

**KLAIPĖDOS UNIVERSITETO  
SVEIKATOS MOKSLŲ FAKULTETO  
SLAUGOS KATEDRA**

**PSIHIKOS SVEIKATOS SLAUGYTOJŲ DARBE  
PATIRIAMO NERIMO IR DEPRESIJOS SĄSAJOS SU  
GYVENIMO KOKYBE**

Magistro baigiamasis darbas

Autorius

DMSSL20, stud. Laima Sriebalienė

Vadovas

Doc. dr. Marija Truš

Klaipėda, 2022

## SANTRAUKA

Sriebalienė L. Psichikos sveikatos slaugytojų darbe patiriamo nerimo ir depresijos sąsajos su gyvenimo kokybe. Slaugos magistro studijų programos baigiamasis darbas. Darbo vadovė doc. dr. M. Truš. Klaipėdos universitetas: Klaipėda, 2022. – 62 p.

Didėjantis gyvenimo ritmas, sparčiai progresuojanti medicinos mokslo pažanga, technologijų tobulėjimas, konkurencija, didėjantys reikalavimai kvalifikacijai ir atsakomybei verčia medikus įtemptai dirbti. Psichikos sveikatos slaugytojams tenka dirbti su pacientais, kurie labai specifiški ne tik sutrikimų klinika ar psichopatologija, bet savo emocijomis, suvokimo būsenos bei bendravimo ypatumais. Psichikos sveikatos slaugytojams dėl darbe patiriamo smurto, streso padidėja tikimybė nerimui ar depresijai atsirasti ir tai įtakoja jų gyvenimo kokybę.

**Tyrimo tikslas** – išanalizuoti psichikos sveikatos slaugytojų darbe patiriamo nerimo ir depresijos sąsajas su gyvenimo kokybe.

**Tyrimo metodika:** 1. Mokslinės literatūros analizė. 2. Kiekybinis tyrimas – anketinė apklausa raštu. Apklausa vyko nuo 2021 m. birželio 1d. iki 2021 m. rugsėjo 17 d. Tyrime dalyvavo penkiose Lietuvos psichiatrijos ligoninėse dirbančios psichikos sveikatos slaugytojai. Apklausta 290 respondentų.

**Tyrimo rezultatai.** Analizuojant nerimo lygį tarp tyrime dalyvavusių slaugytojų nustatyta, kad didžioji dalis (71,4 proc.) jų buvo su lengvu nerimu, 24,1 proc. – su vidutiniu ir 4,5 proc. – su vidutiniškai sunkiu. Tyrimo rezultatai parodė, kad nerimo lygio didėjimas nepriklausė nuo tiriamųjų darbo stažo, darbo krūvio ir darbo pobūdžio. Tyrimo metu nustatyta, kad daugumos tiriamųjų depresijos lygis buvo minimalus. Tyrimo rezultatai parodė, kad depresijos lygis kaip ir nerimo statistiškai reikšmingai priklausė nuo šeiminės padėties. Stebėta, kad tarp dirbančių paromis (16,7 proc.) ir mišriai (8,2 proc.) dažniau buvo tiriamųjų su vidutinišku depresijos lygiu nei tarp dirbančių tik dienomis (1,4 proc.).

**Išvados.** Tyrimas atskleidė, kad fizinio aktyvumo mažėjimas, bendros sveikatos vertinimo suprastėjimas ir didesnis veiklos ribojimas dėl fizinių problemų susiję su depresijos lygio didėjimu. Tyrime dalyvavę slaugytojai savo gyvenimo kokybę, susijusią su fizine sveikata, vertino pakankamai gerai - geriausiai jie vertino fizinį aktyvumą, prasčiausiai savo bendrą sveikatą. Tyrimo rezultatai parodė, kad tyrime dalyvavusių psichikos sveikatos slaugytojų - moterų gyvenimo kokybės blogėjimas yra susijęs ir su didesniu nerimu ir su didesniu depresijos lygiu. Tyrimo metu nustatyta, kad nerimas blogino visus GK rodiklius vyresnių nei 55 metų tiriamųjų.

*Reikšminiai žodžiai:* nerimas, depresija, naktinis darbas, emocinis išsekimas, stresas, gyvenimo kokybė.

## SUMMARY

Sriebaliene L. Relationship between Anxiety and Depression at Work and Quality of Life Among Mental Health Nurses. Thesis in Master's Nursing study programme. Thesis advisor – Doc. Dr. M. Trus. Klaipeda University: Klaipeda, 2022. – 62 pages.

Accelerating pace of life, rapid progress of medical science, perfection of technologies, competition, growing requirements for qualification and responsibility make medics intensely work. Mental health nurses must work with patients that are very specific not only in a sense of disorders clinic or psychopathology, but also by the peculiarities of their emotional, perceptual state and communication. Due to violence and stress suffered at work by the mental health nurses, there is a growing chance of anxiety and depression to appear and it affects the quality of their life.

**The aim of the research** – to analyse the correlation of anxiety and depression suffered at work by the mental health nurses with the quality of life.

**Methods of the research:** 1. Analysis of scientific literature. 2. Quantitative analysis – written questionnaire survey. The survey was performed from 1 June 2021 until 17 September 2021. The participants of the survey were the mental health nurses working in five psychiatric hospitals of Lithuania. The number of respondents was 290.

**Results of the research.** While analysing the level of anxiety among the participants of the survey, it was found that the major part (71,4%) was suffering from weak anxiety, 24,1% - from moderate anxiety, and 4,5% - from moderately strong anxiety. The results of the research showed that the increase of the level of anxiety was not dependent on the experience, workload and nature of work of the participants. It was established during the survey that the most participants had a minimal level of depression. The results of the research showed that the level of depression, as well as anxiety, statistically was greatly dependent on the family status. It was observed that there were more participants with moderate level of depression among those who worked in a day and a night shift (16,7%) and under the mixed schedule (8,2%) than those who worked only in a day shift (1,4%).

**Conclusions.** The research revealed that decrease of physical activity, worse estimation of the general health and greater restriction of activities due to physical issues are related to the increase of the level of depression. The participants of the survey estimated the quality of their life in respect of physical health as good enough – their physical activity was estimated the best and the general health was estimated the worst. The results of the survey showed that the decrease in quality of life of the mental health nurses (women) is related to a higher level of anxiety and a higher level of depression. It was established during the survey that anxiety disimproved all indicators of the quality of life of the participants over 55.

*Keywords:* anxiety, depression, night shift work, emotional exhaustion, stress, quality of life.

## SANTRUMPOS

BSV – bendros sveikatos vertinimas

EB – emocinė būklė

EG – energingumas/ gyvybingumas

FA – fizinis aktyvumas

GAD - 7 – generalizuoto nerimo skalė

GK – gyvenimo kokybė

Pav. – paveikslas

PHQ-9 – paciento sveikatos klausimyno (PHQ) dalis, skirta depresijos vertinimui

Proc. – procentai

PSO – pasaulio sveikatos organizacija

S – skausmas

SF-36 – klausimynas gyvenimo kokybei įvertinti

SF – socialinė funkcija

SSSGK – su sveikata susijusi gyvenimo kokybė

VRE – veiklos ribojimas dėl emocinių problemų

VRF – veiklos ribojimas dėl fizinių problemų

## PAVEIKSLŲ, LENTELIŲ IR PRIEDŲ SĄRAŠAS

### PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Paveikslų pavadinimas	Puslapis
1.	Slaugytojų fizinei ir psichinei sveikatai darantys įtaką veiksniai	23
2.	Slaugytojų pasiskirstymas pagal nerimo lygį	36
3.	Slaugytojų pasiskirstymas pagal depresijos lygį	38
4.	Depresijos įtaka kasdieninei, asmeninei ir darbinei veiklai vertinimas bendroje slaugytojų grupėje	39
5.	Su fizine sveikata susijusios gyvenimo kokybės rodikliai bendroje slaugytojų grupėje	40
6.	Su psichine sveikata susijusios gyvenimo kokybės rodikliai bendroje slaugytojų grupėje	41
7.	Gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo slaugytojų amžiaus	42
8.	Gyvenimo kokybės, susijusios su psichine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo slaugytojų amžiaus	42
9.	Gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo slaugytojų šeiminės padėties	43
10.	Gyvenimo kokybės, susijusios su psichine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo slaugytojų šeiminės padėties	44
11.	Gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo slaugytojų darbo stažo	44
12.	Gyvenimo kokybės, susijusios su psichine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo slaugytojų darbo stažo	45
13.	Gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo slaugytojų darbo krūvio	45
14.	Gyvenimo kokybės, susijusios su psichine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo slaugytojų darbo krūvio	46

15.	Gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo slaugytojų darbo pobūdžio	46
16.	Gyvenimo kokybės, susijusios su psichine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo slaugytojų darbo pobūdžio	47
17.	Gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo slaugytojų nerimo lygio	48
18.	Gyvenimo kokybės, susijusios su psichine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo slaugytojų nerimo lygio	49
19.	Gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo slaugytojų depresijos lygio	49
20.	Gyvenimo kokybės, susijusios su psichine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo slaugytojų depresijos lygio	50

#### LENTELIŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Lentelės pavadinimas	Puslapis
1.	Depresijos pagrindiniai sutrikimai	16
2.	Slaugytojų sociodemografiniai ir darbiniai rodikliai	29
3.	Klausimynų vidinis patikimumas	33
4.	Nerimo lygio skirtumai priklausomai nuo slaugytojų sociodemografinių ir darbinių rodiklių	36
5.	Depresijos lygio skirtumai priklausomai nuo slaugytojų sociodemografinių ir darbinių rodiklių	38
6.	Gyvenimo kokybės, susijusios su sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo slaugytojų lyties	41
7.	Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajos su nerimu ir depresija vyrų ir moterų grupėse	51
8.	Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajos su nerimu amžiaus grupėse	51
9.	Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajos su depresija amžiaus grupėse	52

10.	Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajos su nerimu šeiminės padėties grupėse	53
11.	Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajos su depresija šeiminės padėties grupėse	53
12.	Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajos su nerimu darbo stažo grupėse	54
13.	Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajos su depresija darbo stažo grupėse	55
14.	Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajos su nerimu darbo krūvio grupėse	55
15.	Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajos su depresija darbo krūvio grupėse	56
16.	Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajos su nerimu darbo pobūdžio grupėse	57
17.	Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajos su depresija darbo pobūdžio grupėse	57

## PRIEDŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Priedo pavadinimas	Puslapis
1.	Apklaustos anketa	71
2.	Leidimas naudoti SF-36 klausimyną	80
3.	Leidimas naudoti PHQ-9 ir GAD-7 klausimynus	81
4.	Skalių pasiskirstymo atitikimo normalumo dėsniai tikrinimo rezultatai	82

## TURINYS

<b>IVADAS</b>	7
<b>I. PSICHIKOS SVEIKATOS SLAUGYTOJŲ DARBE PATIRIAMO NERIMO IR DEPRESIJOS SĄSAJOS SU GYVENIMO KOKYBE</b>	9
1.1. Psichikos sveikatos slaugytojų darbo pagrindiniai aspektai	9
1.1.1. Nerimo simptomų raiška ir nustatymo būdai	14
1.1.2. Depresijos požymiai ir vertinimas	16
1.1.3. Gyvenimo kokybės pagrindiniai aspektai ir sąsajos	17
1.2. Ilgalaikio nerimo įtaka depresijos simptomatikai atsirasti	20
1.3. Nerimo ir depresijos sąsajos su psichikos sveikatos slaugytojų gyvenimo kokybe	22
<b>II. EMPIRINĖ DALIS</b>	26
2.1. Tyrimo metodika	26
2.1.1. Tyrimo imties charakteristika	28
2.1.2. Tyrimo metodai	30
2.1.3. Tyrimo instrumentai	31
2.1.4. Tyrimo procesas/eiga	33
2.1.5. Tyrimo etika	35
2.2. Tyrimo rezultatai	36
2.2.1. Psichikos sveikatos slaugytojų darbe patiriamo nerimo simptomų lygis	36
2.2.2. Psichikos sveikatos slaugytojų depresijos sunkumo lygis	37
2.2.3. Psichikos sveikatos slaugytojų nerimo ir depresijos sąsajos su gyvenimo kokybe pagal sociodemografinius rodiklius	40
2.3 Tyrimo rezultatų aptarimas	58
<b>IŠVADOS</b>	61
<b>REKOMENDACIJOS</b>	62
<b>LITERATŪRA</b>	63
<b>PRIEDAI</b>	70

## ĮVADAS

**Tyrimo aktualumas.** Psichikos sveikatos slauga - viena labiausiai stresą keliančių profesijų pasaulyje (Yang et al., 2018). Psichiatrijos ligoninėse slaugytojams neretai tenka susidurti su neigiamomis emocijomis, tokiomis kaip pacientų agresija ir smurtas, kurie daro įtaką sveikatai ir gyvenimo kokybei. Psichikos sveikatos slaugytojai darbe dažnai atsiduria pavojingose situacijose, kurių baigtį sunku numatyti (Ivanauskienė, 2019). Patiriami dideli psichologiniai krūviai dėl grasinimų, užgauliojimų, įžeidinėjimų, priekabiavimo ir panašaus pobūdžio pacientų elgesio, kuris kelia ne tik nuolatinę įtampą, nesaugumo jausmą, didina baimės, bejėgiškumo jausmą, neretais atvejais iššaukia nerimą ar depresijos simptomus (Juozapavičienė ir kt., 2019; Kuodytė ir kt., 2013).

Savo darbe psichikos sveikatos slaugytojai atlieka daugybę vaidmenų: profesionalaus slaugytojo, paciento įgaliotinio ir advokato, mokytojo, psichologo, patarėjo, socialinio darbuotojo, komandos nario. Todėl atsakomybė, moralinis jautrumas, nesaugumas darbe, kolegų ir organizacijos vadovybės palaikymo stoka, personalo trūkumas reikalauja nemažų tiek fizinių tiek emocinių pastangų (Gibb et al., 2010).

Slaugytojai, būdami sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai, tenkindami pacientų poreikius, privalo dirbti ir dienos metu, ir naktį. Dirbdamos pamaininį darbą slaugytojos jaučia stresą, skundžiasi padidėjusiu nervingumu ir dirglumu, nuolatinė įtampa, nerimu, stipriu psichologiniu nuovargiu, kurio pasekmė gali būti ir depresijos susirgimas (Juozapavičienė ir kt., 2019).

**Tyrimo naujumas.** Didėjantis gyvenimo ritmas, sparčiai progresuojanti medicinos mokslo pažanga, technologijų tobulėjimas, konkurencija, didėjantys reikalavimai kvalifikacijai ir atsakomybei verčia medikus įtemptai dirbti ir tai gali turėti įtakos nerimui ar depresijai atsirasti. Taip pat blogėja gyvenimo kokybė, kuri apibrėžiama kaip individualus savo vietos gyvenime suvokimas kultūros ir vertybių sistemoje, kurioje individas gyvena, susijusiais su individo tikslais, lūkesčiais, standartais bei interesais. Lietuvos mokslinėje literatūroje yra daugiausiai nagrinėtas slaugytojų patiriamas stresas, naktinis darbas, nuovargis ar „perdegimo“ sindromas. Šiame darbe buvo pasirinkta tikslinė slaugytojų grupė t.y. psichikos sveikatos slaugytojai, kuriems dėl darbe patiriamo smurto, streso padidėja tikimybė nerimo ar depresijos simptomatikai atsirasti bei daroma įtaka gyvenimo kokybei.

**Tyrimo tikslas** – išanalizuoti psichikos sveikatos slaugytojų darbe patiriamo nerimo ir depresijos sąsajas su gyvenimo kokybe.

### **Tyrimo uždaviniai:**

1. Nustatyti psichikos sveikatos slaugytojų darbe patiriamą nerimo lygį.
2. Išanalizuoti psichikos sveikatos slaugytojų depresijos lygį.

3. Išanalizuoti psichikos sveikatos slaugytojų nerimo ir depresijos sąsajas su gyvenimo kokybe pagal sociodemografinius rodiklius.

**Tyrimo objektas** – psichikos sveikatos slaugytojų darbe patiriamo nerimo ir depresijos sąsajos su gyvenimo kokybe.

**Tyrimo subjektas** - psichikos sveikatos slaugytojai dirbantys psichikos sveikatos stacionarines paslaugas teikiančiose įstaigose.

**Hipotezė:** tikėtina, kad psichikos sveikatos slaugytojai turintys mažesnę darbo stažą patiria mažesnę nerimo lygį.

**Tyrimo metodika:**

1. Mokslinės literatūros analizė.
2. Kiekybinis tyrimas – anketinė apklausa raštu.

# I. PSICHIKOS SVEIKATOS SLAUGYTOJŲ DARBE PATIRIAMO NERIMO IR DEPRESIJOS SĄSAJOS SU GYVENIMO KOKYBE

## 1.1. Psichikos sveikatos slaugytojų darbo pagrindiniai aspektai

Psichiatrija yra viena specifinių medicinos mokslo sričių, kuri reikalauja ypatingo medicinos personalo paruošimo. Psichikos sveikata yra emocinis ir dvasinis atsparumas, kuris leidžia patirti džiaugsmą ir išverti skausmą, nusivylimą ir liūdesį: tai gėrio jausmas, kuriuo remiasi tikėjimas savo bei kitų žmonių orumu ir verte (Palinauskienė, 2006).

Šiandien profesionalus slaugymas siejamas su pažangia slaugos praktika: savarankišku darbo planavimu, tikslų nustatymu bei įgyvendinimu, pacientų ir jų artimųjų mokymu bei sveikatos ugdymu. Tačiau iškyla įvairių atsakomybių, tokių kaip: tinkamas ir korektiškas paciento informavimas, pozityvių tarpusavio santykių palaikymas, visapusiška asmens parama (Petračiūnienė ir kt., 2019). Slaugytojo reikšmė ir vaidmuo, dirbant su psichikos sveikatos sutrikimus turinčiais pacientais labai svarbi. Dažnai pacientai su gydytoju elgiasi vienaip, o likę vakare tik slaugytojų priežiūroje – visai kitaip. Buvę nedrąsūs, mandagūs, gali tapti įkyriais ar agresyviais. Be to, būdami visą parą arčiau slaugytojų, jie jomis labiau pasitiki, patiki savo slapčiausias mintis ir išgyvenimus, pasipasakoja tai, ko nedrįsta sakyti savo gydytojui.

Psichikos sveikatos pacientai labai specifiškai ne tik sutrikimų klinika ar psichopatologija, bet savo emocijose, mąstymo, suvokimo būsenos bei bendravimo ypatumais. Todėl čia svarbus tinkamas slaugytojo elgesys, bendravimas, tinkami ir laiku pasakyti arba nepasakyti žodžiai. Be abejojimo labai svarbu, kad darbu su psichikos sveikatos srityje būtinas specialus teorinis ir ypatingas praktinių įgūdžių paruošimas.

Jegorova (2014) atliko tyrimą ir išanalizavo psichikos sveikatos slaugytojų lūkesčius ir poreikius kvalifikacijos įgijimo ir tobulinimosi kursuose. Šis tyrimas atskleidė, kad slaugytojams kyla įvairūs sunkumai dirbant su psichozėmis sergančiais pacientais, nepriklausomai nuo pacientų amžiaus: užtikrinti paciento ir savo saugumą; užmegzti pirminį kontaktą; įgyti pasitikėjimą ir išaiškinti paciento poreikius; įtikinti, kad reikia pagalbos ir gydymo; taip pat trūksta bendradarbiavimo ir supratimo iš paciento šeimos narių; dažnas emocinis sunkumas dirbant su psichikos sutrikimus turinčiais pacientais. Dažnai slaugytojams tenka pasikliauti savo žmogiškąja bei profesine intuicija ir praktiniais įgūdžiais, įgytais per visą darbo laikotarpį. Žinoma labai svarbu ir pozityvi psichosocialinė darbo aplinka, kuri yra svarbus pagrindas užtikrinant kokybiškas paslaugas sveikatos priežiūros įstaigose (Jegorova, 2014). Svarbu imtis priemonių, kurios padėtų suvaldyti neigiamus psichosocialinius darbo aplinkos veiksnius psichikos sveikatos priežiūros įstaigose ir kaip galima efektyviau užkirsti kelią smurto darbe patyrimui. Su

pacientų smurtu susiduriantys slaugytojai patiria ne tik kūno sužalojimus, bet ir psichologines pasekmes: psichosomatines ligas, perdegimo sindromą, potrauminio streso sutrikimą (Kuodytė ir kt. 2014). Šios autorės atliktu kiekybiniu tyrimu nustatyta, kad psichikos sveikatos slaugytojos patiria aukštus emocinius darbo reikalavimus, darbo ir šeimos konfliktą, greitą darbo tempą ir dažnai negali kontroliuoti pavesto darbo apimties. Nustatyta, kad greitas slaugytojų darbo tempas daugiau nei 2,5 karto didina smurto darbe riziką.

Vieni autoriai (Krüger C et. al., 2010) teigia, kad psichikos sveikatos priežiūros įstaigose susiduriama su tokiomis agresijos formomis kaip paciento ir personalo užpuolimas, muštynės tarp pacientų, ligoninės turto gadinimas, bandymai nusižudyti, draudžiamų psichotropinių medžiagų laikymas, vagystės.

Psichikos sveikatos slaugytojų pareigos apima platų darbo užduočių ir veiklos spektrą: jie kvalifikuotai ir kokybiškai teikia psichikos sveikatos slaugos paslaugas ir būtinąją medicinos pagalbą pagal kompetenciją. Vadovaujantis asmens sveikatos priežiūros tikslais savarankiškai vykdo paciento slaugą, pildo slaugos dokumentus, bendradarbiauja su sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiais specialistais (slaugos specialistais, gydytojais, socialinių paslaugų darbuotojais, psichologais ir kt.), psichikos ir elgesio sutrikimų turinčiais pacientais bei jų artimaisiais (Čiupailienė, 2016). Tuo pačiu metu slaugytojai turi užtikrinti terapinę aplinką, kuri būtų palanki psichikos sveikatos sutrikimų turintiems pacientams. Techninė ir bendravimo bei mokymo slaugos funkcijos atskiria dvi slaugytojo darbo puses, kurios slaugant pacientą vieną kitą papildo.

Slaugytojų profesija reikalauja gerų profesinių įgūdžių, suderinto komandinio darbo, nuolatinio ir nepertraukiamo rūpinimosi pacientais bei didelės empatijos. Gera medicinos personalo savijauta darbo vietoje bei pasitenkinimas darbu gerina pacientų saugą ir priežiūros kokybę, skatina abipusį kokybišką bendradarbiavimą bei turi įtakos darbo kokybei (Matuliauskienė, 2019).

Kai darbuotojas gauna per mažą atlygį arba jo neužtenka jo poreikiams patenkinti, atsiranda dar viena stresinės situacijos priežastis. Įstaigos negebėjimas motyvuoti darbuotojų, patenkinti jų poreikių, taip pat gali sukelti tarp įstaigos žmoniškųjų išteklių kylantį stresą. Stresas dabartiniu metu tampa aktualia problema visose gyvenimo srityse. Plėtojantis urbanizacijai, intensyvėjant gamybai, tobulėjant telekomunikacinei technikai, spartėja darbo tempas, gausėja plataus diapazono informacijos srautai, didėja laiko deficitas, o kartu ir nervinė emocinė įtampa (Vasilavičius, 2010). Nustatyta, kad savo darbo aplinkoje psichikos sveikatos slaugytojai, dažniau nei kiti sveikatos priežiūros specialistai, susiduria su veiksniais, galinčiais nulemti streso simptomų atsiradimą.

Galima išskirti streso sąvoką į kelias rūšis - eustresą ir distresą. Eustresas, tai sveika organizmo reakcija, kuri suaktyvina visa žmogaus organizmą, pradedant nuo mąstymo iki darbų atlikimo, teigiamas stresas suaktyvina žmogaus organizmą, kaip varomoji jėga, padedanti žmogui efektyviau ir greičiau atlikti reikiamą darbą. Trumpas stresas gyvenime yra būtinas, jis žmogui gali būti motyvacinė jėga ir būseną, kurioje galimybės ir darbingumas tik didėja. Patiriant ilgai trunkantį neigiamą stresą (distresą), žmogui gali sutrikti darbingumo lygis ir atsirasti fizinis, bei emocinis susijaudinimas. Patiriant distresą, nukenčia žmogaus emocinis stabilumas ir savikontrolė. Ilgai užsitęsęs stresas ne tik neigiamai veikia žmogaus organizmą, tačiau ir sutrikdo vidinę žmogaus homeostazę. Distresas, kenksmingas ir trikdantis organizmo veiklą stresas, kuris turi reikšmės miego ir sveikatos sutrikimų pasireiškimui (Večienė, 2019).

Stresas darbe gali būti viena iš priežasčių, galinčių nulemti profesinio perdegimo sindromo susiformavimą. Streso darbe patyrimas gali turėti poveikį motyvacijai, bendravimui, iniciatyvumui, pasitenkinimui darbu bei teikiamų paslaugų kokybei. Gali būti sutrikdyta emocinė ir fizinė psichikos sveikatos slaugytojų savijauta, atsirasti su darbu susijusių sveikatos sutrikimų, dėl kurių galimas ir darbingumo netekimas (Kandrašovienė, 2016).

2019 m. Kinijoje buvo tiriamas profesinis stresas. Šis tyrimas (Gu et al, 2019) parodė, kad profesinis stresas kenkia slaugytojų psichosomatinei savijautai, įskaitant nerimą, depresiją, miego kokybę ir somatinius simptomus. Japonų mokslininkų atliktas tyrimas (Mukaihata et. al., 2020), nustatė veiksnius darančius įtaką psichiatrijos slaugytojų darbui ir gauta išvada teigia, kad stiprindami psichiatrijos slaugytojų įsitraukimą į darbą, slaugos vadovai turėtų ugdyti slaugytojų įgūdžius, susijusius su empatija ir savimotyvacija, apsvarstyti, ar slaugytojai susiduria su nemaloniu pacientų požiūriu bei pagerinti darbo išteklius.

Psichikos sveikatos slaugytojai – bene dažniausiai susiduria su fizine ir verbaline agresija iš paciento ir jo artimųjų, kas didina darbe patiriamo streso kiekį. Slaugytojai savo kompetencijos ribose turi suteikti informaciją bei mokyti pacientus ir jų šeimos narius. Ši slaugytojų pareiga gali kelti stresą, jei paciento ar jo artimųjų elgesys ir bendravimas su jais yra neadekvatus. Smurtauojantys pacientai bei nepagrįsti jų arba jų šeimos narių reikalavimai slaugytojams yra stresą keliantys veiksniai. Pacientų smurtas prieš slaugytojus neigiamai veikia slaugytojų savijautą ir sveikatą, menkina jų galimybes vykdyti savo, kaip psichikos sveikatos specialistų, funkcijas (Kuodytė ir kt., 2013).

Kandrašovienės (2016) atlikto tyrimo duomenimis, psichikos sveikatos slaugytojams stresą darbe dažniausiai sukelia skirtingas atskirų slaugytojų požiūris į slaugą ir skirtumai tarp įsivaizduojamos idealios ir esamos slaugos, jaučiamas nesaugumas ir grėsmė iš pacientų pusės, profesinio tobulėjimo krypties ir slaugytojo funkcijų neapibrėžtumas, įtakos turi ir bendravimas su pacientais bei jų šeimomis.

Šiandien slauga yra fiziškai ir emociškai sudėtinga profesija. Dėl didelių vaidmenų ir sunkių darbo sąlygų kai kurioms slaugytojoms gresia perdegimas ir su stresu susijusios ligos. Stresas darbo aplinkoje gali pasireikšti dėl įvairių veiksnių, kurie gali būti susiję su darbo aplinka, turiniu bei darbo struktūra, tačiau reikšmės gali turėti ir darbuotojo kompetencija bei vidiniai aspektai susiję su asmeniniu gyvenimu.

Nepaisant dabartinės sveikatos priežiūros sistemos iššūkių, slaugytojai ir toliau teikia aukštos kokybės pacientų priežiūros paslaugas, išlaiko atsparumą ir profesionaliai tobulėja sunkumų akivaizdoje (Brennan, 2017). Glumbakaitės (2014) atlikto tyrimo duomenimis, didėjant psichologiniams reikalavimams darbe, labiau pasireiškia depresijos simptomai, „perdegimo“ sindromas, bei intensyvėja patiriamas stresas. Botha su kolegomis (2015) teigia, kad slaugytojai darbo aplinkoje susiduria su nepaprastais stresais. Daugelis šių stresorių visada buvo būdingi šiai profesijai: ilgos darbo valandos, skausmo, praradimo ir emocinių kančių sprendimas, mirštančių pacientų priežiūra ir paramos šeimai teikimas.

Pastaruoju metu slaugytojai patiria didesnę stresą, susijusį su kitais veiksniais, tokiais kaip darbuotojų trūkumas, vis sudėtingesni pacientai, įmonių finansiniai suvaržymai ir padidėjęs poreikis žinoti nuolat besikeičiančias technologijas. Slaugytojai turi susidoroti su labai sudėtingomis situacijomis, dėl kurių kasdien turi būti priimti tikslūs ir laiku priimti sprendimai, kurie kasdien daro įtaką žmogaus gyvenimui. Dėmesio trūkumas darbe padidina rimtų pasekmių, tokių kaip vaistų klaidos, gyvybei pavojingų požymių ir simptomų neatpažinimas, riziką į esminius pacientų saugos klausimus. Šių tyrėjų atliktas tyrimas parodė, kad nuolat patiriamas stresas gali sukelti depresiją, sumažinti pasitenkinimą darbu, psichologinį išgyvenimą ir asmeninių santykių sutrikimus (Botha et al., 2015).

Estų mokslininkams Freimann ir Merisalu (2015) pasitvirtino išvada, jog didelis darbo krūvis ir tempas bei vaidmenų konfliktas slaugytojams sukelia psichinės sveikatos sutrikimus, tokius kaip, somatinius simptomus, depresiją ir „perdegimo“ sindromą, stresą. Perdegimą sukelia stresas, tačiau tai ne tas pats kai per daug streso. Stresas reiškia, jog kažko per daug – įtampos, fizinių ir psichologinių reikalavimų. Jei su viskuo susitvarkoma – pasijaučiama geriau. Tuo tarpu perdegimas reiškia ne per daug, o per mažai. Perdegus kyla tuštumos jausmas, be motyvacijos, be rūpesčio, be vilties, jog situacija gali pasikeisti. Dar vienas skirtumas – patiriant per daug streso, žmogus tai supranta, o perdegimas ištinca netikėtai.

Kai kurie mokslinių publikacijų autoriai (Vitale et al., 2020) perdegimą apibrėžia kaip psichosocialinio, fizinio ir psichologinio nuovargio būseną dėl užsitęsusio emocinio spaudimo, susijusio su darbu. Emocinis išsekimas yra pats reprezentatyviausias perdegimo aspektas. „Perdegimo“ sindromas

dar vadinamas „darbo depresija“. Kai kurie autoriai nurodo, kad tai yra bendrosios depresijos pasekmė. Tačiau darbuotojas šiuos negalavimus sieja būtent su darbo vieta. Namuose ar kitoje, t. y. ne darbo aplinkoje šių simptomų nebūna (Gylienė, 2005).

Darbuotojų jaučiama pusiausvyra tarp darbo ir asmeninio gyvenimo yra reikšminga gerovės patyrimo sąlyga, todėl nenuostabu, jog sunkumai derinant šias gyvenimo sritis susiję su didesne perdegimo rizika. Pastebėtos sąsajos turi ir praktinę reikšmę, kadangi signalizuoja apie būtinybę vykdant perdegimo prevenciją atsižvelgti į individualią darbuotojo situaciją, neapsiriboti vien darbo aplinka (Žiedelis ir kt., 2018).

2020 m. Slovėnijos mokslininkai (Loeber et al., 2020) atliko tyrimą, kuriuo siekiama iširti Slovėnijos ligoninėse dirbančių slaugytojų gerovę ir pasitenkinimą darbu. Tyrimo gauti rezultatai parodė, kad slaugytojos savo pasitenkinimą ir savijautą vertino kaip vidutinį. 47 proc. slaugytojų buvo patenkinti savo darbu, 49 proc. psichologinę savijautą įvertino kaip gerą, 52 proc. dažnai patyrė stresą darbe ir 30 proc. visada patyrė stresą darbo vietoje. Išvadose teigiama, kad ligoninės gali būti sėkmingos ir pasiekti organizacijos tikslus, jei jų darbuotojai yra patenkinti darbu ir džiaugiasi gera savijauta. Ligoninės vadovybė turi pripažinti, kad svarbu užtikrinti, jog slaugytojai ir kiti darbuotojai būtų patenkinti ir sveiki.

Portugalijos mokslininkai (Vascancoles et al., 2018) nagrinėję perdegimą ir depresijos simptomus tarp slaugytojų teigia, kad kuo aukštesnis emocinio išsekimo ir nuasmeninimo lygis bei žemesnis profesinis pasiekimas, tuo didesni depresijos simptomai. Ryšys buvo reikšmingas tarp perdegimo ir depresijos simptomų. O išvadoje teigiama, kad slaugytojai, turintys perdegimo sindromą, turi didesnę galimybę depresijos simptomams atsirasti.

Japonijos mokslininkai (Yada et al., 2014). nustatė, jog psichikos sveikatos slaugytojos moterys darbe dažniau susiduria su seksualiniu priekabiavimu, o vyrai – su fiziniais ir žodiniais pacientų išpuoliais.

Iki šiol atlikta nemažai tyrimų, kurių objektas – slaugytojų streso poveikis gyvenimo kokybei (Ivanauskienė, 2019), smurtas (Kuodytė ir kt. 2013), perdegimo sindromas, nuovargis, nerimas, naktinio darbo įtaka gyvenimo kokybei (Juozapavičienė ir kt., 2019). Šių autorių atliktų tyrimų duomenys atskleidė, kad slaugytojos jaučia stresą, skundžiasi padidėjusiu nervingumu ir dirglumu, nuolatine įtampa, nerimu, stipriu psichologiniu nuovargiu. Slaugytojai nurodė, kad dėl naktinio darbo kyla konfliktų šeimoje, bendravimo su draugais sunkumai bei tai neigiamai veikia slaugytojų psichologinę sveikatą. Visi šie veiksniai turi didelę reikšmę nerimui ir depresijos simptomatikai atsirasti.

Apibendrinant psichikos sveikatos slaugytojų darbo pagrindinius aspektus galime teigti, jog šių slaugytojų darbas yra susijęs su padidėjusia smurto ir agresijos rizika slaugant psichinės sveikatos

problemų turinčius pacientus. Patiriama agresija, profesinis perdegimas gali neigiamai paveikti sveikatos priežiūros ir gydymo kokybę, pabloginti darbo klimatą. Darbuotojui patiriamas smurtas gali sukelti fizinius ir psichologinius sutrikimus, gali atsirasti nemiga, baimė, stresas, bejėgiškumo jausmas. Visos šios aplinkybės gali įtakoti nerimo bei depresijos simptomatikai atsirasti.

### **1.1.1. Nerimo simptomų raiška ir nustatymo būdai**

Autoriaus (Leskauskas, 2020) moksliniame straipsnyje, teigiama, kad nerimo sutrikimai – dažniausiai diagnozuojami psichikos sutrikimai Europos Sąjungos šalyse. Per metus šis sutrikimas siekia 14 proc. (61,5 milijono) 18–65 metų amžiaus europiečių. JAV mokslininkų duomenimis, per gyvenimą kuris nors nerimo sutrikimas diagnozuojamas 28,8 proc. suaugusių amerikiečių, dažniausiai socialinės ir specifinės fobijos. Moterims nerimo sutrikimai pasireiškia 1,5–2 kartus dažniau nei vyrams.

Nerimas yra normali žmogaus, atsidūrusio sudėtingose stresinėse situacijose, būseną. Per didelis darbo krūvis ar kelių užduočių atlikimas vienu metu, darbuotojui gali sukelti nerimą, beviltiškumo jausmą, patiriant vaidmenų konfliktą darbo aplinkoje, kyla vaidmens neapibrėžtumo bei nekonkretumo problema, darbuotojui gali kilti pasimetimo jausmas, nepasitikėjimas savimi, o netinkamas darbo organizavimas gali sukelti nerimą dėl nežinomybės, bei baimę, dėl netinkamo pasiruošimo tam tikrai situacijai ir dėl galimybės suklysti (Večienė, 2019). Kai nerimas virsta patologiniu, kankinantį nerimą reguliariai sukelia nepavojingos gyvenimiškos aplinkybės arba jis tampa per stiprus. Nerimas atsiranda vystosi palaipsniui.

Nuolat jaučiamas nekontroliuojamas susirūpinimas be jokios priežasties dėl kasdieninių gyvenimo smulkmenų. Kankina stipri pavojaus nuojauta, nesugebama atsipalaiduoti. Tai išvargina ne tik kenčiantį žmogų, bet ir aplinkinius. Tai kenkia jų pačių sveikatai (Lapkauskienė, 2004). Nerimas yra labai paplitusi emocija, kurią patiriame kiekvienas. Ir iš tiesų galime sakyti, jog tai viena iš labiausiai žmones varginančių emocijų. Nuolatinis nerimas gali stipriai paveikti žmogaus gyvenimo kokybę bei sutrikdyti psichologinius ir fiziologinius žmogaus procesus. Stiprus, besitęsiantis nerimas ar dažnai pasikartojantis gali sutrikdyti normalų žmogaus funkcionavimą, gali išsivystyti įvairūs nerimo sutrikimai kaip (Lapkauskienė, 2004):

1. Fobijos (kai bijoma ir vengiama tam tikro objekto arba situacijos, o baimė yra aiškiai iracionali);
2. panikos priepuoliai (tai labai stipraus nerimo priepuoliai, kurių metu išgyvenami tiek psichologiniai, tiek fiziniai simptomai. Ištikus panikos atakai, žmogus jaučia labai stiprų nerimą, siaubo jausmą);

3. potrauminis streso sutrikimas (tai įvykiai, kurių metu kyla grėsmė žmogaus gyvybei ar sveikatai arba asmuo buvo tokių įvykių liudininkas);
4. obsesinis-kompulsinis sutrikimas (jam būdingos pasikartojančios mintys, vaizdiniai, impulsai bei veiksmai, pasikartojantis elgesys, pavyzdžiui, labai dažnas rankų plovimas).

Kiekvienam nerimo sutrikimui būdingi tam tikri požymiai, tačiau visus sieja pernelyg didelis, neracionalus ir įprastą kasdienę veiklą trikdantis nerimas, kuris paliečia įvairias gyvenimo sritis – šeimą, darbą, tarpasmeninius santykius, laisvalaikį ir kt. (Skripkina, 2006). Susirūpinti reikėtų, kai nerimas pradeda trikdyti kasdienę veiklą (sunku eiti į darbą, rūpintis vaikais, mokyti, bendrauti), jeigu jį darosi sunku kontroliuoti, taip pat jeigu nerimas neatitinka realaus pavojaus (tarkime, bijoma išeiti iš namų, nes lauke gali nutikti kažkas blogo), galiausiai, jeigu jis trunka ilgą laiką ir labai išvargina. Jei nerimas viršija adaptacines organizmo galimybes, vystosi generalizuotas nerimo sutrikimas. Šis nerimas yra ilgalaikis ir gali trukti iki šešių mėnesių bei dažnai atsikartoti. Generalizuotas nerimo sutrikimas (sunku atlikti kasdienes darbus, jie kenčia ir psichiškai, ir somatiškai – tarsi negali nustygti vietoje, jaučia raumenų įtampą, nuolatinį nuovargį). Šiam nerimui būdinga (Palinauskienė, 2006):

- psichinė įtampa (susirūpinimas, įtampa, nervingumas, nesugebėjimas susikaupti);
- somatinė įtampa (nenustygimas vietoje, galvos skausmai, drebulys, nesugebėjimas atsipalaiduoti);
- vegetacinis sujaudinimas (svaigulys, prakaitavimas, padažnėjęs ir sustiprėjęs pulsas, burnos džiūvimas, skrandžio skausmai).

Nerimo sutrikimų klinika yra labai sudėtinga ir sunkiai aprašoma iš dalies todėl, kad žmogaus skundai kinta dėl pačių simptomų nepastovumo bei dėl jų pateikimo sugrupavimą pagal svarbumą. Žmogui yra sunku atskirti ir nusakyti spontaninius ar situacinius nerimo priepuolius, nes kartojantis simptomams, atsiranda jų laukimo nerimas. Esant laukimo nerimui pacientas būna įsitempęs, jį kamuoja mintys apie priepuolio pasikartojimą ir dirglumas bet kokiam dirgikliui yra perdėtas (Skripkina, 2006). Be to, išgyvenantieji nerimo sutrikimus ne visuomet supranta, kad tai emocinė problema, kadangi nerimas gali reikštis pačiais įvairiausiais simptomais: įkyriomis mintimis, nemiga, nuolatiniais košmarais, dirglumu, nuolatinio nuovargiu, gerklėje jaučiamu gumulu, pilvo raižymu, galvos svaigimu, pykinimu – ir tai tik dalis simptomų.

Nerimas neabejotinai yra susijęs su dideliu šiuolaikinio gyvenimo tempu, šiuolaikinėmis technologijomis. Šiuolaikinis žmogus dažnai turi įvairių įsipareigojimų, gyvenimo tempas greitas, žmonės siekia būti sėkmingi, neklysti, kaltina save dėl nesėkmių.

### 1.1.2. Depresijos požymiai ir vertinimas

Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) ataskaitoje skelbiama, kad depresija tampa pasauline problema nuo šios ligos kenčia 264 mln. žmonių visoje planetoje. Dėl klasingos išraiškos depresija dažnai lieka nepastebėta, nors tai sunki, ilgai trunkanti, lemianti didelį mirštamumą ir kančias liga. PSO prognozuoja, kad ši liga taps antra pagal dažnumą. Depresija yra pagrindinė neįgalumo priežastis visame pasaulyje ir labai prisideda prie pasaulinės ligų naštos. Depresijos poveikis gali būti ilgalaikis arba pasikartojantis ir gali paveikti žmogaus gebėjimą veikti ir gyventi naudingą gyvenimą (WHO, 2021).

Depresija (lot. depressio – prislėgtumas, slopinimas) – liguistai prislėgta nuotaika. Šiam susirgimui būdingi trys pagrindiniai požymiai (Palinauskienė, 2006):

1. Liguistai prislėgta nuotaika:

- Žmogus negali kartu su artimaisiais džiaugtis, negali adekvačiai reaguoti į stresines situacijas, išgyvena dėl savo pasikeitimo, jaučiasi našta kitiems.

2. Mąstymo tempo sulėtėjimas:

- “Mąstymas tarsi užblokuotas”, “galvoje tuštuma”.

3. Iniciatyvos stoka:

- Kalba skurdi, kalba tyliu balsu, su gyliais atodūšiais, savęs kaltinimas.

Depresija sergantis žmogus jaučia nuotaikos, psichologinius, somatinius ir psichikos sutrikimus (žr. 1 lentelė).

**1 lentelė. Depresijos pagrindiniai sutrikimai (sudaryta darbo autorės remiantis Palinauskiene, 2006)**

Nuotaika	Prislėgta nuotaika, nerimas, dejonių priepuoliai. Savęs kaltinimas.
Psichologiniai sutrikimai	Saviplaka, nepilnavertiškumo kompleksas, išblaškytas dėmesys, koncentracijos sumažėjimas, neryžtingumas. Pesimizmas, beviltiškumas, nesugebėjimas ramiai sėdėti. Galvojimas apie mirtį ir savižudybę.
Somatiniai sutrikimai	Apetito sumažėjimas ar padidėjimas, nuovargis, mieguistumas, nemiga, amenorėja.
Psichikos sutrikimai	Kaltės, persekiojimo, nereikalingumo kliedesiai.

Yra išskiriamos dvi pagrindinės depresijos rūšys (Lapkauskienė, 2004):

1. Egzogeninė - išsivysto dėl išorinių veiksnių poveikio:
  - organinė (pvz., galvos smegenų pakenkimas),
  - somatinė (pvz., onkologinė liga),
  - psichogeninė – išsivysto po labai stiprių psichinių išgyvenimų (artimųjų mirtys, darbo vietos praradimas).
2. Endogeninė – atsiradimą lemia katecholaminų apykaitos sutrikimai: pirmiausia serotonino, noradrenalino sutrikimai. Šiai depresijai būdinga:
  - svyravimai paros bėgyje: sunkiausia rytais, geriausia vakarais;
  - sezoniškumas: blogiausia būna pavasarį arba rudenį;
  - sulėtėjusios asociacijos, prislopinti judesiai;
  - endogeninė depresija trunka ilgai: tęsiasi keletą mėnesių, pusmetį.

Depresija – neabejotinai plačiai paplitęs sutrikimas, kuris dažnai yra sunkus, sukeltis psichologinį distresą. Kai kurių autorių nuomone, dažna depresijos simptomų priežastis yra polinkis į piktnaudžiavimą narkotinėmis medžiagomis bei alkoholiu, kas skatina abstinencijos sindromo atsiradimą. Depresijos simptomai gali atsirasti ir kaip nepageidaujama reakcija į vaistą, vartojant antipsichozinius vaistus, ar pasireikšti kaip natūrali psichologinė reakcija į psichinę ligą (Krūminytė, 2017). Depresija laikoma vienu dažniausių psichikos sveikatos sutrikimų. Nediagnozuota ir negydoma depresija blogina asmens gyvenimo kokybę, skatina savižudybę, lemia kitų psichinių ir somatinių ligų atsiradimą.

Depresija sergančių asmenų gyvenimo kokybę svarbu tirti norint sužinoti, kaip ligos sunkumas pažeidžia sveikatą, paveikia žmogaus funkcionavimą visose gyvenimo srityse ir jo paties subjektyvų gyvenimo kokybės vertinimą. Depresija turi įtakos gyvenimo kokybei, taip pat apsunkina socialinį funkcionavimą ir prisitaikymą, gebėjimą dirbti, rūpintis namais ir poilsio galimybes. Šis susirgimas tiesiogiai susijęs su pasitenkinimo gyvenimu, gebėjimo patirti pozityvius gyvenimo kokybės aspektus sumažėjimu (Tamušauskaitė ir kt., 2015). Kai kuriems asmenims rizika susirgti depresija yra didesnė – neseniai gimdžiusioms moterims, nuolat veikiamiems stresu, sergantiems priklausomybėmis, endokrininėmis, onkologinėmis ir kt. ligomis.

### **1.1.3. Gyvenimo kokybės pagrindiniai aspektai ir sąsajos**

Pasaulio sveikatos organizacija (toliau – PSO) sveikatą apibūdina kaip fizinę, psichinę bei socialinę gerovę, o ne vien ligos ar negalios nebuvimą. Tai yra holistinis požiūris į sveikatą, kuris nepripažįsta vieno konkretaus aspekto, nulemiančio žmogaus sveikatą. PSO, rūpindamasi žmonių

sveikata, siekia užtikrinti visiems galimybę siekti geresnės gyvenimo kokybės. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės (toliau - GK) samprata turi bendrų sąlyčio taškų su sveikatos samprata ir gyvenimo kokybės samprata, tačiau vieningo apibrėžimo mokslininkai nepateikia. Gyvenimo kokybės (GK) gerinimas, teisingumas ir lygybė tarp šalių ir žmonių grupių tenkinant ne tik būtinausius, bet ir aukščiausius žmogaus poreikius bei jaunų žmonių sveikatos stiprinimas yra vieni iš pačių svarbiausių PSO sveikatos politikos tikslų (Istomina ir kt., 2011).

Susidomėjimas gyvenimo kokybės sąvoka pastaraisiais metais ypač sustiprėjo. PSO 1993 m. gyvenimo kokybę apibūdino kaip: „Individo vietos gyvenime suvokimas, priklausantis nuo kultūros, kurioje individas gyvena, jo vertybių sistemos, tikslų, vilčių, normų ir interesų. Tai sąvoka, nusakanti daugiakomponentinį reiškinių, apimančių asmens fizinę sveikatą, psichologinę būseną, nepriklausomybės lygį, socialinius santykius, asmeninius įsitikinimus ir aplinką. tikslas yra atskleisti tam tikros ligos ar jos gydymo įtaką paciento fizinei, psichologinei ir socialinei gerovei (Banislauskaitė, 2020; Andriuškienė, 2012). Disertacijos autorė Starkauskienė (2011) atlikusi GK sampratos, ją lemiančių veiksnių ir GK lygių analizę bei identifikavus pagrindines GK sampratos terminologijos problemas, siūlo vartoti tokią patikslintą sampratą: GK – tai daugeliu ekonominių ir kitų veiksnių vertinama, visus žmogaus gyvenimo aspektus apimanti koncepcija, kuri grindžiama išorinės aplinkos tinkamumo gyventi (makroaplinka) ir vidinės aplinkos veiksnių (mikroaplinka), kontroliuojamų paties žmogaus kaip teisių ir laisvių turėtojo, sinteze (Starkauskienė, 2011). Šis daugiakomponentiškumas ir tų komponentų tarpusavio sąveika sudaro gyvenimo kokybės esmę. Skirtingoje aplinkoje gyvenimo kokybė įgauna vis kitokią reikšmę ir pavidalą. Toks reiškinių neapčiuopiamumas didina jo pažinimo poreikį, o kartu skatina ieškoti objektyvesnių vertinimo metodikų (Dumbliauskienė, 2012).

Autorė (Starkauskienė, 2011) savo disertacijos mokslinėje literatūroje teigia, kad atlikta daugybė empirinių tyrimų skirtingose šalyse, kurių metu buvo bandoma išsiaiškinti, kokie veiksniai lemia gyvenimo kokybę, kaip ją veikia gaunamos piniginės lėšos, ar materialinė gerovė lemia gimstamumo lygį šalyje, bei kas daro žmones laimingais ir kaip konkrečiai galima apibrėžti gyvenimo kokybę. Vieni autoriai (Janušauskaitė, 2008) gyvenimo kokybę aiškina kaip visapusišką pasitenkinimą gyvenimu, ypač tai, kas siejama su žmogiškųjų teisių realizavimu, saviraiška ir pan.

Gyvenimo kokybė ne vien išreiškia sąlygas, kuriomis gyvena žmonės ir kaip paskirsto materialinius, finansinius išteklius, bet svarbiausias tampa subjektyvus savo gyvenimo kokybės vertinimas, tuo pat metu apibūdinant savo fizinę sveikatą, dvasinę būseną, jausmus, įvardijant vertybes, gyvenimo prioritetus (Janušauskaitė, 2008).

Dar kiti autoriai (Juozulynas ir kt., 2005; Dumbliauskienė, 2012) teigia, kad gyvenimo kokybę nulemia daug veiksnių ir aplinkybių: būstas, užimtumas, pajamos, gyvenimas šeimoje, socialinė parama, stresai ir krizės, sveikatos būklė, sveikatos priežiūros galimybės, darbo sąlygos, mityba, išsilavinimas, ekologiniai veiksniai ir kita. Todėl gyvenimo kokybę svarbia dalimi lemia žmogaus sveikatą. Tik sveikas žmogus gali fiziškai, protiškaai ir socialiai veikti bei pajusti teigiamą emocinę būseną: pasitenkinimą ir laimę, o tai yra subjektyvūs gyvenimo kokybės svarbiausi komponentai (Juozulynas ir kt., 2005). Dumbliauskienė su kolege (2012) savo mokslinėje publikacijoje teigia, kad gyvenimo kokybė yra glaudžiai susijusi ir su sveikata, kad sveikatą galima vertinti kaip pagrindinį asmens gyvenimo kokybės komponentą, kuris turi įtakos ir visoms kitoms gyvenimo sritims (Dumbliauskienė, 2012).

Autorė Servetkienė (2012) moksliniame straipsnyje teigia, kad gyventojų apklausos duomenys rodo, kad Lietuvos visuomenės gyvenimo kokybę ir laimingumą labiausiai lemia gera sveikata (fizinė būklė), materialinės gerovė, dvasinė savijauta, darnus šeiminiis gyvenimas, gyvenamoji aplinka. Ne mažiau svarbus aspektas, vertinant gyvenimo kokybę individo lygmenyje – žmogaus psichinė sveikata. Moksliniai tyrimai patvirtina, kad laimės išgyvenimas ir psichinė sveikata gali būti vertinami kaip vienas iš subjektyvią gerovę apibūdinančių veiksnių. Dvasinėmis vertybėmis pagrįsta ir pozityvi emocinė būklė yra vienas iš esminių gyvenimo kokybę sąlygojančių veiksnių (Servetkienė, 2012). Pagrindinės su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo priemonės sveikatos priežiūros srityje yra įvairūs tarptautiniu mastu pripažinti klausimynai, naudojami sveikatos stebėsenai ir vertinimui epidemiologiniuose ir klinikiniuose tyrimuose.

Dabartiniu metu sveikatos priežiūrai keliami aukšti reikalavimai ir tuo pačiu visuomenė yra geriau informuota sveikatos klausimais. Žmonės reikalauja geresnio sveikatos priežiūros standarto ir tuo pačiu jų gyvenimo kokybė tampa prioritetine. Gyvenimo kokybei įtaką daro ir asmens fizinės, dvasinės, sveikatos būklės, bei nepriklausomybės lygis ir socialinis ryšys su aplinka.

Lietuvoje gyvenimo kokybės pradininku laikomas V. Puzaras ir kt., kurie vieni pirmųjų ištyrė ir nustatė gyvenimo kokybės, sveikatos, ypač dvasinės, bei religingumo sąsajas (Kazlauskaitė ir kt., 2005). Staškutė (2014) savo mokslinėje publikacijoje pateikė gyvenimo kokybės sisteminę sampratą, pagal kurią gyvenimo kokybės rodiklių visumą sudaro trys pagrindinės grupės:

1. gyvenimo kokybės rodiklių grupė apimanti žmogaus sveikatos ir demografinius rodiklius,
2. gyvenimo kokybės rodiklių grupė apimanti gyventojų gyvenimo lygio indikatorius,
3. veiksnys, kuris parodo gyvenimo kokybę – tai išsilavinimo, kultūros ir moralinių - dvasinių vertybių rodiklių sistema.

Kitų šalių tyrėjai (Kowitlawkul et al., 2019) atliko tyrimą slaugytojų gyvenimo kokybės ir darbo bei asmeninio gyvenimo pusiausvyros būsenų Singapūre. Mokslinėje publikacijoje autoriai teigia, kad slaugytojų gyvenimo kokybė gali tiesiogiai ir netiesiogiai paveikti pacientų saugumą ir priežiūros kokybę. Todėl sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistemoje būtina nustatyti pagrindinius slaugytojų gyvenimo kokybę įtakančius veiksnius. Nustatė, kad socialinė parama ir darnos jausmas reikšmingai lemia aukštą gyvenimo kokybę visose srityse. Dauguma šio tyrimo slaugytojų praleido daugiau laiko darbe nei savo šeimoje. Šeimos, draugų, kolegų ir vadovų socialinės paramos ugdymas gali padėti asmeniui įveikti stresą ir pagerinti slaugytojo gyvenimo kokybę. Turėtų būti nustatyta slaugytojų fizinės sveikatos ir aplinkos apsauga. Siekiant skatinti slaugytojų gerovę ir sveiką darbo aplinką, siekiant pagerinti slaugytojų gyvenimo kokybę, turėtų būti vykdomos sveikatos skatinimo programos (Kowitlawkul et al., 2019). Išanalizavus šį mokslinį straipsnį galima teigti, kad gyvenimo kokybė glaudžiai susijusi su gyvenimo darbe kokybe, kuri apima tokias sritis kaip darbuotojo sveikata ir gerovė, užimtumo garantijos ir profesijos planavimas, kompetencijos ugdymas, darbo sąlygos, pusiausvyra tarp gyvenimo darbe ir gyvenimo po darbo ir kt.

## **1.2. Ilgalaikio nerimo įtaka depresijos simptomatikai atsirasti**

Nerimo sutrikimai pasireiškia pernelyg dideliu susirūpinimu, susijaudinimu, baimingumu, o tai blogina gyvenimo kokybę ir profesinę veiklą. Nerimo sutrikimai yra šeštoji pagrindinė negalios priežastis ir dideles pajamas gaunančiose, ir mažas bei vidutines pajamas gaunančiose šalyse (Wittchen, 2001). Šių sutrikimų paplitimas Jungtinėse Amerikos Valstijose yra 18 proc. bendrojoje populiacijoje ir sveikatos priežiūros metinės išlaidos jiems siekia 42,3 mlrd. JAV dolerių. Europos Sąjungoje nerimo sutrikimai vargina daugiau kaip 60 milijonų žmonių (Butkutė-Šliuožienė, 2019).

Kiti autoriai (Rotomskis, 2013) nerimą apibūdina kaip generalizuotą nerimą nuo kurio kenčia, įvairių autorių duomenimis, apie 3 procentai Vakarų pasaulio gyventojų. Pagrindinis šio sutrikimo požymis yra nuolat jaučiamas nerimas (patologinis nerimavimas), kuris neapsiriboja ir nėra stipriai susijęs su jokiais konkrečiomis išorinėmis aplinkybėmis. Dominuojantys simptomai gali būti įvairūs, bet dažniausiai skundžiamasi nuolatiniu nerimu, virpuliu, raumenų įtampa, prakaitavimu, galvos svaigimu, širdies plakimu, silpnumu ir diskomfortu epigastriume.

Didėjantis slaugos poreikis slaugytojus verčia susidurti su įvairiomis situacijomis, iššūkiais, kurie įrodo, jog šiuolaikinis slaugytojas yra ne tik slaugos specialistas, kuris slaugo sergantį žmogų, tačiau ir specialistas, turintis psichologinių, socialinių, pedagoginių, vadybos ir kitų žinių bei įgūdžių. Todėl slaugos paslaugų kokybė ypatingai priklauso nuo slaugytojo savijautos. Slaugytojai, pakankamai dažnai susiduria su stresinėmis situacijomis, skaudžiais pacientų ir jų artimųjų išgyvenimais, traumomis

bei vaizdiniais, kurie psichologine prasme jiems patiems palieką neigiamą poveikį sveikatai – sukelia nerimą, kurio poveikis gali būti labai įvairus. Nuolatinis nerimas daro įtaką kasdieniniam žmogaus gyvenimui, dėl to gali atsirasti miego problemų, išsivystyti potraukis nesaikingam alkoholio vartojimui, sumažėti apetitas. Nuolatinis nerimas tai pat mažina nuotaiką, darbo produktyvumą. Visa tai kartu turi neigiamą poveikį sveikatai ir galimybei depresijos simptomatikai atsirasti (Kučinskaitė, 2018).

Darbo aplinka ir darbo grafikas yra ypač svarbi įvairiems medicinos darbuotojams. Slaugos darbo sudėtingumas ir daugialypis pobūdis, kuris gali sukelti nuovargį. Naktinės pamainos sutrikdo miego, maitinimosi įpročius ir tuo pačiu susiduria su socialinėmis ir psichologinėmis adaptacijos problemomis, nes visa tai pasireiškia nuovargiu, irzlumu, nerimu ir kitais įvairiais simptomais. Slaugytojų pamaininis darbas padidina psichosocialinę riziką ir ilgalaikį nerimą. Vieni iš dažniausių ir labiausiai įtakojančių veiksnių, veikiančių naktimis dirbančius medikus yra patiriamas fizinis ir psichologinis nuovargis, emocinis išsekimas. Šie veiksniai gali sukelti rimtus sveikatos sutrikimus, pradedant nuo smulkių traumų darbo vietoje ir baigiant rimtomis traumomis ar depresija (Lingaitienė, 2014).

Vieni autoriai (Petrauskaitė, 2017) teigia, kad nerimas darbe veikia labiausiai, tuos kurie turi mažai praktikos, jaunos medicinos darbuotojus, tačiau taip pat įtakos turi amžius, šeiminė padėtis, lytis ir kiti sociodemografiniai veiksniai. Kiti autoriai (Vasilavičius, 2010) teigia, kad darbas pamainomis ir darbas naktį neigiamai veikia darbuotojo vaidmenį šeiminiame gyvenime ir socialinį aktyvumą. Slaugytojai jaučia stresą, skundžiasi padidėjusiu nervingumu ir dirglumu, nuolatinė įtampa, nerimu, stipriu psichologiniu nuovargiu. Pamainos tipas ir tai, kaip pamaininis darbas yra organizuotas, taip pat yra svarbu. Įrodyta, kad slaugytojos, kurių darbo valandos periodiškai keitėsi (rotacijos principu), statistiškai patikimai dažniau jautė didesnę įtampą, nerimą, depresiją ir nuovargį, palyginti su slaugytojomis, kurios dirbo kitomis darbo pamainomis. Kiekvienas žmogus kartkartėmis išgyvena depresinius jausmus, ypač netekties, nusivylimo ar įprasto gyvenimo pasikeitimo metu. Nustatyta, kad depresija dažnesnė tarp moterų, o depresijos buvimas mažina darbingumą, socialinį funkcionavimą. Galima teigti, kad slaugytojos moterys turi kur kas didesnę galimybę susirgti depresija (Lementauskaitė, 2015).

Psichikos sveikatos slaugytojai, turi nuolatos įvertinti pacientų esamą psichologinę būklę, nustatyti slaugos poreikius ir juos patenkinti, mokyti, kaip valdyti atsiradusią įtampą, ir kontroliuoti paskirtą gydymą. Slauga turi remtis holistiniu požiūriu – žiūrėti į žmogų ir jo susirgimą – kaip į visumą, pagal tai taikyti slaugos intervencijas, metodus ir būdus, siekiant optimalios žmogaus būsenos ir jos išlaikymo. Slauga yra mokslinė ir praktinė disciplina, o tai reikalauja iš slaugytojo analitinio, kritinio

mąstymo, problemų sprendimo, tarpasmeninio bendravimo gebėjimų bei psichomotorinio įgūdžių taikymo ir nuolatinio jų vystymo (Lebedeva, 2013). Pagrindinis slaugytojo tikslas yra planuoti ir vykdyti slaugos procesą, tačiau iškyta įvairių atsakomybių, tokių kaip: tinkamas ir korektiškas paciento informavimas, pozityvių tarpusavio santykių palaikymas, visapusiška asmens parama (Petravičienė ir kt., 2019).

Tsaras su kolegomis (2018) Graikijoje analizavo, kokie yra prognozuojantys psichikos sveikatos slaugytojų depresijos ir nerimo veiksniai. Slaugytojo profesiją apibūdino, kaip viena iš labiausiai įtemptą bei emocijas sukeliančių profesijų ir, kad daugelis slaugytojų dėl savo profesijos išgyvena nerimą ir depresiją. Šių autorių tyrimo tikslas buvo įvertinti psichinės sveikatos slaugytojų, dirbančių valstybinėse psichiatrijos ligoninėse, paplitimą ir susijusius depresijos bei nerimo veiksnius. Buvo atliktas aprašomasis skerspjūvio tyrimas, kuriame dalyvavo 110 psichinės sveikatos slaugytojų, kurie dirbo Graikijos valstybinėse psichiatrijos ligoninėse. Autoriai panaudojo Paciento sveikatos klausimyną (PHQ) ir nerimo sutrikimui (GAD) klausimyną. Nustatė, kad labai didelis procentas priskiriamas depresijai (52,7 proc.), nerimui (48,2 proc.) Išvadose teigiama, kad psichikos sveikatos slaugytojai turi didelę riziką susirgti psichikos sutrikimais, tokiais kaip depresija ir nerimas (Tsaras et al., 2018).

Apibendrinant galima teigti, kad dėl darbe greitai kintančių slaugos poreikių, pacientų saugumo užtikrinimo, kylančių konfliktų, psichologinės įtampos ir įtempto darbo grafiko, slaugytojoms neretai kyla nerimas, kuris kartais tampa ir ilgalaikiu nerimu.

### **1.3. Nerimo ir depresijos sąsajos su psichikos sveikatos slaugytojų gyvenimo kokybe**

Pagal Pasaulio sveikatos organizaciją, sveikata yra natūrali žmogaus būseną, išreiškianti geriausias fizines, psichines ir socialines galimybes bei gerą savijautą. Gera psichikos sveikata yra neatsiejama visapusiškai kokybiško gyvenimo dalis (Petravičienė ir kt., 2019). Su gyvenimo kokybe susijusius klausimus nagrinėja įvairių profilių specialistai: filosofai, medikai, sociologai, psichologai. Sociologai gyvenimo kokybę vertina kaip materialią ir nematerialią gerovę, filosofijoje kokybė apibūdinama kaip išskirtinė norma, tam tikras gėrio laipsnis. Medicininis aspektu gyvenimo kokybė siejama su sveikata (Dringelytė, 2020).

Šiuo metu yra atlikta tyrimų (Vaitkeliene ir kt., 2007; Andriuškiene ir kt., 2012), kurie įrodo, kad yra svarbu vertinti sveikatos priežiūros darbuotojų gyvenimo kokybę. Atliktų tyrimų duomenimis sveikatos priežiūros darbuotojai, kurių gyvenimo kokybė yra gera, teikia kokybiškesnes sveikatos priežiūros paslaugas. Autorė Pavlova (2019) savo magistrinio darbo mokslinėje literatūroje nurodo, kad

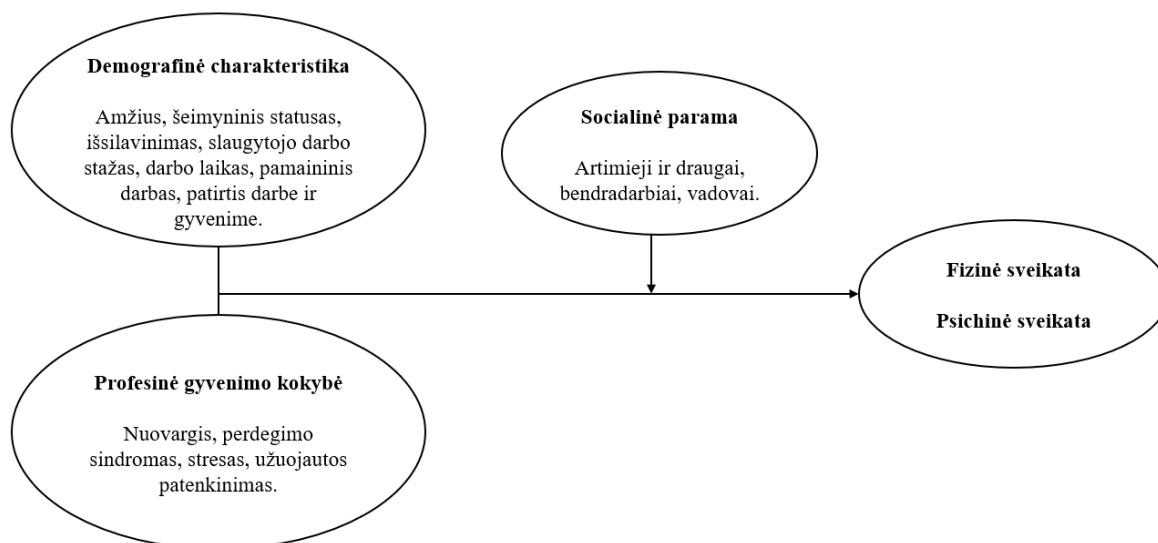
didelis slaugytojoms tenkantis darbo krūvis neigiamai įtakoja slaugos kokybę, pacientų priežiūrą ir profesinio gyvenimo kokybę.

Psichiatrijos ligoninės slaugytojams dažnai tenka susidurti su stresinėmis situacijomis bei tokiais stresoriais kaip pacientų agresija ir smurtas, kurie daro įtaką sveikatai ir gyvenimo kokybei. Slaugytojų profesija yra ypatingai vertinama ir užima aukštą vietą sveikatos priežiūros srityje. Tačiau didelis darbo krūvis, sveikatos priežiūros sudėtingumas neigiamai veikia slaugytojų fizinę ir psichinę sveikatą, pavyzdžiui, padidina riziką atsirasti nemigai, depresijai. Australijos mokslininkas Maharaj su kolegomis (2018) atliko tyrimą depresijos, nerimo ir streso paplitimą tarp slaugytojų ir išvadoje teigiama, kad slaugytojų nepasitenkinimas darbu turi įtakos depresijos simptomams atsirasti.

Slaugytojo darbo specifika pasižymi padidintu streso lygiu, jame susiduriama su daugiau stresogeninių įvykių, nei kasdieniame gyvenime. Katarškis (2013) teigia, kad išgyvenamo streso lygis tiesiogiai susijęs su medicinos personalo darbo ir asmeninio gyvenimo kokybe.

Bartašiūnienė (2013) paminėjo, kad nepakankamai dėmesio skiriama pačių slaugytojų gerovei, didesnis dėmesys skiriamas kvalifikuotai slaugai. Norint, kad slaugytojai būtų geriau motyvuoti, tinkamai atliktų savo pareigas, pirmiausiai reikia pasirūpinti slaugytojų gerove, įvertinti jų fizinę būklę, darbo aplinką, gyvenimo sąlygas. Kada slaugytojas jaučiasi saugus ir užtikrintas dėl savo bei savo šeimos pagrindinių poreikių patenkinimo galimybių, tik tada iškyla kiti poreikiai, kurių patenkinimo galimybės motyvuoja darbui.

Dringelytė (2020) savo magistriniame darbe teigia, kad gyvenimo kokybę vertiname pagal fizinę ir psichinę sveikatą, kurią nulemia įvairūs veiksniai, tokie kaip demografiniai rodikliai, socialinė parama, profesinė gyvenimo kokybė (žr. 1 pav.)



1 pav. Slaugytojų fizinei ir psichinei sveikatai darantys įtaką veiksniai (sudaryta autorės, remiantis Dringelytė, 2020).

Kinijos mokslininkas Wang ir kiti jo kolegos (2019) nustatė, kad darbo perdegimas neigiamai veikia slaugytojų darbo gyvenimo kokybę. Kuriant intervencijas slaugytojų darbo gyvenimo kokybei gerinti, reikėtų atsižvelgti į kai kuriuos demografinius ir su darbu susijusius veiksnius. Ligoninių ir slaugytojų vadovai turėtų parengti strategijas, kaip sumažinti slaugytojų darbo perdegimą ir pagerinti jų gyvenimo kokybę, pavyzdžiui, optimalų slaugytojų personalą, pasiūlyti pagrįstą piniginę kompensaciją ir nustatyti tinkamą pamaininio darbo grafiką. Autoriai teigia, kad apie 64,0% slaugytojų patyrė darbo perdegimą, o jų gyvenimo kokybė buvo vidutinio lygio. Darbo perdegimas, ligoninės lygis, amžius, pajamos, naktinė pamaina ir pacientų bei slaugytojų santykis buvo reikšmingi darbo gyvenimo kokybės veiksniai (Wang Q et al., 2019). Bosnijos mokslininkė Ljevak (2020) su kolegomis atliko tyrimą pamaininio darbo įtaka ligoninių slaugytojų psichosocialinei veiklai ir gyvenimo kokybei ir išvadoje teigiama, kad padidėjęs nerimas, stresas, psichoorganiniai simptomai ir miego sutrikimai buvo žymiai dažnesni pamaininių ligoninių slaugos personalui.

Vienas iš naujesnių tyrimų atliktų Kinijoje (An Y. et al., 2020) yra depresijos paplitimas ir jo įtaka slaugytojų gyvenimo kokybei COVID-19 protrūkio metu. Kinijos mokslininkai ištyrė, kad medicinos personalas, patyręs naują koronaviruso ligą (COVID-19), gali būti psichologiškai ir psichiškai išsekęs. COVID-19 pandemijos metu depresija buvo dažna tarp slaugytojų. Autoriai teigia, kad atsižvelgiant į neigiamą depresijos poveikį pacientų priežiūros kokybei ir slaugytojų gyvenimo kokybei, turėtų būti užtikrintas padidėjęs depresijos supratimas ir ankstyvas depresijos gydymas.

Indijos mokslininkai (Suryvanchi et al., 2020) taip pat atliko tyrimą: slaugytojų psichinės būklės ir gyvenimo kokybės įvertinimą COVID-19 pandemijos metu. Jų gautose išvadose teigiama, kad didelis depresijos ir nerimo simptomai blogina gyvenimo kokybę, todėl būtina skubiai užkirsti kelią psichinės sveikatos simptomams ir juos gydyti tarp pagrindinių sveikatos priežiūros įstaigų.

2021 m. Jungtinėje Karalystėje tyrėjas Roberts su kolegomis tai pat atliko tyrimą slaugytojų darbe patiriamą nerimo ir depresijos lygiui nustatyti per COVID-19 pandemiją. Jų išvadoje teigiama, kad slaugytojai patyrė didelį nerimą ir depresiją, vidutinio ar didelio atsparumo lygį. Gautose išvadose teigiama, kad turi būti sukurti paramos mechanizmai ir intervencijos, kad visos slaugytojos būtų palaikomos pandemijos protrūkių metu, ypač jaunesni ar mažiau patyrę darbuotojai (Roberts et al., 2021).

COVID-19 pandemijos sunkumas kelia papildomų slaugytojų psichinės sveikatos problemų. Nuolatinio streso slaugytojai susiduria su potrauminio streso simptomais, netinkamu paslaugų teikimu, savižudybės mintimis ir savižudybe (Hossain et al., 2020). Lietuvoje COVID-19 pandemijos metu sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai savo profesinėje aplinkoje susiduria su vis didėjančiais reikalavimais sveikatos priežiūros įstaigoms. Griežtinamos ir nuolat kintančios, dažnai neįprastos darbo

sąlygos bei personalo trūkumas didina medicinos personalo perdegimo sindromo riziką ir patiriamą depresiškumą bei nerimą. Pandemijos metu darbe patiriamas stresas veikia ir paties medicinos personalo, ir personalo artimųjų sveikatą (Norkienė ir kt., 2020).

Kaip teigia tyrėjas Wang su kolegomis (2020), kad slaugytojų profesinio gyvenimo kokybė yra glaudžiai susijusi su jų darbo efektyvumu, pasitenkinimu darbu, priežiūros kokybe ir ligoninės plėtra, bei turi tam tikrą vaidmenį skatinant slaugytojų kaitos mažėjimą ir stabilizuojant slaugytojų komandą. Wang savo moksliniame darbe ištyrė, kad slaugytojų gyvenimo kokybės gerinimas ne tik skatina slaugytojų fizinę ir psichinę sveikatą, bet ir slaugytojų entuziazmą, kuris labiau padeda sutelkti slaugos komandą ir užtikrinti slaugytojų saugumą. Dirbančių slaugytojų darbo krūvis yra didelis, tačiau neskiriamas pakankamas dėmesys, jų darbo ir gyvenimo kokybei pagerinti (Wang et al., 2020). Sparčiai plėtojant mokslą, technologijas ir medicininę priežiūrą, žmonių sveikatos problemos vis stiprėja, o slaugos personalui keliami reikalavimai vis didėja, todėl spaudimas slaugytojams didėja kiekvieną dieną, o tai daro įtaką ne tik slaugos darbo kokybei, bet taip pat paveikia slaugos personalo gyvenimo kokybę.

Nowrouzi su bendraautoriais (2016) atliko mokslinės literatūros apžvalgą, kad darbo aplinka yra susijusi su slaugytojų fizine ir psichologine savijauta bei darbo gyvenimo kokybe. Šio straipsnio tikslas buvo atlikti išsamią slaugytojų darbo gyvenimo kokybės literatūros apžvalgą, siekiant nustatyti išsamų darbo gyvenimo kokybės prognozių rinkinį slaugytojams, dirbantiems JAV ir Kanadoje. Autoriai nurodė, kad norint pagerinti slaugytojų darbo gyvenimo kokybę reikia atlikti pakeitimus darbo vietoje ir visoje sveikatos priežiūros sistemoje. Slaugytojų darbo gyvenimo kokybės gerinimo sritis apėmė išsilavinimo, tęstinio mokymo galimybes, teigiamų kolegialių santykių skatinimas, streso mažinimo programos ir padidinta finansinė kompensacija. Šios mokslinės literatūros apžvalgos išvada atskleidė, kad sveikatos priežiūros sistemų pokyčiai yra būtini tais atvejais, kai sveikatos priežiūros paslaugų teikimas ir paslaugos yra tobulinamos kartu su sistemoje dirbančių slaugytojų sveikata (Nowrouzi et al., 2016).

Apibendrinant galime teigti, kad šios sritys – nerimas, depresija ir gyvenimo kokybė, tarpusavyje susijusios ir viena nuo kitos priklausomos. Norint užtikrinti gerą gyvenimo kokybę, svarbu ne tik vertinti sveikatos rizikos, socialinius veiksnius, sveikatos sistemos efektyvumą, sveikatos gerinimo ir prevencijos programas, bet ir užtikrinti tinkamą poilsį, siekiant kuo geresnės gyvenimo kokybės.

## II. EMPIRINĖ DALIS

### 2.1.1. Tyrimo metodika

**Tyrimo teorinis pagrindimas.** Prieš atliekant tyrimą atlikta mokslinės literatūros analizė, taikant mokslinių šaltinių analizės ir sisteminimo metodus, kurių pagalba nagrinėjama, sisteminama ir klasifikuojama mokslinė medžiaga. Straipsniai parinkti pagal temos aktualumą lietuvių ir užsienio kalbomis. Remtasi, gydytojų mokslininkų tyrusių nerimo lygį (Herr et al., 2014), kurie naudojo GAD-7 skalę. Depresijos lygį tyrę mokslininkai tokie kaip El-Den ir kt., (2018) ir Kurt Kroenke (2010), naudojusio PHQ-9 skalę. SF-36 yra plačiai taikomas klausimynas. Lietuviškos versijos autorė Staniūtė M., 2007 metais plačiai aprašė SF-36 klausimyno tinkamumo rodiklius.

Platesnė mokslininkų bendruomenė nėra priėmusi jokios galutinės teorinės gyvenimo kokybės sampratos sistemos ar koncepcijos. Nepaisant gausybės objektyvių ir subjektyvių gyvenimo kokybę apibūdinančių atskirų rodiklių tyrimų, nėra plačiai priimtos ar palaikomos vieningos teorijos dėl gyvenimo kokybės vertinimo, taip pat nėra nustatyto tikslaus (baigtinio) gyvenimo kokybės matavimo priemonių sąrašo. Nors pagrinde literatūroje nurodyta gyvenimo kokybė yra svarbi bet kokio amžiaus suaugusiesiems, ji gali skirtis pagal prioritetus tarp skirtingų amžiaus grupių žmonių (Brow et al., 2004).

Didelį susidomėjimą gyvenimo kokybę kelia už sociologijos srities ribų, ypač medicinos moksle. Gyvenimo kokybę siejama su sveikata, įvardijama kaip su sveikata susijusi gyvenimo kokybė (SSSGK), tačiau yra manančių, kad ją derėtų vadinti sveikatos nulemta gyvenimo kokybe – ir taip parodyti ligos poveikį individo gyvenimui ir gerovei (Vaitkeliene ir kt., 2007) – arba subjektyvia sveikatos būkle (Furmonavičius, 2004). Nežiūrint į tai, kad literatūroje gana dažnai pastebimas SSSGK ir gyvenimo kokybės terminų vartojimas pakaitomis, šios sąvokos nėra identiškios. SSSGK yra gyvenimo kokybės koncepto dalis, dėl tyrimų gausos medicinos srityje tapusi atskira tyrimų kryptimi, tačiau suprantama siauriau ir siejama su sveikata ir su sveikata susijusiomis būklėmis (Krutulienė, 2012). Rengiant baigiamąjį magistro darbą bus vadovaujama siauresniu gyvenimo kokybės sąvokos konceptu orientuotu į sveikatą ir su sveikata susijusiomis būklėmis.

Taip pat šiame darbe depresijos nustatymui buvo remtasi Lahtinen ir kt. (1999) funkcinio psichikos sveikatos modeliu. Autoriai psichikos sveikatą apibrėžia kaip procesą, kurį lemia tiek praeities, tiek dabarties veiksniai, asmeniniai ištekčiai, gyvenimo ir socialiniai įvykiai bei įvairios pasekmės. Psichikos sveikatos procesas matosi iš asmens kasdieninio patyrimo, santykių su kitais žmonėmis, aplinka, visuomene ir kultūra, kurioje asmuo gyvena (Lahtinen, 1999). Šis funkcinis psichikos sveikatos modelis gerai sąveikauja su gyvenimo kokybės komponentais.

Siekiant išanalizuoti psichikos sveikatos slaugytojų darbe patiriamo nerimo ir depresijos sąsajas su gyvenimo kokybe, taikant tikslinės atrankos metodą planuojamas atlikti kiekybinis tyrimas apklausiant psichikos sveikatos slaugytojus dirbančius psichiatrines paslaugas teikiančiose stacionaruose. Tyrimas buvo atliktas Lietuvoje, penkiose psichiatrijos ligoninėse.

Tyrimo tikslui pasiekti pasirinkti šie instrumentai: SF-36 klausimynas, GAD-7 skalė ir PHQ-9 klausimynas.

SF-36 klausimyno autoriai pabrėžia, kad jautrumas pokyčiui rodo šio klausimyno gebėjimą aptikti įvykusį pacientų sveikatos būklės pasikeitimą. SF-36 yra jautrus pokyčiui, todėl gali būti naudojamas gyvenimo kokybei vertinti prieš ir po gydymo. Rezultatai, gauti klinikinių tyrimų, lyginusių pacientų gyvenimo kokybę prieš ir po gydymo, metu, parodė gerą SF-36 sričių tinkamumą.

Nerimui įvertinti pasirinkta GAD-7 skalė, kurią gydytojai Herr ir kolegos 2014 m. panaudojo atlikdami sisteminę nerimo sutrikimų atrankai skirtą diagnostikos priemonių peržiūrą (Herr et al., 2014). Išvadoje nurodoma, kad lyginant su kitomis priemonėmis - GAD-7 turi geriausias charakteristikas. Ši išvada pagrįsta klausimyno autorių atlikto pirminio tyrimo rezultatais. Taip pat GAD-7 autoriai teigia, kad ši skalė pasižymi geromis veikimo charakteristikomis nustatant generalizuotą nerimą, paniką, socialinį nerimą ir potrauminio streso sutrikimą (Butkutė – Šliuozienė, 2019). GAD-7 buvo išverstas į kelias kalbas ir patvirtinta daugelyje studijų. Ši skalė turi puikias vertinimo savybes nustatyti galimus generalizuoto nerimo sutrikimus (Lowe et al., 2008). Įvairių tyrimų įrodymai pagrindžia GAD-7 kaip patikimą ir pagrįstą bei naudingą nerimo sutrikimų diagnostinį įrankį bendrojoje populiacijoje.

PHQ-9, GAD-7 yra trumpos gerai patvirtintos priemonės depresijai, nerimui ir somatizacijai nustatyti ir stebėti (Kurt et al., 2010). Depresijai įvertinti pasirinkta PHQ-9 klausimyno versija, kuri turi gerą jautrumą ir specifiškumą depresijos sutrikimams nustatyti.

2017 m. El-Den ir kt. atliktoje sisteminė apžvalgoje, kurioje nagrinėti tyrimai vertinę diagnostinius įrankius skirtus depresijos diagnozės nustatymui, depresiškumo vertinimui įtraukė duomenis iš tyrimų nagrinėjusių per 55 skirtingus instrumentus ir buvo rasta, kad Paciento Sveikatos Klausimyno-9 (angl. Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9) psichometrinės savybės buvo iširtos plačiausiai, šį diagnostinį įrankį vertinimo 14 į sisteminę apžvalgą įtrauktų tyrimų. Visuose į sisteminę apžvalgą įtrauktuose PHQ-9 nagrinėjusiuose tyrimuose, šio klausimyno psichometrinės savybės išliko geros, kas įrodo šio įrankio patikimumą (El-Den et al., 2018).

### **2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos**

**Imtis** tikslinė – psichikos sveikatos slaugytojai dirbantys psichikos sveikatos stacionarines paslaugas teikiančiose įstaigose ir savanoriškai sutikę dalyvauti. Siekiant imties reprezentatyvumo

psichikos sveikatos slaugytojų imtis skaičiuota pagal I. Paniotto formulę (Mockienė ir kt., 2014).

Tyrimo imtis nustatyta remiantis Paniotto formule:

$$n = \frac{1}{\Delta^2 + \frac{1}{N}}$$

n – imties dydis;  $\Delta$ - imties paklaidos dydis (=0,05; paklaida 5%).

N – generalinis visumos dydis - Lietuvoje psichikos sveikatos slaugos yra 1051 slaugytojų.

$$\frac{1}{0,0025 + \frac{1}{1051}} = \frac{1}{0,0025 + 0,000951475} = \frac{1}{0,003451} = 289,7312 \approx 290$$

Remiantis Higienos instituto duomenimis Lietuvoje bendras skaičius psichikos sveikatos slaugytojų yra 1051.

Psichikos sveikatos slaugytojų įtraukimo į tyrimą kriterijai:

1. Dirba psichikos sveikatos paslaugas teikiančiuose stacionaruose.
2. Užimamos pareigos – psichikos sveikatos slaugytojai.
3. Sutikę savanoriškai dalyvauti tyrime.

Į tyrimą neįtraukti psichikos sveikatos slaugytojai:

1. Atostogaujantys ar išvykę.
2. Psichikos sveikatos slaugytojai, kurie buvo gimdymo ar vaiko auginimo atostogose.

Šio tyrimo apklausa atlikta penkiose Lietuvos psichiatrines paslaugas teikiančiuose stacionaruose (ligoninėse), nuo 2021 m. birželio 1 d. iki 2021 m. rugsėjo 17 d., siekiant išanalizuoti psichikos sveikatos slaugytojų darbe patiriamo nerimo ir depresijos sąsajas su gyvenimo kokybe. Tyrimas atliktas prieš tai gavus psichikos sveikatos paslaugas teikiančių stacionarų vadovų raštišką leidimą. Apklausiai atlikti išplatinta 350 anketų, sugrąžintos 300, iš jų 7 anketos užpildytos nepilnai, 3 sugadintos. Tyrime dalyvavo 290 bendrosios praktikos slaugytojų, turinčių psichikos sveikatos slaugytojo (-os) specializaciją

Tyrimui surinkta informacija gauta raštu, anonimiškai, respondentams savanoriškai sutikus dalyvauti apklausoje. Šio darbo autorė pati išdalino anketas darboviečių padalinių vyresniosioms slaugos administratorėms, jas instruktavo dėl duomenų rinkimo, tyrimo proceso, etinių principų. Administratorės išdalino anketas jų padaliniuose dirbantiems psichikos sveikatos slaugytojams, o jas užpildytas grąžino tyrėjui. Anketos pildomos tyrėjui tiesiogiai nedalyvaujant apklausoje.

Didžiąją dalį respondentų sudarė moterys (96,6 proc.), vyrų buvo 3,4 proc.

Pagal amžių didžiausias grupes sudarė 46-55 metų (37,6 proc.) ir 56 metų ir vyresni (31,7 proc.) slaugytojai, kiti pasiskirstė sekančiai – 16,9 proc. 36-45 metų, 10,0 proc. 26-35 metų ir 3,8 proc. iki 25 metų.

Pagal šeiminių padėčių daugumą (60,3 proc.) sudarė susituokę asmenys, kiti pasiskirstė sekančiai – 15,5 proc. išsiskyre, 9,7 proc. gyvenantys su draugu (-e), 8,3 proc. – vieniši ir 6,2 proc. našliai (žr. 2 lentelė).

**2 lentelė. Slaugytojų sociodemografiniai ir darbiniai rodikliai**

<b>Rodikliai</b>	<b>N=290</b>
<b>Lytis:</b>	
Vyrai	10(3,4%)
Moterys	280(96,6%)
<b>Amžius:</b>	
Iki 25 m.	11(3,8%)
26-35 m.	29(10,0%)
36-45 m.	49(16,9%)
46-55 m.	109(37,6%)
56 m. ir daugiau	92(31,7%)
<b>Šeiminė padėtis:</b>	
Netekėjusios/ nevedę	24(8,3%)
Ištekėjusios/ vedę	175(60,3%)
Išsituokusios/ išsiskyre	45(15,5%)
Našlės (-iai)	18(6,2%)
Gyvena su draugu/-e	28(9,7%)
<b>Darbo stažas:</b>	
Iki 3 m.	33(11,4%)
4-14 m.	46(15,9%)
15 m. ir daugiau	211(72,8%)
<b>Darbo krūvis:</b>	
<1 etato	13(4,5%)
1 etatas	205(70,7%)
> 1 etato	72(24,8%)
<b>Pamaina:</b>	
Mišriomis	147(50,7%)
Dienomis	70(24,1%)
Naktimis	6(2,1%)
Paromis	67(23,1%)

Pagal darbo stažą didžiausią grupę (72,8 proc.) sudarė slaugytojai turintys 15 metų ir didesnė darbo patirtį, likusieji pasiskirstė sekančiai – 15,9 proc. turėjo 4-14 metų darbo stažą ir 11,4 proc. iki 3 metų. Dauguma (70,7 proc.) slaugytojų dirbo vieno etato krūviu, ketvirtadalis (24,8 proc.) – didesniu nei 1 etato krūviu ir 4,5 proc. – mažesniu nei 1 etato krūviu. Apie pusę slaugytojų (50,7 proc.) dažniausiai dirbo mišriomis pamainomis, 24,1 proc. – dienomis, 23,1 proc. – paromis ir 2,1 proc. – naktimis (žr. 2 lentelė).

## 2.1.2. Tyrimo metodai

### 1. Mokslinės literatūros analizė.

Mokslinės literatūros šaltiniai: knygos, monografijos, moksliniai žurnalai, moksliniai straipsniai, mokslo darbų rinkiniai, mokslinių konferencijų medžiaga, disertacijos, statistiniai duomenys, archyviniai duomenys, teisės aktai, studentų magistro darbai, interneto ištekliai. Rašant šį darbą bus remtasi pirminių šaltinių publikacijomis. Informacijos ieškota Lietuvos mokslinės informacijos duomenų bazėse, elektroniniuose kataloguose ([www.mab.lt](http://www.mab.lt); [www.libis.lt](http://www.libis.lt); [www.lnb.lt](http://www.lnb.lt) ir kt). Planuojama pasinaudoti ir biomedicinos srities šaltiniais Pubmed ([www.pubmed.gov](http://www.pubmed.gov)), pasauline duomenų baze MEDLINE, EBSCO Publishing baze ir kitomis duomenų bazėmis.

**Raktažodžiai:** psichikos sveikatos slaugytojas (angl. mental health nurse), nerimas (angl. anxiety), depresija (angl. depression), naktinis darbas (angl. night work), emocinis išsekimas (angl. emotional exhaustion), slaugytojų darbe patiriamas smurtas (angl. violence at the work of nurses), stresas (angl. stress), gyvenimo kokybė (angl. quality of life).

### 2. Kiekybinis tyrimas - anoniminė apklausa raštu, anketavimas ir gautų duomenų analizė.

**Kiekybinis tyrimo metodas** - anoniminė anketinė apklausa raštu.

Kiekybinio tyrimo metodas – tai toks metodas, kurio galutiniai rezultatai išreiškiami skaičiais. Tai procedūrų, būdų ir aprašymo metodų visuma, suteikianti galimybę gauti naujų žinių, pertvarkytų ir formalizuotų skaičiavimo technikos būdu (Mockienė ir kt., 2014).

Kiekybinis tyrimas pasirinktas siekiant objektyviai surinkti duomenis ir juos susisteminti, kad būtų galima taikyti ir kitoms situacijoms/populiacijoms. Kiekybinio tyrimo gauti duomenys apdoroti „SPSS 22.0.0.0 for Windows“ versijos programa. Tyrimo galutiniai rezultatai išreikšti skaičiais, kuriais remiantis nustatytas ryšių ir sąsajų patikimumas.

Darbe naudota aprašomoji statistika - požymių pasitaikymo dažniai pateikti atvejų skaičiumi ir procentine išraiška, intervalinių požymių esant normaliam pasiskirstymui – vidurkis  $\pm$  standartinis nuokrypis (SD), nesant normaliam pasiskirstymui – vidurkis (mediana). Požymių pasitaikymo dažnumo skirtumams vertinti, naudotas Chi-kvadrato ( $\chi^2$ ) kriterijus, *esant mažam atvejų skaičiui* (<5) - Fisher'o Exact testas. Dviejų nepriklausomų grupių požymių, turintiems normalųjį pasiskirstymą, vidurkių palyginimui naudotas neporinis Stjudent'o (t) kriterijus, neturintiems – Mann'o-Whitney (U) testas.

Daugiau nei dviejų nepriklausomų grupių požymių, turintiems normalųjį pasiskirstymą, palyginimui naudotas One-Way ANOVA (F) metodas, neturintiems - Kruskal'o-Wallis'o ( $\chi^2$ ) testas. Požymių tarpusavio ryšiai vertinti taikant Spearman'o ( $r_s$ ) koreliacijos metodą.

Naudoti statistinių hipotezių reikšmingumo lygmenys: kai  $p < 0,05$  – statistiškai reikšminga ir kai  $p > 0,05$  – statistiškai nereikšminga. Klausimynų vidinis patikimumas (suderinamumas) vertintas apskaičiuojant Cronbach'o Alfa koeficientus.

Tikrintas intervalinių kintamųjų pasiskirstymas pagal normalųjį dėsnį, naudojant Shapiro-Wilk'o ir Kolmogorov'o-Smirnov'o testus bei įvertinant asimetrijos ir eksceso koeficientų dydžius. Shapiro-Wilk'o ir Kolmogorov'o-Smirnov'o testai nenustatė normalumo nei vienai skalei, tačiau remiantis asimetrijos koeficientų analize (Kim HY, 2013) bendros sveikatos vertinimo (BSV), energingumo/gyvybingumo (EG) ir emocinės būklės (EB) skalių pasiskirstymus leido laikyti panašiais į normalųjį (žr. 4 priedas, 1 lentelė).

### 2.1.3. Tyrimo instrumentai

Tyrimui atlikti naudojama anketa, kuri sudaryta iš keturių dalių: sociodemografiniai klausimai, SF-36 klausimynas, GAD-7 nerimo skalė, PHQ-9 depresijos simptomatikai įvertinti. Anketų atsakymai apskaičiuojami pagal autorių rekomendacijas. Kiekybinio tyrimo metu gauti duomenys apdorojami SPSS 22.0.0.0 versijos programa. Tyrimui atlikti naudojama anketa, kurią patvirtino Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos katedros Etikos komisija. Anketą sudaro 34 uždaro tipo klausimai:

1. sociodemografiniai klausimai sukurti pačios autorės (nuo 1 klausimo iki 7 klausimo imtinai).
2. SF-36 klausimynas gyvenimo kokybei įvertinti (nuo 8 klausimo iki 17 klausimo). Trumpa sveikatos apklausos forma (angl. Short Form 36 Medical Outcomes Study questionnaire), kuri susideda iš klausimų, atspindinčių aštuonias gyvenimo sritis: fizinį aktyvumą, veiklos apribojimą dėl fizinių negalavimų ir emocinių sutrikimų, socialinius ryšius, emocinę būseną, energingumą/gyvybingumą, skausmą ir bendrąjį sveikatos vertinimą. SF-36 yra plačiai taikomas klausimynas. Naudojant šį klausimyną yra vertinama pastarųjų keturių savaičių savijauta. Atsakymai yra vertinami balais ir pagal tam tikrą algoritmą apskaičiuojama kiekviena sritis. Vienas atsakymas yra naudojamas tik vienai sričiai apskaičiuoti, o klausimas apie sveikatos pokytį metų laikotarpiu nėra naudojamas sritims apskaičiuoti. Kiekvienos srities skaitinė reikšmė yra nuo 0 iki 100 (100 balų rodo geriausią įvertinimą) (Staniūtė, 2007).

Naudojant šį klausimyną apimamos šios sveikatos sritys:

1. Fizinis aktyvumas, energingumas/gyvybingumas (10 klausimas).
2. Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų (11 klausimas).
3. Skausmas (14-15 klausimai).
4. Bendras sveikatos vertinimas (8, 9, 17 klausimai).
5. Socialinė funkcija (13 klausimas).

6. Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų (12 klausimas).
7. Emocinė būklė (16 klausimas).

Šiam klausimynui naudoti specialaus leidimo nereikia (žr. 2 priedas).

3. GAD – 7 generalizuoto nerimo skalė (nuo 18 klausimo iki 24 klausimo), (angl. The Generalized Anxiety Disorder scale-7, GAD-7). GAD-7 klausimynas yra trumpa savęs vertinimo skalė, skirta įvertinti generalizuoto nerimo sutrikimo simptomų sunkumą. GAD7 sukūrė Spitzer ir kolegės 2006 m. generalizuoto nerimo sutrikimo diagnostikai pagal DSM-IV (angl. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV) diagnostinius kriterijus. Tai yra 7 klausimų priemonė, kurioje kiekvienas atsakymas yra įvertintas skalės balais nuo 0 iki 3, atsižvelgiant į nerimo simptomų dažnumą per pastarąsias dvi savaites (0 = „Visai nekamavo“ iki 3 = „Beveik kiekvieną dieną“). Bendras skalės įvertinio suminis balas gali būti nuo 0 iki 21, o didesnis suminis balas rodo didesnę nerimo sunkumą. Suminiai balai – 5, 10 ir 15 yra atitinkamai vertinami kaip lengvi, vidutinio sunkumo ir sunkūs nerimo simptomai. Šią priemonę gali savarankiškai pildyti pats tiriamasis ir šios skalės pildymo trukmė įprastai yra mažiau nei 5 minutės. Lietuviška skalės versijos naudojimui yra viešai pateikiamas autorių leidimas, todėl ją atkurti, versti, vaizduoti arba platinti papildomo leidimo nereikia (Butkutė - Šliuožienė, 2019). Skalės naudojimui specialaus leidimo nereikia (žr. 3 priedas).

4. PHQ-9 yra paciento sveikatos klausimyno (PHQ) dalis, skirta depresijos vertinimui (nuo 25 klausimo iki 34 klausimo). Tai klausimynas, kuris susideda iš 9 klausimų. Atsakymai sudaro nuo 0 iki 3. Pats PHQ klausimynas buvo sukurtas 1999 metais ir validizuotas dviejų apie 6000 pacientų iš įvairių priminės sveikatos priežiūros bei ginekologijos akušerijos klinikų įtraukusių tyrimų metu. Prie kiekvieno punkto, reikia pažymėti vieną iš keturių atsakymų, nusakančių kaip dažnai per pastarąsias dvi savaites pasireiškia vienas ar kitas simptomas: „visai nekamavo“, „keletą dienų“, „daugiau nei pusė iš visų dienų“, „beveik kiekvieną dieną“. Kiekvienam iš šių atsakymų priskiriama nuo 0 iki 3 balų priklausomai nuo to kaip dažnai pasireiškia tas simptomas. Taip pat, gale klausimyno yra papildomas klausimas, kuris prašo pildančiojo įvertinti kaip jo pažymėti simptomai apsunkino kasdienę asmeninę ir darbinę veiklą: „visai neapsunkino“, „šiek tiek apsunkino“, „labai apsunkino“, „ypač apsunkino. Pagal surinktų balų sumą ir atsakymą į papildomą klausimą galima vertinti depresinių simptomų sunkumą: surinkus tarp 0–4 balus, depresijos simptomai minimalūs, 5–9 balus menkai išreikšti simptomai, 10–14 balų vidutiniai, 15–19 sunkūs, 20–27 labai sunkūs depresijos simptomai (Montvidas, 2018). Skalės naudojimui specialaus leidimo nereikia (žr. 3 priedas).

Klausimyno vidinis patikimumas vertintas apskaičiuavus skalės/ skalių Cronbach'o Alfa koeficientą/ -us. Cronbach'o Alfa koeficiento reikšmė iki 0,6 rodo žemą skalės suderinamumą, nuo 0,6 iki 0,7 – pakankamą ir nuo 0,7 iki 0,9 – aukštą.

**3 lentelė. Klausimynų vidinis patikimumas**

Skalės	Teiginių Skaičius	Cronbach'o Alfa
SF-36:		
Fizinis aktyvumas	10	0,886
Veiklos ribojimas dėl fizinių negalavimų	4	0,756
Skausmas	2	0,874
Bendras sveikatos vertinimas	5	0,771
Energingumas/gyvybingumas	4	0,764
Veiklos ribojimas dėl emocinių sutrikimų	3	0,759
Socialinė funkcija	2	0,570
Emocinė būklė	5	0,799
GAD-7	7	0,900
PHQ-9	9	0,861

Darbe naudojami klausimynai pasižymėjo geru vidiniu suderinamumu - beveik visų skalių, išskyrus SF-36 *Socialinės funkcijos* skalę, Cronbach'o Alfa koeficientai yra didesni už 0,7. *Socialinės funkcijos* skalės Cronbach'o Alfa koeficientas yra šiek tiek mažesnis už 0,6 (0,570), tačiau kai kurių autorių duomenimis, toks koeficientas gali būti priimtinas, jei sritį sudaro nedaug teiginių (Jenkinson et al., 1996), o šiuo atveju šią skalę sudaro 2 teiginiai (žr. 3 lentelė).

#### **2.1.4. Tyrimo procesas/eiga**

Siekiant įgyvendinti tyrimo tikslą buvo nuosekliai suplanuoti bei atlikti tyrimo procedūros ir tyrimo proceso etapai:

1. Temos pasirinkimas. Nuo 2020 m. spalio mėn. iki 2020 m. lapkričio mėn. Tema pasirinkta atsižvelgiant į problemos aktualumą, nes psichikos sveikatos slaugytojai darbe patiria didelius psichologinius krūvius dėl grasinimų, užgauliojimų, įžeidinėjimų, priekabiavimo ir panašaus pobūdžio pacientų elgesio, tačiau tyrimų susijusių su šios specializacijos slaugytojų patiriamu stresu darbe ir jo įtaka gyvenimo kokybei, nėra.

2. Mokslo šaltinių atranka, analizė ir ataskaitos rašymas. Nuo 2020 m. lapkričio mėn. iki 2021 m. rugsėjo mėn. literatūros apžvalga. Šiame etape buvo siekiama surinkti ir kuo išsamiau išanalizuoti

psichikos sveikatos slaugytojų darbe patiriamo nerimo ir depresijos sąsajas su gyvenimo kokybe mokslinę literatūrą. Literatūros šaltiniai buvo rinkti duomenų bazėse elektroniniuose kataloguose ([www.mab.lt](http://www.mab.lt); [www.libis.lt](http://www.libis.lt); [www.lnb.lt](http://www.lnb.lt) ir kt). Buvo pasinaudota ir biomedicinos srities šaltiniais Pubmed ([www.pubmed.gov](http://www.pubmed.gov)), pasauline duomenų baze MEDLINE, EBSCO Publishing baze ir kitomis duomenų bazėmis. Straipsniai duomenų bazėse buvo ieškomi naudojant raktinius žodžius: psichikos sveikatos slaugytoja (mental health nurse), nerimas (anxiety), depresija (depression), naktinis darbas (night work), emocinis išsekimas (emotional exhaustion), slaugytojų darbe patiriamas smurtas (violence at the work of nurses), stresas (stress), gyvenimo kokybė (quality of life).

3. Tyrimo plano rengimas ir instrumento sudarymas/paieška. 2020 m. gruodžio mėn. iki 2021 m. vasario mėn. anketa sudaryta iš keturių dalių: sociodemografiniai klausimai, SF-36 klausimynas, GAD-7 nerimo skalė, PHQ-9 klausimynas. Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos katedros Etikos komisija patvirtino sudarytą anketą.

4. Tyrimo duomenų rinkimas. Atliekant anketinę apklausą buvo gauti penkių psichiatrines paslaugas teikiančių stacionarų vadovų leidimai. Tyrimas atliktas 2021 m. birželio 1 d. iki 2021 m. rugsėjo 17 d., siekiant išanalizuoti psichikos sveikatos slaugytojų darbe patiriamo nerimo ir depresijos sąsajas su gyvenimo kokybe. Anketos buvo išdalintos ligoninių vyresniosioms slaugos administratorėms, paaiškintas darbo tikslas, klausimyno pildymo instrukcija, užtikrintas pildžiusių respondentų anonimiškumas, o surinkti duomenys skelbiami apibendrinus šiame magistro baigiamajame darbe.

5. Tyrimo duomenų analizė, rezultatų interpretavimas bei pateikimas. 2021 m. rugsėjo mėn. anketų atsakymai apskaičiuoti pagal autorių nurodytus atsakymus, reikalavimus ir instrukcijas. Kiekybinio tyrimo metu gauti duomenys apdorojami „SPSS 22.0.0.0 for Windows“ versijos programa, Microsoft Office Excel 2019 programa. Duomenys nagrinėjami ir klasifikuojami pagal atskirus tyrimų uždavinius. Duomenų analizei naudojamos pilnai užpildytos anketos. Gauti rezultatai pateikti lentelėse bei diagramose.

6. Tyrimo rezultatų palyginimas. Planuojamas įgyvendinti nuo 2021 m. spalio mėn. Gauti rezultatai lyginami su užsienio ir Lietuvos autorių panašių tyrimų rezultatais.

7. Išvadų ir rekomendacijų parengimas. Įgyvendintas nuo 2021 m. spalio mėn. išvados ir rekomendacijos sudarytos atsižvelgiant į tyrimo uždavinius ir remiantis gautais rezultatais.

8. Baigiamojo darbo ataskaitos parengimas (Mockienė ir kt., 2014) 2021 m. lapkričio mėn. Darbas atliktas konsultuojantis su baigiamojo darbo vadovu bei vadovaujantis KU Senato 2020 m.

vasario 6 d. nutarimu Nr. 11-35 “Dėl Klaipėdos universiteto studentų savarankiškų rašto darbų bendrųjų reikalavimų aprašu“.

### 2.1.5. Tyrimo etika

**Tyrimo etika.** Atliekant šį tyrimą buvo vadovaujama pagrindiniais etikos principais nurodytais Helsinkio deklaracijoje (2013). Gautas leidimas anketos etiškumo atžvilgiu – Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos katedros Etikos komisijos pritarimas. Gauti sutikimai iš psichikos sveikatos stacionarines paslaugas teikiančių įstaigų vadovų. Savanoriškas psichikos sveikatos slaugytojų dalyvavimas, užtikrinant anonimiškumą. Respondentams paaiškintas tyrimo tikslas, akcentuojama atsakymų svarba, užtikrintas anonimiškumas. Tyrimo pradžioje respondentams paaiškinta, kad duomenys panaudoti išvadoms ir apibendrinimams, todėl nebuvo pažeistas privatumo principas. Pateikiant anketą respondentų buvo paprašyta atsakyti į anketos klausimus, pabrėžiant jų teisę atsisakyti dalyvauti tyrime (Mockienė ir kt., 2014). Tyrimas atliktas nepažeidžiant autorystės teisių, nes specialių leidimų nereikėjo (2 priedas; 3 priedas).

**Autonomijos pagarba.** Šis principas atskleidžia per tiriamojo informavimo procesą. Informuoto asmens sutikimas parodo, kad tiriamasis žino visą būtiną informaciją apie dalyvavimą moksliniame tyrime ir jis gali pats laisvai pasirinkti – dalyvauti ar nedalyvauti (Mockienė ir kt., 2014)

**Anonimiškumo principas.** Atliekant tyrimą buvo laikomasi anonimiškumo principų. Šio principo esmė ta, kad tyrimo dalyvių suteikta informacija, nepaisant jos atvirumo ir asmeniškumo, neleidžiama nustatyti tiriamųjų tapatybės. Užtikrinta, kad tyrimo metu gauti rezultatai bus naudojami tik apibendrintoje formoje, baigiamojo magistro darbo rezultatams pristatyti (Mockienė ir kt., 2014).

**Konfidencialumo principas.** Konfidencialumas reiškia tai, kad tyrėjas laikys paslapyje viską apie tiriamąjį, kuris padėjo jam atliekant mokslinį tyrimą (Razbadauskas ir kt., 2008). Respondentams pažadėta, kad bus išsaugotas jų konfidencialumas ir tyrėjas laikys viską paslapyje apie asmenį pateikusių jam informaciją. Konfidencialumo užtikrinimo metodai: asmenį identifikuojančių duomenų naikinimas (vardas, gatvės pavadinimas ir kt.); nepilnos informacijos pateikimas (data vietoj gimimo metų, profesijos pavadinimas vietoj specialybės ir kt.); mikroagregacija (kuriamas “vidutinis žmogus”, o ne informacija apie žmogų); klaidų įvedimas (tyčia padarant klaidų duomenyse apie tyrimo dalyvius, kad nebūtų galima jų susekti).

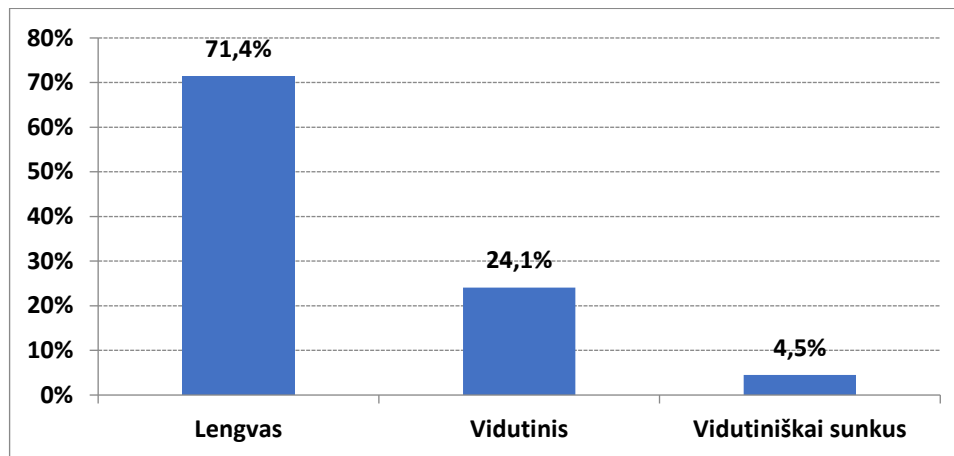
**Savanoriškumo principas.** Visi tyrime dalyvavę respondentai tyrime dalyvavo savo noru, bet kuriuo metu turėjo teisę atsisakyti jame dalyvauti. Dalyviai buvo visapusiškai ir pilnai informuoti apie dalyvavimo sąlygas, gavo visą informaciją apie dalyvavimo naudą, žalą, pavojus, riziką ir tolesnes pasekmes (Mockienė ir kt., 2014).

## 2.2. Tyrimo rezultatai

### 2.2.1. Psichikos sveikatos slaugytojų darbe patiriamo nerimo simptomų lygis

Tyrimė dalyvavusių slaugytojų nerimo lygis vertintas GAD-7 klausimynu. Šio klausimyno atsakymai interpretuojami skaičiuojant bendrą balų sumą pagal keturias vertinimo grupes: 1) 0–5 balai – lengvas nerimas; 2) 6–10 balų – vidutinis; 3) 11–15 balų – vidutiniškai sunkus; 4) 16–20 balų – sunkus.

Bendroje tiriamųjų grupėje bendro suminio balo vidurkį sudarė 3,74 balų, medianą – 3 balai.



2 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal nerimo lygį

Analizuojant nerimo lygį tarp tyrimė dalyvavusių slaugytojų nustatyta, kad didžioji dalis (71,4 proc.) jų buvo su lengvu nerimu, 24,1 proc. – su vidutiniu ir 4,5 proc. – su vidutiniškai sunkiu (žr. 2 pav.).

4 lentelė. Nerimo lygio skirtumai priklausomai nuo slaugytojų sociodemografinių ir darbinių rodiklių

Rodikliai	Lengvas	Vidutinis	Vidutiniškai sunkus	$\chi^2$	Ils	P	Iš viso
Lytis:							
Vyrai	6(60,0%)	3(30,0%)	1(10,0%)	1,89	2	0,361	10(100%)
Moterys	201(71,8%)	67(23,9%)	12(4,3%)				
Amžius:							
Iki 25 m.	7(63,6%)	3(27,3%)	1(9,1%)	13,17	8	0,076	11(100%)
26-35 m.	25(86,2%)	2(6,9%)	2(6,9%)				
36-45 m.	36(73,5%)	11(22,4%)	2(4,1%)				
46-55 m.	68(62,4%)	36(33,0%)	5(4,6%)				
56 m. ir daugiau	71(77,2%)	18(19,6%)	3(3,3%)				
Šeiminė padėtis:							
Netekėjusios/ nevedę	19(79,2%)	2(8,3%)	3(12,5%)	19,13	8	<b>0,007</b>	24(100%)
Ištekėjusios/ vedę	133(76,0%)	37(21,1%)	5(2,9%)				
Išsituokusios/ išsiskyre	31(68,9%)	12(26,7%)	2(4,4%)				
Našlės (-iai)	11(61,1%)	7(38,9%)	0(0,0%)				
Gyvena su draugu (-e)	13(46,4%)	12(42,9%)	3(10,7%)				
Darbo stažas:							
Iki 3 m.	23(69,7%)	8(24,2%)	2(6,1%)	3,57	4	0,444	33(100%)
4-14 m.	36(78,3%)	7(15,2%)	3(6,5%)				
15 m. ir daugiau	148(70,1%)	55(26,1%)	8(3,8%)				

Darbo krūvis:							
<1 etato	10(76,9%)	3(23,1%)	0(0,0%)				13(100%)
1 etatas	152(74,1%)	45(22,0%)	8(3,9%)	4,01	4	0,360	205(100%)
> 1 etato	45(62,5%)	22(30,6%)	5(6,9%)				72(100%)
Pamaina:							
Mišrios	99(67,3%)	41(27,9%)	7(4,8%)				147(100%)
Dienomis	59(84,3%)	9(12,9%)	2(2,9%)	8,74	6	0,158	70(100%)
Naktimis	5(83,3%)	1(16,7%)	0(0,0%)				6(100%)
Paromis	44(65,7%)	19(28,4%)	4(6,0%)				67(100%)

Tyrimo metu nustatyta, kad nerimo sunkumo lygis statistiškai reikšmingai priklausė nuo šeiminės padėties ( $\chi^2=19,13$ ;  $lls=8$ ;  $p=0,007$ ). Dažniausiai lengvų nerimo atvejų buvo nustatyta netekėjusių/ nevedusių (79,2 proc.) ir ištekėjusių/ vedusių (76,0 proc.) tiriamųjų grupėse, rečiausiai gyvenančių su partneriu (-e) grupėje (46,4 proc.). Vidutinis nerimas nustatytas dažniausiai gyvenančių su partneriu (-e) (42,9 proc.) ir našlių (38,9 proc.) grupėse. Vidutinio sunkumo nerimas dažniausiai nustatytas netekėjusių/ nevedusių (12,5 proc.) ir gyvenančių su partneriu (-e) (10,7 proc.) grupėse (žr. 4 lentelė).

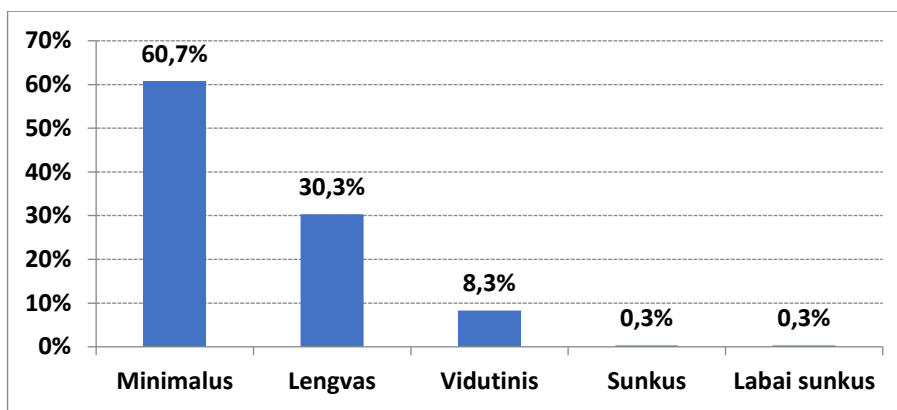
Analizuojant apklaustųjų, moterų ir vyrų, nerimo lygį statistiškai reikšmingo skirtumo nenustatyta ( $\chi^2=1,89$ ,  $lls=2$ ,  $p=0,361$ ) tai reiškia, kad nerimo lygis tiek moterų grupėje tiek ir vyrų grupėje buvo panašus. Taip pat nenustatyta statistiškai reikšmingo skirtumo palyginus nerimo lygį tarp skirtingų amžiaus grupių ( $\chi^2=13,17$ ,  $lls=8$ ,  $p=0,076$ ) (žr. 4 lentelė).

Tyrimo rezultatai parodė, kad nerimo simptomų lygis nepriklausė nuo tiriamųjų darbo stažo ( $\chi^2=3,57$ ,  $lls=4$ ,  $p=0,444$ ), darbo krūvio ( $\chi^2=4,01$ ,  $lls=4$ ,  $p=0,360$ ) ir darbo pobūdžio ( $\chi^2=8,74$ ,  $lls=6$ ,  $p=0,158$ ) (žr. 4 lentelė).

### 2.2.2. Psichikos sveikatos slaugytojų depresijos sunkumo lygis

Siekiant įvertinti psichikos sveikatos slaugytojų depresijos sunkumo lygį buvo naudotas 9 teiginių-problemų klausimynas (PHQ-9). Depresijos lygio sunkumas vertintas pagal surinktų balų sumą: 0–4 balai – depresijos simptomai minimalūs, 5–9 balai – lengvai išreikšti, 10–14 balai – vidutiniai, 15–19 balai – sunkūs ir 20–27 balai – labai sunkūs.

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad bendras PHQ-9 suminis įverčio vidurkis yra 4,25 balų, mediana – 4 balai. Tai rodo, kad tyrime dalyvavusieji slaugytojai dažniausiai turėjo minimalius depresijos simptomus ar pasižymėjo lengvais depresijos simptomų lygiais.



**3 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal depresijos lygį**

Analizuojant duomenis pagal pateiktus PHQ-9 ribinius įverčius, nustatyta, kad daugumos (60,7 proc.) tiriamųjų depresijos lygis buvo minimalus, 30,3 proc. – lengvas lygis, 8,3 proc. – vidutinis lygis. Sunkių depresijos lygių ir labai sunkių turėjo pavieniai asmenys (po 0,3 proc.) (žr. 3 pav.).

Kadangi su sunkiais ar labai sunkiais depresijos lygiais tiriamųjų buvo labai mažai, jie tolimesnėje analizėje, susijusioje su depresija, nedalyvavo.

Tyrimo rezultatai parodė, kad depresijos lygis kaip ir nerimo statistiškai reikšmingai priklausė nuo šeiminės padėties ( $\chi^2=15,48$ ,  $lls=8$ ,  $p=0,036$ ). Depresijos minimalus lygis dažniausiai nustatyta ištekėjusių/ vedusių (66,7 proc.) ir netekėjusių/ nevedusių (60,9 proc.) grupėse, rečiausiai našlių grupėje (44,4 proc.) ir gyvenančių su partnerių (-e) grupėje (46,4 proc.). Lengvo lygio depresija dažniausiai buvo nustatyta našlių (44,4 proc.) ir išsituokusių/ išsiskyrusių (42,2 proc.) grupėse. Vidutiniškas depresijos lygis dažniausiai kamavo gyvenančius su partneriu (-e) (21,4 proc.) (žr. 5 lentelė).

**5 lentelė. Depresijos lygio skirtumai priklausomai nuo slaugytojų sociodemografinių ir darbinių rodiklių**

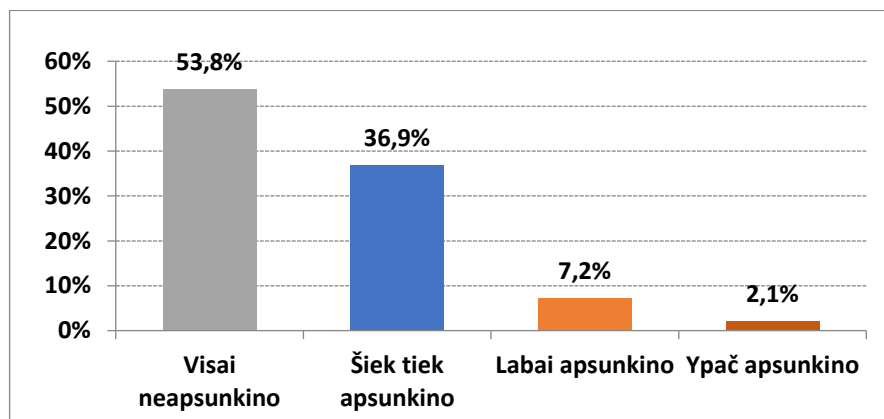
Rodikliai	Minimalūs	Lengvi	Vidutiniški	$\chi^2$	lls	p	Iš viso
<b>Lytis:</b>							
Vyrai	4(40,0%)	5(50,0%)	1(10,0%)	2,43	2	0,247	10(100%)
Moterys	172(61,9%)	83(29,9%)	23(8,3%)				
<b>Amžius:</b>							
Iki 25 m.	8(72,7%)	2(18,2%)	1(9,1%)	6,96	8	0,518	11(100%)
26-35 m.	21(75,0%)	4(14,3%)	3(10,7%)				
36-45 m.	32(66,7%)	13(27,1%)	3(6,3%)				
46-55 m.	61(56,0%)	39(35,8%)	9(8,3%)				
56 m. ir daugiau	54(58,7%)	30(32,6%)	8(8,7%)				
<b>Šeiminė padėtis:</b>							
Netekėjusios/ nevedę	14(60,9%)	6(26,1%)	3(13,0%)	15,48	8	<b>0,036</b>	23(100%)
Ištekėjusios/ vedę	116(66,7%)	46(26,4%)	12(6,9%)				
Išsituokusios/ išsiskyrę	25(55,6%)	19(42,2%)	1(2,2%)				
Našlės (-iai)	8(44,4%)	8(44,4%)	2(11,1%)				18(100%)
Gyvena su draugu (-e)	13(46,4%)	9(32,1%)	6(21,4%)				28(100%)
<b>Darbo stažas:</b>							

Iki 3 m.	23(71,9%)	7(21,9%)	2(6,3%)	2,58	4	0,630	32(100%)
4-14 m.	28(62,2%)	12(26,7%)	5(11,1%)				45(100%)
15 m. ir daugiau	125(59,2%)	69(32,7%)	17(8,1%)				211(100%)
Darbo krūvis:				6,60	4	0,137	
<1 etato	8(61,5%)	4(30,8%)	1(7,7%)				13(100%)
1 etatas	132(65,0%)	58(28,6%)	13(6,4%)				203(100%)
> 1 etato	36(50,0%)	26(36,1%)	10(13,9%)	72(100%)			
Pamaina:				10,69	6	0,079	
Mišrios	88(60,3%)	46(31,5%)	12(8,2%)				146(100%)
Dienomis	46(65,7%)	23(32,9%)	1(1,4%)				70(100%)
Naktimis	4(66,7%)	2(33,3%)	0(0,0%)				6(100%)
Paromis	38(57,6%)	17(25,8%)	11(16,7%)	66(100%)			

Moterų ir vyrų depresijos lygis statistiškai reikšmingai nesiskyrė ( $\chi^2=2,43$ ,  $lls=2$ ,  $p=0,247$ ). Taip pat nenustatyta statistiškai reikšmingo skirtumo palyginus depresijos lygį tarp skirtingų amžiaus grupių ( $\chi^2=6,96$ ,  $lls=8$ ,  $p=0,518$ ) (žr. 5 lentelė).

Tyrimo rezultatai parodė, kad depresijos lygis nepriklausė nuo tiriamųjų darbo stažo ( $\chi^2=2,58$ ,  $lls=4$ ,  $p=0,630$ ) (žr. 12 pav.) ir darbo krūvio ( $\chi^2=6,60$ ,  $lls=4$ ,  $p=0,137$ ). Taip pat nenustatyta statistiškai reikšmingo skirtumo palyginus depresijos lygį priklausomai nuo tiriamųjų darbo pobūdžio ( $\chi^2=10,69$ ,  $lls=6$ ,  $p=0,079$ ), tačiau stebėta, kad tarp dirbančių paromis (16,7 proc.) ir mišriai (8,2 proc.) dažniau buvo tiriamųjų su vidutiniškai išreikštu depresijos lygiu nei tarp dirbančių tik dienomis (1,4 proc.) ar naktimis (0 proc.) (žr. 5 lentelė).

Tyrimo metu tiriamieji turėjo įvertinti kaip juos varginę depresijos simptomai ap sunkino jų kasdieninę veiklą. Nustatyta, kad daugiau nei pusei (53,8 proc.) tiriamųjų šie simptomai visai neapsunkino, 36,9 proc. – šiek tiek apsunkino, 7,2 proc. – labai apsunkino ir 2,1 proc. – ypač apsunkino (žr. 4 pav.).

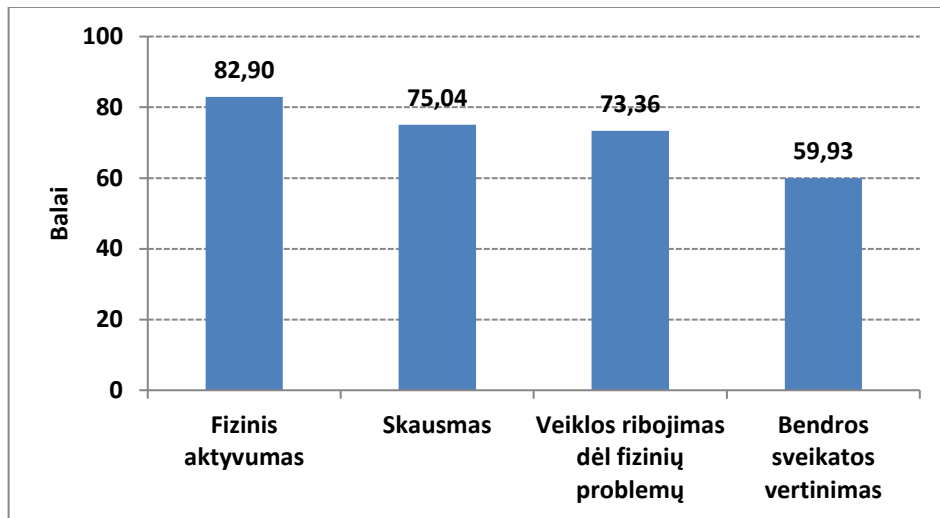


4 pav. Depresijos įtaka kasdieninei, asmeninei ir darbinei veiklai vertinimas bendroje slaugytojų grupėje

### 2.2.3. Psichikos sveikatos slaugytojų nerimo ir depresijos sąsajos su gyvenimo kokybe pagal sociodemografinius rodiklius

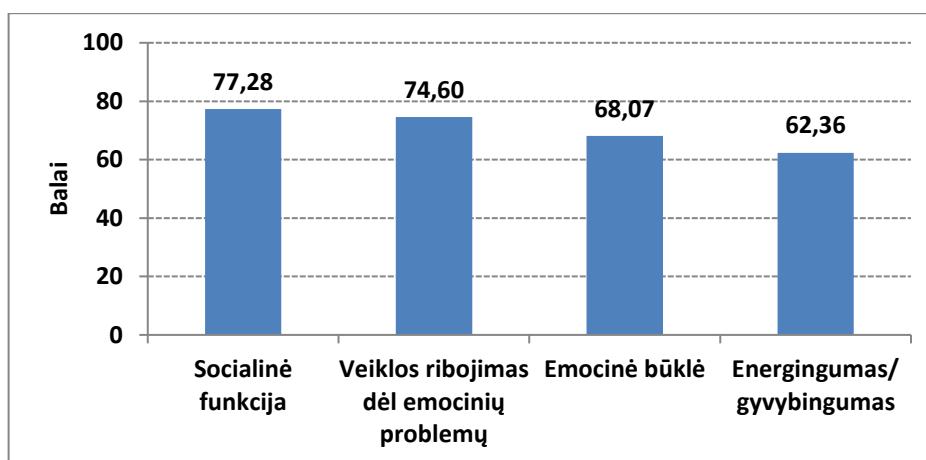
Tyrime dalyvavusių slaugytojų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė vertinta SF-36 klausimynu. Klausimynas apibūdina 4 sritis susijusias su fizine sveikata ir 4 sritis - su psichine sveikata. Su fizine sveikata susijusiai gyvenimo kokybei vertinti skirtos fizinio aktyvumo, veiklos ribojimo dėl fizinių problemų, skausmo, bendros sveikatos vertinimo sritys, o su psichine sveikata – energingumo/gyvybingumo, veiklos ribojimo dėl emocinių problemų, socialinės funkcijos ir emocinės būklės sritys.

Visos skalės galėjo įgyti reikšmes nuo 1 iki 100 balų, kur kuo aukštesnis balų skaičius, tuo geresnė gyvenimo kokybė.



#### 5 pav. Su fizine sveikata susijusios gyvenimo kokybės rodikliai bendroje slaugytojų grupėje

Bendroje tiriamųjų grupėje fizinio aktyvumo vidurkį sudarė 82,90(90,0) balų, veiklos ribojimą dėl fizinių problemų – 73,36(100) balų, skausmo – 75,04(74,0) balų ir bendros sveikatos vertinimo – 59,93±18,27 balų, Tyrime dalyvavę slaugytojai savo gyvenimo kokybę, susijusią su fizine sveikata, vertino pakankamai gerai - geriausiai jie vertino fizinį aktyvumą, prasčiausiai savo bendrą sveikatą (žr. 5 pav.).



**6 pav. Su psichine sveikata susijusios gyvenimo kokybės rodikliai bendroje slaugytojų grupėje**

Iš gyvenimo kokybės, susijusios su psichine sveikata, rodiklių geriausiai tiriamieji vertino socialinę funkciją (77,28(87,5) balų), prasčiausiai - energingumą/ gyvybingumą (62,36±17,28 balų).

Bendroje tiriamųjų grupėje veiklos ribojimo dėl emocinių problemų vidurkį sudarė 74,60(100) balų, emocinės būklės – 68,07±16,39 balų (žr. 6 pav.). Gyvenimo kokybė, susijusi su psichine sveikata, bendroje tiriamųjų grupėje taip pat vertinta pakankamai gerai.

**6 lentelė. Gyvenimo kokybės, susijusios su sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo slaugytojų lyties**

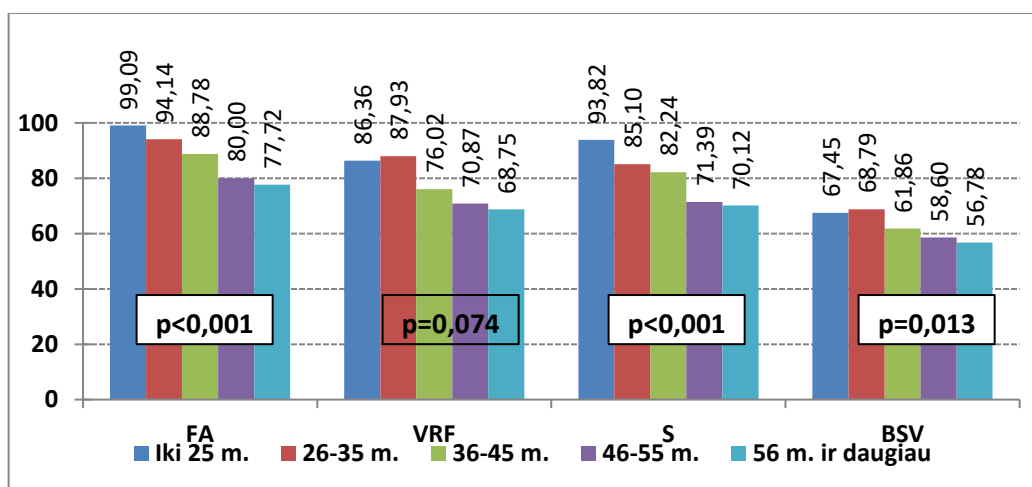
Sritis	Vyrai	Moterys	U	p
	n=10	n=280		
<i>Fizinė sveikata:</i>				
Fizinis aktyvumas	81,00(85,0)	82,96(90,0)	1247,5	0,553
Veiklos ribojimas dėl fizinių problemų	72,50(75,0)	73,39(100)	1303,0	0,686
Skausmas	63,60(62,0)	75,45(74,0)	984,0	0,101
Bendros sveikatos vertinimas	59,20±15,84	59,95±18,37	t=-0,128	0,898
<i>Emocinė sveikata:</i>				
Energingumas/ gyvybingumas	54,50±18,33	62,64±17,21	t=-1,467	0,143
Veiklos ribojimas dėl emocinių problemų	66,67(83,33)	74,88(100)	1233,0	0,467
Socialinė funkcija	68,75(75,0)	77,59(87,5)	1082,0	0,212
Emocinė būklė	65,20±12,51	68,17±16,52	t=-0,563	0,574

Duomenys lentelėje pateikti - balų vidurkis±standartinis nuokrypis, esant normaliam pasiskirstymui ir balų vidurkis (mediana) nesant normaliam pasiskirstymui

Analizuojant tiriamųjų gyvenimo kokybės sričių vertinimus priklausomai nuo lyties statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta ( $p>0,05$ ) (žr. 6 lentelė).

Nustatyti statistiškai reikšmingi gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, rodiklių vertinimų skirtumai priklausomai nuo tyrime dalyvavusių slaugytojų amžiaus parodė, kad jaunesni tiriamieji žymiai geriau vertino nei vyresni savo fizinį aktyvumą (iki 25 m. 99,09(100) balų, 26-35 m. 94,14(100) balų, 36-45 m. 88,78(95,0) balų, 46-55 m. 80,00(85,0) balų ir  $\geq 56$  m. 77,72(80,0) balų:

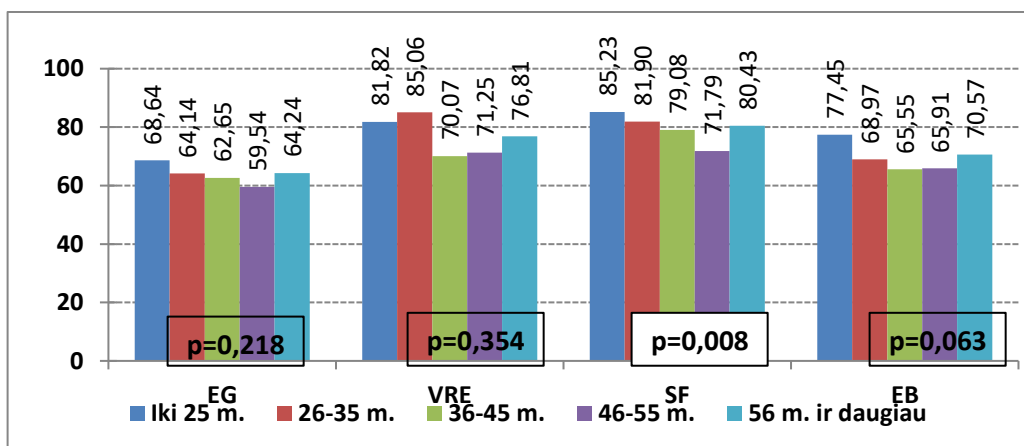
$\chi^2=46,89$   $p<0,001$ ) ir bendrą sveikatą (atitinkamai  $67,45\pm 21,85$ ,  $68,79\pm 16,63$ ,  $61,86\pm 20,44$ ,  $58,60\pm 17,81$  ir  $56,78\pm 16,72$  balų:  $F=3,24$   $p=0,013$ ), jų veikla buvo mažiau apribota dėl skausmo (atitinkamai  $93,82(100)$ ,  $85,10(100)$ ,  $82,24(100)$ ,  $71,39(74,0)$  ir  $70,12(72,0)$  balų:  $\chi^2=26,69$   $p<0,001$ ) (žr. 7 pav.).



FA - Fizinis aktyvumas; VFP - Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų; S – Skausmas;  
BSV - Bendras sveikatos vertinimas

### 7 pav. Gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo slaugytojų amžiaus

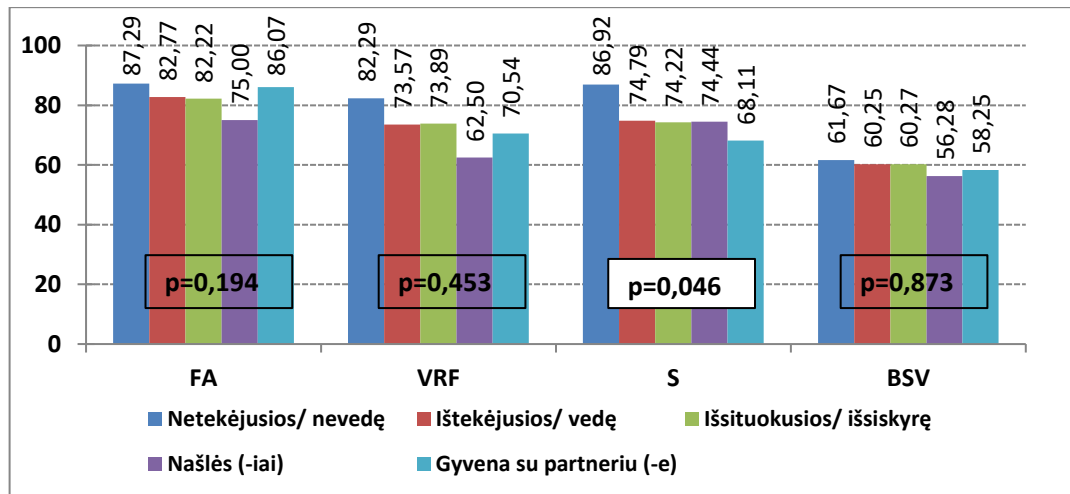
Nors ir nenustatyta statistškai reikšmingo veiklos ribojimo dėl fizinių problemų vertinimo skirtumo priklausomai nuo amžiaus ( $p=0,074$ ), tačiau ir čia stebėta ta pati tendencija – šie vertinimai prastėjo su amžiumi (iki 25 m.  $86,36(100)$  balų, 26-35 m.  $87,93(100)$  balų, 36-45 m.  $76,02(100)$  balų, 46-55m.  $70,87(75,0)$  balų ir  $\geq 56$  m.  $68,75(75,0)$  balų:  $\chi^2=8,52$   $p=0,074$ ) (žr. 7 pav.).



EG - Energingumas/gvyvybingumas; VEP - Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų;  
SF - Socialinė funkcija; EB - Emocinė būklė

### 8 pav. Gyvenimo kokybės, susijusios su psichine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo slaugytojų amžiaus

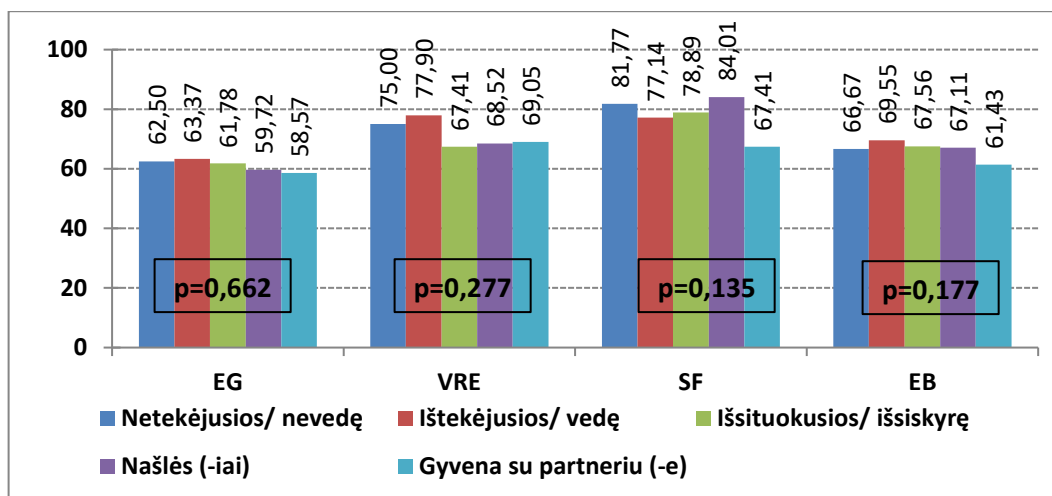
Tyrimo rezultatai parodė, kad tiriamųjų energingumo/ gyvybingumo, emocinės būklės ir veiklos ribojimo dėl emocinių problemų vertinimai nepriklausė nuo tiriamųjų amžiaus. Nustatytas statistiškai reikšmingas socialinės funkcijos vertinimo tarp amžiaus grupių skirtumas parodė, kad savo socialinę funkciją žymiai prasčiau vertino 46-55 metų tyrimo dalyviai nei jaunesni ir nei vyresni už juos (iki 25 m. grupėje (1) 85,23(100) balų, 26-35 m. (2) 81,90(100) balų, 36-45 m. (3) 79,08(87,5) balų, 46-55 m. (4) 71,79(75,0) balų ir  $\geq 56$  m. (5) 80,43(87,5) balų:  $\chi^2=13,72$   $p=0,008$ :  $p_{1:4}=0,040$ ,  $p_{2:4}=0,011$ ,  $p_{3:4}=0,049$ ,  $p_{4:5}=0,005$ ) (žr. 8 pav.).



FA - Fizinis aktyvumas; VRF - Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų; S – Skausmas; BSV - Bendras sveikatos vertinimas

### 9 pav. Gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo slaugytojų šeiminės padėties

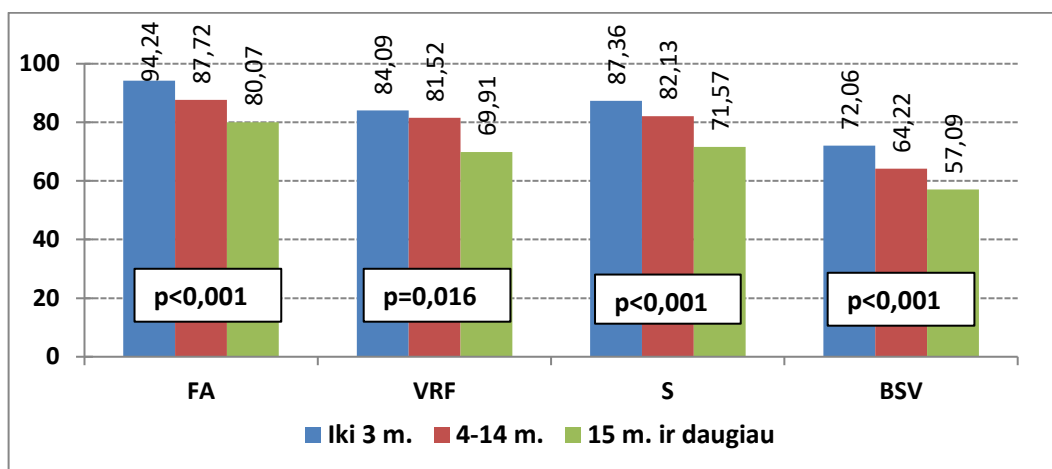
Tyrimo rezultatai parodė, kad gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, rodiklių, išskyrus skausmo, vertinimai nepriklausė nuo tyrime dalyvavusių slaugytojų šeiminės padėties. Skausmas statistiškai reikšmingai mažiausiai riboja nevedusius asmenis (netekėjusius/ nevedusių grupėje (1) 86,92(100) balų, ištekėjusių/ vedusių (2) 74,79(74,0) balų, išsituokusių/ išsiskyrusių (3) 74,22(74,0) balų, našlių (4) 74,44(74,0) balų ir gyvenančių su partneriu (-e) (5) 68,11(66,0) balų:  $\chi^2=9,68$   $p=0,046$ :  $p_{1:2}=0,013$ ,  $p_{1:3}=0,009$ ,  $p_{1:4}=0,057$ ,  $p_{1:5}=0,003$ ) (žr. 9 pav.).



EG - Energingas/gyvybingumas; VRE - Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų;  
 SF - Socialinė funkcija; EB - Emocinė būklė

**10 pav. Gyvenimo kokybės, susijusios su psichine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo slaugytojų šeiminės padėties**

Gyvenimo kokybės, susijusios su psichine sveikata, rodiklių vertinimai nepriklausė nuo tyrime dalyvavusių slaugytojų šeiminės padėties (žr. 10 pav.).

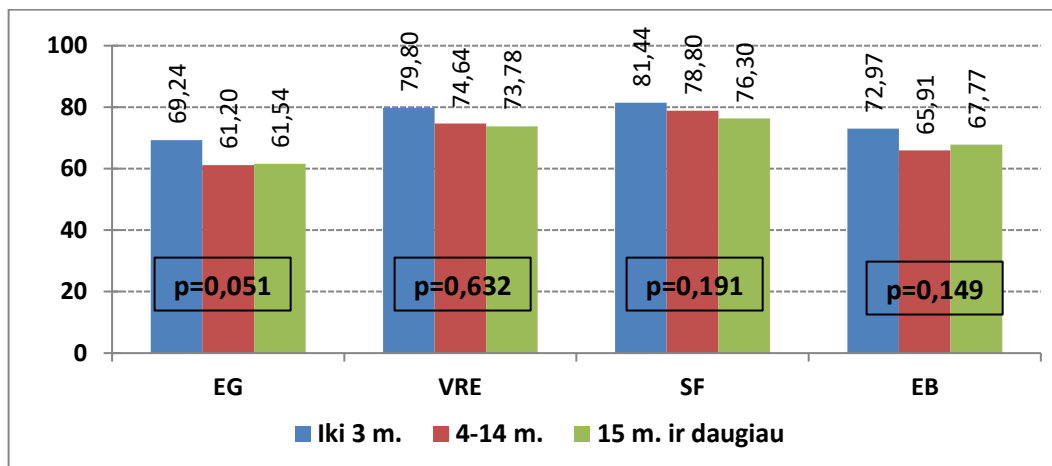


FA - Fizinis aktyvumas; VRF - Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų; S – Skausmas;  
 BSV - Bendras sveikatos vertinimas

**11 pav. Gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo slaugytojų darbo stažo**

Analizuojant gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, rodiklių vertinimus priklausomai nuo tiriamųjų darbo stažo nustatyti statistiškai reikšmingi visų rodiklių vertinimų skirtumai. Gauti rezultatai parodė, kad slaugytojai su mažesne darbine patirtimi žymiai geriau vertino nei slaugytojai su

didesne patirtimi savo fizinį aktyvumą (iki 3 m. 94,24(100) balų, 4-14 m. 87,72(92,5) balų ir  $\geq 15$ m. 80,07(85,0) balų:  $\chi^2=31,59$   $p<0,001$ ) ir bendrą sveikatą (atitinkamai  $72,06\pm 18,70$ ,  $64,22\pm 16,28$  ir  $57,09\pm 17,71$  balų:  $F=11,93$   $p<0,001$ ), jų veikla buvo mažiau apribota dėl skausmo (atitinkamai 87,36(100), 82,13(82,0) ir 71,57(74,0) balų:  $\chi^2=19,11$   $p<0,001$ ) ir fizinių problemų (atitinkamai 84,09(100), 81,52(100) ir 69,91(75,0) balų:  $\chi^2=8,21$   $p=0,016$ ) (žr. 11 pav.).

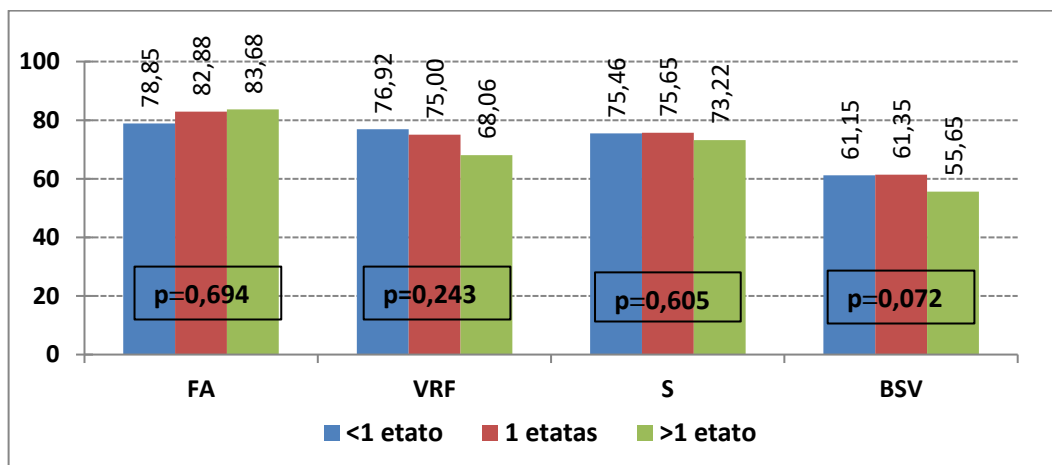


EG - Energingumas/gyvybingumas; VRE - Veiklos apribojimas dėl emocijų sutrikimų;

SF - Socialinė funkcija; EB - Emocinė būklė

**12 pav. Gyvenimo kokybės, susijusios su psichine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo slaugytojų darbo stažo**

Gyvenimo kokybės, susijusios su psichine sveikata, rodiklių vertinimai nepriklausė nuo tyrime dalyvavusių slaugytojų darbo stažo (žr. 12 pav.).

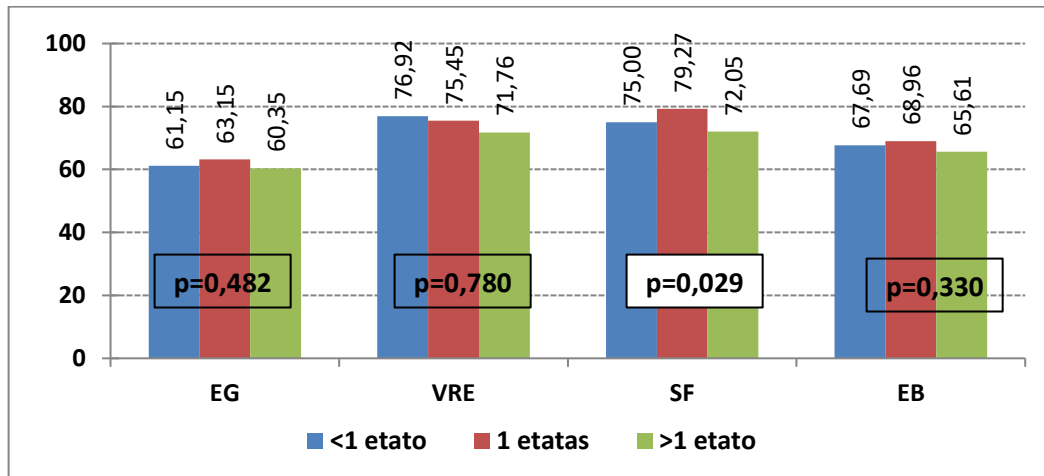


FA - Fizinis aktyvumas; VFP - Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų; S – Skausmas;

BSV - Bendras sveikatos vertinimas

**13 pav. Gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo slaugytojų darbo krūvio**

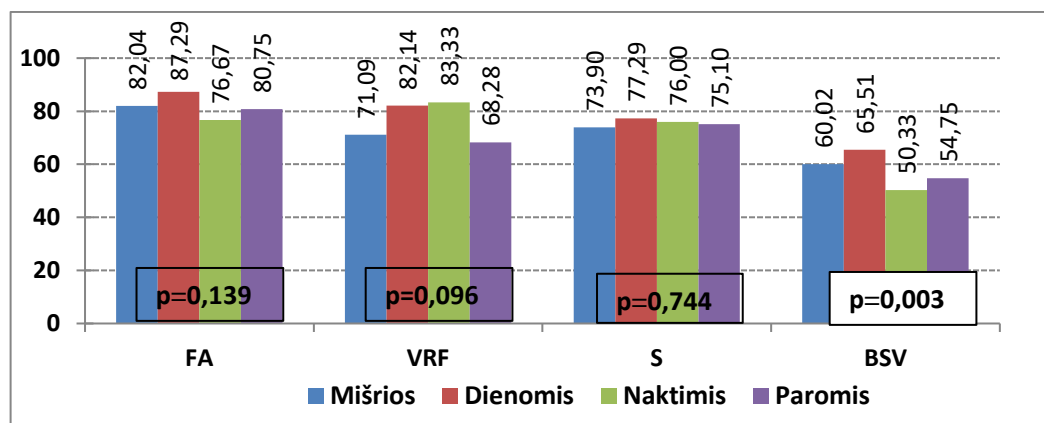
Gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, rodiklių vertinimai nepriklausė nuo tyrime dalyvavusių slaugytojų darbo krūvio (žr. 13 pav.).



EG - Energingumas/gvybyngumas; VEP - Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų;  
SF - Socialinė funkcija; EB - Emocinė būklė

**14 pav. Gyvenimo kokybės, susijusios su psichine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo slaugytojų darbo krūvio**

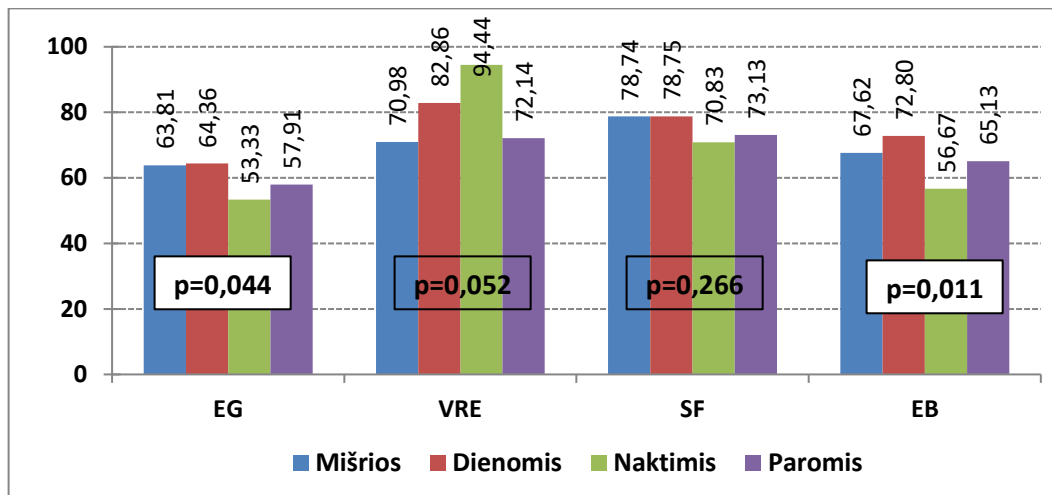
Tyrime dalyvavusių slaugytojų energingumo/ gyvybingumo, emocinės būklės ir veiklos ribojimo dėl emocinių problemų vertinimai nepriklausė nuo darbo krūvio. Nustatytas statistiškai reikšmingas socialinės funkcijos vertinimo skirtumas parodė, kad savo socialinę funkciją geriausiai vertino slaugytojai dirbantys 1 etato krūvio ypač lyginant su dirbančiais didesniu krūviu (<1 etato grupėje (1) 75,00(87,5) balų, 1 etatu (2) 79,27(87,5) balų ir >1 etato (3) 72,05(75,0) balų:  $\chi^2=7,10$   $p=0,029$ :  $p2:3=0,008$ ) (žr. 14 pav.).



FA - Fizinis aktyvumas; VFP - Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų; S – Skausmas;  
BSV - Bendras sveikatos vertinimas

**15 pav. Gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo slaugytojų darbo pobūdžio**

Tyrimo rezultatai parodė, kad beveik visi fizinės sveikatos gyvenimo kokybės rodikliai, išskyrus bendros sveikatos vertinimo, statistikai reikšmingai nesiskyrė tarp darbo pobūdžio grupių. Tuo tarpu bendrą sveikatą žymiai geriau vertino tiriamieji dirbantys tik dieninėje pamainoje nei mišriai, nei naktimis ir nei paromis (mišriai (1 grupė) 60,02±18,79 balų, dienomis (2) 65,51±15,64 balų, naktimis (3) 50,33±6,98 balų ir paromis (4) 54,75±18,76 balų:  $F=4,71$   $p=0,003$ :  $p_{1:2}=0,036$ ,  $p_{2:3}=0,047$ ,  $p_{2:4}=0,001$ ) (žr. 15 pav.).

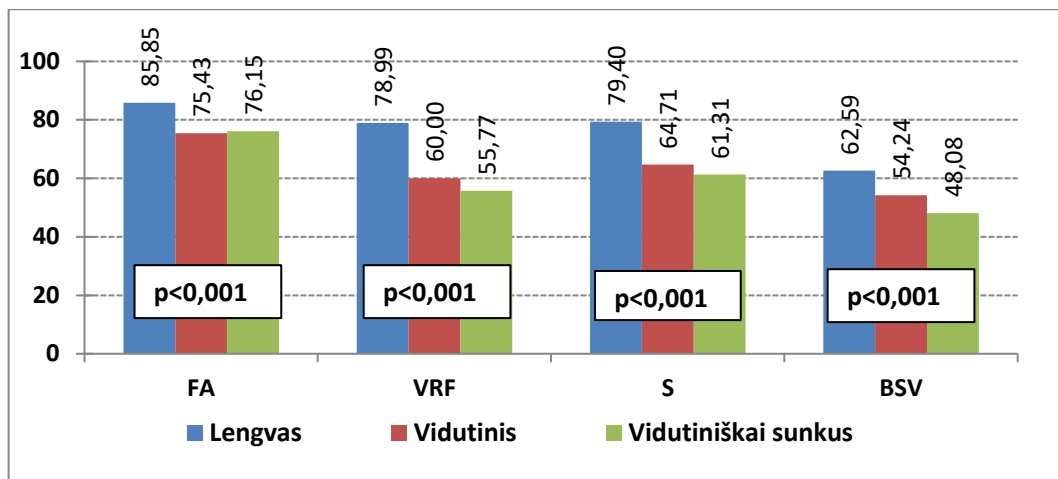


EG - Energingumas/gvybybingumas; VRE - Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų;  
SF - Socialinė funkcija; EB - Emocinė būklė

#### 16 pav. Gyvenimo kokybės, susijusios su psichine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo slaugytojų darbo pobūdžio

Emocinę būklę taip pat žymiai geriau vertino tiriamieji dirbantys tik dieninėje pamainoje nei mišriai, nei naktimis ir nei paromis (mišriai (1 grupė) 67,62±16,37 balų, dienomis (2) 72,80±11,51 balų, naktimis (3) 56,67±12,50 balų ir paromis (4) 65,13±19,72 balų:  $F=3,77$   $p=0,011$ :  $p_{1:2}=0,028$ ,  $p_{2:3}=0,020$ ,  $p_{2:4}=0,006$ ) (žr. 16 pav.).

Nustatytas statistiškai reikšmingas energingumo/ gyvybingumo vertinimo skirtumas tarp darbo pobūdžio grupių – energingumą/ gyvybingumą geriau vertino dirbantys mišriai ar dienomis nei paromis (mišriai (1 grupė) 63,81±18,55 balų, dienomis (2) 64,36±12,71 balų, naktimis (3) 53,33±5,16 balų ir paromis (4) 57,91±18,41 balų:  $F=2,73$   $p=0,044$ :  $p_{1:4}=0,020$ ,  $p_{2:4}=0,028$ ) (žr. 16 pav.).

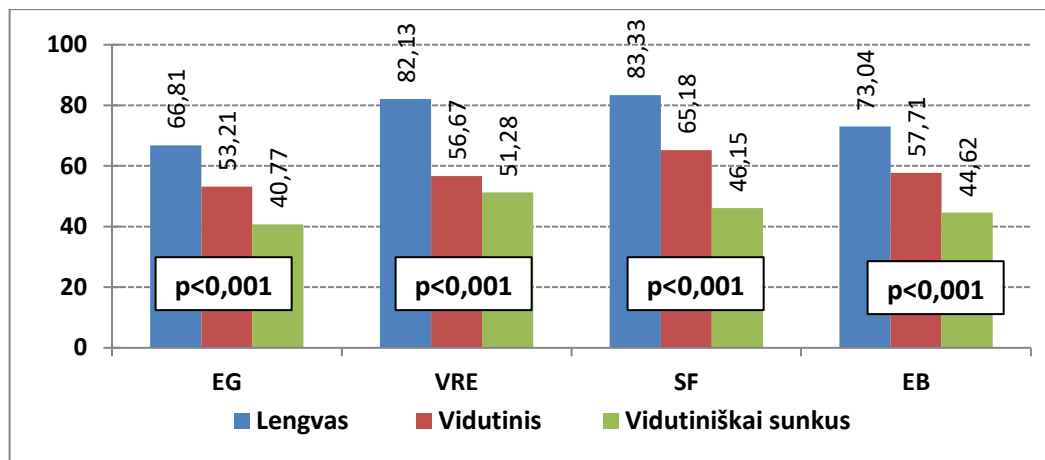


FA - Fizinis aktyvumas; VRF - Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų; S – Skausmas;  
BSV - Bendras sveikatos vertinimas

### 17 pav. Gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo slaugytojų nerimo lygio

Analizuojant gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, rodiklius priklausomai nuo tyrime dalyvavusių slaugytojų nerimo lygio nustatyti itin statistiškai reikšmingi ( $p < 0,001$ ) visų rodiklių skirtumai – slaugytojai lengvu nerimo lygiu žymiai geriau vertino nei slaugytojai turintys vidutinio ar vidutiniškai sunkaus nerimo lygį savo fizinį aktyvumą (su lengvu grupėje (1) 85,85(90,0) balų, su vidutiniu nerimu (2) 75,43(80,0) balų ir su vidutiniškai sunkiu nerimu (3) 76,15(85,0) balų:  $\chi^2=23,97$   $p < 0,001$ :  $p_{1:2} < 0,001$ ,  $p_{1:3}=0,013$ ,  $p_{2:3}=0,900$ ), bendrą sveikatą (atitinkamai 62,59±18,51, 54,24±15,82 ir 48,08±15,72 balų:  $F=8,78$   $p < 0,001$ :  $p_{1:2}=0,001$ ,  $p_{1:3}=0,005$ ,  $p_{2:3}=0,252$ ), jų veikla buvo mažiau apribota dėl fizinių problemų (atitinkamai 78,99(100), 60,00(75,0) ir 55,77(75,0) balų:  $\chi^2=19,15$   $p < 0,001$ :  $p_{1:2} < 0,001$ ,  $p_{1:3}=0,019$ ,  $p_{2:3}=0,689$ ) ir skausmo (atitinkamai 79,40(84,0), 64,71(62,0) ir 61,31(62,0) balų:  $\chi^2=26,50$   $p < 0,001$ :  $p_{1:2} < 0,001$ ,  $p_{1:3}=0,004$ ,  $p_{2:3}=0,493$ ). Tuo tarpu šie rodikliai statistiškai reikšmingai nesiskyrė tarp turinčių vidutinį nerimo lygį ir vidutiniškai sunkų (žr. 17 pav.).

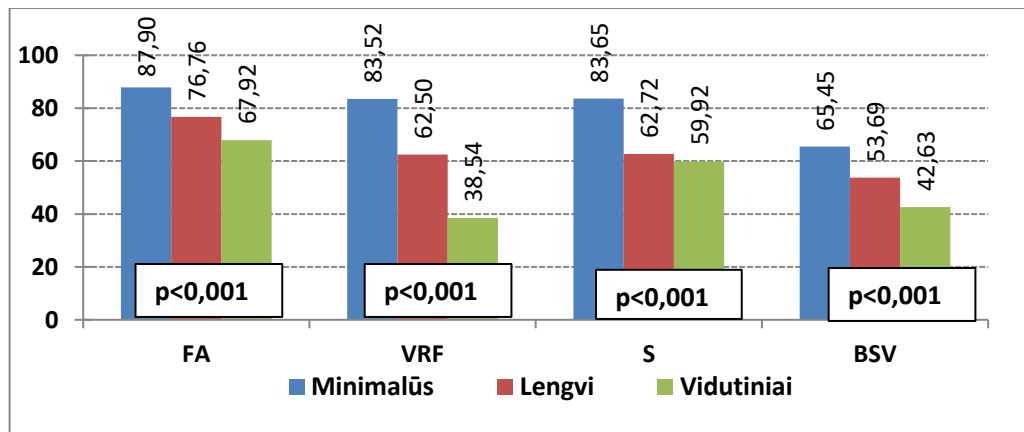
Tyrimo rezultatai parodė, kad energingumo/gyvybingumo (lengvo nerimo grupėje (1) 66,81±15,96 balų, su vidutiniu (2) 53,21±13,78 balų ir su vidutiniškai sunkiu (3 grupė) 40,77±19,77 balų:  $F=32,72$   $p < 0,001$ :  $p_{1:2} < 0,001$ ,  $p_{1:3} < 0,001$ ,  $p_{2:3}=0,009$ ) ir socialinės funkcijos (atitinkamai 83,33(87,5), 65,18(62,5) ir 46,15(37,5) balų:  $\chi^2=60,75$   $p < 0,001$ :  $p_{1:2} < 0,001$ ,  $p_{1:3} < 0,001$ ,  $p_{2:3}=0,002$ ) mažėjimas susijęs su nerimo lygio didėjimu (žr. 18 pav.).



EG - Energingas/gyvybingumas; VRE - Veiklos apribojimas dėl emocijų sutrikimų;  
 SF - Socialinė funkcija; EB - Emocinė būklė

**18 pav. Gyvenimo kokybės, susijusios su psichine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo slaugytojų nerimo lygio**

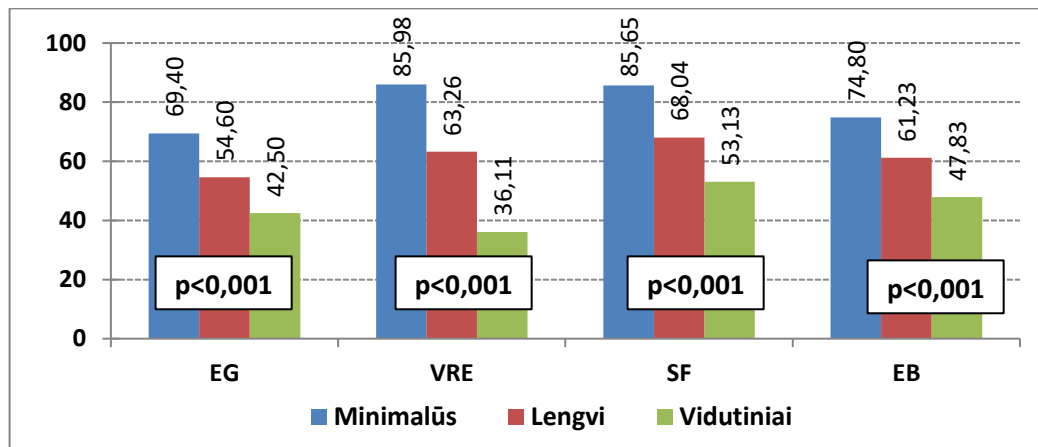
Emocinė būklė ir veiklos ribojimas dėl emocijų problemų statistiškai reikšmingai nesiskyrė tarp tiriamųjų su vidutiniu ir su vidutiniškai sunkiu nerimo lygio grupių, skyrėsi tik lyginant šias grupes su grupe tiriamųjų su minimaliais nerimo (emocinė būklė – minimalių nerimo grupėje (1) 73,04±14,52 balų, su vidutinio nerimo grupėje (2) 57,71±11,83 balų ir su vidutiniškai sunkaus nerimo grupėje (3) 44,62±19,92 balų:  $F=49,05$   $p<0,001$ :  $p_{1:2}<0,00$ ,  $p_{1:3}=0,001$ ;  $p_{2:3}=0,110$ ; veiklos ribojimas dėl emocijų problemų atitinkamai 82,13(100), 56,67(66,67) ir 51,28(66,67) balų:  $\chi^2=35,25$   $p<0,001$ :  $p_{1:2}<0,001$ ,  $p_{1:3}=0,001$ ,  $p_{2:3}=0,649$ ) (žr. 18 pav.).



FA - Fizinis aktyvumas; VRF - Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų; S – Skausmas;  
 BSV - Bendras sveikatos vertinimas

**19 pav. Gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo slaugytojų depresijos lygio**

Analizuojant gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, rodiklius priklausomai nuo tyrimo dalyvių depresijos lygio nustatyta, kad fizinio aktyvumo mažėjimas (su minimaliu lygiu (1 grupė) 87,90(95,0) balų, su lengvu lygiu (2) 76,76(80,0) balų ir su vidutiniu lygiu (3) 67,92(70,0) balų:  $\chi^2=57,51$   $p<0,001$ :  $p1:2<0,001$ ,  $p1:3<0,001$ ,  $p2:3=0,042$ ), bendros sveikatos vertinimo suprastėjimas (atitinkamai 65,45±18,74, 53,69±12,40 ir 42,63±15,51 balų:  $F=8,31$   $p<0,001$ :  $p1:2<0,001$ ,  $p1:3<0,001$ ,  $p2:3=0,009$ ) ir didėsnis veiklos ribojimas dėl fizinių problemų (atitinkamai 83,52(100), 62,50(62,5) ir 38,54(25,0) balų:  $\chi^2=46,22$   $p<0,001$ :  $p1:2<0,001$ ,  $p1:3<0,001$ ,  $p2:3=0,004$ ) susiję su depresijos lygio didėjimu. Tuo tarpu veiklos apribojimas dėl skausmo statistiškai reikšmingai nesiskyrė tarp grupių su lengvais ir su vidutiniais depresijos lygiais, skyrėsi tik lyginant šias grupes su minimalių lygių grupe (su minimaliu lygiu (1) 83,65(100) balų, su lengvu lygiu (2) 62,72(62,0) balų ir su vidutiniu lygiu (3) 59,92(62,0)100) balų, 56,67(66,67) balų ir 51,28(66,67) balų:  $\chi^2=64,39$   $p<0,001$ :  $p1:2<0,001$ ,  $p1:3<0,001$ ,  $p2:3=0,609$ ) (žr. 19 pav.).



EG - Energingumas/gyvybingumas; VRE - Veiklos apribojimas dėl emocijų sutrikimų;  
SF - Socialinė funkcija; EB - Emocinė būklė

## 20 pav. Gyvenimo kokybės, susijusios su psichine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo slaugytojų depresijos lygio

Visų gyvenimo kokybės, susijusios su psichine sveikata rodiklių vertinimų blogėjimas susijęs su depresijos lygio didėjimu – geriausiai vertino tyrimo dalyviai su minimaliais depresijos lygiais, prasčiausiai su vidutiniais (energingumas/gyvybingumas -su minimaliais lygiais (1) 69,40±15,02 balų, su lengvais lygiais (2) 54,60±12,78 balų ir su vidutiniais lygiais (3) 42,50±15,60 balų:  $F=56,43$   $p<0,001$ :  $p1:2<0,001$ ,  $p1:3<0,001$ ,  $p2:3<0,001$ ; veiklos ribojimas dėl emocijų problemų atitinkamai 85,98(100), 63,26(66,67) ir 36,11(33,33) balų:  $\chi^2=55,67$   $p<0,001$ :  $p1:2<0,001$ ,  $p1:3<0,001$ ,  $p2:3=0,003$ ; socialinė funkcija – atitinkamai 85,65(87,5), 68,04(75,0) ir 53,13(56,25) balų:  $\chi^2=71,86$   $p<0,001$ :  $p1:2<0,001$ ,

p1:3<0,001, p2:3=0,003; emocinė būklė – atitinkamai 74,80±14,14, 61,23±12,27 ir 47,83±10,45 balų; F=61,61 p<0,001: p1:2<0,001, p1:3<0,001, p2:3<0,001) (žr. 20 pav.).

Tyrimo rezultatai parodė, kad tyrime dalyvavusių moterų gyvenimo kokybės blogėjimas yra susijęs ir su didesniu nerimu ir su didesniu depresijos lygiu – nustatyti itin reikšmingi (p<0,001) gyvenimo kokybės rodiklių neigiami koreliaciniai ryšiai su nerimu ir depresija (žr. 7 lentelė).

**7 lentelė. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajos su nerimu ir depresija vyrų ir moterų grupėse**

Sritys	Vyrai				Moterys			
	Nerimas		Depresija		Nerimas		Depresija	
	n=10		n=10		n=280		n=278	
	r <sub>s</sub>	p	r <sub>s</sub>	P	r <sub>s</sub>	P	r <sub>s</sub>	p
FA	-0,36	0,301	-0,27	0,457	<b>-0,28</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,45</b>	<b>&lt;0,001</b>
VRF	-0,13	0,718	-0,57	0,086	<b>-0,26</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,38</b>	<b>&lt;0,001</b>
S	-0,54	0,106	<b>-0,75</b>	<b>0,012</b>	<b>-0,29</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,45</b>	<b>&lt;0,001</b>
BSV	-0,22	0,538	-0,34	0,341	<b>-0,24</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,41</b>	<b>&lt;0,001</b>
EG	-0,57	0,087	<b>-0,78</b>	<b>0,008</b>	<b>-0,40</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,51</b>	<b>&lt;0,001</b>
VRE	-0,41	0,236	<b>-0,76</b>	<b>0,011</b>	<b>-0,34</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,42</b>	<b>&lt;0,001</b>
SF	-0,54	0,105	<b>-0,73</b>	<b>0,018</b>	<b>-0,44</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,49</b>	<b>&lt;0,001</b>
EB	-0,52	0,121	<b>-0,70</b>	<b>0,025</b>	<b>-0,48</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,53</b>	<b>&lt;0,001</b>

FA – fizinis aktyvumas; VRF – veiklos ribojimas dėl fizinių problemų; VRE – veiklos ribojimas dėl emocinių problemų; S – skausmas; BSV – bendros sveikatos vertinimas; EG – energingumas/ gyvybingumas; SF – socialinė funkcija; EB – emocinė būklė

Tuo tarpu vyrų grupėje nustatyti neigiami reikšmingi ryšiai tarp depresijos ir tokių GK rodiklių kaip skausmo (r<sub>s</sub>=-0,75 p=0,012), energingumo/ gyvybingumo (r<sub>s</sub>=-0,78 p=0,008), veiklos ribojimo dėl emocinių problemų (r<sub>s</sub>=-0,76 p=0,011), socialinės funkcijos (r<sub>s</sub>=-0,73 p=0,018) ir emocinės būklės (r<sub>s</sub>=-0,70 p=0,025) – sunkesnis depresijos lygis blogino vyrų emocinę būklę, mažino jų energingumą/gyvybingumą, socialinę funkciją, didino veiklos apribojimą dėl skausmo ir emocinių problemų (žr. 7 lentelė).

**8 lentelė. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajos su nerimu amžiaus grupėse**

Sritys	Iki 25 m.		26-35 m.		36-45 m.		46-55 m.		≥56 m.	
	n=11		n=29		n=49		n=109		n=92	
	r <sub>s</sub>	p	r <sub>s</sub>	p	r <sub>s</sub>	P	r <sub>s</sub>	p	r <sub>s</sub>	p
FA	<b>-0,70</b>	<b>0,017</b>	<b>-0,40</b>	<b>0,032</b>	-0,15	0,291	<b>-0,31</b>	<b>0,001</b>	<b>-0,37</b>	<b>&lt;0,001</b>
VRF	-0,51	0,111	0,07	0,733	-0,18	0,205	-0,16	0,098	<b>-0,47</b>	<b>&lt;0,001</b>
S	-0,52	0,100	<b>-0,48</b>	<b>0,009</b>	-0,23	0,106	<b>-0,31</b>	<b>0,001</b>	<b>-0,28</b>	<b>0,007</b>
BSV	-0,55	0,081	-0,31	0,104	-0,11	0,442	-0,19	0,052	<b>-0,35</b>	<b>0,001</b>
EG	<b>-0,76</b>	<b>0,007</b>	<b>-0,53</b>	<b>0,003</b>	-0,26	0,074	<b>-0,32</b>	<b>0,001</b>	<b>-0,46</b>	<b>&lt;0,001</b>
VRE	-0,51	0,111	-0,24	0,207	-0,25	0,084	<b>-0,24</b>	<b>0,012</b>	<b>-0,54</b>	<b>&lt;0,001</b>
SF	<b>-0,84</b>	<b>0,001</b>	<b>-0,60</b>	<b>0,001</b>	<b>-0,31</b>	<b>0,030</b>	<b>-0,42</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,42</b>	<b>&lt;0,001</b>
EB	<b>-0,64</b>	<b>0,033</b>	<b>-0,58</b>	<b>0,001</b>	<b>-0,36</b>	<b>0,012</b>	<b>-0,41</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,55</b>	<b>&lt;0,001</b>

FA – fizinis aktyvumas; VRF – veiklos ribojimas dėl fizinių problemų; VRE – veiklos ribojimas dėl emocinių problemų; S – skausmas; BSV – bendros sveikatos vertinimas; EG – energingumas/ gyvybingumas; SF – socialinė funkcija; EB – emocinė būklė

Analizuojant GK rodiklių koreliacinius ryšius su nerimu atskiruose amžiaus grupėse nustatyta, kad nerimas blogino visus GK rodiklius vyresnių nei 55 metų tiriamųjų – šitoje grupėje nustatyti reikšmingi ( $p < 0,05$ ) neigiami koreliaciniai ryšiai tarp visų GK rodiklių ir nerimo. Mažiausiai nerimas buvo susijęs su GK rodikliais 36-45 metų grupėje – šioje grupėje didesnis nerimo lygis susijęs su blogesne emocine būkle ( $r_s = -0,36$   $p = 0,012$ ) ir prastesne socialine funkcija ( $r_s = -0,31$   $p = 0,030$ ). Likusiuose amžiaus grupėse didesnis nerimo lygis susijęs su mažesniu fiziniu aktyvumu (iki 25 metų grupėje  $r_s = -0,70$   $p = 0,017$ ; 26-35 metų grupėje  $r_s = -0,40$   $p = 0,032$ ; 46-55 metų grupėje  $r_s = -0,31$   $p = 0,001$ ), su mažesniu energingumu/ gyvybingumu (atitinkamai  $r_s = -0,76$   $p = 0,007$ ;  $r_s = -0,53$   $p = 0,003$ ;  $r_s = -0,32$   $p = 0,001$ ), su mažesne socialine funkcija (atitinkamai  $r_s = -0,84$   $p = 0,001$ ;  $r_s = -0,60$   $p = 0,001$ ;  $r_s = -0,42$   $p < 0,001$ ), su prastesne emocine būkle (atitinkamai  $r_s = -0,64$   $p = 0,033$ ;  $r_s = -0,58$   $p = 0,001$ ;  $r_s = -0,41$   $p < 0,001$ ).

Apibendrinant gautus rezultatus galima teigti, kad prastesnė socialinė funkcija ir blogesnė emocinė būklė yra susiję su didesniu nerimu nepriklausomai nuo tiriamųjų amžiaus (žr. 8 lentelė).

**9 lentelė. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajos su depresija amžiaus grupėse**

Sritys	Iki 25 m.		26-35 m.		36-45 m.		46-55 m.		≥56 m.	
	n=11		n=28		n=48		n=109		n=92	
	$r_s$	P	$r_s$	p	$r_s$	P	$r_s$	p	$r_s$	p
FA	<b>-0,81</b>	<b>0,003</b>	<b>-0,63</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,44</b>	<b>0,002</b>	<b>-0,42</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,40</b>	<b>&lt;0,001</b>
VRF	-0,37	0,257	<b>-0,39</b>	<b>0,043</b>	<b>-0,35</b>	<b>0,016</b>	<b>-0,31</b>	<b>0,001</b>	<b>-0,47</b>	<b>&lt;0,001</b>
S	-0,66	0,026	-0,37	0,051	<b>-0,42</b>	<b>0,003</b>	<b>-0,45</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,45</b>	<b>&lt;0,001</b>
BSV	<b>-0,61</b>	<b>0,047</b>	<b>-0,53</b>	<b>0,003</b>	<b>-0,40</b>	<b>0,004</b>	<b>-0,31</b>	<b>0,001</b>	<b>-0,41</b>	<b>&lt;0,001</b>
EG	<b>-0,79</b>	<b>0,004</b>	<b>-0,65</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,48</b>	<b>0,001</b>	<b>-0,49</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,50</b>	<b>&lt;0,001</b>
VRE	-0,37	0,257	<b>-0,55</b>	<b>0,003</b>	<b>-0,48</b>	<b>0,001</b>	<b>-0,34</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,48</b>	<b>&lt;0,001</b>
SF	<b>-0,83</b>	<b>0,002</b>	<b>-0,77</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,33</b>	<b>0,024</b>	<b>-0,53</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,40</b>	<b>&lt;0,001</b>
EB	<b>-0,79</b>	<b>0,004</b>	<b>-0,68</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,43</b>	<b>0,002</b>	<b>-0,52</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,52</b>	<b>&lt;0,001</b>

FA – fizinis aktyvumas; VRF – veiklos ribojimas dėl fizinių problemų; VRE – veiklos ribojimas dėl emocinių problemų; S – skausmas; BSV – bendros sveikatos vertinimas; EG – energingumas/ gyvybingumas; SF – socialinė funkcija; EB – emocinė būklė

Analizuojant GK rodiklių koreliacinius ryšius su depresija atskiruose amžiaus grupėse nustatyta, kad depresija blogino visus GK rodiklius vyresnių nei 35 metų tiriamųjų – šitose grupėse nustatyti reikšmingi ( $p < 0,05$ ) neigiami koreliaciniai ryšiai tarp visų GK rodiklių ir depresijos. Jaunesnių iki 36 metų tiriamųjų grupėse nustatyti reikšmingi neigiami ryšiai tarp depresijos ir tokių GK rodiklių kaip fizinio aktyvumo (iki 25 metų grupėje  $r_s = -0,81$   $p = 0,003$ ; 26-35 metų grupėje  $r_s = -0,63$   $p < 0,001$ ), bendros sveikatos vertinimo (atitinkamai  $r_s = -0,61$   $p = 0,047$ ;  $r_s = -0,53$   $p = 0,003$ ), energingumo/ gyvybingumo (atitinkamai  $r_s = -0,79$   $p = 0,004$ ;  $r_s = -0,65$   $p < 0,001$ ), socialinės funkcijos (atitinkamai  $r_s = -0,83$   $p = 0,002$ ;  $r_s = -0,77$   $p < 0,001$ ) ir emocinės būklės (atitinkamai  $r_s = -0,79$   $p = 0,004$ ;  $r_s = -0,68$   $p < 0,001$ ). Taip pat 26-35 metų

tiriamųjų grupėje nustatyti statistiškai reikšmingi neigiami ryšiai tarp depresijos ir veiklos ribojimo dėl fizinių problemų ( $r_s=-0,39$   $p=0,043$ ) ir emocinių problemų ( $r_s=-0,55$   $p=0,003$ ).

Apibendrinant gautus rezultatus galima teigti, kad mažesnis fizinis aktyvumas, energingumas/gyvybingumas, prastesni bendros sveikatos ir emocinės būklės vertinimai bei prastesnė socialinė funkcija yra susiję su didesniu depresijos lygiu nepriklausomai nuo tiriamųjų amžiaus (9 lentelė).

**10 lentelė. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajos su nerimu šeiminių padėties grupėse**

Sritis	Netekėjusios/ Nevedę		Ištekėjusios/ Vedę		Išsituokusios/ Išsiskyre		Našlės (-iai)		Gyvena su partneriu (-e)	
	n=24		n=175		n=45		n=18		n=28	
	$r_s$	P	$r_s$	p	$r_s$	P	$r_s$	p	$r_s$	p
FA	-0,32	0,123	<b>-0,24</b>	<b>0,001</b>	<b>-0,46</b>	<b>0,002</b>	-0,08	0,760	<b>-0,55</b>	<b>0,002</b>
VRF	-0,26	0,228	<b>-0,17</b>	<b>0,029</b>	<b>-0,44</b>	<b>0,002</b>	-0,13	0,615	<b>-0,58</b>	<b>0,001</b>
S	<b>-0,44</b>	<b>0,031</b>	<b>-0,26</b>	<b>0,001</b>	<b>-0,40</b>	<b>0,007</b>	-0,09	0,722	<b>-0,39</b>	<b>0,040</b>
BSV	-0,32	0,130	<b>-0,16</b>	<b>0,030</b>	<b>-0,39</b>	<b>0,009</b>	-0,08	0,761	<b>-0,46</b>	<b>0,014</b>
EG	<b>-0,64</b>	<b>0,001</b>	<b>-0,29</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,48</b>	<b>0,001</b>	-0,32	0,193	<b>-0,69</b>	<b>&lt;0,001</b>
VRE	-0,40	0,056	<b>-0,32</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,46</b>	<b>0,001</b>	-0,07	0,779	<b>-0,42</b>	<b>0,028</b>
SF	<b>-0,62</b>	<b>0,001</b>	<b>-0,35</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,46</b>	<b>0,001</b>	-0,32	0,197	<b>-0,75</b>	<b>&lt;0,001</b>
EB	<b>-0,67</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,36</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,60</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,51</b>	<b>0,032</b>	<b>-0,58</b>	<b>0,001</b>

FA – fizinis aktyvumas; VRF – veiklos ribojimas dėl fizinių problemų; VRE – veiklos ribojimas dėl emocinių problemų; S – skausmas; BSV – bendros sveikatos vertinimas; EG – energingumas/ gyvybingumas; SF – socialinė funkcija; EB – emocinė būklė

Analizuojant GK rodiklių koreliacinius ryšius su nerimu grupėse priklausomai nuo tiriamųjų šeiminių padėties nustatyta, kad nerimas blogino visus GK rodiklius vedusių, išsiskyrusių ir gyvenančių su partneriu (-e) tiriamųjų – šitose grupėse nustatyti reikšmingi ( $p<0,05$ ) neigiami koreliaciniai ryšiai tarp visų GK rodiklių ir nerimo. Mažiausiai nerimas buvo susijęs su GK rodikliais našlių grupėje – šioje grupėje didesnis nerimo lygis susijęs su blogesne emocine būkle ( $r_s=-0,51$   $p=0,032$ ). Netekėjusių/nevedusių grupėse didesnis nerimo lygis susijęs su didesnio skausmo vertinimu ( $r_s=-0,44$   $p=0,031$ ), su mažesniu energingumu/ gyvybingumu ( $r_s=-0,64$   $p=0,001$ ), su mažesne socialine funkcija ( $r_s=-0,62$   $p=0,001$ ) ir su prastesne emocine būkle ( $r_s=-0,67$   $p<0,001$ ).

Apibendrinant gautus rezultatus galima teigti, kad blogesnė emocinė būklė yra susijusi su didesniu nerimu nepriklausomai nuo tiriamųjų šeiminių padėties (žr. 10 lentelė).

**11 lentelė. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajos su depresija šeiminių padėties grupėse**

Sritis	Netekėjusios/ Nevedę		Ištekėjusios/ Vedę		Išsituokusios/ Išsiskyre		Našlės (-iai)		Gyvena su partneriu (-e)	
	n=23		n=174		n=45		n=18		n=28	
	$r_s$	P	$r_s$	p	$r_s$	P	$r_s$	p	$r_s$	p
FA	<b>-0,65</b>	<b>0,001</b>	<b>-0,39</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,59</b>	<b>&lt;0,001</b>	-0,22	0,374	<b>-0,67</b>	<b>&lt;0,001</b>
VRF	<b>-0,52</b>	<b>0,012</b>	<b>-0,34</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,32</b>	<b>0,032</b>	<b>-0,51</b>	<b>0,032</b>	<b>-0,62</b>	<b>&lt;0,001</b>

S	<b>-0,49</b>	<b>0,018</b>	<b>-0,47</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,54</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,48</b>	<b>0,043</b>	<b>-0,48</b>	<b>0,010</b>
BSV	<b>-0,63</b>	<b>0,001</b>	<b>-0,36</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,36</b>	<b>0,015</b>	<b>-0,41</b>	<b>0,092</b>	<b>-0,52</b>	<b>0,005</b>
EG	<b>-0,66</b>	<b>0,001</b>	<b>-0,44</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,50</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,72</b>	<b>0,001</b>	<b>-0,80</b>	<b>&lt;0,001</b>
VRE	<b>-0,55</b>	<b>0,006</b>	<b>-0,42</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,26</b>	<b>0,083</b>	<b>-0,53</b>	<b>0,025</b>	<b>-0,58</b>	<b>0,001</b>
SF	<b>-0,79</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,42</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,35</b>	<b>0,020</b>	<b>-0,76</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,83</b>	<b>&lt;0,001</b>
EB	<b>-0,77</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,42</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,48</b>	<b>0,001</b>	<b>-0,78</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,70</b>	<b>&lt;0,001</b>

FA – fizinis aktyvumas; VRF – veiklos ribojimas dėl fizinių problemų; VRE – veiklos ribojimas dėl emocinių problemų; S – skausmas; BSV – bendros sveikatos vertinimas; EG – energingumas/ gyvybingumas; SF – socialinė funkcija; EB – emocinė būklė

Analizuojant GK rodiklių koreliacinius ryšius su depresija tiriamųjų grupėse priklausomai nuo jų šeiminių padėties nustatyta, kad depresija blogino visus GK rodiklius nevedusių, vedusių ir gyvenančių su partneriu (-e) – šitose grupėse nustatyti reikšmingi ( $p < 0,05$ ) neigiami koreliaciniai ryšiai tarp visų GK rodiklių ir depresijos. Išsiskyrusių ir našlių grupėse taip pat nustatyti statistiškai reikšmingi neigiami ryšiai tarp depresijos ir beveik visų GK rodiklių – išsiskyrusių grupėje depresija nekoreliavo su veiklos ribojimu dėl emocinių problemų, o našlių grupėje – su fiziniu aktyvumu ir bendros sveikatos vertinimu.

Apibendrinant gautus rezultatus galima teigti, kad mažesnis energingumas/ gyvybingumas, prastesnė emocinė būklė, blogesnė socialinė funkcija bei didesnis veiklos apribojimas dėl skausmo ir fizinių problemų yra susiję su didesniu depresijos lygiu nepriklausomai nuo tiriamųjų šeiminių padėties (žr. 11 lentelė).

#### 12 lentelė. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajos su nerimu darbo stažo grupėse

Sritys	Iki 3 m.		4-14 m.		≥15 m	
	n=33		n=46		n=211	
	$r_s$	p	$r_s$	P	$r_s$	p
FA	<b>-0,43</b>	<b>0,012</b>	<b>-0,36</b>	<b>0,014</b>	<b>-0,27</b>	<b>&lt;0,001</b>
VRF	<b>-0,49</b>	<b>0,004</b>	-0,20	0,190	<b>-0,24</b>	<b>&lt;0,001</b>
S	<b>-0,57</b>	<b>0,001</b>	-0,29	0,054	<b>-0,27</b>	<b>&lt;0,001</b>
BSV	<b>-0,52</b>	<b>0,002</b>	<b>-0,34</b>	<b>0,023</b>	<b>-0,19</b>	<b>0,006</b>
EG	<b>-0,70</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,34</b>	<b>0,021</b>	<b>-0,37</b>	<b>&lt;0,001</b>
VRE	<b>-0,56</b>	<b>0,001</b>	-0,26	0,079	<b>-0,34</b>	<b>&lt;0,001</b>
SF	<b>-0,76</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,33</b>	<b>0,023</b>	<b>-0,42</b>	<b>&lt;0,001</b>
EB	<b>-0,64</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,42</b>	<b>0,004</b>	<b>-0,46</b>	<b>&lt;0,001</b>

FA – fizinis aktyvumas; VRF – veiklos ribojimas dėl fizinių problemų; VRE – veiklos ribojimas dėl emocinių problemų; S – skausmas; BSV – bendros sveikatos vertinimas; EG – energingumas/ gyvybingumas; SF – socialinė funkcija; EB – emocinė būklė

Analizuojant GK rodiklių koreliacinius ryšius su nerimu atskiruose darbo stažo grupėse nustatyta, kad nerimas blogino visus GK rodiklius tiek mažiausią patirtį turinčių tiriamųjų tiek ir didžiausią – šitose grupėse nustatyti reikšmingi ( $p < 0,05$ ) neigiami koreliaciniai ryšiai tarp visų GK rodiklių ir nerimo. Tiriamųjų su 4-14 metų darbo stažu grupėje didesnis nerimo lygis susijęs su prastesniu bendros sveikatos vertinimu ( $r_s = -0,34$   $p = 0,023$ ), su mažesniu fiziniu aktyvumu ( $r_s = -0,36$   $p = 0,014$ ) ir energingumu/gyvybingumu ( $r_s = -0,34$   $p = 0,021$ ), su mažesne socialine funkcija ( $r_s = -0,33$   $p = 0,023$ ) ir su prastesne emocine būkle ( $r_s = -0,42$   $p = 0,004$ ).

Apibendrinant gautus rezultatus galima teigti, kad mažesnis fizinis aktyvumas ir energingumas/gyvybingumas, prastesnis bendros sveikatos vertinimas ir prastesnė socialinė funkcija bei blogesnė emocinė būklė yra susiję su didesniu nerimu nepriklausomai nuo tiriamųjų darbo stažo (žr. 12 lentelė).

Analizuojant GK rodiklių koreliacinius ryšius su depresija atskiruose darbo stažo grupėse nustatyta, kad didesnis depresijos lygis blogino visus GK rodiklius, nepriklausomai nuo darbo stažo – visuose darbo stažo grupėse nustatyti reikšmingi ( $p < 0,05$ ) neigiami koreliaciniai ryšiai tarp visų GK rodiklių ir depresijos (žr. 13 lentelė).

**13 lentelė. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajos su depresija darbo stažo grupėse**

Sritys	Iki 3 m.		4-14 m.		≥15 m.	
	n=32		n=45		n=211	
	$r_s$	p	$r_s$	P	$r_s$	p
FA	-0,59	<0,001	-0,54	<0,001	-0,41	<0,001
VRF	-0,50	0,004	-0,44	0,002	-0,37	<0,001
S	-0,65	<0,001	-0,42	0,004	-0,45	<0,001
BSV	-0,56	0,001	-0,56	<0,001	-0,35	<0,001
EG	-0,70	<0,001	-0,52	<0,001	-0,49	<0,001
VRE	-0,55	0,001	-0,49	0,001	-0,40	<0,001
SF	-0,74	<0,001	-0,55	<0,001	-0,44	<0,001
EB	-0,72	<0,001	-0,49	0,001	-0,51	<0,001

FA – fizinis aktyvumas; VRF – veiklos ribojimas dėl fizinių problemų; VRE – veiklos ribojimas dėl emocinių problemų; S – skausmas; BSV – bendros sveikatos vertinimas; EG – energingumas/gyvybingumas; SF – socialinė funkcija; EB – emocinė būklė

Analizuojant GK rodiklių koreliacinius ryšius su nerimu tiriamųjų grupėse priklausomai nuo jų darbo krūvio nustatyta, kad nerimas blogino visus GK rodiklius dirbančiųjų 1 etato krūviu. Dirbančiųjų didesniu nei 1 etato krūviu grupėje taip pat nustatyti statistiškai reikšmingi neigiami ryšiai beveik visų GK rodiklių su depresija, išskyrus skausmo ir bendros sveikatos vertinimą. Mažiausiai nerimas buvo susijęs su GK rodikliais dirbančiųjų mažesniu nei 1 etato krūviu – šioje grupėje didesnis nerimo lygis susijęs su mažesniu fiziniu aktyvumu ( $r_s = -0,64$   $p = 0,019$ ), didesniu veiklos ribojimu dėl emocinių problemų ( $r_s = -0,72$   $p = 0,005$ ) ir prastesne socialine funkcija ( $r_s = -0,72$   $p = 0,005$ ).

Apibendrinant gautus rezultatus galima teigti, kad mažesnis fizinis aktyvumas, didesnis veiklos ribojimas dėl emocinių problemų ir prastesnė socialinė funkcija yra susiję su didesniu nerimu nepriklausomai nuo tiriamųjų darbo krūvio (žr. 13 lentelė).

**14 lentelė. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajos su nerimu darbo krūvio grupėse**

Sritys	<1 etato		1 etatas		>1 etato	
	n=13		n=205		n=72	
	$r_s$	p	$r_s$	P	$r_s$	p

FA	<b>-0,64</b>	<b>0,019</b>	<b>-0,26</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,30</b>	<b>0,009</b>
VRF	-0,34	0,260	<b>-0,24</b>	<b>0,001</b>	<b>-0,27</b>	<b>0,022</b>
S	-0,35	0,240	<b>-0,33</b>	<b>&lt;0,001</b>	-0,19	0,106
BSV	-0,29	0,330	<b>-0,24</b>	<b>&lt;0,001</b>	-0,21	0,076
EG	-0,17	0,572	<b>-0,41</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,38</b>	<b>0,001</b>
VRE	<b>-0,72</b>	<b>0,005</b>	<b>-0,30</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,42</b>	<b>&lt;0,001</b>
SF	<b>-0,72</b>	<b>0,005</b>	<b>-0,45</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,35</b>	<b>0,003</b>
EB	-0,51	0,072	<b>-0,49</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,41</b>	<b>&lt;0,001</b>

FA – fizinis aktyvumas; VRF – veiklos ribojimas dėl fizinių problemų; VRE – veiklos ribojimas dėl emocinių problemų; S – skausmas; BSV – bendros sveikatos vertinimas; EG – energingumas/ gyvybingumas; SF – socialinė funkcija; EB – emocinė būklė

Analizuojant GK rodiklių koreliacinius ryšius su depresija tiriamųjų grupėse priklausomai nuo jų darbo krūvio nustatyta beveik analogiška situacija kaip ir su nerimu – tik depresija blogino visus GK rodiklius dirbančiųjų 1 etato krūviu ir dirbančiųjų didesniu nei 1 etato krūviu. Dirbančiųjų mažesniu nei 1 etato krūviu grupėje didesnis depresijos lygis susijęs tik su didesniu skausmo vertinimu ( $r_s=-0,61$   $p=0,028$ ), didesniu veiklos ribojimu dėl emocinių problemų ( $r_s=-0,83$   $p<0,001$ ) ir prastesne socialine funkcija ( $r_s=-0,63$   $p=0,022$ ).

Apibendrinant gautus rezultatus galima teigti, kad didesnis veiklos ribojimas dėl skausmo ir emocinių problemų bei prastesnė socialinė funkcija yra susiję su didesniu depresijos lygiu nepriklausomai nuo tiriamųjų darbo krūvio (žr. 14 lentelė).

#### 15 lentelė. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajos su depresija darbo krūvio grupėse

Sritys	<1 etato		1 etatas		>1 etato	
	n=13		n=203		n=72	
	$r_s$	p	$r_s$	P	$r_s$	p
FA	-0,46	0,111	<b>-0,45</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,44</b>	<b>&lt;0,001</b>
VRF	-0,34	0,254	<b>-0,36</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,45</b>	<b>&lt;0,001</b>
S	<b>-0,61</b>	<b>0,028</b>	<b>-0,52</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,29</b>	<b>0,014</b>
BSV	-0,36	0,233	<b>-0,42</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,33</b>	<b>0,005</b>
EG	-0,13	0,677	<b>-0,52</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,56</b>	<b>&lt;0,001</b>
VRE	<b>-0,83</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,33</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,61</b>	<b>&lt;0,001</b>
SF	<b>-0,63</b>	<b>0,022</b>	<b>-0,48</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,45</b>	<b>&lt;0,001</b>
EB	-0,44	0,132	<b>-0,53</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,48</b>	<b>&lt;0,001</b>

FA – fizinis aktyvumas; VRF – veiklos ribojimas dėl fizinių problemų; VRE – veiklos ribojimas dėl emocinių problemų; S – skausmas; BSV – bendros sveikatos vertinimas; EG – energingumas/ gyvybingumas; SF – socialinė funkcija; EB – emocinė būklė

Analizuojant GK rodiklių koreliacinius ryšius su nerimu tiriamųjų grupėse priklausomai nuo jų darbo pobūdžio nustatyta, kad nerimas blogino visus GK rodiklius dirbančių mišriai – šitoje grupėje nustatyti reikšmingi ( $p<0,05$ ) neigiami koreliaciniai ryšiai tarp visų GK rodiklių ir nerimo. Taip pat nerimas blogino beveik visus GK rodiklius, išskyrus bendros sveikatos vertinimo, ir grupėje tiriamųjų dirbančių paromis. Visiškai nerimas nebuvo susijęs su GK rodikliais dirbančiųjų naktimis ir beveik

nesusijęs dirbančiųjų dienomis – šioje grupėje nerimas statistiškai reikšmingai neigiamai koreliavo tik su socialine funkcija ( $r_s=-0,29$   $p=0,014$ ) (žr. 15 lentelė).

**16 lentelė. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajos su nerimu darbo pobūdžio grupėse**

Sritys	Mišrios		Dienomis		Naktimis		Paromis	
	n=147		n=70		n=6		n=67	
	$r_s$	P	$r_s$	P	$r_s$	p	$r_s$	p
FA	<b>-0,35</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,08	0,487	-0,39	0,441	<b>-0,34</b>	<b>0,005</b>
VRF	<b>-0,34</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,15	0,219	-0,63	0,178	<b>-0,30</b>	<b>0,015</b>
S	<b>-0,32</b>	<b>&lt;0,001</b>	-0,02	0,884	-0,57	0,242	<b>-0,44</b>	<b>&lt;0,001</b>
BSV	<b>-0,33</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,14	0,260	-0,42	0,410	-0,21	0,086
EG	<b>-0,48</b>	<b>&lt;0,001</b>	-0,01	0,958	-0,70	0,125	<b>-0,54</b>	<b>&lt;0,001</b>
VRE	<b>-0,46</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,12	0,325	0,20	0,704	<b>-0,41</b>	<b>0,001</b>
SF	<b>-0,44</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,29</b>	<b>0,014</b>	-0,13	0,802	<b>-0,64</b>	<b>&lt;0,001</b>
EB	<b>-0,50</b>	<b>&lt;0,001</b>	-0,13	0,285	-0,70	0,125	<b>-0,63</b>	<b>&lt;0,001</b>

FA – fizinis aktyvumas; VRF – veiklos ribojimas dėl fizinių problemų; VRE – veiklos ribojimas dėl emocinių problemų; S – skausmas; BSV – bendros sveikatos vertinimas; EG – energingumas/ gyvybingumas; SF – socialinė funkcija; EB – emocinė būklė

Apibendrinant gautus rezultatus galima teigti, kad dirbančiųjų mišriai ir paromis prastesnė fizinė ir emocinė gyvenimo kokybė susijusi ne tik su didesniu nerimo lygiu, bet galimai ir su pačiu darbo pobūdžiu.

**17 lentelė. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajos su depresija darbo pobūdžio grupėse**

Sritys	Mišrios		Dienomis		Naktimis		Paromis	
	n=146		n=70		n=6		n=66	
	$r_s$	P	$r_s$	P	$r_s$	p	$r_s$	p
FA	<b>-0,48</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,29</b>	<b>0,014</b>	<b>-0,83</b>	<b>0,042</b>	<b>-0,44</b>	<b>&lt;0,001</b>
VRF	<b>-0,50</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,07	0,582	-	-	<b>-0,44</b>	<b>&lt;0,001</b>
S	<b>-0,42</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,48</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,89</b>	<b>0,016</b>	<b>-0,53</b>	<b>&lt;0,001</b>
BSV	<b>-0,37</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,34</b>	<b>0,004</b>	-	-	<b>-0,49</b>	<b>&lt;0,001</b>
EG	<b>-0,59</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,30</b>	<b>0,013</b>	-0,44	0,383	<b>-0,59</b>	<b>&lt;0,001</b>
VRE	<b>-0,48</b>	<b>&lt;0,001</b>	-0,03	0,779	-0,63	0,178	<b>-0,61</b>	<b>&lt;0,001</b>
SF	<b>-0,54</b>	<b>&lt;0,001</b>	-0,22	0,063	-0,63	0,180	<b>-0,64</b>	<b>&lt;0,001</b>
EB	<b>-0,52</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,32</b>	<b>0,007</b>	-0,44	0,383	<b>-0,69</b>	<b>&lt;0,001</b>

FA – fizinis aktyvumas; VRF – veiklos ribojimas dėl fizinių problemų; VRE – veiklos ribojimas dėl emocinių problemų; S – skausmas; BSV – bendros sveikatos vertinimas; EG – energingumas/ gyvybingumas; SF – socialinė funkcija; EB – emocinė būklė

Analizuojant GK rodiklių koreliacinius ryšius su depresija tiriamųjų grupėse priklausomai nuo jų darbo pobūdžio nustatyta, kad depresija blogino visus GK rodiklius dirbančiųjų mišriai ar paromis – šitose grupėse nustatyti reikšmingi ( $p<0,05$ ) neigiami koreliaciniai ryšiai tarp visų GK rodiklių ir depresijos. Dirbančiųjų tik dienomis depresijos simptomų lygis statistiškai reikšmingai neigiamai koreliavo su fiziniu aktyvumu ( $r_s=-0,29$   $p=0,014$ ), skausmo ( $r_s=-0,48$   $p<0,001$ ) ir bendros sveikatos ( $r_s=-0,34$   $p=0,004$ ) vertinimais, energingumu/ gyvybingumu ( $r_s=-0,30$   $p=0,013$ ) ir emocine būkle ( $r_s=-0,32$   $p=0,007$ ). Mažiausiai depresija buvo susijusi su GK rodikliais dirbančiųjų naktimis – šioje grupėje

depresija statistiškai reikšmingai neigiamai koreliavo tik su fiziniu aktyvumu ( $r_s=-0,83$   $p=0,042$ ) ir skausmo vertinimu ( $r_s=-0,89$   $p=0,016$ ) (žr. 17 lentelė).

Apibendrinant gautus rezultatus galima teigti, kad mažesnis fizinis aktyvumas ir didesnis veiklos ribojimas dėl skausmo yra susiję su didesniu depresijos lygiu nepriklausomai nuo tiriamųjų darbo pobūdžio.

### **2.3. Tyrimų rezultatų aptarimas**

Šiuo tyrimu buvo siekiama ištirti psichikos sveikatos slaugytojų darbe patiriamo nerimo ir depresijos galimas sąsajas su gyvenimo kokybe. Tyrimo tikslas - išanalizuoti psichikos sveikatos slaugytojų darbe patiriamo nerimo ir depresijos sąsajas su gyvenimo kokybe. Lietuvoje tokių tyrimų stokojama, todėl šis tyrimas gali prisidėti gerinant psichikos sveikatos slaugytojų darbą bei jų gyvenimo kokybę.

Analizuojant nerimo lygį tarp tyrime dalyvavusių slaugytojų nustatyta, kad didžioji dalis 71,4 proc. jų buvo su lengvu nerimu, 24,1 proc. – su vidutiniu ir 4,5 proc. – su vidutiniškai sunkiu. Nerimo lygis tiek moterų grupėje tiek ir vyrų grupėje buvo panašus. Tyrimo metu nustatyta, kad nerimo sunkumo lygis statistiškai reikšmingai priklausė nuo šeiminių padėties. Dažniausiai nerimo atvejų buvo nustatyta netekėjusių/ nevedusių (79,2 proc.) ir ištekėjusių/ vedusių (76,0 proc.) tiriamųjų grupėse, rečiausiai gyvenančių su partneriu (-e) grupėje (46,4 proc.).

Tyrėjas Tsaras su kolegomis (2018) Graikijoje nagrinėjo psichikos sveikatos slaugytojų depresijos ir nerimo veiksmų prognozavimą ir atlikęs kiekybinį skerspjūvio tyrimą. Panaudojo Paciento sveikatos klausimyną (PHQ) ir generalizuoto nerimo sutrikimo (GAD) klausimyną kartu su pagrindinėmis demografinėmis, socialinėmis ypatybėmis. Šių tyrėjų tyrimo rezultatuose labai didelis procentas buvo priskirtas depresijai (52,7%) ir nerimui (48,2%), o veiksniai, kurie buvo nustatyti, buvo amžius, šeiminių padėtis ir išsilavinimas. Tiek šiame tyrime, tiek užsienio tyrėjų atliktuose tyrimuose nerimo lygis daugiausia priklauso nuo šeiminių padėties.

Analizuojant GK rodiklių koreliacinius ryšius su nerimu tiriamųjų grupėse priklausomai nuo jų darbo pobūdžio nustatyta, kad nerimas blogino visus GK rodiklius dirbančių mišriai – šitoje grupėje nustatyti reikšmingi ( $p<0,05$ ) neigiami koreliaciniai ryšiai tarp visų GK rodiklių ir nerimo.

Analizuojant duomenis pagal pateiktus PHQ-9 ribinius įverčius, nustatyta, kad daugumos 60,7 proc. tiriamųjų depresijos simptomai buvo minimalūs, 30,3 proc. - lengvai išreikšti, 8,3 proc. – vidutiniai simptomai. Sunkių depresijos simptomų ir labai sunkių turėjo pavieniai asmenys (po 0,3 proc.).

Analizuojant depresijos lygį, gauti šio tyrimo rezultatai parodė, kad depresijos lygis kaip ir nerimo statistiškai reikšmingai priklausė nuo šeiminių padėties. Australijoje tyrėjas Maharaj su

kolegomis (2018) tyrė depresijos, nerimo ir streso paplitimą ir rizikos veiksnius Australijos slaugytojų grupėje. Jų gautuose rezultatuose nustatyta, kad depresijos, nerimo ir streso paplitimo rodikliai yra atitinkamai 32,4%, 41,2% ir 41,2%.

Šio darbo tyrimo rezultatai parodė, kad depresijos lygio didėjimas stebėtas, tarp dirbančių paromis (16,7 proc.) ir mišriai (8,2 proc.) dažniau buvo tiriamųjų su vidutiniškai išreikštais depresijos lygiais nei tarp dirbančių tik dienomis (1,4 proc.) ar naktimis.

Analizuojant gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, rodiklius priklausomai nuo tyrimo dalyvių depresijos lygio nustatyta, kad fizinio aktyvumo mažėjimas bendros sveikatos vertinimo suprastėjimas ir didesnis veiklos ribojimas dėl fizinių problemų susiję su depresijos lygio didėjimu.

Analizuojant GK rodiklių koreliacinius ryšius su depresija tiriamųjų grupėse priklausomai nuo jų darbo pobūdžio nustatyta, kad depresija blogino visus GK rodiklius dirbančiųjų mišriai ar paromis – šitose grupėse nustatyti reikšmingi ( $p < 0,05$ ) neigiami koreliaciniai ryšiai tarp visų GK rodiklių ir depresijos. Dirbančiųjų mažesniu nei 1 etato krūviu grupėje didesnis depresijos lygio didėjimas susijęs tik su didesniu skausmo vertinimu, didesniu veiklos ribojimu dėl emocinių problemų ir prastesne socialine funkcija.

Emocinę būklę taip pat žymiai geriau vertino tiriamieji dirbantys tik dieninėje pamainoje, nei mišriai, nei naktimis ir nei paromis. Dirbančiųjų mišriai ir paromis prastesnė fizinė ir emocinė gyvenimo kokybė susijusi ne tik su didesniu nerimo lygiu, bet galimai ir su pačiu darbo pobūdžiu.

Iš gyvenimo kokybės, susijusios su psichine sveikata, tyrimo rodiklių geriausiai tiriamieji vertino socialinę funkciją, prasčiausiai - energingumą/ gyvybingumą. Gyvenimo kokybė, susijusi su psichine sveikata, bendroje tiriamųjų grupėje vertinta pakankamai gerai. Dyglytės (2019) tyrimas atskleidė, kad vertinant gyvenimo kokybę, susijusią su psichine sveikata, nustatytas socialinės funkcijos vertinimo skirtumo priklausomumas nuo slaugytojų amžiaus: 30–39 metų slaugytojos socialinę funkciją vertino kur kas geriau nei vyresnės.

Nustatyti statistiškai reikšmingi gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, rodiklių vertinimų skirtumai priklausomai nuo tyrime dalyvavusių slaugytojų amžiaus parodė, kad jaunesni tiriamieji žymiai geriau vertino nei vyresni savo fizinį aktyvumą ir bendrą sveikatą, jų veikla buvo mažiau apribota dėl skausmo. Autorė Dyglytė su kolegomis (2019) atlikdama slaugytojų dirbančių naktinėse pamainose GK tyrimą irgi nustatė, kad savo fizinį aktyvumą kur kas geriau vertino jaunesnio amžiaus slaugytojos nei vyresnio, ypač lyginant 50–59 metų slaugytojas su kitomis amžiaus grupėmis.

Šiame tyrime dalyvavę slaugytojai savo gyvenimo kokybę, susijusią su fizine sveikata, vertino pakankamai gerai - geriausiai jie vertino fizinį aktyvumą, prasčiausiai savo bendrą sveikatą. Nustatytas

statistiškai reikšmingas socialinės funkcijos vertinimo skirtumas, kuris parodė, kad savo socialinę funkciją geriausiai vertino slaugytojai dirbantys 1 etato krūviu, ypač lyginant su dirbančiais didesniu krūviu. Nustatytas statistiškai reikšmingas socialinės funkcijos vertinimo tarp amžiaus grupių skirtumas parodė, kad savo socialinę funkciją žymiai prasčiau vertino 46-55 metų tyrimo dalyviai nei jaunesni.

Tyrimo rezultatai parodė, kad tyrime dalyvavusių moterų gyvenimo kokybės blogėjimas yra susijęs ir su didesniu nerimu ir su didesniu depresijos lygiu – nustatyti itin reikšmingi ( $p < 0,001$ ) gyvenimo kokybės rodiklių neigiami koreliaciniai ryšiai su nerimu ir depresija. Vyrų grupėje nustatyti neigiami reikšmingi ryšiai tarp depresijos ir tokių GK rodiklių kaip skausmo energingumo/gyvybingumo, veiklos ribojimo dėl emocinių problemų, socialinės funkcijos ir emocinės būklės. Sunkesnis depresijos lygis blogino vyrų emocinę būklę, mažino jų energingumą/gyvybingumą, socialinę funkciją, didino veiklos apribojimą dėl skausmo ir emocinių problemų.

Šio darbo iškelta hipotezė - tikėtina psichikos sveikatos slaugytojai turintys mažesnę darbo stažą patiria mažesnę nerimo lygį nepasitvirtino. Tyrimo rezultatai parodė, kad nerimo simptomų lygio didėjimas nepriklausė nuo tiriamųjų darbo stažo. Vertinant GK gautus rezultatus galima teigti, kad mažesnis fizinis aktyvumas ir energingumas/gyvybingumas, prastesnis bendros sveikatos vertinimas ir prastesnė socialinė funkcija bei blogesnė emocinė būklė yra susiję su didesniu nerimu nepriklausomai nuo tiriamųjų darbo stažo.

## IŠVADOS

1. Nustatyta, kad tyrime dalyvavusių slaugytojų didžioji dalis buvo su lengvu nerimu. Tyrimo rezultatai parodė, kad nerimo lygio didėjimas nepriklausė nuo tiriamųjų darbo stažo darbo krūvio ir darbo pobūdžio. Tyrimas atskleidė, kad emociškai gerai jaučiasi tie darbuotojai, kurie dirba dienomis ir tik už 1 etato darbo krūvį. Dirbančiųjų mišriai ir paromis prastesnė fizinė ir emocinė gyvenimo kokybė susijusi ne tik su didesniu nerimo lygiu, bet galimai ir su pačiu darbo pobūdžiu.
2. Tyrimo metu nustatyta, kad daugumos tiriamųjų depresijos lygis buvo minimalus. Sunkių ir labai sunkių depresijos lygį turėjo pavieniai asmenys. Tyrimas atskleidė, kad fizinio aktyvumo mažėjimas, bendros sveikatos vertinimo suprastėjimas ir didesnis veiklos ribojimas dėl fizinių problemų susiję su depresijos lygio didėjimu. Mažesnis energingumas, gyvybingumas, prastesnė emocinė būklė, blogesnė socialinė funkcija bei didesnis veiklos apribojimas dėl skausmo ir fizinių problemų yra susiję su didesniu depresijos lygiu.
3. Tyrimo metu dalyvavę slaugytojai savo gyvenimo kokybę, susijusią su fizine sveikata, vertino pakankamai gerai - geriausiai jie vertino fizinį aktyvumą, prasčiausiai savo bendrą sveikatą. Tyrimo rezultatai parodė, kad tyrime dalyvavusių psichikos sveikatos slaugytojų - moterų gyvenimo kokybės blogėjimas yra susijęs ir su didesniu nerimu ir su didesniu depresijos lygiu – nustatyti itin reikšmingi ( $p < 0,001$ ) gyvenimo kokybės rodiklių neigiami koreliaciniai ryšiai su nerimu ir depresija. Tyrimo metu nustatyta, kad nerimas blogino visus GK rodiklius vyresnių nei 55 metų tiriamųjų, mažiausiai nerimas buvo susijęs su GK rodikliais 36-45 metų tiriamaisiais.

## **REKOMENDACIJOS**

### **Tyrimo dalyviams:**

1. Rekomenduotina dirbti vienu etato darbo krūviu. Didinti fizinį aktyvumą.
2. Skatinti bendradarbiavimą su kolegomis ir pozityviais žmonėmis, bei skatinti emocinį stabilumą.

### **Psichikos sveikatos priežiūros įstaigoms:**

1. Įstaigoje tobulinti strategijas pritraukiančias jaunų darbuotojų - psichikos sveikatos slaugytojų priėmimą į darbą.
2. Organizuoti pagal galimybes rekreacines veiklas.

## LITERATŪRA

1. Andruškienė J, Vaičiūnienė B, Iždonaitė-Medžiūnienė I. 2012. Gyvenimo kokybės pokyčių analizė tarp studijuojančiųjų sveikatos mokslus kolegijoje. Visuomenės sveikata Nr. 1 p. 26- 31.
2. An Y., Yang Y., Wang A., Li Y., Zang Q., Chueng T., Ungvari G., Qin M.Z., An F.R., Xiang T.Y. 2020. Prevalence of depression and its impact on quality of life among frontline nurses in emergency departments during the COVID -19 outbreak. [žiurėta 2021 gegužės 2d.]. Prieiga internetu: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32871661/>
3. Bartašiūnienė V., Petravičienė Z. 2013. Slaugytojo motyvacijos darbui analizė: magistrinis darbas. Kaunas.
4. Banislauskaitė V. 2020. Depresijos ir nerimo simptomų ryšys su sociodemografiniais beiliga susijusiais veiksniais ir gyvenimo kokybe, sergant psoriaze: magistrinis darbas. Kaunas.
5. Botha E., Gwin T., Purpora Ch. 2015. The effectiveness of mindfulness based programs in reducing stress experienced by nurses in adult hospital settings: a systematic review of quantitative evidence protocol. [žiurėta gegužės 16d]. Prieiga internetu: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26571279/>
6. Brennan E.J. 2017. Towards resilience and wellbeing in nurses. [žiurėta gegužės 20d.]. Prieiga internetu: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28079412/>
7. Brown J., Bowling A., Terry F. 2004. European Forum on Population Ageing Research. [žiurėta 2021 m. kovo 16 d.] Prieiga internetu: <https://lemosandcrane.co.uk/resources/European%20Forum%20on%20Population%20Ageing%20Research%20-%20Models%20of%20Quality%20of%20Life.pdf>.
8. Butkutė – Šliužienė K. 2019. Generalizuoto nerimo sutrikimo skalė GAD-7. Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija, 21(1), p 21-22.
9. Čiupailienė A. 2016. Psichikos sveikatos slaugytojų agresijos patirtis ir požiūris į agresijos ir smurto valdymą ligoninėje: magistro darbas. Vilnius.
10. Dyglytė L., Kazlauskienė L., Žiliukas. 2019. Naktinėse pamainose dirbančių slaugytojų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė. Reabilitacijos mokslai: slauga, kineziterapija, ergoterapija. Nr.1 (20), p. 71 – 79.
11. Dringelytė K. 2020. Pirminės sveikatos priežiūros įstaigų slaugytojų miego kokybės ir gyvenimo kokybės sąsajos: Magistrinis darbas. Kaunas.
12. Dumbliauskienė M., Jarmalavičienė S. 2012. Gyvenimo kokybės kompleksinio vertinimo metodologinės problemos. Geografijos metraštis Nr.45 p. 3-14.

13. El – Den S, Chen TF, Gan YL, Wong E, O’Reilly CL. 2018. The psychometric properties of depression screening tools in primary healthcare settings: A systematic review. *J Affect Disord.* [žiūrėta 2021 m. vasario 16 d.]. Prieiga internetu: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28866295/>
14. Freimann T, Merisalu E. 2015. Work-related psychosocial risk factors and mental health problems amongst nurses at a university hospital in Estonia: a cross-sectional study. *Scand J Public Health*, 43(5): 447-52.
15. Furmonavičius T. 2001. „Gyvenimo kokybės tyrimai medicinoje“. *Biomedicina* 1 (2), p. 128–132.
16. Gibb J., Cameron M., Hamilton R., Murphy E., Naji S. 2010. Mental health nurses and allied health professionals perceptions of the role of the Occupational Health Service in the management of work-related stress: how do they self-care? [žiūrėta 2021 m. sausio 5 d.]. Prieiga internetu: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21040230/>
17. Gylienė E. 2005. Slaugytojo pasitenkinimas atliekamą darbu. *Slauga ir sveikata* Nr. 5 (29) p.4 – 5.
18. Glumbakaitė E. 2014. Bendruomenės slaugytojų psichologiniai darbo aspektai ir santykiai darbe. *Sveikatos mokslai* 24(3): 137-141.
19. Gu B., Tan Q., Zhao S. 2019. The association between occupational stress and psychosomatic wellbeing among Chinese nurses: a cross – sectional survey. [žiūrėta 2021 m. gegužės 17 d.]. Prieiga internetu: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31145327/>
20. Herr NR, Williams JW, Benjamin S, McDuffie J. 2014. Does this patient have generalized anxiety or panic disorder?: The Rational Clinical Examination systematic review. [žiūrėta 2021 m. vasario 16 d.]. Prieiga internetu: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25058220/>
21. Hussain M., Tasnim S., Sultana A., Faizah F., et al. 2020. Epidemiology mental health problems in COVID-19: a review. [žiūrėta gegužės 16 d.]. Prieiga internetu: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33093946/>
22. Istomina N., Bagdonas R., Krivickienė P., Krivickaitė-Mišėikė A. 2011. Slaugytojų, dirbančių intensyviosios terapijos skyriuose, gyvenimo kokybės vertinimas. *Sveikatos mokslai* Nr.7. p.185-190.
23. Ivanauskienė R. 2019. Slaugytojų, dirbančių stacionariuose skyriuose, darbe patiriamo subjektyviai suvokiamo streso poveikis jų gyvenimo kokybei: magistro darbas. Kaunas.
24. Janušauskaitė G. 2008. Gyvenimo kokybės tyrimai: problemos ir galimybės. *Filosofija. Sociologija* Nr.4. p. 34-44.

25. Jegorova N. 2014. Slaugytojų lūkesčių ir poreikių analizė psichikos sveikatos slaugytojo kvalifikacijos įgijimo ir tobulinimosi kursuose: magistro darbas. Vilnius.
26. Jenkinson C., Layte R., Wright L., Coulter A. 1996. The U.K. SF-36: an analysis and interpretation manual. A guide to health status measurement with particular reference to the Short Form 36 health survey, University of Oxford, p. 65.
27. Yada H, Abe H, Omori H, Matsuo H, Masaki O, Ishida Y, Katoh T. 2014. Differences in job stress experienced by female and male Japanese psychiatric nurses. *Int J Ment Health Nurs* 23(5): 468-76.
28. Yang J., Tang S., Zhou W. 2018. Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy on Work Stress and Mental Health of Psychiatric Nurses. [žiurėta 2021m. sausio 5d.]. Prieiga internetu: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29930229/>
29. Juozapavičienė R., Daujotaitė O. 2019. Slaugytojų naktinio darbo įtaka fizinei ir psichoemocinei sveikatai. *Sveikatos mokslai*, 29 (6), p 160-165.
30. Juozulynas A., Čeremnych E., Kurtinaitis J., Jankauskienė K., Reklaitienė R. 2005. Gyvenimo kokybė ir sveikata. *Sveikatos mokslai* Nr.1. p. 71-74.
31. Katraskis A., Perminas A. 2013. Slaugytojų subjektyviai suvokiamo streso bei vilties išgyvenimo sąsajos. X -Jaunųjų mokslininkų psichologų konferencinė medžiaga. Vilniaus universitetas. ISSN-2029-9958, p.5-8.
32. Kazlauskaitė M., Reklaitienė R. 2005. Vidutinio amžiaus Kauno gyventojų gyvenimo kokybė. *Medicina* Nr. 41 (2). p. 155-161.
33. Klaipėdos universiteto Senato 2010 m. balandžio 9 d. nutarimas Nr. 11 – 56 “Dėl Klaipėdos universiteto studentų savarankiškų rašto ir meno darbų bendrųjų reikalavimo aprašo“. Klaipėda.
34. Kim HY. 2013. Statistical notes for clinical researchers: assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restor Dent Endod*. 2013 Feb; 38(1): p. 52–54.
35. Kowitlawkul Y., Yap S.F., Makabe S., Chan S., Takagai J., Tam W.W.S., Nurumal T.S. 2019. Investigating nurses quality of life and work life balance status in Singapore. [žiurėta gegužės 17d]. Prieiga internetu: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29633267/>
36. Krūminytė K. 2017. Nerimo ir depresijos raiška ir sąsajos su sociodemografiniais veiksniais sergant psichoziniais sutrikimais: magistrinis darbas. Kaunas.
37. Krutulienė S. 2012. Gyvenimo kokybė: sąvokos apibrėžimas ir santykis su gero gyvenimo terminais. *Kultūra ir visuomenė* 3. p. 124.

38. Krüger C, Rosema D. 2010. Risk factors for violence among long-term psychiatric in-patients: a comparison between violent and non-violent patients. *Afr J Psychiatry*. Nr.13(5): 366-75.
39. Kučinskaitė K. 2018. Skubios pagalbos skyriuje dirbančių slaugytojų patiriamo streso darbe ir profesinio išsekimo paplitimas: magistro darbas. Kaunas.
40. Kuodytė V., Pajarskienė B., Šorytė D. 2013. Psichikos sveikatos slaugytojų psichosocialinės darbo aplinkos veiksniai, susiję su pacientų smurtu. *Visuomenės sveikata*, 1, p 5-13.
41. Kuodytė V., Jakubėnaitė V., Vėbraitė I., Pajarskienė B. 2014. Metodinės rekomendacijos, kaip pagerinti psichikos sveikatos priežiūros įstaigose dirbančių slaugytojų psichosocialinę darbo aplinką ir vykdyti pacientų smurto darbe prevenciją. *Visuomenės sveikata* Nr.4 (67).
42. Kurt Kroenke 1, Robert L Spitzer, Janet B W Williams, Bernd Löwe. 2010. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review [žiūrėta 2021 m. vasario 16 d.]. Prieiga internetu: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20633738/>
43. Lapkauskienė N. 2004. Psichikos sveikatos sutrikimai ir slaugos pagrindai: mokojoji knyga. Vilnius: UAB Ciklonas.
44. Lahtinen, E., Lehtinen, V., Riikonen, E., Ahonen, J. (Eds.). (1999). Framework for promoting mental health in Europe. Hamina: STAKES (National Research and Development Centre for Welfare and Health) [žiūrėta 2021 m. rugsėjo 16 d.]. Prieiga internetu: [https://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/1996/promotion/fp\\_promotion\\_1996\\_frep\\_15\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/ph_projects/1996/promotion/fp_promotion_1996_frep_15_en.pdf)
45. Lebedeva V. 2013. Psichikos sveikatos slaugytojų kompetencijos ir slaugos kokybės analizė: magistrinis darbas. Klaipėda.
46. Lementauskaitė K. 2015. Medicinos personalo patiriamas profesinis stresas regioninėse ligoninėse: magistro darbas. Kaunas.
47. Ljevak I., Vasilij I., Čiurlin M., et al. 2020. The impact of shift work on psychosocial functioning and quality of life among hospital- employed nurses: a cross- sectional comparative study. [žiūrėta gegužės 5 d.]. Prieiga internetu: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32970645/>
48. Lingaitienė J. 2014. Slaugytojų rizika susirgti lėtinėmis ligomis ir šių ligų pirminės profilaktikos vykdomų priemonių vertinimas: magistro darbas. Kaunas.
49. Leskauskas D. 2020. Nerimo sutrikimai bendrojoje praktikoje. Lietuvos gydytojų žurnalas Nr. 2. [žiūrėta 2021 gegužės 2 d.]. Prieiga internetu: [https://www.emedicina.lt/lt/gydytojui/lietuvos\\_naujienos/nerimo\\_sutrikimai\\_bendrojoje\\_praktikoje\\_pasireiskimas\\_diferencine\\_diagnostika\\_ir\\_gydymo\\_taktika.html](https://www.emedicina.lt/lt/gydytojui/lietuvos_naujienos/nerimo_sutrikimai_bendrojoje_praktikoje_pasireiskimas_diferencine_diagnostika_ir_gydymo_taktika.html)

50. Lorber M., Treven S., Mumel D. 2020. Well-being and satisfaction of nurses in Slovenian hospitals: a cross – sectional study. [žiurėta 2021 gegužės 16d]. prieiga internetu: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32952719/>
51. Löwe B, Decker O, Müller S. et al. 2008. Validation and standardization of the generalized anxiety disorder screener (GAD-7) in the general population. [žiurėta 2021 m. vasario 16 d.]. Prieiga internetu: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18388841/>
52. Maharaj Sh., Lees T., Lal S. 2018. Prevalence and risk factors of depression anxiety and stress in a cohort of Australian nurses. [žiurėta 2021 kovo 20 d.]. Prieiga internetu: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30591627/>
53. Matuliauskienė M. 2019. Psichikos sveikatos slaugytojų su darbu susijusio streso, pasitenkinimo darbu ir ketinimų keisti darbą vertinimas: magistro darbas. Kaunas.
54. Mockienė V., Drungilienė D., Martinkėnas A. 2014. Mokslo tiriamųjų darbų rengimo metodologija slaugos bakalauro ir magistro programų studentams. Mokomoji knyga. Klaipėda; KU leidykla.
55. Montvidas J. 2018. Paciento sveikatos klausimynas – 9. Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija, 20 (2), p 57 – 58.
56. Mukaihata Tsuyoski, Hirokazu Fujimoto, Greiner Chieko. 2020. Factors influencing work engagement among psychiatric nurses in Japan. [žiūrėta 2021. kovo 16 d.]. Prieiga internetu: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31808590/>
57. Norkienė S., Kvedaraitė M., Geleželytė O., ir kt. 2020. Medicinos personalo psichikos sveikata pandemijos metu. Slauga. Mokslas ir praktika Nr. 12.
58. Nowrouzi B., Diddens E., Gohar B., Schoenenberger S., et al. 2016. The quality of work life of registered nurses in Canada and the United States: a comprehensive literature review. [žiurėta 2021 gegužės 17d.]. Prieiga internetu: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27734769/>
59. Palinauskienė L. R. 2006. Psichikos sveikatos slauga. Mokomoji knyga. Panevėžys: UAB Ciklonas.
60. Pavlova O. 2019. Slaugytojų savivertės ir profesinės gyvenimo kokybės sąsajų įvertinimas: magistro darbas. Kaunas.
61. Petrauskaitė O. 2017. Skirtinguose skyriuose dirbančių medicinios darbuotojų patiriamo streso ir mirties baimės ypatumai: magistro darbas. Kaunas.
62. Petravičienė Z., Bartašiūnienė V., Lagūnenė R. 2019. Slaugytojų, dirbančių su depresija sergančiais pacientais, veikla. Slauga mokslas ir praktika. Nr. 2 (266) p. 4-7.

63. Razbadauskas A., Žaliukas G., Idzeliene I. Ir kt. 2008. Slaugos mokslo metodologijos pagrindai. Vadovėlis. Kaunas. Vitae Litera.
64. Rotomskis A. 2013. Netolerancija neapibrėžtumui ir nerimas. X -Jaunųjų mokslininkų psichologų konferencinė medžiaga. Vilniaus universitetas. ISSN-2029-9958, p.9-12.
65. Roberts N.J., McAloney – Kocaman K., Lippiett K., Ray E., Welch L., Kelly C. 2021. Levels of resilience, anxiety and depression in nurses working in respiratory clinical areas during the COVID pandemic. [žiurėta 2021 gegužės 17d.]. Prieiga internetu: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33248362/>
66. Servetkienė. 2012. Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybės pokyčiai: statistika ir realybė. Societal innovations for global growth. Nr.1 p. 792-815.
67. Skripkina S. 2006. Psichikos sveikatos įstaigų slaugytojų emocinės būsenos įvertinimas: magistrinis darbas. Vilnius.
68. Staniūtė M. 2007. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas naudojant SF- 36 klausimyną. Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija, 9 (1), p 22 – 25.
69. Starkauskienė V. 2011. Gyvenimo kokybės veiksniai ir jos kompleksinio vertinimo modelis: Daktaro disertacija. VDU. Ekonomikos katedra. Kaunas.
70. Suryvanshi N., Kadam A., Duhmal G. et al. 2020. Mental health and quality of life among healthcare professionals during the COVID-19 pandemic in India. [žiurėta 2021 gegužės 2d.]. Prieiga internetu: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32918403/>
71. Tamušauskaitė J., Vasiliūtė I., Drungilienė D., ir kt. 2015. Depresija sergančių asmenų gyvenimo kokybė. Visuomenės sveikata Nr.1., p. 42-49.
72. Tsaras K., Papathanasiou I., Vus V., Panagiotopoulou A., Katsou M.A. 2018. Predicting factors of depression and anxiety in mental health nurses: a quantitative cross- sectional study. [žiurėta 2021 gegužės 16d.]. Prieiga internetu: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29416221/>
73. Vaitkelienė E., Makari J., Zaborskis, A. 2007. „Gyvenimo kokybės samprata ir sveikatos nulemtos vaikų gyvenimo kokybės tyrimai“. Medicina 43 (7), p. 746–755.
74. Vasconcoles M.E., De Martino M. M. F., De Souza Franca S. P. 2018. Burnout and depressive symptoms in intensive care nurses relationship analysis. [žiurėta 2021 gegužės 2d.]. Prieiga internetu: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29324955/>
75. Vasilavičius P., Januškevičius V., Ustinavičienė R., Vainauskas S., Šidagytė R. 2010. Kauno apskrities gydymo įstaigų slaugytojų patiriamo neigiamaus elgesio sąsajos su sveikatos sutrikimais. Visuomenės sveikata Nr.1 (48), p. 59-66.

76. Wang L., Wang X., Liu S., Wang B. 2020. Analysis and strategy research on of nursing work life. [žiūrėta 2021 gegužės 16d.]. Prieiga internetu: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7015641/>
77. Wang Q.Q., Jun Lv., Zhank Y.H. 2019. Job burnot and quality of working life among Chinese nurses: A cross- sectional study. [žiūrėta 2021 balandžio 2d.]. Prieiga internetu: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31571326/>
78. Večienė E. 2019. Slaugytojų patiriamų stresorių darbe, D tipo elgsenos ir profesinio pervargimo sąsajos: magistro darbas. Kaunas.
79. Vitale E., Cesano E., Germini F. 2020. Prevelence of burnout among Italian nurses: a descriptive study. [žiūrėta gegužės 17d.]. Prieiga internetu: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33525294/>
80. Wittchen HU, Hoyer J. 2001. Generalized Anxiety Disorder: Nature and Course. Clin Psychiatry 62(suppl 11):15-19. [žiūrėta 2021 kovo 16d.]. Prieiga internetu: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11414546/>
81. WHO. 2021. Depresija. [žiūrėta 2021 gegužės 16d.]. Prieiga internetu: [https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1)
82. Žiedelis A., Pajarskienė B. 2018. Slaugytojo profesinio perdegimo individualios ir darbo aplinkos priežastys. Visuomenės sveikata Nr. 2 (81), psl. 12-18.

## **PRIEDAI**

Gerb. apklausos dalyvi,

Klaipėdos universiteto, Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos magistro studijų programos studentė Laima Sriebalienė atlieka tyrimą, kurio tikslas - išanalizuoti psichikos sveikatos slaugytojų darbe patiriamo nerimo ir depresijos sąsajas su gyvenimo kokybe. Mums labai svarbi Jūsų nuomonė. Apklausa – anoniminė (nereikia rašyti nei vardo nei pavardės). Surinkti duomenys bus naudojami pateikiant mokslinius apibendrinimus bei praktines rekomendacijas, kurios padės tobulinti slaugos procesą.

Tyrimo instrumentas patvirtintas KU SvMF Slaugos katedros Etikos posėdyje. Iškilus neaiškumų, kreiptis į darbo autorę Laimą Sriebalienę (tel. 8-671-29351) arba Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Etikos komisijos pirmininką (tel. 8-46-398 558).

Instrukcija. Prašome atidžiai perskaityti kiekvieną klausimą ir pasirinkti Jums tinkantį variantą, pažymint variantą langelyje.

**1. Ar jūs esate bendrosios praktikos slaugytojas (a) turintis psichikos sveikatos slaugytojo (-os) specializaciją:**

Taip

Ne

**2. Lytis:**

Vyras

Moteris

**3. Jūsų amžius:**

Iki 25 m.

26 – 35 m.

36 – 45 m.

46 – 55 m.

56 m. ir daugiau

**4. Jūs esate:**

(Prašome pažymėti vieną atsakymą)

Vienišas (-a)

Susituokęs (-usi)

Išsiskyręs (-usi)

Našlys (-ė)

Gyvenate su draugu

**5. Jūsų darbo stažas psichikos sveikatos stacionare:**

(Prašome pažymėti vieną atsakymą)

Iki 3 m.

4 – 14 m.

Daugiau nei 15 m.

**6. Jūsų darbo krūvis:**

(Prašome pažymėti vieną atsakymą)

Mažiau nei 1 etatas

1 etatas

Daugiau nei 1 etatas

**7. Dažniausiai jūs dirbate:**

(Prašome pažymėti vieną atsakymą)

Mišriomis pamainomis

Dienomis

Naktimis

Paromis

**8. Ar galite apskritai sakyti, kad Jūsų sveikata yra:**

(Prašome pažymėti vieną atsakymą)

Puiki

Labai gera

Gera

Nebloga

Bloga

**9. Kaip pasikeitė Jūsų sveikata, palyginti su buvusia prieš metus:**

(Prašome pažymėti vieną atsakymą)

Daug geresnė negu prieš metus

Truputį geresnė negu prieš metus

Panaši, kaip ir buvo

Truputį blogesnė negu prieš metus

Daug blogesnė negu prieš metus

**10. Šie klausimai yra apie veiklą, kurią Jūs atliekate kasdien. Ar Jūsų sveikata riboja šią veiklą? Jei taip, tai kiek?**

(Prašome pažymėti vieną langelį kiekvienoje eilutėje)

	<b>Taip, labai riboja</b>	<b>Taip, trupučiai riboja</b>	<b>Ne, neriboja visai</b>
a) Energinga veikla, tokia kaip bėgimas, sunkių daiktų kėlimas, dalyvavimas įtemptame sporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Vidutinio sunkumo veikla, tokia kaip stalo perštūmimas, valymas dulkių siurbliu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Kėlimas ir nešimas maisto prekių	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Lipimas keletą aukštų laiptais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Lipimas vieną aukštą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Pasilenkimas, klūpojimas ar stovėjimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ėjimas daugiau negu 1,5 kilometro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Ėjimas pusę kilometro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Ėjimas 100 metrų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Prausimasis ir apsirengimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11. Ar per pastarąsias 4 savaites Jums buvo kokių nors išvardytų problemų, susijusių su darbu ar kita reguliaria kasdiene veikla dėl fizinės sveikatos?**

(Prašome atsakyti TAIP arba NE į kiekvieną klausimą)

	<b>Taip</b>	<b>Ne</b>
a) Mažiau laiko praleidžiate darbe ar kitur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Atlikote mažiau negu norėtumėte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Apribojote darbo rūšį ar kitą veiklą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Iš kilo sunkumų atliekant darbą ar kitą veiklą (pvz.: reikia daug daugiau pastangų)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**12. Ar per pastarąsias 4 savaites buvo kokių nors išvardytų problemų, susijusių su darbu ar kita reguliaria kasdiene veikla, atsiradusių dėl kokių nors emocinių sutrikimų (tokių kaip depresijos ar nerimo)?**

(Prašome atsakyti TAIP arba NE į kiekvieną klausimą)

- |   | <b>Taip</b>              | <b>Ne</b>                |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) Mažiau laiko praleidžiate darbe ar kitur                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Atlikote mažiau negu norėtumėte                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Neatlikote darbo ar kitų užduočių taip rūpestingai, kaip paprastai | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**13. Kaip Jūsų fizinė sveikata ar emocinės problemos trukdė Jums bendrauti su šeima, draugais, kaimynais ar kitomis žmonių grupėmis per pastarąsias 4 savaites?**

(Prašome pažymėti vieną langelį)

- |                 |                          |
|-----------------|--------------------------|
| Ne, visiškai ne | <input type="checkbox"/> |
| Nedaug          | <input type="checkbox"/> |
| Vidutiniškai    | <input type="checkbox"/> |
| Gana nemažai    | <input type="checkbox"/> |
| Ypatingai       | <input type="checkbox"/> |

**14. Kokio intensyvumo būdavo kūno skausmai per pastarąsias 4 savaites?**

(Prašome pažymėti vieną langelį)

- |                       |                          |
|-----------------------|--------------------------|
| Nebuvo                | <input type="checkbox"/> |
| Labai silpni          | <input type="checkbox"/> |
| Silpni                | <input type="checkbox"/> |
| Vidutinio intensyvumo | <input type="checkbox"/> |
| Stiprūs               | <input type="checkbox"/> |
| Labai stiprūs         | <input type="checkbox"/> |

**15. Kaip per pastarąsias 4 savaites skausmas pertraukė Jūsų normalų darbą (įskaitant namų ruošą ir darbą ne namie)?**

(Prašome pažymėti vieną langelį)

- |              |                          |
|--------------|--------------------------|
| Ne, visai ne | <input type="checkbox"/> |
| Labai nedaug | <input type="checkbox"/> |
| Vidutiniškai | <input type="checkbox"/> |
| Gana nemažai | <input type="checkbox"/> |
| Ypatingai    | <input type="checkbox"/> |

**16. Šie klausimai yra apie Jūsų savijautą ir kaip Jūs ją apibūdintumėte per paskutinį mėnesį. (Kiekvienam klausimui parinkite po vieną atsakymą.)**

(Prašome pažymėti vieną langelį kiekvienoje eilutėje)

Kaip dažnai per pastarąjį mėnesį	Visada	Dažniausiai	Kartais	Retkarčiais	Retai	Niekada
a) Jautėte gyvenimo pilnatvę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Buvote labai nervingas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Jautėtės tokios blogos nuotaikos, kad niekas negalėjo Jūsų pralinksminti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Jautėtės ramus ir taikus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Turėjote daug energijos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Jautėtės nuliūdęs ir niūrus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Jautėtės išsisėmęs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Buvote laimingas žmogus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Jautėtės pavargęs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Jūsų sveikata apribojo Jūsų socialinę veiklą (kaip draugų ar artimų giminių lankymas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**17. Prašome parinkti atsakymą, kuris geriausiai išreiškia, teisingas ar klaidingas Jums yra kiekvienas iš šių tvirtinimų?**

(Prašome pažymėti vieną langelį kiekvienoje eilutėje)

	Tiksliai teisingas	Dažniausiai Teisingas	Nesu įsitikinęs	Dažniausiai klaidingas	Tiksliai klaidingas
a) Man atrodo, kad aš labiau linkęs sirgti negu kiti žmonės	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Aš esu toks sveikas, kaip ir kiti mano pažįstami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Aš manau, kad mano sveikata blogės	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Mano sveikata puiki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**18. Nervingumas, nerimastingumas ar didelė įtampa:**

(Prašome pažymėti vieną langelį)

1. Visai nekamavo
2. Keletą dienų
3. Daugiau nei pusę iš visų dienų
4. Beveik kiekvieną dieną

**19. Negalėjimas sustabdyti nerimo ar jo kontroliuoti:**

(Prašome pažymėti vieną langelį)

1. Visai nekamavo
2. Keletą dienų
3. Daugiau nei pusę iš visų dienų
4. Beveik kiekvieną dieną

**20. Per didelis nerimavimas dėl įvairių dalykų:**

(Prašome pažymėti vieną langelį)

1. Visai nekamavo
2. Keletą dienų
3. Daugiau nei pusę iš visų dienų
4. Beveik kiekvieną dieną

**21. Sunkumas atsipalaiduoti:**

(Prašome pažymėti vieną langelį)

1. Visai nekamavo
2. Keletą dienų
3. Daugiau nei pusę iš visų dienų
4. Beveik kiekvieną dieną

**22. Buvimas tokiam (-ai) neramiam (-iai), kad net sunku ramiai pasėdėti:**

(Prašome pažymėti vieną langelį)

1. Visai nekamavo
2. Keletą dienų
3. Daugiau nei pusę iš visų dienų
4. Beveik kiekvieną dieną

**23. Greitas susierzinimas ar dirglumas:**

(Prašome pažymėti vieną langelį)

1. Visai nekamavo
2. Keletą dienų
3. Daugiau nei pusę iš visų dienų
4. Beveik kiekvieną dieną

**24. Baimė, tarsi galėtų nutikti kažkas baisaus:**

(Prašome pažymėti vieną langelį)

1. Visai nekamavo
2. Keletą dienų
3. Daugiau nei pusę iš visų dienų
4. Beveik kiekvieną dieną

**25. Mažas susidomėjimas ar malonumas atliekant dalykus:**

(Prašome pažymėti vieną langelį)

1. Visai nekamavo
2. Keletą dienų
3. Daugiau nei pusę iš visų dienų
4. Beveik kiekvieną dieną

**26. Jautimasis nusiminusiam (-ai), prislėgtam (-ai) ar beviltiškam (-ai):**

(Prašome pažymėti vieną langelį)

1. Nekamavo
2. Keletą dienų
3. Daugiau nei pusę iš visų dienų
4. Beveik kiekvieną dieną

**27. Sunkumas užmigti ar išmiegoti, arba per ilgas miegojimas:**

(Prašome pažymėti vieną langelį)

1. Visai nekamavo
2. Keletą dienų
3. Daugiau nei pusę iš visų dienų
4. Beveik kiekvieną dieną

**28. Jautimasis pavargusiam (-ai) ar energijos trūkumas:**

(Prašome pažymėti vieną langelį)

1. Visai nekamavo
2. Keletą dienų
3. Daugiau nei pusę iš visų dienų
4. Beveik kiekvieną dieną

**29. Prastas apetitas arba persivalgymas:**

(Prašome pažymėti vieną langelį)

1. Visai nekamavo
2. Keletą dienų
3. Daugiau nei pusė iš visų dienų
4. Beveik kiekvieną dieną

**30. Prasta savijauta – pojūtis, kad esate nevykėlis (-ė) arba kad nuvylėte save ar savo šeimą:**

(Prašome pažymėti vieną langelį)

1. Visai nekamavo
2. Keletą dienų
3. Daugiau nei pusė iš visų dienų
4. Beveik kiekvieną dieną

**31. Sunkumas susikoncentruoti ties tokiais dalykais, kaip laikraščio skaitymas arba televizoriaus žiūrėjimas:**

(Prašome pažymėti vieną langelį)

1. Visai nekamavo
2. Keletą dienų
3. Daugiau nei pusė iš visų dienų
4. Beveik kiekvieną dieną

**32. Judėjimas ar kalbėjimas taip lėtai, kad kiti žmonės galėjo pastebėti? Arba atvirkščiai – buvimas tokiam (-ai) neramiam (-ai) ar nenustygstančiam (-ai), kad judėjote daug daugiau nei įprasta:**

(Prašome pažymėti vieną langelį)

1. Visai nekamavo
2. Keletą dienų
3. Daugiau nei pusė iš visų dienų
4. Beveik kiekvieną dieną

**33. Mintys, kad jums būtų geriau būti mirusiam (-ai) arba apie savęs žalojimą koku nors būdu:**

(Prašome pažymėti vieną langelį)

1. Visai nekamavo
2. Keletą dienų

3. Daugiau nei pusė iš visų dienų
4. Beveik kiekvieną dieną


**34. Jei pažymėjote kokias nors problemas, kaip šios problemos apsunkino jums galimybes dirbti savo darbą, rūpintis namais ir vaikais arba sutarti su kitais žmonėmis?**

(Prašome pažymėti vieną langelį)

1. Visai neapsunkino ...
2. Šiek tiek apsunkino ...
3. Labai apsunkino ...
4. Ypač apsunkino ...

Ačiū, kad skyrėte laiko atsakyti į anketos klausimus.

rand.org/health-care/surveys\_tools/mos/36-item-short-form/terms.html


**OBJECTIVE ANALYSIS. EFFECTIVE SOLUTIONS.**

[About](#) [RAND Campaign](#) [Press Room](#) [Events](#)

[RESEARCH](#) [LATEST INSIGHTS](#) [POLICY EXPERTS](#) [CAPABILITIES](#) [GRADUATE SCHOOL](#)

[中文\(简体\)](#) [العربية](#) [Sign In](#)

HEALTH CARE

[RAND Health Care](#)

**Key Topics**

- Coronavirus
- U.S. Health Care Policy
- Innovation in Delivery
- Payment and Costs
- Mental Health
- Opioids
- Caregiving
- Quality of Care

**Our Work**

- Featured Projects
- Surveys
  - Tools and Methods
  - Research Centers

**About**

- Staff
- Contact

[RAND](#) > [RAND Health Care](#) > [Surveys](#) > [RAND Medical Outcomes Study](#) > [36-Item Short Form Survey \(SF-36\)](#) >

## Terms and Conditions for Using the 36-Item Short Form Survey (SF-36)

RAND hereby grants permission to use RAND 36-Item Short Form Health Survey in accordance with the following conditions, which shall be assumed by all to have been agreed to as a consequence of accepting and using this document:

1. Changes to the Health Survey may be made without the written permission of RAND. However, all such changes shall be clearly identified as having been made by the recipient.
2. The user of this Health Survey accepts full responsibility, and agrees to indemnify and hold RAND harmless, for the accuracy of any translations of the Health Survey into another language and for any errors, omissions, misinterpretations, or consequences thereof.
3. The user of this Health Survey accepts full responsibility, and agrees to indemnify and hold RAND harmless, for any consequences resulting from the use of the Health Survey.
4. The user of the 36-Item Health Survey will provide a credit line when printing and distributing this document acknowledging that it was developed at RAND as part of the Medical Outcomes Study.
5. No further written permission is needed for use of this Health Survey.

[ABOUT](#) [CONNECT](#) [STAY INFORMED](#) [RESOURCES](#)

## Welcome to the Patient Health Questionnaire (PHQ) Screeners

### Screeners Overview

Recognizing signs of mental health disorders is not always easy. The Patient Health Questionnaire (PHQ) is a diagnostic tool for mental health disorders used by health care professionals that is quick and easy for patients to complete. In the mid-1990s, Robert L. Spitzer, MD, Janet B.W. Williams, DSW, and Kurt Kroenke, MD, and colleagues at Columbia University developed the **Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD)**, a diagnostic tool containing modules on 12 different mental health disorders. They worked in collaboration with researchers at the Regenstrief Institute at Indiana University and with the support of an educational grant from Pfizer Inc. **During the development of PRIME-MD, Drs. Spitzer, Williams and Kroenke, created the PHQ and GAD-7 screeners.**

The PHQ, a self-administered version of the PRIME-MD, contains the mood (PHQ-9), anxiety, alcohol, eating, and somatoform modules as covered in the original PRIME-MD. The GAD-7 was subsequently developed as a brief scale for anxiety. The PHQ-9, a tool specific to depression, simply scores each of the 9 DSM-IV criteria based on the mood module from the original PRIME-MD. The GAD-7 scores 7 common anxiety symptoms. Various versions of the PHQ scales are discussed in the Instruction Manual.

**All PHQ, GAD-7 screeners and translations are downloadable from this website and no permission is required to reproduce, translate, display or distribute them.**

#### Select a Screener

##### PHQ and GAD-7 Screeners

PHQ-9

Lithuanian for Lithuania

Then...

[Go to the Selected Screener](#)

[Click here to access the Instruction Manual](#)

[Bibliography by author](#)



[Privacy Policy](#)

[Terms of Use Agreement](#)

## Skalių pasiskirstymo atitikimo normalumo dėsniai tikrinimo rezultatai

Skalės	Vidurkis	SD	Mediana	Skewness	Kurtosis	SE <sub>skewness</sub>	SE <sub>kurtosis</sub>	Z <sub>skewness</sub>	Z <sub>kurtosis</sub>	K-S p	S-W p
FA	82.90	18,70	90.00	-1.48	2.44	0.14	0.29	-10.315	8.561	.000	.000
VRF	73.36	33.27	100	-0.91	-.51	0.14	0.29	-6.350	-1.804	.000	.000
VRE	74.60	35.33	100	-1.02	-0.41	0.14	0.29	-7.217	-1.425	.000	.000
S	75.04	22.35	74.00	-0.34	-1.03	0.14	0.29	-2.357	-3.600	.000	.000
BSV	59.93	18.27	60.00	0.05	-0.38	0.14	0.29	0.322	-1.326	.000	.003
EG	62.36	17.28	60.00	-0.20	0.08	0.14	0.29	-1.392	0.295	.000	.004
SF	77.28	21.35	87.50	-0.65	-0.61	0.14	0.29	-4.531	-2.123	.000	.000
EB	68.07	16.39	68.00	-0.24	0.01	0.14	0.29	-1.643	0.046	.000	.001
Nerimas	3.74	3.30	3.00	0.87	0.47	0.14	0.29	6.056	1.660	.000	.000
Depresija	4.25	3.58	4.00	0.96	0.94	0.14	0.29	6.741	3.288	.000	.000

FA – fizinis aktyvumas; VRF – veiklos ribojimas dėl fizinių problemų; VRE – veiklos ribojimas dėl emocinių problemų; S – skausmas; BSV – bendros sveikatos vertinimas; EG – energingumas/gyvybingumas; SF – socialinė funkcija; EB – emocinė būklė;

SD – standartinis nuokrypis; Skewness – asimetrijos koeficientas; kurtosis – eksceso koeficientas; SE – rodiklio standartinė paklaida; Z – rodiklio z-reikšmė; K-S Kolmogorov'o-Smirnov'o kriterijus; S-W – Shapiro-Willk'o kriterijus.