

PAAUGLIŲ SVEIKATOS RAŠTINGUMAS LIETUVOJE

Virginija Kanapeckienė, Dovilė Šapokaitė

Higienos institutas

SANTRAUKA

Tikslas. Paauglių sveikatos raštingumas yra svarbus sveikatos stiprinimo veiksnys, susijęs su gebėjimu suprasti, vertinti ir taikyti sveikatos informaciją. Šiuo tyrimu siekta įvertinti Lietuvos paauglių sveikatos raštingumą, naudojant Australijos sveikatos raštingumo klausimyną (HLQ), atsižvelgiant į demografinius ir gyvensenos veiksnius. Tyrimas atliktas dalyvaujant tarptautinio projekto „Bendri veiksmai dėl širdies ir kraujagyslių ligų ir diabeto“ (JACARDI) šeštajame veiklos pakete „Sveikatos raštingumas ir sąmoningumas“.

Metodai. Devynių skalių HLQ klausimynas buvo išverstas į lietuvių kalbą taikant dvigubai aklą vertimo pirmyn ir atgal (iš anglų į lietuvių ir iš lietuvių į anglų) procesą (angl. *double blind, forward and back*). Duomenys rinkti 2024 m. lapkričio–gruodžio mėnesiais aštuonių Lietuvos savivaldybių mokyklų 9–12 klasėse. Anketas užpildė 1 104 paaugliai. Apskaičiuoti sveikatos raštingumo skalių įverčių vidurkiai, standartiniai nuokrypiai ir 95 proc. pasikliautiniai intervalai. Skirtumams tarp grupių vertinti taikyta dispersinė analizė (ANOVA). Siekiant identifikuoti paauglių grupes, pasižyminčias panašiais sveikatos raštingumo profilių modeliais, atlikta klasterinė analizė. Kiekvienos iš devynių skalių vidutiniai įverčiai standartizuoti ir paversti Z balais. Klasteriams sudaryti taikyta hierarchinė klasifikavimo analizė, naudojant Vardo (Ward) metodą, remiantis *Ophelia* (angl. *Optimising Health Literacy and Access*) metodologija.

Rezultatai ir išvados. Tyrimu nustatytas vidutinis paauglių sveikatos raštingumas. Mažiausiai iššūkių paaugliams kėlė socialinė parama sveikatai palaikyti (5 skalė), o daugiausia – gebėjimas įvertinti sveikatos informaciją (6 skalė). Mažiau sveikatos raštingumo sunkumų patyrė merginos, žalingų įpročių neturintys, sveikai besimaitinantys, fiziškai aktyvūs, normalaus kūno svorio paaugliai. Išskirta 13 paauglių sveikatos raštingumo klasterių, kurių kiekvienas atspindi įvairius paauglių gebėjimus ar spragas, susijusius su sveikatos stiprinimu ir palaikymu. Mažiausiai iššūkių, susijusių su sveikatos išsaugojimu, patyrė 13,4 proc. paauglių, priklausančių 1–3 klasteriams, o paaugliai, priklausantys 11–13 klasteriams (15 proc.), turėjo labai daug sveikatos raštingumo spragų vertinant pagal visas 9 HLQ klausimyno skales. Klasterių dydžiai ženkliai skyrėsi – didžiausias buvo 4 klasteris, kurį sudarė 236 paaugliai, mažiausias – 8 klasteris, kuriam priskirti 5 paaugliai. Tyrimo rezultatai rodo didelę Lietuvos paauglių sveikatos raštingumo profilių įvairovę. Klasterinė analizė sudaro prielaidas kurti tikslines sveikatos ugdymo intervencijas, skirtas specifinėms tikslinėms paauglių grupėms.

Reikšminiai žodžiai: sveikatos raštingumas, paaugliai, gyvensena, klasterių analizė.

ĮVADAS

Remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos pateikiama apibrėžtimi, sveikatos raštingumas yra asmens žinių ir gebėjimų visuma, kuri formuojasi kasdienėje veikloje, socialinėje sąveikoje bei perduodama iš kartos į kartą [1]. Ši sąvoka apima tris pagrindinius komponentus: (1) žinias apie sveikatą, sveikatos priežiūrą bei sveikatos sistemų veikimą; (2) gebėjimą apdoroti ir taikyti įvairiais formatais pateikiamą informaciją, susijusią su sveikata; (3) gebėjimą palaikyti ir stiprinti sveika-

tą savarankiškai bei bendradarbiaujant su sveikatos priežiūros specialistais [2]. Taigi, raštingumas apima įgūdžių visumą, kurios apimtis ir kokybė yra individualiai skirtinga [3].

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

Žemas sveikatos raštingumo lygis gali lemti įvairius iššūkius: sunkumus naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis (pvz., pildant dokumentus), ribotas galimybes suprasti žodinę ir rašytinę sveikatos informaciją bei komunikacijos kliūtis bendraujant su medicinos personalu [4]. Netgi asmenys, pasižymintys aukštesniu sveikatos raštingumo lygiu, gali susidurti su iššūkiais adaptuodamiesi naujoje arba nepažįstamoje aplinkoje, pavyzdžiui, ligoninėje [3].

Ugdyti sveikatos raštingumą reikėtų pradėti ankstyvame amžiuje ir jį nuosekliai palaikyti visą gyvenimą. Tyrimai rodo, kad dauguma (67,2 proc.) Europos šalių mokinių pasižymi vidutiniu sveikatos raštingumo lygiu, nors jo pasiskirstymas skirtingose šalyse ir populiacijose skiriasi [5, 6].

Europoje, įskaitant ir Lietuvą, sveikatos raštingumui vertinti dažniausiai taikomas Europos sveikatos raštingumo klausimynas (HLS-EU-Q47) arba jo sutrumpinta versija (HLS-EU-Q16). Šie instrumentai yra validuoti, jų psichometrinės charakteristikos įvertintos ir patvirtintos [7]. Lietuvoje atlikti tyrimai atskleidžia skirtingas sveikatos raštingumo tendencijas tarp įvairių amžiaus grupių. 2013 m. duomenimis, 43,1 proc. suaugusiųjų buvo sunku suprasti sveikatos priežiūros specialistų patarimus, 38,1 proc. – vaistų vartojimo instrukcijas, 25,6 proc. – leidinius sveikatos tematika, 21,0 proc. – radijo ir televizijos laidas sveikatos tematika. 2020 m. jaunimo (18–29 m.) tyrimo duomenimis, 75,8 proc. respondentų pasižymėjo pakankamu sveikatos raštingumo lygiu, o 24,3 proc. – ribotu [8]. Lyginant Latvijos ir Lietuvos gyventojus nustatyta, kad jų sveikatos raštingumo lygis yra panašus: žemas sveikatos raštingumas fiksuotas 79 proc. Latvijos ir 73 proc. Lietuvos gyventojų. Pagrindiniai sveikatos raštingumą lemiantys veiksniai buvo amžius, finansinė padėtis, socialinis statusas ir etninė priklausomybė. Žemesnis raštingumo lygis būdingas vyresnio amžiaus asmenims (76 m. ir vyresniems), aukštesniu sveikatos raštingumu pasižymėjo asmenys, turintys geresnę finansinę padėtį bei aukštesnį socialinį statusą [9].

2019 m. reprezentatyvaus Lietuvos mokinių sveikatos raštingumo tyrimo rezultatai parodė, kad 12,1 proc. mokinių turi žemą, 70,5 proc. – vidutinį, o 17,4 proc. – aukštą sveikatos raštingumo lygį. Nustatyta, kad sveikatos raštingumą reikšmingai lemia mokymosi pasiekimai, sveikatos stiprinimo veiklų intensyvumas mokykloje bei šeimos gerovės lygis [10].

Įvairūs tyrimai patvirtina, kad aukštas sveikatos raštingumas yra reikšmingas gyventojų sveikatos stiprinimo bei sveikatos netolygumų mažinimo veiksnys [9, 10]. Jis yra susijęs su lėtinių ligų, tokių kaip širdies ir kraujagyslių ligos bei cukrinis diabetas, valdymu. Sveikatos raštingumas lemia hipertenzijos atpažinimo gebėjimus, savirūpą sergant širdies nepakankamumu, cukrinio diabeto kontrolės įgūdžius (gliukozės stebėseną, mitybos valdymą, fizinį aktyvumą, gydymo režimo laikymąsi) ir pan. [4].

Šio tyrimo tikslas buvo įvertinti paauglių sveikatos raštingumą, taikant australų sukurtą sveikatos raštingumo klausimyną HLQ, atsižvelgiant į demografinius ir gyvenamosios veiksnus. Tyrimas vykdytas dalyvaujant tarptautinio projekto „Bendri veiksmai dėl širdies ir kraujagyslių ligų ir diabeto“ (angl. *Joint Action on CARDiovascular diseases and Diabetes*) šeštajame veiklos pakete „Sveikatos raštingumas“.

TYRIMO METODAI

Tyrimo duomenims rinkti buvo taikytas į lietuvių kalbą išverstas sveikatos raštingumo klausimynas HLQ (angl. *Health Literacy Questionnaire*), apimantis devynias sveikatos raštingumo dimensijas. Klausimyną sudaro 44 klausimai, suskirstyti į devynias skales (SK):

- 1 SK – Jaustis suprastam ir palaikomam sveikatos priežiūros specialistų.
- 2 SK – Turėti pakankamai informacijos savo sveikatai valdyti.
- 3 SK – Aktyviai rūpintis savo sveikata.
- 4 SK – Gauti socialinę paramą sveikatai palaikyti.
- 5 SK – Gebėti įvertinti sveikatos informaciją.
- 6 SK – Gebėti aktyviai bendrauti su sveikatos priežiūros specialistais.
- 7 SK – Gebėti orientuotis sveikatos priežiūros sistemoje.
- 8 SK – Gebėti rasti patikimą sveikatos informaciją.
- 9 SK – Gerau suprasti sveikatos informaciją, kad žinotum, kaip elgtis.

Kiekvieną skalę sudaro 4–6 klausimai. Pirmosios penkios skalės vertinamos pagal keturių balų Likerto skalę (1 – „Visiškai nesutinku“, 4 – „Visiškai sutinku“). Likusių keturių skalių klausimai apibūdina gebėjimus ir vertinami pagal penkių balų Likerto skalę (1 – „Negaliu atlikti / paprastai sunku“, 5 – „Labai lengva“). Kiekvienos skalės įvertis apskaičiuojamas kaip vidutinis visų ją

sudarančių klausimų balas. Didesnis įvertis rodo aukštesnį sveikatos raštingumą.

HLQ klausimynas yra validuotas tarptautiniu mastu, jo psichometrinės charakteristikos įvairiose šalyse įvertintos kaip geros arba puikios [11–16]. Klausimyno vertimas į lietuvių kalbą atliktas taikant procedūrą (angl. *translation integrity procedure*), kuriai būdingas dvigubai aklas vertimas pirmyn ir atgal (iš anglų į lietuvių ir iš lietuvių į anglų, angl. *double blind forward–back translation*), bei klausimyno vertimo kokybės aptarimą su klausimyno kūrėju – Australijos La Trobo universiteto profesoriumi R. Osborne, kartu dalyvaujant vertėjams [17]. Gavus klausimyno autorių sutikimą klausimynas papildytas devyniais sociodemografiniais ir gyvenamos klausimais. Dėl tyrimo atlikimo keiptasi į Lietuvos bioetikos komitetą, kuris pateikė išvadą, kad tokio pobūdžio tyrimui bioetikos leidimo nereikia.

Tyrimo imtis ir duomenų rinkimo procedūra. Sutikimą dalyvauti tyrime pateikė aštuonios savivaldybės. Elektroninė klausimyno versija buvo išplatinta šių savivaldybių bendrojo ugdymo mokyklų 9–12 klasių mokiniams. Iš viso tyrime dalyvavo 1104 mokiniai, kurie savarankiškai užpildė elektroninį klausimyną. Apklausą vykdyta 2024 m. lapkričio–gruodžio mėnesiais.

Statistinė analizė. Duomenims apdoroti taikyti aprašomosios statistikos metodai. Apskaičiuoti kiekvienos skalės įverčių vidurkiai, standartiniai nuokrypiai bei 95 proc. pasikliautiniai intervalai. Atskiroms paauglių grupėms palyginti buvo atlikta dispersinė analizė (ANOVA). Siekiant palyginti skirtingą vertinimą turinčias HLQ klausimyno skales (4 arba 5 balų), buvo apskaičiuoti skalių įverčių santykiniai rodikliai.

Sociodemografiniai ir gyvenamos kintamieji apdoroti kaip kategoriniai ir pateikti absoliučiais skaičiais bei procentais. Tolydieji kiekybiniai kintamieji aprašyti vidurkiais (M) ir minimaliomis (min) bei maksimaliomis (max) reikšmėmis.

Siekiant identifikuoti respondentų grupes, pasižyminčias panašiais sveikatos raštingumo profilių modeliais,

atlikta klasterinė analizė. Kiekvienos iš devynių skalių vidutiniai įverčiai buvo standartizuoti ir paversti Z balais. Klasteriams sudaryti taikyta hierarchinė klasifikavimo analizė, naudojant Vardo (Ward) metodą, remiantis *Ophelia* (angl. *Optimizing Health Literacy and Access*) metodologija [18]. Klasterių skaičiui nustatyti naudoti HLQ klausimyno skalių įverčiai, taikant vidutinio balo standartinio nuokrypio rodiklį ($< 0,6$).

Statistinė analizė atlikta naudojant *Microsoft Office 365 Excel 2021* bei *IBM SPSS Statistics 22.0* programinę įrangą.

REZULTATAI

Sociodemografinė respondentų charakteristika.

Tyrimo dalyvavo 1104 paaugliai iš 8 savivaldybių. Respondentų amžiaus vidurkis buvo 16,3 m. Daugiau nei du trečdaliai (71,8 proc.) respondentų gyvena miestuose. Pagal lytį pasiskirstymas buvo tolygus, tačiau merginų dalis buvo šiek tiek didesnė nei vaikų (atitinkamai 52,4 proc. ir 47,6 proc.). Paauglių pasiskirstymas pagal savivaldybes nepateiktas, nes nebuvo gauti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp paauglių iš atskirų savivaldybių raštingumo skalių įvertinimo ir gyvenamos veiksnų paplitimo.

Paauglių gyvenamos analizė atskleidė, kad dažniausiai pasitaikantis rizikingas elgesys buvo elektroninių cigarečių naudojimas – nuolat jas naudojo daugiau nei dešimtadalis (12,2 proc.) respondentų. Įprastų cigarečių rūkymas buvo paplitęs tarp 9,1 proc. tiriamųjų. Alkoholinius gėrimus dažnai vartojančių paauglių dalis buvo nedidelė – 2,8 proc.

Fiziniu aktyvumu pasižymėjo trečdalis (31,3 proc.) tiriamųjų, jie nurodė besimankštinantys 3–4 dienas per savaitę. Beveik du trečdaliai (65,5 proc.) respondentų savo kūno svorį vertino kaip normalų. Apie pusė (46,5 proc.) mokinių teigė besistengiantys sveikai maitintis, tačiau pripažino, kad to nuosekliai laikytis nepavyksta. Išsamūs tiriamųjų sociodemografiniai ir gyvenamos duomenys pateikti 1 lentelėje.

1 lentelė. Paauglių sociodemografiniai veiksniai ir gyvenenos rodikliai

Sociodemografiniai ir gyvenenos rodikliai	Proc.	N = 1 104
Lytis		
Moterys	52,4	578
Vyrai	44,2	488
Nenurodė	3,4	38
Gyvenamoji vieta		
Miestas	71,8	793
Kaimas	28,2	311
Rūkymas		
Nuolat	9,1	100
Retkarčiais	8,8	98
Nerūko	57,0	629
Yra bandę rūkyti	19,8	219
Rūkė anksčiau	5,3	58
Elektroninių cigarečių naudojimas		
Nuolat	12,2	135
Retkarčiais	9,7	107
Nenaudoja	52,3	577
Yra bandę naudoti	19,7	217
Nauduoja anksčiau	6,2	68
Alkoholio vartojimas		
Dažnai	2,8	31
Esant progai	36,8	406
Nevartoja	56,0	640
Vartojo anksčiau	2,4	27
Fizinis aktyvumas		
Fizine veikla neužsiima	8,7	96
Fiziškai aktyvūs kelis kartus per mėnesį	13,6	150
Fiziškai aktyvūs 1–2 dienas per savaitę	19,3	213
Fiziškai aktyvūs 3–4 dienas per savaitę	31,3	346
Fiziškai aktyvūs 5–6 dienas per savaitę	19,5	215
Fiziškai aktyvūs 7 dienas per savaitę	7,6	84
Mityba		
Sveikai maitinasi	38,9	429
Stengiasi sveikai maitintis, bet nepavyksta	46,5	514
Sveikai nesimaitina	14,6	161
Svorio vertinimas		
Per mažas	15,9	176
Normalus	65,5	723
Per didelis	8,6	205
Vidurkis		Min / max
Amžius	16,3	11 / 19

Sveikatos raštingumo vertinimas. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad paauglių sveikatos raštingumo lygis yra vidutinis arba kiek aukštesnis už vidutinį. Remiantis standartizuotais sveikatos raštingumo skalių įverčiais, bendras paauglių raštingumo indeksas buvo 0,62, kai maksimalus galimas įvertis – 1 (2 lentelė). Paauglių sveikatos raštingumo rezultatai, atsižvelgiant į demografinius ir gyvensenos veiksnius, pateikti 2 lentelėje.

Aukščiausiai respondentai įvertino gaunamą socialinę paramą sveikatai (3,1 balo iš galimų 4, arba 0,7 standartizuoto balo), o tai rodo, kad dauguma paauglių turi šeimos, artimųjų ar bendruomenės palaikymą. Tai natūralu, nes jie gyvena šeimose, kurios jais rūpinasi. Gana neblogai – be didesnių problemų – buvo įvertintas ir gebėjimas aktyviai bendrauti su sveikatos priežiūros specialistais (3,5 balo iš 5, arba 0,66 standartizuoto balo), tačiau respondentai patiria ir iššūkių – nesijaučia iki galo suprasti ar palaikomi šių specialistų (2,80 balo iš 4, arba 0,61 standartizuoto balo) (1 lentelė, 1 pav.).

Gebėjimas suprasti sveikatos informaciją ir žinoti, kaip elgtis, buvo vienas geresnių sveikatos raštingumo rodiklių (3,52 balo iš 5, arba 0,63 standartizuoto balo), tačiau sveikatos informacijos vertinimas (2,72 balo iš 4, arba 0,57 standartizuoto balo) kol kas tebėra mažas iššūkis – ne visi paaugliai geba atskirti patikimus sveikatos informacijos šaltinius nuo klaidinančios informacijos (1 lentelė, 1 pav.).

Tyrimas atskleidė, kad paaugliai pakankamai gerai informuoti apie savo sveikatą (2,82 balo iš 4, arba 0,63 standartizuoto balo) ir aktyviai ja rūpinasi (2,84 balo iš 4, arba 0,62 standartizuoto balo).

Orientavimasis sveikatos priežiūros sistemoje (3,42 balo iš 5, arba 0,61 standartizuoto balo) respondentams kėlė nemažai sunkumų – jie turėjo ribotą supratimą apie tai, kokios sveikatos priežiūros paslaugos jiems prieinamos ir į kokias paslaugas jie turi teisę. Tai gali trukdyti paaugliams naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis (1 lentelė, 1 pav.).

Vertinant paauglių sveikatos raštingumą pagal jų sociodemografinius veiksnius nustatyta, kad merginos patyrė mažiau sveikatos raštingumo iššūkių, palyginti su vaiki-

nais. Statistiškai reikšmingi skirtumai ($p < 0,05$) tarp lyčių nustatyti vertinant pagal daugumą sveikatos raštingumo skalių (1, 3, 4, 6, 7, 8 ir 9 skales) (3 pav.).

Sveikatos raštingumas pagal paauglių gyvenamąją vietą buvo panašus – statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$) skyrėsi tik klausimyno 8 skalės „Gebėti orientuotis sveikatos priežiūros sistemoje“ vertinimas: kaime gyvenantys paaugliai pasižymėjo geresniu gebėjimu rasti patikimos sveikatos informacijos (4 pav.).

Žalingi įpročiai buvo susiję su žemesniu paauglių sveikatos raštingumu. Nerūkantys respondentai savo sveikatos raštingumą įvertino aukštesniais balais. Statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,05$) tarp rūkančiųjų ir nerūkiančiųjų nustatyti vertinant pagal 3, 4, 6 bei 9 raštingumo skales (5 pav.). Elektronines cigaretes naudojantys paaugliai, nors ir keista, pasižymėjo statistiškai reikšmingai aukštesniu sveikatos raštingumu, vertinant pagal beveik visas 9 skales ($p < 0,05$) (6 pav.). Alkoholi vartojančių paauglių sveikatos raštingumas vertinant pagal visas skales buvo žemesnis – 4 ir 9 skalių įverčiai statistiškai reikšmingai skyrėsi tarp vartojančiųjų alkoholį ir jo nevartojančių respondentų ($p < 0,05$).

Fiziškai aktyvūs paaugliai patyrė mažiau sveikatos raštingumo iššūkių pagal visas raštingumo skales (8–10 pav.) ($p < 0,001$) nei neaktyvūs. Ypač išsiskyrė fiziškai aktyvių paauglių geresnis gebėjimas aktyviai rūpintis savo sveikata (3 skalė).

Sveikai besimaitinantys paaugliai taip pat patyrė mažiau sveikatos iššūkių vertinant pagal visas 9 HLQ klausimyno skales. Daugiausia iššūkių patyrė nesistengiantys sveikai maitintis ($p < 0,001$) paaugliai, kiek mažiau – paaugliai, kurie stengiasi maitintis sveikai, tačiau jiems tai nepavyksta. Didžiausi skirtumai nustatyti vertinant sveikatos raštingumą pagal 3 ir 5 skales.

Su mažiau sveikatos raštingumo iššūkių susidūrė paaugliai, savo kūno svorį vertinantys kaip normalų. Kiek daugiau iššūkių patyrė nurodžiusieji, kad jų svoris per mažas, o daugiausia – paaugliai, laikantys savo svorį per dideliu. Statistiškai reikšmingi skirtumai nustatyti vertinant sveikatos raštingumą pagal visas devynias skales ($p < 0,001$) (10 pav.).

2 lentelė. Skirtingų HLQ klausimyno skalių (4 ir 5 balų) balų vidurkių standartizavimas (palyginimas)

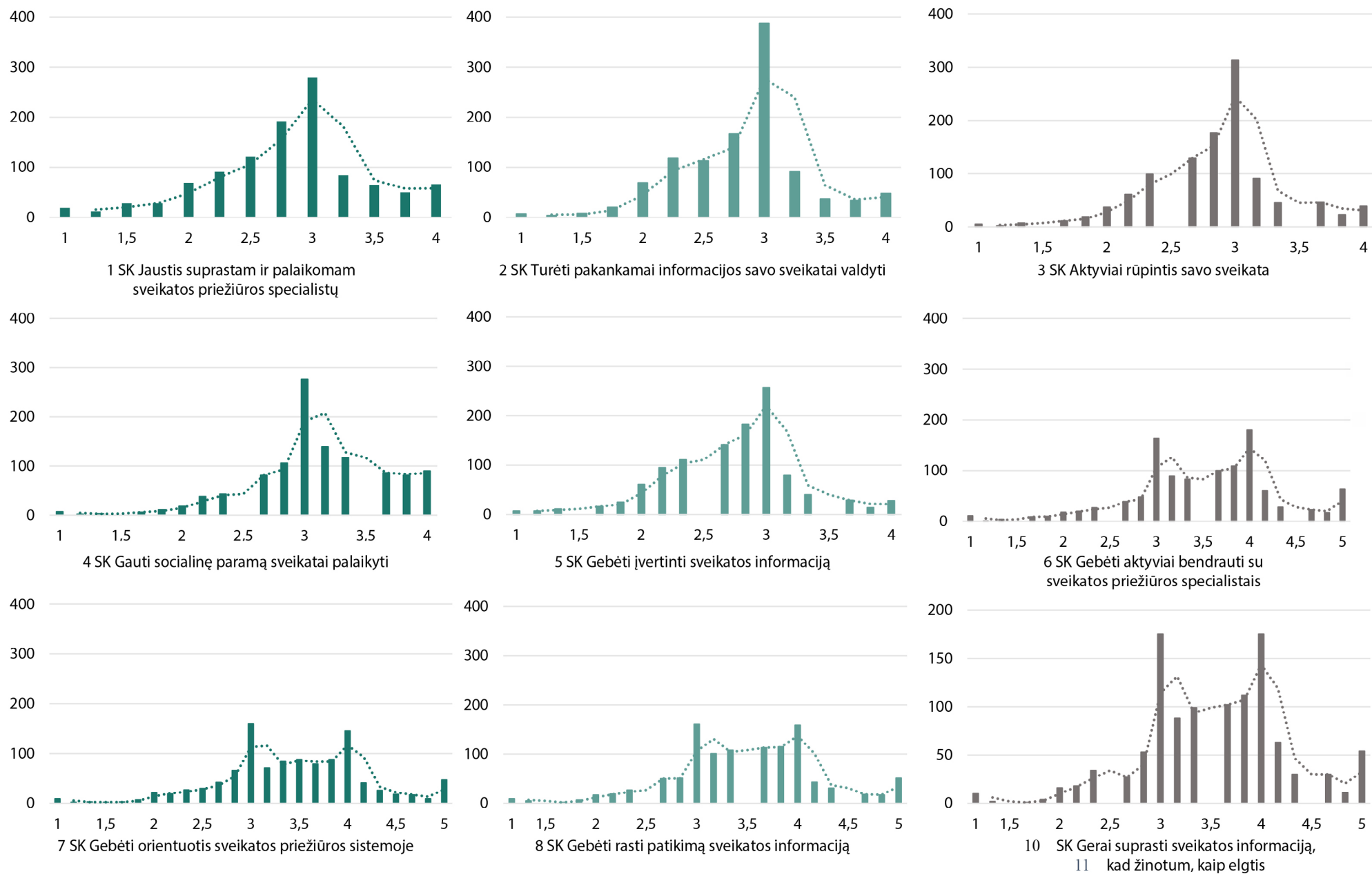
Skalė	Balų vidurkis [95 proc. PI]	Standartizuotas balų vidurkis
4 balų skalė		
1 SK – Jaustis suprastam ir palaikomam sveikatos priežiūros specialistų	2,80 [2,76–2,83]	0,60
2 SK – Turėti pakankamai informacijos savo sveikatai valdyti	2,82 [2,79–2,85]	0,61
3 SK – Aktyviai rūpintis savo sveikata	2,84 [2,81–2,87]	0,61
4 SK – Gauti socialinę paramą sveikatai palaikyti	3,10 [3,07–3,13]	0,70
5 SK – Gebėti įvertinti sveikatos informaciją	2,72 [2,69–2,75]	0,57
5 balų skalė		
6 SK – Gebėti aktyviai bendrauti su sveikatos priežiūros specialistais	3,50 [3,46–3,55]	0,66
7 SK – Gebėti orientuotis sveikatos priežiūros sistemoje	3,42 [3,38–3,47]	0,61
8 SK – Gebėti rasti patikimą sveikatos informaciją	3,47 [3,43–3,52]	0,62
9 SK – Gerai suprasti sveikatos informaciją, kad žinotum, kaip elgtis	3,52 [3,48–3,56]	0,63
Bendras sveikatos raštingumas		0,62

1 paveiksle parodytas HLQ klausimyno skalių vidutinių balų pasiskirstymas.

Paauglių grupės (klasteriai) pagal sveikatos raštingumo skalių įverčius. Klasterių analizės metu buvo identifikuota 13 distinktyvių klasterių, atspindinčių tam tikrą paauglių sveikatos raštingumo situaciją ir demografinius bei gyvenamosios veiksmus. Pradėjus nuo trijų klasterių, skilimo proceso metu kiekvienam naujai atskilusiam klasteriui buvo suteiktas numeris – pagal bendrą sveikatos raštingumo balą jie buvo sunumeruoti nuo 1 iki 13. Klasterių dydžiai skirtingi: didžiausią – 4 klasterį – sudarė 236 paaugliai, mažiausią 8 klasterį – tik 5 paaugliai. Mažiausiai sveikatos raštingumo iššūkių patyrė 13,4 proc. paauglių, priskirtų 1–3 klasteriams, o daugiausia – 15 proc. paauglių, priskirtų 11–13 klasteriams. Kituose klasteriuose sveikatos raštingumo skalių įverčiai labai varijavo, o tai reiškia, kad pagal vienas skales paaugliai patyrė didelių iššūkių, pagal kitas – nesusidūrė su didesnėmis sveikatos raštingumo problemomis. Ypač išsiskyrė 8 klasteris, kuriame pagal 5 HLQ klausimyno skales sveikatos raštingumas nekėlė di-

desnių iššūkių, o pagal likusias 4 skales turėjo nemažai spragų [4 lentelė].

Vertinant klasterius pagal paauglių sociodemografines charakteristikas ir gyvenamosios ypatumus nustatyta, kad didžiojoje dalyje (9 iš 13) klasterių vyravo merginos. Visuose klasteriuose didžiąją dalį respondentų sudarė mieste gyvenantys paaugliai. Paauglių žalingų įpročių paplitimas klasteriuose buvo skirtingas. Mažiausiam 8 klasteriui priklausantys paaugliai išsiskyrė labiau rizikinga elgsena. Daugumoje (9 iš 13) klasterių vyravo fiziškai aktyvūs paaugliai. 13 klasterių reguliariai užsiimančių fiziškai aktyvia veikla buvo mažiausiai – kiek daugiau nei ketvirtadalis (27,8 proc.) paauglių. Sveikos mitybos įpročiai vyravo tarp 4 klasterių paauglių, daugiau kaip pusė (50,0–63,6 proc.) šių klasterių paauglių nurodė, kad maitinasi sveikai. 9 klasteriuose daugiau nei pusė (62,9–87,5 proc.) respondentų teigė, kad jų svoris yra normalus.



1 pav. HLQ skalių balų pasiskirstymas (abs. sk.)

2 lentelė. Paauglių sveikatos raštingumas pagal skales, atsižvelgiant į paauglių sociodemografinius veiksnius ir gyvenimą

	HLQ skalių įverčiai															
	1 SK	p	2 SK	p	3 SK	p	4 SK	p	5 SK	p	6 SK	p	7 SK	p	8 SK	p
Lytis																
Merginos	2,86		2,81		2,85		3,15		2,74		3,53		3,43		3,48	
Vaikinai	2,73	< 0,001	2,84	0,228	2,85	0,047	3,06	< 0,001	2,71	0,598	3,51	< 0,001	3,46	< 0,001	3,52	< 0,001
Kita	2,62		2,70		2,64		2,79		2,68		2,97		2,85		2,83	
Gyvenamoji vieta																
Miestas	2,79		2,83		2,85		3,09		2,73		3,51		3,43		3,50	
Kaimas	2,82	0,357	2,81	0,575	2,1	0,190	3,12	0,461	2,71	0,501	3,47	0,400	3,41	0,737	4,40	0,029
Rūkymas																
Nerūko	2,81		2,83		2,87		3,13		2,73		3,53		3,44		3,48	
Rūko	2,74	0,212	2,76	0,074	2,71	< 0,001	2,95	< 0,001	2,68	0,187	3,39	0,033	3,35	0,111	3,42	0,015
Elektroninių cigarečių naudojimas																
Nenaudoja	2,82		2,84		2,88		3,14		2,75		3,54		3,45		3,50	
Naudoja	2,73	0,061	2,76	0,035	2,71	< 0,001	2,94	< 0,001	2,65	0,013	3,37	0,004	3,34	0,047	3,37	0,001
Alkoholio vartojimas																
Nevartoja	2,80		2,82		2,85		3,11		2,73		3,51		3,43		3,48	
Vartoja	2,72	0,488	2,65	0,063	2,57	0,003	2,69	< 0,001	2,61	0,238	3,23	0,046	3,16	0,044	3,15	< 0,001
Fizinis aktyvumas																
Sportuoja	2,86		2,89		2,95		3,15		2,80		3,57		3,50		3,55	
Nesportuoja	2,71	< 0,001	2,72	< 0,001	2,69	< 0,001	3,03	< 0,001	2,62	< 0,001	3,40	< 0,001	3,32	< 0,001	3,37	0,001
Sveika mityba																
Sveikai maitinasi	2,92		2,97		3,0,		3,17		2,87		3,65		3,60		3,62	
Stengiasi, bet nepavyksta	2,75	< 0,001	2,75	< 0,001	2,79	< 0,001	3,09	< 0,001	2,70	< 0,001	3,43	< 0,001	3,32	< 0,001	3,41	< 0,001
Nesistengia sveikai maitintis	2,62		2,64		2,50		2,93		2,40		3,36		3,29		3,29	
Subjektyvus požiūris į svorį																
Per mažas	2,72		2,71		2,75		2,97		2,62		3,39		3,41		3,41	
Normalus	2,86	< 0,001	2,87	< 0,001	2,89	< 0,001	3,17	< 0,001	2,77	< 0,001	3,59	< 0,001	3,49	< 0,001	3,54	< 0,001
Per didelis	2,62		2,75		2,74		2,97		2,65		3,29		3,21		3,29	

4 lentelė. Klasteriams priskirtų paauglių sveikatos raštingumas ir jų pasiskirstymas pagal sociodemografinius ir gyvenamosios veiksmus*

Klasteriai	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Klasterio dydis, proc., abs. sk.	2,7 (30)	4,3 (48)	6,4 (71)	21,4 (236)	17,7 (195)	2,9 (32)	10,5 (116)	0,5 (5)	15,6 (172)	3,0 (33)	4,3 (47)	9,1 (101)	1,6 (18)
1. Jaustis suprastam ir palaikomam SPS	3,92	2,89	3,62	3,08	2,77	3,29	2,79	1,45	2,59	1,52	2,62	2,25	1,44
2. Turėti pakankamai informacijos savo sveikatai valdyti	3,91	3,20	3,56	2,98	2,76	2,26	3,01	1,95	2,49	2,98	2,85	2,25	1,58
3. Aktyviai rūpintis savo sveikata	3,79	3,17	3,61	2,99	2,83	2,88	3,03	1,60	2,49	2,87	2,81	2,23	1,57
4. Gauti socialinę paramą sveikatai palaikyti	3,93	3,23	3,69	3,36	3,03	3,79	3,12	2,00	2,94	2,48	2,96	2,46	1,90
5. Sveikatos informacijos vertinimas	3,78	2,93	3,53	2,86	2,68	2,69	2,96	1,60	2,37	2,52	2,49	2,29	1,59
6. Gebėti aktyviai bendrauti su sveikatos priežiūros specialistais	4,98	4,77	4,10	4,03	3,63	3,63	3,10	4,36	3,21	2,72	2,50	2,54	1,41
7. Gebėti orientuotis sveikatos priežiūros sistemoje	4,92	4,68	3,95	3,91	3,56	3,21	2,99	4,33	3,16	2,80	2,36	2,61	1,50
8. Gebėti rasti patikimą sveikatos informaciją	4,88	4,75	3,94	3,88	3,61	3,18	3,17	4,56	3,17	3,52	2,43	2,64	1,46
9. Gerai suprasti sveikatos informaciją, kad žinotum, kaip elgtis	4,93	4,72	3,99	3,95	3,72	3,18	3,07	4,48	3,28	3,20	2,58	2,71	1,48
Moterys	50,0 (15)	50,0 (24)	60,6 (43)	52,5 (124)	56,4 (110)	65,6 (21)	40,5 (47)	20,0 (1)	55,2 (95)	42,4 (14)	59,6 (28)	50,5 (51)	27,8 (5)
Vyrai	46,6 (14)	50,0 (24)	35,2 (25)	44,9 (106)	43,1 (84)	34,4 (11)	54,3 (63)	80,0 (4)	41,3 (71)	57,6 (19)	34,0 (16)	42,6 (43)	44,4 (8)
Kita	3,3 (1)	0,0 (0)	4,2 (3)	2,5 (6)	0,5 (1)	0,0 (0)	5,2 (6)	0,0 (0)	3,5 (6)	0,0 (0)	6,4 (3)	6,9 (7)	27,8 (5)
Amžius	16,3	16,1	16,5	16,2	16,3	16,7	16,3	16,8	16,2	16,4	16,3	16,2	15,6
Gyvenamoji vieta miestas	66,7 (20)	77,1 (37)	69,0 (49)	70,8 (167)	79,0 (154)	56,2 (18)	69,8 (81)	100,0 (5)	74,4 (128)	84,8 (28)	70,2 (33)	61,4 (62)	61,1 (11)
Gyvenamoji vieta kaimas	33,3 (10)	22,9 (11)	31,0 (22)	29,2 (69)	21,0 (41)	43,8 (14)	30,2 (35)	0,0 (0)	25,6 (44)	15,2 (5)	29,8 (14)	38,6 (39)	38,9 (7)
Rūkymas	13,3 (4)	12,5 (6)	12,7 (9)	5,1 (12)	5,6 (11)	0,0 (0)	11,2 (13)	60,0 (3)	9,3 (16)	9,1 (3)	6,4 (3)	13,9 (14)	33,3 (6)
Elektroninių cigarečių naudojimas	16,7 (5)	10,4 (5)	11,3 (8)	8,9 (21)	8,2 (16)	3,1 (1)	12,1 (14)	80,0 (4)	14,0 (24)	12,1 (4)	8,5 (4)	20,8 (21)	44,4 (8)
Alkoholio vartojimas	6,7 (2)	4,2 (2)	2,8 (2)	1,3 (3)	1,5 (3)	0,0 (0)	3,4 (4)	20,0 (1)	1,7 (3)	3,0 (1)	0,0 (0)	5,9 (6)	22,2 (4)
Fizinis aktyvumas	63,3 (19)	77,1 (37)	71,8 (51)	61,4 (145)	59,5 (116)	78,1 (25)	63,8 (74)	40,0 (2)	45,9 (79)	66,7 (22)	68,1 (32)	37,6 (38)	27,8 (5)
Sveikos mitybos įpročiai	56,7 (17)	50,0 (24)	63,4 (45)	50,8 (120)	35,4 (69)	21,9 (7)	43,1 (50)	20,0 (1)	25,6 (44)	27,3 (9)	31,9 (15)	24,8 (25)	16,7 (3)
Normalus svoris	80,0 (24)	68,8 (33)	71,8 (51)	72,0 (170)	68,7 (134)	87,5 (28)	62,9 (73)	20,0 (1)	66,9 (115)	39,4 (13)	66,0 (31)	43,6 (44)	33,3 (6)

*Naudotas šviesoforo principas, kai žalia spalva reiškia sveikatos raštingumą be didelių iššūkių, o raudona – daug iššūkių keliantį sveikatos raštingumą.

Klasteriai atspindi paauglių sveikatos raštingumo modelius, kuriems būdingi tam tikri sociodemografiniai bei gyvenamosios veiksniai. Kiekvienam iš 13 klasterių suformuota 13 pavyzdinių tipinių situacijų (angl. *vignettes*) su joms būdingomis charakteristikomis.

1 klasterio tipinė situacija. Mergina gyvena didesnės savivaldybės mieste, neturi žalingų įpročių, yra fiziškai aktyvi bent 3 kartus per savaitę, laikosi sveikos mitybos įpročių ir mano, kad jos svoris yra normalus. *Ji turi pakankamai sveikatos informacijos, ją supranta, žino, kur rasti ir kaip pritaikyti prie savo sveikatos poreikių, geba orientuotis sveikatos priežiūros sistemoje ir tai darydama turi palaikymą ir pagalbą iš sveikatos priežiūros specialistų ir artimųjų, todėl nepatiria sveikatos raštingumo iššūkių.*

2 klasterio tipinė situacija. Mergina gyvena didesnės savivaldybės mieste, neturi žalingų įpročių, yra fiziškai aktyvi bent 5 kartus per savaitę, vadovaujasi sveikos mitybos principais ir savo kūno svorį subjektyviai vertina kaip atitinkantį normą. *Jos sveikatos raštingumo spragos nedidelės, tačiau ji nejaučia, kad sveikatos priežiūros specialistai ją visiškai supranta. Gali neturėti nuolatinio šeimos gydytojo arba juo nepasitikėti. Nėra visiškai užtikrinta, kaip savarankiškai atsirinkti teisingą informaciją, kai ji būna prieštaringa. Yra iniciatyvi sveikatos klausimais, nebijo užduoti papildomų klausimų, kai to reikia, sužino apie sveikatos paslaugas, geba rasti ir suprasti reikalingą sveikatos informaciją.*

3 klasterio tipinė situacija. Mergina gyvena didesnės savivaldybės mieste, neturi žalingų įpročių, yra fiziškai aktyvi bent 3 kartus per savaitę, laikosi sveikos mitybos įpročių ir mano, kad jos svoris yra normalus. *Ji turi žmonių, teikiančių socialinę paramą sveikatai palaikyti ir pasitiki savo sveikatos priežiūros specialistu. Supranta sveikatos svarbą, aktyviai rūpinasi ja ir priima sprendimus. Tačiau nėra visiškai užtikrinta, kaip orientuotis sveikatos priežiūros sistemoje, gali nežinoti, kokia sveikatos priežiūra jai yra geriausia ir reikalinga, į kokį sveikatos specialistą reikėtų kreiptis, trūksta supratimo, kaip tinkamai naudotis sveikatos informacija priimant sprendimus dėl savo sveikatos.*

4–5 klasterių tipinė situacija. Mergina gyvena vidutinio dydžio savivaldybės mieste, neturi žalingų įpročių, yra fiziškai aktyvi bent 3–6 dienas per savaitę, stengiasi laikytis sveikos mitybos principų, tačiau tai jai nepavyksta, savo svorį vertina kaip normalų.

Ji supranta, kaip rasti ir apdoroti sveikatos informaciją bei pagal ją veikti. Turi sveikatos priežiūros specialistų, artimųjų ir draugų palaikymą. Tačiau jai trūksta pasitikėjimo savimi, kad veiktų maksimaliai efektyviai stiprinama ir saugodama savo sveikatą, todėl jos sveikatos raštingumas turi tam tikrų spragų.

6 klasterio tipinė situacija. Mergina gyvena didesnės savivaldybės užmiestyje, yra bandžiusi rūkyti ir naudoti elektronines cigaretes, nevartoja alkoholio, yra fiziškai aktyvi 3–4 kartus per savaitę, stengiasi laikytis sveikos mitybos principų, tačiau tai jai nepavyksta, mano, kad jos kūno svoris – normalus. *Ji turi stiprų sveikatos priežiūros specialistų palaikymą, o dar didesnį – iš šeimos ir draugų. Tačiau jos sveikatos žinios turi spragų – ji nežino, kaip naudotis sveikatos informacija, kad galėtų orientuotis sveikatos priežiūros sistemoje, gyventi sveikai ir valdyti sveikatos problemas. Be to, yra gana pasyvi rūpindamasi savo sveikata, nemato poreikio priimti sprendimus dėl savo geresnės sveikatos.*

7 klasterio tipinė situacija. Vaikinas gyvena vidutinio dydžio savivaldybės mieste, neturi žalingų įpročių, yra fiziškai aktyvus bent 3–4 kartus per savaitę, stengiasi laikytis sveikos mitybos principų, tačiau jam tai nepavyksta, mano, kad jo kūno svoris – normalus. *Jis turi šiek tiek socialinį palaikymą iš draugų ir šeimos, supranta, kaip rasti ir apdoroti sveikatos informaciją bei pagal ją veikti, tačiau jam tai sunkiai sekasi, trūksta pasitikėjimo savimi.*

8 klasterio tipinė situacija. Vaikinas gyvena vidutinio dydžio savivaldybės mieste, reguliariai rūko ir naudoja elektronines cigaretes, retkarčiais vartoja alkoholinius gėrimus, fiziškai aktyvia veikla neužsiima. Stengiasi laikytis sveikos mitybos principų, tačiau tai jam nepavyksta, savo svorį vertina kaip per mažą. *Jam trūksta pakankamai palaikančių žmonių – tiek sveikatos priežiūros specialistų, tiek socialinio rato – draugų ir šeimos. Susiduria ir su kitais sunkumais – patikimos sveikatos informacijos stoka ir negebėjimu priimti atsakomybę už aktyvų savo sveikatos valdymą. Vis dėlto jis geba rasti sveikatos informaciją, ją supranta tiek, kad žinotų, ką daryti, moka orientuotis sveikatos priežiūros sistemoje ir bendrauti su sveikatos priežiūros specialistais.*

9 klasterio tipinė situacija. Mergina gyvena mažesnės savivaldybės mieste, neturi žalingų įpročių, fizine veikla užsiima nepastoviai, stengiasi laikytis sveikos mitybos principų, tačiau tai jai nepavyksta, mano, kad

yra normalaus svorio. Ji supranta, kaip rasti ir apdoroti sveikatos informaciją bei pagal ją veikti, tačiau jai tai sunkiai sekasi, trūksta pasitikėjimo savimi. Turi šioją tokį socialinį palaikymą iš draugų ir šeimos.

10 klasterio tipinė situacija. Vaikinas gyvena miesto savivaldybėje, neturi žalingų įpročių, yra fiziškai aktyvus bent 3–4 kartus per savaitę, stengiasi laikytis sveikos mitybos principų, tačiau tai jam nepavyksta, mano, kad jo svoris yra per didelis. Jam trūksta palaikymo iš sveikatos priežiūros specialistų, jis negali aktyviai bendrauti su jais, nežino, kokių klausimų jiems turėtų užduoti, neišsiaiškina, jei kažko nesupranta, jaučiasi nesugebantis išsakyti savo rūpesčių, turi mažai palaikymo iš artimųjų (šeimos ir draugų). Tačiau jis turi pakankamai informacijos, geba ją rasti ir stengiasi aktyviai rūpintis savo sveikata.

11 klasterio tipinė situacija. Mergina gyvena mažesnės savivaldybės mieste. Nerūko, nenaudoja elektroninių cigarečių ir, nors anksčiau yra vartojusi, šiuo metu nevartoja alkoholinių gėrimų. Fiziškai aktyvi bent 3–4 kartus per savaitę, stengiasi laikytis sveikos mitybos principų, nors pripažįsta, kad tai jai ne visada pavyksta. Savo kūno svorį vertina kaip normalų. Ji turi tinkamą palaikymą iš draugų ir šeimos, tačiau neturi pakankamai palaikymo ir supratimo iš sveikatos priežiūros specialistų, o tai gali kelti sunkumų bendraujant su jais ir orientuojantis sveikatos priežiūros sistemoje. Jos gebėjimas rasti ir suprasti sveikatos informaciją yra ribotas, ji nesupranta daugumos sveikatos informacijos ir susipainioja, kai pateikiama prieštaringa informacija.

12 klasterio tipinė situacija. Mergina gyvena vidutinio dydžio savivaldybės mieste, retkarčiais rūko, tačiau nenaudoja elektroninių cigarečių ir nevartoja alkoholio. Fizinis aktyvumas nėra pastovus – trūksta reguliarumo užsiimant aktyvia veikla. Nors stengiasi laikytis sveikos mitybos principų, jai tai ne visada pavyksta. Savo kūno svorį vertina kaip normalų. Ji turi mažai palaikymo iš kitų, susiduria su sunkumais rasti ir suprasti sveikatos informaciją. Gali aktyviai priimti sprendimus dėl savo gerovės, tačiau dažnai jų nesilaiko, todėl patiria daug sveikatos raštingumo iššūkių.

13 klasterio tipinė situacija. Vaikinas gyvena mažesnės savivaldybės mieste, reguliariai rūko, naudoja elektronines cigaretes, vartoja alkoholį, fiziškai aktyvia veikla neužsiima, stengiasi laikytis sveikos mitybos principų, tačiau jam tai nepavyksta, savo kūno svorį vertina kaip per didelį. Jis turi mažai palaikymo

iš kitų, susiduria su sunkumais rasti ir suprasti sveikatos informaciją. Galėtų aktyviai priimti sprendimus dėl savo sveikatos ir gerovės, tačiau jų nepriima ir nesilaiko, todėl jo sveikatos raštingumo spragos kelia daug iššūkių palaikant ir stiprinant sveikatą.

REZULTATŲ APTARIMAS

Šis tyrimas atliktas dalyvaujant projekte „Bendrieji veiksmai širdies ir kraujagyslių ligų bei diabeto profilaktikoje (JACARDI)“. Pirmą kartą Lietuvoje kaip sveikatos raštingumo tyrimo instrumentas buvo panaudotas HLQ klausimynas, kurio bendraautoris – vienas iš projekto mokslinio komiteto narių profesorius Richardas Osbornas iš Australijos. Projekto metu klausimynas buvo išverstas į lietuvių kalbą naudojantis mokslinė metodologija ir jo kūrėjų buvo pripažintas kaip oficiali HLQ klausimyno lietuviškoji versija. Taigi šiame tyrime pirmą kartą šalyje sveikatos raštingumui vertinti naudotas HLQ klausimynas, kuris pasižymi ir tam tikru ribotumu – gana dideliu subjektyvumo laipsniu. HLQ klausimai dažniausiai vertina subjektyvų savęs suvokimą, todėl HLQ klausimynas naudojamas ne tikslinių grupių sveikatos raštingumo lygiui įvertinti, o jo spragos ir iššūkiams nustatyti.

Tyrimu siekta įvertinti paauglių sveikatos raštingumo spragas, naudojant HLQ sveikatos raštingumo klausimyną, susidedantį iš 9 skalių, kurios atspindi skirtingus sveikatos raštingumo aspektus. Nustatytas bendras paauglių sveikatos raštingumas buvo vidutinis su tam tikrais iššūkiais ir skyrėsi priklausomai nuo paauglių sociodemografinių veiksnių ir gyvenamosios ypatumų. Kiti Lietuvoje atlikti sveikatos raštingumo tyrimai rodo panašius rezultatus: didžiosios dalies (75,8 proc.) jaunų (19–29 m.) žmonių sveikatos raštingumas buvo pakankamas ir skyrėsi atsižvelgiant į lytį, išsilavinimą, užimtumą, gyvenamąją vietovę ir šeimos pajamas, tačiau šie skirtumai nebuvo statistiškai reikšmingi [19].

Su mažiau iššūkių, vertinant sveikatos raštingumą pagal daugumą HLQ klausimyno skalių, susidūrė merginos. Analogiškai rezultatai gauti atliekant Lietuvos 11–12 klasių mokinių sveikatos raštingumo tyrimą, kuris atskleidė, kad mergaičių, pasižyminčių probleminiu sveikatos raštingumu, yra gerokai mažiau (28,9 proc.) nei berniukų (45,4 proc.) [10].

Paauglių gyvenamoji vieta neturėjo įtakos sveikatos raštingumui – miesto ir kaimo paauglių sveikatos

raštingumo sunkumai pagal daugumą HLQ klausimyno skalių nesiskyrė, tik kaime gyvenantys paaugliai turėjo daugiau gebėjimų rasti patikimą sveikatos informaciją. Pažymėtina, kad dažnai kaimo vietovėse gyvena paaugliai, kurių tėvai turi namus užmiesčiuose ir realiai yra miestiečiai, o ne tikrieji kaimo gyventojai. Todėl darome prielaidą, kad ši aplinkybė galėjo lemti geresnį kaimo vietovių paauglių gebėjimą ieškoti patikimos sveikatos informacijos (8 skalė).

Paauglių sveikatos raštingumas ir su juo susiję iššūkiai priklausė nuo gyvenamosios įpročių – nerūkantis, nenaudojantis elektroninių cigarečių, nevartojantis alkoholio ir fiziškai aktyvūs paaugliai turėjo mažiau sveikatos raštingumo spragų vertinant pagal visas 9 HLQ klausimyno skales. Ryšį tarp mokinių sveikatos raštingumo ir rūkymo nustatė ir kiti Lietuvos autoriai: rūkančių 11–12 klasių mokinių sveikatos raštingumo lygis buvo žemesnis nei nerūkiančiųjų [10].

Statistiškai reikšmingi skyrėsi mokinių sveikatos raštingumo spragos, priklausomai nuo jų sveikos mitybos įpročių bei savo kūno svorio vertinimo. Sveikai besimaitinantys paaugliai ir savo svorį normaliu laikantys paaugliai patyrė mažiau sveikatos raštingumo iššūkių. Sveikai besimaitinantys paaugliai ypač išsiskyrė gebėjimu aktyviai rūpintis savo sveikata ir įvertinti gaunamą sveikatos informaciją.

Sveikos gyvenamosios ir sveikatos elgsenos įtaka sveikatos raštingumui yra įrodyta. Sisteminė analizė, kuri apžvelgė tyrimus, nagrinėjančius sąsajas tarp paauglių sveikatos raštingumo ir įvairių sveikatos elgsenos aspektų, atskleidė, kad sveikatos raštingumas, suprantant ir kritiškai vertinant su sveikata susijusią informaciją, yra teigiamai susijęs su bendrai sveikatą stiprinančia elgsena, kuri apima mitybos įpročius, žalingus įpročius, aktyvų ar sėdimą gyvenimo būdą, lytinę elgseną bei elgseną, kuri susijusi su sauga ir traumų prevencija [20]. K. O. Adewole su bendraautoriais tyrinėjo sveikatos raštingumo įtaką paauglių sveikatą stiprinančiai elgsenai ir atskleidė, kad nenutukę paaugliai pasižymėjo aukštesniu (70 proc.) sveikatos raštingumu, palyginti su nutukusiais bendraamžiais (59 proc.) [21]. Mūsų tyrimas taip pat patvirtino gyvenamosios reikšmę paauglių sveikatos raštingumui.

Apibendrinant tyrimo rezultatus galima teigti, kad sveikatos gerinimo intervencijos turėtų būti tikslingai pritaikytos atsižvelgiant į atskirų grupių sveikatos raš-

tingumo spragas, iššūkius bei gyvenamosios ypatumus. Tyrime pirmą kartą šalyje sveikatos raštingumo analizei atlikti panaudotas naujas metodas – klasterinė analizė, kuri sukuria modelinius, o ne realiai egzistuojančius paauglių tipus. Mūsų tyrimo rezultatai taip pat prisideda prie ribotos mokslinės literatūros, nagrinėjančios sveikatos raštingumo klasterius bendroje populiacijoje. Dauguma atliktų tyrimų analizavo specifinių rizikos grupių [22], lėtinėmis ligomis sergančiųjų [23] ar sveikatos priežiūros įstaigų pacientų [24, 25] sveikatos raštingumą. Tik keletas tyrimų tyrinėjo bendros populiacijos sveikatos raštingumo klasterius [25, 26]. Šiame tyrime pabandėme sveikatos raštingumą nagrinėti pasitelkdami instrumentą, pagrįstą šiuolaikine sveikatos raštingumo samprata, apimančią sveikatos informacijos prieigą, naudojimą, supratimą ir vertinimą, ir naudojome klasterinės analizės metodą, kuris leidžia efektyviau pritaikyti sveikatos raštingumo didinimo intervencijas populiacijos grupėms (klasteriams).

Lyginant šio tyrimo rezultatus su Australijos dviejų valstijų populiacijos klasterinės analizės duomenimis nustatyta, kad dalis klasterių pasižymėjo panašiomis sveikatos raštingumo skalių tendencijomis [26], išskyrus aštuntąjį klasterį. Pastarasis mūsų tyrime išsiskyrė itin dideliais sveikatos raštingumo skirtumais tarp skalių – paaugliai, priklausantys šiam klasteriui, patyrė daug iššūkių pagal sveikatos raštingumo 1–5 skales, tačiau beveik nepatyrė iššūkių pagal 6–9 skales.

Ateityje, siekiant rengti ir taikyti tikslingas intervencijas, geriausiai atitinkančias bendruomenės poreikius, reikėtų identifikuoti sveikatos raštingumo profilius ne tik pagal sociodemografinius ir gyvenamosios veiksmus, bet ir pagal specifines tikslinių grupių sveikatos raštingumo stiprybes bei spragas. Šiame tyrime identifikuota 13 skirtingų sveikatos raštingumo klasterių, kurių kiekvienas pasižymėjo tam tikrais stiprybių ir ribotumų deriniais. HLQ klausimyno naudojimu pagrįstas klasterių analizės metodas tarptautinėje praktikoje taikomas retokai, todėl gautų rezultatų interpretavimas kelia metodologinių iššūkių.

APIBENDRINIMAS

Naudojant HLQ klausimyno lietuviškąją versiją nustatytas vidutinis paauglių sveikatos raštingumas. Mažiausiai iššūkių paaugliams kėlė gaunama socialinė

parama sveikatai palaikyti, o daugiausia – gebėjimas vertinti sveikatos informaciją. Sveikatos raštingumas koreliavo su demografinėmis charakteristikomis (lytimi, gyvenamąja vietoje) bei gyvensenos ypatumais (mitybos įpročiais, fiziniu aktyvumu, žalingų įpročių paplitimu): merginos bei žalingų įpročių neturintys, fiziškai aktyvūs, sveikai besimaitinantys ir savo kūno svorį kaip normalų vertinantys paaugliai susidūrė su mažiau sveikatos raštingumo iššūkių. Klasterinės analizės būdu identifikuota 13 paauglių sveikatos raštingumo profilių, atspindinčių skirtingas su sveikatos stiprinimu ir išsaugojimu susijusių gebėjimų bei spragų kombinacijas. Šių klasterių identifikavimas suteikia

galimybę kryptingiau planuoti ir įgyvendinti sveikatos ugdymo intervencijas, pritaikytas skirtingoms paauglių grupėms.

Padėka. Dėkojame už galimybę atlikti tyrimą JACARDI projekto, kuris gavo finansavimą iš ES4Health programos 2021–2027 m. pagal sutartį Nr. 101126953, rėmuose. Straipsnyje pateikta informacija ir požiūris yra tik autorių ir nebūtinai atspindi Europos Sąjungos ar Europos sveikatos ir skaitmeninės vykdomosios agentūros (HaDEA) poziciją, todėl jos neatsako už turinį.

Straipsnis gautas 2025-08-18, priimtas 2025-11-14

Literatūra

- World Health Organization. Health literacy. [cited 2025 Apr 1]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>
- Liu C, Wang D, Liu C, Jiang J, Wang X, Chen H, et al. What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Fam Med Community Health*. 2020;8(2):e000351. DOI:10.1136/fmch-2020-000351.
- Nutbeam D, Lloyd JE. Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annu Rev Public Health*. 2021;42:159–173. DOI:10.1146/annurev-publhealth-090419-102529.
- Magnani JW, Mujahid M, Aronow HD, Cené CW, Dickson VV, Havranek E, et al. Health literacy and cardiovascular disease: fundamental relevance to primary and secondary prevention. *Circulation*. 2018;138(2):e48–e74. DOI:10.1161/CIR.0000000000000579.
- Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25(6):1053–1058. DOI:10.1093/eurpub/ckv043.
- Paakkari L, Torppa M, Mazur J, Boberova Z, Sudeck G, Kalman M, et al. A comparative study on adolescents' health literacy in Europe: findings from the HBSC study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(10):3543. DOI:10.3390/ijerph17103543.
- Bergman L, Nilsson U, Dahlberg K, Jaensson M, Wängdahl J. Validity and reliability of the Swedish versions of the HLS-EU-Q16 and HLS-EU-Q6 questionnaires. *BMC Public Health*. 2023 Apr 20;23(1):724. DOI: 10.1186/s12889-023-15519-9. PMID: 37081538; PMCID: PMC10117247.
- Javtokas Z, Žagminas K. Health literacy in Lithuanian adults: Zėnonas Javtokas. *Eur J Public Health*. 2013;23(suppl_1):ckt123.202. DOI:10.1093/eurpub/ckt123.202.
- Gatulytė I, Verdiņa V, Vārpiņa Z, Lublőy Á. Level of health literacy in Latvia and Lithuania: a population-based study. *Arch Public Health*. 2022;80:166. DOI:10.1186/s13690-022-00974-y.
- Ubartienė O, Šurkienė G. 11–12 klasių mokinių sveikatos raštingumas ir rūkymas. *Sveikatos mokslai / Health Sciences in Eastern Europe*. 2020;30(1):13–17. DOI:10.35988/sm-hs.2020.002.
- Wahl AK, Hermansen Å, Osborne RH, Larsen MH. A validation study of the Norwegian version of the Health Literacy Questionnaire: a robust nine-dimension factor model. *Scand J Public Health*. 2021;49(4):471–478. DOI:10.1177/1403494820926428.
- Pelikan JM, Ganahl K, Röthlin F. Health literacy as a determinant, mediator and/or moderator of health: empirical models using the European Health Literacy Survey dataset. *Glob Health Promot*. 2018;26(4):41–49. DOI:10.1177/1757975918788300.
- Debussche X, Lenclume V, Balcou-Debussche M, Alakian D, Sokolowsky C, Ballet D, et al. Characterisation of health literacy strengths and weaknesses among people at metabolic and cardiovascular risk: validity testing of the Health Literacy Questionnaire. *SAGE Open Med*. 2018;6:2050312118801250. DOI:10.1177/2050312118801250.
- Nolte S, Osborne RH, Dwinger S, Elsworth GR, Conrad ML, Rose M, et al. German translation, cultural adaptation, and validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *PLoS One*. 2017;12(2):e0172340. DOI:10.1371/journal.pone.0172340.
- Maindal HT, Kayser L, Norgaard O, Bo A, Elsworth GR, Osborne RH. Cultural adaptation and validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ): robust nine-dimension Danish language confirmatory factor model. *SpringerPlus*. 2016;5(1):1232. DOI:10.1186/s40064-016-2887-9.
- Kolarcik P, Cepova E, Madarasova Geckova A, Elsworth GR, Batterham RW, Osborne RH. Structural properties and psychometric improvements of the Health Literacy Questionnaire in a Slovak population. *Int J Public Health*. 2017;62(5):591–604. DOI:10.1007/s00038-017-0945-x.
- Hawkins M, Cheng C, Elsworth GR, Osborne RH. Translation method is validity evidence for construct equivalence: analysis of secondary data routinely collected during translations of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Med Res Methodol*. 2020;20(1):130. DOI:10.1186/s12874-020-00962-8.
- Osborne RH, Elmer Sh, Hawkins M, Cheng Ch. The Ophelia Manual. The Optimising Health Literacy and Access (Ophelia) process to plan and implement National Health Literacy Demonstration Projects. Centre for Global Health and Equity, School of Health Sciences, Swinburne University of Technology, Melbourne, Australia; 2021.
- Jociūtė A, Valentienė J. 18–29 metų jaunų žmonių sveikatos raštingumas Lietuvoje. *Visuomenės sveikata*. 2020;3(90):41–47.
- Fleary SA, Joseph P, Pappagianopoulos JE. Adolescent health literacy and health behaviors: a systematic review. *J Adolesc*. 2018;62:116–127. DOI:10.1016/j.adolescence.2017.11.010.
- Adewole KO, Ogunfowokan AA, Olodu M. Influence of health literacy on health promoting behaviour of adolescents with and without obesity. *Int J Afr Nurs Sci*. 2021;15:100342. DOI:10.1016/j.ijans.2021.100342.
- Passi R, Kaur M, Lakshmi PVM, Cheng C, Hawkins M, Osborne RH. Health literacy strengths and challenges among residents of a resource-poor village in rural India: epidemiological and cluster analyses. *PLoS Glob Public Health*. 2023;3(2):e0001595. DOI:10.1371/journal.pgph.0001595.
- Goeman D, Conway S, Norman R, Morley J, Weerasuriya R, Osborne RH, et al. Optimising health literacy and access of service provision to community dwelling older people with diabetes receiving home nursing support. *J Diabetes Res*. 2016;2483263. DOI:10.1155/2016/2483263.
- Bourne A, Peerbux S, Jessup R, Staples M, Beauchamp A, Buchbinder R. Health literacy profile of recently hospitalised patients in the private hospital setting: a cross sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):877. DOI:10.1186/s12913-018-3697-2.
- Andersen MH, Hermansen Å, Dahl KG, Lønning K, Meyer KB, Vidnes TK, et al. Profiles of health literacy and digital health literacy in clusters of hospitalised patients: a single-centre, cross-sectional study. *BMJ Open*. 2024;14(5):e077440. DOI:10.1136/bmjopen-2023-077440.
- Cheng C, Elmer S, Batterham R, Hawkins M, Osborne RH. Measuring health literacy to inform actions to address health inequities: a cluster analysis approach based on the Australian national health literacy survey. *J Public Health (Oxf)*. 2024;46(4):e663–e674. DOI:10.1093/pubmed/fdae165.

ADOLESCENTS' HEALTH LITERACY IN LITHUANIA

Virginija Kanapeckienė, Dovilė Šapokaite

Institute of Hygiene

SUMMARY

Objective. Adolescents' health literacy is an important health promotion factor related to the ability to understand, evaluate, and apply health information. The aim of the study was to assess adolescent health literacy using the Australian Health Literacy Questionnaire (HLQ) taking into account demographic and behavior factors. The study was conducted within the framework of the international project *Joint Action on Cardiovascular Diseases and Diabetes* (JACARDI), Work Package 6 "Health Literacy and Awareness."

Methodology. Health Literacy Questionnaire (HLQ) consisting of 9 scales was translated from English into Lithuanian using a translation integrity procedure involving the double-blind forward and back translation method. Data were collected in secondary schools across eight Lithuanian municipalities during November–December 2024. A total of 1,104 students from grades 9 to 12 completed the questionnaires. The mean scores, standard deviations, and 95% confidence intervals of the scales were calculated. ANOVA was used to assess differences between adolescent groups. Cluster analysis was performed to identify groups of respondents with similar health literacy profiles. The mean scores of each of the nine scales were standardized and converted to Z-scores. Hierarchical classification using Ward's method was applied, based on the *Ophelia* (*Optimizing Health Literacy and Access*) methodology.

Results and conclusions. The study revealed an average level of health literacy among adolescents. The fewest challenges were reported for *Scale 5. Social*

support for health, while the greatest difficulties were observed for *Scale 6. Appraisal of health information*. Health literacy, indicating fewer health-related challenges, was observed among girls, adolescents without harmful habits, those who are physically active, eat healthily, and consider their body weight to be normal. Cluster analysis identified 13 distinct health literacy profiles, reflecting diverse strengths and needs among adolescents. A total of 13.4% of adolescents assigned to Clusters 1–3 exhibited relatively few health literacy challenges, whereas 15% of those classified within Clusters 11–13 demonstrated pronounced health literacy deficits across all nine scales of the HLQ. Cluster sizes varied considerably, ranging from 236 adolescents in Cluster 4 to 5 adolescents in Cluster 8. These findings reveal considerable heterogeneity in the health literacy profiles of Lithuanian adolescents. Cluster analysis provides a foundation for developing targeted health promotion strategies tailored to specific adolescent groups.

Keywords: health literacy, adolescents, lifestyle, cluster analysis

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

Received 18 August 2025, accepted 14 November 2025