

VILNIAUS UNIVERSITETAS

Daiva
DUDUTIENĖ

Mokslo žinių panaudojimas formuojant įrodymais pagrįstą sveikatos priežiūros darbuotojų saugos ir sveikatos politiką psichosocialinių rizikos veiksnių valdymo kontekste

DAKTARO DISERTACIJA

Medicinos ir sveikatos mokslai,
Visuomenės sveikata (M 004)

VILNIUS 2021

Disertacija rengta 2015–2021 m. Vilniaus universitete.

Mokslinis vadovas:

prof. dr. Rimantas Stukas (Vilniaus universitetas, medicinos ir sveikatos mokslai, visuomenės sveikata – M 004).

VILNIUS UNIVERSITY

Daiva
DUDUTIENĖ

Use of Scientific Knowledge in the Development of Evidence-Based Safety and Health Policies for Health Workers in the Context of Psychosocial Risk Management

DOCTORAL DISSERTATION

Medicine and Health Sciences,
Public Health (M 004)

VILNIUS 2021

This dissertation was written between 2015 and 2021 at the Faculty of Medicine of Vilnius University.

Academic supervisor :

Prof. Dr. Rimantas Stukas (Vilnius University, Medicine and Health Sciences, Public Health – M 004).

TURINYS

1. ĮVADAS.....	7
1.1. Darbo aktualumas	7
1.2. Darbo tikslas	9
1.3. Darbo uždaviniai	9
1.4. Darbo mokslinis naujumas	10
1.5. Darbo praktinė reikšmė	10
1.6. Ginamieji teiginiai.....	10
2. LITERATŪROS APŽVALGA	12
2.1. Literatūros paieška	12
2.2. Psichosocialinė darbo aplinka	12
2.2.1. Sauga ir sveikata darbe.....	12
2.2.2. Psichosocialinės darbo aplinkos gerinimo klausimas Europos Sąjungos politikos formavimo kontekste	14
2.2.3. Tyrimai ir žinių perdavimas	16
2.2.4. Psichosocialinės darbo aplinkos gerinimo klausimas Lietuvos, kaip ES valstybės narės, politikos formavimo kontekste	19
2.3. Psichosocialiniai rizikos veiksniai darbe: teorija ir praktika.....	20
2.3.1. Psichosocialinių rizikos veiksnių samprata ir klasifikacija	20
2.3.2. Psichosocialinių rizikos veiksnių neigiamas poveikis.....	23
2.3.3. Streso darbe teorijos	25
2.4. Psichosocialinių rizikos veiksnių ir streso darbe valdymas	28
2.4.1. Streso darbe valdymo intervencijų tipologija ir jų aprašymai	28
2.4.2. Organizacinės intervencijos objektai.....	32
2.4.3. Organizacinių streso darbe valdymo intervencijų efektyvumas	37
2.5. Sociodemografinės įvairovės aspektas psichosocialinių rizikos veiksnių ir streso darbe valdymo kontekste	39

2.6. Psichosocialinių rizikos veiksnių ir streso valdymas medicinos darbuotojų darbe	44
2.7. Literatūros analizės apibendrinimas.....	46
3. TYRIMO METODOLOGIJA.....	49
3.1. Tyrimo strategija	49
3.2. Tyrimo būdo ir instrumento parinkimas.....	51
3.3. Tyrimo kontingentas, duomenų rinkimas ir statistinė duomenų analizė	54
4. REZULTATAI.....	55
4.1. Respondentų sociodemografinės charakteristikos	55
4.2. Darbe patiriamo streso, psichosocialinių rizikos veiksnių ir organizacinės intervencijos objektų analizė įstaigos kontekste	56
4.3. Darbe patiriamo streso, psichosocialinių rizikos veiksnių ir organizacinės intervencijos objektų analizė pagal darbuotojų sociodemografinės grupes.....	61
5. REZULTATŲ APTARIMAS	116
5.1. Medicinos darbuotojų suvokiamas stresas, psichosocialiniai rizikos veiksniai ir organizacinės intervencijos objektai įstaigos kontekste	117
5.2. Darbe patiriamo streso, psichosocialinių rizikos veiksnių ir organizacinės intervencijos objektų analizė pagal darbuotojų sociodemografinės grupes.....	118
6. IŠVADOS	122
7. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS.....	124
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	127
PRIEDAI	150
PUBLIKACIJŲ DISERTACIJOS TEMA SĄRAŠAS	154
PRANEŠIMAI TARPTAUTINĖSE KONFERENCIJOSE	154
CURRICULUM VITAE	155

1. ĮVADAS

1.1. Darbo aktualumas

Psichosocialinė rizika ir su darbu susijęs stresas yra viena iš didžiausių problemų, daranti įtaką tiek darbuotojų sveikatai, tiek organizacijų veiklos rezultatams.

Psichosocialinę riziką gali kelti įvairūs veiksniai, susiję su darbo aplinka, darbo organizavimu, darbo turiniu ir valdymu darbo vietoje. Mokslinėje literatūroje įvardijamos tokios psichosocialinę riziką keliančios priežastys: per didelis darbo krūvis; nepakankamos galimybės pasirinkti darbo tempą ir metodą; prieštaringi reikalavimai ir ne visai aiškiai apibrėžtas vaidmuo; nepakankamas darbuotojų įtraukimas į sprendimų priėmimo procesą; neveiksminga organizacijos komunikacija; nepakankama vadovų ir kolegų parama ir prasti tarpusavio santykiai – nepagarbus, neetiškas elgesys (bauginimas, grasinimas ir kt.) darbuotojo arba darbuotojų grupės atžvilgiu.

Nevaldomos ar prastai valdomos psichosocialinės rizikos neigiamas padarinys darbuotojams yra darbe patiriamas stresas, o ilgalaikį stresą patiriantiems darbuotojams gali atsirasti rimtų psichinės ir fizinės sveikatos problemų, pavyzdžiui, jie gali susirgti depresija, širdies ir kraujagyslių ligomis. Dėl darbe patiriamo streso organizacijos taip pat gali turėti neigiamų padarinių, tokių kaip prasti veiklos rezultatai, didesnis pravaikštų skaičius, dažnesni nelaimingi atsitikimai ir traumos darbo vietoje, dažnesnis darbuotojų ankstyvas išėjimas į pensiją. Europos Komisijos Užimtumo, socialinių reikalų ir įtraukties generalinio direktorato užsakymu atliktoje apklausoje [1] daugiau kaip pusė Europos Sąjungos (toliau – ES) darbuotojų (53 proc.) stresą nurodė kaip pagrindinę darbo aplinkos riziką. Daugiau kaip ketvirtis visų ES darbuotojų teigė patiriantys su darbu susijusį stresą visą arba beveik visą savo darbo laiką.

Taigi psichosocialinės rizikos ir streso valdymas yra ne tik moralinė darbdavio pareiga, bet ir investicija į organizacijos klestėjimą. Europos Sąjunga, pasitelkdama mokslo bendruomenę, siekia padėti geriau suprasti šią problemą ir teikia darbdaviams pagalbą bei mokslo įrodymais pagrįstas psichosocialinės rizikos ir streso darbe valdymo priemones. Iš Europos saugos ir sveikatos darbe agentūros (*European Agency for Safety and Health at Work*, toliau – *EU-OSHA*) parengtų darbuotojų saugos ir sveikatos tyrimų 2013–2020 m. prioritetų vienas iš svarbiausių įvardytas darbo aplinkos gerinimas ir gerovės darbe didinimas [2]. Darbo aplinkos tyrimai labai svarbūs valdant psichosocialinę riziką ir taip užtikrinant darbuotojų saugą, sveikatą ir gerovę darbo vietose. *EU-OSHA* šiame dokumente pabrėžė mokslo žinių

perdavimo ir praktinio pritaikymo organizacijose svarbą, būtent mokslo įrodymais turi būti grindžiama veiksminga ir tvari darbuotojų saugos ir sveikatos politika bei streso darbe valdymo įgyvendinimas.

Vis dėlto, nepaisant Europos Sąjungos pastangų ir mokslinių tyrimų gausos šioje srityje, politikos formuotojai, praktikai ir mokslininkai pripažįsta, kad sprendžiant psichosocialinės rizikos ir streso darbe valdymo problemą stokojama sistemiškumo, dažniausiai tiriami pavieniai ar keletas psichosocialinių rizikos veiksnių ir jų paplitimas tam tikroje populiacijoje [3; 4]. Tyrimų apie streso darbe valdymo intervencijų efektyvumą neutralizuojant ar mažinant darbo aplinkos psichosocialinių rizikos veiksnių neigiamą poveikį darbuotojų sveikatai iki šiol nėra daug ir jų rezultatai nėra neginčijami. Šios srities mokslo žinovai pripažįsta, kad standartinis kvaziekperimentinis streso darbe valdymo tyrimas turi didelių apribojimų vertinant intervencijas realiame gyvenime [5]. Viena iš priežasčių gali būti, kad daugelyje intervencijų tyrimų nėra atsižvelgta į intervencijų nevienalytiškumą ir daugybę kitų aspektų (pvz., individualių, organizacinių, kultūrinių, socialinių, reguliacinių), nėra aišku, kurie šių aspektų yra svarbesni ar mažiau svarbūs, kam jie turi poveikį ir kokiame kontekste. Siekiant maksimizuoti darbuotojo išteklius darbo vietoje, daugumos tyrimų objektas buvo vidutinis statistinis darbuotojas, ir tik paskutinius du dešimtmečius pradėta tirti individualius darbuotojų veiksmus, tokius kaip amžius, darbo patirtis, išsilavinimas ir jų įtaką patiriamam stresui darbe [6].

Taip pat mokslininkai kritikuoja, kad iki šiol psichosocialinių rizikos veiksnių ir streso darbe valdymo tyrimuose daugiau dėmesio skyrė darbuotojų elgesiui keisti ir individualioms streso prevencijos strategijoms kurti nei darbo aplinkos ir organizacijos politikai keisti [7; 8; 9; 10]. Tik šiame amžiuje buvo atkreiptas dėmesys į organizacijos kontekstą ir intervencijų pritaikymą konkrečiai organizacijai, o ne atvirkščiai.

Asmens sveikatos priežiūros įstaiga yra specifinė organizacija, kurią sudaro vienu metu konkuruojančios ir bendradarbiaujančios profesinės grupės ir kurios veikla, ypač viešųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų, yra stipriai reguliuojama ir kontroliuojama valstybės institucijų [11]. Medicinos darbuotojų darbo aplinka susijusi su aukštu profesinio streso lygiu ir nuovargiu dėl didelių reikalavimų: skaitmeninė sveikatos priežiūros paslaugų transformacija, greitai besikeičianti darbo aplinka, didėjantys pacientų reikalavimai dėl sveikatos priežiūros paslaugų greičio ir kokybės, pandemijos ir kt. Tad nenuostabu, kad medicinos darbuotojų grupė įvardijama kaip profesinė grupė, labiausiai kenčianti nuo įtampos darbe. Daugelis tyrimų parodė, kad medicinos darbuotojų nepasitenkinimo, nerimo ir perdegimo darbe lygis yra didelis [12; 13; 14; 15] ir netgi gali būti didesnis nei kitų

profesijų darbuotojų [16; 17]. Taigi pagrindinis iššūkis valdant psichosocialinius rizikos veiksnius ir stresą darbe tam tikroje viešojoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje yra nustatyti psichosocialinių rizikos veiksnių ir streso poveikį tos įstaigos medicinos darbuotojams, įvertinti sociodemografinių charakteristikų ir organizacijos konteksto įtaką ir panaudojant darbuotojų saugos ir sveikatos srities mokslo žinias parengti šiai įstaigai pritaikytas psichosocialinių rizikos veiksnių ir streso valdymo rekomendacijas [11].

Tuo tikslu buvo atliktas tyrimas Vilniaus miesto VšĮ Centro poliklinikoje (toliau – poliklinika), kurios steigėjas yra Vilniaus miesto savivaldybė. Poliklinika pagal sveikatos priežiūros paslaugų teikimo laiką ir vietą yra viešoji ambulatorinė asmens sveikatos priežiūros įstaiga, kuri yra Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos vykdomasis subjektas. Remiantis poliklinikos interneto svetainėje 2017 m. viešai skelbta informacija, ši poliklinika buvo viena iš didžiausių ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigų Lietuvoje: 2002 metų pavasarį šešios Vilniaus miesto centre esančios poliklinikos (Lukiškių, Naujamiesčio, Senamiesčio, Pylimo, Vytenio ir Žygimantų) buvo sujungtos į vieną VšĮ Centro polikliniką. Poliklinikoje buvo prisirašę apie 140 tūkstančių pacientų, o per metus sveikatos priežiūros paslaugų kreipėsi apie 1 milijoną pacientų. Poliklinikoje tyrimo metu dirbo 690 medicinos darbuotojų, o 2021 m. poliklinikoje jau dirbo 845 medicinos darbuotojai.

1.2. Darbo tikslas

Nustatyti pirminės sveikatos priežiūros įstaigos medicinos darbuotojų suvokiamą streso darbe lygį ir psichosocialinius rizikos veiksnius bei organizacinės intervencijos objektų pirmumą, atsižvelgiant į darbuotojų sociodemografines charakteristikas ir įstaigos kontekstą.

1.3. Darbo uždaviniai

1. Nustatyti ir įvertinti streso dažnį ir darbuotojų suvokiamus psichosocialinius rizikos veiksnius įstaigos kontekste.
2. Nustatyti ir įvertinti darbuotojų suvokiamą prevencijos lygį ir organizacinės intervencijos objektus įstaigos kontekste.
3. Nustatyti ir palyginti tam tikrų medicinos darbuotojų sociodemografinių grupių požiūrį į darbe patiriamą stresą ir psichosocialinius rizikos veiksnius.

4. Nustatyti ir palyginti tam tikrų medicinos darbuotojų sociodemografinių grupių požiūrį į įstaigos pastangas valdant psichosocialines rizikas.

1.4. Darbo mokslinis naujumas

Šis darbas peržengia vyrausią paradigmą, kuri remiasi universaliu streso valdymo modelio taikymu visoms organizacijoms, neatsižvelgiant į jų dydį, ekonominę veiklą, darbo ir darbuotojų charakteristikas ir kt. Taip pat dauguma mokslinių tyrimų apsiriboja keletu psichosocialinių rizikų ar streso darbe valdymo intervencijų analize, o šiame darbe pasiūlyta kompleksinė mokslinėje literatūroje nustatytų psichosocialinių rizikų ir intervencijos objektų analizė organizacijos kontekste. Be to, darbe pasiūlytas mokslo įrodymais pagrįstas psichosocialinės darbo aplinkos diagnostikos modelis, kuris būtų paskata toliau plėtoti naują požiūrį į streso darbe valdymą atsižvelgiant į organizacijos kontekstą ir darbuotojų sociodemografinės charakteristikas.

1.5. Darbo praktinė reikšmė

1. Parengtas mokslo įrodymais pagrįstas psichosocialinės darbo aplinkos diagnostikos modelis gali būti taikomas visose asmens sveikatos priežiūros įstaigose, siekiančiose įvertinti įstaigoje vyraujančius psichosocialinius rizikos veiksnius ir nustatyti prevencijos lygį.

2. Darbo rezultatai leidžia pateikti įstaigos kontekstui pritaikytas medicinos darbuotojų savijautos gerinimo rekomendacijas viešųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovams, savivaldybių administracijoms, Valstybinei darbo inspekcijai prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai.

3. Darbo rezultatai atliepia Europos saugos ir sveikatos darbe agentūros nustatytus darbuotojų saugos ir sveikatos tyrimų 2013–2020 m. prioritetus ir prisideda prie Aštuonioliktosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos iniciatyvos: sukurti sveikatos sistemos specialistams teigiamą emocinį klimatą.

1.6. Ginamieji teiginiai

1. Organizacijos kontekstas lemia vyraujančius psichosocialinės darbo aplinkos rizikos veiksnius ir darbuotojų požiūrį į organizacinės intervencijos objektus.

2. Darbe patiriamas stresas, psichosocialiniai rizikos veiksniai ir organizacinės intervencijos objektai tos pačios įstaigos medicinos darbuotojų sociodemografinių grupių suvokiami skirtingai.

3. Profesija (pareigos) yra pagrindinė sociodemografinė charakteristika, į kurią reikėtų atsižvelgti valdant psichosocialines rizikas viešojoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje.

4. Organizacijos konteksto ir darbuotojų sociodemografinių charakteristikų įvertinimas padeda geriau pritaikyti psichosocialinės rizikos prevencines ir apsaugos priemones.

2. LITERATŪROS APŽVALGA

2.1. Literatūros paieška

Literatūros šaltinių paieška atlikta naudojant *PubMed*, *Springer Link*, *Science Direct* elektroninės bibliografijos duomenų ir kitus šaltinius. Duomenų ieškota literatūros šaltiniuose anglų, lietuvių kalbomis. Pagrindiniai paieškos žodžiai: psichosocialinė darbo aplinka, psichosocialiniai rizikos veiksniai, stresas, streso darbe valdymo intervencijos, organizacinės intervencijos, sociodemografiniai veiksniai, medicinos darbuotojai, sveikatos priežiūros darbuotojai.

Taip pat naudotasi Pasaulio sveikatos organizacijos, Europos Komisijos, Europos saugos ir sveikatos darbe agentūros internetinėje svetainėje skelbiamais duomenimis ir dokumentais, Lietuvos mokslinių medicinos žurnalų, disertacinių darbų ir tarptautinių konferencijų spausdintine medžiaga.

2.2. Psichosocialinė darbo aplinka

2.2.1. Sauga ir sveikata darbe

Darbo aplinka tiriama nuo praėjusio šimtmečio, siekiant sukurti saugią ir sveiką darbo vietą darbuotojui. Saugios ir sveikos darbo vietos koncepcija apima visus procesus ir struktūras, skirtas darbo aplinkai, organizacinei, socialinei ir darbo kultūrai gerinti ir plėtoti, kad būtų išsaugota ir sustiprinta darbuotojų sveikata ir gerovė organizacijoje. Per pastaruosius penkiasdešimt metų įvairių sričių mokslininkai tyrė, koku mastu, dėl kokių priežasčių, kokiais būdais ir su kokiomis sąnaudomis ar padariniais būtų galima sukurti saugią ir sveiką darbo aplinką. Tyrimai buvo atliekami įvairiuose pramonės [18; 19] ir paslaugų sektoriuose [20; 21]. Mokslinėje literatūroje galima išskirti dvi pagrindines šios problematikos nagrinėjimo kryptis. Inžinerinės sampratos atstovai dėmesį sutelkė į formalius organizacijos saugumo aspektus (procedūras, valdymo sistemas, kontrolę ir politiką), o psichologinės sampratos atstovai siekė ištirti darbuotojų jausmus ir požiūrį į jų darbo aplinką [22; 23]. Pastarąjį dešimtmetį vis daugiau mokslininkų atkreipia dėmesį, kad sveikatos ir saugumo problemos, ypač paslaugų sektoriuje, dažnai yra susijusios ne su techninėmis problemomis, bet su psichosocialinėmis rizikomis, ir pabrėžia būtinybę keisti tradicinį požiūrį į rizikas darbuotojų sveikatos ir saugos srityje – nuo rutininių rizikų valdymo pereiti prie pozityvios darbo aplinkos kūrimo [3; 24]. Poreikį gerinti psichosocialinę

darbo aplinką šio šimtmečio pradžioje pabrėžė ir Europos saugos ir sveikatos darbe agentūra (*European Agency for Safety and Health at Work*, toliau – *EU-OSHA*) [25]. Kreipimosi pagrindas buvo tyrimai, rodantys tiesioginį psichosocialinės darbo aplinkos ir darbuotojų sveikatos bei gerovės ryšį [26; 27], bei siekis paskatinti organizacijas kurti mokslo žiniomis pagrįstą pozityvią darbo aplinką.

Organizacijos veiksmai, bloginantys psichosocialinę darbo aplinką, gali turėti ilgalaikių padarinių ne tik darbuotojo sveikatai ir gerovei, bet ir organizacijos finansinei gerovei [28], todėl pastaruoju metu įvairių sričių (visuomenės sveikatos, psichologijos, vadybos ir kt.) mokslininkai stengiasi išsiaiškinti darbo aplinkos, psichosocialinės aplinkos ir darbuotojo gerovės ryšį. Praėjusį dešimtmetį šioje srityje dominavo psichologijos mokslo atstovai. Darbuotojų ir organizacijos santykiams apibūdinti jie įvedė psichologinės sutarties sąvoką kaip teisinės sutarties analogiją [29]. Psichologinė sutartis yra darbuotojo suvokimas apie jo ir darbdavio abipusius įsipareigojimus, t. y. darbuotojas turi įsitikinimų dėl organizacijos įsipareigojimų jam ir savo įsipareigojimų organizacijai [30; 31]. Pavyzdžiui, darbuotojas gali būti įsitikinęs, kad už jo sunkų darbą ir lojalumą organizacija turėtų jį finansiškai skatinti ar sudaryti karjeros galimybes. Psichologinė sutartis yra savaime subjektyvus reiškinys, iš dalies dėl individualių pažinimo ir suvokimo ribų bei dėl įvairių organizacijoje esamų informacijos šaltinių, kurie gali turėti įtakos sutartį plėtojant ir keičiant.

Šiame dešimtmetyje mokslininkai vis daugiau dėmesio kreipia į darbo aplinkos rizikos veiksnių tyrimą. Darbo aplinkos fizinių, fizikinių, cheminių, biologinių veiksnių įtakos darbuotojo sveikatai ištyrimas gana aiškus. Pavyzdžiui, pavojingos medžiagos nustatymas darbo aplinkoje leidžia daryti išvadą apie tiesioginį šios darbo aplinkos veiksnio ir iškilusių darbuotojo sveikatos problemų ryšį. Nustačius psichosocialinį rizikos veiksnių darbo aplinkoje, negalima daryti išvados, kad yra aiškus ir tiesioginis veiksnio ir darbuotojo sveikatos problemų ryšys. Tam tikras psichosocialinis rizikos veiksnys gali būti nereikšmingas, bet keleto veiksnių konfigūracija gali turėti poveikį psichosocialinei darbo aplinkai ir darbuotojo sveikatai. Briner [32] išskyrė kelis tokius veiksnius:

1. Darbo charakteristikos, t. y. kaip kuriama darbo vieta ir organizuojami darbai organizacijoje. Manoma, kad tai yra vienas iš svarbiausių veiksnių rinkinys, darantis įtaką psichosocialinei darbo aplinkai.

2. Organizacinės charakteristikos. Pirmoji yra organizacijos struktūra. Struktūra apima hierarchijos lygių skaičių ir darbuotojų dislokavimo būdus, pavyzdžiui, komandų formavimą, koordinavimą tarp skirtingų organizacijos padalinių. Visa tai gali atlikti svarbų vaidmenį kuriant psichosocialinę darbo

aplinką. Antra charakteristika yra organizacinė kultūra, susidedanti iš rašytinių ir nerašytinių taisyklių bei elgesio normų. Organizacinė kultūra formuoja daugelį psichosocialinės aplinkos aspektų, įskaitant socialinę paramą, patyčių ar slegiančio elgesio priimtinumą ar nepriimtinumą.

3. Išoriniai veiksniai, kurie gali būti trijų lygių:

3.1. Individo lygmuo. Mokslo žinios patvirtino, kad tai, kas vyksta su darbuotoju ne darbo metu, gali turėti reikšmingą įtaką jo gerovei darbe. Pavyzdžiui, darbuotojui, turinčiam probleminių santykių šeimoje, gali būti sunkiau nei įprastai spręsti problemas darbe.

3.2. Vietos bendruomenės lygmuo ir jos charakteristikos, tokios kaip vietinis nedarbo lygis, transportas, būstas ir sveikatos priežiūros paslaugos, taip pat gali atlikti svarbų vaidmenį. Pavyzdžiui, esant dideliui bedarbių skaičiui savivaldybėje ar rajone, darbuotojai gali bijoti prarasti darbą ir būti priversti toleruoti psichologinio smurto apraiškas (mobingą, patyčias, priekabiavimą) organizacijoje.

3.3. Nacionalinis lygmuo taip pat gali turėti reikšmingą įtaką gerovei darbe. Pandemijų ir kitų grėsmių (pavyzdžiui, Lietuvai – Baltarusijos atominės elektrinės grėsmė) akivaizdoje organizacijoms sunkiau sukurti gerovę darbe.

Taip pat reikia pažymėti, kad per pastaruosius dešimtmečius darbo sąlygos labai pasikeitė dėl sparčių ekonominių, politinių ir technologinių pokyčių. Globalizacija, populiacijos senėjimas, spartus technologijų ir interneto plitimas, ekonomikos krizės, pandemijos ir kitos grėsmės, perėjimas nuo gamybos prie paslaugų – visa tai paveikė pasaulinę darbo rinką: užimtumas ir darbo modeliai smarkiai pasikeitė, dėl to dar labiau padidėjo neigiamas psichosocialinių rizikų poveikis darbuotojams.

Apibendrinant šią dalį galima teigti, kad darbo aplinka gali turėti tiek teigiamų, tiek neigiamų padarinių darbuotojo gerovei. Svarbu mokslo žinias apie įvairių kontekstų įtaką darbo aplinkai ir darbuotojo gerovei panaudoti praktikoje, todėl organizacijos turi imtis lyderystės ir veiksmų pritaikydamos šias žinias darbo vietose.

2.2.2. Psichosocialinės darbo aplinkos gerinimo klausimas Europos Sąjungos politikos formavimo kontekste

Streso ir psichosocialinių rizikos veiksnių valdymas darbe yra ne tik moralinė, bet ir teisinė darbdavio pareiga. Darbdaviai yra įpareigoti spręsti streso darbe problemą pagal 1989 m. priimtą Pagrindų direktyvą 89/391/EEB, kurioje nagrinėjami ES darbuotojų sveikatos ir saugos klausimai [33]. Šioje

direktyvoje ir ją įgyvendinančiuose ES valstybių narių teisės aktuose su darbu susijęs stresas aiškiai priskiriamas darbuotojų saugos ir sveikatos teisinio reguliavimo sričiai ir numatyta, kad su darbu susijęs stresas turi būti nagrinėjamas tokiu pačiu loginiu ir sisteminiu būdu kaip ir kiti sveikatos bei saugos klausimai [34]. Be to, Europos socialiniai partneriai, pripažindami psichosocialinės rizikos svarbą, pasirašė Pagrindų susitarimą dėl streso darbe (2004 m.) ir Pagrindų susitarimą dėl priekabiavimo ir smurto darbe (2007 m.). Šie susitarimai atspindi įsipareigojimą minėtų susitarimų turinį taikyti nacionaliniu lygmeniu [35].

Vis dėlto psichosocialiniai rizikos veiksniai ir su darbu susijęs stresas yra viena iš didžiausių darbuotojų sveikatos problemų. Tai rodo ir Europos Sąjungos (toliau – ES) darbuotojų apklausa: daugiau kaip pusė darbuotojų (53 proc.) stresą nurodė kaip pagrindinę darbo aplinkos riziką, daugiau kaip ketvirtis visų ES darbuotojų teigė patiriantys su darbu susijusį stresą visą arba beveik visą savo darbo laiką [1]. Trečiojoje Europos įmonių apklausoje apie naujas ir kylančias rizikas (ESENER3) [36] konstatuojama, kad kai kurie psichosocialiniai rizikos veiksniai (pvz., sunkiai sukalbami pacientai, klientai ir mokiniai (61 proc.), laiko trūkumas (44 proc.) yra daugelyje ES valstybių narių organizacijų. Kaip galima spręsti iš turimų duomenų, psichosocialinei gerovei kylančio pavojaus šalinimas nėra vienkartinis veiksmas, o nuolatinis darbo aplinkos vertinimo ir keitimo procesas. *EU-OSHA* ir Europos gyvenimo ir darbo sąlygų gerinimo fondo (*European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*, toliau – *Eurofound*) parengtoje ataskaitoje apie psichosocialinę riziką darbe pažymima, kad „beveik 80 proc. vadovų reiškia susirūpinimą dėl streso darbe, o beveik penktadalis mano, kad smurtas ir priekabiavimas yra didelė problema. Vertindami konkrečią riziką, vadovai didžiausią susirūpinimą reiškia dėl laiko stygiaus ir dėl problemišκών klientų, pacientų ir mokinių. Nepaisant tokio susirūpinimo, tik mažiau nei trečdalis įmonių taiko procedūras tokiai rizikai šalinti“ [37]. *EU-OSHA*, siekdama gerinti saugą ir sveikatą Europos darbo vietose, įgyvendino daugybę projektų. 2014–2015 m. vykdė saugių darbo vietų kampaniją „Saugiose darbo vietose stresas yra valdomas“. Pagrindiniai kampanijos produktai buvo filmas „Napas filme „Kai užklumpa stresas“; Streso ir psichosocialinės rizikos valdymo e. vadovas; ataskaita „Streso darbe ir psichosocialinės rizikos sąnaudų apskaičiavimas“ ir kartu su *Eurofound* paskelbta ataskaita „Psichosocialinė rizika Europoje: paplitimas ir prevencijos strategijos“. Taip pat *EU-OSHA* sukūrė interaktyvią internetinę rizikos vertinimo priemonę (angl. *OiRA*), kuri įvardyta kaip pagrindinė priemonė, padedanti mažoms ir vidutinėms įmonėms laikytis darbuotojų saugos ir sveikatos reikalavimų, ir žinių perdavimo platformą „OSHWiki“, kurioje pateikiama patikima informacija

pagrindinėmis darbuotojų saugos ir sveikatos temomis bei skelbiami akredituotų autorių straipsniai. „OSHWiki“ yra pirmoji interneto platforma, kurios naudotojai bendradarbiaudami gali sisteminti ir dalytis žiniomis apie darbuotojų saugą ir sveikatą, suteikianti galimybę bendruomenei veikti per internetinius tinklus.

Vis dėlto ES politikos formuotojai mano, kad psichosocialinės darbo aplinkos gerinimo klausimas sprendžiamas nepakankamai. 2019 m. gruodžio 10 d. ES Užimtumo, socialinės politikos, sveikatos ir vartotojų reikalų taryboje dar kartą buvo atkreiptas dėmesys į vieną iš sudėtingiausių ir skubiausiai spręstinių darbuotojų saugos ir sveikatos problemų – psichosocialinius rizikos veiksnius ir stresą darbe [38]. 2020 m. vasario 18 d. Europos Parlamente buvo surengta diskusija su suinteresuotomis šalimis tema „Būsimos ES psichikos sveikatos strategijos formavimas: prioritetai ir veiklos“. Diskusijos metu buvo atkreiptas dėmesys į psichikos sveikatos darbo vietoje svarbą. Diskusijų išvadose rašoma, kad psichikos sveikatai palankios darbo vietos užtikrinimas turėtų būti kasdienis rūpestis; organizacijos vadovai turėtų naudoti įvairias priemones, kad užtikrintų darbuotojų gerovę darbe [39].

2.2.3. Tyrimai ir žinių perdavimas

1989 m. priimta Pagrindų direktyva Europos Sąjungoje prisidėjo prie darbuotojų saugos ir sveikatos klausimų persvarstymo ir tyrimų infrastruktūros plėtros. Europos Sąjunga atliko pagrindinį vaidmenį ne tik formuojant darbuotojų saugos ir sveikatos politiką, bet ir įtraukiant mokslinę bendruomenę, plėtojant šios srities tyrimus tiek ES, tiek nacionaliniu lygiu. *EU-OSHA* parengtuose darbuotojų saugos ir sveikatos tyrimų 2013–2020 m. prioritetuose kaip vienas iš svarbiausių prioritetų įvardytas darbo aplinkos gerinimas ir gerovės darbe didinimas [2]. Tyrimo prioritetų įvardijimas sudarė sąlygas efektyviau įtraukti tyrėjų bendruomenę, sprendžiant darbuotojų saugos ir sveikatos problemas, bei panaudoti tyrimo rezultatus formuojant darbuotojų sveikatos ir saugos politiką. Siekiant dalytis žiniomis ir ištekliais, skatinti politikų, akademikų ir praktikų dialogą buvo įkurtas Europos darbuotojų saugos ir sveikatos tyrimų bendradarbiavimo tinklas (*Partnership for European Research in Occupational Safety and Health – PEROSH*), apimantis 13 nacionalinių mokslinių tyrimų institutų visoje Europoje. Daugelyje valstybių narių nacionaliniai tyrimų institutai (pvz., *FIOH* Suomijoje; *INRS* Prancūzijoje; *HSE* Didžiojoje Britanijoje; *BAUA* Vokietijoje; *INAIL* Italijoje) buvo teigiamai paveikti šių Europos Sąjungos iniciatyvų: didino darbuotojų saugos ir sveikatos tyrėjų gretas, derino

mokslinių tyrimų darbotvarkes, kartu tobulino prevencines priemones darbuotojų saugos ir sveikatos srityje ir skatino politikos formuotojų įsitraukimą nacionaliniu lygmeniu [40; 41]. Mokslo bendruomenė išsikėlė tikslą panaikinti atotrūkį tarp politikos ir praktikos, siekdama reikiamo ekspertizės lygio darbuotojų saugos ir sveikatos srityje ir atsisakydama rizikos valdymo supratimo kaip paprasto teisės aktų laikymosi [42]. Mokslinėje literatūroje buvo siūloma daugiau dėmesio skirti ne psichosocialinių rizikų neigiamam poveikiui vertinti, bet paieškai galimybių, kurias būtų galima veiksmingai panaudoti valdant psichosocialinę riziką organizacijos ir nacionaliniu lygiu [43].

Pasaulio sveikatos organizacija savo ataskaitoje apie psichosocialinės rizikos valdymą darbo vietose Europoje [44] apžvelgė įvairių Europos šalių patirtį formuojant įrodymais pagrįstą darbuotojų saugos ir sveikatos politiką psichosocialinių rizikos veiksnių valdymo kontekste. Vokietijoje buvo sukurti sveikatos būreliai preziumuojant, kad darbuotojai yra savo darbo ir darbo aplinkos ekspertai. Sveikatos būreliai buvo pritaikyti šimtams įmonių ir daugeliu atvejų įmonės įgyvendino nemažą dalį sveikatos būrelių siūlomų sprendimų (nuo 45 proc. iki 86 proc.). Mokslininkai, vertindami sveikatos būrelių veiklos rezultatus, konstatavo įmonėse pagerėjusias darbo sąlygas ir darbuotojų sveikatos būklę, sumažėjusį pravaikštų skaičių ir padidėjusį darbuotojų pasitenkinimą darbu [45]. Ispanijoje buvo pasiūlytas metodas *Istas21*, kuris yra adaptuota Kopenhagos psichosocialinio klausimyno (*Copenhagen Psychosocial Questionnaire (CoPsoQ)*) versija. Pagrindinis šio metodo akcentas yra rizikos vertinimas, daugiausia dėmesio skiriant psichosocialinės rizikos sąsajoms su nustatytais rezultatais, tokiais kaip pasitenkinimas darbu, bendra sveikatos būklė, psichinė sveikata, streso simptomai įvertinti. Nors su rizikos valdymo proceso aprašymais pateikiamas išsamus vadovas, tačiau pažymima, kad tam tikriems procesams reikia šios srities ekspertų. *Istas21* metodas tinkamas darbo aplinkos tyrimams atlikti, tačiau gautų žinių praktinis pritaikymas organizacijoje nėra jo stiprioji dalis. Taip pat pabrėžiama, kad nėra įrodymų apie viso metodo taikymą įmonėse. Kitas metodas *Prevenlab-Psicosocial* buvo sukurtas rizikoms vertinti ir diegti prevencines priemones organizacijoje [46]. Metodo išskirtinumas yra tas, kad jį naudojant išskiriami „kietieji“ ir „minkštieji“ organizacijos aspektai, naudojama dinamiška tinkamumo ir organizacinės darnos perspektyva, analizuojama asmens (ar grupės) ir organizacijos harmonija, atsižvelgiant į psichologinės sutarties sampratą. Tačiau reikia pažymėti, kad metodas sukurtas šios srities ekspertams ir jį gali naudoti tik reikiamų žinių ir praktikos turintys specialistai. Šveicarija, siekdama didinti darbuotojų sveikatos skatinimo sklaidą mažose ir vidutinėse įmonėse, inicijavo ir finansavo trejų

metų programą, skirtą internetiniam instrumentui sukurti. Šis instrumentas turėjo užtikrinti nuolatinę žinių apie saugą ir sveikatą darbe sklaidą pasitelkiant praktinius modulius ir gerąją praktiką. Instrumentas buvo sėkmingai testuotas dešimtyje bandomųjų įmonių. Tyrėjai apklausė įmonių darbuotojus prieš bandomąjį projektą ir praėjus 18 mėnesių po projekto. Tyrimo rezultatai parodė, kad darbuotojai pajautė teigiamą programos poveikį tiek jų sveikatai, tiek darbo aplinkai. Jungtinė Karalystė parengė rizikos, susijusios su stresu darbe, valdymo metodą ir standartus, kuriuos gali adaptuoti visos įmonės, neatsižvelgiant į jų dydį ir vykdomą veiklą. Notingamo universiteto mokslininkai kurdami šį metodą siekė nustatyti ir vertinti stresą sukeliančius darbo aspektus, o ne organizacijoje stresą patiriančius asmenis. Tyrimų rezultatai prisidėjo prie darbuotojų gerovės didinimo darbo vietoje [47]. Suomijoje buvo pasiūlytas darbuotojų apklausos – grįžtamojo ryšio kaip streso valdymo metodas. Darbdavys turi kasmet atlikti darbo klimato tyrimus, kuriuose darbuotojai savarankiškai atsako į klausimynus. Šie klausimynai paprastai apima pagrindinius psichologinius, socialinius ir ergonominius darbo aspektus, įskaitant gerovės ir subjektyvios sveikatos vertinimo klausimus. Anketinės apklausos rezultatus darbdaviai naudoja vertindami darbuotojų požiūrį į patiriamą stresą ir organizacijos taikomas intervencijas. Vis dėlto šiam metodui naudoti taip pat reikalingi šios srities ekspertai. Italijoje buvo pasiūlyta *INAIL* metodika grindžiama dviem vertinimo etapais: išankstiniu vertinimu, kai naudojamas kontrolinis sąrašas objektyviems ir stebėjimo rodikliams, susijusiems su streso darbe rizika, rinkti, ir klausimynu, susijusiu su darbo ir organizacinėmis charakteristikomis. Italijos mokslininkai kartu su Italijos sveikatos apsaugos ministerijos, Nacionaliniu nelaimingų atsitikimų darbe draudimo institutu bei regionų atstovais toliau tobulina ir plėtoja šį metodą, kad galėtų jį pritaikyti Italijos įmonių poreikiams, pavyzdžiui, atsižvelgiant į įmonės dydį, ekonomikos sektorių [48].

Iš rastų mokslinėje literatūroje pateiktų pavyzdžių galima teigti, kad kiekvienas psichosocialinės rizikos valdymo požiūris skirtingai pabrėžia įvairius rizikos valdymo paradigmos etapus. Kuriuos metodus pasirinks praktikai, priklauso nuo socialinės ir kultūrinės šalies aplinkos, organizacijos dydžio ir turimų žinių lygio [44]. Mokslininkai pabrėžia, kad kitų šalių psichosocialinės rizikos valdymo patirčių taikymas gali neduoti numatomų rezultatų dėl skirtingų ekonominių, socialinių ir kultūrinių aplinkybių [49, 50]. Tačiau mokslinėje literatūroje nėra vienodos sampratos, kokią įtaką šalies aplinkybės daro darbuotojų saugai ir sveikatai. Kai kurie mokslininkai ekonominių aplinkybių nulemtus rizikos veiksnius, pavyzdžiui išteklių trūkumą, mažus atlyginimus, sieja su šalyse buvusių režimų padariniais,

pavyzdžiui, Vidurio ir Rytų Europos šalyse buvusiu komunistiniu režimu [51]. Plačiausiai mokslinėje literatūroje lyginamos individualistinės kultūrinės vertybės su kolektyvinėmis (dar pristatomos kaip Vakarų kultūra, pvz., Jungtinės Amerikos Valstijos, palyginti su Rytų kultūra, pvz., Kinija), lemiančios psichosocialinių rizikos veiksnių ir streso suvokimo skirtumus tiek individo, tiek organizacijos, tiek šalies lygiu [50; 52; 53]. Šalyse, kuriose vyrauja individualistinės kultūros vertybės, žmonės linkę save vertinti kaip savarankiškus ir susikonscentuoti ties savo interesais, o kolektyvines kultūros vertybes propaguojančiose šalyse žmonės dažniau save vertina kaip tarpusavyje susijusius ir solidarius tam tikros grupės narius [54]. Vis dėlto Kirkman, Lowe ir Gibson, atlikę kultūrinių vertybių empirinių tyrimų apžvalgą, konstatavo, kad tyrimai fragmentiniai, pasikartojantys ir paremti tam tikru analizės lygiu ir poveikio kryptimi [55]. Vienas iš pagrindinių apžvalgoje keliamų klausimų ne kultūrinių vertybių svarba, bet jų vieta ir santykis su kitomis aplinkybėmis, kurios susijusios su darbuotojų požiūriu į jų aplinką.

2.2.4. Psichosocialinės darbo aplinkos gerinimo klausimas Lietuvos, kaip ES valstybės narės, politikos formavimo kontekste

2004 m. aštuonios pokomunistinės šalys, kartu ir Lietuva, buvo priimtos į Europos Sąjungą. Socialinis *acquis* sveikatos ir saugos srityje buvo bene sudėtingiausia ir sunkiausia dalis. Tuo laikotarpiu darbuotojų sveikatai ir saugai buvo reikalingos didelės investicijos, tačiau dauguma naujųjų valstybių narių darbdavių nenorėjo ar negalėjo per trumpą laiką skirti investicijų šiai sričiai [56]. Vaughan-Whitehead [57] konstatavo paradoksalią situaciją Vidurio ir Rytų Europos šalyse: ES reikalavimus atitinkantys darbuotojų sveikatos ir saugos teisės aktai parengti ir priimti, tačiau praktiškai jų nuostatos įmonėse buvo įgyvendinamos vangiai. Vidurio ir Rytų Europoje darbuotojai buvo pasirengę susitaikyti su žemesniais saugos standartais mainais į didesnius atlyginimus. Tuo laikotarpiu vertinant Lietuvą pagal daugelį sveikatos būklės, taip pat darbuotojų sveikatos ir saugos rodiklių, situacija buvo prasta, kai kurie pagrindiniai rodikliai – prasčiausi Europos Sąjungoje. Pavyzdžiui, 2005 m. Lietuvoje buvo 133 nelaimingų atsitikimų atvejai 100 000 darbuotojų, t. y. maždaug du kartus didesnis rodiklis negu ES vidurkis ir prasčiausias iš visų ES valstybių narių [58]. Woolfson ir Calite, nagrinėję „blogiausio atvejo“, t. y. vienos iš naujųjų ES valstybių narių – Lietuvos, empirinį pavyzdį, konstatavo „darbo režimo intensyvėjimą ir tai, kad darbo aplinka nėra tokia kolektyvi, kad darbuotojai galėtų pareikšti savo

„balsą“ sveikatos ir saugos valdymo procese“ [59]. 2007–2012 m. Europos Bendrijos saugos ir sveikatos strategijoje iškeltuose darbo našumo ir ekonomikos konkurencingumo tiksluose nebuvo įvertinti ES plėtros ypatumai ir nenagrinėtas ankstesnės nesėkmingos darbuotojų sveikatos ir saugos politikos poveikis, ypač tokiose ES naujosiose valstybėse kaip Lietuva [58]. Praėjus aštuoneriems metams po ES plėtros, *Eurofound* ataskaitoje „Sveikata ir gerovė darbe“ rašoma, kad vis dar yra skirtumas tarp senųjų ir naujųjų valstybių narių (tų, kurios įstojo į ES po 2004 m.), bet jau ne toks ryškus kaip 2005 metais. Nors Lietuvos vienas iš pagrindinių gerovės rodiklių – pasitenkinimas darbu – priartėjo prie ES vidurkio, tačiau psichosocialinė darbo aplinka mažai tepagerėjo [60]. Ataskaitos išvados psichosocialinės darbo aplinkos rizikos veiksniai įvardyti kaip vieni iš svarbiausių šiuolaikinės ir būsimos ES visuomenės rizikos veiksnių.

Lietuvoje mokslininkai daugiau dėmesio šiai sričiai pradėjo skirti tik paskutinius du dešimtmečius. Per pastarąjį laikotarpį gausėjantys šios srities tyrimai iš biomedicinos, psichologijos, vadybos ir kitų mokslų perspektyvos [61–67] rodo, kad pagaliau ir Lietuvoje suprantama psichosocialinės darbo aplinkos reikšmė darbuotojo gerovei. Tačiau reikia pažymėti, kad Lietuvoje psichosocialinės darbo aplinkos ir jos rizikos veiksnių tyrimų sritis vis dar neišaugusi iš vaikystės. Mokslinėje literatūroje dominuoja tyrimai, susiję su tam tikrų psichosocialinių rizikų vertinimu, streso paplitimo ar psichologinio smurto apraiškų tyrimu, stokojama kompleksinio požiūrio į organizacijos ir darbo charakteristikas, nesiekama rezultatų pritaikomumo organizacijai [3].

2.3. Psichosocialiniai rizikos veiksniai darbe: teorija ir praktika

2.3.1. Psichosocialinių rizikos veiksnių samprata ir klasifikacija

Bendri stresą sukeliančių veiksnių tyrimai parodė, kad respondentai dažniau nurodydavo darbo aplinkos rizikos veiksnius nei kitus veiksnius. Elfering'o ir bendraautorių tyrimas parodė, kad vienam asmeniui iš 7 savaitės dienų vidutiniškai 5,2 dienos buvo stresinės ir stresą sukėlė su darbu susiję įvykiai [68]. Guthrie ir bendra autoriai nustatė, kad daugiau nei trys ketvirtadaliai stresinių įvykių, kuriuos nurodė respondentai, buvo susiję su darbo aplinka [69].

Tarptautinė darbo organizacija psichosocialinius veiksnius (pavojus) darbe apibrėžė kaip darbo aplinkos, darbo turinio, organizacinių sąlygų, kultūros ir darbuotojų gebėjimų, poreikių, asmeninės sampratos sąveiką, kuri gali turėti įtakos darbuotojo sveikatai, darbo našumui ir pasitenkinimui darbu [70].

Europos Komisijos ir Pasaulio sveikatos organizacijos dokumentuose psichosocialiniai pavojai darbe siejami, viena, su organizacine struktūra, valdymo sistemomis, darbo turiniu, darbo aplinkos sąlygomis, kita, – su darbuotojo kompetencija ir poreikiais, kurių sąveika gali pakenkti darbuotojo sveikatai ir saugai [35; 71]. Lietuvos teisės aktuose darbo aplinkos rizikos veiksnys apibrėžiamas taip: cheminis, fizikinis, biologinis, ergonominis, psichosocialinis ar fizinis veiksnys, keliantis ar galintis kelti pavojų darbuotojo saugai ir sveikatai. Šiuo atveju psichosocialinis veiksnys – veiksnys, kuris dėl darbo sąlygų, darbo reikalavimų, darbo organizavimo, darbo turinio, darbuotojų tarpusavio ar darbdavio ir darbuotojo tarpusavio santykių sukelia darbuotojui psichinį stresą [72]. Mokslininkai psichosocialinių rizikų (pavojų), profesinių (darbo) stresorių sąvokas vartoja kaip sinonimus apibūdindami psichosocialinius darbo aplinkos veiksnius, kurie kenkia darbuotojų sveikatai ir saugai [73]. Mokslinėje literatūroje stresoriai apibrėžiami kaip sąlygos ir įvykiai, sukeliantys įtampą [74].

2008 m. Europos Komisijos finansuojamo projekto *PRIMA-EF* viena iš užduočių buvo įvardyti pagrindines darbe kylančių psichosocialinių pavojų rūšis [56]. Tokių pavojų buvo įvardyta dešimt:

1. Darbo turinys – menka darbo įvairovė arba beprasmis darbas, darbuotojas negali panaudoti turimų įgūdžių, dirbant reikia nuolat bendrauti su žmonėmis ir pan.

2. Darbo krūvis ir tempas – per didelis arba per mažas darbo krūvis, darbo tempo kontrolės stoka, mažai laiko užduočiai atlikti, reikia nuolat laikytis terminų ir pan.

3. Darbo tvarkaraštis – pamaininis darbas, nelankstus darbo grafikas, ilgos darbo valandos arba asmeniniam gyvenimui nepalankios darbo valandos ir pan.

4. Kontrolė – menka galimybė dalyvauti priimant sprendimus, darbo tempo, krūvio kontrolės stoka ir pan.

5. Aplinka ir įranga – nėra tinkamos įrangos gerai atlikti darbą, rizikingos darbo aplinkos sąlygos, t. y. per menkas apšvietimas, per didelis triukšmas ir pan.

6. Organizacijos kultūra ir funkcijos – prasta komunikacija, per mažai arba nėra kolegų, vadovų paramos sprendžiant problemas, neapibrėžti arba neaiškūs organizacijos tikslai ir pan.

7. Tarpusavio santykiai darbe – socialinė ar fizinė izoliacija, prasti santykiai tarp darbuotojų, nėra socialinės paramos, tarpasmeniniai konfliktai, priekabiavimas, bauginimas ir pan.

8. Vaidmuo organizacijoje – neaiškus vaidmuo, kertasi funkcijos ar vadovų pavedamos užduotys neatitinka aprašytų pareigybėse ir pan.

9. Karjeros galimybės – karjeros galimybių nėra, menkas atlygis, darbo nesaugumas, menka darbo vertė ir pan.

10. Darbo ir asmeninio gyvenimo pusiausvyros neužtikrinimas – sunku suderinti darbo, šeimos ir asmeninius poreikius ir pan.

Vis dėlto šis sąrašas nėra baigtinis ir gali kisti priklausomai nuo organizacijos tipo, dydžio ir vykdomos veiklos. Jis gali kisti ir dėl išorinių veiksnių, tokių kaip pandemija, ekonomikos krizės, dėl kurių kyla nedarbo grėsmių, keičiasi darbo rinka, ir kt.

Mokslinėje literatūroje taip pat galima rasti įvairių psichosocialinių pavojų rūšių, arba organizacinių stresorių, sąrašų, tačiau jie nedaug skiriasi nuo *PRIMA-EF* projekto sudaryto sąrašo. Sonnentag ir Frese mokslinėje literatūroje analizuojamus veiksnius, sukeliančius stresą darbe, suskirstė į aštuonias rūšis: fizinius stresorius, su užduotimi susijusius stresorius, vaidmens stresorius, socialinius stresorius, stresorius, susijusius su darbo grafiku, karjeros stresorius, trauminių įvykių ir pokyčių procesų stresorius [75]. Fizinius stresorius apibrėžė kaip aversines fizines darbo sąlygas: triukšmą, karštį, vibraciją ir chemines ar toksines medžiagas, įskaitant nepalankias ergonomines darbo vietos sąlygas. Su užduotimi susijusių darbo stresorių atsiranda, kai turima per mažai laiko sudėtingai užduočiai atlikti, kai užduoties atlikimo metu įvyksta įvairūs trukdžiai, pavyzdžiui, netikėta išsijungia kompiuteris. Vaidmens stresoriai gali būti vaidmens perkrova, vaidmens konfliktas ir vaidmens neapibrėžtumas. Vaidmens perkrova atsiranda, kai darbuotojas gauna per daug užduočių ar jos per sudėtingos. Vaidmens konfliktas – prieštarų lūkesčių situacijos, ir vaidmens neapibrėžtumas reiškia situacijas, kai vaidmuo neaiškus. Neteisėtos užduotys taip pat priskiriamos prie vaidmens stresorių. Socialiniai stresoriai apibrėžiami kaip blogi santykiai su tiesioginiu vadovu, bendradarbiais, dėl ko kyla tarpasmeninių konfliktų darbe, priekabiavimas, mobingas, patyčios ar kitos psichologinio smurto apraiškos. Be to, nesukalbamas klientas taip pat suvokiamas kaip socialinis stresorius. Su darbo grafiku susijęs stresas gali kilti dėl naktinio ir (ar) pamaininio darbo, viršvalandžių, ilgų darbo valandų. Su karjera susiję stresoriai apima darbo nesaugumą, nepakankamą užimtumą ir prastas karjeros galimybes. Trauminių įvykių stresoriai yra pavieniai įvykiai, tokie kaip didelės avarijos, mirtys. Su tokiais stresoriais dažniausiai susiduria ugniagesiai, kariai, policijos, medicinos darbuotojai. Organizacijoje vykdomi pokyčiai taip pat gali būti stresoriais. Pavyzdžiui, naujų technologijų diegimas, organizacijos padalinių susijungimas gali sukelti socialinius konfliktus. Vis dėlto mokslinėje literatūroje pabrėžiama, kad stresorių klasifikacija neturi aiškaus teorinio pagrindo ir stresoriai dažniausiai klasifikuojami intuityviai. Yra tik pavienių atvejų, paremtų aiškia teorija,

pavyzdžiui, vaidmens stresorių klasifikacija (vaidmens perkrova, vaidmens konfliktas ir vaidmens neapibrėžtumas) grindžiama vaidmens teorija [76].

2.3.2. Psichosocialinių rizikos veiksnių neigiamas poveikis

Yra daugybė mokslinių įrodymų apie psichosocialinių darbo aplinkos veiksnių neigiamą poveikį ir darbuotojui, ir organizacijai. Didžiausias neigiamas tokio veiksnio ar jų sąveikos poveikis darbuotojui yra stresas (t. y. distresas) ir visi negatyvūs jo padariniai darbuotojo sveikatai [21]. Mokslinių tyrimų rezultatai leidžia teigti, kad darbuotojai, kurių darbui keliami dideli reikalavimai, kurie nuolat jaučia laiko stoką ir kurie beveik negali pakeisti darbo sąlygų, dažniau serga širdies ir kraujotakos ligomis. Allesøe ir kt.[77] tyrė darbo įtampos poveikį išeminės širdies ligos vystymuisi. Kohortiniame tyrime dalyvavo 12 116 slaugytojų, kurių amžius buvo nuo 45 iki 64 metų. Tyrimas parodė, kad didelė įtampa darbe yra reikšmingas išeminės širdies ligos rizikos veiksnys jaunesnėms darbuotojoms (< 51 metų). Ilies'o, Dimotakio ir De Pater'o [78] tyrimo rezultatai parodė, kad darbo krūvis buvo tiesiogiai susijęs su afektiniu distresu ir kraujospūdžiu bei su žemais dienos gerovės rodikliais. Taip pat afektinis distresas kaip mediatorius darė įtaką darbo krūvio ir kasdienės savijautos ryšiui, t. y. kraujospūdis laikinai padidėdavo įtemptomis darbo dienomis. Welin ir kt. [79] analizavo psichosocialinių veiksnių įtaką ligos prognozei tarp miokardo infarktą patyrusių asmenų. Tyrimo rezultatai parodė, kad, be žinomų veiksnių, socialinės paramos stoka yra rizikos veiksnys, galintis padidinti mirtinų koronarinių įvykių riziką vyrams ir moterims, patyrusioms miokardo infarktą. Stresas taip pat turi įtakos imuninei sistemai. Manoma, kad stresas, ypač ilgalaikis, sutrikdo imuninės sistemos pusiausvyrą ir padidina infekcinių ligų riziką bei gali lemti onkologinių ligų vystymąsi [80; 81]. Mokslinėje literatūroje galima rasti duomenų ir apie psichosocialinių rizikos veiksnių ir raumenų ir skeleto sistemos ligų sąsajas. Bernal'o ir kt. [82] atlikta metaanalizė pateikia nuoseklių įrodymų apie psichosocialinių rizikos veiksnių poveikį ligoninės slaugytojų ir slaugytojų padėjėjų raumenų ir skeleto sistemos sutrikimams. Švedijos viešojo sektoriaus (gydymo, švietimo, socialinių įstaigų) darbuotojų tyrimo metu buvo nustatyta, kad dideli darbo reikalavimai yra susiję su vyrų raumenų ir skeleto skausmais [83]. Deeney ir O'Sullivan mokslinės literatūros apžvalga parodė, kad ne tik ergonominiai rizikos veiksniai, bet ir psichosocialiniai rizikos veiksniai, tokie kaip didelis darbo krūvis, stresiniai įvykiai darbe, socialinės paramos stygius, silpna darbo kontrolė, nepasitenkinimas darbu ir monotoniškas darbas, gali sukelti tam

tikrų raumenų ir skeleto sistemos sutrikimų [84]. Taip pat galima rasti daugybę tyrimų, liudijančių apie stresorių sukeltus fizinius simptomus, tokius kaip galvos skausmas, akių įtampa ir virškinimo trakto problemos [85].

Psichosocialiniai rizikos veiksniai siejami ne tik su fizinės, bet ir psichinės sveikatos problemomis [86]. Higienos instituto išleistame moksliniame leidinyje „Psichosocialinių darbo veiksnų įtaka depresijos ir depresinės būsenos išsivystymui“ [63] pateikta įrodymų apie psichosocialinių darbo veiksnų intensyvumo ir psichikos sveikatos sutrikimų dažnumo ryšį. Tyrimo rezultatai parodė, kad nervinė įtampa susijusi tiek su vyrų depresine būsena, tiek su kliniškai patvirtinta depresija. Moterų depresinę būseną ir kliniškai patvirtintą depresiją lėmė netolygus darbo pasiskirstymas ir darbo nebaigtumas. Tyrimo duomenimis, darbuotojų psichinė sveikata susijusi su patiriamu stresu darbe, kurį sukelia intensyvių psichosocialinių darbo veiksnų sąveika. Ndjaboue', Brisson ir Ve'zina [87], atlikę sisteminę mokslinių tyrimų, skelbtų nuo 1990 iki 2010 m., analizę nustatė, kad daugumoje tyrimų organizacinio teisingumo komponentai, tokie kaip atlygio teisingumas, apdovanojimai, pagyrimai, grįžtamasis ryšys, dalyvavimas priimant sprendimus, buvo siejami su psichinės sveikatos problemomis. Šių komponentų stygius buvo siejamas su psichikos ligų simptomų, dažniausiai depresijos, atsiradimu. 2003 m. Jungtinėje Karalystėje buvo atliktas tyrimas, siekiant išanalizuoti ilgų darbo valandų poveikį darbuotojų psichikos sveikatai [88]. 41 proc. respondentų teigė, kad jie dirba ilgas valandas dėl trumpų užduoties atlikimo terminų. Taip pat daugelio respondentų teigimu, dėl ilgo darbo laiko jie jaučiasi dirglūs (58 proc.), nerimastingi (34 proc.) ar prislėgti (27 proc.). Daugiau nei 40 proc. respondentų pranešė, kad dėl ilgų darbo valandų nebelieka laiko pomėgiams, kurie greičiausiai apsaugotų juos nuo psichikos sveikatos problemų. Nors tai nebuvo klinikinės diagnozės, vis dėlto tyrimo rezultatai rodo ilgų darbo valandų neigiamą poveikį savijautai, dėl ko gali atsirasti psichikos sveikatos problemų.

Perdegimas yra dar vienas ilgalaikio streso padarinys. Jam būdingas emocinis išsekimas, depersonalizacija (cinizmas) ir profesinių siekių sumažėjimas [89]. Praėjusiame šimtmetyje buvo tiriamas tik pedagogams ir aptarnavimo sferos specialistams pasireiškiantis perdegimo sindromas, tačiau pastarųjų dešimtmečių tyrimai rodo, kad ir kitos profesinės grupės gali patirti perdegimo simptomų [90; 91].

Remiantis moksline literatūra, stresinės darbo sąlygos ar jų derinys daro įtaką ir darbuotojų elgesiui. Organizaciniai stresoriai yra susiję su agresijos apraiškomis, nesaugiu elgesiu, nelaimingais atsitikimais ir traumomis [92; 93].

Stresas darbe ne tik žaloja darbuotojų sveikatą, bet ir sukelia neigiamų padarinių organizacijų veiklos rezultatams ir valstybių ekonomikai [94]. Tyrimai rodo, kad dėl prastos psichosocialinės darbo aplinkos organizacijos patiria papildomų išlaidų, nes mažėja darbo našumas, daugėja traumų ir nelaimingų atsitikimų, didėja nedarbingumo dienų skaičius per metus, didėja darbuotojų kaita, todėl reikia įdarbinti ir apmokyti naujus darbuotojus, galiausiai prastėja produkcijos ar klientų aptarnavimo kokybė [95–99]. Gilboa ir kt. [100] atlikta metaanalizė aiškiai parodė neigiamą darbo stresorių ir darbo rezultatų ryšį. Be to, prasta psichosocialinė darbo aplinka kenkia tiek išoriniam (pvz., teisiniai ginčai su darbuotojais), tiek vidiniam (pvz., kritusi darbuotojų moralė ir sumažėjęs įsipareigojimas darbdaviui) organizacijos įvaizdžiui [101–103]. Tarptautiniu ir valstybiniu lygiu taip pat patiriama žalos. Dėl nelaimingų atsitikimų darbe ir profesinių ligų pasaulyje ir Europoje patiriamos išlaidos yra didelės: išlaidos visame pasaulyje sudaro 2 680 mlrd. eurų, t. y. 3,9 proc. pasaulio BVP, o Europos išlaidos yra 476 mlrd. eurų, arba 3,3 proc. [104]. Iki šiol konkrečių tyrimų, nagrinėjančių dėl streso darbe patiriamų išlaidų, atlikta nedaug. Hassard ir kt. atliko sisteminę apžvalgą tyrimų, kuriuose nagrinėjamos su stresu darbe susijusios išlaidos [105]. Penkiolika tyrimų iš Australijos, Kanados, Danijos, Prancūzijos, Švedijos, Šveicarijos, Jungtinės Karalystės ir ES 15 atitiko kokybinius įtraukimo kriterijus ir buvo išanalizuoti. Mokslininkai pažymėjo, kad su produktyvumu susiję nuostoliai proporcingai sudaro didžiąją dalį visų su stresu darbe susijusių išlaidų (nuo 70 iki 90 proc.), o likusios 10–30 proc. – sveikatos priežiūros išlaidos. Tai rodo didelę streso darbe finansinę naštą visuomenei.

2.3.3. Streso darbe teorijos

Nuo XX a. vidurio psichosocialinės darbo aplinkos veiksniai pažangių šalių buvo įtraukti į tyrimų prioritetus [106; 107]. Mokslininkų dėmesys kryo nuo individualių darbuotojų savybių ir elgesio darbo vietoje tyrimo į psichosocialinės darbo aplinkos tyrimą. Taip vyraujanti profesinio streso, įskaitant profesinės traumos ir ligų priežasčių, suvokimo paradigma, kur akcentuojama neigiamas asmens požiūris ir elgesys ir jo keitimas ar gydymas, buvo keičiama į darbo aplinkos, kuri daro įtaką tiek profesinėms traumoms, tiek ligoms atsirasti, gerinimą ir psichosocialinių rizikos veiksnių valdymą [108; 109]. Toliau bus analizuojami į psichosocialinę darbo aplinką ir rizikos veiksnius orientuoti teoriniai modeliai, kurie dažniausiai turėjo įtakos teoriniams ir empiriniams tyrimams.

Mokslinėje literatūroje galima rasti daugybę skirtingų streso darbe teorinių modelių, aiškinančių psichosocialinės darbo aplinkos poveikį darbuotojų gerovei, tačiau bene geriausiai žinomą ir plačiausiai ištestuotą teoriniuose ir empiriniuose tyrimuose streso modelį – darbo reikalavimų ir kontrolės modelį – sukūrė Karasek [110]. Modelį sudaro dvi dimensijos: darbo reikalavimai, įskaitant darbo tempą ir prieštarigus reikalavimus, ir sprendimų laisvė, įskaitant sprendimų kontrolę ir įgūdžių diskreciją (darbo įvairovė ir galimybės naudoti įgūdžius). Karasek iškėlė hipotezę, kad didelė sprendimų laisvė ir nedideli ar vidutiniai darbo reikalavimai yra palankūs darbuotojų sveikatai, o didelių darbo reikalavimų ir mažos sprendimų laisvės derinys darbuotojams sukelia stresą ir sveikatos problemų. Nors, kaip minėta, atlikta nemažai tyrimų, tačiau jie tik iš dalies patvirtina Karasek darbo reikalavimų ir kontrolės modelį [111; 112]. Tai galėjo lemti tiek skirtingos tyrimų metodologijos, tiek nevienodas sąvokų „kontrolė“ ir „reikalavimai“ traktavimas [32; 109]. Vėliau modelis buvo papildytas socialinės paramos dimensija ir pavadintas darbo reikalavimų, kontrolės ir paramos modeliu. Socialinė parama buvo integruota į modelį kaip dar vienas esminis darbo aplinkos veiksnys, kuris apsaugo nuo pernelyg didelių reikalavimų neigiamo poveikio sveikatai [113; 114].

Antras modelis, kuriuo remiantis galima paaiškinti psichosocialinės darbo aplinkos ir streso sukeltų sveikatos problemų sąsajas, yra Siegrist pastangų ir atlygio pusiausvyros modelis [115]. Pagal šį modelį aiškinama, kad esant didelėms pastangoms ir mažam atlygiui gali kilti pavojus darbuotojo sveikatai ir gerovei. Siegrist pastangas apibrėžė kaip protinę ir fizinę energiją, eikvojamą siekiant organizacijos tikslų, o atlygį – kaip kompensaciją už pastangas, išreiškiamą trimis formomis: pinigais, pagarba ir karjeros galimybėmis, įskaitant ir saugias darbo sąlygas. Remiantis šiuo modeliu, darbuotojas patiria stresą, kai už dideles pastangas gauna mažą atlygį. Empiriniai tyrimai patvirtino teoriją, kad didelių pastangų ir mažo atlygio derinys neigiamai veikia darbuotojo sveikatą [116]. Mokslininkai, palyginę Karasek ir Siegrist modelius, konstatavo, kad empiriniai tyrimai dažniau patvirtino Siegrist pastangų ir atlygio pusiausvyros modelį, tačiau vis dėlto reikia įvertinti Karasek darbo reikalavimų ir kontrolės modelio aiškinamąją vertę tam tikroms profesijoms [117; 118].

Manoma, kad pastaruoju metu sparčiai besikeičiančiame darbiname gyvenime darbo kontrolė (pagal Karasek modelį) nėra aktuali dėl dažniau sudaromų trumpalaikių darbo sutarčių (terminuotų darbo sutarčių, laikinojo darbo sutarčių) ir su jomis susijusio darbo nestabilumo [119]. Palyginti neseniai buvo pasiūlytas organizacinio teisingumo modelis, leidžiantis paaiškinti neigiamą psichosocialinių darbo aplinkos veiksnių poveikį darbuotojo sveikatai. Organizacinio teisingumo samprata remiasi Adamso

teisingumo teorija [120]. Pagal Adamsą, darbuotojas turi įsitikinimų apie teisingą jo darbo įvertinimą. Jis lygina save su kitais darbuotojais, turinčiais lygiavertes pareigas, ir tam tikrose situacijose palyginimas darbuotojui gali sukelti neteisybės jausmą, tai gali daryti neigiamą įtaką jo sveikatai. Organizacinio teisingumo modelis apibrėžia socialinės sąveikos darbe kokybę. Taigi, organizacinis teisingumas reiškia organizacijos taisyklių ir elgesio normų teisingumą, kuris lemia išteklių ir naudos paskirstymą (arba paskirstymo teisingumą), procesus ir procedūras, darančias įtaką tam paskirstymui (arba procesinį teisingumą), ir tarpasmeninius santykius (arba santykių teisingumą) [121]. Tyrimai rodo, kad suvokiamas teisingumas yra susijęs su darbuotojų savijauta ir elgesiu socialinės sąveikos metu, tačiau jo poveikis sveikatai nėra plačiai išanalizuotas [122; 123]. Mokslinėje literatūroje galima rasti keletą organizacinio teisingumo poveikio darbuotojų sveikatai tyrimų, tačiau sisteminių apžvalgų nepavyko rasti [124; 125].

Be trijų pagrindinių teorijų, aiškinančių psychosocialinės darbo aplinkos ir darbuotojo sveikatos sąsajas, galima paminėti vitaminų modelį ir individo ir aplinkos atitikties modelį.

1987 m. Warr sukūrė modelį, vadinamą vitaminų modeliu, aiškinantį darbo aplinkos ir darbuotojų sveikatos bei gerovės santykį [126]. Pagrindinė modelio idėja yra ta, kad darbuotojų gerovę tam tikros darbo charakteristikos veikia panašiai kaip vitaminai žmogaus organizmą: iš pradžių vitaminų vartojimas daro teigiamą poveikį darbuotojo sveikatai, tačiau pasiekus tam tikrą lygį pagerėjimo nebeįsijaučiama arba sveikata gali ir pablogėti. Warr išskyrė devynias darbo charakteristikas: atlygį, saugumą, užduoties reikšmingumą, darbo autonomiją, darbo reikalavimus, socialinę paramą, įgūdžių panaudojimo galimybę ir įvairovę bei grįžtamąjį ryšį. Daroma prielaida, kad pirmos trys darbo charakteristikos – atlygis, saugumas, užduoties reikšmingumas – daro nuolatinį poveikį darbuotojui, tai yra iki tam tikro taško didėjant darbo charakteristikos lygiui didėja jų teigiamas poveikis, nuo šio taško visoks šios darbo charakteristikos lygio padidėjimas neturi jokio poveikio darbuotojo sveikatai; analogija su vitamino C vartojimo poveikiu. Likusios darbo charakteristikos su darbuotojo gerovės kintamaisiais turi kreivalinį ryšį: iki tam tikro lygio duoda teigiamą efektą, pasiekus tam tikrą tašką jų poveikis darosi neigiamas, kaip vitamino A. Empirinių tyrimų, kuriais buvo siekiama patikrinti Warr vitaminų modelį, atlikta ne daug ir jų rezultatai nevienodai vertinami [127–131].

Individo ir aplinkos atitikties teorija leidžia daryti prielaidą, kad stresas atsiranda dėl individo ir aplinkos nesuderinamumo [132; 133; 134]. Remiantis šia teorija galimi du nesuderinamumo variantai:

1. Reikalavimų ir gebėjimų atitiktis, tai yra aplinkos reikalavimai ir individo gebėjimai bei kompetencijos atitinka. Streso lygis kyla, kai reikalavimai viršija gebėjimus. Kai aplinkos reikalavimai mažesni nei individo gebėjimai, streso lygis gali sumažėti arba padidėti priklausomai nuo reikalavimų sumažėjimo lygio. Jei reikalavimai sumažėja iki tokio lygio, kad individui nėra galimybės naudoti savo gebėjimų ir kompetencijų, tada streso lygis taip pat didėja.

2. Poreikių ir išteklių atitiktis, tai yra individo poreikių ir aplinkos išteklių atitiktis. Streso lygis bus žemas, kai aplinkos ištekliai viršys individo poreikius. Atvirkščiai, streso lygis didės, kai individo poreikiai nebus patenkinami dėl to, kad poreikiai didėja, arba dėl to, kad mažėja aplinkos ištekliai.

Taigi streso lygis priklauso nuo objektyvaus ir (arba) subjektyvaus individo santykio su objektyvia ir (arba) subjektyvia aplinka, tai yra kaip individas suvokia darbo aplinkos jam keliamus reikalavimus ir kaip suvokia savo gebėjimus bei motyvaciją atitikti šiuos reikalavimus. Tačiau mokslininkai, testuojantys individo ir aplinkos atitikties modelį, ne kartą susidūrė su dideliais teoriniais ir metodologiniais sunkumais [135]. Nors Kristof-Brown, Zimmerman ir Johnson [135] atlikta metaanalizė parodė, kad reikalavimų ir gebėjimų atitiktis bei poreikių ir išteklių atitiktis yra neigiamai susijusi su streso simptomais, tačiau jie buvo kritikuojami dėl „dviprasmiškų konceptualizacijų ir priemonių“ [136].

Apibendrinant galima teigti, kad streso modeliai turi daugybę apribojimų ir universalaus streso modelio, tinkamo visiems darbuotojams ir stresiniams įvykiams, nėra. Briner [32] mano, kad streso modeliai yra šiek tiek patobulinta darbo ir asmens charakteristikų, galinčių sukelti problemų, sąrašo su galimų problemų aprašymu versija.

2.4. Psichosocialinių rizikos veiksnių ir streso darbe valdymas

2.4.1. Streso darbe valdymo intervencijų tipologija ir jų aprašymai

Streso darbe valdymo intervencijų, kaip ir darbo stresorių, vieno apibrėžimo nėra, skirtingi autoriai vartoja nevienodus terminus. Apibendrinant mokslinėje literatūroje vartojamus apibūdinimus, streso valdymo intervencijas galima apibrėžti kaip organizacijos veiksmus, skirtus darbuotojų gerovei didinti ir stresui mažinti, eliminuojant streso šaltinius ir (arba) mažinant neigiamą streso poveikį darbuotojų sveikatai. Intervencijų apibrėžimų įvairovė lemia ir jų skirstymo įvairovę. Mokslinėje literatūroje

dažniausiai aptinkama intervencijų skirstymų pagal streso darbe valdymo lygį ir objektą [137–141]. Pagal streso darbe valdymo lygį intervencijos skirstomos į tris lygius – pirminį, antrinį ir tretinį. Pirminėmis intervencijomis siekiama užkirsti kelią stresui atsirasti, eliminuojant streso šaltinius ir (arba) modifikuojant darbo stresorius. Šios intervencijos dar vadinamos prevencinėmis. Antrinės intervencijos – situaciją gerinančios – skirtos darbuotojų gebėjimui atpažinti streso problemas pagerinti ir padėti ugdyti streso įveikos įgūdžius. Tretinės intervencijos – reaguojančios – skirtos darbuotojų, kurie jau kenčia nuo streso darbe ar turi psichinės sveikatos problemų, darbingumui grąžinti. Dažniausiai tai yra darbdavio vykdomos darbuotojų paramos programos, skirtos neigiamam streso poveikiui darbuotojo sveikatai sumažinti.

Intervencijas skirstant pagal objektą, skiriamos individualios, organizacinės ir individualios-organizacinės intervencijos. Individualios intervencijos skirtos padėti pavieniui darbuotojui įgyti reikiamų gebėjimų ir įgūdžių atpažinti ir valdyti stresines situacijas, o organizacinės intervencijos skirtos visiems darbuotojams arba konkrečiai darbuotojų grupei ir jomis siekiama sisteminių darbo aplinkos pokyčių organizacijoje. Individualios-organizacinės intervencijos skiriasi nuo pirmų dviejų tuo, kad jomis siekiama keisti individo ir organizacijos santykį, pavyzdžiui, aiškiai apibrėžiant darbuotojo vaidmenį organizacijoje. Tačiau kai kurie mokslininkai trečios grupės nenaudoja, nes nėra aiškos ribos tarp organizacinių ir individualių-organizacinių intervencijų [142].

Mokslinėje literatūroje galima rasti įvairių koncepcijų ir modelių, grindžiamų visuomenės sveikatos, psichologiniu ar medicininio požiūriu į darbuotojų saugą ir sveikatą psichosocialinių rizikos veiksnių ir streso darbe valdymo kontekste [73; 141; 142; 143]. Streso darbe valdymo ir jo mokslinių tyrimų konceptualus pagrindas pateikiamas 1 lentelėje.

1 lentelė. Streso darbe valdymo ir jo mokslinių tyrimų konceptualus pagrindas

Intervencijos tikslas	Intervencijos lygis	Intervencijos objektas	Pavyzdžiai	Mokslinių tyrimų kryptis
Neutralizuoti arba sumažinti galimus rizikos veiksnius iki darbuotojams patiriant su stresu susijusius simptomus ar ligas	Pirminis (prevencinis)	Organizacinis (visi organizacijos darbuotojai ar jų grupė): -Darbo aplinka; -Organizacinė, socialinė, darbo kultūra	Socialinė parama, organizacinė parama, darbo ir asmeninio gyvenimo pusiausvyros užtikrinimas	Visuomenės sveikata
Suteikti žinių, įgūdžių ir išteklį, kad darbuotojai galėtų susidoroti su stresinėmis situacijomis	Antrinis (situaciją gerinančios)	Organizacinis (visi organizacijos darbuotojai ar jų grupė)	Tarpasmeninių santykių valdymas	Psichologija
		Individualus (darbuotojas)	Meditacija, joga, atsipalaidavimo, kvėpavimo, vizualizavimo technikos	
Padėti išspręsti su sveikata susijusias darbuotojų problemas	Tretinis (reaguojantis)	Individualus (darbuotojas)	Psichoterapija, rehabilitacija	Klinikinė medicina

Šaltinis: sudaryta autorės remiantis Blewett, Shaw, LaMontagne, Dollard (2006) ir LaMontagne (2005)

Pirminės prevencinės intervencijos objektas – darbo stresoriai organizacijos ir darbo aplinkos lygmeniu. Jų tikslas yra sumažinti ar pašalinti stresą darbe sukeliančius veiksnius atsiradimo židinyje arba pagerinti organizacinius išteklius (pvz., socialinė parama) ir apsaugoti darbuotojus nuo

neigiamo streso poveikio sveikatai. Pirminių intervencijų pavyzdžiai gali būti fizinės darbo aplinkos, organizacinės kultūros gerinimas, darbuotojų darbo krūvio reguliavimas, aiškių pareigybų aprašymų rengimas, siekiant išvengti vaidmens neaiškumo, darbuotojų įsitraukimo ir dalyvavimo priimant sprendimus didinimas. Daugelio tyrėjų nuomone, pirminės intervencijos efektyviausios, nes jomis siekiama prevenciškai užkirsti kelią psichosocialinių rizikos veiksnių neigiamam poveikiui visiems organizacijos darbuotojams ar jų grupei, keičiant organizacijos politiką ir praktiką [144]. Taip pat šios intervencijos turi ilgalaikį poveikį darbuotojų gerovei.

Antrinio lygio intervencijų tikslas yra pakeisti darbuotojų reakciją (įskaitant suvokimą) į darbo stresorius ir pagerinti jų įgūdžius įveikiant trumpalaikį neigiamą streso poveikį. Šiomis intervencijomis siekiama:

1. Padėti visiems darbuotojams suteikiant žinių, įgūdžių ir išteklių įveikti stresines situacijas darbe. Tokios intervencijos dažniausiai apima bendravimo įgūdžių, laiko valdymo ir panašius mokymo kursus, kuriais siekiama pagerinti visų darbuotojų gebėjimą valdyti stresines situacijas, pavyzdžiui, konfliktų metu [145; 146].

2. Suteikti darbuotojams priemonių, kurios padėtų susidoroti su patiriamu streso neigiamu poveikiu, ir neleisti atsirasti rimtesnių psichikos sveikatos sutrikimų. Tokios priemonės – pozityvaus mąstymo, pozityvios komunikacijos įgūdžių, jėgos, atsipalaidavimo, kvėpavimo, vizualizavimo technikų ir meditacijos mokymai [7; 109].

Tretinio lygio intervencijomis siekiama padėti darbuotojams, turintiems sveikatos problemų, pavyzdžiui, sergantiems depresija, dėl ilgalaikio streso poveikio darbe. Šios intervencijos apima profesinės rehabilitacijos paslaugas, konsultavimo ir pagalbos darbuotojams, grįžimo į darbą programas. Lietuvoje šios intervencijos beveik nėra taikomos, nors užsienyje, pavyzdžiui, Australijoje, Danijoje, įprasta, kad darbuotojai, patyrę psichologinių traumų, gali kreiptis į darbdavį su prašymu jiems taikyti tretinio lygio intervencijas [73; 147].

2011 m. Czabała ir kt., Europos Komisijos užsakymu atlikę 1988–2009 m. psichosocialinių intervencijų taikymo darbo vietoje tyrimų apžvalgą, konstatavo, kad daugumos tyrimų objektas buvo individualių intervencijų įgyvendinimas, ir tik keli tyrimai buvo skirti organizacinių intervencijų analizei, tad streso darbe valdymo tyrimai buvo sutelkti į atskirų darbuotojų gebėjimų susidoroti su stresinėmis situacijomis darbe vertinimą [148]. Taigi darbo aplinkos rizikos veiksniai, įskaitant fizinius aplinkos veiksnius, kurie kėlė stresą, liko tyrėjų nepastebėti. Czabała ir kt. apžvalgos išvadoms antrina ir kiti mokslininkai teigdami, kad valdant psichosocialinius rizikos veiksnius ir stresą darbe daugiau dėmesio skiriama darbuotojų

elgesiui keisti ir individualioms streso prevencijos strategijoms kurti, užuot keisti darbo aplinką ir organizacijos politiką [7–10]. Nepaisant pirminio (organizacinių) lygio streso darbe valdymo intervencijų propagavimo [73; 149; 150; 151], individualios streso darbe valdymo intervencijos yra plačiau naudojamos ir, kai kurių tyrėjų manymu, yra efektyvesnės [152; 153]. Taip gali būti dėl kelių priežasčių. Pirmiausia individualių intervencijų poveikį darbuotojams pamatuoti ir išanalizuoti yra daug paprasčiau, o organizacinių streso darbe valdymo intervencijų tyrimų dizainas yra kur kas sudėtingesnis, nes reikia atsižvelgti į daugelį aplinkos aspektų, kuriuos ne visada galima kontroliuoti [137; 154]. Taip pat organizacinių intervencijų įgyvendinimo tyrimas yra brangesnis. Kita priežastis – šioje srityje daugumą tyrimų atlieka psichologijos mokslo arba klinikinės medicinos atstovai, kuriuos labiau domina žmogaus reakcija ir elgesys ar streso sukeltos psichinės sveikatos problemos, o ne psichosocialiniai darbo veiksniai, kurie galėtų būti visuomenės sveikatos tyrimų laukas [139]. Taip pat individualios intervencijos kritikuojamos dėl to, kad stresinių situacijų valdymo atsakomybė priskiriama darbuotojui, taip darbdavys išvaduojamas nuo pareigos spręsti psichosocialinių rizikos veiksnių ir streso darbe valdymo problemą iš esmės [155]. Le Fevre ir kt. [8] teigia, kad pirmiausia turėtų būti pasirenkamos organizacinės prevencinės intervencijos, kurių tikslas yra neutralizuoti arba sumažinti galimus rizikos veiksnius organizacijoje, o ne kovoti su streso darbe padariniais. Taip pat pirminės organizacinės intervencijos gali būti veiksmingos gerinant darbuotojų gerovę darbe vidutiniu ir ilguoju laikotarpiu, kitaip nei antrinės intervencijos, kurios turi trumpalaikį poveikį [9; 138; 156; 157]. Taigi pirminė intervencija yra efektyvesnė už antrinę, o antrinė – už tretinę intervenciją [17; 158].

Apibendrinant galima pasakyti, kad pirmiau aprašytas streso darbe valdymo conceptualus pagrindas koreliuoja su ES darbuotojų saugos ir sveikatos politikos įgyvendinimo principais. Laikantis šių principų pirmiausia turėtų būti renkama pirminė (organizacinė) intervencija, kuri gerintų darbo aplinką, ir, be to, jei reikia, pirminė intervencija gali būti papildyta antrine intervencija, skirta tam tikriems stresiniams įvykiams valdyti. Tokia taktika turėtų reikšmingą teigiamą poveikį tiek darbuotojui, tiek organizacijai ir sumažintų brangių tretinių intervencijų poreikį.

2.4.2. Organizacinės intervencijos objektai

Pastaruosius du dešimtmečius mokslinėje literatūroje akcentuojama organizacijos konteksto elementų, susijusių su darbuotojų sveikata ir gerove,

svarba [159]. Pastebima, kad organizacijos, įgyvendindamos darbuotojų saugos ir sveikatos reikalavimus, daugiausia dėmesio skiria formaliems organizacijos saugumo elementams (rengti valdymo sistemas, saugumo taisyklės, standartines procedūras ir kt.), o ne organizacijos konteksto elementams, darantiems įtaką darbuotojų sveikatai ir savijautai, pavyzdžiui, užtikrinti darbo ir asmeninio gyvenimo pusiausvyrą. Atsižvelgiant į mokslinėje literatūroje rastus įrodymus apie organizacijos konteksto elementų svarbą darbuotojų gerovei, buvo atrinkta dešimt elementų, kurie gali būti organizacinės intervencijos objektais. Šis sąrašas nėra baigtinis, tai labiau atspirties taškas organizacijoms formuojant įrodymais pagrįstą darbuotojų saugos ir sveikatos politiką psichosocialinių rizikos veiksnių valdymo kontekste.

Darbo ir asmeninio gyvenimo pusiausvyrą. Tyrimų rezultatai rodo, kad sėkmingas darbo ir asmeninio gyvenimo derinimas yra susijęs su darbuotojų psichine gerove, mažesniu patiriamu stresu ir didesniu pasitenkinimu tiek darbe, tiek už jo ribų [160; 161]. Kalliath ir Brough [162] darbo ir asmeninio gyvenimo pusiausvyrą apibrėžia kaip individo suvokiamą darbo ir privataus gyvenimo pusiausvyrą, kuri skatina asmenybės tobulėjimą atsižvelgiant į jo turimus prioritetus. Nuo 1990 m. tyrėjų susidomėjimas darbo ir asmeninio gyvenimo sąveika labai padidėjo, tačiau tyrimai buvo orientuoti labiau į siauresnę darbo ir asmeninio gyvenimo derinimo sritį – darbo ir šeimos gyvenimo sąveikos analizę [163; 164]. Ozbilgin ir kt. [163], atlikę darbo ir asmeninio gyvenimo 1990–2010 m. tyrimų apžvalgą, nustatė, kad tyrimuose nebuvo atsižvelgta į socialinį kontekstą, tai yra neatsispydė demografinė ir namų ūkių struktūros įvairovė. Gausus moterų dalyvavimas darbo rinkoje paskatino darbo ir šeimos pusiausvyros tyrimus, tačiau kitų darbo rinkos dalyvių (vyresnio amžiaus darbuotojų, darbuotojų, turinčių sveikatos problemų ar negalią, vienišų darbuotojų, bevaikių porų ir kt.) asmeniniai poreikiai ir interesai tyrėjų liko nepastebėti [165; 166; 167]. Taigi, mokslo žinios apie darbo ir asmeninio gyvenimo pusiausvyros užtikrinimo priemones iš esmės remiasi žiniomis apie darbo ir šeimos pusiausvyros užtikrinimą. Net jei šeimos vaidmuo išlieka pagrindinė asmeninio gyvenimo dalis, vertinant darbo ir asmeninio gyvenimo pusiausvyrą, svarbu pripažinti kitų gyvenimo elementų (pvz., sveikatos, laisvalaikio, bendruomeninės veiklos) įtaką darbuotojo psichinei gerovei [168]. Pavyzdžiui, darbuotojams, sergantiems lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, ligos valdymas gali būti esminis veiksnys, darantis įtaką darbuotojo darbo rezultatams, patiriamam stresui darbe ir pasitenkinimui darbu.

Kvalifikacijos ir gebėjimų atitiktis darbe keliamiems reikalavimams. Darbo reikalavimai, neatitinkantys darbuotojo žinių, įgūdžių ar gebėjimų,

ilgalaikėje perspektyvoje kenkia darbuotojo gerovei. Šis objektas atliepia Karasek darbo reikalavimų ir kontrolės modelio abiem dimensijoms: darbo reikalavimų (pvz., savarankiškai spręsti nenumatytas problemas, išmokti naujų dalykų) ir sprendimų laisvei (pvz., laisvei pasirinkti darbo metodą ir greitį). Lietuvoje tik 16 proc. dirbančių asmenų nurodė turintys įgūdžių sudėtingesnėms užduotims vykdyti [16].

Užduočių įvairovė. Darbuotojai gali matyti daugiau prasmės darbuose, kuriems atlikti reikia kelių skirtingų įgūdžių ir gebėjimų, nei darbuose, kurie yra paprasti ir monotoniški. Užduočių įvairovė iš esmės darbuotojui suteikia galimybę tobulėti ir didina pasitenkinimą darbu, mažina stresą ir teigiamai veikia sveikatą [169]. Vis dėlto kai kurie mokslininkai siūlo šio objekto organizacines intervencijas diegti gerai įvertinus organizacinį kontekstą. Oldham ir kt. [170] nagrinėjo aplinkybes, kuriomis užduočių įvairovė gali daryti teigiamą, o kuriomis neigiamą poveikį darbuotojams. Tyrėjai padarė išvadą, kad tie darbuotojai, kurie buvo patenkinti savo darbo užmokesčiu ir saugumu organizacijoje, kurie gavo vadovo ir kolegų paramą, noriai ėmėsi atlikti sudėtingus darbus ir, atvirkščiai, darbuotojams, kurie buvo nepatenkinti darbo užmokesčiu, saugumu, bendradarbiais ar vadovais, užduočių įvairovė kėlė stresą. Taip pat pastarųjų darbuotojų tobulėjimo poreikis buvo mažesnis nei darbuotojų, kurie patenkinti darbuotojų.

Socialinė parama. *Eurofound* ataskaitoje apie sveikatą ir gerovę darbe pažymima, kad svarbiausias elementas, kuris padeda sumažinti neigiamą didelių darbo reikalavimų ir menkos darbo kontrolės poveikį, yra socialinė parama [60]. Moksliniai tyrimai rodo, kad darbo vietoje gaunama kolegų ar vadovo parama sumažina neigiamą psichosocialinių rizikos veiksnių poveikį darbuotojo sveikatai [27; 171; 172; 173]. Viswesvaran, Sanchez ir Fisher [174] atliktos metaanalizės rezultatai parodė, kad socialinė parama yra neigiamai susijusi su įtampa darbe. Vis dėlto reikia pažymėti, kad tyrimų rezultatai nėra neginčijami, kai kurių tyrimų išvados rodo nereikšmingą ar net neigiamą socialinės paramos poveikį [175; 176]. Jungtinėje Karalystėje atlikta didžiausio skambučių centro darbuotojų apklausa atskleidė, kad darbuotojams svarbi kompetentinga socialinė parama, tai yra parama patyrusių vadovų, kurie galėtų padėti ir patarti, kaip deramai atsakyti į klientų klausimus [176].

Organizacinė parama. Eisenberger ir kt. suvokiama organizacinę paramą apibrėžė kaip darbuotojo nuomonę, kad organizacija vertina jo indėlį ir rūpinasi jo gerove [177]. Tyrimų rezultatai rodo, kad suvokta organizacinė parama, kuri pripažįsta kiekvieno darbuotojo indėlį ir gerbia jo poreikius, prisideda prie pozityvios darbo aplinkos kūrimo ir darbuotojų gerovės [178]. Rhoades ir Eisenburger iškėlė hipotezę, kad suvokiama organizacinė parama yra susijusi su darbuotojo gerove ir produktyvumu, nes daro įtaką darbuotojų

atlygio lūkesčiams, tenkina darbuotojų socialinius ir emocinius poreikius, susijusius su socialine tapatybe ir suvokimu, kad prireikus gali gauti pagalbą iš organizacijos, be to, taip vykdomi socialiniai mainai: organizacinė parama skatina darbuotoją gerinti darbo rezultatus [179]. Riggles, Edmondson ir Hansen atliktos metaanalizės tyrimo išvados patvirtino Rhoades ir Eisenburger hipotezę: yra stiprus teigiamas suvokiamos organizacinės paramos ir pasitenkinimo darbu bei išipareigojimo organizacijai ryšys; vidutinio stiprumo teigiamas organizacinės paramos ir darbuotojų rezultatų ryšys; stiprus neigiamas organizacinės paramos ir ketinimo išeiti iš organizacijos ryšys [180].

Taip pat tyrimų išvados patvirtina, kad organizacinė parama yra labai perspektyvus intervencijų objektas ir reikalinga tiek darbuotojui, tiek organizacijai [181; 182; 183].

Dalyvavimas priimant sprendimus. Darbuotojų įtraukimas į sprendimų priėmimo procesą didina jų pasitikėjimą organizacija, gerina tarpusavio santykius, dėl to gerėja psichosocialinė darbo aplinka. Šis objektas analizuojamas jau nuo praėjusio šimtmečio. Spector atliktos metaanalizės rezultatai rodo, kad dalyvavimas priimant sprendimus didina darbuotojų pasitenkinimą darbu, išipareigojimą organizacijai, darbo našumą ir motyvaciją, kartu gerina darbuotojų fizinę ir emocinę savijautą, mažina vaidmens konfliktą ir neapibrėžtumą, taip pat mažina norą išeiti iš darbo [184]. Mackie ir kt. atlikti tyrimo rezultatai parodė, kad darbuotojų įtraukimo į sprendimų priėmimą praktika buvo neigiamai susijusi su suvokiamu stresu darbe ir depresine būseną bei teigiamai susijusi su darnos jausmu [185].

Komunikacija. Psichosocialiniams rizikos veiksniams valdyti labai svarbi aiški, tiksli ir laiku ištransliuota komunikacija, kai organizacijoje vykdomi pokyčiai, ypač tokie kaip organizacijos restruktūrizacija. Prasta komunikacija ar tai, kad jos nėra, kelia darbuotojams stresą ir nerimą bei skatina žalingą sveikatai elgesį (alkoholio, psichotropinių vaistų be gydytojo paskyrimo vartojimą). Europos Sąjungos finansuojamo projekto „Sveikata restruktūrizavimo metu“ (HIRES) ekspertai parengė įrodymais pagrįstas rekomendacijas, nurodė, į ką reikėtų atkreipti ypatingą dėmesį siekiant mažinti neigiamą restruktūrizavimo poveikį darbuotojų sveikatai [186]. Viena iš rekomendacijų buvo sudaryti komunikavimo apie pokyčius planą, kuriame turėtų būti identifikuotos informuojamų darbuotojų grupės, numatyta pateikiamos informacijos apimtis, suformuluoti tikslūs ir skaidrūs informavimo principai, visiems suinteresuotiems darbuotojams numatytos informavimo formos, atsižvelgiant į pokyčių pobūdį ir galimą poveikį.

Kitas su psichosocialinių rizikos veiksnių valdymu susijęs aspektas yra vadovo komunikavimas su pavaldiniu bei informacijos ir žinių dalijimasis tarp

bendradarbių, tai ypač svarbu atliekant kompleksines užduotis. Dalijimasis žiniomis ir atviras, empatiškas bendravimas ugdo pasitikėjimo ir įsipareigojimo organizacijai jausmą [73; 187].

Mokslinėje literatūroje dar išskiriamas komunikacijos elementas – **vadovo grįžtamasis ryšys**. Tinkamas vadovo grįžtamasis ryšys labai prisideda prie darbuotojo gerovės kūrimo. Sparr ir Sonnentag, ištyrę darbuotojų suvokiamo vadovo grįžtamojo ryšio ir darbuotojų gerovės (slogi nuotaika, nerimas dėl darbo, pasitenkinimas darbu, darbo kontrolė, ketinimas išeiti iš darbo) santykį, nustatė, kad darbuotojo suvokiamas vadovo grįžtamasis ryšys buvo teigiamai susijęs su pasitenkinimu darbu ir darbo kontrole bei neigiamai susijęs su slogia nuotaika darbe ir ketinimu išeiti iš darbo, o darbo nerimas buvo teigiamai susijęs su neigiamu vadovo grįžtamuju ryšiu [188].

Atlygio teisingumas. Pagal anksčiau pristatytą Siegrist pastangų ir atlygio pusiausvyros modelį, didelių pastangų ir mažo atlygio derinys neigiamai veikia darbuotojo sveikatą. Daugelis tyrimų parodė, kad pastangų ir atlygio pusiausvyros pažeidimas (dideli darbo reikalavimai, mažas atlygis) prognozavo fizinės ir psichosomatinės sveikatos problemas, perdegimo simptomus ir nepasitenkinimą darbu [115; 189; 190; 191, 192]. Taip pat mokslininkai atkreipia dėmesį į tai, kad organizacija, planuodama šio objekto organizacines intervencijas, neturi apsiriboti vien pinigais, bet, atsižvelgiant į organizacijos kontekstą, kompensacija už pastangas gali būti ir karjeros galimybės, sveikatingumo programos, ergonomiška, saugi ir sveika darbo vieta ir kt. [191].

Streso darbe valdymo mokymai suteikia žinių ir įgūdžių darbuotojams susidoroti su stresinėmis situacijomis [109]. Tyrimai rodo, kad streso darbe valdymo mokymai gali būti veiksmingi mažinant streso ir nerimo lygį [193]. Streso darbe valdymo mokymų pranašumai, palyginti su kitomis intervencijos priemonėmis, yra tai, kad jie palyginti nebrangūs ir greitai per trumpą laiką įgyvendinami, tačiau jie nepašalina streso sukėlusią priežastį ir turi trumpalaikį poveikį. Lindquist ir Cooper [194], siekdami įvertinti streso valdymo mokymų naudą, atliko eksperimentą: 104 valstybinės mokesčių inspekcijos darbuotojai, kuriems buvo nustatyta su stresu susijusių simptomų, atsitiktine tvarka buvo suskirstyti į intervencinę grupę (52) ir kontrolinę grupę (52). Intervencinė grupė dalyvavo keturiuose kas savaitiniuose seminaruose apie stresą ir gyvenimo būdo ugdymą, taip pat streso įveikimo įgūdžių tobulinimą, po kurių vyko individualios konsultavimo sesijos ir buvo rengiamas individualių streso įveikos veiksmų planas. Tyrėjai prieš ir po mokymų, atlikę abiejų grupių apklausą apie fizinę ir psichinę būklę, konstatavo, kad palyginti trumpos antrinės intervencijos ir tolesnis

individualus streso įveikos veiksmų planas gali sumažinti neigiamą streso poveikį darbuotojo sveikatai, net jei darbo vietoje stresoriai nebuvo pašalinti.

Taigi, siekiant neutralizuoti arba sumažinti darbo aplinkos rizikos veiksnių neigiamą poveikį darbuotojų sveikatai, visų pirma reikia įvertinti konkrečios organizacijos konteksto svarbą darbuotojų gerovei.

2.4.3. Organizacinių streso darbe valdymo intervencijų efektyvumas

Mokslininkai tebediskutuoja apie organizacinių streso darbe valdymo intervencijų (toliau – organizacinė intervencija) efektyvumą neutralizuojant ar mažinant darbo aplinkos psichosocialinių rizikos veiksnių neigiamą poveikį darbuotojų sveikatai. Mokslininkų pateikiami įrodymai apie intervencijų efektyvumą nėra neabejotini, daugeliui priekaištaujama dėl silpno tyrimo dizaino, nepakankamai griežtos metodologijos ir sisteminių klaidų. Įrodymų piramidės, kuri reitinguoja skirtingo lygmens mokslinių tyrimų dizainus pagal tyrimo metodologijos griežtumą ir mažėjančią sisteminių klaidų tikimybę, viršūnėje yra metaanalizė ir sisteminė apžvalga. Toliau atsitiktinių imčių kontroliuojamas tyrimas (angl. *randomized controlled trial*) – tai eksperimentinis tyrimas, kai poveikio ir kontrolinės grupės sudaromos iš populiacijos atsitiktinumo principu pagrįstais metodais, o poveikis vertinamas lyginant nurodytų grupių baigčių dažnumą. Tai yra kruopštaus dizaino ir griežtos metodologijos klinikinis tyrimas, tačiau kai kurie mokslininkai atkreipia dėmesį į tai, kad atsitiktinių imčių kontroliuojami tyrimai ne visada įmanomi organizacinėje aplinkoje, kur atsitiktinių imčių parinkimas nėra praktiškas ar etiškas, arba kai nėra lygiavertės kontrolinės grupės, susidedančios iš panašių eksperimentinės grupės dalyvių [195]. Be to, atliekant atsitiktinių imčių kontroliuojamą tyrimą dažniausiai sutelkiamas dėmesys į rezultatų pokyčius ir nevertinama, kokią įtaką intervencijos efektyvumui daro įgyvendinimo proceso kokybė ar organizacinis kontekstas [142]. Todėl organizacinių intervencijų efektyvumo analizės, kitaip nei individualių intervencijų, remiasi įvairesniais tyrimais, įskaitant kvaziekperimentinius tyrimus be atsitiktinių imčių, kokybinėmis apžvalgomis. 2009 m. Bergerman, Corabian ir Harstall [196] atlikę organizacinių intervencijų sisteminių apžvalgų apžvalgą konstatavo, kad per pastaruosius 10 metų tyrimų metodologija šioje srityje pagerėjo, tačiau griežtesnės metodologijos poreikis išlieka. Mokslininkai, naudodami du kokybinius metodus, atrinko šešias organizacinių intervencijų sisteminės apžvalgas, kuriose buvo analizuojamas profesinio streso intervencijų efektyvumas, atsižvelgiant į streso, perdegimo, neatvykimo į darbą, darbuotų

kaitos mažinimą ir psichosocialinės darbo aplinkos gerinimą. Dvi intervencijos buvo susijusios su reikšmingu streso darbe sumažėjimu: psichologinio mokymo programa, kurią, be teorinės dalies, sudarė vaidmenų žaidimas ir patirties pasidalijimas, ir „veiksmo komandos“ intervencija, kurios metu darbuotojų atstovai palaikė ryšį su vadovybe ir darbuotojais, siekdami pagerinti tarpusavio komunikavimą, darbo planavimą, konfliktų sprendimą ir gero darbo pripažinimą. Penkios intervencijos buvo susijusios su reikšmingu darbuotojų „perdegimo“ sumažėjimu, nors tik dviejų tyrimai gavo gerus metodologijos kokybės įvertinimus. Vieną iš jų sudarė į emocijas orientuota priežiūros mokymo programa, apimanti klinikinės pamokas ir susitikimus, o kita – „sveikatos būrelio“ intervencija, kur nedidelės darbuotojų atstovų grupės reguliariai susitikdavo, siekdamos nustatyti darbo stresorius ir rekomenduoti sprendimus jiems neutralizuoti ar sumažinti. Septynios intervencijos buvo susijusios su reikšmingu psichosocialinės darbo aplinkos pagerėjimu. Keturių iš jų tyrimai gavo gerus metodologijos kokybės įvertinimus. Dviejose intervencijose buvo naudojamas darbuotojų įtraukimas į sprendimų priėmimo procesą, įskaitant komitetą su darbuotojų atstovais įsteigimą. Kitos dvi buvo susijusios su organizacijos politikos ar procedūriniais pakeitimais: gamybos kontrolės perdavimu darbuotojų grupėms ir lankstaus darbo laiko įvedimu. Septynios intervencijos buvo susijusios su neatvykimo į darbą atvejų sumažėjimu, iš kurių trys buvo statistiškai reikšmingos ir jų tyrimai gavo aukštus metodologijos kokybės įvertinimus. Be psichosocialinės darbo aplinkos gerinimo, dvi pirmiau minėtos darbuotojų įtraukimo į sprendimų priėmimo procesą intervencijos gerokai sumažino neatvykimo į darbą atvejų skaičių. Intervencija, kurią sudarė labiau komandinio darbo, daugiau darbuotojų, darbuotojų vaidmens aiškumas, gamybos tikslų nustatymas, mažiau vadovų, dalinis pamainų sistemos pakeitimas ir padidėjęs grįžtamasis ryšys, kur kas sumažino neatvykimo į darbą dėl ligos atvejų skaičių. Keturios intervencijos buvo susijusios su darbuotojų kaitos mažėjimu, iš jų viena buvo statistiškai reikšminga. Dėl pakeisto pirminės sveikatos priežiūros slaugos modelio, konsultuojant slaugytojas dėl pagrindinių įgūdžių ir skatinant efektyvų profesinį bendravimą, sumažėjo darbuotojų kaita asmens sveikatos priežiūros įstaigoje. Tyrėjų išvados dėl gerai suplanuotų organizacinių intervencijų efektyvumo yra „atsargiai pozityvios“. Taip pat tyrėjai konstatavo, kad analizuotuose tyrimuose skyrėsi intervencijų klasifikacija, naudojamų strategijų tipai ir rezultatų įvertinimo metodai.

Nepaisant vis didėjančio įrodymų apie teigiamą organizacinių intervencijų poveikį darbuotojų sveikatai skaičiaus [197–199], reikia pažymėti, kad kai kuriuose tyrimuose nerasta jokie šių intervencijų poveikio arba pranešama

apie neigiamą jų poveikį darbuotojų sveikatai ir gerovei [200; 201; 202]. To priežastis gali būti jau minėti iki galo neįvertinti įgyvendinimo procesai ir konteksto veiksniai. Organizacinės ir darbuotojų charakteristikos gali daryti įtaką intervencijų efektyvumui. Prasti vadovų ir darbuotojų santykiai ir netinkama personalo vadyba gali sumažinti darbuotojų motyvaciją, užkirsti kelią įgyvendinti pokyčius arba neutralizuoti teigiamą intervencijų poveikį [203]. Kalbant apie darbuotojų charakteristikas (pvz., sociodemografines) tikėtina, kad jos taip pat daro įtaką organizacinių intervencijų efektyvumui [199], tačiau nedidelis tyrimų skaičius neleidžia daryti tvirtesnių išvadų apie organizacinių ir darbuotojų charakteristikų poveikį įgyvendinamų organizacinių intervencijų efektyvumui.

Apibendrinant galima padaryti išvadą, kad svarbus streso organizacijoje valdymo sėkmės aspektas yra intervencijų pritaikymas organizacijai. Šios srities mokslo žinovai pripažįsta, kad standartinis eksperimentinis streso darbe valdymo tyrimas turi didelių apribojimų vertinant intervencijas realioje darbo vietoje. Viena iš priežasčių gali būti ta, kad įvairių profesijų atstovus veikia skirtingi stresoriai, o jų stresogeniškumo lygį lemia daugybės veiksnių sąveikos, pavyzdžiui, darbo pobūdis, organizacinė kultūra, darbo srities reguliaciniai mechanizmai [204; 205]. Dažnai organizacijos, įgyvendindamos streso prevencijos strategijas, patiria nesėkmę, nes darbuotojai ignoruoja jiems siūlomas intervencijas [200; 201; 206]. George ir Le Fevre, apžvelgę 2006–2010 m. atliktus streso organizacijoje valdymo intervencijų empirinius tyrimus, pateikė sąlygas, kurias įvykdžius prieš planuojant intervencijų įgyvendinimą galima tikėtis sėkmingų rezultatų [207]. Visų pirma reikia kruopščiai suplanuoti intervencijos tikslą, tai yra nustatyti intervencijos objektą. Toliau reikėtų ištirti streso lygį ir nustatyti labiausiai streso paveiktas darbuotojų grupes. Taip pat vienas iš būdų išvengti nesėkmių įgyvendinant streso prevencijos strategijas yra intervencijų pritaikymas organizacijos aplinkai, o ne atvirkščiai. Galiausiai, planuojant būsimas intervencijas, reikia atidžiai įvertinti kultūrinius ir kitus organizacijos veiksmus, kurie padėtų valdyti intervencijų įgyvendinimą.

2.5. Sociodemografinės įvairovės aspektas psichosocialinių rizikos veiksnių ir streso darbe valdymo kontekste

Minėta, kad streso darbe priežastys gali būti ne tik darbo aplinkos veiksniai, bet ir darbuotojų savybės – individualūs veiksniai, tai yra sociodemografinės charakteristikos ir asmenybės bruožai. Toliau šiame darbe bus nagrinėjamos darbuotojų sociodemografinės charakteristikos

psichosocialinių rizikos veiksnių ir streso darbe valdymo kontekste, nes tokios sąlygiškai stabilios ir akivaizdžios charakteristikos, kaipantai lytis, amžius, išsilavinimas, pareigos, darbo stažas, yra svarbios ir aktualios tiek mokslininkams, tiek praktikams [208]. Nors viešojoje erdvėje mokslinis diskursas kreipiamas į sociodemografinės įvairovės organizacijai teikiamą naudą [209; 210], tačiau jos poveikis darbo rezultatams ir darbuotojų gerovės kintamiesiems, tokiems kaip stresas ir sveikata, nėra vienodas [211–214].

Lytis. Europos Komisija, atsižvelgdama į skirtingas rizikas, su kuriomis susiduria moterys ir vyrai darbe, ir skirtingą šių rizikų poveikį vyrų ir moterų sveikatai ir saugai, pabrėžė, kad būtina integruoti lyčių aspektą į visas su darbu susijusias tyrimų temas [2]. Kokybiniai tyrimai parodė, kad moterys dažniau nei vyrai nurodo tarpasmeninius konfliktus kaip streso darbe priežastis, taip pat skyrėsi vyrų ir moterų taikomos streso darbe valdymo priemonės: vyrai buvo labiau linkę imtis tiesioginių veiksmų problemai spręsti (33 proc. vyrų ir 17 proc. moterų), o moterys labiau linkusios aptarti savo problemas su bendradarbiais (16 proc. moterų ir 9 proc. vyrų) arba šeimos nariais (16 proc. moterų ir 7 proc. vyrų) [215]. Tačiau reikia pažymėti, kad mokslo įrodymai dėl lyties vaidmens valdant psichosocialinius darbo aplinkos rizikos veiksnius yra nenuoseklūs. Galanakis ir kiti [216], siekdami nustatyti lyčių patiriamo streso darbe skirtumus, apklausė 2 775 įvairių profesijų darbuotojus. Tyrimo rezultatai parodė, kad moterys patiria didesnę profesinį stresą nei vyrai, tačiau, įtraukus papildomus sociodemografinius kintamuosius – šeiminių padėtį, amžių, išsilavinimą – reikšmingo skirtumo tarp lyčių dėl patiriamo streso darbe nenustatyta. 2007 m. Ispanijoje atlikto VI nacionalinio darbo sąlygų tyrimo 11 054 respondentų (5 917 vyrų ir 5 137 moterų) duomenis Herrero ir kt. [217] panaudojo lyčių streso analizei, esant tam tikriems stresiniams darbo reikalavimams: trumpi užduočių terminai, greitas darbo tempas, sudėtingos užduotys, pasikartojančios užduotys, per didelis darbo krūvis, didesnio dėmesingumo reikalaujančios užduotys ir kt. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad šie darbo reikalavimai kur kas labiau padidino moterų streso lygį nei vyrų. Gyllensten ir Palmer [218], atlikę mokslinės literatūros apžvalgą, nustatė, kad daugumoje tyrimų moterų streso lygis buvo didesnis nei vyrų, tačiau keletas tyrimų rezultatai neparodė streso lygio skirtumo tarp lyčių, todėl mokslininkai padarė išvadą, kad įrodymai apie lyties sąsajas su patiriamu stresu darbe ir stresą sukeliančiais veiksniais yra nenuoseklūs. Be to, tiriant kompleksiskai lyties charakteristikas su kitais sociodemografiniais kintamaisiais buvo nustatyta, kad lyties įtaka darbe patiriamam stresui, palyginti su kitais kintamaisiais, mažiausia arba visai nereikšminga. Essar ir kt. [219] atlikto tyrimo rezultatai taip pat patvirtino, kad lyčių reakcijos į stresinius įvykius skirtumai turi būti aiškinami atsižvelgiant į kitus veiksnius, tokius kaip

profesija, išsilavinimas ir situacijos kontrolė. Moya, Carrasco ir Hoz [220], išanalizavę streso darbe poveikio sveikatai ir gerovei skirtumus tarp medicinos transporto darbuotojų, dirbančių skubios ir ne skubios medicinos pagalbos tarnybose, atsižvelgdami į jų lytį, konstatavo, kad stresui darbe atsirasti turėjo įtakos darbo sąlygos, o ne darbuotojų lytis. Purvanova ir Muros [221] atliko 183 lyties sąsajos su perdegimu darbe tyrimų metaanalizę ir nustatė, kad moterys gali būti labiau emociškai išsekusios nei vyrai, tačiau vyrams labiau nei moterims būdinga depersonalizacija. Tyrėjai padarė išvadą, kad reikia mokėti atpažinti abiejų lyčių perdegimo simptomus ir abiem lytims gali prireikti pagalbos ir organizacinės paramos susidoroti su perdegimo sindromu. Kai kurie sociologijos mokslo atstovai vengia nagrinėti lyčių skirtumo klausimą, teigia, kad tokių tyrimų rezultatai gali būti traktuojami kaip vienos lyties nevisavertiškumo prieš kitą įrodymai [222; 223]. Taigi, lyties demografinis rodiklis nėra toks neabejotinas prognostinis streso darbe veiksnys.

Amžius ir darbo stažas (patirtis). Europos Sąjungos (ES) gyventojai sensta: 60 metų ir vyresnių žmonių skaičius ES kasmet padidėja daugiau nei 2 mln. Darbuotojų populiacija taip pat sensta, nes didėja vyresnio amžiaus darbuotojų dalis, palyginti su jaunesnių darbuotojų kohortomis. Prognozuojama, kad nuo 2010 iki 2030 m. 27 ES valstybėse narėse 55–64 metų darbuotojų populiacija padidės apie 16 procentų [2]. ES politikos, kuria siekiama spręsti senėjančios visuomenės problemą, vienas iš tikslų yra suteikti vyresnio amžiaus darbuotojams galimybę ilgiau išlikti aktyviems ir produktyviems darbo rinkoje [2]. Lietuvoje situacija panaši kaip ir visoje Europoje. 2020 m. analitinę apžvalgą „Senstanti Lietuvos visuomenė“ parengusio Vyriausybės strateginės analizės centro (STRATA) [224] tyrėjai pabrėžė, kad šiuo metu dirba kas dešimtas 65 m. amžiaus sulaukęs Lietuvos gyventojas, prieš du dešimtmečius vyresnio amžiaus gyventojų, liekančių darbo rinkoje, buvo beveik perpus mažiau (5,7 proc.). Aktyviausi darbo rinkoje išlieka neseniai pensinį amžių pasiekę (65–69 m. amžiaus) gyventojai – samdomą darbą dirba kas ketvirtas šio amžiaus pensininkas. Šios tendencijos išliks ir ateityje. Viena vertus, ilgesnį vyresnio amžiaus žmonių išlikimą darbo rinkoje galima sieti su ilginamu pensiniu amžiumi, kita vertus, didėja ir pensinio amžiaus sulaukusių gyventojų, liekančių darbo rinkoje, dalis. Atsižvelgiant į visuomenės senėjimą ir ilgesnį vyresnio amžiaus žmonių išlikimą darbo rinkoje, ypač svarbu stebėti ir suprasti, kaip darbo sąlygos veikia darbuotojus per visą jų karjeros laikotarpį, ir nustatyti darbo aplinkos veiksnys, kurie gali lemti ankstyvą pasitraukimą iš darbo rinkos arba dėl kurių gali būti nepanaudojamas darbuotojų potencialas. Taigi šis demografinis rodiklis tampa vis aktualesnis formuojant įrodymais pagrįstą darbuotojų

saugos ir sveikatos politiką psichosocialinių rizikos veiksnių valdymo kontekste. Per pastaruosius dešimtmečius profesinės sveikatos srityje amžius iš paprasto statistinio kintamojo virto pagrindiniu tyrimų objektu. Mäkikangasa ir kt. atliktos darbuotojų gerovės tyrimų sisteminės apžvalgos rezultatai parodė, kad amžius buvo vienas iš pagrindinių veiksnių, darančių įtaką darbuotojų gerovės stabilumui: jaunesniems darbuotojams buvo būdingi didesni emocinės savijautos pokyčiai nei vyresniems darbuotojams [225]. Palyginti visai neseniai mokslininkai pradėjo kelti tyrimo klausimą: kaip tam tikros darbo charakteristikos skirtingai veikia vyresnių ir jaunesnių darbuotojų gerovę [6; 226; 227; 228]. Truxillo, Cadiz ir Rineer [227] teigia, kad užduočių įvairovė yra naudingesnė jaunesniems darbuotojams, ji suteikia jiems galimybę kaupti darbo įgūdžius, reikalingus toliau kopiant karjeros laiptais, o vyresniems darbuotojams užduočių įvairovė nebus tokia naudinga, tačiau jiems bus naudinga atliekant užduotis pritaikyti jų sukauptus įgūdžius (įgūdžių įvairovė) ir žinias. Scheibe ir Zacher [229] teigimu, jauniems darbuotojams stresą darbe gali kelti didelis neužtikrintumas dėl darbo stabilumo, vidutinio amžiaus darbuotojai gali dažniau patirti darbo ir asmeninio gyvenimo pusiausvyros konfliktą, o vyresnio amžiaus darbuotojai gali patirti amžiaus diskriminaciją. Kita vertus, vyresnis amžius ir darbo patirtis sušvelnina didelio darbo krūvio neigiamus padarinius pasitenkinant darbu ir gyvenimu [230]. Mokslo įrodymai rodo, kad prisitaikymas prie darbo aplinkos ir streso valdymas gerėja didėjant darbuotojo amžiui ir darbo patirčiai [231–233]. Mokslininkai daro išvadą, kad vyresnio amžiaus darbuotojai, turintys daugiau darbo patirties, gali geriau susidoroti su įvairiais darbo aplinkos rizikos veiksniais ir išvengti perdegimo sindromo, pavyzdžiui, jaunesnių darbuotojų perdegimo sindromo lygis paprastai būna didesnis nei trisdešimt penkerių ir vyresnio amžiaus darbuotojų [15]. Kiti tyrėjai amžiaus rodiklį vertina atsargiai, nes karjeros pradžioje patyrę perdegimo sindromą jauni darbuotojai, tikėtina, išeina iš darbo, o išlikusių ilgiau dirbančiųjų perdegimo sindromo lygis paprastai būna mažesnis. Queirós ir Marques [234], ištyrę slaugytojų, mokytojų ir policininkų perdegimo sindromo lygį, konstatavo, kad perdegimas nebuvo susijęs su amžiumi ar darbo patirtimi, išskyrus slaugytojus, kur jaunesni ir mažiau patirties turintys slaugytojai buvo labiau išsekę ir depersonalizuoti nei vyresni jų kolegos. Ramos, Jenny ir Bauer [235] taip pat nustatė, kad pareigos ir darbo stažas teigiamai koreliuoja su amžiumi.

Apibendrinant galima teigti, kad mokslinė literatūra patvirtina amžiaus sąsajas su dviem darbo charakteristikomis, užduočių ir įgūdžių įvairove, ir dviem darbuotojų gerovės rodikliais – perdegimo sindromu ir ketinimu išeiti iš darbo.

Išsilavinimas. Išsilavinimas kaip atskiras sociodemografinis rodiklis tyrimuose beveik neanalizuojamas, tad jo įtaką streso lygiui darbe sunku apibrėžti. Mokslo įrodymai šiuo atveju nenuoseklūs. Vienų tyrimų rezultatai rodo, kad didesnę stresą darbe jaučia darbuotojai, kurių išsilavinimo lygis žemesnis nei aukštasis išsilavinimas [236]. Kitų tyrimų duomenimis, aukštąjį išsilavinimą turintys darbuotojai, ypač aukštos kvalifikacijos darbuotojai, dažniau patiria stresą darbe dėl didesnių reikalavimų ir vaidmens neapibrėžtumo [237]. Dar kitų tyrimų duomenimis, išsilavinimas yra nesusijęs su darbe patiriamu streso lygiu [238]. Dauguma tyrėjų išsilavinimą sieja su pareigomis, paprastai kuo aukštesnis išsilavinimas, tuo geresnės pareigos, kartu ir didesnė atsakomybė, daugiau asmeninių išteklių reikalaujantis darbas [237; 239]. Be to, manoma, kad aukštesnio išsilavinimo darbuotojų lūkesčiai yra didesni, dėl to jie patiria didesnę stresą, kai tie lūkesčiai darbe lieka nepatenkinti [240].

Profesija. Atskira tyrimų grupė yra profesinio streso tyrimai, kuriais siekiama sukaupiti žinių apie streso procesą ir kaip psichosocialiniai rizikos veiksniai veikia įvairių profesijų asmenis. Mazzola, Schonfeld ir Spector [241] kokybinių tyrimų apžvalgoje pažymėjo, kad nors nėra daug streso lygio ir dažnio tyrimų, kuriuose lyginamos įvairios profesijų grupės ar organizacijos, tačiau jie rodo, kad streso suvokimas skiriasi priklausomai nuo darbo tipo. Taip pat tyrimai parodė, kad vieni psichosocialiniai rizikos veiksniai respondentų nurodomi dažniau nei kiti, pavyzdžiui darbo krūvis minimas dažniau nei vaidmens konfliktas. Be to, kai kurie rizikos veiksniai (pvz., darbo krūvis, tarpasmeniniai santykiai) buvo paplitę beveik visose profesijose, kiti buvo retesni arba būdingi konkrečiai profesijai (pvz., medicinos darbuotojams – pacientų mirtis; mokytojams – nesukalbami mokiniai).

Mokslinėje literatūroje išskiriami paslaugų sektoriaus darbuotojai kaip labiau pažeidžiami streso dėl dažnų ir intensyvių kontaktų su klientais. Johnson su bendraautorais [204] palygino 26 profesijų profesinio streso patirtį ir streso įtaką psichologinei gerovei, fizinei sveikatai ir pasitenkinimui darbu. Tyrimo išvados atskleidė, kad šešių profesijų atstovų (greitosios medicinos pagalbos darbuotojų, mokytojų, socialinių tarnybų darbuotojų, skambučių centrų darbuotojų, kalėjimo pareigūnų ir policininkų) psichologinės gerovės, fizinės sveikatos ir pasitenkinimo darbu rodikliai buvo žemesni už 26 profesijų šių rodiklių vidurkį. Pasak tyrėjų, šių profesijų darbuotojai patiria didžiausią įtampą darbe ir jos neigiamą įtaką psichologinei gerovei bei fizinei sveikatai ir pasižymi žemiausiu pasitenkinimo darbu lygiu. Kiti mokslininkai mano, kad analizuojant profesinį stresą reikia atkreipti dėmesį į organizacinius ir darbo srities reguliacinius mechanizmus, kurie gali

sukelti stresines situacijas, pavyzdžiui, viešųjų įstaigų medicinos darbuotojai, mokytojai apkraunami biurokratiniu darbu, dėl ko negali pakankamai laiko skirti pagrindinėms funkcijoms vykdyti (ligoniams gydyti, mokiniams ugdyti) arba turi dirbti viršvalandžius [205]. Queirós ir Marques palygino 450 vyrų, atstovaujančių trims visuomenei svarbiausioms profesijoms (150 slaugytojų, 150 mokytojų ir 150 policininkų), perdegimo lygį [234]. Tyrėjai patvirtino kitų mokslininkų [242; 243; 244] išvadas, kad slaugytojų, mokytojų ir policijos pareigūnų perdegimo profiliai skiriasi dėl organizacinio konteksto ir darbo pobūdžio.

Apibendrinant galima pasakyti, kad politikų, mokslininkų ir praktikų susidomėjimas sociodemografinių charakteristikų įtaka stresui darbe didėja, tačiau empirinių tyrimų per mažai ir jie fragmentiniai, kad būtų galima daryti neginčijamą išvadą. Vis dėlto galima daryti išvadą, kad stresui darbe turi įtakos tiek sociodemografinės, tiek organizacinės ir darbo charakteristikos, todėl svarbu jas tirti kompleksiškai.

2.6. Psichosocialinių rizikos veiksnių ir streso valdymas medicinos darbuotojų darbe

Naujausioje trečiojoje Europos įmonių apklausoje apie naujas ir kylančias rizikas (ESENER3) [36] konstatuojama, kad apie psichosocialinius rizikos veiksnius sveikatos sektoriuje pranešama dažniau nei kituose sektoriuose. Medicinos darbuotojų darbo aplinka susijusi su aukštu profesinio streso lygiu ir nuovargiu dėl didelių reikalavimų, todėl medicinos darbuotojų grupė įvardijama kaip profesinė grupė, labiausiai kenčianti nuo įtampos darbe. Mokslo tyrimai rodo, kad medicinos darbuotojų nepasitenkinimo darbu ir perdegimo lygis yra didesnis nei kitų profesijų atstovų [14–16]. Darbas labai sudėtingoje aplinkoje gali turėti neigiamą įtaką ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybei [245; 246]. Be to, profesinė rizika medicinos darbuotojų sveikatai ir saugai priklauso ir nuo organizacijos – asmens sveikatos priežiūros įstaigos – dydžio ir pobūdžio bei konkrečios darbo vietos (pvz., intensyviosios terapijos skyrius, operacinė, laboratorija). Lietuvoje asmens sveikatos priežiūros įstaigos gali būti privačios ir viešosios, pastarosios pagal asmens sveikatos priežiūros viešųjų įstaigų nomenklatūrą klasifikuojamos į pirminės sveikatos priežiūros centrus, poliklinikas, ambulatorijas, psichikos sveikatos centrus, šeimos gydytojų kabinetus, greitosios medicinos pagalbos stotis ar skyrius, palaikomojo gydymo ir slaugos ligonines, ligonines ir specializuotas ligonines, medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo įstaigas, kraujo donorystės įstaigas [247]. Medicinos darbuotojai taip pat klasifikuojami pagal

profesinės veiklos rūšis: gydytojas, gydytojas specialistas, bendrosios praktikos slaugytojas, gydytojas odontologas, specializuotas gydytojas odontologas, akušeris, kineziterapeutas, ergoterapeutas, burnos higienistas ir kt. Reikia pažymėti, kad sveikatos sektoriaus darbo ir socialinių sąlygų reguliavimas taip pat gali didinti psichosocialinę riziką dėl autonomijos stokos, didelių darbo reikalavimų, menkos kontrolės ir mažo atlygio [248–251]. Currie, Finn ir Martin [248] tyrė slaugytojų profesinio identiteto ir naujo vaidmens sveikatos srityje santykį, kurį siekė įteisinti Jungtinės Karalystės politikos formuotojai. Šio kokybinio tyrimo, paremto profesijų sociologijos samprata, išvadose mokslininkai kėlė susirūpinimą dėl profesinio identiteto ir politikų slaugytojams nustatyto vaidmens konflikto, profesinės konkurencijos tarp slaugytojų bei tarp gydytojų ir slaugytojų, kuri varžė naujo vaidmens įgyvendinimą. Tyrimo rezultatai parodė, kad profesinio identiteto akcentavimas formuojant sveikatos žmogiškųjų išteklių politiką tenka organizacijos kolektyviniam lygmeniui. Taigi, sveikatos priežiūros įstaiga yra specifinė organizacija, kurią sudaro vienu metu konkuruojančios ir bendradarbiaujančios profesinės grupės ir kurios veikla, ypač valstybinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų, yra stipriai reguliuojama ir kontroliuojama valstybės institucijų. Scott su bendraautoriais [11], nagrinėję pokyčių kultūrą asmens sveikatos priežiūros įstaigose, pažymėjo, kad pagrindinis iššūkis įgyvendinant pokyčių programas šiose įstaigose yra įvertinti pokyčių poveikį tam tikroms medicinos darbuotojų profesinėms grupėms (gydytojams, slaugytojams ir kitiems medicinos darbuotojams bei vadovams) ir pritaikyti intervencijas pagal jų poreikius. Michie ir Williams, atlikę sisteminę literatūros (1984–1999 m.) apžvalgą apie medicinos darbuotojų distresą ir psichikos sveikatos problemas, konstatavo, kad distresą ir psichikos sveikatos problemas sukėlė ir kitoms profesinėms grupėms būdingi darbo aplinkos veiksniai: viršvalandžiai, didelis darbo krūvis ir tempas bei jų poveikis asmeniniam gyvenimui; darbo kontrolės stoka; nepakankamas dalyvavimas priimančiais sprendimais; prasta socialinė parama; vaidmens neapibrėžtumas, neaiškūs organizacijos valdymo procesai [17]. Gausu mokslinių publikacijų, kuriose tiriama neigiamas psichosocialinės darbo aplinkos poveikis medicinos darbuotojų, ypač slaugytojų, saugai ir sveikatai: prastos darbo sąlygos (pvz., netinkamas vėdinimas, apšvietimas, netinkamas temperatūros lygis), tarpasmeniniai santykiai (pvz., konfliktai su kolegomis, vadovų paramos stoka), neįprastos darbo valandos (pvz., naktinė pamaina), stresinės situacijos (pacientų mirtis), didelis darbo krūvis ir atsakomybė, vaidmens neapibrėžtumas ir kt. [252–257]. Tačiau daugumoje tyrimų daugiausia dėmesio skiriama atskirų medicinos darbuotojų profesinių grupių, daugiausiai slaugytojų, streso paplitimui ir jo neigiamam poveikiui

tirti, o ne veiksmų, lemiančių sėkmingą streso valdymą įstaigoje analizei [4; 258; 259]. Minėta, kad mokslinių tyrimų apie intervencijų efektyvumą yra nedaug ir jų rezultatai nėra neginčijami, daugeliui priekaištaujama dėl silpno tyrimo dizaino, nepakankamai griežtos metodologijos ir sisteminių klaidų. Daugelyje intervencijų tyrimų nėra atsižvelgta į intervencijų nevienalytiškumą ir daugybę aspektų (pvz., individualių, organizacinių, kultūrinių, socialinių), nėra aišku, kurie šių aspektų yra svarbesni ar mažiau svarbūs, kam jie turi poveikį ir kokiame kontekste. Pavyzdžiui, tam tikra intervencija gali būti efektyvi vieniems medicinos darbuotojams, bet neduoti efekto ar duoti neigiamą efektą kitiems, nes tam gali turėti įtakos organizaciniai veiksniai, pavyzdžiui, organizacijoje vykdomi pokyčiai, ir (arba) individualūs veiksniai – amžius, lytis, stažas [249]. Pastaruoju metu mokslininkai vis labiau atkreipia dėmesį į sociodemografinių charakteristikų įtaką stresui valdyti medicinos darbuotojų darbe. Tačiau tyrimo rezultatai, kaip ir kitų profesijų atveju, nenuoseklūs. Pagal vienus mokslinius tyrimus, didžiausią stresą patiria jaunos moterys slaugytojos [15], remiantis kitais tyrimais konstatuojama, kad nėra tvirtų amžiaus ir lyties įtakos medicinos darbuotojų patiriamam stresui darbe įrodymų [260]. Dar kitų mokslinių tyrimų duomenimis, skirtingi darbo stresoriai veikia skirtingas darbuotojų grupes: moterys gydytojos stresą patiria dėl darbo ir šeimos pusiausvyros išlaikymo, skyrių vadovai – dėl administracinių problemų [261]. McCarthy, Power ir Greiner, ištyrę ligoninės slaugytojų patiriamą stresą, konstatavo, kad tos pačios ligoninės skirtinguose skyriuose dirbančių slaugytojų suvokiamas stresas skyrėsi [262].

Apibendrinant galima teigti, kad pastaruoju metu profesinio streso tyrimuose akcentuojama svarba ištirti skirtingų medicinos darbuotojų profesinių grupių požiūrį į psichosocialines rizikas ir siūlomas intervencijas toje pačioje įstaigoje.

2.7. Literatūros analizės apibendrinimas

Apibendrinant atliktą literatūros analizę reikia pripažinti, kad psichosocialinių rizikos veiksnių ir streso darbe valdymas, nepaisant didelio politikų, mokslininkų ir praktikų susidomėjimo, vis dar lieka neišspręsta problema. 1989 m. priimta Europos darbuotojų saugos ir sveikatos pagrindų direktyva (Pagrindų direktyva 89/391/EEB) buvo svarbus žingsnis gerinant darbuotojų saugą ir sveikatą. Lietuvoje šios direktyvos nuostatas įgyvendina Lietuvos Respublikos darbuotojų saugos ir sveikatos įstatymas bei poįstatyminiai teisės aktai (Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo

ministro įsakymas Nr. V-699/A1-241 „Dėl Psichosocialinių profesinės rizikos veiksnių tyrimo metodinių nurodymų patvirtinimo“ ir kt.). 2019 m. gruodžio 10 d. ES Užimtumo, socialinės politikos, sveikatos ir vartotojų reikalų taryboje dar kartą buvo atkreiptas dėmesys į vieną iš sudėtingiausių ir skubiausiai sprendtinų darbuotojų saugos ir sveikatos problemų – psichosocialinius rizikos veiksnus ir stresą darbe. Europos darbuotojų saugos ir sveikatos agentūra (*EU-OSHA*), siekdama gerinti saugą ir sveikatą Europos darbo vietose, įgyvendino daugybę projektų, pavyzdžiui, 2014–2015 m. saugių darbo vietų kampaniją „Saugiose darbo vietose stresas yra valdomas“, sukūrė interaktyvią internetinę rizikos vertinimo priemonę (angl. OiRA) ir „OSHWiki“ svetainės platformą. Nuo XX a. vidurio įvairių sričių mokslininkai tyrė, kokių mastu, dėl kokių priežasčių, kokiais būdais ir su kokiomis sąnaudomis ar padariniais būtų galima sukurti saugią ir sveiką darbo aplinką. Gausu mokslinių tyrimų apie psichosocialinius rizikos veiksnus, jų neigiamą poveikį darbuotojų saugai ir sveikatai bei organizacijos veiklos rezultatams, sukurta aibė stresą darbe aiškinančių teorijų (Karasek darbo reikalavimų ir kontrolės, Siegrist pastangų ir atlygio pusiausvyros, organizacinio teisingumo ir kt.) ir streso darbe valdymo programų, tačiau visa tai problemos neišsprendė. Viena iš priežasčių gali būti menkas tarpdisciplininis derinimas: kiekvieno mokslo (biomedicinos, psichologijos, vadybos ir kt.) atstovai streso darbe problematiką analizuoja izoliuotai iš savo perspektyvos. Kita priežastis yra empirinių tyrimų metu gautų išvalgų praktinis pritaikymas darbo vietoje. Mokslininkai pripažįsta, kad standartinis kvaziekperimentinis streso darbe valdymo tyrimas turi didelių apribojimų vertinant intervencijas realiame gyvenime, galimai skirtingas profesijas veikia skirtingi stresoriai, o jų stresogeniškumo lygį lemia daugybės įvairių veiksnių sąveikos, pavyzdžiui, organizacijos dydis, veiklos rūšis, darbo vietos ypatumai, darbo srities reguliaciniai mechanizmai ir kt. Todėl prieš planuojant streso darbe valdymo intervencijos įgyvendinimą reikia kruopščiai suplanuoti intervencijos tikslą, tai yra nustatyti intervencijos objektą, ištirti streso lygį ir nustatyti labiausiai streso paveiktas darbuotojų grupes bei pritaikyti toms darbuotojų grupėms intervencijas. Galiausiai, planuojant būsimas intervencijas reikia atsižvelgti į kultūrinius ir kitus organizacijos veiksnus, kurie padėtų valdyti intervencijų įgyvendinimo procesą, pavyzdžiui, darbo ir socialinių sąlygų reguliavimo ypatumus šalyje. Be to, atkreiptinas dėmesys į sociodemografinių charakteristikų, tokių kaip lytis, amžius, išsilavinimas, profesija įtaką darbuotojo gerovei darbe. Per pastaruosius dešimtmečius profesinės sveikatos srityje šios charakteristikos iš paprasto statistinio kintamojo virto pagrindiniu tyrimų objektu.

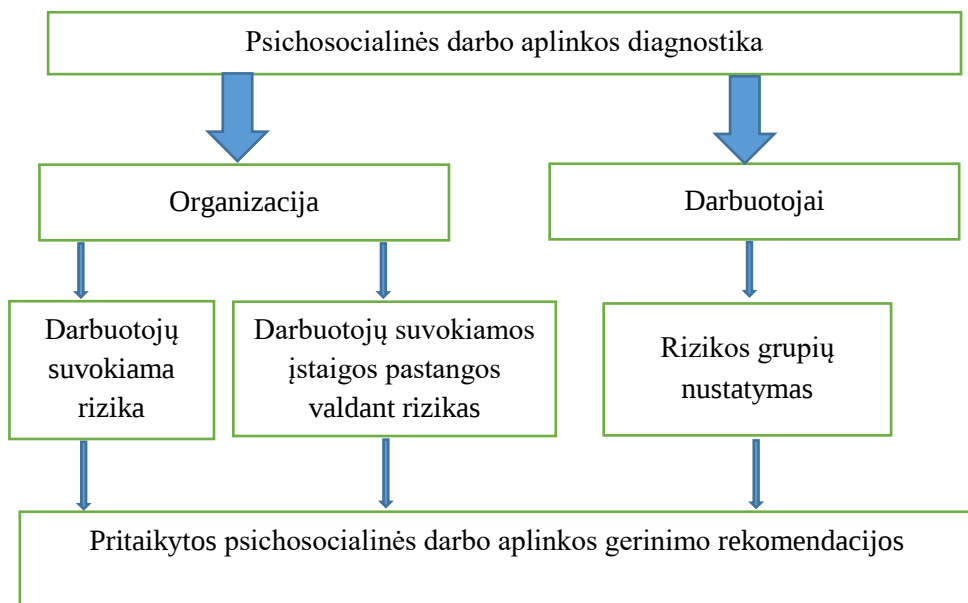
Viešoji asmens sveikatos priežiūros įstaiga yra specifinė organizacija, kurios veikla yra griežtai reguliuojama ir kontroliuojama valstybės institucijų. Taigi pagrindinis iššūkis gerinant psichosocialinę darbo aplinką tam tikroje viešojoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje yra nustatyti psichosocialinių rizikos veiksnių ir streso poveikį tos įstaigos medicinos darbuotojams, įvertinti sociodemografinių charakteristikų įtaką ir parengti panaudojant darbuotojų saugos ir sveikatos srities mokslo žinias pritaikytas šiai įstaigai psichosocialinių rizikų ir streso prevencijos rekomendacijas.

3. TYRIMO METODOLOGIJA

3.1. Tyrimo strategija

Tyrimo metodologija grindžiama pozityvistiniais metodais ir dedukcine tyrimo proceso logika, pasitelkiant tokią duomenų rinkimo strategiją, kuria siekiama skaitine išraiška išmatuoti reiškinį ar objektą (jo paplitimą, įvairių grupių požiūrį į pagrindines tiriamojo objekto charakteristikas ir pan.). Ši strategija paremta iš anksto apsibrėžtų (žinomų ar numatomų) žmonių ar jų grupių elgesio, poelgių, nuostatų, motyvų nagrinėjimu ir matavimu. Formuojant tyrimo strategiją duomenims surinkti sudaromas teorinis, empiriškai vertinamas modelis [263].

Šis tyrimas buvo konstruojamas remiantis dedukciniu požiūriu, t. y. remiantis mokslinėje literatūroje rastų streso valdymo teorijų analize buvo išskirti psichosocialiniai rizikos veiksniai ir organizacinės intervencijos objektai, toliau, siekiant išanalizuoti medicinos darbuotojų požiūrį į viešosios asmens sveikatos priežiūros įstaigos psichosocialinę darbo aplinką, buvo atlikta dviejų žingsnių psichosocialinės darbo aplinkos diagnostika: įstaigos ir darbuotojų sociodemografinių grupių lygiu (1 paveikslas).



1 pav. Psichosocialinės darbo aplinkos diagnostikos modelis

Psichosocialinės darbo aplinkos diagnostika sudaryta remiantis Streso ir psichosocialinės rizikos valdymo e. vadovu ir kitomis Europos saugos ir

sveikatos darbe agentūros svetainėje skelbiamomis praktinėmis priemonėmis ir rekomendacijomis [264]. Tam tikslui sudarytos lentelės, kuriose gauti rezultatai įvesti naudojant sutartines („šviesoforo“) spalvas. Remiantis toliau pateiktomis lentelėmis bus identifikuotos sritys, į kurias reikėtų labiausiai atkreipti dėmesį siekiant pagerinti įstaigos psichosocialinę darbo aplinką.

Psichosocialinės darbo aplinkos diagnostika įstaigos lygiu. Remiantis gautų duomenų rezultatais bus nustatyti streso dažnis ir įstaigoje vyraujantys psichosocialiniai rizikos veiksniai bei suvokiamos įstaigos pastangos valdant rizikas (2 ir 3 lentelės).

2 lentelė. Darbuotojų suvokiama psichosocialinė rizika organizacijos kontekste

Rizikos nėra	Rizika yra	Rizika yra didelė
Rizikos veiksniai, kurių lygis iki 30 proc.	Rizikos veiksniai, kurių lygis 30–60 proc.	Rizikos veiksniai, kurių lygis per 60 proc.

3 lentelė. Darbuotojų požiūris į organizacinės intervencijos objektus organizacijos kontekste

Prevenција yra	Rekomenduojama atkreipti dėmesį į šiuos objektus, tobulinant organizacijos vidaus politiką	Prevencijos nėra, reikėtų atkreipti dėmesį į šiuos objektus, tobulinant organizacijos vidaus politiką
Organizacinės intervencijos objekto lygis per 60 proc.	Organizacinės intervencijos objekto lygis 30–60 proc.	Organizacinės intervencijos objekto lygis iki 30 proc.

Psichosocialinės darbo aplinkos diagnostika darbuotojų lygiu. Remiantis gautų duomenų rezultatais bus nustatyta rizikos grupė, diagnozuoti psichosocialiniai rizikos veiksniai ir organizacinės intervencijos objektų pirmumas kiekvienoje darbuotojų sociodemografinėje grupėje (4 lentelė).

4 lentelė. Rizikos grupė ir psichosocialinės rizikos bei organizacinės intervencijos objektai pagal darbuotojų sociodemografines grupes

Grupės	Rizikos grupė pagal streso lygį	Psichosocialiniai rizikos veiksniai (14) pagal darbuotojų sociodemografines grupes	Organizacinės intervencijos objektai (10) pagal darbuotojų sociodemografines grupes
Lytis			
Amžius			
Darbo stažas			
Išsilavinimas			
Pareigos / profesija			

3.2. Tyrimo būdo ir instrumento parinkimas

Stresą darbe sukeliantys veiksniai gali būti įvertinami objektyviais ir subjektyviais tyrimo metodais. Objektyviu metodu vertinant psichosocialinius rizikos veiksnius, darbą aprašo ekspertas, remdamasis stebėjimu ir atsižvelgdamas į darbo turinį, darbo organizavimą, įvertindamas darbe keliamus reikalavimus ir kitus darbo aplinkos aspektus. Pasitelkus subjektyvų metodą atliekama apklausa, kai pats dirbantysis įvertina darbo aplinką ir rizikos veiksnius. Psichosocialiniams rizikos veiksniams tirti dažniausiai naudojami subjektyvūs tyrimo metodai. Manoma, kad subjektyvūs darbo sąlygų rodikliai nepakeičiami identifikuojant stresą darbe sukeliančius veiksnius, tad objektyvūs metodai praktiškai nereikalingi [34]. Taip pat metodo pasirinkimą lemia ir tiriamos grupės dydis bei tyrimo objektas. Kai siekiama nustatyti, kaip darbuotojas suvokia aplinką, stebėjimo metodas visiškai netinka, nes šiuo atveju informacijos šaltiniu gali būti tik suvokiantysis asmuo, todėl tenka rinktis tarp anketos ir interviu. Tiriant dideles grupes tinkamesnis pasirinkimas yra anoniminė anketinė apklausa, nes anketinės apklausos būdu surinktą informaciją galima susisteminti ir nustatyti problemas mastą bei darbo aplinkos gerinimo organizacijoje poreikius. Kadangi šio tyrimo tikslas yra nustatyti medicinos darbuotojų sociodemografinių grupių požiūrį į darbe patiriamą stresą ir psichosocialinius rizikos veiksnius bei organizacinės intervencijos objektus organizacijos kontekste, pasirinktas subjektyvus metodas – anoniminė anketinė apklausa.

Tyrimo instrumento pasirinkimą lėmė šie kriterijai:

- galimybė kompleksiskai įvertinti visų vienos viešosios asmens sveikatos priežiūros įstaigos medicinos darbuotojų požiūrį tiek į mokslinėje literatūroje identifikuotus psichosocialinius rizikos veiksnius ir patiriamą stresą darbe, tiek į mokslinėje literatūroje rastus organizacinės intervencijos objektus;

- galimybė palyginti viešosios asmens sveikatos priežiūros įstaigos medicinos darbuotojų sociodemografinių grupių požiūrį į psichosocialinius rizikos veiksnius ir patiriamą stresą darbe bei organizacinės intervencijos objektus;

- instrumentas sukurtas Lietuvos sociolingvistiniam kontekstui. Užsienio klausimynų pritaikymas, net jei tai suteikia naudingos ir palyginamos mokslinės informacijos, gali neįvertinti kiekvienos nacionalinės kultūrinės tikrovės savitų veiksmų [265].

Atsižvelgiant į išvardytus kriterijus, šio tyrimo anketos pagrindas sudarytas remiantis kompleksinio streso darbe valdymo tyrimo instrumentu [236], kurio autorė A. Bandzienė disertacijoje išsamiai išnaginėjo pagrindinius mokslinėje literatūroje randamus streso modelius, tokius kaip Karasek darbo reikalavimų ir kontrolės, Warro vitaminų, Didžiosios Britanijos saugos ir sveikatos agentūros streso darbe, Bakker ir Demerouti darbo reikalavimų išteklį, French individo ir aplinkos atitikties, Kulka individo ir aplinkos atitikties, Matteson ir Ivancevich streso darbe, Spector streso darbe kontrolės modelius ir Lazarus transakcinę streso teoriją bei atliko išsamią stresą darbe sukeliančių veiksmų ir streso darbe valdymo priemonių mokslinių tyrimų analizę. Remdamasi šia analize autorė sukonstravo adaptuotą tyrimo metodiką bei klausimyną, kurį empiriškai išbandė atlikdama kompleksinį streso darbe valdymo tyrimą Lietuvos kontekste. Anketa sudarė 67 klausimai; Cronbacho alfa bendroje skalėje buvo 0,89. Taigi, mokslininkė, remdamasi atlikta mokslinės literatūros apžvalga, į anketą įtraukė visuotinai mokslinėje literatūroje pripažintus ir tinkamus visoms profesijų grupėms psichosocialinės darbo aplinkos rizikos veiksnius ir organizacinės intervencijos objektus [236]. 2016 m. rugsėjo 28 d. elektroniniu paštu buvo kreiptasi į Vadybos ir ekonomikos universitetą dėl leidimo naudoti daktarės A. Bandzienės disertacijos „Kompleksinis streso darbe valdymas“ duomenis ir sukurtą instrumentą. Tą pačią dieną iš universiteto gavus daktarės kontaktus buvo elektroniniu paštu kreiptasi į daktarę A. Bandzienę dėl leidimo naudoti jos disertacijos duomenis ir sukurtą instrumentą. 2016 m. rugsėjo 28 d. elektroniniu paštu gautas daktarės A. Bandzienės atsakymas – leidimas naudoti disertacijos duomenis ir sukurtą instrumentą.

2016 m. spalio 18 d. elektroniniu paštu Lietuvos bioetikos komitetui buvo pateiktas tyrimo protokolas ir tyrimo anketa su prašymu įvertinti, ar reikalingas biomedicininio tyrimo leidimas, nes darbuotojų sveikatos

duomenys nebus renkami. 2016 m. lapkričio 15 d. buvo gautas Lietuvos bioetikos komiteto atsakymas, kad planuojamas tyrimas, kurio metu nebūtų vertinami asmens sveikatos duomenys, neatitiktų mokslinio biomedicininio tyrimo apibrėžimo ir jam nebūtų taikomi Lietuvos Respublikos biomedicininio tyrimų reikalavimai. Todėl Lietuvos bioetikos komiteto ar Regioninio biomedicininio tyrimų etikos komiteto leidimas atlikti biomedicininį tyrimą nėra reikalingas.

Prieš atliekant tyrimą poliklinikoje, buvo atliktas bandomasis tyrimas su 50 poliklinikoje dirbančių medicinos darbuotojų. Po bandomojo tyrimo, išanalizavus, įvertinus ir aptarus gautų duomenų rezultatus su disertacijos vadovu, buvo naudojama sutrumpinta ir pritaikyta asmens sveikatos priežiūros įstaigai klausimyno versija [priedas]. Ją sudaro 47 klausimai, sugrupuoti į tris grupes: 1) psichosocialinių rizikos veiksnių diagnostika (14 veiksnių (po vieną klausimą): didesnės rizikos darbo sąlygos, per didelis darbo krūvis, didelis darbo intensyvumas, viršvalandžiai, nerealistiški terminai, vaidmens neapibrėžtumas, vaidmens konfliktas, nepakankama kvalifikacija, atsakomybė už sprendimų priėmimą ir veiksmus, darbo tempo kontrolės stoka, darbo metodo kontrolės stoka, tarpasmeniniai santykiai (priekabiavimas, konfliktai ir įtampa) klausimų grupės Cronbach's alpha – 0,702; ir streso darbe dažnio nustatymas; 2) organizacinės intervencijos objektų nustatymas (10 objektų: darbo ir asmeninio gyvenimo pusiausvyros užtikrinimas (1 klausimas), kvalifikacijos ir gebėjimų atitikties darbe keliamiems reikalavimams užtikrinimas (1 klausimas), užduočių įvairovė (1 klausimas), socialinė parama (5 klausimai; Cronbach's alpha – 0,704), organizacinė parama (4 klausimai; Cronbach's alpha – 0,708), dalyvavimas priimančiais sprendimus (3 klausimai; Cronbach's alpha – 0,66), komunikacija (4 klausimai; Cronbach's alpha – 0,728), atlygio teisingumas (2 klausimai; Cronbach's alpha – 0,756), vadovo grįžtamasis ryšys (5 klausimai; Cronbach's alpha – 0,738), streso valdymo mokymai (1 klausimas); klausimų grupės Cronbach's alpha – 0,904; 3) sociodemografinės charakteristikos: lytis, amžius, darbo stažas, išsilavinimas, pareigos. Pateikti visų klausimų 5 atsakymų variantai, sudaryti remiantis Likerto skalės principu nuo 1 balo („visiškai nesutinku“ arba „niekada“) iki 5 balų („visiškai sutinku“ arba „visada“). Kuo aukštesnė psichosocialinio rizikos veiksnio vertinimo skaitinė reikšmė, tuo didesnis veiksnio neigiamas poveikis, ir atvirkščiai – kuo aukštesnė organizacinės intervencijos objekto vertinimo skaitinė reikšmė, tuo, darbuotojų požiūriu, geresnė prevencija šioje srityje, atsižvelgiant į tai, 5, 6, 13, 17, 22 klausimai buvo reversuoti. Nominalinė skalė buvo taikoma kokybinių požymių reikšmėms apibūdinti, t. y. lytis, išsilavinimas, einamos

pareigos (profesija). Intervalinė skalė buvo taikoma tokioms reikšmėms, kaipantai amžius ir darbo stažas organizacijoje, apibūdinti.

3.3. Tyrimo kontingentas, duomenų rinkimas ir statistinė duomenų analizė

Tyrimas atliktas 2017 m. vasario kovo mėnesiais Vilniaus miesto VšĮ Centro poliklinikoje (toliau – poliklinika), kurios steigėjas yra Vilniaus miesto savivaldybė. Poliklinikoje tyrimo metu dirbo 690 medicinos darbuotojų. Visi poliklinikos medicinos darbuotojai buvo pakviesti dalyvauti tyrime savanoriškai, užtikrintas jų anonimiškumas ir konfidencialumas. Prieš atliekant tyrimą, padedant poliklinikos administracijai, medicinos darbuotojams buvo paaiškintas tyrimo pobūdis, tikslas ir uždaviniai bei išdalyta 690 popierinių tyrimo anketų, grąžintos 468 anketos, iš kurių viena buvo sugadinta, 467 anketos buvo tinkamos tyrimo rezultatų analizei atlikti. Kadangi gautas atsako dažnis – 68 proc., galima teigti, kad tai pakankamas skaičius atstovauti poliklinikoje dirbantiems medicinos darbuotojams. Remiantis mokslinė literatūra panašių tyrimų atsako dažnis būna apie 28–38 proc. dėl medicinos darbuotojų neigiamo požiūrio į papildomų dokumentų pildymą [262]. Taip pat remiantis savivaldybių interneto svetainėse skelbiama duomenimis panašaus organizacinio konteksto viešosiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose tyrimo metu dirbo 4 313 medicinos darbuotojų. Vadovaujantis mokslininkų [263; 266] parengtomis imties dydžio lentelėmis, esant 95 proc. patikimumui ir 5 proc. paklaidai ir generalinės aibės visumai 4 313, reprezentatyvi imtis yra 353.

Duomenys analizuoti SPSS (*Statistical Package for Social Science*, versija IBM SPSS Statistics 26) programos paketu. Aprašomojoje analizėje buvo naudojami procentai ir absoliutieji skaičiai (n), taip pat buvo naudojama dažnių analizė. Kiekybinių duomenų skirstinio atitiktis normaliajam skirstiniui tikrinta Shapiro ir Wilk kriterijumi. Kadangi visų kintamųjų skirstiniai nebuvo normalieji, tai analitinėje statistikoje grupės buvo lygintos taikant neparametrinius testus: Mann'o ir Whitney U (lyginant dvi grupes) ir Kruskal'o ir Wallis'o testų (lyginant daugiau nei dvi grupes) kriterijai, Dunn'o ir Bonferroni (*Post Hoc*) korekcinius kriterijus, vidutiniai rangai, χ^2 kriterijus, laisvės laipsnių skaičius (k-1) ir statistinis reikšmingumas (p). Įverčių tikslumui įvertinti apskaičiuoti 95 proc. pasikliautinieji intervalai (PI). Duomenys laikyti statistiškai reikšmingais, kai $p < 0,05$.

4. REZULTATAI

4.1. Respondentų sociodemografinės charakteristikos

Empirinio tyrimo rezultatai rodo aiškų moteriškos lyties dominavimą poliklinikoje: moterys sudaro 94,9 procento. Respondentų amžius svyruoja nuo 22 metų iki 73 metų, vidutinis respondentų amžius – 49 metai. Net 47,9 proc. respondentų yra per 50 metų amžiaus grupėje. Iš 5 lentelės matyti, kad daugiau nei pusė visų respondentų (52,9 proc.) turi aukštąjį išsilavinimą, 38,5 proc. turi aukštesnįjį ir 8,6 proc. kitą išsilavinimą. Pagal pareigų pasiskirstymą poliklinikoje daugumą respondentų sudaro slaugytojos (43,9 proc.), toliau eina gydytojai (28,3 proc.), kitas medicininis personalas (21,6 proc.) ir skyrių vadovai (6,2 proc.). Respondentų darbo stažas svyruoja nuo kelių mėnesių iki 48 metų. 76,1 proc. respondentų dirba daugiau nei 10 metų, o 10,7 proc. dirba 3 metus ir mažiau.

5 lentelė. Respondentų sociodemografinės charakteristikos

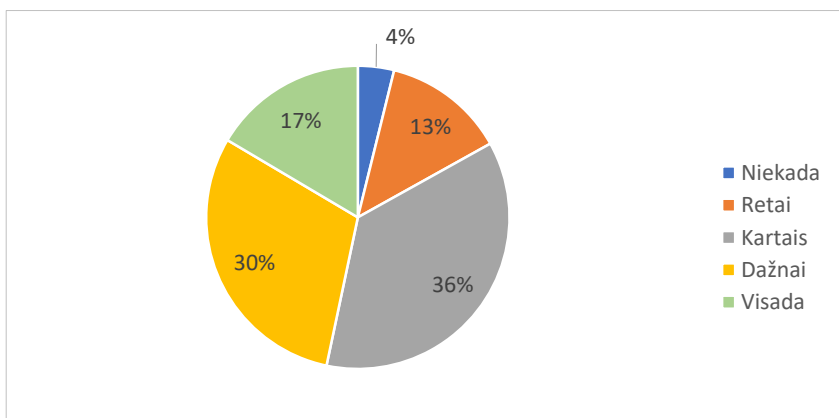
Sociodemografinės charakteristikos		n	Procentai
Lytis	Vyras	24	5,1
	Moteris	443	94,9
	Iš viso	467	100,0
Amžius	≤ 30	48	10,5
	]30–40]	68	14,8
	]40–50]	123	26,8
	>50	220	47,9
	Iš viso	459	100,0
Darbo stažas	≤ 3	49	10,7
	]3–5]	24	5,2
	]5–10]	37	8,0
	> 10	350	76,1
	Iš viso	460	100,0
Išsilavinimas	Aukštasis	247	52,9
	Aukštesnysis	180	38,5
	Kita	40	8,6
	Iš viso	467	100,0
Pareigos	Skyrių vadovai	29	6,2
	Gydytojai	132	28,3
	Slaugytojai	205	43,9
	Kiti medicinos darbuotojai	101	21,6

Sociodemografinės charakteristikos		n	Procentai
	(kineziterapeutai, ergoterapeutai, burnos higienistai ir kt.)		
	Iš viso	467	100,0

Apibendrinant tyrimo metu gautas respondentų sociodemografinės charakteristikas galima teigti, kad poliklinikoje didžiąją dalį darbuotojų sudaro vidutinio amžiaus moterys, iš kurių dauguma yra slaugytojos. Taip pat galima teigti, kad darbuotojų kaita įstaigoje nėra didelė, nes net 76,1 proc. respondentų įstaigoje dirba daugiau nei 10 metų. Reikia atkreipti dėmesį, kad nedidelė dalis respondentų pildydami klausimynus nenurodė visų asmens duomenų: amžiaus (1,7 proc. visų respondentų) ir darbo stažo įstaigoje (1,5 proc. visų respondentų). Viena iš priežasčių gali būti darbuotojų baimė būti identifikuotiems ir nenoras atvirai išsakyti nuomonę, tačiau tai yra nedidelė dalis respondentų, todėl galima teigti, kad įstaigoje vyrauja atviro bendravimo kultūra, kur darbuotojai skatinami pareikšti savo nuomonę.

4.2. Darbe patiriamo streso, psichosocialinių rizikos veiksnių ir organizacinės intervencijos objektų analizė įstaigos kontekste

Remiantis empirinio tyrimo rezultatais, visada arba dažnai stresą patyrė 218 respondentų, tai yra apie pusę visų respondentų (47 proc.), kartais – 170 respondentų (36 proc.), retai arba niekada – 79 respondentai (17 proc.) (2 paveikslas).



2 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal įstaigoje patiriamo streso dažnį

Siekiant nustatyti ir įvertinti darbuotojų suvokiamus psichosocialinius rizikos veiksnius ir įstaigos pastangas valdant rizikas buvo sudarytos dažnių lentelės (6 ir 7 lentelės).

6 lentelė. Psichosocialinių rizikos veiksnių įstaigoje suvestinė

	Didesnės rizikos darbo sąlygos	Per didelis darbo krūvis	Didelis darbo intensyvumas	Viršvalandžiai	Nerealistiški terminai	Vaidmens neapibrėžtumas	Vaidmens konfliktas	Nepakankama kvalifikacija	Atsakomybė	Darbo tempo kontrolės stoka	Darbo metodo kontrolės stoka	Priekabiavimas	Konfliktai	Įtampa
Niekada/ Visiškai nesutinku	21,6	27,6	2,1	42,8	34,9	38,1	27,8	31,5	2,6	15,8	26,1	55,5	28,7	33,6
Retai/ Nesutinku	14,1	16,9	11,1	24,2	28,1	16,9	23,3	26,6	3,6	25,3	37,9	19,7	23,8	27,2
Kartais/ Nei sutinku, nei nesutinku	24,6	25,7	36,4	18,6	22,7	22,7	29,6	25,7	15,6	29,8	25,9	15,8	25,9	24,6
Dažnai/ Sutinku	24	18,4	50,3	9,4	10,9	15,6	15,6	13,1	31,9	16,3	6,9	7,3	18,8	11,8
Visada/ Visiškai sutinku	15,6	11,3	2,1	4,9	3,4	6,6	3,6	3,2	46,3	12,8	3,2	1,7	2,8	2,8

6 lentelėje pateikti respondentų atsakymai į anketos klausimus apie jų suvokiamas psichosocialines rizikas: 14 kintamųjų (didesnės rizikos darbo sąlygos, per didelis darbo krūvis, didelis darbo intensyvumas, viršvalandžiai, nerealistiški terminai, vaidmens neapibrėžtumas, vaidmens konfliktas, nepakankama kvalifikacija, atsakomybė už sprendimų priėmimą ir veiksmus, darbo tempo kontrolės stoka, darbo metodo kontrolės stoka, priekabiavimas, konfliktai ir įtampa) ir jų reikšmės bei žymenys (1 – „visiškai nesutinku“ arba „niekada“, 2 – „retai“ arba „nesutinku“, 3 – „kartais“ arba „nei sutinku, nei nesutinku“, 4 – „dažnai“ arba „sutinku“, 5 – „visiškai sutinku“ arba „visada“). Respondentų atsakymai pateikti procentiniais dažniais. Pavyzdžiui, bendras respondentų, atsakiusių, kad visiškai sutinka (46,3 proc.) ar sutinka (31,9 proc.), kad turi prisiimti atsakomybę už kitų žmonių savijautą ir saugumą, yra 78,2 procento.

7 lentelė. Organizacinės intervencijos objektų įstaigoje suvestinė

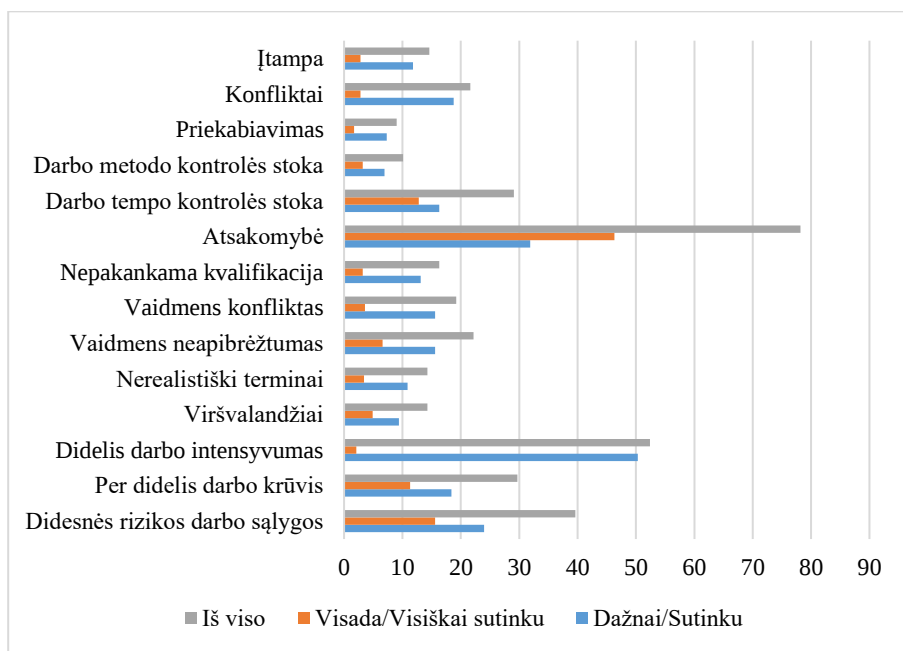
	Darbo ir asmeninio gyvenimo pusiausvyros užtikrinimas	Kvalifikacijos ir gebėjimų atitikties darbe keliamiems reikalavimams užtikrinimas	Užduočių įvairovė	Socialinė parama	Organizacinė parama	Dalyvavimas priimanč sprendimus	Kommunikacija	Atlygio teisingumas	Vadovo grįžtamasis ryšys	Streso valdymo mokymai
Niekada/ Visiškai nesutinku	8,8	2,8	16,1	0,6	9,1	2,1	1,5	18,4	4,1	19,9
Retai/ Nesutinku	14,8	4,3	19,7	4,9	28	15,8	10,5	29,6	13,9	22,9
Kartais/ Nei sutinku, nei nesutinku	18,2	21,6	23,6	36,2	45,8	41	39,6	32,5	40,5	27,2
Dažnai/ Sutinku	20,3	33	21,8	46,7	14,7	32,3	40,9	16,7	33,8	19,5
Visada/ Visiškai sutinku	37,9	38,3	18,8	11,6	2,4	8,8	7,5	2,8	7,7	10,5

7 lentelėje pateikti respondentų atsakymai į anketos klausimus apie jų suvokiamas įstaigos pastangas valdant rizikas: 10 kintamųjų (darbo ir asmeninio gyvenimo pusiausvyros užtikrinimas, kvalifikacijos ir gebėjimų atitikties darbe keliamiems reikalavimams užtikrinimas, užduočių įvairovė, socialinė parama, organizacinė parama, dalyvavimas priimanč sprendimus, komunikacija, atlygio teisingumas, vadovo grįžtamasis ryšys, streso valdymo mokymai) ir jų reikšmės bei žymenys (1 – „visiškai nesutinku“ arba „niekada“, 2 – „retai“ arba „nesutinku“, 3 – „kartais“ arba „nei sutinku, nei nesutinku“, 4 – „dažnai“ arba „sutinku“, 5 – „visiškai sutinku“ arba „visada“). Respondentų atsakymai pateikti procentiniais dažniais. Pavyzdžiui, bendras respondentų, atsakiusių, kad visiškai sutinka (10,5 proc.) ar sutinka (19,5 proc.), kad gauna pakankamai mokymų apie streso valdymą, yra 30 procentų.

Remiantis 6 lentele, psichosocialiniai rizikos veiksniai, respondentų pažymėti kaip visada / visiškai sutinku ar dažnai / sutinku, pagal suvokiamą rizikos lygį išdėstyti 8 lentelėje ir pavaizduoti grafiškai 3 paveiksle.

8 lentelė. Darbuotojų suvokiama psichosocialinė rizika įstaigos kontekste

Rizikos nėra (Rizikos veiksniai, kurių lygis iki 30 proc.)	Rizika yra (Rizikos veiksniai, kurių lygis 30–60 proc.)	Rizika yra didelė (Rizikos veiksniai, kurių lygis per 60 proc.)
1. Per didelis darbo krūvis 2. Darbo tempo kontrolės stoka 3. Vaidmens neapibrėžtumas 4. Konfliktai 5. Vaidmens konfliktas 6. Nepakankama kvalifikacija 7. Įtampa 8. Viršvalandžiai 9. Nerealistiški terminai 10. Darbo metodo kontrolės stoka 11. Priekabiavimas	1. Didelis darbo intensyvumas 2. Didesnės rizikos darbo sąlygos	1. Atsakomybė



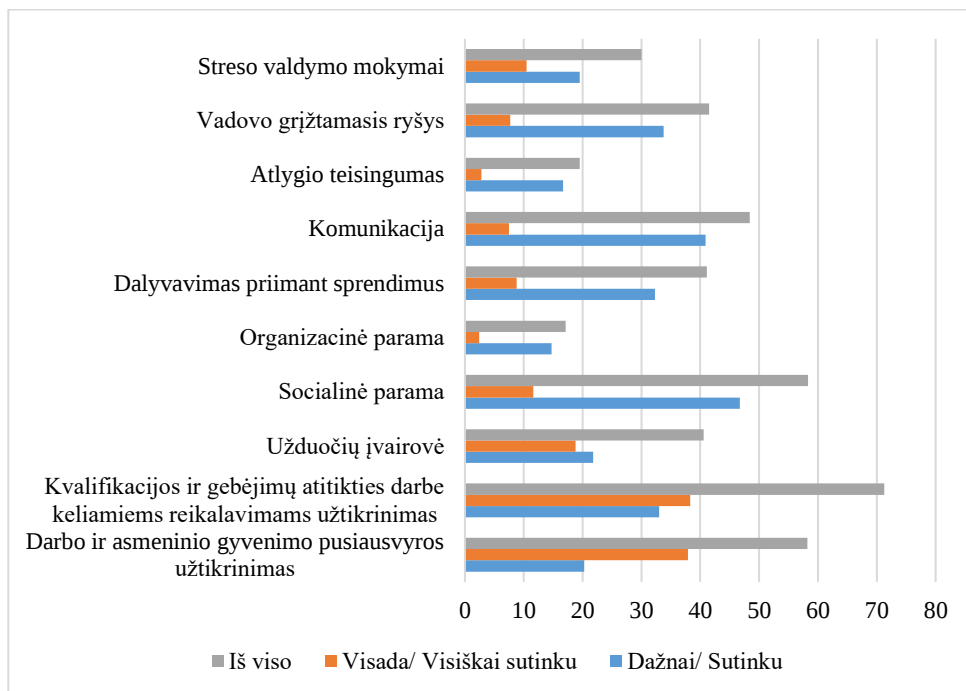
3 pav. Darbuotojų suvokiami psichosocialiniai rizikos veiksniai įstaigos kontekste

Iš 8 lentelės ir 3 paveikslų matyti, kad dažniausiai nurodomas rizikos veiksnys buvo atsakomybė už kitų žmonių sveikatą. Bendras respondentų, atsakiusių, jog visiškai sutinka ar sutinka, kad turi priimti atsakomybę už kitų žmonių savijautą ir saugumą, yra 78,2 procento. Toliau eina didelis darbo intensyvumas (52,4 proc.) ir didesnės rizikos darbo sąlygos (39,6 proc.). Prie rečiau respondentų pasirinktų rizikos veiksnių buvo per didelis darbo krūvis (29,7 proc.), darbo tempo kontrolės stoka (29,1 proc.), vaidmens neapibrėžtumas (22,2 proc.), konfliktai (21,6 proc.), vaidmens konfliktas (19,2 proc.), nepakankama kvalifikacija (16,3 proc.), įtampa (14,6 proc.), viršvalandžiai (14,3 proc.), nerealistiški terminai (14,3 proc.), darbo metodo kontrolės stoka (10,1 proc.), priekabiavimas (9 proc.).

Remiantis 7 lentele, organizacinės intervencijos objektai, respondentų pažymėti kaip visada / visiškai sutinku ar dažnai / sutinku, pagal suvokiamą prevencijos lygį išdėstyti 9 lentelėje ir pavaizduoti grafiškai 4 paveiksle.

9 lentelė. Darbuotojų požiūris į organizacinės intervencijos objektus įstaigos kontekste

Prevenција yra (Organizacinės intervencijos objekto lygis per 60 proc.)	Rekomenduojama atkreipti dėmesį į šiuos objektus, tobulinant organizacijos vidaus politiką (Organizacinės intervencijos objekto lygis 30–60 proc.)	Prevencijos nėra reikėtų atkreipti dėmesį į šiuos objektus, tobulinant organizacijos vidaus politiką (Organizacinės intervencijos objekto lygis iki 30 proc.)
1. Kvalifikacijos ir gebėjimų atitiktis darbe keliamiems reikalavimams užtikrinimas	1. Socialinė parama 2. Darbo ir asmeninio gyvenimo pusiausvyros užtikrinimas 3. Komunikacija 4. Vadovo grįžtamasis ryšys 5. Dalyvavimas priimant sprendimus 6. Užduočių įvairovė	1. Streso valdymo mokymai 2. Atlygio teisingumas 3. Organizacinė parama



4 pav. Darbuotojų požiūris į organizacinės intervencijos objektus įstaigos kontekste

Iš 9 lentelės ir 4 paveikslą matyti, kad respondentai geriausiai įvertino įstaigos pastangas užtikrinant kvalifikacijos ir gebėjimų atitiktį darbe keliamiems reikalavimams (71,3 proc.). Taip pat respondentai gerai įvertino įstaigoje esamą socialinę paramą (58,3 proc.), darbo ir asmeninio gyvenimo pusiausvyros užtikrinimą (58,2 proc.), komunikaciją (48,4 proc.), vadovo grįžtamąjį ryšį (41,5 proc.), įtraukimą į sprendimų priėmimo procesą (41,1 proc.), užduočių įvairovę (40,6 proc.). Prasčiausiai respondentai įvertino streso mokymų pakankumą (30 proc.), atlygio teisingumą (19,5 proc.), organizacinę paramą (17,1 proc.).

4.3. Darbe patiriamo streso, psichosocialinių rizikos veiksnių ir organizacinės intervencijos objektų analizė pagal darbuotojų sociodemografinės grupes

10–24 lentelėse pateikiami rezultatai, gauti lyginant skirtingų medicinos darbuotojų sociodemografinių grupių darbe patiriamo streso, psichosocialinių rizikos veiksnių ir organizacinės intervencijos objektų įverčius.

Lytis. Iš 10, 11 ir 12 lentelių matyti, kad darbe patiriamo streso, psichosocialinių rizikos veiksnių vertinimas pagal respondentų lytį statistiškai

reikšmingai nesiskyrė, bet statistiškai reikšmingai skyrėsi vieno organizacinės intervencijos objekto – *darbo ir asmeninio gyvenimo pusiausvyros užtikrinimo* – įvertis, $U = 3789$, $p = 0,01$. Respondentės turėjo aukštesnius darbo ir asmeninio gyvenimo pusiausvyros užtikrinimo įverčius (vid. rangas = 237,45) nei respondentai (vid. rangas = 170,38) ($p = 0,01$).

10 lentelė. Darbe patiriamas stresas ir lytis (Mann'o ir Whitney U testas)

Grupės	n	Vid. rangas	U	p
Vyrai	24	205,38	4629,00	0,27
Moterys	443	235,55		

11 lentelė. Psichosocialiniai rizikos veiksniai ir lytis (Mann'o ir Whitney U testas)

Kintamieji	Vyras		Moteris		U	p
	Vid. rangas	n	Vid. rangas	n		
Didesnės rizikos darbo sąlygos	259,38	24	232,63	443	4707,00	0,33
Per didelis darbo krūvis	245,38	24	233,38	443	5043,00	0,66
Didelis darbo intensyvumas	228,96	24	234,27	443	5195,00	0,84
Viršvalandžiai	222,73	24	234,61	443	5045,50	0,66
Nerealistiški terminai	250,25	24	233,12	443	4926,00	0,53
Vaidmens neapibrėžtumas	227,79	24	234,34	443	5167,00	0,81
Vaidmens konfliktas	260,98	24	232,54	443	4668,50	0,30
Nepakankama kvalifikacija	210,65	24	235,27	443	4755,50	0,37
Atsakomybė už sprendimų priėmimą ir veiksmus	250,25	24	233,12	443	4926,00	0,52
Darbo tempo kontrolės stoka	211,17	24	235,24	443	4768,00	0,38
Darbo metodo kontrolės stoka	255,50	24	232,84	443	4800,00	0,40
Priekabiavimas	240,42	24	233,65	443	5162,00	0,79
Konfliktai	253,29	24	232,95	443	4853,00	0,46
Įtampa	259,38	24	233,62	443	5146,00	0,78

12 lentelė. Organizacinės intervencijos objektai ir lytis (Mann'o ir Whitney U testas)

Kintamieji	Vyras		Moteris		U	p
	Vid. rangas	n	Vid. rangas	n		
Darbo ir asmeninio gyvenimo pusiausvyros užtikrinimas	170,38	24	237,45	443	3789,00	0,01
Kvalifikacijos ir gebėjimų atitiktis darbe keliamiems reikalavimams užtikrinimas	204,90	24	235,58	443	4617,50	0,25
Užduočių įvairovė	220,42	24	234,74	443	4990,00	0,60
Socialinė parama	215,81	24	234,99	443	4879,50	0,50
Organizacinė parama	208,90	24	235,36	443	4713,50	0,35
Dalyvavimas priimant sprendimus	198,54	24	235,92	443	4465,00	0,18
Komunikacija	198,02	24	235,95	443	4452,50	0,18
Atlygio teisingumas	202,00	24	235,73	443	4548,00	0,23
Vadovo grįžtamasis ryšys	230,58	24	234,19	443	5234,00	0,90
Streso valdymo mokymai	230,63	24	234,18	443	5235,00	0,90

Amžius. Iš 13 lentelės matyti, kad darbe patiriamo streso vertinimas pagal respondentų keturias amžiaus grupes (≤ 30 , 30–40, 40–50, > 50) statistiškai reikšmingai nesiskyrė, $\chi^2(3) = 1,77$, $p = 0,65$.

13 lentelė. Darbe patiriamas stresas ir amžius (Kruskal'o ir Wallis'o testas)

Grupės	n	Vid. rangas	$\chi^2(3)$	p
≤ 30	48	216,94	1,77	0,65
]30–40]	68	233,26		
]40–50]	123	221,74		
> 50	220	236,46		

Iš 14 lentelės matyti, kad pagal amžiaus grupes (≤ 30 , 30–40, 40–50, > 50) statistiškai reikšmingai skyrėsi tik vieno psichosocialinio rizikos veiksnio – *didelio darbo intensyvumo* – įvertis, $\chi^2(3) = 17,36$, $p < 0,01$.

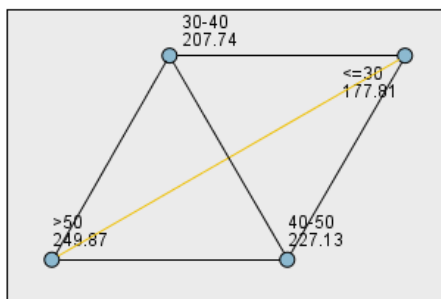
14 lentelė. Psichosocialiniai rizikos veiksniai ir amžius (Kruskal'o ir Wallis'o testas)

Kintamieji	≤ 30		]30–40]		]40–50]		>50		$\chi^2(3)$
	Vid. rangas	n	Vid. rangas	n	Vid. rangas	n	Vid. rangas	n	
Didesnės rizikos darbo sąlygos	229,53	48	226,44	68	225,26	123	233,85	220	0,41
									0,94
Per didelis darbo krūvis	212,23	48	227,40	68	218,34	123	241,2	220	3,58
									0,31
Didelis darbo intensyvumas	177,81	48	207,74	68	227,13	123	249,87	220	17,36
									<0,01
Viršvalandžiai	199,69	48	229,10	68	233,84	123	234,75	220	3,21
									0,36
Nerealistiški terminai	209,72	48	243,88	68	242,37	123	223,22	220	3,80
									0,28
Vaidmens neapibrėžtumas	198,13	48	217,11	68	224,30	123	244,13	220	6,63
									0,08
Vaidmens konfliktas	208,38	48	208,74	68	254,01	123	227,87	220	7,60
									0,05
Nepakankama kvalifikacija	190,92	48	216,49	68	240,98	123	236,56	220	6,72
									0,08
Atsakomybė už sprendimų priėmimą ir veiksmus	253,69	48	236,07	68	220,58	123	228,22	220	2,69
									0,44
Darbo tempo kontrolės stoka	277,73	48	232,26	68	222,39	123	223,14	220	7,63
									0,05
Darbo metodo kontrolės stoka	247,51	48	259,38	68	226,01	123	219,33	220	6,27
									0,10

Kintamieji	≤ 30		]30–40]		]40–50]		>50		
	Vid. rangas	n	Vid. rangas	n	Vid. rangas	n	Vid. rangas	n	$\chi^2(3)$
									p
Priekabiavimas	231,72	48	233,09	68	246,96	123	219,19	220	4,30
									0,23
Konfliktai	229,10	48	253,68	68	224,42	123	226,00	220	2,76
									0,43
Įtampa	228,82	48	246,32	68	224,31	123	228,39	220	1,40
									0,71

Poriniai palyginimai (*Pairwise Comparisons*) buvo atlikti naudojant Dunn'o metodiką su Bonferroni korekcija kartotiniams palyginimams, siekiant nustatyti, kurios amžiaus grupės statistiškai reikšmingai skyrėsi. Ši *Post Hoc* analizė atskleidė statistiškai reikšmingą vyriausios amžiaus grupės (per 50 metų) (vid. rangas = 249,87) ir jauniausios amžiaus grupės (30 metų ir jaunesni) (vid. rangas = 177,81) ($p < 0,01$) (5 paveikslas) *didelio darbo intensyvumo* įverčių skirtumą. Taigi, vyriausia amžiaus grupė teigė, kad dirba labai intensyviai, ką mažiausiai akcentavo jauniausia amžiaus grupė.

Pairwise Comparisons of Amžiaus grupė



Each node shows the sample average rank of Amžiaus grupė.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
<=30-30-40	-29.930	22.728	-1.317	.188	1.000
<=30-40-50	-49.314	20.518	-2.403	.016	.097
<=30->50	-72.060	19.206	-3.752	.000	.001
30-40-40-50	-19.383	18.218	-1.064	.287	1.000
30-40->50	-42.130	16.727	-2.519	.012	.071
40-50->50	-22.747	13.573	-1.676	.094	.563

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is .05.

5 pav. Didelio darbo intensyvumo įverčių skirtumas pagal amžiaus grupes

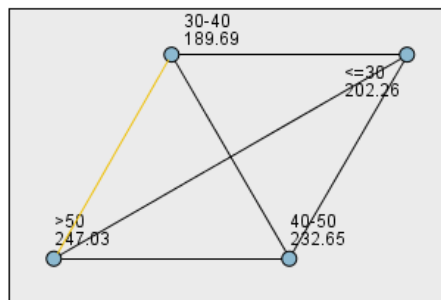
Iš 15 lentelės matyti, kad vertinant pagal amžiaus grupes (≤ 30 , 30–40, 40–50, > 50) statistiškai reikšmingai skyrėsi du organizacinės intervencijos objektai: *kvalifikacijos ir gebėjimų atitiktis darbe keliamiems reikalavimams*, $\chi^2(3) = 13,41$, $p < 0,01$, ir *atlygio teisingumas*, $\chi^2(3) = 12,44$, $p < 0,01$.

15 lentelė. Organizacinės intervencijos objektai ir amžius (Kruskal'o ir Wallis'o testas)

Kintamieji	≤ 30		[30–40]		[40–50]		> 50		$\chi^2(3)$
	Vid. rangas	n	Vid. rangas	n	Vid. rangas	n	Vid. rangas	n	
Darbo ir asmeninio gyvenimo pusiausvyros užtikrinimas	252,97	48	212,99	68	237,13	123	226,26	220	3,33
									0,34
Kvalifikacijos ir gebėjimų atitikties darbe keliamiems reikalavimams užtikrinimas	202,26	48	189,69	68	232,65	123	247,03	220	13,41
									<0,01
Užduočių įvairovė	227,97	48	237,47	68	228,49	123	228,98	220	0,27
									0,96
Socialinė parama	222,32	48	209,81	68	231,98	123	236,81	220	2,36
									0,51
Organizacinė parama	243,05	48	223,24	68	234,60	123	226,67	220	0,94
									0,81
Dalyvavimas priimant sprendimus	226,19	48	210,75	68	230,41	123	236,55	220	2,04
									0,56
Komunikacija	230,20	48	201,90	68	225,49	123	241,16	220	4,80
									0,19
Atlygio teisingumas	278,61	48	247,19	68	235,06	123	211,25	220	12,44
									<0,01
Vadovo grįžtamasis ryšys	223,95	48	228,51	68	230,33	123	231,60	220	0,14
									0,99
Streso valdymo mokymai	191,66	48	218,25	68	238,30	123	237,36	220	6,00
									0,11

Pagal Dunn'o ir Bonferroni (*Post Hoc*) testą, *kvalifikacijos ir gebėjimų atitikties darbe keliamiems reikalavimams užtikrinimo įverčiai* statistiškai reikšmingai skyrėsi vyriausios amžiaus grupės (per 50 metų) (vid. rangas = 247,03) ir amžiaus grupės nuo 30 iki 40 metų (vid. rangas = 189,69) ($p < 0,01$), o *atlygio teisingumo įverčiai* statistiškai reikšmingai skyrėsi vyriausios amžiaus grupės (vid. rangas = 211,25) ir jauniausios amžiaus grupės (30 metų ir jaunesni) (vid. rangas = 278,61) ($p < 0,01$) (6 ir 7 paveikslai). Taigi, vyriausioji amžiaus grupė savo kvalifikaciją ir gebėjimus vertino geriau nei jaunesnė amžiaus grupė, o atlygio teisingumą – prasčiau nei jauniausioji grupė.

Pairwise Comparisons of Amžiaus grupė



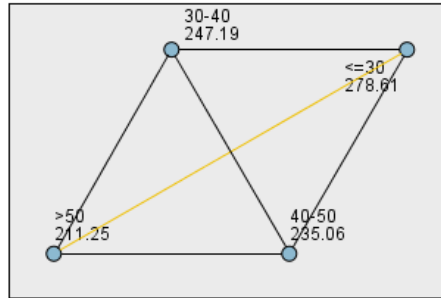
Each node shows the sample average rank of Amžiaus grupė.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
30-40-<=30	12.569	23.709	.530	.596	1.000
30-40-40-50	-42.963	19.005	-2.261	.024	.143
30-40->50	-57.336	17.450	-3.286	.001	.006
<=30-40-50	-30.394	21.403	-1.420	.156	.934
<=30->50	-44.767	20.035	-2.234	.025	.153
40-50->50	-14.373	14.159	-1.015	.310	1.000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.
Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is .05.

6 pav. Kvalifikacijos ir gebėjimų atitikties darbe keliamiems reikalavimams užtikrinimo įverčių skirtumas pagal amžiaus grupes

Pairwise Comparisons of Amžiaus grupė



Each node shows the sample average rank of Amžiaus grupė.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
>50-40-50	23.805	14.768	1.612	.107	.642
>50-30-40	35.939	18.199	1.975	.048	.290
>50-<=30	67.362	20.896	3.224	.001	.008
40-50-30-40	12.134	19.822	.612	.540	1.000
40-50-<=30	43.558	22.323	1.951	.051	.306
30-40-<=30	31.423	24.728	1.271	.204	1.000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.
Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is .05.

7 pav. Atlygio teisingumo įverčių skirtumas pagal amžiaus grupes

Darbo stažas. Iš 16 lentelės matyti, kad respondentų keturių darbo stažo grupių (≤ 3 , 3–5, 5–10, > 10) darbe patiriamo streso vertinimas statistiškai reikšmingai nesiskyrė, $\chi^2(3) = 1,64$, $p = 0,62$.

16 lentelė. Darbe patiriamas stresas ir darbo stažas (Kruskal'o ir Wallis'o testas)

Grupės	n	Vid. rangas	$\chi^2(3)$	p
≤ 3	49	224,71	1,64	0,62
]3–5]	24	217,40		
]5–10]	37	208,89		
> 10	350	234,49		

Kaip ir pagal amžiaus grupes, pagal darbo stažo grupes (≤ 3 , 3–5, 5–10, > 10) statistiškai reikšmingai skyrėsi tas pats psichosocialinis rizikos veiksnys – *didelis darbo intensyvumas*, $\chi^2(3) = 20,36$, $p < 0,01$ (17 lentelė).

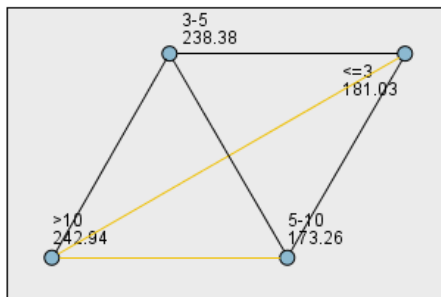
17 lentelė. Psichosocialiniai rizikos veiksniai ir darbo stažas (Kruskal'o ir Wallis'o testas)

Kintamieji	≤ 3		]3–5]		]5–10]		> 10		$\chi^2(3)$
	Vid. rangas	n	Vid. rangas	n	Vid. rangas	n	Vid. rangas	n	
Didesnės rizikos darbo sąlygos	209,59	49	262,04	24	225,24	37	231,82	350	2,78
									0,43
Per didelis darbo krūvis	221,77	49	206,17	24	215,36	37	234,99	350	1,99
									0,57
Didelis darbo intensyvumas	181,03	49	238,38	24	173,26	37	242,94	350	20,36
									<0,01
Viršvalandžiai	200,22	49	264,67	24	232,39	37	232,20	350	4,67
									0,20
Nerealistiški terminai	223,78	49	248,33	24	206,72	37	232,73	350	2,00
									0,57
Vaidmens neapibrėžtumas	214,83	49	189,77	24	210,69	37	237,58	350	5,14
									0,16
Vaidmens konfliktas	201,95	49	253,58	24	213,88	37	234,67	350	4,17
									0,24
Nepakankama kvalifikacija	201,15	49	265,5	24	207,45	37	234,65	350	5,92
									0,12
Atsakomybė už sprendimų priėmimą ir veiksmus	245,51	49	238,48	24	227,64	37	228,15	350	0,97
									0,81
Darbo tempo kontrolės stoka	266,15	49	185,44	24	206,46	37	231,14	350	7,92
									0,05
Darbo metodo kontrolės stoka	235,12	49	244,90	24	215,16	37	230,49	350	0,92
									0,82

Kintamieji	≤ 3		]3–5]		]5–10]		> 10		
	Vid. rangas	n	Vid. rangas	n	Vid. rangas	n	Vid. rangas	n	$\chi^2(3)$
									p
Priekabiavimas	230,80	49	236,67	24	255,22	37	227,42	350	1,86
									0,60
Konfliktai	215,26	49	272,52	24	251,55	37	227,53	350	4,42
									0,22
Įtampa	229,86	49	240,65	24	228,07	37	230,15	350	0,17
									0,98

Pagal Dunn'o ir Bonferroni (*Post Hoc*) testą, *didelio darbo intensyvumo* įverčiai statistiškai reikšmingai skyrėsi didžiausio darbo stažo grupės (per 10 metų) (vid. rangas = 242,94) ir 5–10 metų darbo stažo grupės (vid. rangas = 173,26) ($p < 0,01$) bei didžiausio darbo stažo grupės ir mažiausio darbo stažo grupės (iki 3 metų) (vid. rangas = 181,03) ($p < 0,01$) (8 paveikslas). Taigi, didžiausio darbo stažo grupė labiau nei kitos darbo stažo grupės akcentavo darbo intensyvumą.

Pairwise Comparisons of Darbo stažo grupės



Each node shows the sample average rank of Darbo stažo grupės .

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
5-10.<=3	7.774	26.295	.296	.768	1.000
5-10.3-5	65.118	31.643	2.058	.040	.238
5-10.>10	-69.680	20.871	-3.339	.001	.005
<=3.3-5	-57.344	30.080	-1.906	.057	.340
<=3.>10	-61.907	18.415	-3.362	.001	.005
3-5.>10	-4.562	25.475	-.179	.858	1.000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is .05.

8 pav. Didelio darbo intensyvumo įverčių skirtumai pagal darbo stažo grupes

Iš 18 lentelės matyti, kad pagal darbo stažo grupes (≤ 3 , 3–5, 5–10, > 10) statistiškai reikšmingai skyrėsi trys organizacinės intervencijos objektai: *kvalifikacijos ir gebėjimų atitikties darbe keliameis reikalavimams užtikrinimas*, $\chi^2(3) = 13,07$, $p < 0,01$; *užduočių įvairovė*, $\chi^2(3) = 12,98$, $p < 0,01$; *atlygio teisingumas*, $\chi^2(3) = 22,91$, $p < 0,01$.

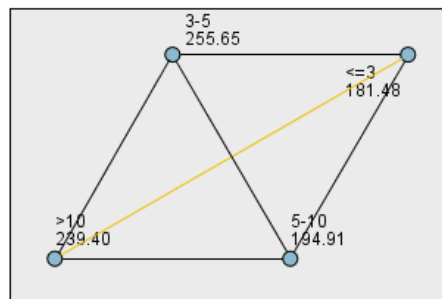
18 lentelė. Organizacinės intervencijos objektai ir darbo stažas (Kruskal'o ir Wallis'o testas)

Kintamieji	≤ 3		[3–5]		[5–10]		> 10		$\chi^2(3)$
	Vid. rangas	n	Vid. rangas	n	Vid. rangas	n	Vid. rangas	n	
Darbo ir asmeninio gyvenimo pusiausvyros užtikrinimas	238,47	49	259,69	24	212,14	37	229,32	350	2,23
Kvalifikacijos ir gebėjimų atitikties darbe keliamiems reikalavimams užtikrinimas	181,48	49	255,65	24	194,91	37	239,40	350	0,53
Užduočių įvairovė	240,37	49	137,69	24	232,08	37	235,32	350	13,07
Socialinė parama	227,55	49	255,31	24	219,93	37	230,33	350	<0,01
Organizacinė parama	241,46	49	257,73	24	241,74	37	225,91	350	12,98
Dalyvavimas priimant sprendimus	215,94	49	269,9	24	217,54	37	231,21	350	<0,01
Komunikacija	227,79	49	240,60	24	201,36	37	233,27	350	1,10
Atlygio teisingumas	288,12	49	290,73	24	268,65	37	214,27	350	0,78
Vadovo grįžtamasis ryšys	212,77	49	280,75	24	230,74	37	229,51	350	2,04
Streso valdymo mokymai	191,08	49	241,29	24	230,18	37	235,31	350	0,56
									3,10
									0,38
									2,11
									0,55
									22,91
									<0,01
									4,34
									0,23
									5,18
									0,16

Dunn'o ir Bonferroni (*Post Hoc*) analizė atskleidė statistiškai reikšmingą (-us):

- *kvalifikacijos ir gebėjimų atitikties darbe keliamiems reikalavimams užtikrinimo* įverčių skirtumą tarp didžiausio darbo stažo grupės (vid. rangas = 239,40) ir mažiausio darbo stažo grupės (vid. rangas = 181,48) ($p = 0,02$) (9 paveikslas), todėl galima teigti, kad didžiausio darbo stažo grupė savo kvalifikacijos ir gebėjimų atitiktį darbe keliamiems reikalavimams vertino geriau nei mažiausio darbo stažo grupė,

Pairwise Comparisons of Darbo stažo grupės



Each node shows the sample average rank of Darbo stažo grupės .

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
<=3-5-10	-13.426	27.446	-.489	.625	1.000
<=3->10	-57.922	19.221	-3.013	.003	.015
<=3-3-5	-74.166	31.397	-2.362	.018	.109
5-10->10	-44.496	21.785	-2.043	.041	.247
5-10-3-5	60.740	33.028	1.839	.066	.395
>10-3-5	16.244	26.590	.611	.541	1.000

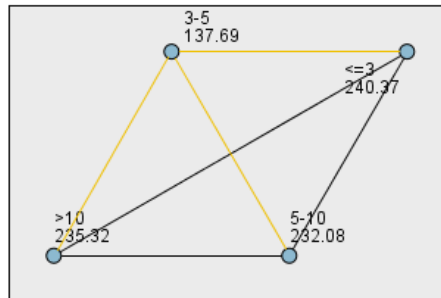
Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is .05.

9 pav. Kvalifikacijos ir gebėjimų atitikties darbe keliamiems reikalavimams užtikrinimo įverčių skirtumas pagal darbo stažo grupes

- *užduočių įvairovės* įverčių skirtumus tarp 3–5 metų darbo stažo grupės (vid. rangas = 137,69) ir kitų darbo stažo grupių: mažiausio darbo stažo (vid.

rangas = 240,37) ($p < 0,01$), 5–10 metų darbo stažo (vid. rangas = 232,08) ($p = 0,03$) ir didžiausio darbo stažo (vid. rangas = 235,32) ($p < 0,01$) (10 paveikslas) ir tai rodo, kad 3–5 metų darbo stažo grupė labiau nei kitos darbo stažo grupės pageidavo užduočių įvairovės,

Pairwise Comparisons of Darbo stažo grupės



Each node shows the sample average rank of Darbo stažo grupės .

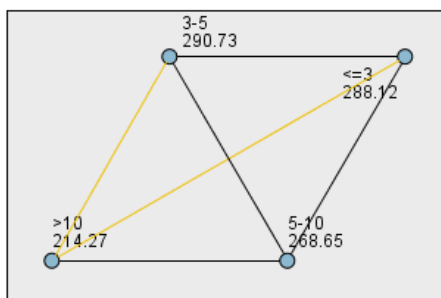
Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
3-5-5-10	-94.394	34.101	-2.768	.006	.034
3-5->10	-97.628	27.454	-3.556	.000	.002
3-5-<=3	102.680	32.417	3.168	.002	.009
5-10->10	-3.235	22.492	-.144	.886	1.000
5-10-<=3	8.286	28.337	.292	.770	1.000
>10-<=3	5.052	19.846	.255	.799	1.000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is .05.

10 pav. Užduočių įvairovės įverčių skirtumai pagal darbo stažo grupes

- atlygio teisingumo įverčių skirtumus tarp didžiausio darbo stažo grupės (vid. rangas = 214,27) ir mažiausio darbo stažo grupės (vid. rangas = 288,12) ($p < 0,01$) bei didžiausio darbo stažo grupės ir 3–5 metų darbo stažo grupės (vid. rangas = 290,73) ($p = 0,04$) (11 paveikslas). Taigi, dėl atlygio teisingumo didžiausio darbo stažo grupė turėjo didesnių lūkesčių nei kitos darbo stažo grupės.

Pairwise Comparisons of Darbo stažo grupės



Each node shows the sample average rank of Darbo stažo grupės .

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
>10-5-10	54.379	22.724	2.393	.017	.100
>10-<=3	73.852	20.050	3.683	.000	.001
>10-3-5	76.459	27.737	2.757	.006	.035
5-10-<=3	19.474	28.630	.680	.496	1.000
5-10-3-5	22.081	34.453	.641	.522	1.000
<=3-3-5	-2.607	32.751	-.080	.937	1.000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is .05.

11 pav. Atlygio teisingumo įverčių skirtumai pagal darbo stažo grupes

Išsilavinimas. Iš 19 lentelės matyti, kad trijų išsilavinimo grupių (aukštasis, aukštesnysis, kitas medicininis išsilavinimas) respondentų darbe patiriamo streso vertinimas statistiškai reikšmingai nesiskyrė, $\chi^2(2) = 2,98$, $p = 0,23$.

19 lentelė. Darbe patiriamas stresas ir išsilavinimas (Kruskal'o ir Wallis'o testas)

Grupės	n	Vid. rangas	$\chi^2(2)$	p
Aukštasis	247	243,63	2,98	0,23
Aukštesnysis	180	224,26		
Kita	40	218,40		

Šių išsilavinimo grupių respondentų statistiškai reikšmingai skyrėsi keturių psichosocialinių rizikos veiksnių įverčiai: *viršvalandžių*, $\chi^2(2) = 7,93$, $p = 0,02$; *vaidmens neapibrėžtumo*, $\chi^2(2) = 21,26$, $p < 0,01$; *vaidmens konflikto*, $\chi^2(2) = 8,56$, $p = 0,01$; *nepakankamos kvalifikacijos*, $\chi^2(2) = 20,22$, $p < 0,01$ (20 lentelė).

20 lentelė. Psichosocialiniai rizikos veiksniai ir išsilavinimas (Kruskal'o ir Wallis'o testas)

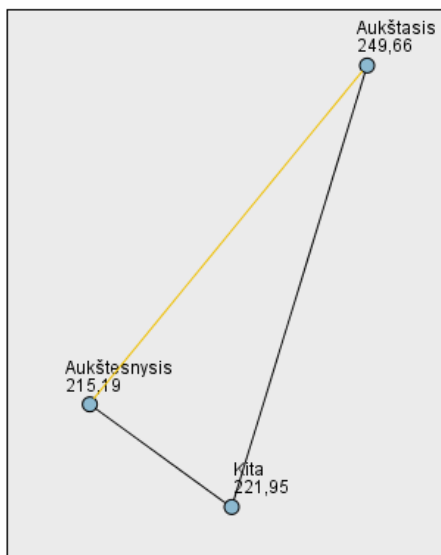
Kintamieji	Aukštasis		Aukštesnysis		Kita		$\chi^2(2)$
	Vid. rangas	n	Vid. rangas	n	Vid. rangas	n	p
Didesnės rizikos darbo sąlygos	229,97	247	238,26	180	239,71	40	0,49
							0,78
Per didelis darbo krūvis	235,40	247	235,93	180	216,69	40	0,76
							0,68
Didelis darbo intensyvumas	222,64	247	251,31	180	226,26	40	5,88
							0,05
Viršvalandžiai	249,66	247	215,19	180	221,95	40	7,93
							0,02
Nerealistiški terminai	234,83	247	235,31	180	223,00	40	0,32
							0,85
Vaidmens neapibrėžtumas	207,93	247	262,09	180	268,59	40	21,26
							<0,01
Vaidmens konfliktas	220,63	247	241,75	180	281,68	40	8,56
							0,01
Nepakankama kvalifikacija	208,45	247	263,37	180	259,63	40	20,22
							<0,01
Atsakomybė už sprendimų priėmimą ir veiksmus	242,40	247	228,50	180	206,85	40	3,32
							0,19
Darbo tempo kontrolės stoka	244,37	247	221,86	180	224,63	40	3,28
							0,19
Darbo metodo kontrolės stoka	242,11	247	225,11	180	223,95	40	2,08
							0,35

Kintamieji	Aukštasis		Aukštesnysis		Kita		
	Vid. rangas	n	Vid. rangas	n	Vid. rangas	n	$\chi^2(2)$
							p
Priekabiavimas	226,46	247	237,20	180	266,13	40	3,84
							0,15
Konfliktai	230,51	247	237,87	180	238,10	40	0,37
							0,83
Įtampa	233,95	247	233,01	180	238,78	40	0,06
							0,97

Dunn'o ir Bonferroni (*Post Hoc*) analizė atskleidė statistiškai reikšmingą (-us):

- *viršvalandžių* įverčių skirtumą turinčių aukštąjį (vid. rangas = 249,66) ir aukštesnįjį (vid. rangas = 215,19) ($p = 0,02$) išsilavinimą respondentų (12 paveikslas),

Pairwise Comparisons of Išsilavinimas



Each node shows the sample average rank of Išsilavinimas.

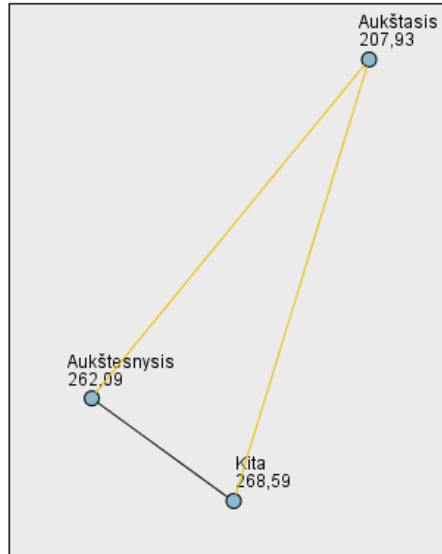
Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
Aukštesnysis-Kita	-6,756	22,378	-,302	,763	1,000
Aukštesnysis-Aukštasis	34,461	12,546	2,747	,006	,018
Kita-Aukštasis	27,706	21,819	1,270	,204	,612

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

12 pav. Viršvalandžių įverčių skirtumas pagal išsilavinimo grupes

- *vaidmens neapibrėžtumo* įverčių skirtumus turinčių aukštąjį (vid. rangas = 207,93) ir aukštesnįjį (vid. rangas = 262,09) ($p < 0,01$) bei aukštąjį ir kitą medicininį (vid. rangas = 268,59) ($p = 0,02$) išsilavinimą respondentų (13 paveikslas),

Pairwise Comparisons of Išsilavinimas



Each node shows the sample average rank of Išsilavinimas.

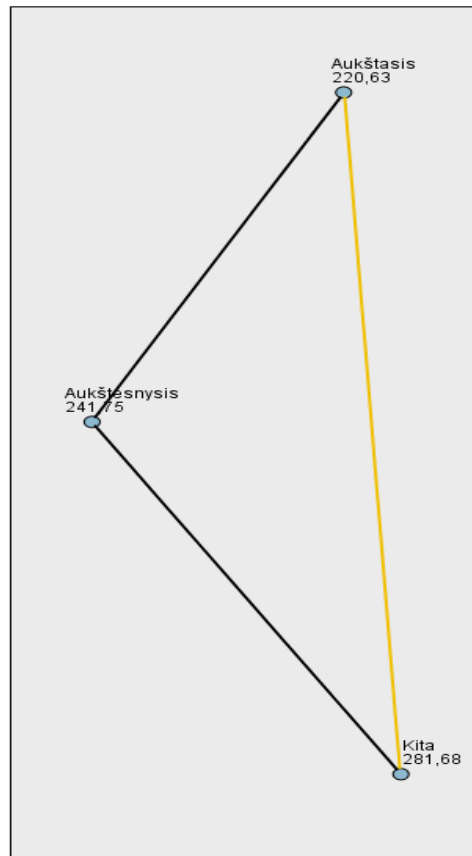
Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
Aukštasis-Aukštesnysis	-54,169	12,713	-4,261	,000	,000
Aukštasis-Kita	-60,662	22,110	-2,744	,006	,018
Aukštesnysis-Kita	-6,493	22,676	-,286	,775	1,000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

13 pav. Vaidmens neapibrėžtumo įverčių skirtumai pagal išsilavinimo grupes

- *vaidmens konflikto* įverčių skirtumą turinčių kitą medicininių (vid. rangas = 281,68) ir aukštąjį (vid. rangas = 220,63) ($p = 0,02$) išsilavinimą respondentų (14 paveikslas),

Pairwise Comparisons of Išsilavinimas



Each node shows the sample average rank of Išsilavinimas.

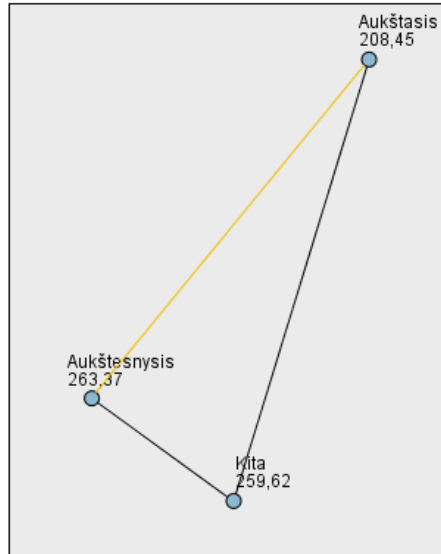
Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
Aukštasis-Aukštesnysis	-21,123	12,796	-1,651	,099	,296
Aukštasis-Kita	-61,045	22,254	-2,743	,006	,018
Aukštesnysis-Kita	-39,922	22,824	-1,749	,080	,241

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

14 pav. Vaidmens konflikto įverčių skirtumas pagal išsilavinimo grupes

- nepakankamos kvalifikacijos įverčių skirtumą turinčių aukštesnįjį (vid. rangas = 263,37) ir aukštąjį (vid. rangas = 208,45) ($p < 0,01$) išsilavinimą respondentų (15 paveikslas).

Pairwise Comparisons of Išsilavinimas



Each node shows the sample average rank of Išsilavinimas.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
Aukštasis-Kita	-51,180	22,192	-2,306	,021	,063
Aukštasis-Aukštesnysis	-54,927	12,760	-4,304	,000	,000
Kita-Aukštesnysis	3,747	22,760	,165	,869	1,000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

15 pav. Nepakankamos kvalifikacijos įverčių skirtumas pagal išsilavinimo grupes.

Apibendrinant galima pasakyti, kad aukštąjį išsilavinimą turintys respondentai kaip psichosocialinius rizikos veiksnius labiau akcentavo viršvalandžius, o kitos išsilavinimo grupės – vaidmens neapibrėžtumą, vaidmens konfliktą ir nepakankamą kvalifikaciją.

Iš 21 lentelės matyti, kad pagal išsilavinimo grupes statistiškai reikšmingai skyrėsi penki organizacinės intervencijos objektai: *darbo ir asmeninio gyvenimo pusiausvyros užtikrinimas*, $\chi^2(2) = 7,44$, $p = 0,02$, *užduočių įvairovė*, $\chi^2(2) = 21,42$, $p < 0,01$, *komunikacija*, $\chi^2(2) = 9,80$, $p < 0,01$, *vadovo grįžtamasis ryšys*, $\chi^2(2) = 10,95$, $p < 0,01$, *streso valdymo mokymai*, $\chi^2(2) = 17,49$, $p < 0,01$.

21 lentelė. Organizacinės intervencijos objektai ir išsilavinimas (Kruskal'o ir Wallis'o testas)

Kintamieji	Aukštasis		Aukštesnysis		Kita		
	Vid. rangas	n	Vid. rangas	n	Vid. rangas	n	$\chi^2(2)$
							p
Darbo ir asmeninio gyvenimo pusiausvyros užtikrinimas	223,88	247	253,88	180	207,00	40	7,44
							0,02
Kvalifikacijos ir gebėjimų atitiktis darbe keliamiems reikalavimams užtikrinimas	229,74	247	239,09	180	237,40	40	0,59
							0,74
Užduočių įvairovė	259,76	247	210,19	180	182,09	40	21,42
							<0,01
Socialinė parama	226,35	247	238,62	180	260,44	40	2,56
							0,28
Organizacinė parama	229,88	247	235,19	180	254,09	40	1,14
							0,56
Dalyvavimas priimant sprendimus	224,28	247	239,38	180	269,85	40	4,45
							0,11
Komunikacija	217,23	247	247,41	180	277,24	40	9,80
							<0,01
Atlygio teisingumas	233,40	247	229,30	180	258,84	40	1,61
							0,45
Vadovo grįžtamasis ryšys	227,04	247	228,60	180	301,30	40	10,95
							<0,01
Streso valdymo mokymai	211,19	247	254,09	180	284,45	40	17,49
							<0,01

Dunn'o ir Bonferroni (*Post Hoc*) analizė atskleidė statistiškai reikšmingą (-us):

- *užduočių įvairovės* įverčių skirtumus turinčių aukštąjį (vid. rangas = 259,76) ir aukštesnįjį (vid. rangas = 210,19) ($p < 0,01$) bei aukštąjį ir kitą medicininių (vid. rangas = 182,09) ($p < 0,01$) išsilavinimą respondentų (16 paveikslas),

Pairwise Comparisons of Išsilavinimas



Each node shows the sample average rank of Išsilavinimas.

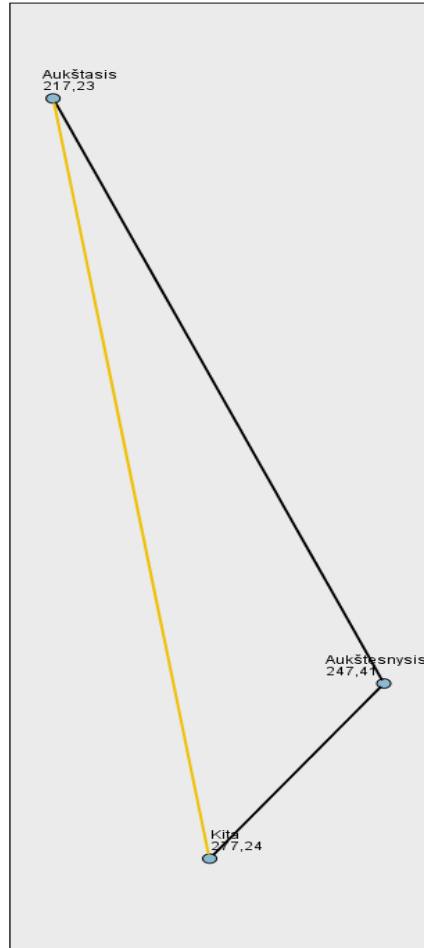
Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
Kita-Aukštesnysis	28.104	23.090	1.217	.224	.671
Kita-Aukštasis	77.670	22.514	3.450	.001	.002
Aukštesnysis-Aukštasis	49.565	12.945	3.829	.000	.000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is .05.

16 pav. Užduočių įvairovės įverčių skirtumai pagal išsilavinimo grupes

- *komunikacijos* įverčių skirtumą turinčių kitą medicininių (vid. rangas = 277,24) ir aukštąjį (vid. rangas = 217,23) ($p = 0,03$) išsilavinimą respondentų (17 paveikslas),

Pairwise Comparisons of Išsilavinimas



Each node shows the sample average rank of Išsilavinimas.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
Aukštasis-Aukštesnysis	-30,177	13,153	-2,294	,022	,065
Aukštasis-Kita	-60,009	22,875	-2,623	,009	,026
Aukštesnysis-Kita	-29,832	23,461	-1,272	,204	,611

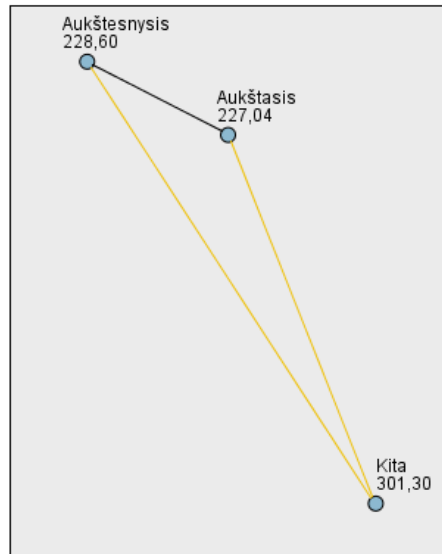
Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

17 pav. Komunikacijos įverčių skirtumas pagal išsilavinimo grupes

- vadovo grįžtamojo ryšio įverčių skirtumus turinčių kitą medicininių (vid. rangas = 301,30) ir aukštąjį (vid. rangas = 227,04) ($p < 0,01$) ir kitą medicininių

ir aukštesnįjį (vid. rangas = 228,60) ($p < 0,01$) išsilavinimą respondentų (18 paveikslas),

Pairwise Comparisons of Išsilavinimas



Each node shows the sample average rank of Išsilavinimas.

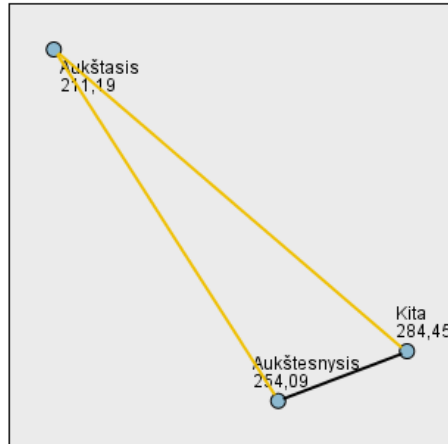
Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
Aukštasis-Aukštesnysis	-1,559	13,190	-,118	,906	1,000
Aukštasis-Kita	-74,262	22,940	-3,237	,001	,004
Aukštesnysis-Kita	-72,703	23,527	-3,090	,002	,006

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

18 pav. Vadovo grįžtamojo ryšio įverčių skirtumai pagal išsilavinimo grupes

- *streso valdymo mokymų* įverčių skirtumus turinčių aukštąjį (vid. rangas = 211,19) ir aukštesnįjį (vid. rangas = 254,09) ($p < 0,01$) bei aukštąjį ir kitą medicininį (vid. rangas = 284,45) ($p < 0,01$) išsilavinimą respondentų (19 paveikslas).

Pairwise Comparisons of Išsilavinimas



Each node shows the sample average rank of Išsilavinimas.

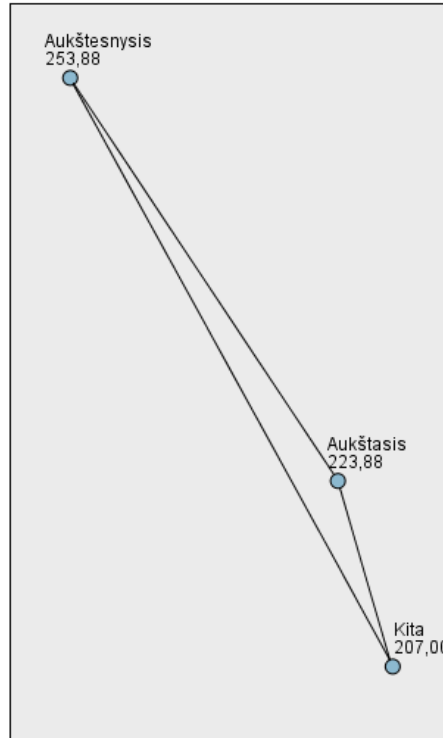
Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
Aukštasis-Aukštesnysis	-42,908	12,900	-3,326	,001	,003
Aukštasis-Kita	-73,264	22,436	-3,266	,001	,003
Aukštesnysis-Kita	-30,356	23,010	-1,319	,187	,561

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

19 pav. Streso valdymo mokymų įverčių skirtumai pagal išsilavinimo grupes

Dunn'o ir Bonferroni (*Post Hoc*) analizė statistiškai reikšmingo darbo ir asmeninio gyvenimo pusiausvyros užtikrinimo įverčių skirtumo tarp išsilavinimo grupių neparodė (20 paveikslas).

Pairwise Comparisons of Išsilavinimas



Each node shows the sample average rank of Išsilavinimas.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
Kita-Aukštasis	16,883	22,148	,762	,446	1,000
Kita-Aukštesnysis	46,883	22,716	2,064	,039	,117
Aukštasis-Aukštesnysis	-30,001	12,735	-2,356	,018	,055

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

20 pav. Darbo ir asmeninio gyvenimo pusiausvyros užtikrinimo įverčių skirtumai pagal išsilavinimo grupes

Tai rodo, kad aukštesnįjį išsilavinimą ir kitą išsilavinimą turintys respondentai prioritetą teikė vadovo grįžtamajam ryšiui ir užduočių įvairovei.

Pareigos. 22 lentelėje matyti, kad keturių medicinos darbuotojų profesinių (pareigų) grupių (skyrių vadovų, gydytojų, slaugytojų, kitų medicinos

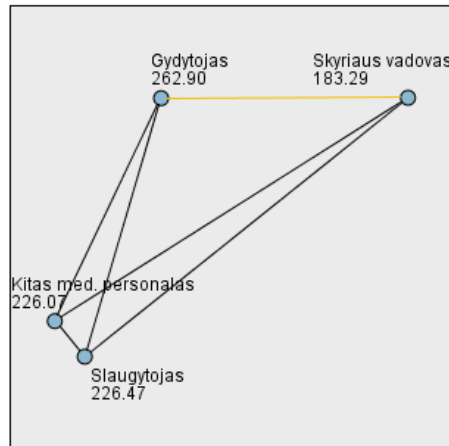
darbuotojų) darbe patiriamo streso įverčiai statistiškai reikšmingai skyrėsi $\chi^2(3) = 12,14, p < 0,01$.

22 lentelė. Darbe patiriamas stresas ir pareigos (Kruskal'o ir Wallis'o testas)

Grupės	n	Vid. rangai	$\chi^2(3)$	<i>p</i>
Skyrių vadovai	29	183,29	12,14	<0,01
Gydytojai	132	262,90		
Slaugytojai	205	226,47		
Kiti medicinos darbuotojai	101	226,07		

Pagal Dunn'o ir Bonferroni (*Post Hoc*) testą, statistiškai reikšmingai skyrėsi gydytojų (vid. rangas = 262,90) ir skyrių vadovų (vid. rangas = 183,29) ($p = 0,02$) darbe patiriamo streso įverčiai (21 paveikslas).

Pairwise Comparisons of Pareigos



Each node shows the sample average rank of Pareigos.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
Skyriaus vadovas-Kitas med. personalas	-42.781	27.233	-1.571	.116	.697
Skyriaus vadovas-Slaugytojas	-43.175	25.646	-1.684	.092	.554
Skyriaus vadovas-Gydytojas	-79.608	26.510	-3.003	.003	.016
Kitas med. personalas-Slaugytojas	.394	15.715	.025	.980	1.000
Kitas med. personalas-Gydytojas	36.827	17.089	2.155	.031	.187
Slaugytojas-Gydytojas	36.433	14.426	2.526	.012	.069

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is .05.

21 pav. Darbe patiriamo streso įverčių skirtumas pagal pareigų grupes

23 lentelėje pateikiami rezultatai, gauti lyginant psichosocialinių rizikos veiksnių įverčius pagal skirtingų pareigų grupes. Matyti, kad statistiškai reikšmingai skyrėsi šešių iš keturiolikos psichosocialinių rizikos veiksnių vertinimas: *per didelis darbo krūvis*, $\chi^2 (3) = 13,41$, $p < 0,01$, *viršvalandžiai*, $\chi^2 (3) = 14,23$, $p < 0,01$, *nerealistiški terminai* $\chi^2 (3) = 8,64$, $p = 0,03$, *vaidmens neapibrėžtumai* $\chi^2 (3) = 15,24$, $p < 0,01$, *nepakankama kvalifikacija* $\chi^2 (3) = 10,30$, $p = 0,02$, *atsakomybė už sprendimų priėmimą ir veiksmus*, $\chi^2 (3) = 13,66$, $p < 0,01$.

23 lentelė. Psichosocialiniai rizikos veiksniai ir pareigos (Kruskal'o ir Wallis'o testas)

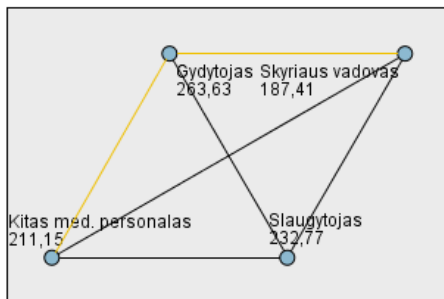
Kintamieji	Skyrių vadovai		Gdytojai		Slaugytojai		Kiti medicinos darbuotojai		
	Vid. rangas	n	Vid. rangas	n	Vid. rangas	n	Vid. rangas	n	$\chi^2(3)$
									p
Didesnės rizikos darbo sąlygos	169,83	29	235,16	132	236,41	205	246,01	101	7,79 0,05
Per didelis darbo krūvis	187,41	29	263,63	132	232,77	205	211,15	101	13,41 <0,01
Didelis darbo intensyvumas	230,62	29	242,72	132	232,08	205	227,47	101	1,03 0,79
Viršvalandžiai	245,28	29	263,42	132	229,85	205	200,73	101	14,23 <0,01
Nerealistiški terminai	212,28	29	257,47	132	233,84	205	209,89	101	8,64 0,03
Vaidmens neapibrėžtumai	152,5	29	226,68	132	239,14	205	256,53	101	15,24 <0,01
Vaidmens konfliktas	219,72	29	224,91	132	228,67	205	260,80	101	5,58 0,13
Nepakankama kvalifikacija	193,55	29	212,52	132	251,81	205	237,53	101	10,30 0,02
Atsakomybė už sprendimų priėmimą ir veiksmus	282,62	29	252,87	132	230,21	205	203,07	101	13,66 <0,01
Darbo tempo kontrolės stoka	211,07	29	243,61	132	241,97	205	211,85	101	5,22 0,16
Darbo metodo kontrolės stoka	252,97	29	234,89	132	240,40	205	214,41	101	3,48 0,32

Kintamieji	Skyrių vadovai		Gydytojai		Slaugytojai		Kiti medicinos darbuotojai		
	Vid. rangas	n	Vid. rangas	n	Vid. rangas	n	Vid. rangas	n	$\chi^2(3)$
									p
Priekabiavimas	200,97	29	231,59	132	238,73	205	237,02	101	2,55
									0,47
Konfliktai	222,72	29	220,33	132	249,84	205	222,95	101	5,39
									0,14
Įtampa	207,55	29	222,98	132	246,24	205	231,16	101	4,03
									0,26

Dunn'o ir Bonferroni (*Post Hoc*) analizė atskleidė statistiškai reikšmingą (-us):

- *per didelio darbo krūvio* įverčių skirtumus tarp gydytojų (vid. rangas = 263,63) ir skyrių vadovų (vid. rangas = 187,41) ($p = 0,03$) bei tarp gydytojų ir kitų medicinos darbuotojų (vid. rangas = 211,15) ($p = 0,02$) (22 paveikslas),

Pairwise Comparisons of Pareigos



Each node shows the sample average rank of Pareigos.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
Skyriaus vadovas-Kitas med. personalas	-23,740	27,703	-,857	,391	1,000
Skyriaus vadovas-Slaugytojas	-45,354	26,089	-1,738	,082	,493
Skyriaus vadovas-Gydytojas	-76,215	26,968	-2,826	,005	,028
Kitas med. personalas-Slaugytojas	21,615	15,986	1,352	,176	1,000
Kitas med. personalas-Gydytojas	52,475	17,384	3,019	,003	,015
Slaugytojas-Gydytojas	30,860	14,675	2,103	,035	,213

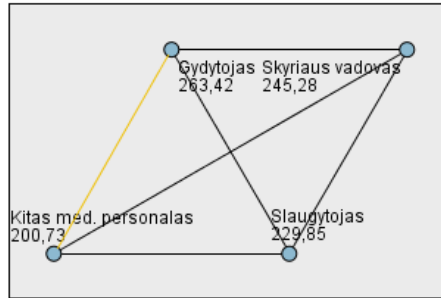
Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

22 pav. Per didelio darbo krūvio įverčių skirtumai pagal pareigų grupes

- *viršvalandžių* įverčių skirtumą tarp gydytojų (vid. rangas = 263,42) ir kitų medicinos darbuotojų (vid. rangas = 200,73) ($p < 0,01$) (23 paveikslas),

Pairwise Comparisons of Pareigos



Each node shows the sample average rank of Pareigos.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
Kitas med. personalas-Slaugytojas	29,121	15,563	1,871	,061	,368
Kitas med. personalas-Skyriaus vadovas	44,543	26,971	1,652	,099	,592
Kitas med. personalas-Gydytojas	62,684	16,924	3,704	,000	,001
Slaugytojas-Skyriaus vadovas	15,422	25,399	,607	,544	1,000
Slaugytojas-Gydytojas	33,563	14,287	2,349	,019	,113
Skyriaus vadovas-Gydytojas	-18,141	26,255	-,691	,490	1,000

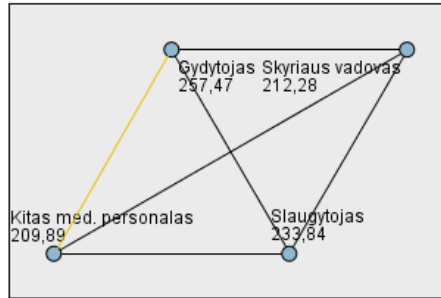
Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

23 pav. Viršvalandžių įverčių skirtumas pagal pareigų grupes

- *nerealistiškų terminų* įverčių skirtumą tarp gydytojų (vid. rangas = 257,47) ir kitų medicinos darbuotojų (vid. rangas = 209,89) ($p = 0,03$) (24 paveikslas),

Pairwise Comparisons of Pareigos



Each node shows the sample average rank of Pareigos.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
Kitas med. personalas-Skyriaus vadovas	2,390	27,306	,088	,930	1,000
Kitas med. personalas-Slaugytojas	23,955	15,757	1,520	,128	,771
Kitas med. personalas-Gydytojas	47,584	17,135	2,777	,005	,033
Skyriaus vadovas-Slaugytojas	-21,566	25,714	-,839	,402	1,000
Skyriaus vadovas-Gydytojas	-45,194	26,581	-1,700	,089	,535
Slaugytojas-Gydytojas	23,628	14,464	1,634	,102	,614

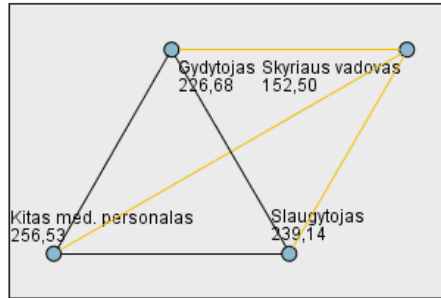
Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

24 pav. Nerealistiškų terminų įverčių skirtumas pagal pareigų grupes

- *vaidmens neapibrėžtumo* įverčių skirtumus tarp skyrių vadovų (vid. rangas = 152,50) ir gydytojų (vid. rangas = 226,68) ($p = 0,03$) bei tarp skyrių vadovų ir slaugytojų (vid. rangas = 239,14) ($p < 0,01$), tarp skyrių vadovų ir kitų medicinos darbuotojų (vid. rangas = 256,53) ($p < 0,01$) (25 paveikslas),

Pairwise Comparisons of Pareigos



Each node shows the sample average rank of Pareigos.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
Skyriaus vadovas-Gydytojas	-74,178	26,604	-2,788	,005	,032
Skyriaus vadovas-Slaugytojas	-86,644	25,737	-3,367	,001	,005
Skyriaus vadovas-Kitas med. personalas	-104,030	27,330	-3,806	,000	,001
Gydytojas-Slaugytojas	-12,466	14,477	-,861	,389	1,000
Gydytojas-Kitas med. personalas	-29,852	17,150	-1,741	,082	,490
Slaugytojas-Kitas med. personalas	-17,386	15,771	-1,102	,270	1,000

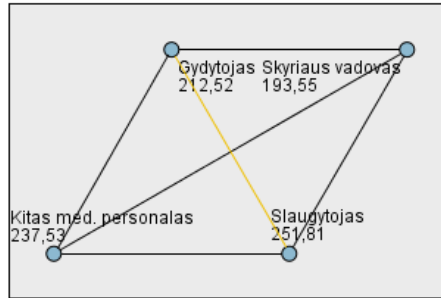
Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

25 pav. Vaidmens neapibrėžtumo įverčių skirtumai pagal pareigų grupes

- *nepakankamos kvalifikacijos* įverčių skirtumą tarp gydytojų (vid. rangas = 212,52) ir slaugytojų (vid. rangas = 251,81) ($p = 0,04$) (26 paveikslas),

Pairwise Comparisons of Pareigos



Each node shows the sample average rank of Pareigos.

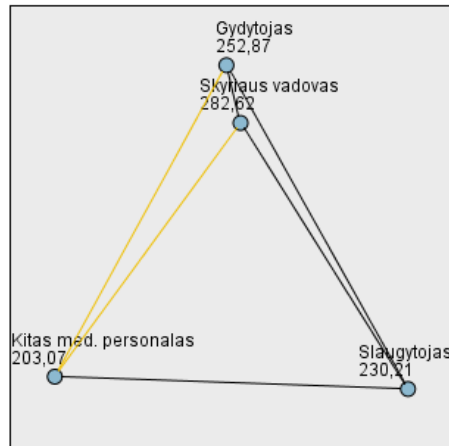
Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
Skyriaus vadovas-Gdytojas	-18,971	26,703	-,710	,477	1,000
Skyriaus vadovas-Kitas med. personalas	-43,978	27,431	-1,603	,109	,653
Skyriaus vadovas-Slaugytojas	-58,260	25,833	-2,255	,024	,145
Gdytojas-Kitas med. personalas	-25,007	17,213	-1,453	,146	,878
Gdytojas-Slaugytojas	-39,289	14,531	-2,704	,007	,041
Kitas med. personalas-Slaugytojas	14,282	15,829	,902	,367	1,000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

26 pav. Nepakankamos kvalifikacijos įverčių skirtumas pagal pareigų grupes

- *atsakomybės už sprendimų priėmimą ir veiksmus* įverčių skirtumas tarp kitų medicinos darbuotojų (vid. rangas = 203,07) ir skyrių vadovų (vid. rangas = 282,62) ($p = 0,02$) bei tarp kitų medicinos darbuotojų ir gydytojų (vid. rangas = 252,87) ($p = 0,02$) (27 paveiksals).

Pairwise Comparisons of Pareigos



Each node shows the sample average rank of Pareigos.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
Kitas med. personalas-Slaugytojas	27,143	15,256	1,779	,075	,451
Kitas med. personalas-Gydytojas	49,798	16,590	3,002	,003	,016
Kitas med. personalas-Skyriaus vadovas	79,551	26,438	3,009	,003	,016
Slaugytojas-Gydytojas	22,655	14,005	1,618	,106	,634
Slaugytojas-Skyriaus vadovas	52,408	24,897	2,105	,035	,212
Gydytojas-Skyriaus vadovas	29,753	25,736	1,156	,248	1,000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

27 pav. Atsakomybės už sprendimų priėmimą ir veiksmus įverčių skirtumai pagal pareigų grupes

Apibendrinant galima teigti, kad skyrių vadovai nurodė atsakomybę už sprendimų priėmimą ir veiksmus kaip labiausiai stresą keliantį veiksnį, o vaidmens neapibrėžtumas jiems mažiausiai kėlė stresą, palyginti su kitomis profesijų grupėmis. Gydytojai pabrėžė atsakomybę, darbo krūvį, viršvalandžius ir nerealistiškus terminus, kas buvo mažiausiai aktualu kitiems medicinos darbuotojams, kuriems didžiausias stresorius buvo vaidmens

neapibrėžtumas. Slaugytojai teigė, kad labiausiai stresą patiria dėl nepakankamos kvalifikacijos.

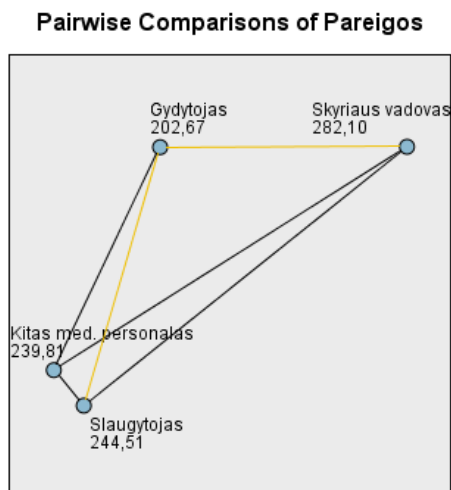
24 lentelėje pateikiami rezultatai, gauti lyginant organizacinės intervencijos objektų įvėčius pagal skirtingas pareigų grupes. Matyti, kad statistiškai reikšmingai skyrėsi beveik visi objektai, išskyrus streso valdymo mokymus: *darbo ir asmeninio gyvenimo pusiausvyros užtikrinimas*, $\chi^2(3) = 13,19$, $p < 0,01$, *kvalifikacijos ir gebėjimų atitikties darbe keliamiems reikalavimams užtikrinimas*, $\chi^2(3) = 15,29$, $p < 0,01$, *užduočių įvairovė*, $\chi^2(3) = 51,06$, $p < 0,01$, *socialinė parama*, $\chi^2(3) = 9,33$, $p = 0,02$, *organizacinė parama*, $\chi^2(3) = 17,88$, $p < 0,01$, *dalyvavimas priimančiam sprendimui*, $\chi^2(3) = 8,08$, $p = 0,04$, *komunikacija*, $\chi^2(3) = 10,10$, $p = 0,02$, *atlygio teisingumas*, $\chi^2(3) = 14,70$, $p < 0,01$, *vadovo grįžtamasis ryšys*, $\chi^2(3) = 15,65$, $p < 0,01$.

24 lentelė. Organizacinės intervencijos objektai ir pareigos (Kruskal'o ir Wallis'o testas)

Kintamieji	Skyrių vadovai		Gdytojai		Slaugytojai		Kiti medicinos darbuotojai		
	Vid. rangas	n	Vid. rangas	n	Vid. rangas	n	Vid. rangas	n	$\chi^2(3)$
									p
Darbo ir asmeninio gyvenimo pusiausvyros užtikrinimas	282,10	29	202,67	132	244,51	205	239,81	101	13,19
									<0,01
Kvalifikacijos ir gebėjimų atitikties darbe keliamiems reikalavimams užtikrinimas	295,91	29	240,48	132	238,66	205	198,30	101	15,29
									<0,01
Užduočių įvairovė	315,43	29	264,57	132	239,76	205	158,98	101	51,06
									<0,01
Socialinė parama	295,64	29	213,57	132	236,10	205	238,73	101	9,33
									0,02
Organizacinė parama	332,00	29	218,53	132	235,45	205	223,12	101	17,88
									<0,01
Dalyvavimas priimant sprendimus	295,64	29	217,84	132	235,33	205	234,72	101	8,08
									0,04
Komunikacija	270,62	29	204,50	132	241,47	205	246,87	101	10,10
									0,02
Atlygio teisingumas	292,10	29	207,33	132	230,25	205	259,78	101	14,70
									<0,01
Vadovo grįžtamasis ryšys	308,00	29	215,63	132	223,57	205	257,94	101	15,65
									<0,01
Streso valdymo mokymai	235,90	29	214,92	132	244,20	205	237,68	101	4,09
									0,25

Dunn'o ir Bonferroni (*Post Hoc*) analizė atskleidė statistiškai reikšmingą (-us):

- darbo ir asmeninio gyvenimo pusiausvyros užtikrinimo įverčių skirtumus tarp gydytojų (vid. rangas = 202,67) ir skyrių vadovų (vid. rangas = 282,10) ($p = 0,02$), tarp gydytojų ir slaugytojų (vid. rangas = 244,51) ($p = 0,02$) (28 paveikslas),



Each node shows the sample average rank of Pareigos.

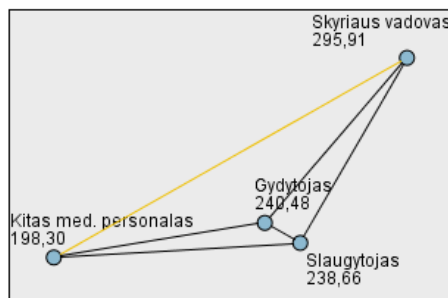
Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
Gydytojas-Kitas med. personalas	-37,145	17,179	-2,162	,031	,184
Gydytojas-Slaugytojas	-41,841	14,502	-2,885	,004	,023
Gydytojas-Skyriaus vadovas	79,437	26,651	2,981	,003	,017
Kitas med. personalas-Slaugytojas	4,695	15,798	,297	,766	1,000
Kitas med. personalas-Skyriaus vadovas	42,292	27,377	1,545	,122	,734
Slaugytojas-Skyriaus vadovas	37,596	25,782	1,458	,145	,869

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

28 pav. Darbo ir asmeninio gyvenimo pusiausvyros užtikrinimo įverčių skirtumai pagal pareigų grupes

- *kvalifikacijos ir gebėjimų atitikties darbe keliamiems reikalavimams užtikrinimo įverčių skirtumą tarp kitų medicinos darbuotojų (vid. rangas = 198,30) ir skyrių vadovų (vid. rangas = 295,91) ($p < 0,01$) (29 paveikslas),*

Pairwise Comparisons of Pareigos



Each node shows the sample average rank of Pareigos.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
Kitas med. personalas-Slaugytojas	40,359	15,544	2,596	,009	,057
Kitas med. personalas-Gydytojas	42,188	16,903	2,496	,013	,075
Kitas med. personalas-Skyriaus vadovas	97,617	26,937	3,624	,000	,002
Slaugytojas-Gydytojas	1,829	14,269	,128	,898	1,000
Slaugytojas-Skyriaus vadovas	57,258	25,367	2,257	,024	,144
Gydytojas-Skyriaus vadovas	55,429	26,222	2,114	,035	,207

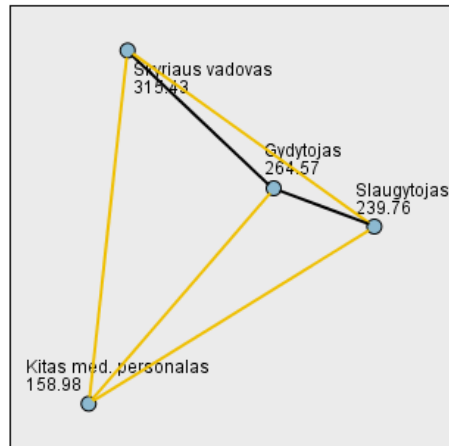
Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

29 pav. Kvalifikacijos ir gebėjimų atitikties darbe keliamiems reikalavimams užtikrinimo įverčių skirtumas pagal pareigų grupes

- *užduočių įvairovės įverčių skirtumus tarp kitų medicinos darbuotojų (vid. rangas = 158,98) ir skyrių vadovų (vid. rangas = 315,43) ($p < 0,01$), tarp kitų medicinos darbuotojų ir gydytojų (vid. rangas = 264,57) ($p < 0,01$), tarp kitų medicinos darbuotojų ir slaugytojų (vid. rangas = 239,76) ($p < 0,01$) bei slaugytojų ir skyrių vadovų ($p = 0,02$) (30 paveikslas),*

Pairwise Comparisons of Pareigos



Each node shows the sample average rank of Pareigos.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
Kitas med. personalas-Slaugytojas	80.778	16.059	5.030	.000	.000
Kitas med. personalas-Gdytojas	105.588	17.463	6.046	.000	.000
Kitas med. personalas-Skiriaus vadovas	156.451	27.829	5.622	.000	.000
Slaugytojas-Gdytojas	24.810	14.741	1.683	.092	.554
Slaugytojas-Skiriaus vadovas	75.672	26.207	2.888	.004	.023
Gdytojas-Skiriaus vadovas	50.863	27.090	1.878	.060	.363

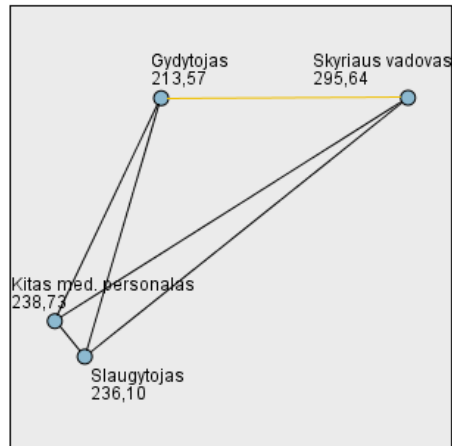
Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is .05.

30 pav. Užduočių įvairovės įverčių skirtumai pagal pareigų grupes

- *socialinės paramos* įverčių skirtumą tarp gydytojų (vid. rangas = 213,57) ir skyrių vadovų (vid. rangas = 295,64) ($p = 0,02$) (31 paveikslas),

Pairwise Comparisons of Pareigos



Each node shows the sample average rank of Pareigos.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
Gydytojas-Slaugytojas	-22,537	14,999	-1,503	,133	,798
Gydytojas-Kitas med. personalas	-25,164	17,768	-1,416	,157	,940
Gydytojas-Skyriaus vadovas	82,070	27,563	2,978	,003	,017
Slaugytojas-Kitas med. personalas	-2,628	16,339	-,161	,872	1,000
Slaugytojas-Skyriaus vadovas	59,533	26,665	2,233	,026	,153
Kitas med. personalas-Skyriaus vadovas	56,905	28,315	2,010	,044	,267

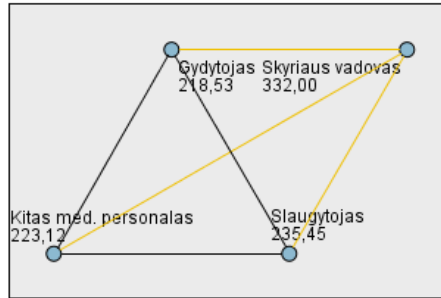
Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

31 pav. Socialinės paramos įverčių skirtumas pagal pareigų grupes

- *organizacinės paramos* įverčių skirtumas tarp skyrių vadovų (vid. rangas = 332,00) ir gydytojų (vid. rangas = 218,53) ($p < 0,01$), tarp skyrių vadovų ir slaugytojų (vid. rangas = 235,45) ($p < 0,01$) bei tarp skyrių vadovų ir kitų medicinos darbuotojų (vid. rangas = 223,12) ($p < 0,01$) (32 paveikslas),

Pairwise Comparisons of Pareigos



Each node shows the sample average rank of Pareigos.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
Gydytojas-Kitas med. personalas	-4,590	17,755	-,259	,796	1,000
Gydytojas-Slaugytojas	-16,920	14,988	-1,129	,259	1,000
Gydytojas-Skyriaus vadovas	113,466	27,543	4,120	,000	,000
Kitas med. personalas-Slaugytojas	12,330	16,327	,755	,450	1,000
Kitas med. personalas-Skyriaus vadovas	108,876	28,294	3,848	,000	,001
Slaugytojas-Skyriaus vadovas	96,546	26,645	3,623	,000	,002

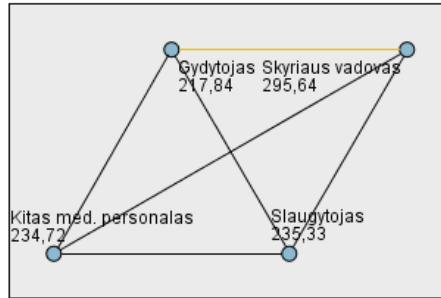
Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is .05.

32 pav. Organizacinės paramos įverčių skirtumai pagal pareigų grupes

- *dalyvavimo priimant sprendimus* įverčių skirtumą tarp gydytojų (vid. rangas = 217,84) ir skyrių vadovų (vid. rangas = 295,64) ($p = 0,03$) (33 pav.),

Pairwise Comparisons of Pareigos



Each node shows the sample average rank of Pareigos.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
Gydytojas-Kitas med. personalas	-16,881	17,712	-,953	,341	1,000
Gydytojas-Slaugytojas	-17,497	14,952	-1,170	,242	1,000
Gydytojas-Skyriaus vadovas	77,801	27,477	2,831	,005	,028
Kitas med. personalas-Slaugytojas	,616	16,288	,038	,970	1,000
Kitas med. personalas-Skyriaus vadovas	60,920	28,226	2,158	,031	,185
Slaugytojas-Skyriaus vadovas	60,304	26,581	2,269	,023	,140

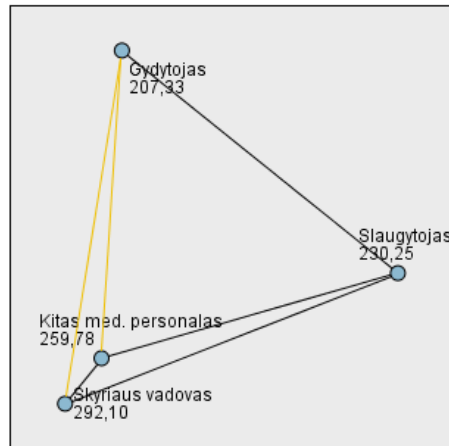
Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

33 pav. Dalyvavimo priimant sprendimus įverčių skirtumas pagal pareigų grupes

- *atlygio teisingumo* įverčių skirtumus tarp gydytojų (vid. rangas = 207,93) ir skyrių vadovų (vid. rangas = 292,10) ($p = 0,01$), tarp gydytojų ir kitų medicinos darbuotojų (vid. rangas = 259,78) ($p = 0,02$) (34 paveiklas),

Pairwise Comparisons of Pareigos



Each node shows the sample average rank of Pareigos.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
Gydytojas-Slaugytojas	-22,915	14,892	-1,539	,124	,743
Gydytojas-Kitas med. personalas	-52,449	17,642	-2,973	,003	,018
Gydytojas-Skyriaus vadovas	84,770	27,368	3,097	,002	,012
Slaugytojas-Kitas med. personalas	-29,533	16,223	-1,820	,069	,412
Slaugytojas-Skyriaus vadovas	61,855	26,476	2,336	,019	,117
Kitas med. personalas-Skyriaus vadovas	32,321	28,114	1,150	,250	1,000

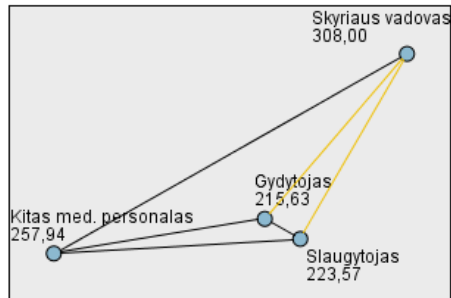
Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

34 pav. Atlygio teisingumo įverčių skirtumai pagal pareigų grupes

- vadovo grįžtamojo ryšio įverčių skirtumus tarp skyrių vadovų (vid. rangas = 308,00) ir gydytojų (vid. rangas = 215,63) ($p < 0,01$), tarp skyrių vadovų ir slaugytojų (vid. rangas = 223,57) ($p < 0,01$) (35 paveikslas).

Pairwise Comparisons of Pareigos



Each node shows the sample average rank of Pareigos.

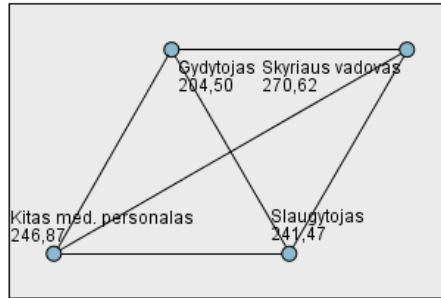
Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
Gydytojas-Slaugytojas	-7,937	15,020	-,528	,597	1,000
Gydytojas-Kitas med. personalas	-42,312	17,793	-2,378	,017	,104
Gydytojas-Skyriaus vadovas	92,371	27,603	3,346	,001	,005
Slaugytojas-Kitas med. personalas	-34,375	16,363	-2,101	,036	,214
Slaugytojas-Skyriaus vadovas	84,434	26,703	3,162	,002	,009
Kitas med. personalas-Skyriaus vadovas	50,059	28,356	1,765	,077	,465

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.
Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

35 pav. Vadovo grįžtamojo ryšio įverčių skirtumai pagal pareigų grupes

Dunn'o ir Bonferroni (*Post Hoc*) analizė statistiškai reikšmingo komunikacijos įverčių skirtumo pagal pareigų grupes neparodė (36 paveikslas).

Pairwise Comparisons of Pareigos



Each node shows the sample average rank of Pareigos.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
Gydytojas-Slaugytojas	-36,969	14,978	-2,468	,014	,081
Gydytojas-Kitas med. personalas	-42,363	17,743	-2,388	,017	,102
Gydytojas-Skyriaus vadovas	66,117	27,525	2,402	,016	,098
Slaugytojas-Kitas med. personalas	-5,393	16,317	-,331	,741	1,000
Slaugytojas-Skyriaus vadovas	29,148	26,628	1,095	,274	1,000
Kitas med. personalas-Skyriaus vadovas	23,754	28,276	,840	,401	1,000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

36 pav. Komunikacijos įverčiai pagal pareigų grupes

Taigi didžiausias kontrastas vertinant įstaigos prevencinius veiksmus buvo tarp skyrių vadovų ir gydytojų. Skyrių vadovai geriausiai įvertino įstaigos pastangas užtikrinti darbo ir asmeninio gyvenimo pusiausvyrą, kvalifikacijos ir gebėjimų atitiktį darbe keliamiems reikalavimams, užduočių įvairovę, socialinę paramą, organizacinę paramą, įtraukimą į sprendimų priėmimą, atlygio teisingumą, vadovo grįžtamąjį ryšį, o gydytojai įstaigos pastangas, susijusias beveik su visais šiais organizacinės intervencijos objektais (išskyrus kvalifikacijos ir gebėjimų atitiktį darbe keliamiems reikalavimams, užduočių įvairovę), įvertino prasčiausiai. Taip pat gydytojų grupė nurodė didžiausią darbe patiriamo streso įvertį.

Streso lygio, psichosocialinės rizikos ir organizacinės intervencijos objektų pagal darbuotojų sociodemografinės grupės analizės apibendrinti rezultatai pateikiami 25 lentelėje.

25 lentelė. Rizikos grupė ir psichosocialinės rizikos bei organizacinės intervencijos objektai pagal darbuotojų sociodemografinės grupės

Grupės	Rizikos grupė pagal streso lygį	Psichosocialinių rizikos veiksnių (14) diagnostika pagal darbuotojų sociodemografinės grupės	Organizacinės intervencijos objektai (10) pagal darbuotojų sociodemografinės grupės
Lytis	–	–	1. Darbo ir asmeninio gyvenimo pusiausvyros užtikrinimas
Amžius	–	1. Didelis darbo intensyvumas	1. Kvalifikacijos ir gebėjimų atitiktis darbe keliamiems reikalavimams 2. Atlygio teisingumas
Darbo stažas	–	1. Didelis darbo intensyvumas	1. Kvalifikacijos ir gebėjimų atitiktis darbe keliamiems reikalavimams 2. Užduočių įvairovė 3. Atlygio teisingumas
Išsilavinimas	–	1. Viršvalandžiai 2. Vaidmens neapibrėžtumas 3. Vaidmens konfliktas 4. Nepakankama kvalifikacija (vaidmens perkrova)	1. Užduočių įvairovė 2. Komunikacija 3. Vadovo grįžtamasis ryšys 4. Streso valdymo mokymai

Grupės	Rizikos grupė pagal streso lygį	Psichosocialinių rizikos veiksnių (14) diagnostika pagal darbuotojų sociodemografines grupes	Organizacinės intervencijos objektai (10) pagal darbuotojų sociodemografines grupes
Pareigos/ profesija	Gydytojai	1. Per didelis darbo krūvis 2. Viršvalandžiai 3. Nerealistiški terminai 4. Vaidmens neapibrėžtumas 5. Nepakankama kvalifikacija (vaidmens perkrova) 6. Atsakomybė už sprendimų priėmimą ir veiksmus	1. Darbo ir asmeninio gyvenimo pusiausvyros užtikrinimas 2. Kvalifikacijos ir gebėjimų atitikties darbe keliamiems reikalavimams užtikrinimas 3. Užduočių įvairovė 4. Socialinė parama 5. Organizacinė parama 6. Dalyvavimas priimančiam sprendimui 7. Atlygio teisingumas 8. Vadovo grįžtamasis ryšys

5. REZULTATŲ APTARIMAS

Nors streso darbe tyrimai atliekami jau nuo praėjusio šimtmečio, daugelyje jų apsiribojama keleto psichosocialinių rizikos veiksnių ar streso darbe valdymo priemonių analize. Sveikatos sektoriuje apskritai dažniau tiriamas tam tikrų profesijų grupių, daugiausia slaugytojų populiacijos, streso paplitimas ir su juo susiję veiksniai [82]. Streso valdymo tyrimuose ypač pasigendama kompleksinio požiūrio, kuris apimtų ne tik individualių darbuotojų savybių ir elgesio darbo vietoje analizę, bet ir organizacijos konteksto svarbą darbuotojų gerovei analizę.

Medicinos darbuotojams vienu metu pavojų kelia daug įvairių rizikos rūšių (infekcijos, cheminiai veiksniai, kancerogenai, raumenų ir kaulų sistemos sutrikimai, nelaimingi atsitikimai, spinduliuotė ir kt.), vis dėlto koronavirusinės infekcijos protrūkio metu Pasaulio sveikatos organizacija ir mokslininkai dar kartą pažymėjo, kad psichosocialinės rizikos valdymas ir gera medicinos darbuotojų savijauta yra būtina sąlyga norint geriau kontroliuoti infekcines ligas [206; 267]. Taigi, medicinos darbuotojams svarbu užtikrinti palankią psichosocialinę darbo aplinką, kuri skatintų darbuotojų gerovę ir kartu pasitenkinimą darbu bei kokybiškus darbo rezultatus, nes jų darbo rezultatai yra išgelbėtos žmonių gyvybės ir (ar) jiems sugrąžinta sveikata. Taip pat reikia pažymėti, kad viešoji asmens sveikatos priežiūros įstaiga yra specifinė organizacija, kurios veikla yra stipriai reguliuojama ir kontroliuojama valstybės institucijų, pavyzdžiui, klinikinio darbo valdymas ir reguliavimas skatina daugiau dėmesio skirti nesėkmėms ir klaidoms nustatyti ir nagrinėti, o ne pozityviai praktikai ir rezultatams atpažinti ir aptarti, dėl ko sumažinamas medicinos darbuotojų pasitenkinimas darbu ir daro juos labiau pažeidžiamus streso [249]. Taip pat medicinos darbuotojams keliami reikalavimai vis didėja: reikalaujama nuolat tobulinti žinias ir sekti inovacijas sveikatos srityje. Reikia įvertinti ir tai, kad medicinos darbuotojai nėra homogeninė grupė, jie skiriasi net tik lyties, amžiaus, patirties ir išsilavinimo atžvilgiu, bet ir profesine veikla asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, kas gali lemti skirtingus psichosocialinius rizikos veiksnius kiekvienoje grupėje. Mokslininkai konstatuoja, kad kiekvienai organizacijai yra būdingos tam tikros psichosocialinės rizikos ir problemos, kurių negalima išspręsti „bendro pobūdžio“ sprendimais, todėl gyvybiškai svarbu atsižvelgti į visų darbuotojų grupių poreikius, išsiaiškinti jų suvokiamas psichosocialines rizikas ir jiems svarbius organizacijos konteksto elementus, nes didžiausia gerove pasižymi tie darbuotojai, kurie savo darbą suvokia kaip nekeliantį įtampos, skatinantį iniciatyvas ir suteikiantį galimybę realizuoti savo žinias ir kompetencijas [158; 207; 268].

5.1. Medicinos darbuotojų suvokiamas stresas, psichosocialiniai rizikos veiksniai ir organizacinės intervencijos objektai įstaigos kontekste

Tyrimas buvo atliekamas vasario kovo mėnesiais, kai medicinos darbuotojai patiria papildomą krūvį dėl gripo ir kitų virusinių ligų protrūkio, todėl gauti respondentų streso lygio rezultatai atspindi natūralią situaciją asmens sveikatos priežiūros įstaigoje: apie pusę visų respondentų (47 proc.) visada arba dažnai patyrė stresą. Nenustebino ir suvokiamos psichosocialinės rizikos rezultatai. Dažniausiai poliklinikoje nurodomas psichosocialinis rizikos veiksnys buvo atsakomybė (78,2 proc. respondentų), toliau didelis darbo intensyvumas (52,4 proc.) ir didesnės rizikos darbo sąlygos (39,6 proc.). Šie rezultatai patvirtina ankstesnių tyrimų išvadas ir teiginį, kad organizacijos kontekstas lemia vyraujančius psichosocialinius darbo aplinkos rizikos veiksnius. Asmens sveikatos priežiūros įstaigose vienas iš pagrindinių įtampos šaltinių yra atsakomybė už kitus žmones, jų saugumą ir sveikatą [269]. Medicinos darbuotojai turi nuolat priimti sprendimus, susijusius su pacientų sveikatos būkle ar gyvybe. Antras vyraujantis streso šaltinis – didelis darbo intensyvumas – antra pagal dažnumą psichosocialinė rizika viešajame paslaugų sektoriuje [270], kur „žmogiškieji ištekliai neretai laikomi ne sistemos strateginiu kapitalu, o išlaidų šaltiniu“ [269]. Viešajame sektoriuje darbuotojams didinamas darbo krūvis, neskiriant pakankamai laiko jam atlikti, taip pat jaučiamas klientų, pacientų spaudimas kaip galima greičiau suteikti kokybišką paslaugą, ypač tai jaučiama viešajame sveikatos priežiūros paslaugų sektoriuje, kur ši rizika didėja mažėjant darbuotojų skaičiui dėl medikų emigracijos, sprendimo palikti darbą, didesnio pacientų srauto sezoninių ligų protrūkių metu [13; 271]. Trečias iš pagrindinių poliklinikos psichosocialinių rizikos veiksnių – didesnės rizikos darbo sąlygos – yra Europos Sąjungos sveikatos priežiūros sektoriaus bendra problema, lemianti nelaimingus atsitikimus darbe, profesines ligas, neatvykimą į darbą, darbuotojų kaitą, ankstyvą išėjimą į pensiją ir darbo jėgos trūkumą [272]. Sveikatos priežiūros sektorius yra sudėtingas ir apima įvairias profesijas bei darbo vietas, keliančias įvairius profesinius sveikatos pavojus ir su tuo susijusias sveikatos problemas. Medicinos darbuotojai gali susižaloti adatomis, patirti alerginių reakcijų dėl naudojamų dezinfekcinių ir kitų cheminių medžiagų, raumenų ir skeleto sistemos traumų, smurtą ir stresą. Froneberg sveikatos priežiūros sektoriuje patiriamus profesinius pavojus suskirstė į biologinius (pvz., virusai), cheminius (pvz., citostatikai), ergonominius (pvz., paciento kėlimas), organizacinius (pvz., darbas pamaininiu grafiku), psichosocialinius, įskaitant su darbu susijusį smurtą [273]. Palyginti su kitais paslaugų sektoriais, sveikatos priežiūros sektoriuje nelaimingų atsitikimų darbe įvyksta gana

nemažai. Remiantis „Eurostato“ duomenimis, Lietuvoje kasmet didėja nelaimingų atsitikimų darbe skaičius sveikatos ir socialinių paslaugų sektoriuje: nuo 2010 m. iki 2018 m. šis skaičius padidėjo beveik 1,8 karto [274]

Kalbant apie organizacinės intervencijos objektus, respondentai geriausiai įvertino įstaigos pastangas užtikrinant kvalifikacijos ir gebėjimų atitiktį darbe keliamiems reikalavimams (71,3 proc.), tačiau, respondentų nuomone, administracija turėtų labiau vertinti jų atliekamą darbą ir atlyginti jų didesnes pastangas (atlygio teisingumas – 19,5 proc.), geriau rūpintis jų savijauta ir atliepti jų lūkesčius (organizacinė parama – 17,1 proc.). Tai taip pat viešajam sektoriui būdinga problema: sudėtinga darbo apmokėjimo reguliacinė sistema ir ribotos skatinimo galimybės. Apskritai tai nėra lengvai spendžiama problema. Vienas iš kylančių sunkumų yra informuoti darbuotojus apie turimas priemones ir kaip jie gali pasinaudoti siūloma parama bei prisidėti patys [270]. Įstaigai reikėtų sutelkti pastangas, kad darbuotojai priimtų darbo aplinką kaip teikiančią paramą, dažniau komunikuoti su darbuotojais aiškinant darbo normas, taisykles bei išsiaiškinant darbuotojų lūkesčius. Mokslo įrodymai rodo, kad siekdamos padidinti medicinos darbuotojų pasitenkinimą darbu ir pagerinti darbo rezultatus, įstaigos turi peržengti standartinius santykius, suteikti darbuotojams ekonominę ir psichologinę paramą [275; 276; 277]. Trečias mažiausiai atlieptas medicinos darbuotojų lūkestis poliklinikos kontekste buvo streso valdymo mokymai. Tik 30 proc. respondentų mano, kad gauna pakankamai streso valdymo mokymų. Mokslinės literatūros apžvalga parodė, kad streso darbe valdymo mokymai gali būti veiksmingi mažinant streso ir nerimo lygį. Šie mokymai suteikia žinių ir įgūdžių darbuotojams susidoroti su stresinėmis situacijomis [193]. Nors mokymai pagerina darbuotojų įgūdžius įveikti tik trumpalaikį neigiamą streso poveikį ir nepašalina stresą sukėlusią priežastį, tačiau tai nereikalaujanti didelių investicijų ir per trumpą laiką įgyvendinama antrinio lygio priemonė, kuri gana efektyvi ją derinant su pirminio lygio priemonėmis [278].

5.2. Darbe patiriamą streso, psichosocialinių rizikos veiksnių ir organizacinės intervencijos objektų analizė pagal darbuotojų sociodemografinės grupes

Šis tyrimas parodė, kad darbe patiriamam stresui, psichosocialinės rizikos ir organizacinės intervencijos objektams suvokti turi įtakos ne tik įstaigos, bet ir darbuotojų sociodemografinės charakteristikos. Šio tyrimo rezultatų analizė patvirtino, kad darbe patiriamas stresas, psichosocialiniai rizikos veiksniai ir

organizacinės intervencijos objektai tos pačios įstaigos medicinos darbuotojų sociodemografinių grupių suvokiami skirtingai.

Mažiausiai skirtumų buvo tarp lyčių grupių: nesiskyrė nei darbe patiriamas stresas, nei suvokiami psichosocialiniai rizikos veiksniai. Moterims labiau nei vyrams tiko vienas organizacinės intervencijos objektas – darbo ir asmeninio gyvenimo pusiausvyros užtikrinimas. Tai gali būti dėl lyčių disbalanso asmens sveikatos priežiūros įstaigoje. Tokia situacija yra visoje ES sveikatos sektoriaus užimtumo srityje, kur didžioji dauguma sveikatos priežiūros darbuotojų yra moterys (78 proc.) [279]. Taip pat mokslinės literatūros apžvalga nepateikė neabejotinų išvadų apie lyčių skirtumus suvokiant gerovę darbe.

Vertinant skirtumus tarp amžiaus grupių, poliklinikoje patiriamas stresas tarp amžiaus grupių nesiskyrė, nors mokslinėje literatūroje rastos išskirtos didesnės rizikos grupės – tai jauni darbuotojai, kurie yra labiau veikiami streso, ir priešpensinio amžiaus darbuotojai, kurie yra įgiję daugiau patirties ir mažiau kenčia nuo streso. Tačiau poliklinikoje tarp vyriausios amžiaus grupės (> 50) ir jauniausios amžiaus grupės (≤ 30) skyrėsi vienas psichosocialinis rizikos veiksnys – didelis darbo intensyvumas: vyresni nei 50 metų medicinos darbuotojai pabrėžė, kad visada dirba labai intensyviai. Kalbant apie organizacinės intervencijos objektus, vyriausios amžiaus grupės medicinos darbuotojai buvo labiau patenkinti galimybe pritaikyti jų sukauptus įgūdžius ir žinias darbe keliamiems reikalavimams nei jaunesni darbuotojai ir, atvirkščiai, mažiau patenkinti atlygio teisingumu nei jauniausi darbuotojai. Šie rezultatai patvirtina ankstesnių tyrimų išvadas [6; 280; 281], tačiau kai kurie tyrėjai amžiaus rodiklį vertina atsargiai, nes karjeros pradžioje patyrę stresą ar net perdegimo sindromą jauni darbuotojai, tikėtina, išeina iš darbo ir organizacijoje lieka atsparesni stresui ar adaptavęsi darbuotojai [282]. Darbo stažo grupių rezultatai panašūs į amžiaus grupių rezultatus ir tai patvirtina ankstesnių tyrimų išvadas, kad darbo stažas teigiamai koreliuoja su amžiumi [235; 282]. Darbe patiriamas stresas nesiskyrė ir tarp darbo stažo grupių. Didžiausią darbo stažą turinti medicinos darbuotojų grupė (> 10), palyginti su kitomis darbo stažo grupėmis, taip pat akcentavo, kad visada dirba labai intensyviai. Taip pat didžiausią darbo stažą turinti medicinos darbuotojų grupė buvo labiau patenkinta galimybe pritaikyti jų sukauptus įgūdžius ir žinias darbe keliamiems reikalavimams nei mažiausią darbo stažą turinti medicinos darbuotojų grupė (≤ 3) ir, atvirkščiai, mažiau patenkinti atlygio teisingumu nei mažesnę patirtį (iki 5 metų) turintys medicinos darbuotojai. Atkreiptinas dėmesys, kad užduočių įvairovę labiausiai pažymėjo 3–5 metų darbo stažą turintys medicinos darbuotojai. Tai galima paaiškinti įvairiapusiška darbo specifika asmens sveikatos priežiūros įstaigoje: jauniems be patirties

specialistams kiekviena užduotis yra iššūkis, ir tik vėliau tampa svarbu atliekant užduotis pritaikyti sukauptus įgūdžius (įgūdžių įvairovė) ir žinias, ką ir patvirtina šio darbo ir ankstesnių tyrimų rezultatai [227].

Kaip minėta literatūros apžvalgoje, mokslinėje literatūroje pateikiami prieštaringi rezultatai dėl išsilavinimo įtakos patiriamam stresui darbe. Šis tyrimas neparodė darbe patiriamo streso statistiškai reikšmingų skirtumų tarp skirtingų išsilavinimo grupių, tačiau parodė statistiškai reikšmingų skirtumų tarp skirtingų išsilavinimo grupių suvokiamų psichosocialinių rizikos veiksnių ir organizacinės intervencijos objektų. Žemesnį nei aukštąjį universitetinį išsilavinimą turintys medicinos darbuotojai dažniausiai stresą patyrė dėl vaidmens neapibrėžtumo, vaidmens konflikto ir nepakankamos kvalifikacijos (vaidmens perkrova), o aukštąjį universitetinį išsilavinimą turintys specialistai stresą patyrė dėl viršvalandžių. Šie rezultatai nepatvirtino mokslinėje literatūroje rastų prielaidų, kad būtent aukštąjį išsilavinimą turintys darbuotojai dažniau stresą patiria dėl vaidmens neapibrėžtumo ir nepakankamos kvalifikacijos, nes gauna užduotis, viršijančias jų kompetencijas [237; 265; 283]. Tai galima paaiškinti klinikinio darbo specifika viešojoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, kur aukštąjį universitetinį išsilavinimą turintys darbuotojai (dažniausiai tai yra gydytojai) beveik kasdien susiduria su nestandartinių sprendimų reikalaujančiomis situacijomis. Kalbant apie organizacinės intervencijos objektus aukštesnįjį ir kitą išsilavinimą turintys medicinos darbuotojai labiau pabrėžė vadovo grįžtamojo ryšio trūkumą ir užduočių monotoniškumą. Atkreiptinas dėmesys, kad aukštąjį išsilavinimą turintys respondentai streso valdymo įgūdžiams teikė kur kas didesnę reikšmę ir poreikį nei kitos išsilavinimo grupės.

Šio tyrimo rezultatai patvirtino mokslinėje literatūroje akcentuojamą profesijos įtaką patiriamam stresui darbe. Gauti rezultatai atskleidė, kad didžiausią stresą poliklinikoje patyrė gydytojai. Iš esmės gydytojai stresą patyrė dėl didelių darbo reikalavimų: per didelio darbo krūvio, viršvalandžių, nerealistiškų terminų, atsakomybės. Tyrimo rezultatai atitinka kitų tyrimų rezultatus ir išvadas, kad viešojo sektoriaus gydytojų darbo krūvis ir darbo tempas yra per dideli, dėl to ši grupė yra ties profesinio perdegimo riba [257; 284; 285; 286]. Slaugytojams ir kitiems medicinos darbuotojams stresą labiau kėlė darbo vaidmens rizikos veiksniai: vaidmens perkrova (per sudėtingos užduotys) ir vaidmens neapibrėžtumas. Gauti rezultatai taip pat patvirtina ankstesnių tyrimų išvadas [287] ir leidžia teigti, kad slaugytojai ir kiti medicinos darbuotojai susiduria su savo profesinio vaidmens lūkesčių ir darbo tikrovės konfliktu [248]. Skyrių vadovams iš keturiolikos psichosocialinių rizikos veiksnių labiausiai stresą kėlė tik vienas – atsakomybė; kartu beveik visi įstaigos konteksto elementai atliepė jų gerovei: darbo ir asmeninio

gyvenimo pusiausvyros užtikrinimas, kvalifikacijos ir gebėjimų atitiktis darbe keliamiems reikalavimams užtikrinimas, užduočių įvairovė, socialinė parama, organizacinė parama, dalyvavimas priimant sprendimus, atlygio teisingumas, vadovo grįžtamasis ryšys. Klinikinį darbą dirbantys darbuotojai, ypač gydytojai, neįautė įstaigos pastangų užtikrinti darbo ir asmeninio gyvenimo pusiausvyrą, socialinės paramos, organizacinės paramos, įtraukimo į sprendimų priėmimą, atlygio teisingumo ir jiems trūko vadovo grįžtamojo ryšio. Kiti medicinos darbuotojai taip pat pabrėžė užduočių monotoniškumą.

Gauti tyrimo rezultatai leidžia teigti, kad profesinės grupės (pareigos) yra pagrindinė sociodemografinė charakteristika, į kurią reikėtų atsižvelgti valdant psichosocialinę riziką asmens sveikatos priežiūros įstaigoje. Kitos sociodemografinės charakteristikos (lytis, amžius, darbo stažas, išsilavinimas) turėtų būti vertinamos su tam tikru rezervu kaip papildoma informacija, nes, kaip buvo minėta mokslinės literatūros apžvalgoje, ankstesnių tyrimų išvados nepateikė neabejotino atsakymo, kaip ir kam jos daro įtaką.

Kalbant apie tyrimo apribojimus visų pirma reikia pasakyti, kad tai vienmomentis tyrimas, todėl negalima daryti išvadų dėl priežastingumo. Antra, į tyrimą neįtraukta individualios intervencijos objektų, nes individualios intervencijos skirtos padėti pavieniams darbuotojams išmokti valdyti ir sumažinti darbe patiriamą stresą trumpuoju laikotarpiu, o organizacinės intervencijos skirtos darbo aplinkos psichosocialinių rizikos veiksnių, pvz., per didelio darbo krūvio, vaidmens konflikto, neigiamam poveikiui sumažinti ir kartu gana didelių darbuotojų grupių sveikatai ir savijautai darbo vietoje pagerinti. Trečia, tyrime dalyvavo nedaug vyrų (5,1 proc.), bet tai, kaip minėta anksčiau, apibūdina situaciją ES sveikatos sektoriaus užimtumo srityje, kur didžioji dauguma sveikatos priežiūros darbuotojų yra moterys. Taip pat reikia paminėti, kad šis tyrimas atliktas tik vienoje viešojoje ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje; kita vertus, Lietuvos nacionalinėje sveikatos sistemoje veikiančiose įstaigose dirbančių medicinos darbuotojų ekonominių, darbo ir socialinių sąlygų politika formuojama vadovaujantis bendra Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos šakos kolektyvine sutartimi.

6. IŠVADOS

1. Nustatyti darbuotojų suvokiami rizikos veiksniai ir organizacinės intervencijos objektų prioritetai įstaigos kontekste būdingi viešajam sveikatos priežiūros sektoriui. Didžiausia rizika buvo atsakomybė (rizikos lygis per 60 proc.), paskui didelis darbo intensyvumas ir didesnės rizikos darbo sąlygos (rizikos lygis 30–60 proc.). Darbuotojų požiūriu, administracija turėtų labiau vertinti jų atliekamą darbą ir atlyginti jų didesnes pastangas (atlygio teisingumas – 19,5 proc.), geriau rūpintis jų savijauta ir atliepti jų lūkesčius (organizacinė parama – 17,1 proc.) Tai viešajam sektoriui būdinga problema: sudėtinga darbo apmokėjimo reguliacinė sistema ir ribotos skatinimo galimybės. Trečias mažiausiai atlieptas medicinos darbuotojų lūkestis įstaigos kontekste buvo streso valdymo mokymai. Tik 30 proc. respondentų mano, kad gauna pakankamai streso valdymo mokymų.

2. Sociodemografinės charakteristikos daro įtaką medicinos darbuotojų požiūriui į psichosocialines darbo aplinkos rizikas ir įstaigos pastangas gerinti darbo aplinką. Vyresnio amžiaus (per 50 metų) ir didesnį darbo stažą (per 10 metų) turintiems medicinos darbuotojams stresą kėlė darbo intensyvumas ir jie nebuvo patenkinti atlygio teisingumu, o jauni mažai darbo patirties (iki 5 metų) turintys darbuotojai norėjo geresnio kvalifikacijos ir gebėjimų atitikties darbe keliameis reikalavimams užtikrinimo ir užduočių įvairovės. Slaugytojams ir kitiems medicinos darbuotojams, turintiems aukštesnįjį ir kitą išsilavinimą, stresą kėlė darbo vaidmens stresoriai (vaidmens neapibrėžtumas, vaidmens konfliktas, vaidmens perkrova) ir užduočių monotoniškumas, jie norėjo geresnio vadovo grįžtamojo ryšio ir organizacinės paramos, o gydytojams (aukštasis išsilavinimas) stresą kėlė su dideliais darbo reikalavimais susiję rizikos veiksniai (per didelis darbo krūvis, viršvalandžiai, nerealistiški terminai, atsakomybė), jiems trūko socialinės ir organizacinės paramos, įtraukimo į sprendimų priėmimą užtikrinimo, atlygio teisingumo, darbo ir asmeninio gyvenimo pusiausvyros užtikrinimo, vadovo grįžtamojo ryšio. Skyrių vadovams stresą kėlė tik vienas psichosocialinis rizikos veiksnys (atsakomybė) ir beveik visi įstaigos konteksto elementai atliepė jų gerovei.

3. Darbe patiriamas streso rezultatai skyrėsi tik tarp profesinių grupių. Aukščiausias streso lygis buvo gydytojų grupėje. Taip pat tarp profesinių grupių, palyginti su kitomis sociodemografinėmis grupėmis, buvo nustatyta daugiausia skirtumų vertinant psichosocialinius rizikos veiksnius ir organizacinės intervencijos objektus.

4. Sukurtas ir empiriškai patikrintas psichosocialinės darbo aplinkos diagnostikos modelis leidžia kompleksiskai nustatyti streso darbe lygį ir įstaigoje vyraujančius psichosocialinius rizikos veiksnius bei organizacinės intervencijos objektų pirmumą, atsižvelgiant į darbuotojų sociodemografines charakteristikas ir įstaigos kontekstą.

7. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Išanalizavus mūsų tyrimo rezultatus ir palyginus su mokslinėje literatūroje rasta rezultatais, medicinos darbuotojų savijautai viešojoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje gerinti rekomenduojama:

Politikos formuojamos:

1. Atsisakyti rizikos valdymo supratimo kaip paprasto teisė aktų laikymosi, daugiau dėmesio skiriant ne psichosocialinių rizikų neigiamam poveikiui vertinti, bet paieškai priemonių, kurias būtų galima veiksmingai panaudoti valdant psichosocialinę riziką organizacijos ir nacionaliniu lygiu.

2. Organizuoti viešųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovams mokymus apie organizacinio teisingumo principus: taisyklių ir elgesio normų teisingumą (pvz., teisingas darbo paskirstymas), procesinį teisingumą (pvz., skaidrios sprendimų priėmimo procedūros dėl paaukštinimo) ir santykių teisingumą (pagarbi ir mandagi bendravimo aplinka).

3. Vykdyti viešųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų psichosocialinės darbo aplinkos stebėseną, rengti ataskaitas.

4. Parengti ir įdiegti viešosiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose darbuotojų paramos programas, kurios apimtų psichologų ir kitų profesionalių specialistų pagalbą darbuotojams sprendžiant su darbu susijusias ir (ar) asmenines problemas: sveikatos, emocines, šeimos, finansines ir kt.

Įstaigos administracijai parengti ir įdiegti:

1. Bendrąsias prevencines ir apsaugos priemones:

1.1. Parengti įstaigos darbuotojams pritaikytą streso valdymo mokymų planą. Rekomenduojama planą rengti „iš apačios į viršų“ t. y. remiantis medicinos darbuotojų pageidavimais ir pasiūlymais.

1.2. Reguliariai atlikti darbo vietų auditus, siekiant nustatyti didesnės rizikos darbo vietas, rizikos rūšis ir šaltinius.

1.3. Parengti nustatytų rizikos šaltinių likvidavimo ar sumažinimo veiksmų planą.

1.4. Parengti aiškias ir skaidrias vidaus darbo tvarkos taisykles, kurios apimtų darbo krūvių ir grafikų nustatymą, darbo laiko apskaitą, darbo užmokesčio nustatymą ir atsiskaitymą už viršvalandžius, karjeros ir tobulinimosi galimybes, skatinamųjų priemonių skyrimą. Rengiant taisykles taip pat rekomenduojama laikytis „iš apačios į viršų“ principo.

1.5. Plėtoti žmoniškųjų išteklių valdymo planą, atsižvelgiant į tokius rodiklius kaip nelaimingi atsitikimai, darbuotojų kaita, neatvykimas į darbą, bei ypatingą dėmesį skirti jauniems, mažai darbo patirties turintiems (iki 5 metų) ir ilgamečiams (per 50 metų), turintiems didelę darbo patirtį (daugiau nei 10 metų) medicinos darbuotojams.

1.6. Skatinti mentorystę ir naujų darbuotojų socializaciją įstaigos padaliniuose.

1.7. Taikyti pozityvios klinikinės praktikos ir gerų darbo rezultatų atpažinimo ir aptarimo sistemą.

1.8. Tobulinti įstaigos komunikaciją. Ji turėtų apimti tiek vertikalią (įstaigoje vykdomų pokyčių klausimai), tiek horizontalią (darbinės aktualijos, vadovo grįžtamasis ryšys) komunikaciją. Rekomenduojama įtraukti ir informaciją apie įstaigos turimas ir taikomas streso darbe prevencijos priemones, kaip jomis galima pasinaudoti bei prisidėti prie jų tobulinimo.

2. Tikslines prevencines ir apsaugos priemones:

2.1. gydytojams turėtų būti derinamos pirminė, antrinė ir tretinė prevencijos, kurios sumažintų įtampą dėl didelių darbo reikalavimų. Iš pirminės prevencijos rekomenduojama taikyti socialinę paramą (tarpusavio pagalba, dalijimasis žiniomis ir patirtimi, pozityvus grįžtamasis ryšys ir pan.). Remiantis moksline literatūra, tai viena iš pagrindinių priemonių, kuri padeda sumažinti neigiamą didelių darbo reikalavimų poveikį. Iš antrinės prevencijos, be streso valdymo mokymų, tikslinga taikyti laiko valdymo mokymus ir individualias prevencijos priemones (atsipalaidavimo, kvėpavimo, vizualizavimo technikų, meditacijos mokymus ir pan.). Iš tretinės prevencijos rekomenduojama taikyti darbuotojų paramos programas (psichologo konsultacijas, psichoterapijos grupes ir pan.).

2.2. slaugytojams ir kitiems medicinos darbuotojams rekomenduojama darbo vaidmens rizikos veiksnius mažinti planuojant šių darbuotojų grupių darbą taip, kad būtų kuo išsamiau numatyti galimų užduočių scenarijai, aptarti ir išsamiai išaiškinti nauji pavedimai. Rekomenduojama prieš skiriant naują užduotį įsitikinti, ar darbuotojas jai atlikti turi pakankamai įgūdžių ir žinių; užtikrinti, kad darbuotojui būtų prieinama visa jo tiesioginiam darbui reikalinga informacija; reguliariai aptarti darbo rezultatus, darbo vietos problemas ir sprendimo būdus; organizuoti darbą taip, kad būtų ugdomi nauji įgūdžiai, gilinamos žinios, keliama kompetencija; planuoti ir reguliariai įvertinti kvalifikacijos poreikį taikant „iš apačios į viršų“ principą.

2.3. skyrių vadovams ugdyti lyderystės kompetencijas, suteikti išteklių, reikalingų skyriaus sklandžiam darbui, suteikti žinių apie organizacinio teisingumo principus: taisyklių ir elgesio normų teisingumą (pvz., teisingas darbo paskirstymas), procesinį teisingumą (pvz., skaidrios sprendimų priėmimo procedūros dėl paaukštinimo) ir santykių teisingumą (pagarbi ir mandagi bendravimo aplinka).

Mokslininkams:

1. Psichosocialinės darbo aplinkos diagnostikos modelis buvo empiriškai išbandytas vienoje viešojoje ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros

įstaigoje, todėl platesniam modelio tinkamumo patvirtinimui būtų tikslinga atlikti tyrimus ir kitose viešosiose sveikatos priežiūros įstaigose.

2. Empirinis tyrimas buvo atliktas viešajame sveikatos priežiūros sektoriuje, todėl būtų tikslinga išsiaiškinti privačių sveikatos priežiūros įstaigų medicinos darbuotojų suvokiamą streso darbe lygį ir psichosocialinius rizikos veiksnius bei organizacinės intervencijos objektų pirmumą ir palyginti su viešosiose sveikatos priežiūros įstaigose dirbančių medicinos darbuotojų požiūriu.

3. Plėtojant tolesnius streso sveikatos priežiūros įstaigoje valdymo tyrimus vertėtų atkreipti dėmesį į tretinio lygio intervencijos objektus, kurie iki šiol Lietuvoje nėra plačiai tiriami.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. European Comission. Flash Eurobarometer 398 ,Working Conditions‘. 2014. Prieiga per internetą: <https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/flash/fl_398_en.pdf>.
2. European Agency for Safety and Health at Work. Priorities for occupational safety and health research in Europe: 2013–2020. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2013.
3. Gustainienė L, Pranckevičienė A, Bukšnytė-Marmienė L, Genevičiūtė-Janonienė G. Darbuotojo gerovė ir pozityvi darbo aplinka: integruotas teorinis modelis. Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai. 2014; 69:37–53.
4. Edwards D, Burnard P. A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2003; 42(2):169–200.
5. Cox T, Taris TW, Nielsen K. Organizational interventions: Issues and challenges. *Work Stress*. 2010; 24:217–218.
6. Zaniboni S, Truxillo DM, Fraccaroli F. Differential effects of task variety and skill variety on burnout and turnover intentions for older and younger workers. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 2013; 22(3):306–317.
7. Richardson KM, Rothstein HR. Effects of occupational stress management intervention programs: A meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2008; 13:69–93.
8. Le Fevre ML, Kolt GS, Matheny J. Eustress, Distress and their Interpretation in Primary and Secondary Occupational Stress Management Interventions: Which First? *Journal of Managerial Psychology*. 2006; 21(6): 547–565.
9. Semmer NK. Job stress interventions and the organization of work. *Scand J Work Environ Health*. 2006; 32:515–527.
10. Elo AL, Leppanen A, Sillanpaa P. Applicability of survey feedback for an occupational health method in stress management. *Occup. Med*. 1998; 48(3):181–188.
11. Scott T, Mannion R, Davies HTO, Marshall MN. Implementing culture change in health care: Theory and practice. *Int J Qual Health Care*. 2003; 15:111–118.
12. Croxson C, Ashdown HF, Hobbs R. GPs’ perceptions of workload in England: a qualitative interview study. *Br J Gen Pract*. 2017; e138. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp17X688849>.

13. Lambert TW, Smith F, Goldacre JM. Why doctors consider leaving UK medicine: qualitative analysis of comments from questionnaire surveys three years after graduation. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2017; 111(1):18–30.
14. Deckard G, Meterko M, Field D. Physician burnout: an examination of personal, professional, and organizational relationships. *Med Care*. 1994; 32:745–54.
15. Vimantaitė R. Slaugytojų, dirbančių Lietuvos ligoninių kardiologijos centruose, perdegimo sindromo – raiškos ir paplitimo įvertinimas. Daktaro disertacija. KMU, Kaunas, Lietuva; 2007.
16. Eurofound. Sixth European Working Conditions Survey – Overview report (2017 update), Publications Office of the European Union, Luxembourg; 2017. Prieiga per internetą:
<https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1634en.pdf>
17. Michie S, Williams S. Reducing work related psychological ill health and sickness absence: A systematic literature review. *Occupational and Environmental Medicine*. 2003; 60:3–9.
18. Zohar D. Safety climate in industrial organizations: theoretical and applied implications. *J Appl Psychol*. 1980; 65: 96–102.
19. Gherardi S, Nicolini D, Odella F. What do you mean by safety? Conflicting perspectives on accident causation and safety management in a construction firm. *J Conting Crisis Manag*. 1998; 6:202–13.
20. Gaba DM, Singer SJ, Sinaiko AD, Bowen JD, Ciavarella AP. Differences in safety climate between hospital personnel and naval aviators. *Hum Factors*. 2003; 45(2):173–85.
21. Lopes CS, Araya R, Guilherme LW, Chor D, Faerstein E. Job strain and other work conditions: relationships with psychological distress among civil servants in Rio de Janeiro, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010; 45(3):345–54.
22. Tomei PA, Russo GM. Workplace Safety Culture Model [WSCM]: Presentation and Validation. *IJAERS*. 2019; 6(4):14–31.
23. Antonsen S. Safety Culture Assessment: A Mission Impossible? *Journal of Contingencies and Crisis Management*. 2009; 17(4):242–254.
24. Leka S. Psychosocial risk management: calamity or opportunity? *Occup Med (Lond)*. 2016; 66(2): 89–91.
25. European Agency for Safety and Health at Work. FORUM 15 – promoting occupational safety and health research in EU. European Agency for Safety and Health at Work, 2006.

26. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health*. 2006; 32:443–62.
27. Lawson KJ, Noblet AJ, Rodwell JJ. Promoting employee wellbeing: the relevance of work characteristics and organizational justice. *Health Promotion International*. 2009; 24(3):223–233.
28. Marmot MG. Job insecurity in a broader social and health context. In: Ferrie JE, Marmot MG, Griffiths J, Ziglio E. Labour market changes and job insecurity: a challenge for social welfare and health promotion. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen: 1999; 8.
29. Rousseau D. Psychological Contracts in Organizations: Understanding Written and Unwritten Agreements. Thousand Oaks. CA Sage; 1995. p. 4–29.
30. Shore LM, Tetrick L. The psychological contract as an explanatory framework in the employment relationship. In: Cooper, C. & Rousseau, D., ed. Trends in organizational behavior 1. Chichester, John Wiley & Sons; 1994. p. 91–109.
31. Rousseau DM. Psychological and Implied Contracts in Organisations. *Employee Responsibilities and Rights Journal*. 1989; 2(2):121–139.
32. Briner RB. Relationships between work environments, psychological environments and psychological well-being. *Occup. Med.* 2000; 50(5):299–303.
33. Council Directive 89/391/EEC of 12 June 1989 on the Introduction of Measures to Encourage Improvements in the Safety and Health of Workers at Work. Prieiga per internetą: <<http://data.europa.eu/eli/dir/1989/391/2008-12-11>>.
34. Lietuvos Respublikos valstybinė darbo inspekcija prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos. Psichosocialiniai rizikos veiksniai ir streso darbe vertinimo rekomendacijos. 2012. Prieiga per internetą: <<https://www.vdi.lt/AtmUploads/PsichosocialiniaiRizikosVeiksniaiStresoDarbeVertinimoRekomendacijos.pdf>>.
35. Europos Komisija. Užimtumas, socialiniai reikalai ir įtrauktis. Psichikos sveikatos darbe skatinimas. Visapusiško požiūrio įgyvendinimo gairės. Liuksemburgas: Europos Sąjungos leidinių biuras, 2014.
36. Trečioji Europos įmonių apklausa apie naują ir kylančią riziką (ESENER- 3). Europos darbuotojų saugos ir sveikatos agentūra, 2019. Prieiga per internetą: <<https://osha.europa.eu/lt/publications/thirdeuropean-enterprises-new-and-emerging-risks-esener-3/view>>.

37. A joint report from the European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions and the European Agency for Safety and Health at Work. Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2014.
38. A New EU Strategic Framework on Health and Safety at Work: Enhancing the implementation of Occupational Safety and Health in the EU. 2019. Prieiga per internetą:
<<https://www.consilium.europa.eu/en/press/press-releases/2019/12/10/improving-health-and-safety-at-work-the-council-adopts-conclusions/>>.
39. Shaping the future EU Mental Health Strategy: priorities and activities. European Parliament, Brussels: 2020. Prieiga per internetą:
<<https://www.gamian.eu/shaping-a-future-eu-mental-health-strategy-priorities-and-activities-event/>>.
40. Gagliardi D, Marinaccio A, Valenti A, Iavicoli S. Occupational Safety and Health in Europe: Lessons from the Past, Challenges and Opportunities for the Future. *Industrial Health*. 2012; 50:7–11.
41. Di Tecco C, Jain A, Valenti A, Iavicoli S, Leka S. An evaluation of the impact of a policy-level intervention to address psychosocial risks on organisational action in Italy. *Safety Science*. 2017; 100: 103–109.
42. Langenhan KM, Leka S, Jain A. Psychosocial Risks: Is Risk Management Strategic Enough in Business and Policy Making? *Safety and Health at Work*. 2013; 4:87–94.
43. Leka S, Van Wassenhove W, Jain A. Is psychosocial risk prevention possible? Deconstructing common presumptions. *Safety Science*. 2015; 71:61–67.
44. Institute of Work, Health & Organisations. Towards the Development of a European Framework for Psychosocial Risk Management at the Workplace. Nottingham, UK; 2008.
45. Aust B, Ducki A. Comprehensive health promotion interventions at the workplace: experiences with health circles in Germany. *J Occup Health Psychol*. 2004; 9(3):258–70.
46. Peiró JM. Assessment of psychosocial risks and prevention strategies: the Amigo model as the basis of the Prevenlab/psicosocial methodology. *Psychology in Spain*. 2000; 4(1):139–166.
47. Cox T. Stress research and stress management: Putting theory to work. Sudbury, UK: HSE Books; 1993.
48. Ronchetti M, Di Tecco C, Russo S, Castaldi T, Vitali S, Autieri S, et al. An integrated approach to the assessment of work-related stress risk:

- Comparison of findings from two tools in an Italian methodology. *Safety Science*. 2015; 80:310–316.
49. Amofo E, Hanbali N, Patel A, Singh P. What are the significant factors associated with burnout in doctors? *Occup. Med.* 2015; 65:117–121.
 50. Liu C, Spector PE, Shi L. Cross-national job stress: A quantitative and qualitative study. *Journal of Organizational Behavior*. 2007; 28:209–239.
 51. Glazer S, Gyurak A. Sources of occupational stress among nurses in five countries. *International Journal of Intercultural Relations*. 2008; 32:49–66.
 52. Narayanan L, Menon S, Spector PE. A cross-cultural comparison of job stressors and reactions among employees holding comparable jobs in two countries. *International Journal of Stress Management*. 1999b; 6(3):197–212.
 53. Nguyen LD, Mujtaba BG, Boehmer T. Stress, Task, and Relationship Orientations Across German and Vietnamese Cultures. *International Business and Management*. 2012; 5(1):10–20.
 54. Hofstede G. *Culture's consequences: Comparing values, behaviors, institutions and organizations across nations* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage; 1986.
 55. Kirkman BL, Lowe KB, Gibson CB. A quarter century of Culture's Consequences: a review of empirical research incorporating Hofstede's cultural values framework. *Journal of International Business Studies*. 2006; 37:285–320.
 56. Leka S, Cox T. *The European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIMA-EF*. Nottingham (UK): I-WHO Publications; 2008.
 57. Vaughan-Whitehead D. *EU enlargement versus Social Europe? The uncertain future of the European social model*. Cheltenham, UK: Edward Elgar; 2003.
 58. Woolfson C, Calite D. Darbo aplinka ir socialinis dialogas Europos Sąjungos naujojoje valstybėje Lietuvoje. *Pinigų studijos*. 2008; 2:73–92.
 59. Woolfson C, Calite D. New European Community strategy for health and safety: the elephant in the room. *International Journal of Occupational and Environmental Health*. 2007; 13(2):343–357.
 60. Eurofound. *Health and well-being at work: A report based on the fifth European Working Conditions Survey*. Dublin; 2012.
 61. Pajarskienė B. *Širdies ir kraujagyslių sistemos funkcinė būklė priklausomai nuo psichosocialinių darbo stresorių*. Daktaro disertacija. Kaunas: 1999.

62. Higienos institutas. Slaugytojų sveikatai žalingas elgesys kintančioje restruktūrizuojamos ligoninės psichosocialinėje aplinkoje. Higienos instituto mokslo darbų penktasis numeris; 2014.
63. Higienos institutas. Psichosocialinių darbo veiksmų įtaka depresijos ir depresinės būsenos išsivystymui. Higienos instituto mokslo darbų penktasis numeris; 2012.
64. Lazauskaitė-Zabielskė J, Bagdžiūnienė D. Organizacinio teisingumo vaidmuo priimant sprendimus paaukštinti. *Psichologija*. 2008; 38:48–62.
65. Gustainienė L, Pranckevičienė A. Kokie veiksniai skatina darbuotojų gerovę ir palankią darbo aplinką? *International Journal of Psychology: A Biopsychosocial Approach*. 2010; 7:137–142.
66. Genevičiūtė-Janonienė G, Endriulaitienė A. Darbuotojų asmenybės bruožų, subjektyviai vertinamo transformacinio vadovavimo stiliaus, darbo motyvacijos ir įsipareigojimo organizacijai sąveikos modelis. *Psichologija*. 2010; 41:50–67.
67. Kavaliauskienė Ž. Darbuotojo įsipareigojimas organizacijai kaip organizacijos funkcionavimo prielaida. *Profesinės studijos: teorija ir praktika*. 2011; 8:212–219.
68. Elfering A, Grebner S, Semmer NK, Kaiser- Freiburghaus D, Lauper-Del Ponte S, Witschi I. Chronic job stressors and job control: Effects on event-related coping success and well-being. *Journal of Occupation*. 2005; 78(2):237–252.
69. Guthrie E, Tattan T, Williams E, Black D, Bacliocotti H. Sources of stress, psychological distress and burnout in psychiatrists: Comparison of junior doctors, senior registrars, and consultants. *Psychiatric Bulletin*. 1999; 23(4):207–212.
70. International Labour Organization. Workplace stress: A collective challenge. International Labour Office, Geneva; 2016.
71. World Health Organization. Health impact of psychosocial hazards at work: an overview. World Health Organization, Geneva; 2010.
72. Profesinės rizikos vertinimo bendrieji nuostatai. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. spalio 25 d. įsakymas Nr. A1-457/V-961. Prieiga per internetą:
<http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=435935&p_query=&p_tr2=2>.
73. Blewett V, Shaw A, LaMontagne AD, Dollard M. Job stress : causes, impact and interventions in the health and community services sector. Workcover NSW, Sydney, N.S.W; 2006. Prieiga per internetą:<<https://dro.deakin.edu.au/view/DU:30065703>>.

74. Kahn RL, Byosiére P. Stress in organizations. In M.D. Dunnette & L.M. Hough (Eds.). *Handbook of industrial and organizational psychology* 2nd edn.; 1992. p. 571–650.
75. Sonnentag S, Frese M. Stress in Organizations. In: *Handbook of Psychology*, Second Edition, edited by Irving B. Weiner. John Wiley & Sons, Inc; 2013. p. 560–584.
76. Katz D, Kahn RL. *The social psychology of organizations* (2nd ed.). New York, NY: Wiley; 1978.
77. Allesøe K, Hundrup YA, Thomsen JF, Osler M. Psychosocial work environment and risk of ischaemic heart disease in women: the Danish Nurse Cohort Study. *Occup Environ Med*. 2010; 67:318–322.
78. Ilies R, Dimotakis N, De Pater IE. Psychological and physiological reactions to high workloads: Implications for wellbeing. *Personnel Psychology*. 2010; 63:407–436.
79. Welin C, Lappas G, Wilhelmsen L. Independent importance of psychosocial factors for prognosis after myocardial infarction. *J Intern Med*. 2000; 247(6):629–639.
80. Saul AN, Oberyzyzn TM, Daugherty C, Kusewitt D, Jones S, Jewell S, et al. Chronic stress and susceptibility to skin cancer. *Journal of the National Cancer Institute*. 2005; 97:1760–1767.
81. Herbert TB, Cohen S. Stress and immunity in humans: A meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*. 1993; 55(4):364–379.
82. Bernal D, Campos-Serna J, Tobias A, Vargas-Prada S, Benavides FG, Serra C. Work-related psychosocial risk factors and musculoskeletal disorders in hospital nurses and nursing aides: A systematic review and meta-analysis. *Int J of Nursing Studies*. 2015; 52:635–648.
83. Fjell Y, Aleksanderson K, Karlkvist L, Bildt C. Self-reported musculoskeletal pain and working conditions among employees in the Swedish public sector. *Work*. 2007; 28(1):33–46.
84. Deeney C, O'Sullivan L. Work related psychosocial risks and musculoskeletal disorders: potential risk factors, causation and evaluation methods. *Work*. 2009; 34(2):239–48.
85. Nixon AE, Mazzola JJ, Bauer J, Krueger J, Spector PE. Can work make you sick? A meta-analysis of the relationships between job stressors and physical symptoms. *Work and Stress*. 2011; 25:1–22.
86. Nieuwenhuijsen K, Bruinvels D, Frings-Dresen M. Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. *Occup Med*. 2010; 60:277–86.

87. Ndjaboue'R, Brisson C, Ve'zina M. Organisational justice and mental health: a systematic review of prospective studies. *Occup Environ Med*. 2012; 69:694–700.
88. Mental Health Foundation. Whose life is it anyway? A report on the effects of poor work-life balance on mental health. London, UK; 2003. Prieiga per internetą: https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/whose_life_is_it_anyway.pdf.
89. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*. 1981; 2:99–113.
90. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annual Review of Psychology*. 2001; 52:397–422.
91. Pacevičius J. Profesinis perdegimas kaip organizacinės elgsenos problema. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*. 2006; 2(7):125–129.
92. Nahrgang JD, Morgeson FP, Hofmann DA. Safety at work: A meta-analytic investigation of the link between job demands, job resources, burnout, engagement, and safety outcomes. *Journal of Applied Psychology*. 2011; 96:71–96.
93. Jasiukevičiūtė T, Pajarskienė B. Slaugytojų sveikatai žalingas elgesys ligoninių restruktūrizavimo metu – prieinama streso įveikos strategija „įtampai nuimti“? *Visuomenės sveikata*. 2014; 2(65):55–66.
94. Bjean S, Sultan-Taeb H. Modeling the economic burden of diseases imputable to stress at work. *Eur J Health Econ*. 2005; 6(1):16–23.
95. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Nguyen XT, Jacobshow P. How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Services Research*. 2014; 14:325.
96. Niedhammer I, Chastang JF, Sultan-Taeb H, Vermeylen G, Parent-Thirion A. Psychosocial work factors and sickness absence in 31 countries in Europe. *European Journal of Public Health*. 2012; 23(4):622–628.
97. Park J. Work stress and job performance. 2007. Prieiga per internetą: <https://www.semanticscholar.org/paper/Work-stress-and-jobperformancePark/2e57013a0815a4be2dd7e11048fea8f61af321e2>.
98. Klein J, Grosse Frie K, Blum K, Von dem Knesebeck O. Psychosocial stress at work and perceived quality of care among clinicians in surgery. *BMC Health Services Research*. 2011; 11:109.
99. Donald I, Taylor P, Johnson S, Cooper C, Cartwright S, Robertson S. Work Environments, Stress, and Productivity: An Examination Using

- ASSET. *International Journal of Stress Management*. 2005; 12(4): 409–423.
100. Gilboa S, Shirom A, Fried Y, Cooper C. A meta-analysis of work demand stressors and job performance: Examining main and moderating effects. *Pers. Psychol.* 2008; 61:227–271.
 101. Leka S, Griffiths A, Cox T. *Work organization and stress*. Geneva: World Health Organization; 2003. Prieiga per internetą: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42625/9241590475.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
 102. Meyer JP, Stanley DJ, Herscovitch L, Topolnytsky L. Affective, continuance, and normative commitment to the organization: A meta-analysis of antecedents, correlates, and consequences. *Journal of Vocational Behavior*. 2002; 61:20–52.
 103. Eatough EM, Chang C-H, Miloslavic SA, Johnson RE. Relationships of role stressors with organizational citizenship behavior: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*. 2011; 96:619–631.
 104. EU-OSHA. Dėl nelaimingų atsitikimų darbe ir profesinių ligų patiriamų išlaidų tarptautinis palyginimas; 2017. Prieiga per internet: <https://osha.europa.eu/lt/publications/international-comparison-cost-work-related-accidents-and-illnesses/view>.
 105. Hassard J, Teoh KRH, Visockaite G, Dewe P, Cox T. The cost of work-related stress to society: A systematic review. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2018; 23(1):1–17.
 106. Johnson JV, Hall EM. Dialectic between conceptual and causal enquiry in psychosocial work-environment research. *Journal of Occupational Health Psychology*. 1996; 1(4):362–374.
 107. Sauter SL, Hurrell JJr, Murphy LR, Levi L. Psychosocial and organizational factors. In J.M. Stellman (Ed.) *Encyclopaedia of Occupational Health and Safety* (Fourth Ed.), Geneva: International Labour Organization; 1998. p. 34.2–34.6.
 108. Quinlan M. Psychological and sociological approaches to the study of occupational illness: A critical review. *The Australian and New Zealand Journal of Sociology*. 1988; 24(2):189–207.
 109. Cox T, Griffiths A, Rial-Gonzalez E. *Research on work related stress*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2000.
 110. Karasek RA. Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*. 1979; 24:285–307.

111. Vander DM, Maes S. The job demand - control - support model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research. *Work and Stress*. 1999; 13:87–114.
112. Hausser JA, Mojzisch A, Niesel M, Schulz-Hardt S. Ten years on: A review of recent research on the Job Demand–Control(–Support) model and psychological well-being. *Work & Stress*. 2010; 24:1–35.
113. Johnson JV, Hall EM. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*. 1988; 78:1336–1342.
114. Johnson JV, Hall EM, Theorell, T. Combined effects of job strain and social isolation on cardiovascular disease morbidity and mortality in a random sample of the Swedish male working population. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. 1989; 15:271–279.
115. Siegrist J. Adverse health effects of high effort/low reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*. 1996; 1:27–41.
116. Van Veghel N, de Jonge J, Bosma H, Schaufeli WB. Reviewing the effort-reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. *Social Science & Medicine*. 2005; 60:1117–1131.
117. Calnan M, Wadsworth E, May M, Smith A, Wainwright D. Job strain, effort-reward imbalance, and stress at work: competing or complementary models? *Scandinavian Journal of Public Health*. 2004; 32:84–93.
118. De Jonge J, Bosma H, Peter R, Siegrist. Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: a large-scale cross-sectional study. *Soc Sci Med*. 2000; 50(9):1317–27.
119. Hurrell JJ Jr. Are you certain? Uncertainty, health, and safety in contemporary work. *Am J Public Health*. 1998; 88:1012–1013.
120. Adams JS. Inequity in social exchange. *Adv Exp Soc Psychol*. 1965; 2:267–99.
121. Greenberg J.A taxonomy of organizational justice theories. *Acad Manage Rev*. 1987; 12:9–22.
122. Moorman RH. Relationship between organizational justice and organizational citizenship behaviors: do fairness perceptions influence employee citizenship? *J Appl Psychol*. 1991; 76:845–855.
123. Elovainio M, Kivimäki M, Helkama K. Organizational justice evaluations, job control and occupational strain. *J Appl Psychol*. 2001; 86:418–424.

124. Elovainio M, Kivimäki M, Vahtera J. Organizational justice: evidence of a new psychosocial predictor of health. *Am J Public Health*. 2002; 92:105–8.
125. Elovainio M, Heponiemi T, Sinervo T, Magnavita N. Organizational justice and health; review of evidence. *G Ital Med Lav Ergon*. 2010; 32(3 Suppl B):B5–B9.
126. Warr PB. *Work, unemployment, and mental health*. Oxford, England: Oxford University Press; 1987.
127. Warr P B. Decision latitude, job demands, and employee wellbeing. *Work and Stress*. 1990; 4:285–294.
128. De Jonge J, Schaufeli WB. Job characteristics and employee well-being: A test of Warr's Vitamin Model in health care workers using structural equation modelling. *Journal of Organizational Behavior*. 1998; 19:387–407.
129. Parkes KR. Locus of control as moderator: An explanation for additive versus interactive findings in the demand-discretion model of work stress. *British Journal of Psychology*. 1991; 82:291–312.
130. Jeurissen T, Nyklicek I. Testing the Vitamin Model of job stress in Dutch health care workers. *Work and Stress*. 2001; 15(3):254–264.
131. Meyerding SGH. Job Characteristics and Job Satisfaction: A Test of Warr's Vitamin Model in German Horticulture. *The Psychologist-Manager Journal*. 2015; 18(2):86–107.
132. Dawis RV, Lofquist LH. *A Psychological Theory of Work Adjustment*. Minneapolis, MN: Univ. Minnesota Press; 1984.
133. Schneider B. The people make the place. *Pers. Psychol*. 1987; 40:437–53.
134. Edwards JR, Cooper CL. The person-environment fit approach to stress: recurring problems and some suggested solutions. *J. Organ. Behav*. 1990; 11:293–307.
135. Kristof-Brown A, Zimmerman RD, Johnson E. Consequences of Individual's Fit at Work: A Meta-Analysis of Person-Job, Person-Organization, Person-Group, and Person-Supervisor Fit. *Personnel Psychology*. 2005; 58(2):281–342.
136. Van Vianen AEM. Person-Environment Fit: A Review of Its Basic Tenets. *Annu. Rev. Organ. Psychol. Organ. Behav*. 2018; 5:75–101.
137. De Frank RS, Cooper CL. Worksite stress management interventions: Their effectiveness and conceptualization. *Journal of Managerial Psychology*. 1987; 2(1):4-10.

138. Ivancevich JM, Matteson MT, Freedman SM, Phillips JS. Worksite stress management interventions. *American Psychologist* 1990; 45(2):252-61.
139. De Jonge J, Dollard MF. Stress in the workplace: Australian Master OHS and environment guide. CCH, Sydney, Australia; 2002.
140. Giga SI, Cooper CL, Faragher B. The development of a framework for a comprehensive approach to stress management interventions at work. *International Journal of Stress Management*. 2003;10(4):280-96.
141. Caulfield N, Chang D, Dollard MF, Elshaug C. A review of occupational stress interventions in Australia. *International Journal of Stress Management*. 2004; 11(2):149-66.
142. Holman D, Johnson S, O'Connor E. Stress Management Interventions: Improving Subjective Psychological Well-Being in the Workplace. In: Diener E, Oishi S, Tay L (Eds.), *Handbook of well-being*. Salt Lake City, UT: DEF Publishers; 2018.
143. LaMontagne AD, Louie A, Keegel T, Ostry A, Shaw A. 'Workplace Stress in Victoria: Developing a Systems Approach': Victorian Health Promotion Foundation; 2005.
144. Anger WK, Elliot DL, Bodner T, Olson R, Rohlman DS, Truxillo DM, et al. Effectiveness of total worker health interventions. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2015; 20:226–247. doi.org/10.1037/a0038340
145. Ghazavi Z, Lohrasbi F, Mehrabi T. Effect of communication skill training using group psycho-education method on the stress level of psychiatry ward nurses. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2010; 15:395–400.
146. Leiter MP, Laschinger HK, Day A, Oore DG. The impact of civility interventions on employee social behavior, distress, and attitudes. *Journal of Applied Psychology*. 2011; 96:1258–74. doi.org/10.1037/a0024442
147. Aust B, Nielsen MBD, Grundtvig G, Buchardt HL, Ferm L, Andersen I, et al. Implementation of the Danish return-to-work program: process evaluation of a trial in 21 Danish municipalities. *Scand J Work Environ Health*. 2015; 41(6):529–541.
148. Czała C, Charzyn' K, Mroziak B. Psychosocial interventions in workplace mental health promotion: an overview. *Health Promotion International*. 2011; 26(1):70–84. doi:10.1093/heapro/dar050
149. LaMontagne AD, Keegel T, Louie AM, Ostry A, Landsbergis PA. A systematic review of the job-stress intervention evaluation literature, 1990–2005. *Int J Occup Environ Health*. 2007; 13:268–280.

150. Mills PR, Kessler RC, Cooper J, Sullivan S. Impact of a health promotion program on employee health risks and work productivity. *Am J Health Promot.* 2007; 22:45–53.
151. Kinnunen-Amoroso M, Liira J. Management of work-related stress by Finnish occupational physicians. *Occupational Medicine.* 2013; 63:361–364.
152. Van der Klink JJL, Blonk RWB, Schene AH, van Dijk FJH. The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health.* 2001; 91:270–276.
153. Reynolds S. Interventions: what works, what doesn't? *Occup. Med.* 2000; 50(5):315–319.
154. Biron C, Gatrell CJ, Cooper C. Autopsy of a Failure: Evaluating Process and Contextual Issues in an Organizational-Level Work Stress Intervention. *International Journal of Stress Management.* 2010; 17(2):135–158.
155. Kenny DT, Cooper CL. Introduction: Occupational stress and its management. *International Journal of Stress Management.* 2003; 10(4):275–279.
156. Randall R, Cox T, Griffiths A. Participants' accounts of a stress management intervention. *J. Hum. Relat.* 2007; 60:1181–1209.
157. Murphy LR. Stress management in work settings: A critical review of health effects. *American Journal of Health Promotion.* 1996; 11:112–35.
158. Jones MC, Wells M, Gao C, Cassidy B, Davie J. Work stress and well-being in oncology settings: a multidisciplinary study of health care professionals. *Psychooncology.* 2013; 22(1):46–53.
159. Gonçalves SP, José G. Neves JG. *Occupational Health Psychology from burnout to well-being.* Scientific & Academic Publishing, USA; 2012. Prieiga per internetą: <<http://www.sapub.org/Book/978-0-9838996-7-9.html>>.
160. Gröpel P, Kuhl J. Work-life balance and subjective well-being: The mediating role of need fulfillment. *British Journal of Psychology.* 2009; 100(2):365–375.
161. Eurofound. *Working time and work-life balance in a life course perspective.* Dublin; 2012.
162. Kalliath T, Brough P. Work-life balance: A review of the meaning of the balance construct. *J. Manag. Organ.* 2008; 14:323–327.
163. Ozbilgin MF, Beauregard TA, Tatli A, Bell MP. Work-life, diversity and intersectionality: A critical review and research agenda. *Int. J. Manag. Rev.* 2011; 13:177–198.

164. Casper WJ, Vaziri H, Wayne JH, DeHauw S, Greenhaus J. The jingle-jangle of work-nonwork balance: A comprehensive and meta-analytic review of its meaning and measurement. *Journal of Applied Psychology*. 2018; 103(2):182–214.
165. Gragnano A, Simbula S, Miglioretti M. Work–Life Balance: Weighing the Importance of Work–Family and Work–Health Balance. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020; 17:907.
166. Casper WJ, Weltman D, Kwesiga E. Beyond family-friendly: The construct and measurement of singles-friendly work culture. *J. Vocat. Behav.* 2007; 70:478–501.
167. OECD. *OECD Factbook 2013: Economic, Environmental and Social Statistics*; OECD Factbook; OECD Publishing: Paris, France; 2018.
168. Keeney J, Boyd EM, Sinha R, Westring AF, Ryan AM. From “work-family” to “work-life”: Broadening our conceptualization and measurement. *J. Vocat. Behav.* 2013; 82:221–237.
169. Spector PE, Jex SM. Relations of job characteristics from multiple data sources with employee affect, absence, turnover intentions, and health. *Journal of Applied Psychology*. 1991; 76(1):46–53
170. Oldham GR, Hackman JR, Pearce JL. Conditions under Which Employees Respond Positively to Enriched Work. *Journal of Applied Psychology*. 1976; 61(4):395–403.
171. Haly MK. A Review of Contemporary Research on the Relationship Between Occupational Stress and Social Support: Where Are We Now? *The Australian and New Zealand Journal of Organisational Psychology*. 2009; 2:44–63.
172. Zapf D. Emotion work and psychological well-being: A review of the literature and some conceptual considerations. *Human Resource Management Review*. 2002; 12:237–268.
173. Pluuta H, Iliesb R, Curşeu PL, Liue Y. Social support at work and at home: Dual-buffering effects in the workfamily conflict process. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 2018; 146:1–13.
174. Viswesvaran C, Sanchez JI, Fisher J. The role of social support in the process of work stress: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*. 1999; 54:314–334.
175. Schaubroeck J, Fink LS. Facilitating and inhibiting effects of job control and social support on stress outcomes and role behavior: a contingency model. *Journal of Organizational Behavior*. 1998; 19:167–195.
176. Kazi A, Haslam CO. Stress management standards: a warning indicator for employee health. *Occupational Medicine*. 2013; 63:335–340.

177. Eisenberger R, Huntington R, Hutchison S, Sowa D. Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*. 1986; 71:500–507.
178. Caesens G, Stinglhamber F, Demoulin S, De Wilde M. Perceived organizational support and employees' well-being: the mediating role of organizational dehumanization. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 2017; 26(4):527–540.
179. Rhoades L, Eisenberger R. Perceived organizational support: A review of the literature. *J. Appl. Psychol.* 2002; 87:698–714.
180. Riggall RJ, Edmondson DR, Hansen JD. A meta-analysis of the relationship between perceived organizational support and job outcomes: 20 years of research. *J. Bus. Res.* 2009; 62:1027–1030.
181. Imran MY, Elahi NS, Abid G, Ashfaq F, Ilyas S. Impact of Perceived Organizational Support on Work Engagement: Mediating Mechanism of Thriving and Flourishing. *J. Open Innov. Technol. Mark. Complex.* 2020; 6(3):82.
182. Randall ML, Cropanzano R, Borman CA, Birjulin A. Organizational politics and organizational support as predictors of work attitudes, job performance, and organizational citizenship behaviors. *J. Organ. Behav.* 1999; 20:159–174.
183. Stamper CL, Johlke MC. The Impact of Perceived Organizational Support on the Relationship Between Boundary Spanner Role Stress and Work Outcomes. *Journal of Management*. 2003; 29(4):569–588.
184. Spector PE. Perceived Control by Employees: A Meta-Analysis of Studies Concerning Autonomy and Participation at Work. *Human Relations*. 1986; 39(11):1005–1016.
185. Mackie KS, Holahan CK, Gottlieb NH. Employee involvement management practices, work stress, and depression in employees of a human services residential care facility. *Human Relations*. 2001; 54(8):1065–1092.
186. Kieselbach T. Health in restructuring: Innovative approaches and policy recommendations (HIRES). European Expert Group on Health in Restructuring. Reiner Hampp Verlag, Germany, Muenchen; 2009.
187. Nieuwenhuijsen K, Verbeek JHAM, de Boer AGEM, Blonk RWB, van Dijk FJH. Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems. *Occupational and Environmental Medicine*. 2004; 61:817–823.
188. Sparr JL, Sonnentag S. Fairness perceptions of supervisor feedback, LMX, and employee well-being at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 2008; 17(2):198–225.

189. Bakker AB, Killmer CH, Siegrist J, Schaufeli WB. Effort-reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2000; 31:884–891.
190. Van Vegchel N, De Jonge J, Meijer T, Hamers JPH. Different effort constructs and effort-reward imbalance: Effects on employee well-being in ancillary health care workers. *Journal of Advanced Nursing*. 2002; 34:128–136.
191. Van Vegchel N, De Jonge J, Bakker A, Schaufeli W. Testing global and specific indicators of rewards in the effort-reward imbalance model: Does it make any difference? *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 2002; 11:403–421.
192. Sweeney PD, McFarlin DB. Wage comparisons with similar and dissimilar others. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 2005; 7(8):113–131.
193. Jahromi KM, Minaei S, Abdollahifard S, Maddahfar M. The Effect of Stress Management on Occupational Stress and Satisfaction among Midwives in Obstetrics and Gynecology Hospital Wards in Iran. *Global Journal of Health Science*. 2016; 8(9): 91–98.
194. Lindquist TL, Cooper CL. Using lifestyle and coping to reduce job stress and improve health in ‘at risk’ office workers. *Stress Medicine*. 1999; 15(3):143–152.
195. Cox T, Karanika M, Griffiths A, Houdmont J. Evaluating organizational-level work stress interventions: Beyond tradition methods. *Work & Stress*. 2007; 21:348–362.
196. Bergerman L., Corabian P. ir Harstall C. Effectiveness of organizational interventions for the prevention of occupational stress. The Institute of Health Economics, Canada; 2009.
197. Bourbonnais R, Brisson C, Vinet A, Vézina M, Abdous B, Gaudet M. Effectiveness of a participative intervention on psychosocial work factors to prevent mental health problems in a hospital setting. *Occup. Environ. Med*. 2006; 63:335–342.
198. Milner A, Butterworth P, Bentley R, Kavanagh AM, LaMontagne AD. Sickness Absence and Psychosocial Job Quality: An Analysis from a Longitudinal Survey of Working Australians, 2005–2012. *Am. J. Epidemiol*. 2015; 181:781–788.
199. Egan M, Bambra C, Thomas S, Petticrew M, Whitehead M, Thomson H. The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. 1. A systematic review of organisational-level interventions that aim to increase employee control. *J. Epidemiol. Community Health*. 2007; 61:945–954.

200. Nielsen K, Fredslund H, Christensen KB, Albertsen K. Success or failure? Interpreting and understanding the impact of interventions in four similar worksites. *J. Work Stress*. 2006; 20:272–287.
201. Aust B, Rugulies R, Finken A, Jensen C. When workplace interventions lead to negative effects: Learning from failures. *Scand. J. Public Health*. 2010; 38:106–119.
202. Dahl-Jørgensen C, Saksvik PØ. The impact of two organizational interventions on the health of service sector workers. *International Journal of Health Services*. 2005; 35:529–549.
203. Daniels K, Gedikli C, Watson D, Semkina A, Vaughn O. Job design, employment practices and well-being: a systematic review of intervention studies. *Ergonomics*. 2017; 60(9):1177–1196.
204. Johnson S, Cox T, Cartwright S, Donald I, Taylor P, Millet C. The experience of work-related stress across occupations. *Journal of Managerial Psychology*. 2005; 20(2):178–187.
205. Chan KB, Lai G, Ko YC, Boey KW. Work stress among six professional groups: The Singapore experience. *J Soc Sci Med*. 2000; 50:1415–1432.
206. Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*. 2020; 7(4):e15–e16.
207. George C, Le Fevre M. Research Note: Stress Management Practice: Is it Effective? *New Zealand Journal of Employment Relations*. 2010; 35(2):97–118.
208. Williams KY, O'Reilly CA. Demography and diversity in organizations: A review of 40 years of research. *Research in organizational behavior*. 1998; 20:77–140.
209. Kearney E, Gebert D, Voelpel SC. When And How Diversity Benefits Teams: The Importance Of Team Members' Need For Cognition. *Academy of Management Journal*. 2017; 52(3):581–598.
210. Chatman JA, Polzer TJ, Barsade SG, Neale MA. Being Different Yet Feeling Similar: The Influence of Demographic Composition and Organizational Culture on Work Processes and Outcomes. *Administrative Science Quarterly*. 1998; 43(4):749–780.
211. Jehn KA, Northcraft GB, Neale M.A. Why differences make a difference: A field study of diversity, conflict, and performance in workgroups. *Administrative Science Quarterly*. 1999; 44:741–763.
212. Chattopadhyay P. Beyond direct and symmetrical effects: The influence of demographic dissimilarity on organizational citizenship behavior. *Academy of Management Journal*. 1999; 42:273–287.

213. Wegge J, Roth C, Kanfer R, Neubach B, Schmidt KH. Age and gender diversity as determinants of performance and health in a public organization: The role of task complexity and group size. *Journal of Applied Psychology*. 2008; 93:1301–1313.
214. Bell ST, Villado AJ, Lukasik MA, Belau L, Briggs AL. Getting Specific about Demographic Diversity Variable and Team Performance Relationships: A Meta-Analysis. *Journal of Management*. 2011; 37(3): 709–743.
215. Narayanan L, Menon S, Spector PE. Stress in the workplace: A comparison of gender and occupations. *Journal of Organizational Behavior*. 1999a; 20:63–73.
216. Galanakis M, Stalikas A, Kallia H, Karagianni C, Karela C. Gender differences in experiencing occupational stress: the role of age, education and marital status. *Stress and Health*. 2009; 25:397–404.
217. Herrero SG, Saldaña MÁM, Rodríguez JG, O.Ritzel D. Influence of task demands on occupational stress: Gender differences. *Journal of Safety Research*. 2012; 43(5–6):365–374.
218. Gyllensten K, Palmer S. The role of gender in workplace stress: a critical literature review. *Health Education Journal*. 2005; 64:271–288.
219. Essar N, Ben-Ezra M, Langer S, Palgi Y. Gender differences in response to war stress in hospital personnel: Does profession matter? A preliminary study. *Eur. J. Psychiat*. 2008; 22(2):77–83.
220. Moya PN, Carrasco MG, Hoz EV. Psychosocial risk and protective factors for the health and wellbeing of professionals working in emergency and non-emergency medical transport services, identified via questionnaires. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 2017; 25:88.
221. Purvanova RK, Muros JP. Gender differences in burnout: a meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*. 2010; 77:168–185.
222. Franke GR, Crown DF, Spake DF. Gender differences in ethical perceptions of business practices: A social role theory perspective. *The Journal of Applied Psychology*. 1997; 82:920–934.
223. Eagly AH. The science and politics of comparing men and women. *The American Psychologist*. 1995; 50:145–158.
224. Vyriausybės strateginės analizės centras. Senstanti Lietuvos visuomenė. STRATA; 2020. Prieiga per internetą:
<<https://strata.gov.lt/lt/naujienos/8-naujienos/774-analitineje-apzvalgoje-zvilgsnis-i-senejancios-visuomenes-problematika?tmpl=component&print=1&page=>>.

225. Mäkikangasa A, Kinnunenb U, Feldta T, Schaufelic W. The longitudinal development of employee wellbeing: A systematic review. *J. Work Stress*. 2016; 30:46–70.
226. Truxillo DM, Fraccaroli F. Research themes on age and work: introduction to the Special Issue. *Eur J Work Organ Psychol*. 2013; 22:249–252.
227. Truxillo DM, Cadiz DA, Rineer JR. Designing jobs for an aging workforce: An opportunity for occupational health. In: Houdmont J, Leka S, Sinclair RR (Eds.). *Contemporary occupational health psychology: Global perspectives on research and practice*. Oxford: Oxford University Press; 2012. p. 109–125.
228. Grant AM, Fried Y, Juillerat T. Work matters: Job design in classic and contemporary perspectives. In: Zedeck S. (Ed.). *APA handbook of industrial and organizational psychology*. Washington, DC: American Psychological Association; 2010. p. 417–453.
229. Scheibe S, Zacher H. A lifespan perspective on emotion regulation, stress, and wellbeing in the workplace. In: Perrewé PL, Rosen CC, Halbesleben J (Eds.). *The role of emotion and emotion regulation in job stress and well being*. Bingley: Emerald Group Publishing; 2013. p. 163–194.
230. Mauno S, Ruokolainen M, Kinnunen U. Does aging make employees more resilient to job stress? Age as a moderator in the job stressor well-being relationship in three Finnish occupational samples. *Aging and Mental Health*. 2013; 17:411–422.
231. Staudinger U, Kunzmann U. Positive adult personality development. Adjustment and/ or growth? *European Psychologist*. 2005; 10:320–329.
232. Charles ST, Carstensen LL. Social and emotional aging. *Annual Review of Psychology*. 2009; 61:383–409.
233. Isaacowitz DM, Blanchard-Fields F. Linking process and outcome in the study of emotion and aging. *Perspectives on Psychological Science*. 2012; 7:3–17.
234. Queirós C, Marques JA. Burnout in Portuguese Male Samples: A Comparative Study between Nurses, Teachers and Police Officers. In: Gonçalves SP, José G. Neves JG. *Occupational Health Psychology from burnout to well-being*. Scientific & Academic Publishing, USA; 2012.
235. Ramos R, Jenny G, Bauer G. Age-related effects of job characteristics on burnout and work engagement. *Occupational Medicine*. 2016; 66:230–237.
236. Bandzienė A. Kompleksinis streso darbe valdymas. *Daktaro disertacija. ISM Vadybos ir ekonomikos universitetas, Kaunas, Lietuva*; 2009.

237. Marinaccio A, Ferrante P, Corfiati M, Tecco C, Rondinone BM, Bonafede M, et al. The relevance of socio-demographic and occupational variables for the assessment of work related stress risk. *BMC Public Health*. 2013; 13:1157–1165.
238. Kulvinskienė VR, Bandzienė A. Streso darbe ekonominis kontekstas. *Ekonomika*. 2008; 82:75–90.
239. Dèdelè A, Miškinytė A, Andrušaitytė S, Bartkutė Ž. Perceived Stress Among Different Occupational Groups and the Interaction with Sedentary Behaviour. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2019; 16: 4595.
240. Peiro JM, Gonzalez-Roma V, Tordera N, Manas MA. Does role stress predict burnout over time among health care professionals? *Psychol. Health*. 2001; 16(5):511–25.
241. Mazzola JJ, Schonfeld IS, Spector PE. What Qualitative Research has Taught us about Occupational Stress. *Stress and Health*. 2011; 27:93–110.
242. Bakker AB, Heuven E. Emotional dissonance, burnout, and in-role performance among nurses and police officers. *International Journal of Stress Management*. 2006; 13(4):423–440.
243. Maslach C, Leiter M. The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it. San Francisco: Jossey-Bass; 1997.
244. Dignam JT, Barrera MJr, West SG. Occupational stress, social support, and burnout among correctional officers. *Am J Community Psychol*. 1986;14(2):177–93.
245. Krämer T, Schneider A, Spieß E, Angerer P, Weigl M. Associations between job demands, work-related strain and perceived quality of care: A longitudinal study among hospital physicians. *Int. J. Qual. Health Care*. 2016; 28:824–829.
246. Firth-Cozens J, Greenhalgh J. Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Soc. Sci. Med*. 1997; 44:1017–1022.
247. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. Lietuvos Respublikos Seimo 1996 m. birželio 6 d. nutarimas Nr. I-1367. Prieiga per internetą:
<<https://www.e-tar.lt/portal/legalAct.html?documentId=TAR.C81BD50A27C6>>.
248. Currie G, Finn R, Martin G. Role transition and the interaction of relational and social identity: new nursing roles in the English NHS. *Organ Stud*. 2010; 31:941–61.
249. Carrieri D, Pearson M, Mattick K, Papoutsis C, Briscoe, Wong G, et al. Interventions to minimise doctors' mental ill-health and its impacts on

- the workforce and patient care: the Care Under Pressure realist review. *Health Serv Deliv Res*. 2020; 8(19).
250. Lee RT, Seo B, Hladkyj S, Lovell BL, Schwartzmann L. Correlates of physician burnout across regions and specialties: a metaanalysis. *Human Resources for Health*. 2013; 28;11:48.
 251. Shanafelt TD, West CP, Sloan JA, Novotny PJ, Poland GA, Menaker R, Rummans TA, Dyrbye LN. Career fit and burnout among academic faculty. *Arch Intern Med*. 2009; 169:990–995.
 252. Janssen PM, deJonge J, Bakker AB. Specific determinants of intrinsic work motivation: a study among nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 1999; 29:1360–1369.
 253. Gray-Toft P, Anderson JG. Stress among hospital nursing staff: Its causes and effects. *Social Science and Medicine*. 1981; 15(5):639–647
 254. Lee I, Wang HH. Perceived occupational stress and related factors in community nurses. *Journal of Nursing Research*. 2002; 10(4):253–260.
 255. Shader K, Broome ME, Broome CD, West ME, Nash M. Factors influencing satisfaction and anticipated turnover for nurses in an academic medical center. *Journal of Nursing Administration*. 2001; 31(4):210–216.
 256. Perdikaris P, Kletsiou E, Gymnopoulos E, Matziou V. The relationship between workplace, job stress and nurses' tobacco use: a review of the literature. *Int J Environ Res Public Health*. 2010; 7(5):2362–2375.
 257. Žutautienė R, Radišauskas R, Ustinavičienė R, Kirvaitienė J, Rakutyte K. Gydytojų psichosocialiniai darbo aplinkos veiksniai ir jų sąsajos su gyvenimo kokybe. *Sveikatos mokslai*. 2019; 29(4):53–59.
 258. McVicar A. Workplace stress in nursing: a literature review. *J Adv Nurs*. 2003; 44:633–42.
 259. Nielsen K, Taris TW, Cox T. The future of organizational interventions: Addressing the challenges of today's organizations. *Work & Stress*. 24(3):219–233.
 260. Vanagas G, Bihari-Axelsson S, Vanagienė V. Do age, gender and marital status influence job strain development for general practitioner? *Medicina*. 2004; 40:1014–1018.
 261. McMurray JE, Williams E, Schwartz MD, Douglas, J, Van Kirk J, Konrad TR, et al. Physician Job Satisfaction. *J Gen Intern Med*. 1997; 12:711–714.
 262. McCarthy VJC, Power S, Greiner BA. Perceived occupational stress in nurses working in Ireland. *Occupational Medicine*. 2010; 60:604–610.
 263. Saunders M, Lewis P, Thornhill A. *Research Methods for Business Students*. (3th ed.). Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall; 2003.

264. European Agency for Safety and Health at Work. E-guides/e-tools. Prieiga per internetą: <<https://osha.europa.eu/en/tools-and-resources/e-guides>>.
265. Mucci N, Giorgi G, Cupelli V, Gioffrè PA, Rosati MV, Tomei F, et al. Work-related stress assessment in a population of Italian workers. The Stress Questionnaire. *Science of the Total Environment*. 2015; 502:673–679.
266. Kardelis K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Kaunas: Judex, 2002.
267. World Health Organization. Substantial investment needed to avert mental health crisis. World Health Organization, Geneva; 2020. Prieiga per internetą: <<https://www.who.int/news/item/14-05-2020-substantial-investment-needed-to-avert-mental-health-crisis>>.
268. Humphries N, McDermott AM, Creese J, Matthews A, Conway E, Byrne J-P. Hospital doctors in Ireland and the struggle for work–life balance. *European Journal of Public Health*. 2020; 30(4):iv32–iv35.
269. Gustainienė L, Bakšienė V. Medicinos darbuotojų stresogeninių darbo veiksnių sąsajos su socialiniu palaikymu ir subjektyvia sveikata. *Visuomenės sveikata*. 2008; 2(41): 47–55.
270. The Labour Research Department for the Social Dialogue Committee for Central Government Administrations. Well-being and occupational safety & health (OSH) in central government administrations: tackling psychosocial risks at work. EUPAE & TUNED; 2017. Prieiga per internetą: <https://www.epsu.org/de/search?f%5B0%5D=policies%3A172&f%5B1%5D=sectors%3A88&search_api_fulltext=&page=1>.
271. Smith F, Lachish S, Goldacre MJ, Lambert TW. Factors influencing the decisions of senior UK doctors to retire or remain in medicine: national surveys of the UK-trained medical graduates of 1974 and 1977. *BMJ Open* 2017; 7:e017650.
272. European Agency for Safety and Health at Work. Risk assesment in health care. E-facts 18; 2007. Prieiga per internetą: <<http://www.osha.europa.eu/en/publications/e-facts/efact18>>.
273. Froneberg B. National and international response to occupational hazards in the healthcare sector. *Ann NY Acad Sci*. 2006; 1076:607–14.
274. Eurostatas. Europos nelaimingų atsitikimu darbe statistika; 2019. Prieiga per internetą: <<https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>>.

275. Aiken LH, Sloane DM. Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *International Journal for Quality in Health Care*. 2002; 14(1):5–13.
276. Biswas S, Bhatnagar J. Mediator Analysis of Employee Engagement: Role of Perceived Organizational Support, P-O Fit, Organizational Commitment and Job Satisfaction. *The Journal for Decision Makers*. 2013; 38(1):27–40.
277. Visser MRM, Smets EMA, Oort FJ, de Haes HCJM. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *Canadian Medical Association Journal*. 2003; 168(3):271–5.
278. Kravits K, McAllister-Black R, Grant M, Kirk C. Self-care strategies for nurses: A psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout. *Applied Nursing Research*. 2010; 23(3):130–8.
279. Eurostat: Majority of health jobs held by women. Prieiga per internetą: <<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostatnews/-/DDN-20200409-2>>.
280. Kanfer R, Ackerman PL. Aging, work motivation, and adult development. *Academy of Management Review*. 2004; 29:440–458.
281. Zacher H, Frese M. Remaining time and opportunities at work: Relationships between age, work characteristics, and occupational future time perspective. *Psychology and Aging*. 2009; 24:487–493.
282. Brewer EW, Shapard L. Employee Burnout: a meta-analysis of the relationship between age or years of experience. *Hum Resour Dev Rev*. 2004; 3:102–123.
283. Myrtek M, Fichter A, Strittmatter M, Brügger G. Stress and strain of blue and white collar workers during work and leisure time: results of psycho-physiological and behavioral monitoring. *Appl Ergon*. 1999; 30:341–51.
284. Heponiemi T, Kouvonen A, Aalto AM, Elovainio M. Psychosocial factors in GP work: The effects of taking a GP position or leaving GP work. *Eur J Public Health*. 2012; 23:361–366.
285. Nikolic D, Višnjic A. Mobbing and Violence at Work as Hidden Stressors and Work Ability among Emergency Medical Doctors in Serbia. *Medicina*. 2020; 56:31.
286. Boran A, Shawaheen M, Khader Y, Amarin Z, Rice VH. Work-related stress among health professionals in northern Jordan. *Occupational Medicine*. 2012; 62:145–147.
287. Moustaka E, Constantinidis TC. Sources and effects of Work-related stress in nursing. *Health Science Journal*. 2010; 4(4): 210–216.

PRIEDAI

TYRIMO ANKETA

Gerbiamas respondente, ši apklausa yra atliekama, siekiant išsiaiškinti bendrą streso lygį ir tam tikrus stresui darbe turinčius įtakos psichosocialinius rizikos veiksnius.

Savo atsakymus pažymėkite apibrėždami atitinkamą skaičių nuo 1 iki 5.

Jūsų atsakymai yra anoniminiai ir bus panaudoti tik tyrimo tikslams.

NUOŠIRDŽIAI DĖKOJAME

1. Mano veiksmai ir priimami sprendimai gali turėti įtakos kitų žmonių saugumui ar savijautai.	Visiškai nesutinku	1	2	3	4	5	Visiškai sutinku
2. Aš visada galiu tikėtis tiesioginio vadovo pagalbos sprendžiant darbo problemas.	Visiškai nesutinku	1	2	3	4	5	Visiškai sutinku
3. Įstaiga vertina mano indėlį į bendrų tikslų pasiekimą	Visiškai nesutinku	1	2	3	4	5	Visiškai sutinku
4. Atlygis už mano darbą yra nustatomas teisingai.	Visiškai nesutinku	1	2	3	4	5	Visiškai sutinku
5. Jaučiu, kad darbas trukdo mano asmeniniam gyvenimui.	Visiškai nesutinku	1	2	3	4	5	Visiškai sutinku
6. Mano atliekamas darbas yra paprastas ir pasikartojantis.	Visiškai nesutinku	1	2	3	4	5	Visiškai sutinku
7. Dirbu sveikatai kenksmingoje / pavojingoje aplinkoje.	Visiškai nesutinku	1	2	3	4	5	Visiškai sutinku
8. Įstaiga rūpinasi mano gera savijauta.	Visiškai nesutinku	1	2	3	4	5	Visiškai sutinku
9. Mano atliekamo darbo rezultatus teisingai atsispindi atlygis.	Visiškai nesutinku	1	2	3	4	5	Visiškai sutinku
10. Darbas man suteikia galimybę daryti tai, ką aš geriausiai moku.	Visiškai nesutinku	1	2	3	4	5	Visiškai sutinku
11. Gaunu pakankamai mokymų apie streso valdymą.	Visiškai nesutinku	1	2	3	4	5	Visiškai sutinku
12. Aš nesuprantu, koks mano darbo indėlis į bendrą įstaigos tikslo įgyvendinimą.	Visiškai nesutinku	1	2	3	4	5	Visiškai sutinku
13. Net jei ir pasiekčiau geriausių rezultatų, įstaiga to nepastebėtų.	Visiškai nesutinku	1	2	3	4	5	Visiškai sutinku
14. Įstaigai rūpi mano nuomonė.	Visiškai nesutinku	1	2	3	4	5	Visiškai sutinku

15. Aš negaliu atlikti kai kurių užduočių, nes esu per daug užsiėmęs (-usi).	Visiškai nesutinku	1	2	3	4	5	Visiškai sutinku
16. Aš dirbu labai intensyviai.	Niekada	1	2	3	4	5	Visada
17. Aš pats (-i) nustatau savo darbo tempą.	Niekada	1	2	3	4	5	Visada
18. Tiesioginis vadovas mane informuoja, kai mano darbo rezultatai geri.	Niekada	1	2	3	4	5	Visada
19. Prie manęs priekabiau jama tiek nemaloniais žodžiais, tiek veiksmais.	Niekada	1	2	3	4	5	Visada
20. Tiesioginis vadovas atsižvelgia į mano nuomonę.	Niekada	1	2	3	4	5	Visada
21. Aš esu informuojamas (-a) apie tai, kas vyksta įstaigoje.	Niekada	1	2	3	4	5	Visada
22. Aš pats (-i) galiu pasirinkti, kaip atlikti man pavestą darbą.	Niekada	1	2	3	4	5	Visada
23. Tarp mano kolegų yra trintis ir konfliktai.	Niekada	1	2	3	4	5	Visada
24. Su tiesioginiu vadovu galiu kalbėti apie tai, kas mane liūdina ar erzina darbe.	Niekada	1	2	3	4	5	Visada
25. Aš dirbu ilgus viršvalandžius.	Niekada	1	2	3	4	5	Visada
26. Kai reikia, aš sulaukiu kolegų pagalbos ir paramos.	Niekada	1	2	3	4	5	Visada
27. Tiesioginis vadovas man pasako, kai mano darbo rezultatai neatitinka jo lūkesčių.	Niekada	1	2	3	4	5	Visada
28. Turiu galimybes diskutuoti ir pareikšti abejonių dėl priimamų sprendimų.	Niekada	1	2	3	4	5	Visada
29. Man yra aiškiai komunikuojami mano darbo tikslai ir užduotys.	Niekada	1	2	3	4	5	Visada
30. Man nustatomi neįvykdomi darbų atlikimo terminai	Niekada	1	2	3	4	5	Visada
31. Įstaiga tikisi iš manęs daugiau, nei mano žinios ir įgūdžiai leidžia pasiekti.	Niekada	1	2	3	4	5	Visada
32. Santykiai darbe yra įtempti.	Niekada	1	2	3	4	5	Visada
33. Man kolegos rodo pagarbą, kurios esu nusipelnęs (-iusi).	Niekada	1	2	3	4	5	Visada
34. Tiesioginis vadovas mane pagiria, kai taikau tinkamus darbo metodus.	Niekada	1	2	3	4	5	Visada

35. Man paaiškinamos įstaigoje vykdomų pokyčių priežastys ir tikslai.	Niekada	1	2	3	4	5	Visada
36. Tiesioginis vadovas man pasako, kai darbe elgiuosi netinkamai.	Niekada	1	2	3	4	5	Visada
37. Aš sulaukiu sunkiai tarpusavyje suderinamų reikalavimų iš dviejų ar daugiau asmenų.	Niekada	1	2	3	4	5	Visada
38. Mano kolegės noriai išklauso mano problemas, susijusias su darbu.	Niekada	1	2	3	4	5	Visada
39. Tiesioginis vadovas patikrina, ar aš teisingai supratau tai, ką jis man pasakė.	Niekada	1	2	3	4	5	Visada
40. Esu laiku informuojamas (-a) apie sprendimų priėmimą ir jų įgyvendinimą.	Niekada	1	2	3	4	5	Visada
41. Kai darbe vykdomi pokyčiai, man aišku, kaip tai bus įgyvendinta praktiškai.	Niekada	1	2	3	4	5	Visada
42. Darbe patiriu stresą.	Niekada	1	2	3	4	5	Visada
43. Jūsų lytis:	1. Vyras ☐ 2. Moteris ☐						
44. Jūsų amžius (įrašykite Jums suėjusių metų skaičių)							
45. Jūsų išsilavinimas (pažymėkite Jums tinkamą atsakymą):	1. Aukštasis ☐ 2. Aukštesnysis ☐ 3. Kita ☐						

46. Jūsų pareigos (pažymėkite Jums tinkamą atsakymą):	1. Skyriaus vadovas ☐ 2. Gydytojas ☐ 3. Slaugytojas ☐ 4. Kitas medicinos personalas ☐
47. Jūsų darbo stažas (įrašykite iki šios dienos išdirbtų metų skaičių)	

PUBLIKACIJŲ DISERTACIJOS TEMA SĄRAŠAS

1. **Dudutienė D**, Juodaitė Račkauskienė A, Stukas R. Developing Stress Management Programs in a Public Primary Healthcare Institution: Should We Consider Health Workers' Sociodemographic Groups? *Medicina*. 2020; 56:162.
2. **Dudutienė D**, Juodaitė Račkauskienė A, Štaras K, Astrauskienė A, Stukas R. Streso ir psichosocialinių rizikos veiksnių diagnostika bei organizacinės intervencijos objektų prioritetų nustatymas tarp viešosios asmens sveikatos priežiūros įstaigos medicinos darbuotojų profesinių grupių. *Visuomenės sveikata*. 2020; 4(91): 45–51.

PRANEŠIMAI TARPTAUTINĖSE KONFERENCIJOSE

1. **Dudutienė D**, Juodaitė Račkauskienė A, Stukas R. Managing occupational stress: should we consider the sociodemographic groups of health workers? 16th World Congress on Public Health 2020. Roma, 2020 10 12–16.
2. **Dudutienė D**, Juodaitė Račkauskienė A, Stukas R. Diagnosis of psychosocial risk determinants and the prioritization of organizational intervention objects among medical occupational groups in a public healthcare institution. 1st International Electronic Conference on Medicine. Basel, 2021 06 20–30.
3. **Dudutienė D**, Juodaitė Račkauskienė A, Stukas R. Should an institution take care of mental health of health workers only during times of crisis? 22nd Congress of the European Anthropological Association. Vilnius (pranešimas priimtas, tačiau dėl COVID-19 situacijos perkeltas į 2022 m.).

CURRICULUM VITAE

Asmeninė informacija	Daiva Dudutienė Tel.: +370 687 61849 El. paštas: daiva.dudute@gmail.com	
IŠSILAVINIMAS		
Institucija	Kvalifikacija, laipsnis	Metai
Vilniaus Universitetas	Doktorantūros studijos (medicinos ir sveikatos mokslų srities, visuomenės sveikatos mokslo krypties)	2015-2021
Lietuvos sveikatos mokslų universitetas	Sveikatos mokslų magistras, vaistininkas	1991-1996
DARBO PATIRTIS		
Organizacija	Pozicija	Periodas
Sveikatos apsaugos ministerija	Strateginio planavimo ir valdymo skyriaus vyriausioji specialistė	2008 iki dabar
Europos Komisijos Sveikatos ir maisto saugos generalinis direktoratas	Deleguotas nacionalinis ekspertas (politikos analitikas)	2018-2020
Vilniaus Universiteto Medicinos fakultetas	Asistentė	2017-2018
Pasaulio sveikatos organizacija	Įrodymais grįstos politikos formavimo tinklo nacionalinis kontaktinis asmuo	2014-2018
Pasaulio sveikatos organizacija	Mokslinių įrodymų apžvalgos: Savižudybių prevencija: ką gali šeimos gydytojas? (Suicide Prevention: What Can The Gatekeepers of Health Sector Do?) recenzentas	2015-2016
Higienos institutas	Projekto "Visuomenės sveikatos plėtros strateginių kryptių nustatymas" ekspertas	2014-2015
Europos Komisijos Sveikatos ir maisto saugos generalinis direktoratas	Nacionalinis ekspertas, profesinė stažuotė sveikatos ir vartotojų apsaugos (rizikų vertinimas) srityje	2007-2008

Europos Komisijos Žmonėms skirtų vaistinių preparatų nuolatinis komitetas	Nacionalinis ekspertas žmonėms skirtų vaistų srityje	2003-2008
PROFESINĖ NARYSTĖ		
Europos Komisijos Jungtinių tyrimų centro mokslo bendruomenės	EU4FACTS – Įrodymais grįstos politikos mokslo bendruomenės narys	2020 iki dabar

UŽRAŠAMS

UŽRAŠAMS

UŽRAŠAMS

Vilniaus universiteto leidykla
Saulėtekio al. 9. LT-10222 Vilnius
El. p. info@leidykla.vu.lt, www.leidykla.vu.lt
Tiražas 18 egz.