

LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS
MEDICINOS AKADEMIJA

Simona Karpavičiūtė

**SLAUGYTOJŲ SUBJEKTYVI SVEIKATA,
PATIRIAMAS STRESAS, NUOVARGIS
IR DALYVAVIMO MENINĖJE VEIKLOJE
POVEIKIS**

Daktaro disertacija
Biomedicinos mokslai,
visuomenės sveikata (09B)

Kaunas, 2016

Disertacija rengta 2011–2015 metais Lietuvos sveikatos mokslų universitete Medicinos akademijos Visuomenės sveikatos fakulteto Socialinių ir humanitarinių mokslų katedroje.

Mokslinė vadovė

Prof. dr. Irayda Jakušovaitė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata – 09B)

Disertacija ginama Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Visuomenės sveikatos mokslo krypties taryboje:

Pirmininkė

Prof. dr. Jūratė Klumbienė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata – 09B)

Nariai:

Prof. dr. Janina Petkevičienė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata – 09B)

Doc. dr. Olga Riklikienė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, biomedicinos mokslai, slauga – 10B)

Doc. dr. Vida Ostasevičienė (Lietuvos sporto universitetas, socialiniai mokslai, edukologija – 07S)

Doc. dr. Etsuko Nakagami-Yamaguchi (Osakos miesto universitetas (Japonija), biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata – 09B)

Disertacija bus ginama viešame Visuomenės sveikatos mokslo krypties tarybos posėdyje 2016 m. lapkričio 7 d. 11 val. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Visuomenės sveikatos fakulteto 108 auditorijoje.

Disertacijos gynimo vietos adresas: Tilžės g. 18, LT-47181 Kaunas, Lietuva.

LITHUANIAN UNIVERSITY OF HEALTH SCIENCES
MEDICAL ACADEMY

Simona Karpavičiūtė

**SUBJECTIVE HEALTH, PERCEIVED
STRESS, FATIGUE AND THE IMPACT OF
PARTICIPATION IN ARTS ACTIVITY
AMONGST NURSING STAFF**

Doctoral Dissertation
Biomedical Sciences,
Public Health (09B)

Kaunas, 2016

Dissertation has been prepared at the Department of Social Sciences and Humanities of the Faculty of Public Health of Medical Academy of Lithuanian University of Health Sciences during the period of 2011–2015.

Scientific Supervisor

Prof. Dr. Irayda Jakušvaitė (Lithuanian University of Health Sciences, Biomedical Sciences, Public Health – 09B)

Dissertation is defended at the Public Health Research Council of the Medical Academy of Lithuanian University of Health Sciences.

Chairperson:

Prof. Dr. Jūratė Klumbienė (Lithuanian University of Health Sciences, Biomedical Sciences, Public Health – 09B)

Members:

Prof. Dr. Janina Petkevičienė (Lithuanian University of Health Sciences, Biomedical Sciences, Public Health – 09B)

Assoc. Prof. Dr. Olga Riklikienė (Lithuanian University of Health Sciences, Biomedical Sciences, Nursing – 10B)

Assoc. Prof. Dr. Vida Ostasevičienė (Lithuanian Sports University, Social Sciences, Education – 07S)

Assoc. Prof. Dr. Etsuko Nakagami-Yamaguchi (Osaka City University (Japan), Biomedical Sciences, Public Health – 09B)

Dissertation will be defended at the open session of the Lithuanian University of Health Sciences on the 7th of November 2016, at 11:00 am in 108 auditorium of the Faculty of Public Health.

Address: Tilžės g. 18, Kaunas, LT-47181, Lithuania.

TURINYS

SANTRUMPOS	7
IVADAS	8
1. DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI	11
2. LITERATŪROS APŽVALGA	12
2.1. Sveikatos samprata: subjektyvi ir objektyvi dimensijos	12
2.2. Sveikata – gerovės dedamoji	15
2.2.1. Gerovės koncepcija. Gerovės komponentės	15
2.2.2. Dinaminis gerovės modelis	17
2.3. Stresas ir nuovargis darbe: priežastys ir raiška	19
2.4. Slaugytojų psichosocialiniai rizikos veiksniai: patiriamas stresas ir nuovargis darbe	24
2.5. Meno naudojimas sveikatos priežiūros kontekste: menas sveikatai	28
2.5.1. Meno sveikatai koncepcija	28
2.5.2. Menas sveikatai ir menų terapija: skirtumai ir panašumai	35
2.5.3. Menas sveikatai: poveikis asmens sveikatai ir gerovei	36
2.6. Asmens gerovės darbe problematika: meno sveikatai veikla slaugytojų sveikatos stiprinimui darbe	43
3. TIRIAMOJI IMTIS IR TYRIMO METODIKA	48
3.1. Bendra tyrimo schema	48
3.2. Tyrimo imties sudarymas ir tyrimo organizavimas	48
3.2.1. Bandomasis tyrimas 1, bandomasis tyrimas 2, bandomasis tyrimas 3	48
3.2.2. Pagrindinis tyrimas	50
3.3. Tyrimo instrumentas	55
3.4. Tyrimo etika	58
3.5. Statistinė tyrimo duomenų analizė	58
4. REZULTATAI	59
4.1. Slaugytojų socio-demografinės charakteristikos ir psichosocialinių darbo aplinkos veiksnių vertinimas	59
4.2. Slaugytojų savo sveikatos vertinimas	68
4.3. Slaugytojų patiriamo streso ir nuovargio vertinimas	79
4.4. Meninės veiklos poveikis slaugytojų sveikatos, patiriamo streso ir nuovargio vertinimui	86
4.5. Slaugytojų savo sveikatos, patiriamo streso ir nuovargio vertinimas, atsižvelgiant į jų nuomonę apie meninės veiklos poveikį	93

5. REZULTATŲ APTARIMAS	110
5.1. Slaugytojų dalyvavimo meninėje veikloje poveikis sveikatai	110
5.2. Slaugytojų dalyvavimo meninėje veikloje poveikis patiriamam stresui	118
5.3. Slaugytojų dalyvavimo meninėje veikloje poveikis patiriamam nuovargiui	119
IŠVADOS	123
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS	124
BIBLIOGRAFIJOS SĄRAŠAS	125
PUBLIKACIJŲ SĄRAŠAS.....	149
SUMMARY	177
PRIEDAI	201
1 priedas	201
2 priedas	207
3 priedas	213
4 priedas	218
CURRICULUM VITAE.....	222

SANTRUMPOS

ES	–	Europos Sąjunga
JAV	–	Jungtinės Amerikos Valstijos
LRS	–	Lietuvos Respublikos Seimas
M	–	mediana
MFI-20	–	Daugiamatis nuovargio klausimynas (angl. <i>the Multidimensional Fatigue Inventory</i>)
Maks	–	maksimali reikšmė
Min	–	minimali reikšmė
n	–	atvejų skaičius
p	–	stebimasis reikšmingumo lygmuo
pav.	–	paveikslas
proc.	–	procentai
PSO	–	Pasaulio sveikatos organizacija
SF-36	–	Subjektyvaus savo sveikatos vertinimo klausimynas (angl. <i>the Short Form-36 Health Survey Questionnaire</i>)
Streso skalė	–	Reederio streso vertinimo skalė (angl. <i>the Reeder Stress Assessment Scale</i>)
WEMWBS	–	Varviko ir Edinburgo psichikos sveikatos skalė (angl. <i>Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale</i>)

IVADAS

Darbo aktualumas

Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. programoje teigiama – visuomenės sveikata yra nacionalinis turtas ir kapitalas, kurio saugojimas ir puoselėjimas yra svarbiausias valstybės tikslas, garantuojantis socialinę ir ekonominę šalies plėtrą [204]. Visuomenės sveikata ir jos stiprinimas yra prioritetinė Europos Sąjungos (ES) politikos kryptis. Bloga visuomenės sveikata neigiamai veikia bendrą šalies produktyvumą, darbo jėgą, žmogiškuosius išteklius ir viešąsias išlaidas [216]. Nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2016–2023 metų plėtros programos strateginis tikslas – pailginti Lietuvos gyventojų sveiko gyvenimo metus [216]. Psichikos sveikata ir gerovė darbe yra pagrindinis darbingumo ir inovacijų ES šaltinis [98]. Psychosocialinės rizikos veiksniai ir stresas darbe – svarbiausi darbuotojų sveikatos iššūkiai [216]. Stresas darbe laikomas viena pagrindinių kritinių situacijų, gydymo klaidų, incidentų ir nelaimingų atsitikimų priežasčių [101]. Nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2016–2023 metų plėtros programoje yra numatyta gerinti darbingo amžiaus asmenų psichikos sveikatą, mažinti psychosocialinės rizikos poveikį darbuotojų sveikatai, atkreipti dėmesį į psychosocialinių stresorių ir psichologinio atsparumo poveikio darbuotojų sveikatai svarbą [216].

Sveikatos priežiūros sektoriuje ES dirba apie 10 proc. darbuotojų [96, 101] ir per 59 mln. pasaulyje [385]. Prognozuojama, kad 2035 m. sveikatos priežiūros sektoriuje truks per 12,9 mln. darbuotojų [382]. Slaugos darbuotojų kaita neigiamai veikia teikiamų paslaugų kokybę ir yra didelis iššūkis sveikatos priežiūros sistemai [104]. Slaugos personalas kasdien susiduria su įvairiais sveikatos ir saugos rizikos veiksniais darbe, neigiamai veikiančiais slaugos specialistų sveikatą ir gerovę, atliekamo darbo kokybę [6]. Slaugytojų patiriamas stresas ir nuovargis darbe sulaukia vis didesnio dėmesio dėl tiesioginio neigiamo poveikio pacientų saugumui [54]. Kaip teigia autoriai, didėjant slaugos specialistų amžiaus vidurkiui, nevykdant gerovės darbe programų slaugos personalui, didės ir sveikatos sutrikimų, kurie neigiamai veiks darbuotojų populiaciją ir didins darbuotojų trūkumą [269]. Slaugos specialistams būtina kurti tokias darbo vietas, kuriose būtų palaikoma ir stiprinama slaugos specialistų gerovė ir sveikata, būtų vykdomos profilaktinės streso, nuovargio, profesinio perdegimo ir išsekimo programos, siekiama mažinti slaugos personalo kaitą [143].

Meninė veikla plačiai taikoma rengiant sveikatos priežiūros specialistus – siekiant didinti asmenų kompetenciją, ugdyti kūrybiškumą, stebėsenos, diagnostikos ir bendravimo įgūdžius, empatiją ir kritinį mąstymą [52, 90].

Dalyvavimas meninėje veikloje teigiamai veikia darbuotojų sveikatą, mažina emocinį išsekimą [362], didina kūrybiškumą ir darbo našumą [365], stiprina bendruomenę [147, 331]. Meno sveikatai veikla yra naudojama kaip priemonė stiprinti sveikatos priežiūros personalo sveikatą darbe [175, 335]. Meninė veikla gali padėti slaugytojams stiprinti sveikatą ir mažinti darbe patiriamą stresą, o tai padėtų gerinti teikiamų paslaugų kokybę [314, 335].

Mokslinis naujumas

Šiame darbe buvo įvertintas dalyvavimo meninėje veikloje poveikis Lietuvos slaugytojų subjektyviai sveikatai, patiriamam stresui ir nuovargiui. Užsienio mokslinėse publikacijose vis daugiau dėmesio skiriama meno sveikatai integracijai į sveikatos priežiūros sektorių [5, 391]. Iki šiol yra atlikta mažai mokslinių tyrimų, analizuojančių meno sveikatai veiklos poveikį sveikatos priežiūros personalo sveikatai stiprinti [150, 193, 380]. Šis tyrimas, pasitelkiantis meninę veiklą stiprinti slaugos personalo sveikatą, yra pirmasis tokios tematikos darbas Baltijos šalyse ir vienas iš pirmųjų pasaulyje, padėsiantis plėtoti meno sveikatai veiklos tyrimus. Meno sveikatai veiklos tyrimų metodika yra labai įvairi [82]. Siekiant įvertinti Lietuvos slaugytojų subjektyvią sveikatą, patiriamą stresą, nuovargį ir dalyvavimo meninėje veikloje poveikį, buvo panaudoti keturi instrumentai: SF-36, MFI-20, WEMWBS ir Reederio streso vertinimo skalė. Taikyta tyrimo metodika slaugos personalo populiacijos tyrimų kontekste yra inovatyvi ne tik Lietuvoje, bet ir pasaulyje.

Darbo praktinė reikšmė

ES slaugytojai sudaro vieną didžiausių sveikatos priežiūros specialistų grupių. Slaugytojo profesija yra visuotinai priskiriama prie sunkių profesijų [112]. Slaugos specialistai darbe kasdien susiduria su įvairiais sveikatos ir saugos rizikos veiksniais, kurie neigiamai veikia jų sveikatą ir gerovę. Sveikatos priežiūros sektoriuje yra didelė slaugos personalo kaita, kuri neigiamai veikia sveikatos priežiūros kokybę [165]. Atliktas tyrimas atskleidė, kad slaugytojų dalyvavimas meninėje veikloje skatino kūrybinę slaugytojų raišką, turėjo teigiamą poveikį slaugos personalo sveikatos stiprinimui, patiriamo streso ir nuovargio mažinimui. Tyrimo rezultatai padeda plėtoti meno sveikatai tyrimus Lietuvoje ir pasaulyje. Šio tyrimo metodika gali būti pritaikyta tarpkultūrinei ir tarpsektorinei aplinkoms. Darbo išvados gali būti naudingos sveikatos politikams, sveikatos priežiūros įstaigų vadovams ir slaugos personalui, rengiantiems slaugos personalo sveikatos stiprinimo darbe strategijas.

Asmeninis indėlis

Tyrime disertacijos autorė koordinavo ir įgyvendino visus tyrimo etapus: surinko teorinę medžiagą ir atliko jos analizę, sudarė disertacinio darbo planą bei tyrimo anketą, parengė dokumentus tyrimui įgyvendinti ir gavo leidimus atlikti tyrimą, atliko tris bandomuosius tyrimus ir, remdamasi jų rezultatais, koregavo tyrimo anketą, sudarė meninės veiklos programą ir koordinavo jos įgyvendinimą. Autorė, gavusi slaugos personalo sutikimą, atliko anketinę apklausą, suvedė anketų duomenis į duomenų bazę ir atliko statistinę duomenų analizę, aptarė tyrimo rezultatus. Disertacijos rezultatus autorė pristatė mokslinėse publikacijose ir tarptautinėse mokslinėse konferencijose.

1. DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI

Tikslas – įvertinti Lietuvos slaugytojų subjektyvią sveikatą, patiriamą stresą, nuovargį ir dalyvavimo meninėje veikloje poveikį.

Uždaviniai:

1. Įvertinti Lietuvos slaugytojų subjektyvią sveikatą, patiriamą stresą ir nuovargį.
2. Nustatyti Lietuvos slaugytojų subjektyvios sveikatos, patiriamo streso ir nuovargio sąsajas su socio-demografinėmis charakteristikomis ir psichosocialiniais darbo aplinkos veiksniais.
3. Įvertinti dalyvavimo meninėje veikloje poveikį slaugytojų subjektyviai sveikatai, patiriamam stresui ir nuovargiui.
4. Nustatyti slaugytojų subjektyvią sveikatą, patiriamą stresą ir nuovargį, atsižvelgiant į jų nuomonę apie meninės veiklos poveikį.

2. LITERATŪROS APŽVALGA

2.1. Sveikatos samprata: subjektyvi ir objektyvi dimensijos

Sveikata yra vertybė, gyvybiškai svarbi kiekvieno asmens, šeimos ir visos bendruomenės gyvenime ir būtina ekonominei ir socialinei plėtrai. Bloga visuomenės sveikata neigiamai veikia bendrą šalies produktyvumą, darbo jėgą, žmogiškuosius išteklius ir viešąsias išlaidas [216]. Gyventojų sveikata šiandien pripažįstama ir kaip didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė. Sveikata yra svarbi atskirų asmenų ir visuomenės gerovei [23]. Valstybės, kaip modernios funkcionuojančios sistemos, sveikata yra susijusi su asmens sveikata [157]. Siekiant puoselėti asmenų ir visuomenės gerovę, reikia stiprinti asmenų sveikatą. Asmenų sveikata yra susijusi su pasitenkinimu gyvenimu, o asmenų gerovė – su sveikata [14].

Charlesas-Edwardas Winslow 1920 m. [436] visuomenės sveikatą apibūdino kaip mokslą ir meną organizuotomis visuomenės pastangomis išsaugoti sveikatą, išvengti ligų, priešlaikinių mirčių ir prailginti gyvenimą. ES sveikatos politikos dokumentuose pagrindinis dėmesys yra skiriamas ligų profilaktikai, sveikesnės gyvensenos skatinimui, gerovės stiprinimui, sveikatos rizikos veiksnių profilaktikai [94]. Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programoje teigiama, jog visuomenės sveikata yra nacionalinis turtas ir kapitalas, kurio saugojimas ir puoselėjimas yra svarbiausias valstybės tikslas, užtikrinantis šalies socialinę ir ekonominę plėtrą. Programos strateginis tikslas – pasiekti, kad 2025 m. šalies gyventojai būtų sveikesni ir pailgėtų jų gyvenimo trukmė, pagerėtų gyventojų sveikata ir sumažėtų sveikatos netolygumai. Pagrindiniai programos tikslai: sukurti saugesnę socialinę aplinką, mažinti sveikatos netolygumus ir socialinę atskirtį, sukurti sveikatai palankią fizinę darbo ir gyvenamąją aplinką, formuoti sveiką gyvenseną ir jos kultūrą, užtikrinti kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius [204]. 2010 m. Europos Komisija patvirtino komunikatą „Europa 2020 m. pažangaus, tvaraus ir integracinio augimo strategija“, kuriame nurodoma, jog šalies gyventojų sveikatos išsaugojimui ir stiprinimui turi būti skiriamas ypatingas dėmesys [204, 212]. Visuomenės sveikata ir jos stiprinimas yra prioritetinė ES politikos kryptis. Pagrindiniai ES sveikatos programos 2014–2020 tikslai: gerinti ES gyventojų sveikatą ir mažinti sveikatos netolygumus, skatinti inovacijas siekiant asmenų sveikatos. Programoje numatyti uždaviniai: skatinti sveikatą, vykdyti ligų profilaktiką, kurti palaikančią aplinką sveikam gyvenimo būdui, didinti geresnių ir saugesnių sveikatos priežiūros paslaugų ES gyventojams prieinamumą, identifikuoti, skleisti ir skatinti priimti įrodymais grįstą patirtį, vykdant ekonomiškai efektyvią ligų profilaktiką ir sveikatos

skatinimą, mažinti žmoniškųjų ir finansinių išteklių trūkumą ES priemonių įgyvendinimui, inicijuoti inovacijas visuomenės sveikatos strategijose [100]. Nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2016–2023 metų plėtros programos strateginis tikslas – pailginti Lietuvos gyventojų sveiko gyvenimo metus. Tikslų įgyvendinimo siekiai: gerinti visuomenės psichikos sveikatą – atlikti psichikos sveikatą stiprinančias intervencijas, skatinančias teigiamus pokyčius ir didinančius visuomenės sąmoningumą, mažinti psichosocialinės rizikos poveikį darbuotojų sveikatai, atkreipti dėmesį į psichosocialinių stresorių ir psichologinio atsparumo poveikio darbuotojų sveikatai svarbą, skatinti ir remti valstybinio sektoriaus ir vietos savivaldos, bendruomeninių ir kitų nevyriausybinių organizacijų iniciatyvas, socialinio verslo įtrauktį (ar dalyvavimą), savanorystę – tai, kas padėtų stiprinti visuomenės sveikatą, diegti įrodymais grįstas visuomenės sveikatos priežiūros priemones ir intervencijas, nuolat vertinti taikomų priemonių efektyvumą [216].

Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) 1948 m. apibrėžė sveikatą kaip visišką fizinę, psichinę ir socialinę gerovę, o ne tik ligos arba negalės nebuvimą [384]. Sveikata – tai balansas tarp žmogaus ir fizinės, biologinės bei socialinės aplinkos, suderintas su visapuse funkcinė veikla; tai galimybė atlikti darbą, tam tikras užduotis bendruomenėje, nugalėti fizinį, biologinį ir socialinį stresą; tai gerovės jausmas, ligų ir priešlaikinės mirties rizikos nebuvimas [171]. Sveikata – tai žmogaus galios, padalintos iš žalingo aplinkos poveikio. Jei nori būti sveikas, turi arba stiprinti savo galias, arba mažinti žalingą aplinkos poveikį [443]. Autoriai teigia, kad individui sveikata yra būseną, atsirandanti kaip trijų komponentų – biologinio, socialinio ir psichologinio – sąveikos rezultatas. Biologinis komponentas apima normalų organizmo funkcionavimą. Socialinis komponentas išreiškia tam tikroje visuomenėje susiklosčiusią sveikatos sampratą. Psichologinis komponentas apima individo įsitikinimą savo sveikumu ir dvasinę būseną su visomis jos apraiškomis, išplaukiančiomis iš šio įsitikinimo [154]. Zenonas Javtokas [161] teigia, kad sveikata tarsi sankryža, kurioje susitinka biologiniai ir socialiniai veiksniai, individas ir bendruomenė, socialinė ir ekonominė politika.

Kaip teigia autoriai, sveikatos apibrėžimų įvairovėje išskiriami penki sveikatos apibrėžimo modeliai: medicininis arba funkcinis, biomedicininis, biosocialinis, biopsichosocialinis, integruotas „sveikatos“ sąvokos apibrėžimo modelis ir PSO sveikatos apibrėžimas [154]. Pasak autorių [50, 208, 379], viena šiuolaikinių sveikatos teorijų – salutogenezės teorija, kuri analizuoja, kodėl žmonės yra sveiki, o ne kodėl jie serga, ir siūlo į sveikatą žiūrėti kaip į tęstinį procesą nuo gerovės iki ligos. 1979 m. Jungtinių Amerikos Valstijų (JAV) ir Izraelio medicinos sociologas Aaronas Antonovskis pristatė salutogenezės teoriją (lot. „salus“ – sveikata, „genus“ – kilmė)

[160]. Iki tol sveikatos sutrikimų nagrinėjimas buvo grindžiamas patogeniniu požiūriu, vyravo medicininis požiūris į sveikatos problemas. Sutelkę dėmesį į ligos priežastis ir sergantį individą, mes nesirūpinome kitais psichosocialiniais, aplinkos ir kultūros veiksniais, kurie labai svarbūs, norint suprasti, kodėl vieni žmonės įveikia stresą ir lieka sveiki, o kiti suserga. Salutogenezės teorija nagrinėja sveikatos, o ne ligų priežastis. Pagal salutogenezės teoriją, reikalinga stiprinti visų žmonių sveikatą neatsižvelgiant į tai, kurioje tiesiosios „sveikata-nesveikata“ atkarpos vietoje jie būtų ir neskirstant žmonių į sveikuosius ir ligonius. Pagal salutogenezės teoriją, žmogus turi bendruosius atsparumo išteklius, kurie padeda įveikti gyvenimo sunkumus ir ligas. Juos sudaro fizinės asmens savybės, intelektas, asmeninės nuostatos ir sunkumų įveikimo strategijos, finansinis pajėgumas, socialiniai ir kultūriniai veiksniai, padedantys suvaldyti stresinę situaciją. Galimybė panaudoti bendruosius atsparumo išteklius priklauso nuo asmens vidinės darnos. Vidinė darna priklauso nuo to, kaip asmuo pažįsta gyvenimo reiškinius, nuo elgsenos ir jos motyvų. Vidinę darną sudaro trys komponentai: vidinės ir išorinės veiklos suvokimas, veiklos prasmingumas ir gebėjimas valdyti situaciją. Salutogeninis modelis, kaip sveikatos stiprinimo priemonė, gali būti panaudotas visose sveikatos priežiūros srityse: nuo gydymo intervencijų iki sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo, sveiką gyvenseną skatinančios ir sveikatą palaikančios fizinės bei socialinės aplinkos kūrimo.

Asmens sveikatai labai svarbi yra ne tik fizinė, bet ir psichikos sveikata. Psichikos sveikata turi didelę įtaką asmenų gyvenimo kokybei ir produktyvumui: ji įgalina asmenis patirti gyvenimo prasmę, būti kūrybiškiems ir aktyviais visuomenės nariais [387]. Bloga psichikos sveikata siejama su daugeliu problemų, kylančių organizacijose: blogi darbuotojų darbo rezultatai, mažesnis produktyvumas, susilpnėjusi motyvacija ir didelė darbuotojų kaita [216]. Psichikos sveikata – tai geros savijautos pojūtis, emocinė ir dvasinė būseną, kuri leidžia žmogui džiaugtis gyvenimo pilnatve, išgyventi skausmą ir liūdesį. Gera psichikos sveikata leidžia individui patirti gyvenimo prasmę, padeda būti savimi ir bendrauti su kitais [300]. Psichikos sveikata – gerovės būseną, kurioje asmuo gali realizuoti savo gebėjimus, įveikti kylantį stresą įvairiose gyvenimo situacijose, produktyviai dirbti ir būti naudingas savo bendruomenei [389]. Psichikos sveikata – tai žmogaus teisė. Ji suteikia piliečiams galimybę mėgautis gerove, gyvenimo kokybe ir sveikata. Ji skatina mokymąsi, darbą ir dalyvavimą visuomenės gyvenime [98]. Kaip teigia autoriai [342], psichikos gerovė apima dvi perspektyvas: hedonistinę (subjektyvus laimės patyrimas ir pasitenkinimas gyvenimu) ir eudamonistinę (pozityvų psichologinį funkcionavimą, gerus tarpusavio santykius, savęs realizaciją). Pastaroji dar apima – gebėjimą save tobulinti, pozityvius

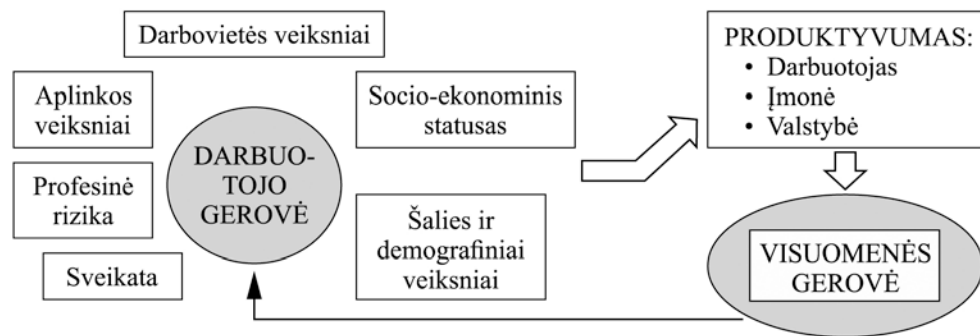
santykius su kitais asmenimis, autonomiją, savęs priėmimą ir kompetenciją. Gera psichikos sveikata ne retai apibūdinama patiriamomis teigiamomis emocijomis (pvz., laimė, pasitenkinimas, domėjimasis ir meilės jausmas), pozityviu požiūriu į save patį, į kitus asmenis ar įvykius (pvz., optimizmas, savęs realizacija, empatija, atvirumas naujoms patirtims) ir pozityviu elgesiu (pvz., užsibrėžtų tikslų siekimas, sveika gyvensena, socialinis elgesys). Norą priklausyti vienas kitam asmens gyvenime galima stiprinti kuriant išorines sąlygas: darbe – per pagarbą ir draugiškumą su kolegomis, namuose – per meilę ir paramą šeimos nariams ir kt. [110]. Visuomenės psichikos sveikata tampa prioritetine Europos sveikatos politikos sritimi. Poreikį skirti didesnę dėmesį visuomenės psichikos sveikatai Lietuvoje patvirtina liūdna statistika: psichikos sveikatos sutrikimų skaičius mūsų šalyje vis didėja [142], turime vieną didžiausių savižudybių skaičių pasaulyje [383]. Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programoje pažymima gyventojų psichikos sveikatos svarba [204]. Vis didesnis dėmesys yra skiriamas asmenų psichikos sveikatai ir jos profilaktikai [117, 189, 386].

Apibendrinus galime teigti, kad sveikatos sampratos daugiadimensiškumo supratimas, konceptualus aiškumas sudaro galimybę efektyviau spręsti praktines problemas. Saliutogeninė sveikatos samprata nėra aiškinimas kaip asmeniui pasiekti optimalią sveikatą, o supratimas veiksmų, kurie garantuoja vidinės asmens darnos tęstinumą, kuris gali būti palaikomas dalyvaujant meninėje veikloje.

2.2. Sveikata – gerovės dedamoji

2.2.1. Gerovės koncepcija. Gerovės komponentės

Per pastarąjį dešimtmetį politiniame ir akademiname sektoriuose augo susidomėjimas asmens gerove ir jos stiprinimu [2, 3, 30, 86, 390]. Žmonių gerovė yra susijusi su jų sveikata. Individas, kuris patiria fizinę, psichinę ir socialinę gerovę, turi palankiausias galimybes būti visuomenėje, dalyvauti visuomeniniame gyvenime, dirbti ir save realizuoti [168]. Pasak Johno Appleby'aus [14], siekiant stiprinti asmenų ir visuomenės gerovę, reikia stiprinti asmenų sveikatą. Paulas Schulte, Harris Vainio [328] pateikė euristicinį modelį, kuriame pažymėjo sąsajas tarp darbuotojų gerovės, produktyvumo ir visuomenės gerovės (2.2.1.1 pav.).



2.2.1.1 pav. *Sąsajos tarp darbuotojų gerovės, produktyvumo (individo, įmonės, nacionalinio) ir visuomenės gerovės: euristinis modelis [328].*

Sąvoka „gerovė“ mokslinėje literatūroje analizuojama plačiai ir siaurąja prasmėmis. Pirmoji gerovės koncepcija yra glaudžiai susijusi su objektyviaja gerovės samprata, kuri apima ekonominius, medicininius ir politinius aspektus. Siauroji gerovės samprata apibūdina asmens patiriamus jausmus bei emocijas, taip pat gerą savijautą ir patenkintus poreikius (pvz., autonomija, artumo kitiems jausmas), išorines sąlygas (pvz., materialinės gyvenimo sąlygos, pajamos) ir asmeninius išteklius (pvz., sveikata, atsparumas, optimizmas, savivertė) [39]. Gerovė gali būti suprantama pagal tai, kaip asmuo jaučiasi ir kaip funkcionuoja tuo pačiu metu ir asmeniniame, ir socialiniame lygiuose bei kaip jis apskritai vertina savo gyvenimą [244]. Sąvoka „gerovė“ apima pozityvų afektą, psichologinę gerovę, socialinę gerovę, subjektyvią fizinę sveikatą, pasitenkinimą darbu, depresijos, nerimo ir streso nebuvimą [31]. Gerovė apibūdinama hedonistiniu ir eudamonistiniu aspektais. Hedonistinis gerovės aspektas apima asmens jausmus ir emocijas [162]; laimės patyrimą (afektą) ir pasitenkinimą gyvenimu.

Eudamonistinis gerovės aspektas apima pozityvų psichologinį funkcionavimą, gerus tarpusavio santykius, savęs realizaciją, savarankiškumą, savęs pripažinimą ir kompetenciją [342]; asmens sąveiką su pasauliu, gyvenimo prasmės ir tikslo turėjimo jausmus. Yra įprasta išskirti ir vertinti dar vieną gerovės atžvilgį, kuris nusako, kaip asmuo įvertina savo gyvenimą, jo eigą, ar tam tikrus gyvenimo aspektus (pvz., pasitenkinimą darbu) [162]. Psichologas Martinas Seligmanas [71] identifikavo asmens psichologinės gerovės komponentus (angl. *PERMA*), teigdamas, kad psichologinė gerovė susideda iš: teigiamų emocijų (angl. *positive emotion*), įsitraukimo/aktyvaus dalyvavimo (angl. *engagement*), tarpusavio santykių (angl. *relationships*), prasmės jausmo (angl. *meaning*) ir pasiekimo (angl. *accomplishment*).

Antanas Kairys, Albinas Bagdonas, Audronė Liniauskaitė, Vilmantė Pakalniškieinė [170] išskiria septynis gerovės komponentus: optimizmas/

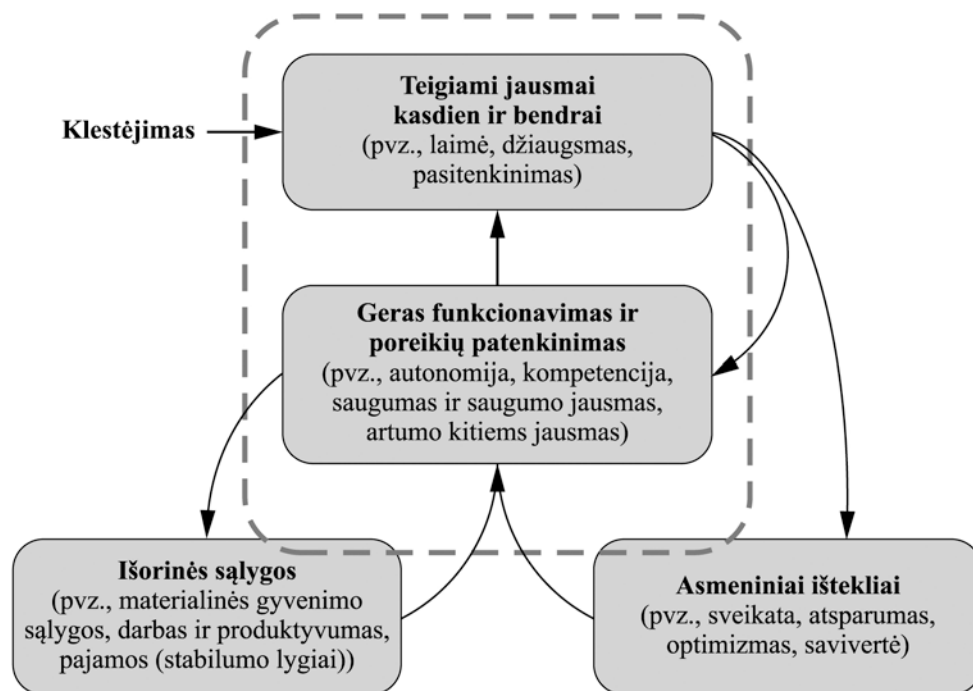
kontrolė, pasitenkinimas pragyvenimo lygiu, negatyvus emocingumas, pasitenkinimas šeima ir artimaisiais, pasitenkinimas tarpasmeniniais santykiais, pasitenkinimas fizine sveikata, pasitenkinimas darbu. Jenė Beaumont [27] išskyrė veiksnius, kurie turi įtakos gerovei: tarpusavio santykiai, sveikata, asmeninė veikla, gyvenamoji vieta, finansai, išsilavinimas ir įgūdžiai. Kaip teigia Julieta Michaelson, Saamahas Abdallahas, Nicola Steuer, Samas Thompsonas, Nicas Marksas [243], asmens gerovę sudaro: teigiami jausmai, neigiamų jausmų nebuvimas, pasitenkinimas gyvenimu, gyvybingumas, sugebėjimas greitai atgauti fizines ir dvasines jėgas, savivertė, optimizmas, pozityvus mąstymas, savarankiškumas, kompetencija, aktyvus dalyvavimas, gyvenimo tikslas ir prasmė, palaikantys tarpusavio santykiai, pasitikėjimas ir priklausymas. Simonas Maxwellas, Davina Henderson, Rachelė McCloy, Gemma Harper [230] išskyrė šias gerovės dimensijas: materialinės sąlygos, sveikata, išsilavinimas, veikla įskaitant darbą, politika ir savivalda, socialiniai santykiai ir kontaktai, aplinka, ekonomikos stabilumas bei fizinė aplinka. Danielis Fujiwara, Paulas Dolanas, Ricky Lawtonas [117] išskiria tris gerovės tipus: 1) įvertinamoji subjektyvi gerovė (pvz., bendras asmens savo gyvenimo ar jo aspektų vertinimas); 2) afektinė subjektyvi gerovė (pvz., teigiami ir neigiami jausmai); 3) eudamonistinė subjektyvi gerovė (pvz., prasmė, autonomija, kontrolė ir tarpusavio ryšiai). Pagal Katė Nowlan [268], gerovė apima psichikos, emocinius, dvasinius sveikatos veiksnius, būtinus kuriant darbo vietas, kuriose žmonės jaučiasi sveiki ir laimingi.

Aukštas gerovės lygis yra susijęs su pozityviu funkcionavimu, o tai apima: kūrybišką mąstymą, produktyvumą, gerus tarpasmeninius santykius, sugebėjimą greitai atgauti fizines ir dvasines jėgas išgyvenus sunkumus, taip pat gerą fizinę sveikatą ir vidutinę gyvenimo trukmę [110]. Aukštą gyvenimo gerovę turintis asmuo (t. y. kasdien patiriantis teigiamų jausmų, besijaučiantis gerai ir patenkinantis savo poreikius) gali būti apibūdintas kaip klestintis [39]. Autoriai teigia, kad gerovės samprata dažnai siejama su „gyvenimo kokybės“ ir „laimės“ sąvokomis [386, 390]. PSO gyvenimo kokybę apibrėžia kaip – asmenų savo pozicijos gyvenime suvokimą, kultūros ir vertybių sistemose, kuriose jie gyvena kontekste, sąsajoje su jų tikslais, lūkesčiais, standartais ir rūpesčiais. Tai plati koncepcija, kuri visapusiškai apima asmenų fizinę sveikatą, psichologinę būklę, socialinius santykius, asmeninius įsitikinimus ir jų santykį su aplinka [388].

2.2.2. Dinaminis gerovės modelis

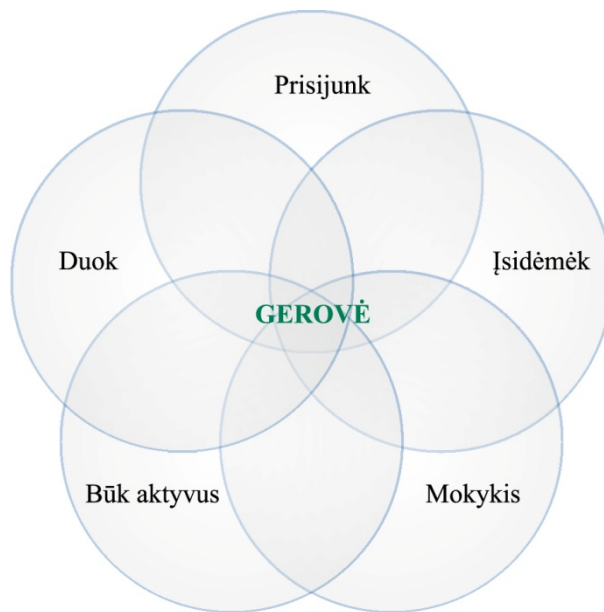
Saamahas Abdallahas, Sorchas Mahony, Nicas Marksas, Julieta Michaelson, Charlesas Seafordas, Laura Stoll, Samas Thompsonas [1] išplėtojo dinaminį gerovės modelį pagal Thompsono, Markso 2008 m.

apibrėžtą gerovės koncepciją ir išskirtus gerovės veiksnius (2.2.2.1 pav.). Dinaminis gerovės modelis aprašo, kaip asmens išorinės sąlygos (pvz., pajamos, darbo statusas, namų ir socialinis kontekstai) veikia kartu su asmeniniais ištekliais (sveikata, sugebėjimu greitai atgauti fizines ir dvasines jėgas, optimizmu), įgalinant asmenis puikiai funkcionuoti ir patirti teigiamų emocijų. Kada asmuo yra laimingas, vertina savo gyvenimą kaip gerą ir funkcionuoja pozityviai (pvz., gerai vertina tarpusavio santykius, autonomiją, kompetenciją ir kitus veiksnius), galime sakyti, kad asmuo turi aukštą gerovę – „klesti“.



2.2.2.1 pav. *Dinaminis gerovės modelis [1].*

Naujosios ekonomikos fondas (angl. *New Economics Foundation, NEF*) [110, 243, 265] išskyrė penkis būdus asmens gerovei pasiekti: 1) „prisijunk“ (angl. *connect*); 2) „būk aktyvus“ (angl. *be active*); 3) „įsidėmėk“ (angl. *take notice*); 4) „mokykis“ (angl. *keep learning*), 5) „duok“ (angl. *give*) (2.2.2.2 pav.). Kaip teigia Jody Aked, Samas Thompsonas [7], šie būdai yra naudojami skatinti asmens elgesio pokyčius įvairiose skirtingose aplinkose – darbe, paslaugų sektoriuje, bendruomenėse ir kt. Pagal Michaelson ir kt. [243], kiekvieno iš būdų pasireiškimas pozityviai veikia asmens gerovę.



2.2.2.2 pav. Penki būdai asmens gerovei pasiekti/stiprinti [243, 265].

Nowlan [268] pasitelkia penkis asmens būdus stiprinti asmens gerovę darbuotojų gerovės kontekste. Charlesas Seafordas [329], papildydamas asmens gerovės/klestėjimo modelį, įtraukė šiuos penkis būdus gerovei pasiekti į sveikatos politikos lygmenį. Kaip teigia autoriai Peteris R. Wrightas, Robinas Pascoe [394], menas teigiamai veikia socialinę ir emocinę sveikatą. Dalyvavimas meninėje veikloje sudaro sąlygas siekti gerovės.

Apibendrinant galime teigti, kad sveikata yra integruojanti dinaminio gerovės modelio dedamoji, geros gyvenimo kokybės, laimingo ir prasmingo gyvenimo prielaida. Dalyvavimas meninėje veikloje stiprina sveikatą, gebėjimą atgauti fizines ir dvasines jėgas, įgalina asmenis optimaliai funkcionuoti ir patirti teigiamų emocijų.

2.3. Stresas ir nuovargis darbe: priežastys ir raiška

Darbo veiklos pasaulis kinta [110], nuolat vykstantys technologiniai, ekonominiai ir socialiniai pokyčiai neišvengiamai keičia darbo vietą [274]. Atsiranda naujų, su darbuotojų sauga ir sveikata susijusių problemų – didėja psichosocialinė, taip pat ir psichologinio smurto, rizika [274]. Globalizacija ir didėjantis darbo intensyvumas didina darbuotojų patiriamą stresą ir nerimą, neigiamai veikia jų sveikatą ir darbo efektyvumą [110]. Kaip teigia autoriai, darbo sąlygos kelia grėsmę asmens sveikatai ir bendram pajėgumui [22, 288]. Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba prie Socialinės

apsaugos ir darbo ministerijos išskiria šiuos darbo apribojimą lemiančius, rizikos veiksnius: biologinis, cheminis, ergonominis, fizikinis, psichosocialinis, fizinis. *Biologinio veiksnio* pagrindą sudaro biologinės kilmės medžiagos, mikroorganizmai, įskaitant genetiškai modifikuotus, ląstelių kultūros bei žmogaus endoparazitai. *Cheminis veiksnys* – cheminiai elementai ar junginiai, grynai ar mišinyje, egzistuojantys natūraliai arba pagaminti, naudojami arba išskiriami, įskaitant atliekas, bet kokio darbo proceso metu. *Ergonominis veiksnys* – fizinis darbo krūvis ir įtampa bei darbo vietos pritaikymas darbuotojo galimybėms. *Fizikinis veiksnys* – fizinių substancijų kitimai aplinkoje, veikiantys organizmo būseną. *Psichosocialinis veiksnys* – dėl darbo sąlygų, darbo reikalavimų, darbo organizavimo, darbo turinio, įmonės darbuotojų tarpusavio ar darbdavio ir darbuotojo tarpusavio santykių sukelia darbuotojui psichinį stresą. *Fizinis veiksnys* – veiksnys, kurio pagrindą sudaro pavojingas veiksnys, dėl kurio susidarius tam tikroms atsitiktinėms aplinkybėms, darbuotojas gali būti traumotas [155].

Rasa Žutautienė, Ričardas Radišauskas, Rūta Ustinavičienė, Jolita Kirvaitienė [395] teigia, kad psichosocialiniai darbo aplinkos veiksniai lemia pasitenkinimą darbu ir darbo kokybę. Intensyviai ir ilgai veikiant neigiamiems psichosocialiniams veiksniams, atsiranda sveikatos sutrikimų, padidėja klaidų rizika, nelaimingų atsitikimų ir konfliktų darbe tikimybė, kokybės praradimas, silpnėja paskata dirbti, didėja nepasitenkinimas darbu. Europos saugos ir sveikatos darbe agentūros 2011 m. atlikto tyrimo rezultatai atskleidžia, kad 51 proc. dirbančių asmenų Lietuvoje nurodė darbą/darbo sąlygas kaip pagrindinę sveikatos blogėjimo priežastį [212, 216]. Didžiojoje Britanijoje kiekvieną savaitę suserga daugiau nei milijonas asmenų. Trys tūkstančiai iš šių asmenų išliks nedarbingi 6 mėnesius, o 2 400 asmenų nedirbs ateinančius 5 metus. Apskaičiuota, kad Didžiosios Britanijos ekonomikai metinės nedarbingumo išlaidos dėl sveikatos susirgimų kainuoja daugiau nei 100 bil. svarų sterlingų [283]. 2009 m. ES atliktas tyrimas (angl. *European survey of enterprises on new and emerging risks*) atskleidė, kad net 27,9 proc. darbuotojų teigia, kad darbe susiduria su psichosocialiniais veiksniais, kurie kenkia jų psichikos sveikatai, ir apie 14 proc. darbuotojų, turinčių su darbu susijusių sveikatos sutrikimų, patiria nerimą ir depresiją [204]. Reinholdas Sochertas [334] teigia, kad psichikos sveikatos sutrikimai darbe ES kainuoja 136 bil. eurų per metus. Psichosocialinės rizikos veiksniai ir stresas darbe – svarbiausi darbuotojų sveikatos iššūkiai [102, 216].

Stresas – tai žmogaus organizmo fiziologinės ir psichinės įtampos būseną, kurią sukelia stresoriai (išoriniai ir vidiniai dirgikliai), su kuriais organizmas kovoja. Trumpalaikis stresas veikia stimuliuojančiai, tačiau ilgalaikis – neigiamai veikia asmens sveikatą ir gali tapti įvairių ligų

priežastimi [293]. Išskiriamos šios streso rūšys: fiziologinis, psichologinis, elgesio [239]. Stresas gali būti konstruktyvus ir destruktivus [17], trumpalaikis ir ilgalaikis [323]. Loreta Gustainienė, Vilma Baksienė [138] teigia, kad ne pats stresas, o streso mechanizmų sutrikimas yra tas veiksnys, kuris lemia pataloginį streso efektą. *Stresas darbe*, apibūdinamas kaip emocinė būseną ar nuotaiką, kurios priežastis yra prieštaravimas tarp darbe keliamų reikalavimų ir asmens sugebėjimo juos atlikti arba asmens suvokimas, jog negalės atlikti darbo pagal keliamus reikalavimus. Išskiriami veiksniai galintys turėti įtakos stresui darbe – universalūs (susiję su darbo užduotimis, darbuotojų vaidmeniu, bendravimo veiksniais, mikroklimatu) ir individualūs (asmenybės ypatumai, ekonominiai sunkumai, namų aplinkos kontekstas) [188].

Literatūroje streso koncepcija nagrinėjama remiantis fiziologine, inžinerine, interakcine ir transakcine streso sampratomis. *Fiziologinės streso sampratos* pradininku yra laikomas kanadiečių mokslininkas Hansas Selye, kuris tyrinėjo reakcijas į įvairius stresorius iš medicininės perspektyvos: nustatė, kad visų reakcijų fiziologiniai padariniai buvo panašūs: sumažėjęs apetitas, svoris, motyvacija. Kadangi organizmo prisitaikančioji reakcija į stresą pasirodė esanti bendra, ją pavadino bendruoju prisitaikymo sindromu [24]. Šioje streso teorijoje, stresas nagrinėjamas kaip asmens psichinės ir fiziologinės įtampos būseną, atsirandanti dėl išorinių ir vidinių stresorių poveikio [17]. Išskiriamas teigiamas ir neigiamas stresas. Teigiamas stresas sukelia emocinį pasitenkinimą, padidina motyvaciją ir suaktyvina organizmo reakciją siekiant rezultato, o neigiamas stresas arba chroniškas, pasikartojantis stresas (distresas) sukelia frustraciją, sumažina asmens fizinius ir protinius gebėjimus [120]. Šioje streso teorijoje pažymima, kad žmogaus organizmas išgyvena tris streso vystymosi etapus: nerimą, priešinimąsi ir išsekimą [17]. Bendrasis prisitaikymo sindromas turi tris etapus: 1) nerimo, kada kaupiama energija, reikalinga sutikti stresorių ir pasipriešinti jam; 2) pasipriešinimo, kada susidorojama su stresoriumi ir randasi atsparumas jam; 3) išsekimo, kuris vyksta, kai nepavyksta panaikinti stresoriaus poveikio. Šios teorijos atstovai nagrinėjo streso pasekmes, bet ne priežastis. Jie vertina stresą kaip priklausomą kintamąjį, tam tikrą fiziologinį atsaką į neigiamą ir kenksmingą aplinką [24].

Inžinerinės streso sampratos vystymąsi lėmė sparti industrializacija. Dauguma ankstyvųjų tyrimų siekė nustatyti streso šaltinius darbo aplinkoje, kad būtų galima sukurti optimalias darbo sąlygas. Jos atstovai Thomas H. Holmesas ir Richardas H. Rahe kreipė dėmesį ne į streso reakcijas, bet į streso sukėlėjus. Jie atliko stresorių analizę ir pabandė nustatyti universalius jų vertinimo požymius, pagal kuriuos būtų galima klasifikuoti visą žmogaus patiriamą stresą. Šios krypties atstovai stresą darbe vertina kaip nepriklaus-

somą kintamąją – aplinkos veiksnį, sukeliantį sveikatos sutrikimus. Pirmosios dvi sampratos daugiausiai kritikos sulaukia dėl to, kad jose stresas apibrėžiamas remiantis paprasta stimulo ir atsako paradigma [24].

Interakcinėje streso sampratoje stresas apibrėžiamas remiantis stimulo ir atsako statistine sąveika. Toks požiūris apibūdinamas kaip „struktūrinis“ ir „kiekybinis“, tiriantis hipotetinius ryšius, dažniausiai koreliaciją, tarp stimulo ir atsako. Šios krypties atstovai atkreipė dėmesį į tai, kad siekiant nustatyti, ar individas jaučia stresą, būtina suvokti ir vertinti individualų stresorių suvokimą. Šios krypties atstovai (žymiausi šios krypties atstovai – Karasekas ir Frenchas) stresą vertina kaip sąveiką tarp individo ir darbo aplinkos. Frenchas plėtojo *Individo ir aplinkos atitikimo teoriją*, kurioje analizuojama, kaip individo požiūriai ir sugebėjimai atitinka darbe keliamus reikalavimus ir kaip darbo aplinka atitinka darbuotojo lūkesčius. Stresas kyla tuomet, kai atsiranda neatitikimas vienu ar abiem aspektais. Individo ir aplinkos atitikimo teorijoje neanalizuojamos streso atsiradimo priežastys [24].

Transakcinėje streso sampratoje atskleidžiama stresorių, atsako ir pasekmių ryšių prigimtis ir pabrėžiamas streso dinamiškumas. Transakcinės sampratos atstovai sutelkė dėmesį į psichologinius pažintinio situacijos vertinimo ir streso veikimo mechanizmus. Šiuo požiūriu, sąvoka „stresas“ apima visą transakcinį procesą, o ne atskirus jo elementus, tokius kaip individas ar aplinka [24]. Šios sampratos kūrėjas Richardas Lazarus pabandė atsakyti į klausimą, kodėl įvairiems žmonėms tas pats stresorius, esant toms pačioms sąlygoms, turi skirtingą poveikį. Pagrindiniais tarpiniais kintamaisiais tarp organizmo ir aplinkos jis įvardino pažintinį situacijos vertinimą ir streso veikimo procesą. Lazarus stresą apibūdina kaip ypatingą individo ir aplinkos santykį, kurį individas mato kaip viršijantį jo turimus išteklius, keliantį grėsmę jo asmeninei gerovei bei reikalaujantį pastangų atstatyti pusiausvyrą. Tai, ar stresas bus jaučiamas, priklausys nuo to, kaip asmuo suvoks ir vertins savo situaciją [120]. Dėl kognityvinės veiklos bei motyvacijos skirtumų tas pats stresorius skirtingiems individams sukelia skirtingas reakcijas [316].

Pagrindinis skirtumas tarp interakcinės ir transakcinės sampratos yra tai, kad, remiantis interakcine samprata, tokie elementai kaip streso priežastys (stimulas) ir pasekmės (atsakas) gali būti savarankiškos dedamosios, siejamos priežastiniais ryšiais. Transakciniame modelyje priešingai – šios dedamosios tampa neatskiriamos nuo situacinio konteksto [24].

Išskiriamos šios streso sukeltos reakcijos: aliarmo (padidėja asmens jautrumas aplinkos pokyčiams); pasipriešinimo (padidėja jautrumas veiksniams, kurie sukelia stresą, organizmas ima priešintis stresoriams); išsekimo (pasidavimas, padidėjusi depresijos ir įvairių ligų atsiradimo rizika) [183].

Stresas, pagal pasitaikymo dažnumą, yra antroji su darbu susijusių sveikatos sutrikimų priežastis Europoje [288]. Tyrimai rodo, kad stresas yra 50–60 proc. visų nedarbo dienų priežastis [301]. Su darbu susijęs stresas neigiamai veikia asmenų sveikatą ir darbingumą [63, 132, 191, 376]. Kitų autorių tyrime pastebėta, kad kuo daugiau streso asmenys patiria, tuo prastiau jie vertina savo su sveikata susijusią gyvenimo kokybę [228]. Rachelė Murray [260] pažymėjo, kad stresas darbe neigiamai veikia darbuotojų požiūrį ir elgesį, santykius darbe (pvz., išgyvenama įtampa tarp darbuotojų, prasti santykiai su pacientais), darbo veiksmingumą (pvz., sumažėjęs darbo našumas, padidėjęs klaidų skaičius, prastas sprendimų priėmimas) ir didina nedarbingumą dėl ligos. Su darbu susijusi įtampa ir psichikos sveikatos sutrikimai lemia tai, kad dažnėja nebuvimo darbe atvejų, didėja nedarbas ir ilgalaikė negalia [216]. Streso darbe požymiai įmonėse – pravaikštos, didelė darbuotojų kaita, nepunktualumas, drausmės problemos, priekabiavimas, mažesnis našumas, nelaimingi atsitikimai, klaidos, didesnės kompensacijų ir sveikatos priežiūros išlaidos [301]. Stresas yra susijęs su perdegimo sindromu [129]. Stresas darbe laikomas viena pagrindinių kritinių situacijų, gydymo klaidų, incidentų ir nelaimingų atsitikimų priežasčių [101]. Pasak autorių, streso, nerimo, depresiško paplitimui statistiškai patikimos įtakos turi šie psichosocialiniai darbo veiksniai: darbuotojo savijauta, stresas darbe, sveikatos būklė, pasitenkinimas darbu ir gyvenimu, nuovargis, prislėgta nuotaika, nervingumas, vienišumas, dėmesio koncentracijos sutrikimai, kt. [191]. Dėl streso išsekus vidiniams darbuotojo ištekliais ar pasireiškus lėtinio nuovargio sindromui, reikalingi atstatomieji veiksmai [159].

Nuovargis – tai viena didžiausių problemų šiuolaikinėje visuomenėje. Ekonomikos pažanga, įvairių sričių laimėjimai keičia gyvenimo tempą versdami žmogų skubėti. Toks gyvenimo tempas ir skiriamas mažas dėmesys savo sveikatai lemia įvairius organizmo sutrikimus, įtampą, stresą, ligas, kurios sukelia nuovargį. Nuvargstama nuo ilgo, sunkaus ir įtempto fizinio arba protinio darbo, gausaus informacijos srauto, emocinės įtampos, stiprių arba monotoniškų dirgiklių. Pagrindinės nuovargio rūšys: bendras, fizinis, protinis, emocinis, galios, jėgos. Nuovargis taip pat skirstomas į sensorinį, elgesio ir fiziologinį. Medicinoje pažymimas pirminis ir antrinis nuovargis.

Nuovargis yra daugiamatis reiškinys, kuris pasireiškia kaip žmogaus organizmo būseną. Ji apibrėžiama subjektyviomis ir objektyviomis savybėmis. Subjektyvios nuovargio būsenos savybės: fizinių nusiskundimų padidėjimas; emocinis labilumas arba dirglumas; apsnūdimas ar apatija, nesidomėjimas aplinka, introspekcija; nukritęs darbingumas; padidėjęs poilsio poreikis; negebėjimas atstatyti energijos po miego; mieguistumas. Objektyvios nuovargio būsenos savybės: nuolatinis ir neįveikiamas energijos trūkumas, negebėjimas palaikyti fizinio aktyvumo įprastinio lygio, suvokimas, kad

įprastam uždavinių atlikimui reikalinga papildoma energija, kaltės jausmas už įsipareigojimų neįvykdymą, pervargimas [337]. Išskiriamas trumpalaikis ir lėtinis nuovargis [148]. Jei darbas sunkus, trunka ilgai, yra didelė nervinė-emocinė įtampa, nesilaikoma racionalaus darbo ir poilsio režimo, nuovargio reiškiniai akumuliuojasi. Tuomet susidaro kokybiškai nauja funkcinė arba patologinė organizmo būklė, kuri vadinama pervargimu. Pervargstama pamažu ilgą laiką didėjant organizmo funkciniam pakitimams. Pervargimui būdingas ryškesnis darbingumo ir darbo našumo mažėjimas [337].

Apibendrinant galime teigti, kad globalizacija ir didėjantis darbo intensyvumas didina darbuotojų patiriamą stresą ir nuovargį, o tai neigiamai veikia jų sveikatą ir darbo kokybę, visuomenės sveikatą ir gerovę.

2.4. Slaugytojų psichosocialiniai rizikos veiksniai: patiriamas stresas ir nuovargis darbe

Sveikatos priežiūros sektoriuje ES yra apie 10 proc. [96; 101], pasaulyje – per 59 mln. [385] darbuotojų, kurie darbe kasdien susiduria su įvairiais sveikatos ir saugumo rizikos veiksniais [37, 245, 292, 332]. Sveikatos priežiūros industrija, kurios misija – rūpintis sergančiais, pati yra „didelės rizikos“ industrija jos darbuotojams [6]. ES šalyse sveikatos priežiūros sektorius yra laikomas vienu iš pavojingiausių psichologinio smurto atžvilgiu [51, 221, 379]. Tarptautiniu mastu vis didėja dėmesys, skiriamas sveikatos priežiūros darbuotojų gerovės darbe klausimams [35, 40, 191, 209, 349].

PSO skelbia, kad 2013 m. buvo pastebėtas 7,2 mln. sveikatos priežiūros personalo trūkumas pasaulyje, ir prognozuojama, kad 2035 m. sveikatos priežiūros sektoriuje trūks per 12,9 mln. darbuotojų [382]. Slaugos darbuotojų kaita yra didelis iššūkis daugeliui sveikatos priežiūros paslaugų ir tai turi įtakos darbuotojų darbo kokybei [10]. Tarptautiniu mastu kyla vis daugiau diskusijų apie sveikatos priežiūros darbuotojų įtraukimo į darbą ir jų išlaikymo darbovietėje problemas [391]. Autoriai teigia, jog yra labai svarbu gerinti sveikatos priežiūros darbuotojų gerovę darbe [217]. Investicija į sveikatos priežiūros darbuotojų gerovę bus naudinga patiems darbuotojams, pacientams ir darbdaviams. Stevenas Boormanas [37] nustatė sąsajas tarp darbuotojų gerovės ir sveikatos bei sveikatos priežiūros paslaugų kokybės (pvz., pacientų saugumo, pacientų patirties, teikiamų paslaugų efektyvumo), darbo našumo ir pacientų pasitenkinimo.

Mokslinėje literatūroje skiriamas didelis dėmesys slaugos specialistams [305], jų sveikatai ir gyvenimo kokybei [19, 33, 121, 190, 346, 357]. Slauga – asmens sveikatos priežiūros dalis, apimanti sveikatos ugdymą, stiprinimą ir išsaugojimą, ligų ir rizikos veiksnių profilaktiką, sveikų ir

sergančių asmenų fizinę, psichinę ir socialinę priežiūrą [213]. Slaugytojos profesija tai – menas [196]. Slaugytojo profesija yra priskiriama prie sunkesnių profesijų [112]. Lietuvoje ir kitose šalyse slaugytojų ir gydytojų trūksta, todėl jų darbo krūvis nuolat didėja [120, 182]. Sveikatos priežiūros sektorius susiduria su didele slaugos personalo kaita, o tai neigiamai veikia sveikatos priežiūros kokybę [165].

Pasak autorių, visame pasaulyje slaugos specialistai, užimantys labai svarbų vaidmenį sveikatos priežiūros paslaugų teikime, kasdien susiduria su įvairiais sveikatos ir saugos darbe rizikos veiksniais [6, 25, 109, 141, 233], kurie neigiamai veikia slaugos specialistų sveikatą ir gerovę [92, 123, 134, 330].

Slaugos specialistai susiduria su stresu darbe, o tai neigiamai veikia jų sveikatą ir gerovę [18, 106, 119, 185, 284, 318]. Slaugytojų patiriamas stresas sulaukia vis didesnio dėmesio dėl tiesioginio poveikio pacientų saugumui [54].

Slaugos specialistai patiria nuovargį, profesinį perdegimą, o tai neigiamai veikia jų sveikatą ir gerovę, atliekamo darbo kokybę [15, 149, 184, 240]. Pasak autorių, nuovargis susijęs su blogu darbų atlikimu, nedėmesingumu, klaidomis, traumomis ir sužeidimais [207, 324]. Autorių teigimu [294], pervargimas blogina paciento priežiūrą bei tarpusavio santykius, turi neigiamos įtakos santykiams šeimos, draugų kontekste. Profesinis perdegimas neigiamai veikia slaugytojų tarpusavio santykius su pacientais ir jų artimaisiais [210]. Renata Vimantaitė, Arvydas Šeškevičius [375] teigia, kad slaugytojų patirtas fizinis bei psichologinis nuovargis, emocinė įtampa sąlygoja nepasitenkinimą darbu, konfliktų tarp slaugytojo ir darbo aplinkos atsiradimą. Darbe patiriami konfliktai neigiamai veikia šeimos aplinką bei bendrą pasitenkinimą šeima [167].

Slaugos personalo trūkumas visame pasaulyje turi sutelkti vyriausybes ir sveikatos priežiūros tiekėjus identifikuoti ir įgyvendinti sveikatos priežiūros darbuotojų išsaugojimo strategijas [391]. Autoriai pažymi būtinybę kurti pozityvią, į darbuotojų gerovę orientuotą darbo aplinką, vykdyti profilaktines streso, nuovargio, profesinio perdegimo ir išsekimo, smurto mažinimo programas slaugos specialistų sveikatai ir gerovei darbe didinti [11, 111, 250, 272, 367]. Sumažintas stresas ir perdegimas [200, 255], padidintas pasitenkinimas ir mėgavimasis darbu [11] yra veiksniai, padėsiantys išsaugoti/išlaikyti slaugos darbuotojus darbovietėse ir užtikrinti teikiamų paslaugų kokybę pacientams [126, 181]. Reikia įgyvendinti gerovės darbe programas slaugos personalui, vykdyti darbuotojų gerovės vertinimą bei profilaktiką. Didėjant slaugos specialistų amžiaus vidurkiui ir nevykdant tokių intervencijų, daugės ir sveikatos sutrikimų, kurie neigiamai veiks darbuotojų populiaciją ir padidins slaugos darbuotojų trūkumą. Slaugos darbuotojo,

paliekančio darbą dėl atsiradusių su darbu susijusių sveikatos sutrikimų, išlaidos yra prilyginamos išlaidoms dėl sumažėjusio produktyvumo, parenteizmo ar abstenizmo [286].

Slaugytojų grupėje dar ankstyvais profesinės karjeros metais yra reikalinga įgyvendinti intervencijas, skatinančias sveiką gyvenimo būdą [34]. Būtina imtis profilaktinių priemonių dėl darbe patiriamo smurto ir didelio darbo krūvio, taip pat slaugytojams sudaryti sąlygas priimti sprendimus klinikiniam darbe [258]. Visa tai padės gerinti darbo aplinką ir pasitenkinimą darbu. Vitalija Gerikienė [125] rekomenduoja kurti tokias fizines ir psichologines darbo sąlygas įstaigoje, kurios suteiktų slaugytojams pasitikėjimą savimi, malonią darbo aplinką, psichologinį klimatą, paremtą tarpusavio pasitikėjimu, atsakomybe, bendradarbiavimu, lanksčiu vadovavimo stiliumi. Darbo aplinkos atmosfera yra labai svarbi darbuotojų emociniam išsekimui bei pacientų pasitenkinimui paslaugos kokybe [217, 286]. Autoriai atkreipia dėmesį, kad aplinka turi didelę įtaką slaugos personalo gerovei ir yra reikalinga šią aplinką gerinti, nes tai gali padėti mažinti slaugos darbuotojų kaitą darbovietėse bei užtikrinti teikiamų paslaugų kokybę pacientams [366]. Pacientų atsiliepimai apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę yra geresni tuomet, kai ligoninės personalas savo darbovietėje jaučia kolegų paramą, pozityvų santykių klimatą, yra patenkintas komandiniu ir bendrai savo darbu, pasižymi žemu emocinio išsekimo lygiu [217]. Autoriai teigia, kad reikia skatinti pozityvų organizacinį klimatą darbe [347] – tai pagerins pacientų saugumą ir sumažins sveikatos priežiūros išlaidas. Autoriai pažymi būtinybę kurti tokias darbo vietas, kurios skatina ir stiprina slaugos specialistų gerovę ir sveikatą, mažina neigiamą patiriamo streso darbe įtaką sveikatai [286].

Psichologinio streso valdymas padeda gerinti slaugytojų gyvenimo kokybę, suteikia finansinę naudą sveikatos sistemai ir pagerina teikiamų pacientų priežiūros paslaugų kokybę [166]. Slaugytojų psichologinė darbo aplinka yra susijusi su slaugytojų patiriamu stresu ir atliekamomis darbo veiklomis [54]. Mokslininkai nustatė sąsajas tarp psichosocialinių darbo aplinkos veiksnių ir slaugos specialistų susižeidimų instrumentais rizikos [241]. Darbo aplinka yra labai svarbi stiprinant medicinos darbuotojų sveikatą ir saugumą darbe, didinant paslaugų efektyvumą, mažinant klaidų skaičių bei padidinant pasitenkinimą darbu [320]. Saugi ir jauki darbo aplinka palaiko gerovę, o bloga fizinė aplinka – neigiamai veikia pasitenkinimą darbu [162]. Tikėtina, kad sukurtoje pozityvioje darbo aplinkoje randasi darbuotojų išteklių, kurie gali būti panaudoti namų aplinkoje, o tai teigiamai veikia darbovietę [327]. Nacionalinio slaugos tyrimų padalinio (angl. *National nursing research unit*) [263] teigimu, gera darbo atmosfera teigiamai veikia personalo gerovę ir padidina darbingumą. Sveikatos

stiprinimo darbe programos turi apimti ir fizinę, ir psichosocialinę darbo aplinkas [192]. Gera psichosocialinė aplinka didina darbingumą, stiprina darbuotojų psichiką ir fizinę sveikatą, skatina asmeninį tobulėjimą [97]. Sveikos darbo aplinkos slaugytojams kūrimas ir palaikymas yra būtinas, siekiant gerinti jų gyvenimo kokybę, mažinti darbuotojų kaitą, didinti darbingumą ir produktyvumą ir užtikrinti saugią teikiamų slaugos paslaugų praktiką [10]. Autoriai pažymėjo poreikį kurti pozityvias darbo aplinkas slaugos specialistams, o tai teigiamai veiks jų pasitenkinimą darbu [258]. Pasak Vitalijos Gerikienės [125], yra poreikis gerinti fizines ir psichosocialines slaugos personalo darbo sąlygas. Tas padidins pasitikėjimą saviimi, sukurs draugišką darbo aplinką, kuri padidins bendradarbiavimą ir tarpusavio pasitikėjimą.

Gustainienė, Baksienė [138] pažymėjo socialinės paramos svarbą medicinos personalo gerovei. Slaugos specialistams reikalinga socialinė parama ir profesinio tobulėjimo galimybės [67]. Žemas socialinės paramos lygis yra susijęs su streso simptomais [364]. Socialinė parama medicinos darbuotojų darbe daro didelį poveikį fizinei ir psichikos sveikatai [221], turi teigiamos įtakos patiriamo streso valdymui bei mažinimui, pilnatvės jausmui, sėkmingam problemų sprendimui [138], profesinio perdegimo mažinimui ir gyvenimo kokybei [232]. Socialinė parama gali turėti teigiamos įtakos darbuotojų gerovei ir padėti mažinti stresą [334]. Padidinta su darbu susijusi socialinė parama [67] gali padėti išsaugoti slaugos darbuotojus darbovietėse ir užtikrinti teikiamų paslaugų kokybę pacientams.

Svarbu skirti dėmesį slaugytojų tarpusavio santykių stiprinimui [369], nes tai pagerintų teikiamų paslaugų kokybę, santykį su pacientu [4]. Geri santykiai darbe lemia pasitenkinimą darbu ir bendrai gyvenimu [162]. Autoriai [369] išskyrė tris slaugytojų pasitenkinimą darbu sąlygojančius veiksnys. Pirmas veiksnys – tarpasmeniniai santykiai, apimantys santykius su kolegomis, bendrumo jausmą, interakcijos ir bendravimo galimybes, komandinio darbo kokybę, socialinį klimatą, darbo etiką, socialinę paramą. Antras veiksnys – susijęs su pacientų priežiūra ir apima: pacientų svarbos slaugytojui pajautimą, sąlygas aukščiausiai teikiamos sveikatos paslaugos kokybei, gerus tarpasmeninius santykius su pacientais ir kt. Trečias veiksnys – slaugytojo darbo organizavimas, kuris apima: darbo ir šeimos santykių, palaikančios lyderystės, darbo aplinkos bei slaugymo praktikos sistemos kokybę, įveikiamo ir priimtino darbo krūvio apimtį, atlyginimą, darbo įvairovę, savarankiškumą, profesionalumą ir profesionalizmą, galimybes tobulėti.

Pasak Susanos Trossman [363], siekiant mažinti darbe patiriamą nuovargį, reikalingas komandinis darbas. Kaip teigia Lina Jarusevičienė, Ida Liseckienė, Leonas Valius, Aušrinė Kontrimienė, Gediminas Jarusevičius,

Luísa Lapão [158], komandinis darbas padeda pasiekti geresnių rezultatų, mažinti paslaugų kaštus, patenkinti paciento poreikius, didinti pasitenkinimą darbu.

Apibendrinant galime teigti, kad mokslinėje literatūroje yra skiriamas didelis dėmesys slaugytojų sveikatai, jų gyvenimo kokybei. Slaugos specialistai kasdien susiduria su įvairiais sveikatos ir saugos darbe rizikos veiksniais. Darbe patiriamas stresas ir nuovargis dažnai sukelia profesinį perdegimą, o tai neigiamai veikia slaugytojų sveikatą, jų atliekamo darbo kokybę ir didina darbuotojų kaitą.

2.5. Meno naudojimas sveikatos priežiūros kontekste: menas sveikatai

2.5.1. Meno sveikatai koncepcija

Šiandienėje visuomenėje vis didėja meno svarba [72, 211, 238]. Menas yra naudojamas kaip priemonė siekti visuomenės sveikatos uždavinių, gerinti asmenų/visuomenės sveikatą ir gerovę, didinti gyvenimo kokybę [247, 266], ugdyti kūrybiškumą [291, 308], kurti ir stiprinti bendruomenes [91, 187], didinti meno prieinamumą skatinti nuolatinį mokymąsi [49, 60], mažinti socialinius netolygumus [48, 81, 334, 392].

Visuotinės žmogaus teisių deklaracijos [377] 27 straipsnyje teigiama, kad kiekvienas turi teisę laisvai dalyvauti bendruomenės kultūriniame gyvenime, gėrėtis menu, dalytis mokslo pažangos laimėjimais ir jų teikiama nauda. Kultūrinė veikla ir dalyvavimas joje turi būti prieinamas visiems asmenims.

Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. programoje numatyta užtikrinti įvairių sektorių ir švietimo, sveikatos priežiūros, kultūros, socialinės apsaugos įstaigų bendradarbiavimą, stiprinant kūrybines partnerystes, asmenų dalyvavimą kultūrinėje veikloje. Programoje numatyta įgyvendinti principą „Sveikata visose politikos srityse“, skatinti tarpžinybinį ir valstybės institucijų bei nevyriausybinių organizacijų kompleksinį bendradarbiavimą, ypač didinti socialinės, kultūrinės ir sveikatos sričių sanglaudą, panaudojant kultūros ir meno sričių potencialą, skatinti veiklas, kurios prisideda prie teigiamo poveikio žmogaus psichikos bei fizinei sveikatai ir socialinės gerovės stiprinimo [204]. 2014–2020 m. nacionalinės pažangos programoje numatyta, jog kultūra yra horizontalus valstybės politikos prioritetas [371]. Lietuvos pažangos strategijoje „Lietuva 2030“ siekiama paskatinti esminius pokyčius visuomenėje ir sudaryti sąlygas kūrybingai, atsakingai ir atvirai asmenybei formuotis. Lietuva tai šalis, kur išlaisvintas žmonių kūrybiškumas atveria plačias saviraiškos galimybes ir kurios gerovę kuria atsakingi,

kūrybingi ir atviri žmonės [202]. Kūrybiškumas yra ateities sėkmės ir inovacijų pagrindas [264].

Per paskutinius dvidešimt metų slaugos ir medicinos literatūroje augo susidomėjimas menu sveikatos priežiūros kontekste [391]. Susidomėjimą lėmė įžvalga, jog menas gali dalyvauti praturtinant sveikimą skatinančią aplinką, padedant greitinti sveikimą ir atsigavimą bei reabilitacijoje [279, 326]. Tai kuria prielaidas vis platesniam meno naudojimui sveikatos priežiūros sektoriuje [43, 195, 220, 254, 344]. Tarp klinikistų ir kitų profesionalų medicinos srityje randasi asmenų, kurie ima bendradarbiauti su menininkais, po truputį pasaulyje menas tampa integruota sveikatos priežiūros dalis [61, 218, 262]. Tyrimai parodė, kad JAV beveik pusė sveikatos priežiūros institucijų yra integravę meną į sveikatos priežiūros programas bei kontekstą [320]. Meno naudojimas medicinoje kuria humanistinę, į asmenį orientuotą sveikatos priežiūrą [278]. Menas tradicinėje sveikatos priežiūroje padidina jos efektyvumą, meno prieinamumą ir galimybes, mažina sveikatos priežiūros kliūtis, formuoja kultūrinę praktiką ir elgesį, didina socializaciją ir keičia normas [69, 227].

Pasak autorių [87], meno ir kūrybiškumo nauda sveikatos priežiūros kontekste aprėpia: sveikatos ir socialinės priežiūros aplinkos kūrimą siekiant, kad erdves būtų kuo „draugiškesnės“ paslaugų vartotojui; praplėstas galimybes ugdyti sveikatos priežiūros paslaugų vartotojų kūrybiškumą; pagalbą mažinant stresą; mokymosi visą gyvenimą skatinimą; padidintą motyvaciją ir teigiamą poveikį sveikatos priežiūros klientų moralei; sustipriną psichikos, fizinę, emocinę ir dvasinę klientų gerovę; padidintą pasitikėjimą savo jėgomis ir savivertę; pagalbą mažinant nerimą ir gydymosi trukmę; padidintą paslaugų vartotojų ir jų artimųjų pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugų kokybe. Autoriai [339] įvardino meno naudojimo sveikatos priežiūroje ir jos humanizavimo svarbą. Nauda, kuri siejama su meno poveikiu, apima: medikamentų vartojimo sumažėjimą, teigiamą poveikį gydymo trukmei, psichikos sveikatos priežiūros paslaugų kokybei. Menas bei kūrybinė veikla medicinoje svarbūs dėl šių priežasčių: menas aplinkoje gali palaikyti ir skatinti gijimą; menas ir kūrybinė veikla turi teigiamą poveikį ligų gydymui, asmens ir bendruomenės sveikatos ir gerovės palaikymui ir stiprinimui [65]. Autorių teigimu, menas asmens aplinkoje lemia tai, kad asmuo jaučia kontrolės jausmą, menas gali dalyvauti kaip terapinė ir sveikimo priemonė, kuri mažina stresą bei vienišumą ir sukuria saviraiškos galimybę. Menas sveikatos priežiūros įstaigose skatina bendravimą, edukaciją. Tyrimai rodo, kad dalyvavimas meninėje veikloje ar meno kūrinio stebėjimas, menas, integruotas į sveikatą skatinančios aplinkos kūrimą, gali mažinti pacientų medikamentų vartojimą, sutrumpinti hospitalizacijos laiką bei didinti pasitenkinimą rekomenduo-

jamu gydymu, pasiūlyti būdą, kaip mažinti sveikatos priežiūros išlaidas [320].

Autoriai pateikė meno naudos struktūros modelį, kuriame išskiriama instrumentinė nauda, apimanti: asmeninę, asmeninę su poveikiu visuomenei bei visuomeninę (2.5.1.1 pav.) [231].

Instrumentinė nauda		
Pagerėję vertinimo rezultatai	Padidintas saviveiksmingumas, mokymosi įgūdžiai, sveikata	Socialinio kapitalo kūrimas Ekonomikos augimas
Asmeninė nauda	Asmeninė nauda su nauda visuomenei	Visuomeninė nauda
Gilus susidomėjimas	Padidėjusi empatija	Socialinių ryšių sukūrimas
Malonumas	Pažintinis augimas	Bendruomenės svarbos išreiškimas
Vidinė nauda		

2.5.1.1 pav. Meno naudos struktūra [231].

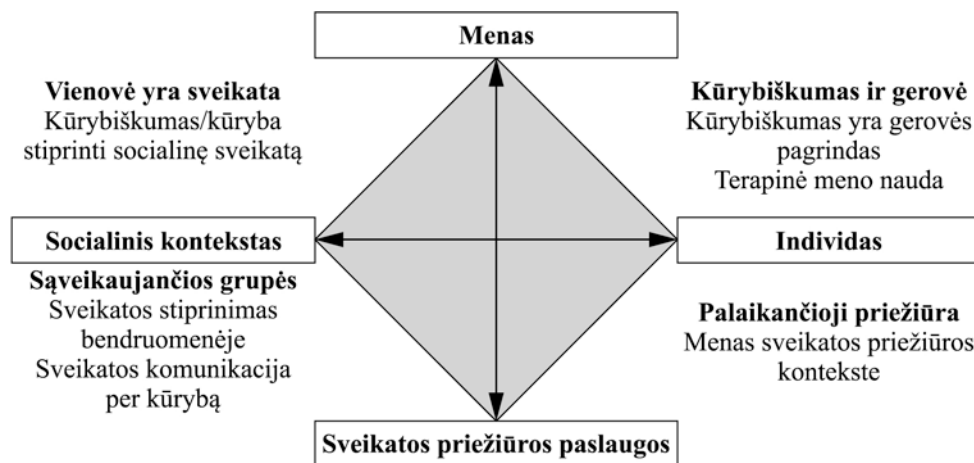
Menas sveikatai (angl. *art for health*) apima meno praktiką, vykdomą įvairiuose kontekstuose – sveikatos priežiūros, socialinių paslaugų, švietimo, bendruomenės, kt. Meno sveikatai veikloje naudojami taikomieji menai, literatūra, kūrybinis rašymas ir poezija, muzika, dainavimas ir šokis, teatras ir drama, vizualusis, tarpdisciplininis menas, kinas ir naujoji medija [84]. Australijoje „meno sveikatai“ terminas yra vartojamas įvairiai: pavyzdžiui, „menas sveikatai“ (angl. *art for health*), „menas ir sveikata“ (angl. *art and health*), „menas sveikatoje“ (angl. *art in health*) ir pastaruoju metu – „menas, sveikata ir gerovė“ (angl. *art, health and wellbeing*) [248]. Meno sveikatai veikla padeda spręsti asmens ir visuomenės gerovės stiprinimo klausimus daugelyje šalių [381]. Meno sveikatai veikla plačiai įgyvendinama sveikatos priežiūros sektoriuje Didžiojoje Britanijoje, Airijoje, Australijoje, Suomijoje, Kanadoje, JAV bei pastaraisiais metais pradėta vystyti ir Japonijoje. Meno sveikatai veikla sėkmingai plėtojama ir Lietuvoje. 2009 m. Lietuvoje įvyko pirmoji tarptautinė meno ir sveikatos konferencija. 2012 m. buvo įgyvendintas bandomasis meno sveikatai projektas „Menas žmogaus gerovei“ [39], vykdytas įgyvendinant Regionų kultūros plėtros programos priemonę, numatytą Lietuvos kultūros politikos kaitos gairių įgyvendinimo 2012–2014 metų tarpinstituciniame veiklos plane [39]. Nuo 2013 m. iki dabar, meno sveikatai veiklą Lietuvoje

sėkmingai įgyvendina 2013 m. įkurta meno organizacija – VšĮ „Socialiniai meno projektai“.

Tarpsektoriniu bendradarbiavimu grindžiama meno sveikatai veikla yra vystoma ligoninėse, pirminėje sveikatos priežiūroje, reabilitacijoje ir slaugoje, bendruomenėse ir t. t. [381] Australijoje atliktoje meno sveikatai projektų apžvalgoje pažymima, kad ši veikla yra plačiai integruota į sveikatos priežiūros paslaugas (pirminės priežiūros, ūmios priežiūros, psichikos sveikatos, senyvo amžiaus asmenų priežiūros, paliatyviosios priežiūros, sveikatos raštingumo, mokymo, sveikatos skatinimo ir profilaktikos) [269]. Johnas Angusas [13] meno sveikatai veikloje išskyrė tris elementus. Pirmas elementas – nuosekliai sukurta, sveikimą skatinanti sveikatos priežiūros aplinka, kuri apima sveikatos priežiūros (ligoninės, pirminės sveikatos priežiūros) ir bendrąją erdves. Antras elementas – meninė veikla ligoninėse: siekiant gerinti pacientų ir lankytojų patirtį ligoninėje, naudojamas vizualusis arba scenos menas. Dalyvis įsitraukia pasyviai (auditorijoje) arba aktyviai (dirbtuvėse). Trečias elementas – bendruomenės menas. Sveikatos priežiūroje bendruomenės menas pasitelkiamas kurti bendruomenės, socialinės atskirties situacijoje jas konsultuoti ir įgalinti.

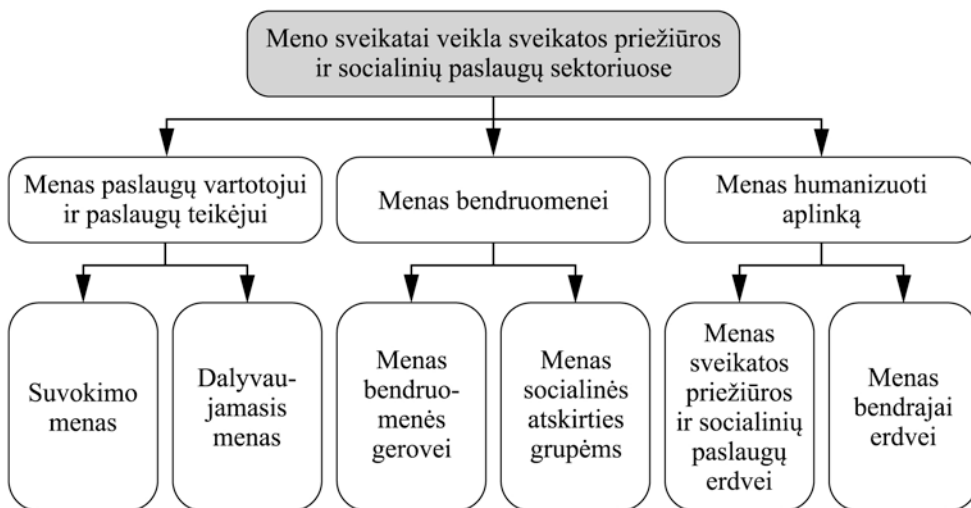
Jungtinės Karalystės menų taryba meną sveikatai apibūdina kaip menu grįstą veiklą, kuria siekiama gerinti individų ir bendruomenės sveikatą, sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Taip pat teigiama, kad menas sveikatai praplečia sveikatos priežiūros paslaugų aplinką, pasiūlydamas meno kūrinius ar pasirodymus [84]. Meno sveikatai veikla gali būti apibūdinta kaip meno ir kultūrinės patirties kūrimas, tuo būdu siekiant stiprinti asmenų sveikatą ir gerovę [248]. Į individus, grupes, bendruomenes, populiaciją orientuota meno sveikatai veikla yra naudojama stiprinti sveikatą ir mažinti sveikatos netolygumus (pvz., skatinti sveiką gyvenimo būdą, didinti sveikatos raštingumą). Sveikatos priežiūroje menas sveikatai gerina teikiamų paslaugų kokybę bei vartotojų ir personalo patirtis. Menas sveikatai stiprina bendruomenės, jų pajėgumą, gerovę, sanglaudą, gebėjimą priimti kultūrinę įvairovę ir kt. [84]. Menas sveikatai yra priemonė praturtinti ir plėsti sveikatos priežiūros paslaugų kultūrą, skatinti bendruomenių saviraišką ir problemų sprendimą [248]. Meno sveikatai veikla gali būti naudojama kaip priemonė skatinti sveiką gyvenseną, stiprinti kultūrinę įvairovę, didinti socialinę atskirties asmenų grupių įtrauktį ir kurti jungtis tarp skirtingų populiacijos grupių, praturtinti sveikatos priežiūros aplinką, komunikuoti jautrias sveikatos problemas, puoselėti asmens saviraišką ir skatinti asmeninį tobulėjimą, taip pat – kaip būdas padėti bendruomenėms atsigauti po traumų, būdas skatinti bendruomeninį dalyvavimą, naujo požiūrio, susijusio su sveikata ir gerove, atsiradimą, būdas didinti bendruomeninį dalyvavimą, stiprinti socialinius santykius ir skatinti bendravimą [84].

Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sektoriuose vykdoma meno sveikatai veikla siekia šių tikslų: 1) stiprinti sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų vartotojų psichosocialinę ir dvasinę gerovę; 2) puoselėti bendruomenės sveikatą ir gerovę; 3) kurti ar gerinti sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų įstaigų vartotojui suteikiamą aplinką [39]. Dalyvavimas meninėje veikloje stiprina socialinius ir bendravimo įgūdžius [343]. Meno sveikatai veikla plečia asmenų kompetencijas, kito asmens emocijų supratimą, ugdo kūrybiškumą, taip pat stebėsenos, diagnostikos ir bendravimo įgūdžius, kritinį mąstymą, didina empatiją, padeda kurti glaudesnę ir humanistinę paciento – darbuotojo ryšį [76, 108, 237]. Atkreipiamas dėmesys į meno sveikatai svarbą sveikatos priežiūros specialistų rengime [8, 28, 53, 68, 153, 317]. Nancy J. Cooley [65], kalbėdama apie sąsajas tarp meno, kūrybinės veiklos ir medicinos, pažymi meno panaudojimo medicinos specialistų edukacijoje svarbą. Mokslininkas Mike'as White'as [381] išskyrė pagrindines meno sveikatai komponentes: menas, socialinis kontekstas, individas ir sveikatos priežiūros paslaugos. Dalyvavimas meninėje veikloje teigiamai veikia asmens gerovę ir didina kūrybiškumą, pastebimas terapinis meno poveikis sveikatai, didinamas bendruomeniškumas, apimamas holistinis požiūris į asmenį, didinama socializacija ir socialinė įtrauktis (2.5.1.2 pav.).



2.5.1.2 pav. Pagrindinės meno sveikatai komponentės [381].

Tarptautiniame kontekste meno sveikatai veikla labiausiai išplėtotą sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sektoriuose (2.5.1.3 pav.) [39].



2.5.1.3 pav. Meno sveikatai veikla sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sektoriuje [55]

Menas sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų vartotojui ir šių paslaugų teikėjui gali būti skirstomas į suvokimo meną/meninę veiklą ir dalyvaujamąjį meną/meninę veiklą. Suvokimo menas/meninė veikla (angl. *perceptive art*) apima įprastus meno renginius (pvz., parodas, koncertus, kino peržiūras) ir vyksta įprastose meno renginių vietose (pvz., galerijose, koncertų salėse, kino teatruose) arba sudaromos sąlygos šią veiklą rengti sveikatos priežiūros ar socialinių paslaugų įstaigose. Meninė veikla gali būti skirstoma į meno veiklą, kurios pagrindas – žiūrovo įtraukimas (angl. *spectating*) arba sustiprintas įtraukimas (angl. *enhanced engagement*). Santykiu su žiūrovu grįstoje meninėje veikloje asmuo yra publikos dalis, meno vartotojas/stebėtojas. Žiūrėjimas arba klausymas yra pagrindinis meno produkto priėmimo rezultatas, dažniausiai turintis pramoginį pobūdį. Žiūrovai į meno veiklą gali būti įtraukti emociškai ir intelektualiai, su joje dalyvaujančiais menininkais jie turi grįžtamąjį ryšį (pvz., plovimai, juokas). Sustiprinto įtraukimo meninėje veikloje asmuo patiria daug reikšmingesnę patirtį (pvz., diskusija po renginio, potyrio apklausa ir pan.). Pagrindinis suvokimo meno veiklos skirtumas nuo dalyvaujamojo meno veiklos – saviraiška susiduriant su menine patirtimi [39].

Dalyvaujamas menas/dalyvaujamoji meninė veikla (angl. *participatory art*), kūrinio ar patirčių per bendradarbiavimą su menininku sukūrimas [39] pagal įsitraukimo lygį gali būti įvairialypė, apibūdinama keliais santykiais: „minia – kūrybos šaltinis“, „kūryba bendradarbiaujant“ bei „publika kūrėja“. „Minia – kūrybos šaltinis“ (angl. *crowd sourcing*) – kai publika raginama kurti meninį rezultatą, šiam procesui vadovauja ir rezultato viziją

turi profesionalus menininkas. Publika dar nėra „ant scenos“, tačiau į meninę veiklą įneša savo indėlį. Šiuo atveju menininkas susiduria su uždaviniu publikos ar bendruomenės narių (kur gali būti ir profesionalių menininkų) indėlį įtraukti į meno kūrinį. Tokios veiklos pavyzdžiai – teatro kūrinys, sudarytas iš bendruomenės narių istorijų, fotografijų konkursas, kt. „Kūryba bendradarbiaujant“ (angl. *co-creation*) – kai publika tiesiogiai dalyvauja profesionalaus menininko koordinuojamame meniniame procese. Pvz., asmuo koncertuoja kartu su profesionaliu orkestru, žiūrovas iš salės pakviečiamas prisijungti prie trupės scenoje. Kūryba bendradarbiaujant – tai dinamiška dalyvaujamąsios meninės veiklos forma, kurioje scenos menas suteikia daugiau įsitraukimo galimybių nei vizualusis menas, kurio meninis turinys yra mažiau kintantis, statiškesnis. „Publika – kūrėja“ (angl. *audience-as-artist*) – aukščiausias dalyvaujamojo meno lygmuo, kai meninei patirčiai vadovauja žiūrovai. Profesionalus menininkas gali nurodyti meninės veiklos gaires, tačiau rezultatas priklauso tik nuo jos dalyvio. Meninės veiklos rezultatas nebūtinai turi būti vertinamas estetiniais ar kokybės kriterijais, svarbiausia – pats kūrybinis procesas [39].

Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų vartotoją ir šių paslaugų teikėją įtraukiant į meninę veiklą siekiama daryti teigiamą poveikį asmenų sveikatai ir gerovei. Taip pat menine veikla siekiama stiprinti socialinių paslaugų teikėjų (pvz., medicinos personalo, kt.) ir šių paslaugų gavėjų (pvz., pacientų, globos namų gyventojų, kt.) tarpusavio ryšį, drauge užtikrinant teikiamų paslaugų kokybę. Menas bendruomenei (angl. *community art*) apibūdinamas kaip įvairialypis kūrybinis procesas, plėtojamas profesionaliam menininkui bendradarbiaujant su žmonėmis, kurie įprastai nedalyvauja meninėje veikloje. Tokio meno veiklos rezultatas – įgyta kolektyvinė patirtis ir bendruomeninė išraiška. Menininkams įsitraukus į kūrybinę veiklą kartu su bendruomene, kūrybinis procesas yra tiek pat svarbus kaip ir pats meninis rezultatas, kurio autorystė priklauso tiek menininkui, tiek bendruomenei. Menas bendruomenei, dar kartais vadinamas „bendruomenės menu“, „dialogo menu“, „kolektyviniu menu“. Jis meno sveikatai kontekste gali būti skirstomas į meną tam tikru pagrindu – tautiniu, geografiniu, kultūriniu, bendražmogiškos patirties susikūrusios bendruomenės gerovei, meną – socialinės atskirties grupėms.

Menas aplinkos humanizavimui sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sektoriuose svarbus tiek minėtas paslaugas teikiančių įstaigų erdvei, tiek bendrajai erdvei, turinčiai sąlytį su šių paslaugų vartotojais ir jų teikėjais. Aplinką humanizuojantys meno projektai apima naujų pastatų, kartu su juose suprojektuotais interjerais kūrimą, meno kūrinių, darančių su jau esamu interjeru užsakymą, interjero meninį apipavidalinimą ir pan. [39].

2.5.2. Menas sveikatai ir menų terapija: skirtumai ir panašumai

Menas sveikatai Lietuvoje tiek kultūros politikoje, tiek sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sektoriuje nėra aiškiai apibrėžtas ir dažnai tapatinamas su menų terapija, kuri Lietuvoje yra nuosekliau išplėtotą. Dažnai bet kokia menininko veikla su socialinės atskirties grupėmis ar tiesiog meninių edukacinių renginių teikiamas emocinis pakilimas pavadinami „meno terapija“. Tačiau menų terapija daugelyje pasaulio šalių yra sveikatos priežiūros srities specialybė, kurios pagrindas – aiškiai reglamentuota darbo etika, specialus profesinis rengimas bei kompetencija [39]. Pagal LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymą dėl profesinių kvalifikacinių reikalavimų meno terapeutui patvirtinimo [214], menų terapijos – veiklos grupė, kurią sudaro muzikos terapija ir dailės terapija. Meno terapeutas – tai asmuo, atitinkantis profesinius kvalifikacinius reikalavimus pagal meno terapijos specializaciją ir dirbantis atitinkamoje meno terapijos srityje.

Meno sveikatai veikla (vykdoma menininko) – tai nėra menų terapija (vedama menų terapeuto), kuriose praktikai sąveikauja su asmenimis terapiniame procese per meną, klinikiname/sveikatos priežiūros kontekste. Mokslineje literatūroje, dalyvavimas kūrybinėje veikloje pripažįstamas – kaip turintis terapinį poveikį sveikatai [44, 113, 224, 289], bet tai nėra menų terapija.

Meno sveikatai veikla remiasi idėja, kad meno panaudojimas ir, dar svarbiau, dalyvavimas meninėje/kūrybinėje veikloje yra gyvenimą praturtinantis, stiprinantis asmenų sveikatą ir gerovę. Menas sveikatai nėra menų terapijos intervencija, kurioje terapiniai santykiai yra svarbesni nei meno kūrimas [391]. Airijos Menų Taryba išskiria, kad, iš terapeuto perspektyvos, meninė veikla pirmiausia yra terapinė intencija, kuomet menas yra naudojamas kaip priemonė bendrauti ir saviraiškai, o pozityvus mėgavimasis menu yra tik papildomas priedas prie jų darbo vertės. Meno sveikatai perspektyvoje meninė veikla pirmiausia yra kūrybinė intencija, o terapinis poveikis – pridedamoji vertė [41]. Meno sveikatai veikloje pagrindinis dėmesys yra skiriamas dalyvavimo kūrybinėje veikloje procesui, jo kokybei, proceso patyrimui ir rezultatams [59]. Pirminė menų terapijos funkcija yra terapinė [251]. Meno sveikatai veikla yra siekiama stiprinti įvairių visuomenės grupių gerovę, kartu didinant meno prieinamumą. Menų terapijos tikslas – gerinti, palaikyti, atstatyti ir stiprinti sveikatą, tam pasitelkus meną, šiuo menu grįstą bendravimą ir terapinius santykius. Meno sveikatai veikloje menininko ir dalyvių santykis grindžiamas bendradarbiavimu – visi yra vienodai svarbūs, o menų terapija yra grindžiama kliento (paslaugos vartotojo) ir terapeuto (paslaugos teikėjo) santykiu [39]. Meno sveikatai yra svarbus veiklos vadovo pasirengimas ir įgūdžiai [84]. Šioje veikloje dalyvaujantys

asmenys (menininkai ir dalyviai) gali keistis, o menų terapijos procese dalyviai nesikeičia. Meno sveikatai projektuose, kaip ir menų terapijoje, nebūtinai tikslinės grupės asmens meniniai įgūdžiai, svarbiausia – dalyvauti procese, kuriuo siekiama tobulėti, ugdyti meninius gebėjimus ir pasiekti rezultatą, kuriame patiriamas atsipalaidavimas, saviraiškos teikiamas džiaugsmas, išgyvenama malonių pojūčių, kyla naujų potyrių, susiduriama su naujais išbandymais. Daug dėmesio teikiama dinamiškiems ir išliekantiems socialiniams santykiams, asmenų įtraukimo ir dalyvavimo idėjoms. Menų terapijoje svarbu stebėti ir analizuoti terapinį procesą, kurio tikslas – gydomo asmens savęs pažinimas ir savęs vertinimas. Menų terapijos dalyvis procese dalyvauja sąmoningai ir aktyviai, reikšdamas bei nagrinėdamas savo asmeninį patyrimą. Šiame procese veikia trinarė dalyvio, meninio rezultato ir terapeuto sąveika. Meno sveikatai veiklos vieta yra įvairi (uždara arba atvira), ji gali kisti, o menų terapijos vieta – visada ta pati ir nekeičiama (pvz., kabinetas) [39]. Meno sveikatai veikla vykdoma daugelyje skirtingų vietų, tokių kaip: bendruomenių namai, ligoninės, globos įstaigos, kt. [84]. Meno sveikatai veiklos rezultatas – meninė vertybė, kurią svarbu pristatyti visuomenei, o menų terapijos proceso kūrybiniai rezultatai vertinami kaip asmens vidinio pasaulio atspindys ar dokumentas, jie kaupiami ir yra skirti asmens būsenos pokyčiams stebėti, o jų meninė vertė nėra aktualizuota [39].

Meno sveikatai kontekste plačiai vartojama sąvoka „meninė veikla“ (angl. *art activity*). Lietuvos Respublikos Seimo (LRS) įsakyme dėl humanistinės kultūros ugdymo menine veikla sampratos tvirtinimo [215] taip pat išskiriamas „meninės veiklos“ terminas. Atsižvelgiant į įprastą praktiką, šiame darbe pasirinktas vartoti terminas „meninė veikla“.

2.5.3. Menas sveikatai: poveikis asmens sveikatai ir gerovei

Praktikai ir mokslininkai visame pasaulyje, siekdami rasti ir tirti inovatyvias, neinvazines ir ekonomiškai variabilias intervencijas, kurios apima šiuolaikinę sveikatos koncepciją, įgyvendina ir plėtoja meno ir kultūros/ meno sveikatai intervencijų poveikio tyrimus [73, 78, 219, 359]. Autoriai pažymi, kad meno sveikatai tyrimai yra plėtojama sritis ir tyrimų vykdymas yra labai svarbus ir sudėtingas uždavinys [82, 127, 350, 360]. Išskiriami šie meno poveikio sveikatai ir gerovei vertinimo sunkumai: iš prigimties kompleksinė ir kartais subtili meno ir kūrybiškumo siekimo prigimtis; didelė meno formų įvairovė; skirtingų sveikatos priežiūros ir bendruomenių aplinkų savitumai; individų dalyvaujančių projektuose skirtingumas; sveikatos problemų, kurias gali būti siekiama apimti, įvairovė; didelis sveikatos intervencijų – nuo profilaktikos ir stiprinimo iki gydymo, reabilitacijos ir paliatyvios slaugos – spektras [58]. Pasak Wilson ir kt. [391], skirtingų tyrimo

metodų naudojimas meninės veiklos poveikio tyrimuose yra labai naudingas ir skatintinas.

Vis daugėja įrodymų, kad meno sveikatai veikla stiprina sveikatą ir gerovę, ugdo kūrybiškumą, didina savivertę, skatina mokymąsi visą gyvenimą [74, 77, 136, 179, 311]. Ši veikla įvardijama kaip priemonė padidinti ir įgalinti visuomenės dalyvavimą bei sudaryti galimybes socialinei sąveikai bei kontaktų užmezgimui [236]. Dalyvavimas meninėje veikloje stiprina bendruomeniškumą [194, 267, 340, 439], didina socialinį dalyvavimą (socialinė parama, kontaktai, empatija, priklausymo jausmas) [199, 223, 290, 307, 313], padeda stiprinti bendruomenę (dalyvavimas, motyvacija, bendradarbiavimas, sveikatai palanki aplinka) [201, 351] ir didina socialinę sanglaudą (pvz., padeda suformuoti grupės identitetą, stiprina pasididžiavimo jausmą, toleranciją, atvirumą kultūrinei įvairovei) [304].

Meno sveikatai poveikis sveikatos priežiūroje apima tokius pasiekimus kaip: sustiprinta psichikos ir fizinė sveikata, sumažintas patiriamas skausmas [85], sumažintas stresas ir nerimas [47, 259], sumažintas hospitalizacijos laikas, padidintas pasitikėjimas sveikatos priežiūros darbuotojais [131, 261], sumažėjęs dėmesys vien medikamentiniam gydymui [345], lėšų sveikatos priežiūros paslaugų teikimui sutaupymas [280], sustiprinti socialiniai kontaktai [32], sukurta emocinės paramos aplinka [36], paskatinta sveikatos priežiūros darbuotojų gyvenimo būdo pusiausvyra [282], padidėjusi motyvacija darbe ir sumažėjusi darbuotojų kaita, sustiprintas bendruomeniškumo jausmas [105], dėl meno profesionalų įsitraukimo atsiradusios galimybės inovacijoms ir eksperimentams [310], sumažinti sveikatos netolygumai [281], optimizuota sveikatos ir menų infrastruktūra [269].

Meninė veikla gali padidinti atsparumą ligoms ar veikti kaip varomoji jėga, padedanti susidoroti su įvairiomis problemomis [45]. Kūrybinė veikla skatina atsipalaidavimą, padeda mažinti kraujospūdį, teigiamai veikia imuninę sistemą [197], o kūrybiškumas teigiamai veikia ir stimuliuoja galvos smegenis [139].

Autoriai, kalbėdami apie asmens dalyvavimą meninėje veikloje, išskyrė tris patyrimų lygmenis. Pirmasis lygmuo apima patirtis, atsirandančias dėl dalyvavimo meninėje veikloje: psichologinis atsakas (pvz., širdies dažnis, odos laidumas), išankstinis atsakas (pvz., susijaudinimas), susižavėjimas (pvz., tėkmė (angl. *flow*), koncentracija, naujos patirties įsisavinimas, energija ir įtampa). Antrasis lygmuo apima patirtis, kurios pastebimos netrukus, trumpame (kelių valandų ar dienų) laikotarpyje prieš ir po dalyvavimo, taip pat dalyvavimo meninėje veikloje metu (pvz., emocinis afektas ir reikšmės apmąstymas, dvasinis pakilimas, mokymasis ir kritinė refleksija, socialinio artumo patyrimas, estetiškas praturtėjimas ir kūrybinė aktyvacija). Trečiasis lygmuo apima išplėstinius ir suminius poveikius, kurie išlieka kelių mėnesių

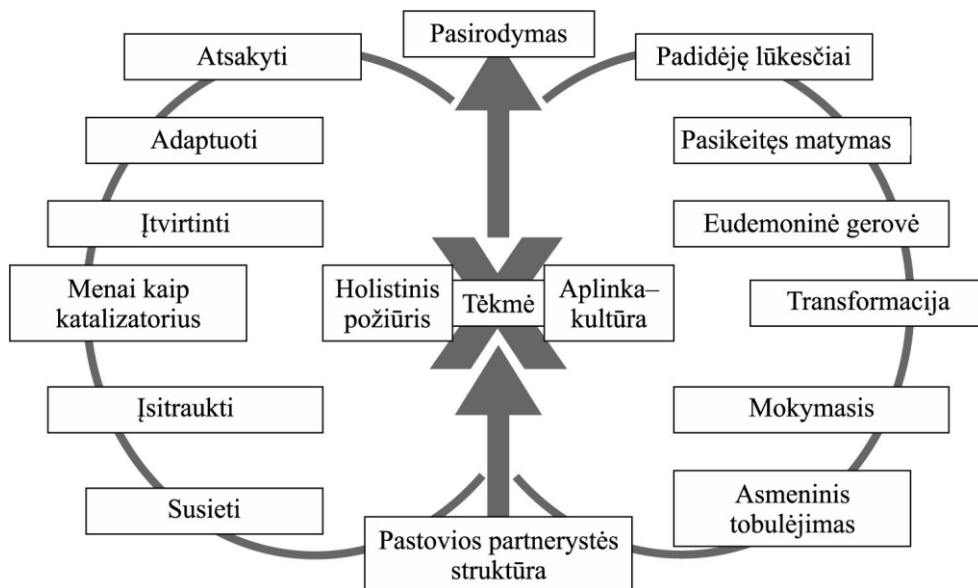
ar metų laikotarpyje po dalyvavimo meninėje veikloje (pvz., prisiminimai, socialinio priklausymo jausmas, atrasti asmens kūrybiniai ištekliai, padidėjusi empatija, praplėstas akiratis, pastebėtas teigiamas poveikis sveikatai ir subjektyviai gerovei) [50].

Dalyvavimas meninėje veikloje sukelia teigiamų emocijų. Išskiriami keturi asmens patyrimo etapai. Pirmajame etape patiriamos teigiamos emocijos, o tai keičia nuotaiką, atsiranda jausmai, kurie praplečia asmenų mąstyseną, padidėja dėmesys, intuicija, kūrybiškumas, kinta elgesys. Antrajame etape pažadinamos kūno sistemos: asmuo greičiau atsigauna, stiprėja imunitetas. Trečiajame etape patiriamas teigiamas poveikis sugebėjimui atgauti fizines ir dvasines jėgas, padidėja laimės jausmas, psichologinis augimas, sumažėja uždegiminis atsakas į stresą, sumažėja kasdieniai fiziniai skausmai ir kt. Ketvirtajame etape – ilgaamžiškumas, kuris siejamas su teigiamomis emocijomis [114].

Literatūroje išskiriamos penkios dalyvavimo meninėje veikloje patirčių grupės: 1) asmeninio tobulėjimo (pvz., saviaktualizacija, bendravimo įgūdžių gerinimas, kūrybiškumo didinimas, gebėjimo kritiškai mąstyti ugdymas, emocinės brandos skatinimas, sveikatos ir gerovės stiprinimas ir kt.); 2) ekonominės ir socialinės (pvz., tolerancijos, socialinių išteklių, socialinės įtraukties, bendruomenės stiprinimas, darbo jėgos praturtinimas kūrybiškumu ir kt.); 3) meno (pvz., sveikata ir gerovė, socialinių ryšių stiprinimas, estetiškas augimas, intelektinė stimuliacija, dvasinė vertė, emocinis rezonansas, klestėjimas); 4) žmogiškosios sąveikos (pvz., empatijos sustiprinimas, socialinio tinklo plėtra ir geresnių tarpusavio santykių kūrimas, komandinio darbo įgūdžių ugdymas, santykių šeimoje stiprinimas ir kt.); 5) bendruomeninės (pvz., bendruomeninio dalyvavimo skatinimas, galimybės dalintis, plėtoti socialinius ryšius sukūrimas, priklausymo grupei jausmo stiprinimas ir kt.). Dalyvavimas meninėje veikloje skatina asmens gebėjimą atgauti fizines ir dvasines jėgas, vysto socialinius ir asmeninius įgūdžius, sudaro galimybes pasiekimams bei saviraiškai [234].

Dalyvaudamas meninėje veikloje asmuo patiria teigiamas emocijas, dvasinį pakilimą ir tėkmės būseną [50]. Šioje būsenoje, pasak autorių, dėl didelio įsitraukimo į veiklą asmuo patiria prasmės ir kontrolės jausmą [257, 169, 235]. Amanda, Charlottė Garner, Clive'as Parkinsonas, Carolyn Kagan, Peteris Senioras 2007 m. [186] sukūrė dalyvavimo meninėje veikloje poveikio asmeniui – transformacijos/pokyčio modelį (angl. *the model of transformation*) (2.5.3.1 pav.). Transformacijos/pokyčio modelis kalba apie meninę veiklą, kuriančią ryšį tarp menininko ir kliento/paslaugos gavėjo. Meninės veiklos metu asmuo patenka į kūrybiškumo tėkmės būseną, susikaupia, tyrinėja, visiškai įsitraukia į tai, ką tuo metu veikia. Pasimiršta rūpesčiai, skausmas, liga ir visa, kas blaško. Ši patirtis stimuliuoja pokytį.

Pastebima, kad pagerėja nuotaika ir padidėja lūkesčiai, o tai atveria pokyčių galimybes. Tuo metu atsiranda elgesio pokyčio impulsas, kuris skatina asmeninį tobulėjimą. Tai randasi dėl palaikančios aplinkos ir kaip atsakas į pasikartojančią stimuliaciją bei į atsirandančią geros savijautos jauseną. Meninės veiklos metu sukurta aplinka stimuliuoja mokymąsi ir asmeninį tobulėjimą. Transformacijos/pokyčio modelį autoriai sukūrė atsižvelgę į didelę meno sveikatai veiklos patirtį ir į jos rezultatus [186].



2.5.3.1 pav. Transformacijos/pokyčio modelis [186].

Christina Putland [304] išskyrė meno sveikatai poveikį asmens sveikatai ir gerovei (2.5.3.1 lentelė).

2.5.3.1 lentelė. Meno sveikatai poveikis asmens sveikatai ir gerovei [304].

Objektas	Sveika populiacija Pirminė sveikatos priežiūra ir profilaktika Socialiniai ir ekonominiai veiksniai	„Rizikos“ populiacija Antrinė sveikatos prie- žiūra ir profilaktika	Ligos buvimas Tretinė sveikatos priežiūra ir gydymas Klinikinis valdymas	Lėtinis (kontroliuojamas) valdymas
1	2	3	4	5
Sveikatos intervencijų sritys	Visuomenės sveikata Sveikatos stiprinimas (kiti sektoriai)	Visuomenės sveikata Pirminė sveikatos priežiūra Sveikatos profilaktika	Hospitalinė sveikatos priežiūra Specialistų paslaugos Terapija	Sveikatos priežiūra bendruomenėje Pirminė sveikatos priežiūra
Meno praktikos sritys	(Visuomenės dalyvavimas meninėje veikloje/kultūroje) Bendruomeninis menas	Bendruomeninis menas (Menų terapija)	Menas sveikatos priežiūros aplinkose Meno programos sveikatos priežiūroje Menų terapija (Menas ir humanitariniai mokslai sveikatoje)	Bendruomeninis menas Menų terapija
Žinomas meno sveikatai poveikis	Dalyvaujamas menas, <i>susijęs su teigiamu poveikiu sergamumui ir mirštamumui</i> Europoje, JAV, Didžiojoje Britanijoje, Australijoje <i>Asmeninis vystymasis</i> (pvz., pasitikėjimas savimi, žinios, identitetas, įgalinimas, gyve- nimo kokybės rodikliai) <i>Kontrolės jausmas</i> (pvz., efektyvumas, meistriškumas) ryšys su imunine sistema	(apima poveikį sveikai populiacijai, taip pat pri- taikyti šį poveikį labiau- siai pažeidžiamoms rizi- kos grupėms) <i>Psichikos sveikatos po- reikiai</i> (pvz., padidinta savivertė, saviveiksmi- numas, savitarpio pagalba ir pozityvus požiūris, meistriškumas, autonomija)	<i>Sumažintas stresas ir nerimas:</i> pacientų, lankytojų grupėje <i>Sumažintas skausmas ir padidintas komforto jausmas pacientų grupėje.</i> <i>Sumažintas medikamentų poreikis</i> <i>Teigiamas poveikis neonatalinėje priežiūroje</i> <i>Sveikatos profesinis mokymas</i> (pvz., padidinti stebėsenos, koncentracijos, dėmesio, empatijos įgūdžiai ir kt.)	(apima poveikį sveikai ir rizikos populiacijai) <i>Būklių valdymas tokių kaip demencija: pažintinė,</i> psichosocialinė ir fizinė parama darbuotojams ir jų globėjams ir atokvėpis

2.5.3.1 lentelės tęsinys

1	2	3	4	5
Žinomas meno sveikatai poveikis	<i>Ilgūdžiai</i> (pvz., mokymosi, komandinio darbo, lankstumo, bendravimo) teigiamai veikia įsidarbinimo galimybes <i>Fizinė sveikata</i> (pvz., šokimas, dainavimas, grojimas muzikos instrumentais) palaiko kardiofunkciją, gerą fizinę būklę, smegenų veiklą <i>Socialinis dalyvavimas</i> (pvz., socialinė parama, kontaktai, empatija, priklausymo jausmas) teigiamai veikia gebėjimą susidoroti su problemomis <i>Bendruomenės stiprinimas</i> (pvz., dalyvavimas, motyvacija, bendradarbiavimas, sveikatai palanki aplinka) <i>Socialinė sanglauda</i> (pvz., grupės identitetas ir pasididžiavimo jausmas, tolerancija ir skirtumų supratimas ir atvirumas jiems)	<i>Padidintas informuotumas</i> apie problemas bei visuomenės supratingumo skatinimas <i>Sveikas gyvenimo būdas</i> (pvz., palaikymo sistemos, planavimo ir organizaciniai gebėjimai) <i>Sveikatos raštingumas</i> (pvz., žinios ir supratimas, jautrių problemų svarbos pažymėjimas, poreikių išreiškimas)		

2.5.3.1 lentelės tęsinys

1	2	3	4	5
Sisteminiai poveikiai su svarba politikai (jos strategijoms)	Struktūriniai ir socialiniai veiksniai turintys įtakos <i>sugebėjimui greitai atgauti fizinės ir dvasinės jėgas</i> Bendruomenės saugumas ir sanglauda susiję su sumažintu nusikalstamumu ir rasine diskriminacija <i>Žmogiškieji ištekliai</i> (pvz., išsilavinimas ir įgūdžiai) susiję su produktyvumui <i>Socialiniai ištekliai</i> (pvz., socialiniai kontaktai, pasitikėjimas ir ištekliai) susiję su socialine sanglauda <i>Kultūriniai ištekliai</i> (pvz., kūrybiniai gebėjimai, vertybės ir institucijos) susiję su socialine inovacija Dalyvauja sprendžiant pagrindines visuomenės sveikatos problemas STIRPINA SVEIKATĄ, DALYVAUJA RIZIKOS VEIKSNIŲ PROFILAKTIKOJE	<i>Išgalinimas</i>: padidėjęs pažeidžiamų visuomenės narių pajėgumas įgyvendinti pokyčius savo gyvenime <i>Žalos sumažinimas, profilaktika</i> <i>Sumažėjęs ligos paplitimas</i> (pvz., psichikos sveikatos, kt.) <i>Sumažintos sveikatos priežiūros išlaidos</i> (pvz., retesni specialistų vizitai, sumažėjęs vaistų vartojimas) Efektyvi priemonė skatinti elgesio pokyčius ir kovoti su išskylančiais rizikos veiksniais LIGŲ ATsirADIMO IR LĖTINIŲ AR ŪMIŲ BŪKLIŲ PROGRESAVIMO PROFILAKTIKA	<i>Sumažintas medikamentų poreikis</i> <i>Sumažintas hospitalizacijos laikas</i> <i>Aplinkos dizainas sumažina stresą pacientų grupėje</i>, padidina teikiamų paslaugų efektyvumą <i>Pagerėjusi nuomonė apie teikiamų paslaugų kokybę</i> <i>Pagerintas bendravimas tarp personalo ir pacientų, pacientų „valdymas“</i> <i>Padidinta personalo moralė ir sumažinta darbuotojų kaita. Kultūriškai atvira sveikatos priežiūra</i> Dalyvauja gerinant teikiamas paslaugas, padeda personalui teikti į pacientą orientuotas sveikatos priežiūros paslaugas UŽTIKRINA GERIAUSIĄ PRAKTIKĄ, MAŽINA NEVEIKSMINGUMĄ, IR NEREIKALINGAS SANAUDAS	<i>Smegenų aktyvumo ir funkcijų palaikymas</i> <i>Gyvenimo kokybė</i> asmenims turintiems ligą ar negalią <i>Sumažina išlaidas sveikatos priežiūrai</i> (pvz., retesni specialistų vizitai, sumažintas vaistų vartojimas) Pagalba asmenims gyventi savarankiškai SKATINA ORUMĄ – KOMPLIKACIJŲ, KT. PROFILAKTIKĄ

Apibendrinus literatūrą galime teigti, kad meno sveikatai veikla labiausiai išplėtota sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sektoriuose. Meninės veiklos rezultatai nebūtinai turi būti vertinami tik estetinio vertinimo kriterijais, svarbiausia yra pats dalyvavimo kūrybinėje veikloje procesas, siekiant daryti pozityvų poveikį asmens ir visuomenės sveikatai ir gerovei.

2.6. Asmens gerovės darbe problematika: meno sveikatai veikla slaugytojų sveikatos stiprinimui darbe

Akademiniame ir politiniame sektoriuose skiriama vis daugiau dėmesio gerovės darbe didinimui ir profilaktikai [9, 42, 95, 252, 355]. Asmens psichikos sveikata ir gerovė darbe yra pagrindinis darbingumo ir inovacijų ES šaltinis, todėl poreikis įgyvendinti profilaktikos programas darbovietėse sparčiai didėja. Europos psichikos sveikatos ir gerovės pakte pažymima, jog yra reikalinga gerinti darbo organizavimą, organizacinės kultūros ir vadovavimo praktiką, darbo vietose įgyvendinti psichikos sveikatos ir gerovės, rizikos įvertinimo ir profilaktikos programas [98]. PSO ir Tarptautinė darbo organizacija skelbia, jog darbo vietas reikia panaudoti sveikatos stiprinimui ir ligų profilaktikai. Pagal Europos sveikatos stiprinimo darbo vietoje tinklą, darbuotojų sveikatos stiprinimas – tai darbdavių, darbuotojų ir visuomenės jungtinės pastangos, siekiant stiprinti žmonių sveikatą ir gerovę darbe. Tai gali būti pasiekta derinant ir tobulinant darbo organizavimo ir darbo aplinkos sąlygas, skatinant aktyvų dalyvavimą ir asmeninį tobulėjimą [352]. Sveikatos stiprinimas ir sauga darbe yra vieni iš pagrindinių ES tikslų [103]. Europos Komisija [101] pabrėžia holistinio požiūrio į sveikatą ir saugą darbe kryptis ir svarbą. Kiekvienam darbuotojui privalo būti sudarytos saugios ir sveikos darbo sąlygos [203]. Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programoje teigiama, jog atsižvelgiant į tai, kad Lietuvoje dažniausiai žudosi darbingo amžiaus (45–59 metų amžiaus) žmonės, būtina daugiau dėmesio skirti saugiai ir sveikai psichosocialinei darbo aplinkai [204]. Lietuvoje vienas reikšmingiausių strateginių dokumentų, atspindintis valstybės perspektyvinės raidos viziją, yra 2014–2020 nacionalinė pažangos programa bei Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“. Šioje strategijoje pabrėžiama, kad aukštą pridėtinę vertę turinčios integralios Lietuvos ekonomikos pagrindas yra socialinis kapitalas. Vienas iš strateginių tikslų – gerinti dirbančių žmonių sveikatą ir didinti jų pajėgumą prisidedant prie šalies pažangios ekonomikos kūrimo [212]. Nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2016–2023 metų plėtros programoje numatyta – stiprinti darbingo amžiaus asmenų psichikos sveikatą – mažinti psichosocialinės rizikos poveikį darbuotojų sveikatai, atkreipti dėmesį į psichosocialinių stresorių ir psichologinio atsparumo poveikio darbuotojų sveikatai svarbą

[216]. Europos psichikos sveikatos ir gerovės pakte (angl. *European pact for mental health and well-being*) [98] teigiama, kad yra reikalinga imtis priemonių vykdyti darbo sukeltos streso profilaktiką.

Remiantis Suomijos profesinės sveikatos instituto tyrimais, gerovės darbe skatinimo nauda įsiterpia į tris lygmenis: 1) nacionaliniame lygmenyje tai lemia dirbančiųjų produktyvumą, ilgesnį dalyvavimą darbo rinkoje, ilgesnį pensinį amžių, mažesnį nedarbingumą dėl ligos; 2) įmonių kontekste tai lemia geresnį darbo vietos įvaizdį, darbuotojų kompetentingumą, iniciatyvumą ir didesnes mokymosi galimybes, geresnę darbo kokybę, didesnį įmonės pelną, geresnius kolektyvo santykius; 3) individo lygmenyje tai lemia teigiamą darbo aplinką, didesnę motyvaciją dirbti, mažesnį streso patyrimą, didesnes karjeros galimybes ir t. t. [354]. Sveikatos stiprinimas darbe sukuria daugiau optimizmo, entuziazmo, padidina išitraukimą ir keičia mąstymą [296]. Dėmesys asmenų gerovei darbe padeda asmenims jaustis laimingais, kompetentingais ir patenkintais savo darbu. Tyrimai rodo, kad asmenys, kurie turi aukštesnį gerovės standartą darbe, yra kūrybiškesni, ištikimesni darbdaviui, produktyvesni ir sukuria didesnį vartotojų pasitenkinimą gaunamos paslaugos ar produkto kokybe negu asmenys, kurių darbo vietoje gerovės standartas yra žemesnis [162].

Meno sveikatai veikla naudojama sveikatos priežiūroje siekiant gerinti teikiamų paslaugų kokybę bei vartotojų ir personalo patirtis (pvz., didinti personalo pasitenkinimą ir ugdyti bendravimo įgūdžius) bei stiprinti bendruomenę (pvz., vystyti bendruomenės pajėgumą ir gerovę) [84]. Meno sveikatai veikla – tai priemonė praturtinti ir praplėsti sveikatos priežiūros paslaugų kultūrą; taip pat tai yra būdas gerinti medicinos ir kito sveikatos priežiūros personalo dėmesio ir stebėsenos, empatijos ir bendravimo įgūdžius [248]. Meno sveikatai veikla gali būti priemonė asmens saviraiškai ir asmeniniam tobulėjimui, taip pat – būdas didinti dėmesio, stebėsenos, empatijos ir bendravimo įgūdžius sveikatos priežiūros specialistų kontingente; bendruomenėms spręsti sveikatos ir gerovės problemas paskatinant naują mąstymą/požiūrį; padidinti bendruomeninį dalyvavimą; socialinius santykius ir bendravimą [84]. Meno sveikatai veikla, vykdoma sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sektoriuose pasitelkiama siekiant – gerinti sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikėjų psichosocialinę ir dvasinę gerovę; pasitelkti meną sveikatos priežiūros personalo kūrybiškumui ugdyti, empatijai ir bendravimui skatinti; puoselėti bendruomenės sveikatą ir gerovę; kurti ar gerinti sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų įstaigų aplinką [39]. Angusas [13] meno sveikatai veikloje išskyrė šiuos elementus: meną ligoninėse (vizualių ir scenos menų naudojimas gerinti personalo patirtis ligoninėje): pasyvi auditorija, aktyvios dirbtuvės. Meno sveikatai veikla sveikatos priežiūros specialistų darbe (skatinti empatiją ir bendravimą).

Bendruomenės menas (meno, kaip veiksmingos priemonės, naudojimas kurti bendruomenes).

Meno sveikatai veikla – tai priemonė: stiprinti slaugytojų/sveikatos priežiūros darbuotojų sveikatą ir gerovę darbe, keliant kompetenciją, ugdant kūrybiškumą; didinti darbingumą ir pasitenkinimą darbu, didinant stebėsenos, diagnostikos ir bendravimo įgūdžius, empatiją, kuriant glaudesnę ir humanistinę paciento – darbuotojo ryšį; skatinti asmeninį tobulėjimą, siekiant mažinti patiriamą stresą ir nuovargį [93, 130, 150, 193, 299, 380]. Kūrybiškumas, bendravimo įgūdžiai, rūpestis ir empatija yra pagrindiniai slaugytojo darbo komponentai [273]. Slaugytojas turi gebėti įsitraukti į paciento situaciją su empatija, intuicija ir įsipareigojimu [120]. Dalyvavimas meninėje veikloje skatina asmeninį tobulėjimą, didina kūrybiškumą, empatiją, vysto socialinius ir asmeninius įgūdžius, sudaro galimybes pasiekimams bei saviraiškai [234, 235]. Dalyvavimas meninėje veikloje didina empatiją [50].

Slaugos specialistams reikalingos profesinio tobulėjimo galimybės [67]. Autorių tyrimuose [26, 29, 89, 133] pažymima, kad dėmesingo įsisąmoninimo veikla, kurioje asmuo valingai sutelkia dėmesį į konkretų objektą/dabarties akimirką, rekomenduojama sveikatos priežiūros darbuotojų gerovei stiprinti. Autoriai siūlo įgyvendinti sąmoningo/dėmesingo įsisąmoninimo programas ligoninėse, kurios padėtų mažinti slaugos specialistų patiriamą stresą [146]. Rekomenduojama vykdyti darbuotojams skirtas mokymų programas, kurios sukurs galimybę patirti „tėkmės būseną“, padėsiančią kasdienybėje, ne vien darbo, bet ir namų aplinkoje. Mokymų programose darbuotojai galės įgyti reikalingų įgūdžių: koncentracijos, dėmesio sutelkimo ne į neigiamus, o į pozityvius įvykius, atsipalaidavimo ir dėmesio sutelkimo į dabarties momentą [327]. Kaip teigia autoriai, tėkmės būseną turi teigiamą poveikį darbuotojų gerovei, o tai teigiamai veikia ir jų artimuosius/partnerius. Darbuotojai turi mažai asmeninio laiko dalyvauti veikloje, kuri padeda jiems atsigauti nuo iššūkių keliančios darbo aplinkos, ir atlikti darbus pilnu pajėgumu. Organizacijos turi didinti darbuotojų žinias apie kūrybinės veiklos naudą, siekiant atgauti jėgas po darbo. Organizacijos turėtų apsisvarstyti darbuotojų profesinio tobulėjimo galimybes, kurios sukurtų prielaidas kūrybinei veiklai ne darbo metu, pvz., darbuotojai galėtų atsinešti savo meno kūrinius dekoruoti darbovietes, darbuotojams būtų suteikiami abonementai/narystė lankyti pasirinktą meno studiją, praktikuoti kūrybinio rašymo mokomąsias priemones, turėti galimybę naudotis muzikos instrumentais [93]. Autoriai rekomenduoja meninę veiklą integruoti į darbo aplinką [362]. Meninė veikla kuria jaukią aplinką, kurioje sveikatos priežiūros personalas gali išreikšti neigiamas kasdienybės patirtis ir emocijas ir dėl to – nepernešti jų į namų ar darbo aplinką [320].

Teigiamos emocijos darbe turi teigiamos įtakos darbuotojų fizinei, pažintinei ir emocinei gerovei bei darbuotojų artimiesiems/partneriams [83]. Padidintas darbuotojų laimės jausmas netiesiogiai padidina darbuotojo artimųjų/partnerių laimės jausmą [319]. Meninės veiklos integravimas į sveikatos priežiūros darbuotojų aplinką/darbą pagerins teikiamų paslaugų kokybę, tai bus naudinga tiek personalui, tiek pacientams, padės mažinti slaugos personalo kaitą [391]. Kaip teigia autoriai [361], vis daugiau dėmesio skiriama kūrybinės veiklos darbe plėtotei, siekiant gerinti psichosocialinę darbo aplinką. Sveikos darbo aplinkos slaugytojoms kūrimas ir palaikymas yra būtinas, siekiant gerinti jų gyvenimo kokybę, mažinti darbuotojų kaitą, didinti darbingumą ir produktyvumą ir užtikrinti saugią teikiamų slaugos paslaugų praktiką [10]. Meninė veikla gali pozityviai veikti darbo kultūrą, slaugymo praktiką ir teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę [335]. Dalyvavimas kultūrinėje veikloje yra susijęs su pasiekimais darbe, darbuotojų gerove ir motyvacija. Savaitinis dalyvavimas kultūrinėje veikloje teigiamai veikia kūrybiškumą darbe ir darbo našumą. Medicinos darbuotojų kūrybiškumas yra svarbus siekiant sveikatos priežiūros paslaugų kokybės. Kūrybiškumas sveikatos priežiūros personalo darbe gali būti apibūdintas kaip: sklandus ir lankstus komandinis darbas, bendravimas su pacientais, geri kasdienių problemų sprendimo įgūdžiai, mokymasis iš klaidų, prasmingas darbo proceso vystymas, praktinis naujų gydymo metodų/gairių pritaikymas, gebėjimas rasti funkcionalius ir veiksmingus būdus išvengti nuovargio [365].

Meno sveikatai veikla sveikatos priežiūros įstaigose padeda mažinti darbuotojų kaitą, teigiamai veikia asmenų sveikatą bei padeda mažinti išlaidas sveikatos priežiūrai (pvz., mažesnis specialistų vizitų poreikis, sumažėjęs vaistų vartojimas), kuria kultūriškai atvirą sveikatos priežiūrą, padeda gerinti teikiamas paslaugas ir bendravimą tarp personalo ir pacientų, didina personalo produktyvumą, skatina sveiką gyvenimo būdą, didina socialinę paramą, stiprina bendruomeniškumą, didina socialinę sanglaudą, kultūrinius (pvz., kūrybiniai gebėjimai, vertybės ir institucijos – kas yra susiję su socialine inovacija) ir socialinius išteklius (pvz., socialiniai kontaktai, pasitikėjimas ir ištekliai, o tai yra susiję su socialine sanglauda), teigiamai veikia personalo gebėjimą susidoroti su problemomis, padeda stiprinti empatijos, stebėsenos, koncentracijos, dėmesio, mokymosi, komandinio darbo, lankstumo, bendravimo įgūdžius [304]. Meno integravimo į sveikatos priežiūrą ir jos humanizavimo svarba ryški dėl teigiamo poveikio pasitenkinimui darbu, gydytojo ir paciento ryšio stiprinimui, sveikatos priežiūros darbuotojų empatijos didinimui ir kultūrinei įvairovei [339]. Pasak autorių [87], meninė veikla ir kūrybiškumo ugdymas sveikatos priežiūros kontekste teikia tokią naudą: suteikia galimybę sveikatos priežiūros personalui įgyti

kūrybiškumo įgūdžių, gerinti teikiamų paslaugų kokybę, pasiūlo būdą mažinti darbe patiriamą stresą, gerinti tarpusavio santykius tarp sveikatos priežiūros personalo ir paslaugų vartotojų, skatina mokytis visą gyvenimą, didina motyvaciją, teigiamai veikia sveikatos priežiūros darbuotojų moralę, stiprina personalo psichikos, fizinę, emocinę ir dvasinę gerovę, didina pasitikėjimą savo jėgomis ir savivertę, didina paslaugų vartotojų ir jų artimųjų pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugų kokybe. Autoriai siūlo pasitelkti meninę veiklą, kaip priemonę, siekiant mažinti sveikatos priežiūros darbuotojų stresą ir didinti jų gerovę darbe [365].

Meninė veikla sudaro sąlygas mažinti stresą patiriamą darbe, atskleisti sveikatos profesionalų kūrybiškumą [150]. Dalyvavimas meninėje veikloje gali mažinti stresą ir veikia kaip priemonė, padedanti mažinti chroniškų ligų paplitimą [348]. Patricia A. Repar, Steve'as Reidas [314] teigia, kad meninė veika gali padėti mažinti slaugytojų darbe patiriamą stresą, gerinti bendravimo bei paslaugos kokybę. Meninė veikla darbe teigiamai veikia darbuotojų sveikatą, ypačiai emocinį išsekimą [362]. Menas padeda siekti darbo aplinkos kokybės, stiprinti bendruomeniškumo jausmą ir mažinti darbuotojų kaitą [360].

Autorių tyrimas [321] parodė, kad dalyvavimas meninėje veikloje padidino darbuotojų gebėjimą susidoroti su stresu. Meninėje veikloje nedalyvavusieji šio pokyčio neišvardijo. Meno integracija į sveikatos priežiūrą gali kurti naudą bendruomenėms: dalyvavimas meninėje veikloje suburia asmenis, sudaro sąlygas siekti profilaktinių ir sveikatos stiprinimo tikslų, komunikuoti sveikatos informaciją ir didinti sveikatos žinias [320]. Meninė veikla ligoninėse gali paskatinti bendravimą tarp personalo ir pacientų, gerinti jų tarpusavio santykius, padėti kurti geresnę darbo aplinką [391]. Autorių tyrimai parodė, kad meno naudojimas ligoninėse teigiamai veikia slaugytojų tarpusavio santykius [335, 365]. Autorių tyrimuose [324, 373] nustatyta, kad dalyvavimas meninėje veikloje padidino darbo kolegų socialinę paramą.

Apibendrinant mokslinę literatūrą matyti, kad meno sveikatai veikla sveikatos priežiūros įstaigose teigiamai veikia asmenų sveikatą, padeda mažinti darbuotojų kaitą ir išlaidas sveikatos priežiūrai. Dalyvavimas kultūrinėje veikloje yra susijęs su kūrybiškumu ir pasiekimais darbe, darbuotojų gerove ir motyvacija. Akcentuojamas meno integravimo į sveikatos priežiūrą humanistinis aspektas: pasitenkinimo darbu padidėjimas, gydytojo, slaugytojo ir paciento ryšių stiprinimas, sveikatos priežiūros darbuotojų empatijos ugdymas.

3. TIRIAMOJI IMTIS IR TYRIMO METODIKA

3.1. Bendra tyrimo schema

Tyrimą sudarė:

1. Bandomieji tyrimai: bandomasis tyrimas 1, bandomasis tyrimas 2, bandomasis tyrimas 3
2. Pagrindinis tyrimas:
Momentinė anoniminė slaugos personalo anketinė apklausa
Meninės veiklos tyrimas slaugos personalo imtyje

3.2. Tyrimo imties sudarymas ir tyrimo organizavimas

3.2.1. Bandomasis tyrimas 1, bandomasis tyrimas 2, bandomasis tyrimas 3

Bandomasis tyrimas 1

Siekiant sudaryti pagrindinio tyrimo instrumentą buvo atliktas bandomasis tyrimas 1. Tyrimas vyko 2012 m. rugsėjo-lapkričio mėn. ligoninėje „A“, Vilniuje. Tyrime buvo rengta tapybos ant šilko meninė veikla ligoninės medicinos personalui (n=34). Meninė veikla vyko 8 savaites, vieną kartą per savaitę. Meninę veiklą vedė profesionali menininkė. Meninė veikla buvo rengiama ligoninės patalpose, asmenų ne darbo metu. Meninė veikla buvo nemokama ir kiekvienos dirbtuvės truko apie 2 val. Tyrime buvo vykdoma anoniminė anketinė apklausa du kartus (tyrimo pradžioje, prieš pirmas tapybos ant šilko dirbtuves) ir tyrimo pabaigoje (prieš paskutines tapybos ant šilko dirbtuves). Tyrime buvo adaptuota WEMWBS skalė. Naudoti WEMWBS instrumentą buvo gautas skalės autorių leidimas. WEMWBS buvo išversta iš anglų kalbos į lietuvių kalbą (pasitelkus vertėją, susijusį su sveikatos kontekstu/skalės tematika, ir kitą ekspertą/vertėją, nesusijusį su šiuo kontekstu) (pirminis skalės vertimas). Buvo atliktas atgalinis klausimyno vertimas iš lietuvių kalbos į anglų kalbą (pasitelkus vertėją, kuris nebuvo susipažinęs su pirmine skalės versija, ir sveikatos bei kultūros ekspertus, laisvai kalbančius anglų kalba). Tada buvo pasirinktas tinkamiausias klausimyno originalą atitinkantis variantas. Buvo atlikta bandomoji medicinos darbuotojų anoniminė momentinė anketinė apklausa ligoninėje „A“, Vilniuje (n=10), naudojant WEMWBS. Respondentai gerai suprato WEMWBS teiginius ir nepateikė pastabų ar pasiūlymų dėl instrumento tobulinimo. Šis WEMWBS instrumentas (Cronbacho alpha koeficientas 0,9) toliau koreguotas nebuvo ir naudotas pagrindiniame tyrime.

Bandomasis tyrimas 2

Siekiant sudaryti pagrindinio tyrimo instrumentą buvo atliktas bandomasis tyrimas 2. Tyrimas vyko 2013 m. rugsėjo-lapkričio mėn. ligoninėje „B“ ir ligoninėje „C“, Panevėžyje. Tyrime buvo rengta tapybos ant šilko meninė veikla ligoninės medicinos personalui (n=20), vieną kartą per savaitę, viso 8 sav. Meninę veiklą vedė profesionali menininkė. Meninė veikla buvo rengiama ligoninės patalpose, dalyvių ne darbo metu. Meninė veikla buvo nemokama ir kiekviena iš dirbtuvių truko apie 2 valandas. Tyrime buvo vykdoma anoniminė anketinė apklausa du kartus (tyrimo pradžioje, prieš pirmas tapybos ant šilko dirbtuves) ir tyrimo pabaigoje (prieš paskutines tapybos ant šilko dirbtuves). Šiame tyrime buvo naudoti Lietuvoje adaptuoti MFI-20 ir Streso skalės instrumentai. Respondentai gerai suprato MFI-20 ir Streso skalės teiginius ir nepateikė pastabų ar pasiūlymų dėl instrumento tobulinimo. MFI-20 (Cronbacho alpha koeficientas 0,9) ir Streso skalė (Cronbacho alpha koeficientas 0,8) toliau koreguoti nebuvo ir naudoti pagrindiniame tyrime.

Bandomasis tyrimas 3

Prieš pradėdant vykdyti pagrindinį tyrimą, siekiant nustatyti anketos klausimų aiškumą ir tinkamumą, buvo atlikta momentinė anoniminė slaugos personalo imties (slaugytojas (-a), slaugytojo (-os) padėjėjas (-a), slaugos administratorius (-ė)) anketinė apklausa (n=10) ligoninėje „D“, Vilniuje, naudojant tyrimo anketą sudarytą iš: MFI-20, Streso skalės, SF-36 ir WEMWBS. Tiriamieji laisvu apsisprendimu sutiko dalyvauti tyrime. Visos tyrimo anketos buvo pildytos anonimiškai. Buvo užtikrintas gautųjų anketinės apklausos duomenų konfidencialumas. Respondentai suprato anketos klausimus, nepateikė pastabų dėl anketos klausimų ir jų pildymo, todėl ši tyrimo anketa toliau nebuvo koreguota.

Prieš pradėdant vykdyti pagrindinį tyrimą, siekiant įvertinti matavimų pastovumą, buvo atlikta pakartotinė anoniminė anketinė apklausa slaugos personalo kontingente (slaugytojas (-a), slaugytojo (-os) padėjėjas (-a), slaugos administratorius (-ė)) ligoninėje „D“, Vilniuje (angl. *test-retest*), (n=10). Tyrimo anketa sudaryta iš: MFI-20, Streso skalės, SF-36 ir WEMWBS. Pakartotinėje anoniminėje anketinėje apklausoje dalyvavęs slaugos personalas (nedalyvavęs anketos klausimų aiškumo ir tinkamumo vertinimo anketinėje apklausoje) apie pakartotinės anoniminės anketinės apklausos vykdymą perspėtas nebuvo. Laikotarpis tarp dviejų testavimų – septynios dienos. Respondentai laisvu apsisprendimu sutiko dalyvauti tyrime. Visos tyrimo anketos buvo pildytos anonimiškai. Buvo užtikrintas gautųjų anketinės apklausos duomenų konfidencialumas. Matavimų pastovumas

laiko atžvilgiu tikrintas sudedamųjų dalių pastovumo (angl. *split-half*) testu ir įvertintas Spearmano-Brown koeficientu. Nustatyta, kad klausimyno pastovumas laike buvo pakankamas (Spearman-Brown koeficientas 0,8). Pasak autorių, Spearmano-Brown koeficiento dydis 0,8 rodo adekvatų priemonės konstrukto stabilumą [275]. Vidiniam klausimyno patikimumui įvertinti apskaičiuotas Cronbacho alpha koeficientas (0,7), kuris parodė patenkinamą klausimyno patikimumą [125, 302, 356]. Spearmano-Brown'o padidinto patikimumo koeficiento reikšmė artima Cronbacho alfa koeficiento reikšmei, parodo, kad atsakymų į atskirus klausimus dispersijos yra panašios [302]. Ši tyrimo anketa nebuvo koreguota ir naudojama pagrindiniame tyrime.

3.2.2. Pagrindinis tyrimas

Momentinė anoniminė išplėstinės populiacijos grupės anketinė apklausa Lietuvos Respublikoje

Tyrimas vyko: 2015 sausio mėn.–2015 vasario mėn. Lietuvos Respublikoje.

Tyrimo tikslinė grupė: slaugos personalas (slaugytojas (-a), slaugytojo (-os) padėjėjas (-a), slaugos administratorius (-ė)).

Įtraukimo į tyrimą kriterijai:

- šių pareigybių darbuotojai: slaugytojas (-a), slaugytojo (-os) padėjėjas (-a), slaugos administratorius (-ius);
- asmenys, dirbantys ligoninėje;
- asmenys, sutinkantys dalyvauti tyrime.

Tyrimo generalinė aibė nustatyta remiantis Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenimis [205]. 2012 m., pagal aktyvaus personalo duomenis, Lietuvoje buvo 22 796 profesinę slaugytojų klasifikaciją turinčių asmenų. Apskirtyse dirbo tiek slaugytojų: Vilniaus – 6568, Kauno – 4888, Klaipėdos – 2906, Šiaulių – 2179, Panevėžio – 1957, Alytaus – 1090, Utenos – 939, Marijampolės – 826, Telšių – 862, Tauragės – 581.

Išplėstinės populiacijos grupės imties dydis buvo apskaičiuotas remiantis registruotų slaugos specialistų skaičiumi. Sudarant imtį ir siekiant gauti didesnę imties reprezentatyvumą, buvo taikomi tikimybiniai imties sudarymo metodai. Teigiama, kad 95 proc. reikšmingumo lygmuo ir paklaidų ribos ± 4 –5 proc. daugumai vadybos sprendimų yra pakankami [125]. Literatūroje pateikiamas rekomenduojamas imties dydis su ± 5 proc. paklaida, kai populiacijos dydis yra 25000 yra 378, kuomet populiacijos dydis 50000-381; 100000-383, 1000000-384 [302]. Kęstutis Kardelis [172]

pateikė imties dydžių lentelę, pagal kurią: kai generalinės visumos dydis yra 100000, tada imties dydis su 5 proc. paklaida – 398; atitinkamai generalinės visumos dydžiai yra: 500-222, 1000-286, 2000-333, 3000-350, 4000-360, 5000-370, 10000-385, 100000-398. Rekomenduojama imties dydį nustatyti atsižvelgiant į 5 proc. paklaidą [172]. Pasirinkus 95 proc. reikšmingumo lygmenį ir paklaidos ribą ± 5 proc., mūsų tiriamos populiacijos dydis nulėmė minimalų imties dydį, kai $n=393$. Imties dydis buvo apskaičiuotas ir kitose imties skaičiavimo sistemose [151, 325]. Gautas imties dydis buvo 378.

Pasirenkant imties dydį buvo atsižvelgta į respondentų atsakomumo dažnį. Remiantis Giedriaus Vanago, Susannos Bihari-Axelsson [374] atlikto tyrimo rezultatais, medicinos darbuotojų imtyje atsako dažnis siekė 66 proc. Numatant, kad šiame tyrime ne visi atrinktų įstaigų slaugytojai dalyvaus anketinėje apklausoje (pvz., dėl laikino nedarbo ar kitų priežasčių), buvo suformuota didesnė respondentų imtis. Planuota apklausti ne mažiau kaip 500 respondentų.

Sudarant tyrimo imtį buvo naudota atsitiktinė atranka. Remiantis Lietuvos teritorijos administraciniu paskirstymu pagal apskritis, iš dešimties Lietuvos teritorijos apskričių buvo atrinktos 5 apskritys (Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio). Toliau tyrime iš šių penkių apskričių buvo atrinktos didžiosios apskričių centrų ligoninės, kuriose buvo šie skyriai: chirurgijos, terapijos, priėmimo ir skubios pagalbos, reanimacijos ir intensyvios terapijos, akušerijos ir ginekologijos, slaugos ir palaikomojo gydymo. Kiekvienoje apskrityje atrinkta po vieną didžiąją apskrities centro ligoninę: ligoninė „F“ (Vilniaus), ligoninė „G“ (Kauno), ligoninė „H“ (Klaipėdos), ligoninė „I“ (Šiaulių) ir ligoninė „J“ (Panevėžio) apskričių centruose. Buvo apklausti visi atrinktų ligoninių slaugos specialistai (slaugytojai (-os), slaugytojo (-os) padėjėjai (-os), slaugos administratoriai (-ės)), dirbantys aukščiau minėtuose skyriuose ir sutinkantys dalyvauti tyrime.

Į išplėstinės populiacijos grupės tyrimo analizę buvo įtraukti 436 respondentai (atsako dažnis 85,5 proc.).

Meninės veiklos tyrimas slaugos personalo imtyje Kauno apskrityje

Tiriamųjų atrankai buvo naudojamas atsitiktinės atrankos sudarymo metodas. Iš Kauno apskrities centro ir apskrities rajono ligoninių buvo atrinkta viena ligoninė. Tyrimas vyko ligoninėje „E“, Kauno apskrities centre. Tikslinė tiriamųjų grupė – ligoninės slaugos personalas. Tyrimas vykdytas 2014 m. spalio-gruodžio mėn.

Tuo metu ligoninėje dirbo 554 slaugos darbuotojai, iš kurių 115 dalyvavo tyrime. Gavus įstaigos vadovo, vyr. slaugytojo ir ligoninės etikos

komiteto sutikimą atlikti tyrimą konkrečioje ligoninėje, įstaigos slaugos personalo darbuotojai buvo kviečiami dalyvauti tyrime. Ligoninėje buvo pradėtos sudaryti tiriamųjų grupės: poveikio grupė ir kontrolinė grupė. Buvo paskelbtas atviras kvietimas dalyvauti tyrime. Atviras kvietimas buvo paskelbtas per ligoninės administracijos suorganizuotą viešą susitikimą su slaugos personalu bei pasitelkus elektroninės komunikacijos priemones.

Slaugos personalui buvo pasiūlyta 60 vietų dalyvauti tapybos ant šilko meninėje veikloje.

Įtraukimo į tyrimą kriterijai poveikio grupei:

- šių pareigybių darbuotojai: slaugytojas (-a), slaugytojo (-os) padėjėjas (-a), slaugos administratorius (-ius);
- asmenys, dirbantys ligoninėje;
- asmenys, sutinkantys dalyvauti tyrime;
- asmenys, galintys dalyvauti visoje tyrimo programoje;
- asmenys, neturintys tapybos ant šilko patirties.

Dalyvauti tapybos ant šilko meninėje veikloje užsiregistravo 56 slaugos specialistai, dirbantys ligoninės chirurgijos, terapijos, priėmimo ir skubios pagalbos reanimacijos ir intensyvios terapijos akušerijos ir ginekologijos slaugos ir palaikomojo gydymo skyriuose.

Kontrolinė grupė (slaugos specialistai, nedalyvausiantys meninėje veikloje, bet dalyvaujantys tyrime-anoniminėje anketinėje apklausoje) buvo sudaryta iš slaugos personalo, kuris sutiko dalyvauti tyrime ir dirbo tuose pačiuose ligoninės skyriuose kaip ir asmenys poveikio grupėje.

Įtraukimo į tyrimą kriterijai kontrolei grupei:

- šių pareigybių darbuotojai: slaugytojas (-a), slaugytojo (-os) padėjėjas (-a), slaugos administratorius (-ius);
- asmenys, dirbantys ligoninėje (chirurgijos, terapijos, priėmimo ir skubios pagalbos reanimacijos ir intensyvios terapijos akušerijos ir ginekologijos slaugos ir palaikomojo gydymo skyriuose);
- asmenys, sutinkantys dalyvauti tyrime;
- asmenys, galintys dalyvauti visoje tyrimo programoje;
- asmenys, neturintys tapybos ant šilko patirties.

Į kontrolinę grupę įtraukti 59 asmenys. Poveikio grupės ir kontrolinės grupės dalyvavimas tyrime buvo savanoriškas ir nemokamas. Respondentai buvo raštiškai ir žodžiu supažindinti su tyrimo tikslu ir turiniu. Visi poveikio ir kontrolinės grupių asmenys laisvai apsisprendė dalyvauti tyrime. Buvo užtikrintas tyrimo duomenų anonimiškumas ir konfidencialumas.

Meninė veikla

Poveikio grupė dalyvavo tapybos ant šilko meninėje veikloje. Asmenims buvo pasiūlytos penkios meninės veiklos užsiėmimų grafikų alternatyvos – jie galėjo pasirinkti labiausiai jiems tinkantį meninės veiklos laiką ir savaitės dieną. Buvo sudarytos penkios asmenų grupės: keturiose grupėse buvo po 11 dalyvių, penktoje grupėje – 12 dalyvių. Meninės veiklos turinys visoms poveikio grupėms buvo vienodas. Kiekvienai grupei tapybos ant šilko meninė veikla buvo rengiama vieną kartą per savaitę, iš viso – dešimt savaičių (10 meninės veiklos dirbtuvių). Tapybos ant šilko meninė veikla buvo nemokama, vienos dirbtuvės truko dvi valandas. Meninę veiklą kiekvienoje grupėje vedęs profesionalus menininkas taip pat buvo tyrimo komandos narys. Tapybos ant šilko meninė veikla buvo rengiama darbovietėje (ligoninės aplinkoje), ne darbo metu. Slaugos personalas reguliariai dalyvavo tapybos ant šilko meninėje veikloje. Asmenys, kurie negalėjo sudalyvauti jų pasirinktą dirbtuvių dieną, galėjo prisijungti prie kitos grupės meninės veiklos dirbtuvių, vykstančių tą pačią savaitę. Visi asmenys poveikio grupėje sudalyvavo visoje tapybos ant šilko meninės veiklos programoje.

Tapybos ant šilko meninė veikla buvo ne menų terapijos, o meno sveikatai veikla, kuri neturėjo jokių terapinių tikslų – slaugos personalas galėjo patirti meninę kūrybą, aktyviai dalyvauti, laisvai kurti, išreikšti savo kūrybiškumą, atsipalaiduoti, bendrauti su kolegomis ir kt. Slaugos personalas kūrybinėse meno dirbtuvėse eksperimentavo su skirtingomis tapybos ant šilko technikomis, kūrė įvairius meno kūrinius (pvz., tapė šilku aptrauktus lankelius, skarele, šalikėlius, paveikslus). Kūrybinių rezultatų turinys ir temos buvo sugalvotos pačių meninės veiklos dalyvių. Kūryba vyko bendradarbiaujant su menininku-veiklos vadovu, kuris pasidalindavo technikų taikymo subtilybėmis, patardavo kūrybiniame procese. Pirmų kūrybinių dirbtuvių metu poveikio grupė susipažino su tapybos ant šilko teorija, technikomis, priemonėmis bei eksperimentavo su dažais, liejo dažus ant šilku aptraukto lankelio. Antrų ir trečių kūrybinių meno dirbtuvių metu kiekviena dalyvė tapė ant šilko ir sukūrė sau skarelę. Ketvirtų ir penktų kūrybinių meno dirbtuvių metu kiekviena poveikio grupės dalyvė sukūrė didesnės apimties šalikėlį. Šeštų ir septintų kūrybinių meno dirbtuvių metu asmenys sukūrė paveikslą. Aštuntų-dešimtų kūrybinių meno dirbtuvių metu asmenys sukūrė pagrindinį paveikslą. Poveikio grupės kūrybiniai rezultatai buvo pristatyti viešose parodose Kauno mieste ir ligoninėje. Poveikio ir kontrolinė grupės nurodė, kad tyrimo metu nedalyvavo jokiose kitose meninėse veiklose ir neužsiėmė kūrybine veikla namuose ar kitur. Šiam tyrimui buvo pasirinkta tapyba ant šilko dėl to, kad ši technika nereikalauja specialių

tapybos žinių ir įgūdžių, techninis atlikimas yra nesudėtingas, o kūrybinis rezultatas yra gana greitai ir žaismingai pasiekiamas. Pagrindiniame tyrime nutarta taikyti tapybos ant šilko meninę veiklą, atsižvelgus į bandomųjų tyrimų 1 ir 2 rezultatus.

Poveikio ir kontrolinės grupių anketinė apklausa buvo atlikta tyrimo pradžioje – prieš pirmas tapybos ant šilko dirbtuves (prieš meninę veiklą) ir tyrimo pabaigoje – prieš paskutines tapybos ant šilko dirbtuves (po meninės veiklos). Iš viso anketinėje apklausoje prieš meninę veiklą dalyvavo 115 slaugos specialistų (56 – poveikio grupėje ir 59 – kontrolinėje grupėje). Anketinėje apklausoje prieš meninę veiklą visi asmenys poveikio grupėje ($n=56$) ir kontrolinėje grupėje ($n=59$) tinkamai užpildė tyrimo anketas, neatsakytų ar nepilnai užpildytų tyrimo anketų nebuvo. Anketinėje apklausoje po meninės veiklos dalyvavo 111 slaugos specialistų (56 – poveikio grupėje ir 55 – kontrolinėje grupėje). Anketinėje apklausoje po meninės veiklos visi asmenys poveikio grupėje tinkamai užpildė tyrimo anketas, neatsakytų ar nepilnai užpildytų anketų nebuvo ($n=56$), o kontrolinėje grupėje 55 asmenys tinkamai užpildė tyrimo anketas (4 asmenų tyrimo anketos nebuvo įtrauktos į tolimesnę tyrimo duomenų analizę).

Poveikio, kontrolinės ir išplėstinės populiacijos grupių anketinės apklausos eiga

Ligoninių slaugos personalas buvo kviečiamas dalyvauti tyrime. Anoniminė anketinė apklausa slaugos specialistų imtyje buvo atlikta gavus ligoninės vadovo, etikos komiteto, vyr. slaugytojo, skyrių slaugos administratorių leidimus vykdyti anoniminę anketinę apklausą. Apklausti buvo visi slaugos specialistai, anketavimo laikotarpiu buvę darbovietėje. Slaugos darbuotojai, kurie dėl atostogų ar kitų priežasčių anketinės apklausos vykdymo metu nebuvo darbovietėje, apklausti nebuvo.

Prieš pradėdant anoniminę anketinę apklausą tiriamieji buvo supažindinti su tyrimo tikslu bei uždaviniais, tolimesniu tyrimo rezultatų naudojimu, anketos struktūra bei pildymo eiga (asmens informavimo dalyvauti tyrime dokumentu). Tiriamiesiems buvo išdalintos tyrimo anketos. Dėl anketos pildymo metu kilusių klausimų respondentai galėjo kreiptis į anketinės apklausos vykdytoją ar atsakingą vyr. slaugytoją ligoninėje. Tiriamųjų buvo prašoma skirti laiko tyrimo anketai užpildyti. Laikas pildyti tyrimo anketą nebuvo ribojamas, t. y. buvo atsižvelgta į kiekvieno asmens poreikius ir galimybes. Dalyvavimas tyrime/anketinėje apklausoje buvo nemokamas, savanoriškas, t. y. nei tyrimo dalyvis, nei tyrimo vykdytojas finansinio atlygio negavo.

Prieš anketinę apklausą slaugos personalas raštu ir žodžiu buvo supažindintas su anketinės apklausos tikslu, anketos turiniu, pildymo eiga ir duomenų panaudojimu. Tiriamieji galėjo sutikti arba nesutikti dalyvauti anketinėje apklausoje, taip pat – iš jos pasitraukti. Kilus klausimų dėl tyrimo/anketinės apklausos vykdymo, respondentai galėjo kreiptis į anketinės tyrimo/anketinės apklausos vykdytoją, vyr. slaugytoją arba Kauno regioninį biomedicininį tyrimų etikos komitetą. Respondentams buvo išdalintos tyrimo anketos. Laikas pildyti tyrimo anketą nebuvo ribojamas, t. y. buvo atsižvelgta į kiekvieno asmens poreikius ir galimybes. Užpildytos anketos buvo surinktos ir naudojamos gautųjų anketinių duomenų analizei. Gautieji anketinės apklausos duomenys buvo apibendrinti ir naudojami tik moksliniams tikslams. Buvo užtikrintas gautųjų anketinės apklausos duomenų konfidencialumas ir anonimiškumas.

3.3. Tyrimo instrumentas

Tyrimo anketa (1–4 priedas) sudaryta iš: SF-36 (subjektyvaus savo sveikatos vertinimo klausimyno – trumpa sveikatos apklausos forma, angl. *the Short Form-36 Health Survey questionnaire*) [378], kuris pasižymi aukštu validumu ir naudojamas – kaip bendrinis instrumentas, tiriantis asmens sveikatą skirtingose populiacijos grupėse: bendrojoje, klinikinėje, medicinos personalo [12, 38, 46, 88, 112, 118, 128, 137, 144, 174, 177, 206, 228, 287, 322, 336]. SF-36 yra sudarytas iš 10 klausimų blokų (iš viso 36 klausimai-teiginiai), suskirstytų į 8 sritis: Bendrą sveikatos vertinimą, Fizinį aktyvumą, Veiklos apribojimą dėl fizinių negalavimų, Skausmą, Energingumą/Gyvybingumą, Socialinę funkciją, Veiklos apribojimą dėl emocinių sutrikimų ir Emocinę būklę. Atsakymus į pagrindinius anketos klausimus tiriamasis turi užpildyti atžvelgdamas į pastarųjų keturių savaitių savijautą, susijusią su subjektyviu bendros sveikatos vertinimu, įskaitant anketos pildymo dieną. Kiekvieno tiriamojo užpildyto SF-36 klausimyno sričių atsakymų variantai (skalėje nuo 1 iki 6) buvo perskaičiuoti į standartizuotus balus visoms sritims, kur minimalus galimas balų skaičius 0 (prasčiausias įvertinimas), maksimalus – 100 (geriausias įvertinimas). Aprašant tyrimo rezultatus, tiriamieji buvo skirstyti į grupes pagal suminių balų skaičių: iki 5 (visiškai prasta sveikata), nuo 6 iki 25 (labai prasta sveikata), nuo 26 iki 50 (prasta sveikata), nuo 51 iki 75 (vidutiniška sveikata), nuo 76 iki 95 (gera sveikata) ir nuo 6 iki 100 (puiki sveikata).

MFI-20 (daugiamatis nuovargio klausimynas, angl. *The Multidimensional Fatigue Inventory*) [333], kuris pasižymi aukštu validumu ir naudotas skirtingose populiacijos grupėse: bendrojoje, klinikinėje, medicinos personalo [140, 174, 206, 207, 315, 338]. MFI-20 yra sudarytas iš 5 sričių:

Bendras nuovargis, Fizinis nuovargis, Sumažėjęs aktyvumas, Sumažėjusi motyvacija ir Protinis nuovargis. Atsakymus į pagrindinius sričių klausimus tiriamasis turi užpildyti atžvelgdamas į pastarųjų keturių savaitių savijautą, įskaitant anketos pildymo dieną. Kiekvieno tiriamojo užpildyto MF-20 sričių atsakymų variantai (skalėje nuo 1 – taip, tai tiesa iki 5, ne, tai netiesa) buvo perskaičiuoti į standartizuotus balus visoms sritims, kur minimalus galimas balų skaičius 0 (geriausiais įvertinimas – nėra nuovargio), maksimalus – 100 (prasčiausias įvertinimas – patiriamas labai stiprus nuovargis).

Aprašant tyrimo rezultatus, pagal suminių balų skaičių tiriamieji buvo skirstyti į tokias grupes: iki 5 (nepatiria nuovargio), nuo 6 iki 25 (patiria silpną nuovargį), nuo 26 iki 50 (patiria vidutinio stiprumo nuovargį), nuo 51 iki 75 (patiria stiprų nuovargį), nuo 76 iki 95 (patiria labai stiprų nuovargį) nuo 96 iki 100 (patiria visiškai stiprų nuovargį). Iki 5 (visiškai stipri/stiprus motyvacija/aktyvumas), nuo 6 iki 25 (stipri/stiprus motyvacija/aktyvumas), nuo 26 iki 50 (vidutiniška/vidutinio lygio motyvacija/aktyvumas), nuo 51 iki 75 (silpna/silpnas motyvacija/aktyvumas), nuo 76 iki 95 (labai silpna/silpnas motyvacija/aktyvumas) nuo 96 iki 100 (visiškai silpna/silpnas motyvacija/aktyvumas).

WEMWBS (Varviko ir Edinburgo psichikos sveikatos skalė, angl. *Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale*) [358], kuri pasižymi aukštu validumu ir naudojama įvairiose populiacijos grupėse: bendrojoje, klinikinėje, medicinos personalo [39, 57, 64, 70, 110, 115, 174-176, 178, 222, 225, 342]. WEMWBS sukūrimą užsakė Nacionalinė sveikatos tarnyba Škotijoje (finansuota pagal Škotijos Vyriausybės nacionalinę Psichikos sveikatos ir gerovės stiprinimo programą). WEMWBS sukūrė Varviko universiteto ir Edinburgo universiteto mokslininkai, visos teisės į skalę anglų kalba priklauso Nacionalinei sveikatos tarnybai Škotijoje, Varviko universitetui ir Edinburgo universitetui, 2006. WEMWBS sudaryta iš 14 teiginių apie subjektyvią psichikos sveikatą (gerovę). Respondentas turi pasirinkti atsakymus į WEMWBS teiginius. Kiekvienam teiginiui galima pasirinkti tik vieną atsakymo variantą pagal tai, kaip dažnai asmuo taip jautėsi per pastarąjį dviejų savaitių laikotarpį. Atsakymai į WEMWBS teiginius pateikiami skalėje nuo 1 iki 5 (kai atsakymo variantas 1 – niekada, 2 – retai, 3 – kartais, 4 – dažnai, 5 – nuolat). WEMWBS siekiama įvertinti pozityvią psichikos sveikatą. Analizuojant WEMWBS teiginių bendrą įvertį, teiginių atsakymų variantai (skalėje nuo 1 iki 5) buvo sumuojami (kiekvienam teiginiui galima pasirinkti tik vieną atsakymo variantą) ir įverčių analizėje naudojama jų suma, kai minimali galima įverčių taškų suma yra 14 balų (blogiausias vertinimas), o maksimali – 70 balų (geriausias vertinimas). Aprašant tyrimo rezultatus pagal suminių balų skaičių, tiriamieji buvo skirstyti į tokias grupes: iki 5 (visiškai prasta psichikos

sveikata), nuo 6 iki 17 (labai prasta psichikos sveikata), nuo 18 iki 34 (prasta psichikos sveikata), nuo 35 iki 51 (vidutiniška psichikos sveikata), nuo 52 iki 64 (gera psichikos sveikata), nuo 65 iki 70 (puiki psichikos sveikata).

Streso skalė (Reederio streso vertinimo skalė, angl. *the Reeder Stress Assesment Scale*) [308] pasižymi aukštu validumu ir naudojama įvairiose populiacijos grupėse: bendrojoje, klinikinėje, medicinos personalo [138, 173, 174, 226, 246, 308, 309, 353, 374, 395]. Streso skalė yra sudaryta iš 7 teiginių, susijusių su asmens patiriamu psichosocialiniu stresu. Pagal tai, kaip dažnai asmuo taip jautėsi per pastarąjį mėnesį, kiekvienam teiginiui buvo pasirinktas vienas galimas atsakymo variantas (nuo 1 – „visiškai sutinku“ iki 4 – „visiškai nesutinku“). Analizuojant skalės teiginių bendrą įvertį, teiginių atsakymų variantai (skalėje nuo 1 iki 4) buvo sumuojami (kiekvienam teiginiui galima pasirinkti tik vieną atsakymo variantą) ir įverčių analizėje naudojama jų suma, kuri parodo respondentui būdingą streso lygį. Minimali galima įverčių taškų suma yra 7 balai (blogiausias vertinimas, stresinė būseną), o maksimali – 28 balai (geriausias vertinimas, streso nėra). Aprašant tyrimo rezultatus, tiriamieji buvo skirstyti į tokias grupes pagal suminių balų skaičių: nuo 21 iki 28 (streso nepatiria), nuo 15 iki 20 (vidutinio stiprumo patiriamas stresas), nuo 7 iki 14 (stiprus patiriamas stresas).

Tyrimo anketos įvadinė/socio-demografinė dalis sudaryta iš klausimų apie tiriamųjų socio-demografines charakteristikas (pvz. lytis, amžius, išsilavinimas, darbo krūvis ir stažas, kt.), psichosocialinius darbo aplinkos veiksnius, dalyvavimo meninėje veikloje patirtį. Klausimai apie psichosocialinius darbo aplinkos veiksnius sudaryti remiantis kitais šaltiniais [155, 156] ir pateikiamomis psichosocialinių rizikos veiksnių ir streso darbe vertinimo rekomendacijomis [301].

Šiame tyrime respondentai pagal amžių buvo suskirstyti į keturias amžiaus grupes, remiantis „Eurobarometro“ apklausa [99]: nuo 21 iki 24, nuo 25 iki 39, nuo 40 iki 54, nuo 55 iki 70 metų. Tiriant poveikio grupės savo sveikatos, patiriamo streso ir nuovargio vertinimą, atsižvelgiant į nuomonę apie dalyvavimo meninėje veikloje poveikį, slaugytojos poveikio grupėje buvo suskirstytos į dvi grupes: atsakiusios „taip“ (įvardijusios teigiamą poveikį) ir atsakiusios „ne“ – apima atsakiusias „ne“ ir „nei ne, nei taip“ (neįvardijusios teigiamo poveikio).

3.4. Tyrimo etika

Atlikti tyrimą buvo gauti sutikimai iš ligoninių vadovų arba jo įgaliotų asmenų – vyr. slaugytojų, ligoninių etikos komitetų ir skyrių slaugos administratorių ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno Regioninio Biomedicininio tyrimų etikos komiteto (Nr. BE-2-50).

3.5. Statistinė tyrimo duomenų analizė

Tyrimo duomenų analizei buvo taikomi statistiniai skaičiavimo metodai. Statistinė tyrimo duomenų analizė apėmė: aprašomąją statistiką (dažnis, procentai, mediana, minimali (min) ir maksimali (maks) reikšmės, 25 ir 75 procentiliai)); kadangi normaliojo skirstinio prielaida turimiems duomenims nėra tenkinama (tikrinta pagal Kolmogorovo-Smirnovo kriterijų), statistinių hipotezių tikrinimui buvo taikomi neparametriniai kriterijai: tikslusis Mann-Whitney U kriterijus dviem nepriklausomoms imtims ir tikslusis Wilcoxon kriterijus dviem priklausomoms imtims, kai yra lyginami dviejų testų rezultatai tai pačiai grupei. Hipotezių apie atsakymų į anketinių apklausų klausimus homogeniškumui tikrinti buvo taikomas tikslusis Fisherio kriterijus [242]. Skirtumai tarp populiacijų laikyti statistiškai reikšmingais, kai $p < 0,05$ (pasirinktas 95 proc. patikimumas). Klausimyno vidiniam nuoseklumui įvertinti buvo naudojamas Cronbacho alfa (angl. *Cronbach's alpha*) koeficientas, kuris remiasi atskirų klausimų, sudarančių klausimyną, koreliacija ir įvertina, ar visi skalės klausimai pakankamai atspindi tiriamąjį dydį bei įgalina patikslinti reikiamų klausimų skaičių skalėje. Vadovautasi šia Cronbacho alfa koeficiento reikšmingumo skale [303; 356]: $\alpha \leq 0,6$ – nepriimtinas, $0,7 \leq \alpha < 0,8$ priimtinas, $0,8 \leq \alpha < 0,9$ geras, $\alpha \geq 0,9$ – puikus. Matavimų pastovumui vertinti atlikta pakartotinė apklausa (angl. *test-retest*). Matavimų pastovumas laiko atžvilgiu tikrintas sudedamųjų dalių pastovumo (angl. *split-half*) testu ir įvertintas Spearmano-Browno koeficientu. Kada Spearmano-Browno padidinto patikimumo koeficiento reikšmė yra artima Cronbacho alfa koeficiento reikšmei, tada atsakymų į atskirus klausimus dispersijos yra panašios [302]. Spearmano-Browno koeficiento dydis 0,8 rodo adekvatų priemonės konstrukto stabilumą [275]. Skaičiavimai atlikti naudojant *MS Excel 2013* ir *IBM SPSS Statistics 22* (IBM Corporation, Armonk, NY) programų paketus.

4. REZULTATAI

4.1. Slaugytojų socio-demografinės charakteristikos ir psichosocialinių darbo aplinkos veiksnių vertinimas

Šiame poskyryje aprašomos slaugytojų socio-demografinės charakteristikos ir psichosocialinių darbo aplinkos veiksnių vertinimas. Visos tiriamosios buvo moterys, dauguma buvo vyresnės negu 40 metų amžiaus ir dirbo slaugytojomis. Kas antra slaugytoja kontrolinėje ir išplėstinėje populiacijos grupėse bei kas trečia slaugytoja poveikio grupėje turėjo aukštesnįjį išsilavinimą.

Trečdalis respondenčių poveikio ir kontrolinėje grupėse, beveik pusė tiriamųjų išplėstinėje populiacijos grupėje dirbo chirurgijos skyriuje. Beveik pusė slaugytojų kontrolinėje bei išplėstinėje populiacijos grupėse ir beveik trečdalis poveikio grupėje dirbo slaugytojos pareigose 21 metus ar ilgiau. Trečdalis slaugytojų poveikio bei kontrolinėje grupėse ir beveik pusė išplėstinėje populiacijos grupėje dirbo šioje ligoninėje 21 metus ar ilgiau. Kas antra slaugytoja poveikio grupėje ir beveik pusė kontrolinėje bei išplėstinėje populiacijos grupėse dirbo įvairiu darbo grafiku. Daugiau negu pusė slaugytojų poveikio bei išplėstinėje populiacijos grupėse turėjo iki 1,0 etato darbo krūvį, o kontrolinėje grupėje – didesnį darbo krūvį. Daugiau negu trečdalis slaugytojų teigė, kad jų darbas dažnai buvo emociškai įtemptas. Daugiau negu trečdalis slaugytojų kontrolinėje bei išplėstinėje populiacijos grupėse ir beveik kas antra poveikio grupėje teigė, kad jų darbas buvo dažnai fiziškai įtemptas (4.1.1 lentelė).

4.1.1 lentelė. Slaugos personalo skirstinys pagal socio-demografines charakteristikas

Charakteristikos	Išplėstinė populiacijos grupė (n=436), proc.	Poveikio grupė (n=59), proc.	Kontrolinė grupė (n=56), proc.
Lytis			
Moterys	100,0	100,0	100,0
Amžiaus grupės (metais)		*	
21–24	3,7	12,5	3,4
25–39	19,0	19,6	15,3
40–54	60,1	57,1	55,9
55–70	17,2	10,7	25,4
Išsilavinimas		*	
Vidurinis	7,6	16,1	11,9
Aukštesnysis ***	59,6	28,6	50,8
Aukštasis neuniversitetinis	24,5	30,4	23,7
Aukštasis universitetinis	8,0	25,0	13,6
Pareigos šioje darbovietėje		*	**
Slaugytoja (-as)	89,9	69,6	81,4
Slaugytojo (-os) padėjėjas (-a)	10,1	30,4	18,6
Darbo stažas šiose pareigose (metais)		*	
1–5	13,8	26,8	15,3
6–10	14,2	26,8	13,6
11–15	7,8	5,4	8,5
16–20	16,1	14,3	18,6
21 ir daugiau	48,2	26,8	44,1
Darbo stažas šioje ligoninėje (metais)		*	**
1–5	14,4	26,8	25,4
6–10	11,7	25,0	20,3
11–15	9,2	7,1	8,5
16–20	16,7	12,5	15,3
21 ir daugiau	47,9	28,6	30,5
Skyrius, kuriame dirba		*	**
Slaugos ir palaikomojo gydymo	–	21,4	22,0
Chirurgijos	49,1	33,9	30,5
Terapijos	7,3	17,9	13,6
Priėmimo ir skubios pagalbos	11,7	10,7	15,3
Akušerijos ir ginekologijos	10,8	7,1	8,5
Reanimacijos, intensyvios terapijos	21,1	8,9	10,2
Darbo krūvis ligoninėje			**
Nuo 0,6 iki 1,0 etato	62,4	51,8	45,8
Nuo 1,1 iki 1,5 etato	37,6	48,2	54,2

4.1.1 lentelės tęsinys

Charakteristikos	Išplėstinė populiacijos grupė (n=436), proc.	Poveikio grupė (n=59), proc.	Kontrolinė grupė (n=56), proc.
Darbo grafikas		*	**
Dieninėje pamainoje	28,7	41,1	33,9
Naktinėje pamainoje	6,2	7,1	13,6
Visą parą	15,8	1,8	8,5
Įvairiai	49,3	50,0	44,1
Darbas yra fiziškai įtemptas			
Retai	11,5	8,9	6,8
Kartais	28,0	17,9	33,9
Dažnai	33,0	48,2	37,3
Visada	27,5	25,0	22,0
Darbas yra emociškai įtemptas			
Retai	4,1	1,8	6,8
Kartais	22,9	14,3	28,8
Dažnai	39,2	42,9	35,6
Visada	33,7	41,1	28,8

Pastaba: * – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp poveikio ir išplėstinės populiacijos grupių ($p < 0,05$); ** – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp kontrolinės ir išplėstinės populiacijos grupių ($p < 0,05$); *** – išsilavinimas buvo įgytas medicinos mokyklose iki 2001 metų. Vėliau šios medicinos mokyklos buvo reformuotos į kolegijas arba uždarytos.

Nustatyta, kad daugiau negu pusė slaugytojų buvo patenkintos savo darbu. Daugiau negu pusė slaugytojų poveikio bei išplėstinėje populiacijos grupėse ir daugiau negu du penktadaliai slaugytojų kontrolinėje grupėje buvo patenkintos darbo grafiku. Beveik pusė slaugytojų buvo patenkintos komandiniu darbu ir beveik du penktadaliai – darbo krūviu. Kas antra slaugytoja buvo patenkinta savo darbo kolektyvu. Beveik pusė slaugytojų poveikio grupėje ir kas antra slaugytoja kontrolinėje ir išplėstinėje populiacijos grupėse buvo patenkintos bendravimu ir tarpusavio santykiais su darbo kolegomis.

Du penktadaliai slaugytojų poveikio ir kontrolinėje grupėse bei kas antra slaugytoja išplėstinėje populiacijos grupėje buvo patenkinta galimybe darbe įgyti naujų įgūdžių ir gebėjimų. Du penktadaliai slaugytojų kontrolineje bei išplėstinėje populiacijos grupėse ir beveik du penktadaliai poveikio grupėje buvo patenkintos fizine darbo aplinka. Daugiau negu du penktadaliai slaugytojų grupėse buvo patenkintos laiku, skiriamu darbo užduotims atlikti. Net trečdalis respondenčių grupėse buvo nepatenkintos darbo užmokesčiu (4.1.2 lentelė).

4.1.2 lentelė. Slaugos personalo skirstinys procentais pagal psichosocialinių darbo aplinkos veiksnių vertinimą poveikio (n=56), kontrolinėje (n=59) ir išplėstinėje populiacijos (n=436) grupėse

Teiginys	Grupė	Visiškai nepatenkintas (-a)	Nepatenkintas (-a)	Nei patenkintas (-a), nei nepatenkintas (-a)	Patenkintas (-a)	Visiškai patenkintas (-a)
Esu patenkintas (-a) fizine darbo aplinka	Poveikio grupė	3,6	16,1	32,1	39,3	8,9
	Kontrolinė grupė	3,4	11,9	33,9	45,8	5,1
	Išplėstinė populiacijos grupė	3,0	9,2	36,5	43,1	8,3
Esu patenkintas (-a) darbo grafiku	Poveikio grupė	–	8,9*	17,9*	60,7*	12,5*
	Kontrolinė grupė	–	3,4	32,2	44,1	20,3
	Išplėstinė populiacijos grupė	0,2	2,1	19,3	56,6	22,5
Esu patenkintas (-a) darbo krūviu	Poveikio grupė	3,6	7,1	33,9	42,9	12,5
	Kontrolinė grupė	5,1	16,9	23,7	40,7	13,6
	Išplėstinė populiacijos grupė	2,5	13,8	29,4	40,1	14,2
Esu patenkintas (-a) darbo užmokesčiu	Poveikio grupė	21,4	32,1	26,8	16,1	3,6
	Kontrolinė grupė	11,9**	37,3**	25,4**	23,7**	1,7**
	Išplėstinė populiacijos grupė	26,8	34,4	25,5	10,8	2,5
Esu patenkintas (-a) darbų organizavimu ir užduočių paskirstymu	Poveikio grupė	3,6	12,5	48,2	33,9	1,8
	Kontrolinė grupė	5,1	16,9	35,6	39,0	3,4
	Išplėstinė populiacijos grupė	2,1	8,5	46,1	35,8	7,6
Esu patenkintas (-a) laiku skiriamu darbo užduotims atlikti	Poveikio grupė	–	12,5	41,1	44,6	1,8
	Kontrolinė grupė	1,7	13,6	39,0	40,7	5,1
	Išplėstinė populiacijos grupė	1,8	8,0	38,8	43,6	7,8
Esu patenkintas (-a) galimybe darbe įgyti naujų įgūdžių ir gebėjimų	Poveikio grupė *	3,6*	16,1*	33,9*	41,1*	5,4*
	Kontrolinė grupė	–	8,5	40,7	42,4	8,5
	Išplėstinė populiacijos grupė	1,1	5,3	26,1	54,4	13,1

4.1.2 lentelės tęsinys

Teiginys	Grupė	Visiškai nepatenkintas (-a)	Nepatenkintas (-a)	Nei patenkintas (-a), nei nepatenkintas (-a)	Patenkintas (-a)	Visiškai patenkintas (-a)
Esu patenkintas (-a) profesinės karjeros galimybėmis darbe	Poveikio grupė	7,1*	19,6*	35,7*	32,1*	5,4*
	Kontrolinė grupė	1,7	11,9	37,3	44,1	5,1
	Išplėstinė populiacijos grupė	3,4	8,3	39,9	39,7	8,7
Esu patenkintas (-a) darbo kolektyvu	Poveikio grupė	–	3,6	21,4	48,2	26,8
	Kontrolinė grupė	3,4	3,4	25,4	55,9	11,9
	Išplėstinė populiacijos grupė	0,5	3,2	25,0	50,7	20,6
Esu patenkintas (-a) komandiniu darbu	Poveikio grupė	–	10,7	30,4	46,4	12,5
	Kontrolinė grupė	3,4	10,2	28,8	44,1	13,6
	Išplėstinė populiacijos grupė	1,1	4,6	26,1	49,1	19,0
Esu patenkintas (-a) bendravimu ir tarpusavio santykiais su darbo vadovu	Poveikio grupė	3,6	23,2	53,6	19,6	–
	Kontrolinė grupė	1,7	3,4	33,9	40,7	20,3
	Išplėstinė populiacijos grupė	1,8	3,0	20,6	46,6	28,0
Esu patenkintas (-a) bendravimu ir tarpusavio santykiais su darbo kolegomis	Poveikio grupė	–	3,6	19,6	46,4	30,4
	Kontrolinė grupė	–	5,1	22,0	54,2	18,6
	Išplėstinė populiacijos grupė	0,2	2,3	22,0	54,4	21,1
Esu patenkintas (-a) bendrai savo turimu darbu	Poveikio grupė	–	–	23,2	58,9	17,9
	Kontrolinė grupė	1,7	1,7	23,7	58,8	22,0
	Išplėstinė populiacijos grupė	0,5	1,4	15,8	50,9	31,4

Pastaba: * – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp poveikio grupės ir išplėstinės populiacijos grupės ($p < 0,05$); ** – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp kontrolinės grupės ir išplėstinės populiacijos grupės ($p < 0,05$).

Nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp kontrolinės, poveikio ir išplėstinės populiacijos grupių pagal psichosocialinius darbo aplinkos veiksnius: poveikio grupėje daugiau slaugytojų patyrė seksualinį priekabiavimą darbe ir dažniau jautėsi vienišos darbe negu išplėstinėje populiacijos grupėje. Atlikdamos darbus, kontrolinės grupės slaugytojos rečiau negu slaugytojos išplėstinėje populiacijos grupėje sulaukdavo palaikymo ir pagalbos iš kitų kolegų. Slaugytojos poveikio grupėje labiau baiminosi dėl atleidimo iš darbo negu slaugytojos išplėstinėje populiacijos grupėje. Beveik kas trečia slaugytoja poveikio bei kontrolinėje grupėse ir vienas penktadalis slaugytojų išplėstinėje populiacijos grupėje dažnai darbe patyrė stresą ir jautė nervinę įtampą (4.1.3 lentelė).

4.1.3 lentelė. *Slaugos personalo skirstinys procentais pagal psichosocialinių darbo aplinkos veiksnių vertinimą poveikio (n=56), kontrolinėje (n=59) ir išplėstinėje populiacijos (n=436) grupėse*

Teiginys	Grupė	Niekada	Retai	Kartais	Dažnai	Nuolat
Man yra aiškios mano pareigos ir atsakomybė darbe	Poveikio grupė	–	–	3,6	42,9	53,6
	Kontrolinė grupė	–	–	8,5	30,5	61,0
	Išplėstinė populiacijos grupė	–	–	4,4	28,4	67,2
Man yra aiškios mano darbo užduotys	Poveikio grupė	–	–	3,6	46,4	50,0
	Kontrolinė grupė	–	–	5,1	39,0	55,9
	Išplėstinė populiacijos grupė	–	–	2,8	31,7	65,6
Galiu pats (-i) planuoti savo darbą, priimti sprendimus	Poveikio grupė	–	8,9	17,9	48,2	25,0
	Kontrolinė grupė	–	10,2	27,1	44,1	18,6
	Išplėstinė populiacijos grupė	3,9	8,9	28,0	43,3	15,8
Kai man sunku darbe, galiu pasikalbėti su savo darbo vadovu	Poveikio grupė	1,8	16,1	26,8	41,1	14,3
	Kontrolinė grupė	3,4	13,6	33,9	30,5	18,6
	Išplėstinė populiacijos grupė	6,0	14,4	27,1	31,1	21,6
Kai man sunku darbe, galiu pasikalbėti su savo darbo kolegomis	Poveikio grupė	5,4	1,8	25,0	42,9	25,0
	Kontrolinė grupė	–	10,2	22,0	49,2	18,6
	Išplėstinė populiacijos grupė	1,6	7,6	26,6	41,5	22,7
Darbuotojai sulaukia padėkos, paskatinimo už gerai atliktus darbus	Poveikio grupė	7,1*	23,2*	42,9*	19,6*	7,1*
	Kontrolinė grupė	6,8	33,9	44,1	8,5	6,8
	Išplėstinė populiacijos grupė	16,1	33,7	35,3	11,7	3,2
Darbe patiriu psichologinį smurtą	Poveikio grupė	41,1	35,7	8,9	10,7	3,6
	Kontrolinė grupė	50,8	22,0	18,6	3,4	5,1
	Išplėstinė populiacijos grupė	45,9	29,1	18,8	4,4	1,8

4.1.3 lentelės tęsinys.

Teiginys	Grupė	Niekada	Retai	Kartais	Dažnai	Nuolat
Darbe patiriu seksualinį priekabiavimą	Poveikio grupė	87,5*	5,4*	–	3,6*	3,6*
	Kontrolinė grupė	86,4	5,1	6,8	1,7	–
	Išplėstinė populiacijos grupė	90,1	7,7	2,1	0,5	0,2
Aš baiminuosi, kad galiu būti atleistas (-a) iš darbo	Poveikio grupė	41,1*	28,6*	19,6*	3,6*	7,1*
	Kontrolinė grupė	32,2	27,1	33,9	5,1	1,7
	Išplėstinė populiacijos grupė	47,0	26,8	23,2	2,1	0,9
Darbo kolektyve vyrauja gera nuotaika	Poveikio grupė	1,8	3,6	21,4	60,7	12,5
	Kontrolinė grupė	–	3,4	30,5	54,2	11,9
	Išplėstinė populiacijos grupė	0,2	6,7	30,7	51,8	10,6
Darbe jaučiuosi bendruomenės dalimi	Poveikio grupė	–	7,1	26,8	50,0	16,1
	Kontrolinė grupė	1,7	6,8	23,7	47,5	20,3
	Išplėstinė populiacijos grupė	1,6	4,6	22,0	45,9	25,9
Darbuotojai padeda vieni kitiems ir palaiko vieni kitus atliekant darbus	Poveikio grupė	2	1,8	14,3	53,6	21,4
	Kontrolinė grupė	–	8,5**	33,9**	32,2**	25,4**
	Išplėstinė populiacijos grupė	0,5	4,6	19,0	51,8	24,1
Darbuotojai konfliktuoja tarpusavyje	Poveikio grupė	7,1	42,9	35,7	14,3	–
	Kontrolinė grupė	6,8	49,2	30,5	13,6	–
	Išplėstinė populiacijos grupė	4,6	41,5	43,3	9,9	0,7
Iškylusios darbo problemos išsprendžiamos iki galo	Poveikio grupė	3,6	12,5	30,4	39,3	14,3
	Kontrolinė grupė	–	6,8	32,2	40,7	20,3
	Išplėstinė populiacijos grupė	2,5	10,1	28,9	42,0	16,5
Darbe patiriu stresą, nervinę įtampą	Poveikio grupė	3,6	16,1	42,9	26,8	10,7
	Kontrolinė grupė	5,1	22,0	42,4	27,1	3,4
	Išplėstinė populiacijos grupė	4,4	19,0	45,9	21,1	9,4

4.1.3 lentelės tęsinys.

Teiginys	Grupė	Niekada	Retai	Kartais	Dažnai	Nuolat
Darbe jaučiuosi saugus (-i)	Poveikio grupė	–	5,4	19,6	55,4	19,6
	Kontrolinė grupė	3,4	6,8	32,2	45,8	11,9
	Išplėstinė populiacijos grupė	4,6	8,5	22,2	42,7	22,0
Ne darbo metu patiriu stresą, jaučiu nervinę įtampą	Poveikio grupė	–	28,6	50,0	19,6	1,8
	Kontrolinė grupė	3,4	33,9	40,7	20,3	1,7
	Išplėstinė populiacijos grupė	1,8	28,2	48,6	17,9	3,7
Darbe jaučiuosi vienišas (-a)	Poveikio grupė	41,1*	30,4*	16,1*	8,9*	3,6*
	Kontrolinė grupė	42,4	32,2	20,3	5,1	–
	Išplėstinė populiacijos grupė	54,8	25,2	16,5	2,8	0,7
Po darbo skiriu pakankamai laiko savo laisvalaikiui	Poveikio grupė	–	25,0	28,6	30,4	16,1
	Kontrolinė grupė	1,7	16,9	30,5	39,0	11,9
	Išplėstinė populiacijos grupė	2,3	12,2	30,5	35,6	19,5
Po darbo sugebu atsipalaiduoti	Poveikio grupė	1,8	12,5	39,3	32,1	14,3
	Kontrolinė grupė	3,4	8,5	33,9	32,2	22,0
	Išplėstinė populiacijos grupė	1,6	8,3	28,0	39,2	22,9

Pastaba: * – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp poveikio grupės ir išplėstinės populiacijos grupės ($p < 0,05$); ** – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp kontrolinės grupės ir išplėstinės populiacijos grupės ($p < 0,05$).

Apibendrinus tyrimo duomenis galima teigti, kad poveikio ir kontrolinė grupės statistiškai reikšmingai nesiskyrė pagal socio-demografines charakteristikas ir psichosocialinius darbo aplinkos veiksnius. Tyrime nustatyta, kad slaugytojos daugiausia buvo nepatenkintos darbo užmokesčiu ir kasdien patyrė stresą ir jautė nervinę įtampą darbe. Kontrolinė grupė buvo reikšmingai labiau negu išplėstinė populiacijos grupė patenkinta darbo užmokesčiu, tačiau mažiau patenkinta kolegų parama ir pagalba atliekant darbus. Poveikio grupė buvo reikšmingai mažiau patenkinta galimybe darbe įgyti naujų įgūdžių ir gebėjimų bei profesinės karjeros galimybėmis darbe, dažniau jautėsi vieniša, patyrė seksualinį priekabiavimą darbe ir dažniau baiminosi dėl atleidimo iš darbo negu išplėstinė populiacijos grupė. Poveikio grupė reikšmingai dažniau negu išplėstinė populiacijos grupė sulaukdavo paskatinimo už gerai atliktus darbus.

Poveikio grupėje buvo daugiau jaunesnio negu 24 m. amžiaus slaugytojų bei daugiau slaugytojų buvo įgijusios aukštąjį universitetinį išsilavinimą negu išplėstinėje populiacijos grupėje. Daugiau asmenų poveikio grupėje turėjo mažesnę negu 10 metų darbo stažą slaugytojos pareigose bei daugiau asmenų kontrolinėje grupėje turėjo didesnę negu 1,1 etatinį darbo krūvį, palyginti su išplėstine populiacijos grupe. Išplėstinėje populiacijos grupėje buvo daugiau slaugytojų negu poveikio ir kontrolinėje grupėse, kurios ligoninėje dirbo 21 m. ar ilgiau, taip pat buvo mažiau – kurios dirbo dieninėje pamainoje bei chirurgijos skyriuje.

4.2. Slaugytojų savo sveikatos vertinimas

Daugiau negu pusės slaugytojų sveikata buvo vidutiniška, ir daugiau negu du penktadaliai slaugytojų savo emocinę sveikatą įvertino vidutiniškai. Tik kas antra slaugytoja gerai įvertino savo fizinį aktyvumą, du penktadaliai – savo socialinį aktyvumą ir daugiau negu trys penktadaliai – savo psichikos sveikatą. Didžioji dalis slaugytojų nesiskundė dėl skausmo, nepatyrė fizinių negalavimų ir emocinių sutrikimų, kurie ribotų jų atliekamą veiklą (4.2.1 lentelė).

4.2.1 lentelė. Slaugos personalo skirstinys procentais pagal savo sveikatos vertinimą išplėstinėje populiacijos grupėje (n=436)

Sritis/skalė	Visiškai prasta	Labai prasta	Prasta	Vidutiniška	Gera	Puiki
Fizinis aktyvumas	0,5	0,9	5,3	16,1	53,0	24,3
Bendras savo sveikatos vertinimas	–	3,0	34,9	55,5	6,4	–
Energingumas/ Gyvybingumas	–	0,5	21,3	55,0	22,2	0,9
Socialinė funkcija	–	0,7	10,3	23,4	40,1	25,5
Skausmas	0,2	2,1	14,9	22,0	30,5	30,3
Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų	3,9	6,4	7,6	15,1	–	67,0
Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų	3,7	–	6,4	13,1	–	76,8
Emocinė būklė	–	0,9	10,6	43,8	40,6	4,1
WEMWBS	–	–	1,1	33,7	65,1	–

Slaugos personalo išplėstinėje populiacijos grupėje sveikatos vertinimo suminių balų medianos, 25-tas ir 75-tas procentiliai bei minimalios ir maksimalios reikšmės pateiktos 4.2.2 lentelėje.

4.2.2 lentelė. SF-36 sričių ir WEMWBS įverčiai išplėstinėje populiacijos grupėje (n=436).

Sritis/skalė	Mediana	25-tas procentilis	75-tas procentilis	Min/Maks
Fizinis aktyvumas	90	80	95	0/100
Bendras savo sveikatos vertinimas	55	45	65	5/95
Energingumas/Gyvybingumas	65	55	75	25/100
Socialinė funkcija	78	67	100	11/100
Skausmas	78	56	100	0/100
Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų	100	75	100	0/100
Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų	100	100	100	0/100
Emocinė būklė	72	60	84	20/100
WEMWBS	54	49	58	28/70

Nustatyta, kad slaugytojos, dirbančios ligoninėje iki 10 m., turėjo reikšmingai daugiau energijos ir buvo geresnės emocinės ir psichikos sveikatos negu slaugytojos, dirbančios 11 m. ar ilgiau, bei buvo geresnės bendros sveikatos negu slaugytojos, dirbančios 21 m. ar ilgiau. Slaugytojos, dirbančios ligoninėje nuo 11 iki 20 metų, turėjo reikšmingai mažiau energijos, buvo mažiau socialiai aktyvios ir prasčiau įvertino savo emocinę ir psichikos sveikatą negu daugiau metų dirbančios slaugytojos (4.2.3 lentelė).

4.2.3 lentelė. SF-36 sričių ir WEMWBS įverčiai pagal darbo stažą darbovietėje (metais) išplėstinėje populiacijos grupėje (n=436)

Sritis/skalė	1–10 m. (n=114)		11–20 m. (n=113)		21 m. ir daugiau (n=209)	
	M	25/75 procentiliai	M	25/75 procentiliai	M	25/75 procentiliai
Fizinis aktyvumas	95	84/100	90	80/100	90	80/95
Bendras savo sveikatos vertinimas	60**	50/65	55	45/65	55	45/65
Energingumas/ Gyvybingumas	65*	55/75	60***	50/75	70	58/80
Socialinė funkcija	78	67/92	78***	55/89	89	67/100
Skausmas	78	67/100	78	56/100	78	56/100
Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų	100	75/100	100	75/100	100	75/100
Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų	100	92/100	100	67/100	100	100/100
Emocinė būklė	72*	60/84	68***	56/76	76	64/84
WEMWBS	55*	51/59	52***	46/57	55	50/59

Pastaba: * – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp grupių: 1–10 m. ir 11–20 m. ($p < 0,05$);
 ** – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp grupių: 1–10 m. ir 21 ir daugiau metų ($p < 0,05$);
 *** – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp grupių: 11–20 m. ir 21 ir daugiau metų ($p < 0,05$). M – mediana.

Slaugos personalas, dirbantis įvardintose pareigose iki 10 metų, buvo reikšmingai geresnės bendros sveikatos negu slaugos personalas, dirbantis 21 m. ar ilgiau. Slaugytojos, turinčios 11–20 metų darbo stažą, turėjo reikšmingai mažiau energijos, buvo prastesnės emocinės ir psichikos sveikatos negu slaugytojos, dirbančios 21 m. ar ilgiau (4.2.4 lentelė).

4.2.4 lentelė. SF-36 sričių ir WEMWBS įverčiai pagal darbo stažą įvardintose pareigose (metais) išplėstinėje populiacijos grupėje (n=436)

Sritis/skalė	1–10 m. (n=122)		11–20 m. (n=104)		21 m. ir daugiau (n=210)	
	M	25/75 procentiliai	M	25/75 procentiliai	M	25/75 procentiliai
Fizinis aktyvumas	93	80/100	90	80/100	90	80/95
Bendras savo sveikatos vertinimas	60*	50/65	58	45/69	55	45/65
Energingumas/ Gyvybingumas	65	55/75	60**	51/75	70	67/100
Socialinė funkcija	78	67/89	78	56/89	89	55/80
Skausmas	78	64/100	78	67/100	78	56/100
Veiklos apribojimas dėl fizinio negalavimo	100	75/100	100	75/100	100	75/100
Veiklos apribojimas dėl emocinio sutrikimo	100	100/100	100	67/100	100	100/100
Emocinė būklė	72	60/80	70**	56/76	76	64/84
WEMWBS	55	50/58	53**	48/58	55	49/59

Pastaba: * – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp grupių: 1–10 m. bei 21 ir daugiau metų ($p<0,05$); ** – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp grupių: 11–20 m. bei 21 ir daugiau metų ($p<0,05$). M – mediana.

Slaugytojos, dirbančios dieninėje pamainoje, turėjo reikšmingai daugiau energijos, buvo geresnės bendros, emocinės ir psichikos sveikatos ir patyrė silpnėsius kūno skausmus negu slaugytojos, dirbančios naktinėje pamainoje. Slaugytojos, dirbančios naktinėje pamainoje, buvo reikšmingai silpnėsnės bendros ir emocinės sveikatos, turėjo mažiau energijos ir jautė stipresnius kūno skausmus negu slaugytojos, dirbančios įvairiu darbo grafiku (4.2.5 lentelė).

4.2.5 lentelė. SF-36 sričių ir WEMWBS įverčiai pagal darbo grafiką išplėstinėje populiacijos grupėje (n=436)

Sritis/skalė	Dieninėje pamainoje (n=125)		Naktinėje pamainoje (n=27)		Įvairiu darbo grafiku (n=284)	
	M	25/75 procentiliai	M	25/75 procentiliai	M	25/75 procentiliai
Fizinis aktyvumas	90	75/98	90	70/95	90	80/100
Bendras savo sveikatos vertinimas	55**	50/65	50*	40/60	60	45/65
Energingumas/ Gyvybingumas	65**	55/75	60*	45/65	65	55/79
Socialinė funkcija	89	67/89	78	56/100	78	67/100
Skausmas	78**	56/100	56*	44/78	78	67/100
Veiklos apribojimas dėl fizinio negalavimo	100	75/100	100	75/100	100	75/100
Veiklos apribojimas dėl emocinio sutrikimo	100	100/100	100	67/100	100	100/100
Emocinė būklė	76**	60/84	64*	52/76	72	60/84
WEMWBS	55**	51/60	51	43/56	54	49/58

Pastaba: * – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp naktinės ir įvairios pamainų ($p < 0,05$); ** – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp dienos ir naktinės pamainų ($p < 0,05$). M – mediana.

Nustatyta, kad slaugytojų darbo krūvis turėjo įtakos slaugytojų savo sveikatos vertinimui. Slaugos personalas, dirbantis iki 1,0 etato darbo krūviu, buvo reikšmingai mažiau fiziškai aktyvus negu slaugos personalas, dirbantis didesniu krūviu (4.2.6 lentelė).

4.2.6 lentelė. SF-36 sričių ir WEMWBS įverčiai pagal darbo krūvį išplėstinėje populiacijos grupėje (n=436)

Sritis/skalė	Iki 1,0 etato (n=272)		Nuo 1,1 iki 1,5 etato (n=164)	
	M	25/75 procentiliai	M	25/75 procentiliai
Fizinis aktyvumas	90*	75/95	95	85/100
Bendras savo sveikatos vertinimas	55	45/65	60	50/65
Energingumas/Gyvybingumas	65	55/75	65	55/80
Socialinė funkcija	78	67/100	78	67/97
Skausmas	78	56/100	78	67/100
Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų	100	75/100	100	75/100
Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų	100	100/100	100	100/100
Emocinė būklė	72	60/84	72	60/84
WEMWBS	54	49/58	55	51/59

Pastaba: * – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp dirbančiųjų iki 1,0 etato ir dirbančiųjų nuo 1,1 iki 1,5 etato darbo krūviu ($p < 0,05$). M – mediana.

Tyrimas atskleidė, kad slaugytojos, kurios 2015 m. nedalyvavo meninėje veikloje, pasižymėjo reikšmingai silpnesne psichikos sveikata negu slaugytojos, kurios meninėje veikloje dalyvavo (4.2.7 lentelė).

4.2.7 lentelė. SF-36 sričių ir WEMWBS įverčiai pagal dalyvavimo meninėje veikloje tyrimo metais patirtį išplėstinėje populiacijos grupėje (n=436)

Sritis/skalė	Ne (n=394)		Taip (n=42)	
	M	25/75 procentiliai	M	25/75 procentiliai
Fizinis aktyvumas	90	80/95	90	85/100
Bendras savo sveikatos vertinimas	55	45/65	58	50/70
Energingumas/Gyvybingumas	65	55/75	70	60/75
Socialinė funkcija	78	67/100	78	67/89
Skausmas	78	56/100	78	56/89
Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų	100	75/100	100	94/100

4.2.7 lentelės tęsinys

Sritis/skalė	Ne (n=394)		Taip (n=42)	
	M	25/75 procentiliai	M	25/75 procentiliai
Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų	100	100/100	100	92/100
Emocinė būklė	72	60/84	72	64/81
WEMWBS	54*	49/58	56	53/60

Pastaba: * – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp neturinčių ir turinčių dalyvavimo meninėje veikloje patirties ($p < 0,05$). M – mediana.

Slaugos personalas, kuris buvo labiau nepatenkintas savo gyvenimu, buvo reikšmingai mažiau fiziškai ir socialiai aktyvus, silpnesnės bendros, emocinės ir psichikos sveikatos, turėjo mažiau energijos bei patyrė stipresnius kūno skausmus negu slaugos personalas, kuris buvo savo gyvenimu labiau patenkintas (4.2.8 lentelė).

4.2.8 lentelė. SF-36 sričių ir WEMWBS įverčiai pagal teiginį: „Esu patenkintas (-a) dabartiniu savo gyvenimu“, išplėstinėje populiacijos grupėje (n=436)

Sritis/skalė	Ne (n=145)		Taip (n=291)	
	M	25/75 procentiliai	M	25/75 procentiliai
Fizinis aktyvumas	85*	70/95	95	85/100
Bendras savo sveikatos vertinimas	50*	40/60	60	50/70
Energingumas/Gyvybingumas	55*	45/65	70	60/80
Socialinė funkcija	67*	56/89	89	78/100
Skausmas	67*	44/78	89	67/100
Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų	100*	50/100	100	75/100
Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų	100*	67/100	100	100/100
Emocinė būklė	60*	48/72	76	68/84
WEMWBS	50*	45/55	56	52/59

Pastaba: * – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp asmenų, nepatenkintų ir patenkintų dabartiniu savo gyvenimu ($p < 0,01$). M – mediana.

Slaugos personalas, kuris buvo labiau nepatenkintas savo darbu, jautėsi reikšmingai mažiau fiziškai aktyvus, buvo silpnesnės bendros, emocinės ir psichikos sveikatos, turėjo mažiau energijos ir buvo mažiau socialiai aktyvus negu slaugos personalas, kuris buvo labiau patenkintas savo darbu (4.2.9 lentelė).

4.2.9 lentelė. SF-36 sričių ir WEMWBS įverčiai pagal teiginį: „Esu patenkintas (-a) savo turimu darbu“, išplėstinėje populiacijos grupėje (n=436)

Sritis/skalė	Ne (n=77)		Taip (n=359)	
	M	25/75 procentiliai	M	25/75 procentiliai
Fizinis aktyvumas	85*	70/95	90	85/95
Bendras savo sveikatos vertinimas	50*	40/60	60	50/65
Energingumas/Gyvybingumas	50*	40/65	70	55/80
Socialinė funkcija	67*	56/83	89	67/100
Skausmas	67*	44/87	78	67/100
Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų	100*	75/100	100	75/100
Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų	100*	67/100	100	100/100
Emocinė būklė	60*	48/72	76	64/84
WEMWBS	48*	44/55	55	51/59

Pastaba: * – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp nepatenkintų ir patenkintų savo turimu darbu ($p < 0,02$). M – mediana.

Tyrimas atskleidė, kad slaugytojos, kurių darbas buvo mažiau fiziškai įtemptas, turėjo reikšmingai daugiau energijos, buvo stipresnės bendros ir emocinės sveikatos, buvo socialiai aktyvesnės negu respondentės, kurių darbas buvo labiau fiziškai įtemptas (4.2.10 lentelė).

4.2.10 lentelė. SF-36 sričių ir WEMWBS įverčiai pagal teiginį: „Mano darbas yra fiziškai įtemptas“, išplėstinėje populiacijos grupėje (n=436)

Sritis/skalė	Ne (n=172)		Taip (n=264)	
	M	25/75 procentiliai	M	25/75 procentiliai
Fizinis aktyvumas	93*	81/100	90	75/95
Bendras savo sveikatos vertinimas	60*	50/70	55	45/65
Energingumas/Gyvybingumas	68*	56/80	65	50/75
Socialinė funkcija	89*	67/100	78	56/89
Skausmas	78	58/100	78	56/100
Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų	100	75/100	100	75/100
Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų	100	100/100	100	67/100
Emocinė būklė	74*	64/84	72	56/80
WEMWBS	54	49/58	55	49/59

Pastaba: * – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp atsakiusiųjų „ne“ ir atsakiusiųjų „taip“ (p<0,05). M – mediana.

Slaugos personalas, kurio darbas buvo labiau emociškai įtemptas, buvo mažiau socialiai aktyvus, silpnesnės bendros, bet geresnės psichikos sveikatos negu slaugos personalas, kurio darbas buvo mažiau emociškai įtemptas (4.2.11 lentelė).

4.2.11 lentelė. SF-36 sričių ir WEMWBS įverčiai pagal teiginį: „Mano darbas yra emociškai įtemptas“, išplėstinėje populiacijos grupėje (n=436)

Sritis/skalė	Ne (n=118)		Taip (n=318)	
	M	25/75 procentiliai	M	25/75 procentiliai
Fizinis aktyvumas	90	80/100	90	80/95
Bendras savo sveikatos vertinimas	60	50/70	55	45/65
Energingumas/Gyvybingumas	65	55/80	65	55/75
Socialinė funkcija	89	67/100	78	67/92
Skausmas	78	67/100	78	56/100
Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų	100	75/100	100	75/100
Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų	100	100/100	100	100/100
Emocinė būklė	72	60/84	72	60/80
WEMWBS	54	48/58	55	49/58

Pastaba: M – mediana.

Slaugytojos, kurios darbe patyrė mažesnę bendruomeniškumo jausmą, buvo reikšmingai silpnesnės bendros, emocinės ir psichikos sveikatos, mažiau energingos ir socialiai aktyvios negu didesnę bendruomeniškumo jausmą darbe patyrusios slaugytojos (4.2.12 lentelė).

4.2.12 lentelė. SF-36 sričių ir WEMWBS įverčiai pagal teiginį: „Darbe jaučiuosi bendruomenės dalimi“, išplėstinėje populiacijos grupėje (n=436)

Sritis/skalė	Ne (n=123)		Taip (n=313)	
	M	25/75 procentiliai	M	25/75 procentiliai
Fizinis aktyvumas	90	75/95	90	80/95
Bendras savo sveikatos vertinimas	55*	45/65	60	50/70
Energingumas/Gyvybingumas	55*	50/70	70	58/80
Socialinė funkcija	78*	56/89	89	67/100
Skausmas	78	56/89	78	56/100
Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų	100	75/100	100	75/100
Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų	100*	67/100	100	100/100
Emocinė būklė	64*	56/76	76	64/84
WEMWBS	49*	44/55	56	52/60

Pastaba: * – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp atsakiusiųjų „ne“ ir atsakiusiųjų „taip“ ($p < 0,04$). M – mediana.

Slaugos personalas, jautęs silpnesnę nervinę įtampą darbe, buvo reikšmingai geresnės bendros, emocinės ir psichikos sveikatos, turėjo daugiau energijos, buvo socialiai aktyvesnis negu slaugos personalas, patiriantis stipresnę nervinę įtampą (4.2.13 lentelė).

4.2.13 lentelė. SF-36 sričių ir WEMWBS įverčiai pagal teiginį: „Darbe patiriu nervinę įtampą“, išplėstinėje populiacijos grupėje (n=436)

Sritis/skalė	Ne (n=303)		Taip (n=133)	
	M	25/75 procentiliai	M	25/75 procentiliai
Fizinis aktyvumas	90*	85/100	90	70/95
Bendras savo sveikatos vertinimas	60*	50/70	55	45/65
Energingumas/Gyvybingumas	70*	60/80	55	45/70
Socialinė funkcija	89*	67/100	78	56/89
Skausmas	78*	67/100	78	56/89
Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų	100*	75/100	100	63/100
Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų	100*	100/100	100	67/100
Emocinė būklė	76*	64/84	64	52/76
WEMWBS	55*	50/59	53	46/57

Pastaba: * – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp atsakiusiųjų „ne“ ir atsakiusiųjų „taip“ (p<0,02). M – mediana.

Apibendrinus tyrimo duomenis, galima teigti, kad daugiau nei pusės slaugytojų bendra ir psichikos sveikata buvo vidutiniška. Daugiau negu du penktadaliai slaugos personalo buvo vidutiniškos emocinės sveikatos ir buvo vidutiniškai socialiai aktyvūs. Penktadalis slaugytojų jautėsi vidutiniškai fiziškai aktyvūs, bei fiziniai negalavimai ar emociniai sutrikimai apribodavo jų kasdienę veiklą. Nustatyta, kad slaugytojos, kurios 2015 m. nedalyvavo jokioje meninėje veikloje, jautėsi blogesnės bendros ir psichikos sveikatos negu slaugytojos, kurios meninėje veikloje dalyvavo. Slaugos personalas, kuris buvo labiau nepatenkintas savo gyvenimu ir darbu, buvo silpnesnės sveikatos negu slaugos personalas, kuris savo gyvenimu ir darbu buvo labiau patenkintas. Slaugytojos, kurių darbas buvo labiau fiziškai ir emociškai įtemptas ir kurios jautė stipresnę nervinę įtampą darbe, buvo silpnesnės sveikatos. Slaugytojos, kurios patyrė mažesnę bendruomeniškumo jausmą darbe, buvo silpnesnės sveikatos negu slaugytojos, kurios darbe patyrė didesnę bendruomeniškumo jausmą.

4.3. Slaugytojų patiriamo streso ir nuovargio vertinimas

Darbe patiriamas stresas ir nuovargis yra vienas iš pagrindinių veiksnių, turinčių įtakos slaugytojų sveikatai. Atlikus tyrimą nustatyta, kad daugiau negu trečdalis slaugytojų patyrė vidutinio stiprumo bendrą ir fizinį nuovargį. Beveik pusė slaugytojų buvo stiprios motyvacijos, daugiau negu trečdalis slaugytojų patyrė silpną protinį nuovargį ir daugiau negu du penktadaliai slaugytojų buvo labai aktyvūs (4.3.1 lentelė). Net du penktadaliai slaugytojų patyrė vidutinio stiprumo stresą (42,2 proc.), o 20,4 proc. slaugytojų – stiprų stresą.

4.3.1 lentelė. *Slaugos personalo skirstinys procentais pagal patiriamo nuovargio vertinimą išplėstinėje populiacijos grupėje (n=436)*

Sritis	Visiškai stiprus	Labai stiprus	Stiprus	Vidutinio stiprumo	Silpnas	Nepatiria
Bendras nuovargis	1,6	2,3	14,4	38,5	30,5	12,6
Fizinis nuovargis	1,1	0,7	13,1	36,9	33,3	14,9
Sumažėjusi motyvacija	0,7	–	7,8	32,1	48,2	11,2
Protinis nuovargis	0,5	0,5	10,1	30,7	37,4	20,9
Sumažėjęs aktyvumas	0,5	0,2	8,3	33,7	43,1	14,2

Patiriamo streso ir nuovargio suminės balų medianos, 25-tas ir 75-tas procentiliai bei minimalios ir maksimalios reikšmės pateiktos 4.3.2 lentelėje.

4.3.2 lentelė. *MFI-20 sričių ir Streso skalės įverčiai išplėstinėje populiacijos grupėje (n=436)*

Sritis / skalė	Mediana	25-tas procentilis	75-tas procentilis	Min/Maks
Bendras nuovargis	31	19	50	0/100
Fizinis nuovargis	31	13	50	0/100
Sumažėjusi motyvacija	25	13	44	0/100
Protinis nuovargis	25	6	44	0/100
Sumažėjęs aktyvumas	25	13	44	0/100
Streso skalė	19	15	22	7/28

Nustatyta, kad slaugos personalas, darbovietėje dirbantis iki 10 metų, patyrė reikšmingai silpnesnį bendrą ir fizinį nuovargį ir buvo aktyvesnis negu personalas, dirbantis 11–20 m., o personalas, ligoninėje dirbantis 11–20 m., jautė stipresnį bendrą, fizinį ir protinį nuovargį ir stresą bei buvo mažiau aktyvus negu personalas, dirbantis daugiau metų (4.3.3 lentelė).

4.3.3 lentelė. MFI-20 sričių ir Streso skalės įverčiai pagal darbo stažą darbovietėje (metais) išplėstinėje populiacijos grupėje (n=436)

Sritis/skalė	1–10 m. (n=114)		11–20 m. (n=113)		21 m. ir daugiau (n=209)	
	M	25/75 procentiliai	M	25/75 procentiliai	M	25/75 procentiliai
Bendras nuovargis	31*	13/50	38	25/50	25**	13/50
Fizinis nuovargis	25*	13/44	38	22/50	25**	9/50
Sumažėjusi motyvacija	25	13/39	25	16/44	25**	9/38
Protinis nuovargis	25	6/44	31	13/50	25**	6/44
Sumažėjęs aktyvumas	25*	6/44	31	22/50	25**	6/38
Streso skalė	19	15/22	17	15/21	20**	15/23

Pastaba: * – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp grupių: 1–10 m. ir 11–20 m. ($p < 0,05$);
 ** – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp grupių: 11–20 m. bei 21 ir daugiau metų ($p < 0,05$). M – mediana.

Slaugos personalas, turintis iki 10 m. darbo stažą įvardintose pareigose, patyrė reikšmingai silpnesnį bendrą ir fizinį nuovargį, buvo labiau aktyvus negu slaugos personalas, įvardintose pareigose dirbantis 11–20 metų. Slaugytojos, dirbančios įvardintose pareigose 11–20 metų, patyrė reikšmingai stipresnį bendrą, fizinį ir protinį nuovargį, buvo mažiau aktyvios ir žemesnės motyvacijos negu slaugytojos, įvardintose pareigose dirbančios ilgesnį laikotarpį (4.3.4 lentelė).

4.3.4 lentelė. MFI-20 sričių ir Streso skalės įverčiai pagal darbo stažą įvardintose pareigose (metais) išplėstinėje populiacijos grupėje (n=436)

Sritis/skalė	1–10 m. (n=122)		11–20 m. (n=104)		21 m. ir daugiau (n=210)	
	M	25/75 procentiliai	M	25/75 procentiliai	M	25/75 procentiliai
Bendras nuovargis	31*	19/50	38**	25/50	31	13/50
Fizinis nuovargis	25*	13/44	34**	19/50	25	13/50
Sumažėjusi motyvacija	25	13/38	28**	13/44	25	13/38
Protinis nuovargis	25	6/44	31**	13/50	25	0/44
Sumažėjęs aktyvumas	25*	13/44	31**	20/44	25	6/44
Streso skalė	19	15/22	18	15/22	20	15/23

Pastaba: * – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp grupių: 1–10 m. ir 11–20 m. ($p < 0,05$);
 ** – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp grupių: 11–20 m. bei 21 ir daugiau metų ($p < 0,05$). M – mediana.

Slaugytojos, dirbančios dieninėje pamainoje, buvo reikšmingai aukštesnės motyvacijos, patyrė silpnesnį bendrą ir fizinį nuovargį ir buvo aktyvesnės negu slaugytojos, dirbančios naktinėje pamainoje. Slaugytojos, dirbančios naktinėje pamainoje, patyrė reikšmingai stipresnį bendrą ir fizinį nuovargį ir stresą, buvo mažiau motyvuotos ir aktyvios negu slaugytojos, dirbančios įvairiu darbo grafiku (4.3.5 lentelė).

4.3.5 lentelė. MFI-20 sričių ir Streso skalės įverčiai pagal darbo grafiką išplėstinėje populiacijos grupėje (n=436)

Sritis/skalė	Dieninėje pamainoje (n=125)		Naktinėje pamainoje (n=27)		Įvairiu darbo grafiku (n=284)	
	M	25/75 procentiliai	M	25/75 procentiliai	M	25/75 procentiliai
Bendras nuovargis	31**	16/50	44*	25/69	31	19/50
Fizinis nuovargis	31**	13/50	44*	25/50	25	13/50
Sumažėjusi motyvacija	25**	6/38	38*	25/50	25	13/44
Protinis nuovargis	19	6/44	31	19/44	25	6/44
Sumažėjęs aktyvumas	25**	6/38	38*	25/50	25	13/44
Streso skalė	19	15/22	16*	13/21	19	15/23

Pastaba: * – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp naktinės ir įvairios pamainų ($p<0,05$); ** – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp dienos ir naktinės pamainų ($p<0,05$). M – mediana.

Slaugos personalas, dirbantis iki 1,0 etato, patyrė reikšmingai stipresnį fizinį nuovargį negu slaugos personalas, dirbantis didesniu darbo krūviu (4.3.6 lentelė).

4.3.6 lentelė. MFI-20 sričių ir Streso skalės įverčiai pagal darbo krūvį išplėstinėje populiacijos grupėje (n=436)

Sritis/skalė	Iki 1,0 etato (n=272)		Nuo 1,1 iki 1,5 etato (n=164)	
	M	25/75 procentiliai	M	25/75 procentiliai
Bendras nuovargis	31	19/50	31	19/44
Fizinis nuovargis	31*	19/50	25	6/38
Sumažėjusi motyvacija	25*	13/44	25	13/38
Protinis nuovargis	25	13/44	25	2/42
Sumažėjęs aktyvumas	25	13/44	25	6/38
Streso skalė	18	15/22	20	15/23

Pastaba: * – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp turinčiųjų iki 1,0 etato ir turinčiųjų nuo 1,1 iki 1,5 etato darbo krūvį ($p<0,05$). M – mediana.

Slaugytojos, nedalyvavusios meninėje veikloje, buvo mažiau aktyvios, patyrė silpnesnį bendrą nuovargį, tačiau stipresnį fizinį nuovargį negu slaugytojos, dalyvavusios meninėje veikloje (4.3.7 lentelė).

4.3.7 lentelė. MFI-20 sričių ir Streso skalės įverčiai pagal dalyvavimo meninėje veikloje tyrimo metais patirtį išplėstinėje populiacijos grupėje (n=436)

Sritis/skalė	Ne (n=394)		Taip (n=42)	
	M	25/75 procentiliai	M	25/75 procentiliai
Bendras nuovargis	31	19/50	34	19/45
Fizinis nuovargis	31	13/50	28	13/45
Sumažėjusi motyvacija	25	13/44	25	6/33
Protinis nuovargis	25	6/44	25	11/45
Sumažėjęs aktyvumas	25	13/44	22	6/44
Streso skalė	19	15/22	19	15/22

Pastaba: M – mediana.

Dabartiniu savo gyvenimu labiau nepatenkintos slaugytojos patyrė reikšmingai stipresnį bendrą, fizinį ir protinį nuovargį ir stresą, pasižymėjo žemesne motyvacija ir buvo mažiau aktyvios negu labiau patenkintos savo gyvenimu slaugytojos (4.3.8 lentelė). Panašūs tyrimo rezultatai gauti ir įvertinus slaugytojų pasitenkinimą darbu (4.3.9 lentelė).

4.3.8 lentelė. MFI-20 sričių ir Streso skalės įverčiai pagal teiginį: „Esu patenkintas (-a) dabartiniu savo gyvenimu“, išplėstinėje populiacijos grupėje (n=436)

Sritis/skalė	Ne (n=145)		Taip (n=291)	
	M	25/75 procentiliai	M	25/75 procentiliai
Bendras nuovargis	50*	31/63	25	13/44
Fizinis nuovargis	44*	25/56	25	6/38
Sumažėjusi motyvacija	31*	13/50	25	13/38
Protinis nuovargis	31*	19/50	19	6/44
Sumažėjęs aktyvumas	31*	19/50	25	6/38
Streso skalė	16*	13/20	20	16/23

Pastaba: * – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp asmenų, nepatenkintų ir patenkintų dabartiniu savo gyvenimu (p<0,01). M – mediana.

4.3.9 lentelė. MFI-20 sričių ir Streso skalės įverčiai pagal teiginį: „Esu patenkintas (-a) savo turimu darbu“, išplėstinėje populiacijos grupėje (n=436)

Sritis/skalė	Ne (n=77)		Taip (n=359)	
	M	25/75 procentiliai	M	25/75 procentiliai
Bendras nuovargis	50*	38/69	25	13/44
Fizinis nuovargis	44*	25/50	25	13/44
Sumažėjusi motyvacija	38*	25/50	25	13/38
Protinis nuovargis	28*	19/50	25	6/38
Sumažėjęs aktyvumas	38*	25/50	25	6/38
Streso skalė	15*	12/18	20	16/23

Pastaba: * – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp nepatenkintų ir patenkintų savo turimu darbu ($p < 0,02$). M – mediana.

Respondentės, kurių darbas buvo mažiau fiziškai įtemptas, patyrė reikšmingai silpnesnį stresą negu slaugytojos, kurių darbas buvo labiau fiziškai įtemptas (4.3.10 lentelė).

4.3.10 lentelė. MFI-20 sričių ir Streso skalės įverčiai pagal teiginį: „Mano darbas yra fiziškai įtemptas“, išplėstinėje populiacijos grupėje (n=436)

Sritis/skalė	Ne (n=172)		Taip (n=264)	
	M	25/75 procentiliai	M	25/75 procentiliai
Bendras nuovargis	31	19/48	34	19/50
Fizinis nuovargis	25	13/50	31	14/50
Sumažėjusi motyvacija	25	13/38	25	13/44
Protinis nuovargis	25	6/44	25	13/44
Sumažėjęs aktyvumas	25	8/44	25	13/44
Streso skalė	21*	17/23	17	14/21

Pastaba: * – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp atsakiusiųjų „ne“ ir atsakiusiųjų „taip“ ($p < 0,05$). M – mediana.

Slaugytojos, kurių darbas buvo labiau emociškai įtemptas, patyrė reikšmingai stipresnį stresą negu slaugytojos, kurių darbas buvo mažiau emociškai įtemptas (4.3.11 lentelė).

4.3.11 lentelė. MFI-20 sričių ir Streso skalės įverčiai pagal teiginį: „Mano darbas yra emociškai įtemptas“, išplėstinėje populiacijos grupėje (n=436)

Sritis/skalė	Ne (n=118)		Taip (n=318)	
	M	25/75 procentiliai	M	25/75 procentiliai
Bendras nuovargis	28	19/50	31	19/50
Fizinis nuovargis	25	13/44	31	13/50
Sumažėjusi motyvacija	25	13/44	25	13/38
Protinis nuovargis	22	5/50	25	6/44
Sumažėjęs aktyvumas	25	6/44	25	13/44
Streso skalė	21*	17/23	18	15/21

Pastaba: * – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp atsakiusiųjų „ne“ ir atsakiusiųjų „taip“ (p<0,01). M – mediana.

Slaugytojos, išgyvenusios stipresnį bendruomeniškumo jausmą darbe, patyrė reikšmingai silpnesnį bendrą, fizinį ir protinį nuovargį ir stresą, buvo labiau motyvuotos ir aktyvesnės negu slaugytojos išgyvenusios mažesnį bendruomeniškumo jausmą darbe (4.3.12 lentelė).

4.3.12 lentelė. MFI-20 sričių ir Streso skalės įverčiai pagal teiginį: „Darbe jaučiuosi bendruomenės dalimi“, išplėstinėje populiacijos grupėje (n=436)

Sritis/skalė	Ne (n=123)		Taip (n=313)	
	M	25/75 procentiliai	M	25/75 procentiliai
Bendras nuovargis	44*	25/56	31	13/50
Fizinis nuovargis	31*	19/50	25	13/50
Sumažėjusi motyvacija	38*	19/44	25	13/38
Protinis nuovargis	38*	19/50	19	6/38
Sumažėjęs aktyvumas	31*	25/50	25	6/38
Streso skalė	16*	14/20	20	16/23

Pastaba: * – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp atsakiusiųjų „ne“ ir atsakiusiųjų „taip“ (p<0,04). M – mediana.

Tyrime ištirta, kad slaugytojos patyrusios stipresnę nervinę įtampą darbe, patyrė reikšmingai stipresnį bendrą, fizinį ir protinį nuovargį ir stresą bei buvo mažiau aktyvios negu slaugytojos, patyrusios silpnesnę nervinę įtampą (4.3.13 lentelė).

4.3.13 lentelė. MFI-20 sričių ir Streso skalės įverčiai pagal teiginį: „Darbe patiriu nervinę įtampą“, išplėstinėje populiacijos grupėje (n=436)

Sritis/skalė	Ne (n=303)		Taip (n=133)	
	M	25/75 procentiliai	M	25/75 procentiliai
Bendras nuovargis	25*	13/44	44	31/63
Fizinis nuovargis	25*	6/44	38	25/50
Sumažėjusi motyvacija	25*	13/38	25	19/44
Protinis nuovargis	19*	0/38	31	19/50
Sumažėjęs aktyvumas	25*	6/44	31	19/47
Streso skalė	20*	16/23	15	13/18

Pastaba: * – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp atsakiusiųjų „ne“ ir atsakiusiųjų „taip“ ($p < 0,02$). M – mediana.

Apibendrinus tyrimo duomenis nustatyta, kad trečdalis slaugytojų patiria vidutinio stiprumo bendrą, fizinį ir protinį nuovargį. Daugiau negu du penktadaliai slaugos personalo patiria vidutinio stiprumo stresą, o penktadalis – stiprų stresą. Slaugos personalas, kuris buvo labiau nepatenkintas savo gyvenimu ir darbu, patyrė stipresnį stresą ir nuovargį negu slaugos personalas, kuris buvo labiau patenkintas savo gyvenimu ir darbu. Slaugytojos, kurių darbas buvo labiau fiziškai ir emociškai įtemptas ir kurios jautė stipresnę nervinę įtampą, patyrė stipresnį stresą ir nuovargį. Slaugytojos, kurios patyrė mažesnę bendruomeniškumo jausmą darbe, jautė stipresnį nuovargį ir stresą negu slaugytojos, darbe patyrusios didesnę bendruomeniškumo jausmą.

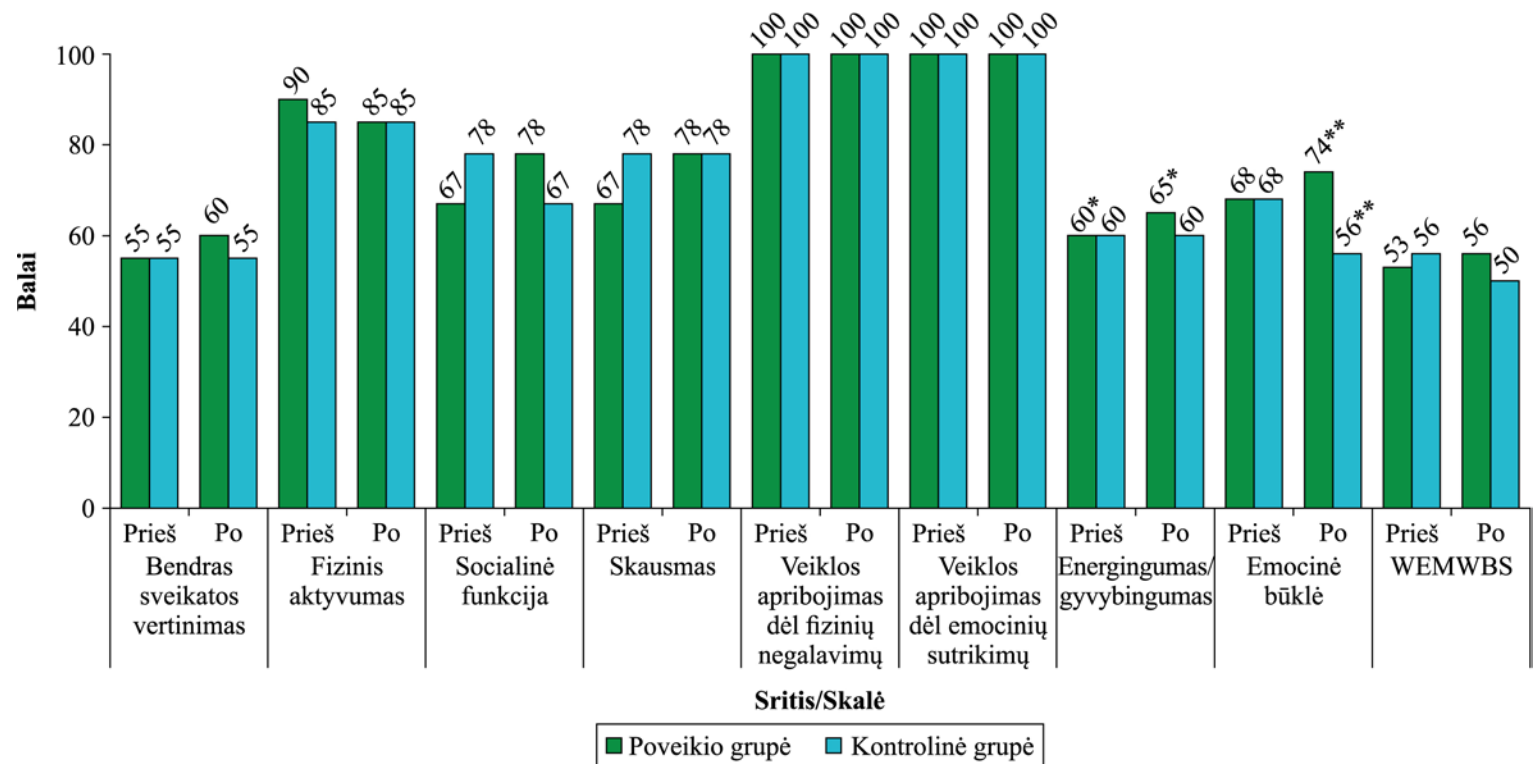
4.4. Meninės veiklos poveikis slaugytojų sveikatos, patiriamo streso ir nuovargio vertinimui

Slaugytojos, įvardijusios savo apsisprendimą dalyvauti meninėje veikloje, teigė, kad siekia išbandyti naują (n=19), įgyti naujų įgūdžių/išmokti naujų dalykų (n=15), atsipalaiduoti/mažinti stresą (n=11), įdomu (n=8), patirti teigiamų emocijų (n=5), susitikti su naujais žmonėmis (n=1). Pagrindiniai slaugytojų lūkesčiai buvo: noras atsipalaiduoti po darbo/sumažinti darbe patiriamą stresą ir nuovargį (n=32), įgyti naujų įgūdžių ir gebėjimų (n=32), patirti teigiamų emocijų (n=24), įdomiai praleisti laiką (n=20), labiau pažinti kolegas/pabendrauti su kolegomis (n=16), išbandyti save (n=1), sukurti kūrinį sau ir artimiesiems (n=1).

Tyrimo pradžioje slaugos personalas poveikio ir kontrolinėje grupėse nurodė, kad niekada nedalyvavo tapybos ant šilko ar kitoje meninėje

veikloje, tačiau išplėstinėje populiacijos grupėje 10 proc. slaugytojų teigė, jog yra dalyvavusios. Net trečdalis slaugytojų išplėstinėje populiacijos ir kontrolinėje grupėse ateityje norėtų sudalyvauti kokioje nors meninėje veikloje, rengiamoje jų darbovietėje. Išplėstinėje populiacijos grupėje dalis slaugytojų įvardino šias menines veiklas: šokio (n=65), teatro (n=34), dailės (n=29), muzikos (n=28) ir keramikos (n=2).

Dalyvavimas meninėje veikloje turėjo reikšmės slaugytojų sveikatai. Po meninės veiklos poveikio grupė buvo energingesnė negu prieš meninę veiklą ir geresnės emocinės sveikatos negu kontrolinė grupė (4.4.1 pav., 4.4.1 lentelė). Nustatytos tendencijos, kad poveikio grupėje pagerėjo bendros, emocinės ir psichikos sveikatos vertinimas, jos jautė silpnesnius kūno skausmus, buvo socialiai aktyvesnės negu prieš meninę veiklą. Kontrolinė grupė po meninės veiklos buvo mažiau socialiai aktyvi, prastesnės emocinės ir psichikos sveikatos negu prieš meninę veiklą.



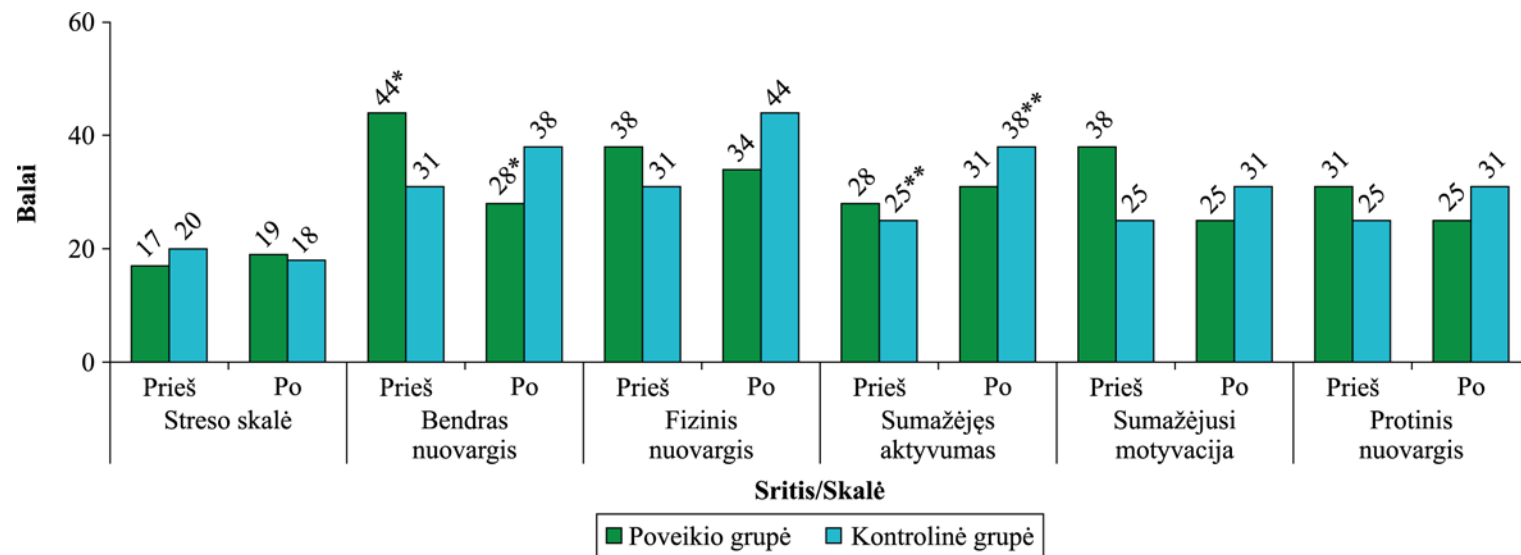
4.4.1 pav. SF-36 sričių ir WEMWBS suminių balų medianos poveikio ir kontrolinėje grupėse prieš meninę veiklą ir po meninės veiklos.

Pastabos: * – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp įverčių prieš ir po meninės veiklos poveikio grupėje ($p < 0,01$). ** – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp poveikio ir kontrolinės grupės po meninės veiklos ($p < 0,01$).

4.4.1 lentelė. SF-36 sričių ir WEMWBS įverčiai poveikio ir kontrolinėje grupėse prieš meninę veiklą ir po meninės veiklos

Sritis/skalė	Poveikio grupė						Kontrolinė grupė					
	Prieš meninę veiklą (n=56)			Po meninės veiklos (n=56)			Prieš meninę veiklą (n=59)			Po meninės veiklos (n=55)		
	25-tas procen- tilis	75-tas procen- tilis	Min/ maks	25-tas procen- tilis	75-tas procen- tilis	Min/ maks	25-tas procen- tilis	75-tas procen- tilis	Min/ maks	25-tas procen- tilis	75-tas procen- tilis	Min/ maks
Fizinis aktyvumas	80	95	35/100	75	94	25/100	80	95	30/100	70	100	40/ 100
Bendras savo svei- katos vertinimas	45	65	25/90	50	65	0/95	45	70	20/85	50	60	20/90
Energingumas/ Gyvybingumas	45	70	20/80	56	75	30/95	50	75	35/95	50	70	30/95
Socialinė funkcija	56	89	22/ 100	67	89	22/100	67	89	33/100	56	89	22/ 100
Skausmas	56	78	11/ 100	67	78	22/100	56	100	22/100	56	89	33/ 100
Veiklos apriboji- mas dėl fizinių negalavimų	50	100	0/100	75	100	0/100	75	100	0/100	75	100	0/100
Veiklos apriboji- mas dėl emocinių sutrikimų	67	100	0/100	67	100	0/100	100	100	0/100	67	100	0/100
Emocinė būklė	56	79	24/88	60	84	28/92	56	80	24/100	48	76	36/ 100
WEMWBS	47	57	36/66	49	58	34/64	48	58	31/65	44	58	29/70

Įvertinus meninės veiklos poveikį slaugytojų streso ir nuovargio mažinimui, buvo nustatyta, kad poveikio grupė po meninės veiklos patyrė reikšmingai silpnesnį bendrą nuovargį negu prieš meninę veiklą, o kontrolinė grupė buvo reikšmingai mažiau aktyvi negu prieš meninę veiklą (4.4.2 pav., 4.4.2 lentelė). Pastebėtos tendencijos, kad poveikio grupė po meninės veiklos buvo labiau motyvuota, patyrė silpnesnį fizinį, protinį nuovargį ir stresą negu prieš meninę veiklą, tačiau buvo mažiau aktyvi. Kontrolinė grupė po meninės veiklos buvo mažiau motyvuota, patyrė stipresnį bendrą, fizinį, protinį nuovargį ir stresą negu prieš meninę veiklą. Poveikio grupė po meninės veiklos patyrė silpnesnį fizinį, bendrą, protinį nuovargį ir stresą, buvo labiau motyvuota ir aktyvesnė negu kontrolinė grupė.



4.4.2 pav. MFI-20 sričių ir Streso skalės suminių balų medianos poveikio ir kontrolinėje grupėse prieš meninę veiklą ir po meninės veiklos.

Pastabos: * – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp įverčių prieš ir po meninės veiklos poveikio grupėje ($p < 0,03$); ** – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp įverčių prieš ir po meninės veiklos kontrolinėje grupėje ($p < 0,05$).

4.4.2 lentelė. MFI-20 sričių ir Streso skalės įverčiai poveikio ir kontrolinėje grupėse prieš meninę veiklą ir po meninės veiklos.

Sritis/skalė	Poveikio grupė						Kontrolinė grupė					
	Prieš meninę veiklą (n=56)			Po meninės veiklos (n=56)			Prieš meninę veiklą (n=59)			Po meninės veiklos (n=55)		
	25-tas procen- tilis	75-tas procen- tilis	Min/ maks	25-tas procen- tilis	75-tas procen- tilis	Min/ maks	25-tas procen- tilis	75-tas procen- tilis	Min/ maks	25-tas procen- tilis	75-tas procen- tilis	Min/ maks
Bendras nuovargis	25	50	0/94	13	50	0/100	13	50	0/81	25	50	0/100
Fizinis nuovargis	13	50	0/100	13	50	0/100	6	38	0/88	13	50	0/100
Sumažėjusi motyvacija	25	50	0/75	13	50	0/81	6	38	0/75	13	50	0/63
Protinis nuovargis	20	50	0/75	19	50	0/69	0	44	0/75	13	50	0/100
Sumažėjęs aktyvumas	13	44	0/75	19	50	0/100	6	44	0/75	13	50	0/100
Streso skalė	15	19	11/26	16	22	10/25	14	23	9/26	14	21	10/27

Apibendrinus meninės veiklos poveikį slaugos personalo sveikatai nustatyta, kad poveikio grupė po meninės veiklos buvo reikšmingai energingesnė negu prieš meninę veiklą. Po meninės veiklos poveikio grupė buvo reikšmingai geresnės emocinės sveikatos negu kontrolinė grupė. Poveikio grupė po meninės veiklos jautėsi stipresnės bendros sveikatos, buvo socialiai aktyvesnė negu prieš meninę veiklą. Po meninės veiklos poveikio grupė jautėsi stipresnės bendros ir psichikos sveikatos ir buvo socialiai aktyvesnė negu kontrolinė grupė. Kontrolinė grupė po meninės veiklos buvo mažiau socialiai aktyvi, blogesnės emocinės ir psichikos sveikatos negu prieš meninę veiklą.

Įvertinus meninės veiklos poveikį slaugytojų streso ir nuovargio mažinimui nustatyta, kad poveikio grupė po meninės veiklos patyrė reikšmingai silpnesnį bendrą nuovargį negu prieš meninę veiklą. Kontrolinė grupė po meninės veiklos reikšmingai mažiau buvo aktyvi negu prieš meninę veiklą. Poveikio grupė po meninės veiklos patyrė silpnesnį stresą ir buvo aukštesnės motyvacijos negu prieš meninę veiklą. Po meninės veiklos poveikio grupė patyrė silpnesnį nuovargį ir stresą ir buvo labiau motyvuota negu kontrolinė grupė. Kontrolinė grupė po meninės veiklos patyrė stipresnį nuovargį ir stresą ir buvo žemesnės motyvacijos negu prieš meninę veiklą.

4.5. Slaugytojų savo sveikatos, patiriamo streso ir nuovargio vertinimas, atsižvelgiant į jų nuomonę apie meninės veiklos poveikį

Dauguma slaugytojų įvardino teigiamą dalyvavimo meninėje veikloje poveikį jų sveikatai, streso ir nuovargio mažinimui. Net 93 proc. slaugytojų poveikio grupėje patiko dalyvauti meninėje veikloje ir 75 proc. slaugytojų planuoja tęsti meninę veiklą. Dauguma asmenų poveikio grupėje nurodė, jog meninė veikla padėjo jiems atsipalaiduoti ir sumažinti stresą ir nuovargį patiriamą darbe, turėjo teigiamą poveikį jų sveikatai ir bendrai savijautai ir sustiprino jų darbo bendruomenę. Beveik pusė slaugytojų poveikio grupėje teigė, kad dalyvavimas meninėje veikloje pagerino jų tarpusavio santykius su darbo kolegomis. Dauguma slaugytojų nurodė, jog dalyvaudamos meninėje veikloje jos jautėsi geresnės nuotaikos nei įprastai. Daugiau negu pusė slaugytojų ketina dažniau lankytis meno renginiuose ir beveik pusė slaugytojų nurodė, jog dalyvaudamos meninėje veikloje jos buvo labiau darbingos (4.5.1 lentelė).

4.5.1 lentelė. *Slaugytojų skirstinys procentais pagal atsakymus į teiginius apie dalyvavimo meninėje veikloje vertinimą (n=56)*

Teiginys	Ne	Nei ne, nei taip	Taip
Man patiko dalyvauti meninėje veikloje	–	7,1	92,9
Po dalyvavimo meninėje veikloje ketinu tęsti meninę veiklą	–	25,0	75,0
Dalyvavimas meninėje veikloje man padėjo atsipalaiduoti, sumažinti stresą patiriamą darbo metu	–	23,2	76,8
Dalyvavimas meninėje veikloje turėjo teigiamą poveikį mano sveikatai ir bendrai savijautai	8,9	23,2	67,9
Dalyvaujama meninėje veikloje aš buvau geresnės nuotaikos nei įprastai	1,8	23,2	75,0
Dalyvavimas meninėje veikloje man padėjo sumažinti nuovargį patiriamą darbe	5,4	33,9	60,7
Dalyvaujama meninėje veikloje jaučiausi/buvau darbingesnė	5,0	45,0	50,0
Dalyvavimas meninėje veikloje pagerino mano tarpusavio santykius su darbo kolegomis	7,1	44,6	48,2
Dalyvavimas meninėje veikloje sustiprino mano darbo bendruomenę	7,1	32,1	60,7
Po dalyvavimo meninėje veikloje ketinu dažniau lankytis meno renginiuose	5,4	33,9	60,7

Slaugytojos, atsakydamos į atvirą klausimą apie dalyvavimo meninėje veikloje patirtį, ją apibūdino kaip „įkvėpiančią“, „džiuginančią“, „pakylėjančią“, „bendruomenę stiprinančią“, „įdomią“, „nuostabią“ ir įvardino, jog dalyvaujamos meninėje veikloje jos jautėsi laimingos ir atsipalaidavusios. Poveikio grupė nepateikė jokių neigiamų atsiliepimų ir patirčių apie dalyvavimą meninėje veikloje. Po meninės veiklos dalis slaugytojų poveikio grupėje įvardino, jog ateityje norėtų sudalyvauti šioje meninėje veikloje, rengiamoje jų darbovietėje: dailės (n=31), šokio (n=26), keramikos (n=19), muzikos (n=11), teatro (n=9), literatūros (n=7), rankdarbių (n=2), dekupažo (n=1).

Ištyrus slaugytojų sveikatos vertinimą pagal jų nuomonę apie meninės veiklos poveikį, buvo nustatytos tendencijos, kad slaugytojos, kurioms patiko dalyvauti meninėje veikloje, jautėsi stipresnės psichikos sveikatos, buvo socialiai aktyvesnės ir emociniai sutrikimai mažiau apribojo jų

kasdienę veiklą, palyginti su slaugytojomis, nepatvirtinusiomis, kad joms patiko dalyvauti meninėje veikloje (4.5.2 lentelė).

4.5.2 lentelė. SF-36 sričių ir WEMWBS įverčiai pagal atsakymus į klausimą: „Ar Jums patiko dalyvauti meninėje veikloje?“, poveikio grupėje (n=56)

Sritis/skalė	Taip			Ne		
	M	25/75 procentiliai	Min/maks	M	25/75 procentiliai	Min/maks
Fizinis aktyvumas	85	75/94	25/100	90	79/94	75/95
Bendras savo sveikatos vertinimas	60	50/65	0/95	65	54/73	50/75
Energingumas/ Gyvybingumas	65	56/75	30/95	65	53/74	50/75
Socialinė funkcija	78	67/89	22/100	61	44/86	44/89
Skausmas	78	67/78	22/100	78	69/86	67/89
Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų	100	56/100	0/100	100	81/100	75/100
Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų	100	67/100	0/100	83	17/100	0/100
Emocinė būklė	74	60/84	28/92	76	63/80	60/80
WEMWBS	56	51/58	34/64	47	43/57	42/49

Pastaba: M – mediana.

Slaugos personalas poveikio grupėje, kuris ketina tęsti meninę veiklą, jautėsi reikšmingai stipresnės psichikos sveikatos (4.5.3 lentelė).

4.5.3 lentelė. SF-36 sričių ir WEMWBS įverčiai pagal atsakymus į klausimą: „Ar Jūs ketinate po dalyvavimo meninėje veikloje toliau tęsti meninę veiklą?“, poveikio grupėje (n=56)

Sritis/skalė	Taip			Ne		
	M	25/75 procentiliai	Min/maks	M	25/75 procentiliai	Min/maks
Fizinis aktyvumas	85	75/91	25/100	90	75/95	65/100
Bendras savo sveikatos vertinimas	60	50/65	0/80	55	50/66	35/95
Energingumas/Gyvybingumas	68	59/75	30/95	60	54/80	45/85
Socialinė funkcija	83	67/92	22/100	78	61/81	33/100
Skausmas	78	67/89	22/100	78	64/78	44/100
Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų	100	50/100	0/100	100	75/100	0/100
Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų	100	67/100	0/100	100	58/100	0/100
Emocinė būklė	76	60/84	28/92	66	56/80	44/88
WEMWBS	56*	52/59	34/64	50*	45/56	38/63

Pastaba: * – statistiškai reikšmingas skirtumas pagal WEMWBS įverčius balais tarp asmenų atsakiusių „taip“ ir atsakiusių „ne“ ($p < 0,05$). M – mediana.

Stebimos tendencijos, kad slaugytojos, patyrusios teigiamą meninės veiklos poveikį atsipalaidavimui ir darbe patiriamam stresui mažinimui, jautėsi geresnės emocinės ir psichikos sveikatos, buvo energingesnės, tačiau mažiau fiziškai aktyvios negu neįvardinusios šio poveikio (4.5.4 lentelė).

4.5.4 lentelė. SF-36 sričių ir WEMWBS įverčiai pagal atsakymus į klausimą: „Ar dalyvavimas meninėje veikloje Jums padėjo atsipalaiduoti, sumažinti stresą patiriamą darbo metu?“, poveikio grupėje (n=56)

Sritis/skalė	Taip			Ne		
	M	25/75 procentiliai	Min/maks	M	25/75 procentiliai	Min/maks
Fizinis aktyvumas	85	75/90	25/100	90	75/95	75/100
Bendras savo sveikatos vertinimas	60	50/65	0/95	60	55/65	45/80
Energingumas/ Gyvybingumas	65	60/75	30/95	60	50/75	35/85
Socialinė funkcija	78	67/89	22/100	78	56/89	44/100
Skausmas	78	67/89	22/100	78	61/78	33/100
Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų	100	75/100	0/100	100	63/100	0/100
Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų	100	67/100	0/100	100	83/100	0/100
Emocinė būklė	76	60/84	28/92	72	48/80	44/88
WEMWBS	56	51/59	34/63	52	48/58	42/64

Pastaba: M – mediana.

Tyrimo nustatyta, kad slaugos personalas, poveikio grupėje patyręs teigiamą meninės veiklos poveikį jų sveikatai ir bendrai savijautai, buvo reikšmingai energingesnis negu slaugos personalas, neįvardinęs šio poveikio (4.5.5 lentelė).

4.5.5 lentelė. SF-36 sričių ir WEMWBS įverčiai pagal atsakymus į klausimą: „Ar dalyvavimas meninėje veikloje turėjo teigiamą poveikį Jūsų sveikatai ir bendrai savijautai?“, poveikio grupėje (n=56)

Sritis/skalė	Taip			Ne		
	M	25/75 procentiliai	Min/maks	M	25/75 procentiliai	Min/maks
Fizinis aktyvumas	85	75/95	25/100	88	75/91	45/100
Bendras savo sveikatos vertinimas	60	50/65	0/80	55	50/65	10/95
Energingumas/ Gyvybingumas	70*	60/75	30/95	60*	49/68	35/85
Socialinė funkcija	78	67/100	22/100	78	64/89	33/100
Skausmas	78	67/89	44/100	78	56/78	22/100
Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų	100	75/100	0/100	100	44/100	0/100
Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų	100	67/100	0/100	100	67/100	0/100
Emocinė būklė	76	60/84	28/92	66	55/80	44/88
WEMWBS	56	51/59	34/64	53	49/57	42/63

Pastaba: * – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp atsakiusiųjų „taip“ ir atsakiusiųjų „ne“ ($p < 0,05$). M – mediana.

Slaugytojos, įvardijusios, jog meninė veikla pagerino jų nuotaiką, jautėsi reikšmingai geresnės psichikos sveikatos negu neįvardinusios šio poveikio slaugytojos (4.5.6 lentelė).

4.5.6 lentelė. SF-36 sričių ir WEMWBS įverčiai pagal atsakymus į klausimą: „Ar dalyvaudama meninėje veikloje Jūs buvote geresnės nuotaikos nei įprastai?“, poveikio grupėje (n=56)

Sritis/skalė	Taip			Ne		
	M	25/75 procentiliai	Min/maks	M	25/75 procentiliai	Min/maks
Fizinis aktyvumas	83	75/90	25/100	90	79/95	75/100
Bendras savo sveikatos vertinimas	60	50/65	0/80	60	54/65	35/95
Energingumas/ Gyvybingumas	65	55/75	30/95	63	58/80	35/85
Socialinė funkcija	78	64/92	22/100	78	67/89	44/100
Skausmas	78	67/89	22/100	78	64/78	33/100
Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų	100	50/100	0/100	100	94/100	0/100
Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų	100	67/100	0/100	100	92/100	0/100
Emocinė būklė	72	60/84	28/92	76	59/81	44/88
WEMWBS	56*	51/59	34/64	51*	47/54	38/58

Pastaba: * – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp atsakiusiųjų „taip“ ir atsakiusiųjų „ne“ (p<0,05). M – mediana.

Stebimos tendencijos, kad slaugytojos, įvardijusios teigiamą dalyvavimo meninėje veikloje poveikį patiriamo nuovargio mažinimui darbe, jautėsi stipresnės bendros, emocinės ir psichikos sveikatos ir buvo energingesnės, tačiau mažiau fiziškai aktyvios negu slaugytojos, neįvardijusios šio poveikio (4.5.7 lentelė).

4.5.7 lentelė. SF-36 sričių ir WEMWBS įverčiai pagal atsakymus į klausimą: „Ar dalyvavimas meninėje veikloje Jums padėjo sumažinti nuovargį patiriamą darbe?“, poveikio grupėje (n=56)

Sritis/skalė	Taip			Ne		
	M	25/75 procentiliai	Min/maks	M	25/75 procentiliai	Min/maks
Fizinis aktyvumas	85	75/91	25/100	90	75/95	45/100
Bendras savo sveikatos vertinimas	60	54/65	0/80	58	50/65	10/95
Energingumas/ Gyvybingumas	65	60/75	30/95	60	54/76	35/85
Socialinė funkcija	78	56/92	22/100	78	67/89	44/100
Skausmas	78	56/89	44/100	78	67/78	22/100
Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų	100	50/100	0/100	100	75/100	0/100
Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų	100*	33/100	0/100	100 *	92/100	0/100
Emocinė būklė	76	60/84	28/92	70	59/81	44/88
WEMWBS	56	49/59	34/64	55	50/58	42/63

Pastaba. * – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp atsakiusiųjų „taip“ ir atsakiusiųjų „ne“ (p<0,05). M – mediana.

Nustatytos tendencijos, kad slaugos personalas, patvirtinęs, kad dalyvaudamas meninėje veikloje buvo labiau darbingas, jautėsi stipresnės bendros, psichikos ir emocinės sveikatos ir buvo energingesnis, tačiau mažiau fiziškai aktyvus negu slaugos personalas, neįvardinęs šio poveikio (4.5.8 lentelė).

4.5.8 lentelė. SF-36 sričių ir WEMWBS įverčiai pagal atsakymus į klausimą: „Ar dalyvaudama meninėje veikloje Jūs jautėtės/buvote darbingesnė?“, poveikio grupėje (n=56)

Sritis/skalė	Taip			Ne		
	M	25/75 procentiliai	Min/maks	M	25/75 procentiliai	Min/maks
Fizinis aktyvumas	85	75/90	25/100	90	75/95	45/100
Bendras savo sveikatos vertinimas	63	51/65	35/80	60	50/65	0/95
Energingumas/ Gyvybingumas	70	60/75	50/95	60	50/79	30/90
Socialinė funkcija	78	58/89	33/100	78	67/97	22/100
Skausmas	78	67/86	44/100	78	58/78	22/100
Veiklos apribojimas dėl fizinio negalavimo	100	56/100	0/100	100	75/100	0/100
Veiklos apribojimas dėl emocinio sutrikimo	100	67/100	0/100	100	67/100	0/100
Emocinė būklė	76	60/84	44/88	70	60/80	28/92
WEMWBS	56	52/59	34/63	53	48/58	38/64

Pastaba: M – mediana.

Tyrimo metu nustatyta, kad slaugytojos, patyrusios teigiamą dalyvavimo meninėje veikloje poveikį tarpusavio santykiams su darbo kolegomis, jautėsi reikšmingai stipresnės emocinės ir psichikos sveikatos negu slaugytojos, kurios šio poveikio neįvardijo (4.5.9 lentelė).

4.5.9 lentelė. SF-36 sričių ir WEMWBS įverčiai pagal atsakymus į klausimą: „Ar dalyvaujant meninėje veikloje pagerėjo Jūsų tarpusavio santykiai su darbo kolegomis?“, poveikio grupėje (n=56)

Sritis/skalė	Taip			Ne		
	M	25/75 procentiliai	Min/maks	M	25/75 procentiliai	Min/maks
Fizinis aktyvumas	80	75/90	65/100	90	75/95	25/100
Bendras savo sveikatos vertinimas	60	55/65	35/75	55	48/65	0/95
Energingumas/Gyvybingumas	70	60/75	45/95	60	50/75	30/90
Socialinė funkcija	89	67/100	33/100	78	61/89	22/100
Skausmas *	78	67/89	44/100	78	56/78	22/100
Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų	100	75/100	25/100	100	25/100	0/100
Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų	100	67/100	33/100	100	67/100	0/100
Emocinė būklė	76*	68/84	44/92	72*	54/80	28/88
WEMWBS	58*	54/59	44/62	52*	46/56	34/64

Pastaba: * – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp atsakiusiųjų „taip“ ir atsakiusiųjų „ne“ (p<0,05). M – mediana.

Slaugos personalas, įvardijęs dalyvavimo meninėje veikloje poveikį bendruomeniškumo stiprinimui, jautėsi nereikšmingai geresnės bendros, emocinės ir psichikos sveikatos bei buvo energingesnis, tačiau buvo mažiau fiziškai aktyvus negu slaugos personalas, kuris šio poveikio neįvardijo (4.5.10 lentelė).

4.5.10 lentelė. SF-36 sričių ir WEMWBS įverčiai pagal atsakymus į klausimą: „Ar dalyvavimas meninėje veikloje sustiprino Jūsų darbo bendruomenę?“, poveikio grupėje (n=56)

Sritis/skalė	Taip			Ne		
	M	25/75 procentiliai	Min/maks	M	25/75 procentiliai	Min/maks
Fizinis aktyvumas	80	75/90	25/100	90	75/95	45/100
Bendras savo sveikatos vertinimas	60	55/65	0/75	55	50/65	10/95
Energingumas/ Gyvybingumas	70	60/75	30/95	60	50/75	35/90
Socialinė funkcija	78	56/92	22/100	78	67/89	44/100
Skausmas	78	67/89	44/100	78	56/78	22/100
Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų	100	75/100	0/100	88	50/100	0/100
Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų	100	67/100	0/100	100	67/100	0/100
Emocinė būklė	76	63/84	28/92	66	56/80	44/88
WEMWBS	56	51/58	34/62	54	48/58	38/64

Pastaba: M – mediana.

Nustatyta tendencija, kad slaugytojos, ketinančios dažniau lankytis meno renginiuose, pasižymėjo stipresne bendra ir psichikos sveikata bei buvo fiziškai aktyvesnės negu slaugytojos, kurios buvo neapsisprendusios (4.5.11 lentelė).

4.5.11 lentelė. SF-36 sričių ir WEMWBS įverčiai pagal atsakymus į klausimą: „Ar Jūs po dalyvavimo meninėje veikloje ketinate dažniau lankytis meno renginiuose?“, poveikio grupėje (n=56)

Sritis/skalė	Taip			Ne		
	M	25/75 procentiliai	Min/maks	M	25/75 procentiliai	Min/maks
Fizinis aktyvumas	85	75/91	25/100	80	75/95	45/100
Bendras savo sveikatos vertinimas	60	50/65	35/75	58	50/66	0/95
Energingumas/Gyvybingumas	65	59/75	45/95	65	50/80	30/90
Socialinė funkcija	78	64/89	33/100	78	67/92	22/100
Skausmas	78	67/81	44/100	78	56/78	22/100
Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų	100	69/100	0/100	100	63/100	0/100
Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų	100	67/100	0/100	100	58/100	0/100
Emocinė būklė	74	60/84	44/88	74	59/84	28/92
WEMWBS	56	52/58	34/63	53	46/58	38/64

Pastaba: M – mediana.

Nustatyta tendencija, kad slaugytojos, kurioms patiko dalyvauti meninėje veikloje, buvo labiau motyvuotos ir aktyvesnės, patyrė silpnesnį protinį ir fizinį nuovargį, tačiau jautė stipresnį stresą negu slaugytojos, kurios buvo neapsisprendusios (4.5.12 lentelė).

4.5.12 lentelė. MFI-20 sričių ir Streso skalės įverčiai pagal atsakymus į klausimą: „Ar Jums patiko dalyvauti meninėje veikloje?“, poveikio grupėje (n=56)

Sritis/skalė	Taip			Ne		
	M	25/75 procentiliai	Min/maks	M	25/75 procentiliai	Min/maks
Bendras nuovargis	28	13/50	0/100	28	16/45	13/50
Fizinis nuovargis	34	13/50	0/100	41	13/55	6/56
Sumažėjusi motyvacija	25	13/50	0/81	38	14/47	6/50
Protinis nuovargis	25	19/48	0/69	50	16/56	6/56
Sumažėjęs aktyvumas	31	19/48	0/100	44	19/55	13/56
Streso skalė	18	16/22	10/25	20	17/24	16/25

Pastaba: M – mediana.

Slaugytojos, ketinančios tęsti meninę veiklą, patyrė reikšmingai silpnesnį bendrą ir protinį nuovargį negu slaugytojos, kurios buvo neapsisprendusios (4.5.13 lentelė).

4.5.13 lentelė. MFI-20 sričių ir Streso skalės įverčiai pagal atsakymus į klausimą: „Ar Jūs ketinate po dalyvavimo meninėje veikloje toliau tęsti meninę veiklą?“, poveikio grupėje (n=56)

Sritis/skalė	Taip			Ne		
	M	25/75 procentiliai	Min/maks	M	25/75 procentiliai	Min/maks
Bendras nuovargis	25*	11/44	0/100	44*	30/52	6/63
Fizinis nuovargis	31	13/50	0/100	41	14/56	0/63
Sumažėjusi motyvacija	22	13/45	6/81	44	33/50	0/69
Protinis nuovargis	25*	19/39	0/69	44*	36/56	0/69
Sumažėjęs aktyvumas	28	17/44	0/100	41	19/56	0/63
Streso skalė	19	16/22	10/25	18	16/19	12/25

Pastaba: * – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp atsakiusiųjų „taip“ ir atsakiusiųjų „ne“ (p<0,05). M – mediana.

Slaugytojos, kurioms meninė veikla padėjo atsipalaiduoti ir sumažinti darbo patiriamą stresą, buvo reikšmingai labiau motyvuotos negu slaugytojos, neįvardijusios šio poveikio (4.5.14 lentelė).

4.5.14 lentelė. MFI-20 sričių ir Streso skalės įverčiai pagal atsakymus į klausimą: „Ar dalyvavimas meninėje veikloje Jums padėjo atsipalaiduoti, sumažinti stresą, patiriamą darbo metu?“, poveikio grupėje (n=56)

Sritis/skalė	Taip			Ne		
	M	25/75 procentiliai	Min/maks	M	25/75 procentiliai	Min/maks
Bendras nuovargis	25	13/44	0/100	44	16/56	6/63
Fizinis nuovargis	31	13/50	0/100	44	16/56	0/69
Sumažėjusi motyvacija	19*	13/44	0/81	44*	25/50	6/69
Protinis nuovargis	25	13/44	0,69	44	19/53	0/63
Sumažėjęs aktyvumas	25	19/50	0/100	38	25/53	0/63
Streso skalė	18	16/22	10/25	19	16/22	13/25

Pastaba: * – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp atsakiusiųjų „taip“ ir atsakiusiųjų „ne“ (p<0,05). M – mediana.

Slaugytojos, teigusios, kad meninė veikla turėjo teigiamą poveikį jų sveikatai ir bendrai savijautai, patyrė reikšmingai silpnesnį bendrą ir fizinį nuovargį negu slaugytojos, kurios neįvardijo šio poveikio (4.5.15 lentelė).

4.5.15 lentelė. MFI-20 sričių ir Streso skalės įverčiai pagal atsakymus į klausimą: „Ar dalyvavimas meninėje veikloje turėjo teigiamą poveikį Jūsų sveikatai/bendrai savijautai?“, poveikio grupėje (n=56)

Sritis/skalė	Taip			Ne		
	M	25/75 procentiliai	Min/maks	M	25/75 procentiliai	Min/maks
Bendras nuovargis	25*	6/39	0/100	47*	30/52	6/69
Fizinis nuovargis	19*	13/44	0/100	50*	31/58	0/69
Sumažėjusi motyvacija	19	11/50	6/81	38	23/50	0/50
Protinis nuovargis	25	19/45	0/69	41	13/52	0/63
Sumažėjęs aktyvumas	25	13/39	0/100	41	25/52	0/63
Streso skalė	19	17/22	13/25	17	15/20	10/25

Pastaba: * – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp atsakiusiųjų „taip“ ir atsakiusiųjų „ne“ (p<0,05). M – mediana.

Nustatyta tendencija, kad slaugytojos, įvardijusios teigiamą meninės veiklos poveikį jų nuotaikai, patyrė silpnesnį bendrą, fizinį ir protinį nuovargį, buvo aktyvesnės ir labiau motyvuotos, tačiau patyrė stipresnį stresą negu slaugytojos, kurios neįvardijo šio poveikio (4.5.16 lentelė).

4.5.16 lentelė. MFI-20 sričių ir Streso skalės įverčiai pagal atsakymus į klausimą: „Ar dalyvaudama meninėje veikloje Jūs buvote geresnės nuotaikos nei įprastai?“, poveikio grupėje (n=56)

Sritis/skalė	Taip			Ne		
	M	25/75 procentiliai	Min/maks	M	25/75 procentiliai	Min/maks
Bendras nuovargis	25	11/44	0/100	34	22/53	6/69
Fizinis nuovargis	28	13/50	0/100	44	17/58	0/69
Sumažėjusi motyvacija	22	13/50	0/81	38	23/50	0/63
Protinis nuovargis	25	19/44	0/69	44	17/56	0/69
Sumažėjęs aktyvumas	31	17/50	0/100	34	23/51	6/62
Streso skalė	18	16/21	10/25	19	15/22	13/25

Pastaba: M – mediana.

Nustatyta tendencija, kad slaugos personalas, teigęs, kad dalyvavimas meninėje veikloje padėjo sumažinti nuovargį patiriamą darbe, patyrė silpnesnį bendrą ir fizinį nuovargį, tačiau stipresnį stresą, buvo mažiau motyvuotas ir patyrė stipresnį protinį nuovargį negu slaugos personalas, neįvardinęs šio poveikio (4.5.17 lentelė).

4.5.17 lentelė. MFI-20 sričių ir Streso skalės įverčiai pagal atsakymus į klausimą: „Ar dalyvavimas meninėje veikloje Jums padėjo sumažinti nuovargį patiriamą darbe?“, poveikio grupėje (n=56)

Sritis/skalė	Taip			Ne		
	M	25/75 procentiliai	Min/maks	M	25/75 procentiliai	Min/maks
Bendras nuovargis	25	11/44	0/100	34	13/50	6/69
Fizinis nuovargis	31	17/50	0/100	44	11/56	0/69
Sumažėjusi motyvacija	31	13/50	6/81	25	11/45	0/50
Protinis nuovargis	28	19/50	0/69	22	13/45	0/63
Sumažėjęs aktyvumas	31	17/50	0/100	31	19/45	0/63
Streso skalė	18	16/22	12/25	19	15/21	10/25

Pastaba: M – mediana.

Slaugos personalas, kuris dalyvaudamas meninėje veikloje jautėsi darbingesnis, patyrė reikšmingai silpnesnį bendrą nuovargį negu šio poveikio neįvardijusio slaugos personalo grupėje (4.5.18 lentelė).

4.5.18 lentelė. MFI-20 sričių ir Streso skalės įverčiai pagal atsakymus į klausimą: „Ar dalyvaudama meninėje veikloje Jūs jautėtės/buvote darbingesnė?“, poveikio grupėje (n=56)

Sritis/skalė	Taip			Ne		
	M	25/75 procentiliai	Min/maks	M	25/75 procentiliai	Min/maks
Bendras nuovargis	25*	13/42	0/75	34*	20/50	0/100
Fizinis nuovargis	19	13/48	0/100	41	20/55	0/88
Sumažėjusi motyvacija	19	6/50	0/63	25	19/50	0/81
Protinis nuovargis	25	19/50	0/68	31	19/48	0/69
Sumažėjęs aktyvumas	25	13/50	0/100	31	20/44	0/88
Streso skalė	18	16/23	12/25	19	16/22	10/25

Pastaba: * – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp atsakiusiųjų „taip“ ir atsakiusiųjų „ne“ (p<0,05). M – mediana.

Tiriamosios, pastebėjusios teigiamą meninės veiklos poveikį tarpusavio santykiams su darbo kolegomis, patyrė reikšmingai silpnesnį bendrą ir protinį nuovargį ir buvo labiau motyvuotos negu šio poveikio nepastebėjusios slaugytojos (4.5.19 lentelė).

4.5.19 lentelė. MFI-20 sričių ir Streso skalės įverčiai pagal atsakymus į klausimą: „Ar dalyvaujant meninėje veikloje pagerėjo Jūsų tarpusavio santykiai su darbo kolegomis?“, poveikio grupėje (n=56)

Sritis/skalė	Taip			Ne		
	M	25/75 procentiliai	Min/maks	M	25/75 procentiliai	Min/maks
Bendras nuovargis	25*	6/44	0/69	38*	25/50	0/100
Fizinis nuovargis	19	13/50	6/69	44	19/56	0/100
Sumažėjusi motyvacija	19*	6/44	6/69	38*	19/50	0/81
Protinis nuovargis	25*	19/31	0/50	44*	19/53	0/69
Sumažėjęs aktyvumas	25	13/38	6/75	38	22/50	0/100
Streso skalė	19	16/22	12/25	18	15/21	10/25

Pastaba: * – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp atsakiusiųjų „taip“ ir atsakiusiųjų „ne“ (p<0,05). M – mediana.

Slaugytojos, pastebėjusios teigiamą dalyvavimo meninėje veikloje poveikį bendruomeniškumo stiprinimui, patyrė reikšmingai silpnesnį stresą negu slaugytojos, neįvardijusios šio poveikio (4.5.20 lentelė).

4.5.20 lentelė. MFI-20 sričių ir Streso skalės įverčiai pagal atsakymus į klausimą: „Ar dalyvavimas meninėje veikloje sustiprino Jūsų darbo bendruomenę?“, poveikio grupėje (n=56)

Sritis/skalė	Taip			Ne		
	M	25/75 procentiliai	Min/maks	M	25/75 procentiliai	Min/maks
Bendras nuovargis	25	11/44	0/100	34	23/50	0/69
Fizinis nuovargis	25	13/50	6/100	41	16/56	0/69
Sumažėjusi motyvacija	25	11/50	6/81	25	19/50	0/62
Protinis nuovargis	25	19/45	0/69	34	13/51	0/69
Sumažėjęs aktyvumas	28	17/50	6/100	31	19/50	0/56
Streso skalė	20*	17/22	12/25	17*	15/19	10/25

Pastaba: * – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp atsakiusiųjų „taip“ ir atsakiusiųjų „ne“ (p<0,05). M – mediana.

Nustatyta tendencija, kad slaugytojos, ketinančios dažniau lankytis meno renginiuose, patyrė silpnesnį bendrą ir protinį nuovargį, buvo labiau motyvuotos ir aktyvesnės, tačiau patyrė stipresnį stresą negu slaugytojos, kurios buvo neapsisprendusios (4.5.21 lentelė).

4.5.21 lentelė. MFI-20 sričių ir Streso skalės įverčiai balais pagal atsakymus į klausimą: „Ar Jūs po dalyvavimo meninėje veikloje ketinate dažniau lankytis meno renginiuose?“, poveikio grupėje (n=56)

Sritis/skalė	Taip			Ne		
	M	25/75 procentiliai	Min/maks	M	25/75 procentiliai	Min/maks
Bendras nuovargis	25	13/44	0/75	31	11/53	0/100
Fizinis nuovargis	34	13/50	0/100	34	13/56	0/88
Sumažėjusi motyvacija	25	13/45	0/56	38	13/50	0/81
Protinis nuovargis	25	19/44	6/63	44	13/52	0/69
Sumažėjęs aktyvumas	31	17/50	0/100	34	19/50	0/88
Streso skalė	18	16/21	12/25	19	16/22	10/25

Pastaba: M – mediana.

Apibendrinus tyrimo rezultatus nustatyta, kad daugumai slaugos personalo patiko dalyvauti meninėje veikloje. Didžioji dalis slaugos personalo planuoja tęsti kūrybinę veiklą ir ketina dažniau lankytis meno renginiuose. Dauguma asmenų nurodė, kad dalyvavimas meninėje veikloje turėjo teigiamą poveikį sveikatai, patiriamo streso ir nuovargio mažinimui bei bendruomeniškumo stiprinimui.

5. REZULTATŲ APTARIMAS

5.1. Slaugytojų dalyvavimo meninėje veikloje poveikis sveikatai

21 a. pradžioje politiniame ir akademiname sektoriuose augo susidomėjimas asmens gerove ir jos stiprinimu [2, 30, 86, 390]. Šis tyrimas pagrindinį dėmesį skyrė slaugos personalui, kuris yra svarbi darbo jėga, siekianti populiacijos sveikatos [286], kasdien susidurianti su įvairiais sveikatos ir saugos rizikos veiksniais darbe [6, 104, 112, 312], kurie neigiamai veikia slaugos specialistų sveikatą ir gerovę [92, 253, 271]. Pasak autorių, yra reikalinga kurti pozityvią, į darbuotojų gerovę orientuotą darbo aplinką, vykdyti profilaktines streso, nuovargio, profesinio perdegimo ir išsekimo, smurto mažinimo programas slaugos specialistų sveikatai ir gerovei darbe stiprinti [26, 107, 198, 276].

Meno sveikatai veiklos integracija į sveikatos priežiūros sektorių kuria pozityvią aplinką darbuotojams, didina darbuotojų pasitenkinimą darbu ir padeda mažinti darbuotojų kaitą [320]. Darbuotojams reikia protiškaite atitrūkti nuo darbo, kad galėtų pastiprinti/atstatyti gerovės būseną [373]. Meno sveikatai veikla naudojama sveikatos priežiūroje siekiant gerinti teikiamų paslaugų kokybę, vartotojų ir personalo patirtis – pvz., didinti personalo pasitenkinimą, ugdyti bendravimo įgūdžius, praturtinti sveikatos priežiūros aplinką [84]. Menas gali pozityviai veikti organizacijų kultūrą, slaugymo praktiką ir didinti teikiamų paslaugų kokybę [335]. Autoriai pažymi, kad yra reikalinga integruoti meninę veiklą į sveikatos priežiūros darbuotojų aplinką, o tai padėtų gerinti teikiamų paslaugų kokybę ir mažinti slaugos personalo kaitą [391]. Šis tyrimas, atkreipiantis dėmesį į slaugos personalo sveikatą, atspindi pasaulinę meno sveikatai praktiką, kurioje meninė veikla yra siūloma kaip priemonė stiprinti sveikatos priežiūros darbuotojų sveikatą [56, 124, 229, 285, 298, 370, 393].

Bandomajame tyrime [175] nustatyta, kad dalyvavimas meninėje veikloje turėjo teigiamą poveikį medicinos personalo sveikatai darbe. Tyrimuose atskleista, kad meno naudojimas ligoninėse turi teigiamos įtakos slaugos personalui, didina personalo dalyvavimą, aktyvumą bei stiprina sveikatą darbe [365]. Disertaciniame tyrime dalyvavimas meninėje veikloje turėjo teigiamą poveikį slaugos personalo sveikatai. Tyrime nustatyta, kad poveikio grupė po meninės veiklos jautėsi geresnės sveikatos negu prieš meninę veiklą, o kontrolinė grupė – panašios. Po meninės veiklos poveikio grupė jautėsi geresnės sveikatos negu kontrolinė grupė, o prieš meninę veiklą abi grupės savo sveikatą įvertino panašiai. Poveikio grupė po meninės veiklos patyrė savo patiriamą skausmą įvertino geriau (patiriamas silpnas skausmas) negu prieš meninę veiklą (patiriamas vidutinio stiprumo

skausmas), o kontrolinė grupė – panašiai. Po meninės veiklos poveikio ir kontrolinė grupės savo patiriamą skausmą įvertino panašiai, o prieš meninę veiklą poveikio grupė patyrė stipresnius kūno skausmus negu kontrolinė grupė. Slaugos personalas poveikio grupėje teigęs, kad dalyvavimas meninėje veikloje turėjo teigiamą poveikį jų sveikatai/bendrai savijautai, jautėsi reikšmingai energingesnis, patyrė silpnesnį bendrą ir fizinį nuovargį, dažniau jautėsi puikiai fiziškai, buvo labiau patenkintas savo gyvenimu, dažniau darbe jautėsi bendruomenės dalimi, buvo labiau patenkintas kolegų parama ir palaikymu atliekant darbus ir dažniau jautėsi pailsėjęs negu šio poveikio neįvardijęs slaugos personalas.

Meno sveikatai veikla – tai priemonė praturtinti sveikatos priežiūros aplinką [84, 256, 304]. Dalyvavimas meninėje veikloje sudaro sąlygas penkiems asmens gerovės būdams pasiekti: „prisijunk“, „būk aktyvus“, „įsidėmėk“, „mokykis“, „duok“. Kaip teigia autoriai, per dalyvavimą meninėje veikloje („prisijunk“) yra kuriami ir stiprinami tarpusavio santykiai, didinama asmens gerovė. Dalyvavimas meninėje veikloje skatina asmenis būti aktyvius („būk aktyvus“). Meninėje veikloje asmuo domisi, pažįsta pasaulį per estetikos prizmę („įsidėmėk“). Per bendrą veiklą ir saviraišką plėtojamas mokymosi gerovės būdas („mokykis“). Galiausiai, sukuriant meną ir juo dalinantis, apimamas „duok“ gerovės būdas [394].

Šio tyrimo rezultatai parodė, kad dalyvavimas meninėje veikloje slaugos personalui sukūrė pozityvią aplinką, sudarė sąlygas asmeniniam tobulėjimui ir šiems gerovės būdams pasiekti. Taip pat slaugos personalas, aktyviai įsitraukęs į kūrybos procesą, galėjo patirti buvimo dabarties akimirkos ir klestėjimo jausenas, apibūdintas dalyvavimo meninėje veikloje transformacijos/pokyčio modelyje [186]. Kaip teigia autoriai, palaikančioje aplinkoje rengiama meninė veikla, sukuria galimybę asmenims patekti į kūrybišką tėkmės būseną, tuomet dažniausiai patiriamas gilus susikaupimas bei aktyvus dalyvavimas. Meninės veiklos metu sukurta aplinka skatina mokytis, keistis, tobulėti, pastebimas nuotaikos pagerėjimas. Gerovės jausmas yra atsakas į pasikartojančią stimuliaciją. Asmenys pradeda matyti ir vertinti dalykus kitaip.

Panašūs tyrimo rezultatai pastebimi ir kitoje literatūroje. Atliktame bandomajame tyrime, kur medicinos personalas, dalyvaudamas tapybos ant šilko meninėje veikloje, įvardino jautęsis gerai ir laimingas [175]. Šiame tyrime nustatyta, kad poveikio grupė apibūdino tapybos ant šilko meninę veiklą kaip „įkvepiančią“, „džiaugsmingą“ ir „įdomią“ ir teigė, jog dalyvaudami meninėje veikloje jautėsi laiminga. Tyrime nustatyta, kad asmenys poveikio grupėje po meninės veiklos buvo labiau patenkinti savo gyvenimu, rečiau jautėsi blogos nuotaikos negu asmenys kontrolinėje grupėje. Slaugytojoms poveikio grupėje emocinės problemos mažiau trukdė

bendrauti su kitais asmenimis, o kontrolinėje grupėje – trukdė daugiau. Slaugytojos poveikio grupėje po meninės veiklos rečiau buvo nervingos ir blogos nuotaikos, rečiau teigė, kad niekas negali jų pralinksinti ir rečiau jautėsi nuliūdusios negu prieš meninę veiklą, o kontrolinėje grupėje – jautėsi dažniau. Po meninės veiklos asmenys poveikio grupėje dažniau jautėsi ramūs ir taikūs, dažniau buvo laimingi, jautė gyvenimo pilnatvę negu prieš meninę veiklą, o asmenys kontrolinėje grupėje – rečiau.

Dalyvavimo meninėje veikloje patirtys yra susijusios su dinaminiu gerovės modeliu [1]: kai asmuo jaučiasi laimingas, vertina savo gyvenimą kaip gerą ir funkcionuoja pozityviai, jis gali būti apibūdinamas kaip turintis aukštą gerovės lygį – klestintis. Dalyvavimas meninėje veikloje teigiamai veikia ne tik asmens, bet ir visuomenės gerovę [231]. Pasak autorių, siekiant stiprinti asmenų ir visuomenės gerovę, reikia stiprinti asmenų sveikatą [14]. Remiantis euristiniu modeliu [328], galima daryti prielaidą, kad teigiamas poveikis asmenų sveikatai teigiamai veiks ir organizacijos bei visuomenės sveikatą.

Dalyvavimas meninėje veikloje didina asmenų pasitikėjimą savimi [163], stiprina savivertę ir motyvaciją [343]. Šis poveikis pastebimas ir sveikatos priežiūros darbuotojų grupėje [87]. Dalyvavimas meninėje veikloje teigiamai veikia darbuotojų lyderystės elgesį [321]. Bandomajame tyrime, dalyvavimas meninėje veikloje stiprino asmenų savivertę ir poveikio grupė po meninės veiklos dažniau negu prieš meninę veiklą savimi pasitikėjo ir buvo savimi patenkinti [39, 175]. Atliktame disertaciniame tyrime nustatyta, kad poveikio grupė po meninės veiklos dažniau savimi pasitikėjo negu kontrolinė grupė. Taip pat po meninės veiklos poveikio grupė dažniau savimi pasitikėjo negu prieš meninę veiklą, o kontrolinė – rečiau. Poveikio grupė po meninės veiklos buvo dažniau savimi patenkinta, o kontrolinė grupė – rečiau. Taip pat po meninės veiklos kontrolinė grupė rečiau negu prieš meninę veiklą buvo savimi patenkinta, o poveikio grupė – panašiai.

Autorių atliktame slaugos personalo tyrime nustatyta, kad bloga psichikos sveikata buvo pagrindinis veiksnys, lėmęs medicinos klaidas [16]. Pasak autorių, dalyvavimas kultūrinėje veikloje padeda stiprinti asmens psichikos sveikatą [70, 80, 152]. Menas gali padėti atskleisti asmens patirtis ir emocijas [278]. Dalyvavimas meninėje veikloje teigiamai veikia socialinę ir emocinę sveikatą [394], skatina pozityvumą [304]. Autoriai nustatė statistiškai reikšmingą tiesioginę priklausomybę tarp meninės veiklos darbe ir darbuotojų psichikos sveikatos, ypatingą dėmesį skirdami emociniam išsekimui [362]. Sveikatos priežiūros darbuotojų dalyvavimas meninėje veikloje stiprina asmenų psichikos sveikatą [87]. Organizacijoms gali būti naudinga skatinti darbuotojų dalyvavimą kūrybinėje veikloje, nes tai padėtų

atstatyti prarastas jėgas po darbo [93]. Autorių tyrimuose nustatyta, kad meninė veikla gerino medicinos personalo nuotaiką [368], didino entuziazmą [122], personalas jautėsi laimingesnis ir pozityvesnis [256]. Mokslinėje literatūroje nustatyta pozityvių emocijų nauda asmens gerovės stiprinimui ir palaikymui [341]. Dalyvavimas meninėje veikloje sukelia teigiamų emocijų [50, 348], jos praplečia asmenų mąstyseną, padidėja dėmesys, intuicija ir kūrybiškumas, stiprėja imunitetas, asmuo geba geriau atgauti fizinės ir dvasinės jėgas, padidėja laimės jausmas. Pastebimas poveikis ir ilgaamžiškumui [114]. Panašūs rezultatai gauti ir disertacijoje atliktame bandomajame tyrime. Dalyvavimas meninėje veikloje teigiamai veikė medicinos personalo nuotaiką, skatino pozityvias emocijas, po meninės veiklos asmenys dažniau vertino savo gyvenimą kaip prasmingą [175].

Disertacinio tyrimo rezultatai parodė, kad asmenims poveikio grupėje dalyvavimas meninėje veikloje sukėlė teigiamų emocijų, laimės ir džiaugsmo jausmus, skatino aktyvų dalyvavimą, mėgavimąsi dabarties akimirka, pasiekimus bei mėgavimąsi rezultatais, visa tai stimulavo asmens psichologinės gerovės komponentus: teigiamų emocijų (angl. *positive emotion*), įsitraukimo/aktyvaus dalyvavimo (angl. *engagement*), tarpusavio santykių (angl. *relationships*), prasmės jausmo (angl. *meaning*) ir pasiekimo (angl. *accomplishment*) [71]. Mokslinėje literatūroje rekomenduojama dalyvauti meninėje veikloje du kartus per savaitę, siekiant stiprinti visuomenės psichikos sveikatą. Autorių tyrime nustatyta, kad asmenys, kurie dalyvavo meninėje veikloje (du ar daugiau kartų per savaitę), buvo geresnės psichikos sveikatos negu asmenys, dalyvavę rečiau ar nedalyvavę [79]. Atliktas bandomasis tyrimas atskleidė, kad teigiamą įtaką psichikos sveikatai turėjo net dalyvavimas meninėje veikloje vieną kartą per savaitę. Tapybos ant šilko meninė veikla medicinos personalui (aštuonias savaites, vieną kartą per savaitę) turėjo teigiamos įtakos psichikos sveikatai, suteikė teigiamų ir sumažino neigiamų emocijų, visi asmenys nurodė, kad jiems dalyvavimas meninėje veikloje teikė džiaugsmą. Poveikio grupė po meninės veiklos savo psichikos sveikatą įvertino geriau negu prieš meninę veiklą [175].

Disertacinio tyrimo rezultatai atskleidė, kad dalyvavimas meninėje veikloje turėjo teigiamą poveikį slaugos personalo psichikos sveikatai. Poveikio grupė po meninės veiklos jautėsi reikšmingai geresnės emocinės sveikatos negu kontrolinė grupė, o prieš meninę veiklą – panašios. Poveikio grupė po meninės veiklos jautėsi stipresnės emocinės ir psichikos sveikatos negu prieš meninę veiklą, o kontrolinė grupė – prastesnės. Poveikio grupė po meninės veiklos buvo geresnės psichikos sveikatos (gera psichikos sveikata) negu kontrolinė grupė (vidutiniška psichikos sveikata), o prieš meninę veiklą – panašios. Po meninės veiklos kontrolinė grupė buvo

silpnesnės psichikos sveikatos (vidutiniška psichikos sveikata) negu prieš meninę veiklą (gera psichikos sveikata).

Po meninės veiklos 75 proc. slaugytojų poveikio grupėje nurodė, kad dalyvaudami meninėje veikloje jautėsi geresnės nuotaikos nei įprastai. Poveikio grupė teigė, kad savo dalyvavimo meninėje veikloje patirtis buvo „įkvepianti“, „džiuginanti“, „pakylėjanti“ bei įvardino, kad dalyvaudami meninėje veikloje jautėsi laiminga. Po meninės veiklos slaugytojos patvirtinusios, kad dalyvavimas meninėje veikloje pagerino jų nuotaiką, buvo reikšmingai geresnės psichikos sveikatos, dažniau jautėsi atsipalaidavusios ir artimos kitiems žmonėms negu šio poveikio neįvardijusios slaugytojos.

Atliktas bandomasis tyrimas parodė, kad asmenys poveikio grupėje po meninės veiklos dažniau į ateitį žvelgė optimistiškai, jautėsi naudingi ir atsipalaidavę, jiems geriau sekėsi spręsti problemas, gebėjo aiškiai mąstyti, jautėsi artimi kitiems ir domėjosi kitais žmonėmis, dažniau buvo linksmi, savimi patenkinti, gebėjo patys apsispręsti, jautėsi mylimi ir domėjosi naujais dalykais negu prieš meninę veiklą [39, 175]. Panašūs rezultatai rasti ir kitų autorių tyrime, asmenys poveikio grupėje po meninės veiklos dažniau į ateitį žvelgė optimistiškai, domėjosi kitais žmonėmis ir naujais dalykais, gebėjo aiškiai mąstyti, jautėsi mylimi ir buvo linksmi nusiteikę negu asmenys, nedalyvavę meninėje veikloje [79].

Disertaciniame tyrime nustatyta, kad asmenys poveikio grupėje po meninės veiklos, reikšmingai dažniau jautėsi mylimi negu kontrolinė grupė. Slaugos personalas poveikio grupėje po meninės veiklos dažniau negu kontrolinėje grupėje jautėsi optimistiškas dėl ateities ir linksmas. Taip pat asmenys poveikio grupėje po meninės veiklos dažniau jautėsi optimistiški dėl ateities ir linksmi negu prieš meninę veiklą, o kontrolinėje grupėje – rečiau. Slaugos personalas poveikio grupėje po meninės veiklos, dažniau domėjosi kitais žmonėmis ir naujais dalykais, mąstė aiškiai, jautėsi naudingas ir artimas kitiems žmonėms, geriau sprendė problemas, dažniau gebėjo patys apsispręsti negu asmenys kontrolinėje grupėje. Taip pat asmenys poveikio grupėje po meninės veiklos dažniau domėjosi kitais žmonėmis ir naujais dalykais, mąstė aiškiai, jautėsi naudingi ir artimi kitiems žmonėms, jiems geriau sekėsi spręsti problemas, dažniau gebėjo patys apsispręsti negu prieš meninę veiklą, o asmenys kontrolinėje grupėje – rečiau.

Mokslinėje literatūroje pabrėžiama, kad darbuotojų sveikatos stiprinimas yra reikšmingas darbuotojų gerovei stiprinti ir produktyvumui didinti [192]. Slaugymas yra emociškai sekinanti profesija, susijusi su žemu produktyvumu, abstenizmu ir parenteizmu, sąlygojanti psichikos sveikatos sutrikimus. Žemas produktyvumas gali padidinti kolegų darbo krūvį ir neigiamai paveikti teikiamas paslaugas, o dėl to gali atsirasti gydymo klaidų [286]. Dalyvavimas meninėje veikloje teigiamai veikia žmogiškuosius

išteklius ir didina asmenų produktyvumą [304]. Dalyvavimas meninėje veikloje padeda didinti medicinos personalo produktyvumą. [365] Euristiniame modelyje pažymima, kad sustiprinta darbuotojų sveikata padidina darbuotojų produktyvumą [328]. Meninė veikla teigiamai veikia medicinos personalo produktyvumą – pažymima bandomajame tyrime [175]. Autorių tyrime [46], kuriame meninė veikla taikyta sveikatos priežiūros personalui (8 savaites, vieną kartą per savaitę) pagerino poveikio grupės socialinį aktyvumą, energingumą/gyvybingumą, o kontrolinėje grupėje rezultatai buvo prastesni.

Šiame tyrime, poveikio grupė po meninės veiklos buvo reikšmingai energingesnė negu prieš meninę veiklą. Tyrime nustatyta, kad poveikio grupė po meninės veiklos buvo socialiai aktyvesnė (socialinio aktyvumo srities įvertinimas geras) negu prieš meninę veiklą (socialinio aktyvumo srities įvertinimas vidutiniškas). Kontrolinė grupė po meninės veiklos buvo mažiau socialiai aktyvi (socialinio aktyvumo srities įvertinimas vidutiniškas) negu prieš meninę veiklą (socialinio aktyvumo srities įvertinimas geras), bet panašiai energinga kaip ir prieš meninę veiklą. Poveikio grupė po meninės veiklos buvo energingesnė negu kontrolinė grupė, o prieš meninę veiklą poveikio grupė ir kontrolinė grupė buvo savo energingumą/gyvybingumą įvertino panašiai. Poveikio grupė po meninės veiklos buvo socialiai aktyvesnė (socialinio aktyvumo srities įvertinimas geras) negu kontrolinė grupė (socialinio aktyvumo srities įvertinimas vidutiniškas), o prieš meninę veiklą poveikio grupė buvo reikšmingai mažiau socialiai aktyvi (socialinio aktyvumo srities įvertinimas vidutiniškas) negu kontrolinė grupė (socialinio aktyvumo srities įvertinimas geras).

Bandomasis tyrimas parodė, kad poveikio grupė po meninės veiklos dažniau jautėsi energinga negu prieš meninę veiklą [39, 175]. Kiti mokslininkai nustatė, kad asmenys, dalyvaujantys meninėje veikloje, rečiau jautėsi energingi negu kontrolinė grupė [79]. Šiame disertaciniame tyrime po meninės veiklos poveikio grupė reikšmingai dažniau jautėsi energinga negu kontrolinė grupė. Mokslinėje literatūroje teigiama, kad socialinis aktyvumas ne tik tai teigiamai veikia psichikos sveikatą ir emocinę gerovę, bet taip pat ir fizinę sveikatą [145]. Dalyvavimas socialinėje ir meninėje veikloje padeda stiprinti asmens fizinę sveikatą [87, 152]. Meninė veikla sveikatos priežiūros personalui padidino socialinį aktyvumą poveikio grupėje, o kontrolinės grupės rezultatai buvo prastesni [46]. Šio tyrimo rezultatai parodė, kad kontrolinė grupė po meninės veiklos buvo panašiai energinga kaip ir prieš meninę veiklą. Poveikio grupė po meninės veiklos buvo mažiau fiziškai aktyvi negu prieš meninę veiklą, tačiau bendras fizinio aktyvumo srities įvertinimas prieš meninę veiklą ir po meninės veiklos išliko panašus (geras). Po meninės veiklos poveikio ir kontrolinė grupės buvo panašiai fiziškai

aktyvios, o prieš meninę veiklą poveikio grupė buvo mažiau fiziškai aktyvi negu kontrolinė.

Mokslinėje literatūroje pažymima, kad siekiant stiprinti asmenų sveikatą, pasitelkiant meninę veiklą kaip priemonę, yra svarbu sudaryti galimybę asmenims pasirinkti meninę veiklą bei dalyvavimą joje. Privalomas asmenų dalyvavimas meninėje veikloje, neleidžiant pasirinkti norimos meninės veiklos rūšies, neigiamai veikia asmenų sveikatą [122, 391]. Disertaciniame tyrime poveikio grupė savo laisvu apsisprendimu išreiškė norą dalyvauti meninėje veikloje. Net 93 proc. asmenų poveikio grupėje patiko dalyvauti meninėje veikloje. Visi asmenys poveikio grupėje neįvardijo jokių neigiamų atsiliepimų apie dalyvavimą meninėje veikloje. Panašūs rezultatai nustatyti ir Girjos Kaimal, Kendros Ray ir Juano Munizo [169] bei bandomajame [175] tyrimuose. Šiame tyrime slaugytojos poveikio grupėje po meninės veiklos, kurios įvardino, jog joms patiko dalyvauti meninėje veikloje, reikšmingai dažniau savimi pasitikėjo ir jautėsi naudingos negu taip neįvardijusios slaugytojos.

Mokslininkai pažymi laisvalaikio, socializacijos svarbą sveikatai ir ilgaamžiškumui [74]. Lankymasis meno renginiuose stiprina sveikatos priežiūros personalo sveikatą, didina socializaciją [46]. Dalyvavimas meninėje veikloje padeda plėsti socialinius išteklius ir formuoja identitetą [163]. Dalyvavimas meninėje veikloje sudaro sąlygas bendrauti [70]. Bandomojo tyrimo rezultatai parodė, kad medicinos personalo dalyvavimas meninėje veikloje gerina bendravimą ir tarpusavio santykius (ne tik darbo aplinkoje, bet ir namų aplinkoje), didina socializaciją ir stiprina bendruomeniškumo jausmą [39, 175]. Šias savybes stiprina ir dalyvavimas kitoje meninėje veikloje [20, 66]. Poveikio grupės personalas, dalyvaudamas meninėje veikloje, veiklos metu ir po jos, bendravo su kolegomis – kitais meninės veiklos dalyviais ir asmenimis, nedalyvavusiais meninėje veikloje. Visa tai teigiamai veikė slaugos personalo tarpusavio santykius, jų darbo bendruomenę ir skatino vieniems kitų pažinimą. Poveikio grupė apibūdino dalyvavimo meninėje veikloje patirtį – kaip „bendruomenę stiprinančią“. Po meninės veiklos poveikio grupė patyrė reikšmingai didesnę bendruomeniškumo ir saugumo jausmą darbe, bei šioje grupėje iškilusios darbo problemos buvo dažniau išsprendžiamos iki galo negu kontrolinėje grupė. Po meninės veiklos 61 proc. slaugytojų poveikio grupėje nurodė, kad meninė veikla padėjo sustiprinti jų darbo bendruomenę. Slaugytojos poveikio grupėje, kurios teigė, kad dalyvavimas meninėje veikloje sustiprino jų darbo bendruomenę, reikšmingai dažniau sugebėjo atsipalaiduoti po darbo, rečiau buvo nervingos ir dažniau skyrė pakankamai laiko savo laisvalaikiui negu šio poveikio neįvardijusios slaugytojos.

Po meninės veiklos 48 proc. poveikio grupės slaugos personalo nurodė, kad dalyvavimas meninėje veikloje pagerino jų tarpusavio santykius su darbo kolegomis. Slaugytojos poveikio grupėje teigusios, kad dalyvaujant meninėje veikloje pagerėjo jų tarpusavio santykiai su darbo kolegomis, buvo reikšmingai geresnės emocinės ir psichikos sveikatos, dažniau jautėsi artimos kitiems žmonėms, buvo labiau patenkinti savo gyvenimu ir dažniau savimi pasitikėjo negu slaugytojos neįvardijusios šio poveikio.

Mokslinėje literatūroje nurodoma, kad lankymasis kultūros renginiuose teigiamai veikia asmenų sveikatą ir gerovę [46, 135, 164, 433]. Autorių atliktame tyrime nustatyta, kad lankymasis meno/kultūros renginiuose laisvalaikio, teigiamai veikė asmens psichikos sveikatą – asmenys, kurie dalyvavo meno renginiuose (du ar daugiau kartų per savaitę) pasižymėjo reikšmingai geresne psichikos sveikata negu asmenys su prastesniu dalyvavimu. Autoriai rekomenduoja lankymąsi meno renginiuose du kartus per savaitę visuomenės psichikos sveikatai stiprinti [79]. Šiame tyrime, po meninės veiklos 61 proc. slaugos personalo nurodė, kad ateityje ketina dažniau lankytis įvairiuose meno renginiuose. Tai sutampa su kitų autorių atliktu tyrimu [169], kuriame nustatyta, kad dalyvavimas meninėje veikloje stimuliuavo asmenų norą užsiimti kūrybine veikla ateityje. Bandomojo tyrimo rezultatai parodė, kad 85 proc. medicinos personalo, dalyvavusio tapybos ant šilko meninėje veikloje išreiškė norą tęsti kūrybinę meno veiklą ateityje [175]. JK atliktas autorių tyrimas parodė, kad po meninės veiklos asmenys dažniau lankėsi meno renginiuose negu prieš meninę veiklą [343]. Meninė veikla didina asmenų kūrybiškumą ir skatina asmeninį tobulėjimą. Medicinos darbuotojų kūrybiškumas yra svarbus siekiant sveikatos priežiūros paslaugų kokybės uždavinių [365]. Šiame tyrime, slaugos personalas dalyvaudamas meninėje veikloje įgijo naujų žinių ir įgūdžių, padidėjo asmenų domėjimasis menu. Po meninės veiklos 75 proc. poveikio grupės asmenų planuoja toliau tęsti kūrybinę veiklą. Po meninės veiklos poveikio grupės slaugytojos, kurios patvirtino, kad tęs kūrybinę veiklą ateityje, jautėsi reikšmingai geriau geresnės psichikos sveikatos, labiau savimi pasitikėjo, buvo labiau pailsėję negu asmenys neįvardiję šio poveikio.

Apibendrinus tyrimo duomenis nustatyta, kad dalyvavimas meninėje veikloje turėjo teigiamą poveikį slaugytojų savo sveikatos vertinimui. Poveikio grupė po meninės veiklos buvo reikšmingai energingesnė negu prieš meninę veiklą. Po meninės veiklos poveikio grupė jautėsi reikšmingai geresnės emocinės sveikatos, dažniau jautėsi mylima ir buvo energingesnė negu kontrolinė grupė. Po meninės veiklos poveikio grupė geriau įvertino savo psichikos sveikatą, dažniau jautėsi bendruomenės dalimi, o tai pagerino tarpusavio santykius, leido jaustis laimingomis ir patirti gyvenimo

pilnatvę. Slaugytojos, kurios įvardijo teigiamą meninės veiklos poveikį jų nuotaikai, reikšmingai geriau įvertino savo psichikos sveikatą, dažniau jautėsi atsipalaidavusios ir artimos kitiems žmonėms negu neįvardijusios šio poveikio slaugytojos. Įvardijusios teigiamą meninės veiklos poveikį tarpusavyo santykiams su darbo kolegomis slaugytojos jautėsi reikšmingai geresnės emocinės ir psichikos sveikatos, dažniau jautėsi artimos kitiems žmonėms, buvo labiau patenkintos savo gyvenimu ir dažniau savimi pasitikėjo negu neįvardijusios šio poveikio slaugytojos.

5.2. Slaugytojų dalyvavimo meninėje veikloje poveikis patiriamam stresui

Stresas yra antroji iš dažniausiai nurodomų su darbu susijusių sveikatos sutrikimų priežasčių Europoje [288]. Psichosocialinės rizikos veiksniai ir stresas darbe yra svarbiausi darbuotojų sveikatos iššūkiai. Stresas mažina organizmo atsparumą ir padidina riziką susirgti įvairiais sveikatos susirgimais [306]. Slaugos specialistai susiduria su stresu darbe ir šis neigiamai veikia jų sveikatą [75, 270]. Stresas darbe yra laikomas viena pagrindinių kritinių situacijų, gydymo klaidų, incidentų ir nelaimingų atsitikimų priežasčių [101]. Meno sveikatai veiklos gali padėti mažinti sveikatos priežiūros darbuotojų stresą patiriamą darbe [87, 269, 314]. Autorių tyrimas parodė, kad dalyvavimas meninėje veikloje statistiškai reikšmingai sumažino stresą ir perdegimą [324]. Mokslininkai teigia, kad kūrybinės dalyvavimo veiklos sukūrė galimybę sveikatos priežiūros darbuotojams mažinti darbe patiriamą stresą [314], atsipalaiduoti, atitrūkti nuo rūpesčių ir geriau pažinti save [169]. Autorių tyrime nustatyta, kad dalyvavimas meninėje veikloje padeda mažinti kortizolio lygį. Bandomajame tyrime nustatyta, kad dalyvavimas meninėje veikloje padėjo sumažinti stresą [175]. Slaugytojos poveikio grupėje teigė, kad dalyvavimas meninėje veikloje buvo „džiaugsmingas“, dalyvaudamos meninėje veikloje jos jautėsi „laimingos“. Šio tyrimo rezultatai sutampa su kitų autorių tyrimų rezultatais [365]. Meninė veikla gali padėti mažinti slaugytojų darbe patiriamą stresą, gerinti bendravimą, pasalugos kokybę [314], gerinti darbo efektyvumą [368], mažinti stresą ir stiprinti dėmesio koncentraciją [122], gali padėti atsipalaiduoti [256], skatinti asmens gebėjimą atgauti fizines ir dvasines jėgas, stiprinti sveikatą ir gerovę [234], teigiamai veikti asmenų gebėjimą spręsti problemas, taip pat gebėjimą greitai atgauti fizines ir dvasines jėgas [304]. Mokslinėje literatūroje teigiama, jog darbuotojams, susiduriantiems su aukštais reikalavimais ir pokyčiais darbe, menas galėtų padėti sumažinti nervinę įtampą [365].

Disertaciniame tyrime nustatyta, kad dalyvavimas meninėje veikloje turėjo teigiamą poveikį slaugytojų patiriamo streso mažinimui. Poveikio

grupė po meninės veiklos reikšmingai rečiau jautėsi įsitempusi ir buvo nervinga negu kontrolinė grupė. Tyrime nustatyta, kad po meninės veiklos poveikio grupė patyrė silpnesnį stresą negu prieš meninę veiklą, o kontrolinė grupė – stipresnį. Po meninės veiklos poveikio grupė patyrė silpnesnį stresą negu kontrolinė grupė, o poveikio grupė prieš meninę veiklą patyrė reikšmingai stipresnį stresą negu kontrolinė grupė.

Mokslinėje literatūroje akcentuojama atsipalaidavimo po darbo svarba [116]. Tyrimai parodė, kad kuo daugiau asmuo pailsėdavo po darbo, tuo geriau jis vertino savo gyvenimą bei pasižymėjo mažesniu emociniu išsekimu. Kūrybinė veikla yra pozityviai susijusi su atsigavimu po darbo patirtimis (pvz., atsipalaidavimu) [93]. Kūrybinė veikla skatina kraujospūdžio mažinimą, teigiamai veikia imuninę sistemą [197]. Bandomajame tyrime ištirta, kad poveikio grupė po meninės veiklos dažniau negu prieš meninę veiklą jautėsi atsipalaidavusi [175]. Disertacijos rezultatai parodė, kad poveikio grupė po meninės veiklos reikšmingai dažniau sugebėjo atsipalaiduoti po darbo negu kontrolinė. Po meninės veiklos 77 proc. slaugytojų poveikio grupėje teigė, jog dalyvavimas meninėje veikloje padėjo atsipalaiduoti ir sumažinti stresą. Poveikio grupės slaugos personalas, kuris patvirtino, jog dalyvavimas meninėje veikloje padėjo jiems atsipalaiduoti ir sumažinti stresą, patiriamą darbo metu, buvo reikšmingai labiau motyvuotas, dažniau jautėsi energingas, dažniau buvo patenkintas savo gyvenimu negu šio poveikio neįvardijusio slaugos personalo grupė. Panašius rezultatus pateikia ir kiti autoriai [152]. Šio tyrimo rezultatai parodė, kad poveikio grupė po meninės veiklos dažniau negu kontrolinė grupė skyrė pakankamai laiko savo laisvalaikiui po darbo.

Apibendrinus tyrimo rezultatus nustatyta, kad dalyvavimas meninėje veikloje turėjo teigiamą poveikį slaugytojų patiriamo streso mažinimui. Po meninės veiklos poveikio grupė reikšmingai rečiau jautėsi įsitempusi ir buvo nervinga, dažniau negu kontrolinė grupė po darbo sugebėjo atsipalaiduoti. Slaugytojos, įvardijusios, jog dalyvavimas meninėje veikloje padėjo sumažinti darbe patiriamą stresą, reikšmingai dažniau jautėsi energingos ir buvo patenkintos savo gyvenimu ir labiau motyvuotos negu neįvardijusios šio poveikio slaugytojos.

5.3. Slaugytojų dalyvavimo meninėje veikloje poveikis patiriamam nuovargiui

Slaugytojo profesija dažnai apibūdinama dideliais darbo krūviais ir greitu tempu, dideliu darbo kiekiu [112]. Slaugos specialistai patiria nuovargį, profesinį perdegimą, kas neigiamai veikia jų gerovę ir atliekamą darbą [21, 62, 180, 295, 315, 372]. Prasčiau savo sveikatą vertina tie

medicinos darbuotojai, kurie patiria nuovargį, pasižymi perdegimo sindromu [349]. Pervargimas prastina paciento priežiūrą bei tarpusavio santykius, turi neigiamos įtakos šeimos ir draugų aplinkai [294]. Slaugytojų emocinis išsekimas neigiamai veikia paslaugos kokybę [277]. Nuovargis ir profesinis perdegimas neigiamai veikia slaugytojų tarpusavio santykius su pacientais ir jų artimaisiais [210]. Meno intervencijos gali būti veiksminga priemonė siekiant mažinti nuovargį ir perdegimo sindromą sveikatos priežiūros darbuotojų kontingente [314, 391].

Disertaciniame tyrime nustatyta, kad poveikio grupė po meninės veiklos patyrė reikšmingai silpnesnį bendrą nuovargį negu prieš meninę veiklą. Kontrolinė grupė po meninės veiklos buvo reikšmingai mažiau aktyvi (įvertinimas vidutiniškas) negu prieš meninę veiklą (įvertinimas geras). Poveikio grupei po meninės veiklos reikėjo reikšmingai mažiau pastangų susikaupti negu kontrolinei grupei. Poveikio grupė po meninės veiklos patyrė silpnesnį fizinį nuovargį, o kontrolinė grupė – stipresnį bendrą ir fizinį nuovargį negu prieš meninę veiklą. Poveikio grupė po meninės veiklos patyrė silpnesnį fizinį nuovargį ir buvo aktyvesnė negu kontrolinė grupė, o prieš meninę veiklą poveikio grupė patyrė stipresnį fizinį nuovargį ir buvo mažiau aktyvi negu kontrolinė grupė.

Poveikio grupė po meninės veiklos patyrė silpnesnį bendrą nuovargį negu kontrolinė grupė, o prieš meninę veiklą poveikio grupė patyrė reikšmingai stipresnį bendrą nuovargį negu kontrolinė grupė. Poveikio grupė po meninės veiklos patyrė silpnesnį protinį nuovargį negu prieš meninę veiklą, prieš meninę veiklą asmenys patyrė vidutinio stiprumo, o po meninės veiklos – silpną nuovargį. Kontrolinė grupė po meninės veiklos patyrė stipresnį protinį nuovargį (vidutinio stiprumo nuovargis) negu prieš meninę veiklą (silpnas nuovargis). Poveikio grupė po meninės veiklos patyrė silpnesnį protinį nuovargį (silpnas nuovargis) negu kontrolinė grupė (vidutinio stiprumo nuovargis). Po meninės veiklos 61 proc. slaugytojų teigė, kad dalyvavimas meninėje veikloje turėjo teigiamos įtakos su darbu susijusio nuovargio (protinio ir fizinio) mažinimui. Po meninės veiklos asmenys, patvirtinę šį poveikį, reikšmingai dažniau jautėsi aktyvūs negu asmenys, šio poveikio nepatvirtinę.

Dalyvavimas meninėje veikloje gali padėti mažinti sveikatos priežiūros personalo patiriamą nuovargį ir didinti darbingumą [391]. Disertaciniame tyrime 50 proc. poveikio grupės slaugos personalo po meninės veiklos teigė, jog dalyvaudami meninėje veikloje jie buvo labiau darbingi. Slaugos personalas poveikio grupėje nurodęs, jog dalyvaudamas meninėje veikloje jautėsi darbingesnis, patyrė reikšmingai silpnesnį bendrą nuovargį, dažniau jautėsi energingas, dažniau patyrė laimės jausmą, buvo patenkintas savo gyvenimu negu slaugos personalas, neįvardijęs šio poveikio.

Autoriai pažymi, kad dalyvavimas meninėje veikloje padeda stiprinti darbuotojų gerovę ir motyvaciją [365]. Šiame tyrime nustatyta, kad poveikio grupė po meninės veiklos buvo labiau motyvuota (stipri motyvacija) negu prieš meninę veiklą (vidutiniška motyvacija). Kontrolinė grupė po meninės veiklos buvo mažiau motyvuota (vidutiniška motyvacija) negu prieš meninę veiklą (stipri motyvacija). Poveikio grupė po meninės veiklos pasižymėjo stipresne motyvacija (stipri motyvacija) negu kontrolinė grupė (vidutiniška motyvacija), o prieš meninę veiklą poveikio grupė buvo reikšmingai mažiau motyvuota negu kontrolinė grupė. Tyrime nustatyta, kad po meninės veiklos 75 proc. asmenų poveikio grupėje planuoja toliau tęsti meninę veiklą. Slaugos personalas, kuris ateityje tęs meninę veiklą, patyrė reikšmingai silpnesnį bendrą ir protinį nuovargį ir buvo labiau pailsėjęs negu neišvardinęs šio poveikio slaugos personalas.

Apibendrinus tyrimo duomenis nustatyta, kad slaugos specialistai patiria nuovargį, kuris neigiamai veikia jų sveikatą ir atliekamo darbo kokybę. Dalyvavimas meninėje veikloje turėjo teigiamą poveikį slaugytojų patiriamo nuovargio mažinimui. Poveikio grupė po meninės veiklos patyrė reikšmingai silpnesnį bendrą nuovargį negu prieš meninę veiklą. Kontrolinė grupė po meninės veiklos buvo reikšmingai mažiau aktyvi negu prieš meninę veiklą. Po meninės veiklos poveikio grupė gebėjo reikšmingai geriau susikaupti negu kontrolinė grupė. Slaugytojos, įvardijusios, kad meninė veikla padidino jų darbingumą, patyrė reikšmingai silpnesnį bendrą nuovargį, dažniau jautėsi energingos, buvo laimingos ir patenkintos savo gyvenimu negu slaugytojos, neišvardijusios šio poveikio. Slaugytojos, įvardijusios teigiamą meninės veiklos poveikį darbe patiriamo nuovargio mažinimui, reikšmingai dažniau jautėsi aktyvios negu slaugytojos, neišvardijusios šio poveikio. Slaugytojos, ketinančios tęsti meninę veiklą, patyrė reikšmingai silpnesnį bendrą ir protinį nuovargį negu neapsisprendusios slaugytojos.

Tyrimo privalumai. Pirmą kartą Lietuvoje taikyta meninė veikla, siekiant stiprinti slaugos personalo sveikatą, mažinti stresą ir nuovargį. Tyrime buvo taikyti adaptuoti tyrimo instrumentai, buvo sudarytos poveikio ir kontrolinė grupės. Meninės veiklos tyrimo trukmė buvo pasirinkta remiantis meno sveikatai projektų patirtimi ir atliktais moksliniais tyrimais. Tyrime buvo taikyta atsitiktinė atranka. Tyrimas vyko natūraliomis sąlygomis, todėl gali būti pritaikytas tarpsektorinėje ir tarpkultūrinėje aplinkose. Asmenys kontrolinėje grupėje dirbo tuose pačiuose ligoninės skyriuose kaip ir asmenys poveikio grupėje. Meninės veiklos tyrimo rezultatai buvo pristatyti parodose visuomenei. Šis darbas prisideda prie meno sveikatai tyrimų plėtotės bei slaugos personalo tyrimų Lietuvoje ir pasaulyje.

Pagrindiniai tyrimo trūkumai. Gana nedidelė tiriamųjų imtis poveikio grupėje (patirtys negali būti generalizuotos Lietuvos populiacijai). Tyrime nebuvo randomizuotos poveikio ir kontrolinė grupės. Vienos lyties tiriamųjų imtis (visi tyrimo dalyviai buvo moterys, tačiau tai atspindi globalią slaugos personalo situaciją pasaulyje, kur dauguma asmenų yra moteriškos lyties atstovai). Tyrime buvo tirtos tik didžiųjų Lietuvos miestų ligoninės.

Siekiant mažinti šio tyrimo ribotumus, tolimesnis tyrimas įtrauktų asmenų objektyvios sveikatos vertinimą tyrimo pradžioje bei subjektyvios sveikatos vertinimą, praėjus keliems mėnesiams/keleriems metams po tyrimo. Į tyrimą būtų įtraukta didesnė slaugos personalo imtis. Tyrimo poveikio ir kontrolinė grupės būtų randomizuotos. Tyrimas apimtų tiriamųjų dalyvavimo meno renginiuose vertinimą tyrimo laikotarpiu ir dalyvavimo meninėje veikloje bei lankymosi meno renginiuose vertinimą po tyrimo. Į tyrimą būtų įtrauktos regionų ligoninės ir palygintas dalyvavimo meninėje veikloje poveikis didžiųjų miestų ir regionų ligoninių slaugos personalo sveikatai, patiriamam nuovargiui ir stresui. Tyrimas būtų tęsiamas ilgesnį laikotarpį. Tyrimas apimtų dalyvavimo meninėje veikloje ekonominės naudos/rentabilumo analizę. Tyrime būtų ištirtas dalyvavimo meninėje veikloje poveikis, atsižvelgiant į tiriamųjų socio-demografines charakteristikas ir psichosocialinius darbo aplinkos veiksnius. Į tyrimą būtų įtrauktas skirtingų profesijų medicinos personalas ir palygintas meninės veiklos poveikis bendruomeniškumo stiprinimui, kuomet: 1) tyrime dalyvauja tik slaugos personalas; 2) tyrime dalyvauja slaugos personalas kartu su kitu medicinos personalu.

IŠVADOS

1. Lietuvos slaugytojų subjektyvi sveikata nėra gera. Beveik pusė apklaustųjų bendrą sveikatą vertino vidutiniškai, trečdalis – prastai. Penktadalis tirtųjų manė, kad jos nėra energingos ir gyvybingos. Dauguma slaugytojų gerai įvertino fizinį ir socialinį funkcionavimą, nejautė skausmo ir nenurodė fizinės bei emocinės veiklos apribojimų. Psichikos sveikatą gerai įvertino 65,1 proc. slaugytojų. Daugiau nei pusė apklaustųjų jautė stiprų ar vidutinį bendrą ir fizinį nuovargį. Penktadalis slaugytojų patyrė stiprų stresą.
2. Slaugytojų subjektyvi sveikata, patiriamas nuovargis ir stresas buvo susiję su socio-demografiniais ir psichosocialiniais darbo aplinkos veiksniais. Slaugytojos, kurių darbo stažas buvo nuo 11 iki 20 metų ir dirbančios naktinėje pamainoje, prasčiau vertino savo fizinę ir psichikos sveikatą, jautė didesnę bendrą ir fizinį nuovargį bei stresą nei turinčios kitokį darbo stažą ir dirbančios dienomis. Pasitenkinimas gyvenimu ir darbu, patiriamas bendruomeniškumo jausmas, fizinės ir nervinės įtampos nebuvimas darbe buvo susiję su geresne fizine ir psichikos sveikata, mažesniu bendru ir fiziniu nuovargiu bei stresu.
3. Dalyvavimas meninėje veikloje turėjo teigiamą poveikį slaugytojų sveikatos ir nuovargio vertinimui. Po meninės veiklos slaugytojos buvo energingesnės ir jautė mažesnę nuovargį nei prieš meninę veiklą. Tyrimo pabaigoje kontrolinė grupė buvo reikšmingai mažiau aktyvi negu tyrimo pradžioje. Po meninės veiklos poveikio grupė buvo reikšmingai geresnės emocinės sveikatos negu kontrolinė grupė, nors prieš meninę veiklą abi grupės emocinę savo sveikatą įvertino panašiai.
4. Didesnis meninės veiklos poveikis nustatytas slaugytojoms, teigiamai įvertinusioms meninę veiklą. Slaugytojos, maniusios, kad meninė veikla pagerino jų sveikatą ir savijautą, jautėsi energingesnės ir patyrė mažesnę nuovargį. Psichikos sveikata labiau pagerėjo toms, kurios meninės veiklos metu buvo geresnės nuotaikos ir teigė, kad pagerėjo jų tarpusavio santykiai su kolegomis. Pastarosios jautė ir mažesnę nuovargį. Slaugytojos, kurios manė, kad meninė veikla sustiprino bendruomenę, patyrė silpnesnį stresą.

PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Šis disertacinis darbas atskleidė teigiamą dalyvavimo meninėje veikloje poveikį slaugos personalo sveikatai, patiriamam stresui ir nuovargiui. Atsižvelgiant į tyrimo rezultatus, sveikatos priežiūros įstaigose yra rekomenduojama taikyti meninę veiklą darbe patiriamo streso ir nuovargio profilaktikai, siekiant stiprinti slaugos personalo sveikatą, padėti mažinti stresą ir nuovargį.

Šiame darbe nustatyta, kad slaugytojos poveikio grupėje po meninės veiklos reikšmingai dažniau darbe jautėsi saugios ir bendruomenės dalimi negu slaugytojos kontrolinėje grupėje. Beveik pusė slaugos personalo poveikio grupėje (48,2 proc.) teigė, kad dalyvavimas meninėje veikloje pagerino jų tarpusavio santykius su darbo kolegomis ir sustiprino jų darbo bendruomenę (60,7 proc.). Slaugytojos savo dalyvavimo meninėje veikloje patirtį apibūdino kaip bendruomenę stiprinančią priemonę. Remiantis šio tyrimo rezultatais, rekomenduojama taikyti meno sveikatai veiklą, siekiant stiprinti slaugos personalo bendruomeniškumą darbe.

Sveikatos politikos kūrėjams rekomenduojama skatinti tarpsektorinį bendradarbiavimą tarp sveikatos priežiūros ir kultūros įstaigų. Siūloma numatyti ilgalaikį finansavimą meno sveikatai veiklai ir tyrimams sveikatos priežiūros įstaigose įgyvendinti, siekiant stiprinti slaugos specialistams sveikatą, mažinti patiriamą stresą ir nuovargį.

BIBLIOGRAFIJOS SĄRAŠAS

1. Abdallah S, Mahony S, Marks N, Michaelson J, Seaford, C, Stoll L, et al. Measuring our progress The power of well-being. NEF: UK; 2011.
2. Abdallah S, Shah S. Well-being patterns uncovered: An analysis of UK data. NEF: London; 2012.
3. Abdallah S, Steuer N, Marks N. Measuring well-being in policy: issues and applications. Final report. Commissioned by the Foresight Project on Mental Capital and Well-being; UK; 2008.
4. Adams M, Robert G, Maben J. Catching up: The significance of occupational communities for the delivery of high quality home care by community nurses. *Health (London)* 2013;17(4):422-38.
5. Adeane M. Is there a place for the arts in our modern healthcare system? *Perspectives in Public Health* 2013;133(1):19-20. Available at: doi:10.1177/1757913912468648. Accessed 30 September 2016.
6. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel, L, Heede KV, Sermeus W. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *Int J Nurs Stud* 2013;50(2):143-153. Available at: doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009. Accessed 30 September 2016.
7. Aked, J, Thompson S. Five Ways to Wellbeing. New applications, new ways of thinking. NEF: NHS Confederation; UK; 2011.
8. Akker J. Art-based learning: painting the journey of selfrealisation. *Reflective Practice: International and Multidisciplinary Perspectives* 2014;15(6):751-765.
9. Albin E, Zoni S, Parrinello G, Benedetti L, Lucchini R. An Integrated Model for the Assessment of Stress related Risk Factors in Health Care Professionals. *Industrial Health* 2011;49(1):15-23.
10. Almalki MJ, FitzGerald G, Clark M. The relationship between quality of work life and turnover intention of primary health care nurses in Saudi Arabia. *BMC Health Services Research* 2012;12:314. Available at: doi:10.1186/1472-6963-12-314. Accessed 30 September 2016.
11. Anderson KA. Grief experiences of CNAs: relationships with burnout and turnover. *J Gerontol Nurs* 2008;34(1):42-49.
12. Andrušienė J, Varoneckas G, Martinkėnas A, Grabauskas V. Factors associated with poor sleep and health-related quality of life. *Medicina* 2008;44(3):240-6.
13. Angus J. A review of evaluation in community-based art for health activity in the UK. Health Development Agency: UK; 2002.
14. Appleby J. Wellbeing and being well. *BMJ* 2016;354:i3951;1-4. Available at: doi:10.1136/bmj.i3951. Accessed 30 September 2016.
15. Ariapooran S. Compassion fatigue and burnout in Iranian nurses: The role of perceived social support. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2014;19(3):279-284.
16. Arimura M, Imai M, Okawa M, Fujimura T, Yamada N. Sleep, Mental Health Status, and Medical Errors among Hospital Nurses in Japan. *Industrial Health* 2010;48(6):811-817.
17. Arlauskienė R. *Psichologija*. Klaipėdos universiteto leidykla: 2009. p. 44-46.
18. Arquaharson B, Bell C, Johnston D, Jones M, Schofield P, Allan J, et al. Nursing stress and patient care: real-time investigation of the effect of nursing tasks and demands on psychological stress, physiological stress, and job performance: study

- protocol. *J Adv Nurs* 2013;69(10):2327-2335. Available at: doi:10.1111/jan.12090. Accessed 30 September 2016.
19. Atar SM. Frequency and risk factors of musculoskeletal pain in nurses at a tertiary centre in Jeddah, Saudi Arabia: a cross sectional study. *BMC Research Notes* 2014;7:61. Available at: doi:10.1186/1756-0500-7-61. Accessed 30 September 2016.
 20. Atkinson S, White M. Beyond the Local Agenda: International Perspectives in Community-based. *Arts and Health* 2013;5(3):175-176.
 21. Aytekin A, Yilmaz F, Kuguoglu S. Burnout levels in neonatal intensive care nurses and its effects on their quality of life. *Aust J Adv Nurs* 2014;31(2):39-47.
 22. Bagdžiūnienė D, Lazauskaitė-Zabielskė J, Rekašiūtė Balsienė R, Urbanavičiūtė I, Žukauskaitė I. Darbuotojas-darbas – organizacija. Tyrimų problematika ir gairės. Metodinė priemonė. Vilniaus universitetas. Vilnius; 2012
 23. Baltoji knyga. Kartu sveikatos labui, 2008-2013 m. ES strateginis požiūris (pateikta Komisijos). Europos bendrijų komisija: Briuselis; 23.10.; 2007.
 24. Bandzienė A. Kompleksinis streso darbe valdymas. Daktaro disertacija. 03s. ISM Vadybos ir ekonomikos universitetas: Kaunas; 2009.
 25. Barbosa R, Labronici LM, Sarquis LMM, Mantovani MF. Psychological violence in nurses' professional practice. *Rev Esc Enferm USP* 2011;45(1):25-31.
 26. Bazarko D, Cate RA, Azocar F, Kreitzer MJ. The Impact of an Innovative Mindfulness-Based Stress Reduction Program on the Health and Well-Being of Nurses Employed in a Corporate Setting. *J Workplace Behav Health* 2013;28(2):107-133. Available at: doi:10.1080/15555240.2013.779518. Accessed 30 September 2016.
 27. Beaumont J. Measuring National Well-being – Discussion paper on domains and measures. Office for National Statistics: UK; 2011.
 28. Bell LT, Evans DJ. Art, anatomy, and medicine: Is there a place for art in medical education?. *Anatomical sciences education* 2014;7(5):370-378.
 29. Berger R, Gelkopf M. An intervention for reducing secondary traumatization and improving professional self-efficacy in well baby clinic nurses following war and terror: A random control group trial. *Int. J Nurs Stud* 2011;48(5):601-610.
 30. Berry C. Wellbeing in four policy areas. Report by the All-Party Parliamentary Group on Wellbeing Economics. The New Economics Foundation: London; 2014.
 31. Bhullar N, Schutte NS, Malouff JM. The Nature of Well-Being: The Roles of Hedonic and Eudaimonic Processes and Trait Emotional Intelligence. *J Psychol* 2013;147(1):1-16.
 32. Bidwell S. The arts in health. Evidence from the international literature. *Population Health and Community Engagement: Pegasus Health*; 2014.
 33. Bjorvatn B, Hogstad-Erikstein R, Fiske E, Pallesen S, Waage S. Self-reported sleep and health among Norwegian hospital nurses in intensive care units. *British Association of Critical Care Nurses* 2012;17(4):180-8. Available at: doi:10.1111/j.1478-5153.2012.00504. Accessed 30 September 2016.
 34. Blake H, Malik S, Mo PK, Pisano C. Do as I say, but not as I do': Are next generation nurses role models for health? *Perspect Public Health* 2011;131(5):231-9.
 35. Blake H, Mo PKH, Lee S, Batt MA. Health in the NHS: lifestyle behaviours of hospital employees Hospitals NHS Trust present findings from a study looking at the health and wellbeing profiles of NHS Staff. *Perspectives in Public Health* 2012;132(5):213-215.

36. Bonde LO. Health Musicing – Music Therapy or Music and Health? A model, empirical examples and personal reflections. *Music and Arts in Action* 2011;3(2):120-140.
37. Boorman S. (COI for the Department of Health). NHS Health and Well-being. Final Report. COI for the Department of Health: Leeds; UK; 2009.
38. Bowling A, Bong M, Jenkinson C, Lamping DL. Short for 36 (SF-36) Health survey questionnaire: which normative data should be used? Comparisons between norms provided by the Omnibus survey in Britain, the Health Survey for England and the Oxford Healthy life survey. *J Public Health Med* 1999;21(3):255-270.
39. Brazauskaitė A, Karpavičiūtė S, Petkutė I, Survilienė R, Žilinskaitė-Vytienė. Menas žmogaus gerovei. V. eds.; Bouteloup P, Gay EL, Isotalo M, Parkinson C. Vilnius; 2012.
40. Brimmer, Fridinger F, Lin J-MS, Reeves WC. U.S. healthcare providers' knowledge, attitudes, beliefs, and perceptions concerning Chronic Fatigue Syndrome. *BMC Family Practice* 2010;11:28.
41. Broderick S. Arts practices in unreasonable doubt? Reflections on understandings of arts practices in healthcare contexts. *Arts Health* 2011;3(2):95-109. doi:10.1080/17533015.2010.551716.
42. Buffet MA, Gervais RL, Liddle M, Eeckelaert L. Well-being at work: creating a positive work environment. Literature Review. European Agency for Safety and Health at Work, Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2013.
43. Burns M. Beyond arts and health: the need to include all of popular culture. *Perspectives in Public Health* 2013;133(1):21-22.
44. Burt E, Atkinson J. The relationship between quilting and wellbeing. *J Public Health* 2011;34(1):54-59.
45. Bygren LO, Konlaan BB, Johansson S-E. Attendance at cultural events, reading books or periodicals, and making music or singing in a choir as determinants for survival: Swedish interview survey of living conditions. *BMJ* 1996;313(7072):1577-80.
46. Bygren LO, Weissglas G, Wikström BM, Konlaan BB, Grijbovski A, Karlsson AB, et al. Cultural participation and health: a randomized controlled trial among medical care staff. *Psychosom Med*. 2009;71(4):469-73. doi:10.1097/PSY.0b013e31819e47d4.
47. Cameron M, Crane N, Ings R, Taylor K. Promoting well-being through creativity: how arts and public health can learn from each other. *Perspectives in Public Health* 2013;133(1):52-9. doi:10.1177/1757913912466951.
48. Cameron M, Ings R, Crane N. Seeking a common language: the challenge of embedding participatory arts in a major public health programme. *Oxford Textbook of Creative Arts, Health, and Wellbeing: International Perspectives on Practice, Policy and Research*. Publisher: Oxford University Press; UK; 2015. p. 95.
49. Camic PM, Chatterjee HJ. Museums and art galleries as partners for public health interventions. *Perspectives in Public Health* 2013;133(1):66-71.
50. Carnwath JD, Brown AS. Understanding the value and impacts of cultural experiences. A literature review. Arts Council England: UK; 2014.
51. Cashmore AW, Indig D, Hampton SE, Hegney DG, Jalaludin BB. Workplace violence in a large correctional health service in New South Wales, Australia: a retrospective review of incident management records. *BMC Health Services Research* 2012;12(1):245.
52. Chan ZCY. Critical thinking and creativity in nursing: Learners' perspectives. *Nurse Education Today* 2013;33(5):558-563.

53. Chan ZCY. Exploration of artistry in nursing teaching activities. *Nurse Education Today* 2014;34(6):924-928. Available at: doi:10.1016/j.nedt.2013.11.009. Accessed 30 September 2016.
54. Chen J, Daraiseh NM, Davis KG, Pan W. Sources of work-related acute fatigue in United States hospital nurses. *Nursing and Health Sciences* 2014;16(1):19-25. Available at: doi:10.1111/nhs.12104. Accessed 30 September 2016.
55. Christenson G. Why we need the arts in medicine. *Minnesota medicine* 2011;94(7):49-51.
56. Christianson SK, Nelesen RA, Carrington N, Prazich J, Lloyd L, Von Gunten C. The Effect of Expressive Art on Fatigue in Palliative Medicine Fellows. *J Palliat Med* 2013;16(5):463-464.
57. Clarke A, Friede T, Putz R, Ashdown J, Martin S, Blake A, et al. Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): Validated for teenage school students in England and Scotland. A mixed methods assessment. *BMC Public Health* 2011;11:487. Available at: doi:10.1186/1471-2458-11-487. Accessed 30 September 2016.
58. Clift S, Camic PM, Chapman B, Clayton G, Daykin N, Eades G, et al. The state of arts and health in England. *Arts Health* 2009;1(1):6-35. Available at: doi:10.1080/17533010802528017. Accessed 30 September 2016.
59. Clift S. A brief introduction to Arts and health. *Perspectives in Public Health* 2011;131(1):8.
60. Clift S. Creative Arts and Public Health. *Arts Health* 2014;6(1):2-4. Available at: doi:10.1080/17533015.2014.886146. Accessed 30 September 2016.
61. Clift S. Creative arts as a public health resource: Moving from practice-based research to evidence-based practice. *Perspectives in Public Health* 2012;132(3):120-127.
62. Cocker F, Joss N. Compassion Fatigue among Healthcare, Emergency and Community Service Workers: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* 2016;13:618. Available at: doi:10.3390/ijerph13060618. Accessed 30 September 2016.
63. Cohen S, Janicki-Deverts D. Who's Stressed? Distributions of Psychological stress in the United States in Probability Samples from 1983, 2006 and 2009. *J Appl Soc Psychol* 2012;42(6):1320-1334.
64. Cooke A, Friedli L, Coggins T, Edmonds N, Michaelson J, O'Hara K. A toolkit for well-being. *Mental Well-being Impact Assessment. (MWIA)* Published by the National MWIA Collaborative: England; 2011.
65. Cooley NJ. *Arts and Culture in Medicine and Health: A Survey Research Paper.* Victoria BC, Cooley and Associates: Embracing Change Creatively, Inc., Victoria, B.C. Canada; 2003.
66. Coulton S, Clift S, Skingley A, Rodrigue J. Effectiveness and cost-effectiveness of community singing on mental health-related quality of life of older people: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2015;207(3):250-5. Available at: doi:10.1192/bjp.bp.113.129908. Accessed 30 September 2016.
67. Cousins R, Donnell C. Nurse prescribing in general practice: a qualitative study of job satisfaction and work-related stress. *Family Practice* 2012;29(2):223-7
68. Cox SM, Brett-MacLean P, Courneya CA. "My turbinado sugar": Art-making, well-being and professional identity in medical education. *Arts Health* 2016;8(1):65-81. Available at: doi:10.1080/17533015.2015.1037318. Accessed 30 September 2016.

69. Creamer R. The arts and health: from economic theory to cost effectiveness. Unesco observatory, Faculty of architecture, building and planning, The University of Melbourne refereed E. Journal Multi-Disciplinary Journal in The Arts 2009; 1(4):1-14.
70. Crone DM, O'Connell EE, Tyson PJ, Clark-Stone F, Opher S, James DV. 'Art Lift' intervention to improve mental well-being: An observational study from UK general practice. Int J Ment Health Nurs 2013;22(3):279-286. Available at: doi:10.1111/j.1447-0349.2012.00862. Accessed 30 September 2016.
71. Croom AM. The practice of poetry and the psychology of wellbeing, Journal of Poetry Therapy: The Interdisciplinary Journal of Practice, Theory, Research and Education 2015;28(1):21-41. Available at: doi:10.1080/08893675.2015.980133. Accessed 30 September 2016.
72. Crossick G, Kaszynska P. Under construction: Towards a framework for cultural value, Cultural Trends 2014;23(2):120-131.
73. Cuypers KF, Knudtsen MS, Sandgren M, Krokstad S, Wikström BM, Theorell T. Cultural activities and public health: research in Norway and Sweden. An overview Arts Health 2011;3(1):6-26. Available at: doi:10.1080/17533015.2010.481288. Accessed 30 September 2016.
74. Cuypers K, Ridder K, Kvaløy K, Knudtsen MS, Krokstad S, Holmen J, et al. Leisure time activities in adolescence in the presence of susceptibility genes for obesity: risk or resilience against overweight in adulthood? The HUNT study. BMC Public Health 2012;12:820. Available at: doi:10.1186/1471-2458-12-820. Accessed 30 September 2016.
75. Czaja AS, Moss M, Mealer M. Symptoms of Post-traumatic Stress Disorder Among Pediatric Acute Care Nurses. J Pediatr Nurs 2012;27(4):357-365. Available at: doi:10.1016/j.pedn.2011.04.024. Accessed 30 September 2016.
76. D'Alessandro PR, Frager G. Theatre: An innovative teaching tool integrated into core undergraduate medical curriculum. Arts Health 2014;6(3):191-204. Available at: doi:10.1080/17533015.2013.822398. Accessed 30 September 2016.
77. Davidson JW, Faulkner R. Meeting in music: The role of singing to harmonise carer and cared for. Arts Health 2010;2(2):164-170.
78. Davies CR, Rosenberg M, Knuiman M, Ferguson R, Pikora T, Slatter N. Defining arts engagement for population-based health research: Art forms, activities and level of engagement. Arts Health 2012;4(3):203-216. Available at: doi:10.1080/17533015.2012.656201. Accessed 30 September 2016.
79. Davies C, Knuiman M, Pikora T, Rosenberg M. Health in arts: are arts settings better than sports settings for promoting anti-smoking messages?. Perspectives in public health 2013. Available at: doi:10.1177/1757913913502475. Accessed 30 September 2016.
80. Davies C, Knuiman M, Rosenberg M. The art of being mentally healthy: a study to quantify the relationship between recreational arts engagement and mental well-being in the general population. BMC Public Health 2016;16:15. Available at: doi:10.1186/s12889-015-2672-7. Accessed 30 September 2016.
81. Davies CR, Knuiman M, Wright P, Rosenberg M. The art of being healthy: a qualitative study to develop a thematic framework for understanding the relationship between health and the arts. BMJ Open 2014;4:e004790. Available at: doi:10.1136/bmjopen-2014-004790. Accessed 30 September 2016.
82. Daykin N, Joss T. Arts for health and wellbeing. An evaluation framework. Public Health England: UK; 2016.

83. Demerouti E, Bakker AB, Sonnentag S, Fullagar C. Work-related flow and energy at work and at home: A study on the role of daily recovery. *J Organ Behav* 2012;33(2):276-295. Available at: doi:10.1002/job.760. Accessed 30 September 2016.
84. Department of Health and Human Services. Arts and Health The Evidence. Department of Health and Human Services: Population Health. A healthy Tasmania; 2012.
85. Dieppe GP, Mangan M, Marsden D. (Re)acting medicine: applying theatre in order to develop a whole-systems approach to understanding the healing response. *RiDE: The Journal of Applied Theatre and Performance* 2014;19(3):272-279.
86. Dodge R, Daly A, Huyton J, Sanders L. The challenge of defining wellbeing. *International Journal of Wellbeing* 2012;2(3):222-235.
87. Donaghy C, Elliott J. Unfolding Arts in Health 2013-2015. Belfast Trust Arts in Health Strategy 2013-2015. Belfast Trust and Social Care Trust alongside Arts Care Northern Ireland; 2013.
88. Draxler T, Ostermann H, Honekamp W. Relationship between Asian martial arts and health-related quality of life in Germany. *J Public Health* 2011;19(1):57-64.
89. Duchemin AM, Steinberg BA, Marks DR, Vanover K, Klatt M. A small randomized pilot study of a workplace mindfulness-based intervention for surgical intensive care unit personnel: Effects on salivary-amylase levels. *J Occup Environ Med* 2015;57(4):393-399.
90. Eaton J. The Feasibility of Ethnodrama as Intervention to Highlight Late Life Potential for Nursing Students and Older Adults. *Gerontology & Geriatrics Education* 2015;36(2):107-8.
91. Ekholm O, Juel K, Bonde LO. Music and public health – An empirical study of the use of music in the daily life of adult Danes and the health implications of musical participation. *Arts Health* 2016;8(2):154-168. Available at: doi:10.1080/17533015.2015.1048696. Accessed 30 September 2016.
92. Eldevik MF, Flo E, Moen BE, Pallesen S, Bjorvatn B. Insomnia, Excessive Sleepiness, Excessive Fatigue, Anxiety, Depression and Shift Work Disorder in Nurses Having Less than 11 Hours in-Between Shifts. *PLoS ONE* 2013;8(8):e70882.
93. Eschleman KJ, Madsen J, Alarcon, G, Barelka A. Benefiting from creative activity: The positive relationships between creative activity, recovery experiences, and performance-related outcomes. *J Occup Organ Psychol* 2014;87:579-598. Available at: doi:10.1111/joop.12064. Accessed 30 September 2016.
94. EU. The EU explained: Public health. Improving health for all EU citizens. European Commission: Belgium; European Union; 2013.
95. Eurofound and EU-OSHA. Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention. Publications Office of the European Union: Luxembourg; 2014.
96. Eurofound. Fifth European Working Conditions Survey. Publications Office of the European Union: Luxembourg; 2012.
97. European Agency for Safety and Health at Work. Psychosocial risks and stress at work; n. d. Available at: <https://osha.europa.eu/en/themes/psychosocial-risks-and-stress>. Accessed 30 September 2016.
98. European pact for mental health and well-being. EU high-level conference Together for Mental Health and Well-being. Brussels; 12-13 June; 2008.
99. European Parliament Eurobarometer (EB/EP 77.4). Two years to go to the 2014 European elections. Focus on age group. Brussels; 2012.

100. Europos Komisija. 2014-2020 m. ES darbuotojų saugos ir sveikatos strateginė programa. Komisijos komunikatas Europos Parlamentui, tarybai, Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetui ir regionų komitetui: 2014 06 06 COM (2014) 332 final. Europos Komisija: Briuselis; 2014.
101. Europos Komisija. Rizika darbuotojų sveikatai ir saugai sveikatos priežiūros sektoriuje. Prevencijos ir gerosios patirties vadovas. Europos Komisija: Užimtumo, socialinių reikalų ir įtraukties generalinis direktoratas B.3 padalinys; Europos Sąjungos leidinių biuras; Liuksemburgas; 2013.
102. Europos saugos ir sveikatos darbe agentūra. Psichosocialinė rizika ir stresas darbe; n. d. Prieiga per internetą: <http://www.beswic.be/lt/topics/stress>. Tikrinta 2016 10 01.
103. Eurostat. European Commission. European social statistics – 2013 edition. Eds. Kotzeva M, Kraszewska K, Dujo SV, Mear C. under coordination Knauth B. Publications Office of the European Union: Luxembourg; 2013. p. 242.
104. Fagerström L. Nursing – An Essential Human Resource for the Sustainable Development of Health Care. NERP 2012;2(1):45-7.
105. Fancourt D, Joss T. Aesop: A framework for developing and researching arts in health programmes. Arts Health 2015;7(1):1-13.
106. Filha MMT, Costa MAS, Guilam MCR. Occupational stress and self-rated health among nurses. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2013;21(2):475-83. Available at: [doi:http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000200002](http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000200002). Accessed 30 September 2016.
107. Flarity K, Gentry JE, Mesnikoff N. The effectiveness of an educational program on preventing and treating compassion fatigue in emergency nurses. Adv Emerg Nurs J 2013;35(3):247-258.
108. Fondevilla HL, Yukari Iwata Y. Student participation in arts in hospital projects in Japan. Arts Health 2016;8(2):182-198. Available at: [doi:10.1080/17533015.2015.1033435](http://dx.doi.org/10.1080/17533015.2015.1033435). Accessed 30 September 2016.
109. Fontes KB, Carvalho MDB. Variables involved in the perception of psychological harassment in the nursing work environment. Rev Latino-Am Enfermagem 2012;20(4):761-8.
110. Foresight Mental Capital and Wellbeing Project. Mental Capital and Wellbeing: Making the most of ourselves in the 21st century. Final Project report. The Government Office for Science: London; 2008.
111. Fortney L, Luchterhand C, Zakletskaia L, Zgierska A, Rakel D. Abbreviated Mindfulness Intervention for Job Satisfaction, Quality of Life, and Compassion in Primary Care Clinicians: A Pilot Study. Annals of family medicine 2013;11(5):412-420.
112. Fradelos E, Mpelegrinos S, Mparo Ch, Vassilopoulou Ch, Argyrou P, Tsironi M, et al. Burnout syndrome impacts quality life nursing professionals. The contribution of perceived social support. Prog Health Sci 2014;4(1):102-109.
113. Fraser KD, Sayah F. Arts-based methods in health research: A systematic review of the literature. Arts Health 2011;3(2):110-145.
114. Fredrickson BL, Losada MF. Positive Affect and the Complex Dynamics of Human Flourishing. Am Psychol 2005;60(7):678-686.
115. Friedli L. Mental health, resilience and inequalities. WHO Regional Office for Europe: Denmark; 2009.
116. Fritz C, Yankelevich M, Zarubin A, Barger P. Happy, healthy, and productive: the role of detachment from work during nonwork time. J Appl Psychol

- 2010;95(5):977-83. Available at: doi:10.1037/a0019462. Accessed 30 September 2016.
117. Fujiwara D, Dolan O, Lawton R. Creative Occupations and Subjective Wellbeing. Nesta Working Paper 15/09: London; 2015.
 118. Galatsch M, Li J, Derycke H, Müller BH, Hasselhorn HM. Effects of Requested, Forced and Denied Shift Schedule Change on Work Ability and Health of Nurses in Europe. Results from the European NEXT-Study. *BMC Public Health* 2013;13:1137. Available at: doi:10.1186/1471-2458-13-1137. Accessed 30 September 2016.
 119. Galdikienė N, Asikainen RNP, Balčiūnas S, Suominen T. Do nurses feel stressed? A perspective from primary health care. *Nursing & Health Sciences* 2014;16(3):327-334. Available at: doi:10.1111/nhs.12108. Accessed 30 September 2016.
 120. Galdikienė N. Slaugytojų profesinio streso raiška veiklos kontekste: edukologijos ir slaugos dimensijos. *Profesinis pasirengimas: Tyrimai ir realijos* 2007;13:66-80.
 121. Gao Y-Q, Pan B-C, Sun W, Wu H, Wang J-N, Wang L. Anxiety symptoms among Chinese nurses and the associated factors: a cross sectional study. *BMC Psychiatr* 2012;12:141. Available at: doi:10.1186/1471-244X-12-141. Accessed 30 September 2016.
 122. Gatti MFZ, Silva MJP. Ambient music in the emergency services: the professionals' perception. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007;15(3):377-383.
 123. Gaudemaris R, Levant A, Ehlinger V, Hérin F, Lepage B, Soulat JM, et al. Blood pressure and working conditions in hospital nurses and nursing assistants. The ORSOSA study. *Archives of Cardiovascular Disease* 2011;104(2):97-103.
 124. George S, Ahmed S, Mammen K, John G. Influence of music on operation theatre staff. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol* 2011;27(3):354-357.
 125. Gerikienė V. Work Satisfaction of Lithuanian Community Nurses in the Context of Primary Health Care Reform. Doctoral dissertation, Biomedical Sciences. LUHS: Kaunas; 2007.
 126. Ghiyasvandian S, Gebra AA. Coping Work Strategies and Job Satisfaction Among Iranian Nurses. *Iran Red Crescent Med J* 2014;16(6):e17779.
 127. Gilmore A, Fitzpatrick L, Clarke L. Paul Hamlyn Foundation ArtWorks Evaluation Literature Review. DHA & the Institute for Cultural Practices: University of Manchester; UK; 2015.
 128. Gintauskienė VM. Endocrine factors and patient centered outcomes in coronary artery disease. Doctoral dissertation, Biomedical Sciences. LUHS: Kaunas; 2013.
 129. Glumbakaitė E, Kalibatas J, Kanapeckienė V, Mikutienė D. Pirminės sveikatos priežiūros centruose dirbančių slaugytojų streso ir psichologinių reikalavimų darbe sąsajos su streso pasekmėmis. *Gerontologija* 2007;8(1):31-38.
 130. Goodrich J, Harrison T. Resilience A framework supporting hospice staff to flourish in stressful times. Hospice: UK; 2015.
 131. Goodwin J, Deady R. The Art of Mental Health Practice: The Role of Drama in Developing Empathy. *Perspectives in Psychiatric Care* 2013;49(2):126-134.
 132. Gordon-Nesbitt R. Arts for Health. Exploring the longitudinal relationship between arts engagement and health; Published by: Parkinson C; Arts for Health. Manchester Metropolitan University: Manchester; 2015.
 133. Gregory A. Yoga and mindfulness program: The effects on compassion fatigue and compassion satisfaction in social workers. *J Relig Spiritual Soc Work Soc Thought* 2015; 34(4):372-393.

134. Gromadzin'ska J, Peplonska B, Sobala W, Reszka E, Wasowicz W, Bukowska A, et al. Relationship between intensity of night shift work and antioxidant status in blood of nurses. *Int Arch Occup Environ Health* 2013;86(8):923-930.
135. Grossi E, Compare A, Lonardi C, Cerutti R, Callus E, Niero M. Gender-related Effect of Cultural Participation in Psychological Well-being: Indications from the Well-being Project in the Municipality of Milan. *Soc Indic Res* 2013;114(2):255-271.
136. Guerin P, Guerin B, Tedmanson D, Clark Y. How can country, spirituality, music and arts contribute to Indigenous mental health and wellbeing? *Australasian Psychiatry* 2011;19(1):S38-41. Available at: doi:10.3109/10398562.2011.583065. Accessed 30 September 2016.
137. Guler N, Kuzu F. The health-related quality of life of the health professionals working in the primary healthcare centers and its correlation with selected sociodemographic factors in Sivas, a central Anatolian city. *Scientific Research and Essay* 2009;4(12):1547-1552.
138. Gustainienė L, Bakšienė V. Relationship among stresogenic aspects of work, social, and subjective health among medical personnel. *Public Health* 2008;2(41):47-55.
139. Gute D, Gute G. How Creativity Works in the Brain. Insights from a Santa Fe Institute Working Group, Cosponsored by the National Endowment for the Arts: Washington; 2015.
140. Hagelin CL, Wengström Y, Runesdotter S, Fürst CJ. The psychometric properties of the Swedish Multidimensional Fatigue Inventory MFI-20 in four different populations. *Acta Oncol* 2007;46(1):97-104. Available at: doi:10.1080/02841860601009430. Accessed 30 September 2016.
141. Hanna T, Mona E. Psychosocial Work Environment, Stress Factors and Individual Characteristics among Nursing Staff in Psychiatric In-Patient Care. *Int J Environ Res Public Health* 2014;11(1):1161-1175.
142. Health Information Centre of Institute of Hygiene. Selected health statistics indicators (1997-2014). Vilnius; 2014. Available at: <http://sic.hi.lt/html/en/lhic.htm>. Accessed 30 September 2016.
143. Henry BJ. Nursing Burnout Interventions: What Is Being Done. *Clin J Oncol Nurs* 2014;18(2):211-4.
144. Hirsch JD, Do AH, Hollenbach KA, Manoguerra AS, Adler DS. Students' Health-Related Quality of Life Across the Preclinical Pharmacy Curriculum. *Am J Pharm Educ* 2009;73(8):147.
145. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science* 2015;10(2):227-237.
146. Horner JK, Piercy BS, Eure L., Woodard EK. A pilot study to evaluate mindfulness as a strategy to improve inpatient nurse and patient experiences. *Appl Nurs Res* 2014;27(3):198-201.
147. Horsford R, Rumbold J, Varney H, Morris D, Dungan L, Lith TV. Creating community: An arts-based enquiry. *JAAH* 2014;5(1):65-81.
148. Hume V. Creative care: the role of the arts in hospital. *Nursing management* 2010;17(5):16-20.
149. Hunsaker S, Chen HC, Maughan D, Heaston S. Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *J Nurs Scholarsh* 2015;47(2):186-194.

150. Huss E, Sarid O. Visually transforming artwork and guided imagery as a way to reduce work related stress: A quantitative pilot study. *The Arts in Psychotherapy* 2014;41(4):409-412. Available at: doi:10.1016/j.aip.2014.07.004. Accessed 30 September 2016.
151. Imties dydžio skaičiuoklė. Vilnius; n. d. Prieiga per internetą: <http://www.apklauso.lt/imties-dydis>. Tikrinta 2016 10 01.
152. Iwasaki Y, Mannell RC, Smale BJ, Butcher J. Contributions of leisure participation in predicting stress coping and health among police and emergency response services workers. *J Health Psychol* 2005;10(1):79-99.
153. Jack, K. "Putting the words 'I am sad', just doesn't quite cut it sometimes!": The use of art to promote emotional awareness in nursing students. *Nurse Education Today* 2012;32(7):811-816. Available at: doi:10.1016/j.nedt.2012.04.020. Accessed 30 September 2016.
154. Jakušvaitė I, Luneckaitė Ž. Medicinos filosofija. Probleminio mokymo (si) knyga. Mokomoji knyga. LSMU leidybos namai: Kaunas; 2011.
155. Jankauskas R, Eičinaitė-Lingienė R, Venckienė R, Mačiūnas R. Darbuotojų sveikatos stebėsenos įmonėje rekomendacijos. Higienos institutas: Vilnius; 2013.
156. Januškevičius V. Slaugytojų darbo sąlygų ir sveikatos sąsajų vertinimas. Daktaro disertacija. KMU: Kaunas; 2006.
157. Janušonienė K, Smilga E. Sveikatingumo koncepcija ir jos taikymas strategiškai valdomoje sveikatos apsaugos sistemoje. *Tiltai* 2005;1(30):45-52.
158. Jarusevičienė L, Liseckienė I, Valius L, Kontrimienė A, Jarusevičius G, Lapão LV, et al. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *Int J Nurs Stud* 2013;50(2):143-153.
159. Jasiukevičiūtė T, Kaliatkaitė J. Darbo ir poilsio laiko derinimas darbo vietose. Informacinė medžiaga. Higienos institutas: Profesinės sveikatos centras Tyrimų ir technologijų vertinimo skyrius; Vilnius; 2013.
160. Javtokas Z. Salutogeninio modelio panaudojimas stiprinant gyventojų sveikatą. *Sveikatos mokslai* 2009;3:2375-2377.
161. Javtokas Z. Sveikatos stiprinimo konspektas. Vilnius; 2009.
162. Jeffrey K, Mahony S, Michaelson J, Abdallah, S. Well-being at work. A review of the literature. Editor Murphy M. New Economics Foundation: UK; 2014.
163. Jensen A. Beyond the borders: The use of art participation for the promotion of health and well-being in Britain and Denmark. *Arts Health* 2013;5(3):204-215. Available at: doi:10.1080/17533015.2013.817448. Accessed 30 September 2016.
164. Johansson SE, Konlaan BB, Bygren LO. Sustaining habits of attending cultural events and maintenance of health: a longitudinal study. *Health promotion international* 2001;16(3):229-234.
165. Jones C, Gates M. The Costs and Benefits of Nurse Turnover: A Business Case for Nurse Retention. *OJIN: Online J Issues in Nurs* 2007;12(3):Manuscript 4. Available at: doi:10.3912/OJIN.Vol12No03Man04. Accessed 30 September 2016.
166. Joslin, LE, Davis CR, Dolan P, Clark EM. Quality of life and neck pain in nurses. *Int J Occup Med Environ Health* 2014;27(2):236-242. Available at: doi:10.2478/s13382-014-0267-7. Accessed 30 September 2016.
167. Judge TA, Ilies R, Scott BA. Work-Family Conflict and Emotions: Effects at work and at home. *Personnel Psychology* 2006;59(4):779-814.
168. Juozulynas A, Čeremnych E, Kurtinaitis J, Jankauskienė K, Rėklaitienė R. Gyvenimo kokybė ir sveikata. Quality of life and health. *Sveikatos mokslai* 2005;1:71-4.

169. Kaimal G, Ray K, Muniz J. Reduction of Cortisol Levels and Participants' Responses Following Art Making. *Art Therapy* 2016;33(2):74-80. Available at: doi:10.1080/07421656.2016.1166832. Accessed 30 September 2016.
170. Kairys A, Bagdonas A, Liniauskaitė A, Pakalniškienė V. Lietuvos gyventojų reprezentatyvios imties psichologinės gerovės struktūra. *Psichologija* 2013;48:7-19.
171. Kalėdienė R, Petrauskienė J, Rimpelė A. Šiuolaikinės visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika. *New public health: from theory to practice*. Šviesa: Kaunas; 1999.
172. Kardelis K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Vadovėlis. 3-iasis leid. Lietuvos kūno kultūros akademija: Kaunas; 2005. p. 398.
173. Karkockienė D. Medicinos ir sveikatos mokslų studentų patiriamo streso ypatumai ir jo įtaka miego kokybei 2011;2(5/3):83-92.
174. Karpavičiūtė S, Macijauskienė J. The Impact of Arts Activity on Nursing Staff Well-Being: An Intervention in the Workplace. *Int J Environ Res Public Health* 2016;13(4):435. Available at: doi:10.3390/ijerph13040435. Accessed 30 September 2016.
175. Karpavičiūtė S, Parkinson C. Arts Activity and Well-being in the Workplace: a Pilot Study of Health Service Workers in Lithuania. *Seminars in Neurology* 2015;19(3): 210-216.
176. Karpavičiūtė S, Petkutė I. The impact of arts activity on the well-being of health service workers: a pilot study in Lithuania. MAPSI conference Insights and Tools for Managing Arts Projects with Societal Impact, July, 7, the Estonian Academy of Music and Theatre: Programme and extended abstracts, Tallinn; 2015. p. 56-58, no. 4.1.
177. Karpavičiūtė S, Petkutė I. Slaugytojų subjektyvaus savo sveikatos vertinimo sąsajos su dalyvavimu meninėje veikloje. Tarptautinė mokslinė konferencija „Vizualinės kūrybos fenomenas ir sveikata“ konferencijos pranešimų tezės, lapkričio 28–29 d., Vilniaus dailės akademijos Kauno fakultetas ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Slaugos fakultetas, Kaunas; 2014.
178. Karpavičiūtė S. Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale. *Biological psychiatry and psychopharmacology* 2014;16 (2):110-112.
179. Kelaher M, Dunt D, Berman N, Curry S, Joubert L, Johnson V. Evaluating the health impacts of participation in Australian community arts groups. *Health Promotion International* 2014;29(3):392-402. Available at: doi:10.1093/heapro/das07. Accessed 30 September 2016.
180. Kelly L, Runge J, Spencer C. Predictors of compassion fatigue and compassion satisfaction in acute care nurses. *J Nurs Scholarsh* 2015;47(6): 522-528.
181. Kemper K, Bulla S, Krueger D, Ott MJ, McCool JA, Gardiner P. Nurses' experiences, expectations, and preferences for mind-body practices to reduce stress. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2011;11:26. Available at: doi:10.1186/1472-6882-11-26. Accessed 30 September 2016.
182. Kennedy B, Curtis K, Waters, D. Is there a relationship between personality and choice of nursing specialty: an integrative literature review. *BMC Nursing* 2014;13(1):40. Available at: doi:10.1186/s12912-014-0040-z. Accessed 30 September 2016.
183. Kepten, Ad., Weinman, J. *Health psychology*. BPS Blackwell; 2007.
184. Khamisa N, Peltzer K, Oldenburg B. Burnout in Relation to Specific Contributing Factors and Health Outcomes among Nurses: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* 2013;10(6):2214-2240. Available at: doi:10.3390/ijerph10062214. Accessed 30 September 2016.

185. Kikuchi Y, Nakaya M, Ikeda M, Takeda M, Nishi M. Job stress and temperaments in female nurses. *Occupational Medicine* 2013;63(2):123-128.
186. Kilroy A, Garner C, Parkinson C, Kagan C, Senior P. Invest to save: arts in health evaluation. Exploring the impact of creativity, culture and the arts, on health and well being. Arts for Health Manchester Metropolitan University: Manchester; 2008.
187. Kreutz G. The value of music for public health. *Oxford Textbook of Creative Arts, Health, and Wellbeing: International Perspectives on Practice, Policy and Research*. Publisher: Oxford University Press; UK; 2015. p. 211.
188. Kriukelytė D, Vašeklytė A, Žitinaitė L. Stresas intensyvios terapijos skyrių slaugytojų darbe. *Visuomenės Sveikata* 2005;3(40):8-11.
189. Kroll H. Mental Health First Aid: addressing mental health as a public health priority. *Perspectives in Public Health* 2015;135(1):12-4. Available at: doi: 10.1177/1757913914562120. Accessed 30 September 2016.
190. Kubota K, Shimazu A, Kawakami N, Takahasi M, Nakata A, Schaufeli WB. Association between Workaholism and Sleep Problems among Hospital Nurses. *Industrial Health* 2010;48(6):864-871.
191. Kuodytė-Kazieliene R, Užaitė L, Palinauskienė R, Kuznikovas A, Šerytė L, Ulianskienė R. Streso, depresiškumo, nerimo paplitimas tarp sveikatos priežiūros ir švietimo darbuotojų Panevėžio mieste. *Medicinos teorija ir praktika* 2007;13(4):479-484.
192. Kuoppala J, Lamminpää A, Husman P. Work health promotion, job well-being, and sickness absences--a systematic review and meta-analysis. *J Occup Environ Med* 2008;50(11):1216-27. Available at: doi:10.1097/JOM.0b013e31818dbf92. Accessed 30 September 2016.
193. Lai HL, Li YM. The effect of music on biochemical markers and self-perceived stress among first-line nurses: A randomized controlled crossover trial. *J Adv Nurs* 2011;67(11):2414-2424. Available at: doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05670.x. Accessed 30 September 2016.
194. Landy R J. Drama as a means of preventing post-traumatic stress following trauma within a community. *JAAH* 2010;1(1):7-18.
195. Lankston L, Cusack P, Fremantle C, Isles C. Visual art in hospitals: case studies and review of the evidence. *J R Soc Med* 2010;103(12):490-499.
196. Le Vasseur JJ. Toward an understanding of art in nursing. *Advances in Nursing Science* 1999;2(21):48-63.
197. Leckey J. The therapeutic effectiveness of creative activities on mental well-being: a systematic review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2011;18(6):501-509.
198. Lee WL, Tsai SH, Tsai CW, Lee CY. A study on work stress, stress coping strategies and health promoting lifestyle among district hospital nurses in Taiwan. *J Occup Health* 2011;53(5):377-383.
199. Leichner P, Lagarde E, Lemaire C. Windows to Discover: A socially engaged arts project addressing isolation. *Arts & Health* 2014;6(1):90-97.
200. Leiter M, Maslach C. Nurse turnover: the mediating role of burnout. *J Nurs Manage* 2009;17(3):331-339.
201. Leroux K, Bernadska A. Impact of the Arts on Individual Contributions to US Civil Society. *Journal of Civil Society* 2014;10(2):144-164.
202. Lietuva 2030. LRS Nutarimas. Dėl Valstybinės pažangos strategijos „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“ patvirtinimo. 2012 m. gegužės 15 d. Nr. XI-2015. Vilnius; 2012.

203. Lietuvos Respublikos darbuotojų saugos ir sveikatos įstatymas. 2003 m. liepos 1 d. Nr. IX-1672. Vilnius; 2003.
204. Lietuvos Respublikos Seimas. Nutarimas dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 m. programos patvirtinimo. 2014 m. birželio 26 d. Nr. XII-964. LRS: Vilnius; 2014.
205. Lietuvos sveikatos informacijos centras. Metinių sveikatos statistikos ataskaitų suvestinės. Metų personalo ataskaita. Vilnius; 2013. Prieiga per internetą: http://sic.hi.lt/spec_info/met_ata.php. Tikrinta 2016 10 01.
206. Lin J-MS, Brimmer DJ, Maloney EM, Nyarko E, BeLue R, Reeves WC. Further validation of the Multidimensional Fatigue Inventory in a US adult population sample. *Population Health Metrics* 2009;7:18. Available at: doi:10.1186/1478-7954-7-18. Accessed 30 September 2016.
207. Lin SC, Tsai KW, Chen MW, Koo M. Association between fatigue and Internet addiction in female hospital nurses. *J Adv Nurs* 2013;69(2):374-383. Available at: doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06016. Accessed 30 September 2016.
208. Lindstrom B, Eriksson M. Salutogenesis. *J Epidemiol Community Health* 2005;59(6):440-442.
209. Littlejohn P. The missing link: using emotional intelligence to reduce workplace stress and workplace violence in ours nursing and other health care professions. *J Prof Nurs* 2012;28(6):360-368.
210. Lorenz VR, Benatti MC, Sabino MO. Burnout and Stress Among Nurses in a University Tertiary Hospital. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2010;18(6):1084-91.
211. LR Kultūros ministerija. Gyventojų dalyvavimo kultūroje ir pasitenkinimo kultūros paslaugomis tyrimo ataskaita. Skirta: Lietuvos Respublikos kultūros ministerijai. UAB „Socialinės informacijos centras“ ir UAB „ESTEP Vilnius“: Vilnius; 2014.
212. LR SAM, MTVC. Sveikatos sektoriaus prioritetų 2014-2020 m. Europos Sąjungos struktūrinės paramos panaudojimo laikotarpiu strateginis vertinimas. Baigiamoji vertinimo ataskaita; Vilnius; 2013.
213. LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas. Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2011 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo. 2011 m. birželio 8 d. Nr. V-591. Vilnius; 2011.
214. LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas. Dėl profesinių kvalifikacinių reikalavimų meno terapeutui patvirtinimo. 2014 m. spalio 30 d. Nr.1114. Vilnius; 2014.
215. LR Švietimo ir mokslo Ministro įsakymas. Dėl humanistinės kultūros ugdymo menine veikla sampratos tvirtinimo. 2012m. nr. V-1595. Vilnius; 2012.
216. LRS nutarimas dėl Nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2016-2023 metų plėtros programos patvirtinimo 2015 m. gruodžio 9 d. Nr. 1291. LRS: Vilnius; 2015.
217. Maben J, Peccei R, Adams M, Robert G, Richardson A, Murrells T, et al. National institute for health research service delivery and organization programme. Exploring the relationships between patients' experiences of care and the influence of staff motivation, affect and wellbeing. National institute for health research Service Delivery and Organisation Programme: London; 2012.
218. Macarow K, Weiland T, Brown D, Jelinek G., Samartzis P, Grierson E, et al. Designing sound for health and wellbeing in emergency care settings. *JAAH* 2012;2(3):207-219.
219. Macdonald RAR. Music, health and well-being: A review. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2013;8:20635. Available at: doi:10.3402/qhw.v8i0.20635. Accessed 30 September 2016.

220. Macneill PU. The arts and medicine: a challenging relationship. *Med Humanit* 2011;37:85-90. Available at: doi:10.1136/medhum-2011-010044. Accessed 30 September 2016.
221. Magnavita N, Heponiemi T. Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study. *BMC Health Services Research* 2012;12(1):108.
222. Maheswaran H, Weich S, Powell J, Stewart-Brown S. Evaluating the responsiveness of the Warwick Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS): Group and individual level analysis. *Health and Quality of Life Outcomes* 2012;10:156. Available at: doi:10.1186/1477-7525-10-156. Accessed 30 September 2016.
223. Malchy L A, Johnson J, McBride S. This is the embodiment of empowerment: use of forum theatre to address tobacco use in community psychiatry. *Arts and Health* 2011;3(1):61-72.
224. Margrove KL, Pope J, Mark GM. An exploration of artists' perspectives of participatory arts and health projects for people with mental health needs. *Public health* 2013;127(12):1105-10.
225. Margrove KL. Promoting the wellbeing and social inclusion of students through visual art at university: an Open Arts pilot Project. *Journal of Further and Higher Education* 2015;39(2):147-162.
226. Markevičiūtė A. Psychosocial stress correlation with depressiveness among adolescents. *Biological psychiatry and psychopharmacology* 2003;5(1):11-14.
227. Markwardt R. Culture and Art in Public Health. *The Public Health Journal of Burapha University* 2007;2(1):1-10.
228. Marshall, LA, Allison A, Nykamp D, Lanke S. Perceived Stress and Quality of Life among Doctor of Pharmacy Students. *Am J Pharm Educ* 2008;72(6):137.
229. Maschi T, MacMillan T, Viola D. Group drumming and well-being: A promising self-care strategy for social workers. *Arts Health* 2013;5(2):142-151. Available at: doi:10.1080/17533015.2012.748081.
230. Maxwell S, Henderson D, McCloy R, Harper G. Social Impacts and Wellbeing: multi-criteria analysis techniques for integrating nonmonetary evidence in valuation and appraisal. A discussion of current approaches and opportunities. A paper for the Social Impacts Taskforce Defra Evidence and Analysis Series: London; 2011.
231. McCarthy KF, Ondaatje EH, Zakaras L, Brooks A. *Gifts of the Muse. Reframing the Debate About the Benefits of the Arts*. RAND Corporation; CA; 2004.
232. McCarthy VJC, Power S, Greiner BA. Perceived occupational stress in nurses working in Ireland. *Occupational Medicine* 2010;60(8):604-610. Available at: doi:10.1093/occmed/kqq148. Accessed 30 September 2016.
233. McCullough KM, Williams AM, Lenthall S. Voices from the bush: remote area nurses prioritise hazards that contribute to violence in their workplace. *Rural and Remote Health* 2012;12(2):1972.
234. McHenry AJ. 'Rural empowerment through the arts: The role of the arts in civic and social participation in the Mid West region of Western Australia'. *Journal of Rural Studies* 2011;27(3):245-253.
235. McHenry JA. 'They'd Rather Go Play Footy': an Exploratory Study of the Enjoyment and Benefits of the Arts in Western Australia's Remote Murchison Region. *Geographical Research* 2011;49(1):37-46.
236. McHenry JA. A place for the arts in rural revitalisation and the social wellbeing of Australian rural communities. *Rural Society* 2009;19(1):60-70.

237. McKie A. Using the arts and humanities to promote a liberal nursing education: Strengths and weaknesses. *Nurse Education Today* 2012;32(7):803-810. Available at: doi:10.1016/j.nedt.2012.04.014. Accessed 30 September 2016.
238. McQueen-Thomson D, James P, Zигuras C. The role of culture and leisure in improving health and wellbeing. The Chief Cultural & Leisure Officers Association on behalf of the National Leisure & Culture Forum; UK; 2014.
239. Medicinos enciklopedija. Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų 1-kla 1993; t.2. p. 299.
240. Meeusen V, Hoekman J, Zundert A. High Fatigue Scores Among Older Dutch Nurse Anesthetists. *AANA Journal* 2014;82(3):227-230.
241. Mehrdad R, Atkins EH, Sharifian SA, Pouryaghoub G. Psychosocial factors at work and blood-borne exposure among nurses. *Int J Occup Environ Med* 2014;5(1):32-39.
242. Mehta CR, Pate NR. IBM SPSS Exact Tests. IBM Corp. US; 1989, 2011.
243. Michaelson J, Abdallah S, Steuer N, Thompson S, Marks N. National Accounts of Well-being: bringing real wealth onto the balance sheet. NEF: London; 2009.
244. Michaelson J, Mahony S, Schifferes J. Measuring Well-being. A guide for practitioners. NEF: UK; 2012.
245. Mikalauskas A, Širvinskas E, Marchertienė I, Macas A, Samalavičius R, Kinduris Š, et al. Burnout among Lithuanian cardiac surgeons and cardiac anesthesiologists. *Medicina* 2012;48(9):478-84.
246. Mikaliūkštienė A, Kalibatienė D, Mickuvienė J, Varvuolytė S. Medicinos studentų patiriamas stresas ir jo įtaka emocinei būsenai ir miego kokybei. *Medicinos teorija ir praktika* 2012;18(4.1):392-399.
247. Mills C, Knuiman M, Rosenberg M, Wood L, Ferguson R. Are the arts an effective setting for promoting health messages? *Perspect Public Health* 2013;133:116- 121.
248. Mills D. Joining the policy dots: Strengthening the contribution of the arts to individual and community health and wellbeing. Submission National Cultural Policy Discussion Paper By On behalf of. The Arts and Health Foundation: Australia; 2011.
249. Misevičienė I, Strumylaitė L, Pajarskienė B, Žalnieraitienė K. What Are the Predictors of Self-Assessed Health in Lithuanian Health Professionals? *Medicina* 2013;49(1):23-8.
250. Mohammadi R, Seyedfatemi N, Jannati Y. Iranian Clinical Nurses Coping Strategies for Job Stress. *J Occup Health* 2011;53(2):123-129.
251. Moloney O. Music in Healthcare/Mental Health. An evaluation of the participative music programme designed by Music Network, which took place in St. Stephen's Hospital, Glanmire and the Carrigmore Centre, Shanakiel as part of Cork 2005 – European Capital of Culture. UK; 2005.
252. Montano D, Hoven H, Siegrist J. Effects of organisational-level interventions at work on employees' health: a systematic review. *BMC Public Health*. 2014;14:135. Available at: doi:10.1186/1471-2458-14-135. Accessed 30 September 2016.
253. Montesinos MJL. Psychosocial study about the consequences of work in hospital nurses as human resource management. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2013;21(Spec):61-70. Available at: doi:http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700009. Accessed 30 September 2016.
254. Moris D, Linos D. Music meets surgery: Two sides to the art of "healing". *Surg Endosc* 2012;27(3):719-23.
255. Mosadeghrad AM. Occupational stress and turnover intention: implications for nursing management. *Int J Health Policy Manag* 2013;1(2):176-186.

256. Moss H, Nolan E, O'Neill D. A cure for the soul? The benefit of live music in the general hospital. *Ir Med J* 2007;100(10):634-636.
257. Müllersdorf M, Ivarsson AB. Use of Creative Activities in Occupational Therapy Practice in Sweden. *Occup Ther Int* 2012;19(3):127-134.
258. Munyewende PO, Rispel LC, Chirwa T. Positive practice environments influence job satisfaction of primary health care clinic nursing managers in two South African provinces. *Human Resources for Health* 2014;12(1):27. Available at: doi:10.1186/1478-4491-12-27. Accessed 30 September 2016.
259. Murcia CQ, Kreutz G, Clift S, Bongard S. Shall we dance? An exploration of the perceived benefits of dancing on well-being. *Arts & Health* 2010;2(2):149-163.
260. Murray R. Working well initiative. Managing your stress. A guide for community nurses. Royal College of Nursing: UK; 2005.
261. Nakagami-Yamaguchi E, Fujinaga K, Batard A, Baba N, Nakamura K, Miyazaki K, et al. The effect of an animation movie for inpatient fall prevention: a pilot study in an acute hospital. *Safety in Health* 2016;2:3. Available at: doi:10.1186/s40886-016-0014-9. Accessed 30 September 2016.
262. Nanda U, Chanaud C, Nelson M, Zhu X, Bajema R, Jansen BH. Impact of visual art on patient behavior in the emergency department waiting room. *J Emerg Med* 2012;43(1):172-181.
263. National nursing research unit. Does NHS staff wellbeing affect patient experience of care? Policy plus evidence, issues and opinions in healthcare 2013;issue 39; King's College London.
264. Neelands J, Belfiore E, Firth C, Hart N, Perrin L, Brock S, et al. Enriching Britain: Culture, Creativity and Growth. The Report by the Warwick Commission on the Future of Cultural Value: University of Warwick: UK; 2015.
265. NEF. Five Ways to Well-being. UK; 2008. Available at: <http://www.neweconomics.org/projects/entry/five-ways-to-well-being>. Accessed 30 September 2016.
266. Nenonen T, Kaikkonen R, Murto J, Luoma M-L. Cultural services and activities: The association with self-rated health and quality of life. *Arts Health* 2014;6(3):235-253. Available at: doi:10.1080/17533015.2014.897958. Accessed 30 September 2016.
267. Norfield J, Nordin-Bates S. How community dance leads to positive outcomes: A self-determination theory perspective. *JAAH* 2012;2(3):257-272.
268. Nowlan K. Are happy employees healthier employees? Employee assistance programmes. *Counselling at work journal*. UK 2013;autumn issue:12-17.
269. NSW. The path forward. Partnering Arts to Health. Report of the NSW ministerial taskforce on health and the arts. Australia; 2016.
270. Oliveira JDS, Alchieri JC, Júnior JMP, Miranda FAN, Almeida MG. Nurses' social representations of work related stress in an emergency room. *Rev Esc Enferm USP* 2013;47(4):980-5. Available at: doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400030>. Accessed 30 September 2016.
271. Øyane NMF, Pallesen S, Moen BE, Akerstedt T, Bjorvatn B. Associations Between Night Work and Anxiety, Depression, Insomnia, Sleepiness and Fatigue in a Sample of Norwegian Nurses. *PLoS ONE* 2013;8(8):e70228.
272. Oyeleye O, Hanson P, O'Connor N, Dunn D. Relationship of workplace incivility, stress, and burnout on nurses' turnover intentions and psychological empowerment. *J Nurs Admin* 2013;43(10):536-542.

273. Özcan NK, Bilgin H, Eracar N. The Use of Expressive Methods for Developing Empathic Skills. *Issues in Mental Health Nursing* 2011;32(2):131-136. Available at: doi:10.3109/01612840.2010.534575. Accessed 30 September 2016.
274. Pajarskienė B, Vėbraitė I, Jasiukevičiūtė T. Rekomendacijos, kaip valdyti psichologinį smurtą darbo vietose. *Visuomenės sveikata* 2011;1(52):128-134.
275. Pakalniškienė V. Tyrimo ir įvertinimo priemonių patikimumo ir validumo nustatymas. *Metodinė priemonė*. Vilnius: Vilniaus universitetas, Vilniaus universiteto leidykla: Vilnius; 2012. p. 144.
276. Palumbo MV, Wu G, Shaner-McRae H, Rambur B, McIntosh B. Tai Chi for Older Nurses: A Workplace Wellness Pilot Study *Appl Nurs Res* 2012;25(1):54-59.
277. Panunto MR, Guirardello E de B. Professional nursing practice: environment and emotional exhaustion among intensive care nurses. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2013;21(3):765-72.
278. Parker RM, Labrecque CA, Candler SG, Newell-Amato D, Messler J, Wolf M, et al. Communicating Through the Arts: Lessons for Medicine and Public Health. *J Health Commun* 2013;18(2):139-145. Available at: doi:10.1080/10810730.2013.763706. Accessed 30 September 2016.
279. Parkinson C, White M. Inequalities, the arts and public health: Towards an international conversation. *Arts & Health* 2013;5(3):177-189.
280. Parkinson C. Invest to Save: Arts in Health - Reflections on a 3-year period of research and development in the North West of England. *Australian Journal of Arts Health* 2009;1:40-60.
281. Parsons J, Heus L, Moravac C. Seeing voices of health disparity: Evaluating arts projects as influence processes. *Evaluation and Program Planning* 2013;36(1):165-171.
282. Parsons JA, Boydell KM. Arts-based research and knowledge translation: Some key concerns for health-care professionals. *J Interprof Care* 2012;26(3):170-172.
283. Pattani S. Occupational Health. *Perspectives in Public Health* 2011;131(3):102. Available at: doi:10.1177/17579139111310030301. Accessed 30 September 2016.
284. Perdikaris P, Kletsios E, Gymnopoulou E, Matziou V. The Relationship between Workplace, Job Stress and Nurses' Tobacco Use: A Review of the Literature. *Int J Environ Res Public Health* 2010;7:2362-2375.
285. Perez-Cruz P, Nguyen L, Rhondali W, Hui D, Palmer JL, Sevy I, et al. Attitudes and perceptions of patients, caregivers, and health care providers toward background music in patient care areas: an exploratory study. *J Palliat Med* 2012;15(10):1130-1136.
286. Perry L, Lamont S, Brunero S, Gallagher R, Duffield C. The mental health of nurses in acute teaching hospital settings: a cross-sectional survey. *BMC Nursing* 2015;14:15. Available at: doi:10.1186/s12912-015-0068-8. Accessed 30 September 2016.
287. Perry SK. How a Poet Laureate Flows. When he's "firing," Philip Levine's poetry comes from his total self. *Psychology today* 2011; Aug 10. Available at: <https://www.psychologytoday.com/blog/creating-in-flow/201108/how-poet-laureate-flows>. Accessed 30 September 2016.
288. Persechino B, Valenti A, Ronchetti M, Rondinone BM, Tecco C, Vitali S, et al. Work-Related Stress Risk Assessment in Italy: A Methodological Proposal Adapted to Regulatory Guidelines. *Saf Health Work* 2013;4(2):95-99. Available at: doi:10.1016/j.shaw.2013.05.002. Accessed 30 September 2016.

289. Philipp R, Gibbons N, Thorne P, Wiltshire L, Burrough J, Easterby J. Evaluation of a community arts installation event in support of public health. *Perspect Public Health* 2015;135(1):43-8. Available at: doi:10.1177/1757913914548155. Accessed 30 September 2016.
290. Phinney A, Moody EM, Small JA. The Effect of a Community-Engaged Arts Program on Older Adults' Well-being. *Can J Aging* 2014;33(3):336-345. Available at: doi:10.1017/S071498081400018X. Accessed 30 September 2016.
291. Pleasant A, de Quadros A, Pereira-León M, Cabe J. A qualitative first look at the Arts for Behavior Change Program: Theater for Health. *Arts Health* 2015;7(1):54-64. Available at: doi:10.1080/17533015.2014.930916. Accessed 30 September 2016.
292. Popa F, Raed A, Purcărea VL, Lală A, Bobirnac G, Davila C. Occupational Burnout levels in Emergency Medicine – a nationwide study and analysis. *J Med Life* 2010;3(3):207 -215.
293. Poškienė G, Istomina N. Slaugytojų perdegimo sindromas. *Slauga. Mokslas ir praktika* 2007;7(8):10-14.
294. Potash JS, Bardot H, Wang XL, Chan F, Ho AHY, Cheng C. Mandalas as indicators of burnout among end-of-life care workers. *JAAH* 2013;4(3):363-377.
295. Potter P, Deshields T, Berger JA, Clarke M, Olsen S, Chen L. Evaluation of a compassion fatigue resiliency program for oncology nurses. *Oncol Nurs Forum* 2013;40(2):180-187.
296. Poulsen K, Drewes K, Grøn S, Petersen PT, Bach E. Reflections on interventions. National institute of Occupational Health: Copenhagen; 2005.
297. Preminger S. Transformative art: art as means for long-term neurocognitive change. *Front. Hum. Neurosci.* 2012;6:96. Available at: doi:10.3389/fnhum.2012.00096. Accessed 30 September 2016.
298. Preti C, Boyce-Tillman J. Using the arts to uplift people in hospitals. Final report. The university of Winchester: Winchester; 2015.
299. Preti C, Welch GF. The incidental impact of music on hospital staff: An Italian case study. *Arts and Health* 2012;4(2):135-147.
300. Psichikos sveikatos strategija. Patvirtinata Lietuvos Respublikos Seimo 2007 m. balandžio 3 d. nutarimu Nr. X-1070. Vilnius; 2007.
301. Psichosocialiniai rizikos veiksniai ir streso darbe vertinimo rekomendacijos. Lietuvos Respublikos valstybinės darbo inspekcijos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos Nelaimingų atsitikimų ir profesinių ligų skyrius: Vilnius; 2012.
302. Pukėnas K. Kokybinių duomenų analizė SPSS programa. Mokomoji knyga. LKKA: Kaunas; 2009.
303. Pukkaew C. Assessment of the effectiveness of internet-based distance learning through the VClass e-Education platform. *IRROLD* 2013;14(4):255-276.
304. Putland C. Arts and health. A guide to the evidence. Background document prepared for the Arts and Health Foundation Australia. Australia; 2012, p. 4-5.
305. Qiuting C. Humanistic caring: the core of nursing. *Journal of Medical Colleges of PLA* 2013;28:125-128.
306. Quick JC, Henderson DF. Occupational Stress: Preventing Suffering, Enhancing Wellbeing. *Int J Environ Res Public Health* 2016;13(5):459. Available at: doi:10.3390/ijerph13050459. Accessed 30 September 2016.
307. Quiroga Murcia C, Kreutz G, Bongard, S. Psychoneuroendocrine Research on Music and Health: An Overview Music, Health, and Wellbeing. Publisher: Oxford University Press; 2012. p. 457-476.

308. Quiroga Murcia C, Kreutz G, Clift S, Bongard S. Shall we dance? An exploration of the perceived benefits of dancing on well-being. *Arts and Health* 2010;2(2):149-163.
309. Rapolienė L, Salyga J, Žiliukas G, Norkienė S. Streso ir nuovargio paplitimas tarp jūrinės ir kranto profesijų atstovų. *Sveikatos mokslai* 2014;24(4):75-80.
310. Raw A, Lewis S, Russell A, Macnaughton J. 'A hole in the heart: confronting the drive for evidence-based impact research in Arts in health. *Arts health* 2012;4(2):1-12. Available at: doi:10.1080/17533015.2011.619991. Accessed 30 September 2016.
311. Raw A, Mantecón AR. Evidence of a transnational arts and health practice methodology? A contextual framing for comparative community-based participatory arts practice in the UK and Mexico. *Arts Health* 2013;5(3):216-229.
312. Reed LF, Battistutta D, Young J, Newman B. Prevalence and risk factors for foot and ankle musculoskeletal disorders experienced by nurses. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2014;15:196. Available at: doi:10.1186/1471-2474-15-196. Accessed 30 September 2016.
313. Renton A, Phillips G, Daykin N, Taylor YK, Petticrew M. Think of your art-eries: Arts participation, behavioural cardiovascular risk factors and mental well-being in deprived communities in London. *Public health* 2012;126(1):57-64.
314. Repar PA, Reid S. Creatively Caring: Effects of Arts-Based Encounters on Hospice Caregivers in South Africa. *J Pain Symptom Manage* 2014;47(5):946-54. Available at: doi:10.1016/j.jpainsymman.2013.10.023. Accessed 30 September 2016.
315. Riad W, Mansour A, Moussa A. Anesthesiologists work-related exhaustion: A comparison study with other hospital employees. *Saudi J Anaesth* 2011;5(3):244-247. Available at: doi:10.4103/1658-354X.84095. Accessed 30 September 2016.
316. Rice V. *Handbook of stress, coping and Health: Implications for nursing, research, theory and practice*. SAGE Publications; 2012.
317. Roberts M. Understanding the value of the arts in the education of mental health professionals: Georg Lukács, Samuel Beckett and the aesthetic category of specific particularity. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2013;20(3):253-262. Available at: doi:10.1111/j.1365-2850.2012.01916. Accessed 30 September 2016.
318. Rocha MCP, Martino MMF, Grassi-Kassisse DM, Souza AL. Stress among nurses: an examination of salivary cortisol levels on work and day off. *Rev Esc Enferm USP* 2013;47(5):1187-94.
319. Rodríguez-Muñoz A, Sanz-Vergel AI, Demerouti E, Bakker AB. Engaged at work and happy at home: a spillover-crossover model. *J Happiness Stud* 2014;15(2):271-283.
320. Rollins J, Sonke J, Cohen R, Boles A, Jiahan L. *State of the Field Report: Arts in Healthcare*. Society for the Arts in Healthcare: Washington; 2009.
321. Romanowska J, Larsson G, Theorell T. Effects on leaders of an art-based leadership intervention. *Journal of Management Development* 2013;32(9):1004-1022.
322. Ross EA, Hollen, TL, Fitzgerald BM. Observational study of an Arts-in-Medicine Program in an outpatient haemodialysis unit. *Am J Kidney Dis* 2006;47(3):462-468.
323. Rovas L, Lapėnienė J, Baltrušaitytė R. Slaugytojų darbe patiriamas stresas ir jo įveika. *Visuomenės sveikata* 2012; priedas 1:80-85.
324. Salzano AT, Lindemann E, Tronsky LN. The effectiveness of a collaborative art-making task on reducing stress in hospice caregivers. *The Arts in Psychotherapy* 2013;40(1):45-52. Available at: doi:10.1016/j.aip.2012.09.008. Accessed 30 September 2016.

325. Sample Size Calculator. Creative Research Systems; 2012. Available at: <http://www.surveysystem.com/sscalc.htm>. Accessed 30 September 2016.
326. Sandmire DA, Gorham SR, Rankin NE, Grimm DR. The influence of art making on anxiety: A pilot study. *Art Therapy* 2012;29(2):68-73.
327. Sanz-Vergel AS, Rodríguez-Muñoz. The spillover and crossover of daily work enjoyment and well-being: A diary study among working couples. *Journal of Work and Organizational Psychology* 2013;29(3):179-185. Available at: doi:10.5093/tr2013a24. Accessed 30 September 2016.
328. Schulte P, Vainio H. Well-being at work – overview and perspective. *Scand J Work Environ Health* 2010;36(5):422-429. Available at: doi:10.5271/sjweh.3076. Accessed 30 September 2016.
329. Seaford C. Well-being evidence and policy: making some links. Presentation to University of Cambridge Well-being Institute and the Centre for Science and Policy (CSaP) panel discussion on Measuring National Well-being, Church House Conference Centre: London; 29 September, 2011.
330. Silva AA, Souza JMP, Silva FN, Fischer BFM. Health-related quality of life and working conditions among nursing providers. *Rev Saúde Pública* 2010;44(4):718-25.
331. Sloman A. Using participatory theatre in international community development. *Community Development Journal* 2012;47(1):42-57.
332. Smart D, English A, James J, Wilson M, Daratha KB, Childers B et.al. Compassion fatigue and satisfaction: A cross-sectional survey among US healthcare workers. *Nursing and Health Sciences* 2014;16(1):3-10.
333. Smets EM, Garssen B, Bonke B, De Haes JC. The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *J Psychosom Res* 1995;39(3):315-325. Available at: doi:[http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)00125-O](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999(94)00125-O). Accessed 30 September 2016.
334. Sochert R. Press Information. European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP) “Work. In tune with life. Move Europe” initiative: Belgium; 2010.
335. Sonke J, Pesata V, Arce L, Carytsas FP, Zemina K, Jokisch C. The effects of arts-in-medicine programming on the medical-surgical work environment. *Arts and Health* 2015;7(1):27-41. Available at: doi:10.1080/17533015.2014.966313. Accessed 30 September 2016.
336. Staniūtė M. Health related quality of life assessment using SF-36 questionnaire. *Biological psychiatry and psychopharmacology* 2007;9(1):22-25.
337. Stankus A. Rekomendacijos nuovargio diagnostikai ir korekcijai; n. d. Prieiga per internetą: www.lsmuni.lt/media/dynamic/files/5758/rekomendacijos_nuovargio.pdf. Tikrinta 2016 10 01.
338. Stankus A. The Multidimensional Fatigue Inventory. *Biological psychiatry and psychopharmacology* 2007;9(2):86-87.
339. Staricoff RL. Can the arts have a positive effect on health? A review of the medical literature, Arts Council England; 2004.
340. Stein CH, Faigin DA. Community-Based Arts Initiatives: Exploring the Science of the Arts. *Am J Community Psychol* 2015;55(1-2):70-73.
341. Stellar JE, John-Henderson N, Anderson CL, Gordon AM, McNeil GD, Keltner D. Positive Affect and Markers of Inflammation: Discrete Positive Emotions Predict Lower Levels of Inflammatory Cytokines. *Emotion* 2015;15(2):129-133.

342. Stewart-Brown S, Janmohamed K. Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) User Guide Version 1.; Editor Parkinson J. Warwick Medical School, University of Warwick; NHS Health Scotland; 2008.
343. Stickley T, Eades M. Arts on Prescription: a qualitative outcomes study. *Public health* 2013;127(8):727-734.
344. Stickley T, Hoare M. A review of the concept of Salutogenesis and its significance for promoting mental health recovery through participatory arts. *JAAH* 2015;6(1):63-75.
345. Stickley T, Hui A. Social prescribing through arts on prescription in a UK city: Referrers' perspectives (part 2). *Public health* 2012;126(7):580-586.
346. Stimpfel AW, Sloane DM, Aiken LH. The Longer The Shifts For Hospital Nurses, The Higher The Levels Of Burnout And Patient Dissatisfaction *Health Affairs* 2012;31(11):2501-2509, Available at: doi:10.1377/hlthaff.2011.1377. Accessed 30 September 2016.
347. Stone PW, Hughes R, Dailey M. Creating a Safe and High-Quality Health Care Environment. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); Apr. Chapter 21; 2008. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2634/>. Accessed 30 September 2016.
348. Stuckey HL, Nobel J. The Connection Between Art, Healing, and Public Health: A Review of Current Literature. *Am J Public Health* 2010;100(2):254-263. Available at: doi:10.2105/AJPH.2008.156497. Accessed 30 September 2016.
349. Suner-Soler R, Grau-Martin A, Font-Mayolas S, Gras ME, Bertran C, Sullman MJM. Burnout and quality of life among Spanish healthcare personnel. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2013;20(4):305-313. doi:10.1111/j.1365-2850.2012.01897.
350. Swan P, Atkinson S. Managing evaluation: A community arts organisation's perspective. *Arts Health* 2012;4(3):217-229. Available at: doi:10.1080/17533015.2012.665372. Accessed 30 September 2016.
351. Swindells R, Lawthom R, Rowley K, Siddiquee A, Kilroy A, Kagan C. Eudaimonic well-being and community arts participation. *Perspectives in Public Health* 2013;133(1):60-65. Available at: doi:10.1177/1757913912466948. Accessed 30 September 2016.
352. Šidagytė R. Darbo aplinkos poveikis sveikatai ir profesinės sveikatos priežiūra. Projektas – Visuomenės sveikatos plėtros strateginių krypčių nustatymas. Higienos institutas: Vilnius; 2014.
353. Šidlauskaitė-Stripeikienė, I. Lietuvos rajonų suaugusių gyventojų psichikos sveikata ir jos sąsajos su socialiniais veiksniais bei rizikinga elgsena. Disertacija. KMU: Kaunas; 2010.
354. Šorytė D, Pajarskienė B. Darbuotojų gerovė ir ją skatinantys psichosocialinės darbo aplinkos veiksniai. *Visuomenės sveikata* 2014;2(65):9-19.
355. Tan L, Wang MJ, Modini M, Joyce S, Mykletun A, Christensen H, Harvey SB. Preventing the development of depression at work: a systematic review and meta-analysis of universal interventions in the workplace. *BMC Med* 2014;12:74. Available at: doi:10.1186/1741-7015-12-74. Accessed 30 September 2016.
356. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ* 2011;2:53-55. Available at: doi:10.5116/ijme.4dfb.8dfd. Accessed 30 September 2016.

357. Ten Hoeve Y, Jansen G, Roodbol P. The nursing profession: public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. *J Adv Nurs* 2014;70(2):295-309. Available at: doi:10.1111/jan.12177. Accessed 30 September 2016.
358. Tennant R, Hiller L, Fishwick R, Platt S, Joseph S, Weich S, et al. The Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes* 2007;5(1):63. Available at: doi:10.1186/1477-7525-5-63. Accessed 30 September 2016.
359. Tesch L, Hansen EC. Evaluating effectiveness of arts and health programmes in Primary Health Care: a descriptive review. *Arts & Health* 2013;5(1):19-38.
360. The RSPH Working Group on Arts, Health and Wellbeing. *Arts, Health and Wellbeing Beyond the Millennium: How far have we come and where do we want to go? Full Report*. Published by RSPH and the Philipp Family Foundation: London; 2013.
361. Theorell T, Hartzell M, Näslund S. A note on designing evaluations of health effects of cultural activities at work. *Arts Health* 2009;1(1):89-92.
362. Theorell T, Osika W, Leineweber C, Hanson LLM, Bojner Horwitz E, Westerlund H. Is cultural activity at work related to mental health in employees? *Int Arch Occup Environ Health* 2013;86(3):281-288. Available at: doi:10.1007/s00420-012-0762-8. Accessed 30 September 2016.
363. Trossman S. Health and safety. More than just tired. The Official Publication of the American Nurses Association. *The American Nurse*; 2015.
364. Tsai Y-C, Liu C-H. Factors and symptoms associated with work stress and health-promoting lifestyles among hospital staff: a pilot study in Taiwan. *BMC Health Services Research* 2012;12:199. Available at: doi:10.1186/1472-6963-12-199. Accessed 30 September 2016.
365. Tuisku K, Pulkki-Råback L, Ahola K, Hakanen J, Virtanen M. Cultural leisure activities and well-being at work: A study among health care professionals. *JAAH* 2012;1(2):273-287. Available at: doi:10.1386/jaah.2.3.273_1. Accessed 30 September 2016.
366. Twigg D, McCullough K. Nurse retention: a review of strategies to create and enhance positive practice environments in clinical set-tings. *Int J Nurs Stud* 2014;51(1):85-92.
367. Uchiyama A, Odagiri Y, Ohya Y, Takamiya T, Inoue S, Shimomitsu T. Effect on Mental Health of a Participatory Intervention to Improve Psychosocial Work Environment: A Cluster Randomized Controlled Trial among Nurses. *J Occup Health* 2013;55(3):173-183.
368. Ullmann Y, Fodor L, Schwarzberg I, Carmi N, Ullmann A, Ramon Y. The sounds of music in the operating room. *Injury* 2008;39(5):592-597.
369. Utriainen K, Kynga H. Hospital nurses' job satisfaction: a literature review. *J Nurs Manag* 2009; 17(8):1002-1010.
370. Vaag J, Saksvik PØ, Theorell T, Skillingstad T, Bjerkeset O. Sound of well-being – choir singing as an intervention to improve well-being among employees in two Norwegian county hospitals. *Arts Health* 2013;5(2):93-102. Available at: doi:10.1080/ 17533015.2012.727838. Accessed 30 September 2016.
371. Valstybės žinios. Lietuvos Respublikos Vyriausybė. Nutarimas dėl 2014-2020 metų nacionalinės pažangos programos patvirtinimo. 2012 m. lapkričio 28 d. Nr. 1482; 2012-12-11, Nr. 144-7430. Vilnius; 2012.

372. Van Mol MM, Kompanje EJ, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD. The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: A systematic review. *PLoS ONE* 2015;10(8):0136955.
373. Van Westrhenena N., Fritz E. The experiences of professional hospice workers attending creative arts workshops in Gauteng. *Health Educ J* 2012;72(1):34-46
374. Vanagas G, Bihari Axelsson S. The factors associated to psychosocial stress among general practitioners in Lithuania. Cross-sectional study. *BMC Health Services Research* 2005;5(1):45. Available at: doi:10.1186/1472-6963-5-45. Accessed 30 September 2016.
375. Vimantaite R, Seskevicius A. Perdegimo sindromas tarp Lietuvos kardiochirurgijos dirbančių slaugytojų. *Medicina* 2006;42(7):600-605.
376. Virtanen M, Vahtera J, Batty GD, Tuisku K, Oksanen T, Elovainio M, et al. Health risk behaviors and morbidity among hospital staff – comparison across hospital ward medical specialties in a study of 21 Finnish hospitals. *Scand J Work Environ Health* 2012;38(3):228-237.
377. Visuotinė žmogaus teisių deklaracija. Valstybės žinios, 2006-06-17, Nr. 68-2497. Lietuva prisijungė prie šios deklaracijos 1991 m. kovo 12 d.; 1948.
378. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30(6):473-483.
379. Wei C-Y, Chiou Shu-Ti, Chien L-Y, Huang N. Workplace violence against nurses – Prevalence and association with hospital organizational characteristics and health-promotion efforts: Cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* 2016;56(4):63-70.
380. Weldon S-M, Korkiakangas T, Bezemer J, Kneebone R. Music and communication in the operating theatre. *J Adv Nurs* 2015;71(12):2763-2774. Available at: doi:10.1111/jan.12744. Accessed 30 September 2016.
381. White M. Arts Development in Community Health: A Social Tonic. 262 pages. Publisher: Radcliffe Publishing Ltd 1 edition; 2009.
382. WHO. A Universal Truth: No Health Without a Workforce. World Health Organisation: Geneva; Switzerland; 2014.
383. WHO. Data and statistics. Geneva; 2015. Available at: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>. Accessed 30 September 2016.
384. WHO. Definition of health. Geneva; 1948. Available at: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>. Accessed 30 September 2016.
385. WHO. Health worker occupational health. WHO: Geneva; n. d. Available at: www.who.int/occupational_health/topics/hcworkers/en/. Accessed 30 September 2016.
386. WHO. Mental health action plan 2013-2020. WHO: Geneva; 2013.
387. WHO. Mental Health Declaration for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions. WHO European Ministerial Conference on Mental Health. WHO: Geneva; 2005.
388. WHO. Programme on mental health. WHOQOL. Measuring quality of life. Division of mental health and prevention of substance abuse. WHO: Geneva; 1997.
389. WHO. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report. A report from the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) and the University of Melbourne. World Health Organization: Geneva; 2004.

390. WHO. The European health report 2012: charting the way to well-being. WHO Regional Office for Europe: Denmark; 2013.
391. Wilson C, Bungay H, Munn-Giddings C, Boyce M. Healthcare professionals' perceptions of the value and impact of the arts in healthcare settings: A critical review of the literature. *Int J Nurs Stud* 2016;56:90-101. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.11.003>. Accessed 30 September 2016.
392. Wilson L, Bryant W, Reynolds F, Lawson J. Therapeutic outcomes in a museum? "You don't get them by aiming for them". How a focus on arts participation promotes inclusion and well-being. *Arts & Health* 2015;7(3):202-215.
393. Włodarczyk N. The effect of a group music intervention for grief resolution on disenfranchised grief of hospice workers. *Prog Palliat Care* 2013;21(2):97-106.
394. Wright PR, Pascoe R. Eudaimonia and creativity: the art of human flourishing. *Cambridge Journal of Education* 2015;45(3):295-306. Available at: [doi:10.1080/0305764X.2013.855172](https://doi.org/10.1080/0305764X.2013.855172). Accessed 30 September 2016.
395. Žutautienė R, Radišauskas R, Ustinavičienė R, Kirvaitienė J. Gydytojų psichosocialinių darbo aplinkos veiksnių ir subjektyvios sveikatos įvertinimas. *Sveikatos mokslai* 2014;24(3):23-26.

PUBLIKACIJŲ SĄRAŠAS

Publikacijos disertacijos tema

1. Karpavičiūtė S, Macijauskienė J. The impact of arts activity on nursing staff well-being: an intervention in the workplace. *Int J Environ Res Public Health* 2016;13(4):1-17.
2. Karpavičiūtė S, Parkinson C. Arts activity and well-being in the work place: a pilot study of health service workers in Lithuania. *Seminars in neurology* 2015;3(65):210-216.
3. Karpavičiūtė S. Varviko ir Edinburgo psichikos sveikatos skalė. *Biological psychiatry and psychopharmacology* 2014;16(2):110-112.

Mokslinės tezės ir skaityti pranešimai

1. Petkutė I, Karpavičiūtė S. Arts for health practice in Lithuania: the impact of arts on nursing staff wellbeing at work. 2020+Art, Society & Public Health: international conference, October, 7, Manchester Metropolitan University, Manchester; 2015.
2. Petkutė I, Karpavičiūtė S. Participatory arts as a catalyst for transformative change. *Museums, Art & Alzheimer's. Making Art Accessible to People with Alzheimer's and their Carers and Families*: international conference: March, 22, Florence, Italy; 2016.
3. Karpavičiūtė S, Petkutė I. Slaugytojų subjektyvaus savo sveikatos vertinimo sąsajos su dalyvavimu meninėje veikloje. Tarptautinė mokslinė konferencija „Vizualinės kūrybos fenomenas ir sveikata“, lapkričio 28–29 d., Kaunas; 2014.
4. Karpavičiūtė S, Petkutė I. The impact of arts activity on the well-being of health service workers: a pilot study in Lithuania. MAPSI conference *Insights and Tools for Managing Arts Projects with Societal Impact*, July, 7, the Estonian Academy of Music and Theatre, Tallinn; 2015.

Varviko – Edinburgo psichikos sveikatos skalė

Simona KARPAVIČIŪTĖ

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Socialinių ir humanitarinių mokslų katedra, Kaunas, Lietuva

IVADAS

Pagal Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) 1948 m. sveikatos apibrėžimą sveikata – tai visiška fizinė, psichinė ir socialinė gerovė, o ne tik ligos arba negalės nebuvimas [1]. Sąvoka „gerovė“ apima pozityvų afektą, psichologinę gerovę, socialinę gerovę, subjektyvią fizinę sveikatą, pasitenkinimą darbu, depresijos, nerimo ir streso nebuvimą [2]. Gerovė apibūdinama hedoniniu ir eudaimoniniu aspektais. Hedoninis gerovės aspektas apima asmens jausmus ir emocijas (pvz., nerimas) [3]; subjektyvų laimės patyrimą (afektas) ir pasitenkinimą gyvenimu [4]; eudaimoninis – pozityvų psichologinį funkcionavimą, gerus tarpusavio santykius, savęs realizaciją, autonomiją, savęs pripažinimą ir kompetenciją [4]; asmens sąveiką su pasauliu, gyvenimo prasmės ir tikslo turėjimo jausmus [3]. Taip pat išskiriamas ir vertinamasis gerovės aspektas – tai kaip asmuo įvertina savo gyvenimą, jo eigą, ar tam tikrus gyvenimo aspektus (pvz., pasitenkinimą darbu) [3]. Mokslinėje literatūroje gerovės samprata dažnai siejama su gyvenimo kokybės ir laimės sąvokomis [5]. Psichikos sveikata, gerovė yra vienas pagrindinių veiksnių, turinčių įtakos asmens gyvenimo kokybei [6]. Pagal PSO 1993 m. apibrėžimą gyvenimo kokybė – tai individualus savo vietos gyvenime įvertinimas kultūros ir vertybių sistemos, kurioje individas gyvena, kontekste, susijęs su individo tikslais, viltimis, standartais bei interesais. Tai plati koncepcija, kuri kompleksiskai veikiama asmens fizinės sveikatos, psichologinės būklės, nepriklausomybės lygio, socialinių ryšių su aplinka [7]. Gera psichikos sveikata apibūdinama dažnai patiriamomis teigiamomis emocijomis (pvz., laimė, pasitenkinimas, domėjimasis ir meilės jausmas), pozityviu požiūriu į save patį, į kitus asmenis ir įvykius (optimizmas, savęs realizacija, empatija, atvirumas naujoms patirtims) ir pozityviu elgesiu (užsibrėžtų tikslų siekimas, sveika gyvensena, socialinis elgesys) [8]. Psichikos sveikata – tai geros savijautos pojūtis, emocinė ir dvasinė būseną, kuri leidžia žmogui džiaugtis gyvenimo pilnatvę, išgyventi skausmą ir liūdesį [9]. PSO psichikos sveikatą apibrėžia kaip gerovės būseną, kurioje asmuo gali realizuoti savo gebėjimus, įveikti įprastus gyvenimo stresus, produktyviai dirbti ir būti naudingas savo bendruomenei [10]. Psichikos sveikata – tai žmogaus teisė.

Ji suteikia piliečiams galimybę mėgautis gerove, gyvenimo kokybe ir sveikata. Ji skatina mokymąsi, darbą ir dalyvavimą visuomenės gyvenime [11]. Psichikos sveikata, gerovė susijusi su asmens psichologiniu funkcionavimu, pasitenkinimu gyvenimu ir gebėjimu vystyti ir palaikyti abipusiai naudingus tarpusavio santykius. Psichologinė gerovė apima gebėjimą palaikyti autonomijos jausmą, savęs priėmimą, asmeninį augimą, gyvenimo tikslą ir savivertę. Išlikti psichiškai sveikam yra daugiau nei psichikos sveikatos ligos gydymas arba prevencija [4].

APIE INSTRUMENTUOTĘ

Varviko – Edinburgo psichikos sveikatos skalės (angl. *Warwick – Edinburgh Mental Well – Being Scale, WEMWBS*) sukūrimą užsakė Nacionalinė sveikatos tarnyba Škotijoje (finansuota pagal Škotijos Vyriausybės nacionalinę programą Psichikos sveikatos ir gerovės stiprinimas). WEMWBS sukurta Varviko universiteto ir Edinburgo universiteto mokslininkų, visos teisės į skalę priklauso Nacionalinei sveikatos tarnybai Škotijoje, Varviko universitetui ir Edinburgo Universitetui, 2006. WEMWBS buvo sukurta siekiant įvertinti psichikos sveikatą, gerovę suaugusiųjų populiacijoje Jungtinėje Karalystėje ir validuota Jungtinėje Karalystėje (studentų ir bendrojoje populiacijoje) ir skirta tirti asmenis nuo 16 metų ir vyresnius. WEMWBS yra dviejų tipų: 14 teiginių WEMWBS, kuri pristatoma šiame straipsnyje, ir trumpesnė skalės versija sudaryta iš 7 teiginių. WEMWBS 14 teiginių instrumentas validuotas Jungtinėje Karalystėje (NEF, 2008b cit. [8, 12], vertinant pozityvią psichikos sveikatą suaugusiųjų populiacijoje Škotijoje [13], 16–74 metų žmonių populiacijos apklausoje Škotijoje [14], moksleivių nuo 13 iki 16 metų populiacijoje Škotijoje ir Anglijoje [15]). Pastaruoju metu WEMWBS plačiai naudojama įvairiose apklausose ne tik Jungtinėje Karalystėje (pvz., Škotijos sveikatos apklausa, nuo 2008 m.), poveikio studijose, vietinės reikšmės tyrimuose (pvz., tiriant meninių veiklų, meno poveikį asmenims), stebėsenos tyrimuose (pvz., asmenų, turinčių psichikos sveikatos sutrikimų, psichikos sveikatos stebėseną), taip pat WEMWBS naudojamas kaip nacionalinis indikatorius [4], bet ir kitose šalyse (pvz., Ispanijoje, Italijoje, Olandijoje) ir ne tik įprastos raidos populiacijoje, bet ir sergančiųjų psichikos

Adresas susirašinėti: Simona Karpavičiūtė, LSMU Socialinių ir humanitarinių mokslų katedra, Šiaurės pr. 57, LT-50161 Kaunas, el. p.: simonalkka@gmail.com)

sveikatos ligomis grupėse, pvz., Prancūzijoje (sergantieji šizofrenija), Kinijoje (sergantieji psichikos sveikatos ligomis), Italijoje (postnatalinės depresijos atveju) [16]. 2012 m., gavus leidimą iš autorių, WEMWBS 14 teiginių skalė buvo išversta į lietuvių kalbą ir adaptuota Lietuvoje, įgyvendinant bandomąjį socialinį meno projektą „Menas žmogaus gerovei“ (vertinant dalyvavimo meninėje veikloje poveikį asmens gerovei: ligoninės personalo, globos namų gyventojų, psichikos sveikatos centro lankytojų) [17].

INSTRUMENTUOTĖS STRUKTŪRA

WEMWBS sudaryta iš 14 teiginių apie psichikos sveikatą, apimančią subjektyvią gerovę ir psichologinį funkcionavimą: į ateitį žvelgiu optimistiškai; jaučiuosi naudingas(–a); jaučiuosi atsipalaidavęs(–usi); domiuosi kitais žmonėmis; jaučiuosi energingas(–a); man puikiai sekasi spręsti problemas; mažiau aiškiai; esu savimi patenkintas(–a); jaučiuosi artimas(–a) kitiems žmonėms; pasitikiu savimi; gebu pats(–i) apsispręsti; jaučiuosi mylimas(–a); domiuosi naujais dalykais; esu linksmas nusiteikęs(–usi) (1 lentelė). Visi teiginiai yra pozityvūs ir atliepia pozityvios psichikos sveikatos aspektus ir kartu apima daugumą, bet ne visus psichikos sveikatos aspektus įtraukiant hedoninę ir eudaimoninę perspektyvas. Sritys,

kurios neįtrauktos į WEMWBS – tai dvasingumas ir gyvenimo prasmė, tikslas. WEMWBS siekiama įvertinti psichikos sveikatą (pozityvią), o ne psichikos sveikatos determinantus, kurie apima gebėjimą greitai atkurti, atgauti fizines ir dvasines jėgas, tarpusavio santykių gebėjimus, konfliktų valdymą ir problemų sprendimą, taip pat socialinius ir ekonominius veiksnius, tokius kaip, skurdas, smurtas, prievarta, nedarbas, stigmatizacija, rasizmas ir kitos socialinės atskirties formos [4].

Respondentas turi pasirinkti atsakymus į WEMWBS teiginius. Kiekvienam teiginiui galima pasirinkti tik vieną atsakymo variantą pagal tai, kaip dažnai asmuo taip jautėsi per pastarąjį dviejų savaičių laikotarpį. Atsakymai į WEMWBS teiginius pateikiami skalėje nuo 1 iki 5 (kai atsakymo variantas 1 – niekada, 2 – retai, 3 – kartais, 4 – dažnai, 5 – nuolat) (1 lentelė).

VERTINIMAS

Analizuojant WEMWBS teiginių bendrąjį įvertį, pasirinkti atsakymų variantai į visus skalės teiginius (skalėje nuo 1 iki 5) yra sudedami ir analizėje naudojama jų suma (kai minimali galima taškų suma yra 14 balų – prasčiausias įvertis, o maksimali 70 balų – geriausias įvertis) [4].

1 lentelė. Varviko-Edinburgo psichikos sveikatos skalė (angl. *Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale, WEMWBS*)

Pagal lentelėje išvardytus teiginius apie jausmus, mintis įvertinkite, kaip dažnai Jūs taip jautėtės per pastarąjį dviejų savaičių laikotarpį (kiekvienam teiginiui pažymėkite vieną Jums tinkamiausią atsakymo variantą)

Teiginys	Niekada	Retai	Kartais	Dažnai	Nuolat
Į ateitį žvelgiu optimistiškai	1	2	3	4	5
Jaučiuosi naudingas(–a)	1	2	3	4	5
Jaučiuosi atsipalaidavęs(–usi)	1	2	3	4	5
Domiuosi kitais žmonėmis	1	2	3	4	5
Jaučiuosi energingas(–a)	1	2	3	4	5
Man puikiai sekasi spręsti problemas	1	2	3	4	5
Mažiau aiškiai	1	2	3	4	5
Esu savimi patenkintas(–a)	1	2	3	4	5
Jaučiuosi artimas(–a) kitiems žmonėms	1	2	3	4	5
Pasitikiu savimi	1	2	3	4	5
Gebu pats(–i) apsispręsti	1	2	3	4	5
Jaučiuosi mylimas(–a)	1	2	3	4	5
Domiuosi naujais dalykais	1	2	3	4	5
Esu linksmas nusiteikęs(–usi)	1	2	3	4	5

©Nacionalinė sveikatos tarnyba Škotijoje, Varviko universitetas ir Edinburgo universitetas, 2006, visos teisės saugomos (©NHS Health Scotland, University of Warwick and University of Edinburgh, 2006, all rights reserved). Skalė lietuvių k. ©Simona Karpavičiūtė ir Ieva Petkutė, 2012, visos teisės saugomos (Developed by ©Simona Karpavičiūtė & Ieva Petkutė, 2012, all rights reserved).

Instrumentuotė

Dėl WEMWBS naudojimo galite kreiptis į Frances Taggart el. p.: Frances.Taggart@warwick.ac.uk, WEMWBS naudoti ne anglų kalbą ir versti į kitas kalbas, galite kreiptis į prof. Sarah Stewart-Brown el. p.: Sarah.Stewart-Brown@warwick.ac.uk. Skalės kūrėjai registruoja skalės naudotojus, todėl būsimi skalės naudotojai kviečiami užpildyti elektroninę registracijos formą el. prieigoje adresu: <http://www2.warwick.ac.uk/fac/med/research/platform/wemwbs/researchers/register/>. WEMWBS skalės naudojimas yra nemokamas.

Plačiau su WEMWBS 14 ir 7 teiginių versijomis galite susipažinti el. prieigoje adresu: <http://www2.warwick.ac.uk/fac/med/research/platform/wemwbs/researchers/languages/> ir <http://www.healthscotland.com/scotlands-health/population/Measuring-positive-mental-health.aspx>.

LITERATŪRA:

1. WHO. Definition of health. Geneva; 1948 [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> [žiūrėta 2014 06 21].
2. Bhullar, N., Schutte, N. S., Malouff, J. M. The Nature of Well-Being: The Roles of Hedonic and Eudaimonic Processes and Trait Emotional Intelligence. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied* 2013; 147, 1, 1-16.
3. NEF. Well-being at work. A review of the literature, UK; 2014.
4. Stewart-Brown, S., Tennant, A., Tennant, R., Platt, S., Parkinson, J., Weich, S. Internal construct validity of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): a Rasch analysis using data from the Scottish Health Education Population Survey. *Health and Quality of Life Outcomes* 2009; 7:15.
5. WHO. The European health report 2012: charting the way to well-being; 2013 [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <http://www.dnsgsandacohol.ie/19496/1/The-European-Health-Report-2012%2C-FULL-REPORT-w-cover.pdf> [žiūrėta 2014 04 12].
6. PSO. Mental Health Declaration for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions. WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Facing the Challenges, Building Solutions. Finland; 2005 [interaktyvus]. Prieiga per internetą: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/99720/edoc06.pdf [žiūrėta 2014 06 18].
7. Reklaitienė, D., Karpavičiūtė, S., Požerienė, J. Fiziškai neįgalių asmenų gyvenimo kokybės darbinės veiklos ir šeiminės padėties aspektais. *Filosofija. Sociologija* 2011; T. 22, nr. 2, 187-197. Lietuvos mokslų akademija.
8. Foresight Mental Capital and Wellbeing Project. Mental Capital and Wellbeing: Making the most of ourselves in the 21st century. Final Project report. The Government Office for Science, London; 2008.
9. Psichikos sveikatos strategija. Patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 2007 m. balandžio 3 d. nutarimu Nr. X-1070; 2007.
10. PSO. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report. A report from the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) and the University of Melbourne. Geneva, World Health Organization; 2004.
11. European pact for mental health and well-being. EU high-level conference Together for Mental Health and Well-being, Brussels, 12-13 June; 2008.
12. Tennant, R., Hillier, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S. ir kt. The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes* 2007; 5:63.
13. Tennant, R., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Stewart-Brown, S. Monitoring positive mental health in Scotland: validating the Affectometer 2 scale and developing the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale for the UK. *NHS Health Scotland*; 2006.
14. Stewart-Brown, S., Jannmohamed, K. Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) User Guide Version 1. Warwick Medical School, University of Warwick, Edited by Parkinson, J., NHS Health Scotland; 2008.
15. Clarke, A., Friede, T., Putz, R., Ashdown, J., Martin, S., Blake, A. ir kt. Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): Validated for teenage school students in England and Scotland. A mixed methods assessment. *BMC Public Health* 2011; 11:487.
16. WEMWBS. Development of WEMWBS. Published Papers. Warwick Medical School, The University of Warwick, Coventry; 2014 [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <http://www2.warwick.ac.uk/fac/med/research/platform/wemwbs/development/papers/> [žiūrėta 2014 04 20].
17. Menas žmogaus gerovei. Brazauskaitė, A., Karpavičiūtė, S., Petkaitė, I., Survilienė, R., Žilinskaitė-Vytienė, V. eds.; Bouteiloup, P., Gay, E. L., Isotola, M., Parkinson, C. Vilnius; 2012.

Arts Activity and Well-being in the Workplace: a Pilot Study of Health Service Workers in Lithuania

S. Karpavičiūtė*
C. Parkinson**

*Lithuanian University
of Health Sciences,
Department of Social
Sciences and Humanities

**Arts for Health,
Manchester Metropolitan
University, United Kingdom

Summary. *Background.* Around 10% of workers employed in the healthcare sector across the European Union are exposed to a complex variety of health and safety hazards. The European Pact for Mental Health and Well-being identified workplace mental health as a priority area. The purpose of this pilot study was to investigate the impact of arts activity on the well-being of Lithuanian health service workers.

Materials and methods. Between September-November 2012, the research focused on hospital health care staff (n=34, participants) taking part in the study for 8 weeks. Participants (n=34) were taking part in silk painting activities (one silk painting activity, once a week, totalling 8 sessions). Demographic questions and the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) and the World Health Organization Quality of Life assessment (before and after arts activity in participants group) and 9 interviews with participants (after the arts activity) were carried out.

Results. 88% of participants had never participated in art activities in the year prior to the study. At the outset, participants' stated aims included: to gain new knowledge and skills (82%), and to experience positive emotions and relaxation after perceived stress at work (59%). Afterwards, all participants reported enjoyment, better scores in Overall quality of life and General Health, WEMWBS and 85% aspired to continue creative practice in the future.

Conclusions. Participation in art activities had a positive impact on healthcare worker's general health and mental well-being, reducing stress experienced at work, increasing sense of community, self-esteem, and work productivity. This pilot study with the country's first use of WEMWBS has a great potential for a larger study to explore the arts/arts activities as a tool to promote healthcare staff well-being at work.

Keywords: participatory arts, health care, positive mental health, well-being, stress, WEMWBS.

Neurologijos seminarai 2015; 19(65): 210-216

INTRODUCTION

Originating in academia, the discussion around positive mental health and well-being has extended beyond the social sciences and psychology, and moved into wider public discourse. Across the international health policy arena, well-being has become a key political interest.

Whilst there is an ongoing debate as to how well-being is defined and measured, there is a consensus that the hedonic (affective functioning) and eudaimonic (psychological) definition proposed by New Economics Foundation (NEF) well describes how an individual's external conditions (their income, employment status and social networks) act together with their personal resources (their health, resilience and optimism) [1], allowing them to

function effectively in their interactions with the world and experience positive emotions [2].

Health care facilities employ over 59 million workers globally who are exposed daily to a complex variety of health and safety hazards [3]. European Union (EU) health policy aims to prevent illnesses and diseases, promote healthier lifestyles and protect people from health threats [4-10], and research suggests there is growing political interest in workplace well-being and mental health promotion [1, 3, 11-16].

Stress is the second most frequently reported work-related health problem in Europe. The impact of stress can lead to serious physical health problems, including cardiovascular disease and musculoskeletal problems [14]. The EU estimates that the financial cost of work-related stress (EU-15) amounts to 20 billion Euros annually. The International Labour Organization cited in The European Network for Workplace Health Promotion [11] estimates the total costs of psychological strains at work to be 3% of a community's GDP. In the United Kingdom (UK), over 30% of all NHS sick leave is attributed to stress; it is estimated that this costs the service of up to £400m a year in

Address:

Simona Karpavičiūtė
Lithuanian University of Health Sciences
Department of Social Sciences and Humanities
Šiaurės pr. 57, LT-49264 Kaunas, Lithuania
E-mail: simonalkka@gmail.com

lost productivity and the cost of replacing staff on leave as a result. Throughout 2014, 1,497 nurses across 31 NHS trusts in London took time off because of stress related illness. This accounted for an average of 38 days sick leave per nurse, 27% higher than in 2012 [17].

Focusing on well-being at work presents a valuable opportunity to benefit societies by helping working individuals to feel happy, competent, and satisfied in their work. Evidence shows that people who achieve higher standards of well-being at work are likely to be more creative, loyal to their employer, productive, and provide better customer satisfaction than individuals experiencing poorer standards of well-being in the workplace [1]. In other words, a good psychosocial environment enhances performance, personal development, and workers' mental and physical well-being [14].

The Lithuanian context

The NEF [18] suggest that life expectancy in Lithuania is 72.2 years, with an aggregated experienced well-being score of 5.1 and Happy Planet Index (HPI) of 34.6. In comparison, UK life expectancy is 80.2 years, with an experienced well-being score of 7.0 and HPI of 47.9. There is a stark difference here between a life lived in Lithuania, and a life lived in the UK. In 2012, the Lithuanian Department of Statistics revealed that 21% of Lithuanian citizens evaluate their health as poor or very poor [19]. Mental health disorders in Lithuania are rapidly increasing [20], with the highest suicide rate globally [21]. The Lithuanian Government's National Progress Programme for the period 2014–2020 and the Lithuanian Progress Strategy 2030 both emphasise the importance of art and culture for the successful development of society in Lithuania [22]. While arts for health is an established international field [23–25, 48–50] this is a very new approach for research and development in Lithuania. In this stark context, an exploration of the potential impact of the arts to impact on health workers well-being is timely and significant.

PURPOSE OF THE PILOT STUDY

In 2012, between September and November the pilot study was carried out at Vilnius University Hospital, Santariskiu Klinikos. The research focused on a small cohort of 34 health care staff that was randomly selected from hospital workers interested in taking part in art activities. This group was randomly divided into three sub-groups of participants, who took part in silk painting activities (one silk painting activity, once a week), totalling 8 sessions (over an 8 week period). In each group, the same silk painting activity was carried out with the same professional artist. All of the sessions were free of charge and lasted for two hours. The sessions were carried out at participants work settings, but outside their regular work hours. The aim of this study was to evaluate the impact of arts activity on the well-being of Lithuanian health service workers.

MATERIALS AND METHODS

Survey questionnaires included questions on demographic data and the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) (in our research the Cronbach's alpha coefficient was 0.9). In addition, World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100) questionnaire was employed (in our research the Cronbach's alpha coefficient was 0.8).

WEMWBS [26] comprises 14 items that relate to an individual's subjective mental well-being over the previous two weeks. Each of the 14 item responses in WEMWBS are scored from 1 (none of the time) to 5 (all of the time) and an overall scale score is calculated by totalling the 14 individual item scores. The minimum score is 14 (very poor) and the maximum is 70 (very good). In this pilot study, the permission to use the WEMWBS was obtained from the authors (©WEMWBS © NHS Health Scotland, University of Warwick and University of Edinburgh, 2006, all rights reserved) [22, 47]. The WEMWBS was translated into the Lithuanian language (by translator related with health/scale context, and other not), then the back translations were done (by translator that have not seen the original scale version, and two experts from health and culture sectors). Then the translated scale version close to the original scale was selected. Prior to this pilot study, the WEMWBS in the Lithuanian language was given to 10 respondents (health care workers). Respondents understood scale statements well and no corrections were suggested. The WEMWBS was used in this pilot study.

The WHOQOL-100 questionnaire [27–29] comprises domains and facets that relate to an individual's subjective overall quality of life and general health over the previous month. Participants rate each domain/facet in increasing order (1 being the lowest score, 5 – the highest). Variants of answers for the domains and facets questions were converted into standardized points, when in an overall quality of life and general health; spirituality, religion and personal beliefs domains; positive feelings; self-esteem facets 0 = the lowest score (very poor) and 100 = the highest score (very good). A negative feelings facet result close to 0 was considered as very good and a result close to 100 as very poor.

Organization design of survey

A questionnaire was undertaken with all participants prior to the 1st silk painting session and at the end of the pilot prior to the final 8th silk painting session. Participants could decide to complete the questionnaire or not. Prior to being given the questionnaires, participants were introduced to the project aims, research content and questions, and the use of the final data. The questionnaires were given to the respondents; the time for filling them in was not limited. All participants completed all fields of the questionnaires; there were no unanswered or incomplete questions.

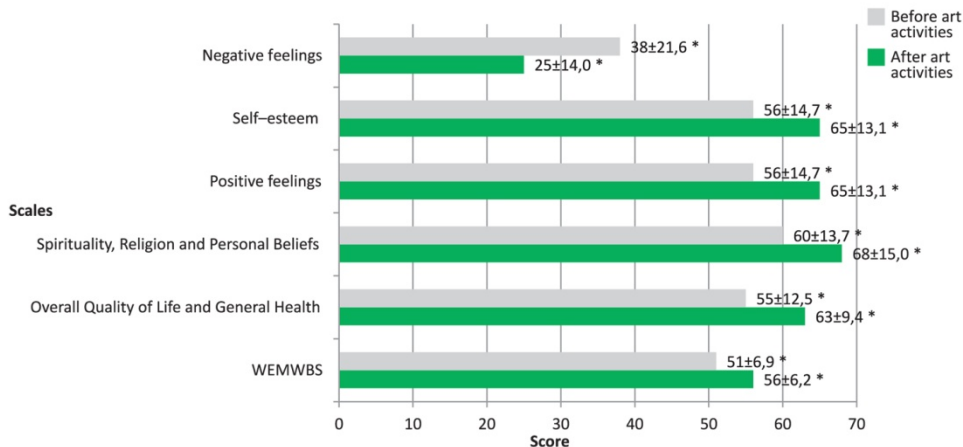


Figure. The evaluation of participants' WEMWBS; WHOQOL-100 Overall quality of life and general health; Spirituality, religion and personal beliefs domains; Positive feelings, Self-esteem and Negative feelings facets in scores before art activities (n=34) and after art activities (n=34).

Note the difference of the indicators before art activities and after art activities is statistically reliable, when * – $p \leq 0.03$.

Statistical data analysis

Statistical data analysis was undertaken. Inbox survey data were processed using EXCEL and SPSS 20.0. The arithmetic mean, standard deviation and reliability were estimated with a significance level of $p \leq 0.05$.

The organization design of interview

Participants could choose whether to participate in an interview or not. Those who decided to be interviewed were randomly selected: individual semi-structured interviews were carried out with 3 participants, randomly selected from each of the three groups at the end of the pilot (on the next day after the final art activity), totalling 9 interviews. Before starting the interview procedure, interviewees were introduced to the aims and content of the interview and were informed how the final results would be used. There was no time-limit on the interview. By using interviews, the aim was to reveal the experience of participation in the art activity, its impact on participants' well-being, community building, and any effect on stress experienced at work. In the qualitative data analysis, a text analysis framework was used to guide the investigation (working first within and then across data from the interviews to develop a series of descriptive codes). These were then structured within categories relating to the main themes of the interviews. All participants reported that art activities positively impacted on their wellbeing and psychosocial work environment. No negative experiences or effects of the participation in art activities were stated.

Research ethics

This pilot study was approved by the hospital administration and all participants consented to take part in the research. The research was supervised by the Lithuanian Health Sciences University and participant anonymity was ensured.

About participants

100% of participants were females (n=34), with an average age of 39 ± 11 . The professions of the group were as follows: Doctor, 35%; Physiotherapist, 23%; Nurse, 18%; Ergotherapist, 12%; Health Psychologist, 6%; and Administration Staff, 6%.

QUANTITATIVE RESULTS

Demographic data revealed that in the year prior to the study, 88% of participants had not participated in art activities, but 91% had attended various art events. These included theatre (53%), films (41%), and concerts (35%). Most participants stated that by engaging with art activities in the study they aimed to gain new knowledge and skills (82%), experience positive emotions and relax after perceived stress at work (59%), and to spend their time in an interesting way (38%).

All participants (100%) evaluated WEMWBS, WHOQOL-100 Overall quality of life and general health; Spirituality, religion and personal beliefs domains; positive feelings; Self-esteem and Negative feelings facets after art activities better than before art activities (Figure).

QUALITATIVE RESULTS

As discussed above, NEF [30] suggests that the bedrocks of well-being are being connected and active, taking notice, continuing to learn, and giving. The qualitative results of this study suggest that participation in art activities provide access to all five of the factors outlined by NEF [30]. Art activities also contributed to the participant's experiencing a reduction in work-related stress.

Participants (P1–P9) reported a strong range of responses about their enhanced mood. For example, P1 stated that “through art activity I have found a peacefulness”, and P2 reported “my heart is feeling better, my soul is feeling calm”. Furthermore, there were indications that these feelings were retained beyond the immediate primary activity: “in art I feel relaxed [...] and then I go home in a romantic mood, and all the evening and the next day I feel like my mood has lifted” (P3). This observation was echoed by another participant within the family context, who reflected that at home they “talked about the things I created in art sessions. No work problems were brought home” (P7). Participants reflected on their increased positive feelings towards work. For example, one participant commented that “when you are in a good mood, work productivity increases” (P8). Furthermore, the “next day, productivity was much better. In art activities you leave that negative energy, you get rid of all that workday stress” (P5).

Arts activity also impacted on participants' reactions towards negative situations. One participant reflected that, “I started to evaluate things that are related to work more clearly and calmly, [...] coping with negative information better” (P9). Another participant commented, “Now, I do not feel as worried inside. I am trying to put my emotions to the side and look for better ways to solve problems” (P4).

Participants described how engagement with the study altered their perceptions of the working environment, and generally aroused their creativity. One participant commented, “when working at the hospital and dealing with work tasks, you take a look out of the window, you look through it and see how beautiful those yellow treetops are. Sometimes such things, you don't notice at all” (P1). While this could be perceived as a passive appreciation of the creative process, another group member described a more active response: “I have a dog and after a couple of art activities I took my dog out for a walk and I found some lovely branches of a tree. This had never happened before, and I took notice of them. So, I picked them up and brought back home. Now they are almost fully dry. I took a paintbrush and painted them. I have never done this before” (P2).

In terms of self-esteem and raised awareness of peers and patients, the qualitative data revealed high levels of self-reflection. One participant commented: “I was observing one of my colleagues, when she was painting she was saying, I failed, I can't draw/paint, but she made a very precise piece of work, and took a look at her face, her smile

was blooming. Even in silence, when she wasn't speaking to anyone, she was proud of herself” (P3). One nurse reflected, “A couple of patients, asked me – nurse, why are you so cheerful, whistling something, what has happened? – I did not say, but the day after I told them why” (P8).

Participants stated that the art activities had also increased their sense of community at work, had a positive impact on psychosocial work environment. This involved improving communication and relationships among the participants and non-participants too: “It is a time, where our department workers could get to know each other, make friends and spend time together in a non-official setting” (P5). Another participant (P3) echoed this, in stating “the bond is stronger among people. You get to know each other better” (P3). “Those who were not attending art activities were asking us about the art sessions, we did chat about it, this was a good chance to talk about the things not related to work, communication improved” (P8).

The range of positive emotions experienced by participants through the creative process illustrated individual and shared enthusiasm. The experience was described using positive terminology such as ‘amazing’, and participants reported ‘feeling good’ and frequently ‘happy’ throughout their engagement with art activities. One participant observed higher levels of optimism in themselves and commented: “you feel more light inside, you think – I can do this and I can do that” (P9).

DISCUSSION

This small-scale pilot study demonstrated that the participatory arts does offer an effective means of improving the well-being of the workforce, reducing stress and enabling a sense of community. As part of a mixed methodology, WEMWBS and WHOQOL-100 were appropriate instruments for measuring well-being in this study, and could be used in a broader context. Lithuania is a country with high levels of mental illness and suicide [20, 21], and art activities offer an upstream approach to workforce well-being; art activities may provide public health with a valuable and potentially cost-effective assets-based tool [31–33].

Mental health and well-being are interconnected. As the UK Faculty of Public Health's web-based, Better Mental Health for All [34] highlights, the mainstay measurement of public mental health is mortality data. However, this neither captures the disabling factors of mental illness, or, conversely, well-being. In the UK, WEMWBS has been adopted as valid and reliable tool by the Office for National Statistics [35] in measuring national well-being [36]. The British Cohort Study [36] has yielded a dataset of around 17,000 entries, and it enables potential associations between mental well-being and arts participation to be studied at a much larger

scale. Research shows that WEMWBS and WHOQOL-100 has acceptable internal consistency and test-retest reliability [37, 38] and WEMWBS and WHOQOL index are widely used in measuring arts and health activities impact on individual well-being [26, 39–42].

What this study adds

This study focused on a workforce that is susceptible to stress-related health problems [43–45, 51, 52]. Taking pro-active approach to specific determinants of health through the introduction of art activities to a clinical setting, this research generated an intervention that was enthusiastically adopted by a cross-section of health sector occupations. This project was particularly innovative in the Lithuanian context due to the lack of work being done on the link between well-being and engagement with the arts. This was the first use of WEMWBS in Lithuania, and it has added to the aggregated knowledge base. In addition, the research has started an important dialogue around staff health and well-being within the Lithuanian health sector, something that has been previously overlooked. Furthermore, this research offers the potential framework for a larger study.

Limitations of the study

The main limitations of this pilot were the absence of a control group, small sample size, short time frame. All participants were professionally qualified and female, suggesting that the ways in which participants are recruited into research should be explored further, taking into account gender, diversity of job role, and employment status. A pilot project of this size was not able to track participants' independent engagement with the art activities following the study period. Further research might explore Social Return on Investment, which gives participants the opportunity to apply a proxy value to a service that sits outside standard econometric modelling. In the current climate of recession, this approach may offer additional complementary data [46].

CONCLUSIONS

1. Following art activities, all participants evaluated their Mental Well-being, WHOQOL-100 Overall Quality of life and General Health domains, Self-esteem, Positive feelings and Negative feelings facets higher than before art activities.
2. Participation in art activities helped to reduce stress at work, increase self-esteem and opportunities for socialization, build a sense of community, and improve communication and relationships both at work and at home settings. Alongside acquiring new skills, participants reported a more positive attitude to work produc-

tivity, mood, and reactions towards negative situations.

3. All participants enjoyed the art activities, and 85 % of participants aspired to continue creative practice in the future.
4. In partnership with the arts and health care sector, at policy and in workplace settings, this pilot study presents significant future opportunities for public health to investigate the arts as a vehicle to promote workforce well-being.

References

1. NEF. Well-being at work. A review of the literature. Written by: Jeffrey K, Mahony S, Michaelson J, Abdallah S. Edited by: Murphy M. UK, 2014.
2. NEF. Measuring Well-being. A guide for practitioners. Written by: Michaelson J, Mahony S, Schifferes J. UK, 2012a.
3. WHO. Health worker occupational health. Geneva: WHO, 2014. Available at: www.who.int/occupational_health/topics/hcworkers/en/ (accessed 1 May 2014).
4. EU. Health 2014. Available at: europa.eu/pol/health/index_en.htm (accessed 5 May 2014).
5. EU. The EU explained: Public health. Improving health for all EU citizens. European Commission, Belgium, European Union, 2013.
6. Eurostat. European social statistics, European Union. Kotzeva M, Kraszewska K, Dujo SV, Mear C, eds, under coordination Knauth B. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2013.
7. WHO. Mental health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Geneva: WHO, 2010.
8. WHO. Mental health, resilience and inequalities. Geneva: WHO, 2009.
9. WHO. Policies and practices for mental health in Europe – meeting the challenges. Geneva: WHO, 2008.
10. WHO. Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options. Geneva: WHO, 2004.
11. ENWHP. Tackling stress at work 2014. Available at: www.enwhp.org/good-whp-practice/about-whp/topics/tackling-stress-at-work.html (accessed 2 January 2015).
12. European Agency for Safety and Health at Work. Health care 2014a. Available at: osha.europa.eu/en/sector/healthcare (accessed 10 May 2014).
13. European Agency for Safety and Health at Work. Mental health promotion in the health care sector n.d. Available at: www.osha.mdds.gov.uk/resources/files/pdf/46_20_mental_health_promotion_health_care_sector.pdf (accessed 8 January 2015).
14. European Agency for Safety and Health at Work. Psychosocial risks and stress 2014b. Available at: osha.europa.eu/en/topics/stress (accessed 11 May 2014).
15. European pact for mental health and well-being. EU high-level conference Together for Mental Health and Well-being, Brussels, 12–13 June, 2008.
16. Foresight Mental Capital and Wellbeing Project. Mental Capital and Wellbeing: making the most of ourselves in the 21st century. Final Project report. The Government Office for Science, London, 2008.
17. Kirk A. Nurses at breaking point as number off work with stress soars. The Observer 2015. Available at:

- www.theguardian.com/society/2015/jan/17/nurses-nhs-stress-leave-staff-breaking-point?gclid=Keyword:news-grid%20main1%20Main%20trailblock:Editable%20trailblock%20-%20news:Position2 (accessed 17 January 2015).
18. NEF. The happy planet index: 2012 report. A global index for sustainable well-being. Written by: Abdallah S, Michaelson J, Shah S, Stoll L, Marks N. Edited by: Murphy M. UK, 2012b.
 19. Lietuvos statistikos departamentas. Informacija 2012. Available at: 193.219.12.232/uploads/docs/Informacija_gyvenimo_kokybe%20C4%97s_rodikliai_04_20.pdf?PHPSESSID=13ba0dcc5a5fd89c5ea21641f9759c3e (accessed 9 May 2014).
 20. Higienos institutas. Lietuvos sveikatos statistika. Lietuvos sveikatos statistikos rodikliai 2014. Available at: sic.hi.lt/php/rd1.php?dat_file=rod1.txt (accessed 17 January 2015).
 21. WHO. Data and statistics, 2015. Available at: www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics (accessed 30 January 2015).
 22. Brazauskaitė A, Karpavičiūtė S, Petkutė I, et al. Menas žmogaus gerovei. Vilnius, 2012.
 23. Gordon-Nesbitt R. Exploring the longitudinal relationship between arts engagement and health. Published by: Parkinson C, Arts for Health, Manchester Metropolitan University, Manchester, 2015.
 24. Parkinson C, White M. Inequalities, the arts and public health: towards an international conversation. *Arts & Health* 2013; 5(3): 177–89.
 25. Clift S, Camic PM, Chapman B, et al. The state of arts and health in England. *Arts & Health* 2009; 1(1): 6–35.
 26. Stewart-Brown S, Janmohamed K. Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) user guide Version 1. Parkinson J, NHS Health Scotland, ed. Warwick Medical School, University of Warwick, 2008.
 27. Bacevičienė M. Vidutinio amžiaus gyventojų gyvenimo kokybė, subjektyvusis sveikatos vertinimas ir jo reikšmė prognozuojant mirtį. Biomedicinos daktaro disertacija. Kaunas: KMU, 2005.
 28. WHO. WHOQOL Measuring quality of life. Geneva: WHO, 1997.
 29. WHO. WHOQOL-100 Field Trial. The 100 questions with response scales. Geneva: Division of Mental Health, 1995.
 30. NEF. Five Ways to Well-being. UK, 2008. Available at: www.neweconomics.org/projects/entry/five-ways-to-well-being (accessed 10 January 2015).
 31. Broderick S. Arts practices in unreasonable doubt? Reflections on understandings of arts practices in healthcare contexts. *Arts & Health* 2011; 3(2): 95–109.
 32. Sonke J, Pesata V, Arce L, et al. The effects of arts-in-medicine programming on the medical-surgical work environment. *Arts & Health* 2014; 7(1): 27–41.
 33. Stuckey HL, Nobel J. The connection between art, healing, and public health: a review of current literature. *American Journal of Public Health* 2010; 100(2): 254–63.
 34. UK's Faculty of Public Health. Better mental health for all, 2010. Available at: www.fph.org.uk/better_mental_health_for_all (accessed 16 January 2015).
 35. Office For National Statistics. Statistical bulletin: Personal Well-being in the UK 2013/14, 2014. Available at: www.ons.gov.uk/ons/rel/wellbeing/measuring-national-well-being/personal-well-being-in-the-uk-2013-14/sb-personal-well-being-in-the-uk-2013-14.html (accessed 12 January 2015).
 36. British Cohort Study 1970. Available at: www.ukdataservice.ac.uk (accessed 16 January 2015).
 37. Bacevičienė M, Reklaitienė R. Psychometric properties of the World Health Organization Quality of Life 100 questionnaire in the middle-aged Lithuanian population of Kaunas city. *Medicina* 2009; 45(6): 493–500.
 38. Tennant R, Hiller L, Fishwick R, et al. The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes* 2007; 5(63): 1–13.
 39. Clarke A, Friede T, Putz R, et al. Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): Validated for teenage school students in England and Scotland. A mixed methods assessment. *BMC Public Health* 2011; 11: 487.
 40. Margrove KL, Surg S, Heydinrych K, et al. Waiting list-controlled evaluation of a participatory arts course for people experiencing mental health problems. *Perspectives in Public Health* 2013; 133(1): 28–35.
 41. Stewart-Brown S, Tennant A, Tennant R, et al. Internal construct validity of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): a Rasch analysis using data from the Scottish Health Education Population Survey. *Health and Quality of Life Outcomes* 2009; 7: 15.
 42. White M. Establishing Common ground in community-based arts in health. *Perspectives in Public Health* 2006; 126(3): 128–33.
 43. Gailienė G, Cenenkienė R. Professional biological risk factors of health care workers. *Medicina* 2009; 45(7): 530–6.
 44. Mikalauskas A, Širvinskis E, Marchertienė I, et al. Burnout among Lithuanian cardiac surgeons and cardiac anesthesiologists. *Medicina* 2012; 48(9): 478–84.
 45. Pajarskienė B, Mikutyte I. Risk of abuse and bullying among nurses in one Lithuanian hospital. *Public Health* 2009; 123(46): 64–70.
 46. Social Value Lab. Social Return on Investment Evaluation. Report for Impact Arts, 2011. Available at: www.socialvaluelab.org.uk/our-work/case-studies/gauging-the-social-return-from-the-craft-cafe-programme/ (accessed 13 February, 2015).
 47. Karpavičiūtė S, Varviko-Edinburgo psichikos sveikatos skalė. *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija* 2014; 2(16): 110–2.
 48. Bungay H, Vella-Burrows T. The effects of participating in creative activities on the health and well-being of children and young people: a rapid review of the literature. *Perspectives in Public Health* 2013; 133(1): 44–52.
 49. Atkinson S, White M. Beyond the local agenda: international perspectives in community-based arts and health. *Arts & Health* 2013; 5(3): 175–6.
 50. Adeane M. Is there a place for the arts in our modern healthcare system? *Perspectives in Public Health* 2013; 133(1): 19–20.
 51. Smart D, English A, James J, Wilson M, et al. Compassion fatigue and satisfaction: A cross-sectional survey among US healthcare workers. *Nursing and Health Sciences* 2014; 16: 3–10.
 52. Blake H, Mo PKH, Lee S, Batt ME. Health in the NHS: lifestyle behaviours of hospital employees. *Perspectives in Public Health* 2012; 132(5): 213–5.

S. Karpavičiūtė, C. Parkinson

**MENINĖ VEIKLA IR ASMENS GEROVĖ DARBE:
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS DARBUOTOJŲ PILOTINIS
TYRIMAS LIETUVOJE**

Santrauka

Įvadas. Sveikatos priežiūros sektoriuje Europos Sąjungoje dirba apie 10 % darbuotojų, kurie kasdien susiduria su įvairiais sveikatos ir saugumo darbo aplinkoje rizikos veiksniais. Viena iš prioritetinių Europos pakto dėl psichikos sveikatos ir gerovės darbe sričių yra psichikos sveikata darbo vietos aplinkoje. Šio pilotinio tyrimo tikslas buvo ištirti meninės veiklos poveikį sveikatos priežiūros darbuotojų gerovei Lietuvoje.

Tiriamieji ir tyrimo metodai. Pilotinis tyrimas vyko 2012 m. rugsėjo–lapkričio mėnesiais. Tyrime dalyvavo 34 sveikatos priežiūros darbuotojai (dalyviai). Tyrimo metu vieną kartą per savaitę (iš viso 8 savaites) dalyviams (n = 34) ligoninėje buvo rengiamos meninės tapybos ant šilko veiklos. Tyrimo anketą sudarė demografiniai klausimai, Varviko-Edinburgo psichikos sveikatos skalė (angl. WEMWBS) ir Pasaulio sveikatos organizacijos Gyvenimo kokybės klausimynas. Tyrimo dalyvių anketinė apklausa vyko du kartus – tyrimo pradžioje ir tyrimo pabaigoje, taip pat bu-

vo atlikti 9 individualūs interviu dalyvių gr. (tyrimo pabaigoje, po meninių veiklų).

Rezultatai. 88 % dalyvių tyrimo metais iki tol nedalyvavo meninėse veiklose. Tyrimo pradžioje dalyviai įvardijo tikslus, kurie buvo susiję su dalyvavimu meninėje veikloje, daugiausia tai: įgyti naujų žinių ir įgūdžių (82 %), patirti teigiamų emocijų ir atsipalaiduoti po darbe patiriamo streso (59 %). Po meninių veiklų visi dalyviai džiaugėsi dalyvavę tyrime, geriau įvertino savo bendrą gyvenimo kokybę ir sveikatą, WEMWBS ir 85 % dalyvių ketina tęsti kūrybinę veiklą ateityje.

Išvados. Dalyvavimas meninėje veikloje turėjo teigiamos įtakos sveikatos priežiūros darbuotojų bendrai sveikatai ir psichikos sveikatos gerovei, padėjo sumažinti stresą, patiriamą darbe, padidino savivertę ir darbo produktyvumą. Šis pilotinis tyrimas, kuriame pirmą kartą šalyje buvo naudota Varviko-Edinburgo psichikos sveikatos skalė, turi didelį potencialą didesnės apimties studijai ateityje, siekiant ištirti meno ir meninių veiklų, kaip priemonės stiprinti sveikatos priežiūros darbuotojų gerovę darbo aplinkoje, galimybes.

Raktažodžiai: dalyvaujamas menas, sveikatos priežiūra, pozityvioji psichikos sveikata, gerovė, stresas, WEMWBS.

Gauta:
2015 06 23

Priimta spaudai:
2015 07 14



Article

The Impact of Arts Activity on Nursing Staff Well-Being: An Intervention in the Workplace

Simona Karpavičiūtė ^{1,*} and Jūratė Macijauskienė ²

¹ Department of Social Sciences and Humanities, Lithuanian University of Health Sciences, Šiaurės pr. 57, LT-49264 Kaunas, Lithuania

² Faculty of Nursing, Lithuanian University of Health Sciences, Eivenių g. 4, LT-50161 Kaunas, Lithuania; jurate.macijauskiene@lsmuni.lt

* Correspondence: simonalkka@gmail.com; Tel.: +370-37-327-233

Academic Editor: Andrew Watterson

Received: 15 December 2015; Accepted: 20 March 2016; Published: 19 April 2016

Abstract: Over 59 million workers are employed in the healthcare sector globally, with a daily risk of being exposed to a complex variety of health and safety hazards. The purpose of this study was to investigate the impact of arts activity on the well-being of nursing staff. During October–December 2014, 115 nursing staff working in a hospital, took part in this study, which lasted for 10 weeks. The intervention group ($n = 56$) took part in silk painting activities once a week. Data was collected using socio-demographic questions, the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale, Short Form—36 Health Survey questionnaire, Reeder stress scale, and Multidimensional fatigue inventory (before and after art activities in both groups). Statistical data analysis included descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard deviation), non-parametric statistics analysis (Man Whitney U Test; Wilcoxon signed—ranks test), Fisher’s exact test and reliability analysis (Cronbach’s Alpha). The level of significance was set at $p \leq 0.05$. In the intervention group, there was a tendency for participation in arts activity having a positive impact on their general health and mental well-being, reducing stress and fatigue, awaking creativity and increasing a sense of community at work. The control group did not show any improvements. Of the intervention group 93% reported enjoyment, with 75% aspiring to continue arts activity in the future. This research suggests that arts activity, as a workplace intervention, can be used to promote nursing staff well-being at work.

Keywords: nursing staff; organizational well-being; occupational stress management; workplace interventions; arts activity; silk painting; mental health and well-being; arts for health

1. Introduction

Over the past decade interest in subjective well-being has significantly increased in political and academic sectors. Well-being is often regarded as being synonymous with quality of life and happiness [1]. According to the literature, there are three types of well-being: Evaluative subjective well-being (such as people’s overall assessments of their life or domains of their life); Affective subjective well-being (such as positive and negative feelings); Eudaimonic subjective well-being (such as meaning, autonomy, control and connectedness) [2].

Mental health and mental well-being are fundamental to the quality of life and productivity of individuals, families, communities and nations, enabling people to experience life as meaningful and to be creative and active citizens [3]. According to Stewart-Brown, Janmohamed [4], mental well-being covers two perspectives: the subjective experience of happiness (the affect) and life satisfaction (the hedonic); and positive psychological functioning, good relationships with others and self-realisation (the eudaimonic). According to Persechino *et al.* [5], stress is the second most frequently reported work-related health problem in Europe. Well-being and stress in the workplace have become a concern

for employees, employers, professional bodies and governments [6]. The mental health and well-being of the workforce is a key resource for productivity and innovation in the European Union, thus promotion and implementation of prevention programmes in the workplace is rapidly growing [7].

Around 10% of workers are employed in the healthcare sector throughout the European Union and are exposed daily to a complex variety of health and safety hazards [8]. In the academic sector, there is a growing interest in nursing staff well-being at work [9–11], work related stress and its negative impact on nursing professionals' health [12–14]. According to research, the stress nursing staff experiences at work is associated with fatigue and professional burnout [15–17]. Hospital nurses' fatigue has been subject to broad attention in the literature because of its immediate impact on patient safety [18]. In this stark context, an exploration of the potential impact of the arts activity on nursing staff well-being is timely and significant.

Today's renewed focus on humanistic care is leading to resurgence in the knowledge and practice of incorporating the arts into healthcare settings [19–22]. According to Almalki *et al.* [23], sustaining a healthy work life for nurses is crucial to improve their quality of life, retain current staff at their workplace, enhance performance and productivity, and promote safe nursing care. Perry and co-workers [24], emphasised the need to create workplaces where working practices promote nurses' health and well-being, or at least are configured to minimise deleterious effects of work related stress on health. Arts activities are important in educational programmes for nursing and other health care professionals [25–28] with growing evidence that arts activity has a positive impact on people's health and well-being [29–32]. Art activities could be used as a tool to improve well-being at work [33,34]. Thus, the aim of this study was to investigate the impact of arts activity on the well-being of nursing staff working in a hospital.

2. Materials and Methods

The study was carried out during October and December 2014 in a hospital in the city Kaunas, in Lithuania. In total there was a nursing staff of 554, out of which 115 took part in the study. Permission to conduct the study was obtained from the hospital administration, the ethics committee, the nurse managers at relevant departments and the questionnaire was approved by the Kaunas Region Biomedical Research Ethics Committee (number BE-2-50). Participation in the study was voluntary. All respondents received written and verbal information about the aim and content of the study. All persons in intervention and control groups consented to take part in the study and anonymity was ensured.

There was an open call for participation in the study for persons to be involved in intervention and control groups. An open call was announced in an organized meeting at the hospital for nursing staff, and via the hospital's communication tools. The criteria for persons to be involved in the intervention and control groups were as follows: nursing staff by their position at work; working in this hospital; ability and availability to participate in the study; no previous participation in painting/silk painting activities experience; agreement to take part in the study. After the completion of the intervention group, the control group was formed of nursing staff that did agree to take part in the study and worked in the same hospital departments as persons in the intervention group. The study organizers offered a total of 60 places for the intervention group to take part in arts activity (silk painting activity). Afterwards, 56 members of nursing staff in the intervention group and 59 members of nursing staff in the control group (who did not participate in silk painting activity) registered.

Silk painting activities were offered once a week with five different timing options, and people in the intervention group could choose the most convenient day and time to attend the silk painting activities. Five groups were formed, four groups had 11 persons and one group had 12 persons. The silk painting activities were not art therapy sessions, but art activities ("arts for health" activities)—without a therapy approach, where nursing staff could experience the arts and engage with the silk painting activity, express their creativity, relax, socialize with colleagues, *etc.* In each group, a professional artist was leading the silk painting activities and was a member of a research team. Each person attended

one silk painting activity once a week over a 10-week period. All activities were free of charge and lasted for two hours. The activities were carried out in the participants' work settings, but outside their regular work hours. Nursing staff attended the silk painting activities regularly; those who were not able to participate on the selected day could join another activity in that same week. In each silk painting activity, nursing staff explored a different silk painting technique and created various artworks. During the 1st activity, participants were introduced to silk painting theory, techniques, materials and experimented with paints. Each participant in 2nd and 3rd activity painted on silk and created a scarf. In 4th and 5th activity, they created a large scale scarf, and in the 6th and 7th activities, they created a painting. In 8th and 10th activity they created a final painting, which later was presented at a public exhibition in the municipal library and in the hospital. Silk painting was chosen for this study because of its flexibility in techniques, because the participants do not need to have a particular knowledge and skill in painting and because results can be achieved quickly. Furthermore, the findings of a pilot study carried out in 2012 [35], had shown the positive impact of silk painting activities on medical staff well-being ($n = 34$) (one weekly silk painting activity over an 8-week period).

Data was collected using a survey questionnaire which contained questions on socio-demographic data, the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS), the Short Form-36 Health Survey Questionnaire (SF-36), the Reeder Stress Scale (Stress scale) and the Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20) (before and after art activities in both groups). Before the study, to ensure the clarity and appropriateness of the survey questionnaire, a pilot survey with nursing staff at the hospital ($n = 10$) was carried out. All questionnaires were completed anonymously. Nursing staff understood the questionnaire well, with no corrections suggested and the questionnaire was used in this study.

The WEMWBS [36] has demonstrated good validity and reliability with general, clinical and community populations [35,37–39]. The WEMWBS comprises 14 items that relate to an individual's subjective mental well-being over the previous two weeks. Each of the 14 item responses in WEMWBS are scored from 1 (none of the time) to 5 (all of the time) and an overall scale score is calculated by totalling the 14 individual item scores. The minimum score is 14 (very poor) and the maximum is 70 (very good). In this study the Cronbach's alpha coefficient for WEMWBS was 0.9 (very good).

The SF-36 [40] has been validated and used as a generic measure of health status in different target groups such as general population, clinical and medical staff [41–45]. SF-36 relates to an individual's subjective general health over the previous month. The questionnaire is composed of 36 questions that are grouped into eight subscales: Physical functioning, Role limitations (physical problems), Bodily pain, General health, Vitality/Energy, Social functioning, Role limitations (emotional problems), and Emotional well-being. Respondents rate each item question in increasing order (from 1 to 6). Variants of answers for the items questions were converted into standardized points, when 0 = the lowest score (very poor) and 100 = the highest score (very good). In this study the Cronbach's alpha coefficient for SF-36 was 0.9 (very good).

The Stress scale [46] has been validated and used in different target groups such as general population and medical staff [47–49]. The Stress scale comprises seven items that relate to an individual's psychosocial stress over the previous month. Each of the seven item responses is scored from 1 (strongly agree) to 4 (strongly disagree) and an overall scale score is calculated by totalling the seven individual item scores. The minimum score is 7 (very poor) and the maximum is 28 (very good). In this study the Cronbach's alpha coefficient for Stress scale was 0.8 (good).

The MFI-20 [50] has been validated and used in different target groups such as general population, clinical and medical staff [51–55]. The MFI-20 comprises five subscales: General fatigue, Physical fatigue, Mental fatigue, Reduced activity, and Reduced motivation. Each subscale includes four items with 5-point Likert scales (1—strongly agree, 5—strongly disagree). Variants of answers for the scale questions were converted into standardized points, when 0 = the lowest score (very good) and 100 = the highest score (very poor, indicating greater fatigue). In this study the Cronbach's alpha coefficient for MFI-20 was 0.9 (very good).

The survey questionnaires were filled in by all persons in intervention and control groups prior to the first silk painting activity and at the end of the study, before the final silk painting activity. Prior to being given the questionnaires, the intervention and control groups were introduced to the study aims, research content and questions, and the use of the final data. The questionnaire was given to the respondents; the time for filling them in was not limited. In the intervention group there were no unanswered or incomplete questions, while in control group after the study, four questionnaires were incomplete (so 55 questionnaires were included in further data analysis).

Data Analysis

Statistical data analysis was undertaken. The data were tested for normal distribution using the Kolmogorov–Smirnov test, and the null hypothesis about normal distribution was rejected. Statistical data analysis included: descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard deviation).

Non-parametric statistics analysis: the differences in the total scores in SF-36, MFI-20, WEMWBS and Stress subscales/scales between intervention group and control group at baseline/at post-intervention were calculated using a Man Whitney U Test for two independent samples and the differences in the total scores in SF-36, WEMWBS, MFI-20 and Stress subscales/scales between baseline and post-intervention for both intervention group and control group were calculated using a Wilcoxon signed—ranks test for two related samples.

Fisher’s exact test was used to evaluate the statistical significance of the difference between the answers of the questionnaire. The level of significance was set at $p \leq 0.05$. Cronbach’s Alpha (Cronbach’s Alpha coefficient, α) was computed to examine the internal consistency of the questionnaire—according to George and Mallery, as cited in [56] $\alpha \leq 0.6$ —not acceptable, $0.7 \leq \alpha < 0.8$ acceptable, $0.8 \leq \alpha < 0.9$ good, $\alpha \geq 0.9$ —very good. Survey data were processed using the statistical software IBM SPSS Statistics 22 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) and MS Excel 2013.

3. Results

Demographic and social characteristics of intervention ($n = 56$) and control ($n = 59$) groups showed that all persons in intervention and control groups ($n = 115$) were females and the majority of persons in both groups had vocational and higher-non-university education. By position at work the majority of persons in both groups were nurses aged 40 to 54 years with work experience ranging from $21 \leq$ years.

The majority of persons in both groups worked in the surgery department with work experience at this hospital ranging from $21 \leq$ years. The majority of the respondents had a full time/more than a full time position at work and worked on a rotating shift. The majority of intervention and control groups stated that their work was often physically exhausting and emotionally difficult (Table 1).

Table 1. Demographic and social characteristics of intervention ($n = 56$) and control ($n = 59$) groups.

Characteristics *	Intervention Group n (%)	Control Group n (%)
Gender		
Female	56 (100)	59 (100)
Age in groups (years)		
21–24	7 (12)	2 (3)
25–39	11 (20)	9 (15)
40–54	32 (57)	33 (56)
55–70	6 (11)	15 (25)
Education		
Secondary	9 (16)	7 (12)
Vocational **	16 (29)	30 (51)
Higher non-university	17 (30)	14 (24)
Higher university	14 (25)	8 (13)
Position at work		
Nurse	39 (70)	48 (81)
Nurse assistant	17 (30)	11 (19)

Table 1. Cont.

Characteristics *	Intervention Group n (%)	Control Group n (%)
Work experience as nurses/nurse assistants (years)		
1–5	15 (27)	9 (15)
6–10	15 (27)	8 (14)
11–15	3 (5)	5 (8)
16–20	8 (14)	11 (19)
≥21	15 (27)	26 (44)
Work experience at this hospital (years)		
1–5	15 (27)	15 (25)
6–10	14 (25)	12 (20)
11–15	4 (7)	5 (8)
16–20	7 (12)	9 (15)
≥21	16 (29)	18 (31)
Department		
Palliative care	12 (21)	13 (22)
Surgery	19 (34)	18 (31)
Therapeutic	10 (18)	8 (14)
Emergency	6 (11)	9 (15)
Obstetrics	4 (7)	5 (8)
Intensive care	5 (9)	6 (10)
Personal workload in this hospital		
0.6–1.0 full working time	29 (52)	27 (46)
More than 1.1–1.5 full working time	27 (48)	32 (54)
Work shift		
Day	23 (41)	20 (25)
Night	4 (7)	8 (17)
24-h	1 (2)	5 (14)
Rotating	28 (50)	26 (44)
Work is physically exhausting		
Rarely	5 (9)	4 (7)
Sometimes	10 (18)	20 (34)
Often	27 (48)	22 (37)
Always	14 (25)	13 (22)
Work is emotionally difficult		
Rarely	1 (2)	4 (7)
Sometimes	8 (14)	17 (29)
Often	24 (43)	21 (35)
Always	23 (41)	17 (29)

Note *—There were no statistical differences between the groups in demographic and social characteristics, when $p > 0.05$; ** This is nursing education for those that graduated from medical school before 2001. All medical schools became colleges after the education reform, some courses were closed down for good and others were reformed.

Furthermore, no participant in either group had any experience in silk painting/painting activity prior to the study and had not been practicing any other arts activity and no participant in either group—intervention and control group—was taking part in any other arts activity during the study period.

Before the art activities, the SF-36 General health, Vitality/Energy, Bodily pain, Emotional well-being, MFI-20 General fatigue, Physical fatigue, Reduced activity, Reduced motivation subscales scores were moderate in both intervention and control group. In both groups the results of the Stress scale were poor, with people experiencing stressful situations daily. The results of WEMWBS, SF-36 Role limitations (emotional problems), Role limitations (physical problems), Social functioning and Physical functioning scales were good.

The intervention group evaluated better the SF-36 Vitality/Energy ($p = 0.01$) and MFI-20 General fatigue ($p = 0.03$) subscales after art activities than before activities. A tendency in intervention group was observed, noting better results on SF-36, MFI-20 Physical fatigue, Reduced motivation, Mental fatigue subscales, Stress scale and WEMWBS after the art activities when compared to the results prior to the art activities. Moreover, after art activities, the result of SF-36 Social functioning subscale in the intervention group was good, when before art activities the result was moderate.

The result of SF-36 Emotional well-being subscale after the art activities in the intervention group was better in comparison with control group ($p = 0.00$). There was a tendency towards the results of SF-36 General health, Vitality/Energy, Social functioning, Bodily pain, Role limitations (emotional problems) subscales, MF-20, Stress scales and WEMWBS being better than in control group after the participation in art activities. Also after art activities the results of SF-36 Social functioning subscale and WEMWBS in the intervention were good, while moderate in the control group.

The results of MFI-20 Reduced activity subscale after art activities in the control group were worse than before art activities ($p = 0.05$). And, the results of SF-36, MFI-20, Stress scale and WEMWBS after art activities in the control group tended to be worse than before art activities. After art activities, the results of SF-36 Social functioning subscale and WEMWBS in control group were moderate, while before art activities they were good (Tables 2–4) (Figures 1 and 2).

After art activities, the nursing staff in the intervention group felt part of community ($p = 0.01$) and safe ($p = 0.04$) at work, had more energy ($p = 0.03$), were able to concentrate and keep attention better ($p = 0.02$), were able to relax after work ($p = 0.01$) and felt loved ($p = 0.01$) more often than the control group. Furthermore, after the art activities, the intervention group evaluated their health better ($p = 0.00$); felt happier ($p = 0.04$), less nervous ($p = 0.03$), calm and peaceful ($p = 0.01$) and their life was meaningful ($p = 0.05$) more often; resolved their work problems ($p = 0.02$) better and the bodily pain had less of an impact on their general work ($p = 0.05$) than the control group.

After art activities, there was a tendency, within the intervention group, to feel more optimistic about the future, useful, interested in other people, cheerful, confident, interested in new things, the feeling of being more energetic, more relaxed, closer to other people, loved, finding it easier to deal with problems more often than before art activities, in comparison with control group where the results were worse. Moreover, after art activities the results in the intervention group were better than in the control group and after art activities the intervention group felt good about themselves more often than the control group.

Afterwards, 93% ($n = 52$) of people in the intervention group enjoyed art activities and 75% ($n = 42$) wished to continue silk painting in the future. The majority of the intervention group reported, that the art activities had a positive impact on: reducing work related stress (77%, $n = 43$), improving general health and well-being (68%, $n = 38$), improving mood/sense of happiness (75%, $n = 42$), reducing work related fatigue (physical and mental) (61%, $n = 34$), increasing work productivity (50%, $n = 28$), community building (61%, $n = 34$) with 61% of the intervention group ($n = 34$) wanting to attend various art events more often than they used to. The range of positive emotions experienced by nursing staff in the intervention group were expressed as inspiring, enjoying, exciting, community building, and participants stated they felt happy and relaxed throughout their engagement in arts activity. No negative experiences of the participation in arts activity were stated.

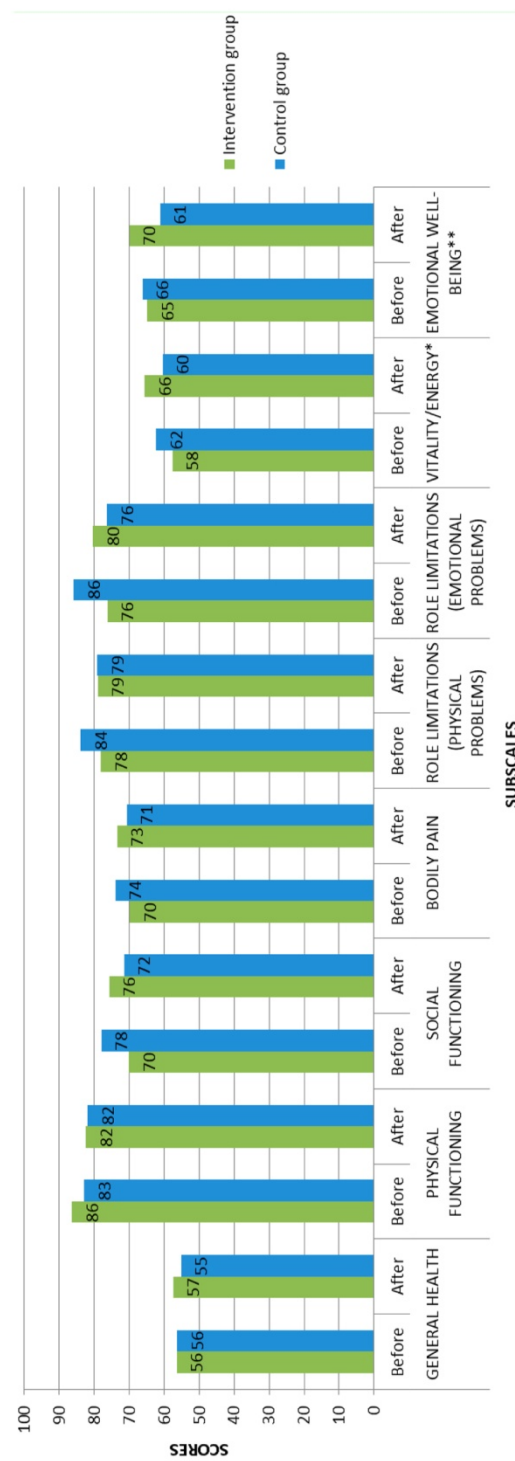


Figure 1. The total scores of SF-36 subscales in intervention and control groups before and after art activities. Note * and **—the difference of the indicators is statistically reliable: *—the differences in the total scores in Vitality/Energy subscale between baseline and post-intervention in the intervention group ($p = 0.01$); **—the differences in the total scores in Emotional well-being subscale between intervention group and control group at post-intervention ($p = 0.00$).

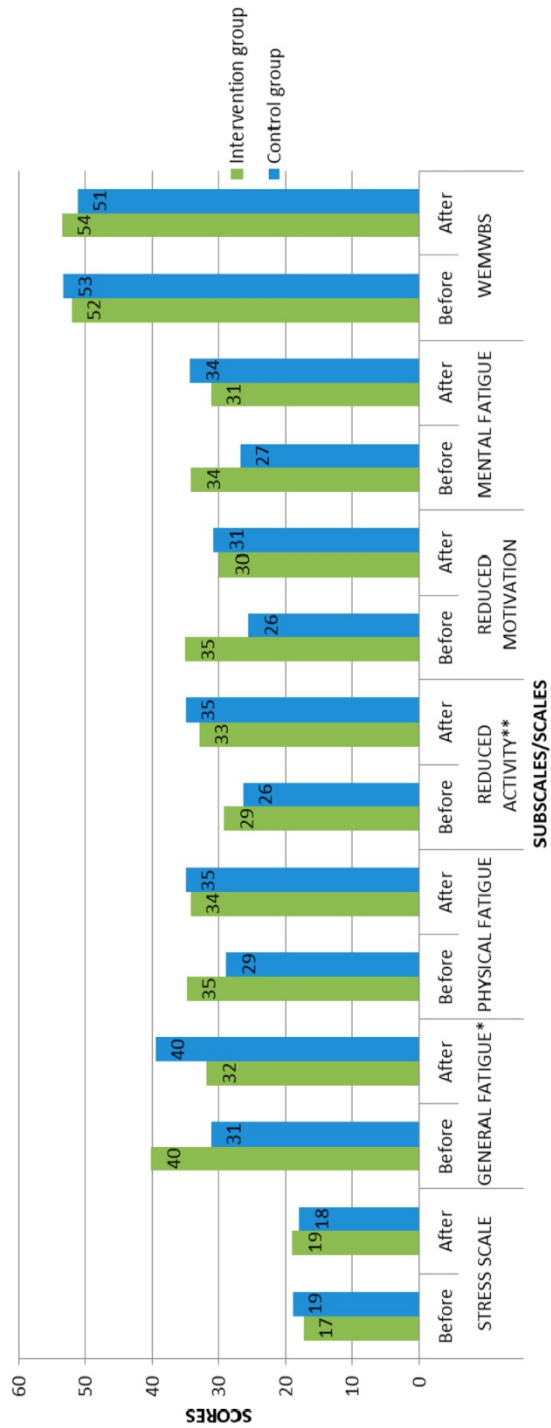


Figure 2. The total scores of MFI-20, Stress scales and WEMWBS in intervention and control groups before and after art activities. Note * and **—the difference of the indicators is statistically reliable: *—the differences in the total scores in General fatigue subscale between baseline and post-intervention in the intervention group ($p = 0.03$); **—the differences in the total scores in Reduced activity subscale between baseline and post-intervention in the control group ($p = 0.05$).

Table 2. The differences in the total scores in SF-36, MFI-20, WEMWBS and Stress subscales/scales between baseline and post-intervention in the intervention group.

Title of Subscale/Scale	The Differences in the Total Scores in Subscales/Scales between Baseline ** and Post-intervention *** in the Intervention Group		
	Before Art Activities, <i>n</i> = 56 Mean (SD ****)	After Art Activities, <i>n</i> = 56 Mean (SD ****)	(<i>p</i> value)
SF-36 Physical functioning	86 (14)	82 (15)	(0.06)
SF-36 General health	56 (14)	57 (15)	(0.25)
SF-36 Vitality/Energy	58 (15)	66 (14)	*
SF-36 Social functioning	70 (19)	76 (20)	(0.06)
SF-36 Bodily pain	70 (20)	73 (18)	(0.36)
SF-36 Role limitations (physical problems)	78 (27)	79 (33)	(0.74)
SF-36 Role limitations (emotional problems)	76 (28)	80 (29)	(0.51)
SF-36 Emotional wellbeing	65 (15)	70 (15)	(0.14)
MFI-20 General fatigue	40 (21)	32 (22)	(0.03) *
MFI-20 Physical fatigue	35 (23)	34 (23)	(0.58)
MFI-20 Reduced motivation	35 (18)	30 (20)	(0.13)
MFI-20 Mental fatigue	34 (20)	31 (19)	(0.39)
MFI-20 Reduced activity	29 (19)	33 (21)	(0.47)
WEMWBS	52 (7)	54 (7)	(0.15)
Stress scale	17 (4)	19 (4)	(0.06)

Note *—the difference of the indicators is statistically reliable, when $p \leq 0.05$; **—before art activities; ***—after art activities; ****—the standard deviation.

Table 3. The differences in the total scores in SF-36, MFI-20, WEMWBS and Stress subscales/scales between baseline and post-intervention in the control group.

Title of Subscale/Scale	The Differences in the Total Scores in Subscales/Scales between Baseline ** and Post-intervention *** in the Control Group		
	Before Art Activities, <i>n</i> = 59 Mean (SD ****)	After Art Activities, <i>n</i> = 55 Mean (SD ****)	(<i>p</i> value)
SF-36 Physical functioning	83 (19)	82 (18)	(0.98)
SF-36 General health	56 (14)	55 (13)	(0.60)
SF-36 Vitality/Energy	62 (13)	60 (16)	(0.89)
SF-36 Social functioning	78 (18)	72 (21)	(0.17)
SF-36 Bodily pain	74 (23)	71 (20)	(0.44)
SF-36 Role limitations (physical problems)	84 (28)	79 (30)	(0.54)
SF-36 Role limitations (emotional problems)	86 (29)	76 (31)	(0.20)
SF-36 Emotional wellbeing	66 (17)	61 (17)	(0.24)
MFI-20 General fatigue	31 (22)	40 (23)	(0.10)
MFI-20 Physical fatigue	29 (23)	35 (23)	(0.25)
MFI-20 Reduced motivation	26 (19)	31 (18)	(0.18)
MFI-20 Mental fatigue	27 (22)	34 (25)	(0.19)
MFI-20 Reduced activity	26 (22)	35 (25)	(0.05) *
WEMWBS	53 (7)	51 (9)	(0.14)
Stress scale	19 (5)	18 (4)	(0.43)

Note *—the difference of the indicators is statistically reliable, when $p \leq 0.05$; **—before art activities; ***—after art activities; ****—the standard deviation.

Table 4. The differences in the total scores in SF-36, MFI-20, WEMWBS, and Stress subscales/scales between intervention group and control group at post-intervention.

Title of Subscale/Scale	The Differences in the Total Scores in Subscales/Scales between Intervention Group and Control Group at Post-Intervention **		
	Intervention Group, <i>n</i> = 56 Mean (SD ****)	Control Group, <i>n</i> = 55 Mean (SD ****)	(<i>p</i> value)
SF-36 Physical functioning	82 (15)	82 (18)	(0.73)
SF-36 General health	57 (15)	55 (13)	(0.15)
SF-36 Vitality/Energy	66 (14)	60 (16)	(0.07)
SF-36 Social functioning	76 (20)	72 (21)	(0.24)
SF-36 Bodily pain	73 (18)	71 (20)	(0.43)
SF-36 Role limitations (physical problems)	79 (33)	79 (30)	(0.51)

Table 4. Cont.

Title of Subscale/Scale	The Differences in the Total Scores in Subscales/Scales between Intervention Group and Control Group at Post-Intervention **		
	Intervention Group, <i>n</i> = 56 Mean (SD ***)	Control Group, <i>n</i> = 55 Mean (SD ***)	(<i>p</i> value)
SF-36 Role limitations (emotional problems)	80 (29)	76 (31)	(0.40)
SF-36 Emotional well-being	70 (15)	61 (17)	(0.00) *
MFI-20 General fatigue	32 (22)	40 (23)	(0.07)
MFI-20 Physical fatigue	34 (23)	35 (23)	(0.95)
MFI-20 Reduced motivation	30 (20)	31 (18)	(0.65)
MFI-20 Mental fatigue	31 (19)	34 (25)	(0.64)
MFI-20 Reduced activity	33 (21)	35 (25)	(0.67)
WEMBWS	54 (7)	51 (9)	(0.07)
Stress scale	19 (4)	18 (4)	(0.32)

Note *—the difference of the indicators is statistically reliable, when $p \leq 0.05$; **—after art activities; ***—the standard deviation.

4. Discussion

4.1. A Positive Impact on Health and Well-Being

This study focused on a nursing staff that is usually exposed to a variety of health and safety hazards on a daily basis [57,58]. This study revealed that art activities improved nursing staff well-being and general health, and this finding corresponds to other authors' findings that art activities offer an upstream approach to promoting well-being [35,59–62] providing public health with a valuable and potentially cost-effective asset-based tool [63–66].

The New Economics Foundation [67] identified the five ways to human well-being: to connect, be active, take notice, keep learning, and to give. According to Aked and Thompson [68], the five ways to well-being are used to motivate behaviour change in individuals across a number of different settings, including work environments, service settings and communities. In this research project, the art activities evidently encouraged personal growth and flourishing, created a positive work environment and provided access to five ways to well-being. This study supports Wright *et al.*'s [69] findings, where the engagement in arts activity embraced the five ways to well-being.

In this study the participants' experience of partaking in arts activity could be well described in the model of transformational change analysed by Kilroy *et al.*, as cited in [70]. Within a supportive environment and culture, in a period of connection, arts activity generates the possibility of entering a creative flow state, where people typically experienced absorption, deep concentration and engagement in what they were doing. There is a lift in mood and expectations, which opens up perceived possibilities for change; people begin to see things differently and from this a greater sense of well-being arises. In response to this change in state, comes the possibility of a shift or transformation of existing thinking or patterns of behaviour.

In this study, the intervention group described art activities as inspiring, joyful and exciting, and the participants stated feeling happy throughout their engagement in arts activity. These study findings are closely related to the dynamic model of well-being. According to some authors, when a person is happy, evaluates her/his life as going well and functions positively—she/he can be considered to have a high state of well-being—to be flourishing (Thompson and Marks, [71]). This study also supports the findings of Rollins *et al.* [72], indicating that arts activities create a common, more normative environment, and offer an opportunity for creativity and self-expression. The participation in art activities increased participants' self-esteem, stimulated personal growth and awakened creativity. After art activities, the intervention group have been feeling good about themselves, confident, interested in new things more often than before art activities, whereas the control group results were worse. Afterwards, 75% of the intervention group indicated a desire to continue silk painting in the future with 61% wanting to attend various art events more often than they used to.

Maben *et al.* [73], emphasised the importance of investing in and supporting individual staff well-being at work in order to enable staff to better deliver high quality patient care. Sonke *et al.* [74]

stated that arts tools can positively affect unit culture, nursing practice, and quality of care on short-stay medical-surgical units. According to Jeffrey *et al.* [6], people who achieve higher standards of well-being at work are likely to be more creative, loyal to their employer, productive, and provide better customer satisfaction. This study data are consistent with the research of Bygren *et al.* [75], where the arts activities for medical care staff (8 weeks totally, once per week) improved perceived Physical health, Social functioning, and Vitality/Energy subscales of SF-36 in the intervention group and decreased among the control group. The study findings support Tuisku *et al.* [76], indicating that arts activities have a positive impact on health care staffs' well-being and health at work, increasing personal growth and work productivity. The integration of the arts into hospitals has been shown to benefit nurses by increasing both engagement and well-being at work (Wikstrom *et al.* [74]).

In this study, the participation in art activities improved peoples' self-assessed health ($p = 0.00$), SF-36 Vitality/Energy ($p = 0.01$), and Emotional well-being ($p = 0.00$). After art activities the bodily pain had less of an impact on their general work ($p = 0.05$) and nursing staff had more energy ($p = 0.03$), when the control group results were worse. There was a tendency for art activities to have a positive impact on the intervention group in SF-36 Social functioning, Physical Health, Role limitations (physical problems), Role limitations (emotional problems) subscales scores and WEMWBS, as after art activities, results were better than before art activities, where the control group evaluated these subscales worse. Afterwards, 68% of the intervention group reported, that the art activities had a positive impact on improving general health and well-being and 50% increasing work productivity.

4.2. Increasing Positive Emotions: A Positive Impact on Mental Well-Being

According to Tuisku *et al.* [76], employees facing job demands and changes at work might benefit from arts when recovering from mental strain, reflecting on their values and finding new perspectives. Theorell *et al.* [33], found a significant cross-sectional linear relationship between artistic activities at work and mental employee health, particularly with emotional exhaustion. This study data is consistent with the findings of Karpavičiūtė and Parkinson [35], where the silk painting activities for medical care staff (eight weeks in total, once per week) had a positive impact on general health and mental well-being, helped to reduce stress at work, increased self-esteem and all participants reported enjoyment. In this study, participation in art activities improved participant's SF-36 Emotional well-being subscale results ($p = 0.00$) and after art activities the intervention group felt happier ($p = 0.04$) more often compared to the control group. Also after art activities, the intervention group felt more optimistic about the future, relaxed, cheerful, and interested in new things more often than before art activities, where the control group results were worse.

The World Health Organization has emphasised that there could be a shortage of 12.9 million healthcare workers by 2035 [77]. Almalki *et al.* [23], found a significant association between quality of work life and turnover intention of nurses. The working environments associated with high levels of emotional exhaustion or high job demands take their toll on staff even if staff were performing well [73]. The results of the present study support the statement of Jeffrey *et al.* [6], that taking steps to improve relationships at work and encouraging positive feelings can possibly enhance not only job satisfaction, but also life satisfaction. The engagement with arts activities can enhance one's mood, emotions, and other psychological states as well as reduce depression [65]. After art activities, people in the intervention group felt loved ($p = 0.01$), and stated that their life was meaningful ($p = 0.05$) more often than in the control group. The intervention group described their experience of participation in art activities as enjoying and exciting and that they felt happy throughout their engagement with arts activity. 75% of people reported, that the art activities had a positive impact on improving their mood/sense of happiness.

4.3. Reducing Stress

Joslin *et al.* [41], emphasised that managing psychological stress will lead to improved quality of life for nurses, financial benefits for the system, and improved patient care. Arts-based encounters

can be effective in reducing stress and burnout in health care workers [78]. The research of Huss and Sarid [79], suggested that it is a timely moment to search for a short term and self-initiated arts based technique of stress reduction that will access health professionals' creative recourses as an antidote to stress at work. The results of this study support Stuckey and Nobel [65] and confirm, that engagement in art activities can reduce stress and serve as a vehicle for alleviating the burden of chronic disease. Furthermore this study found, that after the art activities, the participants in the intervention group were able to relax after work ($p = 0.01$), they felt less nervous ($p = 0.03$), and were calm and peaceful ($p = 0.01$) more often than the control group. The intervention group described their experience of engagement with arts activity as feeling relaxed and afterwards 77% of nursing staff in the intervention group reported, that the art activities had a positive impact on reducing work related stress. A tendency was observed, that art activities had a positive impact on the Stress scale results in the intervention group and after art activities, they felt relaxed more often than the control group.

4.4. Reducing Fatigue

Fatigue among nurses is related to poor work performance, attentional failures, and injuries [80]. In this research art activities improved the results of MFI-20 General fatigue subscale ($p = 0.03$) in the intervention group, and those in the intervention group were able to concentrate and keep attention better ($p = 0.02$), while in the control group the results were worse. After art activities, the control group evaluated MFI-20 Reduced activity scale ($p = 0.05$) worse than before art activities and the intervention group evaluated this scale better than control group. Afterwards, 61% of the intervention group reported, that the art activities had a positive impact on reducing work related fatigue (physical and mental), and a tendency was observed that art activities had a positive impact on the results of MFI-20 Physical fatigue, Reduced motivation and Mental fatigue subscales, while in the control group the results were worse.

4.5. Increasing Sense of Community at Work

Maben *et al.* [73], have highlighted the importance of the local work climate for staff well-being and patient care performance. Jensen [61] stated that art participation has the potential to become a catalyst for generating social capital. Other authors [81,82] have stated that social support is a very important factor in the reduction of stress experienced at work, burnout prevention and improvement in quality of life. Gustainienė and Bakšienė [48] emphasized the importance of social support for medical staff well-being. According to Gerikienė [83], there is a need to improve physical and psychological working conditions of nursing staff which would increase self-esteem, create a friendly work environment that increases collaboration and trust among staff. This study found, that art activities had a positive impact on improving communication and relationships and enabled a sense of community at work in the intervention group. After art activities, participants in the intervention group felt they were part of a community ($p = 0.01$), safe ($p = 0.04$) at work more often than participants in the control group, and the intervention group described the art activities as community building. There was a tendency that art activities improved the result of SF-36 Social functioning subscale in the intervention group, and after art activities participants felt more useful, interested in other people and closer to other people more often than before art activities, while in the control group these results were worse. 61% of the intervention group reported, that the art activities had a positive impact on community building. The study findings support the research of Karpavičiūtė and Parkinson [35], where silk painting activities for medical staff had a positive impact on improving communication and relationships, increasing socialization and a sense of community at work.

5. Conclusions

This study of participation in creative arts activity using a naturalistic methodology, shows that the results are related to what could be achieved in a daily workplace setting, and could be adopted in cross-cultural and cross-sectorial settings. The WEMWBS, SF-36, MFI-20 and the Stress scale were

appropriate instruments for measuring well-being in this research, and could be used in a broader context to explore the arts as a vehicle to promote the well-being of the health care workforce. The study findings suggest, that arts activity as a workplace intervention, can be used to promote nursing staff health and well-being at work, manage occupational stress and health risks at work, and strengthen organizational well-being.

Limitations of the Study

The main limitations of this study were a relatively small sample size (the experiences of the intervention group cannot be generalised to represent a larger setting); single gender cohort (all participants were female, but the gender structure of our study reflects the global situation where the majority of nursing staff are female); and a short time frame. Further research might explore the cost effectiveness of participation in art activities; include the evaluation of participants' health and well-being a few months/years after the study and examine participants' independent engagement in the arts (such as attendance of cultural events, *etc.*) following the study period and after the study; involve participants from rural areas and different medical backgrounds; explore different art activities and the impact of arts activity according to the participants' socio-demographic characteristics.

Acknowledgments: The authors would like to thank Kazimieras Pūkėnas, Department of Applied Biology and Rehabilitation at Lithuanian Sports University; Ieva Petkutė, NGO "Socialiniai Meno Projektai"; Clive Parkinson, Arts for Health Department at Manchester Metropolitan University; Irayda Jakušvaitė, Department of Social Sciences and Humanities at Lithuanian University of Health Sciences; Guðrún Gísladóttir for their support; participants, artist and hospital administration staff. This study was supported by the NGO "Socialiniai Meno Projektai" (The project "Menas žmogaus gerovei" was partially funded by Lithuanian Council for Culture under grant number: LKT/S 5.20-TMP-25).

Author Contributions: This study paper was carried out in collaboration between all authors. All authors contributed to this manuscript. Principle investigator Simona Karpavičiūtė conceived, designed and conducted the study, collected the data and carried out the data analysis, performed the interpretation of data and drafted the manuscript. Jūratė Macijauskienė participated in the conceptualisation of the manuscript and contributed to the writing, improvements and critical revisions of the manuscript. Both authors revised, read and approved the final manuscript.

Conflicts of Interest: "The authors declare no conflict of interest." "The funding sponsors had no role in the design of the study; in the collection, analysis, or interpretation of data; in the writing of the manuscript, and in the decision to publish the results or its costs".

Abbreviations

WEMWBS	The Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale
SF-36	The Short Form-36 Health Survey Questionnaire
Stress scale	The Reeder Stress Scale
MFI-20	The Multidimensional Fatigue Inventory

References

1. WHO. *The European Health Report 2012: Charting the Way to Well-Being*; WHO: Copenhagen, Denmark, 2013.
2. Fujiwara, D.; Dolan, O.; Lawton, R. *Creative Occupations and Subjective Wellbeing*; Nesta Working Paper: London, UK, 2015.
3. WHO. *Mental Health Declaration for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions*; WHO: Geneva, Switzerland, 2005.
4. Stewart-Brown, S.; Janmohamed, K. *Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) User Guide Version 1*; Parkinson, J., Ed.; Warwick Medical School, University of Warwick, NHS Health Scotland: Coventry, UK, 2008.
5. Persechino, B.; Valenti, A.; Ronchetti, M.; Rondinone, B.M.; Tecco, C.; Vitali, S.; Iavicoli, S. Work-Related Stress Risk Assessment in Italy: A Methodological Proposal Adapted to Regulatory Guidelines. *Saf. Health Work* **2013**, *4*, 95–99. [CrossRef] [PubMed]

6. Jeffrey, K.; Mahony, S.; Michaelson, J.; Abdallah, S. *Well-being at Work. A Review of the Literature*; Murphy, M., Ed.; New Economics Foundation: London, UK, 2014.
7. European pact for mental health and well-being. In Proceedings of the EU High-level Conference Together for Mental Health and Well-being, Brussels, Belgium, 12–13 June 2008.
8. Eurofound. *Fifth European Working Conditions Survey*; Publications Office of the European Union: Luxembourg, Luxembourg, 2012.
9. Montesinos, M.J.L. Psychosocial study about the consequences of work in hospital nurses as human resource management. *Rev. Latino-Am. Enferm.* **2013**, *21*, 61–70. [CrossRef]
10. Fernandes, M.F.P.; Komessu, J.H. Nurses' challenges in view of the pain and suffering of families of terminal patients. *Rev. Esc. Enferm. USP* **2013**, *47*, 246–253.
11. Aiken, L.H.; Sloane, D.M.; Bruyneel, L.; Heede, K.V.; Sermeus, W. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *Int. J. Nurs. Stud.* **2013**, *5*, 143–153. [CrossRef] [PubMed]
12. Filha, M.M.T.; Costa, M.A.S.; Guilam, M.C.R. Occupational stress and self-rated health among nurses. *Rev. Latino-Am. Enferm.* **2013**, *21*, 475–483. [CrossRef]
13. Oliveira, J.D.S.; Alchieri, J.C.; Júnior, J.M.P.; Miranda, F.A.N.; Almeida, M.G. Nurses' social representations of work related stress in an emergency room. *Rev. Esc. Enferm. USP* **2013**, *47*, 980–985.
14. Czaja, A.S.; Moss, M.; Mealer, M. Symptoms of Post-traumatic Stress Disorder Among Pediatric Acute Care Nurses. *J. Pediatr. Nurs.* **2012**, *27*, 357–365. [CrossRef] [PubMed]
15. Ariapooran, S. Compassion fatigue and burnout in Iranian nurses: The role of perceived social support. *Iran. J. Nurs. Midwifery Res.* **2014**, *19*, 279–284. [PubMed]
16. Khamisa, N.; Peltzer, K.; Oldenburg, B. Burnout in Relation to Specific Contributing Factors and Health Outcomes among Nurses: A Systematic Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2013**, *10*, 2214–2240. [CrossRef] [PubMed]
17. Zhang, L.F.; You, L.M.; Liu, K.; Zheng, J.; Fang, J.B.; Lu, M.M.; Lv, A.L.; Ma, W.G.; Wang, J.; Wang, S.H.; et al. The Association of Chinese Hospital Work Environment with Nurse Burnout, Job Satisfaction, and Intention to Leave. *Nurs. Outlook* **2014**, *62*, 128–137. [CrossRef] [PubMed]
18. Chen, J.; Daraiseh, N.M.; Davis, K.G.; Pan, W. Sources of work-related acute fatigue in United States hospital nurses. *Nurs. Health Sci.* **2014**, *16*, 19–25. [CrossRef] [PubMed]
19. Parker, R.M.; Labrecque, C.A.; Candler, S.G.; Newell-Amato, D.; Messler, J.; Wolf, M.; Caughman, S.W.; Raggi-Moore, J. Communicating Through the Arts: Lessons for Medicine and Public Health. *J. Health Commun. Int. Perspect.* **2013**, *18*, 139–145. [CrossRef] [PubMed]
20. Adeane, M. Is there a place for the arts in our modern healthcare system? *Perspect. Public Health* **2013**, *133*, 19–20. [PubMed]
21. Hume, V. Creative care: The role of the arts in hospital. *Nurs. Manag.* **2010**, *17*, 16–20.
22. Macneill, P.U. The arts and medicine: A challenging relationship. *Med. Humanit.* **2011**, *37*, 85–90. [CrossRef] [PubMed]
23. Almalki, M.J.; FitzGerald, G.; Clark, M. The relationship between quality of work life and turnover intention of primary health care nurses in Saudi Arabia. *BMC Health Serv. Res.* **2012**. [CrossRef] [PubMed]
24. Perry, L.; Lamont, S.; Brunero, S.; Gallagher, R.; Duffield, C. The mental health of nurses in acute teaching hospital settings: A cross-sectional survey. *BMC Nurs.* **2015**. [CrossRef] [PubMed]
25. Chan, Z.C.Y. Exploration of artistry in nursing teaching activities. *Nurse Educ. Today* **2014**, *34*, 924–928. [CrossRef] [PubMed]
26. Jack, K. "Putting the words 'I am sad', just doesn't quite cut it sometimes!": The use of art to promote emotional awareness in nursing students. *Nurse Educ. Today* **2012**, *32*, 811–816. [CrossRef] [PubMed]
27. O'zcan, N.K.; Bilgin, H.; Eracar, N. The Use of Expressive Methods for Developing Empathic Skills. *Issues Ment. Health Nurs.* **2011**, *32*, 131–136. [CrossRef] [PubMed]
28. Potash, J.S.; Chen, J.Y.; Tsang, J.P.Y. Medical student mandala making for holistic well-being. *Med. Humanit.* **2016**, *42*, 17–25. [CrossRef] [PubMed]
29. Titus, J.E.; Sinacore, A.L. Art-making and well-being in healthy young adult women. *Arts Psychother.* **2013**, *40*, 29–36. [CrossRef]
30. Guerin, P.; Guerin, B.; Tedmanson, D.; Clark, Y. How can country, spirituality, music and arts contribute to Indigenous mental health and wellbeing? *Austral. Psychiatry* **2011**, *19*, S38–S41. [CrossRef] [PubMed]

31. Kelaher, M.; Dunt, D.; Berman, N.; Curry, S.; Joubert, L.; Johnson, V. Evaluating the health impacts of participation in Australian community arts groups. *Health Promot. Int.* **2014**, *29*, 392–402. [CrossRef] [PubMed]
32. Phinney, A.; Moody, E.M.; Small, J.A. The Effect of a Community-Engaged Arts Program on Older Adults' Well-being. *Can. J. Aging* **2014**, *33*, 336–345. [CrossRef] [PubMed]
33. Theorell, T.; Osika, W.; Leineweber, C.; Hanson, L.L.M.; Bojner Horwitz, E.; Westerlund, H. Is cultural activity at work related to mental health in employees? *Int. Arch. Occup. Environ. Health* **2013**, *86*, 281–288. [CrossRef] [PubMed]
34. Salzano, A.T.; Lindemann, E.; Tronsky, L.N. The effectiveness of a collaborative art-making task on reducing stress in hospice caregivers. *Arts Psychother.* **2013**, *40*, 45–52. [CrossRef]
35. Karpavičiūtė, S.; Parkinson, C. Arts Activity and Well-being in the Workplace: A Pilot Study of Health Service Workers in Lithuania. *Semin. Neurol.* **2015**, *19*, 210–216.
36. Tennant, R.; Hiller, L.; Fishwick, R.; Platt, S.; Joseph, S.; Weich, S.; Stewart-Brown, S. The Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS): Development and UK validation. *Health Quality Life Outcomes* **2007**. [CrossRef] [PubMed]
37. Karpavičiūtė, S. Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale. *Biol. Psychiatry Psychopharmacol.* **2014**, *16*, 110–112.
38. Maheswaran, H.; Weich, S.; Powell, J.; Stewart-Brown, S. Evaluating the responsiveness of the Warwick Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS): Group and individual level analysis. *Health Qual Life Outcomes* **2012**. [CrossRef] [PubMed]
39. Crone, D.M.; O'Connell, E.E.; Tyson, P.J.; Clark-Stone, F.; Opher, S.; James, D.V. "Art Lift" intervention to improve mental well-being: An observational study from UK general practice. *Int. J. Ment. Health Nurs.* **2013**, *22*, 279–286. [CrossRef] [PubMed]
40. Ware, J.E.; Sherbourne, C.D. The MOS 36-Item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Med. Care* **1992**, *30*, 473–483. [CrossRef] [PubMed]
41. Joslin, L.E.; Davis, C.R.; Dolan, P.; Clark, E.M. Quality of life and neck pain in nurses. *Int. J. Occup. Med. Environ. Health* **2014**, *27*, 236–242. [CrossRef] [PubMed]
42. Staniūtė, M.; Brožaitienė, J. Assessment of health-related quality of life in depression patients compared with coronary artery disease patients and general population subjects. *Biol. Psychiatry Psychopharmacol.* **2008**, *10*, 3–6.
43. Staniūtė, M. Health related quality of life assessment using SF-36 questionnaire. *Biol. Psychiatry Psychopharmacol.* **2007**, *9*, 22–25.
44. Suer-Soler, R.; Grau-Martin, A.; Font-Mayolas, S.; Gras, M.E.; Bertran, C.; Sullman, M.J.M. Burnout and quality of life among Spanish healthcare personnel. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* **2013**, *20*, 305–313. [CrossRef] [PubMed]
45. Galatsch, M.; Li, J.; Derycke, H.; Müller, B.H.; Hasselhorn, H.M. Effects of Requested, Forced and Denied Shift Schedule Change on Work Ability and Health of Nurses in Europe. Results from the European NEXT-Study. *BMC Public Health* **2013**. [CrossRef] [PubMed]
46. Reeder, L.G.; Chapman, J.M.; Coulson, A.H. Socioenvironmental stress, tranquilizers and cardiovascular disease. *Proc. Excerpta Med. Int. Congr. Ser.* **1968**, *182*, 226–238.
47. Vanagas, G.; Axelsson, B.S. The factors associated to psychosocial stress among general practitioners in Lithuania. Cross-sectional study. *BMC Health Serv. Res.* **2005**. [CrossRef] [PubMed]
48. Gustainienė, L.; Bakšienė, V. Relationship among stresogenic aspects of work, social, and subjective health among medical personnel. *Public Health* **2008**, *2*, 47–55.
49. Šidlauskaitė-Stripeikienė, I.; Žemaitienė, N.; Klumbienė, J. Stress and social support relations in adults from districts of Lithuania. *Public Health* **2008**, *4*, 31–36.
50. Smets, E.M.; Garssen, B.; Bonke, B.; De Haes, J.C. The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *J. Psychosom. Res.* **1995**, *39*, 315–325. [CrossRef]
51. Lin, J.-M.S.; Brimmer, D.J.; Maloney, E.M.; Nyarko, E.; BeLue, R.; Reeves, W.C. Further validation of the Multidimensional Fatigue Inventory in a US adult population sample. *Popul. Health Metr.* **2009**. [CrossRef]
52. Stankus, A. The Multidimensional Fatigue Inventory. *Biol. Psychiatry Psychopharmacol.* **2007**, *9*, 86–87.

53. Hagelin, C.L.; Wengström, Y.; Runesdotter, S.; Fürst, C.J. The psychometric properties of the Swedish Multidimensional Fatigue Inventory MFI-20 in four different populations. *Acta Oncol.* **2007**, *46*, 97–104. [CrossRef] [PubMed]
54. Riad, W.; Mansour, A.; Moussa, A. Anesthesiologists work-related exhaustion: A comparison study with other hospital employees. *Saud. J. Anaesth.* **2011**, *5*, 244–247. [CrossRef] [PubMed]
55. Stankus, A. Validation of the Multidimensional Fatigue Inventory in patients with coronary artery disease. In Proceedings of the II KMU Institute of Psychophysiology and Rehabilitation Annual Conference, Palanga, Lithuania, 20 December 2002; p. 39.
56. Pukkaew, C. Assessment of the effectiveness of internet-based distance learning through the VClass e-Education platform. *IRROLD* **2013**, *14*, 255–276.
57. Reed, L.F.; Battistutta, D.; Young, J.; Newman, B. Prevalence and risk factors for foot and ankle musculoskeletal disorders experienced by nurses. *BMC Musculoskel. Disord.* **2014**. [CrossRef] [PubMed]
58. Arquaharson, B.; Bell, C.; Johnston, D.; Jones, M.; Schofield, P.; Allan, J.; Ricketts, I.; Morrison, K.; Johnston, M. Nursing stress and patient care: Real-time investigation of the effect of nursing tasks and demands on psychological stress, physiological stress, and job performance: Study protocol. *J. Adv. Nurs.* **2013**, *69*, 2327–2335. [CrossRef] [PubMed]
59. Gordon-Nesbitt, R.; Arts for Health. *Exploring the Longitudinal Relationship between Arts Engagement and Health*; Parkinson, C., Ed.; Arts for Health, Manchester Metropolitan University: Manchester, UK, 2015.
60. Bungay, H.; Vella-Burrows, T. The effects of participating in creative activities on the health and well-being of children and young people: A rapid review of the literature. *Perspect. Public Health* **2013**, *133*, 44–52. [CrossRef] [PubMed]
61. Jensen, A. Beyond the borders: The use of art participation for the promotion of health and well-being in Britain and Denmark. *Arts Health. Int. J. Res. Policy Pract.* **2013**, *5*, 204–215. [CrossRef] [PubMed]
62. Swindells, R.; Lawthorn, R.; Rowley, K.; Siddiquee, A.; Kilroy, A.; Kagan, C. Eudaimonic well-being and community arts participation. *Perspect. Public Health* **2013**, *133*, 60–65. [CrossRef] [PubMed]
63. Cameron, M.; Crane, N.; Ings, R.; Taylor, K. Promoting well-being through creativity: How arts and public health can learn from each other. *Perspect. Public Health* **2013**, *133*, 52–59. [CrossRef] [PubMed]
64. Broderick, S. Arts practices in unreasonable doubt? Reflections on understandings of arts practices in healthcare contexts. *Arts Health Int. J. Res. Policy Pract.* **2011**, *3*, 95–109. [CrossRef] [PubMed]
65. Stuckey, H.L.; Nobel, J. The Connection between Art, Healing, and Public Health: A Review of Current Literature. *Am. J. Public Health* **2010**, *100*, 254–263. [CrossRef] [PubMed]
66. Philipp, R.; Gibbons, N.; Thorne, P.; Wiltshire, L.; Burrough, J.; Easterby, J. Evaluation of a community arts installation event in support of public health. *Perspect. Public Health* **2015**, *135*, 43–48. [CrossRef] [PubMed]
67. Foresight Mental Capital and Wellbeing Project. *Mental Capital and Wellbeing: Making the Most of Ourselves in the 21st Century. Final Project Report*; The Government Office for Science: London, UK, 2008.
68. Aked, J.; Thompson, S. *Five Ways to Wellbeing. New applications, New Ways of Thinking*; NEF, NHS Confederation: London, UK, 2011.
69. Wright, P.R.; Pascoe, R. Eudaimonia and creativity: The art of human flourishing. *Camb. J. Educ.* **2015**, *45*, 295–306. [CrossRef]
70. Kilroy, A.; Garner, C.; Parkinson, C.; Kagan, C.; Senior, P. *Invest to Save: Arts in Health Evaluation. Exploring the Impact of Creativity, Culture and the Arts, on Health and Well-being*; Arts for Health, Manchester Metropolitan University: Manchester, UK, 2008.
71. Abdallah, S.; Mahony, S.; Marks, N.; Michaelson, J.; Seaford, C.; Stoll, L.; Thompson, S. *Measuring our Progress the Power of Well-being*; NEF: London, UK, 2011.
72. Rollins, J.; Sonke, J.; Cohen, R.; Boles, A.; Jiahan, L. *State of the Field Report: Arts in Healthcare*; Society for the Arts in Healthcare: Washington, DC, USA, 2009.
73. Maben, J.; Peccei, R.; Adams, M.; Robert, G.; Richardson, A.; Murrells, T.; Morrow, E. *National Institute for Health Research Service Delivery and Organization Programme. Exploring the Relationships between Patients' Experiences of Care and the Influence of Staff Motivation, Affect and Wellbeing*; National institute for health research, Service Delivery and Organisation Programme: London, UK, 2012.
74. Sonke, J.; Pesata, V.; Arce, L.; Carytsas, F.P.; Zemina, K.; Jokisch, C. The effects of arts-in-medicine programming on the medical-surgical work environment. *Arts Health* **2015**, *7*, 27–41. [CrossRef] [PubMed]

75. Bygren, L.O.; Weissglas, G.; Wikström, B.M.; Konlaan, B.B.; Grjibovski, A.; Karlsson, A.B.; Andersson, S.O.; Sjöström, M. Cultural participation and health: A randomized controlled trial among medical care staff. *Psychosom. Med.* **2009**, *71*, 469–473. [CrossRef] [PubMed]
76. Tuisku, K.; Pulkki-Råback, L.; Ahola, K.; Hakanen, J.; Virtanen, M. Cultural leisure activities and well-being at work: A study among health care professionals. *J. Appl. Arts Health* **2012**, *1*, 273–287. [CrossRef]
77. Munyewende, P.O.; Rispel, L.C.; Chirwa, T. Positive practice environments influence job satisfaction of primary health care clinic nursing managers in two South African provinces. *Hum. Resour. Health* **2014**. [CrossRef] [PubMed]
78. Repar, P.A.; Reid, S. Creatively Caring: Effects of Arts-Based Encounters on Hospice Caregivers in South Africa. *J. Pain Symptom Manag.* **2014**, *47*, 946–954. [CrossRef] [PubMed]
79. Huss, E.; Sarid, O. Visually transforming artwork and guided imagery as a way to reduce work related stress: A quantitative pilot study. *Arts Psychother.* **2014**, *41*, 409–412. [CrossRef]
80. Lin, S.C.; Tsai, K.W.; Chen, M.W.; Koo, M. Association between fatigue and Internet addiction in female hospital nurses. *J. Adv. Nurs.* **2013**, *69*, 374–383. [CrossRef] [PubMed]
81. McCarthy, V.J.C.; Power, S.; Greiner, B.A. Perceived occupational stress in nurses working in Ireland. *Occup. Med.* **2010**, *60*, 604–610. [CrossRef] [PubMed]
82. Fradelos, E.; Mpelegrinos, S.; Mparo, C.; Vassilopoulou, C.; Argyrou, P.; Tsironi, M.; Zyga, S.; Theofilou, P. Burnout syndrome impacts quality life nursing professionals. The contribution of perceived social support. *Prog. Health Sci.* **2014**, *4*, 102–109.
83. Gerikienė, V. *Work Satisfaction of Lithuanian Community Nurses in the Context of Primary Health Care Reform*; Doctoral Dissertation, Biomedical Sciences, LUHS: Kaunas, Lithuania, 2007.



© 2016 by the authors; licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC-BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

SUMMARY

Abbreviations

Max	–	Maximum value
MFI-20	–	The Multidimensional Fatigue Inventory
Min	–	Minimum value
n	–	Number of cases
p	–	Level of significance
SF-36	–	The Short Form-36 Health Survey Questionnaire
Stress scale	–	The Reeder Stress Assessment Scale
WEMWBS	–	Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale

Introduction and the relevance of the problem

European Union health policy aims to prevent illness and disease, promote healthier lifestyles and protect people from health threats. Poor population health has a negative impact on a country's productivity, work capacity and social capital in the state [216]. Health care facilities employ over 59 million workers globally, who are exposed daily to a complex variety of health and safety hazards [385]. The World Health Organization has emphasised, that there could be a shortage of 12.9 million healthcare workers by 2035 [382]. The high rate of nursing staff turnover is a major challenge for the health care system [104]. Nursing staff are often exposed to a variety of health and safety hazards on a daily basis that have a negative impact on their health and quality of care [6]. Hospital nurses' stress and fatigue has been subject to broad attention in the literature because of its immediate impact on patient safety [54]. There is a need to create workplaces where working practices promote nurses' health and well-being, implementing stress, fatigue and burnout prevention programmes in order to reduce nursing staff turnover [143]. Thus arts activities could be a tool to achieve these aims across the health care sector. Arts activities are important in educational programmes for nursing and other health care professionals, with the aims to increase their creativity, observation, diagnostic, communication skills and empathy [52, 90]. Participation in arts activity has a positive impact on workers' health, emotional exhaustion [362], creativity and work productivity [365] impacting on community building [147, 331]. Arts activity can be used as a tool to promote the well-being of healthcare staff [175, 335]. Art activity can help to promote health and reduce stress amongst nursing staff, which would be beneficial for quality of care delivery [314, 335].

Scientific novelty

There is a growing interest in the knowledge and practice of incorporating the arts into healthcare settings [5, 391]. In the scientific literature, there is a lack of studies exploring the impact of arts for health on health care staff promotion [150, 193, 380]. In this study, the impact of participation in arts activity on the health of nursing staff, perceived stress and fatigue, has been analysed. This study is the first research study on this topic across the Baltic States and is innovative in arts for health context, worldwide. Thus this study contributes to the development of arts for health research. The evaluation methods to analyse the impact of arts activity on people's health are very diverse [82]. The aim of this study, was to evaluate the subjective health, perceived stress, fatigue and the impact of participation in arts activity amongst nursing staff utilising four different instruments: SF-36; MFI-20; WEMWBS and Reeder Stress Scale. The research methods applied in this study are innovative in arts for health contexts not only in Lithuania, but also in the global arts for health context, and in the research of the nursing staff population.

The aim of the study

To evaluate the subjective health, perceived stress, fatigue and the impact of participation in arts activity, amongst nursing staff.

The objectives of the study

1. To examine the subjective health assessment, perceived stress and fatigue amongst nursing staff in Lithuania.
2. To identify the correlation between a health assessment, perceived stress and fatigue, and the socio-demographic characteristics and psychosocial work environment factors, amongst nursing staff in Lithuania.
3. To evaluate the impact of participation in arts activity on subjective health, perceived stress and fatigue amongst nursing staff.
4. To investigate the subjective health, perceived stress and fatigue assessments amongst nursing staff, according to their opinions around the impact of participation in arts activity.

Material and methods

General scheme of the study

The study consisted of:

- Pilot studies: Pilot study 1 and Pilot study 2, Pilot study 3
- Main study:

A survey among the nursing staff in Lithuania

A study of participation in arts activity impact on nursing staff health, perceived stress and fatigue in the county of Kaunas

The sample size and organization of the study

Pilot study 1, Pilot study 2 and Pilot study 3

Pilot study 1

In 2012, between September and November the pilot study was carried out at a hospital "A" in Vilnius. The research focused on a small cohort of 34 health care staff. Participants took part in silk painting activity (one silk painting activity, once a week), totalling 8 sessions (over an 8 week period). In each group, the same silk painting activity was carried out with the same professional artist. All of the sessions were free of charge and lasted for two hours. The sessions were carried out at participants work settings, but outside their regular work hours. A questionnaire was undertaken with all participants prior to the 1st silk painting session and at the end of the pilot prior to the final 8th silk painting session. In this pilot study, the permission to use the WEMWBS was obtained from the authors (©WEMWBS © NHS Health Scotland, University of Warwick and University of Edinburgh, 2006, all rights reserved)). A health translator and standard translator translated the WEMWBS into Lithuanian. It was then translated back by a translator who had not seen the original scale version, and two experts from the health and culture sectors. Then the translated scale version closest to the original scale was selected. Prior to this pilot study, the WEMWBS in Lithuanian language was given to 10 respondents (health care workers). Respondents understood scale statements well and no corrections were suggested. The WEMWBS was used in the further study. In this research, the Cronbach's alpha coefficient was 0.9.

Pilot study 2

In 2013, between September and November the pilot study was carried out at a hospital "B" and hospital C in Panevėžys. The research focused on a small cohort of 20 health care staff. Participants took part in silk painting activity (one silk painting activity, once a week), totalling 8 sessions (over an 8 week period). In each group, the same silk painting activity was carried out with the same professional artist. All of the sessions were free of charge and lasted for two hours. The sessions were carried out at participants work settings, but outside their regular work hours. A questionnaire was undertaken with all participants prior to the 1st silk painting session and at the end of the pilot prior to the final 8th silk painting session. The MFI-20 and Stress scale were used in this study. Respondents understood the MFI-20 and Stress scale statements well and no corrections were suggested. The MFI-20 and Stress scale were used in further study. MFI-20 (in this research, the Cronbach's alpha coefficient was 0.9) and Stress scale (in this research, the Cronbach's alpha coefficient was 0.8).

Pilot study 3

Before the study, to ensure the clarity and appropriateness of the survey questionnaire, a pilot survey with nursing staff ($n=10$) at the hospital "D" in Vilnius was carried out. The MFI-20, Stress scale, SF-36 and WEMWBS were used in the survey. All questionnaires were completed anonymously. Nursing staff understood the questionnaire well, with no corrections suggested and the questionnaire was used in this study.

Furthermore, before the study, a pilot survey with nursing staff ($n=10$) at the hospital "D", in Vilnius was carried out. The MFI-20, Stress scale, SF-36 and WEMWBS were used in the survey. The survey was carried out two times. At the second time of the survey, nursing staff weren't informed. The second survey was carried out one week after the first survey. All questionnaires were completed anonymously. In this research, the Cronbach's alpha coefficient for the questionnaire was 0.7. The measurement stability over time was checked by using a split-half test and evaluated by Spearman-Brown coefficient. In this study, the Spearman-Brown coefficient showed average reliability scores of 0.8. There were no corrections made in this questionnaire and this survey questionnaire was applied in the main study.

The plan of main study

The main study consisted of:

- The survey amongst the nursing staff in Lithuania (population group)
- The study of arts activity impact on nursing staff health, perceived stress and fatigue (the intervention group involved nursing staff who took part in arts activity and a control group of nursing staff who did not take part in arts activity, but took part in the study)

The survey among the nursing staff in Lithuania (population group)

The study was carried out during January and February 2015 in Lithuania. The target group of the study: nursing staff (nurse, nurse assistant, nurse administrator). The criteria for people to be involved in the population group were as follows: nursing staff by their position at work; working in this hospital; agreement to take part in the survey.

A general research set, was based on data provided by the Lithuanian Health Information Centre [205], in a study planning phase in 2012. According to the data of active personnel in Lithuania, specialists with higher medical education by a professional classifications nurses were – 22 796. The study sample size for the population group was calculated by the number of registered nursing staff. When preparing the sample in order to obtain larger sample representativeness, attention was paid towards probability sampling methods. In this study, the suggested sample size with a significance level of 95 was 393. The sample size was calculated in online sample size calculators [151, 326] where the suggested sample size was – 378. According to the literature [374] about the low response rates among medical staff and being aware that not every person would be able to participate in the survey, the sample size was increased, with a total number up to 500 of nursing staff.

Random sampling was used to select the nursing staff in Lithuania. To identify the hospitals in Lithuania to complete the survey, the nursing sample size was divided by the Lithuanian territory administrative distribution by county. From the ten Lithuanian counties, the five counties were randomly selected: Vilnius, Kaunas, Klaipėda, Šiauliai and Panevėžys. From these counties, the major hospitals in the centres were selected (hospital "F" in Vilnius, hospital "G" in Kaunas, hospital "H" in Klaipėda, hospital "I" in Šiauliai and hospital "J" in Panevėžys) with the following hospital

departmental structures: palliative care, surgery, therapeutic, emergency, obstetrics and intensive care. Then in each county, one major hospital in the centres was randomly selected. All the nurses (nurse, a nurse assistant, and nurse administrator) working in those major hospitals, in the following hospital departments – palliative care, surgery, therapeutic, emergency, obstetrics and intensive care; that agreed to participate in the study, and took part in the survey.

Prior to being given the questionnaires, people in the population group were introduced to the study aims, research content and questions, and the use of the final data. The questionnaire was given to the respondents; the time for filling them in was not limited. All people in the population group consented to take part in the study and anonymity was ensured. Participation in the study was voluntary. In this study, the 436 respondents were included in further data analysis. The response rate of survey in the population group was 85.5.

The study of participation in arts activity impact on subjective health, perceived stress and fatigue amongst nursing staff in the county of Kaunas (intervention and control groups)

Random sampling was used to select the nursing staff from Kaunas county. The hospital was randomly selected from hospitals across Kaunas county centre and Kaunas county district. The randomly selected hospital was the hospital E in the Kaunas county centre. The study was carried out during October and December 2014. In total there were 554 nursing staff, out of which 115 took part in the study. Participation in the study was voluntary. All respondents received written and verbal information about the aim and content of the study. All people in the intervention and control groups consented to take part in the study and anonymity was ensured.

There was an open call for participation in the study for people to be involved in intervention and control groups. An open call was announced in an organized meeting for hospital nursing staff, and via the hospital's communication tools. The criteria for people to be involved in the intervention and control groups were as follows: nursing staff by their position at work; working in this hospital; ability and availability to participate in the study; no previous participation in silk painting activity experience; agreement to take part in the study. After the completion of the intervention group, the control group was formed of nursing staff that did agree to take part in the study and worked in the same hospital departments as people in the intervention group. The study organizers offered a total of 60 places for the intervention group to take part in arts activity (silk painting activity). After-

wards, 56 members of nursing staff in the intervention group and 59 members of nursing staff in the control group (who did not participate in silk painting activity) registered.

Silk painting activities were offered once a week with five different timing options, and people in the intervention group could choose the most convenient day and time to attend the silk painting activity. Five groups were formed, four groups had 11 people and one group had 12 people. The silk painting activities were not art therapy sessions, but arts activity (“art for health” activity) – without a therapy approach, where nursing staff could experience the arts and engage with the silk painting activity, express their creativity, relax, socialize with colleagues, etc. In each group, a professional artist was leading the silk painting activity and was a member of a research team. Each person attended one silk painting activity once a week over a 10-week period. All activities were free of charge and lasted for two hours. The activities were carried out in the participants’ work settings, but outside their regular work hours. Nursing staff attended the silk painting activity regularly; those who were not able to participate on the selected day could join another activity in that same week. In each silk painting activity, nursing staff explored a different silk painting technique and created various artworks.

During the 1st activity, participants were introduced to silk painting theory, techniques, and materials and experimented with paints. Each participant in 2nd and 3rd activity painted on silk and created a scarf. In 4th and 5th activity, they created a large-scale scarf, and in the 6th and 7th activities, they created a painting. In 8th and 10th activity they created a final painting, which later was presented at a public exhibition in the municipal library and in the hospital. Silk painting was chosen for this study because of its flexibility in techniques, because the participants do not need to have a particular knowledge and skill in painting and because results can be achieved quickly. Furthermore, the findings of a pilot study 1 and 2, had shown the positive impact of silk painting activity on medical staff well-being, due to this the silk painting activity was applied in this study.

The survey questionnaires were filled in by all people in the intervention and control groups prior to the first silk painting activity and at the end of the study, before the final silk painting activity. Prior to being given the questionnaires, the intervention and control groups were introduced to the study aims, research content and questions, and the use of the final data. The questionnaire was given to the respondents; the time for filling them in was not limited. In the intervention group there were no unanswered or incomplete questions, while in control group after the study, four question-

naires were incomplete (55 questionnaires were included in further data analysis).

Survey questionnaire

Data was collected using a survey questionnaire which contained questions on socio-demographic data, psychosocial work environment factors [155, 156, 301] and the arts experience; the WEMWBS, the SF-36, the Stress scale and the MFI-20.

The WEMWBS [358] has demonstrated good validity and reliability with general, clinical and community populations [140, 174, 206, 207, 315, 338]. The WEMWBS comprises 14 items that relate to an individual's subjective mental well-being over the previous two weeks. Each of the 14 item responses in WEMWBS are scored from 1 (none of the time) to 5 (all of the time) and an overall scale score is calculated by totalling the 14 individual item scores. The minimum score is 14 (very poor) and the maximum is 70 (very good). In this study the Cronbach's alpha coefficient for WEMWBS was 0.9 (very good).

The SF-36 [378] has been validated and used as a generic measure of health status in different target groups such as general population, clinical and medical staff [12, 38, 46, 88, 112, 118, 128, 137, 144, 166, 174, 177, 206, 228, 287, 322, 336, 349]. SF-36 relates to an individual's subjective general health over the previous month. The questionnaire is composed of 36 questions that are grouped into eight subscales: Physical functioning, Role limitations (physical problems), Bodily pain, General health, Vitality/Energy, Social functioning, Role limitations (emotional problems), and Emotional well-being. Respondents rate each item question in increasing order (from 1 to 6). Variants of answers for the items questions were converted into standardized points, when 0=the lowest score (very poor) and 100=the highest score (excellent). In this study the Cronbach's alpha coefficient for SF-36 was 0.9 (very good).

The Stress scale [308] has been validated and used in different target groups such as general population and medical staff [138, 173, 174, 226, 246, 308, 309, 353, 374, 395]. The Stress scale comprises seven items that relate to an individual's psychosocial stress over the previous month. Each of the seven item responses is scored from 1 (strongly agree) to 4 (strongly disagree) and an overall scale score is calculated by totalling the seven individual item scores. The minimum score is 7 (very poor) and the maximum is 28 (very good). In this study the Cronbach's alpha coefficient for Stress scale was 0.8 (good). In this study, when describing the data,

score from 21–28 (no stress), from 15–20 (average – nervous tension – middle condition), from 7–14 (stressful condition).

The MFI-20 [333] has been validated and used in different target groups such as general population, clinical and medical staff [140, 174, 206, 207, 315, 338]. The MFI-20 comprises five subscales: General fatigue, Physical fatigue, Mental fatigue, Reduced activity, and Reduced motivation. Each subscale includes four items with 5-point Likert scales (1 – strongly agree, 5 – strongly disagree). Variants of answers for the scale questions were converted into standardized points, when 0= the lowest score (very good) and 100= the highest score (very poor, indicating greater fatigue). In this study the Cronbach's alpha coefficient for MFI-20 was 0.9 (very good).

Research ethics

Permission to conduct the study was obtained from the hospital administration, the ethics committee, the nurse managers at relevant departments and the questionnaire was approved by the Kaunas Region Biomedical Research Ethics Committee (number BE-2-50).

Statistical Data Analysis

Statistical data analysis was undertaken. The data were tested for normal distribution using the Kolmogorov-Smirnov test, and the null hypothesis about normal distribution was rejected. Statistical data analysis included: descriptive statistics (frequency, percentage, median, min, max, 25th and 75th percentiles).

Non-parametric statistics analysis: the differences in the total scores in SF-36, MFI-20 subscales, WEMWBS and Stress scale between the groups at baseline/at post-intervention were calculated using a Man Whitney U Test for two independent samples and the differences in the total scores in SF-36, MFI-20 subscales, WEMWBS and Stress scale between baseline and post-intervention for were calculated using a Wilcoxon signed-ranks test for two related samples.

Fisher's exact test [242] was used to evaluate the statistical significance of the difference between the answers of the questionnaire. The level of significance was set at $p < 0.05$. Cronbach's Alpha (Cronbach's Alpha coefficient, α) was computed to examine the internal consistency of the questionnaire [303, 377], $\alpha \leq 0.6$ – not acceptable, $0.7 \leq \alpha < 0.8$ acceptable, $0.8 \leq \alpha < 0.9$ good, $\alpha \geq 0.9$ – very good.

Measurements were conducted to assess the stability of re-survey (Test-retest). The measurement stability over time was checked by using a split-half test and evaluated by Spearman-Brown's coefficient. Spearman-

Brown's enhanced reliability coefficient value close to Cronbach's alpha coefficient value, means that the answers to individual questions dispersions are similar [302]. Spearman-Brown's coefficient of 0.8 indicates adequate measures construct stability [275]. Survey data were processed using the statistical software IBM SPSS Statistics 22 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) and MS Excel 2013.

Results

Demographic and social characteristics of intervention (n=56), control (n=59) and population (n=436) groups, showed that all persons in groups were females and the majority of people in groups had vocational and higher-non-university education. By position at work, the majority of persons in groups were nurses, aged 40 to 54 years with work experience ranging from 21≤years.

The majority of people in both groups worked in the surgery department with work experience at this hospital ranging from 21 ≤ years. The majority of the respondents had a full working time working time position at work and worked on a rotating shift. The majority of groups stated that their work was often physically exhausting and emotionally difficult (Table 1).

Table 1. Demographic and social characteristics of groups.

Characteristics	Intervention group, %	Control group, %	Population group, %
Gender Female	100	100	100
Age in groups (years)	*		
21–24	12	3	4
25–39	20	15	19
40–54	57	56	60
55–70	11	25	17
Education	*		
Secondary	16	12	8
Vocational ***	29	51	60
Higher non-university	30	24	25
Higher university	25	13	8
Position at work	*	**	
Nurse	70	81	90
Nurse assistant	30	19	10

Table 1. Continued

Characteristics	Intervention group, %	Control group, %	Population group, %
Work experience at this position at work	*		
1–5	27	15	14
6–10	27	14	14
11–15	5	8	8
16–20	14	19	16
21≤	27	44	48
Work experience at this hospital (years)	*	**	
1–5	27	25	14
6–10	25	20	12
11–15	7	8	9
16–20	12	15	17
21≤	29	31	48
Department	*	**	
Palliative care	21	22	–
Surgery	34	31	49
Therapeutic	18	14	7
Emergency	11	15	12
Obstetrics	7	8	11
Intensive care	9	10	21
Personal workload in this hospital		**	
0.6–1.0 full working time	52	46	62
More than 1.1–1.5 full working time	48	54	38
Work shift	*	**	
Day	41	34	29
Night	7	14	6
24-h	2	8	16
Rotating	50	44	49
Work is physically exhausting			
Rarely	9	7	11
Sometimes	18	34	28
Often	48	37	33
Always	25	22	28
Work is emotionally difficult			
Rarely	2	7	4
Sometimes	14	29	23
Often	43	35	39
Always	41	29	34

Note: * – there were statistically reliable differences between the intervention and population groups ($p < 0.05$); * – there were statistically reliable differences between the control and population groups ($p < 0.05$); *** – this is nursing education for those that graduated from medical school before 2001. All medical schools became colleges after the education reform, some courses were closed down for good and others were reformed.

The health assessment in the population group

The results of nursing staff in the population group revealed, that nursing staff evaluated their health as an average: every second person in the population group evaluated their general health, vitality/energy and 43.8% emotional well-being at an average score (Table 2), see the median scores of the subjective health assessment amongst nursing staff in the population group (Table 3).

Table 2. The health assessment in the population group (n=436)

Subscale/scale	Scores, %					
	Extremely poor	Very poor	Poor	Average	Good	Excellent
Physical functioning	0.5	0.9	5.3	16.1	53.0	24.3
General health	–	3.0	34.9	55.5	6.4	–
Vitality/Energy	–	0.5	21.3	55.0	22.2	0.9
Social functioning	–	0.7	10.3	23.4	40.1	25.5
Bodily pain	0.2	2.1	14.9	22.0	30.5	30.3
Role limitations (physical problems)	3.9	6.4	7.6	15.1	–	67.0
Role limitations (emotional problems)	3.7	–	6.4	13.1	–	76.8
Emotional wellbeing	–	0.9	10.6	43.8	40.6	4.1
WEMWBS	–	–	1.1	33.7	65.1	–

Table 3. The total scores in SF-36 and WEMWBS in the population group (n=436)

Subscale/scale	Scores			
	Median	25 th percentile	75 th percentile	Min/Max
Physical functioning	90	80	95	0/100
General health	55	45	65	5/95
Vitality/Energy	65	55	75	25/100
Social functioning	78	67	100	11/100
Bodily pain	78	56	100	0/100
Role limitations (physical problems)	100	75	100	0/100
Role limitations (emotional problems)	100	100	100	0/100
Emotional wellbeing	72	60	84	20/100
WEMWBS	54	49	58	28/70

The correlation between a health assessment and the socio-demographic characteristics and psychosocial work environment factors in the population group

Nursing staff, with 1–10 years' work experience at this hospital, evaluated their vitality/energy, emotional well-being and mental well-being better than nursing staff with 11–20 years' work experience. Respondents, with 1–10 years' work experience at this hospital, evaluated their general health better than group with 21 years and more. Nursing staff, with 11–20 years' work experience at this hospital, evaluated their vitality/energy, social functioning, emotional and mental well-being worse than group with 21 years and more ($p<0.05$).

Nursing staff, with 1–10 years' work experience at this position, evaluated their general health better than group with 21 years and more. Nursing staff, with 11–20 years' work experience at this position, evaluated their vitality/energy, emotional and mental well-being worse than persons in a group from 21 years and more. Persons, working on a nightshift, evaluated their vitality/energy, general health and emotional well-being worse than persons working on a rotating shift. Nursing staff, working on a dayshift, evaluated their general health, energy/vitality, and bodily pain, emotional and mental well-being better than a nightshift group. Nursing staff, who had more than a full working time position at work, evaluated their physical activity better than nursing staff, who had 0.6–1.0 full working time position at work ($p<0.05$).

Persons in the population group, who had arts activity experience in 2014, evaluated their mental well-being better than persons who had not ($p<0.05$). Nursing staff, who was satisfied with their general life and work, evaluated their physical functioning, general health, energy/vitality, social functioning, bodily pain, emotional and mental well-being better than persons who were dissatisfied ($p<0.02$).

Nursing staff, who disagree that their work is physically exhausting, evaluated their physical activity, general health, energy/vitality, social functioning and emotional well-being better than persons who agree with this statement ($p<0.05$). The nursing staff, who felt a stronger sense of community at work, evaluated their general health, vitality/energy, social functioning, emotional and mental well-being better than persons who did not feel ($p<0.04$). Nursing staff, who experienced stress and nervous tension at work, evaluated their general health, vitality/energy, social functioning, mental and emotional well-being worse than persons who did not experience ($p<0.02$).

Perceived stress and fatigue in the population group

38.5% of nursing staff in the population group evaluated their general and 36.9% physical fatigue at an average. Every second person of nursing staff in the population group evaluated their reduced motivation, 37.4% mental fatigue and 43.1% reduced activity as good. 42.2% of nursing staff experience nervous tension daily (Table 4) and 20.4% – stressful condition daily (Table 4.1). The median scores of the subjective health assessment amongst nursing staff in the population group (Table 5).

Table 4. *The perceived fatigue in the population group (n=436)*

Subscale	Scores, %					
	Extremely poor	Very poor	Poor	Average	Good	Excellent
General fatigue	1.6	2.3	14.4	38.5	30.5	12.6
Physical fatigue	1.1	0.7	13.1	36.9	33.3	14.9
Reduced motivation	0.7	–	7.8	32.1	48.2	11.2
Mental fatigue	0.5	0.5	10.1	30.7	37.4	20.9
Reduced activity	0.5	0.2	8.3	33.7	43.1	14.2

Table 4.1. *The perceived stress in the population group (n=436)*

	Stressful condition	Nervous tension	No stress
Stress scale	20.4	42.2	37.4

Table 5. *The total scores in MFI-20 and Stress scale in the population group.*

Subscale/scale	Scores			
	Median	25 th percentile	75 th percentile	Min/Max
General fatigue	31	19	50	0/100
Physical fatigue	31	13	50	0/100
Reduced motivation	25	13	44	0/100
Mental fatigue	25	6	44	0/100
Reduced activity	25	13	44	0/100
Stress scale	19	15	22	7/28

The correlation between perceived stress and fatigue assessments and the socio-demographic characteristics and psychosocial work environment factors in the population group

Nursing staff, with 1–10 years' work experience at this hospital, evaluated their general and physical fatigue, reduced activity better than group with 11–20 years. Respondents, with 11–20 years' work experience at this hospital and at this position, evaluated their general, physical and mental fatigue, reduced activity and perceived stress worse than respondents with 21 years and more.

Persons, working on a nightshift, evaluated their general and physical fatigue, reduced activity and motivation and perceived stress worse than persons working on a rotating shift. Nursing staff, working on a dayshift, evaluated their general and physical fatigue, reduced motivation and activity better than a nightshift group. Nursing staff, who had more than a full working time position at work, evaluated their physical fatigue better than people who had 0.6–1.0 full working time position at work ($p<0.05$).

Nursing staff, who was satisfied with their general life and work, evaluated their general and physical fatigue, reduced motivation and activity and perceived stress better than persons who were dissatisfied ($p<0.02$). Nursing staff, who disagree that their work is physically exhausting and emotionally difficult, evaluated their perceived stress better than persons who agree with this statement ($p<0.05$). Persons, who felt a stronger sense of community at work, evaluated their general, physical and mental fatigue, reduced activity and motivation and perceived stress better than persons

who did not feel (p<0.04). Nursing staff, who experienced stress and nervous tension at work, evaluated their general, physical and mental fatigue, reduced activity and perceived stress worse than persons who did not experience (p<0.02).

The impact of arts activity on subjective health and perceived stress and fatigue amongst nursing staff

The results of energy/vitality in the intervention group after the arts activity was better than before arts activity (p<0.01). The intervention group evaluated their general health, bodily pain, social functioning, emotional well-being and WEMWBS after arts activity better than before arts activity. The results of physical functioning tended to be worse after the arts activity when compared results prior arts activity. After arts activity, the control group evaluated their social functioning, emotional well-being and WEMWBS worse than before arts activity.

After arts activity, the intervention group evaluated their emotional well-being better than the control group (p<0.01). After arts activity, a tendency in the intervention group was observed, noting better results in general health, vitality/energy, social functioning and WEMWBS when compared to the results of the control group (Figure 1, Table 6).

Moreover, after arts activity, the nursing staff in the intervention group, evaluated their health better, felt happier and loved, were less nervous, calm and peaceful and their life was meaningful more often than the control group. The nursing staff after the arts activity in the intervention group, felt loved and were interested in other people, felt part of community and safe at work, were able to relax after work more often and resolved their work problems more often than the control group. After arts activity, the control group, evaluated their health as worse, due to emotional and physical problems spend less time at work or elsewhere, their life was less meaningful, they were less optimistic, less calm and peaceful, and felt loved more rarely than the control group (p<0.05).

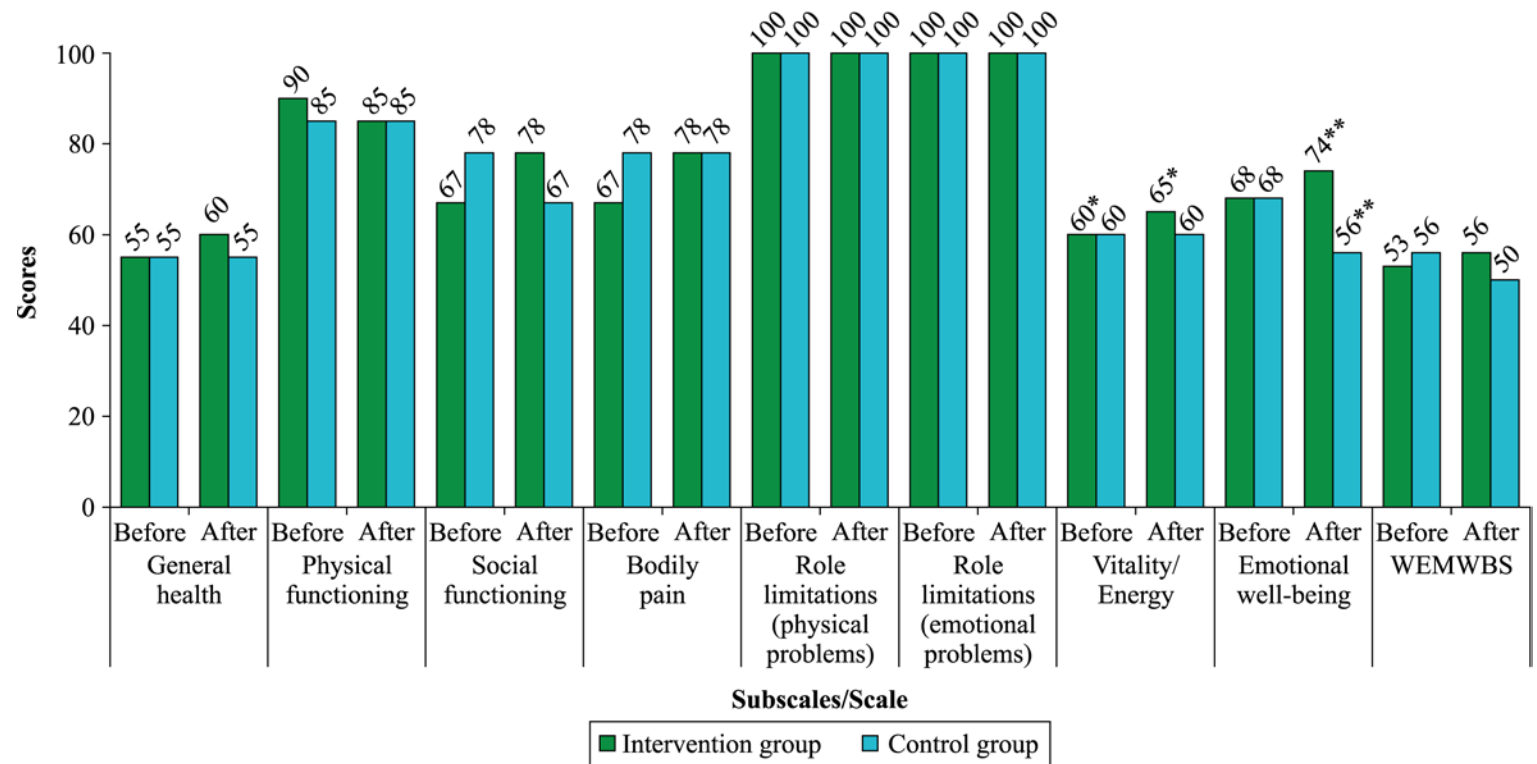


Figure 1. The total scores of SF-36 subscales and WEMWBS in intervention and control groups before arts activity and after arts activity.

Notes: * – the difference of the indicators is statistically reliable: * – the differences between baseline and post-intervention in the intervention group ($p < 0.01$); ** – the differences between intervention group and control group at post-intervention ($p < 0.01$).

Table 6. The total scores of SF-36 subscales and WEMWBS in intervention and control groups before arts activity and after arts activity.

Subscale/scale	The intervention group						The control group					
	Before arts activity (n=56)			After arts activity (n=56)			Before arts activity (n=59)			After arts activity (n=55)		
	25 th percen- tile	75 th percen- tile	Min/ max	25 th percen- tile	75 th percen- tile	Min/ max	25 th percen- tile	75 th percen- tile	Min/ max	25 th percen- tile	75 th percen- tile	Min/ max
Physical functioning	80	95	35/100	75	94	25/ 100	80	95	30/100	70	100	40/100
General health	45	65	25/90	50	65	0/95	45	70	20/85	50	60	20/90
Vitality/Energy	45	70	20/80	56	75	30/95	50	75	35/95	50	70	30/95
Social functioning	56	89	22/100	67	89	22/100	67	89	33/100	56	89	22/100
Bodily pain	56	78	11/100	67	78	22/100	56	100	22/100	56	89	33/100
Role limitations (physical problems)	50	100	0/100	75	100	0/100	75	100	0/100	75	100	0/100
Role limitations (emotional problems)	67	100	0/100	67	100	0/100	100	100	0/100	67	100	0/100
Emotional wellbeing	56	79	24/88	60	84	28/92	56	80	24/100	48	76	36/100
WEMWBS	47	57	36/66	49	58	34/64	48	58	31/65	44	58	29/70

After arts activity the intervention group, evaluated their general fatigue better than before the arts activity ($p<0.03$). The results of stress, mental and physical fatigue and reduced motivation after arts activity in the intervention group, tended to be better than before the arts activity. After the arts activity, the intervention group, evaluated their reduced activity as worse than before the arts activity. After arts activity, the results of reduced activity in the control group were worse than before arts activity ($p<0.05$). A tendency in the control group was observed, noting worse results in stress, general, mental and physical fatigue and reduced motivation when compared to the results prior to the arts activity. The results of stress, physical, mental and general fatigue and reduced activity and motivation in intervention group tended to be better than in the control group (Figure 2, Table 7). Furthermore, after the arts activity, the nursing staff in the intervention group were able to concentrate and keep attention better and felt less nervous than the control group ($p<0.05$).

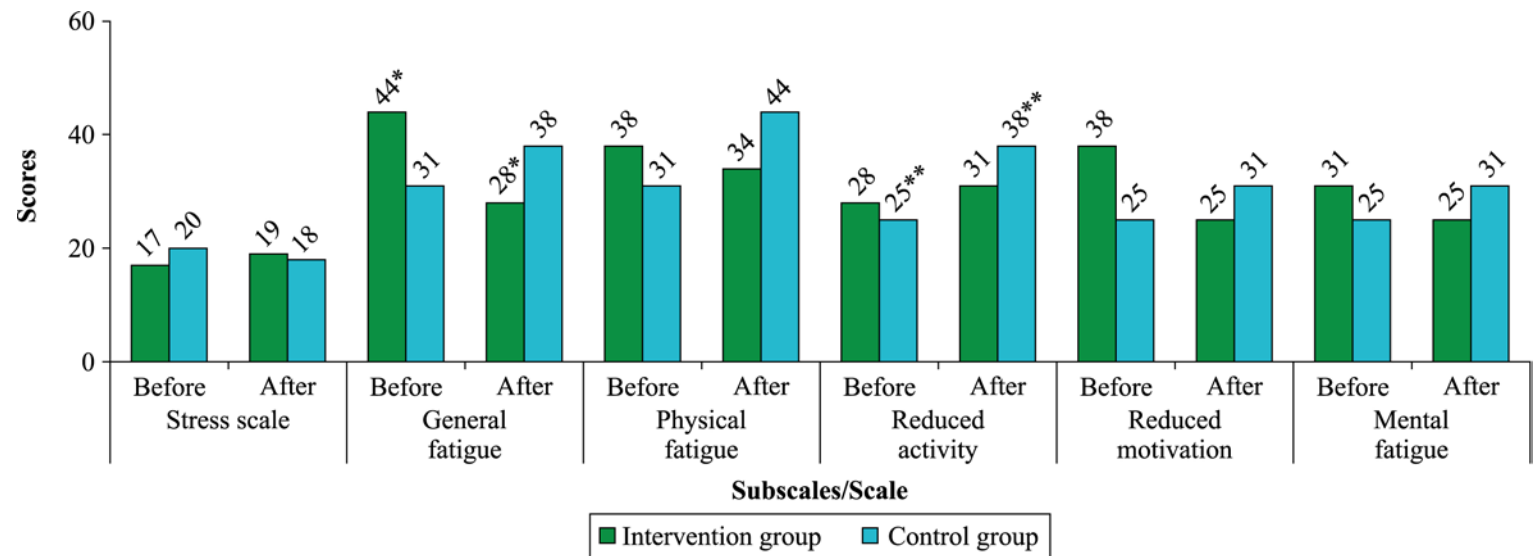


Figure 2. The total scores of MFI-20 subscales and Stress scale in intervention and control groups before arts activity and after arts activity.

Notes: * – the difference of the indicators is statistically reliable: * – the differences between the baseline and after arts activity in the intervention group ($p < 0.03$); ** – the differences between the baseline and after arts activity in the control group ($p < 0.05$).

Table 7. The total scores of MFI-20 subscales and Stress scale in intervention and control groups before arts activity and after arts activity.

Subscale/scale	The intervention group						The control group					
	Before arts activity (n=56)			After arts activity (n=56)			Before arts activity (n=59)			After arts activity (n=55)		
	25 th percent- tile	75 th percent- tile	Min/ max	25 th percent- tile	75 th percent- tile	Min/ max	25 th percent- tile	75 th percent- tile	Min/ max	25 th percent- tile	75 th percent- tile	Min/ max
General fatigue	25	50	0/94	13	50	0/100	13	50	0/81	25	50	0/100
Physical fatigue	13	50	0/100	13	50	0/100	6	38	0/88	13	50	0/100
Reduced motivation	25	50	0/75	13	50	0/81	6	38	0/75	13	50	0/63
Mental fatigue	20	50	0/75	19	50	0/69	0	44	0/75	13	50	0/100
Reduced activity	13	44	0/75	19	50	0/100	6	44	0/75	13	50	0/100
Stress scale	15	19	11/26	16	22	10/25	14	23	9/26	14	21	10/27

Afterwards, 92.9% of nursing staff in the intervention group enjoyed arts activity and 75.0% wished to continue silk painting in the future. The majority of the intervention group reported that the arts activity had a positive impact on: reducing work related stress (76.8%), improving general health and well-being (67.9%), improving mood/sense of happiness (75.0%), reducing work related fatigue (physical and mental) (60.7%), increasing work productivity (50.0%), community building (60.7%) with 60.7% of the intervention group wanting to attend various art events more often than they used to. The range of positive emotions experienced by nursing staff in the intervention group were expressed as "inspiring", "joyful", "exciting", "community building", and persons stated that they felt happy and relaxed throughout their engagement in arts activity. No negative experiences of the participation in arts activity were stated.

**The subjective health, perceived stress and fatigue assessments
amongst nursing staff, according to their opinions around
the impact of participation in arts activity**

Nursing staff, who wished to continue silk painting in the future, evaluated their mental well-being, general and mental fatigue better than nursing staff who did not identify this impact. Nursing staff, who experienced a positive arts activity impact on their general health, evaluated their vitality/energy, perceived general and physical fatigue better than nursing staff who did not identify this impact. Nursing staff, who experienced a positive arts activity impact on their mood, evaluated their mental well-being better than nursing staff who did not acknowledge this impact ($p < 0.05$).

Respondents in the intervention group, who experienced a positive arts activity impact on their relationships with colleagues at work, evaluated their emotional and mental well-being, perceived general and mental fatigue, and reduced motivation better than persons who did not experience this impact. Nursing staff, who experienced greater relaxation and decrease in perceived stress after arts activity, evaluated their reduced motivation better than persons who did not state this impact. Persons, who experienced increased work productivity after arts activity, evaluated their general fatigue better than persons who did not identify this impact. Nursing staff, who felt a stronger sense of community at work, evaluated their perceived stress better than persons who did not acknowledge this impact ($p < 0.05$).

Conclusions

1. Results of an evaluation of the subjective health amongst nursing staff in Lithuania were poor. Half of respondents evaluated their general health at an average score, every third person – as poor. One fifth of the nursing staff evaluated their energy/vitality as poor. The majority of nursing staff evaluated their physical activity, social functioning, the role limitations (emotional and physical problems) and bodily pain as very good. 65.1% of nursing staff evaluated their mental health as good. More than a half of the respondents experienced a severe or an average level of general and physical fatigue. One fifth of the nursing population experienced a stressful condition daily.
2. The socio-demographic characteristics and psychosocial work environment factors were related to the subjective health assessment, perceived stress and fatigue amongst nursing staff. Nursing staff with 11–20 years' work experience at this hospital, and nursing staff working a night shift, experienced greater stress and fatigue, and evaluated their physical and mental health as worse than nursing staff, working a dayshift or those, who had 1–10 years or $21 \leq$ years' work experience. The satisfaction with life and work, a sense of community at work, less physically exhausting and emotionally difficult work and a lesser degree of nervous tension at work, were related to a better physical and mental health, and lower levels of perceived stress, general and physical fatigue.
3. Participation in arts activity had a positive impact on a general health and perceived fatigue amongst nursing staff. The nursing staff evaluated their vitality/energy ($p < 0.01$) and perceived general fatigue ($p < 0.03$) after an arts activity, better than prior to an arts activity. After an arts activity, the control group were less active than prior to an arts activity ($p < 0.05$). After an arts activity, the intervention group evaluated their emotional well-being higher than the control group ($p < 0.01$), while prior to an arts activity the results were similar in both groups.
4. Nursing staff, who declared that the participation in the arts activity was a positive experience, perceived a greater impact of the arts activity. Nursing staff, who experienced a positive impact of the arts activity on their general health, had more energy and evaluated their perceived fatigue better than nursing staff, who did not acknowledge this impact. Nursing staff, who experienced a positive impact of the arts activity on their mood and relationships with colleagues at work, evaluated their

mental health and perceived fatigue, better than the nursing staff who did not identify this impact. Nursing staff, who stated a positive impact of the arts activity on increased sense of community at work, evaluated their perceived stress more positively than nursing staff who did not identify this impact.

Recommendations

The study findings suggest, that arts activity as a workplace intervention, can be used to promote nursing staff health, help to reduce stress and fatigue, manage occupational stress and health risks at work, and strengthen organizational well-being and a sense of community.

Strategic cross-sectorial collaboration is recommended at policy level between health and social care sectors, exploring funding possibilities for the implementation of arts for health activity and further arts for health research in health care institutions, with the aim of promoting health, reducing stress and fatigue amongst nursing staff and potentially retaining a motivated workforce.

PRIEDAI

1 priedas

Kontrolinės grupės ir išplėstinės populiacijos grupės tyrimo anketa prieš meninės veiklos programą

1. Jūsų lytis (pažymėkite):

- ☐ Moteris
- ☐ Vyras

2. Jūsų amžius (įrašykite pilnai suėjusių metų skaičių):

_____ m.

4. Kokiam skyriuje šioje darbovietėje Jūs dirbate (įvardinkite):

6. Jūsų darbo stažas šioje darbovietėje metais (pažymėkite):

- ☐ Iki 5 m.
- ☐ 6-10 m.
- ☐ 11-15 m.
- ☐ 16-20 m.
- ☐ 21 m. ir daugiau

8. Kokiu darbo grafiku Jūs dirbate (pažymėkite):

- ☐ Dieninėje pamainoje
- ☐ Naktinėje pamainoje
- ☐ Visą parą
- ☐ Įvairiai

3. Jūsų išsilavinimas (pažymėkite):

- ☐ Vidurinis
- ☐ Aukštesnysis
- ☐ Aukštasis neuniversitetinis
- ☐ Aukštasis universitetinis

5. Jūsų užimamos pareigos šioje darbovietėje (pažymėkite):

- ☐ Slaugytoja/-as
- ☐ Slaugytojo/-os padėjėja/-as
- ☐ Slaugos administratorė/-ius
- ☐ Kita (įvardinkite): _____

7. Jūsų darbo stažas šiose pareigose metais (pažymėkite):

- ☐ Iki 5 m.
- ☐ 6-10 m.
- ☐ 11-15 m.
- ☐ 16-20 m.
- ☐ 21 m. ir daugiau

9. Kokiu etatiniu krūviu Jūs dirbate (pažymėkite):

- ☐ Iki 0,5 etato
- ☐ Nuo 0,6 iki 1,0 etato
- ☐ Nuo 1,1 iki 1,5 etato
- ☐ Kita (įvardinkite): _____

10. Ar Jūs šiais metais dalyvavote kokioje nors meninėje veikloje (pvz., dailės, muzikos, šokio, kt.)? (pažymėkite Jūsų pasirinktą atsakymo variantą):

- ☐ Ne
- ☐ Taip (įvardinkite kokioje): _____

11. Ar ateityje Jūs norėtumėte sudalyvauti kokioje nors meninėje veikloje rengiamoje Jūsų darbovietėje (pvz., dailės, muzikos, šokio, teatro kt.)? (pažymėkite Jūsų pasirinktą atsakymo variantą):

- ☐ Ne
- ☐ Taip (įvardinkite kokioje): _____

Toliau anketoje pateikti klausimai apie Jūsų sveikatą per pastarąjį mėnesį, kaip Jūs jaučiatės ir kaip galite atlikti kasdienę veiklą (kiekvienam klausimui pažymėkite vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą).

12. Ar galite apskritai sakyti, kad Jūsų sveikata yra:

- ☐ Puiki
☐ Labai gera
☐ Gera
☐ Nebloga
☐ Bloga

13. Ar Jūs patenkintas/-a dabartiniu savo gyvenimu

- ☐ Visiškai nepatenkintas/-a
☐ Nepatenkintas/-a
☐ Nei patenkintas/-a, nei nepatenkintas/-a
☐ Patenkintas/-a
☐ Visiškai patenkintas/-a

14. Kaip dažnai Jūs patiriate stresą, jaučiate nervinę įtampą ne darbo metu?

- ☐ Nuolat
☐ Dažnai
☐ Kartais
☐ Retai
☐ Niekada

15. Pagal lentelėje pateiktus teiginius apie Jūsų sveikatą per pastarąjį mėnesį įvertinkite, kaip Jūs sutinkate, nesutinkate: (kiekvienoje teiginių grupėje pažymėkite vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą)

Teiginys	Visiškai nesutinku	Nesutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Sutinku	Visiškai sutinku
Man atrodo, kad aš labiau linkęs/-usi sirgti negu kiti žmonės	1	2	3	4	5
Aš esu toks/-ia sveikas/-a, kaip ir kiti mano pažįstami	1	2	3	4	5
Aš manau, kad mano sveikata blogės	1	2	3	4	5
Mano sveikata yra puiki	1	2	3	4	5

16. Šie klausimai yra apie veiklą, kurią Jūs atliekate kasdien. Ar Jūsų sveikata riboja kasdieninę Jūsų veiklą, jeigu taip, kiek riboja? (prašome kiekvienoje teiginių grupėje pažymėti vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą)

Teiginys	Taip, labai riboja	Taip, truputį riboja	Ne, neriboja visai
Energinga veikla, tokia kaip bėgimas, sunkių daiktų kėlimas, kt.	1	2	3
Vidutinio sunkumo veikla, tokia kaip stalo perstūmimas, valymas dulkių siurbliu, kt.	1	2	3
Kėlimas ir nešimas maisto prekių	1	2	3
Lipimas keletą aukštų laiptais	1	2	3
Lipimas vieną aukštą	1	2	3
Pasilenkimas, klūpojimas ar stovėjimas	1	2	3
Ėjimas daugiau negu 1,5 kilometro	1	2	3
Ėjimas pusę kilometro	1	2	3
Ėjimas 100 metrų	1	2	3
Prausimasis ir apsirengimas	1	2	3

17. Kaip Jūsų fizinė sveikata ar emocinės problemos trukdė Jums bendrauti su šeima, draugais, kaimynais ar kitomis žmonių grupėmis per pastarąjį mėnesį? (prašome pažymėti vieną atsakymo variantą)

- ☐ Ne, visiškai ne
☐ Nedaug
☐ Vidutiniškai
☐ Gana nemažai
☐ Ypatingai

18. Kokio intensyvumo būdavo kūno skausmai per pastarąjį mėnesį? (prašome pažymėti vieną atsakymo variantą)

- ☐ Nebuvo
☐ Labai silpni
☐ Silpni
☐ Vidutinio intensyvumo
☐ Stiprūs
☐ Labai stiprūs

19. Kaip per pastarąjį mėnesį skausmas turėjo įtakos Jūsų įprastam darbui (įskaitant namų ruošą ir darbą ne namie)? (prašome pažymėti vieną atsakymo variantą)

- ☐ Ne, visai ne
☐ Labai nedaug
☐ Vidutiniškai
☐ Gana nemažai
☐ Ypatingai

20. Ar per pastarąjį mėnesį Jūs apribojote savo darbo ir kitas reguliarias kasdienes veiklas dėl fizinės sveikatos sutrikimų? (kiekvienam klausimui pažymėkite vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą)

Klausimas	Taip	Ne
Mažiau laiko praleidote darbe ar kitur	0	1
Atlikote mažiau negu norėtumėte	0	1
Apribojote darbo rūšį ar kitą veiklą	0	1
Iškilo sunkumų atliekant darbą ar kitą veiklą (pvz., reikia daug daugiau pastangų)	0	1

21. Ar per pastarąjį mėnesį Jūs apribojote savo darbo ir kitas reguliarias kasdienes veiklas dėl atsiradusių emocinių sutrikimų (depresiško, nerimo)? (kiekvienam klausimui pažymėkite vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą)

Klausimas	Taip	Ne
Mažiau laiko praleidote darbe ar kitur	0	1
Atlikote mažiau negu norėtumėte	0	1
Neatlikote darbo ar kitų užduočių taip rūpestingai, kaip paprastai	0	1

22. Šie klausimai yra apie Jūsų savijautą ir kaip Jūs ją apibūdintumėte per pastarąjį mėnesį (kiekvienam klausimui pasirinkite vieną atsakymo variantą, pagal tai, kaip dažnai Jūs):

Klausimas	Visada	Dažniausiai	Kartais	Retkarčiais	Retai	Niekada
Jautėte gyvenimo pilnatvę?	6	5	4	3	2	1
Buvote labai nervingas/-a?	6	5	4	3	2	1
Jautėtės tokios blogos nuotaikos, kad niekas negalėjo Jūsų pralinksminti?	6	5	4	3	2	1
Jautėtės ramus/-i ir taikus/-i?	6	5	4	3	2	1
Turėjote daug energijos?	6	5	4	3	2	1
Jautėtės nuliūdęs/-usi ir niūrus/-i?	6	5	4	3	2	1
Jautėtės išsisėmęs/-usi?	6	5	4	3	2	1
Buvote laimingas žmogus?	6	5	4	3	2	1
Jautėtės pavargęs/-usi?	6	5	4	3	2	1
Jūsų sveikata apribojo Jūsų socialinę veiklą (pvz. draugų, artimų giminių lankymas, kt.)	6	5	4	3	2	1

23. Prašome atsakyti į lentelėje pateiktus teiginius apie Jūsų savijautą per pastarąjį mėnesį (kiekvienam teiginiui pasirinkite vieną Jums tinkamiausią atsakymo variantą apie tai, kaip labai Jūs sutinkate, ar nesutinkate su lentelėje pateiktais teiginiais):

Teiginiai	Sutinku	Iš dalies sutinku	Iš dalies nesutinku	Nesutinku
Apskirtai, aš esu įsitempęs/–usi ir nervingas/–a	1	2	3	4
Aš labai rūpinuosi savo darbu	1	2	3	4
Mano kasdieninė veikla labai varginanti ir sunki	1	2	3	4
Aš dažnai jaučiu nervinę įtampą	1	2	3	4
Mano kasdieninė veikla sukelia didelę įtampą, stresą	1	2	3	4
Aš dažnai jaučiu nervinę įtampą bendraudamas/–a su kitais žmonėmis	1	2	3	4
Dienos pabaigoje aš esu visiškai fiziškai ir protškai išsekęs/–usi	1	2	3	4

24. Užduodami šiuos klausimus, mes norime sužinoti apie Jūsų savijautą per pastarąjį mėnesį. Prašome pažymėti langelį, kuris geriausiai tai nurodo. Kuo labiau Jūs nesutinkate su teiginiu, tuo labiau brėžiate kryželį "X" langelyje arčiau sakinio "Ne, tai netiesa" (dešinėn) ir atvirkščiai – jei sutinkate su teiginiu, tuo arčiau sakinio "Taip, tai tiesa" (kairėn).

Aš jaučiuosi stiprus/–i	Aš galiu gerai susikaupti
Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa	Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa
Fiziškai aš jaučiuosi galįs/–inti padaryti mažai	Aš esu pailsėjęs/–usi
Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa	Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa
Aš jaučiuosi labai aktyvus/–i	Man reikia daug pastangų susikaupti
Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa	Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa
Aš jaučiuosi taip, lyg galėčiau padaryti viską	Fiziškai aš jaučiuosi esantis/–i prastos būklės
Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa	Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa
Aš jaučiuosi pavargęs/–usi	Aš turiu daug planų
Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa	Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa
Aš galvoju, kad per dieną padarau daug	Aš greitai pavargstu
Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa	Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa
Kai aš ką nors darau, galiu gerai sukaupti savo mintis	Aš galiu nedaug padaryti
Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa	Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa
Fiziškai aš galiu padaryti daug	Aš nesijaučiu galįs/–inti ką nors padaryti
Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa	Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa
Aš baiminuosi, kai reikia ką nors daryti	Mano mintys lengvai nuklęsta
Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa	Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa
Aš manau, kad labai mažai ką padarau per dieną	Fiziškai aš jaučiuosi puikiai
Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa	Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa

25. Pagal lentelėje išvardintus teiginius apie jausmus/mintis įvertinkite, kaip dažnai Jūs taip jautėtės per pastarąjį 2 savaičių laikotarpį? (kiekvienam teiginiui pažymėkite vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą)

Teiginys	Niekada	Retai	Kartais	Dažnai	Nuolat
Jateitį žvelgiu optimistiškai	1	2	3	4	5
Jaučiuosi naudingas/-a	1	2	3	4	5
Jaučiuosi atsipalaidavęs/-usi	1	2	3	4	5
Domiuosi kitais žmonėmis	1	2	3	4	5
Jaučiuosi energingas/-a	1	2	3	4	5
Man puikiai sekasi spręsti problemas	1	2	3	4	5
Mąstau aiškiai	1	2	3	4	5
Esu savimi patenkintas/-a	1	2	3	4	5
Jaučiuosi artimas/-a kitiems žmonėms	1	2	3	4	5
Pasitikiu savimi	1	2	3	4	5
Gebu pats/-i apsispręsti	1	2	3	4	5
Jaučiuosi mylimas/-a	1	2	3	4	5
Domiuosi naujais dalykais	1	2	3	4	5
Esu linksmas nusiteikęs/-usi	1	2	3	4	5

© Nacionalinė sveikatos tarnyba Švedijoje, Varšavo Universitetas ir Edinburgo Universitetas, 2006, visos teisės saugomos (BNIH Health Scotland, University of Warwick and University of Edinburgh, 2006, all rights reserved). Skalė patvirtinta © Glimco Corporation ir Ieva Petruskaitė, 2012, visos teisės saugomos (Developed by Glimco Corporation & Ieva Petruskaitė, 2012, all rights reserved).

26. Toliau anketoje pateikti klausimai apie Jūsų darbą ir savijautą darbe. Pagal lentelėje išvardintus teiginius apie Jūsų darbą, įvertinkite, kaip labai Jūs esate patenkintas/-a, nepatenkintas/-a: (kiekvienam teiginiui pažymėkite vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą)

Teiginys	Visiškai Nepatenkintas /-a	Nepatenkintas /-a	Nei patenkintas/-a, nei nepatenkintas /-a	Patenkintas /-a	Visiškai patenkintas /-a
Fizine darbo aplinka (vieta, triukšmas, temperatūra, apšvietimas, kt.)	1	2	3	4	5
Darbo grafiku	1	2	3	4	5
Darbo krūviu	1	2	3	4	5
Darbo užmokesčiu	1	2	3	4	5
Darbų organizavimu ir užduočių paskirstymu	1	2	3	4	5
Laiku skiriamu darbo užduotims atlikti	1	2	3	4	5
Galimybė darbe įgyti naujų įgūdžių ir gebėjimų	1	2	3	4	5
Profesinės karjeros galimybės darbe	1	2	3	4	5
Darbo kolektyvu	1	2	3	4	5
Komandiniu darbu	1	2	3	4	5
Santykiais, bendravimu su darbo vadovu	1	2	3	4	5
Santykiais, bendravimu su darbo kolegomis	1	2	3	4	5
Bendrai savo turimu darbu	1	2	3	4	5

27. Pagal lentelėje išvardintus teiginius apie Jūsų darbą įvertinkite, kaip dažnai per pastarąjį mėnesį: (kiekvienam teiginiui pažymėkite vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą)

Teiginys	Niekada	Retai	Kartais	Dažnai	Nuolat
Man yra aiškos mano pareigos ir atsakomybė darbe	1	2	3	4	5
Man yra aiškos mano darbo užduotys	1	2	3	4	5
Galiu pati/–s planuoti savo darbą, priimti sprendimus	1	2	3	4	5
Darbas yra fiziškai įtemptas	1	2	3	4	5
Darbas yra emociškai įtemptas	1	2	3	4	5
Darbo kolektyve vyrauja gera nuotaika	1	2	3	4	5
Kai man sunku darbe, galiu pasikalbėti su savo darbo vadovu	1	2	3	4	5
Kai man sunku darbe, galiu pasikalbėti su savo darbo kolegomis	1	2	3	4	5
Darbe jaučiuosi bendruomenės dalimi	1	2	3	4	5
Darbuotojai padeda vieni kitiems ir palaiko vieni kitus atliekant darbus	1	2	3	4	5
Darbuotojai konfliktuoja tarpusavyje	1	2	3	4	5
Iškylusios darbo problemos išsprendžiamos iki galo	1	2	3	4	5
Darbuotojai sulaukia padėkos, paskatinimo už gerai atliktus darbus	1	2	3	4	5
Darbe patiriu stresą, nervinę įtampą	1	2	3	4	5
Darbe patiriu psichologinį smurtą (agresiją, žeminimą, grasinimus, kt.)	1	2	3	4	5
Darbe patiriu seksualinį priekabiavimą	1	2	3	4	5
Aš baiminuosi, kad galiu būti atleistas/–a iš darbo	1	2	3	4	5
Darbe jaučiuosi saugus/–i	1	2	3	4	5
Darbe jaučiuosi vienišas/–a	1	2	3	4	5
Po darbo skiriu pakankamai laiko savo laisvalaikiui	1	2	3	4	5
Po darbo sugebu atsipalaiduoti	1	2	3	4	5

2 priedas

Poveikio grupės tyrimo anketa prieš meninės veiklos programą

1. Jūsų lytis (pažymėkite):

- ☐ Moteris
- ☐ Vyras

2. Jūsų amžius (įrašykite pilnai suėjusių metų skaičių):

_____ m.

4. Kokiam skyriuje šioje darbovietėje Jūs dirbate (įvardinkite):

6. Jūsų darbo stažas šioje darbovietėje metais (pažymėkite):

- ☐ Iki 5 m.
- ☐ 6-10 m.
- ☐ 11-15 m.
- ☐ 16-20 m.
- ☐ 21 m. ir daugiau

8. Kokiu darbo grafiku Jūs dirbate šioje darbovietėje (pažymėkite):

- ☐ Dieninėje pamainoje
- ☐ Naktinėje pamainoje
- ☐ Visą parą
- ☐ Įvairiai

3. Jūsų išsilavinimas (pažymėkite):

- ☐ Vidurinis
- ☐ Aukštesnysis
- ☐ Aukštasis neuniversitetinis
- ☐ Aukštasis universitetinis

5. Jūsų užimamos pareigos šioje darbovietėje (įvardinkite):

7. Jūsų darbo stažas šiose pareigose metais (pažymėkite):

- ☐ Iki 5 m.
- ☐ 6-10 m.
- ☐ 11-15 m.
- ☐ 16-20 m.
- ☐ 21 m. ir daugiau

9. Kokiu etatiniu krūviu Jūs dirbate šioje darbovietėje (pažymėkite):

- ☐ Iki 0,5 etato
- ☐ Nuo 0,6 iki 1,0 etato
- ☐ Nuo 1,1 iki 1,5 etato
- ☐ Kita (įvardinkite): _____

10. Ar Jūs šiais metais dalyvavote kokioje nors meninėje veikloje (pvz., dailės, muzikos, šokio, kt.)? (pažymėkite Jūsų pasirinktą atsakymo variantą):

- ☐ Ne
- ☐ Taip (įvardinkite kokioje): _____

11. Ar ateityje Jūs norėtumėte sudalyvauti kokioje nors meninėje veikloje rengiamoje Jūsų darbovietėje (pvz., dailės, muzikos, šokio, teatro kt.)? (pažymėkite Jūsų pasirinktą atsakymo variantą):

- ☐ Ne
- ☐ Taip (įvardinkite kokioje): _____

Toliau anketoje pateikti klausimai apie Jūsų sveikatą per pastarąjį mėnesį, kaip Jūs jaučiatės ir kaip galite atlikti kasdienę veiklą (kiekvienam klausimui pažymėkite vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą).

12. Ar galite apskritai sakyti, kad Jūsų sveikata yra:

- ☐ Puiki
☐ Labai gera
☐ Gera
☐ Nebloga
☐ Bloga

13. Ar Jūs patenkintas/–a dabartiniu savo gyvenimu:

- ☐ Visiškai nepatenkintas/–a
☐ Nepatenkintas/–a
☐ Nei patenkintas/–a, nei nepatenkintas/–a
☐ Patenkintas/–a
☐ Visiškai patenkintas/–a

14. Kaip dažnai Jūs patiriate stresą, jaučiate nervinę įtampą ne darbo metu?

- ☐ Nuolat
☐ Dažnai
☐ Kartais
☐ Retai
☐ Niekada

15. Pagal lentelėje pateiktus teiginius apie Jūsų sveikatą per pastarąjį mėnesį įvertinkite, kaip Jūs sutinkate, nesutinkate: (kiekvienoje teiginių grupėje pažymėkite vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą)

Teiginys	Visiškai nesutinku	Nesutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Sutinku	Visiškai sutinku
Man atrodo, kad aš labiau linkęs/–usi sirgti negu kiti žmonės	1	2	3	4	5
Aš esu toks/–ia sveikas/–a, kaip ir kiti mano pažįstami	1	2	3	4	5
Aš manau, kad mano sveikata blogės	1	2	3	4	5
Mano sveikata yra puiki	1	2	3	4	5

16. Šie klausimai yra apie veiklą, kurią Jūs atliekate kasdien. Ar Jūsų sveikata riboja kasdieninę Jūsų veiklą, jeigu taip, kiek riboja? (prašome kiekvienoje teiginių grupėje pažymėti vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą)

Teiginys	Taip, labai riboja	Taip, truputį riboja	Ne, neriboja visai
Energinga veikla, tokia kaip bėgimas, sunkių daiktų kėlimas, kt.	1	2	3
Vidutinio sunkumo veikla, tokia kaip stalo perstūmimas, valymas dulkių siurbliu, kt.	1	2	3
Kėlimas ir nešimas maisto prekių	1	2	3
Lipimas keletą aukštų laiptais	1	2	3
Lipimas vieną aukštą	1	2	3
Pasilenkimas, klūpojimas ar stovėjimas	1	2	3
Ėjimas daugiau negu 1,5 kilometro	1	2	3
Ėjimas pusę kilometro	1	2	3
Ėjimas 100 metrų	1	2	3
Prausimasis ir apsirengimas	1	2	3

17. Kaip Jūsų fizinė sveikata ar emocinės problemos trukdė Jums bendrauti su šeima, draugais, kaimynais ar kitomis žmonių grupėmis per pastarąjį mėnesį? (prašome pažymėti vieną atsakymo variantą)

- ☐ Ne, visiškai ne
☐ Nedaug
☐ Vidutiniškai
☐ Gana nemažai
☐ Ypatingai

18. Kokio intensyvumo būdavo kūno skausmai per pastarąjį mėnesį? (prašome pažymėti vieną atsakymo variantą)

- ☐ Nebuvo
☐ Labai silpni
☐ Silpni
☐ Vidutinio intensyvumo
☐ Stiprūs
☐ Labai stiprūs

19. Kaip per pastarąjį mėnesį skausmas turėjo įtakos Jūsų įprastam darbui (įskaitant namų ruošą ir darbą ne namie)? (prašome pažymėti vieną atsakymo variantą)

- ☐ Ne, visai ne
☐ Labai nedaug
☐ Vidutiniškai
☐ Gana nemažai
☐ Ypatingai

20. Ar per pastarąjį mėnesį Jūs apribojote savo darbo ir kitas reguliarias kasdienes veiklas dėl fizinės sveikatos sutrikimų? (kiekvienam klausimui pažymėkite vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą)

Klausimas	Taip	Ne
Mažiau laiko praleidote darbe ar kitur	0	1
Atlikote mažiau negu norėtumėte	0	1
Apribojote darbo rūšį ar kitą veiklą	0	1
Iškilo sunkumų atliekant darbą ar kitą veiklą (pvz., reikia daug daugiau pastangų)	0	1

21. Ar per pastarąjį mėnesį Jūs apribojote savo darbo ir kitas reguliarias kasdienes veiklas dėl atsiradusių emocinių sutrikimų (depresijos, nerimo)? (kiekvienam klausimui pažymėkite vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą)

Klausimas	Taip	Ne
Mažiau laiko praleidote darbe ar kitur	0	1
Atlikote mažiau negu norėtumėte	0	1
Neatlikote darbo ar kitų užduočių taip rūpestingai, kaip paprastai	0	1

22. Šie klausimai yra apie Jūsų savijautą ir kaip Jūs ją apibūdintumėte per pastarąjį mėnesį (kiekvienam klausimui pasirinkite vieną atsakymo variantą, pagal tai, kaip dažnai Jūs):

Klausimas	Visada	Dažniausiai	Kartais	Retkarčiais	Retai	Niekada
Jautėte gyvenimo pilnatvę?	6	5	4	3	2	1
Buvote labai nervingas/-a?	6	5	4	3	2	1
Jautėtės tokios blogos nuotaikos, kad niekas negalėjo Jūsų pralinksminėti?	6	5	4	3	2	1
Jautėtės ramus/-i ir taikus/-i?	6	5	4	3	2	1
Turėjote daug energijos?	6	5	4	3	2	1
Jautėtės nuliūdęs/-usi ir niūrus/-i?	6	5	4	3	2	1
Jautėtės išsisėmęs/-usi?	6	5	4	3	2	1
Buvote laimingas žmogus?	6	5	4	3	2	1
Jautėtės pavargęs/-usi?	6	5	4	3	2	1
Jūsų sveikata apribojo Jūsų socialinę veiklą (pvz. draugų, artimų giminių lankymas, kt.)	6	5	4	3	2	1

23. Prašome atsakyti į lentelėje pateiktus teiginius apie Jūsų savijautą per pastarąjį mėnesį (kiekvienam teiginiui pasirinkite vieną Jums tinkamiausią atsakymo variantą apie tai, kaip labai Jūs sutinkate, ar nesutinkate su lentelėje pateiktais teiginiais):

Teiginiai	Sutinku	Iš dalies sutinku	Iš dalies nesutinku	Nesutinku
Apskirtai, aš esu įsitempęs/–usi ir nervingas/–a	1	2	3	4
Aš labai rūpinuosi savo darbu	1	2	3	4
Mano kasdieninė veikla labai varginanti ir sunki	1	2	3	4
Aš dažnai jaučiu nervinę įtampą	1	2	3	4
Mano kasdieninė veikla sukelia didelę įtampą, stresą	1	2	3	4
Aš dažnai jaučiu nervinę įtampą bendraudamas/–a su kitais žmonėmis	1	2	3	4
Dienos pabaigoje aš esu visiškai fiziškai ir protškai išsekęs/–usi	1	2	3	4

24. Užduodami šiuos klausimus, mes norime sužinoti apie Jūsų savijautą per pastarąjį mėnesį. Prašome pažymėti langelį, kuris geriausiai tai nurodo. Kuo labiau Jūs nesutinkate su teiginiu, tuo labiau brėžiate kryželį "X" langelyje arčiau sakinio "Ne, tai netiesa" (dešinėn) ir atvirkščiai – jei sutinkate su teiginiu, tuo arčiau sakinio "Taip, tai tiesa" (kairėn).

Aš jaučiuosi stiprus/–i	Aš galiu gerai susikaupti
Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa	Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa
Fiziškai aš jaučiuosi galįs/–inti padaryti mažai	Aš esu pailsėjęs/–usi
Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa	Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa
Aš jaučiuosi labai aktyvus/–i	Man reikia daug pastangų susikaupti
Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa	Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa
Aš jaučiuosi taip, lyg galėčiau padaryti viską	Fiziškai aš jaučiuosi esantis/–i prastos būklės
Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa	Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa
Aš jaučiuosi pavargęs/–usi	Aš turiu daug planų
Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa	Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa
Aš galvoju, kad per dieną padarau daug	Aš greitai pavargstu
Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa	Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa
Kai aš ką nors darau, galiu gerai sukaupti savo mintis	Aš galiu nedaug padaryti
Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa	Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa
Fiziškai aš galiu padaryti daug	Aš nesijaučiu galįs/–inti ką nors padaryti
Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa	Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa
Aš baiminuosi, kai reikia ką nors daryti	Mano mintys lengvai nuklęsta
Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa	Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa
Aš manau, kad labai mažai ką padarau per dieną	Fiziškai aš jaučiuosi puikiai
Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa	Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa

25. Pagal lentelėje išvardintus teiginius apie jausmus/mintis įvertinkite, kaip dažnai Jūs taip jautėtės per pastarąjį 2 savaičių laikotarpį? (kiekvienam teiginiui pažymėkite vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą)

Teiginys	Niekada	Retai	Kartais	Dažnai	Nuolat
Į ateitį žvelgiu optimistiškai	1	2	3	4	5
Jaučiuosi naudingas/–a	1	2	3	4	5
Jaučiuosi atsipalaidavęs/–usi	1	2	3	4	5
Domiuosi kitais žmonėmis	1	2	3	4	5
Jaučiuosi energingas/–a	1	2	3	4	5
Man puikiai sekasi spręsti problemas	1	2	3	4	5
Mąstau aiškiai	1	2	3	4	5
Esu savimi patenkintas/–a	1	2	3	4	5
Jaučiuosi artimas/–a kitiems žmonėms	1	2	3	4	5
Pasitikiu savimi	1	2	3	4	5
Gebu pats/–i apsispręsti	1	2	3	4	5
Jaučiuosi mylimas/–a	1	2	3	4	5
Domiuosi naujais dalykais	1	2	3	4	5
Esu linksmai nusiteikęs/–usi	1	2	3	4	5

© Nacionalinė sveikatos tarnyba Škotijoje, Varviko Universitetas ir Edinburgo Universitetas, 2006, visos teisės saugomos (© NHS Health Scotland, University of Warwick and University of Edinburgh, 2006, all rights reserved). Skalė lietuvių k. © Simona Karpavičiūtė ir Ieva Petkutė, 2012, visos teisės saugomos (Developed by © Simona Karpavičiūtė & Ieva Petkutė, 2012, all rights reserved).

26. Toliau anketoje pateikti klausimai apie Jūsų darbą ir savijautą darbe. Pagal lentelėje išvardintus teiginius apie Jūsų darbą, įvertinkite, kaip labai Jūs esate patenkintas/–a, nepatenkintas/–a: (kiekvienam teiginiui pažymėkite vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą)

Teiginys	Visiškai Nepatenkintas /–a	Nepatenkintas /–a	Nei patenkintas/–a, nei nepatenkintas /–a	Patenkintas /–a	Visiškai patenkintas /–a
Fizine darbo aplinka (vieta, triukšmas, temperatūra, apšvietimas, kt.)	1	2	3	4	5
Darbo grafiku	1	2	3	4	5
Darbo krūviu	1	2	3	4	5
Darbo užmokesčiu	1	2	3	4	5
Darbų organizavimu ir užduočių paskirstymu	1	2	3	4	5
Laiku skiriamu darbo užduotims atlikti	1	2	3	4	5
Galimybė darbe įgyti naujų įgūdžių ir gebėjimų	1	2	3	4	5
Profesinės karjeros galimybėmis darbe	1	2	3	4	5
Darbo kolektyvu	1	2	3	4	5
Komandiniu darbu	1	2	3	4	5
Santykiais, bendravimu su darbo vadovu	1	2	3	4	5
Santykiais, bendravimu su darbo kolegomis	1	2	3	4	5
Bendrai savo turimu darbu	1	2	3	4	5

27. Pagal lentelėje išvardintus teiginius apie Jūsų darbą įvertinkite, kaip dažnai per pastarąjį mėnesį: (kiekvienam teiginiui pažymėkite vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą)

Teiginys	Niekada	Retai	Kartais	Dažnai	Nuolat
Man yra aiškios mano pareigos ir atsakomybė darbe	1	2	3	4	5
Man yra aiškios mano darbo užduotys	1	2	3	4	5
Galiu pati/-s planuoti savo darbą, priimti sprendimus	1	2	3	4	5
Darbas yra fiziškai įtemptas	1	2	3	4	5
Darbas yra emociskai įtemptas	1	2	3	4	5
Darbo kolektyve vyrauja gera nuotaika	1	2	3	4	5
Kai man sunku darbe, galiu pasikalbėti su savo darbo vadovu	1	2	3	4	5
Kai man sunku darbe, galiu pasikalbėti su savo darbo kolegomis	1	2	3	4	5
Darbe jaučiuosi bendruomenės dalimi	1	2	3	4	5
Darbuotojai padeda vieni kitiems ir palaiko vieni kitus atliekant darbus	1	2	3	4	5
Darbuotojai konfliktuoja tarpusavyje	1	2	3	4	5
Iškylusios darbo problemos išsprendžiamos iki galo	1	2	3	4	5
Darbuotojai sulaukia padėkos, paskatinimo už gerai atliktus darbus	1	2	3	4	5
Darbe patiriu stresą, nervinę įtampą	1	2	3	4	5
Darbe patiriu psichologinį smurtą (agresiją, žeminimą, grasinimus, kt.)	1	2	3	4	5
Darbe patiriu seksualinį priekabiavimą	1	2	3	4	5
Aš baiminuosi, kad galiu būti atleistas/-a iš darbo	1	2	3	4	5
Darbe jaučiuosi saugus/-i	1	2	3	4	5
Darbe jaučiuosi vienišas/-a	1	2	3	4	5
Po darbo skiriu pakankamai laiko savo laisvalaikiui	1	2	3	4	5
Po darbo sugebu atsipalaiduoti	1	2	3	4	5

28. Kodėl Jūs nutarėte dalyvauti meninėje veikloje? (įvardinkite)

29. Ko Jūs tikėtės dalyvaudama meninėje veikloje? (įvardinkite)

Poveikio grupės tyrimo anketa po meninės veiklos programos

1.Ar Jums patiko dalyvauti meninėje veikloje? (pažymėkite vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą)

- ☐ Ne
- ☐ Nei ne, nei taip
- ☐ Taip

3.Ar dalyvavimas meninėje veikloje padėjo Jums atsipalaiduoti, sumažinti stresą, patiriamą darbo metu? (pažymėkite vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą)

- ☐ Ne
- ☐ Nei ne, nei taip
- ☐ Taip

5.Ar dalyvaudama meninėje veikloje Jūs buvote geresnės nuotaikos nei įprastai? (pažymėkite vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą)

- ☐ Ne
- ☐ Nei ne, nei taip
- ☐ Taip

7.Ar dalyvaudama meninėje veikloje Jūs jautėtės/buvote darbingesnė? (pažymėkite vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą)

- ☐ Ne
- ☐ Nei ne, nei taip
- ☐ Taip

9.Ar dalyvavimas meninėje veikloje sustiprino Jūsų darbo bendruomenę? (pažymėkite vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą)

- ☐ Ne
- ☐ Nei ne, nei taip
- ☐ Taip

11.Ar ateityje Jūs norėtumėte sudalyvauti kokioje nors meninėje veikloje rengiamoje Jūsų darbovietėje (pvz., dailės, keramikos, teatro, muzikos, literatūros, šokio ir kt.)? (pažymėkite vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą)

- ☐ Ne
- ☐ Nei ne, nei taip
- ☐ Taip (įvardinkite kokioje): _____

2.Ar Jūs ketinate po dalyvavimo meninėje veikloje tęsti meninę veiklą? (pažymėkite vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą)

- ☐ Ne
- ☐ Nei ne, nei taip
- ☐ Taip

4.Ar dalyvavimas meninėje veikloje turėjo teigiamą poveikį Jūsų sveikatai/bendrai savijautai? (pažymėkite vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą)

- ☐ Ne
- ☐ Nei ne, nei taip
- ☐ Taip

6.Ar dalyvavimas meninėje veikloje padėjo sumažinti nuovargį patiriamą darbe? (pažymėkite vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą)

- ☐ Ne
- ☐ Nei ne, nei taip
- ☐ Taip

8.Ar dalyvaujant meninėje veikloje pagerėjo Jūsų tarpusavio santykiai su darbo kolegomis? (pažymėkite vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą)

- ☐ Ne
- ☐ Nei ne, nei taip
- ☐ Taip

10.Ar Jūs po meninėje veikloje Projekte ketinate dažniau lankytis meno renginiuose (pvz., parodoje, kt.)? (pažymėkite vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą)

- ☐ Ne
- ☐ Nei ne, nei taip
- ☐ Taip

Toliau anketoje pateikti klausimai apie Jūsų sveikatą per pastarąjį mėnesį, kaip Jūs jaučiatės ir kaip galite atlikti kasdienę veiklą (kiekvienam klausimui pažymėkite vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą).

12. Ar galite apskritai sakyti, kad Jūsų sveikata yra:

- ☐ Puiki
☐ Labai gera
☐ Gera
☐ Nebloga
☐ Bloga

13. Ar Jūs patenkintas/-a dabartiniu savo gyvenimu:

- ☐ Visiškai nepatenkintas/-a
☐ Nepatenkintas/-a
☐ Nei patenkintas/-a, nei nepatenkintas/-a
☐ Patenkintas/-a
☐ Visiškai patenkintas/-a

14. Kaip dažnai Jūs patiriate stresą, jaučiate nervinę įtampą ne darbo metu?

- ☐ Nuolat
☐ Dažnai
☐ Kartais
☐ Retai
☐ Niekada

15. Pagal lentelėje pateiktus teiginius apie Jūsų sveikatą per pastarąjį mėnesį įvertinkite, kaip Jūs sutinkate, nesutinkate: (kiekvienoje teiginių grupėje pažymėkite vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą)

Teiginys	Visiškai nesutinku	Nesutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Sutinku	Visiškai sutinku
Man atrodo, kad aš labiau linkęs/-usi sirgti negu kiti žmonės	1	2	3	4	5
Aš esu toks/-ia sveikas/-a, kaip ir kiti mano pažįstami	1	2	3	4	5
Aš manau, kad mano sveikata blogės	1	2	3	4	5
Mano sveikata yra puiki	1	2	3	4	5

16. Šie klausimai yra apie veiklą, kurią Jūs atliekate kasdien. Ar Jūsų sveikata riboja kasdieninę Jūsų veiklą, jeigu taip, kiek riboja? (prašome kiekvienoje teiginių grupėje pažymėti vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą)

Teiginys	Taip, labai riboja	Taip, truputį riboja	Ne, neriboja visai
Energinga veikla, tokia kaip bėgimas, sunkių daiktų kėlimas, kt.	1	2	3
Vidutinio sunkumo veikla, tokia kaip stalo perstūmimas, valymas dulkių siurbliu, kt.	1	2	3
Kėlimas ir nešimas maisto prekių	1	2	3
Lipimas keletą aukštų laiptais	1	2	3
Lipimas vieną aukštą	1	2	3
Pasilenkimas, klūpojimas ar stovėjimas	1	2	3
Ėjimas daugiau negu 1,5 kilometro	1	2	3
Ėjimas pusę kilometro	1	2	3
Ėjimas 100 metrų	1	2	3
Prausimasis ir apsirengimas	1	2	3

17. Kaip Jūsų fizinė sveikata ar emocinės problemos trukdė Jums bendrauti su šeima, draugais, kaimynais ar kitomis žmonių grupėmis per pastarąjį mėnesį? (prašome pažymėti vieną atsakymo variantą)

- ☐ Ne, visiškai ne
☐ Nedaug
☐ Vidutiniškai
☐ Gana nemažai
☐ Ypatingai

18. Kokio intensyvumo būdavo kūno skausmai per pastarąjį mėnesį? (prašome pažymėti vieną atsakymo variantą)

- ☐ Nebuvo
☐ Labai silpni
☐ Silpni
☐ Vidutinio intensyvumo
☐ Stiprūs
☐ Labai stiprūs

19. Kaip per pastarąjį mėnesį skausmas turėjo įtakos Jūsų įprastam darbui (įskaitant namų ruošą ir darbą ne namie)? (prašome pažymėti vieną atsakymo variantą)

- ☐ Ne, visai ne
☐ Labai nedaug
☐ Vidutiniškai
☐ Gana nemažai
☐ Ypatingai

20. Ar per pastarąjį mėnesį Jūs apribojote savo darbo ir kitas reguliarias kasdienes veiklas dėl fizinės sveikatos sutrikimų? (kiekvienam klausimui pažymėkite vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą)

Klausimas	Taip	Ne
Mažiau laiko praleidote darbe ar kitur	0	1
Atlikote mažiau negu norėtumėte	0	1
Apribojote darbo rūšį ar kitą veiklą	0	1
Iškilo sunkumų atliekant darbą ar kitą veiklą (pvz., reikia daug daugiau pastangų)	0	1

21. Ar per pastarąjį mėnesį Jūs apribojote savo darbo ir kitas reguliarias kasdienes veiklas dėl atsiradusių emocinių sutrikimų (depresijos, nerimo)? (kiekvienam klausimui pažymėkite vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą)

Klausimas	Taip	Ne
Mažiau laiko praleidote darbe ar kitur	0	1
Atlikote mažiau negu norėtumėte	0	1
Neatlikote darbo ar kitų užduočių taip rūpestingai, kaip paprastai	0	1

22. Šie klausimai yra apie Jūsų savijautą ir kaip Jūs ją apibūdintumėte per pastarąjį mėnesį (kiekvienam klausimui pasirinkite vieną atsakymo variantą, pagal tai, kaip dažnai Jūs):

Klausimas	Visada	Dažniausiai	Kartais	Retkarčiais	Retai	Niekada
Jautėte gyvenimo pilnatvę?	6	5	4	3	2	1
Buvote labai nervingas/-a?	6	5	4	3	2	1
Jautėtės tokios blogos nuotaikos, kad niekas negalėjo Jūsų pralinksinti?	6	5	4	3	2	1
Jautėtės ramus/-i ir taikus/-i?	6	5	4	3	2	1
Turėjote daug energijos?	6	5	4	3	2	1
Jautėtės nuliūdęs/-usi ir niūrus/-i?	6	5	4	3	2	1
Jautėtės išsisėmęs/-usi?	6	5	4	3	2	1
Buvote laimingas žmogus?	6	5	4	3	2	1
Jautėtės pavargęs/-usi?	6	5	4	3	2	1
Jūsų sveikata apribojo Jūsų socialinę veiklą (pvz. draugų, artimų giminių lankymas, kt.)	6	5	4	3	2	1

23. Prašome atsakyti į lentelėje pateiktus teiginius apie Jūsų savijautą per pastarąjį mėnesį (kiekvienam teiginiui pasirinkite vieną Jums tinkamiausią atsakymo variantą apie tai, kaip labai Jūs sutinkate, ar nesutinkate su lentelėje pateiktais teiginiais):

Teiginiai	Sutinku	Iš dalies sutinku	Iš dalies nesutinku	Nesutinku
Apskirtai, aš esu įsitempęs/–usi ir nervingas/–a	1	2	3	4
Aš labai rūpinuosi savo darbu	1	2	3	4
Mano kasdieninė veikla labai varginanti ir sunki	1	2	3	4
Aš dažnai jaučiu nervinę įtampą	1	2	3	4
Mano kasdieninė veikla sukelia didelę įtampą, stresą	1	2	3	4
Aš dažnai jaučiu nervinę įtampą bendraudamas/–a su kitais žmonėmis	1	2	3	4
Dienos pabaigoje aš esu visiškai fiziškai ir protškai išsekęs/–usi	1	2	3	4

24. Užduodami šiuos klausimus, mes norime sužinoti apie Jūsų savijautą per pastarąjį mėnesį. Prašome pažymėti langelį, kuris geriausiai tai nurodo. Kuo labiau Jūs nesutinkate su teiginiu, tuo labiau brėžiate kryželį "X" langelyje arčiau sakinio "Ne, tai netiesa" (dešinėn) ir atvirkščiai – jei sutinkate su teiginiu, tuo arčiau sakinio "Taip, tai tiesa" (kairėn).

Aš jaučiuosi stiprus/–i	Aš galiu gerai susikaupti
Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa	Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa
Fiziškai aš jaučiuosi galįs/–inti padaryti mažai	Aš esu pailsėjęs/–usi
Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa	Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa
Aš jaučiuosi labai aktyvus/–i	Man reikia daug pastangų susikaupti
Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa	Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa
Aš jaučiuosi taip, lyg galėčiau padaryti viską	Fiziškai aš jaučiuosi esantis/–i prastos būklės
Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa	Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa
Aš jaučiuosi pavargęs/–usi	Aš turiu daug planų
Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa	Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa
Aš galvoju, kad per dieną padarau daug	Aš greitai pavargstu
Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa	Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa
Kai aš ką nors darau, galiu gerai sukaupti savo mintis	Aš galiu nedaug padaryti
Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa	Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa
Fiziškai aš galiu padaryti daug	Aš nesijaučiu galįs/–inti ką nors padaryti
Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa	Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa
Aš baiminuosi, kai reikia ką nors daryti	Mano mintys lengvai nuklysta
Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa	Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa
Aš manau, kad labai mažai ką padarau per dieną	Fiziškai aš jaučiuosi puikiai
Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa	Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa

25. Pagal lentelėje išvardintus teiginius apie jausmus/mintis įvertinkite, kaip dažnai Jūs taip jautėtės per pastarąjį 2 savaitių laikotarpį? (kiekvienam teiginiui pažymėkite vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą)

Teiginys	Niekada	Retai	Kartais	Dažnai	Nuolat
Į ateitį žvelgiu optimistiškai	1	2	3	4	5
Jaučiuosi naudingas/-a	1	2	3	4	5
Jaučiuosi atsipalaidavęs/-usi	1	2	3	4	5
Domiuosi kitais žmonėmis	1	2	3	4	5
Jaučiuosi energingas/-a	1	2	3	4	5
Man puikiai sekasi spręsti problemas	1	2	3	4	5
Mąstau aiškiai	1	2	3	4	5
Esu savimi patenkintas/-a	1	2	3	4	5
Jaučiuosi artimas/-a kitiems žmonėms	1	2	3	4	5
Pasitikiu savimi	1	2	3	4	5
Gebu pats/-i apsispręsti	1	2	3	4	5
Jaučiuosi mylimas/-a	1	2	3	4	5
Domiuosi naujais dalykais	1	2	3	4	5
Esu linksmai nusiteikęs/-usi	1	2	3	4	5

Diagnostinė versija sukurta Švedijoje, Vienosio Universitetai ir Edinburgo Universitetas, 2006, visos teisės saugomos (DNIID: Health Scotland, University of Warwick and University of Edinburgh, 2006, all rights reserved). Šiame lentelėje k. ©Simona Karpaviciūtė ir Ieva Petkaitė, 2012, visos teisės saugomos (Developed by ©Simona Karpaviciūtė & Ieva Petkaitė, 2012, all rights reserved).

26. Toliau anketoje pateikti klausimai apie Jūsų darbą ir savijautą darbe. Pagal lentelėje išvardintus teiginius apie Jūsų darbą įvertinkite, kaip dažnai per pastarąjį mėnesį: (kiekvienam teiginiui pažymėkite vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą)

Teiginys	Niekada	Retai	Kartais	Dažnai	Nuolat
Darbo kolektyve vyrauja gera nuotaika	1	2	3	4	5
Esu patenkintas/-a bendravimu, tarpusavio santykiais su darbo kolegomis	1	2	3	4	5
Esu patenkintas/-a bendravimu, tarpusavio santykiais su darbo vadovu	1	2	3	4	5
Esu patenkintas/-a darbų organizavimu ir užduočių paskirstymu	1	2	3	4	5
Darbe jaučiuosi bendruomenės dalimi	1	2	3	4	5
Darbuotojai padeda vieni kitiems ir palaiko vieni kitus atliekant darbus	1	2	3	4	5
Darbuotojai konfliktuoja tarpusavyje	1	2	3	4	5
Iškilusios darbo problemos išsprendžiamos iki galo	1	2	3	4	5
Darbe patiriu stresą, nervinę įtampą	1	2	3	4	5
Darbe jaučiuosi saugus/-i	1	2	3	4	5
Darbe jaučiuosi vienišas/-a	1	2	3	4	5
Po darbo sugebu atsipalaiduoti	1	2	3	4	5
Skiriu pakankamai laiko savo laisvalaikiui	1	2	3	4	5
Bendrai esu patenkintas/-a savo turimu darbu	1	2	3	4	5

Kontrolinės grupės tyrimo anketa po meninės veiklos programos

Toliau anketoje pateikti klausimai apie Jūsų sveikatą per pastarąjį mėnesį, kaip Jūs jaučiatės ir kaip galite atlikti kasdienę veiklą (kiekvienam klausimui pažymėkite vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą).

1. Ar galite apskritai sakyti, kad Jūsų sveikata yra:

- ☐ Puiki
☐ Labai gera
☐ Gera
☐ Nebloga
☐ Bloga

2. Ar Jūs patenkintas/–a dabartiniu savo gyvenimu?

- ☐ Visiškai nepatenkintas/–a
☐ Nepatenkintas/–a
☐ Nei patenkintas/–a, nei nepatenkintas/–a
☐ Patenkintas/–a
☐ Visiškai patenkintas/–a

3. Kaip dažnai Jūs patiriate stresą, jaučiate nervinę įtampą ne darbo metu?

- ☐ Nuolat
☐ Dažnai
☐ Kartais
☐ Retai
☐ Niekada

4. Pagal lentelėje pateiktus teiginius apie Jūsų sveikatą per pastarąjį mėnesį įvertinkite, kaip Jūs sutinkate, nesutinkate: (kiekvienoje teiginių grupėje pažymėkite vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą)

Teiginys	Visiškai nesutinku	Nesutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Sutinku	Visiškai sutinku
Man atrodo, kad aš labiau linkęs/–usi sirgti negu kiti žmonės	1	2	3	4	5
Aš esu toks/–ia sveikas/–a, kaip ir kiti mano pažįstami	1	2	3	4	5
Aš manau, kad mano sveikata blogės	1	2	3	4	5
Mano sveikata yra puiki	1	2	3	4	5

5. Šie klausimai yra apie veiklą, kurią Jūs atliekate kasdien. Ar Jūsų sveikata riboja kasdieninę Jūsų veiklą, jeigu taip, kiek riboja? (prašome kiekvienoje teiginių grupėje pažymėti vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą)

Teiginys	Taip, labai riboja	Taip, truputį riboja	Ne, neriboja visai
Energinga veikla, tokia kaip bėgimas, sunkių daiktų kėlimas, kt.	1	2	3
Vidutinio sunkumo veikla, tokia kaip stalo perstūmimas, valymas dulkių siurbliu, kt.	1	2	3
Kėlimas ir nešimas maisto prekių	1	2	3
Lipimas keletą aukštų laiptais	1	2	3
Lipimas vieną aukštą	1	2	3
Pasilenkimas, klūpojimas ar stovėjimas	1	2	3
Ėjimas daugiau negu 1,5 kilometro	1	2	3
Ėjimas pusę kilometro	1	2	3
Ėjimas 100 metrų	1	2	3
Prausimasis ir apsirengimas	1	2	3

6. Kaip Jūsų fizinė sveikata ar emocinės problemos trukdė Jums bendrauti su šeima, draugais, kaimynais ar kitomis žmonių grupėmis per pastarąjį mėnesį? (prašome pažymėti vieną atsakymo variantą)

- ☐ Ne, visiškai ne
☐ Nedaug
☐ Vidutiniškai
☐ Gana nemažai
☐ Ypatingai

7. Kokio intensyvumo būdavo kūno skausmai per pastarąjį mėnesį? (prašome pažymėti vieną atsakymo variantą)

- ☐ Nebuvo
☐ Labai silpni
☐ Silpni
☐ Vidutinio intensyvumo
☐ Stiprūs
☐ Labai stiprūs

8. Kaip per pastarąjį mėnesį skausmas turėjo įtakos Jūsų įprastam darbui (įskaitant namų ruošą ir darbą ne namie)? (prašome pažymėti vieną atsakymo variantą)

- ☐ Ne, visai ne
☐ Labai nedaug
☐ Vidutiniškai
☐ Gana nemažai
☐ Ypatingai

9. Ar per pastarąjį mėnesį Jūs apribojote savo darbo ir kitas reguliarias kasdienes veiklas dėl fizinės sveikatos sutrikimų? (kiekvienam klausimui pažymėkite vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą)

Klausimas	Taip	Ne
Mažiau laiko praleidote darbe ar kitur	0	1
Atlikote mažiau negu norėtumėte	0	1
Apribojote darbo rūšį ar kitą veiklą	0	1
Iškilo sunkumų atliekant darbą ar kitą veiklą (pvz., reikia daug daugiau pastangų)	0	1

10. Ar per pastarąjį mėnesį Jūs apribojote savo darbo ir kitas reguliarias kasdienes veiklas dėl atsiradusių emocinių sutrikimų (depresijos, nerimo)? (kiekvienam klausimui pažymėkite vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą)

Klausimas	Taip	Ne
Mažiau laiko praleidote darbe ar kitur	0	1
Atlikote mažiau negu norėtumėte	0	1
Neatlikote darbo ar kitų užduočių taip rūpestingai, kaip paprastai	0	1

11. Šie klausimai yra apie Jūsų savijautą ir kaip Jūs ją apibūdintumėte per pastarąjį mėnesį (kiekvienam klausimui pasirinkite vieną atsakymo variantą, pagal tai, kaip dažnai Jūs):

Klausimas	Visada	Dažniausiai	Kartais	Retkarčiais	Retai	Niekada
Jautėte gyvenimo pilnatvę?	6	5	4	3	2	1
Buvote labai nervingas/-a?	6	5	4	3	2	1
Jautėtės tokios blogos nuotaikos, kad niekas negalėjo Jūsų pralinksminti?	6	5	4	3	2	1
Jautėtės ramus/-i ir taikus/-i?	6	5	4	3	2	1
Turėjote daug energijos?	6	5	4	3	2	1
Jautėtės nuliūdęs/-usi ir niūrus/-i?	6	5	4	3	2	1
Jautėtės išsisėmęs/-usi?	6	5	4	3	2	1
Buvote laimingas žmogus?	6	5	4	3	2	1
Jautėtės pavargęs/-usi?	6	5	4	3	2	1
Jūsų sveikata apribojo Jūsų socialinę veiklą (pvz. draugų, artimų giminių lankymas, kt.)	6	5	4	3	2	1

12. Prašome atsakyti į lentelėje pateiktus teiginius apie Jūsų savijautą per pastarąjį mėnesį (kiekvienam teiginiui pasirinkite vieną Jums tinkamiausią atsakymo variantą apie tai, kaip labai Jūs sutinkate, ar nesutinkate su lentelėje pateiktais teiginiais):

Teiginiai	Sutinku	Iš dalies sutinku	Iš dalies nesutinku	Nesutinku
Apskirtai, aš esu įsitempęs/–usi ir nervingas/–a	1	2	3	4
Aš labai rūpinuosi savo darbu	1	2	3	4
Mano kasdieninė veikla labai varginanti ir sunki	1	2	3	4
Aš dažnai jaučiu nervinę įtampą	1	2	3	4
Mano kasdieninė veikla sukelia didelę įtampą, stresą	1	2	3	4
Aš dažnai jaučiu nervinę įtampą bendraudamas/–a su kitais žmonėmis	1	2	3	4
Dienos pabaigoje aš esu visiškai fiziškai ir protiška išsekęs/–usi	1	2	3	4

13. Užduodami šiuos klausimus, mes norime sužinoti apie Jūsų savijautą per pastarąjį mėnesį. Prašome pažymėti langelį, kuris geriausiai tai nurodo. Kuo labiau Jūs nesutinkate su teiginiu, tuo labiau brėžiate kryželį "X" langelyje arčiau sakinio "Ne, tai netiesa" (dešinėn) ir atvirkščiai – jei sutinkate su teiginiu, tuo arčiau sakinio "Taip, tai tiesa" (kairėn).

Aš jaučiuosi stiprus/–i	Aš galiu gerai susikaupti
Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa	Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa
Fiziškai aš jaučiuosi galįs/–inti padaryti mažai	Aš esu pailsėjęs/–usi
Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa	Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa
Aš jaučiuosi labai aktyvus/–i	Man reikia daug pastangų susikaupti
Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa	Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa
Aš jaučiuosi taip, lyg galėčiau padaryti viską	Fiziškai aš jaučiuosi esantis/–i prastos būklės
Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa	Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa
Aš jaučiuosi pavargęs/–usi	Aš turiu daug planų
Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa	Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa
Aš galvoju, kad per dieną padarau daug	Aš greitai pavargstu
Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa	Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa
Kai aš ką nors darau, galiu gerai sukaupti savo mintis	Aš galiu nedaug padaryti
Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa	Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa
Fiziškai aš galiu padaryti daug	Aš nesijaučiu galįs/–inti ką nors padaryti
Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa	Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa
Aš baiminuosi, kai reikia ką nors daryti	Mano mintys lengvai nuklysta
Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa	Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa
Aš manau, kad labai mažai ką padarau per dieną	Fiziškai aš jaučiuosi puikiai
Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa	Taip, tai tiesa ☐ ☐ ☐ ☐ Ne, tai netiesa

14. Pagal lentelėje išvardintus teiginius apie jausmus/mintis įvertinkite, kaip dažnai Jūs taip jautėtės per pastarąjį 2 savaičių laikotarpį? (kiekvienam teiginiui pažymėkite vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą)

Teiginys	Niekada	Retai	Kartais	Dažnai	Nuolat
Į ateitį žvelgiu optimistiškai	1	2	3	4	5
Jaučiuosi naudingas/-a	1	2	3	4	5
Jaučiuosi atsipalaidavęs/-usi	1	2	3	4	5
Domiuosi kitais žmonėmis	1	2	3	4	5
Jaučiuosi energingas/-a	1	2	3	4	5
Man puikiai sekasi spręsti problemas	1	2	3	4	5
Mąstau aiškiai	1	2	3	4	5
Esu savimi patenkintas/-a	1	2	3	4	5
Jaučiuosi artimas/-a kitiems žmonėms	1	2	3	4	5
Pasitikiu savimi	1	2	3	4	5
Gebu pats/-i apsispręsti	1	2	3	4	5
Jaučiuosi mylimas/-a	1	2	3	4	5
Domiuosi naujais dalykais	1	2	3	4	5
Esu linksmai nusiteikęs/-usi	1	2	3	4	5

©National Institute for Health Research, University of Edinburgh, University of Warwick, University of Edinburgh, 2006, all rights reserved. Scale created by ©Simon Kaptein/Eda in 2012, all rights reserved. (Developed by ©Simon Kaptein/Eda in 2012, all rights reserved).

15. Toliau anketoje pateikti klausimai apie Jūsų darbą ir savijautą darbe. Pagal lentelėje išvardintus teiginius apie Jūsų darbą įvertinkite, kaip dažnai per pastarąjį mėnesį: (kiekvienam teiginiui pažymėkite vieną Jūsų pasirinktą atsakymo variantą)

Teiginys	Niekada	Retai	Kartais	Dažnai	Nuolat
Darbo kolektyve vyrauja gera nuotaika	1	2	3	4	5
Esu patenkintas/-a bendravimu, tarpusavio santykiais su darbo kolegomis	1	2	3	4	5
Esu patenkintas/-a bendravimu, tarpusavio santykiais su darbo vadovu	1	2	3	4	5
Esu patenkintas/-a darbų organizavimu ir užduočių paskirstymu	1	2	3	4	5
Darbe jaučiuosi bendruomenės dalimi	1	2	3	4	5
Darbuotojai padeda vieni kitiems ir palaiko vieni kitus atliekant darbus	1	2	3	4	5
Darbuotojai konfliktuoja tarpusavyje	1	2	3	4	5
Iškilusios darbo problemos išsprendžiamos iki galo	1	2	3	4	5
Darbe patiriu stresą, nervinę įtampą	1	2	3	4	5
Darbe jaučiuosi saugus/-i	1	2	3	4	5
Darbe jaučiuosi vienišas/-a	1	2	3	4	5
Po darbo sugebu atsipalaiduoti	1	2	3	4	5
Skiriu pakankamai laiko savo laisvalaikiui	1	2	3	4	5
Bendrai esu patenkintas/-a savo turimu darbu	1	2	3	4	5

CURRICULUM VITAE

Name, Surname:	Simona Karpavičiūtė
Address:	Department of Social Sciences and Humanities, Lithuanian University of Health Sciences, Tilžės g. 18, LT- 47181 Kaunas, Lithuania
E-mail:	simonalkka@gmail.com
Education:	
2011–2015	PhD studies in Public Health. Lithuanian University of Health Sciences, Kaunas.
2009–2011	Master degree in Public Health. Lithuanian University of Health Sciences, Kaunas.
2005–2009	Bachelor in Rehabilitation. Lithuanian Academy of Physical Education.
Internships:	
2010	Representative of Lithuania at Asia-Europe Foundation summer academy-intensive studies programme <i>Public health and vulnerable groups: Access to quality health care services</i> , Lodz, Poland.
2008–2009	University of Worcester, Worcester, United Kingdom.
Professional Activity:	
2013–until now	Research Supervisor at the NGO <i>Socialiniai meno projektai</i> .
2011–2012	Research Supervisor, Pilot project <i>Art for Wellbeing</i> (Menas žmogaus gerovei), commissioned by The Ministry of Culture of The Republic of Lithuania, implemented by the Lithuanian Artists Association.
2011–2012	Assistant at Lithuanian University of Health Sciences, Faculty of Public Health.
2011–2012	Assistant at Lithuanian Academy of Physical Education, Faculty of Sport Biomedicine.
Memberships:	
Since 2015	Arts and Health Research Group at Manchester Metropolitan University
Since 2010	Asia-Europe Foundation University Alumni Network