



**VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS**

Išplėstinės praktikos slauga

Sveikatos mokslų institutas, Akušerijos ir slaugos katedra

Karina Sobolė, II kursas, I grupė

MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

Vadovavimo stiliaus ir lėtinio nuovargio sąsajos slaugos administratorių darbe

***The Relationship Between Leadership Style and Chronic Fatigue Among Nursing
Administrators***

Darbo vadovas

dr. Aušra Bilotienė-Motiejūnienė

Katedros ar klinikos vadovas

doc. dr. Agnė Jakavonytė-Akstinienė

Konsultantas

lekt. Rytis Jankauskas

Vilnius, 2026.

karina.sostak@mf.stud.vu.lt

TURINYS

TURINYS.....	2
SANTRUMPOS	3
SANTRAUKA.....	4
SUMMARY.....	5
LENTELIŲ SĄRAŠAS.....	6
ĮVADAS	7
1. LITERATŪROS APŽVALGA	9
1.1. Vadovavimo reikšmė sveikatos priežiūros sistemoje.....	9
1.2. Vadovavimo stilių samprata ir teorinis pagrindimas	12
1.3. Vadovavimo poveikis darbuotojų psichologinei gerovei	18
1.4. Lėtinio nuovargio samprata, formavimasis ir raiška	21
1.5. Lėtinio nuovargio poveikis darbo ir organizaciniam procesams	25
2. TYRIMO METODIKA	28
2.1. Tyrimo metodas ir pagrindumas	28
2.2. Tyrimo imtis	28
2.3. Tyrimo instrumentai	29
2.4. Tyrimo procesas	31
2.5. Duomenų apdorojimas ir analizės būdai	32
2.6. Tyrimo etika	33
3. TYRIMO REZULTATAI.....	34
3.1. Sociodemografiniai duomenys	34
3.2. Kintamųjų pasiskirstymo normalumo įvertinimas	35
3.3. Slaugos administratorių vadovavimo stiliaus įvertinimas (MLQ rezultatai).....	35
3.4. Slaugos administratorių nuovargio lygio įvertinimas (OFER rezultatai).....	36
3.5. Vadovavimo stiliaus ir nuovargio sąsajos	37
3.6. Demografinių rodiklių ir pagrindinių kintamųjų sąsajos.....	38
4. REZULTATŲ APTARIMAS.....	43
IŠVADOS.....	50
REKOMENDACIJOS.....	51
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	52
PRIEDAI	57
PADĖKA.....	65

SANTRUMPOS

BDAR - Bendrasis duomenų apsaugos reglamentas;

COVID-19 - koronaviruso liga 2019;

MLQ - Multifactor Leadership Questionnaire (Daugelio veiksmų lyderystės klausimynas);

OFER - Occupational Fatigue Exhaustion/Recovery Scale (Profesinio nuovargio, išsekimo ir atsigavimo skalė);

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences (statistinės analizės programinė įranga);

χ^2 - chi kvadrato statistika;

df - laisvės laipsniai;

n - imties dydis;

p - statistinio reikšmingumo lygmuo;

r - koreliacijos koeficientas;

SD - standartinis nuokrypis;

SANTRAUKA

Slaugos administratoriai dėl didelės atsakomybės, intensyvaus darbo krūvio ir nuolatinės emocinės įtampos patiria didelį psichologinį krūvį, galintį lemti lėtinio nuovargio atsiradimą. Lėtinis nuovargis siejamas su prastesne savijauta, sumažėjusiu darbo efektyvumu, klaidų rizika ir neigiamu poveikiu sveikatos priežiūros paslaugų kokybei bei organizacijos rezultatams. Nors vadovavimo stilius yra susijęs su psichologine gerove, jo sąsajos su slaugos administratorių patiriamu lėtiniu nuovargiu nėra pakankamai ištirtos.

Darbo tikslas: nustatyti slaugos administratorių vadovavimo stiliaus ir lėtinio nuovargio sąsajas.

Darbo uždaviniai: atskleisti slaugos administratorių taikomus vadovavimo stilius, įvertinti slaugos administratorių patiriamo lėtinio nuovargio lygį ir nustatyti sąsajas tarp taikomo vadovavimo stiliaus ir slaugos administratorių patiriamo lėtinio nuovargio.

Darbo metodika ir medžiaga. Atliktas kiekybinis skerspjūvio tyrimas. Tyrimas vykdytas 2026 m. vasario-balandžio mėnesiais Vilniaus miesto antrinio ir tretinio lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Duomenys rinkti elektroninės apklausos būdu, naudojant sociodemografinę anketą, Daugelio veiksmų lyderystės klausimyną ir Profesinio nuovargio, išsekimo ir atsigavimo skalę. Duomenų analizė atlikta naudojant statistinę programą „IBM SPSS Statistics“, taikant aprašomąją statistiką ir neparametrinius statistinius metodus.

Rezultatai. Tyrime dalyvavo 100 slaugos administratorių, didžiausią dalį sudarė 51-60 metų amžiaus grupės respondentai, dauguma turėjo aukštąjį universitetinį magistro išsilavinimą ir daugiau kaip 20 metų darbo stažą. Nustatyta, kad labiausiai išreikštas transformacinis vadovavimo stilius, transakcinis vadovavimo stilius buvo mažiau išreikštas, o pasyvus vadovavimo stilius nustatytas rečiausiai. Lėtinio nuovargio vidurkis siekė 49,17 balo. Statistiškai reikšmingų sąsajų tarp vadovavimo stiliaus ir lėtinio nuovargio nenustatyta. Papildomai nustatyta, kad lėtinis nuovargis statistiškai reikšmingai siejasi su ūminiu nuovargiu ir atsigavimo tarp darbo pamainų įverčiais.

Išvados. Slaugos administratorių darbe labiausiai išreikštas yra transformacinis vadovavimo stilius, o lėtinis nuovargis yra vidutinio lygio. Statistiškai reikšmingų sąsajų tarp vadovavimo stiliaus ir lėtinio nuovargio nenustatyta, todėl tyrimo hipotezė nepasitvirtino.

Raktažodžiai: slaugos administratoriai, vadovavimo stilius, lėtinis nuovargis.

SUMMARY

Nursing administrators experience significant psychological burden due to high responsibility, intensive workload, and constant emotional strain, which may lead to the development of chronic fatigue. Chronic fatigue is associated with poorer well-being, reduced work efficiency, increased risk of errors, and negative impact on the quality of healthcare services and organizational outcomes. Although leadership style is associated with psychological well-being, its relationship with chronic fatigue experienced by nursing administrators has not been sufficiently studied.

Aim. To determine the relationship between leadership style and chronic fatigue among nursing administrators.

Objectives. To identify the leadership styles applied by nursing administrators, to evaluate the level of chronic fatigue experienced by nursing administrators, and to determine the associations between leadership style and chronic fatigue among nursing administrators.

Methods. A quantitative cross-sectional study was conducted. The study was carried out from February to April 2026 in secondary and tertiary healthcare institutions in the city of Vilnius. Data were collected using an electronic questionnaire, including a sociodemographic questionnaire, the Multifactor Leadership Questionnaire, and the Occupational Fatigue, Exhaustion and Recovery Scale. Data analysis was performed using IBM SPSS Statistics software, applying descriptive statistics and non-parametric statistical methods.

Results. The study included 100 nursing administrators, with the largest proportion of respondents belonging to the 51-60 years age group. Most participants had a university master's degree and more than 20 years of work experience. The transformational leadership style was found to be the most expressed, the transactional leadership style was less expressed, while the passive leadership style was the least expressed. The mean score of chronic fatigue was 49.17. No statistically significant associations were found between leadership style and chronic fatigue. Additionally, chronic fatigue was significantly associated with acute fatigue and intershift recovery scores.

Conclusions. The transformational leadership style was the most expressed among nursing administrators, while the level of chronic fatigue was moderate. No statistically significant associations were found between leadership style and chronic fatigue; therefore, the study hypothesis was not confirmed.

Keywords: nursing administrators, leadership style, chronic fatigue.

LENTELIŲ SĄRAŠAS

El. Nr.	Lentelės pavadinimas	Puslapis
1.	Klasikinių vadovavimo stilių charakteristika pagal K. Leviną	13
2.	McGregoro X ir Y teorijų teiginiai	14
3.	Tyrimė naudotų klausimynų charakteristikos	30
4.	Respondentų demografinė charakteristika (n = 100)	34
5.	Kintamųjų normalumo testai pagal Shapiro-Wilk kriterijų (n = 100)	35
6.	Vadovavimo stilių (MLQ) įverčiai (n = 100)	35
7.	Vadovavimo stilių pasiskirstymas pagal lygį (proc.) (n = 100)	35
8.	OFER subskalių (lėtinio nuovargio, ūminio nuovargio ir atsigavimo tarp darbo pamainų) įverčiai (n = 100)	36
9.	Spearman koreliacijos tarp pagrindinių kintamųjų (n = 100)	37
10.	Vadovavimo stiliaus ir nuovargio rodiklių skirtumai pagal amžių (Kruskal-Wallis testas, n = 100)	38
11.	Vadovavimo stiliaus ir nuovargio rodiklių skirtumai pagal išsilavinimą (Kruskal-Wallis testas, n = 100)	39
12.	Vadovavimo stiliaus ir nuovargio rodiklių skirtumai pagal darbo stažą (Kruskal-Wallis testas, n = 100)	40
13.	Vadovavimo stiliaus ir nuovargio rodiklių skirtumai pagal vadovavimo patirtį (Kruskal-Wallis testas, n = 100)	41
14.	Vadovavimo stiliaus ir nuovargio rodiklių skirtumai pagal vadovaujamų darbuotojų skaičių (Kruskal-Wallis testas, n = 100)	42

IVADAS

Slaugos administratoriai užima esminę vietą sveikatos priežiūros sistemoje, užtikrindami personalo darbo organizavimą, pacientų priežiūros kokybę ir palankų psichologinį mikroklimatą (1,2). Dėl plačios atsakomybių apimties jų darbas pasižymi dideliu atsakomybės lygiu, intensyviu darbo krūviu ir nuolatine emocine įtampa, kurie gali lemti lėtinio nuovargio atsiradimą (3,4). Slaugos administratorių patiriamas lėtinis nuovargis siejamas ne tik su prastesne emocine ir fizine gerove, bet ir su susikaupimo stoka, klaidomis, sumažėjusia darbo kokybe, atsiribojimu nuo darbo bei neigiamu poveikiu personalo ir organizacijos rezultatams (5).

Vadovavimo stilius yra svarbus su darbu susijusios psichologinės gerovės veiksnys, siejamas su pavaldinių darbo stresu ir savijauta (2,6). Vienas iš dažniausiai tyrimuose analizuojamų pavyzdžių yra transformacinis vadovavimas, kuris pasižymi įgalinimu, parama ir aiškios vizijos perteikimu bei siejamas su geresne su darbu susijusia emocine gerove ir mažesniu emociniu išsekimu slaugos administratorių ir slaugos personalo grupėse (4,7). Tuo tarpu pasyvus ar destruktivus vadovavimas siejamas su didesniu stresu, nepalankiu darbo klimatu ir didesne perdegimo rizika (7). Nepaisant to, dauguma tyrimų orientuoti į vadovavimo poveikį pavaldiniams, o pačių vadovų patiriamas nuovargis ir perdegimas analizuojami rečiau, todėl šioje srityje išlieka tyrimų trūkumas (7,8).

Tyrimo aktualumas: Lėtinis nuovargis tarp slaugos administratorių yra reikšminga profesinė problema, siejama su sumažėjusiu darbo efektyvumu, prastesne vadovų gerove ir didesne darbuotojų kaitos rizika, galinčia turėti įtakos organizacijos rezultatams (5). Šie reiškiniai siejami su ilgalaikiu stresu ir nepalankiomis darbo pasekmėmis sveikatos priežiūros organizacijose (6). Atsižvelgiant į tai, vadovavimo stilius, kaip su darbu susijusios psichologinės gerovės veiksnys, tampa svarbia analitine kryptimi, o jo sąsajų su lėtiniu nuovargiu tyrimas yra reikšmingas stiprinant vadovų gerovę ir palaikant sveikatos priežiūros organizacijų funkcionavimą (6,7).

Mokslinis problemos ištyrimo lygis: Per pastaruosius dešimtmečius slaugos srityje vadovavimo stiliai plačiai nagrinėjami tarptautiniuose moksliniuose tyrimuose, tačiau šių tyrimų analizės laukas daugiausia apsiriboja vadovavimo poveikiu pavaldiniams. Atitinkamai akademinuose darbuose dažniausiai analizuojamos vadovavimo stiliaus sąsajos su slaugos darbuotojų profesiniu perdegimu, emociniu išsekimu, pasitenkinimu darbu, ketinimu palikti darbą ir darbo aplinkos rodikliais. Šių tyrimų apibendrinimai rodo, kad pozityvūs vadovavimo modeliai, ypač transformacinis ir autentiškas vadovavimas, siejami su mažesniu perdegimo lygiu, tuo tarpu pasyvūs ar destruktivūs vadovavimo stiliai yra susiję su nepalankiais psichologinės gerovės rodikliais (8,9). Nepaisant to, slaugos mokslo literatūroje nuovargis ir perdegimas dažniausiai analizuojami ne per vadovavimo prizmę, bet kaip organizaciniai reiškiniai, siejami su darbo krūviu, pamaininiu darbu, darbo organizavimu ir struktūrinėmis darbo aplinkos charakteristikomis. Šių tyrimų kryptį pagrindžia empiriniai duomenys, rodantys, kad didelis darbo krūvis, ilgos pamainos ir nepakankamas personalo

skaičius yra reikšmingai susiję su slaugos darbuotojų perdegimu, kuris vertinamas kaip platesnė organizacinė problema, daranti poveikį darbuotojų psichologinei gerovei, paslaugų kokybei ir pacientų saugai (9,10). Nors mokslinėje literatūroje aptariamas slaugos vadovų ir slaugos administratorių perdegimas bei jį lemiantys organizaciniai ir darbo aplinkos veiksniai, sisteminių tyrimų, kuriuose būtų analizuojamos vadovavimo stiliaus sąsajos su pačių slaugos administratorių patiriamu lėtiniu nuovargiu, yra labai nedaug. Tai iš dalies lemia tai, kad dauguma esamų tyrimų orientuoti į pavaldinių gerovę arba į nuovargio paplitimą, jo šaltinius ir pasekmes organizaciniam bei pacientų priežiūros rezultatams, o ne į vadovavimo stiliaus vaidmenį formuojant šį nuovargį, todėl slaugos administratorių lėtinio nuovargio ir vadovavimo stiliaus sąsajos išlieka nepakankamai ištirta tyrimų kryptis (5,8).

Tyrimo tikslas - nustatyti slaugos administratorių vadovavimo stiliaus ir lėtinio nuovargio sąsajas.

Tyrimo uždaviniai:

1. Atskleisti slaugos administratorių taikomus vadovavimo stilius.
2. Įvertinti slaugos administratorių patiriamo lėtinio nuovargio lygį, remiantis tyrimo duomenimis ir teoriniu pagrindu.
3. Nustatyti sąsajas tarp taikomo vadovavimo stiliaus ir slaugos administratorių patiriamo lėtinio nuovargio.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. Vadovavimo reikšmė sveikatos priežiūros sistemoje

Vadovavimo samprata ir reikšmė šiuolaikinėje sveikatos priežiūroje. Literatūroje vadovavimas apibūdinamas kaip valdymo procesas, apimantis darbuotojų darbo organizavimą, nukreipimą ir motyvavimą, siekiant organizacijos tikslų (11-13). Toks vadovavimas ypač aktualus sveikatos priežiūros sektoriuje, kuriame vadovavimas vertinamas kaip reikšminga organizacijos veiklos dalis, susijusi su paslaugų kokybės užtikrinimu ir organizacinių procesų veiksmingumu. Atsižvelgiant į šio sektoriaus sudėtingumą, nuolat kintančius poreikius, intensyvų darbo tempą ir komandiniu darbu grindžiamą veiklą, vadovams tenka koordinuoti personalo darbą, prižiūrėti procesus ir priimti sprendimus, būtinus organizacijos tikslams pasiekti (11,12).

Tokiame kontekste slaugos administratoriai sveikatos priežiūros organizacijose atlieka svarbų vaidmenį, nes jie tiesiogiai prižiūri sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ir yra atsakingi už skyriaus bei organizacijos tikslų įgyvendinimą. Jų veikla apima pacientų priežiūros koordinavimą ir kokybės užtikrinimą, personalo valdymą bei sprendimų, susijusių su kasdiene skyriaus veikla, priėmimą. Be organizacinių ir klinikinių funkcijų, slaugos administratorių vaidmuo svarbus ir darbo aplinkos kontekste, nes vadovavimas siejamas su komandos tarpusavio santykių, bendravimo ir darbuotojų įsitraukimo palaikymu (3). Tai įgyvendinama per vadovų elgesį, apimančią aiškią komunikaciją, darbuotojų įtraukimą ir jų indėlio pripažinimą, kurie siejami su didesniu darbuotojų pasitenkinimu darbu ir motyvacija (2,8).

Šiuolaikinėje sveikatos priežiūros sistemoje vadovavimas vyksta sudėtingomis sąlygomis, susijusiomis su dideliu darbo krūviu, nuolatine atsakomybe ir poreikiu greitai reaguoti į kintančią darbo aplinką (14). Vadovams tenka spręsti nenumatytas situacijas, koordinuoti komandą ir priimti sprendimus dinamiškomis bei įtemptomis aplinkybėmis, kurios reikalauja lankstumo ir veiksmingų vadovavimo gebėjimų. Tai parodo vadovavimo sudėtingumą šiuolaikinėse sveikatos priežiūros organizacijose (14,15).

Vadovavimas ir lyderystė kaip tarpusavyje susiję organizaciniai procesai. Mokslinėje literatūroje vadovavimas ir lyderystė apibrėžiami kaip glaudžiai susiję, tačiau netapatūs reiškiniai (11,12). Lyderystė apibūdinama kaip įtakingas procesas, kurio metu individas daro poveikį žmonių grupei, siekdamas bendro tikslo ir formuodamas jų požiūrį, vertybes bei elgesį. Tuo tarpu vadovavimas, kaip valdymo procesas, apima struktūrinius ir organizacinius aspektus, tokius kaip planavimas, biudžeto sudarymas, išteklių paskirstymas, laiko valdymas ir veiklos organizavimas (11). Taigi, šios sąvokos atspindi skirtingus, bet tarpusavyje susijusius organizacijos funkcionavimo aspektus (11,12).

Literatūroje nurodoma, kad vadovavimas ir lyderystė yra vienodai svarbūs siekiant organizacijos tikslų, tačiau jų funkcijos skiriasi. Vadovavimas orientuotas į tvarkos, stabilumo ir

nuoseklumo palaikymą, o lyderystė į krypties nustatymą, pokyčių inicijavimą ir platesnės organizacijos veiklos vizijos formavimą (11). Atitinkamai vadovo veikla siejama su stabilumo palaikymu, išteklių organizavimu ir darbų atlikimo užtikrinimu, tuo tarpu lyderis įkvepia, motyvuoja ir telkia komandos narius bendriems tikslams siekti (12,16). Nepaisant konceptualių skirtumų, literatūroje pabrėžiamos vadovavimo ir lyderystės sąsajos. Nurodoma, kad lyderystės ir vadovavimo funkcijos sudaro nenutrūkstamą kontinuumą ir praktikoje nėra aiškiai atskiriamos, todėl vadovavimas ir lyderystė laikomi tarpusavyje papildančiais procesais, neatskiriama siekiant organizacinio efektyvumo (13).

Praktikoje vadovavimo ir lyderystės vaidmenys dažnai persidengia. Literatūroje nurodoma, kad lyderystės poveikis gali pasireikšti ir nepriklausomai nuo formalių vadovaujančių pareigų, o vadovavimo ir lyderystės funkcijos nėra visuomet sutampančios (13,17). Ypač sveikatos priežiūros sektoriuje pastebimas neformalios nuomonės lyderystės plitimas, kuris keičia tradicinę lyderystės sampratą organizacijose (18). Todėl lyderystė šiame kontekste suprantama kaip kompleksinis procesas, apimantis vadovavimo, vadybos ir sekimo veiklas, kartu sudarančias vadinamąją lyderystės triadą (19). Tokia lyderystė laikoma vienu esminių veiksmų, padedančių siekti organizacijos tikslų ir užtikrinti aukštą teikiamų paslaugų kokybę sudėtingoje sveikatos priežiūros sistemos aplinkoje (15). Kartu mokslinėje literatūroje pabrėžiama, kad kompetencijos, būtinos geram sveikatos priežiūros specialistui, ne visada sutampa su gebėjimais, reikalingais efektyviam vadovavimui ar lyderystei. Dėl šios priežasties vadovavimo ir lyderystės kompetencijų ugdymas tampa svarbia ir neatsiejama sveikatos priežiūros organizacijų užduotimi (11).

Slaugos administratorių vaidmuo ir funkcijos sveikatos priežiūros organizacijose. Slaugos administratoriai užima svarbią vietą sveikatos priežiūros organizacijų struktūroje, nes jie tiesiogiai prižiūri paslaugų teikimą ir yra atsakingi už organizacijos tikslų įgyvendinimą bei pacientų priežiūros kokybės ir personalo veiklos rezultatus (3). Slaugos administratoriai veikia kaip tarpinė grandis tarp strateginio organizacijos lygmens ir kasdienės klinikinės praktikos, užtikrindami, kad organizacijos politika ir strategija būtų įgyvendinama praktiniame veiklos lygmenyje (20). Toks vaidmuo lemia ir platų jų funkcijų spektrą, apimantį personalo darbo grafikų sudarymą, darbo užmokesčio apskaičiavimą, veiklos vertinimą bei sprendimų, susijusių su personalo priėmimu ir atleidimu, priėmimą (3). Šios funkcijos atspindi vadovavimą kaip valdymo procesą, kuris apima planavimą, biudžeto sudarymą, išteklių paskirstymą, laiko valdymą ir veiklos organizavimą, taip pat struktūros palaikymą, personalo įdarbinimą ir procedūrų įgyvendinimą (12). Be įprastų administracinių užduočių, vadovams dažnai tenka spręsti nenumatytas situacijas ar krizes, reikalaujančias greitų sprendimų (14).

Slaugos administratoriaus pareigybė Lietuvos nacionalinėje sveikatos sistemoje apibrėžiama kaip bendrosios praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją ir galiojančią licenciją turinčio asmens

veikla, skirta koordinuoti sveikatos priežiūros įstaigos ar jos padalinio slaugos veiklą teisės aktų nustatyta tvarka. Minimaliems kvalifikaciniais reikalavimams priskiriamas universitetinis slaugos ir akušerijos krypties bakalauro kvalifikacinis laipsnis, o vadovaujant visos įstaigos slaugos veiklai reikalaujamas magistro kvalifikacinis laipsnis bei ne mažesnė kaip trejų metų darbo patirtis slaugos srityje ir vadovavimo patirtis, susijusi su asmenų grupės darbo organizavimu ir koordinavimu. Specialieji reikalavimai apima teisės aktų, reglamentuojančių sveikatos priežiūros veiklą, administravimą ir finansavimą, išmanymą, gebėjimą planuoti ir vertinti slaugos kokybę, racionaliai valdyti žmogiškuosius ir materialiuosius išteklius, koordinuoti slaugos procesą bei užtikrinti profesinės etikos principų laikymąsi. Taigi slaugos administratoriaus pareigybė norminiu lygmeniu apibrėžiama per aiškius išsilavinimo, patirties ir kompetencijų reikalavimus, kurie sudaro pagrindą efektyviam slaugos veiklos organizavimui sveikatos priežiūros įstaigoje (21).

Kartu su šiomis funkcijomis svarbi slaugos administratorių vaidmens dalis yra personalo valdymas ir profesinės aplinkos palaikymas, apimantis gebėjimą atliepti tiek pacientų, tiek personalo individualius poreikius, įkvėpti, motyvuoti ir remti darbuotojus, siekiant nuolatinio slaugos praktikos tobulinimo (3,7,22). Šiems tikslams pasiekti ypač svarbus efektyvus bendravimas, apimantis žodinę, rašytinę ir neverbalinę komunikaciją, kuri yra būtina sąlyga sklandžiam komandiniam darbui ir tarpprofesiniam bendradarbiavimui užtikrinti (23). Kartu slaugos administratoriai prisideda prie paslaugų kokybės ir pacientų priežiūros koordinavimo, o jų vadovavimas ir parama siejami su palankia darbo aplinka ir geresniais pacientų rezultatais (3).

Vis dėlto slaugos administratoriams tenka sudėtinga užduotis suderinti pacientų ir jų šeimų lūkesčius, organizacijos produktyvumo tikslus ir personalo poreikius, išlaikant aukštus priežiūros standartus (23). Slaugos administratoriams būdinga didelė atsakomybių įvairovė ir platus funkcijų spektras, papildomai pasižymint dideliu darbo krūviu, siejamu su intensyviu ir varginančiu vadovų darbu (3). Nepaisant šių iššūkių, organizacijos veiklos efektyvumo požiūriu slaugos administratorių vaidmuo yra reikšmingas, nes jų vadovavimas siejamas su veiklos procesų koordinavimu ir tarpusavio bendradarbiavimo stiprinimu. Šiame kontekste vadovavimo ir valdymo įgūdžiai tampa ne tik pageidaujami, bet ir būtini siekiant kokybiškų ir tvarių organizacijos rezultatų šiuolaikinėje sveikatos priežiūros sistemoje (11,12). Atsižvelgiant į šias aplinkybes, literatūroje pabrėžiama, kad tinkamai parinkti ir taikomi slaugos administratorių vadovavimo stiliai gali pagerinti priežiūros kokybę ir darbuotojų pasitenkinimą darbu (24).

Vadovavimo reikšmė pacientų saugumui ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybei. Vadovavimas reikšmingai veikia organizacijos dinamiką ir jos veiklos rezultatus, ypač sveikatos priežiūros sektoriuje, kuriame tinkamas vadovavimas siejamas su geresniais organizaciniais rodikliais ir palankesnėmis pacientų gydymo baigtimis (18,25). Ši vadovavimo įtaka praktikoje pasireiškia per veiksmingą lyderystę sveikatos priežiūros organizacijose, kuri siejama su geresniu

kasdienių veiklų reikalavimų laikymusi ir aukštesniais organizaciniais standartais, sudarančiais prielaidas saugesnei ir kokybiškesnei priežiūrai (18). Siekiant šią įtaką įgyvendinti organizaciniu lygmeniu, efektyvus vadovavimas apima visų organizacijos elementų koordinavimą, kad vadovo vizija ir tikslai būtų nuosekliai ir sėkmingai įgyvendinti (11). Toks koordinuotas vadovavimas visais sveikatos priežiūros lygmenimis yra būtinas siekiant užtikrinti pacientų saugumą, gerus klinikinius rezultatus ir ilgalaikį komandinės priežiūros tvarumą (26).

Vadovavimo reikšmė pacientų saugumui atsiskleidžia per organizacinę kultūrą ir komandinio darbo stiprinimą. Šiame kontekste autentiško vadovo savybės, tokios kaip atsparumas, sąžiningumas ir dėmesys tarpasmeniniams santykiams, siejamos su nebaudžiamuoju klaidų traktavimu, organizacinio mokymosi skatinimu ir geresne pacientų sauga bei priežiūros kokybe. Greta autentiško vadovavimo, literatūroje išskiriamas ir etiškas bei koučingo principais grįstas vadovavimas, kuris siejamas su didesniu darbuotojų ketinimu pranešti apie su priežiūra susijusias klaidas ir stipresne saugos kultūra organizacijoje, taip sudarant prielaidas pacientų saugos gerinimui. Klinikinis vadovavimas taip pat siejamas su mažesniu nepageidaujamų reiškinių dažniu ir teigiamu poveikiu teikiamos priežiūros kokybei (27). Šių vadovavimo principų praktinis įgyvendinimas ypač atsiskleidžia slaugos administratorių veikloje, nes jie tiesiogiai vadovauja sveikatos priežiūros specialistams, siekdami gerinti pacientų priežiūros kokybę, ir veikia kaip tarpinė grandis tarp personalo bei aukštesniojo lygio vadovybės (28). Slaugos administratorių taikoma lyderystė siejama su stipresniu komandos narių priklausymo jausmu ir aiškesniu veiklos suvokimu, prisidedančiais prie geresnio komandos funkcionavimo ir ypač reikšmingais šiuolaikiniame tarpdisciplininiame sveikatos priežiūros kontekste (18,26).

Apibendrinimas. Vadovavimas sveikatos priežiūros sistemoje yra esminė funkcija, užtikrinanti darbo organizavimą, paslaugų teikimo koordinavimą ir organizacijos tikslų įgyvendinimą sudėtingoje ir dinamiškoje aplinkoje. Ši reikšmė ypač atsiskleidžia slaugos administratorių veikloje, nes jie tiesiogiai prižiūri klinikinę praktiką, valdo personalą ir yra atsakingi už priežiūros kokybę bei pacientų saugumą. Veikdami kaip jungiamoji grandis tarp strateginio ir praktinio lygmens, jie daro įtaką darbo aplinkai, komandiniams santykiams ir darbuotojų įsitraukimui. Dėl to jų kasdienėje veikloje natūraliai persipina vadovavimo ir lyderystės elementai, kurie papildo vienas kitą. Toks jų derinys sudaro prielaidas efektyviam organizacijos veikimui, geresnei paslaugų kokybei ir pacientų saugumui.

1.2. Vadovavimo stilių samprata ir teorinis pagrindimas

Klasikinės vadovavimo stilių teorijos ir jų teorinės prielaidos. Literatūroje vadovavimo stilius apibrėžiamas kaip vadovo taikomų valdymo metodų, elgesio normų ir taisyklių visuma, atskleidžianti jo požiūrį į darbą ir pavaldinius bei nusakanti, kaip vadovas daro įtaką darbuotojų elgesiui siekiant organizacijos tikslų. Nurodoma, kad iki šiol nėra vienos vadovavimo stilių

klasifikacijos, tačiau galima apžvelgti kelis skirtingus požiūrius, tarp jų autoritarinį, liberalų ir demokratišką vadovavimo stilius. Remiantis šia klasifikacija, pagrindiniai vadovavimo stiliai ir jų charakteristikos pateikiami 1 lentelėje (29).

1 lentelė. Klasikinių vadovavimo stilių charakteristika pagal K. Leviną (29)

Vadovavimo stilius	Valdžios paskirstymas	Santykis su pavaldiniais	Kontrolė ir sprendimų priėmimas
Autoritarinis	Stipri valdymo centralizacija, valdžia sutelkta vienos rankose	Nevertinamas pavaldinių savarankiškumas ir iniciatyva, primetama vadovo nuomonė	Sprendimus priima vadovas, reikalaujamas paklusnumas, taikoma griežta darbo kontrolė
Liberalus	Minimalus vadovo kišimasis į pavaldinių veiklą	Mandagus ir taktiškas, nereiklus, suteikia pavaldiniams veiklos laisvę	Nustato tikslus, bet kontrolė minimali, sprendimai dažnai atidedami arba priimami kolegialiai
Demokratiškas	Valdžia dalijamasi, pavaldiniai įtraukiami į sprendimų priėmimą	Skatinama iniciatyva ir savarankiškumas, palaikomi pagarbūs santykiai	Klausimai sprendžiami kolegialiai, vadovas pasilieka galutinį sprendimą, kontrolė nesmulkmėniška

Klasikinė vadovavimo stilių tipologija išryškina vadovo elgesio skirtumus, tačiau neatskleidžia, kokios prielaidos apie žmogaus prigimtį lemia šių stilių pasirinkimą. Siekiant išsamiau atskleisti vadovavimo sampratą raidą ir jos sąsajas su darbuotojų elgesiu organizacijoje, tikslinga atsigręžti į vieną reikšmingiausių XX a. organizacinės elgsenos teorijų - D. McGregoro X ir Y modelį. Ši teorija iš esmės pakeitė požiūrį į darbuotojų motyvą ir vadovo vaidmenį organizacijoje, iškeldama prielaidą, kad vadovavimo stilius pirmiausia kyla iš vadovo nuostatų apie žmogaus prigimtį (30).

D. McGregoro X ir Y teorijos pradėtos formuluoti XX a. šeštajame dešimtmetyje, o sistemiškai pristatytos 1960 m. veikale „*The Human Side of Enterprise*“. Autorius teigė, kad kiekvienas vadovas turi tam tikrą fundamentalią nuostatų sistemą apie žmogaus motyvą, kuri daro tiesioginę įtaką organizacijos valdymo principams. Vadovų prielaidos apie tai, ar darbuotojai iš prigimties vengia darbo, ar geba veikti savarankiškai ir atsakingai, lemia pasirenkamą kontrolės lygį, motyvavimo būdus ir organizacinės struktūros pobūdį (30). McGregoro X ir Y teorijų teiginiai pateikiami 2 lentelėje.

2 lentelė. McGregoro X ir Y teorijų teiginiai (30)

X teorija	Y teorija
Žmonės iš prigimties nemėgsta darbo	Darbas žmogui yra natūrali veikla
Jei gali, darbuotojai vengia darbo	Žmonės geba savarankiškai siekti tikslų
Darbuotojai vengia atsakomybės	Žmonės gali save kontroliuoti
Darbuotojai nori būti vadovaujami	Griežta kontrolė nėra būtina
Darbuotojais negalima visiškai pasitikėti	Bausmė nėra pagrindinė motyvavimo priemonė
Būtina griežta kontrolė ir priežiūra	Žmonės motyvuoja vidiniai veiksniai
Reikalinga aiški hierarchinė struktūra	Žmonės gali prisiimti atsakomybę
Motyvacija grindžiama išorinėmis priemonėmis	Žmonės siekia atsakomybės, jei sąlygos palankios
Vadovavimo stilius yra autoritarinis	Žmonės geba kūrybiškai spręsti problemas
Prioritetas teikiamas užduočių atlikimui ir produkcijai	Organizacijoje neišnaudojamas visas žmogaus potencialas

McGregoro X ir Y teorija laikoma reikšmingu konceptualių modelių, aiškinančiu, kaip vadovų prielaidos apie žmogaus prigimtį gali lemti pasirinktą vadovavimo stilių ir organizacijos valdymo principus. Nors ankstyvieji empiriniai tyrimai nepateikė vienareikšmės paramos šiam modeliui, naujesni moksliniai darbai rodo, kad Y tipo vadovavimo prielaidos dažniau siejamos su palankesniais darbuotojų požiūrio ir elgesio rodikliais, pavyzdžiui, didesniu pasitenkinimu darbu ar aukštesniu psichologinio saugumo lygiu. Tuo tarpu X tipo vadovavimo prielaidos dažniau siejamos su griežtesne kontrole ir mažesniu darbuotojų įsitraukimu (30).

Lyderystės teorijų raida kaip vadovavimo stilių teorinis pagrindas. Vadovavimo ir lyderystės tyrimai turi galias istorines šaknis ir apima kelis šimtmečius trunkančią mokslinę raidą, kurios metu keitėsi požiūris į tai, kas lemia veiksmingą vadovavimą (19). Ankstyvosios lyderystės teorijos buvo grindžiamos prielaida, kad lyderystė yra įgimta savybė, būdinga išskirtiniams individams, dažnai apibūdinamiems kaip „didieji žmonės“ ar herojai (12,19). Šios teorijos siekė paaiškinti vadovavimą per asmenybės bruožus ir išskirtines charakterio savybes, tačiau vėliau dėmesys palaipsniui buvo perkeltas nuo įgimtų savybių prie elgesio aspektų (12).

Elgesio teorijos pabrėžė, kad lyderystė yra susijusi su konkrečiais veiksmais ir elgesio modeliais, kurių galima išmokyti ir ugdyti. Vėliau, atsiradus situacinėms ir kontingencijos teorijoms, buvo pripažinta, kad nėra universalaus vadovavimo modelio, o vadovo veiksmingumas priklauso nuo situacijos, konteksto ir sekėjų poreikių (12). Situacinio požiūrio įsitvirtinimas sudarė prielaidas vadovavimą suvokti kaip lankstų procesą, pritaikomą prie kintančių aplinkybių ir individualių darbuotojų skirtumų (31). Šiuolaikinės lyderystės teorijos šį požiūrį išplėtė, palaipsniui perkeldamos dėmesį nuo individualių lyderio savybių prie lyderio ir sekėjų tarpusavio sąveikos, pavyzdžiui,

transformacinė lyderystė apibrėžiama kaip į pokyčių įkvėpimą ir darbuotojų motyvavimą orientuotas požiūris, o transakcinė lyderystė grindžiama mainais, aiškiai apibrėžtais lūkesčiais ir struktūra (12). Šios teorijos gali būti konceptualizuojamos lyderystės triados kontekste, apimančiame vadovavimą, vadybą ir sekimą. Kartu lyderystė suprantama kaip veiklų ir poveikio procesas, susijęs su kitų įtaka organizaciniame kontekste (19).

Lyderystės teorijų raida atskleidžia skirtingus požiūrius į lyderio elgesį ir įtaką, kurie siejami su įvairiais vadovavimo stiliais (12). Vadovavimo stiliai apibrėžiami kaip vadovo elgesio ypatumai, pasireiškiantys darbuotojų veiklos nukreipimu, motyvavimu ir įtakos darymu siekiant organizacinių tikslų (16). Praktikoje taikomi skirtingi lyderystės modeliai, kurie akcentuoja užduočių įgyvendinimą, pokyčių skatinimą ar tarpasmeninius santykius, atsižvelgiant į vadovo prioritetus ir organizacinį kontekstą (11). Skirtingi vadovavimo ir lyderystės požiūriai siejami su organizacijos veiklos organizavimu ir vadovo įtaka darbuotojų įsitraukimui bei bendriems veiklos rezultatams (16). Didėjant darbo sudėtingumui ir iššūkiams sveikatos priežiūros organizacijose, vadovavimo ir lyderystės stiliaus pasirinkimas konceptualiai laikomas svarbiu organizacijos veiklos krypties ir ilgalaikių tikslų įgyvendinimo aspektu (16,19).

Transformacinis vadovavimas: samprata, pagrindiniai komponentai ir poveikis. Transformacinė lyderystė apibūdinama kaip santykiškai grįsta lyderystės forma, kai lyderis įkvepia ir motyvuoja kitus per darbuotojų įgalinimą ir profesinį tobulėjimą (2). Transformaciniai vadovai literatūroje dažnai apibūdinami kaip vizionieriai, inovatyvūs, motyvuojantys ir keliantys pasitikėjimą, kurie skatina darbuotojus permąstyti savo požiūrį į darbą, palaiko kūrybiškumą, bendradarbiavimą ir komandinę dvasią (8,32). Šis vadovavimo stilius grindžiamas įtakos procesu, kuriame individualios darbuotojų vertybės ir tikslai ilgainiui transformuojami taip, kad atitiktų komandos ar organizacijos siekius (32). Pasekėjai paprastai pasitiki transformaciniu lyderiu, jį gerbia ir yra motyvuoti daryti daugiau, nei iš jų oficialiai tikimasi (33).

Transformacinę lyderystę sudaro keturi pagrindiniai komponentai: idealizuota įtaka, įkvepianti motyvacija, intelektualinis stimuliavimas ir individualizuotas dėmesys (7). Idealizuota įtaka pasireiškia lyderio gebėjimu būti pavyzdžiu bei kurti darbuotojų pasitikėjimą ir pagarbą, perteikiant organizacijos viziją ir misiją (2,7). Įkvepianti motyvacija grindžiama aiškiu tikslų ir vizijos perteikimu, kuris įkvepia ir motyvuoja darbuotojus siekti aukštesnių rezultatų bei aktyviai įsitraukti į organizacijos veiklą. Intelektualinis stimuliavimas siejamas su darbuotojų kūrybiškumo ir inovacijų skatinimu, problemų sprendimu bei naujų darbo metodų paieška kasdienėje profesinėje veikloje (2). Individualizuotas dėmesys reiškia lyderio pastangas atsižvelgti į darbuotojų profesinius poreikius, teikti individualų palaikymą ir skatinti jų profesinį augimą (7).

Praktikoje transformaciniai vadovai skatina komandinį darbą, atsižvelgia į individualius darbuotojų skirtumus ir sudaro sąlygas jų profesiniam augimui (8). Įgalindami darbuotojus prisiimti

atsakomybę ir siekti tobulėjimo, transformaciniai lyderiai didina jų įsitraukimą į darbą ir įsipareigojimą organizacijai (2). Toks vadovavimo modelis skatina komandos intelektualinį ir kūrybinį tobulėjimą, padeda aiškiai perteikti organizacijos lūkesčius bei stiprina į asmenį orientuotą priežiūrą (27). Transformaciniai lyderiai geba perteikti lojalumo jausmą per bendrus tikslus, o tai lemia didesnį produktyvumą, geresnę moralę ir aukštesnį darbuotojų pasitenkinimą darbu (34). Tyrimai rodo, kad šis stilius siejamas su pagerėjusiu saugos klimatu, didesniu vaistų skyrimo saugumu, mažesniu nepageidaujamų įvykių dažniu bei didesniais darbuotojų asmeniniais pasiekimais (27). Be to, nustatyta, kad transformacinis vadovavimo stilius yra teigiamai susijęs su slaugytojų vadovų su darbu susijusia gerove (4). Šis vadovavimo stilius taip pat siejamas su geresniais darbuotojų subjektyvios gerovės rodikliais ir palankesniais darbo rezultatais (32). Remiantis šiais ryšiais, slaugytojų išlaikymo strategijose rekomenduojama skatinti transformacinį vadovavimą ir mažinti toksiškas vadovavimo praktikas, nes šis vadovavimo stilius stiprina profesinius santykius, didina darbuotojų motyvaciją ir įsipareigojimą organizacijai (2). Organizacinėje praktikoje transformacinis vadovavimas neretai derinamas su transakciniu, siekiant kartu įgalinti darbuotojus ir išlaikyti atsakomybės bei kontrolės pusiausvyrą (11).

Transakcinis vadovavimas: samprata, pagrindiniai bruožai ir poveikis. Transakcinis vadovavimas grindžiamas mainų santykiais tarp lyderio ir pavaldinio, kai laikas ir našumas keičiami į atlyginimą, pripažinimą, premijas ar kitą atlygį (32). Šiam modeliui būdinga biurokratija ir organizaciniai standartai, taip pat autoritetingi santykiai, kuriuose lyderis ir pasekėjas keičiasi informacija bei susitaria dėl konkrečių veiksmų, siekiant užtikrinti struktūrą, atsakomybę ir kontrolę (11,33). Tokie lyderiai vertina tvarką ir struktūrą, turi aiškius įgaliojimus bei atsakomybę, o tikslų siekia pasitelkdami atlygio sistemas ir teigiamą pastiprinimą (11). Transakcinis vadovavimas orientuotas į darbuotojų motyvavimą įgyvendinti užduotis, daugiausia dėmesio skiriant konkrečių tikslų ir rezultatų pasiekimui (27).

Šiam vadovavimo stiliui būdingas aiškus užduočių ir vaidmenų apibrėžimas, veiklos stebėjimas bei vadovo įsikišimas klaidų atveju, siekiant užtikrinti nustatytų tikslų įgyvendinimą. Transakcinio vadovavimo stiliaus atstovai geba nustatyti tikslus ir juos aiškiai perteikti darbuotojams, aktyviai stebi bei kontroliuoja veiklą, remdamiesi aiškiai apibrėžta atsakomybės ir atlygio sistema. Šiam stiliui taip pat būdingas tikslų įvardijimas, veiklos sekimas, grįžamojo ryšio teikimas ir karjeros planavimas (24). Vadovas imasi korekcinų veiksmų, atsižvelgdamas į tai, kaip darbuotojai atlieka pavestas užduotis (34).

Nors transakcinis vadovavimas padeda pasiekti laukiamų rezultatų, jis yra mažiau orientuotas į ilgalaikį darbuotojų motyvavimą (32). Darbuotojai tokioje aplinkoje dažniausiai dirba savarankiškai, tarp jų stinga bendradarbiavimo, o įsipareigojimas organizacijai dažnai būna trumpalaikis (34). Šiam modeliui būdinga inovacijų stoka, nes darbuotojai veikia pagal iš anksto

nustatytus rezultatus ir jiems dažnai trūksta motyvacijos viršyti lūkesčius (11). Be to, transakcinis vadovavimas nesukuria pasitikėjimo tarp vadovo ir pasekėjo, nereikalauja etinio ar moralinio vadovo elgesio ir remiasi išoriniu darbuotojų motyvavimu, orientuotu į asmeninius interesus (34). Dėl šių priežasčių šis vadovavimo stilius pasižymi neigiamais ryšiais su perdegimu ir stresu darbe (8).

Pasyvus (laissez-faire) vadovavimas: samprata, pagrindiniai bruožai ir pasekmės. Pasyvus (laissez-faire) vadovavimo stilius reiškia vadovo nesikišimą į darbo procesus ir laikomas pasyviausiu lyderystės tipu lyderystės spektre, kai pasekėjams suteikiama didelė sprendimų priėmimo laisvė lyderiui nedalyvaujant (11,32). Pasyvus (laissez-faire) vadovavimo stilius pasižymi lūkesčių neapibrėžimu, konfliktų nesprendimu ir sprendimų vengimu, todėl literatūroje jis apibūdinamas kaip „nevadovavimas“ (33). Taikant pasyvųjį (laissez-faire) vadovavimo stilių, lyderiai per daug pasitiki darbuotojais, vengia priimti sprendimus ir nepakankamai prisiima atsakomybę, o tai siejama su sumažėjusiu pasitikėjimu vadovais ir organizacijomis (8,34). Šis vadovavimo stilius pasireiškia tuo, kad vadovas reaguoja tik kilus problemoms arba apskritai nesikiša į darbo procesus, vengia sprendimų priėmimo, todėl darbuotojai patiria kontrolės ir aiškių nurodymų stoką (34).

Toks vadovavimas turi reikšmingų neigiamų pasekmių komandai ir organizacijai. Tokie vadovai gali demonstruoti savanaudiškumą, manipuliaciją, spaudimą (8). Organizacijose, kuriose dominuoja pasyvus vadovavimo stilius, dažniau pasitaiko prasti profesiniai santykiai, didesnė darbuotojų kaita ir mažesnis jų išlaikymas, o tai siejama su žemesniu organizacijos veiksmingumu ir prastesniais veiklos rezultatais (32,34). Tyrimai taip pat rodo, kad kai kuriose sveikatos priežiūros įstaigose šis vadovavimo stilius vyrauja pernelyg dažnai, palyginti su transformaciniu, ir tai gali neigiamai veikti organizacijos veiksmingumą bei rezultatus (32). Nors praktikoje vadovavimo gebėjimams stiprinti dažnai derinami transformacinis, transakcinis ir pasyvus vadovavimo stilius, pastarasis laikomas mažiausiai efektyviu dėl pasyvumo ir atsakomybės vengimo bei yra tiesiogiai siejamas su prastesniais darbuotojų pasiekimais ir didesne perdegimo rizika, todėl sveikatos priežiūros organizacijose vertinamas kaip vienas nepalankiausių vadovavimo būdų (8,15,34).

Alternatyvūs vadovavimo stiliai ir jų reikšmė organizacijos klimatui bei darbuotojų gerovei. Sveikatos priežiūros organizacijose, be transformacinio, transakcinio ir pasyvaus vadovavimo modelių, išskiriama ir daugiau stilių, kurie daro tiesioginę ar netiesioginę įtaką darbuotojų gerovei, psichologiniam klimatui ir organizacijos rezultatams. Tyrimai rodo, kad vadovavimo stiliai gali būti grupuojami į palaikančius, į santykius orientuotus ir destruktivius, o jų taikymas turi reikšmę organizacijos klimatui ir darbuotojų elgsenai (8). Taip pat pastebima, kad skirtinguose regionuose vyrauja nevienodi vadovavimo modeliai, pavyzdžiui, Azijos šalyse dažniau akcentuojamas kolektyvizmas ir komandinis darbas, o Vakarų valstybėse labiau pabrėžiama autonomija ir savarankiškumas (2).

Vienas iš plačiai nagrinėjamų į santykius orientuotų stilių yra autentiška lyderystė. Autentiškai lyderystei būdingi keturi pagrindiniai elementai: savęs suvokimas, santykių skaidrumas, subalansuotas sprendimų priėmimas ir vidinė moralinė laikysena (1,34). Šis vadovavimo stilius pabrėžia nuolatinį savęs pažinimą, savireguliaciją ir pasitikėjimu grįstų santykių kūrimą tarp vadovo ir darbuotojų, taip stiprinant organizacinį skaidrumą ir tarpusavio pasitikėjimą (1,8).

Svarbią vietą tarp kitų vadovavimo modelių užima situacinė lyderystė. Šis vadovavimo požiūris grindžiamas prielaida, kad vieno universalios vadovavimo stiliaus nėra, o vadovas turi gebėti pritaikyti savo elgesį prie darbuotojų gebėjimų, brandos ir situacijos reikalavimų (31). Situacinė lyderystė akcentuoja lankstumą, emocinę paramą ir alternatyvių sprendimų siūlymą, siekiant veiksmingesnio valdymo, darbuotojų profesinio augimo ir organizacijos tikslų įgyvendinimo (27,31).

Kiti reikšmingi vadovavimo stiliai apima etinį, tarnaujantį, koučingo ir klinikinį vadovavimą. Etiškas vadovavimas grindžiamas moralės, teisingumo, atsakomybės ir skaidrumo principais, kur vadovas laikomas elgesio pavyzdžiu darbuotojams (27,35,36). Tarnaujantis vadovavimas orientuotas į pasekėjų poreikius ir gerovę, pabrėžiant empatiją, bendruomeniškumą ir bendrą sprendimų priėmimą (27,34). Koučingo vadovavimas išsiskiria individualaus mokymosi ir profesinių gebėjimų ugdymo skatinimu, tuo tarpu klinikinis vadovavimas akcentuoja klinikinę patirtį, koordinavimą ir tarpasmeninius santykius sveikatos priežiūros praktikoje (24,27).

Priešingą spektrą sudaro destruktivūs vadovavimo stiliai, tokie kaip toksiška ar tironiška lyderystė. Šiems stiliams būdingas sistemingas darbuotojų poreikių ignoravimas, neigiama asmenybės įtaka organizacijos klimatui, žeminantis elgesys ar savanaudiškos motyvacijos dominavimas (2,8,32). Literatūroje pabrėžiama, kad tokie vadovavimo modeliai gali silpninti tarpusavio pasitikėjimą, trikdyti komandos darbą ir neigiamai veikti organizacijos funkcionavimą, todėl šiuolaikinėse sveikatos priežiūros organizacijose vis didesnis dėmesys skiriamas etiškiems, santykius ir darbuotojų įgalinimą akcentuojantiems vadovavimo stiliams (8,34).

Apibendrinimas. Vadovavimo teorijų raida parodė perėjimą nuo įgimtų savybių prie elgesio, situacijos ir sąveikos su darbuotojais svarbos. Šiuo pagrindu išskiriami transformacinis, transakcinis ir pasyvus vadovavimo stiliai, kurie skirtingai veikia darbuotojų motyvaciją, įsitraukimą ir organizacijos rezultatus. Transformacinis vadovavimas siejamas su teigiamais darbo ir kokybės rodikliais, transakcinis vadovavimas orientuotas į kontrolę ir tikslų įgyvendinimą, o pasyvus laikomas mažiausiai palankiu dėl neigiamo poveikio komandai. Todėl vadovavimo stiliaus pasirinkimas yra svarbus veiksnys, susijęs su darbuotojų gerove ir organizacijos klimatu.

1.3. Vadovavimo poveikis darbuotojų psichologinei gerovei

Vadovavimo sąsajos su stresu, perdegimu ir nuovargiu. Vadovavimo veikla dažnai vyksta sudėtingoje ir intensyvioje darbo aplinkoje, kuriai būdingi dideli psichosocialiniai darbo reikalavimai. Šiuos reikalavimus formuoja didelis darbo krūvis, ribota sprendimų priėmimo laisvė,

nepakankami ištekliai ir finansinė atsakomybė, kurie, kaip pastebėta, yra susiję su padidėjusiu streso lygiu vadovams (3). Prie šių veiksnių prisideda ir ilgos darbo valandos, nuolatinis laiko spaudimas, sudėtingi profesiniai įsipareigojimai, didelė atsakomybė bei etinės dilemos, su kuriomis vadovai susiduria kasdienėje praktikoje. Be to, vadovams dažnai tenka tarpininkauti sprendžiant konfliktus darbo aplinkoje, o tai dar labiau didina emocinę apkrovą ir apsunkina darbo bei asmeninio gyvenimo pusiausvyros palaikymą (22). Esant padidėjusiai darbo įtampai, neaiškūs lūkesčiai dėl vadovavimo vaidmens, personalo trūkumas, organizacinės paramos stoka ir ribota autonomija tampa papildomais stresoriais, didinančiais patiriamą stresą ir emocinio išsekimo riziką (4,28). Dėl to kasdienės stresinės situacijos reikalauja iš vadovų didelės tolerancijos ir atsparumo, o nuolat patiriamas stresas daro tiesioginę įtaką su darbu susijusiai gerovei (4).

Ilgainiui užsitęsęs stresas vadovavimo kontekste siejamas su perdegimo vystymusi ir ryškėjančiu emociniu išsekimu. Tyrimai rodo, kad padidėjęs emocinis išsekimas reikšmingai mažina pasitenkinimą darbu ir yra susijęs su didesniu ketinimu palikti organizaciją (3,5). Šį procesą palaiko nuolatinė perkrova, nepakankami ištekliai ir būtinybė spręsti personalo problemas, kurios įvardijamos kaip svarbūs perdegimo rizikos veiksniai (28). Papildomai emocinį išsekimą gali skatinti bendravimo ir socializacijos sunkumai, poreikis palaikyti tam tikrą reputaciją pavaldinių akyse bei nuolat patiriami vidiniai konfliktai, sukeliantys nerimą ir depresiją (22,23). Dėl šių priežasčių stresas ir perdegimas siejami ne tik su psichologinės savijautos blogėjimu, bet ir su sumažėjusiu pasitikėjimu savimi, silpnesniu tapatinimusi su organizacija bei didesne vadovų kaita (5,6,22).

Vadovavimo stilių sąsajos su darbuotojų gerove, stresu ir perdegimu. Vadovavimo stiliai organizacijose yra vienas iš svarbių veiksnių, nagrinėjamų darbuotojų gerovės ir darbo aplinkos kontekste. Transformaciniam vadovavimo stiliui būdingas vadovų atvirumas, aktyvus klausymasis ir jautrus reagavimas į darbuotojų jausmus bei požiūrį, kurie stiprina dvasinį klimatą organizacijoje ir veikia kaip apsauginis veiksnys nuo emocinio išsekimo. Nustatyta, kad dvasinis klimatas atlieka tarpininkaujantį vaidmenį tarp transformacinės lyderystės ir perdegimo, mažindamas emocinį išsekimą per palaikančią darbo aplinką (7). Empiriniai tyrimai rodo, kad transformacinė lyderystė ne tik mažina emocinį išsekimą, bet ir teigiamai veikia psichologinę gerovę, didina darbuotojų įsitraukimą, gerina darbo kokybę bei mažina perdegimo riziką (8,32). Šis vadovavimo stilius taip pat susijęs su didesniu pasitenkinimu darbu ir mažesniu ketinimu palikti organizaciją (27,32). Šias sąsajas papildoma metaanalizių duomenys, rodantys, kad transformacinė lyderystė, aukštos kokybės ir santykius ir užduotis orientuotas vadovo elgesys bei stipri lyderio ir darbuotojo sąveika yra teigiamai susiję su geresne darbuotojų psichologine savijauta (6).

Skirtingai nei transformacinis vadovavimas, transakcinio vadovavimo stiliaus poveikis darbuotojų gerovei vertinamas nevienareikšmiškai. Tyrimai rodo, kad tiek transformacinė, tiek transakcinė lyderystė tam tikrais atvejais yra susijusios su aukštesniais darbuotojų gerovės balais (32).

Tačiau kiti empiriniai duomenys atskleidžia, jog transakcinė lyderystė, grindžiama sandorių, kontrolės ir atlygio-bausmės mechanizmais, dažniau siejama su didesniu stresu ir didesne perdegimo rizika darbe (8). Lyginant su į santykius orientuotais vadovavimo stiliais, transakcinis vadovavimas pasižymi silpnesnėmis sąsajomis su emocinės paramos teikimu, todėl jo apsauginis poveikis ilgalaikės psichologinės gerovės kontekste yra ribotas (8,32). Dėl šios priežasties literatūroje pabrėžiama, kad transakcinio vadovavimo poveikis stresui ir perdegimui reikšmingai priklauso nuo organizacinio konteksto ir darbo sąlygų (32).

Priešingai nei transformacinis ar tam tikromis sąlygomis transakcinis vadovavimas, pasyvus, arba laissez faire, vadovavimo stilius nuosekliai siejamas su nepalankiais darbuotojų psichinės sveikatos rodikliais. Tyrimai rodo, kad pasyvus vadovavimo stilius siejamas su blogesne darbuotojų psichine sveikata, didesniu stresu, didesne perdegimo rizika ir prastesne bendra savijauta įvairiose profesinėse grupėse (8,32). Pasyvus, arba laissez-faire, vadovavimo stilius pasižymi sprendimų vengimu ir menku vadovo įsitraukimu bei yra siejamas su didesniu stresu, emociniu išsekimu, perdegimu ir prastesne darbuotojų psichologine sveikata (8). Tokiose darbo aplinkose didėja neapibrėžtumai ir apsunkinamas emocinių bei darbo reikalavimų valdymas, o tai siejama su didesniu stresu, emociniu išsekimu ir perdegimo rizika (8,32). Be to, tyrimai rodo, kad nepalankūs pasyvūs ar destruktivūs vadovavimo stiliai, kuriems būdinga pernelyg didelė kontrolė ar sudėtingi tarpusavio santykiai, gali prisidėti prie ilgalaikio nuovargio formavimosi (24).

Vadovavimo poveikis personalo motyvacijai, darbo klimatui ir sprendimų priėmimui.

Vadovavimo poveikis personalo motyvacijai, darbo klimatui ir sprendimų priėmimui sveikatos priežiūros organizacijose yra glaudžiai susijęs su vadovų gebėjimu daryti įtaką darbuotojų požiūriui ir skatinti juos siekti organizacijos tikslų (15). Ši įtaka realizuojama per kasdienes organizacinius procesus, kurių metu vadovai formuoja darbuotojų elgesį, vertybes ir motyvaciją, taip tiesiogiai veikdami organizacijos dinamiką ir darbuotojų įsitraukimą (12). Toks vadovavimas siejamas su didesniu darbuotojų įsitraukimu ir pasitenkinimu darbu bei stipresniu priklausymu organizacijai jausmu, laikomu reikšmingu palankaus darbo klimato komponentu (12,18).

Efektyvus vadovavimas palaiko pasitikėjimu grįstą organizacinį klimatą, kuris formuojasi per tarpasmeninius santykius grindžiamą lyderystę, nuosekliai veikiančią darbuotojų vertybes ir motyvaciją (11). Šiame kontekste konstruktyvūs profesiniai santykiai stiprina pasitikėjimą ir bendradarbiavimą darbo aplinkoje, o aiškus ir pagarbus vadovo bendravimas prisideda prie teigiamo darbo klimato bei skatina darbuotojų motyvaciją (11,23). Šių procesų įgyvendinimas praktikoje ypač svarbus slaugos administratorių veikloje, nes kryptingas atviro bendravimo skatinimas ir profesinių santykių puoselėjimas palaiko komandos įsitraukimą ir stiprina tarpusavio ryšius. Toks bendravimo ir tarpasmeninių santykių pobūdis sveikatos priežiūros įstaigose siejamas su didesniu darbuotojų

pasitenkinimu, kurį lemia priklausymo jausmas, galimybė kurti autentiškus santykius, iš kurių formuojasi stiprus ryšys su kolegomis (3).

Kasdienė vadovų ir darbuotojų tarpusavio komunikacija sudaro pagrindą tolesniems darbo klimato ir sprendimų priėmimo procesams. Tyrimai rodo, kad komandos nariai, pastebėję vadovo užimtumą ar nepalankią emocinę būseną, gali vengti kelti problemas ar inicijuoti diskusijas, todėl prastėja tarpusavio komunikacija ir neigiamai veikiamas darbo klimatas. Dėl ribotos sąveikos tarp vadovų ir darbuotojų silpnėja informacijos mainai, apsunkinamas sprendimų priėmimas ir blogėja vadovo bei komandos santykiai (14). Šių principų taikymas slaugos administratorių veikloje, palaikant teigiamus tarpusavio santykius, skatina personalo autonomiją ir darbuotojų įtraukimą į sprendimų priėmimą, taip didinant jų motyvaciją ir įsitraukimą (23,37). Toks darbuotojų įtraukimas ypač reikšmingas tuomet, kai slaugytojos vertinamos kaip lygiavertės partnerės sprendimų priėmimo procese. Tai skatina jų aktyvesnį dalyvavimą organizacijos veikloje ir prisideda prie palankesnio darbo klimato formavimo (23). Be darbuotojų autonomijos, reikšmingas ir pačių vadovų savarankiškumas bei teisė priimti sprendimus savo darbo srityje, nes tai sudaro prielaidas aktyviam dalyvavimui organizaciniuose pokyčiuose ir atsakomybės prisiėmimui (3). Tokio pobūdžio vadovavimo gebėjimai sudaro sąlygas darbuotojams veikti savarankiškai, derinant autonomiją su atskaitomybe, ir siejami su didesniu darbuotojų įsitraukimu bei veiksmingesniu komandos ir tarpdisciplininių grupių funkcionavimu sprendimų priėmimo procese (11,26). Dėl šių sąsajų bendradarbiavimu grindžiamas ir paskirstytas vadovavimas tampa ypač reikšmingas sprendžiant sudėtingas situacijas, kuriose būtinas koordinuotas ir kolektyvinis sprendimų priėmimas (11).

Apibendrinimas. Vadovų darbas sveikatos priežiūroje pasižymi didele atsakomybe ir nuolatine įtampa, todėl ilgainiui gali lemti emocinį išsekimą, perdegimą ir nuovargį, kurie siejami su mažesniu pasitenkinimu darbu ir didesniu ketinimu palikti organizaciją. Šių reiškinių raiška glaudžiai susijusi su vadovavimo stiliumi, nes transformacinis ir į santykius orientuotas vadovavimas dažniau siejamas su geresne darbuotojų psichologine savijauta, o transakcinio poveikis vertinamas nevienareikšmiškai. Priešingai, pasyvus ar destruktivus vadovavimas nuosekliai siejamas su didesniu stresu ir perdegimu. Kartu vadovavimas formuoja darbo klimatą ir darbuotojų motyvaciją, nes aiški komunikacija, pasitikėjimu grįsti santykiai ir darbuotojų įtraukimas padeda mažinti psichologinę įtampą ir palaikyti geresnę darbuotojų savijautą.

1.4. Lėtinio nuovargio samprata, formavimasis ir raiška

Lėtinio nuovargio samprata, istorinė raida ir daugiamačė struktūra. Lėtinio nuovargio sindromo samprata medicinos moksle formavosi palaipsniui, kintant tiek šios būklės pavadinimams, tiek jos aiškinimo modeliams. XX a. pirmoje pusėje aprašyti protrūkiai, vėliau sieti su mialginiu encefalomielitu ar lėtinio nuovargio sindromu, laikomi vienais pirmųjų sistemingesnių šios būklės medicininių aprašymų (38). 1980-ųjų pabaigoje Jungtinių Amerikos Valstijų Ligų kontrolės ir

prevencijos centrai suformulavo terminą „lėtinio nuovargio sindromas“ ir paskelbė pirmąją darbinę atvejo apibrėžtį, taip pradėdami struktūruotą klinikinį ir epidemiologinį šios būklės tyrimą (39). Vėlesniais dešimtmečiais buvo kuriami ir atnaujinami skirtingi ligos apibrėžimo kriterijai, siekiant tiksliau nustatyti šios būklės požymius ir aiškiau atskirti ją nuo kitų nuovargį sukeliančių sveikatos sutrikimų (40). Tai rodo, kad lėtinio nuovargio sindromas kaip klinikinė būklė medicinos literatūroje sistemingai analizuojamas jau daugiau nei aštuonis dešimtmečius, o jo konceptualinė ir metodologinė plėtra ypač suintensyvėjo nuo XX a. pabaigos.

Požiūris į mialginį encefalomielitą ir lėtinio nuovargio sindromą ilgą laiką buvo nevienareikšmis, vyko diskusijos dėl galimos psichogeninės ar somatinės kilmės (38). Naujesnės ekspertų ataskaitos pabrėžia, kad ši būklė yra rimta, lėtinė ir sisteminė liga, turinti biologinį pagrindą, o ne vien psichologinės kilmės sutrikimas. 2015 m. Jungtinių Amerikos Valstijų Medicinos institutas pasiūlė atnaujintą klinikinę atvejo apibrėžtį ir akcentavo daugiasisteminį ligos pobūdį. Nepaisant pažangos apibrėžiant ir konceptualizuojant šią būklę, iki šiol nėra patvirtinto specifinio gydymo, o klinikinės rekomendacijos daugiausia grindžiamos simptomų valdymu ir palaikomąja terapija (39). Diagnostinių kriterijų raida rodo perėjimą nuo pavienių klinikinių aprašymų prie labiau struktūruoto ir institucijų inicijuoto klinikinių bei epidemiologinių tyrimų plėtojimo (39,40).

Lėtinis nuovargis literatūroje apibūdinamas kaip daugiaplanė ir itin individuali būseną, susijusi su sumažėjusiais fiziniais ir arba protiniais gebėjimais bei bendru išsekimu. Skirtingai nei trumpalaikis nuovargis, jis pasižymi ilgalaikiškumu ir nuolatiniu išsekimo pojūčiu, kuris neišnyksta net ir po pakankamo poilsio, todėl tampa nuolatine asmens funkcionavimą ribojančia būkle. Literatūroje lėtinis nuovargis dažnai apibrėžiamas kaip ne trumpiau kaip šešis mėnesius trunkanti būseną, galinti pasireikšti tiek esant aiškiai nustatomi priežastčiai, tiek ir jai nenustačius, kuriai būdingas nuolatinis išsekimo ar silpnumo jausmas, nepalengvėjantis po poilsio ir neigiamai veikiantis kasdienę veiklą bei darbingumą. Ši būseną apibūdinama kaip visapusiška ir sekinanti patirtis, galinti būti ilgalaikė arba kintanti laike, o jos raiška ir intensyvumas pasižymi dideliu individualumu (41).

Šiai būsenai būdingas ryškus subjektyvus pobūdis, nes lėtinis nuovargis pirmiausia patiriamas ir vertinamas paties asmens, o jį išgyvenantys darbuotojai šią būseną dažnai apibūdina metaforiškai, vartodami tokius vaizdinius kaip „nusausinimas“, „miglotumas“, „sunkumas“, „susidėvėjimas“ ar jausmą, tarsi būtų „atsitrenkta į sieną“, kai bazinis energijos lygis yra visiškai išseiktas. Literatūroje pabrėžiama, kad pati būseną dažnai lyginama su užsitęsusiu gripo sukeltu išsekimu. Kartu nurodoma, jog lėtinis nuovargis laikomas unikalia patirtimi, kurios išgyvenimas ir apibūdinimas priklauso nuo individualių asmens savybių bei gretutinių medicininių būklių, todėl šią būseną patiriantys asmenys neretai jaučiasi nesuprasti aplinkinių. Dėl to lėtinis nuovargis reikšmingai trikdo šeimos ir socialinius santykius, mažina asmens gebėjimą aktyviai dalyvauti socialiniame gyvenime, būti produktyviam ir efektyviai atlikti kasdienės veiklas. Fizinis ir kognityvinis išsekimas dar labiau apsunkina

bendravimą, lemia vėlavimus, užduočių detalių praleidimą bei sunkumus laiku atlikti darbo ir kitas kasdienės užduotis. Šie sunkumai siejami su kognityviniais pokyčiais, tokiais kaip „miglotumo“ jausmas ar sutrikęs tekstinės informacijos apdorojimas, kurie riboja socialines funkcijas ir kasdienės veiklos atlikimą bei neigiamai veikia bendrą asmens savijautą (41).

Lėtinis nuovargis literatūroje apibūdinamas kaip sudėtinga daugiamatė būseną, apimanti tarpusavyje susijusius emocinius, fiziologinius ir kognityvinius komponentus, atsirandančius dėl per didelio darbo krūvio ir nepakankamo atsistatymo (5,42). Skirtinguose tyrimuose nuovargio struktūrą aprašoma nevienodai, tačiau dažniausiai akcentuojami fiziniai, emociniai ir kognityviniai aspektai, kurie siejami su darbingumo, savijautos ir profesinės veiklos pokyčiais (5,42,43). Lėtinio nuovargio fiziniai aspektai siejami su nuolatinio nuovargiu ir sumažėjusia energija, emociniai apima emocinį išsekimą ir neigiamus emocinius pokyčius, o kognityviniai pasireiškia atminties sutrikimais, sulėtėjusiu informacijos apdorojimu ir sumažėjusiu budrumu (42,43). Šie kognityviniai sutrikimai apsunkina sprendimų priėmimą, riboja profesinį funkcionavimą ir gali neigiamai paveikti darbo kokybę bei pacientų saugą (43,44). Šių tarpusavyje susijusių komponentų sąveika lemia bendrą asmens savijautos pablogėjimą ir darbingumo sumažėjimą.

Lėtinio ir ūminio nuovargio skirtumai bei sąsajos su perdegimu. Ūminis nuovargis paprastai atsiranda reaguojant į trumpalaikius fizinius ar protinius darbo aplinkos reikalavimus ir dažniausiai pasireiškia pamainos pabaigoje, kai darbo krūviai yra per dideli ir nepakankamai kompensuojami poilsu (5,45). Ši būseną literatūroje apibūdinama kaip laikinas darbingumo sumažėjimas, atsirandantis dėl per didelio fizinio ar protinio krūvio, kuris paprastai trunka trumpiau nei vieną mėnesį ir gali sumažėti užtikrinus pakankamą poilsį bei atsigavimą tarp pamainų (45). Skirtingai, nei ūminis nuovargis, lėtinis nuovargis pasižymi laipsniška eiga ir ilgesne trukme, tęsiasi ilgiau nei vieną mėnesį ir dažnai nėra tiesiogiai susijęs su konkrečia veikla ar vienkartinio fizinio krūviu (45). Esminis skirtumas tarp šių nuovargio formų siejamas su atsistatymo galimybėmis, kadangi nepakankamas poilsis ir nuolatinis neatsigavimas po ūminio nuovargio sudaro prielaidas jo progresavimui ir perėjimui į lėtinį nuovargį (43,45). Šios ūminio ir lėtinio nuovargio sąsajos ypač išryškėja profesiniame kontekste, o jų pasireiškimo intensyvumas ir dažnis kinta priklausomai nuo darbo sąlygų, atsigavimo tarp pamainų galimybių ir individualių veiksnių (42,45).

Nors nuovargis dažnai siejamas su stresu, perdegimu ir emociniu išsekimu, literatūroje pabrėžiama, kad tai yra tarpusavyje susiję, tačiau savarankiški reiškiniai (5). Šios sąsajos ypač išryškėja darbinio streso kontekste, kuriam būdingas didelis spaudimas, perteklinis darbo krūvis, darbo nesaugumas, vidiniai konfliktai ir savarankiškumo stoka (23). Ilgainiui tokio streso poveikis pasireiškia tiek fiziniu, tiek protiniu nuovargiu, energijos stoka, sunkumais susikaupti, nemiga, somatiniais simptomais, nerimu, nusivylimu ir padidėjusia klaidų rizika. Šiuos nuovargio simptomus dar labiau sustiprina ilgos darbo valandos, laiko spaudimas, didelė atsakomybė, etinės dilemos bei

darbo ir asmeninio gyvenimo pusiausvyros sutrikimai (22). Be to, nuovargio formavimuisi reikšmingą įtaką turi ir organizaciniai veiksniai, tokie kaip netinkami vadovavimo stiliai, neaiškūs lūkesčiai vadovavimo vaidmeniui, personalo trūkumas, autonomijos stoka ir prasta lyderystė (4,8). Šių veiksnių fone didėjantis nuovargis ir emocinė įtampa didina perdegimo sindromo išsivystymo riziką, pirmiausia siejamą su emociniu išsekimu (22). Jei nuovargis išlieka ilgą laiką ir nėra veiksmingai valdomas, literatūroje nurodoma, kad jis gali tapti lėtiniu, kuris perdegimo kontekste vertinamas kaip vienas iš šio sindromo etapų ar simptomų (46).

Lėtinio nuovargio formavimosi mechanizmai ir rizikos veiksniai darbo aplinkoje. Lėtinio nuovargio formavimasis glaudžiai siejamas su darbo aplinkoje vykstančiais procesais ir darbo organizavimo ypatumais. Empiriniai tyrimai rodo, kad dideli darbo reikalavimai, ūmus nuovargis ir nepakankamas atsigavimas tarp pamainų yra pagrindiniai veiksniai, lemiantys lėtinio nuovargio formavimąsi (45). Nesant pakankamo atsistatymo po ūmaus nuovargio, literatūroje nurodoma, kad ši būseną gali progresuoti į lėtinį nuovargį, kuris pasižymi ilgalaikiu neigiamu poveikiu asmens savijautai ir kasdieniam funkcionavimui (43). Šio proceso vystymasis ir jo progresavimas siejamas su aukštais psichologiniais darbo reikalavimais, viršvalandžiais, ribotomis galimybėmis kontroliuoti savo darbą, neaiškiai apibrėžtomis darbuotojų funkcijomis ir sudėtingu darbo turiniu, kurie literatūroje įvardijami kaip reikšmingi psichosocialiniai rizikos veiksniai (46). Tokios darbo sąlygos lemia didelį darbo krūvį, pasireiškiantį padidėjusiu darbo tempu, kelių užduočių atlikimu vienu metu, ilgesniu darbo laiku ir sumažėjusiomis poilsio galimybėmis, o tai literatūroje siejama su lėtinio nuovargio atsiradimu (45). Be to, empiriniai duomenys rodo, kad dideli psichologiniai darbo reikalavimai ne tik siejami su aukštesniu lėtinio nuovargio lygiu, bet ir turi prognostinę reikšmę, prognozuojant lėtinį nuovargį po vienerių metų (43).

Lėtinio nuovargio paplitimas ir raiška sveikatos priežiūros sistemoje. Lėtinis nuovargis sveikatos priežiūros sistemoje laikomas ilgalaikė ir plačiai paplitusia problema, su kuria susiduria įvairių profesinių grupių medicinos darbuotojai. Lėtinio nuovargio raiška sveikatos priežiūros aplinkoje apima įvairius požymius ir simptomus, pasireiškiančius susikaupimo stoka, išsiblaškymu, sumažėjusia tolerancija, pervargimo jausmu, dezorganizacija, energijos stoka tiek profesinėje, tiek asmeninėje veikloje, atsiribojimu nuo darbo, nerimu dėl artėjančių darbo pamainų bei nusivylimo jausmu (5). Empiriniai tyrimai rodo, kad lėtinio nuovargio lygis sveikatos priežiūros sektoriuje svyruoja nuo žemo ar vidutinio iki aukšto, o slaugytojų grupėje jis dažniausiai nustatomas vidutiniu arba vidutiniškai aukštu lygiu (45). Šie duomenys leidžia lėtinį nuovargį vertinti kaip plačiai paplitusią ir reikšmingą sveikatos priežiūros sektoriaus problemą, ypač slaugos srityje, kur intensyvus darbo tempas, pamaininis darbas ir ribotos atsigavimo galimybės sudaro palankias sąlygas ilgalaikiam profesinio nuovargio formavimuisi ir jo palaikymui (42,43,47).

Lietuvos kontekste profesinio ir lėtinio nuovargio problema išryškėja didelio ir intensyvėjančio darbo krūvio, nepalankių darbo sąlygų bei sveikatos priežiūros personalo trūkumo fone, kurie sudaro prielaidas nuovargio kaupimuisi ir jo progresavimui į lėtinę formą (46,48). Ypač didelis lėtinio nuovargio lygis nustatomas tais atvejais, kai dideli darbo reikalavimai sutampa su ribotais darbo ištekliais ir taip dar labiau sustiprina neigiamą poveikį darbuotojų savijautai (43). Ši sąsaja siejama ir su darbo organizavimo ypatumais, tokiais kaip ilgesnis darbo stažas įstaigoje, didelis darbo valandų skaičius per mėnesį, viršvalandžiai bei pamaininis darbas, įskaitant naktines ir vakarines pamainas, kurie empiriškai siejami su didesniu lėtinio nuovargio lygiu ir prastesniu atsigavimu tarp pamainų (45,47). Be organizacinių veiksnių, lėtinio nuovargio raišką sveikatos priežiūros sektoriuje papildomai sustiprina miego problemos, nepalankūs gyvenimo būdo veiksniai bei darbo ir šeimos konfliktas, kurie siejami su aukštesniu tiek ūmaus, tiek lėtinio nuovargio lygiu (42).

Apibendrinimas. Lėtinis nuovargis apibūdinamas kaip ilgalaikė, daugiamatė būseną, pasireiškianti nuolatiniu fiziniu, emociniu ir kognityviniu išsekimu, kuris neišnyksta net ir po poilsio ir riboja kasdienį funkcionavimą. Jis formuojasi palaipsniui, dažniausiai dėl nepakankamo atsistatymo po ūmaus nuovargio, ir yra glaudžiai susijęs su ilgalaikiu stresu bei perdegimu. Šio proceso vystymuisi didelę reikšmę turi darbo aplinkos veiksniai, tokie kaip didelis darbo krūvis, aukšti psichologiniai reikalavimai, viršvalandžiai, ribota darbo kontrolė ir neaiškūs vaidmenys, taip pat nepalanki organizacinė aplinka ir paramos stoka. Šios sąlygos ypač būdingos sveikatos priežiūros sektoriui, kuriame dėl intensyvaus darbo tempo, personalo trūkumo ir pamaininio darbo lėtinis nuovargis yra dažnas ir reikšmingas reiškinys. Dėl savo kompleksinio pobūdžio jis veikia ne tik savijautą, bet ir darbingumą, tarpasmeninius santykius bei bendrą veiklos efektyvumą.

1.5. Lėtinio nuovargio poveikis darbo ir organizaciniams procesams

Lėtinio nuovargio pasekmės slaugytojų ir slaugos administratorių darbo veiklai. Nuovargis yra plačiai paplitęs tarp slaugytojų ir gali pasireikšti tiek ūmine, tiek lėtine forma, kurioms būdingas išsekimas ir energijos stoka, darantys neigiamą poveikį fiziniams ir kognityvinėms funkcijoms (47). Šios būklės formavimuisi reikšmingą vaidmenį turi didelis darbo krūvis ir su darbu susiję reikalavimai, kurie didina profesinio nuovargio riziką ir yra siejami su neigiamu poveikiu slaugytojų saugai, sveikatai, bendrai savijautai bei gebėjimui efektyviai atlikti profesines funkcijas (49). Nuovargis taip pat trikdo kasdienę medicinos darbuotojų veiklą ir ilgainiui mažina jų įsitraukimą į darbą, pasitenkinimą profesine veikla bei teikiamų paslaugų kokybę (46). Tyrimų duomenys rodo, kad slaugytojų nuovargis siejamas su profesiniu perdegimu, ligotumu ir nedarbingumu, su darbu susijusiomis traumomis bei sumažėjusiu darbo efektyvumu, taip pat su mažesniu darbo našumu, produktyvumu ir prastesne bendra darbuotojų gerove (45,49). Šios neigiamos pasekmės nustatomos tiek slaugytojų, tiek slaugos administratorių veikloje, kur nuovargis siejamas su fiziniu ir protiniu

išsekimu, dėmesio koncentracijos sunkumais, prastesniu darbo organizavimu, didesniu klaidų skaičiumi ir energijos stoka (22). Ilgainiui, esant nepakankamam poilsiui ir atsistatymui, ūminis nuovargis gali pereiti į lėtinę būseną, kuri siejama su reikšmingesnėmis neigiamomis pasekmėmis, įskaitant sumažėjusį darbo efektyvumą, prastesnę gerovę ir didesnę darbuotojų kaitos riziką (5).

Lėtinis nuovargis, susiformuojantis dėl ilgalaikio nepakankamo atsistatymo, siejamas su pablogėjusia darbo veikla, suprastėjusia fizine sveikata ir sumažėjusiu bendru funkcionavimo pajėgumu. Asmenims, kuriems nepavyksta atsitraukti nuo darbo ir psichologiškai atsigauti, dažniau pasireiškia nuotaikos pablogėjimas ir miego sutrikimai, o į darbą jie grįžta funkcionuodami sumažėjusiu pajėgumu, taip didindami nuovargio, tarpasmeninių konfliktų ir papildomo darbo streso riziką (49).

Nustatyta, kad slaugytojų, o ypač slaugos administratorių, patiriamas lėtinis nuovargis yra aukštesnio lygio nei kitų slaugos vaidmenų darbuotojų ir siejamas su mažesniu darbo našumu, prastesne darbo ir asmeninio gyvenimo pusiausvyra. Be to, slaugos administratorių patiriamas lėtinis nuovargis siejamas su prastesniu darbo atlikimu ir didesniais ketinimais palikti darbą (5). Kai lėtinis nuovargis nėra kompensuojamas pakankamomis poilsio ir atsistatymo galimybėmis, jis gali pereiti į lėtinio išsekimo būseną, siejamą su fizinėmis problemomis, pavyzdžiui, virškinimo sutrikimais, psichikos sveikatos sutrikimais, įskaitant depresiją, ir pablogėjusiu darbo funkcijų atlikimu. Atsižvelgiant į tai, nuovargio valdymas darbo vietoje yra svarbus, nes tiek ūminis, tiek lėtinis nuovargis siejamas su didesne nelaimingų atsitikimų darbe ir vėlesnių sužalojimų rizika (50).

Lėtinio nuovargio pasekmės organizacijos veiklos efektyvumui ir pacientų saugai sveikatos priežiūros sistemoje. Empiriniai duomenys rodo, kad slaugytojų, ypač slaugos administratorių, patiriamas lėtinis nuovargis yra aukštesnio lygio nei kitų darbuotojų ir siejamas su sumažėjusiu darbo našumu, prastesne darbo ir asmeninio gyvenimo pusiausvyra bei padidėjusiais ketinimais palikti darbą (5). Literatūroje taip pat nurodoma, kad lėtinis nuovargis siejamas su prastesne darbuotojų sveikata, didesniais personalo išlaikymo iššūkiais ir padidėjusia grėsme pacientų saugai, o tai yra susiję su nepalankiais bendrais sveikatos sistemos veiklos rezultatais (51). Papildomai lėtinis nuovargis siejamas su sumažėjusiu darbuotojų darbingumu ir prastesne organizacijos gerove, o aukštas slaugos administratorių lėtinio nuovargio lygis literatūroje įvardijamas kaip rodiklis, pagrindžiantis organizacinės paramos stiprinimo poreikį dėl jo poveikio individualiai vadovų gerovei ir organizacijos veiklos rezultatams (5,46). Atsižvelgiant į tai, nuovargio valdymas darbo vietoje yra svarbus, nes tiek ūminis, tiek lėtinis nuovargis siejamas su didesne nelaimingų atsitikimų darbe ir vėlesnių sužalojimų rizika (50).

COVID 19 pandemijos kontekste nustatyta, kad slaugos personalo lėtinis nuovargis ir mažas pasitenkinimas darbu reikšmingai siejasi su darbuotojų kaitos ketinimais, o didelis lėtinio nuovargio lygis kartu su menku pasitenkinimu darbu laikomi stipriais ketinimo palikti profesiją veiksniais. Šios

sąsajos aiškinamos darbo reikalavimų ir išteklių modeliu, pagal kurį fiziniai, psichologiniai, socialiniai ir organizaciniai darbo reikalavimai didina įtampą, pasireiškiančią lėtiniu nuovargiu ir mažu pasitenkinimu darbu, ir neigiamai veikia darbuotojų motyvaciją bei veiklos rezultatus, įskaitant paslaugų kokybę. Tyrimo duomenys rodo, kad su COVID 19 sergančiais pacientais dirbusiems slaugytojams buvo būdingas aukštas lėtinio nuovargio lygis, prastesnė paslaugų kokybė, mažesnis pasitenkinimas darbu ir didesni ketinimai palikti organizaciją (52).

Tyrimo duomenys rodo, kad sveikatos priežiūros darbuotojų nuovargis siejamas su didesne medicininių klaidų rizika, sumažėjusiu diagnostiniu tikslumu, sutrikusiu klinikinių sprendimų priėmimu ir padidėjusia grėsme pacientų saugai. Šiame kontekste ypač reikšmingas psichinis nuovargis, apimantis kognityvinius aspektus, tokius kaip dėmesio koncentracijos sunkumai, kurie siejami su klinikinių sprendimų priėmimo sutrikimais (51). Tuo tarpu, lėtinis nuovargis neigiamai veikia kognityvinius procesus, pasireiškdamas atminties sutrikimais, sulėtėjusiu informacijos apdorojimu, sumažėjusiu budrumu ir sutrikusiu problemų sprendimu, dėl ko prastėja profesinės veiklos ir pacientų priežiūros kokybė bei apsunkinamas bendravimas su pacientais (43). Papildomai nustatyta, kad stresas ir nuovargis darbe tiesiogiai siejami su didesniu išsiblaškymu, klaidomis ir traumomis, o nuolatinis nuovargis siejamas su sumažėjusia empatija ir humanišku bendraujant su pacientais ir kolegomis, kas neigiamai veikia pacientų saugą (48).

Apibendrinimas. Lėtinis nuovargis sveikatos priežiūros sistemoje daro reikšmingą neigiamą poveikį tiek darbuotojų veiklai, tiek organizacijos rezultatams. Jis siejamas su fiziniu ir kognityviniu išsekimu, sumažėjusiu darbo efektyvumu, prastesne psichologine savijauta ir didesne perdegimo rizika, o ypač ryškus slaugytojų ir slaugos administratorių grupėse. Šios individualios pasekmės atsispindi organizaciniu lygmeniu, pasireiškdamos mažesniu darbuotojų įsitraukimu, didesne kaita ir prastesniais veiklos rezultatais. Kartu lėtinis nuovargis neigiamai veikia kognityvinius procesus, todėl didėja klaidų tikimybė, blogėja sprendimų priėmimas ir silpnėja bendravimas su pacientais. Dėl to ši būseną tiesiogiai siejama su prastesne paslaugų kokybe ir didesne grėsme pacientų saugai, todėl laikoma svarbiu organizaciniu iššūkiu.

2. TYRIMO METODIKA

2.1. Tyrimo metodas ir pagrindumas

Magistro baigiamasis darbas parengtas vadovaujantis Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto baigiamųjų darbų rengimo, gynimo ir kaupimo metodiniais nurodymais. Tyrimas atliktas taikant kiekybinį skerspjūvio tyrimo dizainą.

Kiekybinis tyrimas yra struktūruotas, sistemingas tyrimas, kurio metu renkami ir analizuojami skaitiniai duomenys siekiant įvertinti reiškinius bei nustatyti ryšius tarp kintamųjų (53). Šio tipo tyrimai grindžiami hipotezių formulavimu ir jų tikrinimu, matuojant kintamuosius ir taikant statistinius analizės metodus (53,54). Kiekybiniai tyrimai orientuoti į objektyviai išmatuojamus reiškinių požymius, leidžia nustatyti kintamųjų tarpusavio ryšius, analizuoti jų sąveiką bei apibendrinti rezultatus tiriamajai populiacijai (53). Be to, kiekybiniai tyrimai taikomi siekiant nustatyti tendencijas ir statistinius ryšius tarp reiškinių, o pasirinktas duomenų rinkimo metodas turi būti pagrįstas tyrimo tikslu ir uždaviniais (55).

Statistiniai metodai naudojami ne tik duomenims aprašyti, bet ir hipotezėms tikrinti bei ryšiams tarp kintamųjų įvertinti (54). Skirtingai nei kokybiniai tyrimai, kurie orientuoti į reiškinių interpretaciją ir subjektyvių patirčių analizę, kiekybiniai tyrimai grindžiami skaitiniais duomenimis ir leidžia objektyviai bei statistiškai pagrįsti tiriamų kintamųjų sąsajas (53). Atsižvelgiant į tyrimo tikslą įvertinti slaugos administratorių taikomą vadovavimo stilių ir jų patiriamą su darbu susijusį nuovargį bei nustatyti šių kintamųjų tarpusavio sąsajas, pasirinktas kiekybinis skerspjūvio tyrimo dizainas yra tinkamiausias. Šis tyrimo dizainas leidžia vienu metu įvertinti tiriamų kintamųjų pasiskirstymą konkrečioje populiacijoje ir analizuoti jų tarpusavio ryšius. Kiekybinis metodas suteikia galimybę objektyviai išmatuoti vadovavimo stiliaus ir nuovargio rodiklius, o taikomi statistinės analizės metodai leidžia patikimai įvertinti šių kintamųjų sąsajas ir patikrinti iškeltas prielaidas.

Tyrimo objektas - Slaugos administratorių vadovavimo stilius ir lėtinis nuovargis.

Tyrimo subjektas - Slaugos administratoriai.

Tyrimo hipotezė - Slaugos administratorių patiriamo lėtinio nuovargio lygis yra susijęs su jų taikomu vadovavimo stiliumi.

2.2. Tyrimo imtis

Tyrimo imtį sudarė slaugos administratoriai, vadovaujantys skyriams ar padaliniais. Tyrimas vykdytas trijose stacionarinėse antrinio ir tretinio lygio sveikatos priežiūros įstaigose: X ligoninėje, Y ligoninėje ir Z ligoninėje.

Remiantis šiose įstaigose dirbančių slaugos administratorių skaičiumi, tyrimo generalinę visumą sudarė apie 150 asmenų. Tyrimo imčiai sudaryti taikyta tikslinga netikimybinė atranka, nes tyrimas orientuotas į konkrečią profesinę grupę, turinčią vadovavimo funkcijas slaugos

administravimo srityje. Atrankos vienetu laikomas vienas slaugos administratorius. Į tyrimą buvo įtraukiami tik tie asmenys, kurie atitiko nustatytus įtraukimo kriterijus.

Imties dydis apskaičiuotas taikant Paniotto formulę:

$$n = 1 / (\Delta^2 + 1/N),$$

čia n - imties dydis, Δ - paklaida (0,05), N - generalinės visumos dydis (150).

Atlikus skaičiavimą:

$$n = 1 / (0,05^2 + 1/150) = 1 / (0,0025 + 0,0067) = 1 / 0,0092 \approx 108,7.$$

Atsižvelgiant į tai, minimalus reikalingas imties dydis yra 109 respondentai.

Tyrime faktiškai dalyvavo 100 atrankos kriterijus atitinkantys respondentai ($n = 100$). Esant šiai imčiai ir 95 proc. pasiklovimo lygmeniui, apskaičiuota rezultatų paklaida yra apie 5,7 proc. Mokslinėje literatūroje nurodoma, kad socialiniuose tyrimuose dažniausiai laikoma priimtina apie 5 proc. paklaida, tačiau leidžiamas paklaidos intervalas gali siekti iki 10 proc. (56). Atsižvelgiant į tai, šiame tyrime gauta paklaida laikytina priimtina.

Į tyrimą buvo įtraukiami slaugos administratoriai, dirbantys slaugos administratoriaus, skyriaus ar padalinio vadovo pareigose pagrindinėje darbovietėje pilnu etatu, turintys ne mažiau kaip 12 mėnesių vadovaujamo darbo patirties ir galiojančią bendrosios praktikos slaugytojo licenciją.

Neįtraukimo kriterijai yra asmenys, nedirbantys administracinio ar vadovaujamo darbo, turintys mažiau nei dvylikos mėnesių vadovaujamo darbo patirties, laikinai einantys pareigas, atliekantys tik koordinavimo funkcijas arba nesutinkantys dalyvauti tyrime.

2.3. Tyrimo instrumentai

Duomenims rinkti buvo naudojamas struktūruotas kombinuotas klausimynas, sudarytas iš trijų dalių. Klausimyną sudarė 65 punktai: 5 klausimai ir 60 standartizuotų teiginių. Pirmąją dalį sudarė tyrėjos parengta sociodemografinių duomenų anketa, antrąją dalį sudarė Daugelio veiksmų lyderystės klausimynas (angl. Multifactor Leadership Questionnaire, MLQ Form 5X-Short), o trečiąją dalį sudarė Profesinio nuovargio, išsekimo ir atsigavimo skalė (angl. Occupational Fatigue Exhaustion Recovery Scale, OFER-15). Antrojoje ir trečiojoje dalyse naudoti standartizuoti ir validuoti tyrimo instrumentai.

Sociodemografinė anketa

Tyrimo dalyvių charakteristikoms apibūdinti buvo naudojama tyrėjos sukurta sociodemografinių duomenų anketa. Sociodemografinę anketą sudarė 5 klausimai. Joje buvo renkami pagrindiniai respondentų socialiniai ir profesiniai duomenys: amžius, išsilavinimas, darbo stažas sveikatos priežiūros įstaigoje, vadovaujamo darbo patirtis metais ir vadovaujamų darbuotojų skaičius.

Visi klausimai buvo pateikti kaip uždari klausimai su iš anksto pateiktais atsakymo variantais. Surinkti sociodemografiniai duomenys buvo naudojami tyrimo imčiai apibūdinti ir analizuoti galimas sąsajas tarp respondentų profesinių charakteristikų, vadovavimo stiliaus ir patiriamo nuovargio.

Antrojoje ir trečiojoje klausimyno dalyse naudotų standartizuotų tyrimo instrumentų struktūra ir vertinimo principai pateikiami 3 lentelėje.

3 lentelė. Tyrime naudotų klausimynų charakteristikos

Instrumentas	Daugelio veiksnų lyderystės klausimynas (MLQ Form 5X-Short)	Profesinio nuovargio, išsekimo ir atsigavimo skalė (OFER)
Autoriai	B. M. Bass, B. J. Avolio	P. C. Winwood, A. H. Winefield, D. Dawson, K. Lushington
Teiginių skaičius	45 teiginiai	15 teiginių
Subskalės	12 subskalių. Transformacinis vadovavimas: idealizuota lyderio įtaka, įkvepiantis motyvavimas, intelektinis stimuliavimas, individualizuotas dėmesys. Transakcinis vadovavimas: sąlyginis atlygis, aktyvus valdymas pagal nukrypimus. Pasyvus vadovavimas: pasyvus valdymas pagal nukrypimus, laissez-faire (pasyvus) vadovavimas.	3 subskalės po 5 teiginius: lėtinis nuovargis (OFER-CF), ūminis nuovargis (OFER-AF), atsigavimas tarp darbo pamainų (OFER-IR)
Matavimo skalė	5 balų Likerto skalė: 0 - niekada, 1 - labai retai, 2 - kartais, 3 - gana dažnai, 4 - dažnai arba visada	7 balų Likerto skalė: 0 - visiškai nesutinku, 1 - nesutinku, 2 - šiek tiek nesutinku, 3 - nei sutinku, nei nesutinku, 4 - šiek tiek sutinku, 5 - sutinku, 6 - visiškai sutinku
Vertinimo principas	Kiekvienos subskalės balas apskaičiuojamas sudedant teiginių balus ir padalijant iš teiginių skaičiaus. Didesnis balas rodo stipresnį vadovavimo stiliaus pasireiškimą.	Kiekvienos subskalės įvertis apskaičiuojamas sudedant atitinkamų teiginių balus, rezultatą dalijant iš maksimalios galimos subskalės balų sumos ir dauginant iš 100. Taip gaunami standartizuoti 0-100 balų įverčiai, leidžiantys palyginti subskales. Kai kurie teiginiai buvo vertinami taikant atvirkštinio balų skyrimo principą pagal instrumento autorių rekomendacijas. Didesni nuovargio subskalių balai rodo didesnę nuovargį, o didesni atsigavimo tarp darbo pamainų įverčiai rodo prastesnę atsigavimą tarp pamainų.

Daugelio veiksnų lyderystės klausimynas (MLQ)

Vadovavimo stiliui vertinti šiame tyrime buvo naudojamas Daugelio veiksnų lyderystės klausimynas (angl. Multifactor Leadership Questionnaire, MLQ Form 5X-Short), sukurtas B. M. Bass ir B. J. Avolio. Pirminio instrumento validacijos straipsnio DOI: 10.1348/096317999166789.

Kadangi MLQ yra autorinių teisių saugomas instrumentas, prieš naudojant jį tyrime buvo gauta oficiali leidėjo „Mind Garden, Inc.“ licencija. Leidimas naudoti klausimyną gautas 2025 m. lapkričio 3 d. Įsigyta licencija suteikia teisę naudoti klausimyną mokslinių tyrimų tikslais ir

administruoti jį iki 100 kartų per trejų metų laikotarpį. Instrumentas tyrimui buvo įsigytas tyrėjos nuosavomis lėšomis.

Įsigijus licenciją buvo gauti klausimyno dokumentai, vertinimo instrukcijos ir lietuviška klausimyno versija. Pagal licencijos sąlygas kiekviename klausimyno puslapyje su teiginiais turi būti nurodytas autorių teisių priedas.

Šiame tyrime MLQ klausimynas buvo naudojamas slaugos administratorių vadovavimo stiliui įvertinti.

Profesinio nuovargio, išsekimo ir atsigavimo skalė (OFER)

Šiame tyrime su darbu susijusiam nuovargiui ir atsigavimui tarp darbo pamainų vertinti naudota Profesinio nuovargio, išsekimo ir atsigavimo skalė (angl. Occupational Fatigue Exhaustion Recovery Scale, OFER-15), sukurta P. C. Winwood, A. H. Winefield, D. Dawson ir K. Lushington. Pirminio instrumento validacijos straipsnio DOI: 10.1097/01.jom.0000161740.71049.c4.

Kadangi OFER skalė yra autorinių teisių saugomas instrumentas, prieš naudojant ją tyrime buvo gautas autoriaus leidimas. Leidimas naudoti skalę gautas 2025 m. lapkričio 20 d. Instrumentas tyrimui buvo įsigytas tyrėjos nuosavomis lėšomis.

Pagal autoriaus nustatytas sąlygas OFER skalę leidžiama naudoti tik šio tyrimo tikslais iki 2026 m. gruodžio mėn. ir negali būti perduodama kitiems asmenims.

Kadangi lietuviška OFER klausimyno versija anksčiau nebuvo parengta, buvo atliktas instrumentų vertimas į lietuvių kalbą taikant dvigubo vertimo metodą. Klausimynas pirmiausia buvo išverstas iš anglų kalbos į lietuvių kalbą, o vėliau atliktas atgalinis vertimas iš lietuvių kalbos į anglų kalbą. Vertimo procesą atliko du nepriklausomi kalbos specialistai. Parengta lietuviška klausimyno versija ir atgalinis vertimas buvo pateikti skalės autoriui peržiūrėti. Autorius patvirtino parengtą vertimą ir nurodė, kad ši versija gali būti naudojama kaip oficiali lietuviška OFER-15 skalės versija mokslinių tyrimų tikslais.

Šiame tyrime OFER skalė buvo naudojama slaugos administratorių patiriamam su darbu susijusiam nuovargiui ir atsigavimui tarp darbo pamainų įvertinti.

2.4. Tyrimo procesas

Tyrimas buvo vykdomas keliais nuosekliais etapais.

1 etapas. Leidimų tyrimui gavimas.

Pirmiausia buvo gauti leidimai naudoti tyrimo instrumentus. Daugelio veiksmų lyderystės klausimyno (MLQ) naudojimo licencija buvo gauta 2025 m. lapkričio 3 d., o Profesinio nuovargio, išsekimo ir atsigavimo skalės (OFER) autoriaus leidimas - 2025 m. lapkričio 20 d.

2025 m. gruodžio 18 d. buvo gautas Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Biomedicininų tyrimų etikos komiteto leidimas vykdyti tyrimą (Nr. (1.7 E) 150000-KT-636). Vėliau buvo gauti leidimai atlikti tyrimą sveikatos priežiūros įstaigose. Y ligoninės leidimas gautas 2026 m. sausio 29

d. (raštas Nr. IS-138/26(2.24. Mr)), X ligoninės leidimas - 2026 m. vasario 18 d., o Z ligoninės leidimas vykdyti tyrimą gautas 2026 m. kovo 9 d. Z ligoninėje leidimas vykdyti tyrimą suteiktas 25 klinikiniuose centruose.

2 etapas. Respondentų kvietimas dalyvauti tyrime.

Slaugos administratorių elektroninio pašto adresai buvo rasti oficialiose sveikatos priežiūros įstaigų interneto svetainėse. Kvietimai dalyvauti tyrime kartu su elektroninės apklausos nuoroda buvo siunčiami individualiai elektroniniu paštu. Siekiant padidinti atsako dažnį, priminimai apie tyrimą buvo siunčiami pakartotinai kartą per savaitę. Iš viso kvietimas dalyvauti tyrime kiekvienam potencialiam respondentui buvo siunčiamas tris kartus.

3 etapas. Duomenų rinkimas.

Duomenų rinkimas buvo vykdomas elektroninės apklausos būdu naudojant „Google Forms“ platformą. Tyrimas pradėtas 2026 m. vasario 1 d., kai slaugos administratoriams buvo išsiųsti pirmieji kvietimai dalyvauti apklausoje. Duomenų rinkimas vyko iki 2026 m. balandžio 1 d. Iš viso buvo išsiųsta apie 150 kvietimų dalyvauti tyrime. Gauta 100 pilnai užpildytų anketų, kurios buvo įtrauktos į tolesnę analizę ($n = 100$). Atsako dažnis sudarė 66,7 proc.

4 etapas. Duomenų paruošimas statistinei analizei.

Surinkti duomenys buvo eksportuoti į Microsoft Excel for Mac 16.106.3 (Microsoft 365) programą ir paruošti statistinei analizei. Vėliau duomenys buvo perkelti į statistinės analizės programą IBM SPSS Statistics 31.0.2.0. Sociodemografiniai kintamieji prieš statistinę analizę buvo koduojami, kiekvienai atsakymo kategorijai priskiriant skaitines reikšmes.

2.5. Duomenų apdorojimas ir analizės būdai

Tyrimo duomenys buvo apdoroti naudojant statistinę programą IBM SPSS Statistics. Analizei naudoti 100 respondentų duomenys, visų kintamųjų duomenys buvo pilni, trūkstamų reikšmių nenustatyta. Aprašomoji statistinė analizė atlikta apskaičiuojant dažnius, procentines reikšmes, vidurkius, standartinius nuokrypius, medianas ir interkvartilinius diapazonus.

Duomenų pasiskirstymo normalumas vertintas taikant Kolmogorovo-Smirnovą ir Shapiro-Wilk testus, tačiau atsižvelgiant į imties dydį pagrindinis dėmesys skirtas Shapiro-Wilk testui. Normalumo prielaida laikyta pažeista, kai reikšmingumo lygmuo buvo mažesnis nei 0,05. Nustačius, kad dalis kintamųjų neatitinka normaliojo skirstinio prielaidų, tolesnei analizei taikyti neparametriniai statistiniai metodai.

Vadovavimo stilių ir nuovargio rodiklių palyginimui, kai analizuojami susiję matavimai, taikytas Friedman testas, o kintamųjų tarpusavio sąsajoms įvertinti naudota Spearman koreliacijos analizė, vertinant koreliacijos koeficientą ir statistinį reikšmingumą. Skirtumams tarp nepriklausomų grupių įvertinti taikytas Kruskal-Wallis testas, o nustačius statistiškai reikšmingus skirtumus atlikti

poriniai palyginimai taikant Bonferroni korekciją. Visais atvejais statistinio reikšmingumo lygmuo laikytas $p < 0,05$.

Rengiant darbą buvo naudotas dirbtinis intelektas kaip pagalbinė priemonė teksto stilistikai gerinti, sakinių aiškumui ir struktūrai tobulinti bei verčiant mokslinius tekstus. Dirbtinis intelektas taip pat buvo naudotas susipažįstant su statistinės programos IBM SPSS Statistics naudojimu, tačiau nebuvo taikytas duomenų analizei, rezultatų interpretacijai ar išvadų formavimui.

2.6. Tyrimo etika

Tyrimas buvo atliktas laikantis biomedicininų tyrimų etikos principų. Prieš pradedant tyrimą buvo gautas Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Biomedicininų tyrimų etikos komiteto leidimas vykdyti tyrimą (2025 m. gruodžio 18 d., Nr. (1.7 E) 150000-KT-636). Taip pat buvo gauti leidimai atlikti tyrimą sveikatos priežiūros įstaigose. Tyrimas vykdytas vadovaujantis Vilniaus universiteto akademinės etikos kodeksu, Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymu ir mokslinių tyrimų etikos principais.

Prieš pradedant pildyti klausimyną respondentams buvo pateikta informacija apie tyrimo tikslą, tyrimo vykdytoją, duomenų naudojimo principus ir dalyvavimo sąlygas. Dalyvavimas tyrime buvo savanoriškas, o anketos pildymas buvo laikomas informuotu sutikimu dalyvauti tyrime. Respondentai turėjo teisę bet kuriuo metu nutraukti anketos pildymą be jokių pasekmių.

Apklausa buvo anoniminė, todėl tyrimo metu nebuvo renkami jokie asmenį identifikuojantys duomenys. Tyrimo duomenų rinkimas, tvarkymas, saugojimas ir analizė buvo vykdomi laikantis Bendrojo duomenų apsaugos reglamento (BDAR) reikalavimų. Surinkti duomenys buvo analizuojami ir pateikiami tik apibendrintai. Tyrimo duomenys buvo saugomi elektroniniu formatu slaptažodžiu apsaugotame įrenginyje, prieigą prie jų turėjo tik tyrėja ir darbo vadovė. Surinkta informacija buvo naudojama tik mokslinio tyrimo tikslais rengiant magistro baigiamąjį darbą.

3. TYRIMO REZULTATAI

3.1. Sociodemografiniai duomenys

Tyrime dalyvavo 100 slaugos administratorių. Didžiausią respondentų dalį sudarė 51-60 metų amžiaus grupė (46,0 proc.), taip pat didelę dalį sudarė 41-50 metų grupė (36,0 proc.), o iki 30 metų amžiaus grupės respondentų buvo mažiausiai (1,0 proc.). Pagal išsilavinimą daugiausia tiriamųjų turėjo aukštąjį universitetinį magistro laipsnį (46,0 proc.), 29,0 proc. turėjo aukštąjį koleginių (neuniversitetinį), 23,0 proc. - aukštąjį universitetinį bakalauro laipsnį, o 2,0 proc. - doktorantūros studijų išsilavinimą. Vertinant darbo stažą nustatyta, kad 48,0 proc. respondentų turėjo daugiau kaip 30 metų darbo stažą, o 6,0 proc. - iki 10 metų darbo stažą. Vadovavimo patirtis pasiskirstė tolygiau, dažniausiai nurodyta daugiau kaip 15 metų (29,0 proc.) ir iki 5 metų patirtis (27,0 proc.). Pagal vadovaujamų darbuotojų skaičių didžiausia dalis respondentų vadovauja daugiau kaip 40 darbuotojų (41,0 proc.), taip pat reikšminga dalis vadovauja 21-40 darbuotojų (30,0 proc.). Respondentų sociodemografiniai duomenys pateikti 4 lentelėje.

4 lentelė. Respondentų demografinė charakteristika (n = 100)

Demografiniai veiksniai	Kategorija	n	Proc. (%)
Amžius	iki 30 metų	1	1,0
	31-40 metų	8	8,0
	41-50 metų	36	36,0
	51-60 metų	46	46,0
	daugiau kaip 60 metų	9	9,0
Išsilavinimas	Aukštasis universitetinis (bakalauro laipsnis)	23	23,0
	Aukštasis koleginių (neuniversitetinis)	29	29,0
	Aukštasis universitetinis (magistro laipsnis)	46	46,0
	Doktorantūros studijos	2	2,0
Darbo stažas	iki 10 metų	6	6,0
	11-20 metų	14	14,0
	21-30 metų	32	32,0
	daugiau kaip 30 metų	48	48,0
Vadovavimo patirtis	iki 5 metų	27	27,0
	6-10 metų	25	25,0
	11-15 metų	19	19,0
	daugiau kaip 15 metų	29	29,0
Darbuotojų skaičius	iki 10	8	8,0
	11-20	21	21,0
	21-40	30	30,0
	daugiau kaip 40	41	41,0

3.2. Kintamųjų pasiskirstymo normalumo įvertinimas

Duomenų pasiskirstymo normalumas vertintas taikant Kolmogorovo-Smirnov ir Shapiro-Wilk testus. Atsižvelgiant į imties dydį, pagrindinis dėmesys skirtas Shapiro-Wilk testui. Normalumo prielaida laikyta pažeista, kai reikšmingumo lygmuo buvo mažesnis nei 0,05. Gauti rezultatai parodė, kad dalis kintamųjų neatitinka normaliojo skirstinio prielaidų. Nenormalus pasiskirstymas nustatytas transformacinio vadovavimo stiliaus ir ūminio nuovargio rodikliams, tuo tarpu transakcinis ir pasyvus vadovavimo stiliai, lėtinis nuovargis ir atsigavimo tarp darbo pamainų įverčiai atitiko normaliojo skirstinio prielaidą. Atsižvelgiant į tai, tolesnei duomenų analizei taikyti neparametriniai statistiniai metodai (5 lentelė).

5 lentelė. Kintamųjų normalumo testai pagal Shapiro-Wilk kriterijų (n = 100)

Kintamasis	Shapiro-Wilk p
Transformacinis vadovavimas	0,007
Transakcinis vadovavimas	0,279
Pasyvus vadovavimas	0,084
Lėtinis nuovargis	0,123
Ūminis nuovargis	0,021
Atsigavimas tarp darbo pamainų	0,219

3.3. Slaugos administratorių vadovavimo stiliaus įvertinimas (MLQ rezultatai)

Tyrimo metu buvo analizuotas slaugos administratorių taikomas vadovavimo stilius, naudojant Daugelio veiksmų lyderystės klausimyną (MLQ). Vertinti trys pagrindiniai vadovavimo stiliai: transformacinis, transakcinis ir pasyvus. Vadovavimo stilių įverčiai pateikti 6 lentelėje.

6 lentelė. Vadovavimo stilių (MLQ) įverčiai (n = 100)

Vadovavimo stilius	Vidurkis (Mean)	Standartinis nuokrypis (SD)	Mediana	IQR
Transformacinis	3,10	0,46	3,18	2,76-3,50
Transakcinis	2,95	0,51	3,00	2,63-3,34
Pasyvus	1,18	0,50	1,13	0,88-1,50

Nustatyta, kad tiriamųjų imtyje labiausiai išreikštas transformacinis vadovavimo stilius, kiek mažesniu lygiu pasireiškė transakcinis vadovavimas, o mažiausiai išreikštas buvo pasyvus vadovavimo stilius.

Vertinant vadovavimo stilių pasiskirstymą nustatyta, kad transformacinio vadovavimo įverčiai dažniau patenka į aukštesnių reikšmių intervalą, transakcinio į vidutinių reikšmių intervalą, o pasyvaus vadovavimo įverčiai dažniausiai yra žemesni (7 lentelė).

7 lentelė. Vadovavimo stilių pasiskirstymas pagal lygį (proc.) (n = 100)

Vadovavimo stilius	Žemas (%)	Vidutinis (%)	Aukštas (%)
Transformacinis	2,0	38,0	60,0
Transakcinis	7,0	51,0	42,0
Pasyvus	97,0	3,0	0

Gauti rezultatai rodo, kad slaugos administratoriai dažniausiai taiko aktyvius, į darbuotojų motyvavimą, įkvėpimą ir ugdymą orientuotus vadovavimo principus, būdingus transformaciniam vadovavimui. Transakcinis vadovavimas taip pat yra pakankamai išreikštas, tačiau dažniau pasireiškia vidutiniu lygiu. Tuo tarpu pasyvus vadovavimo stilius yra menkai išreikštas ir beveik visais atvejais nustatytas žemas jo lygis.

Siekiant įvertinti, ar vadovavimo stiliai statistiškai reikšmingai skiriasi tarpusavyje, buvo taikytas Friedman testas. Nustatyta, kad tarp vadovavimo stilių yra statistiškai reikšmingi skirtumai ($\chi^2 = 150,797$; $df = 2$; $p < 0,001$).

Analizuojant vidutinius rangus nustatyta, kad aukščiausią rangą turi transformacinis vadovavimas ($R = 2,62$), kiek mažesnę - transakcinis ($R = 2,37$), o mažiausią - pasyvus vadovavimas ($R = 1,02$).

3.4. Slaugos administratorių nuovargio lygio įvertinimas (OFER rezultatai)

Vertinant slaugos administratorių patiriamą nuovargį nustatyta, kad didžiausi įverčiai buvo atsigavimo tarp darbo pamainų ir ūminio nuovargio subskalėse, o mažiausi - lėtinio nuovargio subskalėje. Visi rezultatai pateikiami standartizuotoje 0-100 balų skalėje, kur didesni įverčiai lėtinio ir ūminio nuovargio subskalėse rodo didesnę nuovargį, o atsigavimo tarp darbo pamainų subskalėje - prastesnę atsigavimą. Nuovargio subskalių įverčiai pateikti 8 lentelėje.

8 lentelė. OFER subskalių (lėtinio nuovargio, ūminio nuovargio ir atsigavimo tarp darbo pamainų) įverčiai ($n = 100$)

Subskalė	Vidurkis (Mean)	Standartinis nuokrypis (SD)	Mediana	IQR
Lėtinis nuovargis	49,17	22,86	50,00	34,17-63,33
Ūminis nuovargis	54,83	23,86	56,67	43,33-72,50
Atsigavimas tarp darbo pamainų	57,10	20,15	56,67	46,67-70,00

Nustatyta, kad didžiausi įverčiai tiriamųjų imtyje nustatyti atsigavimo tarp darbo pamainų subskalėje. Kiek mažesniu lygiu pasireiškė ūminis nuovargis, o mažiausiai išreikštas buvo lėtinis nuovargis.

Siekiant įvertinti, ar skirtingų subskalių įverčiai statistiškai reikšmingai skiriasi tarpusavyje, buvo taikytas Friedman testas. Nustatyta, kad skirtumai tarp nuovargio subskalių yra statistiškai reikšmingi ($\chi^2 = 7,305$; $df = 2$; $p = 0,026$).

Analizuojant vidutinius rangus nustatyta, kad didžiausias rangas nustatytas ūminiam nuovargiui ($R = 2,13$), mažesnis - atsigavimui tarp darbo pamainų ($R = 2,09$), o mažiausias - lėtiniam nuovargiui ($R = 1,79$). Tai rodo, kad ūminio nuovargio ir atsigavimo tarp darbo pamainų įverčiai yra didesni nei lėtinio nuovargio.

3.5. Vadovavimo stiliaus ir nuovargio sąsajos

Vertinant sąsajas tarp slaugos administratorių taikomo vadovavimo stiliaus, patiriamo nuovargio ir atsigavimo tarp darbo pamainų buvo taikyta Spearman koreliacinė analizė. Rezultatai pateikti 9 lentelėje.

9 lentelė. Spearman koreliacijos tarp pagrindinių kintamųjų (n = 100)

Kintamieji	r	p
Transformacinis vadovavimas - transakcinis vadovavimas	0,613	<0,001
Transformacinis vadovavimas - pasyvus vadovavimas	-0,341	<0,001
Transformacinis vadovavimas - lėtinis nuovargis	-0,035	0,729
Transformacinis vadovavimas - ūminis nuovargis	-0,042	0,677
Transformacinis vadovavimas - atsigavimas tarp darbo pamainų	0,161	0,110
Transakcinis vadovavimas - pasyvus vadovavimas	-0,213	0,033
Transakcinis vadovavimas - lėtinis nuovargis	-0,091	0,366
Transakcinis vadovavimas - ūminis nuovargis	-0,077	0,448
Transakcinis vadovavimas - atsigavimas tarp darbo pamainų	0,135	0,179
Pasyvus vadovavimas - lėtinis nuovargis	0,108	0,284
Pasyvus vadovavimas - ūminis nuovargis	-0,002	0,985
Pasyvus vadovavimas - atsigavimas tarp darbo pamainų	0,060	0,552
Lėtinis nuovargis - ūminis nuovargis	0,745	<0,001
Lėtinis nuovargis - atsigavimas tarp darbo pamainų	-0,603	<0,001
Ūminis nuovargis - atsigavimas tarp darbo pamainų	-0,682	<0,001

Pirmiausia buvo vertinamos sąsajos tarp vadovavimo stiliaus ir lėtinio nuovargio, kadangi tai yra pagrindinis tyrimo kintamasis. Nustatyta, kad nei transformacinis, nei transakcinis, nei pasyvus vadovavimo stiliai neturi statistiškai reikšmingo ryšio su lėtiniu nuovargiu. Tai rodo, kad tiriamųjų imtyje taikomas vadovavimo stilius nėra susijęs su slaugos administratorių patiriamu lėtiniu nuovargiu. Vertinant kitas sąsajas nustatyta, kad nė vienas iš analizuotų vadovavimo stilių neturi statistiškai reikšmingo ryšio nei su ūminiu nuovargiu, nei su atsigavimo tarp darbo pamainų įverčiais.

Papildomai buvo įvertintos sąsajos tarp pačių vadovavimo stilių. Nustatyta, kad transformacinis vadovavimas statistiškai reikšmingai teigiamai susijęs su transakciniu vadovavimu ($r = 0,613$; $p < 0,001$), o su pasyviu vadovavimu - statistiškai reikšmingai neigiamai ($r = -0,341$; $p < 0,001$). Taip pat nustatyta silpna, tačiau statistiškai reikšminga neigiama sąsaja tarp transakcinio ir

pasyvaus vadovavimo ($r = -0,213$; $p = 0,033$). Šie rezultatai rodo, kad aktyvūs vadovavimo stiliai yra tarpusavyje susiję, o pasyvus vadovavimas pasižymi priešinga kryptimi.

Taip pat nustatyta, kad tarp nuovargio rodiklių ir atsigavimo tarp darbo pamainų įverčių yra stiprios statistiškai reikšmingos sąsajos. Lėtinis nuovargis stipriai teigiamai susijęs su ūminiu nuovargiu ($r = 0,745$; $p < 0,001$). Lėtinis nuovargis taip pat stipriai neigiamai susijęs su atsigavimo tarp darbo pamainų įverčiais ($r = -0,603$; $p < 0,001$), o ūminis nuovargis pasižymi dar stipresne neigiama sąsaja ($r = -0,682$; $p < 0,001$). Tai rodo, kad didėjant lėtinio ir ūminio nuovargio įverčiams blogėja atsigavimas tarp darbo pamainų, o skirtingos nuovargio formos yra glaudžiai susijusios tarpusavyje.

Apibendrinant nustatyta, kad statistiškai reikšmingų sąsajų tarp vadovavimo stiliaus ir nė vieno iš nagrinėtų nuovargio rodiklių ar atsigavimo tarp darbo pamainų įverčių nenustatyta. Tačiau statistiškai reikšmingi ryšiai nustatyti tarp pačių vadovavimo stilių bei tarp nuovargio rodiklių ir atsigavimo tarp darbo pamainų įverčių.

3.6. Demografinių rodiklių ir pagrindinių kintamųjų sąsajos

Skirtumai pagal amžių

Vertinant slaugos administratorių vadovavimo stiliaus ir nuovargio rodiklių skirtumus pagal amžiaus grupes buvo taikytas Kruskal-Wallis testas. Analizuoti transformacinis, transakcinis ir pasyvus vadovavimo stiliai bei lėtinio nuovargio, ūminio nuovargio ir atsigavimo tarp darbo pamainų įverčiai. Rezultatai pateikti 10 lentelėje.

10 lentelė. Vadovavimo stiliaus ir nuovargio rodiklių skirtumai pagal amžių (Kruskal-Wallis testas, $n = 100$)

Kintamasis	χ^2	df	p
Transformacinis vadovavimas	4,099	4	0,393
Transakcinis vadovavimas	1,472	4	0,832
Pasyvus vadovavimas	7,600	4	0,107
Lėtinis nuovargis	13,896	4	0,008
Ūminis nuovargis	11,817	4	0,019
Atsigavimas tarp darbo pamainų	5,167	4	0,271

Iš pateiktų duomenų matyti, kad statistiškai reikšmingų skirtumų tarp amžiaus grupių pagal visus analizuotus vadovavimo stilius nenustatyta. Tuo tarpu vertinant nuovargio rodiklius nustatyta, kad lėtinio ir ūminio nuovargio rodikliai tarp skirtingų amžiaus grupių skyrėsi statistiškai reikšmingai.

Papildomai analizuoti vidutiniai rangai, kurie parodo santykinę kintamojo reikšmių padėtį tarp grupių, tai yra kuo didesnis rangas, tuo didesnė atitinkamo rodiklio reikšmė. Nustatyta, kad

didžiausias lėtinio nuovargio rangas buvo daugiau kaip 60 metų amžiaus grupėje (72,11), o mažiausias - 31-40 metų amžiaus grupėje (36,81). Ūminio nuovargio atveju didžiausias rangas nustatytas 41-50 metų amžiaus grupėje (60,00), taip pat aukšti rangai stebėti daugiau kaip 60 metų amžiaus grupėje (57,28), o mažiausi - 31-40 metų amžiaus grupėje (39,38). Vis dėlto atlikus porinius palyginimus su Bonferroni korekcija statistiškai reikšmingų skirtumų tarp konkrečių amžiaus grupių nenustatyta ($p > 0,005$), todėl negalima tiksliai identifikuoti, tarp kurių grupių šie skirtumai pasireiškia.

Apibendrinant galima teigti, kad tarp amžiaus grupių nustatyti bendri statistiškai reikšmingi nuovargio rodiklių skirtumai, tačiau poriniai palyginimai statistiškai reikšmingų skirtumų tarp konkrečių grupių neatskleidė.

Skirtumai pagal išsilavinimą

Vertinant slaugos administratorių vadovavimo stiliaus ir nuovargio rodiklių skirtumus pagal išsilavinimą buvo taikytas Kruskal-Wallis testas. Analizuoti transformacinis, transakcinis ir pasyvus vadovavimo stiliai bei lėtinio nuovargio, ūminio nuovargio ir atsigavimo tarp darbo pamainų įverčiai. Rezultatai pateikti 11 lentelėje.

11 lentelė. Vadovavimo stiliaus ir nuovargio rodiklių skirtumai pagal išsilavinimą (Kruskal-Wallis testas, $n = 100$)

Kintamasis	χ^2	df	p
Transformacinis vadovavimas	7,479	3	0,058
Transakcinis vadovavimas	2,495	3	0,476
Pasyvus vadovavimas	3,048	3	0,384
Lėtinis nuovargis	3,320	3	0,345
Ūminis nuovargis	6,476	3	0,091
Atsigavimas tarp darbo pamainų	0,268	3	0,966

Iš pateiktų duomenų matyti, kad statistiškai reikšmingų skirtumų tarp skirtingo išsilavinimo grupių pagal visus analizuotus vadovavimo stiliaus ir nuovargio rodiklius nenustatyta.

Papildomai analizuoti vidutiniai rangai, kurie parodo santykinę kintamojo reikšmių padėtį tarp grupių, tai yra kuo didesnis rangas, tuo didesnė atitinkamo rodiklio reikšmė. Nustatyta, kad aukščiausias transformacinio vadovavimo rangas buvo doktorantūros studijų grupėje (61,75), o tarp didesnių imties grupių aukštesni rangai stebėti aukštojo universitetinio magistro išsilavinimo grupėje (57,46), palyginti su aukštojo koleginio (neuniversitetinio) išsilavinimo grupe (39,05). Tačiau šie skirtumai nėra statistiškai reikšmingi.

Panašios nereikšmingos tendencijos stebimos ir kitų vadovavimo stilių bei nuovargio rodiklių atveju, todėl išsilavinimo lygis nėra susijęs nei su taikomu vadovavimo stiliumi, nei su patiriamu nuovargiu.

Skirtumai pagal darbo stažą

Vertinant slaugos administratorių vadovavimo stiliaus ir nuovargio rodiklių skirtumus pagal darbo stažą buvo taikytas Kruskal-Wallis testas. Analizuoti transformacinis, transakcinis ir pasyvus vadovavimo stiliai bei lėtinio nuovargio, ūminio nuovargio ir atsigavimo tarp darbo pamainų įverčiai. Rezultatai pateikti 12 lentelėje.

12 lentelė. Vadovavimo stiliaus ir nuovargio rodiklių skirtumai pagal darbo stažą (Kruskal-Wallis testas, $n = 100$)

Kintamasis	χ^2	df	p
Transformacinis vadovavimas	1,131	3	0,770
Transakcinis vadovavimas	2,469	3	0,481
Pasyvus vadovavimas	9,161	3	0,027
Lėtinis nuovargis	0,698	3	0,874
Ūminis nuovargis	2,095	3	0,553
Atsigavimas tarp darbo pamainų	3,100	3	0,376

Iš pateiktų duomenų matyti, kad tarp skirtingų darbo stažo grupių statistiškai reikšmingai skiriasi tik pasyvaus vadovavimo stilius, tuo tarpu transformacinis ir transakcinis vadovavimas bei lėtinio nuovargio, ūminio nuovargio ir atsigavimo tarp darbo pamainų įverčiai statistiškai reikšmingai nesiskiria.

Papildomai analizuoti vidutiniai rangai, kurie parodo santykinę kintamojo reikšmių padėtį tarp grupių, tai yra kuo didesnis rangas, tuo didesnė atitinkamo rodiklio reikšmė. Nustatyta, kad didžiausias pasyvaus vadovavimo rangas nustatytas daugiau kaip 30 metų darbo stažą turinčių respondentų grupėje (56,84), o mažiausias - iki 10 metų darbo stažą turinčių respondentų grupėje (26,58), tačiau atlikus porinius palyginimus statistiškai reikšmingų skirtumų tarp konkrečių grupių nenustatyta.

Apibendrinant galima teigti, kad darbo stažas nėra susijęs su transformaciniu ar transakciniu vadovavimu bei nuovargio rodikliais, o pasyvaus vadovavimo atveju nustatytas bendras statistiškai reikšmingas skirtumas tarp grupių, tačiau poriniai palyginimai statistiškai reikšmingų skirtumų tarp konkrečių grupių neatskleidė.

Skirtumai pagal vadovavimo patirtį

Vertinant slaugos administratorių vadovavimo stiliaus ir nuovargio rodiklių skirtumus pagal vadovavimo patirtį buvo taikytas Kruskal-Wallis testas. Analizuoti transformacinis, transakcinis ir pasyvus vadovavimo stiliai bei lėtinio nuovargio, ūminio nuovargio ir atsigavimo tarp darbo pamainų įverčiai. Rezultatai pateikti 13 lentelėje.

13 lentelė. Vadovavimo stiliaus ir nuovargio rodiklių skirtumai pagal vadovavimo patirtį (Kruskal-Wallis testas, $n = 100$)

Kintamasis	χ^2	df	p
Transformacinis vadovavimas	2,126	3	0,547
Transakcinis vadovavimas	2,576	3	0,462
Pasyvus vadovavimas	1,411	3	0,703
Lėtinis nuovargis	2,520	3	0,472
Ūminis nuovargis	6,302	3	0,098
Atsigavimas tarp darbo pamainų	6,316	3	0,097

Iš pateiktų duomenų matyti, kad statistiškai reikšmingų skirtumų tarp skirtingos vadovavimo patirties grupių pagal visus analizuotus vadovavimo stiliaus ir nuovargio rodiklius nenustatyta.

Papildomai analizuoti vidutiniai rangai, kurie parodo santykinę kintamojo reikšmių padėtį tarp grupių, tai yra kuo didesnis rangas, tuo didesnė atitinkamo rodiklio reikšmė. Nustatyta, kad didžiausias transformacinio vadovavimo rangas buvo 11-15 metų vadovavimo patirtį turinčių respondentų grupėje (56,03), o pasyvaus vadovavimo atveju aukščiausias rangas nustatytas daugiau kaip 15 metų patirtį turinčių respondentų grupėje (55,02). Vertinant atsigavimo tarp darbo pamainų įverčius, didžiausias rangas taip pat nustatytas 11-15 metų patirties grupėje (65,47), tačiau šie skirtumai nėra statistiškai reikšmingi.

Apibendrinant galima teigti, kad vadovavimo patirtis nėra susijusi nei su taikomu vadovavimo stiliumi, nei su patiriamu nuovargiu ar atsigavimo tarp darbo pamainų įverčiais.

Vadovavimo stiliaus ir nuovargio skirtumai pagal darbuotojų skaičių

Vertinant slaugos administratorių vadovavimo stiliaus ir nuovargio rodiklių skirtumus pagal vadovaujamų darbuotojų skaičių buvo taikytas Kruskal-Wallis testas. Analizuoti transformacinis, transakcinis ir pasyvus vadovavimo stiliai bei lėtinio nuovargio, ūminio nuovargio ir atsigavimo tarp darbo pamainų rodikliai. Rezultatai pateikti 14 lentelėje.

14 lentelė. Vadovavimo stiliaus ir nuovargio rodiklių skirtumai pagal vadovaujamų darbuotojų skaičių (Kruskal-Wallis testas, $n = 100$)

Kintamasis	χ^2	df	p
Transformacinis vadovavimas	7,802	3	0,050
Transakcinis vadovavimas	6,301	3	0,098
Pasyvus vadovavimas	2,525	3	0,471
Lėtinis nuovargis	0,616	3	0,893
Ūminis nuovargis	3,833	3	0,280
Atsigavimas tarp darbo pamainų	3,157	3	0,368

Iš pateiktų duomenų matyti, kad statistiškai reikšmingų skirtumų tarp skirtingo vadovaujamų darbuotojų skaičiaus grupių pagal visus analizuotus vadovavimo stiliaus ir nuovargio rodiklius nenustatyta. Transformacinio vadovavimo rodiklio p reikšmė buvo ties statistinio reikšmingumo riba ($p = 0,050$).

Papildomai buvo analizuoti vidutiniai rangai, kurie parodo santykinę kintamojo reikšmių padėtį tarp skirtingų vadovaujamų darbuotojų skaičiaus grupių, tai yra kuo didesnis rangas, tuo didesnė atitinkamo rodiklio reikšmė. Nustatyta, kad aukščiausi transformacinio vadovavimo rangai buvo tarp respondentų, kurie vadovauja daugiau kaip 40 darbuotojų (56,65), taip pat tarp tų, kurie vadovauja 21-40 darbuotojų (54,15), o žemiausi rangai nustatyti tarp respondentų, kurie vadovauja iki 10 darbuotojų (35,00). Ūminio nuovargio atveju didesni rangai taip pat nustatyti tarp respondentų, kurie vadovauja daugiau kaip 40 darbuotojų (54,96), tačiau šie skirtumai nėra statistiškai reikšmingi.

Sociodemografinių rodiklių tarpusavio sąsajos

Papildomai įvertintos sociodemografinių rodiklių tarpusavio sąsajos, taikant Spearman koreliacinę analizę. Nustatyta statistiškai reikšminga stipri teigiama sąsaja tarp amžiaus ir darbo stažo ($\rho = 0,799$, $p < 0,001$). Taip pat nustatyta statistiškai reikšminga vidutinio stiprumo teigiama sąsaja tarp amžiaus ir vadovavimo patirties ($\rho = 0,575$, $p < 0,001$) bei tarp darbo stažo ir vadovavimo patirties ($\rho = 0,424$, $p < 0,001$). Be to, nustatyta statistiškai reikšminga silpna neigiama sąsaja tarp amžiaus ir išsilavinimo ($\rho = -0,215$, $p = 0,032$) bei tarp išsilavinimo ir darbo stažo ($\rho = -0,330$, $p < 0,001$). Šie rezultatai rodo, kad didėjant amžiui didėja darbo stažas ir vadovavimo patirtis, o tarp amžiaus ir išsilavinimo nustatyta neigiama sąsaja rodo, kad vyresnio amžiaus respondentai dažniau turėjo žemesnį išsilavinimo lygį.

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Tyrimo privalumai. Šio tyrimo stiprybė yra ta, kad naudoti standartizuoti ir validuoti tyrimo instrumentai - Daugelio veiksnų lyderystės klausimynas (angl. Multifactor Leadership Questionnaire, MLQ) ir Profesinio nuovargio, išsekimo ir atsigavimo skalė (angl. Occupational Fatigue Exhaustion Recovery Scale, OFER), kurie leidžia patikimai įvertinti vadovavimo stilių ir su darbu susijusį nuovargį. Dviejų instrumentų taikymas sudarė galimybę standartizuotai įvertinti vadovavimo stilių ir su darbu susijusį nuovargį bei analizuoti šių kintamųjų tarpusavio sąsajas. OFER skalės lietuviška versija buvo parengta taikant dvigubo vertimo metodą ir patvirtinta autoriaus, todėl tai pagrindžia jos tinkamumą naudoti šiame tyrime.

Tyrimas atliktas realioje sveikatos priežiūros sistemos aplinkoje, įtraukiant slaugos administratorius iš skirtingų įstaigų, todėl gauti duomenys atspindi praktinę darbo aplinką. Analizuoti tiek vadovavimo stiliai, tiek nuovargio rodikliai ir jų sąsajos, kas leidžia kompleksiskai įvertinti nagrinėjamą problemą.

Statistinė analizė atlikta atsižvelgiant į duomenų pasiskirstymą, taikyti tinkami neparametriniai metodai. Tyrimo duomenys buvo pilni, nenustatyta trūkstamų reikšmių, todėl išvengta papildomų duomenų korekcijų.

Tyrimo privalumu laikytinas ir jo naujumas, kadangi vadovavimo stiliaus ir lėtinio nuovargio sąsajos slaugos administratorių grupėje yra tiriamos ribotai.

Slaugos administratorių sociodemografinės charakteristikos

Tyrimo rezultatai parodė, kad didžiausią imties dalį sudarė 51-60 metų amžiaus grupės respondentai, taip pat reikšminga dalis buvo 41-50 metų amžiaus, o iki 30 metų amžiaus grupės respondentai sudarė nedidelę imties dalį. Vertinant darbo stažą nustatyta, kad beveik pusė tiriamųjų turėjo daugiau kaip 30 metų darbo stažą sveikatos priežiūros įstaigoje, o iki 10 metų stažą turinčių respondentų buvo nedaug. Vadovavimo patirtis pasiskirstė tolygiau, dažniausiai nurodant 6-10 metų ir daugiau kaip 15 metų vadovavimo patirtį, o pagal vadovaujamų darbuotojų skaičių daugiausia respondentų nurodė vadovaujantys daugiau kaip 40 darbuotojų.

Gauti rezultatai atspindi slaugos administratoriaus pareigybės specifiką, nes šios pozicijos siejamos su aukštais kvalifikaciniais reikalavimais ir dideliu atsakomybės lygiu. Pagal galiojančius reikalavimus slaugos administratoriaus pareigoms būtinas aukštasis universitetinis išsilavinimas, o vadovaujant didesniai padaliniui ar visos įstaigos slaugos veiklai taip pat reikalingas magistro laipsnis bei profesinė ir vadovavimo patirtis (21). Tai paaiškina, kodėl didelė dalis respondentų turi aukštąjį išsilavinimą ir daugiau kaip 30 metų darbo patirtį.

Be to, slaugos administratorių veikla apima platų funkcijų spektrą, susijusį su personalo valdymu, išteklių paskirstymu, darbo organizavimu ir sprendimų priėmimu, todėl šios pareigos

reikalauja ne tik profesinių žinių, bet ir praktinės patirties (3,12). Literatūroje pabrėžiama, kad slaugos administratoriai veikia kaip tarpinė grandis tarp strateginio organizacijos lygmens ir kasdienės klinikinės praktikos, todėl jiems būtini kompleksiniai vadybiniai ir klinikiniai gebėjimai (20). Atsižvelgiant į tai, 51-60 metų amžiaus grupės ir daugiau kaip 30 metų darbo stažą turinčių respondentų didesnė dalis gali būti vertinama kaip natūralus šios pareigybės bruožas.

Svarbu pažymėti, kad tokia sociodemografinė struktūra gali turėti reikšmės ir lėtinio nuovargio formavimuisi. Literatūroje nurodoma, kad ilgalaikis darbas sveikatos priežiūros sistemoje, didelis darbo krūvis ir ilgas profesinis stažas siejami su didesniu lėtinio nuovargio lygiu (45,47). Taip pat nustatyta, kad intensyvus darbo pobūdis, didelė atsakomybė bei nuolatinis sprendimų priėmimas gali prisidėti prie nuovargio kaupimosi ir jo išlikimo ilgą laiką (3). Todėl galima daryti prielaidą, kad 51-60 metų amžiaus grupės ir daugiau kaip 30 metų darbo stažą turintys slaugos administratoriai gali susidurti su lėtinio nuovargio rizikos veiksniais.

Slaugos administratorių taikomi vadovavimo stiliai

Tyrimo rezultatai parodė, kad slaugos administratorių imtyje labiausiai išreikštas buvo transformacinis vadovavimo stilius, kiek mažesniu lygiu pasireiškė transakcinis vadovavimas, o pasyvus vadovavimo stilius buvo išreikštas mažiausiai. Transformacinio vadovavimo aukštas lygis nustatytas didžiajai daliai respondentų, transakcinis taip pat buvo dažnas, tuo tarpu pasyvus vadovavimas daugiausia pasižymėjo žemu lygiu ir aukšto šio stiliaus lygio nenustatyta. Be to, statistinė analizė parodė, kad transformacinis vadovavimas reikšmingai dominuoja, o pasyvus yra reikšmingai rečiausiai pasireiškiantis.

Gauti rezultatai rodo, kad slaugos administratoriai dažniausiai taiko aktyvius, į darbuotojų įtraukimą, motyvavimą ir profesinį ugdymą orientuotus vadovavimo principus. Tai atitinka transformacinio vadovavimo sampratą, pagal kurią vadovas veikia kaip įkvepiantis lyderis, skatinantis darbuotojų įsitraukimą, kūrybiškumą ir profesinį tobulėjimą (2,8). Transformaciniai vadovai geba kurti pasitikėjimu grįstus santykius, skatinti komandinį darbą ir orientuoti darbuotojus į bendrus organizacijos tikslus, o tai siejama su didesniu darbuotojų įsipareigojimu ir geresniais darbo rezultatais (33,34). Todėl nustatytas aukštas šio vadovavimo stiliaus paplitimas gali būti siejamas su tuo, kad slaugos administratorių praktikoje vyrauja šiuolaikinei sveikatos priežiūrai būdingi lyderystės principai, orientuoti į darbuotojų stiprinimą ir organizacijos efektyvumą.

Tuo tarpu transakcinis vadovavimas, nors ir mažiau išreikštas nei transformacinis, taip pat buvo būdingas didelei daliai tiriamųjų. Šis vadovavimo stilius grindžiamas aiškiais susitarimais tarp vadovo ir pavaldinio, kai darbo rezultatai siejami su atlygiu, o veikla orientuojama į nustatytų tikslų įgyvendinimą (11,32). Tyrimo duomenys rodo, kad slaugos administratorių veikloje šis stilius yra svarbi vadovavimo dalis, tikėtina, susijusi su būtinybe užtikrinti struktūrą, kontrolę ir organizacinių tikslų įgyvendinimą. Literatūroje taip pat pabrėžiama, kad praktikoje transformacinis ir transakcinis

vadovavimas dažnai derinami, siekiant išlaikyti pusiausvyrą tarp darbuotojų įgalinimo ir veiklos kontrolės (11).

Pasyvus vadovavimo stilius tiriamųjų imtyje buvo išreikštas mažiausiai, o aukšto šio stiliaus lygio nenustatyta. Tai rodo, kad slaugos administratoriai retai taiko vengiantį ar neįsitraukiantį vadovavimą. Literatūroje pasyvus vadovavimas apibūdinamas kaip sprendimų vengimas, menkas įsitraukimas ir aiškių nurodymų stoka, todėl jis laikomas mažiausiai efektyviu vadovavimo stiliumi (11,33). Šis stilius siejamas su prastesniais organizaciniais rezultatais, silpnesniais profesiniais santykiais ir didesne darbuotojų kaita (32,34). Todėl žemas pasyvaus vadovavimo lygis gali būti vertinamas kaip palankus rezultatas, rodantis, kad slaugos administratorių veikloje dominuoja aktyvūs ir organizacijai naudingesni vadovavimo principai.

Slaugos administratorių patiriamas nuovargis

Tyrimo rezultatai parodė, kad slaugos administratorių imtyje lėtinis nuovargis buvo vidutiniškai išreikštas, o jo vidurkis siekė 49,17 balo standartizuotoje 0-100 balų skalėje. Šie įverčiai nėra procentinė išraiška ir neatspindi respondentų dalies, o parodo nuovargio intensyvumo lygį tiriamoje grupėje. Didžiausi vidutiniai įverčiai nustatyti ūminio nuovargio ir atsigavimo tarp darbo pamainų subskalėse, o Friedman testas parodė, kad skirtumai tarp nuovargio subskalių buvo statistiškai reikšmingi. Tai rodo, kad slaugos administratorių nuovargio raiška apima tiek trumpalaikio, tiek ilgalaikio nuovargio aspektus. Atsižvelgiant į darbo tikslą, svarbiausia tai, kad lėtinis nuovargis šioje imtyje buvo ne žemas, o vidutinis, todėl jį galima laikyti praktiškai reikšmingu radiniu.

Literatūroje lėtinis nuovargis apibūdinamas kaip ilgalaikė, daugiamatė būseną, susijusi su nuolatiniu fiziniu, emociniu ir kognityviniu išsekimu, kuris nepraeina po poilsio ir neigiamai veikia darbingumą (41,42). Skirtingai nei ūminis nuovargis, jis formuojasi palaipsniui ir yra susijęs su nepakankamu atsistatymu ilgesnį laiką (43,45). Todėl nustatytas vidutinis lygis rodo ne vien momentinį nuovargį, bet ir ilgiau trunkantį išsekimą.

Šį aiškinimą sustiprina ir tyrime nustatytos statistiškai reikšmingos sąsajos tarp nuovargio rodiklių. Stipri teigiama lėtinio ir ūminio nuovargio koreliacija rodo, kad didėjant kasdieniam nuovargiui, didėja ir ilgalaikis nuovargis. Tuo pačiu nustatyta stipri neigiama sąsaja tarp lėtinio nuovargio ir atsigavimo tarp darbo pamainų įverčių, kuri rodo, kad blogesnis atsigavimas siejasi su didesne ilgalaikio nuovargio raiška. Tokia rezultatų kryptis atitinka literatūroje aprašytą modelį, pagal kurį nepakankamas atsigavimas po ūmaus nuovargio sudaro prielaidas jo progresavimui į lėtinį nuovargį (43,45).

Gauti rezultatai dera su kitų tyrimų duomenimis, rodančiais, kad sveikatos priežiūros sektoriuje lėtinis nuovargis dažniausiai nustatomas vidutiniu arba vidutiniškai aukštu lygiu (45). Tai siejama su dideliu darbo krūviu, intensyviu darbo tempu ir ribotomis atsigavimo galimybėmis

(43,47). Lietuvos kontekste taip pat akcentuojamas darbo krūvio intensyvėjimas, nepalankios darbo sąlygos ir personalo trūkumas (46,48). Todėl nustatytas vidutinis lėtinio nuovargio lygis atitinka bendrą sveikatos priežiūros sistemos kontekstą.

Literatūroje nurodoma, kad slaugos administratorių patiriamas lėtinis nuovargis gali būti susijęs su mažesniu darbo našumu, prastesne darbo ir asmeninio gyvenimo pusiausvyra bei didesniais ketinimais palikti darbą (5). Todėl net vidutinis lėtinio nuovargio lygis šioje profesinėje grupėje gali būti laikomas praktiškai reikšmingu.

Taip pat nustatyta, kad lėtinis nuovargis neigiamai veikia kognityvines funkcijas ir siejamas su dėmesio koncentracijos sunkumais, sulėtėjusiu informacijos apdorojimu ir didesne klaidų rizika (51). Nors šiame tyrime šie rodikliai nebuvo tiesiogiai vertinti, literatūra rodo, kad lėtinis nuovargis gali turėti reikšmės darbo kokybei, sprendimų priėmimui ir organizacijos veiklos efektyvumui.

Be to, lėtinis nuovargis siejamas su nepakankamu atsistatymu ir ilgai neišsigauna, gali tapti perdegimo vystymosi dalimi (46). Šiame tyrime nustatyta neigiama lėtinio nuovargio sąsaja su atsigavimu po darbo rodo, kad prastesnis atsistatymas yra susijęs su didesniu lėtinio nuovargio lygiu, kas atitinka literatūroje aprašytus mechanizmus (45).

Apibendrinant galima teigti, kad nustatytas vidutinis slaugos administratorių lėtinio nuovargio lygis atitinka kitų tyrimų duomenis ir patvirtina, jog lėtinis nuovargis šioje profesinėje grupėje yra reikšmingas su darbu susijęs reiškinys. Be to, tyrimo rezultatai rodo, kad lėtinis nuovargis yra susijęs su ūminiu nuovargiu ir prastesniu atsigavimu tarp darbo pamainų. Šie ryšiai dera su literatūroje aprašytais dėsningumais ir gali būti vertinami kaip svarbūs lėtinio nuovargio formavimosi kontekste. Todėl, nors nustatytas nuovargio lygis nėra aukštas, jis vis tiek leidžia teigti, kad lėtinis nuovargis šioje grupėje išlieka reikšminga problema.

Vadovavimo stiliaus ir lėtinio nuovargio sąsajos slaugos administratorių darbe

Tyrimo rezultatai parodė, kad slaugos administratorių taikomas vadovavimo stilius nėra statistiškai reikšmingai susijęs su lėtiniu nuovargiu. Nustatyta, kad nei transformacinis, nei transakcinis, nei pasyvus vadovavimo stiliai neturėjo reikšmingo ryšio su lėtiniu nuovargiu, o visos koreliacijos buvo silpnos ir statistiškai nereikšmingos. Remiantis šiais rezultatais, tyrimo hipotezė nepasitvirtino.

Gauti rezultatai iš dalies skiriasi nuo literatūroje pateikiamų duomenų, kuriuose vadovavimo stiliai dažnai siejami su darbuotojų psichologine gerove, stresu ir perdegimu. Nurodoma, kad transformacinis vadovavimas yra susijęs su mažesniu emociniu išsekimu ir geresne psichologine savijauta, o pasyvus vadovavimo stilius - su didesniu stresu ir perdegimo rizika (8,32). Taip pat literatūroje akcentuojama, kad nepalankūs ar pasyvūs vadovavimo stiliai gali prisidėti prie ilgalaikio nuovargio formavimosi (24). Tačiau šiame tyrime tokios sąsajos su lėtiniu nuovargiu nenustatytos,

todėl galima daryti prielaidą, kad šie ryšiai labiau atsiskleidžia vertinant pavaldinių, o ne pačių slaugos administratorių patiriamą nuovargį.

Viena iš galimų tokio rezultato priežasčių gali būti tai, kad vadovavimo veikla vyksta sudėtingoje darbo aplinkoje, kuriai būdingi dideli darbo reikalavimai, atsakomybė ir organizaciniai iššūkiai, kurie patys savaime siejami su padidėjusiu streso ir nuovargio lygiu (22). Literatūroje nurodoma, kad tokie veiksniai kaip didelis darbo krūvis, ilgos darbo valandos, personalo trūkumas ir riboti išteklių yra svarbūs nuovargio formavimosi veiksniai (4,28). Atsižvelgiant į tai, galima daryti prielaidą, kad šie organizaciniai ir darbo aplinkos veiksniai gali turėti didesnę įtaką lėtinio nuovargio formavimuisi nei pats vadovavimo stilius.

Vertinant kitus nuovargio aspektus nustatyta, kad transformacinis, transakcinis ir pasyvus vadovavimo stiliai neturėjo statistiškai reikšmingų sąsajų nei su ūminiu nuovargiu, nei su atsigavimo tarp darbo pamainų įverčiais. Literatūroje nurodoma, kad transakcinio vadovavimo poveikis darbuotojų gerovei yra nevienareikšmis ir priklauso nuo konteksto (8). Todėl gauti rezultatai gali atspindėti šio vadovavimo stiliaus ribotą poveikį darbuotojų nuovargiui. Pasyvus vadovavimo stilius dažniausiai siejamas su neigiamais psichinės sveikatos rodikliais (8,32). Tačiau šio tyrimo rezultatai tokių sąsajų neparodė, kas gali būti susiję su tuo, kad tiriamųjų imtyje pasyvus vadovavimas buvo menkai išreikštas.

Svarbu pažymėti, kad stipriausios sąsajos šiame tyrime nustatytos tarp pačių nuovargio komponentų. Lėtinis nuovargis buvo stipriai susijęs su ūminiu nuovargiu ir neigiamai susijęs su atsigavimo tarp darbo pamainų įverčiais, o ūminis nuovargis taip pat buvo stipriai susijęs su atsigavimo tarp darbo pamainų įverčiais. Tai rodo, kad nuovargio procesai yra glaudžiai tarpusavyje susiję ir formuoja vientisą sistemą, kurioje svarbų vaidmenį atlieka atsigavimo tarp darbo pamainų procesai. Literatūroje taip pat pabrėžiama, kad nepakankamas atsistatymas po ūminio nuovargio yra vienas pagrindinių veiksnių, lemiančių lėtinio nuovargio formavimąsi (43,45).

Remiantis šiais rezultatais, tolesniuose tyrimuose tikslinga daugiau dėmesio skirti darbo aplinkos ir organizaciniais veiksniams. Galima kelti prielaidą, kad slaugos administratorių lėtinio nuovargio lygis yra labiau susijęs su darbo krūviu, darbo valandų trukme, personalo trūkumu ar atsakomybių apimtimi, o ne su taikomu vadovavimo stiliumi. Taip pat galima svarstyti, kad vadovavimo stiliaus poveikis gali labiau pasireikšti pavaldinių, o ne pačių slaugos administratorių patiriamam nuovargiui.

Demografinių rodiklių ir pagrindinių kintamųjų sąsajos

Vertinant slaugos administratorių vadovavimo stiliaus ir nuovargio rodiklių skirtumus pagal amžių nustatyta, kad transformacinis, transakcinis ir pasyvus vadovavimo stiliai tarp skirtingų amžiaus grupių statistiškai reikšmingai nesiskiria. Analizuojant nuovargio rodiklius nustatyta, kad lėtinio ir ūminio nuovargio lygiai bendrame palyginime tarp amžiaus grupių statistiškai reikšmingai

skyrėsi, tačiau atlikus porinius palyginimus su Bonferroni korekcija statistiškai reikšmingų skirtumų tarp konkrečių grupių nenustatyta. Atsigavimo tarp darbo pamainų įverčiai tarp amžiaus grupių reikšmingai nesiskyrė. Apibendrinant galima teigti, kad amžius buvo susijęs su nuovargio rodikliais bendrame grupių palyginime, tačiau konkrečių tarpusavyje besiskiriančių amžiaus grupių nustatyti nepavyko.

Vertinant skirtumus pagal išsilavinimą nustatyta, kad nei transformacinis, nei transakcinis, nei pasyvus vadovavimo stiliai tarp skirtingų išsilavinimo grupių statistiškai reikšmingai nesiskiria. Taip pat nenustatyta statistiškai reikšmingų skirtumų tarp išsilavinimo grupių vertinant lėtinį nuovargį, ūminį nuovargį ir atsigavimo tarp darbo pamainų įverčius. Nors tam tikrose grupėse stebimos nežymios tendencijos, jos nėra statistiškai patikimos. Apibendrinant galima teigti, kad slaugos administratorių išsilavinimas nėra susijęs nei su taikomu vadovavimo stiliumi, nei su patiriamu nuovargiu.

Analizuojant darbo stažą nustatyta, kad transformacinis ir transakcinis vadovavimas tarp skirtingų stažo grupių statistiškai reikšmingai nesiskiria. Pasyvaus vadovavimo atveju nustatytas bendras statistiškai reikšmingas skirtumas tarp darbo stažo grupių, tačiau atlikus porinius palyginimus statistiškai reikšmingų skirtumų tarp konkrečių grupių nenustatyta. Nuovargio rodikliai tarp skirtingų darbo stažo grupių statistiškai reikšmingai nesiskyrė. Apibendrinant galima teigti, kad darbo stažas nėra susijęs su nuovargio rodikliais ar aktyviais vadovavimo stiliais, o pasyvaus vadovavimo atveju nustatytas tik bendras grupių skirtumas, kurio konkrečios grupinės raiškos patvirtinti nepavyko.

Vertinant vadovavimo patirtį nustatyta, kad nei transformacinis, nei transakcinis, nei pasyvus vadovavimo stiliai tarp skirtingos patirties grupių statistiškai reikšmingai nesiskiria. Taip pat nenustatyta statistiškai reikšmingų skirtumų vertinant lėtinį nuovargį, ūminį nuovargį ir atsigavimo tarp darbo pamainų įverčius. Nors stebimos nežymios tendencijos, jos nėra statistiškai patikimos. Apibendrinant galima teigti, kad vadovavimo patirtis nėra susijusi nei su taikomu vadovavimo stiliumi, nei su patiriamu nuovargiu.

Vertinant skirtumus pagal darbuotojų skaičių nustatyta, kad vadovavimo stiliai tarp skirtingų grupių statistiškai reikšmingai nesiskiria. Analizuojant nuovargio rodiklius taip pat nenustatyta statistiškai reikšmingų skirtumų tarp grupių. Nors respondentų, vadovaujančių daugiau kaip 40 ir 21-40 darbuotojų, grupėse stebimos tam tikros nuovargio didėjimo tendencijos, jos nėra statistiškai patikimos. Apibendrinant galima teigti, kad darbuotojų skaičius nėra susijęs nei su vadovavimo stiliumi, nei su patiriamu nuovargiu.

Apibendrinant nustatyta, kad dauguma analizuotų sociodemografinių veiksnių nėra statistiškai reikšmingai susiję su slaugos administratorių taikomu vadovavimo stiliumi ar patiriamu nuovargiu. Reikšmingi bendri skirtumai nustatyti tik vertinant nuovargio rodiklius pagal amžių ir

pasyvaus vadovavimo raišką pagal darbo stažą, tačiau poriniai palyginimai statistiškai reikšmingų skirtumų tarp konkrečių grupių neatskleidė. Papildomai nustatyta, kad sociodemografiniai rodikliai yra tarpusavyje statistiškai reikšmingai susiję, ypač amžius su darbo stažu ir vadovavimo patirtimi, tai rodo nuoseklias tarpusavio sąsajas tarp analizuotų sociodemografinių rodiklių.

Tyrimo trūkumai. Tyrime taikyta tikslinga netikimybinė atranka riboja rezultatų apibendrinimo galimybes platesnei populiacijai. Imties dydis ($n = 100$) yra mažesnis nei teoriškai apskaičiuotas rekomenduojamas dydis, todėl rezultatų reprezentatyvumas yra ribotas.

Tyrimas yra skerspjūvio pobūdžio, todėl negalima nustatyti priežastinių ryšių tarp kintamųjų, galima vertinti tik jų sąsajas. Duomenys buvo renkami savarankiško vertinimo būdu, todėl galimas subjektyvus vertinimo ir socialinio pageidaujimumo šališkumas.

Tyrimo eigą apsunkino respondentų įtraukimas. Ribotą dalyvių skaičių galėjo lemti slaugos administratorių užimtumas, jų ribotas pasiekiamumas ir nedidelė šios profesinės grupės populiacija, o tai galėjo turėti įtakos imties dydžiui ir rezultatų reprezentatyvumui.

IŠVADOS

1. Atskleista, kad slaugos administratoriai daugiausia taiko transformacinį vadovavimo stilių. Transakcinis vadovavimas pasireiškia silpniau, o pasyvus yra menkai išreikštas, todėl šiai grupei būdingas aktyvus, į darbuotojų įtraukimą ir veiklos organizavimą orientuotas vadovavimas.
2. Įvertinta, kad slaugos administratorių patiriamo lėtinio nuovargio lygis yra vidutinis. Analizuojant nuovargio rodiklius nustatyta, kad didėjant ūminiam nuovargiui didėja ir lėtinio nuovargio raiška. Be to, nustatyta, kad lėtinis nuovargis yra susijęs su atsigavimo tarp darbo pamainų rodikliais, o tai rodo tarpusavio sąsajas tarp skirtingų nuovargio komponentų.
3. Nustatyta, kad statistiškai reikšmingų sąsajų tarp taikomo vadovavimo stiliaus ir slaugos administratorių patiriamo lėtinio nuovargio nėra. Atsižvelgiant į tai, daroma išvada, kad vadovavimo stilius šiame tyrime nebuvo reikšmingai susijęs su lėtinio nuovargio raiška, todėl tyrimo hipotezė nepasitvirtino.

REKOMENDACIJOS

Sveikatos priežiūros įstaigoms:

1. Vertinti slaugos administratorių nuovargį naudojant struktūruotus vertinimo įrankius, apimančius lėtinį nuovargį, ūminį nuovargį ir atsigavimą tarp darbo pamainų.
2. Organizuoti darbo laiką ir pamainas taip, kad būtų užtikrinti pakankami poilsio intervalai tarp darbo pamainų.
3. Užtikrinti aiškų darbo krūvio paskirstymą, taikyti darbuotojų motyvavimo ir skatinimo priemones bei sudaryti galimybes profesinei patirčiai plėsti.

Slaugos administratoriams:

1. Vertinti savo nuovargį reguliariai, stebint savijautą darbo dienos pabaigoje ir tarp darbo pamainų, atkreipiant dėmesį į atsistatymo pakankamumą.
2. Planuoti darbo ir poilsio režimą taip, kad būtų sudarytos sąlygos atsistatymui tarp darbo pamainų.
3. Taikyti aktyvias vadovavimo elgsenas, apimančias darbuotojų įtraukimą, aiškų užduočių paskirstymą ir grįžtamojo ryšio teikimą, vengiant pasyvaus reagavimo.
4. Tobulinti vadovavimo praktiką stiprinant grįžtamąjį ryšį, darbuotojų įtraukimą, sprendimų skaidrumą ir savirefleksiją.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Al Sabei S, AbuAlRub R, Al Yahyaei A, Al-Rawajfah OM, Labrague LJ, Burney IA, et al. The influence of nurse managers' authentic leadership style and work environment characteristics on job burnout among emergency nurses. *Int Emerg Nurs.* 2023 Sep;70:101321. doi:10.1016/j.ienj.2023.101321
2. Labrague LJ, Nwafor CE, Tsaras K. Influence of toxic and transformational leadership practices on nurses' job satisfaction, job stress, absenteeism and turnover intention: A cross-sectional study. *J Nurs Manag.* 2020 Jul;28(5):1104–13. doi:10.1111/jonm.13053
3. Penconek T, Tate K, Bernardes A, Lee S, Micaroni SPM, Balsanelli AP, et al. Determinants of nurse manager job satisfaction: A systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2021 Jun;118:103906. doi:10.1016/j.ijnurstu.2021.103906
4. Niinihuhta M, Terkamo-Moisio A, Kvist T, Häggman-Laitila A. Nurse leaders' work-related well-being—Relationships to a superior's transformational leadership style and structural empowerment. *J Nurs Manag.* 2022 Oct;30(7):2791–800. doi:10.1111/jonm.13806
5. Steege LM, Pinekenstein BJ, Arsenault Knudsen É, Rainbow JG. Exploring nurse leader fatigue: a mixed methods study. *J Nurs Manag.* 2017 May;25(4):276–86. doi:10.1111/jonm.12464
6. Worringer B, Genrich M, Müller A, Junne F, Contributors of the SEEGEN Consortium, Angerer P. How Do Hospital Medical and Nursing Managers Perceive Work-Related Strain on Their Employees? *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Jun 28;17(13):4660. doi:10.3390/ijerph17134660
7. Wu X, Hayter M, Lee AJ, Yuan Y, Li S, Bi Y, et al. Positive spiritual climate supports transformational leadership as means to reduce nursing burnout and intent to leave. *J Nurs Manag.* 2020 May;28(4):804–13. doi:10.1111/jonm.12994
8. Niinihuhta M, Häggman-Laitila A. A systematic review of the relationships between nurse leaders' leadership styles and nurses' work-related well-being. *Int J Nurs Pract.* 2022 Oct;28(5):e13040. doi:10.1111/ijn.13040
9. Cummings GG, Tate K, Lee S, Wong CA, Paananen T, Micaroni SPM, et al. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2018 Sep;85:19–60. doi:10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016
10. Dall'Ora C, Ball J, Reinius M, Griffiths P. Burnout in nursing: a theoretical review. *Hum Resour Health.* 2020 Dec;18(1):41. doi:10.1186/s12960-020-00469-9
11. Van Diggele C, Burgess A, Roberts C, Mellis C. Leadership in healthcare education. *BMC Med Educ.* 2020 Dec;20(S2):456. doi:10.1186/s12909-020-02288-x
12. Singh P, Singh S, Kumari V, Tiwari M. Navigating healthcare leadership: Theories, challenges, and practical insights for the future. *J Postgrad Med.* 2024 Oct;70(4):232–41. doi:10.4103/jpgm.jpgm_533_24
13. Kakemam E, Liang Z, Janati A, Arab-Zozani M, Mohaghegh B, Gholizadeh M. Leadership and Management Competencies for Hospital Managers: A Systematic Review and Best-Fit Framework Synthesis. *J Health Leadersh.* 2020 Jul;Volume 12:59–68. doi:10.2147/JHL.S265825

14. Huang Q, Zhang K. The Relationship Between Perceived Leader Busyness and Perspective Taking and Interaction Behavior of Followers. *Front Psychol.* 2021 Nov 15;12:676810. doi:10.3389/fpsyg.2021.676810
15. Pishgooie AH, Atashzadeh-Shoorideh F, Falcó-Pegueroles A, Lotfi Z. Correlation between nursing managers' leadership styles and nurses' job stress and anticipated turnover. *J Nurs Manag.* 2019 Apr;27(3):527–34. doi:10.1111/jonm.12707
16. Wajdi BN. The Differences Between Management And Leadership. *Sinergi J Ilm Ilmu Manaj.* 2017 Jul 21;7(1). doi:10.25139/sng.v7i1.31
17. Azad N, Anderson HG, Brooks A, Garza O, O'Neil C, Stutz MM, et al. Leadership and Management Are One and the Same. *Am J Pharm Educ.* 2017 Aug;81(6):102. doi:10.5688/ajpe816102
18. Restivo V, Minutolo G, Battaglini A, Carli A, Capraro M, Gaeta M, et al. Leadership Effectiveness in Healthcare Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cross-Sectional and Before–After Studies. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Sep 2;19(17):10995. doi:10.3390/ijerph191710995
19. McKimm J, Johnstone D, Mills C, Hassanien M, Al-Hayani A. Healthcare leadership development during a pandemic: do not stop, adapt. *Br J Hosp Med.* 2022 Jan 2;83(1):1–9. doi:10.12968/hmed.2021.0479
20. Jing MJ, Li H, Li CP, Wei XJ, Lin WQ, Zhu SC, et al. The Association between Working Hours with Vigilance and Executive Function of Intensive Care Unit Nurses. *Malak M, editor. J Nurs Manag.* 2023 Dec 9;2023:1–13. doi:10.1155/2023/3770404
21. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Dėl pavyzdinio slaugos administratoriaus kvalifikacinių reikalavimų tvarkos aprašo patvirtinimo [Internet]. V–967. 2016 Jul 21. Available from: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/f64ab7a4950d11efa605b9842742bf37/asr>
22. Membrive-Jiménez MJ, Velando-Soriano A, Pradas-Hernandez L, Gomez-Urquiza JL, Romero-Béjar JL, Cañadas-De La Fuente GA, et al. Prevalence, levels and related factors of burnout in nurse managers: A multi-centre cross-sectional study. *J Nurs Manag.* 2022 May;30(4):954–61. doi:10.1111/jonm.13575
23. Gab Allah AR, Elshrief HA, Ageiz MH. Developing Strategy: A Guide For Nurse Managers to Manage Nursing Staff's Work-related Problems. *Asian Nurs Res.* 2020 Aug;14(3):178–87. doi:10.1016/j.anr.2020.07.004
24. Alčauskienė A, Vitkienė A, Grigaliūnienė V. SIGNIFICANCE OF HEAD NURSES – NURSING ADMINISTRATORS' LEADERSHIP STYLES IN HEALTH CARE. *Health Sci.* 2019 Dec 17;29(6):179–82. doi:10.35988/sm-hs.2019.123
25. Wu Y, Awang SR, Ahmad T, You C. A systematic review of leadership styles in healthcare sector: Insights and future directions. *Geriatr Nur (Lond).* 2024 Sep;59:48–59. doi:10.1016/j.gerinurse.2024.06.033
26. Bornman J, Louw B. Leadership Development Strategies in Interprofessional Healthcare Collaboration: A Rapid Review. *J Healthc Leadersh.* 2023 Aug;Volume 15:175–92. doi:10.2147/JHL.S405983

27. Ferreira TDM, Mesquita GR, Melo GC, Oliveira MS, Bucci AF, Porcari TA, et al. The influence of nursing leadership styles on the outcomes of patients, professionals and institutions: An integrative review. *J Nurs Manag.* 2022 May;30(4):936–53. doi:10.1111/jonm.13592
28. Membrive-Jiménez MJ, Gómez-Urquiza JL, Suleiman-Martos N, Monsalve-Reyes C, Romero-Béjar JL, Cañadas-De La Fuente GA, et al. Explanatory Models of Burnout Diagnosis Based on Personality Factors and Depression in Managing Nurses. *J Pers Med.* 2022 Mar 10;12(3):438. doi:10.3390/jpm12030438
29. Vanagas R, Vyšniauskienė L. Vadybos pagrindai. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas; 2012. 163 p.
30. Galani A, Galanakis M. Organizational Psychology on the Rise—McGregor’s X and Y Theory: A Systematic Literature Review. *Psychology.* 2022;13(05):782–9. doi:10.4236/psych.2022.135051
31. Wang X, Liu Y, Peng Z, Li B, Liang Q, Liao S, et al. Situational leadership theory in nursing management: a scoping review. *BMC Nurs.* 2024 Dec 19;23(1):930. doi:10.1186/s12912-024-02582-9
32. Erschens R, Seifried-Dübon T, Stuber F, Rieger MA, Zipfel S, Nikendei C, et al. The association of perceived leadership style and subjective well-being of employees in a tertiary hospital in Germany. Murakami M, editor. *PLOS ONE.* 2022 Dec 13;17(12):e0278597. doi:10.1371/journal.pone.0278597
33. Boamah SA, Tremblay P. Examining the Factor Structure of the MLQ Transactional and Transformational Leadership Dimensions in Nursing Context. *West J Nurs Res.* 2019 May;41(5):743–61. doi:10.1177/0193945918778833
34. Specchia ML, Cozzolino MR, Carini E, Di Pilla A, Galletti C, Ricciardi W, et al. Leadership Styles and Nurses’ Job Satisfaction. Results of a Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Feb 6;18(4):1552. doi:10.3390/ijerph18041552
35. McKenna J, Jeske D. Ethical leadership and decision authority effects on nurses’ engagement, exhaustion, and turnover intention. *J Adv Nurs.* 2021 Jan;77(1):198–206. doi:10.1111/jan.14591
36. Morkevičiūtė M, Endriulaitienė A, Stelmokienė A. Etiškas vadovavimo stilius: vadovų ir pavaldinių požiūris. *Manag Theory Stud Rural Bus Infrastruct Dev.* 2019;41(2):264–76. doi:10.15544/mts.2019.22
37. Theucksuban B, Kunaviktikul W, Wichaikhum O, Abhichartibutra K. Testing a model of Thai nurses’ intent to stay in employment. *Int Nurs Rev.* 2022 Dec;69(4):450–8. doi:10.1111/inr.12753
38. Friedman KJ. Advances in ME/CFS: Past, Present, and Future. *Front Pediatr.* 2019 Apr 18;7:131. doi:10.3389/fped.2019.00131
39. Unger ER, Lin JMS, Brimmer DJ, Lapp CW, Komaroff AL, Nath A, et al. CDC Grand Rounds: Chronic Fatigue Syndrome — Advancing Research and Clinical Education. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2016 Dec 30;65(5051):1434–8. doi:10.15585/mmwr.mm655051a4
40. Lim EJ, Son CG. Review of case definitions for myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS). *J Transl Med.* 2020 Dec;18(1):289. doi:10.1186/s12967-020-02455-0

41. Rio CJ, Gehling GM, Blumhorst C, Ross A, Saligan LN. Defining fatigue from the experiences of patients living with chronic fatigue. *Front Med.* 2024 Aug 12;11:1429275. doi:10.3389/fmed.2024.1429275
42. Alsayed SA, Abou Hashish EA, Alshammari F. Occupational Fatigue and Associated Factors among Saudi Nurses Working 8-Hour Shifts at Public Hospitals. *SAGE Open Nurs.* 2022 Jan;8:23779608221078158. doi:10.1177/23779608221078158
43. LeGal P, Rhéaume A, Mullen J. The long-term effects of psychological demands on chronic fatigue. *J Nurs Manag.* 2019 Nov;27(8):1673–81. doi:10.1111/jonm.12857
44. Bai R, Zhang D, Zhang Q, Sun Y, Luo N, Li M, et al. Mediating role of emotional labour strategy in the association between patient/visitor incivility and nurses' fatigue: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2022 Nov;12(11):e059146. doi:10.1136/bmjopen-2021-059146
45. Güngör S, Sönmez B. Work intensification and occupational fatigue on nurses: a cross-sectional and correlational study. *BMC Health Serv Res.* 2025 Jan 28;25(1):163. doi:10.1186/s12913-025-12325-4
46. Toma Jasiukevičiūtė-Zelenko, Neringa Bagdonaitė. Kai darbuotojai tampa „robotais“: medikų profesinis nuovargis ir su juo siejama psichosocialinės darbo aplinkos rizika pokyčių laikotarpiu. *Public Health.* 2024 Jun 17;105(2). doi:10.47458/VS.2024.2(105)-12
47. Min A, Hong HC, Kim YM. Work schedule characteristics and occupational fatigue/recovery among rotating-shift nurses: A cross-sectional study. *J Nurs Manag.* 2022 Mar;30(2):463–72. doi:10.1111/jonm.13511
48. Burneikaitė G, Spirgienė L. Veiksniai, mažinantys nuovargį darbe, hemodializės skyrių slaugytojų požiūriu. *Slauga Moksl Ir Prakt.* 2023 Dec 22;4(12 (324)):36–41. doi:10.47458/Slauga.2023.4.39
49. Ross A, Geiger-Brown J, Yang L, Flynn S, Cox R, Wehrle L, et al. Acute and chronic fatigue in nurses providing direct patient care and in non-direct care roles: A cross-sectional analysis. *Nurs Health Sci.* 2021 Sep;23(3):628–38. doi:10.1111/nhs.12862
50. Cunningham TR, Guerin RJ, Ferguson J, Cavallari J. Work-related fatigue: A hazard for workers experiencing disproportionate occupational risks. *Am J Ind Med.* 2022 Nov;65(11):913–25. doi:10.1002/ajim.23325
51. Ghammam R, Dergaa I, Fredj SB, Zammit N, Akrimi R, Ceylan Hİ, et al. Prevalence and Associated Factors of Chronic Fatigue Among Healthcare Professionals: A Cross-Sectional Study at a University Hospital in North Africa. *Healthcare.* 2025 Dec 11;13(24):3245. doi:10.3390/healthcare13243245
52. Lavoie-Tremblay M, Gélinas C, Aubé T, Tchouaket E, Tremblay D, Gagnon M, et al. Influence of caring for COVID-19 patients on nurse's turnover, work satisfaction and quality of care. *J Nurs Manag.* 2022 Jan;30(1):33–43. doi:10.1111/jonm.13462
53. Oranga J, Matere A. Quantitative Research: Types, Advantages, Generalizability&Limitations. *OALib.* 2025;12(09):1–9. doi:10.4236/oalib.1113694
54. Ghanad A. An Overview of Quantitative Research Methods. *Int J Multidiscip Res Anal.* 2023;6(8):3794–803. doi:10.47191/ijmra/v6-i8-52

55. Aleknevičienė J, Pocienė A, Šupa M. Kaip parašyti mokslinį rašto darbą? Vilniaus universiteto leidykla. Vilnius; 2020.
56. Althubaiti A. Sample size determination: A practical guide for health researchers. J Gen Fam Med. 2023 Mar;24(2):72–8. doi:10.1002/jgf2.600

PRIEDAI

1 priedas. Tyrimo instrumentai

Gerbiamas Respondente,

Esu Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Išplėstinės praktikos slaugos studijų programos 2 kurso studentė Karina Sobolė. Rengiu magistro baigiamąjį darbą tema „**Vadovavimo stiliaus ir lėtinio nuovargio sąsajos slaugos administratorių darbe**“.

Šio tyrimo tikslas - nustatyti slaugos administratorių vadovavimo stiliaus ir lėtinio nuovargio sąsajas. **Tyrimas skirtas slaugos administratoriams**, vykdančioms vadovavimo funkcijas skyriuose ar padaliniuose.

Anketa yra anoniminė. Tyrimo metu nerenkami jokie asmenį identifikuojantys duomenys. Gauti duomenys bus naudojami tik apibendrinti ir tik moksliniais tikslais, užtikrinant konfidencialumą.

Dalyvavimas tyrime yra savanoriškas. Anketos pildymas truks apie 10-15 minučių. Dalyvavimą galite nutraukti bet kuriuo metu be jokių pasekmių.

Pildydami anketą patvirtinate savo savanorišką sutikimą dalyvauti tyrime.

Dėkoju už Jūsų laiką ir indėlį į mokslinį tyrimą.

Kontaktinė informacija: Karina Sobolė, el. p. karina.sostak@mf.stud.vu.lt

Darbo vadovė: Dr. Aušra Bilotienė Motiejūnienė, el.p. a.motiejuniene@vmkl.lt

I DALIS. SOCIODEMOGRAFINIAI DUOMENYS

Pažymėkite vieną atsakymo variantą

1. Amžius:

- ☐ iki 30 metų
- ☐ 31 - 40 metų
- ☐ 41 - 50 metų
- ☐ 51 - 60 metų
- ☐ daugiau kaip 60 metų

2. Išsilavinimas:

- ☐ Aukštasis universitetinis (bakalauro laipsnis)
- ☐ Aukštasis koleginis (neuniversitetinis)
- ☐ Aukštasis universitetinis (magistro laipsnis)
- ☐ Doktorantūros studijos

3. Darbo stažas sveikatos priežiūros įstaigoje:

- ☐ iki 10 metų
- ☐ 11-20 metų
- ☐ 21-30 metų
- ☐ daugiau kaip 30 metų

4. Vadovaujamo darbo patirtis (įskaitant vadovavimo patirtį skirtinguose skyriuose ar įstaigose):

- ☐ iki 5 metų
- ☐ 6-10 metų
- ☐ 11-15 metų
- ☐ daugiau kaip 15 metų

5. Vadovaujamų darbuotojų skaičius:

- ☐ iki 10
- ☐ 11-20
- ☐ 21-40
- ☐ daugiau kaip 40

II DALIS. DAUGELIO VEIKSNIŲ LYDERYSTĖS KLAUSIMYNAS

Lyderio(-ės) forma

Šio klausimyno tikslas - nustatyti Jūsų lyderystės stilių, remiantis tuo, kaip Jūs patys vertinate savo elgesį profesinėje veikloje.

Žemiau pateikti teiginiai apibūdina įvairius vadovavimo elgesio aspektus. Prašome kiekvieną teiginį įvertinti ir **pažymėti vieną atsakymo variantą**, kuris geriausiai atspindi, kaip dažnai Jūs taip elgiatės. Jei teiginys Jums atrodo netinkamas, neaiškus arba nesate tikri dėl atsakymo, galite palikti jį neatsakytą.

Klausimyną sudaro 45 teiginiai. Žodis „kiti“ gali reikšti Jūsų kolegas, tiesioginius pavaldinius, vadovus, klientus ar kitus asmenis, su kuriais susiduriate profesinėje veikloje.

		Niekada	Labai retai	Kartais	Gana dažnai	Dažnai arba visada
1.	Aš padedu kitiems mainais už jų pastangas	0	1	2	3	4
2.	Aš peržiūriu pagrindinius įsitikinimus, kuriais vadovaujuosi, ir įvertinu jų tinkamumą	0	1	2	3	4
3.	Aš nesikišu tol, kol problemos netampa rimtos	0	1	2	3	4
4.	Aš daugiausia dėmesio skiriu neatitikimams, klaidoms, išimtimis ir nukrypimams nuo standartų	0	1	2	3	4
5.	Atsiradus svarbioms problemoms, aš linkęs neįsitraukti į situaciją	0	1	2	3	4
6.	Aš išsakau, kokios yra mano svarbiausios vertybės ir įsitikinimai	0	1	2	3	4
7.	Kai manęs reikia, aš nebūnu šalia	0	1	2	3	4
8.	Sprendamas problemas, ieškau skirtingų sprendimo variantų	0	1	2	3	4
9.	Aš optimistiškai kalbu apie ateitį	0	1	2	3	4
10.	Aš skatinu kitus didžiuliu tuo, kad dirba kartu su manimi	0	1	2	3	4
11.	Aš aiškiai pasakau, kas už ką atsakingas siekiant nustatytų rezultatų	0	1	2	3	4
12.	Aš imuosi veiksmų tik tada, kai situacija jau pablogėja	0	1	2	3	4
13.	Aš entuziastingai kalbu apie tai, ką reikia pasiekti	0	1	2	3	4
14.	Aš pabrėžiu, kaip svarbu turėti aiškų tikslą	0	1	2	3	4
15.	Aš skiriu laiko darbuotojų mokymui ir ugdymui	0	1	2	3	4
16.	Aš aiškiai įvardiju, ko galima tikėtis, kai pasiekiami veiklos tikslai	0	1	2	3	4
17.	Aš laikausi požiūrio, kad jei kažkas veikia gerai, to keisti nereikia	0	1	2	3	4
18.	Aš atsisakau asmeninių interesų dėl grupės gerovės	0	1	2	3	4

19.	Aš vertinu kiekvieną žmogų individualiai, o ne tik kaip grupės narį	0	1	2	3	4
20.	Aš nesiimu veiksmų dėl problemų, kol jos netampa nuolatinės	0	1	2	3	4
21.	Aš savo elgesiu užsitarnauju kitų pagarbą	0	1	2	3	4
22.	Aš sutelkiu visą savo dėmesį darbui su klaidomis, skundais ir nesėkmėmis	0	1	2	3	4
23.	Aš atsižvelgiu į sprendimų moralines ir etines pasekmes	0	1	2	3	4
24.	Aš registruoju visas klaidas	0	1	2	3	4
25.	Demonstruoju pasitikėjimą savimi ir vidinę jėgą	0	1	2	3	4
26.	Aiškliai suformuluoju patrauklią ateities viziją	0	1	2	3	4
27.	Aš atkreipiu dėmesį į tai, kai rezultatai neatitinka nustatytų standartų	0	1	2	3	4
28.	Aš vengiu priimti sprendimus	0	1	2	3	4
29.	Aš manau, kad kiekviena asmenybė turi skirtingus poreikius, gebėjimus ir siekius	0	1	2	3	4
30.	Aš skatinu kitus pažvelgti į problemas iš skirtingų pusių	0	1	2	3	4
31.	Padedu kitiems ugdyti jų stipriąsias puses	0	1	2	3	4
32.	Aš siūlau naujų būdų, kaip atlikti užduotis	0	1	2	3	4
33.	Aš pavėluotai reaguojau į skubius klausimus	0	1	2	3	4
34.	Aš pabrėžiu bendros misijos svarbą	0	1	2	3	4
35.	Aš parodau, kad esu patenkintas, kai kiti įvykdo tai, ko iš jų tikimasi	0	1	2	3	4
36.	Aš užtikrintai teigiu, kad tikslai bus pasiekti	0	1	2	3	4
37.	Aš veiksmingai padedu kitiems spręsti su darbu susijusius klausimus	0	1	2	3	4
38.	Aš taikau vadovavimo metodus, kurie leidžia jausti pasitenkinimą	0	1	2	3	4
39.	Aš paskatinu kitus padaryti daugiau, nei jie patys tikėjosi	0	1	2	3	4
40.	Aš veiksmingai ginu kitų interesus prieš aukštesnę vadovybę	0	1	2	3	4
41.	Aš su kitais dirbu taip, kaip yra priimtina ir pakankama	0	1	2	3	4
42.	Aš skatinu kitų norą siekti sėkmės	0	1	2	3	4
43.	Aš sėkmingai atlieku tai, ko reikalauja organizacija	0	1	2	3	4
44.	Aš skatinu kitus labiau stengtis	0	1	2	3	4
45.	Aš vadovauju grupei, kuri yra efektyvi	0	1	2	3	4

III DALIS. OFER (NEUTRALI VERSIJA)

Profesinio nuovargio, išsekimo ir atsigavimo skalė (OFER-15) © Dr. P. C. Winwood

Šie teiginiai yra apie Jūsų **nuovargį** ir **įtampą**, patiriamą darbe ir namuose per pastaruosius kelis mėnesius.

Prašome kiekvieną teiginį įvertinti ir **pažymėti vieną atsakymo variantą**, kuris geriausiai atspindi Jūsų dabartinę savijautą.

		Visiškai nesutinku	Nesutinku	Šiek tiek nesutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Šiek tiek sutinku	Sutinku	Visiškai sutinku
1)	Dažnai jaučiuosi, kad esu ant išsekimo ribos dėl darbo	0	1	2	3	4	5	6
2)	Aš dažnai su dideliu nemalonumu pabundu galvodamas apie dar vieną darbo dieną	0	1	2	3	4	5	6
3)	Aš dažnai svarstau, kiek dar galėsiu tęsti savo darbą	0	1	2	3	4	5	6
4)	Jaučiu, kad didžiąją laiko dalį tiesiog „gyvenu tam, kad dirbčiau“.	0	1	2	3	4	5	6
5)	Mano darbe iš manęs tikimasi per daug.	0	1	2	3	4	5	6
6)	Po įprastos darbo dienos man lieka mažai energijos.	0	1	2	3	4	5	6
7)	Paprastai grįžęs iš darbo jaučiuosi labai pavargęs	0	1	2	3	4	5	6
8)	Mano kasdienis darbas mane visiškai išvargina	0	1	2	3	4	5	6
9)	Paprastai turiu daug energijos, kurią galiu skirti savo šeimai ar draugams.	0	1	2	3	4	5	6
10)	Paprastai po darbo man lieka daug energijos pomėgiams ir kitoms veikloms.	0	1	2	3	4	5	6
11)	Tarp darbo pamainų man niekada nepakanka	0	1	2	3	4	5	6

	laiko visiškai atsigauti							
12)	Net jei po vienos darbo pamainos jaučiuosi pavargęs, prieš kitą paprastai atgaunu energiją	0	1	2	3	4	5	6
13)	Tarp darbo pamainų man retai pavyksta visiškai atsigauti	0	1	2	3	4	5	6
14)	Man nekyla sunkumų atgaunant jėgas tarp darbo pamainų	0	1	2	3	4	5	6
15)	Prieš pradėdant kitą darbo pamainą dažnai dar jaučiu nuovargį po ankstesnės	0	1	2	3	4	5	6

2 priedas. MLQ klausimyno naudojimo licencija (Mind Garden)

For use by Karina Sobol? only. Received from Mind Garden, Inc. on November 3, 2025

Permission Letter



www.mindgarden.com

To Whom It May Concern,

The above-named person has made a license purchase from Mind Garden, Inc. and has permission to administer the following copyrighted instrument up to that quantity purchased:

Multifactor Leadership Questionnaire

The license holder has permission to administer the complete instrument in their research, however, only three sample items from this instrument as specified below may be included in the research write-up, thesis, or dissertation. Any other use must receive prior written permission from Mind Garden. The entire instrument form may not be included or reproduced at any time in any other published material. Please understand that disclosing more than we have authorized will compromise the integrity and value of the test.

Occupational Fatigue Exhaustion Fatigue (OFER) Scale

Special Student Licence Granted to:

Karina Sobole

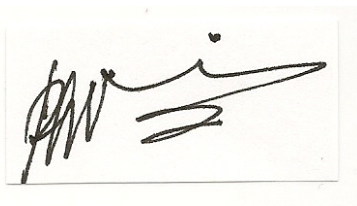
In consideration of her translating the OFER Scale into Lithuanian Karina Sobole is hereby granted a special licence to use the OFER scale in research work for her research work until December 2026

This licence is granted on the basis of the conditions outlined in the included Manual.

By accepting this licence, the licensee has agreed they will not Bor used by, any other person not directly associated with Karina Sobole's work

Signed Dr Peter Winwood

Copyright holder

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'P. Winwood', on a light-colored rectangular piece of paper.

20/11/2025

4 priedas. Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Biomedicininį tyrimų etikos komiteto leidimas vykdyti tyrimą

Išrašas



VILNIAUS UNIVERSITETO MEDICINOS FAKULTETO MOKSLINIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETAS

POSĖDŽIO PROTOKOLAS

2025-12-12 Nr. (1.7 E) 150000-KT-636
Vilnius

El. balsavimas vyko 2025 m. gruodžio 11-12 d.

Posėdžio pirmininkas VU MF SMI Visuomenės sveikatos katedros asistentė dr. Jelena Stanislavovienė.

Posėdžio sekretorius VU MF SMI vyr. specialistė Greta Zambžickaitė.

Posėdyje dalyvavo: VU MF SMI Slaugos katedros asistentė dr. Aldona Mikaliūkštienė, VU MF TSTI Populiarijų genomikos laboratorijos vyresnioji mokslo darbuotoja dr. Laura Pranckėnienė, VU MF SMI Sveikatos etikos, teisės ir istorijos centro docentė dr. Aistė Bartkienė, VU MF SMI Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedros docentė dr. Aurelija Šidlauskienė, VU MF SMI Optometrijos katedros docentas dr. Saulius Galgauskas, VU MF KMI Akušerijos ir ginekologijos klinikos docentė dr. Diana Bužinskienė, VU MF KMI Anesteziologijos ir reanimatologijos klinikos jaun. asistentas dr. Vaidas Vicka, VU MF BMI Anatomijos, histologijos ir antropologijos katedros asistentė dr. Rūta Morkūnienė, VU MF BMI Fiziologijos, biochemijos, mikrobiologijos ir laboratorinės medicinos katedros asistentė dr. Inga Bikulčienė, VU MF Odontologijos instituto docentė dr. Rasmūtė Manelienė. Kvorumas priimti sprendimus buvo, nes posėdyje dalyvavo 11 narių iš 11.

8. SVARSTYTA. Išplėstinės praktikos slaugos magistrantūros studijų programos antro kurso Karinos Sobolės baigiamojo darbo tyrimo protokolo ir instrumento vertinimas.

NUTARTA. Studentės Karinos Sobolės baigiamojo darbo tyrimo protokolo ir instrumento turinys neprieštarauja vykdomojo tyrimo etikos normoms ir VU MF Mokslinių tyrimų etikos komitetas pritaria tyrimo instrumento naudojimui, pakoregavus tyrimo protokolą pagal teiktas Komiteto pastabas (pastabas darbo tyrėjui siunčia Komiteto sekretorius elektroniniu laišku).

VU MF Mokslinių tyrimų etikos komiteto
pirmininkė

dr. Jelena Stanislavovienė

Posėdžio sekretorė

Greta Zambžickaitė

PADĖKA

Nuoširdžiai dėkoju darbo vadovei dr. Aušrai Bilotienei-Motiejūnienei už profesionalias įžvalgas, konstruktyvias pastabas, skirtą laiką ir kryptingą pagalbą rengiant magistro baigiamąjį darbą.

Taip pat dėkoju konsultantui lekt. Ryčiui Jankauskui už vertingas rekomendacijas, metodinę pagalbą ir naudingus patarimus viso darbo rengimo metu.