

# LIGONINĖJE DIRBANČIO MEDICINOS PERSONALO RIZIKA SUSIRGTI LĒTINĖMIS NEINFEKGINĖMIS LIGOMIS IR SAVO SVEIKATOS VERTINIMAS

Kristina Źalnieraitienė<sup>1</sup>, Irena Misevičienė<sup>1</sup>, Violeta Źimatonienė<sup>2</sup>, GraŹvydė Masiliūnienė<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Visuomenės sveikatos fakulteto Sveikatos tyrimų institutas, <sup>2</sup>Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Fizikos, matematikos ir biofizikos katedra, <sup>3</sup>Kauno klinikinė ligoninė

## Santrauka

Visuomenės sveikatai ypač didelės reikšmės turi veiksmingas sveikatos sistemos funkcionavimas. Medicinos personalo produktyvi veikla – viena pagrindinių šios sistemos sudedamųjų dalių.

**Tyrimo tikslas** – išanalizuoti lėtinų neinfekcinių ligų (LNL) rizikos veiksnių paplitimą tarp ligoninėse dirbančių gydytojų ir slaugytojų bei jų nuomonę apie savo sveikatą.

**Medžiaga ir metodai.** Tyrimas vykdytas trijose atsitiktine tvarka atrinktose, skirtingų miestų bei skirtingą lovų skaičių turinčiose Lietuvos ligoninėse. Tyrimo dalyviai – medicinos personalas (gydytojai ir slaugytojai). Tyrimo būdas – vienmomentė anoniminė anketinė apklausa. Iš viso pateikti 1362 klausimynai, sugrąžinta – 1018, atsako dažnis – 74,7 proc. Statistinei analizei atlikti buvo naudojamos SPSS 17.0 for Windows bei MS Excel programos.

**Rezultatai.** Daugiau nei pusė medicinos personalo savo sveikatą vertino gerai (63,9 proc.). Geriau savo sveikatą vertino daugiau gydytojų vyrų nei gydytojų moterų bei gydytojų moterų nei slaugytojų. LNL rizikos veiksnių paplitimas tarp medicinos personalo yra gana didelis: kas antras turėjo antsvorį, penktadalis – arterinę hipertenziją, kas dešimtas buvo rūkantis, nors tik trečdalis medicinos darbuotojų nurodė savo cholesterolio koncentracijos kiekį kraujyje, iš jų padidėjęs cholesterolio koncentracijos kiekis kraujyje nustatytas 69,2 proc. Savo sveikatą geriau vertino respondentai, kurie buvo sveiki ir turintys padidėjusią riziką sirgti LNL, o blogiau – sergantys respondentai.

**Išvados.** Daugiau nei pusė medicinos personalo savo sveikatą vertino gerai. LNL rizikos veiksnių paplitimas tarp medicinos personalo yra gana didelis. Į ligoninėse vykdomas sveikatos stiprinimo programas personalui turėtų būti įtraukti projektai, susiję su LNL rizikos veiksnių kontrole ir sveikatą stiprinančia veikla.

**RaktaŹodŹiai:** gydytojai, slaugytojai, savo sveikatos vertinimas, lėtinės neinfekcinės ligos, rizikos veiksniai

## ĮVADAS

Visuomenės sveikatai ypač didelės reikšmės turi veiksmingas sveikatos sistemos funkcionavimas. Medicinos personalo produktyvi veikla – viena pagrindinių šios sistemos sudedamųjų dalių. Pasaulinės sveikatos organizacijos dokumentuose [1], Jungtinių Tautų tūkstantmečio deklaracijoje [2] ir Europos Sąjungos strateginiuose dokumentuose [3] nurodyta, kad „sveikas žmogus, sveika darbo jėga yra didžiausia vertybė, o sveiki gyventojai – ekonomikos, produktyvumo ir gerovės prielaida“.

Medicinos personalo sveikata susijusi su daugeliu individualių, profesinių ir organizacinių veiksnių [4]. Mokslinėje literatūroje gausu tyrimų, įrodančių, kad darbo aplinkos veiksniai ir kitos profesinio darbo charakteristikos turi įtakos psichinei ir fizinei medicinos personalo sveikatai [5, 6, 7, 8, 9, 10]. Pažymima, jog medicinos personalas dažniau nei kitų profesinių grupių darbuotojai yra veikiami per didelio darbo krūvio, lėtinio streso [6, 8], visa tai sukelia nuovargį, išsekimą, depresiją ar kitas sveikatos problemas bei didina klaidų tikimybę darbe [6, 8, 9], neigiamai veikia bendravimą su pacientu [4]. Taip pat teigiama, kad medicinos personalas turi didesnę suicidinio elgesio riziką, palyginti su bendros populiacijos gyventojais [11, 12]. Svarbu pažymėti, kad streso tyrimai yra labai svarbūs, nes stresas yra vienas iš širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnių [13]. Kiti ne mažiau svarbūs medicinos darbuotojų sveikatą lemiantys veiksniai yra individualūs ir gyvenamosios veiksniai

**Adresas susirašinti:** Kristina Źalnieraitienė,  
Lietuvos sveikatos mokslų universiteto  
Medicinos akademija,  
Eivenių g. 4-525, 5009 Kaunas.  
El. p. kristina.zalnieraitiene@gmail.com

(alkoholinių gėrimų vartojimas, rūkymas, mityba, fizinis aktyvumas ir t. t.).

Vertinant medicinos personalo sveikatą yra labai svarbus subjektyvus savo sveikatos vertinimas. Tai viena iš plačiausiai naudojamų priemonių sveikatos būklei įvertinti [14, 15]. Subjektyvus sveikatos vertinimas atspindi asmens integruotą požiūrį į savo sveikatą, įskaitant jos biologinius, psichologinius ir socialinius aspektus, kurie dažniausiai yra nepastebimi kitam vertintojui [16].

Svarbu pažymėti, kad užsienio šalyse, taikant savo sveikatos vertinimo metodą, yra atlikta nemažai medicinos personalo studijų, ypač aktyvi šioje srityje yra Norvegijos medicinos asociacija, kuri gydytojų sveikatos tyrimus vykdo jau daugiau nei dvidešimt metų. Lietuvoje medicinos personalo sveikata tyrinėta mažai, šia tema vis dar trūksta duomenų ir ligi šiol pavyko rasti vienintelį 2006 m. atliktą gydytojų savo sveikatos vertinimo tyrimą [5].

Šio darbo tikslas – išanalizuoti lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių paplitimą tarp ligoninėse dirbančių gydytojų ir slaugytojų bei jų nuomonę apie savo sveikatą.

## TYRIMO OBJEKTAS IR METODAI

Tyrimas atliktas 2010 m. rugsėjo–spalio mėnesiais, taikytas vienmomentės anoniminės anketinės apklausos metodas. Tyrimas vykdytas trijose atsitiktine tvarka atrinktose, skirtingų miestų bei skirtingą lovų skaičių turinčiose Lietuvos ligoninėse. Pagal lovų skaičių ligoninės suskirstytos į didelę (daugiau nei 1000 lovų), vidutinę (500–1000 lovų) ir mažą (mažiau nei 500 lovų) ligoninę. Tyrimo imtį sudarė, tyrimo dieną dirbę visi medicinos darbuotojai iš mažos ir vidutinio dydžio ligoninės bei atsitiktinės atrankos metodu atrinkti (kas trečias skyrius) respondentai iš didelės ligoninės.

Iš viso pateikti 1362 klausimynai, sugrąžinta – 1018, atsako dažnis – 74,7 proc. Analizei atrinkti teisingai užpildyta 1018 klausimynų (280 gydytojų – 70 vyrų ir 210 moterų bei 738 slaugytojos moterys).

Kiekvienos ligoninės vyriausioji slaugytoja buvo atsakinga už klausimynų paskirstymą ir surinkimą iš ligoninės medicinos personalo. Klausimyną sudarė dvi dalys. I dalyje buvo pateikti klausimai apie tiriamųjų socialinius-demografinius duomenis (amžių, lytį, profesiją ir t. t.), II dalyje – klausimai apie savo sveikatos būklės vertinimą, savo sveikatos rodiklių duomenų nurodymą ir jų vertinimą (arterinio kraujo spaudimo, cholesterolio koncentracijos kiekį kraujyje, ūgį, svorį, rūkymą bei alkoholinių gėrimų vartojimą ir t. t.).

Statistinėje duomenų analizėje savo sveikata buvo vertinama pagal 3 kategorijas (gera (sujungus atsakymus „gana gera“ ir „gera“), vidutinė ir bloga (sujungus atsakymus „bloga“ ir „labai bloga“); rizikos veiksniai: arterinė hipertenzija – jei kraujo spaudimas buvo nurodytas  $\geq 140/90$  mmHg, hipercholesterolemija – jei  $\geq 5,0$  mmol/l, antsvoris – kai kūno masės indeksas (KMI) buvo didesnis nei  $25 \text{ kg/m}^2$  (KMI skaičiuotas pagal respondentų nurodytą kūno svorį (kg) ir ūgį (m),

taikant formulę  $KMI = \frac{\text{svoris (kg)}}{\text{ūgis (m)}^2}$ ), ir reguliariai

rūkantys – respondentai, kurie surūkydavo  $\geq 1$  cigaretę per dieną.

Statistinė analizė atlikta su statistinių programų paketu SPSS 17.0. Skirstiniams palyginti ir požymių priklausomybei tikrinti taikytas  $\chi^2$  kriterijus. Sveikatos rizikos veiksnių ryšio su sveikatos vertinimu stiprumui nustatyti buvo skaičiuojamas kontingencijos koeficientas. Savo sveikatos rodiklių (arterinio kraujo spaudimo, cholesterolio koncentracijos kiekio kraujyje, kūno masės indekso) vertinimo atitiktis rekomenduojamoms normoms analizuota koeficientu *kappa*. Pasirinktas reikšmingumo lygmuo  $\alpha = 0,05$ .

## REZULTATAI

Savo dabartinę sveikatos būklę daugiau nei pusė (63,9 proc.) medicinos personalo vertino gerai. Nustatyta, kad didėjant respondentų amžiui savo sveikatos būklę vertinančių „gerai“ respondentų skaičius statistiškai patikimai mažėja, o vertinančių „vidutiniškai“ – daugėja. Savo sveikatos būklės vertinimas skyrėsi atsižvelgiant į užimamas pareigas, lytį ir amžių. Gydytojai vyrai, palyginti su gydytojomis moterimis, savo sveikatos būklę vertino geriau (85,7 proc. ir 72,4 proc.;  $p < 0,05$ ), ir daugiau gydytojų moterų, palyginti su slaugytojomis (72,4 proc. ir 58,7 proc.;  $p < 0,05$ ), sveikatos vertinimas buvo geresnis. 1 lentelėje matome, kaip skyrėsi savo sveikatos vertinimas atsižvelgiant į medicinos personalo profesiją ir lytį skirtingose amžiaus grupėse.

Daugiau nei 2/3 (69,7 proc.) respondentų buvo sveiki, t. y. nurodė, kad neserga jokia liga. Iš tų, kurie nurodė, kad serga, dešimtadalis (10,9 proc.) sirgo kraujagyslių sistemos ligomis, stuburo (5,4 proc.), endokrininės sistemos ligomis (3,5 proc.), virškinimo sistemos (3,0 proc.) ir širdies (1,5 proc.) ligomis. Reikšmingų sąsajų tarp respondentų nurodytų ligų ir užimamų pareigų nenustatyta. Pagal tiriamųjų pateiktus savo sveikatos rodiklių duomenis buvo vertinamas LNL rizikos veiksnių paplitimas. Tik dešimtadalis

(12,4 proc.) respondentų neturėjo nei vieno LNL rizikos veiksnio (arterinės hipertenzijos, padidėjusio cholesterolio koncentracijos kiekio kraujyje, antsvorio, nerūkė). Daugiau nei pusė respondentų turėjo 1 arba 2 rizikos veiksnius (29,5 proc. ir 34,2 proc.), penktadalis (22,0 proc.) – 3 rizikos veiksnius ir 1,9 proc. respondentų nustatyti 4 rizikos veiksniai. Didėjant medicinos personalo amžiui mažėjo neturinčių LNL rizikos veiksnių ir sveikų respondentų skaičius ( $p < 0,05$ ) (1, 2 pav.). Analizuojant tyrimo dalyvių nurodytus savo sveikatos rodiklių duomenis nustatyta, kad daugiau nei pusė respondentų (52,0 proc.) turėjo antsvorį, penktadalis tiriamųjų (24,0 proc.) – padidėjusį arterinį kraujo spaudimą, kas dešimtas medicinos personalo darbuotojas rūkė (9,3 proc.). Tik trečdalis respondentų (33,8 proc.) nurodė savo cholesterolio koncentracijos kiekį kraujyje, iš jų padidėjęs cholesterolio koncentracijos kiekis kraujyje nustatytas 69,2 proc. Didėjant medicinos personalo darbuotojų amžiui, reikšmingai didėjo ir jų nurodytų LNL rizikos veiksnių – antsvorio, cholesterolio koncentracijos kiekis kraujyje bei arterinės hipertenzijos – paplitimas, tačiau mažėjo kasdien rūkančių bei  $\geq 1$  kartą per savaitę alkoholinius gėrimus vartojančių respondentų skaičius. LNL rizikos veiksnių paplitimas taip pat skyrėsi atsižvelgiant į respondentų užimamas pareigas ir lytį. Didesnis antsvorio paplitimas nustatytas tarp slaugytojų nei gydytojų moterų (54,1 proc. ir 47,4 proc.;  $p < 0,05$ ) bei gydytojų vyrų, palyginti su gydytojais moterimis (59,7 proc. ir 43,2 proc.;  $p < 0,05$ ). Rūkymas beveik 3 kartus labiau buvo paplitęs tarp gydytojų vyrų nei gydytojų moterų (20,0 proc. ir 7,1 proc.;  $p < 0,05$ ), o tarp gydytojų moterų ir slaugytojų buvo panašus ir reikšmingai nesiskyrė (7,1 proc. ir 9,0 proc.). Daugiau  $\geq 1$  kartą per savaitę alkoholinius gėrimus dažniau vartojo gydytojai

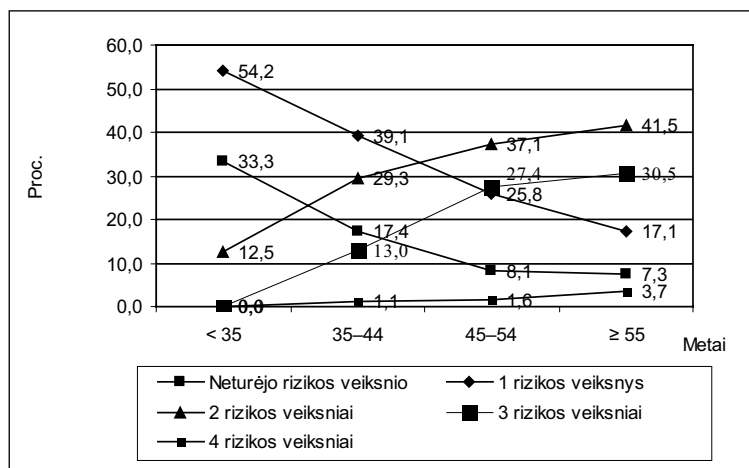
vyrų nei gydytojų moterų (65,7 proc. ir 44,0 proc.;  $p < 0,05$ ) bei gydytojų moterų, palyginti su slaugytojomis (44,0 proc. ir 29,4 proc.;  $p < 0,05$ ). Arterinės hipertenzijos paplitimas, atsižvelgiant į respondentų užimamas pareigas ir lytį, nesiskyrė. 2 lentelėje pateikti duomenys rodo, kaip skyrėsi šių LNL rizikos veiksnių paplitimas atsižvelgiant į medicinos personalo profesiją ir lytį skirtingose amžiaus grupėse.

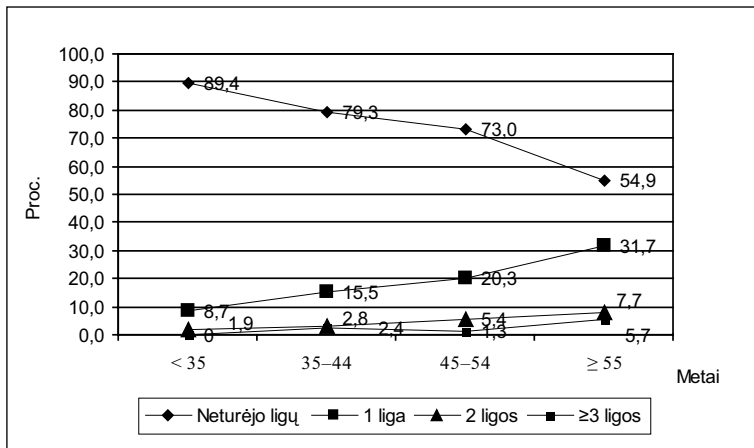
**1 lentelė.** Medicinos personalo savo sveikatos vertinimas pagal profesiją ir lytį amžiaus grupėse

	Amžius		Gera	Vidutinė	Bloga
Gydytojai		Moterys	72,4	27,1	0,5
		Vyrai	85,7**	14,3**	0
	$\chi^2 - 5,19, \text{lls} - 2, p - 0,01$				
	< 35	Moterys	92,7	7,3	0
		Vyrai	96,4	3,6	0
	35–44	Moterys	80	20	0
		Vyrai	100,0**	0	0
	45–54	Moterys	69,8	28,6	1,6
		Vyrai	66,7	33,3	0
	$\geq 55$	Moterys	44,4	55,6	0
Vyrai		72,7**	27,3**	0	
Moterys		Gydytojos	72,4*	27,1*	0,5
		Slaugytojos	58,6	39,5	1,9
	$\chi^2 - 13,89, \text{lls} - 2, p - 0,00$				
	< 35	Gydytojos	92,7	7,3	0
		Slaugytojos	87,2	12,8	0
	35–44	Gydytojos	80,0*	20,0*	0
		Slaugytojos	62,8	35,2	2,1
	45–54	Gydytojos	69,8*	28,6*	1,6
		Slaugytojos	50,8	47,2	2
	$\geq 55$	Gydytojos	44,4	55,6	0
Slaugytojos		42,1	54,7	3,2	

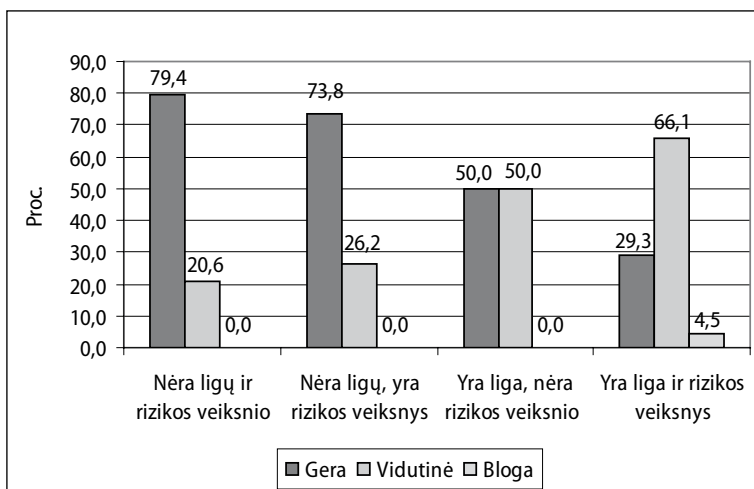
\* $p < 0,05$ , lyginant su slaugytojomis; \*\* $p < 0,05$ , lyginant su moterimis.

**1 pav.** Medicinos personalo nurodytų LNL rizikos veiksnių skaičiaus dažnis (proc.) amžiaus grupėse





2 pav. Medicinos personalo nurodytų ligų skaičiaus dažnis (proc.) amžiaus grupėse



3 pav. Medicinos personalo savo sveikatos vertinimas grupėse pagal ligas ir LNL rizikos veiksnius

Įdomu tai, kad iš respondentų, kurie savo kūno masę vertino kaip normalią, atsvaris buvo nustatytas beveik ketvirtadaliui (23,6 proc.). Savo arterinį kraujo spaudimą dauguma tiriamųjų įvertino teisingai, o iš tų, kurie savo arterinį kraujo spaudimą vertino kaip normalų, dešimtadaliui (9,7 proc.) jis buvo padidėjęs. Iš respondentų, kurie savo cholesterolio koncentracijos kiekį kraujyje vertino kaip normalų, beveik kas antram (41,9 proc.) jis viršijo normos ribas. Medicinos personalo savo LNL rizikos veiksnių vertinimo atitiktis rekomenduojamoms normoms vertinta koeficientu *kappa*. Teisingiausiai buvo įvertintas arterinis kraujo spaudimas (*kappa* 0,68; PI 0,62–0,74;  $p < 0,05$ ), šiek tiek mažiau teisingai – kūno masė (*kappa* 0,61; PI 0,56–0,66;  $p < 0,05$ ), mažiausiai – cholesterolio koncentracijos kiekis kraujyje (*kappa* 0,55; PI 0,47–0,63;  $p < 0,05$ ). Svarbu pažymėti, kad dalis respondentų savo sveikatos rodiklių nežinojo: kūno masės nežinojo 6,2 proc., arterinio kraujo spaudimo – 9,9 proc., o cholesterolio koncentracijos kiekio kraujyje – daugiau nei pusė tiriamųjų (66,2 proc.).

Medicinos personalo savo sveikatos būklės vertinimas blogėjo, didėjant LNL rizikos veiksnių skaičiui ( $p < 0,05$ ). „Gerai“ savo sveikatos būklę vertino daugiau respondentų, turinčių vieną arba du rizikos veiksnius, „vidutiniškai“ – daugiau respondentų, turinčių du ar tris rizikos veiksnius, ir „blogai“ – kuriems buvo nustatyti trys rizikos veiksniai ( $p < 0,05$ ). 3 pav. pateikta medicinos personalo nuomonė apie savo sveikatos būklę tarp sąlyginai sveikų (nėra ligų ir nėra rizikos veiksnių), padidėjusios rizikos sirgti LNL (nėra ligų, bet yra rizikos veiksniai) ir sergančių (yra ligos, bet nėra rizikos veiksnio arba yra ligos ir rizikos veiksnys) respondentų. Geriau savo sveikatą vertino tiriamieji, kurie neturėjo ligų, bet turėjo LNL rizikos veiksnius, o blogiau – respondentai, turintys ligą ir veikiami rizikos veiksnių. Didžiausią įtaką vertinant savo sveikatą turėjo ligos (kontingencijos koeficientas 0,43;  $p < 0,05$ ), mažesnę – LNL rizikos veiksniai: arterinė hipertenzija, atsvaris ir rūkymas (kontingencijos koeficientai atitinkamai 0,21, 0,18 ir 0,10;  $p < 0,05$ ). Didesnis pastarųjų LNL rizikos veiksnių paplitimas

**2 lentelė.** LNL rizikos veiksnių paplitimas (proc.) tarp medicinos personalo atsižvelgiant į profesiją ir lytį amžiaus grupėse

	Amžius		Arterinė hipertenzija (≥ 140/90 mmHg)	Antsvoris (KMI ≥ 25/m <sup>2</sup> )	Hypercholesterolemija (≥ 5,0 mmol/l)	Rūkymas (≥ 1 cig./d.)	Alkoholinius gėrimus vartojo ≥ 1 k./sav.
Gydytojai		Moterys	23,2	43,2	70,1	7,1	44,0
		Vyrai	22,6	59,7**	62,5	20,0**	65,7**
Gydytojai	< 35	Moterys	5,9	11,5	45,5	5,5	47,3
		Vyrai	11,5	48,1**	100,0	17,9**	78,6**
	35–44	Moterys	12,5	28,6	62,5	0,0	44,4
		Vyrai	25,0	86,7**	66,7	33,3	66,7
	45–54	Moterys	19,6	59,7	60,0	12,7	46,8
		Vyrai	35,7	66,7	62,5	20,0	46,7
	≥ 55	Moterys	56,1	73,8	92,0	8,9	35,6
		Vyrai	33,3	40,0**	50,0**	9,1	63,6
Moterys		Gydytojos	23,2	43,2*	70,1	7,1	44,0
		Slaugytojos	24,4	54,0	69,5	9,0	29,4
Moterys	< 35	Gydytojos	5,9	11,5	45,5	5,5	47,3*
		Slaugytojos	9,3	20,7	26,7	8,1	32,6
	35–44	Gydytojos	12,5	28,6	62,5	0,0	44,4
		Slaugytojos	18,4	45,3	64,9	11,4	31,4
	45–54	Gydytojos	26,9	59,7*	60,0	12,7	46,8
		Slaugytojos	19,6	67,9	72,0	8,3	32,9
	≥ 55	Gydytojos	56,1	73,8	92,0	8,9	35,6*
		Slaugytojos	50,0	74,7	81,0	4,2	14,7

\*p < 0,05, lyginant su slaugytojomis; \*\*p < 0,05, lyginant su moterimis.

labiau siejosi su blogesniu savo sveikatos vertinimu (3 lentelė).

**3 lentelė.** Medicinos personalo savo sveikatos vertinimą lemiantys veiksniai

Veiksniai	N	Kontingencijos koeficientas (C)	p
Ligos	1008	<b>0,425</b>	0,00
Rizikos veiksniai	Antsvoris (KMI ≥ 25/m <sup>2</sup> )	<b>0,178</b>	0,00
	Arterinė hipertenzija (≥ 140/90 mmHg)	<b>0,207</b>	0,00
	Hypercholesterolemija (≥ 5,0 mmol/l)	0,138	0,15
	Rūkymas (≥ 1 cig./d.)	0,104	0,03

## REZULTATŲ APTARIMAS

Mokslinėje literatūroje yra nemažai tyrimų, kuriuose analizuojami veiksniai, turintys įtakos savo sveikatai

vertinti, pvz.: lytis, amžius, išsilavinimas, kultūriniai skirtumai ir kiti susiję veiksniai. Švedijos mokslininkų atliktas gydytojų savo sveikatos vertinimas parodė, kad vyrų ir moterų požiūris į savo sveikatą skiriasi: moterys, palyginti su vyrais, dažniau nurodo įvairius simptomus, bei linkusios negatyviau vertinti savo sveikatą [17]. Švedijos mokslininkai, tyrinėję, kaip savo sveikatą vertina gydytojai, nustatė, kad gydytojų moterų, palyginti su gydytojais vyrais, blogesni fizinės sveikatos rodikliai [18]. Tačiau Suomijos mokslininkai savo darbe pateikia priešingus duomenis. Jie akcentuoja, kad gydytojos moterys savo sveikatą vertina geriau nei gydytojai vyrai, taip pat tyrime nurodoma, kad medicinos personalo savo sveikatos vertinimas geresnis nei kitų sričių vyrų ir moterų [19].

Mūsų tyrimo duomenimis, daugiau nei pusė (63,9 proc.) medicinos personalo savo sveikatą vertino gerai. Detalesnė analizė parodė, kad savo sveikatos būklę geriau vertino gydytojai vyrai nei gydytojos moterys bei gydytojos moterys, palyginti su

slaugytojomis. Panašios savo sveikatos vertinimo tendencijos nustatytos ir 2006 m. Lietuvos gydytojų apklausoje, kurioje gerai savo sveikatą vertino daugiau gydytojų vyrų nei gydytojų moterų (70,6 proc. ir 59,1 proc.;  $p < 0,05$ ) [5]. 2008 m. *Finbalt Health Monitor* tyrimo duomenimis, gerai vertinančių savo sveikatą Lietuvos vyrų ir moterų su aukštuoju išsilavinimu populiacijos dalis lyties atžvilgiu nesiskyrė (64,0 proc. ir 64,0 proc.) [20]. Tačiau teigti, kad mūsų tyrimo gydytojų vyrų ir gydytojų moterų savo sveikatos vertinimai geresni, nei rodo 2006 m. vykdyta gydytojų ir Lietuvos vyrų bei moterų, turinčių aukštąjį išsilavinimą, apklausa, mes negalime, nes tai galėjo nulėmti skirtinga tyrimo metodologija, imties atranka ir individualios tiriamųjų charakteristikos. Tokį skirtumą taip pat galėjo lemti sveikatos priežiūros sistemos politikos pokyčiai bei socialinės-ekonominės sąlygos.

Mokslinėje literatūroje pateikiama nemažai duomenų apie subjektyvios sveikatos vertinimą ir jo sąsajas su tiriamųjų amžiumi [21]. Mūsų tyrimas taip pat atskleidė, kad savo sveikatos vertinimas labai susijęs su respondentų amžiumi: didėjant amžiui, mažėjo respondentų skaičius, kurie savo sveikatą vertina gerai, o daugėjo savo sveikatą vertinančių kaip vidutinę. Šią sąsają galima paaiškinti, nes LNL ir jų rizikos veiksniai (arterinė hipertenzija, antsvoris, hipercholesterolemija ir t. t.) susiję su amžiumi, senėjimo procesu [6]. Tyrimai vyresnėje gyventojų populiacijoje taip pat atskleidė, kad vyresniame amžiuje didėja širdies, onkologinių ligų ir cukrinio diabeto rizika [21].

Atlikta nemažai studijų, kuriose nustatyta gyvenamosios veiksmų (rūkymo, alkoholinių gėrimų vartojimo, antsvorio) ryšys vertinant savo sveikatą. Tyrimais įrodyta kūno masės ir rūkymo, alkoholinių gėrimų vartojimo priklausomybė su sveikatos būkle [22]. Mūsų tyrimo savo sveikatos rodiklių duomenis (arterinį kraujo spaudimą, ūgį ir svorį bei rūkymą ir alkoholinių gėrimų vartojimą, išskyrus cholesterolio koncentracijos kiekį kraujyje) nurodė absoliuti dauguma tiriamųjų. Pagal pateiktus duomenis įvertintas LNL rizikos veiksnių paplitimas nesiskyrė nuo Lietuvos gyventojų, turinčių aukštąjį išsilavinimą, išskyrus cholesterolio koncentracijos kiekį kraujyje. Šio rodiklio palyginimus atlikti nebūtų korektiška, nes tirtųjų atsakas apie cholesterolį buvo labai mažas. Tai, kad tik trečdalis tiriamųjų nurodė cholesterolio koncentracijos kiekį kraujyje, galima daryti prielaidas, jog, viena vertus, gal jie nežinojo tikslių duomenų (seniai tyrėsi arba visai nesityrė), o galbūt žinojo, kad šis jų rodiklis atitinka normą, todėl

tikslių skaičių neatsiminė arba tiesiog nenorėjo nurodyti.

Norvegijos mokslininkų, tyrinėjusių gydytojų sveikatos aspektus, nuomone, ligos yra labai svarbus veiksnys daugumai savo sveikatos vertinimo aspektų [17]. Mūsų tyrimo statistiškai reikšmingai didžiausios įtakos vertinant savo sveikatą turėjo ligos ir LNL rizikos veiksniai: arterinė hipertenzija, antsvoris ir rūkymas kasdien. Didesnis pastarųjų rizikos veiksnių paplitimas labiau siejosi su blogesniu savo sveikatos vertinimu. Tačiau teigti, kad geriau savo sveikatą vertino respondentai, kurie neturėjo ligų, bet turėjo LNL rizikos veiksnius, o blogiau – respondentai, turintys ligą ir veikiami LNL rizikos veiksnių, negalima. Kadangi iki šių dienų mokslininkai vis dar diskutuoja gana svarbiu klausimu, ar rizikos veiksniai veikia nepriklausomai vertinant savo sveikatą, ar jie yra tik jau pasireiškusios ligos pasekmė, todėl ir blogiau vertinama sveikata [23, 24]. Švedijos mokslininkų duomenimis, rizikos veiksniai ir elgsenos ypatybės nėra pagrindiniai rodikliai, nulėmiantys subjektyvios sveikatos vertinimą. Žymiai didesnės įtakos subjektyviai vertinti sveikatą turi tuo metu tiriamojo sveikatos būklė ir funkcinis asmens pajėgumas [25].

Atlikdami savo tyrimą taikėme anoniminės momentinės apklausos metodą. Šis tyrimo metodas pasirinktas todėl, kad subjektyvus sveikatos vertinimas atspindi asmens integruotą požiūrį į savo sveikatą, įskaitant jos biologinius, psichologinius ir socialinius aspektus, kurie yra dažniausiai nepastebimi stebint išoriniam stebėtoju. Šis metodas yra svarbus tuo, kad galima įvertinti greičiau ir nebrangiai subjektyvią sveikatą, kuri ir vėliau gali būti objektyviai įvertinta. Kita vertus, subjektyviai sveikata turi būti vertinama atsargiai, nes galimas informacijos šališkumas. Respondentų informacijos apie savo sveikatą šališkumas pastebėtas ir mūsų tyrimo, vertinant respondentų nuomonę apie LNL rizikos veiksnius.

Taikydami momentinio tyrimo metodą taip pat negalėjome nustatyti sveikatos rizikos veiksnių įtakos subjektyviai vertinant sveikatą, tačiau iš šių duomenų galime kelti hipotezes apie galimą atskirų veiksnių įtaką, o norint įvertinti tikrąją LNL rizikos veiksnių įtaką sveikatai ir nustatyti priežasties ir pasekmės ryšį reikėtų atlikti kohortinius tyrimus.

## IŠVADOS

Daugiau nei pusė medicinos personalo savo sveikatą vertino gerai (63,9 proc.). Daugiau gydytojų vyrų nei gydytojų moterų ir gydytojų moterų nei slaugytojų savo sveikatą vertino geriau.

Pagrindinius rizikos veiksnius atspindinčių sveikatos rodiklių nežinojo labai maža medicinos personalo dalis (kūno masės nežinojo 6,2 proc., arterinio kraujo spaudimo – 9,9 proc.), išskyrus cholesterolio koncentraciją (jos nežinojo 66,2 proc. tiriamųjų).

LNL rizikos veiksnių paplitimas tarp medicinos personalo yra gana didelis: kas antras turėjo antsvorį, penktadalis – arterinę hipertenziją, kas dešimtas rūkė, nors tik trečdalis medicinos personalo nurodė savo cholesterolio koncentracijos kiekį kraujyje, iš jų padidėjęs cholesterolio koncentracijos kiekis kraujyje nustatytas 69,2 proc. tiriamųjų.

Savo sveikatą geriau vertino respondentai, kurie buvo sveiki ir turėjo padidėjusią riziką sirgti LNL, o blogiau – sergantys įvairiomis ligomis.

Į ligoninėse vykdomas sveikatos stiprinimo programas personalui turėtų būti įtraukti projektai, susiję su LNL rizikos veiksnių kontrole ir sveikatą stiprinančia veikla.

## PADĖKA

Nuoširdžiai dėkojame Lietuvos stacionariųjų gydymo įstaigų vadovams, kurie sudarė sąlygas atlikti tyrimą jų vadovaujamosiose įstaigose, taip pat šių ligoninių gydytojams ir slaugytojoms, kurie apklausos dieną sutiko užpildyti anketas. Šį tyrimą finansavo Lietuvos mokslo taryba (sutarties Nr. LIG-08/2010).

*Straipsnis gautas 2011-08-16, priimtas 2011-10-12*

## Literatūra

1. The Verona Initiative. The Verona Challenge. Investing for health is investing for development. Verona: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2000.
2. Baltoji knyga, 2007. Prieiga per internetą: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/documents/nutrition\\_wp\\_lt.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_wp_lt.pdf).
3. United Nations General Assembly Resolution 2 session 55 United Nations Millennium Declaration, 2000. Prieiga per internetą: <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>.
4. Wallace JE, Lemaire JB, William AG. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet*. 2009;374:1714-21.
5. Baubinas A, Gurevičius R, Jankauskienė K, Šalyga J, Kairys J, Jurkštienė V, Kėvelaitis E. Self-rated health among physicians. *Medicina*. 2009;45(7):557-64.
6. Lin CM, Li CY. Prevalence of cardiovascular risk factors in Taiwanese healthcare workers. *Ind Health*. 2009;47(4):411-8.
7. Stavem K, Hofoss D, Gjerløw O. The self-perceived health status of Norwegian physicians compared with a reference population and foreign physicians. *Scand J Public Health*. 2001;29:194.
8. Henry J. OMA membership survey results confirm overwhelming level of frustration among Ontario physicians. *Ont Med Rev*. 2004;71:1-6.
9. Goehring C, Bouvier GM, Kunzi B, Bovier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Med Weekly*. 2005;135:101-08.
10. Renzi C, Tabolli S, Ianni A, Di Petro C, Puddu P. Burnout and job satisfaction comparing healthcare staff of a dermatological hospital and a general hospital. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2005;19:153-57.
11. Lindeman S, Laara E, Hakko H, Lonnqvist J. A systematic review on gender specific suicide mortality in medical doctors. *The British Journal of Psychiatry*. 1996;168(3):274-79.
12. Aasland OG, Ekeberg Ø, Schweder T. Suicide rates from 1960 to 1989 in Norwegian physicians compared with other educational groups. *Social Science & Medicine*. 2001;52(2):259-65.
13. Dimsdale JE. Psychological Stress and Cardiovascular Disease. *J Am Coll Cardiol*. 2008;51:1237-46.
14. Hasson D, Arnetz BB, Theorell T, Anderberg UM. Predictors of self-rated health: a 12-month prospective study of IT and media workers. *Popul Health Metr*. 2006;31:4-8.
15. Leinonen R, Heikkinen E, Jylha M. Predictors of decline in self-assessments of health among older people – a 5 years longitudinal study. *Soc Sci Med*. 2001;52(9):1329-41.
16. Millunpalo S, Vuori I, Oja P, Pasanen M, Urponen H. Self rated health status as a health measure: the predictive value of self reported health status on the use of physician services and on mortality in the working – age population. *J Clin Epidemiol*. 1997;50(5):517-28.
17. Stavem K, Hofoss D, Aasland OG. Work characteristics and morbidity as predictors of self-perceived health status in Norwegian physicians. *Scand J Public Health*. 2003;31(5):375-81.
18. Strandberg M, Arnetz B. Female physicians feel inferior to their male colleagues (in Swedish). *Lakartidningen*. 1999;86:4402-5.
19. Toyry S, Rasanen K, Kujala S, Aarima M, Juntunen J, Kalimo R, et al. Self-reported health, illness, and self-care among Finnish physicians: a national survey. *Arch Fam Med*. 2000;9:1079-85.
20. Grabauskas V, Klumbienė J, Petkevičienė J, Šakytė E, Kriauciūnienė V, Veryga A, Prättälä R. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenamosios tyrimas, 2008. Kaunas: KMU leidykla, 2009.
21. Kivinen P, Halonen P, Eronen M, Nissinen A. Self-rated health, physician-rated health and associated factors among elderly men: the Finnish cohorts of the Seven Countries Study. *Age Ageing*. 1998;27(1):41-7.
22. Osbye T, Taylor DH, Jung SH. A longitudinal study of the effects of tobacco smoking and other modifiable risk factors on ill health in middle and old Americans: results from the Health and Retirement Study and Asset and Health Dynamics among the Oldest Old survey. *Prev Med*. 2002;34:334-45.
23. Manderbacka K, Lundberg O, Martikainen P. Do risk factors and health behaviors contribute to self ratings of health? *Soc Sci Med*. 1999;48:1713-20.
24. Leinsalu M. Social variation in self rated health in Estonia: a cross-sectional study. *Soc Sci Med*. 2002;55:847-61.
25. Bardage C, Isacson D, Pedersen NL. Self-rated health as a predictor of mortality among persons with cardiovascular disease in Sweden. *Scand J Public Health*. 2001;29:13-22.

# Risk for noncommunicable diseases and health assessment of medical personnel working in hospital

Kristina Žalnieraitienė<sup>1</sup>, Irena Misevičienė<sup>1</sup>, Violeta Šimatonienė<sup>2</sup>, Gražvydė Masiliūnienė<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Lithuanian University of Health Sciences, Academy of Medicine, Faculty of Public Health, Health Research Institute, <sup>2</sup>Lithuanian University of Health Sciences, Academy of Medicine, Department of Physics, Mathematics and Biophysics, <sup>3</sup>Kaunas Clinical Hospital

## Summary

Health systems' functioning has a great impact for population health and the productive work of health professionals is one of integral parts in health systems.

**The aim.** To evaluate the prevalence of noncommunicable diseases (NCD) risk factors among physicians and nurses working in hospitals and to assess their opinion about self health.

**Material and methods.** The study was carried out in three randomly selected Lithuanian hospitals. The participants of the study were physicians and nurses of the hospitals. We used questionnaire survey: 1362 questionnaires were distributed, and 1018 returned back with 74.7 % overall response rate. Statistical packages SPSS 17.0 for Windows and MS Excel were used for data analysis.

**Results.** More than half (63.9 %) of health professionals evaluated their health as good. Self-rated health was better among male physicians than among females also it was better among female physicians than among nurses. The prevalence of NCD's risk factors among health professionals was quite high: every second had overweight, every fifth had hypertension and every tenth was a regular smoker, two thirds had hypercholesterolemia, though only one

third knew one's blood cholesterol level. Self-rated health was better among those, who were healthy or had increased risk, and worse among those, who were ill.

**Conclusions.** More than half of health professionals evaluated their health as good. The prevalence of NCD's risk factors among health professionals is quite high. Control measures for NCD risk factors should be included into the health promotion programmes for health professionals in hospitals.

**Keywords:** physicians, nurses, self-rated health, noncommunicable diseases, risk factors.

**Correspondence to** Kristina Žalnieraitienė,  
Medical Academy of Lithuanian University  
of Health Sciences,  
Eivenių 4-525, LT-5009 Kaunas, Lithuania.  
E-mail: kristina.zalnieraitiene@gmail.com

*Received 16 August 2011, accepted 12 October 2011*