoliucijos eigoje tokia aplinka simbolizavo saugumą, maisto šaltinius ir išgyvenimo galimybes. Pasak R. Ulricho, buvimas gamtoje ar jos stebėjimas, ypač tokioje aplinkoje, kur yra augmenijos, vandens ir kompleksinių natūralios gamtos elementų, gali lemti kraujospūdžio mažėjimą, lėtesnį širdies ritmą, raumenų įtampos mažėjimą ir teigiamus emocinius pokyčius net ir po kelių buvimo gamtoje minučių. Taip pat tyrimai atskleidė, kad pacientai po operacijų greičiau sveiko ir patyrė mažiau komplikacijų, jei pro langą matė medžius, o ne miesto statinius [10]. Nors R. Ulricho streso mažinimo teorija akcentuoja greitą emocinį ir fiziologinį atsaką, Rachelės ir Stepheno Kaplanų darbai papildė šį požiūrį dėmesio atkūrimo teorija (angl. *Attention Restoration Theory*, ART) [4]. ART pabrėžia kognityvinę naudą, kurią suteikia buvimas gamtoje. Teigiama, kad natūrali aplinka padeda atkurti dėmesį, nes ji pasižymi švelniai dėmesį patraukiančiais dirgikliais, susitelkimas į juos yra malonus ir nereikalauja didelių pastangų. Toks dėmesio atkūrimas netiesiogiai prisideda ir prie streso mažinimo, todėl papildė Ulricho aprašomus mechanizmus. Kartu SRT ir ART teorijos atskleidžia stiprią psichologinę ir emocinę naudą, kurią gali suteikti net trumpalaikis sąlytis su gamta – tiek per gamtos stebėjimą, tiek per aktyvų buvimą joje.

Dėmesingas įsisąmoninimas apibūdinamas kaip susitelkimas į dabartinį momentą [11]. Dėmesingo įsisąmoninimo praktika reiškia sistemingą nevertinančio dabartinio momento sąmoningumo ugdymą, dažnai naudojant meditacinius pratimus, pvz., sutelktą dėmesį į kvėpavimą ar kūno skenavimą. Paprastai tai įgyvendinama per struktūrizuotas programas, pvz.,

dėmesingu įsisąmoninimu grįstą streso mažinimą (angl. *Mindfulness-Based Stress Reduction*) [12] arba dėmesingu įsisąmoninimu grįstą kognityvinę terapiją (angl. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*) [13], bet gali apimti ir neformalias praktikas (pvz., sąmoningą vaikščiojimą, jogą arba kasdienį sąmoningumo lavinimą). Dėmesingo įsisąmoninimo praktikos siejamos su mažesniu streso, depresijos, nerimo pasireiškimu [14, 15], savisauga, emocijų reguliavimu, savigarba ir geresne psichikos sveikata [16]. Dėmesingu įsisąmoninimu grįstas streso mažinimas [17] ir gamtos poveikiu grįstas dėmesingas įsisąmoninimas [18] yra dažnai naudojamos metodikos intervencinėse programose, skirtose psichikos sveikatai gerinti. Šios intervencijos siejamos su teigiamu poveikiu fizinėms, psichologinėms ir socialinėms funkcijoms [18–20]. Gamtos poveikiu grįsta dėmesingo įsisąmoninimo praktika reiškia sąmoningą dabartinio momento suvokimo ugdymą natūralioje aplinkoje, atliekant tradicines sąmoningumo technikas, pavyzdžiui, sąmoningą kvėpavimą, vaikščiojimą ar kūno skenavimą gamtos apsuptyje. Šios praktikos stiprina dėmesį jutiminėms patirtims, skatina ryšio su gamta jausmą ir, kaip įrodyta, sinergiškai mažina stresą ir gerina savijautą labiau nei vien sąmoningumo praktika, atliekama patalpose [18, 21].

Taip pat mažėjant žmonių galimybėms sąveikauti su natūralia aplinka [22], populiarėjant dėmesingo įsisąmoninimo praktikoms ir daugėjant tyrimų apie dėmesingo įsisąmoninimo reikšmę žmogaus psichikos sveikatai bei pasitenkinimui gyvenimu [14, 23, 24], vis dažniau ieškoma sąsajų tarp dėmesingo įsisąmoninimo ir prieigos prie gamtos [16–18, 25]. Pasitenkinimas gyvenimu dažnai apibrėžiamas kaip subjektyvus žmogaus gerovės rodiklis, atspindintis bendrą asmens savo gyvenimo kokybės vertinimą ir atitiktį asmeniniams lūkesčiams bei vertybėms [26]. Šis rodiklis glaudžiai susijęs su emocine pusiausvyra, psichologiniu atsparumu ir galimybe reguliariai patirti pozityvių psichologinių išgyvenimų, tarp jų ir jaučiamą ryšį su gamta.

Prieigos prie gamtos ir gamtos apsupties sąvokos (naudojamos kaip sinonimai) moksliniuose tyrimuose dažnai apibūdinamos kaip aplinkos elementų visuma, apimanti tiek natūralias ekosistemas (pvz., miškus, kalnus, ežerus), tiek žmogaus sukurtas žaliąsias erdves (pvz., parkus, sodus). Gamtos apsuptis gali būti suprantama kaip fizinis individo buvimas arba vizualinis

(pvz., gamtos vaizdų stebėjimas) kontaktas su gamtos elementais. Gamtos apsuptis daro įtaką žmogaus psichologinei ir fizinei savijautai, padeda mažinti stresą, gerina nuotaiką ir bendrą sveikatos būklę [4].

Gamtos poveikiu pagrįstas dėmesingas įsisąmoninimas pasižymi teigiamu efektu fizinei ir psichinei sveikatai [27]. Teigiama, jog prieiga prie gamtos ir dėmesingas įsisąmoninimas yra susiję abipusiu ryšiu – prieiga prie gamtos gali sustiprinti dėmesingą įsisąmoninimą, o dėmesingas įsisąmoninimas gali sustiprinti ryšį su gamta [28]. Natūrali aplinka siejama su didesne žmogaus gerove [29], pasitenkinimu gyvenimu, stipresniu pasitikėjimu savimi, aukštesne savigarba ir geresnėmis kognityvinėmis funkcijomis [30]. Pabrėžiama, jog gamtos apsuptis sušvelnindama stresą gali sumažinti širdies ir kraujagyslių ligų riziką [31]. Tad dėmesingas įsisąmoninimas, praktikuojamas natūralioje aplinkoje, gali turėti teigiamą ryšį su geresne psichikos sveikata ir didesniu pasitenkinimu gyvenimu [32]. Ryšys su gamta apibūdinamas kaip individo buvimo gamtos dalimi jausmas [33, 34]. Moksliniuose tyrimuose ryšys su gamta siejamas su mažesniu streso pasireiškimu [35], geresne psichikos sveikata ir teigiamomis emocijomis [33].

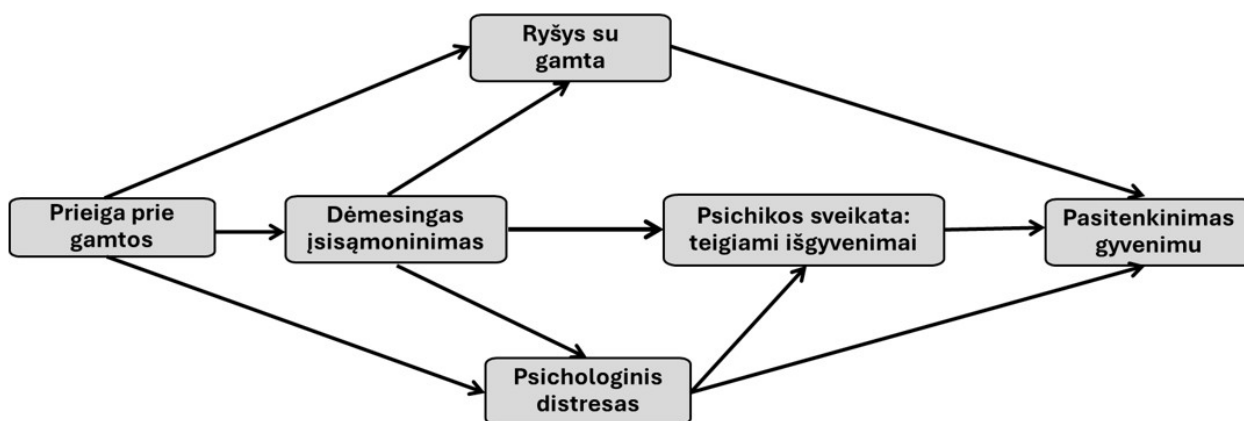
Taigi, atsižvelgiant į egzistuojančius hipotetinius teorus ir empirinius duomenis apie prieigos prie gamtos, dėmesingo įsisąmoninimo ir ryšio su gamta naudą psichikos sveikatai bei pasitenkinimui gyvenimu, svarbu tirti šių veiksmų tarpusavio sąsajas naudojant integruotą modelį (1 pav.). Mūsų duomenimis, tai pirmas tokio pobūdžio tyrimas darbingo amžiaus Lietuvos gyventojų imtyje.

Šio tyrimo tikslas buvo nustatyti ryšius tarp prieigos prie gamtos ir pasitenkinimo gyvenimu darbingo amžiaus žmonių imtyje. Šiam ryšiui tirti buvo numatyta pasitelkti dėmesingą įsisąmoninimą, jaučiamą ryšį su gamta ir psichikos sveikatą kaip potencialius mediatoarius. Taip pat siekta palyginti minėtų tyrimo kintamųjų charakteristikas tarp netaikiusių ir taikiusių dėmesingo įsisąmoninimo praktikas tiriamųjų ir patikrinti dėmesingo įsisąmoninimo kaip moderuojančio veiksnio reikšmę analizuojamiems ryšiams.

TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Tyrimo organizavimas ir etika. Planuojant tyrimą buvo gautas Lietuvos sporto universiteto Socialinių tyrimų etikos komiteto leidimas (2024-12-11, Nr. 41563). Tyrimo dalyvavo Lietuvoje gyvenantys darbingo amžiaus žmonės. Tyrimo dalyviams įtraukti buvo taikytas patogiosios atrankos metodas. Remiantis Oficialiosios statistikos portalo duomenimis, 2024 m. Lietuvoje darbingo amžiaus (nuo 18 metų) gyventojų skaičius siekė 1 825 099. Naudojantis *Calculator.net* imties dydžio skaičiuokle (<https://www.calculator.net/sample-size-calculator.html>, žiūrėta 2025-05-27), nustatyta, kad esant 5 proc. paklaidai, 95 proc. pasikliautinajam intervalui ir darant prielaidą, jog atsakymų pasiskirstymas yra 50 proc., pakankamą tyrimo imtį turėtų sudaryti 385 tiriamieji.

Anketinė apklausa buvo vykdoma 2024 m. gruodžio – 2025 m. kovo mėnesiais, pasitelkiant internetinę *Google Forms* platformą. Apklausos nuoroda buvo platinama per socialinį tinklą *Facebook* asmeniniais



1 pav. Teorinis tyrimo modelis

kontaktais ir per įvairias grupes, taip siekiant įtraukti kuo platesnį darbingo amžiaus respondentų ratą.

Įtraukimo į tyrimą kriterijai buvo šie: respondentai turėjo būti ne jaunesni kaip 18 metų amžiaus ir gebėti laisvai bendrauti lietuvių kalba. Prieš pradėdami pildyti anketą dalyviai buvo supažindinami su tyrimo tikslais, vykdytojais, informuojami apie anonimiškumo ir konfidencialumo užtikrinimą bei numatomą anketos pildymo trukmę (15–20 min.). Tyrimo pradžioje dalyviams buvo pateiktas informuoto asmens sutikimo tekstas, kurį perskaitę jie galėjo pasirinkti atsakymą, kad sutinka arba nesutinka dalyvauti tyrime. Pasirinkus atsakymą „nesutinku“, respondentui buvo padėkojama, o apklausos forma toliau nepildoma. Taip pat tyrimo dalyvis bet kuriuo metu galėjo nutraukti anketos pildymą ir užverti formą neišsaugodamas atsakymų.

Tiriamoji imtis. Tyrime dalyvavo 383 darbingo amžiaus respondentai. Daugumą jų sudarė moterys – 77,5 proc. (297 respondentės), vyrai sudarė 22,5 proc. (86 respondentai). Gyvenamosios vietos aspektu apklausoje beveik tolygiai pasiskirstė miestų ir užmieščio ar rajonų gyventojai: 50,1 proc. respondentų gyveno užmiestyje arba kaimiškose vietovėse, o 49,9 proc. – miestuose. Dalyvių amžius svyravo nuo 18 iki 66 metų, amžiaus vidurkis siekė $40,3 \pm 12,0$ metų. Detalesnis tiriamųjų apibūdinimas pateikiamas imties charakteristikų lentelėje.

Tyrimo metodai. Demografinės ir socialinės charakteristikos. Tiriamųjų buvo prašoma nurodyti lytį (vyras ar moteris), amžių, išsilavinimą (vidurinis / profesinis, studijuoja dieninėse studijose, bakalauro, magistro laipsnis), šeimos padėtį (vienišas (-a), įsipareigojęs (-usi) partneriui, gyvena partnerystėje arba santuokoje ar kita), gyvenamąją vietą (sostinė, jos priemiestis, didmiestis su > 100 000 gyventojų, miestas su 10 000–100 000 gyventojų ar kaimiška vietovė).

Keslerio bendrojo distreso klausimynas.

Vertimo procedūra. Klausimynas buvo išverstas į lietuvių kalbą pasitelkiant du nepriklausomus profesionalius vertėjus, taikant atgalinio vertimo į anglų kalbą principą. Visi vertimo netikslumai ar loginiai neatitikimai buvo peržiūrėti ir suderinti bendradarbiaujant su tyrimą vykdydžiusiomis tyrėjomis. Prieš pradėdant pagrindinį tyrimą lietuviška skalės versija buvo pristatyta potencialiems tyrimo dalyviams, siekiant patikrinti jų supratimą ir teiginių interpretaciją. Įsitikinus, kad klausimai yra aiškūs ir suprantami, skalė buvo įtraukta į pagrindinį tyrimą.

Keslerio bendrojo distreso klausimynas (angl. *Kessler Psychological Distress Scale*, K10) [36] naudojamas siekiant įvertinti bendrą emocinį stresą ir psichologinę įtampą, pavyzdžiui, klausiant „Ar dažnai per pastarąsias 4 savaites jautėtės toks nervingas (-a), kad niekas negalėjo jūsų nuraminti?“. Instrumentas skirtas su nerimu ir depresija susijusiems simptomams identifikuoti, tačiau ne specifiniams psichikos sutrikimams nustatyti. Klausimyną sudaro 10 teiginių, į kuriuos tiriamieji atsako pasirinkdami variantą nuo 1 („nė kiek“) iki 5 („nuolatos“) pagal Likerto skalę. Bendras balas apskaičiuojamas sudedant atsakymų balus ir išvedant vidurkį, didesnis balas reiškia aukštesnį distreso lygį. Siekiant patvirtinti skalės struktūrą, atlikta patvirtinančioji faktorių analizė ir nustatyti pakankami vieno faktoriaus modelio derėjimo parametrai: CFI = 0,98, TLI = 0,97, SRMR = 0,02, RMSEA = 0,079. Tad skalės lietuviškoji versija yra vienfaktorinė, validi ir tinkama naudoti bendrajam psichologiniam distresui vertinti. Kronbacho (Cronbach) α rodiklis šiame tyrime buvo aukštas – 0,96.

Prieigos prie gamtos skalė (angl. *Nature Exposure Scale*, NES) [37] – tai 4 teiginių skalė, įvertinanti prieigą prie žmogaus aplinkoje esančios gamtos. Du klausimai yra skirti prieigai prie gamtos kasdienėje žmogaus aplinkoje įvertinti (pavyzdžiui, „Prašome nurodyti, kiek tenka susidurti su gamta savo kasdieniame gyvenime, t. y. namie, darbe ir įprastinių kelionių bei veiklų metu“) ir du – prieigai nekasdieninėje aplinkoje įvertinti. Taip pat du klausimai leidžia įvertinti, kaip stipriai tiriamieji pastebi juos supančią gamtą kasdienėje ir nekasdienėje aplinkoje (pavyzdžiui, „Ar savo kasdienio gyvenimo metu pastebite jus supančią gamtinę aplinką?“). Kiekvienas skalės klausimas vertinamas pagal 5 balų Likerto skalę, o aukštesni balai atspindi didesnę gamtos apsuptį ir aukštesnį tiriamųjų pastabumą gamtos atžvilgiu. Skalės lietuviškojo vertimo psichometrinės savybės ir vienfaktorinė struktūra buvo patvirtinti mūsų ankstesniuose tyrimuose [38]. Šiame tyrime vidinis skalės suderinamumas buvo geras (Kronbacho α rodiklis buvo 0,85).

Ryšio su gamta skalė (angl. *Connectedness to Nature Scale*, CNS) [39] – tai plačiai naudojama 14 teiginių skalė, vertinanti žmogaus subjektyviai suvokiamą ryšį su gamta, pavyzdžiui, „Gamtos pasaulį suvokių kaip bendruomenę, kuriai pats (-i) priklausau“. Teiginiai vertinami 5 balų sistema (nuo 1 – „visiškai nesutinku“ iki 5 – „visiškai sutinku“) pagal Likerto skalę. Prieš apskaičiuojant vidutinį

skalės balų neigiami teiginiai (4 ir 14) buvo perkoduojami, taip suvienodinant jų kryptį su teigiamais. Aukštesnis skalės balas rodė stipriau jaučiamą ryšį su gamta. Skalės lietuviškojo vertimo psichometrinės savybės ir vienfaktorinė struktūra buvo patvirtinti mūsų ankstesniuose tyrimuose [38]. Skalės Kronbacho α rodiklis šiame tyrime buvo 0,92 ir rodė puikų vidinį skalės suderinamumą.

Dėmesingam įsisąmoninimui vertinti buvo naudojama Filadelfijos skalė (angl. *Philadelphia Mindfulness Scale*, PHLMS) [40]. Ji matuoja skirtingus dabarties dėmesingo įsisąmoninimo (10 teiginių) ir priėmimo (10 teiginių) aspektus. Šiame tyrime buvo naudojama tik dėmesingo įsisąmoninimo subskalė (pavyzdinis teiginys: „Suprantu, kokios mintys man kyla, kai keičiasi mano nuotaika“). Teiginiai buvo vertinami pagal penkiabalę Likerto skalę nuo 1 („niekada“) iki 5 („labai dažnai“), o skalės balai buvo apskaičiuojami sudedant atsakymų balus ir apskaičiuojant vidurkį, kai aukštesni balai rodo stipresnį dėmesingo įsisąmoninimo lygį. Skalės lietuviškojo vertimo psichometrinės savybės buvo patvirtintos mūsų ankstesniame tyrime [41]. Šiame tyrime dėmesingo įsisąmoninimo subskalės vidinis suderinamumas buvo puikus – Kronbacho $\alpha = 0,91$.

Tai pat tiriamųjų buvo prašoma atsakyti į klausimą: „Ar stipriate dėmesingą įsisąmoninimą praktikomis, tokiais kaip mankštos pratimai, meditacija, kvėpavimas ir kitomis?“. Atsakiusieji teigiamai galėjo pasirinkti ir pažymėti taikomas praktikas, tokias kaip joga, kiti mankštos pratimai, meditacija, dienoraščio rašymas ir savirefleksija, programėlių naudojimas, grupinės dėmesingo įsisąmoninimo sesijos ir kitos.

Bendrasis sveikatos klausimynas (angl. *General Health Questionnaire 12*, GHQ-12) [42] – plačiai taikoma priemonė, skirta psichologinei savijautai ir bendrajai psichikos sveikatai įvertinti. Ši klausimyno versija apima 12 teiginių, susijusių su emocine būseną, streso, nerimo, depresijos ir socialinės funkcijos požymiais per pastarąsias 4 savaites, iš kurių šeši teiginiai skirti neigiamiems, kiti šeši teigiamiems išgyvenimams vertinti. Teiginiai vertinami pagal 4 balų skalę nuo „visai ne“ iki „daug labiau nei įprastai“. Šiame tyrime naudota tik teigiamų išgyvenimų dalis, kai apskaičiuotas didesnis balų vidurkis rodo geresnę psichologinę savijautą (pavyzdinis teiginys: „Sugebėjote susikoncentruoti atlikdami įvairias veiklas“). Klausimyno lietuviškosios versijos psichometrinės savybės buvo nustatytos ankstesniuose tyrimuose [43]. Šiame tyrime

naudotos su psichikos sveikata susijusių teigiamų išgyvenimų dalies Kronbacho α rodiklis buvo geras – 0,88.

Pasitenkinimo gyvenimu skalė (angl. *Satisfaction with Life Scale*, SWLS) [26] – tai trumpa savęs vertinimo priemonė, skirta subjektyviam pasitenkinimui savo gyvenimu įvertinti, pavyzdžiui: „Gavęs (-usi) progą savo gyvenimą pakartoti, beveik nieko nekeisčiau“. Skalė vertina subjektyviai suvokiamos gerovės komponentą, todėl ji dažnai naudojama kartu su kitais emocinę gerovę matuojančiais instrumentais. Skalę sudaro 5 teiginiai, vertinami pagal 7 balų Likerto skalę – nuo 1 („visiškai nesutinku“) iki 7 („visiškai sutinku“). Apskaičiuotas aukštesnis atsakymų balų vidurkis rodo didesnį pasitenkinimą gyvenimu. Skalės psichometrinės savybės buvo patvirtintos tarptautiniame tyrime, kuriame dalyvavo ir Lietuva [44]. Šiame tyrime vidinis skalės suderinamumas buvo puikus (Kronbacho α rodiklis = 0,94).

Statistinė analizė. Siekiant aprašyti kategorinius kintamuosius naudotos dažnių lentelės, o rezultatai pateikti kaip dažniai ir proporcijos (proc.). Kiekybiniai kintamieji charakterizuoti vidurkiu ir standartiniu nuokrypiu. Skalių vidinis suderinamumas buvo vertintas pagal Kronbacho α rodiklį ($\geq 0,7$ koeficientai buvo laikomi pakankamai tenkinančiais vidinio suderinamumo sąlyga) [45].

Patvirtinus visų tyrimo kintamųjų skirstinių normalumą, hipotezės apie vidurkių lygybę tikrintos naudojant nepriklausomų imčių t testą, o efekto dydžiams įvertinti apskaičiuoti Koheno (Cohen) koeficientai. Efekto dydis nuo 0,2 iki 0,5 buvo laikomas silpnu, nuo 0,5 iki 0,8 vidutiniu, o $\geq 0,8$ stipriu [46]. Ryšiai tarp tyrimo kintamųjų vertinti pagal Pirsono (Pearson) koreliacijos koeficientus atskirai netaikiusiems ir taikiusiems dėmesingo įsisąmoninimo praktikas tiriamiesiems. Koreliacijų reikšmės buvo laikomos silpnomis, kai Pirsono koeficientas nustatytas 0,10–0,29, vidutinėmis, kai Pirsono koeficientas 0,30–0,49, stipriomis – 0,50 ir daugiau [46]. Medijuotiems ryšiams tarp prieigos prie gamtos ir pasitenkinimo gyvenimu įvertinti taikytas struktūrinis modeliavimas, kelių analizė. Sudaryto mediacijos modelio charakteristikų palyginamoji analizė grupėse ir ryšių tarp tyrimo kintamųjų moderacijų patikra leido įvertinti, ar sudaryti modeliai nesiskyrė tarp netaikančių ir taikančių dėmesingo įsisąmoninimo praktikas tyrimo dalyvių.

Keslerio bendrojo distreso klausimyno struktūra buvo patvirtinta atlikus patvirtinančiąją faktorių analizę. Skalės struktūra buvo laikoma tinkama, o sudarytas modelis

patikimu, jei buvo nustatyti pakankami modelių derėjimo rodikliai: RMSEA $\leq$ 0,06 (geras modelio derėjimas), $\leq$ 0,08 (pakankamas modelio derėjimas), SRMR $<$ 0,09, CFI $\geq$ 0,95, TLI $\geq$ 0,95 [47].

Skirtumai ir ryšiai buvo laikomi statistiškai reikšmingais, jei p reikšmė buvo $<$ 0,05. Statistinė analizė atlikta IBM SPSS programos 29 versija, patvirtinančioji faktorių analizė ir struktūrinio modeliavimo analizė AMOS 30 versija, moderacijos vertintos naudojant SPSS priedo PROCESS 4.2 versiją.

REZULTATAI

Tiriamųjų imties charakteristikos pateiktos 1 lentelėje. Pagal išsilavinimą dauguma (45,1 proc.) tiriamųjų buvo baigę bakalauro studijas, 15,7 proc. magistro studijas, 29,5 proc. tiriamųjų nurodė vidurinį ar profesinį išsi-

lavinimą, o 9,7 proc. studijavo nuolatinėse studijose. 60,8 proc. visų tyrimo dalyvių gyveno registruotoje santuokoje arba partnerystėje, 15,1 proc. buvo vieniši, 21,2 proc. nurodė turintys įpareigojančius santykius, 2,9 proc. nurodė kitą šeimos padėtį. Dauguma tiriamųjų gyveno kaimiškose vietovėse (47,0 proc.) ir mažesniuose miestuose (28,5 proc.), didmiesčiuose su daugiau nei 100 000 gyventojų gyveno 15,9 proc., sostinėje 5,5 proc., o jos priemiesčiuose 3,1 proc. Didžiausią apklaustųjų dalį (95,8 proc.) sudarė tautinės daugumos atstovai, 1,0 proc. – tautinių mažumų atstovai, o 3,2 proc. nurodė nesantys tikri dėl priklausymo tautinei daugumai ar mažumai. Paklausti apie finansinį saugumą, 73,9 proc. apklaustos dalyvių nurodė, kad jaučiasi panašiai saugiai kaip ir kiti šalies gyventojai, 18,3 proc. jautėsi mažiau saugūs, o 7,8 proc. – saugesni.

1 lentelė. Tiriamųjų charakteristikos (n = 383)

Charakteristikos		n	proc.
Lytis	vyras	86	22,5
	moterys	297	77,5
Išsilavinimas	vidurinis, profesinis	113	29,5
	studijuoja nuolatinėse studijose	37	9,7
	bakalauro laipsnis	173	45,1
	magistro laipsnis	60	15,7
Šeiminė padėtis	vieniši (-os)	58	15,1
	įsipareigoję partneriui	81	21,2
	gyvena santuokoje arba partnerystėje	233	60,8
	kita	11	2,9
Gyvenama vieta	sostinė	21	5,5
	sostinės priemiestis	12	3,1
	miestas, kuriame daugiau nei 100 000 gyventojų	61	15,9
	miestas, kuriame 10 000–100 000 gyventojų	109	28,5
	kaimiška vietovė	180	47,0
Tautybė	tautinės daugumos atstovai	367	95,8
	tautinės mažumos atstovai	4	1,0
	nėra tikri	12	3,2
Finansinis saugumas	jaučiasi mažiau saugūs nei kiti	70	18,3
	jaučiasi panašiai kaip visi	283	73,9
	jaučiasi saugesni nei kiti	30	7,8

Nustatyta, jog 29,5 proc. tiriamųjų taikė dėmesingo įsisąmoninimo praktikas. Iš taikiusiųjų praktikas didžioji dalis užsiėmė tokiais mankštos pratimais kaip joga, nirvanos mankšta ar taiči ir kitais mankštos prati-

mais arba treniruotėmis, taip pat taikė meditaciją, nukreiptą į kvėpavimą, kūno skenavimą ar vizualizacijas, stiprino dėmesingą įsisąmoninimą per dienoraščio rašymą, savirefleksiją, sąmoningą valgymą, dėkingu-

mo praktikas, naudojo specialias programėles (pvz., *Headspace*, *Calm*, *Insight Timer* ir kitas) ar lankė grupinės meditacijos, kvėpavimo ar sąmoningumo sesijas. Antroje lentelėje pateikiami kintamųjų palyginimai tarp netaikiusių ir taikiusių dėmesingo įsąmoninimo praktikas tyrimo dalyvių. Prieiga prie gamtos (vidutinis efekto dydis (ED)), jaučiamas ryšys su gamta, dėmesin-

gas įsąmoninimas (stiprus ED), teigiami su psichikos sveikata susiję išgyvenimai (silpnas ED) buvo aukštesni tarp praktikuojančių nei tarp nepraktikuojančių dėmesingo įsąmoninimo veiklų tiriamųjų, o distreso lygis mažesnis tarp praktikuojančiųjų (silpnas ED). Vienintelis kintamasis, kurio balas grupėse statistiškai reikšmingai nesiskyrė, buvo pasitenkinimas gyvenimu.

2 lentelė. Prieigos prie gamtos, ryšio su gamta, dėmesingo įsąmoninimo, psichikos sveikatos ir pasitenkinimo gyvenimu palyginimas tarp netaikančių ir taikančių dėmesingo įsąmoninimo praktikas tiriamųjų (n = 383)

Kintamieji	Dėmesingo įsąmoninimo praktikos				Efekto dydis, Koheno d rodiklis	p
	Netaiko (n = 270)		Taiko (n = 113)			
	m	SN	m	SN		
Prieiga prie gamtos	3,72	0,83	4,22	0,61	–0,65	< 0,001
Ryšys su gamta	3,15	0,73	3,79	0,69	–0,89	< 0,001
Dėmesingas įsąmoninimas	3,20	0,67	3,75	0,62	–0,84	< 0,001
Distresas	2,06	0,85	1,79	0,75	0,32	0,001
Su psichikos sveikata susiję teigiami išgyvenimai	2,84	0,52	3,07	0,48	–0,45	< 0,001
Pasitenkinimas gyvenimu	4,68	1,29	4,95	1,44	–0,20	0,07

m – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis.

Trečioje lentelėje pateiktos koreliacijos tarp tyrimo kintamųjų rodo, kad stipriausi tarpusavio ryšiai nustatyti tarp jaučiamo ryšio su gamta, pasitenkinimo gyvenimu ir su psichikos sveikata susijusių teigiamų išgyvenimų, o psichologinis distresas buvo reikšmingai neigiamai susijęs su visais kitais psichologinės

gerovės rodikliais. Lyginant praktikuojančius ir nepraktikuojančius dėmesingo įsąmoninimo praktikas dalyvius matyti, kad koreliaciniai ryšiai buvo stipresni tarp tų, kurie netaikė dėmesingo įsąmoninimo praktikų, o tarp praktikuojančių minėtas technikas tiriamųjų koreliaciniai ryšiai buvo silpnesni.

3 lentelė. Koreliaciniai ryšiai tarp prieigos prie gamtos, ryšio su gamta, dėmesingo įsąmoninimo, psichikos sveikatos ir pasitenkinimo gyvenimu (n = 383)¹

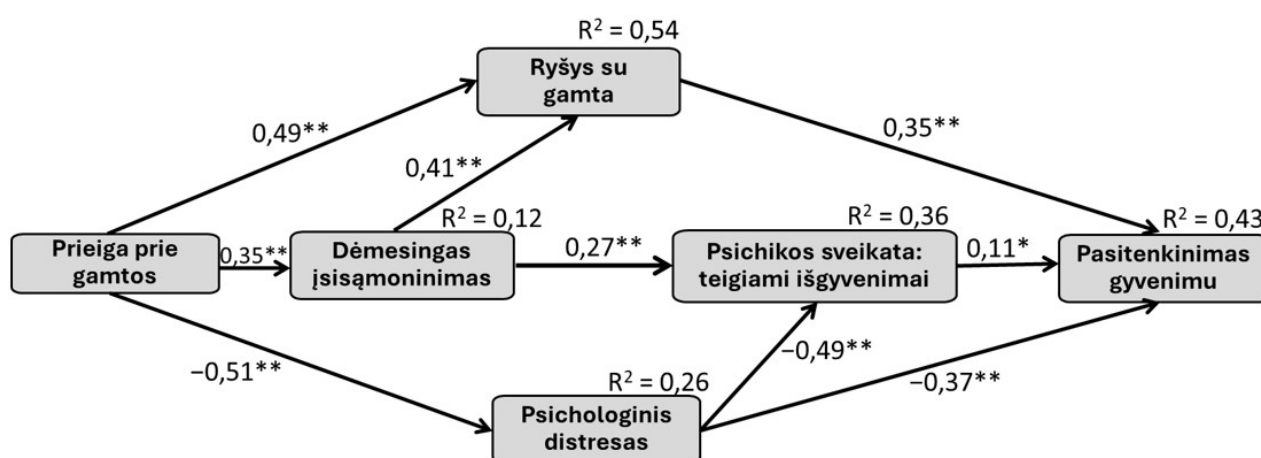
Kintamieji	1	2	3	4	5	6
1. Prieiga prie gamtos	1,00	0,44**	0,17	-0,27**	0,08	0,38**
2. Ryšys su gamta	0,64**	1,00	0,36**	-0,17	0,08	0,39**
3. Dėmesingas įsąmoninimas	0,30**	0,57**	1,00	-0,17	0,22*	0,30**
4. Distresas	-0,56**	-0,41**	-0,16**	1,00	-0,38**	-0,50**
5. Su psichikos sveikata susiję teigiami išgyvenimai	0,50**	0,45**	0,37**	-0,58**	1,00	0,29**
6. Pasitenkinimas gyvenimu	0,54**	0,60**	0,29**	-0,58**	0,51**	1,00

* p < 0,05, ** p < 0,01.

¹ koreliacijos koeficientai buvo vertinti atskirai tarp netaikančių dėmesingo įsąmoninimo praktikų tiriamųjų ir jas taikančių; apatiniame koreliacijų matricos trikampyje pateikti netaikančių praktikų, viršutiniame – taikančių praktikų tiriamųjų koreliacijos koeficientai.

Struktūrinio modeliavimo principu sudarytas mediacijos modelis parodė, kad pasitenkinimas gyvenimu yra kompleksiskai susijęs su prieiga prie gamtos per kelis mediatorius (2 pav.). Nustatyta, kad didesnė prieiga prie gamtos siejosi su stipresniu ryšiu su gamta, aukštesniu dėmesingo įsisąmoninimo lygiu bei mažesniu distreso patyrimu. Tolesnės modelio sąsajos atskleidė, kad aukštesnis dėmesingas įsisąmoninimas buvo susijęs su teigiamais psichikos išgyvenimais, o šie tiesiogiai prisidėjo prie didesnio pasitenkinimo gyvenimu. Jaučiamas ryšys su

gamta turėjo ir tiesioginį teigiamą efektą pasitenkinimui gyvenimu. Distresas, priešingai, turėjo neigiamą ryšį su pasitenkinimu gyvenimu ir psichikos sveikata. Modelis paaiškino 43 proc. pasitenkinimo gyvenimu dispersijos ($R^2 = 0,43$) ir pasižymėjo labai geromis duomenų derėjimo prie teorinio modelio charakteristikomis ($\chi^2/df = 1,98$; $p = 0,065$; CFI = 0,99; TLI = 0,98; SRMR = 0,03; RMSEA = 0,05). Šie rezultatai pabrėžia, kad gamtos aplinka pasitenkinimą gyvenimu veikia tiesiogiai ir netiesiogiai per įvairius psichologinius mechanizmus.

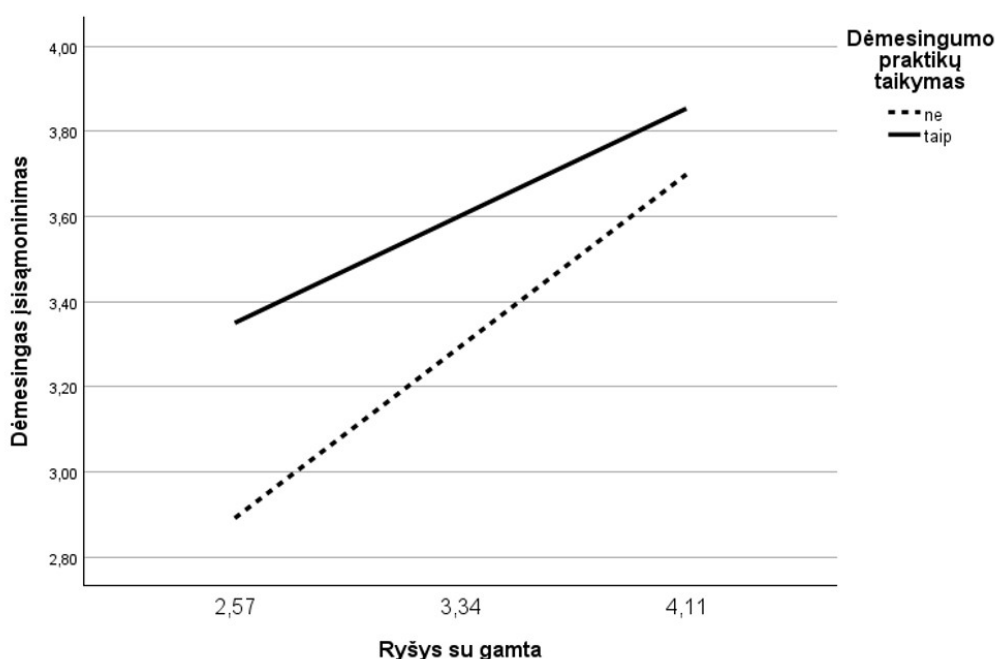


2 pav. Mediacijos modelis: ryšys tarp prieigos prie gamtos ir pasitenkinimo gyvenimu per jaučiamą ryšį su gamta, dėmesingą įsisąmoninimą ir psichikos sveikatą (n = 383)

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

Toliau, taikant grupių analizę (angl. *multigroup analysis, invariance*), mediacijos modeliai buvo palyginti tarp ne-taikusių ir taikiusių dėmesingo įsisąmoninimo praktikas tiriamųjų. Nors modeliai tarp grupių reikšmingai nesiskyrė ($\Delta\chi^2(9) = 13,24$, $p = 0,152$), tikrinant po vieną ryšį buvo rastas reikšmingas moderuojantis dėmesingo įsisą-

moninimo praktikų taikymo efektas (nestand. B = -0,20; $p = 0,03$). Ryšys tarp jaučiamo ryšio su gamta ir dėmesingo įsisąmoninimo buvo stipresnis tarp tų tiriamųjų (3 pav.), kurie nepraktikavo dėmesingo įsisąmoninimo, lyginant su praktikavusiais (atitinkamai nestand. B = 0,52, $p < 0,001$ ir B = 0,33, $p < 0,001$).



3 pav. Moderuojantis dėmesingumo praktikų taikymo efektas vertinant sąsają tarp jaučiamo ryšio su gamta ir dėmesingo įsisąmoninimo ($n = 383$)

REZULTATŲ APTARIMAS

Šio tyrimo tikslas buvo nustatyti ryšius tarp prieigos prie gamtos, dėmesingo įsisąmoninimo, jaučiamo ryšio su gamta, distreso, psichikos sveikatos ir pasitenkinimo gyvenimu. Atskleidžiant ryšį tarp prieigos prie gamtos išteklių ir pasitenkinimo gyvenimu minėti veiksniai buvo analizuojami kaip potencialūs ryšių mediatoriai. Taip pat siekėme palyginti minėtus tyrimo kintamuosius tarp netaikiusių ir taikiusių dėmesingo įsisąmoninimo praktikas tiriamųjų ir įvertinti, ar praktikų taikymas galėjo šiuos ryšius moderuoti.

Tyrimo rezultatai atskleidė, jog didžioji dalis tiriamųjų netaikė dėmesingo įsisąmoninimo praktikų, o dėmesingo įsisąmoninimo praktikas taikantys tiriamieji, palyginti su netaikančiais, pasižymėjo didesniu dėmesingu įsisąmoninimu, dažniau laiką leido gamtos apsuptyje, patyrė mažiau distreso ir daugiau su psichikos sveikata susijusių teigiamų išgyvenimų. Pasitenkinimo gyvenimu rodikliai tarp taikančių ir netaikančių dėmesingo įsisąmoninimo praktikas tiriamųjų reikšmingai nesiskyrė, nors nustatytas mažas efekto dydis ir ribinė p reikšmė. Tai galima paaiškinti tuo, kad ryšiai tarp dėmesingo įsisąmoninimo ir pasitenkinimo gyvenimu yra netiesioginiai, o abiejose grupėse nustatyti pakankamai aukšti

pasitenkinimo gyvenimu rodikliai (atitinkamai $4,68 \pm 1,29$ ir $4,95 \pm 1,44$ iš galimų 7,00). Kitų autorių atliktas tyrimas apie dėmesingo įsisąmoninimo programos poveikį atskleidė teigiamą ryšį tarp dėmesingo įsisąmoninimo praktikų ir mažesnio streso pasireiškimo bei didesnio pasitenkinimo gyvenimu [48]. Reikėtų pažymėti, kad, kitų tyrėjų duomenimis, šie ryšiai taip pat yra silpni arba vidutiniai [49].

Nustatyta, jog visi kintamieji tarpusavyje koreliuoja teigiamais ryšiais, išskyrus psichologinį distresą, kuris su visais kintamaisiais buvo susijęs neigiamais ryšiais. Lyginant kintamųjų koreliacinius ryšius tarp taikančių dėmesingo įsisąmoninimo praktikas ir netaikančių tiriamųjų, stipresni ryšiai nustatyti tarp netaikiusių dėmesingo įsisąmoninimo praktikų tiriamųjų. Tai leidžia manyti, kad dėmesingumo praktikos gali veikti kaip savarankiškas apsaugos veiksnys, mažinantis išorinių aplinkos veiksnių (pvz., distreso) poveikį psichikos sveikatai.

Tyrimu buvo siekiama nustatyti sąsajas tarp prieigos prie gamtos, dėmesingo įsisąmoninimo, jaučiamo ryšio su gamta, distreso, psichikos sveikatos ir pasitenkinimo gyvenimu, tad pagal egzistuojančius empirinius duomenis ir keliamus hipotetinius ryšius tarp kintamųjų buvo sudarytas kelių modelis. Nustatyta, jog su pasirinktu

priklausomu kintamuoju, pasitenkinimu gyvenimu, tiesiogiai buvo susiję jaučiamas ryšys su gamta, distresas ir su psichikos sveikata susiję teigiami išgyvenimai. Ryšys su gamta ir su psichikos sveikata susiję teigiami išgyvenimai siejosi su pasitenkinimu gyvenimu teigiamais ryšiais, distresas – neigiamu ryšiu. Moksliniai tyrimai taip pat atskleidžia teigiamą ryšio su gamta reikšmę [50] ir neigiamą distreso reikšmę [51] pasitenkinimui gyvenimu. Prieiga prie gamtos su pasitenkinimu gyvenimu buvo susiję netiesiogiai per mediatorius ryšį su gamta, dėmesingą įsisąmoninimą ir su psichikos sveikata susijusius teigiamus išgyvenimus. Tad galima teigti, jog prieiga prie gamtos susijusi su stipriau išreikštu ryšiu su gamta ir aukštesniu pasitenkinimu gyvenimu. Prieiga prie gamtos taip pat gali sumažinti pasireiškiantį distresą, kuris sustiprina su psichikos sveikata susijusius teigiamus išgyvenimus ir padidina pasitenkinimą gyvenimu. Natūralioje aplinkoje praktikuojamas dėmesingas įsisąmoninimas taip pat gali sustiprinti ryšį su gamta bei turėti teigiamą efektą su psichikos sveikata susijusiems teigiamiems išgyvenimams ir taip padidinti pasitenkinimą gyvenimu. Nustatyta, jog modelis paaiškino 43 proc. pasitenkinimo gyvenimu reikšmių variacijos. Kitų atliktų tyrimų autoriai nustatė, jog dėmesingas įsisąmoninimas ieškant sąsajų tarp ryšio su gamta ir psichologinės gerovės buvo teigiamai susijęs su psichologine gerove [52] arba netiesiogiai siejosi su pasitenkinimu gyvenimu per patiriamą mažesnę stresą ir aukštesnę savęs vertinimą [48].

Mediacijos modeliai buvo lyginami tarp taikiusių ir netaikiusių dėmesingo įsisąmoninimo praktikas tiriamųjų grupių. Tyrimu siekta įvertinti, ar praktikų taikymas galėtų moderuoti ryšius tarp tyrimo kintamųjų, tad tikrinant po vieną ryšį buvo rastas reikšmingas dėmesingo įsisąmoninimo praktikų taikymo efektas dėmesingo įsisąmoninimo ir ryšio su gamta sąsajoms. Nustatyta, jog stipresnis ryšys tarp dėmesingo įsisąmoninimo ir ryšio su gamta buvo labiau būdingas netaikiusiems dėmesingo įsisąmoninimo praktikų tiriamiesiems. Galima daryti prielaidą, kad formaliai taikomos dėmesingo įsisąmoninimo praktikos gali kiek suvienodinti patyrimą, mažindamos individualius skirtumus tarp tiriamųjų, o ne tik stiprinti jų ryšį su gamta. Tačiau šis rezultatas reikalauja atsargios interpretacijos – būtina papildoma analizė, siekiant įvertinti kitus galimus moderuojančius

ar mediacinius mechanizmus bei praktikų taikymo trukmės ir kokybės reikšmę.

Įvertinus tyrimo stipriąsias savybes galima teigti, jog tyrime naudotos validuotos skalės ir klausimynai, užtikrinantys tyrimo validumą. Gauti statistiškai reikšmingi duomenys bei patikimi modelio derėjimo parametrai leido nustatyti ryšius tarp dėmesingo įsisąmoninimo, prieigos prie gamtos, ryšio su gamta, psichikos sveikatos ir pasitenkinimo gyvenimu kintamųjų naudojant mediacijos modelį.

Kaip tyrimo ribotumus reikėtų paminėti momentinį tyrimo dizainą, neleidžiantį daryti išvadų apie priežastinius ryšius tarp tyrimo kintamųjų, ir patogiąją, nereprezentuojančią Lietuvos populiacijos tiriamųjų imtį. Taip pat netyrėme, ar dėmesingo įsisąmoninimo praktikų taikymas buvo nuolatinis ar labiau atsitiktinis, nevertinome praktikų taikymo trukmės ir kokybės. Atliekant tolimesnius tyrimus vertėtų atsižvelgti į tolygesnę tiriamųjų imties pasiskirstymą pagal lytį, labiau įsigilinti į skirtingų dėmesingo įsisąmoninimo praktikų reikšmę prieigos prie gamtos, ryšio su gamta, psichikos sveikatos ir pasitenkinimo gyvenimu veiksniams.

APIBENDRINIMAS

Šio tyrimo rezultatai atskleidė, kad jaučiamas ryšys su gamta, dėmesingas įsisąmoninimas, su psichikos sveikata susiję teigiami išgyvenimai ir psichologinis distresas medijavo ryšį tarp prieigos prie žaliųjų plotų ir pasitenkinimo gyvenimu. Taip pat asmenys, praktikuojantys dėmesingo įsisąmoninimo praktikas, pasižymėjo stipresniu ryšiu su gamta, aukštesniu dėmesingo įsisąmoninimo lygiu, geresne psichikos sveikata ir mažesniu distreso lygiu. Pažymėtina, kad ryšiai tarp gamtos rodiklių ir psichologinės gerovės komponentų buvo stipresni tarp tiriamųjų, netaikiusių dėmesingo įsisąmoninimo praktikų.

Atsižvelgiant į šiuos rezultatus, planuojant visuomenės psichikos sveikatos stiprinimo programas ir urbanistinius sprendimus, svarbu užtikrinti gyventojų prieigą prie žaliųjų erdvių, taip pat edukuoti visuomenę apie dėmesingumo praktikų naudą ir sudaryti sąlygas jas taikyti, pavyzdžiui, darbo pertraukų ir poilsio metu.

Straipsnis gautas 2025-06-03, priimtas 2025-07-25

Literatūra

- World Health Organization. Urban green spaces: a brief for action [Internet]. Copenhagen: World Health Organization; 2017 [cited 2025 Jun 9]. Available from: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289052498>
- Creswell JD, Lindsay EK. How Does Mindfulness Training Affect Health? A Mindfulness Stress Buffering Account. *Curr Dir Psychol Sci*. 2014 Dec;23(6):401–7. <https://doi.org/10.1177/0963721414547415>
- Bratman GN, Hamilton JP, Daily GC. The impacts of nature experience on human cognitive function and mental health. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2012 Feb;1249(1):118–36. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06400.x>
- Kaplan R, Kaplan S. The experience of nature: A psychological perspective. Cambridge University Press; 1989. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1989-98477-000>
- Psichikos ir elgesio sutrikimų paplitimas Lietuvoje 2016–2022 m. Vilnius: Higienos institutas; 2023. (Visuomenės sveikatos netolygumai Nr. 2 (48)).
- Gaekwad JS, Sal Moslehian A, Roös PB. A meta-analysis of physiological stress responses to natural environments: Biophilia and Stress Recovery Theory perspectives. *Journal of Environmental Psychology*. 2023 Sep;90:102085. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2023.102085>
- Kim H, Jeon MJ, Seong G, Jung YC, Park JY, Lee D. Functional connectivity of the amygdala in relation to high stress and low mindfulness. *Neuroscience Letters*. 2024 Nov;842:137985. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2024.137985>
- Jimenez MP, DeVille NV, Elliott EG, Schiff JE, Wilt GE, Hart JE, et al. Associations between Nature Exposure and Health: A Review of the Evidence. *IJERPH*. 2021 Apr 30;18(9):4790. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094790>
- Ulrich RS, Simons RF, Losito BD, Fiorito E, Miles MA, Zelson M. Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *Journal of Environmental Psychology*. 1991 Sep;11(3):201–30. [https://doi.org/10.1016/s0272-4944\(05\)80184-7](https://doi.org/10.1016/s0272-4944(05)80184-7)
- Ulrich RS. View Through a Window May Influence Recovery from Surgery. *Science*. 1984 Apr 27;224(4647):420–1. <https://doi.org/10.1126/science.6143402>
- Accoto A, Chiarella SG, Raffone A, Montano A, De Marco A, Mainiero F, et al. Beneficial Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction Training on the Well-Being of a Female Sample during the First Total Lockdown Due to COVID-19 Pandemic in Italy. *IJERPH*. 2021 May 21;18(11):5512. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115512>
- Khoury B, Sharma M, Rush SE, Fournier C. Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*. 2015 Jun;78(6):519–28. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.009>
- Gu J, Strauss C, Bond R, Cavanagh K. How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review*. 2015 Apr;37:1–12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.006>
- Blevins P, Moyle G, Erskine S, Hopper L. Mindfulness, recovery-stress balance, and well-being among university dance students. *Research in Dance Education*. 2022 Jan 2;23(1):142–55. <https://doi.org/10.1080/14647893.2021.1980528>
- Aguilar-Raab C, Stoffel M, Hernández C, Rahn S, Moessner M, Steinhilber B, et al. Effects of a mindfulness-based intervention on mindfulness, stress, salivary alpha-amylase and cortisol in everyday life. *Psychophysiology*. 2021 Dec;58(12):e13937. <https://doi.org/10.1111/psyp.13937>
- Burger T, Potgieter JC, Nell W. Methods and Environmental Conditions Typical of Nature-Based Mindfulness Practice: A Scoping Review. *Mindfulness*. 2024 Jul;15(7):1621–37. <https://doi.org/10.1007/s12671-024-02393-8>
- Choe EY, Jorgensen A, Sheffield D. Does a natural environment enhance the effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)? Examining the mental health and wellbeing, and nature connectedness benefits. *Landscape and Urban Planning*. 2020 Oct;202:103886. <https://doi.org/10.1016/j.landurbplan.2020.103886>
- Djerneris D, Lerstrup I, Poulsen D, Stigsdotter U, Dahlgaard J, O'Toole M. A Systematic Review and Meta-Analysis of Nature-Based Mindfulness: Effects of Moving Mindfulness Training into an Outdoor Natural Setting. *IJERPH*. 2019 Sep 2;16(17):3202. <https://doi.org/10.3390/ijerph16173202>
- Coholic D, Dano K, Sindori S, Eys M. Group work in mindfulness-based interventions with youth: a scoping review. *Social Work with Groups*. 2019 Oct 2;42(4):259–74. <https://doi.org/10.1080/01609513.2019.1571764>
- Davis KM, Wojcik CM, Baillie AJ, Foley E, Goddard T, Lau MA, et al. Mechanisms of Mindfulness: A Longitudinal Study of a Mindfulness-Based Stress Reduction Program. *Mindfulness*. 2024 May;15(5):1188–207. <https://doi.org/10.1007/s12671-024-02359-w>
- Nisbet EK, Zelenski JM, Grandpierre Z. Mindfulness in Nature Enhances Connectedness and Mood. *Ecopsychology*. 2019 Jun;11(2):81–91. <https://doi.org/10.1089/eco.2018.0061>
- Jones MV, Gidlow CJ, Hurst G, Masterson D, Smith G, Ellis N, et al. Psycho-physiological responses of repeated exposure to natural and urban environments. *Landscape and Urban Planning*. 2021 May;209:104061. <https://doi.org/10.1016/j.landurbplan.2021.104061>
- Bossi F, Zaninotto F, D'Arcangelo S, Lattanzi N, Malizia AP, Ricciardi E. Mindfulness-based online intervention increases well-being and decreases stress after Covid-19 lockdown. *Sci Rep*. 2022 Apr 20;12(1):6483. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-10361-2>
- Dong X, Geng L. The role of mindfulness and meaning in life in adolescents' dispositional awe and life satisfaction: the broaden-and-build theory perspective. *Curr Psychol*. 2023 Nov;42(33):28911–24. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03924-z>
- Kang M, Yang Y, Kim H, Jung S, Jin HY, Choi KH. The mechanisms of nature-based therapy on depression, anxiety, stress, and life satisfaction: examining mindfulness in a two-wave mediation model. *Front Psychol*. 2023 Dec 22;14:1330207. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1330207>
- Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*. 1985 Feb;49(1):71–5. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Smith F, Howie L, Malsingh J, O'Mant A, Shakespeare S, Tunney K. Effects of nature-based mindfulness on pain and wellbeing

- for adults with persistent pain: a systematic literature review. *Physical Therapy Reviews*. 2024 May 3;29(1–3):101–16. <https://doi.org/10.1080/10833196.2024.2367814>
28. Menardo E, Di Marco D, Ramos S, Brondino M, Arenas A, Costa P, et al. Nature and Mindfulness to Cope with Work-Related Stress: A Narrative Review. *IJERPH*. 2022 May 13;19(10):5948. <https://doi.org/10.3390/ijerph19105948>
 29. Quah A, Haughton M, Kotera Y. Investigating the relationship between nature exposure, nature connectedness and well-being in individuals with cancer. *International Journal of Spa and Wellness*. 2024 Sep;7(3):250–76. <https://doi.org/10.1080/24721735.2024.2398313>
 30. Swami V, Barron D, Todd J, Horne G, Furnham A. Nature exposure and positive body image: (Re-)examining the mediating roles of connectedness to nature and trait mindfulness. *Body Image*. 2020 Sep;34:201–8. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.06.004>
 31. Shuda Q, Bougoulas ME, Kass R. Effect of nature exposure on perceived and physiologic stress: A systematic review. *Complementary Therapies in Medicine*. 2020 Sep;53:102514. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102514>
 32. Richter N, Hunecke M. Mindfulness, connectedness to nature, personal ecological norm and pro-environmental behavior: A daily diary study. *Current Research in Ecological and Social Psychology*. 2022;3:100038. <https://doi.org/10.1016/j.cresp.2022.100038>
 33. Liu Y, Cleary A, Fielding KS, Murray Z, Roiko A. Nature connection, pro-environmental behaviours and wellbeing: Understanding the mediating role of nature contact. *Landscape and Urban Planning*. 2022 Dec;228:104550. <https://doi.org/10.1016/j.landurbplan.2022.104550>
 34. Pritchard A, Richardson M, Sheffield D, McEwan K. The Relationship Between Nature Connectedness and Eudaimonic Well-Being: A Meta-analysis. *J Happiness Stud*. 2020 Mar;21(3):1145–67. <https://doi.org/10.1007/s10902-019-00118-6>
 35. Samus A, Freeman C, Dickinson KJM, Van Heezik Y. Relationships between nature connectedness, biodiversity of private gardens, and mental well-being during the Covid-19 lockdown. *Urban Forestry & Urban Greening*. 2022 Mar;69:127519. <https://doi.org/10.1016/j.ufug.2022.127519>
 36. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SLT, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med*. 2002 Aug;32(6):959–76. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006074>
 37. Kamitsis I, Francis AJP. Spirituality mediates the relationship between engagement with nature and psychological well-being. *Journal of Environmental Psychology*. 2013 Dec;36:136–43. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2013.07.013>
 38. Matukyniene, et al. Associations between nature exposure, nature connectedness, perceived restorativeness and psychological well-being in Lithuanian inhabitants. *Visuomenės sveikata / Public Health*. 2021;94(3):83–92.
 39. Mayer FS, Frantz CM. The connectedness to nature scale: A measure of individuals' feeling in community with nature. *Journal of Environmental Psychology*. 2004 Dec;24(4):503–15. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2004.10.001>
 40. Cardaciotto L, Herbert JD, Forman EM, Moitra E, Farrow V. The Assessment of Present-Moment Awareness and Acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment*. 2008 Jun;15(2):204–23. <https://doi.org/10.1177/1073191107311467>
 41. Baceviciene M, Jankauskiene R, Balciuniene V. Mindfulness, Physical Activity and Sports Participation: Validity Evidence of the Lithuanian Translation of the State Mindfulness Scale for Physical Activity 2 in Physically Active Young Adults. *Behavioral Sciences*. 2023 Oct 5;13(10):820. <https://doi.org/10.3390/bs13100820>
 42. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med*. 1997 Jan;27(1):191–7. <https://doi.org/10.1017/S0033291796004242>
 43. Malinauskiene V, Leisyte P, Romualdas M, Kirtiklyte K. Associations between self-rated health and psychosocial conditions, lifestyle factors and health resources among hospital nurses in Lithuania: Self-rated health and psychosocial conditions, lifestyle factors among the hospital nurses in Lithuania. *Journal of Advanced Nursing*. 2011 Nov;67(11):2383–93. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05685.x>
 44. Swami V, Stieger S, Voracek M, Aavik T, Abdollahpour Ranjbar H, Adebayo SO, et al. Life satisfaction around the world: Measurement invariance of the Satisfaction With Life Scale (SWLS) across 65 nations, 40 languages, gender identities, and age groups. Harpaz G, editor. *PLoS ONE*. 2025 Jan 22;20(1):e0313107. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0313107>
 45. Vaske JJ, Beaman J, Sponarski CC. Rethinking Internal Consistency in Cronbach's Alpha. *Leisure Sciences*. 2017 Mar 4;39(2):163–73. <https://doi.org/10.1080/01490400.2015.1127189>
 46. Cohen J. A power primer. *Psychological Bulletin*. 1992;112(1):155–9. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
 47. Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*. 1999 Jan;6(1):1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
 48. Lee J, Weiss A, Ford CG, Conyers D, Shook NJ. The indirect effect of trait mindfulness on life satisfaction through self-esteem and perceived stress. *Curr Psychol*. 2023 Jun;42(16):13333–45. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02586-7>
 49. Keng SL, Smoski MJ, Robins CJ. Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*. 2011 Aug;31(6):1041–56. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006>
 50. Chang C chen, Oh RRY, Nghiem TPL, Zhang Y, Tan CLY, Lin BB, et al. Life satisfaction linked to the diversity of nature experiences and nature views from the window. *Landscape and Urban Planning*. 2020 Oct;202:103874. <https://doi.org/10.1016/j.landurbplan.2020.103874>
 51. Kumar P, Kumar N, Aggarwal P, Yeap JAL. Working in lockdown: the relationship between COVID-19 induced work stressors, job performance, distress, and life satisfaction. *Curr Psychol*. 2021 Dec;40(12):6308–23. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01567-0>
 52. Huynh T, Torquati JC. Examining connection to nature and mindfulness at promoting psychological well-being. *Journal of Environmental Psychology*. 2019 Dec;66:101370. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2019.101370>

THE RELATIONSHIP BETWEEN NATURE EXPOSURE AND LIFE SATISFACTION IN A SAMPLE OF WORKING-AGE LITHUANIAN RESIDENTS: THE ROLE OF NATURE CONNECTEDNESS, MINDFUL AWARENESS, AND MENTAL HEALTH

Miglė Bacevičienė, Ieva Reviakaitė

Lithuanian Sports University, Department of Physical and Social Education

SUMMARY

The research objective was to identify the relationships between nature exposure and life satisfaction, where mindful awareness, nature connectedness and mental health would be employed as potential mediators. We also sought to compare the characteristics of the study variables between respondents who did not practice mindfulness and those who did, and to assess whether the application of mindfulness practices could moderate the relationships between the study variables.

Material and methods. A link to an anonymous survey form was distributed online. After giving their consent to participate in the study, respondents filled out the survey form, providing their social and demographic characteristics, assessing their access to green spaces, perceived nature connectedness, mindful awareness, psychological distress, positive experiences related to mental health, and life satisfaction. The study involved 383 participants aged 18 to 66 (mean age was 40.3 ± 12.0), 77.5% of whom were women.

Results. Study participants who practised mindfulness techniques had better mental health indicators and felt a stronger connection with nature. The results of the study revealed that connection with nature, mindful awareness, positive mental health experiences and

psychological distress mediated the relationship between access to green spaces and life satisfaction. It was observed that correlations between nature exposure, nature connectedness, mindful awareness and mental health were stronger among those participants who did not practice mindfulness techniques. This suggests that these mindfulness practices act as an independent protective factor.

Conclusions. It is recommended to integrate the green spaces environments and mindfulness practices into mental health promotion programmes, encouraging their application in everyday environments, during breaks at work and in leisure time.

Keywords. Mindfulness, green spaces, nature connectedness, mental health, life satisfaction.

Correspondence to Miglė Bacevičienė

Department of Physical and Social Education
Lithuanian Sports University
Sporto str. 6, LT-44221 Kaunas, Lithuania
E-mail: mige.baceviciene@lsu.lt

Received 3 June 2025, accepted 25 July 2025

SERGANČIŲJŲ CUKRINIŲ DIABETU SAVIKONTROLĖS ĮVERTINIMAS

Kristina Briedė, Aldona Mikaliūkštienė

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų instituto Slaugos katedra

SANTRAUKA

Cukrinis diabetas yra viena iš labiausiai paplitusių lėtinių ligų visame pasaulyje. Pacientų savikontrolė turi įtakos tinkamo gliukozės kiekio kraujyje užtikrinimui, komplikacijų prevencijai ir su diabetu susijusios mirties rizikos mažinimui. Tačiau sergantieji cukriniu diabetu patiria sunkumų savarankiškai valdydami ligą, o savikontrolės veiksmų neatlikimas išlieka problema, kuri galiausiai sukelia ūmias ir lėtines diabeto komplikacijas.

Metodai ir medžiaga. Siekiant išanalizuoti sergančiųjų cukriniu diabetu savikontrolę, atliktas kiekybinis tyrimas, anketinė apklausa. Savikontrolėi vertinti naudotas atnaujintas diabeto savikontrolės klausimynas (angl. *Diabetes Self-Management Questionnaire-Revised*). Iš viso tyrime dalyvavo 385 cukriniu diabetu sergantys asmenys. Gautiems tyrimų rezultatams apdoroti buvo naudojamos programos *MS Excel 2016* ir *SPSS 23.0*.

Rezultatai. Sergančiųjų I tipo cukriniu diabetu bendra ligos savikontrolė vertinama aukštesniais balais, palyginti su pacientais, kurie serga II tipo cukriniu diabetu ($p < 0,001$). Didesnė savikontrolė nustatyta tarp tiriamųjų, turinčių aukštesnį išsilavinimą, ir tų, kurių glikozilintas hemoglobinas svyruoja neperžengdamas normos ribų, bet ilgėjant ligos trukmei savikontrolė mažėjo.

Išvados. Sergančiųjų I tipo cukriniu diabetu savikontrolė yra reikšmingai aukštesnė nei sergančiųjų II tipo cukriniu diabetu.

Reikšminiai žodžiai: cukrinis diabetas, savikontrolė, savirūpa.

ĮVADAS

Cukrinis diabetas (CD) yra viena iš labiausiai paplitusių lėtinių ligų visame pasaulyje ir viena iš dešimties pagrindinių suaugusiųjų mirtingumo priežasčių. CD vis dar yra didžiausias endokrininės sistemos veiksnys, sukeliantis pasaulinę ligų naštą [1]. Patvirtinus ligos diagnozę tikimasi, kad sergantieji CD, norėdami valdyti savo ligą, laikysis sudėtingų savikontrolės veiksmų. Tinkama savikontrolė turi įtakos tinkamo gliukozės kiekio kraujyje užtikrinimui, komplikacijų prevencijai, gyvenimo kokybei ir su diabetu susijusios mirties rizikos mažinimui [2].

Manoma, kad CD savikontrolė yra glaudžiai susijusi su saviveiksmingumu [3]. Aktyvus dalyvavimas gydymo procese padeda pacientams sąmoningai valdyti savo sveikatą. Gydymo rekomendacijų laikymasis sudaro palankias sąlygas geriau kontroliuoti diabetą ir padeda išvengti ankstyvųjų (hipoglikemijos ir hiperglikemijos) ir ilgalaikių (retinopatijos, nefropatijos, neuropatijos,

angiopatijos, diabetinės pėdos sindromo) komplikacijų [4]. Tačiau dėl nepakankamos ligos kontrolės sergant CD neišvengiamai atsiranda komplikacijų, kurios blogina bendrą pacientų sveikatą ir gali būti pavojingos gyvybei. Nepaisant didėjančios naštos, diabetu sergančių pacientų gydymo režimo laikymasis yra mažesnis nei optimalus. Dėl to daugumai šių pacientų gresia įvairios sveikatos komplikacijos, kurios kelia pavojų gyvybei ir užkrauna didelę ekonominę naštą pacientams ir sveikatos priežiūros sistemai [5].

Adresas susirašinėti: Aldona Mikaliūkštienė
Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto
Sveikatos mokslų instituto Slaugos katedra
M. K. Čiurlionio g. 21/27, 03101 Vilnius
El. p. aldona.mikaliukstiene@mf.vu.lt

Turima įrodymų, kad CD priežiūra ir kontrolė toli gražu nėra optimalūs. Tai daugiausia lemia sudėtingas ligos valdymas, tinkamų sveikatos priežiūros išteklių ir pajamų trūkumas. Nustatyta, kad pirminiai rizikos veiksniai, tokie kaip nutukimas, mažas fizinis aktyvumas ir nesveiko maisto vartojimas, yra itin svarbūs CD prevencijai ir gydymui [6]. Sergantieji CD patiria sunkumų savarankiškai valdydami ligą, o savikontrolės veiksmų nevykdymas reguliariai ir toliau išlieka problema, kuri galiausiai sukelia ūmias ir lėtines diabeto komplikacijas [7]. Taigi sergantieji turi turėti žinių, įgūdžių ir pasitikėjimo savimi, kad galėtų sėkmingai savarankiškai valdyti diabetą, siekdami optimizuoti glikemijos kontrolę, sumažinti su diabetu susijusių komplikacijų riziką ir pagerinti gyvenimo kokybę [8]. Šio tyrimo tikslas – įvertinti sergančiųjų cukriniu diabetu savikontrolę.

TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Atliktas kiekybinis tyrimas, naudojant anoniminę anketinę apklausą. Sergančiųjų CD savikontrolę įvertinti naudotas atnaujintas diabeto savikontrolės klausimynas (angl. *Diabetes Self-Management Questionnaire-Revised*, DSMQ-R), kuriuo siekiama įvertinti abiejų tipų CD sergančiųjų savikontrolės elgesį.

Duomenų statistinė analizė atlikta naudojant programą *IBM SPSS 23.0*. Statistinei analizei atlikti taikyti neparametriniai testai: dviejų tiriamųjų grupių savikontrolės įverčiams palyginti taikytas Mano ir Vitnio (Mann–Whitney) rangų sumų kriterijus, daugiau nei dviejų tiriamųjų grupių savikontrolės įverčiams palyginti taikytas Kruskalo ir Voliso (Kruskal–Wallis) rangų sumų kriterijus. Rezultatai yra statistiškai reikšmingi, jei apskaičiuota kriterijaus p reikšmė yra ne didesnė už reikšmingumo lygmenį 0,05. Tyrimui atlikti pasirinkti I ir II tipo CD sergantys suaugę asmenys.

Tyrime analizuojamos 385 sergančiųjų CD užpildytos anketos. Du trečdaliai dalyvių ($n = 241$; 62,6 proc.) sudarė moteris. Tyrimo dalyvių amžius svyruoja nuo 18 iki 86 metų, amžiaus vidurkis $53,21 \pm 17,60$ m. Didžioji dalis respondentų ($n = 146$; 37,9 proc.) amžius – iki 44 metų. Tiriamųjų ligos trukmė svyruoja nuo pusės

metų iki 58 metų. Tirtų pacientų liga trunka vidutiniškai $13,29 \pm 9,28$ m. Pagal ligos trukmę tyrimo dalyviai buvo suskirstyti į tris grupes: sergantys iki 10 metų, sergantys nuo 10 iki 19 metų ir sergantys 20 ar daugiau metų tiriamieji.

Aukštąjį išsilavinimą (universitetinį arba neuniversitetinį) buvo įgiję 254 (66 proc.) tyrimo dalyviai. Maždaug pusė (56,4 proc.) atsakiusiųjų gyvena mieste, kiti – miestelyje arba kaime. Didesnė dalis atsakiusiųjų ($n = 230$; 59,7 proc.) serga II tipo CD. Šiek tiek daugiau nei pusė (54,5 proc.) respondentų HbA1c reikšmė yra < 7 mmol/l. Tyrimas buvo atliekamas laikantis autonomiškumo, anonimiškumo bei konfidencialumo principų. Dalyvavimas tyrime buvo savanoriškas. Asmeniniai respondentų duomenys (vardas, pavardė, gimimo data) nebuvo renkami, o visi gauti tyrimo rezultatai naudoti tik apibendrintai.

TYRIMO REZULTATAI

Siekiant nustatyti tyrimo dalyvių ligos savikontrolės veiksmus, pateiktas klausimynas savarankiškai diabeto kontrolei įvertinti. Rezultatai analizuoti vertinant bendrą skalės įvertį ir atskirų subskalių (mitybos įpročiai, vaistų vartojimas, gliukozės stebėjimas, fizinis aktyvumas, bendradarbiavimas su sveikatos priežiūros specialistais) įverčius. Aukštesnis balas rodo didesnę savikontrolę.

Nustatyta, kad sergančiųjų I tipo CD bendra ligos savikontrolė yra aukštesnė, palyginti su sergančiaisiais II tipo CD ($p < 0,001$). Vertinant atskiras subskales matyti, kad mitybos įpročių, vaistų vartojimo, gliukozės stebėjimo, fizinio aktyvumo ir bendradarbiavimo su sveikatos priežiūros specialistais veiksmų savikontrolės įverčiai taip pat yra statistiškai reikšmingai aukštesni sergančiųjų I tipo CD grupėje. Tarp pacientų, sergančių tiek I, tiek II tipo CD, aukščiausia savikontrolė stebėta bendradarbiavimo su sveikatos priežiūros specialistais srityje, žemiausia tarp sergančiųjų I tipo CD – gliukozės stebėjimo ir fizinio aktyvumo srityse. Tarp sergančiųjų II tipo CD žemiausia savikontrolės sritis buvo fizinis aktyvumas (1 lentelė).

1 lentelė. Tyrimo dalyvių savikontrolės skalės įverčiai, atsižvelgiant į diagnozuotą CD tipą (n = 385)

Subskalės	Diagnozuotas CD tipas		Z	p
	I tipo CD n = 155	II tipo CD n = 230		
	M (SN)	M (SN)		
Bendra savikontrolė	7,13 (1,49)	4,60 (1,86)	-11,323	< 0,001
Mitybos įpročiai	6,78 (1,34)	4,37 (1,67)	-12,366	< 0,001
Vaistų vartojimas	7,44 (3,08)	4,93 (3,16)	-7,118	< 0,001
Gliukozės stebėjimas	5,31 (2,66)	4,10 (2,45)	-6,277	< 0,001
Fizinis aktyvumas	5,39 (2,17)	2,87 (2,88)	-8,275	< 0,001
Bendradarbiavimas su sveikatos priežiūros specialistais	8,70 (2,31)	6,73 (2,24)	-8,708	< 0,001

Pastaba. M – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, Z – Mano ir Vitnio testo reikšmė, p – statistinis reikšmingumas.

Siekiant detaliau išnagrinėti pacientų CD savikontrolę, buvo vertinami skalės įverčiai, atsižvelgiant į socio-demografinius ir su liga susijusius rodiklius. Bendros savikontrolės ir atskirų subskalių įverčių vidurkiai sergančių I tipo CD vyrų ir moterų grupėse statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p > 0,05$). Vertinant savikontrolės ir atskirų subskalių įverčių vidurkius sergančių II tipo CD vyrų ir moterų grupėse nustatyta, kad II tipo CD sergantys vyrai pasižymėjo statistiškai reikšmingai aukštesne gliukozės stebėjimo ($p = 0,046$) ir bendradarbiavimo su sveikatos priežiūros specialistais ($p = 0,011$) savikontrolė, palyginti su sergančiomis II tipo CD moterimis. Kitų savikontrolės skalių įverčiai statistiškai reikšmingai nesiskyrė tarp lyčių.

Sergančiųjų I tipo CD ir turinčių specialųjį vidurinį ar žemesnį išsilavinimą grupėje nustatyta žemesnė bendra savikontrolė, gliukozės stebėjimo savikontrolė ir bendradarbiavimo su sveikatos priežiūros specialistais savikontrolė, palyginti su pacientais, turinčiais aukštąjį universitetinį ($p = 0,002$, $p = 0,015$, $p < 0,001$) ir aukštąjį neuniversitetinį ($p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,001$) išsilavinimą. Mitybos įpročių savikontrolė skyrėsi tik tarp pacientų, turinčių aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą ir turinčių specialųjį vidurinį ar žemesnį išsilavinimą ($p < 0,001$) (2 lentelė). Pacientai, sergantys II tipo CD ir turintys specialųjį vidurinį ar žemesnį išsilavinimą, pasižymėjo žemesne bendra savikontrolė, mitybos įpročių, fizinio aktyvumo, bendradarbiavimo su sveikatos priežiūros specialistais savikontrolė, palyginti su pacientais, turinčiais aukštąjį universitetinį ($p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,001$,

$p < 0,001$) ir aukštąjį neuniversitetinį ($p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,001$, $p = 0,002$) išsilavinimą. Gliukozės stebėjimo ir fizinio aktyvumo savikontrolė skyrėsi tik tarp pacientų, turinčių aukštąjį universitetinį išsilavinimą ir turinčių specialųjį vidurinį ar žemesnį išsilavinimą ($p < 0,001$, $p < 0,001$) (2 lentelė).

Analizuojant sergančiųjų I tipo CD savikontrolės skalės įverčius, atsižvelgiant į ligos trukmę, nustatyta, kad bendra savikontrolė labiau pasireiškė tarp tų tyrimo dalyvių, sergančių I tipo CD, kurie serga 10–19 metų, palyginti su sergančiais mažiau nei 10 metų ($p = 0,003$) ir sergančiais 20 ar daugiau metų ($p < 0,005$) pacientais. Vertinant atskirų savikontrolės subskalių reikšmes matyti, kad aukštesnė mitybos įpročių savikontrolė pasižymi pacientai, CD sergantys mažiau nei 10 metų, palyginti su sergančiais 10–19 metų ($p = 0,003$) ir sergančiais 20 ar daugiau metų ($p < 0,001$); vaistų vartojimo savikontrolė aukštesnė tarp pacientų, kurie CD serga 10–19 metų, palyginti su sergančiais mažiau nei 10 metų ($p < 0,001$) ir sergančiais 20 ar daugiau metų ($p = 0,008$); gliukozės stebėjimo savikontrolė aukštesnė tarp sergančiųjų 10–19 metų, palyginti su sergančiais 20 ar daugiau metų ($p = 0,016$); fizinio aktyvumo savikontrolė aukštesnė tarp sergančiųjų 10–19 metų, palyginti su sergančiais mažiau nei 10 metų ($p < 0,001$); bendradarbiavimo su sveikatos priežiūros specialistais savikontrolė aukštesnė tarp pacientų, kurie CD serga mažiau nei 10 metų, palyginti su sergančiais 10–19 metų ($p < 0,001$) ir 20 ar daugiau metų ($p < 0,001$) (3 lentelė).

Tarp sergančiųjų II tipo CD aukščiausia bendra savikontrolė buvo pacientų, sergančių iki 10 metų, –

aukštesnė, palyginti su sergančiaisiais 10–19 metų ($p < 0,001$) ir 20 ar daugiau metų ($p < 0,001$). Mitybos įpročių, vaistų vartojimo, fizinio aktyvumo ir bendradarbiavimo su sveikatos priežiūros specialistais savikontrolė mažėja ilgėjant ligos trukmei. Gliukozės

stebėjimo savikontrolė labiausiai pasižymi mažiau nei 10 metų sergantys pacientai, šios pacientų grupės gliukozės stebėjimo įvertis yra reikšmingai aukštesnis nei sergančiųjų 10–19 metų ($p < 0,001$) ir 20 ar daugiau metų ($p < 0,001$) (3 lentelė).

2 lentelė. Sergančiųjų I tipo ($n = 155$) ir II tipo ($n = 230$) CD savikontrolės skalės įverčiai, atsižvelgiant į išsilavinimą

Subskalės	Išsilavinimas			χ ²	p
	Aukštasis universitetinis	Aukštasis neuniversitetinis	Specialusis vidurinis ar žemesnis		
	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
Sergančiųjų I tipo CD					
Bendra savikontrolė	7,17 (1,58)	7,45 (1,40)	5,64 (1,55)	12,701	0,002
Mitybos įpročiai	6,63 (1,44)	7,30 (0,84)	5,83 (1,47)	14,845	0,001
Vaistų vartojimas	7,65 (2,93)	7,21 (3,37)	6,95 (3,00)	1,365	0,505
Gliukozės stebėjimas	5,90 (2,58)	6,48 (2,52)	3,92 (2,87)	8,238	0,016
Fizinis aktyvumas	5,74 (2,27)	4,86 (1,54)	5,08 (3,07)	5,384	0,068
Bendradarbiavimas su sveikatos priežiūros specialistais	8,48 (2,53)	9,72 (0,81)	6,43 (0,71)	31,239	< 0,001
Sergančiųjų II tipo CD					
Bendra savikontrolė	5,73 (1,87)	5,07 (1,86)	3,87 (1,54)	38,609	< 0,001
Mitybos įpročiai	5,21 (1,47)	5,19 (1,47)	3,57 (1,45)	58,272	< 0,001
Vaistų vartojimas	6,68 (2,87)	4,73 (3,08)	4,41 (3,11)	17,939	< 0,001
Gliukozės stebėjimas	5,16 (2,42)	4,18 (2,74)	3,66 (2,37)	14,968	0,001
Fizinis aktyvumas	4,69 (3,09)	4,13 (2,74)	1,44 (2,03)	66,761	< 0,001
Bendradarbiavimas su sveikatos priežiūros specialistais	7,19 (2,95)	7,23 (2,20)	6,26 (1,83)	14,070	0,001

Pastaba. M – vidurkis, SD – standartinis nuokrypis, χ^2 – Kruskalo ir Voliso testo reikšmė, p – statistinis reikšmingumas.

3 lentelė. Sergančiųjų I tipo ($n = 155$) ir II tipo ($n = 230$) CD savikontrolės skalės įverčiai, atsižvelgiant į ligos trukmę

Subskalės	Ligos trukmė			χ ²	p
	< 10 m.	10–19 m.	20+ m.		
	M (SN)	M (SN)	M (SN)		
Sergančiųjų I tipo CD					
Bendra savikontrolė	7,09 (1,53)	8,07 (1,26)	5,68 (1,26)	31,176	< 0,001
Mitybos įpročiai	7,14 (1,15)	6,32 (0,96)	5,64 (1,94)	32,680	< 0,001
Vaistų vartojimas	6,95 (3,29)	9,35 (1,34)	6,79 (2,81)	22,687	< 0,001
Gliukozės stebėjimas	5,96 (2,81)	6,56 (1,96)	4,44 (2,43)	6,351	0,042
Fizinis aktyvumas	4,89 (1,84)	6,87 (1,02)	5,50 (3,71)	34,563	< 0,001
Bendradarbiavimas su sveikatos priežiūros specialistais	9,22 (1,78)	8,91 (2,28)	5,53 (2,17)	46,385	< 0,001
Sergančiųjų II tipo CD					
Bendra savikontrolė	5,84 (1,75)	4,46 (1,60)	3,66 (1,64)	49,924	< 0,001

Mitybos įpročiai	5,51 (1,36)	4,50 (1,22)	3,25 (1,65)	62,710	< 0,001
Vaistų vartojimas	5,95 (3,07)	5,27 (3,29)	3,75 (2,73)	22,418	< 0,001
Gliukozės stebėjimas	5,38 (2,59)	3,05 (1,68)	4,19 (2,54)	35,362	< 0,001
Fizinis aktyvumas	5,05 (2,84)	2,96 (2,14)	0,91 (2,21)	87,678	< 0,001
Bendradarbiavimas su sveikatos priežiūros specialistais	7,61 (2,97)	6,53 (1,70)	6,19 (1,82)	19,036	< 0,001

Pastaba. M – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, χ^2 – Kruskalo ir Voliso testo reikšmė, p – statistinis reikšmingumas.

Tarp sergančiųjų I tipo CD bendras savikontrolės įvertis, mitybos įpročių, gliukozės stebėjimo ir bendradarbiavimo su sveikatos priežiūros specialistais subskalių įverčiai yra statistiškai reikšmingai aukštesni tų tiriamųjų, kurių vėliausio atlikto tyrimo HbA1c reikšmė nesiekė 7 mmol/l, palyginti su tais, kurių HbA1c reikšmė buvo

7 ir didesnė (4 lentelė). Vertinant pacientų, kurie serga II tipo CD, savikontrolės rezultatus matyti, kad pacientai, kurių vėliausio atlikto tyrimo HbA1c reikšmė nesiekė 7 mmol/l, taip pat pasižymėjo statistiškai reikšmingai aukštesne savikontrolė, vertinant tiek bendrą savikontrolę, tiek atskiras subskales (4 lentelė).

4 lentelė. Sergančiųjų I tipo (n = 155) ir II tipo (n = 230) CD savikontrolės skalės įverčiai, atsižvelgiant į HbA1c reikšmę

Subskalės	HbA1c reikšmė		Z	p
	< 7 mmol/l	≥ 7 mmol/l		
	M (SN)	M (SN)		
Sergančiųjų I tipo CD				
Bendra savikontrolė	7,37 (1,51)	5,87 (1,19)	−4,241	< 0,001
Mitybos įpročiai	7,06 (1,10)	5,35 (1,63)	−4,716	< 0,001
Vaistų vartojimas	7,62 (3,07)	6,62 (2,85)	−1,902	0,057
Gliukozės stebėjimas	6,26 (2,66)	3,94 (1,89)	−3,869	< 0,001
Fizinis aktyvumas	5,25 (2,05)	6,11 (2,67)	−1,701	0,089
Bendradarbiavimas su sveikatos priežiūros specialistais	9,01 (2,06)	7,16 (2,78)	−4,859	< 0,001
Sergančiųjų II tipo CD				
Bendra savikontrolė	5,73 (1,71)	3,91 (1,52)	−6,642	< 0,001
Mitybos įpročiai	5,42 (1,31)	3,88 (1,54)	−6,341	< 0,001
Vaistų vartojimas	6,03 (2,90)	4,15 (3,03)	−4,440	< 0,001
Gliukozės stebėjimas	4,85 (2,62)	3,47 (2,08)	−3,608	< 0,001
Fizinis aktyvumas	4,64 (2,98)	1,86 (2,22)	−6,591	< 0,001
Bendradarbiavimas su sveikatos priežiūros specialistais	7,89 (2,38)	6,18 (1,73)	−5,662	< 0,001

Pastaba. M – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, Z – Mano ir Vitnio testo reikšmė, p – statistinis reikšmingumas.

REZULTATŲ APTARIMAS

Analizuojant tyrimo dalyvių savikontrolės veiksmus nustatyta reikšmingų skirtumų tarp sergančiųjų I ir II tipo CD. Vertinant bendros savikontrolės ir atskirų subskalių įverčių vidurkius sergančių II tipo CD vyrų ir moterų grupėse nustatyta, kad II tipo CD sergantys vyrai pasižymėjo reikšmingai aukštesne gliukozės ste-

bėjimo (p = 0,046) ir bendradarbiavimo su sveikatos priežiūros specialistais (p = 0,011) savikontrolė, palyginti su sergančiomis II tipo CD moterimis. Tarp sergančiųjų I tipo CD reikšmingų skirtumų nepastebėta. Kitų tyrėjų duomenimis, kurie analizavo lyties ir diabeto savikontrolės elgsenos sąsajas, reikšmingo ryšio nenustatyta. Tai reiškia, kad vyrų ir moterų diabeto

savikontrolės elgsena nesiskiria [9]. Mūsų tyrimo duomenimis, aukštesnė savikontrolė ir savirūpa nustatyta tarp turinčiųjų aukštesnį išsilavinimą. Panašius tyrimų rezultatus pateikia ir kiti mokslininkai, kurių tyrimo rezultatai atskleidė profesijos ir išsilavinimo lygio ryšį su bendru savikontrolės vertinimu. Šią išvadą galima paaiškinti tuo, kad aukštesnis išsilavinimo lygis lemia geresnes žinias, požiūrį ir praktiką, susijusią su CD prevencija ir kontrole. Aukštesnis išsilavinimo lygis taip pat susijęs su medikamentų vartojimo, mitybos terapijos laikymusi ir geresniu bendravimu su sveikatos priežiūros specialistais, kaip ir teigiama daugelyje analizuotų tyrimų [3, 10–12]. Priešingai nei mūsų tyrimo gauti rezultatai, kai kurie tyrėjai, analizavę ryšį tarp išsilavinimo ir diabeto savikontrolės elgsenos, reikšmingo ryšio nenustatė, t. y. diabeto savikontrolės elgsena tarp skirtingo išsilavinimo lygio respondentų nesiskyrė [9]. Kiti tyrėjai pažymi, kad žemesnio išsilavinimo pacientai geriau laikosi savikontrolės reikalavimų [13]. Molalign Takele tyrimo rezultatai atskleidė tikimybę, jog neturinčių jokio formalaus išsilavinimo dalyvių savikontrolė 2,6 karto geresnė nei turinčių aukštąjį ir aukštesnįjį išsilavinimą [14]. Mūsų atlikto tyrimo duomenimis, ilgėjant ligos trukmei savikontrolė mažėjo. Panašūs duomenys gauti ir Geneti ir kt. atliktame tyrime, kuriuo buvo nustatyta, kad pacientai, kuriems nuo CD diagnozės nustatymo praėjo mažiau laiko, labiau laikėsi bendros diabeto savikontrolės nei tie, kuriems nuo diagnozės nustatymo praėjo daugiau laiko [15]. Priešingus tyrimo rezultatus pateikia Hartuida, kuri analizavo CD trukmės ir diabeto savikontrolės elgsenos sąsajas ir nustatė reikšmingą ryšį tarp ligos savikontrolės ir ligos trukmės, t. y. kuo ilgiau respondentas sirgo diabetu, tuo labiau gerėjo diabeto savikontrolė [16]. 2022 metais atlikto tyrimo metu nustatyta, kad CD sergančių pacientų savikontrolė yra vidutiniška, o tiriamųjų lytis, išsilavinimas, KMI, liemens apimtis, sveikatinanti mityba ir pakankamas fizinis aktyvumas yra nepriklausomi savikontrolę prognozuojantys veiksniai [10]. Pastaruoju metu mokslinėje literatūroje keliamas svarbus klausimas dėl gydymo rekomendacijų laikymosi sergant lėtinėmis ligomis. Mokslininkų duomenimis, bendra sergančiųjų CD savikontrolės praktika nėra pakankama. Dauguma pacientų nurodo, kad gliukozės kiekį kraujyje stebi nereguliariai. Dauguma dalyvių nepakankamai laikosi

mitybos ir fizinio aktyvumo rekomendacijų. Tačiau dauguma pacientų gerai laikosi vaistų vartojimo režimo. Teigiama, kad pacientams paprastai trūksta mokslinės informacijos ir (arba) žinių apie savikontrolės svarbą ir jos įgyvendinimo būdus [17]. Lenkijoje atliktu tyrimu nustatyta, kad 52,47 proc. respondentų nepakankamai laikėsi gydymo savikontrolės, 39,20 proc. pacientų savikontrolės laikėsi vidutiniškai ir tik 8,33 proc. pacientų savikontrolė buvo aukšto lygio, o tai patvirtina, kokia rimta problema yra savikontrolės veiklų nevykdymas [18]. Panašus Polonsky ir Henry tyrimas, atliktas su sergančiais CD, parodė, kad tik 30 proc. tyrimo dalyvių laikosi gydymo režimo, o žemesnio socialinio ir ekonominio lygio pacientai blogiau laikosi gydymo režimo rekomendacijų [19]. Bonger su kolegomis atskleidė, kad mitybos rekomendacijų nesilaiko daugiau kaip 75 proc. sergančiųjų CD, 83,5 proc. pacientų nesilaiko gliukozės kiekio kraujyje savikontrolės, beveik 20 proc. nevartoja paskirtų vaistų [20].

Apibendrinant galima teigti, kad savikontrolė yra svarbiausias diabeto valdymo rezultatus lemiantis veiksnys, o maždaug 95 proc. savikontrolės priklauso nuo paciento [20]. Nepaisant šio supratimo, sveikos gyvensenos laikymasis visą gyvenimą išlieka didžiausias iššūkis šiai lėtine liga sergantiems žmonėms. Duomenys rodo, kad sergantieji CD ne visada savanoriškai įsitraukia į savikontrolės veiklą ir, palyginti su kitomis neinfekcinėmis lėtinėmis ligomis sergančiais žmonėmis, dažnai nesilaiko gydymo režimo [22]. Vienas iš kintamųjų, kuris yra susijęs su CD savikontrolės laikymusi, yra saviveiksmingumas, kuris, kaip nustatyta, yra stiprus gydymo kontrolės laikymosi veiksnys [21].

Mūsų atliktas tyrimas pagrįstas pačių respondentų pateiktais subjektyviais sveikatos būklės duomenimis, individualiais ligos kontrolės vertinimais. Taigi negalime patvirtinti tikrųjų sąlygų, sveikatos būklės rodiklių ir HbA1c lygių, kuriuos teigia turintys respondentai. Taip pat neturime duomenų apie vėliausių HbA1c rezultatų datas, todėl šių, pačių tiriamųjų pateiktų, verčių patikimumą reikėtų vertinti atsargiai. Darbe taikytas kiekybinis tyrimo metodas ir naudotas struktūrizuotas klausimynas su uždaro tipo klausimais. Jis leidžia pasiekti ribotus rezultatus, todėl rezultatai ne visada gali apibendrintai atspindėti realius įvykius. Be to, respondentai turėjo ribotas atsakymų galimybes, pagrįstas klausimynų sudarytojų atlikta atranka. Šis tyrimas taip pat turi tam tikrų

privalumų – pavyko pasiekti reikiamą respondentų imtį, o tai leido gauti statistiškai reprezentatyvius rezultatus.

IŠVADOS

1. Nustatyta, kad sergančiųjų I tipo cukriniu diabetu bendros ligos savikontrolės bei atskirų subskalių – mitybos įpročių, vaistų vartojimo, gliukozės stebėjimo, fizinio aktyvumo ir bendradarbiavimo su sveikatos priežiūros specialistais – veiksmų sa-

vikontrolės įvertiniai aukštesni, palyginti su sergančiaisiais II tipo cukriniu diabetu.

2. Aukštesnė savikontrolė ir savirūpa nustatyta tarp aukštesnį išsilavinimą turinčių tiriamųjų ir tų, kurių gliukozilintas hemoglobinas svyruoja neperžengdamas normos ribų. Ilgėjant ligos trukmei savikontrolė mažėjo.

Straipsnis gautas 2025-06-13, priimtas 2025-08-14

Literatūra

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. Lithuania diabetes report 2000–2045 [Internet]. Brussels: IDF; 2021 [cited 2025 Jan 17]. Available from: <https://diabetesatlas.org/data/en/country/115/lt.html>
2. Adu MD, Malabu UH, Malau-Aduli AEO, Malau-Aduli BS. Enablers and barriers to effective diabetes Self-management: A multi-national investigation. PLoS One. 2019;14(6):e0217771. DOI:10.1371/journal.pone.0217771.
3. Jiang X, Jiang H, Li M, Lu Y, Liu K, Sun X. The mediating role of Self-efficacy in shaping Self-management behaviors among adults with type 2 diabetes. Worldviews Evid Based Nurs. 2019;16(2):151–60. DOI:10.1111/wvn.12354.
4. World Health Organization. Diabetes [Internet]. Geneva: WHO; [cited 2024 Jan 4]. Available from: https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1
5. Kumah E, Otchere G, Ankomah SE, Fusheni A, Kokuro C, Aduo-Adjei K, et al. Diabetes self-management education interventions in the WHO African Region: A scoping review. PLoS One. 2021;16(8):e0256123. DOI:10.1371/journal.pone.0256123.
6. Miyamoto S, Henderson S, Fazio S, Saconi B, Thiede E, Greenwood DA, et al. Empowering diabetes self-management through technology and nurse health coaching. Diabetes Educ. 2019;45(6):586–95. DOI:10.1177/0145721719879421.
7. Lee J, Lee EH, Chae D. Self-efficacy instruments for type 2 diabetes self-care: A systematic review of measurement properties. J Adv Nurs. 2020;76(8):2046–59. DOI:10.1111/jan.14411
8. Yaagoob E, Hunter S, Chan S. The effectiveness of social media intervention in people with diabetes: An integrative review. J Clin Nurs. 2023;32(11–12):2419–32. DOI:10.1111/jocn.16354.
9. Calli D, Kartal A. The relationship between Self-efficacy of diabetes management and well-being in patients with type 2 diabetes. Niger J Clin Pract. 2021;24(3):393–9. DOI:10.4103/njcp.njcp_280_18.
10. Nguyen VB, Thi KHP, Nguyen TX, Pham NTL, Nguyen VVH, Van Le C. Diabetes Self-management and its associated factors among patients with diabetes in central Vietnam: A cross-sectional study. PLoS One. 2022;17(7):e0270901. DOI:10.1371/journal.pone.0270901.
11. Milo RB, Connelly CD. Predictors of glycemic management among patients with type 2 diabetes. J Clin Nurs. 2019;28(9–10):1737–44. DOI:10.1111/jocn.14779.
12. Abate TW, Tareke M, Abate S, Tegenaw A, Birhanu M, Yirga A, et al. Level of dietary adherence and determinants among type 2 diabetes population in Ethiopian: A systemic review with meta-analysis. PLoS One. 2022;17(10):e0271378. DOI:10.1371/journal.pone.0271378.
13. Al-Rasheedi AA. The role of educational level in glycemic control among patients with type II diabetes mellitus. Int J Health Sci (Qassim). 2014;8(2):177–87. DOI:10.12816/0006084.
14. Molalign Takele G, Weharei MA, Kidanu HT, Gebrekidan KG, Gebregiorgis BG. Diabetes self-care practice and associated factors among type 2 diabetic patients in public hospitals of Tigray regional state, Ethiopia: A multicenter study. PLoS One. 2021;16(4):e0250462. DOI:10.1371/journal.pone.0250462.
15. Geneti Y, Wondwossen K, Adimasu M, Deressa D, Aga F, Lami M, et al. Adherence to diabetes self-management and its associated factors among adolescents living with type 1 diabetes at public hospitals in Addis Ababa, Ethiopia: A cross-sectional study. Diabetes Metab Syndr Obes. 2022;15:659–70. DOI:10.2147/DMSO.S350168.
16. Hartuida C. The relationship between duration of diabetes and diabetes self-management behaviors. Jurnal Keperawatan Cikini. 2021;2(1):7–10.
17. Tewahido D, Berhane Y. Self-care practices among diabetes patients in Addis Ababa: A qualitative study. PLoS One. 2017;12(1):e0169062. DOI:10.1371/journal.pone.0169062.
18. Krzemińska S, Lomper K, Chudiak A, Ausili D, Uchmanowicz I. The association of the level of self-care on adherence to treatment in patients diagnosed with type 2 diabetes. Acta Diabetol. 2021;58(4):437–45. DOI:10.1007/s00592-020-01628-z.
19. Polonsky WH, Henry RR. Poor medication adherence in type 2 diabetes: Recognizing the scope of the problem and its key contributors. Patient Prefer Adherence. 2016;10:1299–307. DOI:10.2147/PPA.S106821.
20. Bongor Z, Shiferaw S, Tariku EZ. Adherence to diabetic self-care practices and its associated factors among patients with type 2 diabetes in Addis Ababa, Ethiopia. Patient Prefer Adherence. 2018;12:963–70. DOI:10.2147/PPA.S156043.
21. Karimy M, Koohestani HR, Araban M. The association between attitude, self-efficacy, and social support and adherence to diabetes self-care behavior. Diabetol Metab Syndr. 2018;10:86. DOI:10.1186/s13098-018-0386-6.
22. Paw Hla L, Pongthavornkamol K, Wattanakitkrileart D, Orathai P. Factors influencing adherence to therapeutic regimens among people with type 2 diabetes mellitus in Yangon, Myanmar. J Popul Soc Stud (JPSS) [Internet]. 2018;26(4):262–80. Available from: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jpss/article/view/148336>

ASSESSMENT OF SELF-MANAGEMENT IN PEOPLE WITH DIABETES MELLITUS

Kristina Briedė, Aldona Mikaliūkštienė

Vilnius University, Faculty of Medicine, Institute of Health Sciences, Department of Nursing

SUMMARY

Diabetes is one of the most common diseases worldwide. Self-management has the potential to ensure adequate medication intake, reduce the risk of death associated with prediabetes. However, people with diabetes experience difficulties in Self-managing their disease, and failure to perform Self-management actions continues to be a problem that causes acute and chronic complications of diabetes.

Methods and materials. In order to analyze the Self-management of people with diabetes, a quantitative study was conducted, a questionnaire survey. The updated Diabetes Self-Management Questionnaire – Revised was used to assess Self-management. A total of 385 people with diabetes were included in the study. The MS Excel 2016 and SPSS 23.0 programs were used to process the obtained research results.

Results. The overall Self-management of the disease in people with type I diabetes is assessed with higher

scores compared to patients with type II diabetes ($p < 0.001$). Higher Self-control was found in subjects with higher education and subjects whose glycosylated hemoglobin fluctuated within the normal range, but Self-control decreased with increasing disease duration.

Conclusions. Self-control in patients with type I diabetes is significantly higher than in patients with type II diabetes.

Keywords. Diabetes mellitus, Self-management, Self-care.

Correspondence to Aldona Mikaliūkštienė

Department of Nursing, Institute of Health Sciences,
Faculty of Medicine Vilnius University
M. K. Čiurlionio str. 21/27, LT-03101 Vilnius, Lithuania
E-mail: aldona.mikaliukstiene@mf.vu.lt

Received 13 June 2025, accepted 14 August 2025

DARBINGO AMŽIAUS ŽMONIŲ MIEGO KOKYBĖ IR JAI ĮTAKĄ TURINČIŲ VEIKSNIŲ ĮVERTINIMAS

Donata Ceiko¹, Renata Giliun²

¹Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas

²Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų instituto Slaugos katedra

SANTRAUKA

Tyrimo tikslas – įvertinti darbingo amžiaus žmonių miego kokybę ir jai įtaką turinčius veiksnius.

Medžiaga ir metodai. Atliktas kiekybinis tyrimas, taikyta internetinė anketinė apklausa. Tyrimo metu analizuota 410 tinkamai užpildytų respondentų klausimynų (anketų). Miego kokybei vertinti naudotas Pitsburgo miego kokybės indekso klausimynas; stresui – Ryderio (Reeder) streso skalės klausimynas ir bendri klausimai. Duomenys apdoroti programomis SPSS v. 24 ir Microsoft 365.

Rezultatai. 70,73 proc. respondentų nustatyta prasta miego kokybė. Tik 10,49 proc. apklaustųjų subjektyviai įvertino savo miego kokybę kaip labai gerą. Tyrimas atskleidė statistiškai reikšmingą ryšį tarp miego kokybės, amžiaus grupių ir šeiminės padėties ($p = 0,030$). Nustatyta, kad migdomųjų vartojimas visose amžiaus grupėse statistiškai reikšmingai koreliuoja su prastesne miego kokybe ($p = 0,000498$). Respondentams būdingi suvokto streso lygiai – nervinė įtampa ir stresinė būsena – pasiskirstė beveik tolygiai – po 43 proc. Taip pat gauti duomenys atskleidė, kad tarp streso, amžiaus grupių ir išsilavinimo egzistuoja statistiškai reikšmingas ryšys ($p = 0,0017$). Gauti rezultatai atskleidė, jog respondentai, patiriantys didesnę stresą, dažniau kenčia dėl blogo miego ($p = 0,000$).

Išvados. Didžiąjai daliai tyrimo dalyvių nustatyta prasta miego kokybė, kurią reikšmingai lemia sociodemografiniai veiksniai ir patiriamas stresas. Pastebėta, kad didesnis streso lygis susijęs su dažnesne prasto miego kokybe. Miego kokybė ir stresas – opi darbingo amžiaus asmenų problema, kuri su amžiumi dažnėja ir įgauna vis didesnę reikšmę jų sveikatai bei gyvenimo kokybei.

Reikšminiai žodžiai: miegas, miego kokybė, veiksniai, darbingo amžiaus žmonės.

ĮVADAS

Darbingo amžiaus žmonių miego kokybė ir ją lemiantys veiksniai analizuojami įvairiuose moksliniuose šaltiniuose. Vis dėlto dauguma Lietuvoje atliktų tyrimų orientuoti į studentus [1], vidutinio amžiaus ir pagyvenusius žmones [2] bei ikimokyklinio amžiaus vaikus [3]. Tyrimų, apimančių darbingo amžiaus gyventojus, Lietuvoje vis dar trūksta, todėl darbingo amžiaus grupės miego ypatumai tebėra nepakankamai išanalizuoti.

Miego kokybė itin aktuali ir pasauliniu mastu plačiai analizuojama visuomenės sveikatos tema. Pasaulio sveikatos organizacija prastą miego kokybę įvardija kaip reikšmingą visuomenės sveikatos problemą, kuri didina priešlaikinio sergamumo ir mirtingumo riziką [4]. Jau ne vienerius metus tyrėjai kalba, kad miego pro-

blema itin aktuali visame pasaulyje. Remiantis Europos socialinės apklausos duomenimis, apimančiais net 20 Europos šalių, skiriant didelę kultūrinę ir socialinę įvairovę [5], nustatyta, kad miego sutrikimai pasireiškia ne tik vyresnio amžiaus asmenims – jauni žmonės taip pat dažnai skundžiasi miego sutrikimais. Lietuvoje atlikta-me tyrime taip pat beveik pusė suaugusiųjų iš bendros populiacijos nustatyta nemiga. Tyrime dalyvavo 324

Adresas susirašinėti: Renata Giliun
Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas
M. K. Čiurlionio g. 21/27, 03101 Vilnius
El. p. renata.giliun@mf.vu.lt

respondentai, kurių amžius siekė nuo 18 iki 64 metų. Net 42,3 proc. jų nurodė turintys su miegu susijusių problemų [6].

Miego trūkumas – viena iš pagrindinių 21-ojo amžiaus visuomenės sveikatos problemų [7], turinti neigiamų pasekmių žmonių sveikatai ir bendrai organizmo sistemai. 2022 m. Irane atliktas tyrimas atskleidė, kad 44,1 proc. suaugusiųjų (18–72 m.) kenčia nuo miego sutrikimų, įskaitant nemigą, per didelį mieguistumą dieną bei su miegu susijusius kvėpavimo sutrikimus [8]. Tokie tyrimai itin reikalingi ir svarbūs, nes miegas atlieka esminį vaidmenį žmogaus gyvenime, veikdamas kaip viso organizmo funkcionavimo pagrindas. Todėl kiekvienas asmuo turėtų žinoti, kokie veiksniai neigiamai veikia miego kokybę, gebėti juos atpažinti ir, kiek įmanoma, jų vengti.

Miegas – neatsiejama ir gyvybiškai svarbi žmogaus organizmo funkcija, būtina jėgoms atstatyti bei budrumui ir žvalumui palaikyti dienos metu. Tinkama miego trukmė gali reikšmingai prisidėti prie kūrybiškumo, darbo produktyvumo bei emocinės pusiausvyros palaikymo. Optimalus miegas taip pat didina organizmo atsparumą stresui [9]. Miego kokybę neigiamai veikia patiriamas stresas, spartus gyvenimo tempas bei kasdieniai išbandymai [10].

Įvertinę miego svarbą žmogaus gyvenimo kokybei bei funkcionalumui, nusistatėme *tyrimo tikslą* – įvertinti darbingo amžiaus žmonių miego kokybę ir jai įtaką turinčius veiksnius.

MEDŽIAGA IR METODAI

2024 m. rugpjūčio–lapkričio mėnesiais atlikta anoniminė anketinė apklausa. Tyrimas atliktas gavus Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto mokslinių tyrimų etikos komiteto pritarimą (Nr. (1.7 E) 150000-KT-339). Remiantis oficialiosios statistikos portalo duomenimis, 2024 m. pradžioje Lietuvoje darbingo amžiaus (18–64 m.) gyventojų skaičius siekė 1 815 565. Pagal Panioto (Paniotto) formulę, norint užtikrinti 95 proc. rezultatų patikimumo lygį ir 0,5 proc. paklaidą, numatyta tyrimo imtis – 399 darbingo amžiaus respondentai. Tiriamieji buvo suskirstyti į penkias grupes pagal amžiaus tarpsnius: 18–24 m. (32 proc.), 25–34 m. (23,7 proc.), 35–44 m. (12,4 proc.), 45–54 m. (19,5 proc.), 55–64 m. (12,4 proc.) [5].

Tyrimo instrumente naudoti Pitsburgo miego kokybės klausimynas (toliau PMKI) ir Ryderio streso skalės klausimynas bei bendri sociodemografiniai klausimai. Duomenys buvo renkami naudojant uždaro tipo anoniminę internetinę apklausą, vykdytą interneto platformoje www.manoapklausa.lt. Apklausos nuoroda buvo dalijamasi tyrimo autorių aplinkoje, pasitelkiant socialinius tinklus, tokius kaip *Facebook*, bei el. paštą. Surinktų duomenų statistinė analizė atlikta naudojantis programomis *SPSS v. 24* ir *Microsoft 365*. Tyrimo duomenys buvo analizuojami taikant aprašomosios statistikos metodus, siekiant apibūdinti tiriamųjų imties pagrindines charakteristikas bei tyrime nagrinėjamų kintamųjų pasiskirstymą. Kiekybiniai kintamieji buvo apibūdinami naudojant vidurkį. Kategoriniams kintamiesiems aprašyti buvo apskaičiuojami dažniai (*n*) ir jų procentinė išraiška (proc.). Vertinant, ar skirtumai tarp grupių yra statistiškai reikšmingi, buvo taikomas chi kvadrato (χ^2) testas – kategorinių kintamųjų tarpusavio sąsajoms įvertinti. Statistinis reikšmingumas buvo vertinamas taikant reikšmingumo lygmenį $p < 0,05$.

REZULTATAI

Iš viso tyrime dalyvavo 410 respondentų. Tyrimo anketas užpildė darbingo amžiaus žmonės (18–64 m.). Daugumą apklausos dalyvių (83,2 proc., *n* = 341) sudarė moterys, likusi dalis (16,3 proc., *n* = 67) vyrai ir kita (0,5 proc., *n* = 2). Tyrimo dalyvavusių respondentų amžiaus vidurkis buvo $35,64 \pm 13,8$ metų, jauniausias dalyvis – 18 metų, o vyriausias – 64 metų. Daugiau nei trečdalis (36,3 proc.) tiriamųjų įgytas išsilavinimas buvo aukštasis universitetinis, vidurinį išsilavinimą turėjo 22,9 proc. respondentų (1 lentelė).

Įvertinus visų respondentų PMKI vertinimo skalės balus, nustatyta, jog daugumos (70,73 proc.) respondentų miego kokybė prasta (2 lentelė). Visų respondentų PMKI balo vidurkis 6,25. Kadangi apskaičiuotas PMKI vidurkis daugiau nei 5 balai, galima teigti, kad tiriamųjų miegas – nekokybiškas, nes kuo didesnė reikšmė, tuo blogiau vertinama miego kokybė.

Daugiau nei pusė (63,90 proc.) respondentų savo miegą įvertino blogai, kas dešimtas respondentas – labai gerai (3 lentelė).

1 lentelė. Tyrimo dalyvių sociodemografiniai veiksniai (n, proc.)

Tiriamasis požymis		n	proc.
Lytis	Vyras	67	16,3
	Moteris	341	83,2
	Kita	2	0,5
Amžius	18–24 m.	131	32
	25–34 m.	97	23,7
	35–44 m.	51	12,4
	45–54 m.	80	19,5
	55–64 m.	51	12,4
Išsilavinimas	Pagrindinis	7	1,7
	Vidurinis	94	22,9
	Specialusis vidurinis	26	6,3
	Aukštesnysis	44	10,7
	Aukštasis koleginiis	90	22
	Aukštasis universitetinis	149	36,3
Gyvenamoji vieta	Didmiestis	168	41
	Miestas	113	27,6
	Miestelis, kaimas	127	31
	Kita	2	0,5
Užimtumas	Moksleivis (-ė)	3	0,7
	Studentas (-ė)	38	9,3
	Dirbantis studentas (-ė)	89	21,7
	Dirbantis (-i)	264	64,4
	Nedirbantis (-i)	12	2,9
	Kita	4	1
Šeiminė padėtis	Vienišas (-a)	115	28
	Vedęs / ištekėjusi	169	41,2
	Gyvena partnerystėje	111	27,1
	Našlys (-ė)	8	2
	Kita	7	1,7

2 lentelė. Darbingo amžiaus žmonių miego kokybės palyginimas pagal lytį (n = 410)

Miego kokybė	Moteris n (proc.)	Vyras n (proc.)	Kita n (proc.)	Iš viso n (proc.)
Geras miegas	97 (28,45)	23 (34,33)	0 (0)	120 (29,27)
Blogas miegas	244 (71,55)	44 (65,67)	2 (100)	290 (70,73)

3 lentelė. Tyrimo respondentų subjektyvus miego vertinimas pagal amžiaus tarpsnius (n = 410)

		Labai geras n (proc.)	Geras n (proc.)	Blogas n (proc.)	Labai blogas n (proc.)
Subjektyvus miego vertinimas	18–24 m.	9 (6,87)	27 (20,61)	94 (71,76)	1 (0,76)
	25–34 m.	12 (12,37)	28 (28,87)	53 (54,64)	4 (4,12)
	35–44 m.	6 (11,76)	6 (11,76)	35 (68,63)	4 (7,84)
	45–54 m.	11 (13,75)	19 (23,75)	49 (61,25)	1 (1,25)
	55–64 m.	5 (9,80)	14 (27,45)	31 (60,78)	1 (1,96)
	Iš viso	43 (10,49)	94 (22,93)	262 (63,90)	11 (2,68)

Blogiausia miego kokybė fiksuota tarp našlių ir padėti „kita“ nurodžiusių respondentų 45–64 m. amžiaus grupėse. Vedę / ištekęsios ir partnerystėje gyvenantys 25–34 m. asmenys taip pat pasižymi labai aukštu blogo miego lygiu. Vieniši 35–44 m. amžiaus grupės asmenys išsiskiria itin geru miegu – vidurkis tik 0,17 proc. (1 pav.).

18–24	0,77	0		0,5	0,72
25–34	0,74		0	0,79	0,74
35–44	0,71	0,67		0,69	0,17
45–54	0,44	1	1	0,64	0,82
55–64	1	0,5	1	0,74	0,4
	Gyvena partnerystėje	Kita	Našlys (-ė)	Vedęs, ištekęs(-i)	Vienišas (-a)

1 pav. Tyrimo dalyvių miego kokybės ir šeiminės padėties sąsajos pagal amžiaus grupes

18–24	1	1	1	0,68
25–34	0,8	1	1	0,7
35–44	1	1	1	0,54
45–54	1	1	1	0,56
55–64	1	1	1	0,61
	1 ar 2 kartus per savaitę	3 ar daugiau kartų per savaitę	Mažiau nei 1 kartą per savaitę	Nė karto per mėnesį

2 pav. Tiriamųjų miego kokybės pasiskirstymas pagal amžiaus grupes ir migdomųjų vartojimą

4 lentelė. Darbingo amžiaus žmonių streso lygis pagal mažiaus tarpinius

Stresas	18–24 m. n (proc.)	25–34 m. n (proc.)	35–44 m. n (proc.)	45–54 m. n (proc.)	55–64 m. n (proc.)	Visi, n (proc.) n (proc.)
Nepatiria streso (21–28 balai)	11 (8,4)	9 (9,28)	9 (17,64)	14 (17,5)	11 (21,57)	54 (13,17)
Nervinė įtampa (15–20 balų)	61 (46,56)	36 (37,11)	21 (41,18)	39 (48,75)	19 (37,25)	176 (42,93)
Stresinė būseną (7–14 balų)	59 (45,04)	52 (53,61)	21 (41,18)	27 (33,75)	21 (41,18)	180 (43,9)

REZULTATŲ APTARIMAS

Atliekant tyrimą buvo siekiama įvertinti darbingo amžiaus žmonių miego kokybę ir jai įtakos turinčius veiksnius. Taip pat buvo siekiama nustatyti, kaip stresas susijęs su miego kokybe.

Gauti rezultatai parodė, kad didžiosios dalies tiriamųjų miego kokybė bloga. Subjektyvus respondentų miego įvertinimas koreliavo su objektyviais skalės rezultatais. Nors tokie veiksniai kaip lytis ar amžius neturėjo statistiškai reikšmingos įtakos miego kokybei, tam tikros grupės, pavyzdžiui, jaunos moterys ar nedirbantys asmenys, kaip ir Irano tyrime dalyvavę respondentai

Kadangi $p = 0,030$, galima teigti, kad yra statistiškai reikšminga sąsaja tarp miego kokybės, amžiaus grupių ir šeiminės padėties.

Skirtumai nustatyti tik tarp nevartojančių migdomųjų (2 pav.). Mažiausi blogo miego rodikliai – 35–44 m. grupėje tarp nevartojančių migdomųjų. 18–24 m. ir 25–34 m. grupėse blogas miegas fiksuojamas net tarp tų, kurie migdomųjų nevartoja. Vidutinio ir vyresnio amžiaus grupės (35–64 m.) miego kokybė geresnė nei jaunesnių amžiaus grupių. Stebimos statistiškai reikšmingos sąsajos tarp amžiaus grupių, migdomųjų vartojimo ir miego kokybės ($p = 0,000498$).

Stresui vertinti naudotas Ryderio streso skalės klausimynas. Įvertinus visų respondentų streso vertinimo skalės balus pastebėta, jog respondentams būdingas suvokto streso lygis – nervinė įtampa (42,93 proc.) ir stresinė būseną (43,9 proc.) – pasiskirstė beveik tolygiai (4 lentelė).

[11], pasižymėjo prastesniu miegu. Panaši tendencija pastebėta ir analizuojant streso lygį: tam tikro amžiaus, išsilavinimo grupės pasižymėjo aukštesniu streso lygiu, tačiau šie rezultatai nėra statistiškai reikšmingi.

Tyrimo rezultatai parodė, kad stresinę būseną patiriantys respondentai dažniau skundėsi prasta miego kokybe, o tie, kurie nejautė streso, dažniau nurodė miegantys gerai. Ši tendencija atitinka ir kitų rastų tyrimų rezultatus [12]. Pastebėta, kad kuo aukštesnis streso lygis, tuo prastesnė miego kokybė, o tai leidžia daryti prielaidą, jog streso valdymas – reikšmingas veiksnys siekiant pagerinti miego kokybę.

Pastebėta, kad dauguma tyrimo dalyvių pasižymėjo prasta miego kokybe – tai reiškia, kad bendras PMKI rezultatas viršijo ribinę vertę, skiriančią gerą miegą nuo prasto. Tiriamieji dažnai nurodė sunkumus užmiegant ir ilgesnį nei įprastą užmigimo laiką – iki 4 valandų. Miego trukmė taip pat dažnai buvo trumpesnė, nei rekomenduojama [13], o subjektyvus miego įvertinimas daugeliu atvejų atitiko nustatytus PMKI skalės rodiklius. Rezultatai leidžia teigti, kad miego kokybė tarp darbingo amžiaus žmonių dažnai nėra pakankama, o tai gali būti susiję su įvairiais individualiais, psichologiniais ar gyvenimo būdo veiksniais ir gali atsiliepti kasdienėje darbinėje veikloje.

Penktadalio respondentų nurodė vartojantys migdomuosius vaistus. Nustatytos sąsajos tarp migdomųjų vaistų vartojimo ir prastos miego kokybės. Dažnesnis migdomųjų vartojimas dažniausiai koreliuoja su blogesniais miego kokybės rodikliais. Geriausia miego kokybe dažniausiai pasižymi tie asmenys, kurie migdomųjų nevartoja. Respondentai, kurie vartoja migdomuosius tris ar daugiau kartų per savaitę, nurodo visiškai nepatiriantys gero miego. Visose amžiaus grupėse migdomuosius vartojantys asmenys pasižymėjo prasta miego kokybe – nė vienoje iš grupių nenustatyta geros miego kokybės rodiklių.

Šeiminė padėtis buvo dar vienas svarbus veiksnys – vedę ar ilgalaikius santykius palaikantys asmenys dažniau pasižymėjo geresne miego kokybe, galimai dėl emocinės paramos ar stabilumo, o vieniši, išsiskyrę ar našliai tyrimo dalyviai dažniau susidūrė su prastesniu miegu.

APIBENDRINIMAS

Miego kokybė glaudžiai susijusi su sociodemografiniais veiksniais. Tyrimo rezultatai rodo, kad blogesnė miego kokybė dažniau pasitaiko tarp jaunimo, ypač studentų, kurie derina mokslus su darbu. Tokių asmenų dienos režimas nereguliarus, o tai neigiamai veikia jų miego įpročius. Be to, prastesnė miego kokybė būdinga didmiesčiuose gyvenantiems asmenims, čia dažnesnius miego sutrikimus gali lemti didesnis triukšmas ir greitesnis gyvenimo tempas. Kita vertus, aukštesnis išsilavinimas ir gyvenimas partnerystėje dažnai koreliuoja su geresniais miego rodikliais. Tai gali būti susiję su didesniu sveikatos sąmoningumu, stabilesne gyvenimo rutina bei emociniu palaikymu. Migdomųjų vartojimas dažnai laikomas indikatoriumi, atspindinčiu prastą miego kokybę ar net galimus ilgalaikius miego sutrikimus. Suvokto streso lygis, pasireiškiantis nervine įtampa ir stresine būseną, tarp darbingo amžiaus respondentų pasiskirsto gana tolygiai, tačiau 25–34 m. ir 35–44 m. amžiaus grupių asmenys pasižymi didesniu jautrumu stresui. Be to, gyvenimas partnerystėje siejasi su žemesniu streso lygiu, palyginti su vienišais asmenimis. Tyrimo rezultatai atskleidė reikšmingą sąsają tarp suvokto streso lygio ir miego kokybės: aukštesnis streso lygis susijęs su prastesne miego kokybe, o žemesnis streso lygis koreliuoja su geresniais miego rodikliais.

Straipsnis gautas 2025-06-11, priimtas 2025-07-30

Literatūra

1. Sakalauskaitė M, Mikaliūkštienė A. Studentų miego kokybės ir jai įtaką turinčių veiksnių analizė. *Slauga. Mokslas ir praktika* [Internet]. 2023;4(3(315)):1–7 [cited 2025 Jul 9]. Available from: <https://doi.org/10.47458/Slauga.2023.4.7>
2. Alijošiūtė E, Mikaliūkštienė A. Vidutinio amžiaus ir pagyvenusių žmonių emocinė būseną ir jos įtaka miego kokybei. *Slauga. Mokslas ir praktika* [Internet]. 2023;4(2(314)) [cited 2025 Jul 9]. Available from: <https://doi.org/10.47458/Slauga.2023.4.4>
3. Baukienė E, Jusienė R. Ikimokyklinio amžiaus vaikų miego sunkumų, emocinio reaktyvumo ir tėvų taikomos miego bei naudojimosi ekranais turinčiais prietaisais tvarkos sąsajos. *Psichologija* [Internet]. 2021;62:69–86 [cited 2025 Jul 9]. Available from: <https://doi.org/10.15388/Psichol.2020.22>
4. Sloan RA, Kim Y, Sawada SS, Asakawa A, Blair SN, Finkelstein EA. Is less sedentary behavior, more physical activity, or higher fitness associated with sleep quality? A cross-sectional study in Singapore. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020;17(4):1337 [cited 2025 Jul 9]. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph17041337>
5. Baranowski M, Jabkowski P. Gender and socioeconomic patterning of self-reported sleep problems across European countries. *Eur J Public Health* [Internet]. 2023;33(2):242–8 [cited 2025 Jul 9]. Available from: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad012>
6. Šostakaitė-Babenskienė M, Vaičekauskytė Ž, Pajėdienė E. Linguistic and cross-cultural adaptation of the Lithuanian version of Insomnia Severity Index. *J Med Sci* [Internet]. 2019;7(9) [cited 2025 Jul 9]. ISSN:2345-0592.
7. Akhlag M, Siddiqui HA, Azharuddin M. Relationship between sleep deprivation and daytime sleepiness in different groups of the population: a cross-sectional study. *J Clin Diagn Res* [Internet]. 2024;18(4):YC01–YC04 [cited 2025 Jul 9]. Available from: <https://doi.org/10.7860/JCDR/2024/67120/19238>
8. Khazaie H, Jalali A, Khazaie A, Mohammadi R, Jalali R, Moheb SB, et al. The prevalence of sleep disorders in Iranian adults – an epidemiological study. *BMC Public Health* [Internet]. 2024;24(1):3141 [cited 2025 Jul 9]. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20602-w>
9. Lo Martire V, Berteotti Ch, Zoccoli G, Bastianini S. Improving sleep to improve stress resilience. *Curr Sleep Med Rep* [Internet]. 2024;10(1):23–33 [cited 2025 Jul 9]. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40675-024-00274-z>
10. Badri M, Alkhaili M, Aldhaferi H, Yang G, Albahar M, Alrashdi A. From good sleep to health and to quality of life – a path analysis of determinants of sleep quality of working adults in Abu Dhabi. *Sleep Sci Pract* [Internet]. 2023;7(1):1 [cited 2025 Jul 9]. Available from: <https://doi.org/10.1186/s41606-023-00083-3>
11. Delbari A, Ghavidel F, Bidkhori M, Saatchi M, Abolfathi Momtaz Y, Efati S, et al. Evaluation of sleep quality and related factors in community-dwelling adults: Ardakan Cohort Study on Aging (ACSA). *J Res Health Sci* [Internet]. 2023;23(3):e00591 [cited 2025 Jul 9]. Available from: <https://doi.org/10.34172/jrhs.2023.126>
12. Jiménez-Vaquero C, Alonso-Dominguez R, García-Yu IA, Martín-Nogueras AM, Sánchez-Aguadero N, Crespo-Sedano A, et al. Analysis of the determinants of sleep quality in a Spanish population: a study protocol for a cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 2023;13(3):e069444 [cited 2025 Jul 9]. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-069444>
13. Paller KA, Creery JD, Schechtman E. Memory and sleep: how sleep cognition can change the waking mind for the better. *Annu Rev Psychol* [Internet]. 2021;72:123–50 [cited 2025 Jul 9]. Available from: <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010419-050815>

SLEEP QUALITY OF PEOPLE OF WORKING AGE AND ASSESSMENT OF FACTORS INFLUENCING IT

Donata Ceiko¹, Renata Giliun²

¹*Faculty of Medicine, Vilnius University*

²*Department of Nursing, Faculty of Medicine, Vilnius University*

SUMMARY

The aim of study - to assess the sleep quality of working-age individuals and the factors influencing it.

Material and methods. A quantitative study was conducted using an online questionnaire survey. A total of 410 properly completed questionnaires were analyzed. The Pittsburgh Sleep Quality Index questionnaire was used to assess sleep quality, while the Reeder Stress Scale and general questions were applied to evaluate stress. The data were processed using "SPSS v. 24" and "Microsoft 365" software.

Results. Poor sleep quality was identified in 70.73% of respondents. Only 10.49% of participants subjectively rated their sleep quality as very good. The study revealed a statistically significant relationship between sleep quality, age groups, and marital status ($p=0.030$). The use of sleeping medication was found to significantly correlate with poorer sleep quality across all age groups ($p=0.000498$). Perceived levels of stress were evenly distributed among respondents, with 43% of respondents reporting both nervous tension and stressful state. Additionally, a statistically significant relationship was found between stress, age groups, and education level

($p=0.0017$). The findings also showed that respondents experiencing higher levels of stress were more likely to suffer from poor sleep quality ($p=0.000$).

Conclusions. The majority of study participants were found to have poor sleep quality, which is significantly influenced by sociodemographic factors and experienced stress. Higher levels of stress were associated with more frequent occurrences of poor sleep quality. Sleep quality and stress represent a pressing issue among working-age individuals, which tend to intensify with age and increasingly affect both health and quality of life.

Keywords: sleep, sleep quality, factors, working-age people.

Correspondence to Renata Giliun
Vilnius University Faculty of Medicine
M. K. Čiurlionio str. 21/27, LT-03101, Vilnius Lithuania
E-mail: renata.giliun@mf.vu.lt

Received 11 June 2025, accepted 30 July 2025

ODOS BŪKLIŲ IR JOS PRIEŽIŪROS SĄSAJOS SU GYVENIMO KOKYBE

Urtė Adelė Kerpytė¹, Laura Nedzinskienė², Renata Giliun³

¹Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas

²Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Biomedicinos mokslų instituto Anatomijos, histologijos ir antropologijos katedra

³Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų instituto Slaugos katedra

SANTRAUKA

Tyrimo **tikslas** – nustatyti odos būklių paplitimą, odos priežiūros ypatumus bei išsiaiškinti jų sąsajas su gyvenimo kokybe.

Medžiaga ir metodai. Tyrimo metu vykdyta anoniminė apklausa, kurią sudarė 65 klausimai, duomenys analizuoti SPSS statistine programa. Tyrimo dalyvavo 378 asmenys, kurių amžiaus vidurkis buvo 31 m. $\pm$ 11,99 m.

Rezultatai. Nustatyta, jog daugiau nei pusė (56,9 proc.) asmenų turi mišrią odą su sausomis ir riebiomis zonomis. Penktadalio (20,6 proc.) asmenų oda yra jautri, o ketvirtadalio (26,3 proc.) dalyvių turi spuogų. Didžioji dauguma (82,8 proc.) respondentų naudoja daugiau nei 1 odos priežiūros produktą kasdien, didžioji dalis (75,1 proc.) respondentų gyvena didmiestyje ir daugiau nei pusė (55,6 proc.) yra įgiję aukštąjį išsilavinimą. Moterys linkusios prižiūrėti odą labiau nei vyrai, daugiau jų naudoja odos priežiūros priemones. Populiariausios odos priežiūros priemonės – drėkinamasis veido kremas (85,19 proc.) ir veido prausiklis (69,84 proc.). Aknę turintys asmenys statistiškai reikšmingai dažniau jautėsi nervingi ir įsitempę per pastarąjį mėnesį, palyginti su neturinčiais spuogų ($p = 0,033$). Mūsų tyrimo dalyvių odos būklė turėjo nedidelę įtaką tiriamųjų gyvenimo kokybei (DLQI – $2,46 \pm 4,14$).

Išvada. Labai svarbu visuomenę mokyti odos higienos, aiškinti žalingų veiksnių poveikį odai, supažindinti su jų prevencija, suteikti daugiau žinių apie odos priežiūros priemones.

Reikšminiai žodžiai: oda, odos priežiūra, aknė, odos būklė, gyvenimo kokybė.

ĮVADAS

2022 m. publikuoto tyrimo duomenimis, Europoje 43,35 proc. suaugusiųjų turėjo bent vieną dermatologinę ligą ar būklę (1). Paplitimas yra didelis, nes bet kokią odos sutrikimą gali turėti nuo 21 proc. iki 87 proc. gyventojų (2). Odos būklė – nuo tokių problemų kaip spuogai ir sausumas iki sunkesnių ligų, tokių kaip autoimuninės odos ligos ir odos vėžys – vargina didelę dalį žmonių visame pasaulyje (1). Jos pasireiškia įvairiais simptomais, pavyzdžiui, uždegimu, niežuliu, deginimu, bėrimais, spuogais, pigmentacijos pokyčiais bei kitais padariniais. Be fiziologinių funkcijų, odos išvaizda ir būklė daro didelę įtaką žmogaus gyvenimo kokybei, nes turi įtakos pasitikėjimui savimi, socialiniams santykiams ir bendrai asmens savijautai (3). Dėl matomo daugelio odos ligų ar būklių pobūdžio asmenys gali būti stigma-

tizuojami ir diskriminuojami, o tai dar labiau padidina emocinę naštą sergantiesiems. Pavyzdžiui, aknė gali sukelti gėdos jausmą, žemą savivertę ir socialinę izoliaciją, paveikti įvairius kasdienio gyvenimo aspektus, įskaitant darbą, santykius ir laisvalaikį (4).

Asmenys, reaguodami į savo odos poveikį gyvenimo kokybei, naudoja įvairias odos priežiūros priemones, kuriais siekia suvaldyti simptomus, pagerinti odos išvaizdą ar užkirsti kelią būsimoms problemoms. Į tai dažniausiai įeina odos valymas, drėkinimas, apsauginio kremo nuo

Adresas susirašinėti: Laura Nedzinskienė
Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas
M. K. Čiurlionio g. 21/27, 03101 Vilnius
El. p. laura.nedzinskiene@mf.vu.lt

saulės naudojimas ir, kai kuriais atvejais, gydymas vietiniais ar sisteminiais vaistais. Tinkama odos priežiūra ne tik padeda spręsti fizinius odos sveikatos aspektus, bet ir prisideda prie psichologinės gerovės, nes skatina rūpinimąsi savimi. Šiais laikais odos priežiūros produktų industrija plečiasi ir vis daugiau žmonių pradeda rūpintis savo oda bei domėtis odos priežiūros priemonėmis (5). Atsižvelgiant į odos tipų įvairovę ir jų dinamiškumą labai svarbu nustatyti odos tipą – pagal jį oda dažniausiai skirstoma į riebią, sausą, mišrią ir jautrią [6, 7].

Atliekant odos priežiūros rutiną yra svarbu naudoti apsauginį kremą nuo saulės, nes oda yra veikiamą kenksmingų ultravioletinių spindulių, kurie pažeidžia odą ir gali skatinti išsivystyti odos vėžį [8, 9]. Nacionalinio vėžio instituto 2021 m. duomenimis, Lietuvoje kasmet nustatoma apie 200 naujų susirgimų melanoma [10], iš jų du trečdaliai diagnozuojami moterims, vienas trečdalis – vyrams.

Visapusiškas supratimas, kaip odos būklė ir jos priežiūra veikia asmens gyvenimo kokybę, gali padėti kurti holistinius gydymo metodus, kurie gerintų ne tik fizinę, bet ir psichologinę asmens savijautą. Todėl buvo iškeltas tyrimo **tikslas** – nustatyti odos būklių paplitimą, odos priežiūros ypatumus bei išsiaiškinti jų sąsajas su gyvenimo kokybe.

MEDŽIAGA IR METODAI

Anoniminė savanoriška apklausa buvo vykdoma 2023 m. sausio–gruodžio mėn. internetu. Klausimyną sudarė 65 klausimai, pagal kuriuos buvo vertinami sociodemografiniai (lytis, amžius, gyvenamoji vieta, šeiminė padėtis, išsilavinimo lygis, užimtumas) ir gyvensenos (rūkymas, miegas, fizinis aktyvumas, vandens ir alkoholio vartojimas, nuovargis, patiriamas stresas) ypatumai. Taip pat buvo klausiama apie odos būklę, esamus apgamus, kreipimąsi į gydytoją, odos priežiūrą ir apsaugą bei pateikti dermatologinio gyvenimo kokybės indekso (angl. *Dermatology Life Quality Index*, DLQI) klausimyno klausimai. DLQI yra pirmasis gydytojams dermatologams skirtas gyvenimo kokybės klausimynas. Jį sudaro 10 klausimų, kuriais vertinamas pacientų suvokimas, kaip odos ligos ar būklės veikia įvairius su sveikata susijusius gyvenimo kokybės aspektus per pastarąją savaitę (11). Pildant klausimyną galima pasirinkti tik vieną atsakymą, už kiekvieną pasirinktą atsakymą skiriamas balas, paigoje suskaičiuojama balų suma ir nustatoma, kokią

įtaką per pastarąją savaitę žmogaus odos būklė turėjo jo gyvenimo kokybei. Pildantieji turi pasirinkti vieną iš išvardytų atsakymų: „labai daug“ (3 balai), „daug“ (2 balai), „nedaug“ (1 balai), „visai ne / netaikoma“ (0 balų). Didžiausia galima balų suma yra 30, mažiausia – 0 (1 lentelė).

1 lentelė. DLQI vertinimas [11, 12]

Balų suma	Vertinimas
0–1	Nėra jokios įtakos paciento gyvenimo kokybei
2–5	Nedidelė įtaka paciento gyvenimo kokybei
6–10	Vidutinė įtaka paciento gyvenimo kokybei
11–20	Didelė įtaka paciento gyvenimo kokybei
21–30	Labai didelė įtaka paciento gyvenimo kokybei

Dalyvavimas apklausoje buvo savanoriškas, kiekvienas respondentas pažymėjo, jog sutinka dalyvauti tyrime, o gauti anketos duomenys buvo anoniminiai ir laikyti konfidencialiais. Tyrimo dalyvavo 378 asmenys, kurių amžius siekė nuo 18 m. iki 71 m., vidurkis – 31 m. $\pm$ 11,99 m. Tyrimo daugiausia dalyvavo 23 metų asmenų, jie sudarė apie penktadalį (19,0 proc.) visų apklaustųjų. Tris ketvirtadalius (74,1 proc.) respondentų sudarė moterys, 25,9 proc. – vyrai. Didžioji dalis (89,9 proc.) respondentų nurodė gyvenantys didmiestyje, kita dalis (10 proc.) miestelyje ar kaime. Aukštąjį universitetinį išsilavinimą nurodė įgiję daugiau nei pusę respondentų (67,2 proc.), penktadalį (21,4 proc.) – vidurinį, o dešimtdalis (11,4 proc.) – aukštąjį neuniversitetinį. Anketos duomenys buvo analizuojami SPSS (angl. *Statistical Package for Social Sciences*) v26.00 statistine programa. Atliekant analizę taikyti aprašomosios statistikos metodai: apskaičiuoti veiksmų dažniai, dažniausiai pasikartojančios (Moda), didžiausios (Max) ir mažiausios (Min) reikšmės, vidurkiai, standartinis nuokrypis (SD). Statistinėms hipotezėms tikrinti naudotas reikšmingumo lygmuo $p < 0,05$.

REZULTATAI

Vertinant veido odą apibūdinančius teiginius nustatyta, jog dažniausias (56,9 proc.) pasirinktas atsakymas – „turiu mišrią odą su sausomis ir riebiomis vietomis“, apie trečdalis dalyvių (26,3 proc.) nurodė, kad turi spuogų. Kas penktas dalyvis (20,6 proc.) turi raudoną ir jo oda yra jautri. Kad turi normalią arba brandžią odą, nurodė tik

2,6 proc. respondentų. Penktadalis (20,6 proc.) respondentų nurodė, kad jų oda yra jautri. Statistiškai reikšmingai daugiau moterų nei vyrų turi jautrią odą ($p < 0,001$). Statistiškai reikšmingai daugiau jautrią odą turinčių vyrų (71,4 proc.) nei moterų (28,2 proc.) dažniau susiduria su sunkumais užmigti ($p = 0,019$). Pastebėta, kad rūko 43,6 proc. jautrią odą turinčių respondentų ir 34,4 proc. nejautrią odą turinčių respondentų. Statistiškai reikšmingai daugiau jautrią odą turinčių vyrų

(44,9 proc.) nei moterų (33,2 proc.) rūko ($p = 0,038$). Statistiškai reikšmingai daugiau jautrią odą turinčių (93,6 proc.) nei nejautrią odą turinčių (80,7 proc.) respondentų vartoja alkoholį ($p = 0,006$). Vertinant respondentų fizinį aktyvumą nustatyta, kad mažiau nei pusė (43,7 proc.) moterų ir 42,9 proc. vyrų sportuoja kasdien ir reguliariai. 64,8 proc. moterų kasdien išgeria 1–2 l vandens, o mažiau nei pusė (42,8 proc.) vyrų – 1 l per dieną (2 lentelė).

2 lentelė. Respondentų, turinčių jautrią odą, pasiskirstymas pagal lytį bei gyvensenos veiksnį

Gyvensenos veiksniai	Lytis				p reikšmingumo lygmuo (angl. <i>p-value</i>)
	Moterys		Vyrų		
	Abs. sk. (n)	Proc.	Abs. sk. (n)	Proc.	
Sunkumai užmigti	20	28,2	5	71,4	0,019
Rūkymas	30	42,3	4	57,1	0,448
Alkoholio vartojimas	66	93	7	100	0,468
Reguliarus sportas	31	43,7	3	42,9	0,505
Vandens vartojimas per dieną					
< 1 l	18	25,4	3	42,8	0,134
1–2 l	46	64,8	2	28,6	0,134
3–4 l	7	9,9	2	28,6	0,134

į klausimą, kuriose kūno vietose vargina odos problemos, daugiau nei trečdalis (36,2 proc.) respondentų atsakė, kad probleminė oda yra daugiau nei vienoje kūno vietoje. Daugiau nei pusė (59,5 proc.) respondentų skundžiasi veido odos problemomis. Vertinant, ar respondentai naudoja odos priežiūros priemones, didžioji dalis (91,0 proc.) teigė, kad naudoja. Odos priežiūros priemones naudoja statistiškai reikšmingai daugiau moterų (97,90 proc.) nei vyrų (71,40 proc.) ($p < 0,001$). Nustatyta, jog statistiškai reikšmingai daugiau moterų (95,7 proc.) nei vyrų (45,90 proc.) naudoja daugiau nei 1 odos priežiūros priemonę kasdien ($p < 0,001$). Mažiau nei dešimtadalis (8,7 proc.) respondentų nenaudoja jokių odos priežiūros produktų, o 8,5 proc. asmenų naudoja tik 1 odos priežiūros priemonę.

Vertinant, kokias priemones dažniausiai renka respondentai, pastebėta, kad dauguma (85,19 proc.) tyrimo dalyvių naudoja drėkinamąjį veido kremą, daugiau nei pusė – veido prausiklį (69,84 proc.), kūno kremą (58,99 proc.), makiažo valiklį (54,23 proc.). Trečias pagal dažnumą naudojamas produktas tarp moterų – makia-

žo valiklis (72,5 proc.), o vyrų – kūno kremas (31,6 proc.). Penktadalis (20,4 proc.) moterų kasdien naudoja makiažo valiklį, veido prausiklį, veido toniką, veido serumą, drėkinamąjį veido kremą ir kūno kremą. Apie trečdalis (28,6 proc.) vyrų nenaudoja nieko, o 14,3 proc. vyrų kasdien naudoja veido prausiklį ir drėkinamąjį veido kremą. Vertinant respondentų apsauginio kremo nuo saulės su SPF naudojimą veidui ar kūnui kasdien nustatyta, kad daugiau nei trys ketvirtadaliai (76,20 proc.) jį naudoja. Statistiškai reikšmingai daugiau moterų (83,20 proc.) nei vyrų (56,10 proc.) naudoja priemones su SPF ($p < 0,001$). 46,5 proc. aknę turinčių respondentų yra vieniši, t. y. neturi partnerio (-ės), palyginti su neturinčiaisiais aknės ($p < 0,001$). Dauguma (90,9 proc.) tiriamųjų, kurie nurodė turintys aknę, naudoja odos priežiūros priemones, o 80,8 proc. naudoja apsauginį kremą nuo saulės. Mažiau nei pusė (41,4 proc.) aknę turinčių asmenų rūko, tačiau šis skirtumas nėra statistiškai reikšmingas lyginant su kita grupe ($p = 0,222$). Alkoholi vartoja dauguma (83,8 proc.) aknę turinčių respondentų, 63,6 proc. šių respondentų per dieną išgeria 1–2 l

vandens. Nustatyta, jog daugiau nei pusė (50,5 proc.) aknę turinčių respondentų reguliariai nesportuoja, beveik du trečdaliai (60,6 proc.) jų neturi sunkumų užmigti. 60,6 proc. asmenų, turinčių aknę, stresą patiria bent kartą per dieną, o daugiau nei trečdalis (31,3 proc.) asmenų stresą patiria bent kartą per savaitę. Statistiškai reikšmingai ($p = 0,033$) dažniau asmenys (46,5 proc.), turintys aknę, buvo nervingi, palyginti su neturinčiais spuogų tiriamaisiais (32,4 proc.).

Tyrimo rezultatai parodė, kad DLQI balai pasiskirstė nuo 0 iki 29, vidurkis $2,46 \pm 4,14$ balo: tarp moterų $2,58 \pm 4,23$ balo, tarp vyrų $2,12 \pm 3,90$ balo. Daugiau nei pusė (57,9 proc.) respondentų odos būklė nedarė jokios įtakos gyvenimo kokybei per pastarąją savaitę. Nedidelį poveikį gyvenimo kokybei jautė apie trečdalis (29,7 proc.), vidutinį poveikį jautė 7,9 proc. respondentų. Didelį ir labai didelį poveikį gyvenimo kokybei dėl odos būklės jautė 4,5 proc. asmenų. Didžiausias DLQI balų vidurkis nustatytas apibendrinant atsakymus į klausimą, susijusį su odos skausmingumu, opėjimu, niežėjimu ir dilgėjimu – vidurkis 0,48 balo. Statistiškai reikšmingai dažniau moterys (5 proc.) nei vyrai (0,3 proc.) per pastarąją savaitę dėl savo odos jautė gėdą, varžėsi ar drovėjosi (stipriai ir labai stipriai) ($p = 0,035$). Šio klausimo atsakymų balo vidurkis yra antras pagal didumą – 0,47 balo.

REZULTATŲ APTARIMAS

2022 m. Saudo Arabijoje atlikto tyrimo metu buvo vertinamas odos priežiūros priemonių naudojimas ir nustatyta, kad tai statistiškai reikšmingai susiję su lytimi, nes odos priežiūros priemonės dažniau naudojo moterys nei vyrai (atitinkamai 74,7 proc. ir 46,6 proc., $p < 0,001$) [12]. Mūsų atlikto tyrimo rezultatai panašūs – moterys statistiškai reikšmingai dažniau nei vyrai naudoja odos priežiūros priemones ($p < 0,001$). Saudo Arabijoje atliktame tyrime beveik du trečdaliai (68,3 proc.) respondentų nurodė naudojančius odos priežiūros priemones [13]. Mūsų atlikto tyrimo duomenimis, devyni iš dešimt (91 proc.) asmenų naudoja odos priežiūros produktus. 2021 m. Nigerijoje atlikto tyrimo metu buvo apklausiamos moterys ($n = 110$) apie jų veido priežiūrą ir nustatyta, kad mažiau nei pusė (40,9 proc.) iš jų odos priežiūros priemones naudojo kasdien, dažniausiai (51,1 proc.) – veido prausiklį, 46,7 proc. – veido toniką, 40,0 proc. – apsauginį kremą nuo saulės, o 37,8 proc. – drėkinamąjį veido kremą [14].

2022 m. Saudo Arabijoje atlikto tyrimo metu nustatyta, jog daugiau nei pusė (68,3 proc.) dalyvių naudoja odos priežiūros priemones, iš kurių dažniausiai buvo naudojamas veido prausiklis (82,3 proc.), drėkinamasis veido kremas (81,4 proc.) ir kūno kremas (80,0 proc.) [13]. Mūsų tyrimo duomenys skiriasi nuo Nigerijoje atlikto tyrimo, tačiau yra panašūs į Saudo Arabijos tyrime gautus rezultatus. Mūsų atliktas tyrimas parodė, kad dažniausiai yra naudojamas drėkinamasis veido kremas (85,19 proc.), veido prausiklis (69,84 proc.), kūno kremas (58,99 proc.). Galima teigti, jog Nigerijoje žmonės mažiau linkę rūpintis savo odos būkle, palyginti su Saudo Arabijos ar mūsų šalies žmonėmis, tai gali būti paaiškinama ir ekonominiu šalies išsivystymu bei galimybe įsigyti odos priežiūros produktų. Tačiau šie lyginami trijų skirtingų šalių tyrimų duomenys rodo, kad nepriklausomai nuo šalies yra tam tikri produktai, kuriuos asmenys renkasi dažniausiai, tai veido prausiklis ir drėkinamasis veido kremas. 2022 m. Saudo Arabijoje atlikto tyrimo metu 38 proc. respondentų nurodė, kad nenaudoja apsauginio kremo nuo saulės [13]. Mūsų atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad beveik ketvirtadalis (23,8 proc.) respondentų nenaudoja apsauginio kremo nuo saulės. Šie rezultatai įdomūs tuo, kad šalyje, kur saulės daugiau ir ji kaitresnė bei intensyvesnė, daugiau asmenų nenaudoja apsauginio kremo nuo saulės, nors, kita vertus, pietiečių oda labiau prisitaikiusi prie UV. 2022 m. JAV publikuotame moksliniame straipsnyje teigiama, kad 2014–2018 m. pagal amžių pakoreguotas sergamumas melanoma 100 000 gyventojų buvo nustatytas 26,0 baltųjų, 5,8 Amerikos indėnų / Aliaskos čiabuvių, 4,6 ispanakalbių, 1,3 azijiečių / Ramiojo vandenyno salų gyventojų ir 1,0 juodaodžių [15]. Galima daryti prielaidą, kad tamsesnės odos asmenys rečiau serga melanoma nei turintys šviesų odos atspalvį ir dėl to rečiau naudoja apsauginį kremą nuo saulės. 2020 m. penkiose skirtingose šalyse buvo atliktas didelės apimties ($n = 10\,743$) tyrimas, kurio metu apie pusė (48,2 proc.) respondentų nurodė turintys jautrią odą. Nustatyta, kad jautrią odą dažniausiai turi moterys [16]. Mūsų tyrimo skaičiai yra mažesni – daugiau nei penktadalis (20,6 proc.) respondentų turi jautrią odą, iš jų 91 proc. moterys. To paties 2020 m. tyrimo duomenimis, apie miego sutrikimus pranešė dauguma (77,2 proc.) asmenų, iš kurių 51,77 proc. nurodė, kad turi jautrią odą [16]. 2014 m. Danijoje atliktame tyrime buvo tiriami asmenys ($n = 212$), sergantys supūliavusiu hidradenitu

(*acne inversa*). Studijos metu nustatyta, jog dauguma (92,2 proc.) tiriamųjų buvo rūkantys. Šio tyrimo duomenys rodo, kad rūkymas gali prisidėti prie besitęsiančio uždegimo ir mažesnio atsako į paskirtą gydymą [17]. Mūsų tyrimo metu buvo gauti mažesni skaičiai – mažiau nei pusė (41,4 proc.) aknę turinčių respondentų rūko, tačiau šis skirtumas nebuvo statistiškai reikšmingas tarp aknės neturinčių asmenų ($p = 0,222$). 2021 m. Indijoje atliktame tyrime dalyvavo jauni, sveiki 18–25 metų amžiaus asmenys ($n = 1\,392$, 40 proc. moterų, 60 proc. vyrų), kurie 2017–2020 m. lankėsi dermatologijos įstaigoje, norėdami gauti konsultaciją dėl aknės. Tyrimo tikslas buvo nustatyti aknės poveikį gyvenimo kokybei, pasitelkiant klausimynus DLQI ir CADI (angl. *Cardiff acne disability index*). Vidutinis nustatytas DLQI balas buvo 4,50 (intervalas 0–30), o vidutinė CADI vertė buvo 3,60 (intervalas 0–15). Tiek DLQI, tiek CADI balai buvo gerokai aukštesni tarp moterų nei tarp vyrų. Didžiausias balų vidurkis buvo nustatytas įvertinus atsakymus į klausimą, susijusį su gėdos jausmu ir drovėjimusi (1,44 balo), mažesnę balų sumą (1,35 balo) surinko klausimas, kuriuo vertinamas poveikis socialinei ar laisvalaikio veiklai. Tiriamųjų moterų šių dviejų klausimų vidutiniai balai buvo aukštesni nei tiriamųjų vyrų [18]. Mūsų tyrimo rezultatai yra panašūs, moterų (2,58 balo) surinktas bendras viduti-

nis DLQI balas buvo didesnis nei vyrų (2,12 balo). Mūsų tyrimo rezultatai sutampa su kitų autorių atliktų tyrimų rezultatais – didžiausias DLQI balų vidurkis nustatytas taip pat vertinant atsakymus į klausimą apie drovėjimąsi, gėdos jausmą ar savęs varžymą dėl odos būklės (0,47 balo), statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$) dažniau tai jautė moterys (5 proc.) nei vyrai (0,3 proc.). Vadinasi, galima teigti, jog odos būklė daro didesnę įtaką moterų gyvenimo kokybei nei vyrų, o žmonės daugelyje šalių jaučia gėdą bei drovisi savo pažeistos odos.

APIBENDRINIMAS

Įvertinus užsienio šalių mokslininkų atliktus tyrimų duomenis ir mūsų tyrimo rezultatus galima teigti, kad odos problemos / būklės yra plačiai paplitusios skirtingose populiacijose, tik požiūris į problemas gali skirtis, priklausomai nuo geografinės šalies padėties, kultūros bei tradicijų ir socialinių santykių. Tačiau visi tyrimai rodo, kad odos nepageidaujamos būklės gali sukelti psichosocialinių problemų kiekvieno asmens asmeniniame gyvenime. Todėl labai svarbu mokyti visuomenę odos higienos, aiškinti žalingų veiksmų poveikį odai, supažindinti su jų prevencija, suteikti daugiau žinių apie odos priežiūros priemones.

Straipsnis gautas 2025-06-13, priimtas 2025-08-04

Literatūra

1. Richard MA, Paul C, Nijsten T, Gisondi P, Salavastru C, Taieb C, et al. Prevalence of most common skin diseases in Europe: a population-based study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2022;36(7):1088–96. DOI: 10.1111/jdv.18050
2. Sanclemente G, Burgos C, Nova J, Hernández F, González C, Reyes MI, et al. The impact of skin diseases on quality of life: A multicenter study. *Actas Dermo-Sifiliográficas Engl Ed*. 2017;108(3):244–52. DOI: 10.1016/j.ad.2016.11.008
3. Hassanin AM, Ismail NN, el Guindi A, Sowailam HA. The emotional burden of chronic skin disease dominates physical factors among women, adversely affecting quality of life and sexual function. *J Psychosom Res*. 2018;115:53–7. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2018.10.011
4. Tan J, Beissert S, Cook-Bolden F, Chavda R, Harper J, Hebert A, et al. Evaluation of Psychological Wellbeing and Social Impact of Combined Facial and Truncal Acne: a Multi-national, Mixed-Methods Study. *Dermatol Ther*. 2022;12(8):1847–58. DOI: 10.1007/s13555-022-00768-0
5. Mangal S, Ray M, Saha S, Paul S, Maji HS. Perception regarding selection and use of skincare products and the impact of advertisement: a questionnaire-based randomized survey. *Egypt Pharm J*. 2021;20(3):173. DOI: 10.4103/epj.epj_20_21
6. Understanding and Treating Various Skin Types: The Baumann Skin Type Indicator – ClinicalKey: <https://www.clinicalkey.com>
7. Zhen Chang NY, Verbov J. *Dermatology. A Handbook for medical students and junior doctors*. 2020.
8. Amici JM, Cogrel O, Jourdan M, Raimbault C, Canchy L, Kerob D, et al. Expert recommendations on supportive skin care for non-surgical and surgical procedures. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2023;37(53):16–33. DOI: 10.1111/jdv.18855
9. Baumann LS, Berson DS, Cook-Bolden FE, Goldberg DJ, Goldwasser JH. Highlights From A Dermatology Summit.
10. Melanoma – Nacionalinis vėžio institutas: <https://www.nvi.lt/melanoma/>
11. Cardiff University. Dermatology Life Quality Index: <https://www.cardiff.ac.uk/medicine/resources/quality-of-life-questionnaires/dermatology-life-quality-index>
12. Lideikaitė A, Malevič A, Gancevičienė R. Pacientų, sergančių akne, gyvenimo kokybės vertinimas. *Visuomenės sveikata*. 2018 Apr 3;28(1):5–9.
13. Alsharif SH, Alqahtani SH, Alqarehi RM, et al. Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding Skin Care in Saudi Arabia: A Cross-Sectional, Survey-Based Study. *Cureus*. 2022; DOI: 10.7759/cureus.32490
14. Egbi OG, Kasia B. Prevalence, determinants and perception of use of skin lightening products among female medical undergraduates in Nigeria. *Skin Health Dis*. 2021;1(3):e46. DOI: 10.1002/ski2.46
15. Tsai J, Chien AL. Photoprotection for Skin of Color. *Am J Clin Dermatol*. 2022;23(2):195–205. DOI: 10.1007/s40257-021-00670-z
16. Misery L, Morisset S, Séité S, Brenaut E, Fichoux AS, Fluhr JW, et al. Relationship between sensitive skin and sleep disorders, fatigue, dust, sweating, food, tobacco consumption or female hormonal changes: Results from a worldwide survey of 10 743 individuals. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2021;35(6):1371–6. DOI: 10.1111/jdv.17162
17. Kromann CB, Deckers IE, Esmann S, Boer J, Prens EP, Jemec GBE. Risk factors, clinical course and long-term prognosis in hidradenitis suppurativa: a cross-sectional study. *Br J Dermatol*. 2014;171(4):819–24. DOI: 10.1111/bjd.13090
18. Singh IP, Poonia K, Bajaj K. Quality of life in young adults with acne: Results of a cross-sectional study. *J Cosmet Dermatol*. 2021;20(12):4017–23. DOI: 10.1111/jocd.14540

ASSOCIATIONS OF SKIN CONDITIONS AND SKINCARE WITH QUALITY OF LIFE

Urtė Adelė Kerpytė¹, Laura Nedzinskienė², Renata Giliun³

¹Faculty of Medicine, Vilnius University,

²Department of Anatomy, Histology and Anthropology, Faculty of Medicine, Vilnius University

³Department of Nursing, Faculty of Medicine, Vilnius University

SUMMARY

This study **aims** to assess the prevalence of skin conditions, skincare, and their impact on quality of life.

Methods. A questionnaire consisting of 65 questions was anonymously distributed and analysed using the SPSS statistical software. The study involved 378 participants, with an average age of 31 years.

Results. Findings revealed that over half (56.9%) had combination skin, while a fifth (20.6%) reported sensitive skin, and a quarter (26.3%) experienced acne. The majority (82.8%) of respondents used multiple skincare products daily, primarily residing in urban areas (75.1%) and possessing higher education (55.6%). Women tended to take better care of their skin than men, as evidenced by their higher usage of skincare products. Moisturizing facial cream (85.19%) and facial cleanser (69.84%) emerged as the most popular skincare choices. Individuals with acne statistically felt more nervous and tense com-

pared to those without acne ($p = 0.033$). The impact of skin condition on participants' quality of life was relatively minor, reflected by a DLQI score of 2.46 ± 4.14 . It is very important to educate the public on skin hygiene, to explain the effects of harmful factors on the skin and how to prevent them, and to raise awareness of skin care products.

Key words: Skin, Skin Types, Skincare, Quality of Life

Correspondence to Laura Nedzinskienė
Vilnius University Faculty of Medicine
M. K. Čiurlionio str. 21/27
LT-03101 Vilnius, Lithuania
E-mail: laura.nedzinskiene@mf.vu.lt

Received 13 June 2025, accepted 4 August 2025

VYRESNIO AMŽIAUS ASMENŲ BURNOS SVEIKATA IR SU JA SUSIJUSI GYVENIMO KOKYBĖ

Julija Balodienė, Evelina Daugėlienė

Klaipėdos valstybinės kolegijos Sveikatos mokslų fakultetas

SANTRAUKA

Tyrimo tikslas – išanalizuoti vyresnio amžiaus asmenų burnos sveikatą ir su ja susijusią gyvenimo kokybę.

Tyrimo medžiaga ir metodai. Pasirinktas kiekybinio tyrimo metodas. Tyrimo instrumentas – standartizuotas ir kombinuotas klausimynas „Poveikio burnos sveikatai profilis-14“ (angl. *OHIP-14*) [1]. Tyrimas buvo vykdomas 2024 m. vasario–balandžio mėnesiais, interneto portale „Facebook“ įdėjus apklausos anketą grupėse, kuriose bendrauja vyresnio amžiaus žmonės. Tyrimo dalyvavo 112 vyresnio amžiaus respondentų. Statistinei duomenų analizei naudoti IBM SPSS ir MS Excel 2016 programų paketai. Studento (Student) t testas, ANOVA, χ^2 testai ir Spirmeno (Spearman) koreliacijos koeficientas buvo naudojami siekiant nustatyti ryšius ir skirtumus tarp grupių, kai $p < 0,05$.

Tyrimo rezultatai. Tyrimo rezultatai parodė, kad dauguma tiriamųjų kasdien naudoja dantų šepetėlį (87,5 proc.), dantų pastą su fluoru (66,1 proc.), o dantų siūlo ir kitų papildomų priemonių daugiau nei pusė tiriamųjų nenaudoja. Analizės duomenys parodė, kad tiriamieji, turintys žemesnį išsilavinimą, mažesnes pajamas, gyvenantys kaime, vieniši, dažniau turi tokių burnos sveikatos problemų kaip dantų ėduonis, periodontitas ir burnos sausumas. Sergantieji lėtinėmis sisteminėmis ligomis ir vyriškos lyties tiriamieji dažniau patiria burnos sveikatos problemų. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad tiriamųjų gyvenimo kokybė, susijusi su burnos sveikata, yra gera (vidurkis 16,39), o tiriamieji dažniausiai patiria fizinį skausmą, psichologinį diskomfortą ir funkcijų ribotumo problemų. Prastesnė gyvenimo kokybė buvo stebima tarp vyrų, kaimo gyventojų, vienišų asmenų ir tų, kurie turi lėtinių ligų ar mažas pajamas.

Išvados. Sociodemografiniai veiksniai turi reikšmingą įtaką tiriamųjų burnos sveikatai. Tyrimo dalyviai turėjo įvairių nusiskundimų, susijusių su burnos sveikata, dažniausi iš jų dantų ėduonis (39,3 proc.), dantų jautrumas (29,5 proc.), burnos sausumas (28,6 proc.), periodontitas (27,7 proc.) ir blogas burnos kvapas (27,7 proc.). Lėtinės sisteminės ligos turėjo įtakos tiriamųjų burnos sveikatai. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad tyrimo dalyvių gyvenimo kokybė, susijusi su burnos sveikata, yra pakankamai gera (vidurkis 16,39).

Reikšminiai žodžiai: burnos sveikata, vyresnio amžiaus žmonės, su burnos sveikata susijusi gyvenimo kokybė, sisteminės ligos.

IVADAS

Gyventojų senėjimas yra svarbus XXI a. demografinis reiškinys, kurį lemia mažėjantis gimstamumas ir ilgesnė gyvenimo trukmė [2]. Senėjimas apibrėžiamas kaip laipsniškas vidinių fiziologinių funkcijų mažėjimas arba praradimas, dėl kurio mažėja reprodukciniai ir išgyvenamumo rodikliai [3].

Didėjanti vyresnio amžiaus žmonių burnos ligų našta yra pagrindinė pasaulinė visuomenės sveikatos problema, nes burnos sveikata yra neatskiriama bendros sveikatos dalis, padedanti visuomenėje dalyvaujantiems asmenims išnaudoti savo potencialą [4]. Gera vyresnio am-

žiaus žmonių burnos sveikata gerina gyvenimo kokybę senstant, nes burnos sveikata yra neatsiejama bendros sveikatos dalis [2]. Vyresnio amžiaus žmonės dažniau serga lėtinėmis ligomis, kurios veikia burnos sveikatą, ir atvirkščiai – burnos sveikata veikia lėtines sisteminės

Adresas susirašinėti: Evelina Daugėlienė
Klaipėdos valstybinės kolegijos
Sveikatos mokslų fakultetas
Dariaus ir Girėno g. 8, 92255 Klaipėda
El. p. e.daugeliene@kvk.lt

ligas, o gera burnos ir bendra sveikata tiesiogiai susijusi su gyvenimo kokybe, savigarpa ir socialiniu gyvenimu, todėl sparčiai daugėja tyrimų apie sveikatos būklės ir gyvenimo kokybės ryšį [5].

Vyresnio amžiaus žmonės taip pat yra dažniau priklausomi nuo sociodemografinių ir ekonominių veiksnių, kurie lemia blogesnę burnos sveikatos būklę [4]. Burnos ligos tapo pagrindine visuomenės sveikatos problema, keliančia rimtą grėsmę vyresnio amžiaus žmonių fizinei ir psichinei sveikatai visame pasaulyje [6], kuri pradėta nagrinėti tik prieš du dešimtmečius. Šiai sąvokai paaiškinti buvo pasiūlyti įvairūs teoriniai modeliai, iš kurių išsamus yra Wilson ir Cleary 1995 m. konceptualus modelis – „su sveikata susijusi gyvenimo kokybė“ (HRQL) bei Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) išplėstas sveikatos apibrėžimas įtraukiant socialinę gerovę [7]. Tyrimai apie burnos sveikatos įtaką gyvenimo kokybei pradėti nagrinėti tik prieš du dešimtmečius, tačiau šiuo metu ši tema jau intensyviai tiriama. Gyvenimo kokybės, susijusios su burnos sveikata, vertinimas matuoja burnos sveikatos įtaką kasdieniam gyvenimui [7].

Šio tyrimo tikslas – išanalizuoti vyresnio amžiaus asmenų burnos sveikatą ir su ja susijusią gyvenimo kokybę.

TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Tyrimas vykdytas 2024 m. vasario–balandžio mėnesiais. Visi dalyviai prieš tyrimą buvo supažindinti su atliekamo tyrimo tikslu, rezultatų panaudojimu ir etikos principų laikymusi. Respondentams garantuotas informacijos konfidencialumas ir anonimiškumas. Tyrimo instrumentas buvo įdėtas į platformą *Apklausa.lt*, o nuoroda į jį pasidalyta socialinių tinklų grupėse „Kretingos rajono senjorų bendruomenė“, „Širdies ligos ir kardiologija“, „Aktyvūs senjorai 60+“ bei „Palangos trečiojo amžiaus universitetas“. Tyrimo dalyviai buvo atrinkti naudojant netikimybinės patogiosios atrankos metodą. Tiriamąjį kontingentą sudarė 112 suaugusiųjų, kurių amžius svyravo nuo 60 iki 92 metų. Tyrimo dalyviai turėjo atitikti šiuos atrankos kriterijus: būti 60 metų ir vyresnio amžiaus ir savanoriškai sutikti dalyvauti tyrime. Buvo naudota lietuviška OHIP-14 klausimyno versija. OHIP-14 klausimynui apibendrinti naudotas metodas – visų 4 klausimų balų suma (minimali suma 0, maksimali suma 56 balai), didesnė balų suma rodo blogesnę pacientų su burnos sveikata susijusią gyvenimo kokybę. Taip pat analizuotas OHIP-14 ryšys su kitais kintamaisiais, gauti

rezultatai laikyti statistiškai reikšmingais, kai rezultatų skirtumų reikšmė $p < 0,05$.

Tyrimo duomenų analizė buvo atlikta naudojant IBM SPSS ir MS Excel 2016 programų paketus. Aprašomajai statistikai buvo naudojami šie metodai: dažnių lentelės, duomenų padėties charakteristikos, apskaičiuota tiriamųjų charakteristika ir pasiskirstymas grupėse. Kintamųjų normalumui nustatyti naudotas Kolmogorovo ir Smirnov (Kolmogorov–Smirnov) testas. Nominalūs kintamieji pateikti procentais ir dažniais. Iš duomenų padėties charakteristikų naudotas vidurkis ir standartinis nuokrypis ($m \pm SD$). Populiacijos grupėms palyginti buvo taikomas Stjudento (Student) t testas, ANOVA, χ^2 testai. Statistiniams ryšiams nustatyti naudotas Spirmeno (Spearman) koreliacijos koeficientas. Spirmeno koreliacija naudota ryšiui su demografiniais veiksniais ar ranginiais kintamaisiais nustatyti. Statistiškai patikima buvo laikoma, kai $p < 0,05$.

Siekiant patikrinti klausimyno metodikų patikimumą, buvo apskaičiuoti jų vidinio suderinamumo rodikliai Kronbacho alfa (Cronbach α). Naudojamo OHIP-14 klausimyno ir jo skalių teiginių suderinamumas geras ($> 0,7$). Nustatyti Kronbacho alfos rodikliai pateikti 1 lentelėje.

1 lentelė. Klausimynų konstrukto vidinis suderinamumas (N = 112)

Metodika	Teiginių kiekis	Kronbacho alfa
Funkcijų ribotumas	2	0,860
Fizinis skausmas	2	0,691
Psichologinis diskomfortas	2	0,887
Fizinė negalia	2	0,845
Psichologinė negalia	2	0,846
Socialinė negalia	2	0,817
Kitos fizinės ir psichologinės kliūtys	2	0,706
Gyvenimo kokybė (OHIP-14)	14	0,953

REZULTATAI

Tyrime dalyvavo 112 tiriamųjų: 90 moterų (80,4 proc.) ir 22 vyrai (19,6 proc.), amžiaus vidurkis 69 metai. Pagal sociodemografinius rodiklius didžiąją dalį respondentų sudarė moterys, gyvenantys mieste, turintys aukštąjį išsilavinimą, vedę / ištekęsios ir gaunantys 501–800 eurų grynąsias mėnesines pajamas asmenys (2 lentelė).

2 lentelė. Respondentų sociodemografinės charakteristikos (proc., N)

Sociodemografiniai veiksniai		N	Proc.
Lytis	Vyrai	22	19,6
	Moterys	90	80,4
Gyvenamoji vieta	Miestas	75	67
	Kaimo vietovė	37	33
Išsilavinimas	Pradinis ar pagrindinis	6	5,4
	Vidurinis	22	19,6
	Profesinis	24	21,4
	Aukštasis	60	53,6
Šeiminė padėtis	Vedęs / išteikėjusi	63	56,3
	Partnerystė (gyvena su partneriu (-e))	5	4,5
	Vienišas (-a)	17	15,2
	Našlys (-ė)	27	24,1
Pajamos	Mažiau nei 300 eurų	4	3,6
	300–500 eurų	39	34,8
	501–800 eurų	45	40,2
	Daugiau nei 800 eurų	24	21,4

Analizuojant tiriamųjų burnos higienos priežiūros priemonių naudojimo dažnumą (3 lentelė) nustatyta, kad kasdien dantų šepetėlį naudoja 87,5 proc. vyresnio amžiaus žmonių, o dantų pastą su fluoru naudoja 66,1 proc. respondentų. Taip pat ketvirtadalis (25 proc.) kasdien naudoja dantų siūlą, 17 proc. naudoja tarpdančių šepetėlį, 15,2 proc. burnos skalavimo skystį, 11,6 proc. liežuvio valiklį ir 8,9 proc. kasdien naudoja vieno danties šepetėlį. Didelė dalis respondentų visai nenaudoja vieno danties šepetėlio (81,3 proc.), tarpdančių šepetėlio (65,2 proc.) ir dantų siūlo (46,4 proc.). Išanalizuoti rezultatai pagal burnos higienos priežiūros priemonių naudojimą ir sociodemografinius rodiklius (4 lentelė). Rezultatai parodė, kad kuo tiriamųjų amžius didesnis, tuo jie rečiau naudoja dantų pastą su fluoru, dantų siūlą, tarpdančių šepetėlį ir liežuvio valiklį. Tačiau kuo respondentų išsilavinimas aukštesnis, tuo dažniau jie naudoja dantų šepetėlį, dantų pastą su fluoru, tarpdančių šepetėlį ir liežuvio valiklį. Taip pat nustatyta, kad kuo didesnės pagyvenusių asmenų pajamos, tuo labiau jie naudojami dantų šepetėliu, dantų pasta su fluoru, dantų siūlu, tarpdančių šepetėliu. Pastebėta, kad moterys dažniau (91,1 proc.) naudoja dantų šepetėlį negu vyrai (72,7 proc.), taip pat moterys dažniau (70 proc.) naudoja dantų pastą su fluoru negu vyrai (50 proc.).

3 lentelė. Respondentų burnos higienos priemonių naudojimo dažnumas (proc., N)

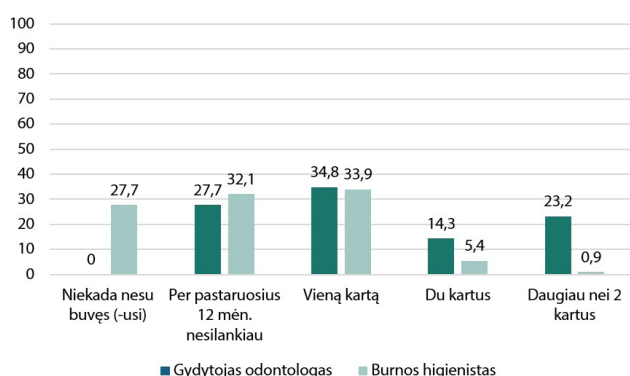
Burnos higienos priemonė	Nesinaudoja	1 kartą per sav.	2–3 kartus per sav.	4–5 kartus per sav.	Kasdien
Dantų šepetėlis	1,8 (2)	0,9 (1)	2,7 (3)	7,1 (8)	87,5 (98)
Dantų pasta su fluoru	17 (19)	1,8 (2)	6,3 (7)	8,9 (10)	66,1 (74)
Dantų siūlas	46,4 (52)	12,5 (14)	9,8 (11)	6,3 (7)	25 (28)
Tarpdančių šepetėlis	65,2 (73)	8 (9)	3,6 (4)	6,3 (7)	17 (19)
Vieno danties šepetėlis	81,3 (91)	2,7 (3)	3,6 (4)	3,6 (4)	8,9 (10)
Burnos skalavimo skystis	41,1 (46)	14,3 (16)	17 (19)	12,5 (14)	15,2 (17)
Liežuvio valiklis	75 (84)	8 (9)	1,8 (2)	3,6 (4)	11,6 (13)

4 lentelė. Respondentų burnos higienos priemonių naudojimo dažnumo sąsajos su tiriamųjų amžiumi, išsilavinimu ir pajamomis

Sąsajos		Amžius	Išsilavinimas	Pajamos
Dantų šepetėlis	r_s	-0,092	0,218*	0,265**
	p	0,336	0,021	0,005
Dantų pasta su fluoru	r_s	-0,187*	0,223*	0,277**
	p	0,048	0,018	0,003
Dantų siūlas	r_s	-0,194*	0,099	0,287**
	p	0,040	0,299	0,002
Tarpdančių šepetėlis	r_s	-0,237*	0,257**	0,368**
	p	0,012	0,006	< 0,001
Vieno danties šepetėlis	r_s	-0,044	0,149	0,107
	p	0,648	0,118	0,262
Burnos skalavimo skystis	r_s	0,160	0,150	0,106
	p	0,093	0,115	0,266
Liežuvio valiklis	r_s	-0,193*	0,197*	0,076
	p	0,041	0,038	0,427

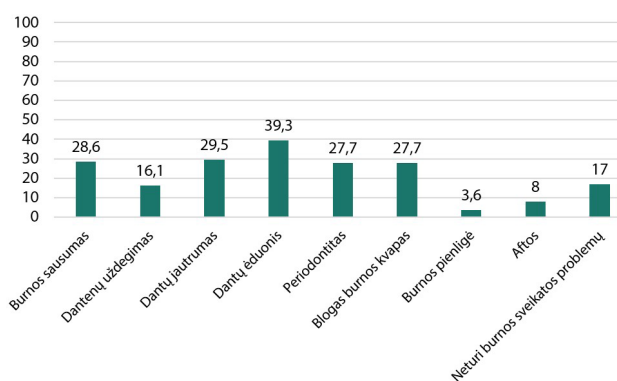
r_s – Spirmeno koreliacijos koeficientas; p – statistinis reikšmingumas; * – < 0,05; ** – 0,001.

1 paveiksle pateikti duomenys rodo, kad 23,2 proc. respondentų per pastaruosius 12 mėn. pas gydytoją odontologą lankėsi daugiau nei 2 kartus, 14,3 proc. du kartus, 34,8 proc. vieną kartą, o 27,7 proc. visai nesilankė. Tik 0,9 proc. lankėsi pas burnos higienistą daugiau nei 2 kartus per pastaruosius 12 mėn. 32,1 proc. per 12 mėn. visai nesilankė pas burnos higienistą, o 27,7 proc. respondentų išvis nėra buvę pas šį specialistą.

**1 pav.** Respondentų lankymosi pas gydytoją odontologą ir burnos higienistą per pastaruosius 12 mėnesių dažnumas (proc.)

Analizuojant respondentų burnos sveikatos problemas (2 pav.) nustatyta, kad dažniausiai tiriamieji turėjo dantų ėduonį (39,3 proc.), dantų jautrumą (29,5 proc.), burnos sausumą (28,6 proc.), periodontitą (27,7 proc.) ir blogą burnos kvapą (27,7 proc.). Taip pat 16,1 proc.

turėjo problemų dėl dantų uždegimo, 8 proc. turėjo skausmingų žaizdelių burnoje, 3,6 proc. patyrė burnos pienligę (kandidamikozę). 17 proc. tiriamųjų nepatyrė jokių burnos sveikatos problemų.

**2 pav.** Respondentų patiriamos burnos sveikatos problemos (proc.)

Statistiškai reikšmingi skirtumai nustatyti analizuojant tiriamuosius pagal lytį ir burnos ertmės problemas (5 lentelė). 72,7 proc. vyrų ir 17,8 proc. moterų jaučia burnos sausumą. 59,1 proc. vyrų ir 20 proc. moterų serga periodontitu, su skausmingomis žaizdelėmis burnoje (aftomis) dažniau susiduria vyrai (22,7 proc.) negu moterys (4,4 proc.).

5 lentelė. Respondentų patiriamos burnos sveikatos problemos priklausomai nuo lyties (proc., N)

Problemos	Lytis		χ^2 ; IIs; p
	Vyras	Moteris	
Burnos sausumas	72,7 (16)	17,8 (16)	26,156; 1; 0,000*
Dantenų uždegimas	13,6 (3)	16,7 (15)	0,120; 1; 1,000
Dantų jautrumas	27,3 (6)	30 (27)	0,063; 1; 1,000
Dantų ėduonis	45,5 (10)	37,8 (34)	0,437; 1; 0,627
Periodontitas	59,1 (13)	20 (18)	13,495; 1; 0,001*
Blogas burnos kvapas	45,5 (10)	23,3 (21)	4,322; 1; 0,060
Burnos pienligė (kandidamikozė)	9,1 (2)	2,2 (2)	2,422; 1; 0,172
Skausmingos žaizdelės burnoje – aftos	22,7 (5)	4,4 (4)	7,996; 1; 0,014*
Neturi burnos sveikatos problemų	13,6 (3)	17,8 (16)	0,215; 1; 0,761

* – $p < 0,05$; χ^2 – chi kvadrato testo reikšmė; IIs – laisvės laipsnių skaičius; p – statistinis reikšmingumas.

48,6 proc. respondentų, gyvenančių kaimo vietovėje, jautė burnos sausumą, o gyvenančių mieste – 18,7 proc. Periodontitu sirgo 45,9 proc. responden-

tų, gyvenančių kaimo vietovėje, mieste – 18,7 proc. 40,5 proc. gyvenančiųjų kaime jautė blogą burnos kvapą, o mieste perpus mažiau (6 lentelė).

6 lentelė. Respondentų patiriamos burnos sveikatos problemos, atsižvelgiant į tiriamųjų gyvenamąją vietą (proc., N)

Problema	Gyvenamoji vieta		χ^2 ; IIs; p
	Miestas	Kaimo vietovė	
Burnos sausumas	18,7 (14)	48,6 (18)	10,913; 1; 0,002*
Dantenų uždegimas	14,7 (11)	18,9 (7)	0,332; 1; 0,591
Dantų jautrumas	34,7 (26)	18,9 (7)	2,956; 1; 0,122
Dantų ėduonis	34,7 (26)	48,6 (18)	2,031; 1; 0,217
Periodontitas	18,7 (14)	45,9 (17)	9,211; 1; 0,004*
Blogas burnos kvapas	21,3 (16)	40,5 (15)	4,566; 1; 0,043*
Burnos pienligė (kandidamikozė)	2,7 (2)	5,4 (2)	0,540; 1; 0,598
Skausmingos žaizdelės burnoje – aftos	4 (3)	16,3 (6)	5,004; 1; 0,057
Neturi burnos sveikatos problemų	20 (15)	10,8 (4)	1,485; 1; 0,290

* – $p < 0,05$; χ^2 – chi kvadrato testo reikšmė; IIs – laisvės laipsnių skaičius; p – statistinis reikšmingumas.

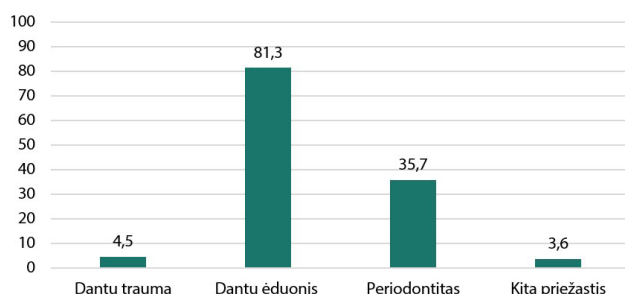
Analizuojant sergamumą sisteminėmis ligomis tiriamieji nurodė, kad serga hipertenzija (39,3 proc.), cukriniu diabetu (18,8 proc.), reumatoidiniu artritu (10,7 proc.), depresija (7,1 proc.), senatviniu silpnumo sindromu (6,3 proc.) ir Parkinsono liga (0,9 proc.). 30,4 proc. respondentų nesirgo minėtomis ligomis. Lėtinėmis ligomis sergantys respondentai dažniau (37,2 proc.) jautė burnos sausumą negu nesergantys respondentai (8,8 proc.) bei dažniau turėjo problemų dėl periodontito (atitinkamai 34,6 proc. ir 11,8 proc.).

Atlikus tyrimą paaiškėjo, kad 42 proc. respondentų praradę 6–10 dantų, 0,9 proc. yra praradę 1 dantį, 25 proc.

po 2–5 dantis, 22,3 proc. po 11–20 dantų, 8,9 proc. po 21–32 dantis, 0,9 proc. turėjo visus dantis. Kuo buvo didesnis respondentų amžius ar žemesnis išsilavinimas, tuo daugiau dantų jie buvo praradę. Taip pat kuo rečiau respondentai naudojos dantų siūlu ar tarpdančių šepečėliu, tuo daugiau dantų jie buvo praradę. Tyrimo metu pastebėta, kad sergantieji lėtinėmis ligomis dažniausiai yra netekę 6–10 dantų (46,8 proc.), o nesergantys 2–5 dantų (41,2 proc.).

Tyrimo metu buvo prašoma respondentų išvardyti dantų netekimo priežastis. Nustatyta, kad dažniausiai dantys buvo

prarasti dėl dantų ėduonies (81,3 proc.), periodontito (35,7 proc.), 4,5 proc. tiriamųjų buvo netekę dantų dėl dantų traumų, o 3,6 proc. dantų neteko dėl kitų priežasčių (3 pav.).

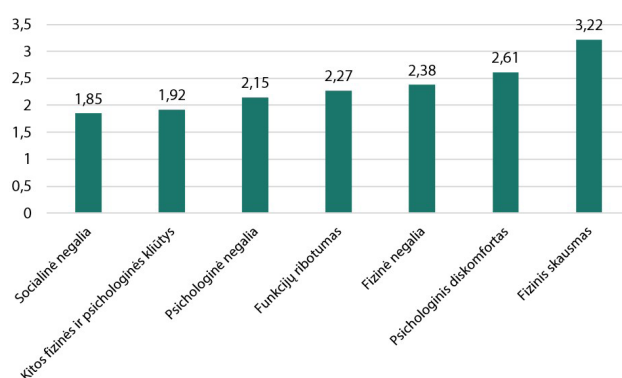


3 pav. Respondentų išvardytos dažniausios dantų netekimo priežastys (proc.)

79,5 proc. vyresnio amžiaus žmonių nešėjo dantų protezus. Tyrimo metu pastebėta, kad vieniši žmonės dažniau (90,9 proc.) turėjo dantų protezus negu gyvenantys poroje (72,1 proc.).

Susumavus visų tiriamųjų OHIP-14 rezultatus ir apskaičiavus vidurkį gauta $16,39 \pm 13,27$ balo. Tai rodo, kad tiriamųjų gyvenimo kokybė yra pakankamai gera.

Įvertinus vyresnio amžiaus asmenų gyvenimo kokybę, susijusią su burnos sveikata (OHIP-14), pagal atskiras sritis nustatyta (4 pav.), kad dažniausiai respondentai patiria fizinį skausmą (3,22), psichologinį diskomfortą (2,61), fizinę negalią (2,38) ir funkcijų ribotumą (2,27). Rečiausiai respondentai patiria socialinę negalią (1,85), kitas fizines ir psichologines kliūtis (1,92) ir psichologinę negalią (2,15).



4 pav. Respondentų gyvenimo kokybė, susijusi su burnos sveikata (vidurkiai)

Iš 7 lentelėje pateiktų tyrimo rezultatų matyti, kad vyrų gyvenimo kokybė yra reikšmingai prastesnė ($23,59 \pm 15,23$) už moterų ($14,63 \pm 12,20$).

Taip pat prastesnė gyvenimo kokybė nustatyta tarp gyvenančiųjų kaimo vietovėje ($21,86 \pm 12,68$) negu gyvenančiųjų mieste ($13,69 \pm 12,79$) bei tarp vienišų asmenų ($19,86 \pm 15,19$) negu gyvenančiųjų poroje ($14,15 \pm 11,43$). Pastebėta, kad gaunančių mažesnes nei 500 eurų pajamas respondentų ($20,44 \pm 13,90$) gyvenimo kokybė yra prastesnė už gaunančiųjų didesnes nei 800 eurų pajamas ($12,17 \pm 13,80$), o turinčių išimamus dantų protezus tiriamųjų gyvenimo kokybė yra prastesnė ($22,61 \pm 12,56$) nei turinčiųjų neišimamus dantų protezus ($9,51 \pm 9,76$).

7 lentelė. Respondentų gyvenimo kokybės, susijusios su burnos sveikata, vertinimas, atsižvelgiant į sociodemografinius veiksnius

Veiksniai		Gyvenimo kokybė, susijusi su burnos sveikata		p
		Vidurkis	St. nuokrypis	
Lytis	Vyrai	23,59	15,23	0,004*
	Moterys	14,63	12,20	
Gyvenamoji vieta	Miestas	13,69	12,79	0,002*
	Kaimo vietovė	21,86	12,68	
Šeiminė padėtis	Gyvenantys poroje	14,15	11,43	0,036*
	Vieniši	19,86	15,19	
Pajamos	< 500 eurų	20,44	13,90	0,027*
	501–800 eurų	14,78	11,48	
	> 800 eurų	12,17	13,80	

Išsilavinimas	Žemesnis	17,75	13,20	0,316
	Aukštasis	15,22	13,32	
Dantų protezų tipas	Išimami	22,61	12,56	< 0,001*
	Neišimami	9,51	9,76	
Cukrinis diabetas	Ne	14,09	12,07	< 0,001*
	Taip	26,38	13,87	
Senatvinio silpnumo sindromas	Ne	15,68	13,15	0,026*
	Taip	27,14	10,70	
Lėtinės ligos	Taip	19,33	13,04	< 0,001*
	Ne	9,65	11,32	
Iš viso		16,39	13,27	---

* – $p < 0,05$; p – statistinis reikšmingumas.

8 lentelė. Respondentų gyvenimo kokybės, susijusios su burnos sveikata, sąsajos su burnos higienos priemonių naudojimo dažnumu

Sąsajos		Gyvenimo kokybė	Funkcijų ribotumas	Fizinis skausmas	Psichologinis diskomfortas	Fizinė negalia	Psichologinė negalia	Socialinė negalia	Kitos fizinės ir psichologinės kliūtys
Dantų šepetėlis	r_s	-0,288**	-0,329**	-0,358**	-0,208*	-0,326**	-0,170	-0,196*	-0,207*
	p	0,002	< 0,001	< 0,001	0,028	< 0,001	0,074	0,038	0,029
Dantų pasta su fluoru	r_s	-0,119	-0,205*	-0,183	-0,086	-0,178	-0,016	-0,074	-0,022
	p	0,210	0,030	0,054	0,367	0,060	0,869	0,439	0,815
Dantų siūlas	r_s	-0,289**	-0,301**	-0,310**	-0,242*	-0,326**	-0,215*	-0,187*	-0,193*
	p	0,002	0,001	0,001	0,010	< 0,001	0,023	0,049	0,042
Tarpdantinių šepetėlis	r_s	-0,019	0,007	-0,023	0,013	-0,002	-0,017	-0,009	-0,069
	p	0,840	0,942	0,810	0,890	0,980	0,856	0,924	0,471
Vieno danties šepetėlis	r_s	-0,128	-0,095	-0,121	-0,104	-0,105	-0,108	-0,052	-0,138
	p	0,178	0,319	0,206	0,275	0,271	0,257	0,587	0,146
Burnos skalamavimo skystis	r_s	0,126	0,039	-0,005	0,184	0,119	0,179	0,174	0,147
	p	0,184	0,684	0,955	0,052	0,213	0,059	0,067	0,123
Liežuvio valiklis	r_s	-0,035	-0,028	-0,082	-0,046	-0,083	0,025	0,056	-0,009
	p	0,716	0,766	0,392	0,633	0,386	0,790	0,559	0,927

r_s – Spirmeno koreliacijos koeficientas; * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; p – statistinis reikšmingumas.

Analizuojant kintamųjų ryšį (8 lentelė) nustatyta, kad kuo rečiau vyresnio amžiaus asmenys naudojami dantų šepetėliu, tuo prastesnė jų gyvenimo kokybė ($r_s = -0,288$; $p = 0,002$), didesnis funkcijų ribotumas ($r_s = -0,329$; $p < 0,001$), fizinis skausmas ($r_s = -0,358$; $p < 0,001$), psichologinis diskomfortas ($r_s = -0,208$; $p = 0,028$), fi-

zinė negalia ($r_s = -0,326$; $p < 0,001$), socialinė negalia ($r_s = -0,196$; $p = 0,038$) ir kitos fizinės ir psichologinės kliūtys ($r_s = -0,207$; $p = 0,029$). Taip pat kuo rečiau respondentai naudoja dantų pastą su fluoru, tuo didesnis jų funkcijų ribotumas ($r_s = -0,205$; $p = 0,030$). Kuo rečiau tiriamieji naudojami dantų siūlu, tuo prastes-

nė jų gyvenimo kokybė ($rs = -0,289$; $p = 0,002$), didesnis funkcijų ribotumas ($rs = -0,301$; $p = 0,001$), fizinis skausmas ($rs = -0,310$; $p = 0,001$), psichologinis diskomfortas ($rs = -0,242$; $p = 0,010$), fizinė negalia ($rs = -0,326$; $p < 0,001$), psichologinė negalia ($rs = -0,215$; $p = 0,023$), socialinė negalia ($rs = -0,187$; $p = 0,049$) ir kitos fizinės ir psichologinės kliūtys ($rs = -0,193$; $p = 0,042$).

Atlikus tyrimą nustatyta, kad kuo vyresnis respondentų amžius, tuo didesnė fizinė negalia, susijusi su burnos sveikata ($rs = 0,221$; $p = 0,019$). Taip pat kuo respondentų išsilavinimas yra žemesnis, tuo didesnė socialinė negalia, susijusi su burnos sveikata ($rs = -0,188$; $p = 0,047$). Pastebėta, kad kuo tiriamųjų gaunamos pajamos yra mažesnės, tuo prastesnė jų gyvenimo kokybė ($rs = -0,262$; $p = 0,005$), didesnis funkcijų ribotumas ($rs = -0,319$; $p = 0,001$), fizinis skausmas ($rs = -0,223$; $p = 0,018$), psichologinis diskomfortas ($rs = -0,203$; $p = 0,032$), fizinė negalia ($rs = -0,238$; $p = 0,011$), socialinė negalia ($rs = -0,223$; $p = 0,018$) ir kitos fizinės bei psichologinės kliūtys ($rs = -0,250$; $p = 0,008$).

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad kuo rečiau respondentai lankosi pas burnos higienistą, tuo dažniau jie jaučia fizinį skausmą, susijusį su burnos sveikata ($rs = -0,264$; $p = 0,005$), taip pat kuo respondentai yra praradę daugiau dantų, tuo prastesnė jų gyvenimo kokybė ($rs = 0,494$; $p < 0,001$), didesnis funkcijų ribotumas ($rs = 0,436$; $p < 0,001$), fizinis skausmas ($rs = 0,493$; $p < 0,001$), psichologinis diskomfortas ($rs = 0,395$; $p < 0,001$), fizinė negalia ($rs = 0,407$; $p < 0,001$), psichologinė negalia ($rs = 0,474$; $p < 0,001$), socialinė negalia ($rs = 0,300$; $p = 0,001$) ir kitos fizinės bei psichologinės kliūtys ($rs = 0,417$; $p < 0,001$).

REZULTATŲ APTARIMAS

Dantų valymas mechaninėmis priemonėmis ir fluoro turinčia dantų pasta yra labiausiai pasaulyje paplitusi dantų apnašų kontrolės priemonė ir laikoma svarbiu ilgalaikio periodonto sveikatos palaikymo ir ėduonies prevencijos veiksmu [10]. Tyrimo analizė atskleidė, kad didžioji dalis tiriamųjų kasdien naudoja dantų šepetėlį ir dantų pastą su fluoru, o papildomomis priemonėmis naudojasi labai retai arba jų išvis nenaudoja. Dantų šepetėliai pašalina tik apie 50 proc. apnašų nuo dantų paviršių, bet nepasiekia tarpdančių srities, kur lieka dalis bakterinių apnašų ir padidina dantų ėduonies bei periodontito ligų atsiradimą, todėl labai svarbu naudoti tarpdančių valymo

priemonės – dantų siūlą ir tarpdančių šepetėlį [11]. Atlikus tyrimo analizę nustatyta, kad tiriamieji kasdien retai (25 proc.) naudoja dantų siūlą, o beveik pusė (46,4 proc.) tiriamųjų jo iš viso nenaudoja.

Diendėrė ir kt. (2022) atliktame tyrime, kurio tikslas buvo palyginti suaugusiųjų burnos higienos praktiką su sociodemografinė padėtimi, teigiama, kad socialiniai demografiniai parametrai yra pagrindiniai geros burnos higienos praktikos veiksniai [12]. Autorių tyrimo analizė atskleidė, kad asmenų, turinčių aukštesnį išsilavinimą, gyvenančių mieste, gaunančių didesnes pajamas, bei moteriškos lyties asmenų burnos higienos priežiūra buvo geresnė [12]. Panašūs sociodemografiniai rodikliai gauti atlikus tyrimo analizę, kurioje nustatyta, kad geresnė asmeninė burnos higienos priežiūra buvo tarp moterų, poroje gyvenančių asmenų bei asmenų, turinčių aukštesnį išsilavinimą bei didesnes pajamas.

Vyresnio amžiaus pacientų, kurie retai lankosi pas burnos higienos specialistą, dažniausiai burnos sveikata prastesnė nei tų, kurie lankosi reguliariai, tai rodo didesnė dantų ėduonies patirtis, periodontito ir trūkstamų dantų skaičius [13]. Pas burnos higienistą rekomenduojama apsilankyti 2 kartus per metus, o tyrimo rezultatai parodė, kad 32,1 proc. tiriamųjų per pastaruosius 12 mėn. pas burnos higienistą nėra buvę. 27,7 proc. iš viso nėra lankęsi pas burnos higienistą.

Išanalizavus tiriamųjų turimas burnos sveikatos problemas atskleista, kad dažniausiai tiriamieji turi šias burnos sveikatos problemas: dantų ėduonį, periodontitą ir burnos sausumą. Moksliniai tyrimai taip pat rodo, kad labiausiai paplitusios burnos sveikatos ligos vyresniame amžiuje yra dantų ėduonis ir periodonto ligos [14, 15]. Burnos sveikatos problemų dažniausiai turi vyriškos lyties asmenys, gyvenantys kaime, vyresni, turintys žemesnį išsilavinimą ir gaunantys mažesnes nei 500 eurų pajamas asmenys. Vienas iš tyrimų, kurio tikslas buvo įvertinti sociodemografinių ir gyvenimo būdo veiksnių įtaką burnos sveikatai, taip pat parodė, kad vyresnio amžiaus žmonių vyriška lytis, vyresnis amžius, žemas išsilavinimas, prasta finansinė padėtis, rūkymas ir burnos sveikatos raštingumas yra pagrindiniai veiksniai, turintys įtakos burnos sveikatos rezultatams [16].

Rezultatų analizė parodė, kad tiriamieji dažniausiai sirgo hipertenzija (39,3 proc.) ir cukriniu diabetu (18,8 proc.). Moksliniai šaltiniai rodo, kad šios ligos

dažniausiai pasitaiko tarp vyresnio amžiaus žmonių. Nacionalinio sveikatos ir mitybos tyrimo duomenimis, 74,5 proc. 60 metų ir vyresnių suaugusiųjų serga hipertenzija, o 2 tipo cukriniu diabetu serga apie 25 proc. 65 metų ir vyresnio amžiaus žmonių [17].

Analizuojant tiriamųjų burnos sveikatos problemas ir jų sąsajas su lėtinėmis ligomis gauti statistiškai reikšmingi duomenys. Tiriamieji, sergantys cukriniu diabetu, senatvinio silpnumo sindromu ir depresija, dažniau jautė burnos sausumą ir sirgo periodonto ligomis. Ying Chan ir kt. (2021) mokslinio tyrimo rezultatai nustatė, kad cukrinis diabetas yra susijęs su periodonto ligomis, uždelstu žaizdų gijimu, burnos sausumu ir burnos infekcinėmis ligomis [18]. Depresijai gydyti naudojami antidepressantai, kurie gali sukelti burnos sausumą, o seilių srauto sumažėjimas didina dantų ėduonies ir periodonto ligų riziką [18].

Tyrimas atskleidė, kad dantų praradimui daugiausia įtakos turėjo tiriamųjų amžius, vyriška lytis, išsilavinimas, demografinė padėtis, pajamos, tarpdančių priemonių retas naudojimas, sergamumas lėtinėmis ligomis, dantų ėduonis ir periodontitas. Panašūs rezultatai gauti ir kituose moksliniuose tyrimuose, kuriuose nustatyta, kad dantų netekimą lemia lytis, vidurinis išsilavinimas, cukrinis diabetas, kitos lėtinės ligos, burnos higienos priežiūra ir apsilankymų pas burnos priežiūros specialistus dažnumas [19, 20].

79,5 proc. tiriamųjų turėjo dantų protezus, iš jų 60,7 proc. nešiojo išimamus dantų protezus. Rezultatai parodė, kad sociodemografiniai veiksniai neturėjo reikšmingos įtakos tiriamųjų pasirinktai dantų protezų rūšiai. Skirtingai nei šio tyrimo rezultatai, Alamoush ir kt. (2022) mokslinio tyrimo, kuriame tirtas dantų protezo pasirinkimas priklausomai nuo sociodemografinių veiksnių, rezultatai parodė, kad tie respondentai, kurie turėjo mažesnes pajamas, buvo žemesnio išsilavinimo ir vyresni, dažniau rinkosi išimamus dantų protezus [21]. Apibendrinus rezultatus galima teigti, kad tiriamųjų gyvenimo kokybė, susijusi su burnos sveikata, yra gana gera [16, 39], o dažniausiai pacientai patiria fizinį skausmą, psichologinį diskomfortą, fizinę negalią ir funkcijų ribotumą. Tiriamųjų burnos sveikata ir su ja susijusi gyvenimo kokybė blogesnė tarp sergančiųjų cukriniu diabetu, turinčių senatvinį silpnumo sindromą bei sergančių kitomis lėtinėmis ligomis asmenų bei tiriamųjų,

kurie yra pradėję daugiau dantų ir retai naudojami dantų šepetėliu, dantų pasta su fluoru, dantų siūlu.

Pagal sociodemografinius rodiklius, tiriamųjų burnos sveikata ir su ja susijusi gyvenimo kokybė yra blogesnė vyrų, taip pat gyvenančiųjų kaimo vietovėje, vienišų, turinčių išimamus dantų protezus, gaunančių mažesnes pajamas asmenų. Kuo žemesnis respondentų išsilavinimas, tuo blogesnė burnos sveikata ir su ja susijusi gyvenimo kokybė.

Nekouei ir kt. (2022) tyrimas parodė, kad blogesnės gyvenimo kokybės tikimybė tarp moterų buvo 1,27 karto didesnė nei tarp vyrų. Susituokusiu, išsiskyrusiu ir našlių tikimybė turėti prastą OHIP buvo didesnė, palyginti su vienišais tiriamaisiais, o išsilavinimas įtakos neturėjo [22].

Tyrimo privalumai ir ribotumai. Vienas iš pagrindinių tyrimo privalumų yra temos aktualumas ir pasirinkta amžiaus grupė, o ribotumas – maža imtis.

IŠVADOS

1. Sociodemografiniai veiksniai, turintys įtakos vyresnio amžiaus žmonių burnos sveikatai, yra šie: vyresnis amžius, vyriška lytis, vienišumas, žemesnis išsilavinimas, gyvenimas kaimo vietovėje ir mažesnės pajamos.
2. Vyresnio amžiaus tiriamieji dažniausiai skundėsi dantų ėduonimi, dantų jautrumu, burnos sausumu, periodontitu, dantenų uždegimu ir blogu burnos kvapu. Sergantys lėtinėmis ligomis asmenys dažniau patyrė burnos sausumą bei sirgo periodontitu. Dažniausios sisteminės ligos, darančios įtaką burnos sveikatai, buvo cukrinis diabetas, senatvinio silpnumo sindromas, reumatoidinis artritas ir depresija.
3. Vyresnio amžiaus žmonių gyvenimo kokybė, susijusi su burnos sveikata, vertinama kaip gana gera. Dažniausiai respondentai patyrė fizinį skausmą, psichologinį diskomfortą, fizinę negalią ir funkcijų ribotumą. Blogesnę gyvenimo kokybę, susijusią su burnos sveikata, patyrė vyrai, kaimo vietovėse gyvenantys asmenys, mažesnę išsilavinimą turintys ir vieniši senjorai, pradėję daugiau dantų, naudojančys išimamus dantų protezus bei gaunantys mažesnes pajamas asmenys.

Straipsnis gautas 2025-05-02, priimtas 2025-07-10

Literatūra

- Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997 Aug;25(4):284–90. DOI: 10.1111/j.1600-0528.1997.tb00941.x.
- World Health Organization. Ageing. 2022. https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1
- Gyung Kim Y, Min Lee S, Bae S, Park P, Kim H, Jang Y, Kim D-Y. Effect of Aging on Homeostasis in the Soft Tissue of the Periodontium: A Narrative Review. *J. Pers. Med*. 2021; 11(1):58. doi.org/10.3390/jpm11010058
- Lindmark U, Bravell ME, Johansson L, Finkel D. Oral health is essential for quality of life in older adults: A Swedish National Quality Register Study. *Gerodontology*. 2021 Jun;38(2):191–198. DOI: 10.1111/ger.12514.
- Krawczyk-Suszek M, Kleinrok A. Health-Related Quality of Life (HRQoL) of People over 65 Years of Age. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jan;19(2):625. DOI: 10.3390/ijerph19020625.
- Yu J, Zhu H, Zhang Y, Wang D, Guo H, Liua X. Research hotspots and trends of oral health in older adults from 2013 to 2023: A bibliometric and visual analysis. *Heliyon*. 2024;10(3). DOI: 10.1016/j.heliyon.2024.e25243.
- Nolan R P, Sharpe MP. A process-based approach to health-related quality of life as a “way of living”. *Qual Life Res*. 2023;32(9):2425–2434. DOI: 10.1007/s11136-023-03385-2.
- Foiles Sifuentes AM, Castaneda-Avila MA, Lapane KL. The relationship of aging, complete tooth loss, and having a dental visit in the last 12 months. *Clinical and Experimental Dental Research*. 2020;6(5):550–557. <https://doi.org/10.1002/cre2.309>
- Hajek A, König HH, Kretzler B, Zwar L, Lieske B, Seedorf U, Walther C, Aarabi G. Does Oral Health-Related Quality of Life Differ by Income Group? Findings from a Nationally Representative Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(17):10826. DOI: 10.3390/ijerph191710826.
- Leung KChM, Chu ChH. Dental Care for Older Adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(1):214. DOI: 10.3390/ijerph20010214.
- Marchesan JT, Byrd KM, Moss K, Preisser JS, Morelli T, Zandona AF, Jiao Y, Beck J. Flossing Is Associated with Improved Oral Health in Older Adults. *J Dent Res*. 2020;99(9):1047–1053. DOI: 10.1177/0022034520916151.
- Diendéré J, Ouattara S, Kaboré J, Traoré I, Zeba AN, Kouanda S. Oral hygiene practices and their sociodemographic correlates among adults in Burkina Faso: results from the First National Survey. *BMC Oral Health*. 2022;22:86. <https://doi.org/10.1186/s12903-022-02118-0>
- Mohd Khairuddin AN, Bogale B, Kang J, Gallagher J E. (2024). Impact of dental visiting patterns on oral health: A systematic review of longitudinal studies. *BDJ Open*. 2024;10:18. DOI: 10.1038/s41405-024-00195-7.
- Turton B, Alqunaybit G, Tembhe A, Qari A, Rawal K, Mandel E, Calabrese J, Henshaw M. Estimation of Oral Disease Burden among Older Adults in LTC: A Scoping Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2024;21:248. <https://doi.org/10.3390/ijerph21030248>
- Aida J, Takeuchi K, Furuta M, Ito K, Kabasawa Y, Tsakos G. Burden of Oral Diseases and Access to Oral Care in an Ageing Society. *International Dental Journal*. 2022;55–S11. <https://doi.org/10.1016/j.identj.2022.06.012>
- Ghanem AS, Móré M, Nagy AC. Assessing the impact of sociodemographic and lifestyle factors on oral health: a cross-sectional study in the Hungarian population. *Front. Public Health, Sec. Life-Course Epidemiology and Social Inequalities in Health*. 2023;11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1276758>
- Ostchega Y, Fryar CD, Nwankwo T, Duong T Nguyen. Hypertension Prevalence Among Adults Aged 18 and Over: United States, 2017–2018. NCHS Data Brief No. 364. 2020. <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db364.htm>
- Ying Chan AK, Tamrakar M, Jiang CM, Man Lo EC, Man Leung KC, Chu CH. Common Medical and Dental Problems of Older Adults: A Narrative Review. *Geriatrics*. 2021;6(3):76. DOI: 10.3390/geriatrics6030076.
- Gabiec K, Bagińska J, Łaguna W, Rodakowska E, Kamińska I, Stachurska Z, Dubatówka M, Kondraciuk M, Kamiński KA. Factors Associated with Tooth Loss in General Population of Białystok, Poland. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(4):2369. DOI: 10.3390/ijerph19042369.
- Azzolino D, Passarelli PC, Angelis PD, Piccirillo GB, D’Addona A, Cesari M. Poor Oral Health as a Determinant of Malnutrition and Sarcopenia. *Nutrients*. 2019;11(12):2898. doi.org/10.3390/nu11122898
- Alamouh RA, Elmanaseer WE, Matar WJ, Al-Omouh S, Satterthwaite JE. Sociodemographic Factors and Implant Consideration by Patients Attending Removable Prosthodontics Clinics. *BioMed Research International*. 2022. DOI: 10.1155/2022/8466979.
- Nekouei AH, Kakoei S, Najafipour H, Kakoei S, Mirzaee M, Determinants of oral-health-related quality of life among adult people in Iran. *Dent Res J (Isfahan)*. 2022;19:50. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9341239/>

ORAL HEALTH AND ORAL HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN OLDER ADULTS

Julija Balodienė, Evelina Daugėlienė

Klaipėdos valstybinė kolegija / Higher Education Institution, Faculty of Health Sciences

SUMMARY

The aim of the study. The aim of the study was to analyze the oral health of older adults and their quality of life related to it.

Material and Methods. A quantitative study was conducted from February to April 2024. The study involved 112 Lithuanian residents, including 90 women and 22 men. The standardized and combined Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14) questionnaire was used.

Results. The results showed that the majority of participants use a toothbrush daily (87.5%) and fluoride toothpaste (66.1%), while more than half of the participants do not use dental floss or other additional oral care products. The analysis revealed that participants with lower education levels, lower income, living in rural areas, and those who were single were more likely to experience oral health problems such as dental caries, periodontitis, and dry mouth. The study also showed that participants with chronic systemic diseases and males more often face oral health issues. The results indicated that participants' quality of life is related to their oral health, with an average score of 16.39, and they most often experience physical pain, psychological discomfort, and functional limitations. Poorer quality of life was observed among

men, rural residents, single individuals, and those with chronic diseases or lower income.

Conclusions. The study results showed that sociodemographic factors such as age, gender, place of residence, education, and income significantly affect participants' oral health. Participants reported various oral health complaints, most frequently experiencing tooth decay (39.3%), tooth sensitivity (29.5%), dry mouth (28.6%), periodontitis (27.7%), and bad breath (27.7%). Chronic systemic diseases impacted participants' oral health. The results revealed that the quality of life related to oral health of the participants was generally good (mean score 16.39).

Keywords: oral health, older adults, oral health-related quality of life, systemic diseases.

Correspondence to Evelina Daugėlienė

Klaipėdos valstybinė kolegija /
Higher Education Institution, Faculty of Health Sciences
Dariaus ir Girėno str. 8, LT-92255, Klaipėda, Lithuania
E-mail: e.daugeliene@kvk.lt

Received 2 May 2025, accepted 10 July 2025



MES – KAIP MŪSŲ PLANETA

Šių metų birželio mėnesį Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) paskelbė klimato kaitą visuomenės sveikatos ekstremaliąja situacija. Tai pirmas kartas, kai PSO klimato kaitą, dar vadinamą klimato krize, oficialiai įvardijo ypač svarbia žmonių sveikatos krizės priežastimi pabrėždama, kad, gilėjant klimato krizei, grėsmė viso pasaulio žmonių sveikatai vis didės. Tai reiškia, kad nuo šiol į klimato kaitą bus žiūrima ne tik kaip į aplinkosaugos problemą, bet ir kaip į visuomenės sveikatos problemą. Norisi tikėti, kad šis esminis mąstymo modelio pokytis – suvokimas, kad žmonių sveikatos būklei ir gyvybei tiesioginės įtakos turi vykstanti klimato kaita – neliks nepastebėtas visuomenės sveikatos sektoriaus ir paskatins atitinkamus pokyčius aiškinant žmonėms ne tik sveikatos ir gyvenamosios, bet ir sveikatos ir klimato sąsajas.

Tokio kardinalaus PSO žingsnio buvo galima tikėtis, nes klimato kaitos poveikis sveikatai yra žinomas, vis didėjantis, bet nėra išsamiai įvertintas. Taip pat nėra aiškiai

apskaičiuota, kokią naudą sveikatai duotų veiksmai, padedantys švelninti klimato kaitos poveikį. Naujausioje Sveikatos rodiklių ir vertinimo instituto (angl. *Institute of Health Metrics and Evaluation*) Pasaulinės ligų naštos ataskaitoje (2024) pateiktoje žmonių gyvenimo trukmės ir sveiko gyvenimo trukmės prognozėje iki 2050 m. teigiama, kad šie rodikliai gerės, tačiau perspėjama, kad klimato kaitos keliamos grėsmės šią pažangą gali sutrikdyti ar net pakeisti jos kryptį į priešingą pusę.

Pagrindinis klimato kaitos variklis yra žmonių veiklos generuojamas šiltnamio efektą sukeliančių dujų kaupimasis atmosferoje, kuris sutrikdo į Žemę patenkančios ir išeinančios energijos pusiausvyrą. Šių metų liepos mėnesio duomenimis, Žemės atmosferoje šiltnamio dujų (CO_2) koncentracija buvo 427,9 milijoninių dalių (angl. *ppm*) – 50 proc. daugiau nei ikipramoniniu laikotarpiu (1850–1900). Dėl to aplinkos temperatūra nepaliaujamai kyla. Kylant temperatūrai dažnėja ir intensyvėja karščio bangos, daugėja miškų gaisrų ir kitų ekstremalių reiškinių, tokių kaip audros ar uraganai,

ekstremalūs lietūs, potvyniai, sausros, lietingų ir sausringų laikotarpių sezoniškumo kaita. Tirpsta ledynai ir kyla jūros lygis; sugerdami anglies dvideginį rūgštėja ir šiltėja vandenynai, dėl to nyksta jūrų ekosistemos; tirpsta amžinasis įšalas, išskirdamas šiltnamio dujas anglies dvideginį ir metaną, o tai dar labiau suintensyvina klimato šilimo procesą. Nyksta ištisos gyvų organizmų ir augalų rūšys, mažėja bioįvairovė, migruoja gyvūnai, silpnėja gyvybiškai svarbios vandenynų srovės. Visų dėl kylančios aplinkos temperatūros išsivystančių procesų tiesiog neįmanoma išvardyti – jų tiek daug ir jie vienas kitą papildo ir sustiprina, o tai dar labiau pablogina esamą situaciją.

Atkreipdama pasaulio visuomenės dėmesį, kad klimato kaita kasmet nusineša šimtus tūkstančių gyvybių vien dėl temperatūros kilimo, o temperatūra Europos žemyne kyla dvigubai greičiau nei kitur pasaulyje, PSO žengė labai svarbų žingsnį – įsteigė Visos Europos klimato ir sveikatos komisiją, kurios pirmajame posėdyje birželio 11 d. nuotoliniu būdu teko dalyvauti ir šio straipsnio autorei. Komisijai pavesta iki 2026 m. pavasario parengti veiksmingas ir konkrečias praktines rekomendacijas 53 šalių, įeinančių į PSO Europos regioną, vyriausybėms ir piliečiams, kaip sumažinti emisijas, ugdyti visuomenės atsparumą klimato kaitai ir apsaugoti visuomenės sveikatą. Komisijos vadovė, buvusi Islandijos ministrė pirmininkė Katrin Jakobsdóttir pabrėžė, kad „jos tikslas – pamatyti pasaulio lyderių, ypač iš Europos regiono, klimato kaitą pažabojančius veiksmus“. Komisijos akiratyje yra ir siekis išryškinti sąsajas tarp planetos sveikatos ir žmonių sveikatos bei įvertinti ekonominius su žmonių sveikatos pokyčiais susijusius rodiklius.

Komisijos posėdyje dalyvavęs ekspertas, Potsdamo klimato įtakos tyrimų instituto (Vokietija) direktorius dr. Johanas Rockströmas, remdamasis mokslu grįstais duomenimis, konstatavo, kad mūsų planeta praranda atsparumą ir savireguliacijos gebėjimą: biosfera praranda gebėjimą absorbuoti anglį, ypač sausumoje; planeta tamsėja dėl tirpstančių ledynų, didėjančio garavimo ir didesnio debesų kiekio, todėl mažėja Žemės gebėjimas atspindėti saulės spinduliuotę; planetos sveikata blogėja. Žmonių sveikatai ir gyvybei dėl to kyla tiesioginis pavojus. Žemės temperatūra jau pakilo 1,2 °C, palyginti su ikipramoniniu laikotarpiu, ir, nepaisant 2015 m. Paryžiaus klimato susitarimo neviršyti 1,5–2 °C ribos, žmoni-

ja juda 3,1 °C link, o tai, anot dr. J. Rockströmo, reikštų, kad „žmonija save išspiria iš gyvybės koridoriaus“, t. y. iš saugios erdvės, kurioje ji formavosi ir veikė pastaruosius 10 tūkstančių metų, kai sisteminiai Žemės procesai, tokie kaip klimatas, bioįvairovė, vandens ciklai ir kt., buvo stabilūs. Dr. J. Rockströmas pabrėžė, kad 1,5 °C yra lūžio taškas, apibūdinantis planetos atsparumo ribą, tačiau viršiję 1 °C mes jau peržengėme didelės žalos žmonių sveikatai ribą.

Tad kokios gi akivaizdžios klimato kaitos pasekmės žmonių sveikatai? Ko gero, labiausiai pastebima, kad dėl karščio bangų daugėja širdies ir kraujagyslių, kvėpavimo sistemos, inkstų ligų ir mirčių, blogėja visų, sergančių lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, būklė, daugėja šilumos smūgių, šiluminio streso ir išsekimo atvejų. Kiekvieną kartą aplinkos temperatūrai pakilus dar 1 °C, mirtingumas nuo lėtinių kvėpavimo takų ligų padidėja 4,1 proc., o nuo širdies ir kraujagyslių ligų – 2,1 proc. Be to, ligotumas širdies ir kraujagyslių ligomis padidėja 6,7 proc. Karštis ypač pavojingas pagyvenusiems žmonėms, kuriems per 65 m. Nuo 1990 iki 2023 m. jų mirtingumas nuo karščio bangų sukeltų komplikacijų padidėjo 167 proc. ir prognozuojama, kad dar labiau didės. Copernicus žemės stebėsenos duomenys, kuriuos naudoja PSO ir Europos aplinkos agentūra, rodo, kad 2000–2020 m. mirtingumas dėl karščio Europos regione padidėjo apie 30 proc. Dar daugiau – Londono higienos ir tropinės medicinos mokyklos (LHTMM) mokslininkų atliktas 850 Europos miestų (tarp jų – 6 Lietuvos miestai) tyrimas, paskelbtas 2023 m. žurnale „The Lancet Planetary Health“, konstatavo, kad iki amžiaus pabaigos Europoje mirčių dėl aplinkos temperatūros padaugės 50 proc., o mirtys nuo karščio gerokai viršys mirtis nuo šalčio. Ypač daug mirčių nuo karščio įvyks Viduržemio jūros regiono šalyse. Antroje vietoje pagal mirtingumą bus centrinė Europa, įskaitant Šveicariją, Austriją bei dalį Pietų Vokietijos ir Lenkiją. Šiaurės Europoje (Lietuva patenka į šį geografinį regioną) tikimasi mažesnio bendro mirtingumo tiek nuo karščio, tiek ir nuo šalčio, palyginti su ką tik minėtais regionais. Šio tyrimo vertinimu, Europoje 2015–2099 m. laikotarpiu, esant didelio globalaus atšilimo scenarijui, papildomai mirs 2,3 mln. žmonių. LHTMM ir Londono imperatoriškojo koledžo atliktas tyrimas, paskelbtas 2025 m. liepos mėnesį, įvertinantis vien šių metų birželio 23 – liepos 2 d. mirčių dėl karščio bangų statistiką 12-oje didelių

Europos miestų (Milane, Barselonoje, Paryžiuje, Londo- ne, Romoje, Madride, Atėnuose, Budapešte, Zagrebe, Frankfurte, Lisabonoje, Sasaryje – išvardyta mirčių ma- žėjimo tvarka), rodo, kad šiuose miestuose mirė 2 300 žmonių – tris kartus daugiau, nei būtų mirčių nesant žmonių veiklos sukulto klimato atšilimo. Pabrėžiama, kad per 80 proc. mirusiųjų buvo 65 m. arba vyresni as- menys. Ši statistika yra labai iškalbinga Lietuvai, kurios visuomenė sparčiai sensta.

Dėl karščio blogėja reprodukcinė sveikata. Karščiui ne- atsparūs yra vaikai bei nėščiosios, taip pat moterys. Pas- tarųjų nuo karščio miršta dvigubai daugiau nei vyrų. Manoma, kad dabartinė mirčių nuo karščio statistika (175 tūkstančiai mirčių Europos regione, t. y. trečdalis viso pasaulio mirčių) yra tik ledkalnio viršūnė, o realiai dėl karščio Europos regione miršta 70 iš 100 000 gyventojų.

Dėl padidėjusios sausumos oro temperatūros ligų perne- šėjai migruoja į naujas buveines jiems nebūdingose ge- ografinėse platumose, daugėja pačių pernešėjų (uodų, erkių, parazitų) bei plinta jų sukeliamos ligos – Laimo liga, erkinis encefalitas, dengės karštligė, maliarija. Taip pat daugėja per vandenį plintančių ligų, nes šylantis oras, gausūs lietūs, potvyniai sukuria idealias sąlygas joms plisti. Pavyzdžiui, Baltijos jūroje dėl šylančio klima- to jau aptinkama *Vibrio* bakterijų, ypač karščio bangų metu, kai vandens temperatūra viršija 20 °C. Jos gali su- kelti tiek nežymius virškinamojo trakto susirgimus, tiek ir sunkias infekcijas, jei patenka į žaizdas, ar net sepsį. Jei klimatas šils ir toliau, iki šio šimtmečio pabaigos Lietuvo- je jau turėsime savą, neįvežtinę maliariją, nes susidarys tinkamos sąlygos išsivystyti ją sukeliantiems parazitams tarp šiuo metu mūsų šalyje jau paplitusių uodų rūšių. Tereikia, kad kelias savaites iš eilės temperatūra dieną ir naktį nenukristų žemiau nei 18–20 °C.

Klimato kaita neigiamai veikia auginamų pasėlių derlin- gumą bei maistinę vertę. Dėl sausų ar potvynių dalis jų žūsta, kyla maisto trūkumo ar net bado grėsmė. Potvy- nių metu užteršiamas geriamasis vanduo, gali atsirasti jo stygius, todėl gali padidėti dehidratacija bei žarnyno infekcinių ligų rizika. Dėl blogėjančios oro kokybės (di- dėja pažemio ozono kiekis ore, kietųjų dalelių koncen- tracija) blogėja sergančiųjų astma, lėtine obstrukcine plaučių liga, širdies ir kraujagyslių ligomis būklė, didėja mirtingumas, vystosi neurodegeneracinės ligos, tokios kaip Alzheimerio ar Parkinsono ligos ir daugybė kitų ligų. Ekstremalūs reiškiniai – audros, potvyniai, miškų

gaisrai – pražudo nemažai žmonių, sukelia daug fizi- nių ir psichikos traumų. Net ir tiesiogiai klimato kaitos nepaveiktiems žmonėms kyla klimato nerimas (angl. *climate anxiety*) dėl mūsų planetos ir pačių žmonių ne- aiškos ateities.

Klimato kaita nėra vienintelis procesas, neigiamai vei- kiantis žmonių sveikatą. Žmonija dėl savo vykdomos veiklos, sukeliančios taršą ir naikinančios gamtą, jau peržengė 6 iš 9 planetos ribų, arba ribinių procesų, api- brėžiančių mokslškai nustatytą saugią aplinkai, žmo- nės ir planetos stabilumui žmonijos veikimo erdvę. Devynias planetos ribas sudaro: klimato kaita, biosfe- ros vientisumas, azoto ir fosforo biogeocheminių srau- tų pusiausvyra, gėlo vandens naudojimas, vandenynų rūgštėjimas, žemės naudojimo kaita, tarša naujomis cheminėmis medžiagomis, stratosferos ozono sluoks- nis ir aerolių koncentracija atmosferoje. Visos jos susijusios su labai sudėtingais planetos natūraliais pro- cesais, kurie yra sutrikdomi dėl žmonių veiklos, ir bet kada gali tapti nebegrįžtami.

Dr. J. Rockströmas pabrėžė, kad dar niekas nėra įvertinęs, kas atsitiks žmonių sveikatai, kai visos devynios planetos ribos bus peržengtos. Tačiau laukti ilgiau būtų nusikalsta- ma. Jis įsitikinęs, kad klimato kaitos problemos neįmano- ma išspręsti taikant linijinį sprendimų procesą. Reikalingi transformuojantys, eksponentiniai, sisteminiai pokyčiai. Jis pripažino, kad „viena iš blogiausių klaidų, kurias pa- darėme, yra ta, kad tvarumo problemą priskyrėme tik aplinkosaugos sričiai, užuot ją susieję su visuomenės saugumu ir sveikata“. Jam pritarė visi kalbėjusieji.

Iš visų devynių planetos ribų svarbiausios yra dvi – kli- mato kaita ir biosferos vientisumas. Pastarasis siauriau dar suprantamas kaip bioįvairovės nykimas. Klimato kaita – tai labiausiai matoma ir neatidėliotina spręsti- na grėsmė. Ji daro poveikį visiems žmonių gyvenimo aspektams: maistui, vandeniui, sveikatai, saugumui. Klimato sistema reguliuoja pasaulinę temperatūrą, kritulių kiekį, vandenyno sroves. Peržengus jos ribas, pasiekus lūžio taškus (tokius kaip ledynų tirpsmas, am- žinojo įšalo atitirpimas) gali įvykti negrįžtamų poky- čių. Gera žinia ta, kad klimato kaitos „laikrodį“ vis dar galima pasukti atgal mažinant CO₂ emisijas. Biosferos vientisumas – tai pamatinė vertybė, užtikrinanti gy- vybę Žemėje: Žemės ekosistemos užtikrina gryną orą, švarų vandenį, sveiką dirvožemį, augalų apdulkinimą ir reguliuoja klimatą, o biologinė įvairovė užtikrina

ekosistemų atsparumą ir gebėjimą prisitaikyti. Norint palaikyti biosferos integralumą reikia palaikyti biojvairovę, saugoti ir tvariai naudoti gamtos išteklius, atkurti sunykusias ekosistemas, mažinti žmonių daromą įtaką aplinkai, užtikrinti gyvų organizmų ir ekosistemų sveikatą, nes jos reguliuoja Žemės energijos pusiausvyrą ir cheminius procesus. Biosferos vientisumui nykstant ir toliau žus bitės ir kiti augalų apdulkinantys, dirvožemio mikroorganizmai – vyks maisto sistemų griūtis, vis labiau plis infekcinės ligos, daugės psichikos sveikatos sutrikimų dėl vadinamojo ekologinio gedulo (angl. *ecological grief*), kurį lemia klimato pokyčiai ir baimė dėl ateities. Todėl biosferos vientisumo nykimas kelia egzistencinę grėsmę žmonijai, ne tik grėsmę sveikatai. Apie peržengtą biosferos integralumo ribą liudija spartus gyvūnų ir augalų rūšių nykimas, masinis gyvūnų kritimas, ekosistemų degradacija.

2024 m. rudenį Eurobarometro atlikta 38 Europos regiono šalių gyventojų apklausa, kurios metu respondentų buvo prašoma nurodyti dvi pačias svarbiausias problemas, su kuriomis susiduria jų šalis, parodė, kad tik 4 proc. Lietuvos gyventojų (ES – vidutiniškai 12 proc.) klimato kaitą įvardijo kaip svarbią – jai skirta 13-ta vieta iš 16-kos svarbių sričių. Antra vertus, sveikatą kaip svarbią problemą nurodė net 25 proc. gyventojų – antroje vietoje pagal svarbą. Už lietuvių mažiau klimato kaita rūpėjo tik latviams (1 proc.), albanams, sakartvelams (2 proc.), estams, moldavams ir turkams (3 proc.). O štai danams klimato kaita buvo net svarbesnė už sveikatą (atitinkamai 50 ir 26 proc.). Tokios pozicijos laikėsi ir Nyderlandų, Švedijos, Austrijos, Vokietijos, Belgijos ir Maltos gyventojai. Tai akivaizdžiai rodo, kad didžioji dalis Lietuvos visuomenės nesuvokia, kad be planetos sveikatos neįmanoma ir žmonių sveikata.

Kaip savivaldybių visuomenės sveikatos biurai ir juose dirbantys specialistai galėtų prisidėti prie klimato kaitos mažinimo? Idėją gali pasiūlyti neseniai tarptautinės tyrėjų grupės atliktas Vokietijos gyventojų tyrimas, paskelbtas 2025 m. birželį žurnale „The Lancet Planetary Health“. Tyrimo esmė – nustatyti, kaip pacientai reaguoja į gydytojų konsultacijas mitybos ir fizinio aktyvumo klausimais trimis atvejais: kai jose akcentuojama

tik nauda paciento sveikatai; kai akcentuojama abipusė nauda paciento sveikatai ir klimatui; kai, be naudos pacientui ir klimatui, papildomai akcentuojama rizika, kuri žmogaus sveikatai kyla dėl klimato kaitos. Tyrimas atskleidė, kad pacientams labiausiai priimtinos konsultacijos, kuriose gydytojai teikia patarimus, kaip keičiant gyvenimo būdą gerinti sveikatą. Tačiau uždavus papildomą klausimą, ar pacientai rekomenduotų savo draugui gydytoją, kuris paaiškintų klimato ir sveikatos sąsajas, daugiau nei pusė respondentų atsakė teigiamai. JAV atlikto tyrimo metu pacientai buvo konsultuojami akcentuojant klimato kaitos įtaką sveikatai, o ne gyvenimo būdą. Tokią konsultaciją palankiai įvertino beveik visi joje dalyvavusieji.

Šiuo metu visuomenės sveikatos specialistai, įgyvendindami valstybines visuomenės sveikatos priežiūros funkcijų bazines visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas, konsultuoja gyventojus mitybos ir fizinio aktyvumo klausimais, o visuomenės sveikatos stebėsenos specialistai reguliariai vykdo gyventojų gyvensenos tyrimus. Tačiau reikia pastebėti, kad jie nesiejami su klimato kaitos keliama rizika žmonių sveikatai. Anksčiau tekste pateikti atliktų tyrimų rezultatai ir tai, kad PSO paskelbė klimato kaitą visuomenės sveikatos ekstremaliąja situacija, turėtų paskatinti peržiūrėti šią praktiką. Konsultacijos, kuriose susiejama klimato kaita ir sveikata bei gilinamas žmonių supratimas apie esminę klimato kaitos reikšmę sveikatai, galėtų ženkliai paveikti jų nuomonę ir pasiryžimą imtis veiksmų, padedančių spręsti klimato kaitos ir jų pačių bei visos visuomenės sveikatos problemą. Visuomenės sveikatos biurai galėtų tapti šių svarbių visuomenės sveikatai ir klimatui palankių pokyčių įgyvendintojais – rūpintis žmonių sveikata, kartu saugant ir planetos sveikatą. Juk mes – kaip mūsų planeta, Žemės sveikata yra mūsų sveikatos pagrindas, mes ir Žemė esame vienis. Tačiau, kaip teigia dr. J. Rockströmas, planeta kaip visuma nulems žmonių sveikatą, o ne atvirkščiai.

Virginija Vaičekonienė

Panevėžio miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuro Visuomenės sveikatos stiprinimo skyriaus vedėja



canva.com nuotr.

PARENGTA METODINĖ MEDŽIAGA, KAIP UŽTIKRINTI PACIENTO NAMUOSE DIRBANČIŲ MEDICINOS DARBUOTOJŲ SAUGĄ IR SVEIKATĄ

Vis daugiau medicinos darbuotojų Lietuvoje teikia ambulatorines slaugos paslaugas namuose (toliau – ASPN). Taip siekiama užtikrinti pagalbą pacientui pažįstamoje ir patogioje aplinkoje. Šis slaugos paslaugų teikimo modelis naudingas pacientams ir jų artimiesiems, tačiau kelia nemažai iššūkių patiems medicinos darbuotojams – ypač jų saugai ir sveikatai.

Dirbdami paciento namų aplinkoje slaugytojai ir kiti sveikatos priežiūros specialistai susiduria su profesinės rizikos veiksniais, kurie dažnai nėra būdingi tradiciškai dirbant sveikatos priežiūros įstaigose. Tokia profesinė rizika Lietuvoje laikoma naujai kylančia, todėl būtina ją atpažinti ir valdyti.

Situaciją išsamiai išanalizavo Higienos instituto Profesinės sveikatos centro specialistai 2024 m. atliktoje studijoje. Remiantis šios studijos bei užsienio autorių pateiktais duomenimis, ASPN teikiantys medicinos darbuotojai

kasdien susiduria su įvairiais fiziniais (ir fizikiniais), biologiniais, cheminiais, psichosocialiniais bei kitais (organizaciniais) profesinės rizikos veiksniais.

Vienas dažniausiai pasitaikančių pavojų – kaulų ir raumenų sistemos pažeidimai, kylantys dėl sunkių pacientų kilnojimo, neergonomiškos darbo aplinkos ir nepatogios kūno padėties dirbant. Psichosocialinę riziką kelia nederamas pacientų ar jų artimųjų elgesys, agresija, emocinis spaudimas bei vienatvės jausmas, kai darbuotojai dirba po vieną. Biologinę riziką sudaro kontaktas su infekcijų sukėlėjais, kūno skysčiais, alergenais, gyvūnais, nehygieniška aplinka. Cheminiai pavojai kyla dėl oro taršos, kvapų, tabako dūmų ar kitų kenksmingų medžiagų buityje. Taip pat svarbūs fiziniai ir fizikiniai (pvz., slidžios grindys, tamsūs laiptai) bei kiti (organizaciniai) veiksniai (pvz., sudėtingas dokumentų pildymas, nenuoseklus teisinis reguliavimas, galimybės pasinaudoti tualetu trūkumas). ASPN teikiantys darbuotojai yra nuolat judantys – t. y. dirba nuolat besikeičiančiose darbo vietose, – todėl pa-

gal Europos Sąjungos Tarybos direktyvą 89/391/EEB priskiriami ypač pažeidžiamų darbuotojų grupei, kuriai būtina skirti išskirtinį dėmesį. Metodinė medžiaga išsamiai paaiškina, kokia profesinė rizika kyla medicinos darbuotojams, teikiantiems ASPN, bei kokios yra šios rizikos prevencijos galimybės.

Siekdami sumažinti profesinę riziką specialistai rekomenduoja diegti ergonominius darbo organizavimo sprendimus, apmokyti darbuotojus atpažinti pavojus, suteikti tinkamas asmens apsaugos priemonės bei saugų transportą. Taip pat būtina užtikrinti jų ryšį su asmens sveikatos priežiūros įstaiga, organizuoti psichologinę paramą, sudaryti galimybes mokytis, konsultotis ir gauti pagalbą.

Reikšmingą vaidmenį čia atlieka ne tik medicinos darbuotojai ir jų įstaigų vadovybė, bet ir patys pacientai bei jų artimieji. Nuo jų priklauso, ar slaugos paslaugos bus teikiamos saugioje ir pritaikytoje aplinkoje. Rekomenduojama palaikyti tvarką paciento namuose, pašalinti kliūtis, tinkamai pasirūpinti augintiniais ir bendradarbiauti su ASPN teikiančiais specialistais.

Ši metodinė medžiaga skirta plačiam suinteresuotų grupių ratui: ASPN teikiantiems medicinos darbuotojams, asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovams, administracijos darbuotojams, slaugos administratoriams, profesinės sveikatos bei darbuotojų saugos specialistams, pacientams, jų artimiesiems, taip pat savivaldybių įstaigoms, teikiančioms socialines paslaugas.

Metodinėje medžiagoje išsamiai paaiškinama, kokia profesinė rizika kyla teikiant ASPN, bei pateikiamos praktinės prevencijos priemonės, skirtos šiai rizikai sumažinti. Kiekvienos su šiuo procesu susijusios šalies indėlis yra svarbus siekiant užtikrinti saugią, efektyvią ir kokybišką slaugą paciento namų aplinkoje. Tinkamai organizuota ir visapusiškai įgyvendinama prevencija padeda sumažinti traumų, infekcijų bei emocinio perdegimo tikimybę, o kartu gerina ne tik darbuotojų saugumą ir gerovę, bet ir pacientui teikiamų paslaugų kokybę.

Su metodine medžiaga galima susipažinti Higienos instituto interneto svetainėje adresu: https://www.hi.lt/uploads/Institutas/Profesines_ir_aplinkos_sveikatos_centras/ASPN_rizika_ir_prevencija_Metodine_medziaga_2025.pdf

Daugiau informacijos gali suteikti Higienos instituto Profesinės ir aplinkos sveikatos centro Profesinės sveikatos skyriaus vyriausioji specialistė Jūratė Tamašauskaitė, el. p. jurate.tamasauskaite@hi.lt, ir vyriausioji specialistė Lolita Pilipavičienė, el. p. lolita.pilipaviciene@hi.lt, tel. (0 5) 212 0861.

*Jūratė Tamašauskaitė
Lolita Pilipavičienė*

*Higienos instituto Profesinės ir aplinkos sveikatos
centro Profesinės sveikatos skyrius*



unsplash.com nuotr.

KELYJE Į SVEIKĄ ATEITĮ: AKTYVAUS JUDUMO SVARBA

Prognozuojama, kad iki 2050 m. 70 proc. pasaulio gyventojų gyvens miestuose, todėl vis daugiau žmonių susidurs su specifiniais sveikatos pavojais, susijusiais su urbanizacija ir kintančiu klimatu. Du svarbiausi pavojai yra prasta oro kokybė ir fizinis pasyvumas. Pasak Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau – PSO), pasyvus gyvenimo būdas prisideda prie daugelio neinfekcinių ligų, kurios lemia didelę Europos regiono sveikatos sistemos naštos dalį bei kasmet sukelia apie 1 mln. mirčių, atsiradimo. Lietuvos moksleivių gyvensenos ir sveikatos tyrimas, analizuojantis 2002–2022 metų laikotarpio kasdienio fizinio aktyvumo dinamiką, atskleidė nuosekliai prastėjančią situaciją – vis daugiau mokinių kasdien buvo nepakankamai fiziškai aktyvūs. Didėjant gyvenimo tempui žmonėms vis sunkiau rasti laiko fiziniam aktyvumui, todėl aktyvus keliavimas į mokymosi įstaigas ar darbą gali padėti sumažinti neigiamas pasyvaus gyvenimo būdo pasekmes.

Aktyvus judumas – tai žmogaus raumenų jėga sukeltas judėjimas, dažniausiai įvardijamas kaip ėjimas ir važiavimas dviračiu. Toks keliavimo būdas gali sušvelninti klimato krizės poveikį aplinkai ir kartu pagerinti žmonių sveikatą. Valstybių politikoje deklaruojamus siekius paversti realybe gali aktyvaus judumo entuziastai. Jie turi potencialą kurti pokyčius tiek lokaliai, tiek globaliai. 2024 m. Higienos instituto atlikta apklausa apie gerą aktyvaus judumo praktiką ir dviračių saugojimo mokyklos teritorijoje galimybes parodė, kad mokyklos, kurios įvardijo turinčios aktyvaus judumo entuziastų, vykdo Europos judumo savaitės bei kitas su aktyviuoju judumu susijusias veiklas. Mokyklos ir darželiai, priklausantys Nacionaliniam sveikatą stiprinančių mokyklų ir aktyvių mokyklų tinklams, taip pat yra branduolys, puoselėjantis įvairias veiklas ir naujas idėjas, jungiančias bendruomenes ir skatinančias aktyvų judumą. Moksliniais tyrimais įrodyta, kad šeimos gydytojų rekomendacija rinktis aktyvų keliavimo būdą didina pacientų, besinaudojančių dviračiais, skaičių.

Dviračių transporto plėtros iki 2035 metų strateginėse gairėse akcentuojama, kad žmonės, reguliariai minantys dviračius, gyvena ilgiau, ilgesnį gyvenimo periodą išlieka sveikesni, pasižymi didesniu darbingumu ir aktyvumu. Žmonės, vertindami subjektyviąją važiavimo dviračiais naudą, dažnai akcentuoja, kad važiuodami dviračiu patiria malonumą, laisvės ir laimės pojūtį, ir apskritai dažniau pamini, kad yra laimingi. Yra šalių, kuriose tikėjimas važiavimo dviračiu teikiama nauda išaugo į didžiulį entuziastų tinklą. Štai Naujoji Zelandija nuo 1997 m. turi dviračių transporto rėmimo grupių tinklą. Tai nacionalinė dviračius mėgstančių, į darbą ir keliones važiuojančių žmonių grupė, kurios tikslai – propaguoti dviračių transporto naudą, didinti dviratininkų saugumą, skatinti geros dviratininkų aplinkos kūrimą, pasisakyti už integruotą dviračių transporto planavimą, didinti dviratininkų skaičių keliuose.

PSO skatina saugų ir sveiką aktyvų judėjimą, kad sumažintų fizinį pasyvumą. Remiantis Jungtinių Tautų Europos ekonominės komisijos ir Pasaulio sveikatos organizacijos Europos regiono biuro Europos programos „Transportas, sveikata ir aplinka“ duomenimis, 30 proc. Europoje vykstančių kelionių yra trumpesnės nei 3 km, o 50 proc. kelionių trumpesnės nei 5 km.

Įgyvendinant aktyvaus judumo skatinimo strategijas, svarbią vietą užima Higienos instituto kartu su PSO Eu-

ropos regioniniu biuru, PSO biuru Lietuvoje ir partneriais inicijuota kampanija „Pradėkime judėti!“, kviečianti visuomenę pažinti vaikščiojimo ir važiavimo dviračiu privalumus. Ši kampanija pabrėžia, kad net ir nedideli kasdieniai pokyčiai – pavyzdžiui, kelionė į darbą ar mokyklą pėsčiomis ar dviračiu – gali turėti reikšmingą poveikį sveikatai, aplinkai ir miestų gyvybingumui. Reguliarus fizinis aktyvumas stiprina raumenis, gerina laikyseną, miegą, sąnarių paslankumą, imuninę sistemą ir net mažina demencijos riziką. Leidinyje „100 argumentų rinktis dviratį arba eiti pėsčiomis“ pateikiami moksliniai įrodymai ir žmonių patirtys, atskleidžiančios aktyvaus judumo naudą – nuo širdies ligų ir diabeto prevencijos iki oro taršos mažinimo ir vietos ekonomikos skatinimo. Kampanija ragina kiekvieną iš mūsų žengti pirmą žingsnį sveikesnės, tvaresnės ir žmonėms draugiškesnės aplinkos link.

Fizinio aktyvumo trūkumas kelia grėsmę visuomenės sveikatai, o aktyvus keliavimas – lengvai integruojamas būdas kovoti su šia problema. Pėsčiųjų ir dviratininkų skaičiaus didėjimas prisideda prie sveikesnės visuomenės, švaresnės aplinkos, tvaresnių miestų, stipresnių bendruomenių kūrimo.

*Olita Kriukovienė
Higienos instituto Profesinės ir
aplinkos sveikatos centras*

INFORMACIJA STRAIPSNŲ AUTORAMS

„Visuomenės sveikata“ yra periodinis mokslo žurnalas, leidžiamas keturis kartus per metus nuo 1996 m. Žurnalo steigėjas ir leidėjas – Higienos institutas.

1997-11-10 Lietuvos mokslo tarybos nutarimu žurnalas įtrauktas į Lietuvos mokslo tarybos patvirtintą recenzuojamų mokslo žurnalų sąrašą.

Nuo 2005 m. žurnalas indeksuojamas tarptautinėje duomenų bazėje *Index Copernicus* (<http://www.indexcopernicus.com/>). Žurnalas skirtas mokslininkams, studentams, sveikatos apsaugos organizatoriams ir administratoriams, visuomenės sveikatos specialistams, edukologams, gydytojams ir kitiems skaitytojams, besidomintiems visų šalies gyventojų ar atskirų jos grupių sveikatos ir ją veikiančių veiksnių problemomis.

Žurnale lietuvių ir anglų kalbomis spausdinami recenzuojami originalūs biomedicinos mokslų srities visuomenės sveikatos krypties ir jai artimų kryptų straipsniai. Taip pat spausdinami nerecenzuojami trumpi pranešimai (tezės), atvejų aprašymai, mokslinės diskusijos. Ne mokslinėse žurnalo rubrikose („Redakcijos skiltis“, „Visuomenės sveikatos praktikai“, „Metodinė medžiaga“) pristatoma informacija apie svarbiausius politinius įvykius visuomenės sveikatos srityje, geros praktikos pavyzdžius, išleistas metodines ir praktines rekomendacijas.

Už straipsnio spausdinimą imamas 50 Eur mokestis.

REIKALAVIMAI RANKRAŠČIUI

Redakcijai elektroniniu paštu visuomenes.sveikata@hi.lt arba per žurnalo interneto svetainę pateikiama:

- straipsnio elektroninė versija *Microsoft Word* (.doc, .docx) formatu;
- skenuotas dokumentas (PDF formatu), pasirašytas visų autorių. Pasirašydami autoriai garantuoja, kad straipsnis yra originalus, nepažeidžia kitų asmenų autorių teisių ir nėra anksčiau skelbtas spaudoje, ir perduoda visas straipsnio autorių teises leidėjui, jeigu straipsnis bus spausdinamas.

Straipsnio tituliname lape turi būti nurodyti visi straipsnio autoriai. Atskirai lietuvių ir anglų kalbomis nurodomas atsakingas autorius (kontaktinis asmuo), jo kontaktai: įstaiga, įstaigos adresas, miestas, šalis, pašto kodas, el. paštas ir telefonas.

Straipsnio tekstas turi būti parengtas 12 punktų šriftu, tarp eilučių paliekant viengubus tarpus. Bendroji (su visais priedais) straipsnio apimtis – ne daugiau kaip 30 puslapių. Puslapiai turi būti numeruoti.

STRAIPSNIO STRUKTŪRA:

- straipsnio pavadinimas (iki 150 ženklų, įskaitant tarpus ir skyrybos ženklus),
- autorių vardai ir pavardės,
- įstaigų, kuriose atliktas darbas, pavadinimai.

STRAIPSNIO TEKSTO SKYRIAI:

- struktūruota santrauka lietuvių kalba (straipsnio pavadinimas, autoriai, jų įstaigos, tikslas, tyrimo medžiaga ir metodai, tyrimo rezultatai, išvados, reikšminiai žodžiai, iš viso 300 žodžių),
- 1–6 reikšminiai žodžiai (paminėti santraukoje),
- įvadas, kuris baigiasi darbo tikslo suformulavimu,
- tyrimo medžiaga ir metodai,
- rezultatai,
- rezultatų aptarimas,
- išvados arba apibendrinimas,
- literatūra,
- struktūruota santrauka anglų kalba (straipsnio pavadinimas, autoriai, jų įstaigos, tikslas, tyrimo medžiaga ir metodai, rezultatai, išvados, reikšminiai žodžiai, iš viso iki 300 žodžių).

INFORMUOJAME

Lentelės, schemas, brėžiniai ir pan., pateikiami tekste, turi turėti atskirą numeraciją. Ilustracijos ir paveikslai turi būti kompaktiški, ryškūs, tekstas juose aiškiai įskaitomas; grafikų ir paveikslų pageidautina pateikti *Excel* formatu, sudarant galimybę juos koreguoti.

Pirmą kartą tekste minimi sutrumpinimai turi būti paaiškinti. Skaičių trupmeninė dalis skiriama kableliu (pavyzdžiui, 2,15, ne 2.15).

Literatūros šaltiniai sąrašė pateikiami ta kalba, kuria buvo išspausdinti, straipsnyje jie nurodomi laužtiniuose skliaustuose, pradedant citavimą nuo [1]. Literatūros sąrašas sudaromas remiantis Vankuverio sistema ir vienodais reikalavimais biomedicinos mokslo žurnalų rankraščiams („Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals“ JAMA. 1997;277:927–34).

Šaltinio gale turi būti nurodomas cituojamo straipsnio DOI. Siekiant išvengti spausdinimo klaidų ir pasikartojančių nuorodų, rekomenduojama citavimo šaltinių sąrašą rengti naudojantis bibliografinių nuorodų tvarkymo programomis, pvz., *EndNote*, *ReferenceManager*, *Zotero* ar kt. Kiekvienas straipsnyje cituojamas literatūros šaltinis turi būti susietas nuoroda su straipsniu (nuoroda įterpiama taip: tekstiniame dokumente pelės žymeklis nustatomas ties šaltinio numeriu, spustelimas dešinysis pelės klavišas, iš meniu pasirenkama parinktis „Hipersaitas“ ir į atsivėrusio lango laukelį „Adresas“ įterpiamas nukopijuotas straipsnio adresas).

Straipsniai, parengti neatsižvelgus į minėtus reikalavimus, nepriimami.

Informacija teikiama:

tel. (8 ~ 5) 262 5479, faks. (8 ~ 5) 262 4663,

el. paštas visuomenes.sveikata@hi.lt

Žurnalo svetainė internete

<https://visuomenessveikata.hi.lt/>

INFORMATION FOR AUTHORS

"Public Health" is a periodical scientific journal published quarterly since 1996. The founder and publisher of the journal is the Lithuanian Institute of Hygiene. The journal "Public Health" was established by the Institute of Hygiene in 1996 in Lithuania. It is a unique scientific journal in the country, specialized purely in public health. It is intended for researchers, public health managers and administrators, experts working in the field of epidemiology, biostatistics, occupational health, health promotion, environmental health as well as other readers interested in the health status of the population and the factors affecting it. The journal is published quarterly. An electronic version of each issue is placed on the website <http://www.hi.lt/>. The journal publishes peer-reviewed original articles in Lithuanian and English. It also publishes non-peer-reviewed short articles (theses), case reports, and scientific discussions. The non-scientific sections of the journal ('Editorial column', 'For public health practitioners', 'Methodological material') present information on major policy developments in public health, examples of good practice, and published methodological and practical guidelines. Each issue includes a peer-reviewed section with original articles, including topic-related reviews, and non-peer-reviewed sections: editorial and information for public health practice, presenting important health policy news, good practice examples, guidelines, and recommendations. Since 1996, the journal has been on the official list of scientific journals recognized by the Academy of Science of Lithuania and it has been in the Index Copernicus database since 2005 (<http://journals.indexcopernicus.com>). A fee of EUR 50 is charged for the publication of an article.

MANUSCRIPT PREPARATION

To the editors by e-mail visuomenes.sveikata@hi.lt or via the journal's website, the following must be submitted:

- Electronic version of the article in Microsoft Word (.doc, .docx) format;
- A scanned document (in PDF format), signed by all authors, guaranteeing that the article is original, does not interfere with copyright regulations, has not been previously published, and transfers all copyrights of the article to the publisher if the article is accepted for publication.

All authors of the article must be listed on the title page. Separately in Lithuanian and English, the responsible author (contact person), along with their contact details: institution, institution address, city, country, postal code, e-mail, and telephone number must be indicated.

The text of the article must be typed in size 12-point font, single-spaced between lines. The total length of the article (with all appendices) should be no more than 30 pages. Pages must be numbered.

STRUCTURE OF THE ARTICLE

- Title (up to 150 characters, including spaces and punctuation)
- Authors
- Institution(s) to which the work should be attributed

SECTIONS OF THE TEXT

- Summary in the same language as the article (should not exceed 300 words)
- Keywords (mentioned in the summary)
- Introduction, where the purpose of the work is stated
- Objectives and methods of the study
- Results
- Discussion
- Conclusions
- References
- Summary in the other language up to 300 words (Lithuanian, if the article is in English), including the title, authors, institutions, objective, methods, short presentation of the findings, main conclusions, keywords

ADDITIONAL INFORMATION

- Tables, figures, diagrams, etc., presented in the text must have a separate enumeration. Illustrations must be of good quality; the text of the illustrations should be clear.
- Abbreviations mentioned in the text for the first time must be explained.
- The fractional part of the number in Lithuanian is separated by a comma (i.e., 2,16 instead of 2.16).
- References to other works should be consecutively numbered in the text using square brackets and listed in the original language by number in the reference list. The list of references should be based on the Vancouver system and on "Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals" (JAMA 1997; 277:927-34). The DOI of the cited article must be indicated at the end of the source. To avoid errors and duplicate references, it is recommended that you prepare a list of citation sources using bibliographic reference management programs such as EndNote, Reference Manager, Zotero, or others. Each literary source cited in the article must be associated with a link to the article.

Articles not complying with these requirements will not be accepted.

For more information:

Phone +370 649 51 350; Fax +370 5 262 4663.

E-mail: visuomenes.sveikata@hi.lt

Website: <https://visuomenessveikata.hi.lt/>

ISSN 2538-6832 online

<https://visuomenessveikata.hi.fi/>