

KLAIPĖDOS UNIVERSITETAS

Sveikatos mokslų fakultetas

Visuomenės sveikatos katedra

Julija Tarasova

**SLAUGYTOJŲ PSICHOSOCIALINIŲ DARBO VEIKSNIŲ VALDYMAS SVEIKATOS
PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOJE**

Sveikatos priežiūros vadybos studijų programos magistro baigiamasis darbas

Klaipėda, 2020

TURINYS

ĮVADAS

1. PSICHOSOCIALINIŲ DARBO VEIKSNIŲ IR JŲ VALDYMO BŪDŲ MOKSLINĖS TEORIJOS APŽVALGA

1.1. Psichosocialinių darbo veiksmų samprata.....8

1.1.1. Darbo aplinkos sąlygos ir darbuotojų sveikata.....8

1.1.2. Darbo reikalavimai ir poveikis darbuotojų sveikatai.....8

1.1.3. Darbo organizavimo ir turinio veiksniai.....16

1.1.4. Darbuotojų tarpusavio ir/ar darbdavių ir darbuotojų santykiai.....17

1.2. Psichosocialinių darbo veiksmų valdymas.....21

1.2.1. Dokumentai, reglamentuojantys psichosocialinių darbo veiksmų valdymą.....22

1.2.2. Psichosocialinės rizikos valdymo modelis ir standartai.....22

1.2.3. Psichosocialinės darbo aplinkos valdymo prevencinės priemonės.....25

1.2.4. Pozityvios darbo aplinkos kūrimo veiksniai.....28

2. Slaugytojų psichosocialinės darbo aplinkos valdymas sveikatos priežiūros įstaigose....30

2.1. Tyrimo metodika 33

2.2. Respondentų sociodemografinės charakteristikos 33

2.2.1. Psichosocialinių darbo veiksmų pasiskirstymas priklausomai nuo slaugytojų amžiaus ir darbo stažo.....37

2.2.2. Slaugytojų nuomonės pasiskirstymas apie psichosocialines rizikos valdymą sveikatos priežiūros įstaigoje.....59

2.2.3. Socialinių darbo rizikos veiksmų ir darbo aplinkos valdymo prevencinių priemonių sąsajos.....67

2.2.4. Psichosocialinės darbo aplinkos valdymo modelis.....68

IŠVADOS

LITERATŪRA

PRIEDAI

SANTRAUKA

Darbo tikslas – atskleisti slaugytojų patiriamus psichosocialinius darbo veiksnius ir nuomonę apie jų valdymą sveikatos priežiūros įstaigose.

Tyrimo metodika. Kiekybinis tyrimas buvo atliktas Klaipėdos Jūrininkų ligoninėje naudojant autorės sukurta anketą vadovaujantis nuostatais „Dėl Psichosocialinių rizikos veiksnių tyrimo metodinių nurodymų patvirtinimo“ ir Streso darbe anketos klausimynu. Tyrimo imtis – 224 slaugytojos. Statistinė analizė buvo atlikta naudojant SPSS programinio paketo 24 versiją, panaudotas chi kvadrato kriterijus, regresinė analizė. Požymių skirtumas laikytas statistiškai reikšmingas, kai $p < 0,05$.

Tyrimas atliktas laikantis etikos principų.

Tyrimo rezultatai. Rastos statistiškai reikšmingai sąsajos tarp psichosocialinių darbo veiksnių ir slaugytojų amžiaus, darbo stažo. Mažiau nei pusė apklaustų slaugytojų psichosocialinių darbo rizikos veiksnių valdymą vertina vidutiniškai. Darbo kontroliavimo galimybės, tarpasmeninių santykių darbe ugdymas, socialinė paramos ir grįžtamojo ryšio teikimas, darbo ir asmeninio gyvenimo suderinamumas, optimalūs darbo reikalavimai, pokyčių valdymas, organizacinis teisingumas, darbuotojų įgalinimas, tinkama informacija ir komunikacija – tai pagrindinės psichosocialinės rizikos mažinimo priemonės sveikatos priežiūros įstaigoje.

Išvados. Psichosocialinė rizika darbe nėra tinkamai valdoma, todėl buvo sukurtas modelis psichosocialinės darbo aplinkos gerinimui.

Raktažodžiai: Psichosocialiniai darbo veiksniai, rizikos valdymas, prevencija, stresas.

SUMMARY

Work aim. To reveal the psychosocial work factors experienced by nurses and their opinion about their management in health care institutions.

Analysis methods. The quantitative study was accomplished in Klaipėda city hospital using a questionnaire created by the author to guide by „The regulations on approval of methodological guidelines for the study of psychosocial risk factors“ and stress questionnaire. Total 224 nurses were enrolled in the study. The statistical analysis was performed to use the SPSS version 24, the chi – square test, regression analysis. The difference between signs was considered statistically significant at $p < 0,05$. The study was conducted in accordance with ethical principles.

Analysis results. Statistically significant relationships were found between the psychosocial factors of work and the age of nurses, experience of work. Less than half of nurses evaluate management of psychosocial work risk factors on average. Opportunities for controlling work, developing interpersonal relationships at work, providing social support and feedback, work – life balance, optimal work requirements, change management, organizational justice, empowerment of employees, appropriate information and communication are the main tools for reducing psychosocial risk in a health care institution.

Conclusions. The psychosocial risk at work is not well managed, therefore, a model for improving the psychosocial working environment has been developed.

Key words: psychosocial work factors, risk management, prevention, stress

IVADAS

Temos problema. Visoje Europoje darbuotojai susiduria su psichosocialine rizika savo darbe, kurios atsiradimą gali sąlygoti neigiamos psichologinės, socialinės, fizinės pasekmės, atsirandančios dėl blogo darbo organizavimo ir planavimo, netinkamai valdomos rizikos (Antroji Europos įmonių apklausa apie naują ir kylančią riziką (ESENER – 2), 2015, p. 10; saugiose darbo vietose – stresas yra valdomas, 2013, p. 4; Pikūnas, Palujanskienė, 2005, p. 78). Remiantis atliktu tyrimu apie naują ir kylančią riziką nustatyta, jog sveikatos priežiūros sektoriaus darbuotojai dažniausiai patiria psichosocialinę riziką darbe (91 proc.) ir su darbu susijusį stresą (79 proc.) (Europos įmonių apklausa apie naują ir kylančią riziką, 2010, p. 7). Ar valdomi psichosocialiniai darbo veiksniai sveikatos priežiūros įstaigose?

Temos aktualumas. Lietuvos sveikatos 2014-2025 m. strategijos vienas iš tikslų yra kurti sveikatai palankią darbo aplinką, kad tai būtų pasiekta yra numatytas uždavinys – saugių sąlygų darbe užtikrinimas. Remiantis atliktu tyrimu apie naują ir kylančią riziką, tik nedidelė dalis – mažiau nei trečdalis ES šalių nurodė, jog turi pasirengusias procedūras, skirtas su darbu susijusio streso problemoms spręsti. 2015 m. kiek didesnė dalis (apie 33 proc.) teigė, jog turi prevencinius planus darbiniam stresui spręsti, sveikatos priežiūros įstaigos daugiau skiria dėmesio psichosocialinės rizikos valdymui (Antroji Europos įmonių apklausa apie naują ir kylančią riziką (ESENER – 2), 2015, p. 10; Europos įmonių apklausa apie naują ir kylančią riziką, 2010, p. 8).

Remiantis 2012 m. Taivano miesto ligoninėje atlikto tyrimo rezultatais nustatyta, jog sveikatos priežiūros sektoriuje dažniausiai profesinį „perdegimą“ patiria slaugytojos (66 proc.), antroje vietoje – gydytojai rezidentai (61,8 proc.), trečioje vietoje – gydytojai (38,6 proc.) (Li – Ping, Chung – Yi, Susan, 2014). Klaipėdos miesto ligoninėse buvo atliktas tyrimas, dažniausi slaugytojų nurodyti darbo aplinkos rizikos veiksniai – tai pacientų kėlimas rankomis (33,9 proc.), kintantis darbo laikas (27,4 proc.), mikrotraumos (17,3 proc.), ergoniminiai rizikos veiksniai (21,4proc.) (Jonikaitė, Brasaitė, 2016, p. 222). Dažniausias darbo stresorius slaugytojų darbe – pamaininis darbas (net 74proc.), kiti – maža socialinė parama (37 proc.), viršvalandžiai (daugiau kaip 44 val. Per savaitę, 29,1 proc.), didelis darbo krūvis (27,9 proc.) lemia profesinio „perdegimo“ pasireiškimą (Li – Ping, Chung – Yi, Susan, 2014). Remiantis 2013 – 2014 m. atliktas tyrimo rezultatais tarp slaugytojų personalo nustatyta, jog nepakankamas atlyginimas susijęs su patiriamu profesiniu stresu (Sharma ir kt.,2014, p. 53 – 54). Japonijos ligoninėse tarp slaugytojų buvo atliktas tyrimas ir nustatyta, jog

darbo krūvis, maža darbo kontrolė, maža vadovo socialinė parama yra susiję su didesniu slaugytojų tiriamu nerimu, depresija (Kawano, 2008, p. 79-81). Remiantis atliktu tyrimu tarp slaugytojų nustatyta, jog naktinis darbas beveik 7 kartus didina šansus pasireikšti blogai miego kokybei (OR=6, 56; p<0,01) (Chung ir kt.,2009, p. 280-283). Pagal Profesinių ligų registro duomenis 2015 m. Lietuvoje iš visų ekonominių veiklos rūšių, žmonių sveikatos priežiūroje ir socialiniame darbe buvo daugiausia užregistruota profesinių ligų (15 atvejų) (Krisiulevičienė, Anikijenka, 2016, p. 32). Slaugytojų darbas yra intensyvus, įtemptas, atsakingas, trunka daug valandų – tai neigiamai paveikia jų sveikatą (Abdalkader, Hayajneh, 2008, p. 70 – 86). Psichosocialiniai darbo veiksniai nėra pakankamai tinkamai valdomi – tai rodo atlikti tyrimai, tiriantys darbo stresorių reikšmę darbuotojų sveikatai. Vis gi trūksta tyrimų Lietuvoje, kurie analizuotų psichosocialinių darbo veiksnių valdymo būdus.

Hipotezė. Tikėtina, kad naudojamos psichosocialinės darbo aplinkos valdymo prevencinės priemonės, sumažina, psichosocialinių darbo rizikos veiksnių pasireiškimą darbe.

Darbo objektas – slaugytojų patiriami psichosocialiniai darbo veiksniai ir nuomonę apie jų valdymą sveikatos priežiūros įstaigose.

Darbo uždaviniai:

1. Parengti psichosocialinius darbo veiksnių ir jų valdymo būdų mokslinės teorijos apžvalgą.
2. Išnagrinėti psichosocialinių darbo veiksnių paplitimą pagal slaugytojų amžių, darbo stažą.
3. Įvertinti slaugytojų nuomonę apie psichosocialinės rizikos valdymą sveikatos priežiūros įstaigoje.
4. Rasti sąsajas tarp psichosocialinių darbo rizikos veiksnių ir psichosocialinės darbo aplinkos valdymo prevencinių priemonių.
5. Sukurti slaugytojų psichosocialinės darbo aplinkos valdymo modelį, remiantis atlikto tyrimo rezultatais.

Tyrimo metodai: mokslinės literatūros analizė, kiekybinis tyrimas, anketinė apklausa, statistinė duomenų analizė.

Darbo rezultatų pritaikomumas praktikoje. Gauti tyrimo rezultatai leidžia pateikti moksliskai pagrįstus pasiūlymus sveikatos priežiūros įstaigų administracijai kaip sumažinti psichosocialinę riziką ir pagerinti slaugytojų darbo aplinką.

1. PSICHOSOCIALINIŲ DARBO VEIKSNIŲ IR JŲ VALDYMO BŪDŲ MOKSLINĖS TEORIJOS APŽVALGA

1.1 Psichosocialinių darbo veiksmų samprata

Psichosocialinis veiksnys – tai tam tikras veiksnys, kuris atsiranda dėl darbo sąlygų, reikalavimų, organizavimo, darbo turinio, darbuotojų tarpusavio ir/ar darbdavio ir darbuotojo tarpusavio santykių, galintis pakenkti darbuotojų sveikatai (Kuodytė ir kt., 2014, p. 5; Dėl Profesinės rizikos vertinimo bendrųjų nuostatų patvirtinimo, 2012; Obelenis, Ustinavičienė, Bagdonienė, 2007, p. 20).

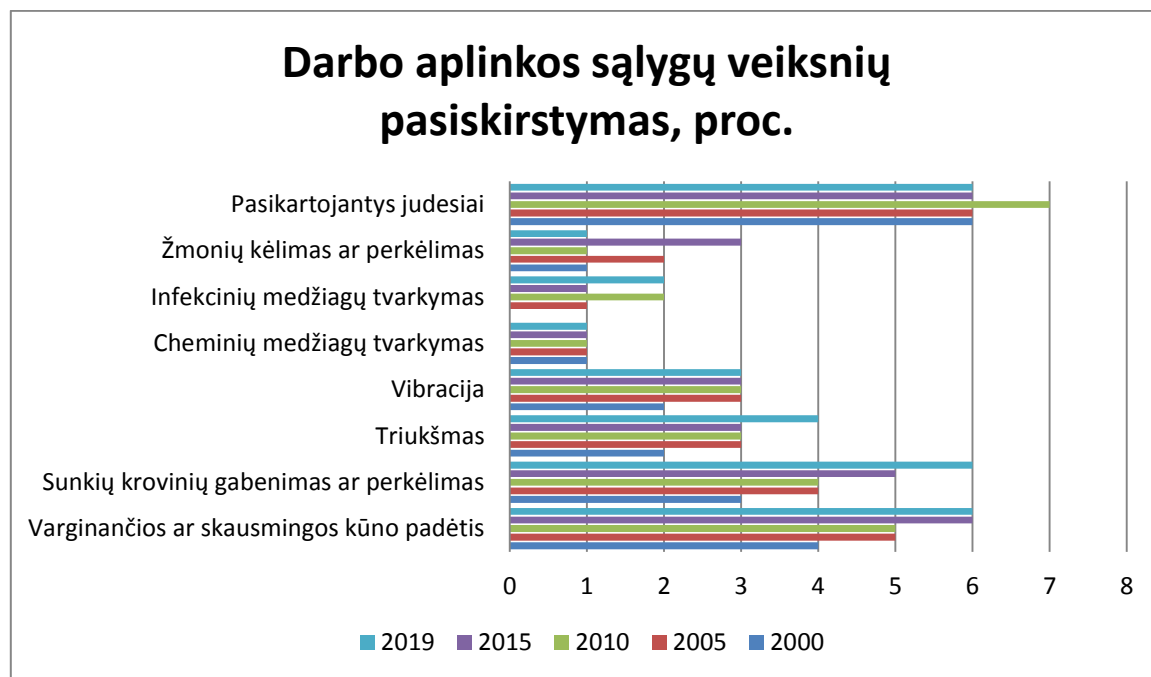
Pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2005 m. Rugpjūčio 24 d. įsakymą Nr. V-669/A1 – 241, psichosocialiniai darbo rizikos veiksniai yra skirstomi į tam tikras grupes:

1. Veiksniai, susiję su darbo aplinkos sąlygomis (kenksmingi darbo aplinkos veiksniai, netvarkingi darbo įranga ir kt.);
2. Veiksniai, susiję su darbo reikalavimais: per didelis ar per mažas darbuotojų darbo krūvis, didelis darbo tempas, neaiškios paskirties darbo užduotys ir kt.;
3. Veiksniai, susiję su darbo organizavimu: darbo laiko trukmės nustatymas ir jos paskirstymas paroje (naktimis, pamaininis darbas), viršvalandžiai, darbo sutarties rūšis, per didelė ar per maža darbo kontrolė, darbo apmokėjimas ir kt.;
4. Veiksniai, susiję su darbo turiniu: darbuotojai mažai turi laisvės patys priimti su darbu susijusius sprendimus, per didelis informacijos kiekis, montonija darbe ir kt.;
5. Veiksniai, susiję su darbuotojų tarpusavio santykiais ir/ar darbuotojų ir darbdavių santykiais: nesutarimas kolektyve, netinkamas valdžios elgesys (neteisingas darbų paskirstymas), negalėjimas tobulinti kvalifikacijos, nesuteikiama galimybė dalyvauti sprendimų priėmimo, atsiliėpimų apie atliktą darbą trūkumas, bauginimas (mobingas) smurtu, priekabiavimas (Dėl Psichosocialinių rizikos veiksmų tyrimo metodinių nurodymų patvirtinimo, 2005) .

1.1.1. Darbo aplinkos sąlygos ir darbuotojų sveikata

Darbo aplinkos veiksniai yra skirstomi į tam tikras grupes: fizikinius (mechaninius (temperatūra, eletra, spinduliai, triukšmas, ultragarsas, infragarsas), biologinius (mikroorganizmai, baltyminiai preparatai, natūralūs organizmo komponentai), cheminius (aerozoliai, skysčiai, dujos, garai), ergonominius (sunkus fizikos darbas, nepatogi darbo

poza) ir kiti (Dėl Darbuotojų aprūpinimo asmeninėmis apsaugos priemonėmis nuostatų patvirtinimo, 2007). 2015 m. „Eurofound“ atliko šeštąjį tyrimą tarp 35 šalių, darbuotojai daugiausia jaučia pakartotinių rankos ir plaštakos judesių (61 proc.), varginančių ar skausmingų kūno padėčių poveikį (43 proc.) (Pirmosios išvados. Šeštasis Europos darbo sąlygų tyrimais, 2015, p.6; žr. 1 pav.).



Šalt.: Pirmosios išvados. Šeštasis Europos darbo sąlygų tyrimas, 2015, p.6

Ergonominiai darbo veiksniai. Ergonominis veiksnys – tai darbo aplinkos sąlygų veiksnys, kuris yra susijęs su fiziniu darbo krūviu, įtampa, darbo vietos pritaikomumu (Dėl Profesinės rizikos vertinimo bendrųjų nuostatų patvirtinimo, 2012). Ergonominius veiksmius apibūdina tam tikros sąvokos: darbo įtampa (didelis dėmesio koncentravimas iki 60-80 proc. Darbo metu), darbo poza (tam tikrų kūno dalių padėtis atliekant darbus, darbas atsistojus ar atsisėdus), darbo sunkumai (fizinė įtampa, krovinių pakėlimas rankomis, pasikartojantys judesiai, daugkartinis pasilenkimas, nepatogi darbo poza ir kt.), darbo vietos pritaikymas (įrenginių, priemonių pritaikymas prie darbuotojo kūno išmatavimų ir proporcijų) (Dėl Ergonominių rizikos veiksmių tyrimo metodinių nurodymų patvirtinimo, 2005).

Remiantis atliktu tyrimu tarp 23000 darbuotojų (iš jų 5298 slaugytojos), kurie tiesiogiai susiję su pacientų sveikatos priežiūra, pagrindinė kaulų ir raumenų sistemos sutrikimų priežastis – ergonominiai darbo veiksniai (55 proc.), tarp jų labiausiai dominuoja nepatogi

darbo poza (25 proc.) ir jėgos naudojimas darbo metu (23 proc.) (Ngan, 2010, p. 390, 393). Tarp tretinės sveikatos priežiūros darbuotojų labiausiai paplitę ergonominiai darbo veiksniai – darbas toje pačioje padėtyje ilgą laiką (37 proc.), darbas nepatogioje ar ankštoje pozicijoje (29 proc.), darbų užduoties monotonija (29 proc.). Tiriamieji daugiausiai kentė dėl nugaros (45,7 proc.), kaklo (29 proc.), pečių (24 proc.) skausmo (Yasobant, 2014, p. 76-77). Pagal atliktą tyrimą tarp slaugytojų ir technikų, per paskutinę savaitę respondentai labiausiai skundėsi kulkšnies ar pėdų (59 proc.), pečių (59proc.), nugaros (55 proc.), kaklo (52 proc.) skausmu (Sheikhzadeh ir kt., 2009, p.835). 96,3 proc. Slaugytojų per paskutinius 12 mėnesių ir 73,1 proc. Jų per paskutinę savaitę jautė skausmą ar kaulų ir raumenų sistemos diskomfortą. Slaugytojos per paskutinę savaitę daugiausia jautė skausmą ar diskomfortą (Magnago ir kt., 2010, p. 432). Serbijos 22 sveikatos centruose buvo atliktas tyrimas tarp slaugytojų (n=1000), mažiau nei pusė tiriamųjų jautė nugaros skausmą (41 proc.) (Milutinovic, 2012, p. 172, 174). Remiantis Italijos ir Brazilijos ligoninėse atliktu tyrimu (n=969), nuo 40 iki 49 proc. Slaugytojų per paskutinį mėnesį jautė nugaros, kaklo, pečių srities skausmus (Carugno ir kt., 2012, p. 1632 – 1642). Vienoje Irano ligoninėje buvo atliktas tyrimas tarp slaugytojų (n=144) nustatyta, jog tiriamos patyrė kaulų ir raumenų sistemos sutrikimus – 52 proc. Jautė kaklo srities diskomfortą, 45,8 proc. – juosmens, 43,8 proc. – pečių ir 41,7 proc. Kelių srityje diskomfortą (Azma ir kt., 2015, p. 324). Remiantis Valstybinės darbo inspekcijos duomenimis (2014), per 2011 – 2014 metus vienai greitosios medicinos pagalbos slaugytojai buvo nustatyta kaklo diskų liga su radikulopatija (M50.1), kitai slaugytojai ir trims slaugytojų padėjėjoms diagnozuota juosmens ir kitų tarpslankstelių diskų ligos su radikulopatija (M51.1) dėl krovinių kėlimo rankomis.

Triukšmas. Triukšmas apibūdinamas kaip kenksmingas ar nepageidaujamas garsas iš išorės, kurį sukuria paties žmogaus veikla. Triukšmo šaltiniu gali būti įvairūs įrenginiai, objektai, kurie sukelia triukšmą (Lietuvos Respublikos triukšmo valdymo įstatymas, 2004). Maksimalus garso slėgio lygis dienos metu (nuo 6.00 iki 18.00 val.) stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų palatose 55 dBA, vakaro laiku (nuo 18.00 – 22.00 val.) – 50 dBA, nakties metu (nuo 22.00 iki 6.00 val.) – 45 dBA (Lietuvos higienos norma HN 33:2011). Pagal pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijas, triukšmo lygis pacientų palatose gali būti 35dBA dienos metu ir 30 dBA nakties laiku. Remiantis JAV sveikatos priežiūros įstaigose atliktu tyrimu, pacientų palatose triukšmo lygio vidurkis dienos metu

siekė 52 dBA, nakties metu – 51 sBA. Slaugos pastotėse triukšmo lygio vidurkis tiek dienos metu, tiek naktį buvo 57dBA (Hill, LaVela, 2015, p. 57-58, 60). Irano šešiose ligoninėse buvo atliktas tyrimas tarp slaugytojų, triukšmo lygis ligoninėse viršijo leistinas ribas. Didesnis triukšmo lygis buvo nustatytas greitosios pagalbos punkte, akušerijos ir ginekologijos, infekcinėse palatose. Daugiausia triukšmą sukėlė ventiliatoriai, serumo pompos, siurbimo aparatai, inkubatoriai ir kiti šaltiniai, jų skleidžiamo garso dažnis buvo nuo 500 ir 3000 Hz (Heydari ir kt., 2014, p. 46 – 53). Maksimalus triukšmo lygis gali paveikti žmogaus streso hormonus, maksimalus garso slėgis patalpų viduje (32 dBA) nulemia miego kokybę (European Environment Agency, 2010, p. 8). Remiantis Irano trijose ligoninėse atliktu tyrimu tarp slaugytojų (n=151), rastos statistiškai reikšmingos sąsajos tarp triukšmo ir slaugytojų patiriamo profesinio „perdegimo“ (depersonalizacija, emocinis išsekimas). 12,6 proc. Slaugytojų patyrė aukšto profesinio „perdegimo“ lygio depersonalizaciją, 11,3 proc. – emocinį išsekimą, 65,6 proc. – asmeninio pajėgumo darbo sumažėjimą (Alidosti ir kt., 2016, p. 103 – 105).

Cheminės medžiagos. Cheminės medžiagos – tai darbo aplinkos veiksniai, kurios gali būti gamtinės arba gaunamos gamybos būdu. Pavojingos cheminės medžiagos ir preparatai atitinka pavojingumo kriterijus pagal Europos Parlamento ir Tarybos reglamentą (EB) Nr. 1272/2008. Darbuotojas gali greitai apsinuodyti, susirgti yra jautrus cheminei medžiagai, todėl žmogaus savijauta gali pablogėti ar net išsivystyti profesinė liga, nors cheminės medžiagos koncentracija darbo aplinkos ore neviršija leistinų normų (Dėl Profesinės rizikos vertinimo bendrųjų nuostatų patvirtinimo, 2012; Dėl Darbuotojų apsaugos nuo cheminių veiksnių darbe nuostatų bei Darbuotojų apsaugos nuo kancerogenų ir mutagenų poveikio darbe nuostatų patvirtinimo, 2001; Lietuvos Respublikos cheminių medžiagų ir preparatų įstatymas, 2000).

Sveikatos priežiūros įstaigų veikloje dažniausiai naudojamos cheminės medžiagos – valymo ir dezinfekavimo priemonės, anestetikai, citostatiniai ir citotoksiniai vaistai, potencialiai pavojingos reprodukcinės medžiagos. Sveikatos priežiūroje laikantis higienos reikalavimų būtina nuolat naudoti įvairias dezinfekavimo ir valymo priemones, kurios skirtos sumažinti infekcijų tikimybę, tačiau gali atsirasti didesnė cheminių veiksnių sukeliama rizika (Rizika darbuotojų sveikatai ir saugai sveikatos priežiūros sektoriuje: prevencijos ir gerosios patirties vadovas, 2013, p. 220, 232 – 233; žn. 1 lent.).

Instrumentų dezinfektantai

- Instrumentų dezinfekuotų poveikis žmonėms yra panašus į paviršių dezinfektantų poveikį.

Skalbinių dezinfektantai

- Skalbinių dezinfektantai dažnai turi ėsdinančių ar dirginančių savybių, gali jautrinti odą ar kvėpavimo takus.

Instrumentų dezinfektantai

- Instrumentų dezinfektantų poveikis žmonėms yra panašūs į paviršių dezinfektantų poveikį.

Skalbinių dezinfektantai

- Skalbinių dezinfektantai dažnai turi ėsdinančių ar dirginančių savybių, gali jautrinti odą ar kvėpavimo takus.

Šalt.: Rizika darbuotojų sveikatai ir saugai sveikatos priežiūros sektoriuje ir gerosios patirties vadovas, 2013, p.22-233.

Remiantis atliktu tyrimu tarp sveikatos priežiūros darbuotojų (n=4657, 41 proc. respondentų sudarė slaugytojos), aukšto lygio dezinfekcinėmis priemonėmis. 33 proc. respondentų teigė, jog ne visada mūvėjo pirštines atliekant dezinfekavimą (henn, Boiano, steege, 2015, p 180 – 185).

Remiantis atliktu tyrimu, 18 ligoninių operacinių darbuotojai išgyveno kvėpavimo sistemos sudirginimą, 2 tiriamieji susirgo astma. Po ištyrimo nustatyta, jog valymo ir dezinfekcinės cheminės priemonės, kuriose buvo ketvirtiniai amonio junginiai, sukėlė darbuotojams sveikatos problemų (Quinn ir kt., 2015, p. 425). Dažnas odos sąlytis su dezinfekavimo ir valymo priemonėmis ar netinkamai jų naudojimo sukelia odos sudirginimą (Europos komisija, 2013, p. 225). Valstybinės darbo inspekcijos duomenimis (2014), per 2011 – 2014 m. asmens sveikatos priežiūros įstaigų 6 slaugytojoms buvo nustatytas elerginis kontaktinis dermatitas (L23.5, L23.8) ir astma (J45) dėl cheminių medžiagų sukkelto poveikio.

Anestezinės dujos naudojamos pacientams atliekant operacijas, priėmimo skyriuose, teikiant skubią medicininę pagalbą. Nesilaikant darbo higienos reikalavimų, sveikatos priežiūros darbuotojai tarp jų slaugytojos gali pajusti tam tikrus sveikatos sutrikimus: nuovargį, galvos skausmą, nuotaikos kaitą (Europos komisija, 2013, p. 241 -242). Remiantis atliktu tyrimu, kuriame dalyvavo sveikatos priežiūros darbuotojai, tarp jų ir slaugytojos, kuriuos veikia anestezinės dujos ir garai, nustatyta, jog 38,6 proc. patyrė galvos skausmą, 15,1 proc. aritmijas, 32,8 proc. gastritą, 29,4 proc. rinitą ir laringitą, 14,3 proc. burnos pūslelinę, 7,6 proc. menstruacijų sutrikimus (Casale ir kt., 2013, p. 269). Pagal atliktą tyrimą, anestezines procedūras atliekantys darbuotojai (n=1783 slaugytojos) dažniausiai naudoja tokias anestezines dujas: sevofluraną (96 proc.), desfluraną (69 proc.) diazoto monoksidą (64 proc.), izofluraną (36 proc.) (Boiano, Steege, 2016, p. 784, 786). Citostatinių vaistų neigiamas poveikis sveikatos priežiūros darbuotojų sveikatai galimas atliekant infuzijas ar imant netinkamai supakuotus infuzinius tirpalus. Šios medžiagos į žmogaus organizmą gali patekti įkvėpus ar per odą. Be to galimas poveikis nuo pacientų išskyrų, prakaito, kurie buvo gydomi citostatiniais vaistais (Rizika darbuotojų sveikatai ir saugai sveikatos priežiūros sektoriuje: prevencijos ir gerosios patirties vadovas, 2013, p. 234-235).

Biologiniai darbo veiksniai. Biologinės medžiagos – tai mikroorganizmai, ląstelių kultūros, endoparazitai, kurie gali pakenkti žmogaus sveikatai, sukeldami alergiją, infekciją ar apsinuodijimą (Dėl Profesinės rizikos vertinimo bendrųjų nuostatų patvirtinimo, 2001). Biologinės medžiagos yra klasifikuojamos į keturias grupes, pagal infekcijos rizikos laipsnį: 1) pirmoji grupė biologinės medžiagos, kurios nesukelia žmoniems ligų; 2) antroji grupė biologinės medžiagos, kurios yra kenksmingos ir gali sukelti žmoniems ligas; 3) trečioji grupė – biologinės medžiagos, kurios yra labai kenksmingos, gali sukelti ligas ir išplisti visuomenėje; 4) ketvirtoji grupė - biologinės medžiagos, kurios yra ypač kenksmingos, gali sukelti sunkias ligas, kurias yra nelengva pagydyti ir gali išplisti (Dėl Darbuotojų apsaugos nuo biologinių medžiagų poveikio darbe nuostatų patvirtinimo, 2001; Europos parlamento ir Tarybos direktyva 2000/54/EB, p.49). Galima darbuotojo ekspozicija krauju ir kūno skysčiais – tai darbuotojo pažeistos odos ir gleivinių sąlytis su krauju ir/ar kūno skysčiais, susižeidimas, įsipjovimas, įsidūrimas aštriais instrumentais (mikrotrauma), bei galimas užkrėtimas nuo instrumentų, kurie yra užteršti kito žmogaus krauju ir/ar kūno skysčiais (Lietuvos higienos norma HN 47 – 1: 2012; Dėl susižeidimų aštriais instrumentais sveikatos priežiūros įstaigose prevencijos nuostatų patvirtinimo, 2012). Sveikatos priežiūros

darbuotojai patiria didelę riziką imant kraują iš pacientų, atliekant intravevinį kateterizavimą, leidžiant injekcijas, todėl dažniausiai darbuotojai susižaloja įsiduriami paciento krauju užkrėsta adata (Hughes, 2006, p. 4.). Per atviras žaizdas, per atvirą odą galimas sąlytis su infekuotu krauju ir/ar kūno skysčiais (Per kraują plintančių infekcijų prevencijos darbo vietoje metodinės rekomendacijos, 2014, p. 2). Biologinių veiksnių keliama rizika yra susijusi su per kraują plintančiomis infekcijomis – hepatito B, C, D virusais, žmogaus imunodeficito virusu (ŽIV). Rizika susižaloti galima operacinėse, skubios medicinos pagalbos, intensyviosios terapijos ir dializės skyriuose, laboratorijose (Rizika darbuotojų sveikatai ir saugai sveikatos priežiūros sektoriuje: prevencijos ir gerosios patirties vadovas, 2013, p. 52, 69).

Remiantis EPINet duomenimis, 2011 m. Iš viso 23 ligoninėse buvo nustatyta 708 įsidūrimai adatomis ir susižeidimai aštriais instrumentais, 263 ekspozicijos krauju ir/ar kūno skysčiais atvejai. Slaugytojų tokie susižeidimai sudarė 42 proc. Visų registruotų atvejų. 30,5 proc. Susižeidimų nustatyta atliekant injekcijas, 18,7 proc. – žaizdos siūvimo metu, 8,8 proc. – imant kraują iš venos. Daugiausia susižalojimų įvyko operacinėse (33,5 proc.), palatose (33,2 proc.), skubios pagalbos teikimo metu (8,7 proc.) (2011 EPINet Report: Needlestick and Sharp – Object Injuries, 2011, p. 1-5). Tailando ligoninėje 55,5 proc. Slaugytojų įsidūrė ar susižeidė aštriais instrumentais per paskutinius penkiarius metus, 74,8 proc. tokių susižalojimų patyrė slaugytojos (Martins ir kt., 2012, p.11). Pietų Korėjos 60 ligoninių 70,4 proc. Slaugytojų per metus buvo įsidūrusios ar susižeidusios aštriais instrumentais. Ganos skubios pagalbos departamento 28,9 proc. slaugytojų patyrė susižeidimus aštriais instrumentais per metus (Lori ir kt., 2016, p. 14). Slaugytojos, kurios patyrė aukštą emocinį išsekimą, turėjo didesnę riziką įsidurti ar susižeisti aštriais instrumentais (OR=1,486). Slaugytojos, dirbančios intensyvios slaugos skyriuose (OR=0,561, p<0,001), psichiatrijos ir ginekologijos kabinetuose (OR=0,445 ir OR=0,612, p<0,05), turėjo mažesnius šansus įsidurti ar susižeisti aštriais instrumentais nei slaugytojos, dirbančios medicinos chirurgijos palatose (Cho ir kt., 2013, p. 1025 – 1030). Tailando 247 ligoninių 62,5 proc. slaugytojų patyrė ekspoziciją krauju ir kūno skysčiais – tai respondentams sukėlė psichologinių problemų: 55,7 proc. Slaugytojų patyrė nerimą, 24,2 proc. Išgyveno stresą, 10,2 patyrė nerimą, 24,2 proc. Išgyveno stresą, patyrė nemigą (Kasatpibal ir kt., 2016, p. 42 – 43).

Kauno medicinos universiteto klinikose daugiau nei pusė slaugytojų patyrė mikrotraumas (64,5 proc.) 72,4 proc. jų susižeidė injekcinėmis adatomis, 32,7 proc. – chirurgine adata. Slaugytojos susižeidimus daugiausia patyrė ruošdamos instrumentus (34,7 proc.), operacijose (30,6 proc.) ir kt. Daugiausia darbuotojai mėvėjo tik viengubas pirštines (52 proc.) ir medicines kaukes (28 proc.), mikrotraumų metu iš viso 14,5 proc. respondentų nebuvo užsimovę pirštinių (Gailienė, Cenenkienė, 2009, p. 530 – 534). 2012 m. Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose (n=996 asmenys) net 85 proc. Darbuotojų buvo patyrę susižeidimus aštriais instrumentais. Daugiausia tokių mikrotraumų įvyko įsidūrus adata – 32 proc. hipodermine adata, 28 proc. kraujo ėmimo adata, 19 proc. kateterio adata. Tokių susižeidimų pasekmės – per kraują plintančios infekcijos: 9 tiriamiesiems buvo nustatyta hepatito B virusas, 4 asmenims – hepatito C virusas (Baublytė, 2012, p. 47 -48). Žemaitijos krašto hemodializės skyriuose buvo atliktas tyrimas tarp medicinos darbuotojų, nustatyta, jog 58,3 proc. slaugytojų patyrė mikrotraumas kelis kartus per savaitę, 33,9 proc. jų susižalojo kartą per mėnesį. 10,4 proc. slaugytojų buvo nustatytas hepatitas B, 1,7 proc. iš jų diagnozuotas hepatitas C. Apsisaugoti nuo krauju plintančių infekcijų galima naudojant apsaugines pirštines, 79,2 proc. darbuotojų visada mūvi pirštines atliekant invazines procedūras (Norkienė ir kt., 2014, p. 106 -108).

Apšvietimas darbo vietoje. Remiantis Higienos instituto rekomendacijomis, tinkamas apšvietimas darbo vietoje - tai nėra vien minimalių ribinių verčių užtikrinimas. Apšvietimas darbo vietoje turi atlikti darbo pobūdį, turi būti pakankamai šviesos, kad žmogus galėtų iš anksto pastebėti pavojus, matyti ir atskirti spalvas, negali būti per daug didelio apšvietos skirtumo tarp tiesioginio regėjimo lauko ir artimos aplinkos. Darbo vietoje negali būti šviesos akinimo, mirgėjimo, atsispindėjimo ir stroboskopinio efekto. Apšvietimas gali pakenkti darbuotojų sveikatai ir saugai, dėl neteisingai įrengto apšvietimo, išdėstymo, netinkamos instaliacijos, nepakankamo natūralaus apšvietimo (Gorobocienė, Eičinitė – Lingienė, 2016, p. 5, 7, 17.) Pagal Lietuvos higienos normą HN 47:2011, visose patalpose turi būti įrengtas dirbtinis apšvietimas, natūralus apšvietimas yra privalomas pacientų priėmimo patalpose, gydytojų kabinetuose, patalpuose. Apšvieta intensyviosios terapijos ir reanimacijos palatoje – salėje turi būti nemažiau kaip 500 lx, pacientų priėmimo patalpoje, gydytojo kabinete, procedūriniame kabinete – ne mažiau kaip 300lx, palatoje – ne mažiau kaip 200 lx, kitose patalpose – koridoriuje, laiptinėje, tualete, vonioje, duše apšviesta turi būti nemažiau kaip 100 lx, Remiantis Respublikinėje Vilniaus psichiatrijos ligoninėje atliktu

tyrimu tarp darbuotojų ir pacientų (191 darbuotojas ir 187 pacientai), vienas iš ligoninės aplinkos ir patalpų techninės kokybės trūkumų tai – per mažas apšvietimas (Mačiulis ir kt., 2012, p. 6, 12). 2011 m. Azerbaidžiano provincijos ligoninėje buvo atliktas tyrimas (n=208), apšvietimas ligoninės patalpose buvo nuo 93 lx administracinėse patalpose iki 9946 lx chirurginėse patalpose. Apšvietos lygis ligoninės patalpose buvo 52,2 proc. žemesnis nei nustatytas standartas. 15,6 proc. respondentų teigė, jog yra labai mažai šviesos šaltinių, 15,6 proc. jų nurodė, jog labai mažas šviesos lygis, trečdalis darbuotojų atsakė, jog yra labai mažai natūralios dienos šviesos. Trečdalis darbuotojų teigė, jog ligoninės patalpose yra didelis šviesos mirgėjimas, 19,7 proc. jų nurodė, jog yra didelis šviesos akinimas, 21,1 proc. darbuotojų atsakė, jog yra dideli krentantys šviesos šešėliai. Daugiau nei pusė darbuotojų (56 proc.) nurodė, jog apšvietimo sąlygos (šviesos šaltiniai, šviesos lygis, krintantys šešėliai, šviesos mirgėjimas) tapalpose sukelia akių nuovargį (Dianat ir kt., 2013, p. 1538 – 1541). 2013 m. Kataros sostinės ligoninės buvo atliktas tyrimas, 81 proc. Slaugytojų teigė, jog dienos šviesa yra vienas iš veiksnių, kuris padeda atlikti darbą lengviau, darbuotojas jaučiasi komfortiškiau (Alzubaidi ir kt., 2013, p.289 -291).

Patalpų mikroklimatas. Pakankama šiluminė aplinka darbuotojui nesukelia sveikatos sutrikimų, gali atsirasti tik savaimė praeinantis nemalonus šilumos pojūtis. Visuomeninių patalpų, kurioms priskiriamos gydymo paskirties patalpos, oro temperatūra šaltuoju metu laikotarpiu (lauko oro vidutinė paros temperatūra yra ne aukštesnė kaip plius 10 C turi būti nuo 18 iki 22 C, šiltuoju metu (lauko oro vidutinė paros temperatūra yra aukštesnė negu plius 10 C) turėtų būti nuo 18 iki 28 C. Šaltuoju metų laikotarpiu gydymo paskirties patalpų santykinė drėgmė turi būti nuo 35 iki 60 proc., šiltuoju metu – nuo 35 iki 65 proc. Oro judėjimo greitis patalpose šaltuoju metu - nuo 0,05 iki 0,15 m/s, šiltuoju metu - nuo 0,15 iki 0,25 m/s. Darbo patalpų oro temperatūra dar yra nustatoma pagal darbų kategorijas. Šaltuoju metu laiku darbo patalpų oro temperatūra turi būti nuo 21 iki 24 C, kuriuose atliekamas lengvos kategorijos darbas (nedidelės fizinės įtampos darbas sėdint, stovint, vaikstant), šiltuoju metu temperatūra privalo būti nuo 22 iki 25 C. Patalpose, kuriose atliekami vidurinio sunkumo kategorijos darbai, oro temperatūra šaltuoju metu turi būti nuo 17 iki 20 C. Šiltuoju metu 20 iki 23 C (Lietuvos higienos norma HN 42:2009; Lietuvos higienos norma HN 69:2003). Remiantis tarptautinėmis gairėmis ir standartais, oro temperatūra ligoninės palatose turi būti nuo 20 iki 26 C priklausomai nuo palatos specifikos. Pavyzdžiui, širdies chirurgijos operacinėje patalpų temperatūra turi būti 17 C, akių

chirurgijos operacinėse nuo 18 iki 24 C (Dovjak ir kt., 2013, p. 780- 781). Sveikatos priežiūros įstaigų patalpų ventiliacijos suteikia šiluminį komfortą ir apsaugo nuo kenksmingų emisijų ar ore esančių patogeninių medžiagų. Patalpų oro drėgmės lygis gali nulemti ore esančių mikroorganizmų dauginimąsi, todėl svarbu užtikrinti tinkamą drėgmės lygį. Patalpų ventiliacija turi didelį poveikį darbuotojų ir pacientų gerovei. Prasta oro kokybė patalpose gali sukelti darbuotojams sveikatos problemų, pavyzdžiui, alergiją, akių sudirgimą, kvėpavimo sistemos sutrikimus (Yau, Chandrasegaran, Budarudin, 2011, p. 1125 – 1132).

Remiantis Klaipėdos krašto ligoninėse atlikto tyrimo rezultatais (n=164), 39,6 proc. slaugytojų turėjo tam tikrų sveikatos problemų dėl biologinių darbo veiksnių, daugiau nei pusė apklaustųjų (54 proc.) teigė, kad turėjo sveikatos pakenkimų, kurių atsiradimą lėmė cheminiai darbo aplinkos veiksniai; 62 proc. jų atsakė, jog patiria nugaros skausmus dėl ilgai stovimo darbo (Razbadauskas, Žuravliova, Dumbrasienė, 2011, p. 164 – 165).

1.1.2 Darbo reikalavimai ir poveikis darbuotojų sveikatai

Psichinis darbo krūvis apibrežiamas kaip keliamų darbo reikalavimų ir darbuotojo gebėjimų juos atlikti benra sąveika (Vasile, 2010, p. 132- 137). Kai darbuotojai jaučia, jog keliami darbo reikalavimai viršija jų galimybes – patiria stresą (Psichosocialiniai rizikos veiksniai ir streso darbe vertinimo rekomendacijos, 2012, p. 3). Dėl emocinio ir fizinio darbo apkrovimo darbuotojas jaučia įtampą, kuri gali tapti lėtinio streso priežastimi (Sučylaitė, 2013, p. 173).

Slaugytojų darbo krūvis yra nustatomas pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. Gegužės 9 d. Įsakymą Nr. V – 400, kuris rekomenduoja 1 slaugytojui maksimalų pacientų skaičių. Nustatant darbo krūvį yra atsižvelgiama į slaugytojų paslaugos teikimo vietą, profilį, sritis. Pavyzdžiui, stacionaro paslaugose didžiausias pacientų skaičius, tenkantis 1 slaugytojui yra dermatovenerologijoje (odos ir lytiniu keliu plintančios ligos) (11 pacientų / 1 slaugytojui) (Dėl Slaugytojų darbo krūvio nustatymo tvarkos aprašo tvirtinimo, 2012).

Darbo reikalavimai yra susiję su vaidmenų dviprasmiškumu, darbo krūviu, darbo sudėtingumu, organizacinės politikos suvokimu, kurie darbuotojui sukelia emocinį išsekimą (Kimber, Gardner, 2016, p. 227; Suryatapa, Damodar, 2014, p.23, 27). Remiantis Švedijoje atliktu tyrimu tarp slaugytojų, kiekybiniai darbo reikalavimai keturis kartus didina šansus pasireikšti emociniam išsekimui (Sundin, Hochwalder, Lisspers, 2011 p. 391, 394). Pietų Korėjos tretinėje universitetinėje ligoninėje buvo atliktas tyrimas ir nustatyta, jog kokybiniai ir emociniai darbo reikalavimai yra susiję su slaugytojų patiriamu stresu, profesiniu „perdegimu“, miego problemomis (Cho ir kt., 2014, p. 199 – 206). Remiantis Lietuvos pirminės sveikatos priežiūros centruose atlikto tyrimo rezultatais, didėjantys psichologiniai reikalavimai slaugytojų darbe lemia „sudegimo sindromo“ atsiradimą, depresijos simptomus, intensyvesnį stresą (Glumbakaitė, 2014, p. 137 – 139).

Taivano ligoninėje buvo atliktas tyrimas, trečdalis slaugytojų darbe patiria didelį darbo krūvį (27,9 proc.) (Li – Ping, Chung – Yi, Susan, 2014). Slaugytojų darbo krūvis yra tiesiogiai susijęs su profesiniu „perdegimu“; - emociniu išsekimu ir depersonalizacija (Andela, Truchot, Van, 2016, p. 307). Tailando 39 viešosiose ligoninėse atliktas tyrimas tarp slaugytojų (n=5247), nustatyta jog 41 proc. Slaugytojų patyrė profesinio „perdegimo“ pirmąją stadiją – emocinį išsekimą. Remiantis tyrimu nustatyta, jog darbo krūvis didina

šansus slaugytojų emociniam išsekimui pasireikšti (OR = 1,02; p<0,05) (Natsupawat ir kt., 2011, p. 426 -432). Remiantis Rytų Afrikos valstybių Tanzanijos (n=119), Ugandos (n=105, Kenijos (=185) ligoninėse atliktu tyrimu, didesnis darbo krūvis yra susijęs su didesniu profesinio „perdegimo“ pirmoje stadijoje patiriamu emociniu išsekimu (p<0,001) ir somatiniais kūno funkcijų sutrikimais (p<0,05) (Doe fir kt.,2012, p. 1766 – 1767). Taivano sveikatos centruose buvo atliktas tyrimas tarp slaugytojų 37 proc. tiriamųjų patyrė didelį krūvį. Slaugytojos, kurios per dieną miegojo mažiau nei 6 val., tyrėjo didesnius šansus patirti didesnį stresą (OR = 1,8) ir su darbo susijusį profesinį „perdegimą“ (OR = 3,4), palyginus su respondentais, kurie miegojo per dieną daugiau nei 7 val. (Chin ir kt., 2015, p. 297, 302).

2010 m. Buvo atliktas penktasis Europos darbų sąlygų tyrimas, 58 proc. darbuotojų turėjo atlikti sudėtingas užduotis, 45 proc. monotoniškas užduotis, 40 proc. pasikartojančias užduotis (Pokyčiai laikui bėgant: pirmosios 5-ojo Europos darbo sąlygų tyrimo išvados, 2010, p. 5). Remiantis 2015 m. Atliktu „Eurofound“ šeštuoju Europos darbo sąlygų tyrimu tarp 35 šalių, 36 proc. Darbuotojų nurodė, jog visą laiką ar beveik visą laiką skiria mažai laiko užduotims atlikti, trečdalis tiriamųjų dirbo intensyviai (33 proc.) (Pirmosios išvados. Šeštasis Europos darbo sąlygų tyrimas, 2015, p. 6). Klaipėdos ligoninėse buvo atliktas tyrimas tarp slaugytojų, 46,3 proc. tiriamųjų darbas buvo intensyvus (Jonikaitė, Brasaitė, 2016, p. 221).

1.1.3. Darbo organizavimo ir turinio veiksniai

Darbo valandos. Pagal Lietuvos Respublikos darbo kodekso 114 straipsnį (2016), darbo dienos (pamainos) trukmė, įskaitant viršvalandžius ir darbą pagal susitarimą, negali viršyti 12 valandų. Pagal Lietuvos Respublikos darbo kodekso 112 straipsnį (2016), savaitės darbo norma yra keturiasdešimt valandų ir pagal 114 straipsnį, vidutinis septynių darbo dienų laikas, įskaitant viršvalandžius, negali viršyti 48 valandų. Remiantis 5 – ojo Europos darbo sąlygų tyrimo duomenimis, įprasta 40 val. Darbo savaitė daugeliui europiečių buvo jų darbo standartas, bet 2010 m. vidutinė darbo savaitė sutrumpėjo iki 37,5 val. (Pokyčiai laikui bėgant : pirmosios 5 – ojo Europos darbo sąlygų tyrimo išvados, 2010, p. 1, 3.) 2015 m. Buvo atliktas šeštasis Europos darbo sąlygų tyrimas, apie trečdalis darbuotojų dirbo 10 val. Ir daugiau per dieną, moterys įprastai per savaitę dirbo 33 val., vyrai -39 val. (pirmosios

išvados. Šeštasis Europos darbo sąlygų tyrimas, 2015, p. 4-5). Remiantis atliktais tyrimais, daugiausia slaugytojų dirba iki 40 val. Arba 40 val. Per savaitę, tačiau nemaža dalis dirba ir daugiau kaip 40 val. Per savaitę (Baran Aksakal, 2015, p. 1362; Bae ir kt., 2013, p. 207).

Remiantis Europos visuomenės nuomone apie saugą ir sveikatą darbe tyrimo rezultatais, 66 proc. darbuotojų teigė, jog stresą patiria dėl per didelių darbo valandų arba darbo krūvio. Daugiausia stresą patyrė Jungtinės Karalystės (78 proc.), Vokietijos (76 proc.), Slovakijos ir Ispanijos (74 proc.) darbuotojai, Lietuvoje atitinkamai 53 proc. respondentų (European Agency for Safety and Health at Work, 2013, p. 8-61). VŠĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje 2011 m. ir 2012 m. buvo atliktas tyrimas, nustatyta, jog net 76 proc. slaugytojų dirbo daugiau nei dešimt valandų per pamainą, o iš jų net 50 proc. dirbo daugiau kaip 14 val. Per pamainą. Slaugytojos dirbančios ilgiau nei 14 val. Per parą sunkiau prisitaikė prie kintančio darbo režimo nei slaugytojos, kurios dirbo iki 8 val. Per parą. Ketvirtadalį respondenčių dažnai vargino su pamaininiu darbu susijusios psichologinės sveikatos problemos: bloga nuotaika (27 proc.), nuotaikų kaita (24 proc.), dirglumas ir įtampa (23 proc.) (Liumienė, 2013, p. 184 – 188).

Viršvalandinis darbas. Viršvalandinis darbas yra nustatomas, kai darbuotojas viršija savo darbo laiko trukmę. Darbuotojo viršvalandinis darbas per metus neturi viršyti 180 valandų. Darbdavys gali skirti viršvalandinius darbus tik išimtiniais atvejais, kurie yra apibrėžti Lietuvos Respublikos darbo kodekso 119 straipsnyje (2016).

Remiantis Tailando 90 ligonių atliktais tyrimais, apie 80 proc. slaugytojų dirbo dvi pamainas iš eilės, kurių darbo laikas daugiau negu 40 val. Per savaitę. (Kunaviktikul ir kt., 2015, p. 386 – 393). Kolumbijoje buvo atliktas tyrimas, daugiau nei pusė tirtų slaugytojų (61 proc.) dirbo viršvalandžius kas savaitę (Stimpfel, Brewer, Kovner, 2015, p. 1686). Remiantis Taivano sveikatos priežiūroje atliktu tyrimu, daugiau nei 70 proc. Slaugytojų per paskutinę savaitę dirbo daugiau nei 40 valandų (nuo 41 val. Iki 50 val. Per savaitę dirbo 43 proc. Tiriamųjų, daugiau kaip 50 val. Per savaitę – 27,5 proc). 15,5 proc. Slaugytojų išgyveno lėtinę nemigą (Lo ir kt., 2016, p. 130).

Pamaininis darbas. Pagal Europos Parlamento ir Tarybos direktyvos 2003/88/EB 2 straipsnį, pamaininis darbas – tai darbo pamainomis organizavimas, kai vienas darbuotojas pakeičia kitą toje pačioje darbo vietoje. Remiantis šeštojo Europos darbo sąlygų tyrimo

duomeninis, 2015 m. penktadalis darbuotojų dirbo pamaininį darbą, palyginus su 2010 m., darbuotojai daugiau dirbo pamaininį darbą (Pirmosios išvados. Šeštasis Europos darbo sąlygų tyrimas, 2015, p. 5).

Pamaininis darbas gali tureti neigiamų pasekmių slaugytojų bendrai sveikatai (Andreou, 2012, p.35 – 52). Autorė J. Andruškienė ir kt. (2010, p. 14) teigia, jog darbuotojų, kurie dirba pamaininį darbą yra prasta miego kokybė, jaučia miego trūkumą, mieguistumą dienos metu, kur kas dažniau vargina miego sutrikimai. Slaugytojų kurios dirbo nereguliariomis pamainomis, yra prastesnė miego kokybė nei slaugytojų, dirbančių reguliariomis ir lanksčiomis pamainomis. Pagrindinė pamainomis dirbančių slaugytojų problema – tai miego sutrikimai, kurie atsiranda dėl paros cirkadinio ritmo sutrikdymo (Fusz ir kt.,2015, p.2003 – 2008). Remiantis atliktu tyrimu tarp slaugytojų, daugiausia dirbama pagal 8 val. Arba 12 val. Per pamainą keitiasi grafiku. (44,2 proc.). Beveik 20 proc. tirtų slaugytojų patyrė miego sutrikimus (Ramadam, Al – Saleh, 2014, p. 99). Mieguistumą ir prastą miego kokybę lemia pamaininis darbas ir miego trukmės vidurkis per dieną. 91,2 proc. slaugytojų patyrė prastą miego kokybę (Roodbandi ir kt., 2016, p. 1-11). Čekijoje buvo atliktas tyrimas, slaugytojų, kurios dirbo pamaininį darbą, miego trukmės trukmės vidurkis buvo 6,49 valandos, o dirbančių rytinėje pamainoje – 6,88 valandos. Slaugytojos, dirbančios pamaininį darbą, daugiau patyrė miego sutrikimus ($p<0,01$) ir nerimo simptomus ($p=0,04$), palyginus su kontroline grupe (Vevodova, 2016, p. 103). Remiantis Palestinoje atliktu tyrimu, slaugytojos, dirbančios pamaininį darbą, patyrė aukštesnio lygio psichinį distresą (Jaradat ir kt.,2017, p.71 – 74).

Naktinis darbas. Remiantis šeštojo Europos darbo sąlygų tyrimo duomenimis, 2015 m. 19proc. Darbuotojų dirbo naktį, palyginus su 2010 m., daugiau dirbama naktinėse pamainose (Pirmosios išvados. Šeštasis Europos darbo sąlygų tyrimas, 2015, p.5). Naktinis darbo laikas turi būti ne trumpesnis kaip 7 val. trukmės, bei dirbama nuo vidurnakčio iki 5val. ryto. Naktinėje pamainoje dirbančių darbuotojų darbo valandos per parą neturi viršyti 8 valandų (Europos Parlamento ir Tarybos direktyvos 2003/88/EB 2,8 str.). Naktinė pamaina – tai kalendorinis laikas, kai dirbama nuo 22 val. vakaro iki 6 val. ryto. Naktiniu laikomas toks darbas, kai 3 darbo valandos tenka nakčiai (Lietuvos Respublikos darbo kodekso 117 str.,2016).

Slaugytojos, dirbančios naktinėje pamainoje turėjo didesnius šansus patirti miego sutrikimus, palyginus su slaugytojomis, kurios dirbo dieninėje pamainoje (Flo ir kt., 2012, p. 1-2, 6). Remiantis Indijos tretinėje sveikatos priežiūros ligoninėje atliktu tyrimu, slaugytojos, kurios dirbo daugiau naktinių pamainų (nuo 50 iki 100), labiau patyrė miego sutrikimus – mieguistumą ir nemigą (43 proc.) (Anbazhagan ir kt., 2016, p. 36-37). Remiantis Brazilijos trijose ligoninėse atliktu tyrimu, slaugytojos dirbančios naktinėje pamainoje turėjo didesnius šansus patirti depresija (OR=1,459; p=0,028) nei dirbančios dieninėje pamainoje (OR=1; p=0,001). 21 proc. tiriamųjų patyrė vidutinio sunkumo depresiją (disforija), 9 proc. Išgyveno sunkią depresiją (de Vargas, Dias, Paula, 2011, p. 1117-1119). Remiantis atliktu tyrimu, į kurį buvo įtrauktos slaugytojos iš Norvegijos slaugytojų organizacijos, tyrimosios, dirbančios naktinėje pamainoje turėjo didesnius šansus patirti nemiga (OR=1,48), jausti depresiją (OR=1,35), nerimą (OR=1,18), nuovargį (OR=1,78), palyginus su slaugytojomis kurios nedirbo naktinio darbo (Qyane ir kt., 2013, p. 2, 4). Slaugytojos, dirbančios naktinėje pamainoje, daugiau patyrė su stresu susijusius simptomus: emocinį išsekimą (OR=3,9), nuovargį (OR=2,2) (Buja ir kt., 2013, p. 518). Remiantis šešiose Lietuvos ligoninėse atliktu tyrimu, daugiau nei pusė slaugytojų (65,6 proc.) dirbdamos naktį jautė arba galbūt jautė didesnę nei įprastą įtampą (Janušonis, 2015, p. 31, 34).

Darbo kontrolė. Vienas žinomiausių streso darbe tyrinėtojų Karasek, darbo reikalavimų ir kontrolės modelyje, būtent didėjančius darbo reikalavimus, apibrėžia kaip darbo krūvio ir tempo didinimą, darbų valandų ilginimą. Kitas tokio modelio komponentas – darbo kontrolė, kuri anot autoriaus, apima darbuotojo galimybes priimti darbinis sprendimus arba dalyvauti juos priimant, bei laisvės suteikimas pasirinkti norimus darbo metodus. Keliami dideli darbo reikalavimai, tačiau maža darbo kontrolė, sukelia darbuotojams psichologinę darbo įtampą (Hausser, Mojzisch, Niesel, Schulz – Hardt, 2010, p. 1 – 35; Karasek ir kt., 1998, p. 322 – 325). Remiantis šeštojo Europos darbo sąlygų tyrimo rezultatais, svarbus darbo kontrolės aspektas – tai laisvė darbuotojams priimti darbinis sprendimus arba kitaip savarankiškumas, kai darbuotojui yra suteikiama galimybė keisti darbo užduotis, darbo metodus, darbo greitį ir tempą. 2015 m. palyginus su 2005 m., darbuotojams daugiau suteikiama laisvės priimti su darbu susijusius sprendimus (Pirmosios išvados. Šeštasis Europos darbo sąlygų tyrimas, 2015, p. 7).

Remiantis atliktais tyrimais, rastas statistiškai reikšmingas ryšys tarp slaugytojoms keliamų reikalavimų ir darbo kontrolės ($p < 0,01$ ir $p < 0,05$). Darbo reikalavimai ir darbo kontrolė slaugytojų darbe yra susiję su patiriamu distresu (Negussie, Kaur, 2016, p. 312, 315; Presseau ir kt., 2014, p. 300). Maža darbo kontrolė slaugytojoms sukelia aukšto lygio stresą (Trousselard ir kt., 2016, p. 221 – 229). Remiantis Kinijos Liaoningo ligoninėse atliktu tyrimu, 43, 4 proc. slaugytojų patyrė nerimo simptomus, tiriamosios, turinčios mažą sprendimų priėmimo laisvę, daugiau patyrė nerimą (Gao ir kt., 2012, p. 143 – 144, 147). Lietuvos mastu buvo atliktas tyrimas tarp slaugytojų, 60, 4 proc. respondentų savo sveikata vertino neigiamai – tai buvo susiję su dideliais darbo reikalavimais, maža darbo kontrole (Malinauskienė ir kt., 2011, p. 2383 – 2393).

Darbo sutartis. Terminuota darbo sutartis sudaroma tam tikram laikui arba tam tikram darbų atlikimo laikui, maksimali tokios sutarties forma vadinama neterminuota (Lietuvos Respublikos darbo kodekso 67 str., 2016). Laikinoji darbo sutartis yra sudaroma tam tikram laikui, kol bus atliekamas paskirtas darbas. Laikinoji darbo sutartis gali būti terminuota, kai darbas turi būti atliktas iki tam tikros datos, maksimali trukmė tokios sutarties yra trys metai arba neterminuota (Lietuvos Respublikos darbo kodekso 72 str., 2016). „Eurofound“ 5-ojo Europos darbo sąlygų tyrimo duomenimis, daugiausia darbuotojų Europoje dirba pagal neterminuotą darbo sutartį (80 proc.). Per pastaruosius du dešimtmečius padaugėjo darbuotojų, kurie dirba pagal terminuotą ar laikinąją darbo sutartį. 2010 m. pagal terminuotą darbo sutartį dirbo 39 proc. Europos darbuotojų pagal trumpalaikę – 53 proc. respondentų, tačiau laikini darbuotojai jaučiasi ne taip saugiai kaip nuolatiniai darbuotojai dėl savo darbo vietos (11 proc. laikinų darbuotojų nerimavo dėl savo darbo vietos išsaugojimo) (Pokyčiai laikui bėgant : pirmosios 5 – ojo Europos darbo sąlygų tyrimo išvados, 2010, p. 2-3).

Remiantis Taivano sveikatos centruose atliktu tyrimu, daugiausia slaugytojos dirbo pagal neterminuotą sutartį (71,9 proc.), ketvirtadalis tiriamųjų dirbo pagal laikinąją darbo sutartį (Chin ir kt., 2015, p. 298 – 299). Portugalijos kalėjimuose dirbančios slaugytojos patyrė profesinį perdegimą – 31, 6 proc. psichinį ir fizinį išsekimą, cinizmą 6 proc. asmeninių savo sugebėjimų nuvertinimą. Rastas statistiškai reikšmingas ryšys tarp slaugytojų darbo sutarties rūšies ir profesinio perdegimo antros stadijos – cinizmo (depersonalizacija) (Mendes ir kt., 2014, p. 214 – 222).

Darbo apmokėjimas. Darbo užmokestis tai atlyginimas darbuotojui už atliktą darbą pagal darbo sutartį (Lietuvos Respublikos darbo kodekso 139 str., 2016). Remiantis šeštojo Europos darbo sąlygų tyrimo rezultatais, 32 proc. darbuotojų nurodė, jog per pastaruosius 12 mėnesių jų darbo užmokestis padidėjo (Pirmosios išvados. Šeštasis Europos darbo sąlygų tyrimas, 2015, p. 4). Taivano sveikatos centruose buvo atliktas tyrimas, 45,5 proc. slaugytojų gauna fiksuotą nuolatinį atlyginimą (Chin ir kt., 2015, p. 298 – 299).

Siegrist sukurtame pastangų – atlygio disbalanso darbe modelyje akcentuojama, kai didelės darbuotojo pastangos neatitinka gaunamą atlygį (per mažas atlyginimas), gali atsirasti stresinės reakcijos (Siegrist, 1996, p. 27 – 41). Remiantis Žemaitijos krašto hemodializės tyrimu daugiau nei pusei slaugytojų (53 proc.) atlyginimo dydis yra vienas iš stresą sukeliančių veiksnių (Norkienė ir kt., 2014, p. 107 – 108). Japonijoje buvo atliktas tyrimas, nustatyta, kai slaugytojų darbo pastangos neatitinka atlyginimo už darbą – tai didina šansus depresijos, nerimo atsiradimui (OR=2,75, p<0,01) (Kikuchi ir kt., 2010, p. 231 – 233).

Lietuvos ligoninėse 63,4 proc. slaugytojų dirbo pamaininį darbą ir/ar ėjo į budėjimus, vidutiniškai per savaitę dirbo 41,67 valandas. Remiantis tyrimu nustatyti statistiškai reikšmingi psichosocialiniai darbo veiksniai – darbo reikalavimai, vadovo socialinė parama, profesinio vaidmens neaiškumas (p<0,05; p<0,01) (Kaliatkaitė ir kt., 2014, p. 88-89, 91).

1.1.4. Darbuotojų tarpusavio ir/ar darbdavių ir darbuotojų santykiai

Remiantis Jordanijos ligoninėse atliktu tyrimu, slaugytojų darbo aplinkos streso veiksniai – maža parama (p=0,005), konfliktai su kitomis slaugytojomis (p=0,007) ir gydytojais (p=0,01) (Hamaideh, Ammouri, 2011p. 178-179). Slaugytojų, kurios turi geresnius santykius su vadovais ir darbo kolegomis, yra geresnė fizinė ir protinė gerovė (Kalandyk, 2016, p 105). Kinijos ligoninėse buvo atliktas tyrimas, blogesni slaugytojų ir pacientų santykiai (OR=1,4) buvo susiję su nerimo simptomais (Gao ir kt., 2012, p. 143, 147). Slaugytojos kurios išgyveno konfliktus su gydytojais ir kitomis slaugytojomis, patyrė stresą (Karchani ir kt., 2012, p. 467). Serbijos sveikatos centruose buvo atliktas tyrimas tarp slaugytojų ir technikų, išgyventos stresinės situacijos turėjo neigiamų pasekmių darbuotojų sveikatai. Tiriamųjų išgyventi konfliktai su gydytojais buvo susiję su nuotaikų kaita, prakaitavimu, nemiga, nuovargiu, nugaros, krūtinės ląstos ir galvos skausmais. Darbuotojai, turintys problemų su vadovais, jautė nuotaikos kaitą, nugaros ir galvos skausmus, patyrė nemigą, nuovargį

(Milutinovic, 2012, p. 172,176). Lietuvos pirminės sveikatos priežiūros centruose slaugytojų santykiai su pacientais ir administracija daugiausia yra profesiniai (52 proc. ir 71 proc.), o santykiai su darbo kolegomis yra draugiški (70 proc.) (Glumbakaitė, 2014, p. 137-140).

Taivano ligoninėje buvo atliktas tyrimas tarp sveikatos priežiūros slaugytojų ir darbuotojų, vienas iš darbo stresorių slaugytojų darbe – tai maža socialinė parama (37 proc.) (Chou, Li, Chung – Yi, Susan, 2014). Remiantis Irano ligoninėse atliktu tyrimu, 45,2 proc. tiriamųjų patyrė didelio lygio stresą, kurį lėmė valdžios paramos lygis (Azma ir kt.,2015, p. 232,234). Pietų Afrikos privačiuose ir viešose ligoninėse buvo atliktas tyrimas tarp slaugytojų, rastos statistiškai reikšmingos sąsajos tarp socialinės paramos ir profesinio „perdegimo“. Mažesnė vadovų ir kolegų socialinė parama yra susijusi su didesniu profesinio „perdegimo“ pirmos stadijos pasireiškimu – emociniu išsekimu ir antra stadija – depersonalizacija (ciniškas požiūris). Vadovo socialinės paramos lygis yra susijęs su slaugytojų profesinio „perdegimo“ trečiosios stadijos atsiradimu – profesiniu sugebėjimu darbe nuvertinimu (Der Doef, Femke Bannink, Chris, 2012, p. 1766 – 1767). Remiantis Stoholme atliktu tyrimu, bendradarbių paramos lygis yra susijęs su slaugytojų profesinio „ perdegimo“ I stadija – emociniu išsekimu (OR=1,19). Vadovų ar bendradarbių paramos lygis 2 kartus didina šansus profesinio „ perdegimo“ pasireiškimu (asmeninių gebėjimų darbe nuvertinimas)(Sundin, Hochwalder, Lisspers, 2011, p. 391, 394). 45,3 proc. Irano slaugytojų patyrė nuovargį, 15 proc. tiriamųjų jautė profesinį „ perdegimą“, kurį lėmė socialinės paramos lygis (Ariapooran, 2014, p. 281). Remiantis Lietuvos ligoninėse atliktu tyrimu tarp slaugytojų, maža socialinė parama darbe yra susijusi su neigiamu savo sveikatos vertinimu (Malinauskienė, 2011, p. 2383 – 2393).

Etiopijos ligoninėse slaugytojų ir gydytojų konfliktai kartais sukelia stresą (45 proc.), 35,2 proc. slaugytojų kartais patyrė stresą, dėl atsirandančio konflikto su slaugytojų vadovu. Daugumai slaugytojų maža parama iš tiesioginio vadovo sukėlė kartais stresą (33 proc.) (Dagget, Molla, Belachew, 2016, p. 1, 7).

Slaugytojos savo darbo aplinkoje patyrė fizinį smurtą (13,9 proc.), žodinį smurtą (41,8 proc.), bauginimą (17,2 proc.). Slaugytojos, dirbančios daugiau kaip 40 val. per savaitę, turi 1,9 karto didesnius šansus patirti fizinį smurtą (Baran Aksakal, 2015, p. 1361, 1364). Remiantis atliktu tyrimu Taivano sveikatos priežiūroje, 19,6 proc. slaugytojų patyrė fizinį smurtą, daugiau nei pusė tiriamųjų išgyveno užgauliojimus, trečdalis patyrė bauginimą, 12,9

proc. patyrė fizinį smurtą, daugiau nei pusė tiriamųjų išgyveno užgauliojimus, trečdalis patyrė bauginimą, 12,9 proc. patyrė seksualinį priekabiavimą. Slaugytojos, patiriančios bauginimą, 2,7 karto turėjo didesnius šansus patirti nerimą (Hsiang – Chu, Lee, 2011, p. 1405 – 1412).

Sveikatos priežiūros sektoriaus darbuotojai dažniausiai patiria psichosocialinę riziką darbe. Psichosocialiniai darbo rizikos veiksniai yra susiję su darbo aplinkos sąlygomis, darbo reikalavimais, darbo organizavimu ir turiniu, darbdavių ir darbuotojų santykiais. Psichosocialinė rizika darbe sukelia neigiamas pasekmes darbuotojų sveikatai – stresą, nerimą, depresiją ir kitus simptomus.

1.2 Psichosocialinių darbo veiksnių valdymas

1.2.1. Dokumentai, reglamentuojantys psichosocialinių darbo veiksnių valdymą

Lietuvos respublikos Konstitucijos, kuri buvo priimta Lietuvos Respublikos piliečių 1992 m. spalio 25 d. referendume, 48 straipsnyje teigiama, jog „kievienas žmogus... turi teisę turėti tinkamas, saugias ir sveikas darbo sąlygas“. Remiantis pirmajame poskyryje aprašytais tyrimais galima daryti prielaidą, jog vis dėl to vadovai ne visada geba užtikrinti tinkamas darbo sąlygas, todėl darbuotojai patiria psichosocialinę riziką darbe. Lietuvos Respublikos darbo kodeksas (2016) reglamentuoja darbo saugos užtikrinimą, todėl svarbu, jog darbuotojai ir darbdaviai laikytųsi saugos ir sveikatos norminių teisės aktų reikalavimų, taip būtų galima išvengti ar bent sumažinti galimos psichosocialinės rizikos padarinius. Kiekvienam darbuotojui turi būti užtikrintos tinkamos darbo sąlygos, saugi ir nekenksminga darbo vieta, bei darbo sąlygos. Darbo vietoje naudojamos priemonės turi būti techniškai tvarkingos. Darbuotojo pareigos saugant ne tik savo, bet ir kitų sveikatą yra nurodytos saugos ir sveikatos instrukcijose, pareigybės aprašymuose, nuostatuose. Šiuose dokumentuose turi būti nurodyti veiksniai, kurie sukelia riziką darbuotojų saugai ir sveikatai, bei darbo priemonių saugaus naudojimo nurodymai (Lietuvos Respublikos darbo kodekso 158 str., 2016). Lietuvos Respublikos darbuotojų saugos ir sveikatos įstatymo vienas iš tikslų yra nustatyti, teises nuostatatas, reikalavimus, siekiant sumažinti ar apsaugoti darbuotojus nuo profesinės rizikos darbe. Darbdavys privalo užtikrinti kiekvienam savo darbuotojui saugias, sveikas darbo sąlygas nepriklausomai nuo darbuotojų skaičiaus, darbo trukmės, darbo vietos ir kitų priežasčių t.y turi būti sudarytos visiems vienodos darbo sąlygos. Darbuotojo darbo aplinkoje negali būti kenksmingų,

pavojingų ar kitokių veiksnių, sukeliančių pavojų sveikatai (Lietuvos Respublikos darbuotojų saugos ir sveikatos įstatymo 3,40 str., 2003).

Profesinės rizikos darbe vertinimas atliekamas pagal Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. spalio 25 d. Įsakymą Nr. A1-457/V-961 „Dėl Profesinės rizikos vertinimo bendrųjų nuostatų patvirtinimo“. Šių nuostatų paskirtis yra nustatyta bendrą rizikos vertinimo tvarką darbovietėse, siekiant įvertinti esamą ar galimą riziką darbe, numatyti prevencines priemones apsaugoti nuo galimos rizikos ar rizikai sumažinti. Pagal profesinės rizikos vertinimo nuostatus, darbo aplinkos psichosocialinių rizikos veiksnių identifikavimas, vertinimas tyrimai atliekami vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2005 m. rugpjūčio 24 d. Įsakymu Nr. V-669/A1-241 „Dėl Psichosocialinių rizikos veiksnių tyrimo metodinių nurodymų patvirtinimo“. Psichosocialinių darbo rizikos veiksnių tyrimas atliekamas pagal psichosocialinės rizikos veiksnių tyrimo darbų planą, kuriame nurodoma: kokios darbo vietos bus tiriamos, kokie metodai bus naudojami, kokie psichosocialiniai darbo veiksniai bus tiriami ir kt. Psichosocialiniai rizikos darbo veiksniai yra tiriami taikant Lietuvos Respublikos teisės aktų tarptautinių organizacijų (Pasaulio sveikatos organizacijos, Tarptautinės darbo organizacijos ir kt.) nustatytas arba jau įstaigoje įdiegtas psichosocialinių rizikos veiksnių tyrimo metodikas.

Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2007 m. lapkričio 26 d. Įsakyme Nr. A1 – 331 „Dėl Darbuotojų aprūpinimo asmeninėmis apsaugos priemonėmis nuostatų patvirtinimo“ yra nurodytos darbuotojų aprūpinimo asmeninėmis apsaugos priemonėmis nuostatų patvirtinimo“ yra nurodytos darbuotojų aprūpinimo asmeninėmis apsaugos priemonėmis, pvz.: apsaugos priemonės galvai, odai, akims, kvėpavimo takams ir kt. Nuo kenksmingų ir pavojingų darbo rizikos veiksnių, galinčių sukelti pavojų darbuotojų saugai ir sveikatai, nuostatai. Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministro ir Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2001 m. birželio 21 d. įsakymo Nr. 80/353 „Dėl darbuotojų apsaugos nuo biologinių medžiagų poveikio darbe nuostatų patvirtinimo“ paskirtis yra nustatyti darbuotojų apsaugos reikalavimus nuo biologinių medžiagų žalingo poveikio. Pagal šio įsakymo 3.2 punktą, darbdavys privalo nustatyti galimo poveikio darbuotojams pobūdį, laipsnį, trukmę, siekiant įvertinti darbuotojų saugai ir sveikatai kylančią riziką ir nustatyti reikalingas priemones. Socialinės apsaugos ir darbo ministro ir sveikatos apsaugos ministro 2001 m. liepos 24 d. įsakyme Nr. 97/406 „Dėl darbuotojų apsaugos nuo cheminių veiksnių darbe nuostatų bei darbuotojų apsaugos nuo kancerogenų ir mutagenų poveikio darbe nuostatų

patvirtinimo“ nurodoma, jog turi būti nustatytos darbdavio pareigos, siekiant apsaugoti darbuotojus nuo esamos ar galimos cheminių veiksnių rizikos darbe, dėl veiklos ar poveikio, susijusio su cheminiais veiksniais. Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2005 m. liepos 15 d. įsakymo Nr. V-592/A1-210 „Dėl Ergoniminių rizikos veiksnių tyrimo metodinių nurodymų patvirtinimo“ nurodymuose išdėstyta ergonominių veiksnių vertinimo tvarka ir prevencinės priemonės, siekiant apsaugoti darbuotojus nuo ergonominių veiksnių galimo poveikio sveikatai ir saugai. Pagal įsakymo 30 punktą, ergonominiai veiksniai darbo vietoje turi būti sumažinti arba panaikinti, jei yra nustatoma nepriimtina veiksnių rizika, remiantis Profesinės rizikos vertinimo nuostatais. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. balandžio 15 d. įsakymo Nr. A1 – 103/V-265 „Dėl Darbuotojų apsaugos nuo triukšmo keliamos rizikos nuostatų patvirtinimo“ nuostatų reikalavimai yra taikomi visose įmonėse, organizacijose ir įstaigose, kurių darbuotojams yra ar gali atsirasti profesinė rizika dėl per didelio triukšmo darbo vietoje. Pagal šio įsakymo 16 punktą, nustatyta triukšmo keliamą riziką turi būti panaikinama ar kiek galima sumažinta turimomis priemonėmis.

Įvairūs Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimai reglamentuoja darbuotojų darbo ir poilsio laiką, siekiant užtikrinti darbuotojų saugą ir sveikatą. Pagal Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2017 m. birželio 28 d. nutarimu Nr. 534 patvirtintą darbo laiko ir poilsio laiko ypatumų ekonominės veiklos srityse aprašą, gydymo įstaigų darbuotojams gali būti įvedama suminė darbo laiko apskaita, kurių darbo dienos (pamainos) trukmė gali siekti iki 12 ar 24 valandų per parą. Gydymo įstaigos darbuotojams, dirbantiems iki 24 val. per parą, priklauso ne trumpesnis nei 24 val. poilsis tarp darbo dienų (Dėl Lietuvos Respublikos darbo kodekso įgyvendinimo, 2017). Pagal Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2017 m. birželio 28 d. nutarimu Nr. 534 patvirtintą darbo laiko ir poilsio laiko ypatumų ekonominės veiklos srityse aprašą, gydymo įstaigų darbuotojams gali būti įvedama suminė darbo laiko apskaita, kurių darbo dienos (pamainos) trukmė gali siekti iki 12 ar 24 valandų per parą. Gydymo įstaigos darbuotojams, dirbantiems iki 24 val. per parą, priklauso ne trumpesnis nei 24 val. poilsis tarp darbo dienų (Dėl Lietuvos Respublikos darbo kodekso įgyvendinimo, 2017). Pagal Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2017 m. birželio 28 d. nutarimu Nr. 534 patvirtintą sutrumpinto darbo laiko normų ir apmokėjimo tvarkos aprašą, sveikatos priežiūros darbuotojams, kurie atitinka tam tikrus kriterijus ir darbas yra susijęs su didesne protine, emocine įtampa, yra taikomas sutrumpintas darbo laikas. Sveikatos priežiūros darbuotojams yra nustatoma 37 valandų per savaitę darbo norma. Tokių sveikatos priežiūros darbuotojų darbo aplinkoje kenksmingi sveikatai veiksniai

viršija leistinus dydžius ir jokiais priemonėmis neįmanoma sumažinti šių veiksnių kiekį iki sveikatai nekenksmingo lygio (Dėl Lietuvos Respublikos darbo kodekso įgyvendinimo, 2017). Pagal Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2017 m. birželio 21 d. nutarimu Nr. 496 patvirtintą specialių pertraukų trukmės per darbo dieną (pamainą) ir jų nustatymo sąlygų, darbuotojams, kurie dirba profesinės rizikos sąlygomis ar didelio protinio mąstymo reikalaujančius darbus, turi būti skiriamos specialios pertraukos pagal anksčiau minėtus Profesinės rizikos vertinimo nuostatus (Dėl Lietuvos Respublikos darbo kodekso įgyvendinimo, 2017).

1.2.2. Psichosocialinės rizikos valdymo modelis ir standartai

Psichosocialinės rizikos darbe valdymas susideda iš tam tikrų žingsnių, kurie yra akcentuojami užsienio literatūroje: 1) pavojų identifikavimas; 2) susijusios rizikos įvertinimas; 3) veiksmų planavimas (planavimas pagrįstų, įgyvendinamų intervencijų); 4) įgyvendinimas; 5) intervencijų stebėjimas ir vertinimas; 5 darbuotojų mokymas ir tolimesnis organizacijos vystymas (van Stolk ir kt., 2012, p. 27 – 28; Guidance on the management of psychosocial risk in the workplace, 2011, p. 5-20).

Norint pagerinti psichosocialinę darbo aplinką, Tarptautinė darbo organizacija siūlo naudotis rizikos valdymo proceso modeliu, kuris susideda iš tam tikrų etapų; 1) nusistatyti rizikos veiksnius; 2) įvertinti pavojus, kurie atsirado identifikuojant rizikos veiksnius; 3) priemonių, reikalingų rizikai mažinti parinkimas ir panaudojimas; 4) apsvarstomos galimybės kylančiam pavojui sumažinti; 5) įvertinimas panaudotų priemonių ir sąnaudų efektyvumas; 6) tobulinamos priemonės (Kuodytė ir kt., 2014, 6 p.; HealthWise Action Manual, 2014, 35 p..)

Standartai darbo vietoje yra kaip viena rekomenduotinių priemonių, nurodytų Psichosocialinių rizikos veiksnių tyrimo metodiniuose nurodymuose, psichosocialinės rizikos vertinimui ir streso darbe valdymui. Standartai organizacijoje padeda siekti užtikrinti tinkamas septynias psichosocialinės darbo aplinkos sritis, kurios siejamos su tinkamai valdoma streso darbe rizika (Streso darbe valdymo standartai, 2017, p. 4-5; Streso darbe valdymo standartų diegimo vadovas, 2016, p. 1-6.).

Streso darbe valdymo standartai diegiami penkiais etapais organizacijoje, jų įgyvendinimo trukmė priklauso nuo organizacijos dydžio. Prieš pradėdant diegti standartus, būtina iš anksto supažindinti darbuotojus ir paruošti organizaciją pokyčiams. Svarbu, jog pokyčius palaikytų tiesioginiai vadovai

ir darbuotojai, kad vykstantys pokyčiai būtų sėkmingai įgyvendinti (Streso darbe valdymo standartai, 2017, p. 1).

Streso darbe valdymo standartų penki diegimo etapai (Streso darbe valdymo standartai, 2017, p. 1-3; Streso darbe valdymo standartų diegimo vadovas, 2016, p. 7-27, žr.3 pav.):

1. *Streso darbe valdymo standartų supratimas.* Šiame etape darbuotojus reikia supažindinti su septyniomis psichosocialinės darbo aplinkos sritimis, kaip standartai bus pritaikyti organizacijai, pirminių streso priežasčių valdymo svarba, identifikuoti specifinę riziką.
2. *Duomenų rinkimas.* Reikia surinkti kuo įvairesnių duomenų, siekiant išsiaiškinti ar egzistuoja streso darbe problema. Galimi informacijos šaltiniai: streso darbe klausimynas, dėl ligos praleistų darbo dienų, darbuotojų kaitos, produktyvumo, pokalbių su darbuotojais duomenys.
3. *Problemų ištyrimas ir sprendimų paieška.* Siūloma kartu su darbuotojais aptarti surinktų duomenų rezultatus ir ieškoti sprendimų būdų kaip organizacijos prioritetines problemas pakeisti standartų siekiamybėmis. Šiame etape sprendimų priėmimui naudinga naudoti diskusijų grupės metodą, jog darbuotojai galėtų labiau išreikšti savo nuomonę.
4. *Veiksmų plano sukūrimas ir įgyvendinimas.* Sukuriamas organizacijos veiksmų planas, kuriam turi pritarti vadovas, darbuotojai. Tokiame veiksmų plane turi būti nurodyti prioritetai, ištekliai, asmenys, kurie atsakingi už užduočių įvykdymą, užduočių įvykdymo terminai. Svarbu nustatyti procedūras veiksmų plano stebėsenai ir vertinimui.
5. *Veiksmų plano vykdymo kontrolė ir veiksmingumo vertinimas.* Vykdoma veiksmų plano įgyvendinimo stebėseną. Tai turi būti ne vienkartinis, o nuolatinis ir pasikartojantis procesas.



3 pav. Streso darbe valdymo standartų diegimo etapai

Šalt.: *Streso darbe valdymo standartai, 2017*, p. 1-3; *Streso darbe valdymo standartų diegimo vadovas, 2016*, p. 7-27.

1.2.3 Psichosocialinės darbo aplinkos valdymo prevencinės priemonės

Darbovietėse turi būti vykdoma pirminė, antrinė ir tretinė prevencija, siekiant suvaldyti psichosocialinių darbo rizikos veiksnių sukeltą stresą. Norint visapusiškai ir kompleksiskai išspręsti psichosocialines darbo problemas, veiksminga ir efektyvu vienu metu atlikti pirminę, antrinę ir tretinę prevenciją (Kuodytė ir kt., 2014, p. 7-10).

Pirminės prevencijos intervencijos:

- *Darbo planavimas ir krūvio valdymas.* Tinkamas darbo planavimas padeda sumažinti slaugytojų darbo vaidmens neaiškumą, bei darbo krūvį. Galimos darbo planavimo ir krūvio valdymo strategijos: lankstaus darbo grafiko sudarymas, darbo krūvio sumažinimas, reguliuojant pertraukų, poilsio trukmę, dažnumą ir kt.
- *Darbo autonomijos didinimas.* Slaugytojos, kurioms suteikiama laisvė kontroliuoti savo darbą pačioms, yra labiau motyvuotos, dirba našiau, bei suteikiamos kokybiškesnės sveikatos priežiūros paslaugos. Darbo autonomijos didinimo būdai: suteikti galimybę

dalyvauti priimant darbo sprendimus susijusius pavyzdžius: su darbo grafiku, pareigybėmis; sudaryti sąlygas slaugytojoms pačioms kontroliuoti savo darbo tempą ir kt.

- *Priimamų sprendimų, procedūrų, elgesio su darbuotojais įstaigoje teisingumas*: teisingas darbo paskirstymas, nediskriminuojant dėl lyties, amžiaus ir kt., etiškų taisyklių laikymasis ir kt.
- *Tinkama informacija ir komunikacija* (tiek horizontali, tiek vertikali). Komunikacijos stiprinimo būdai: reguliarūs susirinkimai, kuriuose turėtų būti sprendžiamos darbo problemos ir kiti su darbu susiję klausimai; kasdienis slaugos administratorių ir slaugytojų bendravimas ir kt.
- *Darbo komandose didinimas*. Komandinis darbas didina darbo našumą, gali sumažinti darbo krūvį, įgalina komandos narius, didina socialinę paramą. Komandinio darbo didinimo galimybės: komandos narių aiškus darbo vaidmenų paskirstymas, skatinimas dirbti per bendravimą, o ne per konkurenciją ir kt.
- *Socialinės paramos didinimas*. Galimi būdai: skatinami artimi slaugos administratorių ir slaugytojų tarpusavio santykiai, skatinama slaugytojų tarpusavio pagalba t.y pasidalijimas patirtimi, žiniomis, įgūdžiais ir kt.

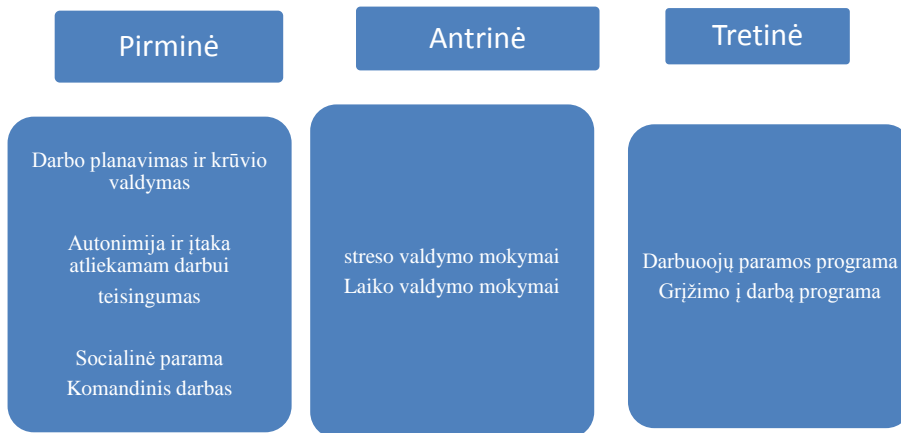
Antrinės prevencijos intervencijos:

- *Streso valdymo mokymai*: pozityvus mąstymas, atsipalaidavimo, kvėpavimo technikos ir kt.
- *Laiko valdymo mokymai, kuriais siekiama ugdyti slaugytojų įgūdžius suderinti darbą ir asmeninį gyvenimą*.

Tretinės prevencijos intervencijos:

- *Darbuotojų paramos programa*, kuri vykdoma užsienio šalyse. Siūloma darbuotojams įvairi parama, pavyzdžiui: konsultacijos, įgūdžių mokymas ir kt.
- *Grižimo į darbą programa*, kuri vykdoma užsienio šalyse. Programos metu darbdavys slaugytojams gali pasiūlyti tam tikrus su darbu susijusius pokyčius, pvz.,: pareigų keitimas, darbo vietos perkėlimas kitur, siekiant palengvinti darbuotojo prisitaikymą grįžti greičiau į darbą (Kuodytė ir kt., 2014, p. 7-10, žr. 4 pav.).

Psichosocialinių rizikos veiksnių prevencija



4 pav. Psichosocialinių rizikos veiksnių prevencijos schema

Šalt.: Kuodytė ir kt., 2014, p. 7.

Apie 26,6 proc. Lietuvos švietimo, sveikatos ir socialinio darbo sektorių turi streso darbe prevencijos veiksnių planą. Lietuvos švietimo, sveikatos, socialinio darbo sektoriuose per pastaruosius trejus metus panaudotos prevencinės priemonės psichosocialiniai rizikai mažinti tai – konfidencialus darbuotojų konsultavimas (47,7 proc.), konfliktų sprendimo procedūras sudarymas (39,1 proc.), darbo pertvarkymas (30,6 proc.), įsikišimas jei dirbama per daug ilgai arba nepastovios darbo valandos (8,7 proc.) (European Agency for Safety and Health at Work, 2014). Pačios veiksmingiausios yra problemų sprendimo ir socialinės paramos streso įveikos strategijos, emocinės iškvėpimo strategijos turėtų būti taikomas kuo mažiau (Rovas, Lapėnienė, Baltrušaitė, 2012, p. 83).

Siekiant pagerinti psichosocialinę darbo aplinką yra svarbus vadovų vaidmuo, bet nemažiau reikšminga, kad darbuotojai įsitrauktų į psichosocialinės rizikos mažinimo procesą organizacijoje. Vadovai būdami prieinami ir atidūs savo darbuotojams, kurdami palankią psichosocialinę aplinką, mažindami rizikos veiksnius, sukuria sąlygas patiems darbuotojams įsitraukti kuriant pozityvią psichosocialinę darbo aplinką. Darbuotojai dalyvaudami organizacijos gyvenime informuoja vadovus apie problemas darbe, padeda rengiant planus, įgyvendinant konkrečias priemones psichosocialinei darbo aplinkai pagerinti (Saugiuose darbo vietose – stresas yra valdomas, 2013, p. 11-12).

1.2.4 Pozityvios darbo aplinkos kūrimo veiksniai

Daugelyje tyrimų analizuojami neigiami psichosocialiniai darbo veiksniai, rečiau pasitaiko tyrimų, kuriuose būtų skiriamos dėmesys teigiamiems darbo aplinkos veiksniams. Pozityvūs psichosocialiniai darbo veiksniai – tai darbuotojų įgalinimas, socialinė parama, geri darbuotojų ir vadovų ir/ar darbuotojų tarpusavio santykiai, mokymosi galimybių sudarymas, tinkamas darbo užduočių paskirstymas, galimybė derinti darbą ir asmeninį gyvenimą ir kt. (Šorytė ir kt., 2014, p. 9).

Darbo reikalavimų ir kontrolės tinkamas suderinamumas. Darbuotojams keliami mažesni darbo reikalavimai, suteikiant galimybę kontroliuoti savo darbą, yra susiję su geresnę darbuotojų psichologine sveikata, mažesnis patiriamas psichologinis distresas, emocinis išsekimas, silpniau pasireiškia psichomatiniai sutrikimai, pvz.: miego sutrikimai (Elovainio ir kt., 2013, 246 – 251, Pisanti ir kt., 2011, p. 833). Darbuotojams turi būti nustatomas optimalus darbo krūvis, kuris neviršytų jų galimybių, būtų įdomus (Šorytė ir kt., 2014, p. 12).

Geri tarpasmeniniai santykiai darbe. Darbuotojai, kurie jaučia didesnę paramą iš savo vadovų ir bendradarbių, patiria mažiau emocinį išsekimą, psichosomatinius simptomus, jaučia didesnę pasitenkinimą savo darbu (Pisanti ir kt., 2011, p. 833).

Organizacinis teisingumas. Darbovietėje organizacinis teisingumas turi statistiškai reikšmingas sąsajas su darbuotojų gerove, pasitenkinimu darbu (Rodwell ir kt., 2009, p. 310 – 319). Kuo yra didesnis organizacinis teisingumas, tuo darbuotojai mažiau patiria psichologinį distresą, miego problemas (Hietapakka ir kt., 2013, p. 486).

Vadovo socialinė parama ir darbuotojų įgalinimas. Vadovų teikiama socialinė parama įgalina darbuotojus, suteikia laisvės priimant su darbu susijusius sprendimus (Vera ir kt., 2016, p. 1149; Othman, Nasurdin, 2013, p. 1083 – 1090.).

Grįžtamasis ryšys. Teisingas vadovo grįžtamojo ryšio teikimas sukelia darbuotojams pasitenkinimą darbu ir yra susijęs su tinkama kontrolės raiška (Sparr, Sonnentag, 2008, p. 198-225).

Nuolatinis darbuotojų mokymasis ir tobulėjimas. Kai darbuotojams yra sudaroma galimybė tobulėti, vystoma organizacijos kultūra, kuri yra pagrįsta mokymuisi, darbuotojai yra labiau inovatyvūs darbe, bei labiau įsitraukia į darbą (Park ir kt., 2014, p. 75-94).

Adekvatus atliktam darbui gaunamas atlyginimas, kuris patenkina darbuotojų poreikius. Didelis disbalansas tarp pastangų ir atlyginimo yra susijęs su prastu darbuotojų savo sveikatos vertinimu (Darboe ir kt., 2016, p. 1-9). Darbo užmokestis turi teigiamą poveikį darbuotojų gerovei, kai patenkina žmogaus poreikius. Kai ši riba pasiekama, gaunamas atlyginimas už atliktą darbą nebeturi reikšmės darbuotojų gerovės didinimui. Didesnės darbuotojo pajamos padeda žmogui jaustis laisviau, gyventi patogiai (Van der Meer, Wielers, 2013, p. 357-368; Fisher, Boer, 2011, p.164- 184). Darbo užmokesčio dydis yra susijęs su darbuotojų motyvacijos lygiu (Negussie, 2012, p. 110).

Aiški darbo vaidmens suvokimas. Kuo mažesnis darbo vaidmenų dviprasmiškumas, tuo darbuotojų motyvacija yra didesnė (Campbell, 2016, p. 664). Darbuotojai patiria teigiamas emocijas, kai darbo vaidmenys yra aiškūs, jie labiau jaučiasi įsipareigoję savo organizacijai (Šorytė, Pajarskienė, 2014, p.14).

Darbo ir asmeninio gyvenimo suderinimas. Darbo ir asmeninio gyvenimo pusiausvyrą sąlygoja mažesni darbo reikalavimai, didesnė socialinė parama, trumpesnės darbo valandos. Sėkmingas darbo ir asmeninio gyvenimo suderinamumas yra susijęs su geresne darbuotojų psichine sveikata, miego kokybe (Zhang, Punnett, Nannini, 2017, p. 295-303).

Šeimai palanki kultūra darbo vietoje. Palankių darbo sąlygų formavimo vienas iš veiksnių yra lankstus darbo grafikas, kuris padeda darbo vietoje valdyti stresą, stiprina darbuotojų sveikatą, didina pasitenkinimą darbu. Organizacijos parama vaiko priežiūrai – tai dar viena palanki darbo sąlyga, kai skiriama parama darbuotojų vaikų priežiūros paslaugai ar tokios paslaugos kūrimui darbe, pavyzdžiui: organizacijoje įrengtas vaikų darželis, kūdikių žindymo kambarys ir panašiai (Šorytė, Pajarskienė, 2015, p. 9-10, žr. 3 lent.).

\

3 lentelė. Pozityvūs psichosocialiniai darbo veiksniai

Darbo reikalavimai ir kontrolė
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Galimybių kontroliuoti savo darbą – spresti su darbu susijusius klausimus, jausti sprendimų priėmimo galią – sudarymas ▪ Optimalūs, mobilizuojantys darbo reikalavimai (neviršijantys darbuotojo galimybių, leidžiantys pajusti iššūkį, nekeliantys nuobodulio)
Tarpasmeniniai santykiai darbe
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pasitikėjimu ir teisingumu pagrįsti santykiai su kolegomis ir vadovais ▪ Bendradarbiavimas ▪ Organizacinis teisingumas
Vadovavimas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Socialinė parama ir pagalba darbuotojams ▪ Personalo įgalinimas, įtraukimas kuriant bendrą darbo viziją ▪ Atviro kolektyvo bendravimo skatinimas ▪ Darbuotojų padaršinimas, teigiamas įvertinimas, grįžtamojo ryšio teikimas
Darbo organizavimas ir turinys
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nuolatinio mokymosi ir įgūdžių tobulinimo galimybių sudarymas ▪ Adekvatus, poreikius patenkinti leidžiantis darbo užmokestis ▪ Užtikrinami pakankami personalo ir priemonių ištekliai ▪ Aiškus darbo vaidmuo ir suprantamos darbo užduotys ▪ Įdomus ir prasmingas teikiantis darbas
Darbo ir asmeninio žmogaus gyvenimo sąveika
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sudaromos galimybės derinti darbą ir asmeninį gyvenimą, sėkmingai atlikti įsipareigojimus šeimai ir darbui ▪ Darbuotojams, jų šeimoms palankios organizacijos politikos formavimas

Šalt.: Šorytė ir kt., 2014, p. 15

Veiksminga ir efektyvu vienu metu atlikti pirminę, antrinę ir tretinę prevenciją, siekiant sumažinti arba pašalinti psichosocialines darbo problemas. Standartai darbo vietoje yra kaip viena rekomenduotinių priemonių psichosocialinės rizikos vertinimui ir streso darbe valdymui, kurie yra diegiami penkiais etapais organizacijoje. Siekiant valdyti psichosocialinę darbo aplinką reikėtų kuo daugiau darbuotojų įtraukti į psichosocialinės rizikos mažinimo procesą įstaigoje. Darbuotojai geriausiai žino darbe esančios psichosocialines problemas, bei gali pasiūlyti būdus kaip valdyti, įsitraukti į plano ir konkrečių priemonių parengimą ir įgyvendinimą.

2. SLAUGYTOJŲ PSICHOSOCIALINĖS DARBO APLINKOS VALDYMAS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOSE

2.1 Tyrimo metodika

Tyrimas buvo atliekamas trimis etapais. Pirmajame etape buvo studijuojama mokslinė literatūra apie psichosocialinius darbo veiksnius ir jų valdymą reglamentuojančius dokumentus, standartus, modelius, prevencines priemones. Šiame etape buvo ieškoma instrumentų, kurie tirtų psichosocialinius darbo veiksnius ir jų valdymo būdas. Antrajame etape remiantis išanalizuota mokslinė literatūra ir instrumentais buvo sudaromas klausimynas, atliekama respondentų apklausa. Trečiajame etape buvo atliekama surinktų duomenų statistinė analizė.

Tyrimo eiga imties formavimas

Nuspręsta vykdyti kiekybinį tyrimą naudojant anonimines anketas. Pirmenybė buvo teikiama šiam metodui, nes galima apklausti didelį kiekį žmonių per trumpesnę laiką, duomenis yra apdorojami greičiau, nes galima naudotis statistinėmis programomis; užtikrinimas respondentų konfidencialumas. Šiam tyrimui atlikti buvo gautas bioetikos komisijos leidimas. 2020 m. Vasario mėnesį „Klaipėdos VšĮ Jūrininkų ligoninės“ vadovui buvo išsiųstas prašymas dėl leidimo atlikti tyrimą įstaigoje. Tyrimą vykdyti buvo suteiktas leidimas VšĮ „Klaipėdos jūrininkų ligoninėje“. Siekiant užtikrinti tyrimo reprezentatyvumą, buvo sudaroma atsitiktinė paprastoji imtis. Iš viso įstaigoje ir jos padaliniuose dirba 480 slaugytojų, pasirinkus 5 proc. paklaidą buvo apskaičiuojamas imties dydis naudojant Paniotto formulę (Stašys, Šimanskienė, 2011, p. 20 – 21):

$$n=1/(\Delta^2+1/N) = 1/(0,05 + 1/480) = 204 \text{ slaugytojos,}$$

kur: n – reikiamas respondentų skaičius;

- Δ -paklaida, standartinė mokslinių tyrimų paklaida – 0,05 ; kai tikimybė – 0,954

- N – visos populiacijos tūris

Norint užtikrinti, kad tyrimo rezultatai būtų tikslūs ir reprezentatyvūs, reikalinga apklausa 204 slaugytojas. Žinant, jog ne visada anketų grįžtamumas yra šimtą procentų, imties dydis buvo padidintas dešimt procentų. Ir iš viso tyrimo imtį sudarė 224 slaugytojos (anketų grįžtamumas – 90 proc.). Anketinė apklausa vykdyta nuo 2020 m. kovo 5 d. iki 20 d. Anketinės apklausos vykdyme dalyvavo ligoninės vyriausios slaugytoja. Anoniminės anketos slaugytojoms buvo išdalinamos susirinkimo metu ir iš karto vietoje surenkamos

atgal. Anketos buvo išdalintos slaugytojoms, kurios sutiko dalyvauti tyrime. Tyrimas atliktas laikantis etikos principų.

Tyrimo instrumentas

Tyrimui atlikti buvo naudojama autorės sukurta anketa vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2005 m. Rugpjūčio 24 d. Įsakymu Nr. V – 669/A1 – 241 „Dėl Psichosocialinių rizikos veiksnių tyrimo metodinių nurodymų patvirtinimo“ ir remiantis Streso darbe anketos (SDA) klausimynu (Jankauskas, Pajarskienė, 2011, p. 20, 37 – 41; Pajarskienė, Jankauskas, 1998, p. 13 – 22). Tyrimo anketoje iš viso pateikti 28 uždarojo tipo klausimai su atsakymais ir 1 atvirojo tipo klausimas. Uždarojo tipo klausimų privalumas anketoje – respondentas ilgai nesvarstydamas gali pasirinkti priimtinausią ir tinkamiausią atsakymą iš visų alternatyvų. Anketoje pateiktus klausimus galima sugrupuoti į tam tikras kategorijas (žr. 4 lent., žr. 1 priedą). Klausimyno skalės vidiniam nuoseklumui įvertinti buvo naudojamas Cronbacho alfa koeficientas, kurio reikšmė siekė 0,75.

4 lentelė. Anketos klausimų sugrupavimas

Klausimų grupės Pavadinimas	Klausimai
1. Psichosocialiniai rizikosdarbo veiksniai, susiję su darbo aplinkos sąlygomis	Ar pakankamai turite asmeninių darbo apsaugos priemonių? Kokią apsaugos priemonę darbo metu dažniausiai naudojate? Ar naudojate privalomas apsaugos priemones procedūru metu darbe? Koks darbo apsaugos veiksnys sukelia daugiausia problemų darbe? Ar turėjote mikrotrauma per praėjusius metus? Kokias problemas pastebite dėl dezinfekcinių medžiagų laikymo ir naudojimo darbo vietoje? Kaip jūs vertinate žemiau pateiktus darbo aplinkos veiksnius?
2. Psichosocialiniai darbo veiksniai, susiję su darbo reikalavimais	Ar gaunate pakankamai aiškias darbo instrukcijas? Ar jums dažnai tenka atlikti kelias užduotis vienu metu? Ar dažnai jums tenka atlikti papildomas užduotis? Ar jūs priverstas skubėti, kad padarytumėte darbą? Ar jūsų darbas nerviškai įtemptas? Ar jūsų darbas fiziškai įtemptas? Ar galite trumpam nutraukti darbą ir pailsėti?
3. Psichosocialiniai rizikos veiksniai, susiję su darbo organizavimu ir turiniu	Ar galite pats reguliuoti darbo tempą? Kaip dažnai atsižvelgiama į jūsų nuomonę organizuojant Jūsų darbą (sudarant darbo, atostogų grafikus, paskirstant darbus ir kt.)? Pagal kokią darbo sutarties rūšį dirbate įstaigose? Kaip paskirstytas jūsų darbo laikas paroje? Kiek vidutiniškai trunka jūsų darbo diena? Kaip dažnai jums tenka dirbti viršvalandžius? Ar adekvatus atliktam Jūsų darbu gaunamas atlyginimas?
4. Psichosocialiniai rizikos veiksniai, susiję su darbuotojų tarpusavio santykiais ir/ar	Kaip vertinate darbuotojų tarpusavio santykius darbe? Ar pasitaiko konfliktų jūsų darbe? Ar jaučiate socialinę paramą...(darbuotojų, administracijos, vadovo)?

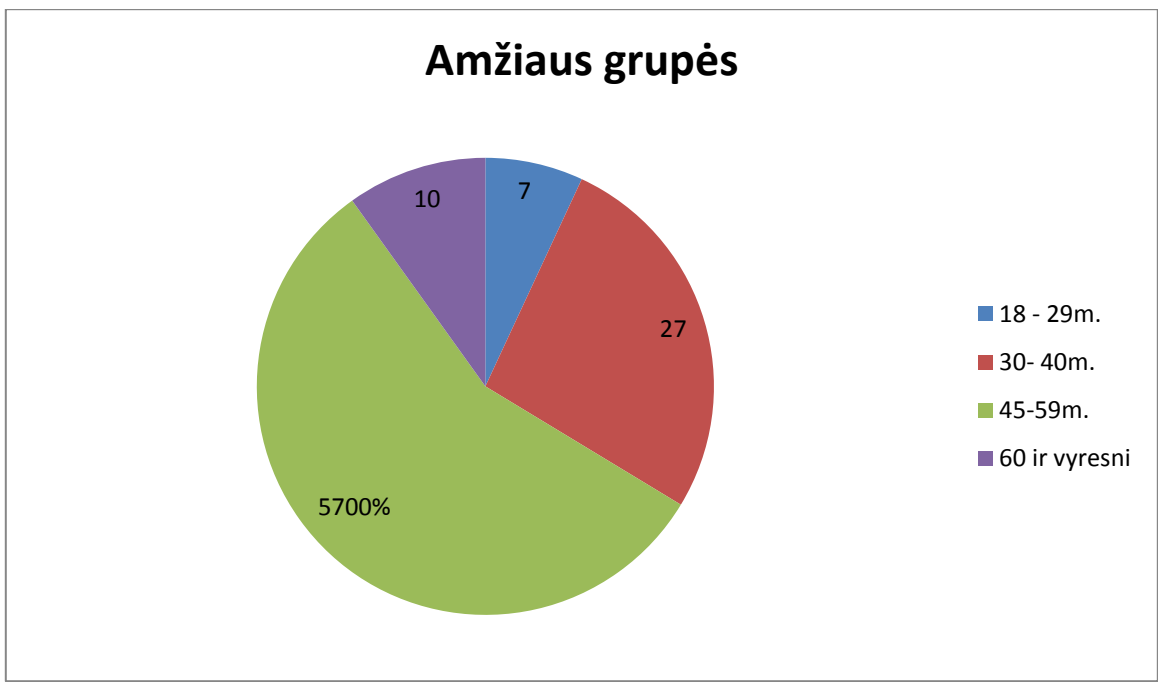
santykiais su darbdaviu	
4. Psichosocialinės rizikos valdymas	<p>Kaip jūs vertinate psichosocialinių darbo veiksmų valdymą jūsų įstaigoje (darbo aplinkos sąlygos, darbo reikalavimai, darbo organizavimas, darbdavių ir darbuotojų santykiai)?</p> <p>Ar įstaigose yra įdiegta psichosocialinių rizikos veiksmų tyrimo metodiką t.y standartai psichosocialiniams rizikos veiksams tirti?</p> <p>Ar jūsų įstaigose yra nustatytos psichosocialinės rizikos mažinimo ir/ar šalinimo prevencinės priemonės?</p> <p>Kokios psichosocialinės rizikos mažinimo priemonės naudojamos?</p> <p>Ar supažindinami darbuotojai su psichosocialinių rizikos veiksmų vertinimo duomenimis bei priemonių planu psichosocialiniai rizikai mažinti ir/ar šalinti įstaigoje?</p>

Šalt.: sudaryta autorės

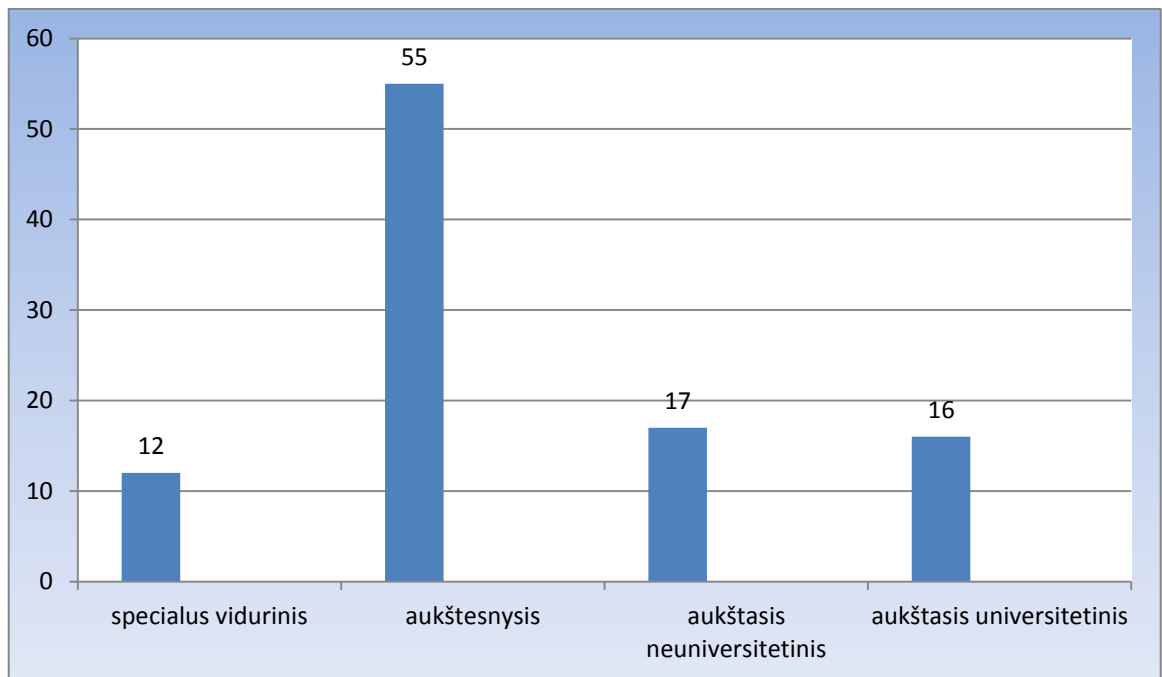
Statistinė duomenų analizė

Statistinė surinktų duomenų analizė buvo atliekama naudojant SPSS programinio paketo 24 versiją. Priklausomybei tarp respondentų sociodemografinių duomenų ir psichosocialinių darbo veiksmų įrodyti buvo naudojamos sąsajų lentelės (angl. – crosstabs) ir neparametrinis chi – kvadrato (χ^2) kriterijus. Psiklausomybei tarp psichosocialinių darbo veiksmų ir psichosocialinės rizikos mažinimo priemonių kintamųjų išreikšti buvo panaudota regresinė analizė. Požymių skirtumas laikytas statistiškai reikšmingas, kai $p < 0,05$ (Pukėnas, 2011, p. 14; Leonavičienė, 2006, p. 113 -114). Gauti duomenys pateikiami grafiškai arba lentelėse.

Kiekybiniame tyrime dalyvavo 224 slaugytojos, iš jų daugiau nei pusė buvo nuo 45 iki 59 m. Amžiaus (57,1 proc.), 26,5 proc. tiriamųjų buvo 30 – 44 m. Amžiaus. Daugiausia slaugytojų turėjo aukštesnį (54,5 proc.), 33,8 proc. turėjo aukštąjį išsilavinimą. Kas trečios slaugytojos darbo stažas buvo nuo 21 iki 30 m. (33,2 proc.), 23,5 proc. turėjo iki 10 m. Darbo stažą. Anketinėje apklausoje dalyvavo slaugytojos iš įvairių ligoninės skyrių, dauguma jų buvo iš slaugos skyriaus (27,7 proc.) (žr. 5,6 pav.).



5 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes (proc.)



6 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal išsilavinimą (proc.)

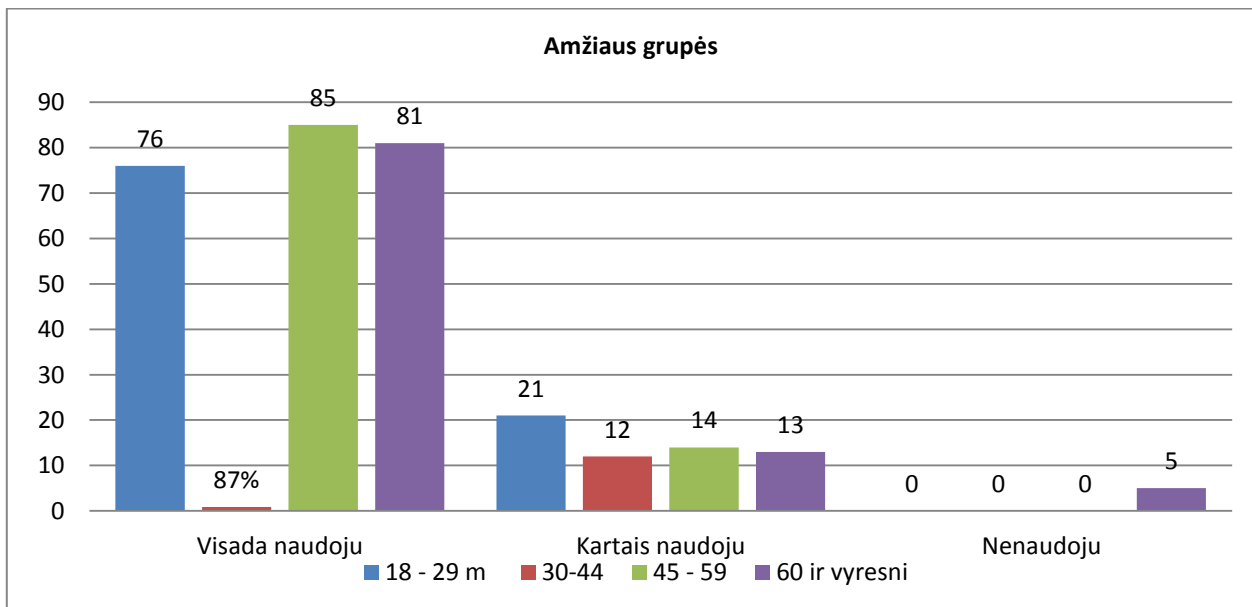
2.2 Respondentų sociodemografinės charakteristikos

2.2.1 Psichosocialinių darbo veiksnių pasiskirstymas priklausomai nuo slaugytojų amžiaus ir darbo stažo

Psichosocialiniai rizikos veiksniai, susiję su darbo aplinkos sąlygomis

Atlikus duomenų analizę nustatyta, kad kas penkta slaugytoja neturi pakankamai apsaugos priemonių darbe. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal amžiaus grupes ir darbo stažą nenustatyta ($p>0,05$).

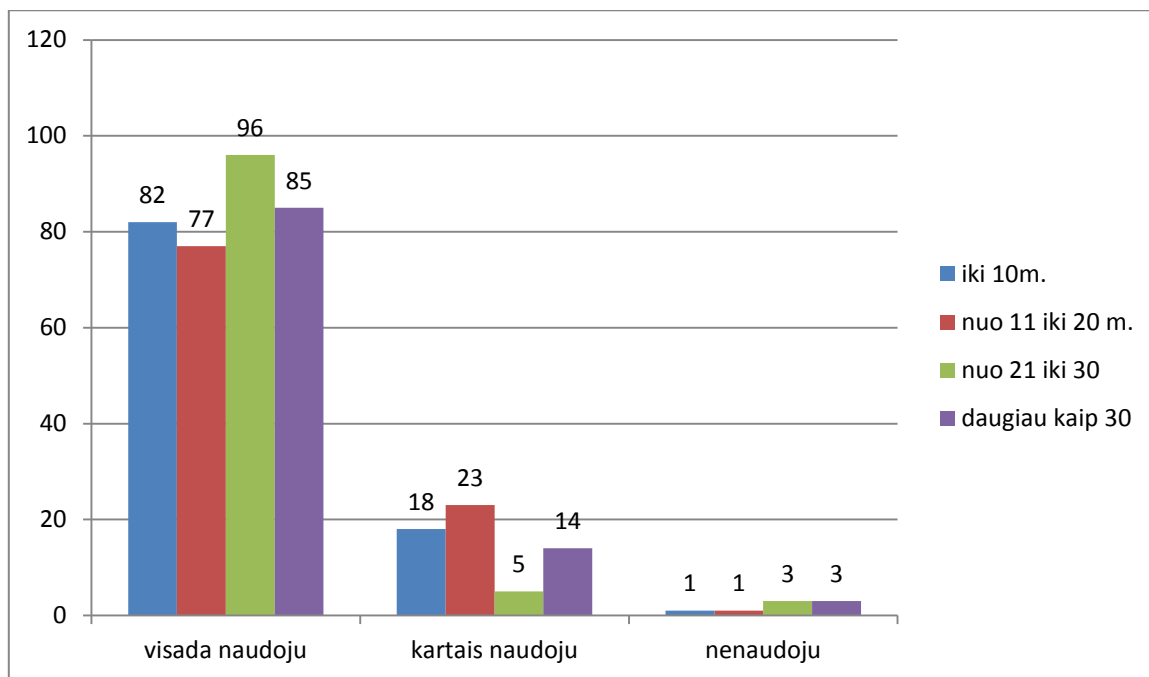
86 proc. slaugytojai visada naudoja privalomas apsaugos priemones procedūrų metu, 14 proc. jų – kartais. 88 proc. slaugytojų kurių amžius yra nuo 30 iki 44 metų, 85 proc. jų, turinčių nuo 45 iki 59 m. Amžių nurodė, kad visada naudoja privalomas apsaugos priemones, 21 proc. 18 – 29 m. Slaugytojų teigė, kad kartais naudoja privalomas apsaugos priemones. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal amžiaus grupes nenustatyta ($p>0,05$) (žr. 7pav.



($\chi^2=9,69$, $df=6$, $p=0,14$)

7 pav. Slaugytojos, kurių darbo stažas siekė nuo 21 iki 30 m., daugiausia teigė, kad visada naudojo apsaugos priemones procedūrų metu, palyginus su slaugytojomis, kurių darbo stažas buvo mažesnis arba didesnis ($p<0,05$). Slaugytojos, kurių darbo stažas iki 10 m. nuo 11 iki 20 m., daugiau kartais

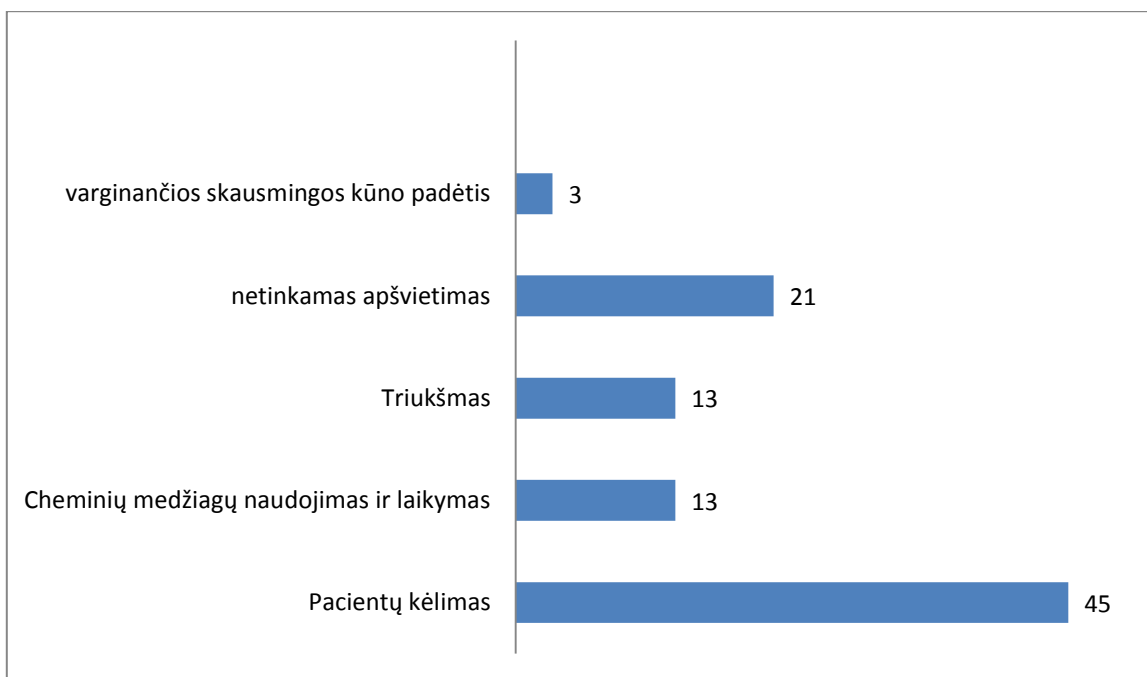
naudoja apsaugos priemones palyginus su slaugytojomis, kurių darbo stažas nuo 21 iki 30 metų ($p < 0,05$) (žr. 8 pav.).



($\chi^2 = 13,49$, $df = 6$, $p = 0,04$) * $p < 0,05$, pagal darbo stažą.

8 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal privalomų apsaugos priemonių naudojimą procedūrų metu priklausomai nuo darbo stažo (proc.)

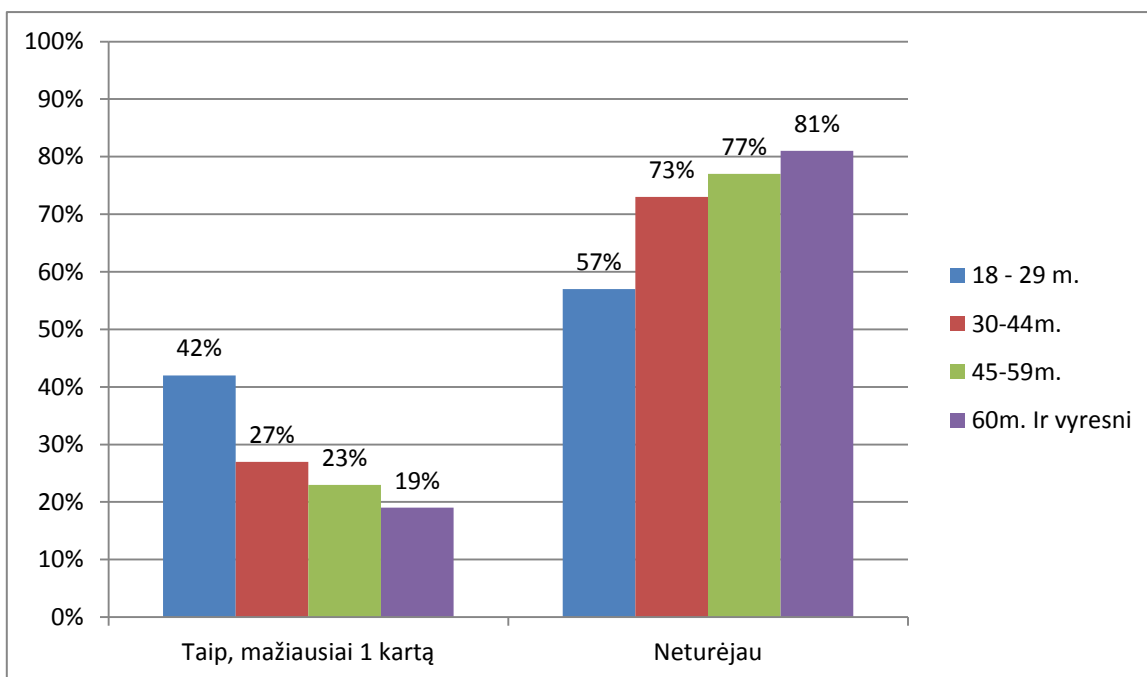
Slaugytojų dažniausiai naudojamos apsaugos priemonė darbe – vienkartinės pirštinės (99 proc). Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal amžiaus grupes ir darbo stažą nenustatyta ($p > 0,05$). Mažiau nei pusė slaugytojų (46 proc). nurodė, jog pacientų kėlimas daugiausia sukelia problemų darbe, 21 proc. jų teigė, kad netinkamas apšvietimas (žr. 9 pav.).



9 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal tai, koks darbo aplinkos veiksnys sukelia daugiausia problemų darbe (proc.)

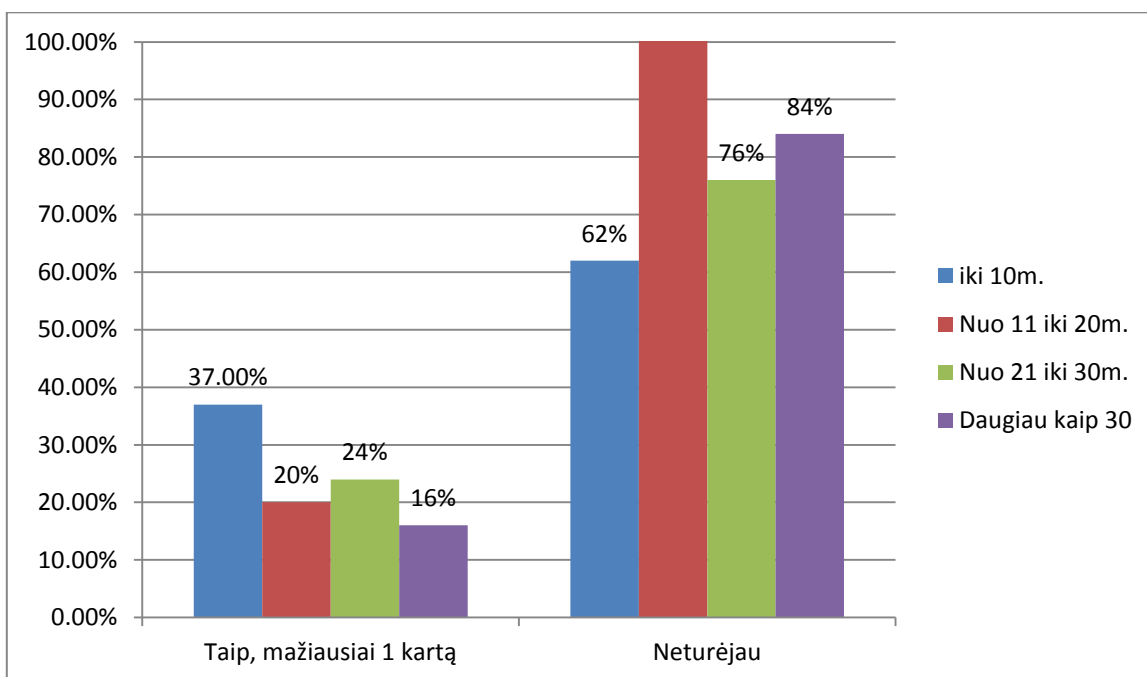
Pusei 30-44 m. ir 60 ir vyresnio amžiaus, trečdaliui 18-29 m. ir 44 proc. 44-59 m. amžiaus slaugytojų pacientų kėlimas daugiausia sukelia problemų darbe. Trečdaliui jaunesnio amžiaus slaugytojų (18 – 29 m.) problemų darbe atsiranda dėl dezinfekcinio medžiagų laikymo ir naudojimo. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal amžiaus grupes nenustatyta ($p > 0,05$). 38,5 proc. slaugytojų, kurių stažas darbe nuo 21 iki 30 m., pacientų kėlimas daugiausia sukelia problemų darbe. Trečdaliui slaugytojų, turinčių daugiau kaip 30 m. darbo stažą, problematiškiausi darbo aplinkos sąlygų veiksniai – tai pacientų kėlimas ir netinkamas apšvietimas. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal darbo stažą nenustatyta ($p > 0,05$).

Trys ketvirtadaliai slaugytojų nurodė, jog per pastaruosius metus nepatyrė mikrotraumos (76 proc.), kas septinta slaugytoja – 1 kartą per praėjusius metus turėjo mikrotraumą (15 proc.). 82 proc. 60 m. ir vyresnio amžiaus, 77 proc. 45 – 59 m. amžiaus slaugytojų nurodė, jog nepatyrė mikrotraumų per paskutinius metus, 43 proc. 18-29m. slaugytojų teigė, jog mažiausiai vieną kartą per praėjusius metus patyrė mikrotraumą. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal amžiaus grupes nenustatyta ($p < 0,05$) (žr. 10 pav.).



($\chi^2=3,32$, $df=3$, $p=0,34$)

10 pav. Slaugytojų, kurių darbo stažas daugiau kaip 30 m., neturėjo mikrotraumų per paskutinius metus. 37,3 proc. slaugytojų, turinčių iki 10 m. darbo stažą, teigė, kad mažiausiai 1 kartą patyrė mikrotraumą. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal darbo stažą nenustatyta ($p<0,05$) (žr.11 pav.).



11 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal tai, ar turėjo mikrotraumą per praėjusius metus priklausomai nuo darbo stažo (proc.)

Slaugytojų buvo klausiama kokių problemų pastebi dėl dezinfekcinių medžiagų laikymo ir naudojimo darbo vietoje, 83 proc. jų nurodė, kad nėra problemų dėl neaiškios, neišsamios dezinfekcinių medžiagų naudojimo instrukcijos, 17 proc. atsakė, kad patenkinama t.y. naudojimosi instrukcija galėtų būti aiškesnė. 78 proc. slaugytojų nurodė jog nėra problemų dėl dezinfekcinių medžiagų laikymo vietos, 20 proc. jų atsakė, kad situacija yra patenkinama dėl paskirtų laikymo vietų. Ketvirtadalis slaugytojų nurodė, jog situacija yra patenkinama dėl aprūpinimo apsaugos priemonėmis, bet galėtų būti ir geriau, 6 proc. atsakė, jog yra problema – trūksta apsaugos priemonių. Daugiau nei pusė slaugytojų teigė, jog nėra problemų dėl netinkamo patalpų vėdinimo (54 proc.), kas ketvirta slaugytoja nurodė, jog yra patenkinama.

84, 2 proc. 60 m. ir vyresnio amžiaus slaugytojų nurodė, kad nėra problemų dėl neaiškių dezinfekcinių medžiagų naudojimo instrukcijų, 21,4 proc. 18 – 29 m. amžiaus slaugytojų teigė, jog galėtų būti aiškiasni instrukcijų aprašymai. 80, 7 proc. 30 -44m. amžiaus slaugytojų nurodė, jog neturi problemų dėl netinkamos dezinfekcinių medžiagų laikymo vietos, mažiau nei trečdalis 18-29 m. slaugytojų teigė, jog situacija yra patenkinama. Daugiau nei 45 – 59 m. amžiaus apklaustų slaugytojų atsakė (58,2 proc.), jog nepastebi problemų dėl netinkamai vėdinamų patalpų, 53,4 proc. 18-29 m. slaugytojų nurodė, jog patalpos galėtų būti geriau vėdinamos. Ketvirtadalis 30-44 m. slaugytojų teigė, kad per mažai vėdinamos patalpos. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal amžiaus grupes nenustatyta ($p>0,05$) (žr. 5 lent.).

5 lentelė. Slaugytojų pasiskirstymas pagal, tai ar pastebi problemų dėl dezinfekcinių medžiagų priklausomai nuo amžiaus grupių (proc.)

Amžiaus grupės Atsakymai	18 – 29m.	30-44m.	45 – 59m.	60 + m.	χ^2, df, p
Neaiški dezinfekcinių medžiagų naudojimo instrukcija					
Yra problemų	0	0	1,7	0	
Patenkinama	21,4	17,9	15,3	15,8	$\chi^2=1,93, df=6, p=0,93$
Nėra problemų	78,6	82,1	83,1	84,2	
Netinkama dezinfekcinių medžiagų laikymo vieta					

Yra problemų	7,1	1,8	2,5	0	
Patenkinama	28,6	17,5	19,3	22,2	$X^2=3, df=6, p=0,81$
Nėra problemų	64,3	80,7	78,2	77,8	

Nepakankamas aprūpinimas apsaugos priemonėmis

Yra problemų	0	0	10,8	0	
Patenkinama	35,7	28,1	22,5	22,2	$X^2=11,27, df=6, p=0,08$
Nėra problemų	64,3	71,9	66,7	77,8	

Netinkamas patalpų vėdinimas

Yra problemų	15,4	25,9	16,4	10	
Patenkinama	53,8	24,1	25,4	40	$X^2=9,5, df=6, p=0,15$
Nėra problemų	30,8	50	58,2	50	

90,2 proc. slaugytojų, turinčių daugiau kaip 30 m. darbo stažą, neturėjo problemų dėl neaiškios dezinfekcinių medžiagų naudojimo instrukcijos, 82,1 proc. jų – dėl netinkamos dezinfekcinių medžiagų naudojimo instrukcijos, 82,1 proc. jų – dėl netinkamos dezinfekcinių medžiagų laikymo vietos, 66,7 proc. – dėl netinkamų patalpų vėdinimo. 34,7 proc. slaugytojų, kurių darbo stažas iki 10 m., nurodė, kad galėtų būti labiau aprūpinamos apsaugos priemonėmis nuo dezinfekcinių medžiagų sukeliama poveikio iki 38 proc. jų teigė, kad patalpos galėtų būti labiau vėdinamos. 22 proc. slaugytojų, kurių darbo stažas iki 10 m. ir penktadalis, turinčių nuo 11 iki 20 m. darbo stažą, nurodė, kad yra problemų dėl nepakankamo patalpų vėdinimo. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal darbo stažą nenustatyta ($p>0,05$) (žr.6 lent.).

6 lentelė. Slaugytojų pasiskirstymas pagal, tai ar pastebi problemų dėl dezinfekcinių medžiagų priklausomai nuo darbo stažo (proc.)

Darbo stažas	Iki 10 m.	Nuo 11 iki 20 m.	Nuo 21 iki 30 m.	Daugiau kaip 30m	X^2, df, p
Atsakymai					

Neaiški dezinfekcinių medžiagų naudojimosi instrukcija

Yra problemų	0	2,1	1,5	0	
--------------	---	-----	-----	---	--

Patenkinama	14,3	17	19,1	9,8	X ² =3,67,df=6,p=0,72
Nėra problemų	85,7	80,9	79,4	90,2	

Netinkama dezinfekcinių medžiagų laikymo vieta

Yra problemų	4,2	4,2	1,4	0	X ² =2,76,
Patenkinama	20,8	20,8	19,7	17,9	df=0,84,
Nėra problemų	75	75	78,9	82,1	p=0,84

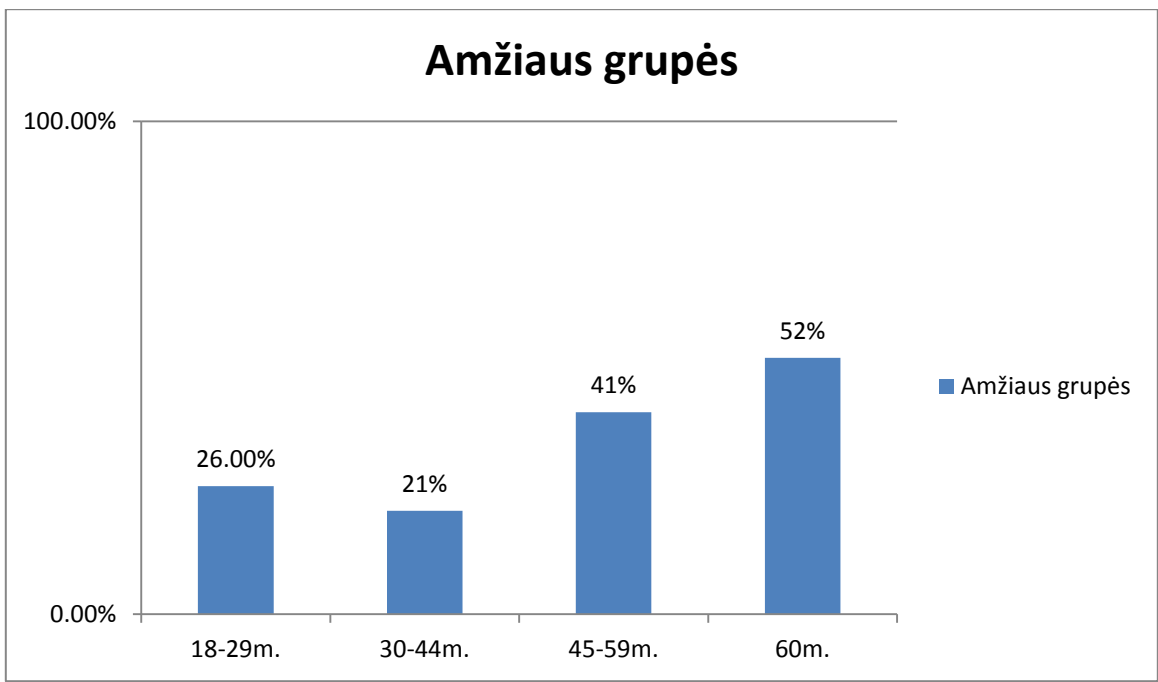
Nepakankamas aprūpinimas apsaugos priemonėmis

Yra problemų	4,1	4,2	10	5	X ² =6,24,
Patenkinama	34,7	18,8	21,4	25	df=6
Nėra problemų	61,2	77,1	68,6	70	p=0,4

Netinkamas patalpų vėdinimas

Yra problemų	22	20,4	15,7	16,7	X ² =8,05,
Patenkinama	38	26,5	25,7	16,7	Df=6,
Nėra problemų	40	53,1	56,8	66,7	P=0,24

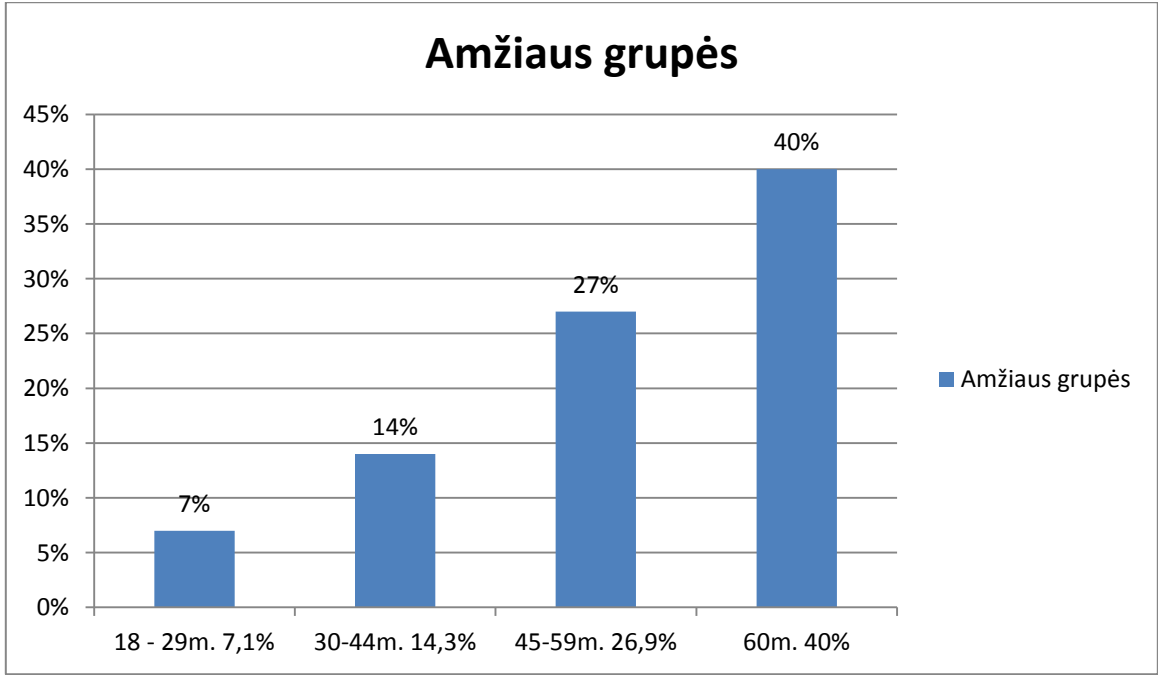
37 proc. slaugytojų teigė, jog apšvietimas neatitinka normų, trečdalis jų nurodė, jog patalpų oro temperatūra viršija nustatytas normas, 24 proc. – neatitinka normų triukšmo lygis. 47,4 proc. 60 m. ir vyresnio amžiaus, 35,7 proc. 18-29 m. amžiaus slaugytojos teigė, jog patalpų oro temperatūra neatitinka normų. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal amžiaus grupes nenustatyta ($p > 0,05$). 45-59m. amžiaus ir 60 m. ir vyresnio amžiaus slaugytojų grupėje daugiau nurodė, jog apšvietimas neatitinka normų, palyginus su 30 – 40 m. amžiaus slaugytojomis ($p = 0,007$ ir $p = 0,01$; 12 pav.).



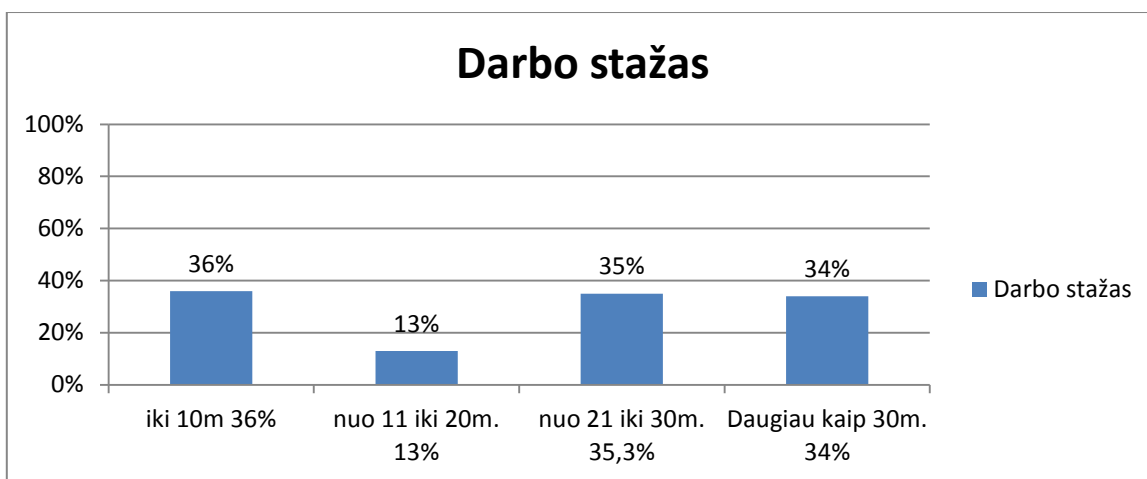
Neatitinka normų ($\chi^2=9,97, df=3, p=0,02$) * $p<0,05$

12 pav. Slaugytojų pasiskirtymas pagal tai, ar apšvietimas atitinka normas priklausomai nuo amžiaus grupių (proc).

60 m. ir vyresnio amžiaus slaugytojos daugiau teigė, kad triukšmo lygis viršija normas, palyginus su 18 – 29 m. ir 30 – 44m. slaugytojomis ($p=0,04$ ir $p=0,02$) (žr. 13 pav.).



13 pav. Slaugytojų, turinčių iki 10 m. darbo stažą, teigė, kad apšvietimas neatitinka normų. 35,7 proc. slaugytojų, kurių darbo stažas daugiau kaip 30 m. ir beveik penktadalis jų, turinčių nuo 21 iki 30 m. darbo stažą, nurodė, kad triukšmo lygis viršija normas. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal darbo stažą nenustatyta ($p > 0,05$). Slaugytojos, kurių darbo stažas nuo 11 iki 20 m., mažiausiai teigė, kad apšvietimas neatitinka normų palyginus su slaugytojomis, turinčiomis mažesnę arba didesnę darbo stažą ($p < 0,05$) (žr. 14 pav.).



14 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal tai, ar patalpų oro temperatūra atitinka normas priklausomai nuo darbo stažo (proc.).

Psichosocialiniai rizikos veiksniai, susiję su darbo reikalavimais

Slaugytojų buvo klausama kaip vertina joms keliamus darbo reikalavimus, trys ketvirtadaliai nurodė, kad visada gauna pakankamai aiškias darbo instrukcijas, penktadalis – kartais. 74,8% proc. slaugytojų teigė, kad kartais atlieka kelias užduotis vienu metu, kas penkta slaugytoja visada turi atlikti po kelias užduotis, kas šešta slaugytoja visada atlieka papildomas užduotis per tą patį laiką. 79 proc. slaugytojų nurodė, kad kartais tenka atlikti papildomas užduotis, kas šešta slaugytoja visada atlieka papildomas užduotis. Kas antra slaugytoja kartais turi skubėti, kad spėtų atlikti nurodytą darbą, kiek daugiau nei trečdalis – visada skubėdamos atlieka darbą.

79,3 proc. 30-44 m. slaugytojų visada gauna pakankamai aiškias darbo instrukcijas, kiek daugiau nei ketvirtadalis 60 m. ir vyresnio amžiaus slaugytojų teigė, kad kartais būna aiškios darbo instrukcijos. 76,2 proc. 60m. ir vyresnio amžiaus ir 75,6 proc. 45-59 m. amžiaus slaugytojų teigė, kad kartais tenka atlikti kelias užduotis vienu metu. 28,6 proc. 18-29 m. Slaugytojų teigė, kad kartais tenka atlikti kelias užduotis vienu metu. 80,5 proc. 45-59 m. ir 79,3 proc. 30-44 m. slaugytojų teigė, kad kartais atlieka papildomas užduotis, 28,6 proc. 18-29m. slaugytojų – kartais. 71,4 proc. 60m. ir vyresnio amžiaus slaugytojų teigė, kad kartais yra priverstos skubėti, kad laiku atliktu darbą. Pusė apklaustų 18 – 29 m. slaugytojų visada skuba, kad laiku atliktų darbą. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal amžiaus grupes nenustatyta ($p > 0,0$) (žr. 7 lent.)

7 lentelė. Slaugytojų pasiskirstymas pagal tai, kaip vertina darbo reikalavimus priklausomai nuo amžiaus grupių (proc.)

Amžiaus grupės	18-29 m.	30-44 m.	45- 59 m.	60+ m.	X^2, df, p
Atsakymai					
Ar gaunate pakankamai aiškias darbo instrukcijas?					
Visada	71,4	79,3	75,8	73,7	$X^2=4,78$
Kartais	21,4	20,7	22,6	26,3	$df=6,$
Niekada	7,1	0	1,6	0	$P=0,57$

Ar dažnai tenka atlikti kelias užduotis vienu metu?

Visada	28,6	23,2	22	19	
Kartais	71,4	71,4	75,6	76,2	$\chi^2=2,09, df=6, p=0,91$
Niekada	0	5,4	2,4	4,8	

Ar dažnai tenka atlikti papildomas užduotis?

Visada	28,6	17,2	17,1	20	
Kartais	64,3	79,3	80,5	75	$\chi^2=2,53, df=6, p=0,87$
Niekada	7,1	3,4	2,4	5	

Ar esate priversti skubėti, kad laiku atliktumėte darbą?

Visada	50	39,7	36	19	
Kartais	50	55,2	60	71,4	$\chi^2=5,43, df=6, p=0,49$
Niekada	0	5,2	4	9,5	

81,6 proc. slaugytojų, turinčių iki 10 m. darbo stažą, ir 26,4 proc. jų, turinčių nuo 21 iki 30m., nurodė, kad kartais gauna aiškias darbo instrukcijas. 84,1 proc. slaugytojų, kurių darbo stažas daugiau kaip 30m., teigė, kad kartais atlieka kelias užduotis vienu metu. Daugiau kaip ketvirtadalis slaugytojų, kurių darbo stažas nuo 11 iki 20 m., visada atlieka kelias užduotis vienu metu. 86,4 slaugytojų, turinčių daugiau kaip 30 m. darbo stažą, kartais atlieka papildomas užduotis. 68,2 proc. slaugytojų, kurių darbo stažas daugiau kaip 30 m., kartais skuba, kad kad spėtų laiku atlikti darbą. 41,7 proc. slaugytojų, turinčių nuo 11 iki 20 m. darbo stažą, visada skuba, kad spėtų atlikti darbą. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal darbo stažas nenustatyta ($p>0,05$) (Žr. 8 lent.)

8 lentelė. Slaugytojų pasiskirstymas pagal tai, kaip vertina darbo reikalavimus priklausomai nuo darbo stažo (proc.)

Darbo stažas	Iki 10 m.	Nuo 11 iki 20 m.	Nuo 21 iki 30 m.	Daugiau kaip 30 m.	X ² , df,p
Atsakymai					

Ar gaunate pakankamai aiškias darbo instrukcijas?

Visada	81,6	79,6	70,8	76,7	X ² =4,36,
Kartais	16,3	20,4	26,4	23,3	df=6,
Niekada	2	0	2,8	0	p=0,63

Ar dažnai tenka atlikti kelias užduotis vienu metu?

Visada	18	27,7	23,9	13,6	X ² =3,76,
Kartais	80	66	73,2	84,1	df=6
Niekada	2	6,4	2,8	2,3	p=0,71

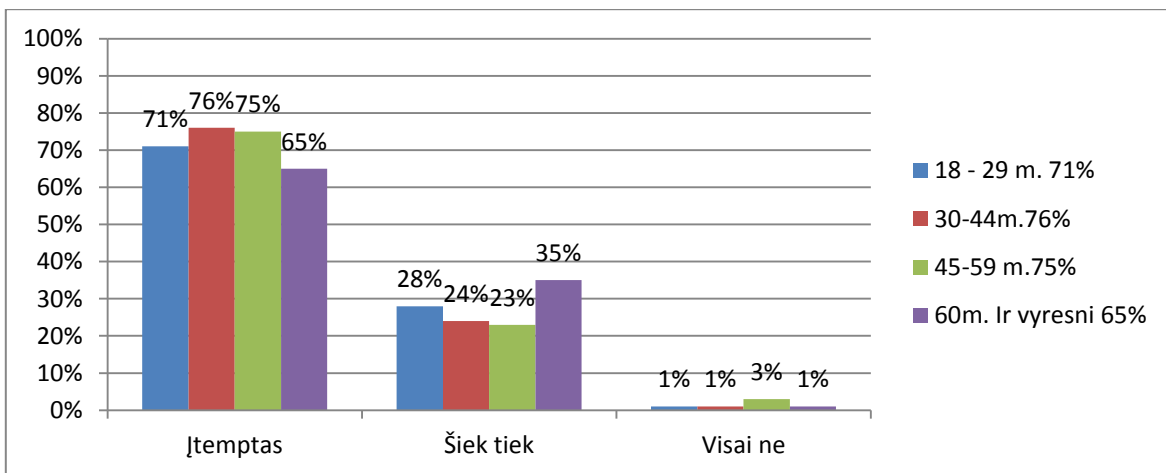
Ar dažnai tenka atlikti papildomas užduotis?

Visada	18,8	18,8	22,2	9,1	X ² =3,76,
Kartais	77,1	79,2	75	86,4	df=6,
Niekada	4,2	2,1	2,8	4,5	p=0,71

Ar esate priverstas skubėti, kad laiku atliktumėte darbą?

Visada	39,2	41,7	36,1	25	X ² =6,56,
Kartais	52,9	54,2	62,5	68,2	df=6,
Niekada	7,8	4,2	1,4	6,8	p=0,36

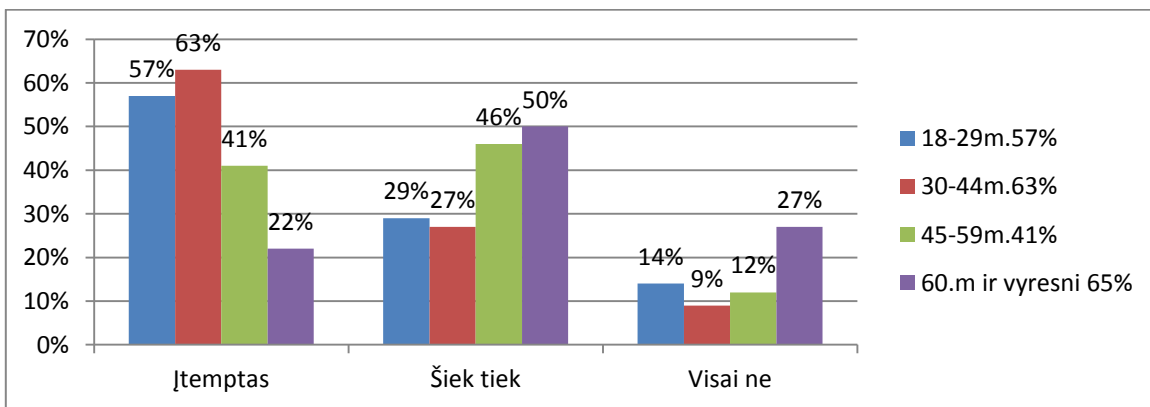
Slaugytojų buvo klausama kaip jos vertina darbo intensyvumą, 74,1 proc. jų atsakė, kad darbas yra nerviškai įtemptas, penktadalis teigė, kad šiek tiek įtemptas. Kas antra slaugytoja teigė, kad jų darbas įtemptas fiziškai, 40,2 proc. jų nurodė, kad šiek tiek įtemptas. Trys ketvirtadaliai 30 -44 m. slaugytojų teigė, kad jų darbas yra nerviškai įtemptas, 35 proc. 60 m. ir vyresnio amžiaus slaugytojų nurodė, kad kartais yra įtemptas. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal amžiaus grupes nenustatyta ($p>005$) (žr. 15 pav.).



($\chi^2=3,65$, $df=6$, $p=0,72$)

15 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal tai, ar darbas yra nerviškai (psichiškai) įtemptas priklausomai nuo amžiaus grupių (proc.)

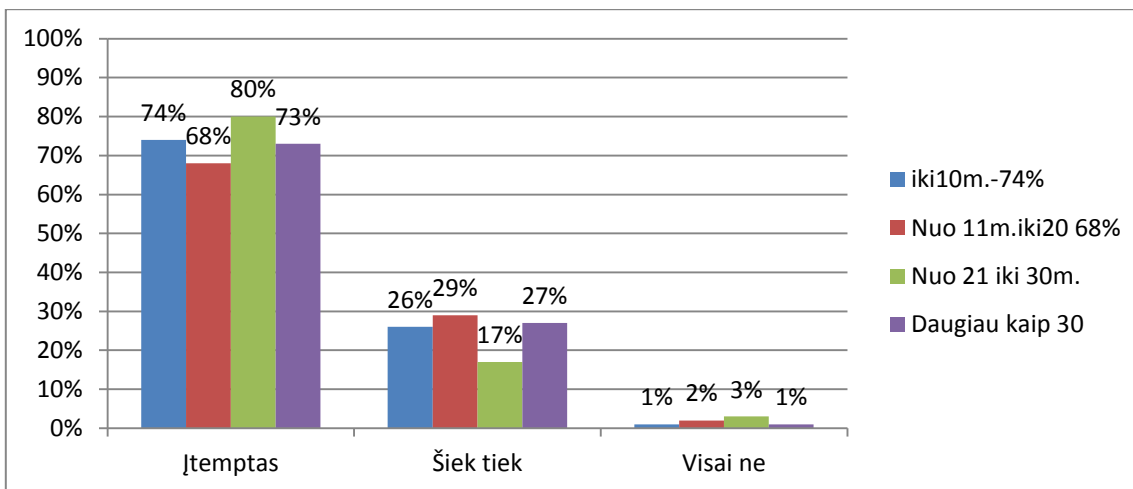
18 – 29 m. ir 30 – 44 m. slaugytojų darbas yra labiau fiziškai įtemptas nei vyresnio amžiaus slaugytojų (65 m. ir vyresnės) ($p<0,05$). 30 – 44 m. slaugytojų darbas yra labiau fiziškas įtemptas nei 45 – 59 m. slaugytojų ($p=0,01$) (žr. 16 pav.)



($\chi^2=16,38$, $df=$, $p=0,01$) * $p<0,05$

16 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal tai, ar darbas yra fiziškai įtemptas priklausomai nuo amžiaus grupių (proc).

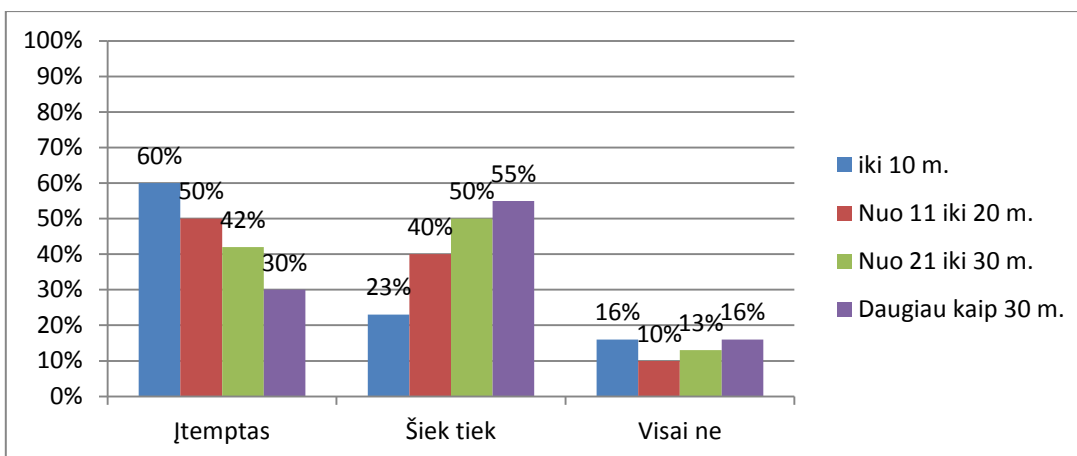
80,3 proc. slaugytojų, turinčių nuo 21 iki 30m. darbo stažas nuo 11 iki 20 m., nurodė, kad šiek tiek jų darbas yra nerviškai įtemptas. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal darbo stažą nenustatyta ($p>0,05$). (žr. 17 pav.).



($\chi^2=5,34,df=6,p=0,5$)

17 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal tai, ar darbas yra nerviška (psichiškai) įtemptas priklausomai nuo darbo stažo (proc.)

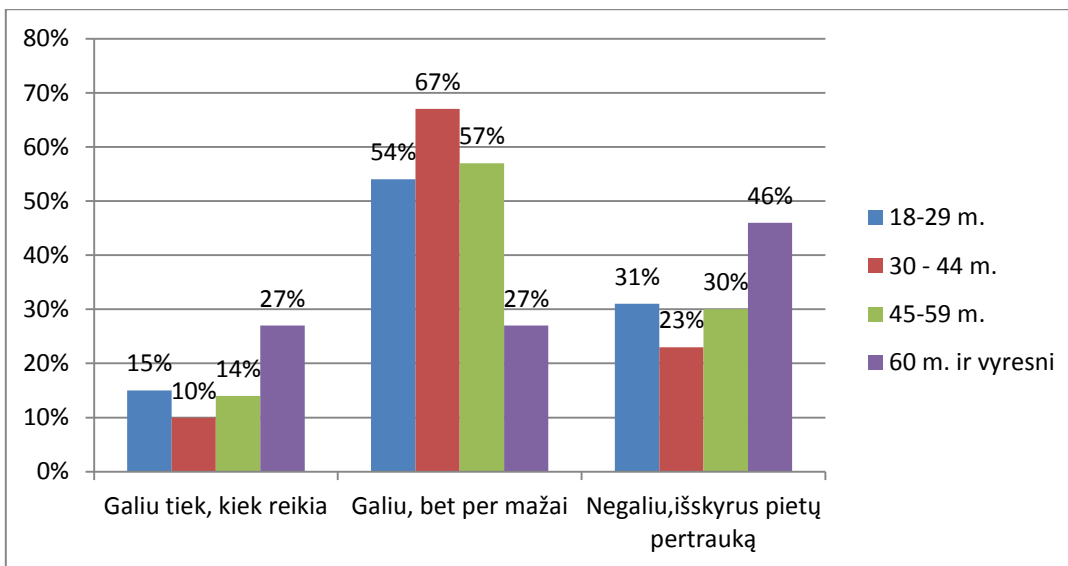
Slaugytojų, turinčių iki 10 m. darbo stažą, darbas yra labiau fiziškai įtemptas nei slaugytojų turinčių didesnę darbo stažą – nuo 21-30m. arba daugiau kaip 30 metų ($p<0,05$) (žr. 18 pav.).



($\chi^2=1,20,df=6, p=0,058$) * $p<0,05$

18 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal tai, ar darbas yra fiziškai įtemptas priklausomai nuo darbo stažo (proc.)

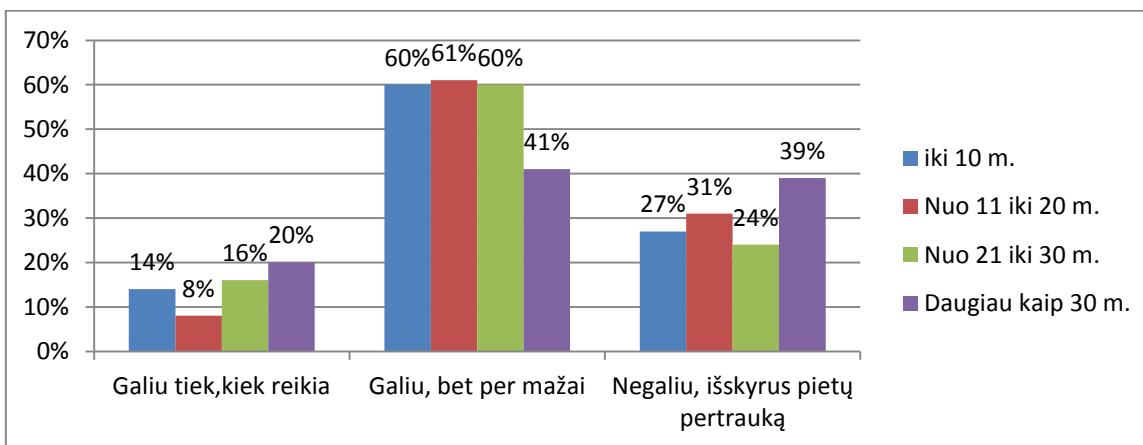
Daugiau nei pusė apklaustų slaugytojų teigė, kad per mažai turi trumpų pertraukų, kuomet gali nutraukti darbą ir pailsėti. 67,2 proc. 30-44 m. slaugytojų teigė, kad per mažai gali trumpam nutraukti darbą ir pailsėti. 45,5 proc. 60 m. ir vyresnio amžiaus slaugytojų gali pailsėti tik per pietų pertrauką. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal amžiaus grupes nenustatyta ($p>0,05$) (žr. 19 pav.).



$$(x^2=10,67,df=6,p=0,1)$$

19 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal, tai ar gali trumpam nutraukti darbą ir pailsėti priklausomai nuo amžiaus grupių (proc.)

61,2 proc. slaugytojų, turinčių nuo 11 iki 20 m. darbo stažą, 60,6 proc. nuo 21 iki 30 m. darbo stažą, 59,2 proc. iki 10 m. darbo stažą nurodė, kad per mažai gali trumpam nutraukti darbą ir pailsėti. 38,6 proc. slaugytojų, turinčių daugiau kaip 30 m. darbo stažą, nurodė, kad gali pailsėti tik per pietų pertrauką. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal darbo stažą nenustatyta ($p>0,05$) (žr. 20 pav.).



20 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal tai, ar gali trumpam nutraukti darbą ir pailsėti priklausomai nuo darbo stažo (proc.)

Psichosocialiniai rizikos veiksniai, susiję su darbo organizavimu ir turiniu

Slaugytojų buvo klausama ar gali pačios reguliuoti darbo tempą, kas antra jų atsakė, kad kartais gali, penktadalis teigė, kad visad pačios reguliuoja darbo tempą. 16,3 proc. slaugytojų niekada negali pačios reguliuoti savo darbo tempo. Daugiau nei pusė apklaustų slaugytojų teigė, kad visada atsižvelgiama į jų nuomonę organizuojant darbą – sudarant darbo grafikus, paskirstant darbus ir kt. Kas antra slaugytojų nurodė, kad tik kartais atsižvelgia į jų išsakytą nuomonę organizuojant darbą.

74,1 proc. 30-44 m., 64,3 proc. 18-29 m. slaugytojų kartais gali reguliuoti savo darbo tempą, 38,1 proc. 60 m. ir vyresnio amžiaus slaugytojų visada gali pačios reguliuoti savo darbą tempą, Tiek 18-29 m., tiek 60 m. ir vyresnio amžiaus slaugytojų vienodai atsakė, kad niekada negali reguliuoti savo darbo tempo (14,3 proc.) Daugiau nei pusė apklaustų 45-59 m. (55,6 proc.) ir 60 m. ir vyresnio amžiaus (54,5 proc.) slaugytojų nurodė, kad visada atsižvelgiama į jų nuomonę organizuojant darbą, 50 proc. 30-44m. slaugytojų teigė, kad tik kartais. 14,3 proc. 18-29 m. slaugytojų teigė, kad niekada neatsižvelgia į jų nuomonę, dėl darbo organizavimo. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal amžiaus grupes nenustatyta ($p > 0,05$) (žr. 9 lent.).

9.lentelė. Slaugytojų pasiskirstymas pagal, tai ar gali pačios reguliuoti darbo tempą, ar atsižvelgiama į jų nuomonę organizuojant darbą priklausomai nuo amžiaus grupių (proc.)

Amžiaus grupės	18-29 m.	30-44 m.	45-59 m.	60 + m.	X ² ,df,p
Atsakymai					

Ar galite reguliuoti savo darbo tempą?

Visada	21,4	6,9	23,4	38,1	X ² =11,39,df=6,
Kartais	64,3	74,1	60,5	47,6	P=0,8
Niekada	14,3	19	16,1	14,3	

Ar atsižvelgiama į Jūsų nuomonę organizuojant darbą?

Visada	42,9	48,3	55,6	54,5	
Kartais	42,9	50	39,5	45,5	X ² =7,1,df=6,
Niekada	14,3	1,7	4,8	0	P=0,3

66 proc. slaugytojų, turinčių iki 10 m. darbo stažą, nurodė, kad kartais gali pačios reguliuoti savo darbo tempą, kiek daugiau nei trečdalis slaugytojų, kurių darbo stažas yra daugiau kaip 30 m., teigė, kad visada pačios gali reguliuoti darbo tempą. Penktadalis slaugytojų, kurių darbo stažas nuo 11 iki 20 m. arba nuo 21 iki 30 m., niekada negali pačios reguliuoti darbo tempo. 58,8 proc. slaugytojų, kurių darbo stažas iki 10 m., 56,8 proc. jų, turinčių daugiau kaip 30 m. darbo stažą, nurodė, kad

visada atsižvelgia į jų nuomonę organizuojant darbą. 47,2 proc. slaugytojų, kurių darbo stažas nuo 21 iki 30 m., teigė, kad tik kartais atsižvelgia į jų nuomonę dėl darbo organizavimo. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal darbo stažą nenustatyta ($p > 0,05$) (žr. 10 lent.).

10 lentelė. Slaugytojų pasiskirstymas pagal, tai ar gali pačios reguliuoti darbo tempą, ar atsižvelgiama į jų nuomonę organizuojant darbą priklausomai nuo darbo stažo (proc.)

Darbo stažas	Iki 10 m.	Nuo 11 iki 20 m.	Nuo 21 iki 30 m.	Daugiau kaip 30 m.	X^2, df, p
Atsakymai					

Ar galite reguliuoti savo darbo tempą?

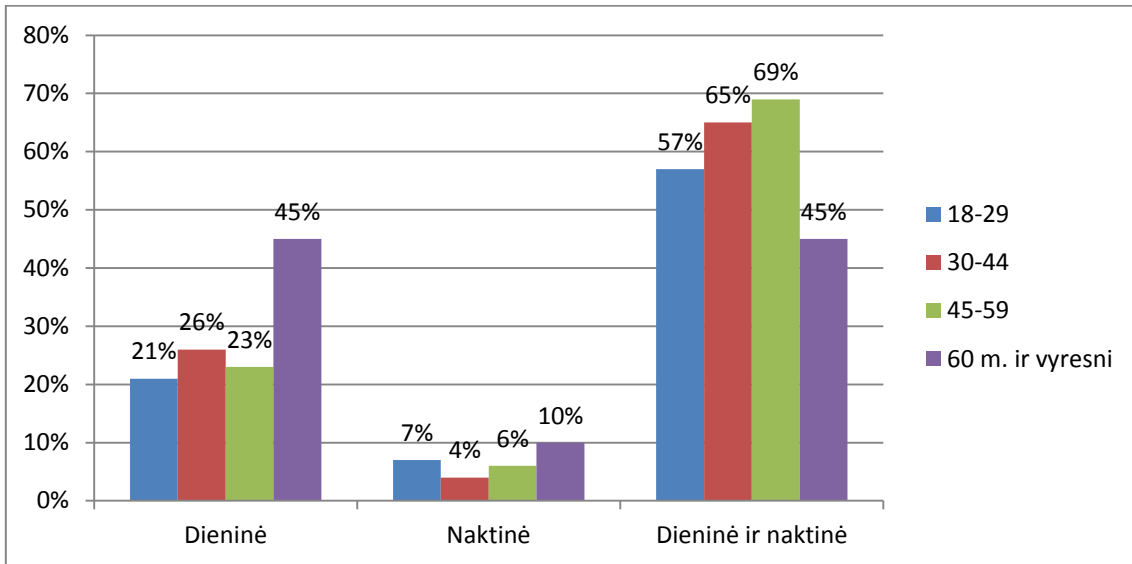
Visada	16	16,7	16,7	34,1	$X^2=9,$
Kartais	66	62,5	63,9	59,1	$Df=6,$
Niekada	18	20,8	19,4	6,8	$P=0,2$

Ar atsižvelgiama į jūsų nuomonę organizuojant darbą?

Visada	58,8	51	50	56,8	$X^2=2,8,$
Kartais	37,3	44,9	47,2	36,4	$df=6,$
Niekada	3,9	4,1	2,8	6,8	$p=0,8$

Daugiausia slaugytojų dirba pagal neterminuotą darbo sutartį (83,3 proc.), vienodas dirbančiųjų slaugytojų pasiskirstymas pagal terminuotą arba laikinąją darbo sutartį (8,1 proc.). Virš 80 proc. 30 - 44 m. ir 60 m. ir vyresnio amžiaus slaugytojų dirba pagal neterminuotą darbo sutartį. 14,3 proc. 18-29 m. slaugytojų dirba pagal terminuotą darbo sutartį, tiek pat jų – pagal laikinąją sutartį. 87,5 proc. slaugytojų, turinčių nuo 21 iki 30 m. darbo stažą, 88,6 proc. jų, kurių darbo stažas nuo 11 iki 20 m., dirba pagal terminuotą sutartį, 10 proc. jų, turinčių iki 10 m. darbo stažą, dirba pagal laikinąją sutartį. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal grupes ir darbo stažą nenustatyta ($p > 0,05$).

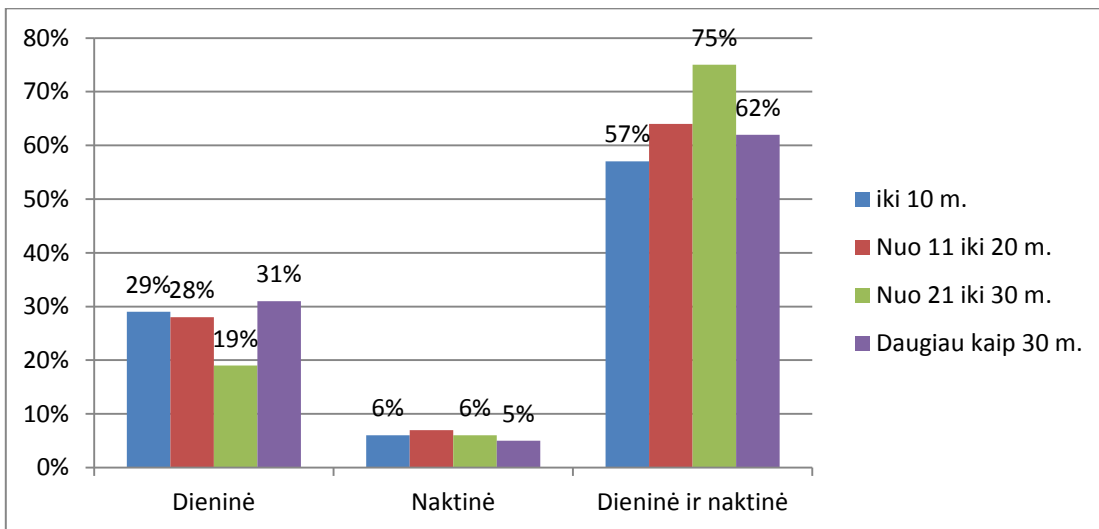
65 proc. slaugytojų dirba tiek dieninėje, tiek naktinėje pamainoje, ketvirtadalis dirba tik dieninėje pamainoje. 69,2 proc. 45-59 m. slaugytojų dirba dieninėje ir naktinėje pamainoje, 45 proc. 60 m. ir vyresnio amžiaus slaugytojų – dieninėje pamainoje. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal amžiaus grupes ($p > 0,05$) (žr. 21 pav.).



$$(x^2=12,1,df=9,p=0,2)$$

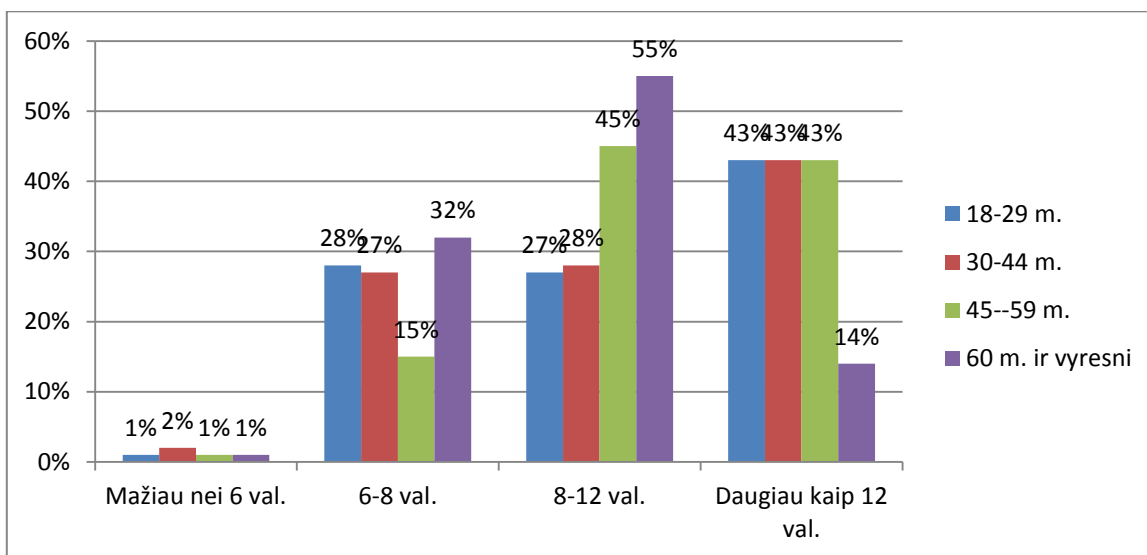
21 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal, tai kaip pasiskirstymas jų darbo laikas paroje priklausomai nuo amžiaus (proc.)

74,3 proc. slaugytojų, turinčių nuo 21 iki 30 m. darbo stažą, dirba tiek dieninėje, tiek naktinėje pamainoje. Trečdalis slaugytojų, kurių darbo stažas daugiau kaip daugiau kaip 30 m., dirba tik dieninėje pamainoje. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal darbo stažą nenustatyta ($p>0,05$) (žr.22 pav).



22 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal, tai kaip paskirstytas jų darbo laikas paroje priklausomai nuo darbo stažo (proc.)

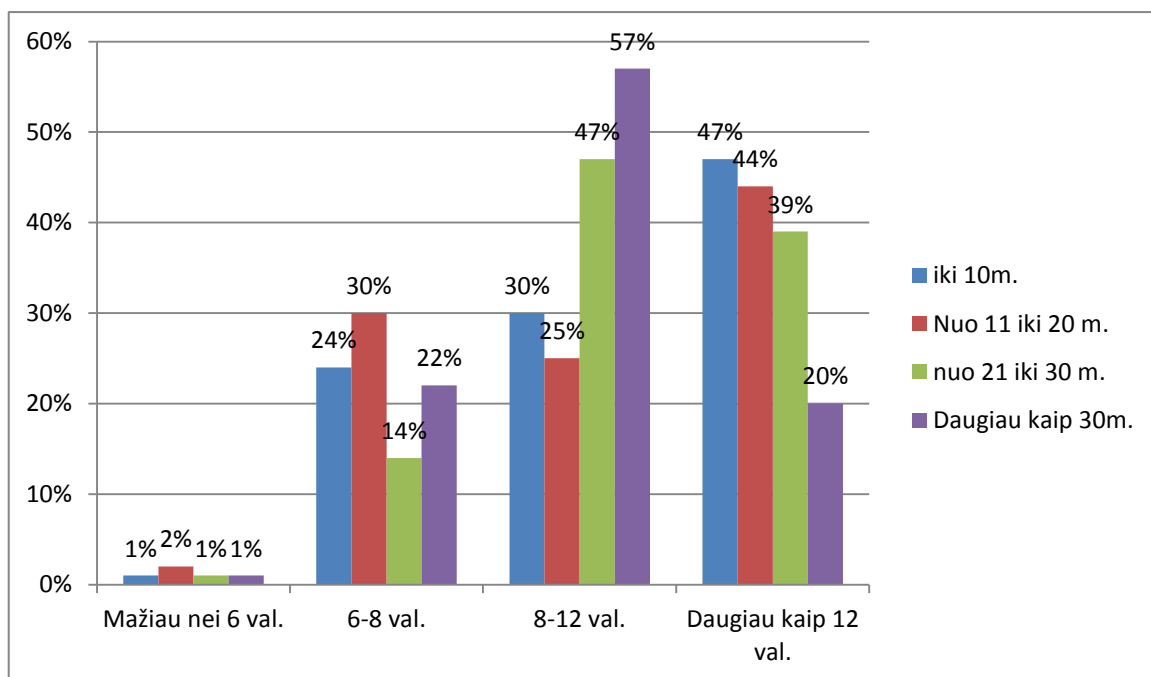
Slaugytojų buvo klausiama kiek vidutiniškai trunka jų darbo diena, 39,6 proc. atsakė, kad dirba nuo 8 iki 12 valandų, 38,3 proc. slaugytojų dirba daugiau kaip 12 valandų. Kiek daugiau nei pusė apklaustų 60 m. ir vyresnio amžiaus slaugytojų (54,5 proc.) dirba nuo 8 iki 12 valandų per darbo dieną (pamainą), 43,1 proc. 30 – 44 m. iki 42,9 proc. 18 – 29 m. slaugytojų dirba daugiau kaip 12 valandų. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal amžiaus grupes nenustatyta ($p > 0,05$) (žr. 23 pav.).



$$(\chi^2=15,8, df=9, p=0,1)$$

23 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal, tai kiek vidutiniškai trunka jų darbo diena (pamaina) priklausomai nuo amžiaus grupių (proc.)

Slaugytojos, kurių darbo stažas nuo 21 iki 30 m. arba didesnis, daugiau dirba nuo 8 iki 12 valandų per pamainą, negu slaugytojos, turinčios nuo 11 iki 20 m. arba mažesnę darbo stažą ($p < 0,05$). Slaugytojos, kurių darbo stažas iki 30 m., daugiau dirba per pamainą virš 12 valandų, lyginant su slaugytojomis, turinčiomis didesnę darbo stažą ($p < 0,05$). Slaugytojos, turinčios nuo 11 iki 20 m. darbo stažą, daugiau dirba 6 iki 8 valandų, palyginus su slaugytojomis, kurių darbo stažas nuo 21 iki 30 metų (29,2 proc. ir 13,9 proc., $p = 0,04$) (žr. 24 pav.).

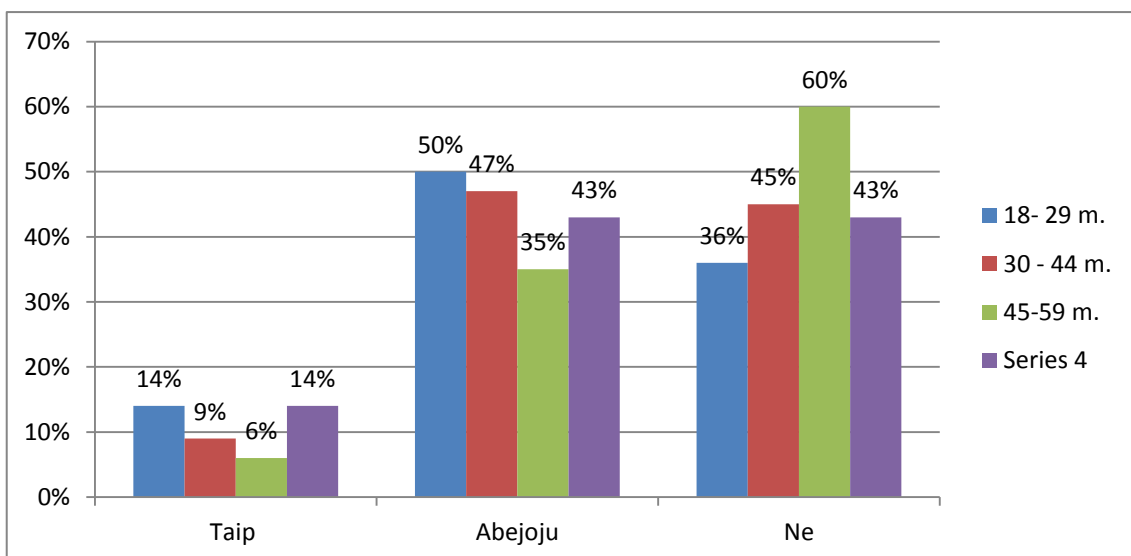


$(\chi^2=20,1,df=9,p=0,02) *p<0,05$

24 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal, tai kiek vidutiniškai trunka jų darbo diena (pamaina) priklausomai nuo darbo stažo. (proc.)

Kas antra slaugytoja kartais dirba viršvalandžius. 63,8 proc. 30-44 m. amžiaus slaugytojų kartais dirba viršvalandžius, pusė apklaustų 60 m. ir vyresnio vyresnio amžiaus slaugytojų niekada nedirba viršvalandžių. 63,9 proc. slaugytojų, turinčių nuo 21 iki 30 m. darbo stažą ir 60,4 proc. jų, kurių darbo stažas nuo 11 iki 20 m., kartais dirba viršvalandžius. Daugiau nei pusė apklaustų slaugytojų, turinčių daugiau kaip 30 m. darbo stažą, niekada nedirba viršvalandžių. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal amžiaus grupes ir darbo stažą nenustatyta ($p>0,05$).

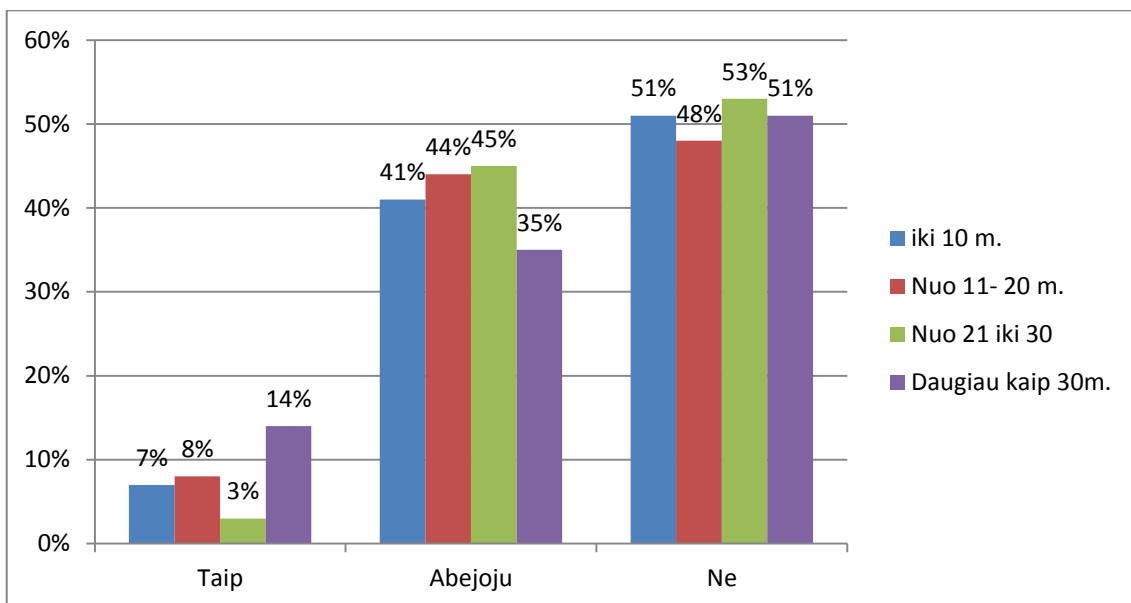
Slaugytojų buvo klausama ar jų gaunamas atlyginimas yra adekvatus atliktam darbui, daugiau nei pusė apklaustų slaugytojų teigė, kad atlyginimas yra neadekvatus (51,1 proc.). 40,7 proc. respondentų abejojo, kad atlyginimas yra adekvatus atliktam darbui. 59,3 proc. 45-59 m. slaugytojų teigė, kad atlyginimas yra neadekvatus atliktam darbui, pusė apklaustų 18 – 29 m. slaugytojų abejojo ar atlyginimas yra adekvatus. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal amžiaus grupes nenustatyta ($p>0,05$) (žr. 25 pav.)



$$(x^2=7,3,df=6,p=0,3)$$

25 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal, tai ar gaunamas atlyginimas yra adekvatus atliktam darbui priklausomai nuo amžiaus grupių (proc.)

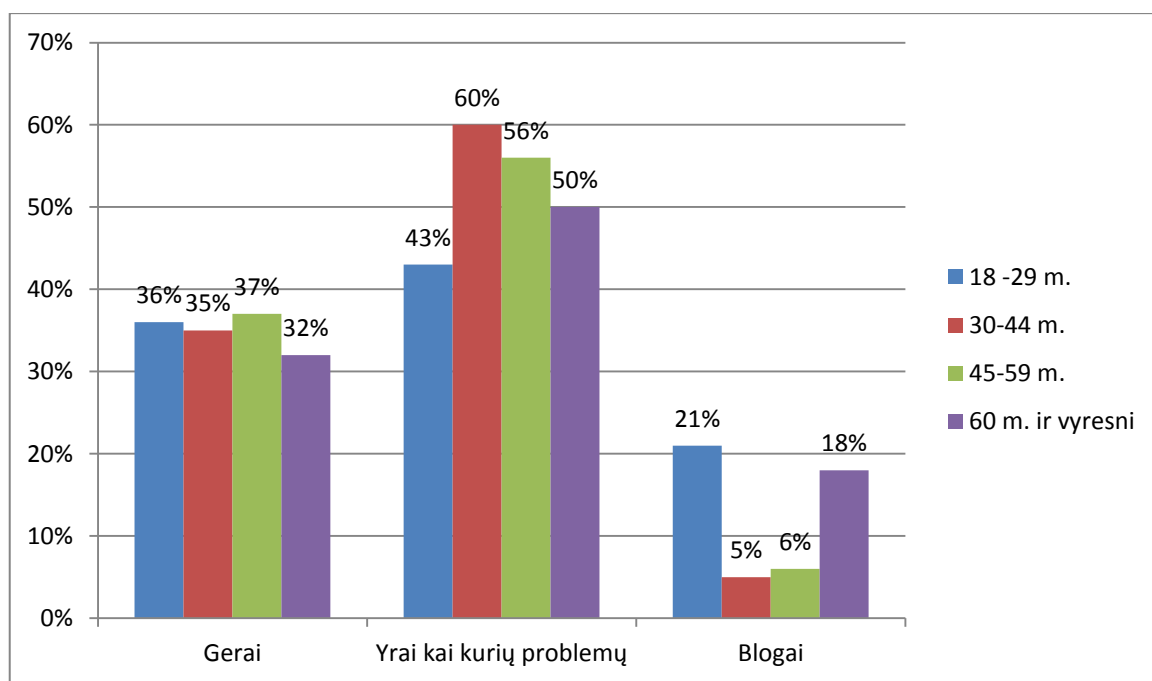
52,8 proc. slaugytojų, turinčių nuo 21 iki 30 m. darbo stažą, apie 51 proc. jų, turinčių iki 10 m. arba nuo 21 iki 30 m. darbo stažą, nurodė, kad atlyginimas yra neadekvatus atliktam darbui. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal darbo stažą nenustatyta ($p>0,05$) (žr.26 pav.).



26 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal tai, ar gaunamas atlyginimas yra adekvatus atliktam darbui priklausomai nuo dar stažo (proc.)

Psichosocialiniai rizikos veiksniai, susiję su darbuotojų tarpusavio santykiais ir/ar santykiais su darbdaviu

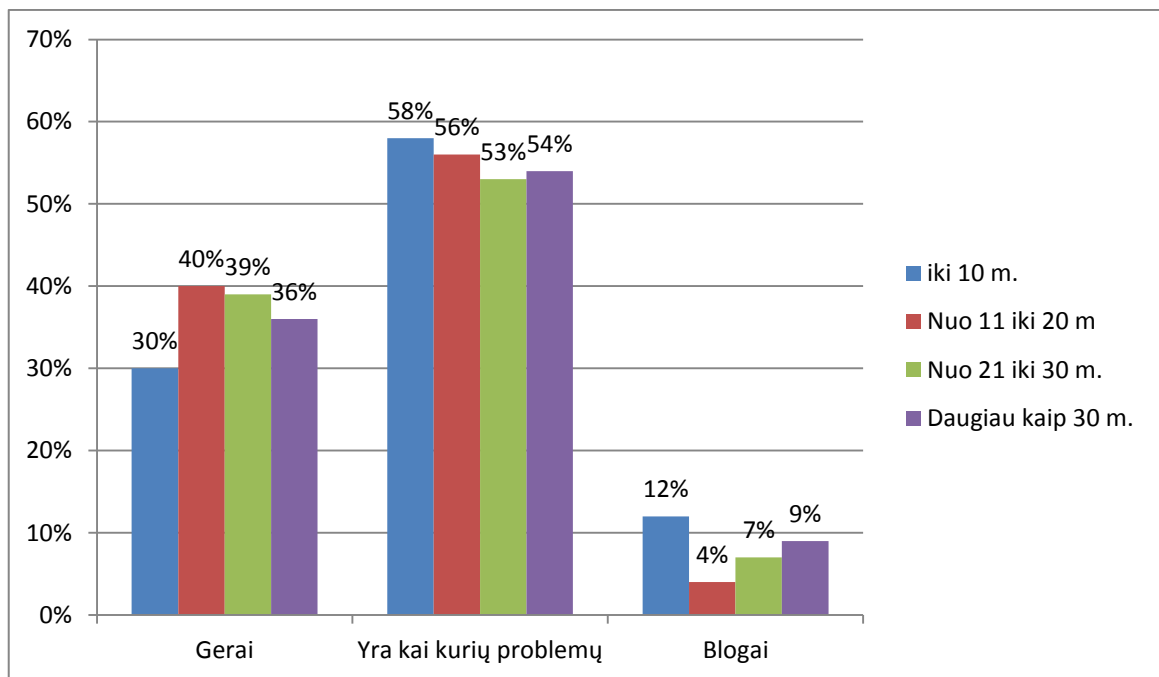
Slaugytojų buvo klausiama kaip vertina darbuotojų tarpusavio santykius darbe, kas antra slaugytoja teigė, kad yra kai kurių problemų santykiuose su darbuotojais. 8,2 proc. slaugytojų nurodė, kad santykiai yra blogi, kiek daugiau nei trečdalis teigė, kad geri santykiai (36,5 proc.). 60,3 proc. 30- 44 m. amžiaus slaugytojų teigė, kad yra kai kurių problemų santykiuose su kitais darbuotojais, kiek daugiau nei penktadalis 18 – 29 m. slaugytojų atsakė, kad santykiai su bendradarbiais blogi (21,4 proc.). Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal amžiaus grupes nenustatyta ($p>0,05$) (žr. 27 pav.).



$$(x^2=7,5,df=6,p=0,3)$$

27 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal tai kaip vertina darbuotojų tarpusavio santykius darbe priklausomai nuo amžiaus grupių (proc.)

58 proc. slaugytojų, turinčių iki 10 m. darbo stažą, ir 56,3 proc. jų, kurių darbo stažas nuo 11 iki 20 m., teigė, kad yra problemų santykiuose su kolegomis. 12 proc. slaugytojų, turinčių iki 10 m. darbo stažą, atsakė, kad santykiai su bendradarbiais yra blogi. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal darbo stažą nenustatyta ($p>0,05$) (žr. 28 pav.).



$$(x^2=3,0,df=6,p=0,8)$$

28 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal tai kaip vertina darbuotojų tarpusavio santykius darbe priklausomai nuo darbo stažo (proc.)

70,9 proc. slaugytojų atsakė, kad kartais pasitaiko darbe konfliktų tarp darbuotojų, kiek daugiau nei trečdalis teigė, kad kartais esama konfliktų su administracijos darbuotojais (34,3 proc.). Daugiau nei pusė apklaustų slaugytojų teigė, kad kartais pasitaiko konfliktų su pacientais (64,8 proc.). Trys ketvirtadaliai 30-44 m. slaugytojų ir 71,4 proc. 18-29 m. slaugytojų teigė, kad kartais pasitaiko konfliktų tarp darbuotojų. 40,9 proc. 60 m. ir vyresnio amžiaus slaugytojų atsakė, kad niekada nepasitaiko konfliktų su kitais darbuotojais. Kiek daugiau nei trys ketvirtadaliai 30-44 m. slaugytojų nurodė, kad nepasitaiko konfliktų su administracijos darbuotojais. 39,7 proc. 45 – 59 m. amžiaus slaugytojų teigė, kad kartais pasitaiko konfliktai su administracija. 76,2 proc. 60 m. ir vyresnio amžiaus slaugytojų nurodė, kad kartais pasitaiko konfliktų su pacientais, 14,3 proc. 18-29 m. slaugytojų teigė, kad dažnai būna konfliktų su pacientais. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal amžiaus grupes nenustatyta ($p>0,05$) (žr. 11 lent.).

11 lentelė. Slaugytojų pasiskirstymas pagal, tai ar pasitaiko konfliktų darbe priklausomai nuo amžiaus grupių (proc.)

Amžiaus grupės	18 – 29 m.	30 – 44 m.	45 – 59 m.	60 + m.	X^2, df, p
Atsakymai					

Su darbuotojais

Dažnai	7,1	0	4	0	
Kartais	71,4	75	70,2	59,1	$X^2=6,3, df, p=0,4$
Niekada	21,4	25	25,8	40,9	

Su administracija

Dažnai	0	1,8	0	4,5	
Kartais	35,7	21,8	39,7	31,8	$X^2=9,8, df=6, p=0,1$
Niekada	64,3	76,4	60,3	63,6	

Su pacientais

Dažnai	14,3	3,4	3,3	4,8	
Kartais	71,4	56,9	65,6	76,2	$X^2=8,4, df=6, p=0,2$
Niekada	14,3	39,7	31,1	19	

Trys ketvirtadaliai slaugytojų, turinčių nuo 21 iki 30 m. darbo stažą, teigė kad kartais pasitaiko konfliktų su darbuotojais. 33,3 proc. slaugytojų, kurių darbo stažas daugiau kaip 30 m., nurodė, kad neįvyksta konfliktai su darbuotojais. Daugiau nei 70 proc. slaugytojų, turinčių iki 10 m. arba nuo 11 iki 20 m. darbo stažą atsakė, kad kartais įvyksta konfliktai su administracijos darbuotojais. Apie 64 proc. slaugytojų, turinčių iki 10 m. arba nuo 11 iki 20 m. darbo stažą, nurodė, kad kartais pasitaiko konfliktų su pacientais. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal darbo stažą nenustatyta ($p>0,05$) (žr. 12 lent.).

12 lentelė. Slaugytojų pasiskirstymas pagal tai, ar pasitaiko konfliktų darbe priklausomai nuo darbo stažo (proc.)

Darbo stažas \ Atsaimai	Iki 10 m.	Nuo 11 iki 20 m.	Nuo 21 iki 30 m.	Daugiau kaip 30 m.	X^2, df, p
-------------------------	-----------	------------------	------------------	--------------------	--------------

Su darbuotojai

Dažnai	2	2,1	4,2	2,2	$X^2=2,8,$
Kartais	71,4	70,2	75	64,4	$df=6,$
Niekada	26,5	27,7	20,8	33,3	$P=0,8$

Su administracija

Dažnai	0	2,2	0	2,3	$X^2=6,9,$
Kartais	28,6	26,1	38,6	43,2	$df=6,$
Niekada	71,4	71,7	61,4	54,5	$p=0,3$

Su pacientais

Dažnai	8	0	4,3	2,2	$X^2=6,6,$
Karatis	64	64,6	60,9	7,3	$df=6,$
Niekada	28	35,4	34,8	24,4	$p=0,4$

Slaugytojų buvo klausiama ar jaučia socialinę paramą, 38,1 proc. jų atsakė, kad nejaučia paramos iš bendradarbių, 35,3 proc. atsakė, kad kartais. Daugiau nei pusė apklaustų slaugytojų teigė, kad nejaučia socialinės paramos iš administracijos (56 proc.), ketvirtadalis jų nurodė, kad tik kartais jaučia.

Pusė apklaustų 60 m. ir vyresnio amžiaus slaugytojų teigė, kad nejaučia socialinės paramos iš kolegų. 39,2 proc. 45-59 m. amžiaus slaugytojų nurodė, kad kartais jaučia paramą iš kitų darbuotojų, 33,3 proc. 30-44 m. slaugytojų jaučia paramą iš bendradarbių. 59,7 proc. 45-59 m. slaugytojų teigė, kad nejaučia paramos iš administracijos. Tiek 18 – 29 m., tiek 60 m. ir vyresnio amžiaus slaugytojų

vienodai atsakė, kad kartais jaučia paramą iš administracijos darbuotojų. 64,3 proc. 18 -29 m. slaugytojų nejaučia paramos iš vadovo, 42,9 proc. 60 m. ir vyresnio amžiaus slaugytojų – kartais. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal amžiaus grupes nenustatyta ($p>0,05$) (žr. 13 lent.).

13 lentelė. Slaugytojų pasiskirstymas pagal, tai ar jaučia socialinę paramą priklausomai nuo amžiaus grupių (proc.)

Amžiaus grupės Atsakymai	18 – 29 m.	30-44 m.	45 – 59 m.	60 + m.	X^2, df, p
-----------------------------	------------	----------	------------	---------	--------------

Iš darbuotojų

Jaučiu	28,6	33,3	20,8	27,3	$X^2=5,6,$
Kartais	28,6	35,2	39,2	22,7	$d=6,$
Nejaučiu	42,9	31,5	40	50	$P=0,5$

Iš administracijos

Jaučiu	21,4	15,8	16	23,8	$X^2=1,8,$
Kartais	28,6	28,1	24,4	28,6	$d=6,$
Nejaučiu	50	56,1	59,7	47,6	$p=0,9$

Iš įstaigos vadovo

Jaučiu	7,1	10,5	9,3	19	$X^2=4,7,$
Kartais	28,6	28,1	29,7	42,9	$df=6,$
Nejaučiu	64,3	61,4	61	38,1	$p=0,6$

51,2 proc. slaugytojų, turinčių daugiau kaip 30 m. darbo stažą, nejaučia socialinės paramos iš darbuotojų, 45,7 proc. jų, kurių darbo stažas nuo 21 iki 30 m., kartais jaučia paramą iš bendradarbių. 59,5 proc. slaugytojų, kurių darbo stažas daugiau kaip 30 m., ir 57,1 proc. jų, turinčių iki 10 m. darbo stažą, kartais jaučia paramą iš administracinės darbuotojų. 68,8 proc. slaugytojų, turinčių iki 10 m. darbo stažą nejaučia paramos iš vadovo, 41,9 proc. slaugytojų, turinčių daugiau kaip 30 m. darbo stažą, kartais jaučia paramą iš įstaigos vadovo. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal darbo stažą nenustatyta ($p>0,05$) (žr. 14 lent.).

14 lentelė. Slaugytojų pasiskirstymas pagal tai, ar jaučia socialinę paramą priklausomai nuo darbo stažo (proc.)

Darbo stažas Atsakymai	Iki 10 m.	Nuo 11 – 20m	Nuo 21-30m.	+30 ir daugiau m.	X^2, df, p
---------------------------	-----------	--------------	-------------	-------------------	--------------

Iš darbuotojų

Jaučiu	31,3	34	21,4	20,9	$X^2=8,9,$
Kartais	29,2	34	45,7	27,9	$df=6,$
Nejaučiu	39,6	31,9	32,9	51,2	$p=0,2$

Iš administracijos

Jaučiu	20,4	22,4	17,4	14,3	$X^2=1,5,$
Kartais	22,4	24,5	27,5	26,2	$df=6,$
Nejaučiu	57,1	53,1	55,1	59,5	$p=0,96$

Iš įstaigos vadovo

Jaučiu	10,4	20,4	8,8	4,7	$X^2=10,9,$
Kartais	20,8	26,5	33,8	41,9	$df=6,$
Nejaučiu	68,8	53,1	57,4	53,5	$p=0,1$

2.2.2 Slaugytojų nuomonės pasiskirstymas apie psichosocialinės rizikos valdymą sveikatos priežiūros įstaigoje

Slaugytojų buvo klausiama kaip jos vertina psichosocialinių darbo veiksmų valdymą sveikatos priežiūros įstaigoje, kas antra slaugytoja darbo aplinkos sąlygų valdymą vertina vidutiniškai (45,7 proc.), 40,7 proc. jų vertina gerai. Daugiausia apklaustų slaugytojų darbo reikalavimų valdymą vertina gerai (49,3 proc.), 41,6 proc. jų vertina vidutiniškai. Pusė apklaustų slaugytojų darbo organizavimą vertina gerai (50,5 proc.), 39,2 proc. vertina vidutiniškai. 47 proc. slaugytojų darbdavių ir darbuotojų santykių valdymą vertina gerai, 41,5 proc. jų vertina vidutiniškai. Pusė apklaustų 18-29 m. amžiaus slaugytojų darbo aplinkos sąlygų valdymą vertina labai gerai arba gerai, 52,4 proc. 60 m. ir vyresnio amžiaus slaugytojų – vidutiniškai, 14,3 proc. jų – blogai arba labai blogai. Pusė 18-29 m. ir 44,4 proc. 45-59 m. slaugytojų darbo reikalavimų valdymą vertina vidutiniškai. Kiek daugiau nei trys ketvirtadaliai 60 m. ir vyresnio amžiaus slaugytojų vertina vidutiniškai. 45,1 proc. 45-59 m. slaugytojų darbdavių ir darbuotojų santykius vertina vidutiniškai. 45,1 proc. 45-59 m. slaugytojų darbdavių ir darbuotojų santykius vertina vidutiniškai, 7,1 proc. 18-29 m. slaugytojų vertina blogai arba labai blogai. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal amžiaus grupes nenustatyta ($p > 0,05$) (žr. 15 lent.).

15 lentelė. Slaugytojų pasiskirstymas pagal, tai kaip vertina psichosocialinių darbo veiksmų valdymą įstaigoje priklausomai nuo amžiaus grupių (proc.)

Amžiaus grupės Atsakymai	18 – 29 m.	30 – 44 m.	45 – 59 m.	60 + m.	X^2, df, p
Darbo aplinkos sąlygos					
Labai gerai / gerai	50	59,6	43,5	33,3	
Vidutiniškai	42,9	38,6	49,2	52,4	$X^2=8,3, df=6, p=0,2$
Blogai/labai blogai	7,1	1,8	7,3	14,3	
Darbo reikalavimai					
Labai gerai/gerai	42,9	56,1	50,8	57,1	
Vidutiniškai	50	36,8	44,4	42,9	$X^2=2,9, df=6, p=0,8$
Blogai/labai blogai	7,1	7	4,8	0	
Darbo organizavimas					
Labai gerai/gerai	50	53,4	51,6	76,2	
Vidutiniškai	42,9	41,4	42,7	19	$X^2=4,7, df=6, p=0,6$
Blogai/labai blogai	7,1	5,2	5,6	4,8	

15 lentelės tęsinys

Darbdavių ir darbuotojų santykiai

Labai gerai/gerai	57,1	61,8	49,2	52,4	
Vidutiniškai	35,7	36,4	45,1	42,9	$X^2=3,4$ $df=6$, $p=0,8$
Blogai/labai blogai	7,1	1,8	5,7	4,8	

Pusė apklaustų slaugytojų, turinčių daugiau kaip 30 m. darbo stažą, teigė, kad darbo aplinkos sąlygų valdymą vertina vidutiniškai (51,2 proc.) Pusė apklaustų slaugytojų, kurių darbo stažas daugiau kaip 30 m ir 43,1 proc. jų, turinčių nuo 21 iki 30 m. darbo stažą, darbo reikalavimų valdymą vertina vidutiniškai. 12 proc. slaugytojų, kurių darbo stažas iki 10 m., darbo reikalavimų valdymą vertina blogai arba labai blogai. 44,4 proc. slaugytojų, kurių darbo stažas nuo 21 iki 30 m., ir 42,9 proc. jų, turinčių nuo 11 iki 20 m. darbo stažą, darbo organizavimą vertina vidutiniškai. Slaugytojų, turinčių nuo 21 iki 30 m. darbo stažą, mažesnė dalis darbdavių ir darbuotojų santykius vertina gerai arba labai gerai, palyginus su slaugytojomis, turinčiomis mažesnę darbo stažą ($p>0,05$). Daugiau slaugytojų, kurių darbo stažas nuo 21 iki 30m., darbdavių ir darbuotojų santykius vertina vidutiniškai, nei slaugytojos turinčios mažesnę arba didesnę darbo stažą ($p<0,05$) (žr. 16 lent.).

16 lentelė. Slaugytojų pasiskirstymas pagal tai, kaip vertina psichosocialinių darbo veiksmų valdymą įstaigoje priklausomai nuo darbo stažo (proc.)

Darbo stažas	Iki 10 m.	Nuo 11 iki 20m.	Nuo 21 iki 30m.	Daugiau kaip 30 m.	X^2, df, p
Atsakymai					

Darbo aplinkos sąlygos

Labai gerai/gerai	47,1	60,4	45,8	39,5	$X^2=7,$
Vidutiniškai	45,1	39,6	47,2	51,2	$df=6,$
Blogai/labai blogai	7,8	0	6,9	9,3	$p=0,3$

Darbo reikalavimai

Labai gerai/gerai	52	60,4	52,8	47,7	$X^2=8,4,$
Vidutiniškai	36	37,5	43,1	50	$df=6,$
Blogai/labai blogai	12	2,1	4,2	2,3	$p=0,2$

16 lentelės tęsinys

Darbo organizavimas

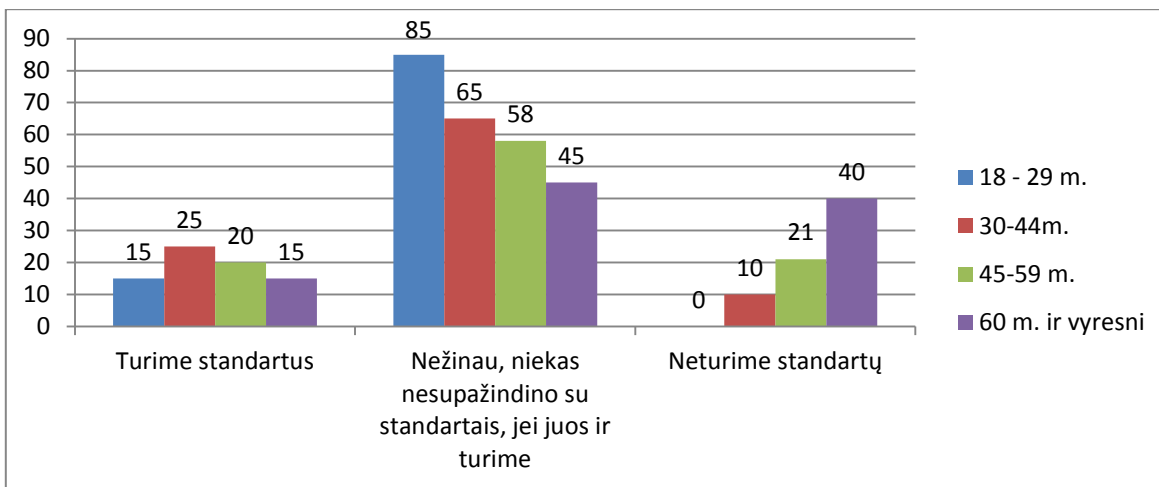
Labai gerai/gerai	52,9	51	50	67,4	$X^2=3,9$,
Vidutiniškai	41,2	42,9	44,4	27,9	$df=6$,
Blogai/labai blogai	5,9	6,1	5,6	4,7	$p=0,7$

Darbdavių ir darbuotojų santykiai

Labai gerai/gerai	66,7*	60,4*	40*	58,1	$X^2=15,5$,
Vidutiniškai	27,5*	37,5*	57,1*	32,6*	$df=6$,
Blogai/labai blogai	5,9	2,1	2,9	9,3	$p=0,02$

* $p<0,005$

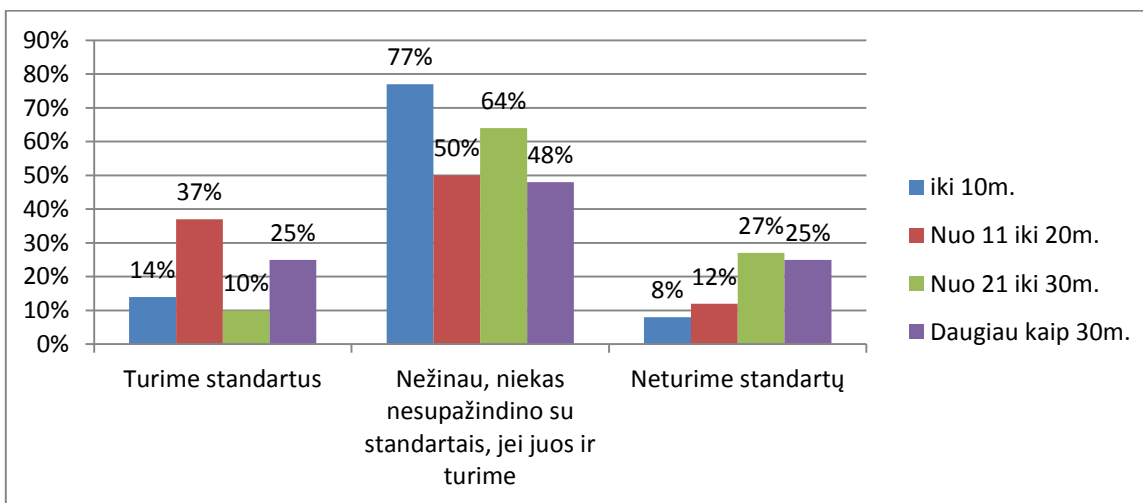
Slaugytojų buvo klausama ar įstaigoje yra standartai psichosocialiniams darbo veiksniais tirti, kas antra slaugytoja teigė, kad nežino, niekas nesupažindino su standartais, jei juos įstaiga ir turi (60,6 proc.). 18-29 m. slaugytojų buvo daugiau, kurios nežinojo arba jų niekas nesupažindino su standartais, palyginus su 60 m. ir vyresnio amžiaus slaugytojomis (84,6 proc. ir 45 proc., $p=0,03$). 60 m. ir vyresnio amžiaus slaugytojų buvo daugiau, kurios teigė, kad įstaiga neturi standartų, palyginus su slaugytojomis, kurių amžius yra nuo 18 m. iki 29 m. arba nuo 30 m. iki 44 metų ($p=0,001$ ir $p=0,005$) (žr. 29 pav.).



($\chi^2=12,8$, $df=6$, $p=0,05$) * $p<0,05$

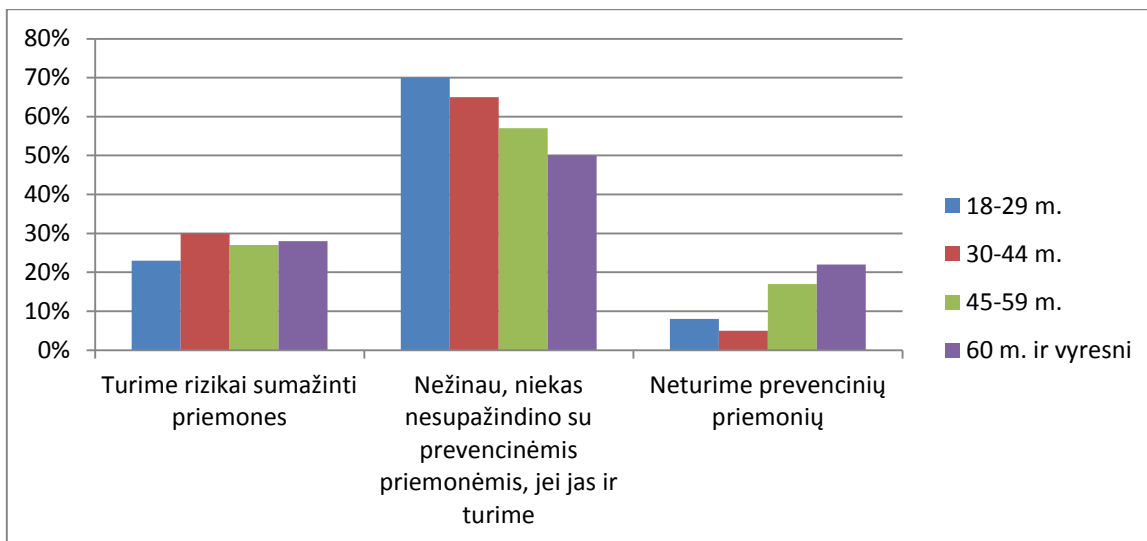
29 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal, tai ar įstaigoje yra įdiegti standartai psichosocialiniams rizikos veiksniams tirti priklausomai nuo amžiaus grupių (proc.)

Daugiau slaugytojų, kurių darbo stažas iki 10 m., teigė, kad nežino, niekas nesupažindino su standartais, jei ligoninė tokius ir turi, palyginus su slaugytojomis, kurių darbo stažas nuo 21 iki 330 m. arba daugiau kaip 30 metų ($p=0,006$). Daugiau slaugytojų, kurių darbo stažas nuo 21 iki 30 m. arba daugiau kaip 30 m., nurodė, kad įstaiga neturi standartų, paluginus su slaugytojomis kurių darbo stažas iki 10 metų ($p=0,01$ ir $p=0,03$) (žr. 30 pav.).



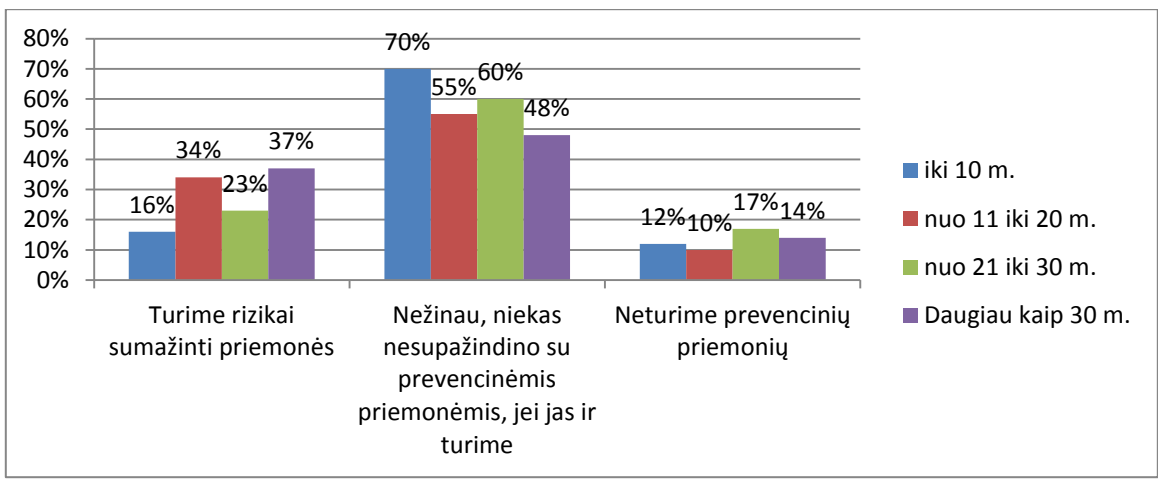
30 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal, tai ar įstaigoje yra įdiegti standartai psichosocialiniams rizikos veiksniams tirti priklausomai nuo darbo stažo (proc.)

59 proc. slaugytojų nurodė, kad nežino, niekas nesupažindino su psichosocialinės rizikos mažinimo ir/ar šalinimo prevencinėmis priemonėmis, jei jas įstaiga ir turi. Beveik trečdalis respondentų teigė, kad įstaiga turi rizikai sumažinti priemones (27,2 proc.). 69,2 proc. 18 – 29 m. ir 64,3 proc. 30-44 m. amžiaus slaugytojų teigė, kad nežino, niekas nesupažindino su prevencinėmis priemonėmis psichosocialinei rizikai mažinti ir/ar šalinti. 22,2 proc. 60 m. ir vyresnio amžiaus slaugytojų teigė, kad ligoninė neturi prevencinių priemonių. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal amžiaus grupes nenustatyta ($p > 0,05$) (žr. 31 pav.)



($\chi^2=6, df=6, p=0,4$)

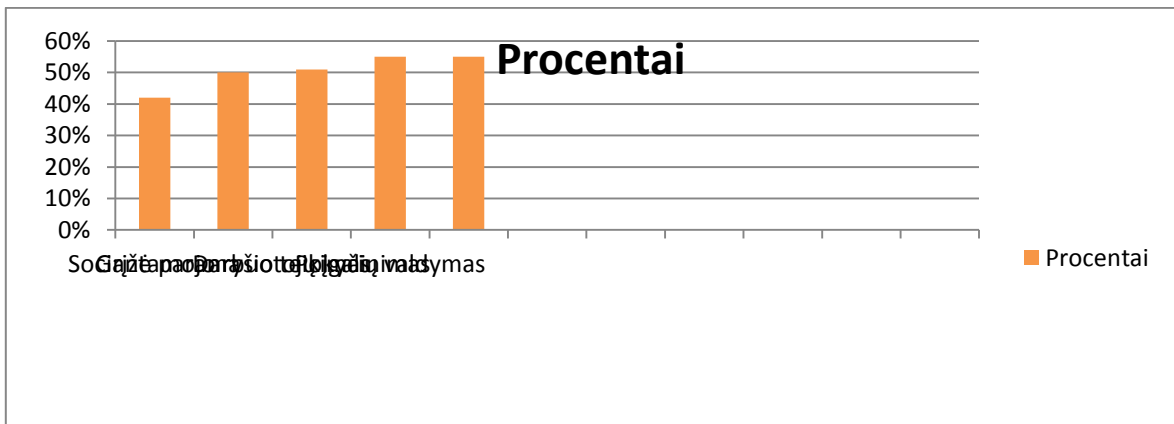
31 pav. Slaugytojų, turinčių iki 10 m. darbo stažą, nurodė, kad niekas nesupažindino su psichosocialinės rizikos mažinimo ir/ar šalinimo prevencinėmis priemonėmis, 16,9 proc. jų, kurių darbo stažas nuo 21 iki 30 m., teigė kad nėra ligoninėje numatytų prevencinių priemonių. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal darbo stažą nenustatyta ($p > 0,05$) (žr. 32 pav.).



($\chi^2=7,3$, $df=6$, $p=0,3$)

32 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal, tai ar įstaigoje yra nustatytos psichosocialinės rizikos mažinimo ir/ar šalinimo prevencinės priemonės priklausomai nuo darbo stažo (proc.)

Slaugytojų buvo klausiama kokios psichosocialinės rizikos priemonės naudojamos sveikatos priežiūros įstaigoje, 78,8 proc. jų nurodė – nuolatinį mokymasi ir tobulinimasi, antroje vietoje – komandinį darbą (76,7 proc.), trečioje vietoje – gerų tarpasmeninių santykių darbe ugdymą (69,1 proc.). Socialinės paramos teikimas mažiausiai naudojama priemonė psichosocialinei rizikai mažinti (42 proc.) (žr. 33 pav.)



33 pav. Slaugytoj

Apie 59 proc. 30-44 m. ir 45 -59 m. amžiaus slaugytojų nurodė, kad ligoninėje naudojama psichosocialinės rizikos mažinimo priemonė – tai galimybė kontroliuoti savo darbą. 65,4 proc. 30-44 m. amžiaus slaugytojų teigė, kad naudojama priemonė – tai optimalūs/adekvatūs darbo reikalavimai, 54,3 proc. jų – darbuotojų įgalinimas. 58,3 proc. 18-29 m. slaugytojos atsakė, kad naudojama priemonė darbe yra organizacinis teisingumas, 70,5 proc. 45-59 m. amžiaus slaugytojų nurodė, kad ugdomi geri tarpasmeniniai santykiai. 80,8 proc. 30-44 m. slaugytojų atsakė – tinkama informacija ir komunikacija. Pusė apklaustų 60 m. ir vyresnio amžiaus slaugytojų teigė, kad naudojama psichosocialinės rizikos mažinimo priemonė yra socialinės paramos teikimas, 54,9 proc. 30-44 m. slaugytojų nurodė grįžtamojo ryšio teikimą. 82,7 proc. 30-44 m. slaugytojų teigė, kad naudojama priemonė – nuolatinis mokymasis ir tobulinimasis, 64,2 proc. jų – darbo ir asmeninio gyvenimo suderinamumas, 60,8 proc. jų – pokyčių valdymas. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal amžiaus grupes nenustatyta ($p>0,05$) (žr. 17 lent.)

17 lentelė. Slaugytojų pasiskirstymas pagal tai, kokios psichosocialinės rizikos mažinimo priemonės naudojamos priklausomai nuo amžiaus grupių (proc.)

Amžiaus grupės	18 -29m.	30-44m.	45-59m.	60 + m.	X^2, df, p
Atsakymai					
Galimybė kontroliuoti savo darbą	42,6	58,5	58,5	57,1	$X^2=1, df=6, p=0,8$
Optimalūs/adekvatūs darbo reikalavimai	50	65,4	57,8	46,2	$X^2=2,2, df=3, p=0,5$
Darbuotojų įgalinimas	41,7	54,3	52,4	46,2	$X^2=1, df=3, p=0,9$
Organizacinis teisingumas	58,3	56	52,9	57,1	$X^2=0,2, df=3, p=0,97$
Gerai tarpasmeniniai santykiai	69,2	68,5	70,5	60	$X^2=1, df=3, p=0,9$
Komandinis darbas	69,2	80,8	79,2	60	$X^2=3,6, df=3, p=0,3$
Tinkama informacija ir komunikacija	53,8	67,9	73,1	61,5	$X^2=2,5, df=3, p=0,5$
Socialinė parama	38,5	41,2	41,6	50	$X^2=0,4, df=3, p=0,3$
Grįžtamojo ryšio teikimas	53,8	54,9	46,4	50	$X^2=1, df=3, p=0,8$
Nuolatinis mokymasis ir tobulinimasis	69,2	82,7	76,8	86,7	$X^2=1,96, df=3, p=0,6$
Darbo ir asmeninio gyvenimo derinimas	41,7	64,2	56	53,8	$X^2=2,3, df=3, p=0,5$
Pokyčių valdymas	50	60,8	52,9	46,2	$X^2=1,4, df=3, p=0,7$

72,7 proc. slaugytojų, turinčių daugiau kaip 30 m. darbo stažą, teigė, kad darbe naudojama psichosocialinės rizikos mažinimo priemonė yra galimybė kontroliuoti savo darbą, 64,5 proc. jų nurodė optimalius/adekvačius darbo reikalavimus, 60, 7 proc. jų – darbuotojų įgalinimą, 69 proc. jų – organizacinį teisingumą, 78,1 proc. jų – gerus tarpasmeninius santykius, 80,6 proc. jų – komandinį darbą, 76,7 proc. jų – tinkamą informaciją ir komunikaciją. Daugiau nei pusė apklaustų slaugytojų, kurių darbo stažas nuo 11 iki 20 m., teigė, kad naudojama priemonė – tai grįžtamojo ryšio teikimas (55,8 proc.) 80,6 proc. slaugytojų, turinčių daugiau kaip 30. Darbo stažą, nurodė, kad naudojama priemonė psichosocialinei rizikai mažinti yra nuolatinis mokymasis ir tobulinimasis, 62,1 proc. jų – darbo ir asmeninio gyvenimo derinimas, 60,7 proc. jų – pokyčių valdymas. Daugiau slaugytojų, kurių darbo stažas nuo 21 iki 30 m., teigė, kad naudojama priemonė rizikai mažinti socialinės paramos teikimas, palyginus su slaugytojomis, turinčiomis iki 10 m. arba daugiau kaip 30 m. darbo stažą ($p=0,01$ ir $p=0,05$) (žr. 18 lent.)

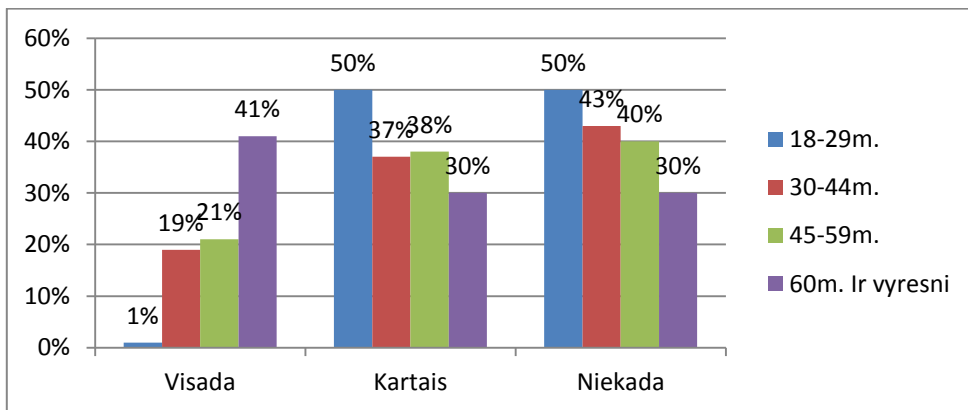
18 lentelė. Slaugytojų pasiskirstymas pagal, tai kokios psichosocialinės rizikos mažinimo priemonės naudojamos priklausomai nuo darbo stažo (proc.)

Darbo stažas \ Atsakymai	Iki 10 m.	11-20m	21-30m	+30m.	X ² ,df,p
Galimybė kontroliuoti savo darbą	47,7	54,3	60	72,7	X ² =5,2,df=3,p=0,2
Optimalūs/adekvatūs darbo reiklavimai	54,8	62,2	56	64,5	X ² =1,1,df=3,p=0,8
Darbuotojų įgalinimas	44,4	52,4	51	60,7	X ² =1,7,df=3,p=0,3
Organizacinis teisingumas	47,4	50	56,9	69	X ² =3,7,df=3,p=0,3
Geri tarpasmeniniai santykiai	65,1	64,4	68,4	78,1	X ² =1,9,df=3,p=0,6
Komandinis darbas	80	71,7	77,8	80,6	X ² =1,2,df=3,p=0,5
Tinkama informacija ir komunikacija	65,9	62,2	74,1	76,7	X ² =2,6,df=3,p=0,5
Socialinė parama	31*	40	58*	34,5*	X ² =8,1,df=3,p=0,04
Grįžtamojo ryšio teikimas	43,9	55,8	51,9	48,1	X ² =1,3,df=3,p=0,7
Nuolatinis mokymasis ir tobulinimasis	80	77,8	79,6	80,6	X ² =0,1,df=3,p=0,99
Darbo ir asmeninio gyvenimo derinimas	57,1	54,3	56,6	62,1	X ² =0,4,df=3,p=0,9

Pokyčių valdymas	54,8	53,3	51	60,7	$X^2=0,7, df=3, p=0,9$
------------------	------	------	----	------	------------------------

* $p < 0,05$

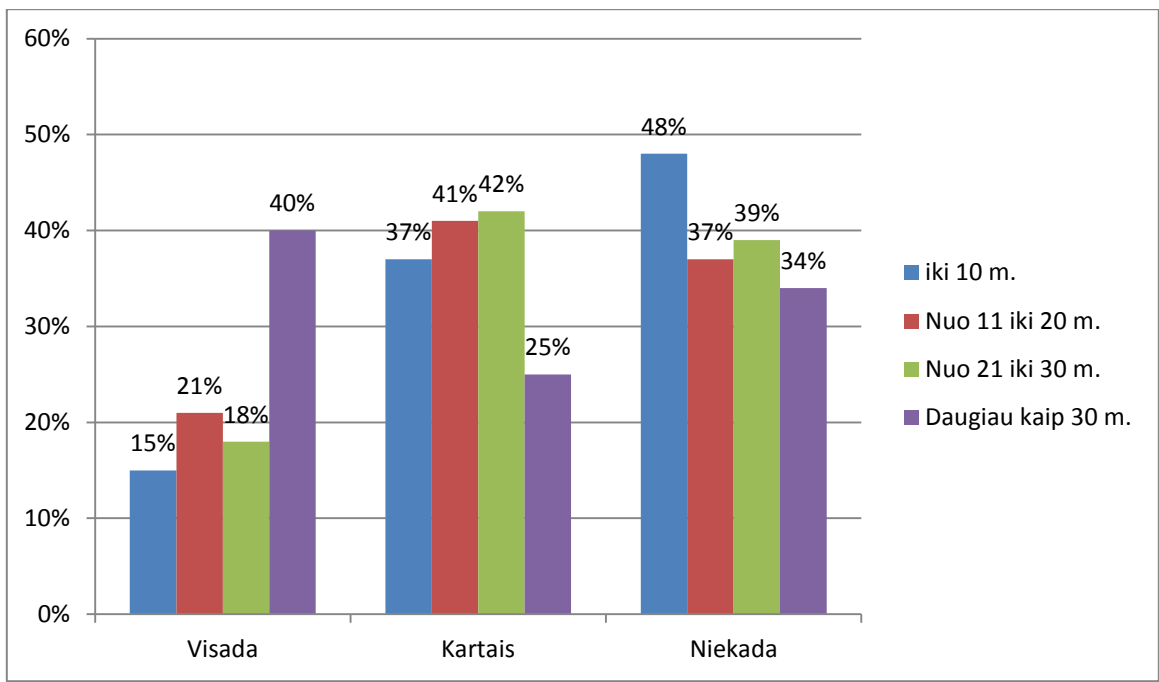
40,3 proc. slaugytojų teigė, kad nėra supažindinamos su psichosocialinės rizikos veiksnių vertinimo duomenimis, bei priemonių planu psichosocialinei rizikai mažinti ir/ar šalinti. 37,6 proc. respondentų nurodė, kad kartais yra supažindinamos. Pusė apklaustų 18 – 29 m. amžiaus slaugytojų teigė, kad kartais yra supažindinamos su psichosocialinių rizikos veiksnių vertinimo duomenimis ir priemonių planu, tiek pat jų teigė, kad niekada. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal amžiaus grupes nenustatyta ($p > 0,05$) (žr. 34 pav.).



($x^2=7,6, df=6, p=0,3$)

34 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal, tai ar supažindinami darbuotojai su psichosocialinių rizikos veiksnių vertinimo duomenimis ir priemonių planu priklausomai nuo amžiaus grupių (proc.)

41,3 proc. slaugytojų, turinčių nuo 11 iki 20 m. darbo stažą ir 42,9 proc. slaugytojų, kurių darbo stažas yra nuo 21 iki 30 m., teigė, kad kartais yra supažindinamos su psichosocialinių rizikos veiksnių vertinimo duomenimis ir priemonių planu, 47,8 proc. jų, kurių darbo stažas iki 10 m., nurodė, kad yra nesupažindinamos. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal darbo stažą nenustatyta ($p > 0,05$) (žr. 35 pav.).



35 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal, tai ar supažindinami darbuotojai su psichosocialinių rizikos veiksnių vertinimo duomenimis ir priemonių planu priklausomai nuo darbo stažo (proc.)

2.2.3 Psichosocialinių darbo rizikos veiksnių ir darbo aplinkos valdymo prevencinių priemonių sąsajos.

Psichosocialinės rizikos mažinimo premonės – darbo kontroliavimo galimybės (OR=7,1), tarpasmeninių santykių darbe ugdymas (OR=3,9), socialinės paramos (OR=4,3) ir grįžtamojo ryšio (OR=5,2) teikimas, darbo ir asmeninio gyvenimo suderinamumas (OR=4,4), pokyčių valdymas (OR=16,2) didina šansus slaugytojoms išeiti tiek kiek reikia trumpam į pertraukas ir pailsėti darbe (žr. 19 lent.)

Optimalūs darbo reikalavimai 3,2 karto, organizacinis teisingumas 1,7 karto, darbuotojų įgalinimas 4 kartus, socialinė parama 6,3 karto, grįžtamojo ryšio teikimas 5,6 karto, darbo ir asmeninio gyvenimo derinimas 4,7 karto, pokyčių valymas 16,2 karto didina šansus slaugytojoms visada pačioms reguliuoti savo darbo tempą. Socialinės paramos teikimas 4,6 karto didina šansus slaugytojoms gauti adekvatų darbo atlyginimą (žr. 19 lent.)

Psichosocialinės darbo aplinkos valdymo prevencinės priemonės – darbo kontroliavimo galimybės (OR=3,9 karto) ir tarpasmeninių santykių ugdymas (9,9 karto) didina šansus, jog slaugytojos gerai vertins darbuotojų tarpusavio santykius. Darbuotojų įgalinimas 3,8 karto ir grįžtamumo ryšio teikimas 4,4 karto didina šansus, jog slaugytojos gaus socialinę paramą iš įstaigos vadovo. Tinkama informacija ir komunikacija, pokyčių valdymas 3,2 karto, grįžtamojo ryšio teikimas 8,9 karto didina šansus gauti socialinę paramą iš administracijos. Grįžtamojo ryšio teikimas 4 kartus ir pokyčių valdymas 4,6 karto didina šansus gauti socialinę paramą iš kitų įstaigos darbuotojų (žr. 19 lent.).

19 lentelė. Psichosocialinės darbo aplinkos valdymo prevencinės priemonės ir psichosocialinių darbo rizikos veiksnių sąsajos.

Psichosocialiniai darbo rizikos veiksniai	B koeficientas	OR	95 proc. PI	p
	Psichosocialinės rizikos mažinimo priemonės			
	Darbo kontroliavimo galimybės			
	1,966	7,143	2,131-23,947	0,001
	Tarpasmeninių santykių darbe ugdymas			
	1,358	3,889	1,153-13,114	0,029
	Socialinė parama			
	1,447	4,25	1,432 – 12,618	0,009
	Grįžtamojo ryšio teikimas			
	1,642	5,167	1,669-15,990	0,004
	Darbo ir asmeninio gyvenimo derinimas			
	1,475	4,371	1,386-13,788	0,012
	Pokyčių valdymas			
	2,785	16,206	3,354-78,304	0,001
	Optimalūs/adekvatūs darbo reikalavimai			
	1,179	3,25	1,076-9,815	0,037
	Organizacinis teisingumas			
	1,735	1,735	1,735	1,735
	Darbuotojų įgalinimas			
	1,396	4,04	1,370-11,916	0,011
	Socialinė parama			
	1,838	6,286	2,098-18,828	0,001
	Grįžtamojo ryšio teikimas			
	1,718	5,571	1,838-16,890	0,002
	Darbo ir asmeninio gyvenimo derinimas			
	1,155	4,747	1,586-14,369	0,005
	Pokyčių valdymas			
	1,558	4,747	1,568-14,369	0,006
Adekvatus atliktam darbui gaunamas atlyginimas	Socialinė parama			
		4,617	1,398-15,249	0,012
	Darbo kontroliavimo galimybės			
	1,372	3,943	1,177-13,208	0,026
	Tarpasmeninių santykių darbe ugdymas			
	2,286	9,833	2,705-35,745	0,001
	Darbuotojų įgalinimas			
	1,322	3,75	1,144-12,287	0,029
	Grįžtamojo ryšio teikimas			
	1,486	4,421	1,345-14,531	0,014
	Tinkama informacija ir komunikacija			
	1,155	3,173	1,121-8,982	0,03
	Pokyčių valdymas			
	1,143	3,173	1,258-7,824	0,014
	Grįžtamojo ryšio teikimas			
	2,183	8,871	3,085-25,510	<0,001
	Grįžtamojo ryšio teikimas			

Socialinė parama iš darbuotojų	1,383	3,986	1,727-9,198	0,001
	Pokyčių valdymas			
	1,527	4,606	1,976-10,735	<0,001

Kontrolinė grupė: slaugytojos, kurios teigė, kad šios priemonės nėra naudojamos

2.2.4 Psichosocialinės darbo aplinkos valdymo modelis

Remiantis VŠĮ „Klaipėdos jūrininkų ligoninėje“ atliktu tyrimu tarp slaugytojų, mažiau nei pusė jų psichosocialinių darbo rizikos veiksnių valdymą vertina vidutiniškai. Daugiau nei pusė apklaustų slaugytojų teigė, kad niekas nesupažindino su psichosocialinės rizikos mažinimo ir/ar šalinimo prevencinėmis priemonėmis, standartais psichosocialiniams darbo rizikos veiksniams tirti. Psichosocialiniai darbo rizikos veiksniai gali būti susiję su darbo aplinkos sąlygomis, darbo reikalavimais, darbo turiniu ir/ar organizavimu, tarpusavio darbuotojų ir darbdavių santykiais. Psichosocialinė rizika darbe sukelia neigiamas pasekmes darbuotojų sveikatai – stresą, nerimą, depresiją ir kitus simptomus. Siekiant sumažinti ar pašalinti psichosocialinę riziką darbe, reikia sėkmingai atlikti psichosocialinių darbo rizikos veiksnių valdymą, kuris turi būti ne vienkartinis, o tęstinis ir pasikartojantis procesas. Remiantis tyrimo rezultatais, galima teigti, jog psichosocialinė rizika darbe nėra tinkamai valdoma, todėl buvo sukurtas modelis psichosocialinės darbo aplinkos valdymui (žr. 36 pav.)

Psichosocialinės darbo aplinkos valdymo modelis buvo sukurtas remiantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2005 m. rugpjūčio 24 d. Įsakymo Nr. V-669/A1-241 „Dėl Psichosocialinės rizikos veiksnių tyrimo metodinių nurodymų patvirtinimo“ nuostatais, rizikos valdymo proceso modeliu (Kuodytė ir kt., 2014, 6 p.; HealthWISE Action Manual, 2014, 35 p.) ir standartais psichosocialinės rizikos vertinimui ir streso darbe valdymui (Streso darbe valdymo standartai, 2017, p. 4-5; Streso darbe valdymo standartų diegimo vadovas, 2016, p. 1-6).

Siekiant kurti palankią ir pozityvią darbo aplinką organizaciniu lygmeniu pagal sukurtą modelį, psichosocialinės rizikos veiksnių valdymo procesas susideda iš šešių etapų:

1. *psichosocialinės rizikos valdymo standartų supratimas* – tai įstaigos darbuotojų supažindinimas su psichosocialinės darbo aplinkos sritimis ir kaip bus pritaikomi standartai psichosocialinės rizikos ir streso darbe valdymui;
2. *duomenų rinkimas*, kuris susideda iš psichosocialinės rizikos veiksnių identifikavimo ir pajovų darbuotojų sveikatai įvertinimo. Psichosocialinės darbo rizikos veiksniai gali būti

nustatomi reminatis įvairiais šaltiniais: streso darbe klausimynas, darbuotojų kaitos, dėl ligos praleistų darbo dienų duomenimis ir kt. Siekiama išsiaiškinti ar egzistuoja streso darbe problema;

3. *darbuotojų supažindinimas su psichosocialinės rizikos veiksnių vertinimo duomenimis ir sprendimų būdų paieška*. Siūloma psichosocialinių darbo rizikos veiksnių vertinimo duomenis pristatyti įstaigos darbuotojams ir kartu su darbuotojais, suteikiant laisvės jiems siūlyti idėjas ir taip prisidėti prie bendro sprendimų priėmimo. Prioritetines psichosocialinės darbo problemas, standartas – darbuotojai supranta pareigas ir atsakomybes, stantarto siekiamybė – skirtingų reikalavimų suderinamumas.
4. *Veiksnių plano sukūrimas psichosocialinei rizikai mažinti ir/ar šalinti*, kuriame turi būti nurodytos prioriteto tvarka psichosocialinės darbo problemos, atsakingi asmenys už tam tikras užduotis, atlikimo terminai, ištekliai ir kt.;
5. *Darbuotojų supažindinimas su priemonių planu*;
6. *Veiksnių plano vykdymo stebėseną ir veiksmingumo vertinimo* – tai vienas svarbiausių dalių, kuri parodo, ar atlikti rezultatai turėjo teigiamą poveikį – psichosocialinių darbo rizikos veiksnių pasireiškimo, streso darbe sumažėjimas ar išnykimas. Tai turėtų būti ne vienkartinis, o nuolatinis procesas, o esant nuklypimams, turėtų būti atlikti korekciniai veiksmai.

Siekiant kompleksiskai spręsti slaugytojų psichosocialinės darbo problemas įstaigoje organizaciniu lygmeniu, siūloma vienu metu vykdyti pirminę, antrinę ir tretinę prevenciją:

1. *pirminės prevencijos intervencijos* – lankstus darbo grafikas, darbo tempo reguliavimo galimybės, darbų skirstymas be diskriminacijos, reguliarūs darbuotojų susirinkimai, darbas komandoje, bendradarbiavimas, aiškus darbų paskirstymas, pasidalijimas patirtimi, žiniomis, mokymasis ir tobulinimasis;
2. *antrinės prevencijos intervencijos* – darbo ir asmeninio gyvenimo suderinamumas, kvėpavimo, atsipalaidavimo įvairios technikos ir kt.;
3. *tretinės prevencijos intervencijos* – konsultacijos darbuotojams, darbo vietos, pareigų keitimas.

Remiantis atlikto tyrimo rezultatais, buvo nustatytos statistiškai reikšmingai sąsajos tarp psichosocialinių darbo rizikos veiksnių ir su jų valdymu susijusiais klausimais ir slaugytojų sociodemografinių duomenų. Todėl kuriant slaugytojų psichosocialinės

aplinkos valdymo modelį, buvo įtraukti darbuotojų sociodemografiniai duomenys – amžius, darbo stažas.

Taigi sistemingai ir visapusiškai sprendžiant psichosocialines darbo problemas, kuriama pozityvi ir palanki darbuotojų sveikatai darbo aplinka.

IŠVADOS

1. Tiek Lietuvos tiek užsienio šalyse darbuotojai patiria psichosocialinės rizikos darbe pasekmes – stresą, nerimą, depresiją, pablogėjusią miego kokybę ir su tuo susijusius simptomus. Psichosocialiniai darbo rizikos veiksniai yra susiję su darbo aplinkos sąlygomis (kenksminga sveikatai darbo aplinka ir kt.), darbo reikalavimai (didelis darbo krūvis, vaidmenų dviprasmiškumas ir kt.), darbo organizacimu ir turiniu (ilgos darbo valandos, viršvalandžiai, naktinis darbas, laikinoji darbo sutartis ir kt.), darbdavių tarpusavio ir darbdavių ir darbuotojų santykiais (maža socialinė parama iš vadovų ir kitų darbuotojų, konfliktai su kitais darbuotojais, pacientais ir kt.). Darbe turėtų būti vykdoma pirminė, antrinė ir tretinė prevencija, siekiant išspręsti psichosocialines darbo problemas. Veiksminga ir efektyvu vienu metu atlikti pirminę, antrinę ir tretinę prevenciją. Standartai darbo vietoje yra kaip viena rekomendacinių priemonių psichosocialinės rizikos vertinimui ir streso darbe valdymui, kurie yra diegiami penkiais etapais organizacijoje.
2. Rastos statistiškai reikšmingai sąsajos tarp psichosocialinių darbo rizikos veiksnių ir slaugytojų sociodemografinių duomenų. Daugiau 45 – 59 m. amžiaus ir 60 m. ir vyresnio amžiaus slaugytojų nurodė, jog apšvietimas neatitinka normų, palyginus su 30 – 44 m. amžiaus slaugytojomų nurodė, jog apšvietimas neatitinka normų, palyginus su 30 44 m. amžiaus slaugytojomis. 60 m. ir vyresnio amžiaus slaugytojomis. 60 m. ir vyresnio amžiaus slaugytojos daugiau teigė, kad triukšmo lygis viršija normas, palyginus su 18-29 m. ir 30-44 m. slaugytojomis. 18-29 m. 30-44 m. slaugytojų darbas yra labiau fiziškai įtemptas nei vyresnio amžiaus slaugytojų (65 m. vyresnės). 30-44 m. slaugytojų darbas yra labiau fiziškai įtemptas nei 45 – 59 m. slaugytojų. Slaugytojos, kurių darbo stažas iki 10 m. arba nuo 11 iki 20 m., daugiau kartais naudoja apsaugos priemones palyginus su slaugytojomis, kurių darbo stažas nuo 11 iki 20 m., mažiau teigė, kad apšvietimas neatitinka normų palyginus su slaugytojomis, turinčiomis mažesnę arba didesnę darbo stažą. Slaugytojų, turinčių iki 10 m. darbo stažą, darbas yra labiau fiziškai įtemptas nei slaugytojų, turinčių didesnę darbo stažą – nuo 21 iki 30 m. arba daugiau kaip 30 metų. Slaugytojos, kurių darbo stažas nuo 21 iki 30 m. arba didesnis, daugiau dirba nuo 8 iki 12 valandų per pamainą nesu slaugytojos, turinčios mažesnę darbo stažą – nuo 11 iki 20 m. arba mažesnę. Slaugytojos, kurių darbo stažas iki 30 m., daugiau dirba per pamainą virš 12 valandų, lyginant su slaugytojomis, turinčiomis didesnę darbo stažą. Slaugytojos, turinčios

- nuo 11 iki 20 m. darbo stažą, daugiau dirba nuo 6 iki 8 valandų palyginus su slaugytojomis, kurių darbo stažas nuo 21 iki 30 metų.
3. Nuo 40 proc. iki 46 proc, slaugytojų darbo aplinkos sąlygų, darbo reikalavimų, darbo organizavimo, darbdavių ir darbuotojų santykių valdymą vertina vidutiniškai. Daugiau slaugytojų, kurių darbo stažas nuo 21 iki 30 m., darbdavių ir darbuotojų santykius vertina vidutiniškai nei slaugytojos, turinčios mažesnę arba didesnę darbo stažą. 78,7 proc. slaugytojų nurodė, kad dažniausiai naudojama priemonė psichosocialinei rizikai mažinti – tai nuolatinis mokymasis ir tobulinimasis, antroje vietoje – komandinis darbas (76,7 proc.), trečioje vietoje – geri tarpasmeniniai santykiai darbe (69,1 proc.). 59 proc. slaugytojų nurodė, kad nežino, niekas nesupažindino su psichosocialinės rizikos mažinimo ir/ar šalinimo prevencinėmis priemonėmis, jei jas įstaiga ir turi. 60,6 proc. slaugytojų teigė, kad nežino, niekas nesupažindino su standartais psichosocialiniams darbo rizikos veiksniams tirti, jei juos įstaiga ir tu. 18-29 m. slaugytojų buvo daugiau, kurios nežinojo arba jų niekas nesupažindino su standartais, palyginus su 60 m. ir vyresnio amžiaus slaugytojomis (84,6 proc. ir 45 proc.). Daugiau slaugytojų, kurių darbo stažas iki 10 m., teigė, kad nežino, niekas nesupažindino su standartais, jei ligoninėje tokius ir turi, palyginus su slaugytojomis, kurių darbo stažas nuo 11 iki 20 m. arba daugiau kaip 30 metų.
 4. Rastos statistiškai reikšmingai sąsajos tarp slaugytojų patiriamų psichosocialinių darbo rizikos veiksnių ir psichosocialinės darbo aplinkos valdymo prevencinių priemonių. Darbo kontroliavimo galimybės, tarpasmeninių santykių darbe ugdymas, socialinė paramos ir grįžtamojo ryšio teikimas, darbo ir asmeninio gyvenimo suderinamumas, optimalūs darbo reikalavimai, pokyčių valdymas, organizacinis teisingumas, darbuotojų įgalinimas, tinkama informacija ir komunikacija – tai pagrindinės psichosocialinės rizikos mažinimo priemonės sveikatos įstaigoje.
 5. Modelio naudojimas slaugytojų psichosocialinei darbo aplinkai valdyti yra įrankis, norint visapusiškai, kompleksiškai ir sistemingai spresti psichosocialines darbo problemas nenukrypstant nuo iš anksto parengto plano. Svarbu į psichosocialinės darbo rizikos mažinimo procesą įtraukti kuo daugiau darbuotojų, nes jie geriausiai žino esamas problemas darbe ir gali būti naudingi priimant teisingus sprendimus.

PRIEDAI

1 priedas. Tyrimo anketa

Slaugytojų patiriamų sveikatos darbo veiksnių ir jų valdymo darbo vietoje vertinimo anketa

Gerbiamas Respondente, aš esu Klaipėdos universiteto Sveikatos priežiūros vadybos magistro antro kurso studentė. Prašau atsakyti į pateiktus klausimus, kurie atskleis jūsų nuomonę apie darbo vietos sveikatos veiksnius, bei jų valdymą įstaigoje. Klausimynas yra anoniminis. Atsakydami į pateiktus klausimus atsakymą pažymėkite kryželiu – X. Iš anksto dėkoju už jūsų atsakymus!

1. Ar pakankamai turite asmeninių darbo apsaugos priemonių?
 - Turime visas reikalingas apsaugos priemones
 - Neturime pakankamai apsaugos priemonių

2. Ar naudojate privalomas apsaugos priemones procedūrų metu darbe (medicines pirštines, kaukes, apsauginius akinius ir kt.) (jei pasirinkote trečią atsakymą, pereikite prie 4kl.)?
 - Visada naudoju
 - Kartais naudoju
 - Nenaudoju

3. Kokią apsaugos priemonę darbo metu dažniausiai naudojate?
 - Vienkartines pirštines
 - Chirurginę kaukę, respiratorių
 - Vienkartinį chalata prijuostę
 - Apsauginius akinius
 - Galvos apdangalą

4. Koks darbo aplinkos veiksnys sukelia daugiausia problemų darbe?
 - Pacientų kėlimas
 - Cheminių medžiagų naudojimas ir/ar laikymas
 - Netinkamas apšvietimas
 - Triukšmas
 - Varginančios ar skausmingos kūno padėtys

5. Ar turėjote mikrotraumą per praėjusius metus?
 - Taip, du ir daugiau kartų
 - Ne
 - Vieną kartą

6. Kokias problemas pastebite dėl dezinfekcinių medžiagų laikymo ir naudojimo darbo vietoje?

	Yra problemų	Patenkinama	Nėra problemų
6.1.Nepakankamas aprūpinimas apsaugos priemonėmis			
6.2.Netinkamas patalpų vėdinimas			
6.3.Netinkama dezinfekcinių patalpų vieta			
6.4.Neaiški dezinfekcinių medžiagų naudojimo instrukcija			

7. Kaip jūs vertinate žemiau pateiktus darbo aplinkos sąlygų veiksnius?

	Atitinka normas	Neatitinka normų
7.1Patalpų oro temperatūra		
7.2Triukšmo lygis		
7.3Apšvietimas		

8. Kaip vertinate žemiau pateiktus darbo reikalavimus?

	Visada	Kartais	Niekada
8.1.Ar gaunate pakankamai aiškias darbo instrukcija?			
8.2.Ar Jums dažnai tenka atlikti kelias užduotis vienu metu?			
8.3.Ar dažnai jums tenka atlikti papildomas užduotis?			
8.4.Ar galite pats reguliuoti darbo tempą?			

9. Kaip vertinate darbo intensyvumą?

	Įtemptas	Šiek tiek	Visai ne
9.1.Ar jūsų darbas nerviškai įtemptas?			
9.2.Ar jūsų darbas fiziškai įtemptas?			

10. Ar galite trumpam nutraukti darba ir pailsėti?

Galiu tiek, kiek reikia	Galiu, bet per mažai	Negaliu išskyrus pietų pertrauka

11. Kaip dažnai atsižvelgiama į Jūsų nuomonę organizuojant Jūsų darbą (sudarant darbo, grafikus, paskirstant darbus ir kt)?

Visada	Kartais	Niekada

12. Pagal kokią darbo sutarties rūšį jūs dirbate įstaigoje?

Neterminuotą	Terminuotą	Laikinąją	Iš kelių rūšių

13. Kaip paskirstytas jūsų darbo laikas paroje?

Dieninis	Naktinis	Dieninis + naktinis

14. Kiek vidutiniškai trunka Jūsų darbo diena? (pamaina)

Mažiau nei 6val.	6-8val.	8-12val.	Daugiau kaip 12val.

15. Ar pasitaiko konfliktų jūsų darbe su....?

	Dažnai	Kartais	Niekada
15.1.Darbuotojai			
15.2.Administracija			
15.3.Pacientais			

LITERATŪRA

1. ABDALKADER, R. H.; HAYAJNEH, F. A. 2008. Effect of night shift on nurses working in intensive care units. *European Journal of Scientific Research*. Nr. 1.
2. ALIDOOSTI, M.; BABAEI HEYDARABADI, A. ir kt. 2016. Association between job burnout and noise pollution among nurses in Behbahan city, Iran. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, Nr. 18(2) [interaktyvus]. Mashhad University of Medical Sciences, Center Office of Fundamentals of Mental Health. ISSN 1028-6918. Prieiga internetu <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=117105420&site=ehostlive> [žiūrėta 2017-02-03].
3. ALZUBAIDI, S., ROAF, S. ir kt. 2013. Survey of hospitals lighting: Daylight and staff preferences. *International Journal of Energy Engineering*. Nr. 3(6) [interaktyvus]. Scientific & Academic Publishing. ISSN 2163-1905. Prieiga internetu: <http://article.sapub.org/10.5923.j.jee.20130306.02.html> [žiūrėta 2017-02-02].
4. ANBAZHAGAN, S.; RAMESH, N. ir kt. 2016. Shift work disorder and related health problems among nurses working in a tertiary care hospital, Bangalore, South India *Indian Journal of Occupational & Environmental Medicine*. Nr. 20(1). Medicine (interaktyvus). Medknow Publications & Media Pvt. Ltd. ISSN 0973-2284. Prieiga internetu: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ah&AN=116083521&site=ehostlive> [žiūrėta 2017-02-04].
5. ANDELA, M.; TRUCHOT, D.; VAN DER DOEF, M. 2016. Job stressors and burnout in hospitals: The mediating role of emotional dissonance. *International Journal of Stress Management*, Nr. 23(3) [interaktyvus]. US: Educational Publishing Foundation. ISSN 15733424. Prieiga internetu: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pdh&AN=2015-52022001&site=ehost-live> [žiūrėta 2017-02-05].
6. ANDREOU, M. 2012. The impact of rotating shift work on nurses health: a literature review. *Cyprus Nursing Chronicles*, Nr. 13(1) [interaktyvus]. Cyprus Nurses & Midwives Association. ISSN

1450-0795. Prieiga internetu: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN-87708703&site=ehostlive> [žiūrėta 2017-02-07).

7. ANDRIUŠKIENE, J.; VARONECKAS, G. 2010. Miegas ir jį veikiantys faktoriai: mokomoji knyga. Mokomoji knyga. Vilnius: Ciklonas. 32 p. ISBN 978-9955-880-60-8.

8. ARIAPOORAN, S. 2014. Compassion fatigue and burnout in Iranian nurses: The role of perceived social support. *Iranian Journal of Nursing & Midwifery Research*. Nr. 19(3) [interaktyvus]. ISSN 1735-9066. Prieiga internetu:

<http://ezproxy.biblioteka.ku.lt:3672/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid-ec9clal5-a6dc-42418285-2db60aa177e8%40sessionmgr4008&vid=1&hid=4206> [žiūrėta 2017-02-06].

9. AZMA, K.; HOSSEINI, A. ir kt. 2015. Evaluation of the relationship between musculoskeletal discomforts and occupational stressors among nurses. *North American Journal of Medical Sciences*, Nr. 7(7) [interaktyvus]. *North American Journal of Medical Sciences*, Nr. 7(7) [interaktyvus]. ISSN 2250-1541.

Prieiga internetu:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=108584917&site=ehostlive> [žiūrėta 2017-02-06).

10. BAE, S.; TRINKOFF, A. ir kt. 2013. Factors associated with hospital staff nurses working on-call hours. *Workplace Health & Safety*. Nr. 61(5) interaktyvus). ISSN 2165-0799. Prieiga

<http://ezproxy.bibliotekaku.lt:4365/doi/pdf/10.1177/216507991306100504> [žiūrėta 2017-02-06)

11. BARAN AKSAKAL, F. Nur; KARASAHIN, E. F. ir kt. Workplace physical violence, verbal violence, and mobbing experienced by nurses at a university hospital. *Turkish Journal of Medical Sciences*, Nr. 45(6) [interaktyvus]. Scientific and Technical Research Council of
ISSN 1300-0144.

Prieiga

internetu:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=111092832&site=ehostlive> [žiūrėta 2017-02-10).

12. BAUBLYTĖ, A. 2012. Su(si)žeidimų aštriais instrumentais lietuvių sveikatos priežiūros

įstaigose 2012 metų apklausos rezultatai. Infekcijų Valdymas Sveikatos priežiūros Įstaigose. Programa Ir Tezių Knyga (interaktyvus]. Kaunas: „UAB Vitae Litera“. ISBN 978-9986-72046-1. Prieiga

internetu: http://www.ulac.lt/uploads/downloads/leidiniai/teziu_k_infekciju_09.pdf [žiūrėta 2017-0405]

Turkey.

13. BOIANO, J. M; STEEGE, A. L. 2016. Precautionary practices for administering anesthetic gases: A survey of physician anesthesiologists, nurse anesthetists and anesthesiologist assistants. *Journal of Occupational & Environmental Hygiene*, Nr. 13(10) [interaktyvus]. ISSN 1545-9624

Prieiga

internetu: <http://ezproxy.biblioteka.ku.lt:2082/doi/full/10.1080/15459624.2016.1177650?scroll-top&needAccess=true> [žiūrėta 2017-03-05).

14. BUJA, A.: ZAMPIERON, A. ir kt. 2013. Strain and health implications of nurses' shift work.

International Journal of Occupational Medicine & Environmental Health Nr. 26(4) interaktyvus). Nofer Institute of Occupational Medicine. ISSN 1232-1087. Prieiga internetu <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=94006719&site=ehostlive> [žiūrėta 2017-03-08].

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&d=cmedm&AN=19120754&site=ehost-live> (žiūrėta 2017-02-18).

15. CAMPBELL, J. W. 2016. *A collaboration-based model of work motivation and role ambiguity in public organizations. Public Performance & Management Review*, Nr. 39(3)

interaktyvus]. Taylor & Francis Ltd. ISSN 1530-9576. Prieiga internetu: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db-bth&AN=114044972&site=ehostlive> [žiūrėta 2018-01-27].

16. CARUGNO, M.; PESATORI, A. C. ir kt. 2012. Physical and psychosocial risk factors for musculoskeletal disorders in Brazilian and Italian nurses. *Cad Saude Publica*, Nr. 28(9) [interaktyvus]

Prieiga per

Interneta <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3473843/> [žiūrėta 2017-04-01].

- 17.CASALE, T.; CACIARI, T. ir kt. 2014. Anesthetic gases and occupationally exposed workers. *Environmental Toxicology and Pharmacology*. Nr. 37) [interaktyvus]. ISSN 13826689. Prieiga internetu: <http://ezproxy.biblioteka.ku.lt:2086/science/article/pii/S1382668913002755> [žiūrėta 2017-05-01]
- 18.CHIN, W.: GUO, Y. L. ir kt. 2015. Short sleep duration is dose-dependently related to job strain and burnout in nurses: A cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*. Nr. 52(1) [interaktyvus]. ISSN 0020-7489. Prieiga internetu: <http://ezproxy.biblioteka.ku.lt:2086/science/article/pii/S0020748914002351> [žiūrėta 2017-03-06].
- 19.CHO, E.: LEE, H. ir kt. 2013. Factors associated with needlestick and sharp injuries among hospital nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, Nr. 50(8) [interaktyvus]. ISSN 0020-7489. Prieiga internetu: <http://ezproxy.biblioteka.ku.lt:2086/science/article/pii/S0020748912002489> [žiūrėta 2017-02-03].
- 20.CHO, S. H.: PARK, M. ir kt. 2014. Average hospital length of stay, nurses' work demands, and their health and job outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, Nr. 46(3) [interaktyvus]. ISSN 1527-6546. Prieiga internetu: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24502556> [žiūrėta 2017-03-06]
- 21.CHO, L. P., LI, C. Y.HU, S. C. 2014. Job stress and burnout in hospital employees: Comparisons of different medical professions in a regional hospital in Taiwan. *BMJ Open*. Nr. 4(2) [interaktyvus]. England: BMJ Publishing Group Ltd. Prieiga internetu: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3939670/> [žiūrėta 2017-02-10]
- 22.CHUNG, M.; CHANG, F. ir kt. 2009. Sleep quality and morningness-eveningness of shift nurses. *Journal of Clinical Nursing*, Nr. 18(2) [interaktyvus]. England: Blackwell Scientific Publications. ISSN 1365-2702. Prieiga

internetu:

23. DAGGET, T.; MOLLA A BELACHEW. T. 2016. Job related stress among nurses working in zone public hospitals, south west Ethiopia: A cross sectional study. BMC Nursing 15 (interaktyvus). BioMed Central. ISSN 1472-6955. Prieiga internetu: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=116540830&site=ehost-live> [žiūrėta 2017-04-15].
24. DARBOE, A. 2016. Effort-reward imbalance and self-rated health among Gambian healthcare professionals. BMC Health Services Research, Nr. 16 interaktyvus]. BioMed Central ISSN 1472-6963. Prieiga internetu <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=114509312&site=ehost-live> [žiūrėta 2018-01-27].
25. DE VARGAS, D.; VIEIRA DIAS, A. P. 2011. Depression prevalence in intensive care unit nursing workers: A study at hospitals in a northwestern city of São Paulo state. Revista Latinoamericana De Enfermagem (RLAE). Nr. 19(5), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. ISSN 1518-8345 Prieiga internetu: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=69604362&site=ehost-live> [žiūrėta 2017-02-22].
26. DIANAT, I.; SEDGHI, A. ir kt. 2013. Objective and subjective assessments of lighting in a hospital setting: Implications for health, safety and performance. Ergonomics, Nr. 56(10) interaktyvus]. ISSN 0014-0139. Prieiga per Internetą <http://ezproxy.biblioteka.ku.lt:2082/doi/pdf/10.1080/00140139.2013.820845?needAccess=true> [žiūrėta 2017-01-26].
27. DOVJAK, M.; KUKEC, A. ir kt. 2013. Integral control of health hazards in hospital environment. Indoor and Built Environment, Nr. 22(5) interaktyvus]. SAGE Publications ISSN 1420-326X. Prieiga internetu: <http://dx.doi.org/10.1177/1420326X12459867> [žiūrėta 2017-04-16].
28. ELOVAINIO, M.; SALO P. ir kt. 2013. Psychosocial factors and wellbeing among Finnish

GPs and specialists: a 10-year follow up. Occupational and Environmental Medicine, Nr. 70(4) [interaktyvus]. Prieiga internetu: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23322916> [žiūrėta 2017-12-17].

29. FISCHER, R.; Boer, D. 2011. What is more important for national well-being: Money or autonomy? A meta-analysis of well-being, burnout, and anxiety across 63 societies. Journal of Personality and Social Psychology, Nr. 101(1) [interaktyvus]. US: American Psychological Association ISSN 0022-3514.

30. ŠORYTĖ, D., PAJARSKIENĖ, B. 2014. Darbuotojų gerovė ir ja skatinantys psichosocialinės darbo aplinkos veiksniai. Visuomenės sveikata, Nr. 2(65) fine Vilnius: higienos Higienos šienės Sveikata, Nr. 2(65) finteraktyvus]. institutas.

31. TROUSSELARD, M; DUTHEIL, F; NAUGHTON, G. 2016. Stress among nurses working in emergency, anesthesiology and intensive care units depends on qualification: A cross-sectional survey. International Archives of Occupational & Environmental Health Nr. 89(2) [interaktyvus]. ISSN 0340-0131. Prieiga internetu: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=0&AN=112455327&site=ehost-live> (žiūrėta 2017-02-18).

32. VAN STOLK, C.; STAETSKY, L; HASSAN, E. ir kt. 2012. Management of psychosocial risk at work: An analysis of the findings of the European survey of enterprises on new and emerging risks (ESENER). Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). ISSN 1831-9343. Prieiga internetu: https://osha.europa.eu/en/node/6748/file_view (žiūrėta 2017-02-18). 103. VAN, D.D.; MBAZZI, F.B.; VERHOEVEN, C. 2012. Job conditions, job satisfaction, somatic complaints and burnout among east African nurses. Journal of Clinical Nursing, Nr. UK: 21(11) [interaktyvus]. Oxford. ISSN 0962-1067. Prieiga internetu: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/14.1365-2702.2011.03995.x/full> [žiūrėta 2017-03-11].

33. VAN DER MEER, P. H.; WIELERS, R. 2013. What makes workers happy? Applied Economics, Nr. 45(3), [interaktyvus]. Routledge. ISSN 0003-6846. Prieiga internetu: <http://ezproxy.biblioteka.ku.lt:3671/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=b02645b7-9574627-b560-92764edcaec9%40sessionmgr101> [žiūrėta 2018-01-27]. \
34. VASILE, C. 2010. Mental workload: cognitive aspects and personality, Petroleum - Gas University of Ploiesti Bulletin. Educational Sciences Series, Nr. 62(2) [interaktyvus]. Petroleum - Gas University of Ploiesti. ISSN 1841-6586. Prieiga internetu: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=59574222&site=ehost> live [žiūrėta 2017-03-15].
35. VERA, M.; MARTINEZ, I, LORENTE, L. ir kt. 2016. The role of co-worker and vienr cunnort in the relationship between job autonomy and work engagement among ses: a multilevel study. Social Indicators Research, Nr. 126(3) [interaktyvus]. Portuguese nurses: a multilevel study. Social Indicators Resea Springer Science & Business Media B.V. ISSN 0303-8300. Prieiga. The impact of shift work on sicep and me Pracowni Lekarstvi. Nr. 68(3) Purkyne. ISSN 0032-6291. Prieiga internetu: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&AN-113577> live (žiūrėta 2018-01-26). [http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih AN-113577328&site=ehost](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&AN-113577328&site=ehost)
36. VEVODOVA, S.: PETRAŠOVA. B. ir kt. 2016). The impact of shitty anxiety in general nurses. Occupational Medicine/Pracowni Lekar interaktyvus) Czech Medical Association of JE Purkyne. ISSN 0032-6291. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=120607622&site=ehost> live [žiūrėta 2017-02-11].
37. ZHANG, Y., PUNNETT, L; NANNINI. A. 2017. Work-family conmental health of nursing assistants working in nursing homes. Workplace Nr. 65(7) interaktyvus]. United States: Sage. ISSN 2165-1969. Prieiga internetu: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=27794076&Site=ehost> live [žiūrėta 2018-01-27].
38. QYANE, N. M. F.; PALLESEN, S. ir kt. 2013. Associations between night work and anxiety, depression, insomnia, sleepiness and fatigue in a sample of Norwegian- 2017. Work-family conflict, sleep, and direct=true&db=cmedm&AN=27794076&site=ehost One, Nr. 8(8) [interaktyvus]. Public

- Library of Science. ISSN 19326203. Prieiga internetu:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN 90070567&site=ehost>
live [žiūrėta 2017-05-03]. 110. QUINN, M. M.; HENNEBERGER, P. K. 2015. Cleaning and disinfecting environmental surfaces in health care: Toward an integrated framework for infection and occupational illness prevention. *AJIC: American Journal of Infection Control*, Nr. 43(5) [interaktyvus]. ISSN 0196-6553. Prieiga internetu:
<http://ezproxy.biblioteka.ku.lt:2086/science/article/pii/S0196655315000759> (žiūrėta 2017 05-19).
39. Antroji europos imonių apklausa apie naują ir kylančią riziką (ESENER-2). 2015. [interaktyvus]. Bilbao: Europos darbuotojų saugos ir sveikatos agentūra (EU-OSHA). ISBN 978-92-9240-710-0. Prieiga internetu: <https://osha.europa.eu/lt/tools-and-publications/publications/reports/esener-ii-summary.pdf/view> [žiūrėta 2017-01-13].
40. Del darbuotojų aprūpininio asmeninomis apsaugos priemonėmis nuostaty patvirtinimo (2007 m. lapkričio 26 d. Nr. A1-331). 2007. Valstybės Žinios, Nr. 123-5055 Prieiga internetu: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.63FFB1A69855> [žiūrėta 2017-04-011].
41. Dėl darbuotojų apsaugos nuo biologinių medžiagų poveikio darbe nuostaty patvirtinimo (2001 m. birželio 21 d. Nr. 80/353). 2001. Valstybės Žinios, Nr. 56-1999 P internetu: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.F5DOSE9675BO> (žiūrėta 2017.03.11 veiksmų darbe nuostatų bei darbu Del darbuotojų apsaugos nuo cheminių veiksmų darbe nuostatų bei darbuotojų apsaugos nuo konkerogenų ir mutagenų poveikio darbe nuostatų patvirtinimo (2001 m. liepos 24 d. Nr. 97/406). 2001. Valstybės Žinios, Nr. 65-2396. Prieiga internet tar.lt/portal/lulegalActTAR.313208361 DSD/Ecole D žiūrėta 2017-04-12).
42. Del darbuotojų apsaugos nuo triukšmo keliamos rizikos nuostatų patvirtinimo (2005 m. balandžio 15 d. Nr. A1-103/V-265). 2005. Valstybės Žinios, Nr. 53-1804 <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.SED52629C3C4/duOvZzIdU>
43. Mikutienė D; Glumbakaitė E; Kalibatas J. Pirminė sveikatos priežiūros centruose dirbančiųjų medicinos darbuotojų stresas ir profesiniai stresoriai. *Visuomenės sveikata*, 2006, Nr. 1 (32), p. 13 – 19.
44. Carayon P., Haims M. *Work Organization, Job Stress and Work-Related Musculoskeletal Disorders // Human Factors*. – 1999, Vol. 41, no. 4, p. 644 - 663.
45. Psichosocialinių rizikos veiksmų tyrimo metodiniai nurodymai. *Žin*; 2005, Nr. 105-3897.
46. Meška V; Juozulynas A. *Streso malšinimas*. Vilnius, 1996, 175 p.
47. *Guidance on work-related stress. Spice of life or kiss of death?* European Commission.

Luxembourg, 2000.

48. Hogan J. M., Carlson J. G. Stressors and stress reactions among university personnel. *International Journal of Stress Management*, 2002, 9 (2), 289 – 310.
49. Juozulynas A. Streso profilaktika. Lietuvos katalikų mokslo draugijos suvažiavimo darbai. Vilnius, 1999.
50. Working on stress. European Agency for Safety and Health at work. <http://osha.eu.int/ew2002/>.
51. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. The European Survey on Working Conditions. 2005.
52. Pajarskienė B. Stresas darbe ir sveikata. Higienos instituto moksliniai praktiniai darbai. Serija: Darbo medicina. Vilnius, 1995, tomas VI.
53. Niedhammer I; Cheaner M. Psychosocial factors at work and self reported health: comparative results of cross sectional and prospective analyses of the French GAZEL cohort. *Occupational Environment Medicine*, 2003, 60: 509 – 515.
54. Paterniti S; Niedhammer I; Lang T; Consoli S. M. Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms: longitudinal results from the GAZEL Study. *Br J Psychiatry*, 2002, 181:111 – 117.
55. Priorities for occupation safety and health research in the EU-25. European Agency for safety and health at work. 2005.
56. Obelenis V; Bagdonienė, T; Mačionis A. *Darbo medicina*. Kaunas, 2002, 65 - 68 p.
57. Plymouth university .*Occupational Health in Higher Education*, 2003.
58. Steere N. V. *CRC Handbook of Laboratory safety*. 3rd ed. Boca Raton, FL: CRC Press,Inc.; 2000.63
59. Psichosocialinių darbo veiksnių įtaka depresijos ir depresinės būsenos išsivystymui. Mokslo tiriamųjų darbų ataskaita. Higienos instituto Darbo medicinos centras. 2005. 36p.
60. Darbo sąlygos prisijungiančiose šalyse ir kandidatėse. Europos gyvenimo ir darbo sąlygų gerinimo fondas, 2003.
61. Loyd C., King, R; Chenoweth, L. (2002) Social work stress and burnout: A review, *Journal of Mental Health*, 11 (3), p. 255 – 65.
62. Pajarskienė B; Jankauskas R. Streso darbe įvertinimas pagal psichosocialinius darbo veiksnius ir stresinės dirbančiojo reakcijas: metodinės rekomendacijos. Vilnius. 1998, 24p.

63. Pajarskienė B, Stanislavovienė J, Jankauskas R. Protinį ir fizinį darbą dirbančiųjų Vilniaus gyventojų intensyvūs psichosocialiniai darbo veiksniai. *Visuomenės sveikata*, 2006, 4 (35), p. 23 - 28.
64. Glumbakaitė E., Kalibatas J. Profesinių stresorių analizė bendrosios praktikos gydytojų darbe ir stresinės savijautos vertinimas. *Visuomenės sveikata*, 2005, Nr. 1 (28), p. 103 -108.
65. Gražulevičienė R. Žmogaus ekologija. Kaunas, 2002. 116 - 120 p.
66. Elo A. L. A. Assessment of mental stress factors at work. *Occupational medicine*. Third edition, 1994, 945 - 959.
67. Communication from the Commission – Adapting to change in work and society; A new Community strategy on health and safety at work 2002 – 2006. European Commission. 2002. <http://europe.osha.eu.int/systems/strategies/future/#270>.
68. Elo A. L. Streso darbe klausimynas: instrukcijos vartotojams (Occupational stress questionnaire: user's instructions). Suomijos darbo medicinos institutas, Helsinki, 1992.
69. Pajarskienė B; Jankauskas R. Psichosocialinių darbo veiksnių įtaka negamybinių profesijų darbuotojų stresinių reakcijų dažnumui. *Visuomenės sveikata*. 2000, Nr. 2 (12), p.11 - 15.
70. Kuodytė R. – Kazelienė; Užaitienė R. Streso, depresiškumo, nerimo paplitimo tarp sveikatos priežiūros ir švietimo darbuotojų Panevėžio mieste. *Medicinos teorija ir praktika*, 2007 - T. 13 Nr. (4), p. 12-18.
71. Šinkariova L; Endriulaitienė A; Vyrų ir moterų psichosocialinių darbo charakteristikų ir sveikatos rodiklių palyginimas. *Visuomenės sveikata*, 2006, Nr. 4 (35), p 16-22.
72. Pajarskienė B; Stanislavovienė J; Jankauskas R; Protinį ir fizinį darbą dirbančiųjų Vilniaus gyventojų intensyvūs psichosocialiniai darbo veiksniai. *Visuomenės sveikata*, 2006, 4 (35). p 23 - 28.64
73. Raškevičienė R; Marozienė S. Darbo sąlygų įvertinimas ir jų poveikis sveikatai Kauno miesto gydymo įstaigų klinikinėje ir biocheminėse laboratorijose. *Medicina*, 2005, 41(6), p. 133 -141.
74. Pajarskienė B; Šinickienė I; Žagminas K. Vilniaus universiteto dėstytojų psichosocialiniai darbo stresoriai. *Visuomenės sveikata*, 2005, Nr 3 (30), p. 22-27.
75. Andriuškienė J; Reigas V. Psichosocialiniai stresoriai veikiantys daugiaprofilinės gydymo įstaigos chirurginio profilio skyriaus darbuotojus: bandomojo tyrimo rezultatai. *Visuomenės sveikata*, 2007, Nr. 4 (51), p. 1030 - 1034.
76. Winefield A. H, Gillespie N, (2003), Occupational stress in Australian university staff: Results from a national survey, *International Journal of Stress Management*, vol. 10, no.1, p. 321 - 327.

77. Rutter H; Herzberg. Stress in doctors and dentists who teach. *Med Education*. 2002,36(6), 543 - 550.
78. Collins S; Beth P. J. Stress: the perceptions of social work lecturers in Britain; *British Journal of social work*, 2000, 4 (30), 769 - 794.
79. Calnan M; Wainwright D.; Forsythe M. Mental Health Stress in the Workplace: The Case of General Practice in the UK. *Social Science & Medicine* 2001, 52: 499 - 507.
80. Yassi A; Miller B. Technological change and the medical technologist a stress survey of four biomedical laboratories in a large tertiary care hospital. *Can J Med Technol*. 1999, 52 (4): 228 - 42.
81. Huda B. Z.; Rusli B. N.; Naing L. A study of job strain and dissatisfaction among lecturers in the School of Medical Sciences University Sains Malaysia; *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2004, 35 (1), 210 - 218.
82. Matteson M. T; Ivancevich J. M. Stress and the medical technologist: II. Sources and coping mechanisms. *Am J Med Technol* 1999, 48 (3): 169 - 176.
83. Kinman G. Pressure Points: A review of research on stressors and strains in UK academics, *Educational Psychology*, vol. 21, no. 4, 2001.
84. Winefield A. H., Gillespie N. A., Stough C. Occupational stress in Australian university staff: Results from a national survey“. *International Journal of Stress Management*, 2003, 10 (21), 51 - 63.
85. Donders N. C; Van der Gulden, J. Work stress and health effects among university personnel. *Int Arch Occupational Environment Health* 2003, 76: 605 – 613.
86. Khuwaja A. K; Qureshi R; Andrades M. Comparison of job satisfaction and stress among male and female doctors in teaching hospitals of Karachi. *Journal of Ayub Medical College, Abbottabad: JAMC*. 2004, 16 (1) 23 - 27.65
87. Kageyama T; Matsuzaki I. Mental health of scientific researchers and characteristics of job stress among scientific researchers working at a research park in Japan *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 2001, 74 (3), 199 - 205.
88. Tytherleigh M. Y; Webba C, Cooperb C. L. Occupational stress in UK higher education institutions: a comparative study of all staff categories. *Higher Education Research & Development*. 2005, vol. 24, no. 1, p 41 – 61.
89. Gillespie N. A.; Walsh M.; Winefield, A. H.; Occupational stress in universities: staff perceptions of the causes, consequences and moderators of stress; *Work & Stress*. 2001, vol. 15, no. 1, p. 53 – 72.

90. Edimansyah B. A; Rusli B.N; Naing L. Reliability and construct validity of the Malay version of the Job Content Questionnaire (JCQ). *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2006, 37 (2): 412 - 416.
91. Ofoegbu F; Nwadiani H. Level of Perceived Stress among Lectures in Nigerian Universities. *Journal of Instructional Psychology*. 2002, vol. 33, no. 1, p. 67 - 74.
100. Catano V; Francis L; Haines T. Occupational Stress among Canadian University Academic Staff. *International Journal of Stress Management*. 2004, vol 7, no.1, p 53 - 59.

