

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS DARBUOTOJŲ VIDINĖ DARNA IR SUBJEKTYVUS SVEIKATOS VERTINIMAS

Marija Jakubauskienė¹, Rita Perminaitė², Justė Petkevičiūtė²

¹Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų instituto Visuomenės sveikatos katedra,

²Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas

Santrauka

Tikslas. Įvertinti sveikatos priežiūros darbuotojų bendrą vidinės darnos lygį, subjektyvų sveikatos vertinimą ir gyvenimo veiksnius bei palyginti juos skirtingose socialinėse, profesinėse darbuotojų grupėse.

Tyrimo medžiaga ir metodai. Sveikatos priežiūros darbuotojų vidinei darnai įvertinti 2017 m. atlikta vienmomentė anoniminė anketinė apklausa. Tyrimas vykdytas 8 Lietuvos miestuose, jame dalyvavo 425 tiriamieji (įvairių specialybių sveikatos priežiūros darbuotojai) – gydytojai, gydytojai rezidentai, slaugytojai ir odontologai, odontologų asistentai, farmacininkai, slaugytojų padėjėjai, kineziterapeutai, ergoterapeutai, visuomenės sveikatos specialistai. Tyrime naudota kompleksinė anketa, kurią sudarė sutrumpintas 13 klausimų A. Antonovsky vidinės darnos vertinimo klausimynas ir autorių parengta subjektyvaus sveikatos vertinimo ir gyvenimo anketa.

Rezultatai. Tiriamųjų amžiaus mediana – 24,5 metų (nuo 21 iki 68 metų). Daugelis sveikatos priežiūros darbuotojų pasižymėjo stipria (47,29 proc.) ar vidutine (40,24 proc.) vidine darna. Farmacininkų ir visuomenės sveikatos specialistų vidinė darna buvo stipriausia, pagalbinių darbuotojų – silpniausia. Gydytojų grupėje suaugusiųjų gydytojai pasižymėjo stipriausia, vaikų gydytojai – silpniausia, šeimos gydytojai – silpniausia vidine darna. 63,5 proc. respondentų savo sveikatą vertino kaip gerą ar labai gerą. 17,7 proc. sveikatos priežiūros darbuotojų rūkė, 55,5 proc. tyrimo dalyvių buvo fiziškai aktyvūs, 17,7 proc. respondentų miegojo mažiau nei 6 valandas. Nustatytos sąsajos tarp vidinės darnos ir subjektyvaus sveikatos vertinimo bei religingumo ($p < 0,05$).

Išvados. Daugelis tirtų sveikatos priežiūros darbuotojų pasižymėjo vidutine ar stipria vidine darna. Stipresnė vidinė darna tų tiriamųjų, kurie nurodė esą religingi, gerai vertino savo sveikatą. Rūkančių sveikatos priežiūros darbuotojų buvo silpnė vidinė darna, jie savo sveikatą vertino prasčiau nei nerūkantys apklausos dalyviai. Savo sveikatą prasčiau vertino nesportuojantys, miegantys mažiau nei 6 valandas, nereliginiai, mažesnes pajamas gaunantys, išsiskyrę ar vieniši, vaikų turintys tiriamieji.

Reikšminiai žodžiai: vidinė darna, subjektyvus sveikatos vertinimas, sveikatos priežiūros darbuotojai.

ĮVADAS

Lietuvoje dirba daugiau nei 45 000 įvairių sveikatos priežiūros specialybių darbuotojų, iš kurių 12 887 yra gydytojai, 22 807 slaugytojai bei akušeriai ir 2 839 odontologai [1]. Kiti sveikatos priežiūros darbuotojai yra kineziterapeutai, ergoterapeutai, visuomenės sveikatos specialistai, dietistai, farmacininkai (3 397), burnos higienistai (1 381) [2], slaugytojų padėjėjai ir laborantai. Jie sudaro beveik 17 proc. visų sveikatos priežiūros darbuotojų.

Sveikatą stiprinanti kultūra sveikatos priežiūros įstaigose yra svarbi ne tik dėl teikiamų paslaugų kokybės, pacientų sveikimo, bet ir sveikatos priežiūros

darbuotojų darbo ir gyvenimo kokybės požiūriu. Vienas iš veiksnių, lemiančių sveikatos darbuotojų darbo kokybę ir jų pačių sveikatą, yra vidinė darna [3]. Pagal 1979 m. Aaron Antonovsky sukurtą saluto-genezės teoriją, žmogus turi bendruosius atsparumo išteklius, kurie padeda įveikti gyvenimo sunkumus ir ligas. Galimybė panaudoti bendruosius atsparumo išteklius priklauso nuo asmens vidinės darnos (angl. *Sense of Coherence*, SOC) lygio [4–5].

Vidinė darna – tai žmogaus vidinė orientacija, besireiškianti pozityviais jo santykiais su pasauliu ir pačiu savimi. Vidinę darną sudaro trys komponentai – suvokimas, prasmingumas ir valdymas [5]. Pagal A. Antonovsky, vidinė darna formuojasi vaikystėje ir jaunystėje, vėliau mažai keičiasi ir yra gana stabili. Ją keisti gali stiprūs išgyvenimai, o lytis ir amžius vidinei darnai įtakos neturi. Vis dėlto kai kurie tyrimai rodo, kad daugelis vyresnių nei 65 metų amžiaus žmonių pasižymi silpna vidine darna [6–7]. Vyrų

Adresas susirašinėti: Marija Jakubauskienė
Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų instituto Visuomenės sveikatos katedra
M. K. Čiurlionio g. 21, 03101 Vilnius
El. p. marija.jakubauskiene@mf.vu.lt

vidinė darna stipresnė nei moterų [8–10]. Vidinė darna stipresnė išsilavinusių ir susituokusių asmenų [6, 10, 11]. Žmonės, gaunantys mažesnes pajamas, pasižymi silpna vidine darna [12], taip pat pastebėta, kad tokie asmenys prasčiau vertina savo sveikatą.

Vidinė darna siejama su subjektyviu sveikatos vertinimu. Žmonių, geriau vertinančių savo sveikatą, aukštesnė vidinė darna [13, 14]. Subjektyvus sveikatos vertinimas yra sergamumo, sveikatos paslaugų vartojimo ir mirtingumo visuomenėje prognostinis rodiklis [15]. Labiausiai vidinė darna siejama su psichikos sveikata – žmonės, kurių žemas vidinės darnos lygis, dažniau serga depresija, juos kankina nerimas, neužtikrintumo jausmas [12, 16–18], mažėja motyvacija [11], atsiranda miego sutrikimų [19].

Kitas su vidine darna siejamas veiksnys yra religingumas. Religingesni žmonės pasižymi aukštesne vidine darna [9, 20]. Nustatytos sąsajos ir tarp atskirų vidinės darnos komponentų – prasmingumas (svarbiausias komponentas [21]) religingų žmonių yra aukštesnis [22].

Vidinė darna susijusi ir su gyvensena [23, 24]. Vienas pagrindinių sveikatai palankios elgsenos aspektų – fizinis aktyvumas. Laisvalaikį aktyviai leidžiantys žmonės (besimankštinantys ar sportuojantys) pasižymi geresne vidine darna [23–25]. Nustatytas rūkymo ir vidinės darnos ryšys – rūkančių asmenų vidinė darna yra silpnesnė [23]. Nuo sveiko gyvenimo būdo neatsiejamas kokybiškas miegas. Miego sutrikimai, trumpa miego trukmė sąlygoja silpnesnę vidinę darną [26].

Sveikatos priežiūros specialistai yra viena iš profesinių grupių, patirianti didžiausią įtampą darbe, – iki 80 proc. gydytojų darbe patiria perdegimo sindromą [27]. Apie 30 proc. perdegimo sindromą patiriančių sveikatos priežiūros specialistų suserga depresija [28, 29]. Iš visų sveikatos priežiūros darbuotojų grupių gydytojai ir slaugytojai susiduria su didžiausia perdegimo rizika [30], kuriai turi įtakos nesaugumo jausmas darbe, sudėtingi santykiai su bendradarbiais, agresyvus pacientų elgesys [31, 32].

Sveikatos priežiūros specialistų perdegimo sindromą lemia ir didelis darbo krūvis [33], kuris nevienodas įvairiose Europos šalyse. Nyderlanduose šeimos gydytojų (0,82 vyrų ir 0,55 moterų etato) darbo krūvis yra beveik per pusę mažesnis nei Lietuvoje (1,11 etato) [34–35]. Italijoje daugiau nei trečdalis gydytojų kiekvieną mėnesį budi po 7–16 dieninių ir naktinių pamainų [36]. Lietuvoje gydytojai chirurgai ir akušeriai ginekologai dirba daugiausiai iš visų specialistų – 1,6 etato krūviu [34].

Lietuvoje daugelis sveikatos priežiūros darbuotojų (63,9 proc. gydytojų ir slaugytojų) savo sveikatą vertina kaip gerą, tačiau pastebima sparčiai blogėjanti sveikata – arterinė hipertenzija diagnozuota beveik pusei (48,3 proc.), padidėjusi cholesterolio koncentracija kraujyje – daugiau nei dviem trečdaliams (75,3 proc.), atsvaris – trečdaliui (31,8 proc.) sveikatos priežiūros specialistų. Be to, 8,5 proc. jų dirba daugiau nei 2 etatų krūviu, o tai didina streso ir nuovargio riziką, provokuoja fizinį ir emocinį išsekimą [34, 37]. Nuolat patiriamas didelis stresas, ekstremalios, neprognozuojamos situacijos darbe ilgainiui neigiamai paveikia susiformavusią vidinę darną, bendrą sveikatą ir jos subjektyvų vertinimą [24]. Aukštesne vidine darna pasižymintys sveikatos priežiūros specialistai rečiau patiria perdegimo sindromą, jie atsparesni gydomų pacientų depresiškumui ir prislėgtumui [31].

Populiariai tyrimai taip pat patvirtina, kad aukštesnė vidinė darna lemia didesnę žmonių atsparumą nepalankiems gyvenimo įvykiams ir geresnį subjektyvų sveikatos vertinimą [38]. Sveikatos priežiūros darbuotojų aukštesnė vidinė darna yra apsauginis veiksnys, lemiantis ne tik geresnį subjektyvų sveikatos vertinimą, mažesnį perdegimo sindromo paplitimą, bet ir geresnę jų psichikos sveikatą bei darnesnę darbą [33].

Darbo tikslas – įvertinti sveikatos priežiūros darbuotojų bendrą vidinės darnos lygį, subjektyvų sveikatos vertinimą ir gyvensenos veiksnius bei palyginti juos skirtingose socialinėse ir profesinėse darbuotojų grupėse.

TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Sveikatos priežiūros darbuotojų vidinei darnai įvertinti atlikta vienmomentė anoniminė anketinė apklausa. Tyrime dalyvavo 425 sveikatos priežiūros darbuotojai, tarp kurių buvo įvairaus amžiaus ir specialybių žmonių – gydytojų, gydytojų rezidentų, slaugytojų ir jų padėjėjų, odontologų ir jų asistentų, farmacininkų, kineziterapeutų, ergoterapeutų, visuomenės sveikatos specialistų, akušerių, burnos higienistų, dietistų. Tiriamųjų apklausa atlikta Vilniaus ir kitų Lietuvos miestų ir regionų (Kaunas, Ukmergė, Mažeikiai, Klaipėda, Šiauliai, Utena, Pakruojis, Obeliai) sveikatos priežiūros įstaigose (iš viso tyrime dalyvavo 27 sveikatos priežiūros įstaigos). Atsižvelgiant į tirtų miestų dydžius, tiriamieji suskirstyti į dvi grupes: miesto (Vilnius, Kaunas, Klaipėda, Šiauliai) ir regiono (Utena, Ukmergė, Mažeikiai, Pakruojis, Obeliai). Išdalyta 520 anketų, iš jų gražinta 430, atsako dažnis siekia 83 proc. Iš jų 425 buvo tvarkingai užpildytos ir

panaudotos statistinei analizei. Tiriamieji patys pildė jiems pateiktas anonimines anketas.

Sveikatos priežiūros darbuotojai pagal profesijas buvo suskirstyti į 6 grupes: gydytojai (gydytojai, gydytojai rezidentai, odontologai), slaugytojai (slaugytojai, akušeriai), pagalbiniai darbuotojai (slaugytojų padėjėjai, odontologų asistentai, burnos higienistai), fizioterapeutai (kineziterapeutai, ergoterapeutai), kiti (farmacininkai, visuomenės sveikatos specialistai, dietistai). Nagrinėjant įvairių specialybių gydytojų vidinę darną, respondentai buvo suskirstyti į tris grupes atsižvelgiant į jų darbo pobūdį – vaikų, suaugusiųjų ir šeimos gydytojai.

Subjektyvi sveikata vertinta pagal 5 balų Likerto skalę (galimi atsakymo variantai: „labai gera“, „gera“, „vidutinė“, „bloga“ ir „labai bloga“). Analizuojant duomenis atsakymai „labai gera“ ir „gera“ sujungti į vieną grupę „gera“, o atsakymai „bloga“ ir „labai bloga“ – į grupę „bloga“. Respondentų buvo prašoma palyginti savo sveikatą su savo bendraamžiais (sveikata „geresnė“, „tokia pat“ ar „blogesnė“ nei bendraamžių). Vidinės darnos lygiui nustatyti panaudotas validuotas specialus klausimynas pagal A. Antonovsky. Anketos (SOC-13) atsakymai vertinti pagal 7 balų Likerto skalę, kai atsakymas 7 rodo stipriausią vidinę darną, išskyrus 5 klausimus, kur stipriausią vidinę darną atitinka atsakymo variantas 1 [21]. Vidinė darna apskaičiuota atitinkamai sumuojant visų 13 klausimų atsakymų variantus, bendra klausimyno atsakymų suma yra nuo 13 iki 91. Kuo didesnė suma, tuo stipresnė vidinė darną. Kadangi A. Antonovsky nepateikė vidinės darnos skirstymo ribų, todėl ji buvo suskirstyta į penkias grupes: „labai silpna“ (13–28 balai), „silpna“ (29–44 balai), „vidutinė“ (45–60 balų), „stipri“ (61–76 balai) ir „labai stipri“ (77–91 balas). Toks skirstymas buvo objektyvesnis ir tikslesnis nei tiesiog skirstymas į dvi grupes pagal medianą į „silpnesnę“ ir „stipresnę“ vidinę darną. Atskirai apskaičiuoti ir vidinės darnos komponentai: prasmingumas (4 klausimai), suvokimas (5 klausimai) ir valdymas (4 klausimai). Bendra vidinė darną apskaičiuota sumuojant visų 13 klausimų atsakymus. Taip pat įvertinti ir sveikatos priežiūros darbuotojų gyvenimo ypatumai – rūkymas, fizinis aktyvumas, miego trukmė. Be demografinių duomenų (lytis, amžius, gyvenamoji vieta), tiriamieji buvo suskirstyti į socialines grupes pagal profesiją / specializaciją, darbuotojų skaičių, šeiminių padėčių, pajamas ir religingumą.

Duomenų analizei taikyti aprašomosios statistikos metodai. Patikrinti normalumui naudotas

Kolmogorovo ir Smirnov normalumo testas, pagal kurį skaičiuotas požymių vidurkis arba mediana. Nustatant statistinį reikšmingumą nepriklausomoms imtims taikyti tokie testai: dviem imtims – Stjudento t testas, kelioms nepriklausomoms imtims – paprasta dispersinė ANOVA analizė arba Kruskalo ir Voliso (*Kruskal-Wallis*) H testas. Ryšių stiprumui tarp imčių nustatyti naudoti Pirsono (*Pearson*) ir Spirmeno (*Spearman*) koreliacijos testai. Pasirinkta α klaidos rizika 0,05. Rezultatai vertinti kaip statistiškai reikšmingi, kai $p < 0,05$. Surinkti duomenys apdoroti *MS Office Excel* bei statistine *R Commander* programomis.

Tyrimas turi tam tikrų ribotumų – dėl ribotų išteklių taikytos patogiosios atrankos tyrimo rezultatai nėra reprezentatyvūs visai Lietuvos sveikatos priežiūros darbuotojų bendruomenei. Tyrimo autorių sudaryta anketa apriboja palyginamosios analizės galimybes.

REZULTATAI

Tyrimo dalyvavo 425 sveikatos priežiūros darbuotojai, iš kurių buvo 378 (88,9 proc.) moterys ir 47 (11,1 proc.) vyrai. Jauniausiam respondentui buvo 21 metai, o vyriausiam – 68 metai. Amžiaus vidurkis – 39,4 (SN \pm 12,61) metų. Tiriamųjų amžiaus mediana – 24,5 metų. 80,5 proc. apklausos dalyvių dirbo Vilniuje, likusieji 19,5 proc. – kitose Lietuvos vietose. 39 proc. apklaustų sveikatos priežiūros darbuotojų dirbo slaugytojais, 34 proc. – įvairių specialybių gydytojais, 27 proc. sudarė kiti sveikatos priežiūros darbuotojai (akušeriai, odontologai, kineziterapeutai, ergoterapeutai, visuomenės sveikatos specialistai, dietistai, farmacininkai, burnos higienistai, slaugytojų padėjėjai).

51,1 proc. tiriamųjų buvo susituokę ir turėjo vaikų, 7,5 proc. – susituokę, bet neturintys vaikų, 16,2 proc. apklausos dalyvių anketoje nurodė, kad yra vieniši, 9,9 proc. respondentų gyveno su partneriu, 8 proc. – turėjo vaikiną ar merginą, bet negyveno kartu, 5 proc. – išsiskyre, o likę 2,1 proc. – našliai ar vieniši, bet turintys vaikų. Pagal pajamas, tenkančias vienam asmeniui šeimoje, šiek tiek daugiau nei pusė (beveik 54 proc.) nurodė, kad gauna 200–600 eurų, beveik trečdalis – 601–1 000 eurų. Ir tik 8 proc. gauna aukštas pajamas – 1 000 eurų ir daugiau arba žemas – mažiau nei 200 eurų. Detalios tiriamųjų socialinės ir demografinės charakteristikos pateiktos 1 lentelėje.

Didžioji dalis respondentų (63,8 proc., N = 271) nurodė dirbantys vienoje, 29,4 proc. (N = 125) – dviejose, o 6,8 proc. (N = 29) – trijose ar daugiau darbuotojų. 82,76 proc. visų tyrimo dalyvių, kurie

1 lentelė. Vidinės darnos lygių palyginimas su įvairiais veiksniais

Veiksniai	Vidinė darna	Respondentų skaičius	Labai silpna	Silpna	Vidutinė	Stipri	Labai stipri	Vidurkis (SN*)	P reikšmė
Lytis									
Moterys		378 (88,94)	2 (0,53)	12 (3,17)	156 (41,27)	177 (46,83)	31 (8,20)	61,93 (±10,48)	0,961
Vyrai		47 (11,06)	0 (0)	4 (8,51)	15 (31,92)	24 (51,06)	4 (8,51)	62,47 (±11,49)	
Amžius									
Iki 35 metų		176 (41,41)	1 (0,57)	10 (5,68)	71 (40,34)	82 (46,50)	12 (6,82)	61,00 (±10,97)	0,503
36–52 metai		166 (39,06)	0 (0)	5 (3,01)	66 (39,76)	81 (48,80)	14 (8,43)	62,56 (±10,39)	
Nuo 53 metų ir daugiau		83 (19,53)	1 (1,21)	1 (1,21)	34 (40,96)	38 (45,78)	9 (10,84)	62,25 (±10,09)	
Profesija									
Gdytojas		155 (36,47)	1 (0,64)	6 (3,87)	55 (35,48)	80 (51,62)	13 (8,39)	62,59 (±10,57)	0,671
Slaugytojas		172 (40,47)	1 (0,59)	3 (1,74)	78 (45,35)	73 (42,44)	17 (9,88)	62,09 (±10,28)	
Pagalbinis darbuotojas		42 (9,88)	0 (0)	4 (9,52)	18 (42,86)	18 (42,86)	2 (4,76)	58,40 (±11,39)	
Fizioterapeutas		24 (5,65)	0 (0)	1 (4,17)	9 (37,50)	13 (54,16)	1 (4,17)	62,42 (±11,05)	
Kiti		32 (7,53)	0 (0)	2 (6,25)	11 (34,38)	17 (53,12)	2 (6,25)	63,00 (±10,64)	
Šeiminė padėtis									
Vienišas (-a)		69 (16,24)	0 (0)	4 (5,80)	35 (50,70)	28 (40,79)	2 (2,89)	60,04 (±9,92)	0,095
Susituokęs (-usi), turi vaikų		217 (51,06)	2 (0,92)	6 (2,77)	84 (38,71)	107 (49,31)	18 (8,29)	62,62 (±10,50)	
Susituokęs (-usi), neturi vaikų		32 (7,53)	0 (0)	0 (0)	12 (37,50)	18 (56,25)	2 (6,25)	62,84 (±8,86)	
Gyvena su partneriu		42 (9,88)	0 (0)	1 (2,37)	17 (40,48)	17 (40,48)	7 (16,67)	64,02 (±10,48)	
Turi vaikiną / merginą, bet negyvena kartu		34 (8,00)	0 (0)	4 (11,77)	11 (32,35)	17 (50,00)	2 (5,88)	58,44 (±12,31)	
Išsiskyręs (-usi)		22 (5,18)	0 (0)	0 (0)	7 (31,82)	13 (59,09)	2 (9,09)	64,41 (±10,20)	
Našlys (-ė)		7 (1,65)	0 (0)	0 (0)	4 (57,14)	1 (14,29)	2 (28,57)	60,29 (±13,77)	
Vienišas, turi vaikų		2 (0,47)	0 (0)	1 (50,00)	1 (50,00)	0 (0)	0 (0)	44,50 (±6,36)	
Miestas									
Miestas		384 (90,35)	2 (0,52)	15 (3,91)	159 (41,41)	178 (46,35)	30 (7,81)	61,72 (±10,58)	0,101
Regionas		41 (9,65)	0 (0,0)	1 (2,44)	12 (29,27)	23 (56,10)	5 (12,19)	64,54 (±10,47)	
Darboviečių skaičius									
Viena		271 (63,76)	1 (0,37)	7 (2,58)	111 (40,96)	129 (47,60)	23 (8,49)	62,31 (±10,22)	0,69
Dvi		125 (29,41)	1 (0,80)	6 (4,80)	51 (40,80)	59 (47,20)	8 (6,40)	62,31 (±10,22)	
Trys arba daugiau		29 (6,82)	0 (0)	3 (10,35)	9 (31,03)	13 (44,83)	4 (13,79)	62,31 (±10,22)	
Pajamos									
Iki 200 eurų		30 (7,13)	0 (0)	0 (0)	15 (50,00)	10 (33,33)	5 (16,67)	63,33 (±11,73)	0,284
201–400 eurų		103 (24,47)	1 (0,97)	3 (2,91)	46 (44,66)	45 (43,69)	8 (7,77)	60,60 (±10,57)	
401–600 eurų		122 (28,98)	1 (0,82)	3 (2,46)	45 (36,88)	67 (54,92)	6 (4,92)	62,70 (±9,57)	
601–800 eurų		81 (19,24)	0 (0)	8 (9,88)	33 (40,74)	33 (40,74)	7 (8,64)	60,24 (±12,03)	
801–1 000 eurų		51 (12,11)	0 (0)	1 (1,96)	21 (41,18)	25 (49,02)	4 (7,84)	62,09 (±9,81)	
1 001 euras ir daugiau		34 (8,08)	0 (0)	1 (2,94)	9 (26,47)	19 (55,88)	5 (14,71)	65,14 (±10,33)	
Rūkymas									
Ne		350 (82,35)	1 (0,28)	10 (2,86)	138 (39,43)	170 (48,57)	31 (8,86)	62,60 (±10,15)	0,028
Taip		75 (17,65)	1 (1,33)	6 (8,00)	33 (44,00)	31 (41,33)	4 (5,33)	59,13 (±12,09)	
Religingumas									
Taip		200 (47,06)	1 (0,50)	3 (1,50)	72 (36,00)	107 (53,50)	17 (8,50)	63,36 (±9,66)	0,042
Nelabai		137 (32,24)	1 (0,73)	7 (5,11)	60 (43,80)	58 (42,33)	11 (8,03)	61,24 (±10,92)	
Ne		88 (20,71)	0 (0)	6 (6,82)	39 (44,32)	36 (40,91)	7 (7,95)	60,05 (±11,72)	
Sveikatos vertinimas									
Labai gera		40 (9,41)	0 (0)	0 (0)	12 (30,00)	22 (55,00)	6 (15,00)	65,50 (±9,63)	0,001
Gera		230 (54,12)	0 (0)	8 (3,48)	83 (36,08)	119 (51,74)	20 (8,70)	63,44 (±10,00)	
Vidutinė		141 (33,18)	2 (1,42)	8 (5,67)	70 (49,64)	55 (39,01)	6 (4,26)	58,41 (±10,86)	
Bloga		11 (2,59)	0 (0)	0 (0)	5 (45,46)	4 (36,36)	2 (18,18)	63,73 (±11,49)	
Labai bloga		3 (0,71)	0 (0)	0 (0)	1 (33,33)	1 (33,33)	1 (33,33)	66,00 (±12,12)	
Sveikatos palyginimas tarp bendraamžių									
Geresnė		92 (21,65)	0 (0)	2 (2,17)	38 (41,30)	43 (46,74)	9 (9,79)	62,35 (±10,05)	0,006
Tokia pati		299 (70,35)	1 (0,33)	9 (3,01)	116 (38,80)	149 (49,83)	24 (8,03)	62,69 (±10,23)	
Blogesnė		34 (8,00)	1 (2,94)	5 (14,71)	17 (50,00)	9 (26,47)	2 (5,88)	54,88 (±12,60)	

*Standartinis nuokrypis.

nurodė dirbantys trijose ar daugiau darbo vietų, buvo gydytojai ar gydytojai rezidentai, o likusių sveikatos priežiūros darbuotojų dalį sudarė kineziterapeutų, farmacininkų, slaugytojų ir slaugytojų padėjėjų atstovai.

Vidinės darnos komponentų (prasmingumo, suvokimo ir valdymo) palyginimas tarp skirtingų sveikatos priežiūros darbuotojų profesijų pateiktas 2 lentelėje. Gautas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp trečio vidinės darnos komponento – valdymo ir profesijų ($p = 0,005$), o tarp kitų vidinės darnos komponentų statistinio reikšmingumo nenustatyta.

Susumavus prasmingumo komponento balų skaičių (min. 4 balai, maks. 28 balai) atskirose profesijų grupėse nustatyta, jog stipriausiu prasmingumu pasižymi fizioterapeutai (mediana 21,5), o žemiausiu – slaugytojai (mediana 20).

Antro komponento – suvokimo – mažiausia atsakymų balų suma yra 5, didžiausia – 35 balai. Aukščiausiu suvokimu pasižymi gydytojai (mediana 24), o žemiausiu – pagalbiniai darbuotojai (mediana 21).

Trečiasis komponentas – valdymas – vertintas tokia pačia balų suma, kaip ir prasmingumo komponentas. Farmacininkų ir visuomenės sveikatos specialistų (mediana 21) valdymo komponentas yra labiausiai išreikštas, o pagalbinių darbuotojų (mediana 16,5) valdymo komponentas silpniausiai išreikštas.

Daugelio sveikatos priežiūros darbuotojų (47,29 proc.) vidinė darna yra stipri. Vidinės darnos lygio skirtumas tarp tirtų gydytojų grupių pagal profesinės veiklos pobūdį yra statistiškai reikšmingas ($p = 0,022$). Suaugusiųjų gydytojai pasižymėjo stipriausia vidine darna ($64,5 \pm 7,28$), silpnėsne – vaikų gydytojai ($60,82 \pm 11,24$). Šeimos gydytojų vidinė darna yra silpniausia ($56,00 \pm 22,48$). Duomenys pateikti 3 lentelėje.

1 lentelėje pateikiamas vidinės darnos lygis pagal socialinius ir demografinius kintamuosius. Nagrinėjant vieną iš socialinių veiksnių – religingumą, pastebėtas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p = 0,042$) tarp vidinės darnos ir žmonių, kurie mano esą religingi. Gauti rezultatai parodė, kad religingesni žmonės pasižymi stipresne vidine darna ($63,36 (\pm 9,66)$), palyginti su nereliginiais respondентаis ($60,05 (\pm 11,72)$). Daugiau negu pusės respondentų, atsakiusių, kad yra religingi, vidinė darna buvo stipri (53,5 proc.) arba labai stipri (8,5 proc.). Nereliginiai ar laikantys save mažiau religingais sveikatos priežiūros darbuotojai pasižymėjo silpnėsne vidine darna. Tiriant vieną iš gyvensenos ypatumų – rūkymą, nustatytos statistiškai reikšmingos ($p = 0,028$)

šąsajos tarp rūkančių ir nerūkančių asmenų. Pastebėta, kad nerūkančių žmonių vidinė darna yra stipri ($62,60 (\pm 10,15)$), o rūkančių asmenų – vidutinė ($59,13 (\pm 12,09)$). Rūkymo dažnis vidinės darnos lygiui įtakos neturi. Tarp vidinės darnos ir subjektyvaus sveikatos vertinimo nustatytas statistinis reikšmingumas ($p = 0,001$). Asmenų, savo sveikatą įvertinusių kaip „gerą“, vidinė darna yra stipri ($63,74 (\pm 9,95)$), o pasirinkusių atsakymą „vidutinė“ – atitinkamai vidutinė ($58,41 (\pm 10,86)$). 63,4 proc. visų tirtų sveikatos priežiūros darbuotojų savo sveikatą vertino „gerai“ arba „labai gerai“. Tiriant sveikatos palyginimą tarp bendraamžių sveikatos priežiūros darbuotojų ir vidinės darnos nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p = 0,006$) – daugelis sveikatos priežiūros darbuotojų (391 (92 proc.)), lygindami savo sveikatą su bendraamžių sveikata, nurodė, kad ji geresnė ar tokia pat. Gauti rezultatai rodo, kad tų asmenų, kurie įvertino sveikatą kaip tokią pat, vidinė darna šiek tiek stipresnė ($62,69 (\pm 10,23)$).

Vidinė darna tarp lyčių skyrėsi statistiškai nereikšmingai ($p = 0,961$): daugelio moterų (M) ir vyrų (V) stipri (M – 46,83 proc., V – 51,06 proc.) ar vidutinė (M – 41,27 proc., V – 31,92 proc.) vidinė darna. Tarp amžiaus bei profesijos ir vidinės darnos statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta ($p = 0,503$ ir $p = 0,671$). Tiriant šeiminių padėčių statistinio reikšmingumo tarp grupių nepastebėta ($p = 0,095$), tačiau nustatyta, kad stipriausia vidine darna pasižymi

2 lentelė. Vidinės darnos komponentų ir bendros jų sumos pasiskirstymas pagal skirtingas respondentų profesijas

Vidinės darnos komponentas	Prasmingumas	Suvokimas	Valdymas	SOC-13
Profesija				
Gydytojas	21 (9; 28)	24 (5; 34)	19 (4; 28)	62,59 ($\pm 10,57$)
Slaugytojas	20 (9; 28)	23 (10; 34)	18 (4; 28)	62,09 ($\pm 10,28$)
Pagalbinis darbuotojas	21 (11; 28)	21 (5; 30)	16,5 (6; 28)	58,40 ($\pm 11,39$)
Fizioterapeutas	21,5 (13; 26)	23 (13; 32)	20 (11; 25)	62,42 ($\pm 11,05$)
Kiti	21 (9; 26)	22,5 (14; 31)	21 (12; 26)	63,00 ($\pm 10,64$)
p reikšmė	0,934	0,06	0,005	0,32

3 lentelė. Gydytojų vidinės darnos pasiskirstymas pagal profesinį pobūdį

Gydytojai	Vidurkis	Standartinis nuokrypis	Respondentų skaičius	p reikšmė
Suaugusiųjų	64,54	$\pm 7,28$	74 (51,39 proc.)	0,022
Vaikų	60,82	$\pm 11,24$	61 (42,36 proc.)	
Šeimos	56,00	$\pm 22,48$	9 (6,25 proc.)	

išsiskyre (vidurkis 64,41 ($\pm 10,20$)) ar gyvenantys su partneriu (vidurkis 64,02 ($\pm 10,48$)) žmonės, o vienišų ir turinčių vaikų (vidurkis 44,50 ($\pm 6,36$)) bei turinčių vaikina ar mergina, bet negyvenančių kartu (vidurkis 58,44 ($\pm 12,31$)) apklausos dalyvių vidinė darna silpniausia. Vidinė darna nesiskyrė skirtingose respondentų grupėse pagal tai, ar miestuose, ar regionuose jie dirbo ($p = 0,118$) bei keliose darbovietėse jie dirbo ($p = 0,690$). Aukščiausias pajamas gaunančių respondentų vidinė darna yra stipriausia (65,14 $\pm 10,33$), tačiau statistškai reikšmingo skirtumo tarp pajamų, tenkančių vienam asmeniui šeimoje, ir vidinės darnos lygio nenustatyta ($p = 0,284$). Rastos statistškai reikšmingos sąsajos pavaizduotos 4 lentelėje. Stipriausias ryšys nustatytas tarp vidinės darnos ir subjektyvaus sveikatos vertinimo.

Tyrimė vertintas ryšys tarp subjektyvaus sveikatos vertinimo ir socialinių demografinių veiksnių, gautos koreliacijos pateiktos 5 lentelėje. Nustatyta statistškai reikšmingų skirtumų tarp subjektyvaus sveikatos vertinimo ir lyties, amžiaus, pajamų, fizinio aktyvumo, rūkymo ir profesijos. Silpnas statistškai reikšmingas ryšys fiksuotas tarp subjektyvaus sveikatos vertinimo (SSV) ir sportavimo ($R = 0,288$), rūkymo ($R = 0,226$) ir pajamų ($R = 0,214$), labai silpnas ryšys – tarp SSV ir lyties ($R = 0,1098$). Atvirkštinis silpnas statistškai reikšmingas ryšys nustatytas tarp SSV ir amžiaus ($R = -0,294$). Tarp religingumo ir SSV statistinio reikšmingumo nenustatyta, bet pastebėtas labai silpnas ryšys ($R = -0,0587$).

4 lentelė. Vidinės darnos ir socialinių veiksnių sąsajos

Veiksniai	Vidinė darna	R	p
Rūkymas		0,125	0,001
Religingumas		0,127	0,001
Sveikatos vertinimas		0,214	<0,05
Sveikatos palyginimas		0,116	0,016

5 lentelė. Subjektyvaus sveikatos vertinimo bei socialinių ir demografinių veiksnių sąsajos

Veiksniai	R	p
Amžius	-0,294	<0,05
Lytis	0,110	0,024
Pajamos	0,214	<0,05
Profesija	-0,140	0,004
Sportas	0,288	<0,05
Rūkymas	0,226	<0,05

Tyrimė silpnas ryšys nustatytas tarp miego trukmės ir SSV ($R = -0,076$). SSV ir miego ryšys pateiktas 6 lentelėje. Blogiau savo sveikatą vertino mažiau nei 6 val. miegantys sveikatos priežiūros darbuotojai (1,18 proc.). 49,3 proc. respondentų, miegančių mažiau nei 6 valandas, vertino savo sveikatą kaip gerą. 64,7 proc. tiriamųjų, miegančių 6–7 val., savo sveikatą vertino kaip gerą. Geriausiai savo sveikatą vertino 7–8 val. miegantys respondentai (18,58 proc.).

Tiriant SSV pagal profesijas, didžioji dauguma respondentų savo sveikatą vertino kaip gerą – 63,54 proc., 33,15 proc. – vidutinę, 3,31 proc. – blogą. Geriausiai savo sveikatą vertino gydytojai (76,77 proc. jų vertino savo sveikatą kaip gerą) prasčiausiai – slaugytojai (atitinkamai 52,33 proc.) (7 lentelė).

Savo sveikatą geriau vertino jaunesnio amžiaus, gaunantys aukštas pajamas (daugiau nei 1 000 eurų vienam šeimos nariui prie mėnesį), fiziškai aktyvūs respondentai, vyrai. Blogiau savo sveikatą vertino išsiskyre, našliai, vieniši asmenys, taip pat auginantys vaikus, rūkantys, miegantys mažiau nei 6 valandas ir religingi respondentai.

REZULTATŲ APITARIMAS

Salutogenezės teorijos taikymas sveikatos priežiūros įstaigose siejamas ne tik su pacientų, bet ir su sveikatos priežiūros darbuotojų sveikatos stiprinimo galimybėmis. Sveikatos priežiūros įstaigose vidinė darną, kaip svarbiausią salutogenezės elementą,

6 lentelė. Subjektyvus sveikatos vertinimas skirtingose respondentų grupėse pagal miego trukmę

Subjektyvus sveikatos vertinimas	Miego trukmė			
	Mažiau nei 6 val.	6–7 val.	7–8 val.	8 val. ir daugiau
Bloga	5 (1,18)	6 (1,41)	1 (0,24)	2 (0,47)
Vidutinė	33 (7,76)	9 (13,88)	29 (6,82)	20 (4,71)
Gera	37 (8,71)	119 (28)	9 (18,58)	35 (8,24)

7 lentelė. Subjektyvus sveikatos vertinimas skirtingose respondentų profesinėse grupėse

Profesinė grupė	Subjektyvus sveikatos vertinimas			Respondentų skaičius
	Bloga	Vidutinė	Gera	
Gydytojai	4 (2,58)	32 (20,65)	119 (76,77)	155 (36,47)
Slaugytojai	9 (5,23)	73 (42,44)	90 (52,33)	172 (40,47)
Pagalbiniai darbuotojai	0 (0)	15 (35,71)	27 (64,29)	42 (9,88)
Fizioterapeutai	0 (0)	9 (37,5)	15 (62,5)	24 (5,65)
Kiti	1 (3,13)	12 (37,5)	19 (59,37)	32 (7,53)

lemia nuoseklumas, subalansuotas darbo krūvis ir dalyvavimas priimant socialine prasme vertingus sprendimus. „Salutogeninės“ (sveikatai palankios) sveikatos priežiūros įstaigos formavimuisi svarbios minėtos prielaidos, lemiančios ir tose įstaigose dirbančių sveikatos priežiūros specialistų vidinę darną bei geresnę savo vaidmens suvokimą, didesnę veiklos prasmingumą ir veiksmingesnę valdymą [3].

Sveikatos priežiūros darbuotojams, savo darbo aplinkoje susiduriantiems su stresu, reikalingi nuolatiniai atsparumo ištekliai [39]. Mūsų atliktame tyrime daugelio (47,3 proc.) sveikatos priežiūros darbuotojų vidinė darna stipri, o bendros Lietuvos gyventojų populiacijos (60,1 proc.) vidinė darna yra silpna [40]. Pastebėta, jog žmonės, kurių silpna vidinė darna, dažniau serga depresija, nejaučia pasitenkinimo dėl atliekamo darbo ar jiems pasireiškia įvairių profesinio perdegimo požymių [18, 41, 42]. Dažniausiai profesinis perdegimas pasireiškia skirtingų specialybių slaugytojams ir gydytojams, ypač dirbantiems priėmimo ir skubiosios pagalbos, reanimacijos skyriuose, operacinėse, dėl patiriamą didelio streso, darbo ekstremaliomis situacijomis, staigių pacientų mirčių [30, 32, 43, 44]. Visi šie veiksniai ilgainiui lemia ir vidinės darnos lygį. Mūsų tyrimo duomenimis, silpniausia vidinė darna pasižymėjo pagalbinais darbuotojais – slaugytojų padėjėjais ir odontologų asistentais. Daugelis jų šio tyrimo metu buvo medicinos ar odontologijos specialybių studentai, kurie dirbdami dar ir studijuoja. Lietuvoje 73,6 proc. odontologų asistentų nurodo žemą ar labai žemą pasitenkinimą darbu [45]. Tikėtina, jog padėjėjai neretai lieka neįvertinti, laikomi žemiausia hierarchijos grandimi, jiems mokamas mažas darbo užmokestis, nors keliami aukšti reikalavimai [46]. Slaugytojai ir jų padėjėjai dažnai darbe patiria ir fizinį smurtą, kadangi tenka susidurti su agresyviais, neadekvačiais pacientais [42, 47].

Tyrime farmacininkų ir visuomenės sveikatos specialistų buvo stipri vidinė darna. Tai galėjo lemti jų ramesnis, palyginti su kitomis tirtomis profesinėmis grupėmis, profesinės veiklos pobūdis. Be to, jų valdymo komponentas yra labiausiai išreikštas. Žemiausiu valdymo komponentu pasižymėjo pagalbinais darbuotojais, turintys mažiausiai savarankiškumo darbe ir priklausomi nuo aukštesnės kategorijos darbuotojų nurodymų. Jų suvokimo komponentas taip pat silpniausiai išreikštas. Stipriausiai, nors ir nedideliu, prasmingumu pasižymėjo fizioterapeutai. Dauguma ergoterapeutų pacientų yra senyvo amžiaus ar neįgalūs asmenys [48]. Kineziterapeutai ir ergoterapeutai darbe retai susiduria su nenumatytais situacijomis

bei jaučia pacientų dėkingumą, kai padeda jiems tapti savarankiškiems. Pagal stipriausią suvokimą išsiskyrė gydytojai, kurių atliekamas darbas reikalauja analitinio mąstymo. Lyginant atskirų gydytojų grupių (suaugusiųjų, vaikų ir šeimos) vidinę darną, nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp jų. Suaugusiųjų gydytojų buvo stipriausia vidinė darna ($64,5 \pm 7,28$). Vaikų gydytojų vidinė darna buvo silpnesnė ($60,82 \pm 11,24$), kadangi darbe jiems tenka susidurti ne tik su vaikais, bet ir su jų tėvais, keliančiais aukštus reikalavimus gydytojui. Šeimos gydytojų vidinė darna yra silpniausia ($56,00 \pm 22,48$). Lietuvoje šeimos gydytojams tenka labai didelis darbo krūvis – 50 proc. tirtų gydytojų per savo darbo pamainą priima nuo 30 iki 40 pacientų (pamainos trukmės vidurkis 5,6 val.). 62,1 proc. gydytojų nurodė, jog dažnai lieka darbe ir pasibaigus nustatytoms pacientų priėmimo valandoms, o 72,4 proc. – medicininius dokumentus pildo namuose [49–50].

Vidinės darnos lygį lemia ir gyvensena. Fiziškai aktyvūs asmenys pasižymi aukštesne vidine darna, jie rečiau rūko ar vartoja alkoholinius gėrimus [24]. Sveiką gyvenseną propaguojantys žmonės savo sveikatą vertina geriau, jų vidinės darnos lygis aukštesnis. Mūsų tyrimo rezultatai patvirtina, jog religingų, nerūkančių, savo sveikatą geriau vertinančių tyrimo dalyvių buvo stipresnė vidinė darna. Stipriausias koreliacijos koeficientas nustatytas tarp vidinės darnos ir subjektyvaus sveikatos vertinimo ($R = 0,180$). Religingų žmonių ypač išreikštas prasmingumo komponentas, o bendra vidinė darna yra stipri, palyginti su save nereligingais laikančiais respondentais. Graikijoje atlikto tyrimo duomenimis, vienuolių ir kunigų vidinė darna buvo stipri ir labai stipri [20]. Dvasingumas siejamas su sveikatai palankiu elgesiu [9]. Atlikto tyrimo duomenimis, respondentų tėvystė / motinystė turi įtakos stipresnei vidinei darnai. Išsiskyrę ir vieniši asmenys pasižymėjo žemesne vidine darna [51].

Vidinė darna siejama su subjektyviu sveikatos vertinimu. Mūsų tyrime 63,5 proc. sveikatos priežiūros darbuotojų savo sveikatą vertino kaip gerą ar labai gerą. Lietuvoje tik 43 proc., o Europos Sąjungos šalyse net 67 proc. gyventojų savo sveikatą vertina kaip gerą ir labai gerą [52]. Mūsų atliktame tyrime apskaičiuotas silpnas teigiamas statistiškai reikšmingas ryšys tarp subjektyvaus sveikatos vertinimo ir lyties, amžiaus, rūkymo, fizinio aktyvumo, pajamų ir profesijų. Stipriausias koreliacijos koeficientas nustatytas tarp subjektyvaus sveikatos vertinimo ir fizinio aktyvumo ($R = 0,288$). Silpniausias ryšys pastebėtas tarp subjektyvaus sveikatos vertinimo ir lyties

($R = 0,1098$). Sportuojantys ar laisvalaikį aktyviai leidžiantys vyrai savo subjektyvią sveikatą vertino geriau [53, 54]. Rūkančių asmenų prastesnis sveikatos vertinimas [54]. Tarp amžiaus ir subjektyvios sveikatos nustatytas atvirkštinis, silpnas statistiškai reikšmingas ryšys ($R = -0,294$). Su amžiumi didėja lėtinių ligų paplitimas, prastėja bendra sveikata ir jos vertinimas, tad vyresni žmonės savo sveikatą vertina blogiau [55].

Tyrime dalyvavusių sveikatos priežiūros darbuotojų vidinė darna yra stipri. Stipri vidinė darna yra apsauginis veiksnys nuo perdegimo sindromo, didina darbuotojų gebėjimą susidoroti su stresu darbe, mažina psichikos sutrikimų išsivystymo riziką. Stipri vidinė darna taip pat yra aukštesnės pacientų saugumo kultūros prielaida, mažinanti žalos pacientui sukėlimo riziką, atsirandančią sveikatos priežiūros paslaugų teikimo procese [32].

IŠVADOS

1. Daugelio sveikatos priežiūros darbuotojų vidinė darna yra stipri (47,29 proc.) arba vidutinė (40,24 proc.).
2. Tarp gydytojų suaugusiųjų gydytojų vidinė darna buvo stipriausia, vaikų gydytojų – silpnesnė, šeimos gydytojų – silpniausia.
3. Stipresnės vidinės darnos yra tie sveikatos priežiūros darbuotojai, kurie savo sveikatą vertino kaip gerą, ir tie, kurie laikė save religingais žmonėmis.
4. Savo sveikatą geriau vertino jaunesnio amžiaus, fiziškai aktyvūs, aukštas pajamas gaunantys sveikatos priežiūros darbuotojai vyrai. Rūkantys, išsiskyrę, našliai, vieniši, auginantys vaikus, mažiau nei 6 valandas miegantys tyrimo dalyviai savo sveikatą vertino prasčiau.

Straipsnis gautas 2018-10-11, priimtas 2018-11-30

Literatūra

1. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2017 m. Higienos institutas. Prieiga per internetą: <<http://www.hi.lt/lt/lietuvos-gyventoju-sveikata-ir-sveikatos-prieziuros-istaigu-veikla-2013-m.html>> [žiūrėta 2018-05-25].
2. Lietuvos Respublikos odontologų rūmai. Prieiga per internetą: <<https://info.odontologurumai.lt/>> [žiūrėta 2018-09-04].
3. Pelikan JM. Application of Salutogenesis in Health care settings. In: M. B. Mittelmark et al. (eds.). The Handbook of Salutogenesis. 2017;261-264.
4. Bauer GF, Vogt K, Inauen A, Jenny GJ. Work-SoC-Entwicklung und Validierung einer Skala zur Erfassung des arbeitsbezogenen Kohärenzgefühls. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie. 2015;23(1):20-30.
5. Javtokas Z. Sveikatos stiprinimo konspektas. Vilnius, 2009. Prieiga per internetą: <http://smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Kvalifikacijos_tobulinimas/Lektura/Z.Javtokas.%20Sveikatos%20stiprinimo%20konspektas.pdf> [žiūrėta 2018-02-07].
6. Stukas R, Šurkienė G, Žagminas K, Alekna V, Melvidaitė A. Pagyvenusių žmonių vidinė darna. Gerontologija. 2013;14(3):131-140.
7. Falk K, Swedberg K, Gaston-Johansson E, Ekman I. Fatigue is a prevalent and severe symptom associated with uncertainty and sense of coherence in patients with chronic heart failure. Eur J Cardiovasc Nurs J Work Group Cardiovasc Nurs Eur Soc Cardiol. 2007;6(2):99-104.
8. Karpavičienė V, Kalibatiene D, Gaigalaitė V. Prieširdžių virpėjimu sergančių pacientų vidinė darna. Medicinos teorija ir praktika. 2015;21(4.3):841-847.
9. Anuškevičienė S. Palankaus sveikatai elgesio sąsaja su dvasingumu ir vidine darna suaugusiame amžiuje. Magistro baigiamasis darbas. Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas. 2013;34-44.
10. Drageset J, Nygaard HA, Eide GE, Bondevik M, Nortvedt MW, Natvig GK. Sense of coherence as a resource in relation to health-related quality of life among mentally intact nursing home residents – a questionnaire study. Health Qual Life Outcomes. 2008;6:85.
11. Butėnienė D, Kalibatiene D. Onkologinių pacientų gyvenimo kokybės ir vidinės darnos sąsajos esant paliatyviai priežiūrai. Medicinos teorija ir praktika. 2012;18(4.1):452-460.
12. Stankūnas M, Kalėdienė R, Sauliūnė S. Vidinė darna ir jos sąsajos su psichosocialine sveikata (Kauno bedarbių tyrimo duomenys). Medicina. 2009;45(10):807-13.
13. Eriksson M, Lindstrom B, Lilja J. A sense of coherence and health. Salutogenesis in a societal context: A land, a special case? J Epidemiol Community Health. 2007;61:684-688. DOI: 10.1136/jech.2006.047498.
14. Bąk-Sosnowska M, Skrzypulec-Plinta V. Health behaviors, health definitions, sense of coherence, and general practitioners' attitudes towards obesity and diagnosing obesity in patients. Arch Med Sci AMS. 2017;13(2):433-40.
15. Miilunpalo S, Vuori I, Oja P, Pasanen M, Urponen H. Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. J Clin Epidemiol. 1997;50(5):517-28.
16. Jenny GJ, Bauer GF, Vinje HF, Vogt K, Torp S. The Application of Salutogenesis to Work. The Handbook of Salutogenesis. 2007;197-210.
17. Čižauskas R. Ortopedinėmis ligomis sergančių vaikų vidinės darnos bei psichologinių sunkumų kaita ir tėvų vidinė darna. Magistro baigiamasis darbas. Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas. 2010;60.
18. Kikuchi Y, Nakaya M, Ikeda M, Okuzumi S, Takeda M, Nishi M. Relationship between depressive state, job stress, and sense of coherence among female nurses. Indian J Occup Environ Med. 2014;18(1):32-5.
19. Cederlund RI, Ramel E, Rosberg HE, Dahlin LB. Outcome and clinical changes in patients 3, 6, 12 months after a severe or major hand injury – can sense of coherence be an indicator for rehabilitation focus? BMC Musculoskelet Disord. 2010;11:286.
20. Merakou K, Kyklou E, Antoniadou E, Theodoridis D, Doufexis E, Barbouni A. Health-related quality of life of a very special population: monks of Holy Mountain Athos, Greece. Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil. 2017;26(11):3169-3175.
21. Antonovsky A. Unraveling The Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1987.
22. Kucavičiūtė A. Lietuvos edukologijos universitetas. Religingų ir nereligingų suaugusiųjų nuostatos dėl savižudybių ir vidinė darna. Ugdymo psichologija. Mokslo darbai. 2013;24:46-55.
23. Wainwright NWJ, Surtees PG, Welch AA, Luben RN, Khaw KT, Bingham SA. Healthy lifestyle choices: could sense of coherence aid health promotion? J Epidemiol Community Health. 2007;61(10):871-6.

24. Wainwright NWJ, Surtees PG, Welch AA, Luben RN, Khaw KT, Bingham SA. Sense of coherence, lifestyle choices and mortality. *J Epidemiol Community Health*. 2008;62(9):829-31.
25. Monma T, Takeda F, Okura T. Physical activities impact sense of coherence among community-dwelling older adults. *Geriatr Gerontol Int*. 2017;17(11):2208-2215.
26. Hyphantis T, Gouliou P, Zerdes I, Solomou S, Andreoulakis E, Carvalho AF, et al. Sense of Coherence and Defense Style Predict Sleep Difficulties in Early Non-metastatic Colorectal Cancer. *Dig Dis Sci*. 2016;61(1):273-82.
27. Rotenstein LS, Torre M, Ramos M, Rosales RC, Guille C, Sen S, Mata DA. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA*. 2018 Sep 18;320(11):1131-1150. DOI: 10.1001/jama.2018.12777.
28. Wurm W, Vogel K, Holl A, Ebner C, Bayer D, Mörkl S, Szilagyi IS, Hotter E, Kapfhammer HP, Hofmann P. Depression-Burnout Overlap in Physicians. *PLoS One*. 2016 Mar 1;11(3):e0149913.
29. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians. A systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2015 Dec 8;314(22):2373-83. DOI: 10.1001/jama.2015.15845.
30. Basińska MA, Andruszkiewicz A, Grabowska M. Nurses' sense of coherence and their work related patterns of behaviour. *Int J Occup Med Environ Health*. 2011;24(3):256-66.
31. Feldt T. The role of sense of coherence in well-being at work: Analysis of main and moderator effects. *Work Stress*. 2007;11(2):134-47.
32. Vifladt A, Simonsen BO, Lydersen S, Farup PG. The association between patient safety culture and burnout and sense of coherence: A cross-sectional study in restructured and not restructured intensive care units. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2016;36:26-34. DOI: 10.1016/j.iccn.2016.03.004.
33. Kawamura Y, Takayashiki A, Ito M, Maeno T, Seo E, Maeno T. Stress Factors Associated With Burnout Among Attending Physicians: A Cross-Sectional Study. *J Clin Med Res*. 2018 Mar;10(3):226-232. DOI: 10.14740/jocmr3299w.
34. Medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio pilotinės „Dienos fotografijos“ analizė. Galutinė ataskaita. Kaunas, 2011. Prieiga per internetą: <http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/ESFproduktai/2011_medicinos_personalo_skaiciaus_poreikio_ir_darbo_kruvio_pilotines_dienos_fotografijos_analize.pdf> [žiūrėta 2018-04-06].
35. Van Greuningen M, Batenburg RS, Van der Velden LF. Ten years of health workforce planning in the Netherlands: a tentative evaluation of GP planning as an example. *Hum Resour Health*. 2012;10:21.
36. Gnerre P, Montemurro D, Rossi AP, Troise C, Palermo C, Amati D, et al. Lack of application of the European Work Time Directive: effects on workload, work satisfaction and burnout among Italian physicians. *Ital J Med*. 2017;11(2):159-63.
37. Klimanskaitė I. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų pagrindinių žmoniškųjų išteklių būklės įvertinimas. Magistro baigiamasis darbas. Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. 2013;3-64.
38. Richardson CG, Ratne PA. Sense of coherence as a moderator of the effects of stressful life events on health. *J Epidemiol Community Health*. 2005;59:979-984. DOI: 10.1136/jech.2005.036756.
39. Mayer CH, Krause C. Promoting mental health and salutogenesis in transcultural organizational and work contexts. *Int Rev Psychiatry*. 2011;23(6):495-500.
40. Javtokas Z. Sense of coherence and awakening: evidence from the population survey in Lithuania, MHP. 2005;19-16.
41. Hasfeldt D, Maingal HT, Toft P, Lauridsen JT, Birkelund R. Influence of Patients' "Sense of Coherence" on Main Postoperative Variables in the Postanesthesia Care Unit: A Cross-Sectional Study. *AANA J*. 2015;83(6):417-23.
42. Trojan A, Nickel S, Werner S. Mitarbeiter(innen)orientierung und -gesundheit im Krankenhaus. *Gesundheitswesen*. 2002;64(4):207-13.
43. Alexandrova-Karamanova A, Todorova I, Montgomery A, Panagopoulou E, Costa P, Baban A, et al. Burnout and health behaviors in health professionals from seven European countries. *Int Arch Occup Environ Health*. 2016;89(7):1059-75.
44. Ando M, Kawano M. Relationships Among Moral Distress, Sense of Coherence, and Job Satisfaction. *Nurs Ethics*. 2018;25(5):571-579.
45. Tamulienė R, Mačiulienė D, Žukauskaitė V. Gydytojų odontologų padėjėjų pasitenkinimas darbu ir jį lemiantys veiksniai. *Sveikatos mokslai*. 2017;26(6):231-6.
46. Bacha AM, Grassiotto OR, Gonçalves SP, Higa R, Fonseca-Carvasan GA, Machado HC, et al. Job satisfaction of nursing staff in a university hospital. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(6):1130-8.
47. Graydon J, Kasta W, Khan P. Verbal and physical abuse of nurses. *Can J Nurs Adm*. 1994;7(4):70-89.
48. Eklund M, Hallberg IR. Factors influencing job satisfaction among Swedish occupational therapists in psychiatric care. *Scand J Caring Sci*. 2000;14(3):162-71.
49. Taljūnaitė M, Pocius A, Labanauskas L, Lipnevič A. Gydytojų integracija ir karjeros projektavimas kintančiomis Lietuvos darbo rinkos sąlygomis: mokslo studija. 2012. Prieiga per internetą: <http://lsc.lt/download/Gydytoju_integracija_visas.pdf> [žiūrėta 2018-05-23].
50. Ramanauskienė I. Šeimos gydytojo darbe patiriamas stresas ir jo valdymas. Magistro baigiamasis darbas. Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. 2010;47.
51. Woodside JR, Miller MN, Floyd MR, McGowen KR, Pfortmiller DT. Observations on burnout in family medicine and psychiatry residents. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry*. 2008;32(1):13-9.
52. State of Health in the EU Lithuania: Country Health Profile. 2017;6. Prieiga per internetą: <https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_lt_english.pdf> [žiūrėta 2018-07-07].
53. Bergier J, Bergier B, Tsos A. Variations in physical activity of male and female students from the Ukraine in health-promoting life style. *Ann Agric Environ Med AAEM*. 2017;24(2):217-21.
54. Ufholz KE, Harlow LL. Modeling multiple health behaviors and general health. *Prev Med*. 2017;105:127-134.
55. Global Health and Aging. WHO. 2011;9. Prieiga per internetą: <http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf> [žiūrėta 2018-06-29].

Sense of coherence and subjective health of health care workers

Marija Jakubauskienė, Rita Perminaitė, Justė Petkevičiūtė

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

Summary

The aim of the study is to assess the Sense of Coherence, self-perceived health and lifestyle determinants of health care workers and compare them in different social and professional groups of health care workers.

Material and methods. In order to assess the Sense of Coherence of health care workers anonymous self-administered survey was conducted in 2017. Study was carried out in 8 cities of Lithuania. 425 health care workers from different professional groups participated in the survey including physicians, residents, nurses, assistants of nurses, midwives, pharmacists, dentists, assistants of dentists, physiotherapists, public health specialists. Study was performed using complexed anonymous self-administered questionnaire, which contained A. Antonovsky's Sense of Coherence Scale (SoC-13) and items on life-style, self-perceived health, socio-demographic variables developed by the authors.

Results. Age range of health care workers (HCW) was 21-68, median – 24,5 years. Most of HCW had strong (47,29 %) or average (40,24 %) SoC. The strongest SoC was among pharmacists and public health specialists, the weakest – among supporting staff. Adult physicians among all HCW had the strongest SoC, paediatricians – slightly weaker, and the weakest SoC was among family physicians. 63,5 % of respondents indicated self-perceived

health as good/very good. 17,7 % of study participants smoked, 55,5 % were physically active, 17,7 % slept less than 6 hours. Statistically significant correlation was found between SoC and self-perceived health as well as religiousness ($p < 0,05$).

Conclusions. Most of study participants HCW had strong or average SoC. Stronger SoC was observed among HCW who identified themselves as religious and those with better self-perceived health. Smokers had weaker SoC and worse subjective health than non-smokers. Subjective health was worse among those HCW in the study who were physically inactive, slept less than 6 hours/day, not considered themselves as religious, with lower income, also who were divorced, single and had children.

Keywords: Sense of Coherence, self-perceived health, health care workers.

Correspondence to Marija Jakubauskienė
Vilnius University, Faculty of Medicine, Institute of Health Sciences, Department of Public Health
M. K. Čiurlionio str. 21, LT-03101 Vilnius, Lithuania
E-mail: marija.jakubauskiene@mf.vu.lt,

Received 11 October 2018,
accepted 30 November 2018