



VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS

Medicinos studijų programa

Klinikinės medicinos instituto Psichiatrijos klinika

Odeta Aliukonytė, VI kursas, I grupė

VIENTISŪJŲ STUDIJŲ MAGISTRO BIAGIAMASIS DARBAS

Gydytojų ir slaugytojų profesinės savijautos tyrimas

A Study of the Professional Wellbeing of Doctors and Nurses

Darbo vadovas

Prof. dr. Sigita Lesinskienė

Katedros ar klinikos vadovas

Prof. dr. Sigita Lesinskienė

Konsultantas

Lekt. Kamilė Pociūtė

Vilnius, 2025.

Studento elektroninio pašto adresas odeta.aliukonyte@mf.stud.vu.lt

TURINYS

SANTRAUKA	4
SUMMARY	6
SANTRUMPOS	8
ĮVADAS.....	9
1. LITERATŪROS APŽVALGA	11
1.1. Profesinės savijautos konceptas	11
1.2. Profesinės savijautos svarba sveikatos priežiūros specialistams	11
1.3. Profesinės savijautos rizikos veiksniai	12
1.3.1. Darbo aplinkos veiksniai	12
1.3.2. Psichologiniai ir emociniai veiksniai	13
1.3.3. Socialiniai ir kultūriniai veiksniai	14
1.3.4. Asmeniniai veiksniai	14
1.4. Su profesija susijusios gyvenimo kokybės klausimynas (ProQOL)	15
1.5. Paciento sveikatos klausimynas (PHQ-9) depresijos simptomams vertinti.....	17
1.6. Pasaulinės sveikatos organizacijos Geros savijautos rodiklis-5 (PSO-5) subjektyvios gerovės vertinimui.....	19
2. TYRIMO ORGANIZAVIMAS IR METODIKA.....	20
2.1. Tyrimo organizavimas ir leidimai	20
2.2. Tyrimo objektas.....	21
2.3. Tiriamųjų atranka	21
2.4. Tyrimo instrumentai	21
2.5. Duomenų analizės metodai	23
3. REZULTATAI	24
3.1. Tiriamųjų demografinės charakteristikos.....	24
3.2. Su profesija susijusios gyvenimo kokybės klausimyno (ProQOL) rezultatai	26
3.2.1. ProQOL – Pasitenkinimo dėl užuojautos subskalės rezultatai	26
3.2.2. ProQOL – Perdegimo subskalės rezultatai.....	28
3.2.3. ProQOL – Antrinio trauminio streso subskalės rezultatai.....	30
3.3. Paciento sveikatos klausimyno-9 (PHQ-9) rezultatai	31
3.4. PSO (5) Geros savijautos rodiklio (PSO-5) rezultatai	34
3.5. Sąsajos tarp su profesija susijusios gyvenimo kokybės (ProQOL) subskalių duomenų	35
3.6. Sąsajos tarp depresijos simptomų (PHQ-9) ir su profesija susijusios gyvenimo kokybės (ProQOL) subskalių duomenų	36
3.7. Sąsajos tarp savijautos (PSO-5) ir su profesija susijusios gyvenimo kokybės (ProQOL) subskalių duomenų	38
4. REZULTATŲ APTARIMAS.....	41

4.1. Su profesija susijusi gyvenimo kokybė (ProQOL) tarp gydytojų ir slaugytojų	41
4.2. Depresijos simptomai tarp gydytojų ir slaugytojų (PHQ-9)	42
4.3. Savijauta tarp gydytojų ir slaugytojų (PSO-5).....	43
4.4. Ryšys tarp su profesija susijusios gyvenimo kokybės, depresijos ir savijautos tarp gydytojų ir slaugytojų.....	43
4.5. Tyrimo ribotumai	43
5. IŠVADOS	44
7. REKOMENDACIJOS.....	44
6. LITERATŪROS SĄRAŠAS	46
7. PRIEDAI	51

SANTRAUKA

Darbo pagrindimas. Profesinė savijauta yra labai svarbi sveikatos priežiūros specialistų darbo efektyvumui, o pastarųjų metų tyrimai Lietuvoje ir užsienyje rodo išaugusį susirūpinimą medikų savijauta, pabrėžiant, kad medikams būdingas didesnis perdegimas, lyginant su kitų profesijų atstovais, dažniau pasireiškia depresijos, nerimo simptomai bei svarstymai keisti profesiją.

Tyrimo tikslas. Įvertinti gydytojų ir slaugytojų profesinę savijautą, apimant su profesija susijusią gyvenimo kokybę, emocinę savijautą ir depresijos simptomus.

Tyrimo uždaviniai. 1. Surasti bendrojo pobūdžio ir psichiatrinio pobūdžio ligonines, kurios sutiktų dalyvauti tyrime. 2. Įvertinti su gydytojų ir slaugytojų su profesija susijusią gyvenimo kokybę, naudojant Su profesija susijusios gyvenimo kokybės (ProQOL) klausimyną. 3. Įvertinti emocinę savijautą naudojant PSO (5) Geros savijautos rodiklį. 4. Įvertinti depresijos simptomų paplitimą tarp gydytojų ir slaugytojų, naudojant Paciento sveikatos klausimyną-9 (PHQ-9). 5. Palyginti naudojamų skalių rezultatus tarp gydytojų ir slaugytojų. 6. Nustatyti ryšius tarp su profesija susijusios gyvenimo kokybės, depresijos ir emocinės savijautos. 7. Pateikti rekomendacijas dėl galimų intervencijų ir priemonių, kurios galėtų pagerinti sveikatos priežiūros specialistų profesinę savijautą ir psichosocialinę gerovę.

Tyrimo metodai. Apklausa buvo vykdoma 2024 m. lapkričio – 2025 m. sausio mėnesiais dviejose Lietuvos ligoninėse – bendrojo profilio (X) ir psichiatrinio profilio (Y). Dalyviai pildė anoniminį internetinį klausimyną. Iš viso buvo surinktos ir tinkamos vertinti 182 anketos. Tyrime naudotos trys skalės: Su profesija susijusios gyvenimo kokybės skalė (ProQOL), Pacientų sveikatos klausimynas-9 (PHQ-9) ir PSO (5) Geros savijautos rodiklis. Tyrimo duomenys apdoroti naudojant R Commander programos paketą.

Rezultatai. Tarp specialistų vyravo vidutinis pasitenkinimo dėl užuojautos lygis (66,48%). Perdegimo lygis buvo vidutinis (49,45%) arba žemas (48,90%). Antrinio trauminio streso lygis svyravo nuo vidutinio (52,75%) iki žemo (45,05%). Y ligoninėje aukštą pasitenkinimo dėl užuojautos lygį turėjo didesnė dalis slaugytojų (36,7%) negu gydytojų (8,3%) ($p=0,01552$). X ligoninėje daugiau slaugytojų (63,08%) patyrė vidutinį ir aukštą perdegimo lygį, lyginant su gydytojais (42,89%) ($p=0,02689$). Y ligoninėje daugiau slaugytojų (70,0%) turėjo žemą perdegimo lygį, lyginant su gydytojais (33,33%) ($p=0,00725$). Antrinio trauminio streso lygis tarp gydytojų ir slaugytojų buvo panašus ($p>0,05$). Lengvus-sunkius depresijos simptomus patyrė 30,78% specialistų. PHQ-9 ≥ 10 įvertis dažniau buvo būdingas gydytojams rezidentams (38,46%) ir slaugytojams (32,63%) negu gydytojams (12,50%) ($p=0,01283$). Prasta savijauta (≤ 50 balų) nustatyta 34,62%. Nustatytas vidutinio stiprumo neigiamas ryšys tarp pasitenkinimo dėl užuojautos ir perdegimo ($r=-0,55$,

$p < 0,001$), savijautos ir perdegimo įverčių ($r = -0,561$, $p < 0,001$). Vidutinio stiprumo teigiamas ryšys tarp perdegimo ir antrinio trauminio streso ($r = 0,611$, $p < 0,001$), perdegimo ir depresijos simptomų ($r = 0,65$, $p < 0,001$), depresijos simptomų ir antrinio trauminio streso ($r = 0,56$, $p < 0,001$), savijautos ir pasitenkinimo dėl užuojautos lygio ($r = 0,53$, $p < 0,001$).

Išvados. Sveikatos priežiūros specialistų profesinė savijauta susijusi su bendra emocine būkle ir darbo pobūdžiu. Profesinė aplinka bei specialybė reikšmingai veikia perdegimo pasireiškimą. Gydytojai rezidentai ir slaugytojai yra labiau pažeidžiami psichologiniu požiūriu – jiems būdingesni depresijos simptomai. Žemas pasitenkinimas dėl užuojautos ir antrinis trauminis stresas gali lemti emocinės savijautos blogėjimą. Rezultatai pabrėžia būtinybę stiprinti psichologinę gerovę ir profesinį atsparumą tarp sveikatos priežiūros specialistų.

Raktažodžiai. Profesinė savijauta; Perdegimas; Pasitenkinimas dėl užuojautos; Antrinis trauminis stresas; Depresijos simptomai; ProQOL; PHQ-9; WHO-5; Sveikatos priežiūros specialistai.

SUMMARY

Purpose of the thesis. Professional well-being is essential for the effectiveness of healthcare professionals, and recent research in Lithuania and abroad has shown increased concern about the well-being of healthcare professionals, highlighting that they are more likely to suffer from burnout than other professions, and to experience symptoms of depression and anxiety, and to consider a change of career.

Aim of the study. To assess the professional well-being of doctors and nurses, including profession-related quality of life, emotional well-being and depressive symptoms.

Study objectives. 1. To find general and psychiatric hospitals that would agree to participate in the study. 2. To assess the profession-related quality of life of doctors and nurses using the Profession-related Quality of Life (ProQOL) questionnaire. 3. To assess emotional well-being using the WHO (5) Well-being Indicator. 4. To assess the prevalence of depressive symptoms among doctors and nurses using the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). 5. To compare the results of the scales used between doctors and nurses. 6. To determine the relationship between occupation-related quality of life, depression and emotional well-being. 7. To make recommendations on possible interventions and measures that could improve the occupational well-being and psychosocial well-being of health professionals.

Research methods. The survey was carried out between November 2024 and January 2025 in two Lithuanian hospitals - a general hospital (X) and a psychiatric hospital (Y). Participants completed an anonymous online questionnaire. A total of 182 questionnaires were collected and eligible for evaluation. Three scales were used: the Professional Quality of Life Scale (ProQOL), the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), and the WHO (5) Well-being Index. The data were processed using the R Commander software package.

Results. The average level of compassionate satisfaction among professionals was 66.48%. The level of burnout was medium (49.45%) or low (48.90%). The level of secondary traumatic stress ranged from medium (52.75%) to low (45.05%). A higher proportion of nurses (36.7%) than doctors (8.3%) had a high level of compassion satisfaction in Hospital Y ($p=0.01552$). In Hospital X, more nurses (63.08%) experienced medium and high levels of burnout compared to doctors (42.89%) ($p=0.02689$). In Hospital Y, more nurses (70.0%) experienced low levels of burnout compared to doctors (33.33%) ($p=0.00725$). The level of secondary traumatic stress was similar between doctors and nurses ($p>0.05$). Mild-severe depressive symptoms were experienced by 30.78% of professionals. PHQ-9 ≥ 10 score was more common in resident doctors (38.46%) and nurses (32.63%) than in doctors (12.50%) ($p=0.01283$). Poor well-being (≤ 50 points) was found in 34.62%. There was

a moderate negative association between compassion satisfaction and burnout ($r=-0.55$, $p<0.001$), well-being and burnout scores ($r=-0.561$, $p<0.001$). Moderate positive association between burnout and secondary traumatic stress ($r=0.611$, $p<0.001$), burnout and depressive symptoms ($r=-0.65$, $p<0.001$), depressive symptoms and secondary traumatic stress ($r=0.56$, $p<0.001$), and self-reported levels of well-being and compassion satisfaction ($r=0.53$, $p<0.001$).

Conclusions. The professional well-being of healthcare workers is closely tied to their emotional state and work context. The workplace setting and role significantly influence burnout levels. Resident doctors and nurses appear more vulnerable, showing more depressive symptoms. Low compassion satisfaction and secondary traumatic stress may worsen emotional well-being. These findings highlight the need to enhance psychological support and resilience among healthcare professionals.

Keywords. Professional well-being; Burnout; Compassion satisfaction; Secondary traumatic stress; Depressive symptoms; ProQOL; PHQ-9; WHO-5; Healthcare professionals.

SANTRUMPOS

angl. – anglų kalba;

JAV – Jungtinės Amerikos Valstijos;

m. – metai;

n – tyrime dalyvavusių respondentų skaičius;

p – statistinio reikšmingumo lygmuo;

proc. – procentai;

ProQOL– Su profesija susijusios gyvenimo kokybės skalė;

PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija;

PSO-5 – Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) penkių punktų Geros savijautos skalė (angl. WHO-5 Well-Being Index);

PHQ-9 – Paciento sveikatos klausimynas-9;

pvz. – pavyzdys;

r – Spearman koreliacijos koeficientas;

X – bendrojo profilio ligoninė;

Y – psichiatrinio profilio ligoninė.

IVADAS

Profesinė savijautos sąvoka, priklausomai nuo šalies ar organizacijos, gali būti apibrėžiama skirtingai, tačiau ji apima emocinę, psichologinę ir fizinę būseną, susijusią su darbo aplinka, profesiniais iššūkiais ir asmeniniu pasitenkinimu darbu. Pasaulinė Sveikatos Organizacija (PSO) profesinę sveikatą (*angl. occupational health*) apibrėžia kaip visuomenės sveikatos sritį, skirtą skatinti ir palaikyti aukščiausio lygio fizinę, psichinę ir socialinę visų profesijų darbuotojų gerovę [1]. Tarptautinės darbo organizacijos (TDO) „Darbuotojų saugos ir sveikatos konvencijoje (Nr. 155)“ taip pat minima, kad terminas „sveikata“, apima ne tik fizinius, bet ir psichinius sveikatą veikiančius elementus, tiesiogiai susijusius su darbu [2]. Lietuvos Respublikos Darbuotojų Saugos ir Sveikatos Įstatymas pabrėžia darbo aplinkos pritaikymą darbuotojų fiziologinėms ir psichologinėms galimybėms.

Problemų aktualumas. Lietuvoje ir kitose šalyse atlikti tyrimai pabrėžia, kad profesinė savijauta yra kritiškai svarbi sveikatos priežiūros specialistų darbo efektyvumui, psichologinei gerovei, pacientų gydymo kokybei ir saugumui. Tyrimai rodo, kad gydytojai ir slaugytojai yra viena iš daugiausiai streso patiriančių profesinių grupių, tai patvirtina ir vienas iš tyrimų, kuriame nurodoma, kad iš 40 tirtų profesijų, didžiausias streso lygis nustatytas sveikatos priežiūros darbuotojams, kurie gerokai dažniau susiduria ir yra pažeidžiami streso ir, skirtingai nei daugelyje kitų profesijų, jiems pasireiškia organizmo išsekimas, aplinkos ir šeimos problemos, taip pat psichikos ir fiziniai sutrikimai [3]. Taip pat nustatyta, kad tarp sveikatos priežiūros darbuotojų depresijos pasireiškimas yra 20,0 % didesnis nei tarp kitų darbuotojų [4].

Šios temos aktualumą atspindi Lietuvoje atlikti tyrimai, kurių skaičius nėra didelis. Pavyzdžiui, 2022 m. Lietuvoje atliktas tyrimas atskleidė, kad tarp sveikatos priežiūros darbuotojų apie karjeros pokyčius svarstė 66,8 % respondentų, o pagrindiniai tai lemiantys veiksniai buvo prastos darbo sąlygos, tiesioginis kontaktas su pacientais, karjeros perspektyvų stoka, mobingas ir išsekimas. Taip pat nustatyta, kad 23,0 % respondentų pasireiškė sunkūs ir labai sunkūs depresijos simptomai, 27,4 % respondentų – sunkūs ir labai sunkūs nerimas, o 21,4 proc. respondentų – sunkūs ir labai sunkūs streso lygis [5]. Kitame tyrime, apklausus Kauno miesto gydytojus, paaiškėjo, kad su klientais, darbu ir asmeniniu gyvenimu susijusio perdegimo paplitimas buvo atitinkamai 35,1 %, 46,7 % ir 44,8 % [6]. Tyrime, atliktame Molėtuose, Utenoje ir Ignalinoje, buvo nustatyta, kad perdegimo lygiai buvo reikšmingai aukštesni gydytojų ir slaugytojų grupėse, palyginti su visuomenės sveikatos priežiūros specialistais, mokytojais ir vadovais, taip pat buvo pastebėta, kad bendradarbių parama turėjo buferinį poveikį ir reikšmingai mažino asmeninį perdegimą gydytojams, slaugytojams, visuomenės sveikatos specialistams [7]. Šie tyrimai leidžia giliau suprasti gydytojų ir slaugytojų

profesinės savijautos problemas ir jų priežastis skirtinguose regionuose bei sveikatos priežiūros lygmenyse.

Mokslinis naujumas. Šios temos naujumą atspindi per pastaruosius penkerius metus Lietuvoje atlikti ir literatūroje randami tyrimai, kurių skaičius nėra didelis. Tyrimai nagrinėjo sveikatos priežiūros darbuotojų emocinę būklę ir karjeros planus [5], o Kauno miesto bei Molėtų, Utenos ir Ignalinos rajonų tyrimai nagrinėjo perdegimo paplitimą ir jį veikiančius veiksnius tarp gydytojų ir slaugytojų [6, 7]. Mūsų tyrime šiuo metu Lietuvoje naudojamos skalės ir klausimynai bus pasitelkiami psichiatrinio ir bendrojo pobūdžio sveikatos priežiūros įstaigose dirbančių medikų profesinei savijautai vertinti. Su profesija susijusios gyvenimo kokybės skalė (ProQOL) padeda atrinkti darbuotojus, kuriems kyla didelė perdegimo, nepasitenkinimo dėl užuojautos ir antrinio trauminio streso rizika, PSO (5) Geros savijautos rodiklis, skirtas įvertinti subjektyvią emocinę savijautą ir psichologinę gerovę bei Paciento sveikatos klausimynas-9 (PHQ-9) – įrankis depresijos simptomams nustatyti. Šios skalės leis įvertinti konkrečiose ligoninėse dirbančių gydytojų ir slaugytojų emocinę savijautą, atskleisti teigiamus ir neigiamus profesinio gyvenimo aspektus bei pateikti rekomendacijas valdymo priemonėms. Gauti rezultatai bus skirti specialistų gerovei gerinti, profesinio perdegimo prevencijai ir darbo sąlygų optimizavimui, kas savo ruožtu prisidės prie pacientų priežiūros kokybės gerinimo.

Darbo tikslas. Įvertinti gydytojų ir slaugytojų profesinę savijautą, apimant su profesija susijusią gyvenimo kokybę, emocinę savijautą ir depresijos simptomus.

Darbo uždaviniai:

1. Surasti bendrojo pobūdžio ir psichiatrinio pobūdžio ligonines, kurios sutiktų dalyvauti tyrime.
2. Įvertinti su gydytojų ir slaugytojų su profesija susijusią gyvenimo kokybę, naudojant Su profesija susijusios gyvenimo kokybės (ProQOL) klausimyną.
3. Įvertinti emocinę savijautą naudojant PSO (5) Geros savijautos rodiklį.
4. Įvertinti depresijos simptomų paplitimą tarp gydytojų ir slaugytojų, naudojant Paciento sveikatos klausimyną-9 (PHQ-9).
5. Palyginti naudojamų skalių rezultatus tarp gydytojų ir slaugytojų.
6. Nustatyti ryšius tarp su profesija susijusios gyvenimo kokybės, depresijos ir emocinės savijautos.
7. Pateikti rekomendacijas dėl galimų intervencijų ir priemonių, kurios galėtų pagerinti sveikatos priežiūros specialistų profesinę savijautą ir psichosocialinę gerovę.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. Profesinės savijautos konceptas

Profesinės savijauta yra susijusi su platesne psichologinės gerovės arba subjektyvios gerovės (angl. *well-being*) sąvoka, apimančia asmens fizinių, socialinių ir psichologinių išteklių, reikalingų psichologiniams, fiziniams ar socialiniams iššūkiams įveikti, vertinimą [8, 9]. Profesinė gerovė susijusi su darbuotojo pasitenkinimu darbu, įskaitant gebėjimą rasti prasmę ir pasitenkinimą darbe, jaustis įsitraukusiu ir turėti aukštos kokybės darbo patirtį [10]. 2019 m. Nacionalinės Akademijos ataskaitoje apie perdegimą (angl. *Taking Action Against Clinician Burnout*) pabrėžiama, kad „gerovė“ yra teigiamų nuostatų ir gerų, skatinančių sąlygų darbo aplinkoje bei už jos ribų patyrimas, kuris leidžia darbuotojams klestėti ir pasiekti visą savo potencialą [11]. Tai reiškia, kad gerovė apima ne tik darbuotojo subjektyvias teigiamas mintis ir jausmus apie darbą, bet ir objektyvias sąlygas darbo vietoje (pvz.: saugi ir palaikanti aplinka, tinkamas profesinis palaikymas), kurios padeda darbuotojams gerai atlikti savo darbą, tobulėti ir jaustis sėkmingiems [10]. Gerovė yra platus terminas, apibūdinantis darbo ir gyvenimo pusiausvyrą, kuri leidžia darbuotojui pasiekti asmeninį ir profesinį augimą, o profesinė savijauta (angl. *Professional well-being*) yra viena iš šio plataus termino sudedamųjų dalių [10].

1.2. Profesinės savijautos svarba sveikatos priežiūros specialistams

Pacientų sauga ir klaidos. Pacientų sauga yra vienas svarbiausių sveikatos priežiūros kokybės aspektų, tačiau tyrimai rodo, kad sveikatos priežiūros specialistų perdegimas ir prasta savijauta didina darbe padaromų klaidų riziką [12]. Pavyzdžiui, Norvegijoje atliktas tyrimas nustatė, kad 5,2% su vaistų išrašymu susijusių klaidų sukėlė rimtą žalą pacientams, o 0,8 % klaidų baigėsi mirtimi [13]. Izraelio ligoninėse dirbantys gydytojai, esant dideliame darbo krūviui, klaidas darė 8,2 karto dažniau, o dirbančiųjų kelias pamainas iš eilės klaidų tikimybė dar labiau išaugo [14]. Jungtinėse Amerikos Valstijose (JAV) atliktas tyrimas parodė, kad perdegimą patyrę gydytojai dažniau pranešė apie klaidas, jautė nuovargį ir turėjo savižudiškų minčių lyginant su tais, kurie nebuvo patyrę perdegimo [15].

Gydytojų ir slaugytojų sveikata. Ispanijoje apie 90 % gydytojų susirgę gydosi patys ir net sirgdami eina į darbą [16]. JAV daugiau nei 53 % gydytojų pripažįsta, kad jiems yra sudėtinga rasti laiko savo pačių sveikatos priežiūrai, o 42 % respondentų abejoja kolegų gebėjimu saugiai dirbti dėl jų sveikatos būklės [17]. Be to, Toronte atlikti tyrimai atskleidė, kad ilgos darbo valandos didina somatinių simptomų, tokių kaip skausmas ir nerimas, dažnį, o tai gali neigiamai paveikti medikų sprendimų priėmimą bei pacientų priežiūrą [18].

Gydytojų ir slaugytojų noras keisti darbą ir finansinę naštą. Stanfordo universiteto ligoninėse atliktas tyrimas atskleidė, kad gydytojai, patiriantys perdegimą, daugiau nei du kartus dažniau palieka įstaigą per ateinančius dvejus metus, o to finansinė našta svyruoja nuo 15,5 mln. iki 55,5 mln. JAV dolerių per dvejus metus [19]. JAV 11,9 % respondentų ketina visai palikti medicinos praktiką ir siekti kitos karjeros [20]. 2022 m. Lietuvoje atliktas tyrimas atskleidė, kad tarp sveikatos priežiūros darbuotojų apie karjeros pokyčius svarstė 66,8 % respondentų. Pagrindiniai tai lemiantys veiksniai buvo prastos darbo sąlygos, karjeros perspektyvų stoka, mobingas ir išsekimas [5]. Pasaulinės sveikatos organizacijos duomenis, šiuo metu trūksta 7,2 mln. sveikatos priežiūros darbuotojų, o iki 2035 m. ši problema gali dar labiau išaugti [21].

Gydytojų ir slaugytojų pasitenkinimas darbu lyginant su bendra populiacija. Tyrimas JAV atskleidė, kad gydytojams tenka didesnė perdegimo rizika ir jie yra mažiau patenkinti savo darbu, asmeniniu gyvenimu ir jų tarpusavio balansu nei kiti JAV gyventojai [22]. Lietuvoje iš 40 tirtų profesijų, didžiausias streso lygis nustatytas sveikatos priežiūros darbuotojams, kurie gerokai dažniau susiduria ir yra pažeidžiami streso ir, skirtingai nei daugelyje kitų profesijų, jiems dažniau pasireiškia organizmo išsekimas, aplinkos ir šeimos problemos, taip pat psichikos ir fiziniai sutrikimai [23].

1.3. Profesinės savijautos rizikos veiksniai

1.3.1. Darbo aplinkos veiksniai

Personalo trūkumas, didelis darbo krūvis. Vienoje sisteminėje apžvalgoje pabrėžiama, kad gydytojų chirurgų emocinį išsekimą lemia didelis bendras darbo valandų skaičius, budėjimų dažnis ir pacientų kiekis [24]. Didesnis bendras darbo krūvis lėmė didesnį slaugytojų daromų klaidų skaičių išduodant vaistus pacientams [25]. Didesnis vidutinis dienos pacientų skaičius, tenkantis vienai slaugytojai, rodė didesnį perdegimą ir nepasitenkinimą darbu, kuris buvo susijęs su ketinimu išeiti iš darbo [26, 27]. Taip pat pastebėta, kad gydytojų darbo kokybė reikšmingai priklauso nuo kelių užduočių atlikimo vienu metu (*angl. multitasking*), o vaistų receptų išrašymo klaidų dažnis padidėdavo 1,86 karto, kai vienu metu gydytojai atlikdavo kelias užduotis [27]. Darbo krūvis taip pat buvo tiesiogiai susijęs su savižudiškomis mintimis, ypač tarp psichiatrijos skyrių darbuotojų, kurie turi lengvą prieigą prie vaistų [28]. ***Dažnos naktinės pamainos ir netaisyklingas grafikas.*** Europoje 40 % sveikatos priežiūros darbuotojų dirba pamainomis [29]. Tyrimas 488 ligoninėse 12 Europos šalių parodė, kad slaugytojos, dirbančios pamainomis (≥ 12 val.), dažniau nei slaugytojos, dirbančios trumpiau (≤ 8 val.), patiria emocinį išsekimą, depersonalizaciją ir menką asmeninį pasitenkinimą, taip pat dažniau jaučia nepasitenkinimą darbu ir praneša apie ketinimus išeiti iš darbo [30]. Tyrimai rodo, kad slaugytojams, dirbantiems naktinėse pamainose, dažniau pasireiškia mieguistumas ir nuovargis dieną, taip pat suprastėja dėmesio koncentracija ir prailgėja reakcijos laikas [29]. ***Trukdžiai darbo aplinkoje.*** Darbo aplinkos svarbą atskleidžia tyrimo Australijoje rezultatai, kurie rodo, kad skubios

pagalbos gydytojai vidutiniškai patiria 7,9 trukdžius per valandą, o tai lemia vaistų receptų išrašymo klaidų dažnio padidėjimą 2,82 [27]. **Biurokratinė našta.** Tyrime JAV, kuriame dalyvavo 1 774 gydytojai, buvo nustatyta, kad vidutiniškai 24% savo darbo laiko gydytojai skiria administracinėms užduotims atlikti, o du trečdaliai respondentų nurodė, kad šios užduotys trukdo teikti aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas. Gydytojai, kurie daugiau laiko skyrė administracinėms užduotims atlikti, patyrė didesnę perdegimo lygį ir mažesnę pasitenkinimą karjera [31]. Nors elektroninės pacientų įrašų sistemos buvo sukurtos tam, kad palengvintų gydytojų ir slaugytojų darbą, tyrimai rodo, kad jų naudojimas gali būti susijęs su didesniu nepasitenkinimu darbu ir perdegimu dėl didelių laiko sąnaudų, reikalingų administracinėms užduotims atlikti [32]. Pavyzdžiui, tyrimas, kuriame dalyvavo slaugytojai iš 45 pasaulio šalių, nustatė, kad slaugos personalas yra nepatenkintas elektroninių sveikatos įrašų sistemų funkcionalumu dėl prasto technologinio dizaino, nesuderinamumo, integracijos ir standartų trūkumo [33].

1.3.2. Psichologiniai ir emociniai veiksniai

Moralinis distresas. Moralinis distresas dažnai atsiranda tuomet, kai sveikatos priežiūros specialistai negali veikti pagal savo etines vertybes, o tai lemia didesnę perdegimą, ypač tarp intensyviosios terapijos skyriuose dirbančių sveikatos priežiūros specialistų [34]. Kanadoje atliktas tyrimas atskleidė, kad vienas didžiausių moralinio distreso šaltinių yra beviltiškai sergančių pacientų gyvenimo pabaigos klausimas, kai turi būti priimamas sprendimas dėl dirbtinai palaikomos gyvybės nutraukimo [34]. Taip pat moralinis distresas dažnai siejamas su noru palikti darbą [35]. **Atsakomybės už pacientų sveikatą ir klaidų baimė.** Tyrimas Prancūzijoje atskleidė, kad tarp 10 325 sveikatos priežiūros darbuotojų 25,9 % labai bijojo suklysti darbe. Baimės jausmas labiausiai buvo paplitęs tarp intensyviosios terapijos, chirurgijos srityse dirbančių gydytojų ir slaugytojų, taip pat tarp tų, kurie dirba naktinėse pamainose ar pagal nereguliarų darbo grafiką. Tyrimas taip pat atskleidė reikšmingą ryšį tarp baimės suklysti darbe ir perdegimo [36]. Taip pat pastebėta, kad baimė dėl padarytų klaidų ir dėl to gresiančių pasekmių bei palaikymo trūkumas yra reikšmingai susiję su tuo ar darbuotojai praneš apie darbo metu įvykusias klaidas [37]. **Perfekcionizmas ir profesinis perdegimas.** Viena iš tyrimų teigiama, kad aukščiausi perdegimo įverčiai vyrauja tarp gydytojų anesteziologų ir psichiatrų, o tam turi įtakos perfekcionizmas bei pusiausvyros tarp darbo ir asmeninio gyvenimo trūkumas [28]. Kitame tyrime tai pat pabrėžiama, kad aukštas savikritiškumo ir perfekcionizmo lygis reikšmingai susijęs su perdegimu [38]. Tyrimas Izraelyje nurodo, kad perfekcionizmas statistiškai reikšmingai teigiamai susijęs su savižudiškomis mintimis, perdegimu ir depresija [39]. **Vertybių ir tikslų neatitikimas.** Kai darbuotojai jaučia, kad jų asmeninės vertybės ir organizacijos vertybės dera, didėja darbo įsitraukimas ir pasitenkinimas darbu [40]. Kai darbuotojų ir organizacijos vertybės ar lūkesčiai nesutampa, atsiranda vidinė įtampa, kuri didina stresą ir gali lemti perdegimą [41]. **Antriniai**

trauminiai išgyvenimai. Antrinis trauminis stresas (*angl. secondary traumatic stress*) – tai normali reakcija į kitų žmonių patirtą traumą, kai asmuo tampa traumuojančio įvykio liudininku arba yra tiesiogiai su juo susijęs, pavyzdžiui, teikia pagalbą sunkiai sergantiems pacientams [42, 43]. Antrinis trauminis stresas ne tik tiesiogiai veikia psichologinę būklę, bet ir daro įtaką darbo efektyvumui bei gebėjimui susitvarkyti su darbo užduotimis [43]. Taip pat pastebėta, kad slaugytojai su šiais simptomais turi aukštesnius depresijos ir nerimo rodiklius nei tie, kurie nepatiria antrinio trauminio streso [44]. **Pastangų ir atlygio disbalansas.** Tyrimai atskleidžia, kad dauguma sveikatos priežiūros darbuotojų patiria disbalansą tarp įdėtų pastangų į darbą ir gaunamo atlygio [45]. Vienoje sisteminėje apžvalgoje teigiama, kad su tuo susiduria 52,3% slaugytojų ir ši problema auga. 2010 metais ji siekė 26,6 %, o 2021-2023 m. – 65,0 %. Geografiškai didžiausias įdedamų pastangų į darbą ir atlygio disbalansas buvo nustatytas Azijoje. Tuo tarpu pagal lyginant skirtingus ligoninių skyrius, didesnė disbalanso rizika buvo chirurgijos, intensyviosios terapijos, skubios pagalbos ir pediatrijos skyriuose [46]. Švedijoje 62 % gydytojų buvo susidūrę su dideliu įdėtų pastangų ir atlygio disbalansu, o tai buvo susiję su 11 kartų didesne perdegimo rizika [47].

1.3.3. Socialiniai ir kultūriniai veiksniai

Konfliktai komandoje arba prasti santykiai su kolegomis. Tarp 2864 konfliktus darbe patiriančių slaugytojų iš 13 pasaulio šalių, perdegimo tikimybė buvo gerokai didesnė, lyginant su slaugytojomis, kurios nepatiria konfliktų darbe. O tikimybė sirgti depresija ir nerimu šioms slaugytojoms buvo tris kartus didesnė. Socialinės paramos trūkumas buvo reikšmingai susijęs su didesne perdegimo, nepasitenkinimo darbu, depresijos, nerimo ir ketinimo išeiti iš darbo rizika [48]. Jei slaugytojai jaučia, kad jų kolegos ar vadovai juos palaiko, tai veikia kaip „buferis“, apsaugantis nuo streso, net jei jų darbas yra labai intensyvus [49]. Tyrimas Irane taip pat pabrėžia, kad socialinis palaikymas darbe ir darbuotojų galimybė kontroliuoti savo darbą žymiai sumažina perdegimo riziką [50]. **Pacientų ar jų artimųjų agresija.** Tyrimas vienoje iš Italijos Romos mieste esančių ligoninių nurodė, kad 87 % skubios pagalbos darbuotojų yra patyrę smurtą iš pacientų ar jų artimųjų. Dažniausia pacientų ar jų šeimos narių agresijos forma yra žodinis priekabiavimas, nepagarbus bendravimas, įžeidinėjimai ir kritika [51]. Tyrimas Graikijoje atskleidė, kad per pastaruosius 12 mėnesių 76,2 % gydytojų ir slaugytojų patyrė smurtą darbo aplinkoje, kuris dažniausiai buvo žodinis (88,8 %), sukeltas pacientų artimųjų ar draugų (59,1 %). Svarbiausiu įvairaus tipo smurtą prieš gydytojus ir slaugytojas provokuojančiu organizaciniu veiksniu buvo įvardytas ilgas laukimo laikas [52].

1.3.4. Asmeniniai veiksniai

Asmenybės bruožai. Nors su darbo aplinka susiję veiksniai yra pagrindinė perdegimo sindromo priežastis [53], šis sindromas nepasireiškia visiems žmonėms, dirbantiems tomis pačiomis

sąlygomis, o tai pabrėžia individualių asmenybės veiksnių reikšmę jo atsiradimui [54, 55]. Pavyzdžiui, tyrimas JAV atskleidė, kad depresijos simptomų pasireiškimas tarp slaugytojų labiausiai priklauso nuo jų asmenybių polinkio jausti neigiamas emocijas, o ne nuo darbo sąlygų [56]. Tarp Graikijoje intensyvios terapijos skyriuje dirbančių gydytojų ir slaugytojų neurotiškumas didino išsekimo riziką beveik 5 kartus, o ekstrasversija buvo susijusi su beveik puse karto mažesne išsekimo rizika [57]. Kitas tyrimas parodė, kad neurotiškumas ir sunkumai įvardijant savo emocijas buvo pagrindiniai veiksniai susiję su sveikatos priežiūros specialistų perdegimu [58]. **Demografiniai skirtumai, šeimyninė padėtis.** Amžius, lytis ir santuokinė padėtis taip pat yra svarbūs, su pasitenkinimu darbu susiję veiksniai [59, 60]. Pavyzdžiui, tyrimas Irane atskleidė, kad jaunesnis amžius ir gyvenimas santuokoje yra veiksniai, reikšmingai susiję su didesniu pasitenkinimu darbu [60]. **Darbo ir asmeninio gyvenimo balanso trūkumas.** Negebėjimas išlaikyti balanso tarp darbo ir asmeninio gyvenimo gali sukelti emocinį stresą, sveikatos problemas, mažinti pasitikėjimą savimi ir pasitenkinimą darbu, didinti klaidų darbe tikimybę bei mažinti darbo našumą [61]. Pavyzdžiui, tyrimas JAV pabrėžė stiprų ryšį tarp darbo ir asmeninio gyvenimo balanso trūkumo ir prastos bendros darbuotojų gyvenimo kokybės, prastų profesinių rezultatų bei žemo pacientų pasitenkinimo teikiamų paslaugų kokybe [60]. Pastebėta, kad tokie veiksniai kaip didelis darbo krūvis, prasta sveikatos būklė, palaikymo trūkumas iš vadovų bei naktinės pamainos yra pagrindiniai veiksniai, darantys įtaką disbalanso atsiradimui tarp darbo ir asmeninio gyvenimo [62]. Taip pat yra pastebėta teigiama šeimyninio gyvenimo įtaka darbui [63].

1.4. Su profesija susijusios gyvenimo kokybės klausimynas (ProQOL)

Gydytojai ir slaugytojai yra pagalbą teikiantys specialistai (*angl. helpers*), kurie siekia užtikrinti kitų asmenų gerovę bei išgyvenimą [62]. Su profesija susijusios gyvenimo kokybės klausimynas (ProQOL) yra plačiai naudojamas įrankis, kuriuo vertinami tiek teigiami, tiek neigiami padariniai, kuriuos patiria asmenys, padedantys kenčiantiems žmonėms [63]. Jis apima tris aspektus, skirtus vertinti pasitenkinimą dėl užuojautos (*angl. compassion satisfaction*), antrinį trauminį stresą ir perdegimą (*angl. burnout*) [63]. Pasitenkinimas dėl užuojautos (*angl. compassion satisfaction*) yra džiaugsmas, malonumas, kuris kyla iš pajautos, kad gebate ir galite dirbti savo darbą tinkamai. Moksliniu požiūriu perdegimas yra viena iš pervargimo dėl užuojautos sudedamųjų dalių (*angl. compassion fatigue*). Tai susiję su beviltiškumu ir sunkumais dirbti savo darbą produktyviai. Antroji sudedamoji pervargimo dėl užuojautos (*angl. compassion fatigue*) dalis yra antrinis trauminis stresas (*angl. secondary traumatic stress*), kuris yra patiriamas susidūrus su kitų asmenų traumuojančių stresinių įvykių išgyvenimais [62, 63]. Šis įrankis naudojamas nuo 1995 metų ir buvo kelis kartus peržiūrėtas, o dabartinė versija yra ProQOL-5. Lietuvoje atliktas tyrimas pateikė išvadą, kad

lietuviškoji Su profesija susijusios gyvenimo kokybės skalė (ProOQL) turi panašias psichometrinės savybes kaip ir šio klausimyno versijos kitomis kalbomis [62].

Klausimynas literatūroje dažniausiai taikomas vertinant medicinos darbuotojų su profesija susijusią gyvenimo kokybę [63]. Vienoje sisteminėje apžvalgoje, apibendrinus 24 tyrimus, kuriuose dalyvavo 4274 sveikatos priežiūros specialistai, buvo pastebėta, kad tiek pasitenkinimo dėl užuojautos lygis, tiek perdegimo lygis dažniausiai yra vidutinis, o antrinio trauminio streso lygis – žemas [64]. Kitoje sisteminėje apžvalgoje tarp intensyvios terapijos skyriuose dirbančių specialistų taip pat vyravo vidutinis pasitenkinimo dėl užuojautos lygis [65]. Taip pat pastebėta, kad patyčios darbe turi įtakos su profesija susijusiai slaugytojų gyvenimo kokybei, nes didina antrinio trauminio streso, perdegimo riziką bei mažina pasitenkinimą dėl užuojautos [66]. Metaanalizės tyrimas atskleidė, kad 22,9 % slaugytojų patyrė aukštą pasitenkinimo dėl užuojautos lygį, 62,8 % patyrė perdegimą, 66,8 % patyrė antrinį trauminį stresą. Be to, buvo nustatyta silpna neigiama koreliacija tarp pasitenkinimo dėl užuojautos ir perdegimo bei silpna teigiama koreliacija tarp pasitenkinimo dėl užuojautos ir antrinio trauminio streso [67].

Lyginant rezultatus tarp skirtingų šalių bei skyrių, galima pastebėti, kad Tailando intensyviosios terapijos skyriuose dirbančių gydytojų ir slaugytojų pasitenkinimo dėl užuojautos lygis yra vidutinis, o tam didžiausią įtaką daro atsparumas (gebėjimas įveikti sunkumus), aistra darbui, slaugytojo profesija (o ne gydytojo) ir turimas aukštesnis išsilavinimas [68]. Tyrimo tarp Saudo Arabijoje dirbančių sveikatos priežiūros specialistų rezultatai parodė, kad 63,9 % patyrė vidutinį antrinį trauminį stresą, 57,2 % – vidutinį perdegimą, o gydytojai turėjo didesnę perdegimo lygį negu kiti sveikatos priežiūros specialistai. Taip pat vyresni specialistai patyrė didesnę pasitenkinimą dėl užuojautos, o pasitenkinimas gyvenimu ir finansine padėtimi teigiamai koreliavo su pasitenkinimu dėl užuojautos ir neigiamai su perdegimu bei antriniu trauminiu stresu [69]. 74,8 % Graikijos intensyvios terapijos skyriuose dirbančių specialistų turėjo vidutinį nuovargio dėl užuojautos lygį, 23,1 % – aukštą pasitenkinimo dėl užuojautos lygį, o 76,9 % – vidutinį pasitenkinimo dėl užuojautos lygį. Taip pat pastebėta, kad profesinės patirtys darbe lemia požiūrį ir nusiteikimą kasdieniniame gyvenime bei santykių su kitais žmonėmis [70]. Kitame tyrime dauguma JAV skubios pagalbos skyriuje dirbančių sveikatos priežiūros specialistų patyrė vidutinį nuovargio dėl užuojautos ir antrinio trauminio streso lygį, tačiau pasitenkinimo dėl užuojautos lygis buvo aukštas. Tai pat pastebėta, kad slaugytojai turėjo mažesnę pasitenkinimo dėl užuojautos lygį, o gydytojai – mažesnę antrinio trauminio streso lygį nei kiti sveikatos priežiūros specialistai [71]. Tyrimas Kinijoje nustatė, kad onkologijos skyriuose dirbantys sveikatos priežiūros specialistai patiria vidutinį pasitenkinimo dėl užuojautos, perdegimo ir antrinio trauminio streso lygį, kuris atitinkamai buvo 78,3 %, 63,5 % ir 76,0

%, o alkoholio vartojimas ir savikalta buvo reikšmingai perdegimą ir antrinį trauminį stresą prognozuojantys veiksniai [72].

Ši skalė turi keletą privalumų ir trūkumų, aptartų moksliniuose tyrimuose. Vienas iš pagrindinių ProQOL privalumų yra jos platus pritaikymas ir prieinamumas bei galimybė naudoti įvairiose profesinėse grupėse [73]. Be to, ProQOL pasitenkinimo dėl užuojautos skalė pasižymi aukštu vidiniu nuoseklumu, kuris rodo, kad šios subskalės klausimai yra tarpusavyje glaudžiai susiję ir patikimai matuoja tą patį reiškinį [62, 74]. Tačiau kai kurių atliktų tyrimų rezultatai verčia dvejoti perdegimo ir antrinio trauminio streso skalių pagrįstumu bei teigia, kad šios dvi skalės yra panašios ir glaudžiai tarpusavyje susijusios, todėl sunku tiksliai nustatyti, ar jos vertina skirtingas emocines būsenas, ar persidengia [75, 76]. Dėl to kai kurie mokslininkai rekomenduoja atsargiai interpretuoti šių skalių rezultatus [74, 75]. Nepaisant šių trūkumų, ProQOL išlieka vertingu įrankiu, padedančiu suprasti pagalbą teikiančių specialistų (*angl. helper*) patiriamus teigiamus ir neigiamus darbo aspektus.

1.5. Paciento sveikatos klausimynas (PHQ-9) depresijos simptomams vertinti

Paciento sveikatos klausimynas-9 (PHQ-9) yra plačiai taikomas, savarankiškai pildomas klausimynas, skirtas įvertinti depresijos simptomus bei jų intensyvumą. Jis laikomas patikimu ir pagrįstu atrankos įrankiu, nes pasižymi aukštu jautrumu ir specifiškumu nustatant didžiąją depresiją [77, 78]. Šis klausimynas plačiai naudojamas moksliniuose tyrimuose, skirtuose sveikatos priežiūros specialistų psichikos sveikatos būklei vertinti, todėl yra vertinga priemonė lyginamajai rezultatų analizei [79, 80]. Klausimyną sudaro 9 pagrindiniai klausimai ir papildomas klausimas apie simptomų sukeltus sunkumus. Atsakymai vertinami 4 balų Likerto skalėje (0 – „visai ne“, 3 – „beveik kiekvieną dieną“), remiantis pastarųjų 2 savaitių patirtimi. Kuo didesnis įvertis, tuo stipresni depresijos simptomai. Tyrimai rodo, kad PHQ-9 klausimyno balų interpretavimas, kai yra taikoma ≥ 10 taškų riba, yra patikimesnis būdas depresijai nustatyti nei kiti PHQ-9 vertinimo modeliai [81]. Ši riba, lyginant su pusiau struktūruotais interviu, pasižymi 88 % jautrumu ir 86 % specifiškumu, o tai reiškia, kad ji gana tiksliai atpažįsta depresijos atvejus [81].

Literatūroje gausu tyrimų, kuriuose vertinamas depresijos simptomų sunkumas tarp sveikatos priežiūros specialistų ir tikrinamas jų ryšys su kitomis darbo aplinkos sąlygomis. Pavyzdžiui, tyrimas Brazilijoje atskleidė, kad 36,3 % pirminės sveikatos priežiūros darbuotojų patyrė vidutinio sunkumo depresijos simptomus, o 16 % – sunkius. Smurtas darbe (įžeidimai, grasinimai) reikšmingai didino depresijos simptomų riziką [82]. Kitame tyrime Brazilijoje depresijos simptomai buvo susiję ir su perdegimu [83]. Tyrimas, atliktas JAV, siekė įvertinti, kaip gydytojų rezidentų depresijos simptomai kito laike nuo 2007 iki 2019 metų. Paaiškėjo, kad kasmet naujų rezidentų grupėse pradiniai depresijos simptomai būdavo vis aukštesni, nors bendrai depresijos simptomų

sunkumas su kiekvienais rezidentūros metais mažėjo [84]. Literatūroje taip pat pastebima, kad depresijos simptomai (PHQ-9) dažnai vertinami ir lyginami su kitais klausimynais, skirtais miego kokybei, nerimui ir savižudybės rizikai vertinti. Pavyzdžiui, tyrime tarp Kinijos slaugytojų 13,6 % turėjo miego sutrikimų, 42,3 % turėjo depresijos simptomų, o miego kokybė buvo reikšmingai susijusi su nerimu ir depresija [85]. Kito tyrimo Kinijoje rezultatai atskleidė, kad 10,8 % slaugytojų pranešė apie su savižudybe susijusias mintis, o miego sutrikimai didino šių minčių atsiradimo riziką [86].

Taip pat literatūroje gausu tyrimų, kuriuose tiriamas depresijos simptomų ryšys su perdegimu ir išsekimu. Pavyzdžiui, tyrimo Afrikoje rezultatai parodė, kad 59 % gydytojų patyrė perdegimą, 20 % gydytojų pranešė apie nerimo ir depresijos simptomus, o perdegimas buvo stipriai susijęs su nerimo ir depresijos simptomais [87]. Tyrime Serbijoje bendras išsekimo paplitimas tarp slaugytojų ir gydytojų, dirbančių onkologijos skyriuose, siekė 42,4%, o slaugytojai turėjo 1,41 karto didesnę tikimybę patirti išsekimą nei gydytojai. Didesni depresijos simptomų įverčiai (PHQ-9) buvo susiję su didesniais išsekimo įverčiais [88]. Tyrimas Kamerūne parodė, kad depresijos simptomai pasireiškė 62,2 % slaugytojų (PHQ-9 > 4), o depresijos simptomų riziką didino darbas naktimis ir bendras išsekimas. Taip pat pastebėta, kad rekreaciniai narkotikai yra stipriai susiję su depresijos simptomų sunkumu [89]. Tyrime JAV 28 % pirmų metų psichiatrijos rezidentų atitiko perdegimo kriterijus, vertintus pagal Maslach profesinio perdegimo sindromo klausimyną (*angl. Maslach Burnout Inventory*). Šie rezidentai taip pat patyrė daugiau depresijos simptomų, vertintų pagal PHQ-9 klausimyną [90]. Kinijoje 18,3 % sveikatos priežiūros darbuotojų depresijos lygis buvo PHQ-9 ≥ 10, taip pat nustatyta, kad darbuotojai, patyrę tiek depresiją, tiek nerimą, turėjo didesnius išsekimo lygio balus nei tik išsekimą patyrę asmenys [91].

Nors PHQ-9 klausimynas yra patikimas ir plačiai naudojamas depresijos simptomų vertinimo įrankis, jis turi ir tam tikrų trūkumų. Vienas svarbiausių aspektų yra subjektyvumas, nes klausimynas remiasi savarankišku atsakymų pateikimu, o tai gali lemti atsakymų netikslumą [92]. Taip pat PHQ-9 klausimynu yra vertinami per pastarąsias dvi savaites pasireiškę depresijos simptomai, todėl simptomų svyravimai gali būti nepastebėti [92, 93]. Lietuvoje kol kas nėra atlikto lietuviškos PHQ-9 versijos validumo tyrimo, todėl nėra nustatytos specifinės ribinės reikšmės, pagal kurią būtų galima patikimai vertinti depresijos diagnozę Lietuvos populiacijoje [94]. Atsižvelgiant į daugelio tarptautinių tyrimų rezultatus, manoma, kad tinkama ribinė reikšmė turėtų būti ≥10 balų. Tačiau naudojant 10 taškų ribą depresijos nustatymui, gali būti įtraukiami asmenys, kurių simptomai yra laikini ir momentiniai. Dėl šių priežasčių PHQ-9 rezultatus rekomenduojama interpretuoti kartu su kitais diagnostiniais metodais bei specialistų vertinimu [92].

1.6. Pasaulinės sveikatos organizacijos Geros savijautos rodiklis-5 (PSO-5) subjektyvios gerovės vertinimui

PSO (5) Geros savijautos rodiklis (*angl. The World Health Organization-Five Well-Being Index (WHO-5)*) yra glausta ir universali priemonė, skirta subjektyvios gerovės vertinimui. Pirmasis oficialus PSO-5 rodiklio pristatymas įvyko 1998 m. [95], o nuo to laiko ši skalė buvo išversta į daugiau nei 30 kalbų ir plačiai naudojama tyrimuose visame pasaulyje [96]. Klinikiniuose tyrimuose buvo pastebėta, kad ji yra tinkama depresijos atrankai [97] ir leidžianti įvertinti psichikos būseną įvairiose tyrimų srityse [98, 99]. PSO-5 skalė susideda iš šių 5 teiginių: 1) „Jaučiausi linksmas ir geros nuotaikos“, 2) „Jaučiausi ramus ir atsipalaidavęs“, 3) „Jaučiausi aktyvus ir energingas“, 4) „Pabudau jausdamasis pailsėjęs“, 5) „Kasdienis gyvenimas man buvo įdomus.“. Respondentai vertina, kaip šie teiginiai atitinka jų patirtį per paskutines 14 dienų, naudodami 6 balų skalę nuo 0 („niekada“) iki 5 („visą laiką“). Daugelio tyrimų duomenimis, procentinis balas, mažesnis nei 50 (arba neapdorotas balas, mažesnis nei 13), yra riba, kuri rodo prastą emocinę savijautą, o 28 ir mažiau balų rodo galimą klinikinę depresiją ir nurodo, kad yra reikalingas tolimesnis vertinimas dėl galimo psichikos sveikatos sutrikimo (pvz., depresinio sutrikimo) [100, 101].

Europoje atliktas tyrimas, kuriame dalyvavo 35 šalys, atskleidė, kad klausimyno struktūra bei atsakymų interpretacija yra vienoda visose šalyse [101]. Tai reiškia, kad klausimynas yra tikslus ir tinkamas naudoti nepriklausomai nuo kultūrinių skirtumų ar geografinės vietovės. Taip pat ši klausimyną galima naudoti tarptautiniuose tyrimuose, o gautus rezultatus palyginti tarp šalių [101]. Taip pat buvo nustatyta, kad diagnozuojant depresiją šis rodiklis pasižymi dideliu jautrumu ir specifiškumu: jautrumas siekia 93 %, o specifiškumas – 83 % [102]. Be depresijos diagnostikos, PSO-5 dažnai naudojamas emocinės savijautos kitimui laike stebėti arba lyginti skirtingas grupes tarpusavyje [102].

PSO-5 Geros savijautos indeksas yra naudojamas ir sveikatos priežiūros srityje dirbančių specialistų savijautai bei depresijos rizikai vertinti. Vykdam Lietuvoje atliktų tyrimų, kuriuose buvo naudojamas PSO (5) Geros savijautos rodiklis, internetinę paiešką, randamas vienas tyrimas, kuriame nurodoma, kad žemi PSO-5 psichologinės gerovės balai po COVID-19 pandemijos buvo reikšmingai susiję su didesniu noru keisti profesiją [100]. Tuo tarpu Airijoje atliktas tyrimas atskleidė, kad 27,3 % gydytojų buvo nustatyta prasta emocinė savijauta, o 22,2 % – tikėtina depresija. Aukštesnė subjektyvi savijauta buvo būdinga rezidentūrą baigusiams ir mažiau darbo valandų dirbantiems gydytojams (59,5 %), lyginant su gydytojais rezidentais [101]. Tyrimas Danijoje atskleidė, kad 18,6 % gydytojų turėjo prastą subjektyvią gerovę, kuri buvo susijusi su didesniu darbo krūviu, ilgesnėmis darbo valandomis ir mažesniu pasitenkinimu darbu. Taip pat tyrimas pabrėžė, kad šeimos gydytojų savijauta buvo prastesnė negu bendros populiacijos žmonių [103]. Tyrimas Graikijoje parodė, kad pamainomis dirbantys sveikatos priežiūros specialistai reikšmingai blogiau įvertino savo emocinę

savijautą pagal PSO-5 klausimyną nei dirbantys dienos metu [95]. Kitame tyrime Graikijoje paaiškėjo, kad nuolatiniai darbuotojai turėjo reikšmingai aukštesnį PSO-5 geros savijautos įvertį nei laikinai dirbantys [99]. Vokietijoje atlikto tyrimo rezultatai atskleidė, kad 18,2 % slaugytojų, dirbančių onkologijos skyriuose, turėjo žemą PSO-5 gerovės indekso rezultatą (mažiau nei 13). Tyrimo metu taip pat buvo nustatyta, kad darbe keliama aukšti reikalavimai buvo susiję su prastesne psichologine gerove [96]. Kitas tyrimas, atliktas tarp medicinos darbuotojų Italijoje, nagrinėjo PSO-5 gerovės indekso ir ProQOL-5 profesinės gyvenimo kokybės ryšį. Rezultatai atskleidė, kad aukštesnis PSO-5 balas buvo susijęs su geresne profesine gyvenimo kokybe (didesniu pasitenkinimu dėl užuojautos ir mažesniu antriniu trauminiu stresu) [12].

Vienas pagrindinių šios skalės privalumų yra jos paprastumas ir aiškumas, todėl ją lengva užpildyti ir vertinti. Tačiau yra ir keletas trūkumų. Pavyzdžiui, „socialinio pageidaujamumo šališkumo“ aspektas, kai žmonės pateikia atsakymus, kurie atrodo socialiai priimtini, o ne iš tikrųjų atspindi jų būseną ar elgesį [104]. Šis įrankis nėra skirtas išsamiai psichologinių ar psichiatrinių būklių diagnostikai, todėl sudėtingesniais atvejais reikalingos papildomos ištyrimo priemonės. Taip pat šis klausimynas neapima neigiamų emocijų, todėl gali nepakankamai tiksliai atspindėti bendrą psichikos sveikatos būklę [105].

2. TYRIMO ORGANIZAVIMAS IR METODIKA

2.1. Tyrimo organizavimas ir leidimai

2024 m. lapkričio mėnesį buvo gautas Medicinos fakulteto Mokslinių tyrimų etikos komiteto leidimas atlikti tyrimą „Gydytojų ir slaugytojų profesinės savijautos tyrimas“ (2024 m. lapkričio 26 d. Nr.(1.7 E) 150000-KT-427). 2024 m. gruodžio mėnesį buvo gautas leidimas atlikti tyrimą iš bendrojo profilio ligoninės (X), o 2025 m. sausio mėnesį – iš psichiatrinio profilio ligoninės (Y). Tyrimas buvo atliekamas 2024 m. gruodžio-2025 m. sausio mėnesiais. Ligoninėje X dirbo apie 1000 gydytojų ir slaugytojų, o Y ligoninėje apie 100 gydytojų ir slaugytojų. Siekiant užtikrinti reprezentatyvią imtį, buvo apskaičiuotas minimalus reikalingas respondentų skaičius esant 95% pasikliautinajam intervalui ir $\pm 5\%$ paklaidai. Skaičiavimais nustatyta, kad X ligoninei reikalingas imties dydis buvo 278 respondentai, o Y ligoninei – 80. Siekiant pasiekti reikiamą imties dydį X ligoninėje, buvo išdalintos 556 brošiūros, darant prielaidą, kad atsako dažnis sudarys 50 %. Y ligoninėje brošiūros buvo pasiūlytos visiems 100 specialistų, tačiau tik 80 jų sutiko jas priimti, todėl potencialus atsakymų skaičius buvo apribotas.

Pildyti klausimyną buvo galima nuskaičius „QR“ kodą. Gydytojai ir slaugytojai jį pildė anonimiškai. Prieš dalyvavimą tyrime, visi respondentai buvo supažindinti su tyrimo tikslais, metodologija, potencialiomis naudomis ir rizikomis. Dalyviai galėjo užduoti klausimus apie tyrimą.

Visi dalyviai buvo informuoti apie tai, kad dalyvavimas yra savanoriškas, ir kad dalyviai gali bet kada atsisakyti dalyvauti (pildyti anketą) be jokios neigiamos pasekmės.

Iš viso buvo užpildytos 182 anketos. X ligoninėje apklausoje dalyvavo 128 asmenys (atsako dažnis 23,02 %). Tuo tarpu Y ligoninėje apklausą užpildė 54 respondentai (atsako dažnis 67,50 %).

Siekiant užtikrinti anonimiškumą, ligoninių pavadinimai nėra skelbiami, o žymimi kaip ligoninė X ir ligoninė Y, kur X – bendrojo profilio ligoninė, o Y – psichiatrinio profilio ligoninė.

2.2. Tyrimo objektas

Gydytojų ir slaugytojų profesinė savijauta.

2.3. Tiriamųjų atranka

Į tyrimą buvo įtraukti slaugytojai, gydytojai ir gydytojai rezidentai, dirbantys tiek pilną, tiek ne pilną darbo dieną bei sutinkantys dalyvauti tyrime. Atrankos kriterijai nebuvo ribojami pagal amžių, lytį, darbo patirtį ar įstaigos skyrių. Į tyrimą nebuvo įtraukti medicinos ar slaugos studentai, praktikantai. Atrankos būdas – tyrimo dalyviai atrenkami naudojant tikslinę atranką, kreipiantis į sveikatos priežiūros įstaigą ir prašant paskatinti gydytojus bei slaugytojus dalyvauti tyrime.

2.4. Tyrimo instrumentai

Anketą sudarė keletas demografinių klausimų ir trys klausimynai: Su profesija susijusios gyvenimo kokybės (ProQOL) klausimynas (*angl. Professional Quality of Life Scale*), PSO (5) Geros savijautos indeksas (*angl. World Health Organization Five Well-Being Index*) ir Paciento sveikatos klausimynas (PHQ-9) (*angl. Patient Health Questionnaire-9*). Šie klausimynai yra viešai prieinami ir juos leidžiamas naudoti mokslinių tyrimų atlikimui, jei laikomasi klausimynų autorių nustatytų naudojimo sąlygų. Naudojant šiuos klausimynus buvo laikomasi visų licencinių reikalavimų.

1. **Bendrieji klausimai.** Šioje anketos dalyje buvo prašoma nurodyti savo lytį (moteris/vyras/kita), specialybę (gydytojas/-a, gydytojas/-a rezidentas/-ė, slaugytojas/-a), amžių (18-24 m./25 – 34 m./35 – 44 m./45 – 54 m./55 – 64 m./ ≥ 65 m.) bei skyrių, kuriame dirba respondentas (ambulatorinės sveikatos priežiūros skyriuje/ chirurginiame skyriuje/ terapiniame skyriuje/ vaikų ligų skyriuje/ skubios pagalbos skyriuje/ reabilitacijos ir slaugos skyriuje/ laboratorinių tyrimų skyriuje/radiologinių tyrimų skyriuje/kitos sritys (įrašykite)).
2. **Su profesija susijusios gyvenimo kokybės vertinimo skalė (ProQOL).** Šį klausimyną sukūrė dr. Beth'as Hudnall'as Stamm'as ir komanda. Klausimyną sudaro 30 klausimų. Šis klausimynas padeda nustatyti teigiamus (pasitenkinimą darbu) ir neigiamus (perdegimą bei antrinį stresą) profesinio gyvenimo aspektus. Jo rezultatai padeda atrinkti darbuotojus, kuriems kyla didelė perdegimo, nepasitenkinimo dėl užuojautos ir antrinio trauminio streso

rizika [73]. Respondentų buvo prašoma atsakyti į kiekvieną klausimą, remiantis savo patirtimi per pastarąsias trisdešimt dienų, pažymint atsakymą nuo 1 iki 5 (1 – Visiškai nesutinku, 2 – Retai, 3 – Kartais, 4 – Dažnai, 5 – Labai dažnai) [73]. Šį klausimyną sudaro trys subskalės: pasitenkinimo dėl užuojautos, perdegimo ir antrinio trauminio streso. Kiekvienai skalei priklauso po 10 klausimų, kurių įverčiai yra susumuojami. Perdegimo skalėje yra žvaigždute pažymėtų klausimų, kurie yra „atvirkštinio įvertinimo“. Jeigu balas yra 1, jis pakeičiamas į 5. Atsakymų balai yra apverčiami, nes klausimus pateikus teigiama formuluote, gaunamas tikslesnis įvertis, o tai leidžia moksliskai daugiau sužinoti apie neigiamus pateikto klausimo aspektus [73, 74] (1 lentelė).

1 lentelė. Su profesija susijusios gyvenimo kokybės vertinimo subskalės (ProQOL)

<i>Su profesija susijusios gyvenimo kokybės vertinimo subskalės (ProQOL)</i>	<i>Teiginio numeris</i>
Pasitenkinimas dėl užuojautos	3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30
Perdegimas	*1, *4, 8, 10, *15, *17, 19, 21, 26, *29
Antrinis trauminis stresas	2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28

Kiekvienos skalės klausimų suma žymi tam tikrą pasitenkinimo dėl užuojautos, perdegimo ir antrinio trauminio streso lygį: ≤ 22 balai – žemas, 23-41 balas – vidutinis, ≥ 42 – aukštas [62, 73].

3. **Paciento sveikatos klausimynas (PHQ-9)** yra patikimas įrankis depresijos simptomams nustatyti. Klausimyną sukūrė Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke ir jų kolegos. Klausimyną sudaro 10 klausimų. Respondentai turi atsakyti į kiekvieną klausimą, remdamiesi savo patirtimi per pastarąsias dvi savaites, kur 0 – „Visai ne“, 1 – „Keletą dienų“, 2 – „Daugiau nei pusę dienų“, 3 – „Beveik kasdien“ [106]. Pagal surinktų balų sumą ir atsakymą į papildomą klausimą galima vertinti depresinių simptomų sunkumą: 0-4 balai rodo, kad depresijos simptomų nėra, 5-9 balai – depresijos simptomai lengvi, 10-14 balų – vidutiniai, 15-19 balų – sunkūs, 20-27 balų – labai sunkūs depresijos simptomai [77]. Pasaulyje atliktų tyrimų rezultatai pabrėžia, kad ≥ 10 balų įvertis rodo didelę tikimybę, kad asmuo serga depresija (jautrumas apie 88% ir specifiškumu apie 88%) [77, 81].
4. **PSO (5) Geros savijautos rodiklis (PSO-5)**. Tai trumpas klausimynas, sukurtas Pasaulinės sveikatos organizacijos bei skirtas subjektyvios emocinės savijautos vertinimui. Klausimyną sudaro 5 teiginiai. Pildančiųjų prašoma pasirinkti atsakymą, apie tai, kaip jie jautėsi per

pastarąsias dvi savaites, pažymint atsakymą nuo 0 iki 5 (0 – „niekada“, 1 – „kartais“, 2 – „mažiau nei pusę to laiko“, 3 – „daugiau nei pusę to laiko“, 4 – „beveik visą laiką“, 5 – „visą laiką“) [107]. Užpildžius anketą visi skaičiai sudedami ir jų suma padauginama iš 4. Gaunamas balų skaičius nuo 0 iki 100. Aukštesnis balas žymi geresnę savijautą: > 50 atspindi normalią savijautą, ≤ 50 balų rodo prastą savijautą ir depresijos riziką, o ≤ 28 balai – klinikinę depresiją [108].

Į rezultatų aptarimą buvo įtraukti tik tie tyrimai, kuriuose pasitenkinimui dėl užuojautos, antriniam trauminiam stresui, perdegimui, depresijai ir savijautai vertinti buvo naudojamos analogiškos mūsų tyrimui skalės – Su profesija susijusios gyvenimo kokybės skalė (ProQOL), PSO (5) Geros savijautos rodiklis (PSO-5) ir Paciento sveikatos klausimynas-9 (PHQ-9).

2.5. Duomenų analizės metodai

Naudojant G*Power programinę įrangą buvo atlikta galios post-hoc analizė, taikant chi-kvadrato atitikties testą. Esant vidutinio stiprumo efektui ($w = 0,3$), statistinė galia X ligoninėje siekė 92,4 %, o Y ligoninėje – 59,7 %. Tai rodo, kad X ligoninės imtis buvo pakankama tam, kad nustatyti vidutinio ir didelio stiprumo poveikius, tuo tarpu Y ligoninėje statistinė galia buvo nepakankama, todėl padidėjo II tipo klaidos tikimybė, ypač vertinant vidutinio ar mažesnio stiprumo poveikius. Atsižvelgiant į tai, statistinio reikšmingumo riba buvo nustatyta $p < 0,05$, tačiau rezultatai, susiję su mažesnio stiprumo poveikiu, turėtų būti interpretuojami atsargiai.

Duomenų analizei buvo naudojami R Commander ir JASP statistinės programinės įrangos paketai. Pirmiausia buvo apskaičiuotos aprašomosios statistikos reikšmės (vidurkis, mediana, standartinis nuokrypis, maksimalios ir minimalios reikšmės. Kategorinių kintamųjų ryšiams nustatyti buvo taikomas *Chi-kvadrato* (χ^2) testas. Skirtumų tarp grupių vertinimui buvo taikomi neparametriniai testai, ne kai kurių kintamųjų duomenys neatitiko normalumo kriterijų, kurie buvo tikrinami naudojant *Shapiro-Wilk* normalumo testą. Tarp skirtingų specialybių grupių buvo taikomas *Kruskal-Wallis* testas. Siekiant nustatyti ryšius tarp kintamųjų buvo naudojamos *Pearson* ir *Spearman* rangų koreliacijos. Be to, norint įvertinti vieno kintamojo įtaką kitam, buvo atlikta regresinė analizė, taikant tiek linijinę regresiją, tiek generalizuotus linijinius modelius. Modeliuose buvo naudojamos skirtingos funkcijos, priklausomai nuo duomenų pobūdžio: *Gamma* regresija su *identity* arba *log link* funkcija bei *Gaussian* regresija su *identity link* funkcija. Visų statistinių testų rezultatai buvo reikšmingi, kai $p < 0,05$.

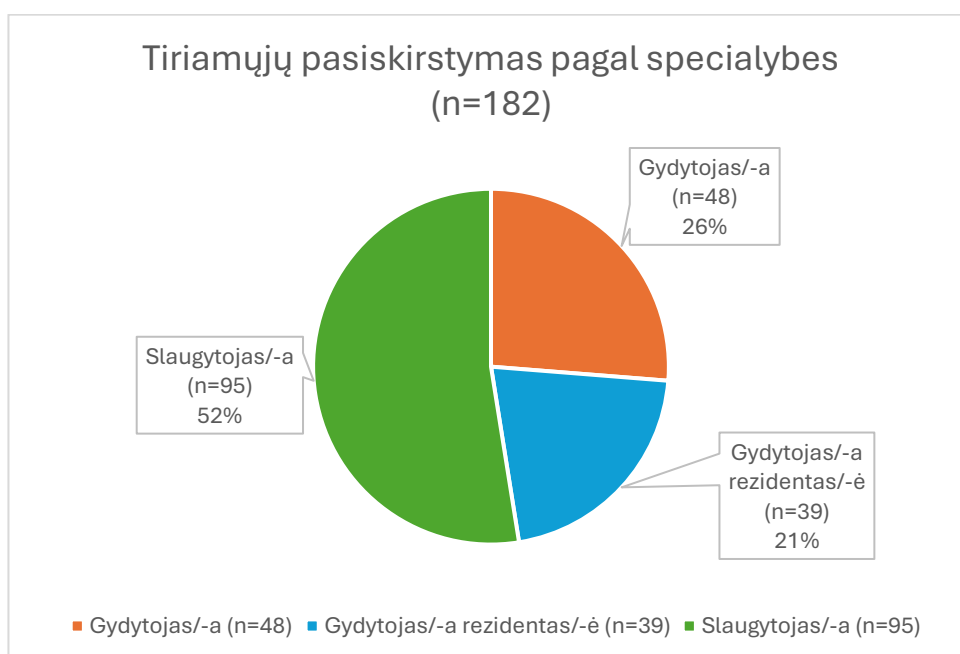
3. REZULTATAI

3.1. Tiriamųjų demografinės charakteristikos

X ligoninėje gydytojams ir slaugytojams buvo išdalintos 556 anketos su „QR“ kodais, iš kurių užpildytos buvo 128 (atsako dažnis 23,02 %). Y ligoninėje anketos buvo pasiūlytos visiems 100 specialistų, tačiau tik 80 sutiko jas priimti, o atsakė 54 (atsako dažnis 67,50 %).

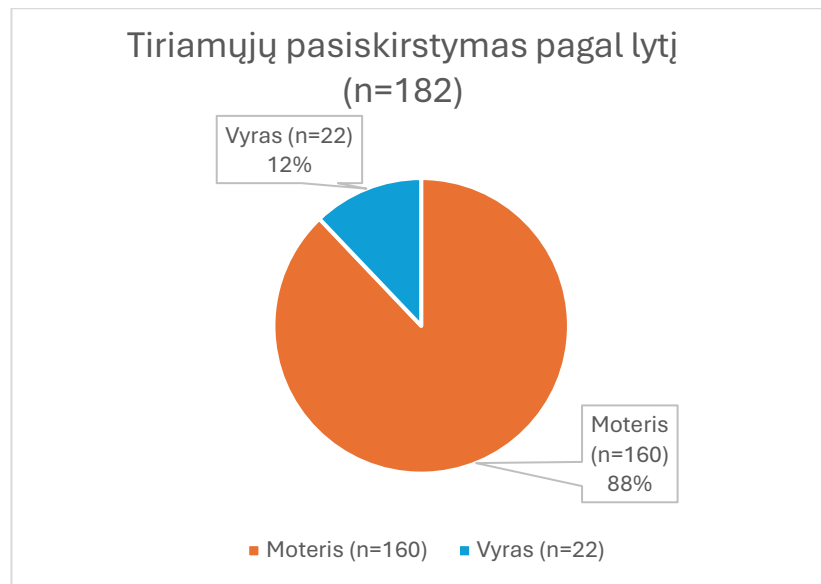
Tyrime iš viso dalyvavo 182 medikai. Tarp jų 48 (26,37 %) gydytojai, 39 (21,43 %) gydytojai rezidentai ir 95 (52,20 %) slaugytojai (1 pav.).

X ligoninėje anketą užpildė 34 (26,56 %) gydytojai, 29 (22,66 %) gydytojai rezidentai ir 65 (50,78 %) slaugytojai. Y ligoninėje 14 (25,93 %) gydytojų, 10 (18,52 %) gydytojų rezidentų ir 30 (55,56 %) slaugytojų.



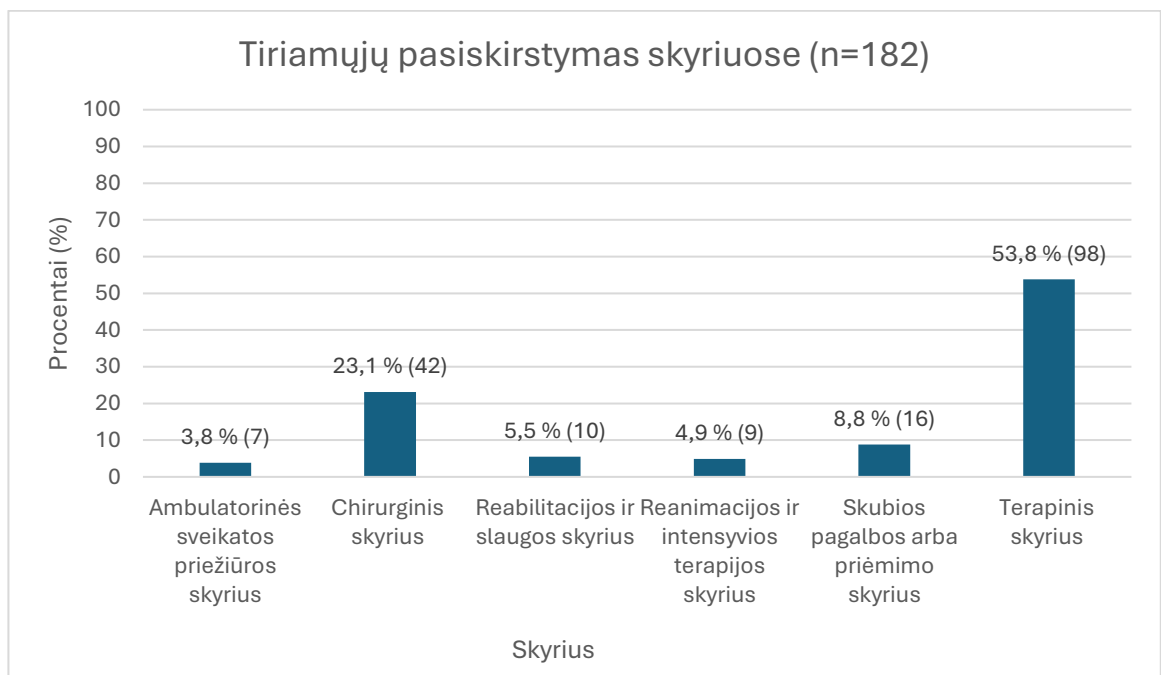
1pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal specialybes

Didesnę dalį tiriamųjų sudarė moterys – 160 (87,91 %), mažesnę vyrai – 22 (12,09 %) (2 pav.). Tyrime dalyvavo 79 (43,41 %) 25-34 m. amžiaus respondentai, 35-44 m. – 42 (23,08 %), 45-54 m. – 27 (14,84%), 55-64 m. – 22 (12,09 %), o ≥ 65 m. – 1 (0,55 %) respondentas.



2 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal lytį

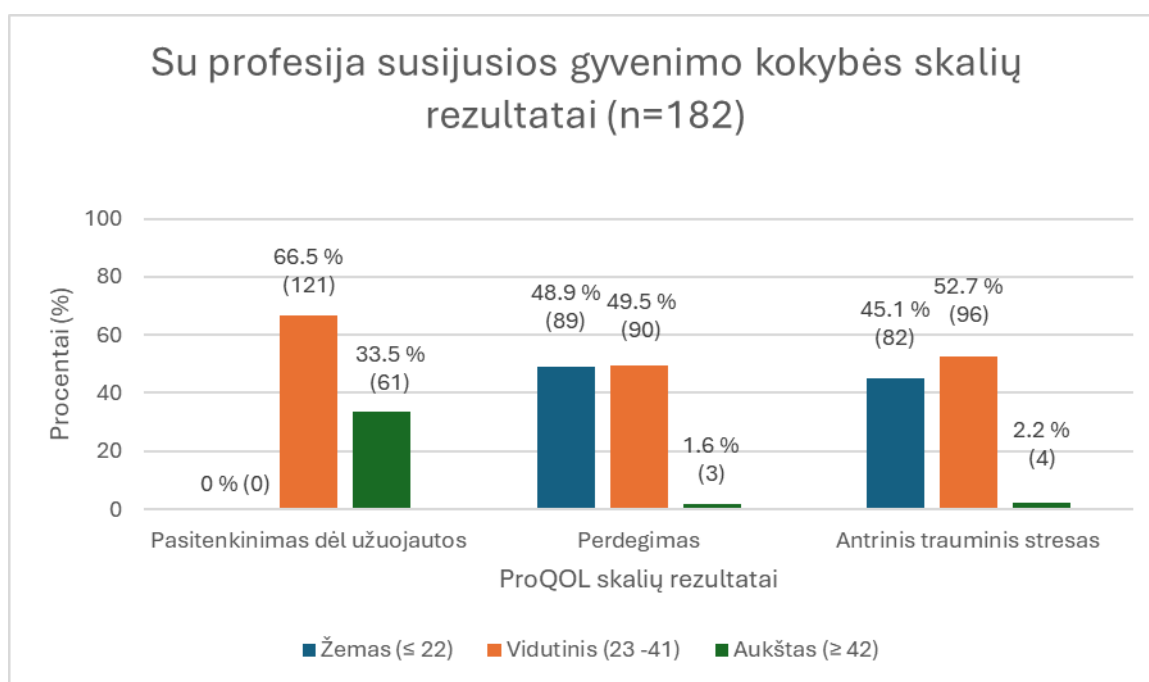
Didžioji dalis respondentų dirbo terapiniame skyriuje (pvz., kardiologija, pulmonologija ir kt.) – 98 (53,85 %). Chirurginiame skyriuje (ortopedija, traumatologija, neurochirurgija ir kt.) dirbo 42 (23,08 %), o skubios pagalbos arba priėmimo skyriuje – 16 (8,79 %) specialistų. Mažiausiai respondentų nurodė dirbantys reabilitacijos ir slaugos skyriuje – 10 (5,49 %), reanimacijos ir intensyvios terapijos skyriuje – 9 (4,94 %) bei ambulatorinės sveikatos priežiūros skyriuje – 7 (3,85 %) (3 pav.).



3 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas skyriuose

3.2. Su profesija susijusios gyvenimo kokybės klausimyno (ProQOL) rezultatai

Pasitenkinimo dėl užuojautos įverčių vidurkis buvo 39,01 (SD = 5,55), perdegimo įverčių vidurkis – 23,15 (SD = 5,65), o antrinio trauminio streso – 24,48 (SD = 6,92). Tarp respondentų vyravo vidutinis pasitenkinimo dėl užuojautos lygis – 121 (66,48 %), aukštas pasitenkinimo dėl užuojautos lygis buvo nustatytas 61 (33,52 %) respondentui, žemo pasitenkinimo dėl užuojautos lygio nebuvo pastebėta. Vidutinis perdegimo lygis buvo nustatytas 90 (49,45 %) respondentų, žemas – 89 (48,90 %) respondentams, aukštas perdegimo lygis – 3 (1,65 %) respondentams. 96 (52,75 %) respondentams buvo nustatytas vidutinis antrinio trauminio streso lygis, 82 (45,05%) – žemas ir 4 (2,20 %) – aukštas (4 pav.).

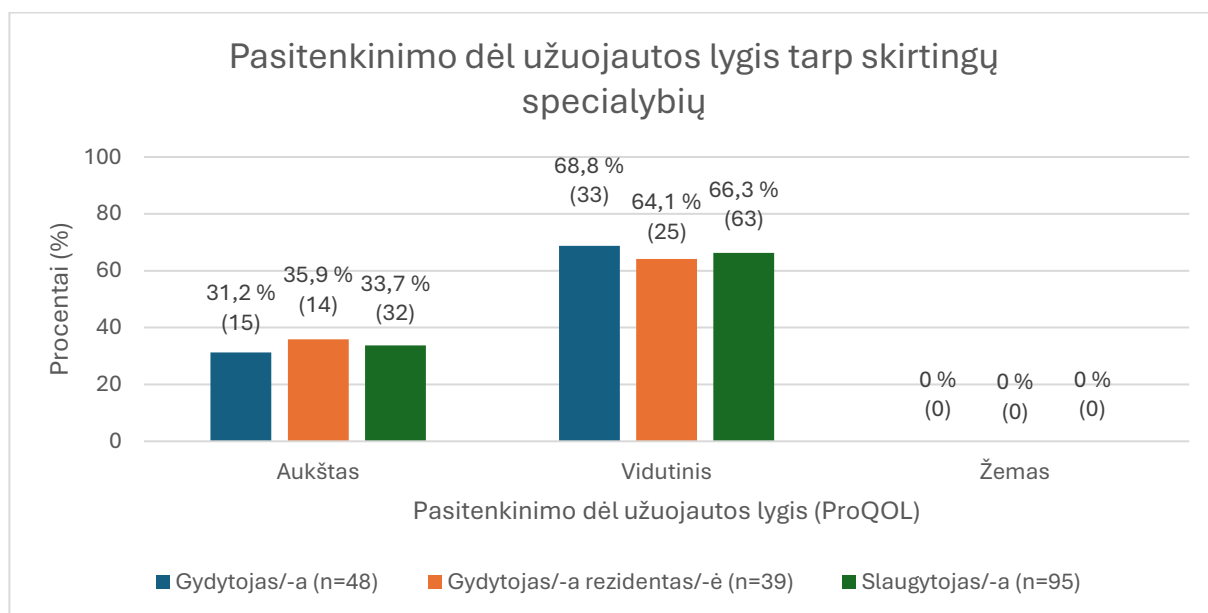


4 pav. Su profesija susijusios gyvenimo kokybės subskalių rezultatai

3.2.1. ProQOL – Pasitenkinimo dėl užuojautos subskalės rezultatai

Pasitenkinimas dėl užuojautos tarp specialistų. Bendras gydytojų pasitenkinimo dėl užuojautos vidurkis buvo 38,52 (SD = 4,82), gydytojų rezidentų – 38,35 (SD = 5,78), slaugytojų – 39,60 (SD = 5,77). Visose specialybių grupėse vyravo vidutinis pasitenkinimo dėl užuojautos lygis, kuris buvo nustatytas 33 (68,75 %) gydytojams, 25 (64,10 %) gydytojams rezidentams ir 63 (66,32 %) slaugytojams. Aukštą pasitenkinimo dėl užuojautos lygį turėjo 15 (31,25 %) gydytojų, 14 (35,89 %) gydytojų rezidentų ir 32 (33,68 %) slaugytojai (5 pav.). Žemo pasitenkinimo dėl užuojautos lygio nebuvo nustatyta. *Chi-kvadrato* (χ^2) testo rezultatai ($\chi^2 = 0,21107$, $df = 2$, $p = 0,8998$) parodė, kad skirtumas tarp grupių nėra statistiškai reikšmingas ($p > 0,05$), todėl pasitenkinimo lygis nepriklausė nuo specialybės (5 pav.). Lyginant bendrai visus gydytojus (gydytojus ir gydytojus rezidentus) su slaugytojais, statistiškai reikšmingo skirtumo tarp specialybės ir pasitenkinimo dėl užuojautos lygio

taip pat nenustatyta ($\chi^2=0,0025091$, $df = 1$, $p = 0,9601$).

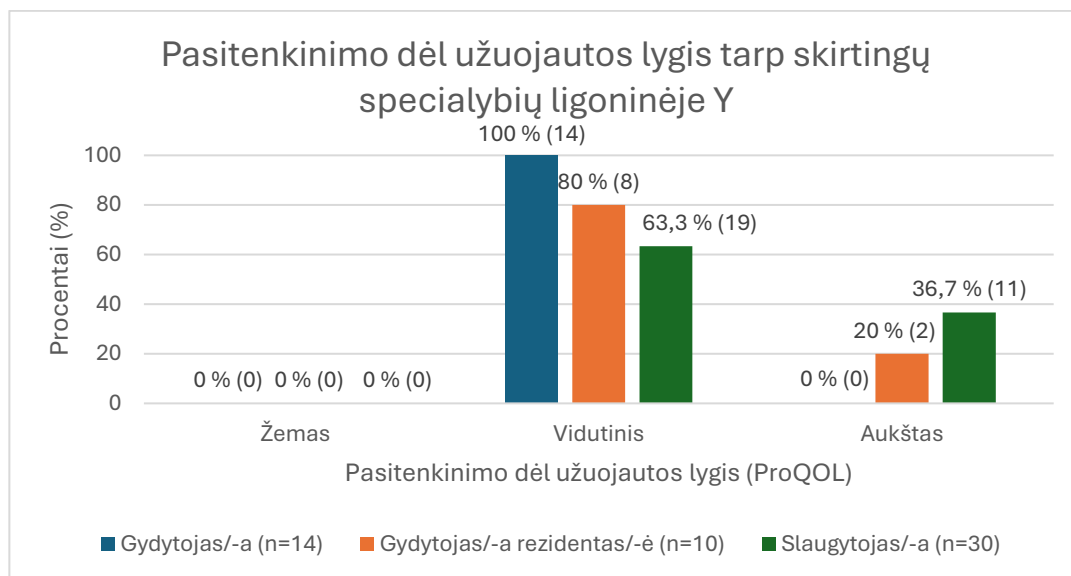


5 pav. Pasitenkinimo dėl užuojautos lygis tarp skirtingų specialybių

Pasitenkinimas dėl užuojautos tarp specialistų X ligoninėje. Ligoninėje X nebuvo nei vieno dalyvio su žemu pasitenkinimo dėl užuojautos lygiu (0 %). Dauguma respondentų visose profesinėse grupėse turėjo vidutinį pasitenkinimo dėl užuojautos lygį (gydytojai – 19 (55,88 %), gydytojai rezidentai – 17 (58,62 %), slaugytojai – 44 (67,69 %)). Aukšto pasitenkinimo dėl užuojautos lygį dažniau nurodė gydytojai – 15 (44,12 %) ir gydytojai rezidentai – 12 (41,37%), tuo tarpu slaugytojai jį turėjo rečiau – 21 (32,31%), tačiau *chi-kvadrato* testas ($\chi^2 = 1,5692$, $p = 0,4563$) neparodė statistiškai reikšmingo skirtumo tarp pasitenkinimo dėl užuojautos lygio ir atskirų specialybių. Statistinis reikšmingumas nebuvo pastebėtas ir lyginant bendrai gydytojus (gydytojus ir gydytojus rezidentus) su slaugytojais pagal pasitenkinimo dėl užuojautos lygį $\chi^2 = 1,5191$, $df = 1$, $p = 0,2178$).

Pasitenkinimas dėl užuojautos tarp specialistų Y ligoninėje. Y ligoninėje žemo pasitenkinimo dėl užuojautos lygio neturėjo nė vienas dalyvis (0 %). Vidutinį pasitenkinimo lygį turėjo 14 (100 %) gydytojų, 8 (80 %) gydytojų rezidentų ir 19 (63,33 %) slaugytojų, o aukštą pasitenkinimą nurodė 0 (0%) gydytojų, 2 (20 %) gydytojai rezidentai ir 11 (36,67 %) slaugytojų (6 pav.). Y ligoninėje *chi-kvadrato* testas parodė, kad yra statistiškai reikšmingas skirtumas tarp skirtingų profesinių grupių (gydytojų, gydytojų rezidentų ir slaugytojų) ir pasitenkinimo dėl užuojautos lygio ($\chi^2 = 7,1325$, $p = 0,02826$). Statistinis reikšmingumas buvo pastebėtas ir lyginant bendrai gydytojus (gydytojus ir gydytojus rezidentus) su slaugytojais pagal pasitenkinimo dėl užuojautos lygį. Pastebėta, kad Y ligoninėje gydytojai statistiškai reikšmingai labiau buvo linkę turėti vidutinį pasitenkinimo dėl užuojautos lygį – 22 (91,67 %) negu slaugytojai – 19 (63,33 %), aukštą pasitenkinimo dėl užuojautos lygį turėjo didesnė dalis slaugytojų negu gydytojų, atitinkamai 11 (36,

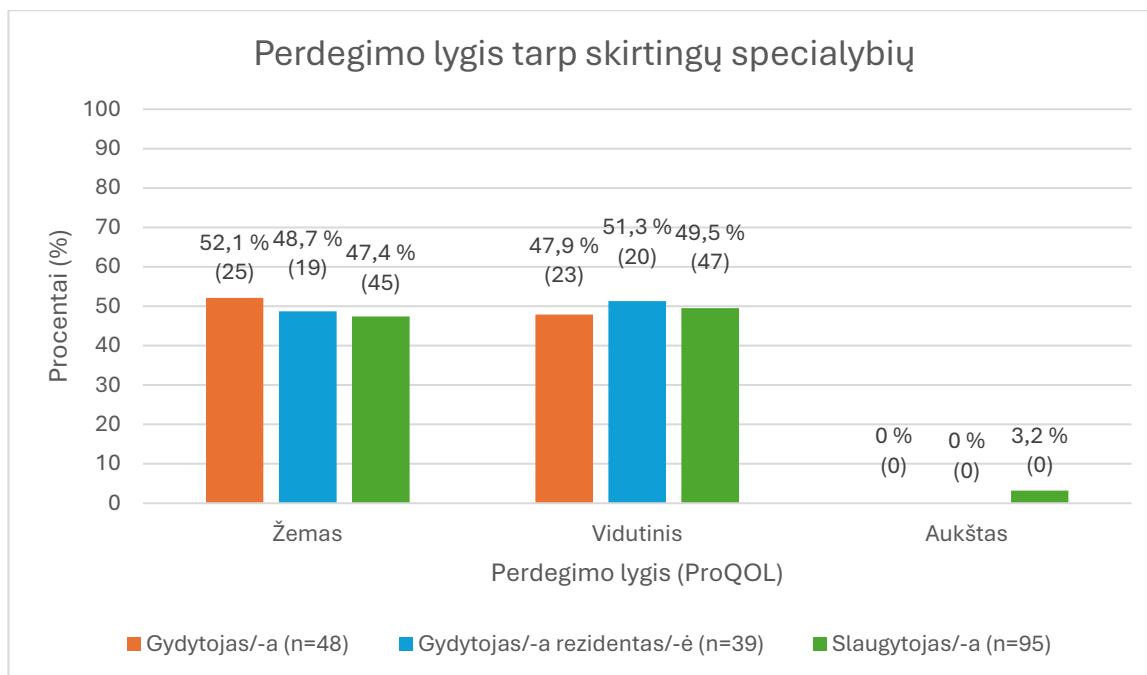
7 %) ir 2 (8, 3 %) ($\chi^2 = 5,8559$, $df = 1$, $p = 0,01552$).



6 pav. Pasitenkinimo dėl užuojautos lygis tarp skirtingų specialybių ligoninėje Y

3.2.2. ProQOL – Perdegimo subskalės rezultatai

Perdegimo lygis tarp specialistų. Bendras gydytojų perdegimo įverčių vidurkis buvo 23,08 (SD = 5,52), gydytojų rezidentų – 23,43 (SD = 5,68), slaugytojų – 22,89 (SD = 6,46). Aukštą perdegimo lygį patyrė tik 3 (3,16 %) slaugytojai ir nė vienas (0 %) gydytojas ir gydytojas rezidentas. Vidutinį perdegimo lygį patyrė 23 (47,92 %) gydytojai, 20 (51,28%) gydytojų rezidentų ir 47 (49,47 %) slaugytojai. Žemas perdegimo lygis buvo nustatytas 25 (52,08 %) gydytojams, 19 (48,72 %) gydytojų rezidentų ir 45 (47,37 %) slaugytojams (7 pav.). Atlikus *chi-kvadrato* testą, statistiškai reikšmingo ryšio tarp specialybės ir perdegimo lygio nenustatyta ($\chi^2 = 2,942$, $df = 4$, $p = 0,7976$). Tai rodo, kad perdegimo lygis reikšmingai nesiskiria tarp gydytojų, gydytojų rezidentų ir slaugytojų. Lyginant bendrai visus gydytojus (gydytojus ir gydytojus rezidentus) su slaugytojais, statistiškai reikšmingos skirtumo tarp specialybės ir perdegimo lygio taip pat nenustatyta ($\chi^2 = 2,8429$, $df = 2$, $p = 0,3484$).

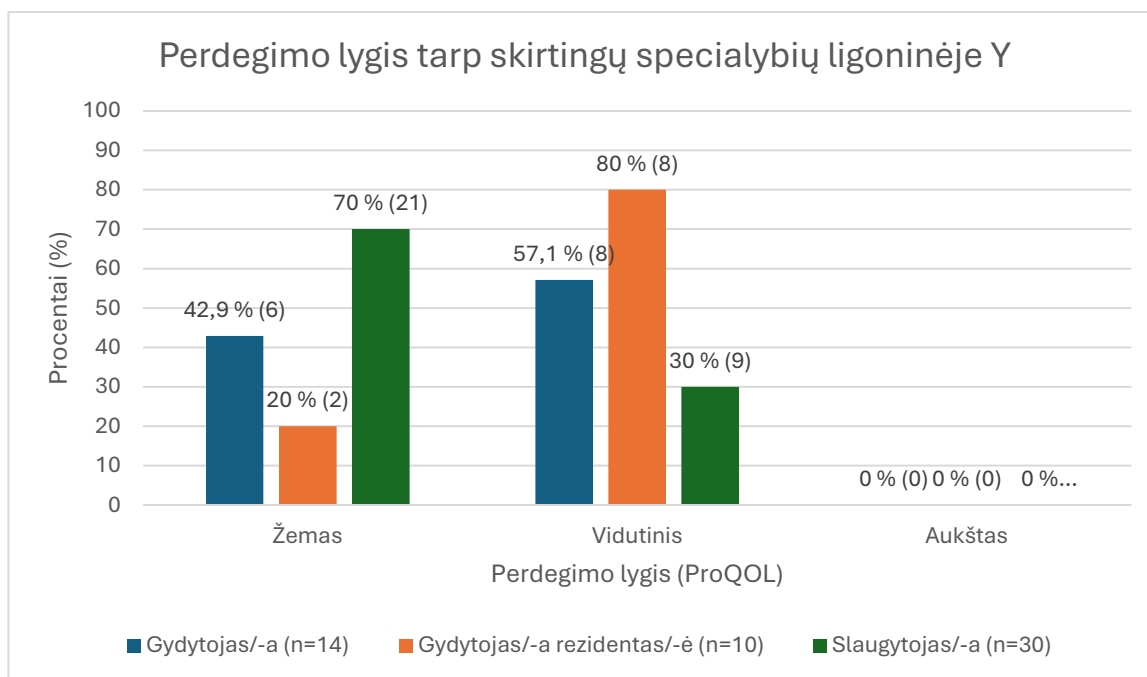


7 pav. Perdegimo lygis tarp skirtingų specialybių

Perdegimo lygis X ligoninėje. X ligoninėje patiriamą žemą perdegimo lygį nurodė 19 (55,88 %) gydytojų, 17 (58,62 %) gydytojų rezidentų ir 24 (36,92 %) slaugytojai. Vidutinį perdegimo lygį turėjo 15 (44,12 %) gydytojų, 12 (41,38 %) gydytojų rezidentų ir 38 (58,46 %) slaugytojai. Aukštą perdegimo lygį turėjo tik 3 (4,62 %) slaugytojai ir nei vienas gydytojas ar rezidentas. *Chi-kvadrato* testas ($\chi^2 = 7,1325$, $p = 0,1218$) parodė, kad nėra statistiškai reikšmingo skirtumo tarp skirtingų profesinių grupių (gydytojų, gydytojų rezidentų ir slaugytojų) ir perdegimo lygio. Tačiau lyginant bendrai gydytojus (gydytojus ir gydytojus rezidentus) ir slaugytojus pagal patiriamo perdegimo lygį, statistiškai reikšmingas skirtumas tarp specialybių buvo pastebėtas: daugiau gydytojų negu slaugytojų patyrė žemą perdegimo lygį, atitinkamai 36 (57,14 %) ir 24 (36,92 %), o vidutinį perdegimo lygį patyrė daugiau slaugytojų negu gydytojų, atitinkamai 38 (58,46 %) ir 27 (42,89 %), aukštą perdegimo lygį taip pat buvo labiau būdingas slaugytojams negu gydytojams, atitinkamai 3 (4,62 %) ir 0 (0%) ($\chi^2 = 7,2321$, $df = 2$, $p = 0,02689$).

Perdegimo lygis Y ligoninėje. Y ligoninėje *chi-kvadrato* testas atskleidė, kad yra statistiškai reikšmingas skirtumas tarp skirtingų profesinių grupių (gydytojų, gydytojų rezidentų ir slaugytojų) ir perdegimo lygio ($\chi^2 = 8,4357$, $p = 0,01473$). Ligoninėje Y žemą perdegimo lygį nurodė 6 (42,89 %) gydytojai, 2 (20,0 %) gydytojai rezidentai ir 21 (70,0 %) slaugytojas. Vidutinį perdegimo lygį turėjo 8 (57,14 %) gydytojai, 8 (80,0 %) gydytojai rezidentai ir 9 (30,0%) slaugytojai. Aukšto perdegimo lygio nepatyrė nei vienas dalyvis (8 pav.). Lyginant bendrai gydytojus (gydytojus ir gydytojus rezidentus) su slaugytojais pagal perdegimo lygį Y ligoninėje, taip pat pastebėtas statistiškai reikšmingas skirtumas ($\chi^2 = 7,2099$, $df = 1$, $p = 0,00725$). Daugiau slaugytojų turėjo žemą perdegimo

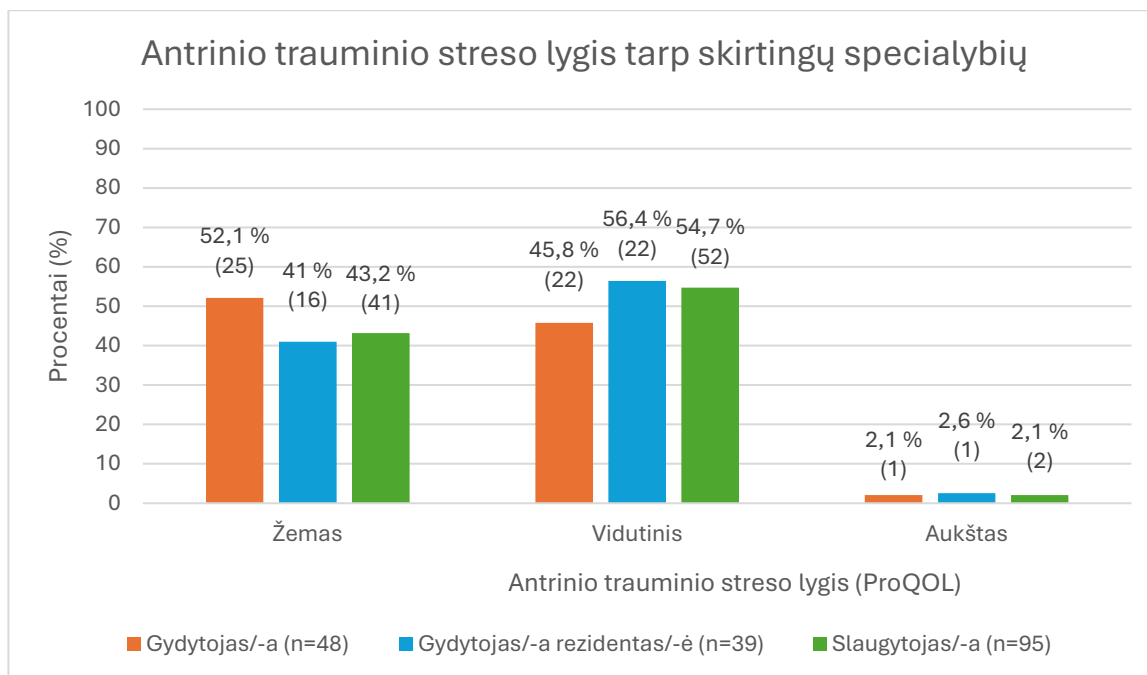
lygį, lyginant su gydytojais, atitinkamai 21 (70,0 %) ir 8 (33,33 %), o daugiau gydytojų turėjo vidutinį perdegimo lygį, lyginant su slaugytojais, atitinkamai 16 (66,67 %) ir 9 (30,0 %).



8 pav. Perdegimo lygis tarp skirtingų specialybių ligoninėje Y

3.2.3. ProQOL – Antrinio trauminio streso subskalės rezultatai

Antrinis trauminis stresas tarp specialistų. Bendras antrinio trauminio streso įverčių vidurkis buvo 23,72 (SD = 6,93), gydytojų rezidentų – 24,35 (SD = 5,40), slaugytojų – 24,30 (SD = 6,89). Žemą antrinio trauminio streso lygį patyrė 25 (52,08 %) gydytojai, 16 (41,03 %) gydytojų rezidentų ir 41 (43,16 %) slaugytojas. Vidutinį antrinio trauminio streso lygį patyrė 22 (45,83 %) gydytojai, 22 (56,41 %) gydytojai rezidentai ir 52 (54,74 %) slaugytojai. Aukštą antrinio trauminio streso lygį patyrė 1 (2,08 %) gydytojas, 1 (2,56 %) gydytojas rezidentas ir 2 (2,11 %) slaugytojai (9 pav.). Atlikus *chi-kvadrato* testą ($\chi^2 = 1,3786$, $df = 4$, $p = 0,8479$) ir *Fisherio* tikslųjį testą ($p = 0,8172$), nenustatyta statistiškai reikšmingo ryšio tarp specialybės ir antrinio trauminio streso lygio. Lyginant bendrai visus gydytojus (gydytojus ir gydytojus rezidentus) su slaugytojais, statistiškai reikšmingos skirtumo tarp specialybės ir antrinio trauminio streso lygio taip pat nenustatyta ($\chi^2 = 0,31563$, $df = 2$, $p = 0,8686$).



9 pav. Antrinio trauminio streso lygis tarp skirtingų specialybių

Antrinis trauminis stresas X ir Y ligoninėje. Antrinio trauminio streso pasiskirstymas tarp skirtingų profesinių grupių tiek ligoninėje X ($\chi^2 = 0,75167$, $p = 0,9448$), tiek ligoninėje Y ($\chi^2 = 4,9401$, $p = 0,2935$) nebuvo statistiškai reikšmingai skirtingas. Lyginant bendrai visus gydytojus (gydytojus ir gydytojus rezidentus) su slaugytojais, statistiškai reikšmingos skirtumo tarp specialybės ir antrinio trauminio streso taip pat nenustatyta nei X ligoninėje ($\chi^2 = 0,72845$, $p = 0,6455$), nei Y ligoninėje ($\chi^2 = 0,84664$, $p = 1$).

3.3. Paciento sveikatos klausimyno-9 (PHQ-9) rezultatai

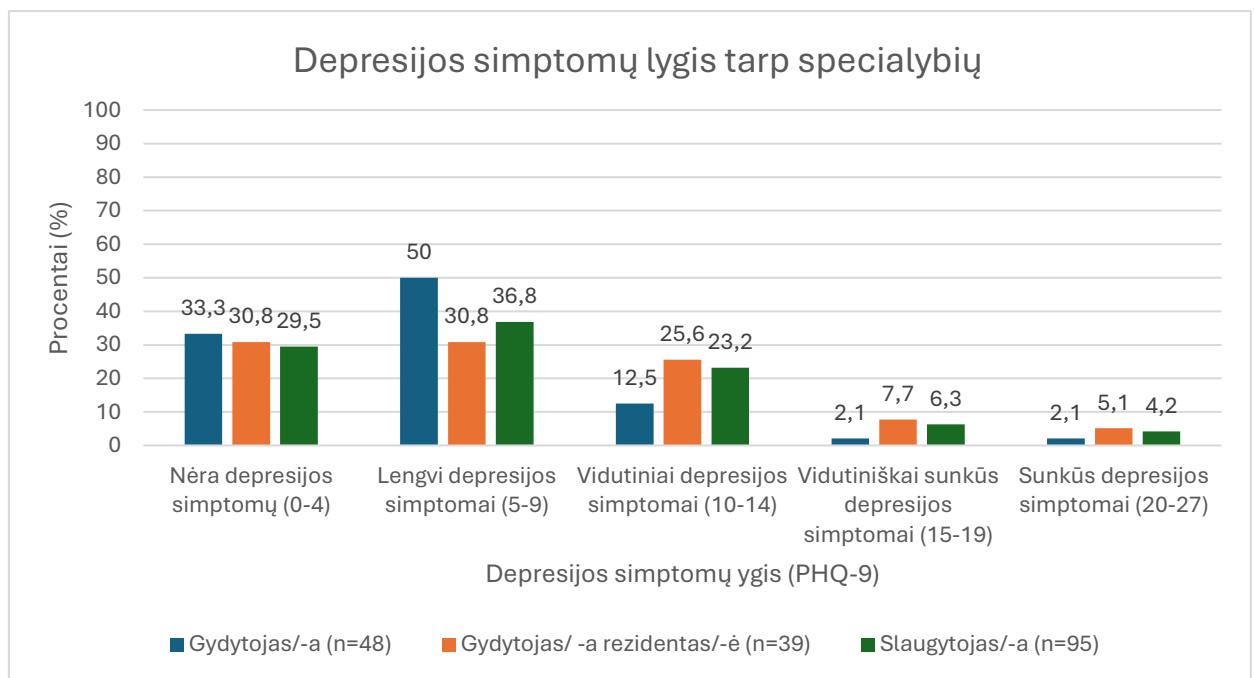
PHQ-9 bendras įverčių vidurkis buvo 7,59 (SD = 5,39). Depresijos simptomų neturėjo arba jie buvo minimalūs tarp 56 (30,77 %) respondentų, lengvi depresijos simptomai pasireiškė 71 (39,01 %) specialistui, vidutiniai – 38 (20,88 %), sunkūs – 10 (5,49 %), labai sunkūs – 7 (3,85 %) respondentams. PHQ-9 įvertis ≥ 10 , kuris rodo, kad reikėtų atlikti platesnį ištyrimą dėl didžiosios depresijos rizikos, buvo nustatytas 52 (28,57 %) respondentams.

Depresijos simptomai tarp specialistų. Tarp gydytojų vidutinis PHQ-9 įvertis buvo 6,46 (SD = 4,40), o mediana 5, tarp gydytojų rezidentų – 8,64 (SD = 5,59) ir 8, tarp slaugytojų – 7,75 (SD = 5,69) ir 7. Atlikus *Kruskal–Wallis* testą statistiškai reikšmingo skirtumo tarp gydytojų, gydytojų rezidentų ir slaugytojų, vertinant depresijos simptomų įverčių medianas, nenustatyta ($\chi^2 = 5,0951$, $df = 2$, $p = 0,07827$).

Depresijos simptomų neturėjo arba jie buvo minimalūs 16 (33,33 %) gydytojų, 12 (30,77 %) gydytojų rezidentų ir 28 (29,47%) slaugytojai. Lengvi depresijos simptomai buvo pastebėti tarp 24

(50,0 %) gydytojų, 12 (30,77 %) gydytojų rezidentų ir 35 (36,84 %) slaugytojų. Vidutiniai depresijos simptomai pasireiškė 6 (12,50 %) gydytojams, 10 (25,64 %) gydytojų rezidentų ir 22 (23,16 %) slaugytojams. Vidutiniškai sunkius depresijos simptomus turėjo 1 (2,08 %) gydytojas, 3 (7,69 %) gydytojai rezidentai ir 6 (6,32 %) slaugytojai. Sunkūs depresijos simptomai buvo pastebėti 1 (2,08 %) gydytojui, 2 (5,13 %) gydytojams rezidentams ir 4 (4,21 %) slaugytojams (10 pav.). Atlikus *chi-kvadrato* testą ($\chi^2 = 6,7711$, $df = 8$, $p = 0,5615$) ir *Fišerio* tikslųjį testą ($p = 0,5401$), nenustatyta statistiškai reikšmingo skirtumo tarp specialybės grupių (gydytojai, gydytojai rezidentai, slaugytojai) ir depresijos simptomų sunkumo pagal PHQ-9 skalę. Lyginant bendrai visus gydytojus (gydytojus ir gydytojus rezidentus) su slaugytojais, taip pat nebuvo pastebėta statistiškai reikšmingo skirtumo tarp atskirų specialybių ir depresijos lygio ($\chi^2 = 1,1549$, $df = 4$, $p = 0,8915$).

PHQ-9 įvertis ≥ 10 , kuris rodo, kad reikėtų atlikti platesnį ištyrimą dėl didžiosios depresijos rizikos, buvo nustatytas 6 (12,50 %) gydytojams, 15 (38,46 %) gydytojų rezidentų ir 31 (32,63 %) slaugytojui. Atlikus *chi-kvadrato* testą buvo nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp gydytojų, gydytojų rezidentų ir slaugytojų ($\chi^2 = 8,7116$, $df = 2$, $p = 0,01283$). Tačiau lyginant bendrai visus gydytojus (gydytojus ir gydytojus rezidentus) su slaugytojais, nebuvo pastebėta statistiškai reikšmingo skirtumo tarp atskirų specialybių ir PHQ-9 ≥ 10 ($\chi^2 = 1,6053$, $df = 1$, $p = 0,2052$).



10pav. Depresijos simptomų lygis tarp specialybių

Depresijos simptomai X ligininėje. Ligininėje X depresijos simptomų neturėjo arba jie buvo minimalūs 10 (29,41 %) gydytojų, 9 (31,03 %) gydytojai rezidentai ir 20 (30,77 %) slaugytojų, o lengvi depresijos simptomai pasireiškė atitinkamai 18 (52,94%), 9 (31,03 %) ir 21 (32,31%) šių specialistų. Vidutinio sunkumo depresijos simptomus patyrė 4 (11,76 %) gydytojai, 7 (24,14 %)

gydytojai rezidentai ir 16 (24,62 %) slaugytojų. Vidutiniškai sunkūs depresijos simptomai nustatyti 1 (2,94%) gydytojui, 2 (6,90 %) gydytojams rezidentams ir 5 (7,69 %) slaugytojams, o sunkūs depresijos simptomai pasireiškė atitinkamai 1 (2,94 %), 2 (6,90 %) ir 3 (4,62 %) šių grupių specialistų. *Chi-kvadrato* testo rezultatas parodė, kad depresijos simptomų sunkumas tarp specialybių grupių statistiškai reikšmingai nesiskiria ($\chi^2 = 6,2373$, $p = 0,6262$). Lyginant bendrai visus gydytojus (gydytojus ir gydytojus rezidentus) su slaugytojais, taip pat nebuvo pastebėta statistiškai reikšmingo skirtumo tarp specialybių ir depresijos simptomų sunkumo ($\chi^2 = 2,1708$, $df = 4$, $p = 0,707$).

PHQ-9 $\geq$ 10 skalėje gautas rezultatas rodo didžiosios depresijos riziką ir platesnio ištyrimo reikalingumą. PHQ-9 $\geq$ 10 buvo nustatytas 6 (17,65 %) gydytojams, 11 (37,93 %) gydytojų rezidentų ir 23 (35,38 %) slaugytojams. *Chi-kvadrato* testas parodė, kad skirtumas tarp specialybės ir PHQ 9 $\geq$ 10 statistiškai reikšmingai nesiskiria ($\chi^2 = 4,4093$, $p = 0,1103$). Lyginant bendrai visus gydytojus (gydytojus ir gydytojus rezidentus) su slaugytojais, taip pat nebuvo pastebėta statistiškai reikšmingo skirtumo tarp atskirų specialybių ir PHQ-9 $\geq$ 10 ($\chi^2 = 1,4516$, $df = 1$, $p = 0,2283$).

Depresijos simptomai Y ligoninėje. Ligoninėje Y depresijos simptomų neturėjo arba jie buvo minimalūs 6 (42,86 %) gydytojai, 3 (30,0%) gydytojai rezidentai ir 8 (26,67 %) slaugytojai, o lengvi depresijos simptomai nustatyti atitinkamai 6 (42,86 %), 3 (30,0 %) ir 14 (46,67 %) šių specialybių respondentų. Vidutinio sunkumo depresijos simptomai pasireiškė 2 (14,29 %) gydytojams, 3 (30,0 %) rezidentams ir 6 (20,0 %) slaugytojoms, vidutiniškai sunkūs – 1 (10,0 %) rezidentui ir 1 (3,33 %) slaugytojui bei nė vienam gydytojui. Sunkūs depresijos simptomai buvo nustatyti tik 1 (3,33 %) slaugytojui, o gydytojams ir rezidentams tokie simptomai nepasireiškė. *Chi-kvadrato* testas parodė, kad nėra statistiškai reikšmingo skirtumo tarp specialybių grupių ir depresijos simptomų sunkumo ($\chi^2 = 4,4045$, $p = 0,8414$). Lyginant bendrai visus gydytojus (gydytojus ir gydytojus rezidentus) su slaugytojais, taip pat nebuvo pastebėta statistiškai reikšmingo skirtumo tarp atskirų specialybių grupių ir depresijos simptomų sunkumo ($\chi^2 = 1,5896$, $df = 4$, $p = 0,9196$).

Y ligoninėje PHQ-9 $\geq$ 10 depresijos simptomų įvertį turėjo 2 (14,29 %) gydytojai, 4 (40,0 %) gydytojai rezidentai ir 8 (26,67 %) slaugytojai, tačiau *chi-kvadrato* testas parodė, kad PHQ-9 $\geq$ 10 įvertio pasireiškimas skirtingose specialistų grupėse statistiškai reikšmingai nesiskiria ($\chi^2 = 2,0278$, $p = 0,3393$). Lyginant bendrai visus gydytojus (gydytojus ir gydytojus rezidentus) su slaugytojais, nebuvo pastebėta statistiškai reikšmingo skirtumo tarp atskirų specialybių grupių ir PHQ-9 $\geq$ 10 ($\chi^2 = 0,019286$, $df = 1$, $p = 0,8896$).

3.4. PSO (5) Geros savijautos rodiklio (PSO-5) rezultatai

Vidutinis PSO-5 įvertis buvo 58,79 (SD = 17,94). Iš viso prasta savijauta (≤ 50 balų) buvo pastebėta 63 (34,62 %) respondentų, o klinikinės depresijos rizika (≤ 28 balų) – 11 (6,04 %) respondentų.

Savijauta tarp specialistų. Tarp gydytojų vidutinis PSO-5 rodiklio įvertis siekė 58,33 (SD = 15,80) balus, o mediana 60, tarp gydytojų rezidentų atitinkamai 59,38 (SD = 16,63) ir 60, o tarp slaugytojų – 58,77 (SD = 19,57) ir 60. Atlikus *Kruskal–Wallis* testą statistiškai reikšmingo skirtumo tarp specialybių (gydytojų, gydytojų rezidentų ir slaugytojų) ir PSO-5 įverčių medianų nenustatyta ($\chi^2 = 1,2855$, df = 2, p = 0,5258).

Prasta savijauta (PSO-5 ≤ 50 balų) buvo nustatyta 15 (31,25 %) gydytojų, 15 (38,51 %) gydytojų rezidentų ir 33 (34,74 %) slaugytojams. *Chi-kvadrato* testas neparodė statistiškai reikšmingo skirtumo tarp specialybių grupių ir prastos savijautos ($\chi^2 = 0,49572$, df = 2, p = 0,7805). Lyginant bendrai visus gydytojus (gydytojus ir gydytojus rezidentus) su slaugytojais, taip pat nebuvo pastebėta statistiškai reikšmingo skirtumo tarp atskirų specialybių ir prastos savijautos ($\chi^2 = 0,0012953$, df = 1, p = 0,9713).

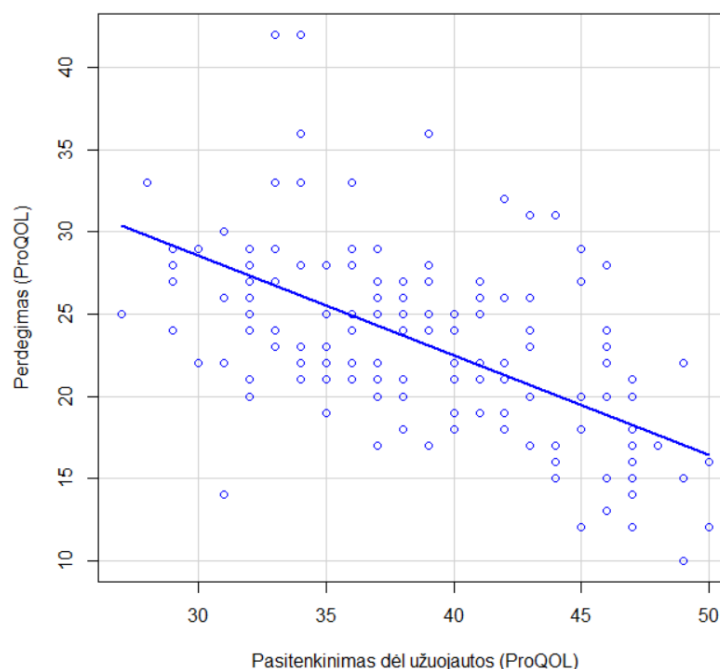
Klinikinės depresijos rizika (PSO-5 ≤ 28 balų) buvo nustatyta 4 (8,33 %) gydytojams, nė vienam gydytojui rezidentui 0 (0%) bei 7 (7,37 %) slaugytojams. *Chi-kvadrato* testas neparodė statistiškai reikšmingo skirtumo tarp specialybių grupių ir klinikinės depresijos ($\chi^2 = 32453$, df = 2, p = 0,1974). Lyginant bendrai visus gydytojus (gydytojus ir gydytojus rezidentus) su slaugytojais, taip pat nebuvo pastebėta statistiškai reikšmingo skirtumo tarp atskirų specialybių ir klinikinės depresijos ($\chi^2 = 0,61392$, df = 1, p = 0,4333).

Savijauta X ligoninėje. X ligoninėje prasta savijauta (PSO-5 ≤ 50 balų) buvo nustatyta 6 (17,65 %) gydytojams, 11 (37,93 %) gydytojų rezidentų ir 24 (36,92 %) slaugytojams. *Chi-kvadrato* testas parodė, kad nėra statistiškai reikšmingo skirtumo tarp specialybių grupių ir prastos savijautos ($\chi^2 = 4,4093$, p = 0,1103). Lyginant bendrai visus gydytojus (gydytojus ir gydytojus rezidentus) su slaugytojais, taip pat nebuvo pastebėta statistiškai reikšmingo skirtumo tarp atskirų specialybių ir prastos savijautos ($\chi^2 = 3,7366$, df = 1, p = 0,05323). Klinikinės depresijos rizika (PSO-5 ≤ 28 balų) buvo nustatyta 2 (5,88 %) gydytojams, 0 (0 %) gydytojų rezidentų ir 6 (9,23 %) slaugytojams, bet ir šis skirtumas tarp specialybių grupių ir klinikinės depresijos rizikos nebuvo statistiškai reikšmingas ($\chi^2 = 2,9268$, p = 0,3079). Lyginant bendrai visus gydytojus (gydytojus ir gydytojus rezidentus) su slaugytojais, taip pat nebuvo pastebėta statistiškai reikšmingo skirtumo tarp atskirų specialybių ir klinikinės depresijos rizikos ($\chi^2 = 2,0026$, df = 1, p = 0,2738).

Savijauta Y ligoninėje. Ligoninėje Y prastą savijautą ($PSO-5 \leq 50$ balų) turėjo 2 (14,29 %) gydytojai, 0 (0 %) gydytojų rezidentų ir 2 (6,67 %). *Chi-kvadrato* testas atskleidė, kad nėra statistiškai reikšmingo skirtumo tarp skirtingų specialybių ir prastos savijautos ($\chi^2 = 1,7897$, $p = 0,4993$). Lyginant bendrai visus gydytojus (gydytojus ir gydytojus rezidentus) su slaugytojais, taip pat nebuvo pastebėta statistiškai reikšmingo skirtumo tarp atskirų specialybių ir prastos savijautos ($\chi^2 = 2,0776$, $df = 1$, $p = 0,1495$). Klinikinės depresijos rizika ($PSO-5 \leq 28$ balų) nustatyta 2 (14,29 %) gydytojams, 4 (40,20 %) gydytojams rezidentams ir 8 (26,67 %) slaugytojams, tačiau *chi-kvadrato* testas taip pat neparodė statistiškai reikšmingo skirtumo tarp specialybių grupių ir klinikinės depresijos rizikos ($\chi^2 = 2,0278$, $p = 0,3393$). Lyginant bendrai visus gydytojus (gydytojus ir gydytojus rezidentus) su slaugytojais, taip pat nebuvo pastebėta statistiškai reikšmingo skirtumo tarp atskirų specialybių ir klinikinės depresijos rizikos ($\chi^2 = 0,054$, $df = 1$, $p = 1$).

3.5. Sąsajos tarp su profesija susijusios gyvenimo kokybės (ProQOL) subskalių duomenų

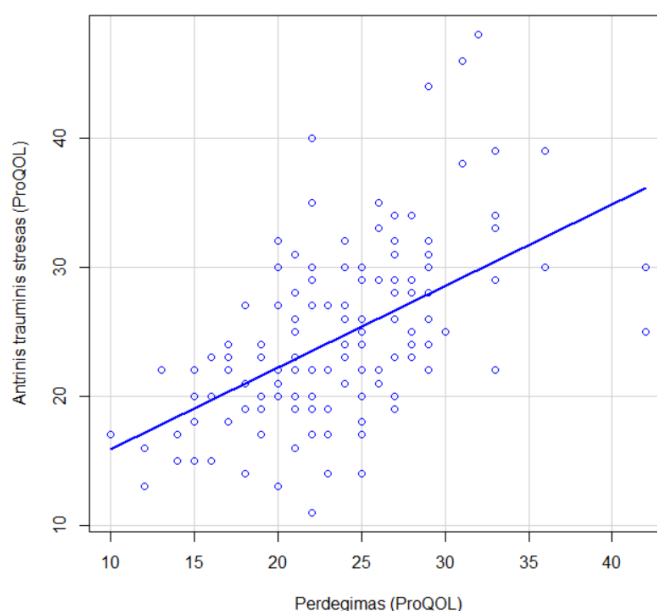
Spearman rangų koreliacijos analizė parodė statistiškai reikšmingą vidutinio stiprumo neigiamą ryšį tarp pasitenkinimo dėl užuojautos ir perdegimo ($r = -0,55$, $p < 0,001$). Tai rodo, kad didesnis pasitenkinimas dėl užuojautos yra susijęs su mažesniu perdegimu ir atvirkščiai (11 pav.). Generalizuotos linijinės regresinės analizės rezultatai parodė, kad perdegimas statistiškai reikšmingai ir neigiamai veikia pasitenkinimą dėl užuojautos ($\beta = -0,465$, $p < 0,001$), o perdegimo padidėjimas vienu vienetu, sumažina pasitenkinimo dėl užuojautos lygį vidutiniškai 0,465 vienetu (2 lentelė).



11 pav. Ryšys tarp pasitenkinimo dėl užuojautos ir perdegimo

Spearman rangų koreliacijos analizė parodė statistiškai reikšmingą, bet silpną neigiamą ryšį tarp pasitenkinimo dėl užuojautos ir antrinio trauminio streso ($r = -0,1702$, $p=0,02158$), tačiau regresinės analizės rezultatai atskleidė, kad antrinis trauminis stresas neturėjo statistiškai reikšmingos įtakos pasitenkinimui dėl užuojautos ($\beta = -0,098$, $p = 0,147$) (2 lentelė).

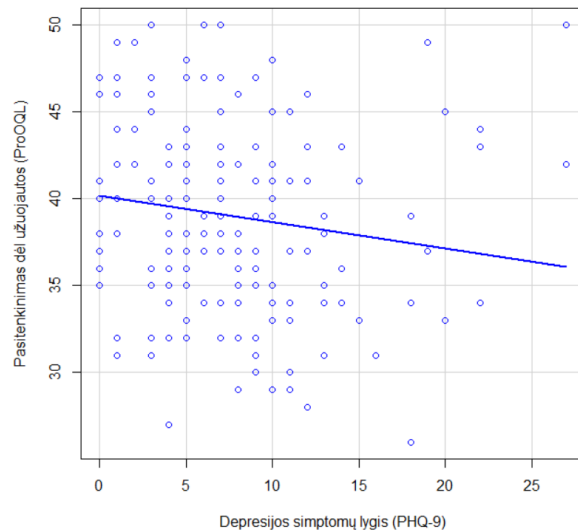
Spearman rangų koreliacijos analizė parodė statistiškai reikšmingą vidutinio stiprumo teigiamą ryšį tarp perdegimo ir antrinio trauminio streso ($r = 0,611$, $p < 0,001$) (12 pav.). Tai rodo, kad didesnis perdegimas yra susijęs su didesniu antriniu trauminiu stresu ir atvirkščiai. Generalizuotos linijinės regresinės analizės rezultatai taip pat parodė, kad antrinis trauminis stresas reikšmingai ir teigiamai veikia perdegimą ($\beta = 0,569$, $p < 0,001$), o antrinio trauminio streso padidėjimas vienu vienetu didina perdegimą vidutiniškai 0,569 vienetu (2 lentelė).



12pav. Ryšys tarp perdegimo ir antrinio trauminio streso

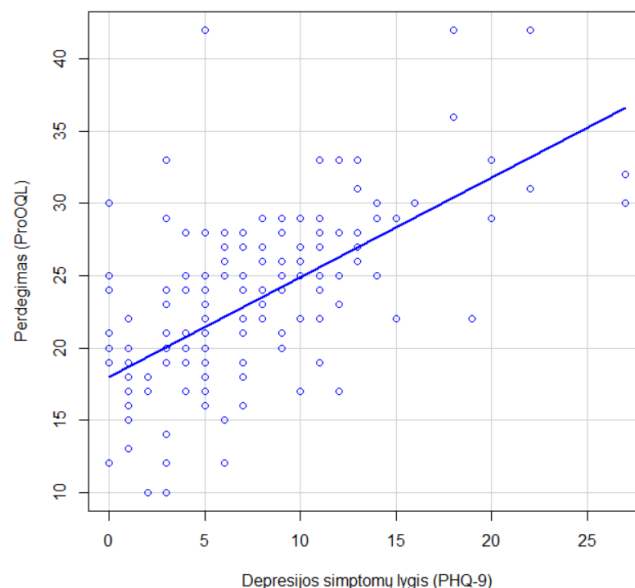
3.6. Sąsajos tarp depresijos simptomų (PHQ-9) ir su profesija susijusios gyvenimo kokybės (ProQOL) subskalių duomenų

Spearman rangų koreliacijos analizė parodė statistiškai reikšmingą, tačiau silpną neigiamą ryšį tarp pasitenkinimo dėl užuojautos ir depresijos simptomų (PHQ-9) ($r = -0,21$, $p = 0,0048$). Tai reiškia, kad didesnis pasitenkinimas dėl užuojautos yra susijęs su mažesniu depresijos simptomų įverčiu (13 pav.). Generalizuotos linijinės regresijos modelyje ryšys buvo artimas statistiniam reikšmingumui ($p = 0,067$) (2 lentelė).



13 pav. Ryšys tarp depresijos simptomų ir pasitenkinimo dėl užuojautos

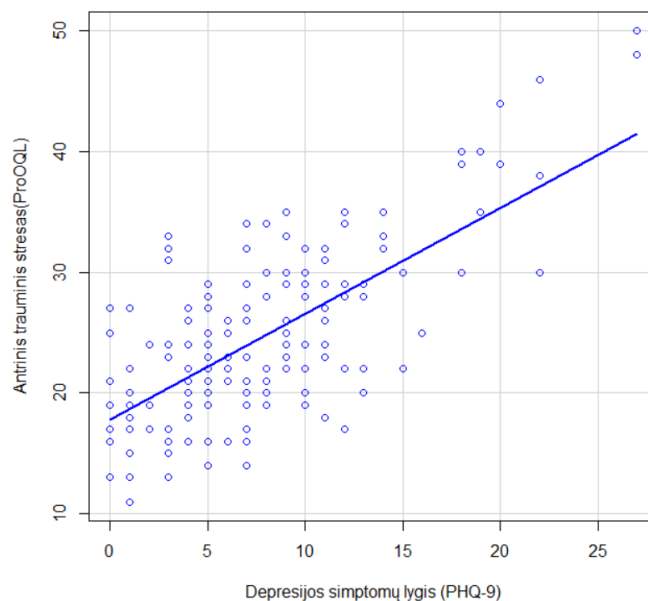
Spearman rangų koreliacija parodė vidutinio stiprumo teigiamą ryšį tarp perdegimo ir depresijos simptomų ($r = 0,65$, $p < 0,001$), o tai reiškia, kad didesnis perdegimo lygis yra susijęs su sunkesniais depresijos simptomais (14 pav.). Atlikta generalizuota linijinė regresija parodė, kad depresijos simptomų sunkumas statistiškai reikšmingai lemia perdegimo lygį ($p < 0,001$). Rezultatai rodo, kad depresijos simptomų (PHQ-9) balų padidėjimas per vieną vienetą, lemia 0,702 vieneto didesnę perdegimą (2 lentelė).



14 pav. Ryšys tarp depresijos simptomų ir perdegimo

Spearman rangų koreliacijos analizė parodė vidutinio stiprumo teigiamą ir statistiškai reikšmingą ryšį tarp depresijos simptomų (PHQ-9) ir antrinio trauminio streso (ProQOL) ($r = 0,56$, $p < 0,001$). Tai rodo, kad didesnis antrinio trauminio streso lygis yra susijęs su didesniu depresijos simptomų pasireiškimu (15 pav.). Atlikta generalizuota linijinė regresija parodė, kad didesni

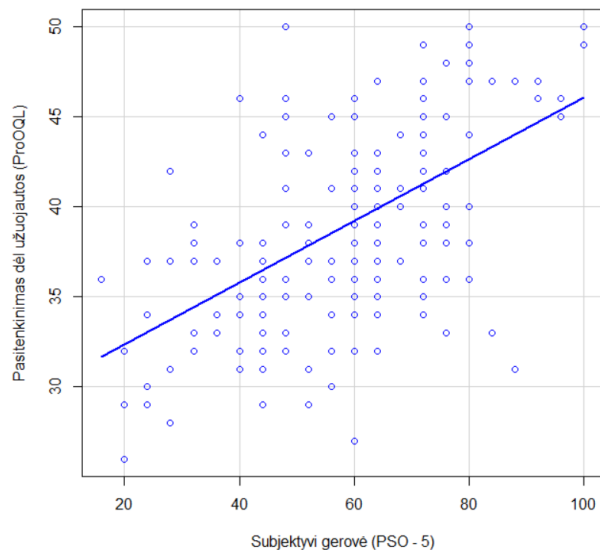
depresijos simptomų rodikliai reikšmingai prognozuoja didesnę antrinio trauminio streso lygį ($p < 0,001$), o kiekvienas papildomas depresijos balas lemia 0,79 vieneto didesnę antrinio trauminio streso įvertį (2 lentelė).



15 pav. Ryšys tarp depresijos simptomų ir antrinio trauminio streso

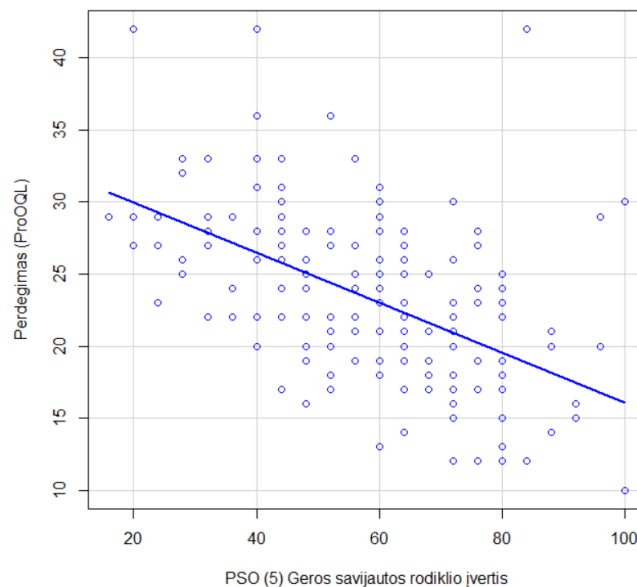
3.7. Sąsajos tarp savijautos (PSO-5) ir su profesija susijusios gyvenimo kokybės (ProQOL) subskalių duomenų

Spearman rangų koreliacijos analizė parodė statistiškai reikšmingą vidutinio stiprumo teigiamą ryšį ($r = 0,53$, $p < 0,001$) tarp savijautos (PSO-5) ir pasitenkinimo dėl užuojautos lygio (ProQOL). Tai rodo, kad asmenys, kurių savijauta yra geresnė, patiria didesnę pasitenkinimą dėl užuojautos ir atvirkščiai (16 pav.). Atlikta generalizuota linijinė regresija taip pat parodė, kad geresnė savijauta yra statistiškai reikšmingai susijusi su didesniu pasitenkinimo dėl užuojautos įverčiu ($\beta = 0,170$, $p < 0,001$) (2 lentelė).



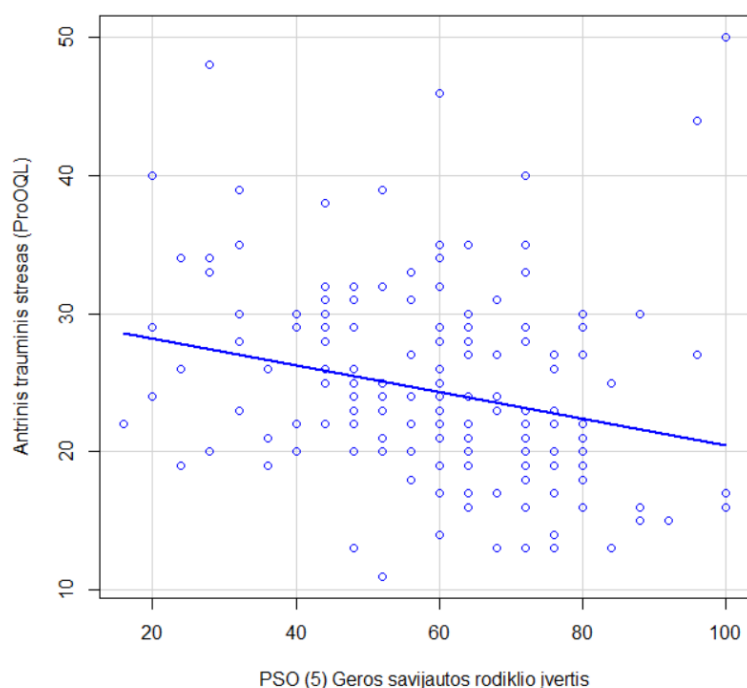
16 pav. Ryšys tarp savijautos ir pasitenkinimo dėl užuojautos

Spearman rangų koreliacijos analizė atskleidė statistškai reikšmingą vidutinio stiprumo neigiamą ryšį tarp savijautos ir perdegimo ($r = -0,561$, $p < 0,001$). Tai rodo, kad didesnis perdegimas yra susijęs su prastesne emocine savijauta ir atvirkščiai (17 pav.). Atlikta generalizuota linijinė regresija taip pat parodė, kad aukštesnis geros savijautos įvertis yra statistškai reikšmingai susijęs su mažesniu perdegimo įverčiu ($\beta = -0,165$, $p < 0,001$) (2 lentelė).



17 pav. Ryšys tarp savijautos ir perdegimo

Spearman rangų koreliacijos analizė atskleidė, kad didesnis geros savijautos įvertis yra statistškai reikšmingai susijęs su mažesniu antrinio trauminio streso lygiu ($r = -0,323$, $p < 0,001$) (18 pav.). Atlikta generalizuota linijinė regresija taip pat parodė, kad geresnė savijauta statistškai reikšmingai susijusi su mažesniu antrinio trauminio streso lygiu ($\beta = -0,088$, $p = 0,002$) (2 lentelė).



18 pav. Ryšys tarp savijautos ir antrinio trauminio streso

2 lentelė. Ryšys tarp depresijos simptomų (PHQ-9), savijautos (PSO-5) ir su profesija susijusios gyvenimo kokybės (ProQOL)

	Depresijos simptomai (PHQ-9)		Savijauta (PSO-5)	
	Koreliacija	Regresinė analizė	Koreliacija	Regresinė analizė
Pasitenkinimas dėl užuojautos (ProQOL)	$r = -0,208239$, $p = 0,0048$	$\beta = -0,137$, $p = 0,057$	$r = 0,53$, $p < 0,001$	$\beta = 0,170$, $p < 0,001$
Perdegimas (ProQOL)	$r = 0,65$, $p < 0,001$	$\beta = 0,702$, $p < 0,001$	$r = -0,561$, $p < 0,001$	$\beta = -0,165$, $p < 0,001$
Antrinis trauminis stresas (ProQOL)	$r = 0,56$, $p < 0,001$	$\beta = 0,79$, $p < 0,001$	$r = -0,323$, $p < 0,001$	$\beta = -0,088$, $p = 0,002$

Paiškinimas: lentelėje pateiktos *Spearman* koreliacijos ir generalizuotos linijinės regresijos reikšmės, kur PHQ-9 ir PSO įverčių reikšmės yra nepriklausomi kintamieji, o pasitenkinimas dėl užuojautos, perdegimas, antrinis trauminis stresas – priklausomi kintamieji.

4. REZULTATŲ APTARIMAS

4.1. Su profesija susijusi gyvenimo kokybė (ProQOL) tarp gydytojų ir slaugytojų

Pasitenkinimas dėl užuojautos. Mūsų tyrime buvo nustatyta, kad bendrai visose specialybose pasitenkinimo dėl užuojautos lygis buvo panašus ir vyravo vidutinis-aukštas pasitenkinimas dėl užuojautos lygis, kurį nurodė daugiau kaip pusė visų specialybių atstovų, o žemo pasitenkinimo dėl užuojautos nebuvo nustatyta. Lyginant šiuos rezultatus su užsienio tyrimais, pastebima panaši tendencija, pavyzdžiui, Malaizijoje atliktas tyrimas parodė, kad dauguma slaugytojų taip pat turėjo vidutinį pasitenkinimo dėl užuojautos lygį (71 %) [109], kuris yra artimas mūsų tyrimo duomenims (67,7 %). Panašūs rezultatai buvo gauti ir Turkijoje bei Australijoje atliktuose tyrimuose, kur dauguma slaugytojų taip pat patyrė vidutinį pasitenkinimo dėl užuojautos lygį [110, 111]. Tyrimas tarp Lenkijos ir Serbijos slaugytojų taip pat parodė, kad dauguma medikų patiria vidutinį pasitenkinimo dėl užuojautos lygį, kuris yra susijęs su bendru pasitenkinimu gyvenimu [112]. Be to, Turkijoje atliktas tyrimas atskleidė, kad psichiatrijos ligoninėse dirbantys slaugytojai patiria vidutinį pasitenkinimo dėl užuojautos lygį (32,49), o šis rezultatas panašus į Y ligoninėje dirbančių slaugytojų [113]. Tyrime Egipte rezultatai taip pat panašūs į mūsų tyrimo – daugumai gydytojų nustatytas vidutinis pasitenkinimo dėl užuojautos lygis [114]. Jungtinėje Karalystėje atliktame tyrime net trečdalis gydytojų turėjo žemą pasitenkinimą dėl užuojautos [115], tuo tarpu mūsų tyrime nebuvo nė vieno gydytojo ir gydytojo rezidento su žemu pasitenkinimo dėl užuojautos lygiu, o daugiau negu pusė gydytojų turėjo vidutinį pasitenkinimo dėl užuojautos lygį.

Lyginant pasitenkinimą dėl užuojautos skirtingo profilio ligoninėse, buvo pastebėta, kad Y ligoninėje aukštą pasitenkinimo lygį dažniau nurodė slaugytojai, lyginant su gydytojais, o X ligoninėje tokio skirtumo tarp specialybių nebuvo pastebėta. Ligoninės Y rezultatai sutampa su Tailande atlikto tyrimo rezultatais, kuriame paaiškėjo, kad slaugytojo profesija didina pasitenkinimą dėl užuojautos [68]. Taip pat viename tyrime JAV buvo nustatyta, kad slaugytojai turėjo mažesnę pasitenkinimo dėl užuojautos lygį negu kitų specialybių atstovai, o mūsų tyrime Y ligoninėje atvirkščiai – slaugytojos turėjo aukštesnį pasitenkinimo dėl užuojautos lygį, lyginant su gydytojais ir gydytojais rezidentais [71].

Perdegimas. Tyrime, atliktame Italijoje, skubios pagalbos skyriuje dirbantys slaugytojai taip pat turėjo vidutinį pasitenkinimo dėl užuojautos lygį, tačiau patyrė didelį perdegimą ir stresą [116]. Mūsų tyrime situacija buvo kiek kitokia – dauguma slaugytojų turėjo vidutinį arba žemą perdegimo lygį. Vis dėlto mūsų tyrime perdegimo lygis nebuvo vertinamas atskiruose skyriuose, todėl rezultatai gali skirtis nuo kitų šalių tyrimų, kuriuose buvo nagrinėjama specifinės darbo aplinkos įtaka perdegimui. Ligoninėje X aukštas ir vidutinis perdegimo lygis buvo dažnesnis tarp slaugytojų negu gydytojų. Y ligoninėje situacija buvo kiek kitokia – slaugytojams dažniau pasireiškė žemas

perdegimo lygis, lyginant su gydytojais ir gydytojais rezidentais, o vidutinį perdegimo lygį dažniau patyrė gydytojai.

Palyginus mūsų tyrimo rezultatus su Jungtinėje Karalystėje atliktu tyrimu, kuriame buvo tirtas perdegimo lygis tarp gydytojų, galima pastebėti esminį skirtumą. Šiame tyrime trečdalis gydytojų turėjo aukštą perdegimo lygį, trečdalis – žemą, o mūsų tyrime aukšto perdegimo lygio neturėjo nė vienas gydytojas [115]. Egipte atlikto tyrimo rezultatų duomenimis, aukštą perdegimo lygį turėjo net 78,9 % gydytojų [114], tuo tarpu mūsų tyrime daugiau negu pusė gydytojų ir gydytojų rezidentų turėjo žemą arba vidutinį perdegimo lygį. Be to, mūsų tyrimo X ligoninėje rezultatai sutampa su Lenkijoje atlikto tyrimo rezultatais, kuriame taip pat daugiau negu pusė gydytojų patyrė žemą perdegimo lygį, o slaugytojai vidutinį [117]. Y ligoninėje rezultatas buvo priešingas – gydytojai dažniau patyrė vidutinį, o slaugytojai – žemą perdegimo lygį. Panašūs rezultatai gauti Italijoje atliktame tyrime, kuriame gydytojai taip pat patyrė didesnę perdegimo lygį negu slaugytojai [118].

Antrinis trauminis stresas. Mūsų tyrime antrinio trauminio streso lygis tarp profesinių grupių buvo panašus ir mažesnis negu Jungtinėje Karalystėje atliktame tyrime, kur apie trečdalis gydytojų turėjo aukštą antrinio trauminio streso lygį [115]. Tuo tarpu mūsų tyrime aukštą trauminio streso lygį turėjo vos keli gydytojai.

4.2. Depresijos simptomai tarp gydytojų ir slaugytojų (PHQ-9)

Depresijos simptomų paplitimas tarp visų specialybių grupių buvo panašus, o įvairaus sunkumo depresijos simptomai buvo nustatyti didžiajai daliai visų specialybių atstovų. 2021 m. Lietuvoje atlikto tyrimo duomenimis lengvus-labai sunkius sunkumo depresijos simptomus turėjo 59,6 % medikų [79], tuo tarpu mūsų tyrime didesnę dalis gydytojų ir slaugytojų (69,23 %) patyrė lengvus-vidutinius depresijos simptomus. Tačiau paminėtame tyrime buvo vykdoma atvira ir visiems prieinama internetinė apklausa, todėl rezultatai labiau atspindi bendrą medikų bendruomenę, o mūsų tyrimas apsiribojo keliomis konkrečiomis ligoninėmis.

Trijuose JAV atliktuose tyrimuose lengvų-labai sunkių depresijos simptomų paplitimas tarp gydytojų rezidentų svyravo tarp 17-39 % [119-121], tuo tarpu mūsų tyrime žymiai didesnę dalis gydytojų rezidentų patyrė lengvus-labai sunkius depresijos simptomus (69,23 %). O mūsų tyrimo rezultatai yra labiau panašūs į Saudo Arabijoje, Pakistane bei Serbijoje atliktų tyrimo rezultatus, kur taip pat apie 70 % gydytojų rezidentų ir slaugytojų turėjo lengvus-labai sunkius depresijos simptomus [88, 122, 123]. Tačiau mūsų tyrime sunkios depresijos simptomų turėjo tik 7 (3,8 %) respondentai, o tai yra kur kas mažiau nei buvo nustatyta tyrimo Saudo Arabijoje metu, kur sunkios depresijos simptomų turėjo apie ketvirtadalis pirminės sveikatos priežiūros darbuotojų [124]. Mūsų tyrimo rezultatai yra labiau panašūs Azijos šalyse atliktų tyrimų rezultatus ir gerokai skiriasi nuo JAV atliktų

tyrimų rezultatų, tai galima sieti su prastesnėmis darbo aplinkos sąlygomis, didesniu patiriamu stresu ir ribotu psichologinės pagalbos prieinamumu bei baime kreiptis pagalbos. Tačiau taip pat svarbu paminėti, kad tokius skirtumus galėjo lemti ir nedidelė tyrimo imtis.

Taip pat mūsų tyrime Y ligoninėje buvo pastebėta, kad apie trečdalis gydytojų ir gydytojų rezidentų patiria depresijos simptomus, o šie rezultatai yra beveik tris kartus didesni negu vienoje Tailando psichiatrinio pobūdžio ligoninėje [125]. Vis dėlto literatūroje trūksta duomenų apie gydytojų ir slaugytojų skirtumus, tiriant depresijos simptomus su PHQ-9 įrankiu.

4.3. Savijauta tarp gydytojų ir slaugytojų (PSO-5)

Mūsų tyrime prastą savijautą turėjo apie trečdalis kiekvienos specialybės respondentų. Šie rezultatai panašūs į Airijoje atlikto tyrimo, kuriame taip pat apie trečdalis gydytojų turėjo prastą savijautą [101]. Taip pat šiame tyrime apie ketvirtadalis gydytojų turėjo klinikinės depresijos riziką [101], o mūsų tyrime klinikinės depresijos riziką turėjo vos keletas specialistų (6, 0 %). Taip pat mūsų tyrime tiek prastos savijautos, tiek klinikinės depresijos rizikos dažnis tarp specialybių buvo panašus, kai tuo tarpu Airijoje atliktame tyrime gydytojų savijauta buvo geresnė nei gydytojų rezidentų [101]. Tyrime Danijoje prastą savijautą turėjo apie penktadalis šeimos medicinos gydytojų, o tai yra kiek mažiau negu mūsų tyrime, o prasta savijauta šiame tyrime buvo siejama su didesniu darbo krūviu, ilgesnėmis darbo valandomis ir mažesniu pasitenkinimu darbu [103].

4.4. Ryšys tarp su profesija susijusios gyvenimo kokybės, depresijos ir savijautos tarp gydytojų ir slaugytojų

Tyrimo Italijoje rezultatai, taip pat kaip ir mūsų tyrime, parodė, kad geresnė subjektyvi savijauta (PSO-5) yra reikšmingai susijusi su didesniu pasitenkinimu dėl užuojautos bei mažesniu antriniu trauminiu stresu [126]. Taip pat mūsų tyrime buvo nustatyta, kad didesnis depresijos simptomų įvertis lemia didesnę perdegimo lygį, o tai taip pat sutampa su literatūroje rasta rezultatais [83, 87]. Aukštesnio antrinio trauminio streso lygio ryšį su aukštesniu depresijos simptomų įverčiu pabrėžia ne tik mūsų atliktas tyrimas, tačiau ir literatūroje randami, kitose šalyse atlikti tyrimai [127, 128].

4.5. Tyrimo ribotumai

Vienas pagrindinių šio tyrimo trūkumų, tai nedidelė imtis ir mažas atsakomumo dažnis, kuriam įtakos galėjo turėti įtemptas darbo grafikas ir laiko stoka, taip pat motyvacijos dalyvauti tyrime trūkumas ar baimė dėl anonimiškumo užtikrinimo. Nedidelis dalyvių skaičius galėjo apsunkinti nedidelių, bet svarbių skirtumų tarp profesinių grupių pastebėjimą. Anketas pildė respondentai, remdamiesi savo pačių subjektyvia nuomone, todėl negalime užtikrinti, kad visi atsakymai buvo nuoširdūs ir nebuvo veikiami socialinės aplinkos. Taip pat tyrime nebuvo atsižvelgta

į kitus aplinkos veiksnius (darbo krūvį, darbo ir asmeninio gyvenimo balansą, vadovų bei kolegų palaikymą), kurie gali turėti įtakos medikų profesinei savijautai. Be to, skerspjūvio tyrimas atspindi šiuo metu esančią situaciją, tačiau neleidžia daryti išvadų apie priežasties-pasekmės ryšius.

5. IŠVADOS

1. Tarp gydytojų ir slaugytojų vyravo vidutinis-aukštas pasitenkinimo dėl užuojautos lygis, tai rodo, kad sveikatos priežiūros specialistai jaučia, kad jų darbas yra prasmingas, o galimybė padėti suteikia pasitenkinimo jausmą.
2. Psichiatrinio profilio ligoninėje slaugytojų pasitenkinimo dėl užuojautos lygis buvo aukštesnis, perdegimo lygis žemesnis negu gydytojų, o bendrojo profilio ligoninėje žemas perdegimo lygis buvo labiau būdingas gydytojams. Tai rodo, kad darbo pobūdis ir įstaigos specifika turi įtakos profesinei savijautai, o tai gali būti svarbesnis veiksnys nei profesinė specializacija.
3. Tyrime nustatytas respondentų žemas arba vidutinis antrinio trauminio streso lygis parodė, kad gydytojų ir slaugytojų emocinis atsparumas yra pakankamas.
4. Trečdalis specialistų patyrė depresijos simptomus, o didžiosios depresijos rizika buvo didesnė tarp gydytojų rezidentų ir slaugytojų. Tai rodo būtinybę užtikrinti nuolatinę psichologinę stebėseną ir ankstyvą intervenciją.
5. Apie trečdalis respondentų iš įvairių profesinių grupių nurodė prastą savijautą, kuri buvo vertinama naudojant PSO(5) rodiklį, o tai leidžia daryti prielaidą, jog emocinis diskomfortas yra plačiai paplitęs ir nėra būdingas tik konkrečiai profesijai ar pareigoms.
6. Aukštesnis perdegimo ir antrinio trauminio streso lygis buvo susijęs su prastesne bendra savijauta bei sunkesniais depresijos simptomais, o aukštesnis pasitenkinimas dėl užuojautos – su geresne bendra savijauta. Šie duomenys patvirtina, kad emociniai ir profesiniai veiksniai yra glaudžiai susiję ir daro reikšmingą įtaką sveikatos priežiūros specialistų gerovei.

7. REKOMENDACIJOS

1. Sveikatos priežiūros įstaigose svarbu diegti darbuotojų psichologinės gerovės užtikrinimo programas, kurios padėtų gydytojams ir slaugytojams geriau valdyti stresą ir emocinį išsekimą darbe.
2. Sveikatos priežiūros įstaigose reguliariai organizuojami mokymai ir seminarai, skirti perdegimo prevencijai, streso įveikos įgūdžių tobulinimui, galėtų padėti sumažinti perdegimą ir padidinti pasitenkinimo dėl užuojautos jausmą.
3. Periodinis emocinės būklės vertinimas ir psichologinis konsultavimas galėtų padėti anksčiau atpažinti depresijos simptomus, ypač atkreipiant dėmesį į gydytojus rezidentus ir slaugytojus,

kaip didesnę rizikos grupę. Tam būtų naudingos anoniminės internetinės emocinės būsenos įsivertinimo platformos arba psichologinis konsultavimas.

4. Vadovų skatinama atvira komunikacija apie psichologinę savijautą padėtų kurti palaikymu grįstą kultūrą tarp kolegų.
5. Darbuotojų darbo grafikas, optimalus darbo ir poilsio atžvilgiu, padėtų išvengti perdegimo.
6. Rekomenduojama reguliariai atlikti ilgalaikes stebėsenos programas, kad būtų galima analizuoti profesinės savijautos pokyčius ir įvertinti įdiegtų priemonių efektyvumą.
7. Reikalingi tolesni, didesnės apimties, apimantys įvairius rizikos veiksnius, longitudinaliai tyrimai medicinos darbuotojų psichikos sveikatos srityje.

6. LITERATŪROS ŠARAŠAS

1. Organization WH. Occupational health: World Health Organization; [Available from: <https://www.who.int/health-topics/occupational-health>].
2. Organization IL. C155 - Occupational Safety and Health Convention, 1981 (No. 155): International Labour Organization; 1981 [Available from: https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312300].
3. Markovic S, Kostic O, Terzic-Supic Z, Tomic Mihajlovic S, Milovanovic J, Radovanovic S, et al. Exposure to Stress and Burnout Syndrome in Healthcare Workers, Expert Workers, Professional Associates, and Associates in Social Service Institutions. *Medicina (Kaunas)*. 2024;60(3) DOI: 10.3390/medicina60030499.
4. Laditka JN, Laditka SB, Arif AA, Adeyemi OJ. Psychological distress is more common in some occupations and increases with job tenure: a thirty-seven year panel study in the United States. *BMC Psychol*. 2023;11(1):95 DOI: 10.1186/s40359-023-01119-0.
5. Kavaliauskas P, Nomeikaite A, Gelezelyte O, Kazlauskas E, Smailyte G. Work-related stressors and psychological distress predict career change ideation among Lithuanian healthcare workers. *Int J Occup Med Environ Health*. 2024;37(3):287-99 DOI: 10.13075/ijomeh.1896.02350.
6. Zutautiene R, Radisauskas R, Kaliniene G, Ustinaviciene R. The Prevalence of Burnout and Its Associations with Psychosocial Work Environment among Kaunas Region (Lithuania) Hospitals' Physicians. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(10) DOI: 10.3390/ijerph17103739.
7. Kaliniene G, Ustinaviciene R, Luksiene D, Zutautiene R, Kirvaitiene J, Vaiciulis V. Does the level of burnout differ between occupational groups in Lithuania? *Front Public Health*. 2024;12:1364886 DOI: 10.3389/fpubh.2024.1364886.
8. Seligman MEP. Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being. *International Journal of Wellbeing*. 2011;1(1):236-8 DOI: 10.5502/ijw.v1i1.89.
9. Diener E. Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. *Am Psychol*. 2000;55(1):34-43.
10. National Academies of Sciences E, and Medicine; National Academy of Medicine; Committee on Systems Approaches to Improve Patient Care by Supporting Clinician Well-Being. Taking Action Against Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being. A Framework for a Systems Approach to Clinician Burnout and Professional Well-Being. Washington, DC: National Academies Press (US); 2019. p. Chapter 2.
11. Chari R, Chang CC, Sauter SL, Petrun Sayers EL, Cerully JL, Schulte P, et al. Expanding the Paradigm of Occupational Safety and Health: A New Framework for Worker Well-Being. *J Occup Environ Med*. 2018;60(7):589-93 DOI: 10.1097/JOM.0000000000001330.
12. Tawfik DS, Scheid A, Profit J, Shanafelt T, Trockel M, Adair KC, et al. Evidence Relating Health Care Provider Burnout and Quality of Care: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2019;171(8):555-67 DOI: 10.7326/M19-1152.
13. Mulac A, Taxis K, Hagesaether E, Gerd Granas A. Severe and fatal medication errors in hospitals: findings from the Norwegian Incident Reporting System. *Eur J Hosp Pharm*. 2021;28(Suppl 2):e56-e61 DOI: 10.1136/ejpharm-2020-002298.
14. Leviatan I, Oberman B, Zimlichman E, Stein GY. Associations of physicians' prescribing experience, work hours, and workload with prescription errors. *J Am Med Inform Assoc*. 2021;28(6):1074-80 DOI: 10.1093/jamia/ocaa219.
15. Tawfik DS, Profit J, Morgenthaler TI, Satele DV, Sinsky CA, Dyrbye LN, et al. Physician Burnout, Well-being, and Work Unit Safety Grades in Relationship to Reported Medical Errors. *Mayo Clin Proc*. 2018;93(11):1571-80 DOI: 10.1016/j.mayocp.2018.05.014.
16. Sebastian-Sanchez I, Gallego-Royo A, Marco-Gomez B, Perez-Alvarez C, Urbano Gonzalo O, Delgado-Marroquin MT, et al. Gender analysis of Spanish National Questionnaire on behaviours and attitudes of doctors towards their own illness (CAMAPE). *J Healthc Qual Res*. 2023;38(3):165-79 DOI: 10.1016/j.jhqr.2022.11.006.
17. Steffen MW, Hagen PT, Benkhadra K, Molella RG, Newcomb RD, Murad MH. A survey of physicians' perceptions of their health care needs. *Occup Med (Lond)*. 2015;65(1):49-53 DOI: 10.1093/occmed/kqu145.
18. Parshuram CS, Amaral AC, Ferguson ND, Baker GR, Etchells EE, Flintoft V, et al. Patient safety, resident well-being and continuity of care with different resident duty schedules in the intensive care unit: a randomized trial. *CMAJ*. 2015;187(5):321-9 DOI: 10.1503/cmaj.140752.
19. Hamidi MS, Bohman B, Sandborg C, Smith-Coggins R, de Vries P, Albert MS, et al. Estimating institutional physician turnover attributable to self-reported burnout and associated financial burden: a case study. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):851 DOI: 10.1186/s12913-018-3663-z.
20. Sinsky CA, Dyrbye LN, West CP, Satele D, Tutty M, Shanafelt TD. Professional Satisfaction and the Career Plans of US Physicians. *Mayo Clin Proc*. 2017;92(11):1625-35 DOI: 10.1016/j.mayocp.2017.08.017.
21. Nowrouzi B, Lightfoot N, Lariviere M, Carter L, Rukholm E, Schinke R, et al. Occupational Stress Management and Burnout Interventions in Nursing and Their Implications for Healthy Work Environments: A Literature Review. *Workplace Health Saf*. 2015;63(7):308-15 DOI: 10.1177/2165079915576931.

22. Shanafelt TD, West CP, Sinsky C, Trockel M, Tutty M, Satele DV, et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Integration in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2017. *Mayo Clin Proc.* 2019;94(9):1681-94 DOI: 10.1016/j.mayocp.2018.10.023.
23. S AYMSKK. A Survey on the Associated Factors of Stress among Operating Room Personnel. *Thrita Journal of Neurology.* 2013;2(3):19-23 DOI: 10.5812/thrita.9505.
24. Oskrochi Y, Maruthappu M, Henriksson M, Davies AH, Shalhoub J. Beyond the body: A systematic review of the nonphysical effects of a surgical career. *Surgery.* 2016;159(2):650-64 DOI: 10.1016/j.surg.2015.08.017.
25. Xu J, Reale C, Slagle JM, Anders S, Shotwell MS, Dresselhaus T, et al. Facilitated Nurse Medication-Related Event Reporting to Improve Medication Management Quality and Safety in Intensive Care Units. *Nurs Res.* 2017;66(5):337-49 DOI: 10.1097/NNR.0000000000000240.
26. Shin S, Park JH, Bae SH. Nurse staffing and nurse outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Nurs Outlook.* 2018;66(3):273-82 DOI: 10.1016/j.outlook.2017.12.002.
27. Chen YC, Guo YL, Chin WS, Cheng NY, Ho JJ, Shiao JS. Patient-Nurse Ratio is Related to Nurses' Intention to Leave Their Job through Mediating Factors of Burnout and Job Dissatisfaction. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(23) DOI: 10.3390/ijerph16234801.
28. Jain L, Sarfraz Z, Karlapati S, Kazmi S, Nasir MJ, Atiq N, et al. Suicide in Healthcare Workers: An Umbrella Review of Prevalence, Causes, and Preventive Strategies. *J Prim Care Community Health.* 2024;15:21501319241273242 DOI: 10.1177/21501319241273242.
29. Di Muzio M, Diella G, Di Simone E, Novelli L, Alfonsi V, Scarpelli S, et al. Nurses and Night Shifts: Poor Sleep Quality Exacerbates Psychomotor Performance. *Front Neurosci.* 2020;14:579938 DOI: 10.3389/fnins.2020.579938.
30. Dall'Ora C, Griffiths P, Ball J, Simon M, Aiken LH. Association of 12 h shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries. *BMJ Open.* 2015;5(9):e008331 DOI: 10.1136/bmjopen-2015-008331.
31. Rao SK, Kimball AB, Lehrhoff SR, Hidrue MK, Colton DG, Ferris TG, et al. The Impact of Administrative Burden on Academic Physicians: Results of a Hospital-Wide Physician Survey. *Acad Med.* 2017;92(2):237-43 DOI: 10.1097/ACM.0000000000001461.
32. Shanafelt TD, Dyrbye LN, Sinsky C, Hasan O, Satele D, Sloan J, et al. Relationship Between Clerical Burden and Characteristics of the Electronic Environment With Physician Burnout and Professional Satisfaction. *Mayo Clin Proc.* 2016;91(7):836-48 DOI: 10.1016/j.mayocp.2016.05.007.
33. Topaz M, Ronquillo C, Peltonen LM, Pruinelli L, Sarmiento RF, Badger MK, et al. Nurse Informaticians Report Low Satisfaction and Multi-level Concerns with Electronic Health Records: Results from an International Survey. *AMIA Annu Symp Proc.* 2016;2016:2016-25.
34. Johnson-Coyle L, Ogenorth D, Bellows M, Dhaliwal J, Richardson-Carr S, Bagshaw SM. Moral distress and burnout among cardiovascular surgery intensive care unit healthcare professionals: A prospective cross-sectional survey. *Can J Crit Care Nurs.* 2016;27(4):27-36.
35. Dodek PM, Wong H, Norena M, Ayas N, Reynolds SC, Keenan SP, et al. Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience. *J Crit Care.* 2016;31(1):178-82 DOI: 10.1016/j.jcrc.2015.10.011.
36. Boyer L, Wu AW, Fernandes S, Tran B, Brousse Y, Nguyen TT, et al. Exploring the fear of clinical errors: associations with socio-demographic, professional, burnout, and mental health factors in healthcare workers - A nationwide cross-sectional study. *Front Public Health.* 2024;12:1423905 DOI: 10.3389/fpubh.2024.1423905.
37. Aljabari S, Kadhim Z. Common Barriers to Reporting Medical Errors. *ScientificWorldJournal.* 2021;2021:6494889 DOI: 10.1155/2021/6494889.
38. Martin SR, Fortier MA, Heyming TW, Ahn K, Nichols W, Golden C, et al. Perfectionism as a predictor of physician burnout. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):1425 DOI: 10.1186/s12913-022-08785-7.
39. Kleinhendler-Lustig D, Hamdan S, Mendlovic J, Gvion Y. Burnout, depression, and suicidal ideation among physicians before and during COVID-19 and the contribution of perfectionism to physicians' suicidal risk. *Front Psychiatry.* 2023;14:1211180 DOI: 10.3389/fpsy.2023.1211180.
40. Linzer M, Sinsky CA, Poplau S, Brown R, Williams E, Healthy Work Place I. Joy In Medical Practice: Clinician Satisfaction In The Healthy Work Place Trial. *Health Aff (Millwood).* 2017;36(10):1808-14 DOI: 10.1377/hlthaff.2017.0790.
41. Leiter MP, Frank E, Matheson TJ. Demands, values, and burnout: relevance for physicians. *Can Fam Physician.* 2009;55(12):1224-5, 5 e1-6.
42. T CA. An evolutionary concept analysis of secondary traumatic stress in nurses. *Nurs Forum.* 2020;55(2):149-56 DOI: 10.1111/nuf.12409.
43. Jobe JA, Gillespie GL, Schwytzer D. A National Survey of Secondary Traumatic Stress and Work Productivity of Emergency Nurses Following Trauma Patient Care. *J Trauma Nurs.* 2021;28(4):243-9 DOI: 10.1097/JTN.0000000000000592.
44. Bock C, Heitland I, Zimmermann T, Winter L, Kahl KG. Secondary Traumatic Stress, Mental State, and Work Ability in Nurses-Results of a Psychological Risk Assessment at a University Hospital. *Front Psychiatry.* 2020;11:298 DOI: 10.3389/fpsy.2020.00298.

45. Jensen N, Lund C, Abrahams Z. Exploring effort-reward imbalance and professional quality of life among health workers in Cape Town, South Africa: a mixed-methods study. *Glob Health Res Policy*. 2022;7(1):7 DOI: 10.1186/s41256-022-00242-6.
46. Zhang Y, Lei S, Yang F. Incidence of effort-reward imbalance among nurses: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychol*. 2024;15:1425445 DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1425445.
47. Christiansen F, Gynning BE, Lashari A, Johansson G, Brulin E. Associations between effort-reward imbalance and risk of burnout among Swedish physicians. *Occup Med (Lond)*. 2024;74(5):355-63 DOI: 10.1093/occmed/kqae039.
48. Norful AA, Albloushi M, Zhao J, Gao Y, Castro J, Palaganas E, et al. Modifiable work stress factors and psychological health risk among nurses working within 13 countries. *J Nurs Scholarsh*. 2024;56(5):742-51 DOI: 10.1111/jnu.12994.
49. Junakovic IT, Macuka I. Job demands, job control, and social support as predictors of job satisfaction and burnout in Croatian palliative care nurses. *Arh Hig Rada Toksikol*. 2021;72(3):225-31 DOI: 10.2478/aiht-2021-72-3556.
50. Rostamabadi A, Kargar Shouroki F, Jalilian H, Choobineh A, Azmoon H, Shakerian M. The relationship between work-related psychosocial factors and burnout among Iranian nurses: Job Demand-Control-Support model. *Med Lav*. 2019;110(4):312-20 DOI: 10.23749/mdl.v110i4.8025.
51. Cannavo M, La Torre F, Sestili C, La Torre G, Fioravanti M. Work Related Violence As A Predictor Of Stress And Correlated Disorders In Emergency Department Healthcare Professionals. *Clin Ter*. 2019;170(2):e110-e23 DOI: 10.7417/CT.2019.2120.
52. Vezyridis P, Samoutis A, Mavrikiou PM. Workplace violence against clinicians in Cypriot emergency departments: a national questionnaire survey. *J Clin Nurs*. 2015;24(9-10):1210-22 DOI: 10.1111/jocn.12660.
53. O'Connor K, Muller Neff D, Pitman S. Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *Eur Psychiatry*. 2018;53:74-99 DOI: 10.1016/j.eurpsy.2018.06.003.
54. Molero Jurado MDM, Perez-Fuentes MDC, Gazquez Linares JGG, Simon Marquez MDM, Martos Martinez A. Burnout Risk and Protection Factors in Certified Nursing Aides. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(6) DOI: 10.3390/ijerph15061116.
55. Perez-Fuentes MDC, Molero Jurado MDM, Martos Martinez A, Gazquez Linares JJ. Burnout and Engagement: Personality Profiles in Nursing Professionals. *J Clin Med*. 2019;8(3) DOI: 10.3390/jcm8030286.
56. Duan-Porter W, Hatch D, Pendergast JF, Freude G, Rose U, Burr H, et al. 12-month trajectories of depressive symptoms among nurses-Contribution of personality, job characteristics, coping, and burnout. *J Affect Disord*. 2018;234:67-73 DOI: 10.1016/j.jad.2018.02.090.
57. Ntantana A, Matamis D, Savvidou S, Giannakou M, Gouva M, Nakos G, et al. Burnout and job satisfaction of intensive care personnel and the relationship with personality and religious traits: An observational, multicenter, cross-sectional study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2017;41:11-7 DOI: 10.1016/j.iccn.2017.02.009.
58. Iorga M, Socolov V, Muraru D, Dirtu C, Soponaru C, Ilea C, et al. Factors Influencing Burnout Syndrome in Obstetrics and Gynecology Physicians. *Biomed Res Int*. 2017;2017:9318534 DOI: 10.1155/2017/9318534.
59. Atefi N, Abdullah KL, Wong LP, Mazlom R. Factors influencing registered nurses perception of their overall job satisfaction: a qualitative study. *Int Nurs Rev*. 2014;61(3):352-60 DOI: 10.1111/inr.12112.
60. Atefi N, Lim Abdullah K, Wong LP, Mazlom R. Factors influencing job satisfaction among registered nurses: a questionnaire survey in Mashhad, Iran. *J Nurs Manag*. 2015;23(4):448-58 DOI: 10.1111/jonm.12151.
61. Rony MKKN, Sharker Md., Alamgir, Hasnat M. The association between work-life imbalance, employees' unhappiness, work's impact on family, and family impacts on work among nurses: A Cross-sectional Study. *Informatics in Medicine Unlocked*. 2023;38:101226 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.imu.2023.101226>.
62. Rastenytė-Matuzė RL, Sigita; Skukauskaitė, Aušrinė; Andruškevič, Justina; Jūraitytė, Izabelė; Hendrixson, Vaiva; Zabulienė, Lina; Varvuolytė, Sonata. Su profesija susijusios gyvenimo kokybės skalė (PROQOL) ir jos taikymo asmenims, kurių darbas yra padėti kitiems, galimybės = Professional Quality of Life Scale (ProQOL) and Its Application Possibilities for Helpers. *Visuomenės sveikata*. 2023(1):63-71.
63. ProQOL.org. Professional Quality of Life (ProQOL) Official Website 2025 [Available from: <https://proqol.org/>].
64. Lobo R, Kumar SP, Tm R. Professional Quality of Life Among Mental Health Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Ment Health Nurs*. 2024;33(6):2005-25 DOI: 10.1111/inm.13424.
65. Unjai S, Forster EM, Mitchell AE, Creedy DK. Compassion satisfaction, resilience and passion for work among nurses and physicians working in intensive care units: A mixed method systematic review. *Intensive Crit Care Nurs*. 2022;71:103248 DOI: 10.1016/j.iccn.2022.103248.
66. Galanis P, Moisoglou I, Katsiroumpa A, Mastrogianni M. Association between Workplace Bullying, Job Stress, and Professional Quality of Life in Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(6) DOI: 10.3390/healthcare12060623.
67. Algamdi M. Prevalence of oncology nurses' compassion satisfaction and compassion fatigue: Systematic review and meta-analysis. *Nurs Open*. 2022;9(1):44-56 DOI: 10.1002/nop2.1070.

68. Unjai S, Forster EM, Mitchell AE, Creedy DK. Predictors of compassion satisfaction among healthcare professionals working in intensive care units: A cross-sectional study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2023;79:103509 DOI: 10.1016/j.iccn.2023.103509.
69. Almadani AH, Alenezi S, Algazlan MS, Alrabiah ES, Alharbi RA, Alkhamis AS, et al. Prevalence and Predictive Factors of Compassion Fatigue among Healthcare Workers in Saudi Arabia: Implications for Well-Being and Support. *Healthcare (Basel).* 2023;11(15) DOI: 10.3390/healthcare11152136.
70. Panagou E, Missouridou ED, Zartaloudi A, Koutelekos J, Dousis E, Dafogianni C, et al. Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction in Pediatric Intensive Care Professionals. *Mater Sociomed.* 2023;35(1):28-32 DOI: 10.5455/msm.2023.35.28-32.
71. Bales M, DeAlmeida K, Oei CE, Hampton D, Bohr NL. Quantifying Compassion Fatigue in Ancillary and Clinical Staff in an Adult Emergency Department. *West J Emerg Med.* 2022;23(6):841-5 DOI: 10.5811/westjem.2022.8.57733.
72. Zhang B, Li H, Jin X, Peng W, Wong CL, Qiu D. Prevalence and factors associated with compassion satisfaction and compassion fatigue among Chinese oncology healthcare professionals: A cross-sectional survey. *Asia Pac J Oncol Nurs.* 2022;9(3):153-60 DOI: 10.1016/j.apjon.2021.12.012.
73. Stamm BH. Use the ProQOL [Available from: <https://proqol.org/use-the-proqol>].
74. Heritage B, Rees CS, Hegney DG. The ProQOL-21: A revised version of the Professional Quality of Life (ProQOL) scale based on Rasch analysis. *PLoS One.* 2018;13(2):e0193478 DOI: 10.1371/journal.pone.0193478.
75. Geoffrion S, Lamothe J, Morizot J, Giguere CE. Construct Validity of the Professional Quality of Life (ProQoL) Scale in a Sample of Child Protection Workers. *J Trauma Stress.* 2019;32(4):566-76 DOI: 10.1002/jts.22410.
76. Singh JK-M, Maria; Baguley, Thom; Hudson, John. A psychometric evaluation of Professional Quality of Life Scale Version 5 (ProQOL 5) in a UK-based sample of allied mental health professionals. *Current Psychology.* 2024;43:21615–29 DOI: <https://doi.org/10.1007/s12144-024-05966-x>.
77. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16(9):606-13 DOI: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
78. Manea L, Gilbody S, McMillan D. Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *CMAJ.* 2012;184(3):E191-6 DOI: 10.1503/cmaj.110829.
79. Rogoza D, Strumila R, Klivickaite E, Dirzius E, Cenaite N. Depressive Symptoms, Help-Seeking, and Barriers to Mental Healthcare Among Healthcare Professionals in Lithuania. *Acta Med Litu.* 2021;28(1):59-76 DOI: 10.15388/Amed.2020.28.1.3.
80. Kim E, Sinco BR, Zhao J, Fang Y, Cunningham C, Frank E, et al. Duration of New-Onset Depressive Symptoms During Medical Residency. *JAMA Netw Open.* 2024;7(6):e2418082 DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.18082.
81. He C, Levis B, Riehm KE, Saadat N, Levis AW, Azar M, et al. The Accuracy of the Patient Health Questionnaire-9 Algorithm for Screening to Detect Major Depression: An Individual Participant Data Meta-Analysis. *Psychother Psychosom.* 2020;89(1):25-37 DOI: 10.1159/000502294.
82. da Silva AT, Peres MF, Lopes Cde S, Schraiber LB, Susser E, Menezes PR. Violence at work and depressive symptoms in primary health care teams: a cross-sectional study in Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015;50(9):1347-55 DOI: 10.1007/s00127-015-1039-9.
83. Oliveira AM, Silva MT, Galvao TF, Lopes LC. The relationship between job satisfaction, burnout syndrome and depressive symptoms: An analysis of professionals in a teaching hospital in Brazil. *Medicine (Baltimore).* 2018;97(49):e13364 DOI: 10.1097/MD.00000000000013364.
84. Fang Y, Bohnert ASB, Pereira-Lima K, Cleary J, Frank E, Zhao Z, et al. Trends in Depressive Symptoms and Associated Factors During Residency, 2007 to 2019 : A Repeated Annual Cohort Study. *Ann Intern Med.* 2022;175(1):56-64 DOI: 10.7326/M21-1594.
85. Xi S, Gu Y, Guo H, Jin B, Guo F, Miao W, et al. Sleep quality status, anxiety, and depression status of nurses in infectious disease department. *Front Psychol.* 2022;13:947948 DOI: 10.3389/fpsyg.2022.947948.
86. Wang J, Zhang X, Yang B, Li J, Li Y, Chen Q, et al. Suicidal ideation among nurses: Unique and cumulative effects of different subtypes of sleep problems. *J Affect Disord.* 2020;276:600-7 DOI: 10.1016/j.jad.2020.07.095.
87. Naidoo T, Tomita A, Paruk S. Burnout, anxiety and depression risk in medical doctors working in KwaZulu-Natal Province, South Africa: Evidence from a multi-site study of resource-constrained government hospitals in a generalised HIV epidemic setting. *PLoS One.* 2020;15(10):e0239753 DOI: 10.1371/journal.pone.0239753.
88. Andrijic M, Tepavcevic DK, Nikitovic M, Miletic N, Pekmezovic T. Prevalence of burnout among healthcare professionals at the Serbian National Cancer Center. *Int Arch Occup Environ Health.* 2021;94(4):669-77 DOI: 10.1007/s00420-020-01621-7.
89. Mbanga C, Makebe H, Tim D, Fonkou S, Toukam L, Njim T. Burnout as a predictor of depression: a cross-sectional study of the sociodemographic and clinical predictors of depression amongst nurses in Cameroon. *BMC Nurs.* 2019;18:50 DOI: 10.1186/s12912-019-0377-4.
90. Chaukos D, Chad-Friedman E, Mehta DH, Byerly L, Celik A, McCoy TH, Jr., et al. Risk and Resilience Factors Associated with Resident Burnout. *Acad Psychiatry.* 2017;41(2):189-94 DOI: 10.1007/s40596-016-0628-6.

91. Sun Y, Liu F, Wang Y, Zhou M, Yang B, Cao F. Mindfulness improves health worker's occupational burnout: the moderating effects of anxiety and depression. *Int Arch Occup Environ Health*. 2021;94(6):1297-305 DOI: 10.1007/s00420-021-01685-z.
92. Levis B, Benedetti A, Thombs BD, Collaboration DESD. Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: individual participant data meta-analysis. *BMJ*. 2019;365:l1476 DOI: 10.1136/bmj.l1476.
93. Eack SM, Greeno CG, Lee BJ. Limitations of the Patient Health Questionnaire in Identifying Anxiety and Depression: Many Cases Are Undetected. *Res Soc Work Pract*. 2006;16(6):625-31 DOI: 10.1177/1049731506291582.
94. J M. Patient Health Questionnaire – 9. *BIOLOGICAL PSYCHIATRY AND PSYCHOPHARMACOLOGY* 2018;20.
95. Nena E, Katsaouni M, Steiropoulos P, Theodorou E, Constantinidis TC, Tripsianis G. Effect of Shift Work on Sleep, Health, and Quality of Life of Health-care Workers. *Indian J Occup Environ Med*. 2018;22(1):29-34 DOI: 10.4103/ijoom.IJOEM_4_18.
96. Zeike S, Ansmann L, Lindert L, Samel C, Kowalski C, Pfaff H. Identifying cut-off scores for job demands and job control in nursing professionals: a cross-sectional survey in Germany. *BMJ Open*. 2018;8(12):e021366 DOI: 10.1136/bmjopen-2017-021366.
97. Topp CW, Ostergaard SD, Sondergaard S, Bech P. The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychother Psychosom*. 2015;84(3):167-76 DOI: 10.1159/000376585.
98. De Sio S, La Torre G, Buomprisco G, Lapteva E, Perri R, Corbosiero P, et al. Consequences of COVID19-pandemic lockdown on Italian occupational physicians' psychosocial health. *PLoS One*. 2021;16(2):e0243194 DOI: 10.1371/journal.pone.0243194.
99. Katsaouni M, Tripsianis G, Constantinidis T, Vadikolias K, Kontogiorgis C, Serdari A, et al. Assessment of quality of life, job insecurity and work ability among nurses, working either under temporary or permanent terms. *Int J Occup Med Environ Health*. 2024;37(1):98-109 DOI: 10.13075/ijomh.1896.02245.
100. Norkiene I, Jovarauskaite L, Kvedaraite M, Uppal E, Phull MK, Chander H, et al. 'Should I Stay, or Should I Go?' Psychological Distress Predicts Career Change Ideation among Intensive Care Staff in Lithuania and the UK Amid COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(5) DOI: 10.3390/ijerph18052660.
101. Hayes B, Prihodova L, Walsh G, Doyle F, Doherty S. What's up doc? A national cross-sectional study of psychological wellbeing of hospital doctors in Ireland. *BMJ Open*. 2017;7(10):e018023 DOI: 10.1136/bmjopen-2017-018023.
102. Al Mahiyjari N, Badahdah A, Khamis F. The psychological impacts of COVID-19: a study of frontline physicians and nurses in the Arab world. *Ir J Psychol Med*. 2021;38(3):186-91 DOI: 10.1017/ipm.2020.119.
103. Noroxe KB, Pedersen AF, Bro F, Vedsted P. Mental well-being and job satisfaction among general practitioners: a nationwide cross-sectional survey in Denmark. *BMC Fam Pract*. 2018;19(1):130 DOI: 10.1186/s12875-018-0809-3.
104. Kunda Z, Spencer SJ. When do stereotypes come to mind and when do they color judgment? A goal-based theoretical framework for stereotype activation and application. *Psychol Bull*. 2003;129(4):522-44 DOI: 10.1037/0033-2909.129.4.522.
105. Kusier AO, Folker AP. The Well-Being Index WHO-5: hedonistic foundation and practical limitations. *Med Humanit*. 2020;46(3):333-9 DOI: 10.1136/medhum-2018-011636.
106. Inc. P. PHQ Screeners [Available from: <https://www.phqscreeners.com/>].
107. Organization WH. The World Health Organization-Five Well-Being Index (WHO-5) [Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/WHO-UCN-MSD-MHE-2024.01>].
108. Omani-Samani R, Maroufizadeh S, Almasi-Hashiani A, Sepidarkish M, Amini P. The WHO-5 Well-Being Index: A Validation Study in People with Infertility. *Iran J Public Health*. 2019;48(11):2058-64.
109. Nadarajan SS, Chui PL, Lee WL, Zaini NH. Factors influencing compassion satisfaction and compassion fatigue among nurses: a study in a tertiary hospital. *BMC Nurs*. 2025;24(1):93 DOI: 10.1186/s12912-025-02736-3.
110. Kayikci EE, Savci C, Akinci AC. Palliative nurses' empathic tendencies, quality of life, individualized care perceptions. *Nurs Ethics*. 2025;9697330251314091 DOI: 10.1177/09697330251314091.
111. Banks J, Thapa DK, Lopez V, Sahay A, Cleary M. Prevalence and predictors of compassion fatigue among Australian oncology nurses caring for adult cancer patients: A cross-sectional study. *Eur J Oncol Nurs*. 2025;74:102792 DOI: 10.1016/j.ejon.2025.102792.
112. Milutinovic D, Marcinowicz L, Jovanovic NB, Dragnic N. Impact of compassion satisfaction and compassion fatigue on satisfaction with life in Serbian and Polish nurses: A cross-sectional study. *Int Nurs Rev*. 2023;70(2):194-203 DOI: 10.1111/inr.12793.
113. Ozturk S, Alagoz E. Relationships Among Secondary Traumatic Stress, Mindfulness, Compassion Satisfaction, and Compassion Fatigue in Psychiatric Nurses. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2025;63(1):47-55 DOI: 10.3928/02793695-20240828-03.
114. Abdelhadi Ibrahim B, Mostafa M, Hussein SM. Professional quality of life among physicians of tertiary care hospitals: An Egyptian cross-sectional study. *J Public Health Res*. 2021;11(2) DOI: 10.4081/jphr.2021.2436.

115. McKinley N, McCain RS, Convie L, Clarke M, Dempster M, Campbell WJ, et al. Resilience, burnout and coping mechanisms in UK doctors: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2020;10(1):e031765 DOI: 10.1136/bmjopen-2019-031765.
116. Musio ME, Ginogi F, Casini S, Lucente G, Timmins F, Hayter M, et al. The Impact of Emotional Intelligence on Nurses' Professional Quality of Life in Pre-Hospital Emergency Settings: A Multicentre Mixed-Method Study. *J Clin Nurs*. 2025;34(1):108-16 DOI: 10.1111/jocn.17511.
117. Bak-Sosnowska M, Gruszczynska M, Tokarz A. Well-being of nurses and working conditions-Are polish nurses different from doctors and midwives in terms of professional quality of life? *Nurs Open*. 2021;8(1):87-95 DOI: 10.1002/nop2.606.
118. Carmassi C, Dell'Oste V, Bertelloni CA, Pedrinelli V, Barberi FM, Malacarne P, et al. Gender and occupational role differences in work-related post-traumatic stress symptoms, burnout and global functioning in emergency healthcare workers. *Intensive Crit Care Nurs*. 2022;69:103154 DOI: 10.1016/j.iccn.2021.103154.
119. Holmes EG, Connolly A, Putnam KT, Penaskovic KM, Denniston CR, Clark LH, et al. Taking Care of Our Own: A Multispecialty Study of Resident and Program Director Perspectives on Contributors to Burnout and Potential Interventions. *Acad Psychiatry*. 2017;41(2):159-66 DOI: 10.1007/s40596-016-0590-3.
120. Tabibian JH, Bertram AK, Yeh HC, Cofrancesco J, Jr., Codori N, Block L, et al. Health and wellness among incoming resident physicians: A multi-domain survey. *J Community Med (Reno)*. 2018;1 DOI: 10.33582/2637-4900/1003.
121. Williford ML, Scarlet S, Meyers MO, Luckett DJ, Fine JP, Goettler CE, et al. Multiple-Institution Comparison of Resident and Faculty Perceptions of Burnout and Depression During Surgical Training. *JAMA Surg*. 2018;153(8):705-11 DOI: 10.1001/jamasurg.2018.0974.
122. Alshardi A, Farahat F. Prevalence and Predictors of Depression Among Medical Residents in Western Saudi Arabia. *J Clin Psychol Med Settings*. 2020;27(4):746-52 DOI: 10.1007/s10880-019-09667-7.
123. Ali A, Rasheed A, Naz S. Health-related Quality of Life of Nurses Working in Tertiary Care Hospital of Karachi. *Pak J Med Sci*. 2020;36(3):490-5 DOI: 10.12669/pjms.36.3.1267.
124. Aziz GAM, S AL, Bogami E, Abduljwad K, Bardisi W. Prevalence and determinants of depression among primary healthcare workers in Jeddah, Saudi Arabia 2020. *J Family Med Prim Care*. 2022;11(6):3013-20 DOI: 10.4103/jfmpe.jfmpe_2215_21.
125. Pitanupong J, Anantapong K, Aunjitsakul W. Depression among psychiatrists and psychiatry trainees and its associated factors regarding work, social support, and loneliness. *BMC Psychiatry*. 2024;24(1):97 DOI: 10.1186/s12888-024-05569-7.
126. Merlo EM, Sicari F, Myles LAM, Settineri S. Euthymia, Psychological Well-Being, and Professional Quality of Life in Health Care Workers. *Clin Neuropsychiatry*. 2024;21(4):266-75 DOI: 10.36131/cnfioritieditore20240403.
127. Gupta S, Bhatia G, Sagar R, Sagar S. Assessment of Psychological Well-being Among Medical Professionals Working with Patients Who Suffer from Physical Trauma: An Observational Study from India. *Indian J Crit Care Med*. 2023;27(7):493-502 DOI: 10.5005/jp-journals-10071-24488.
128. Phillips CS, Becker H, Gonzalez E. Psychosocial Well-Being: An Exploratory Cross-Sectional Evaluation of Loneliness, Anxiety, Depression, Self-Compassion, and Professional Quality of Life in Oncology Nurses. *Clin J Oncol Nurs*. 2021;25(5):530-8 DOI: 10.1188/21.CJON.530-538.

7. PRIEDAI

1 priedas

Anoniminė anketa gydytojams ir slaugytojams

ANKETA

Gerbiami gydytojai ir slaugytojai,

Ši anketa yra skirta tyrimui, kuriuo siekiame įvertinti jūsų profesinę savijautą ir patirtis sveikatos priežiūros sistemoje. Tyrimo tikslas – geriau suprasti, su kokiais iššūkiais susiduriate kasdienėje darbinėje veikloje, kaip jaučiatės fiziškai bei emociškai. Jūsų atsakymai padės mums geriau suprasti sveikatos priežiūros specialistų poreikius bei sunkumus, kas, savo ruožtu, gali prisidėti prie darbo sąlygų gerinimo ir profesinio perdegimo prevencijos. Anketa yra visiškai anonimiška, o jūsų atsakymai bus naudojami tik apibendrintai, tyrimo tikslams. Kiekvieno iš jūsų nuomonė yra svarbi, todėl dėkojame už skirtą laiką ir nuoširdžius atsakymus.

Ačiū už jūsų dalyvavimą ir indėlį!

Ar sutinkate dalyvauti tyrime?

- ☐ Taip

1. Jūsų lytis:

- ☐ Moteris
- ☐ Vyras
- ☐ Kita

2. Jūsų amžius :

- ☐ 18 – 24 m.
- ☐ 25 – 34 m.
- ☐ 35 – 44 m.
- ☐ 45 – 54 m.
- ☐ 55 – 64 m.
- ☐ ≥ 65 m.

3. Jūsų specialybė:

- ☐ Gydytojas/-a
- ☐ Gydytojas/ -a rezidentas/-ė
- ☐ Slaugytojas/-a

4. Kokio tipo skyriuje arba srityje jūs dirbate?

- ☐ Vidaus ligų skyriuje (pvz., kardiologija, pulmonologija)
- ☐ Chirurginiam skyriuje (pvz., ortopedija, traumatologija, neurochirurgija)
- ☐ Vaikų ligų skyriuje (pvz., vaikų kardiologija, vaikų intensyvioji terapija)
- ☐ Reabilitacijos ir slaugos skyriuje
- ☐ Skubios pagalbos arba priėmimo skyriuje
- ☐ Diagnostikos skyriuje (pvz., radiologija, laboratorinė diagnostika)
- ☐ Ambulatorinės sveikatos priežiūros skyriuje
- ☐ Kitos sritys (prašome nurodyti)

5. Miestas, kuriame dirbate:

(miestai, kuriuose rinksim)

*Toliau pateikiamas **ProQOL** (Professional Quality of Life) klausimynas, kuris padeda nustatyti teigiamus (pasitenkinimą darbu) ir neigiamus (perdegimą bei antrinį stresą) profesinio gyvenimo aspektus. Atsakykite į kiekvieną klausimą, remdamiesi savo patirtimi per pastarąsias 30 dienų, pažymėdami atsakymą nuo 1 iki 5 (**1** – Visiškai nesutinku, **2** – Retai, **3** – Kartais, **4** – Dažnai, **5** – Labai dažnai). Nėra teisingų ar neteisingų atsakymų – svarbu, kad jie atspindėtų jūsų asmeninę patirtį.*

1. Aš jaučiuosi laimingas (-a).

1 2 3 4 5

2. Aš būnu susirūpinęs (-usi) dėl daugiau nei vieno žmogaus, kuriam padedu.

1 2 3 4 5

3. Man teikia pasitenkinimą galimybė padėti žmonėms.

1 2 3 4 5

4. Aš jaučiuosi susijęs (-usi) su kitais.

1 2 3 4 5

5. Aš krūpteliu ar išsigąstu netikėtų garsų.
1 2 3 4 5
6. Jaučiuosi pagyvėjęs (-usi) po darbo su žmonėmis, kuriems padedu.
1 2 3 4 5
7. Aš sunkiai atsieju asmeninį gyvenimą nuo savo kaip kitų padėjėjo (-os) gyvenimo.
1 2 3 4 5
8. Aš nesu toks (-ia) produktyvus (-i) darbe, nes nebegaliu miegoti dėl asmens, kuriam padedu, trauminių patirčių.
1 2 3 4 5
9. Manau, kad galiu būti paveiktas (-a) trauminio streso tų, kuriems padedu.
1 2 3 4 5
10. Jaučiuosi suvaržytas (-a) dėl savo padedančiojo (-ios) žmonėms darbo.
1 2 3 4 5
11. Mano kaip padedančiojo (-ios) žmonėms darbas privertė jaustis įsitempusiam (-iai) dėl įvairių dalykų.
1 2 3 4 5
12. Man patinka mano darbas padėti žmonėms.
1 2 3 4 5
13. Jaučiuosi prislėgtas (-a) dėl žmonių, kuriems padedu, trauminių patirčių.
1 2 3 4 5
14. Aš jaučiuosi taip, lyg patirčiau kito asmens, kuriam padedu, traumą.
1 2 3 4 5
15. Turiu įsitikinimų, kurie mane palaiko, sustiprina.
1 2 3 4 5
16. Esu patenkintas (-a) tuo, kaip sugebu taikyti pagalbos technikas ir protokolus.
1 2 3 4 5
17. Aš esu toks žmogus, koks visada norėjau būti.
1 2 3 4 5
18. Mano darbas teikia man pasitenkinimą.
1 2 3 4 5
19. Jaučiuosi visiškai išsekęs (-usi) dėl savo kaip padedančiojo (-ios) žmonėms darbo.
1 2 3 4 5
20. Aš esu patenkintas (-a) ir laimingas (-a), kai galvoju apie žmones, kuriems padedu ir kuriems galėjau padėti.

- 1 2 3 4 5
21. Jaučiuosi pervargęs (-usi), perkrautas (-a) dėl, atrodytų, nesibaigiančio mano darbo krūvio.
1 2 3 4 5
22. Tikiu, kad savo darbu galiu pasiekti pokyčių.
1 2 3 4 5
23. Aš vengiu tam tikros veiklos ar situacijų, nes man jos primena baugias patirtis žmonių, kuriems padedu.
1 2 3 4 5
24. Didžiuojuosi tuo, ką galiu padaryti padėdamas (-a) kitiems.
1 2 3 4 5
25. Dėl savo kaip padėjėjo (-os) darbo aš turiu įkyrių, bauginamų minčių.
1 2 3 4 5
26. Aš jaučiuosi pervargęs (-usi) dėl sistemos.
1 2 3 4 5
27. Manau, kad esu sėkmingas (-a) padėjėjas (-a).
1 2 3 4 5
28. Aš negaliu prisiminti svarbių dalių iš savo darbo su traumą patyrusiomis aukomis.
1 2 3 4 5
29. Aš esu labai rūpestingas žmogus.
1 2 3 4 5
30. Jaučiuosi laimingas (-a), kad pasirinkau dirbti šį darbą
1 2 3 4 5

Toliau bus pateikiamas **PHQ-9 klausimynas**, skirtas įvertinti jūsų emocinę savijautą per pastarąsias dvi savaites. PHQ-9 klausimynas yra patikimas įrankis depresijos simptomams nustatyti. Kiekviename klausime bus pateikiami teiginiai apie jūsų emocinę ir fizinę būklę, o jūsų prašoma pasirinkti atsakymą, kuris geriausiai atspindi, kaip dažnai per pastarąsias dvi savaites patyrėte aprašytus simptomus. Perskaitykite kiekvieną teiginį ir pasirinkite atsakymą, kuris geriausiai atspindi jūsų patirtį, naudodami šiuos variantus: 0 – „Visai ne“, 1 – „Keletą dienų“, 2 – „Daugiau nei pusę dienų“, 3 – „Beveik kasdien“.

1. Mažas susidomėjimas ar malonumas atliekant dalykus
0 1 2 3
2. Jautimasis nusiminusiam (-ai), prislėgtam (-ai) ar beviltiškam (-ai)
0 1 2 3

3. Sunkumas užmigti ar išmiegoti, arba per ilgas miegojimas
0 1 2 3
4. Jautimasis pavargusiam (-ai) ar energijos trūkumas
0 1 2 3
5. Prastas apetitas arba persivalgymas
0 1 2 3
6. Prasta savijauta – pojūtis, kad esate nevykėlis (-ė) arba kad nuvylėte save ar savo šeimą
0 1 2 3
7. Sunkumas susikoncentruoti ties tokiais dalykais, kaip laikraščio skaitymas arba televizoriaus žiūrėjimas
0 1 2 3
8. 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
0 1 2 3
9. Mintys, kad jums būtų geriau būti mirusiam (-ai) arba apie savęs žalojimą koku nors būdu
0 1 2 3
10. Jei pažymėjote kokias nors problemas, kaip šios problemos apsunkino jums galimybes dirbti savo darbą, rūpintis namais ir vaikais arba sutarti su kitais žmonėmis?
 - Visai neapsunkino
 - Šiek tiek apsunkino
 - Labai apsunkino
 - Ypač apsunkino

2 priedas

Internetinės anoniminės anketos lankstinukas su „QR“ kodu

Gerbiami gydytojai ir slaugytojai,

*Ši anketa yra skirta tyrimui, kuriuo siekiame įvertinti **jūsų profesinę savijautą ir patirtį**, dirbant sveikatos priežiūros sistemoje. Tyrimo tikslas – geriau suprasti, su kokiais iššūkiais susiduriate kasdienėje darbinėje veikloje, kaip jaučiatės fiziškai bei emociškai. Jūsų atsakymai padės mums geriau suprasti sveikatos priežiūros specialistų poreikius bei sunkumus ir prisidėti prie darbo sąlygų gerinimo, profesinio perdegimo prevencijos. **Anketa yra visiškai anonimiška**, o Jūsų atsakymai bus naudojami tik apibendrintai, tyrimo tikslais. Užtruksite **iki 10 min.** Kiekvieno nuomonė yra svarbi, todėl dėkojame už skirtą laiką ir nuoširdžius atsakymus.*



← Anketa galite užpildyti nuskaite šį kodą

3 priedas

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Mokslinių tyrimų etikos komiteto leidimas

Išrašas



VILNIAUS UNIVERSITETO MEDICINOS FAKULTETO MOKSLINIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETAS

POSĖDŽIO PROTOKOLAS

2024-11-26 Nr. (1.7 E) 150000-KT-427
Vilnius

El. balsavimas vyko 2024 m. lapkričio 22-26 d.

Posėdžio pirmininkas VU MF SMI Slaugos katedros vadovė prof. dr. -Natalja Istomina

Posėdžio sekretorius VU MF SMI vyr. specialistė vyr. specialistė Greta Zambžickaitė

Posėdyje dalyvavo: VU MF SMI Slaugos katedros asist. dr. Aldona Mikaliūkštienė, VU MF SMI Visuomenės katedros asistentė. dr. Jelena Stanislavovienė, VU MF SMI Sveikatos etikos, teisės ir istorijos centro docentė dr. Aistė Bartkienė, VU MF SMI Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedros docentė dr. Aurelija Šidlauskienė, VU MF SMI Optometrijos katedros docentas dr. Saulius Galgauskas, VU MF KMI Akušerijos ir ginekologijos klinikos docentė dr. Diana Bužinskienė, VU MF KMI Anesteziologijos ir reanimatologijos klinikos jaun. asistentas Vaidas Vicka, VU MF BMI Anatomijos, histologijos ir antropologijos katedros lektorė Rūta Morkūnienė, VU MF BMI Fiziologijos, biochemijos, mikrobiologijos ir laboratorinės medicinos katedros asistentė. dr. Inga Bikulčienė, VU MF Odontologijos instituto docentė dr. Rasmūtė Manelienė.

Kvorumas priimti sprendimus buvo, nes posėdyje dalyvavo 11 narių iš 11.

2. SVARSTYTA. Medicinos vientisųjų studijų programos šešto kurso studentės Odetos Aliukonytės baigiamojo darbo tyrimo protokolo ir instrumento vertinimas.

NUTARTA. Studentės Odetos Aliukonytės baigiamojo darbo tyrimo protokolo ir instrumento turinys neprieštarauja vykdomojo tyrimo etikos normoms ir VU MF Mokslinių tyrimų etikos komitetas pritaria tyrimo instrumento naudojimui.

VU MF Mokslinių tyrimų etikos komiteto
pirmininkė

prof. dr. Natalja Istomina

Posėdžio sekretorė

Greta Zambžickaitė