

Lietuvos Respublikos  
sveikatos apsaugos ministerijos

**HIGIENOS INSTITUTAS**



Lithuanian Republic  
Ministry of Health

**INSTITUTE OF HYGIENE**

---

# VISUOMENĖS SVEIKATA

## Public Health

---

2014/1(64)

## Redaktorių taryba

### Tarybos pirmininkas:

dr. Remigijus Jankauskas, Higienos institutas;

### nariai:

dr. **Jonas Bunikis**, Europos Komisijos Mokslinių tyrimų generalinis direktoratas;

prof. **Göran Bondjers**, Nordic School of Public Health, Švedija;

doc. dr. **Saulius Čaplinskas**, Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras; Mykolo Romerio universitetas;

prof. habil. dr. **Rūta Dubakienė**, Vilniaus universitetas;

doc. dr. **Aldona Gaižauskienė**, Mykolo Romerio universitetas;

prof. dr. **Boguslavas Gruževskis**, Lietuvos socialinių tyrimų centro Darbo ir socialinių tyrimų institutas;

doc. dr. **Eugenijus Gefenas**, Vilniaus universitetas;

prof. habil. dr. **Vilius Grabauskas**, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas;

prof. **Nikolaj Izmerov**, Research Institute of Occupational Health, Rusija;

prof. habil. dr. **Jonas Jankauskas**, Vilniaus universitetas;

prof. dr. **Danguolė Jankauskienė**, Mykolo Romerio universitetas;

prof. dr. **Arnoldas Jurgutis**, Klaipėdos universitetas;

prof. habil. dr. **Algirdas Juozulynas**, Valstybinis mokslinių tyrimų institutas Inovatyvios medicinos centras;

prof. habil. dr. **Ramunė Kalėdienė**, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas;

prof. habil. dr. **Algimantas Kirkutis**, Klaipėdos universitetas;

associate prof. **Eda Marisalu**, University of Tartu, Estija;

prof. habil. dr. **Irena Misevičienė**, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas;

prof. habil. dr. **Žilvinas Padaiga**, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas;

prof. habil. dr. **Alvydas Povilonis**, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas;

prof. dr. **Dainius Pūras**, Vilniaus universitetas;

associate prof. **Johan Struvve**, Swedish Institute for Infectious Disease Control, Švedija;

prof. dr. **Rimantas Stukas**, Vilniaus universitetas;

prof. dr. **Janina Tutkuvienė**, Vilniaus universitetas;

prof. **Harri Vainio**, Finnish Institute of Occupational Health, Suomija;

associate prof. **Anita Villerusa**, Riga Stradins University, Latvija.

## Redaktorių kolegija

### Kolegijos pirmininkas:

dr. **Vytautas Jurkuvėnas**, Higienos institutas;

### atsakingoji redaktorė:

dr. **Virginija Kanapeckienė**, Higienos institutas;

### nariai:

doc. dr. **Arūnas Germanavičius**, Vilniaus universitetas;

dr. **Romualdas Gurevičius**, Higienos institutas;

doc. dr. **Vida Juškelienė**, Lietuvos edukologijos universitetas;

dr. **Birutė Pajarskienė**, Higienos institutas;

dr. **Rūta Petrauskaitė-Everatt**, Vilniaus universiteto Onkologijos institutas;

prof. dr. **Genovaitė Šurkienė**, Vilniaus universitetas;

dr. **Rolanda Valintėlienė**, Higienos institutas;

prof. dr. **Kęstutis Žagminas**, Vilniaus universitetas.

# TURINYS

---

## REDAKCIJOS SKILTIS

Ar galime geriau planuoti sveikatos priežiūros ateitį? .....	5
--	---

---

## LITERATŪROS APŽVALGA

Gerovės samprata sveikatos moksluose ir psichologijoje: tyrimai, problemos ir galimybės .....	9
<i>Justina Kaliatkaitė, Laima Bulotaitė</i>	

---

## ORIGINALŪS STRAIPSNIAI

Realizuoti potencialūs gyvenimo metai dėl išvengiamo mirtingumo ir jų dinamika Lietuvoje 1967–2011 m. pagal lytį, gyvenamąją vietovę ir amžių .....	25
<i>Romualdas Gurevičius, Sandra Mekšriūnaitė</i>	
Lietuvos įmonių darbuotojų saugos ir sveikatos tarnybų žmogiškieji išteklių ir vykdoma profesinės sveikatos priežiūros veikla .....	33
<i>Georgijus Kirilovas, Remigijus Jankauskas, Raimonda Eičnaitė-Lingienė, Danguolė Gorobecienė</i>	
Lietuvos ir kitų Baltijos jūros regiono šalių profesinės sveikatos priežiūros teisinis reglamentavimas ir profesinės sveikatos paslaugų teikimo modeliai .....	40
<i>Jolita Kartunavičiūtė, Remigijus Jankauskas, Raimonda Eičnaitė-Lingienė, Toma Matevičiūtė</i>	
Lietuvos ir kitų Baltijos jūros regiono šalių profesinės sveikatos priežiūros tarnybų finansavimo pobūdis, žmogiškieji išteklių ir profesinės sveikatos specialistų vykdomos funkcijos .....	48
<i>Jolita Kartunavičiūtė, Remigijus Jankauskas, Raimonda Eičnaitė-Lingienė, Toma Matevičiūtė</i>	
Visuomenės sveikatos specialistų pasiskirstymas darbo rinkoje .....	58
<i>Virginija Kanapeckienė, Vytenė Jankauskienė</i>	
Sveikatos administratorių, visuomenės sveikatos specialistų ir mokslininkų požiūris į visuomenės sveikatos technologijų vertinimą Lietuvoje .....	67
<i>Raimonda Janonienė, Vaida Aguonytė, Vytautas Jurkuvėnas</i>	
Darbingo amžiaus vilniečių rūkymo įpročiai ir požiūris į juos .....	77
<i>Daina Juršytė, Dovilė Jakubavičiūtė, Romualdas Gurevičius</i>	
Restruktūrizuojamose Lietuvos ligoninėse dirbančių slaugytojų sveikatai žalinga elgsena: paplitimas ir rizikos veiksniai .....	87
<i>Justina Kaliatkaitė, Birutė Pajarskienė</i>	
Savo kūno vertinimo reikšmė paauglių pasitenkinimui gyvenimu ir jų mitybos įpročiams: šešių šalių duomenys .....	99
<i>Jolanta Laukaitienė, Reda Mocevičienė, Apolinaras Zaborskis</i>	
Ikimokyklinio amžiaus vaikų sužalojimų namuose paplitimas .....	108
<i>Justina Račaitė, Genė Šurkienė, Aida Laukaitienė</i>	
Ypač mažo psichinio atsparumo 5–10 klasių mokinių, gyvenančių penkiuose didžiausiuose Lietuvos miestuose, demografinių rodiklių, šeimos charakteristikų ir mokymosi rodiklių ypatumai .....	114
<i>Aušra Griciūtė</i>	

---

## VISUOMENĖS SVEIKATOS PRAKTIKAI

Visuomenės sveikatos plėtros strateginių krypčių nustatymas .....	123
Visuomenės sveikatos specialistų ir slaugos darbuotojų kvalifikacijos tobulinimas .....	125
Informacija straipsnių autoriams .....	128

# CONTENTS

---

## EDITORIAL

Can we do better at planning the public health? .....	8
---	---

---

## REVIEW

The conception of wellness and well-being in health sciences and psychology: research, issues and possibilities .....	24
<i>Justina Kaliatkaitė, Laima Bulotaitė</i>	

---

## ORIGINAL ARTICLES

Realization of potential life years due to avoidable mortality and their trends in Lithuania in 1967–2011 by gender and place of residence .....	32
<i>Romualdas Gurevičius, Sandra Mekšriūnaitė</i>	
Review of occupational health care activities provided by osh services in Lithuanian enterprises .....	39
<i>Georgijus Kirilovas, Remigijus Jankauskas, Raimonda Eičnaitė-Lingienė, Danguolė Gorobecienė</i>	
Legislation and models for occupational health services provision in Lithuania and the other Baltic Sea Network countries .....	47
<i>Jolita Kartunavičiūtė, Remigijus Jankauskas, Raimonda Eičnaitė-Lingienė, Toma Matevičiūtė</i>	
Occupational health services funding, occupational health professionals and their functions in Lithuania and the other Baltic Sea Network countries .....	57
<i>Jolita Kartunavičiūtė, Remigijus Jankauskas, Raimonda Eičnaitė-Lingienė, Toma Matevičiūtė</i>	
Distribution of Public health specialist in labour market .....	66
<i>Virginija Kanapeckienė, Vytenė Jankauskienė</i>	
Public health technology assessment in Lithuania from the point of view of the health administrators, public health specialists and researchers .....	76
<i>Raimonda Janonienė, Vaida Aguonytė, Vytautas Jurkuvėnas</i>	
Smoking behaviour between Vilnius working age population and attitude to it .....	86
<i>Daina Juršytė<sup>1</sup>, Dovilė Jakubavičiūtė<sup>1</sup>, Romualdas Gurevičius</i>	
Health risk behavior of nurses working in Lithuania's hospitals under restructuring: prevalence and risk factors .....	98
<i>Justina Kaliatkaitė<sup>1, 2</sup>, Birutė Pajarskienė</i>	
Impact of self-rated body assessment on life satisfaction and nutrition habits among adolescents: comparison of six countries .....	107
<i>Jolanta Laukaitienė, Reda Mocevičienė, Apolinaras Zaborskis</i>	
Prevalence of Home Injuries Among Pre-school Children .....	113
<i>Justina Račaitė<sup>1</sup>, Genė Šurkienė<sup>1</sup>, Aida Laukaitienė</i>	
Peculiarities of demographic and family characteristics and learning indicators of extremely low resistance 5-10 grades students from five largest cities in Lithuania .....	122
<i>Aušra Griciūtė</i>	

---

## FOR PUBLIC HEALTH PRACTICE

Strategic directions setting for public health development .....	123
Postgraduate training of public health specialists and nurses .....	125
Information to authors .....	129

*Geras planas kaip žemėlapis – jis rodo galutinį  
tikslą ir paprastai geriausių kelių jį pasiekti.  
H. Stanley Judd*

## AR GALIME GERIAU PLANUOTI SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ATEITĮ?

Šalies gyventojų sveikata nėra gera. Daugelis Lietuvos gyventojų sveikatos rodiklių, ypač vyrų, yra vieni blogiausių Europos Sąjungoje. Aukšti jauno amžiaus asmenų mirtingumo, žemi gimstamumo rodikliai kartu su didele darbingiausio amžiaus specialistų emigracija lemia ne tik mažėjantį darbingo amžiaus gyventojų skaičių, aukštos kvalifikacijos darbo jėgos trūkumą, o kartu ir įplaukas į biudžetą, bet ir didina sveikatos apsaugai reikalingų išteklių apimtį, susijusias su vyresnio amžiaus grupių lyginamojo svorio, o kartu ir sergamumo bei ligotumo visuomenėje didėjimu<sup>1</sup>.

Geresnės Lietuvos gyventojų sveikatos siekio įgyvendinimas – ypatinga užduotis, kuriai realizuoti reikia organizuoti visuomenę priimant informuotus sprendimus ir juos įgyvendinant, kad ir ribotais ištekliais būtų pasiektas geriausias įmanomas sveikatos lygis. Žinant, kad sveikata labiausiai susijusi su socialiniais, ekonominiais, fizinės aplinkos veiksniais ir asmeninėmis įgimtomis bei įgytomis elgesio savybėmis ir kad medicininės (gydymo) priemonės sveikatą lemia tik apie 10 proc., ypatinga reikšmė tenka planavimui. Kalbama apie planavimą itin jautrioje srityje, kur neišvengiami pasirinkimai tarp gyvybės ir mirties, ligos ir sveikatos, nors tai ir ne visuomet akivaizdu. Kita vertus, didžiausią susirūpinimą keliančių visuomenės sveikatos problemų sprendimas ir šalies gyventojų sveikatos gerinimo tikslų įgyvendinimas yra būtina prielaida siekiant pagerinti Lietuvos žmonių gyvenimo kokybę, didinti užimtumo lygį, stiprinti šalies konkurencingumą ir produktyvumą<sup>2</sup>.

Šalies ir atskirų jos sektorių perspektyvinio planavimo taisyklės, priimtose 2002 m., nustato planavimo sistemą, planavimo dokumentų rengimo ir tvirtinimo tvarką, taip pat strateginio veiklos plano vertinimo

kriterijų sudarymą, strateginių veiklos planų įgyvendinimo rezultatų stebėseną, programų vertinimą ir atsiskaitymą už rezultatus. Šis dokumentas nurodo, kad planavimas turi būti vykdomas nuosekliai pradedant ilgalaikio bendro valstybės siekio suformulavimu ir baigiant metinių veiklos planų parengimu<sup>3</sup>.

Dar nesant strateginio planavimo metodikos 1991 m. Lietuvos Respublikos Aukščiausioji Taryba-Atkuriamasis Seimas patvirtino Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją (toliau – Koncepcija), tapusią pagrindiniu dokumentu, nusakančiu išivaizduojamą Lietuvos sveikatos sistemos ateitį, įvardijančiu prioritetais Lietuvos žmonių sveikatos tausojimą, stiprinimą ir ligų profilaktiką, pirminės sveikatos priežiūros plėtrą, sveikatos priežiūros specialistų rengimo pertvarką, brangios specializuotos pagalbos koncentravimą<sup>4</sup>. Koncepciją įgyvendinantis dokumentas, Lietuvos sveikatos programa 1998–2010 m., buvo priimta Lietuvos Respublikos Seime<sup>5</sup>.

Įgyvendinus pirmąją nepriklausomybę atkūrusios Lietuvos sveikatos programą susidaręs trumpalaikis vakuumas buvo užpildytas 2011 m. Lietuvos Respublikos Seimui patvirtinus Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenis (toliau – Metmenys), kuriuose „...išdėstytos pagrindinės Lietuvos sveikatos sistemos plėtros kryptys ir numatyta jų įgyvendinimo strategija“<sup>6</sup>. Metmenys nustato nuoseklią ir kryptingą sveikatos sistemos plėtrą sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, sergamumo ir mirtingumo mažinimo, sveikatos priežiūros vadybos ir finansavimo tobulinimo, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, kokybės ir saugos gerinimo kryptimis, o kiekvienoje iš krypčių turi būti siekiama: a) sukurti efektyvią

<sup>1</sup> Lietuva. Visuomenės sveikatos netolygumai Europoje. <http://www.hi.lt/images/Leidinyai.Netolygumai.pdf>

<sup>2</sup> Dėl Lietuvos pažangos strategijos „Lietuva 2030“ patvirtinimo. Žin., 2012, Nr. 61-3050.

<sup>3</sup> Dėl Strateginio planavimo metodikos patvirtinimo. Žin., 2002, Nr. 57-2312; 2010, Nr. 102-5279.

<sup>4</sup> Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo (Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos 1991 m. spalio 30 d. nutarimas Nr. I-1939).

<sup>5</sup> Lietuvos sveikatos programa. Žin., 1998, Nr. 64-1842.

<sup>6</sup> Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo. Žin., 2011, Nr. 73-3498.

sveikatos priežiūros organizavimo sistemą, b) ugdyti gyventojų atsakomybę už savo sveikatą, c) tobulinti sveikatos sektoriaus reglamentavimo principus ir metodus. Metmenis, atsižvelgiant į jų priėmimo lygmenį, paskirtį ir trukmę, galima laikyti sveikatos sektoriaus plėtros ilgalaikio planavimo dokumentu.

Rengdamasis naujam Europos Sąjungos struktūrinės paramos finansavimo periodui 2012 m. Lietuvos Respublikos Seimas patvirtino ilgalaikę Lietuvos pažangos strategiją „Lietuva 2030“, sutardamas dėl ilgalaikės šalies vizijos, kuriant modernią, veržlią, pasauliui atvirą ir savo nacionalinį tapatumą puoselėjančią šalį, kurioje gera gyventi ir dirbti<sup>7</sup>. Strategijai įgyvendinti parengta ir Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimu įteisinta 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programa, kurioje nurodytos prioritetinės veiklos kryptys, tikslai ir uždaviniai, įvardyti prioritetų koordinatoriai, stebėsenos rodikliai ir kt.<sup>8</sup>

Tarp aštuonių sumanios visuomenės kūrimo prioritetų yra ir horizontalus prioritetas „Sveikata visiems“, laikant sveikatą ne tik didžiausiu turtu, bet ir būtina Lietuvos valstybės saugumo ir klestėjimo bei atviros, teisingos ir darnios pilietinės visuomenės kūrimo prielaida. Šiame priorite te įvardijami bendras ir specifiniai tikslai, jų įgyvendinimo uždaviniai, nustatomos strateginės uždavinių įgyvendinimo kryptys, kuriomis veikiant bus gerinama visuomenės sveikata, siekiama įveikti visuomenės sveikatos netolygumus. Siekiant sudaryti vienodas galimybes stiprinti individų, šeimų, bendruomenių sveikatą ir gerovę, užkirsti kelią ligoms, reikia skatinti įvairių socialinių grupių sveikatos ugdymą, stiprinimą ir išsaugojimą, sveikatą žalojančių veiksnių prevenciją ir ligų profilaktiką, kurti sveikatai palankią fizinę ir socialinę aplinką bei sveikatai stiprinti reikalingą infrastruktūrą, užtikrinti tvarią, prieinamą ir kokybišką sveikatos priežiūrą. Prie sveikatos pagerėjimo neabejotinai turėtų prisidėti ir kitų prioritetų tikslų ir uždavinių įgyvendinimas (vertikalūs prioritetai: „Visuomenės ugdymas, mokslas ir kultūra“, „Veikli ir solidari visuomenė“, „Ekonominiam augimui palanki aplinka“, „Į aukštą pridėtinę vertę orientuota integrali ekonomika“, „Visuomenės poreikius atitinkantis ir pažangus viešasis valdymas“, horizontalūs prioritetai: „Kultūra“, „Regioninė plėtra“).

2013 m. pabaigoje Lietuvos Respublikos Seimui buvo pateiktas svarstyti Lietuvos sveikatos

2014–2023 metų programos projektas (toliau – LSP projektas), kaip numatyta Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 46 straipsnyje<sup>9</sup>. Dabartinės LSP projekto redakcijos pirmame punkte rašoma, kad šis dokumentas „nustato sveikatinimo veiklos tikslus ir uždavinius, siekiamus sveikatos lygio rodiklius, kurie būtini siekiant įgyvendinti Valstybės pažangos strategijos „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“, patvirtintos Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gegužės 15 d. nutarimu Nr. XI-2015 (Žin., 2012, Nr. 61-3050), 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos <...>, patvirtintos Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012 m. lapkričio 28 d. nutarimu Nr. 1482 (Žin., 2012, Nr. 144-7430), nuostatas bei Nacionalinės reformų darbotvarkės „Lietuva: 2013 Nacionalinė reformų darbotvarkė“, kuriai pritarta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2011 m. balandžio 27 d. nutarimu Nr. 491 (Žin., 2011, Nr. 54-2596), nustatytus nacionalinius tikslus“<sup>10</sup>. Tokia LSP paskirtis reiškia, kad Lietuvos Respublikos Seime bus tvirtinama anksčiau Vyriausybės nutarimais patvirtintų programų įgyvendinimo programa, kuri dėl dviejų priežasčių laikytina „viršesne“ už įgyvendinamas: pirma, ji „... nustato sveikatinimo veiklos tikslus ir uždavinius, siekiamus sveikatos lygio rodiklius, kurie būtini siekiant įgyvendinti <...> 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos <...> nuostatas...“, nors priorite te „Sveikata visiems“ įvardijami ir bendras, ir specifiniai tikslai, taip pat jų įgyvendinimo uždaviniai ir rodikliai; antra, LSP liks galioti ir po to, kai įgyvendinamos programos pasibaigs.

Kuo iš tikrųjų skiriasi LSP projektas ir Nacionalinės pažangos programos prioritetas „Sveikata visiems“? Pirmiausia tenka konstatuoti, kad abiejuose dokumentuose įvardyti bendrieji tikslai tiek savo esme (LSP projekte planuojama „...pasiekti, kad <...> gyventojai būtų sveikesni ir gyventų ilgiau, pagerėtų gyventojų sveikata...“, o NPP priorite te „Sveikata visiems“ – tiesiog „siekti geros žmonių sveikatos“), tiek laukiamaisi pokyčiais (atitinkamai „pasiekti bendrosios vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės 76 metų amžiaus ribą“ ir „...prailginti gyvenimą 2 metais...“) yra labai panašūs.

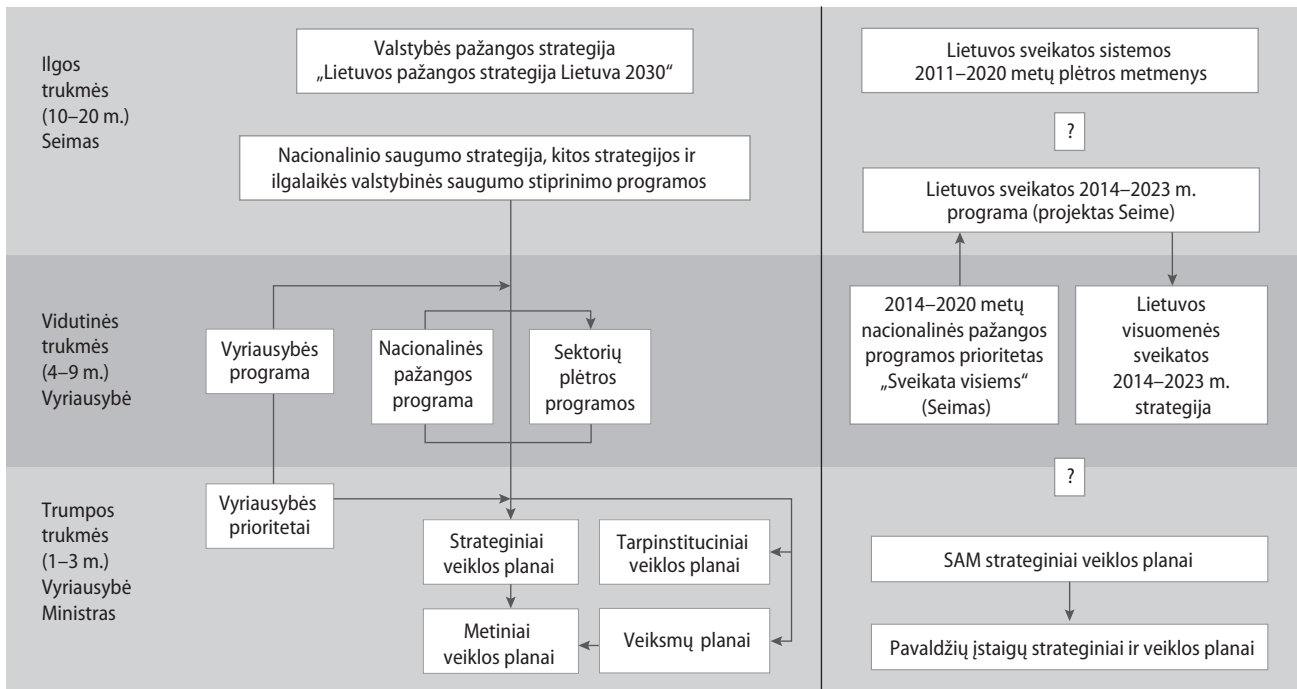
LSP projekte ir NPP priorite te „Sveikata visiems“ yra skirtingas specifinių tikslų skaičius (atitinkamai

<sup>7</sup> Dėl Lietuvos pažangos strategijos „Lietuva 2030“ patvirtinimo. Žin., 2012, Nr. 61-3050.

<sup>8</sup> Dėl 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos patvirtinimo. Žin., 2012, Nr. 144-7430.

<sup>9</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas (Žin., 1994, Nr. 63-1231; 1998, Nr. 112-3099).

<sup>10</sup> Lietuvos sveikatos 2014–2021 metų programa (projektas). [http://www.lrs.lt/pls/proj/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=461005](http://www.lrs.lt/pls/proj/dokpaieska.showdoc_l?p_id=461005).

**1 pav.** Planavimo dokumentų schema (bendra ir sveikatos sektoriaus)\*

\*Adaptuota iš Strateginio planavimo metodikos 1 priedo (Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012 m. spalio 16 d. nutarimo Nr. 1257 redakcija)

4 ir 3), tačiau abiejuose dokumentuose yra siekis „Užtikrinti kokybiškesnę ir efektyvesnę sveikatos priežiūrą...“. NPP prioritete „Sveikata visiems“ šio tikslo įgyvendinimas siejamas su specialistų gebėjimų ir pacientų įgalinimo, viešųjų sveikatos paslaugų prieinamumo ir kokybės didinimu bei sveikatos priežiūros valdymo ir finansavimo tobulinimu, o LSP – su sveikatos sistemos tvarumo ir kokybės užtikrinimu plėtojant sveikatos technologijas ir infrastruktūrą bei gerinant paslaugų kokybę ir prieinamumą, taip pat gerinant motinos ir vaiko sveikatą, stiprinant lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir kontrolę bei užtikrinant sveikatos priežiūrą krizių ir ekstremalių situacijų atvejais.

Tolesnis šių dviejų dokumentų tikslų, uždavinių ir numatytų vertinimo rodiklių palyginimas pateikia ir daugiau jų panašumų ir skirtumų, kuriuos būtina pašalinti. Kai kuriais atvejais būtų naudinga prisiminti ir tebegaliojančias Metmenų nuostatas. Kuo aiškesnė bus LSP, tuo paprasčiau bus įvykdyti Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 10 straipsnio 2 punkto nuostatą „Lietuvos sveikatos programai įgyvendinti Vyriausybė tvirtina Lietuvos nacionalinę

visuomenės sveikatos priežiūros strategiją“<sup>11</sup>, kurios rengimo darbai jau pradėti.

Naujos LSP rengimas 2014–2020 m. vykdant ES struktūrinės paramos veiksmų programą verčia kritiškai įvertinti sveikatos srities planavimo organizavimą. Palyginus sveikatos sektoriaus strateginių planavimo dokumentų sandarą su Metodikos nuostatomis, ji atrodo gremėzdiška ir paini (1 pav.). Tokia situacija susidariusi dėl sveikatos sektoriaus įstatyminėje bazėje įtvirtintų su planavimu susijusių nuostatų, kurios nebuvo laiku pašalintos. Matyt, jau pribrendo poreikis padaryti šį procesą paprastesnį ir atviresnį, priartinant prie bendros valstybėje nustatytos strateginio planavimo schemos. Žinant, kiek trunka parengti ir įgyvendinti pakeitimus, susijusius su teisės aktais, geriau šiuos darbus pradėti anksčiau, kad naujo vidutinės trukmės planavimo ciklo darbai būtų atlikti kokybiškai ir neišsipildytų pranašiškas posakis: „Tinkamai nesiurošdamas ruošiesi nesėkmei“ (Benjamin Franklin).

**Dr. Vytautas Jurkuvėnas**  
**Higienos institutas**  
 El. p. vytautas.jurkuvenas@hi.lt

<sup>11</sup> Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas. Žin., 2002, Nr. 56-2225.

## Can we do better at planning future of the health care?

*Dr. Vytautas Jurkuvėnas*, Institute of Hygiene; e-mail: vytautas.jurkuvenas@hi.lt

Health of population in Lithuania is not good. Many of indicators are among the worst in European Union. It is an extreme challenge improving public health while facing significant emigration, experiencing social and economical difficulties and having limited resources available.

The Strategic planning methodology approved by the Government of Lithuania in 2002 defined a simple and straight forward planning system from the long term National Progress Strategy to the institutional annual plans. However it was not always followed when developing health sector related documents.

The first Health program of Lithuania (1998) based on the Health Concept developed and approved by the Supreme Council of Lithuania in 1991 has expired in 2010. Before a draft of the Health program of Lithuania 2014-2023 was developed, three important planning documents related to health sector were elaborated and adopted including „The outline of the health care system development in 2011-2020“

(Parliament, 2011), State progress strategy „Lithuania progress strategy „Lithuania 2030“ (Parliament, 2012) and „National Progress Program 2014-2020“ (NPP) with a horizontal priority „Health for all“ in it (Government, 2012).

Government of Lithuania has submitted a new Health program of Lithuania 2014-2023 (Program) for approval by Seimas at the end of 2013. There are some discrepancies between the Program and the NPP earlier approved by the Government. Program is empowered to define goals, objectives and criteria even though that differs from those already defined in the program under implementation. Moreover Health program of Lithuania 2014-2023 will last three year longer. These contradictions provoke a question on the position the Program in the Strategic planning system and its impact for the short-term planning. There is a need to critically revise health system related legal documents on the subject of correspondence with existing strategic planning documents.

# GEROVĖS SAMPRATA SVEIKATOS MOKSLUOSE IR PSICHOLOGIJOJE: TYRIMAI, PROBLEAMOS IR GALIMYBĖS

*Justina Kaliaitkaitė, Laima Bulotaitė*

Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto Bendrosios psichologijos katedra

## Santrauka

Straipsnyje nagrinėjamas gerovės reiškinys sveikatos mokslų ir psichologijos disciplinų lauke, siekiama aptarti žinomiausių gerovės modelių taikymo galimybes ir problemas bei apžvelgti Lietuvoje atliekamus gerovės tyrimus. Gerovės samprata sveikatos moksluose analizuojama pristatant gerovės paradigmos ištakas ir šiuolaikinius koncepcinius modelius. Psichologinės gerovės samprata pristatoma ir nagrinėjama aptariant hedoninį ir eudemoninį požiūrius bei jų tarpusavio santykį. Lietuvoje atlikti gerovės tyrimai apžvelgiami aptariant mokslininkų pasirinktą teorinę koncepciją ir tyrimo metodologiją. Pristatomi pagrindiniai Lietuvoje atliktų tyrimų rezultatai. Remiantis aptartų kritinių literatūros apžvalgų, empirinių tyrimų bei teorinių prielaidų analize, formuluojamos išvalgos apie šiuolaikinėje gerovės paradigmoje vyraujančias teorinių perspektyvų ir tyrimų metodologijos tendencijas.

**Reikšminiai žodžiai:** gerovė, subjektyvi gerovė, psichologinė gerovė.

## IVADAS

Gerovės ir psichologinės gerovės sąvokos labai plačiai vartojamos tiek tyrimuose, tiek įvairiuose dokumentuose, kai kalbama apie žmogaus gyvenimo kokybę, bendrą savijautą, fizinę bei psichikos sveikatą, pasitenkinimą gyvenimu ir atskiromis jo sritimis. Teorijų ir požiūrių į gerovę gausa neturėtų stebinti, nes gerovė nuo antikos laikų – didžiausia žmogaus ir visos visuomenės siekiamybė. Tačiau reikia pripažinti, kad gana ilgą laiką gerovės samprata buvo nagrinėjama daugiau filosofine prasme. Tiek sveikatos mokslų, tiek psichologijos tyrimų lauke buvo sutrikimai, ligos, problemos, krizės ir pan. Kitaip sakant, tai, ką galima objektyviai išmatuoti, stebėti ir tada gydyti, koreguoti. Subjektyvi savijauta, teigiami, pozityvūs gerovės aspektai buvo ignoruojami. Tik medicinoje įsivyravus naujai sveikatos sampratai, kuri akcentuoja gerovę, bei salutogeniniam požiūriui, pabrėžiančiam sveikatą ir jos veiksnius, gerovė vėl tapo plačių tyrimų objektu bei paskatino kurti naujus gerovės modelius sveikatos moksluose. Psichologijoje susidomėjimą gerovės fenomenu lėmė pozityviosios psichologijos idėjų plitimas, kviečiantis ieškoti ne problemų ar krizių priežasčių ir jų sprendimo būdų, o žmogaus

pasitenkinimo gyvenimu, laimingumo veiksnių. Tai gi tiek sveikatos mokslų atstovai, tiek psichologai vis daugiau tyrinėja gerovės reiškinį, ir reikia pripažinti, kad būtent šiuose moksluose yra sukurtos žymiausios gerovės koncepcijos. Didžioji dalis gerovės ir psichologinės gerovės modelių yra daugiadimensiniai, t. y. pripažįstama, kad ši konstrukta sudaro keletas dimensijų, apimančių svarbiausias žmogaus gyvenimo sritis. Tačiau nėra bendro sutarimo, kiek ir kokios dimensijos turėtų sudaryti gerovės konstrukta. Deja, vis dar diskutuojama ir dėl pačių sąvokų, kurios vartojamos gerovės reiškiniui apibūdinti. Šio straipsnio tikslas – aptarti žinomiausių gerovės modelių taikymo galimybes ir problemas bei apžvelgti Lietuvoje atliekamus gerovės tyrimus.

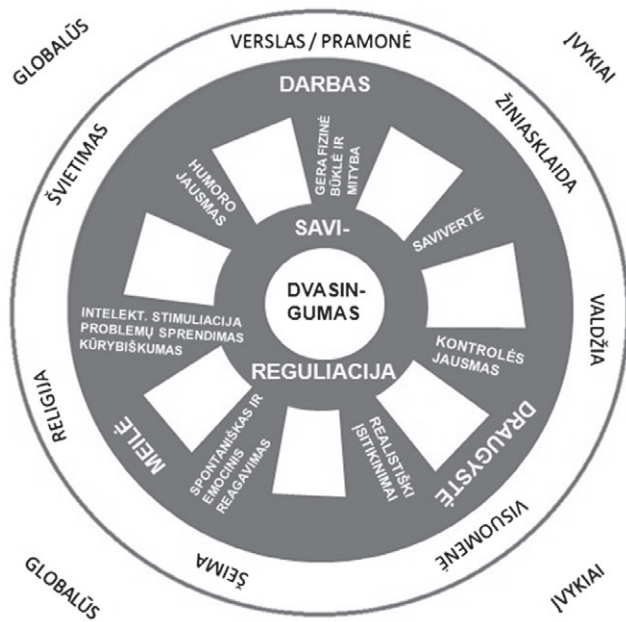
## GEROVĖS SAMPRATA SVEIKATOS MOKSLUOSE: IŠTAKOS IR PRITAIKYMAS

Gerovė pagrindine sveikatą apibūdinančia kategorija tapo tada, kai Pasaulio sveikatos organizacija (toliau – PSO) sveikatą apibrėžė kaip visiškos fizinės, psichinės ir socialinės gerovės būseną, o ne vien ligos ar negalios nebuvimą [1]. Sveikatos sampratai peržengus patogeninio požiūrio slenkstį bei įsitvirtinant salutogeninei orientacijai, susiformavo gerovės paradigmos poreikis. Tai lėmė didelį ir iki šiol neslopstantį mokslininkų ir praktikų susidomėjimą šiuo fenomenu. Pirmojo gerovės apibrėžimo autoriumi tituluojamas amerikietis H. L. Dunn (1959), kuris remdamasis PSO

**Adresas susirašinėti:** Justina Kaliaitkaitė  
Vilniaus universitetas  
Universiteto g. 9/1, 01513 Vilnius  
El. p. justina\_kaliatkaite@yahoo.com



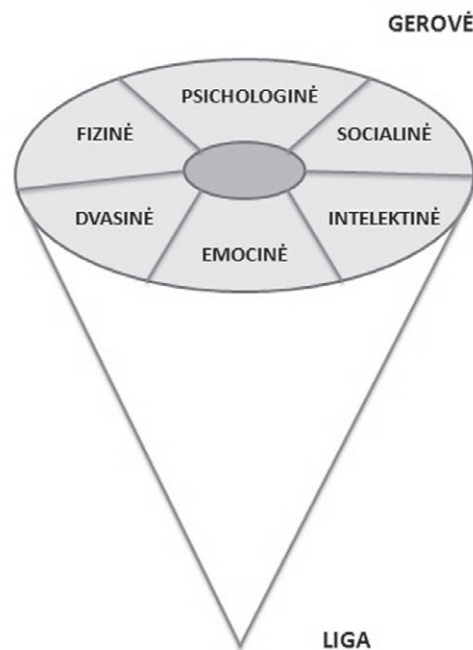
T. J. Sweeney (2004) empiriškai pagrįstas Nedalomojo Aš sveikatingumo modelis (angl. *The Indivisible Self*). Šiame modelyje išskiriamas aukščiausio lygio faktorius – Nedalomas Aš, kurį sudaro stipriai tarpusavyje koreliuojantys penki antrojo lygio komponentai: kūrybiškasis, kovojantysis, socialinis, esminis ir fizinis Aš [9]. Pagal šį patobulintą modelį sudarytas Penkių faktorių sveikatingumo klausimynas (angl. *5F-Well*) [10].



**2 pav.** Gerovės ir prevencijos ratas pagal J. M. Witmer ir T. J. Sweeney (1990; cit pgl. Witmer ir Sweeney, 1992, p. 142)

Instrumentų, kurie ne tik leistų išsamiai apibūdinti individo gerovę, bet ir padėtų įžvelgti gerovės sąsajas su individo sveikata bei numatyti sveikatos būklės pokyčius, paieška paskatino psichologą T. Adams su kolegomis (1997) pristatyti suvokiamos gerovės sampratą (3 pav.) bei jai vertinti skirtą metodiką. T. Adams, J. Bezner ir M. Steinhardt (1997) suvokiamą gerovę apibrėžia kaip daugiadimensij, salutogeninį konstrukta, konceptualizuojamą, įvertinamą ir interpretuojamą atsižvelgiant į integruotą sisteminių požiūrį, paremtą asmens pažintiniu savo gerovės vertinimu, t. y. gerovės suvokimu [11]. Autoriai pabrėžia, kad siekiant numatyti ligos pradžią ar eigą svarbu įvertinti ne tik standartinius rizikos veiksnius, tokius kaip fiziniai simptomai ar sveikatai žalinga elgsena, bet ir subjektyvia individo interpretacija paremtą jo gerovės vertinimą. Būtent subjektyvi gerovė gali suteikti daug vertingos informacijos apie sveikatos būklę, ypač tais atvejais, kai fizinių prasidėjusios ligos požymių dar neįmanoma apčiuopti. Kaip matome iš 3 pav. pateikto Suvokiamos gerovės modelio, visišką gerovę atspindi pusiausvyra

tarp šešių jos dimensijų – psichologinės, emocinės, socialinės, fizinės, dvasinės ir intelektualinės. Sutrikus šiai pusiausvyrai padidėja ligos rizika ir judama priešingo gerovei, t. y. ligos, poliaus link. Autoriai pabrėžia, kad tarp visiškos gerovės ir ligos polių esti nesuskaičiuojama galybė gerovės dimensijų tarpusavio santykio kombinacijų bei įvairių pusiausvyros tarp šių dimensijų formų. T. Adams su kolegomis (1997) sukūrė Suvokiamos gerovės klausimyną (angl. *Perceived Wellness Survey*), kuriuo galima nustatyti bendrą gerovės rodiklį arba įvertinti kiekvieną iš šešių modelio dimensijų atskirai [11]. Šis klausimynas leidžia nustatyti subjektyvų individo asmeninės gerovės vertinimą, kai dauguma kitų gerovei vertinti skirtų instrumentų matuoja klinikinius ligos simptomus arba vertina rizikos veiksnius, t. y. gerovės rodikliu laikomas ligos požymių ar išreikštų rizikų nebuvimas. T. Adams su kolegomis (1997) pasiūlytas klausimynas plačiai naudojamas klinikiniuose tyrimuose, siekiant įvertinti ligos riziką, prognozuoti sveikatą ir su ja susijusį elgesį bei pačią gerovę [12–16].



**3 pav.** Suvokiamos gerovės modelis pagal T. Adams ir kt. (1997, p. 210)

Apibendrinant galima teigti, kad sveikatos moksluose taikomi gerovės modeliai akcentuoja ne ligą ar jos nebuvimą, o pozityvų funkcionavimą, sąmoningą sveikatos stiprinimą bei judėjimą visiškos gerovės link. Šie modeliai pabrėžia gerovės reiškinių dinamiškumą – gerovė nėra statinė būseną, o jos stiprinimas – tai procesas, kuriame išryškėja paties individo atsakomybės siekti gerovės svarbiose gyvenimo srityse svarba.

Gerovės paradigmai įsitvirtinant sveikatos moksluose, pripažįstama, kad svarbu rūpintis ne tik fizine žmogaus sveikata, bet ir visapusiška jo gerove. Subjektyvus individo gerovės vertinimas tampa svarbiu informacijos šaltiniu apie jo sveikatos būklę, leidžiančiu numatyti ligos pradžią ar eigą. Būtent gerovės samprata padeda sveikatos moksluose įsitvirtinti naujam, šiuolaikiniam požiūriui į sveikatą bei kelia naujus iššūkius mūsų visuomenėje vyraujančiam požiūriui į sveikatą bei sveikatos priežiūros sistemai.

### PSICHOLOGINĖS GEROVĖS SAMPRATA

Psichologinėje literatūroje galima išskirti du požiūrius – *hedoninį* ir *eudemoninį*. Jų pagrindą konstruojama šiuolaikinė psichologinės gerovės samprata. Psichologijos moksle gerovei apibrėžti ir tirti adaptuotų hedonijos ir eudemonijos kategorijų ištakas galima įžvelgti antikos filosofų darbuose. Hedonizmo kategorijos ištakos siejamos su Aristipo Kirėniečio figūra: filosofas malonumą įvardijo kaip vienintelį gėrį, kuriam priskyrė fizinį, pozityvų bei momentinį malonumą, nepriklausomai nuo jo kilmės šaltinių [17]. Tad **hedoniniu požiūriu** psichologinė gerovė siejama su laimingumu bei apibrėžiama per malonių potyrių siekimą ir skausmo vengimą [18]. Vienas iškiliausių šio požiūrio į gerovę atstovų E. Diener prieš trisdešimt metų publikavo išsamią literatūros laimingumo tematika apžvalgą, kurioje aptarė subjektyvios gerovės įvertinimo galimybes, įtaką šiam konstruktui darančius veiksnius bei įvairias teorines prieigas [19]. *Subjektyvi gerovė* paprastai operacionalizuojama kaip trikomponentis konstruktas, apibūdinamas teigiamų ir neigiamų emocinių išgyvenimų patyrimu bei pasitenkinimo gyvenimu įvertinimu [20]. Aukšta subjektyvi gerovė būdinga individui, kurio teigiami emociniai išgyvenimai yra intensyvi, neigiami – silpni, o pasitenkinimas gyvenimu – didelis. Šis subjektyvios gerovės apibrėžimas neretai tyrimuose vartojamas kaip hedonistinę poziciją atspindintis laimingumo sąvokos sinonimas. Tokiu būdu asmeninės gerovės kėlimas tarsi prilygtų laimingumo jausmo stiprinimui [21].

**Eudemoniniu požiūriu** psichologinė gerovė apibrėžiama per prasmingumą ir savirealizaciją ir yra apibūdinama visybiško individo funkcionavimo laipsniu [18]. Šio požiūrio ištakos siejamos su Aristotelio darbuose pabrėžta individo potencialo atskleidimo ir realizavimo svarba [22, 23]. Viena ryškiausių šio požiūrio į gerovę atstovių galima laikyti C. D. Ryff, kuri kaip atsaką į E. Diener subjektyvios gerovės sampratą pateikė daugiadimensį *psichologinės gerovės* konstrukta, apimančią

šešias pozityvaus psichologinio funkcionavimo sritis: savęs priėmimą, teigiamus santykius su kitais, autonomiją, aplinkos kontrolę, gyvenimo tikslą ir asmeninį augimą. C. D. Ryff (1989) teigimu, ankstesnės gerovės koncepcijos labiau akcentavo trumpalaikę emocinę gerovę – laimingumą, o iš psichologinės gerovės sampratos pozicijų į gerovę žvelgiama viso gyvenimo perspektyvoje – tai tikslo bei krypties jausmas, sveikų tarpasmeninių santykių kūrimas, savirealizacijos procesas [24]. Kiekviena psichologinės gerovės dimensija išryškina skirtingus iššūkius, su kuriais susiduria pozityviai funkcionuoti besistengiantys individai [24, 25]. Vadinasi, žmonės stengiasi gerai jaustis net ir tada, kai pamato savo pačių ribotumus (savęs priėmimas). Jie siekia kurti ir palaikyti šiltesnius bei pasitikėjimą keliančius tarpasmeninius santykius (pozityvūs santykiai su kitais), suformuoti poreikius ir troškumus atitinkančią aplinką (aplinkos kontrolė). Platesniame socialiniame kontekste žmonės siekia išlaikyti savo individualumą ir autoritetą (autonomija), stengiasi rasti prasmę iššūkiuose, su kuriais susiduria (gyvenimo tikslas), bei realizuoti savo talentus ir gebėjimus (asmeninis augimas) [25].

C. D. Ryff psichologinės gerovės samprata artima R. M. Ryan ir E. L. Deci (2001) *savedeterminacijos teorijai*, kuri savirealizaciją iškelia kaip svarbiausią psichologinę gerovę apibrėžiančią kategoriją [18]. Autoriai išskiria tris pagrindinius psichologinius poreikius – autonomiją, kompetenciją ir susietumą. Jų patenkinimas yra esminė psichologinio augimo ir gerovės sąlyga. Savedeterminacijos teorijoje išskirti pagrindiniai poreikiai apibūdina sąlygas, kurios padeda stiprinti gerovę, o minėtų poreikių nepatenkinimas nebūtinai turi neigiamai paveikti gerovę. Teorijos autoriai nurodo, kad pagrindinių psichologinių poreikių patenkinimas stiprina psichologinę gerovę tiek eudemoniniu, tiek hedoniniu požiūriais [18]. Čia išryškėja bene svarbiausias šios ir C. D. Ryff psichologinės gerovės teorijų skirtumas. Pasak R. M. Ryan ir E. L. Deci (2001), savedeterminacijos teorijoje išskirtos dimensijos – tai būdai psichologinei gerovei stiprinti, o C. D. Ryff pateiktoje šešių dimensijų psichologinės gerovės sampratoje per dimensijas pateikiama pati definicija [18]. Kai kurių autorių manymu, C. D. Ryff teorijoje nepateikiama patenkinamo gerovės apibrėžimo, nes dimensijų įvardijimas artimesnis apibūdinimui. Paties konstrukto apibrėžimas turėtų peržengti apibūdinimų lygmenį ir aiškiai bei konkrečiai atskleisti tikslų termino reikšmę [26]. Siekiant palengvinti mokslinį dialogą keičiantis naujausiomis žiniomis bei padidinti skirtingų tyrimų rezultatų integravimo galimybes, bandoma sistematinti gausias gerovės apibrėžtis ir naujai pažvelgti į šį

sudėtingą konstrukta. Šiam tikslui pasiekti vis dažniau pasitelkiama kokybinė tyrimų metodologija [27–29].

Hedoninio ir eudemoninio požiūrių į psichologinę gerovę šalininkai įsitraukė į intensyvius debatus, kuriuose negailima kritikos abiem psichologinės gerovės perspektyvoms. A. S. Waterman (1993) nurodo, kad savirealizacija, kaip eudemoninio požiūrio į psichologinę gerovę išraiška, yra pakankama, tačiau nebūtina sąlyga hedonistiniams pasitenkinimui patirti [17]. Autorius taip pat svarsto, kad eudemoniniu keliu pasiekta psichologinės gerovės būseną išlieka ilgiau nei hedonistiniu būdu pasiektas laimingumas [30]. Eudemoninio požiūrio į psichologinę gerovę šalininkai savo dėmesį yra sutelkę ties atsakymų į klausimą, kodėl žmonės patiria laimingumą, paieškomis, o ne į paties fakto, kad žmogus jaučiasi laimingas, tyrinėjimus [31, 32]. Remiantis šiais argumentais teigiama, kad hedonistiniu požiūriu formuojama psichologinės gerovės samprata gali būti per siaura visybiniam šio sudėtingo konstrukto vaizdui atspindėti.

Kritikuojamas ir eudemoninis požiūris į psichologinę gerovę. R. Biswas-Diener, T. B. Kashdan ir L. A. King (2009) nurodo, kad šiam požiūriui priskiriamų konstrukto ir kintamųjų gausa įneša daugiau sumaišties nei aiškumo į psichologinės gerovės reiškinio supratimą [33]. Šie mokslininkai abejoja iš filosofijos disciplinos pasiskolintos eudemonijos kategorijos adaptavimo psichologijos moksle tinkamumu. I. Boniwell ir J. Henry (2007) pabrėžia, kad eudemoninio požiūrio šalininkų pateikiami psichologinės gerovės apibrėžimai neprieštarauja vienas kitam, tačiau jiems stinga vienareikšmiškumo [29]. Šie tyrėjų išsakyti pastebėjimai verčia svarstyti, ar ištis verta skirti hedoninį ir eudemoninį požiūrius į psichologinę gerovę. Empiriniai tyrimai patvirtina, jog šie du požiūriai tam tikrais aspektais sutampa, vadinasi, tiek laimingumas, tiek prasmingumas ir savirealizacija gali būti bendrai veikiančios psichologiniai mechanizmai [34, 35]. Reikia pripažinti, kad nestokojama tyrimų, kurių rezultatai priešingi. Šie tyrimai patvirtina, kad eudemoninį požiūrį atitinkančios psichologinės gerovės konstrukto elementai yra pakankamai aiškiai identifikuojami bei kokybiškai skiriasi nuo hedoninės sampratos [31, 36].

Taigi galima teigti, kad didžioji dalis psichologinės gerovės fenomeno tyrėjų šiandien sutinka, jog hedoninis ir eudemoninis požiūriai atskleidžia skirtingus, tačiau glaudžiai tarpusavyje susijusius šio sudėtingo konstrukto aspektus, todėl šių tradicijų santykį vertėtų apibrėžti ne kaip oponuojantį, bet papildantį [21, 25, 32, 37–39]. Empiriniais tyrimais stengiamasi ištirti ir nustatyti

gerovės struktūrą, atsižvelgiant į hedoniniu ir eudemoniniu požiūriais pateikiamų psichologinės gerovės koncepcijų skirtybes bei jų integracijos galimybes [40, 41]. Kai kurie autoriai pateikia abu požiūrius į psichologinę gerovę apimančias šio reiškinio sampratas. Pavyzdžiui, pozityviosios psichologijos „tėvu“ tituluojamas M. Seligman plėtoja naują klestėjimo (angl. *flourishing*) teoriją. M. Seligman su kolegomis (2004) išskyrė tris dimensijas, apimančias tiek hedoninį, tiek eudemoninį požiūrius į psichologinę gerovę, – tai malonumas arba teigiami emociniai išgyvenimai (angl. *pleasure*), įsitraukimas (angl. *engagement*) ir prasmingumas, patiriamas darbe ir gyvenime apskritai (angl. *meaning*) [42]. Vėliau autorius prie šių trijų dimensijų prijungė dar dvi: pozityvius santykius su kitais (angl. *relationships*) ir laimėjimus (angl. *accomplishments*). Klestėjimo kategorijai apibrėžti autorius pateikia PERMA akronimą, apimančią penkis išvardytus esminius psichologinės gerovės elementus, ir nurodo, kad klestėjimas esti šių penkių elementų sąveikos patyrimas [43]. Tačiau ši samprata yra nauja ir kiti tyrėjai teigia, jog šiai teorijai stinga empirinio pagrindimo [44]. Reaguojant į šią kritiką atliekami tyrimai, kuriais siekiama empiriškai pagrįsti klestėjimo sampratą bei šio konstrukto struktūrą [45].

Apibendrinant psichologinės gerovės sampratą psichologijoje galima pastebėti, kad po ilgų diskusijų požiūryje į psichologinę gerovę aktualiomis išlieka tiek hedoninė, tiek eudemoninė orientacija. Galima įžvelgti ir tai, jog nuo pozicijos hedoninį ir eudemoninį požiūrius laikyti prieštaraujančiais vienas kitam pajudėta prie šių dviejų požiūrių integracijos galimybių svarstymo ir empirinio pagrindo tam paieškų. Manome, kad bendro sutarimo nebuvimas mokslininkų gretose skatina tolesnę tyrimų plėtrą, kuri svariai prisideda prie judėjimo geresnio sudėtingo psichologinės gerovės konstrukto supratimo link.

## PSICHOLOGINĖS GEROVĖS TYRIMAI LIETUVOJE

Lietuvos akademinės bendruomenės dėmesys į psichologinės gerovės tematiką nukrypo prieš dešimt metų, atskaitos tašku laikant pirmąsias mokslines publikacijas šia tema [46, 47]. Per šį laikotarpį mokslininkų susidomėjimas psichologine gerove sparčiai augo. Šia tema apgintos trys disertacijos: M. Balaišis (2004) „First year students adjustment at Vilnius University in Lithuania: The role of self-orientation, locus of control, social support and demographic variables“, G. Vazonienė (2011) „Subjektyvi gerovė ir socialinė atskirtis: pagyvenusių žmonių atvejis“, Ž. Šarakauskienė (2012) „Mokinių psichologinė gerovė: struktūra ir sociodemografiniai

bei asmenybės veiksniai“ [48–50]. Lietuvos ir tarptautiniuose mokslo recenzuojamuose žurnaluose per šį laikotarpį publikuota nemažai mūsų šalies mokslininkų darbų. Darbų gausa jau leidžia daryti tam tikrus apibendrinimus apie Lietuvos tyrėjų požiūrį į psichologinės gerovės sampratą, taikomus metodus, išskirtus psichologinės gerovės veiksnius ir pan. 1 lentelėje chronologine tvarka pateikiama Lietuvos mokslininkų publikacijų psichologinės gerovės tema apžvalga. Analizuodami publikacijas išskyrėme autorių naudotą gerovės sampratą, gerovės komponentus, tyrimo instrumentus. Lentelėje apibendrintai pateikiami ir duomenys apie tiriamą grupę bei svarbiausi tyrimo rezultatai. Remdamiesi šia apžvalga galime teigti, kad Lietuvoje atliktuose tyrimuose dažniausiai vadovautasi hedoniniu požiūriu į psichologinę gerovę, t. y. taikyta E. Diener mokyklos pasiūlyta „subjektyvios gerovės“ samprata bei tyrimo instrumentai. Šios krypties darbams galėtume priskirti G. Šilinsko ir R. Žukauskienės (2004), R. Žukauskienės, J. Navaitienės ir J. Kanapinskaitės (2005), Ž. Šarakauskienės ir A. Bagdono (2010), D. Daukantaitės ir R. Žukauskienės (2006, 2012), Š. Žukausko ir R. Žukauskienės (2013) darbus [46, 47, 51–54]. Gana plačiai atskirai tyrinėjamas subjektyvios gerovės komponentas – pasitenkinimas gyvenimu. Čia minėtini L. Rimkutės ir J. Sondaitės (2007), J. Miežytės-Tijūšienės ir L. Bulotaitės (2012), J. Kaliaitaitės ir B. Pajarskienės (2013) tyrimai [55–57].

Kitų autorių metodologinė prieiga artima subjektyvios gerovės sampratos prielaidoms, tačiau nesiremiam E. Diener pasiūlytais tyrimo metodais, dažniausiai tiriami atskiri subjektyvios gerovės komponentai. Šiai grupei priskiriame V. Grigaliūnienės su kolegomis (2007), I. Vareikienės ir V. Malinauskienės (2007), D. Susnienės ir A. Jurkauskos (2009), G. Vazonienės (2010), K. Kirtiklytės ir V. Malinauskienės (2011) atliktus laimės tyrimus [58–62]. Reikia pripažinti, kad pati laimės sąvoka autorių suprantama kiek skirtingai. Vieni ją vadina „subjektyviu laimės jausmu“, kiti – „laimingumu“ ar „asmenine laime“. Skiriasi ir tyrimo instrumentai. Tyrėjai, remdamiesi įvairiomis tarptautinių tyrimų anketomis, sukuria savo tyrimo instrumentus [62], kiti laimingumui nustatyti naudoja tik vieną klausimą [58, 61]. Jau keleri metai atliekamos antrinės Eurobarometro subjektyvios gerovės tyrimo duomenų analizės, leidžiančios palyginti Lietuvos ir kitų šalių gyventojų atsakymus į klausimą „Vertinant apskritai, ar esate patenkintas savo gyvenimu“: minėtinos M. Degučio su kolegomis (2010, 2013) ir D. Skučienės (2012) publikacijos [63–65].

Trečiosios grupės tyrimai daugiau atitinka straipsnyje pristatytą eudemoninį požiūrį ir remiasi C. D. Ryff

pasiūlyta psichologinės gerovės samprata. Tirdami psichologinę gerovę Ž. Šarakauskienė ir A. Bagdonas (2011), L. Bulotaitė su kolegomis (2012) naudojo C. D. Ryff pasiūlytą metodiką [66, 67]. Kai kurie autoriai ieško subjektyvios ir psichologinės gerovės sąsajų [50, 68].

Straipsnyje pristatyta T. Adams (1997) suvokiamos gerovės samprata taip pat sulaukė lietuvių tyrėjų dėmesio. Nors suvokiamos gerovės konstruktas plačiai taikomas klinikiuose tyrimuose, jis puikiai tinka ir neklinikinėms grupėms tirti. Naudojant autoriaus pasiūlytą metodiką tirta Lietuvos studentų [48], pensinio amžiaus žmonių [56] ir moterų, kurių vyrai yra priklausomi nuo alkoholio [69], suvokiama gerovė. Straipsnyje pristatytas J. E. Myers ir T. J. Sweeney (2004) Nedalomojo Aš gerovės modelis taip pat domina Lietuvos mokslininkus [70], pagal šį modelį parengta metodika tirti studentai [71].

Išties reikia pasidžiaugti, kad Lietuvoje atliekamų psichologinės gerovės tyrimų imtys palyginti skirtingos: bendrosios populiacijos įvairaus amžiaus respondentų grupės – moksleiviai [50, 59, 62], studentai [48, 67, 71], dirbantys asmenys [46, 47, 55, 57], pagyvenę žmonės [61, 56], nuo alkoholio priklausomų asmenų artimieji [69], taip pat įtraukiamos įvairios klinikinės populiacijos, pavyzdžiui, nepakaltinami, priverstinį gydymą psichiatrijos ligoninėje gaunantys asmenys [72]. Mūsų apžvalga taip pat atskleidžia, kad psichologinė gerovė tiriama įvairių mokslo disciplinų lauke. Lietuvoje psichologinė gerovė yra psichologų, sociologų, visuomenės sveikatos specialistų bei ekonomistų tyrimų objektas. Ko gero, tai ir yra svarbiausia priežastis, kodėl nėra vieno psichologinės gerovės sąvokos apibrėžimo ir taikomi skirtingi tyrimo metodai.

A. Bagdonas su kolegomis (2012, 2013) jau keletus metus tyrinėja psichologinės gerovės problematiką [73–75]. Šių tyrimų rezultatas – ką tik pasirodžiusi A. Bagdono, A. Kairio, A. Liniauskaitės ir V. Pakalniškienės (2013) monografija „Lietuvos gyventojų psichologinė gerovė ir jos veiksniai“ [76]. Susipažinę su didele psichologinės gerovės tyrimo tradicijų, paradigmu, teorijų ir modelių gausa, monografijos autoriai teigia, kad sukurtas užburtas ratas, kuriame sukasi tas pats reiškiny, tik vis kitaip įvardytas (psichologinė gerovė, subjektyvi gerovė, pasitenkinimas gyvenimu, laimingumas ir pan.). Tyrėjų grupė siekė aiškiai apibrėžti pačią sąvoką ir panaikinti ilgus metus egzistuojančią dviejų paradigmu (hedoninės ir eudemoninės) takoskyrą, kuri, jų nuomone, yra dirbtinė ir nereikalinga. A. Bagdonas, A. Kairys ir kt. (2013, p. 36) pasirenka psichologinės gerovės terminą ir pateikia tokį apibrėžimą: „<...> tai asmens pasitenkinimas savimi

**1 lentelė.** Lietuvoje atliktų psichologinės gerovės tyrimų metodologiniai aspektai ir svarbiausi rezultatai

Nr.	Autoriai ir publikavimo metai	Tirtas gerovės konstruktas	Tyrimo instrumentai	Tiriamieji	Pagrindiniai rezultatai
1.	G. Šilinskas ir R. Žukauskienė (2004)	Subjektyvios gerovės komponentai: bendras pasitenkinimas gyvenimu, teigiamas ir neigiamas emocingumas. Pasitenkinimas specifinėmis gyvenimo sritimis.	- Pasitenkinimo gyvenimu skalė ( <i>Satisfaction With Life Scale</i> , SWLS. Diener ir kt., 1993); - Teigiamo ir neigiamo emocingumo klausimynas ( <i>Positive Affect and Negative Affect Schedule</i> , PANAS. Watson ir kt., 1988); - Minesotos pasitenkinimo klausimynas ( <i>Minnesota Satisfaction Questionnaire</i> . Weiss ir kt., 1967); - pasitenkinimui įvairiomis gyvenimo sritimis vertinti išversti prof. L. R. Bergmano teiginiai, naudojami Švedijoje vykdomame tęstiniame IDA ( <i>Individual Development and Adaptation</i> ) tyrime.	Įvairiuose Lietuvos miestuose dirbantys vyrai (N = 115, amžiaus vidurkis (± SD) 39,67 ± 9,45).	Nustatyta, kad pagrindiniai subjektyvios gerovės komponentai susiję su specifinėmis gyvenimo sritimis. Šie komponentai patikimai skiriasi išsilavinimo, dabartinių studijų ir vidutinių pajamų demografinių veiksnių grupėse. Subjektyvios gerovės komponentai yra susiję su asmenybės savybėmis (atvirumu naujai patirčiai, sutarimu su kitais, sąžiningumu, optimizmu ir savęs vertinimu).
2.	R. Žukauskienė, J. Navaitienė ir J. Kanapinskaitė (2005)	Subjektyvios gerovės komponentai: pasitenkinimas gyvenimu, teigiamas ir neigiamas emocingumas. Pasitenkinimas specifinėmis gyvenimo sritimis.	- Pasitenkinimo gyvenimu skalė ( <i>Satisfaction With Life Scale</i> , SWLS. Diener ir kt., 1993); - Teigiamo ir neigiamo emocingumo klausimynas ( <i>Positive Affect and Negative Affect Schedule</i> , PANAS. Watson ir kt., 1988); - pasitenkinimas specifinėmis gyvenimo sritimis vertintas remiantis kiekvienai jų skirtu klausimu, pvz., „ <i>Kaip esate patenkinta savo sveikata?</i> “; atsakymai į šį klausimą pagal 8 balų Likerto skalę galėjo kisti nuo „esu visiškai nepatenkinta“ iki „esu visiškai patenkinta“.	Vilniuje dirbančios moterys (N = 308, amžiaus vidurkis 42,41 ± 2,13).	Nustatyta, kad subjektyvi moterų gerovė susijusi su socialiniais demografiniais veiksniais. Stipriausi subjektyvios moterų gerovės prognostiniai kintamieji buvo išsilavinimas ir pajamos. Ištekėjusios arba partnerį turinčios moterys buvo labiau patenkintos gyvenimu negu netekėjusios tyrimo dalyvės. Vedybinis statusas buvo stipresnis subjektyvios gerovės prognostinis rodiklis, kai vertintas kartu su kitais veiksniais. Tačiau aukštas išsilavinimo lygis ir didelės pajamos nebuvo subjektyvios gerovės prognostiniai rodikliai, kai buvo vertinami kartu su asmenybiniais veiksniais. Subjektyviai įvertinta sveikata ir pasitenkinimas laisvalaikiu pasirodė esą svarbūs subjektyvios moterų gerovės veiksniai, tačiau jų reikšmingumas sumažėjo juos vertinant kartu su asmenybiniais veiksniais.
3.	D. Daukantai ir R. Žukauskienė (2006)	Subjektyvios gerovės komponentai: bendras pasitenkinimas gyvenimu, teigiamas ir neigiamas emocingumas. Pasitenkinimas darbu.	- Pasitenkinimo gyvenimu skalė ( <i>Satisfaction With Life Scale</i> , SWLS. Diener ir kt., 1993); - Teigiamo ir neigiamo emocingumo klausimynas ( <i>Positive Affect and Negative Affect Schedule</i> , PANAS. Watson ir kt., 1988); - Minesotos pasitenkinimo klausimynas ( <i>Minnesota Satisfaction Questionnaire</i> . Weiss ir kt., 1967).	Dirbančios Švedijos moterys (N = 316, amžiaus vidurkis 43) ir Vilniuje dirbančios moterys (N = 308, amžiaus vidurkis 42,41 ± 2,13).	Visi vidutinio amžiaus dirbančių Švedijos moterų subjektyvios gerovės komponentų rodikliai aukštesni nei vidutinio amžiaus dirbančių lietuvių moterų, išskyrus išorinį pasitenkinimą gyvenimu. Didžiausi subjektyvios gerovės komponentų vidurkių skirtumai rasti tarp aukšto ir žemo išsilavinimo / pajamų dirbančių vidutinio amžiaus lietuvių moterų grupių.
4.	V. Grigaliūnienė, B. Burba, V. Štioža ir I. Ramanauskas (2007)	Subjektyvios gerovės komponentai: laimingumas.	Subjektyvus laimės jausmas tirtas klausimu „ <i>Ar jūs jaučiatės laimingas?</i> “; pateiktos tokios galimos atsakymo alternatyvos: „taip, esu laimingas“, „dažniausiai jaučiuosi laimingas“, „vienodai dažnai jaučiuosi laimingas ir nelaimingas“, „dažniausiai jaučiuosi nelaimingas“, „jaučiuosi labai nelaimingas“.	KMUK klinikinį darbą dirbantys medikai (N = 268, amžiaus vidurkis nenurodytas).	62,32 proc. respondentų nurodė besijaučiantys laimingi. Subjektyvi gerovė priklausė nuo šeiminės padėties, pasitenkinimo santuoka ir meilės ryšiais. Nors duomenys rodė patikimą gydytojų subjektyvios gerovės ir jų turimų vaikų amžiaus ryšį, tačiau nenustatyta statistiškai reikšmingo ryšio tarp subjektyvios gerovės ir vaikų turėjimo / neturėjimo. Laimingi respondentai savo sveikatos būklę vertino kaip geresnę, palyginti su nelaimingais tyrimo dalyviais.
5.	I. Vareikienė ir V. Malinauskienė (2007)	Asmeninės laimės vertinimas kaip psichologinės savijautos rodmuo.	Autoriai nenurodo.	Vienos Kauno gimnazijos 5–9 klasių moksleiviai (N = 394, amžiaus vidurkis nenurodytas).	10,2 proc. moksleivių nurodė besijaučią nelaimingi. Mokykloje dažną priekabiavimą patiriantys moksleiviai 2,7 karto dažniau jautėsi nelaimingi, palyginti su priekabiavimo mokykloje nepatiriančiais moksleiviais; su konfliktais šeimoje susiduriantys moksleiviai 6,62 karto dažniau jautėsi nelaimingi nei konfliktų šeimoje nepatiriantys moksleiviai; smurtą šeimoje patiriantys moksleiviai 6,2 karto dažniau jautėsi nelaimingi nei smurto šeimoje nepatiriantys moksleiviai.

Nr.	Autoriai ir publikavimo metai	Tirtas gerovės konstruktas	Tyrimo instrumentai	Tiriamieji	Pagrindiniai rezultatai
6.	L. Rimkutė ir J. Sondaitė (2007)	Subjektyvios gerovės komponentai: pasitenkinimas gyvenimu.	- Pasitenkinimo gyvenimu skalė ( <i>Satisfaction With Life Scale</i> , SWLS. Diener ir kt., 1993).	Valstybinio ir privataus sektorių darbuotojai (N = 122, tiriamųjų amžius nuo 16 iki 58 metų).	Subjektyvios gerovės skirtumų, priklausančių nuo darbo sektoriaus, nenustatyta. Tyrime nustatyta, kad valstybiniame sektoriuje dirbančių žmonių subjektyvi gerovė teigiamai koreliuoja tiek su įsipareigojimu tikslui bei su tikslo įgyvendinimo pažanga. Privačiame sektoriuje dirbančių žmonių subjektyvi gerovė teigiamai koreliuoja tik su įsipareigojimu tikslui.
7.	A. Prancėvičienė, E. Žąsytė ir L. Gustaitienė (2008)	Sveikatingumas. (J. E. Myers ir T. J. Sweeney (2004) Nedalomojo Aš modelis ( <i>The Indivisible Self: An Evidence – Based Model of Wellness</i> )).	Penkių faktorių sveikatingumo klausimynas ( <i>5F-WEL</i> ; Myers, Luecht, Sweeney, 2004).	VDU pirmo ir antro kurso studentai (N = 136, amžiaus vidurkis nenurodytas).	Atlikus rezultatų analizę paaiškėjo, kad bendro sveikatingumo vertinimą reikšmingai prognozavo tik kasdienis dvasinis patyrimas, o lytis, amžius ar savęs priskyrimas tikintiesiems nebuvo reikšmingi kintamieji prognozuojant bendro sveikatingumo vertinimą.
8.	D. Susnienė ir A. Jurkauskas (2009)	Laimingumas.	Lyginamoji mokslinės literatūros analizė, mokslinių tyrimų apžvalga, žvalgomasis empirinis tyrimas.	Panevėžio miesto gyventojai.	Laimė yra subjektyvus individo požiūris į gyvenimą, priklausantis nuo dvasinės būsenos, gyvenimo vertybių supratimo, materialinių poreikių reikšmės, išsilavinimo, religingumo, savo vietos visuomenėje supratimo ir kitų veiksnių. Gyvenimo kokybės ir laimės sampratų negalima tapatinti. Remdamiesi žvalgomojo tyrimo rezultatais autoriai teigia, kad eilinis lietuvis nėra laimingas ir jo nuotaikos gana pesimistinės vertinant savo gyvenimo kokybę.
9.	G. Vazonienė (2010)	Subjektyvi gyvenimo kokybė: laimingumas.	Remiantis tarptautinių gyvenimo kokybės tyrimų anketų pavyzdžiais sudaryta tyrimui skirta anketa, kurioje subjektyvi gyvenimo kokybė vertinta pagal atsakymus į tris klausimus: - „Kaip jūs vertinate savo gyvenimo kokybę?“; - „Vertinant apskritai, ar jūs esate patenkintas (-a) savo gyvenimu?“; - „Kalbant apskritai, ar jūs esate laimingas (-a)?“.	Lietuvos pagyvenę žmonės (N = 602; 60–69 m. grupės amžiaus vidurkis 64,5 ± 2,9; 70–79 m. grupės amžiaus vidurkis 74,5 ± 3,0; 80 ir daugiau metų grupės amžiaus vidurkis 85,8 ± 3,9).	Nustatyti subjektyvios gyvenimo kokybės vertinimo skirtumai pagal respondentų amžiaus grupes, nors dauguma tiriamųjų savo gyvenimo kokybę, pasitenkinimą dabartiniu gyvenimu ir laimę įvardijo kaip vidutiniškus. Gyvenimo kokybės samprata, jos vertinimas, laimės jausmo supratimas susijęs su respondentų lytimi, gyvenimo patirtimi, išgyvenimais (teigiamais / neigiamais), dabartinėmis gyvenimo sąlygomis ir sveikata.
10.	J. Kaliaitė, L. Bulotaitė ir B. Pajarskienė (2010)	Suvokiama gerovė.	Suvokiamos gerovės klausimynas ( <i>Perceived Wellness Survey</i> , PWS. Adams ir kt., 1997).	Įvairiuose Lietuvos miestuose savivalbos grupės lankančios (N = 74, amžiaus vidurkis 44,26 ± 8,1) ir jų nelankančios (N = 30, 44,59 ± 9,6) nuo alkoholio priklausomų vyrų žmonos ir moterys, kurių vyrai nėra priklausomi nuo alkoholio (N = 30, 39,92 ± 6,9).	Savigalbos grupių lankymas gerina nuo alkoholio priklausomų vyrų žmonių psichologinę savijautą: savivalbos grupės lankančių moterų psichologinės, emocinės ir dvasinės suvokiamos gerovės dimensijų rodikliai aukštesni nei šių grupių nelankančių nuo alkoholio priklausomų vyrų žmonių. Ilgėjant nuo alkoholio priklausomų vyrų žmonių savivalbos grupių lankymo trukmei, šių moterų suvokiama gerovė didėja.
11.	M. Degutis ir S. Urbonaivičius, A. Gaižutis (2010)	Subjektyvios gerovės komponentai: pasitenkinimas gyvenimu.	Antrinė duomenų analizė. Bendras pasitenkinimas gyvenimu tirtas klausimu „Vertinant apskritai, ar esate patenkintas savo gyvenimu?“; atsakymai į šį klausimą pateikti pagal 4 balų Likerto skalę, kai 4 reiškia „labai patenkintas“, 3 – „iš dalies patenkintas“, 2 – „nelabai patenkintas“, 1 – „visai nepatenkintas“.	Rytų Europos šalių gyventojų 2000–2009 m. Eurobarometro duomenys.	BVP ( <i>per capita</i> ) ir pasitenkinimą gyvenimu sieja teigiamas ryšys tiek tarpvalstybiniu, tiek intravalstybiniu lygmenimis (Rytų Europos šalyse). BVP augimas veikia subjektyvios gerovės didėjimą tiek sąlyginai turtingose, tiek neturtingose ES šalių narių grupėse.

Nr.	Autoriai ir publikavimo metai	Tirtas gerovės konstruktas	Tyrimo instrumentai	Tiriamieji	Pagrindiniai rezultatai
12.	Ž. Šarakauskienė ir A. Bagdonas (2010)	Subjektyvios gerovės komponentai: bendras pasitenkinimas gyvenimu, svarbiomis gyvenimo sritimis ir teigiamas bei neigiamas emocingumas.	- Pasitenkinimo gyvenimu skalė ( <i>Satisfaction With Life Scale</i> , SWLS. Diener ir kt., 1993); - Daugiamatė mokinių pasitenkinimo gyvenimu skalė ( <i>Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale</i> . Huebner, 2001); - Teigiamo ir neigiamo emocingumo klausimynas ( <i>Positive Affect and Negative Affect Schedule</i> , PANAS. Watson ir kt., 1988).	Vyresniųjų klasių Lietuvos bendrojo lavinimo ir profesinio rengimo mokyklų mokiniai (N = 655, amžiaus vidurkis 16 ± 1,7).	Vyresniųjų klasių mokinių pasitenkinimo draugais ir savimi įverčiai yra didžiausi, o pasitenkinimo mokykla ir gyvenamąja aplinka – mažiausi. Nustatyta tiesioginė sąsaja tarp subjektyvios gerovės komponentų ir grupių, sudarytų pagal amžių, gyvenamąją vietą, mokymosi sėkmingumą, šeimos sudėtį, tėvų išsilavinimą, gaunamus pinigus smulkioms išlaidoms per mėnesį. Aštuntų klasių (jaunesnių), kaime gyvenančių, gerai besimokančių, pilnoje šeimoje gyvenančių, kuo aukštesnio tėvų išsilavinimo, nuo lito ir daugiau per mėnesį smulkioms išlaidoms gaunančių mokinių subjektyvios gerovės komponentų įverčiai didesni.
13.	L. Gustaitienė ir A. Pranckevičienė (2010)	Gerovė.	Sisteminė literatūros šaltinių analizė.	–	Atlikta glausta užsienio ir Lietuvos autorių mokslo darbų, kuriuose nagrinėjami darbuotojų gerovė ir palankią darbo aplinką skatinantys veiksniai, apžvalga. Išskirtos pagrindinių pozityviųjų psichosocialinių veiksnių, skatinančių darbuotojų gerovę ir palankią darbo aplinką, grupės bei jų pagrindu sudarytas teorinis šių veiksnių tyrimo modelis.
14.	Ž. Šarakauskienė ir A. Bagdonas (2011)	Psichologinė gerovė.	C. D. Ryff psichologinės gerovės skalės ( <i>Ryff Scales of Psychological Well-Being</i> . Ryff, 1989).	Vyresniųjų klasių Lietuvos bendrojo lavinimo ir profesinio rengimo mokyklų mokiniai (N = 655, amžiaus vidurkis 16 ± 1,7).	Vyresniųjų klasių mokinių psichologinė gerovė nesusijusi su šeimos sudėtimi, gyvenamąja vieta, dalyvavimu popamokinėje veikloje. Vaikinių aplinkos kontrolės, gyvenimo tikslo ir savęs priėmimo matmenų įverčiai didesni už merginų. 18 m. mokinių asmeninio augimo ir gyvenimo tikslo įverčiai didesni negu jaunesnių. Didesnis mokymosi sėkmingumas reikšmingai prognozavo aukštesnius asmeninio augimo ir gyvenimo tikslo matmenų įverčius, o mokinių iš tėvų gaunamos pajamos smulkioms išlaidoms nebuvo susijusios su šiais dviem psichologinės gerovės matmenimis. Asmenybės kintamieji stipriau nei sociodemografiniai veiksniai prognozavo mokinių psichologinę gerovę.
15.	K. Kirtiklytė ir V. Malinauskienė (2011)	Asmeninės laimės vertinimas kaip psichologinės savijautos rodmuo.	Tyrimui sudaryta 56 klausimų anketa.	Vienos Kauno vidurinės mokyklos 5–9 klasių moksleiviai (N = 291, amžiaus vidurkis nenurodytas).	6,5 proc. moksleivių nurodė besijaučią nelaimingai. Vidutinės vidinės darnos moksleiviai 3,62 karto dažniau jautėsi nelaimingai, žemos – 16,25 karto, lyginant su aukštą vidinę darną patiriančiais moksleiviais.
16.	J. Navickienė (2012)	Subjektyvios gerovės sritys: fizinė, psichologinė, nepriklausomumo, socialinių santykių, aplinkos.	Tyrimo anketa sudaryta remiantis gyvenimo kokybės ir subjektyvios gerovės tyrimų anketų pavyzdžiais.	Nepakaltinami, priverstinai VŠĮ Rokiškio psichiatrinės ligoninės griežto, sustiprinto ir bendro stebėjimo sveikatos priežiūros skyriuose gydomi įvairaus amžiaus asmenys (N = 173, amžiaus vidurkis nenurodytas).	Subjektyvi respondentų gerovė priklauso nuo sveikatą veikiančių fizinių, psichinių ir socialinių veiksnių. Reikšmingiausi veiksniai yra susiję su individualiomis savybėmis (sveikata, skiriami medikamentai), mikroaplinka (socialiniai ryšiai / aplinka) ir materialinės gerovės komponentais (pajamomis). Subjektyvi psichologinė gerovė susijusi su asmenų išsilavinimu ir nusikaltimo pobūdžiu: nerimą ir liūdesį dažniau jaučia sunkesnius nusikaltimus įvykdę asmenys, o aukštesnį išsilavinimą turintys asmenys dažniau jaučia dvasinę pusiausvyrą, pasižymi geresne atmintimi, dėmesio sutelkimu. Remdamasi tyrimo rezultatais autorė prieina prie išvados, kad stacionare priverstinai gydomi nepakaltinami asmenys subjektyvią gyvenimo kokybę (gerovę) vertina gerai.

Nr.	Autoriai ir publikavimo metai	Tirtas gerovės konstruktas	Tyrimo instrumentai	Tiriamieji	Pagrindiniai rezultatai
17.	D. Skučienė (2012)	Subjektyvios gerovės dimensijos: pasitenkinimas gyvenimu.	Antrinė duomenų analizė. Tiriamųjų klausta, ar patenkinti gyvenimu bendrai, atsakymams skirta 10 balų Likerto skalė, kurioje 1 – „labai nepatenkintas“, 10 – „labai patenkintas“; tirti lūkesčiai apie gyvenimą bendrai, atsakymų alternatyvos: 1 – „geriau“, 2 – „blogiau“, 3 – „tas pats“.	Eurobarometro tyrimų duomenys; Lietuvos pensininkai.	Europos valstybių kontekste Lietuvos pensininkų pasitenkinimas gyvenimu gana žemas, t. y. nežymiai aukštesnis nei vidutiniškai, artimiausias Rumunijos ir Portugalijos pagyvenusių žmonių pasitenkinimo gyvenimu vertinimui ir yra žemesnis nei „senųjų“ ir „naujųjų“ šalių pensininkų. Vertinant gyvenimo lūkesčius Lietuvos pensininkų atsakymai buvo arčiau „blogiau“ kategorijos, palyginti su visomis išskirtomis šalių grupėmis. Todėl straipsnio autorė mūsų šalies pensininkų pasitenkinimą gyvenimu tarp ES šalių priskiria gana žemam.
18.	A. Vaštaitė, N. Norvilė (2012)	Psichologinė gerovė.	I tyrimas. Psichologinės gerovės skalė ( <i>Psychological Well-being Scale</i> . Diener, 2009); II tyrimas. C. D. Ryff psichologinės gerovės skalės ( <i>Ryff Scales of Psychological Well-Being</i> . Ryff, 1989).	Vilniaus darbo biržoje registruoti bedarbiai (I tyrimas. N = 82, amžiaus vidurkis 32,28; II tyrimas. N = 97, amžiaus vidurkis 34,84).	Savęs vertinimas ir laiko struktūra yra teigiami bedarbių psichologinės gerovės prognostiniai veiksniai. Kuo aukštesnis savęs vertinimas, tuo aukštesnė ir psichologinė gerovė. Atitinkamai ir vertinant laiko struktūrą: kuo ji geresnė, tuo psichologinė gerovė aukštesnė.
19.	A. Bagdonas, A. Liniauskaitė, I. Urbanavičiūtė, S. Girdziuskienė, A. Kairys (2012)	Psichologinė gerovė*.	Lietuviškoji psichologinės gerovės skalė (LPGS).	Lietuvos universitetų studentai (N = 461, amžiaus vidurkis 22,6).	LPGS būdingos geros psichometrinės savybės. Išskirtos devynios studentų imties subskalės: pasitenkinimo gyvenimu ir savimi, neigiamo emocingumo, tikslingumo, pasitenkinimo tarpasmeniniais santykiais, pasitenkinimo šeima ir artimaisiais, pasitenkinimo pragyvenimo lygiu, pasitenkinimo fizine sveikata, kontrolės, pasitenkinimo gyvenimu Lietuvoje. Didžiausiais balais studentai vertino pasitenkinimą šeima ir artimaisiais, pasitenkinimą fizine sveikata bei pasitenkinimą gyvenimu ir savimi, mažiausiais – pasitenkinimą gyvenimu Lietuvoje ir pragyvenimo lygiu.
20.	A. Liniauskaitė, A. Kairys, I. Urbanavičiūtė, A. Bagdonas, V. Pakalniškienė (2012)	Psichologinė gerovė*.	Lietuviškoji psichologinės gerovės skalė (LPGS).	18–67 metų asmenys (N = 528, amžiaus vidurkis 29,5 ± 11,1).	Rezultatai atskleidė, kad socialiniai ir demografiniai veiksniai turi mažą prognostinę vertę psichologinės gerovės požiūriu, geriausiai psichologinę gerovę prognozuoja asmens subjektyviai vertinama finansinė padėtis, kiek prasčiau – tikėjimas ir šeiminei padėtis. Finansinė padėtis yra pats svarbiausias psichologinės gerovės socialinis ir demografinis veiksnys. Jis siejasi su visais gerovės komponentais ir turi didžiausią prognostinę vertę: savo pajamomis labiau patenkinti asmenys pasižymi aukštesne psichologine gerove. Gyvenantys poroje asmenys (susituokę arba gyvenantieji su partneriu (-e)) pasižymi aukštesne psichologine gerove nei vieniši (nevedusieji, našliai arba išsiskyrusieji), tik pasitenkinimas pragyvenimo lygiu ir fizine sveikata nesusijęs su tuo, ar žmogus gyvena poroje, ar vienas. Tikintys asmenys pasižymi aukštesne psichologine gerove.
21.	L. Bulotaitė, B. Pociūtė, R. Bliumas, M. Dovydaitytė (2012)	Psichologinė gerovė.	C. D. Ryff psichologinės gerovės skalės ( <i>Ryff Scales of Psychological Well-Being</i> . Ryff, 1989).	Vilniaus universiteto socialinių mokslų studentai (N = 213, amžiaus vidurkis 29,5 ± 11,1).	Didėjant studentų įvairių gyvenimo sričių keliamam stresui, jų psichologinė gerovė prastėja. Ryškiausias psichologinės gerovės ir studentų įgyto savarankiškumo keliamo streso sąsajos. Mažiausiai susiję studentiško gyvenimo, pasikeitusių santykių su tėvais ir profesijos pasirinkimo keliamas stresas bei psichologinė gerovė. Kuo palankiau studentai vertina savo sveikatos būklę, tuo aukštesni jų psichologinės gerovės įverčiai. Įvairūs studentų juntami simptomai susiję su žemesniais psichologinės gerovės rodikliais. Kuo labiau studentai patenkinti pasirinkta studijų programa, tuo aukštesni jų psichologinės gerovės įverčiai.

Nr.	Autoriai ir publikavimo metai	Tirtas gerovės konstruktas	Tyrimo instrumentai	Tiriamieji	Pagrindiniai rezultatai
22.	D. Daukantaitė ir R. Žukauskienė (2012)	Subjektyvios gerovės komponentai: pasitenkinimas gyvenimu ir teigiamas bei neigiamas emocingumas.	Švedų imties bendras pasitenkinimas gyvenimu vertintas trimis klausimais: - „Ar esate patenkintas savo gyvenimu?“; - „Pagalvokite apie savo gyvenimą per paskutinius pusę metų. Kurių patirčių – teigiamų ar neigiamų – buvo daugiau?“; - „Kaip jums patinka jūsų dabartinis gyvenimas?“; bei Pasitenkinimo gyvenimu skale ( <i>Satisfaction with Life Scale</i> , SWLS. Diener ir kt., 1993). Lietuvių imties tyrime naudota tik SWLS (Diener ir kt., 1993). Visoms imtims tirti naudotas Teigiamo ir neigiamo emocingumo klausimynas ( <i>Positive Affect and Negative Affect Schedule</i> , PANAS. Watson ir kt., 1988).	Švedijos ir Lietuvos vidutinio amžiaus moterys: švedės, būdamos 43–ų (1998 m.) (N = 312) ir sukakus 49–eriems (2004 m.) (N = 317); lietuvės (N = 271, amžiaus vidurkis 42,41 ± 2,13).	Tiesioginė vidutinio amžiaus moterų optimizmo sąsaja su bendru pasitenkinimu gyvenimu stipresnė, nei sąsaja per afektyvumo kintamąjį. Lietuvių vidutinio amžiaus moterų imties netiesioginė optimizmo įtaka (per afektyvumą) bendram pasitenkinimui gyvenimu buvo labai žema ir statistiškai nereikšminga. Optimizmo ir subjektyvios gerovės komponentų stabilumas nevienodas: neigiamo emocingumo stabilumo koeficientas buvo aukščiausias, o bendro pasitenkinimo gyvenimu – žemiausias.
23.	J. Miežytė-Tijūšienė ir L. Bulotaitė, (2012)	Suvokiama gerovė ir subjektyvios gerovės komponentai: pasitenkinimas gyvenimu.	- Suvokiamos gerovės klausimynas ( <i>Perceived Wellness Survey</i> , PWS. Adams ir kt., 1997); - Pasitenkinimo gyvenimu skalė ( <i>Satisfaction with Life Scale</i> , SWLS. Diener ir kt., 1993).	Vilniaus miesto pensinio amžiaus žmonės (N = 135, amžiaus vidurkis 70,2).	Nustatyta, kad kuo didesnis pensinio amžiaus žmonių socialinis aktyvumas, tuo aukštesnė suvokiama gerovė, didesnis pasitenkinimas gyvenimu ir savo sveikata. Socialinis aktyvumas yra prognostinis veiksnys, padedantis nuspėti pensinio amžiaus žmonių suvokiamą gerovę ir pasitenkinimą gyvenimu.
24.	A. Bagdonas, A. Linauskaitė, A. Kairys, V. Pakalniškienė (2013)	Psichologinė gerovė*.	Lietuviškoji psichologinės gerovės skalė (LPGS).	18–67 metų asmenys (N = 528, amžiaus vidurkis 29,5 ± 11,1).	Platesnio amžiaus intervalo suaugusiųjų imčiai nustatyta septynių skalių LPGS struktūra: optimizmo / kontrolės, pasitenkinimo pragyvenimo lygiu, pasitenkinimo šeima ir artimaisiais, pasitenkinimo tarpasmeniniais santykiais, pasitenkinimo fizine sveikata, pasitenkinimo darbu, neigiamo emocingumo. Gauta suaugusiųjų imties LPGS septynių faktorių struktūra bendrais bruožais yra panaši į ankstesniame tyrime nustatytą studentų imties devynių faktorių struktūrą.
25.	M. Degutis ir S. Urbonavičius (2013)	Vienas subjektyvios gerovės komponentų – pasitenkinimas gyvenimu.	Antrinė duomenų analizė.	2004 m. Eurobarometro apklausos dalyviai Lietuvoje (N = 1 004, 15 m. ir vyresni respondentai).	Subjektyvi gerovė Lietuvoje yra veikiama daugelio veiksnių, bet labiausiai – sveikatos ir finansinės padėties vertinimo. Stipriausias subjektyvios gerovės ryšys nustatytas su amžiaus, pasitenkinimo finansine padėtimi ir pasitenkinimo sveikata kintamaisiais. Tiek sveikatos vertinimas, tiek pasitenkinimas reikšmingai koreliuoja su bendru pasitenkinimu gyvenimu, kai yra kontroliuojamas amžiaus ir išsimokslinimo poveikis, taip pat ryšys yra ir tarp išsimokslinimo, šeiminio statuso bei pasitenkinimo kontroliuojant amžiaus poveikį. Tačiau kontroliuojant iš karto dviejų kintamųjų – pasitenkinimo finansine padėtimi ir pasitenkinimo sveikatos būkle – poveikį ryšys tarp amžiaus ir pasitenkinimo gyvenimu išnyksta.

Nr.	Autoriai ir publikavimo metai	Tirtas gerovės konstruktas	Tyrimo instrumentai	Tiriamieji	Pagrindiniai rezultatai
26.	Š. Žukauskas ir R. Žukauskienė (2013)	Subjektyvios gerovės komponentai: bendras pasitenkinimas gyvenimu, teigiamas ir neigiamas emocingumas. Pasitenkinimas specifinėmis gyvenimo sritimis.	- Pasitenkinimo gyvenimu skalė ( <i>Satisfaction With Life Scale</i> , SWLS. Diener ir kt., 1993); - Teigiamos ir neigiamos patirties skalė ( <i>Scale of Positive and Negative Experience</i> , SPANE. Diener ir kt., 2009); - specifiniai klausimai, skirti pasitenkinimui atskiromis gyvenimo sritimis vertinti, pvz., „ <i>Kaip jūs vertinate savo laisvalaikį</i> “, atsakymams pateikiant septynbalę Likerto skalę, kurioje galimos atsakymo alternatyvos nuo „esu visiškai patenkintas“ iki „esu visiškai nepatenkintas“.	Dirbantys Lietuvoje gyvenantys asmenys (N = 106, amžiaus vidurkis 31,27 ± 6,16).	Subjektyvią gerovę ir pajamas sieja teigiamas ryšys: aukštesnės pajamų grupės tiriamieji pasižymėjo aukštesniu bendru pasitenkinimu gyvenimu ir aukštesniais teigiamu emocingumu įvertiniais. Subjektyvios gerovės ir pajamų ryšiui įtakos materializmas neturėjo: tiek aukšto, tiek žemo materializmo tiriamųjų subjektyvi gerovė augo didėjant pajamoms. Materializmas siejosi su aukštesniu neigiamu emocingumu, tačiau nesisiejo su bendru pasitenkinimu gyvenimu ar teigiamu emocingumu. Pajamų augimas nemažina materializmo ir neigiamo emocingumo ryšio – neigiamas emocingumas auga didėjant pajamoms tiek žemiausių, tiek ir aukščiausių pajamų grupėse.
27.	J. Kalitaitė ir B. Pajarskienė (2013)	Subjektyvios gerovės komponentai: bendras pasitenkinimas gyvenimu.	Pasitenkinimo gyvenimu skalė ( <i>Satisfaction With Life Scale</i> , SWLS. Diener ir kt., 1993).	Lietuvos ligoninėse dirbančios, ne mažesnę nei vienerių metų darbo patirtį turinčios slaugytojos (N = 775, amžiaus vidurkis 44,97 ± 8,38).	Ištyrus restruktūrizuojamose ligoninėse dirbančių slaugytojų pasitenkinimą gyvenimu nustatyta, kad 5,7 proc. respondenčių yra visiškai patenkintos gyvenimu, 19,3 proc. – patenkintos, 27,8 proc. – iš dalies patenkintos, 8,3 proc. – laikosi neutralios pozicijos, 22,5 proc. – iš dalies nepatenkintos, 12,2 proc. – nepatenkintos, o 4,2 proc. – visiškai nepatenkintos. Rajono lygmens ligoninėse dirbančių slaugytojų pasitenkinimas gyvenimu žemesnis nei respublikos ir regiono ligoninėse dirbančių respondenčių. Nustatyta, kad slaugytojų pasitenkinimą gyvenimu ir subjektyvią sveikatą sieja silpna teigiama koreliacija, o pasitenkinimą gyvenimu ir įprastinį psichinį distresą – silpna neigiama koreliacija.
28.	A. Bagdonas, A. Kairys, A. Liniauskaitė, V. Pakalniškienė (2014)	Psichologinė gerovė*.	Lietuviškoji psichologinės gerovės skalė suaugusiesiems (LPGS-S) ir Lietuviškoji psichologinės gerovės skalė jaunimui (LPGS-J).	Lietuvos gyventojai nuo 16 iki 89 metų (N = 1 202, amžiaus vidurkis 45,5 ± 18,7), apklausa vyko 36 miestuose ir 62 kaimuose. Apklaustų asmenų sudėtis atitinka 16–89 metų Lietuvos gyventojų sudėtį pagal lytį, amžių, išsimokslinimą, tautybę, gyvenvietės tipą, apskritis.	Lietuviškojoje psichologinės gerovės skalėje išskirtos 9 subskalės: neigiamo emocingumo, tikslingumo, pasitenkinimo tarpasmeniniais santykiais, pasitenkinimo šeima ir artimaisiais, pasitenkinimo pragyvenimo lygiu, pasitenkinimo fizine sveikata, kontrolės ir pasitenkinimo gyvenimu Lietuvoje. Nustatyti psichologinę gerovę prognozuojantys veiksniai.

\* A. Bagdono su kolegomis (2012, 2013) pateikta psichologinės gerovės samprata

ir įvairiomis gyvenimo sritimis. Ši sąvoka plati, apėmia tiek hedoninius (laimingumą, teigiamų emocijų patyrimą, žemą neigiamų emocijų lygį, pasitenkinimą įvairiomis gyvenimo sritimis), tiek eudemoninius (kontrolę, pozityvius santykius su kitais ir pan.) pasitenkinimo aspektus. Pasitenkinimas reiškia emocinį reagavimą į situacijas ir pažintinį jų vertinimą“ [76]. Taigi šie autoriai abu požūrius tiesiog sujungia

į vieną, t. y. psichologinės gerovės sąvoka apima tiek hedoninius (subjektyvios gerovės), tiek eudemoninius (psichologinės gerovės) gerovės aspektus.

Monografijoje pateikiamos ir autorių sukurtos universalios lyginamiesiems tyrimams tinkamos tyrimo priemonės – Lietuviškoji psichologinės gerovės skalė suaugusiesiems (LPGS-S) ir Lietuviškoji psichologinės gerovės skalė jaunimui (LPGS-J). Šių skalių

psichometrinės charakteristikos ir struktūra buvo patikrinta atlikus studentų bei įvairaus amžiaus suaugusių asmenų imčių tyrimus. Tad, atrodytų, remdamiesi tokio plataus spektro tyrimų rezultatais galėtume suformuoti išties neblogą supratimą apie psichologinės gerovės reiškinį Lietuvoje.

Apibendrinant psichologinės gerovės tyrimų Lietuvoje apžvalgą galima teigti, kad psichologinės gerovės tyrėjai Lietuvoje susiduria su analogiškais problemomis, kaip ir užsienio kolegos. Skirtingų mokslo disciplinų atstovų domėjimasis psichologine gerove natūraliai kelia riziką pernelyg paprastai pažvelgti į sudėtingą ir daugiadimensį psichologinės gerovės konstrukta. Stingant bendros apibrėžties, tiek skirtingų disciplinų, tiek tos pačios disciplinos atstovų tyrimuose vartojamos skirtingos sąvokos (subjektyvi gerovė, psichologinė gerovė, subjektyvus laimės jausmas ir t. t.), taip pat neretai jos traktuojamos kaip sinonimai ir tik įsigilinus į tyrimo metodologiją paaiškėja, kas ir kaip vienu ar kitu atveju iš tikrųjų buvo tirta. Be to, situaciją apsunkina įvairių mokslo disciplinų publikacijoms keliami skirtingi reikalavimai: kai kur nereikalaujama detaliai ir sistemingai aprašyti tyrimo metodikos, todėl tiesiog neįmanoma išsiaiškinti, ką iš tiesų apima tyrimo autorių minimos psichologinės gerovės kategorijos ir kaip tie konstrukta buvo tiriami. Taigi psichologinės gerovės tyrimų įvairovė didžiulė, todėl beveik neįmanoma palyginti jų rezultatų. Deja, dėl šių minėtų priežasčių ir remiantis nauja Lietuviškąja psichologinės gerovės skale gauti rezultatai negalės būti palyginti su kitų kultūrų atstovų rezultatais. Labai panašiai savo tyrinėjimų rezultatus monografijoje apibendrina ir A. Bagdonas su kolegomis (2013, p. 13): „Tegul atleidžia šios monografijos skaitytojai jos autoriams, kurie ir šiandien, po ilgų psichologinės gerovės ir kitų jai giminingų reiškinų studijų, prisipažįsta: apie tai, kas įvardijama psichologine gerove, žinome tikrai ne daugiau, nei tyrimų pradžioje. Ko gero, net mažiau“ [76]. Nevadintume to nusivylimu ir skatinimu nebetyrinėti psichologinės gerovės reiškinio. Juk visiems žinomas posakis iš antikos laikų: kuo daugiau žinai, tuo labiau supranti, kad dar daugiau nežinai. Pripažįstant, jog psichologinė gerovė yra daugiamatė, galima teigti, kad įvairios psichologinės gerovės tyrimo tradicijos, paradigmos, teorijos ir modeliai iš esmės neprieštarauja vieni kitiems ir tyrinėja tiesiog skirtingas šio konstrukto dalis.

Viliamės, kad Lietuvoje psichologinės gerovės tyrinėjimai bus tęsiami ir toliau, moksliniuose ginčuose tebeieškant šios sąvokos apibrėžties, sudedamųjų dalių ir tinkamų šio reiškinio tyrimo instrumentų.

## APIBENDRINIMAS

Sveikatos moksluose įsigalint požiūriui, kad sveikata yra visiška fizinė, psichinė ir socialinė gerovė, o ne vien ligos ar negalios nebuvimas, vis aktualesnis tampa gerovės apibrėžties klausimas. Juk pripažindami, kad turime rūpintis ne vien fizine paciento būkle, bet ir kitais jo gyvenimo aspektais, siekti ne vien ligos simptomų išnykimo, bet visapusiškos gerovės, turime suprasti, kas tai yra. Gerovės sampratoje pabrėžiamas šio reiškinio dinamiškumas, holistinė perspektyva ir paties individo atsakomybės prisiėmimo už savo gerovę bei sveikatą svarba. Šiuolaikiniuose gerovės modeliuose pripažįstama, kad gerovės konstrukta sudaro keletas dimensijų, apimančių svarbiausias žmogaus gyvenimo sritis. O gerovės veiksnių tyrimai padeda mums geriau suprasti, kaip siekti visapusiškos gerovės.

Dėl psichologinės gerovės tematika publikuotų tyrimų gausos susidaręs pirminis įspūdis, jog tai yra plačiai tyrinėta problematika, įsigilinus pakeičiamas suvokimu, kad iš tiesų šiame tyrimų lauke vis dar tenka grįžti prie neatsakytų fundamentalių klausimų – šio reiškinio definicijos, struktūros bei instrumentų, skirtų psichologinei gerovei tirti. Tenka pripažinti, kad vis dar vyksta intensyvios mokslinės diskusijos svarstant, ar teisingai psichologijos moksle adaptuotos iš filosofijos pasiskolintos hedonijos ir eudemonijos kategorijos. Hedoninis požiūris kritikuojamas kaip nepakankamas psichologinės gerovės reiškinio kompleksiskumui atskleisti, mat juo susitelkiama ties faktu, ar individas jaučiasi laimingas, ir neskiriama pakankamai dėmesio tokiems aspektams, kaip patiriamos laimingumo būsenos ištakos, neįvertinama asmeninio augimo reikšmė. Eudemoninis požiūris kritikuojamas dėl siūlomų psichologinės gerovės sampratų daugiareikšmiškumo, kuriam stinga koncepcinio vieningumo. Taigi bendro sutarimo dėl psichologinės gerovės konstrukto apibrėžties šiandien dar neturime, todėl artimiausiu metu hedonijos ir eudemonijos kategorijų greičiausiai nebus atsisakyta. Gal tai ir gerai, nes šis dichotominis požiūris į gerovę, keliantis diskusijas bei tiesos įrodymų paieškas, svariai prisideda prie platesnio gerovės konstrukto supratimo. Lietuvos psichologinės gerovės reiškinio tyrėjai susiduria su labai panašiomis problemomis, kaip ir jų užsienio kolegos.

Į tai galima žvelgti dvejopai: kaip į begalinį sukiimąsi uždaramame rate arba kaip į natūralų kelią empiriškai pagrįsto mokslinio žinojimo link.

*Straipsnis gautas 2014-01-24, priimtas 2014-02-28*

## Literatūra

1. World Health Organization. WHO definition of Health, Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the WHO, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
2. Dunn HL. High-Level Wellness for man and society. *American Journal of Public Health*. 1959;49(6):786-792.
3. Travis J. Key concept no. 1: The Illness – Wellness Continuum: Wellness is a process, never static state. The Official WellSpring Website. 1972. Prieiga per internetą: <<http://www.thewellspring.com/wellspring/introduction-to-wellness/357/key-concept-1-the-illnesswellness-continuum.cfm>> [žiūrėta 2013 m. gruodžio 21 d.].
4. Hettler W. Wellness: Encouraging a lifetime pursuit of excellence. *Health Values: Achieving High Level Wellness*. 1984;8:13-17.
5. Ardell DB. Perspectives on the history and future of wellness. *Wellness Perspectives: Journal of Individual Family and Community Wellness*. 1984;1(1):3-23.
6. Ardell DB. Wellness models of the past and the new REAL wellness model of the future. 2010. Prieiga per internetą: <[http://www.seekwellness.com/wellness/wellness\\_models.htm](http://www.seekwellness.com/wellness/wellness_models.htm)> [žiūrėta 2013 m. gegužės 17 d.].
7. Witmer JM, Sweeney TJ. A holistic model of wellness and prevention over the life-span. *Journal of Counselling and Development*. 1992;71:140-148.
8. Hattie JA, Myers JE, Sweeney TJ. A factor structure of wellness: Theory, assessment, analysis, and practice. *Journal of Counseling & Development*. 2004;82(3):354-364.
9. Myers JE, Sweeney TJ. The Indivisible Self: An evidence-based model of wellness. *Journal of Individual Psychology*. 2004;60(3):234-245.
10. Myers JE, Luecht RM, Sweeney TJ. The factor structure of wellness: reexamining theoretical and empirical models underlying the wellness evaluation of lifestyle (WEL) and the five-factor WEL. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. 2004;36(4):194-208.
11. Adams T, Bezner J, Steihardt M. The conceptualization and measurement of perceived wellness: integrating balance across and within dimensions. *American Journal of Health Promotion*. 1997;11(3):207-218.
12. Bezner JR, Hunter DL. Wellness perception in persons with traumatic brain injury and its relation to functional independence. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2001;82(6):787-792.
13. Adams T, Bezner J, Garner L, Woodruff S. Construct validation of the perceived wellness survey. *American Journal of Health Studies*. 1998;14(4):212-219.
14. Kinney CK, Rodgers DM, Nash KA, Bray CO. Holistic healing for women with breast cancer through a mind, body, and spirit self-empowerment program. *Journal of Holistic Nursing*. 2003;21(3):260-279.
15. Goodwin IC. The relationship between perceived wellness and stages of change for exercise among rural African American women. Atlanta: Georgia State University. Doctoral dissertation, 2009.
16. Footitt J, Anderso D. Associations between perception of wellness and health-related quality of life, comorbidities, modifiable lifestyle factors and demographics in older Australians. *Australasian Journal on Ageing*. 2012;31(1):22-27.
17. Waterman AS. Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1993;64:678-691.
18. Ryan RM, Deci EL. On Happiness and Human Potentials: A Review on Research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:141-166.
19. Diener E. Subjective well-being. *Psychological Bulletin*. 1984;95(3):547-575.
20. Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*. 1999;125(2):276-302.
21. Deci EL, Ryan RM. Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of Happiness Studies*. 2008;9(1):1-11.
22. Bradburn NM. The structure of psychological well-being. Chicago: ALDINE Publishing Company, 1969.
23. Ryff CD, Singer BH. Know thyself and become what you are: a Eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*. 2006;9:13-39.
24. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989;57(6):1069-1081.
25. Keyes CLM, Ryff CD, Smotkin D. Optimizing Well-Being: The Empirical Encounter of Two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2002;82(6):1007-1022.
26. Dodge R, Daly AB, Huyton J, Sanders LD. The challenge of defining wellbeing. *International Journal of Wellbeing*. 2012;2(3):222-235.
27. Delle Fave A, Brdar I, Freire T, Vella-Brodrick D, Wissing MP. The eudaimonic and hedonic components of happiness: Qualitative and quantitative findings. *Social Indicators Research*. 2011;100:185-207.
28. Bauer JJ, McAdams DP, Pals JL. Narrative identity and eudaimonic well-being. *Journal of Happiness Studies*. 2008;9:81-104.
29. Boniwell I, Henry J. Developing conceptions of well-being: Advancing subjective, hedonic and eudaimonic theories. *Social Psychological Review*. 2007;9(1):3-18.
30. Waterman AS. On the importance of distinguishing hedonia and eudaimonia when considering the hedonic treadmill. *American Psychologist*. 2007;62:612-613.
31. Kopperud KH, Vittersø J. Distinctions between hedonic and eudaimonic well-being: Results from a day reconstruction study among Norwegian jobholders. *The Journal of Positive Psychology: Dedicated to furthering research and promoting good practice*. 2008;3(3):174-181.
32. Henderson LW, Knight T. Integrating the hedonic and eudaimonic perspectives to more comprehensively understand wellbeing and pathways to wellbeing. *International Journal of Wellbeing*. 2012;2(3):196-221.
33. Biswas-Diener R, Kashdan TB, King LA. Two traditions of happiness research, not two distinct types of happiness. *The Journal of Positive Psychology*. 2009;4(3):208-211.
34. Kashdan TB, Biswas-Diener R, King LA. Reconsidering happiness: The costs of distinguishing between hedonics and eudaimonia. *Journal of Positive Psychology*. 2008;3:219-233.
35. Nave CS, Sherman RA, Funder DC. Beyond self-report in the study of hedonic and eudaimonic well-being: Correlations with acquaintance reports, clinician judgments and directly observed social behavior. *Journal of Research in Personality*. 2008;42:643-659.
36. Vivoll Straume L, Vittersø J. Happiness, inspiration and the fully functioning person: Separating hedonic and eudaimonic well-being in the workplace. *The Journal of Positive Psychology: Dedicated to furthering research and promoting good practice*. 2012;1-12.
37. Ryan MR, Huta V. Wellness as healthy functioning or wellness as happiness: the importance of eudaimonic thinking (response to the Kashdan et al. and Waterman discussion). *The Journal of Positive Psychology*. 2009;4(3):202-204.
38. Huta V, Ryan RM. Pursuing pleasure or virtue: The differential and overlapping well-being benefits of hedonic and eudaimonic motives. *Journal of Happiness Studies*. 2010;11:735-762.
39. Huta V. Pursuing eudaimonia versus hedonia: Distinctions, similarities, and relationships. In A. Waterman (Ed.), *The best within us: Positive psychology perspectives on eudaimonic functioning* (chapter 7). APA Books. 2013;139-158.
40. Gallagher MW, Lopez SJ, Preacher KJ. The Hierarchical Structure of Well-Being. *Journal of Personality*. 2009;77(4):1025-1049.
41. Linley PA, Maltby J, Wood AM, Osborne G, Hurling R. Measuring happiness: The higher order factor structure of subjective and psychological well-being measures. *Personality and Individual Differences*. 2009;47:878-884.
42. Seligman MEP, Parks AC, Steen T. A Balanced psychology and a full life. *Phil Trans R Soc Lond B*. 2004;359:1379-1381.
43. Seligman MEP. *Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-being*. New York: Free Press, 2011.
44. Van Zyl LE. Seligman's flourishing: An appraisal of what lies beyond happiness. *SA Journal of Industrial Psychology/SA Tydskrif vir Bedryfsielkunde*. 2013;39(2).
45. Huppert FA, So TTC. Flourishing across Europe: Application of a new conceptual framework for defining well-being. *Soc Indic Res*. 2013;110:837-861.
46. Šilinskas G, Žukauskienė R. Subjektyvios gerovės išgyvenimas ir su juo susiję veiksniai vyrų imtyje. *Psichologija*. 2004;30:47-58.

47. Žukauskienė R, Navaitienė J, Kanapinskaitė J. Social demographic and personality factors related to woman's subjective well-being. *Socialinis darbas*. 2005;4(1):4-13.
48. Balaišis M. First year students adjustment at Vilnius University in Lithuania: The role of self-orientation, locus of control, social support and demographic variables. *Daktaro disertacija*. Vilnius: Vilniaus universitetas, 2004.
49. Vaznonienė G. Subjektyvi gerovė ir socialinė atskirtis: pagyvenusių žmonių atvejis. *Daktaro disertacija*. Kaunas: Kauno technologijos universitetas, 2011.
50. Šarakauskienė Ž. Mokinių psichologinė gerovė: struktūra ir sociodemografiniai bei asmenybės veiksniai. *Daktaro disertacija*. Vilnius: Vilniaus universitetas, 2012.
51. Šarakauskienė Ž, Bagdonas A. Vyresniųjų klasių mokinių subjektyvios gerovės komponentų ir sociodemografinių kintamųjų sąsajos. *Psichologija*. 2010;41:18-32.
52. Daukantaite D, Zukauskienė R. Swedish and Lithuanian employed womens's subjective well-being. *International journal of social welfare*. 2006;15(1):23-30.
53. Daukantaite D, Zukauskienė R. Optimism and Subjective Well-Being: Affectivity Plays a Secondary Role in the Relationship Between Optimism and Global Life Satisfaction in the Middle-Aged Women. *Longitudinal and Cross-Cultural Findings. J Happiness Stud*. 2012;13:1-16.
54. Žukauskas Š, Žukauskienė R. Materializmo ir subjektyvios gerovės ryšys skirtingas pajamas gaunančių tiriamųjų grupėse. *Socialinis darbas*. 2013;12(1):187-200.
55. Rimkutė L, Sondaitė J. Valstybiniame ir privačiame sektoriuje dirbančių žmonių gyvenimo tikslų analizė. *Socialinis darbas*. 2007;6(2):106-114.
56. Miežytė-Tijūšienė J, Bulotaitė L. Pensinio amžiaus žmonių socialinis aktyvumas bei psichologinė savijauta. *Gerontologija*. 2012;13(4):199-205.
57. Kaliatkaitė J, Pajarskienė B. Restruktūrizuojamose Lietuvos ligoninėse dirbančių slaugytojų subjektyvi sveikata. *Visuomenės sveikata*. 2013; Priedas Nr. 1:36-42.
58. Grigaliūnienė V, Burba B, Šlioža V, Ramanauskas I. Medikų, dirbančių klinikinį darbą, subjektyvios gerovės (laimingumo) ir psichosocialinių veiksnių ryšys. *Visuomenės sveikata*. 2007;2(37):30-36.
59. Vareikienė I, Malinauskienė V. Moksleivių mokykloje patiriamo priekabiavimo, konfliktų, smurto šeimoje ir psichologinės būsenos sąsajos. *Visuomenės sveikata*. 2007;1(36):10-15.
60. Susnienė D, Jurkauskas A. The Concepts of Quality of Life and Happiness – Correlation and Differences. *Inzinerine Ekonomika-Engineering Economics*. 2009;3:58-67.
61. Vaznonienė G. Subjektyvios pagyvenusių žmonių gyvenimo kokybės socialiniai ekonominiai veiksniai. *Sociologija*. 2010;2(27):186-204.
62. Kirkilytė K, Malinauskienė V. Moksleivių vidinės darnos, psichosocialinės aplinkos ir psichologinės būsenos sąsajos, Kauno vidurinės mokyklos duomenimis. *Visuomenės sveikata*. 2011;2(53):102-110.
63. Degutis M, Urbonavicius S, Gaizutis A. Relation between life Satisfaction and GDP in the European Union. *Ekonomika*. 2010;89(1):9-21.
64. Degutis M, Urbonavicius S. Determinants of Subjective Wellbeing in Lithuania. *Inzinerine Ekonomika-Engineering Economics*. 2013;24(1):111-118.
65. Skučienė D. Lietuvos pensininkų subjektyvioji gerovė tarp Europos šalių. *Gerontologija*. 2012;13(3):154-164.
66. Šarakauskienė Ž, Bagdonas A. Vyresniųjų klasių mokinių psichologinės gerovės prognostiniai kintamieji. *Psichologija*. 2011;44:7-21.
67. Bulotaitė L, Pociūtė B, Bliumas R, Dovydaitienė M. Socialinių mokslų studentų psichologinės gerovės, patiriamo streso ir subjektyvaus sveikatos vertinimo sąsajos. *Visuomenės sveikata*. 2012;58(3):85-92.
68. Vaštakaitė A, Norvilė N. Savęs vertinimo (CSE) ir laiko struktūros įtaka bedarbių psichologinei gerovei. *Socialinių transformacijų raiška. Konferencijos straipsnių leidinys*. MRU, 2012;75-88.
69. Kaliatkaitė J, Bulotaitė L, Pajarskienė B. Priklausomų nuo alkoholio vyrų žmonių psichologinės savijautos rodikliai ir jų sąsajos su savigalbos grupių lankymu. *Visuomenės sveikata*. 2010;2(49):51-59.
70. Gustaitienė L, Pranckevičienė A. Kokie veiksniai skatina darbuotojų gerovę ir palankią aplinką? *Tarptautinis psichologijos žurnalas: biopsichosocialinis požiūris*. 2010;7:137-142.
71. Pranckevičienė A, Žąsytytė E, Gustaitienė L. Studentų dvasingumo ir sveikatingumo sąsajos. *Tarptautinis psichologijos žurnalas: biopsichosocialinis požiūris*. 2008;2:9-28.
72. Navickienė J. Nepakaltinamų asmenų subjektyvios gerovės bei seksualinių potraukių vertinimai. *Visuomenės sveikata*. 2012;22(2):34-29.
73. Bagdonas A, Urbanavičiūtė I, Kairys A, Liniauskaitė A, Girdzijauskienė S. Lietuviškoji psichologinės gerovės skalė: struktūros paieškos studentų imtyje. *Psichologija*. 2012;45:22-41.
74. Liniauskaitė A, Kairys A, Urbanavičiūtė I, Bagdonas A, Pakalniškienė V. Suaugusiųjų psichologinės gerovės sąsajos su socialiniais ir demografiniais kintamaisiais. *Tiltai*. 2012;3:35-53.
75. Bagdonas A, Liniauskaitė A, Kairys A, Pakalniškienė V. Lietuviškosios psichologinės gerovės skalės struktūra: suaugusiųjų imties analizė. *Visuomenės sveikata*. 2013;23(2):58-65.
76. Bagdonas A, Kairys A, Liniauskaitė A, Pakalniškienė V. Lietuvos gyventojų psichologinė gerovė ir jos veiksniai. *Monografija*. Vilnius: Vilniaus universitetas, 2013.

# The conception of wellness and well-being in health sciences and psychology: research, issues and possibilities

*Justina Kaliatkaitė, Laima Bulotaitė*

*Vilnius University, Faculty of Philosophy, Department of General Psychology*

## Summary

The article analyses wellness and well-being in the scopes of health sciences and psychology. The purpose of the article is to discuss the established wellness and well-being models by distinguishing prevailing issues and emerging possibilities. Besides, the goal is to review well-being researches in Lithuania. Foundation of wellness paradigm and contemporary conceptual models are presented and discussed. Hedonic and eudaimonic approaches to well-being and their interrelation are discussed. Well-being studies conducted by Lithuania's researchers are discussed by distinguishing theoretical background and research methodology. The main results of studies conducted in Lithuania are reviewed. Conclusions on mainstreaming tendencies of theoretical perspectives and research methodologies in

the paradigm of wellness and well-being are drawn on the basis of analysis of critical literature review, empirical research evidences and theoretical approaches.

**Keywords:** wellness, subjective well-being, psychological well-being.

**Correspondence to** Justina Kaliatkaitė  
Vilnius University  
Universiteto 9/1, LT-01513 Vilnius, Lithuania  
E-mail: justina\_kaliatkaite@yahoo.com

*Received 24 January 2014,  
accepted 28 February 2014*

# REALIZUOTI POTENCIALŪS GYVENIMO METAI DĖL IŠVENGIAMO MIRTINGUMO IR JŲ DINAMIKA LIETUVOJE 1967–2011 M. PAGAL LYTĮ, GYVENAMĄJĄ VIETOVĘ IR AMŽIŲ

Romualdas Gurevičius, Sandra Mekšriūnaitė  
Higienos institutas

## Santrauka

**Tyrimo tikslas** – įvertinti realizuotus potencialius gyvenimo metus dėl išvengiamų mirčių bei jų dinamiką Lietuvoje per 45 metų laikotarpį skirtingose gyventojų grupėse.

**Medžiaga ir metodai.** Darbe naudota 1967–2011 m. oficialiose mirtingumo ataskaitose ir Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės leidiniuose esanti pirminė informacija. Nagrinėta 11 išvengiamų mirties priežasčių 0–64 m. amžiaus grupėje. Apskaičiuoti realizuoti potencialūs gyvenimo metai (RPGM), jų netolygumų indeksas. RPGM kitimo dinamikai įvertinti naudotas lūžio taškų segmentinės regresijos metodas.

**Rezultatai.** Pritaikytas RPGM metodas atskleidė naujų aspektų vertinant įprastinius šalies gyventojų sveikatos lygio rodiklius ir jų kitimo tendencijas. Labiausiai per tiriamąjį laikotarpį padidėjo kaimo moterų RPGM (1,5 karto). Šiek tiek mažiau padidėjo kaimo vyrų RPGM (1,4 karto), tačiau jų RPGM didėjimo sparta buvo tokia pati kaip miesto moterų. Miesto vyrų RPGM padidėjimas buvo panašus į miesto moterų (1,3 karto), tačiau didėjimo sparta buvo mažesnė. Moterų RPGM dėl išvengiamų priežasčių visu tiriamu laikotarpiu buvo didesni nei vyrų (ir mieste, ir kaime).

RPGM pagal amžių tiriamose grupėse kito beveik vienodai. Didėjant amžiui kiekvienos amžiaus grupės RPGM padidėdavo vidutiniškai po 0,06.

**Išvados.** Visų mirusiųjų nuo 11 išvengiamų priežasčių RPGM per 1967–2011 m. laikotarpį padidėjo 1,4 karto. Rezultatai rodo, jog lytis labiau lemia RPGM netolygumų atsiradimą nei gyvenamoji vietovė, o didėjant amžiui RPGM netolygumai mažėja.

**Reikšminiai žodžiai:** išvengiamas mirtingumas, realizuoti potencialūs gyvenimo metai, RPGM, netolygumai, dinamika, lytis, gyvenamoji vieta.

## ĮVADAS

Pasaulio sveikatos organizacija nurodo, jog paskutiniaisiais dešimtmečiais daugelyje šalių gerėja įprastiniai, vidutinį sveikatos lygį rodantys rodikliai (pvz., ilgėja vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (VTGT), mažėja kūdikių mirtingumas). Per 160 metų daugelyje šalių, kuriose pasiektas šios srities progresas, VTGT nuolat didėjo po 3 mėnesius per metus. Tai rodo įspūdingą žmogaus pasiekimų pastovumą [1]. Tačiau pastebėtas ir kitas dėsningumas. Gerėjant bendram sveikatos lygiui, vis dar pastebima didelių netolygumų ne tik tarp šalių, bet ir tarp įvairių gyventojų grupių šalių viduje. Pabrėžiama, jog sveikatos sistemos turėtų gerinti vidutinį sveikatos

lygį šalyje mažindamos sveikatos netolygumus, kadangi neteisinga gerinti šalies gyventojų sveikatos rodiklius gerinant sveikatą tų, kurie ir taip yra sveikesni [2].

Remiantis 1997 m. oficialia prognoze, japonų VTGT 2050 m. bus 82,5 m., tačiau prognozės, paremtos japonų mirtingumo mažėjimu nuo 1950 m., rodo, jog šis rodiklis bus 8 metais didesnis – 90,91 (87,64–94,18; 90 proc. PI) [3]. Nepaisant to žinoma, jog šioje šalyje išlieka dideli sveikatos netolygumai tarp skirtingų amžiaus grupių, nors šalys, pasižyminčios ilga VTGT, paprastai patiria mažiau sveikatos netolygumų.

Taigi sveikatos netolygumų mastas lyginant su vidutiniu sveikatos lygiu šalyje yra ypatingos reikšmės ir į tai svarbu atsižvelgti kuriant ir reformuojant sveikatos sistemas [4].

Realizuoti potencialūs gyvenimo metai (RPGM, angl. *realization of potential life years, RePLY*) yra santykinai naujas matas, naudojamas vertinant

**Adresas susirašinėti:** Romualdas Gurevičius  
Higienos institutas  
Didžioji g. 22, 01128 Vilnius  
El. p. Romualdas.Gurevicius@hi.lt

potencialių gyvenimo metų realizavimą tarp amžiaus grupių, lyčių ar valstybių, ir tai gali būti geresnės sveikatos ir bendros gerovės indikatorius. RPGM tinka šalių pasiekimams įvertinti užtikrinant geriausia vidutinį sveikatos lygį savo gyventojams ir mažinant netolygumus, atsirandančius dėl priežasčių, kurių galima išvengti taikant tinkamas intervencijas [4]. Trumpai tariant, RPGM – tai amžiaus, kuriame ištiko mirtis nuo analizuojamos priežasties, santykis su potencialia gyvenimo trukme.

Lietuvos gyventojų mirtingumas dar nebuvo vertintas remiantis RPGM, todėl šio darbo tikslas buvo įvertinti realizuotus potencialius gyvenimo metus dėl išvengiamų mirčių ir jų dinamiką Lietuvoje per 45 metų laikotarpį skirtingose gyventojų grupėse.

## MEDŽIAGA IR METODIKA

Tyrimo periodas apėmė 45 metus, todėl pirminės informacijos šaltiniai buvo labai įvairūs:

- mirčių skaičius:
  - 1967–1992 m. – Lietuvos Tarybų Socialistinės Respublikos centrinės statistikos valdybos mirties ataskaitos (forma Nr. 5);
  - 1993–2002 m. – Lietuvos statistikos departamento kasmetinės mirties ataskaitos;
  - 2003–2009 m. – Lietuvos statistikos departamento kasmetinis leidinys „Mirties priežastys“;
  - 2010–2011 m. – Mirties atvejų ir jų priežasčių valstybės registras;
- gyventojų skaičius 1967–2011 m. – Lietuvos statistikos departamento oficialioji statistika.

Tyrimo panaudotos mirties priežastys pagal Holland'o išvengiamų mirties priežasčių sąrašą [5, 6], išskyrus gimdos kaklelio piktybinius navikus bei nėščiųjų ir gimdyvių mirtis, nes dėl skirtingų rizikos populiacijų šių mirčių priežasčių negalima nagrinėti kartu su visomis išvengiamo mirtingumo priežastimis. Taip pat tyrime nenaudojamos perinatalinės mirtys, nors šios priežastys įeina į išvengiamų priežasčių sąrašą (perinatalinio mirtingumo amžiaus grupė yra per maža, kad būtų galima daryti išvadas apie RPGM ir jų pokyčius, nes perinatalinio mirtingumo atveju RPGM dydį lemia VTGT pokyčiai).

RPGM analizuoti pagal šiuos požymius:

- gyvenamąją vietovę – miestas, kaimas;
- lytį – vyrai, moterys;
- 13 penkerių metų amžiaus grupių: 0–4, 5–9, 10–14, 15–19, 20–24, 25–29, 30–34, 35–39, 40–44, 45–49, 50–54, 55–59, 60–64;
- keturiasdešimt penkerių metų laikotarpį – nuo 1967 iki 2011-ųjų.

**Realizuoti potencialūs gyvenimo metai (RPGM).** Atliekant tyrimą apskaičiuoti RPGM – tai santykis tarp amžiaus, kurio sulaukęs žmogus mirė, ir VTGT tame amžiuje [4, 5].

$$RPGM = \frac{x}{\tilde{e}_x^g + x}$$

$x$  – amžius, kai žmogus mirė,  
 $\tilde{e}_x^g$  – vidutinė tikėtina gylties atstovo gyvenimo trukmė amžiuje  $x$ .

RPGM reikšmė svyruoja tarp 0 ir 1. Kuo ši reikšmė arčiau vieneto, tuo daugiau potencialių gyvenimo metų realizuojama. (Žmonės, mirę dėl neišvengiamų priežasčių, visiškai realizuoja potencialią gyvenimo trukmę, todėl jų RPGM prilyginami vienetai, ir atvirkščiai – mirusieji nuo išvengiamų priežasčių realizuoja tik dalį gyvenimo metų.)

RPGM kitimo dinamikai per 1967–2011 m. laikotarpį įvertinti naudotas lūžio taškų segmentinės regresijos metodas (angl. *Joinpoint regression*), kuriuo laiko eilutėje yra nustatomi lūžio taškai atsižvelgiant į dinamikos proceso ypatumus ir taip eilutė suskirstoma į kelis skirtingus etapus. Skaičiuojama kiekvieno etapo kasmetinis procentinis kitimas (KPK), visos laiko eilutės – vidutinis kasmetinis procentinis kitimas (VKPK). KPK ir VKPK galima naudoti palyginimams, bet tik tarp vienodo ilgio laiko segmentų [7, 8].

**RPGM netolygumų indeksas.** Vertinant RPGM netolygumus naudotas netolygumų indeksas [3], kuris apskaičiuojamas kaip RPGM santykis tarp atitinkamų tiriamų grupių RPGM pagal formulę:

$$\text{Netolygumų indeksas} = \frac{\text{Miesto moterų RPGM} - \text{miesto vyrų RPGM}}{\text{Miesto moterų RPGM} + \text{miesto vyrų RPGM}}$$

Pavyzdyje pateikta kintamųjų pora tyrime žymima „miesto moterys / vyrai“ (atitinkamai žymimos kitos kintamųjų poros: „kaimo moterys / vyrai“, „miesto / kaimo vyrai“, „miesto / kaimo moterys“).

Taikant RPGM netolygumų indekso reikšmes nesunku atskirti mirtingumo skirtingose amžiaus grupėse netolygumus. Indekso reikšmė svyruoja nuo –1 iki 1. Pagal pavyzdį indekso reikšmė, mažesnė nei 0, rodo, jog miesto vyrai realizuoja daugiau potencialių gyvenimo metų nei miesto moterys, o indekso reikšmė, didesnė nei 0, rodo, kad miesto moterys realizuoja daugiau potencialių gyvenimo metų nei miesto vyrai. Kuo labiau indekso reikšmė nutolusi nuo 0, tuo didesni RPGM skirtumai tarp miesto vyrų ir moterų.

RPGM netolygumų indeksas pagal penkerių metų amžiaus grupes nagrinėtas penkiuose tiriomojo laikotarpio „taškuose“ kas 11 metų: 1967 m., 1978 m., 1989 m., 2000 m. ir 2011 m.

## REZULTATAI

### Realizuoti potencialūs gyvenimo metai pagal lytį ir gyvenamąją vietovę

Tyrimo metu apskaičiuoti visų mirusiųjų RPGM per 45 m. laikotarpį padidėjo 1,4 karto (nuo 0,487 iki 0,675). RPGM kitimo kreivėje nustatyti 4 statistiškai reikšmingi RPGM didėjimo laiko segmentai (1967–1975 m. KPK = 0,9 proc., 1975–1985 m. KPK = 1,6 proc., 1985–1995 m. KPK = 0,6 proc., 1999–2011 m. KPK = 0,4 proc.;  $p < 0,05$ ). Tai, gi RPGM didėjo iki 1995 m. (sparčiausiai 1975–1985 m.), vėliau RPGM didėjimo nebuvo arba jis buvo mažesnis nei iki 1995 m.

Tyrimo metu skirtingų tiriamų grupių pagal lytį ir gyvenamąją vietovę apskaičiuotų RPGM rezultatai rodo, jog vyrai dėl išvengiamų mirties priežasčių realizuoja daugiau potencialių gyvenimo metų nei moterys (1 pav.).

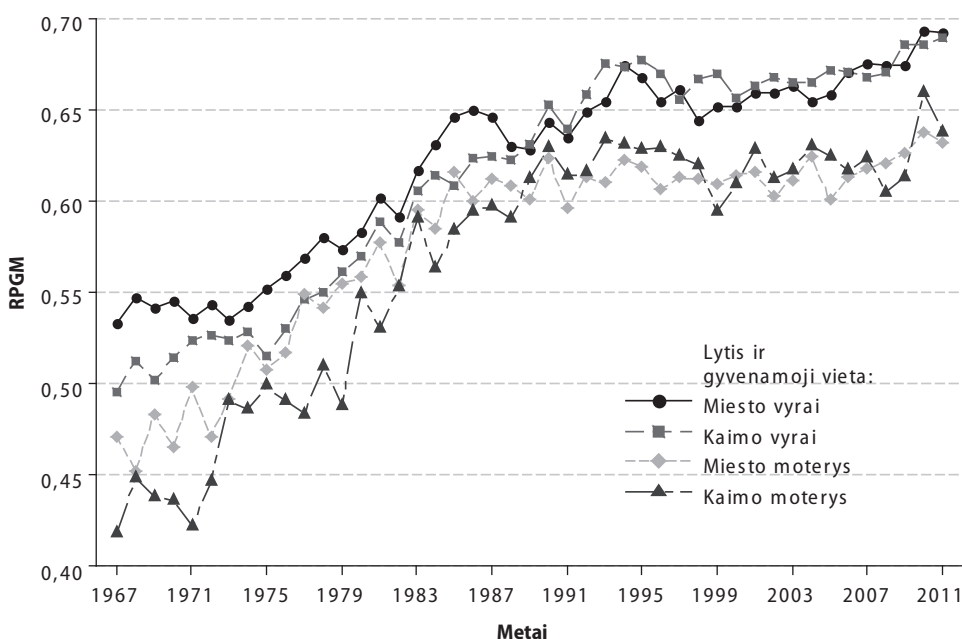
Vienareikšmiai RPGM skirtumai pagal gyvenamąją vietovę buvo tik iki 1988 m. (miesto gyventojai realizuodavo didesnę dalį potencialių gyvenimo metų nei kaimo gyventojai). Vėliau RPGM pagal gyvenamąją vietovę skyrėsi nežymiai.

Papildomai galima pastebėti, jog RPGM kreivės „grupuojasi“ pagal lytį, t. y. vyrų RPGM kreivė mieste kinta panašiai kaip kaime, moterų – taip pat. Tai ypač pastebima maždaug nuo 1988 m.

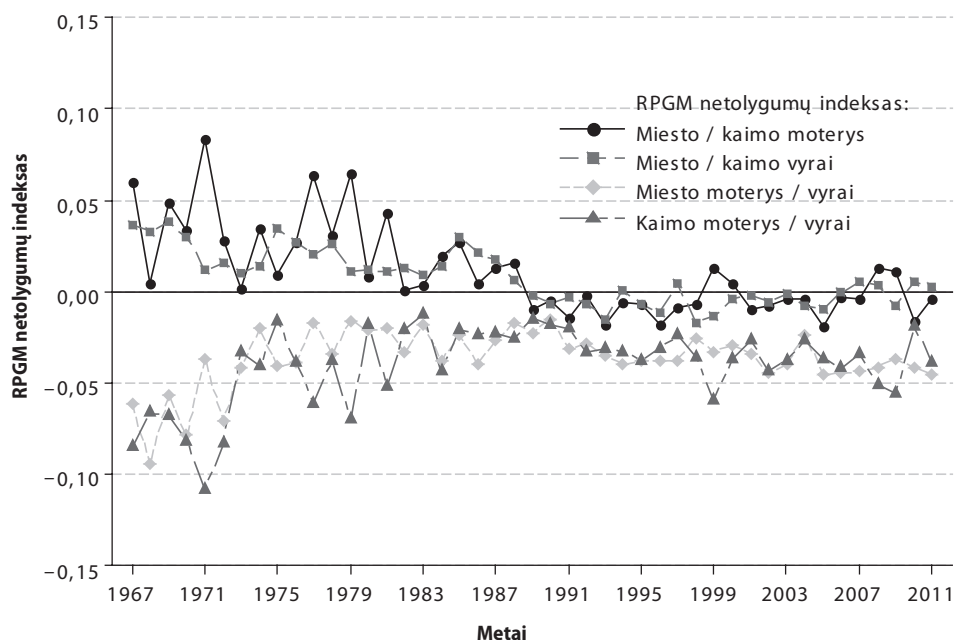
Miesto vyrų RPGM per visą tiriąmąjį laikotarpį padidėjo 1,3 karto (nuo 0,533 iki 0,692). Mažiausias miesto vyrų RPGM buvo 1967 m. (0,533), didžiausias – 2010 m. (0,693). Miesto vyrų RPGM kitimo kreivėje nustatyti trys statistiškai reikšmingi didėjimo laiko segmentai (1974–1986 m. KPK = 1,5 proc., 1989–1994 KPK = 1,3 proc. ir 1998–2011 m. KPK = 0,5 proc.;  $p < 0,05$ ). Per 1967–2011 m. laikotarpį miesto vyrų RPGM kasmet didėjo vidutiniškai po 0,5 proc. (statistiškai reikšmingas VKPK;  $p < 0,05$ ).

Miesto moterų RPGM per 45 metus padidėjo 1,3 karto (nuo 0,471 iki 0,633). Mažiausias RPGM buvo 1968 m. (0,452), didžiausias – 2010 m. (0,633). RPGM kitimo kreivėje nustatytas vienas lūžio taškas (1985 m.), prieš kurį buvo vienas laiko segmentas, kai KPK = 1,6 proc., ir vienas laiko segmentas po 1985 m., kai KPK = 0,1 proc. Per visą laikotarpį moterų RPGM mieste didėjo vidutiniškai po 0,7 proc. ir šis didėjimas buvo 0,2 procentiniais punktais didesnis nei miesto vyrų RPGM didėjimas.

Kaimo vyrų RPGM nuo 1967 iki 2011 m. padidėjo 1,4 karto (nuo 0,496 iki 0,689). Tai taip pat buvo mažiausia ir didžiausia kaimo vyrų RPGM reikšmės viso tiriomojo laikotarpio metu. Kaimo vyrų RPGM kitimo kreivė turėjo daugiausiai statistiškai reikšmingų RPGM didėjimo laikotarpių – keturis (1967–1978 m. KPK = 0,6 proc., 1976–1983 m. KPK = 1,7 proc. 1983–1994 m. KPK = 1 proc. ir 2001–2011 m. KPK = 0,4 proc.;  $p < 0,05$ ). Per visą 45 m. laikotarpį kaimo vyrų RPGM vidutiniškai didėjo tiek pat, kaip ir miesto moterų – po 0,7 proc. kasmet ir tai buvo 0,2 procentiniais punktais daugiau nei miesto vyrų RPGM didėjimas.



**1 pav.** Realizuotų potencialių gyvenimo metų dinamika 1967–2011 m. Lietuvoje (pagal lytį ir gyvenamąją vietovę)



**2 pav.** Realizuotų potencialių gyvenimo metų netolygumų indekso pokyčiai 1967–2011 m. Lietuvoje (pagal lytį ir gyvenamąją vietovę)

Kaimo moterų RPGM per tiriamąjį laikotarpį padidėjo 1,5 karto (nuo 0,418 iki 0,638). Mažiausias RPGM buvo 1967 m. (0,418), didžiausias – 2010 m. (0,660). Kaimo moterų RPGM kitimo kreivėje buvo vienas statistiškai reikšmingas RPGM didėjimo laikotarpis (1967–1989 m. KPK = 1,8 proc.;  $p < 0,05$ ). Per visą tiriamąjį laikotarpį kaimo moterų RPGM didėjo vidutiniškai po 0,9 proc. kasmet ir tai buvo 0,2 procentiniais punktais daugiau nei kaimo vyrų ir miesto moterų RPGM didėjimas.

### Realizuotų potencialių gyvenimo metų netolygumų indekso dinamika pagal lytį, gyvenamąją vietovę ir amžių

Nagrinėjant dėl išvengiamų mirties priežasčių RPGM pagal lytį ir gyvenamąją vietovę nustatyta, jog didesni RPGM netolygumai per visą tiriamąjį laikotarpį buvo dėl lyties, o ne dėl gyvenamosios vietovės (2 pav.).

Vyrų RPGM netolygumų tarp miesto ir kaimo indeksas iki 1989 m. buvo aukščiau 0 reikšmės. Tai reiškia, jog mieste vyrai realizuodavo daugiau potencialių gyvenimo metų nei kaime (indeksas svyravo nuo 0,006 iki 0,034). Tačiau nuo 1989 m. šis indeksas įgavo neigiamą reikšmę ir iki 2011 m. svyravo nuo  $-0,017$  iki 0,005, t. y. vyrų RPGM mieste ir kaime netolygumai buvo nedideli ir nevienareikšmiai nuo 1989 m.

Moterų RPGM netolygumai tarp miesto ir kaimo iki 1989 m. taip pat buvo aukščiau 0 reikšmės, t. y. mieste moterys realizuodavo palyginti daugiau potencialių gyvenimo metų nei kaime (indeksas svyravo nuo 0,001 iki 0,083). Tačiau nuo 1989 m. šis indeksas

įgavo neigiamą reikšmę ir iki 2011 m. svyravo nuo  $-0,019$  iki 0,013.

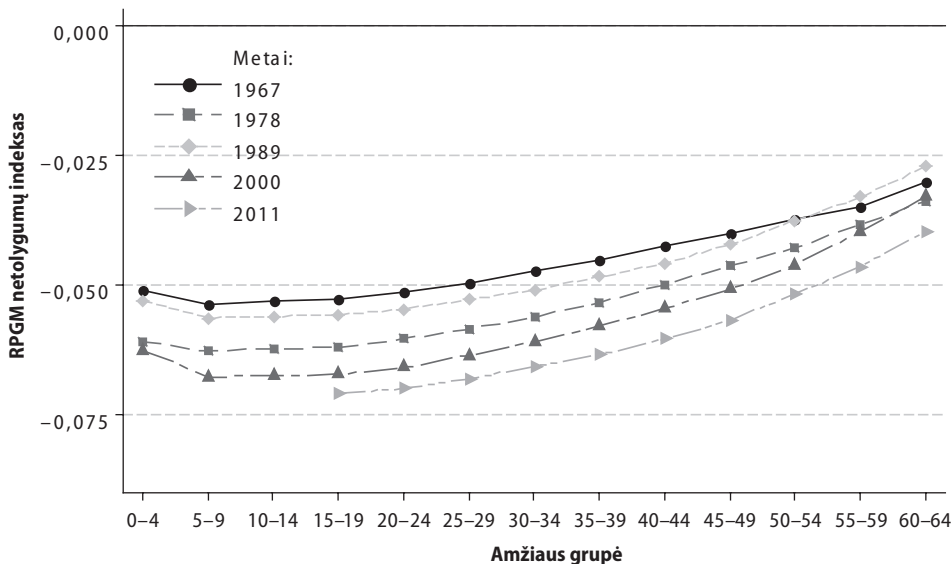
Moterų RPGM netolygumai mieste ir kaime nuo 1989 m. nebuvo vienpusiai, tačiau svyravimai buvo didesni nei aptarti vyrų RPGM netolygumai pagal gyvenamąją vietovę. Taigi galima sakyti, jog per visą tiriamąjį laikotarpį RPGM netolygumai pagal gyvenamąją vietovę tarp moterų buvo didesni nei tarp vyrų.

RPGM dėl išvengiamo mirtingumo netolygumų indeksas tarp lyčių mieste ir kaime per visą tiriamąjį laikotarpį buvo neigiamas. Tai reiškia, jog vyrai realizuodavo daugiau potencialių gyvenimo metų nei moterys ir mieste, ir kaime. Didžiausi RPGM netolygumai mieste buvo 1968 m. ( $-0,095$ ), mažiausi – 1990 m. ( $-0,015$ ). Kaime didžiausi RPGM netolygumai buvo 1971 m. ( $-0,108$ ), mažiausi – 1983 m. ( $-0,012$ ).

RPGM pagal amžių tiriamosiose grupėse lyginant penkis tiriamojo laikotarpio „taškus“ kito beveik vienodai. Didėjant amžiui kiekvienos amžiaus grupės RPGM padidėdavo vidutiniškai po 0,06 ir sudarė beveik tolygiai kylančią tiesę.

Vis dėlto netolygumų pagal amžiaus grupes atsiranda lyginant jas pagal lytį ir gyvenamąją vietovę (3–6 pav.).

Miesto vyrai realizuodavo daugiau potencialių gyvenimo metų nei moterys visose amžiaus grupėse (3 pav.). Miesto moterų ir vyrų RPGM netolygumai amžiaus grupėse su amžiumi mažėjo visuose penkiuose tiriamojo laikotarpio taškuose. Tik 5–9 m. amžiaus grupėje RPGM netolygumai buvo didesni nei jaunesniame amžiuje. RPGM netolygumai 1967 m. buvo mažiausi (išskyrus 55–59 ir 60–64 m. amžiaus



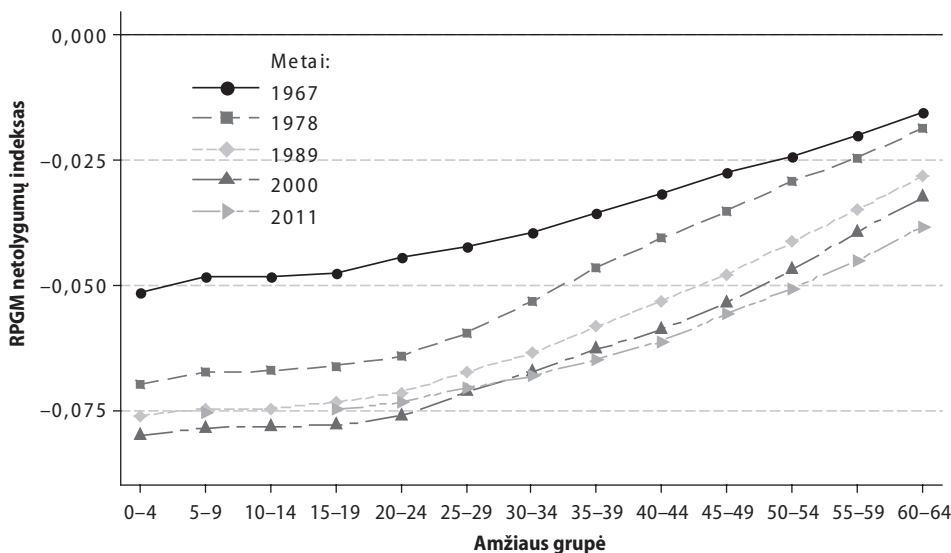
**3 pav.** Skirtingų metų realizuotų potencialių gyvenimo metų netolygumų indeksas tarp miesto moterų / vyrų pagal amžių

grupės). 2011 m. RPGM netolygumai visose amžiaus grupėse buvo didžiausi. Intervalas, kuriame 1967–2011 m. svyravo RPGM netolygumų indekso reikšmės, buvo nuo  $-0,071$  iki  $-0,027$ .

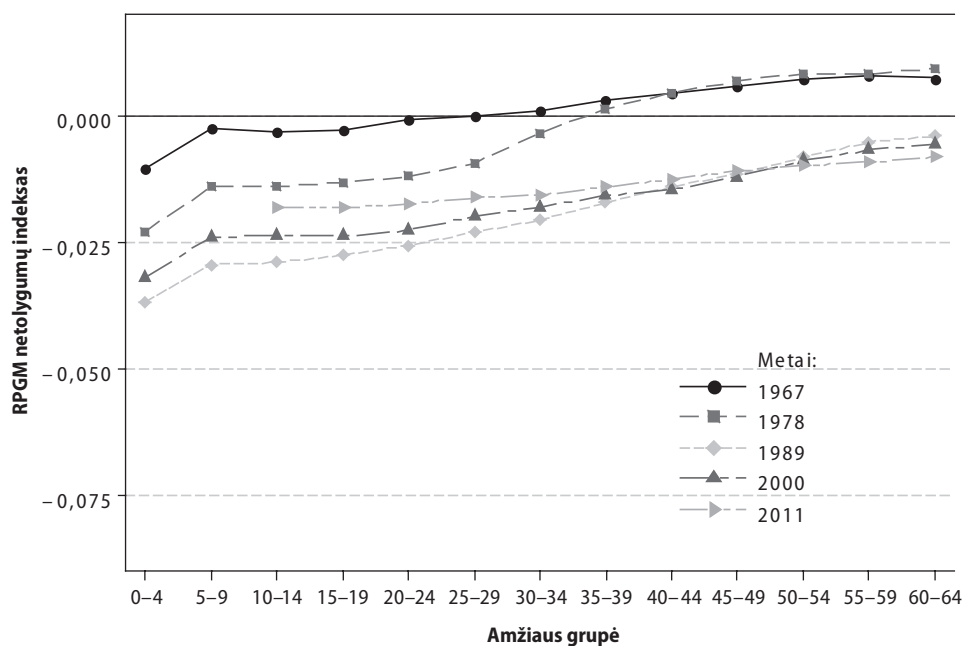
Kaimo vyrai taip pat realizuodavo daugiau potencialių gyvenimo metų nei moterys (4 pav.). 5–9 m. amžiaus grupė čia neišsiskiria didesnėmis RPGM netolygumų indekso reikšmėmis nei jaunesniame amžiuje. Kaimo moterų ir vyrų RPGM netolygumai amžiaus grupėse su amžiumi mažėjo visuose penkiuose tiriamojo laikotarpio taškuose. RPGM netolygumai 1967 m. buvo mažiausi visose amžiaus grupėse. Amžiaus grupėse iki 29 m. didžiausi RPGM netolygumai buvo 2000 m., o nuo 30 m. amžiaus – 2011 m. Intervalas, kuriame 1967–2011 m. svyravo RPGM netolygumų indekso reikšmės, buvo didesnis nei mieste (nuo  $-0,080$  iki  $-0,015$ ), tad kaime RPGM netolygumai tarp lyčių su amžiumi mažėjo sparčiau nei mieste.

RPGM netolygumų indeksas amžiaus grupėse tarp miesto ir kaimo vyrų buvo vienintelis, turėjęs ir teigiamų, ir neigiamų reikšmių (5 pav.). 1989 m., 2000 m. ir 2011 m. kaimo vyrų RPGM visose amžiaus grupėse buvo didesni nei miesto vyrų, todėl RPGM netolygumų indekso reikšmės buvo neigiamos. 1967 m. nuo 25–29 m. ir 1978 m. nuo 35–39 m. miesto vyrų RPGM buvo didesni nei kaimo (RPGM netolygumų indeksas teigiamas). Intervalas, kuriame 1967–2011 m. svyravo RPGM netolygumų indeksas, buvo nuo  $-0,037$  iki  $0,010$ .

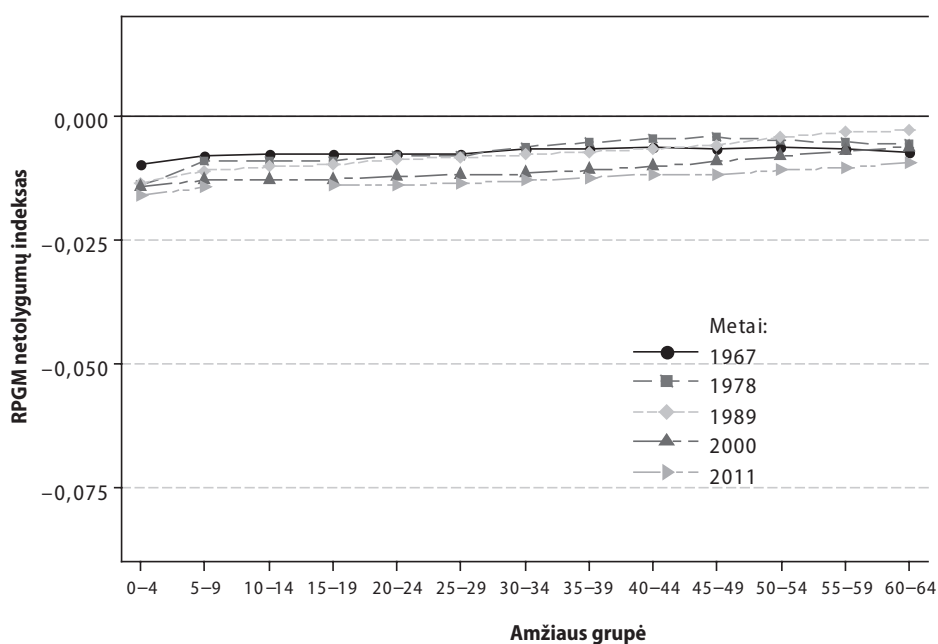
RPGM netolygumai tarp miesto ir kaimo moterų pagal amžiaus grupes buvo mažiausi (6 pav.). RPGM netolygumų indekso reikšmės svyravo intervale nuo  $-0,016$  iki  $-0,003$ , taigi kaimo moterys realizuodavo daugiau potencialių gyvenimo metų nei miesto moterys, nors šis skirtumas buvo mažiausias iš visų grupių. 2011 m. buvo didžiausi netolygumai visose amžiaus grupėse. Netolygumai su amžiumi tolygiai mažėjo (išskyrus 3 paskutines amžiaus grupes 1967 m. ir 1978 m.).



**4 pav.** Skirtingų metų realizuotų potencialių gyvenimo metų netolygumų indeksas tarp kaimo moterų / vyrų pagal amžių



**5 pav.** Realizuotų potencialių gyvenimo metų netolygumų indeksas tarp miesto / kaimo vyrų pagal amžių



**6 pav.** Realizuotų potencialių gyvenimo metų netolygumų indeksas tarp miesto / kaimo moterų pagal penkerių metų amžiaus grupes

## REZULTATŲ APTARIMAS

RPGM analizė tampa ypač svarbi norint tinkamai paskirstyti sveikatos sektoriaus išteklius [9]. Pavyzdžiui, 40 m. sulaukęs asmuo A mirė nuo genetinės ligos, kuriai sustabdyti ir pailginti sergančiojo gyvenimo trukmę nėra žinomų priemonių. Asmuo B mirė nuo tuberkuliozės, sulaukęs 56 metų, nors žinoma, jog tuberkuliozė yra pagydoma ir pritaikius tinkamas priemones asmuo B galėjo išgyventi iki 75 metų (VTGT). Atsižvelgiant į amžių, kuriame įvyko mirtys, derėtų skirti daugiau lėšų asmens A gydymui, tačiau tai būtų brangių išteklių švaistymas, nes RPGM rodo, jog asmuo A visiškai realizavo

savo potencialius gyvenimo metus, o asmuo B – tik 75 proc., todėl, vertinant sveikatos politikos požiūriu, derėtų išteklių skirti B asmeniui gydyti. Taigi RPGM netolygumai rodo, kaip derėtų perskirstyti išteklius tarp skirtingų gyventojų grupių, siekiant pagerinti bendrą šalies sveikatos lygį [9].

Lietuvoje per 45 m. laikotarpį vyrų mirtingumas dėl išvengiamų priežasčių ir mieste, ir kaime buvo didesnis nei moterų [10], tačiau RPGM rodo, jog vyrai per visą laikotarpį realizavo daugiau potencialių gyvenimo metų nei moterys. Tai paaiškinama VTGT skirtumais pagal lytį ir gyvenamąją vietovę. Žinant, jog vyrų VTGT buvo trumpesnė nei moterų viso

tiriamąjį laikotarpį metu (mieste ir kaime) [10], aišku, kad vyrai, mirštantys panašaus amžiaus kaip moterys, visada realizuodavo didesnę dalį potencialių savo gyvenimo metų. Toks modelis galimas netgi tuo atveju, jeigu vyrai mirtų būdami jaunesnio amžiaus nei moterys (iki tam tikros ribos).

Per tiriamąjį laikotarpį labiausiai svyravo kaimo vyrų VTGT (59,6–67,2 m. intervale), mažiausiai – kaimo moterų (72,9–76,6 m. intervale) [10]. Nepaisant VTGT svyravimų, RPGM per tiriamąjį laikotarpį padidėjo, taigi galima daryti išvadą, jog kuo toliau, tuo daugiau mirusiųjų sudarė žmonės, kurių amžius „artimesnis“ VTGT. Tai ypač ryšku pažvelgus į RPGM dinamiką iki 1988 m.

Ankstesniuose tyrimuose nustatyta, jog lytis yra didesnę reikšmę turintis veiksnys nei gyvenamoji vieta [10]. Mūsų naudotas RPGM netolygumų indeksas dar kartą tai patvirtina, todėl lytis turėtų būti vienas pagrindinių aspektų, į ką reikia atkreipti dėmesį mažinant sveikatos netolygumus. Vis dėlto RPGM netolygumai tarp miesto ir kaimo gyventojų išlieka nagrinėjant RPGM ir pagal lytį, ir pagal amžiaus grupes, tad gyvenamosios vietovės veiksnys taip pat neturėtų būti užmirštas siekiant užtikrinti sėkmingą netolygumų mažėjimą.

Remiantis 2000 m. Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, apskaičiuotas RPGM netolygumų paplitimo pagal lytį indeksas skirtingose amžiaus grupėse 191 šalyje dėl visų mirties priežasčių [5]. Rezultatai parodė, jog didžiausi RPGM netolygumai pasaulyje egzistuoja 0–34 metų amžiaus grupėje. 35–49 metų amžiuje netolygumų sumažėja, 50 gyvenimo metais vėl padidėja ir toliau mažėja iki vyriausių amžiaus grupių. Pavyzdžiui, 5–9 metų amžiaus grupėje 191 šalies vidutinis RPGM netolygumų indeksas yra didžiausias – apie 0,11.

Lietuvoje didžiausias RPGM netolygumų indeksas dėl išvengiamų priežasčių buvo taip pat 2000 m., tačiau 0–4 m. amžiaus grupėje (jis siekė –0,08, lyginant šio amžiaus kaimo moterų ir vyrų RPGM). Jeigu išvengiamo mirtingumo netolygumai atspindėtų bendro Lietuvos mirtingumo netolygumus, būtų galima daryti prielaidą, jog atsižvelgiant į kitas amžiaus grupes Lietuvoje netolygumai dėl išvengiamų priežasčių yra mažesni nei 191 pasaulio šalių vidurkis (dėl visų mirties priežasčių).

RPGM netolygumų indekso mažėjimą nuo jauniausio iki vyriausio amžiaus iš dalies lemia indekso sudarymo logika. RPGM gali svyruoti nuo 0 iki 1, tačiau didėjant amžiui RPGM dažniau bus arčiau 1 (ypač vyriausiose amžiaus grupėse). Tokiu atveju

(kai RPGM artėja prie vieneto) su amžiumi lieka vis mažesnis RPGM „rezervas“ netolygumams atsirasti. Taigi RPGM, kaip sveikatos netolygumų matas, yra informatyvesnis nagrinėjant jauno ir vidutinio amžiaus gyventojų RPGM.

Vienareikšmiškai naudoti tik RPGM sveikatos netolygumams atpažinti ir sveikatos politikos veiksmams numatyti nepatartina. Naudojant RPGM nustatyti sveikatos netolygumai rodo, jog moterų RPGM dėl išvengiamų mirties priežasčių sumažėja daugiau nei vyrų, todėl sveikatos sektoriaus ištekliai turėtų būti nukreipti moterų RPGM didinti. Vis dėlto nagrinėjant ir išvengiamą [8, 11], ir bendrą [12] mirtingumą išvados yra kitokios. Vyrų išvengiamo ir bendro mirtingumo rodikliai yra didesni nei moterų, todėl pagrindinis dėmesys turėtų būti skiriamas vyrų mirtingumui mažinti.

Atskirai aptariami RPGM ir mirtingumo rodikliai rodo priešingas veiksmų kryptis, todėl jų duomenis verta derinti. Bendra išvada tokia, jog svarbiausia yra mažinti vyrų mirtingumą. Mažėjant vyrų mirtingumui, padidėtų vyrų VTGT ir sumažėtų vyrų ir moterų RPGM netolygumai.

Kita vertus, sprendžiant netolygumų klausimą gali kilti etinių dilemų, kai vieniems duodant iš kitų reikia paaimti. Bet kurioje šalyje sveikatai skirti ištekliai yra labai riboti, tad reikėtų itin tikslingai perskirstyti išteklius, kad efektyviai mažėtų vyrų mirtingumas, bet nedidėtų moterų mirtingumas (kartu ilgėtų vyrų VTGT, bet netrumpėtų moterų VTGT). Taip būtų pasiektas Pasaulio sveikatos organizacijos 2000 m. numatytas geros sveikatos tikslas – „geriausiai pasiekiamas vidutinis sveikatos lygis (bendra gerovė) ir mažiausi galimi skirtumai tarp gyventojų ir jų grupių (teisingumas)“ [1].

## IŠVADOS

1. Visų mirusiųjų nuo išvengiamų priežasčių RPGM per 45 m. laikotarpį padidėjo 1,4 karto. RPGM kiti- mo kreivėje nustatyti 4 statistiškai reikšmingi RPGM didėjimo laiko segmentai. RPGM didėjo iki 1995 m. (sparčiausiai 1975–1985 m.), vėliau RPGM didėjimo nebuvo arba jis buvo lėtesnis nei iki 1995 m.
2. Per tiriamąjį laikotarpį labiausiai padidėjo kaimo moterų RPGM (1,5 karto). Šiek tiek mažiau padidėjo kaimo vyrų RPGM (1,4 karto), tačiau jų RPGM didėjimo sparta buvo tokia pati, kaip ir miesto moterų. Miesto vyrų RPGM padidėjimas buvo panašus į miesto moterų (1,3 karto), tačiau didėjimo sparta buvo mažesnė.

3. Lytis labiau lemia RPGM netolygumų atsiradimą nei gyvenamoji vietovė. Moterų RPGM dėl išven-giamų priežasčių visu tiriamuoju laikotarpiu buvo didesni nei vyrų (ir mieste, ir kaime).
4. Pagal amžių tiriamose grupėse RPGM kito beveik vienodai. RPGM netolygumų indeksas tarp miesto

ir kaimo moterų pagal amžiaus grupes buvo ma-žiausias. Didėjant amžiui RPGM netolygumų in-deksas mažėja.

*Straipsnis gautas 2014-02-07, priimtas 2014-03-14*

#### Literatūra

1. Oeppen J, Vaupel JW. Broken limits of life expectancy. *Science*. 2002;296:1029-1031.
2. World Health Organization. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. France, 2000.
3. Tuljapurkar S, Li N, Boe C. A universal pattern of mortality decline in the G7 countries. *Nature*. 2000;405:789-792.
4. Tang KK, Petrie D, Rao DSP. Measuring Health Inequality with Re-alization of Potential Life Years. Paper presented at UNU-WIDER advancing health equity conference, Helsinki, 29-30 September 2006.
5. Gaižauskienė A. Ar išvengiamo mirtingumo rodiklis yra tinkama priemonė sveikatos priežiūros sistemos vertinimui Lietuvoje? Sveikatos politika ir valdymas. *Mokslo darbai*. 2010;1(2).
6. European community atlas of avoidable mortality. 2nd ed., Holland W., Oxford, 1988;3.
7. National cancer institute. Statistical research and applications. Joinpoint Regression Program. Available from: <<http://surveillance.cancer.gov/joinpoint/>> [žiūrėta 2012-04-30].
8. Gerasimavičiūtė V, Gurevičius R. Mirtingumo nuo išorinių priežasčių ir savižudybių dinamika Rytų Baltijos šalyse 1996–2007 metais – segmentinės regresinės analizės privalumai. *Visuomenės sveikata*. 2009;1(44):27-36.
9. Tang KK, Petrie D, Rao DSP. Measuring health inequalities between genders and age groups with realization of potential life years (RePLY). *Bulletin of the World Health Organization*. 2007;85:681-687.
10. Gurevičius R, Mekšriūnaitė S. Išvengiamas mirtingumas ir vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė Lietuvoje 1967–2011 m.: sekuliariniai pokyčiai pagal lytį ir gyvenamąją vietą. *Visuomenės sveikata*. 2013;4(63):31-37.
11. Grabauskas V, Gaižauskienė A, Sauliūnė S, Mišeikytė R. Trends in Avoidable Mortality in Lithuania During 2001–2008 and Their Impact on Life Expectancy. *Medicina (Kaunas)*. 2001;47(9):504-511.
12. Stankūnienė V, Jasilionis D. Lietuvos gyventojų mirtingumo lygio ir mirties priežasčių struktūros prieštaringi pokyčiai. *Filosofija. Sociologija*. 2011; 22(4):334-347.

## Realization of potential life years due to avoidable mortality and their trends in Lithuania in 1967–2011 by gender and place of residence

Romualdas Gurevičius, Sandra Mekšriūnaitė  
*Institute of Hygiene*

### Summary

**The aim of the study.** The main objective of the study was to evaluate realization of potential life years due to avoidable mortality and their trends during 45 years period.

**Material and methods.** Primary information for the study (number of persons aged 0-64 years who died from eleven avoidable causes during 1967-2011 period by gender, place of residence and age) was collected from official statistical reports. Realization of potential life years (RePLY) and inequality index were calculated. Time trends for RePLY were analysed using Joinpoint regression.

**Results.** RePLY method revealed new aspects of common health indicators. The increase of RePLY was highest for females in rural places (1.5 times). Lower increase of RePLY was among males in rural places (1.4 times) but the speed of increase was the same as for females in urban places. The increase of RePLY for males in urban places was similar to females in urban places (1.3 times) but the increase speed was slower. RePLY for females was higher than males in both urban and rural places. Changes of RePLY for different age groups were similar.

**Conclusions.** Average increase of RePLY during 45 years period was 1,4 times for population that died due to 11 avoidable causes in Lithuania. Study showed that more differences in RePLY between the groups were observed when analyzed data was stratified by gender rather than place of residence. Inequalities of RePLY decrease when age increases.

**Keywords:** avoidable mortality, realization of potential life years, RePLY, inequalities, time trends, gender, place of residence.

**Correspondence to:** Romualdas Gurevičius  
 Institute of Hygiene  
 Didžioji 22, LT-01128 Vilnius, Lithuania  
 E-mail: Romualdas.Gurevicius@hi.lt

*Received 7 February 2014,  
 accepted 14 March 2014*

# LIETUVOS ĮMONIŲ DARBUOTOJŲ SAUGOS IR SVEIKATOS TARNYBŲ ŽMOGIŠKIEJI IŠTEKLIAI IR VYKDOMA PROFESINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS VEIKLA

*Georgijus Kirilovas, Remigijus Jankauskas, Raimonda Eičinitė-Lingienė, Danguolė Gorobecienė*  
Higienos institutas

## Santrauka

**Tyrimo tikslas** – ištirti Lietuvos įmonių darbuotojų saugos ir sveikatos (DSS) tarnybų žmogiškuosius išteklius ir vykdomą profesinės sveikatos priežiūros (toliau – PSP) veiklą, atskirai įvertinant situaciją įmonėse, įdiegusiose sertifikuotą DSS vadybos sistemą LST 1977:2008 (toliau – LST įdiegusiose įmonėse).

**Medžiaga ir metodai.** Tyrimo objektas – Lietuvos įmonės, teisės aktų nustatyta tvarka privalančios teikti PSP paslaugas. Atlikta anketinė apklausa elektroniniu paštu. Apklausta 250 respondentų. Duomenys buvo analizuojami aprašomosios statistikos metodais. Analizei naudotas *SPSS for Windows* statistinis paketas (v. 15.0).

**Rezultatai.** Tyrimo metu nustatyta, kad Lietuvoje mažai profesinės sveikatos specialistų dirba Lietuvos įmonių darbuotojų saugos ir sveikatos tarnybose. Įmonių, įdiegusių darbuotojų saugos ir sveikatos vadybos standartą LST 1977:2008, buvo geresni tokie rodikliai: kompetentingų asmenų vykdomos DSS funkcijos (DSS specialistų įtraukimas vykdant DSS funkcijas); sveikatos tikrinimai asmens sveikatos priežiūroje; PSP specialistai, dalyvavusieji tobulinimo kursuose; prevencinių priemonių numatymas ir jų kontrolė; darbuotojų supažindinimas su rizikos veiksniais; darbdavio konsultavimas sveikatos apsaugos klausimais; profesines ligas sukėlusių veiksnių analizės vykdymas (identifikuojami profesinės rizikos veiksniai, rengiami siūlymai dėl prevencijos veiksmų darbo vietose), dalyvavimas profesinių ligų tyrime; efektyviau vykdoma darbuotojų sveikatos stebėseną, mažas nelaimingų atsitikimų skaičius, efektyvesnis sveikatos stiprinimo ir ligų prevencijos programų vykdymas, geriau vedami darbuotojų mokymai (pirmosios medicinos pagalbos, sveikos gyvensenos, darbo procesų pritaikymo, asmeninių apsaugos priemonių naudojimo).

**Išvados.** Lietuvos įmonių veikla ir žmogiškieji ištekliai yra nepakankami siekiant įgyvendinti TDO konvencijoje Nr. 161 profesinės sveikatos tarnyboms priskirtas funkcijas. Dauguma DSS tarnybų funkcijų, atspindinčių PSP rodiklius (profesinės rizikos vertinimas ir jos prevencijos kontrolė, darbdavio konsultavimas, darbuotojų sveikatos stebėjimas, sveikatos stiprinimo ir ligų prevencijos programų vykdymas), yra dažniau vykdomos ir apima didesnę skaičių įmonių, įdiegusių DSS kokybės vadybos standartus (BS OHSAS 18001:2007).

**Reikšminiai žodžiai:** darbuotojų sauga ir sveikata, darbuotojų saugos ir sveikatos tarnybos, profesinės sveikatos priežiūra, profesinės sveikatos specialistai.

## ĮVADAS

Tarptautinė darbo organizacija, vykdydama užduotį – užtikrinti darbuotojų apsaugą nuo su darbu susijusių negalavimų, ligų ir sužalojimų, 1985 m. priėmė konvenciją Nr. 161 dėl profesinės sveikatos tarnybų (toliau – PST), kurių paskirtis – vykdyti prevencines funkcijas ir konsultuoti darbdavius saugos ir sveikos darbo aplinkos ir darbo pritaikymo darbuotojų gebėjimams klausimais [1]. Šią veiklą PST turėtų atlikti profesinės sveikatos specialistų komanda: darbo medicinos gydytojai, slaugytojai, darbo higienos

gydytojai (visuomenės sveikatos specialistai), ergonomistai, psichologai [2]. Lietuvoje profesinės sveikatos priežiūrą (toliau – PSP) vykdo įmonių darbuotojų saugos ir sveikatos (toliau – DSS) tarnybose dirbantys daugiausia techninį išsilavinimą turintys specialistai [3]. Esant tokiai situacijai, kyla pagrįstų abejonų dėl įmonių DSS tarnybų veiklos PSP srityje ir žmogiškųjų išteklių vykdyti šiai veiklai pakankamumo. Paskutiniu metu vis daugiau dėmesio skiriama darbuotojų saugos ir sveikatos vadybai, kurią siūloma integruoti į visą įmonės vadybos sistemą [4].

**Tyrimo tikslas** – ištirti Lietuvos įmonių darbuotojų saugos ir sveikatos tarnybų žmogiškuosius išteklius ir vykdomą profesinės sveikatos priežiūros veiklą, atskirai įvertinant situaciją įmonėse, įdiegusiose sertifikuotą DSS vadybos sistemą LST 1977:2008.

**Adresas susirašinti:** Georgijus Kirilovas  
Higienos instituto Profesinės sveikatos centras  
Etmonų g. 3, 01305 Vilnius  
El. p. georgijus.kirilovas@dmc.lt

## TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Tyrimo objektas – Lietuvos įmonės, teisės aktų nustatyta tvarka privalančios teikti PSP paslaugas. Siekiant įvertinti DSS tarnybų vykdomas PSP veiklas ir žmogiškuosius išteklius 2012 m. vasario ir balandžio mėnesiais buvo atlikta anketinė Lietuvos įmonių apklausa elektroniniu paštu, panaudojant Higienos instituto anketą. Atlikto aprašomojo momentinio tyrimo metu apklaustos dvi įmonių grupės: įmonės, įdiegusios darbuotojų saugos ir sveikatos vadybos sistemos standartą LST 1977:2008, ir įmonės, neįdiegusios šio standarto. Tyrėjai darė prielaidą, kad įmonės, įdiegusios standartą LST 1977:2008, DSS funkcijas, susijusias su darbuotojų sveikatos priežiūra, vykdė geriau / dažniau. Iš atrinktų 539 tyrimo kriterijus atitinkančių įmonių gautos 227 visiškai užpildytos anketos. Atsako dažnumas (46,3 proc.) tenkino tyrime iškeltus reikalavimus (41 proc.).

Tyrimo instrumentas – anketa, parengta Higienos instituto specialistų ir išbandyta anksčiau vykdytame tyrime [5]. Anketą sudarė dvi klausimų grupės: DSS tarnybų žmogiškieji ištekliai ir DSS tarnybų vykdomos PSP funkcijos. DSS tarnybų vykdomos PSP funkcijos apibrėžtos šitaip: profesinės rizikos vertinimas, rizikos veiksnių identifikavimas ir ribinių dydžių matavimas, prevencinis rizikos veiksnių mažinimo planas, darbdavio konsultavimas, sveikatos patikrinimai, darbuotojų sveikatos stebėjimas, pirmosios pagalbos organizavimas, darbuotojų reabilitacija, darbuotojų mokymai, sveikatos stiprinimo ir ligų prevencijos programos.

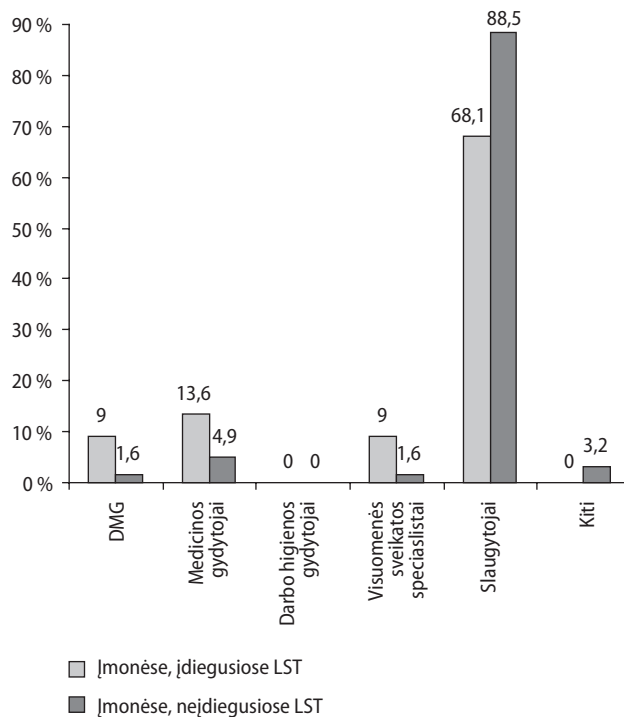
Duomenys buvo analizuojami aprašomosios statistikos metodais [6] naudojant SPSS 15.0 statistinių programų paketą. Apskaičiuotas įmonių DSS tarnybų vykdomų funkcijų dažnis ir profesinės sveikatos specialistų skaičius. Taip pat siekiant įvertinti situaciją įmonėse, įdiegusiose sertifikuotą DSS vadybos sistemą LST 1977:2008, buvo skaičiuojamas 95 proc. pasikliautinis intervalas, atsižvelgiant į tai, ar įmonėje buvo įdiegtas LST 1977:2008, ar šio standarto įmonėje nebuvo. Skirtumo reikšmingumui įvertinti taikytas  $\chi^2$  testas. Taikytas  $p \leq 0,05$  reikšmingumo lygmuo.

## REZULTATAI

### DSS tarnybų žmogiškieji ištekliai

Atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad pagal teisės aktų reikalavimus tirtose įmonėse turėjo dirbti 285 profesinės sveikatos specialistai, tačiau dirbo tik 83 (29,1 proc.). 1 pav. pavaizduotas profesinės sveikatos specialistų skaičius: darbo medicinos gydytojai (toliau – DMG) dirbo 3,6 proc. tirtų įmonių, daugiau įdiegusiose LST (9 proc.) negu kitose (1,6 proc.)

įmonėse, medicinos gydytojai dirbo 7,2 proc. tirtų įmonių, daugiau LST įdiegusiose (13,6 proc.) negu kitose (4,9 proc.) įmonėse, visuomenės sveikatos specialistai dirbo 3,6 proc. tirtų įmonių, daugiau LST įdiegusiose (9 proc.) negu kitose (1,6 proc.) įmonėse, bendrosios praktikos slaugytojai dirbo 83,1 proc. tirtų įmonių, mažiau LST įdiegusiose (68,1 proc.) negu kitose (88,5 proc.) įmonėse. Darbo higienos gydytojai tirtose įmonėse nedirbo.



1 pav. PSP specialistai, dirbantys įmonėse, įdiegusiose LST 1977:2008 ir neįdiegusiose šio standarto

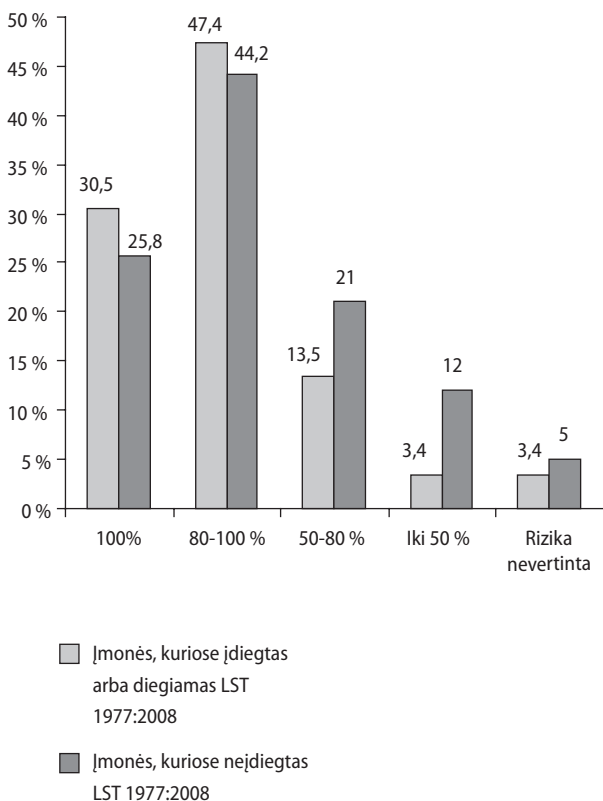
### DSS tarnybų vykdomos funkcijos

**Profesinės rizikos vertinimas.** Dažniausiai buvo identifikuojami fizikiniai rizikos veiksniai – net 229 įmonėse, o 213 iš jų buvo išmatuoti ir ribiniai dydžiai. Ergonominiai rizikos veiksniai buvo nustatyti 203 įmonėse, cheminiai ir psichosocialiniai veiksniai – 161 įmonėje, dažniausiai tai buvo fizikiniai ir cheminiai – 161 įmonėse.

Profesinės rizikos vertinimą vykdė 96,8 proc. tirtų įmonių (96,6 proc. LST įdiegusių ir 97,4 proc. kitų). 26,8 proc. įmonių atliktas išsamus profesinės rizikos vertinimas, 44,8 proc. – profesinės rizikos vertinimo apimtys sudarė 80–100 proc., 19,2 proc. – profesinės rizikos vertinimo apimtys sudarė 50–80 proc., 6 proc. – profesinės rizikos vertinimo apimtys sudarė iki 50 proc. ir 2,8 proc. įmonių profesinė rizika nebuvo vertinta. Profesinės rizikos prevencijos planas patvirtintas 77,2 proc. tirtų įmonių: daugiau

LST įdiegusiose (91,5 proc.) negu kitose (72,7 proc.) įmonėse ( $p < 0,05$ ). Įmonių, kuriose buvo vykdoma profesinės rizikos prevencijos priemonių plano kontrolė, buvo 72,4 proc.: taip pat daugiau LST įdiegusių (86,4 proc.) negu kitų (68 proc.) ( $p < 0,05$ ) (2 pav.).

196 (79 proc.) įmonėse buvo patvirtintas planas, kaip mažinti išaiškintus rizikos veiksnius, ir vykdyta jo kontrolė 191 (77,9 proc.). 12 įmonių, nors rizikos valdymo planai buvo sudaryti, bet jų vykdymo kontrolė nevykdyta. LST 1977:2008 įdiegusiose įmonėse šie rodikliai buvo 91,5 proc. ir 89,6 proc.

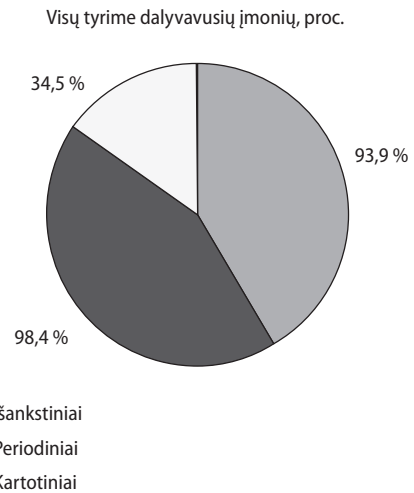


**2 pav.** Profesinės rizikos vertinimo apimtys įmonėse

**Darbuotojų ir darbdavio konsultavimas.** Dėl profesinės rizikos prevencijos darbuotojai buvo konsultuojami individualiai (47,5 proc.), susirinkimų (44,7 proc.) ir DSS mokymų metu (44,3 proc.). Darbdavys daugiausia buvo konsultuojamas dėl darbuotojų sveikatos apsaugos (68,4 proc.), asmens apsaugos priemonių panaudojimo (61,9 proc.), darbo sąlygų tobulinimo (59,5 proc.) ir darbo vietų pritaikymo darbuotojų poreikiams (50,6 proc.). Statistiškai patikimų skirtumų tarp LST įdiegusių ir kitų įmonių nenustatyta ( $p > 0,05$ ).

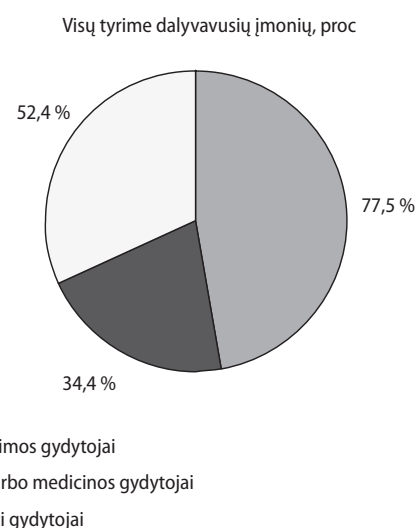
**Darbuotojų sveikatos patikrinimai.** Iš 3 pav. matome, kad daugiausia įmonėse buvo atliekami periodiniai (98,4 proc.) ir išankstiniai (93,9 proc.), rečiau kartotiniai (34,5 proc.) darbuotojų sveikatos patikrinimai.

Darbuotojams baigus darbą įmonėje sveikatos patikrinimai buvo atliekami tik 0,4 proc. įmonių.



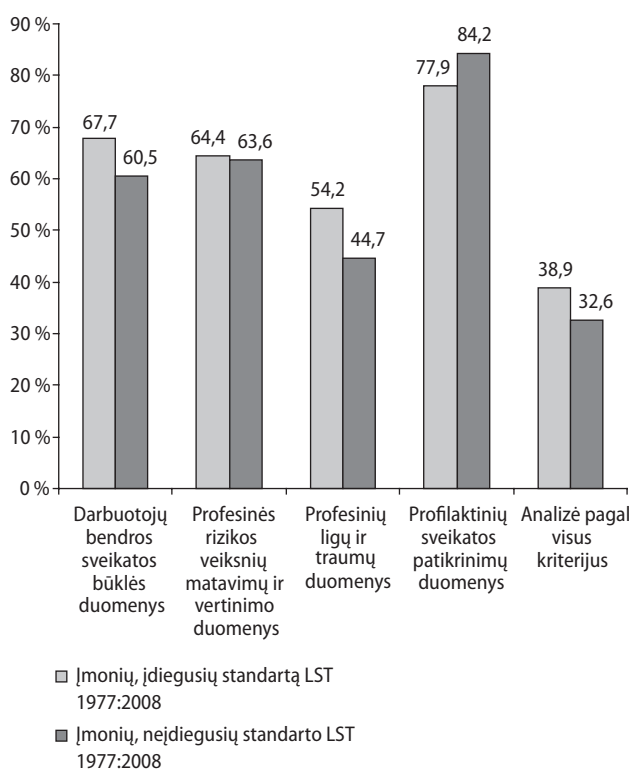
**3 pav.** Įmonių, kuriose buvo atliekami sveikatos patikrinimai, skaičius (proc.)

Sveikatos patikrinimai daugiausia buvo atliekami asmens sveikatos priežiūros įstaigoje pagal sutartį (70,6 proc.), rečiau – darbuotojams tikrinantis pas savo šeimos gydytoją (46,5 proc.), rečiausiai – įmonės medicinos punkte (10,8 proc.). Vidutiniškai vieno darbuotojo sveikatos tikrinimams buvo skirta 33,6 Lt. Mažiausiai sveikatos patikrinimui buvo skirta 6 Lt, daugiausia – 180 Lt. 77,5 proc. tirtų įmonių darbuotojų periodinius sveikatos patikrinimus atliko ir surašė išvadas šeimos gydytojui, 34,4 proc. – darbo medicinos gydytojui. 52,4 proc. tirtų įmonių darbuotojų sveikatos patikrinimuose dalyvavo ir kiti gydytojai (4 pav.). Statistiškai patikimų skirtumų tarp LST įdiegusių ir kitų įmonių nenustatyta.



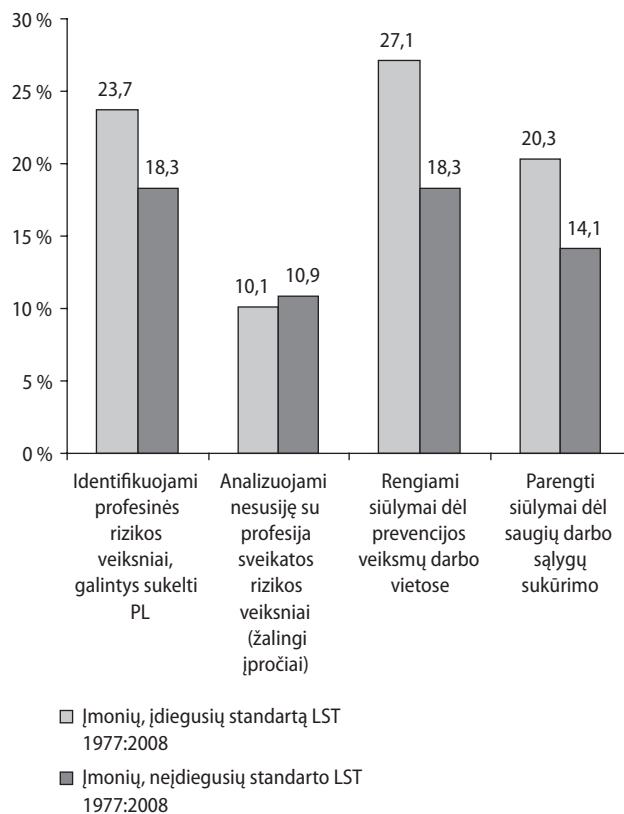
**4 pav.** Įmonių skaičius ir sveikatos patikrinimus atlikę gydytojai

**Darbuotojų sveikatos stebėjimas.** Iš 5 pav. matyti, kad daugiausia buvo analizuojami profilaktinių sveikatos patikrinimų duomenys (82,7 proc.), rečiau – profesinės rizikos vertinimo (63 proc.), darbuotojų bendros sveikatos būklės (62,2 proc.) ir profesinių ligų (PL) bei traumų duomenys (46,9 proc.). Analizė pagal visus aukščiau išvardytus kriterijus buvo atliekama 34,1 proc. tirtų įmonių. Visais atvejais, išskyrus profilaktinius darbuotojų sveikatos patikrinimus, darbuotojų sveikatos stebėjimo duomenys buvo analizuojami dažniau LST įdiegusiose įmonėse. Statistiškai patikimų skirtumų tarp LST įdiegusių ir kitų įmonių nenustatyta.



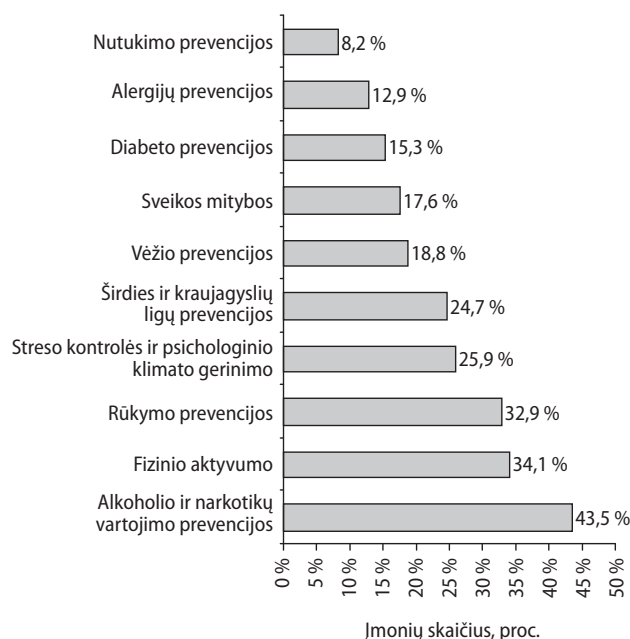
5 pav. Darbuotojų sveikatos stebėjimas

**Dalyvavimas profesinių ligų tyrime ir prevencijoje.** 6 pav. parodo, kad profesinių ligų tyrime dalyvavo 13,8 proc. tirtų įmonių DSS specialistai, 4,3 proc. įmonių – DSS specialistai kartu su profesinės sveikatos specialistais. Rizikos veiksniai, galintys sukelti profesinę ligą, buvo identifikuojami 19,6 proc. tirtų įmonių, sveikatos rizikos veiksniai, nesusiję su profesija (asmens rizikos veiksniai), – 10,8 proc., rengiami siūlymai dėl profesinių ligų prevencijos darbo vietose – 20,4 proc. tirtų įmonių. Statistiškai patikimų skirtumų tarp LST įdiegusių ir kitų įmonių nenustatyta.



6 pav. Profesines ligas sukėlusių veiksnių analizė ir prevencijos veiksmai, nustačius PL

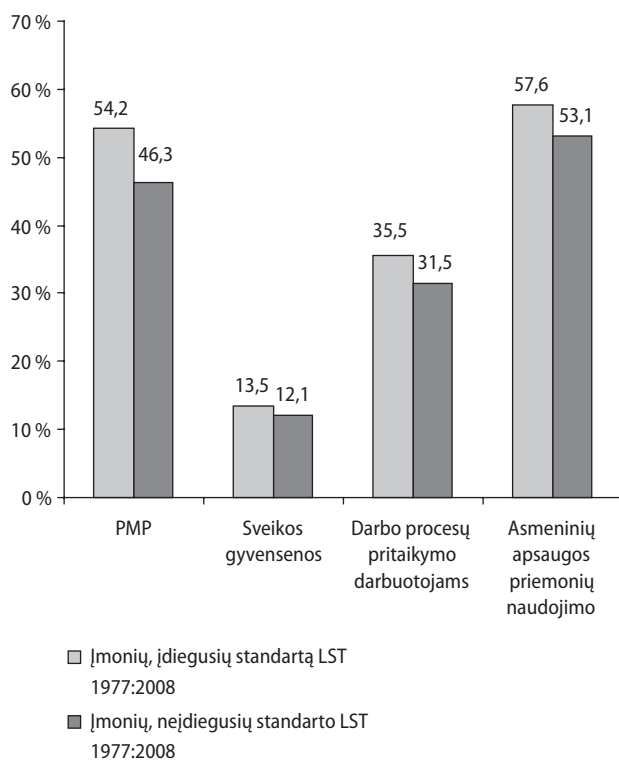
**Sveikatos stiprinimo ir ligų prevencijos programų vykdymas.** Iš 249 įmonių 85 (34,1 proc.) įmonės vykdė sveikatos stiprinimo ir ligų prevencijos programas, 166 įmonės šių programų nevykdė.



7 pav. Sveikatos stiprinimo ir ligų prevencijos programos

Įmonėse, įdiegusiose standartą LST 1977:2008, sveikatos stiprinimo ir ligų prevencijos programos buvo vykdomos didesniu mastu (40,6 proc.) negu likusiose įmonėse (31,9 proc.). Iš 7 pav. matyti, kad daugiausia buvo vykdomos alkoholio ir narkotikų vartojimo prevencijos (43,5 proc.), taip pat ir fizinio aktyvumo (34,1 proc.) prevencijos programos. Tačiau statistiškai patikimų skirtumų tarp LST įdiegusių ir kitų įmonių nenustatyta.

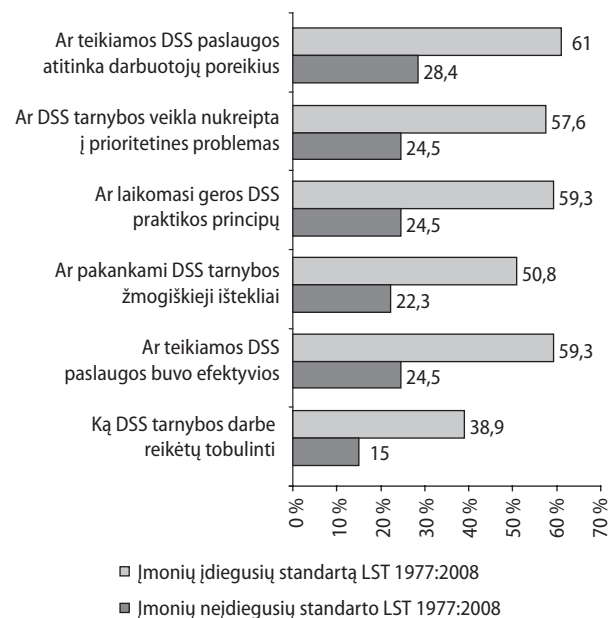
**Darbuotojų mokymai.** Statistiškai patikimai dažniau darbuotojų mokymai vykdomi LST įdiegusiose įmonėse (8 pav.). Daugiausia darbuotojų mokymų buvo organizuojama asmeninių apsaugos priemonių naudojimo (54,2 proc.) ir pirmosios medicinos pagalbos (PMP) (48,1 proc.), mažiau – darbo procesų pritaikymo darbuotojams (32,5 proc.), mažiausia – sveikos gyvensenos mokymo (12,4 proc.) temomis.



8 pav. Darbuotojų mokymai

**Profesinės sveikatos veiklos funkcijų įgyvendinimo vidaus auditas.** Auditas buvo vykdomas 29,1 proc. tirtų įmonių. Atliekant PSP funkcijų vykdymo vidaus auditą, 36,5 proc. įmonių buvo vertinama, ar įmonėse DSS paslaugos atitinka darbuotojų poreikius (LST įdiegusiose įmonėse patikimai dažniau (61 proc.) negu kitose (28,4 proc.) įmonėse), 32,7 proc. įmonių vertinta, ar DSS tarnybos

veikla nukreipta prioritetinėms problemoms spręsti (LST įdiegusiose įmonėse patikimai dažniau (57,6 proc.) negu kitose (24,5 proc.) įmonėse), 33,1 proc. įmonių – ar laikomasi geros DSS praktikos principų (LST įdiegusiose įmonėse patikimai dažniau (59,3 proc.) negu kitose (24,5 proc.) įmonėse), 29,4 proc. įmonių – ar pakankami DSS tarnybos žmogiškieji išteklių (LST įdiegusiose įmonėse patikimai dažniau (50,8 proc.) negu kitose (22,3 proc.) įmonėse), 33,1 proc. įmonių – ar teikiamos DSS paslaugos efektyvios (LST įdiegusiose įmonėse patikimai dažniau (59,3 proc.) negu kitose (24,5 proc.) įmonėse), 21 proc. įmonių vertinta, ką DSS tarnybos veikloje reikėtų tobulinti (LST įdiegusiose įmonėse patikimai dažniau (38,9 proc.) negu kitose (15 proc.) įmonėse) (9 pav.).



9 pav. Vidaus auditas visose įmonėse

## REZULTATŲ APTARIMAS

Tyrimas parodė, kad Lietuvos įmonių DSS tarnybų žmogiškieji išteklių yra nepakankami tam, kad PSP funkcijos būtų tinkamai vykdomos. Profesinės sveikatos specialistai dirbo tik 18,8 proc. tirtų įmonių, tarp jų daugiausia buvo slaugytojų (83,1 proc.), medicinos gydytojai sudarė 7,2 proc., darbo medicinos gydytojai ir visuomenės sveikatos specialistai – po 3,6 proc. Medicininį išsilavinimą turintys Lietuvos įmonių DSS tarnybų specialistai sudaro tik 7,7 proc. iš visų profesinės sveikatos specialistų, kurie turėtų dirbti Lietuvos įmonėse (1 065 specialistai) [7]. PSP specialistai daugiausia dirbo transporto ir apdirbamosios

gamybos įmonėse, kuriose dėl ekonominės veiklos pobūdžio [8] turi būti teikiamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos. Šie specialistai pagal kompetenciją gali teikti ir PSP paslaugas [9]. Lietuvoje yra itin mažas darbo medicinos gydytojų skaičius (0,005 DMG 1 000 gyventojų) [10], bet jie dalyvavo 3 įmonių darbuotojų periodiniuose sveikatos patikrinimuose, nors jiems ir neprivaloma dalyvauti šioje veikloje [11].

DSS tarnybos buvo įsteigtos daugelyje tyrime dalyvavusių įmonių. Šis faktas patvirtina gana atsakingą Lietuvos įmonių vadovų požiūrį į darbuotojų saugą. Tačiau reiktų pažymėti, kad net dvi stambios (> 1 000 darbuotojų) ir 4 vidutinės (500–899 darbuotojai) įmonės tokių tarnybų neturėjo. Devynios iš dešimties tyrime dalyvavusių įmonių DSS tarnybų vykdė profesinės rizikos vertinimą (ES vidurkis 87–88 proc. [12]) bei periodinius darbuotojų sveikatos patikrinimus, bet tik kas antra iš jų konsultavo dėl profesinės rizikos prevencijos, kas trečia – stebėjo ir analizavo darbuotojų sveikatą bei vykdė sveikatos stiprinimo ir ligų prevencijos programas, kas penkta – identifikavo profesines ligas galinčius sukelti rizikos veiksnius, o incidentus darbe registravo ir darbuotojus dėl sumažėjusių darbingumo galimybių į reabilitacijos procedūras siuntė vos 5 proc. tirtų įmonių.

Lietuvos kapitalo įmonės gana sparčiai diegia darbuotojų saugos ir sveikatos valdymo sistemas. Užsienio literatūroje nurodoma, kad įmonėse, kurios turi įdiegusios LST 1977:2008 (BS OHSAS 18001:2007), aukščiausio lygio vadovybė (administracija) skiria daug dėmesio darbuotojų saugai ir sveikatai, aktyviam darbuotojų dalyvavimui profesinės rizikos valdymo veikloje [13]. Šis tyrimas parodė, kad Lietuvoje taip pat daugelis PSP funkcijų bei jų įgyvendinimo vidaus auditas buvo patikimai dažniau vykdomas įmonėse, įdiegusiose DSS kokybės vadybos standartus.

Geroji profesinės sveikatos priežiūros praktika rodo, kad efektyvi įmonių PSP veikla yra esminė

sąlyga, apsaugant ir stiprinant darbuotojų sveikatą bei pritaikant darbo vietą darbuotojo galimybėms [14]. Tačiau šio tyrimo rezultatai rodo, kad Lietuvos įmonių DSS tarnybų žmogiškieji ištekliai yra nepakankami siekiant efektyviai vykdyti profesinės sveikatos priežiūros funkcijas. Tenka konstatuoti, kad per pastaruosius 15 metų profesinės sveikatos specialistų skaičius nuolat mažėja [15–19] dėl nepakankamo ir vis menkstančio teisinio PST veiklos reglamentavimo.

## IŠVADOS

1. Lietuvos įmonių DSS tarnybų žmogiškieji ištekliai yra nepakankami, kad būtų efektyviai vykdomos profesinės sveikatos priežiūros funkcijos. Profesinės sveikatos specialistai dirbo tik 18,8 proc. tirtų įmonių, tarp jų daugiausia buvo slaugytojų (83,1 proc.), medicinos gydytojai sudarė 7,2 proc., darbo medicinos gydytojai ir visuomenės sveikatos specialistai – po 3,6 proc.
2. Lietuvos įmonių DSS tarnybos daugiausia vertino profesinę riziką (96,8 proc.) bei vykdė periodinius (98,4 proc.) ir išankstinius (93,9 proc.) darbuotojų sveikatos patikrinimus, rečiau konsultavo dėl profesinės rizikos prevencijos (47,5 proc.), stebėjo ir analizavo darbuotojų sveikatą (34,1 proc.) bei vykdė sveikatos stiprinimo ir ligų prevencijos programas (34 proc.), rečiausiai – identifikavo profesines ligas galinčius sukelti rizikos veiksnius (19,6 proc.) bei registravo incidentus darbe (4,8 proc.) ir darbuotojus dėl sumažėjusių darbingumo galimybių siuntė į reabilitacijos procedūras (5,2 proc.).
3. Dauguma PSP funkcijų bei jų įgyvendinimo vidaus auditas buvo patikimai dažniau vykdomas įmonėse, įdiegusiose DSS kokybės vadybos standartus LST 1977:2008 (BS OHSAS 18001:2007).

*Straipsnis gautas 2014-02-10, priimtas 2014-03-17*

## Literatūra

1. Tarptautinės darbo organizacijos konvencija Nr. 161 „Dėl profesinės sveikatos tarnybų“. 1985.
2. Rantanen J, Lehtinen S, Jankauskas R, Vainauskas S, Eičinaitė-Lingienė R. Higienos instituto leidinys „Pagrindinės profesinės sveikatos tarnybos“, 2010.
3. Eičinaitė-Lingienė R, Venckienė R, Markevičė R, Kartunavičiūtė J, Poderienė K, Januškevičius V. Lietuvos darbuotojų sveikatos priežiūros funkcijas vykdančių specialistų kompetencijų vertinimas. Visuomenės sveikata. 2012;4(59):76-83.

4. Darbuotojų saugos ir sveikatos vadybos sistemos. Vadovas LST 1952:2009 (tapatus BS 8800:2004)
5. Keniausytė I. Darbuotojų saugos ir sveikatos tarnybų veiklos vertinimas Lietuvos energetikos sektoriaus įmonėse. Magistro tezės. Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas. Vilnius, 2010.
6. Miquel Porta. A Dictionary of Epidemiology. Oxford University Press, 2008;64.
7. Venckienė R, Kanapeckienė V. Visuomenės sveikatos priežiūros specialistų poreikio reglamentavimas Lietuvoje. Visuomenės sveikata. 2011;2(53):54-61.

8. LR sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gegužės 31 d. įsakymas Nr. 301 „Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose“ (13 priedas). Žin., 2000;47-1365; 2010;4-163.
9. LR socialinės apsaugos ir darbo ministro ir LR sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 2 d. įsakymas Nr. A1-266/V-575 „Dėl Įmonių darbuotojų saugos ir sveikatos tarnybų pavyzdinių nuostatų patvirtinimo“. Žin., 2011;69-3307.
10. Jankauskas R, Eičinaitė-Lingienė R. Įmonių darbuotojų saugos ir sveikatos tarnybų prevencinio veiksmingumo įvertinimas. 2011–2012 m. tiriamojo darbo projekto baigiamoji ataskaita. Higienos instituto Profesinės sveikatos centras. Vilnius, 2013;32.
11. Pilipavičienė L, Venckienė R, Jankauskas R. Įvairių pasaulio šalių patirtis profilaktinių periodinių darbuotojų sveikatos tikrinimų srityje. Visuomenės sveikata. 2013;1(60):9-19.
12. OSHA. European Risk Observatory Report. European survey of enterprises on New and Emerging Risks. 2010;26.
13. Safety climate in OHSAS 18001-certified organisations: antecedents and consequences of safety behaviour. *Accid Anal Prev*. 2012 Mar; 45:745-58. Epub 2011 Nov 21.
14. Jankauskas R, Eičinaitė-Lingienė R, Keniausytė I, Žalnieriūnaitė L, Vainauskas S. Profesinės sveikatos tarnybų vaidmuo, užtikrinant darbuotojų sveikatos priežiūrą Lietuvoje ir kitose ES šalyse. *Visuomenės sveikata*. 2009;4(47):9-15.
15. Comparative analysis of occupational health system and practices as part of preventive health care systems in seven European countries. Part 1: document based analysis. EU-Inco-Copernicus project No PL 973108 report. Helsinki, 1999.
16. Work and Health country profiles of twenty-two European Countries. *People and Work Research Reports* 52. FIOH, Helsinki, 2002.
17. Woolfson Ch, Jankauskas R, Ščeponavičius A, Beck M, Pajarskienė B, Grigošaitienė A. Attitudes of national and workplace level “Stakeholders” to occupational health and safety issues in Lithuania. *Visuomenės sveikata*. 2003;3(22):45-53.
18. NDPHS Expert Group on Social Inclusion, Healthy Lifestyles and Work Ability (SIHLWA) thematic report: country reports on Occupational Safety and Health in the Northern Dimension Area. Series No1/2008.
19. Jankauskas R, Blažienė I, Gruževskis B. Lietuvos darbo medicinos gydytojų funkcijų ir poreikio įmonėse ir sveikatos priežiūros įstaigose įvertinimas. *Visuomenės sveikata*. 2008;3(42):8-14.

## Review of occupational health care activities provided by osh services in Lithuanian enterprises

*Georgijus Kirilovas, Remigijus Jankauskas, Raimonda Eičinaitė-Lingienė, Danguolė Gorobecienė  
Institute of Hygiene*

**The aim** of the study was to investigate activities and human resources of the OSH services, separately evaluating the situation of the enterprises where certified OHS management system BS OHSAS 18001:2007 have been implemented.

**Methods.** The object of investigation - Lithuanian enterprises obliged to provide occupational health care services according to the legal acts. Special questionnaire was formed and conducted through e-mail. 250 respondents have been interviewed. Data have been analyzed by the descriptive statistics using SPSS statistical package for Windows (v. 15.0).

**Results.** There were too small number of OH specialists working in Lithuanian OSH services. The better indicators among the companies that have implemented BS 1977:2008 were identified. Among these indicators were such activities as OSH functions carried out by the competent persons (involvement of occupational health professionals into the OHS functions), health check-ups at primary health care institutions, higher number of OH professionals who participated in special training courses, providence of the preventive measures and their control, informing staff about the risk factors at workplaces, employers consultation, analysis of causative factors on occupational diseases, participation on assessment and survey of occupational diseases, detailed health

monitoring, less number of accidents, more effective health promotion and disease prevention measures, better staff training (first aid, healthy lifestyle, applicability on personal protective equipment).

**Conclusions.** Human resources and activities held by Lithuanian enterprises are insufficient to implement occupational health care functions determined by the ILO Convention Nr.161 Occupational Health Services. Companies that have implemented OHS management system BS OHSAS 18001:2007 better realized occupational health care functions as risk assessment and control of preventive measures, employer counseling, health surveillance, health promotion and diseases prevention.

**Keywords:** occupational health and safety, occupational health and safety services, occupational health care, occupational health specialists.

**Correspondence to** Georgijus Kirilovas  
Occupational Health Centre, Institute of Hygiene  
Etmonų 3, LT-01305 Vilnius, Lithuania  
E-mail: georgijus.kirilovas@dmc.lt

*Received 10 February 2014,  
accepted 17 March 2014*

# LIETUVOS IR KITŲ BALTIJOS JŪROS REGIONO ŠALIŲ PROFESINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS TEISINIS REGLAMENTAVIMAS IR PROFESINĖS SVEIKATOS PASLAUGŲ TEIKIMO MODELIAI

Jolita Kartunavičiūtė, Remigijus Jankauskas, Raimonda Eičinaitė-Lingienė, Toma Matevičiūtė  
Higienos institutas

## Santrauka

**Tikslas** – išanalizuoti ir palyginti Lietuvos ir kitų Baltijos jūros regiono šalių profesinės sveikatos priežiūros (PSP) bendruosius ir specifinius teisės aktus bei profesinės sveikatos paslaugų teikimo modelius.

**Medžiaga ir metodai.** Duomenys surinkti elektroniniu paštu naudojant specialiai parengtą klausimyną anglų kalba. Šalių ataskaitas pagal klausimyno klausimus teikė tyrime dalyvauti sutikusių Baltijos regiono šalių partnerystės tinklo saugos ir sveikatos srityje (angl. *Baltic Sea Network on Occupational Health and Safety*, BSN) atsakingų institucijų atstovai. Lietuvos klausimyną užpildė Higienos instituto Profesinės sveikatos centro darbuotojai. Analizuojama ir lyginama 8 Baltijos jūros regiono šalių (Lietuvos, Latvijos, Estijos, Suomijos, Norvegijos, Rusijos, Lenkijos ir Vokietijos) profesinės sveikatos priežiūros praktika.

**Rezultatai ir išvados.** Profesinės sveikatos priežiūros palyginamoji analizė yra gana sudėtingas uždavinys, nes profesinės sveikatos bei darbuotojų saugos ir sveikatos struktūros šalyse smarkiai skiriasi dėl šalių istorinių bei kultūrinių ypatumų. Lietuvoje, kaip ir kitose Baltijos jūros regiono šalyse, yra priimti pagrindiniai darbuotojų saugos ir sveikatos sistemos funkcionavimą reglamentuojantys teisės aktai. Tačiau, priešingai negu kitose šalyse, Lietuvoje profesinės sveikatos priežiūros veikla reglamentuota nepakankamai, todėl mūsų šalyje šios paslaugos yra sunkiai prieinamos mažoms ir vidutinio dydžio įmonėms.

**Reikšminiai žodžiai:** profesinės sveikatos priežiūra, profesinės sveikatos priežiūros tarnybos, darbuotojų sauga ir sveikata, darbuotojų saugos ir sveikatos tarnybos, Baltijos regiono šalių partnerystės tinklas saugos ir sveikatos srityje.

## ĮVADAS

Profesinės sveikatos (PS) sąvoką pirmą kartą 1950 m. apibrėžė Tarptautinė darbo organizacija (TDO). Jos tikslai yra užtikrinti aukščiausią fizinės, protinės ir socialinės gerovės lygį darbe, apsaugoti darbuotojų sveikatą nuo žalos, kurią gali padaryti darbo sąlygos, taip pat nuo kenksmingų veiksnių rizikos sveikatai, sudaryti darbo aplinkos sąlygas pagal darbuotojo fiziologines ir psichologines galimybes bei adaptuoti darbą žmonėms ir kiekvienam žmogui [1].

1995 m. TDO nustatė tris PS tikslus: prižiūrėti ir skatinti darbuotojų sveikatą ir galimybes dirbti, gerinti darbo aplinką ir darbo procesą, kad jis būtų tinkamas saugai ir sveikatai palaikyti bei darbo organizavimą ir

darbo kultūrą plėtoti tokia kryptimi, kad būtų stiprinama sveikata ir sauga darbe, skatinamas pozityvus socialinis klimatas ir sėkmingi veiksmai, padedantys gerinti darbo rezultatus [2].

Keletą pastarųjų dešimtmečių įvairios autoritetingos institucijos – TDO, Pasaulio sveikatos organizacija (PSO), taip pat daugelis darbdavių ir darbuotojų organizacijų – akcentuoja profesinės sveikatos tarnybų (PST) paslaugų prieinamumo būtinybę, nes šiuo metu daugiau nei 80 proc. iš 3 mlrd. darbuotojų visame pasaulyje tokių galimybių neturi [3].

PSO Asamblėjos patvirtintame „Visuotiniame darbuotojų sveikatos veiksmų plane 2008–2017 metams“ šalis narės raginamos rasti efektyvius darbuotojų sveikatos politikos įgyvendinimo mechanizmus, skatinti bendradarbiauti šalis, kuriose nevienodas profesinės sveikatos priežiūros (PSP) lygis. Plane numatytos veiklos gairės ir svarbiausi uždaviniai, kuriuos reikia įgyvendinti šalyse narėse, siekiant

**Adresas susirašinėti:** Jolita Kartunavičiūtė  
Higienos instituto Profesinės sveikatos centras  
Etmonų g. 3, 01305 Vilnius  
El. p. jolita.kartunaviciute@dmc.lt

sumažinti PS paslaugų netolygumus ir padidinti paslaugų prieinamumą visiems darbuotojams [4].

Remiantis 2004 m. PSO duomenimis, ES šalyse vidutiniškai apie 50 proc. darbuotojų naudojami PS paslaugomis. Šis rodiklis ypač aukštas Šiaurės šalyse. Pavyzdžiui, Suomijoje PS paslaugų prieinamumas siekia net 90 proc. [5]. 2005 m. vasario mėnesį Europos Parlamentas išreiškė susirūpinimą, kad tik pusei Europos darbuotojų yra prieinamos prevencinės paslaugos darbo vietoje. Pagal ES teisės aktus šios paslaugos turi būti prieinamos visiems darbuotojams. Žemas PSP paslaugų prieinamumas buvo įvertintas kaip nesėkmingas teisės aktų įgyvendinimas profesinės saugos ir sveikatos srityje [6].

Lietuvoje teisiškai reglamentuotas PS paslaugų prieinamumas tik 12 proc. Lietuvos įmonių darbuotojų, t. y. PS specialistų paslaugos teikiamos tik didelėse įmonėse, kuriose yra daugiau kaip 100 arba 200 darbuotojų priklausomai nuo įmonės vykdomos ekonominės veiklos pobūdžio. Faktinis PS specialistų skaičius yra daug mažesnis. Pagal teisinius reikalavimus Lietuvoje turėtų būti įsteigti 1 065 profesinės sveikatos specialisto etatai. Profesinės sveikatos specialistų etatai turėtų pasiskirstyti taip: 895 bendrosios praktikos slaugytojo, turinčio aukštąjį slaugos išsilavinimą, arba visuomenės sveikatos specialisto, turinčio aukštąjį išsilavinimą, etatai, 126 darbo medicinos ar darbo higienos gydytojo arba specialisto, turinčio aukštąjį universitetinį medicinos išsilavinimą, etatai [7].

Įvertinant Šiaurės matmens šalių partnerystės tinklo (angl. *Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Well-being*, NDPHS) pagal EK patvirtintos strategijos Baltijos regiono šalims 10 uždavinį, Lietuvoje silpniausiai vykdoma profesinės sveikatos tarnybų tinklo veikla ir rengiami PS specialistų mokymai.

Šio darbo tikslas – išanalizuoti ir palyginti Lietuvos ir kitų Baltijos jūros regiono šalių profesinės sveikatos priežiūros bendruosius ir specifinius teisės aktus bei profesinės sveikatos paslaugų teikimo modelius.

## TYRIMO OBJEKTAS IR METODAI

Aprašomasis lyginamasis tyrimas atliktas 2011–2012 m. Tyrimo objektas – Baltijos jūros regiono šalių profesinės sveikatos priežiūros praktika. Analizuota ir lyginta 8 tyrime dalyvauti sutikusių Baltijos jūros regiono šalių (Lietuvos, Latvijos, Estijos, Suomijos, Norvegijos, Rusijos, Lenkijos ir Vokietijos) PSP praktika.

Duomenys rinkti elektroniniu paštu naudojant specialiai anglų kalba parengtą klausimyną, kuris buvo suderintas su Šiaurės matmens šalių partnerystės

tinklo (angl. *Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Well-being*, NDPHS) profesinės saugos ir sveikatos grupės ekspertais. Atsakymus į klausimus teikė tyrime dalyvauti sutikusių Baltijos regiono šalių partnerystės tinklo saugos ir sveikatos srityje atsakingų institucijų atstovai. Lietuvos klausimyną užpildė Higienos instituto Profesinės sveikatos centro darbuotojai.

Klausimyną sudarė 7 pagrindinės dalys:

- A. Pagrindinė informacija** (bendrieji ir specifiniai teisės aktai, susiję su profesine sveikata ir sauga, profesinės sveikatos tarnybų sistemos (tinklo) organizavimas, pagrindiniai statistiniai rodikliai profesinės sveikatos (ir saugos) srityje);
- B. Profesinės sveikatos tarnybų organizavimas** (privalomas ar savanoriškas, PST modeliai, PST finansavimas, pagrindiniai PST akreditavimo reikalavimai ir procedūros, PST veiklos įgyvendinimo kontrolė);
- C. Profesinės sveikatos tarnybų (veikos) apimtys 2010 m.** (teisės aktų reikalavimai pranešti apie įsteigtą PST, vidinės ir išorinės profesinės sveikatos tarnybos, teisiniai reikalavimai PS specialistų skaičiui ir kt.);
- D. Profesinės sveikatos tarnybų veiklos turinys** (profesinės rizikos veiksmų identifikavimas, profesinės rizikos sveikatai įvertinimas, išankstiniai ir periodiniai sveikatos patikrinimai, darbuotojų ir darbdavių konsultavimas ir mokymai, darbingumo įvertinimas ir skatinimas, rehabilitacija, pirmoji pagalba, gydomoji veikla, dokumentavimas / sveikatos duomenų tvarkymas, vykdomos veiklos kontrolė ir kt.);
- E. Profesinės sveikatos specialistai** (PS specialisto apibrėžimas / sąvoka, reikalavimai kvalifikacijai, PS specialistų pareigos ir teisės, PS specialistų mokymai, sertifikavimas ir kt.);
- F. Profesinės sveikatos tarnybų ryšiai su kitomis organizacinėmis struktūromis** (darbdaviais, darbuotojais, valstybės institucijomis, profesinės saugos ir visuomenės sveikatos priežiūros tarnybomis, asmens sveikatos priežiūros įstaigomis / tarnybomis);
- G. Ginčai ir nuobaudos** (nuobaudų rūšys, kas gali jas pareikšti, kokia institucija prižiūri ginčus).

Surinkti duomenys buvo tikrinami, perkeliama į kompiuterinę laikmeną, sisteminami ir analizuojami. Palygintini duomenys analizuoti sudarant lenteles ir pavaizduojant duomenų skirtumus diagramomis. Kita šalių atsiųsta informacija pateikiama tekstine aprašomąja forma.

Šiame straipsnyje pateikiama bendrųjų ir specifinių profesinės sveikatos teisės aktų bei PSP sistemų modelių Baltijos jūros regiono šalyse analizė.

## REZULTATAI

### Bendrieji ir specifiniai teisės aktai, susiję (reglamentuojantys) su profesine sveikata

Lietuvoje, kaip ir kitose tyrime dalyvavusiose šalyse, yra priimti pagrindiniai darbuotojų saugos ir sveikatos (DSS) sistemos funkcionavimą reglamentuojantys teisės aktai. Analizuojant ir lyginant, kokie teisės aktai taikomi Lietuvoje ir kitose tyrime dalyvaujančiose Europos šalyse, nustatyta, kad 1985 m. konvencija Nr. C161 „Dėl profesinės sveikatos (darbo medicinos) tarnybų“ [8] ratifikuota Lenkijoje, Suomijoje ir Vokietijoje. Suomijoje, Rusijoje ir Vokietijoje ratifikuota TDO konvencija Nr. 187 [9]. Kitos tyrime dalyvavusios šalys – Lietuva, Latvija, Estija ir Norvegija – šių konvencijų nėra ratifikavusios. Tačiau tai nereiškia, kad tose šalyse nėra taikomos pagrindinės šių konvencijų nuostatos. Tyrimo metu analizuota, ar tyrime dalyvavusių šalių PS specialistai vykdo pagrindines konvencijoje Nr. 161 numatytas profesinės sveikatos (darbo medicinos) tarnybų funkcijas. Galima daryti išvadą, kad tyrime dalyvavusiose šalyse daugelis šių funkcijų yra vykdoma. 1989 m. birželio 12 d. Tarybos direktyvos Nr. 89/391/EEC „Dėl priemonių darbuotojų saugai ir sveikatos apsaugai darbe gerinti nustatymo“ [10] nuostatos perkeltos į

nacionalinę teisę visose tyrime dalyvavusiose šalyse – Lietuvoje, Latvijoje, Estijoje, Lenkijoje, Vokietijoje, Norvegijoje ir Suomijoje, išskyrus Rusiją. Rusija nėra ES narė, ir ES direktyvos nuostatų perkėlimas į nacionalinę teisę jai nėra privalomas.

Tyrimo dalyvavusiose šalių ataskaitose pateikta informacija apie bendruosius ir specifinius teisės aktus, susijusius su profesine sveikata, pateikiama 1 lentelėje.

### Profesinės sveikatos priežiūros sistemų modeliai šalyse

#### *Profesinės sveikatos tarnybų sistemos (tinklo) organizavimas*

Pagrindinės darbuotojų saugos ir sveikatos politiką formuojančios institucijos šalyse yra dvi ministerijos – sveikatos apsaugos ir socialinės apsaugos ir darbo – arba viena jungtinė šias sritis apimanti ministerija. Apibendrinta informacija pateikiama 2 lentelėje. Politiką įgyvendinančios institucijos šalyse yra gana skirtingos, tinkančios šalyse veikiantiems modeliams. Nors visos tyrime dalyvavusios šalys į klausimą, ar profesinės sveikatos tarnybos (paslaugos) yra privalomos, atsakė teigiamai, tačiau iš šalių pateiktų aprašymų aišku, kad ne visose tyrime dalyvavusiose šalyse yra PST, kaip tai apibrėžta TDO konvencijoje Nr. 161. Kai kuriose šalyse PST veikia nepriklausomai, kitose – kaip jungtinė DSS tarnybų dalis. PST šalyse vadinamos skirtingai. Pavyzdžiui,

**1 lentelė.** Bendrieji ir specifiniai tyrime dalyvavusių šalių teisės aktai, susiję su profesine sveikata

	Lietuva	Latvija	Estija	Lenkija	Suomija	Norvegija	Rusija	Vokietija
Konvencija Nr. 161 „Dėl profesinės sveikatos (darbo medicinos) tarnybų“, 1985				X	X			X
Konvencija Nr. 187 „Dėl darbuotojų saugos ir sveikatos gerinimo skatinimo koncepcijos“, 2006					X		X	X
Tarybos Direktyva 89/391/EEC „Dėl priemonių darbuotojų saugai ir sveikatos apsaugai darbe gerinti nustatymo“, 1989	X	X	X	X	X	X		X
Nacionalinė darbuotojų saugos ir sveikatos strategija	X	X	X		X	*	X	X
Nacionalinis darbuotojų saugos ir sveikatos įstatymas	X	X	X	X	X	X	X	X
Nacionalinis teisės aktas dėl darbuotojų saugos ir sveikatos tarnybų / paslaugų	X	X	X	X	X	X	X	X
Nacionalinis teisės aktas dėl kvalifikacinių reikalavimų profesinės sveikatos specialistams	X	X	X	X	X	X	X	X
Nacionalinis teisės aktas dėl profesinės sveikatos specialistų profesinio tobulinimo kursų programos turinio reikalavimų	X	X	X	X	X	**	X	X
Darbo inspekcijos įstatymas (dėl DSST / PST)	X	X		X	X		X	X

\*Norvegija. Nacionalinės darbuotojų saugos ir sveikatos strategijos nėra, tačiau sistemingas PST plėtojimas numatytas kituose strateginiuose dokumentuose.

\*\*Norvegija. Nacionaliniame teisės akte numatyta, kad PS paslaugų teikėjas privalo užtikrinti profesinį tobulinimą, tačiau nėra reglamentuoti PS specialistų tobulinimo kursų programos reikalavimai.

**2 lentelė.** Institucijos, atsakingos už darbuotojų saugos ir sveikatos / profesinės sveikatos priežiūros organizavimą

	Lietuva	Latvija	Estija	Lenkija	Suomija	Norvegija	Rusija	Vokietija
Politiką formuojančios institucijos – ministerijų lygmuo	Sveikatos apsaugos ministerija, Socialinės apsaugos ir darbo ministerija	Ūkio ministerija, Darbo reikalų departamentas	Socialinių reikalų ministerija, Sveikatos departamentas	Sveikatos apsaugos ministerija	Socialinių reikalų ir sveikatos apsaugos ministerija	Sveikatos apsaugos ministerija, Darbo ministerija	Sveikatos apsaugos ir socialinių reikalų ministerija	Darbo ir socialinės apsaugos ministerija, Vokietijos socialinės apsaugos draudimo fondas*
Politiką įgyvendinančios institucijos	Higienos instituto Profesinės sveikatos centras, Valstybinė darbo inspekcija	Valstybinė darbo inspekcija, Darbuotojų saugos ir aplinkos apsaugos institutas	Sveikatos taryba (Profesinės sveikatos departamentas), (Profesinės sveikatos tarnybos)	Darbo medicinos institutas	Darbuotojų saugos ir sveikatos administracija, Sveikatos administracija, Darbuotojų saugos ir sveikatos inspekcijos rajonuose	Profesinės sveikatos departamentai 5 didžiosiose ligoninėse, Darbo inspekcijos, Darbo agentūra, Nacionalinis profesinės sveikatos institutas (įgalioti nepriklausomi DSS paslaugų teikėjai)	Regioniniai sveikatos apsaugos ir darbo departamentai, Federalinės vartotojų teisių priežiūros tarnybos, Darbo medicinos institutai, Profesinės sveikatos centrai	

\***Vokietija.** Darbuotojų saugos ir sveikatos priežiūros sistema Vokietijoje yra dvipusė. Teisėkūra DSS tema užsiima Darbo ir socialinės apsaugos ministerija (ne Sveikatos apsaugos ministerija!). Politiką DSS tema įgyvendinanti institucija yra Vokietijos socialinės apsaugos draudimo fondas. Abi minėtos institucijos yra vieno lygio, dirba savo veiklos srityje.

Lenkijoje profesinės sveikatos tarnybų funkcijas atlieka PS specialistai, dirbantys Darbo (profesinės) saugos ir higienos tarnybose (*Work safety and hygiene service, WS&HS*) bei Darbo medicinos tarnybose (*Occupational medicine service, OMS*). Norvegijos ataskaitoje pateiktoje DSS sistemos organizavimo schemoje matyti, kad PST funkcijas atlieka įgalioti nepriklausomi DSS paslaugų teikėjai. Suomijoje PST gali būti steigiamos įmonės viduje, gali teikti paslaugas grupei įmonių, egzistuoja privačios arba savivaldybės PST. Lietuvoje šias funkcijas atlieka PS specialistai, dirbantys darbuotojų saugos ir sveikatos tarnybose, kaip reglamentuota Įmonių darbuotojų saugos ir sveikatos tarnybų pavyzdiniuose nuostatuose (Žin., 2011, Nr. 69-3307) [11].

Lietuvoje už DSS sistemos organizavimą atsakingos dvi ministerijos: Sveikatos apsaugos ir Socialinės apsaugos ir darbo. Šios ministerijos formuoja valstybės politiką profesinės saugos ir sveikatos klausimais, taip pat atlieka PS paslaugų priežiūrą DSS tarnybose, veikiančiose tam tikro dydžio ir ekonominės veiklos rūšies įmonėse. Minėtos tarnybos iš dalies kontroliuojamos Valstybinės darbo inspekcijos. Tiesioginio ryšio (duomenų teikimas, veiklos priežiūra, konsultavimas) tarp DSS tarnybų ir PS institucijų kol kas nėra. Regioniniu lygmeniu Lietuvoje veikia visuomenės sveikatos centrai ir savivaldybių steigiami visuomenės sveikatos biurai, tačiau PS priežiūros klausimų šie centrai nesprenžia arba tai vykdo ypač retai, pvz., tiriant profesines ligas.

#### Profesinės sveikatos tarnybų modeliai

Ne visose šalyse veikia PST, kaip tai apibrėžta TDO konvencijoje Nr. C161. Kai kuriose šalyse PST veikia kaip atskiri juridiniai vienetai (Norvegija, Suomija), kitose – kaip jungtinė kitų struktūrų dalis (Lenkija, Latvija, Rusija). PST šalyse vadinamos skirtingai (Lenkija). Norvegijos, Suomijos, Estijos, Lenkijos ir Lietuvos ataskaitose pristatyti profesinės sveikatos priežiūros sistemų modeliai, jų schemos ir aprašymai, kaip šalyse veikia profesinės sveikatos (DSS) tarnybos, kur jos yra modelių schemose, su kokiomis institucijomis yra susijusios, bendradarbiauja.

Apibendrinta iš šalių gauta informacija pateikiama 3 lentelėje.

#### Profesinės sveikatos paslaugų teikimo būdai tyrime dalyvavusiose šalyse

Lietuvoje nėra PST. Profesinės sveikatos priežiūros funkcijos iš dalies vykdomos įmonėse steigiamose DSS tarnybose. Vadovaujantis Darbuotojų saugos ir sveikatos įstatymu (Žin., 2003, Nr. 70-3170) [1], Įmonių darbuotojų saugos ir sveikatos tarnybų pavyzdiniais nuostatais (Žin., 2011, Nr.69-3307) [6] ir kitais teisės aktais įmonėse steigiamos Darbuotojų saugos ir sveikatos tarnybos, kuriose dirba atitinkamas skaičius saugos ir sveikatos bei PS specialistų priklausomai nuo įmonėje dirbančių darbuotojų skaičiaus ir įmonės vykdomos ekonominės veiklos rūšies. Jei įmonėje nėra pakankamo skaičiaus reikiamų specialistų, kad būtų tinkamai organizuojamos

**3 lentelė.** Tyrime dalyvavusių šalių profesinės sveikatos tarnybų modeliai

	Profesinės sveikatos tarnybos
Lietuva	Lietuvoje PS tarnybų, kaip tai apibrėžta TDO konvencijoje Nr. 161, nėra. Lietuvos įmonių DSS tarnybų komandose turi būti 1 ar daugiau PS specialistas priklausomai nuo įmonės darbuotojų skaičiaus ir įmonės vykdomos veiklos rūšies.
Latvija	PST organizavimas yra privalomas visoms įmonėms, nepriklausomai nuo jų dydžio ar organizacinės struktūros. Tačiau skiriasi reikalavimai mažoms įmonėms (dirba mažiau nei 10 darbuotojų) ir įmonėms, kurios atlieka pavojingus / mažiau pavojingus darbus (kaip tai apibrėžta specialiose taisyklėse).
Estija	PST yra privalomos įmonėse, kuriose veikia profesinės rizikos veiksniai, darantys įtaką darbuotojų sveikatai. Lenkijoje PS tarnybų, kaip tai apibrėžta TDO konvencijoje Nr. 161, nėra.
Lenkija	Lenkijoje funkcionuoja šie vienas nuo kito nepriklausomi pagrindiniai profesinės sveikatos paslaugų teikėjai: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Darbo (profesinės) saugos ir higienos tarnybos (<i>Work safety and hygiene service, WS&amp;HS</i>). Darbdavys yra atsakingas už jų steigimą, nes jis atsako už tai, kad darbuotojai dirbtų saugioje ir sveikoje aplinkoje ir kad darbuotojai atliktų numatytus profilaktinius sveikatos tikrinimus, kuriuos vykdo Darbo (profesinės) medicinos tarnybos. Ši veikla yra privaloma ir reglamentuojama specialiuose teisės aktuose;</li> <li>• Darbo (profesinės) medicinos tarnybos (<i>Occupational medicine service, OMS</i>). Sveikatos apsaugos ministerija yra atsakinga už jų steigimą. Šios tarnybos veikia nepriklausomai ir yra atsakingos už saugos, higienos ir sveikos darbo aplinkos užtikrinimą.</li> </ul>
Suomija	Darbdaviai teisės aktais įpareigoti kiekvienam darbuotojui užtikrinti profesinės sveikatos paslaugų prieinamumą. PS paslaugos gali būti teikiamos įmonės viduje arba išorinio paslaugų teikėjo pagal paslaugų teikimo sutartį. Jei reikia, darbdaviai taip pat gali organizuoti tam tikrų ligų gydymo, sveikatos stiprinimo ar profilaktines paslaugas. Už PSP paslaugų teikimą atsakingi municipaliniai sveikatos apsaugos centrai ( <i>Municipal health care centres</i> ), jei darbdaviai į juos kreipiasi. Darbdaviai gali ir patys organizuoti PSP paslaugų teikimą arba sudaryti sutartį su privačiais paslaugų teikėjais.
Norvegija	Dauguma privataus ir viešojo sektorių įmonių teisiškai privalo samdyti PSP paslaugų teikėją. PSP paslaugų teikėjai privalo turėti darbo inspekcijos išduodamą licenciją. Įmonės, kurioms teisiškai neprivaloma samdyti PSP paslaugų teikėjo, savo pasirinkimu, jei nori, gali samdyti bet kokį PSP paslaugų teikėją.
Rusija	Organizacijos, kuriose dirba daugiau nei 500 darbuotojų, pagal nacionalinės teisės aktus privalo turėti 2 PS specialistus (1 gydytojas, 1 slaugytojas).
Vokietija	Pagal Vokietijos federalinę struktūrą darbuotojų sauga ir sveikata darbe yra administruojama Darbo ir socialinių reikalų ministerijos federaliniu ir valstybės lygmeniu. Tai užtikrina palankų darbuotojų saugos ir sveikatos klausimų traktavimą darbo santykių kontekste, tačiau taip pat sukuria sunkumų sprendžiant bendras problemas, kylančias tiek PS srityje, tiek nesusijusios su darbo santykiais bendros sveikatos srityje. Už pastarąją atsakinga Sveikatos apsaugos ministerija ir regioniniai sveikatos biurai.

darbuotojų saugos ir sveikatos prevencijos priemonės, darbdavys gali sudaryti sutartį dėl darbuotojų saugos ir sveikatos tarnybos funkcijų ar jų dalies vykdymo su Lietuvos Respublikoje ar kitoje Europos ekonominės erdvės valstybėje narėje įsteigtu juridiniu asmeniu ar kita organizacija arba jos filialu, Lietuvos Respublikos ar bet kurios Europos Sąjungos valstybės narės arba kitos Europos ekonominės erdvės valstybės piliečiu, kitu fiziniu asmeniu, kuris naudojami Europos Sąjungos teisės aktuose jam suteiktomis judėjimo valstybėse narėse teisėmis. PS paslaugų teisinė aprėptis Lietuvoje siekia tik 10–12 proc., priklausomai nuo įmonių dydžio ir jų skaičiaus šalyje. DSS tarnybose darbo medicinos gydytojai dirba kartu su bendrosios praktikos slaugytojais. Remiantis PSO parengtu vadovu „Profesinės sveikatos slaugytojų darbo vietoje vaidmuo sveikatos valdyme“, profesinės sveikatos specialistų komandoje turėtų dirbti ne bendrosios praktikos slaugytojai, o profesinės sveikatos slaugytojai [12].

Lietuvoje darbo medicinos gydytojai, dirbantys viešosiose ar privačiose sveikatos priežiūros

institucijose, taip pat teikia išorines PSP paslaugas. Keletas didžiųjų pramonės įmonių yra įsteigusios sveikatos centrus, kuriuose, be įprastų I ir II lygio paslaugų, teikiamos ir profesinės sveikatos paslaugos. Latvijoje, vadovaujantis 2010 m. vykdytu tyrimu, apie 20 proc. įmonių naudojasi išorės ekspertų paslaugomis, 20 proc. – išorinių PST paslaugomis, 2 proc. – įmonių PST paslaugomis, kiti – vidaus profesionalų arba darbdavių, vykdančių DSS tarnybų funkcijas, paslaugomis (mažų įmonių atveju). Estijoje dažniausiai naudojamos išorinių PST paslaugomis. Veikia privačios profesinės sveikatos klinikos (*private occupational health clinics*), kurios teikia paslaugas įmonėms. Didelės įmonės steigia atitinkamas klinikas įmonės viduje, bet tai reti atvejai.

Lenkijoje PST, kaip jos suprantamos 1985 m. konvencijoje Nr. C161 „Dėl profesinės sveikatos (darbo medicinos) tarnybų“, nėra. Lenkijoje profesinės sveikatos paslaugas teikia:

1. Darbo saugos ir higienos tarnybos (*Work safety and hygiene service, WS&HS*). Už jų steigimą atsakingas darbdavys. Darbdavio pareiga yra

**4 lentelė.** Profesinės sveikatos paslaugų teikimo būdai tyrime dalyvavusiose šalyse

	Lietuva	Latvija	Estija	Lenkija	Suomija	Norvegija	Vokietija	Rusija
Didžiųjų pramonės įmonių vidinės PST	X	X	X	X	X	X	X	X
Išorinės PST	X	X	X	X	X	X	X	X
Privatūs sveikatos priežiūros centrai, kurie teikia tik PS paslaugas arba PS paslaugų teikimas yra dalis jų funkcijų	X	X	X	X	X		X	X
Privatūs gydytojai su reikalinga PS kompetencija		X	X	X	X		X	
Vidinės PST		X		X	X	X	X	
Pirminės sveikatos priežiūros institucijos ir kitos viešosios sveikatos paslaugų tarnybos	X		X	X	X			X
Grupinės PS tarnybos, kurias steigia ar samdo kelios įmonės kartu				X	X	X	X	
Ligoninių poliklinikos		X	X					X

užtikrinti, kad darbuotojai dirbtų saugioje ir sveikoje aplinkoje ir kad Darbo medicinos tarnybos (*Occupational medicine service*, OMS) laiku atliktų jų profilaktinius sveikatos patikrinimus. Profilaktiniai sveikatos patikrinimai yra privalomi, tai reglamentuota teisės aktu;

2. Darbo medicinos tarnybos (*Occupational medicine service*, OMS). Už jų steigimą atsakinga Sveikatos apsaugos ministerija. Darbo medicinos tarnybų, teikiančių PSP paslaugas, organizacinė struktūra:

- pirminiai profesinės sveikatos skyriai (*primary occupational medicine units*) – 2010 m. Lenkijoje jų buvo 7 029. Kai kurie jų veikia didesnės gamybos įmonėse,
- regioniniai (vaivadijų) darbo medicinos centrai (*Regional (Voivodship) Centres of Occupational Medicine*) – 2010 m. Lenkijoje jų buvo 20.

Rusijoje pagal galiojančius teisės aktus medicinos tarnyba turėtų būti steigama įmonės viduje, jei įmonėje dirba daugiau negu 500 darbuotojų.

Vokietijoje taikomas „jungtinės tarnybos“ modelis, kai profesinės sveikatos ir saugos sistemos yra sujungtos. Tai ypač aktualu labai mažose įmonėse. Taip pat taikomas įprastinis „darbdavio modelis“ – laikoma, kad darbdavys turi pakankamai kvalifikacijos ir labai mažose įmonėse pats vykdo DSS tarnybos funkcijas. Taip pat taikomas išorinis ir vidinis PST modelis.

Norvegijoje visos privataus ir viešojo sektorių įmonės turi sudaryti sutartį su PSP paslaugų teikėju. Profesinės sveikatos paslaugų teikėjai turi turėti Darbo inspekcijos leidimą verstis tokia veikla.

Suomijoje darbdavys yra įpareigotas užtikrinti profesinės sveikatos paslaugų prieinamumą kiekvienam darbuotojui. PSP paslaugos gali būti teikiamos įmonės viduje arba išorinio paslaugų teikėjo pagal paslaugų teikimo sutartį. Darbdaviai taip pat gali organizuoti tam tikrų ligų gydymo, sveikatos stiprinimo

ar profilaktines paslaugas. Už teikiamas PSP paslaugas atsakingi municipaliniai sveikatos apsaugos centrai (*Municipal health care centres*).

Apibendrinta iš šalių gauta informacija pateikiama 4 lentelėje.

## REZULTATŲ APTARIMAS

Palyginamoji Baltijos jūros regiono šalių profesinės sveikatos praktikos analizė parodė, kad teisinė bazė, reglamentuojanti PS praktiką, formuojama remiantis tarptautiniais PST veiklos standartais. Visos tyrime dalyvavusios šalys atsakė, kad šalyse yra priimti svarbiausi teisės aktai, reglamentuojantys pagrindinius profesinės sveikatos aspektus, tokius kaip minimalūs reikalavimai darbuotojų saugai ir sveikatai darbo vietose, pagrindinės darbdavių ir darbuotojų pareigos, funkcijos, profesinės sveikatos tarnybų / paslaugų teisinis supratimas, tarnybų steigimo, paslaugų prieinamumo, profesinės sveikatos paslaugų sudėties reikalavimai, teikimo būdai, finansavimas. Daugelio tyrime dalyvavusių šalių, ypač ES senbuvų, teisinėje bazėje profesinės saugos ir profesinės sveikatos sąvokos ir funkcijos yra aiškiai atskirtos. Natūralu, kad šalyse taikoma skirtinga teisinė bazė, tačiau ji apima panašius darbuotojų saugos ir profesinės sveikatos aspektus. Nagrinėtose šalyse darbuotojų sauga ir profesinė sveikata yra reglamentuojama skirtingais teisės aktais. ES naujosiose šalyse – Lietuvoje, Latvijoje, Estijoje – teisinė bazė, reglamentuojanti profesinę sveikatą (profesinės sveikatos tarnybas), nėra visiškai atskirta nuo darbuotojų saugą reglamentuojančių teisės aktų.

PST modeliai tyrime dalyvavusiose šalyse yra pakankamai skirtingi. Priklausomai nuo nacionalinių tradicijų, teisinės sistemos, DSS organizavimo ir finansavimo praktikos ir išteklių PS priežiūros sistemų organizavimo modeliai kiekvienoje šalyje skirtingi. Šiuo metu ES šalyse dažniausiai plėtojami trys pagrindiniai

PS paslaugų teikimo modeliai su daugeliu jų kombinacijų: (1) įmonės, arba vidaus, PS tarnyba; (2) samdoma, arba išorinė, PS tarnyba; (3) sveikatos priežiūros įstaiga (viešoji arba privati), teikianti PS tarnybos paslaugas. Vidaus tarnybos didelėse įmonėse veikia kaip įmonės padaliniai, teikia paslaugas ir įmonės darbuotojams, ir už jos ribų. Paslaugų spektras ir apimtis priklauso nuo įmonės dydžio ir PST darbuotojų skaičiaus. Išorinės tarnybos teikia paslaugas mažoms ir vidutinio dydžio įmonėms, dažniausiai teritoriniu (aptarnaujamos tam tikros administracinės teritorijos įmonės) arba šakiniu (aptarnaujamos tam tikros ūkinės veiklos įmonės) principu. Sveikatos priežiūros įstaigų modelis taikomas tada, kai PST paslaugos kitu būdu įmonių darbuotojams sunkiai prieinamos [13]. Didžiausias profesinės sveikatos paslaugų prieinamumas tose Europos šalyse, kur veikia įvairūs PST organizavimo modeliai [14–16].

Išnagrinėjus profesinės sveikatos paslaugų teikimo būdus šalyse matyti, kad PS paslaugos dažniausiai teikiamos vidinių PST, bet gali būti teikiamos ir kitais būdais: naudojantis išorinių PST paslaugomis, steigiant darbo medicinos centrus ar kt.

Keletą pastarųjų dešimtmečių įvairios autoritetingos institucijos – TDO, PSO, taip pat dauguma darbaviečių ir darbuotojų organizacijų akcentuoja PST paslaugų prieinamumo būtinybę, nes šiuo metu daugiau nei 80 proc. iš 3 mlrd. darbuotojų visame pasaulyje tokių galimybių neturi [3]. PSO Asamblėjos patvirtintame Visuotiniame darbuotojų sveikatos veiksmų plane 2008–2017 m. numatytos veiklos gairės ir svarbiausi uždaviniai, kuriuos reikia įgyvendinti šalyse narėse, siekiant mažinti PS paslaugų netolygumus ir didinti paslaugų prieinamumą visiems darbuotojams [4]. Remiantis palyginamosiomis Baltijos jūros regiono šalių profesinės sveikatos būklės studijomis tenka konstatuoti, kad per 1999–2014 m. laikotarpį situacija Lietuvoje nepagerėjo, o profesinės sveikatos teisinio reglamentavimo bei PST organizavimo ir žmogiškųjų

išteklų srityje netgi stebimas regresas, lyginant su situacija 1999 m. [14], 2002 m. [15] ir 2006 m. [16].

## IŠVADOS

1. Lietuvoje, kaip ir kitose Baltijos jūros regiono šalyse, yra priimti pagrindiniai DSS sistemos funkcionavimą reglamentuojantys teisės aktai, tačiau, priešingai negu kitose šalyse, Lietuvoje PSP veikla reglamentuota nepakankamai, todėl mūsų šalyje profesinės sveikatos priežiūros paslaugos yra sunkiai prieinamos mažoms ir vidutinio dydžio įmonėms.
2. Ne visose šalyse veikia profesinės sveikatos tarnybos, kaip tai apibrėžta TDO konvencijoje Nr. 161. Dažniausiai plėtojami trys pagrindiniai PS paslaugų teikimo modeliai: (1) įmonės, arba vidaus, PST; (2) samdoma, arba išorinė, PST; (3) sveikatos priežiūros įstaiga (viešoji arba privati), teikianti PST paslaugas. Lietuvoje veikia tik įmonės DSS tarnybos, kurios steigiamos didelėse arba vidutinio dydžio įmonėse. Nėra išorinių PST, kurios galėtų teikti PSP paslaugas mažoms įmonėms, sudarančioms didžiąją dalį visų įmonių.
3. Lietuva nėra sukūrusi profesinės sveikatos priežiūros sistemos modelio. Kitose Europos šalyse pasirinkti skirtingi PSP sistemos modeliai. Ne visose šalyse veikia PST, kaip tai apibrėžta TDO konvencijoje Nr. 161. Kai kuriose šalyse PST veikia kaip atskiri juridiniai vienetai (Norvegija, Suomija), kitose – kaip jungtinė kitų struktūrų dalis (Lenkija, Latvija, Rusija).

## PADĖKA

Straipsnio autoriai dėkoja Baltijos regiono šalių partnerystės tinklo – Suomijos, Norvegijos, Vokietijos, Lenkijos, Estijos, Latvijos bei Rusijos profesinės sveikatos ekspertams, pateikusiems atsakymus į šalių profesinės sveikatos tarnybų veiklos situacijos analizės anketų klausimus.

*Straipsnis gautas 2014-02-10, priimtas 2014-03-17*

## Literatūra

1. MacDonald E, Baranski B, Wilford J. Occupational Medicine in Europe: Scope and Competencies, WHO European Centre for Environment and Health Bilthoven, 2000; 22, 23, 24.
2. Report of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health, Twelfth Session. Geneva, International Labour Organization, 1995.
3. Rantanen J. Basic Occupational Health Services: strategy, structures, activities, resources. Third revised edition, Helsinki, 2007; Rantanen J, Lehtinen S, Jankauskas R, Vainauskas S, Eičinėnaitė-Lingienė R. Higienos instituto leidinys „Pagrindinės profesinės sveikatos tarnybos“, 2010.
4. Global plan of action on workers' health 2008-2017. WHO. Sixtieth world health assembly.
5. Good occupational health practice: A guide for planning and follow-up of occupational health services, H. Taskinen, 1997.
6. Dr. Sardan Matic, WHO Regional Office for Europe, "Ensuring workers' health in Europe", OH&S Forum, Espoo, 2011.
7. Venckienė R, Kanapeckienė V. Visuomenės sveikatos priežiūros specialistų poreikio reglamentavimas Lietuvoje. Visuomenės sveikata. 2011;2(53):54-64.
8. 1985 m. konvencija Nr. C161 „Dėl profesinės sveikatos (darbo medicinos) tarnybų“. International Labour Office (ILO). Convention No. 161 concerning Occupational Health Services. Geneva: ILO, 1985.

9. TDO konvencija Nr. 187 „Dėl darbuotojų saugos ir sveikatos gerinimo skatinimo koncepcijos“, 2006.
10. 1989 m. birželio 12 d. Tarybos direktyva Nr. 89/391/EEC „Dėl priemonių darbuotojų saugai ir sveikatos apsaugai darbe gerinti nustatymo“.
11. LR socialinės apsaugos ir darbo ministro ir LR sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 2 d. įsakymas Nr. A1-266/V-575 „Dėl įmonių darbuotojų saugos ir sveikatos tarnybų pavyzdinių nuostatų patvirtinimo“. Žin., 2011;69-3307.
12. The role of the occupational health nurse in workplace management. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2001; 11, 13, 35, 38.
13. Jankauskas R, Eičinaitė-Lingienė R, Keniausytė I, Žalnierūnaitė L, Vainauskas S. Profesinės sveikatos tarnybų vaidmuo, užtikrinant darbuotojų sveikatos priežiūrą Lietuvoje ir kitose ES šalyse. Visuomenės sveikata. 2009;4(47):4-14.
14. Comparative analysis of occupational health system and practices as part of preventive health care systems in seven European countries. Part 1: document based analysis. EU-Inco-Copernicus project No PL 973108 report. Helsinki, 1999.
15. Work and health country profiles of twenty-two European Countries. People and work research reports, FIOH, Helsinki, 2002;444.
16. NDPHS Expert Group on Social Inclusion, Healthy Lifestyles and Work Ability (SIHLWA) thematic report: country reports on Occupational Safety and Health in the Northern Dimension Area. Series No1/2008.

## Legislation and models for occupational health services provision in Lithuania and the other Baltic Sea Network countries

Jolita Kartunavičiūtė, Remigijus Jankauskas, Raimonda Eičinaitė-Lingienė, Toma Matevičiūtė

*Institute of Hygiene*

**The aim** is to analyse and compare the legislation and models for occupational health services (OHS) provision in Lithuania and the other Baltic Sea Network (BSN) countries.

**Material and methods.** The data were collected using the electronic communication means and it was based on a specially elaborated questionnaire in the English language. The country reports in compliance to the questionnaire were prepared by the responsible officials of the BSN countries which expressed an interest to participate in the study. Lithuania's country report was prepared by the specialists of the Occupational Health Centre of the Institute of Hygiene. The analysis and comparison of OHS practice of 8 BSN countries (Estonia, Finland, Germany, Latvia, Lithuania, Norway, Poland and the Russian Federation) has been made.

**Results and conclusions.** The comparative analysis is a difficult task because the OHS structures in the countries are very different as they have different historical and cultural background. In Lithuania, as well as in the other BSN countries, the main legislation on occupational health

and safety (OH&S) regulation is approved. However, opposite to the other BSN countries, Lithuania has not sufficient regulation of the OHS; and OHS is hardly accessible to employees of small and medium enterprises in Lithuania.

**Keywords:** occupational health care, occupational health services, occupational safety and health, occupational safety and health services, Baltic Sea Network on Occupational Health and Safety.

**Correspondence to** Jolita Kartunavičiūtė,  
Institute of Hygiene, Occupational Health Centre  
Etmonų 3, LT-01305 Vilnius, Lithuania  
E-mail: jolita.kartunaviciute@dmc.lt

Received 10 February 2014,  
accepted 17 March 2014

# LIETUVOS IR KITŲ BALTIJOS JŪROS REGIONO ŠALIŲ PROFESINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS TARNYBŲ FINANSAVIMO POBŪDIS, ŽMOGIŠKIEJI IŠTEKLIAI IR PROFESINĖS SVEIKATOS SPECIALISTŲ VYKDOMOS FUNKCIJOS

Jolita Kartunavičiūtė, Remigijus Jankauskas, Raimonda Eičinė-Lingienė, Toma Matevičiūtė  
Higienos institutas

## Santrauka

**Tikslas** – išanalizuoti ir palyginti Lietuvos ir kitų Baltijos jūros regiono šalių profesinės sveikatos priežiūros tarnybų finansavimo pobūdį, žmogiškuosius išteklius ir profesinės sveikatos specialistų vykdomas funkcijas.

**Medžiaga ir metodai.** Duomenys surinkti elektroniniu paštu naudojant specialiai parengtą klausimyną anglų kalba. Šalių ataskaitas pagal klausimyno klausimus teikė tyrime dalyvavę sutikusių Baltijos regiono šalių partnerystės tinklo saugos ir sveikatos srityje (angl. *Baltic Sea Network on Occupational Health and Safety*, BSN) atsakingų institucijų atstovai. Lietuvos klausimyną užpildė Higienos instituto Profesinės sveikatos centro darbuotojai. Analizuota ir lyginta 8 Baltijos jūros regiono šalių (Lietuvos, Latvijos, Estijos, Suomijos, Norvegijos, Rusijos, Lenkijos ir Vokietijos) profesinės sveikatos priežiūros praktika.

**Rezultatai ir išvados.** Profesinės sveikatos priežiūros palyginamoji analizė yra gana sudėtingas uždavinys, nes profesinės sveikatos bei darbuotojų saugos ir sveikatos struktūros šalyse yra labai skirtingos dėl šalių istorinių bei kultūrinių skirtumų. Pagal tarptautinius standartus profesinės sveikatos priežiūros tarnybos turi būti daugiavardės, plataus profilio. Tyrimas atskleidė, kad daugiaprofilinė profesinės sveikatos specialistų komanda, kurią sudaro profesinės sveikatos slaugytojai, darbo medicinos ir darbo higienos gydytojai, saugos inžinierius, darbo organizavimo specialistai, psichologai, konsultantai, fizioterapeutai, ergonomistai, komplektuojama tik Šiaurės šalyse. Lietuvoje, Latvijoje, Estijoje, Rusijoje ir Vokietijoje dominuoja vienfunkcės, siauro profilio profesinės sveikatos priežiūros komandos, kuriose darbo medicinos gydytojas yra laikomas pagrindiniu komandos specialistu. Lietuvoje profesinės sveikatos priežiūrą įmonėse dažniausiai vykdo bendrosios praktikos slaugytojai ir tik pavienėse įmonėse dirba darbo medicinos gydytojai. Tyrime dalyvavusiose šalyse profesinės sveikatos tarnybos dažniausiai finansuojamos darbdavių ir draudimo institucijų.

**Reikšminiai žodžiai:** profesinės sveikatos priežiūra, profesinės sveikatos priežiūros tarnybos, darbuotojų sauga ir sveikata, darbuotojų saugos ir sveikatos tarnybos, Baltijos regiono šalių partnerystės tinklas saugos ir sveikatos srityje.

## ĮVADAS

JAV Medicinos instituto 2003 m. duomenimis, kiekvieną dieną nuo ligų, susijusių su darbu, miršta 137 darbuotojai, nuo incidentų darbe miršta 16 darbuotojų. JAV Nacionalinis darbuotojų saugos ir sveikatos institutas (*The National Institute for Occupational Safety and Health*, NIOSH, 2005) pateikė duomenis, kad JAV darbdavių tiesioginiai ir netiesioginiai kaštai dėl su darbu susijusių ligų, profesinių ligų ir incidentų darbe siekia iki 171 mlrd. JAV dolerių per

metus. JAV medicinos instituto ataskaitoje teigiama, kad šių kaštų galima išvengti daugiau dėmesio skiriant darbo vietų saugai užtikrinti ir darbuotojų sveikatai stiprinti. Valstybinės visuomenės sveikatos bei profesinės sveikatos institucijos turėtų skirti daugiau dėmesio ir laiko tam, kad padėtų smulkiojo verslo darbdaviams, kurie neturi galimybės samdyti ar sudaryti sutartis su profesinės sveikatos specialistais, taip pat turėtų padėti parengti įmonėms reikalingas prevencijos programas. Mažųjų įmonių darbdaviai dažniau nei didžiųjų įmonių vadovai susiduria su aukštesnio lygio rizikos veiksniais darbo vietoje, todėl tokioms įmonėms būtų labai naudingos darbuotojų sveikatos stebėsenos ir stiprinimo programos. Su-prasdami naudą darbdaviai turėtų bendradarbiauti su

**Adresas susirašinėti:** Jolita Kartunavičiūtė  
Higienos instituto Profesinės sveikatos centras  
Etmonų g. 3, 01305 Vilnius  
El. p. jolita.kartunaviciute@dmc.lt

valstybinėmis profesinės sveikatos priežiūros institucijomis. Tai yra abiem pusėms naudinga partnerystė, kurią plėtoti reikėtų pradėti kuo anksčiau [1].

Profesinės sveikatos priežiūros (PSP) paslaugų teikimas – tai veikla, vykdoma darbo vietoje, siekiant apsaugoti ir skatinti darbuotojų saugą, sveikatą bei gerovę darbe, taip pat gerinant darbo aplinką ir sąlygas. Tokias paslaugas teikia profesinės sveikatos specialistai, dirbantys įmonėje arba specialiose tarnybose, arba samdomi išorinių įstaigų specialistai, teikiantys profesinės sveikatos paslaugas. Profesinės sveikatos praktika yra platesnė sąvoka ir apima ne tik profesinės sveikatos tarnybos atliekamas funkcijas. Tai įvairių sričių ir įvairius sektorius apimanti veikla, įtraukianti ne tik profesinės sveikatos ir saugos specialistus, bet ir kitus specialistus, dirbančius tiek įmonėje, tiek ir už jos ribų arba kompetentingose valdžios institucijose, ir savo veikla prisidedančius prie profesinės sveikatos stiprinimo, taip pat įtraukiant darbdavius, darbuotojus ir jų atstovus. Toks modelis reikalauja turėti gerai išplėtotą ir koordinuotą sistemą darbovietėje. Būtina turėti infrastruktūrą, apimančią visas administracines, organizacines ir operacines sistemas, kurios reikalingos sėkmingai profesinės sveikatos priežiūros praktikai ir užtikrinant jos sistemingą plėtrą bei nuolatinį tobulinimą [2].

Kitų šalių vykdytų tyrimų rezultatai rodo, kad, nepaisant deklaruojamos vykdomos politikos profesinės saugos ir sveikatos srityje, tik trečdalis tirtų šalių tarnybų teikė profesinės saugos ir sveikatos paslaugas daugiau nei 50 proc. dirbančių asmenų [3].

Kito tyrimo, atlikto Jungtinėje Karalystėje, gautų rezultatų duomenimis, stebimi ženklūs skirtumai tarp teikiamų profesinės sveikatos paslaugų kokybės lygių. Tyrimas buvo vykdomas 2003 m. apklausiant 17 iš 59 Londone esančių Nacionalinių sveikatos tarnybų (angl. *UK's National Health service, NHS*) profesinės sveikatos vadovus. Klausia, koks specialistas vadovauja NHS tarnybai, kokios profesinės sveikatos paslaugos teikiamos, paslaugų turinys, jų prieinamumas, savikontrolės praktika. 81 proc. iš visų apklaustų NHS tarnybų vadovavo slaugytojas, tik 6 proc. – darbo medicinos gydytojas. Kitoms apklaustoms NHS tarnyboms vadovavo nemedicininį išsilavinimą turintys asmenys [4].

Palyginamųjų studijų išvadose matyti, kad profesinės sveikatos priežiūros sistemos įvairiose šalyse skirtingos [3, 5, 6]. Tačiau galima pastebėti ir tendencijas, pavyzdžiui, Europoje profesinės saugos ir sveikatos užtikrinimas įmonėse dažniausiai yra darbdavių pareiga. Vertinant profesinės saugos ir sveikatos paslaugas

būtina atsižvelgti į šalių istoriją, kultūrą, politiką ir vykdomą sveikatos valdymo praktiką: profesinės sveikatos tarnybos skirtingose šalyse vadinamos skirtingai, taip pat skiriasi ir vykdomos funkcijos.

Nemaža dalis atliktų tyrimų skirti profesinės sveikatos priežiūros paslaugų ekonominiam efektui įvertinti. Pagal Jungtinės Karalystės 2005 m. atliktą 500 organizacijų apklausą (angl. *Why employers spend money on employee health: Interviews with occupational health and safety professionals from British Industry*) 73 proc. darbdavių patvirtino, kad sveikatos ir saugos įdiegimas įmonėse davė naudos verslui, 64 proc. iš jų teigė, jog sumažėjo ekonominiai nuostoliai [7].

2007 m. Pasaulio sveikatos organizacijos 60-oji asamblėja, patvirtinusi globalųjį veiksmų planą, skirtą darbuotojų sveikatai 2008–2017 m., paragino valstybes sukurti ir įgyvendinti priemones, kurios skatintų apsaugoti ir stiprinti darbuotojų sveikatą darbo vietose, tobulinti profesinės sveikatos priežiūros paslaugas, įtraukti darbuotojų sveikatos apsaugos priemones į ekonomikos plėtros politiką ir skurdo mažinimo strategiją [8].

Pagrindiniai tarptautiniai teisės aktai, formuojantys darbuotojų saugos ir sveikatos reikalavimus, reikalingus organizuojant darbuotojų saugos ir sveikatos politiką, yra Tarptautinės darbo organizacijos konvencijos: Nr. 161 „Dėl profesinės sveikatos (darbo medicinos) tarnybų“ (1985 m.); Nr. 187 „Dėl darbuotojų saugos ir sveikatos gerinimo skatinimo koncepcijos“ (2007) ir Europos Tarybos direktyva 89/391/EEB „Dėl priemonių darbuotojų saugai ir sveikatos apsaugai darbe gerinti nustatymo“ [9–11].

Konvencija Nr. 161 konstatuoja didžiulę darbdavio atsakomybę, identifikuojant ir nustatant kenksmingus rizikos veiksnius, organizuojant profilaktinius darbuotojų sveikatos tikrinimus, registruojant profesines ligas, atliekant priežasčių ekspertizę, užtikrinant saugią darbo aplinką, sanitarijos bei higienos reikalavimų vykdymą, ir nurodo profesinės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių tarnybų funkcijas:

- identifiukuoti ir įvertinti rizikos veiksnius darbo vietoje;
- vykdyti darbo aplinkos veiksnių, darbo procesų, galinčių neigiamai veikti darbuotojų sveikatą, įskaitant sanitarinius įrenginius, valgymo patalpas ir būstą, kai darbdavys jį suteikia, priežiūrą;
- konsultuoti darbų planavimo ir organizacijos klausimais, įskaitant darbo vietų įrengimą, įrenginių bei medžiagų, naudojamų darbo metu, atranką, priežiūrą ir jų tinkamos būklės palaikymą;

- dalyvauti gamybinių operacijų tobulinimo programose, naujos įrangos išbandymuose bei poveikio sveikatai vertinimo procese;
- konsultuoti profesinės sveikatos, saugos ir higienos, taip pat ergonomikos ir individualių asmeninių bei kolektyvinių apsaugos priemonių klausimais;
- organizuoti darbuotojų privalomus sveikatos tikrinimus, vykdyti darbuotojų sveikatos stebėseną;
- skatinti darbo vietos pritaikymą darbuotojams;
- dalyvauti įgyvendinant profesinės reabilitacijos priemones;
- bendradarbiauti teikiant informaciją, organizuojant mokymą ir švietimą profesinės sveikatos, higienos ir ergonomikos srityse;
- organizuoti pirmąją ir neatidėliotiną medicininę pagalbą;
- dalyvauti nelaimingų atsitikimų darbe ir profesinių ligų tyrime [9].

Konvencijoje Nr. 161 nurodoma, kad profesinės sveikatos tarnybos (PST) iš esmės vykdo prevencines funkcijas (teikia profesinės sveikatos priežiūros paslaugas) ir konsultuoja darbdavius, darbuotojus ir jų atstovus saugos ir sveikatos klausimais [9]. Šią veiklą profesinės sveikatos tarnybose turėtų atlikti profesinės sveikatos specialistų komanda: darbo medicinos gydytojai, slaugytojai, darbo higienos gydytojai (visuomenės sveikatos specialistai), ergonomistai, psichologai, išklause nustatyto kreditų skaičiaus kursą profesinės sveikatos priežiūros srityje [12].

Profesinės sveikatos tarnybų paskirtis įmonėse – užtikrinti gerą darbuotojų sveikatą, darbo aplinkos ir saugos valdymo praktiką. Siekiant pailginti darbingo gyvenimo trukmę reikia perorientuoti profesinės sveikatos tarnybas į daugiafunkces tarnybas, kuriose dirbtų aukštos kvalifikacijos specialistai [5, 13].

Lietuvoje profesinės sveikatos tarnybų atitiktumu – darbuotojų saugos ir sveikatos (DSS) tarnybos, esančios didelėse ir vidutinėse įmonėse. DSS tarnybose dirba daugiausia techninį išsilavinimą turintys specialistai ir tik pavienėse įmonėse PSP paslaugas teikia medicininių išsilavinimą įgiję specialistai [14].

Esant tokiam profesinės sveikatos sistemos modeliui Lietuvoje, dalies svarbių profesinės sveikatos paslaugų, tokių kaip darbo aplinkos ir darbuotojų sveikatos stebėjimas, profesinių ir su darbu susijusių ligų diagnozavimas, rizikos vertinimas, bendroji sveikatos priežiūra, teikimas negali būti kokybiškas [12].

Lietuvoje yra 1,3 mln. darbuotojų, t. y. 1/3 visų Lietuvos gyventojų. Darbuotojai yra papildomai veikiami veiksnių, su kuriais nesusiduria nedirbantys gyventojai. Tai kenksmingos cheminės medžiagos,

triukšmas, vibracija, jonizuojančioji ir optinė spinduliuotė, ergonominiai, psichosocialiniai veiksniai. 2009 m. Lietuvoje profesinės sveikatos priežiūros paslaugomis galėjo naudotis 81 proc. didelių įmonių darbuotojų, o vidutinio dydžio ir mažų įmonių darbuotojams šių paslaugų prieinamumas sudarė 58 proc. ir 32 proc. [15]. Pagal Higienos instituto 2011–2012 m. tiriamojo darbo „Įmonių darbuotojų saugos ir sveikatos tarnybų prevencinio veiksmingumo įvertinimas“ duomenis, teisiškai reglamentuotas profesinės sveikatos paslaugų prieinamumas yra tik 12,1 proc. Lietuvos įmonių darbuotojų. Profesinės sveikatos specialistų paslaugos prieinamos tik didelėse įmonėse, kuriose dirba daugiau kaip 100 arba 200 darbuotojų, priklausomai nuo įmonės vykdomos ekonominės veiklos. Atlikus įmonių, kurios privalo samdyti profesinės sveikatos specialistą, apklausą nustatyta, kad profesinės sveikatos paslaugos praktiškai teikiamos tik 18,8 proc. šių įmonių ir tai sudaro 8,7 proc. visų Lietuvos įmonių. Tačiau net ir ten, kur profesinės sveikatos priežiūros paslaugos yra prieinamos, jos yra menkos kokybės, ir darbuotojai apie jas turi mažai informacijos. Profesinės sveikatos priežiūros paslaugų apimtį ar kokybę lemia daugelis veiksnių: politika, teisinis šių paslaugų reglamentavimas, profesinės sveikatos priežiūrai skiriamas finansavimas, įstaigos, teikiančios PSP paslaugas, jose dirbančių specialistų kvalifikacija, šalyje nustatyta paslaugų licencijavimo ar akreditavimo tvarka.

Šio darbo tikslas – išanalizuoti ir palyginti Lietuvos ir kitų Baltijos jūros regiono šalių profesinės sveikatos priežiūros tarnybų finansavimo pobūdį, žmogiškuosius išteklius ir profesinės sveikatos specialistų vykdomas funkcijas.

## TYRIMO OBJEKTAS IR METODAI

Aprašomasis lyginamasis tyrimas buvo vykdomas 2011–2012 m. Tyrimo objektas – Baltijos jūros regiono šalių profesinės sveikatos priežiūros praktika. Analizuota ir lyginta 8 tyrime dalyvauti sutikusių Baltijos jūros regiono šalių (Lietuvos, Latvijos, Estijos, Suomijos, Norvegijos, Rusijos, Lenkijos ir Vokietijos) PSP praktika.

Duomenys surinkti elektroniniu paštu naudojant specialiai parengtą klausimyną anglų kalba, kuris buvo suderintas su Šiaurės matmens šalių partnerystės tinklo (angl. *Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Well-being*, NDPHS) profesinės saugos ir sveikatos grupės ekspertais. Atsakymus į klausimus teikė tyrime dalyvauti sutikusių

Baltijos regiono šalių partnerystės tinklo saugos ir sveikatos srityje atsakingų institucijų atstovai. Lietuvos klausimyną užpildė Higienos instituto Profesinės sveikatos centro darbuotojai.

Klausimyną sudarė 7 pagrindinės dalys:

- A. Pagrindinė informacija** (bendrieji ir specifiniai teisės aktai, susiję su profesine sveikata ir sauga, profesinės sveikatos tarnybų sistemos (tinklo) organizavimas, pagrindiniai statistiniai rodikliai profesinės sveikatos (ir saugos) srityje);
- B. Profesinės sveikatos tarnybų organizavimas** (privalomas ar savanoriškas, profesinės sveikatos tarnybų modeliai ir finansavimas, pagrindiniai profesinės sveikatos tarnybų akreditavimo reikalavimai ir procedūros, profesinės sveikatos tarnybų veiklos įgyvendinimo kontrolė);
- C. Profesinės sveikatos tarnybų (veikos) apimtys 2010 m.** (teisės aktų reikalavimai pranešti apie profesinės sveikatos tarnybos įsteigimą, vidinės ir išorinės profesinės sveikatos tarnybos, teisiniai reikalavimai dėl profesinės sveikatos specialistų skaičiaus ir kt.);
- D. Profesinės sveikatos tarnybų veiklos turinys** (profesinės rizikos veiksnių identifikavimas, profesinės rizikos sveikatai įvertinimas, išankstiniai ir periodiniai sveikatos patikrinimai, darbuotojų ir darbdavių konsultavimas ir mokymai, darbingumo įvertinimas ir skatinimas, rehabilitacija, pirmoji pagalba, gydomoji veikla, dokumentavimas / sveikatos duomenų tvarkymas, vykdomos veiklos kontrolė ir kt.);
- E. Profesinės sveikatos specialistai** (profesinės sveikatos specialisto apibrėžimas / sąvoka, reikalavimai kvalifikacijai, profesinės sveikatos specialistų pareigos, profesinės sveikatos specialistų teisės, profesinės sveikatos specialistų mokymai, sertifikavimas ir kt.);
- F. Profesinės sveikatos tarnybų ryšiai su kitomis organizacinėmis struktūromis** (darbdaviais, darbuotojais, valstybės institucijomis, profesinės saugos tarnybomis, visuomenės sveikatos priežiūros tarnybomis, asmens sveikatos priežiūros įstaigomis / tarnybomis);
- G. Ginčai ir nuobaudos** (nuobaudų rūšys, kas gali jas pareikšti, kokia institucija prižiūri ginčus).

Surinkti duomenys buvo tikrinami, perkeliama į kompiuterinę laikmeną, sisteminami ir analizuojami. Duomenys, kurie yra palygintini, analizuoti sudarant lenteles ir pavaizduojant duomenų skirtumus diagramomis. Kita šalių atsijusta informacija pateikiama tekstine aprašomąja forma.

Šiame straipsnyje pateikiama šalių profesinės sveikatos priežiūros tarnybų finansavimo pobūdžio, žmogiškųjų išteklių ir profesinės sveikatos specialistų vykdomų funkcijų Baltijos jūros regiono šalyse analizė.

## REZULTATAI

### Profesinės sveikatos priežiūros tarnybų finansavimo pobūdis

Už profesinės sveikatos priežiūros tarnybų (paslaugų) finansavimą tyrime dalyvavusiose šalyse dažniausiai atsako darbdavys. Tyrime dalyvavusiose šalyse profesinės sveikatos tarnybos dažniausiai finansuojamos darbdavių (nuo 87 iki 100 proc.), taip pat iš dalies gali finansuoti ir draudimo institucijos. Kai kuriose šalyse, pvz., Suomijoje, Norvegijoje, taikomi įvairūs kompensavimo mechanizmai.

Norvegijoje profesinės sveikatos paslaugos yra finansuojamos darbdavių ir iš valstybės biudžeto (nelaimingų atsitikimų ir profesinių ligų gydymas kompensuojamas iš socialinio draudimo lėšų). Valstybė yra įkūrusi profesinės sveikatos departamentus (centrus) 5 didžiosiose ligoninėse.

Suomijoje darbdavys moka už darbuotojų profilaktinius sveikatos patikrinimus. Tačiau Socialinio draudimo institucija (angl. *Social Insurance Institution*) įpareigota kompensuoti iki 50 proc. organizuojant profesinės sveikatos priežiūros bei gydymo paslaugas patirtų išlaidų, jei jos atitinka schemą, pagal kurią tos paslaugos yra būtinos ir pagrįstos.

Lenkijoje, remiantis Darbo medicinos tarnybų įstatymu (angl. *Occupational Medicine Service Act*, 1997), pagrindinis profesinės sveikatos paslaugų finansavimo šaltinis yra darbdaviai. Darbdaviai finansuoja privalomus profilaktinius sveikatos patikrinimus. Tačiau nurodomi ir du viešieji darbo (profesinės) medicinos tarnybų (angl. *Occupational medicine service*, OMS) finansavimo šaltiniai: regioninės valdžios institucijos, kurios steigia / remia regioninius (vaivadijų) darbo (profesinės) medicinos centrus, ir Sveikatos apsaugos bei Darbo ir socialinių reikalų ministerijos tuo atveju, kai įgyvendinamos ir finansuojamos įvairios specialios profilaktinės profesinės sveikatos paslaugų programos.

Darbo (profesinės) saugos ir higienos tarnybos (angl. *Work safety and hygiene service*, WS&HS) steigiamos ir finansuojamos darbdavio lėšomis.

Lietuvoje, Vokietijoje, Latvijoje, Estijoje ir Rusijoje profesinės sveikatos tarnybos (paslaugos) yra finansuojamos daugiausia darbdavio lėšomis.

Tyrime dalyvavusių šalių ataskaitose nurodoma informacija apie profesinės sveikatos tarnybų (paslaugų) finansavimo šaltinius pateikta 1 lentelėje.

**1 lentelė.** Profesinės sveikatos tarnybų finansavimo šaltiniai

	Lietuva	Latvija	Estija	Lenkija	Suomija	Norvegija	Rusija	Vokietija
Darbdaviai	x (95 proc.)	x (95 proc.)	x (100 proc.)	x	x (87 proc.)	x	x	x (100 proc.)
Valstybės biudžetas (valstybinės institucijos)	x	x		x	x	x	x	
Žemės ūkio produktų gamintojų ar mažų įmonių asociacijos		x				x		
Savivaldybės				x				
Socialinis draudimas	x	x		x			x	
Socialiniai partneriai, darbdavių organizacijos, profesinės sąjungos		x						
Prekybos rūmai		x						
Profesinės sveikatos specialistų asociacijos		x						
Kiti				x				

Remiantis analogiško tyrimo [3] rezultatais matyti, kad PS paslaugos taip pat dažniausiai finansuojamos darbdavių ir draudimo institucijų (62 proc. tyrime dalyvavusių šalių) arba vien tik darbdavių (38 proc. tyrime dalyvavusių šalių).

### Profesinės sveikatos priežiūros tarnybų žmogiškieji ištekliai

#### *Profesinės sveikatos specialisto sąvoka, reikalavimai kvalifikacijai*

Tyrime dalyvavusiose šalyse skiriasi profesinės sveikatos specialisto sąvokos apibrėžimai arba jų iš viso nėra (Suomija, Norvegija). Dažniausiai išvardijami specialistai, kurie laikomi profesinės sveikatos specialistais. Visos tyrime dalyvavusios šalys turi darbo medicinos gydytojus, tačiau jų skaičius šalyse labai skiriasi. Lietuvoje ypač trūksta darbo medicinos gydytojų. Remiantis Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos duomenimis, Lietuvoje 2012 m. lapkričio mėnesį buvo 16 turinčių galiojančias licencijas darbo medicinos gydytojų [16]. Darbo medicinos gydytojų skaičius 1 000 gyventojų Lietuvoje buvo 0,005, Lenkijoje – 0,23, Suomijoje – 0,14, Vokietijoje – 0,15, Estijoje – 0,07. Lietuvoje nėra profesinės sveikatos slaugytojų.

Be darbo medicinos gydytojų, daugelyje šalių yra profesinės sveikatos slaugytojai (Suomija, Norvegija, Lenkija). Kitose šalyse (tarp jų ir Lietuva) profesinės sveikatos slaugytojų nėra. Lietuvoje įmonių DSS tarnybose dažniausiai dirba bendrosios praktikos slaugytojai. Slaugytojų darbas yra glaudžiai susijęs su darbo medicinos gydytojų vykdomomis funkcijomis.

Lietuvoje profesinės sveikatos specialistas – tai sveikatos priežiūros specialistas, turintis aukštąjį medicinos, visuomenės sveikatos ar slaugos išsilavinimą ir atitinkantis Profesinės sveikatos specialistų, galinčių dirbti įmonėse, kvalifikacinių reikalavimų apraše, patvirtintame Lietuvos Respublikos sveikatos

apsaugos ministro 2008 m. balandžio 8 d. įsakymu Nr. V-271 (Žin., 2008, Nr. 43-1610) [17], nustatytus reikalavimus.

Estijoje yra penkios skirtingos profesinės sveikatos specialistų grupės: darbo medicinos gydytojas, profesinės sveikatos slaugytojas, higienistas, darbo higienos gydytojas, ergonomistas ir fiziologas.

Lenkijoje profesinės sveikatos paslaugas atlieka darbo medicinos gydytojas, profesinės sveikatos slaugytojas, darbo higienos gydytojas ir kt.

Rusijoje skiriamos dvi profesinės sveikatos specialistų grupės: darbo medicinos gydytojai (profesinių ligų specialistai, kurie turi teisę tirti ir gydyti pacientus) ir darbo higienos gydytojai (specialistai, kurie nustato profesinės rizikos veiksnius, įvertina darbo vietą / aplinką, profesinę riziką). Darbo higienos gydytojai nedirba su pacientais.

Vokietijoje profesinės sveikatos specialisto sąvoka apibrėžta teisės akte. Tai darbo medicinos gydytojas ir saugos specialistas. Vokietijos darbdaviai privalo įdarbinti darbuotojų saugos ir sveikatos specialistą ar specialistus. Jų skaičius priklauso nuo įmonės vykdomos veiklos rizikos kategorijos.

#### *Profesinės sveikatos specialistų rengimas ir sertifikavimas*

Profesinės sveikatos specialistai turi panašų išsilavinimą, lyginant tyrime dalyvavusių šalių duomenis. Profesinės sveikatos (darbo medicinos) gydytojas turi aukštąjį medicininį išsilavinimą (dažniausiai 6 metų pagrindinės studijos ir 4 metų rezidentūra). Kai kuriose šalyse bendrosios praktikos gydytojai gali dirbti profesinės sveikatos specialistais, išklause reikalaujamą specialų mokymo kursą. Profesinės sveikatos slaugytojos rengiamos koledžuose. Jomis taip pat gali dirbti bendrosios praktikos slaugytojos, išklause specialų mokymų kursą. Lietuvoje iki 2010 m. birželio 22 d. darbuotojų saugos ir sveikatos

paslaugas galėjo teikti tik Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos išduodamą licenciją turintys juridiniai ir fiziniai asmenys [18]. Šiuo metu toks licencijavimas nebetaikomas [19], o darbuotojų sveikatos priežiūrą gali atlikti specialistai, turintys teisės aktuose nustatytą išsilavinimą ir atitinkantys nustatytus kvalifikacijos reikalavimus [17, 20, 21]. Lietuvoje gydytojai, vykdanys sveikatos patikrinimus, turi turėti galiojančią licenciją ir turi būti baigę 36 val. kursus apie profesinių ligų diagnostavimą.

### Teisiniai reikalavimai profesinės sveikatos specialistų skaičiui

Lietuvoje, remiantis Įmonių darbuotojų saugos ir sveikatos tarnybų pavyzdiniais nuostatais (Žin., 2011, Nr. 69-3307) [20], įmonių DSS tarnybų komandoje turi būti 1 ar daugiau PS specialistų priklausomai nuo įmonės darbuotojų skaičiaus ir vykdomos veiklos rūšies. Daugiau negu pusėje tyrime dalyvavusių šalių (Estija, Lenkija, Suomija, Norvegija) nėra teisinių reikalavimų profesinės sveikatos specialistų skaičiui arba reikalavimai nepriklauso nuo įmonėse darbuotojų skaičiaus. Pavyzdžiui, Vokietijoje tai priklauso nuo įmonėje vykdomos veiklos rizikos dydžio. Kai kuriose šalyse, pavyzdžiui, Latvijoje, darbdavys gali vykdyti profesinės sveikatos specialisto funkcijas ir yra laikomas profesinės sveikatos specialistu. Tyrime

dalyvavusių šalių ataskaitose nurodyta informacija apie teisinius reikalavimus profesinės sveikatos specialistų skaičiui pateikta 2 lentelėje.

### **2 lentelė.** Teisiniai reikalavimai profesinės sveikatos specialistų skaičiui

	Lietuva	Latvija	Rusija
Įmonės, kuriose dirba mažiau negu 10 darbuotojų (smulkiosios)	0	Mažiausiai 1*	0
Įmonės, kuriose dirba daugiau negu 11 ir mažiau negu 50 darbuotojų (mažos)	0	Mažiausiai 1*	0
Įmonės, kuriose dirba daugiau negu 51 ir mažiau negu 99 darbuotojai (vidutinės)	0	Mažiausiai 1*	0
Įmonės, kuriose dirba daugiau negu 100 ir mažiau negu 250 darbuotojų (vidutinės)	1	Mažiausiai 1*	0
Įmonės, kuriose dirba daugiau negu 251 ir mažiau negu 499 darbuotojai (didelės)	1	Mažiausiai 1*	0
Įmonės, kuriose dirba daugiau negu 500 ir mažiau negu 999 darbuotojai (didelės)	2	Mažiausiai 1*	1 gyd., 1 slaugė
Įmonės, kuriose dirba daugiau negu 1 000 darbuotojų (didelės)	3	Mažiausiai 1*	1 gyd., 1 slaugė

\* Darbdavys, išklauses specialų mokymų kursą, pats gali teikti profesinės sveikatos priežiūros paslaugas.

\*\* Estijoje, Lenkijoje, Suomijoje, Norvegijoje ir Vokietijoje teisinių reikalavimų nėra.

### **3 lentelė.** Darbo medicinos gydytojo vykdomos funkcijos tyrime dalyvavusiose šalyse

	Lietuva	Latvija	Estija	Lenkija	Norvegija	Suomija	Rusija	Vokietija
Profesinės rizikos veiksnių identifikavimas ir vertinimas darbe (a)		x	x		x	x		x
Sveikatos rizikos veiksnių stebėjimas (b)		x	x		x	x		x
Rizikos vertinimas darbo vietoje (c)		x	x		x	x		x
Darbo aplinkos gerinimas, naujos įrangos poveikio sveikatai rizikos vertinimas (d)			x		x	x		
Konsultavimas ir patarimas nelaimingų atsitikimų ir saugos klausimais darbe (e)	x	x	x	x	x	x		x
Darbuotojų sveikatos stebėseną (f)	x	x	x	x	x	x	x	x
Darbingumo (gebėjimo dirbti) įvertinimas ir stiprinimas (g)	x	x	x	x	Iš dalies	x	x	x
Profesinės reabilitacijos priemonių taikymas (h)		x	x	x	x	x	x	
Darbuotojų ir darbdavių informavimas, konsultavimas ir mokymai profesinės sveikatos klausimais (i)	x		x	x	x	x	x	x
Pirmosios pagalbos ir skubios medicinos pagalbos organizavimas (j)	x			x		x	x	x
Dalyvavimas tiriant profesines ligas ir nelaimingus atsitikimus darbe (k)	x			x	x	x	x	
Prieš įsidarbinant išankstiniai ir periodiniai sveikatos patikrinimai (l)	x	x	x	x	Periodiniai	x	x	x
Gydomoji veikla (m)	x					x	x	
Duomenų kaupimas, laikymas, sveikatos duomenų tvarkymas (n)	x	x	x	x	x	x	x	x
Profesinių ligų diagnostavimas (o)	x		x	x	x	x	x	
Somatinių susirgimų diagnostavimas ir gydymas (p)						x	x	
Sveikatos stiprinimas (q)	Iš dalies	x	x	x	Iš dalies	x	x	
Darbo vietos pritaikymas neįgaliesiems (r)			x		x	x	x	
Nedarbingumo analizė (s)					x	x	x	
Vykdomos profesinės sveikatos veiklos kontrolė (t)					x	x		

## Profesinės sveikatos specialistų vykdomos funkcijos

### *Profesinės sveikatos specialistų pareigos*

Visose tyrime dalyvavusiose šalyse dirba darbo medicinos gydytojai. Profesinės sveikatos slaugytojus turi tik Lenkija, Suomija ir Norvegija. Darbo higienos gydytojas yra Lietuvoje, Latvijoje, Estijoje, Lenkijoje, Suomijoje, Norvegijoje, Rusijoje, o Vokietijoje nėra. Analizuojant, kokias pareigas / funkcijas vykdo skirtingi PS specialistai (darbo medicinos gydytojas, profesinės sveikatos slaugytojas, darbo higienos gydytojas, profesinės sveikatos psichoterapeutas, psichologas, ergonomistas, visuomenės sveikatos specialistas, bendrosios praktikos gydytojas, kiti), anketoje buvo prašoma priskirti kiekvienam specialistui vykdomų funkcijų pavadinimus. Gauta informacija apibendrinta 3 ir 4 lentelėse.

**4 lentelė.** Profesinės sveikatos slaugytojo vykdomos funkcijos tyrime dalyvavusiose šalyse

	Lenkija	Norvegija	Suomija
Profesinės rizikos veiksnių identifikavimas ir vertinimas darbe (a)		x	x
Sveikatos rizikos veiksnių stebėjimas (b)		x	x
Rizikos įvertinimas darbo vietoje (c)		x	x
Darbo aplinkos gerinimas, naujos įrangos poveikio sveikatai rizikos vertinimas (d)		x	x
Konsultavimas ir patarimas nelaimingų atsitikimų ir saugos klausimais darbe (e)	x	x	x
Darbuotojų sveikatos stebėseną (f)	x	x	x
Darbingumo (gebėjimo dirbti) vertinimas ir stiprinimas (g)		x	x
Profesinės reabilitacijos priemonių taikymas (h)	x	x	x
Darbuotojų ir darbdavių informavimas, konsultavimas ir mokymai profesinės sveikatos klausimais (i)	x	x	x
Pirmosios pagalbos ir skubios medicinos pagalbos organizavimas (j)	x	Iš dalies	x
Dalyvavimas tiriant profesines ligas ir nelaimingus atsitikimus darbe (k)	x	x	x
Prieš įsidarbinant išankstiniai ir periodiniai sveikatos patikrinimai (l)		Periodiniai	x
Gydomoji veikla (m)			x
Duomenų kaupimas, laikymas, sveikatos duomenų tvarkymas (n)	x	x	x
Profesinių ligų diagnozavimas (o)			
Somatinių susirgimų diagnozavimas ir gydymas (p)			
Sveikatos stiprinimas (q)	x	Iš dalies	x
Darbo vietos pritaikymas neįgaliesiems (r)		x	x
Nedarbingumo analizė (s)		x	x
Vykdomos profesinės sveikatos veiklos kontrolė (t)		x	x

Profesinės sveikatos slaugytojus turinčios nurodė tik trys tyrime dalyvavusios šalys: Lenkija, Norvegija ir Suomija. Dažniausiai profesinės sveikatos slaugytojų darbas yra glaudžiai susijęs su darbo medicinos gydytojų vykdomomis funkcijomis. Darbo higienos gydytojo dažniausiai vykdomos funkcijos: profesinės rizikos veiksnių identifikavimas ir vertinimas darbe, sveikatos rizikos veiksnių stebėjimas, rizikos įvertinimas darbo vietoje, darbo aplinkos gerinimas, naujos įrangos poveikio sveikatai rizikos vertinimas.

## REZULTATŲ APTARIMAS

Remiantis Suomijos profesinės sveikatos instituto parengtomis rekomendacijomis „Pagrindinės profesinės sveikatos tarnybos“ [12] bendroji atsakomybė dėl profesinės sveikatos paslaugų prieinamumo užtikrinimo visiems darbuotojams tenka vyriausybei. Gerai veikiančiuose sektoriuose už tarnybų organizavimą ir finansavimą atsako darbdavys. Tais atvejais, kai nėra darbdavio, atsakomybė už tarnybų organizavimą tenka vyriausybei ir valstybinio sektoriaus institucijoms. Priklausomai nuo sektoriaus ir tikslinės grupės organizuojant tarnybas įtraukiamos ir kitos institucijos. Be atsakingos valstybės institucijos, į veiklą turėtų būti įtraukti ir prisidėti specializuotos vyriausybės agentūros, veikiančios profesinės sveikatos ir darbo saugos bei sveikatos apsaugos sektoriuose, savivaldos institucijos, socialiniai partneriai, darbdavių organizacijos ir profesinės sąjungos, prekybos ir amatų rūmai bei panašios organizacijos, žemės ūkio produkcijos gamintojų ir mažų įmonių asociacijos, profesinės sveikatos specialistų asociacijos, vietinių darbuotojų ir bendruomenių darbų saugos atstovai, žemės ūkio ir ūkio ministerijos, universitetai ir kitos mokymo institucijos [12]. Todėl profesinės sveikatos priežiūros paslaugų formavimas, teikimas ir finansavimas turėtų būti jungtinė aukščiau išvardytų institucijų atsakomybė.

Daugiaprofilė profesinės sveikatos specialybė vienija daugybę specialybių: darbo medicinos gydytojo, profesinės sveikatos slaugytojo, darbo higienos gydytojo, ergonomisto, fiziologo, inžinieriaus ir kt. [22]. Jungtinių Amerikos Valstijų saugos ir sveikatos darbe administracijos duomenimis, darbuotojų saugos ir sveikatos specialistai – tai akredituoti specialistai, kuriems suteikta teisė teikti profesinės sveikatos paslaugas pagal įteisintus reikalavimus [23]. Pagal PSO parengtą vadovą „Profesinės sveikatos slaugytojų darbo vietoje vaidmuo sveikatos valdyme“ profesinės sveikatos specialistų komandą turėtų sudaryti profesinės sveikatos slaugytojas, darbo medicinos ir darbo

higienos gydytojai, saugos inžinierius, darbo organizavimo specialistai, psychologai, konsultantai, fizioterapeutai, ergonomistai, sveikatos ekonomistai, mokslo darbuotojai ir kiti [24]. Darbo medicinos gydytojo tikslas – pirminė prevencija darbo vietoje, veiksmų, galinčių turėti neigiamą poveikį sveikatai, ištyrimas, rizikos veiksnių kontrolė, sveikatos stiprinimas ir lėtinųjų ligų prevencija socialiniu aspektu, atsižvelgiant į darbuotojus, kaip į bendruomenės dalį. Jis privalo gebėti patarti darbdaviui, kaip identifikuoti ir įvertinti profesinę riziką, kylančią dėl kenksmingų sveikatai veiksnių darbo vietoje, stebėti darbuotojų sveikatą ir darbo aplinkos veiksnius, kurie gali paveikti darbuotojų sveikatą, gerinti darbo sąlygas ir darbo aplinką. Taip pat darbo medicinos gydytojas turi mokėti vadovauti profesinės sveikatos tarnybai ir organizuoti įvairių sričių specialistų komandos darbą, propaguoti sveikatos stiprinimą darbo vietoje [25].

Kitu Higienos instituto tyrimu nustatyta, kad Lietuvos įmonių DSS tarnybų žmogiškieji išteklių yra nepakankami tam, kad profesinės sveikatos priežiūros funkcijos būtų vykdomos tinkamai. Profesinės sveikatos specialistai dirbo tik penktadalyje tirtų įmonių, tarp jų daugiausia buvo slaugytojų (83,1 proc.), medicinos gydytojai sudarė 7,2 proc., darbo medicinos gydytojai ir visuomenės sveikatos specialistai – po 3,6 proc. [26]. Taip pat nustatyta, kad pagal savarankiškai dirbančių darbo medicinos gydytojų skaičių 1 000 užimtų dirbančių asmenų Lietuva akivaizdžiai atsilieka nuo kitų Europos šalių [27]. Beveik visi Lietuvoje dirbantys darbo medicinos gydytojai dirba sveikatos priežiūros įstaigose, todėl atlieka mažiau funkcijų, negu turėtų atlikti pagal tarptautinius standartus: analizuoja ir interpretuoja mokslinių tyrimų duomenis (7 proc.), organizuoja profesinės sveikatos specialistų komandos darbą (28 proc.), konsultuoja dėl darbo pritaikymo darbuotojų poreikiams ir dalyvauja darbuotojų sveikatos stiprinimo programose (32 proc.), pataria ergonomikos klausimais (42 proc.) ir dėl asmens apsaugos priemonių naudojimo (50 proc.), diferencijuoja darbo ir išorinės aplinkos sukeltas ligas (57 proc.), įvertina darbuotojų

nedarbingumą ir tinkamumą dirbti (60 proc.) ir nustatyta tvarka stebi darbuotojų sveikatą (75 proc.) [28]. Pakankami žmogiškieji išteklių yra pagrindinė efektyvios profesinės sveikatos priežiūros tarnybų veiklos sąlyga [29], tačiau analizuojant palyginamųjų studijų rezultatus tenka konstatuoti, kad profesinės sveikatos žmogiškieji išteklių Lietuvoje nuolat mažėja [30–32] dėl nepakankamo dėmesio profesinės sveikatos tarnybų veiklos organizavimui ir jos teisiniam reglamentavimui.

## IŠVADOS

1. Tyrime dalyvavusiose šalyse profesinės sveikatos tarnybos dažniausiai finansuojamos darbdavių ir draudimo institucijų.
2. Daugelyje šalių pagrindiniai profesinės sveikatos specialistai yra darbo medicinos gydytojai ir profesinės sveikatos slaugytojai. Be jų, profesinės sveikatos specialistų komandą turėtų sudaryti šie specialistai: darbo higienos, darbo saugos ir darbo organizavimo specialistai, psychologai, konsultantai, fizioterapeutai, ergonomistai ir kiti. Lietuvoje darbo medicinos gydytojų skaičius yra mažiausias, o profesinės sveikatos slaugytojų nėra.
3. Darbo medicinos gydytojas daugelyje šalių ne tik vykdo darbuotojų sveikatos priežiūros ir stiprinimo priemones, bet ir identifikuoja bei įvertina profesinę riziką, kylančią dėl kenksmingų sveikatai veiksnių darbo vietoje, stebi darbo aplinkos veiksnius, kurie gali paveikti darbuotojų sveikatą. Lietuvoje darbo medicinos gydytojui reikalavimai vertinti darbuotojų profesinę riziką nekeliami.

## PADĖKA

Straipsnio autoriai dėkoja Baltijos regiono šalių partnerystės tinklo – Suomijos, Norvegijos, Vokietijos, Lenkijos, Estijos, Latvijos bei Rusijos profesinės sveikatos ekspertams, pateikusiems atsakymus į šalių profesinės sveikatos tarnybų veiklos situacijos analizės anketų klausimus.

*Straipsnis gautas 2014-02-10, priimtas 2014-03-19*

## Literatūra

1. Healey BJ, Walker KT. Introduction to occupational health in public health practice. United States, 2009;XV:14-15.
2. Rantanen J, Fedotov IA. Standards, Principles and Approaches in Occupational Health Services, 2002. <[http://www.ilo.org/safework/info/publications/WCMS\\_110439/lang--en/index.htm](http://www.ilo.org/safework/info/publications/WCMS_110439/lang--en/index.htm)>.
3. Rantanen J, Lehtinen S, Iavicoli S. Occupational health services in selected International Commission on Occupational Health (ICOH) member countries. Scandinavian Journal of Work, Environment and Health. 2013;39(2):212-216. <[www.sjweh.fi](http://www.sjweh.fi)>.
4. Ujah EU, Bradshaw L, Fishwick D, Curran AD. An Evaluation of occupational health services within the NHS in London. Occupational Medicine. 2004;54:159-164.
5. Hämäläinen RM, Husman K, Räsänen K, Westerholm P, Rantanen J. Survey of the Quality and Effectiveness of Occupational Health Services in the European Union and Norway and Switzerland, Helsinki, Finnish Institute of Occupational Health, 2001;1,2,61.
6. Prieiga per internetą: Review of occupational medicine in 11 countries. Downloaded from <http://ocmed.oxfordjournals.org/> at Lithuanian Library of Medicine on August 13, 2012.
7. Miller P, Haslam. Why employers spend money on employee health: Interviews with occupational health and safety professionals from British Industry. Department of Human Sciences, University of Loughborough, Leicestershire LE11 3TU, UK, 2008.
8. Global plan of action on workers' health 2008-2017. WHO. Sixtieth world health assembly.
9. 1985 m. konvencija Nr. C161 „Dėl profesinės sveikatos (darbo medicinos) tarnybu“. International Labour Office (ILO). Convention No. 161 concerning Occupational Health Services. Geneva: ILO, 1985.
10. TDO konvencija Nr. 187 „Dėl darbuotojų saugos ir sveikatos gerinimo skatinimo koncepcijos“, 2006.
11. 1989 m. birželio 12 d. Tarybos direktyva Nr. 89/391/EEC „Dėl priemonių darbuotojų saugai ir sveikatos apsaugai darbe gerinti nustatymo“.
12. Jankauskas R, Vainauskas S, Eičinėitė-Lingienė R. Higienos instituto leidinys „Pagrindinės profesinės sveikatos tarnybos“. 2010;3.
13. Guidelines on Quality Management in Multidisciplinary Occupational Health Services. World Health Organization, Bilthoven, 1999.
14. Eičinėitė-Lingienė R, Venckienė R, Markevičė R, Kartunavičiūtė J, Poderienė K, Januškevičius V. Lietuvos darbuotojų sveikatos priežiūros funkcijas vykdančių specialistų kompetencijų vertinimas. Visuomenės sveikata. 2012;4(59):76-85.
15. Jankauskas R, Eičinėitė-Lingienė R, Keniausytė I, Žalnierūnaitė L, Vainauskas S. Profesinės sveikatos tarnybų vaidmuo, užtikrinant darbuotojų sveikatos priežiūrą Lietuvoje ir kitose ES šalyse. Visuomenės sveikata. 2009;4(47):4-14.
16. Sveikatos priežiūros specialistai. Medicinos praktikos licencijų sąrašas. Prieiga per internetą: <[http://www.vaspvt.gov.lt/files/Specialistu\\_licencijavimas/MPL.pdf](http://www.vaspvt.gov.lt/files/Specialistu_licencijavimas/MPL.pdf)>.
17. LR sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 8 d. įsakymas Nr. V-271 „Dėl profesinės sveikatos specialistų, galinčių dirbti įmonėse, kvalifikacinių reikalavimų aprašo patvirtinimo“. Žin., 2008;43-1610. Pakeitimai LR sveikatos apsaugos ministro 2011 m. lapkričio 11 d. įsakymas Nr. V-968. Žin., 2011;140-6575.
18. LR Vyriausybės 2008 m. gegužės 28 d. nutarimas Nr. 532 „Dėl Darbuotojų saugos ir sveikatos paslaugų teikimo licencijavimo taisyklių patvirtinimo“. Žin., 2008;66-2511.
19. LR Vyriausybės 2010 m. birželio 16 d. nutarimas Nr. 750 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008 m. gegužės 28 d. nutarimo Nr. 532 „Dėl Darbuotojų saugos ir sveikatos paslaugų teikimo licencijavimo taisyklių patvirtinimo“ pripažinimo netekusiu galios“. Žin., 2010;72-3637.
20. LR socialinės apsaugos ir darbo ministro ir LR sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 2 d. įsakymas Nr. A1-266/V-575 „Dėl Įmonių darbuotojų saugos ir sveikatos tarnybų pavyzdinių nuostatų patvirtinimo“. Žin., 2011;69-3307.
21. LR socialinės apsaugos ir darbo ministro 2010 m. liepos 15 d. įsakymas Nr. A1-342 „Dėl kvalifikacinių reikalavimų darbuotojų saugos ir sveikatos specialistams aprašo patvirtinimo“. Žin., 2010;86-4574.
22. Smedley J, Dick F, Sadhra S. Oxford Handbook of Occupational Health. United States Oxford University, 2007;386-387.
23. United States Department of Labour / Occupational Safety & Health Administration. Interaktyvus. Prieiga per internetą: <<http://www.osha.gov/SLTC/healthprofessional/index.html>>.
24. The role of the occupational health nurse in workplace management. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2001; 11, 13, 35, 38.
25. Occupational medicine in Europe: scope and competencies. World Health Organization, 2000;30-55.
26. Jankauskas R, Eičinėitė-Lingienė R. Įmonių darbuotojų saugos ir sveikatos tarnybų prevencinio veiksmingumo įvertinimas. 2011–2012 m. tiriamojo darbo projekto baigiamoji ataskaita. Higienos instituto Profesinės sveikatos centras. Vilnius, 2013;32.
27. Work and Health country profiles of twenty-two European Countries. People and Work Research Reports 52. FIOH, Helsinki, 2002.
28. Jankauskas R, Blažienė I, Gruževskis B. Lietuvos darbo medicinos gydytojų funkcijų ir poreikio įmonėse ir sveikatos priežiūros įstaigose įvertinimas. Visuomenės sveikata. 2008;3(42):8-14.
29. Jankauskas R, Eičinėitė-Lingienė R, Keniausytė I, Žalnierūnaitė L, Vainauskas S. Profesinės sveikatos tarnybų vaidmuo, užtikrinant darbuotojų sveikatos priežiūrą Lietuvoje ir kitose ES šalyse. Visuomenės sveikata. 2009;4(47):9-15.
30. Comparative analysis of occupational health system and practices as part of preventive health care systems in seven European countries. Part 1: document based analysis. EU-Inco-Copernicus project No PL 973108 report. Helsinki, 1999.
31. Woolfson Ch, Jankauskas R, Ščeponavičius A, Beck M, Pajarskienė B, Grigošaitienė A. Attitudes of national and workplace level “Stakeholders” to occupational health and safety issues in Lithuania. Visuomenės sveikata. 2003;3(22):45-53.
32. NPHS Expert Group on Social Inclusion, Healthy Lifestyles and Work Ability (SIHLWA) thematic report: country reports on Occupational Safety and Health in the Northern Dimension Area. Series No1/2008.

# Occupational health services funding, occupational health professionals and their functions in Lithuania and the other Baltic Sea Network countries

Jolita Kartunavičiūtė, Remigijus Jankauskas, Raimonda Eičinaitė-Lingienė, Toma Matevičiūtė  
*Institute of Hygiene*

## Summary

**The aim** is to analyse and compare occupational health services (OHS) funding, occupational health professionals and their functions in Lithuania and the other Baltic Sea Network (BSN) countries.

**Material and methods.** The data were collected using the electronic communication means and it was based on a specially elaborated questionnaire in the English language. The country reports in compliance to the questionnaire were prepared by the responsible officials of the BSN countries which expressed an interest to participate in the study. Lithuania's country report was prepared by the specialists of the Occupational Health Centre of the Institute of Hygiene. The analysis and comparison of OHS practice of 8 BSN countries (Estonia, Finland, Germany, Latvia, Lithuania, Norway, Poland and the Russian Federation) has been made.

**Results and conclusions.** The comparative analysis is a difficult task because the OHS structures in the countries are very different as they have different historical and cultural background. Taking into account the recommendations of international standards, the team of OHS should be multidisciplinary. However, multidisciplinary team of OHS, consisting of occupational health nurses, occupational physicians, occupational hygiene physicians, safety engineers, managers or work organisation specialists,

psychologists, consultants, physiotherapists, ergonomists, is formed only in the Northern countries. The study results showed that monodisciplinary OHS team is still dominant in such countries as Lithuania, Latvia, Estonia, Russia and Germany, where occupational physician is seen as the main OHS specialist. In Lithuania OHS are usually provided by general practice nurses and only in single enterprises there are occupational physicians. OHS in the countries participating in the study is funded mainly by employers and insurance institutions.

**Keywords:** occupational health care, occupational health services, occupational safety and health, occupational safety and health services, Baltic Sea Network on Occupational Health and Safety.

**Correspondence to** Jolita Kartunavičiūtė  
Institute of Hygiene  
Occupational Health Centre  
Etmonų 3, LT-01305 Vilnius, Lithuania  
E-mail: jolita.kartunaviciute@dmc.lt

*Received 10 February 2014,  
accepted 19 March 2014*

# VISUOMENĖS SVEIKATOS SPECIALISTŲ PASISKIRSTYMAS DARBO RINKOJE

Virginija Kanapeckienė, Vytenė Jankauskienė

Higienos institutas

## Santrauka

**Tyrimo tikslas** – įvertinti į visuomenės sveikatos programos I pakopos studijas įstojusių asmenų pasitraukimą iš studijų ir absolventų pasiskirstymą darbo rinkoje.

**Metodika.** Atliktas aprašomasis retrospektyvusis tyrimas, kuris apėmė 487 asmenis, 1999–2000 m. ir 2004–2005 m. įstojusius į I pakopos visuomenės sveikatos studijas Vilniaus, Lietuvos sveikatos mokslų ir Klaipėdos universitetuose. Duomenys apie įstojusius į Klaipėdos ir Lietuvos sveikatos mokslų universitetus rinkti šių universitetų archyvuose bei dekanatuose, duomenys apie Vilniaus universiteto absolventus gauti raštu. Informacija apie absolventų darbo vietas gauta iš Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos, apie bedarbio statusą turinčius absolventus – iš Lietuvos darbo biržos. Absolventų pasiskirstymas darbo rinkoje vertintas 2013 m. kovo 1 d. Duomenų analizei taikyta aprašomoji statistika. Ryšio tarp požymių skirtumo statistiniam patikimumui įvertinti naudotas  $\chi^2$  kriterijus su reikšmingumo lygmeniu gautas remiantis *Chi* kvadrato ( $\chi^2$ ) ir jo laisvės laipsnių reikšmėmis.

**Rezultatai.** Iš 487 asmenų, įstojusių į visuomenės sveikatos programos I pakopos studijas Klaipėdos, Lietuvos sveikatos mokslų ir Vilniaus universitetuose 1999–2000 ir 2004–2005 m., jas baigė 436, t. y. vidutiniškai kas dešimtas studentas studijų nebaigė – pasitraukimas iš studijų sudarė 10,5 proc. Didžioji dauguma įstojusiųjų buvo moterys (87,9 proc.). Darbo rinkos analizė atskleidė, kad 80,3 proc. absolventų dirbo, 1,6 proc. – turėjo bedarbio statusą. Maždaug penktadalio (17,9 proc.) absolventų duomenų nerasta nei Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos, nei Lietuvos darbo biržos duomenų bazėse. Pusė (49,5 proc.) darbo rinkoje esančių absolventų dirbo pagal specialybę – visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros bei kitose įstaigose, vykdančiose visuomenės sveikatos funkcijas.

**Apibendrinimas.** Siekiant prognozuoti visuomenės sveikatos specialistų poreikį nepakanka visuomenės sveikatos specialistų pasiskirstymo darbo rinkoje tyrimo – reikėtų įvertinti absolventų pasitraukimo iš profesijos priežastis.

**Reikšminiai žodžiai:** visuomenės sveikatos specialistai, pasiskirstymas darbo rinkoje, specialistų poreikis, studijos, pasitraukimas iš studijų.

## ĮVADAS

Lietuvos, kaip ir kitų Europos šalių, demografiniai rodikliai modernios visuomenės amžiuje vis blogėja, visuomenė sensta: mūsų šalį kartu su kitomis Baltijos valstybėmis galima priskirti prie labiausiai senstančių šalių pasaulyje, todėl būtina vis daugiau dėmesio skirti specialistų poreikio prognozėms bei racionaliam žmogiškųjų išteklių naudojimui [1].

Lietuvos Respublikos Seimo nutarime „Dėl Valsybės ilgalaikės raidos strategijos“ teigiama, jog rengiant aukščiausios kvalifikacijos specialistus ir užtikrinant būtiną šalies mokslinę ir technologinę kompetenciją būtina siekti, kad studentų priėmimas pagal atskiras studijų kryptis būtų vykdomas remiantis

specialistų įsidarbinimo tyrimais, šalies ir Europos darbo rinkos tendencijomis [2].

2010 m. tarptautinė *Lancet* komisija pateikė savo išvadą dėl sveikatos priežiūros specialistų mokymo ir neatitikties darbo rinkos reikalavimams. Komisija nurodė ne tik esančius specialistų netolygumus pagal lytį, pasiskirstymą, bet ir studijų programų atsilikimą nuo šiuolaikinio sveikatos priežiūros žinių poreikio tiek globaliu, tiek lokaliu lygiu [3]. Sveikatos sistemą veikia daug veiksnių, todėl būtina atsižvelgti ne tik į profesinį pasiskirstymą, bet ir į demografinę bei epidemiologinę šalies situaciją, populiacijos poreikius ir tobulėjančias technologijas.

Specialistų skaičiaus ir jų profesinės struktūros prognozių aktualumas grindžiamas tuo, jog būtina žinoti tikslesnes dirbančių asmenų skaičiaus rodiklio raidos perspektyvas. Užimti specialistai yra materialinių vertybių (bendrojo vidaus produkto) kūrėjai. Nuo specialistų prognozių tikslumo priklauso objektų šalies ekonomikos ir padėties darbo rinkoje

**Adresas susirašinėti:** Virginija Kanapeckienė  
Higienos institutas  
Didžioji g. 22, 01128 Vilnius  
El. p. virginija.kanapeckiene@hi.lt

perspektyvų įvertinimas. Specialistų poreikio prognozės turėtų būti naudingos formuojant darbo rinkos politiką ir didinant darbo rinkos priemonių veiksmingumą [4].

Europos Komisijos ataskaitoje nurodoma, kad stiprinant visuomenės sveikatos pajėgumą (angl. *capacity*) vienas iš devynių svarbių veiksnių yra tinkamai parengti specialistai, kurie turi galimybes nuolat tobulintis ir stiprinti tarpsektorinį bendradarbiavimą [5]. Dar 2006 m. konstatuota, kad Lietuvoje yra dideli sveikatos išteklių pasiskirstymo netolygumai tarp regionų, nėra sveikatos specialistų rengimo politikos [6]. Lietuvoje reikiamo dėmesio neskiriama visuomenės sveikatos žmogiškųjų išteklių poreikiui nustatyti, planuoti, jų kompetencijoms ir profesiniam tobulinimui.

Lietuvos sveikatos sektoriaus žmogiškųjų išteklių tyrimuose pagrindinis dėmesys buvo skiriamas asmens sveikatos priežiūros specialistų (gydytojų, slaugytojų) situacijai darbo rinkoje bei jų poreikiui nustatyti [7–8], o visuomenės sveikatos žmogiškuosius išteklius nuosekliau analizuoti imta Higienos institutui (toliau – HI) 2010 m. pradėjus įgyvendinti ES struktūrinių fondų finansuojamą projektą „Visuomenės sveikatos priežiūros specialistų rengimo, kvalifikacijos kėlimo ir tobulinimo, poreikio planavimo sistemos sukūrimas“ [9]. Vykdamas projektą nagrinėtas visuomenės sveikatos srityje dirbančių specialistų skaičius, išsilavinimas, jų atliekamos funkcijos, pasiskirstymas įstaigose, kvalifikacijos tobulinimo partitės, tobulinimo poreikis, kompetencijos, kvalifikacijos tobulinimą, kompetencijas ir specialistų poreikį reglamentuojanti teisinė bazė, specialistų poreikio skaičiavimo mechanizmas ir metodikos, visuomenės sveikatos specialistų rengimo Lietuvos ir kitų Europos Sąjungos šalių universitetuose ypatumai ir kt. [10–14].

Visuomenės sveikatos specialistų darbo rinka Lietuvoje yra gana plati. Jie gali dirbti 33-uose savivaldybių visuomenės sveikatos biuruose (toliau – VS biurai), 10-yje visuomenės sveikatos centrų (toliau – VS centrai) ir 36-iuose jų filialuose, specializuotose visuomenės sveikatos įstaigose, taip pat ugdymo įstaigose (mokyklose ir ikimokyklinėse įstaigose), įmonėse (profesinės sveikatos specialistai), asmens sveikatos priežiūros įstaigose (toliau – ASPĮ) ir kitose įstaigose, vykdančiose visuomenės sveikatos funkcijas: Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamente (toliau – NTAKD), Valstybinėje maisto ir veterinarijos tarnyboje (toliau – VMVT), Valstybinėje darbo inspekcijoje (toliau – VDI), Lietuvos Respublikos

Vyriausybėje (toliau – LRV) ir kt. Savivaldybių VS biurai pradėti kurti palyginti neseniai – 2006 m., su jais siejamos didelės viltys puoselėjant prevencinę veiklą ir bendruomenės sveikatos raštingumą [14]. Vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymu visuomenės sveikatos priežiūra turėtų būti integruota į visas žmogaus ekonominės veiklos sritis, todėl labai svarbu ne tik stiprinti tarpsektorinį bendradarbiavimą, bet ir įtraukti visuomenės sveikatos specialistus į kitų sričių darbo rinką [15].

Visuomenės sveikatos specialistų darbo rinkos tyrimų nedaug, palyginti atskirų tyrimų duomenis sudėtinga dėl skirtingų sveikatos sistemų įvairiose šalyse, visuomenės sveikatos specialistų apibrėžimų ir priskirtinų jiems funkcijų. Daugelyje mokslinių straipsnių visuomenės sveikatos specialistai apibūdinami kaip įvairialypė, mišri grupė (angl. *miscellaneous*). Australijoje atlikto visuomenės sveikatos programą baigusiu asmenų įsidarbinimo tyrimo duomenimis, dirbo 85,5 proc. absolventų, nedarbo lygis buvo žemas (5 proc.), tačiau dešimtadalio absolventų (9,5 proc.) darbo rinkoje nerasta. 60 proc. visų absolventų dirbo visuomenės sveikatos srityje, beveik pusė jų – mokslinių tyrimų srityje, dauguma dirbančiųjų buvo moterys [16].

Stiprėjant suvokimui, kad prevencija ir sveika visuomenė yra vertybė, imtasi specialistų, besirūpinančių sveikatos išsaugojimu, poreikio nustatymo modelių kūrimu Europos Sąjungos mastu: 2011–2012 m. atlikto tyrimo duomenimis, sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių planavimas labai skiriasi nuo kitų ekonomikos sektorių žmogiškųjų išteklių planavimo, nes specialistai ne tik užpildo darbo rinką, bet ir daro jai poveikį, planuodami ir vykdydami sveikatinimo veiklas. Planuojant žmogiškuosius išteklius būtina išanalizuoti pasiūlą (specialistų rengimą) ir darbo rinkos poreikį, išnagrinėjus specialistų demografinę sudėtį, darbo pobūdžio ir krūvio pokyčius ir įvertinus prognostinius duomenis apie populiacijos kitimo tendencijas, sveikatos rodiklius bei naujas sveikatos technologijas. Planavimo modeliai gali būti labai sudėtingi ir jie nebūtinai užtikrina darbo rinkos balansą ir darną, nes skaičiavimams įtakos turi tarpdisciplininis veiklos pobūdis, netiksliai apibrėžtos funkcijos, darbo vietų, specialistų vykdomų veiklų bei išsilavinimo skirtumai [17].

1998 m. Lietuvos Respublikos švietimo ministro įsakymu studijų programą „Higiena“ pakeitus į studijų programą „Visuomenės sveikata“, visuomenės sveikatos specialistus pradėjo rengti Vilniaus, Lietuvos sveikatos mokslų ir Klaipėdos universitetai,

Lietuvos sporto universitetas rengia specialistus pagal Fizinio aktyvumo ir visuomenės sveikatos programą [18]. Lietuvos visuomenės sveikatos specialistų poreikio ir pasitraukimo studijų tyrime *Delfi* metodu buvo prognozuota, kad specialistų poreikis 2015 m. bus 5,8 specialisto 10 tūkst. gyventojų [19]. Poreikio prognozei įvertinti būtina žinoti stojančių ir visuomenės sveikatos studijų programą baigiančių asmenų skaičių, absolventų pasiskirstymą darbo rinkoje, darbo rinkos situaciją (darbo vietų skaičių), specialistų pasitraukimo iš profesijos tendencijas. Tai išsiaiškinti ir buvo siekta atliktu tyrimu.

**Tyrimo tikslas** – įvertinti į visuomenės sveikatos programos I pakopos studijas įstojusių asmenų pasitraukimą iš studijų ir absolventų pasiskirstymą darbo rinkoje.

## TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Tyrimo pobūdis – retrospektyvusis aprašomasis. Tyrimui pasirinkti keturi stojančiųjų srautai: 1999 m. bei 2000 m., kai Vilniaus (toliau – VU), Klaipėdos (toliau – KU) ir Lietuvos sveikatos mokslų (toliau – LSMU) universitetai pradėjo rengti specialistus pagal patvirtintą studijų programą „Visuomenės sveikata“, ir 2004 m. bei 2005 m. srautai, kurių absolventai į darbo rinką įsiliejo keleri metai prieš tyrimą. Tyrimas vykdytas gavus leidimą iš Valstybinės duomenų apsaugos inspekcijos tvarkyti duomenis be subjekto sutikimo. Duomenys apie asmenis, įstojusius į LSMU ir KU visuomenės sveikatos studijų programą, buvo renkami aukštųjų mokyklų archyvuose bei dekanatuose, VU duomenys gauti iš universiteto raštu. Informacija apie absolventų darbo vietas 2013 m. kovo 1 d. gauta iš Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos. Lietuvos darbo birža pateikė duomenis apie absolventus, turinčius bedarbio statusą.

Duomenys apie absolventus į elektroninę laikmeną rinkti pagal iš anksto sudarytą tyrimo protokolą: asmens kodas, vardas, pavardė, lytis, iš kur atvyko studijuoti, amžius, įstojimo ir baigimo metai, studijų pobūdis (nuolatinės, tęstinės), finansavimo šaltinis (valstybės finansuojama vieta, iš dalies valstybės finansuojama vieta, mokamos studijos), darbovietė, pasitraukimas iš darbo rinkos (nedarbas, nerasta darbo rinkoje, mokosi), pasitraukimas iš profesijos (darbas sveikatos sistemai nepriklausančiose ar visuomenės sveikatos funkcijų nevykdančiose įstaigose). Surinkti tyrimui reikiami duomenys buvo nuasmeninti, sukoduoti ir analizuoti naudojant statistinį paketą *SPSS 15.0*.

Taikyta aprašomoji statistika: atvejų dažniai, vidurkiai, mediana. Ryšio tarp požymių skirtumo statistiniam patikimumui įvertinti naudotas *p* kriterijus

su reikšmingumo lygmeniu gautas remiantis *Chi* kvadrato ( $\chi^2$ ) ir jo laisvės laipsnių reikšmėmis.

**Tiriamųjų charakteristika.** Surinkti duomenys apie 487 asmenis, įstojusius į I pakopos visuomenės sveikatos VS studijas. Tiriamaisiais metais į KU įstoję 193 (39,6 proc.), LSMU – 171 (35,1 proc.), VU – 123 (25,3 proc.) studentai.

Didžioji dauguma studentų buvo moterys – 87,9 proc. Įstojusių asmenų amžiaus vidurkis – 22,4 m. Jis skyrėsi priklausomai nuo studijų pobūdžio: įstojusiųjų į nuolatinės studijas – 19,78 m., o įstojusiųjų į KU tęstines studijas – 32,35 m. (1 lentelė).

**1 lentelė.** Demografinė į I pakopos studijas įstojusių asmenų charakteristika

Rodikliai	Abs. skč.	Procentas
Iš viso	470	100
Vyrai	57	12,1
Moterys	413	87,9
<b>Amžius (metais)</b>		
Iš viso (skaičius)	449	
Vidurkis (min.–maks.)	22,39 (17–48)	
Mediana	19	
<b>Bakalaurai, įstoję į nuolatinės studijas</b>	349	
Vidurkis (min.–maks.)	19,78 (17–39)	
Mediana	19	
<b>Bakalaurai, įstoję į tęstines studijas</b>	100	
Vidurkis (min.–maks.)	32,35 (19–48)	
Mediana	33	

## REZULTATAI

**Visuomenė sveikatos I pakopos studijos ir pasitraukimas iš jų.** Į bakalauro studijas įstojusių asmenų pasiskirstymas pagal regionus parodė, kad didžioji dalis (65,8 proc.) asmenų buvo iš trijų didžiųjų miestų regionų: Klaipėdos (25,5 proc.), Kauno (24 proc.) ir Vilniaus (16,3 proc.) (2 lentelė).

Įstojusieji dažniausiai rinkosi universitetus pagal savo gyvenamąją vietą: į KU dažniausiai stojo asmenys iš Klaipėdos regiono (54,9 proc.), į LSMU – iš Kauno regiono (54,9 proc.), į VU – iš Vilniaus regiono (56,6 proc.) (1 pav.).

Nustatyta, kad iš 487 asmenų, įstojusių tiriamaisiais metais į bakalauro studijas trijuose universitetuose, didžioji dalis – 89,5 proc. (436) studijas baigė. Pasitraukimas iš studijų sudarė 10,5 proc. LSMU pasitraukimas iš studijų buvo statistiškai reikšmingai mažiausias – 5,8 proc., palyginti su KU (12,4 proc.) ir VU (13,8 proc.),  $p < 0,05$ .

**2 lentelė.** I pakopos studijas įstojusiu asmenų pasiskirstymas pagal regionus

Regionas	Abs. skč.	Proc.
Iš viso	455	100
Klaipėdos	116	25,5
Kauno	109	24,0
Vilniaus	74	16,3
Šiaulių	33	7,3
Panevėžio	32	7,0
Telšių	30	6,6
Marijampolės	22	4,8
Tauragės	19	4,2
Alytaus	13	2,8
Utenos	6	1,3
Užsienio šalyse	1	0,2

Dauguma (79,4 proc., arba 346 iš 436) visuomenės sveikatos I pakopos studijas baigusiu studentų toliau mokėsi magistrantūroje (2003–2004 m. ir 2008–2009 m. stojo į II pakopos studijas).

Didžioji dalis visuomenės sveikatos programos studentų studijavo valstybės finansuojamose vietose (60,5 proc.). Iš dalies valstybės finansuojamose vietose mokėsi trečdalis studentų (33,2 proc.), už studijas mokėjo tik labai nedidelė dalis asmenų (6,3 proc.). Studijų kaina universitetuose priklausė nuo minimalaus pragyvenimo lygio ir siekė vidutiniškai iki 3 500 Lt už mokslo metus.

**Absolventų įsidarbinimas.** Vertinant darbo rinkos situaciją nustatyta, kad 80,3 proc. (350) absolventų dirbo. Darbo biržoje buvo registruota 1,6 proc. absolventų, vienas absolventas mokėsi. Informacijos apie penktadalį (17,9 proc.) baigusiujų nerasta nei Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos, nei Lietuvos darbo biržos duomenų bazėse. Galima daryti prielaidą, kad tie asmenys yra emigravę iš Lietuvos arba dėl kitų nežinomų priežasčių neužsiregistravę Darbo biržoje (3 lentelė).

Visuomenės sveikatos priežiūros sistemai priklausančiose įstaigose (VS biuruose, VS centruose, ugdymo įstaigose, specializuotose VS įstaigose) dirbo beveik trečdalis visų darbo rinkoje esančių absolventų (30,9 proc.). Šių įstaigų analizė parodė, kad daugiausia absolventų įsidarbino VS biuruose ir VS centruose. Specializuotose VS įstaigose, kurioms priklauso Nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros laboratorija (toliau – NVSPL), Radiacinės saugos centras (toliau – RSC), Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras (toliau – SMLPC), Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras (toliau – ULAC), Valstybinis

**3 lentelė.** Visuomenės sveikatos absolventų įsidarbinimas pagal įstojimo metus

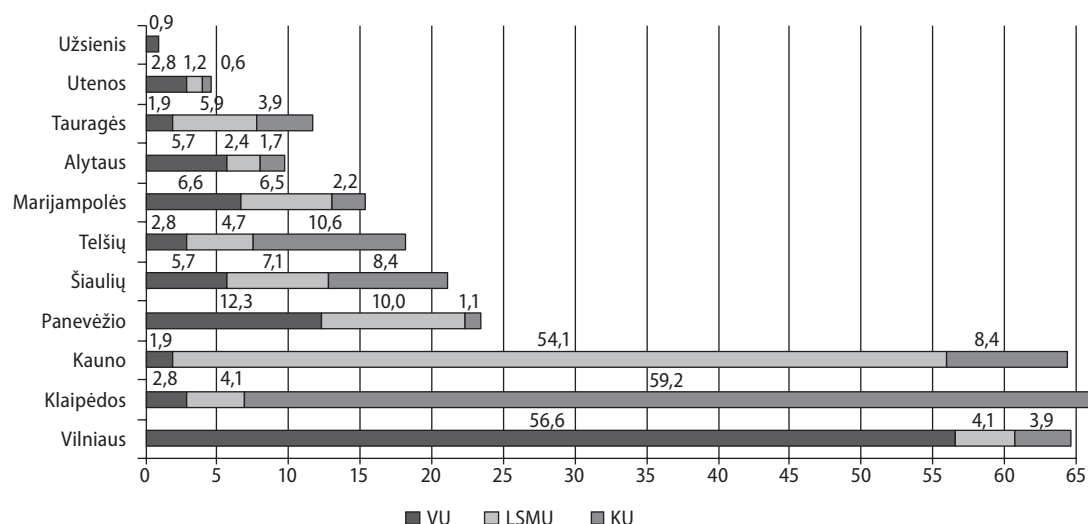
Rodiklis	Baigusieji VS studijas		Iš viso abs. skč. (proc.)
	1999–2000 m. abs. skč. (proc.)	2004–2005 m. abs. skč. (proc.)	
Iš viso baigė	167 (38,3)	269 (61,7)	436 (100)
Bedarbiai	2 (1,2)	5 (1,8)	7 (1,6)
Nerasta	28 (16,8)	50 (18,6)	78 (17,9)
Mokosi	1 (0,6)	0	1 (0,2)
Dirba	136 (81,4)	214 (79,3)	350 (80,3)
<b>Dirbantys</b>	<b>136 (100)</b>	<b>214 (100)</b>	<b>350 (100)</b>
<b>VS įstaigos</b>	<b>34 (25,0)</b>	<b>74 (34,6)</b>	<b>108 (30,9)</b>
<i>VS biurai</i>	7 (5,2)*	35 (16,4)*	42 (12,0)
<i>VS centrai</i>	15 (11,0)	18 (8,4)	33 (9,4)
<i>VS specializuotos įstaigos (HI, SMLPC, NVSPL, ULAC, ESSC, RSC, VPSC)</i>	4 (2,9)	10 (4,7)	14 (4,0)
<i>Ugdymo įstaigos (mokyklos, darželiai)</i>	5 (3,7)	3 (1,4)	8 (2,3)
<i>SAM ir jai pavaldžios įstaigos (VLK, TLK, VASPVT ir kt.)</i>	3 (2,2)	8 (3,7)	11 (3,2)
ASPI (stacionarios ir ambulatorinės)	28 (20,6)	45 (21,0)	73 (20,8)
ŠMM įstaigos (universitetai ir kolegijos)	6 (4,4)	12 (5,6)	18 (5,1)
VS funkcijas vykdančios ne SAM pavaldumo įstaigos (VMVT, NTAKD, SODRA, VDI ir t. t.)	12 (8,8)	23 (10,7)	35 (10,0)
Farmacijos, medicinos įrangą ir prietaisus parduodančios įmonės	32 (23,5)	39 (18,2)	71 (20,3)
Kitos įstaigos	24 (17,7)*	21 (9,8)*	45 (12,9)

\*p &lt; 0,05

psichikos sveikatos centras (toliau – VPSC), Ekstremalių sveikatai situacijų centras (toliau – ESSC) ir HI, dirbo 4 proc. absolventų, mažiausiai absolventų (2,3 proc.) dirbo ugdymo įstaigose (4 lentelė).

Penktadalį (20,8 proc.) absolventų buvo įsidarbinę ASPI. Šio tyrimo metu nebuvo galimybės nustatyti konkrečių absolventų atliekamų funkcijų ASPI, nes Valstybinė socialinio draudimo fondo valdyba nesuteikė informacijos apie pareigybes. Galima daryti prielaidą, kad daugelis absolventų atliko visuomenės sveikatos funkcijas (infekcijų kontrolės specialistai, statistikai, atvejo vadybininkai ir pan.).

Švietimo ir mokslo ministerijos (toliau – ŠMM) pavaldumo įstaigose (universitetuose, kolegijose) dirbo 5,1 proc. absolventų. Dešimtadalį (10 proc.) absolventų buvo įsidarbinę įstaigose, nepriklausančiose



1 pav. Įstojusių asmenų pasiskirstymas pagal jų gyvenamąją vietą, proc. (n = 455)

Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – SAM) reguliavimo sričiai, tačiau vykdančiose VS funkcijose – NTAKD, VMVT, VDI, LRV ir kt. Penktadalis absolventų dirbo farmacijos arba medicinos prietaisais bei įranga prekiaujančiose įmonėse, 12,9 proc. – kitose įstaigose ir įmonėse (gamybos, paslaugų).

Absolventų srautų pasiskirstymo darbo rinkoje palyginimas parodė, kad 1999–2000 m. į VS programą įstojusių absolventų VS įstaigose dirbo mažiau nei 2004–2005 m., bet skirtumas statistiškai

neraiškmingas. Statistiškai reikšmingai daugiau 1999–2000 m. srauto absolventų dirbo kitose įstaigose (gamybos, paslaugų), o 2004–2005 m. absolventų – savivaldybių VS biuruose ( $p < 0,05$ ).

Absolventų pasiskirstymas darbo rinkoje atskleidė, kad didžioji jų dauguma dirbo vienaip ar kitaip su sveikatos priežiūra susijusiose ir sveikatos žinių reikalaujančiose srityse.

Analizuojant absolventų pasiskirstymą darbo rinkoje pagal baigtus universitetus nustatyta, kad

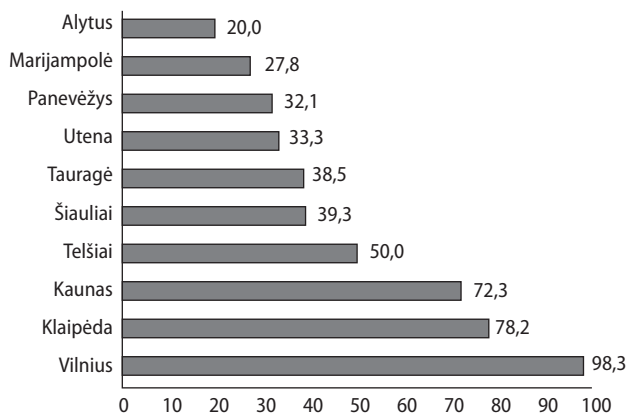
4 lentelė. Visuomenės sveikatos absolventų įsidarbinimas pagal universitetus

Rodiklis	Baigusieji VS studijas			Iš viso abs. skč. (proc.)
	VU abs. skč. (proc.)	LSMU abs. skč. (proc.)	KU abs. skč. (proc.)	
Iš viso baigė	106 (24,3)	161 (36,9)	169 (38,8)	436 (100)
<b>Bedarbiai</b>	1 (0,9)	5 (3,1)	1 (0,6)	7 (1,6)
<b>Nerasta</b>	15 (14,2)	25 (15,5)	38 (22,5)	78 (17,9)
<b>Mokosi</b>	1 (0,9)	0	0	1 (0,2)
<b>Dirba</b>	89 (84,0)	131 (81,4)	130 (76,9)	350 (80,3)
<b>Dirbantys</b>	<b>89 (100)</b>	<b>131 (100)</b>	<b>130 (100)</b>	<b>350 (100)</b>
<b>VS įstaigos</b>	<b>35 (39,3)*</b>	<b>35 (26,7)*</b>	<b>38 (29,2)</b>	<b>108 (30,9)</b>
<i>VS biurai</i>	6 (6,7)*	12 (9,2)*	24 (18,5)*	42 (12,0)
<i>VS centrai</i>	11 (12,4)	12 (9,2)	10 (7,7)	33 (9,4)
<i>VS specializuotos įstaigos (HI, SMLPC, NVSPL, ULAC, ESSC, RSC, VPSC)</i>	10 (11,2)*	2 (1,5)*	2 (1,5)*	14 (4,0)
<i>Ugdymo įstaigos (mokyklos, darželiai)</i>	0*	8 (6,1)*	0*	8 (2,3)
<i>SAM ir jai pavaldžios įstaigos (VLK, TLK, VASPVT ir kt.)</i>	8 (9,0)*	1 (0,7)*	2 (1,5)*	11 (3,2)
<b>ASPĮ (stacionarios ir ambulatorinės)</b>	15 (16,8)*	14 (10,7)*	44 (33,9)*	73 (20,8)
<b>ŠMM įstaigos (universitetai ir kolegijos)</b>	2 (2,3)	11 (8,4)	5 (3,8)	18 (5,1)
<b>VS funkcijas vykdančios ne SAM pavaldumo įstaigos (VMVT, NTAKD, SODRA, VDI ir kt.)</b>	12 (13,5)	12 (9,2)	11 (8,5)	35 (10,0)
<b>Farmacijos, medicinos įrangą ir prietaisus parduodančios įmonės</b>	14 (15,7)*	40 (30,5)*	17 (13,1)*	71 (20,3)
<b>Kitos įstaigos</b>	11 (12,4)	19 (14,5)	15 (11,5)	45 (12,9)

\* $p < 0,05$ , skirtumai tarp universitetų

daugiausia dirbo VU absolventų – 84 proc., lyginant su kitais universitetais, bet skirtumai statistiškai nereikšmingi. Visuomenės sveikatos įstaigose statistiškai reikšmingai daugiau dirbo VU absolventų, lyginant su LSMU, – 39,3 proc. ( $p < 0,05$ ) (4 lentelė). Palyginti su kitais universitetais, statistiškai reikšmingai daugiau VU absolventų dirbo specializuotose VS įstaigose (11,2 proc.) bei SAM ir jai pavaldžiose įstaigose (9 proc.): Valstybinėje ligonių kasoje (toliau – VLK), teritorinėse ligonių kasose (toliau – TLK), Valstybinėje akreditacijos sveikatos priežiūros veiklai tarnyboje (toliau – VASPVT) ( $p < 0,05$ ). Daugiausia KU absolventų dirbo ASPI (33,9 proc.;  $p < 0,001$ ) ir VS biuruose (18,5 proc.;  $p < 0,05$ ). Farmacijos, medicinos įranga bei priemonėmis prekiaujančiose įmonėse (30,5 proc.) ir ugdymo įstaigose (6,1 proc.) buvo įsidarbinę statistiškai reikšmingai daugiau LSMU absolventų,  $p < 0,05$  (4 lentelė).

Po studijų iš didžiųjų miestų regionų kilę absolventai dažniausiai pasiliko regionuose, iš kurių atvyko mokyti: Vilniaus – 98,3 proc., Klaipėdos – 78,2 proc., Kauno – 72,3 proc. (2 pav.). „Ištikimi“ savo gimtinei buvo ir iš Telšių kilę VS absolventai – pusė (50 proc.) absolventų grįžo dirbti į savo gimtinę. Gana nemažai grįžo dirbti į Šiaulių ir Tauragės regionus (atitinkamai 39,3 proc. ir 38,5 proc.). Mažiausiai absolventų grįžo į Alytaus regioną (20 proc.).



**2 pav.** Absolventų grįžimas dirbti į regionus, iš kurių išvyko mokyti,  $n = 350$ , proc.

**Visuomenės sveikatos specialistų pasitraukimas iš profesijos.** Tyrimu nustatyta, kad 49,5 proc. iš 436 asmenų, baigusių visuomenės sveikatos programos studijas, dirbo pagal specialybę – visuomenės ir asmens sveikatos bei kitose įstaigose, vykdančiose visuomenės sveikatos funkcijas. Pasitraukę

iš profesijos buvo 50,5 proc. absolventų (įtraukiant bedarbius), nors toks skirstymas gana sąlyginis atsižvelgiant į tarpdisciplininį visuomenės sveikatos išsilavinimo pobūdį (5 lentelė).

**5 lentelė.** Absolventų pasitraukimas iš profesijos

Rodiklis	Iš viso abs. skč. (proc.)
<b>Iš viso baigė</b>	<b>436 (100)</b>
<b>Pasitraukė iš profesijos</b>	<b>220 (50,5)</b>
<i>Bedarbiai</i>	7 (1,6)
<i>Nerasta</i>	78 (17,9)
<i>Mokosi</i>	1 (0,2)
<i>ŠMM įstaigos (universitetai ir kolegijos)</i>	18 (4,2)
<i>Farmacijos, medicinos įrangą ir prietaisus parduodančios įmonės</i>	71 (16,3)
<i>Kitos įstaigos</i>	45 (10,3)
<b>Dirba pagal profesiją</b>	<b>216 (49,5)</b>
<i>VS įstaigos</i>	108 (24,8)
<i>ASPI</i>	73 (16,7)
<i>Ne SAM pavaldumo įstaigos (VMVT, NTAKD, SODRA, VDI ir kt.)</i>	35 (8,0)

## REZULTATŲ APTARIMAS

VS specialistų rengimo analizė atskleidė, kad į visų trijų universitetų VS studijų programą įstojusių asmenų demografinės charakteristikos iš esmės nesiskyrė – dažniausiai stojo tik baigę pagrindinio ugdymo įstaigas abiturientai, išskyrus įstojusius į KU tęstines I pakopos studijas, specialiai organizuotas asmenims, jau įgijusiems aukštesnįjį medicinos išsilavinimą. Didžioji dauguma įstojusiųjų buvo moterys. Specialybės „feminizacija“ nedaug skyrėsi nuo gydytojų, ypač šeimos gydytojų, – 2007 m. 90,9 proc. šeimos gydytojų sudarė moterys, o bendrai gydytojų vyrų buvo 23,5 proc. [20]. Ši tendencija akcentuota ir Lietuvos studijų būklės apžvalgoje, kurioje teigiama, kad moterys sudaro daugumą įstojusiųjų į I pakopos humanitarinių, socialinių, meno bei biomedicinos sričių studijas [21].

Analizuojant mokyti atvykusių asmenų geografinę pasiskirstymą nustatyta, kad du trečdaliai atvyko iš trijų didžiųjų miestų – Klaipėdos, Kauno ir Vilniaus. Galima daryti prielaidą, kad didesnis visuomenės sveikatos studijų programos žinomumas yra tuose regionuose, kuriuose įsteigti universitetai, rengiantys visuomenės sveikatos srities specialistus. Šia prasme regioniniai universitetai pasiteisina – į juos stoja aplinkinių regionų gyventojai. Lietuvos studijų būklės apžvalgoje taip pat nurodoma tendencija, kad

stojantieji renkasi artimiausiame didmiestyje esančius universitetus [21].

Tyrimas atskleidė, kad vidutiniškai studijų nebailgia dešimtadalis studentų. Universitetų (LSMU ir KU) archyvų bylų duomenimis, pagrindinės priežastys, kodėl studentai išbraukiami iš sąrašų, buvo nepažangumas ir negrįžimas po akademinį atostogų, taip pat nemokėjimas už studijas arba perėjimas į medicinos studijas. Studentų pasitraukimas iš studijų buvo panašus, lyginant su kitais analogiškais Lietuvoje atliktais tyrimais, nors stebėtos variacijos priklausomai nuo pasirinktų analizei studijų metų – nuo 20,9 proc. (1997 m.) iki 3 proc. (1995 ir 1996 m.) [19, 21].

Lietuvoje visuomenės sveikatos specialistus renigia ne vienas universitetas ir tai lėmė, jog per ketverius metus į darbo rinką įsiliejo beveik pusė tūkstančio absolventų – 436 asmenys, įgiję visuomenės sveikatos bakalauro laipsnį pagal VS studijų programą (apie 80 proc. jų baigė ir magistrantūros studijas). Kaip teigia darbo rinkos ir galimybių įsidarbinti tyrėjai, aukštesnis išsilavinimas suteikia didesnes galimybes įsidarbinti ir įsitvirtinti darbo rinkoje [22]. Tą patvirtino ir šis tyrimas, nes buvo nustatytas gana žemas absolventų nedarbo lygis – 1,6 proc. Neblogam absolventų įsiliejimui į darbo rinką įtakos galėjo turėti ganėtinai platus tarpdisciplininis visuomenės sveikatos studijų programos pritaikomumas kitose srityse, ypač susijusiose su sveikatos žiniomis, tai praplečia įsidarbinimo galimybes. Reikia atkreipti dėmesį į tai, kad tik pusė absolventų dirbo pagal specialybę, t. y. visuomenės ir asmens sveikatos bei kitose įstaigose, atliekančiose visuomenės sveikatos funkcijas. Panašias tendencijas nustatė ir kitų šalių tyrėjai, vertinę VS specialistų padėtį darbo rinkoje, nedarbą ir pasitraukimą iš profesijos [16].

Penktadalio absolventų nerasta nei darbo rinkoje, nei darbo biržoje. Tai galima paaiškinti augančia jaunimo emigracijos tendencija, susijusia su menkomis VS specialistų profesinės karjeros galimybėmis šalyje ir nepakankamu finansiniu atlygiu. Žemas užregistruoto VS specialistų nedarbo lygis nebūtinai atspindi geras įsidarbinimo galimybes. Registruotą jaunimo nedarbą mažina emigracija. 2001 m. Lietuvos darbo rinkoje bendras asmenų su aukštuoju išsilavinimu nedarbas buvo 6,7 proc., o 2008 m. – 14,1 proc., t. y. gerokai mažesnis nei VS absolventų nedarbo lygis [23].

Tyrimas atskleidė, kad dažniausiai į savo gimtąsias vietas po studijų grįžta didžiųjų miestų absolventai. Remiantis tyrimo rezultatais negalime kategoriškai teigti, kad absolventai negrįžta dirbti į savo gimtąsias vietas, nes nežinome situacijos apie laisvas

visuomenės sveikatos specialistų vietas apskrityse, taigi neaišku, ar jie turėjo tokią galimybę. Suprantama, kad absolventų grįžimui įtakos turėjo laisvų darbo vietų skaičius, kuris didžiausias didmiesčių regionuose.

Atsižvelgiant į tai, kad aukštasis mokslas yra pažangiausias individo gyvenimo kokybės gerinimo būdas, investicijos į žmogiškąjį kapitalą – svarbiausias vidaus ekonomikos augimo veiksnys, o aukštąjį išsilavinimą turintys individai uždirba daugiau [24], galima teigti, kad šie dėsniumai turėtų galioti ir visuomenės sveikatos specialisto išsilavinimą įgijusiems asmenims. Tačiau sveikatos priežiūros sistemos analizės ir vertinimo ataskaitoje konstatuojama, kad savivaldybių visuomenės sveikatos biurų specialistų, mokyklose dirbančių visuomenės sveikatos priežiūros specialistų, taip pat ir biurų vadovų darbo užmokestis yra labai menkas, nesulyginamas su asmens sveikatos priežiūros specialistų, nesiekiantis slaugytojo atlyginimo; dažnai savivaldybių visuomenės sveikatos biurų specialistų nėra kaip motyvuoti, sunku pritraukti jaunus specialistus. Dėl to didėja socialiniai ir sveikatos netolygumai tarp miesto ir kaimo gyventojų bei sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo skirtumai [25].

Minėtos aplinkybės galėjo turėti įtakos absolventų pasitraukimui tiek iš profesijos, tiek iš darbo rinkos apskritai. Remiantis šio tyrimo rezultatais būtina peržiūrėti specialistų darbo apmokėjimo ir pritraukimo į nuošalesnius regionus politiką.

Taigi norint įvertinti visuomenės sveikatos specialistų poreikį nepakanka visuomenės sveikatos specialistų pasitraukimo iš studijų ir pasiskirstymo darbo rinkoje tyrimo. Rekomenduojama atlikti gilesnį tyrimą, įvertinant visuomenės sveikatos specialistų pasitraukimo iš profesijos priežastis ir visuomenės sveikatos specialistų darbo rinkos situaciją šalyje.

## IŠVADOS

1. Per 1999–2000 ir 2004–2005 m. į trijų universitetų (VU, LSMU ir KU) visuomenės sveikatos studijų programos I pakopos studijas įstojo 487 asmenys. Visuomenės sveikatos studentų pasitraukimas iš studijų – 10,5 proc. LSMU pasitraukimas iš bakalauro studijų (5,8 proc.) buvo mažiausias lyginant su Vilniaus (13,8 proc.) ir Klaipėdos (12,4 proc.) universitetais ( $p < 0,05$ ). Pagrindinės pasitraukimo priežastys – nepažangumas ir negrįžimas po akademinį atostogų.
2. Per ketverius tiriamuosius metus darbo rinką papildė po daugiau nei 100 visuomenės

sveikatos programos absolventų kasmet. Didžioji dauguma – 80,3 proc. – absolventų dirbo, 1,6 proc. turėjo bedarbio statusą, apie penktadalio (17,9 proc.) absolventų duomenų darbo rinkoje nerasta.

2.1. Darbuotojų pasiskirstymas darbo rinkoje pagal įstaigas atskleidė, kad tik trečdalis absolventų dirbo visuomenės sveikatos priežiūros sistemai priklausančiose įstaigose (30,9 proc.). Didžioji respondentų dalis dirbo srityse, kuriose reikalingos sveikatos žinios: po penktadalį – asmens sveikatos priežiūros įstaigose (20,8 proc.) ir farmacinėse, medicinos

prietaisus parduodančiose įmonėse bei įstaigose (20,3 proc.), dešimtadalis (10 proc.) – įstaigose, nepriklausančiose SAM, tačiau vykdančiose visuomenės sveikatos funkcijas, 5 proc. – universitetuose bei kolegijose.

2.2. Visuomenės sveikatos absolventų pasitraukimas iš profesijos sudarė 50,5 proc. Pusė visų visuomenės sveikatos studijas baigusių absolventų dirbo pagal specialybę – visuomenės ir asmens sveikatos bei kitose įstaigose, vykdančiose visuomenės sveikatos funkcijas.

*Straipsnis gautas 2014-02-04, priimtas 2014-03-14*

## Literatūra

- Gedvilaitė-Kordušienė M, Baublytė M. Kiek paseno Lietuva? Lietuvos gyventojų senėjimas ES šalių kontekste. Demografija ir mes. 2013;3. Prieiga per internetą: <[http://www.demografija.lt/users/www/uploaded/Policy%20brief/Nr.9\\_2013.pdf](http://www.demografija.lt/users/www/uploaded/Policy%20brief/Nr.9_2013.pdf)>.
- Dėl Valstybės ilgalaikės raidos strategijos. Valstybės žinios. 2012;113-5029.
- Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J ir kt. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world, 2010. Prieiga per internetą: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61854-5/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61854-5/fulltext)>.
- Andrėnas A. Specialistų poreikio tyrimų metodologijos rengimas ir pilotinio tyrimo įgyvendinimas aukštųjų technologijų srityse. Ataskaita. Tomas 1, 2007, Nacionalinės plėtros institutas. Prieiga per internetą: <<http://www.npi.lt/>>.
- Public Health Capacity in the EU – Final Report, Published by the European Commission Directorate General for Health and Consumers. Luxembourg, 2013. Prieiga per internetą: <[http://ec.europa.eu/health/social\\_determinants/docs/report\\_ph\\_capacity\\_2013\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/report_ph_capacity_2013_en.pdf)>.
- Dubois CA, McKee M. The Health Care Workforce in Europe, Learning from experience, Edited by Bernd Rechel, WHO, 2006. Prieiga per internetą: <[http://www.search.ask.com/web?l=dis&q=The+Health+Care+Workforce+in+Europe%2C+Learning+from+experience%2C++Edited+by+Bernd+Rechel%2C&o=APN10649A&apn\\_dtid=^BN D414^YY^LT&shad=s\\_0046&gct=hp&apn\\_ptnrs=^AGA&d=414-150&lang=en&atb=sysid%3D414%3Aappid%3D150%3Auid%3D024f1a220c8d4173%3Auc2%3D215%3Atypekbn%3Dn10781%3Aasc%3Dhmp%3Ao%3DAPN10649A&p2=^AGA^BND414^YY^LT](http://www.search.ask.com/web?l=dis&q=The+Health+Care+Workforce+in+Europe%2C+Learning+from+experience%2C++Edited+by+Bernd+Rechel%2C&o=APN10649A&apn_dtid=^BN D414^YY^LT&shad=s_0046&gct=hp&apn_ptnrs=^AGA&d=414-150&lang=en&atb=sysid%3D414%3Aappid%3D150%3Auid%3D024f1a220c8d4173%3Auc2%3D215%3Atypekbn%3Dn10781%3Aasc%3Dhmp%3Ao%3DAPN10649A&p2=^AGA^BND414^YY^LT)>.
- Starkienė L, Strička M, Padaiga Ž, Macijauskienė J, Riklikienė O. Sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių planavimo duomenų rinkimo aktualijos ir praktiniai pavyzdžiai, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Sveikatos politika ir valdymas. 2011;1(3).
- Medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio pilotinės „dienos fotografijos“ analizė. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Galutinė ataskaita LR SAM. Vilnius, 2011.
- Projektas „Visuomenės sveikatos priežiūros specialistų rengimo, kvalifikacijos kėlimo ir tobulinimo, poreikio planavimo sistemos sukūrimas“. Prieiga per internetą: <[http://www.hi.lt/content/adm\\_geb\\_stip.html](http://www.hi.lt/content/adm_geb_stip.html)>.
- Ubartienė O, Kanapeckienė V, Valintėlienė R. Visuomenės sveikatos specialistų rengimo Lietuvoje ir Europoje vertinimas. Visuomenės sveikata. 2011;4(55):57-66.
- Venckienė R, Kanapeckienė V. Visuomenės sveikatos priežiūros specialistų poreikio reglamentavimas Lietuvoje. Visuomenės sveikata. 2011;2(53):54-64.
- Jankauskienė V, Kanapeckienė V, Narkauskaitė, Valintėlienė R. Visuomenės sveikatos priežiūros funkcijas vykdančių specialistų žinios ir įgūdžiai. Visuomenės sveikata. 2012;2(27):45-57.
- Kanapeckienė V, Keršytė V, Ubartienė O. Visuomenės sveikatos stebėsenos specialistų kvalifikacijos tobulinimo patirtis ir žinių bei gebėjimų poreikis. Visuomenės sveikata. 2013;1(60):49-67.
- Gurevičius R., Jaselionienė J. Pirmosios Lietuvos sveikatos programos (1998–2010) rezultatai skaičiais. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. Vilnius, 2001.
- Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. Valstybės žinios. 1994;63-1231; 1998;112-3099.
- Li IW, Awofeso N. Labour market outcomes of public health graduates: evidence from Australia, 2013. Prieiga per internetą: <[http://rsh.sagepub.com/content/early/2013/06/19/1757913913491864\\_full.pdf.html](http://rsh.sagepub.com/content/early/2013/06/19/1757913913491864_full.pdf.html)>.
- A Feasibility Study on EU level Collaboration on Forecasting Health Workforce Needs, Workforce Planning and Health Workforce Trends, 2012. Prieiga per internetą: <[http://ec.europa.eu/health/workforce/docs/health\\_workforce\\_study\\_2012\\_exec\\_sum\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/workforce/docs/health_workforce_study_2012_exec_sum_en.pdf)>.
- Dėl aukštojo mokslo studijų programų įregistravimo dalinio pakeitimo ir papildymo. Valstybės žinios. 1998;59-1696.
- Šukaitienė A. Visuomenės sveikatos specialistų poreikio ir pasitraukimo studijų metu tyrimas. 2006. Prieiga per internetą: <[http://vddb.library.lt/obj/LT-eLABa-0001:E.02~2006~D\\_20060614\\_095101-70894](http://vddb.library.lt/obj/LT-eLABa-0001:E.02~2006~D_20060614_095101-70894)>.
- Ragauskaitė I. Sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių politika ir jos įgyvendinimo problemos Lietuvoje. Magistro darbas, VDU, 2008. Prieiga per internetą: <[http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2008~D\\_20080626\\_104043-24490/DS.005.0.01.ETD](http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2008~D_20080626_104043-24490/DS.005.0.01.ETD)>.
- Lietuvos studijų būklės apžvalga. Mokslo ir studijų stebėsenos ir analizės centras, 2013. Prieiga per internetą: <[http://www.mosta.lt/images/documents/stebesena/bukles\\_apzvalga/Mokslo\\_bukles\\_apzvalga.pdf](http://www.mosta.lt/images/documents/stebesena/bukles_apzvalga/Mokslo_bukles_apzvalga.pdf)>.
- Gruževskis B, Zabarauskaitė R, Martinaitis Ž, Pocius A, Biveinytė S. Sėkmingos karjeros darbo rinkoje veiksniai. Vilnius, 2007.
- Okunevičiūtė-Neveauskienė L, Pocius A. Aukštąjį išsilavinimą turinčių specialistų poreikio vertinimas. Verslas: teorija ir praktika. 2010. Prieiga per internetą: <<http://65.54.113.26/Publication/39109753>>.
- Gižienė V, Markauskienė A. Investicijų į aukštąjį išsilavinimą ir valstybės pajamų bei išlaidų priklausomybės tyrimas, 2012. Prieiga per internetą: <<http://www.ecoman.ktu.lt/index.php/Ekv/article/download/2135/1658>>.
- Sveikatos priežiūros sistemos analizės ir vertinimo ataskaita. Vilnius, 2013. Prieiga per internetą: <[www.sam.lt](http://www.sam.lt)>.

# Distribution of Public health specialist in labour market

Virginija Kanapeckienė, Vytenė Jančiauskienė

*Institute of Hygiene*

## Summary

**Objectives** – to assess the public health students' withdrawal from studies and distribution of the public health specialists' in labour market.

**Methods** – a retrospective descriptive study included 487 students, who started public health bachelor studies at the Vilnius University, Lithuanian Health Sciences University and Klaipėda University in 1999-2000 and 2004-2005. The data was collected from archives of the Lithuanian Health Sciences University, Klaipėda University; from Vilnius University data was received by post. The data on recruitment of the graduates was collected by The State Social Insurance Fund Board under the Ministry of Social Security and Labour, on unemployment – from Lithuanian Labour Exchange. The distribution in labour market was assessed as of 1<sup>st</sup> of March of 2013. The data was analysed by applying descriptive statistics, i.e. frequencies, mean, the statistical coherence was evaluated by Chi-square tests, statistical reliability  $p < 0,05$ .

**Results.** Study has revealed that about 10.5 % of students have not completed (withdrawal) public health studies (436 out of 487). 87.9 % of 487 students were women. Data analysis revealed that 80.3 % of graduates

were recruited, 1.6 % was unemployed, and data on approx. 17.9 % of graduates was not found. Nearly half (49.5 %) of graduates were working in companies and institutions executing public health functions.

**Conclusions.** Study has revealed that half of public health graduates are not working in the public health area, therefore in order to make good forecasts of demand of public health professionals for the labour market is not enough to know the distribution of them but to find out the reasons of the withdrawal from the profession.

**Keywords:** public health specialist, distribution, labour market, public health studies, withdrawal.

**Correspondence to** Virginija Kanapeckienė  
Institute of Hygiene  
Didžioji 22, LT-01128 Vilnius, Lithuania  
E-mail: virginija.kanapeckiene@hi.lt

*Received 4 February 2014,  
accepted 14 March 2014*

# SVEIKATOS ADMINISTRATORIŲ, VISUOMENĖS SVEIKATOS SPECIALISTŲ IR MOKSLININKŲ POŽIŪRIS Į VISUOMENĖS SVEIKATOS TECHNOLOGIJŲ VERTINIMĄ LIETUVOJE

Raimonda Janonienė, Vaida Aguonytė, Vytautas Jurkuvėnas  
Higienos institutas

## Santrauka

**Tyrimo tikslas** – atskleisti sveikatos administratorių, visuomenės sveikatos specialistų ir sveikatos mokslininkų požiūrį į visuomenės sveikatos technologijų vertinimą Lietuvoje.

**Metodas ir medžiaga.** Tyrimui atlikti pasirinktas sutelktų tikslinių grupių (angl. *focus group*) metodas. Sutelktų tikslinių grupių tyrimo dalyviai (N = 17) parinkti taikant netikimybinę patogiają imtį. Tyrimui atlikti buvo sudarytos trys sutelktos tikslinės grupės: a) sveikatos politikų ir administratorių (toliau – SPA); b) visuomenės sveikatos priežiūros specialistų (toliau – VSPS); c) sveikatos mokslininkų ir tyrėjų (toliau – SMT).

**Rezultatai.** Visų trijų grupių nuomone, sveikatos stiprinimo, saugojimo ir ugdymo technologijos priskirtinos visuomenės sveikatos technologijoms (VST). Kaip mano VSPS grupė, sveikatos priežiūros organizacinės priemonės taip pat turėtų būti priskirtos VST. SPA teigimu, atskiras ankstyvajai diagnostikai taikomas intervencijas galima priskirti VST. VSPS ir SMT nuomone, tik dalis Lietuvoje taikomų VST yra įvertintos. Anot SPA grupės, neįvertintos yra tik valstybės nefinansuojamos technologijos. Visų grupių nuomone, neįvertintų VST naudojimo Lietuvoje priežastys: menkas supratimas apie tai, kas yra VST, šalyje nėra institucijos, atsakingos už vertinimų atlikimą, VST specifika – didžioji dalis VST yra saugios, todėl joms vertinti teikiama per mažai reikšmės. VSPS ir SMT grupių nuomone, VST vertinimo užsakovai turėtų būti valstybinės institucijos, atsakingos už politikos formavimą. Kaip teigė SPA, turėtų būti sudaryta galimybė visuomenei siūlyti vertintinas VST. Visų grupių nuomone, VST vertinimą turėtų finansuoti užsakovas. Anot VSPS grupės, vertinimo rezultato pobūdis turi priklausyti nuo vertinimo išvados (jei neigiama – privalomas), technologijos (jei nauja, neįdiegta – rekomendacinis) ir finansavimo šaltinio (jei vertinimas finansuojamas valstybės lėšomis – privalomas). SPA ir SMT grupių nuomone, sprendimą dėl vertinimo rezultatų pobūdžio turėtų priimti užsakovas.

**Apibendrinimas.** Inicijuojant VST vertinimą Lietuvoje būtina susitarti, kokios sveikatos technologijos patenka į VST sampratą. Diskusijos apie asmens ir visuomenės sveikatos technologijų skirtumus atskleidė, kad visos tyrime dalyvavusios grupės VST vertinimo objektą supranta plačiau, nei teisės aktuose apibrėžiamas visuomenės sveikatos priežiūros turinys. Tyrimo rezultatai parodė, kad sveikatos administratoriai, visuomenės sveikatos priežiūros specialistai ir sveikatos mokslininkai panašiai įsivaizduoja VST vertinimo organizavimą Lietuvoje – esminių nuomonių skirtumų dėl VST vertinimo užsakovų, vertinimo finansavimo, dalyvių vertinimo procese tarp grupių nenustatyta. Didesnė grupių nuomonių įvairovė pastebėta diskutuojant apie vertinimo rezultatų pobūdį, todėl priimant sprendimus dėl VST vertinimo organizavimo Lietuvoje reikėtų skirti didesnę dėmesį gerosios užsienio šalių patirties minėta tema sklandai.

**Reikšminiai žodžiai:** visuomenės sveikatos technologijos, visuomenės sveikatos technologijų vertinimas, tikslinės grupės.

## ĮVADAS

Sveikatos priežiūrai skiriamų išteklių ribotumas ir vykstant mokslo pažangai atsirandančių sveikatos inovacijų sklaida verčia ieškoti būdų, kaip užtikrinti, kad sveikatos politikos formavimo centre būtų saugios, veiksmingos ir efektyvios sveikatos technologijos.

Dėl šios priežasties sveikatos technologijų vertinimas (toliau – STV) tampa neatsiejama sveikatos politikos dalimi daugelyje Europos šalių [1]. STV tikslas – suteikti naudingos, moksliniais įrodymais pagrįstos informacijos, kuri praverstų sveikatos priežiūros politikams, priimančioms strateginius sprendimus, taip pat ir gyventojams, norintiems daugiau žinoti apie saugias ir aukštos kokybės sveikatos priežiūros technologijas [2]. Lietuvoje apie tarptautinę STV praktiką pradėta diskutuoti 1990–1992 m. [3] ir jau 1994 m. priimtas Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, kurio 54 straipsnyje įteisinta prievolė vertinti asmens ir visuomenės sveikatos technologijas [4]. Tačiau

**Adresas susirašinėti:** Raimonda Janonienė  
Higienos instituto  
Visuomenės sveikatos technologijų centras  
Didžioji g. 22, 01128 Vilnius  
El. p. raimonda.janoniene@hi.lt

norint praktiškai taikyti šią įstatyminę nuostatą kyla nemažai iššūkių – trūksta išsamesnio reglamentavimo, kas ir kaip turėtų atlikti vertinimus, nėra institucijos, kuri koordinuotų šią veiklą [5]. Dėl šios priežasties Lietuvoje kol kas yra tik sveikatos priežiūros technologijų vertinimo užuomazgos. Siekiant užtikrinti aukštą sveikatos paslaugų kokybę, novatorišką požiūrį į sveikatos priežiūrą bei efektyvų sveikatos priežiūros išteklių naudojimą, reikia sistemaiškai vertinti sveikatos priežiūros technologijas [2].

Europos sveikatos technologijų vertinimo tinklo (angl. *European Network for Health Technology assessment*, EUneHTA) duomenimis, Europos šalyse didžiausias dėmesys skiriamas vaistams, medicinos prietaisams, diagnostikos ir gydymo procedūroms vertinti. Tačiau šios tendencijos keičiasi – vis dažniau sveikatos technologijas vertinančios institucijos imasi sudėtingesnių technologijų: sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, ankstyvosios diagnostikos programų ir reabilitacijos vertinimo [6–9]. Lietuvoje vykdyti sveikatos priežiūros technologijų vertinimą ir organizavimą pavesta Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai, kurios viena iš veiklos krypčių – naujų ir brangių sveikatos priežiūros technologijų, susijusių su medicinos prietaisais, analizė [10]. Siekdamas užtikrinti, kad Lietuvoje būtų atliekamas ir visuomenės sveikatos priežiūros technologijų vertinimas, Higienos institutas parengė ir šiuo metu vykdo ES lėšomis finansuojamą projektą „Visuomenės sveikatos priežiūros kokybės gerinimas, diegiant visuomenės sveikatos technologijų vertinimo sistemą ir nepageidaujamų įvykių registravimo sistemą“, kurio vienas iš strateginių tikslų – sukurti ir įdiegti visuomenės sveikatos technologijų vertinimo sistemą Lietuvoje [11].

Pagrindinė sąlyga, padedanti užtikrinti sėkmingą STV sistemos funkcionavimą, – jos priimtumas suinteresuotoms šalims, kurios apibrėžiamos kaip „*individai, grupės arba organizacijos, turinčios interesą ir potencialią galimybę daryti įtaką organizacijos, projekto arba politikos krypčių tikslams arba veiksams*“ [12]. Suinteresuotų šalių įtraukimas į STV procesą sukuria palankias prielaidas bendradarbiauti, padeda formuoti platesnį pasitikėjimą STV procesu ir rezultatais bei pritraukti žmogiškuosius išteklius, kurie ypač svarbūs siekiant sukurti aukštos kokybės standartus atitinkančią STV sistemą [13, 14].

Vykdamas projektą atliktas kokybinis tyrimas, kurio tikslas – atskleisti suinteresuotų šalių: sveikatos administratorių, visuomenės sveikatos specialistų ir mokslininkų – požiūrį į visuomenės sveikatos technologijų vertinimą Lietuvoje.

## TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Tyrimui atlikti pasirinktas sutelktų tikslinių grupių (angl. *focus group*) metodas [15]. Sutelktų tikslinių grupių tyrimo dalyviai parinkti taikant netikimybinę patogiąją imtį. Imties vienetai konkrečiai grupei buvo atrinkti pagal grupei nustatytus kriterijus. Tyrime buvo apklaustos trys sutelktos tikslinės grupės. Pirmąją grupę sudarė 6 tyrimo dalyviai, užimančios pareigas ir dirbantys Pasaulio sveikatos organizacijos biure Lietuvoje, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijoje, Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centre ir Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamente (toliau – sveikatos politikai ir administratoriai, SPA). Antrąją grupę sudarė 6 asmenys – įvairių sričių visuomenės sveikatos priežiūros specialistai, dažnai išsakantys ekspertinę nuomonę visuomenės sveikatos klausimais ir dirbantys Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centre, Vilniaus miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biure, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijoje, Nacionaliniame maisto ir veterinarijos rizikos vertinimo institute (toliau – visuomenės sveikatos priežiūros specialistai, VSPS). Trečiąją grupę sudarė 5 asmenys, turintys mokslų daktaro laipsnį, sukaupę mokslinio tiriamojo darbo patirties ir dirbantys Higienos institute, Lietuvos sveikatos mokslų universitete ir Vilniaus universitete (toliau – sveikatos mokslininkai ir tyrėjai, SMT).

**Duomenų rinkimas.** Tyrimui atlikti 2013 m. rugsėjo 17 d. Vilniuje organizuotas 1 dienos trukmės seminaras-diskusija. Renginio dalyviai supažindinti su Higienos instituto vykdomu ES finansuojamu projektu ir paaiškinta, koks yra diskusijų tikslas. Dalyviai buvo informuoti, kad diskusijos bus įrašomos į diktofoną, tačiau diskusijų garso įrašai, transkribuoti tekstiniai dokumentai nebus platinami ir viešai prieinami, išskyrus tyrimą vykdančius asmenis. Nenorintiems tyrime dalyvauti asmenims buvo suteikta galimybė pasitraukti, tačiau tokių nebuvo. Diskusijoms grupėse vadavo moderatoriai. Siekiant sumažinti galimą jų įtaką diskusijos eigai ir tyrimo rezultatams, moderatoriams buvo duoti iš anksto parengti diskusijų klausimai, informuojant, kokia tvarka juos pateikti tyrimo grupėms. Visoms trimis grupėms buvo užduodami tie patys klausimai. Moderatorių buvo prašyta neinterpretuoti dalyvių pasisakymų diskusijos grupėje metu.

Tyrimo dalyvių požiūrį į VST vertinimą Lietuvoje buvo siekiama atskleisti diskutuojant apie: a) asmens ir visuomenės sveikatos technologijų sampratą (kokius asmens ir visuomenės sveikatos technologijų skirtumus mato tyrimo dalyviai, kokias sveikatos technologijas būtų galima priskirti visuomenės

sveikatos technologijoms); b) įstatyminės nuostatos, draudžiančios naudoti neįvertintas ir neapčiuotas asmens ir visuomenės sveikatos technologijas, vykdymą; c) VST vertinimo Lietuvoje organizavimą: kas turėtų būti VST vertinimo užsakovai, kokių institucijų ir organizacijų atstovai turėtų dalyvauti vertinimo procese, kas turėtų finansuoti VST vertinimą ir koks turėtų būti vertinimo rezultatų pobūdis (informacinis, rekomendacinis, privalomas).

**Duomenų tvarkymas ir analizė.** Diskusijų grupėse garso įrašai buvo transkribuoti į tekstinę MS Word dokumentą, naudojant pažodinės transkripcijos metodą. Vėliau buvo atlikta dokumento turinio analizė. Siekiant struktūrinti ir paprastinti turinio suvokimą, analizė atlikta etapais: a) daugkartinis dokumento skaitymas ir akcentų paieška; b) akcentų ir

pasisakymų citatų išskyrimas; c) išskirtų segmentų ir citatų perkėlimas į atskirą dokumentą; d) panašaus turinio segmentų ir citatų grupavimas, e) bendrybių (kategorijų ir subkategorijų) įvardijimas, ieškant geriausio diskusijos apibendrinimo konkrečiu klausimu; f) pasisakymų, frazių ir vartotų terminų palyginimas su specialioje literatūroje vartojamais ieškant atitikties, kuri parodytų, jog diskusijos dalyviai supranta VST vertinimo objektą, tikslus ir uždavinius, g) nuomonių, išsakytų trijose grupėse, palyginimas.

## REZULTATAI

### Tyrimo dalyvių nuomonė apie asmens ir visuomenės sveikatos technologijų skirtumus

Remdamiesi savo žiniomis ir patirtimi tyrimo dalyviai apibūdino, kaip jie supranta asmens ir visuomenės

**1 lentelė.** Asmens ir visuomenės sveikatos technologijų skirtumai

Kategorija	Subkategorija	Diskusijos citata <sup>1</sup>	Grupė
AST ir VST skiriasi pagal taikymo tikslą	Technologijos, skirtos ligų prevencijai, priskirtinos VST	„Pavyzdžiui, prevencijos sritis, imkim psichoaktyvių medžiagų vartojimą, <...> tai jina <...> būtų prie visuomenės sveikatos priežiūros technologijų.“	SPA
		„Visuomenės sveikatos technologijas mes suprantame kaip ligų prevencijos priemones.“	SMT
		„<...> skiepai yra prevencinė priemonė ir priskiriama visuomenės sveikatos priežiūros [technologijoms].“	SMT
		„<...> sveikatos stiprinimą priskirčiau visuomenės sveikatos technologijoms.“	SPA
	Technologijos, skirtos sveikatai stiprinti, saugoti ir ugdyti, priskirtinos VST	„Bet kurios sveikatos stiprinimo programos, prevencinės programos, kurios yra skirtos sveikatos išsaugojimui.“	SMT
		„<...> technologijos, reikalingos saugai, sveikatos ugdymui ir stiprinimui. Galbūt dar profilaktinės priemonės.“	VSPS
	Technologijos, skirtos stebėsenai, priskirtinos VST	„<...> jei kalbėtume apie vaistus, <...> [apie jų] efektyvumą asmens sveikatos [priežiūroje], galime kalbėti vadovaujantis klinikiniais tyrimais, o visuomenės sveikatos [priežiūroje] <...> [technologija] būtų stebėseną po to, kai vaistas pateko į rinką ir yra vartojamas, sąveikauja su kitais vaistais <...>.“	SPA
		„[Technologijos skirtos] sveikatos stiprinimui ir stebėsenai.“	VSPS
	Technologijos, skirtos antrinei prevencijai, priskirtinos AST	„<...> asmens sveikatos [technologijos], vis tiek jau labiau su <...> antrine prevencija [susijusios].“	SPA
	Technologijos, skirtos gydymui, priskirtinos AST	„Asmens sveikatos technologijos, pagal <...> bendrą supratimą, tai yra gydymo technologijos.“	SPA
	„Vaistas yra gydymui skirta technologija, todėl, mano manymu, tai yra asmens sveikatos technologija.“	SMT	
AST ir VST skiriasi pagal sveikatos priežiūros taikymo lygmenį ir tikslą	Technologijos, taikomos pirmiame lygyje, skirtos profilaktikai ir prevencijai, priskirtinos VST	„Visuomenės sveikatos technologijos [susijusios] su <...> pirminiu lygiu, <...> su prevencija visa. Su prevencija, su profilaktika, su veiksmų įtaka [sveikatai].“	SPA
AST ir VST skiriasi pagal taikymo tikslinę grupę	Technologijos, nukreiptos į vieną asmenį, yra AST, skirtos visai populiacijai – priskirtinos VST	„<...> jei [technologija] taikoma vienam asmeniui – tai asmens sveikatos technologija.“	VSPS
AST ir VST skiriasi pagal taikymo mastą	Technologijos, apimančios organizacines sveikatos paslaugų teikimo priemones, priskirtinos VST	„<...> esminis skiriamasis [VST ir AST] bruožas yra organizaciniai dalykai, vadybiniai dalykai ir visi kiti. Medicinos pagalbos priėmimas yra visuomenės sveikatos objektas <...>.“	VSPS
		„Skiepijimas, t. y. pats procesas, vienareikšmiškai priskiriamas prie asmens sveikatos technologijų, o jau programos organizavimas – prie visuomenės sveikatos technologijų.“	VSPS
Dalis technologijų gali būti priskirtos AST ir VST	Technologijos, skirtos ankstyvajai diagnostikai, priskirtinos ir VST, ir AST	„<...> ankstyva diagnostika, kuri rišasi labai su prevencija ir ankstyvuoju gydymu <...>, jautri sritis, kuri šiai dienai gali būti priskirta ir ten [visuomenės sveikatos technologijoms], ir ten [asmens sveikatos technologijoms].“	SPA

<sup>1</sup> Citatų kalba netaisyta.

sveikatos technologijas ir kokius išvelgia šių technologijų skirtumus. Vardydami požymius, kurie, jų nuomone, padėtų kiek aiškiau apibrėžti, kokios sveikatos technologijos galėtų būti priskirtos VST, akcentavo jų taikymo tikslą, mastą, tikslinę grupę, sveikatos priežiūros lygmenį, kur technologija taikoma, ir kt. Tyrimo dalyviai atkreipė dėmesį, kad VST išprausti į griežtus rėmus nėra paprasta, „*pakeist žmogaus gyvenimą, elgseną yra menas, o ne vien technologijos*“ (VSPS grupė). Visos trys grupės vieningai sutarė, kad technologijos, skirtos sveikatai stiprinti, saugoti ir ugdyti, yra priskirtinos VST. VSPS nuomone, technologijos, apimančios sveikatos paslaugų teikimo organizacines priemones, taip pat turėtų būti priskiriamos VST. SPA grupės dalyviai išskyrė ankstyvąją diagnostiką kaip sritį, kurioje taikomas intervencijas galima priskirti tiek VST, tiek asmens sveikatos technologijoms (toliau – AST) (1 lentelė).

Visų trijų grupių tyrimo dalyviai pastebėjo, kad nėra paprasta pasakyti, kokios sveikatos technologijos priskirtinos asmens sveikatos, o kokios – VST, kadangi „*visuomenės sveikatos klausimai apima ir asmenis, ir visuomenę*“ (SPA grupė), be to, „*pasaulinėje literatūroje visa sveikatos sistema vadinama visuomenės sveikata*“ (SMT grupė). Tyrimo dalyviai abejojo, ar iš viso tikslinga sveikatos technologijas skirstyti į asmens ir visuomenės sveikatos. „*Jie [švedai] nestato klausimo, ar gydymo metodika – tai visuomenės sveikatos technologija ar asmens. <...> jie tiesiog pasiima problematiką, kurią vertina. Todėl ir mano būtų klausimas – ko [skirstymu] norima pasiekti*“ (SPA grupė).

**Tyrimo dalyvių nuomonė apie tai, ar įstatyminė nuostata, draudžianti naudoti neįvertintas ar neapčiuotus asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros technologijas, yra įgyvendinta.** VSPS grupės dalyvių nuomone, tik dalis Lietuvoje taikomų VST yra įvertintos. Pagrindinė priežastis: „*Neįmanoma patvirtinti [įvertinti] visas VST <...>, mes galime pasitvirtinti atskiras technologijas, be ne visas*.“ Jų nuomone, „*turėtų būti apibrėžti kriterijai, kurias sritis reikėtų vertinti, ar tai būtų intervencijos, ar tam tikri sprendimai, ar kompetencijos*“. Pritardami išsakyta nuomonei, kiti VSPS grupės dalyviai pasiūlė, kad tik valstybės pripažintos technologijos turėtų būti vertinamos: „*Tai, ką daro valstybė, žmogus turėtų žinoti, kad tai saugu ir geriau, o visa kita, kas nepraėjo pro valstybės filtrą, valstybė neatsako*.“

SPA grupės nuomone, šiandien taikomos ir valstybės finansuojamos VST yra įvertintos („*teorinė bazė yra paruošta, finansuojama tai, kas yra įvertinta ar mūsų, ar pasaulinės praktikos*“). Tačiau šalyje naudojamos ir valstybės nefinansuojamos technologijos, pvz., D. Kepenio sveikatos mokykla: „*Kiek ją žmonių praėjė – tūkstančiai. Ar ta technologija įvertinta? Ne. Bet valstybė jam nemoka*.“

SMT grupės dalyvių nuomone, Lietuvoje taikomos neįvertintos VST „*...jos daugiau „intuition based“ metodu [remiantis intuicija] įgyvendinamos, negu kad „evidence based“ metodu [remiantis įrodymais] <...>*“. Kiti šios grupės dalyviai atkreipė dėmesį į tai, kad egzistuoja „*mažos išimties: ankstyvos [susirgimų] diagnostikos programos, ligonių kasų užsakymu, buvo vertintos kaip visuomenės sveikatos technologijos <...>*“.

**2 lentelė.** Neįvertintų ar neapčiuotų visuomenės sveikatos technologijų taikymo Lietuvoje priežastys

Kategorija	Subkategorija	Diskusijos citata	Grupė
Trūksta supratimo, kas yra VST	Nėra VST sąvokos apibrėžimo	„Mes neturime <...> apibrėžimo, kas tai yra VST <...>. <...> mes darom bet kokias veiklas, remdamiesi savo intuicija ir žiniomis, bet aš nežinau, ar jos tuo požiūriu būtų laikomos [visuomenės sveikatos] technologijomis.“	SMT
Nėra VST vertinimo ir aprobavimo sistemos	Nėra institucijos, kuri galėtų atlikti VST vertinimą	„Mes neturim instituto <...>, kuris vertintų...“	SPA
	Nesukurta VST aprobavimo procedūra	„Švietimo ir mokslo ministerija aprobuoja ir tvirtina [mokyamų] programas, bet mūsų srityje tokios [institucijos], kuri tvirtina, nėra. [Sveikatos apsaugos ministerija] tokio patvirtinto mechanizmo <...> neturi.“	VSPS
Nėra poreikio vertinti	Pasitikima užsienio šalyse atliktų technologijų vertinimo rezultatais	„Mes paimam jau įvertintas technologijas, pavyzdžiui, kitur jau, užsienyje.“	SPA
		„Mūsų šalyje yra tik 3 mln. gyventojų ir mes visada remsimės kitų šalių patirtimi, todėl visų smulkių vertinimų tikrai nedarysime.“	SMT
	„<...> kalbant apie VST, jos turi būti išbandytos Lietuvoje arba kitose šalyse, ir kad būtų įrodytas jų poveikis, efektyvumas. Pavyzdžiui, OLWEUS patyčių prevencijos programa, visi galvoja, kad ji labai gera, nes kai kuriose šalyse jau davė efektą. Tai tokią programą, manau, būtų galima saugiai leisti į mūsų mokyklas.“	VSPS	
VST vertinimui teikiama per mažai reikšmės		„Su visuomenės sveikata yra viskas paprasta <...>, mes neturime visuomenės sveikatoje nesaugių dalykų.“	SMT

Diskusijų grupėse metu išvardytos priežastys, kodėl Lietuvoje naudojamos neįvertintos ar neaprobintos visuomenės sveikatos technologijos (2 lentelė).

### Tyrimo dalyvių nuomonė apie visuomenės sveikatos technologijų vertinimo organizavimą Lietuvoje

**Visuomenės sveikatos technologijų vertinimo užsakovai.** Reikšdami nuomonę, kas turėtų būti VST vertinimo užsakovai, VSPS grupės dalyviai akcentavo, kad „<...> pagrindiniai vertinimo užsakovai turėtų būti politikos formuotojai“. Šios grupės dalyviai įvardijo ir konkrečias institucijas: Sveikatos apsaugos ministeriją ir jai pavaldžias įstaigas, Aplinkos ministeriją, Susisiekimo ministeriją ir kt. SMT grupė buvo dar konkretesnė: „Kaip rodo tarptautinė patirtis, <...> „muziką“ užsakinėja [sveikatos apsaugos] ministerija, nes tai yra [sveikatos] politiką formuojanti institucija.“ SPA grupės dalyvių nuomone, galimybė teikti užsakymus vertinti VST turėtų būti suteikta ir savivaldybėms (3 lentelė).

SPA grupės dalyvių nuomone, užsakymus vertinti VST galėtų teikti visuomenė, tačiau šios grupės tyrimo dalyviai vieningai sutarė, kad tokia galimybė neturėtų būti suteikta privačioms įstaigoms: „Privačios

[įstaigos] tai tikrai ne.“ VSM grupės dalyvių pozicija privačių užsakymų atžvilgiu buvo nuosaikesnė, tačiau jie taip pat prioritetą teikė valstybinių įstaigų užsakymams: „<...> [vertinimą atliekanti institucija] turėtų iš esmės koncentruotis į valstybinį užsakymą ir daug nesiblaškyti su smulkiais privačiais užsakymais <...>“.

**Visuomenės sveikatos technologijų vertinimo dalyviai.** Tyrimo dalyviai, diskutuodami apie tai, kas turėtų dalyvauti vertinant VST, išvardijo visą spektrą dalyvių, kurie apima pagrindines suinteresuotų šalių grupes (4 lentelė).

Diskusijose grupės pabrėžė, kad vertinimo procese turėtų dalyvauti specialistai ir ekspertai, gerai išmanantys sritį, kuriai priklauso vertinama technologija. SPA grupės tyrimo dalyviai atkreipė dėmesį, kad labai svarbu užtikrinti, jog vertinimo procesas nebūtų politizuotas: „Dėl politikų [dalyvavimo vertinime], tai tikrai suabejočiau. Vis tik technologijų vertinimas turėtų būti nepolitizuotas.“

**Visuomenės sveikatos technologijų vertinimo finansavimas.** Diskutuojant apie tai, kas turėtų finansuoti VST vertinimą, didžioji dalis tyrimo dalyvių manė, kad tai turėtų būti daroma valstybės lėšomis, nors neatmetė ir kitų finansavimo variantų (5 lentelė).

### 3 lentelė. Visuomenės sveikatos technologijų vertinimo užsakovai

Kategorija	Subkategorija	Diskusijos citata	Grupė
Nacionalinio lygmens politiką formuojančios institucijos	Vyriausybė ir jos įgaliota institucija	„Ne vien SAM, o Aplinkos ministerija, Susisiekimo [ministerija]? Tiksliau, tai gali būti Vyriausybė ir jos įgaliota institucija.“	VSPS
	SAM arba jos įgaliota institucija	„SAM suteikti įgaliojimai pavaldžioms įstaigoms...“	VSPS
		„<...> „muziką“ užsakinėja [Sveikatos apsaugos] ministerija, nes tai yra [šios srities] politiką formuojanti institucija <...>“.	SMT
Paslaugų teikėjai ir gavėjai	Savivaldybės, visuomenė / bendruomenės	„Tai turėtų būti institucija, kuriai bus pavesta ši misija: Higienos institutas, Visuomenės sveikatos centras ar kt.“	VSPS
		„Savivaldybės [taip pat] <...> galėtų.“	SPA
Visi	Bet kuri institucija, kuri finansuoja vertinimą	„Visuomenė, teisingai... bendruomenės.“	SPA
		„Tas, kas moka pinigus, kas asignavimus skiria, tas turėtų ir būti [vertinimo užsakovas].“	SPA

### 4 lentelė. Visuomenės sveikatos technologijų vertinimo proceso dalyviai

Kategorija	Subkategorija	Diskusijos citata	Grupė
Suinteresuotos šalys	Vertinimo užsakovai	„Procese dalyvauja, aišku, užsakovas, <...> mokslininkai, vertintojai.“	SPA
	Mokslininkai, ekonomistai	„Mokslo akademija.“ „Economistai, kurie vertintų ekonomines pasekmes, bioetikos atstovai...“	SPA
	Tos srities, kuriai priklauso vertinama technologija, specialistai	„Priklausomai nuo to, kokia technologija vertinama, tos srities profesionalai, specialistai.“	VSPS
	Visuomenė (kaip paslaugos gavėjas)	„<...> specialistai tos technologijos <...>, jei vertinam technologiją [pavyzdžiui] dantų plombą, tai [turėtų dalyvauti] odontologai...“	SPA
	Verslo atstovai	„<...> gali būti ir visuomenės <...>atsiklausta, ką jiniai galvoja. Jeigu, pavyzdžiui, švietimo technologija, tai gal pasižiūrėti, ar jiniai priimtina, ar poveikis yra kažkoks...“	SPA
		„Jei tai maisto srities technologija, tai turėtų dalyvauti mitybos, sveikatos specialistai, ekonomistai, verslo atstovai.“	VSPS

**5 lentelė.** Kas turėtų finansuoti visuomenės sveikatos technologijų vertinimą

Kategorija	Subkategorija	Diskusijos citata	Grupė
Užsakovas	Valstybinės institucijos	„<...> asignavimų valdytojas, kuris skiria užduotis [atlikti vertinimą] <...>.“	SPA
		„<...> jei šnekam apie VST, tai ne tik SAM <...>, bet ir kitos ministerijos gali būti užsakovais ir finansuotojais <...>.“	
	Privatios institucijos	„Jeigu eina kalba apie valstybinį užsakymą, tai turėtų būti finansuojama valstybės lėšomis <...>.“	SMT
		„<...> vyriausybė ir jos įstaigos <...>.“	VSPS
Savivaldybės	„<...> jei ateina interesas iš privatinės institucijos, tai jie ir turėtų mokėti.“	SMT	
		„<...> savivaldybė, jeigu, pavyzdžiui, [nori atlikti] gyvenamosios tyrimą <...> ir pasižiūrėti, ar toji technologija, kuri [taikoma] yra efektyvi.“	SPA
Europos Sąjungos institucijos	Europos Komisija	„Pavyzdžiui, Europos Komisijos visuomenės sveikatos programa <...>, bet ten reikia laimėti projektą <...>, kad būtų kažkokios technologijos vertinamos.“	SPA

**6 lentelė.** Koks turėtų būti vertinimo rezultato pobūdis

Kategorija	Subkategorija	Diskusijos citata	Diskusijos grupė
Priklauso nuo vertinimo išvadų	Jei vertinimo rezultatas teigiamas, rekomendacinio pobūdžio	„Neigiamo įvertinimo [rezultato] statusas turėtų būti privalomojo, o teigiamo – rekomendacinio pobūdžio.“	VSPS
	Jeif vertinimo rezultatas neigiamas, privalomojo pobūdžio	„Jeif vertinama jau <...> vykdoma technologija, ir išvados yra neigiamos, tuomet [vertinimo rezultatas] turi būti privalomojo pobūdžio, nes kitaip bus švaistomos lėšos.“	VSPS
		„<...> gaunam informaciją, kad <...> technologija yra bloga, sakysim, neveikia. Tada išbraukiam iš sąrašo arba sakom – taisykit.“	SPA
Priklauso nuo vertinamos technologijos	Jeif vertinama nauja technologija (neįdiegta), rekomendacinio pobūdžio	„Jeif technologija <...> įvertinta prieš jos [taikymą], tuomet [vertinimo rezultato] statusas turėtų būti rekomendacinio pobūdžio.“	VSPS
Priklauso nuo vertinimo finansavimo šaltinio	Jeif vertinimas finansuojamas valstybės lėšomis, privalomojo pobūdžio	„Jeif vertinimas vyksta valstybinių lygiu, valstybės lėšomis, tai [vertinimo rezultato] statusas turėtų būti privalomojo pobūdžio.“	VSPS
Neturėtų būti iš anksto nustatytas	Sprendimą turi priimti užsakovas	„<...> vertinimai paprastai būna rekomendacinio pobūdžio, nes ne visada būna vienareikšmiškas atsakymas, <...> sprendimų priėmėjas dažniausiai nusprendžia. Valstybės institucija, vertindama <...> ekonominį [poveikį], riziką, naudą, socialinį poveikį, sprendžia, ar ta technologija gali būti finansuojama ir realizuojama.“	SPA
		„<...> vertinamo rezultato statusas – tai tiesiog ataskaita su padarytomis argumentuotomis išvadomis <...>. Tai yra atiduodama užsakomajai institucijai, ar tai būtų ministerija, ar vyriausybė, kuri toliau užtikrina vertinamo objekto tolesnę eigą ir baigtį.“	MT

Kai kurie SMT grupės dalyviai įžvelgė privataus sektoriaus dalyvavimo finansuojant pavojus, susijusius su galimu spaudimu dėl įvertintų VST diegimo: „Jeif [vertinimo] sistema funkcionuos taip, kad <...> bele kas gali sumokėti pinigų, mes juos gavę [atliekam vertinimą] ir [rezultatus] pateikiame ministerijai, o ji sako, kad mes tokių didelių pinigų [technologijai įgyvendinti] neturime, tai sistema neveiks.“ SPA grupės dalyviai mano, kad „<...> turėtų būti <...> technologijų vertinimo programa padaryta, kuri skirta keleriems metams, būtų nustatytos ir užduotys, ir planas vertinimų, uždaviniai“. Ją turėtų rengti Sveikatos apsaugos ministerija, lėšų programai įgyvendinti skirtų Finansų ministerija.

**Visuomenės sveikatos technologijų vertinimo rezultatų pobūdis.** Visose grupėse vyravo nuomonės,

kad vertinimo rezultatų pobūdis (*privalomas, rekomendacinis ar informacinis*) turėtų priklausyti nuo vertinimo išvadų, vertinamos technologijos ir technologijos vertinimo finansavimo šaltinio. SMT ir SPA grupių nuomone, vertinimo rezultatų pobūdžio nereikia iš anksto apibrėžti, o apsisprendimo laisvė, ar į rezultatus atsižvelgti, turėtų būti palikta vertinimo užsakovams (6 lentelė).

**REZULTATŲ APTARIMAS**

Inicijuojant visuomenės sveikatos technologijų vertinimą Lietuvoje svarbu sutarti dėl vertinimo objekto, t. y. kokios sveikatos technologijos priskirtinos VST. Tyrimo metu buvo siekiama išsiaiškinti, kaip skirtingoms visuomenės sveikatos veiklos sritims atstovaujantys tyrimo dalyviai supranta asmens ir visuomenės sveikatos

technologijas. Tyrimo dalyviai, remdamiesi savo praktinėmis žiniomis ir patirtimi, vardijo įvairius požymius, kurie, jų manymu, galėtų padėti išskirti VST iš bendros sveikatinimo veiklai priskirtinų technologijų grupės. Visų trijų grupių tyrimo dalyviai vieningai sutarė, kad nėra paprasta atsakyti, kokios sveikatos technologijos priskirtinos asmens sveikatos priežiūrai, o kokios – visuomenės sveikatos priežiūrai, ir abejojo, ar iš viso tikslinga sveikatinimo veiklą skirstyti į asmens ir visuomenės sveikatos priežiūrą. Tarptautinio sveikatos technologijų vertinimo organizacijų bendradarbiavimo tinklo (angl. *International Network of Agencies for Health Technology Assessment*, INAHTA) dalyviai sveikatos technologiją apibrėžė kaip bet kokią intervenciją, kuri gali būti panaudota sveikatai stiprinti, ligoms išvengti, diagnozuoti, gydyti, sveikatai atgauti ar ilgą laiką ją rūpintis. Tai apima sveikatos priežiūrai naudojamus vaistinius preparatus, prietaisus, procedūras ir organizacines sistemas [16]. Pasaulio sveikatos organizacija sveikatos technologijas apibrėžia kaip žinių ir įgūdžių apie įrangą, vaistus, vakcinas, procedūras ir sistemas taikymą, sprendžiant sveikatos problemą ir gerinant gyvenimo kokybę [17]. Taigi tyrimo dalyvių išsakyta nuomonė visiškai atitinka pasaulyje paplitusią sveikatos technologijų sampratą, kuri apima visą sveikatinimo veiklą, o ne vieną atskirą fragmentą.

Tyrimo dalyviai, vardydami požymius, kurie galėtų padėti atskirti VST nuo AST, akcentavo technologijų taikymo tikslą, sveikatos priežiūros lygmenį, kuriame technologija yra taikoma, technologijos taikymo tikslinę grupę, mastą ir taikymo reglamentavimą. Visų trijų tyrime dalyvavusių grupių nuomonės sutapo, kad technologijos, skirtos sveikatai stiprinti, saugoti ir ugdyti, yra priskirtinos visuomenės sveikatos technologijoms. Mokslininkų ir sveikatos politikų / administratorių nuomone, technologijos, skirtos ligų prevencijai, pavyzdžiui, skiepai, taip pat yra priskirtinos visuomenės sveikatos technologijų vertinimo objektui, nors Sveikatos sistemos įstatymas prevencinę mediciną, įskaitant užkrečiamųjų ligų imunoprofilaktiką, priskiria asmens sveikatos priežiūrai [18]. Visuomenės sveikatos specialistų grupės nuomone, tikslinė technologijų taikymo grupė ir taikymo mastas galėtų būti tie požymiai, kurie padėtų priskirti technologijas visuomenės sveikatos ar asmens sveikatos priežiūros sritims. Šioje grupėje diskutavę tyrimo dalyviai buvo įsitikinę, kad technologijos, nukreiptos į visą populiaciją arba tam tikrą populiacijos grupę, taip pat technologijos, susijusios su sveikatos priežiūros organizavimo ir valdymo aspektais, yra priskirtinos VST vertinimo objektui.

Tyrimo dalyvių išsakytos mintys apie technologijas, priskirtinas visuomenės sveikatai, iš esmės atitinka tarptautinę praktiką. Pavyzdžiui, Jungtinės Karalystės Nacionalinis sveikatos ir klinikinės kokybės institutas (angl. *National Institute for Health and Clinical Excellence*, NICE) VST apibrėžia kaip tam tikrą veiklą / priemones ar jų kompleksą, taikomą siekiant pagerinti ar išsaugoti sveiką gyvenimo būdą bei sumažinti ligų rizikos veiksnių poveikį [19]. Įprastai visuomenės sveikatos intervencijomis laikomos priemonės, kurios yra taikomos ne asmeniui, o bendrajai populiacijai ir dažniausiai apima pirminės ir antrinės, rečiau tretinės profilaktikos priemones ar programas [20, 21]. Pirminės profilaktikos intervencijomis laikomos priemonės, kuriomis siekiama stiprinti sveikatą ir išvengti ligų, šalinant ligų priežastis ir rizikos veiksnius [22]. Antrinės profilaktikos intervencijoms dažniausiai priskiriamos ankstyvosios diagnostikos priemonės [22]. Pavyzdžiui, šalyse plačiai taikomos gimdos kaklelio [23], krūties vėžio [24] ir kitos ankstyvosios diagnostikos programos ar jų priemonės. Tretinės profilaktikos intervencijoms priskiriamos priemonės, kurias taikant siekiama išvengti ligų ar jų poveikio jau esant tam tikriems simptomams [22]. Pavyzdžiui, mitybos gerinimo programos ar priemonės asmenims, sergantiems diabetu, siekiant išvengti ligų komplikacijų.

Tyrimo dalyviai buvo vieningi teigdami, kad Lietuvoje yra naudojamos neįvertintos (neapbruotos) VST, o įvertintų VST naudojimas sudaro „mažas išimtis“. Jų nuomone, neapbruotų ar neįvertintų VST naudojimo priežastys susijusios su menku supratimu apie tai, kas yra VST, be to, Lietuvoje nėra institucijos, kuri atliktų reikalingus vertinimus. Tyrimo dalyviai mano, kad tam turi įtakos ir VST specifika – didžioji dalis VST yra saugios, todėl jų vertinimui teikiama per mažai reikšmės. Literatūros duomenimis, visuomenės sveikatos intervencijos sudaro mažą atliekamų vertinimų dalį [25]. Pavyzdžiui, Švedijos sveikatos technologijų vertinimo agentūros vykdyto ECHTA/ECAHI projekto metu buvo nustatyta, kad 2001 m. sveikatos technologijų vertinimo įrašų duomenų bazėse visuomenės sveikatos technologijų vertinimai sudarė vos 11 proc. [20]. Ir nors per pastarąjį laikotarpį dėmesys visuomenės sveikatai išaugo, nedaug sveikatos technologijas vertinančių agentūrų imasi vertinti visuomenės sveikatos technologijas. Pagrindinės priežastys, kodėl VST vertinimo apimtys yra nedidelės, labiau sietinos ne su požiūriu į šias technologijas, kaip mano tyrimo dalyviai, o su metodologinėmis vertinimo problemomis [26, 27].

Diskutuodami apie Lietuvoje kuriamą VST vertinimo sistemą, tyrimo dalyviai sutartinai tvirtino, kad pagrindinis VST vertinimo užsakovas ir finansuotojas turėtų būti valstybė, konkrečiai – Sveikatos apsaugos ministerija ar kitos politiką formuojančios institucijos. Tyrimo dalyvių nuomone, verslo įmonėms, paslaugų teikėjams ir visuomenei turėtų būti sudarytos sąlygos teikti pasiūlymus dėl vertintinų VST. Tyrimo dalyvių išsakyta nuomonė dėl VST vertinimo užsakovų iš dalies atitinka tarptautinę praktiką. EUnetHTA atlikto tyrimo duomenimis, dauguma pasaulyje veikiančių STV agentūrų yra pelno nesiekiančios įmonės, kurių steigėjai – vyriausybė, jos įgaliotos institucijos arba universitetai [25]. Didesnė praktikos įvairovė užsienio šalyse stebima dėl galimybės teikti vertintinų technologijų pasiūlymus. Pavyzdžiui, Belgijoje, Jungtinėje Karalystėje, Švedijoje pasiūlymų teikimo procesas yra viešas, pasiūlymus gali teikti ir fiziniai asmenys. Danijoje, Vokietijoje ir Suomijoje vertintinų sveikatos technologijų procesas yra uždaras – pasiūlymus teikia ir sprendimus priima sveikatos politikai [28].

Visų tyrime dalyvavusių grupių nuomonės buvo panašios, kad vertinant VST turi dalyvauti atitinkamos srities specialistai, mokslininkai. Tačiau buvo minimi ir vertinimo užsakovai, paslaugų vartotojai / gavėjai bei kiti suinteresuoti asmenys. Vertinimo dalyvių galimi vaidmenys ir įtaka vertinimo rezultatams nebuvo giliau analizuojami, tačiau užsiminta apie būtinybę sudaryti sąlygas atliekant vertinimus papildomai kviestis ekspertus ir atskirų sričių specialistus.

Tyrimo dalyvių nuomonės išsiskyrė diskutuojant apie vertinimo rezultatų pobūdį. Dalyviai grupėse siūlė vertinimo rezultatus sieti su vertinimo išvadomis (jei išvada neigiama, rezultatas privalomojo pobūdžio), vertinama technologija (jei vertinama nauja technologija, rezultatas rekomendacinio pobūdžio) arba vertinimo finansavimo šaltiniu (jei vertinimas finansuojamas valstybės lėšomis, rezultatas privalomojo pobūdžio). Mokslininkų grupėje vyravo nuomonė,

kad sprendimą dėl vertinimo rezultatų turėtų priimti pats užsakovas. Kokie konkretūs veiksmai ar sprendimai turėtų būti priimti ir kokių lygmeniu įteisinti, grupės diskutavo skirtingai, tačiau dauguma tyrimo dalyvių sutiko, kad vertinimo rezultatų pagrindu turėtų būti rengiamos rekomendacijos. Užsienio šalyse paplitusi praktika, kad STV institucijos vertinimų rezultatus pateikia užsakovui ir svarstymuose dėl jų įgyvendinimo nebedalyvauja. Tokiu principu veikia Belgijos, Danijos, Vokietijos ir Švedijos STV agentūros [25, 28]. Išimtis yra Jungtinė Karalystė, kurioje NICE, vadovaudamasi vertinimų rezultatais, rengia rekomendacijas, privalomas nacionalinės sveikatos sistemos institucijoms [28, 29].

### APIBENDRINIMAS

Inicijuojant VST vertinimą Lietuvoje būtina susitarti, kokios sveikatos technologijos patenka į VST sampratą. Diskusija apie asmens ir visuomenės sveikatos technologijų skirtumus atskleidė, kad visos tyrime dalyvavusios grupės VST vertinimo objektą supranta plačiau, nei teisės aktuose apibrėžiamas visuomenės sveikatos priežiūros turinys. Tyrimo dalyvių nuomone, neįvertintų VST naudojimo Lietuvoje priežastys sietinos tiek su VST specifika, tiek su institucinių pajėgumų atlikti vertinimą stoka. Tyrimo rezultatai parodė, kad sveikatos administratoriai, visuomenės sveikatos priežiūros specialistai ir sveikatos mokslininkai panašiai įsivaizduoja VST vertinimo organizavimą Lietuvoje – esminių nuomonių skirtumų dėl VST vertinimo užsakovų, vertinimo finansavimo, dalyvių vertinimo procese tarp grupių nenustatyta. Didesnė grupių nuomonių įvairovė pastebėta diskutuojant apie vertinimo rezultatų pobūdį, todėl priimant sprendimus dėl VST vertinimo organizavimo Lietuvoje reikėtų skirti didesnę dėmesį gerosios užsienio šalių patirties minėta tema sklaidai.

*Straipsnis gautas 2014-02-10, priimtas 2014-03-17*

**Literatūra**

- World Health Organisation. WHO Regional Office for Europe. Institutionalization of health technology assessment: report on a WHO meeting, 2001. Prieiga per internetą: <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0016/120247/E72364.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/120247/E72364.pdf)>.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. balandžio 26 d. įsakymas Nr. V-330 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. vasario 29 d. įsakymo Nr. V-160 „Dėl sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programos patvirtinimo“ pakeitimo“.
- Černiauskas G. Sveikatos technologijų vertinimas (STV) Lietuvoje: dabartis ir ateitis. Mykolo Romerio universitetas, Vilnius, 2012.
- Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552. Žin. 1994;63-1231; 1998;112-3099.
- Jankauskienė D. Sveikatos technologijų vertinimas. Sveikatos politikos kurso paskaitos. Mykolo Romerio universitetas, Vilnius.
- Petronytė G, Jurkuvėnas V. Sveikatos technologijos ir jų vertinimas. Visuomenės sveikata. 2010;4(51):9-16.
- John C. O'Donnell, Sissi V. Pham et al. Health Technology Assessment: Lessons Learned from Around the World – An Overview. Value in Health. 2009;12(2). Prieiga per internetą: <<http://www.ispor.org/htaspecialissue/Odonnell.pdf>>.
- Abinaya Rajan, I.G.-I.a.M.M. Addressing issues in health technology assessment promotion: Motives, enablers, and barriers. International Journal of Technology Assessment in Health Care. 2011;27:55-63.
- Sorenson C, Drummond M, Kanavos P. Ensuring value for money in health care: The role of health technology assessment in the European Union. 2008;1-179.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. kovo 19 d. įsakymas Nr. V-281 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2013–2015 metų strateginio veiklos plano patvirtinimo“. 14 p.
- <http://www.hi.lt/content/technologijos.html>.
- Brugha R, Varvasovszky Z. Stakeholder analysis: A review. Health Policy Plan. 2000;15:239-246.
- Crosby B. Stakeholder analysis: A vital tool for strategic managers. Washington DC: USAID, 1991.
- Walt G. Can interest groups influence government policy? Health Policy: An introduction to process and power. London: Zed Publications, 1994.
- <http://www.odi.org.uk/publications/5695-focus-group-discussion>.
- Tarptautinis sveikatos technologijų vertinimo tinklas (angl. *International Network of Agencies for Health Technology*). Prieiga per internetą: <<http://www.inahta.org/HTA/>>.
- WHO. Health technologies. WHO resolution. 23 May 2007. WHA60.29.
- Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas 1994-07-19 Nr. I-552, 17 str. 1 d. Žin., 1994;63-1231.
- Oficiali užklausa, atsakymo Nr. EH38062: Public health terminology. Prieiga per internetą: <[www.nice.org.uk/aboutnice/howwe-work/developing-nice-public-health-guidance/developing-nice-public-health-guidance.jsp](http://www.nice.org.uk/aboutnice/howwe-work/developing-nice-public-health-guidance/developing-nice-public-health-guidance.jsp)>.
- The ECHTA/ECAHI project. Stockholm: SBU, 2001.
- The Cochrane collaboration. Prieiga per internetą: <[http://ph.cochrane.org/sites/ph.cochrane.org/files/uploads/HPPH\\_systematic\\_review\\_handbook.pdf](http://ph.cochrane.org/sites/ph.cochrane.org/files/uploads/HPPH_systematic_review_handbook.pdf)>.
- The association of faculties of medicine of Canada. Prieiga per internetą: <<http://phprimer.afmc.ca/Part1-theoryThinkingAboutHealth/Chapter4BasicConceptsInPreventionSurveillanceAndHealthPromotion/TheStagesofPrevention>>.
- Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-482 „Dėl gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių finansavimo programos patvirtinimo“. Žin. 2004;104-3856.
- Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymas Nr. V-729 „Dėl atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo“. Žin. 2005;117-4249.
- Moharra M, Kubesch N, Estrada MD, Parada A, Cortes M, Espallargues M on behalf of Work Package 8, European Network for Health Technology Assessment and Research (EUnetHTA project). Survey report on HTA organisations. Catalan Agency for Health Technology Assessment, 2008.
- Banta D, Luce B. Health care technology and its assessment, an international perspective. Oxford: Oxford University Press, 1993.
- Russell L. Is prevention better than cure? Washinton, DC: The Brookings Institution, 1986.
- Oregon Health & Science University. „Health technology assessment“. Center for Evidence-based Policy Medicaid Evidence-based Decisions Project (MED). Rapid Review. 2011;1-151.
- <http://www.nice.org.uk/aboutnice/>.

# Public health technology assessment in Lithuania from the point of view of the health administrators, public health specialists and researchers

Raimonda Janonienė, Vaida Aguonytė, Vytautas Jurkuvėnas  
*Institute of Hygiene*

## Summary

**Objective.** To disclose point of view of health administrators, public health specialists and researchers on public health technology (PHT) assessment in Lithuania.

**Methods.** Qualitative study using focus group method was performed. Convenience sampling method was applied selecting participants (N=17) to attend the focus group discussions. Three different focus groups were composed of individuals, representing: i) health politicians and administrators (HPA); ii) public health specialists (PHS); and iii) health scientists and researchers (HSR).

**Results.** All three groups had similar opinion that technology for disease prevention and health strengthening and promotion is attributable to PHT. Respondents in PHS group noted that organization and delivery of health services should be assigned to PHT. Respondents in HPA group discussed, that some interventions aimed at early diagnosis should also be assigned to PHT. In PHS and HSR groups participants noted that evaluated and approved technologies represent a small part of all PHT currently used in Lithuania. HPA group respondents pointed out that only PHT financed from sources other than the state budget are not evaluated and approved. Across all groups, respondents discussed a number of reasons why in Lithuania PHT is used without formal assessment: lack of understanding of what is PHT; absence of the institution, responsible for PHT assessment; specifics of PHT – most PHT do not pose a threat to health, therefore little importance is given in their assessment. Respondents in PHS and HSR groups highlighted public institutions, responsible for health policy shaping as the most important customers of PHT assessment. Respondents in HPA group suggested empowering the general public to offer PHT to be assessed. All three groups had similar opinion that financing of PHT assessment should be under the responsibility of PHT assessment customer. Respondents in PHS group had an opinion that a status of PHT assessment results should depend on the final conclusion of the assessment (if negative – result is mandatory), on

technology (if a technology is new – result is advisable) on financing source (if an assessment is financed from public sources – result is mandatory). However, respondents in HPA and HSR groups have been standing at the position to leave final decision on the status of the assessment results under the responsibility of PHT assessment customer.

**Conclusions.** Before initiating PHT assessment in Lithuania, it is necessary to agree on what health technologies fall under the category of public health technology. Discussions on the differences between individual and public health technologies revealed, that all groups similarly understand PHT appraisal object, which exceeds public health definition established by national legislation. The results of this study indicate that health administrators, public health specialists and researchers similarly imagine PHT assessment organization in Lithuania – substantial differences of opinion on the PHT assessment customers, assessment financing sources and participants in the assessment process were not identified among the groups. The greater diversity of opinions among the groups noted during the debate on the status of the assessment results, therefore making decisions regarding the organization of PHT assessment in Lithuania more attention should be paid on good practice in other countries on this subject diffusion.

**Keywords:** public health technology, public health technology assessment, focus groups.

**Correspondence to** Raimonda Janonienė  
Institute of Hygiene,  
Center of Public Health Technology  
Didžioji 22, LT-01128 Vilnius, Lithuania  
E-mail: raimonda.janoniene@hi.lt

*Received 10 February 2014,  
accepted 17 March 2014*

# DARBINGO AMŽIAUS VILNIEČIŲ RŪKymo ĮPROČIAI IR POŽIŪRIS Į JUOS

Daina Juršytė<sup>1</sup>, Dovilė Jakubavičiūtė<sup>1</sup>, Romualdas Gurevičius<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Vilniaus miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuras, <sup>2</sup>Higienos institutas

## Santrauka

**Tyrimo tikslas** – Vilniaus miesto savivaldybės gyventojų grupėje giliai išanalizuoti įvairiapusių suaugusių vilniečių įpročio rūkyti aspektus ir požiūrį į tai.

**Medžiaga ir metodai.** Iš viso apklausoje dalyvavo 1 065 nuolatiniai nuo 20 iki 64 metų amžiaus Vilniaus miesto savivaldybės gyventojai. Imties dydis apskaičiuotas remiantis 5 proc. paklaida. Taikytas tiesioginio interviu (angl. *Face-to-face*) metodas, respondentus apklausė ir klausimyną pildė 12 specialiai apmokytų apklausėjų.

**Rezultatai ir išvados.** Nustatyta, jog cigaretės rūko 26,1 proc., cigarus – 0,7 proc., o pypkę – 0,3 proc. respondentų. Cigaretės rūko 35,9 proc. vyrų ir 17,8 proc. moterų. Daugiau rūko jaunesnio amžiaus asmenų. 93,1 proc. cigaretės rūkančių asmenų jas rūko kasdien, 5,4 proc. – mažiausiai kartą per savaitę, bet ne kasdien, ir 1,5 proc. – rečiau nei kartą per savaitę. Vidutiniškai per dieną surūkoma 13 cigarečių. Bent penkis cigarečių pakelius per visą savo gyvenimą yra surūkę 43,1 proc. respondentų. Iš bent 5 cigarečių pakelių per visą savo gyvenimą surūkiusių respondentų 81,3 proc. asmenų yra rūkę kasdien (beveik kiekvieną dieną mažiausiai metus). Rūkę / rūkantys kasdien (beveik kiekvieną dieną mažiausiai metus) respondentai vidutiniškai rūko / rūkė 13 metų. Savo namo ar buto balkone rūko 83,8 proc. respondentų, daugiau kaip pusė rūko automobiliuose (kai važiuoja tik suaugusieji), prie įėjimų į pastatus bei oficialiuose paplūdimiuose. Beveik dešimtadalys rūko automobilyje, kai jame važiuoja nepilnamečių vaikų, beveik ketvirtadalys rūko daugiabučių laiptinėse. Daugiau nei pusė (52,4 proc.) šiuo metu rūkančių respondentų yra bandę mesti rūkyti. Beveik pusė iš jų yra bandę mesti rūkyti tik 1–2 kartus, o daugiau nei dešimt kartų bandžiusiųjų – beveik penktadalys. Beveik du penktadaliai (38,5 proc.) respondentų teigia norintys mesti rūkyti. Beveik tiek pat yra dvejojančių, o nenorinčių mesti rūkyti yra šiek tiek mažiau nei ketvirtadalys (24,1 proc.). Beveik du trečdaliai respondentų teigia nerimaujantys ar labai nerimaujantys dėl rūkymo įtakos jų sveikatai. Labiau dėl rūkymo įtakos nerimauja moterys bei aukštąjį išsimokslinimą turintys asmenys. Daugiau nei pusė rūkančių asmenų per paskutiniuosius 12 mėn. šeimos nariai patarė mesti rūkyti, 16 proc. apklausos dalyvių mesti rūkyti patarė šeimos gydytojas, 7,7 proc. – odontologas ir 7 proc. – kiti sveikatos priežiūros specialistai. Pasyviojo rūkymo problema dažniausiai iškyla prie įėjimų į pastatus ir viešojo transporto stotelių paviljonuose. Rečiausiai su pasyviuoju rūkymu susiduriama automobilyje, kai kartu važiuoja nepilnamečių asmenų, ir savo bute / name. Dauguma respondentų pritarė draudimui rūkyti automobilyje, važiuojant su nepilnamečiu asmeniu, stotelių paviljonuose bei oficialiuose paplūdimiuose.

Lyginant šio tyrimo duomenis su ankstesniais Lietuvoje vykdytais tyrimais, rūkančių asmenų skaičius panašus, o lyginant pagal lytį – padaugėjo rūkančių moterų.

**Reikšminiai žodžiai:** rūkymas, pasyvusis rūkymas, paplitimas, dažnis, požiūris į rūkymą.

## ĮVADAS

2004 m. pabaigoje pirmą kartą Lietuvoje atliktas reprezentatyvus šalies gyventojų žalingų įpročių paplitimo tyrimas. Tyrimo rezultatai parodė, kad tabaką yra rūkę net 65,5 proc. Lietuvos gyventojų, daugiau nei trečdalis (34,5 proc.) – kasdien rūko. Kasdien rūko 41 proc. visų Klaipėdos apskrities vyrų ir 13 proc. moterų. Lietuvos gyventojų

rūkymo paplitimas didėja, ypač Klaipėdos apskrityje. Anoniminės anketinės apklausos būdu apklausta 390 UAB „Mars Lietuva“, kuri įsikūrusi Klaipėdos rajone, darbuotojų. Nustatyta, kad 57,2 proc. darbuotojų (67,8 proc. vyrų ir 42,3 proc. moterų) rūkė, 0,5 proc. respondentų metė rūkyti, 7,2 proc. apklausos dalyvių rūkė tik už įmonės ribų dėl mokesčio priedo už nerūkymą įmonės teritorijoje, o 35,1 proc. (26,9 proc. vyrų ir 46,6 proc. moterų) nerūkė. Didžiausias rūkymo paplitimas nustatytas tarp 18–24 m. vyrų (75,8 proc.) ir 18–24 m. moterų (46,8 proc.). 24–35 m. amžiaus grupės darbuotojai, rūkantys daugiau negu 5 metus, dažniau serga kvėpavimo organų ligomis [1].

**Adresas susirašinėti:** Romualdas Gurevičius  
Higienos instituto Sveikatos informacijos centras  
Didžioji g. 22, 03101 Vilnius  
El. p. guro@hi.lt

Plačiau žinoma, jog rūkymas – viena svarbiausių sergamumo ir priešlaikinio mirtingumo priežasčių išsivysčiusiose šalyse [2, 3]. Tai svarbiausias širdies ir kraujagyslių ligų, piktybinių navikų ir kvėpavimo sistemos ligų rizikos veiksnys [4–8]. Neigiami rūkymo padariniai veikia ir rūkančiojo aplinkoje esančius žmones, vadinamuosius pasyviai rūkančius asmenis, kurie patiria tokio paties pobūdžio kenksmingą poveikį. Žalos rizika priklauso nuo dūmų koncentracijos ore ir buvimo dūmuose laiko. Viena iš rūkymo pasekmių yra padidėjusi staigios kūdikių mirties rizika, dažniau pasitaikantis vidurinėsios ausies uždegimas, kūdikių ir vaikų kvėpavimo takų ligos [9, 10].

Šiuo metu pasaulyje rūko apie 1,3 mlrd. žmonių, o 5 mln. žmonių nuo to kasmet miršta [11]. Prognozuojama, kad 2030 m. nuo rūkymo mirs vienas iš šešių suaugusiųjų [12]. Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, nekontroliuojamas rūkymo plitimas pasaulyje gali lemti tai, jog iki 2030 m. mirtingumas nuo tabako sukeltų ligų išaugs iki 10 mln. per metus, o bendras tabako aukų skaičius per artimiausius 50 m. gali pasiekti pusę milijardo [11, 12]. Vienas iš dviejų nuo jaunystės rūkusiųjų ir nemetususių rūkyti asmenų miršta nuo tabako sukeltų ligų [13, 14].

Vertinant naujausius apibendrinimus<sup>1</sup> Vilniaus m. gyventojų bendras mirtingumas, mirtingumas nuo vėžio ir nuo išorinių mirties priežasčių yra mažesnis už šalies vidurkį, o mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų patenka į šalies 13-kos savivaldybių, kuriose mirtingumas mažiausias, grupę. Dėl to svarbu ištirti ir šio vieno žalingiausių žmogaus įpročių aspektus tarp vilniečių. Šio tyrimo tikslas – panaudojant sociologinės apklausos metodologiją reprezentatyvioje Vilniaus m. savivaldybės gyventojų grupėje giliai išanalizuoti įvairiapusių suaugusių vilniečių įpročio rūkyti aspektus ir požiūrį į tai.

## MEDŽIAGA IR METODIKA

Iš viso apklausoje dalyvavo 1 065 nuolatiniai nuo 20 iki 64 metų amžiaus Vilniaus miesto savivaldybės gyventojai. Vilniaus miesto gyventojų apklausos rezultatų bendrųjų atsakymų pasiskirstymų paklaida neviršija 3 proc. Skaičiuojant imtį remtasi T. Yamane [15] ir V. A. Jadov [16] imties skaičiavimo formulėmis. Reprezentatyvios imties skaičius nustatomas pagal generalinės aibės visumą. V. A. Jadov (1987)

pateikia statistinę lentelę, padedančią apskaičiuoti reprezentatyvios imties dydį (su 5 proc. paklaida).

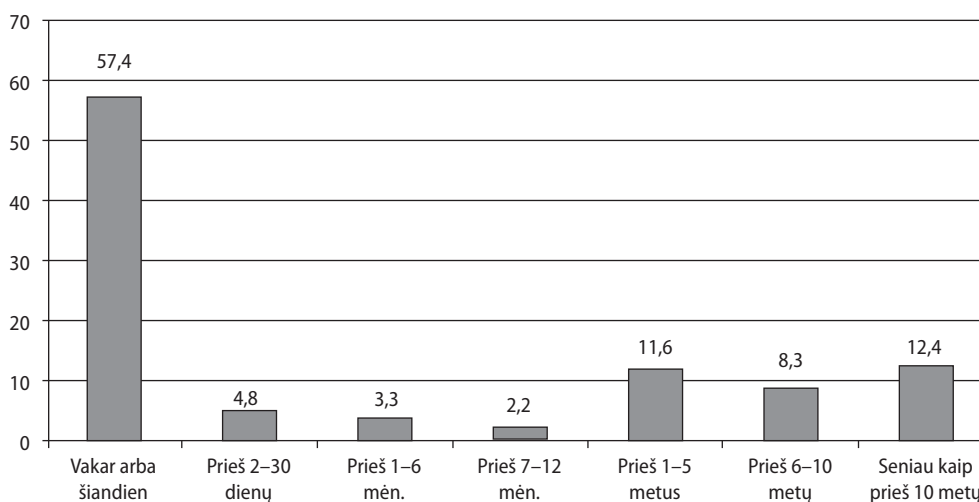
Iš viso buvo apklankyti 1 796 namų ūkiai, apklausti 1 065 respondentai. Atsako dažnis – 59,3 proc. Dėl įvairių priežasčių apklausa neįvyko 731 namų ūkyje (40,7 proc.), iš jų 401 respondentas (54,9 proc.) atsisakė dalyvauti tyrime nurodydamas: „neturiu laiko“, „tingiu“, „nesutinku pildyti jokių anketų, nes tai laiko gaišimas, ir į mūsų atsakymus vis vien neatsižvelgiama“, „man tai neįdomu“, sirgo, buvo neblaivus (-i), „per ilga anketa“, „tai mano asmeninis reikalas, ką aš galvoju“, turi greitai išeiti, mažas vaikas neleidžia pildyti ir kt. Anketą pildyti vyrų atsisakė daugiau (235; 58,6 proc.) nei moterų (166; 41,4 proc.). 113 (15,5 proc.) apklamtų namų ūkių negyveno apklausai tinkamas respondentas, 217 (29,7 proc.) respondentų nebuvo namuose, lankantis 3 kartus. Vykdam apklausą taikytas tiesioginio interviu (angl. *Face-to-face*) metodas, respondentus apklausė ir klausimą pildė specialių apmokymų kursą išklausė 12 apklausėjų. Specialiųjų mokymų metu buvo aptarti atrankos principai, pristatytas tyrimo maršrutas, supažindinta su klausimais, informacija, kurią darbuotojai gali teikti paaiškindami sąvokas, klausimus. Apklausėjams buvo parengtos apklausos vykdymo instrukcijos, jie buvo mokomi pildyti klausimą, rasti klaidas netinkamai užpildytose anketose.

Respondentas buvo supažindinamas su tyrimo tema, tikslu, gautas jo žodinis sutikimas dalyvauti tyrime. Tyrimo dalyviai taip pat buvo informuoti, kad tyrimo rezultatai bus analizuojami apibendrintai, atskiros nuomonės nebus nagrinėjamos. Respondentams pageidaujant apklausėjai klausimus pateikdavo rusų ar lenkų kalba. Apklausa atlikta 2013 m. spalio 19–lapkričio 20 d. Statistinė analizė atlikta panaudojant duomenų apdorojimo paketą *IBM SPSS Statistics 21*. Nominalių ir ordinalių požymių tarpusavio skirtumams 2x2 ir 2xk kontingencijos lentelėse nustatyti naudotas  $\chi^2$  kriterijus. Skirtumai laikyti statistiškai reikšmingais, kai  $p < 0,05$ .

## REZULTATAI

Tyrimo duomenimis, cigaretės šiuo metu rūko 26,1 proc. respondentų, 0,7 proc. – rūko cigarus ir 0,3 proc. – pypkę. Šiuo metu cigaretės rūko daugiau vyrų (35,9 proc.) nei moterų (17,8 proc.) ( $\chi^2 = 44,960$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,001$ ). Užfiksuotas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp šio įpročio paplitimo pagal amžių ( $\chi^2 = 8,013$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,05$ ). Jaunesnio amžiaus asmenys rūko dažniau nei vyresni apklausos dalyviai (20–34 m. – 30 proc., 35–49 m. – 26,2 proc., 50–64 m. – 20,7 proc.)

<sup>1</sup> Visuomenės sveikata Lietuvos savivaldybėse 2012 m. Demografija, sveikatos būklė, sveikatos priežiūros išteklių ir įstaigų veikla, HI Sveikatos informacijos centras, 2013, 85 p.



**1 pav.** Respondentų, per visą gyvenimą surūkiusių apie 5 cigarečių pakelius arba apie 50 cigarų, pasiskirstymas pagal tai, kada jie rūkė paskutinį kartą, proc., n = 458

Iš cigaretės rūkančių asmenų (n = 278) 93,1 proc. respondentų jas rūko kasdien, 5,4 proc. – mažiausiai kartą per savaitę, bet ne kasdien, ir 1,5 proc. – rečiau nei kartą per savaitę. Atsižvelgiant į cigarečių rūkymo dažnį statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta nei tarp skirtingos lyties respondentų, nei skirtingose amžiaus grupėse (p > 0,05).

Didžiausias nurodytas vidutiniškai per dieną surūkomų cigarečių kiekis – 40, vidurkis – 13,07 cigaretės per dieną vienam rūkančiam asmeniui. Dažniausiai pasitaikantis atsakymas – vidutiniškai 20 cigarečių per dieną. Mediana rodo, kad pusėigaretės rūkančių respondentų per dieną vidutiniškai surūko ne daugiau kaip 12, kita dalis – daugiau nei 12 cigarečių. Vertinant surūkomų cigarečių skaičiaus priklausomybę nuo amžiaus nustatytas silpnas teigiamas, tačiau statistiškai reikšmingas ryšys – didėjant amžiui didėja ir per dieną surūkomų cigarečių kiekis (r = 0,189, p < 0,05).

43,1 proc. apklausos dalyvių per visą savo gyvenimą yra surūkę apie penkis cigarečių pakelius. 0,4 proc. respondentų yra surūkę apie 50 cigarų, o 50 pypkių nėra surūkęs nė vienas apklausoje dalyvavęs asmuo.

Per visą gyvenimą apie 5 cigarečių pakelius yra surūkę daugiau vyrų (58,3 proc.) nei moterų (30,3 proc.) ( $\chi^2 = 84,734$ ; df = 1; p < 0,001). Tarp asmenų, per visą gyvenimą surūkiusių apie 5 cigarečių pakelius, ir amžiaus statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta (p > 0,05).

81,3 proc. respondentų yra rūkė kasdien (beveik kiekvieną dieną mažiausiai metus). Statistiškai reikšmingų skirtumų tarp kasdien mažiausiai metus

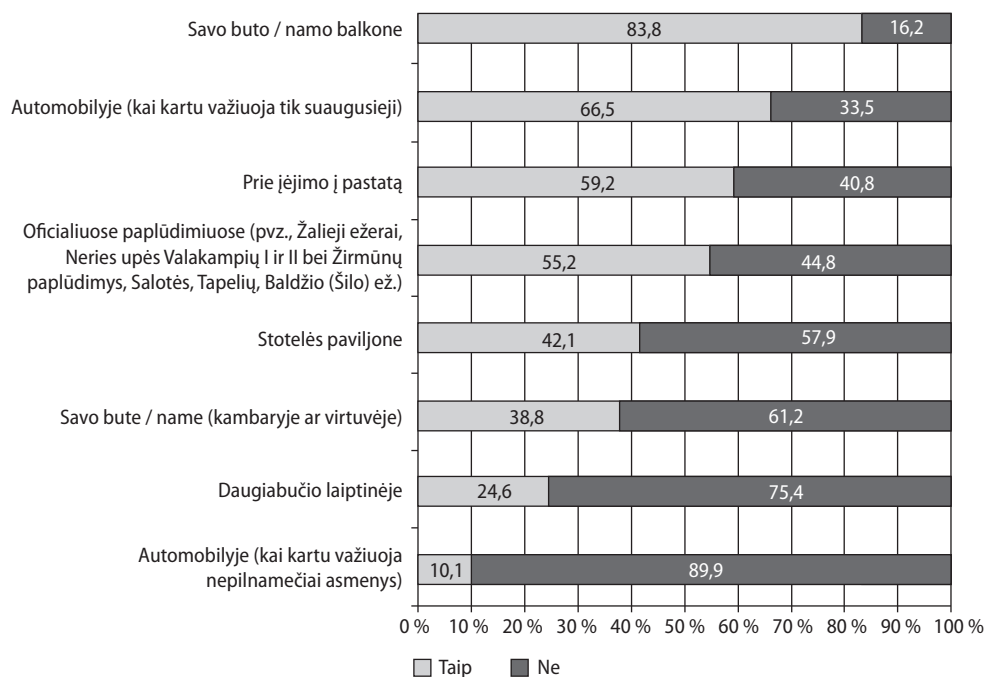
rūkančių asmenų ir lyties nenustatyta (p > 0,05). Tarp respondentų, nurodžiusių, jog yra rūkė beveik kiekvieną dieną mažiausiai metus, daugiau 35–49 m. (84,7 proc.) ir 50–64 m. (86,3 proc.) asmenų nei 20–34 m. respondentų (74,3 proc.) ( $\chi^2 = 8,931$ ; df = 2; p < 0,05).

Respondentai, rūkė / rūkantys kasdien (beveik kiekvieną dieną mažiausiai metus), vidutiniškai taip rūko / rūkė 13 metų (vidurkis 12,86; standartinis nuokrypis = 9,942; mediana = 10; moda = 10; min. = 1; maks. = 50).

Daugiau nei pusė (57,4 proc.) respondentų, kurie per visą savo gyvenimą yra surūkę apie penkis cigarečių pakelius, nurodė, kad paskutinį kartą rūkė ne seniau nei prieš vieną dieną, maždaug dešimtadalis – ne seniau kaip prieš metus, panaši dalis (11,6 proc.) – prieš 1–5 metus, daugiau kaip penktadalis (20,7 proc.) – seniau kaip prieš 5 metus (1 pav.).

Rūkančių asmenų taip pat buvo prašoma nurodyti, kuriose iš išvardytų vietų jie rūko. Tyrimo duomenys rodo, kad didžioji dauguma apklausos dalyvių rūko savo namo ar buto balkone (83,8 proc.), daugiau kaip pusė rūko automobiliuose (kai važiuoja tik suaugusieji), prie įėjimų į pastatus ir oficialiuose paplūdimiuose. Mažiausiai – maždaug dešimtadalis – rūkančių asmenų nurodė, kad rūko automobilyje, kai jame važiuoja nepilnamečių vaikų, beveik ketvirtadalis rūko daugiabučių laiptinėse (2 pav.).

Kaip rodo tyrimo rezultatai, daugiau vyrų (66,7 proc.) nei moterų (46,2proc.) rūko prie įėjimo į pastatą ( $\chi^2 = 11,322$ ; df = 1; p < 0,05). Taip pat daugiau vyrų (51,4 proc.) nei moterų (26 proc.) rūko ir stotelių paviljonuose ( $\chi^2 = 17,375$ ; df = 1; p < 0,001).



**2 pav.** Šiuo metu rūkančių respondentų atsakymų apie rūkymą tam tikrose vietose pasiskirstymas, proc., n = 280

**1 lentelė.** Atsakymų į klausimą „Ar Jūs rūkote šiose vietose?“ pasiskirstymas pagal išsimokslinimą, proc.

Vietos	Išsimokslinimas			x <sup>2</sup>	df	p reikšmė
	Vidurinis arba žemesnis	Aukštesnysis (technikumas)	Aukštasis			
Savo buto / namo balkone	84,8	76,7	84,6	1,694	2	0,429
Savo bute / name (kambaryje ar virtuvėje)	46,2	34,9	30,8	6,161	2	0,046
Daugiabučio laiptinėje	35,4	14,0	15,4	15,562	2	< 0,001
Prie įėjimo į pastatą	73,5	51,2	43,7	22,521	2	< 0,001
Stotelės paviljone	56,8	30,2	27,9	22,858	2	< 0,001
Automobilyje (kai kartu važiuoja tik suaugusieji)	66,7	69,8	64,4	0,403	2	0,817
Automobilyje (kai kartu važiuoja nepilnamečių asmenų)	15,2	7,0	4,8	7,420	2	0,024
Oficialiuose paplūdimiuose (pvz., Žaliųjų ežerų, Neris upės Valakampių I ir II bei Žirmūnų paplūdimiai, prie Salotės, Tapelių, Baldžio (Šilo) ež.)	66,4	44,2	46,2	12,216	2	0,002

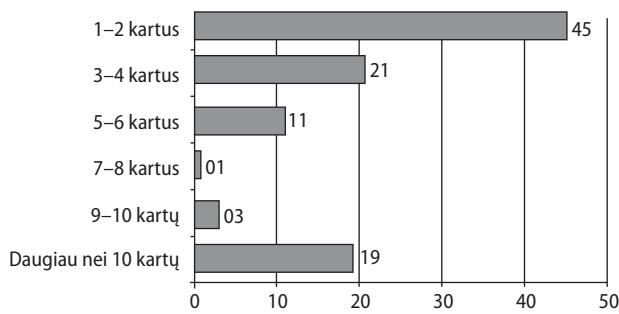
Dažniau savo bute / name (kambaryje ar virtuvėje) rūko vyresnio nei jaunesnio amžiaus asmenys (20–34 m. – 31,2 proc., 35–49 m. – 37,1 proc., 50–64 m. – 55,4 proc.) ( $\chi^2 = 10,689$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,05$ ). Prie įėjimo į pastatą dažniausiai rūko 20–34 m. asmenys (66,9 proc.). 50–64 m. apklausos dalyviai prie įėjimo į pastatą rūko dažniau (58,5 proc.) nei 35–49 m. vilniečiai (48,3 proc.) ( $\chi^2 = 7,436$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,05$ ).

Tyrimo rezultatai atskleidė, jog vidurinio ar žemesnio išsimokslinimo asmenys dažniau nei aukštąjį bei aukštesnįjį išsilavinimą įgiję respondentai teigė rūkantys daugiabučio laiptinėje, prie įėjimo į pastatą ar stotelės paviljone ( $p < 0,001$ ) (1 lentelė). Taip pat vidurinį bei žemesnį išsimokslinimą turinčių asmenų segmentui priskiriami tyrimo dalyviai dažnai nurodė rūkantys savo bute / name, automobilyje bei oficialiuose paplūdimiuose, rečiau minėtose vietose taip darė aukštesnįjį, rečiausiai – aukštąjį išsimokslinimą įgiję respondentai ( $p < 0,05$ ).

### Metimas rūkyti

Respondentų, kurie šiuo metu rūko kasdien ar mažiausiai kartą per savaitę, buvo teiraujama, ar jie kada nors yra bandę mesti rūkyti. Daugiau nei pusė (52,4 proc.) tyrimo dalyvių (n = 286) į pateiktą klausimą atsakė teigiamai.

Nagrinęjant vilniečių bandymą mesti rūkyti lyties, amžiaus, pajamų bei išsilavinimo atžvilgiu statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta ( $p > 0,05$ ).

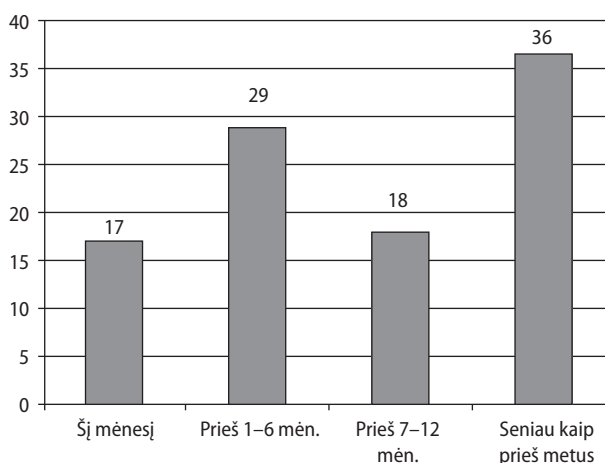


**3 pav.** Bandžiusių mesti rūkyti respondentų pasiskirstymas pagal tai, kiek kartų jie bandė mesti rūkyti, proc., n = 135

Asmenų, kurie teigė, jog yra bandę mesti rūkyti, buvo teirujamasi, kiek kartų bandė tai daryti. Tyrimo rezultatai rodo, kad 45,2 proc. respondentų mesti rūkyti bandė 1–2 kartus. Kiek daugiau nei penktadalis apklausos dalyvių teigė, kad mesti rūkyti bandė 3–4 kartus. Daugiau nei dešimt kartų bandžiusių mesti rūkyti buvo beveik penktadalis tyrimo dalyvių – 19,3 proc. (3 pav.).

Statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta analizuojant duomenis apie metimo rūkyti kartų skaičių lyties, amžiaus, pajamų bei išsilavinimo atžvilgiu ( $p > 0,05$ ).

Mesti rūkyti bandžiusių asmenų buvo teirujamasi, kada jie yra bandę mesti rūkyti ir išbuvo nerūkę bent 24 val. Kaip matyti 4 pav., 36,3 proc. tyrimo dalyvių nurodė, kad bandė mesti rūkyti ar išbuvo nerūkę bent 24 val. jie seniau kaip prieš metus. 28,9 proc. respondentų nurodė, kad bandė mesti rūkyti ar išbuvo nerūkę 24 val. prieš 1–6 mėn. Panašus apklausos dalyvių skaičius nurodė, kad mesti rūkyti ar išbūti nerūkę 24 val. yra bandę prieš mėnesį ir prieš 7–12 mėn.



**4 pav.** Mesti rūkyti bandžiusių respondentų pasiskirstymas pagal tai, kada jie bandė mesti rūkyti ir buvo nerūkę bent 24 val., proc., n = 135

Tyrimo dalyvavusių asmenų klausta, ar jie norėtų mesti rūkyti. Panašus skaičius asmenų nurodė norintys mesti rūkyti ir abejojantys, ar norėtų tai padaryti, – atitinkamai 38,5 proc. ir 37,4 proc. Kad nenorėtų mesti rūkyti, teigė beveik ketvirtadalis tyrimo dalyvių – 24,1 proc.

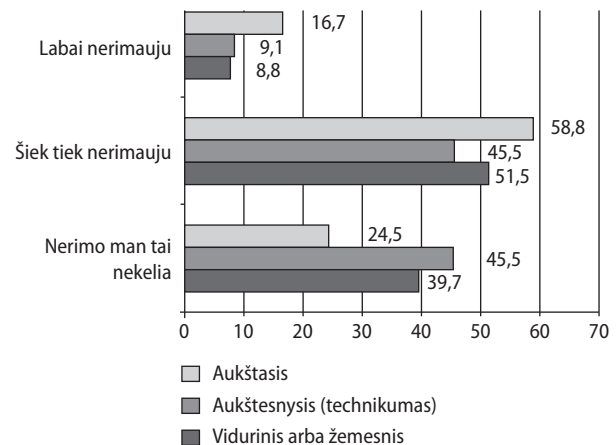
Nėra statistiškai reikšmingų skirtumų analizuojant norą mesti rūkyti lyties, amžiaus, pajamų ir išsilavinimo atžvilgiu ( $p > 0,05$ ).

Vilniečiams taip pat buvo užduotas klausimas, ar jie nerimauja dėl žalingų rūkymo padarinių jų sveikatai. Kaip atskleidė tyrimo duomenys, daugiau nei pusė respondentų ( $n = 283$ ) nurodė šiek tiek nerimaujantys dėl šio savo įpročio įtakos sveikatai – 53,2 proc. Daugiau nei trečdalis apklausos dalyvių nurodė, kad šis įprotis jiems nekelia nerimo dėl jų sveikatos, o 11,7 proc. respondentų teigė, jog labai nerimauja dėl rūkymo padarinių jų sveikatai.

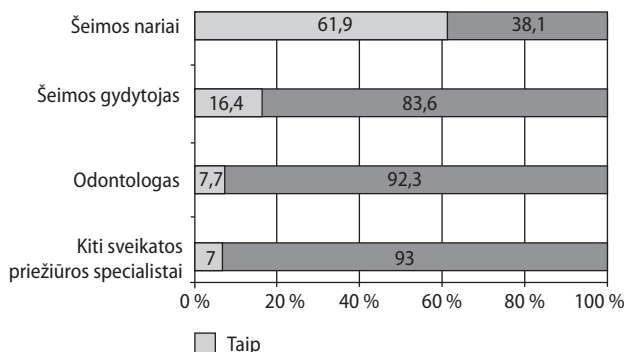
Didesnė dalis moterų labai nerimauja (17,5 proc.) ir šiek tiek nerimauja (58,3 proc.) dėl žalingų rūkymo padarinių sveikatai nei vyrai (8,4 proc. respondentų labai nerimauja ir 50,3 proc. – šiek tiek nerimauja). Priešingai, daugiau vyrų (41,3 proc.) nei moterų (24,3 proc.) tai nerimo visai nekelia ( $\chi^2 = 10,830$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,05$ ). Tyrimo duomenimis, nerimas dėl žalingų rūkymo padarinių sveikatai nesusijęs su amžiumi ( $p > 0,05$ ).

Žalingi rūkymo padariniai sveikatai nerimą kelia skirtingai respondentams, turintiems skirtingą išsilavinimą ( $\chi^2 = 9,971$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,05$ ). Labiau dėl žalingų rūkymo padarinių sveikatai nerimauja aukštąjį išsilavinimą turintys asmenys nei įgiję aukštesnįjį, vidurinį ar žemesnį išsimokslinimą (5 pav.).

Dažniausiai per praėjusius 12 mėn. vilniečiams mesti rūkyti patarė šeimos nariai (61,9 proc.),



**5 pav.** Atsakymų į klausimą „Ar Jūs nerimaujate dėl žalingų rūkymo padarinių Jūsų sveikatai?“ pasiskirstymas pagal išsimokslinimą, proc.



**6 pav.** Rūkančių respondentų pasiskirstymas pagal tai, ar per praėjusius 12 mėn. kas nors jiems patarė mesti rūkyti, proc., n = 286

16,4 proc. – šeimos gydytojas, 7,7 proc. – odontologas ir 7 proc. – kiti sveikatos priežiūros specialistai (6 pav.).

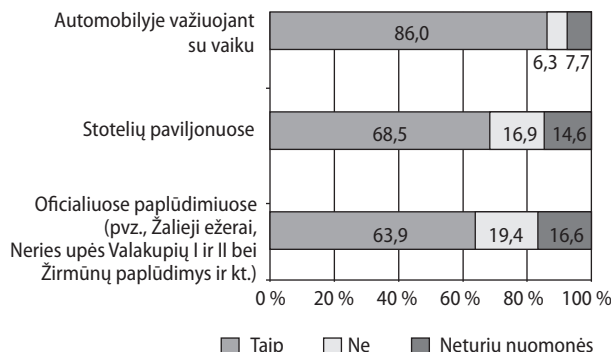
Tarp patarusių mesti rūkyti asmenų buvo minimi bendradarbiai, darbdavys, draugai, kaimynai, žmona.

**Požiūris į rūkymą**

Pasyviojo rūkymo problema dažniausiai iškyla prie įėjimų į pastatus ir viešojo transporto stotelių paviljonuose – bent kartais su pasyviuoju rūkymu šiose vietose susiduriantys nurodo atitinkamai 83,9 proc. ir 77,3 proc. respondentų. Dauguma tyrimo dalyvių

**2 lentelė.** Respondentų atsakymų apie susidūrimą su pasyviuoju rūkymu tam tikrose vietose pasiskirstymas, proc., n = 1065

Vietos, kur susiduriama su pasyviuoju rūkymu	Visada	Dažnai	Kartais	Niekada
Kai rūkalų dėmai sklinda iš kito balkono ar lauko į Jūsų gyvenamąsias patalpas	2,4	15,2	36,0	46,5
Savo buto / namo balkone (jei asmuo rūko Jūsų balkone)	3,1	11,3	24,8	60,8
Savo bute / name (kambaryje ar virtuvėje)	1,9	6,7	13,8	77,7
Daugiabučio laiptinėje / lifte	1,8	14,1	39,3	44,8
Prie įėjimo į pastatą	2,3	21,5	60,1	16,1
Stotelės paviljone (po stogeliu ir maždaug 1–2 metrų atstumu aplink)	2,3	25,1	49,8	22,7
Automobilyje (kai kartu važiuoja tik suaugusieji)	0,9	8,0	39,0	52,1
Automobilyje (kai kartu važiuoja nepilnamečių asmenų)	0,2	2,8	15,2	81,8
Oficialiuose paplūdimiuose (pvz., Žaliųjų ežerų, Neries upės Valakupių I ir II bei Žirmūnų paplūdimiai, Salotės, Tapelių, Baldžio (Šilo) ež.)	2,1	13,7	38,9	45,4



**7 pav.** Respondentų pritarimas / nepritartis draudimui rūkyti tam tikrose Vilniaus miesto vietose, proc., n = 1 065

nurodė, kad su pasyviuoju rūkymu niekada nesusiduria automobilyje, kai kartu važiuoja nepilnamečių asmenų (81,8 proc.), savo bute / name (77,7 proc.), savo balkone (60,8 proc.) bei automobilyje, kai važiuoja tik suaugusieji (52,1 proc.) (2 lentelė).

Respondentų prašyta išreikšti savo nuomonę apie draudimą rūkyti tam tikrose vietose – viešojo transporto stotelių paviljonuose, oficialiuose paplūdimiuose bei automobiliuose (kai važiuojama su nepilnamečiais). Tyrimo rezultatai rodo, kad dauguma respondentų pritarė draudimui rūkyti visose išvardytose vietose – didžioji dauguma (86 proc.) pritarė draudimui rūkyti automobilyje, kai važiuoja kartu nepilnamečių vaikų, stotelių paviljonuose – 68,5 proc., oficialiuose paplūdimiuose – 63,9 proc. (7 pav.).

Draudimui rūkyti oficialiuose paplūdimiuose labiau pritarė moterys (72,8 proc.) nei vyrai (53,4 proc.) ( $\chi^2 = 43,370$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,001$ ). Aptiktas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp pritarimo drausti rūkyti pagal lytį ( $\chi^2 = 48,042$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,001$ ). Moterys labiau pritarė draudimui rūkyti stotelių paviljonuose (77,5 proc.) nei vyrai (57,7 proc.). Vilnietės labiau linkusios pritari ir rūkymo draudimui automobilyje važiuojant su vaiku (89,6 proc.) nei Vilniaus mieste gyvenantys vyrai (81,7 proc.).

Statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta analizuojant pritarimą draudimui rūkyti aptariamose Vilniaus miesto vietose amžiaus atžvilgiu ( $p > 0,05$ ).

Aukštesnį ir aukštąjį išsimokslinimą turintys asmenys labiau pritaria draudimui rūkyti oficialiuose paplūdimiuose ( $p < 0,001$ ), stotelių paviljonuose ( $p < 0,001$ ) bei automobilyje, kai kartu važiuoja nepilnamečių vaikų ( $p < 0,05$ ), nei asmenys, įgiję vidurinį ar žemesnį išsimokslinimą (3 lentelė).

**3 lentelė.** Draudimui rūkyti tam tikrose Vilniaus miesto vietose pritariančių respondentų pasiskirstymas pagal išsimokslinimą, proc.

Vietos	Išsimokslinimas			x <sup>2</sup>	df	P reikšmė
	Vidurinis arba žemesnis	Aukštesnysis (technikumas)	Aukštasis			
Oficialiuose paplūdimiuose (pvz., Žaliųjų ežerų, Neries upės Valakupių I ir II bei Žirmūnų paplūdimiai ir kt.)	52,8	69,6	69,7	37,371	4	< 0,001
Stotelių paviljonuose	57,7	71,0	75,4	36,986	4	< 0,001
Automobilyje važiuojant su nepilnamečiu asmeniu	81,5	87,5	88,7	11,816	4	0,019

Pritarimas draudimui rūkyti automobilyje važiuojant su nepilnamečiu vaiku nesusijęs su tuo, ar asmenys turi nepilnamečių vaikų, gyvenančių su jais, ar ne ( $p > 0,05$ ).

## REZULTATŲ APTARIMAS

Lietuvoje reguliariai rūko apie pusę suaugusių vyrų ir daugiau kaip dešimtadalis suaugusių moterų. Per pastarąjį dešimtmetį jaunų moterų rūkymas Lietuvoje išaugo penkis kartus, o nepilnamečių merginų rūkymo paplitimas pralenkė suaugusių moterų rūkymo paplitimą [14, 21]. Lietuvoje sparčiai daugėjant rūkančių moterų galima tikėtis ir moterų plaučių vėžio atvejų padaugėjimo [22].

Remiantis iki 1997 m. atliktais tyrimais, Estijos, Latvijos ir Lietuvos vyrų rūkymo paplitimas atitinkamai buvo 53 proc., 56 proc. ir 53,2 proc., moterų – 24,1 proc., 10,9 proc. ir 7,6 proc. Mažiausiai rūkančių vyrų ir moterų yra 50–64 m. amžiaus grupėje, daugiausiai – 35–49 m. amžiaus grupėje [18]. Pagal 2001 m. atlikto tyrimo duomenis, bendrasis rūkymo poveikis, aktyvus ir pasyvus, buvo labiau paplitęs tarp dviejų Baltijos šalių (Estijos ir Lietuvos) nei Suomijos [23].

Mūsų tyrimo duomenimis, cigaretės rūko 26,1 proc. (cigarus – 0,7 proc., pypkę – 0,3 proc.) Vilniaus miesto darbingo amžiaus (20–64 m.) gyventojų, iš jų – 35,9 proc. vyrų, 17,8 proc. moterų. Iš cigaretės rūkančių asmenų dauguma jas rūko kasdien (93,1 proc.), 5,4 proc. – mažiausiai kartą per savaitę, bet ne kasdien, tik 1,5 proc. respondentų rūko rečiau nei kartą per savaitę. Daugiau rūkančiųjų yra tarp jaunesnio amžiaus asmenų: 20–34 m. amžiaus grupėje – 30 proc., 35–49 m. – 26,2 proc., 50–64 m. – 20,7 proc.

Remiantis iki 1997 m. atliktų tyrimų rezultatais Lietuvoje rūkė 30,4 proc. gyventojų (53,2 proc. vyrų ir 7,6 proc. moterų). Daugiausia rūkančiųjų buvo 35–49 m. amžiaus grupėje. 2008 m. atlikti tyrimai parodė, jog kasdien rūko 26,9 proc. Lietuvos gyventojų (38,8 proc. vyrų ir 14,9 proc. moterų).

Absoliučios daugumos šalių moterų rūkymo paplitimas yra gerokai mažesnis nei vyrų. Dviejose Europos valstybėse – Švedijoje ir Norvegijoje – moterų rūko tiek pat, kiek ir vyrų [17]. Rūkymo paplitimo studijų tyrimai, atlikti iki 1997 m. tarp suaugusių Lietuvos gyventojų, atskleidė, kad Lietuvos vyrų rūkymas visada buvo gana paplitęs, o moterys išsiskyrė kaip vienos mažiausiai rūkančių Europoje [18, 19]. Didėjant moterų rūkymo paplitimui, daugėja ir moterų plaučių vėžio atvejų. Šalyse, kuriose moterys tradiciškai rūko labai mažai, moterų plaučių vėžio atvejai yra pavieniai [20]. Nuo 2000 m. Australijoje, JAV, Naujojoje Zelandijoje ir Jungtinėje Karalystėje užfiksuotas reguliarius rūkančių moterų mažėjimas. Manoma, jog tokiam reguliaraus rūkymo įpročių mažėjimui įtakos turėjo seniai vykdoma valstybės tabako kontrolės programa bei taikomos įvairios prevencinės priemonės [17].

2008 m. kasdien rūkė 38,8 proc. suaugusių Lietuvos vyrų ir 14,9 proc. moterų. Per keturiolika metų moterų rūkymo paplitimas Lietuvoje padidėjo dvigubai, o vyrų 1994–2000 m. didėjo, vėliau pradėjo mažėti ir paskutiniojo tyrimo metu pasiekė 1994 m. lygį. Išaugo abiejų lyčių rūkyti metusių asmenų skaičius. Rečiausiai kasdien rūkė vyriausio amžiaus vyrai ir moterys bei aukštąjį išsilavinimą turintys vyrai [25, 26]. Nustatyta, kad vyrai, turintys nebaigtą vidurinį išsilavinimą, kasdien rūkė 3 kartus dažniau, o įgiję vidurinį ar specialųjį vidurinį išsilavinimą – 2,3 karto dažniau nei aukštąjį išsilavinimą turintys vyrai. Moterų rūkymo sąsąjį su išsilavinimo lygiu nenustatyta [19]. M. M. Schaap, A. E. Kunst, M. Leinsalu, E. Regidor ir kiti mokslininkai atliko 18 Europos šalių mėtimo rūkyti tyrimą, kuris atskleidė, kad mesti rūkyti didesnę tikimybę turi aukštesnį išsilavinimą įgiję asmenys nei turintys žemesnį išsilavinimą [24]. Kito šaltinio teigimu, išsilavinimas ir pajamos yra lemiantys vyrų rūkymo dažnio veiksniai ir daug mažiau tai įtakos turi moterims [18].

2007 m. atlikto tyrimo, kuriame buvo tirti 25–64 metų Lietuvos gyventojai, duomenimis, dažniau reguliariai rūkė jaunesnio amžiaus žmonės nei vyresni [6]. Tai patvirtina ir R. Šaulinskienės, A. Bartkevičienės, G. Žiliuko ir A. Razbadausko

atliktas rūkymo įpročių ir požiūrio į rūkymą tyrimas, kurio rezultatai rodo, jog jaunimas Lietuvoje yra labiausiai rūkanti amžiaus grupė: net trečdalis 20–24 m. žmonių reguliariai rūko [3, 25, 27]. Mažiausias rūkymo paplitimas stebimas tarp vyresnio amžiaus žmonių. Atskiruose tyrimuose nustatyta, kad vyresnio amžiaus rūkantys asmenys, nesvarbu, koks jų išsilavinimas, linkę mesti rūkyti [28]. A. Verigos ir T. Staniko teigimu, nuolat rūkė 19,4 proc. Kauno medicinos universiteto studentų vyrų ir 4,2 proc. studentų moterų. Atitinkamai 15,9 proc. ir 10,4 proc. respondentų rūkė nereguliariai, niekada nerūkė 41,6 proc. vyrų ir 64 proc. moterų. 70 proc. rūkančių ir 83 proc. nerūkančių respondentų sutiko, jog tabako rūkymas yra vienas iš labiausiai sveikatą žalojančių veiksnių, 97,1 proc. studentų teigė, jog pasyvusis rūkymas yra žalingas. Mažiau rūkančių (55 proc.) nei nerūkančių (87 proc.) respondentų pritarė draudimui rūkyti ligoninėse [29].

Per paskutiniuosius 40 metų Europos Sąjungos šalių praktika parodė, kad taikant tabako kontrolės priemones įmanoma pasiekti norimų rezultatų – rūkymo paplitimas Didžiojoje Britanijoje, Airijoje, Skandinavijos šalyse gerokai sumažėjo. Tačiau reikia pripažinti, kad išlieka ženklūs skirtumai tarp lyčių ir skirtingo amžiaus, išsilavinimo asmenų [30, 31]. Pastarąjį dešimtmetį Lietuva, perimdama ES šalių patirtį mažinant rūkymą, pradėjo vykdyti visapusišką tabako kontrolės politiką apimančias priemones, leidžiančias tiesioginiais ir netiesioginiais būdais skatinti rūkančiuosius mesti rūkyti: tai sistemingas tabako kainų didinimas, tabako reklamos ir rėmimo draudimas, rūkymo ribojimas viešosiose vietose. Šios priemonės yra išbandytos atskirose šalyse ir patvirtintos kaip ekonomiškai veiksmingos mažinant rūkymo paplitimą [32, 33].

2004 m. Lietuvoje įsigaliojo naujos redakcijos Lietuvos Respublikos tabako kontrolės įstatymas, parengtas naujas Valstybinės tabako kontrolės programos priemonių planas. Lietuva 2004 m. spalio mėn. ratifikavo Tabako kontrolės konvenciją. Joje numatytų priemonių įgyvendinimas turėtų nulemti veiksmingą tabako kontrolę tikintis, jog taip sumažės rūkymo ir su juo susijusių ligų plitimas [35, 36]. Rūkymo paplitimo netolygumų tarp atskirų amžiaus ir socialinių ekonominių grupių vertinimas leidžia identifikuoti tas visuomenės grupes, kurioms turi būti skiriamas ypatingas dėmesys formuojant tabako kontrolės politiką ir priemones, siekiant suvaldyti tabako pandemijos pasekmes žmonių sveikatai [37].

Deja, 2007 m. atlikta tabako kontrolės priemonių taikymo ES šalyse analizė parodė, kad Lietuva įgyvendina ne visas veiksmingas tabako kontrolės priemones ir tarp trisdešimties šalių užima dvidešimt pirmąją vietą. Vis dar neskiriama dėmesio socialinei reklamai, tabako gaminiai išlieka palyginti pigūs, nėra griežtos kontrabandos kontrolės, nepakankama pagalba metantiesiems rūkyti [32].

Lyginant šio tyrimo duomenis su ankstesnių Lietuvoje vykdytų tyrimų rezultatais, matyti, kad rūkančių asmenų skaičius išliko panašus, o lyginant pagal lytį – pasikeitė, nes padaugėjo rūkančių moterų.

## IŠVADOS

1. Cigaretės rūko 26,1 proc., cigarus – 0,7 proc., o pypkę – 0,3 proc. respondentų. Cigaretės rūko 35,9 proc. vyrų ir 17,8 proc. moterų. Daugiau rūkančių yra jaunesnio amžiaus asmenų. 93,1 proc. cigaretės rūkančių asmenų jas rūko kasdien, 5,4 proc. – mažiausiai kartą per savaitę, bet ne kasdien, ir 1,5 proc. – rečiau nei kartą per savaitę. Vidutiniškai per dieną surūkoma 13 cigarečių.
2. Bent penkis cigarečių pakelius per visą savo gyvenimą yra surūkė 43,1 proc. respondentų, iš jų 81,3 proc. asmenų yra rūkė kasdien (beveik kiekvieną dieną mažiausiai metus). Respondentai, rūkė / rūkantys kasdien (beveik kiekvieną dieną mažiausiai metus), vidutiniškai šitaip rūko / rūkė 13 metų.
3. Savo namo ar buto balkone rūko 83,8 proc. respondentų, daugiau kaip pusė rūko automobiliuose (kai važiuoja tik suaugusieji), prie įėjimų į pastatus bei oficialiuose paplūdimiuose. Beveik dešimtadalis apklausos dalyvių rūko automobilyje, kai jame važiuoja nepilnamečių vaikų, ir beveik ketvirtadalis rūko daugiabučių laiptinėse.
4. Daugiau nei pusė (52,4 proc.) šiuo metu rūkančių respondentų yra bandę mesti rūkyti. Beveik pusė iš jų yra bandę mesti rūkyti tik 1–2 kartus, o daugiau nei dešimt kartų bandžusių – beveik penktadalis. Beveik du penktadaliai (38,5 proc.) respondentų teigia norintys mesti rūkyti. Beveik tiek pat yra dvejojančių, o nenorinčių mesti rūkyti yra šiek tiek mažiau nei ketvirtadalis (24,1 proc.).
5. Beveik du trečdaliai respondentų teigia nerimaujantys ar labai nerimaujantys dėl rūkymo įtakos jų sveikatai. Labiau dėl rūkymo įtakos nerimauja moterys bei aukštąjį išsimokslinimą turintys asmenys. Daugiau nei pusei rūkančių

asmenų per paskutiniuosius 12 mėn. mesti rūkyti patarė šeimos nariai, 16 proc. – šeimos gydytojas, 7,7 proc. – odontologas ir 7 proc. – kiti sveikatos priežiūros specialistai.

6. Pasyvaus rūkymo problema dažniausiai iškyla prie įėjimų į pastatus ir viešojo transporto stotelių paviljonuose. Rečiausiai su pasyviu rūkymu susiduriama automobilyje, kai kartu važiuoja nepilnamečių asmenų, bei savo bute / name. Dauguma

respondentų pritarę draudimui rūkyti automobilyje, kai kartu važiuoja nepilnamečių, stotelių paviljonuose bei oficialiuose paplūdimiuose.

Padėka: autoriai dėkoja UAB „Factus dominus“ specialistams už vertingas diskusijas kuriant tyrimo instrumentą bei apklausos organizavimą ir atlikimą.

*Straipsnis gautas 2014-02-11, priimtas 2014-03-18*

## Literatūra

1. Šalyga J, Norkienė S, Sludnienė I. Rūkymo paplitimas Lietuvoje ir tarp UAB „Mars Lietuva“ darbuotojų. Statistinių duomenų palyginamoji analizė. Sveikatos mokslai. 2008;2:1585-1589.
2. Frieden TR, Bloomberg MR. How to prevent 100 million deaths from tobacco. *The Lancet*. 2007;369:1758-1761.
3. Šaulinskienė R, Bartkevičienė A, Žiliukas G, Razbadauskas A. Studentų rūkymo įpročiai ir požiūris į rūkymą. *Visuomenės sveikata*. 2012;1:93-100.
4. Ezzati M, Lopez AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet*. 2003;362:847-852.
5. Kelbauskas E, Kelbauskiene S, Nedzelskiene I. The influence of smoking on oral health. *Medicina (Kaunas)*. 2005;41(5):418-26.
6. Grabauskas V, Klumbienė J, Petkevičienė J, Petrauskiene A, Tamosiunas A, Kriauciuniene V et al. Risk factors for noncommunicable diseases in Lithuanian rural population: CINDI survey 2007. *Medicina (Kaunas)*. 2008;44(8):633-9.
7. Tyczynski JE, Bray F, Aareleid T, Dalmas M, Kurtinaitis J, Plesko I et al. Lung cancer mortality patterns in selected Central, Eastern and Southern European countries. *Int J Cancer*. 2004 Apr 20;109(4):598-610.
8. Uleckiene S, Didziapetriene J, Gričiute LL, Urbeliene J, Kasiulevicius V, Sapoka V. Risk factors of main cancer sites. *Medicina (Kaunas)*. 2008;44(12):989-95.
9. Petrauskas D. Kauno universitetų studentų subjektyvios sveikatos, savijautos ir gyvenimo sąsajų vertinimas, 2004, daktaro disertacija, KMU, Kaunas. Kauno medicinos universiteto gyvenimo tyrimų duomenys.
10. Strumylaite L, Kregzdyte R, Vaitkaitiene E. Passive smoking and respiratory health of children. *Medicina (Kaunas)*. 2005;41(4):348-54.
11. Edwards R. The problem of tobacco smoking. *BMJ*. 2004;328:217-219.
12. Economics of Tobacco Control: Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control. World Bank Development in Practice Series, 1999, Washington DC.
13. Samet JM. Smoking kills: Experimental proof from the Lung Health Study. *Annals of Internal Medicine*. 2005;142(4):299-301.
14. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Lietuvos sveikatos statistika 2005. (Lithuanian health statistics 2005). Vilnius: Lietuvos sveikatos informacijos centras, 2006.
15. Yamane T. Elementary Sampling Theory, Upper Saddle River, NY, Prentice Hall, 398-399.
16. Ядов ВА. Социологическое исследование: методология, программа, методы. Москва, 1987;65.
17. Molarius A, Parsons RW, Dobson AJ, Evans A et al. Trends in cigarette smoking in 36 populations from the early 1980s to 1990s: findings from the who Monica project. *Am J Public Health*. 2001;91(2):206-10.
18. Pudule I, Grinberga D, Kadziauskiene K, Abaravicius A, Vaask S, Robertson A et al. Patterns of smoking in the Baltic Republics. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1999;53(5):277-82.
19. Dambrauskienė K, Veryga A, Klumbienė J, Petkevičienė J. Suaugusių Lietuvos gyventojų rūkymo įpročiai 1994–2008 metais, atsižvelgiant į lytį, amžių ir išsilavinimą. *Visuomenės sveikata*. 2010;1(48):38-43.
20. The National Strategy: Moving Forward. The 2006 Progress Report on Tobacco Control. HC Pub. 4665.
21. Petrauskas D. Kauno universitetų studentų subjektyvios sveikatos, savijautos ir gyvenimo sąsajų vertinimas, 2004, daktaro disertacija, KMU, Kaunas. Kauno medicinos universiteto gyvenimo tyrimų duomenys.
22. Grabauskas V, Klumbienė J, Petkevičienė J ir kt. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenimo tyrimas, 2006. Visuomenės sveikatos institutas, Helsinki.
23. Helasoja V, Prattala R, Klumbienė J, Petkevičienė J, Kasmel A, Lipand A et al. Smoking and passive smoking in Estonia, Lithuania and Finland. Identifying target groups of tobacco policy. *Eur J Public Health*. 2001 Jun;11(2):206-10.
24. Schaap MM, Kunst AE, Leinsalu M, Regidor E, Ekholm O, Dzurova D et al. Effect of nationwide tobacco control policies on smoking cessation in high and low educated groups in 18 European countries. *Tob Control*. 2008 Aug;17(4):248-55.
25. Helasoja VV, Lahelma E, Prattala RS, Patja KM, Klumbienė J, Pudule I et al. Determinants of daily smoking in Estonia, Latvia, Lithuania, and Finland in 1994-2002. *Scand J Public Health*. 2006;34(4):353-62.
26. Buivydaite K, Domarkiene S, Reklaitiene R, Tamosiunas A. The prevalence and trends of the smoking habits among middle-aged Kaunas population during 20 years and their relation with sociodemographic status. *Medicina (Kaunas)*. 2003;39(10):999-1006.
27. Klumbienė J, Petkevičienė J, Tamosiunas A, Plieskiene A, Misevičienė I, Milasauskiene Z. Trends in the prevalence of risk factors of noncommunicable diseases during 1987-1999. *Medicina (Kaunas)*. 2002;38(1):77-85.
28. John U, Hanke M, Meyer Ch, Schumann A. Gender and age differences among current smokers in a general population survey. *BMC Public Health*. 2005;5:57.
29. Veryga A, Stanikas T. Smoking habits, attitudes and smoking cessation among sixth-year medical students of Kaunas University of Medicine. *Medicina (Kaunas)*. 2005;41(7):607-13.
30. Huisman M, Kunst A, Bopp M et al. Educational inequalities in cause-specific mortality in middle aged and older men and women in eight western European populations. *Lancet*. 2005;365:493-500.
31. Mackenbach J, Huisman M, Andersen O et al. Inequalities in lung cancer mortality by the educational level in 10 European populations. *Eur J Cancer*. 2004;40(1):126-135.
32. Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control. The World Bank Washington DC. 1999;1-85.
33. Joossens L, Raw M. The Tobacco Control Scale: a newscale to measure country activity. *Tobacco Control*. 2006;15:247-253.
34. Joossens L, Raw M. Progress in Tobacco Control in 30 European Countries, 2005 to 2007. 2007;1-24.
35. The World Bank. Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control. *Tobacco Control*. 1999 Summer;8(2):196-201.
36. Tobacco or health: A global status report. Geneva: World Health Organization, 1997.
37. Dambrauskienė K, Veryga A, Klumbienė J, Petkevičienė J. Suaugusių Lietuvos gyventojų rūkymo įpročiai 1994–2008 metais, atsižvelgiant į lytį, amžių ir išsilavinimą. *Visuomenės sveikata*. 2010;1(48):38-43.

# Smoking behaviour between Vilnius working age population and attitude to it

Daina Juršytė<sup>1</sup>, Dovilė Jakubavičiūtė<sup>1</sup>, Romualdas Gurevičius<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Public Health Bureau of Vilnius city municipality, <sup>2</sup>Institute of Hygiene

## Summary

**The aim of the study.** Using social survey methodology, based on representative sample of Vilnius city municipality population profoundly explore many-sided aspects of smoking habits and attitude to them.

**Material and methods.** Social survey methodology was used in the study. From permanent population list 1065 randomly selected respondents from Vilnius municipality participated in the study. Sample size was calculated using 5 percent random error. Twelve specially prepared interviewers used direct interview method using face to face interview. Statistical analysis was applied using IBM SPSS Statistics, ver. 21. Chi square test was applied to find differences in answers in 2x2 and 2xk contingency tables. Differences assumed as statistically significant when  $p < 0,05$ .

**Results and conclusions.** 26.1 percent of respondents smoke cigarettes, cigars - 0.7 percent, pipe - 0.3 percent. 35.9 percent of males and 17.8 percent of females smoke cigarettes. The biggest fraction of smokers is evident in younger ages. 93.1 percent of all smoking respondents smoke cigarettes on a daily basis. The average daily number of cigarettes consumed – 13. 43.1 percent of respondents consumed at least five packs of cigarettes during their lifetime. Smokers and respondents who smoke every day (nearly every day for at least a year) on average smoke / has smoked for 13 years. 83.8 percent smokers smoke at home or apartment balcony, more than half of them smoke in cars (when traveling adults only), at the entrances to buildings and official beaches. Almost a tenth smoker smoke in the car when children inside and nearly a quarter of the smoking respondents smoke in apartment stairwells. More than half (52.4 percent) currently smokers

have tried to quit smoking. Half of them have tried to quit smoking only 1-2 times, one fifth - more than ten times.

Almost two -fifths (38.5 percent) smoking respondents want to quit smoking. A little less than a quarter (24.1 percent) of smokers are reluctant and unwilling to quit smoking. Two -thirds of smoking respondents are worried or very worried about smoking effects on their health, especially women with higher education.

More than half of smokers were advised to quit smoking by family members in the last 12 months, 16.0 percent were advised to quit by family doctor, 7.7 percent – by dentist and 7 percent by other health care professionals. According to the respondents, problem of passive smoking usually arises at the entrances to buildings and public transport stops. Passive smoking in the car is not considered as the problem when traveling with the children and at home. The majority of respondents support a ban on smoking in the car when driving with teenagers, in the public transport stops and on the official beaches.

**Keywords:** smoking, prevalence, frequency, attitude to smoking.

**Correspondence to** Romualdas Gurevičius  
Institute of Hygiene, Center of Health Information  
Didžioji 22, LT-03101 Vilnius, Lithuania  
E-mail: guro@hi.lt

*Received 11 February 2014,  
accepted 18 March 2014*

# RESTRUKTŪRIZUOJAMOSE LIETUVOS LIGONINĖSE DIRBANČIŲ SLAUGYTOJŲ SVEIKATAI ŽALINGA ELGSENA: PAPLITIMAS IR RIZIKOS VEIKSNIAI

Justina Kaliatkaitė<sup>1, 2</sup>, Birutė Pajarskienė<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Higienos institutas, <sup>2</sup>Vilniaus universitetas

## Santrauka

Ligoninių restruktūrizavimas gali kelti stiprų stresą slaugytojams. Sveikatai žalinga elgsena, kaip vienas iš būdų šiam stresui įveikti, kelia grėsmę šių sveikatos priežiūros specialistų sveikatai ir gali neigiamai paveikti jų darbo kokybę.

**Tyrimo tikslas** – nustatyti restruktūrizuojamose Lietuvos ligoninėse dirbančių slaugytojų sveikatai žalingos elgsenos paplitimą ir atskleisti šios elgsenos sąsajas su psichosocialine darbo aplinka.

**Tyrimo medžiaga ir metodai.** Skerspjūvio tyrimas atliktas 13-oje restruktūrizuojamų Lietuvos ligoninių. Į duomenų analizę įtraukti 775 ne mažesnę nei vienerių metų darbo patirtį turinčių slaugytojų duomenys. Naudota specialiai šiam tyrimui sukurta anketa. Taikyta aprašomoji statistika, neparamestriniai Pirsono  $\chi^2$ , Mano ir Vintio U kriterijai, dvinarė logistinė regresija.

**Rezultatai ir išvados.** Per paskutinius 12 mėnesių rūkė 20,1 proc., raminamuosius / migdomuosius vaistus vartojo 25,8 proc. tyrime dalyvavusių Lietuvos ligoninių slaugytojų. Rajono ligoninių slaugytojų darbo reikalavimai ir nesaugumas dėl darbo buvo aukštesni, o pokyčių įgyvendinimo teisingumo ir restruktūrizavimo poveikio vertinimas – žemesni nei respublikos ar regiono ligoninėse dirbančių jų kolegijų ( $p < 0,05$ ). Informacinio restruktūrizavimo proceso teisingumo stygius (OR = 1,60; 95 proc. PI 1,07–2,42), darbas respublikos arba regiono lygmens ligoninėje (OR = 3,84; 95 proc. PI 1,81–8,13), lyginant su darbu rajono ligoninėje, ir didelis darbo valandų skaičius per savaitę (OR = 1,07; 95 proc. PI 1,02–1,12) prognozavo slaugytojų rūkymą per paskutines 30 dienų. Nesaugumas dėl darbo (OR = 1,61; 95 proc. PI 1,11–2,34) prognozavo slaugytojų raminamųjų / migdomųjų vaistų vartojimą per paskutines 30 dienų, o pasitenkinimas darbu (OR = 0,47; 95 proc. PI 0,30–0,73) ir gyvenimas susituokus arba partnerystėje (OR = 0,43; 95 proc. PI 0,18–0,97), lyginant su vieniša šeimine padėtimi, atskleidė prevencinį poveikį.

**Reikšminiai žodžiai:** ligoninių restruktūrizavimas, slaugytojos, sveikatai žalinga elgsena, psichosocialiai darbo veiksniai.

## ĮVADAS

Europos saugos ir sveikatos darbe agentūros tyrimo duomenys ir Europos ekspertų grupė sveikatos restruktūrizavimo metu klausimais pabrėžia, kad restruktūrizavimas kelia stiprų stresą darbuotojams: permainų laikotarpiu darbuotojai patiria itin stiprų netikrumą dėl darbo vietos, nes jie nežino, kaip diegiami pokyčiai palies jų darbo vietą ir juos pačius [1, 2]. Tyrimų rezultatai atskleidžia, kad stiprų ilgalaikį stresą darbe patiriantys slaugytojai naudoja įvairias streso įveikos strategijas [3], tačiau ne visos jos yra palankios sveikatai: siekdami įveikti ligoninių restruktūrizavimo ir kitų su darbu susijusių veiksmų keliamą

stresą, slaugytojai taip pat naudoja ir disfunkcines įveikos strategijas [4–6]. Sveikatai žalinga elgsena, tokia kaip tabako ar raminamųjų / migdomųjų vaistų be gydytojo paskyrimo vartojimas, gali būti vienas iš būdų stipriam stresui malšinti. Susidūrus su stresine situacija psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas suteikia paviršutinį, apgaulingą palengvėjimą, kuris dažniausiai būna trumpalaikis, o tiesioginė streso priežastis nėra šalinama [7]. Pavyzdžiui, Jordanijos ligoninių psichiatrijos skyrių slaugytojai nurodė, kad slaugos studijų metais rūkė, siekdami sumažinti dėl akademinio streso kylančią įtampą, o darbe – norėdami suvaldyti stresą ir frustraciją [8, 9]. Jungtinėse Valstijose atlikto tyrimo duomenimis, rūkymą slaugytojai įvardijo kaip būdą įtemptoms situacijoms darbe įveikti. Darbe patiriamą stresą slaugytojai taip pat vertino kaip trukdį mesti rūkyti bei riziką vėl pradėti rūkyti didinantį veiksnį [10].

**Adresas susirašinti:** Justina Kaliatkaitė  
Higienos instituto Profesinės sveikatos centras  
Etmonų g. 3/6, 01305 Vilnius  
El. p. juste.kaliatkaite@dmc.lt

Restruktūrizavimas yra neatsiejamas nuo pokyčių psichosocialinėje darbo aplinkoje [11]. Psichosocialiniai veiksniai darbe gali pasižymėti slaugytojų sveikatai žalingą elgseną skatinančiu arba šią elgseną mažinti ar jos visiškai atsakyti trukdančiu poveikiu [12–15]. Stresą kelianti psichosocialinė darbo aplinka, piktnaudžiavimas psichoaktyviosiomis medžiagomis ar kitos sveikatai žalingos elgsenos formos turi neigiamą poveikį slaugytojų sveikatai [16]. Pavyzdžiui, Australijoje atlikto tyrimo duomenimis, didelis darbo krūvis, socialinės paramos stygius ir vengimo streso įveikos strategijos naudojimas prognozavo žemesnius slaugytojų psichikos sveikatos rodiklius [7]. Vis dėlto duomenys išlieka prieštaringi, mat kiti tyrimai stresą keliančių psichosocialinių darbo veiksnių ir sveikatai žalingos elgsenos intensyvėjimo ryšio nepatvirtina [17, 18].

Apibendrinant galima teigti, kad ryšys tarp slaugytojams stresą keliančių psichosocialinių darbo veiksnių restruktūrizuojamoje ligoninėje ir šių sveikatos priežiūros specialistų sveikatai žalingos elgsenos apraiškų nėra iki galo atskleistas. Slaugytojų psichosocialinė darbo aplinka sulaukė nemažo Lietuvos mokslininkų dėmesio. Ieškota psichosocialinių darbo veiksnių sąsajų su slaugytojų psichikos sveikata, subjektyviai vertinama sveikata ir vidine darna [19–21]. Atlikta empirinių tyrimų, kuriuose nagrinėtos restruktūrizuojamų ligoninių psichosocialinės darbo aplinkos sąsajos su slaugytojų sveikata, apžvalga [22]. Kokybiniu tyrimu tirta restruktūrizuojamų ligoninių slaugytojų santykių dinamika, nestabilumo ir laikinumo būsenos išgyvenimas bei kintantys profesinio vaidmens aspektai [23, 24], gilintasi į psichikos sveikatos slaugytojų psichosocialinės darbo aplinkos ypatumus [25]. Tačiau nepavyko aptikti tyrimų, kuriais būtų siekiama iširti galimą restruktūrizavimo proceso sąlygotų intensyvių pokyčių įtaką slaugytojų su sveikata susijusiai elgsenai. Lietuvoje reprezentatyvių slaugytojų sveikatai žalingos elgsenos paplitimo rodiklių aptikti taip pat nepavyko. Empiriškai paremtos mokslinės žinios apie psichosocialinę darbo aplinką restruktūrizuojamose ligoninėse padės geriau pažinti sudėtingą restruktūrizavimo reiškinį ir leis nustatyti slaugytojų rūkymui ir ramiamųjų / migdomųjų vaistų vartojimui be gydytojo paskyrimo įtaką darančius veiksnius. Tai gali svariai prisidėti prie sveikatai palankesnės bei mažiau streso šioms sveikatos priežiūros specialistams keliančios darbo aplinkos restruktūrizuojamoje ligoninėje kūrimo. Taigi šio tyrimo **tikslas** – nustatyti restruktūrizuojamose Lietuvos ligoninėse dirbančių slaugytojų sveikatai žalingos elgsenos paplitimą ir atskleisti šios elgsenos sąsajas su psichosocialine darbo aplinka.

## TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Skerspjuvio tyrimas atliktas 2011 m. gruodžio–2012 m. balandžio mėnesiais trylikoje atsitiktiniu būdu iš LR sveikatos apsaugos ministerijos respublikinio, regioninio ir rajoninio lygmens restruktūrizuojamų ligoninių sąrašo atrinktų ir tyrime dalyvauti sutikusią ligoninių. Tyrimo imtį sudarė visos tyrimo dieną ligoninėje dirbusios, ne mažesnę nei vienerių metų darbo patirtį turinčios slaugytojos. Išdalyta 891 anкета (atsako dažnis 91,25 proc.). Į duomenų analizę įtraukti 775 slaugytojų anketų duomenys: iš keturių respublikos (N = 289), trijų regiono (N = 207) ir šešių rajono (N = 279) lygmens ligoninių. Respondenčių sociodemografinės charakteristikos pateiktos 1 lentelėje.

**1 lentelė.** Tiriamųjų sociodemografinės charakteristikos pagal ligoninių lygmenį

Sociodemografinis rodiklis	Ligoninės lygmuo, N (proc.)			Iš viso, N (proc.)
	Respublikos	Regiono	Rajono	
<b>Amžius (N = 753)</b>				
Iki 25	7 (2,5)	1 (0,5)	0 (0)	8 (1,1)
26–35	61 (21,9)	13 (6,4)	4 (1,5)	78 (10,4)
36–45	132 (47,5)	79 (39,1)	102 (37,4)	313 (41,6)
46–55	62 (22,3)	82 (40,6)	130 (47,6)	274 (36,4)
Daugiau nei 56	16 (5,8)	27 (13,4)	37 (13,6)	80 (10,6)
<b>Išsilavinimas (N = 739)</b>				
Aukštasis	184 (67,4)	81 (39,9)	72 (27,4)	337 (45,6)
Aukštesnysis	79 (28,9)	98 (48,3)	150 (57,0)	327 (44,2)
Kita	10 (3,7)	24 (11,8)	41 (15,6)	75 (10,1)
<b>Šeimtinė padėtis (N = 769)</b>				
Ištekejusi / gyvena partnerystėje	205 (71,7)	156 (75,4)	202 (73,2)	563 (73,2)
Išsiskyrusi / našlė / viengūnė	81 (28,3)	51 (24,6)	74 (26,8)	206 (26,8)
<b>Vaikai (nepilnamečiai ar finansiškai išlaikomi) (N = 731)</b>				
Turi	168 (62,9)	117 (58,8)	151 (57,0)	436 (59,6)
Neturi	99 (37,1)	82 (41,2)	114 (43,0)	295 (40,4)
<b>Darbo pobūdis (N = 771)</b>				
Darbas ne pamainomis	94 (32,8)	80 (38,8)	85 (30,6)	295 (33,6)
Pamainomis ir / ar budėjimais	190 (66,2)	118 (57,3)	181 (65,1)	489 (63,4)
Ne visu krūviu	3 (1,0)	8 (3,9)	12 (4,3)	23 (3,0)
<b>Vidutinis darbo valandų skaičius per savaitę (N = 753)</b>				
Iki 20	2 (0,8)	2 (1,1)	4 (1,7)	8 (1,2)
21–40	141 (57,3)	135 (76,7)	163 (69,4)	439 (66,8)
41–60	95 (38,6)	36 (20,5)	64 (27,2)	195 (29,7)
61–80	8 (3,3)	3 (1,7)	4 (1,7)	15 (2,3)
<b>Darbo patirtis restruktūrizuojamoje ligoninėje (N = 775)</b>				
1–5	58 (20,1)	10 (4,8)	13 (4,7)	81 (10,5)
6–10	57 (19,7)	10 (4,8)	7 (2,5)	74 (9,5)
11–15	37 (12,8)	21 (10,1)	7 (2,5)	65 (8,4)
16–20	61 (21,1)	42 (20,3)	27 (9,7)	130 (16,8)
Daugiau nei 20	76 (26,3)	124 (59,9)	225 (80,6)	425 (54,8)

Tyrimė dalyvavusių slaugytojų amžiaus vidurkis – 44,97 metų (SN = 8,38). Respublikos ligoninėse dirbančios slaugytojos yra jauniausios, o rajono ligoninių slaugytojos – vyriausios ( $p < 0,05$ ). Didžioji dalis slaugytojų yra įgijusios aukštąjį išsilavinimą, ištekėjusios arba gyvena partnerystėje. Daugiau nei pusė visų respondentų turi nepilnamečių ar finansiškai išlaikomų vaikų. Vidutinė slaugytojų darbo patirties ligoninėje trukmė – 20,85 metų (SN = 10,14). Didžioji dalis slaugytojų dirba pamainomis ir (ar) turi budėti. Vidutinis darbo valandų skaičius per savaitę – 41,67 valandos (SN = 7,55).

Restruktūrizuojamų ligoninių slaugytojų sveikatai žalingai elgsenai, psichosocialiniams darbo veiksniams bei požiūriui į restruktūrizavimo poveikį įvertinti naudota trijų dalių anketa. Pirmoji anketos dalis skirta *sveikatai žalingos elgsenos* – tabako ir raminamųjų / migdomųjų vaistų vartojimo be gydytojo paskyrimo – paplitimui per paskutinius 12 mėnesių ir paskutines 30 dienų bei intensyvumui nustatyti. Šią anketos dalį sudarė 7 klausimai, parengti pagal Narkotikų kontrolės departamento prie LR Vyriausybės psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo paplitimo tyrimuose naudojamą ir Lietuvoje adaptuotą Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centro (ENNSC) Europinio modelio klausimyną [26].

Antroji anketos dalis skirta restruktūrizuojamų ligoninių *psichosocialiniams darbo veiksniams* – darbo reikalavimams, darbo kontrolei, socialinei paramai, profesinio vaidmens aiškumui, nesaugumui dėl darbo, pasitenkinimui darbu, psichologiniam smurtui ir suvokiamam restruktūrizavimo proceso teisingumui – įvertinti. 17 teiginių sudaryta darbo reikalavimams, darbo kontrolei, socialinei paramai, profesinio vaidmens aiškumui, nesaugumui dėl darbo, pasitenkinimui darbu ir psichologiniam smurtui įvertinti. Atsakymams buvo skirta Likerto skalė nuo 1 – „visiškai nesutinku“ iki 5 – „visiškai sutinku“. Sudarant teiginius *darbo reikalavimams, darbo kontrolei ir socialinei paramai* įvertinti, remtasi Reikalavimų, kontrolės ir paramos modeliu [27, 28]. Darbo reikalavimai vertinti remiantis darbo krūvio ir tempo parametrais, darbo kontrolė – pagal darbuotojo sprendimo svorį, t. y. galimybę priimti su darbu susijusius sprendimus arba dalyvauti juos priimant, ir sprendimų laisvę – galimybę panaudoti darbe turimus įgūdžius ir žinias. Taip pat vertinta kolegų ir vadovų socialinė parama. *Nesaugumas dėl darbo* apibrėžtas kaip besitęsiantis susirūpinimas dėl darbo ateityje, apimantis kognityvųjį, kaip suvokiamą tikimybę prarasti darbą, ir afektinį, kaip kylančią baimę ar nerimą prarasti darbą, aspektus [2]. *Profesinio vaidmens aiškumas* vertintas

atliekamų pareigų darbe aiškumo ir darbo reikalavimų prieštaravimo aspektais. *Psichologinio smurto* formų – žodinės prievartos, uždėjimo (bauginimo), priekabiavimo ir grasinimo – patyrimas darbe per paskutinius 12 mėnesių vertintas remiantis tarptautinių organizacijų rekomenduojamame prievartos darbe klausimyne pateiktais psichologinio smurto formų apibrėžimais [29], kurie respondentams buvo pateikti anketoje. Keletas teiginių pavyzdžių: „*turiu dirbti labai sunkiai*“, „*esu patenkinta savo darbu*“. Analizuojant duomenis naudoti atsakymų į kiekvienam psichosocialiniam veiksmui skirtus teiginius vidurkiai (jei teiginių buvo daugiau nei vienas): didesnis balas reiškė aukštesnius darbo reikalavimus, didesnę socialinę paramą ir t. t. Kiekvieną veiksnį matuojantys teiginiai pasižymėjo teigiama tarpusavio koreliacija, kurios koeficientai rodė nevienodo stiprumo ryšį (Spirmeno koreliacijos koeficientai buvo nuo 0,26 iki 0,72,  $p < 0,05$ ).

*Suvokiamam restruktūrizavimo proceso teisingumui* vertinti buvo sudarytos dvi skalės: informacinio restruktūrizavimo proceso teisingumo ir pokyčių įgyvendinimo teisingumo vertinimo. *Informacinio restruktūrizavimo proceso teisingumo skale* vertintas informacijos išsamumas ir aiškumas, restruktūrizuotos ligoninės vizijos aiškumas ir galimybė numatyti, kaip restruktūrizavimo sąlygotas pokyčių procesas palies darbuotojų darbo vietą, darbuotojo nuomonės svaris, priimant su restruktūrizavimu susijusius sprendimus, bei įstaigos vadovybės rūpesčio darbuotojų gerove patyrimas. Skalę sudarė 6 teiginiai, atsakymams skirta Likerto skalė nuo 1 – „visiškai sutinku“ iki 5 – „visiškai nesutinku“. Teiginio pavyzdys: „*nuo tada, kai sužinojau apie ligoninės restruktūrizavimą, gaunu atsakymus į visus man rūpimus klausimus*“. Psichometrinės skalės charakteristikos atitiko tyrimo priemonėms keliamus reikalavimus. Skalės vidinis suderinamumas (Kronbacho alfa) lygus 0,89. Tikrinant skalės validumą atlikta principinių komponentų faktorinė analizė. Kelta prielaida, kad skalės teiginiai sudarys vieną faktorių, todėl sukimas netaikytas. Rezultatai parodė, kad duomenys tiko faktorių analizei: Kaizerio, Mejerio ir Olkino matas lygus 0,86, Bartleto sferiškumo testo  $p < 0,05$ . Faktorių analizės rezultatai leido teigti, kad skalės teiginiai sudaro vieną faktorių ir paaiškina 66,4 proc. duomenų išsibarstymo, faktorių svariai šiame faktoriuje svyravo nuo 0,76 iki 0,86. *Pokyčių įgyvendinimo teisingumo vertinimo skale* tirtas respondentų požiūris į tai, kaip teisingai buvo įgyvendinti restruktūrizavimo pokyčiai ligoninėje asmeniniu, skyriaus, kuriame respondentė dirba, visos įstaigos, pacientų ir visos sveikatos priežiūros sistemos lygmenimis. Skalę sudarė 5 teiginiai,

atsakymams skirta Likerto skalė nuo 1 – „teisingai“ iki 5 – „neteisingai“. Psichometrinės skalės charakteristikos atitiko tyrimo priemonėms keliamus reikalavimus: Kronbacho alfa = 0,87, KMO = 0,83, Bartleto sferiškumo testo  $p < 0,05$ . Faktorių analizės rezultatai leido teigti, kad skalės teiginiai sudaro vieną faktorių ir paaiškina 68,3 proc. duomenų išsibarstymo, faktorių svoriai šiame faktoriuje svyravo nuo 0,64 iki 0,89. Analizuojant duomenis naudoti šių skalių atsakymų vidurkiai: didesnis balas reiškė mažesnę informacinę restruktūrizavimo proceso teisingumą, žemesnę pokyčių įgyvendinimo teisingumo vertinimą.

Trečiąją anketos dalį sudarė **požiūriui į restruktūrizavimo poveikį** įvertinti skirta skalė, kuri apėmė slaugytojų restruktūrizavimo poveikio vertinimą asmeniniu, skyriaus / padalinio, ligoninės, kurioje tiriamoji dirba, pacientų ir visos sveikatos priežiūros sistemos lygmenimis. Skalę sudarė 5 teiginiai, atsakymams skirta Likerto skalė nuo 1 – „teigiamai“ iki 5 – „neigiamai“. Psichometrinės skalės charakteristikos atitiko tyrimo priemonėms keliamus reikalavimus: Kronbacho alfa = 0,92, KMO = 0,85, Bartleto sferiškumo testo  $p < 0,05$ . Faktorių analizės rezultatai leido teigti, kad skalės teiginiai sudaro vieną faktorių ir paaiškina 75,6 proc. duomenų išsibarstymo, faktorių svoriai šiame faktoriuje svyravo nuo 0,84 iki 0,90. Analizuojant duomenis naudotas skalės atsakymų vidurkis: didesnis balas reiškė labiau neigiamą respondentės požiūrį į restruktūrizavimo poveikį.

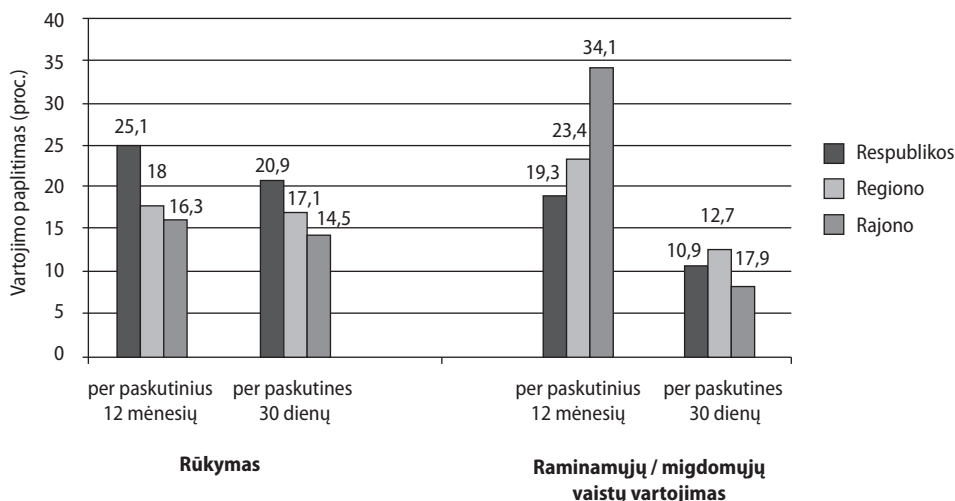
Statistinei duomenų analizei naudotas SPSS.19 programų paketas. Kolmogorovo ir Smirnovo testu nustatyta, kad intervalinių kintamųjų skirstiniai statistiškai reikšmingai skyrėsi nuo normaliojo

( $p < 0,05$ ), todėl atliekant duomenų analizę naudoti neparametriniai statistiniai kriterijai. Taikyta aprašomoji statistika, Pearsono  $\chi^2$  kriterijus, sudarant keturlaukes (2x2) dažnių lenteles kiekvienai skirtingo lygmens ligoninių porai (respublikos ir regiono, respublikos ir rajono, regiono ir rajono), Mano ir Vitnio U kriterijus. Dvinarė logistinė regresija, taikant tiesioginį nepriklausomų kintamųjų įtraukimo į logistinės regresijos modelį metodą (*Enter*) ir pakartotinės atrankos plėtros metodą (*Bootstrap*), naudota siekiant išskirti su slaugytojų sveikatai žalinga elgsena susijusius psichosocialinius darbo veiksnius. Priklausomais kintamaisiais buvo tabako ir raminamųjų / migdomųjų vaistų vartojimas be gydytojo paskyrimo per paskutines 30 dienų. Pradinėje analizės stadijoje, sudarant kiekvieną regresijos modelį, buvo įtraukiami visi nepriklausomi kintamieji – visi psichosocialiniai darbo veiksniai. Siekiant panaikinti galimą iškraipomąjį sociodemografinių kintamųjų poveikį, šie veiksniai buvo priskirti prie nepriklausomų kintamųjų. Kiekvienam veiksmui nustatyti B koeficientai (B), jų standartinės paklaidos (SP), statistinis reikšmingumas ( $p$ ), galimybių santykiai (GS) ir jų 95 proc. pasikliautinieji intervalai (PI). Straipsnyje pateikiame tik galutinius modelius.

## REZULTATAI

### Slaugytojų sveikatai žalingos elgsenos paplitimas ir intensyvumas

Per paskutinius 12 mėnesių ir paskutines 30 dienų tabako ir raminamųjų / migdomųjų vaistų vartojimo paplitimas skirtingo lygmens ligoninėse dirbančių slaugytojų grupėse pateiktas 1 paveiksle. Tyrimo



**1 pav.** Rūkymo ir raminamųjų / migdomųjų vaistų vartojimo per paskutinius 12 mėnesių ir paskutines 30 dienų paplitimas skirtingo lygmens ligoninėse dirbančių slaugytojų grupėse

rezultatai atskleidė, kad per paskutinius 12 mėnesių rūkė penktadalis, o per paskutines 30 dienų kiek mažiau – 17,6 proc. tyrime dalyvavusių slaugytojų. Ketvirtadalis slaugytojų nurodė vartojusios raminamuosius / migdomuosius vaistus per paskutinius 12 mėnesių: šiuos vaistus su gydytojo paskyrimu vartojo 7,8 proc. tiriamųjų, be gydytojo paskyrimo – 14,2 proc., o tiek su gydytojo paskyrimu, tiek be paskyrimo – 3,8 proc. slaugytojų. Per paskutines 30 dienų raminamuosius / migdomuosius vaistus be gydytojo paskyrimo vartojo 13,9 proc. slaugytojų. Nustatyti statistiškai reikšmingi sveikatai žalingos elgsenos skirtumai tarp skirtingo lygmens ligoninėse dirbančių slaugytojų grupių. Didesnė dalis per paskutinius 12 mėnesių rūkusių slaugytojų dirbo respublikos ligoninėse, palyginti su rajono ( $\chi^2 = 6,59$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,01$ ) lygmens ligoninėmis. Per paskutines 30 dienų rūkusių slaugytojų dažnis taip pat didesnis respublikos ligoninėse nei regiono ( $\chi^2 = 4,49$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,03$ ) ir rajono ( $\chi^2 = 12,26$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,00$ ) ligoninėse. Didesnė dalis per paskutinius 12 mėnesių raminamuosius / migdomuosius vaistus vartojusių slaugytojų dirbo rajono lygmens ligoninėse, lyginant su respublikos ( $\chi^2 = 15,71$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,00$ ) ir regiono ( $\chi^2 = 6,42$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,01$ ) ligoninėse dirbusiomis jų kolegėmis. Per paskutines 30 dienų raminamuosius / migdomuosius vaistus vartojusių slaugytojų dažnis taip pat didesnis rajono ligoninėse, lyginant su regiono ligoninėmis ( $\chi^2 = 4,07$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,04$ ).

Nustatytas slaugytojų sveikatai žalingos elgsenos intensyvumas. Rūkančios respondentės per dieną vidutiniškai surūkė 6,5 cigaretės (SN = 6,20). Didžioji dalis rūkančių slaugytojų vidutiniškai per dieną surūkė nuo 1 iki 10 cigarečių (82 proc.), 11–20 cigarečių surūkė 7,4 proc., o 21 ir daugiau cigarečių – 10,7 proc. tiriamųjų. Nustačius raminamųjų / migdomųjų vaistų vartojimo dažnumą per paskutines 30 dienų paaiškėjo, kad 35,8 proc. tiriamųjų vaistus vartojo rečiau nei vieną kartą per savaitę, o 18,9 proc. slaugytojų – bent kartą per savaitę.

### Psichosocialinė darbo aplinka restructūrizuojamose ligoninėse

Psichosocialinių darbo veiksmų vidurkių palyginimas pagal ligoninės lygmenį pateiktas 2 paveiksle. Darbo reikalavimų ir socialinės vadovų paramos, informacinio restructūrizavimo proceso teisingumo ir subjektyvaus restructūrizavimo poveikio vertinimo vidurkiai artimi vidutinei įvertinimui naudotos teiginių skalės reikšmei ir yra nežymiai už ją aukštesni. Sprendimų svorio (darbo kontrolės), nesaugumo dėl

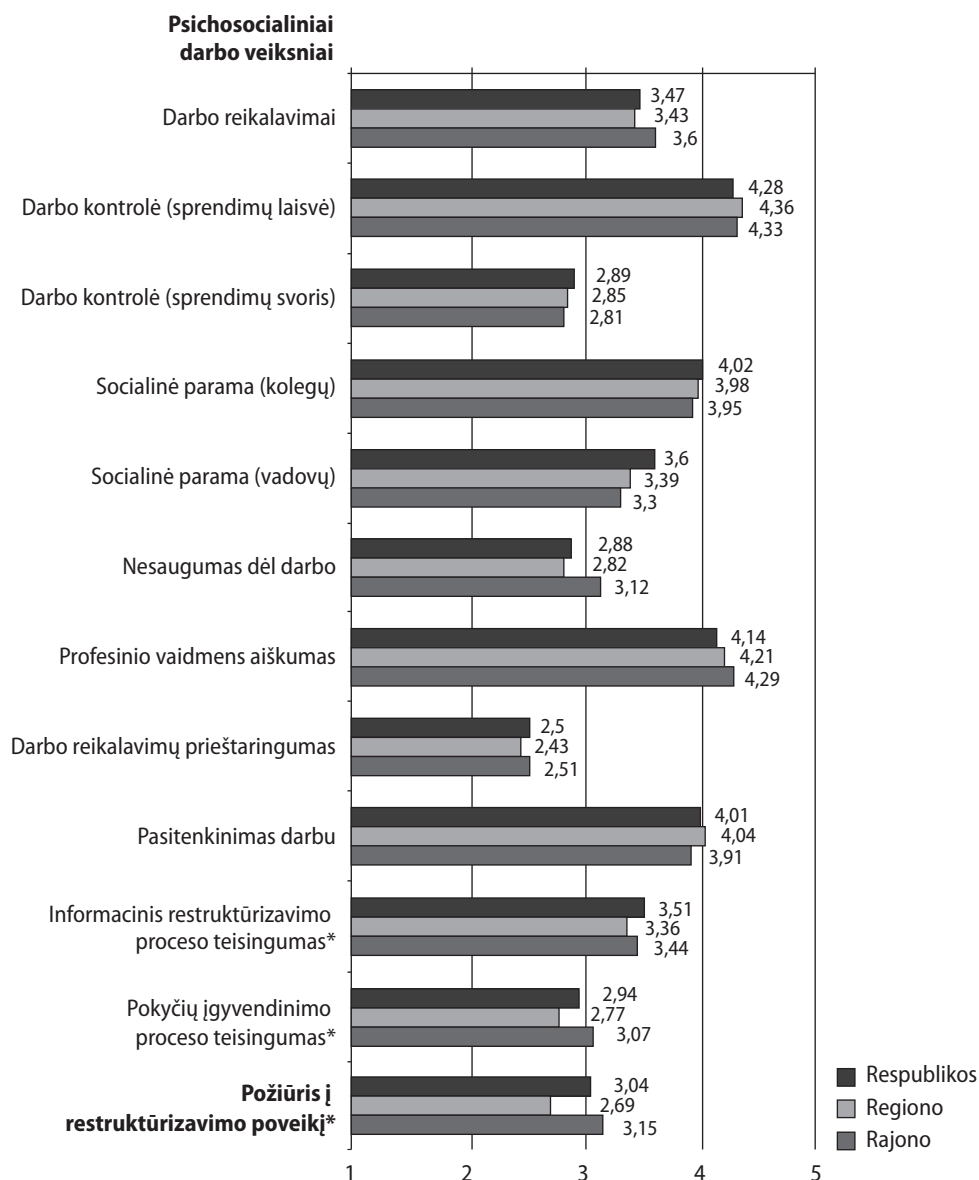
darbo, darbo reikalavimų prieštaravimo ir pokyčių įgyvendinimo teisingumo vertinimo rodikliai taip pat artimi vertinimui naudotos skalės vidutinei reikšmei, tačiau yra nežymiai už ją žemesni. Sprendimų laisvę (darbo kontrolę), socialinę kolegų paramą, profesinio vaidmens aiškumą ir pasitenkinimą darbu slaugytojos vertino kaip aukštą. 2 lentelėje pateikti statistiškai reikšmingi psichosocialinių darbo veiksmų skirtumai skirtingo lygmens ligoninėse dirbančių slaugytojų grupėse. Nustatyta, kad rajono ligoninėse darbo reikalavimai aukštesni nei respublikos ( $p < 0,05$ ) ar regiono ( $p < 0,05$ ) ligoninėse. Socialinė vadovų parama aukštesnė respublikos ligoninėse nei regiono ( $p < 0,05$ ) ar rajono ( $p < 0,01$ ). Rajono ligoninėse dirbančių slaugytojų nesaugumas dėl darbo aukštesnis nei respublikos ( $p < 0,05$ ) ar regiono ( $p < 0,05$ ) ligoninėse dirbančių jų kolegijų. Profesinio vaidmens aiškumas rajono ligoninėse aukštesnis, lyginant su respublikos ligoninėmis ( $p < 0,05$ ). Rajono ligoninėse pokyčių įgyvendinimo teisingumo vertinimas žemiausias, lyginant su respublikos ( $p < 0,05$ ) ar

**2 lentelė.** Psichosocialinių darbo veiksmų palyginimas skirtingo lygmens ligoninėse

Psichosocialiniai darbo veiksniai	Lyginamų ligoninių poros pagal lygmenį	N	Vid. rangas	Z	U	p
Darbo reikalavimai	Respublikos ir rajono	286	262,00	-2,09	33 892	0,03**
	Respublikos ir rajono	264	290,12			
	Regiono ir rajono	203	216,50	-2,47	23 243	0,01**
	Regiono ir rajono	264	247,46			
Socialinė vadovų parama	Respublikos ir regiono	287	256,58	-2,30	25 377	0,02**
	Respublikos ir regiono	201	227,26			
	Respublikos ir rajono	287	303,44	-3,41	32 880	0,00*
	Respublikos ir rajono	274	257,50			
Nesaugumas dėl darbo	Respublikos ir rajono	284	260,32	-2,69	33 461	0,00*
	Respublikos ir rajono	271	296,53			
	Regiono ir rajono	202	217,27	-2,74	23 386	0,00*
	Regiono ir rajono	271	251,70			
Profesinio vaidmens aiškumas	Respublikos ir rajono	287	264,66	-2,65	34 628	0,00*
	Respublikos ir rajono	273	297,16			
Pokyčių įgyvendinimo teisingumo vertinimas *	Respublikos ir rajono	264	241,85	-2,33	28 869	0,02**
	Respublikos ir rajono	248	272,09			
	Regiono ir rajono	178	192,62	-2,98	18 354,5	0,00*
	Regiono ir rajono	248	228,49			
Subjektyvus restructūrizavimo poveikio vertinimas *	Respublikos ir regiono	241	226,64	-3,53	16 956,5	0,00*
	Respublikos ir regiono	176	184,84			
	Regiono ir rajono	176	183,18	-4,22	16 664,5	0,00*
	Regiono ir rajono	249	234,07			

\*  $p < 0,01$ , \*\*  $p < 0,05$

\* Didesnis balas rodo mažesnę pokyčių įgyvendinimo teisingumą ir labiau neigiamą restructūrizavimo poveikio vertinimą.



\* Didelis balas reiškia žemesnį informacinį restruktūrizavimo proceso teisingumą, žemesnį pokyčių įgyvendinimo proceso vertinimą, labiau neigiamą požiūrį į restruktūrizavimo poveikį.

**2 pav.** Psichosocialinių darbo veiksnių vidurkių palyginimas pagal ligoninės lygmenį

regiono ( $p < 0,01$ ) ligoninėmis. Subjektyvus restruktūrizavimo poveikio vertinimas regiono lygmens ligoninėse aukštesnis nei respublikos ( $p < 0,01$ ) ar rajono ( $p < 0,01$ ) ligoninėse.

#### Slaugytojų sveikatai žalingos elgsenos ir psichosocialinių darbo veiksnių restruktūrizuojamose ligoninėse sąsajos

Logistinės regresijos modelis, priklausomu kintamuoju pasirinkus tabako vartojimą per paskutines 30 dienų, tiko:  $\chi^2 = 48,04$ ,  $df = 19$ ,  $p = 0,00$ ,  $p < 0,01$ . Taikant modelį imties duomenims, teisingai klasifikuota 76,3 proc. atvejų (91,6 proc. per paskutines

30 dienų nerūkiusių ir 46,2 proc. rūkiusių respondentų atvejų). Nagelkerkės determinacijos koeficientas ( $R^2 = 0,26$ ) rodė neblogą dvinarės logistinės regresijos suderinamumą su duomenimis. Nenustatyta 1 viršijančių Kuko mato reikšmių, todėl darėme išvadą, kad modelyje išskirčių nėra. Modelyje teko palikti statistškai nereikšmingų nepriklausomų kintamųjų, kuriuos pašalinus radikalai sumažėja teisingai klasifikuotų atvejų procentas. Tai darbo reikalavimai, sprendimų svoris ir jų laisvė (darbo kontrolė), socialinė parama, darbo vaidmens aiškumas, psichologinio smurto patyrimas, nesaugumas dėl darbo, pokyčių įgyvendinimo teisingumo vertinimas, subjektyvus

restruktūrizavimo poveikio vertinimas, darbo patirtis ligoninėje (metais), aukštasis išsilavinimas, darbas ne pamainomis, nepilnamečių ar finansiškai išlaikomų vaikų ir sutuoktinio ar gyvenimo partnerio neturėjimas. Statistiškai reikšmingi kintamieji – informacinis restruktūrizavimo proceso teisingumas, darbas respublikos arba regiono lygmens ligoninėje ir darbo valandų skaičius per savaitę. Informacinio restruktūrizavimo proceso teisingumo galimybių santykis lygus 1,60 (95 proc. PI 1,07–2,42), darbo respublikos arba regiono ligoninėje – 3,84 (95 proc. PI 1,81–8,13), darbo valandų skaičiaus per savaitę – 1,07 (95 proc. PI 1,02–1,12) (3 lentelė).

Logistinės regresijos modelis, priklausomu kintamuoju pasirinkus raminaujų / migdomųjų vaistų vartojimą be gydytojo paskyrimo per paskutines

30 dienų, tiko:  $\chi^2 = 24,51$ ,  $df = 8$ ,  $p = 0,00$ ,  $p < 0,01$ . Taikant modelį imties duomenims, teisingai klasifikuota 64,2 proc. atvejų (65,8 proc. per paskutines 30 dienų nevartojusių raminaujų / migdomųjų vaistų ir 62,5 proc. vartojusių respondenčių atvejų). Nagelkerkės determinacijos koeficientas ( $R^2 = 0,21$ ) rodė neblogą dvinarės logistinės regresijos suderinamumą su duomenimis. Nė viena Kuko mato reikšmė neviršijo 1, todėl padaryta išvada, kad modelyje išskirčių nėra. Modelyje nuspręsta palikti keletą statistiškai nereikšmingų kintamųjų, kuriuos pašalinus labai sumažėja teisingai klasifikuotų atvejų procentas: tai darbo reikalavimai, darbo stažas ligoninėje (metais), darbas ne pamainomis, darbo valandų skaičius per savaitę ir nepilnamečių ar finansiškai išlaikomų vaikų turėjimas. Statistiškai reikšmingi

**3 lentelė.** Slaugytojų tabako ir raminaujų / migdomųjų vaistų vartojimo per paskutines 30 dienų ryšys su restruktūrizuojamos ligoninės psichosocialiniais darbo veiksniais ir slaugytojų sociodemografinėmis charakteristikomis

Rizikos veiksniai	B	SP	GS	p	95 proc. PI
<b>Rūkymo rizika (N = 232)</b>					
Informacinis restruktūrizavimo proceso teisingumas	0,47	0,20	1,60	0,02*	1,07–2,42
Darbas respublikos arba regiono lygmens ligoninėje	1,34	0,38	3,84	0,00*	1,81–8,13
Darbo val. sk. per savaitę	0,06	0,02	1,07	0,00*	1,02–1,12
Darbo reikalavimai	0,45	0,27	1,58	0,09	0,92–2,71
Sprendimų svoris (darbo kontrolė)	0,25	0,19	1,29	0,18	0,88–1,89
Sprendimų laisvė (darbo kontrolė)	–0,38	0,29	0,68	0,18	0,38–1,20
Socialinė parama	–0,56	0,43	0,56	0,19	0,24–1,33
Darbo vaidmens aiškumas	–0,27	0,22	0,75	0,21	0,48–1,17
Psichologinio smurto patyrimas per paskutinius 12 mėn.	0,23	0,36	1,26	0,52	0,61–2,59
Nesaugumas dėl darbo	0,07	0,14	1,07	0,61	0,80–1,43
Pokyčių įgyvendinimo teisingumo vertinimas	–0,20	0,24	0,81	0,40	0,50–1,31
Subjektyvus restruktūrizavimo poveikio vertinimas	0,21	0,23	1,23	0,36	0,78–1,95
Darbo patirtis ligoninėje (metais)	0,00	0,01	1,00	0,95	0,96–1,03
Darbas ne pamainomis	–0,09	0,36	0,91	0,80	0,45–1,85
Aukštasis išsilavinimas	–0,24	0,33	0,78	0,47	0,40–1,52
Nepilnamečių ar finansiškai išlaikomų vaikų neturėjimas	–0,17	0,34	0,83	0,60	0,42–1,63
Sutuoktinio ar gyvenimo partnerio neturėjimas	0,62	0,35	1,86	0,08	0,92–3,77
<b>Konstanta</b>	<b>–4,03</b>	<b>2,50</b>	<b>0,01</b>	<b>0,10</b>	
<b>Vaistų vartojimo rizika (N = 148)</b>					
Nesaugumas dėl darbo	0,47	0,19	1,61	0,01*	1,11–2,34
Pasitenkinimas darbu	–0,75	0,22	0,47	0,00*	0,30–0,73
Gyvenimas santuokoje arba partnerystėje	–0,87	0,43	0,41	0,04*	0,18–0,97
Darbo reikalavimai	0,02	0,27	1,02	0,91	0,60–1,75
Darbo patirtis ligoninėje (metais)	0,03	0,02	1,03	0,14	0,98–1,08
Darbas ne pamainomis	–0,57	0,40	0,56	0,15	0,25–1,24
Darbo val. sk. per savaitę	–0,03	0,02	0,97	0,24	0,92–1,02
Nepilnamečių ar finansiškai išlaikomų vaikų turėjimas	0,41	0,40	1,51	0,30	0,68–3,36
<b>Konstanta</b>	<b>2,01</b>	<b>1,84</b>	<b>7,52</b>	<b>0,27</b>	

\* Pažymėtos stat. reikšmingų regresorių p reikšmės, kai  $p < 0,05$ .

SP – standartinės paklaidos

GS – galimybių santykis

PI – pasikliautinis intervalas

kintamieji – nesaugumas dėl darbo, pasitenkinimas darbu ir gyvenimas santuokoje arba partnerystėje. Nesaugumo dėl darbo galimybių santykis lygus 1,61 (95 proc. PI 1,11–2,34), pasitenkinimo darbu – 0,47 (95 proc. PI 0,30–0,73), gyvenimo santuokoje arba partnerystėje – 0,42 (95 proc. PI 0,18–0,97) (3 lentelė).

## REZULTATŲ APTARIMAS

Šiuo tyrimu gautus slaugytojų rūkymo paplitimo rodiklius palyginus su 2012 m. atlikto reprezentatyvios Lietuvos gyventojų imties tyrimo 35–64 m. amžiaus moterų grupės duomenimis matyti, kad šie rodikliai smarkiai nesiskiria [30]. Per paskutinius 12 mėnesių rūkusių slaugytojų skaičius artimas Lietuvos 35–64 m. amžiaus rūkusių moterų rodikliui, nors slaugytojų rūkymo per paskutines 30 dienų paplitimo rodiklis kiek mažesnis nei Lietuvos moterų. Šiuo tyrimu nustatytas rūkančių slaugytojų vidutinis per dieną surūkomų cigarečių skaičius perpus mažesnis nei Lietuvos gyventojų, kai vienam rūkančiajam vidutiniškai per dieną teko 13,6 cigaretės [30]. Tačiau slaugytojų raminamųjų / migdomųjų vaistų vartojimo paplitimo rodikliai beveik dvigubai aukštesni nei Lietuvos gyventojų rodikliai: per paskutinius 12 mėnesių vaistus vartojo 11,1 proc., o per paskutines 30 dienų – 7,4 proc. Lietuvos gyventojų [30]. Šio tyrimo rezultatus lyginant su 2008 m. 35–64 m. Lietuvos moterų tyrimo duomenimis matyti, kad raminamųjų / migdomųjų vaistų vartojimo paplitimo rodikliai yra gana panašūs, nes per paskutinius 12 mėnesių vaistus vartojo 20,1 proc., o per paskutines 30 dienų – 15,3 proc. Lietuvos moterų [26].

Šio tyrimo duomenis palyginus su kitų šalių slaugytojų sveikatai žalingos elgsenos paplitimo tyrimų duomenimis matomas nevienareikšmis vaizdas. Lietuvos ligoninėse dirbančių per paskutinius 12 mėnesių rūkusių slaugytojų skaičius daugiau nei du kartus mažesnis už Graikijos ir Turkijos ligoninėse dirbančių slaugytojų rūkymo paplitimo rodiklius [31–33]. Rūkymo paplitimas tarp Lietuvos slaugytojų yra artimas Lenkijos, Airijos, Amerikos, Brazilijos ligoninių slaugytojų rūkymo paplitimo rodikliams [34–38], tačiau beveik dvigubai didesnis nei Japonijos ligoninėse dirbančių slaugytojų [15]. Šio tyrimo rezultatus palyginti su užsienio autorių darbais sudėtinga, nes slaugytojų receptinių psichotropinių vaistų vartojimo paplitimui nustatyti naudojami skirtingi tyrimo instrumentai. Pavyzdžiui, JAV reprezentatyvios slaugytojų imties tyrimo duomenimis, piktnaudžiavimo receptiniais vaistais paplitimas siekė 6,9 proc.

Minėtame tyrimo piktnaudžiavimas receptiniais vaistais buvo apibrėžtas kaip per paskutinius 12 mėnesių be gydytojo paskyrimo kurių nors iš amfetaminų, opiatų, raminamųjų, migdomųjų ar inhaliacinių vaistų vartojimas savo nuožiūra [39]. Šio tyrimo duomenimis, per paskutinius 12 mėnesių raminamuosius / migdomuosius vaistus vartojo beveik keturis kartus daugiau slaugytojų, iš jų – be gydytojo paskyrimo dvigubai daugiau tirtųjų darbuotojų nei JAV slaugytojų. Svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad sveikatos priežiūros specialistams klausimas, ar jie vartojo raminamuosius / migdomuosius vaistus su gydytojo paskyrimu ar be jo, gali būti sudėtingas. Pavyzdžiui, slaugytojai, neturėdami tiesioginio priėjimo prie šių medikamentų, gali gauti gydytojo paskyrimą jiems įsigyti iš savo kolegų darbe. Sunku išgryninti klausimą taip, kad visiškai neliktų papildomos erdvės respondentų interpretacijai. Be to, informaciją apie raminamųjų / migdomųjų vaistų vartojimą su gydytojo paskyrimu ar be jo sudėtinga interpretuoti ir mokslininkams: gavęs šių vaistų gydytojo paskyrimu asmuo juos gali vartoti didesnėmis nei nurodyta dozėmis ar ilgesnį laiką ir tokiu būdu vartojimas taip pat tampa žalingas sveikatai, arba asmuo, įsigijęs šių vaistų be gydytojo paskyrimo, gali juos vartoti tik kartais, o tokia elgsena sveikatai žalingu poveikiu gali ir nepasižymėti [26].

Šio tyrimo duomenimis, respublikos ligoninėse rūkančių slaugytojų dažnis yra didesnis nei regiono ar rajono ligoninėse. Tai dera su kitais šio tyrimo rezultatais – darbas respublikos arba regiono ligoninėse, lyginant su darbu rajono ligoninėse, slaugytojos rūkymo galimybę didina 3,84 karto. Šio tyrimo rezultatai taip pat atskleidė, kad raminamuosius / migdomuosius vaistus vartojusių slaugytojų dažnis yra didesnis rajono ligoninėse, palyginti su respublikos ar regiono ligoninėmis. Tokius rezultatus galima interpretuoti siejant su slaugytojų amžiumi, kadangi respublikos ligoninėse dirbančios slaugytojos yra jauniausios, o rajono ligoninių slaugytojos – vyriausios. Remiantis 2012 m. psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo paplitimo Lietuvoje tyrimo duomenimis, daugiau rūko jaunesnio amžiaus moterų. Dažniausiai nurodomas raminamųjų / migdomųjų vaistų vartojimo pradžios amžius – 40 metų [30].

Šio tyrimo rezultatai išryškino restruktūrizavimo procesui ypač būdingas psichosocialines rizikas – stiprėjančią netikrumą dėl ateities ir suvokiamo restruktūrizavimo proceso teisingumo stygių. Nustatyta, kad didesnis nesaugumas dėl darbo 1,61 karto didina slaugytojos raminamųjų / migdomųjų vaistų

vartojimo galimybę. Šie rezultatai neprieštaruoja kitų tyrimų duomenims. Kanados restruktūrizuojamose ligoninėse dirbantys slaugytojai įvardijo dvi pagrindines, daugiausia streso restruktūrizavimo metu darbe keliančias priežastis – tikimybę ateityje netekti darbo ir planus daugelį slaugytojų pakeisti slaugytojų padėjėjais [6]. Taip pat nustatėme, kad mažesnis informacinis restruktūrizavimo proceso teisingumas slaugytojų rūkymo galimybę didina 1,6 karto. Tai neprieštaruoja kitų tyrimų rezultatams. Pavyzdžiui, ištyrus Suomijos sveikatos priežiūros specialistus, tarp kurių buvo ir slaugytojų, nustatyta, kad remiantis organizaciniu teisingumu galima prognozuoti šių darbuotojų sveikatą [41]. Pasak Europos ekspertų grupės sveikatos restruktūrizavimo metu klausimais, suvokiamas restruktūrizavimo proceso teisingumas, toks kaip visiems darbuotojams taikomi vienodi kriterijai, nuoseklios procedūros, tikslus informavimas ir pan., yra glaudžiai susijęs su darbuotojų sveikata ir su ja susijusia elgsena [2]. Tad restruktūrizavimo metu darbuotojams išgyvenant netikrumą dėl ateities suvokiamas įgyvendinamų pokyčių procedūrų skaidrumas, informacijos prieinamumas, aiškumas bei visi kiti teisingumą liudijantys principai tampa ypač svarbia šių didelių pokyčių dalimi.

2009–2012 m. Lietuvoje įgyvendinus trečiąjį ligoninių restruktūrizavimo etapą optimizuotas stacionariųjų sveikatos priežiūros įstaigų tinklas ir pertvarkyta teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų struktūra: ligoninės suskirstytos į tris lygmenis – respublikos, regiono ir rajono [42]. Šio tyrimo duomenimis, rajono ligoninėse dirbančių slaugytojų psichosocialinė darbo aplinka buvo mažiausiai palanki: rajono ligoninėse darbo reikalavimai ir nesaugumas dėl darbo buvo aukštesni, o pokyčių įgyvendinimo teisingumo vertinimas – žemesnis nei respublikos ar regiono ligoninių slaugytojų. Rajono ligoninių slaugytojų subjektyvus restruktūrizavimo poveikio vertinimas taip pat buvo labiau neigiamas nei respublikos ar regiono ligoninėse dirbančių jų kolegų. Tokius tyrimo rezultatus galima aiškinti tuo, kad restruktūrizavimas skirtingiems lygmenims priskirtas mūsų valstybės ligonines palietė nevienodai – skyrėsi pokyčių mastas ir pobūdis. Rajono ligoninėse dirbančios slaugytojos galėjo patirti stipresnį restruktūrizavimo sąlygotą nepatvirtumą, nes daugelyje šiam lygmeniui priskirtų ligoninių buvo uždaryti specializuotas paslaugas teikę skyriai, kai kurios rajono ligoninės sujungtos [43]. Kitų tyrimų duomenys taip pat patvirtina, kad ligoninių restruktūrizavimo inicijuoti skirtingo pobūdžio ir masto pokyčiai gali sukelti įvairias slaugytojų

reakcijas, nevienodai paveikti jų sveikatą bei daugelį su darbu susijusių aspektų [2, 40, 44].

Taip pat nustatyta, kad kiekvienas papildomas balas vertinant pasitenkinimą darbu 0,47 karto sumažina tikimybių santykį, o gyvenimas santuokoje ar partnerystėje, lyginant su vieniša slaugytojos šeimine padėtimi, tikimybių santykį sumažina 0,42 karto, taigi labiau tikėtina, kad slaugytoja raminamųjų / migdomųjų vaistų nevertos. Tad pasitenkinimą darbu ir gyvenimą santuokoje ar partnerystėje, kaip galimai suteikiantį tam tikrą finansinį saugumą intensyvių pokyčių ir stipraus netikrumo dėl ateities darbe periodu, galima laikyti apsauginiais veiksniais.

Taigi šio tyrimo rezultatai atskleidė ligoninių restruktūrizavimo proceso metu išryškėjančias psichosocialines rizikas darbe ir jų sąsajas su slaugytojų sveikatai žalinga elgsena. Tai slaugytojų nesaugumas dėl darbo ir suvokiamo restruktūrizavimo proceso teisingumo stygius. Tyrimas taip pat atskleidė, kad rajono ligoninių slaugytojų subjektyvus restruktūrizavimo poveikio vertinimas prasčiausias, o psichosocialinė darbo aplinka ne tokia palanki kaip jų kolegų, dirbančių respublikos ar regiono ligoninėse. Rezultatai parodė, kad daliai Lietuvos ligoninėse dirbančių slaugytojų būdinga sveikatai žalinga elgsena ir šių specialistų turimų žinių apie neigiamą psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo poveikį sveikatai nepakanka tam, kad jos keistų savo elgseną. Slaugytojų tabako ar raminamųjų / migdomųjų vaistų be gydytojo paskyrimo vartojimas kelia grėsmę šių specialistų sveikatai ir gali neigiamai paveikti jų darbo kokybę. Todėl vykdant permainas ligoninėse ypač svarbu rasti būdus saugiai ir sveikatai palankiai psichosocialinei darbo aplinkai, kuri apsaugotų slaugytojus ir kitus sveikatos priežiūros specialistus nuo stipraus ilgalaikio streso, užtikrinti. Remiantis šio tyrimo rezultatais, Europos šalių gerąja patirtimi ir tarptautinių organizacijų ekspertų siūloma restruktūrizavimo samprata parengtos rekomendacijos, kaip sumažinti neigiamą restruktūrizavimo poveikį darbuotojams ir užtikrinti saugią darbo aplinką pokyčių metu [45].

#### **Tyrimo ribotumai ir rekomendacijos tolesniems tyrimams**

Klausimai apie sveikatai žalingą elgseną yra susiję su jautrios asmeninės informacijos pateikimu, ypač tuomet, kai tyrimas atliekamas darbe. Todėl šiame tyrime galėjo išlikti slaugytojų socialiai pageidautinų atsakymų į šiuos klausimus tikimybė. Kitas svarbus šio tyrimo ribotumas yra naudoto statistinės analizės

metodo jautrumas praleistiems respondentų atsakymams. Didesnė tyrimo imtis būtų sudariusi daugiau galimybių nustatyti riziką slaugytojų sveikatai žalingai elgsenai pasireikšti keliančius psichosocialinės darbo aplinkos veiksnius restruktūrizuojamose ligoninėse. Šis tyrimas Lietuvos ligoninėse buvo atliktas iš karto po to, kai restruktūrizavimu suplanuoti pokyčiai buvo įgyvendinti. Tačiau, pasak Europos ekspertų, restruktūrizavimas negali būti tiesiogiai siejamas tik su konkrečiais įgyvendinamais pokyčiais – tai procesas, kuris prasideda vos pradėjus planuoti pokyčius, ir tęsiasi dar ilgai po to, kai numatytos pertvarkos būna įgyvendintos [2]. Mūsų šalyje ligoninių restruktūrizavimas pradėtas planuoti nuo 2001 m. ir per paskutinį dešimtmetį buvo įgyvendintas trimis etapais [43]. Skirtingais ligoninių restruktūrizavimo proceso etapais – planavimo periodu, pokyčių įgyvendinimo metu bei įgyvendinimus permainas – atliktas longitudinalinis tyrimas leistų surinkti ypač vertingos medžiagos, kuri padėtų geriau pažinti sudėtingą restruktūrizavimo reiškinių ir nustatyti svarbius psichosocialinės darbo aplinkos pokyčius bei jų sąsajas su slaugytojų elgsena, susijusia su jų sveikata. Toliau tyrimais taip pat rekomenduotume giliau pagnarinti šiame tyrime išryškėjusių psichosocialinių

rizikų, tokių kaip suvokiamo restruktūrizavimo proceso teisingumo stygius ir nesaugumas dėl darbo, atsižvelgiant į restruktūrizavimo sąlygotų pokyčių pobūdį ir mastą, sąsajas su sveikatos priežiūros įstaigose dirbančių specialistų sveikatai žalinga elgsena.

## IŠVADOS

1. Per paskutinius 12 mėnesių rūkė 20,1 proc., raminamuosius / migdomuosius vaistus vartojo 25,8 proc. tyrime dalyvavusių restruktūrizuojamų Lietuvos ligoninių slaugytojų.
2. Informacinio restruktūrizavimo proceso teisingumo stygius, darbas respublikos arba regiono lygmeniu ligoninėje, lyginant su darbu rajono ligoninėje, didesnis darbo valandų skaičius per savaitę prognozavo slaugytojų rūkymą per paskutines 30 dienų.
3. Nesaugumas dėl darbo prognozavo slaugytojų raminamųjų / migdomųjų vaistų vartojimą be gydytojo paskyrimo per paskutines 30 dienų, o patitenkinimas darbu ir gyvenimas susituokus arba partnerystėje, lyginant su vieniša slaugytojos šeiminė padėtimi, atskleidė prevencinį poveikį.

*Straipsnis gautas 2014-02-10, priimtas 2014-03-14*

## Literatūra

1. European Agency for Safety and Health at Work. New poll reveals job insecurity of job reorganisation is thought to be the most common cause of work-related stress. News release – May 09, 2013. Prieiga per internetą: <<https://osha.europa.eu/en/press/press-releases/new-poll-reveals-job-insecurity-or-jobreorganisation-is-thought-to-be-the-mostcommon-cause-of-work-related-stress>> [žiūrėta 2013 m. lapkričio 25 d.].
2. Kieselbach T. Health in restructuring: Innovative approaches and policy recommendations (HIRES). European Expert Group on Health in Restructuring. Reiner Hampp Verlag, Germany, Muenchen, 2009.
3. Lambert VA, Lambert CE. Nurses' workplace stressors and coping strategies. *Indian J Palliative Care*. 2008;14(1):38-44.
4. Tyson PD, Pongruengphant B, Aggarwal B. Coping with organizational stress among hospital nurses in Southern Ontario. *Nursing studies*. 2002;39(4):453-459.
5. Fathi A, Nasae T, Thiangchanya P. Workplace stressors and coping strategies among public hospital nurses in Medan, Indonesia. *Nurse Media Journal of Nursing*. 2012;2(1):315-324.
6. Maurier WL, Northcott HC. Job uncertainty and health status for nurses during restructuring of health care in Alberta. *Western Journal of Nursing Research*. 2000;22:623-64.
7. Chang E, Daly J, Hancock K, Bidewell J, Johnson A, Lambert V, Lambert C. The relationships among workplace stressors, coping methods, demographic characteristics, and health in Australian nurses. *Journal of Professional Nursing*. 2006;22(1):30-38.
8. Aldiabat K, Clinton M. Contextualizing smoking behaviour over time: A smoking journey from pleasuring to suffering. *Turkish Online Journal of Qualitative Inquiry*. 2012;3(1):1-19.
9. Aldiabat KM, Clinton M. Understanding Jordanian psychiatric nurses' smoking behaviors: A Grounded theory study. *Nursing Research and Practice*. 2013;1-7.
10. Sarna L, Bialous SA, Wewers ME, Froelicher ES, Danao L. Nurses, smoking, and the workplace. *Research in Nursing & Health*. 2005;28:79-90.
11. Kieselbach T, Nielsen K, Triomphe CE. Psychosocial risks and health effects of restructuring. Investing in well-being at work: Addressing psychosocial risks in times of change. High Level Conference Organised by the European Commission and the Belgian EU Presidency, 2010.
12. Dunn D. Substance abuse among nurses – Defining the issue. *AORN Journal*. 2005;82(4):573-596.
13. Lambert VA, Lambert CE. Literature review of role stress/strain on nurses: An international perspective. *Nursing and Health Sciences*. 2001;3:161-172.
14. Perdikaris P, Kleisiou E, Gymnopoulou E, Matziou V. The relationship between workplace, job stress and nurses' tobacco use: A review of the literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2010;7:2362-2375.
15. Ota A, Yasuda N, Okamoto Y et al. Relationship of job stress with nicotine dependence of smokers – A Cross-sectional study of female nurses in a general hospital. *J Occup Health*. 2004;46:220-224.
16. Antigonis F, Padiaditaki O, Dimitrios T. Nursing staff under heavy stress: focus on Greece. A critical review. *International Journal of Caring Sciences*. 2011;4(1):11-19.
17. Ota A, Masue T, Yasuda N et al. Psychosocial job characteristics and smoking cessation: A prospective cohort study using Demand-Control-Support and Effort-Reward imbalance job stress models. *Nicotine & Tobacco Research*. 2010;12(3):287-293.
18. Schmidt A, Neumann M, Wirtz M et al. The influence of occupational stress factors on the nicotine dependence: a cross sectional study. *Tabacco Induced Diseases*. 2010;8:1-6.
19. Malinauskienė V, Leišytė P, Malinauskas R. Psychosocial job characteristics, social support, and sense of coherence as determinants of mental health among nurses. *Medicina*. 2009;45(11):910-917.

20. Malinauskienė V, Leisyte P, Malinauskas R, Kirtiklyte K. Associations between self-rated health and psychosocial conditions, lifestyle factors and health resources among hospital nurses in Lithuania. *J Adv Nurs*. 2011;67(11):2383-93.
21. Andruškievė J, Reigas V, Jurgutis A, Janušonis V. Psichosocialiniai stresoriai, veikiantys daugiaprofilinės gydymo įstaigos chirurginio profilio skyriaus darbuotojus: bandomojo tyrimo rezultatai. *Sveikatos mokslai*. 2007;4(51):1030-34.
22. Kaliatkaitė J, Jasiukevičiūtė T, Bulotaitė L, Pajarskienė B, Jankauskas R. Slaugytojų psichosocialinė darbo aplinka ir sveikata restruktūrizuojamose ligoninėse. *Visuomenės sveikata*. 2011;2(53):11-20.
23. Jasiukevičiūtė T, Pajarskienė B. Slaugytojų profesinio vaidmens pokyčiai ligoninių restruktūrizavimo metu: kokybinio tyrimo įžvalgos. *Visuomenės sveikata*. 2012; priedas Nr. 1:39-43.
24. Jasiukevičiūtė T, Pajarskienė B. Slaugytojos restruktūrizuojamose ligoninėse: santykių dinamika, būsenos ir „išlikimo“ strategijos pokyčių metu. *Visuomenės sveikata*. 2013; priedas Nr. 1:63-74.
25. Kuodytė V, Pajarskienė B, Šorytė D. Psichikos sveikatos slaugytojų psichosocialinės darbo aplinkos veiksniai, susiję su pacientų smurtu. *Literatūros apžvalga*. *Visuomenės sveikata*. 2013; priedas Nr. 1:5-15.
26. Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo paplitimas Lietuvoje 2004 ir 2008 metais. Narkotikų kontrolės departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės, 2009. Prieiga per internetą: <<http://ntakd.lt/bylos/dokumentai/leidiniai/narkotiku-paplitimas-2009-web.pdf>> [žiūrėta 2013 m. lapkričio 28 d.].
27. Karasek RA. Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*. 1979;24:285-308.
28. Johnson JV, Hall EM. Job strain, workplace social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*. 1988;78:1336-1342.
29. Workplace violence in the health sector. Country case studies research instruments. Survey questionnaire. Geneva, 2003.
30. Martinkus Z. Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo paplitimo tyrimas Lietuvoje 2012 metais. NTAKD: 2013. Prieiga per internetą: <[http://www.ntakd.lt/files/Apklausos\\_ir\\_tyrimai/nacionalinio/2013/GPS.pdf](http://www.ntakd.lt/files/Apklausos_ir_tyrimai/nacionalinio/2013/GPS.pdf)> [žiūrėta 2013 m. lapkričio 18 d.].
31. Pappas AN, Alamanos Y, Dimoliatis IDK. Self-rated health, work characteristics and health related behaviours among nurses in Greece: a cross sectional study. *BMC Nursing*. 2005;4:8.
32. Sezer H, Guler N, Sezer RE. Smoking among nurses in Turkey: Comparison with other countries. *J Health Popul Nurs*. 2007;25(1):107-111.
33. Cavusoglu F, Bahar Z, Avci IA. Smoking and substance abuse among nurses in Turkey: A systematic literature analysis. *Proh Health Sci*. 2012;2(2):161-166.
34. O'Donovan G. Smoking prevalence among qualified nurses in the Republic of Ireland and their role in smoking cessation. *International Nursing Review*. 2009;56:230-236.
35. Slater P, McElwee G, Fleming P, McKenna H. Nurses' smoking behaviour related to cessation practice. *Nursing Times*. 2006;102:19:32-37.
36. Collins RL, Gollnisch G, Morsheimer ET. Work stress, coping, and substance use among female nurses. In Eds. Wetherington CL, Roman AB. *Drug Addiction Research and the Health of Women*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse: Rockville, MD. 1998;319-337. Prieiga per internetą: <[http://archives.drugabuse.gov/pdf/DARHW/319-338\\_Collins.pdf](http://archives.drugabuse.gov/pdf/DARHW/319-338_Collins.pdf)> [žiūrėta 2013 m. lapkričio 12 d.].
37. Cofta S, Staszewski R. Hospital staff and smoking habits: do we need modification of smoking behavior in polish hospitals? *Journal of Physiology and Pharmacology*. 2008;59(6):191-196.
38. Fernandes JC, Portela LF, Rotenberg L, Griep RH. Working hours and health behaviour among nurses at public hospitals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21(5):1104-1111.
39. Trinkoff AM, Storr CL, Wall MP. Prescription-type drug misuse and workplace access among nurses. *Journal of Addictive Diseases*. 1999;18(1):9-17.
40. Baumann A, Giovannetti P, O'Brien-Pallas L et al. Healthcare Restructuring: The Impact of Job Change. *Canadian Journal of Nursing Leadership*. 2001;14(1):14-20.
41. Elovainio M, Kivimäki M, Vahtera J. Organizational justice: Evidence of a new psychosocial predictor of health. *Am J Public Health*. 2002;92:105-108.
42. Sveikatos apsaugos ministerija. Stacionarinių įstaigų restruktūrizavimo trečiasis etapas. 2010. Prieiga per internetą: <[http://www.sam.lt/go.php/lit/Vyriausybe\\_is\\_esmes\\_pritare\\_Sveikatos\\_pr/771](http://www.sam.lt/go.php/lit/Vyriausybe_is_esmes_pritare_Sveikatos_pr/771)> [žiūrėta 2013 m. sausio 20 d.].
43. Murauskienė L, Janonienė R, Veniute M, van Ginneken E, Karanikolas M. Lithuania: health system review. *Health Systems in Transition*. 2013;15(2):1-150.
44. Burke RJ, Ng EWS, Wolpin J. Hospital restructuring and downsizing: Effects on nursing staff well-being and perceived hospital functioning. *Europe's Journal of Psychology*. 2011;1:81-89.
45. Kaliatkaitė J, Jasiukevičiūtė T, Pajarskienė B. Rekomendacijos, kaip sumažinti neigiamą restruktūrizavimo poveikį darbuotojams ir užtikrinti saugią darbo aplinką pokyčių metu. *Visuomenės sveikata*. 2013;3(62):105-110.

# Health risk behavior of nurses working in Lithuania's hospitals under restructuring: prevalence and risk factors

Justina Kaliaitaitė<sup>1,2</sup>, Birutė Pajarskienė<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institute of Hygiene, <sup>2</sup>Vilnius University

## Summary

Nurses experience hospital restructuring-related stress. Health risk behavior of nurses as one of the ways to cope with stress put their health in danger and can affect the quality of their work negatively.

**The aim** was to assess prevalence of health risk behavior among nurses and to analyze associations with psychosocial work factors at Lithuania's hospitals that undergo restructuring.

**Material and methods.** Cross-sectional design research was conducted at 13 randomly selected Lithuania's hospitals that undergo restructuring. The study sample consisted of 775 nurses with not less than a year of work experience. The questionnaire was developed for the research. Frequency tables, nonparametrical Pearson Chi-square, Mann-Whitney U test and binary logistic regression were used to analyze the data.

**Results and conclusions.** 20.1 % of respondents smoked, 25.7 % took tranquilizers or sedatives during the period of last 12 months. Job demands, job insecurity were higher in local hospitals while justice of changes implementation and subjective evaluation of restructuring effect were lower in comparison with republic and region

hospitals ( $p < 0.05$ ). In a fully adjusted model smoking was associated with informational justice of restructuring process (OR=1.60; 95 %, PI 1.07-2.42), work at republic or region hospital (OR=3.84; 95 %, PI 1.81-8.13) as compared with work at local hospital, and long work hours per week (OR=1.07; 95 %, PI 1.02-1.12). Taking tranquilizers or sedatives was associated with job insecurity (OR=1.61; 95 %, PI 1.11-2.34), while job satisfaction (OR=0.47; 95 %, PI 0.30-0.73) and being married or living in a partnership as compared with being single (OR=0.43; 95 %, PI 0.18-0.97) showed a preventive effect.

**Keywords:** hospital restructuring, nurses, health behavior, psychosocial work environment.

**Correspondence to** Justina Kaliaitaitė  
Institute of Hygiene Centre of Occupational Health  
Etmonų 3/6, LT-01305 Vilnius, Lithuania  
E-mail: juste.kaliaitaitė@dmc.lt

Received 10 February 2014,  
accepted 14 March 2014

# SAVO KŪNO VERTINIMO REIKŠMĖ PAAUGLIŲ PASITENKINIMUI GYVENIMU IR JŲ MITYBOS ĮPROČIAMS: ŠEŠIŲ ŠALIŲ DUOMENYS

Jolanta Laukaitienė, Reda Mocevičienė, Apolinaras Zaborskis

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademija

## Santrauka

**Tyrimo tikslas** – įvertinti paauglių kūno masės indekso ir kūno vaizdo reikšmę pasitenkinimui gyvenimu bei mitybos (vaisių, daržovių, kokakolos, saldumynų vartojimas) įpročiams socialiniu, ekonominiu ir kultūriniu požiūriu skirtingose šalyse (Lietuvoje, Latvijoje, Kroatijoje, Italijoje, Kanadoje ir JAV).

**Tyrimo medžiaga ir metodai.** Tyrimui naudoti 11, 13 ir 15 metų amžiaus mokinių apklausos, vykdytos 2009–2010 m., duomenys, surinkti taikant tarptautinės studijos „Mokyklinio amžiaus vaikų gyvenimo ir sveikatos tyrimas, HBSC“ metodologiją. Imtys reprezentuoja 6 šalių mokyklų mokinius. Iš viso apklausta 42 914 mokinių. Statistinei analizei taikyti hipotezių tikrinimo Z ir  $\chi^2$  testai bei dvinarės logistinės regresijos modelis.

**Tyrimo rezultatai.** Paauglių kūno vaizdo vertinimas reikšmingai siejosi su jų pasitenkinimu gyvenimu – jis buvo reikšmingesnis nei kūno masės indeksas. Rezultatai parodė, kad Kanados, JAV ir Kroatijos jaunuoliai, kurių svoris vertinant KMI buvo normalus, vaisių vartojo dažniau nei stori paaugliai. Lietuvoje vertinant pagal šį matą vaisių dažniau valgė stori nei ploni berniukai. Lietuvos ir Latvijos berniukai, kurie pagal kūno masės indeksą buvo ploni arba stori, daržovių vartojo reguliariau nei jų bendraamžiai, laikę save plonais arba storais. Analizuojant KMI reikšmę saldumynų vartojimui nustatyta, kad jaunuoliai, kurių šis rodiklis aukštas, mažiau vartojo minėtų produktų, o jų daugiau valgė tie, kurių KMI buvo žemas. Daugelyje tirtų šalių (Lietuvoje, Kroatijoje, Italijoje, Kanadoje) saldumynų dažniau valgė plonomis save laikę mergaitės. Nagrinėjant paauglių kūno vertinimo ir kokakolos vartojimo sąsajas, ypač išsiskyrė JAV aukštą kūno masės indeksą turinčios mergaitės – jos gerokai dažniau gėrė šio gėrimo nei bendraamžės iš kitų šalių ar kitų KMI grupių. Be to, plonos (pagal abu kūno vertinimo matus) mergaitės Kroatijoje taip pat buvo linkusios dažniau vartoti kokakolą nei jų bendraamžės kitose šalyse.

**Išvados.** Šalyse (išskyrus JAV) kūno vaizdas labiau susijęs su paauglių pasitenkinimu gyvenimu nei KMI. Be to, nustatyta, kad šis kūno vertinimo matas reikšmingesnis vertinant sąsajas su mitybos įpročiais nei kūno masės indeksas.

**Reikšminiai žodžiai:** paaugliai, kūno masės indeksas, kūno vaizdas, mityba, mitybos įpročiai, pasitenkinimas gyvenimu.

## ĮVADAS

Modernioje visuomenėje požiūris į kūną ir jo vertinimas siejamas su grožio idealais, stereotipiniais įvaizdžiais, kuriuos formuoja socialinė ir kultūrinė aplinka [1, 2]. Tam ypač didelę reikšmę turi visuomenės informavimo priemonės [3, 4]. Žiniasklaida kuria grožio idealus ir diktuoja sėkmingo, gyvenimu patenkinto jauno žmogaus įvaizdį, kuris neretai vaizduojamas liesų ar sportiškų kūno formų. Priešingai – antsvorio turintis žmogus dažniau parodomas kaip pajuokų objektas, nesėkmingas asmuo, nesugebantis sukurti kokybiškų santykių su kitais žmonėmis [5–7].

Šalys skiriasi ne tik geografinė padėtimi, bet ir savita kultūrine ir socialine bei ekonomine aplinka, kuri, be abejonės, turi įtakos visuomenės psichinei ir fizinei sveikatai bei gerovei, taip pat jos gyvenimui ir mitybai [8–11]. Mokslininkai teigia, kad pastaruoju metu „vakarietiškos“ valgybos kultūros įpročiai plinta į šalis, kurioms anksčiau šios valgybos tradicijos buvo nebūdingos [10]. Teigiama, kad mityba skirtingose šalyse panašėja ir sukelia neigiamų pasekmių ne tik sveikatai, bet ir teisingam savęs suvokimui. Tai ypač stebima tarp jaunų žmonių [10, 12, 13].

Paauglystėje išvaizda reikšminga: kai ji neatitinka grožio standartų [10], kyla didesnis nepasitenkinimas savo kūnu ir savijauta [2, 14, 15]. Tai būdinga ir „vakarietiško“, ir „nevakarietiško“ pasaulio šalių paaugliams [12]. Dėl šių priežasčių dalis jaunų žmonių ieško būdų ir priemonių, kurios padėtų atitikti grožio

**Adresas susirašinti:** Reda Mocevičienė  
Lietuvos sveikatos mokslų universitetas  
Eivenių g. 4, 50161 Kaunas  
El. paštas reda.mocevicienne@gmail.com

idealus [16, 17]. Mergaičių troškimas būti ypač lieknomis, o berniukų siekis tapti raumeningais verčia skirtingų šalių paauglius imtis įvairių kūno svorio reguliavimo priemonių [16, 18]. Tai ypač aktuali problema: daugėja ne tik fizinių sveikatos problemų [19], bet ir psichosocialinių pasekmių [12, 18, 20–24]. Dažniau stebimi tokių paauglių gyvenamos ir elgsenos pokyčiai: didžioji dalis jaunuolių, turinčių antsvorį arba nutukusių, taip pat tų, kurie laiko save liesais ar storais, labiau linkę koreguoti savo kūno svorį įvairiomis priemonėmis (fiziniu aktyvumu, mityba, dažnesniu vaisių ir daržovių, retesniu saldumynų vartojimu, maisto porcijų mažinimu, dietomis ar badavimu) [16, 21, 22].

Kūno svoris gali būti vertinamas dviem būdais: pagal kūno masės indeksą (KMI, objektyvus kūno vertinimas) ir kūno vaizdą (subjektyvus savo kūno suvokimas). Abu kūno vertinimo kriterijai yra svarbūs paauglių požiūriui į savo kūną [25, 26]. Jaunuoliai, kurių KMI rodo liesumą, antsvorį ar nutukimą, ir tie, kurie mano esą liesi ar stori, gali blogiau save vertinti, rinktis mažiau sveiką gyvenimo būdą nei paaugliai, kurių KMI yra normalus, ar tie, kurie laiko save normalaus kūno sudėjimo [27–29]. Pastarųjų metų tyrimų rezultatai rodo, kad savo kūno suvokimo įtaka paauglių savijautai, sveikatos elgsenai, jų elgesiui gali būti netgi didesnė nei KMI [29, 30].

Pateiktieji literatūros duomenys rodo paauglių kūno masės vertinimo, pasitenkinimo gyvenimu bei mitybos įpročių sąsajas, įvertintas įvairių, dažniausiai pavienių, šalių paauglių populiacijose. Remiantis vien tik šiais tyrimais neaišku, kiek šių tyrimų rezultatai tinka kitų šalių paaugliams. Literatūroje neradę tokių tarptautinių tyrimų rezultatų palyginimo, taip pat siekdami išsiaiškinti KMI ir kūno vaizdo vertinimo reikšmę paauglių pasitenkinimui gyvenimu ir mitybos įpročiams bei nustatyti dėsningumą universalumą įvairių šalių paauglių populiacijose pasirinkome 6 šalis (Lietuvą, Latviją, Kroatiją, Italiją, Kanadą ir Jungtines Amerikos Valstijas), atstovaujančias socialiniu, ekonominiu ir kultūriniu požiūriu skirtingiems pasaulio regionams. Šios šalys 2009–2010 m. dalyvavo tarptautinėje tyrimų programoje „Mokyklinio amžiaus vaikų gyvenamos ir sveikatos tyrimas“ (angl. *Health Behaviour in School-aged Children*, HBSC).

**Tyrimo tikslas** – įvertinti paauglių kūno masės indekso ir kūno vaizdo reikšmę pasitenkinimui gyvenimu bei mitybos įpročiams (vaisių, daržovių, koka-kolos, saldumynų vartojimui) socialiniu, ekonominiu ir kultūriniu požiūriu skirtingose šalyse (Lietuvoje, Latvijoje, Kroatijoje, Italijoje, Kanadoje ir JAV).

## TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Anoniminė apklausa, kurioje dalyvavo 11, 13 ir 15 metų amžiaus mokiniai, atlikta 2010 m. taikant tarptautinės studijos „Mokyklinio amžiaus vaikų gyvenamos ir sveikatos tyrimas, HBSC“ metodologiją [31]. Tyrime dalyvavo Europos valstybės, Kanada bei Jungtinės Amerikos Valstijos (iš viso 43 šalys). Mokinių apklausoms naudota anoniminė anketa, kurią sudarė HBSC tyrėjai [31]. Apklausoms atlikti Lietuvoje gauti Švietimo ir mokslo ministerijos bei tyrimui atrinktų savivaldybių švietimo skyrių ir mokyklų vadovų sutikimai, taip pat Kauno regioninio biomedicininio tyrimų etikos komiteto leidimai (Nr. BE-2-72, Nr. P1-170/2005, Nr. BE-2-67). Kitose šalyse tyrimai vyko taip pat nepažeidžiant paauglių teisių ir laikantis tose šalyse nustatytos biomedicininio tyrimų vykdymo tvarkos.

Straipsnio autoriai pasirinko 6 šalis, atstovaujančias trims šalių grupėms: Baltijos šalis (Lietuva ir Latvija), Pietų Europos (Italija ir Kroatija) ir Šiaurės Amerikos šalis (JAV ir Kanada). Šios šalių grupės nutolusios ne tik geografiniu, bet ir ekonominiu, kultūriniu požiūriu, skiriasi jų socialinį progresą atspindintys indikatoriai: šalies laimingumas ar subjektyvi gerovė. Šie rodikliai glaudžiai susiję su asmens sveikata, gyvenimo trukme ir socialiniu elgesiu [8, 9]. Minėtoms šalims būdingos savitos kultūrinės valgybos tradicijos ir su tuo susiję skirtingi objektyvaus bei subjektyvaus kūno vertinimo rodikliai [10, 32–35].

Tyrimui atrinkta 42 914 anketų, kurias pildė Kanados (37,1 proc.), JAV (14,6 proc.), Kroatijos (14,6 proc.), Italijos (11,3 proc.), Lietuvos (12,4 proc.) ir Latvijos (10 proc.) mokiniai. Į analizę įtraukti tie vaikai, kurie anketose nurodė savo kūno svorį ir ūgį bei subjektyviai įvertino savo kūną.

Paauglių buvo prašyta anketose įrašyti savo kūno svorį (kg) ir ūgį (m). Jų kūno masės indeksas buvo skaičiuojamas naudojant formulę:  $svoris (kg) / ūgis (m)^2$ . KMI vertintas naudojantis Tarptautinės kovos su nutukimu darbo grupės pasiūlytomis ribinėmis vertėmis, skaičiuojamomis berniukams ir mergaitėms atskirai [36, 37].

Kūno vaizdui įvertinti mokinių buvo klausama: „Koks, Tavo manymu, yra Tavo kūnas?“ Galimi atsakymai į šį klausimą: „gerokai per plonas“, „truputį per plonas“, „normalus“, „truputį per storas“, „gerokai per storas“. Atsakymų variantai buvo sujungti į tris grupes: 1) plonas, 2) normalus ir 3) storas.

Šiame straipsnyje paauglių kūno masės indekso ir kūno vaizdo vertinimų reikšmės buvo suskirstytos į tris grupes: „norma“, „ploni“, „stori“.

Paauglių pasitenkinimas gyvenimu vertintas balais nuo 0 (mažiausiai patenkintas gyvenimu) iki 10 (daugiausiai patenkintas gyvenimu). Atsakymai į klausimą buvo sujungti į dvi grupes: 0–5 balai (nepatenkinti gyvenimu) ir 6–10 balų (patenkinti gyvenimu). Skaičiuota gyvenimu nepatenkintų vaikų dalis, labiau išryškinanti grupių skirtumus.

Siekiant išsiaiškinti mokinių mitybos įpročius buvo klausama, ar dažnai jaunuoliai valgo vaisių ir daržovių (žalių ir termiškai apdorotų), saldumynų, geria kokakolos. Paaugliai galėjo pasirinkti šiuos atsakymus: 1) niekada, 2) rečiau nei kartą per savaitę, 3) kartą per savaitę, 4) 2–4 dienas per savaitę, 5) 5–6 dienas per savaitę, 6) kasdien, kartą per dieną, 7) kasdien, kelis kartus per dieną. 1–5 atsakymų variantai buvo sujungti į kategoriją „ne kasdien vartojama“; 6–7 atsakymų variantai sudarė kategoriją „kasdien vartojama“.

Duomenų analizei naudotas statistinių duomenų analizės paketas SPSS, 17 versija. Mitybos įpročių, pasitenkinimo gyvenimu pasiskirstymas tarp palyginamų grupių (KMI ir kūno vaizdo) apskaičiuotas taikant statistinių hipotezių tikrinimo Z ir  $\chi^2$  testus. Statistinės išvados laikytos statistiškai reikšmingomis, kai  $p \leq 0,05$ . Taikant dvinarės logistinės regresijos modelį įvertintos sąsajos tarp kūno masės indekso, kūno vaizdo ir pasitenkinimo gyvenimu.

## REZULTATAI

**Kūno masės indeksas ir kūno vaizdas.** Lietuvos, Latvijos, Italijos, Kroatijos, Kanados ir JAV šalių paauglių kūno masės indekso ir kūno vaizdo skirstiniai pateikiami 1 lentelėje. Daugiausia normalios kūno masės berniukų buvo Lietuvoje ir Latvijoje; mergaičių – Kroatijoje, Lietuvoje bei Latvijoje. Remiantis KMI ir subjektyviu kūno vertinimu didžiausia dalis „storų“ berniukų ir mergaičių nustatyta Kanadoje ir JAV (beveik du kartus daugiau nei Lietuvoje ar Latvijoje, KMI grupė). Visose šalyse pagal kūno vaizdą didesnė dalis mergaičių nei berniukų ( $p < 0,05$ ) laikė save storomis. Atvirkščiai, vertinant KMI „storų“ berniukų visose šalyse buvo daugiau nei mergaičių.

**Pasitenkinimas gyvenimu.** Gyvenimu nepatenkintų paauglių dalis „normaliųjų“, „storųjų“ ir „plonųjų“ KMI ir kūno vaizdo grupėse pateikta 2 lentelėje. Šalyse daugiau gyvenimu nepatenkintų paauglių buvo „storųjų“ ir „plonųjų“ grupėse vertinant kūną ir pagal KMI, ir pagal savo kūno suvokimą. Lyginant gyvenimu nepatenkintų paauglių dalį KMI grupėse daugiau gyvenimu nepatenkintų „plonųjų“ ir „storųjų“

mergaičių ir berniukų buvo Kanadoje ir JAV bei tarp Kroatijos ir Italijos berniukų. Lietuvoje ir Latvijoje gyvenimu nepatenkintų berniukų ir mergaičių pasiskirstymo procentas KMI grupėse reikšmingai nesiskyrė. Analizuojant gyvenimu nepatenkintų paauglių dažnius tarp subjektyvaus kūno vertinimo grupių daugiausia savo gyvenimu nepatenkinti buvo storais save laikantys paaugliai.

**1 lentelė.** Berniukų ir mergaičių KMI ir kūno vaizdo skirstiniai (proc.) pagal šalis

Šalis	KMI grupė				Kūno vaizdas			
	Norma	Ploni	Stori	n	Norma	Ploni	Stori	n
<b>Berniukai</b>								
Kanada	68,1	6,0	26,0	6 058	59,3	17,0	23,7	7 495
JAV	60,4	6,9	32,7	2 791	60,7	14,4	24,9	3 214
Kroatija	71,9	5,0	23,1	2 873	63,4	16,1	20,5	3 001
Italija	70,0	7,4	22,6	2 163	66,1	13,0	21,0	2 390
Lietuva	78,5	6,9	14,6	1 914	64,7	17,5	17,8	2 740
Latvija	75,8	9,9	14,3	1 881	60,4	22,4	17,2	2 048
<b>Mergaitės</b>								
Kanada	70,6	10,9	18,4	6 046	55,1	11,0	33,9	7 832
JAV	63,6	9,7	26,7	2 466	59,8	9,5	30,7	2 981
Kroatija	76,8	10,3	12,9	3 062	58,7	13,2	28,1	3 239
Italija	70,6	15,4	14,0	2 057	62,1	10,0	27,9	2 396
Lietuva	75,7	16,8	7,6	1 910	55,6	12,8	31,6	2 580
Latvija	72,9	18,0	9,2	2 063	56,7	14,6	28,8	2 208

**2 lentelė.** Gyvenimu nepatenkintų paauglių dalis (proc.) priklausomai nuo KMI ir kūno vaizdo grupės skirtingose šalyse

Šalis	KMI grupėse				Kūno vaizdo grupėse			
	Norma	Ploni	Stori	Iš viso	Norma	Ploni	Stori	Iš viso
<b>Berniukai</b>								
Kanada	11,5*	15,7*	15,8*	12,9	11,0*	16,2*	21,9*	14,5
JAV	12,1	17,4	15,2	15,7	10,8*	18,0*	20,8*	14,4
Kroatija	11,9*	14,8*	16,2*	13,1	11,1*	13,0*	19,6*	13,2
Italija	10,5*	11,2*	16,9*	12,0	9,6*	14,3*	19,1*	12,2
Lietuva	15,5	16,4	13,6	15,3	14,4*	18,7*	18,7*	15,9
Latvija	13,5	17,9	17,0	14,4	14,0	17,0	16,1	15,0
<b>Iš viso šalyse</b>	<b>12,2*</b>	<b>15,7*</b>	<b>15,8*</b>	<b>13,3</b>	<b>11,6*</b>	<b>16,3*</b>	<b>20,3*</b>	<b>14,2</b>
<b>Mergaitės</b>								
Kanada	16,5*	17,0*	27,5*	18,6	13,2*	19,5*	29,2*	19,3
JAV	15,5*	9,7*	21,8*	16,6	11,9*	18,9*	22,9*	15,8
Kroatija	15,7	16,3	19,3	16,2	12,8*	17,9*	24,0*	16,6
Italija	15,7	14,9	19,7	16,1	12,1*	14,8*	26,0*	16,2
Lietuva	22,1	19,5	25,5	21,9	17,0*	22,7*	29,4*	21,7
Latvija	16,2	14,1	14,4	15,6	12,4*	20,3*	20,3*	15,9
<b>Iš viso šalyse</b>	<b>16,7*</b>	<b>15,7*</b>	<b>23,2*</b>	<b>17,6</b>	<b>12,4*</b>	<b>17,6*</b>	<b>17,6*</b>	<b>16,2</b>

\* $p < 0,05$  – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI ir kūno vaizdo grupių (*chi* kvadrato testas).

Dvinarės regresijos analizės rezultatai parodė, kad daugelyje šalių ir berniukų, ir mergaičių (išskyrus KMI „storųjų“ grupės Kanados ir „plonųjų“ grupės JAV mergaitės) kūno vertinimas pagal KMI nebuvo reikšmingai susijęs su pasitenkinimu gyvenimu. O kūno vaizdas reikšmingai siejosi su paauglių pasitenkinimu gyvenimu beveik visose į analizę įtrauktose šalyse: paaugliai, laikantys save „plonais“ (GS 0,51–0,66, 95 proc. PI, išskyrus Kroatijos ir Latvijos berniukus bei Italijos ir Lietuvos mergaitės) ir „storais“ (GS 0,37–0,55, 95 proc. PI, išskyrus Lietuvos ir Latvijos berniukus) buvo mažiau patenkinti gyvenimu.

Paauglių mitybos įpročiai (vaisių, daržovių, saldumynų ir kokakolos vartojimas) skirtingose šalyse pateikti 3 ir 4 lentelėse. Šių maisto produktų vartojimo dažniai nurodyti atskirose kūno masės indekso ir kūno vaizdo grupėse.

**3 lentelė.** Berniukų, kasdien valgančių įvairių maisto produktų, dalis (proc.) priklausomai nuo KMI ir kūno vaizdo grupių skirtingose šalyse

Šalis	KMI grupė				Kūno vaizdo grupė			
	Norma	Ploni	Stori	Iš viso	Norma	Ploni	Stori	Iš viso
<i>Kasdien valgo vaisių</i>								
Kanada	39,8*	35,8*	33,8*	38,0	38,9*	36,1*	33,7*	37,2
JAV	39,8	37,0	40,2	39,8	41,8*	33,9*	38,4*	39,8
Kroatija	32,9*	21,8*	30,5*	31,8	33,8*	26,1*	30,5*	31,9
Italija	39,6	38,1	36,3	38,8	40,3	34,3	37,1	38,8
Lietuva	22,1	21,9	27,5	22,9	22,2*	16,6*	25,5*	21,8
Latvija	22,1	18,7	24,3	22,1	22,1	21,7	25,9	22,7
<i>Kasdien valgo daržovių</i>								
Kanada	36,3*	38,1*	31,7*	35,2	34,4	35,9	33,3	39,8
JAV	33,7	30,9	35,0	34,0	35,2	31,7	31,9	33,9
Kroatija	22,6*	14,1*	22,0*	22,1	23,2*	17,0*	21,8*	21,9
Italija	20,4	23,8	20,3	20,6	20,7	18,2	21,8	20,6
Lietuva	21,2*	33,3*	26,1*	22,7	23,1	21,1	23,0	22,7
Latvija	21,8	35,0	34,7	21,7	22,2	19,8	22,3	21,7
<i>Kasdien valgo saldumynų</i>								
Kanada	17,4*	19,1*	14,7*	16,8	16,4*	20,6*	14,5*	16,7
JAV	21,9*	22,1*	16,8*	20,3	21,1*	24,1*	17,2*	20,6
Kroatija	34,5*	38,7*	24,3*	32,4	33,3*	38,6*	24,9*	32,4
Italija	29,3*	35,6*	23,6*	28,5	29,6*	38,8*	22,2*	29,2
Lietuva	19,6*	31,0*	16,4*	19,9	19,2*	22,3*	13,1*	18,7
Latvija	31,1*	33,0*	14,6*	28,9	29,9*	30,2*	22,8*	28,7
<i>Kasdien geria kokakolos</i>								
Kanada	15,1	15,5	16,9	15,6	15,6	17,0	16,3	16,0
JAV	30,1	32,8	28,2	29,7	28,9	33,2	30,5	29,9
Kroatija	30,6	28,2	26,4	29,5	30,7	30,3	26,9	29,9
Italija	21,4	28,1	20,1	21,6	21,3*	34,1*	17,6*	22,2
Lietuva	10,3	16,4	12,1	11,0	11,0	10,0	9,1	10,5
Latvija	10,0	9,3	7,5	9,5	9,2	11,6	8,3	9,6

\* Statistiškai reikšmingas ( $p < 0,05$ ) skirtumas tarp KMI ir kūno vaizdo grupių (*chi kvadrato testas*).

**Vaisių vartojimas.** Pagal tyrimo rezultatus mažiausiai kasdien vaisių vartojančių paauglių buvo Lietuvoje ir Latvijoje (21,8 ir 22,7 proc. atitinkamai), daugiausiai – JAV (39,8 proc.) ir Kanadoje (37,2 proc.).

Remiantis visų 6 šalių paauglių apklausos duomenimis vaisių dažniau vartojo gyvenimu patenkinti paaugliai (gyvenimu patenkintų berniukų – 34,7 proc., nepatenkintų – 26,9 proc.; 42,5 proc. gyvenimu patenkintų ir 33,3 proc. nepatenkintų mergaičių). Visose šalyse storais save laikantių gyvenimu patenkintų ir nepatenkintų berniukų vaisių vartojimo dažniai reikšmingai nesiskyrė ( $p > 0,05$ ). O Kanadoje, Kroatijoje ir Latvijoje dažniau kasdien vaisių vartojo pagal KMI „stori“ gyvenimu patenkinti berniukai. „Storomis“ pagal KMI įvertintos Kanados mergaitės ir storomis save laikiosios Kanados, Lietuvos ir Latvijos mergaitės, kurios buvo patenkintos gyvenimu, vaisių

**4 lentelė.** Mergaičių, kasdien valgančių įvairių maisto produktų, dalis (proc.) priklausomai nuo KMI ir kūno vaizdo grupių skirtingose šalyse

Šalis	KMI grupė				Kūno vaizdas			
	Norma	Plonos	Storos	Iš viso	Norma	Plonos	Storos	Iš viso
<i>Kasdien valgo vaisių</i>								
Kanada	48,0*	52,7*	41,4*	47,3	48,0*	44,7*	42,3*	45,7
JAV	44,6*	52,8*	40,5*	44,3	47,4*	44,0*	40,6*	45,0
Kroatija	35,6	39,2	39,1	36,5	39,7*	32,3*	33,0*	36,8
Italija	42,7	45,6	44,6	43,4	43,5	47,3	45,1	44,3
Lietuva	30,0	36,6	34,7	31,5	29,9	27,1	33,1	30,6
Latvija	30,7	33,2	38,0	31,8	31,0	35,4	30,6	31,5
<i>Kasdien valgo daržovių</i>								
Kanada	45,8*	51,3*	37,2*	44,8	45,7*	45,2*	39,6*	43,6
JAV	38,9	41,7	39,5	39,3	41,0*	33,7*	37,3*	39,2
Kroatija	24,4	28,9	28,4	25,4	26,0	26,9	23,8	25,5
Italija	26,8	24,4	27,7	26,6	26,0	21,3	28,6	26,2
Lietuva	30,1	35,0	34,7	31,3	32,9*	30,0*	28,0*	31,0
Latvija	28,2	25,4	29,4	27,8	28,4	26,7	27,2	27,8
<i>Kasdien valgo saldumynų</i>								
Kanada	18,5	24,7	13,3	18,2	18,6*	25,0*	15,0*	18,1
JAV	26,9	29,4	26,6	27,1	28,0	39,0	21,7	27,1
Kroatija	39,4	42,6	24,9	37,9	18,6*	25,0*	15,0*	37,9
Italija	33,3	41,8	24,9	33,4	32,3*	47,3*	28,0*	32,6
Lietuva	24,5	27,5	16,0	24,4	24,4*	30,7*	19,4*	23,6
Latvija	38,2	41,1	28,6	37,8	38,9	37,9	34,1	37,3
<i>Kasdien geria kokakolos</i>								
Kanada	10,6	12,6	12,9	11,2	10,8*	14,3*	12,1*	11,6
JAV	28,0*	25,7*	33,2*	29,1	28,0*	38,5*	29,0*	29,3
Kroatija	22,2*	27,0*	17,0*	22,0	22,1*	28,8*	19,9*	22,4
Italija	16,6	17,7	13,1	16,3	15,1*	28,9*	15,1*	16,5
Lietuva	5,9	5,9	4,8	5,8	5,5	5,8	6,6	5,9
Latvija	7,5	6,5	4,3	7,0	7,3	6,8	6,6	7,0

\* Statistiškai reikšmingas ( $p < 0,05$ ) skirtumas tarp KMI ir kūno vaizdo grupių (*chi kvadrato testas*).

kasdien vartojo dažniau, lyginant su savo gyvenimu nepatenkintomis paauglėmis.

**Daržovių vartojimas.** Analizuojant kūno masės indekso, kūno vaizdo ir daržovių vartojimo sąsajas, reikšmingi ryšiai nustatyti Kanados, Kroatijos ir Lietuvos berniukų bei Kanados mergaičių imtyse. Mergaitės, lyginant su berniukais, daržovių, kaip ir vaisių, vartojo dažniau nei berniukai visose tirtose šalyse. Be to, šių maisto produktų dažniau vartojo stori paaugliai.

Dažniau daržovių kasdien valgė gyvenimu patenkinti berniukai ir mergaitės nei gyvenimu nepatenkinti jų bendraamžiai (berniukai: gyvenimu patenkinti – 28,6 proc., nepatenkinti – 25,5 proc.; mergaitės: gyvenimu patenkintos – 36,5 proc., nepatenkintos – 29,3 proc.). Berniukų pasitenkinimas gyvenimu ir kasdienis daržovių vartojimas skirtingose kūno vertinimo grupėse nebuvo reikšmingai susijęs daugelyje šalių, išskyrus Kanadą. Normalios kūno masės ar manantys esą normalaus kūno svorio gyvenimu patenkinti Kanados berniukai dažniau valgė daržovių nei normalios kūno masės ar save „normaliais“ laikę gyvenimu nepatenkinti berniukai. Gyvenimu patenkintos mergaitės dažniau vartojo daržovių nei jų bendraamžės, kurios prastai vertino savo gyvenimą net ir tada, kai pagal KMI jų kūnas buvo normalus (Kanada, Italija, Lietuva), plonas (Kroatija), storas (Kanada, Italija) ar jos save laikė normalaus kūno svorio (Kanada, JAV, Italija, Lietuva), plonomis (Kanada, Lietuva) arba storomis (Kanada, Italija, Lietuva).

**Mažiau sveikų maisto produktų vartojimas.** Atlikus paauglių KMI, kūno vaizdo ir mažiau sveikų maisto produktų (saldumynų ir kokakolos) vartojimo analizę nustatyta, kad KMI ir kūno vaizdas buvo reikšmingi saldumynų valgymui beveik visose šalyse (išskyrus mergaites JAV ir Latvijoje). Daugiausia kokakolos vartojo JAV mergaitės (pagal KMI – 29,1 proc., pagal kūno suvokimą – 29,3 proc.), lyginant su kitomis šalimis.

Lyginant saldumynų vartojimą tarp gyvenimu patenkintų ir nepatenkintų paauglių nustatyta, kad gyvenimu nepatenkintos mergaitės dažniau valgė saldumynų nei patenkintos. Kokakolos kasdien dažniau gėrė gyvenimu nepatenkinti paaugliai (18,9 proc. patenkintų ir 22,2 proc. nepatenkintų gyvenimu berniukų; 14 proc. gyvenimu patenkintų ir 19,2 proc. nepatenkintų mergaičių).

## REZULTATŲ APTARIMAS

Stripsnyje pateikti tarptautinės studijos „Mokyklinio amžiaus vaikų gyvenimo ir sveikatos tyrimas, HBSC“ (angl. *Health Behaviour of School-aged*

*children*) apklausos, vykusios 2010 m., duomenys. Šiame darbe aptariami Lietuvos ir Latvijos, Italijos ir Kroatijos bei Kanados ir JAV rezultatai, atspindintys paauglių kūno masės indekso ir kūno vaizdo vertinimą bei jų reikšmę pasitenkinimui gyvenimu ir mitybos (vaisių, daržovių, saldumynų ir kokakolos vartojimas) įpročiams.

Vertinant KMI daugiausiai storų ir mažiausiai normalaus kūno svorio paauglių nustatyta JAV ir Kanadoje. JAV, lyginant su kitomis šalimis, buvo mažiausiai plonų mergaičių. Šią situaciją patvirtina kitų mokslininkų atlikti tyrimai, rodantys, kad ypač Jungtinėse Amerikos Valstijose pastaruoju metu daugėja mokyklinio amžiaus vaikų, ne tik turinčių antsvorio, bet ir nutukusių [38]. Daugiausiai paauglių, kurių normalus kūno masės indeksas, buvo Kroatijoje (mergaitės) ir Baltijos šalyse (ir berniukų, ir mergaičių). Kitais tyrimais taip pat atskleista, kad didelė dalis Baltijos šalių bei Italijos ir Kroatijos paauglių, lyginant su kitomis šalimis, yra normalios kūno masės [35, 39]. Vis dėlto būtina pažymėti, kad Lietuvoje ir Latvijoje, lyginant su kitomis šalimis, nustatyta ypač daug mergaičių (iki 18 proc.), kurių kūno masės indeksas buvo per mažas.

Vertinant subjektyvų berniukų kūno vaizdą aki-vaizdu, kad daugiausiai „storais“ save laikusių paauglių buvo JAV ir Kanadoje; manančių, kad yra „normalaus“ kūno svorio, mažiausiai nustatyta Kanadoje. Įdomu tai, kad pagal KMI JAV mergaitės buvo vienos iš storiųjų, tačiau „normaliomis“ save laikė daugiau nei pusė šios šalies paauglių. Galimai tokius rezultatus lėmė Šiaurės Amerikos šalyse kintantis normalaus kūno standartas, todėl vis daugiau „storų“ paauglių save laiko normalaus kūno svorio jaunuoliais. Paradoksalu, kad trečdalis Kanados ir Lietuvos mergaičių laikė save „storomis“ – šios proporcijos beveik du kartus viršija Kanados ir beveik keturis kartus Lietuvos mergaičių kūno vertinimą pagal KMI. Be to, reikia pažymėti, kad nepaisant to, jog Lietuva buvo tarp šalių, kuriose normalų kūno masės indeksą turinčių mergaičių buvo daugiausiai, „normaliomis“ save laikančių mergaičių mūsų šalyje buvo mažiausiai. Galima daryti prielaidą, kad paauglės yra linkusios savo kūną vertinti blogiau nei yra iš tikrųjų. Mūsų tyrimo rezultatai patvirtino tai, kad paauglių kūno vertinimas pagal KMI ir subjektyvų kūno vaizdą skiriasi. Tai koreliuoja su mokslinėje literatūroje pateikiamais duomenimis, patvirtinančiais, kad būtent mergaitės save laiko storesnėmis nei berniukai. Joms kūno svoris yra reikšmingesnis nei jų bendraamžiams berniukams [16, 18]. Be to, šis

tyrimas patvirtino, kad mergaitės, o ypač tos, kurios laikė save storomis, buvo mažiau patenkintos gyvenimu nei jų bendraamžiai berniukai. Kaip nurodoma literatūroje, jos dažniausiai prasčiau vertina savo gyvenimą nei berniukai [18]. Tai gali būti siejama su prastesniu savo kūno vertinimu, per dideliu dėmesiu savo išvaizdai paauglystėje ir siekiu atitikti visuotinai priimtinus grožio idealus [2, 15, 40].

Kaip ir tikėtasi, labiausiai nepatenkinti buvo tie paaugliai, kurie ir pagal KMI, ir subjektyviai vertinant buvo stori (išskyrus Lietuvos berniukus). Svarbu tai, kad kūno vertinimas pagal KMI nebuvo reikšmingas paauglių pasitenkinimui gyvenimu, tačiau kūno vaizdas reikšmingai siejosi su pasitenkinimu gyvenimu beveik visose į analizę įtrauktose šalyse. Tokius rezultatus patvirtina ir kitų tyrėjų teiginiai, jog savęs suvokimas yra svarbesnis už objektyvius, apskaičiuotus rodiklius ir turi didesnę reikšmę asmens pasitenkinimo jausmui [30].

Vertindami KMI reikšmę maisto produktų vartojimui nustatėme, kad normalios kūno masės berniukai kasdien vaisių vartojo dažniau (Kanada ir Kroatija) nei paaugliai, kurių KMI buvo per didelis arba per mažas, tačiau mergaičių grupėje vaisių reguliariai vartojo tos paauglės, kurios pagal šį kūno vertinimo matą buvo per plonos (JAV ir Kanada). Kasdien daugiausia daržovių vartojo tie berniukai, kurių apskaičiuotas kūno masės indeksas buvo mažesnis už normalų (Kanadoje – 38,1 proc., Lietuvoje – 33,3 proc.). Svarbu tai, kad vertinant subjektyvaus kūno vaizdo ir vaisių bei daržovių vartojimo ryšius visose šalyse, kuriose buvo nustatyta reikšmingų sąsajų, šių maisto produktų dažniau vartojo save „normaliais“ laikantys paaugliai. Mergaitės, manančios, kad yra „normalios“, vaisių valgė dažniau, lyginant su tomis apklausos dalyvėmis, kurios manė esą „storos“ ar „plonos“. Be to, tos paauglės, kurios manė esančios „plonos“, dažniau vartojo daržovių, lyginant su „storomis“ mergaitėmis. Taigi galima daryti prielaidą, kad reguliariai vaisių ir daržovių valgantys paaugliai yra normalios kūno masės ar ploni būtent dėl kasdienio šių produktų vartojimo. Šią prielaidą galima pagrįsti kitų mokslinių tyrimų rezultatais, rodančiais, kad būtent normalios kūno masės paaugliai dažniau taiko sveikus kūno svorio reguliavimo metodus, t. y. reguliariai vartoja vaisių ir daržovių, yra fiziškai aktyvūs [16], o turintys antsvorio ar nutukę paaugliai labai dažnai naudoja nesveikas kūno svorio reguliavimo priemones [41].

Analizuojant KMI ir kūno vaizdo reikšmę mažiau sveikų produktų, t. y. saldumynų, vartojimui nustatyta, kad pagal abu kūno vertinimo matus ploni

paaugliai saldumynų valgė dažniau (Kroatija, Italija, Latvija) nei jų bendraamžiai, kurie buvo stori ar normalios kūno masės. Galbūt ploni berniukai ir mergaitės mano, jog jie gali vartoti šiuos maisto produktus, nes tai neturi reikšmės jų kūno svoriui. Logiška, kad tie paaugliai, kurie pagal KMI ir kūno vaizdą buvo stori, lyginant su kitomis kūno masės indekso ar kūno vaizdo grupėmis, saldumynų vartojo daug mažiau nei normalios kūno masės ar ploni jų bendraamžiai. Tai laikoma viena iš svorio reguliavimo priemonių [16, 23, 41].

Nagrinėjant kito ne itin sveiko gėrimo – kokakolos vartojimo ryšį su kūno masės indeksu nustatyta, kad JAV mergaitės šio gėrimo vartoja daugiausiai, lyginant su kitomis šalimis (berniukų kūno masės indeksas nebuvo reikšmingas kokakolos vartojimui). Šioje šalyje daugiau nei trečdalis mergaičių minėto gėrimo vartojo reguliariai, o mažiausiai jo gėrė mergaitės Kroatijoje ir Kanadoje. Vertinant kūno vaizdo sąsajas su kasdieniu kokakolos vartojimu nustatyta, kad daugiausiai paauglių kokakolos taip pat gėrė JAV, mažiausiai – Kroatijoje. Gerokai daugiau šio gėrimo reguliariai vartojo storais save laikantys paaugliai (išskyrus Kanados mergaites). Mūsų tyrimo rezultatai patvirtino kitų mokslininkų teiginius, kad kokakolos vartojimas ypač paplitęs tarp JAV paauglių – tai gali būti viena iš didėjančio nutukimo paplitimo šioje šalyje priežasčių [42, 43]. Taigi galima manyti, kad paaugliai šio gėrimo, priešingai nei saldumynų, nelaiko maisto produktu, turinčiu įtakos jų svoriui, todėl nėra linkę jo riboti.

Nagrinėjant sveikų ir mažiau sveikų maisto produktų vartojimą tarp gyvenimu patenkintų ir nepatenkintų paauglių būtų galima teigti, kad dažniau reguliariai vaisių ir daržovių vartojo gyvenimu labiau patenkinti jaunuoliai, o mažiau sveikus maisto produktus dažniau vartoti linkę mažiau savo gyvenimu patenkinti paaugliai. Mūsų analizės rezultatai parodė, kad visoms šalims tinkančios bendros išvados, vertinant pasitenkinimo gyvenimu ir maisto produktų vartojimo sąsajas, pateikti negalima.

Apibendrinant galima teigti, kad visų analizei pasirinktų šalių paaugliams kūno vaizdas (savo kūno suvokimas) buvo reikšmingesnis nei KMI – jis siejosi su jų pasitenkinimu gyvenimu. JAV ir Kanadoje, lyginant su kitomis šalimis, buvo gerokai daugiau paauglių, turinčių aukštą kūno masės indeksą, tačiau vertindami kūno vaizdą jaunuoliai buvo labiau linkę laikyti save normaliais. Atvirkščiai, Baltijos šalyse, Kroatijoje ir Italijoje buvo daugiausia normalaus kūno svorio paauglių, tačiau vertindami

savo kūno vaizdą jie dažniau save laikė storais nei buvo iš tikrųjų (ypač mergaitės). Nors bendro apibendrinimo, tinkančio visų 6 šalių kūno vertinimo ir mitybos įpročių sąsajoms apibūdinti, pateikti negalima, tačiau reikia pažymėti, kad vartoti vaisių ir daržovių buvo labiau linkę normalios kūno masės ar ploni paaugliai. Kokakolos daugiausia gėrė storos mergaitės (JAV), o saldumynų dažniau vartojo ploni jaunuoliai.

## IŠVADOS

1. Visose į analizę įtrauktose šalyse vertinant kūno masės indeksą storų berniukų buvo daugiau nei mergaičių. JAV ir Kanada iš kitų šalių išsiskyrė ypač didele aukštą kūno masės indeksą turinčių mergaičių ir berniukų dalimi, tačiau pagal kūno vaizdą jie buvo linkę save laikyti plonesniais. Atvirkščiai, Baltijos šalyse, Kroatijoje ir Italijoje didelė dalis mergaičių buvo normalios kūno masės, tačiau vertindamos jos pačios dažniau save laikė storomis nei buvo iš tikrųjų.
2. KMI nebuvo reikšmingas paauglių pasitenkinimui gyvenimu, tačiau subjektyvus kūno vertinimo matas reikšmingai siejosi su pasitenkinimu gyvenimu visose analizei pasirinktose šalyse. Daugiausiai nepatenkintų gyvenimu buvo tarp paauglių, kurie objektyviai arba subjektyviai vertinant buvo stori (išskyrus Lietuvos berniukus).
3. Kūno masės indeksas ir kūno vaizdas buvo reikšmingas paauglių mitybos įpročiams. Normalios kūno masės paaugliai dažniau rinkosi sveikus maisto produktus (vaisius ir daržoves), ypač lyginant su storais jų bendraamžiais. Ploni paaugliai dažniau vartojo saldumynų, o stori (JAV mergaitės) – dažniau gėrė kokakolos.
4. Nepriklausomai nuo kūno vertinimo mato analizuotose šalyse gyvenimu patenkinti paaugliai maitinosi sveikiau, o gyvenimu nepatenkinti jaunuoliai dažniau rinkosi sveikatai žalingus produktus: dažniau vartojo saldumynų ir gėrė kokakolos.

*Straipsnis gautas 2013-12-09, priimtas 2014-02-03*

## Literatūra

1. Neumark-Sztainer D, Bauer KW, Friend S, Hannan PJ, Story M, Berge JM. Family Weight Talk and Dieting: How Much Do They Matter for Body Dissatisfaction and Disordered Eating Behaviors in Adolescent Girls? *J Adolesc Health*. 2010;47(3):270-4.
2. El Ansari W, Clausen SV, Mabhalala A, Stock C. How Do I Look? Body Image Perceptions among University Students from England and Denmark. *Int J Environ Res Public Health*. 2010;7(2):583-95. Epub 2010 Feb 21.
3. Molnar R, Erdos C, Muller A et al. Role of internet in getting informations about health promotion and cancer prevention in Hungary in 2010. *European Journal of Public Health*. 2011;21(1):227.
4. Erchull MJ, Liss M, Lichiello S. Extending the Negative Consequences of Media Internalization and Self-Objectification to Dissociation and Self-Harm. *Sex Roles*. 2013;10. 1007/s11199-013-0326-8.
5. Strasburger VC, Jordan AB, Donnerstein E. Children, adolescents, and the media: health effects. *Pediatr Clin North Am*. 2012;59(3):533-87.
6. Bair CE, Kelly NR, Serdar KL, Mazzeo SE. Does the Internet function like magazines? An exploration of image-focused media, eating pathology, and body dissatisfaction. *Eat Behav*. 2012;13(4):398-401.
7. Schwartz MB, Brownell KD. Obesity and body image. *Body Image*. 2004;1(1):43-56.
8. Diener E, Oishi S, Lucas RE. Personality, culture, and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annu Rev Psychol*. 2003;54:403-25.
9. De Neve JE, Diener E, Tay L, Xuereb C. The objective benefits of subjective well-being. In Helliwell J, Layard R, Sachs J, eds. *World Happiness Report, 2013*. New York: UN Sustainable Development Solutions Network.
10. Morinaka T, Wozniwicz M, Jeszka J et al. Westernization of dietary patterns among young Japanese and Polish females – a comparison study. *Ann Agric Environ Med*. 2013;20(1):122-30.
11. Vasunilashorn S, Kim JK, Crimmins EM. International differences in the links between obesity and physiological dysregulation: the United States, England, and Taiwan. *J Obes*. 2013;2013:618056.
12. Mellor D, Fuller-Tyszkiewicz M, McCabe MP et al. A test of the resource security and the body mass index reference point hypotheses of body dissatisfaction amongst adolescents in eight countries. *Ethn Health*. 2013 Nov 21.
13. McCabe MP, Mavoa H, Ricciardelli LA et al. Socio-cultural agents and their impact on body image and body change strategies among adolescents in Fiji, Tonga, Tongans in New Zealand and Australia. *Obes Rev*. 2011;12(2):61-7.
14. Miškinytė A, Bagdonas A. Jaunų suaugusiųjų požiūrio į savo kūną sąsajos su demografiniais rodikliais. *Psichologija*. 2010;42.
15. Mauno Mäkinen, Leena-Riitta Puukko-Viertomies, Nina Lindberg, Martti A Siimes, Veikko Aalberg. Body dissatisfaction and body mass in girls and boys transitioning from early to mid-adolescence: additional role of self-esteem and eating habits. *BMC Psychiatry*. 2012;12:35.
16. Goldschmidt AB, Aspen VP, Sinton MM, Tanofsky-Kraff M, Wilfley DE. Disordered eating attitudes and behaviors in overweight youth. *Obesity (Silver Spring)*. 2008;16(2):257-64.
17. Radmanović-Burđić M, Gavrić Z, Burđić S. Eating attitudes in adolescent girls. *Psychiatr Danub*. 2011;23(1):64.
18. López-Guimerà G, Neumark-Sztainer D, Hannan P, Fauquet J, Loth K, Sánchez-Carracedo D. Unhealthy Weight-control Behaviours, Dieting and Weight Status: A Cross-cultural Comparison between North American and Spanish Adolescents. *Eur Eat Disord Rev*. 2012 Oct 11.
19. Siegrist M, Hansse H, Lammel C, Haller B, Halle B. A cluster randomised school-based lifestyle intervention programme for the prevention of childhood obesity and related early cardiovascular disease (JuvenTUM 3). *BMC Public Health*. 2011;11:258.
20. Finne E, Bucksch J, Lampert T, Kolip P. Age, puberty, body dissatisfaction, and physical activity decline in adolescents. Results of the German Health Interview and Examination Survey (KiGGS). *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2011 Oct 27;8:119.
21. Tang J, Yu Y, Du Y, Ma Y, Zhu H, Liu Z. Association between actual weight status, perceived weight and depressive, anxious symptoms in Chinese adolescents: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2010;10:594.
22. Akman M, Akan H, Izbirak G, Tanrıöver Ö, Tilev SM, Yildiz A, Tektaş S, Vitrinel A, Hayran O. Eating patterns of Turkish adolescents: a cross-sectional survey. *Nutr J*. 2010;9:67.
23. Neumark-Sztainer D, Falkner N, Story M, Perry C, Hannan PJ, Mulert S. Weight-teasing among adolescents: correlations with weight status and disordered eating behaviors. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2002;26(1):123-31.

24. Lee H, Jung HY, Yun E, Um HY, Jee YJ. Factors influencing depression among middle-school girls. *J Korean Acad Nurs*. 2011;41(4):550-7.
25. Bucchianeri MM, Arikian AJ, Hannan PJ, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. *Body Image*. 2012. pii: S1740-1445(12)00122-2.
26. Pallan MJ, Hiam LC, Duda JL, Adab P. Body image, body dissatisfaction and weight status in South Asian children: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2011 Jan 9;11:21.
27. Van den Berg PA, Mond J, Eisenberg M, Ackard D, Neumark-Sztainer D. The Link Between Body Dissatisfaction and Self-Esteem in Adolescents: Similarities Across Gender, Age, Weight Status, Race/Ethnicity, and Socioeconomic Status. *J Adolesc Health*. 2010;47(3):290-6. doi: 10.1016/j.jadohealth.
28. Fonseca H, Matos MG, Guerra A, Pedro JG. Are overweight and obese adolescents different from their peers? *Int J Pediatr Obes*. 2009;4(3):166-74.
29. Ter Bogt TF, van Dorsselaer SA, Monshouwer K, Verdurmen JE, Engels RC, Vollebergh WA. Body mass index and body weight perception as risk factors for internalizing and externalizing problem behavior among adolescents. *J Adolesc Health*. 2006;39(1):27-34.
30. Mikolajczyk RT, Maxwell AE, El Ansari W, Stock C, Petkeviciene J, Guillen-Grima F. Relationship between perceived body weight and body mass index based on self-reported height and weight among university students: a cross-sectional study in seven European countries. *BMC Public Health*. 2010;10:40.
31. Health Behaviour in School-aged Children. A World Health Organization Collaborative Cross-national Study. 2008. Available from: <<http://www.hbsc.org>>. [Accessed 15 December 2010.]
32. Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ et al. National, regional and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *Lancet*. 2011;377(9765):557-67.
33. Raj M, Kumar RK. Obesity in children & adolescents. *Indian J Med Res*. 2010;132:598-607.
34. Ferrante M, Fiore M, Sciacca GE et al. The role of weight status, gender and self-esteem in following a diet among middle-school children in Sicily (Italy). *BMC Public Health*. 2010;10:241.
35. Health policy for children and adolescents, No. 5. Inequalities in young people's health. Health behaviour in school-aged children international report from the 2005-2006 survey.
36. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*. 2000;320:1240.
37. Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, Jackson AA. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ*. 2007;335:194.
38. Skelton JA, Cook SR, Auinger P etc. Prevalence and trends of severe obesity among US children and adolescents. *Acad Pediatr*. 2009;9(5):322-9.
39. Grabauskas V, Zaborskis A, Klumbiene J, Petkeviciene J, Zemaitiene N. Changes in health behavior of Lithuanian adolescents and adults over 1994-2002. *Medicina (Kaunas)*. 2004;9:884-890.
40. Knauss C, Paxton SJ, Alsaker FD. Relationships amongst body dissatisfaction, internalisation of the media body ideal and perceived pressure from media in adolescent girls and boys. *Body Image*. 2007;4(4):353-60. Epub 2007 Sep 21.
41. Jillon S Vander Wal. Unhealthy weight control behaviors among adolescents. *J Health Psychol*. 2012;17:110.
42. Velazquez CE, Pasch KE, Ranjit N et al. Are adolescents' perceptions of dietary practices associated with their dietary behaviors? *J Am Diet Assoc*. 2011;111(11):1735-40.
43. Kleiman S, Ng SW, Popkin B. Drinking to our health: can beverage companies cut calories while maintaining profits? *Obes Rev*. 2012;13(3):258-74.

# Impact of self-rated body assessment on life satisfaction and nutrition habits among adolescents: comparison of six countries

Jolanta Laukaitienė, Reda Mocevičienė, Apolinaras Zaborskis  
*Medical Academy of Lithuanian University of Health Sciences*

## Summary

**Aim of work** – to explore the impact of adolescents' body mass index and body image on life satisfaction and their eating habits (fruit, vegetable, coca-cola and sweets consumption) among six socio-economically and culturally different countries: (Lithuania, Latvia, Croatia, Italy, Canada and USA).

**Materials and methods.** Anonymous questionnaire was distributed to 11, 13 and 15 years old boys and girls (total n=42 914). The study is based on a cross-national Healthy Behaviour of School – Aged Children survey, in 2009/2010. Z,  $\chi^2$  tests and logistic regression model were used for statistical analysis.

**Results.** In countries, body image had significant associations with life satisfaction. Body image was more related to life satisfaction than BMI. Youngsters with normal weight perception (Canada, USA, Croatia) consumed fruits more often than fat. Lithuanian boys in fat group according to BMI ate fruits more regularly to compare with normal or thin boys. Lithuanian and Latvian boys who were identified thin or fat by BMI measurement consumed vegetable more often than thin or fat boys according to body image ( $p<0.05$ ) compare with normal or thin boys. We found, that adolescents with high body index consumed sweets rarely than youngsters from other

BMI groups. These products were mainly eaten by young people with low body mass index. Girls with perceived thin body in Croatia, Canada, Italy and Lithuania ate sweets more often than those who felt as fat or normal. Fat girls in USA (according to BMI) and thin girls in Croatia (according to both body measurement methods) consumed coca-cola daily more often than others.

**Conclusions.** In most of countries, subjective (except of USA) body measurement was more significant to life satisfaction of adolescents. In addition, subjective body image correlated with eating habits, that, was more evident in comparison with BMI measurement.

**Keywords:** adolescents, body mass index, body image, nutrition, eating habits, life satisfaction.

**Correspondence to** Reda Mocevičienė  
Lithuanian University of Health Sciences  
Eivenių 4, LT-50161 Kaunas, Lithuania  
E-mail: reda.mocevicene@gmail.com

*Received 9 December 2013,  
accepted 3 February 2014*

# IKIMOKYKLINIO AMŽIAUS VAIKŲ SUŽALOJIMŲ NAMUOSE PAPLITIMAS

Justina Račaitė<sup>1</sup>, Genė Šurkienė<sup>1</sup>, Aida Laukaitienė<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Vilniaus universiteto Medinos fakulteto Visuomenės sveikatos institutas, <sup>2</sup>Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras

## Santrauka

Vaiko teisė augti saugioje aplinkoje apibrėžiama Jungtinių Tautų Vaiko teisių konvencijoje. Nepaisant to, sužalojimai yra pagrindinė vaikų mirčių ir negalios priežastis pasaulyje, o Europos Sąjungoje kiekvienais metais namuose sužalojimų patiria apie 10 milijonų vaikų.

**Tyrimo tikslas** – įvertinti ikimokyklinio amžiaus vaikų sužalojimų namuose paplitimą.

**Medžiaga ir metodai.** Anoniminės anketinės apklausos būdu apklausti 394 ikimokyklinio amžiaus vaikų tėvai / globėjai iš įvairių Lietuvos miestų. Duomenys apdoroti naudojant statistines programas *IBM SPSS statistics 19*, *WinPepi* ir *Microsoft Excel*. Rezultatai laikyti statistiškai reikšmingais, kai  $p < 0,05$ .

**Rezultatai.** Sužalojimų namuose patiria didžioji dalis ikimokyklinukų (80,3 proc.). Nustatyta, kad sužalojimų vienu metu dažnai patiria mergaitės (78,7 proc.) ir berniukai (84,9 proc.),  $p = 0,15$ . Dažniau sužalojimų patiria 4–5 metų vaikai (89,2 proc.; 95 proc. PI 86,2; 93,4) nei 2–3 metų ikimokyklinukai (78 proc.; 95 proc. PI 68,7; 85,6). Dažniausiai namuose patiriami šie sužalojimai: kritimas / užkliuvimas (56,3 proc.), bitės / širšės įgėlimas (21,6 proc.), įsipjovimas / įsidūrimas (19,8 proc.). Kritimo / užkliuvimo atveju dažniausiai sužalojamos kojos ir dubuo (52,8 proc.), bitės / širšės įgėlimo bei įsipjovimo / įsidūrimo atveju – rankos ir pečių lankas (atitinkamai 44,1 proc. ir 87,5 proc.). Dažniau sužalojimų vaikai patiria savaitgaliais (56,3 proc.) nei darbo dienomis (43,7 proc.);  $p = 0,03$ . Sužalojimai dažniausiai įvyksta kieme / žaidimų aikštelėje (45,4 proc.). Dažniausiai su sužalojimais yra susijęs dviratis (27,9 proc.). Savo namų saugumą ikimokyklinukų atžvilgiu dauguma tėvų / globėjų vertina teigiamai (85,3 proc.). 92,5 proc. tėvų / globėjų teigiamai vertina savo žinias apie namų saugumą vaikų sužalojimų atžvilgiu.

**Išvados.** Dauguma (80,3 proc.) ikimokyklinio amžiaus vaikų namuose patiria sužalojimų. Jų paplitimas atsižvelgiant į lytį panašus, o atsižvelgiant į amžių – reikšmingai skiriasi. Daugiausia buitinių sužalojimų ikimokyklinukai patiria vasarą ir savaitgaliais. Dažniausiai patiriami sužalojimai: kritimas / užkliuvimas, bitės / širšės įgėlimas, įsipjovimas / įsidūrimas; jų metu dažniausiai sužalojamos rankos ir pečių lankas bei kojos ir dubuo. Jaunesnių tėvų / globėjų vaikai sužalojimų patiria dažniau nei vidutinio ir vyresnio amžiaus tėvų / globėjų vaikai, dažniausiai sužalojimai patiriami kieme / žaidimų aikštelėje, o susižalojama važinėjant dviračiu.

**Reikšminiai žodžiai:** sužalojimai namuose, ikimokyklinis amžius, vaikai, netyčiniai sužalojimai, namų aplinka.

## ĮVADAS

Lietuvoje, kaip ir daugelyje kitų Europos valstybių, vaikų sveikata yra viena iš prioritetinių visuomenės sveikatos sričių. Saugant vaikų sveikatą būtina užtikrinti vaiko teisę augti saugioje aplinkoje. Tokia vaikų teisė apibrėžta Jungtinių Tautų Vaiko teisių konvencijoje, kurią Lietuva ratifikavo 1995 m. [10]. Analizuojant vaikų sveikatos problemas nustatyta, kad sužalojimai yra pagrindinė vaikų negalios ir mirčių priežastis pasaulyje [17]. Europos Sąjungoje

kiekvienais metais namuose sužalojimų patiria apie 10 mln. vaikų [5]. Ikimokyklinio amžiaus vaikai daugiausia sužalojimų patiria namuose [8]. Ikimokyklinukai siekia pažinti pasaulį, jie labai judrūs ir neturi susiformavusių tam tikrų savisaugos instinktų, o namų aplinka, kurioje jie praleidžia didžiąją dalį laiko, nėra pakankamai saugi [5]. Dėl šių priežasčių vaikai dažnai patiria sužalojimų, kurių galima išvengti.

Lietuvos statistikos departamento duomenimis, Lietuvoje 2011 m. gyveno daugiau nei 200 tūkst. ikimokyklinio amžiaus vaikų [11]. Išorinės mirties priežastys, tarp kurių yra ir netyčiniai sužalojimai, 1–14 metų vaikų amžiaus grupėje užima pirmąją vietą ir siekia daugiau nei 40 proc. visų mirčių priežasčių [12].

Lietuva, įstojusi į Europos Sąjungą, įsipareigojo vykdyti traumų profilaktiką šalyje, buvo parengta

**Adresas susirašinėti:** Genė Šurkienė  
VU Medicinos fakultetas  
M. K. Čiurlionio g. 21, 03101 Vilnius  
El. p. Gene.Surkiene@mf.vu.lt

Valstybinė traumatizmo profilaktikos programa 2000–2010 m. [18]. Viena iš šios programos įgyvendinimo priemonių – parengti, išleisti ir ikimokyklinio ugdymo ir sveikatos priežiūros įstaigose išdalyti tėvams skirtas rekomendacijas, kaip vykdyti vaikų apsinuodijimų prevenciją. Tęsdama pradėtus darbus Lietuva įsitraukė į Europos sužalojimų ir traumų profilaktikos asociacijos (angl. *EuroSafe*) veiklą, pradėjo bendradarbiauti su Europos vaiko saugos aljansu įsitraukdama į aljanso koordinuojamą ir vykdomą projektą „Vaiko saugos veiksmų planas“ [4]. Vis dėlto iki šiol apie vaikų patiriamus sužalojimus namuose informacijos labai mažai. Todėl pasirinktas tyrimo tikslas – įvertinti ikimokyklinio amžiaus vaikų sužalojimų namuose paplitimą.

## MEDŽIAGA IR METODAI

Tyrimas atliktas 2013 m. Vilniaus, Švenčionių, Klaipėdos ir Jurbarko ikimokyklinio ugdymo mokyklose, sutikusiose dalyvauti tyrime. Imtis sudaryta patogiosios atrankos būdu. Atlikta anoniminė anketinė apklausa. Respondentais pasirinkti ikimokyklinio amžiaus vaikų tėvai ir globėjai. Tėvų / globėjų apklausa organizuota per ikimokyklinio ugdymo įstaigas, specialiai šiam tyrimui sudarytas anketas tėvai pildė patys. Bandomuoju anketos tyrimu apklausta 14 respondentų, neaiškūs klausimai pakoreguoti atsižvelgiant į respondentų pastabas.

Anketa sudaryta iš 3 dalių. Joje pabrėžta, kad klausama apie ikimokyklinio amžiaus vaikų sužalojimus namuose. Sužalojimu namuose laikomas įvykis, nutikęs namų aplinkoje, ir kuriam įvykus prireikė suteikti pirmąją pagalbą. Pirmoje dalyje buvo bendrieji klausimai apie tėvų / globėjų amžių, lytį, gyvenamąją vietą, būstą, kuriame jie gyvena su vaikais, ir kt. Antroje dalyje buvo prašoma nurodyti vaiko amžių ir lytį, patirtus sužalojimus, jų lokalizaciją, taip pat atsakyti į klausimus apie sužalojimų laiką, vietą ir išorinės aplinkos veiksnius, turėjusius įtakos sužalojimams. Sužalojimas namuose apibrėžtas kaip įvykis, nutikęs gyvenamojoje aplinkoje, ir kuriam įvykus prireikė suteikti pirmąją pagalbą. Trečiąją dalį sudarė klausimai apie namuose įrengtus saugos elementus. Keli šios dalies klausimai skirti tėvų / globėjų nuomonei ir žinioms apie jų namų saugumą ikimokyklinio amžiaus vaikų buitinių sužalojimų atžvilgiu įvertinti.

Tyrimo imtį sudarė 394 ikimokyklinio amžiaus vaikų tėvai / globėjai. Respondentų nurodyta vaiko lytis pasiskirstė panašiai: 174 (44,2 proc.) mergaitės, 160 (40,6 proc.) berniukų. 60 (15,2 proc.) vaikų lytis nebuvo nurodyta, todėl šie duomenys apie

sužalojimus naudoti tolesnėje analizėje tais atvejais, kai tyrimo rezultatai vertinti ne pagal vaikų lytį. Visų vaikų amžius pasiskirstė nuo 1 iki 7 metų imtinai. Amžiaus vidurkis – 4,29 (SD – 1,4). Didžiausią tiriųjų dalį sudarė 4 metų vaikai – 82 (20,8 proc.), mediana – 4. Anketa pildžiusių asmenų amžiaus vidurkis buvo 34,1 metų; SD – 6,3. Jauniausias respondentas – 19, vyriausias – 64 metų.

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant aprašomąją statistiką. Skirstinių atitikties normalumui vertinta Kolmogorovo ir Smirnovu testu. Skaičiuotas taškinis paplitimo įvertis ir paplitimo 95 proc. pasikliautiniai intervalai. Kategorinių duomenų analizei naudotas Pirsono  $X^2$  testas, kai tikėtinų reikšmių buvo mažiau nei 5, taikytas tikslusis Fišerio metodas. Ryšiui tarp kategorinių kintamųjų nustatyti pritaikytas Kramerio V koeficientas. Duomenys analizuoti naudojantis statistiniais paketais *IBM SPSS Statistics 19* ir *WinPepi*. Statistinis reikšmingumo lygmuo p pasirinktas  $< 0,05$ .

## REZULTATAI

**Sužalojimų paplitimas.** Bent vieną sužalojimą patyrė 80,3 proc. vaikų. Nepatyrusių sužalojimų grupę sudarė 19,7 proc. vaikų. Iš visų patyrusių sužalojimų vieną sužalojimą patyrė 26,2 proc. vaikų. Daugiausia vaikų patyrė du sužalojimus – 58,5 proc., tris ir daugiau sužalojimų patyrė 15,3 proc. ikimokyklinukų. Palyginus sužalojimų paplitimą pagal lytį, statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta. Iš visų vaikų, patyrusių sužalojimus, mergaičių buvo 78,7 proc. (95 proc. PI 72,9; 83,7), berniukų – 84,9 proc. (95 proc. PI 78,7; 89,9);  $p = 0,15$ . Nustatyta sužalojimų paplitimo skirtumų tarp tam tikrų vaikų amžiaus grupių. Statistiškai reikšmingai dažniau sužalojimų patiria 4–5 metų amžiaus vaikai (89,2 proc.; 95 proc. PI 86,2; 93,4) nei 2–3 metų ikimokyklinukai (78 proc.; 95 proc. PI 68,7; 85,6);  $p = 0,02$ . Lyginant sužalojimų skaičių tarp vaikų, gyvenančių butuose ir privačiuose namuose, nustatyta, kad sužalojimų patyrė 82 proc. vaikų, gyvenančių privačiuose namuose, ir 78,4 proc. ikimokyklinukų, gyvenančių butuose. Skirtumas statistiškai nereikšmingas;  $p = 0,43$ ;  $n = 394$ .

**Sužalojimų pobūdis.** Dažniausiai patiriami sužalojimai buvo kritimas / užkliuvimas, juos patyrė 56,3 proc. vaikų, bitės / širšės įgėlimas – 21,6 proc. vaikų, įsipjovimas / įsidūrimas – patyrė 19,8 proc. vaikų, susitrenkė 18,8 proc. vaikų. Daugiau rezultatų apie sužalojimų pobūdį pateikiama 1 lentelėje. Analizuojant dažniausiai patiriamų sužalojimų skirtumus tarp berniukų ir mergaičių, statistiškai reikšmingų

**1 lentelė.** Ikimokyklinio amžiaus vaikų sužalojimų procentinis pasiskirstymas

Nr.	Sužalojimo pobūdis	Vaikų skaičius (n = 394)
1.	Kritimas / užkliuvinimas	222 (56,3 %)
2.	Bitės / širšės įgėlimas	85 (21,6%)
3.	Įsipjovimas / įsidūrimas	78 (19,8 %)
4.	Susitrenkimas	74 (18,8 %)
5.	Įkandimas, įdrėskimas, kitas sužalojimas dėl naminio gyvūno	56 (14,2 %)
6.	Nudegimas / nusiplikinimas	49 (12,4 %)
7.	Užspringimas / dusimas	27 (6,9 %)
8.	Apsinuodijimas	23 (5,8 %)
9.	Kiti sužalojimai	17 (4,3 %)
10.	Lūžimas	16 (4,1 %)
11.	Elektros trauma	3 (0,8 %)
12.	Skendimas	1 (0,3 %)

skirtumų tarp lyčių nenustatyta. Krito / užkliuvo 47,7 proc. mergaičių ir 52,3 proc. berniukų;  $p = 0,06$ . Vaikų grupėse, patyrusiose bitės / širšės įgėlimą, mergaičių buvo 53,6 proc., o berniukų – 46,4 proc.;  $p = 0,78$ . Įsipjovė / įsidūrė 52,2 proc. mergaičių ir 47,8 proc. berniukų;  $p = 0,98$ .

**Sužalojimų lokalizacija.** Dažniausiai sužalojamos rankų ir pečių lanko bei kojų ir dubens sritys. Kritimo / užkliuvimo atveju dažniausiai sužalojamos kojos ir dubuo – 52,8 proc. vaikų, o bitės / širšės įgėlimo atveju – rankos ir pečių lankas (44,1 proc. vaikų). Įsipjovimo / įsidūrimo atveju taip pat dažniausiai pažeidžiamos rankos ir pečių lankas – 87,5 proc. vaikų. Dažniausiai susitrenkiama galva – 63,5 proc. vaikų. Įkandimo, įdrėskimo, kito sužalojimo dėl naminio gyvūno atveju dažniausiai pažeidžiamos rankos ir pečių lankas – 59,1 proc. vaikų, nudegimo / nusiplikinimo atvejai taip pat dažniausiai susiję su rankų ir pečių lanko sužalojimais, juos patyrė 76,1 proc. vaikų. Lūžimo atvejai dažniausi rankų ir pečių lanko srityje – 80 proc. vaikų.

**Sužalojimų laikas.** Tyrimo duomenimis, dažniau sužalojimų vaikai patiria savaitgaliais (56,3 proc.) nei darbo dienomis (43,7 proc.),  $p = 0,03$ . Vertinant patirtų sužalojimų skaičių atskirais metų laikais nustatyta, kad dažniausiai sužalojimų patiriama vasarą – 78,7 proc. vaikų. Kitais metų laikais sužalojimų patiriama daug rečiau: rudenį – 9,9 proc., pavasarį – 5,9 proc., žiemą – 5,4 proc. vaikų.

**Sužalojimus sukeliantys veiksniai.** Vaikai dažniausiai sužalojimų patiria kieme / žaidimų aikštelėje (45,4 proc.), kambaryje (31,5 proc.) ir virtuvėje (18 proc.). Statistiškai reikšmingai dažniau

sužalojimų kambaryje patiria berniukai (56 proc.) nei mergaitės (44 proc.);  $p = 0,04$ . Tarp kitų namų aplinkos vietų, kuriose įvyko sužalojimai, ir vaikų lyties reikšmingų skirtumų nenustatyta. Vertintos sąsajos tarp namų aplinkos vietų, kuriose įvyksta sužalojimai, ir vaikų amžiaus grupių. Statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta, tačiau stebima tendencija, kad kieme / žaidimų aikštelėje daugiau sužalojimų patiria 4–5 metų vaikai (53,5 proc.) nei 2–3 metų ikimokyklinukai;  $p = 0,12$ .

Daugiausia tėvų / globėjų teigė, kad su sužalojimais susijęs dviratis (27,9 proc.). Važinėdami dviračiu vienodai dažnai sužalojimų patiria tiek berniukai (29,4 proc.), tiek mergaitės (24,7 proc.);  $p = 0,34$ . Su sužalojimais taip pat buvo susiję baldai (21,8 proc.) ir buto / namo konstrukcijos elementai (14,5 proc.). 14,5 proc. atvejų su sužalojimais buvo susiję gyvūnai. Įkandimo, įdrėskimo, kito sužalojimo dėl naminio gyvūno atveju buvo prašoma įvardyti gyvūno rūšį. 68,3 proc. sužalojimų įvyko dėl kačių padarytos žalos, 24,4 proc. atvejų buvo šunų kaltė, 4,9 proc. atvejais vaiką sužalojo triušis ir 2,4 proc. vaikų sužalojo žiurkėnas.

Ieškota ryšio tarp tėvų / globėjų amžiaus ir sužalojimų grupių (išskirtos 2 grupės, vaikai, patyrę sužalojimą ir jo nepatyrę). Nustatytas silpnas ryšys – Kramerio V koeficientas = 0,12;  $p = 0,03$ . Nustatyta, kad jaunesnių tėvų / globėjų vaikai sužalojimų patiria dažniau nei vyresnių tėvų / globėjų vaikai. Tyrime jaunesniais tėvais laikyti tėvai iki 29 metų amžiaus, vidutinio ir vyresnio amžiaus tėvai – 30 metų ir vyresni. Tėvų / globėjų iki 29 metų amžiaus grupėje 88,8 proc. vaikų patyrė sužalojimų, o 30–39 metų tėvų / globėjų grupėje – 77,5 proc. vaikų;  $p = 0,03$ .

Reikšmingų skirtumų tarp šeimoje augančių ikimokyklinio amžiaus vaikų skaičiaus ir patiriamų sužalojimų nenustatyta;  $p = 0,97$ . Stebima tendencija, kad dažniau sužalojimų patiria tie vaikai, kurių šeimoje augo 3 ikimokyklinio amžiaus vaikai. Šeimoje, kurioje auga vienas ikimokyklinukas, sužalojimų patyrė 79,9 proc. vaikų, kai augo du ikimokyklinio amžiaus vaikai, sužalojimų patyrė 80,2 proc. vaikų, o kai šeimoje trys ikimokyklinukai – sužalojimų patyrė 82,4 proc. vaikų.

**Namų aplinkos vertinimas.** Savo namų saugumą ikimokyklinukų atžvilgiu 85,3 proc. tėvų / globėjų vertina teigiamai. Tačiau iš visų respondentų, savo namų saugumą įvertinusių teigiamai, priešgaisrinė įranga įrengta tik 24,7 proc. namų. Daugiau informacijos apie namuose įrengtus saugos elementus pateikiama 2 lentelėje. Vienbučiuose gyvenamuosiuose namuose ir daugiabučiuose gyvenantys tėvai / globėjai savo

**2 lentelė.** Namuose įrengtų saugos elementų pasiskirstymas pagal dažnį (n = 394)

Nr.	Saugos elementai	Namų skaičius	%
1.	Aštrūs daiktai padėti vaikams neprieinamoje vietoje	296	78,5
2.	Cheminių medžiagų ir vaistų spintelės ne žemiau nei 1,4 m	257	68,2
3.	Elektros lizdus uždengiantys kištukai	207	54,9
4.	Neslidi grindų danga	163	43,2
5.	Langų fiksatoriai	102	27,1
6.	Termometrai buityje naudojamo vandens temperatūrai matuoti	63	16,7
7.	Dūmų detektoriai	58	15,4
8.	Durų blokatoriai	48	12,7
9.	Apsauginiai viryklės kraštai	43	11,4
10.	Aštrių baldų kampų blokatoriai	31	8,2
11.	Tvorelės, izoliuojančios virtuvę ir laiptus	26	6,9
12.	Apsauginė židinio tvorelė	24	6,4
13.	Termostatai karštam vandeniui reguliuoti, siekiant nenusiplikyti	24	6,4
14.	Baseino ir dekoratyvinių kiemo baseinelių tvorelė	10	2,7
15.	Spintelių užraktai	1	0,3
16.	Karščio detektoriai	1	0,3
17.	Nėra slenksčių	1	0,3

**3 lentelė.** Tėvų / globėjų savo žinių apie vaiko saugą namuose įvertinimas skirtingose tėvų / globėjų amžiaus grupėse (n = 394)

Tėvų / globėjų amžius (metais)	Žinių pakankamumo vertinimas		Iš viso
	Neigiamas	Teigiamas	
Iki 29	11 (13,9 %)	68 (86,1 %)	79
30–39	12 (5,2 %)	218 (94,8 %)	230
40–49	3 (6,1 %)	46 (93,9 %)	49
50 ir daugiau	1 (11,1 %)	8 (88,9 %)	9

namų saugumą vaiko atžvilgiu vertina panašiai. Teigiamai savo namų saugumą vertina 85,8 proc. vienbučiuose namuose gyvenančių tėvų / globėjų ir 84,9 proc. daugiabučiuose gyvenančių tėvų / globėjų;  $p = 0,81$ . Respondentai vyrai linkę geriau vertinti namų saugumą nei respondentės moterys. Atitinkamai 90,6 proc. tėvų / globėjų ir 84,8 proc. mamų / globėjų namus laiko saugiais savo vaikui;  $p = 0,27$ . Mergaičių ir berniukų tėvai / globėjai savo namų saugumą vertina panašiai. Teigiamai namų saugumą vertina 51,5 proc. mergaičių tėvų / globėjų ir 48,5 proc. berniukų tėvų / globėjų;  $p = 0,72$ . 92,5 proc. respondentų teigia, kad jiems pakanka žinių apie vaiko saugą namuose. Nesiskiria tėvų / globėjų žinių įvertinimas pagal jų lytį. Savo žinias teigiamai vertina 92,5 proc. respondenčių moterų ir 92,7 proc. respondentų vyrų;  $p = 0,94$ .

**Tėvų / globėjų savo žinių vertinimas.** Skiriasi tėvų savo žinių vertinimas tam tikrose amžiaus grupėse. Teigiamai savo žinias vertina daugiausia 30–39 metų tėvų / globėjų (94,8 proc.), o mažiausiai – tėvų / globėjų iki 29 metų amžiaus (86,1 proc.);  $p = 0,03$  (3 lentelė). 28,7 proc. respondenčių moterų teigia, kad pageidautų mokymų apie vaiko saugą namuose ir saugos priemonių įrengimą bei naudojimą būste. Mokymų pageidautų 27,8 proc. respondenčių moterų, o respondentų vyrų – 34,5 proc.,  $p = 0,31$ . Mokymų poreikis išlieka panašus visose tėvų / globėjų amžiaus grupėse. Daugiausiai (30,6 proc.) 30–39 metų tėvų / globėjų pageidautų mokymų, tačiau skirtumas nuo kitų amžiaus grupių nėra statistiškai reikšmingas;  $p = 0,19$ .

## REZULTATŲ APTARIMAS

Atliktas tyrimas patvirtino, kad Lietuvoje aktuali ikimokyklinio amžiaus vaikų sužalojimų namuose problema. Tyrimo rezultatus sudėtinga lyginti su užsienio autorių duomenimis, nes skirtumams įtakos galėjo turėti skirtingos tyrimo metodologijos. Mūsų tyrimo duomenimis, iš 394 tyrime dalyvavusių vaikų sužalojimų patyrė 313 (80,3 proc.) ikimokyklinukų, panašius ikimokyklinukų sužalojimų paplitimo rodiklius pateikia ir kiti tyrėjai [1, 7, 9, 13]. Atliktame tyrime stebima tendencija, kad berniukai sužalojimų patiria dažniau nei mergaitės. Tyrimo, atlikto Didžiojoje Britanijoje, duomenimis, iš 100 vaikų sužalojimų patyrė 57 berniukai ir 43 mergaitės [1]. Italijoje atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad vyriškos lyties atstovai reikšmingai dažniau patyrė buitinių sužalojimų nei moteriškosios lyties [13]. Vertindami sužalojimų paplitimą pagal amžių nustatėme, kad 4–5 metų vaikai sužalojimų patiria reikšmingai dažniau (89,2 proc.) nei 2–3 metų vaikai (78 proc.). 2–3 metų vaikai yra mažiau judrūs, be to, juos tėvai ar globėjai labiau prižiūri, o 4–5 metų vaikai yra patys judriausi, neturi savisaugos instinktų, tačiau yra savarankiškesni ir dažniau paliekami vieni. Mokslinėje literatūroje analogiškų duomenų nepavyko rasti. Kalbant apie sužalojimų pobūdį mokslinių tyrimų rezultatai skiriasi. Užsienio autorių teigimu, dauguma ikimokyklinukų patiria kritimus (> 50 proc.) [1, 7]. Mūsų tyrimo duomenimis, kritimas / užkliuvimas taip pat buvo dažniausiais sužalojimas (56,3 proc.). B. Strukčinskienės ir bendraautorių tyrimas rodo, kad didžiausią apsinuodijusių asmenų dalį sudarė 0–7 metų vaikai (36,6 proc.) [16], o kito tyrimo duomenimis, apsinuodijimas buvo pagrindinė vaikų iki 5 metų mirties priežastis (9,3 proc.) [13]. Mūsų tyrime apsinuodijimų skaičius buvo gerokai mažesnis (5,8 proc.).

Didžiojoje Britanijoje atlikto tyrimo duomenimis, tik 15 proc. ikimokyklinukų sužalojimų patiria kieme [1],

o mūsų tyrimas parodė, kad didžioji dalis vaikų sužalojimų patiria kieme ar žaidimų aikštelėje (45,4 proc.). Vertinant, kokie saugos elementai įrengti privačiuose namuose ir butuose, esminių skirtumų nenustatyta, išskyrus atvejus, kai privačiuose namuose įrengiamos apsauginės laiptų, baseino ir židinio tvorelės. Tačiau tokie saugos elementai daugiau reikalingi privačiuose namuose, nes laiptai ar židinytis yra retas dalykas bute.

Tėvų / globėjų nuomonė apie jų namų saugumą ikimokyklinukų atžvilgiu atspindi faktą, jog namų saugumas yra dažnai pervertinamas. Teigiamai savo namus vertina 320 (58,3 proc.) tėvų / globėjų, tačiau iš jų priešgaisrinė įranga įrengta tik 79 (24,7 proc.) namuose, o kritimai / užkliuvimai ar įsipjovimai / įsidūrimai išlieka dažnas reiškinys ir teigiamai atsakusių tėvų / globėjų namuose (atitinkamai 182 (56,9 proc.) ir 62 (19,4 proc.)). Kai kurie tėvai / globėjai kaip saugos elementą nurodo vaikų mokymą apie tai, kas yra nesaugu. Tyrimų duomenys rodo, kad vaikų mokymas ir paaiškinimas, kas yra nesaugu, stipriai mažina sužalojimų riziką [14].

Mūsų tyrimo rezultatus sunku lyginti su užsienio autorių tyrimais, nes tyrimų sužalojimų namuose tema atliekama mažai, ypač ikimokyklinukų, taip pat skiriasi vaikų ikimokyklinio amžiaus vertinimas. Lietuvoje ikimokyklinukais laikomi vaikai iki 7 metų amžiaus, o kai kuriose Europos valstybėse ikimokyklinis amžius – iki 5 metų [2]. Mūsų tyrimo ribotumas susijęs su nedideliu apklaustų asmenų skaičiumi. Juo

nepretenduojama reprezentuoti situacijos visoje Lietuvoje. Nepaisant šio ribotumo, mūsų tyrimas rodo, kad ikimokyklinukų sužalojimų namuose paplitimas yra aktualus visuomenės sveikatos problema, reikalaujanti išsamesnių tyrimų.

Nepaisant tyrimo trūkumų, mūsų tyrimas – vienas iš nedaugelio tyrimų, atliktų ikimokyklinio amžiaus vaikų sužalojimų namuose srityje, todėl rezultatai gali būti naudingi renkantis tolesnes šios srities tyrinėjimo perspektyvas, tobulinant teisinę bazę ir planuojant prevenciją vaikų sužalojimų namuose tema.

## IŠVADOS

1. Dauguma (80,3 proc.) ikimokyklinio amžiaus vaikų patiria sužalojimų namuose. Jų paplitimas atsižvelgiant į lytį ir gyvenamąją vietą panašus, o atsižvelgiant į amžių – reikšmingai skiriasi.
2. Daugiausia buitinių sužalojimų ikimokyklinukai patiria vasarą ir savaitgaliais. Dažniausiai patiriami sužalojimai: kritimas / užkliuvimas, bitės / širšės įgėlimas, įsipjovimas / įsidūrimas; jų metu dažniausiai sužalojamos rankos ir pečių lankas bei kojos ir dubuo.
3. Jaunesnių tėvų / globėjų vaikai sužalojimų patiria dažniau nei vyresnių tėvų / globėjų vaikai, dažniausiai sužalojimai patiriami kieme / žaidimų aikštelėje, o susižalojama važinėjant dviračiu.

*Straipsnis gautas 2014-02-06, priimtas 2014-03-17*

## Literatūra

1. Carter YH, Jones WP. Accidents Among Children Under Five Years Old: a General Practice Based Study in North Staffordshire. *British Journal of General Practice*. 1993;43:159-163.
2. Compulsory age of starting school in European countries. Prieiga per internetą: <<http://www.nfer.ac.uk/nfer/index.cfm?9B1C0068-C29E-AD4D-0AEC-8B4F43F54A28>>.
3. European Association for Injury Prevention and Safety Promotion. Prieiga per internetą: <<http://www.eurosafe.eu.com>>.
4. European Child Safety Alliance. Prieiga per internetą: <<http://www.childsafetyeurope.org/index.html>>.
5. European Child Safety Alliance. Factsheets on child injuries at home. Prieiga per internetą: <<http://www.childsafetyeurope.org/injurytopics/productshome/index.html>>.
6. European Report on Child Injury Prevention. Prieiga per internetą: <<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/violence-and-injuries/publications/pre-2009/european-report-on-child-injury-prevention>>.
7. Hyder AA, Sugerma ED, Puvanachandra P, Razzak J, El-Sayed H, Isaza A et al. Global childhood unintentional injury surveillance in four cities in developing countries: a pilot study. *Bull World Health Organ*. 2009;8:345-352.
8. Young Ben, Persephone M, Wynn, Zhimin He and Denise Kendrick. Preventing Childhood Falls Within the Home: Overview of Systematic Reviews and a Systematic Review of Primary Studies. *Accident Analysis & Prevention*. 2013;60:158-171.
9. Kanchan T, Menezes RG, Monteneiro FNP. Fatal unintentional injuries among young children – A hospital based retrospective analysis. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2009;16:307-311.
10. Lietuvos Respublikos Seimas. Jungtinių Tautų vaiko teisių konvencija. *Žin*. 1995;60-1501.
11. Lietuvos statistikos departamentas. Prieiga per internetą: <<http://www.stat.gov.lt/lt/>>.
12. Lietuvos sveikatos statistika 2012 m. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Vilnius, 2013. Prieiga per internetą: <[http://www.hi.lt/content/sveik\\_stat\\_leid.html](http://www.hi.lt/content/sveik_stat_leid.html)>.
13. Majori S, Ricci G, Capretta F, Rocca G, Baldovin T, Buonocore F. Epidemiology of Domestic Injuries. A Survey in an Emergency Department in North-East Italy. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*. 2009;50:164-169.
14. Morrongiello AB, Corbett M, Lasenby J, Johnston N, McCourt M. Factors influencing young children's risk of unintentional injury: Parenting style and strategies for teaching about home safety. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 2006;27:560-570.
15. Strukčinskienė B. Vaiko sauga namuose. Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla, 2009.
16. Strukčinskienė B, Stasiuvienė D, Šopagienė D. Apsinuodijimų 2009–2011 m. Klaipėdoje analizė. *Sveikatos mokslai*. 2013;1:26-30.
17. Tinneke MJ Beirens, Eduard F van Beeck, Dekker R, Brug J, Raat H. Unsafe storage of poisons in homes with toddlers. *Accident Analysis and Prevention*. 2006;38:772-776.
18. Valstybinė traumatizmo profilaktikos 2000–2010 m. programa. *Žin.*, 2000;32-903.
19. World Health Organization. World Report on Child Injury Prevention. Prieiga per internetą: <[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/child/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/en/)>.

# Prevalence of Home Injuries Among Pre-school Children

Justina Račaitė<sup>1</sup>, Genė Šurkienė<sup>1</sup>, Aida Laukaitienė<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Institute of Public Health, Faculty of Medicine, Vilnius University, <sup>2</sup>Center for Health Education and Disease Prevention

## Summary

Right to live in safe environment is under the United Nations Convention on the Rights of the Child. However injuries are the leading cause of death and disability worldwide. Each year in the European Union there are approximately 10 million home injuries requiring medical attention.

**The purpose of the study:** to assess prevalence of home injuries among pre-school children.

**Methodology.** Survey was done anonymously. Questionnaire was given to parent/adopter of pre-school children from different Lithuania cities. 394 respondents were questioned. Questionnaire was tried in tentative survey with 14 parents, uncertain questions were corrected. Data were analyzed using statistical programs: IBM SPSS statistics 19; WinPepi, Microsoft Excel. The reliability coefficient of the survey is  $p < 0,05$ .

**Results.** Majority of pre-school children suffered from home injuries (80,3 %). Results of the survey showed that almost the same number of girls and boys experienced injuries: (78,7 %) of girls and (84,9 %) of boys accordingly;  $p=0,15$ . More often injuries happens to 4-5 years children (89,2 %) (95 % PI 86,2;93,4), than 2-3 years children (78,0 %) (95 % PI 68,7;85,6). The most common injuries were fall/stumble (56,3 %), bee/hornet sting (21,6 %), cut/prick (19,8 %). In case of fall/stumble most often localization was legs and pelvis (78,7 %). More often injuries occurs during the weekend (56,3 %),

than work days (43,7 %);  $p=0,03$ . Majority of injuries occurs in yard/playground (45,4 %). Bicycle is the biggest troublemaker (27,9 %). Majority of parents/adopters their home safety in regard of pre-school children evaluate positively (85,3 %). 92,5 % parents/adopters positively estimate their knowledge about home safety.

**Conclusions.** Majority of children (80,3 %) suffer from home injuries. Prevalence of them is almost the same considering sex, but different considering age. Most often home injuries occur in summertime and weekends, and character of them is: fall/stumble, bee/hornet sting, cut/prick, in these cases mostly injured is arm/shoulder area and leg or pelvis. Children of younger parents/adopters suffer from home injuries more often, than children of middle age and older parents/adopters, injuries mostly occur in yard/playground and bicycle is biggest troublemaker.

**Keywords:** home injuries, pre-school age, children, unintentional injuries, home environment.

**Correspondence to** Genė Šurkienė  
Faculty of Medicine, Vilnius University  
M. K. Čiurlionio 21, LT-03101 Vilnius, Lithuania  
E-mail: Gene.Surkiene@mf.vu.lt

Received 6 February 2014,  
accepted 17 March 2014

# YPAČ MAŽO PSICHINIO ATSPARUMO 5–10 KLASIŲ MOKINIŲ, GYVENANČIŲ PENKIUOSE DIDŽIUOSIUOSE LIETUVOS MIESTUOSE, DEMOGRAFINIŲ RODIKLIŲ, ŠEIMOS CHARAKTERISTIKŲ IR MOKYMOSI RODIKLIŲ YPATUMAI

Aušra Griciūtė

Lietuvos sporto universitetas

## Santrauka

**Tikslas.** Nustatyti skirtumus tarp penkiuose didžiuosiuose Lietuvos miestuose gyvenančių ypač mažo psichinio atsparumo 5–10 klasių mokinių (t. y. priklausančių išskirtų grupei) ir didžiuosiuose Lietuvos miestuose gyvenančių 5–10 klasių tiriamųjų imties demografinių charakteristikų (gyvenamosios vietos, mokyklos tipo, klasės / amžiaus grupės), šeimos, kuriose jie gyvena, ypatumų (gyvenimo lygio, vaikų skaičiaus šeimoje, tiriamojo gimimo eilės numerio, mamos ir tėvo išsimokslinimo), mokymosi rodiklių (lietuvių kalbos, matematikos), duomenis analizuojant atskirai merginų ir vaikinių grupėse.

**Medžiaga ir metodai.** Ypač mažo psichinio atsparumo grupę sudaro penkių didžiųjų Lietuvos miestų merginų ir vaikinių imtyse nustatytos išskirtys (27 merginos ir 25 vaikinai), kurių psichinio atsparumo reikšmė yra nutolusi nuo tiriamųjų grupės bendro psichinio atsparumo reikšmių centro. Lietuvos didžiųjų miestų imtį sudaro 1 465 merginos ir 1 407 vaikinai (be išskirtų). Tyrimas vyko 2008 m. gegužės mėn. Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio miestų bendrojo lavinimo mokyklose. Tyrimo metu naudota *Psichinio atsparumo skalė paaugliams* (angl. *Resilience Scale for Adolescents, READ*). Parengti klausimai tiriamųjų demografiniams rodikliams, šeimos charakteristikoms ir mokymosi rodikliams įvertinti. Statistinei duomenų analizei naudota statistinio paketo SPSS 13 versija. Pasirinkti neparametriniai statistiniai kriterijai –  $\chi^2$  metodas, Fišerio kriterijus ir ranginės analizės metodas Mano ir Vitnio (*Mann-Whitney*) kriterijus.

**Rezultatai ir išvados.** Nustatyta, kad penkiuose didžiuosiuose Lietuvos miestuose daugiau ypač mažo psichinio atsparumo 5–10 klasių merginų mokėsi 8–10 klasėse, lyginant su Lietuvos didžiųjų miestų grupės merginomis. Ypač mažo psichinio atsparumo 5–10 klasių merginos ir vaikinai dažniau nurodė, kad šeimų, kuriose jie gyvena, gyvenimo lygis yra žemesnis, lyginant su tos pačios lyties penkių didžiųjų Lietuvos miestų grupių tiriamaisiais.

Ypač mažo psichinio atsparumo merginų matematikos rodikliai buvo reikšmingai aukštesni už vaikinių. Daugiau penkiuose didžiuosiuose Lietuvos miestuose gyvenančių merginų mokėsi gimnazijose, o vaikinių – vidurinėse mokyklose; lietuvių kalbos ir matematikos įvertinimai buvo aukštesni merginų grupėje, o šeimos gyvenimo lygis – vaikinių grupėje. Duomenys parodė, kad lyčių skirtumų pagal tirtus rodiklius ypač mažo psichinio atsparumo grupėje pasireiškia silpniau, tačiau negalima atmesti prielaidos, jog esant didesniai tiriamųjų skaičiui išryškėtų kitos skirtumų tarp lyčių tendencijos ypač mažo psichinio atsparumo jaunų žmonių grupėje. Gauti duomenys svarbūs nustatant rizikos grupes ir rengiant psichikos sveikatos intervencijos programas.

**Reikšminiai žodžiai:** ypač mažas psichinis atsparumas (išskirtys), 5–10 klasių mokiniai, merginos ir vaikinai.

## ĮVADAS

Pasaulio sveikatos organizacija (PSO), įvardydamą Europos visuomenės psichikos politikos principus, nurodė, kad „psichikos sveikata pripažįstama

svarbiausia XXI amžiaus pradžios visuomenės sveikatos sritimi, kuriai reikia kiekybiškai ir kokybiškai naujų investicijų ir sprendimų, nes psichikos sutrikimų našta visuomenei nuolat auga... Prie psichikos sveikatos stiprinimo prisidėjo ir Lietuva, prisiimdama įsipareigojimus tinkamai įgyvendinti psichikos sveikatos priežiūros sistemos plėtrą / modernizavimą: psichikos sveikatos prioriteto iškelimas sveikatos ir socialinės apsaugos politikoje; plėsti prie gyventojų priartintą lanksčių nestacionariųjų paslaugų tinklą

**Adresas susirašinėti:** Aušra Griciūtė  
Lietuvos sporto universiteto  
Sveikatos, fizinio ir socialinio ugdymo katedra  
Sporto g. 6, 44221 Kaunas  
El. p. a.griciute@gmail.com

vaikams ir suaugusiesiems su psichikos sutrikimais; ypatingą prioritetą suteikti vaikų ir jaunimo psichikos sveikatos apsaugai ir priežiūrai“ [1].

Vieno psichikos sveikatos rodiklio – depresijos simptomų – tyrimų duomenų apžvalga rodo, kad ir pasaulyje, ir Lietuvoje paaugliams ir jauniems žmonėms dažnai pasireiškia depresijos simptomų [2, 3]. Iki 50 proc. Lietuvos paauglių (12–17 metų) jaučia depresijos požymių [4, 5]. Polinkis į depresiškumą yra paauglių savižudybių rizikos veiksnys [4].

Nemažai tyrimų, skirtų psichikos sveikatą formuojantiems, palaikantiems veiksniams nustatyti, jų pasireiškimo ir tarpusavio ryšiui įvertinti, nagrinėtas *psichinio atsparumo* konstruktas, kaip gebėjimas, padedantis sėkmingai augti ir išlikti sveikiems, t. y. sėkmingai įveikti nepalankias situacijas, susitvarkyti su traumos poveikiu, išvengti negatyvių pasekmių arba jas sumažinti. Psichinis atsparumas, sudėtingas kintamųjų darinys, kuris mažina riziką išgyvenančio žmogaus pažeidžiamumą [6], vertinamas kaip apsauginiai veiksniai, procesai ir mechanizmai, padedantys sėkmingai įveikti stresorius, susijusius su didele psichopatologijos išsivystymo rizika [7]. Kai kuriuose tyrimuose atskleista, kad depresijos simptomų įvertinimai gali būti neigiamai susiję su psichinį atsparumą formuojančių gebėjimų rodikliais [7–11], todėl psichinio atsparumo įvertinimas gali padėti diferencijuoti rizikos grupes, t. y. jaunus žmones, kuriems kyla depresijos simptomų rizika.

Atsižvelgiant į jaunų žmonių psichinį atsparumą analizuojami įvairūs veiksniai – gyvenamosios ir socialinės aplinkos poveikis, mokyklos aplinkos ypatumų reikšmė [12, 13], šeima ir atskiros šeimos charakteristikos [14–16], asmenybės ypatumai, gebėjimai pereiti prie funkcionuojančių psichinio atsparumo modelių formavimo [17–20].

Apibendrinus kelių dešimtmečių publikuotus skirtingų socialinių mokslų atstovų psichinį atsparumą analizuojančius mokslinius šaltinius galima formuluoti prielaidą, kad psichinis atsparumas yra daugelio veiksnių apspręstas ir nuolat besikeičiantis, jį formuoja viena kitą veikiančios jėgos, esančios ekosistemoje [21], kurią pagal ekologinės teorijos modelį sudaro trys lygiai – bendruomenė, šeima ir jauna asmenybė. Psichinį atsparumą sąlygojančių veiksnių ir jų tarpusavio sąveikų bendras laukas yra labai platus, todėl vis dažniau atliekami kompleksiniai tyrimai, leidžiantys visapusiškiau įvertinti psichinio atsparumo formavimosi, kitimo ir raiškos procesus. Siekiant išvengti nepagrįstų gautų rezultatų apibendrinimų skirtingose kultūrinėse

aplinkose psichinio atsparumo tyrimuose būtina įvertinti kontekstą [22].

Lietuvoje suicidų prevencinės programos ir psichikos sveikatos pagalbos sistema nepakankama [23]. Aukšti Lietuvos žmonių suicidų dažniai pasaulio ir Europos valstybių kontekste rodo, kad Lietuvos kultūrinė ir socialinė aplinka, kurioje auga ir formuojasi jauni žmonės, gali turėti reikšmingų ypatumų. Jų visumos ištyrimas ir supratimas – sudėtingas uždavinys. Šiai problemai nagrinėti būtina skirti pakankamai pastangų, dėmesio ir laiko.

Analizuojant penkių didžiųjų Lietuvos miestų 5–10 klasių mokinių psichinio atsparumo įvertinimus pastebėta, kad ganėtinai daug tiriamųjų, t. y. net 1,78 proc. nuo bendro tiriamųjų skaičiaus ( $N = 2\,916$ ), pasižymi ypač mažu psichiniu atsparumu – tai psichinio atsparumo reikšmės, kurios statistiniuose skaičaviuose įvardijamos kaip išskirtys. Išskirtys yra tiriamieji, kurie gali būti ypatingi, netipiški, išsiskiriantys iš kitų [24], nes yra nutolę nuo tiriamųjų grupės bendro psichinio atsparumo reikšmių centro. Moksline prasme ypač mažu psichiniu atsparumu pasižymintys tiriamieji yra įdomūs, nes tokių jaunų žmonių ypač maži psichinio atsparumo gebėjimai atvirkštiniais ryšiais gali būti susiję su depresijos simptomais ir suicidų rizika.

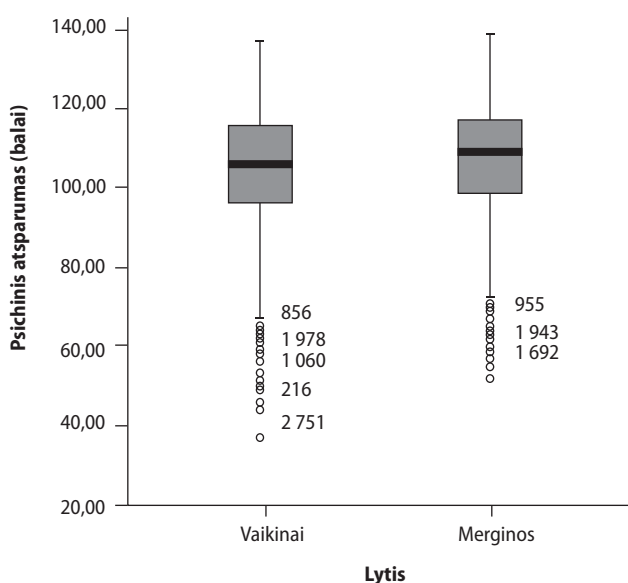
Straipsnyje pristatomame kompleksiniame tyrime buvo siekiama įvertinti ypač mažo psichinio atsparumo 5–10 klasių mokinių panašumus ir skirtumus pagal demografines charakteristikas, šeimos ypatumus ir mokymosi rodiklius, lyginant su bendra 5–10 klasių tiriamųjų imtimi – penkių didžiųjų Lietuvos miestų 5–10 klasių mokinių populiacijoje.

Tyrimo tikslas. Nustatyti skirtumus tarp penkiuose didžiuosiuose Lietuvos miestuose gyvenančių ypač mažo psichinio atsparumo 5–10 klasių mokinių (t. y. priklausančių išskirtų grupei) ir Lietuvos didžiuosiuose miestuose gyvenančių 5–10 klasių tiriamųjų imties demografinių charakteristikų (gyvenamosios vietos, mokyklos tipo, klasės / amžiaus grupės), šeimos, kurioje jie gyvena, ypatumų (gyvenimo lygio, vaikų skaičiaus šeimoje, tiriamojo gimimo eilės numerio, mamos ir tėvo išsimokslinimo), mokymosi rodiklių (lietuvių kalbos, matematikos), duomenis analizuojant atskirai merginų ir vaikų grupėse. Formuluodami tyrimo tikslą siekėme patikrinti prielaidą, kad penkiuose didžiuosiuose Lietuvos miestuose gyvenančių ypač mažo psichinio atsparumo 5–10 klasių mokinių grupę galima išskirti iš bendros penkių didžiųjų Lietuvos miestų imties pagal jai būdingas demografines, šeimos ir mokymosi charakteristikas.

## TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Statistinei analizei naudojami 2 916 (1 492 merginos, 1 406 vaikinai, dalis tiriamųjų (0,6 proc.) lyties nenurodė) klausimynų duomenys – tai sudaro 2,05 proc. bendro 5–10 klasių mokinių skaičiaus penkiuose didžiuosiuose Lietuvos miestuose pagal mokyklų registro duomenis, įvertinant mokinių skaičių pagal amžių ir lytį. Planuojant mokyklų skaičių įvertintas klasių, kurias reikia iširti konkrečiame mieste, skaičius bei mokyklos mokinių skaičius ir tipas. Konkretios tyrimo dalyvavusios mokyklos buvo atrinkamos iš penkių didžiųjų Lietuvos miestų mokyklų sąrašų, kurie buvo grupuoti pagal mokyklos tipą, atsitiktinės atrankos būdu. Tyrimui atrinktos 23 mokyklos (Vilniuje – 8, Kaune – 6, Klaipėdoje, Šiauliuose ir Panevėžyje – po 3). Į tyrimą įtraukti 1 047 tiriamieji iš Vilniaus, 847 – iš Kauno, 371 – iš Klaipėdos, 332 – iš Šiaulių ir 319 – iš Panevėžio.

*Ypač mažo psichinio atsparumo mokinių grupės (arba išskirčių grupės).* Penkių didžiųjų Lietuvos miestų imtyje nustatyti tiriamieji, kurie išsiskiria tiek merginų, tiek vaikinių grupėse (1 pav.), nes turi ypač mažus psichinio atsparumo įvertinimus. Kadangi merginų ir vaikinių psichinio atsparumo įvertinimų skirtumai yra statistiškai reikšmingi, ypač mažas psichinio atsparumo reikšmes turintys tiriamieji nustatyti atskirai merginų ir vaikinių grupėse. Remiantis SPSS paketo *Explore* kriterijumi nustatyti tiriamieji (vadinami išskirtimis), kurie pagal psichinio atsparumo įvertinimus yra per daug nutolę nuo tiriamųjų grupės bendro psichinio atsparumo reikšmių centro. Stačiakampė sklaidos diagrama (1 pav.) pateikia



**1 pav.** Didžiųjų Lietuvos miestų 5–10 klasių mokinių psichinio atsparumo įvertinimų stulpelinė sklaidos diagrama vaikinių ir merginų grupėse ir išskirtys

penkių reikšmių suvestinės vaizdą – mažiausios reikšmės, pirmojo kvartilio, medianos (dalijančios diagramą brūkšniu į dvi dalis), trečiojo kvartilio ir didžiausios reikšmės, taip pat ratukais pažymėtas išskirtis (prie ratukų nurodyti išskirčių grupei priskirtų tiriamųjų identifikacijos numeriai) [25]. Paveikslas akivaizdžiai rodo, kad visos nustatytos išskirtys yra mažesnės už penkių didžiųjų Lietuvos miestų tiriamųjų imties pirmojo kvartilio reikšmes. Penkių didžiųjų Lietuvos miestų merginų ir vaikinių imtyse nustatytos išskirtys yra sąlyginės, t. y. nuo tiriamųjų aibės pirmojo kvartilio mažiausios neišsiskiriančios reikšmės nutolusios mažiau kaip 1/2 tarpkvartilinio skirtumo, išskyrus vieną psichinio atsparumo reikšmę vaikinių grupėje, kuri yra nutolusi nuo mažiausios neišsiskiriančios reikšmės daugiau kaip 1/2 tarpkvartilinio skirtumo [25]. Nustatyta, kad 27 merginų, patekusių į išskirčių grupę, psichinio atsparumo įvertinimai siekia nuo 52 iki 71 balo (vidutinis įvertinimas  $64,55 \pm 5,32$ ), o 25 vaikinių – nuo 37 iki 68 balų ( $57,97 \pm 8,24$ ). Merginų psichinio atsparumo įvertinimai išskirčių grupėje yra didesni, lyginant su vaikinių rodikliais ( $p < 0,01$ ), todėl tyrimo duomenys analizuojami atskirai lyčių grupėse.

*Lietuvos didžiųjų miestų grupės tiriamieji.* Eliminavus ypač mažo psichinio atsparumo duomenis iš Lietuvos didžiųjų miestų grupių, 1 465 merginų grupės psichinis atsparumas siekė nuo 72 iki 139 balų, o 1 407 vaikinių – nuo 69 iki 137 balų. Didžiųjų Lietuvos miestų grupių merginos (vidutinis įvertinimas  $107,34 \pm 14,08$ ) dažniau savo psichinį atsparumą vertino aukštesniais balais ( $p < 0,0001$ ), lyginant su vaikinais ( $104,99 \pm 14,44$ ).

*Tyrimo eiga.* Tyrimas vyko 2008 m. gegužės mėn. Į tyrimui atrinktas mokyklas vykome tik iš anksto susitarę su mokyklos administracija, nurodytu laiku, kad nebūtų trukdoma mokomajam procesui. Mokyklų administracija, mokytojai iš anksto buvo informuoti apie tyrimo tikslus, organizavimo ir atlikimo eigą, pagrindines tyrimo sritis. Mokiniai, tėvams nesutikus, arba atsisakę patys, galėjo tyrimo nedalyvauti. Kiekvienoje klasėje tyrimas truko 35–45 minutes. Tiriamiesiems buvo paaiškinti bendri tyrimo tikslai, atsakymų pateikimo principai, atsakyta į visus kilusius klausimus. Tiriamųjų užpildyti klausimynai iš karto buvo surenkami. Tyrimą atliko trys profesionalios tyrėjos, taip pat specialiai parengti aštuoni bakalauro ir magistro studijų studentai.

*Tyrimo metodikos.* Tyrimo metu naudota *Psichinio atsparumo skalė paaugliams* (angl. *Resilience Scale for Adolescents, READ*), sudaryta iš 28 klausimų. Visi teiginiai įvertinami pagal penkių intervalų Likerto skalę nuo „Visiškai sutinku“ (5 balai) iki „Visiškai

nesutinku“ (1 balas). Skaičiuojamas bendras psichinio atsparumo lygis. Įvertinimų ribos – nuo 28 iki 140 balų. Aukštesni balai žymi didesnę psichinį atsparumą. Pasirinkta metodika yra taikoma užsienio [7, 10] ir lietuvių [11, 26] autorių tyrimuose. Bendras klausimyno patikimumas mūsų tyrime yra aukštas – Kronbacho (*Chronbach*)  $\alpha = 0,900$  ( $n = 2\,914$ ).

Parengtas klausimynas tiriamųjų demografiniams rodikliams, tiriamųjų šeimos charakteristikoms ir mokymosi rodikliams įvertinti. Tiriamųjų buvo prašoma atsakyti į atitinkamus klausimus apie:

- *gyvenamąją vietą* (miestas: Vilnius, Kaunas, Klaipėda, Šiauliai, Panevėžys);
- *mokyklos tipą* (gimnazija, vidurinė ar pagrindinė mokykla);
- *amžių ir klasę*. Tiriamieji mokėsi 5–10 klasėse, jų amžiaus ribos – nuo 10 metų 5 mėnesių iki 18 metų 2 mėnesių. Nustatytas stiprus sąryšis tarp tiriamųjų amžiaus ir klasės ( $0,875$ ,  $p < 0,0001$ ), be to, klasė geriau atitinka imties planavimą, todėl duomenys tarp grupių patogumo dėlei lyginti klasės / amžiaus grupėse, t. y. 5–7 (mediana 12 metų 11 mėn.) ir 8–10 klasėse (mediana 16 metų);
- *šeimos sudėtį*; klausta, su kuo tiriamasis gyvena (abiem tėvais, mama, tėvu, mama ir patėviu, tėvu ir pamote ir kita). Kad skirstinys atitiktų  $\chi^2$  kriterijaus reikalavimus, t. y. siekiant išvengti mažų reikšmių skirstinyje, rezultatai aprašomi pateikiant tiriamųjų pasiskirstymą pagal sugrupuotus kriterijus: gyvena su abiem tėvais, vienu iš tėvų;
- *šeimos gyvenimo lygį*, lyginant su dauguma Lietuvos žmonių (gyvena daug vargingiau, vargingiau, kaip dauguma, šiek tiek geriau, daug geriau);
- *vaikų skaičių šeimoje* (skirstiniai grupuoti pagal kriterijus: 1 vaikas, 2 vaikai, 3 vaikai, 4–7 vaikai, 8–11 vaikų);
- *tiriamąją vietą pagal gimimo eilę šeimoje* (skirstiniai grupuoti pagal kriterijus: vienturtis, pirmagimis, antras, trečias, ketvirtas–septintas, aštuntas–vienuoliktas);
- *mamos ir tėvo išsimokslinimą* (skirstiniai grupuoti pagal kriterijus: „aukštasis“, „vidurinis, spec.vidurinis, nebaigtas vidurinis“);
- *mokymosi rodiklius* – paskutinio pusmečio lietuvių kalbos ir matematikos įvertinimus balais. Tautant vietą, skirstiniai pagal mokymosi rodiklius straipsnyje nepateikiami. Duomenys aprašyti tyrimo rezultatų skyriuje, pateikiant vidurkius, standartinius nuokrypius ir vidutinius rangus.

*Statistinei duomenų analizei* buvo naudojama statistinio paketo SPSS 13 versija. Siekiant tyrimo

tikslo lyginti ypač mažo psichinio atsparumo (išskirčių) 5–10 klasių mokinių grupės duomenys su didžiųjų Lietuvos miestų tiriamųjų imties duomenimis. Gerokai skyrėsi lyginamų grupių narių skaičius, be to, mažo psichinio atsparumo grupėse buvo nedaug tiriamųjų. Dauguma analizuojamų skirstinių skiriasi nuo normaliojo skirstinio, todėl duomenims tarp grupių palyginti pasirinkti neparametriniai statistiniai kriterijai:  $\chi^2$  metodas ir ranginės analizės metodas – Mano ir Vitnio (*Mann-Whitney*) kriterijus. Taikant  $\chi^2$  metodą, siekiant statistinio tikslumo, nuspręsta papildomai skaičiuoti ir tikslaus testo Fišerio kriterijus. Pasirinktas reikšmingumo lygmuo 0,05 – skirtumai laikyti statistiškai patikimais, esant ne didesnei kaip 5 proc. paklaidai.

## REZULTATAI

***Ypač mažo psichinio atsparumo ir Lietuvos didžiųjų miestų grupių duomenų palyginimas.*** Psichinio atsparumo įvertinimai skiriasi, lyginant ypač mažo psichinio atsparumo (išskirčių) grupės merginas (vidutinis rangas 14,00) ir penkių didžiųjų Lietuvos miestų grupės merginas (vidutinis rangas 759) ( $p < 0,0001$ ), taip pat lyginant mažo psichinio atsparumo (išskirčių) grupės vaikus (vidutinis rangas 13,00) ir penkių didžiųjų Lietuvos miestų grupės vaikus (vidutinis rangas 716,5) ( $p < 0,0001$ ).

Ypač mažo psichinio atsparumo ir penkių didžiųjų Lietuvos miestų merginų skirstiniai pagal gyvenamąją vietą (Vilnius, Kaunas, Klaipėda, Šiauliai, Panevėžys), mokyklos tipą (gimnazija, vidurinė mokykla, pagrindinė mokykla) buvo panašūs ( $p > 0,05$ ), tačiau daugiau išskirčių grupės merginų priklauso vyresnių, t. y. 8–10 klasių, mokinių grupei, lyginant su didžiųjų miestų grupe ( $p < 0,05$ ) (1 lentelė). Ypač mažo psichinio atsparumo vaikinių skirstiniai pagal gyvenamąją vietą, mokyklos, kurioje mokosi, tipą ir klasės / amžiaus grupę yra panašūs ( $p > 0,05$ ).

Išskirčių grupės ir didžiųjų Lietuvos miestų merginų duomenys pagal šeimos charakteristikas – šeimos sudėtį, vaikų skaičių šeimoje, tiriamųjų gimimo eilės numerį šeimoje, mamos ir tėvo išsimokslinimą – panašūs ( $p > 0,05$ ). Lietuvos didžiųjų miestų merginos, taip pat ir vaikinai dažniau nei išskirčių grupės merginos ir vaikinai nurodė, kad jų šeimos gyvenimo lygis yra aukštesnis ( $p < 0,05$ ). Išskirčių grupės ir didžiųjų Lietuvos miestų vaikinių vertinimai pagal vaikų skaičių šeimoje, tiriamųjų gimimo eilės numerį šeimoje, mamos ir tėvo išsimokslinimą yra panašūs ( $p > 0,05$ ), tačiau nustatyta tendencija, kad didžiųjų Lietuvos miestų vaikinai gali dažniau gyventi pilnose šeimose su abiem tėvais, lyginant su išskirčių grupės vaikais ( $p = 0,072$ ).

**1 lentelė.** Penkių didžiųjų Lietuvos miestų grupės ir ypač mažo psichinio atsparumo (išskirtys) grupės (5–10 klasių mokiniai) procentiniai skirstiniai pagal gyvenamąją vietą, mokyklos tipą, amžiaus ir klasės pogrūpius bei palyginimo tarp grupių statistiniai rodikliai

Pogrūpiai	Merginos		Vaikiniai		Lyginami merginų ir vaikinių duomenys A. Lyginamos išskirtųjų grupės B. Lyginamos didžiųjų miestų grupės
	Lietuvos didžiųjų miestų grupė	Išskirtųjų grupė	Lietuvos didžiųjų miestų grupė	Išskirtųjų grupė	
Vienetai (proc.)					
<b>Gyvenamoji vieta</b>					
Vilnius	541 (36,9)	10 (37)	478 (34,6)	10 (40)	
Kaunas	416 (28,4)	9 (33,3)	406 (29,4)	7 (28)	
Kiti miestai	508 (34,7)	8 (29,6)	498 (36,0)	8 (32)	A. $\chi^2(2) = 1,173$ $p > 0,05$ Fisher $p > 0,05$
<i>Klaipėda</i>	187 (12,8)	3 (11,1)	179 (13)	2 (8)	
<i>Šiauliai</i>	170 (11,6)	4 (14,8)	157 (11,4)	1 (4)	
<i>Panevėžys</i>	151 (10,3)	1 (3,7)	162 (11,7)	5 (20)	B. $\chi^2(2) = 1,689$ $p > 0,05$ Fisher $p > 0,05$
Iš viso	1 465 (100)	27 (100)	1 382 (100)	25 (100)	
	$\chi^2(2) = 0,422$ ; $p > 0,05$ Fisher $p > 0,05$		$\chi^2(2) = 0,334$ ; $p > 0,05$ Fisher $p > 0,05$		
<b>Mokyklos tipas</b>					
Gimnazija	410 (28)	11 (40,7)	279 (20,2)	7 (28)	A. $\chi^2(2) = 1,036$ $p > 0,05$ Fisher $p > 0,05$
Vidurinė mokykla	664 (45,3)	8 (29,6)	709 (51,3)	10 (40)	
Pagrindinė mokykla	391 (26,7)	8 (29,6)	394 (28,5)	8 (32)	
Iš viso	1 465 (100)	27 (100)	1 382 (100)	25 (100)	B. $\chi^2(2) = 23,994$ $p < 0,0001$ Fisher $p < 0,0001$
	$\chi^2(2) = 3,064$ ; $p > 0,05$ Fisher $p > 0,05$		$\chi^2(2) = 1,456$ ; $p > 0,05$ Fisher $p > 0,05$		
<b>Amžiaus ir klasės grupė</b>					
5–7 klasės	682 (46,6)	6 (22,2)	662 (47,9)	11 (44)	A. $\chi^2(1) = 2,798$ $p > 0,05$ Fisher $p > 0,05$
8–10 klasės	783 (53,4)	21 (77,8)	720 (52,1)	14 (56)	
Iš viso	1 465 (100)	27 (100)	1 382 (100)	25 (100)	B. $\chi^2(1) = 0,519$ $p > 0,05$ Fisher $p > 0,05$
	$\chi^2(1) = 6,316$ ; $p < 0,05$ Fisher $p < 0,05$		$\chi^2(1) = 0,150$ ; $p > 0,05$ Fisher $p > 0,05$		

Pagal mokymosi rodiklius, t. y. lietuvių kalbos ir matematikos įvertinimus, išskirtųjų grupės merginų (vidutiniai įvertinimai atitinkamai  $7,69 \pm 1,46$  ir  $7,04 \pm 2,05$ ) ir vaikinių ( $6,21 \pm 2,15$  ir  $6,44 \pm 2,00$ ) yra panašūs į Lietuvos didžiųjų miestų merginų ( $7,57 \pm 1,56$  ir  $7,00 \pm 1,85$ ) ir vaikinių ( $6,42 \pm 1,77$  ir  $6,42 \pm 1,97$ ) atitinkamus įvertinimus ( $p > 0,05$ ).

**Vaikinų ir merginų duomenų palyginimas.** Ypač mažo psichinio atsparumo merginų ir vaikinių grupės pagal tirtus demografinius rodiklius, šeimos charakteristikas ir matematikos įvertinimus skiriasi neženkliai ( $p > 0,05$ ) (1 ir 2 lentelės), tačiau nustatyta, kad merginų lietuvių kalbos vertinimo rodikliai yra aukštesni, lyginant su vaikinais (vidutiniai rangai: merginų grupė – 30,69, vaikinių grupė – 19,88;  $p < 0,01$ ). Didžiųjų Lietuvos miestų merginų ir vaikinių grupės skiriasi neženkliai pagal gyvenamąją vietą, amžiaus / klasės grupę, šeimos sudėtį, vaikų skaičių šeimoje, gimimo eiliškumą šeimoje, mamos ir tėvo išsimokslinimą ( $p > 0,05$ ). Daugiau didžiųjų Lietuvos

miestų merginų mokosi gimnazijose, lyginant su vaikinais ( $p < 0,0001$ ), o vaikinai dažniau nurodė, kad jų šeimų gyvenimo lygis yra aukštesnis, lyginant su merginomis ( $p < 0,001$ ). Didžiųjų Lietuvos miestų merginų dažniau gauna aukštesnius lietuvių kalbos (vidutiniai rangai: merginų grupė – 1 646,58; vaikinių grupė – 1 126,998;  $p < 0,0001$ ) ir matematikos (vidutiniai rangai: merginų grupė – 1 510,69; vaikinių grupė – 1 276,26;  $p < 0,0001$ ) įvertinimus, lyginant su vaikinais.

## REZULTATŲ APTARIMAS

Nustatyti išskirtis mokslinių tyrimų srityje svarbu, nes retai pasitaikantys išskirtiniai atvejai yra įdomūs ir mokslinė prasme vertingi. Tačiau tyrėjai, nustatę išskirtis, nors ir būdami analizuojamos srities ekspertai, susiduria su sunkumais – tyrimo metu nustatytas išskirtųjų skaičius įprastai būna mažas ir tai riboja šių tiriamųjų charakteristikų aprašymo galimybes. Sudaryti didesnę išskirtųjų atvejų grupę dažnai būna labai sudėtinga, nes tiriamųjų, priklausančių išskirtųjų

**2 lentelė.** Penkių didžiųjų Lietuvos miestų grupės ir ypač mažo psichinio atsparumo (išskirtys) grupės (5–10 klasių mokiniai) procentiniai skirstiniai pagal šeimos charakteristikas ir palyginimo statistiniai rodikliai

Pogrūpiai	Merginos		Vaikiniai		Lyginami merginų ir vaikų duomenys A. Lyginamos išskirčių grupės B. Lyginamos didžiųjų miestų grupės
	Lietuvos didžiųjų miestų grupė	Išskirčių grupė	Lietuvos didžiųjų miestų grupė	Išskirčių grupė	
Vienetai (proc.)					
<b>Šeimos sudėtis – mokinys gyvena su</b>					
Abiem tėvais	1 017 (72,1)	18 (72)	968 (72,9)	14 (56)	A. $\chi^2(1) = 1,389$ $p > 0,05$ Fisher $p > 0,05$
Vienu iš tėvų	393 (27,9)	7 (28)	359 (27,1)	11 (44)	
Iš viso	1 410 (100)	25 (100)	1 327 (100)	25 (100)	B. $\chi^2(1) = 0,230$ $p > 0,05$ Fisher $p > 0,05$
	$\chi^2(1) = 0,000$ ; $p > 0,05$ Fisher $p > 0,05$		$\chi^2(1) = 3,545$ ; $p = 0,06$ Fisher $p = 0,072$		
<b>Šeimos gyvenimo lygis – gyvena, lyginant su dauguma Lietuvos žmonių (Mann-Whitney)</b>					
Gerokai vargingiau	8 (0,5)	0	11 (0,8)	0	A. $VR^M = 24,5$ $VR^V = 26,5$ $p > 0,05$
Vargingiau	25 (1,7)	4 (15,4)	27 (2)	3 (12,5)	
Kaip dauguma	999 (68,7)	18 (69,2)	844 (61,7)	16 (66,7)	B. $VR^M = 1 370,60$ $VR^V = 1 455,04$ $p < 0,001$
Šiek tiek geriau	356 (24,5)	4 (15,4)	404 (29,6)	4 (16,7)	
Gerokai geriau	67 (4,6)	0	81 (5,9)	1 (4,2)	
Iš viso	1 455 (100)	26 (100)	1 367 (100)	24 (100)	
Vidutiniai rangai	<b>744,53</b>	571,96	<b>697,92</b>	557,63	
	<b><math>p &lt; 0,05</math></b>		<b><math>p &lt; 0,05</math></b>		
<b>Vaikų skaičius šeimoje (Mann-Whitney)</b>					
1 vaikas	363 (24,9)	9 (34,6)	307 (22,4)	8 (32)	A. $VR^M = 27,06$ $VR^V = 24,9$ $p > 0,05$
2 vaikai	796 (54,6)	10 (38,5)	799 (58,3)	14 (56)	
3 vaikai	202 (13,9)	4 (15,4)	173 (12,6)	2 (8)	B. $VR^M = 1 405,80$ $VR^V = 1 422,72$ $p > 0,05$
4–7 vaikai	85 (5,8)	2 (7,7)	85 (6,2)	1 (4)	
8–11 vaikų	11 (0,8)	1 (3,8)	6 (0,4)	0	
Iš viso	1 457 (100)	26 (100)	1 370 (100)	25 (100)	
Vidutiniai rangai	742,77	727,06	699,18	605,32	
	$p > 0,05$		$p > 0,05$		
<b>Tiriamasis pagal gimimo eiliškumą šeimoje (Mann-Whitney)</b>					
Vienturtis	352 (24,1)	8 (30,8)	301 (21,9)	8 (32)	A. $VR^M = 25,81$ $VR^V = 26,2$ $p > 0,05$
Pirmagimis	460 (31,6)	8 (30,8)	452 (32,9)	6 (24)	
Antras	490 (33,6)	6 (23,1)	482 (35,1)	9 (36)	B. $VR^M = 1 436,51$ $VR^V = 1 396,31$ $p > 0,05$
Trečias	119 (8,2)	3 (11,5)	102 (7,4)	2 (8)	
Ketvirtas–septintas	34 (2,3)	1 (3,8)	36 (2,6)	0	
Aštuntas–vienuoliktas	3 (0,2)	0	2 (0,1)	0	
Iš viso	1 458 (100)	26 (100)	1 375 (100)	25 (100)	
Vidutiniai rangai	741,48	796,67	698,92	787,36	
	$p > 0,05$		$p > 0,05$		
<b>Mamos išsimokslinimas</b>					
Aukštasis	793 (57,1)	15 (57,7)	774 (59,7)	17 (73,9)	A. $\chi^2(1) = 1,417$ $p > 0,05$ Fisher $p > 0,05$
Vidurinis, spec. vidurinis, nebaigtas vidurinis	596 (42,9)	11 (42,3)	523 (40,3)	6 (26,1)	
Iš viso	1 389 (100)	26 (100)	1 297 (100)	23 (100)	B. $\chi^2(1) = 1,844$ $p > 0,05$ Fisher $p > 0,05$
	$\chi^2(1) = 0,004$ ; $p > 0,05$ Fisher $p > 0,05$		$\chi^2(1) = 1,907$ ; $p > 0,05$ Fisher $p > 0,05$		
<b>Tėvo išsimokslinimas</b>					
Aukštasis	682 (52,3)	13 (54,2)	648 (52,5)	11 (50)	A. $\chi^2(1) = 0,080$ $p > 0,05$ Fisher $p > 0,05$
Vidurinis, spec. vidurinis, nebaigtas vidurinis	623 (47,7)	11 (45,8)	587 (47,5)	11 (50)	
Iš viso	1 305 (100)	24 (100)	1 235 (100)	22 (100)	B. $\chi^2(1) = 0,011$ $p > 0,05$ Fisher $p > 0,05$
	$\chi^2(1) = 0,034$ ; $p > 0,05$ Fisher $p > 0,05$		$\chi^2(1) = 0,053$ ; $p > 0,05$ Fisher $p > 0,05$		

Žymėjimai.  $VR^M$  - merginų vidutinis rangas;  $VR^V$  - vaikų vidutinis rangas

grupei, retai pasitaiko [27]. Galbūt todėl išskirčių charakteristikas nagrinėja nedaug tyrimų, o tyrimų, analizuojančių ypač mažo psichinio atsparumo tiriamuosius (statistines išskirtis), rasti nepavyko.

*Demografiniai rodikliai.* Penkiuose didžiuosiuose Lietuvos miestuose gyvenančių 5–10 klasių ypač mažo psichinio atsparumo ir bendros tiriamųjų imties (eliminavus ypač mažo psichinio atsparumo tiriamuosius) skirstiniai, lyginant atskirai merginų ir vaikinių grupes, pagal miestus, kuriuose jie gyvena (Vilnius, Kaunas, Klaipėda, Šiauliai, Panevėžys), ir mokyklos tipą (gimnazija, vidurinė mokykla, pagrindinė mokykla) nedaug skiriasi. Nustatyta, kad daugiau ypač mažo psichinio atsparumo merginų buvo iš vyresnių, t. y. 8–10, klasių, lyginant su didžiųjų miestų merginų imtimi.

*Šeimos charakteristikos.* Kauno miesto pagrindinės mokyklos mokinių tyrimo duomenys atskleidė, kad tik vyresnių, t. y. 8–10 klasių, mokinių psichinis atsparumas buvo susijęs su šeimos gyvenimo lygiu [26]. Mūsų tyrime ypač mažo psichinio atsparumo tiek 5–10 klasių merginų, tiek vaikinių imtims priklausančios tiriamieji dažniau nurodė, kad gyvena vargingiau (lyginant su dauguma Lietuvos žmonių), nei tai nurodė didžiųjų Lietuvos miestų imties merginų ir vaikinai. Nors kai kurie autoriai teigia, kad jaunimas, augantis mažų pajamų miesto gyventojų aplinkoje, gali vystytis sėkmingai [28], nepaisant nepalankių ekonominių sąlygų, jauni žmonės gali suformuoti aukštą savęs vertinimo lygį [29], kuris yra svarbus psichinį atsparumą formuojantis veiksnys. Mūsų atliktas tyrimas rodo, jog daliai Lietuvos mokinių gali trūkti vidinių išteklių, kad įveiktų arba tinkamai reaguotų į nepalankios ekonominės situacijos šeimose kylančius sunkumus.

Ypač mažo psichinio atsparumo 5–10 klasių vaikinių grupės tiriamųjų psichinio atsparumo formavimuisi gali būti reikšmingas šeimos sudėties rodiklis, nes daugiau šios grupės vaikinių nurodė gyvenantys su vienu iš biologinių tėvų, lyginant su didžiųjų Lietuvos miestų imtimi.

*Mokymosi rodikliai.* Kai kurie tyrimai rodo, kad psichiškai atsparesnių mokinių, nors ir gyvenančių mažas pajamas turinčių šeimų aplinkoje, buvo geresni akademiniai pasiekimai, lyginant su mažesnio psichinio atsparumo grupėmis [30, 31]. Mūsų tyrime nustatyta, kad ypač mažo psichinio atsparumo grupių mokymosi rodikliai yra panašūs, kaip ir atitinkamos lyties didžiųjų Lietuvos miestų tiriamųjų. Šie duomenys gali rodyti, kad ypač mažo psichinio atsparumo 5–10 klasių mokinių grupė didžiuosiuose Lietuvos miestuose gali pasižymėti tam tikromis savybėmis ir funkcionavimo ypatumais.

*Merginų ir vaikinių duomenys.* Penkiuose didžiuosiuose Lietuvos miestuose gyvenančių 5–10 klasių tiriamųjų, pasižyminčių ypač mažu psichiniu atsparumu, grupėje nustatyta, kad pagal visus tirtus rodiklius skirtingos lyties tiriamieji yra panašūs, išskyrus matematikos rodiklius, kurie merginų grupėje buvo reikšmingai aukštesni už vaikinių. Penkių didžiųjų Lietuvos miestų 5–10 klasių mokinių grupėje daugiau merginų mokėsi gimnazijose, o vaikinių – vidurinėse mokyklose; šios grupės merginų ir vaikinių imtys skyrėsi pagal lietuvių kalbos, matematikos ir gyvenimo lygio įvertinimus – lietuvių kalbos ir matematikos įvertinimai buvo aukštesni merginų grupėje, o vaikinai dažniau nurodė, kad jų šeimos gyvena šiek tiek geriau nei dauguma Lietuvos žmonių.

Gauti skirtingų lyčių duomenų palyginimai gali rodyti, jog lyčių skirtumai pagal tirtus rodiklius ypač mažo psichinio atsparumo grupėje nyksta, tačiau negalime atmesti prielaidos, kad, esant didesniai tiriamųjų skaičiui ir išlikus nustatytoms tendencijoms, skirtumų tarp lyčių reikšmingumas būtų statistiškai patvirtintas.

*Apibendrinimas.* Nustatytas ganėtinai didelis išskirčių (ypač mažo psichinio atsparumo) skaičius šioje tiriamųjų grupėje – tai faktas, pagrindžiantis tyrimų psichinio atsparumo srityje svarbą. Penkiuose didžiuosiuose Lietuvos miestuose gyvenančias ypač mažo psichinio atsparumo merginas galima sėkmingiau diferencijuoti (nustatyti) pagal amžiaus (jos dažniau priklauso 8–10 klasių grupei) ir gyvenimo lygio (dažniau gyvena žemesnio gyvenimo lygio šeimose), o vaikus – pagal gyvenimo lygio (dažniau gyvena žemesnio gyvenimo lygio šeimose) ir šeimos sudėties (nustatyta tendencija: dažniau gyvena su vienu iš biologinių tėvų) rodiklius bendroje didžiuosiuose Lietuvos miestuose gyvenančių 5–10 klasių mokinių grupėje. Tyrimas parodė, kad skirtumai tarp lyčių, nustatyti pagal tirtus rodiklius didžiuosiuose Lietuvos miestuose gyvenančių 5–10 klasių mokinių bendroje imtyje, ypač mažo psichinio atsparumo grupėje silpnai pasireiškia (išskyrus aukštesnius merginų matematikos įvertinimus). Taigi Lietuvos miestuose gyvenantys ypač mažo psichinio atsparumo mokiniai pagal daugelį tirtų demografinių charakteristikų ir šeimos ypatumus gali nesiskirti nuo didžiosios savo bendramyžių daugumos, t. y. gali gyventi ir mokytis panašioje socialinėje aplinkoje. Vis dėlto jie priklauso rizikos grupei, nes šių mokinių ypač mažas psichinis atsparumas. Tačiau dėl aukščiau minėtų priežasčių pagal tirtas demografines charakteristikas specialistams nėra lengva nustatyti šią rizikos grupę. Reikalingi tolesni

tyrimai, kompleksiškai analizuojantys ir sisteminantys ypač mažo psichinio atsparumo (išskirčių grupė) mokinių psichinį atsparumą formuojančius veiksnius: asmenybės ypatumus, jų funkcionavimą sudėtingose situacijose bei tarpusavio sąveikas su išorinės aplinkos dedamosiomis.

Paauglystė yra aktyvaus savęs keitimo metas, psichiškai atsparūs gali būti ir paaugliai, kurių asmenybės profilis nėra optimalus [32], todėl hipotetinių lygmeniu negalime atmesti prielaidos, jog maži kai kurių tiriamųjų psichinio atsparumo rodikliai gali būti pereinamojo laikotarpio rezultatas, pvz., dėl dramatiškų pokyčių organizme ir (ar) aplinkoje ir dėl to kylančių problemų, kurias jaunas žmogus vėliau gali kompensuoti. Šiuo atveju mokslinio pažinimo ribas turime plėsti atlikdami ilgalaikius longitudinius tyrimus, leidžiančius suprasti, kokiomis savybėmis pasižymintys mokiniai sunkiau, lyginant su bendraamžių grupe, reaguoja į sudėtingus gyvenimo pokyčius, taip pat nustatyti, kokie pokyčiai sąlygoja psichinio atsparumo sumažėjimą, ir ar ženklus psichinio atsparumo sumažėjimas vėliau yra kompensuojamas.

Gauti tyrimo duomenys svarbūs rengiant psichikos sveikatos intervencijos programas, kurių metų realizuojamas psichinio atsparumo formavimo modelis, sudarant sąlygas įvertinti unikalios populiacijos poreikių ypatumus ir kontekstą, kuriame poveikis yra vykdomas [16].

## IŠVADOS

1. Penkiuose didžiuosiuose Lietuvos miestuose daugiau ypač mažo psichinio atsparumo 5–10 klasių merginų mokėsi vyresnėje klasės / amžiaus grupėje, t. y. 8–10 klasėse, lyginant su didžiųjų Lietuvos miestų grupės merginomis. Ypač mažo psichinio atsparumo 5–10 klasių merginos ir vaikinai dažniau nurodė, kad šeimų, kuriose jie gyvena, gyvenimo lygis žemesnis nei daugelio Lietuvos žmonių, lyginant su tos pačios lyties penkių didžiųjų Lietuvos miestų grupių tiriamaisiais.
2. Ypač mažo psichinio atsparumo merginų matematikos rodikliai buvo reikšmingai didesni už vaikinų. Daugiau penkių didžiųjų Lietuvos miestų merginų mokėsi gimnazijose, vaikinų – vidurinėse mokyklose; šios grupės merginų ir vaikinų imtys skyrėsi pagal lietuvių kalbos, matematikos ir gyvenimo lygio įvertinimus – lietuvių kalbos ir matematikos įvertinimai buvo aukštesni merginų grupėje, o šeimos gyvenimo lygis – vaikinų grupėje.

## PADĖKA

Autorė dėkinga Lietuvos valstybiniam mokslo ir studijų fondui už finansinę paramą projektui (sutarties Nr. T-08/08).

*Straipsnis gautas 2014-02-05, priimtas 2014-03-07*

## Literatūra

1. Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų optimizavimo galimybių studija. Vykdytojas UAB „Eurointegracijos projektai“. Užsakovas UAB „Eurointegracijos projektai“, 2007.
2. Zaborskis A, Makari J, Žemaitienė N. Lietuvos moksleivių psichologinė būseną. *Biomedicina*. 2002;2(2):107-112.
3. Salin M, Rönkä A, Kinnunen U, Kokko K. Trajectories of depressive mood in adolescents: does parental work or parent - adolescent relationship matter? A follow-up study through junior high school in Finland. *International Journal of Behavioral Development*. 2007;31(2):181-190.
4. Ramanauskienė T, Matulionienė V, Martinkienė M. Paauglių depresiskumas ir savižudybės pavojus (lyginamoji analizė Klaipėdos, Kauno ir Šiaulių miestuose). *Medicina*. 2002;38(4):393-397.
5. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2008. Lietuvos žmonių sveikata ir lėtinių neinfekcinių ligų kontrolė. Valstybės žinios. 2009.
6. Davey M, Eaker DG, Walters LH. Resilience Processes in Adolescents: Personality Profiles, Self-Worth, and Coping. *Journal of Adolescent Research*. 2003;18(4):347-362.
7. Hjemdal O, Friborg O, Stiles TC, Martinussen M, Rosenvinge JH. A new scale for adolescence: grasping the central protective resources behind healthy development. *Measurement and evaluation in Counseling and Development*. 2006;39:84-96.
8. Rutter M. Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescents Health*. 1993;14:626-631.
9. Grotberg EH. *A Guide to Promotion Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit*. The Hague: Bernard Van Leer Foundation, 1995.
10. Hjemdal O, Aune T, Reinfjell T, Stiles TC, Friborg O. Resilience as a predictor of Depressive symptoms: A correlational study with young adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2007;12(1):91-104.
11. Griciūtė A. Pagrindinės mokyklos mokinių depresijos simptomų ir psichinio atsparumo sąsajų ypatumai. *Tarptautinis psichologijos žurnalas: biopsichosocialinis požiūris*. 2011;9:9-28.
12. Crean HF. Social Support, Conflict, Major Life Stressors, and Adaptive Coping Strategies in Latino Middle School Students: An Integrative Model. *Journal of Adolescent Research*. 2004;19(6):657-676.
13. Mykota DB, Muhajarine N. Community Resilience Impact on Child and Youth Health Outcomes: A Neighbourhood Case Study. *Canadian Journal of School Psychology*. 2005;20(1/2):5-20.
14. Howard S, Dryden J, Johnson B. Childhood Resilience: review and critique of literature. *Oxford Review of Education*. 1999;25(3):307-323.
15. Kilmer RP, Cowen EL, Wyman PA. A micro-level analysis of developmental, parenting, and family milieu variables that differentiate stress-resilient and stress-affected children. *Journal of Community Psychology*. 2001;29(4):391-446.
16. Fergus S, Zimmerman MA. Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*. 2005;26:399-419.
17. Howard S, Dryden J, Johnson B. Childhood Resilience: review and critique of literature. *Oxford Review of Education*. 1999;25(3):307-323.
18. Freitas AL, Downey G. Resilience: A Dynamic Perspective. *International Journal of Behavioral Development*. 1998;22(2):263-285.
19. Davey M, Eaker DG, Walters LH. Resilience Processes in Adolescents: Personality Profiles, Self-Worth, and Coping. *Journal of Adolescent Research*. 2003;18(4):347-362.
20. Fergus S, Zimmerman MA. Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*. 2005;26:399-419.

21. Waller MA. Resilience in Ecosystemic Context: Evolution of the Concept. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2001;71(3): 290-297.
22. Ungar M, Lee AW, Callaghan T, Boothroyd RA. An International Collaboration to Study Resilience in Adolescents Across Cultures. *Journal of Social Work Research and Evaluation*. 2005;6(1):5-23.
23. Gailienė D. Užburta meilė: savižudybių paplitimas Lietuvoje po nepriklausomybės atkūrimo. *Psichologija*. 2005;31:7-15.
24. Vaitkevičius R, Saudargienė A. Statistika su SPSS psichologiniuose tyrimuose. Mokomoji knyga. Kaunas: VDU leidykla, 2006.
25. Čekanavičius V, Murauskas G. Statistika ir jos taikymas, I. Vilnius: leidykla TEV, 2000.
26. Gričiūtė A. Paauglių psichinio atsparumo sąsajų su motinos ir tėvo išsimokslinimu bei šeimos gyvenimo lygiu ypatumai. *Visuomenės sveikata*. 2010;2(49):95-102.
27. Sunitha L, Balraju M, Sasikiran J. Data mining: a literature review on outliers detection methods and their applications. *Indian Streams Research Journal*. 2013;3(5):1-6.
28. Masten A, Best KM, Garmezy N. Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development & Psychopathology*. 1990;2:425-451.
29. Buckner JC, Mezzacappa E, Beardslee WR. Characteristics of resilient youths living in poverty: the role of self-regulatory processes. *Dev Psychopathol*. 2003;15:139-62.
30. Johnson JL, Wiechelt SA. Introduction to the Special Issue on Resilience. *Substance Use & Misuse*. 2004;39(5):657-670.
31. Solberg VSH, Carlstrom AH, Howard KAS, Jones JE. Classifying at-risk school youth: The influence of exposure to community violence and protective factors on academic and health outcomes. *The Career Development Quarterly*. 2007;55:313-327.
32. Davey M, Eaker DG, Walters LH. Resilience Processes in Adolescents: Personality Profiles, Self-Worth, and Coping. *Journal of Adolescent Research*. 2003;18(4):347-362.

## Peculiarities of demographic and family characteristics and learning indicators of extremely low resistance 5-10 grades students from five largest cities in Lithuania

Aušra Gričiūtė

Lithuanian Sports University

### Summary

**The study aims** to estimate the differences in demographic characteristics (place of residence, type of school, grade / age group), families characteristics (standard of living, number of children in the family, number of birth order, mother's and father's education), learning indicators (Lithuanian language, mathematics) of two groups, living in five largest cities in Lithuania - students with extremely low mental resistance and students of the general sample - separately for adolescents girls and boys.

**Material and methods.** Extremely low resistance group consists of outliers in the sample of five largest Lithuanian cities, separately of 27 girls and 25 boys. The samples of Lithuanian largest cities without outliers consist of 1465 girls and 1407 boys. The study took place in 2008 on May in schools of general education in five cities (Vilnius, Kaunas, Klaipėda, Šiauliai and Panevėžys). The resilience scale for adolescents (Resilience Scale for Adolescents (READ) author O. Hjermadal) was used. Questions for subjects on demographic characteristics, family characteristics and learning indicators have been prepared. For statistical analysis were used statistical package SPSS version: non-parametric statistical criterion  $\chi^2$ , Fisher's exact test, and Mann-Whitney test.

**Results and conclusions.** It was found that a higher percentage of extremely low resistance girls were from older grades / age group (8-10), compared with Lithuanian major cities sample girls. Families, of extremely low mental resistance girls and boys, more often lived in the

lower standard living level, compared with the same-sex samples of five Lithuanian cities.

In the extremely low resistance group girls had higher indicators in mathematics than boys. In the sample of five largest Lithuanian cities girls more often learned in gymnasium, boys – in secondary schools; girls had higher learning indicators in Lithuanian language and mathematics, than boys; and family living level was higher in adolescents boys group. The data showed that there was less gender differences in extremely low resilience group, compared with a sample of largest cities, but can not be ruled out that, the greater number of extremely low resistance subjects highlighted more differences between gender.

The data of research are important for identifying the risk groups and preparing mental health intervention programs.

**Keywords:** extremely low resistance (outliers), 5-10 grade students, adolescents girls and boys.

**Correspondence to** Aušra Gričiūtė

Department of Health, Physical and Social Education,  
Lithuanian Sports University  
Sporto 6, LT-44221 Kaunas, Lithuania  
E-mail: a.griciute@gmail.com

Received 5 February 2014,  
accepted 7 March 2014

# VISUOMENĖS SVEIKATOS PLĖTROS STRATEGINIŲ KRYPTIŲ NUSTATYMAS



Lietuvos sveikatos sektoriaus plėtros strateginės kryptys iki 2023 m. yra numatytos Lietuvos sveikatos 2014–2023 m. programos projekte (toliau – LSP). Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo (Žin., 2002, Nr. 56-2225) 10 straipsnis numato, kad „Lietuvos sveikatos programai įgyvendinti Vyriausybė tvirtina Lietuvos nacionalinę visuomenės sveikatos priežiūros strategiją“. Praėjusiais metais pasibaigė Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 m. liepos 27 d. nutarimu Nr. 941 patvirtinta Lietuvos nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros 2006–2013 m. strategija (Žin., 2005, Nr. 40-1290; 2006, Nr. 70-2574) ir jos įgyvendinimo priemonių planas, todėl šiuo metu Lietuvoje nebėra strateginio visuomenės sveikatos vidutinės trukmės planavimo dokumento, kuriame būtų nubrėžti aiškūs tikslai, uždaviniai, kriterijai ir jų reikšmės, reikalingi nuosekliai ir kryptingai visuomenės sveikatos veiklai planuoti ir įgyvendinti. Siekiant užtikrinti įstatyminių nuostatų ir LSP projekte suformuluotų tikslų bei uždavinių įgyvendinimą, būtina parengti naują visuomenės sveikatos plėtros programą.

Higienos institutas ir Europos socialinio fondo agentūra 2013 m. gruodžio 10 d. pasirašė projekto „Visuomenės sveikatos plėtros strateginių kryptių nustatymas“ (toliau – Projektas) finansavimo ir administravimo sutartį Nr. VP1-4.3-VRM-02-V-05-014. Projektui įgyvendinti skirtos ES fondų ir valstybės biudžeto lėšos. Projekto trukmė – 14 mėnesių.

Projekto tikslas – nustatyti visuomenės sveikatos plėtros 2014–2020 m. strategines kryptis, o pagrindinis laukiamas rezultatas – parengtas visuomenės sveikatos plėtros programos projektas, kuris patvirtintas taptų trumpalaikio planavimo pagrindu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai ir jai pavaldžioms įstaigoms bei kitoms institucijoms, prisidedančioms prie visuomenės sveikatos gerinimo, užtikrinant visuomenės sveikatos interesų paisyimą visose veiklos srityse, didinant tarpsektorinį bendradarbiavimą, mažinant sveikatos netolygumus, kuriant sveiką aplinką, skatinant sveiką gyvenimą ir plėtojant kokybišką bei efektyvią sveikatos priežiūrą.

Projektas bus vykdomas dviem etapais:

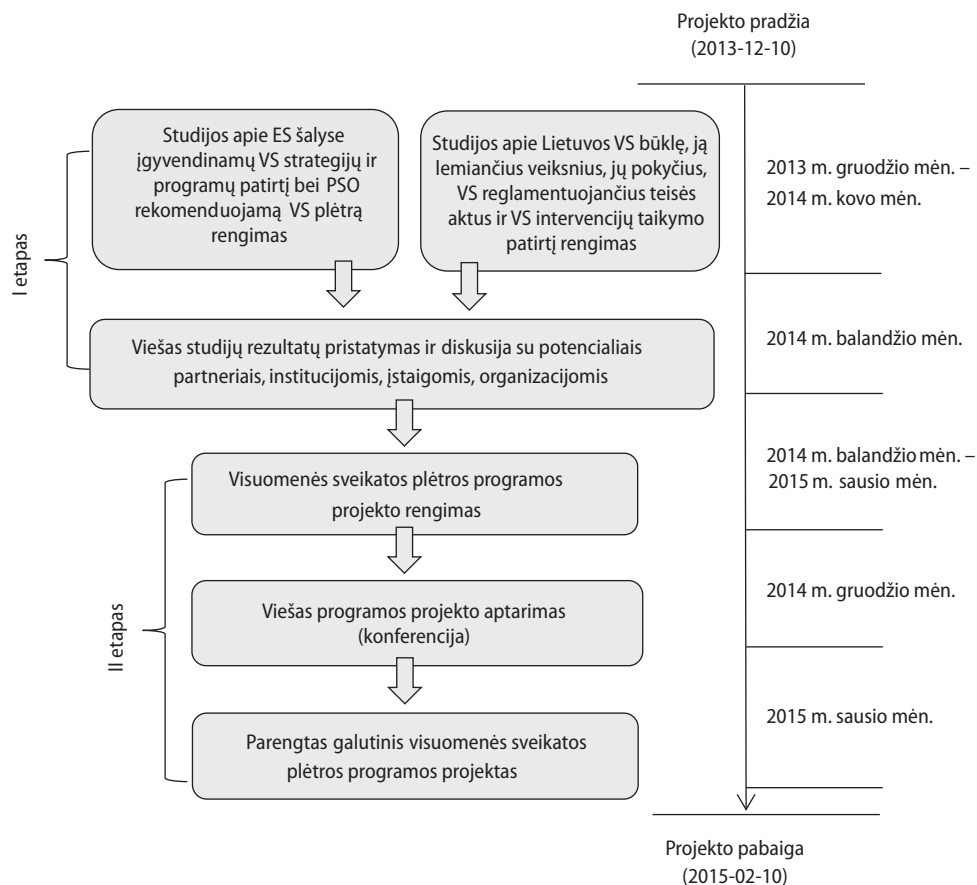
- 1) pirmajame etape bus parengtos dvi studijos – vienoje jų išanalizuota Europos Sąjungos šalyse įgyvendinamų visuomenės sveikatos strategijų ir programų patirtis, Pasaulio sveikatos organizacijos teikiamos visuomenės sveikatos plėtros rekomendacijos, kitoje studijoje bus išnagrinėta Lietuvos visuomenės sveikatos būklė, ją lemiantys veiksniai, jų pokyčiai, visuomenės sveikatą reglamentuojantys teisės aktai ir visuomenės sveikatos intervencijų taikymo patirtis (toliau – Studijos);
- 2) antrajame etape remiantis Europos Sąjungos šalių gerąja patirtimi ir Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijomis bei atsižvelgiant į Lietuvos strateginius sveikatos politikos prioritetus ir dabartinę visuomenės sveikatos būklę numatoma parengti ir pristatyti visuomenės sveikatos plėtros programos projektą. Projekto etapai, pagrindinės veiklos ir jų planuojami vykdymo terminai pateikiami 1 paveiksle.

Tikimasi, kad Studijų rezultatai atskleis ne tik Europos Sąjungos šalių gerosios praktikos pavyzdžius įgyvendinant Pasaulio sveikatos organizacijos ir kitas rekomendacijas, valdant pagrindinius sveikatos rizikos veiksnius ir problemas, tokias kaip alkoholio vartojimas, tabako rūkymas, stresas, tuberkuliozės plitimas, bet ir kokios yra esama Lietuvos visuomenės sveikatos būklė, kokie Lietuvos gyventojų pagrindinių sveikatos rizikos veiksnių ir problemų valdymo (teisėkūros, strateginio planavimo, sveikatos technologijų taikymo ir kt.) trūkumai ir kokie sprendimai leistų pagerinti esamą situaciją. Studijose bus „padėtas pamatas“ visuomenės sveikatos plėtros programos projektui rengti.

Atliekant Studijoms reikalingas analizes bus atsižvelgta į LSP tikslus, uždavinius ir vertinimo rodiklius. Analizės bus vykdomos trimis kryptimis:

- 1) sveikos fizinės (darbo, gyvenamosios ir socialinės) aplinkos kūrimas;
- 2) sveikos gyvensenos ir jos kultūros formavimas;
- 3) kokybiškos ir efektyvios sveikatos priežiūros, orientuotos į gyventojų poreikius, plėtra.

Studijoms parengti atliktų analizių rezultatus planuojama pristatyti viešojoje diskusijoje su potencialiais



1 pav. Projekto veiklos ir planuojami jų vykdymo terminai

partneriais, institucijomis, įstaigomis ir organizacijomis. Numatoma aptarti bendradarbiavimo galimybes ir kviesti prisidėti kitus (ne tik sveikatos) sektorius planuojant veiksmus ir siekiant tinkamai įgyvendinti visuomenės sveikatos plėtros priemones. Pristatyti rezultatai ne tik apie faktinę visuomenės sveikatos būklę Lietuvoje, bet ir apie esamas neišnaudojamas problemų sprendimo galimybes, tikėtina, prisidės prie aktyvių sveikatos ir kitų sektorių diskusijų, ieškant geriausių sprendimų ir priemonių, kaip gerinti Lietuvos visuomenės sveikatos būklę ir praktiškai įgyvendinti Europos Sąjungos ir Pasaulio sveikatos organizacijos paskelbtą iniciatyvą „Sveikata visose politikos srityse“. Tai ypač aktualu šiuo metu, kai kuriama šio principo įgyvendinimo teisinė bazė ir programos.

Po viešų diskusijų ir turint Studijų rezultatus bus pradėtas rengti visuomenės sveikatos plėtros programos projektas. Pirminis projektas bus teikiamas derinti suinteresuotoms institucijoms, taip pat išorės ekspertui, kuris turės įvertinti šio projekto tinkamumą LSP tikslams įgyvendinti bei suderinamumą su kitais visuomenės sveikatos gerinimą ir sveikatos priežiūros plėtrą nusakančiais dokumentais, siūlymų

atitiktį tarptautiniu mastu pripažįstamoms šiuolaikinės visuomenės sveikatos plėtros rekomendacijoms. Pirminiam visuomenės sveikatos plėtros programos projektui aptarti planuojama organizuoti tarpinį viešąjį aptarimą, į kurį bus kviečiami suinteresuotų ministerijų, įstaigų ir organizacijų atstovai.

Parengtam visuomenės sveikatos plėtros programos projektui aptarti ir pristatyti bus organizuojama baigiamoji konferencija, pakviečiant mokslo ir praktikos institucijų, nevyriausybinių organizacijų atstovus, sveikatos ir sveikatai įtaką darančių veiklos sričių politikos formuotojus bei administratorius, visuomenės sveikatos priežiūros specialistus.

Galutinis visuomenės sveikatos plėtros programos projektas kartu su paaiškinamaisiais dokumentais bus teikiamas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai.

Daugiau informacijos apie projektą, vykdomas veiklas ir rezultatus rasite [http://www.hi.lt/content/politiku\\_reformu\\_projektas.html](http://www.hi.lt/content/politiku_reformu_projektas.html).

*Ieva Kisieliene*  
*Higienos instituto Strategijų ir vystymo skyriaus vadovė*

# VISUOMENĖS SVEIKATOS SPECIALISTŲ IR SLAUGOS DARBUOTOJŲ KVALIFIKACIJOS TOBULINIMAS



2009 m. gegužės 22 d. Higienos institutas, LR socialinės apsaugos ir darbo ministerija ir Europos socialinio fondo agentūra pasirašė projekto finansavimo ir administravimo sutartį Nr. P1-1.1-SADM-10-V-01-007/D4-119. Projektas finansuojamas pagal Žmogiškųjų išteklių plėtros veiksmų programos 1 prioriteto „Kokybiškas užimtumas ir socialinė apsauga“ VP1-1.1-SADM-10-V priemonę „Sveikatos specialistų, prisidedančių prie sergamumo ir mirtinumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo, kvalifikacijos kėlimas“ (2009–2014 m.). Projektas įgyvendinamas kartu su partneriais – Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos bei Slaugos darbuotojų tobulinimosi ir specializacijos centrais.

Atsižvelgiant į nuolatinę mokslo ir praktikos pažangą šiuo projektu siekiama suteikti visų lygių visuomenės sveikatos priežiūros specialistams (toliau – VSPS) ir slaugos darbuotojams naujų profesinės kvalifikacijos žinių ir praktinių įgūdžių, reikalingų efektyviai pagrindinių neinfekcinių ligų, įskaitant širdies ir kraujagyslių, onkologinių ligų, taip pat traumų ir psichikos sveikatos sutrikimų prevencijai. Numatyta, kad projekto metu profesinę kvalifikaciją kels ir specialiąsias kompetencijas tobulins 1 255 specialistai (skaičiuojant unikalius asmenis).

**Projekto tikslas** – išplėsti visuomenės sveikatos priežiūros specialistų ir slaugos darbuotojų bendrąsias ir specialiąsias kompetencijas, tobulinant jų kvalifikaciją ir gerinant kvalifikacijos kėlimo bei tęstinio mokymo galimybes ir taip prisidėti prie sergamumo bei mirtinumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo.

Projektas suteikia galimybę VSPS pagilinti žinias ir sutvirtinti gebėjimus keturiose srityse:

- sveikatos stiprinimo, sveikos gyvensenos, širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos;
- onkologinių ligų prevencijos;
- traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių sąlygotų būklių prevencijos;

- psichikos sveikatos stiprinimo, psichikos sutrikimų, įskaitant priklausomybės ligas, prevencijos.

Per visą projekto įgyvendinimo laikotarpį tobulinant VSPS specialiąsias kompetencijas buvo numatyta organizuoti 40 mokslinių ir praktinių konferencijų, 23 mokymo kursus, 100 asmenų stažuotes ES šalyse, Šveicarijoje ar valstybėse, pasirašiusiose Europos ekonominės erdvės susitarimą, o tobulinant VSPS bendrąsias kompetencijas organizuoti 120 val. trukmės anglų kalbos kursus, kuriuos turės galimybę baigti 200 VSPS.

Vykdamas projektą ir asmens sveikatos priežiūros funkcijas atliekantiems Lietuvos slaugos specialistams sudarytos sąlygos įgyti ir tobulinti kvalifikaciją. Vykdoma tobulinimosi programa „Psychosocialinė reabilitacija asmenims, turintiems psichikos sveikatos sutrikimų“, sudaryta atsižvelgiant į šių dienų aktualijas ir besivadovaujant Lietuvos ir Europos Sąjungos šalių profesinio rengimo rekomendacijomis bei standartais. Planuojama, kad per visą projekto vykdymo laikotarpį kvalifikaciją pakels 150 slaugos darbuotojų.

2009–2012 m. įgyvendinant projektą įvykdytos beveik visos suplanuotos veiklos, o vykdamas viešuosius pirkimus sutaupyta projektui skirtų lėšų. Atsižvelgiant į Sveikatos apsaugos ministerijos rekomendacijas, projekto partnerių siūlymus ir išsakytus poreikius kreiptasi į Europos socialinio fondo agentūrą dėl projekto sutaupyto lėšų panaudojimo ir projekto finansavimo bei administravimo sutarties pakeitimo.

2013 m. pradžioje atliktas neesminis projekto keitimas ir suplanuoti papildomi kvalifikacijos kėlimo renginiai. Didžioji jų dalis skirta 2011 m. pradėtam VSPS, vykdančių sveikatos priežiūrą ikimokyklinio ugdymo įstaigose, perkvalifikavimui. Sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gegužės 19 d. įsakymu Nr. V-504 „Dėl Visuomenės sveikatos priežiūros specialisto, vykdančio sveikatos priežiūrą ikimokyklinio ugdymo įstaigose, kvalifikacinių reikalavimų aprašo patvirtinimo“ nustatyti nauji reikalavimai asmenims,

einantiems ar pretenduojantiems eiti visuomenės sveikatos priežiūros specialisto pareigas ikimokyklinio ugdymo įstaigose. 2013 m. organizuota *19 trijų dienų trukmės mokymo kursų* Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose, Panevėžyje, Tauragėje, Mažeikiuose ir Utenoje. Juose dalyvavo 475 ikimokyklinio ugdymo įstaigų VSPS. Sveikatos apsaugos ministerijos pavedimu kursų programos parengtos VSPS, vykdančioms sveikatos priežiūros funkcijas ikimokyklinėse ugdymo įstaigose, ir suderintos Sveikatos apsaugos ministerijos 2011 m. liepos 15 d. raštu Nr. 10-(22.2-12)-5402. Kursai organizuoti temomis: sveikatos stiprinimas, sveikos gyvensenos skatinimas, širdies ir kraujagyslių ligų prevencija (7), traumų bei kitų išorinių mirties priežasčių prevencija (6), psichikos sveikatos stiprinimas, psichikos sutrikimų, įskaitant priklausomybės ligas, prevencija (6 kursai).

Įgyvendinant projektą 2009–2012 m. organizuotos visos suplanuotos konferencijos, iš viso 40 renginių. Visuose Lietuvos regionuose vykdyta keturių projekto sričių veikla. Renginiuose turėjo galimybę dalyvauti didžioji Lietuvos visuomenės sveikatos priežiūros specialistų dalis. Remiantis statistiniais duomenimis Lietuvoje, lyginant su kitomis šalimis, viena iš didžiausių problemų yra širdies ir kraujagyslių susirgimai ir mirtingumas nuo šių ligų, todėl ir toliau išlieka labai svarbi šių susirgimų prevencija, sveikatos stiprinimas ir žinių sklaidimas visuomenėje. Į tai atsižvelgiant 2013 m. papildomai iš sutaupytų lėšų buvo organizuotos projekto sveikatos stiprinimo, sveikos gyvensenos, širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos srities *2 konferencijos* „Visuomenės sveikatą lemiantys veiksniai ir jų valdymas“ Klaipėdoje ir Kaune. Jose dalyvavo 150 VSPS.

VSPS sėkmingai naudojami projekto teikiama galimybė kelti profesinę kvalifikaciją dalyvaujant tarptautiniuose renginiuose užsienio šalyse. Projekto įgyvendinimo laikotarpiu (per 5 metus) buvo numatyta apmokyti po 25 specialistus kiekvienoje projekto srityje (iš viso 100 asmenų). Lietuvos mastu tai nėra didelis skaičius ir, kaip parodė projekto įgyvendinimo patirtis, ES šalių organizuojamuose kvalifikacijos kėlimo renginiuose norėjo dalyvauti gerokai daugiau specialistų. Dalyvaujant tokiuose renginiuose sudaromos galimybės susipažinti su užsienio šalių patirtimi, pasidalyti savo šalies pasiekimais, sudalyvauti pažangiausiuose ES visuomenės sveikatos srities renginiuose ir tą informaciją panaudoti savo darbe bei perteikti kolegoms. Papildomai iš sutaupytų lėšų buvo numatytos 35 VSPS stažuotės ES šalių organizuojamuose renginiuose. 2013 m. iš viso 59 VSPS

turėjo galimybę kelti profesinę kvalifikaciją dalyvaujant tarptautiniuose renginiuose užsienio šalyse. Lietuvos VSPS dalyvavo Neinfekcinių ligų prevencijos seminare Helsinkyje ir Joensuu (Suomija), seminare „Profesinė sveikata ir sauga: darbo sąlygų gerinimas Europoje“ Briuselyje (Belgija), tarptautinėje *Nordic* saugos tyrimų konferencijoje „Traumų prevencijos ir saugos užtikrinimo naujos strategijos“ Bymose Hegn (Danija), tarptautinėje konferencijoje „Darbas ir gerovė – aktyvus senėjimas darbe“ Helsinkyje (Suomija), 2-ajame pasauliniame sveikatos saugos kongrese Heidelberge (Vokietija), 4-ojoje Europos sveikatą stiprinančių mokyklų konferencijoje Odensėje (Danija) ir 6-ojoje Europos visuomenės sveikatos konferencijoje EUPHA „Sveikata Europoje: ar mes čia dar vis? Mokymasis iš patirties ir ateities kūrimas“ Briuselyje (Belgija).

2013 m. Kaune ir Klaipėdoje organizuoti 120 val. trukmės anglų kalbos kursai, kuriuos baigė 40 VSPS.

Įgyvendinant 2009–2012 m. projekto veiklas, kvalifikaciją kėlė 150 slaugos darbuotojų, kaip ir buvo planuota. Tačiau remiantis projekto partnerio Slaugos darbuotojų tobulinimosi ir specializacijos centro rekomendacijomis, išsakytu jų poreikiu dėl Psichiatrinių krizių intervencijos stacionaro ir dienos stacionaro paslaugų teikimo suaugusiesiems tvarkos aprašo, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 12 d. įsakymu Nr. V-118 (Žin., 2010, Nr. 22-1023), reikalavimų įgyvendinimo, kai didelis dėmesys skiriamas paslaugas teikiančių asmenų kompetencijai tobulinti, taip pat ir psichikos sveikatos slaugytojui, kuris užtikrina intensyvią psichiatrines slaugą, iš sutaupytų projekto lėšų buvo suplanuoti papildomi šių darbuotojų mokymai. 2013 m. Palangoje ir Druskininkuose organizuota *10 penkių dienų trukmės praktinių mokymų* pagal programą „Psichosocialinė rehabilitacija asmenims, turintiems psichikos sveikatos sutrikimų“, kuriuose dalyvavo 150 slaugos darbuotojų.

2013 m. vykdant projekto veiklas dalyvavo 362 unikalūs asmenys, iš jų 357 moterys ir 5 vyrai. Mokymų dalyvių struktūra pagal lytį atspindėjo bendrą darbuotojų situaciją Lietuvos visuomenės sveikatos srityje. Pažėdžiamoms grupėms priklausė 37 asmenys (10,2 proc.). Mokymuose dalyvavo 22 asmenys (6,1 proc.) iki 25 m. amžiaus, 117 (32,3 proc.) – iki 45 m., 121 (33,4 proc.) – iki 55 m., 93 (25,7 proc.) – iki 65 m. ir 9 dalyviai (2,5 proc.) buvo vyresni nei 65 m. amžiaus.

Projekto įgyvendinimo laikotarpiu 2009–2013 m. iš viso organizuotos 42 mokslinės ir praktinės konferencijos, kuriose dalyvavo daugiau kaip

3 000 VSPS, 39 kvalifikacijos kėlimo kursuose dalyvavo 975 ir 3 moksliniuose praktiniuose mokymuose – 45 VSPS, 20 slaugos darbuotojų praktinių mokymų baigė 300 slaugos darbuotojų, anglų kalbos kursuose žinias gilino 200 VSPS, taip pat organizuotos 132 VSPS stažuotės ES šalių organizuojamuose kvalifikacijos kėlimo renginiuose.

Įvertinus tarpinius projekto rezultatus ir dalyvių pildytas Bendrai iš Europos socialinio fondo lėšų finansuojamo projekto dalyvių apklausos anketas, 2009–2013 m. iš viso projekto veiklose dalyvavo ir sėkmingai baigė mokymus bei pripažintus kvalifikacijos kėlimo pažymėjimus gavo 2 120 unikalių dalyvių. Projekte planuotų unikalių dalyvių skaičius 68 proc. viršytas.

2014 m. pradžioje pasirašytas projekto sutarties ir biudžeto pakeitimas dėl papildomai sutaupytų lėšų panaudojimo. Projekto vykdymo laikotarpis pratęstas iki 2014 m. pabaigos. Atlikus viešųjų pirkimų procedūras toliau bus organizuojami VSPS kvalifikacijos kėlimo renginiai.

Visą informaciją apie įvykdytus ir planuojamus projekto renginius galima rasti projekto vykdytojo Higienos instituto svetainėje [www.hi.lt](http://www.hi.lt) naujienų rubrikoje ir skyriuje „ES paramos programa“.

***Projekto vadovė Aušra Grigošaitienė***  
***Higienos institutas***  
***El. paštas: [ausra.grigosaitiene@dmc.lt](mailto:ausra.grigosaitiene@dmc.lt)***

## INFORMACIJA STRAIPSNŲ AUTORIAMS

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

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

Nuo 2005 m. žurnalas indeksuojamas tarptautinėje *Index Copernicus* duomenų bazėje (<http://www.indexcopernicus.com/>).

Žurnalas skirtas mokslininkams, studentams, sveikatos apsaugos organizatoriams ir administratoriams, visuomenės sveikatos specialistams, edukologams, gydytojams ir kitiems skaitytojams, besidomintiems visų šalies gyventojų ar atskirų jos grupių sveikatos ir ją veikiančių veiksnių problemomis.

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

Už straipsnių spausdinimą iš kiekvieno autoriaus imamas 50 Lt mokestis.

### REIKALAVIMAI RANKRAŠČIUI

Redakcijai pristatomi 2 straipsnio egzemplioriai, vienas jų – pasirašytas visų autorių, arba turi būti atskiras raštiškas visų autorių leidimas jį spausdinti. Pasirašydami autoriai garantuoja, kad straipsnis yra originalus, nepažeidžia kitų asmenų autorinių teisių ir nėra anksčiau skelbtas spaudoje, o autoriai perduoda visas straipsnio autorines teises leidėjui, jeigu straipsnis bus spausdinamas. Straipsnio elektroninė versija pateikiama kompaktiniame diske arba atsiunčiama elektroniniu paštu.

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

Straipsnio tekstas turi būti išspausdintas vienoje A4 formato popieriaus lapo pusėje 12 raidžių dydžiu, plėčiomis paraštėmis (3 cm), tarp eilučių paliekami dvigubi tarpai. Bendroji (su visais priedais) straipsnio apimtis – ne daugiau kaip 30 puslapių. Puslapiai turi būti numeruoti.

### STRAIPSNIO STRUKTŪRA:

- straipsnio pavadinimas (iki 150 ženklų, įskaitant tarpus ir skyrybos ženklus),
- autorių vardai ir pavardės,
- įstaigų, kuriose atliktas darbas, pavadinimai.

### STRAIPSNIO TEKSTO SKYRIAI:

- struktūruota santrauka lietuvių kalba (straipsnio pavadinimas, autoriai, jų įstaigos, tikslas, tyrimo medžiaga ir metodai, tyrimo rezultatai, išvados, reikšminiai žodžiai, iš viso 300 žodžių),
- 1–6 reikšminiai žodžiai (paminėti santraukoje),
- įvadas, kuris baigiasi darbo tikslo suformulavimu,
- tyrimo medžiaga ir metodai,
- rezultatai,
- rezultatų aptarimas,
- išvados arba apibendrinimas,
- literatūra,
- struktūruota santrauka anglų kalba (straipsnio pavadinimas, autoriai, jų įstaigos, tikslas, tyrimo medžiaga ir metodai, rezultatai, išvados, reikšminiai žodžiai, iš viso iki 300 žodžių).

### INFORMUOJAME

Lentelės, schemas, brėžiniai ir pan., pateikiami tekste, turi turėti atskirą numeraciją. Iliustracijos ir paveikslai turi būti nespaltuoti, kompaktiški, ryškūs, tekstas juose aiškiai įskaitomas; grafikus ir paveikslus pageidautina pateikti *Excel* formatu.

Pirmą kartą tekste minimi sutrumpinimai turi būti paaiškinti.

Skaičių trupmeninė dalis skiriama kableliu (pavyzdžiui, 2,15, ne 2.15).

Literatūros šaltiniai sąrašė pateikiami ta kalba, kuria buvo išspausdinti, straipsnyje jie nurodomi laužtiniuose skliaustuose, pradedant citavimą nuo [1]. Literatūros sąrašas sudaromas remiantis Vankuverio sistema ir vienodais reikalavimais biomedicinos mokslo žurnalų rankraščiams („Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals“ JAMA. 1997;277:927-34).

Straipsniai, parengti neatsižvelgus į minėtus reikalavimus, nepriimami.

Rankraščiai siunčiami adresu: Higienos institutas, Didžioji g. 22, LT-01128 Vilnius.

Rankraščiai negražinami.

#### Informacija teikiama:

tel. (8 ~ 5) 262 5479, faks. (8 ~ 5) 262 4663,

el. paštas [visuomenes.sveikata@hi.lt](mailto:visuomenes.sveikata@hi.lt).

Žurnalo svetainė internete [www.hi.lt](http://www.hi.lt)

Žurnalą „Visuomenės sveikata“ įsigyti arba užsiprenumeruoti galima žurnalo redakcijoje. Vieno numerio kaina – 20 Lt. Metinės prenumeratos kaina – 80 Lt. Kaina su pristatymu – 100 Lt. Apmokėti už prenumeratą galima internetu arba siunčiant čekį į redakciją (smulkesnė informacija apie prenumeratą interneto svetainėje [www.hi.lt](http://www.hi.lt)).

## INFORMATION TO AUTHORS

The journal “Public Health” was established by the Institute of Hygiene, Lithuania in 1996. It is a unique scientific journal in the country, specialized purely in the public health. It is intended for researchers, public health managers and administrators, experts working in the field of epidemiology, biostatistics, occupational health, health promotion, environmental health as well as other readers interested in health status of population and factors affecting. The journal is published quarterly. Electronic version of each issue is placed on the website <http://www.hi.lt/>

Each issue includes peer-reviewed section with original papers, including topic related reviews, and non-peer-reviewed sections: editorial and information for public health practice, presenting important health policy news, good practice examples, guidelines and recommendations.

Since 1996 the journal is on the official list of scientific journals recognized by the Academy of Science of Lithuania and it is in *Index Copernicus* database since 2005 (<http://journals.indexcopernicus.com>).

A fee of 50 Lt (14,5 Eur) is taken from each author of the accepted article since 2002.

### MANUSCRIPT PREPARATION

The text must be typed with doubled line spacing and wide margins on the one side numbered sheets. The size of the original papers must be restricted to 22 pages (including all the supplements), review articles – up to 24 pages, guidelines and recommendations - 4 pages, other - no more than 2 pages,

Manuscript and one copy should be sent to the editorial office (address is given below). Electronic copy of manuscript on CD should be attached or sent by e-mail. The original article must be signed by all the authors or the separate permission signed by all authors must be attached. Authors' signatures should guarantee that their article is original, does not interfere with copyright regulations and is not previously published, handed or planned for handing to other journals, except in form of thesis or presentation.

Postal and e-mail addresses, telephone and fax numbers of the corresponding author must be enclosed.

### STRUCTURE OF THE ARTICLE

Title (up to 150 marks, including interval and punctuation);

Authors;

Institution(s) to which the work should be attributed.

### THE TEXT MUST BE DIVIDED INTO THE FOLLOWING SECTIONS:

- Summary in the same language as the article should not exceed 300 words),
- Keywords (mentioned in the summary),
- Introduction, where the purpose of the work is stated,

- Objectives and methods of the study,
- Results,
- Discussion,
- Conclusions
- References,
- Summary in the other language up to 300 words (Lithuanian, if the article is in English) including the title, authors, institutions, objective, methods, short presentation of the findings, main conclusions, keywords.

### ADDITIONAL INFORMATION

- tables, figures, diagrams, etc, presented in the text must have a separate enumeration. Illustrations must be of good quality, text of the illustrations should be clear;
- abbreviations mentioned in the text for the first time must be explained;
- the fractional part of the number in Lithuanian is separated by a comma (i. e. 2,16 instead of 2.16);
- references to other works should be consecutively numbered in the text using square brackets and listed in the original language by number in the reference list. List of references should be based on Vancouver system and on “Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals” (*JAMA* 1997; 277:927-34).

Papers not meeting these requirements are not accepted. All the manuscripts (accepted or rejected) are not returned.

The manuscripts should be sent to the following address: Institute of Hygiene, Didzioji str. 22, LT-11028 Vilnius, Lithuania; e-mail: [visuomenes.sveikata@hi.lt](mailto:visuomenes.sveikata@hi.lt).

#### For more information:

**Phone +370 5 262 4583; Fax +370 5 262 4663.**

Subscription rate for subscribers in Europe (postage included): 1 year – 60 Eur.

Payments should be made by transfer to bank account:

AB SWEDBANK  
SWIFT code HABALT22  
for Institute of Hygiene,  
Didzioji str. 22, LT-01128 Vilnius, Lithuania  
Account number: LT427300010002458929  
IBAN LT427300010002458929





