

KLAIPĖDOS UNIVERSITETAS

Sveikatos mokslų fakultetas

Slaugos katedra

Romaldas Vainauskas

**PSIČIKOS SVEIKATOS PERSONALO SAUGUMO
DARBE LYGINAMOJI ANALIZĖ TARP PIRMINIO
IR ANTRINIO LYGIO PSIČIKOS SVEIKATOS
PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ**

Slaugos studijų programos magistro baigiamasis darbas

Klaipėda, 2013

MAGISTRO BAIGIAMOJO DARBO LYDRAŠTIS

.....
(magistro baigiamojo darbo autoriaus vardas, pavardė)

.....
(magistro baigiamojo darbo pavadinimas lietuvių kalba)

Patvirtinu, kad magistro baigiamasis darbas parašytas savarankiškai, nepažeidžiant kitiems asmenims priklausančių autorių teisių, visas magistro baigiamasis darbas ar jo dalis nebuvo panaudotas Klaipėdos universitete ir kitose aukštosiose mokyklose.

.....
(magistro baigiamojo darbo autoriaus vardas, pavardė ir parašas)

Sutinku, kad magistro baigiamasis darbas būtų naudojamas neatlygintinai 5 m. Klaipėdos universiteto studijų procese.

.....
(magistro darbo autoriaus vardas, pavardė ir parašas)

Magistro baigiamąjį darbą ginti

.....
(įrašyti – leidžiu arba neleidžiu)

.....
(data)

.....
(magistro baigiamojo darbo vadovo vardas, pavardė ir parašas)

Baigiamasis darbas įregistruotas katedroje

.....
(data)

.....
(katedros sekretorės vardas, pavardė ir parašas)

Magistro baigiamąjį darbą ginti

.....
(įrašyti – leidžiu arba neleidžiu)

.....
(data)

.....
(katedros vedėjo vardas, pavardė ir parašas)

Recenzentu(-ais) skiriu

.....
(įrašyti recenzento(u) vardą, pavardę)

.....
(data)

.....
(katedros vedėjo vardas, pavardė ir parašas)

SANTRAUKA

Vainauskas R. Psichikos sveikatos personalo saugumo darbe lyginamoji analizė tarp pirminio ir antrinio lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigų. Slaugos magistro studijų programos baigiamasis darbas. Darbo vadovė habil. dr. prof. N. Šiupšinskienė, Klaipėdos universitetas: Klaipėda, 2013. – 58 p.

Psichikos sveikatos personalo darbo aplinka praktiškai niekada nebūna visiškai saugi. Darbe patyrusiems stresą ar agresiją darbuotojams yra sunkiau susikonzentruoti, daugėja klaidingų sprendimų, mažėja gebėjimas kokybiškai ir laiku atlikti savo darbo užduotis. Privalu įvertinti psichikos sveikatos personalo darbo saugumo aspektus, bei nustatyti saugesnės darbo aplinkos silpnąsias ir stipriąsias puses, galimybes ir grėsmes, atliekant lyginamąją analizę tarp pirminio ir antrinio lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigų.

Tyrimo tikslas – įvertinti psichikos sveikatos personalo saugumo darbe lyginamąją analizę tarp pirminio ir antrinio lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigų.

Tyrimo metodika. Atliktas kombinuotas tyrimas, jungiant kiekybinio ir kokybinio tyrimo metodus. Naudoti instrumentai: klausimynas ir interviu. Taikytas statistinis duomenų apdorojimas ir turinio analizės metodai. Imtį sudarė: 147 pirmo ir antro lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai – kiekybiniame tyrime, 3 gydytojai, psichikos sveikatos priežiūros įstaigų vadovai – kokybiniame tyrime. Tyrimas atliktas laikantis etikos principų.

Tyrimo rezultatai. Tiriamojo darbo duomenys aiškiai rodo problemos aktualumą abiejuose psichikos sveikatos priežiūros įstaigų lygiuose, tačiau atliktos lyginamosios analizės tarp psichikos sveikatos centrų ir stacionaro rezultatai leidžia teigti, kad psichikos sveikatos stacionaruose dirbantis personalas dažniau jaučiasi nesaugūs darbo vietoje, nei personalas, dirbantis psichikos sveikatos centruose. Darbuotojai, nepriklausomai nuo amžiaus, lyties, išsilavinimo ar darbo stažo, patiria ir psichologinį, ir fiziologinį stresą ir smurtą, po darbo dienos jaučiasi sudirgę, emociniai išsekę ir pan. Tai neigiamai įtakoja teikiamų paslaugų ir asmeninio gyvenimo kokybę.

Išvada. Gauti duomenys labai aiškiai atspindi aukštesnį patiriamą smurto laipsnį respondentams, dirbantiems antrojo lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigose.

Pirmame ir antrame psichikos sveikatos priežiūros įstaigų lygiuose, siekiant išsaugoti darbuotojų sveikatą, darbdaviai privalo įvertinti riziką darbo vietose ir nustatyti pavojus, kurie gali būti nelaimingų atsitikimų, sužalojimų ir profesinių ligų priežastimi, stebėti rizikos veiksnius ir numatyti prevencines priemones, vertinti šių priemonių efektyvumą.

Raktažodžiai: psichikos darbuotojų patiriamas smurtas, psichikos personalo saugumas, psichikos pacientų agresyvus elgesys.

SUMMARY

Vainauskas R. Comparative Analysis of Staff Safety Between Primary and Secondary Level of Mental Health Care Institutions. Nursing Master's degree thesis. Scientific supervisor PhD Prof. N. Siupsinskiene, Klaipeda University:Klaipeda, 2013. – 58 p.

The work environment for mental health care staff is practically never safe. Staff who suffer from stress or aggression at work find it harder to focus, they make wrong decisions more often, and their ability to complete their work effectively and in time diminishes. It is necessary to project health concerns of mental health care staff and to set safer work practices by considering their strengths and weaknesses, opportunities and threats, and making comparative analysis between primary and secondary levels in mental health care institutions.

Goal of the analysis – to test comparative analysis between the staff's safety at work at primary and secondary levels in mental health care institutions.

Methods of the analysis. Comparative test was done by combining quantitative and qualitative methods of analysis.

Instruments used: questionnaire and interview, statistical data processing and methods of analysis of the content.

Sample size involved: 147 staff members from primary and secondary levels in mental health care institutions - in quantitative, 3 doctors, managers of mental health care institutions - in qualitative test. The test was done using ethical principals.

Results. Research work data shows clearly the urgent problem in both levels of mental health care institutions, however the results of comparative analysis between mental health care centres and in-patients departments allow to assert that staff who work in mental health care in-patient departments feel more insecure than staff who work in mental health care centres. Irrespective of age, gender, qualification and work experience members of staff also suffer from psychological and physiological stress and violence. They feel irritated, emotionally exhausted, etc. This negatively affects the quality of care and quality of personal life.

Conclusion. The results reflect that respondents working in secondary level mental health care institutions suffer from higher levels of violence.

To prevent staff's health deteriorate, employers have to evaluate the risks in the work environment and to ascertain hazards which could result in accidents and professional illnesses. The employers should observe the risks and to foresee preventative measures and to evaluate their effects.

Keywords: violence experience of mental health care staff, safety of mental health care staff, aggressive behaviour of mental patients.

LENTELIŲ, PAVEIKSLŲ IR PRIEDŲ SĄRAŠAS

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

Pav.		
Nr.	Paveikslo pavadinimas	Puslapis
1	Respondentų pasiskirstymas pagal lygius	31
2	Respondentų pasiskirstymas pagal lytį	31
3	Respondentų pasiskirstymas pagal amžių	32
4	Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą	33
5	Respondentų pasiskirstymas pagal darbo stažą	33
6	Patiriamo stresorūšių pasiskirstymas pagal psichikos sveikatos priežiūros įstaigų lygius	35
7	Patiriamo psichologinio smurto rūšių pasiskirstymas pagal psichikos sveikatos priežiūros įstaigų lygius	40
8	Prevencinių priemonių saugumui darbe gerinti reitingavimas I psichikos sveikatos priežiūros įstaigų lygyje	42
9	Prevencinių priemonių saugumui darbe gerinti reitingavimas II psichikos sveikatos priežiūros įstaigų lygyje	42
10	Prevencinių priemonių saugumui darbe gerinti reitingavimo procentinis palyginimas tarp I ir II psichikos sveikatos priežiūros įstaigų lygių	43
11	Specialiųjų priemonių agresyvaus ir pavojingo elgesio slopinimui ir saugios aplinkos užtikrinimui reitingavimo procentinis palyginimas tarp I ir II psichikos sveikatos priežiūros įstaigų lygių	45

LENTELIŲ SĄRAŠAS

Lentelės		
Nr.	Lentelės pavadinimas	Puslapis
1	Respondentų pasiskirstymas pagal amžių	32
2	Respondentų pasiskirstymas pagal užimamas pareigas	35
3	Respondentų pojūčiai po darbo dienos	37
4	Respondentų požiūris į darbą po patirto streso	37
5	Respondentų stresą įtakojantys veiksniai	37
6	Respondentų patiriamo smurto darbe dažnis pagal lygius	38

7	Psichikos pacientų, naudojusių smurtą personalo atžvilgiu, sveikatos sutrikimų diagnozė	38
8	Dažniausiai respondentų patirtos smurto formos	39
9	Psichologinio smurto darbe priežastys	40
10	Po patirto smurto gaunamos pagalbos iš skirtingų šaltinių palyginimas tarp I ir II lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigų respondentų	41
11	Dažniausiai naudojami streso įveikimo būdai	41

PRIEDŲ SĄRAŠAS

Nr.	Priedo pavadinimas	Puslapis
1	Anketa	60
2	Informuoto asmens sutikimo forma	66
3	Tarptautinės mokslinės – praktinės konferencijos „Į sveiką gyvenimą ir skaidrią būtį Vydūno keliu“ programa	67
4	Mokslinis straipsnis „Sveikatos mokslai“ Nr.5 2010m. „Psichikos sveikatos slaugytojų darbo saugumo vertinimas“	73

TURINYS

ĮVADAS	8
I. PSICHIKOS SVEIKATOS PERSONALO VEIKLOS TEORINIAI ASPEKTAI.....	11
1.1. Psichikos sveikatos teisiniai aspektai	11
1.2. Psichikos sveikatos personalo veiklos pagrindimas	12
1.3. Psichikos sveikatos personalo darbo aplinkos reglamentavimas.....	14
II. PSICHIKOS SVEIKATOS PERSONALO DARBO APLINKOS RIZIKOS VEIKSNIAI	19
2.1. Streso įtaka, vertinant psichikos sveikatos personalo darbo saugą.....	19
2.2. Agresijos įtaka, vertinant psichikos sveikatos personalo darbo saugą	23
III. EMPIRINĖ DALIS	29
3.1. Tyrimo metodika.....	29
3.1.1. Tyrimo imties charakteristikos	29
3.1.2. Tyrimo metodai	29
3.1.3. Tyrimo instrumentas	30
3.1.4. Tyrimo procesas/eiga.....	30
3.1.5. Tyrimo etika.....	31
3.2. Tyrimo rezultatai.....	31
3.2.1. Respondentų bendroji charakteristika.....	31
3.2.2. Psichikos sveikatos personalo patiriamo streso vertinimas ir lyginimas tarp pirminio ir antrinio lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigų	35
3.2.3. Psichikos sveikatos personalo patiriamo smurto vertinimas ir lyginimas tarp pirminio ir antrinio lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigų.....	38
3.2.4. Psichikos sveikatos personalo siūlomų saugumo gerinimo darbe būdų vertinimas ir lyginimas tarp pirminio ir antrinio lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigų.....	42
3.3. Tyrimo rezultatų aptarimas	47
IŠVADOS	50
REKOMENDACIJOS	51
LITERATŪRA	53
PRIEDAI	59

IVADAS

XXI a. labai daug kas keičiasi: technologijos, gyvenimo ir darbo tempas, konfliktų sprendimas, sveikatos problemos ir kt. Maždaug nuo 1990 m. skelbiamose mokslo publikacijose nagrinėjami stresą sukeltantys veiksniai, o smurto darbe problema šiuolaikinėje visuomenėje pradedama plačiau nagrinėti tik dabar. Remiantis įvairių tyrimų duomenimis, galima prielaida, kad streso ir smurto darbe priežastys yra darbą supantys ir iš jo kylantys veiksniai: tempas, konfliktai, vadovavimo stilius, asmens tipas, technikos pažanga, darbo sauga, socialiniai santykiai darbe ir kt. (Reigas, 2011).

Pastaraisiais dešimtmečiais pastebima vis didesnė neigiama streso įtaka darbinio gyvenimo kokybei. Darbuotojų patiriamas stresas ir išsekimas veda prie daugybės neigiamų pasekmių. Mokslininkai jau įrodė, jog stresas tiesiosiai susijęs su dažnėjančiomis personalo sveikatos problemomis, tokiomis kaip širdies ligos, migrena, hipertenzija, dirgliosios žarnos sindromas, raumenų, nugaros skausmai, skrandžio opa, psichinės sveikatos problemos, tokios kaip nerimas, depresija, nemiga, neadkevačios reakcijos. Stresas darbe yra antroji po nugaros skausmų Europos Sąjungoje dažniausiai aptinkama su darbu susijusi sveikatos problema.

Taip susiklostė, jog Lietuvoje darbinis stresas tradiciškai aktyviau tyrinėjamas iš psichologijos, biomedicinos ir vadybos mokslų perspektyvos, kas, galbūt, ir paaiškina psichologinį ir medicininį redukcionizmą bei dėmesio trūkumą socialiniams kontekstiniais veiksniais darbinio streso tyrimuose. Pastaruoju metu tampa vis aiškiau, jog išorinis organizacijos veiklos kontekstas, įvairūs makro procesai turi didžiulę įtaką organizacijos klimatui, darbuotojų savijautai darbe. Ne veltui XX-XXI a. yra vadinami „nerimo amžiais“. Toks amžių įvardinimas paremtas tam tikrais išskirtiniais bruožais: vyksta spartūs visuomeniniai ir technologiniai pokyčiai, vystosi ir tobulėja informacinės technologijos, auga automatizacija bei informacijos srautai, spartėja gamyba, reformuojami įvairūs ūkio sektoriai ir pan. (Mikutavičienė, Merkys, 2010).

Psichikos sveikatos personalo darbo saugumas – aktualus tyrimų objektas ne tik Lietuvoje, bet ir visame pasaulyje. Gates (2004) teigia, kad agresija ir smurtas prieš slaugytojus didėja visame pasaulyje. Daugiausia smurto atvejų pasitaiko specializuotuose psichiatrijos skyriuose. Scott (2003) pabrėžia, jog slaugytojai rizikuoja keturis kartus daugiau tapti smurto aukomis negu kiti sveikatos apsaugos darbuotojai. Šis faktas prieštarauja Lietuvos Respublikos Konstitucijos 48 straipsniui, kuris teigia, jog „Kiekvienas žmogus <...> turi teisę turėti tinkamas, saugias ir sveikas darbo sąlygas. Skvarčevskaja ir kt. (2008) vieningai sutaria, kad smurtas ir agresija sveikatos apsaugos sistemoje tampa vis dažnesniu reiškiniu pasaulyje ir yra tarptautinė problema. Jei ši problema nebus sprendžiama, slaugoje atsiras nepageidaujamų reiškinių, tokių kaip: slaugytojų trūkumas, slaugytojų ligos, slaugos kokybės blogėjimas.

Paskutiniai Skandinavijos šalių bei Kanados mokslininkų atlikti tyrimai įrodė nedidelį, tačiau patikimą ryšį tarp smurto ir psichikos ligų. Atlikę metus trukusį tyrimą, daugiau nei 50 proc. psichiatrų ir 75 proc. slaugytojų pranešė apie susidūrimus su pacientų smurtu ar jo grėsme. Dar vieno tyrimo rezultatai parodė, kad net 53 proc. sveikatos apsaugos sistemoje pasitaikančio pavojingo elgesio atvejų tenka sergantiesiems lėtinėmis psichikos ligomis (Šiurkutė, 2004). 2010 m. Istominai ir kt. (2010) atlikus tyrimą vienoje Lietuvos apskričių psichiatrijos ligoninių, nustatyta, kad „88 proc. respondentų patiria arba kartais patiria psichologinį stresą darbe. Šiek tiek mažiau jų (75 proc.) patiria fiziologinį stresą. 73 proc. respondentų nuolat patiria ir fiziologinį ir psichologinį stresą. Nustatyta, kad smurtą patiria 62,5 proc. visų slaugytojų, iš jų 66,7 proc. vyrų ir 61,3 proc. moterų“.

Švedų mokslininkai iš Čalmerio technologijos universiteto 2012 m. moksliniame straipsnyje teigia, kad statistikos duomenimis agresijos ir prievartos lygis psichiatrijos gydymo įstaigose kasmet kyla. Kiekvienas pacientas vidutiniškai daugiau nei du kartus per savo buvimo ligoninėje laiką išitraukia į kokį nors su prievarta susijusį incidentą. Daugiau nei trečdalis tokių incidentų baigiasi sužalojimais, kuriuos medicinos personalas patiria iš savo pacientų pusės. Švedijoje maždaug 85 % psichiatrijos darbuotojų nors kartą per visą darbo karjerą yra patyrę fizinio smurto; daugiau kaip pusei iš jų tai įvyko praėjusiais metais. <...> Anot Čalmerio universiteto prof. R. Ulricho, pirmiausia turime reikalą su labai rimtomis klinikinėmis pasekmėmis. Agresija ir smurtas psichiatrijos klinikose – kaip ir apskritai visame medicinos sektoriuje – atspindi didėjančias problemas tarptautiniu mastu. (Morgan, 2012).

Tyrimo problema. Aptarti tyrimai leidžia daryti prielaidą, kad praktiškai psichikos sveikatos personalo darbo aplinka niekada nebūna visiškai saugi. Darbe patyrusiems stresą ar agresiją darbuotojams yra sunkiau susikoncentruoti, daugėja klaidingų sprendimų, mažėja gebėjimas kokybiškai ir laiku atlikti savo darbo užduotis. Todėl privalu įvertinti psichikos sveikatos personalo darbo saugumo aspektus, bei nustatyti saugesnės darbo aplinkos silpnąsias ir stipriąsias puses, galimybes ir grėsmes, atliekant lyginamąją analizę tarp pirminio ir antrinio lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigų.

Tyrimo tikslas - įvertinti psichikos sveikatos personalo saugumo darbe lyginamąją analizę tarp pirminio ir antrinio lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigų.

Tyrimo uždaviniai:

1. įvertinti psichikos sveikatos personalo patiriamą darbe stresą, atliekant lyginamąją analizę tarp pirminio ir antrinio lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigų;
2. išanalizuoti psichikos sveikatos personalo patiriamą darbe smurtą, atliekant lyginamąją analizę tarp pirminio ir antrinio lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigų, atliekant lyginamąją analizę tarp pirminio ir antrinio lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigų;

3. nustatyti psichikos sveikatos personalo darbo saugumo gerinimo būdus pirminio ir antrinio lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigoms.

Tyrimo objektas – psichikos sveikatos personalo saugumas darbe pirminiame ir antriniame psichikos sveikatos priežiūros įstaigų lygyje.

Tyrimo subjektas – pirminio ir antrinio lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigų personalas.

Tyrimo metodai: mokslinės literatūros ir anketinės apklausos analizė bei pusiau struktūrizuotas interviu.

Darbo struktūra. Teorinėje darbo dalyje nagrinėjami psichikos sveikatos personalo veiklos teoriniai aspektai bei jų darbo aplinkos rizikos faktoriai. Tiriamajoje dalyje lyginamosios analizės metodu analizuojamas ir vertinamas pirminio ir antrinio lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigų respondentų patiriamas darbe stresas, smurtas bei respondentų nuomonė apie darbo saugumo gerinimo būdus bei ekspertų nuomonė analizuojama tema.

I. PSICHIKOS SVEIKATOS PERSONALO VEIKLOS TEORINIAI ASPEKTAI

1.1. Psichikos sveikatos teisiniai aspektai

Lietuvos Respublikos Konstitucijoje (toliau – Konstitucija) įtvirtintos pagrindinės žmogaus teisės ir laisvės. Čia išdėstytos nuostatos atitinka tarptautinių dokumentų reikalavimus, nustatančius būtinybę saugoti ir gerbti žmogų, jo garbę ir orumą bei apsaugoti nuo bet kokios diskriminacijos. Tačiau kiekviena teisė ir laisvė turi savo ribas, kurias kitų žmogaus teisių ir viešojo intereso labai nustato įstatymas arba teismas. Asmens laisvė gali būti ribojama išimtiniais atvejais, įtvirtintais teisės aktuose. Viena iš sričių, kur taikomas laisvės ribojimas, yra psichikos sveikata. Todėl privalu susipažinti su psichikos ligonio bei psichikos ligos sąvokomis, bei apžvelgti analizuojamos ligos istorinius aspektus.

LR Psichikos sveikatos priežiūros įstatyme nurodyta, kad *psichikos ligonis* – asmuo, sergąs psichikos liga, o *psichikos liga* – gydytojo diagnozuotas, psichiatro patvirtintas susirgimas, pagal galiojančią ligų klasifikaciją priskiriamas psichikos ligoms. Daugelyje pasaulio šalių dėl mokslų pažangos keitėsi požiūris į psichikos ligas bei psichikos ligonius. Palaipsniui atsirado įvairių teisės aktų, reguliuojančių psichikos sveikatos personalo teisinę padėtį.

Radavičius (2004) teigia, kad Didžiojoje Britanijoje psichikos ligonių teisinės padėties reguliavimas prasidėjo dar karaliaus Henriko I (1068–1135) laikais, kai įstatymais buvo numatyta tėvų atsakomybė už savo pamišusių vaikų priežiūrą ir pabrėžta, kad ta priežiūra turi būti geraširdiška. Dembinskas (2003) tęsia mintį, išskiriant tai, kad humanizuojant Anglijos psichiatriją daug nuveikė J. Conolly (1794–1866), iškėlęs mintį, kad ligoniams nebūtinai mechaninis suvaržymas (tramdomieji marškiniai ir kt.).

Prancūzijos gydytojas psichiatras F. Pinelis, tapęs Bicetre psichiatrinės ligoninės vyriausiuoju gydytoju, pamatęs siaubingą psichikos ligonių padėtį, suprato, kad su jais elgiamasi neteisingai, ir 1792 m. kreipėsi į Paryžiaus Konventą, prašydamas leidimo nuimti nuo ligonių grandines. Netrukus prasidėjo teisinės reformos. 1838 m. papildžius Napoleono baudžiamąjį kodeksą straipsniu dėl pamišimo, psichiatrinė pagalba buvo pripažinta valstybės reikalu. Netrukus buvo įkurtos valstybinės psichiatrinės ligoninės, kuriose psichikos ligoniams teikė slaugymo ir gydymo paslaugas pagal specialias taisykles. Į šias ligonines psichikos ligoniai galėjo būti priimami arba savo noru, arba priverstinai. Jau tada ligoninės administracijai turint pagrindą manyti, kad psichikos ligonis gali būti pavojingas visuomenei, policijos viršininko nurodymu buvo galima taikyti priverstinį gydymą. Be to, ligoniai turėjo teisę kreiptis į teismą protestuojant prieš priverstinį gydymą (Radavičius, 2004).

Šiuo metu individo teisės ginamos ne tik nacionaliniu, bet ir tarptautiniu lygiu. Šiuolaikinės tarptautinės bendrijos nariai visuotinai pritaria, jog pati tarptautinė teisė suteikia individui daug teisių ir garantijų, taip aiškiai apribodama valstybių elgesio laisvę ir susiaurindama reikalų, priskiriamų „vidaus kompetencijai“, ratą. Valstybės privalo griežtai laikytis ir vykdyti savo pareigas pagal atitinkamas sutartis.

Psichikos sveikata pripažįstama kaip viena svarbiausių XXI amžiaus pradžios visuomenės sveikatos sritimi. Psichikos sutrikimų turinčių asmenų skaičius didėja, todėl auga ir našta visuomenei. Pasaulyje vis daugiau dėmesio atkreipiama į psichikos sveikatą bei žmogaus teisių užtikrinimą psichikos sveikatos priežiūros sistemoje. Tuo tikslu buvo priimta nemažai teisės aktų, reglamentuojančių psichikos sutrikimų turinčių asmenų teisinę padėtį.

Lapkauskienė (2004) primena, kad, PSO¹ duomenimis, visame pasaulyje 1500 mln. žmonių turi psichikos sveikatos sutrikimų. Deja, jų skaičius vis didėja, niekas nėra nuo jų apsaugotas. Daugėja rizikos veiksnių, sukeliančių šias ligas – skurdas, nedarbas, vienatvė, migracija, karai, socialinis – ekonominis neužtikrintumas.

Kasiulis, Barvydienė (2001) teigia, kad žmonėms, turintiems vidinių problemų, gali padėti įvairių profesijų specialistai, tačiau pagalbos santykių psichinė dinamika yra universali. Todėl didelę įtaką „pagalbininkas“ ir „klientas“ daro vienas kitam. Kitaip tariant, psichikos sveikatos slaugytojas dažnai yra arčiausiai ligonio, todėl jų santykiai turi būti prioritetine sritimi, siekiant gerinti slaugos koreliacijos ryšio stiprumą.

1.2. Psichikos sveikatos personalo veiklos pagrindimas

Pagal Maslow (1943) pasiūlytą teoriją, esama 5 poreikių lygių, lemiančių žmonių elgseną: fiziologiniai, saugumo, socialiniai poreikiai, poreikis būti gerbiamam ir pripažintam bei savęs saviraiškos poreikis. Vienas iš svarbiausių žmogaus egzistencinių poreikių yra bendravimas.

Sėkmingam psichikos paciento ir medicinos personalo bendravimui reikalingas bendraujančiųjų interpretacinių sistemų atitikimas, t.y. perduodantysis tam tikrą ženklą mano, kad jį priimantysis interpretuos tą bendravimo ženklą iš esmės taip pat, kaip ir jis. Slaugytojo ir paciento santykiuose ši prielaida yra probleminė, nes perduodantysis (pacientas) linkęs bendravimo ženklą sieti su savo subjektyviu susirgimo patyrimu, o priimantysis (slaugytojas) interpretuoja šį ženklą, siedamas jį su liga aplamai. Slaugytojas išmokomas ligą suprasti kaip visumą fizinių požymių ir simptomų, kurie apibrėžia atskirą ligos atvejį. Tačiau pacientas kreipia dėmesį į visai kitokią tikrovę. Jis „nemato“ savo negalavimo visų pirma kaip objektyvaus ligos proceso. Jis suvokia jį pagal tai, kaip jis veikia jo kasdieninį gyvenimą (Jakušovaitė, 2001).

¹ PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija (angl. - *World Health Organization*). Pagal PSO konstituciją, organizacijos misija – siekti, kad visi žmonės pasiektų kiek įmanoma geriausią sveikatą. Organizacija įkurta 1948 m.

Vienas populiariausių XX a. psichologų F. Perls (1893-1970) teigia, kad visus žmones, su kuriais mums tenka susidurti, galima skirstyti į maistinguosius ir nuodinguosius. Maistingieji yra tie, su kuriais bendrauti yra naudinga. Nebūtinai informacine, bet visada – emocine prasme. Pabendračius su jais, pakyla nuotaika, pagerėja savijauta, gyvenimas atrodo lengvesnis ir geresnis. To poveikio padarinius mes pajuntame vėliau. Nuodingumas pasireiškia įvairiais simptomais:

- *emociniais* (pablogėja nuotaika, atsiranda vidinė įtampa, kyla susierzinimas ir t.t.)
- *elgesio* (kyla noras kuo greičiau baigti bendrauti, kuo toliau pasitraukti nuo to žmogaus, imame vengti tolimesnio susidūrimo ir t.t.)
- *fiziniais* (imame jausti silpnumą, gali skaudėti galvą, galime imti prakaituoti, pajusti virškinimo sistemos sutrikimus ir t.t.)
- *bendravimo* (pajuntame, kad pradėdame atsargiau kalbėti, atidžiau renkame žodžius, jo ar jų balsas tampa aštresnis, tampame tylesni ir t.t.)

Uždaruose psichiatrijos skyriuose, psichikos sveikatos personalui dažniau tenka bendrauti su „nuodingaisiais“ pacientais, kadangi dauguma jų sunkiai sugeba palaikyti tikslinį pokalbį, o kalba neretai būna įtakota klaidėjimo idėjų, haliucinacijų ar išankstinių nusistatymų.

Nepaisant to, psichikos sveikatos slaugytojas turi pelnyti paciento pasitikėjimą. Pradžioje susiklostę paciento santykiai su medicinos personalu gali nemaža dalimi lemti tolimesnio bendradarbiavimo ir gydymo sėkmę.

Psichikos sveikatos personalo darbas susijęs su daugybę stresą sukeliančių ir emociškai sekinančių situacijų: dažna baimė, pyktis, bendravimas su psichozės, depresijos kamuojamais pacientais. Janušonis (2000) pabrėžia, kad esant tokiai situacijai, kai slaugytojas negali skirti pakankamai laiko, o perpildytose palatose pacientai neranda galimybės bendrauti asmeniškai ir išlaikyti konfidencialumą, sunku tikėtis nuoširdaus medicinos personalo ir pacientų bendravimo. Pacientus trikdo aplinka, o personalui nuoširdžiai bendrauti, būti dėmesingiems, įsijausti į kiekvieno paciento situaciją sunku dėl didelio pacientų skaičiaus ir vis gausėjančių darbo funkcijų, neretai viršijančių jų galimybes.

Psichikos sveikatos srityje komandiniame darbe ypač svarbus vaidmuo tenka slaugytojams, kurie be tiesioginio slaugos darbo, gali atlikti *užimtumo specialisto*, *asmeninio konsultanto* (informuojant apie gydymo metodų privalumus ir trūkumus, sudarant psichozės atkryčio prevencijos planą), *atvejų vadybininko* (padedant psichikos sutrikimu sergančiam asmeniui gauti įvairias paslaugas, teikti pagalbą krizių atvejais) vaidmenis (Germanavičius, 2005).

Suslavičius A., Valickas G. (1999) teigia, kad žmonėms su psichikos negalia deklaruojamos tos pačios teisės kaip ir sveikiesiems. Deja, realybė yra kitokia. Net labiausiai išsivysčiusiose šalyse pasitaiko nemažai diskriminacijos atvejų. Psichikos pacientai visuomenėje laikomi stigmatizuotųjų grupe, jie diskredituojami, su jais nenoriai bendraujama, jų šalinamasi, nes jie kelia baimę, nerimą ir

įtampą. *Stigma* – tai toks fenomenas, kai žmogus pasižymi koku nors fiziniu, psichologiniu ar socialinio deviantiškumo (nukrypimo) požymiu, žyme, ir ta žymė (stigma) labai skiriasi nuo kultūriškai nusistovėjusių normų. Remiantis Žaliaja knyga, visuomenės nariai nenoriai pripažįsta, kad psichikos sutrikimų turintis asmenys taip pat turi teises. Blogą psichikos sveikatą arba negalią turintys žmonės susilaukia kitų žmonių dažnai iš neteisingo supratimo apie blogą psichikos sveikatą kylančios baimės ir išankstinio nusistatymo.

Psichikos pacientai yra *stigmatizuojami* remiantis visuomenėje egzistuojančiais mitais. Vienas stipriausių mitų – psichikos ligoniai yra pavojingi aplinkiniams, nors tik 3 proc. psichikos ligonių gali būti priskirti „ypač pavojingų“ kategorijai. Tačiau verta paminėti, kad 2006 m. rugsėjo 9 d. Europos Parlamento rezoliucijos projekte dėl gyventojų psichikos sveikatos gerinimo (2006/2058(INI)) nurodoma, jog maždaug 40 proc. visų kalinių turi kokį nors psichikos sutrikimą. Tad kartais galima neabejoti tokios baimės pagrįstumu.

Negalima teigti, kad vien tik visuomenė yra psichikos ligonių stigmatizavimo priežastis. Kai kuriems asmenims formuojasi savistigmatizacija ir dėl savo psichikos negalios sąmoningai ar ne jie „laukia“ iš visuomenės neigiamo požiūrio. Savęs kaip neįgalaus vaizdinys pasireiškia per frustracijas ir sukrėtimus santykiuose su kitais žmonėmis. Viena vertus, šie sukrėtimai kyla dėl visuomenės požiūrio į neįgalų žmogų ir jo gabumus, kita vertus, dėl paties neįgalaus žmogaus neigiamo savęs vertinimo.

Pasak Andrašiūnienės (2004), *efektyvi slauga* yra norimo slaugos rezultato siekimas, o norimas slaugos rezultatas – nuoširdus rūpinimasis žmogumi. Nuoširdumas neįsivaizduojamas be žmogaus jausmų, kalbėjimosi iš širdies, atsidavimo kitiems. Kai bendraujama su artimaisiais, šeimos rate, nuoširdumas yra savaime suprantamas, tačiau profesinėje veikloje nuoširdumas, bendraujant su klientu, o slaugos atveju su pacientu, reikalauja pamiršti savo jausmus, nuoskaudas, nuotaikas ir būti dėmesingam pašnekovui, jausmingam jo išgyvenimams, atsižvelgti į profesinės etikos taisykles ir vadovybės nurodymus. Bielinienė (2004) pabrėžia, kad tik nuoširdus bendravimas, draugiškumas ir dėmesys gali padėti pacientams nusiraminti, juos paguosti, padėti rasti išeitį beviltiškose situacijose. Slaugytojas į esamą situaciją turi pažvelgti paciento akimis, žinoti bendravimo dėsningumus, mokėti su jais elgtis, kai jie yra nusivylę, pikti ar visiškai pradėję norą gyventi.

1.3. Psichikos sveikatos personalo darbo aplinkos reglamentavimas

LR Darbuotojų saugos ir sveikatos įstatymo (2003) 3 straipsnyje, reglamentuojančiame darbuotojų saugos ir sveikatos garantijas, teigiama, kad kiekvienam darbuotojui privalo būti sudarytos saugios ir sveikos darbo sąlygos, neatsižvelgiant į įmonės veiklos rūšį, darbo sutarties rūšį, darbuotojų skaičių, įmonės rentabilumą, darbo vietą, darbo aplinką, darbo pobūdį, darbo

dienos ar darbo pamainos trukmę, darbuotojo pilietybę, rasę, tautybę, lytį, seksualinę orientaciją, amžių, socialinę kilmę, politinius ar religinius įsitikinimus; <...> saugias ir sveikas darbo sąlygas darbuotojams privalo sudaryti darbdaviai. Dėl saugių ir sveikų darbo sąlygų sudarymo darbuotojas turi teisę kreiptis į darbuotojų atstovą, padalinio vadovą ar kitą darbdavio įgaliotą asmenį, darbdaviui atstovaujantį asmenį, įmonės saugos ir sveikatos komitetą, Valstybinę darbo inspekciją prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (toliau – Valstybinė darbo inspekcija) ar kitas valstybės institucijas, teikdamas pasiūlymus ar reikalaujamas, kad būtų sudarytos saugios ir sveikatai nekenksmingos darbo sąlygos.

Europos sveikatos ir saugumo darbe agentūra patvirtina, kad ES-25 šalyse psichosocialinės darbo aplinkos ir psichologinio teroro darbe moksliniai tyrimai pripažinti viena iš prioritetinių mokslinių tyrimų sričių. Pastebėta, kad psichologinis teroras, kuris darbo vietoje pasireiškia įvairiomis formomis, dažnėja, o moksliniais tyrimais pagrįstų žinių, visuotinio psichologinio teroro darbe problemos supratimo bei informacijos apie galimas pasekmes sklaidos lygis šalyse labai skiriasi.

Psichologinis teroras darbe nėra naujas reiškinys, tačiau mažiau pastebimas kaip, pavyzdžiui, fizinis smurtas. Psichologinis teroras darbe pasireiškia piktnaudžiavimu valdžia ar netinkamu jos panaudojimu, kai stengiamasi įbauginti darbuotojus, nuvertinti jų atliktą darbą, pažeminti ar socialiai izoliuoti. Europos saugos ir sveikatos darbe agentūra psichologinį terorą darbe apibrėžia kaip pasikartojantį ir nepagrįstą elgesį, kuris kelia pavojų darbuotojo ar darbuotojų grupės sveikatai ir saugumui. Naujosios Europos šalys ir šalys kandidatės skatinamos psichologinio teroro darbe moksliniams tyrimams skirti absoliutų prioritetą.

Britų Kolumbijos Universitetas išnagrinėjo slaugytojų patiriamą verbalinį bei fizinį smurtą ir agresiją darbo vietose. Tyrimas atliktas Kanadoje ir Didžiojoje Britanijoje. 49 slaugytojos iš 4 sveikatos priežiūros paslaugų sričių buvo apklaustos individualiai ir grupėse apie smurto riziką. Tapo akivaizdu, kad slaugytojos patiria verbalinį ir fizinį smurtą. Tai aktuali slaugytojų problema, kuri įtakoja slaugytojų darbo efektyvumą. Slaugytojos jaučia smurto riziką darbo vietose iš pacientų ir jų artimųjų pusės. Verbaliniai grasinimai yra beveik kasdieniniai atvejai. Administracijos ar kitų profesionalų pagalba konflikto metu ar vėliau būna neadekvati. Tokios darbo sąlygos turi reikšmės ne tik slaugytojų sveikatai ir saugumui bet ir slaugytojų išlaikymui darbo vietose.

Lietuvoje gyventojų požiūrį į psichikos sveikatą vis dar lemia jos priklausymas Rytų ir Centrinės Europos regionui, kur oligarchija buvo vienintelė vertybė ir valdžia buvo naudojama kaip žmonių kontrolės ir manipuliavimo įrankis, tačiau įstatymų leidėjai ir psichikos sveikatos specialistai stengiasi skirti daugiau dėmesio naujų ir kokybiškų šios problemos sprendimų paieškai.

Rusijos federacijos rūmai priėmė įstatymo projektą, leidžiantį (arba suteikiantį teisę) psichiatrijos ligonių apsaugos darbuotojams naudoti šaunamąjį ginklą su tikslu apginti nuo gyvybei

ar sveikatai pavojingo psichikos ligonio užpuolimo žmones, o taip pat ir apsaugos darbuotojus, esančius psichiatrijos ligoninių teritorijoje.

Rusijos federacijos teritorijoje yra 8 specialaus tipo psichiatrijos ligoninės. Jose gydoma iki 5,5 tūkst. pacientų. Daugumai iš jų yra taikomas priverstinis gydymas teismo sprendimu. Tai žmonės, padarę ypač pavojingas veikas, bet, pagal medicinos ekspertizės išvadas, teisiškai jie yra nepakaltinami ir atleisti nuo atsakomybės, remiantis esamais psichikos sveikatos sutrikimais. Minėti asmenys yra patalpinami į specialias ligonines. Šių ligoninių personalas yra įsitikinęs, kad tokie pacientai yra ypač pavojingi tiek medicinos personalui, tiek ir kitiems besigydantiems. Šio įstatymo projekto autoriai pažymi, kad projektas leis sudaryti teisinę bazę galimybei užtikrinti ligoninėje esančių asmenų apsaugą (Бергова, 2009).

Izraelyje patvirtintas įstatymo projektas dėl minimalios bausmės už agresiją, nukreiptą prieš medicinos darbuotojus. Šis įstatymo projektas buvo pasiūlytas Izraelio gydytojų profesinės sąjungos atstovų. Jame numatoma minimali 3 mėn. kalėjimo bausmė už medicinos darbuotojų užpuolimą. Gydytojas J. Balšer, Izraelio gydytojų profesinės sąjungos prezidentas, išreiškė viltį, kad priimtas įstatymo projektas pagaliau sumažins agresyvaus pacientų elgesio atvejų skaičių prieš medicinos darbuotojus. Anot statistikos, vien per 2007 m. užregistruota 20 atvejų, kai medicinos darbuotojai buvo fiziškai sužaloti, kai buvo padarytas įvairaus laipsnio fizinis sveikatos sutrikdymas.

Izraelio gydytojų profesinės sąjungos narių nuomone, šis įstatymo projektas žymiai sumažins pacientų ar jų artimųjų išpuolių skaičių prieš medicinos darbuotojus. Izraelio gydytojų profesinės sąjunga informuoja, kad 2008 m. dėl išpuolių prieš medicinos darbuotojus iškelta daugiau nei 200 bylų, ir tai tik per pirmą pusmetį, o 2007 m. per visus metus šis rodiklis nesiekė 300 bylų (Израильский профсоюз врачей, 2008).

2005 m. Europos darbo sąlygų tyrimas dar kartą patvirtino, kad sveikatos apsaugos sektoriuje dirbančių darbuotojų grasinimų fiziniu smurtu rizika yra didžiausia. Sveikatos apsaugos darbuotojai aštuonis kartus dažniau patiria grasinimus panaudoti fizinį smurtą palyginti su gamyboje dirbančiais darbuotojais (Parent-Thirion, Fernández Macías, Hurley, 2007).

Pasak Jankausko ir kt. (2009), darbuotojų sveikatos stiprinimo veikla Europoje užsiima tik 25 proc. įmonių, lyginant su 85 proc. JAV. Pagrindinė to priežastis – Europoje organizacijos sveikata dažniausiai suprantama kaip atskirų darbuotojų individuali sveikata. Darbovietėse organizacinės sveikatos gerinimas turėtų būti vykdomas ne tik diegiant prevencines sveikatos programas, bet ir taikant sveikatos stiprinimo programas, kuriomis kuriamos sveikesnės darbo sąlygos, skatinamas sveikesnis gyvenimo būdas, darbo ir asmeninio gyvenimo balansas.

Kučinskas bei Kučinskienė (2002) pabrėžia, kad sveikatos priežiūros darbuotojai jaučia, kad organizacijos klimatas yra palankus tada, kai jie atlieka naudingą darbą, ir tai leidžia jiems pajusti savo vertę. Dauguma darbuotojų nori jausti atsakomybę už atliekamą darbą ir turėti sąlygas jį gerai

atlikti. Jie nori būti išklaustyti, pageidauja, kad su jais būtų elgiamasi kaip su individualybėmis, turinčiomis savo vertę, jausti, kad įstaiga iš tikrųjų rūpinasi jų poreikiais ir problemomis. Psichologinis spaudimas yra pastangos priversti visus kitus laikytis kurio nors vieno požiūrio.

Stoškus ir Beržinskienė (2005) tikina, kad sėkmingas vadovavimas žmonių grupei, jų veiklai dažnai priklauso nuo to, kokiomis asmeninėmis savybėmis pasižymi vadovas, kaip jos atitinka darbo pobūdį ir kaip tai veikia bendrą organizacijos klimatą. <...> vadovą apibūdina kaip valdymo veiklą realizuojantį asmenį, kuris koordinuoja organizacijos narių veiksmus ir pastangas, kad pasiektų bendrą tikslą, efektyviai ir veiksmingai naudojant visas turimas priemones ir išteklius.

Pasak Valiulienės (2008), 2007 m. Lietuvoje buvo atliktas tyrimas, kurio tikslas buvo nustatyti psichologinio spaudimo apraiškas, priežastis bei galimas psichologinės įtampos tarp darbuotojų mažinimo priemonės sveikatos priežiūros įstaigose. Kaip rodo šio tyrimo rezultatai, net 62 proc. apklausos dalyvių pakankamai rimta problema laiko blogą psichologinį klimatą darbo vietoje. Blogam psichologiniam klimatui iš dalies įtakos turi psichologinio spaudimo apraiškos darbo vietoje. Manoma, kad tai gali turėti įtakos darbuotojų nepasitenkinimui, personalo kaitos didėjimui ir darbo našumo mažėjimui. Denison (1996) teigimu, psichologinis organizacijos klimatas – visuma psichologinių sąlygų, įtakojančių efektyvią grupinę veiklą, produktyvumą, asmenybės raidą, darbuotojų gyvenimo kokybę.

LR Valstybinė darbo inspekcija 2009 m. sausio – vasario mėnesiais atliko sveikatos priežiūros įstaigų tikslinį inspektavimą, kurio tikslas buvo patikrinti slaugytojų darbo sąlygas. Apibendrinant duomenis, teigtina, kad daugelyje gydymo įstaigų darbuotojų darbo sąlygoms pagerinti padaryta dar ne viskas. Remiantis Profesinių ligų valstybės registro duomenimis, per paskutinius penkis metus nustatyta 140 profesinių ligų atvejų tarp sveikatos priežiūros sektoriaus darbuotojų. Atkreiptinas dėmesys, kad, neskiriant pakankamai dėmesio darbuotojų saugos ir sveikatos klausimams sveikatos priežiūros įstaigose, tikėtina, jog sveikatos priežiūros sektoriaus darbuotojų sergamumas profesinėmis ligomis didės (LR Valstybinė darbo inspekcija, 2009).

Pasaulinė krizė neaplenkė ir Lietuvos. Šiuo metu dažnai girdime restruktūrizacijos taikymo galimybių studijos analizių svarstymą. Pasak Jankausko ir kt. (2009), tyrimai apie nedarbo ir darbo nesaugumo įtaką žmogaus sveikatai buvo pradėti JAV po 1930 m. „didžiosios depresijos“. ES šalyse bendri tyrimų projektai, skirti restruktūrizavimo procesui, o kiek vėliau jų poveikiui sveikatai stebėti, pradėti tik po 2000 m.

Tyrimų duomenys rodo daugialypę psichosocialinę riziką įvairiose restruktūrizavimo stadijose. Dar neprasidėjus restruktūrizavimui, darbuotojams tik numanant jį būsiant, didėja stresas, prastėja psichikos sveikata, mažėja pasitenkinimas darbu, dažnesni neatvykimai į darbą ir stipresnis poreikis keisti darbą. Didėja sveikatai rizikingo elgesio, psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, nelaimingų atsitikimų skaičiaus rodikliai ir sužalojimo darbe rizika. Restruktūrizavimo metu

padidėjusi darbuotojų sveikatos pakenkimo rizika ne tik dar labiau apsunkina ekonominę darbdavių ir visos visuomenės našta, bet ir gilina socialines problemas: ilgalaikį nedarbą, skurdą, negalią, savižudybes.

II. PSICHIKOS SVEIKATOS PERSONALO DARBO APLINKOS RIZIKOS VEIKSNIAI

2.1. Streso įtaka, vertinant psichikos sveikatos personalo darbo saugą

Šiuolaikinė socialinė politinė situacija, technologijų transformacija, kurią įprasta vadinti permainų metais, keičia žmogaus veiklą ir kartu jo vertybines nuostatas. Nuolat didėjantis darbo intensyvumas, informacijos kiekis, laiko stoka, darbo kokybės reikalavimas, stresas ir emocinė įtampa, atsakomybės didėjimas yra nuolatiniai darbo bruožai. Norint sėkmingai veikti šiame pasaulyje, reikia turėti ne tik specifinių žinių, bet taip pat puikų psichofizinį organizmo pasirengimą, padedantį efektyviai realizuoti darbe iškilusius uždavinius. Tokios būsenos buvimui ir palaikymui reikalingas atitinkamas kompleksinis fizinės ir dvasinės formos stabilumas, sudarantis vidinį žmogaus pagrindą, kuris užtikrina energijos potencialą, pasitikėjimą savimi, o tai šiuolaikinio gyvenimo sąlygomis labai aktualu (Blaževičienė, Kaselienė, 2007).

Stresas darbe sukelia daugiau kaip ketvirtadalį (28 proc.) visų su darbu susijusių sveikatos sutrikimų, dėl kurio netenkama darbingumo dviem ar daugiau savaitių. Statistika rodo, kad ES valstybėms kasmet stresas darbe kainuoja mažiausiai 20 mlrd. eurų. Stresas darbe gali sukelti depresiją, nerimą, padidėjusį lėtinį nuovargį ir širdies ligas, jis turi didelės įtakos darbo našumui, kūrybingumui ir konkurencingumui (Obelenis, Kalinauskienė, 2007).

Subjektyvus darbo sąlygų vertinimas, t.y. kaip darbuotojas vertina darbo sąlygas ir jų kenksmingą poveikį sveikatai, yra ne mažiau svarbus negu objektyvūs tyrimai. Suvokimas, kad darbo sąlygos kenkia sveikatai, darbuotojui sukelia stresą, kuris, kaip žinoma, yra daugelio somatinių ligų priežastis. Įvairūs autoriai skirtingai apibrėžia profesinio streso sąvoką, kuri yra pats svarbiausias veiksnys, vertinant psichikos sveikatos personalo darbo saugumą (Elo, 1994).

Pasak Hannigan ir kt. (2004), *profesinis stresas* yra didžioji individų ir organizacijų problema. Stresas gali būti profesinio perdegimo, blogos sveikatos, didelės kadrų kaitos, pravaikštų, smukusios moralės ir sumažėjusio darbo efektyvumo priežastis.

LEMON² (Angl. LEarning Materials On Nursing) projekto rengėjų grupė aiškina, jog *stresas* – sanoka jausmų, kurie kyla individui dėl psichinio ir fizinio pobūdžio apribojimų, nusivylimų, praradimų ir pernelyg didelių reikalavimų. Slaugytojas kasdieninėje kalboje stresu vadina viską, kas nemalonu, kas gadina jo fizinę ir dvasinę savijautą. Manoma, kad stresas dažnai yra nugaros skausmų, sutrikusio miego, didelio kraujospūdžio, medžiagų apykaitos sutrikimo ar pablogėjusios regos, nervingumo, net sumažėjusio potraukio ir nuovargio seksualiniame gyvenime,

² LEMON - Pasaulinės Sveikatos Organizacijos (PSO) projektas. Jis yra kokybiška mokomoji medžiaga slaugams, akušeriams, felčeriems ir visiems kitiems, dirbantiems slaugos ir akušerijos srityje Vidurio ir Rytų Europos bei Nepriklausomų Valstybių Sandraugos šalyse.

nutrūkusių meilės ryšių ir kt. priežastis. Slauga pati savaime kelia stresą. Jei yra ir didžiulis darbo krūvis, aišku, slaugytojo darbas ima nebeatitikti jo įsivaizduojamų idealų.

Pajarskienė, Jankauskas (2001) *stresą* darbe apibrėžia kaip emocinę būseną ar nuotaiką, kurios priežastis – prieštaravimas tarp darbe keliamų reikalavimų ir asmens sugebėjimo atlikti juos, arba asmens suvokimas, jog nesugebės atlikti darbo pagal keliamus reikalavimus.

Medicinos personalas – tai žmonės, kurie atlieka didžiausią darbą kovoje už visuomenės sveikatos išsaugojimą, palaikymą bei gyvenimo trukmės pailginimą. Personalo darbo kokybė, sveikata didžia dalimi priklauso nuo darbo sąlygų. Todėl privalu tobulinti darbo aplinką bei saugumą.

Mokslininkai yra išskyrę veiksnius, kurie gali turėti įtakos stresui darbe. Tai gali būti universalūs ir individualūs veiksniai. *Universalūs veiksniai* – tai veiksniai, susiję su darbo užduotimis, darbuotojo vaidmeniu, bendravimo veiksniais, mikroklimatu. *Individualūs veiksniai* – tai sunkumai šeimoje, ekonominiai sunkumai, asmenybės ypatumai (Kriukelytė ir kt. 2005).

Žitinaitė (2005) nurodo tokius specifinius veiksnius, kurie lemia stresą slaugoje: atsakomybė, darbo krūvis, sunkus fizinis darbas, viršvalandžiai ir neatėjusių į darbą kolegų nuslėpimas, tarpasmeniniai konfliktai, atsakomybė, nežinomybė, darbas pamainomis.

Europos saugos ir sveikatos darbe agentūra 22 informaciniame lapelyje išskiria šias streso rūšis:

1. *Fiziologinis stresas* (širdies, kraujospūdžio, kvėpavimo, raumenų tonuso, smegenų elektrinio aktyvumo pokyčiai, judesių koordinacijos sutrikimai).

2. *Psichologinis stresas* (emocinė įtampa, baimė, frustracija). Psichologinis stresas dar skirstomas į emocinį (susijusį su laukimu, pavoju) ir informacinį (susijusį su sudėtingu sprendimu).

3. *Įpročio ir elgesio stresas* (piktnaudžiavimas tabako gaminiais, alkoholiu, narkotikais, smurtas, bauginimai arba prievarta, šeimyninių santykių problemos).

Lazarus (1970) pateikia kitoki streso veiksnių ir rūšių skirstymą. Jis teigia, kad streso šaltiniai gali būti apibudinami kaip išoriniai ir vidiniai, kurie veikia žmogų kognityviai, fiziologiškai, per jausmus, elgesį. Streso poveikis gali būti stimulu, verčiantis žmogų asmeniškai mokytis, keistis, ir tobulėti. Stresas gali veikti ir neigiamai kai iškyla per daug stresorių ir yra peržengiama pakantumo ribos, žmogus netenka jėgų (patiria didelę baimę ar „perdega“). Perdegimas nėra tas pats, kas su darbu susijęs stresas. Perdegimas išsivysto palaipsniui, sąveikaujant asmenybiniams veiksniams, darbui ir darbo aplinkai. Lazarus modelis paaiškina, kodėl streso išgyvenimai kiekvienam asmeniui yra skirtingi. Išgyvename stresą, vertindami situaciją, kai mums keliami reikalavimai (stresoriai) ir mūsų gebėjimas juos valdyti neatitinka.

Kaip darbuotojus veikia stresas, priklauso nuo trijų veiksnių. Tie patys veiksniai gali būti taikytini ir psichikos sveikatos personalui. Išskiriami veiksniai priklauso nuo:

- Personalo sugebėjimo pakelti stresą;
- Streso intensyvumo ir tęstinumo laipsnio;
- Paramos iš aplinkinių laipsnio.

Slaugytojas – žmogus, todėl kognityvus mastymas lemia jo, kaip asmens, išgyvenimą ir elgesį. Žmogus patekęs į stresinę situaciją, nesąmoningai stengiasi suvaldyti ją, išsaugoti savo įvaizdį, gerovę, išsaugoti pagaliau savo, kaip žmogaus, vientisumą.

Pasaulinė sveikatos organizacija deklaruoja, kad „kiekvienas pilietis turi teisę į sveiką ir saugų darbą bei darbo aplinką, kas leistų jam ar jai gyventi socialiai ir ekonomiškai produktyvų gyvenimą.“ Tačiau dauguma darbo medicinos domėjimosi sričių yra tradicinės – nedarbas, žalingi fizikiniai, cheminiai, biologiniai veiksniai, modernesnės – psichosocialiniai veiksniai. Fizinio ir emocinio smurto prieš psichikos sveikatos personalą paplitimą ir pasekmes nagrinėja daugelio šalių mokslininkai.

Stresas taip pat gali būti skirstomas į trumpalaikį bei ilgalaikį. Būtina juos panagrinėti išsamiau. Galimos pasekmės, išgyvenant stresą *ilguoju ir trumpuoju laikotarpiais* yra šios:

Trumpalaikis patiriamas stresas

Ūminis stresas sukelia didelį nuovargį, nervų sistemos išsekimą, galvos skausmą, atsiranda bendras silpnumas, hiperhidrozė, parausta arba išblykšta veidas, šąla galūnės, pasireiškia kitos vegetacinės reakcijos (Obelenis, Kalinauskienė, 2007).

Ilgalaikis patiriamas stresas

Psichofiziologiniai pokyčiai, kuriuos sukelia ilgalaikis streso poveikis kumuliacijos pagrindu, ilgainiui sukelia pastovius patologinius pokyčius centrinėje nervų, širdies ir kraujagyslių, endokrininės bei kitose organizmo sistemose. Ilgalaikis psichogeninės kilmės stresorių poveikis laikomas vienu reikšmingiausių rizikos veiksnių psichosomatinių ligų etiopatogenezeje (Obelenis, Kalinauskienė, 2007).

Kušleikaitė ir kt. (2004), remiantis LR Valstybinės maisto ir veterinarijos tarnybos leidimu (išduotu 2002 02 31, Nr. 0064), atliko laboratorinius bandymus su gyvūnais, su tikslu nustatyti 48 parų hipodinaminio streso įtaką krūtinės aortos lygiųjų raumenų reakcijai į adrenaliną. Tyrimo autoriai teigia, kad neretai miokardo infarktas arba staigi mirtis nuo išeminės ligos (IŠL komplikacijos) ištinka jaunas žmones, kuriems iki šiol nebuvo šiai ligai būdingų požymių, todėl jie nebuvo kreipęsi į gydytoją. Šių mirčių priežastys gali būti įvairios, tarp jų ir stresas, ypač ilgai užsitęsęs. Užsitęsusio streso laikotarpiu formuojasi adaptacinis sindromas, kuriam vystantis hipotalomo – hipofizės – antinksčių sistemos sąlygojami hormoniniai pokyčiai gali sukelti audinių ir ląstelių funkcinis bei struktūrinius pažeidimus. Ilgalaikio streso sukelti širdies ir kraujagyslių

sistemos funkciniai pokyčiai nėra visiškai ištirti. Tyrimo išvadoje pažymima, kad ilgalaikis (48 parų) hipodinaminis stresas sąlygoja reikšmingai stipresnę 10^{-6} mol/l adrenalino koncentracijos sukeltą krūtinės aortos lygiųjų raumenų susitraukimą.

Asmens savijauta ir psichikos sveikata – vienas pagrindinių šeimos, bendruomenės ir tautos gyvenimo kokybės rodiklių (Europos psichinės sveikatos apsaugos deklaracija, 2005). Ekonominė pažanga, įvairių sričių laimėjimai keičia gyvenimo tempą, versdami žmogų gyventi vis greičiau ir greičiau. Dėl šių priežasčių stresas tampa ne tik kasdieniu gyvenimo reiškiniu, bet ir vis aktualesne visuomenės sveikatos problema (Europos bendrijų komisija. Žalioji knyga, 2005). Daugėja įrodymų, kad sąveikaudamas su kitais rizikos veiksniais stresas mažina žmogaus atsparumą negatyviajam aplinkos poveikiui ir didina fizinės bei psichikos sveikatos sutrikimų riziką (World health organization, 2005).

Kaip teigia Skvarčevskaja, Razbadauskas (2006), smurtas darbe yra viena iš galimų darbuotojų patiriamo streso priežasčių. Smurtui darbe priskiriami įvykiai, kurių metu darbuotojai dėl su jų darbu susijusių aplinkybių patiria prievartą, grasinimų, įžeidinėjimų ir tai kelia grėsmę jų saugumui, gerovei ar sveikatai. Žodinė ar fizinė agresija darbo vietose pasireiškia įvairiausiomis formomis, nepriklausomai nuo to, ar ji pripažįstama kaip problema, ar ignoruojama. Ketvirtojo Europos darbo sąlygų tyrimų duomenimis, apie 10 proc. Lietuvos darbuotojų per 12 mėnesių laikotarpį darbe yra patyrę psichologinio smurto apraiškų, kai bendras ES šalių rodiklis – 5 proc.

Nepaisant negatyvaus elgesio darbe apibrėžimų ir pasireiškimo būdų įvairovės, M. Vartia išskiria penkis ujimui darbe būdingus požymius:

1. Pastovus nepageidautinų veiksmų kartotinumumas. Vienintelis įvykis nepriskiriamas ujimui. Negatyvus elgesys tampa ujimu tik tuomet, kai sistemingai kartojasi ilgesnį laiką;
2. Konfliktuojančios jėgos yra nelygios. Smurtą patiriantis asmuo arba smurto darbe auka jaučiasi bejėgė ir negali apsiginti nuo smurtaujančio asmens;
3. Smurtas pasireiškia tarpasmeniniu konfliktu nepriklausomai nuo to, kiek asmenų dalyvauja konflikte;
4. Būdingas tyčinis, netgi piktybiškas agresyvus elgesys;
5. Naudojami įvairiausi negatyvūs veiksmai. Manipuliuojama, remiantis aukos reputacija, darbo užduočių atlikimu, bendravimu su bendradarbiais, socialiniu gyvenimu ar grasinama fiziniu smurtu.

Taigi, esminės psichologinės prievartos ir konflikto darbe skiriamasis požymis yra prievartą teikiančio asmens siekimas psichologiškai dominuoti prieš smurto auką, kai darbinio konflikto metu darbuotojai šiuo požiūriu yra lygūs ir prievartą patiriantis asmuo gali apsiginti. Smurtą darbe patiriantys asmenys literatūros šaltiniuose vadinami smurto aukomis, smurtaujantys – smurto darbe vykdytojais arba smurtautojais. Smurto darbe aukomis tampama ne tik dėl vadovų ar kolegų, bet ir

dėl įstaigoje nedirbančių asmenų (pvz. klientų, pacientų, gyventojų) neetiško elgesio (Vartia – Vaananen, 2002).

Nepriklausomai nuo to, ar darbuotojai smurtą patyrė patys, ar buvo tokių įvykių liudininkai, motyvacija ir pasitenkinimas darbu mažėja. Darbuotojai, kurie tiesiogiai smurto darbe apraiškų nepatiria, tačiau yra tai matę, taip pat išgyvena stresą ir yra mažiau patenkinti savo darbu, palyginti su tokios patirties neturinčiais darbuotojais. Darbe patyrusiems smurtą darbuotojams yra sunkiau susikoncentruoti, daugėja klaidingų sprendimų, mažėja gebėjimas kokybiškai ir laiku atlikti savo darbo užduotis. Darbai atidėliojami arba iš viso neatliekami. Gali ženkliai padidėti alkoholinių gėrimų vartojimas ir rūkymas. Esant tokiai situacijai smurto darbe pasekmės jaučia ne tik darbuotojai, bet ir įmonės (Parent-Thirion ir kt., 2007).

Pasak Janušonio (2009), tai, kad stresas yra pavojingas darbui, buvo pripažinta palyginti neseniai. JAV tik 1986 m. buvo oficialiai pripažinta, kad stresas darbe gali sąlygoti depresiją, nerimą, nepasitenkinimą darbu, neigiamus elgsenos ir gyvenimo būdo pokyčius, įvairias priklausomybes. Dabar visi sutinka, kad darbo vieta yra tipinė streso arena. Ypač ten, kur darbas labai reglamentuotas, atsakomybė didelė, pastovus bendravimas su žmonėmis, ribota darbuotojų autonomija priimant sprendimus. Būtent tokia darbo vieta yra sveikatos priežiūros organizacijos.

Streso darbe (sveikatos priežiūroje) valdymas yra svarbus – jis padeda gerinti sveikatos priežiūros tinkamumą ir kokybę. Streso valdyme svarbu, kad būtų veikiamos visos streso proceso grandys, ypač jo priežastys. Kaip efektyviausią streso valdymo instrumentą medikai nurodė darbe krūvio mažinimą, finansavimo sveikatos priežiūrai didinimą, aprūpinimo darbo įrankiais ir priemonėmis gerinimą. Dauguma darbuotojų pritaria, kad specialios streso valdymo programos būtų efektyvios.

Stresoriai ir atsakas į juos yra nedalinama viena sistema streso procese. Streso samprata dažniausiai grindžiama dviem požiūriais: objektyviu ir subjektyviu. Pirmuoju požiūriu, stresą sukeliantys gyvenimo įvykiai traktuojami kaip realus ir matomas fenomenas, reikalaujantis panašaus adaptacinio atsako iš daugelio individų. Subjektyvus požiūris stresą apibrėžia kaip individo ir jį supančios aplinkos santykį (ryšį), pasireiškiantį nenumatyta patirtimi (Janušonis, 2009).

2.2. Agresijos įtaka, vertinant psichikos sveikatos personalo darbo saugą

2001/2002 m. buvo vykdoma tarptautinė smurto sveikatos priežiūros sektoriuje programa. Programos metu buvo atliekamas tyrimas, kurio tikslas – išaiškinti smurto sveikatos priežiūros sektoriuje paplitimą įvairiuose geografiniuose pasaulio regionuose, priežastis, apraiškos būdus, rasti problemos valdymo bei prevencijos būdus. Tyrimas parodė, kad medicinos personalo patiriamas psichologinis smurtas, agresija yra dažnas reiškinys, apie kurį dažniau nutylima nei pranešama (Mayhew, 2003). Tai, kad slaugytojų patiriamas psichologinis smurtas yra „tyli

problema“, buvo pastebėta ne vieno tyrimo metu. Įvairių šalių literatūroje apie atliktus tyrimus minima, kad slaugytojai niekam nepraneša apie patirtą fizinį ar psichologinį smurtą dėl įvairių priežasčių, tačiau vyraujanti priežastis – jos mano, kad tai yra beviltiška ir kad situacija nepasikeis (Steinman, 2003).

Skirtinguose literatūros šaltiniuose agresija yra apibrėžiama nevienodai:

- *Agresija* – puolimas, turint tikslą ką nors fiziškai sužaloti ar psichiškai paveikti (Tarptautinių žodžių žodynas, 2002).
- *Agresija* – tai toks elgesys, kurio pagrindinis tikslas yra fiziškai arba psichologiškai sužeisti kitą žmogų arba organizmą (Coleman ir kt. 2004).
- *Agresija* – viena iš galimų žmogaus elgesio strategijų. (Liausėdas, 2002).

Teikiant pacientams socialines paslaugas, bene dažniausias elgesys ir pacientų reakcijos yra susijusios su agresyvumu, pykčiu ir priešišku nusistatymu. Toks elgesys, keliantis nemažai problemų socialinių paslaugų teikimo srityse, dažnai pasireiškia susidūrus su jaunais žmonėmis, asmenimis, grįžusiais iš įkalinimo įstaigų bei su asmenimis, kuriems būtina slauga. Agresyvus elgesys dažniausiai pasireiškia žodinėmis atakomis, reikalaujančiomis ypatingo darbuotojo pasiruošimo, kompetencijos, įgūdžių ir motyvacijos, tačiau jis taip pat gali žėisti ir žeminti darbuotojo statusą, aprangą, kalbą ar asmeninį darbuotojo elgesį. Psichikos sveikatos personalas į tokį pacientą gali reaguoti labai įvairiai. Vieni į priešišumą atsako susierzinimu, priešišku, kiti – mėgina nuteikti priešiška nusistačiusį pacientą savo naudai, jam pataikaudami, stengdamiesi būti malonūs ir draugiški, aiškindami, jog nėra pagrindo pykti, dar kiti – ignoruoja paciento pyktį ar susierzinimą. Kaip ten bebūtų, visais atvejais yra svarbu suprasti paciento priešiškumo priežastis.

Žmogaus patekimas į bet kokio profilio ligoninę, pasikeitusi gyvenimo situacija kelia nerimą, įtampą. Tai yra nemažas psichologinis stresas kiekvienam žmogui, nes susergama nelauktai, kartais dramatiškomis aplinkybėmis. Bendraudami pacientai dažniausiai instinktyviai jaučia, kaip jį suvokia ir vertina psichikos sveikatos darbuotojas. Kalbant su pacientu reikia atminti, kad neatsargus žodis ar veido išraiška, balso intonacija gali sukelti neadekvačią reakciją, padidinti paciento nerimą, įtampą, paskatinti jį elgtis impulsyviai ar agresyviai (Lapkauskienė, 2004). Todėl slaugytojai privalo būti ramūs, kantrūs, elgtis pagarbiai, vengti familiaraus elgesio, perdėto emocionalaus reagavimo, stengtis nei žodžiu, nei laikysena neparodyti kilusio nerimo ar baimės. Dažnai buvę nedrąsūs bei mandagūs pacientai staiga gali tapti įkyrūs ir net agresyvūs. Be to, būdami visą parą arčiau slaugytojų, pacientai jais labiau pasitiki, nei gydytojais, kuriuos mato trumpiau. Patekę į stacionarą, ypač psichinės sveikatos įstaigas, pacientai jaučiasi nesaugūs, būna sutrikę, bijo likti nesuprasti. Psichikos sveikatos personalas privalo stebėti, kantriai aiškindamas tokio elgesio priežastis, jas suprasti ir vertinti. Žinant, kad pacientas nekritiškas ir nepasiduoda korekcijai, nedera su juo ginčytis, neigti jų haliucinacijas, įrodinėti jų klaidingumą, nes tai gali tik pabloginti

situaciją. Tačiau negalima jiems pritarti. Galima paaiškinti, kad jį suprantate, tačiau pats to nematote ar negirdite. Reikia pabandyti orientuoti pacientą į tikrovę. Atsiradus regos, klausos, imperatyvinėms haliucinacijoms ar pseudohaliucinacijoms, pacientai yra pavojingi, gali užpulti aplinkinius ar susižaloti patys. Psichikos sveikatos personalo pagrindinė pareiga iškilus pavojingoms situacijoms – susivokti, būti atsargiems, elgtis kompetentingai, kad galėtų apsaugoti pacientą, aplinkinius ir save (Lapkauskienė, 2004). Autorė išskiria šiuos įspėjamuosius agresyvaus paciento elgesio ženklus:

- Nesusivaldymas paprastomis aplinkybėmis, nekontroliuojamas pyktis;
- Nuolatinis kitų kaltinimas, ko nors reikalavimas, konfliktavimas su aplinkiniais;
- Nuolatinis pojūtis, jog yra nepakankamai gerbiamas;
- Socialinių pareigų nepaisymas, nesuvokimas, kad ir kiti žmonės turi tam tikras teises;
- Dažnas taisyklių nepaisymas;
- Reikalavimai – kuo labiau personalas stengiasi patenkinti poreikius, tuo reikalavimų daugėja;
- Impulsyvūs ir nenuspėjami paciento veiksmai, nes nesugeba toleruoti frustracijos, greitai praranda kontrolę;
- Siekdami patenkinti reikalavimus, naudoja grasinimus – atvirus ar subtilius. Labai greitai atranda kitų „silpnas vietas“;
- Ne tiek atvirai grasina, kiek pasireiškia pasyviai agresyvus elgesys (verkimas, nusišalinimas, demonstratyvi kančia);
- Destruktyvus elgesys savo ir kitų, bei daiktų atžvilgiu, neįaučiant atsakomybės ar kaltės dėl tokio elgesio;
- Ginčijasi, meluoja, erzina, vagia;
- Priešinasi ir sabotuoja skiriamą gydymą;
- Nuvertina kitų pacientų gydymą, skatina juos ignoruoti gydytojų rekomendacijas;
- Dominuoja pyktis, pacientas gali būti aštrus, sarkastiškas, įžeidžiantis;
- Pacientai yra labai pažeidžiami ir išsigandę, net jeigu ir atrodo gašdinantys;
- Labilios paciento nuotaikos ir emocijos gali keistis dienos bėgyje, atsiranda periodinės depresinės reakcijos.

Prievartos aktai, iš pažiūros visiškai be priežasties, vyksta beveik visur diena iš dienos, savaitė po savaitės. Šie faktai visuomenėje kelia nerimą ne tik dėl sukeltų kančių, patirtos agresijos, bet ir dėl to, kad neretai agresyvus elgesys pasireiškia pas žmones su įvairiais psichikos sutrikimais. Tai negali nedaryti įtakos šių pacientų, jų artimųjų ir aplinkinių gyvenimo kokybei bei saugumui. Dauguma tyrimų agresiją nurodo kaip bet kokią elgesio formą, kuri nukreipta į tai, kad kam nors suteikti fizinį ar emocinį nuostolį (neigiamą poveikį). Dauguma atliktų tyrimų teigia, kad numatoma

agresija turi sutapti su agresoriaus ketinimais. Būdinga tai, kad dauguma agresyvių veiksmų motyvuota ne tik noru padaryti žalą agresijos aukai. Iš esmės yra sutariama dėl to, kad agresoriai veikia racionaliai, iš anksto numatę savo veiksmus. Šio teiginio šalininkai mano, kad agresoriai turi ir kitų tikslų, kurie jiems gali būti labiau reikšmingi, nei noras padaryti žalą savo aukai: t.y. noras įtakoti situaciją (agresija dažnai būna grubi prievarta; puolantieji gali padaryti žalą savo aukoms, bet jų veiksmų pirminis tikslas būna noras įtakoti kito žmogaus elgesį. Jie gali stengtis pvz. tam, kad priversti kitus asmenis nedaryti tam tikrų veiksmų, kurie juos veikia kaip dirgiklis), įgyti įtaką kito žmogaus atžvilgiu (agresyvus agresoriaus elgesys dažnai būna nukreiptas tikslui sustiprinti savo įtaką ir dominuoti situacijoje). Agresorius gali pulti savo auką, tikintis įgyvendinti savo norus, bet kaip mano šios nuomonės šalininkai, jo tikslas – santykiuose su auka įtvirtinti savo pozicinį dominavimą, tikintis nuolankumo ir pagarbos, kuriam pasiekti padės agresyvaus elgesio sukeltas įspūdis (Петрюк, 2004).

Žinoma, kai kada elgesys gali būti nulemtas vienu metu įvairių faktorių. Agresoriai gali stengtis įgyvendinti savo tikslus arba įtvirtinti savo įtaką ir valdžią tam, kad įgautų didesnę pagarbą bei savigarbą. T. B. Dmitrijevos nuomone, agresija ir žmogaus agresyvus elgesys – tai veiksmas, kai pagrindas – agresyvumas – nukreiptas su tikslu padaryti fizinę ar moralinę žalą supančios aplinkos žmonėms ar kitiems objektams, nulemtas prievartos prieš juos. Tokio pobūdžio agresija apibendrinama ir aiškinama skirtingai, tačiau kaip esmė naudojamas pateiktas teiginys. Agresorius definiciją apsprendžia motyvuotu destruktivių elgesiu, prieštaraujančiu nusistovėjusioms normoms ir taisyklėms, žmonių egzistavimui visuomenėje, darančiu žalą užpultiesiems. Šiuo teiginiu yra pabrėžiama negatyvi ir dažniausiai neteisėta agresijos pusė. Prie viso to T. B. Dmitrijeva agresiją suvokia kaip individo būdą, charakterio ypatumus, kurie pasireiškia pasiruošimu agresyviai reakcijai, interpretuojant kitų asmenų veiksmus tarpasmeniniuose santykiuose (Dmitrijeva, 2002).

Dauguma tyrinėtojų išryškina skirtingą psichopatologinių būsenų pavojingumo laipsnį. Šostakovičius ir Gorinovas (2002) ištyrė, kad esant sutrikusios sąmonės su elgesio sutrikimais, bet su išlikusiomis motorinėmis funkcijomis – prieblandinės sąmonės sutrikimas. Tai ypač pavojingi sindromai. Šiek tiek mažesnio laipsnio pavojingumą lemia haliucinacijos, klaidėjimo idėjos, afektiniai ir psichopatologiniai sindromai. Atsižvelgus į realizuotą agresiją, prie visų išvardintų psichopatologinių sindromų, išskyrus sąmonės sutrikimus, svarbią reikšmę turi išankstinis individo nusistatymas. Vienais atvejais tai gali lemti lengvą agresyvų – prievartinį elgesį, dažnai netgi pasikartojantį analogišką elgesį. Kitais atvejais išankstinis nusistatymas gali slopinti potencialiai pavojingą elgesio pasireiškimą.

Remiantis A. P. Petriuk (Петрюк, 2004) 2000-2004 m. Charkovo miesto psichiatrijos ligoninėje atlikta 273 ligos istorijų analize, agresyvus elgesys tarp analizuotos grupės pacientų buvo aptiktas pas 57 (20,9 proc.) sergančiųjų psichotiniais psichikos sutrikimais ir pas 216 (79,1 proc.)

sergančiųjų nepsichotiniais psichikos sutrikimais. Sergantieji šizofrenija išsiskirdavo ypatingu pavojingumu su dažnai pasireiškiančiu agresyviu elgesiu, tačiau vyrams, sergantiems šizofrenija, dukart dažniau pasireiškėdavo agresyvus elgesys, nei šizofrenija sergančioms moterims. Maksimalus agresyvumo lygis pasireiškėdavo esant haliucinaciniam – paranoidiniam sindromui, kuomet agresyvių veiksmų rizika sustiprėja esant komplikuotiems minėtiems sindromams, t. y. atsiradus nerimui, pasimetimui, derealizacijai ir depersonalizacijai, esant poveikio pavydo nuodijimo, klaidėjimo idėjoms, kurios yra lydimos imperatyvių haliucinacijų.

Ypač pavojingos yra nuolatinės klaidėjimo idėjos, tam tikro turinio ir nukreiptos prieš konkrečius asmenis, ypatingai tai liečia neištikimybės klaidėjimo idėjas.

Haliucinacijos, klaidėjimo idėjos pacientus versdavo elgtis kenkėjiškai kitų žmonių atžvilgiu, nors dažnai pasitaikydavo atvejų, kuomet agresiją nukreipdavo į save (16,3 proc. atvejų tarp sergančiųjų šizofrenija su agresyvaus elgesio pasireiškimu).

Pacientai dažnai elgdavosi agresyviai imperatyvių haliucinacijų įtakoje (41 proc. pacientų pakludavo imperatyviems balsams). Psichikos pacientams su depresijos simptomais tai kartais sąlygodavo suicidą, t.y. pastūmėdavo savižudybei, artimųjų nužudimui. Pacientai savo artimiesiems matydavo tik labai blogą ateitį juos supančiame pasaulyje ir kaip išeitį matydavo jų mirtį, o po to ir savo savižudybę.

Bipolinių sutrikimų, hipomanijos ar manijos tipo pacientus privedavo prie neatsakingų veiksmų, kas juos pastūmėdavo atlikti nežymias teroristines veikas (telefonu pranešdavo apie užminuotą įmonę, mokyklą ir pan.) su tikslu atkreipti dėmesį ne tiek į save, kiek į visuomenines problemas. Pas asmenis, turinčius priklausomybę alkoholiui, buvo išreikštas aukštas (nuo 50 iki 60 proc.) agresyvaus elgesio lygis (aukštesnis pas vyrus, žemesnis – pas moteris). Asmenys, kurie neturi priklausomybės alkoholiui, narkotikams ar toksiškoms medžiagoms, būdami apsvaigę nuo alkoholio taip pat atlikdavo agresyvius veiksmus aplinkinių atžvilgiu. Tačiau, išanalizavus 72 proc. atvejų, paaiškėjo, kad agresyvius veiksmus atlikdavo individai alkoholio poveikyje (nužudymas, sunkūs kūno sužalojimai ir pan.) Ir nustatyta, kad lemiamą įtaką turėdavo kiti faktoriai, nei alkoholis, kuris tik supaprastindavo agresyvaus elgesio eigą. Ypač pavojingas – šizofrenijos derinys su piktnaudžiavimu alkoholiu.

Slaugos mokslininkai tiria slaugytojų patiriamą smurtą ir jo poveikį slaugytojų sveikatai bei socialinei gerovei. Rezultatai rodo, kad slaugytojai patiria emocinį bei fizinį smurtą skirtingų kultūrų šalyse. Emocinis smurtas tampa kasdieniu reiškiniu. Daugiau nukenčia jaunos, neturinčios darbo patirties slaugytojos. Bandomos sukurti prevencinės programos nėra efektyvios.

Slaugytojai, gydytojai ir slaugytojų padėjėjai yra labiausiai pažeidžiama psichikos sveikatos priežiūros specialistų grupė, kadangi dažniausiai jie kontaktuoja su pacientais aktyvios psichozės, ar psichinės ligos paūmėjimo laikotarpiu, bei patiria tiek emocinį, tiek fizinį smurtą. Kitos specialistų

grupės (psichologai, psichoterapeutai, socialiniai darbuotojai, užimtumo veiklos specialistai) su psichikos pacientu kontaktuoja po aktyvios psichozės laikotarpio, kai sąlyginis pavojingumas yra sumažėjęs, nes aktyvusis psichozės laikotarpis būna praėjęs. Smurto ir agresijos prieš psichikos sveikatos priežiūros personalą problema yra aktuali ir didėja visame pasaulyje.

III. EMPIRINĖ DALIS

3.1. Tyrimo metodika

Mokslinės teorijos, kaip ir pažinimas, savo prigimtimi yra sąlyginės, t.y. negali būti išbaigtos, viską paaiškinančios apie vieną ar kitą reiškinį. Jos bėgant laikui neišvengiamai keičiamos kitomis, keliančiomis vis sudėtingesnius klausimus. Todėl ir mokslas nuolat plečia savo pažinimo ribas, apimančias vis naujus faktus (Kardelis, 2002).

Darbe atliktas empirinis tyrimas, kuris padėjo įvertinti X apskrities ligoninėje ir X psichikos sveikatos centruose dirbančiųjų pagal psichikos sveikatos personalo pareiginius nuostatus ir atitinkančius minėtą kvalifikaciją ar atliekančiųjų psichikos sveikatos personalo funkcijas saugumą darbe, didžiausią dėmesį skiriant streso ir agresijos veiksniams bei lyginant saugumą darbe pirminio ir antrinio lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigose. Taip pat apklausti įstaigų vadovai, siekiant išsiaiškinti saugumo darbe esamą situaciją ir jo didinimo galimybes.

3.1.1. Tyrimo imties charakteristikos

Tiriamąją imtį sudaro 170 skirtingų lyčių respondentų, dirbančiųjų pagal psichikos sveikatos personalo pareiginius nuostatus ir atitinkančius minėtą kvalifikaciją ar atliekančiųjų psichikos sveikatos personalo funkcijas. Išanalizavus socialinių tyrimų metodologijos literatūrą, nustatyta, jog ši imtis turėtų būti pakankamai reprezentatyvi, kad pagal jos rezultatus būtų galima spręsti apie generalinę visumą. Respondentai buvo atrinkti tikslinės grupės formavimo principu (tyrėjas formuoja grupę, priklausomai nuo savo specifinių tikslų).

Faktinę tiriamąją imtį sudaro 30 pirminio (psichikos sveikatos centrai) ir 117 antrinio lygio (psichikos sveikatos stacionaras) respondentų. Anketinėje apklausoje iš 170 anketų – 147 anketos tinkamos atlikti statistinei analizei, 11 sugadintos, 4 gražintos neužpildytos, 8 negražintos.

3.1.2. Tyrimo metodai

Darbe buvo taikomi šie mokslinio tyrimo metodai: mokslinės literatūros analizė ir jos apibendrinimas, tyrimo anketos sudarymas, tiriamųjų grupės pasirinkimas, anketinės apklausos atlikimas, matematinės bei aprašomosios statistikos analizės taikymas rezultatų išvadų pateikimui, jų įtraukimas į interviu protokolą, interviu atlikimas, išvadų ir rekomendacijų pateikimas.

Viena svarbiausių socialinių tyrimų metodologijos grandis – empirinio tyrimo metodai. Tiriamojoje dalyje buvo pasirinktas apklausos metodas, todėl, kad, pasak Kardelio (2012), socialiniuose moksluose apklausa yra plačiai paplitęs tyrimo metodas. Be to, kadangi žmogui kalba (sakytinė ir rašytinė) yra svarbiausia komunikacijos priemonė, padedanti priimti visą socialinę

informaciją ir ją perduoti kitiems, todėl negalima neįvertinti šio informacijos kanalo reikšmės moksliniuose tyrimuose.

3.1.3. Tyrimo instrumentas

Siekiant kuo didesnio reprezentatyvumo, taikomi ir derinami tarpusavyje kiekybiniai ir kokybiniai tyrimo metodai, konstruojami keli tyrimo instrumentai.

Tyrimo buvo naudota anoniminė anketinė apklausa. Anketa pateikta 1 priede. Anketoje buvo naudoti ir atviri, ir uždari klausimai. Visi klausimai yra tiesioginiai, pateikti tiek konstatuojamąja, tiek klausiamąja forma. Anketoje naudotos visos įmanomos klausimų skalės: nominalinė, ranginė bei intervalinė (Likerto). Klausimai buvo suskirstyti į: bendruosius, patiriamo streso darbe, patiriamo smurto darbe, darbo saugumo gerinimo.

Dalis anketos klausimų buvo sukurti Romaldo Vainausko 2009 m., rašant Slaugos bakalauro II kursinį darbą „Psichikos sveikatos slaugytojų darbo saugumo vertinimas“. Tačiau atnaujinus mokslinės literatūros tyrimą šiame darbe, nuspręsta įtraukti ir naujausias tendencijas atitinkančių bei įgalinančių lyginti saugumą darbe tarp pirminio ir antrinio lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigų klausimų.

Siekiant įvertinti psichikos sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų saugumo didinimo galimybes ir perspektyvas, tyrime naudotas pusiau struktūrizuoto interviu metodas. Šio metodo paskirtis – naudojant su kitais tyrimo metodais (anketine apklausa), gauti papildomos informacijos. Interviu protokolą (pateikiamas 2 ir 3 prieduose) sudaro 11 klausimų. Jie apima: psichikos sveikatos personalo saugumo darbe reglamentavimą, tendencijas, pokyčių valdymą, kooperacijos būklę su kitomis įstaigomis, kliūtis ir galimybes saugumo didinimui.

3.1.4. Tyrimo procesas

Magistro darbo procesas organizuotas šiais etapais:

1 etapas: pasiruošimas tyrimui. Šiame etape galima išskirti kelis etapus: tyrimo tikso ir uždavinių nusakymas, tyrimo plamo sudarymas;

2 etapas: proceso organizavimas. Šiame etape atliekamas tyrimo metodo parinkimas, tiriamųjų imties nustatymas);

3 etapas: empirinių duomenų rinkimas. Anketinės apklausos ir interviu atlikimas;

4 etapas: Gautų duomenų apdorojimas. Taip pat parengiama tyrimo ataskaita, išvados ir rekomendacijos.

3.1.5. Tyrimo etika

Tyrimo pradžioje tyrimo respondentams paaiškintas tyrimo tikslas ir procedūros bei nauda jo dalyviams. Tyrimas yra objektyvus. Dalyviai žino, kad jie gali atsisakyti dalyvauti tyrime ar išeiti iš jo bet kuriuo metu.

Siekiant išlaikyti pusiausvyrą tarp tyrėjo noro gauti objektyvią informaciją ir tiriamojo asmens saugos, tyrėjas įsipareigoja vertinti suteiktą informaciją, dalyvių kompetenciją, savanoriškumą bei supratimą. Tyrėjas įsipareigoja rasti pusiausvyrą tarp tokių etinių problemų kaip orumas, privatumas ir konfidencialumas pasibaigus tyrimui. Taip pat, siekiant atlikti tyrimą, jo instrumentas buvo patvirtintas etikos komisijos pirmininkės doc. dr. Vidos Mockienės.

3.2. Tyrimo rezultatai

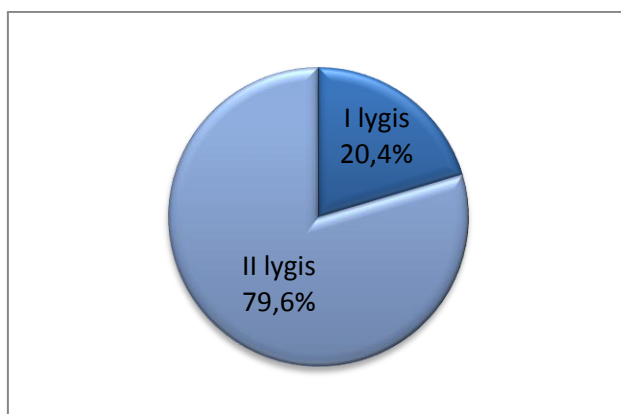
3.2.1. Respondentų bendroji charakteristika

Darbe atliktas empirinis tyrimas, kuris padėjo įvertinti psichiatrijos ligoninėje ir psichikos sveikatos centre dirbančiųjų pagal psichikos sveikatos personalo pareiginius nuostatus ir atitinkančius minėtą kvalifikaciją ar atliekančiųjų psichikos sveikatos personalo funkcijas saugumą darbe, didžiausią dėmesį skiriant streso ir agresijos veiksniams bei lyginant saugumą darbe pirminio ir antrinio lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigose (pirmas lygis – ambulatoriniai psichikos sveikatos centrai, antram lygiui priklauso psichikos sveikatos ligoninė – stacionaras).

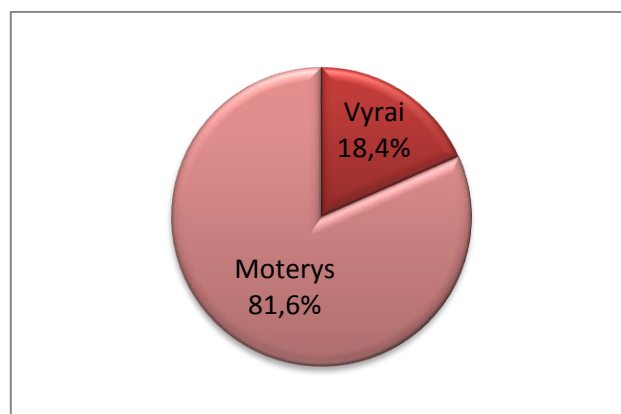
Tiriamąją imtį sudarė 170 skirtingų lyčių (140 moterų, 30 vyrų) respondentų.

Respondentų pasiskirstyme pagal amžių, lytį, darbo stažą ir išsilavinimą skirtinguose psichikos sveikatos priežiūros įstaigų lygiuose nėra reikšmingų skirtumų.

Faktinę tiriamąją imtį sudarė 30 pirminio ir 117 antrinio lygio respondentų (1 pav.). Apklausoje dalyvavo 27 vyrai, 120 moterų (2 pav.):



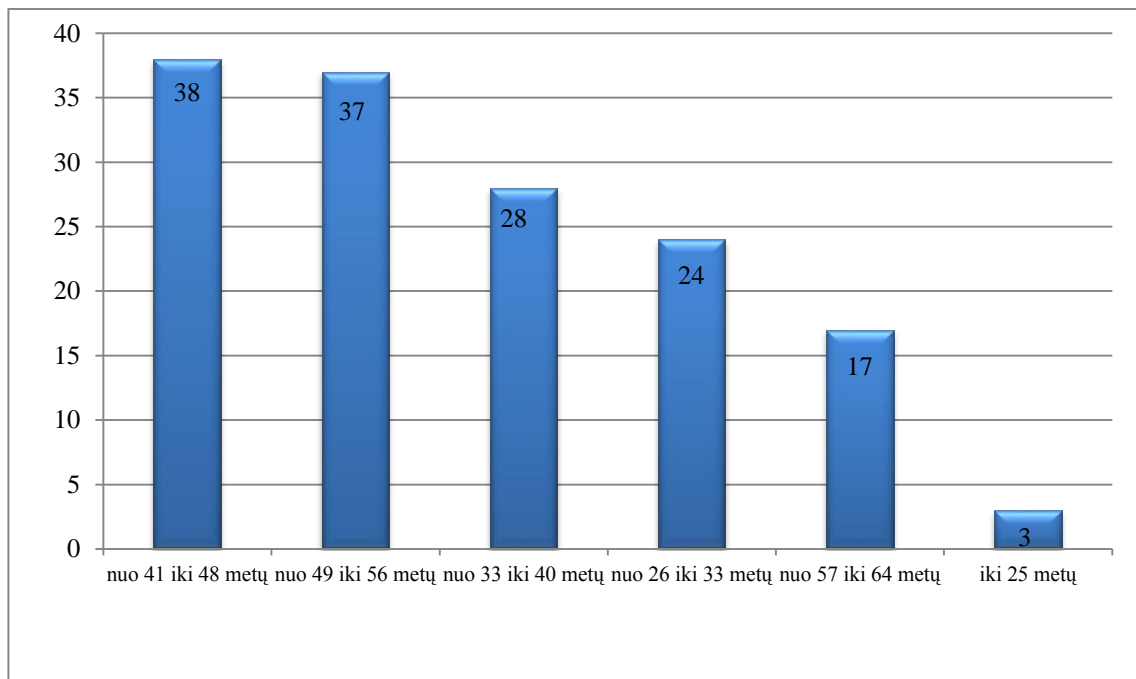
1 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lygius



2 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį

Bendras, dominuojantis personalo amžius yra nuo 33 iki 50, šio amžiaus tarpsnio respondentų – net 70,1 proc.

Respondentų pasiskirstymas pagal amžių analogiškas abiejų lygių psichikos sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų tarpe, pateiktas 3 paveiksle bei 1 lentelėje:

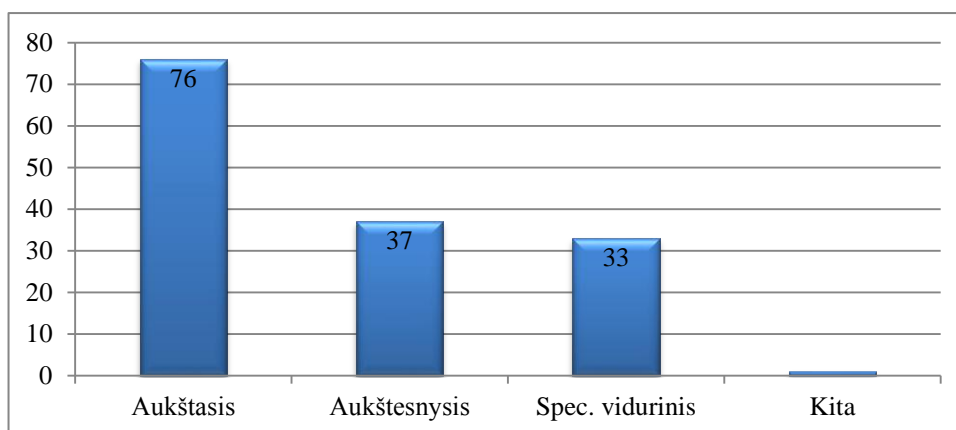


3 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių

1 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių

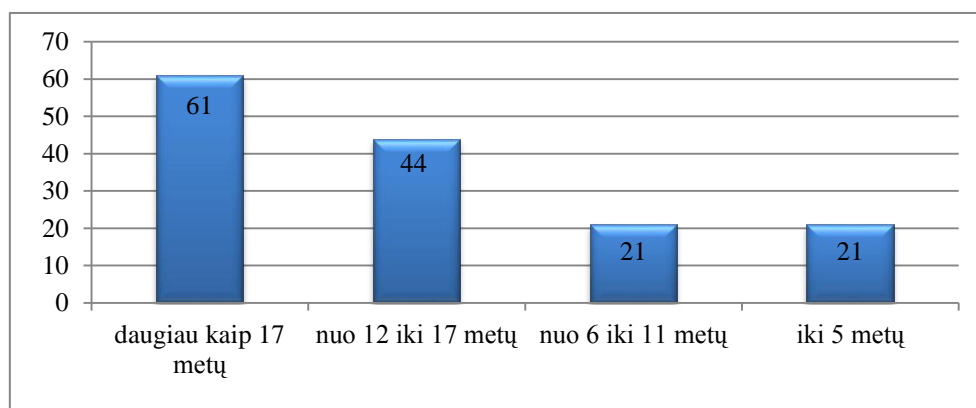
Amžiaus grupė	Dažnis	Procentas	Kaupiamas procentas
nuo 41 iki 48 metų	38	25,9	25,9
nuo 49 iki 56 metų	37	25,2	51,1
nuo 33 iki 40 metų	28	19,0	70,1
nuo 26 iki 33 metų	24	16,3	86,4
nuo 57 iki 64 metų	17	11,6	98,0
iki 25 metų	3	2,0	100,0
Viso:	147	100,0	

Tiriant išsilavinimo lygį, neskirstome respondentų pagal sveikatos priežiūros įstaigų lygius, kadangi esminių skirtumų nėra, todėl, remiantis gautais duomenimis, teigtina, kad 51,7 proc. psichikos sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų turi aukštąjį išsilavinimą, 25,2 proc. – aukštesnįjį, 22,4 proc. – spec. vidurinį, ir 0,7 proc. – kitą, t.y. žemesnį nei spec. vidurinį išsilavinimą (4 pav.):



4 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą

Lyginant pagal darbo stažą (5 pav.), abiejuose psichikos sveikatos priežiūros lygiuose dominuoja dirbantieji nuo 12 iki 17 metų (29,9 proc.) bei daugiau nei 17 metų (41,5 proc.). Tai rodo, kad didžiąją personalo dalį sudaro kompetentingi bei didelę darbo patirtį turintys darbuotojai.



5 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal darbo stažą

Komandinio darbo principus palaiko abiejų lygių darbuotojai (93,9 proc.)

Komandinio darbo principams besąlygiškai pritaria ir antrinio lygio psichikos sveikatos įstaigos vadovas, teigdamas, kad darbo krūvis ir pareigos laikui bėgant pasiskirstė. Anksčiau buvo tik slaugytojas ir gydytojas, kurie atlikdavo daugelį funkcijų, nesusijusių su tiesioginėmis profesinėmis pareigomis. Šiuo metu stacionare slaugytojai atlieka savo darbines-profesines funkcijas, socialiniai darbuotojai – savo, užimtumo terapijos, gydytojai, psichologai, psichoterapeutai – savo. Specializavimasis pagal savo specialybę per paskutiniuosius 20 metų vyko akivaizdžiai. Specializacija vyksta visoje Lietuvoje, kadangi atsirado naujų specialybių, kurios ateina į medicinos praktiką. Tai, pašnekovo manymu, yra aiškus plusas galimybei taikyti komandinio darbo principus teikiant kokybiškas paslaugas pacientams.

Visiškai priešingą situaciją pristato pirminio lygio psichikos sveikatos įstaigų vadovės. Jų teigimu, per daugelį metų darbo sąlygos administravimo atžvilgiu visiškai negerėjo, o aplamai situacija dažnai keisdavosi blogąja linkme. Etatų skaičius per eilę metų nesikeitė, tačiau didėjo darbo krūviai, daugėjo papildomų įpareigojimų. Ligonių kasos paskaičiavo, kad, sumažėjus prisirašiusių pacientų skaičiui, reikėtų mažinti personalo, ir visiškai nežiūri į tai, kad faktinis pacientų apsilankymų skaičius ženkliai augo. Dideli darbo krūviai sekina personalą, neigiamai veikia pacientus. Esant tokiems krūviams yra neįmanomas konstruktyvus komandinis darbas, dėl ko, kenčia ir paslaugų kokybė, be abejo kenčia ir personalo saugios aplinkos užtikrinimo galimybė.

Tai, kad visuomenė turi išankstinę neigiamą nuostatą psichikos sveikatos priežiūros personalo atžvilgiu, net 92,5 proc. respondentų pritarė šiam teiginiui.

Tiek pirminio, tiek antrinio lygio psichikos sveikatos įstaigų vadovai yra vieningos nuomonės, kad nemotyvuotai neigiama visuomenės nuostata yra reali ir labai gajė. Vadovų nuomone, aiškiai yra matoma formuojama neigiama visuomenės nuomonė ne tik į psichikos sveikatos personalą, bet ir aplamai dominuoja negatyvus žmonių nusiteikimas medikų atžvilgiu. Tokią susiformavusią visuomenės nuomonę aiškiai įtakoja žiniasklaida pavienių pacientų neigiamais pasisakymais, kurie yra dirbtinai užaštrinami, hiperbolizuojami ir iškeliami į viešumą. Visuomenėje eskaluojama neigiama nuomonė psichikos sveikatos priežiūros įstaigų ir personalo atžvilgiu daro didelę neigiamą įtaką būsimiems ir esamiems psichikos pacientams, nes jie liguistai interpretuoja gautą informaciją, bei daro klaidingas išvadas, vengia gydymo įstaigų, dominuoja nerimas, baimė dėl būsimos hospitalizacijos. Tokia išankstinė neigiama, labiau stigmatizuota nuomonė apie psichikos sveikatos personalą vyrauja ir tarp pačių medikų. „Jei esi medikų tarpe, kur dauguma – ne psichiatrai, tai verčiau nesakyk, kas esi profesine prasme. Jei tik sužino, kad esi psichiatras, tai iškart apie tave atsiras vakuumas, tuštuma, tuoj atsiras atstumas bendraujant – būtent tokiu elgesiu pasireiškia neigiamas požiūris“, teigia antrinio lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigos vadovas. Vadovų nuomone, šis stigmatiškas visuomenės požiūris į psichikos sveikatos įstaigas ir personalą kyla nuo gilios senovės ir tęsiasi iki šių laikų. Ir kol mokslas neras būdų, kaip pašalinti psichikos ligų atsiradimo priežastį, tol priešprieša neišnyks.

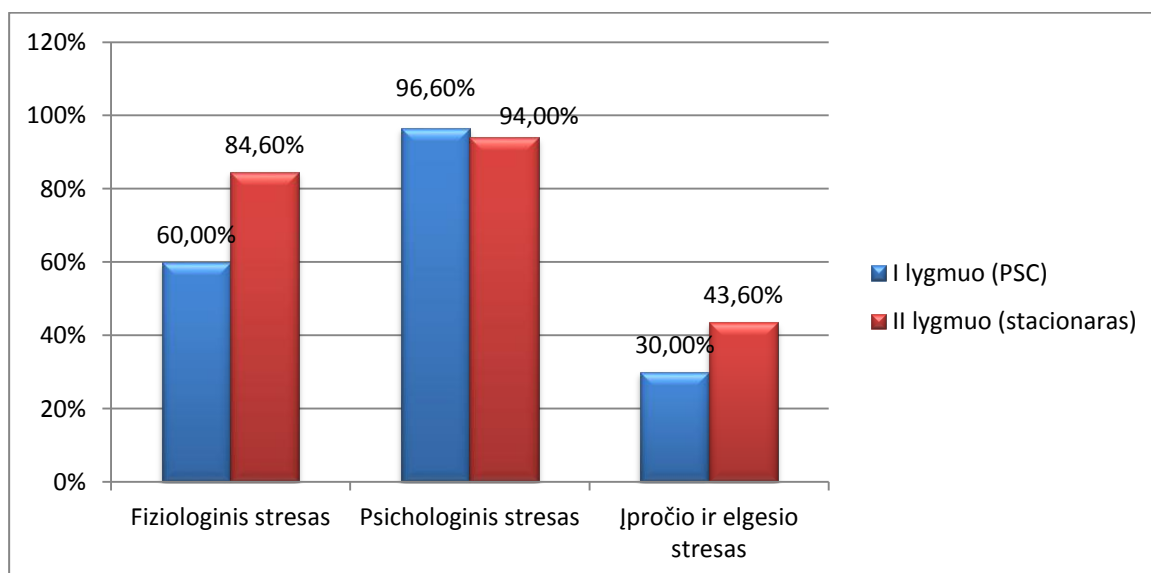
Respondentų pasiskirstymas pagal užimamas pareigas atskiruose psichikos sveikatos priežiūros įstaigų lygiuose yra proporcingai analogiškas, todėl duomenys pateikiami bendrai (2 lentelė). Apibendrinant gautus duomenis galime teigti, kad pagrindinę personalo dalį sudaro slaugos personalas, t.y. slaugytojai, slaugytojų padėjėjai ir pagalbinis medicinos darbuotojas (71,4 proc.)

2 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal užimamas pareigas

Pareigos	Dažnis	Procentas
Slaugytojas	65	44,2
Slaugytojo padėjėjas	39	26,5
Socialinis darbuotojas	16	10,9
Gydytojas	15	10,2
Psichologas	7	4,8
Ūkio reikalų tvarkytojas	2	1,4
Pagalbinis medicinos darbuotojas	1	0,7
Sveikatos statistas	1	0,7
Ergoterapeutas	1	0,7
Viso:	147	100,0

3.2.2. Psichikos sveikatos personalo patiriamo streso vertinimas ir lyginimas tarp pirminio ir antrinio lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigų

Dažniausiai respondentų patiriamos streso rūšys yra fiziologinis ir psichologinis stresas (6 pav.):



6 pav. Patiriamo streso rūšių pasiskirstymas pagal psichikos sveikatos priežiūros įstaigų lygius

Psichologinį stresą vienodai dažnai patiria ir pirminio, ir antrinio lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai, atitinkamai 96,6 proc. ir 94,0 proc. (($p=0,082$) skirtumas nėra reikšmingas), tačiau patirto fiziologinio ir įpročio bei elgesio streso duomenys leidžia teigti, kad antriniame lygyje šios streso rūšys yra patiriamos dažniau (fiziologinio – II lygyje 84,6 proc., o I lygyje 60 proc. ($p=0,006$) skirtumas statistiškai reikšmingas, įpročio ir elgesio – II lygyje 43,6 proc., kai I lygyje – atitinkamai 30 proc.) (($p=0,015$) skirtumas statistiškai reikšmingas).

Antrinio psichikos sveikatos vadovo mokslinio tyrimo metu gauti duomenys nestebina, kadangi, jo manymu, psichikos sveikatos personalas visuose psichiatrijoje teikiamų paslaugų etapuose (socialinių paslaugų, gydymo, psichologinės pagalbos, slaugos, užimtumo veiklos) susiduria su sudėtingomis situacijomis, kurios neretai duoda stresinį poveikį, bei emociškai sekina. Pakankamai sudėtinga susikalbėti su pacientais, kuriems pasireiškia psichozės reiškiniai ar sunkus depresinis epizodas. Pacientai taip pat patiria stresą, ypač kai hospitalizacija būna pirminė. Į psichiatrijos ligoninę (antrą psichikos sveikatos priežiūros lygį) daugiau nei per 15 metų patenka patys sunkiausi pacientai, kamuojami įvairių psichozinių, sunkių depresinių sutrikimų, elgesio ir emocijų kontrolės sutrikimų. Personalas, dirbdamas su tokiais pacientais, privalo išmokti dirbti, o jei nenori, nesugeba ar pagal individualius būdo bruožus negali tokio darbo dirbti, tiesiog netrukus išeina iš darbo, o lieka tie, kurie išmoksta dirbti su sunkiais pacientais.

Anot pirminių psichikos sveikatos priežiūros įstaigų vadovų, pagrindinis stresogeninis faktorius yra pernelyg dideli darbo krūviai, nepakankamas personalo kiekis saugiam darbui, nes dažnai personalas lieka vienas su nenusipėjamo elgesio psichikos pacientu, menka pagalbos galimybė nutikus ekstremaliai situacijai. Žodiniai įžeidinėjimai ir grasinimai personalui yra kasdienybė.

Po patirto streso, kokybinio respondentų teigimu, pagalbos dažniausiai sulaukiama iš kolegų (I lygyje – 56,7 proc., II lygyje – 72,6 proc.) bei iš skyriaus vadovo (I lygyje – 30 proc., II lygyje – 46,2 proc.).

Pirminio lygio psichikos sveikatos įstaigų vadovai vieningai pareiškia, kad įstaigoje nėra numatytos profesionalios pagalbos galimybės po patirto streso ar net smurtinio pacientų elgesio personalo atžvilgiu. Pagalbos galima tikėtis tik iš kolegų, tuo metu dirbančių gretimai, tarsi atliekamas emocinis drenažas, personalas tiesiog vieni kitus „terapina“.

Antrinio lygio psichikos sveikatos įstaigos vadovas teigia, kad įstaigoje yra numatyta ir reglamentuota vidaus tvarka dėl psichologinės pagalbos personalui, patyrusiam stresą ar smurtinį pacientų elgesį. Pirmiausia, to skyriaus, kuriame personalas patyrė stresą ar smurtinį pacientų elgesį, administratorius pabendruoja su stresą patyrusiais, išsiaiškina psichologinės pagalbos reikalingumą, o, esant poreikiui, yra sutarta su psichoterapeute dėl neatidėliotinos psichologinės pagalbos. Esant poreikiui, suteikiami laisvadieniai.

Po darbo dienos emociškai išsekę ženkliai labiau jaučiasi II lygio darbuotojai (($p=0,011$) skirtumas statistiškai reikšmingas) (3 lentelė):

3 lentelė. Respondentų pojūčiai po darbo dienos

Lygis	Jaučiasi emociškai sudirgę, proc.	Jaučiasi emociškai išsekę, proc.	Jaučiasi fiziškai išsekę, proc.
I	73,3	73,3	66,7
II	76,6	95,5	79,5
p=	0,594	0,011*	0,280

*skirtumas statistiškai reikšmingas

Patirtas stresas turi tiesioginę neigiamą įtaką respondentų požiūriui apie atliekamą darbą (4 lentelė). Lentelėje matyti, kad planuojančių keisti darbą daugiau yra II lygyje (skirtumas statistiškai reikšmingas, $p=0,025$):

4 lentelė. Respondentų požiūris į darbą po patirto streso

Lygis	Mano, kad darbo kokybė prastėja, proc.	Netenkina atliekamo darbo kokybė, proc.	Planuoja keisti darbą, proc.
I	73,3	70,0	20,0
II	66,6	76,1	37,6
p=	0,27	0,25	0,025*

*skirtumas statistiškai reikšmingas

Į klausimą, ar yra patyrę stresą darbe, „taip“ atsakė 63,3 proc. pirminio lygio ir 78,6 proc. antrinio lygio apklausoje dalyvavusių psichikos sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų.

Kad patirtas stresas daro įtaką jų asmeniniam gyvenimui, teigiamai atsakė 74,9 proc. respondentų. Dažniausiai pasikartojantys streso simptomai, pasireiškiantys darbuotojams po įtemptos darbo dienos, yra trys – silpnumas ir nuovargis (87,7 proc.), dėmesio nesukaupimas (74,8 proc.) bei galvos skausmas (65,3 proc.). Pagrindiniai stresą respondentams įtakojantys veiksniai išskirti 5 lentelėje:

5 lentelė. Respondentų stresą įtakojantys veiksniai

Lygis	Didėjantys reikalavimai darbe, proc.	Didelė pacientų kaita, proc.	Nuolatinis spaudimas užduotis atlikti geriau, proc.	Pacientų nepagrįsti reikalavimai, proc.	Komandinio darbo nebuvimas, proc.	Vadovų darbo stilius, proc.
I	83,4	50,0	63,4	85,1	70,0	76,7
II	76,1	66,7	67,5	85,1	50,6	52,1
p=	0,151	0,006*	0,927	0,323	0,005*	0,018*

*skirtumas statistiškai reikšmingas

3.2.3. Psichikos sveikatos personalo patiriamo smurto vertinimas ir lyginimas tarp pirminio ir antrinio lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigų

Abiejų lygių psichikos sveikatos priežiūros įstaigų personalo klausta, ar jie patiria smurtinį elgesį savo atžvilgiu. Respondentų atsakymai pasiskirstė sekančiai (6 lentelė):

6 lentelė. Respondentų patiriamo smurto darbe dažnis pagal lygius

Lygis	Yra patyrę smurtą darbe proc.	Nėra patyrę smurto darbe proc.
I	63,3	36,7
II	78,6	21,4

Tyrimo metu gauti duomenys leidžia teigti, kad antro lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigoje personalas smurtinį elgesį patiria ženkliai dažniau. Susidaręs skirtumas yra statistiškai reikšmingas, nes Pirsono chi-kvadratas ($p < 0,05$) $p = 0,028$.

Respondentai anketose nurodė, kokius psichikos sutrikimus turintys pacientai dažniausiai jų atžvilgiu naudojo smurtinį elgesį. Išskirti pagrindiniai psichikos sutrikimai ir diagnozės (7 lentelė):

7 lentelė. Psichikos pacientų, naudojusį smurtą personalo atžvilgiu, sveikatos sutrikimų diagnozė

Psichikos sutrikimai	I lygis	II lygis	p=
Depresija	3,3 proc.	8,5 proc.	0,122
Šizofrenija	36,7 proc.	65,8 proc.	0,004*
Psichikos ir elgesio sutrikimai	43,3 proc.	59,8 proc.	0,019*
Psichoaktyvių medžiagų vartojimo sukelti sutrikimai	50,0 proc.	65,8 proc.	0,039*
Afektiniai sutrikimai	26,7 proc.	52,1 proc.	0,001*
Protinis atsilikimas	10,0 proc.	52,1 proc.	0,000*

*skirtumas statistiškai reikšmingas

Gauti duomenys labai aiškiai atspindi aukštesnį patiriamą smurto laipsnį respondentams, dirbantiems antrinio lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigose, šis skirtumas statistiškai reikšmingas, nes $p < 0,05$ visuose punktuose, išskyrus vieną – depresiniais sutrikimais sergančiuosius.

Psichikos sveikatos darbuotojai smurtą patiria iš psichikos negalia sergančiųjų įvairiomis formomis. Respondentai nurodė, kokias smurto formas dažniausiai yra patyrę savo darbo praktikoje (8 lentelė):

8 lentelė. Dažniausiai respondentų patirtos smurto formos

Smurto formos	I lygis	II lygis	p=
Buvau pažemintas	46,7 proc.	63,2 proc	0,020*
Buvau įžeidinėjamas	53,3 proc.	74,4 proc.	0,005*
Patyriau tyčiojimąsi ir verbalinę prievartą	30,0 proc.	46,2 proc.	0,012*
Patyriau fizinę prievartą	6,7 proc.	41,0 proc.	0,000*

*skirtumas statistiškai reikšmingas

Abiejose lentelėse aiškiai matosi, kad smurtinį elgesį savo atžvilgiu ženkliai dažniau patiria antrinio lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys medicinos darbuotojai.

Ypač didelis skirtumas tarp pirminio ir antrinio psichikos sveikatos priežiūros įstaigų yra patiriamo fizinio smurto (I lygyje tik 6,7 proc., o II lygyje net 41,0 proc.)

Šis rezultatas yra neginčytinas įrodymas, kad antriniame psichikos sveikatos priežiūros lygyje dirbantis personalas šešis kartus dažniau patiria fizinę prievartą nei pirminiame psichikos sveikatos priežiūros įstaigų lygyje.

Reikia įvertinti tai, kad fizinė prievarta yra pati pavojingiausia smurto forma, sąlygojanti ne tik ypatingai didelę emocinę ir psichologinę įtampą, bet ir gresianti fiziniu sužalojimu, išgyvenamu skausmu.

Apibendrinant galime daryti loginę išvadą, kad antriniame psichikos sveikatos priežiūros lygyje darbo sąlygos ir aplinka yra ženkliai pavojingesnės nei pirminiame lygyje.

Interviu metu antrinio lygio psichikos sveikatos įstaigos vadovas suabejojo tų duomenų objektyvumu. Vadovas teigė, tokių nusiskundimų, kad net 41 proc. personalo būtų patyrę fizinį smurtą oficialių duomenų nėra, nes tokie atvejai yra fiksuojami. Greičiausiai, kad didžioji dalis respondentų fizinį smurtą įvardija, kaip pastūmimą, fizinį pasipriešinimą personalui be konkretaus fizinės žalos padarymo. Tuomet matyt personalas tą fizinį smurtą įvardija kaip neišvengiamą darbo eigos veiksnį. Tai yra neišvengiama, nes tokie pacientai psichiatrijos ligoninėje, o psichikos liga dažnai yra lydima nuspėjamo destruktivaus paciento elgesio.

Psichologinį spaudimą, kiekybinio tyrimo duomenimis, darbe patiria 38,1 proc. abiejų lygių psichikos sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų. Psichologinis spaudimas darbe pasireiškia piktnaudžiavimu valdžia, stengimusi įbauginti darbuotojus, nuvertinant jų atliekamą darbą.

Psichologinio smurto darbe priežastys būna įvairios, skirtinga priežasčių įtaka smurtinės veikos atsiradimui pirmo ir antro lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigų personalui. Pagrindinės psichologinio smurto priežastys darbe, lyginant tarp I ir II lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigų personalo, pateikiamos 9 lentelėje:

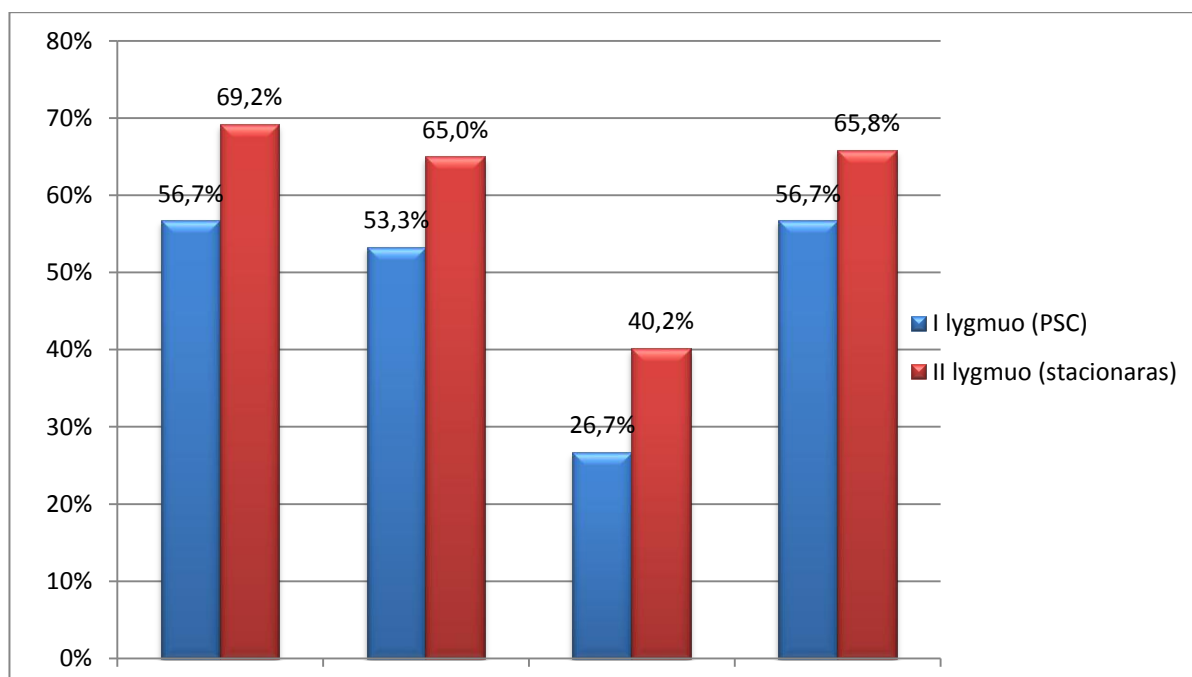
9 lentelė. Psichologinio smurto darbe priežastys

Lygis	Didelis darbo krūvis, proc.	Neužtikrinamos saugios darbo sąlygos, proc.	Nepakankama darbo santykių kontrolė, proc.	Nekokybiškas kolegų pareigų vykdymas, proc.	Motyvacijos nebuvimas, proc.	Suasmeninta atliekamų darbų kokybė, proc.
I	40,0	40,0	13,3	20,0	6,7	16,7
II	53,8	59,8	31,6	30,8	22,2	28,2
p=	0,043*	0,02*	0,036*	0,084	0,021*	0,038*

*skirtumas statistiškai reikšmingas

Tyrimo metu gauti duomenys leidžia teigti, kad psichologinių smurto darbe priežasčių lyginamasis skirtumas tarp atskirų psichikos sveikatos priežiūros įstaigų personalo statistiškai yra reikšmingas arba artimas statistiniam reikšmingumui, nes $p < 0,05$.

Psichologinių visų rūšių, išskyrus fizinį, smurtą darbe patiria daugiau nei pusė respondentų (7 pav.):



7 pav. Patiriamo psichologinio smurto rūšių pasiskirstymas pagal psichikos sveikatos priežiūros įstaigų lygius

Emocinis smurtas – pablogėja nuotaika, atsiranda vidinė įtampa, kyla susierzinimas ir t.t.;

Elgesio smurtas – kyla noras kuo greičiau baigti bendrauti, kuo toliau pasitraukti nuo to žmogaus, imame vengti tolesnio susidūrimo ir t.t.;

Fizinis smurtas – imame jausti silpnumą, gali skaudėti galvą, galime imti prakaituoti, pajusti virškinimo sistemos trūkumus ir t.t.;

Bendravimo smurtas – pajuntame, kad pradedame atsargiau kalbėti, atidžiau renkame žodžius, jo ar jūsų balsas tampa aštresnis, tampame tylėsniai.

Vertinant gautus rezultatus dėl patiriamo psichologinio smurto rūšių tarp pirmo ir antro lygio psichikos priežiūros įstaigų personalo, galime teigti, kad visų vertintų psichologinio smurto rūšių dažniau patiria antro lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigų personalas. Patiriamo emocinio smurto skirtumas tarp pirmo ir antro lygio psichikos sveikatos personalo yra artimas statistiniam reikšmingumui, nes $p=0,075$, patiriamo elgesio smurto – $p=0,083$, fizinio smurto – $p=0,064$, (statistiškai reikšmingi duomenys, kai $p<0,05$).

Respondentų patiriamo bendravimo smurto gautų duomenų skirtumas nėra statistiškai reikšmingas, kadangi $p=0,650$.

Darbo vietose personalui po patirto smurtinio epizodo aktualizuojasi pagalbos poreikis, kurio prieinamumas pirmo ir antro lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigų personalui yra skirtingas. Šie skirtumai pateikiami 10 lentelėje:

10 lentelė. Po patirto smurto gaunamos pagalbos iš skirtingų šaltinių palyginimas tarp I ir II lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigų respondentų

Pagalbą suteikia	I lygis	II lygis	p=
Kolegos	56,7 proc.	72,6 proc.	0,024*
Skyriaus vadovas	30,0 proc.	46,2 proc.	0,012*
Psichologas	20,0 proc.	12,8 proc.	0,212

*skirtumas statistiškai reikšmingas

Tyrimo metu gauti duomenys leidžia teigti, kad tiek pirmo tiek antro lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigų personalas pagalbos sulaukia iš savo kolegų, ar skyriaus vadovų, o profesionalia psichologų pagalba naudojasi labai retai.

Pirmo ir antro psichikos sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai renkasi skirtingus streso įveikimo būdus, populiariausi jų pateikiami 11 lentelėje:

11 lentelė. Dažniausiai naudojami streso įveikimo būdai

Streso įveikimo būdai	I lygis	II lygis	p=
Atostogos	70,0 proc.	83,3 proc.	0,043*
Problemų aptarimas su kolegomis, draugais	63,3 proc.	57,3 proc.	0,272
Televizorius	23,3 proc.	22,2 proc.	0,606
Alkoholis	3,3 proc.	4,3 proc.	0,816
Visiška ramybė	30,0 proc	47,9 proc	0,036*

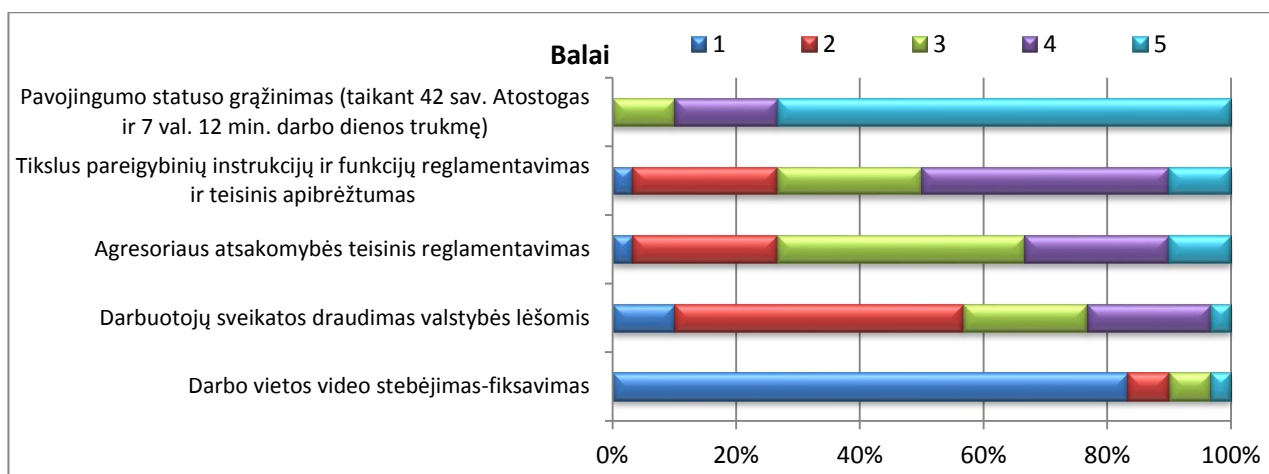
* skirtumas statistiškai reikšmingas

3.2.4. Psichikos sveikatos personalo siūlomų saugumo gerinimo darbe būdų vertinimas ir lyginimas tarp pirminio ir antrinio lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigų

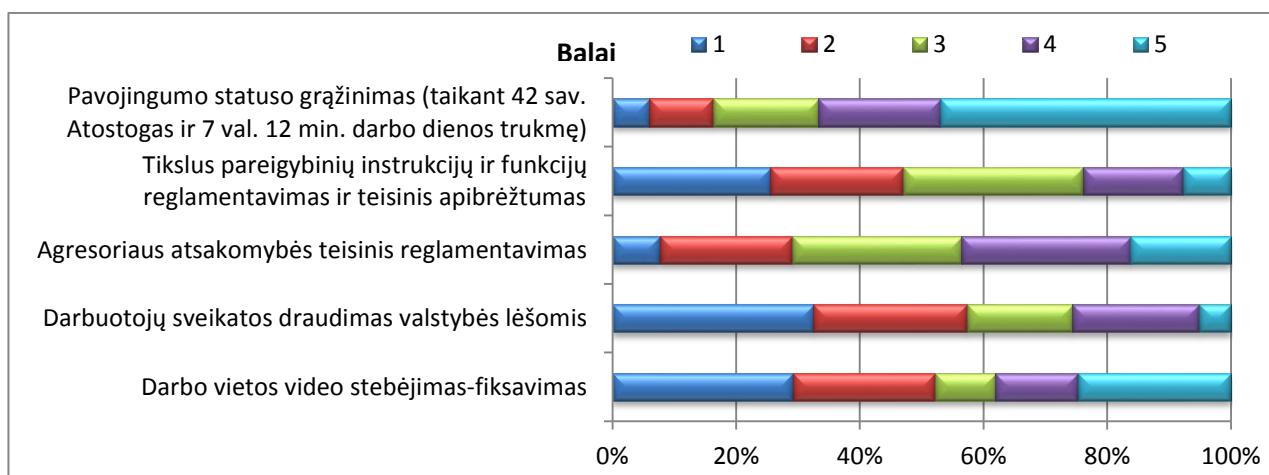
Abiejų lygių psichikos sveikatos priežiūros įstaigų personalas sutaria dėl reikšmingiausių priemonių, kurios galėtų būti taikomos psichologiniam spaudimui darbe mažinti: sisteminis prievartos faktų darbe fiksavimas, tikslesnis darbo užduočių formulavimas, darbo krūvio ir darbo laiko suderinimas, darbo užmokestis turi atitikti realias darbo sąnaudas, saugių darbo sąlygų užtikrinimas.

Žemiau pateiktuose paveiksluose (8, 9, 10, 11 pav.) išreikšta respondentų nuomonė, reitinguojant prevencinių ir specialiųjų priemonių panaudojimą saugumui darbe gerinti.

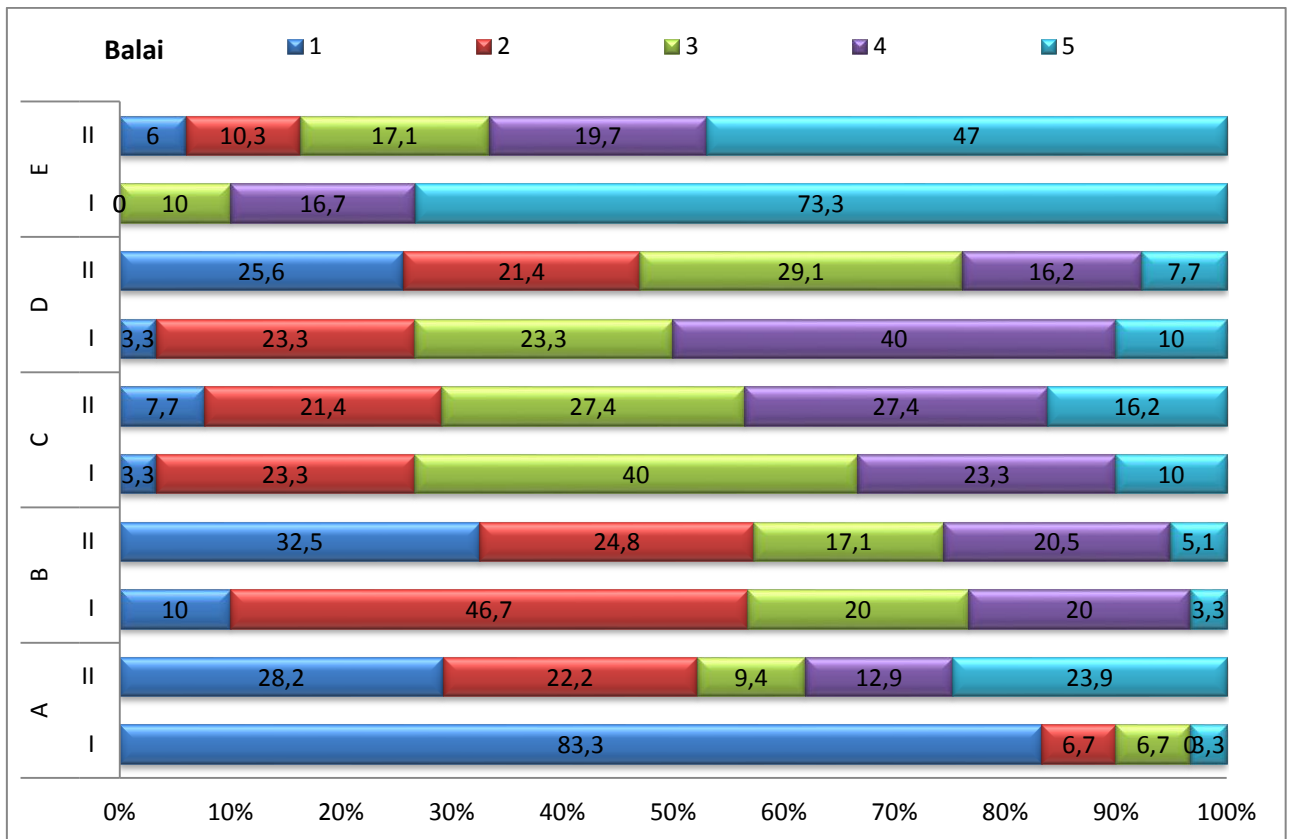
Šiuo atveju žemiausią reitingavimo svorį turi 1 balas, reikšmingumas tuo aukštesnis, kuo aukštesnis aritmetinis balas priskiriamas reitinguojamam teiginiui.



8 pav. Prevencinių priemonių saugumui darbe gerinti reitingavimas I psichikos sveikatos priežiūros įstaigų lygyje



9 pav. Prevencinių priemonių saugumui darbe gerinti reitingavimas II psichikos sveikatos priežiūros įstaigų lygyje



10 pav. Prevencinių priemonių saugumui darbe gerinti reitingavimo procentinis palyginimas tarp I ir II psichikos sveikatos priežiūros įstaigų lygių

- A – darbo vietos video stebėjimas-fiksavimas;
- B – darbuotojų sveikatos draudimas valstybės lėšomis;
- C – agresoriaus atsakomybės teisinis reglamentavimas;
- D – tikslus pareigybinių instrukcijų ir funkcijų reglamentavimas ir teisinis apibrėžtumas;
- E – pavojingumo statuso grąžinimas (taikant 42 d. atostogas ir 7 val. 12 min. darbo dienos trukmę).

Visuose 10 diagramoje reitinguotuose teiginiuose atlikus statistinę lyginamąją analizę tarp pirminio ir antrinio psichikos sveikatos priežiūros įstaigų lygių, gauti duomenys yra reikšmingi, nes $p < 0,05$.

A - darbo vietos video stebėjimui-fiksavimui didžiausią reitingavimo reikšmę suteikė antro lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigų personalas (5 balus skyrė net 23,3 proc. respondentų, 4 balus – 12,9 proc.) Kai tuo metu pirmo lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigų personalas tokiai prevencinei priemonei reikšmingumo neteikia (5 balai – tik 8,3 proc., 4 balai – 0 proc.) Vertinimų skirtumas tarp pirmo ir antro lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų statistiškai reikšmingas, nes $p = 0,00 < 0,05$

B – darbuotojų sveikatos draudimas valstybės lėšomis. Ši, kaip galima prevencinė saugumui darbe gerinti priemonė, abiejų psichikos sveikatos priežiūros lygių personalo vertinta žemais reitingavimo balais. Pačią žemiausią reikšmę teikia antro lygio psichikos sveikatos priežiūros

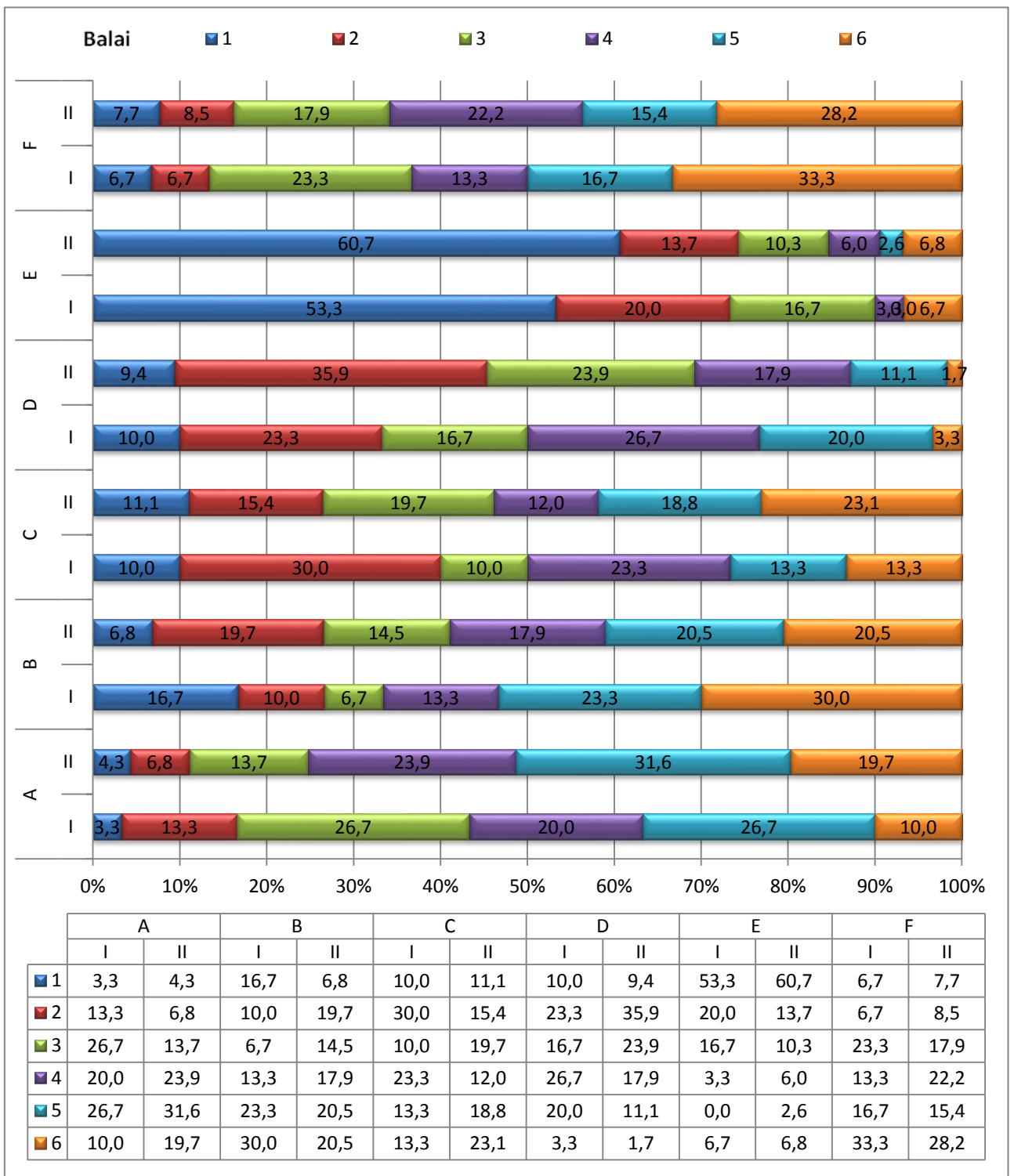
personalas – net 32,5 proc. respondentų skyrė žemiausią reitingavimo balą, kai tuo metu pirmo lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigose tą pačią reikšmę skyrė 10,0 proc. respondentų. Gauti reitingavimo skirtumai tarp psichikos sveikatos priežiūros įstaigų lygių statistiškai reikšmingi, nes $p=0,002<0,05$.

C – agresoriaus atsakomybės teisinis reglamentavimas, kaip prevencinė priemonė didesnio reikšmingumo turi antro lygio psichikos sveikatos personalo tarpe. $p=0,029<0,05$.

D – tikslus pareigybinių instrukcijų ir funkcijų reglamentavimas ir teisinis apibrėžtumas. Šiai prevencinei priemonei aiškų prioritetą atiduoda pirmo lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigų personalas, atiduodamas aukščiausius reitingo balus. Vertinimų skirtumas tarp skirtingų psichikos sveikatos priežiūros įstaigų lygių yra statistiškai reikšmingas, kadangi $p=0,01<0,05$.

E – pavojingumo statuso grąžinimas (taikant 42 d. atostogas ir 7 val. 12 min. darbo dienos trukmę), kaip galima prevencinė priemonė, sulaukė aktyvaus palaikymo iš abiejų lygių psichikos sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų, tačiau ženkliai dominuoja pirmo lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigų personalo palaikymas – net 90,0 proc. skyrė aukščiausius reitingo balus, kai antro lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigų personalas – tik 66,7 proc.

Vertinant tyrimo metu gautus rezultatus galima teigti, kad pirmo ir antro lygių psichikos sveikatos priežiūros įstaigų personalas atiduoda akivaizdų prioritetą pavojingumo statuso grąžinimui (taikant 42 d. atostogas ir 7 val. 12 min. darbo dienos trukmę).



11 pav. Specialiųjų priemonių agresyvaus ir pavojingo elgesio slopinimui ir saugios aplinkos užtikrinimui reitingavimo procentinis palyginimas tarp I ir II psichikos sveikatos priežiūros įstaigų lygių

- A – fizinio suvaržymo diržų komplekto panaudojimas;
- B – specialios patalpos agresyvaus paciento izoliavimui, netaikant fizinio suvaržymo priemonių;
- C – specialios patalpos agresyvaus paciento izoliavimui, taikant fizinio suvaržymo priemones;
- D – spec. antrankių panaudojimas;
- E – impulsinės elektrošoko priemonės panaudojimas;
- F – fizinį agresyvaus paciento elgesį slopinanti, speciali, judesius varžanti apranga.

Lyginamosios analizės tarp pirminio (psichikos sveikatos centrai) ir antrinio (psichikos sveikatos stacionaras) lygių A, B, C, D teiginiuose gauti rezultatai yra reikšmingi, nes $p < 0,05$, o E, F teiginių rezultatai nereikšmingi, kadangi $p > 0,05$.

Interviu metu, pirminio ir antrinio lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigų vadovai buvo analogiškos nuomonės dėl psichikos sveikatos personalo saugumo gerinimo būdų. Jų nuomone, tikslinga mažinti krūvius, pakankamas personalo kiekis saugioms ir kokybiškoms paslaugoms teikti, plėtoti technines saugos priemones, įrengti patogesnes ir saugesnes darbo vietas, organizuoti personalo mokymus apie elgesį su psichozės ištiktais pacientais, tokios situacijos valdymo. Neabejotinai teigiamą naudą duoda bendradarbiavimas tarp institucijų, personalo. Bendradarbiavimas vystomas plačiąja prasme konferencijose, kai dalijamasi tiek gerąja, tiek blogąja patirtimi, analizuojamos situacijos, numatomi veiksmai kaip išvengti nepageidaujamų situacijų. Bendradarbiavimas su psichikos sveikatos centrais vyksta keleriopai: formalusis – kai keičiamasi oficialiąja rašytine informacija, t.y. siuntimai, epikrizės, išrašai iš dokumentų, įvairios pažymos; telefoninis bendradarbiavimas – atskirais atvejais, dėl sudėtingesnių pacientų, situacijų personalas susisiekiama tarpusavyje aptarimui, informacijos pasikeitimui. Dažnai tokiu būdu bendradarbiauja socialiniai darbuotojai, gydytojai, o taip pat ir slaugytojai; betarpiškas bendravimas – kuomet specialistai turi galimybę tiesiogiai drauge, komandoje aptarti atskirus atvejus, aptarti galimų veiksmų planą ir panašiai.

3.3. Tyrimo rezultatų aptarimas

Tiriamąjį darbo duomenys aiškiai rodo problemos aktualumą abiejuose psichikos sveikatos priežiūros įstaigų lygiuose, tačiau atliktos lyginamosios analizės tarp psichikos sveikatos centrų ir stacionaro rezultatai leidžia teigti, kad psichikos sveikatos stacionaruose dirbantis personalas dažniau jaučiasi nesaugūs darbo vietoje, nei personalas dirbantis psichikos sveikatos centruose.

Atlikus tyrimą, galima teigti, kad psichikos sveikatos personalo saugumas darbe gali būti vertinamas neigiamai. Psichikos sveikatos personalas, nepriklausomai nuo amžiaus, lyties, išsilavinimo ar darbo stažo, patiria ir psichologinį, ir fiziologinį stresą ir smurtą, po darbo dienos jaučiasi sudirgę, emociniai išsekę ir pan. Tai neigiamai įtakoja jų gyvenimo kokybę. Todėl, rengiant rekomendacijas tokios probleminės situacijos gerinimui, būtina atsižvelgti į galimus sprendimus tarptautiniu, valstybės, pačios ligoninės lygyje. ES lygiu yra kuriamos direktyvos saugumui darbe užtikrinti, tačiau nacionaliniu lygiu kai kurie vykdančiosios valdžios sprendimai kelia abejonių:

2010 m. gruodžio 7 d. Lietuvos medikų profesinė sąjunga kreipėsi į Lietuvos Respublikos Prezidentę dėl „sveikatos priežiūros darbuotojų diskriminacijos“. Rašte teigiama, kad 2009 m. LR Vyriausybė be teisinio pagrindo, be motyvų, neatlikus profesinės rizikos vertinimo priėmė nutarimus Nr. 411, Nr. 412, kuriais buvo prailgintas darbo laikas ir sutrumpintos atostogos specifinėse sąlygose dirbantiems sveikatos priežiūros darbuotojams ir tuo grubiai pažeidė Lietuvos Respublikos Konstitucijos 48 straipsnio nuostatą, nusakančią kiekvieno žmogaus teisę turėti tinkamas, saugias ir sveikas darbo sąlygas. Ši teisė įtvirtinta 1948 m. Visuotinėje žmogaus teisių deklaracijoje ir Tarptautiniame ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių pakte. Be to, priimant šiuos vyriausybės nutarimus buvo pažeista Tarybos direktyva Nr. 89/39 EEB „Dėl priemonių darbuotojų saugai ir sveikatos apsaugai darbe gerinti nustatymo“. Lietuvos medikų profesinė sąjunga prašo Lietuvos Respublikos Prezidentės skubos tvarka kreiptis į Lietuvos Respublikos Konstitucinį teismą dėl 2009 m. balandžio 29 d. Vyriausybės nutarimų Nr. 411 ir Nr. 412 atitikimo įstatymams ištyrimo (Lietuvos medikų profesinė..., p. 45).

Rengiant tyrimą ir ieškant jau atliktų tyrimų rezultatų analizuojama tema, nustatyta, kad Lietuvos statistikos departamento tinklapyje trūksta duomenų apie slaugytojų patiriamą stresą, agresiją ir pan. Remiantis PSO duomenimis, psichikos sveikatos sutrikimų turinčių gyventojų skaičius nuolat auga. Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenimis, 2005-2009 metų laikotarpiu bendras sergančiųjų psichikos sveikatos ligomis skaičius išaugo nuo 4735 iki 4940 (4,3 proc.) (Valstybinis psichikos sveikatos centras, 2010).

Tuo tarpu Statistikos departamento duomenimis, psichiatrų ir slaugytojų skaičius 2005-2009 metų laikotarpiu mažėjo atitinkamai nuo 604 iki 568 (6 proc.) ir nuo 25364 iki 24290 (4 proc.). O

10000 gyventojų tenkantis lovų skaičius, psichiatrijos ligoninėse taip pat sumažėjo nuo 10,4 iki 10,2 (2 proc.) (Statistikos departamentas, 2010).

Antrinio lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigos vadovas, duodamas interviu, patikslino, kad sergančiųjų poreikis hospitalizacijai iki šiol išlieka aukštas, o stacionariųjų lovų skaičius per paskutiniuosius 15 metų mažėjo iki 50 proc. Dėl tokios susiklosčiusios nepalankios situacijos esamiems stacionarams tenka didesnis krūvis ir ypač sunkūs pacientai, o sunkių pacientų slauga ir gydymas tampa kasdieniniu iššūkiu, nes negali žinoti, kas atsitiks su personalo saugumu darbe. Negalima aiškiai numatyti sunkiai sergančio psichikos paciento galimo elgesio, jis gali bet kada užpulti, sužaloti, gali pro langą iššokti, gali užsidegti, gali sumušti žmogų, suduoti personalui ir daugelį kitų destruktivių veiksmų gali atlikti. Deja, numatyti ir prognozuoti tokį elgesį nėra galimybės. Dalinai galima prognozuoti, arba bandyti numatyti, bet visiškai išvengti pavojingo pacientų elgesio esamu laiku yra neįmanoma. Tai rodo ir pasaulinės tendencijos.

Anot pirminės psichikos sveikatos priežiūros įstaigų vadovių, psichikos sveikatos centruose sparčiai auga darbo krūviai, personalo skaičius ne didėja, o net mažėja, sutrumpėjo atostogų laikotarpis, prailgėjo darbo valandos, o tai, be abejojimo, įtakoja paslaugų kokybę ir personalo sveikatą.

Taip pat didėja personalui priskiriamų darbo funkcijų, daugėja popierizmo, įvairių dokumentų rašymo, pildymo, tikrinimo ir dar daugiau su tiesioginėmis pareigomis nesusijusios veiklos. Blogiausia, kad mes negalime koreguoti pacientų srauto. Kad darbo krūviai auga, įstaigoje egzistuoja statistiniai duomenys. 2011-2012 m. psichikos sveikatos centre prisirašiusiųjų pacientų sumažėjo 21 proc., o apsilankymų skaičius realiai išaugo.

Kyla klausimas – ar didėjantis sergančiųjų ir mažėjantis slaugančiųjų skaičius šalyje slaugos kokybei turės teigiamą poveikį?

Dar viena rekomendacija yra gerosios patirties keitimesi su užsienio šalimis. Tačiau faktai rodo, kad ir ten išpuoliai prieš sveikatos priežiūros personalą auga.

Jungtinėje karalystėje yra sukurta Nacionalinė Sveikatos Tarnyba. 2010 m. lapkričio 30 d. Tarnyba paskelbė atnaujintus išpuolių prieš slaugytojus duomenis Jungtinėje Karalystėje. Remiantis jais, paskaičiuota, kad 2010 m., lyginant su 2009 m., išpuolių skaičius prieš sveikatos slaugytojus padidėjo 3,6 proc. – nuo 54748 iki 56718. Iš jų 38595 išpuoliai vyko prieš psichikos sveikatos slaugytojus (Press Association, 2010). Tokia statistika tik patvirtina teiginį, kad psichikos sveikatos personalo saugumas darbe nėra stabilizuojamas, bet ir auga. Tokia prievartos statistika ir šokiruoja ir liūdina. Psichikos sveikatos personalas neturėtų eiti į darbą kaip į galimą išpuolį prieš sveikatą, orumą ir pan.

2009 m. Jungtinės Karalystės mokslininkai atliko tyrimą „Fiziniai pacientų išpuoliai prieš psichikos sveikatos slaugytojus“. Jie taip pat nustatė didelę empirinių tyrimų stoką analizuojama tema. Apklausos pašto tyrimo metodu buvo apklausta Slaugytojų chartijos narių, dirbančių

psichiatrijos srityje, tikslinė grupė. Tyrimo metu nustatyta mokymosi valdyti smurtaujančius ir agresyviai nusiteikusius pacientus svarba. Net 51 proc. užpildytas anketas gražinusių apklaustųjų teigė, kad patyrė pacientų smurtą, o 24 proc. jų patyrė pacientų išpuolius per pastaruosius darbo metus. Stulbs, Dickens (2009) rekomenduoja rengiant slaugytojus į mokymų programas įtraukti elgesio su smurtaujančiais ir agresyviais pacientais rekomendacijas.

Šio tyrimo metu nustatyta, kad 63,3 proc. pirminio lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigų personalas patyrė smurtą, o antrinio lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigos respondentai nurodė net 78,6 proc. patiriantys smurtinį pacientų elgesį. Galima teigti, kad Jungtinėje karalystėje psichikos sveikatos personalas smurtą patiria rečiau nei Lietuvoje.

Kadangi psichikos sveikatos personalas darbe susiduria su streso bei smurto rizika, rekomenduojama: nuosekliai ruošti streso bei smurto pasekmių likvidavimo programas, atlikti tarptautines studijas, perimant gerąją kitų šalių patirtį (vertinant, kad streso bei smurto augimas yra tarptautinis fenomenas).

IŠVADOS

1. Psichologinį stresą vienodai dažnai patiria ir I, ir II lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai, atitinkamai 96,6 proc. ir 94,0 proc. (($p=0,082$) skirtumas nėra reikšmingas), tačiau patirto fiziologinio ir įpročio bei elgesio streso duomenys leidžia teigti, kad II lygyje šios streso rūšys yra patiriamos dažniau (fiziologinio – II lygyje 84,6 proc., o I lygyje 60 proc. ($p=0,06$), įpročio ir elgesio – II lygyje 43,6 proc., kai I lygyje – atitinkamai 30 proc. (($p=0,015$) skirtumas statistiškai reikšmingas).
2. Šio tyrimo metu nustatyta, kad 63,3 proc. pirminio lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigų personalas patyrė smurtą, o antrinio lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigos respondentai nurodė net 78,6 proc. patiriantys smurtinį pacientų elgesį. Gauti duomenys labai aiškiai atspindi aukštesnį patiriamą smurto laipsnį respondentams, dirbantiems antrojo lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigose, šis skirtumas statistiškai reikšmingas, nes $p<0,05$.

Psichikos sveikatos darbuotojai smurtą patiria iš psichikos negalia sergančiųjų įvairiomis formomis. Smurtinį elgesį savo atžvilgiu ženkliai dažniau patiria antrinio lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys medicinos darbuotojai.

Ypač didelis skirtumas tarp pirminio ir antrinio psichikos sveikatos priežiūros įstaigų yra patiriamo fizinio smurto (I lygio tik 6,7 proc., o II lygio net 41,0 proc.)

3. Pirmame ir antrame psichikos sveikatos priežiūros lygiuose siekiant išsaugoti darbuotojų sveikatą, darbdaviai privalo įvertinti riziką darbo vietose ir nustatyti pavojus, kurie gali būti nelaimingų atsitikimų, su žalojimų ir profesinių ligų priežastimi, stebėti rizikos veiksnius ir numatyti prevencines priemones, vertinti šių priemonių efektyvumą.

Darbdaviai neturėtų apsiriboti vien tik teisiniais įsipareigojimais, o rodyti deramą pavyzdį ir nuoširdžiai rūpintis darbuotojų sauga bei sveikata, nes tinkamas saugos ir sveikatos valdymas – neabejotina nauda tiek darbdaviui, tiek darbuotojui, tiek pacientui.

REKOMENDACIJOS

Darbdaviams

Kadangi psichikos sveikatos slaugytojai darbe susiduria su streso bei smurto rizika, rekomenduojama: nuosekliai ruošti streso bei smurto pasekmių likvidavimo programas, atlikti tarptautines studijas, perimant gerąją kitų šalių patirtį (vertinant, kad streso bei smurto augimas yra tarptautinis fenomenas).

Siekiant išsaugoti darbuotojų sveikatą, darbdaviai privalo įvertinti riziką darbo vietose ir nustatyti pavojus, kurie gali būti nelaimingų atsitikimų, sužalojimų ir profesinių ligų priežastimi, stebėti rizikos veiksnius ir numatyti prevencines priemones, vertinti šių priemonių efektyvumą. Tokie tyrimai, kaip šis, turėtų būti atlikti visose psichikos sveikatos įstaigose.

Darbdaviai neturėtų apsiriboti vien tik teisiniais įsipareigojimais, o rodyti deramą pavyzdį ir nuoširdžiai rūpintis darbuotojų sauga bei sveikata, nes tinkamas saugos ir sveikatos valdymas – neabejotina nauda tiek darbdaviui, tiek darbuotojui, tiek pacientui.

Slaugos specialistams

Psichikos sveikatos personalas, norėdami susikurti ateityje saugesnes ir profesinį bei žmogiškąjį orumą nežeminančias darbo sąlygas ir santykius, privalo jungtis į profesines sąjungas ir per jas kelti pagrįstus reikalavimus dėl darbo sąlygų ir darbo santykių tiek darbdaviui, tiek šalies vyriausybei bei psichikos sveikatos politiką formuojantiems atsakingiems asmenims.

Respondentai pateikė pasiūlymų psichikos sveikatos personalo darbo saugumo gerinimui. Aktualiausi iš jų pateikiami:

- Psichikos sveikatos centruose įrengti signalizaciją gydytojų kabinetuose, turėti specialias patalpas ligoniui nuraminti.
- Turi būti vieninga sistema, kuri gintų personalo teises, atitinkami įstatymai, leidžiantys patraukti atsakomybėn pacientą arba jo artimuosius už fizinį ir psichologinį smurtavimą. Ypač griežtai turėtų būti taikomos sankcijos paciento artimiesiems, kurie dažniausiai inicijuoja paciento kreipimąsi į teisėtvarką, siekiant pasipelnyti finansiškai. Taikyti sankcijas nuo didelių baudų iki laisvės atėmimo.
- Specialūs mokymai, kaip elgtis su agresyviais pacientais.
- Apsaugos sistema psichikos sveikatos centruose, signaliniai mygtukai, kad prireikus nedelsiant atvyktų apsaugos darbuotojas.
- Panaudoti patirtį ir palaikyti slaugytojų profesinę sąjungą (pvz. LSSO), dalyvaujant jos veikloje, nes pakeitimai saugios aplinkos kūrimo kryptimi neįmanomi be nevyriausybinių profesinių sąjungų ar organizacijų palaikymo konkrečiais veiksmais.

Psichologinio palaikymo ir draugiškos užuojautos neužtenka siekiant konkrečių rezultatų.

- Įstaigoje budintys policijos pareigūnai.
- Turi būti patalpa agresyvių ir pavojų keliančių pacientų izoliavimui, fiksavimui, nes paūmėjus paciento būklei tenka jaustis labai nesaugiai.
- Didinti darbuotojų skaičių. Tazerio įteisinimas, esant ypatingam atvejui.
- Suteikti daugiau priemonių slaugytojų padėjėjams, tokių kaip racijos, įrankiai apsigynimui.
- Asmeninės savisaugos priemonės, skyriuje tvirtinti daiktus prie grindų (pvz. stalus, kėdes).

LITERATŪRA

- A life chronology. *Frederick Perls*. Prieiga per internetą: <<http://www.gestalt.org/fritz.htm>>;
- Ambrozaitis A., Žagminas K., (1997). *Virusiniai hepatitai: mokomoji priemonė*. Vilnius: Gironda, p. 144;
- Andrašūnienė R. (2004). *Nuoširdus bendravimas su pacientu – pareiga, funkcija ar slaugytojų galimybių viršijimas*. Gydomo menas Nr.3. Kaunas: Sveikatos ir medicinos informacijos agentūra, p.9;
- Bielinienė N. (2004). *Asmens sveikata*. Slauga. Mokslas ir praktika. Vilnius: Mokslas ir praktika, p.9-10;
- Blaževičienė A., Kaselienė S. (2007). *Slaugytojų požiūris į profesinę veiklą ir su ja susijusius veiksnius*. Sveikatos mokslai 17 (5). Vilnius: Sveikata, p. 1178-1180;
- Coleman M., Grenyer B.F.S., Ilkiw-Lavalle O., Biro P., Middleby-Clements J., Comninos A. (2004). *Safer at work: development and evaluation of an aggression and violence minimization program*. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry 38(10): p.804-810;
- Cooper C. L., Hoel H., Martino V. (2005). *Preventing violence and harassment in the workplace*. European foundation for the improvement of living and working conditions. Dublin;
- Dembinskas A. (2003). *Psichiatrija*. Vilnius: UAB „Vaistų žinios“, p.17;
- Denison D. (1996). *What is the difference between organizational culture and organizational climate? A native's point of view on a decade of paradigm wars // The academy of management review*, Vol. 21, No. 3 p.619-654;
- Elo AL. (1994). *Assessment of mental stress Factors at work*. In: Raškevičienė R., Marozienė S. (2005). *Darbo sąlygų įvertinimas ir jų poveikis sveikatai Kauno miesto gydymo įstaigų klinikinėse ir biocheminėse laboratorijose*. Medicina 41 (6). Kaunas: Kauno medicinos universitetas, p. 513;
- European agency for safety and health at work. *Priorities for occupational safety and health research in the EU-25* (2005). Working environment information. Working paper. Luxemburg;
- Europos bendrijų komisija (2005). *Žalioji knyga. Gyventojų psichikos sveikatos gerinimas. Europos Sąjungos psichikos sveikatos strategijos kūrimas*. Briuselis KOM(2005) 484. Prieiga per internetą: <http://ec.europa.eu/internal_market/securities/docs/ucits/greenpaper_lt.pdf>;
- Europos parlamentas (2006). *Europos Parlamento rezoliucija dėl gyventojų psichikos sveikatos gerinimo*. Europos Sąjungos psichikos sveikatos strategijos kūrimas. Strasbūras (2006/2058(INI)). Prieiga per internetą: <<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?Type=TA&Reference=P6-TA-2006-0341&language=LT>>;

Europos psichinės sveikatos apsaugos deklaracija (2005). PSO Europos ministrų konferencija, Helsinkis, Suomija. *Psichiatrijos žinios*, 2005; 2(33): p. 10-13. In: Šidlauskaitė – Stripeikienė I., Žemaitienė N., Klumbienė J. (2008). *Lietuvos rajonų suaugusių gyventojų patiriamo streso ir socialinės paramos sąsajos*. Visuomenės sveikata 4(43), Vilnius: Higienos institutas, p. 31;

Europos saugos ir sveikatos darbe agentūra. Informacinis lapelis Nr.22. *Stresas darbe*. Prieiga per internetą: < <http://osha.vdi.lt/PDF/Topics/stress/FS22LT.htm>>;

Gates, D. M. (2004). *The epidemic of violence against health-care workers*. *Journal Occupational and Environmental Medicine* 61, 649-650. BMJ Publishing Group Ltd.;

Germanavičius A. (2005). *Komandinis darbas medicinoje ir psichiatrijoje*. *Gydymo menas* Nr. 3, p.4-5;

Hannigan B., Edwards D., Burnard P. (2004). *Stress and stress management in clinical psychology: Findings from a systematic review*. *Journal of mental health*. 13 (3) Volume 13, Issue 3, p. 235-245;

Henderson AD. (2003). *Nurses and workplace violence: nurses experience of verbal and physical abuse at work*. *Can J Nurs Leadersh*, 16(4), p. 82 – 98;

Hepatol J. (2003). *EASL International nonsensus conference on hepatitis B*. Consensus statement 38(4). Switzerland, p.533-540;

Istomina, N., Vainauskas, R., Čičauskaitė, A. (2010). *Psichikos sveikatos slaugytojų darbo saugumo vertinimas*. *Sveikatos mokslai*. Nr. 5 (20). Vilnius: Sveikata, p. 3495-3500.

Jakušvaitė I. (2001). *Medicina ir filosofija*. Kaunas: Kauno medicinos universitetas, p.259;

Jankauskas R., Jasiukevičiūtė T., Pajarskienė B., Stanisloviėnė J. (2009). *Restruktūrizavimo poveikis sveikatai*. *Visuomenės sveikata* 2(45). Vilnius: Higienos institutas, p. 12;

Janušonis V. (2000). *Sveikatos apsaugos sistemos organizacijų valdymas*: monografija. Klaipėda: Klaipėdos rytas, p. 39,149,185;

Janušonis V. (2009). *Tinkama sveikatos priežiūra: socialinio streso vaidmuo*. *Sveikatos mokslai*. Nr. 4. Vilnius: Sveikata, p. 2453;

Kasiulis J., Barvydienė V. (2001). *Vadovavimo psichologija*. Kaunas: Technologija, p.280-282;

Kriukelytė D., Vaškelytė A., Žitinaitė L. (2005). *Stresas intensyvios terapijos skyrių slaugytojų darbe*. *Sveikatos mokslai* 15 (3). Vilnius: Sveikata, p. 8-11;

Kučinskas V., Kučinskienė R. (2002). *Vadybos įvadas*. Klaipėda: KU, p.23;

Kušleikaitė M., Laukevičienė A., Korotkich I. ir kt. (2004). Tyrimas: *Hipodinaminio streso įtaka krūtinės aortos lygiųjų raumenų adrenalino sukeltam susitraukimui*, remiantis LR Valstybinės maisto ir veterinarijos tarnybos leidimu (išduotu 2002 02 31, Nr. 0064). *Medicina* 40(11). Kaunas: Kauno medicinos universitetas, p.1105-1108;

Lapkauskienė N. (2004). *Psichikos sveikatos sutrikimai ir slaugos pagrindai*. Vilnius: Vilniaus kolegija, p. 84-87;

- Lazarus R. S., Averill J. R. & Opton E. M. (1970). *Towards a cognitive theory of emotions*. In L. Levi (Ed.), *Society, stress, and disease*. London: Oxford University Press, p. 190-208;
- Lemon (1998). *Slauga. Ligų prevencija ir sveikatos mokymas*. Vilnius: Charibdė. ISBN 9986 - 745 - 18 - 7;
- Liausėdas A. (2002). *Į agresyvių ir smurtinių elgesį linkusių individų diagnostika ir gydymas*. Teisiniai medicininiai smurto aspektai. Vilnius: LTU leidybos centras, p.103-108;
- Lietuvos medikų profesinė sąjunga (2010). *Lietuvos Respublikos Prezidentei „dėl sveikatos priežiūros darbuotojų diskriminacijos*. Psichiatrijos žinios, Nr. 1 (58). Vilnius: VšĮ „Psichikos sveikatos iniciatyva“ Lietuvos psichiatrų asociacija, p. 45.
- LR Darbuotojų saugos ir sveikatos įstatymas*; skelbta: Žin., 2003, Nr. 70-3170; aktuali redakcija: nuo 2003-07-16. Prieiga per internetą:
<http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=301102>;
- LR Konstitucija*; skelbta: Žin., 1992, Nr. 33-1014; aktuali redakcija: nuo 1992-11-30. Prieiga per internetą: <<http://www3.lrs.lt/home/Konstitucija/Konstitucija.htm>>;
- LR Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas*; skelbtas: Žin., 1995, Nr. 53-1290; aktuali redakcija: nuo 1996 01 01. Prieiga per internetą:
<http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=259559&p_query=&p_tr2=>>;
- LR Valstybinė darbo inspekcija (2009). *Informacija apie nelaimingus atsitikimus per 2009 m. I ketvirtį*. Prieiga per internetą: <<http://ftp.vdi.lt/index.php?-44627924>>;
- Malakauskienė R., Istomina N., Razbadauskas A. (2008). *Referatų ir baigiamųjų darbų įforminimo metodiniai patarimai*. Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla;
- Maslow's Holistic Dynamic Needs Hierarchy*. Prieiga per internetą:
<http://pandc.ca/?cat=abraham_maslow&page=needs_hierarchy>;
- Mayhew C. (2003). *Occupational violence and prevention strategies*. Master OHS and Environment Guide. CCH Australia, North Ryde, p.547;
- Mikelevičienė L.O. (2004). *Sutrikusios psichikos asmenų socialiniai-psichologiniai poreikiai*: Bakalauro darbas. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, p. 23;
- Mikutavičienė I., Merkys G. (2010) *Slaugytojų profesinio streso raiškos ypatumai*. Sveikatos mokslai, Nr6 (4). Vilnius: Sveikata, p. 3742-3747;
- Morgan J. (2012) *Good architecture lowers aggression amongst psychiatric patients*. Prieiga per internetą: <<http://www.scienceomega.com/article/727/good-architecture-lowers-aggression-amongst-psychiatric-patients>>
- Nolan P., Skares J., Dallender., Thomsen S., Arnetz B. (2001). A comparative study of the experiences of violence of English and Swedish mental health nurses. Pergamon. Journal of nursing studies, 38. p. 419-426. In: Skvarčevskaja M., Istomina N., Razbadauskas A., Mačiulis V., (2008).

- Slaugytojų patiriamas smurtas – tarptautinės problemos vertinimas*. Sveikatos mokslai 18 (2), Vilnius: Sveikata, p.1654;
- Obelenis V., Kalinauskienė V. (2007). *Darbo sąlygų ir profesinių veiksmų įtaka širdies ir kraujagyslių ligų rizikai*. Medicina 43 (2). Kaunas: Kauno medicinos universitetas, p. 96-102;
- Pajarskienė B., Jankauskas R. (2001). *Streso darbe įvertinimas pagal psichosocialinius darbo veiksmus*. Vilnius;
- Parent-Thirion A., Fernández Macías E., Hurley J., Vermeylen G. (2007). *Fourth European working conditions survey*. Dublin: European foundation for the improvement of living and working conditions;
- Press Association (2010). Increase in assaults on NHS workers. Prieiga per internetą: <<http://www.nursingtimes.net/nursing-practice/clinical-specialisms/mental-health/increase-in-assaults-on-nhs-workers/5022572.article>>;
- Pūras D., Povilaitis R. (2000). *Destigmatizacija psichiatrijoje – kliūtys ir naujos galimybės: Psichiatrijos aktualijos*: Kaunas, p.42-44;
- Radavičius L. E. (2004). *Teismo psichiatrija: istorija ir dabartis*: monografija. Vilnius, MRU leidybos centras, p.19;
- Reigas V. (2011). *Medicinos personalo streso ir priekabiavimo darbe patirtis specializuotoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje*. Slauga, mokslas ir praktika, Nr.11 (179) Vilnius: Slaugos darbuotojų tobulinimosi ir specializacijos centras, p. 4-8;
- Scott H. (2003). *Violence against nurses and NHS staff is on the increase*. British Journal of Nursing, 12 (7), 396;
- Skvarčevskaja M., Razbadauskas A. (2006). *Slaugytojų patiriamas smurtas ir jo vertinimas*. Sveikatos mokslas, Nr1-2. Vilnius: Sveikata, p. 26-30;
- Skvarčevskaja M., Istomina N., Razbadauskas A., Mačiulis V., (2008). *Slaugytojų patiriamas smurtas – tarptautinės problemos vertinimas*. Sveikatos mokslai 18 (2), Vilnius: Sveikata, p. 1653-1658;
- Statistikos departamentas (2010). Gyventojai ir socialinė statistika. Prieiga per internetą: <<http://db1.stat.gov.lt/statbank/default.asp?w=1024>>;
- Steinman S. (2003) *Workplace Violence in the Health Sector*. Country Case Study: South Afrika. Geneva: International Council of Nurses, International Labour Organization, World Health Organization, Public Services International;
- Stoškus S., Beržinskienė D. (2005). *Vadyba*. Kaunas: Technologija, p.16.
- Stubbs, B., Dickens, G. (2009). Pysical assault by patients against physiotherapists working in mental health settings. Prieiga per internetą:

<http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B7CVK-4WTHB55-1&_user=10&_coverDate=09%2F30%2F2009&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=gateway&_origin=gateway&_sort=d&_docanchor=&view=c&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=8bc3ca940aff279c07a4a34b04f4497e&searchtype=a>;

Suslavičius A., Valickas G. (1999). *Socialinė psichologija teisėtvarkos darbuotojams*. Vilnius: Lietuvos teisės akademija p. 158;

Šiurkutė, V. (2004). *Kaip įvertinti pacientų agresijos protrūkio tikimybę ir jos išvengti*. Nervų ir psichinės ligos 4(16). Vilnius: Sveikatos ir medicinos informacijos agentūra, p.22;

Tarptautinių žodžių žodynas (2002). *Agresija*. Vilnius: Žodynas, 2002;

Trenoweth S. (2003). *Perceiving risk in dangerous situations: risk of violence among mental health inpatients*. Journal of advanced nursing 42(3), p.278. In: Skvarčevskaja M., Istomina N., Razbadauskas A., Mačiulis V., (2008). *Slaugytojų patiriamas smurtas – tarptautinės problemos vertinimas*. Sveikatos mokslai 18 (2), Vilnius: Sveikata, p. 1653;

Valiulienė Ž. (2008). *Psichologinio spaudimo raiška sveikatos priežiūros darbuotojų kolektyve*. Sveikatos mokslai, 6(60). Vilnius: Sveikata, p. 1983-1986;

Valstybinis psichikos sveikatos centras (2010). *Psichikos ligų statistika*. Prieiga per internetą: <http://www.vpsc.lt/index.php?option=com_content&view=article&id=43:sergani-psichikos-ligomis-sk-respublikoje-100-000-gyv&catid=12:psichikos-sveikatos-statistika&Itemid=23>;

Vartia – Vaananen M. (2002). *Workplace bullying – a study on the work environment, well-being and health*. Academic dissertation. Helsinki: University of Helsinki departamento of psychology, p.70.;

World health organization. *Mental Health action plan for europe. Facing the Challenges, building solutions* (2005). EUR/04/5047801/7 WHO European ministerial conference on mental health. Helsinki, Finland, 12-15 January 2005. Prieiga per internetą: <<http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc07.pdf>>;

Žitinaitė L. (2005). *Slaugytojų, dirbančių intensyvios terapijos skyriuose, patiriamas stresas*. Bakalauro baigiamasis darbas: Kaunas. In: Lekauskaitė A., Venytė V., Demskytė J. (2006). *Intensyvios terapijos slaugytojų patiriamas stresas slaugant terminalinės būklės pacientus*. Sveikatos mokslai 16 (4). Vilnius: Sveikata, p. 282-287;

Ветрова Н. (2009). *Госдума вооружила сотрудников психиатрических лечебниц*. Prieiga per internetą: < <http://globalist.org.ua/?p=9497>>;

Дмитриева Т. Б. (2002). *Агрессия и психическое здоровье / Под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича*. - СПб: Юридический центр Пресс, С.3–9;

Израильский профсоюз врачей (2008). *Врачи не будут помогать агрессивным пациентам*. Ремедиум. Prieiga per internetą:

<<http://www.remedium-journal.ru/news/arhiv/detail.php?ID=19964>>;

Петрюк А. П. (2004). Агрессивное поведение при различных психических расстройствах с учётом качества жизни пациентов. Журнал психиатрии и медицинской психологии № 3. С.99–102;

Холмс Д. (2003). *Аномальная психология*. Серия «Концентрированная психология»: Питер С.304;

Шостакович Б. В., Горинов В. В. (2002) *Агрессия, агрессивное поведение и психопатология: постановка проблемы* // Агрессия и психическое здоровье / Под ред. Т. Б. Дмитриевой и Б. В. Шостаковича. Юридический центр Пресс, С. 10–22.

PRIEDAI

Gerb. apklausos dalyvi,

Klaipėdos universiteto, sveikatos mokslų fakulteto slaugos studijų magistrantas Romaldas Vainauskas atlieka magistro baigiamąjį darbą tema „**Psichikos sveikatos personalo saugumo darbe lyginamoji analizė tarp pirminio ir antrinio lygmens psichikos sveikatos priežiūros įstaigų**“. Mums labai svarbi Jūsų nuomonė. Apklausa anoniminė (nereikia rašyti nei vardo, nei pavardės). Surinkti duomenys bus naudojami moksliniams apibendrinimams bei rekomendacijų rengimui, kurie padės tobulinti slaugos procesą.

Tyrimo instrumentas patvirtintas KU SvMF slaugos katedros Etikos komisijos posėdyje.

Iškilius neaiškumams, kreiptis į darbo autorių Romaldas Vainauskas (tel.nr. +370 672 10666, el. paštas: romaldas.vainauskas@gmail.com arba Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Etikos komisijos pirmininkę doc. dr. Vidą Mockienę (tel. 8 46 398558).

Instrukcija. Prašome atidžiai perskaityti kiekvieną klausimą ir pasirinkti labiausiai Jums tinkantį atsakymo variantą arba įrašyti savąjį.

ANKETA

A. BENDRIEJI KLAUSIMAI

1. **Jūsų amžius** (įrašykite į šalia esantį langelį):

2. **Jūsų lytis:**

- Vyras.
- Moteris.

3. **Jūsų išsilavinimas:**

- Aukštasis.
- Aukštesnysis.
- Spec. Vidurinis.
- Kita.

4. **Jūsų darbo stažas** (įrašykite į šalia esantį langelį):

5. **Jūs dirbate:**

- Psichiatrijos ligoninėje (antrinis lygmuo).
- Psichikos sveikatos centre (pirminis lygmuo).

6. **Jūsų pareigos:**

- Gydytojas.
- Slaugytojas.
- Socialinis darbuotojas.
- Kita (įrašyti)_____.

7. **Jūsų nuomone, paslaugų kokybė pacientams geresnė, dirbant:**

- Individualiai.
- Komandoje.

8. **Kaip manote, ar visuomenės požiūris psichikos sveikatos personalo atžvilgiu yra su išankstine neigiama nuostata?**

- Taip.
- Kartais.
- Ne.

B. PATIRIAMAS STRESAS DARBE

[vertinkite, prašau žemiau pateiktus teiginius apie patirtą stresą darbe

9. **Pažymėkite, prašau, ar esate patyrę šias streso rūšis?**

<i>Patirta streso rūšis</i>	<i>Taip</i>	<i>Kartais</i>	<i>Ne</i>
<i>Fiziologinis stresas</i> (širdies, kraujospūdžio, kvėpavimo, raumenų tonuso, smegenų elektrinio aktyvumo pokyčiai, judesių koordinacijos sutrikimai).			
<i>Psichologinis stresas</i> (emocinė įtampa, baimė, frustracija). Psichologinis stresas dar skirstomas į emocinį (susijusį su laukimu, pavojumi) ir informacinį (susijusį su sudėtingu sprendimu).			
<i>Įpročio ir elgesio stresas</i> (piktnaudžiavimas tabako gaminiais, alkoholiu, narkotikais, smurtas, bauginimai arba prievarta, šeimyninių santykių problemos).			

10. **Po darbo dienos jaučiuosi:**

<i>Pojūčiai po darbo dienos</i>	<i>Taip</i>	<i>Kartais</i>	<i>Ne</i>
Pilna (-as) jėgų			
Optimistiškai nusiteikusi (-ęs)			
Sudirgusi (-ęs)			
Emociniai išsekusi (-ęs)			
Fiziškai išsekusi (-ęs)			
Bevertė (-is)			

11. **Mano patiriamo streso įtaka požiūriui į darbą:**

<i>Streso pasekmės darbo kokybei</i>	<i>Taip</i>	<i>Kartais</i>	<i>Ne</i>
Noriu dar labiau save realizuoti darbe			
Manau, kad stresas mano darbo kokybės neįtakoja			
Mano darbo kokybė prastėja			
Manęs netenkina atliekamo darbo kokybė			
Planuoju keisti darbą			

12. Po įtemptos darbo dienos man pasireiškia šie streso simptomai:

<i>Simptomai, pasireiškiantys po darbo dienos</i>	<i>Taip</i>	<i>Kartais</i>	<i>Ne</i>
Mąstymo sulėtėjimas			
Dėmesio nesukaupimas			
Galvos skausmas			
Padidėjęs kraujo spaudimas			
Virškinimo sutrikimai			
Silpnumas ir nuovargis			
Nemiga			
Depresija			
Nerimas ir baimė			
Padažnėjęs širdies plakimas			
Baimė eiti į darbą			

13. Darbe patirto streso įtaką mano gyvenimui:

<i>Streso įtaka asmeniniam gyvenimui</i>	<i>Taip</i>	<i>Kartais</i>	<i>Ne</i>
Darbe patirtas stresas daro įtaką mano gyvenimui			

14. Man sukelia stresą:

<i>Stresą įtakojantys veiksniai</i>	<i>Taip</i>	<i>Kartais</i>	<i>Ne</i>
Didėjantys reikalavimai darbe			
Būtinybė mokytis, kelti kvalifikaciją			
Atsakomybė atliekant pareigas			
Per mažas pasitikėjimas savimi			
Didelė pacientų kaita			
Nuolatinis spaudimas atlikti užduotis kaip galima greičiau			
Pacientų nedėkingumas			
Pacientų nepagrįsti reikalavimai ir priekabumas			
Nesutarimai su kolegomis			
Komandinio darbo nebuvimas			
Sunkaus ligonio slaugymas			
Administruojančių vadovų darbo stilius			

C. PATIRIAMAS SMURTAS DARBE

Įvertinkite, prašau žemiau pateiktus klausimus / teiginius apie smurtą darbe

15. Ar esate patyrę smurtą darbe?

- Taip.
- Ne.

*p.s. į šį klausimą atsakę neigiamai, praleiskite 16-23 klausimus ir toliau atsakinėkite tik nuo 24 klausimo.
Į šį klausimą atsakę teigiamai, 16-23 klausimams atsakyti pažymėkite Jūsų patirtį atitinkančius atsakymus.*

16. Ar Jūs esate patyrę psichologinį spaudimą darbe? Psichologinis teroras darbe pasireiškia piktnaudžiavimu valdžia ar netinkamu jos panaudojimu, kai stengiamasi įbauginti darbuotojus, nuvertinti jų atliktą darbą, pažeminti ar socialiai izoliuoti.

<i>Psichologinis spaudimas darbe</i>	<i>Taip</i>	<i>Ne</i>
Aš patiriu psichologinį spaudimą darbe		

17. Psichologinio smurto rūšys, kurias esu patyręs darbe:

<i>Smurto rūšys</i>	<i>Taip</i>	<i>Ne</i>
<i>emocinis</i> (pablogėja nuotaika, atsiranda vidinė įtampa, kyla susierzinimas ir t.t.)		
<i>elgesio</i> (kyla noras kuo greičiau baigti bendrauti, kuo toliau pasitraukti nuo to žmogaus, imame vengti tolimesnio susidūrimo ir t.t.)		
<i>fizinis</i> (imame jausti silpnumą, gali skaudėti galvą, galime imti prakaituoti, pajusti virškinimo sistemos sutrikimus ir t.t.)		
<i>bendravimo</i> (pajuntame, kad pradedame atsargiau kalbėti, atidžiau renkame žodžius, jo ar jūsų balsas tampa aštresnis, tampame tylesni)		

18. Man darbo vietoje patyrus smurtą, pagalbą suteikia:

<i>Pagalbą suteikia</i>	<i>Taip</i>	<i>Ne</i>
Kolegos		
Skyriaus vadovas		
Psichologas		
Kita (įrašykite)		

19. Kokius psichikos sveikatos sutrikimus turintys pacientai panaudojo smurtą prieš Jus?

<i>Psichikos sveikatos sutrikimų diagnozė</i>	<i>Taip</i>	<i>Ne</i>
Depresija		
Šizofrenija		
Psichikos ir elgesio sutrikimai		
Psichoaktyvių medžiagų vartojimo sukelti sutrikimai		
Afektiniai sutrikimai		
Protinis atsilikimas		

20. Smurto forma, kuri buvo panaudota prieš mane:

<i>Smurto rūšys</i>	<i>Taip</i>	<i>Ne</i>
Buvau pažeminta (-as)		
Buvau ižeidinėjama (-as)		
Patyriau tyčiojimąsi ir verbalinę prievartą		
Patyriau fizinę prievartą		
Patyriau priekabiavimą		
Patyriau seksualinę prievartą		
Buvau izoliuota (-as)		

21. Išskirkite psichologinio smurto darbe priežastis:

<i>Psichologinio smurto darbe priežastys</i>	<i>Taip</i>	<i>Ne</i>
Didelis darbo krūvis		
Papildomos darbo užduotys		
Nerealūs darbo atlikimo terminai		
Nesąžiningas darbo apmokėjimas		
Žemas darbo užmokestis		
Neužtikrinamos saugios darbo sąlygos		
Nepakankama darbo santykių kontrolė		
Nekokybiškas kolegų pareigų vykdymas		
Individualios kolegų asmens savybės		
Motyvacijos nebūvimas		
Suasmeninta atliekamų darbų kokybė		

22. *Ar pacientai (jų artimieji) Jūsų atžvilgiu išreiškę agresiją, buvo patraukti atsakomybèn?*

- Taip.
- Ne.

23. *Ar esate patyrę:*

<i>Konflikto forma</i>	<i>Taip</i>	<i>Ne</i>
Psichikos ligos sąlygotų kaltinimų Jūsų atžvilgiu iš paciento?		
Susidūrimą su teisėsauga po konflikto su pacientu?		
Paciento persekiojimą (po konflikto) dėl jo noro finansiškai pasipelninti?		
Paciento persekiojimą (po konflikto) dėl kitų priežasčių?		
Jei į bent vien klausimą atsakėte „taip“ – pakomentuokite...		

D. DARBO SAUGUMO GERINIMAS

Įvertinkite žemiau pateiktus teiginius apie saugumo darbe sprendimų gerinimą

24. *Jūsų naudojami streso įveikimo būdai (varnele pažymėkite kelis atsakymus):*

Atostogos	Didesnis dėmesys hobiui
Problemų aptarimas su kolegomis, draugais	Atsipalaidavimo technikos (meditacija)
Televizorius	Kava, arbata
Alkoholis	Rūkymas
Sportas	Muzika
Vaistai	Miegas
Visiška ramybė	Problemų aptarimas su šeima
Darbas namuose	Poilsis gamtoje

25. *Kokios priemonės galėtų būti taikomos psichologinio spaudimo darbe mažinimui?*

<i>Priežastys psichologinio spaudimo darbe mažinimui</i>	<i>Sutinku</i>	<i>Iš dalies sutinku</i>	<i>Nesutinku</i>
Sisteminis prievartos faktų darbe fiksavimas			
Tikslesnis darbo užduočių formulavimas			
Darbo krūvio ir darbo laiko suderinimas			
Bendras darbo santykių dalyvių švietimas apie jų teises ir pareigas			
Psichologo pagalba			
Sankcijų už psichologinę prievartą įvedimas			
Įstaigoje turi būti sudaromos psichologinio klimato gerinimo programos			
Darbuotojų laisvalaikio organizavimas			
Darbo užmokestis turi atitikti realias darbo sąnaudas			
Saugių darbo sąlygų užtikrinimas			

26. Kurios prevencinės priemonės saugumui darbe gerinti teiktumėte prioritetą Jūs? (prašome reikšmingumą išreitinguoti, svarbiausiai priemonei skiriant 5 balus, o mažiausiai svarbiai – 1 balą):

<i>Priemonės saugumo darbe didinimui</i>	<i>Balus</i>
Darbo vietos video stebėjimas – fiksavimas, bei tokio veiksmo įteisinimas	
Darbuotojų sveikatos draudimas valstybės lėšomis	
Teisės aktais reglamentuoti agresoriaus atsakomybę ir atsakomybės patraukimo mechanizmus	
Tikslus pareigybinių instrukcijų, atliekamų funkcijų reglamentavimas ir teisinis apibrėžtumas	
Gražinti pavojingumo statusą taikant 42 savaitių atostogų laikotarpį bei gražinti 7 val. 12 min darbo dienos trukmę, kas stiprintų darbuotojų psichinės ir fizinės sveikatos regeneracinį procesą	

27. Kurios iš specialiųjų priemonių, Jūsų nuomone, būtų reikšmingiausios agresyviai psichikos paciento elgesiui slopinti ir saugiai suvaldyti? (reikšmingumą vertinkite balais nuo 1 iki 6, svarbiausiai priemonei skiriant 6 balus, o mažiausiai svarbiai – 1 balą):

<i>Specialiosios priemonės agresyvaus ir pavojingo elgesio slopinimui ir saugios aplinkos užtikrinimui</i>	<i>Balus</i>
Fizinio suvaržymo diržų komplekto panaudojimas	
Specialios patalpos agresyvaus paciento izoliavimui, netaikant fizinio suvaržymo priemonių	
Specialios patalpos agresyvaus paciento izoliavimui, taikant fizinio suvaržymo priemones	
Spec. antrankių panaudojimas	
Impulsinės elektrošoko priemonės panaudojimas	
Fizinį agresyvaus paciento elgesį slopinanti, speciali, judesius varžanti apranga	

28. Jūsų pasiūlymai gerinant psichikos sveikatos personalo darbo saugumą:

Ačiū už bendradarbiavimą !

PATVIRTINTA
Slaugos katedros posėdis
2008-01-31
Protokolo Nr. 46 Sv – S - 3

INFORMUOTO ASMENS SUTIKIMO FORMA

Man buvo pateikta tiek raštiška tiek žodinė informacija apie tyrimą, į mano klausimus buvo tinkamai atsakyta. Aš sutinku dalyvauti tyrime ir suprantu, kad mano dalyvavimas yra savanoriškas ir aš galiu bet kuriuo metu ir be jokio papildomo paaiškinimo nutraukti dalyvavimą tyrime.

Pasirašydamas(-a) šią formą aš neatsisakau savo įstatyminių teisių. Aš gausiu pasirašytą ir datuotą šio sutikimo egzempliorių.

Aš taip pat sutinku dėl duomenų apdorojimo ir dėl bet kokio duomenų perdavimo šalims, esančioms ES ir už jos ribų. Bet tai gali būti daroma tik tuo atveju, jei yra išlaikomas gautos informacijos konfidencialumas.

Respondento parašas

Respondento VARDAS, PAVARDĖ (spausdintinėmis raidėmis)

Pasirašymo data

Informaciją suteikiančio asmens (tyrėjo) pareiškimas:

Aš, žemiau pasirašęs(-iusi), patvirtinu, kad respondentui, kuris pasirašo šią sutikimo formą, pateikiau visą informaciją apie tyrimą ir jis suvokia dalyvavimo šiame tyrime pobūdį. Patvirtintu, kad respondentas gavo šios pasirašytos ir datuotos sutikimo formos egzempliorių.

Tyrėjo parašas

Tyrėjo VARDAS, PAVARDĖ (spausdintinėmis raidėmis)

Pasirašymo data

Jei Jūs turite klausimų apie savo tyrimo subjekto teises, galite kreiptis į tyrėją:

Tyrėjo VARDAS, PAVARDĖ, telefono numeris, elektroninio pašto adresas

ir/ar

Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos katedros Etikos komisiją tel. nr. 846398557, el. paštas - sk.svmf@ku.lt

Tarptautinė mokslinė-praktinė konferencija

Į SVEIKĄ GYVENSENĄ IR SKAIDRIĄ BŪTĮ VYDŪNO KELIU

2012 kovo 22 d.

KLAIPĖDA

PROGRAMA

9.00 – 10.00 Dalyvių registracija / *Registration of Participants* /

10.00 – 10.45 KONFERENCIJOS ATYDARYMAS / *OPENING OF THE CONFERENCE* /

10.00 – 10.20 Klaipėdos miesto jaunimo centro choreografijos studijos „Inkarėlis“ koncertas

Algimantas Kirkutis, LR Sveikos gyvensenos ir natūralios medicinos rūmų prezidentas

Dangutė Mikutienė, LR Seimo Sveikatos reikalų pirmininkė

Vytenis Andriukaitis, LR Sveikatos apsaugos ministras

Vytautas Grubliauskas, Klaipėdos miesto meras

Vaidutis Laurėnas, Klaipėdos universiteto rektorius

Vacys Bagdonavičius, Vydūno draugijos įkūrėjas

10.45 – 12.15 PLENARINIS POSĖDIS / *PLENARY SESSION* /

Pirmininkaujantys /Chairmen/:

A. Razbadauskas, KU ir **J. Asadauskienė**, Klaipėdos miesto savivaldybės

10.45 – 11.00 Klaipėda – PSO sveikų miestų tinklo aktyvus dalyvis/ *Klaipėda is active member of WHO Healthy Cities Network.*/ **A. Razbadauskas**¹, **N. Istomina**², ¹Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto profesorius, dekanas, Klaipėdos miesto savivaldybės Bendruomenės sveikatos tarybos pirmininkas, ²Klaipėdos miesto savivaldybės tarybos narė.

11.00 – 11.15 Naujoji biologija: psichoemocinė sveikata ir sveika mityba./ *NewBiology. Psychoemotional Health and Medical Nutrition.*/ **B. Clement**, Direktor of Hippocrates Health Institute, USA.

11.15 – 11.30 A. Mintys ir sveikas gyvenimo būdas./ Mind and Healthy Lifestyle/ A. Kirkutis, Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto profesorius.

11.30 – 11.45 Lėtinių neinfekcinių ligų valdymas – racionalumas prieš konsumerizmą medicinoje./ Management of noncommunicable diseases – rationality or medical consumerism./ A. Jurgutis, Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto profesorius.

11.45 – 12.00 Tarpsektorinis bendradarbiavimas Rusijos federacijos sveikų miestų tinkle/ Intersectoral collaboration of the Member - cities of the Association "Healthy cities, districts and settlements"/ T.E. Šestakova, Director of the Russian Association "Healthy cities, districts and settlements", HCP coordinator in Cherepovets, PhD, head, Russia.

12.00 - 13.00 Pertrauka / Break /, parodų ir mugės apžiūra

1 Sekcija / Workshop 1 /

vydūno skaitymai: kūrybos ir veiklos kontekstai

Pirmininkaujantis / Chairmen /:

R. Palijanskaitė

13.00 – 13.20 Genealoginės Vydūno ištakos./ Genealogical Origins of Vydūnas./ V. Bagdonavičius.

13.20 – 13.30 Diskusijos.

13.30 – 13.50 Vydūnas ir vokiečių mistika: tikėjimas ir dvasinė bei psichoemocinė sveikata./ Vydūnas and German Mysticism: Faith and Spiritual, Psychoemotional Health./ R. Palijanskaitė.

13.50 – 14.00 Diskusijos.

14.00 – 14.20 Sveikata ir tikyba Vydūno filosofijoje./ Health and Faith in Vydūnas Philosophy./ T. Stanikas.

14.20 – 14.30 Diskusijos.

14.30 – 14.50 Vydūnas apie psichinę emocinę sveikatą ir stresą./ Vydūnas on Psychological, Emotional Health and Stress./ K. Vaištarienė.

14.50–15.00 Diskusijos.

2 Sekcija / Workshop 2 /

PSICHOEMOCINĖ SVEIKATA. STRESO VALDYMAS

13.00 – 13.30 Naujoji biologija: psichoemocinė sveikata ir sveika mityba./ NewBiology. Psychoemotional Health and Medical Nutrition./ B. Clement, JAV.

13.00 – 14.00 Оценка качества пиявок, используемых в гирудотерапии./ Dėlių kokybės vertinimas naudojamas hirudoterapijoje./ O. Kamenev, Rusija.

14.30 – 15.00 Emocinė sveikata per Vedų astrologiją./Emotional Health through Vedic Astrology./ A. Chakraborty, Indija.

15.00 – 15.15 Pertrauka / Break/

15.15 – 15.35 Nozologija ir fenomenologija medicinoje. Kūno, dvasiniai ir psichologiniai aspektai./ Nosology and Phenomenology in Medicine: Spiritual and Psychological Aspects of Body/ O. Bulanov, Holistinės medicinos institutas.

15.35– 15.55 Fizinis krūvis – vaistas. Fizinio krūvio receptai. K. Linkus, medicinos sporto gydytojas.

15.55 – 16.15 Fizinio aktyvumo pagrindimas arba receptas fiziniam krūviui./ The Theoretical and Practical Physical Activity Justification of rExercise Prescription./ V. Kavaliauskas, Lietuvos edukologijos universitetas.

16.15 – 16.35 Streso atsiradimo priežastys ir šalinimo metodai Rytų tradicijų sampratoje./ Stress Causes and Disposal Methods in Conception of the Eastern Tradicijon./ D. Ražauskas, Ajurvedos akademijos lektorius.

16.35 – 16.50 Pirtis – sveikatos ir ilgaamžiškumo šaltinis./ Pirtis – Source of Health and Longevity/ R. Rasiukas, Lietuviškos pirties bičiulių draugija.

3 Sekcija / Workshop 3 /

VISUOMENĖS SVEIKATOS MOKSLO NAUJIENOS /THE NEWS OF PUBLIC HEALTH SCIENCE /

1 dalis /Part I/

Pirmininkaujantys /Chairmen/:

A. Jurgutis, KU ir R. Stukas, VU

13.00 – 13.15 Klaipėdos miesto gyventojų gyvenimo ypatumai: psichoaktyvių medžiagų vartojimo paplitimas./ Features of Lifestyle of Klaipėda City Residents: Spread of Psychoactive Substance Use./ R. Perminienė, N. Istomina, I. Pačiauskaitė, D. Drungilienė, KU.

13.15 – 13.30 Darbuotojų motyvai ir patirtis, siekiant profesinių ligų nustatyto./ Worker's motivation and experiences in seeking recognition of an occupational disease./ L. Pilipavičienė¹, R. Venckienė¹, R. Jankauskas¹, P. Vasilavičius¹, A. Jurgutis², ¹Higienos institutas, ²KU.

13.30 – 13.45 Visuomenės sveikatos specialistų, šeimos gydytojų ir pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovų požiūris į tarpusavio bendradarbiavimą./ The public health specialist's, family doctor's and head's of primary health care institutions attitude towards mutual collaboration./ S. Kutkaitė, R. Gurevičius, Higienos Institutas.

13.45 – 14.00 Lyderystės ugdymas tarp visuomenės sveikatos specialistų: LEPHIE projekto vaidmuo./ Leadership development among public health specialists: the role of LEPHIE Project./ M. Stankūnas^{1,2}, S. Sauliūnė¹, L. Šumskas¹, K. Czabanowska³, ¹LSMU, ²Griffitho universitetas, Australija, ³Maastrichto universitetas, Nyderlandai.

14.15 – 14.30 Antibiotikų išrašymo netolygumai Klaipėdos apskrityje./ Differences in antibiotic prescription in Klaipeda region./ I. Anužytė¹, A. Jurgutis¹, K. Saukantas¹, I. Butienė¹, I. Bumblienė^{1,2}, ¹KU, ²Klaipėdos jūrininkų ligoninė.

14.30 – 14.45 Miesto abiturienčių vitamino D kiekis./ Vitamin D level in town school graduates females./ L. Zabulienė^{1,2}, S. Barakauskas³, J. Urbonienė⁴, R. Stukas⁵, ¹Reumatologijos, traumatologijos–ortopedijos ir rekonstrukcinės chirurgijos klinika, VU, ²VŠĮ Antakalnio poliklinika, ³UAB Laboratorija „Medicina Practica“, ⁴Infekcinių ligų ir tuberkuliozės ligoninė, Vilniaus Universitetinė ligoninė „Santariškių klinikos“, ⁵Visuomenės sveikatos institutas, VU.

14.45 –15.00 Pertrauka / Break/

2 dalis /Part 2/

Pirmininkaujantys /Chairmen/:

R. Jankauskas, Higienos institutas ir B. Strukčinskienė, KU

15.00 – 15.10 Smurtą artimoje aplinkoje patyrusių moterų gyvenimo kokybės ir emocinės būsenos bei pagalbos prieinamumo Lietuvoje vertinimas./ Quality of life, emotional status and help accessibility to women experienced violence in close environment./ L. Stonienė¹, V. Aguonytė^{1,2}, L. Narkauskaitė¹, ¹Higienos institutas, ²VU.

15.10 – 15.20 Sveikatos kultūros konceptualizavimo problemos ir perspektyvos vaikystės fenomeno kontekste./ Adolescents Health Consciousness in the Context of Health Education Resistance./ J. Grubliauskienė, R. Vaičekauskaitė, KU.

15.20 – 15.30 Darbuotojų periodinių sveikatos patikrinimų įvertinimas šeimos gydytojų požiūriu./ The evaluation of workers' periodic health examinations from the viewpoint of family physicians./ E. Jegelevičienė, R. Venckienė, R. Jankauskas, Higienos institutas.

15.30 – 15.40 Lietuvos darbuotojų sveikatos priežiūros funkcijas vykdančių specialistų kompetencijų vertinimas./ Evaluation of the competencies of specialists performing occupational health care functions in Lithuania./ R. Eičinaitė – Lingienė¹, R. Venckienė¹, R. Markevičė¹, J. Kartunavičiūtė¹, K. Poderienė², V. Januškevičius³, ¹Higienos institutas, ²LSU, ³LSMU.

15.40 – 15.50 Infekcijų ir antibiotikų vartojimo valdymas Lietuvos senų žmonių globos įstaigose./ Infection control and antibiotic usage in long term care facilities for elderly in Lithuania./ R. Markevičė, A. Sinkevičiūtė, R. Valintėlienė, Higienos institutas.

15.50 – 16.00 Slaugytojos restruktūrizuojamose ligoninėse: santykių dinamika, būsenos ir elgesio strategijos pokyčių metu./ Nurses in hospitals under restructuring: Dynamics of relationships, emotional states and strategies of actions./ T. Jasiukevičiūtė, B. Pajarskienė, Higienos institutas.

16.00 – 16.10 Ikimokyklinio amžiaus vaikų tėvų burnos higienos būklė ir su burnos sveikata susijusi gyvenimo kokybė./ Oral hygiene status and oral health-related quality of life among parents of preschool children./ J. Andruškienė, I. Iždonaitė-Medžiūnienė, B. Einars, R. Abunevičius, KVK.

16.10 – 16.20 Psichikos sveikatos personalo saugumo darbe lyginamoji analizė tarp pirminio ir antrinio lygmens psichikos sveikatos priežiūros įstaigų. / *The comparative analysis of staff safety between primary and secondary level of mental health care institutions.* / **N. Šiupšinskienė, R. Vainauskas, KU.**

16.20 – 16.30 Psichoemocinių veiksnių sąsajos su Sergančiųjų išemine širdies liga gyvenimo kokybe. / *The aim of the study was to evaluate associations between psychoemotional factors and HRQoL in CAD patients.* / **M. Staniūtė, J. Brožaitienė, R. Bunevičius, LSMU.**

16.30 – 16.40 Klaipėdos rajono ikimokyklinio amžiaus vaikų gyvenamos ir sveikatos ypatumai fizinio aktyvumo aspektu. / *Life style and health in preschool children in Klaipėda district: focus on physical activity.* / **V. Strukčinskaitė, N. Tarvydienė, B. Strukčinskienė, KU.**

16.40 – 16.50 Mokomosios programos poveikis moterų po krūties vėžio operacijos gyvenimo kokybei. / *Training program on women after breast cancer operations quality of life.* / **E. Noreikatė, R. Bagdonas, KU.**

16.50 – 17.00 Klaipėdos miesto ir rajono dešimtos klasės mokinių gyvenamos veiksnių ir kūno masės indekso rodiklio sąsajos. / *Associations between life style factors and body mass index in 10th form schoolchildren in Klaipėda (city and district).* / **G. Neverdauskaitė, I. Pačiauskaitė, B. Strukčinskienė, KU.**

4 Sekcija / Workshop 4 /

KLAIPĖDA – SVEIKAS MIESTAS / KLAIPĖDA – HEALTHY CITY /

1 dalis /Part I/

Pirmininkaujantys /Chairmen/:

N. Istomina, KU ir I. Pačiauskaitė, Klaipėdos miesto savivaldybė

13.00 – 13.15 Sveiko miesto koncepcija. / *Concept of Healthy City.* / ¹**N. Istomina, ²A. Razbadauskas,** ¹Klaipėdos miesto savivaldybės Asmens sveikatos priežiūros komisijos pirmininkė, ²Klaipėdos miesto savivaldybės Bendruomenės sveikatos tarybos pirmininkas.

13.15 – 13.30 Klaipėdos miesto žmonių gyvenamos ypatumai bei požiūris į sveikatą ir jos priežiūrą. / *Lifestyle characteristics of Klaipėda city population and their approach to health and health care.* / **I. Pačiauskaitė, Klaipėdos miesto savivaldybės Visuomenės sveikatos biuro direktorė.**

13.30 – 13.45 Klaipėda – sveikas miestas: istorija ir dabartis. / *Klaipėda – healthy city: history and present time.* / **V. Valevičius, Klaipėdos miesto savivaldybės Visuomenės sveikatos biuro specialistas.**

13.45 – 14.00 Fizinio aktyvumo skatinimas Klaipėdos mieste. / *Promotion of physical activity in Klaipėda city.* / **D. Skabickaitė, Klaipėdos miesto savivaldybės Visuomenės sveikatos biuro atstovė.**

14.00 – 14.15 Klaipėdos miesto mokyklų aplinkos testavimo dėl narkotinių medžiagų rezultatai ir analizė. / *Results and analysis of the environment testing at Klaipėda city schools.* / **D. Butkienė, Klaipėdos miesto savivaldybės Visuomenės sveikatos biuro specialistė, N. Istomina, Klaipėdos miesto savivaldybės Narkotikų kontrolės komisijos pirmininkė.**

14.15 – 14.30 „Nieks kits čia nekaltas“./ “Nobody has fault“./ I. Kontenytė, I. Jankauskaitė, G. Stonytė, 8a klasės mokinės, R. Borta, mokytoja metodininkė, Klaipėdos „Vyturio“ pagrindinė mokykla.

14.30 – 14.45 Kvapų vertinimas gyvenamosios aplinkos ore: galimybės ir naujovės. /Odours evaluation in the air of living environment: opportunities and innovations./ A. Keblas, Nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros laboratorijos vadovas.

14.45 – 15.00 Pertrauka / Break /

2 dalis /Part 2/

Pirmininkaujantys /Chairmen/:

R. Perminienė ir D. Butkienė, Klaipėdos miesto savivaldybė

15.00 – 15.15 Modernios judėjimo technologijos amžėjantiems./ Modern mobility technologies for aging./ A. Kaveckas, Biomedicinos mokslų magistras, kūno kultūros mokytojas – ekspertas.

15.15 – 15.30 Klaipėdos Pajūrio vietos bendruomenės ir seniūnaičių veikla "Sveiko miesto" kontekste./ The activities of Pajūrio community in the context of Healthy City./ S. Liekis, Klaipėdos Pajūrio vietos bendruomenės tarybos pirmininkas.

15.30 – 15.45 Холистический подход к здоровью, психологическая адаптация и профилактика - культура 3 го тысячелетия./ К. Razumocki, L.G.Goriana, International Academy of Culture Security, Ecology, and Health, Ukraina

15.45 – 16.00 Slaugytojus skatinančios aplinkos kūrimas./ The development of Nursing environment./ V. Lebedeva, Lietuvos slaugos specialistų organizacijos Klaipėdos regiono direktorė.

16.00 – 16.15 Грудное вскармливание - мечты и реальность./ Breastfeeding - dreams and reality./ M.E. Boshkova, K.M. Strelnikova, Baltijos federalinis universitetas Kanto vardo, Rusijos Federacija

16.15 – 16.30 Development of educative methodological manual for the blood circulation in the uterus-placenta-fetus system for the medical softwares of diagnostic ultrasound./ D Zabolotov, D, Karasiova, I. Stepanyan, V. Izranov , Baltijos federalinis universitetas Kanto vardo, Rusijos Federacija

16.30 – 16.45 Comparative analysis of methods for diagnosis and treatment of patients with a diagnosis of "atrial fibrillation" in medical institutions of Kaliningrad (Kaliningrad District Hospital) and Klaipeda (Mariners HOSPITAL)/ V.O. Chukhleba , A.I. Vyariiev, M.N. Sabelnikova , Baltijos federalinis universitetas Kanto vardo, Rusijos Federacija.

16.45 – 17.00 Diskusijos / Discussion /