

MOTERŲ, DALYVAVUSIŲ Į SPRENDIMUS SUTELKTOJE KOMPIUTERINĖJE SAVIGALBOS PROGRAMOJE, SVEIKOS GYVENSENOS POKYČIAI: ŽVALGOMASIS TYRIMAS

Rytis Pakrošnis, Viktorija Čepukienė, Kamilė Jankauskaitė

Vytauto Didžiojo universitetas

Santrauka

Įžanga. Tyrimai rodo, kad sveika gyvensena susijusi su geresniais fizinės ir psichologinės sveikatos rodikliais. Vis dėlto sveikos gyvensenos ugdymas vertinamas kaip vienas didžiausių iššūkių sveikatos priežiūros specialistams, nes žmonės nenoriai keičia savo elgesį sveikatai palankia linkme. Pastarąjį dešimtmetį plėtojant e. sveikatos idėją, sveikai gyvensenai ugdyti pasitelkiamos skaitmeninės technologijos ir kuriamos kompiuterinės savigalbos programos. Tyrimai atskleidžia, kad tokios programos yra veiksmingos ir ekonomiškai efektyvios, tad gali būti naudojamos kaip tradicinių sveikos gyvensenos ugdymo priemonių alternatyva. Straipsnyje pristatomas žvalgomasis tyrimas, kuriame analizuotos į sprendimus sutelktos kompiuterinės savigalbos programos galimybės padėti moterims keisti su sveika gyvensena susijusį elgesį.

Metodai. Tyrime nagrinėjama savigalbos programa yra visiškai automatizuota, pasiekama internetu, o iš kitų panašių programų išsiskiria tuo, kad (1) skirta įvairioms psichologinėms problemoms spręsti ar asmeninio tobulėjimo tikslams siekti; (2) pagrįsta į sprendimus sutelktos terapijos principais; (3) turi interaktyvių žaidybinių elementų. Iš viso programa trunka 25 dienas (jungiamasi 6 kartus kas 5 dienas).

Iš 35 moterų, kurios savanoriškai atsiliepė į socialiniuose tinkluose paskelbtą kvietimą dalyvauti tyrime ir pasinaudoti galimybe siekti sveikos gyvensenos pokyčių, programą baigė 12 moterų (amžiaus vidurkis 29,93 m.). Lyginamąją grupę sudarė 31 moteris (amžiaus vidurkis 28,44 m.).

Programos veiksmingumas vertintas remiantis subjektyviomis vertinimo skalėmis ir standartizuotais klausimynais (Gyvenimo būdo klausimynas; Pokyčių klausimynas), kurie dalyvėms buvo pateikti prieš pradėdant programą ir praėjus savaitei nuo jos pabaigos. Be to, baigiamojo vertinimo metu dalyvių buvo klausama apie pasitenkinimą programa ir jos naudingumą.

Rezultatai ir išvados. Žvalgomojo tyrimo rezultatai parodė, kad į sprendimus sutelktoje kompiuterinėje savigalbos programoje dalyvavusios moterys ją vertino palankiai ir reikšmingai priartėjo prie išsikeltų asmeninių su sveika gyvensena susijusių tikslų. Be to, poveikio grupėje fizinio aktyvumo, streso įveikos ir bendrai sveikos gyvensenos pokyčiai buvo reikšmingai didesni nei lyginamojoje grupėje.

Reikšminiai žodžiai: sveikos gyvensenos ugdymas, į sprendimus sutelkta terapija, į sprendimus sutelkta kompiuterinė savigalbos programa.

ĮVADAS

Moksliniai tyrimai rodo, kad sveika gyvensena, t. y. fizinis aktyvumas, sveika mityba, nerūkymas, saikingas alkoholio vartojimas, glaudžiai siejasi su ilgesne gyvenimo trukme [1], geresne subjektyviai vertinama fizine sveikata [2], mažesne onkologinių [3, 4] bei širdies ir kraujagyslių ligų rizika [5].

Vis dėlto nepaisant egzistuojančių sveikos gyvensenos ir fizinės sveikatos ryšio įrodymų bei taikomų įvairaus lygio intervencijų, skirtų sveikatai nepalan-

kiam elgesiui koreguoti ir palankiam stiprinti, fiksuojamas didelis sveikatai nepalankaus elgesio paplitimas bei sunkumai keičiant sveikatai nepalankų elgesį ir išlaikant naujai suformuotus sveikos gyvensenos įpročius [3, 6, 7]. Tyrimai atskleidžia, kad keisti elgesį, formuoti naujus įgūdžius ir juos įtvirtinti trunka nemažai veiksnių. Sveikatai nepalankus elgesys paprastai yra suvokiamas kaip teikiantis malonumą, todėl jo sunku atsisakyti net ir prastėjant sveikatai bei žinant, kad toks elgesys prisideda prie ligos formavimosi [3, 8]. Kasdienio gyvenimo sunkumų ir streso akivaizdoje žmonės linkę spontaniškai grįžti prie senų įgūdžių, susijusių su sveikatai nepalankiu elgesiu [6, 9]. Sveikatai nepalankaus elgesio keitimo ir naujojo elgesio įtvirtinimo procese trūksta socialinės

Adresas susirašinėti: Rytis Pakrošnis
Vytauto Didžiojo universiteto Psichologijos katedra
Jonavos g. 66-329, 44191 Kaunas
El. p. rytis.pakrošnis@vdu.lt

paramos, o socialinis spaudimas elgtis sveikatai nepalankiu būdu gali nusverti žinias apie tokio elgesio žalą sveikatai [6, 9]. Keisti sveikatai nepalankų elgesį taip pat trukdo ir laiko stoka, finansiniai sunkumai, asmeninės nuostatos bei įsitikinimai, motyvacijos stoka [6].

Taigi sveikatai nepalankaus elgesio atsisakymas ir sveikos gyvensenos įpročių formavimas yra kompleksinis reiškinys, veikiamas daugelio asmeninių, tarpasmeninių bei kontekstinių veiksnių, todėl intervencijos pagal galimybes turėtų būti nukreiptos į asmenį, artimiausią jo aplinką ir visuomenę [10]. Pastaruoju metu pabrėžiama, kad būtina padėti žmonėms formuoti sveikos gyvensenos įgūdžius, o šiuolaikinės technologijos turėtų tapti viena iš svarbių priemonių, suteikiančių galimybę įtraukti kuo daugiau pokyčius skatinančių ir juos palaikančių veiksnių [7, 11], juo labiau kad šalia kitų tikslų vartotojai internetą vis dažniau naudoja kaip žinių apie sveikatą ir sveiką gyvenseną šaltinį [12, 13]. Visa tai skatina spartų skaitmeninių, dažnai internetu grįstų sveikatos priežiūros, tarp jų ir sveikos gyvensenos skatinimo, savivalbos priemonių plėtrą [13–15].

Nors kompiuterinės savivalbos priemonės skiriasi savo pobūdžiu, trukme, techninėmis charakteristikomis, kontakto su kitu asmeniu ar specialistu laipsniu, teorine baze, pateikimo forma (pvz., instaliuojama kompiuteryje, mobiliuosiuose įrenginiuose ar prieinama internete), nurodoma nemažai joms visoms bendrų privalumų, tokių kaip lengvesnis prieinamumas, patogiu naudotis, pateikiama standartizuota informacija ir vykdymo instrukcijos, interaktyvumas ir galimybė vartotojui suteikti aktyvų vaidmenį pokyčių procese, vaizdo ir garso medžiagos naudojimas, privatumo garantija, galimybė naudoti vartotojui patogiu laiku ir vietoje, šitaip geriau integruojant pagalbą į kasdienį gyvenimą [12, 14, 16]. Be to, kompiuterinių savivalbos priemonių privalumus pripažįsta ir sveikatos priežiūros specialistai, nes jos gali prisidėti prie sveikatos priežiūros ekonominio efektyvumo ir kartu padėti sveikatos priežiūros specialistams pasiekti įprastai sunkiai pasiekiamas populiacijas [16, 17].

Šiuo metu galima rasti pačių įvairiausių kompiuterinių sveikatai stiprinti skirtų savivalbos priemonių, pradedant gana paprastomis mobiliosiomis programėlėmis, kurių priskaičiuojama keletas dešimčių tūkstančių, baigiant sudėtingomis, žaidimo elementų turinčiomis programomis ar virtualios realybės technologijomis grįstomis aplinkomis [13]. Daugelį kompiuterinių savivalbos programų vienija bendras principas – paprastai jos suteikia su sveika gyvensena

susijusią informaciją, kviečia (dažniausiai siunčiami priminimai) vartotoją grįžti į programos aplinką bent kartą per savaitę, skatina išsikelti su sveikata susijusius tikslus, atlikti užduotis ir nuolatos stebėti savo progresą, dalyviams suteikiamas grįžtamasis ryšys [12, 14, 18].

Atskiri tyrimai, daugelio tyrimų metaanalizės ir sisteminės apžvalgos rodo, kad kompiuterinės savivalbos priemonės yra veiksmingos, siekiant teigiamų su sveika gyvensena susijusių žinių, nuostatų ir elgesio pokyčių tokiose srityse, kaip kūno svorio mažinimas ar kontrolė, tabako ir alkoholio vartojimo mažinimas, fizinio aktyvumo didinimas, mitybos įpročių keitimas [12, 15, 17–21]. Nustatyta, kad savivalbos priemonių veiksmingumas, keičiant su sveikata susijusį elgesį, daugeliu atvejų prilygsta įprastai akivaizdinei pagalbai [19, 22].

Mokslinėje literatūroje ypač pabrėžiama, kad visos, taip pat ir kompiuterinės, sveikos gyvensenos skatinimo savivalbos priemonės turėtų turėti aiškų teorinį pagrindą [12, 15]. Nustatyta, kad kuo tvirtesnis ir aiškesnis tokių priemonių ir jose taikomų intervencijų teorinis pagrindas, tuo didesnis jų veiksmingumas [14, 21]. Tos savivalbos priemonės, kurių teorinis pagrindas nurodomas jų tyrimus pristančiose publikacijose, dažniausiai pagrįstos viena ar keliomis sveikos gyvensenos formavimasi, elgesio keitimą arba elgesio pokyčių procesą aiškinančiomis teorijomis [20]. Dažniausiai kompiuterinės sveikatos skatinimo savivalbos priemonės kuriamos remiantis sveikatos lūkesčių modeliu (angl. *Health Belief Model*), planuoto elgesio teorija (angl. *Theory of Planned Behavior*), socialine kognityviąja teorija, transteoriniu modeliu (angl. *Trans-theoretical Model*), apsisprendimo teorija (angl. *Self-Determination Theory*) [15, 18, 19, 21].

Šiame straipsnyje nagrinėjama kompiuterinė savivalbos programa pagrįsta į sprendimus sutelktos terapijos principais, kurie sujungia konstruktyvizmo filosofijos ir sisteminio mąstymo idėjas bei veiksmingiausių terapinių elementų tyrimų rezultatus [23]. Į sprendimus sutelktos terapijos teorijoje akcentuojamas realybės subjektyvumas bei jos konstravimo ir perkonstravimo procesai, sėkmių praecyje ir norimos ateities siekiant pokyčių svarba, susitelkimas ties tuo, kas yra veiksminga, asmens patyrimo subjektyvumo ir stiprybių svarba pokyčių procese, asmens potencialas savo gyvenime siekti teigiamų pokyčių [24]. Tyrimai atskleidžia, kad pagrindinės į sprendimus sutelkto požiūrio idėjos ne tik gali būti sėkmingai pritaikomos įvairiuose kontekstuose, kai siekiama

asmeninių ar tarpasmeninių pokyčių [25, 26], bet ir savivalbos srityje [27, 28], nes atitinka bazinę savivalbos judėjimo nuostatą, kad visi žmonės yra pajėgūs patys siekti pokyčių savo gyvenime [29].

Kol kas nėra į sprendimus sutelktos terapijos principais grįstų kompiuterinių intervencijų, skirtų sveikai gyvensenai stiprinti ar naudojamų šioje srityje. Tačiau yra nemažai bandymų į sprendimus sutelktos terapijos principais grįstas individualias ar grupines intervencijas taikyti sveikatos priežiūros sistemoje. Tyrimai rodo, kad tokios intervencijos yra veiksmingos: padedant pacientams laikytis gydytojų ir kitų sveikatos priežiūros specialistų nurodymų [30], gydant priklausomybes, ugdant savikontrolės įgūdžius ir sveiką gyvenseną bendrai [31, 32]; jaunoms moterims siekiant su sveika gyvensena susijusių elgesio pokyčių [33]; paaugliams mažinant atsvarę [34].

Šiame straipsnyje pristatomo žvalgomojo tyrimo tikslas – įvertinti į sprendimus sutelktos kompiuterinės savivalbos programos galimybes padėti gyvensenos pokyčių norinčioms moterims keisti su sveika gyvensena susijusį elgesį.

TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Poveikio metodas. Į sprendimus sutelkta kompiuterinė savivalbos programa (toliau savivalbos programa) sukurta 2014 m. Vytauto Didžiojo universitete, plėtojant savivalbos priemones, pagrįstas į sprendimus sutelktu požiūriu, ir vykdant jų veiksmingumo tyrimus [26, 35, 36]. Savivalbos programa skirta padėti žmonėms savarankiškai, be specialisto įsikišimo, spręsti įvairias, paties dalyvio apsibrėžtas psichologines problemas ar siekti asmeninio tobulėjimo tikslų. Ji veikia interneto naršyklės pagrindu, dalyviai prie jos jungiasi gavę nuorodą ir sukūrę asmeninę paskyrą. Be to, savivalbos programa yra visiškai automatizuota, t. y. veikia suprogramuotų algoritmų pagrindu, be kito asmens dalyvavimo ar priežiūros. Iš viso savivalbos programa trunka 25 dienas, per kurias prie programos jungiamasi 6 kartus kas 5 dienas. Dalyvio darbas vieno prisijungimo metu trunka iki 30 min. Prieš kiekvieną prisijungimą dalyvio nurodytu el. pašto adresu automatiškai siunčiamas priminimas apie dalyvavimą. Svarbu pabrėžti, kad savivalbos programa tam tikra prasme atkartoja psichologinio konsultavimo procesą, t. y. vyksta nuosekliai, einant žingsnis po žingsnio, kai kiekviename jų dirbama su ta pačia dalyvio įvardyta problema ar tikslu. Taigi, skirtingai nuo daugelio kitų kompiuterinių savivalbos programų, kurios paremtos atskirų modulių principu, nereikalaujant nuoseklios eigos,

šioje savivalbos programoje dalyvis, norėdamas pereiti prie kito žingsnio, turi baigti ankstesnįjį.

Savivalbos programos turinys pagrįstas į sprendimus sutelktos terapijos principais bei intervencinėmis technikomis ir turi interaktyvių žaidybinių elementų, t. y. kviečia dalyvį į kelionę erdvėlaiviu, aplankant keletą planetų, atspindinčių skirtingus į sprendimus sutelktos terapijos proceso etapus. Įvairiais savivalbos programos etapais dalyvis kviečiamas kelti tikslus ir numatyti jų siekimo būdus, įvardyti norimų pokyčių požymius ateityje, analizuoti savo stiprybes ir sėkmę praeityje bei stebėti vykstančių pokyčių progresą. Šioje kelionėje dalyvį lydi erdvėlaivio borto kompiuteris, kuris suteikia reikiamą informaciją ir pagalbą, pateikia klausimus ir užduotis, teikia grįžtamąjį ryšį.

VERTINIMO METODAI

1. Gyvenimo būdo klausimynas. Klausimynas parengtas vadovaujantis PSO rekomendacijomis ir mokslinė literatūra [37]. Jį sudaro 36 teiginiai, kuriais remiantis vertinami mitybos, fizinio aktyvumo, alkoholio ir psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, rūkymo, seksualinio ir rizikingo elgesio aspektai. Siekiant šio tyrimo tikslų, seksualinio ir rizikingo elgesio skalės pakeistos miego higienos ir streso įveikos skalėmis. Taigi šiame tyrime naudotą klausimyną sudarė 37 teiginiai, suskirstyti į 6 skales: 1) mityba (6 teiginiai, pvz., „Riboju maistą, kuriame gausu riebalų ir cholesterolio“, Kronbacho $\alpha = 0,69$); 2) fizinis aktyvumas (6 teiginiai, pvz., „Kai tik galiu, stengiuosi eiti pėsčiomis, o ne važiuoti transportu“, Kronbacho $\alpha = 0,79$); 3) alkoholio ir psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas (6 teiginiai, pvz., „Vengiu vartoti alkoholi, įskaitant ir silpnus alkoholinius gėrimus, tokius kaip alus, sidras ir pan.“, Kronbacho $\alpha = 0,67$); 4) rūkymas (6 teiginiai, pvz., „Vengiu rūkyti“, Kronbacho $\alpha = 0,91$); 5) miego higiena (6 teiginiai, pvz., „Stengiuosi miegoti apie 8 valandas per parą“, Kronbacho $\alpha = 0,62$); 6) streso įveika (7 teiginiai, pvz., „Naudoju įvairius atsipalaidavimo būdus“, Kronbacho $\alpha = 0,55$). Analizėje taip pat naudotas suminis sveikos gyvensenos įvertis (37 teiginiai, Kronbacho $\alpha = 0,79$). Teiginiai vertinti pagal 4 balų Likerto skalę (1 – visiškai netinka; 2 – netinka; 3 – tinka; 4 – labai tinka). Didesni skalių balai rodo labiau išreikštą sveikos gyvensenos elgseną.
2. Pokyčių klausimynas (angl. *The Change Questionnaire*), skirtas motyvacijai keistis vertinti [38].

Klausimyną sudaro 12 teiginių (pvz., „Aš noriu įgyvendinti šį pokytį“), vertinamų pagal 5 balų Likerto skalę (1 – tikrai ne; 2 – tikriausiai ne; 3 – galbūt; 4 – tikriausiai taip; 5 – tikrai taip), kurių atsakymai šiame tyrime sumuoti į bendrą motyvacijos keistis įvertį (Kronbacho $\alpha = 0,82$). Prieš atsakant į šio klausimyno klausimus tiriamųjų buvo prašoma nurodyti su sveika gyvensena susijusį tikslą, kurio norėtų siekti. Didesnis skalės įvertis rodo didesnę motyvaciją keistis.

3. Subjektyvios 10 balų vertinimo skalės buvo naudojamos siekiant įvertinti: 1) situaciją sveikos gyvensenos srityje, kurioje siekiama pokyčių (kiek arti savo tikslo tiriamasis jaučiasi esantis); 2) savivalbos programos naudingumą; 3) dalyvavimo savivalbos programoje lengvumą; 4) savivalbos programos, kaip pagalbos priemonės, priimtinumą; 5) kelionės erdvėlaivių idėjos patrauklumą.
4. Papildomi klausimai apie demografines charakteristikas (amžius, išsilavinimas, šeiminiškas statusas, vaikų skaičius) bei apibendrintą požiūrį į savivalbos programą (kaip ji padėjo siekti pokyčių ir ar rekomenduotų ją kitiems).

Tyrimo procedūra. Tyrimas truko 3 mėnesius ir buvo vykdomas dviem etapais:

- 1) **poveikio grupės atranka ir poveikio vykdymas.** Poveikio grupės atranka vykdyta kviečiant moteris dalyvauti savivalbos programoje, o kartu ir moksliniame tyrime socialinio tinklo „Facebook“ grupėse, susijusiose su sveika gyvensena. Susidomėjimą išreiškusioms moterims el. paštu buvo siunčiamas informuotas sutikimas, kuriame aprašytas savivalbos programos pobūdis, dalyvavimo sąlygos, duomenų panaudojimas moksliniais tikslais ir jų apsauga, savanoriškumo principas, anonimiškumas, tyrėjo kontaktai, pateikta nuoroda į internetinę apklausą (I vertinimas). Moterims, sutikusioms su informuoto sutikimo sąlygomis ir sudalyvavusioms I vertinimo apklausoje, el. paštu buvo siunčiama internetinė nuoroda į savivalbos programos tinklalapį. Praėjus 5 dienoms nuo savivalbos programos pabaigos dalyvės elektroniniu paštu gavo nuorodą į II vertinimo internetinę apklausą. Tokiu būdu I ir II vertinimus skyrė 30 dienų. Dalyvėms, kurios atskiruose žingsniuose vėluodavo prisijungti prie savivalbos programos tris dienas, el. paštu būdavo siunčiami priminimai apie galimybę tęsti dalyvavimą savivalbos programoje. Dalyvėms, kurios dalyvavimo savivalbos programoje po priminimų neatnaujindavo, praėjus 30 d. nuo I vertinimo apklausos, el. paštu

būdavo siunčiama nuoroda į II vertinimo internetinę apklausą su prašymu joje sudalyvauti. Šios moterys buvo priskiriamos nutraukusių savivalbos programą dalyvių grupei;

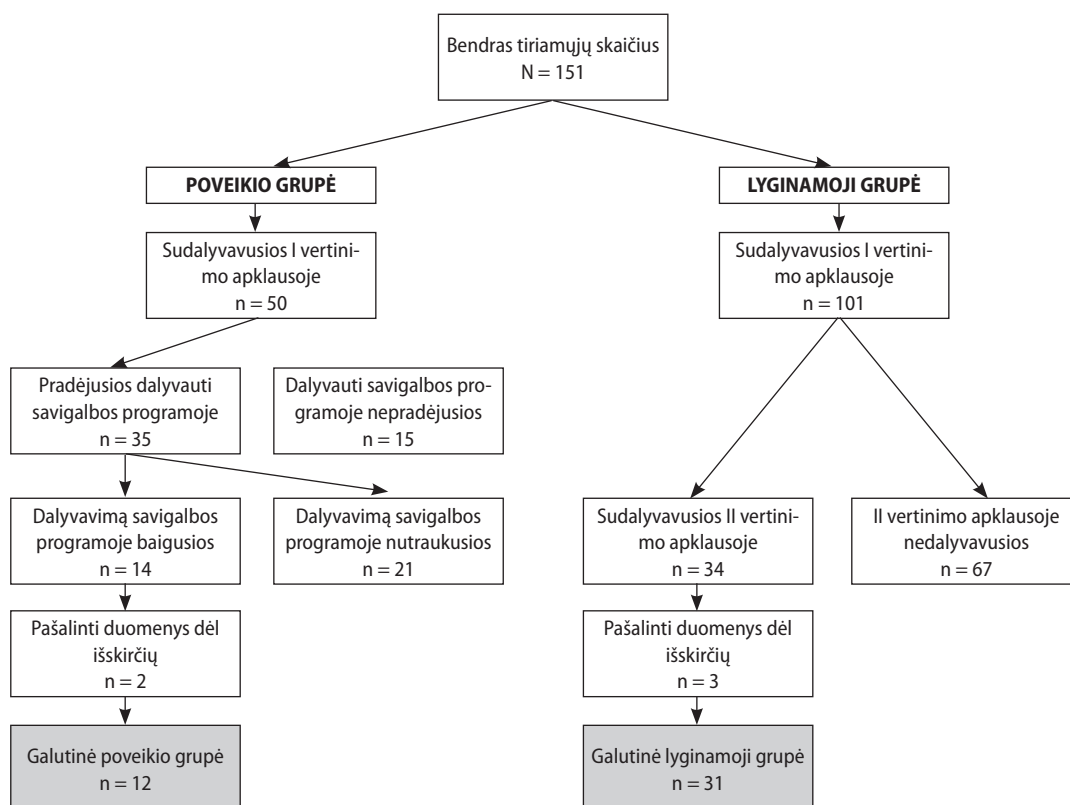
- 2) **lyginamosios grupės atranka ir apklausa.** Pasibaigus pirmajam tyrimo etapui, pradėtas vykdyti antrasis, kurio metu į tas pačias „Facebook“ grupes, susijusias su sveika gyvensena, buvo siunčiamas kvietimas moterims, kurios suinteresuotos keisti savo gyvenseną, dalyvauti tyrime apie sveiką gyvenseną. Susidomėjimą išreiškusioms moterims el. paštu buvo siunčiamas informuotas sutikimas, kuriame aprašytas tyrimo tikslas, dalyvavimo sąlygos, duomenų panaudojimas moksliniais tikslais bei jų apsauga, savanoriškumo principas, anonimiškumas, tyrėjo kontaktai, pateikta nuoroda į internetinę apklausą (I vertinimas). Praėjus 30 d. nuo sudalyvavimo I vertinimo apklausoje, lyginamosios grupės dalyvėms el. paštu buvo siunčiama nuoroda į II vertinimo internetinę apklausą. I ir II vertinimą sudarė tie patys vertinimo metodai, kaip ir poveikio grupei, išskyrus klausimus apie dalyvavimą savivalbos programoje, kurie buvo pateikiami tik poveikio grupės dalyvėms.

Tiriamieji. Iš savivalbos programoje dalyvauti pradėjusių 35 moterų (žr. 1 pav.) ją visiškai baigė 14 (40 proc.). Pradėjus statistinę duomenų analizę, dėl išskirčių pašalinti 2 tiriamųjų duomenys, tad galutinė poveikio grupė, kurios duomenys aptariamame straipsnyje, yra 12 moterų. Iš 101 lyginamosios grupės tiriamųjų, kurios sudalyvavo I vertinime, II vertinime dalyvavo 34 (24 proc.) respondentės. Dėl išskirčių pašalinus 3 tiriamųjų duomenis, galutinę lyginamąją grupę sudarė 31 tiriamoji.

1 lentelėje pateikti duomenys atskleidžia, kad daugelis tiek poveikio, tiek lyginamosios grupių tiriamųjų yra ištekėjusios ar turi partnerį, neturi vaikų ir yra įgijusios aukštąjį išsilavinimą.

Poveikio ir lyginamosios grupių palyginimas atskleidė, kad tyrimo dalyvės reikšmingai nesiskiria pagal amžių, šeiminių padėti ir vaikų turėjimą. Tačiau paaiškėjo, kad poveikio grupėje aukštąjį išsilavinimą įgijusių tiriamųjų yra statistiškai reikšmingai daugiau ($\chi^2 = 5,044, p = 0,025$).

Taip pat nustatyta, kad poveikio ir lyginamoji grupės reikšmingai nesiskyrė pagal visus I vertinimo metu gautus sveikos gyvensenos ir motyvacijos keistis rodiklius. Be to, savivalbos programą baigusios ir dalyvavimą joje nutraukusios moterys statistiškai reikšmingai nesiskyrė nei pagal demografines



1 pav. Poveikio ir lyginamosios grupių tiriamųjų schema

charakteristikas, nei pagal I vertinimo metu vertintus sveikos gyvensenos ir motyvacijos keistis rodiklius.

Pradėjusios dalyvauti savivalbos programoje moterys turėjo nurodyti (įrašyti), kokių tikslų sieks programos metu. Daugelis dalyvių nurodė planuojančios siekti pokyčių ne vienoje, o keliuose sveikos gyvensenos srityse, kurias analizuojant buvo išskirtos 7 kategorijos. Pusė iš 35 savivalbos programą pradėjusių moterų įvardijo ketinančios pokyčių siekti fizinio aktyvumo ($n = 17$) ir mitybos ($n = 17$) srityse, beveik trečdalis ($n = 11$) nurodė ketinančios mažinti svorį. Mažiau moterų teigė

siekiančios pokyčių miego kokybės gerinimo ($n = 4$), laiko planavimo / dienos režimo subalansavimo ($n = 4$), asmeninio tobulėjimo ($n = 3$) bei rūkymo ar alkoholio vartojimo mažinimo ($n = 2$) srityse.

Nors savivalbos programą pradėjo 35 moterys, straipsnyje neanalizuojami 21 dalyvės, nutraukusios dalyvavimą joje, duomenys, nes nebuvo klausama apie nutraukimo priežastis ir jos nedalyvavo II vertinimo apklausoje.

Statistinės analizės metodai. Siekiant atsakyti į tyrimo klausimus, naudoti šie statistinės analizės metodai: kontingencijos lentelės ir *chi* kvadratu kriterijus; dviejų nepriklausomų imčių vidurkių palyginimo Stjudento *t* kriterijus; dviejų priklausomų imčių vidurkių palyginimo Stjudento *t* kriterijus; blokuotų duomenų dispersinė analizė (ANOVA).

1 lentelė. Poveikio ir lyginamosios grupių tiriamųjų demografinės charakteristikos

Demografinės charakteristikos	Poveikio grupė		Lyginamoji grupė ($n = 34$)
	Baigusios ($n = 14$)	Nutraukusios ($n = 21$)	
Amžius, vid. (st. n.)	29,93 (8,28)	30,00 (9,04)	28,44 (6,26)
Šeiminių padėtis, n (%)			
Ištekėjusi / turi partnerį	9 (64)	15 (71)	22 (65)
Neturi partnerio	5 (36)	6 (29)	12 (35)
Vaikai, n (%)			
Turi	4 (29)	8 (38)	7 (21)
Neturi	10 (71)	13 (62)	27 (79)
Išsilavinimas, n (%)			
Aukštasis	14 (100)	16 (76)	24 (71)
Žemesnis nei aukštasis	0 (0)	5 (24)	10 (29)

REZULTATAI

Kiekviename iš šešių savivalbos programos žingsnių dalyvės pagal 10 balų skalę vertino, kaip arti išsikloto tikslo jos mano esančios. Palyginus savivalbos programą baigusią dalyvių vertinimų vidurkius programos pradžioje ($vid. = 3,00, st. n. = 1,54$) ir pabaigoje ($vid. = 7,42, st. n. = 1,31$), nustatytas statistiškai reikšmingas pokytis ($t = 11,667; p < 0,001$). Taigi galima teigti, kad dalyvavimo savivalbos programoje

2 lentelė. Pokyčių rodiklių aprašomoji statistika ir pokyčių palyginimas tarp poveikio ($n = 12$) ir lyginamosios ($n = 31$) grupių, taikant blokuotų duomenų dispersinę analizę

Pokyčių rodikliai	Grupė	I vertinimas		II vertinimas		df	F	p	Dalinė η^2 **
		Vid.	St. n.	Vid.	St. n.				
Mityba	Poveikio	16,17	2,79	17,75	3,17	1	1,678	0,202	0,039
	Lyginamoji	17,97	3,01	18,61	2,67				
Fizinis aktyvumas	Poveikio*	15,00	3,79	18,00	3,05	1	10,567	0,002	0,205
	Lyginamoji	15,94	4,00	16,35	3,78				
Alkoholio ir psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas	Poveikio*	19,25	3,19	21,50	2,20	1	3,001	0,091	0,068
	Lyginamoji*	20,13	2,72	21,19	2,21				
Rūkymas	Poveikio	17,92	4,19	19,17	3,66	1	1,885	0,177	0,044
	Lyginamoji	16,65	5,90	17,10	5,17				
Miego higiena	Poveikio*	15,67	3,20	17,25	1,96	1	1,128	0,294	0,027
	Lyginamoji*	15,97	2,65	16,77	2,58				
Streso įveika	Poveikio*	16,58	1,62	18,25	2,49	1	4,381	0,043	0,097
	Lyginamoji	17,94	2,34	18,16	2,15				
Suminis sveikos gyvensenos įvertis	Poveikio*	100,58	10,46	111,92	11,30	1	12,053	0,001	0,227
	Lyginamoji*	104,58	13,38	108,19	11,82				
Motyvacija keisti elgesį	Poveikio*	55,67	3,63	57,50	3,15	1	2,789	0,103	0,064
	Lyginamoji	54,84	4,49	54,26	5,49				

* Rodiklių pokytis grupės viduje tarp I ir II vertinimų statistiškai reikšmingas ($p < 0,05$).

** Dalinė η^2 rodo efekto dydį, kuris vertinamas šitaip: 0,01 – mažas; 0,06 – vidutinis; 0,14 – didelis.

metu poveikio grupės dalyvėms, jų subjektyviu vertinimu, pavyko pasiekti reikšmingų sveikos gyvensenos pokyčių savo pasirinktoje srityje.

Siekiant nustatyti, ar dalyvavimas savivalbos programoje padeda moterims stiprinti motyvaciją keisti bei siekti su sveika gyvensena susijusio elgesio pokyčių, vertinamų standartizuotais klausimynais, palyginti poveikio ir lyginamosios grupių I ir II vertinimų rezultatai, taikant blokuotų duomenų dispersinę analizę (ANOVA). 2 lentelėje pateikti rezultatai atskleidžia, kad alkoholio ir psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, miego higienos ir suminis sveikos gyvensenos įverčiai statistiškai reikšmingai padidėjo abiejose grupėse, t. y. tiek poveikio, tiek ir lyginamosios grupės moterys praėjus mėnesiui po I vertinimo nurodė labiau ribojančios alkoholio ir kitų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą, labiau besirūpinančios miego higiena ir bendrai sveika gyvensena. Fizinio aktyvumo, streso įveikos ir motyvacijos keisti elgesį rodikliai reikšmingai pagerėjo tik poveikio grupėje. Dispersinės analizės rezultatai parodė, kad fizinio aktyvumo, streso įveikos ir suminio

3 lentelė. Poveikio grupės dalyvių ($n = 12$) savivalbos programos aspektų vertinimas

Vertinti savivalbos programos aspektai	Vid. (st. n.)	Mažiausias vertinimas	Didžiausias vertinimas
Programos naudingumas	7,67 (1,16)	6	9
Dalyvavimo programoje lengvumas	7,75 (1,71)	5	10
Programos, kaip pagalbos priemonės, priimtumas	8,33 (1,30)	6	10
Kelionės kosmosu idėjos patrauklumas	8,50 (1,98)	3	10

sveikos gyvensenos įverčių pokytis poveikio grupėje buvo reikšmingai didesnis nei lyginamojoje. Šie skirtumai tarp grupių vertinimi kaip ganėtinai dideli, nes efekto dydis streso įveikos atveju buvo vidutinis, o fizinio aktyvumo ir suminio sveikos gyvensenos įverčio atveju – didelis.

Daugelis savivalbos programą baigusią dalyvių nurodė, kad programa joms buvo labai ($n = 3$; 25 proc.) ar šiek tiek ($n = 8$; 58 proc.) naudinga, 2 dalyvės (17 proc.) nebuvo tikros, ar programa joms padėjo, ir nebuvo nė vienos, kuri būtų nurodžiusi, jog programa jai nepadėjo siekti norimų sveikos gyvensenos pokyčių. Be to, visos 12 dalyvių (100 proc.) teigė, kad savivalbos programą rekomenduotų artimiesiems ar draugams kaip savivalbos priemonę, siekiant asmeninių pokyčių, įveikiant sunkumus ir pan.

II vertinimo metu poveikio grupės dalyvių buvo prašoma įvertinti įvairius savivalbos programos aspektus, atspindinčius jos naudingumą, priimtumą, kelionės kosmosu idėjos patrauklumą bei tai, ar buvo paprasta joje dalyvauti, t. y. atlikti užduotis, stebėti save ir pan. 3 lentelėje pateikti rezultatai rodo, kad visus šiuos aspektus dalyvės vertino gerai, nes grupės vidurkiai pagal 10 balų skalę pasiskirstė tarp 7,5 ir 8,5.

REZULTATŲ APTARIMAS

Tyrime naudota į sprendimus sutelkta kompiuterinė savivalbos programa keliais aspektais skiriasi nuo tų, kurios įprastai siūlomos siekiant su sveika gyvensena susijusio elgesio pokyčių: 1) ji skirta ne atskiram konkrečiam elgesiui (pvz., mitybos įpročių, svorio kontrolės) keisti, o leidžia siekti tikslų įvairiose gyvenimo srityse; 2) pagrįsta į sprendimus sutelktos terapijos principais; 3) turi interaktyvių žaidybinių elementų. Tad šiuo žvalgomoju tyrimu buvo siekiama įvertinti, kaip tokio pobūdžio Lietuvos mokslininkų sukurta savivalbos programa gali būti naudinga motyvuotoms moterims siekiant su sveika gyvensena susijusių pokyčių.

Tyrime naudoti tiek subjektyvūs rodikliai, tiek standartizuoti klausimynai pokyčiams vertinti. Subjektyvių vertinimo rodiklių analizė atskleidė, kad didžioji dauguma poveikio grupės moterų savivalbos programą vertino kaip naudingą bei priimtina ir visos ją rekomenduotų artimiesiems ir draugams. Taip pat paaiškėjo, kad, subjektyviu poveikio grupės dalyvių vertinimu, dalyvaudamos savivalbos programoje jos smarkiai priartėjo prie pradžioje išsikeltų asmeninių su sveika gyvensena susijusių tikslų (pagal 10 balų skalę, kai 10 reiškia siekiamą tikslą, vidutinis grupės vertinimas nuo 3 balų pakilo iki 7,42). Tokie rezultatai atspindi subjektyvią dalyvių jauseną, rodančią, kad dalyvavimas savivalbos programoje leido pasiekti norimų pokyčių.

Analizuojant taikant standartizuotus klausimynus gautus rezultatus paaiškėjo, kad savivalbos programa dalyvėms buvo naudinga siekiant teigiamų pokyčių fizinio aktyvumo ir streso įveikos srityse. Reikšmingas suminio sveikos gyvensenos įverčio padidėjimas taip pat rodo, kad savivalbos programą iki galo baigusios moterys pasiekė didesnių sveikos gyvensenos pokyčių nei lyginamoji grupė, kuriai netaikytas joks poveikis. Galima manyti, kad reikšmingi pokyčiai fizinio aktyvumo srityje nėra atsitiktinumas, nes didžioji dalis (67 proc., t. y. 8 iš 12) poveikio grupės tiriamųjų dalyvavimo savivalbos programoje metu pokyčių siekė būtent šioje srityje. Pokyčių kitose srityse siekė labai nedaug poveikio grupės tiriamųjų.

Apibendrinus galima sakyti, kad į sprendimus sutelkta kompiuterinė savivalbos programa, kaip ir kitos tokio pobūdžio kompiuterinės programos, padeda siekti sveikos gyvensenos pokyčių, ypač fizinio aktyvumo srityje [18, 20]. Autorių žiniomis, į sprendimus sutelktos terapijos principais grįstų kompiuterinių savivalbos programų, skirtų sveikai gyvensenai skatinti, nėra, tad ir nėra galimybės palyginti šių rezultatų su kitų tyrimų duomenimis. Mokslinėje literatūroje minima, kad į sprendimus sutelktos terapijos ir metodų taikymas sveikatos priežiūros sistemoje yra naudingas skatinant su sveika gyvensena susijusio elgesio pokyčius [31–34].

Šio tyrimo rezultatai neleidžia įvertinti į sprendimus sutelktos terapijos principų reikšmės padedant savivalbos programos dalyvėms siekti pokyčių – tam reikalingi tolesni tyrimai, kuriuose savivalbos programos veiksmingumas būtų lyginamas su kitomis teorinėmis perspektyvomis grįstomis kompiuterinėmis savivalbos programomis. Galima kelti prielaidą, kad pagalba dalyviams įsivaizduoti norimą ateitį, pasiremti praeities sėkmėmis ir savo stiprybėmis,

sistemiškai stebėti ir analizuoti norimus pokyčius analizuotos savivalbos programos dalyviams sukuria palankią terpę nuosekliai siekti numatytų su sveika gyvensena susijusių tikslų.

Svarbu nepamiršti, kad straipsnyje pristatomame žvalgomajame tyrime buvo nedidelė imtis ir netaikyta atsitiktinė atranka, dėl to rezultatus interpretuoti reikėtų atsargiai. Kita vertus, gauti rezultatai yra palankūs, tad prasminga ateityje tęsti pradėtus tyrinėjimus.

Be to, svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad savivalbos programą visiškai baigė 40 proc. ją pradėjusių moterų, o 60 proc. respondenčių dalyvavimą nutraukė kažkuriame iš 6 etapų. Nors 60 proc. gali atrodyti kaip didelis nubyrėjimas, kompiuterinių savivalbos programų, skirtų sveikai gyvensenai stiprinti, tyrimai atskleidžia, jog didelis dalyvių nubyrėjimas, siekiantis iki 50–60 proc., yra vienas didžiausių iššūkių tokių programų kūrėjams [14, 17, 18], ypač tuomet, kai šios priemonės taikomos realaus gyvenimo sąlygomis, o ne laboratoriniuose tyrimuose, kuriuose siekiant sumažinti nubyrėjimą dalyviai neretai skatinami finansinėmis ar kitomis priemonėmis [18, 22]. Kita vertus, savivalbos programų veiksmingumą tiriantys mokslininkai paprastai pasirenka skirtingus kriterijus, kuriais remiasi vertindami nubyrėjimą, pvz., kiek užduočių dalyvis turi atlikti, kokioje dalyje programos etapų turi sudalyvauti, kad būtų laikomas pabaigusiu ar nutraukusiu programą. Šiame tyrime nebuvo galimybės rinkti informacijos apie dalyvių pasitraukimo iš savivalbos programos priežastis, todėl į nubyrėjusių dalyvių skaičių įtrauktos visos respondentės, kurios nesudalyvavo visuose 6 savivalbos programos etapuose. Kai kurie tyrimai rodo, kad dalis dalyvių kompiuterinių savivalbos programų iki galo nebaigia, nes anksčiau pasiekia savo tikslus [39]. Tad tęsiant tyrimus ir siekiant tiksliau įvertinti nubyrėjimo mastą svarbu rinkti informaciją ir apie nubyrėjimo priežastis. Be to, svarbu ieškoti veiksmių, galinčių didinti dalyvių įsitraukimą ir skatinti motyvaciją toliau dalyvauti savivalbos programoje, nes tyrimai rodo, kad su kompiuterinių savivalbos programų veiksmingumu ir dalyvių nubyrėjimo skaičiumi susiję labai įvairūs veiksniai, tokie kaip patrauklumas ir paprastumas, interaktyvumo laipsnis, galimybė programą pritaikyti savo asmeniniams poreikiams, individualizuotas grįžtamasis ryšys, kontakto su specialistu laipsnis arba socialinės paramos internetu galimybė, vartotojo charakteristikos ir pomėgiai [14, 16, 19]. Mokslininkai [14] pabrėžia, kad kompiuterinių savivalbos priemonių veiksmingumas, taip pat ir vartotojų įsitraukimas didėja, kai tokios priemonės naudojamos kaip jau

veikiančios pagalbos sistemos ar jos grandinės dalis (pvz., mokykla, ligoninė, darbovietė). Tad ateityje galima svarstyti apie į sprendimus sutelktą kompiuterinę savivalbos programą, kaip pagalbinę sveikos gyvensenos skatinimo srityje dirbančių specialistų priemonę, pvz., tinkančią dietologams, sveikos gyvensenos treneriams, fizioterapeutams, bendrosios praktikos gydytojams, reabilitologams ir pan.

APIBENDRINIMAS

Žvalgomojo tyrimo rezultatai atskleidė, kad į sprendimus sutelkta kompiuterinė savivalbos programa motyvuotoms keistis moterims padeda siekti su sveika gyvensena susijusio elgesio pokyčių, o programoje dalyvavusios moterys ją vertino palankiai.

Straipsnis gautas 2018-11-14, priimtas 2018-12-08

Literatūra

- Heir T, Erikssen J, Sandvik L. Life style and longevity among initially healthy middle-aged men: prospective cohort study. *BMC Public Health*. 2013;13:831-835.
- Selivanova A, Cramm JM. The relationship between healthy behaviors and health outcomes among older adults in Russia. *BMC Public Health*. 2014;14:1183-1208.
- Spring B, King AC, Pagoto SL, Van Horn L, Fisher JD. Fostering multiple healthy lifestyle behaviors for primary prevention of cancer. *American Psychologist*. 2015;75(2):75-90.
- Elwood PC, Whitmarsh A, Gallacher J, Bayer A, Adams R, Heslop L, Pickering J, Morgan G, Galante J, Dolwani S, Longley M, Roberts ZE. Healthy living and cancer: evidence from UK Biobank. *Ecancer*. 2018;12:792-802.
- Sirajul H, Basit S, Tanwani RK, Zehra T, Solangi NA. Balanced diet; balanced life. *The Professional Medical Journal*. 2015;22(10):1304-1308.
- Kelly S, Martin S, Kuhn I, Cowan A, Brayne C, Lafortune L. Barriers and facilitators to the uptake and maintenance of healthy behaviours by people at mid-life: a rapid systematic review. *PLoS ONE*. 2016;11(1):e0145074.
- Teyhen DS, Aldag M, Centola D, Edinborough E, Ghannadian JD, Haught A, et al. Incentives to create and sustain healthy behaviors: technology solutions and research needs. *Military Medicine*. 2014;179(12):1419-1431.
- Orr JA, King RJ. Mobile phone SMS messages can enhance healthy behaviour: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Health Psychology Review*. 2015;9(4):397-416.
- McKenzie SH, Harris MF. Understanding the relationship between stress, distress and healthy lifestyle behaviour: a qualitative study of patients and general practitioners. *BMC Family Practice*. 2013;14:166-182.
- Cass SJ, Ball LE, Leveritt MD. Passive interventions in primary healthcare waiting rooms are effective in promoting healthy lifestyle behaviours: an integrative review. *Australian Journal of Primary Health*. 2016;22:198-210.
- WHO. Report on the 9th Global Conference for Health Promotion: All for Health, Health for All, 21-24 November 2016. Prieiga per internetą: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-conference-report/en/>> [žiūrėta 2018-10-09].
- Arps E. The Use of Internet and Mobile Phone Based Health Promotion Interventions in Youth Populations. *Health Promotion Forum of New Zealand*. p. 27.
- Lupton D. Health promotion in the digital era: a critical commentary. *Health Promotion International*. 2014;30(1):174-183.
- Kohl LFM, Crutzen R, de Vries NK. Online prevention aimed at lifestyle behaviors: a systematic review of reviews. *Journal of Medical Internet Research*. 2013;15(7):e146.
- Riley WT, Rivera DE, Atienza AA, Nilsen W, Allison SM, Mermelstein R. Health behavior models in the age of mobile interventions: are our theories up to the task? *TBM*. 2011;1:53-71.
- Wallin EEK, Mattsson S, Olsson EMG. The preference for internet-based psychological interventions by individuals without past or current use of mental health treatment delivered online: a survey study with mixed-methods analysis. *JMIR Mental Health*. 2016;3(2):e25.
- Wantland DJ, Portillo CJ, Holzemer WJ, Slaughter R, McGhee EM. The effectiveness of web-based vs. Non-web-based interventions: a meta-analysis of behavioral change outcomes. *Journal of Medical Internet Research*. 2004;6(4):e40.
- Hou SI, Charlery SAR, Roberson K. Systematic literature review of Internet interventions across health behaviors. *Health Psychology & Behavioural Medicine*. 2014;2(1):455-481.
- Tang J, Abraham C, Greaves C, Yates T. Self-directed interventions to promote weight loss: a systematic review of reviews. *Journal of Medical Internet Research*. 2014;16(2):e58.
- Van den Berg MH, Schoones JW, Vlieland TPMV. Internet-based physical activity interventions: a systematic review of the literature. *Journal of Medical Internet Research*. 2007;9(3):e26.
- Webb TL, Joseph J, Yardley L, Michie S. Using the internet to promote health behavior change: a systematic review and meta-analysis of the impact of theoretical basis, use of behavior change techniques, and mode of delivery on efficacy. *Journal of Medical Internet Research*. 2010;12(1):e4.
- Crutzen R, de Nooijer J, Brouwer W, Oenema A, Brug J, de Vries NK. Strategies to facilitate exposure to internet-delivered health behavior change interventions aimed at adolescents or young adults: a systematic review. *Health Education & Behavior*. 2011;38(1):49-62.
- DeShazer S, Dolan Y, Korman H, Trepper T, McCollum E, Berg IK. *More Than Miracles: The State of the Art of Solution-Focused Brief Therapy*. NY: Routledge, 2007.
- DeJong P, Berg IK. *Interviewing for solutions (3rd ed.)*. Pacific Grove: Brooks/Cole, 2008.
- Gingerich WJ, Kim JS, Stams G, Macdonald AJ. Solution-focused brief therapy outcome research. In C. Franklin, T. Trepper, E. McCollum, & W. Gingerich (Eds.), *Solution-focused brief therapy: A Handbook of Evidence-Based Practice*. New York: Oxford University Press, 2011;95-111.
- Pakroonis R, Cepukienė V. Outcomes of Solution-Focused Brief Therapy for Adolescents in Foster Care and Health Care Institutions. In C. Franklin, T. Trepper, E. McCollum, & W. Gingerich (Eds.), *Solution-focused brief therapy: A Handbook of Evidence-Based Practice*. New York: Oxford University Press. 2011;299-326.
- Grant AM. The self-reflection and insight scale: a new measure of private self-consciousness. *Social Behavior and Personality*. 2002;30(8):821-836.
- Grant AM. Making positive change: a randomized study comparing solution-focused vs. problem-focused coaching questions. *Journal of Systemic Therapies*. 2012;31(2):21-35.
- Lintvedt OK. Unguided Internet-based self-help for symptoms of depression A Translation Project: From Planning and Establishing the Efficacy to Dissemination And Cost-Benefit Evaluation. A dissertation for the degree of Philosophiae Doctor, University of Tromsø, 2013.
- Viner RM, Christie D, Taylor V, Hey S. Motivational/solution-focused intervention improves HbA1c in adolescents with Type 1 diabetes: a pilot study. *Diabetic Medicine*. 2003;20(9):739-742.
- Liu X, Zhang YP, Franklin C, Qu Y, Chen H, Kim JS. The Practice of Solution-Focused Brief Therapy in Mainland China. *Health & Social Work*. 2015;40(2):84-90.

32. Smock SA, Trepper TS, Wetchler JL, McCollum EE, Ray R, Pierce K. Solution-focused group therapy for level 1 substance abusers. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2008;34(1):107-120.
33. Valve P, Lehtinen-Jacks S, Eriksson T, Lehtinen M, Lindfors P, Saha MT, Rimpela A, Angle S. LINDA – a solution-focused low-intensity intervention aimed at improving health behaviors of young females: a cluster-randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2013;13:10-44.
34. Akgul Gundogdu N, Sevig EU, Guler N. The effect of the solution-focused approach on nutrition-exercise attitudes and behaviours of overweight and obese adolescents: Randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*. 2018;27:1660-1672.
35. Pakrošnis R, Cepukienė V. Solution-focused self-help for improving university students' well-being. *Innovations in Education and Teaching International*. 2015;52(4):437-447.
36. Čepukienė V, Pakrošnis R. Į sprendimus sutelktos savirefleksijos metodo veiksmingumas siekiant asmeninių pokyčių. *International Journal of Psychology: a Biopsychosocial Approach*. 2011;9:123-143.
37. Pukinskaitė R, Žentelytė B. Su sveikata susijusio gyvenimo būdo ir gyvenimo prasmės sąsajos ankstyvojoje suaugusiojoje. *Socialinis darbas*. 2014;13(2):234-247.
38. Miller WR, Johnson WR. A natural language screening measure for motivation to change. *Addictive Behaviors*. 2008;33:1177-1182.
39. Christensen H, Griffiths KM, Farrer L. Adherence in Internet Interventions for Anxiety and Depression: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*. 2009;11 (2):e13.

Changes in women's healthy lifestyle during the participation in the computerized solution-focused self-help program: Pilot study

Rytis Pakrošnis, Viktorija Čepukienė, Kamilė Jankauskaitė
Vytautas Magnus University

Summary

Introduction. Research reveals, that healthy lifestyle is related to better somatic and mental health. Nevertheless, the promotion of health-related behaviour is one of the biggest challenges for health professionals since people often struggle with changing their health-related behaviours despite all the information and knowledge. Following recent boost of eHealth movement, digital technologies became an important part of health promotion resulting in extensive dissemination of computerized programs in the field. Nowadays, computerized programs demonstrate good effectiveness and economic efficiency, thus is considered a good alternative to traditional health promotion means. The article presents results of a pilot study, analysing potential of the computerized solution-focused self-help program to help women in changing their health-related behaviours.

Methods. The self-help program, analysed in the article, is fully unguided, accessible online and possesses several distinguishing features: (1) allows to work on various problems or reach for personal-growth goals; (2) based on solution-focused therapy principles; (3) has interactive-gaming elements – invites a user for a “space journey”, visiting several planets with different tasks. The length of the Program is 25 days with 6 sessions every 5 days.

Out of 35 women, who responded to the invitation on social networks to participate in the study, 12 (average

age 29.93) completed the Program. The comparison group constituted of 31 women (average age 28.44).

The outcome was measured by subjective scales and standardized questionnaires (modified Life Style Questionnaire and Change Questionnaire), provided before the intervention and one week after. After completing the Program participants additionally evaluated their satisfaction with the Program and its' usefulness.

Results and conclusions. Participants of the Program evaluated it positively and reported reaching significant improvement in respect to their personal health-related goals. Additionally, positive changes in physical activity, stress coping and overall healthy lifestyle were significantly bigger in the intervention group than in the comparison group.

Keyword: healthy lifestyle promotion; solution-focused therapy; computerized solution-focused self-help program.

Correspondence to Rytis Pakrošnis
Vytautas Magnus University
Department of Psychology
Jonavos str. 66-329, LT-44191 Kaunas, Lithuania
E-mail: rytis.pakrošnis@vdu.lt

Received 14 November 2018,
accepted 8 December 2018