

KLAIPĖDOS UNIVERSITETAS

Sveikatos mokslų fakultetas

Slaugos katedra

Milda Vitkauskaitė

**ANESTEZIJOS IR INTENSYVIOSIOS TERAPIJOS
SLAUGYTOJŲ KOMUNIKACINIŲ GEBĖJIMŲ
SĄSAJOS SU PATIRIAMU STRESU**

Slaugos studijų programos magistro baigiamasis darbas

Klaipėda, 2019

SANTRAUKA

Vitkauskaitė M. Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų komunikacinių gebėjimų sąsajos su patiriamu stresu. Slaugos magistro studijų programos baigiamasis darbas. Darbo vadovas prof. dr. A. Razbadauskas, Klaipėdos universitetas: Klaipėda, 2019. – 60 p.

Efektyvi komunikacija daro įtaką pacientų priežiūros kokybei, pacientų saugai, svarbi siekiant kokybiškos slaugos. Esant nesėkmingai komunikacijai didėja medicininių klaidų tikimybė bei su jomis susijusių pacientų mirčių. Stresas darbinėje aplinkoje mažina anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų produktyvumą, neigiamai veikia psichologinę savijautą, mažindamas darbo efektyvumą, pasitenkinimą darbu, teikiamų paslaugų kokybę. Stresinėse situacijose mažėja gebėjimas efektyviai komunikuoti.

Tyrimo tikslas – išanalizuoti anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų komunikacinių gebėjimų sąsajas su patiriamu stresu.

Tyrimo metodika. Atliktas kiekybinis tyrimas naudojant Tarpasmeninio komunikavimo gebėjimų klausimyną (*Interpersonal Communication Skills Inventory*), Bendrąją distreso simptomų skalę (*General Symptom Distress Scale (GSDS)*) ir Streso įveikos klausimyną. Taikytas statistinis duomenų apdorojimas ir turinio analizės metodai. Tyrimo imtį sudarė 127 anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojai. Tyrimas atliktas laikantis etikos principų.

Tyrimo rezultatai. Nustatyta, kad anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojams trūksta komunikacinių įgūdžių, tačiau slaugytojų jaučiamo distreso lygis nelabai didelio intensyvumo (3 balai iš 10). Stipriausi komunikavimo gebėjimai yra kalbėjimas, silpniausi – grįžtamojo ryšio teikimas ir gavimas. Dažniausiai jaučiami distreso simptomai yra nuovargis, miego sutrikimai ir galvos skausmas. Slaugytojai streso mažinimui dažniau naudojo problemos sprendimą ir socialinę paramą nei emocinę iškrovą ir vengimą. Slaugytojai su stipresniais klausymosi ir atgalinio ryšio teikimo ir gavimo gebėjimais streso įveikai socialinę paramą naudojo žymiai dažniau. Turintys aukštesnius emocinių sąveikų valdymo, atgalinio ryšio teikimo ir gavimo bei kalbėjimo gebėjimus žymiai rečiau streso įveikai naudojo emocinę iškrovą. Slaugytojai dažniau streso įveikai naudojantys emocinę iškrovą, jaučia didesnę intensyvumą šių distreso simptomų: depresijos, dėmesio/atminties sutrikimo, vidurių užkietėjimo, miego sutrikimo, galvos skausmo, nerimo, rankų/kojų tinimo. Emocinė iškrova streso įveikai naudojama, kai su stresu neįmanoma susidoroti.

Išvada. Tyrimo rezultatai parodė, kad anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojai, turintys stipresnius komunikavimo gebėjimus, tik iš dalies geriau geba valdyti stresą.

Reikšminiai žodžiai: komunikaciniai gebėjimai, anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojai, stresas, streso įveika.

SUMMARY

Vitkauskaitė M. Correlation between Communication Skills and Work-Related Stress of Anesthesia and Intensive Care Nurses. Final MA thesis in nursing. Academic advisor Prof. Dr. A. Razbadauskas. Klaipėda University Klaipėda, 2019. – 60 p.

Effective communication influences the quality of patient care, patient safety, and is important for quality care. Failure of communication increases the likelihood of medical errors and deaths of patients associated with them. Stress in the work environment reduces the productivity of anesthesia and intensive care nurses, negatively affects psychological well-being, reducing work efficiency, job satisfaction, and quality of services provided. Stressful situations reduce the ability to communicate effectively.

The objective of the study – correlation between communication skills and work-related stress of anesthesia and intensive care nurses.

Methods of study. A quantitative research was made by using the questionnaires - the Interpersonal Communication Skills Inventory, the General Symptom Distress Scale (GSDS) and the Questionnaire of the cope with stress. For the purposes of the research, 127 anesthesia and intensive care nurses have been interviewed. The methods of statistical data processing and content analysis were used. The study was conducted with respect to ethical principles.

Study results. Anesthetic and intensive care nurses were found to lack communication skills, but the level of distress felt by nurses was not high (3 out of 10). The strongest communication skills are speaking, the weakest are giving and receiving feedback. The most common symptoms of distress are fatigue, sleep problems and headaches. Nurses were more likely to use problem solving and social support to reduce stress than emotional discharge and avoidance. Nurses with stronger listening and giving and receiving feedback abilities used social support significantly to cope with stress. Those with higher levels of emotional interaction management, callback, receiving and speaking skills used emotional discharge significantly less frequently to cope with stress. Nurses that are more likely to cope with stress with emotional discharge, feel a greater intensity of these symptoms of distress: depression, attention / memory impairment, constipation, sleep disturbance, headache, anxiety, swelling of the hands / feet. Emotional discharge is used to overcome stress when it is impossible to deal with it.

Findings. The results of the study showed that anesthesia and intensive care nurses with stronger communication skills are only partially better at managing stress.

Keywords: communication skills, anesthesia and intensive care nurses, stress, cope with stress.

PAVEIKSLŲ, LENTELIŲ IR PRIEDŲ SĄRAŠAS

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Paveikslo pavadinimas	Puslapis
1.	Slaugytojų pasiskirstymas pagal išsilavinimą	25
2.	Slaugytojų pasiskirstymas pagal darbo stažą	25
3.	AIT slaugytojų pasiskirstymas pagal kalbėjimo srities teiginių vertinimus	31
4.	AIT slaugytojų pasiskirstymas pagal klausymosi srities teiginių vertinimus	32
5.	AIT slaugytojų pasiskirstymas pagal atgalinio ryšio teikimo ir gavimo teiginių vertinimus	33
6.	AIT slaugytojų pasiskirstymas pagal emocinių sąveikų valdymo teiginių vertinimus	34
7.	Tarpasmeninio komunikavimo gebėjimo lygiai bendroje AIT slaugytojų grupėje	35
8.	Tarpasmeninio komunikavimo gebėjimų vertinimų skirtumai priklausomai nuo AIT slaugytojų išsilavinimo	36
9.	Distreso simptomų intensyvumo vertinimai bendroje AIT slaugytojų grupėje	38
10.	Streso mažinimo būdų, susijusių su socialine parama, naudojimo dažnumo vertinimai bendroje AIT slaugytojų grupėje	41
11.	Streso mažinimo būdų, susijusių su problemos sprendimu, naudojimo dažnumo vertinimai bendroje AIT slaugytojų grupėje	41
12.	Streso mažinimo būdų, susijusių su emocine iškrova, naudojimo dažnumo vertinimai bendroje AIT slaugytojų grupėje	42
13.	Streso mažinimo būdų, susijusių su vengimu, naudojimo dažnumo vertinimai bendroje AIT slaugytojų grupėje	42
14.	Streso įveikos būdų vertinimai bendroje AIT slaugytojų grupėje	43
15.	Streso įveikos būdų naudojimo palyginimas priklausomai nuo kalbėjimo gebėjimo lygio	47
16.	Streso įveikos būdų naudojimo palyginimas priklausomai nuo klausymosi gebėjimo lygio	48
17.	Streso įveikos būdų naudojimo palyginimas priklausomai nuo atgalinio ryšio teikimo ir gavimo gebėjimo lygio	48
18.	Streso įveikos būdų naudojimo palyginimas priklausomai nuo emocinių sąveikų valdymo gebėjimo lygio	49

LENTELIŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Lentelės pavadinimas	Puslapis
1.	Tarpasmeninio komunikavimo gebėjimų vertinimų skirtumai priklausomai nuo AIT slaugytojų darbo vietos	36
2.	AIT slaugytojų tarpasmeninio komunikavimo gebėjimai priklausomai nuo amžiaus ir darbo stažo	37
3.	Distreso ir jo simptomų intensyvumo vertinimų skirtumai priklausomai nuo AIT slaugytojų darbo vietos	38
4.	Distreso ir jo simptomų intensyvumo vertinimų skirtumai priklausomai nuo išsilavinimo	39
5.	Distreso ir jo simptomų intensyvumo vertinimai priklausomai nuo AIT slaugytojų amžiaus ir darbo stažo	40
6.	Streso įveikos būdų naudojimo skirtumai priklausomai nuo AIT slaugytojų darbo vietos	43
7.	Streso įveikos būdų naudojimo skirtumai priklausomai nuo AIT slaugytojų išsilavinimo	44
8.	Streso įveikos būdų naudojimas priklausomai nuo AIT slaugytojų amžiaus ir darbo stažo	44
9.	Streso įveikos būdų naudojimo dažnio sąsajos su distreso ir jo simptomų pasireiškimo intensyvumu	45
10.	Distreso ir jo simptomų pasireiškimo intensyvumo sąsajos su komunikaciniais gebėjimais	46
11.	Streso įveikos būdų naudojimo dažnio sąsajos su komunikaciniais gebėjimais	47

PRIEDŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Priedo pavadinimas	Puslapis
1.	Tyrimo anketa	61
2.	Publikuotų darbų sąrašas	66
3.	Leidimas naudoti Tarpasmeninio komunikavimo gebėjimų klausimyną lietuvių kalba	69
4.	Leidimas naudoti Bendrąją distreso simptomų skalę (GSDS)	70
5.	Leidimas naudoti Streso įveikos klausimyną	71
6.	Interpersonal Communication Skills Inventory	72
7.	General Symptom Distress Scale	82
8.	Streso įveikos klausimynas	86

SANTRUMPOS

AIT – anestezijos ir intensyviosios terapijos

BP – bendrosios praktikos

GSDS – (General Symptom Distress Scale) Bendroji distreso simptomų skalė

LR – Lietuvos Respublika

LR SAM – Lietuvos Respublikos Sveikatos Apsaugos Ministerija

MN – medicinos norma

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

SBAR – (Situation-Background-Assessment-Recommendation) Situacija, Bendrosios aplinkybės, Vertinimas, Rekomendacija

TURINYS

ĮVADAS	8
I. ANESTEZIJOS IR INTENSYVIOSIOS TERAPIJOS SLAUGYTOJŲ KOMUNIKACINIŲ GEBĖJIMŲ SAŠAJOS SU PATIRIAMU STRESU	10
1.1. Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų profesinės veiklos aspektai	10
1.2. Teoriniai komunikacijos aspektai	11
1.2.1. Komunikacijos samprata	11
1.2.2. Komunikacijos sritys	13
1.2.3. Komunikacijos svarba slaugoje	14
1.3. Stresas ir streso įveika	17
1.3.1. Streso samprata	17
1.3.2. Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų profesinėje veikloje patiriamas stresas	19
1.3.3. Streso įveika ir jos strategijos	21
II. EMPIRINĖ DALIS	23
2.1. Tyrimo metodika	23
2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos	24
2.1.2. Tyrimo metodai	26
2.1.3. Tyrimo instrumentas	26
2.1.4. Tyrimo procesas/eiga	28
2.1.5. Tyrimo etika	29
2.2. Tyrimo rezultatai.....	31
2.2.1. Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų tarpasmeninio komunikavimo gebėjimai	31
2.2.2. Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų patiriamas distreso simptomai bei jų įveikos būdai	37
2.2.3. Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų komunikacinių gebėjimų sąsajos su patiriamu stresu	45
2.2.4. Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų komunikacinių gebėjimų sąsajos su streso įveikomis	46
2.3. Tyrimo rezultatų aptarimas	49
IŠVADOS	52
REKOMENDACIJOS	53
LITERATŪRA	54
PRIEDAI	60

IVADAS

Komunikavimo procesas yra labai svarbus sveikatos priežiūroje ir ypatingai slaugoje, komunikuojant pirmiausiai patenkinami žmogiškieji poreikiai. Sėkminga komunikacija yra svarbi pilnaverčio gyvenimo dalis bei teigiamų emocijų šaltinis.

Komunikacija sveikatos priežiūros srityje, šalia pagrindinių darbuotojų kompetencijų – informacijos perdavimo būdas, užtikrinantis sąveiką tarp slaugytojų, tarp slaugytojų ir pacientų bei jų artimųjų, tarp slaugytojų ir gydytojų, tarp slaugytojų ir kitų asmens sveikatos priežiūros specialistų ar medicinos darbuotojų. Remiantis mokslinių tyrimų duomenimis, vienas iš svarbiausių slaugytojų veiklos kokybės vertinimo kriterijų yra gebėjimas komunikuoti (Norouzinia et al., 2016, Meng et al., 2018, Wang et al., 2018).

Užsienio autorių duomenimis, bloga komandinė komunikacija yra reikšmingas veiksnys, tiesiogiai susijęs su medicininių klaidų atsiradimu bei dėl jų įvykusių pacientų mirčių (Vertino, 2014, Matziou et al., 2014). Dėl neefektyvios komunikacijos sveikatos priežiūros sistemoje įvyksta apie 70 proc. medicinos klaidų, dėl kurių išauga sveikatos priežiūros išlaidos (Wang et al., 2018, Arnold et al., 2016).

Problema. Šiuolaikinėje, nuolat besikeičiančioje darbo aplinkoje patiriamas darbuotojų stresas yra vis didesnė problema, o nevaldomas stresas – mažina darbuotojų produktyvumą, įsipareigojimą, pasitenkinimą darbu, to pasekoje prastėja teikiamų paslaugų kokybė. Stresinėse situacijose mažėja gebėjimas efektyviai komunikuoti.

Įvairūs moksliniai tyrimai rodo, kad stresą anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojai patiria dažniau nei kitų skyrių slaugytojai (Mol et al., 2015). Per didelis stresas neigiamai veikia slaugytojų psichologinę savijautą, mažindamas jų darbo efektyvumą, pasitenkinimą darbu ir neigiamai veikia sveikatos priežiūros kokybę (Sarafis et al., 2016). O efektyvus bendravimas ypatingai svarbus siekiant kokybiškos slaugos (Bramhall, 2014, Norouzinia et al., 2016, Vertino, 2014, Meng et al., 2018, Wang et al., 2018, Sibiya, 2018).

Aktualumas. Bendravimo gebėjimų susijusių su distresu ištyrimas galėtų būti tolimesnių prevencinių strategijų pradžia (Mol, Kompanje, Benoit et al., 2015).

Naujumai. Ieškant mokslinės literatūros šia tema, rasta daug straipsnių apie stresą, jo priežastis, jo įveikų būdus įvairių profesijų atstovams bei nemažai bendravimo įtaką, tarpasmeninio bendravimo strategijas, jo įtaką nagrinėjančių straipsnių. Tačiau mokslinių tyrimų šia tema rasta nepakankamai.

Tyrimo objektas:

Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų komunikacinių gebėjimų sąsajos su patiriamu stresu.

Tyrimo subjektas:

Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojai.

Tyrimo tikslas

Išanalizuoti anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų komunikacinių gebėjimų sąsajas su patiriamu stresu.

Tyrimo uždaviniai

1. Įvertinti anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų komunikacinių gebėjimų lygį.
2. Nustatyti anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų pasireiškiančius distreso simptomus bei jų įveikos būdus.
3. Išanalizuoti anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų komunikacinių gebėjimų sąsajas su patiriamu streso intensyvumu.
4. Nustatyti anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų komunikacinių gebėjimų sąsajas su streso įveikomis.

Tyrimo hipotezė:

Tikėtina, kad anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojai, turintys stipresnius komunikavimo gebėjimus, geriau geba valdyti stresą.

Tyrimo metodai:

1. Mokslinės literatūros analizė.
2. Kiekybinis tyrimas. Duomenys surinkti naudojant anketinę apklausą raštu.

I. ANESTEZIJOS IR INTENSYVIOSIOS TERAPIJOS SLAUGYTOJŲ KOMUNIKACINIŲ GEBĖJIMŲ SAŠAJOS SU PATIRIAMU STRESU

1.1. Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų profesinės veiklos aspektai

Lietuvoje slaugos praktika, pagal galiojančius teisinius aktus, skirstoma į bendrąją ir specialiąją. Papildoma bendrosios praktikos slaugytojo arba akušerio specializuotos slaugos srities kompetencija įvardinama slaugos specializacija (LR įstatymas Nr. IX-413, 2001). Viena iš specializuotos slaugos sričių, kuriose specialiąją slaugos praktika gali verstis bendrosios praktikos slaugytojas yra anestezija ir intensyvioji slauga (LR SAM įsakymas Nr. V-1037). *Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojas* – tai bendrosios praktikos slaugytojas, teisės aktų nustatyta tvarka įgijęs anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugos specializaciją bei teikiantis anestezijos ir intensyviosios slaugos paslaugas. Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugos praktika – teisės aktais reglamentuotos bendrosios praktikos slaugytojo, turinčio galiojančią bendrosios slaugos praktikos licenciją ir anestezijos ir intensyviosios slaugos specializaciją patvirtinantį dokumentą, teikiamos asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojas pagal kompetenciją dirba savarankiškai ir (ar) komandoje su gydytoju anesteziologu – reanimatologu, taip pat neatsiejamas bendradarbiavimas su kitais sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiais specialistais. Bendrosios praktikos slaugytojas įgyja anestezijos ir intensyviosios slaugos specializaciją aukštojoje mokykloje, baigęs pasirinktą šios slaugos srities neformaliojo švietimo programą (LR SAM įsakymas Nr. V-51, 2010; MN 60:2019). Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojas slaugos paslaugas Lietuvoje gali teikti tiek anesteziologiniame, tiek reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyriuose.

Europiniame kontekste anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojo pavadinimas pateikiamas visiškai skirtingai nei Lietuvos. Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojas, dirbantis anesteziologiniame skyriuje, vadinamas dvejopai: Anaesthetic Nurse (anestezijos slaugytojas) arba Nurse Anaesthetist (slaugytojas anestezistas). Skandinavijos šalyse, Šveicarijoje ir kt. yra praktikuojamas slaugytojo anestezisto kartu su gydytoju anesteziologu bendrosios anestezijos administravimas. O Vokietijoje ir Jungtinėje Karalystėje anestezijos slaugytojai bendrinės anestezijos neadministruoja. Reanimacijos slaugytojas Europoje taip pat neturi bendro pavadinimo, išskiriami terminai anglų kalba Intensive care nurse (intensyviosios terapijos slaugytojas) ir Critical care nurse (kritinės terapijos slaugytojas). Lietuvoje teisiniuose aktuose naudojamas terminas „intensyviosios terapijos slaugytojas“. Daugumoje Europos valstybių anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų specializacija egzistuoja kaip dvi atskiros specializacijos, kurias gali įgyti slaugytojai, baigę pagrindines slaugos studijas (aukštasis universitetinis arba koleginius išsilavinimas), o Lietuvos

bendrosios praktikos slaugytojas gali įgyti tik bendrą – jungtinę anestezijos ir intensyviosios slaugos specializaciją (Paulikienė, 2011, p. 117).

Reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyriuje gydomi bei slaugomi ypatingai kritinių būklių, su gyvybei pavojingais daugelio organų nepakankamumais, pacientai kuriems būtinas pastovus gyvybinių funkcijų sekimas jas monitoruojant invaziniu ar neinvaziniu būdu, bei intensyvus gydymas ir slauga. Čia gydomi pacientai su daugybinėmis patologijomis, pacientai po įvairiausių sudėtingų operacijų, pacientai, kuriems reikalingas sedacijų, narkotinių analgetikų, inotropinių ir vazoaktyvių medikamentų valdymas automatinėmis švirkštinėmis pompomis. Reanimacijos pacientams atliekami daugiaprofiliniai tyrimai, gyvybinių funkcijų palaikymas aparatais ir medikamentais. Pacientai su kvėpavimo funkcijos nepakankamumu, kuriems taikoma įvairių režimų dirbtinė plaučių ventiliacija. Pacientams su inkstų funkcijos nepakankamumu taikoma pakaitinė inkstų terapija. Pacientus konsultuoja įvairių sričių specialistai. Reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyriuje taikomi modernūs šiuolaikiniai gydymo metodai, užtikrinama klinikinė mityba, automatinėmis tūrinėmis pompomis dozuojant enterinius ir parenterinius mišinius. Visą parą atliekamos sudėtingos gydamosios ir diagnostinės procedūros bei intervencijos. Reanimacijos skyriuose anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojas atlieka visapusišką, į kritinės būklės pacientą orientuotą slaugą. Reanimacijos skyriaus slaugytojo išskirtinė savybė – budrumas, lankstumas bei gebėjimas greitai ir tinkamai reaguoti kritinėse situacijose. Ši komandiniu darbo principu pagrįsta slauga reikalauja kompleksinių žinių bei įgūdžių atlikti intervencijas taikant aukštas technologijas. Vienas išskirtiniausių intensyviosios slaugos ypatybių – tai dinaminė, greitai kintanti slauga, atliekama atsižvelgiant į kritinės būklės pacientų būklės pokyčius, taip pat pokyčius ir visoje sveikatos priežiūros sistemoje (Ivaškevičius, 1999, p. 21).

Anesteziologijos – reanimatologijos veiklos pagrindas – operacijų metu sekti bei palaikyti gyvybiškai svarbių organų funkcijas. Anesteziologinio skyriaus slaugytojas užtikrina pacientų saugumą, valdo medicinos prietaisus, administruoja medikamentus, skirtus anestezijai atlikti ir stebi pacientų gyvybines funkcijas, užtikrina hospitalinės infekcijos prevenciją, vertina bei stebi paciento būklę perianesteziniu laikotarpiu (Ivaškevičius, 1999, p. 22).

1.2. Teoriniai komunikacijos aspektai

1.2.1. Komunikacijos samprata

Komunikacija yra labai svarbi bendravimo dalis, tarpusavio įtakos ir santykių pagrindas. Terminas komunikacija pradėtas vartoti labai senai, kai senovės Graikijoje filosofai Aristotelis ir Platonas skelbė, kad retorinis bei viešas kalbėjimas yra vienas svarbiausių ir būtinausių žmogaus

gyvenime. Nuo XXa. šis procesas tapo mokslo tyrinėjimo objektu, kai komunikacija buvo apibrėžta kaip informacijos pasikeitimas tarp informacijos siuntėjo ir jos gavėjo, naudojantis kokia nors ženklų sistema. Informacija suprantama ne tik kaip žinios, bet ir požiūriai, nuomonės ir jausmai (Lekavičienė ir kt., 2018, p. 18). Komunikacija – procesas, kurio metu asmuo perduodant kitam asmeniui arba grupei asmenų tam tikrą pranešimą, siekia sąmoningai paveikti jų elgesį (Littlejohn, 2008, p. 224).

Komunikacijos procesą sudaro keletas elementų, ne tik siuntėjas, gavėjas, tačiau ir perduodama žinia, informacijos perdavimo būdas ir jo formavimas (Lekavičienė ir kt., 2018, p. 18). Gavėjo reakcija į informaciją gali būti įvairi, tiek teigiama, tiek neigiama, informacijos siuntėjas bendrina grįžtamojo ryšio poreikis. Stoner ir kt. (2005) savo pateiktą informacijos perdavimo grandinę aiškina taip:

- Siuntėjas inicijuoja komunikacijos procesą. Jis sugalvoja, sukuria, tam tikrą žinutę, informaciją, pranešimą ir jį užkoduoja perdavimui. Siuntėju gali būti žmogus, žmonių grupė, kuri turi poreikį perduoti tam tikrą informaciją;

- kodavimas – siuntėjo informacijos: minčių, jausmų užšifravimas gavėjui suprantama išraiška - simboliais. Komunikacijos procese naudojami du pagrindiniai kodavimo būdai: žodinis ir nežodinis. Žodinio kodavimo būdo atveju informacijos perdavimo priemonė yra kalba, kuri gali būti sakininė arba rašytinė, o nežodinio – visos kitos galimos priemonės, nors dažniausiai reiškia informacijos kodavimą kūno kalba;

- informacijos perdavimo kanalas – kelias, kuriuo perduodama vienokiu ar kitokiu būdu koduota informacija. Informacija gali būti perduodama vizualiai (laikysena, veido išraiška, gestai ir kt.), per jutimus (prisilietimas, apkabinimas, lytėjimas, kvapas, skonis). Informacijos perdavimo kanalas turi būti atsakingai pasirinktas, kad kuo greičiau pasiektų tą, kuriam skirta informacija – gavėją;

- atkodavimas – informacijos iššifravimas, kuris vyksta tada, kai siųsta informacija pasiekia gavėją. Gavėjas, remdamasis savo mintimis ir jausmais informaciją iššifruoja. Iššifravimas būtinas, siekiant aiškiau ir tiksliau suprasti ir interpretuoti siuntėjo siunčiamą žinią;

- gavėjas – asmuo, kuriam siunčiama informacija;

- grįžtamasis ryšys – informacijos atsakas siuntėjui kurį perduoda gavėjas.

Grįžtamasis ryšys nusako ar siunčiama informacija buvo aktuali jos gavėjui. Pritariant komunikaciniam procesui, tarp siuntėjo ir gavėjo bei informacijos nueito kelio, reikia pabrėžti, kad pasikeitimas informacija gali būti iškraipytas dėl informacijos gausos, kai kuriems informacijos siuntėjams nesitikint sulaukti grįžtamojo ryšio. Komunikacijos proceso kliūtytys įvardijamos trikdžiais (Stoner ir kt., 2005, p. 96). Galimas ir netiesioginis trukdis, skirtingas informacijos interpretavimas, skirtingas naudojamas žodynas ir t.t. Pažymima, tam kad komunikacijos procesas būtų kuo efektyvesnis, būtina minimizuoti trukdžius (Stoner ir kt., 2005, p. 96).

1.2.2. Komunikacijos sritys

Komunikacija yra labai svarbi bendravimo dalis, tarpusavio įtakos ir santykių pagrindas. Pagal komunikacijos procese naudojamą skirstymą išskiriamos dvi rūšys: verbalinė ir neverbalinė komunikacija (Littlejohn, 2008, p. 225).

Verbalinė komunikacija – tai informacijos kodavimas naudojant ženklus, žodžius. Dažniausiai šis procesas vyksta susitikus akis į akį. Verbaliniai komunikacijai priskiriami ir rašytiniai šaltiniai. Verbalinė komunikacija – žmogaus informacinis elgesys, tarpusavio sąveika, kai kalbos ženklai ir žodžiai vartojami kaip simboliai išreikšti idėjas (Littlejohn, 2008, p. 226).

Neverbalinė komunikacija siejama su informacijos kodavimu naudojantis neverbaliniais ženklais bei vadinama kūno kalba. Neverbaliniai įgūdžiai būtini efektyviam bendravimui. Nežodinis bendravimas sudarytas iš: akių kontakto, žvilgsnio krypties, veido mimikos, kūno išvaizdos, pozos, gestų, artumo, emocinis kalbėjimo tonas, lytėjimas ar kita forma. Neverbalinė komunikacija dažniausiai naudojama išreikšti jausmus ar emocijas. Dažnai ji naudojama verbalinei komunikacijai papildyti, tai yra žodžius išreikšti veiksnių forma (Littlejohn, 2008, p. 227). Neverbalinė komunikacija dažnai naudojama medicinoje, leidžia suprasti žmogų iš jo siunčiamos informacijos (Burgoon et al., 2016, p. 177). Neverbalinė komunikacija slaugoje apima veido išraiškas, akių kontaktą (parodomas dėmesys, palengvinamas keitimasis informacija per sąveiką), žvilgsnį, prisilietimą, kūno judėjimą, fizinį artumą, balso tembrą (Rezende et al., 2015, p. 435). Neverbalinės komunikacijos naudojimas tarp slaugytojų ir pacientų pagerino slaugos paslaugų kokybę: veido išraiška padidino pasitikėjimą, akių kontaktas palengvino informacijos pasikeitimą, nemažą svarbą slaugos procese užėmė prisilietimas (Rezende et al., 2015, p. 433 – 435). Kūno kalba galima pasakyti labai daug. Maždaug 60 proc. komunikacijos vyksta nežodiniu būdu. Dažnai nežodinės žinutės siunčia stipresnius signalus nei žodinės žinutės (Sibiya, 2018, p. 21). Labai svarbu, kad neverbalinė komunikacija atitiktų verbalinę (Kourkouta et al., 2014, p. 65).

Verbalinė komunikacija dar gali būti dalijama į porūšius pagal išraišką. Dažniausiai skirstoma į rašytinę ir sakytinę komunikaciją. Tinkamos komunikacijos išraiškos pasirinkimas gali padidinti komunikacijos efektyvumą. Šiandieninėje visuomenėje išskiriama trečioji išraiška – elektroninė. Elektroninė komunikacijos rūšis vis labiau populiarėja ypač jaunimo tarpe (Agnihotri et al, 2016, p. 176). Pastebima, kad efektyvesnėje elektroninėje komunikacijoje, siuntėjas turi tinkamai suformuluoti simbolius žinutei, kad būtų tinkamai suprstas, o gavėjas atidžiai interpretuoti norint suvokti tikslią siuntėjo žinutę. Sakytinė, rašytinė ir elektroninė komunikacijos formos yra pagrindinės mūsų komunikacijos formos kasdieniame gyvenime.

Žodinė – sakytinė komunikacija. Žodinė komunikacija taikoma sveikatos priežiūroje kaip terapinė praktika tarp sveikatos priežiūros specialistų bei pacientų ir jų artimųjų. Terapinis santykis

svarbi bei būtina, efektyvios komunikacijos tarp sveikatos priežiūros specialistų ir pacientų, sąlyga informacijos perdavime (Kourkouta et al., 2014, p. 66 – 67). Ši verbalinės komunikacijos išraiška pateikiama tokiomis formomis, kaip pokalbiai akis į akį, pristatymas, interviu, paprasta žodinė kalba. Išskiriami sakininės komunikacijos išraiškos bruožai: balso tembras, kalbėjimo greitis, garsumas, žodžiai. Pažymima, jog tarp visų bruožų turi būti išlaikytas tarpusavio ryšys, vienas komponentas negali išsiskirti taip ryškiai, jog užgožtų kitus. Pabrėžiama, jog šios komunikacijos metu, komunikacijos siuntėją ypač veikia išorinė aplinka. Pagrindiniai šio tipo komunikacijos privalumai: greitas grįžtamasis ryšys, informacijos supratimas, kitų komunikacijos formų papildomas vartojimas, o trūkumai: negalėjimas pasitaisyti, pranešimo kontrolė priklauso ne nuo paties siuntėjo, o nuo siuntėjo ir gavėjo tarpusavio sąveikos (Littlejohn, 2008, p. 235).

Rašytinė komunikacija. Verbalinės komunikacijos išraiška pasireiškianti per rašytinius pranešimus, pasireiškianti ženklais, rašymo stiliumi ir užrašytais žodžiais. Rašytinė komunikacija yra šifruojama tam tikra išraiška, kuria supranta informacijos gavėjas. Šios komunikacijos privalumai – tikslumas, kontrolė, aplinkos įtakos sumažėjimas, ilgalaikiškumas, informacijos apgalvojimas ir trūkumas – per ilgą laiką pasireiškia grįžtamasis ryšys (Agnihotri et al, 2016, p. 175).

Elektroninė komunikacija. Manoma, jog ši komunikacijos išraiškos forma ateityje gali dominuoti kasdieniniame gyvenime. Pagrindiniai privalumai išskiriami tokie, kaip informacijos sklaidos greitis, mastas, laiko ir nuotolio barjerų nebuvimas, pritaikomumas ir paplitimas. Pagrindiniai trūkumai netinkamos informacijos sklaida, informacijos perteklius, niekam netinkamos informacijos siuntimas (Agnihotri et al, 2016, p. 177).

Komunikacijoje didelę reikšmę turi klausymas. Gebėjimas klausyti kito – gana retas bruožas, dėl jo nebuvimo kasdieniniame bendravime kyla daug keblumų. Klausymosi įgūdžiai dažniausiai būdingi empatiškiems žmonėms. Įsijautus į kitą galima suvokti ne tik tai, ką žmogus galvoja, bet ir ką jis jaučia, ko nori. Atidžiai klausantis galima išgirsti ir tai, ko žmogus negali ar nenori pasakyti. Klausymas slaugoje – atsakinga slaugos praktika, reikalaujanti dėmesio ir visų jutimų sutelkimo, kad būtų galima suvokti kiekvieno paciento verbalines ir neverbalines žinutes. Klausydamiesi slaugytojai įvertina paciento situaciją ir problemas, padidina jo savivertę (Kourkouta et al., 2014, p. 66 – 67).

Apibendrinant komunikacijos rūšis, galima pabrėžti, kiekviena komunikacijos išraiška turi savų privalumų ir trūkumų. Tačiau nežodinės žinutės siunčia stipresnius signalus nei žodinės žinutės.

1.2.3. Komunikacijos svarba slaugoje

Komunikavimo procesas yra labai svarbus sveikatos priežiūroje ir ypatingai slaugoje, komunikuojant pirmiausiai patenkinami žmogiškieji poreikiai. Sėkminga komunikacija yra svarbi pilnaverčio gyvenimo dalis bei teigiamų emocijų šaltinis.

Komunikacija sveikatos priežiūros srityje, šalia pagrindinių darbuotojų kompetencijų – informacijos perdavimo būdas, užtikrinantis sąveiką tarp slaugytojų, tarp slaugytojų ir pacientų bei jų artimųjų, tarp slaugytojų ir gydytojų, tarp slaugytojų ir kitų asmens sveikatos priežiūros specialistų ar medicinos darbuotojų. Fukada (2018) slaugos kompetencijas apibūdina kaip struktūrą, sudaryta iš keturių gebėjimų: gebėjimas nustatyti slaugos poreikį, gebėjimas pasirūpinti, gebėjimas bendradarbiauti bei gebėjimas priimti sprendimus. Remiantis mokslinių tyrimų duomenimis, vienas iš svarbių kriterijų vertinant slaugytojų veiklos kokybę yra gebėjimas komunikuoti (Sėdaitytė, 2003, p. 12).

Užsienio autorių duomenimis, bloga komandinė komunikacija yra reikšmingas veiksnys, tiesiogiai susijęs su medicininių klaidų atsiradimu bei dėl jų įvykusių pacientų mirčių (Vertino, 2014). Dėl neefektyvios komunikacijos sveikatos priežiūros sistemoje įvyksta apie 70 proc. medicinos klaidų, dėl kurių išauga sveikatos priežiūros išlaidos (Wang et al., 2018, p. 84, Arnold et al., 2016, p. 318).

Efektyvi komunikacija yra svarbi ne tik siekiant patenkinti pacientų poreikius ir teikti saugią, kokybišką ir į pacientą orientuotą priežiūrą. McKenna (2014), *klausymo* veiksmą apibūdina kaip efektyvios komunikacijos pagrindą, o efektyvų klausymą – kaip sudėtingą įgūdį bei aktyvų procesą, kuris apima visus pojūčius, „ne tik ausis“. Klausymas yra viena iš svarbiausių komunikacinių gebėjimų sričių. *Aktyvus klausymas* – tai aukščiausias ir efektyviausias klausymo lygmuo, ypatingas komunikacijos įgūdis. Tačiau aktyvus klausymas nėra savaiminė duotybė, tai įgūdis, kurį reikia išsiugdyti (Jahromi et al., 2016, p. 2124 – 2126). Klausymas ypatingai svarbus slaugos praktikoje ir reikalauja sutelkti dėmesį bei visus jautimus kiekvienai verbalinei ir neverbalinei paciento siuončiamai žinutei (Kourkouta, 2014, p. 66).

Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) aktyviai siekdama pagerinti pasauliniu mastu pacientų saugumą, gerino komunikaciją slaugoje. 2005 m. PSO paskyrė Jungtinę komisiją kaip PSO bendradarbiavimo centrą pacientų saugos sprendimams. 2007 m. PSO paskelbė devynis sveikatos priežiūros saugos didinimo tikslus. Vienas iš jų nustatė komunikacijos, susijusios su žmonėmis, praktika, profesija ir bendradarbiais, lūkesčius. Skelbiama, kad 70 proc. sveikatos priežiūros klaidų sukelia prasta komunikacija bei pasisakoma už standartizuotų komunikacijos priemonių naudojimą siekiant padidinti pacientų saugumą. *Vienas iš standartizuotos komunikacijos formato ir priemonės pavyzdžių yra (SBAR): situacija, fonas, vertinimas ir rekomendacijos. Situacija – kas vyksta su pacientu? Bendrosios aplinkybės – kokia yra pagrindinė informacija / kontekstas? Vertinimas – ką manau, kokios problemos? Rekomendacija – ką noriu padaryti* (Arnold et al., 2016, p. 321 – 327)? SBAR metodas siekia palengvinti kasdienę, greitą ir tinkamą komunikaciją apie paciento būklę. 2013 metais atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad įdiegus SBAR pagerėjo gydytojų – slaugytojų komunikacija, padidėjo pacientų sauga bei sumažėjo neigiamas profesinis hierarchijos poveikis

komunikacijai. Be to, smarkiai sumažėjo pranešimų apie įvykius dėl komunikacijos klaidų (nuo 31% (36 iš 116) iki 11% (23 iš 208)) (Randmaa et al., 2014).

Siekiant prasmingo tobulėjimo sveikatos priežiūroje, reikėtų didinti komunikacijos kompetencijas. Bendravimas yra būtinas ir siekiant aukštos kokybės intensyvios terapijos skyriuose. Pacientams ir jų artimiesiems naudinga aktyvi komunikacija, nes tai sumažina nepageidaujamų ir neveiksmingų gydymo būdų intensyviosios terapijos skyriuose naudojimą (Aslakson et al., 2010, p. 6). Norint to pasiekti, būtina suprasti, kad šiuolaikinėje sveikatos priežiūros kultūroje informacijos perdavimo būdas yra toks pat svarbus kaip ir pati informacija. Taip yra todėl, kad priežiūros paslaugų teikimas apima daugybę pacientų persiuntimų tarp paslaugų teikėjų, padalinių. Kiekvienas persiuntimas ir sąveika - tiek tarp globėjų, tiek tarp slaugytojo ir paciento - apima keitimąsi informacija. Kad būtų veiksminga komunikacija, bendra informacija turi būti tiksli, išsami ir aiški, o dalijimasis turi būti atviras, sąžiningas ir užjaučiantis (Merlino, 2017). Įrodyta, kad komunikacijos įgūdžiai yra vienas iš esminių kompetencijų įgūdžių teikiant į pacientą orientuotą priežiūrą. Kokybiška komunikacija susijusi su geresniais pacientų sveikatos būklės rezultatais, saugesne darbo aplinka, sumažėjusiu nepageidaujamų įvykių kiekiu (Disch, 2012, p. 207).

Kokybiška slaugytojų komunikacija su pacientais yra tiesiogiai susijusi su gera pacientų patirtimi. Yra didesnė tikimybė, kad šie pacientai sugrįš į tą sveikatos priežiūros įstaigą bei rekomenduos ją savo šeimų nariams ir artimiesiems (Fulton et al., 2010, p. 204). Kokybiška pacientų ir slaugytojų komunikacija bei sąveika daro didelę įtaką pacientų sveikimo rezultatams (Sibiya, 2018, p. 20). Atlikti tyrimai rodo, kad stiprus komunikacinis ryšys tarp sveikatos priežiūros komandos narių, turi įtakos darbo santykių kokybei ir pasitenkinimui darbu (Merlino, 2017). Empatiškos komunikacijos panaudojimas slaugoje gali padidinti pasitenkinimą teikiamomis paslaugomis, sutrumpinti buvimo intensyvios terapijos skyriuje laiką bei sumažinti šeimos nario netekimo padarinius (Baggs et al, 1999, p.1996 – 1997).

Įrodymais pagrįstos geriausios praktikos ir galinčios sustiprinti komunikavimo įgūdžius bei pagerinti sveikatos priežiūroje teikiamas paslaugas (Merlino, 2017):

- Standartizuotos komunikacijos priemonės SBAR įgyvendinimas;
- Investavimas į visų sveikatos priežiūros darbuotojų komunikavimo įgūdžių lavinimą. Geri komunikavimo įgūdžiai yra išmokstami, jiems reikia praktikos ir stebėsenos.
- Padidinti lyderystės palaikymą komunikacijos gerinimo iniciatyvoms.

Sveikatos priežiūros srityje vis labiau akcentuojama *grįžtamojo ryšio teikimo ir gavimo* svarba. Konstruktyvus grįžtamasis ryšys veikia kaip galingas motyvatorius. Visas grįžtamojo ryšio teikimo ir gavimo procesas yra glaudžiai susijęs su profesiniu tobulėjimu ir geresniais rezultatais (Hardavella et al., 2017, p. 331 – 332). Abu šie veiksniai daro įtaką sveikatos priežiūros paslaugų kokybei ir pacientų pasitenkinimui. Tinkamas grįžtamasis ryšys didina kompetenciją ir pasitikėjimą

visais profesinės karjeros etapais. Visų pirma sveikatos priežiūros specialistams, tai skatina reflektyvų ir patirtinį mokymąsi, kuris apima „mokymą darbe“ ir patirties, incidentų bei jausmų apmąstymą. Dar svarbiau, kad grįžtamuoju ryšiu siekiama ugdyti našumą į aukštesnį lygį, konstruktyviai nagrinėjant prastesnius rezultatus (Hardavella et al., 2017, p. 328).

Apibendrinant komunikacijos reikšmę slaugoje, galima pabrėžti, jog kokybiška slaugytojų komunikacija su pacientais tiesiogiai susijusi su gera pacientų patirtimi, su geresniais pacientų sveikatos būklės rezultatais, saugesne darbo aplinka, sumažėjusiu nepageidaujamų įvykių kiekiu. Standartizuotos komunikacijos priemonės SBAR įgyvendinimas sustiprintų komunikavimo įgūdžius bei pagerintų sveikatos priežiūroje teikiamas paslaugas.

1.3. Stresas ir streso įveika

1.3.1. Streso samprata

Stresas yra natūrali fizinė ir protinė reakcija į gyvenimo patirtį. Kiekvienas žmogus kasdien patiria didesnę ar mažesnę stresą, kurią gali sukelti bet kas nuo kasdienių pareigų iki rimtų gyvenimo įvykių. Streso apibrėžimų egzistuoja nemažai. Daugelis autorių stresą sieja tiek su individualiomis asmens savybėmis ir reakcijomis, tiek su aplinkos komponentais, kurie turi įtakos stresinei situacijai susidaryti. Mokslinėje literatūroje streso sąvoka vartojama labai nevienareikšmiškai. Tarptautinių žodžių žodyne (1985), **stresas** – (*angl.* stress – įtampa) yra įtampos būseną – visuma apsauginių fiziologinių reakcijų, kuriomis žmogaus organizmas reaguoja į nepalankius veiksnius (stresorius). Pirmasis medicininį ir psichologinį „streso“ terminą sukūrė bei pavartojo, klasikinės streso teorijos pradininkas ir kūrėjas, Kanados medicinos daktaras Hansas Seljė. Mokslininkas stresą įvardino, kaip žmogaus psichinės ir fiziologinės įtampos būseną, atsirandančią dėl išorinių ir vidinių dirgiklių arba stresorių poveikio. Jo nuomone, tai yra reakcija į asmeniui nepriimtina arba sunkiai įvykdomą reikalavimą (Pikūnas ir kt., 2005, p. 19). Kiekvienam žmogui stresą sukelia skirtingos situacijos, priklausomai kaip įvertinama situacija bei subjektyvaus suvokimo. Situacijos dažniau kaip stresinės suvokiamos, jei žmogus gali netekti ko nors svarbaus arba jos vertinamos kaip nežinomos, nenuspėjamos ar nevaldomos (Myers, 2000, p. 447). Stresas gali sutrikdyti proto ramybę ir pažeisti organizmo pusiausvyrą. Jis sąlygoja įvairius negalavimus – nuo galvos skausmo iki širdies infarkto, menkina pasitikėjimą savimi, sukelia baimes, depresiją ir psichinius sutrikimus (Karkockienė, 2011, p. 84 – 85, Perminas ir kt., 2014, p. 49, Dudaitė ir kt., p. 640, 2014, Arnold, 2016, p. 321 – 327). Stresas trukdo blaiviai mąstyti, keičia asmenybę ir skatina tokius poelgius, kurie žmogų daro dar nelaimingesniu (Perminas ir kt., 2014, p. 49).

Streso požymiai. Išskiriamos šios streso požymių grupės (Karkockienė, 2011, p. 87, Arnold, 2016, p. 309 – 311):

- fizikiniai požymiai – padidėjęs arterinis kraujo spaudimas, padažnėjęs širdies pulsas bei kvėpavimas, kojų rankų šalimas, skrandžio spazmai, oro trūkumas, raumenų įsitempimas, prakaitavimas, nuovargis, galvos skausmai, odos niežulys.

- psichikos požymiai – nuotaikos kaita, prislėgtumas, baimės jausmas, nerimas, įtampa, pablogėjusi atmintis, neviltis, nekantrumas, susirūpinimas, pavydo, gėdos jausmas, pastovus jaudinimasis.

- Elgesio pokyčiai – miego, apetito sutrikimai, verksmingumas, agresyvumas, hiperaktyvumas, greitas kalbėjimas ar vaikščiojimas, rūkymo, alkoholio ar vaistų vartojimas. Sveikatos, darbingumo palaikymui svarbu išmokti išvengti nebūtinų stresinių situacijų ir valdyti savo psichinę bei emocinę reakciją. Streso valdymas gali būti sudėtingas ir painus, nes yra įvairių rūšių stresas - ūmus stresas, epizodinis ūmus stresas ir lėtinis stresas - kiekvienas turi savų savybių, simptomų, trukmę ir gydymo metodus. Žmonės turi labai skirtingas idėjas dėl savo streso apibrėžimo. Tikriausiai labiausiai paplitusi yra fizinė, psichinė ar emocinė įtampa ar tiesiog įtampa. Kita populiaris streso apibrėžtis yra būklė ar jausmas, patyrimas, kai žmogus suvokia, kad reikalavimai viršija asmeninius ir socialinius išteklius, kuriuos gali įvykdyti.

Dauguma žmonių mano, kad streso apibrėžimas yra kažkas, kas sukelia nelaimę. Tačiau stresas ne visada yra žalingas, nes padidėjęs stresas padidina našumą. Streso apibrėžimas taip pat turėtų apimti tokio tipo sveiką stresą, kuris paprastai ignoruojamas – *eustresas*. Eustresas tai teigiamai veikianti įtempta būseną, dar vadinamą konstruktyviu stresu. Neigiamai venkiantis stresas vadinamas *distresu* – neigiamai suvokiamas ir dažniausiai blogai veikiantis išgyvenimas. Tai destruktivus stresas, kuris yra disfunkcinis individui (Pikūnas ir kt., 2005, p. 25).

Daugumos žmonių streso apibrėžimas yra orientuotas į neigiamus jausmus ir emocijas, kurias jis gamina. Beveik kiekvienas streso apibrėžimas taip pat aptaria tam tikrus fizikinius, fiziologinius ar biocheminius atsakus, kurie yra patyrę ar stebimi. Labai išsamus streso apibrėžimas, į kurį įeina šie ir daugiau, yra biopsichosocialinis modelis, kuris, kaip rodo jo pavadinimas, turi tris komponentus (Monginaitė, 2010, p. 90 – 92). Šis streso apibrėžimas išskiria išorinį elementą, kitą - vidinį, taip pat trečią, kuris atspindi šių dviejų veiksnių sąveiką. Biopsiosocialiniame streso apibrėžime išorinis komponentas susideda iš išorinės aplinkos elementų. Vidaus komponentas šiame streso apibrėžime susideda iš fiziologinių ir biocheminių veiksnių vidinėje aplinkoje ar kūno. Sąveika tarp šių dviejų komponentų šiame streso apibrėžime atspindi kognityvinius procesus, kylančius iš išorinių ir vidinių komponentų sąveikos. Kai kurios fizinės reakcijos, patiriamos streso metu, yra hipertenzija, galvos skausmas, virškinimo trakto ir odos skundai ir pan. Bet koks streso apibrėžimas, kuriame yra šie potencialiai pavojingi fiziniai atsakymai, yra neišsamus.

Hansas Seljė (Pikūnas ir kt., 2005, p. 20) apibrėžė stresą kaip organizmo nespecifinį atsaką į bet kokią paklausą, nesvarbu, ar tai sukelia malonius ar nemalonus stimulus, ar juos sukelia. Labai svarbu atskirti nemalonų ar kenksmingą streso įvairovę, vadinamą kančia, kuri dažnai sieja ligą ir eustresą, kuris dažnai siejamas su euforija. Tiek eustreso, tiek kančių metu kūnas iš esmės patiria tuos pačius nespecifinius atsakymus į įvairius teigiamus ar neigiamus dirgiklius. Tačiau eustresas sukelia daug mažiau žalos nei distresas. Tai įrodo, kad žmogus priima stresą, kuris galiausiai lemia, ar asmuo gali sėkmingai prisitaikyti prie pokyčių. Seljė hipotezė, kad yra bendras prisitaikymo ar streso sindromas; šis bendras streso sindromas veikia visą kūną. Stresas visada pasireiškia sindromu, pokyčių suma, o ne vien tik vienu pakeitimu.

Yra trys bendrieji streso sindromo komponentai (Pikūnas ir kt., 2005, p. 22). Pirmasis etapas, vadinamas pavojaus signalo etapu, reiškia kūno gynybos pajėgų mobilizavimą. Kitaip tariant, organizmas ruošiasi „kovos ar skrydžio“ sindromui. Tai apima daug hormonų ir cheminių medžiagų, išskiriamų dideliu kiekiu, taip pat širdies susitraukimų dažnio, kraujospūdžio, prakaito, kvėpavimo dažnio ir kt. padidėjimą. Antrame etape – atsparumo stadija – kūnas tampa prisitaikantis prie iššūkio ir net pradeda jį atsispirti. Šio pasipriešinimo etapo trukmė priklauso nuo organizmo įgimtos ir saugomos prisitaikymo energijos atsargos ir nuo stresoriaus intensyvumo. Kaip ir bet kuri mašina, net jei ji tinkamai prižiūrima, taip ir gyvi organizmai, kurie anksčiau ar vėliau tampa nuolatinio nusidėvėjimo auka. Įgytas prisitaikymas prarandamas, jei žmogui dar labiau kyla įtampa. Organizmas patenka į trečiąjį ir paskutinįjį etapą – išsekimo stadiją – ir tada miršta, nes jis išnaudojo savo prisitaikymo energijos išteklius.

1.3.2. Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų profesinėje veikloje patiriamas stresas

Europos Komisijos atliktas „Eurobarometro“ tyrimas (2014) paskelbė, kad 53 proc. darbuotojų stresą pripažįsta didžiausia grėsmė jų saugai ir sveikatai darbe, o 27 proc. darbuotojų pranešė, kad per pastaruosius 12 mėnesių dėl darbo patyrė stresą, depresiją, nerimą arba tokia jų būklė dėl darbo labiau blogėjo.

Slauga yra viena iš labiausiai stresą patiriančių profesijų. Slauga suvokiama kaip sukus darbas, keliantis sudėtingus ir aukštus reikalavimus. Pagrindiniai streso šaltiniai, tarp slaugos personalo nustatyti dideli darbo reikalavimai, per daug atsakomybės bei mažai autoritetų. Profesinis stresas gali smarkai paveikti slaugytojų gyvenimo kokybę bei pabloginti slaugos kokybę (Sarafis et al., 2016, p. 2 – 4). 2018 metais Irane atlikto tyrimo metu (Faraji et al., 2019, Chegini, 2019), nustatyta, kad reanimacijos skyriuje dirbančių slaugytojų profesinio streso lygis buvo nuo vidutinio iki aukšto. Tai susiję su dideliu darbo krūviu bei fizine aplinka. Reanimacijos skyriaus slaugytojai

didelį stresą patiria dėl kritinės pacientų būklės, iš slaugytojų reikalaujama būti lanksčiais, budriais bei gebėti greitai, tinkamai reaguoti kritinėse situacijose.

Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojui nuolat tenka slaugyti kritinės būklės pacientus, bendrauti su kenčiančiais, matyti skausmą bei mirtį. Slaugytojams, dirbantiems reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyriuje, įtempta darbinė aplinka veikia ir pakeičia jų emocinę bei psichinę būklę. Nuolatinis kritinės, neretai ir terminalinės būklės pacientų kančios matymas, pacientų artimųjų nepasitenkinimų išklauskymas slaugytojams sukelia nesaugumo ir netvirtumo, bejėgiškumo ir beviltiškumo bei nusivylimo jausmą. 2016 metais atlikto tyrimo metu nustatyta, kad slaugytojams didesnę stresą sukėlė susidorojimas su pacientų kančiomis prieš jiems mirštant nei pati pacientų mirtis (Sarafis et al., 2016). Slaugytojų emociniai išgyvenimai, susiję su mirties neišvengiamumo pajautimu, apgailstavimu dėl nesugebėjimo užkirsti kelią neišvengiamai mirčiai, daro įtaką slaugytojų gebėjimui efektyviai veikti, pasitenkinimui darbu, formuoja neigiamą požiūrį į darbą bei neigiamas pasekmes teikiant sveikatos priežiūros paslaugas (Faraji et al., 2019).

Slaugytojų emocinius išgyvenimus, dvasinę kančią, beviltiškumą lemia reikšmingi veiksniai, susiję su pacientais ir jų šeimos nariais (Faraji et al., 2019). Nuolatinė sąveika, nepakankamas bendradarbiavimas, kelia, nepasirengimo patenkinti skirtingus emocinius poreikius, jausmą, sukuria slaugytojams pykčio, baimės, kaltės, nerimo jausmus, taip didinant stresą (Sarafis et al., 2016).

Slaugytojai, susiduriantys su šiais emociniais išgyvenimais, tampa jautresni svarbiems gyvenimo įvykiams. Jie jaučia atsakomybę permąstyti savo gyvenimą, savo gyvenimo prasmę, visą savo egzistencijos esmę (Žydžiūnaitė, 2007, p. 1147).

Žydžiūnaitė (2007) straipsnyje rašo, kad onkologiniais susirgimais sergančius suaugusius pacientus slaugantys slaugytojai, dėl dažnų paciento mirčių, slaugytojų klaidų, turimų žinių ir įgūdžių stokos, patiria emocinius išgyvenimus, kurie neleidžia susikaupti tolesniam darbui, sekina.

Graikijoje (2016) atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad profesinis stresas susijęs su psichinės sveikatos problemomis. Emociniu lygmeniu profesinis stresas buvo susietas su nerimu, žema saviverte, depresija bei pripažįstamas kaip pagrindinis lengvo psichinio sergamumo rizikos veiksnys (Sarafis et al., 2016). Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojams profesinis stresas paveikia ir fizinę sveikatą bei priverčia juos nukrypti įprastinės veiklos (Faraji et al., 2019). Kalbant apie fizinę sveikatą, teigiama, kad su darbu susijęs stresas sukelia daugelį fizinės sveikatos problemų, įskaitant migreną, raumenų, nugaros, sąnarių skausmus, hipertenziją, dirgliosios žarnos sindromą, dvylikapirštės žarnos opaligę bei imunines ir endokrinines sistemas ligas (Sarafis et al., 2016).

Reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyrius dažnai būna pilnas stresinių situacijų. Augantis stresinių situacijų įrodymų skaičius rodo, kad čia dirbantys slaugytojai patiria „perdegimo“ sindromą (Mol et al., 2015). Šis sindromas – tai trečia pagal H. Seljė bendro adaptacinio sindromo stadija – distresas (Pikūnas ir kt., 2005, p. 23).

Terminas „perdegimas“ (angl. burnout) pirmą kartą pavartotas siekiant apibūdinti psichinę būklę žmonių, kuriems emociškai įtemptoje aplinkoje tenka artimai bendrauti su klientais (pacientais) (Vimantaitė, 2006, p. 604). „Perdegimas“ apibūdinamas kaip emocinis ir elgesio sutrikimas, atsirandantis dėl intensyvaus profesinio streso poveikio bei esant trijų veiksnių deriniui: emocinis išsekimas, depersonalizacija, asmeninis pasiekimas (Mol, 2015, p. 3). Asmenys, linkę į „perdegimo“, sindromą, yra perfekcionistai, jie jaučiasi kalti, jei negali veikti taip kaip norėtų. Ilgalaikis distresas ypatingai neigiamai veikia emocijas bei fizinę sveikatą (Monginaitė, 2010, p. 91).

Mokslinio (2013) tyrimo metu, kurio metu tirtas slaugytojų bendravimas stresinėse ir ne stresinėse situacijose, nustatyta, kad komunikacija stresinėse situacijose charakterizuojama kaip spontaniško bei kūrybiško elgesio (Andrė B., 2015, p. 7). Dominuojant kūrybiškam ir spontaniškam elgesiui, slaugytojos negeba panaudoti ankstesnėse praktikose gautų žinių bei įgūdžių. Trūkumas analitinio, į užduotį orientuoto elgesio trukdo siekti geriausia, įrodymais grįsta praktika ir tyrinėti atrastas žinias, analizuoti kitų patirtį (Andrė B., 2015, p. 8).

1.3.3. Streso įveika ir jos strategijos

Streso įveika tai žmogaus kognityvinės bei elgesio pastangos susidoroti su išoriniais arba vidiniais reikalavimais, kurie yra įvertinami kaip viršijantys turimus vidinius išteklius ir keliantys grėsmę pačiam individui (Pikūnas ir kt., 2005, p. 29). Nustatyta, kad streso įveika tampriai susijusi su individo charakteriu, elgsenos tipo ir nuostatų (Myers, 2000, p. 448).

Streso pasekmės ne visuomet neigiamos bei žalingos. Streso poveikis sveikatai priklauso nuo taikomų streso įveikos strategijų (Grakauskas ir kt., 2006, p. 67 – 70). Grakauskas ir kt. (2006) išskiria keturias pagrindines streso įveikos strategijas:

- Socialinės paramos;
- Problemų sprendimo;
- Emocinės iškrovos;
- Vengimo.

Streso įveikos strategijos, susijusios su socialine parama apima instrumentinę ir emocinę socialinę paramą. Į problemos sprendimą nukreiptos streso įveikos strategijos apima problemos analizę, sprendimo paiešką, sprendimo įgyvendinimo planavimą ir žinių, kurios galėtų padėti spręsti iškilusią problemą, kaupimą. Į problemą orientuota įveika – tai pastangos įveikti stresą veikiant bei keičiant situaciją, priimant sprendimą. Emocinės iškrovos streso įveikos strategijos apima bandymus įveikti stresinę situaciją ieškant kaltųjų, ant jų išliejant susikaupusias emocijas. O taikant psichologinio vengimo strategijas įveikiant stresinę situaciją, naudojami įvairūs dėmesio perkėlimo būdai arba pozityviai interpretuojama situacija (Rovas, 2012, p. 82 – 83). L. R. Lazarus (1993) išskiria

streso įveikai būdingus dėsningumus: streso įveika yra kompleksiška, kai susidūręs su stresoriais žmogus naudoja įvairias įveikas, kaip bandymo – klaidos metodą arba renkasi specifinės įveikos strategijas; streso įveika, priklausanti nuo jos įvertinimo, kai su stresu įmanoma susidoroti – naudojama į problemą orientuota streso įveika, jeigu ne – naudojama į emocijas orientuota įveika; tiek vyrai tiek moterys, susidūrę su pastoviais stresoriais, nepaisant išankstinių įsitikinimų naudoja vienodas streso įveikos strategijas; kai kurios streso įveikos labiau stabilesnės nei kitos; kiekvienoje stresinės situacijos stadijoje keičiasi streso įveikos strategijos; streso įveikų strategijos, tai tarsi teigiamų bei neigiamų emocijų „mediatorius“.

Atlikti tyrimai rodo, kad tam tikros streso įveikos strategijos gali puikiai veikti vienoje situacijoje, bet būti nenaudingos kitose. Patiriamam stresui įtakos turi įvairūs veiksniai, todėl išgyvenamo streso lygis priklauso nuo taikomos streso įveikos strategijos. Net nuolat susiduriant su įvairiais stresoriais, savijauta gali išlikti daugmaž normali, o darbo kokybė nenukentėti, jeigu bus taikoma tinkama bei efektyvi streso įveikos strategija.

Lietuvoje atlikto tyrimo metu nustatyta, kad slaugytojos streso įveikai dažniausiai taiko į problemų sprendimą ir socialinę paramą orientuotas streso įveikas. Į problemos sprendimą nukreipta streso įveika geriausiai veikia ir slaugytojų perdegimo prevencijoje (Rovas ir kt., 2012, p. 81 – 83). Užsienio mokslininkų tyrimų rezultatai, parodė, kad intensyvosios terapijos slaugytojos streso įveikai naudojo emocijų reguliavimą (Saedpanah et al., 2016, p. 24). Emocinis reguliavimas apima neigiamų emocijų sumažinimą bei kontroliavimą ir teigiamų emocijų panaudojimo būdus. Nustatyta, kad teigiamos emocijos padeda įveikti stresą, stiprina žmogaus norą veikti, padeda prasiblaškyti ir atstatyti jėgas (Myers, 2000, p. 448).

II. EMPIRINĖ DALIS

2.1. Tyrimo metodika

Tyrimas „Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų komunikacinių gebėjimų sąsajos su patiriamu stresu“ atliktas Klaipėdos miesto ligoninėse, teikiančiose antrinio ir tretinio lygio paslaugas. Tyrimo tikslas – išanalizuoti anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų komunikacinius gebėjimus, jų sąsajas su patiriamu stresu bei su streso įveikomis. Tyrimo tikslui įgyvendinti pasirinktas tikslinės imties atrankos būdas, t.y. pasirinkti respondentai, kurie dirba Klaipėdos miesto ligoninių, teikiančių antrinio ir tretinio lygio paslaugas, Anesteziologijos ir Reanimacijos skyriuose. Tiriamųjų grupę sudarė bendrosios praktikos slaugytojai, turintys anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojo specializaciją bei dirbantys pagal įgytą specializaciją.

Teorinis tyrimo metodikos pagrindimas. Tyrimo „Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų komunikacinių gebėjimų sąsajos su patiriamu stresu“ teoriniam pagrindimui pasirinktos: Faye Glenn Abdellah slaugos filosofija – **į pacientą nukreipta slauga**, Imogene M. King **Tikslų pasiekimo ir sąveikos teorija** bei **socialinės psichologijos teorija**.

Į pacientą nukreipta slauga atsispindi slaugos filosofijos kūrėjos F.G. Abdellah teorijoje, kurioje skatinami pokyčiai slaugoje, akcentuojama paciento socialinių problemų sprendimo svarba sveikatai. F.G. Abdellah pabrėžia, kad būtini pokyčiai ir slaugytojų rengime bei akcentuoja tęstinio slaugytojų mokymo svarbą (Pukinskienė, 2011, p. 42). Pasak F.G. Abdellah, paciento slaugos organizavimui ir įgyvendinimui, vienas iš būtinų slaugytojo įgūdžių yra bendravimas. F.G. Abdellah išskiria tris pagrindines slaugos problemų kategorijas, iš kurių viena – paciento ir slaugytojo ryšio problemų kategorija (Pukinskienė, 2011, p. 43).

Tikslų pasiekimo ir sąveikos teorija. Slaugos mokslų daktarė I. M. King savo teorijoje pateikė daug konceptų, teiginių apie individą, slaugytojo – paciento sąveiką, slaugą ir paaiškino ryšius tarp jų. Keletas I. M. King Tikslų pasiekimo ir sąveikos teorijoje apibrėžtų esminių slaugos metaparadigmos konceptų (Pukinskienė, 2011, p. 67 - 68): *individas* – sociali, jaučianti bei protinga būtybė. Kalbos pagalba žmonės išreiškia savo mintis, veiksmus, įpročius ir įsitikinimus; *sveikata* – dinamiškas procesas, kai žmonės reaguoja į vidinės ir išorinės aplinkos stresorius optimaliai panaudodamas turimus resursus, kad įgytų maksimalias galimybes; *aplinka* – žmonių sąveikos pagrindas; *slauga* – veiksmų, reakcijos, interakcijos procesas; *suvokimas* – žmogaus su aplinka sąveikos procesas, apimantis informacijos rinkimą, interpretavimą, ir atspindėjimą, remiantis pojūčiais ir atmintimi; *bendravimas* – procesas, kurio metu informacija tiesiogiai ar netiesiogiai perduodama iš vieno asmens kitam; *interakcija* – tikslingas suvokimo ir bendravimo tarp asmens ir

aplinkos, tarp asmens ir asmens procesas, kuris išreiškiamas žodiniu ar nežodiniu elgesiu; *transakcija* – tai interakcijos procesas, kurio metu žmonės bendrauja su aplinka, siekdami tam tikrų tikslų; *stresas* – dinamiška būklė, kai žmogus sąveikauja su aplinka, siekdami išlaikyti augimo, vystymosi ir funkcionavimo pusiausvyrą valdant stresorius. *Tarpasmeninius ryšius* I. M. King Tikslų pasiekimo ir sąveikos teorijoje pateikia kaip atskirus teiginius (Pukinskienė, 2011, p. 68):

- Slaugytojas ir pacientas yra tikslingai tarpusavyje susijusios sistemos.
- Slaugytojo ir paciento suvokimui, požiūriui bei veiksams atitinkant, jie yra orientuoti į transakciją tikslams pasiekti.
- Jeigu suvokimas slaugytojo – paciento interakcijoje yra išreikštas tiksliai, sąveika įvyksta.
- Jeigu sąveika įvyksta, tikslai pasiekiami.
- Jeigu tikslai pasiekti, atsiranda pasitenkinimas.

Socialinė psichologijos teorija. „Socialinė psichologija yra mokslas, kuris tiria kaip atskiri individai priima, perduoda informaciją kitiems, kaip nuo to priklauso jų elgesys, kaip grupuojamasi apie bendras idėjas ar lyderius ir kokie procesai veikia grupuočių formavimąsi, jų raidą, bendradarbiavimą bei konfliktus su kitomis grupuotėmis“ (Pukinskienė, 2011, p. 112). Teoretikas A. Adler, savo teoriją pavadinęs individualiaja, pabrėžė, kad žmogus turi išmokti bendrauti, bendradarbiauti, dalintis darbu su kitais, dalyvauti visuomeniniame gyvenime, kad vystytųsi psichologiškai (Pukinskienė, 2011, p. 113).

2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos

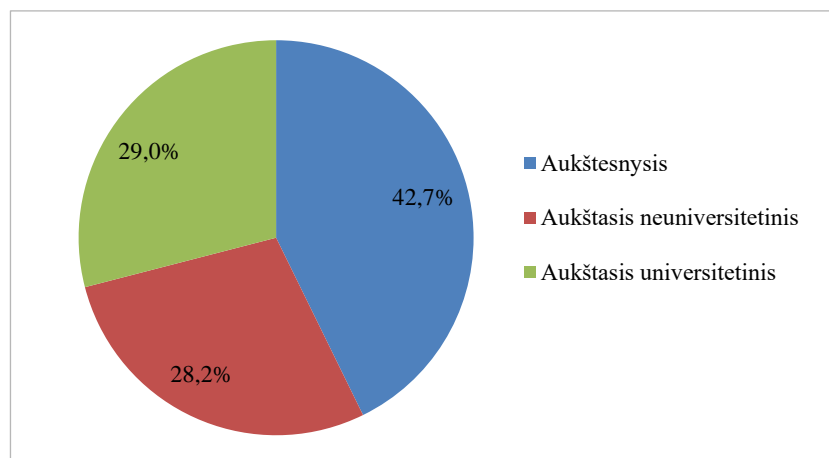
Tyrimo „Anestezijos ir intensyvosios terapijos slaugytojų komunikacinių gebėjimų sąsajos su patiriamu stresu“, atlikto Klaipėdos miesto ligoninių, teikiančių antrinio ir tretinio lygio paslaugas, Anesteziologijos ir Reanimacijos skyriuose, imčiai sudaryti buvo pasirinktas tikslinės atrankos būdas. Pagrindiniai tiriamųjų atrankos kriterijai:

- bendrosios praktikos slaugytojai (BPS), turintys anestezijos ir intensyvosios terapijos slaugytojo specializaciją ir dirbantys pagal specializaciją,
- savanoriškai sutinkantys dalyvauti tyrime.

Tyrimo imtis $n = 122$, esant 95 proc. PI su $p=0,5$, atsižvelgiant į visą anestezijos ir intensyvosios terapijos slaugytojų, dirbančių Klaipėdos mieste, populiaciją $N=175$ (Mockienė ir kt., 2014 iš Israel, Glenn, 1992, p. 28).

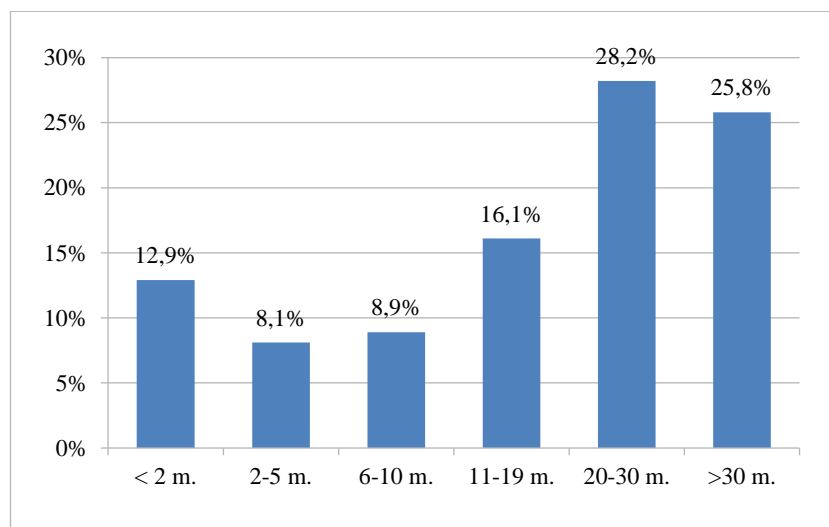
Respondentams buvo išdalintos 140 anketos, grįžo ne visos – 127 anketos. Anketų grįžtamumas – 90,71 proc. Sugadintų anketų – 3, t.y. nepilnai užpildytos.

Tyrime dalyvavo 22-67 metų 124 slaugytojai – amžiaus vidurkis $43,61 \pm 11,99$ metų. Beveik visi respondentai (99,2 proc.) buvo moterys. Daugiau nei pusė slaugytojų 71(57,3 proc.) dirbo anesteziologijos skyriuje, reanimacijos skyriuje – 53(42,7 proc.).



1 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal išsilavinimą

Daugiau nei pusė (57,3 proc.) slaugytojų turėjo aukštąjį išsilavinimą – iš jų 28,2 proc. aukštąjį neuniversitetinį ir 29,0 proc. – aukštąjį universitetinį išsilavinimą. Aukštesnįjį išsilavinimą turėjo 42,7 proc. slaugytojų (1 pav.).



2 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal darbo stažą

Daugiau nei pusė (54,0 proc.) slaugytojų turėjo virš 20 metų darbo stažą – iš jų 28,2 proc. 20-30 metų ir 25,8 proc. daugiau nei 30 metų. Iki 2 metų darbo stažą turėjo 12,9 proc. slaugytojų, 2-5 metų – 8,1 proc., 6-10 metų – 8,9 proc. ir 11-19 metų – 16,1 proc. (2 pav.).

2.1.2. Tyrimo metodai

Tyrimui naudota mokslinės literatūros analizė bei atliktas kiekybinis tyrimas – anoniminė anketinė apklausa raštu, naudojant klausimyną.

Mokslinės literatūros, nagrinėjami temai, analizė. Atliekama jos apžvalga ir mokslinių išvadų analizė ir interpretacija siekiant atskleisti svarbiausius tiriamos problemos klausimus. Baigiamojo darbo mokslinės literatūros apžvalgai naudoti įvairūs elektroniniai ištekliai: Klaipėdos universiteto bibliotekos prenumeruojamose duomenų bazėse esantys mokslo žurnalai ir kiti moksliskai pagrįsti straipsniai bei publikacijos. Duomenų bazės, kuriomis buvo naudojamosi analizuojant mokslinę literatūrą ir tyrimo rezultatus: MEDLINE, Health Source: Nursing/ Academic Edition, Scholar Google, Springer Link, EBSCO Publishing, EBSCO Health PsycTests. Mokslinės literatūros paieška buvo vykdoma naudojant raktinius žodžius: *komunikaciniai gebėjimai, anestezijos ir intensyviosios terapijos skyriaus slaugytojai, stresas, streso įveika*.

Tyrimo tipas. Kiekybinis tyrimas. Pagrindinė kiekybinio tyrimo paskirtis - objekto požymių aiškinimasis ir siekimas statistiškai pagrįsti tyrimą. Tyrimo duomenims surinkti naudojama anketinė apklausa raštu. Anketinė apklausa yra populiariausia ir dažniausiai taikoma kiekybiniame tyrime. Šis tyrimo metodas pasirinktas, nes:

1. Yra galimybė apklausti daug respondentų per trumpą laiką;
2. Anketos anoniminės, tai leidžia laisviau pareikšti asmeninę nuomonę;
3. Duomenų sisteminimui galima panaudoti informacines sistemas (Mockienė ir kt., 2014, p. 44 – 45).

Duomenų analizė. Duomenų analizei naudotas statistinis programų paketas „SPSS 17.0.1 for Windows“. Surinkti duomenys pateikti grafiškai (diagramose) ir lentelėse.

2.1.3. Tyrimo instrumentas

Tyrimo duomenims surinkti buvo pasirinkta anketinė apklausa raštu. Anketa matuoja demografinius duomenis, tarpasmeninio komunikavimo gebėjimus, bendruosius distreso simptomus, streso įveiką. Tyrimo instrumentas sudarytas iš keturių dalių:

- Demografinių duomenų surinkimo;
- Tarpasmeninio komunikavimo gebėjimų klausimyno;
- Bendrosios distreso simptomų skalės;
- Streso įveikos klausimyno.

I dalis. Penki klausimai sudaryti išnagrinėti anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų demografines charakteristikas ir su darbu susijusius pagrindinius veiksnius (lytis, amžius,

išsilavinimas, darbo stažas, darbo vieta (skyrius)). Klausimai sudaryti mokslinio tyrimo autorės remiantis moksline literatūra.

II dalis. Tarpasmeninio komunikavimo gebėjimų klausimyno dalis (*Interpersonal Communication Skills Inventory*) (Learning Dynamics, 2002) sudaryta iš 40 teiginių, kurie leido nustatyti anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų komunikacinių gebėjimų lygį keturiuose pagrindinėse komunikacijos srityse: kalbėjimo, klausymosi, atgalinio ryšio teikimo ir gavimo bei emocinių sąveikų valdymo. Kiekvienos komunikacijos srities gebėjimo lygiui iširti skirti po dešimt teiginių: kalbėjimo (7-16), klausymosi (17-26), atgalinio ryšio teikimo ir gavimo (27-36) bei emocinių sąveikų valdymo (37-46). Klausimyno patikimumas buvo iširtas, atlikus klausimyno patikimumo analizę. Atlikus analizę, gautas rezultatas labai geras, kurį parodo vidinis klausimyno skalių suderinamumo Cronbacho alfa koeficientas – nuo 0,704 iki 0,855 (Skarbaliene et al., 2019). Klausimynas anglų kalba gautas iš EBSCO Health PsycTESTS duomenų bazės, kurioje pateikiami tyrimų instrumentai nemokamam naudojimui mokslinių tyrimų tikslais. Klausimynas lietuvių kalba ir leidimas jį naudoti gautas iš mokslinio straipsnio autorės, atlikusios tyrimą Lietuvoje (Skarbaliene et al., 2019).

III dalis. Bendrosios distreso simptomų skalė (*General Symptom Distress Scale (GSDS)*) skirta jaučiamiems distreso simptomams bei jų pasireiškimo stiprumui nustatyti (Badger et al., 2011, p. 545). Paprašius autorės leidimo naudoti skalę tyrimui, gautas leidimas bei 2018 metais balandžio mėnesį atnaujinta GSDS versija. Taikant dvigubo vertimo techniką, GSDS išversta iš anglų kalbos į lietuvių kalbą. Skalėje pateikti 18 distreso simptomų, kuriuos anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojams reikėjo pažymėti ar jaučia bei kiek jie stipriai pasireiškia kiekvienas atskirai ir visi kartu. Skalės patikimumas iširtas, atlikus patikimumo analizę – Cronbacho vidinio suderinamumo koeficientas alfa nuo 0,750 iki 0,790 (Badger et al., 2011, p. 538).

IV dalis. Streso įveikos klausimynas, skirtas streso įveikai tirti bei taikomai streso įveikos strategijai (socialinei paramos, problemų sprendimo, emocinės iškrovos, vengimo) nustatyti. Klausimynas sudarytas iš 24 teiginių. Teiginiai, susiję su socialinės paramos streso įveikos strategija yra 67, 71, 75, 79, 83 ir 87. Teiginiai, susiję su į problemos sprendimą orientuotą streso įveikos strategiją: 65, 73 teiginiai apima problemų analizę, 77 ir 81 – sprendimo paiešką, 85 – sprendimo įgyvendinimo planavimą, 69 – žinių, kurios galėtų padėti spręsti iškilusią problemą, kaupimą. Emocinės iškrovos strategijai priskirti teiginiai (68, 72, 74, 76, 80, 84) atspindi bandymus įveikti stresinę situaciją ieškant kaltųjų ir išliejant susikaupusias neigiamas emocijas. Stresinėms situacijoms įveikti, su psichologinio vengimo strategija susiję teiginiai: naudojant dėmesio nukreipimo būdus – 70, 82, 88 arba teigiamos situacijos interpretacijas – 66, 78, 86. Sukurtą streso įveikos klausimyną, straipsnio autoriai leidžia naudoti moksliniams tikslams be atskiro leidimo. Skalių vidinio suderinamumo Cronbacho alfa rodikliai: socialinės paramos – 0,832, problemų sprendimo – 0,760,

emocinės iškrovos – 0,721, vengimo – 0,624 (Grakauskas ir kt., 2006, p. 67, Valickas ir kt., 2010, p. 100).

2.1.4. Tyrimo procesas/ eiga

1 etapas. Temos pasirinkimas – tema pasirinkta, nes yra aktualu nustatyti anestezijos ir intensyviosios terapijos skyriaus slaugytojų komunikacinius gebėjimus ir jų įtaką slaugytojų patiriamam stresui bei jų sąsajas su streso įveika. Trukmė: 2018 m. rugsėjis – spalio.

2 etapas. Mokslo šaltinių atranka, analizė ir ataskaitos rašymas – mokslinės literatūros rinkimas, kuria remiantis kuo išsamiau išanalizuotos su pasirinkta magistro darbo tema, „Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų komunikacinių gebėjimų sąsajos su patiriamu stresu“, susijusios publikacijos. Publikacijos išanalizuotos ir apibendrintos. Šaltinių buvo ieškoma duomenų bazėse: (*EBSCO, Medline ir kt.*), moksliniuose žurnaluose. Moksliniai straipsniai buvo atrenkami pagal temos aktualumą, naujumą, analizuojamų tyrimų kokybę. Raktiniai žodžiai, naudoti paieškai: *komunikaciniai gebėjimai, anestezijos ir intensyviosios terapijos skyriaus slaugytojai, stresas, streso įveika.*

Mokslo šaltinių rinkimas, analizė ir ataskaitos vyko nuolat viso darbo rašymo metu. Trukmė: 2018 m. rugsėjis - 2019 m. spalio.

3 etapas. Tyrimo plano rengimas ir instrumento paieška/sudarymas. Pasirinkti trys klausimynai, kuriais siekta išanalizuoti išsiaiškinti anestezijos ir intensyviosios terapijos skyriaus slaugytojų komunikacinius gebėjimus ir jų įtaką slaugytojų patiriamam stresui bei streso įveikas. Atliktas tikslo ir uždavinių iškėlimas, kurie padėjo numatyti kiekybinio tyrimo atlikimo tinkamumą. Tyrimui atlikti gauti reikalingi leidimai iš Klaipėdos universiteto sveikatos mokslų fakulteto slaugos katedros komisijos ir Klaipėdos ligoninių, teikiančių antrinio ir tretinio lygio paslaugas, įstaigų vadovų. Trukmė: 2018 m. rugsėjis - 2019 m. kovas.

4 etapas. Tyrimo duomenų rinkimas. Gavus leidimus atlikti tyrimą, buvo išdalintos 140 anketos bei suderinta kada anketos bus surenkamos. Anketos buvo naudojamos rezultatų suvedimui. Trukmė: 2019 m. kovas - 2019 m. gegužė.

5 etapas. Tyrimo rezultatų analizė. Duomenų analizei naudotas statistinis programų paketas „SPSS 17.0.1 for Windows“. Tikrintas kintamųjų pasiskirstymas pagal normalųjį dėsnį, naudojant *Kolmogorov'o-Smirnov'o* testą bei įvertinant asimetrijos ir eksceso rodiklių dydžius. Duomenys pateikti esant normaliam pasiskirstymui vidurkis \pm standartinis nuokrypis, nesant – vidurkis (mediana). Dviejų nepriklausomų grupių požymių, turintiems normalųjį pasiskirstymą, palyginimui naudotas *neporinis Student'o* kriterijus (t), neturintiems – *Mann'o Whitney* (U) testas. Daugiau nei dviejų nepriklausomų grupių požymių, turintiems normalųjį pasiskirstymą, palyginimui naudotas

One-Way ANOVA (F) metodas, neturintiems *Kruskal'o-Wallis'o* (χ^2) testas. Dviejų požymių, turinčių normalųjį pasiskirstymą, vidurkių palyginimui toje pačioje grupėje naudotas *porinis Student'o* kriterijus (t).

Analizuojant požymių tarpusavio ryšius priklausomai nuo jų pasiskirstymo naudoti *Pearson'o* (r) ir *Spearman'o* (r) koreliacijos metodai.

Naudoti statistinių hipotezių reikšmingumo lygmenys: kai $p < 0,05$ – reikšminga ir kai $p > 0,05$ (ns) – statistiškai nereikšminga. Klausimynų vidinis patikimumas vertintas apskaičiavus Cronbach'o Alfa. Tarpasmeninio komunikavimo gebėjimų klausimyno (*Interpersonal Communication Skills Inventory*) skalių vidinis patikimumas buvo pakankamas – Cronbach'o Alfa didesni už 0,6. Bendrosios distreso simptomų skalė (*General Symptom Distress Scale (GSDS)*) pasižymėjo aukštu vidiniu patikimumu (Cronbach'o Alfa=0,932). Streso įveikos klausimyno skalių vidinis patikimumas buvo aukštas – Cronbach'o Alfa koeficientai didesni už 0,7. Surinkti duomenys pateikti grafiškai (diagramose) ir lentelėse. Trukmė: 2019 m. gegužė - 2019 m. birželis.

6 etapas. Tyrimo rezultatų palyginimas – atlikto tyrimo gauti rezultatai lyginami su panašiais Lietuvoje bei užsienyje anksčiau atliktais tyrimais. Trukmė: 2019 m. birželis - 2019 m. liepa.

7 etapas. Išvadų ir rekomendacijų parengimas – išvados suformuluotos pagal išsikeltus uždavinius. Remiantis atlikto tyrimo rezultatais suformuluotos rekomendacijos anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojams. Trukmė: 2019 m. rugpjūtis - 2019 m. rugsėjis.

8 etapas. Baigiamojo darbo ataskaitos parengimas. Trukmė: 2019 m. spalio.

2.1.5 Tyrimo etika

Bendrieji etikos principai aiškinami pagrindiniame dokumente – Helsinkio deklaracija, kuria remiantis buvo sukurti žmonių, dalyvaujančių biomedicininuose tyrimuose, etinės apsaugos pagrindai. *Autonomiškumo principas* - suteikiama visa informacija apie dalyvavimą moksliniame tyrime ir laisvą valią dalyvauti ar nedalyvauti tyrime. *Anonimiškumo principas* – tai kiekvieno tyrėjo pareiga saugoti duomenų anonimiškumą. *Konfidencialumo principas* – tai garantuojamas konfidencialumas ir pažadų laikymasis. *Nežalingumo principas* – tai sąžiningas gautų duomenų pateikimas (Mockienė ir kt., 2014, p. 64 – 66).

Atliekant tyrimą ir siekiant nepažeisti tyrimo etikos principų buvo vadovaujama visais tyrimų etikos principais – anonimiškumu, konfidencialumu, savanoriškumu, privačiu dalyvavimu. Tiriamieji buvo informuoti, kad turi teisę tyrime nedalyvauti ir bet kuriuo metu atsisakyti tai daryti. Tyrimo dalyviams buvo akcentuojama atsakymų svarba. Respondentams buvo paaiškintas tyrimo tikslas, t.y. ką atliekant šį tyrimą norima sužinoti ir kokia tyrimo nauda. Tyrimo dalyviams

anonimiškumą garantavo tai, jog tyrimo instrumentas buvo be vardų ir pavardžių, be to kiekvienam respondentui klausimynas buvo įdėtas į atskirą voką, o užpildytas grąžintas jau užklijuotame voke.

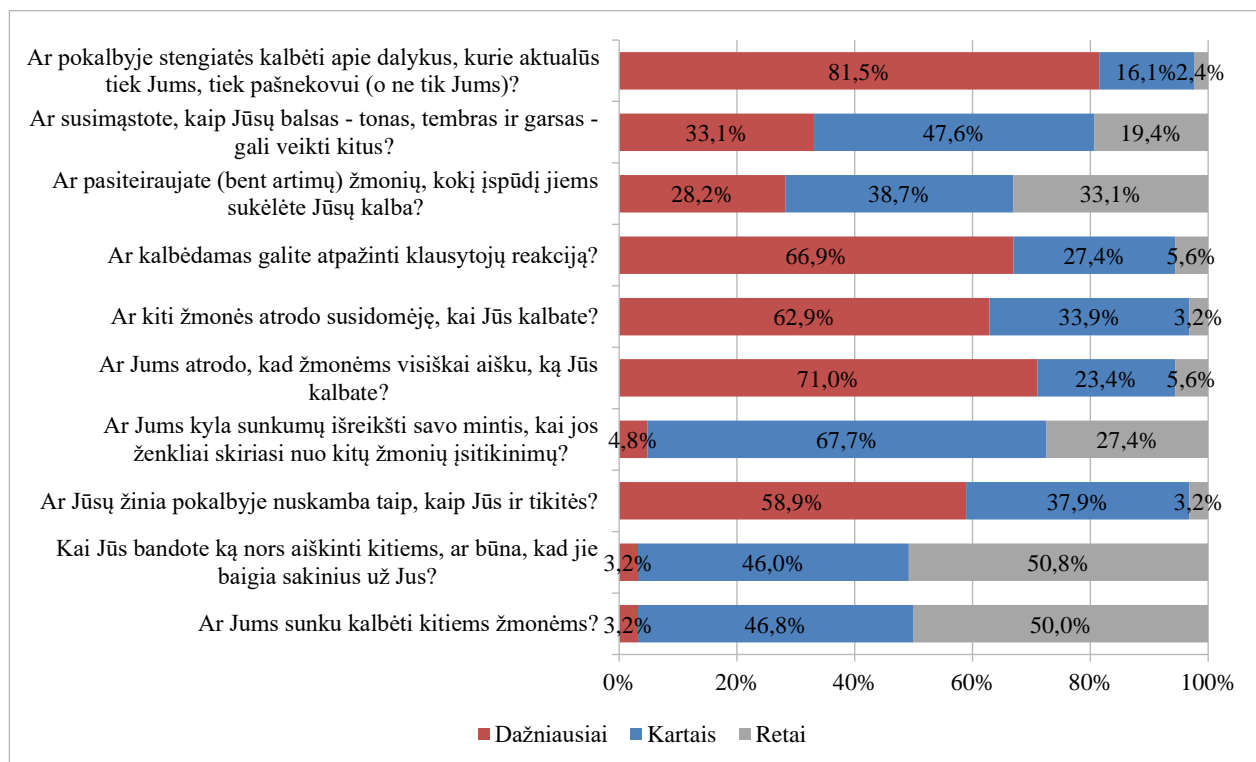
Siekiant nepažeisti tyrimo etikos principų buvo kreiptasi į Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Etikos komisiją dėl leidimo atlikti apklausą. Etikos komisijai raštu patvirtinus anketinei apklausai paruoštą klausimyną, pritarus magistro baigiamojo darbo tyrimo atlikimui, Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto vardu, raštu buvo kreiptasi į įstaigas, kuriose buvo planuojama atlikti tyrimą, vadovus, prašant leisti įstaigose atlikti magistro baigiamojo darbo tyrimą. Gavus visų įstaigų vadovų sutikimus raštu, buvo pradėtas tyrimas.

2.2. Tyrimo rezultatai

2.2.3. Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų tarpasmeninio komunikavimo gebėjimai

Tarpasmeninio komunikavimo gebėjimų klausimynas (*Interpersonal Communication Skills Inventory*) sudarytas iš 40 teiginių vertinamų 0, 1 ir 3 balais. Instrumentą sudaro skirtingos krypties teiginiai – teigiami teiginiai vertinami 0 – „retai“, 1 – „kartais“ ir 3 – „dažniausiai“, neigiami teiginiai vertinami atvirkščiai. Šio klausimyno pagalba komunikaciniai gebėjimai vertinami keturiose pagrindinėse komunikacijos srityse: kalbėjimo, klausymosi, atgalinio ryšio teikimo ir gavimo bei emocinių sąveikų valdymo. Kiekvieną skalę sudaro dešimties teiginių atsakymų suma – ji gali įgyti reikšmes nuo 0 iki 30 balų. Aukštesnis balas rodo aukštesnį gebėjimo lygį.

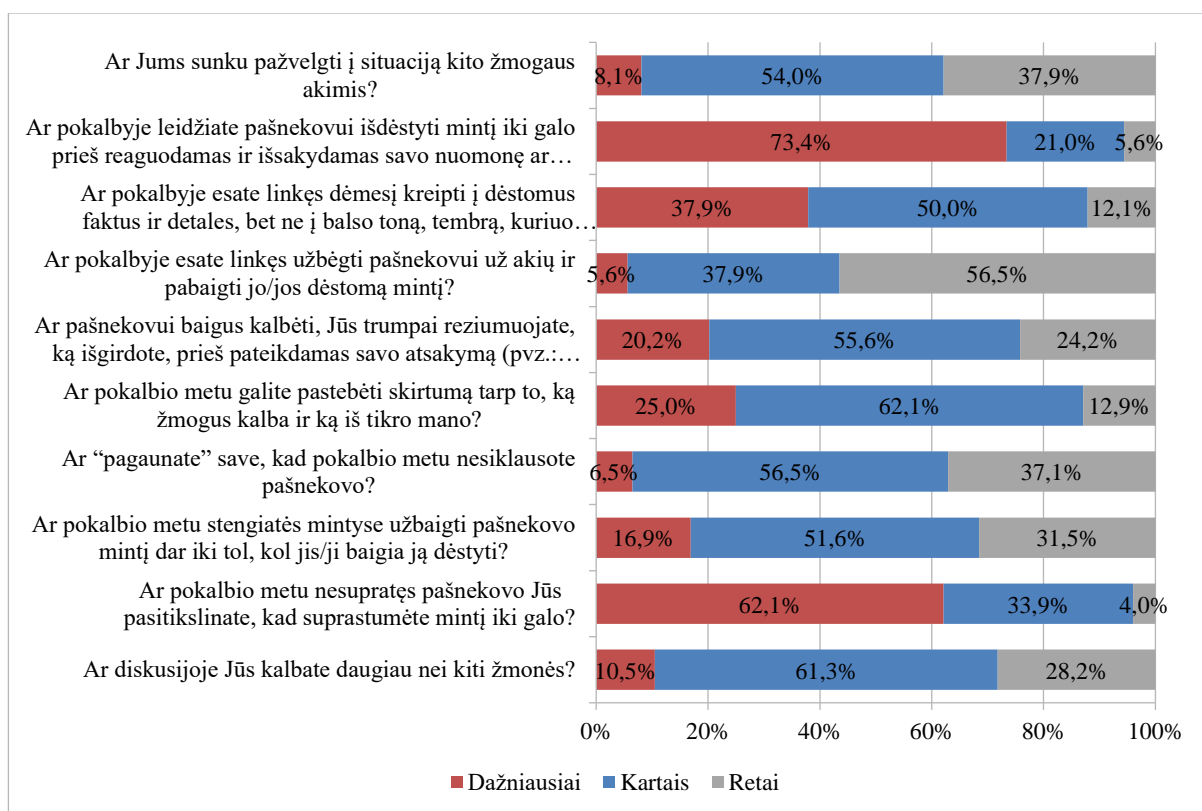
Vertinant **kalbėjimo sritį** nustatyta, kad dauguma anestezijos ir intensyviosios terapijos (AIT) slaugytojų dažniausiai pokalbyje stengdavosi kalbėti apie dalykus, kurie aktualūs tiek jiems, tiek pašnekovui (81,5 proc.). Dažniausiai AIT slaugytojams atrodė, kad klausytojams buvo visiškai aišku, ką jie sakydavo (71,0 proc.), klausytojai atrodydavo susidomėję, kai jie kalbėdavo (62,9 proc.), jų žinia pokalbyje nuskambėdavo taip, kaip klausytojai ir tikėjosi (58,9 proc.), kalbėdami galėdavo atpažinti klausytojų reakciją (66,9 proc.) (3 pav.).



3 pav. AIT slaugytojų pasiskirstymas pagal kalbėjimo srities teiginių vertinimus

Daugumai AIT slaugytojų dažniausiai nebūdavo sunku kalbėti kitiems žmonėms: 50,0 proc. AIT slaugytojų *retai* buvo sunku kalbėti kitiems žmonėms, o 46,8 proc. AIT slaugytojų *kartais* buvo sunku kalbėti kitiems žmonėms. Daugumai AIT slaugytojų dažniausiai nebūdavo kad, kai jie bandydavo ką nors aiškinti pašnekovui, pašnekovas baigtų sakinius už juos: 50,8 proc. AIT slaugytojų *retai* būdavo kad, kai jie bandydavo ką nors aiškinti pašnekovui, pašnekovas baigtų sakinius už juos, 46,0 proc. AIT slaugytojų *kartais* būdavo kad, kai jie bandydavo ką nors aiškinti pašnekovui, pašnekovas baigtų sakinius už juos. Daugumai AIT slaugytojų dažniausiai nekildavo sunkumų išreiškiant savo mintis, kai jos ženkliai skirdavosi nuo kitų žmonių įsitikinimų: 27,4 proc. AIT slaugytojų *retai* kildavo sunkumų išreiškiant savo mintis, kai jos ženkliai skirdavosi nuo kitų žmonių įsitikinimų, o 67,7 proc. AIT slaugytojų *kartais* kildavo sunkumų išreiškiant savo mintis, kai jos ženkliai skirdavosi nuo kitų žmonių įsitikinimų (3 pav.).

Tačiau tik mažesnė dalis (28,2 proc.) AIT slaugytojų dažniausiai pasiteiraudavo (bent artimų) žmonių, kokį įspūdį jiems sukeldavo jų kalba ir susimąstydavo, kaip jų balsas - tonas, tembras ir garsas - galėjo veikti kitus (33,1 proc.) (3 pav.).

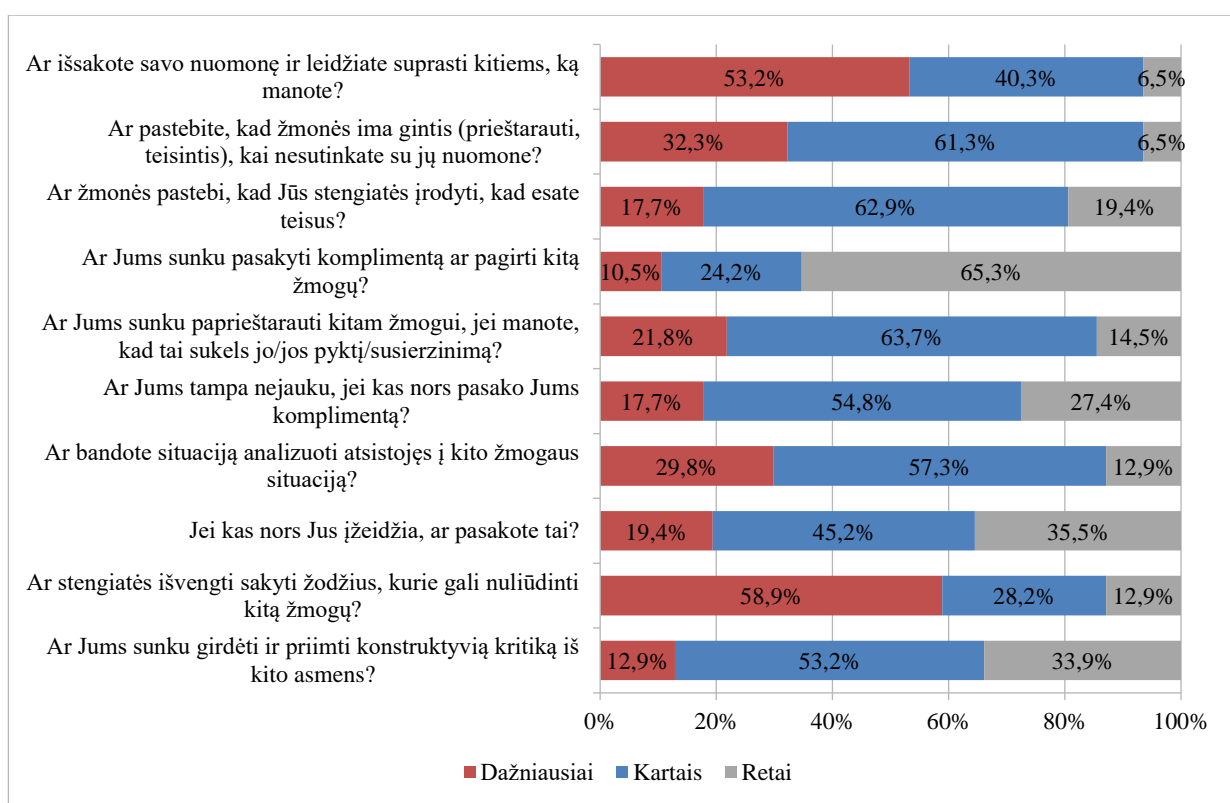


4 pav. AIT slaugytojų pasiskirstymas pagal klausymosi srities teiginių vertinimus

Vertinant *klausymosi sritį* nustatyta, kad dauguma (73,4 proc.) AIT slaugytojų dažniausiai pokalbyje leisdavo pašnekovui išdėstyti mintį iki galo prieš reaguojant ir išsakant savo nuomonę ar reakciją, o pokalbio metu nesupratę pašnekovo jie dažniausiai pasitikslindavo, kad suprastų mintį iki galo (62,1 proc.). Dauguma AIT slaugytojų dažniausiai nebuvo linkę pokalbyje užbėgti pašnekovui

už akių ir pabaigti jo dėstomą mintį: 56,5 proc. AIT slaugytojų retai buvo linkę pokalbyje užbėgti pašnekovui už akių ir pabaigti jo dėstomą mintį, o 37,9 proc. – kartais.

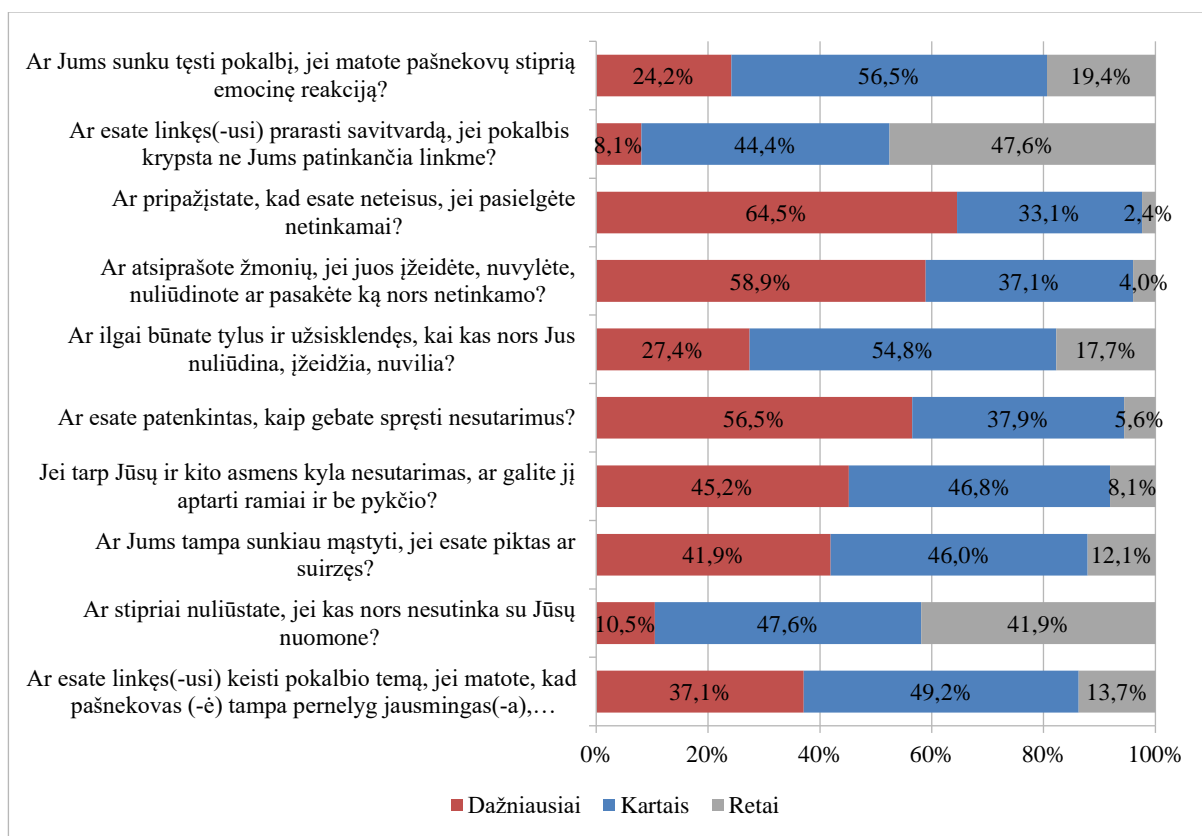
Tokiose situacijose kaip „diskusijose kalba daugiau nei kiti žmonės“ (61,3 proc.), „pokalbio metu stengiasi mintyse užbaigti pašnekovo mintį dar iki tol, kol jis/ji baigia ją dėstyti“ (51,6 proc.), „pagauna“ save, kad pokalbio metu nesiklauso pašnekovo“ (56,5 proc.), „pokalbio metu gali pastebėti skirtumą tarp to, ką žmogus kalba ir ką iš tikro mano“ (62,1 proc.), „pašnekovui baigus kalbėti, trumpai reziumuoja, ką išgirdo, prieš pateikdami savo atsakymą“ (55,6 proc.), „pokalbyje linkę dėmesį kreipti į dėstomus faktus ir detales, bet ne į balso toną, tembrą, kuriuo pašnekovas išsako mintį“ (50,0 proc.), „būna sunku pažvelgti į situaciją kito žmogaus akimis“ (54,0 proc.) didesnė dalis AIT slaugytojų atsidurdavo nelabai dažnai - kartais (4 pav.)



5 pav. AIT slaugytojų pasiskirstymas pagal atgalinio ryšio teikimo ir gavimo teiginių vertinimus

Nagrinėjant *atgalinio ryšio teikimo ir gavimo srities* teiginių vertinimus nustatyta, kad dauguma AIT slaugytojų *dažniausiai* stengdavosi išvengti sakyti žodžius, kurie galėjo nuliūdinti kitą žmogų (58,9 proc.). Dauguma AIT slaugytojų *dažniausiai* išsakydavo savo nuomonę ir leisdavo suprasti kitiems, ką jie manė (53,2 proc.). Daugumai AIT slaugytojų *dažniausiai* buvo nesunku pasakyti komplimentą ar pagirti kitą žmogų: tik *retai* 65,3 proc. ir *kartais* 24,2 proc. AIT slaugytojams buvo sunku pasakyti komplimentą ar pagirti kitą žmogų, tačiau jei kas nors įžeisdavo, dauguma AIT slaugytojų nebuvo linkę tai pasakyti: *retai* pasakydavo 35,5 proc. ir *kartais* – 45,2 proc.

AIT slaugytojams buvo sunku girdėti ir priimti konstruktyvią kritiką iš kito asmens: daugiau nei pusei AIT slaugytojų (53,2 proc.) *kartais* būdavo sunku girdėti ir priimti konstruktyvią kritiką iš kito asmens, o 12,9 proc. – *dažniausiai* sunku. AIT slaugytojai bando situaciją analizuoti atsistoję į kito žmogaus situaciją: *dažniausiai* bando 29,8 proc., o 57,3 proc. – *kartais*. Daugiau nei pusė AIT slaugytojų *kartais* nejaukiai jausdavosi, jei kas nors pasakydavo jiems komplimentą (54,8 proc.), o *dažniausiai* nejaukiai jausdavosi – 17,7 proc. Daugiau nei pusei AIT slaugytojų *kartais* būdavo sunku paprieštarauti kitam žmogui, manant, kad tai sukels jų susierzinimą (63,7 proc.), o *dažniausiai* – 21,8 proc. būdavo sunku. Daugiau nei pusei AIT slaugytojų *kartais* pastebėdavo, kad pašnekovai nesutikę su jų nuomone ima gintis (prieštarauti, teisintis) (61,3 proc.), o *dažniausiai* pastebėdavo – 32,3 proc. Daugiau nei pusei AIT slaugytojų *kartais* pažymėjo, kad žmonės pastebėdavo jų pastangas siekiant įrodyti, kad yra teisūs (62,9 proc.), o *dažniausiai* – 17,7 proc. (5 pav.).



6 pav. AIT slaugytojų pasiskirstymas pagal emocinių sąveikų valdymo teiginių vertinimus

Vertinant *emocinių sąveikų valdymo sritį* nustatyta, kad dauguma AIT slaugytojų dažniausiai pripažindavo, kad yra neteisus, jei pasielgė netinkamai (64,5 proc.), būdavo patenkinti, kaip sugeba spręsti nesutarimus (56,5 proc.), atsiprašydavo žmonių, jei juos įžeidė, nuvylė, nuliūdino ar pasakė ką nors netinkamo (58,9 proc.), buvo nelinkę stipriai nuliūsti, jei kas nors nesutikdavo su jų nuomone (retai 41,9 proc. ir kartais 47,6 proc.) ir prarasti savitvardą, jei pokalbis krypsta ne jiems patinkančia linkme (retai 47,6 proc. ir kartais 44,4 proc.), tačiau mažiau nei pusė (45,2 proc.) AIT slaugytojų dažniausiai galėjo ramiai ir be pykčio aptarti nesutarimą kilusį tarp jų ir kito asmens. Apie 42 proc.

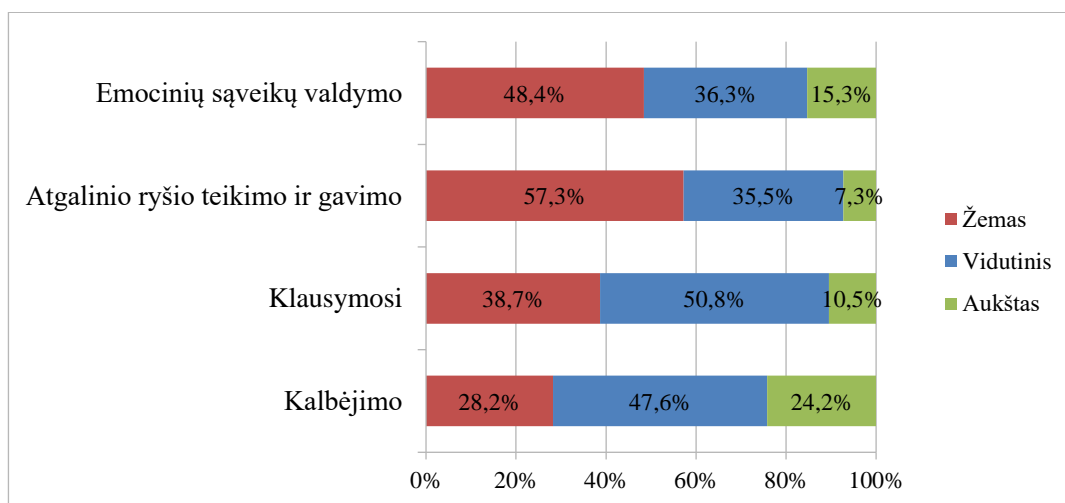
AIT slaugytojų dažniausiai būdavo sunku mąstyti jei yra pikti ar suirzę. Didesnė dalis AIT slaugytojų kartais buvo linkę keisti pokalbio temą, jei matydavo, kad pašnekovas tapdavo pernelyg jausmingas, dirglus, suirzęs (49,2 proc.), ilgai būdavo tylūs ir užsisklendę, kai kas nors juos nuliūdindavo, įžeisdavo, nuvildavo (54,8 proc.). Daugiau nei pusei AIT slaugytojų (56,5 proc.) būdavo sunku tęsti pokalbį, jei matydavo pašnekovų stiprią emocinę reakciją (6 pav.).

Buvo apskaičiuoti skalių rodikliai. Jų pasiskirstymas atitiko normalumo dėsnį. Gauti sekantys rezultatai: iš galimų 30 balų kalbėjimo gebėjimo skalės vidurkį sudarė $17,81 \pm 4,76$ balų, klausymosi – $16,35 \pm 4,12$ balų, atgalinio ryšio teikimo ir gavimo – $14,76 \pm 4,31$ balų ir emocinių sąveikų valdymo – $15,85 \pm 5,01$ balų. Kaip matome *AIT slaugytojų gebėjimai kiekvienoje srityje buvo vidutiniški*.

Klausimyno kūrėjai, vertinant konkrečios komunikavimo srities lygį, rekomendavo tokias ribas:

- 0-15 balų – srities bendravimo įgūdžius reikia tobulinti (žemas lygis);
- 16-21 balų – srities bendravimo įgūdžiams reikia daugiau dėmesio (vidutinis lygis);
- 22-30 balų – stiprūs bendravimo įgūdžiai (aukštas lygis).

Suskirsčius pagal duotas rekomendacijas gautus rezultatus į gradacijas, AIT slaugytojų komunikavimo gebėjimų lygiai pateikti septyntame paveiksle.



7 pav. Tarpasmeninio komunikavimo gebėjimo lygiai bendroje AIT slaugytojų grupėje

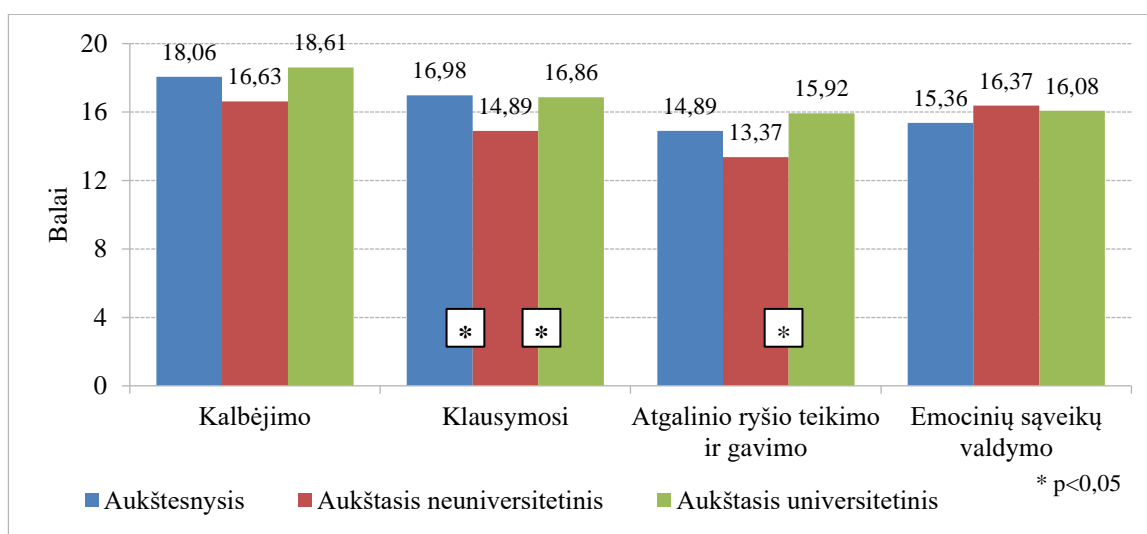
Tyrimo rezultatai parodė, kad *stipriausia* AIT slaugytojų kompetencija yra *kalbėjimas*, o *silpniausia* – *atgalinio ryšio teikimas ir gavimas*.

Aukštas kalbėjimo, emocinio sąveikų valdymo, klausymosi bei atgalinio ryšio teikimo ir gavimo lygiai nustatyti tik nedidelei daliai AIT slaugytojų (atitinkamai 24,2 proc., 15,3 proc., 10,5 proc. ir 7,3 proc.). Didesnei daliai AIT slaugytojų kalbėjimo ir klausymosi sričių gebėjimai vertinti kaip vidutiniai (atitinkamai 47,6 proc. ir 50,8 proc.), o atgalinio ryšio teikimo ir gavimo bei emocinių sąveikų valdymo – kaip žemo lygio (atitinkamai 57,3 proc. ir 48,4 proc.) (7 pav.).

1 lentelė. Tarpasmeninio komunikavimo gebėjimų vertinimų skirtumai priklausomai nuo AIT slaugytojų darbo vietos

Gebėjimai	Skyriai		t	p
	Anesteziologijos	Reanimacijos		
Kalbėjimo	18,08±4,46	17,45±5,14	0,72	0,476
Klausymosi	16,20±4,06	16,57±4,23	-0,49	0,626
Atgalinio ryšio teikimo ir gavimo	15,07±3,67	14,34±5,05	0,93	0,353
Emocinių sąveikų valdymo	15,37±5,02	16,51±4,97	-1,26	0,210

Tyrimo rezultatai parodė, kad tiek anesteziologijos, tiek reanimacijos skyriuose dirbančių AIT slaugytojų tarpasmeninio komunikavimo gebėjimai reikšmingai nesiskyrė (1 lentelė).



8 pav. Tarpasmeninio komunikavimo gebėjimų vertinimų skirtumai priklausomai nuo AIT slaugytojų išsilavinimo

Analizuojant AIT slaugytojų tarpasmeninio komunikavimo gebėjimų vertinimus priklausomai nuo jų išsilavinimo nustatyta, kad AIT slaugytojų su aukštuoju neuniversitetiniu išsilavinimu klausymosi įgūdžiai buvo prastesni nei AIT slaugytojų su aukštuoju universitetiniu išsilavinimu ir nei AIT slaugytojų su aukštesnioju išsilavinimu (su aukštesnioju išsilavinimu (1 grupė) 16,98±4,37 balų, su aukštuoju neuniversitetiniu išsilavinimu (2 grupė) 14,89±4,07 balų ir su aukštuoju universitetiniu išsilavinimu (3 grupė) 16,86±3,50 balų: F=3,22 p=0,043: p1:2=0,019, p2:3=0,042). Taip pat AIT slaugytojų su aukštuoju neuniversitetiniu išsilavinimu buvo prastesni ir atgalinio ryšio teikimo ir gavimo įgūdžiai ypač nei AIT slaugytojų su aukštuoju universitetiniu išsilavinimu (su aukštesnioju išsilavinimu (1 grupė) 14,89±4,12 balų, su aukštuoju neuniversitetiniu išsilavinimu (2 grupė) 13,37±4,72 balų ir su aukštuoju universitetiniu išsilavinimu (3 grupė) 15,92±3,89 balų: F=3,25 p=0,042: p2:3=0,013) (8 pav.).

2 lentelė. AIT slaugytojų tarpasmeninio komunikavimo gebėjimai priklausomai nuo amžiaus ir darbo stažo

Gebėjimai	Amžius		Darbo stažas	
	r	p	r	p
Kalbėjimo	0,08	ns	0,12	ns
Klausymosi	0,16	ns	0,22	0,013
Atgalinio ryšio teikimo ir gavimo	-0,02	ns	0,05	ns
Emocinių sąveikų valdymo	0,02	ns	0,02	ns

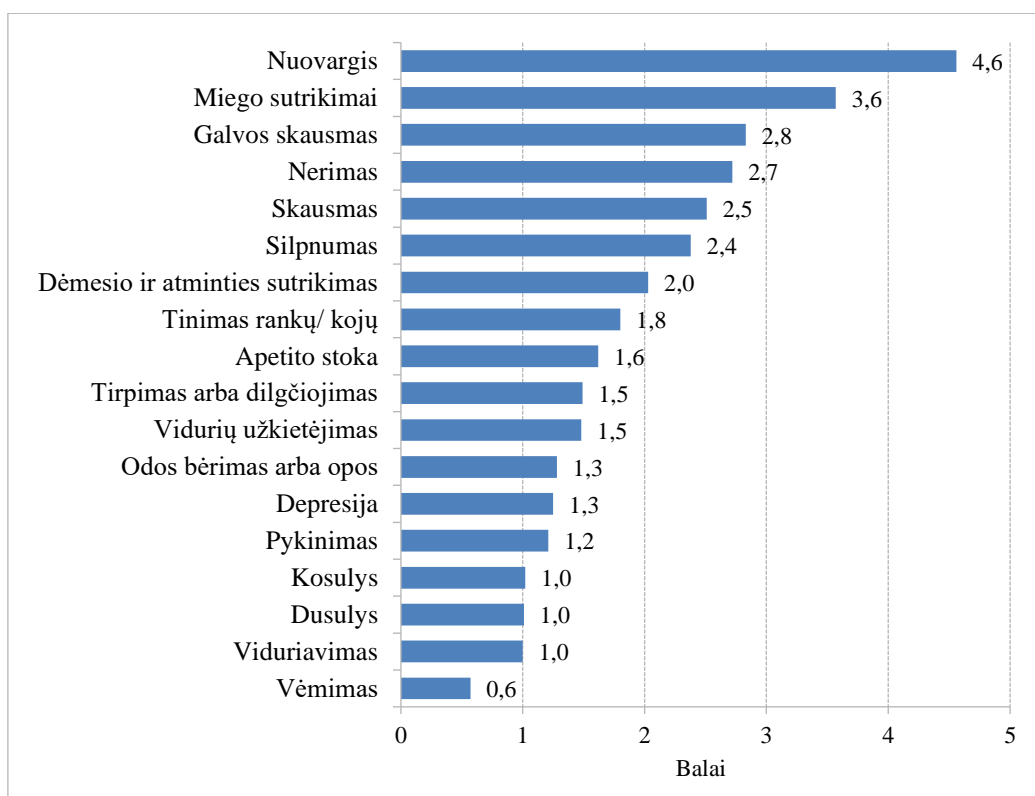
ns- statistiškai nereikšmingas ryšis

Analizuojant AIT slaugytojų tarpasmeninio komunikavimo gebėjimų vertinimus priklausomai nuo jų amžiaus ir darbo stažo nustatytas reikšmingas ryšis tarp klausymosi gebėjimo ir darbo stažo ($r=0,22$ $p=0,013$) – AIT slaugytojų su didesniu darbo stažu klausymosi gebėjimas buvo žymiai aukštesnis nei AIT slaugytojų su mažesniu darbo stažu. Tuo tarpu komunikaciniai gebėjimai nepriklausė nuo AIT slaugytojų amžiaus (2 lentelė).

2.2.2. Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų patiriamo distreso simptomai bei jų įveikos būdai

Siekiant nustatyti AIT slaugytojų patiriamą paskutiniu metu distresą jiems buvo pateikti vertinimui 18 simptomų ir bendrai jaučiamas distresas. Kiekvieno simptomo ir distreso pasireiškimo intensyvumas buvo vertinamas nuo 0 iki 10 balų, kur „0“ atitiko „Visiškai nejaučia“, „10“ – „Labai stipriai jaučiamas ir varginantis“. Beveik visų šių požymių, išskrus nuovargio, vertinimų pasiskirstymai neatitiko normalumo dėsnį.

Bendroje AIT slaugytojų grupėje šiuo metu jaučiamo distreso vertinimą sudarė 3,43(3) balų t.y. jo intensyvumas nebuvo labai didelis. Tyrimo rezultatai parodė ir visų nagrinėjamų distreso simptomų nedidelį varginimo intensyvumą – jis svyravo nuo 0,6 iki 4,6 balų. Labiausiai AIT slaugytojus vargino nuovargis ($4,56 \pm 2,73$ balų), miego sutrikimai (3,57(3) balų), mažiausiai – vėmimas (0,57(0) balų) ir viduriavimas (1,0(0) balų) (9 pav.).



9 pav. Distreso simptomų intensyvumo vertinimai bendroje AIT slaugytojų grupėje

Analizuojant distreso simptomų intensyvumo vertinimus priklausomai nuo AIT slaugytojų darbo vietos nustatyti bendro distreso (anesteziologijos 3,83(3) balų ir reanimacijos 2,89(2) balų: $U=1497,5$ $p=0,048$), nuovargio (anesteziologijos $4,99\pm 2,80$ balų ir reanimacijos $3,98\pm 2,56$ balų: $t=2,08$ $p=0,040$) ir odos bėrimų/opų (anesteziologijos 1,62(0) balų ir reanimacijos 0,83(0) balų: $U=1519,0$ $p=0,034$) intensyvumo vertinimų reikšmingi skirtumai – distreso ir šių simptomų intensyvumas buvo didesnis anesteziologijos skyriuose dirbančių AIT slaugytojų nei reanimacijos (3 lentelė).

3 lentelė. Distreso ir jo simptomų intensyvumo vertinimų skirtumai priklausomai nuo AIT slaugytojų darbo vietos

Simptomai	Skyriai		t/U	p
	Anesteziologijos	Reanimacijos		
Bendras distresas	3,83(3)	2,89(2)	1497,5	0,048
Nuovargis	4,99±2,80	3,98±2,56	2,08	0,040
Miego sutrikimai	3,59(3)	3,55(3)	1867,5	0,943
Skausmas	2,61(2)	2,38(2)	1749,0	0,492
Galvos skausmas	3,07(1)	2,51(1)	1780,0	0,600
Nerimas	3,08(2)	2,23(1)	1574,0	0,114
Depresija	1,52(0)	0,89(0)	1553,0	0,054
Dėmesio ir atminties sutrikimas	2,25(1)	1,74(1)	1691,5	0,323
Apetito stoka	1,75(0)	1,45(0)	1869,5	0,946
Pykinimas	1,54(0)	0,77(0)	1682,0	0,200
Vėmimas	0,63(0)	0,49(0)	1786,5	0,454
Vidurių užkietėjimas	1,52(0)	1,43(0)	1878,5	0,986

Viduriavimas	1,34(0)	0,55(0)	1694,5	0,203
Tirpimas arba dilgčiojimas	1,61(0)	1,34(0)	1749,5	0,465
Odos bėrimas arba opos	1,62(0)	0,83(0)	1519,0	0,034
Tinimas rankų/ kojų	1,90(0)	1,66(0)	1784,5	0,590
Silpnumas	2,69(1)	1,96(1)	1711,5	0,369
Dusulys	1,08(0)	0,91(0)	1879,0	0,987
Kosulys	1,10(0)	0,92(0)	1783,0	0,526

Analizuojant distreso ir jo simptomų intensyvumo vertinimus priklausomai nuo AIT slaugytojų išsilavinimo reikšmingų skirtumų nenustatėme (4 lentelė).

4 lentelė. Distreso ir jo simptomų intensyvumo vertinimų skirtumai priklausomai nuo išsilavinimo

Simptomai	Aukštesnysis	Aukštasis neuniversitetinis	Aukštasis universitetinis	χ^2/F	p
Bendras distresas	3,57(3)	3,57(3)	3,08(2,5)	1,10	0,578
Nuovargis	4,19±2,65	4,74±2,55	4,92±3,03	0,87	0,421
Miego sutrikimai	3,32(3)	3,89(3)	3,64(2,5)	0,71	0,700
Skausmas	2,51(2)	2,11(1)	2,89(3)	1,49	0,476
Galvos skausmas	2,72(2)	2,77(1)	3,06(1)	0,10	0,952
Nerimas	2,57(2)	2,74(2)	2,92(1)	0,06	0,970
Depresija	1,51(0)	1,20(0)	0,92(0)	2,48	0,289
Dėmesio ir atminties sutrikimas	2,13(1)	1,89(1)	2,03(1)	0,56	0,757
Apetito stoka	1,53(0)	1,94(1)	1,44(0)	1,62	0,444
Pykinimas	0,94(0)	1,77(0)	1,06(0)	2,47	0,291
Vėmimas	0,38(0)	0,97(0)	0,47(0)	0,70	0,705
Vidurių užkietėjimas	1,58(0)	1,63(0)	1,19(0)	1,83	0,400
Viduriavimas	0,74(0)	1,31(0)	1,08(0)	1,66	0,435
Tirpimas arba dilgčiojimas	1,51(1)	1,51(0)	1,44(0)	0,64	0,725
Odos bėrimas arba opos	1,26(0)	1,74(0)	0,86(0)	2,79	0,248
Tinimas rankų/ kojų	1,94(0)	1,77(0)	1,61(0)	1,30	0,521
Silpnumas	2,30(1)	2,66(1)	2,22(1)	0,30	0,860
Dusulys	1,08(0)	1,11(0)	0,81(0)	0,92	0,631
Kosulys	1,17(0)	0,91(0)	0,92(0)	0,17	0,920

AIT slaugytojų bendro distreso vertinimas nepriklausė nuo jų amžiaus ir darbo stažo. Tačiau amžius ir darbo stažas turėjo įtakos nuovargio intensyvumo vertinimui - jaunesni AIT slaugytojai ir AIT slaugytojai su mažesniu darbo stažu žymiai dažniau skundėsi nuovargiu nei vyresni AIT slaugytojai ir nei AIT slaugytojai su didesniu darbo stažu (atitinkamai $r=-0,19$ $p=0,037$ ir $r=-0,20$ $p=0,030$). Darbo stažas taip pat turėjo reikšmingos įtakos galvos skausmo intensyvumo vertinimui – jį žymiai dažniau akcentavo taip pat AIT slaugytojai su mažesniu darbo stažu nei su didesniu ($r=-0,19$ $p=0,039$) (5 lentelė).

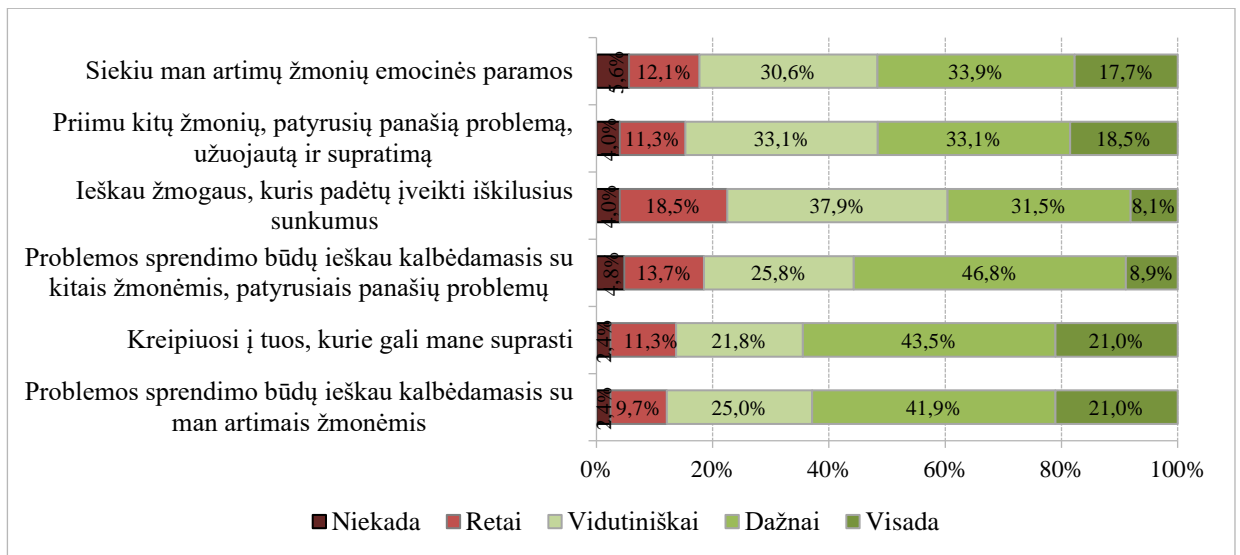
5 lentelė. Distreso ir jo simptomų intensyvumo vertinimai priklausomai nuo AIT slaugytojų amžiaus ir darbo stažo

Simptomai	Amžius		Darbo stažas	
	r	p	r	p
Bendras distresas	-0,03	ns	-0,04	ns
Nuovargis	-0,19	0,037	-0,20	0,030
Miego sutrikimai	-0,14	ns	-0,13	ns
Skausmas	0,02	ns	0,05	ns
Galvos skausmas	-0,17	ns	-0,19	0,039
Nerimas	-0,10	ns	-0,08	ns
Depresija	0,07	ns	0,03	ns
Dėmesio ir atminties sutrikimas	-0,05	ns	-0,05	ns
Apetito stoka	-0,16	ns	-0,15	ns
Pykinimas	-0,15	ns	-0,13	ns
Vėmimas	-0,07	ns	-0,05	ns
Vidurių užkietėjimas	-0,05	ns	0,00	ns
Viduriavimas	-0,07	ns	-0,03	ns
Tirpimas arba dilgčiojimas	0,11	ns	0,13	ns
Odos bėrimas arba opos	-0,09	ns	-0,04	ns
Tinimas rankų/ kojų	0,05	ns	0,05	ns
Silpnumas	-0,13	ns	-0,11	ns
Dusulys	-0,02	ns	-0,03	ns
Kosulys	-0,01	ns	-0,05	ns

ns- statistiškai nereikšmingas ryšis

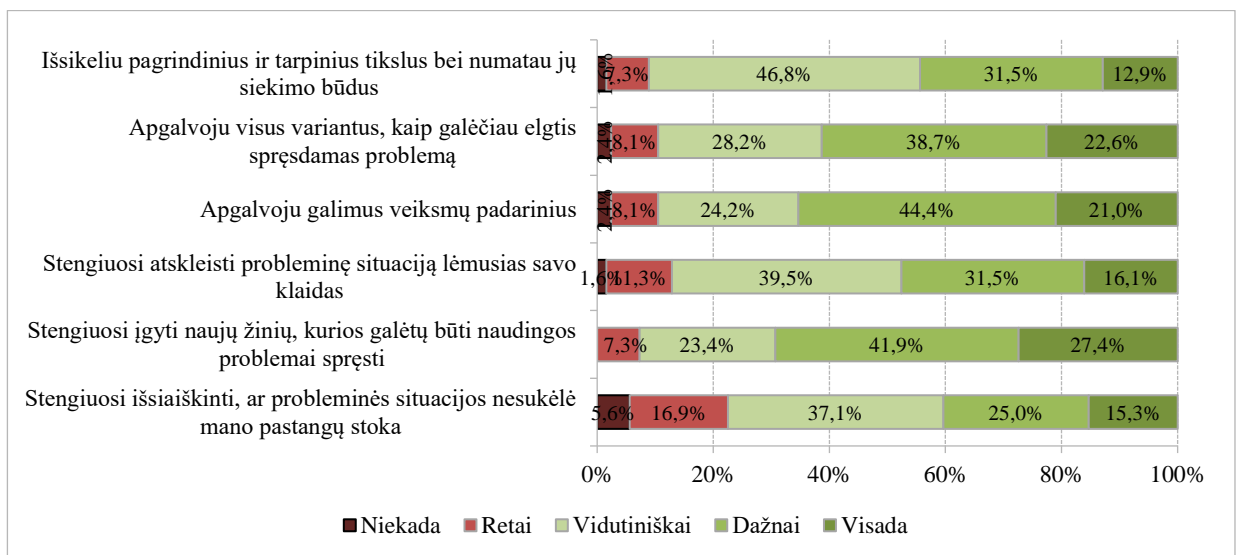
Klausimynas, vertinantis streso įveikos būdus, susideda iš keturių skalių – socialinės paramos, problemos sprendimo, emocinės iškvovos ir vengimo.

AIT slaugytojai streso mažinimui pakankamai dažnai naudojo būdus, susijusius su socialine parama. Dažniausiai (visada/dažnai) dauguma AIT slaugytojų kreipdavosi į tuos, kurie gali juos suprasti (64,5 proc.), ieškodavo problemos sprendimo būdų kalbėdami su jiemis artimais žmonėmis (62,9 proc.). Tokius būdus kaip problemų sprendimo būdų ieškojimas kalbėdamasis su žmonėmis, patyrusiais panašių problemų (55,7 proc.), artimų žmonių emocinės paramos siekimas ir kitų žmonių, patyrusių panašią problemą (51,6 proc.) ir užuojautos ir supratimo priėmimas (51,6 proc.) dažnai (visada/dažnai) naudojo daugiau nei pusė AIT slaugytojų. Žmogaus, kuris padėtų įveikti iškilusius sunkumus ieškojimas kaip būdas streso mažinimui buvo rečiau naudojamas - dažnai (visada/dažnai) naudojo 39,6 proc. AIT slaugytojų (10 pav.).

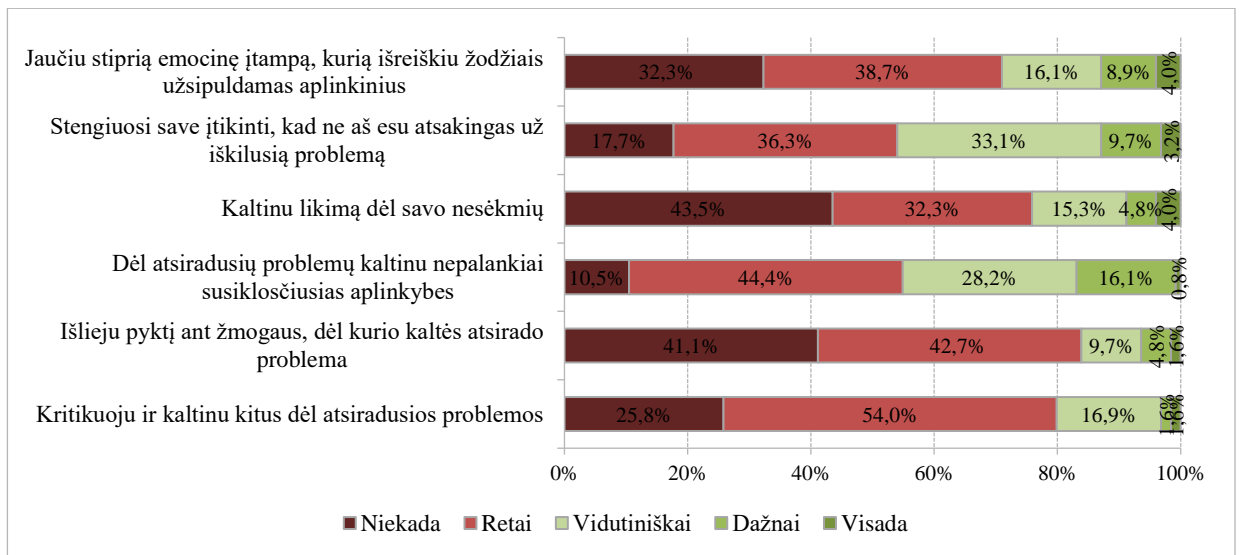


10 pav. Streso mažinimo būdų, susijusių su socialine parama, naudojimo dažnumo vertinimai bendroje AIT slaugytojų grupėje

Tyrimo rezultatai parodė, kad AIT slaugytojai dažniausiai (visada/dažnai) iš streso mažinimo būdų, susijusių su problemos sprendimu, naudojo tokius būdus kaip stengimasi įgyti naujų žinių, kurios galėtų būti naudingos problemai spręsti (69,3 proc.), apgalvodavo galimus veiksmų padarinius (65,4 proc.) bei visus variantus, kaip galėtų elgtis sprenddami problemą (61,3 proc.). Tokius būdus kaip stengimasi atskleisti probleminę situaciją lėmusias savo klaidas (47,3 proc.), išsiaiškinimą ar probleminės situacijos nesukėlė jų pastangų stoka (40,3 proc.) ir pagrindinių ir tarpinių tikslų išsikėlimą bei jų siekimo būdų numatymą (44,4 proc.) dažniau naudojo mažiau nei pusė AIT slaugytojų (11 pav.).

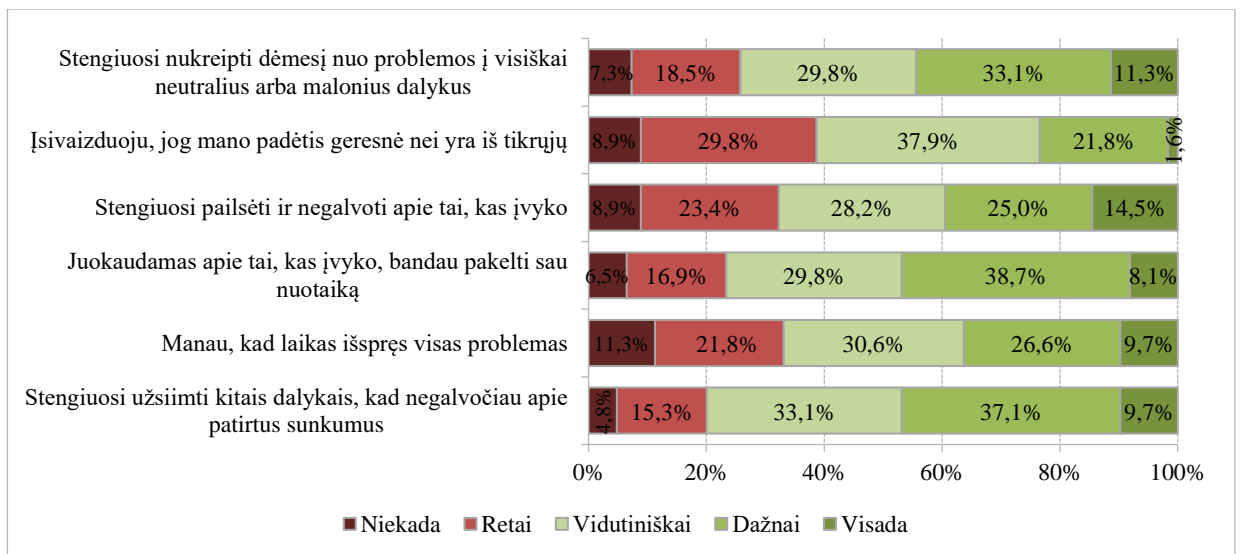


11 pav. Streso mažinimo būdų, susijusių su problemos sprendimu, naudojimo dažnumo vertinimai bendroje AIT slaugytojų grupėje



12 pav. Streso mažinimo būdų, susijusių su emocine iškrova, naudojimo dažnumo vertinimai bendroje AIT slaugytojų grupėje

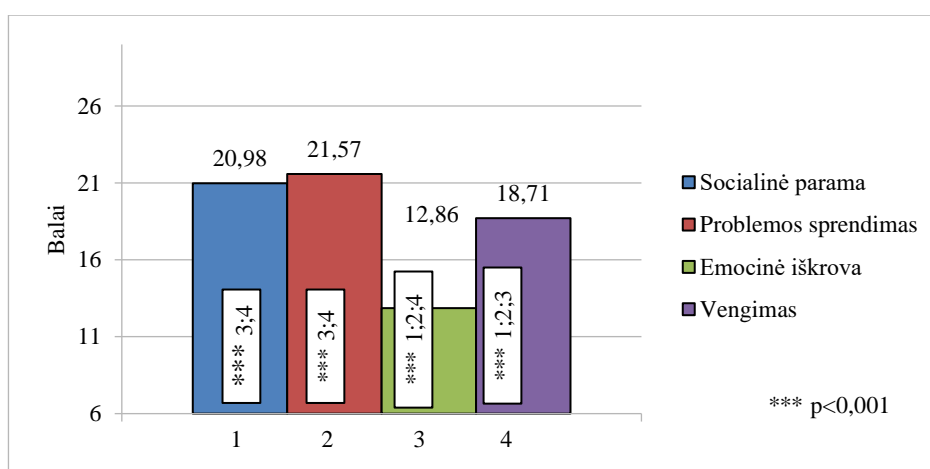
Tyrimas parodė, kad tarp AIT slaugytojų streso mažinimo būdai, susiję su emocine iškrova, buvo rečiau naudojami. Iš nagrinėjamų emocinės iškrovos būdų dažniau buvo naudojami tokie būdai kaip dėl atsiradusių problemų kaltinimas nepalankiai susiklosčiusias aplinkybes (16,9 proc. visada/dažnai ir 28,2 proc. vidutiniškai dažnai) ir stengimasi save įtikinti, kad ne jie yra atsakingi už iškilusią problemą (12,9 proc. visada/dažnai ir 33,1 proc. vidutiniškai dažnai). Tokius būdus kaip kitų kritikavimas ir kaltinimas dėl atsiradusios problemos (3,2 proc.), pykčio išliejimas ant žmogaus dėl kurio kaltės atsirado problema (6,4 proc.) ir dėl savo nesėkmių likimo kaltinimas (8,8 proc.) dažnai (visada/dažnai) naudojo tik nedidelė dalis AIT slaugytojų (12 pav.).



13 pav. Streso mažinimo būdų, susijusių su vengimu, naudojimo dažnumo vertinimai bendroje AIT slaugytojų grupėje

Iš streso įveikos būdų, susijusių su vengimų, dažniau buvo naudojami tokie būdai kaip stengimasis užsiimti kitais dalykais, kad negalvoti apie patirtus sunkumus (visada/ dažnai 46,8 proc. ir vidutiniškai dažnai 33,1 proc.), bandymas pakelti sau nuotaiką, juokaujant apie tai, kas įvyko, (visada/dažnai 46,8 proc. ir vidutiniškai dažnai 29,8 proc.), stengimasis nukreipti dėmesį nuo problemos į visiškai neutralius arba malonius dalykus (visada/dažnai 44,4 proc. ir vidutiniškai dažnai 29,8 proc.). Įsivaizdavimas, kad padėtis geresnė nei yra iš tikrųjų, stresą sumažinti padėdavo rečiausiai (visada/dažnai 23,4 proc. vidutiniškai 37,9 proc. retai/niekada 38,7 proc.) (13 pav.).

Apskaičiuoti skalių suminiai rodikliai. Suminiai balai galėjo svyruoti nuo 6 iki 30 balų. Aukštesnis balas rodo dažnesnį streso įveikos naudojimo būdą. Streso įveikos požymių pasiskirstymai atitiko normalumo dėsnį.



14 pav. Streso įveikos būdų vertinimai bendroje AIT slaugytojų grupėje

Apskaičiavus streso įveikos būdų skalių rodiklius nustatyta, kad AIT slaugytojai streso mažinimui reikšmingai dažniau naudojo problemos sprendimą (21,57±4,27 balų) ir socialinę paramą (20,98±4,45 balų) nei emocinę iškrovą (12,86±3,86 balų) ir vengimą (18,71±4,24 balų). Emocinę iškrovą AIT slaugytojai streso mažinimui naudojo reikšmingai rečiau nei kitus būdus (14 pav.).

6 lentelė. Streso įveikos būdų naudojimo skirtumai priklausomai nuo AIT slaugytojų darbo vietos

Būdai	Skyriai		t	p
	Anesteziologijos	Reanimacijos		
Socialinė parama	21,48±4,23	20,30±4,69	1,44	0,153
Problemos sprendimas	21,58±4,25	21,57±4,33	0,02	0,988
Emocinė iškrova	12,92±3,47	12,79±4,36	0,17	0,866
Vengimas	18,83±4,48	18,55±3,93	0,38	0,708

Analizuojant streso mažinimo būdų naudojimą priklausomai nuo AIT slaugytojų darbo vietos reikšmingų skirtumų nenustatyta – anesteziologijos ir reanimacijos skyriuose dirbantys AIT

slaugytojai socialinę paramą, problemos sprendimą, emocinę iškrovą ir vengimą stresui įveikti naudojo panašiai (6 lentelė).

7 lentelė. Streso įveikos būdų naudojimo skirtumai priklausomai nuo AIT slaugytojų išsilavinimo

Būdai	Aukštesnysis	Aukštasis neuniversitetinis	Aukštasis universitetinis	F	p
Socialinė parama	20,70±3,89	20,34±5,35	22,00±4,22	1,42	0,246
Problemos sprendimas	21,64±3,54	20,57±5,05	22,44±4,33	1,74	0,179
Emocinė iškrova	13,47±3,31	12,69±4,62	12,14±3,75	1,34	0,266
Vengimas	19,08±3,89	18,11±5,00	18,75±3,96	0,54	0,583

Streso mažinimo būdų naudojimo dažnis nepriklausė ir nuo AIT slaugytojų išsilavinimo – reikšmingų skirtumų nenustatyta (7 lentelė).

8 lentelė. Streso įveikos būdų naudojimas priklausomai nuo AIT slaugytojų amžiaus ir darbo stažo

Būdai	Amžius		Darbo stažas	
	r	p	r	p
Socialinė parama	0,03	ns	-0,01	ns
Problemos sprendimas	0,09	ns	0,10	ns
Emocinė iškrova	0,13	ns	0,05	ns
Vengimas	0,06	ns	0,03	ns

ns- statistiškai nereikšmingas ryšis

Streso įveikos būdų naudojimo dažnis nepriklausė nuo AIT slaugytojų amžiaus ir darbo stažo (8 lentelė).

Darbe siekėme išsiaiškinti kokius streso įveikos būdus dažniau naudojo AIT slaugytojai priklausomai nuo distreso ir jo simptomų pasireiškimo intensyvumo. Rezultatai pateikti devintoje lentelėje.

Tyrimo rezultatai parodė, kad streso įveikos būdų naudojimo dažnis nepriklausė nuo bendro distreso pasireiškimo intensyvumo vertinimo.

Nustatyti reikšmingi teigiami ryšiai tarp emocinės iškrovos naudojimo dažnio ir tokių distreso simptomų kaip depresijos ($r=0,33$ $p<0,001$), dėmesio ir atminties sutrikimo ($r=0,32$ $p<0,001$), vidurių užkietėjimo ($r=0,30$ $p=0,001$), miego sutrikimų ($r=0,28$ $p=0,002$), galvos skausmo ($r=0,20$ $p=0,030$), nerimo ($r=0,20$ $p=0,024$) ir rankų/kojų tinimo ($r=0,20$ $p=0,030$) – emocinės iškrovos dažnesnis naudojimas susijęs su depresijos, dėmesio/atminties sutrikimo, vidurių užkietėjimo, miego sutrikimų, galvos skausmo, nerimo, rankų/kojų tinimo didesniu intensyvumu. Dažnesnis vengimo būdo naudojimas susijęs su mažesniu kosulio ($r=-0,22$ $p=0,016$), dėmesio/atminties sutrikimo ($r=-0,21$ $p=0,022$), tirpimo/dilgčiojimo ($r=-0,19$ $p=0,037$) ir miego sutrikimų ($r=-0,18$ $p=0,048$) intensyvumo pasireiškimu (9 lentelė).

9 lentelė. Streso įveikos būdų naudojimo dažnio sąsajos su distreso ir jo simptomų pasireiškimo intensyvumu

Simptomai	Socialinė parama		Problemos sprendimas		Emocinė iškrova		Vengimas	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Bendras distresas	0,03	ns	-0,03	ns	0,16	ns	-0,07	ns
Nuovargis	0,12	ns	0,03	ns	0,16	ns	-0,08	ns
Miego sutrikimai	-0,04	ns	-0,13	ns	0,28	0,002	-0,18	0,048
Skausmas	0,03	ns	0,07	ns	0,17	ns	-0,07	ns
Galvos skausmas	0,00	ns	0,01	ns	0,20	0,030	-0,05	ns
Nerimas	0,14	ns	-0,01	ns	0,20	0,024	-0,14	ns
Depresija	0,00	ns	-0,06	ns	0,33	<0,001	-0,12	ns
Dėmesio ir atminties sutrikimas	0,04	ns	-0,12	ns	0,32	<0,001	-0,21	0,022
Apetito stoka	-0,09	ns	-0,09	ns	0,13	ns	-0,11	ns
Pykinimas	0,02	ns	-0,04	ns	0,17	ns	-0,09	ns
Vėmimas	-0,04	ns	-0,07	ns	0,13	ns	-0,14	ns
Vidurių užkietėjimas	-0,01	ns	-0,15	ns	0,30	0,001	-0,11	ns
Viduriavimas	0,07	ns	0,02	ns	0,15	ns	-0,12	ns
Tirpimas arba dilgčiojimas	-0,04	ns	-0,07	ns	0,10	ns	-0,19	0,037
Odos bėrimas arba opos	0,00	ns	-0,05	ns	0,16	ns	-0,12	ns
Tinimas rankų/ kojų	-0,14	ns	-0,04	ns	0,20	0,030	-0,08	ns
Silpnumas	-0,01	ns	-0,13	ns	0,15	ns	-0,17	ns
Dusulys	0,02	ns	0,07	ns	0,17	ns	0,00	ns
Kosulys	0,01	ns	0,01	ns	0,08	ns	-0,22	0,016

ns- statistiškai nereikšmingas ryšis

2.2.3. Anestezijos ir intensyvosios terapijos slaugytojų komunikacinių gebėjimų sąsajos su patiriamu stresu

Tyrimo rezultatai parodė, kad AIT slaugytojų bendro distreso pasireiškimo dažnio vertinimas nesusijęs su jų komunikaciniais gebėjimais.

Nustatyti reikšmingi ryšiai tarp komunikacinių gebėjimų ir atskirų distreso simptomų pasireiškimo intensyvumo vertinimų. Tyrimo rezultatai parodė, kad dėmesio/atminties sutrikimų ($r=-0,25$ $p=0,005$), vidurių užkietėjimo ($r=-0,24$ $p=0,008$) intensyvesni pasireiškimai susiję su mažesniais kalbėjimo gebėjimais, o kosulio ($r=0,21$ $p=0,020$) – su geresniais klausymosi gebėjimais (10 lentelė).

Didesnis miego sutrikimų ($r=-0,22$ $p=0,014$), apetito stokos ($r=-0,20$ $p=0,024$) ir vidurių užkietėjimo ($r=-0,23$ $p=0,009$) intensyvumas susijęs su žemesniais atgalinio ryšio teikimo ir gavimo gebėjimais.

10 lentelė. Distreso ir jo simptomų pasireiškimo intensyvumo sąsajos su komunikaciniais gebėjimais

Simptomai	Kalbėjimas		Klausymasis		Atgalinio ryšio teikimo ir gavimo		Emocinių sąveikų valdymo	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Bendras distresas	-0,12	ns	0,04	ns	-0,15	ns	-0,16	ns
Nuovargis	-0,17	ns	0,03	ns	-0,15	ns	-0,22	0,013
Miego sutrikimai	-0,12	ns	-0,02	ns	-0,22	0,014	-0,16	ns
Skausmas	0,01	ns	0,08	ns	-0,07	ns	-0,09	ns
Galvos skausmas	-0,15	ns	-0,04	ns	-0,13	ns	-0,16	ns
Nerimas	-0,07	ns	0,06	ns	-0,12	ns	-0,22	0,012
Depresija	-0,16	ns	-0,04	ns	-0,15	ns	-0,28	0,002
Dėmesio ir atminties sutrikimas	-0,25	0,005	-0,05	ns	-0,10	ns	-0,33	<0,001
Apetito stoka	-0,07	ns	-0,12	ns	-0,20	0,024	-0,12	ns
Pykinimas	-0,07	ns	-0,04	ns	-0,11	ns	-0,14	ns
Vėmimas	-0,11	ns	0,03	ns	-0,13	ns	-0,05	ns
Vidurių užkietėjimas	-0,24	0,008	0,03	ns	-0,23	0,009	-0,22	0,015
Viduriavimas	-0,01	ns	0,05	ns	-0,06	ns	-0,11	ns
Tirpimas arba dilgčiojimas	-0,07	ns	0,16	ns	-0,03	ns	-0,09	ns
Odos bėrimas arba opos	-0,09	ns	0,05	ns	-0,03	ns	-0,13	ns
Tinimas rankų/ kojų	-0,04	ns	0,05	ns	-0,14	ns	-0,14	ns
Silpnumas	-0,16	ns	-0,07	ns	-0,13	ns	-0,27	0,002
Dusulys	-0,14	ns	0,06	ns	-0,13	ns	-0,07	ns
Kosulys	-0,10	ns	0,21	0,020	-0,08	ns	-0,07	ns

ns- statistiškai nereikšmingas ryšis

Didesnis dėmesio/atminties sutrikimų ($r=-0,33$ $p<0,001$), depresijos ($r=-0,28$ $p=0,002$), nerimo ($r=-0,22$ $p=0,012$), silpnumo ($r=-0,27$ $p=0,002$), nuovargio ($r=-0,22$ $p=0,013$) ir vidurių užkietėjimo ($r=-0,22$ $p=0,015$) intensyvumas susijęs su žemesniais emocinių sąveikų valdymo gebėjimais (10 lentelė).

2.2.4. Anestezijos ir intensyvosios terapijos slaugytojų komunikacinių gebėjimų sąsajos su streso įveikomis

Analizuojant streso įveikos būdų naudojimo dažnį priklausomai nuo AIT slaugytojų tarpasmeninių komunikacinių gebėjimų nustatyta, kad socialinę paramą žymiai dažniau naudojo AIT slaugytojai su geresniais klausymosi ($r=0,21$ $p=0,023$) ir atgalinio ryšio teikimo ir gavimo ($r=0,18$ $p=0,046$) gebėjimais, problemos sprendimą – su geresniais kalbėjimo ($r=0,32$ $p<0,001$), klausymosi ($r=0,40$ $p<0,001$), atgalinio ryšio teikimo ir gavimo ($r=0,39$ $p<0,001$) ir ypač su emocinių sąveikų valdymo ($r=0,50$ $p<0,001$) gebėjimais. Turintys aukštesnius emocinių sąveikų valdymo ($r=-0,42$ $p<0,001$), atgalinio ryšio teikimo ir gavimo ($r=-0,41$ $p<0,001$) bei kalbėjimo ($r=-0,24$ $p=0,008$) gebėjimus žymiai rečiau streso įveikai naudojo emocinę iškvėpą (11 lentelė).

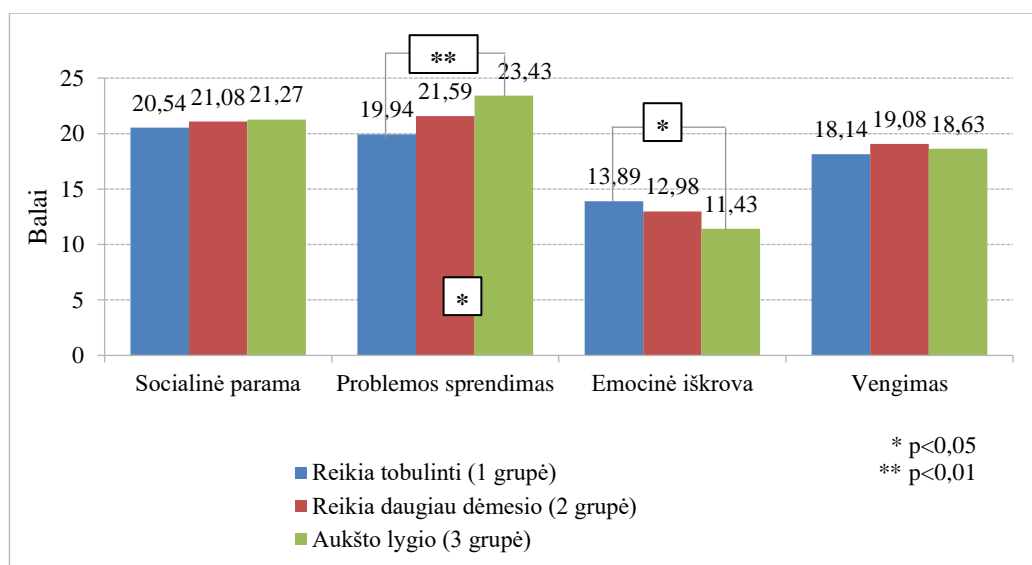
Vengimo kaip streso įveikos būdo naudojimo dažnis nebuvo susijęs su AIT slaugytojų komunikaciniais gebėjimais (11 lentelė).

11 lentelė. Streso įveikos būdų naudojimo dažnio sąsajos su komunikaciniais gebėjimais

	Kalbėjimas		Klausymasis		Atgalinio ryšio teikimo ir gavimo		Emocinių sąveikų valdymo	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Socialinė parama	0,11	ns	0,21	0,023	0,18	0,046	0,12	ns
Problemos sprendimas	0,32	<0,001	0,40	<0,001	0,39	<0,001	0,50	<0,001
Emocinė iškrova	-0,24	0,008	-0,18	ns	-0,41	<0,001	-0,42	<0,001
Vengimas	0,06	ns	0,06	ns	-0,13	ns	0,10	ns

ns- statistiškai nereikšmingas ryšis

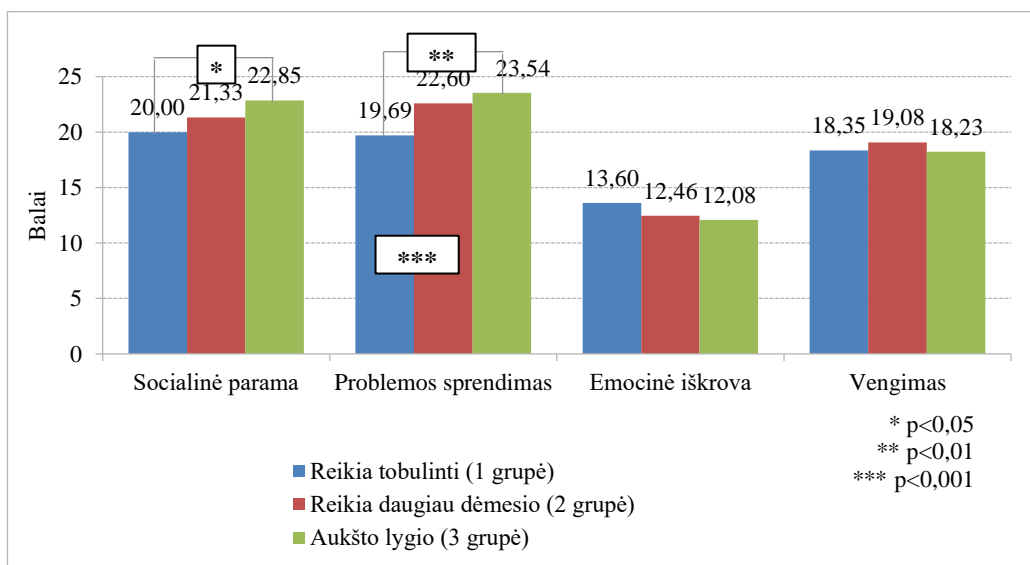
Tyrimo rezultatai parodė, kad problemos sprendimo ir emocinės iškrovos kaip streso mažinimo būdų naudojimo dažnis priklausė nuo AIT slaugytojų kalbėjimo gebėjimo lygio – turintys aukštą lygį (3 grupė) žymiai dažniau streso mažinimui naudojo problemos sprendimą (1 grupėje 19,94±3,87 balų, 2 grupėje 21,59±4,06 balų ir 3 grupėje 23,43±4,45 balų: F=5,83 p=0,004: p1:3=0,001, p2:3=0,048) ir žymiai rečiau emocinę iškrovą (1 grupėje 13,89±4,14 balų, 2 grupėje 12,98±3,71 balų ir 3 grupėje 11,43±3,47 balų: F=3,46 p=0,035: p1:3=0,010) nei turintys žemesnį lygį (15 pav.).



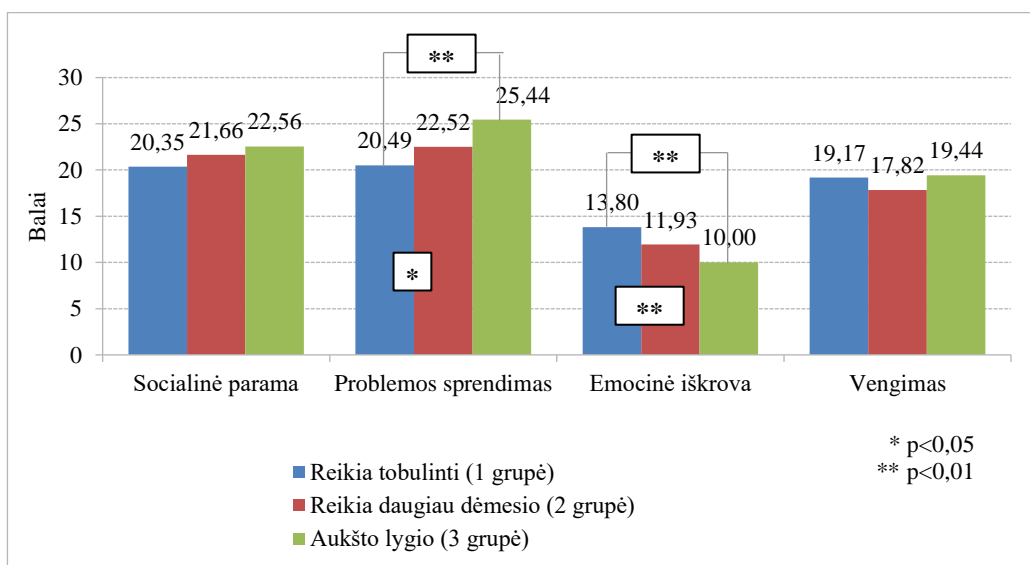
15 pav. Streso įveikos būdų naudojimo palyginimas priklausomai nuo kalbėjimo gebėjimo lygio

Tyrimo rezultatai parodė, kad problemos sprendimo ir socialinės paramos kaip streso mažinimo būdų naudojimo dažnis priklausė nuo AIT slaugytojų klausymosi gebėjimo lygio – turintys žemiausią lygį (1 grupė) žemiausia lygį (3 grupė) žymiai rečiau streso mažinimui naudojo problemos sprendimą (1 grupėje 19,69±4,06 balų, 2 grupėje 22,60±4,01 balų ir 3 grupėje 23,54±3,87 balų: F=8,92 p<0,001: p1:2<0,001, p1:3=0,003) ir socialinę paramą (1 grupėje 20,00±4,21 balų, 2 grupėje

21,33±4,67 balų ir 3 grupėje 22,85±3,58 balų: $F=2,57$ $p=0,081$; $p_{1:3}=0,041$) nei turintys aukštesnį lygį (16 pav.).



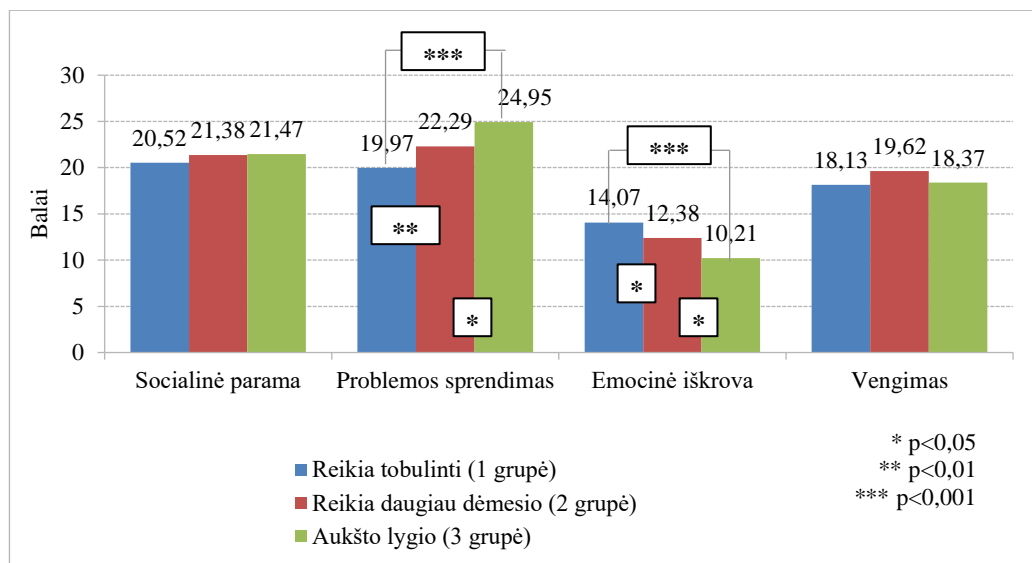
16 pav. Streso įveikos būdų naudojimo palyginimas priklausomai nuo klausymosi gebėjimo lygio



17 pav. Streso įveikos būdų naudojimo palyginimas priklausomai nuo atgalinio ryšio teikimo ir gavimo gebėjimo lygio

Tyrimo rezultatai parodė, kad problemos sprendimo ir emocinės iškrovos kaip streso mažinimo būdų naudojimo dažnis priklausė nuo AIT slaugytojų atgalinio ryšio teikimo ir gavimo gebėjimo lygio – turintys žemiausią lygį (1 grupė) žymiai rečiau streso mažinimui naudojo problemos sprendimą (1 grupėje 20,49±4,30 balų, 2 grupėje 22,52±3,64 balų ir 3 grupėje 25,43±3,81 balų: $F=7,86$ $p=0,001$; $p_{1:2}=0,010$, $p_{1:3}=0,001$) ir žymiai dažniau emocinę iškrovą (1 grupėje

13,80±4,21 balų, 2 grupėje 11,93±2,98 balų ir 3 grupėje 10,00±2,06 balų: F=6,39 p=0,002: p1:2=0,009, p1:3=0,004) nei turintys aukštesnį lygį (17 pav.).



18 pav. Streso įveikos būdų naudojimo palyginimas priklausomai nuo emocinių sąveikų valdymo gebėjimo lygio

Tyrimo rezultatai parodė, kad problemos sprendimo ir emocinės iškrovos kaip streso mažinimo būdų naudojimo dažnis priklausė nuo AIT slaugytojų emocinių sąveikų valdymo gebėjimo lygio – AIT slaugytojai su geresniu gebėjimu žymiai dažniau streso mažinimui naudojo problemos sprendimą (1 grupėje 19,97±3,62 balų, 2 grupėje 22,29±3,73 balų ir 3 grupėje 24,95±5,06 balų: F=12,93 p<0,001: p1:2=0,003, p1:3<0,001, p2:3=0,014) ir žymiai rečiau emocinę iškrovą (1 grupėje 14,07±3,68 balų, 2 grupėje 12,38±3,89 balų ir 3 grupėje 10,21±2,74 balų: F=8,76 p<0,001: p1:2=0,020, p1:3<0,001, p2:3=0,031) nei su prastesniais (18 pav.).

2.2. Tyrimo rezultatų aptarimas

Pagrindinis šio tyrimo tikslas buvo išanalizuoti anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų komunikacinius gebėjimus bei jų sąsajas su patiriamu stresu.

Tyrimo metu nustatyta, kad AIT slaugytojams trūksta komunikavimo gebėjimų. Didesniajai daliai AIT slaugytojų nustatyti vidutinio lygio komunikavimo gebėjimai, reikalaujantys daugiau dėmesio. Stipriausi AIT slaugytojų komunikavimo gebėjimai yra kalbėjimas, silpniausi – grįžtamojo ryšio teikimas bei gavimas. Vertinant kalbėjimo sritį nustatyta, kad dauguma AIT slaugytojų dažniausiai pokalbyje stengdavosi kalbėti apie dalykus, kurie aktualūs tiek jiems, tiek pašnekovui. Dažniausiai AIT slaugytojams atrodė, kad klausytojams buvo visiškai aišku, ką jie sakydavo, klausytojai atrodydavo susidomėję, kai jie kalbėdavo, jų žinia pokalbyje nuskambėdavo taip, kaip

klausytojai ir tikėjosi, kalbėdami galėdavo atpažinti klausytojų reakciją. Šio tyrimo rezultatus patvirtina mokslinis tyrimas, atliktas Lietuvoje, vertinęs komunikaciją tarp sveikatos priežiūros specialistų (Skarbalienė et al., 2019). A. Skarbalienės ir kt. tyrimas atskleidė, kad didžioji tyrime dalyvavusi respondentų dalis mano, kad stipriausi jų komunikavimo gebėjimai yra kalbėjimas, o silpniausi – grįžtamojo ryšio teikimas bei gavimas.

Vertinant AIT slaugytojų jaučiamo distreso lygį, nustatytas nelabai intensyvus distreso lygis – 3 balai iš 10 galimų. Kitų (Rovas ir kt., 2012) Lietuvos mokslininkų tyrimo rezultatai parodė, kad apskaičiuoto bendro streso indekso vidurkiai yra vidutiniai ir žemi, labai stiprus streso lygis nebūdingas nei vienam tiriamajam. Šio tyrimo rezultatai rodo, kad AIT slaugytojų bendro distreso vertinimas nepriklauso nuo jų amžiaus ir darbo stažo. Faraji A. et al. (2019) tyrimu nustatyta, kad reikšmingo skirtumo tarp streso ir darbo stažo nėra. Šio tyrimo autorių nuomone, vienas iš svarbiausių veiksnių, dėl kurių galėtų mažėti streso lygis – su darbo patirtimi įgyta aukštesnė klinikinė kompetencija. Rapolienės L. ir kt. (2019) atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad darbe, susijusiame su įtampa, labiausiai paplitę distreso simptomai yra nuovargis, nerimas ir miego sutrikimai. Šio tyrimo rezultatai – AIT slaugytojai labiausiai iš distreso simptomų jaučia nuovargį, miego sutrikimus ir galvos skausmą. Moksliniai tyrimai rodo, kad emociniu lygmeniu darbinis stresas susijęs su nerimu, depresija bei yra pagrindinis lengvo psichinio sergamumo rizikos veiksnys. Per didelis stresas neigiamai veikia slaugytojų psichologinę savijautą, mažindamas jų darbo efektyvumą, pasitenkinimą darbu ir neigiamai veikia sveikatos priežiūros kokybę (Sarafis et al., 2016). Šio tyrimo rezultatai atskleidė, kad AIT slaugytojai streso mažinimui dažniau naudojo problemos sprendimą ir socialinę paramą nei emocinę iškvovą ir vengimą. Rovo ir kt. (2012) tyrimas parodė, kad slaugytojams, darbinio streso įveikai naudojantiems emocinės iškvovos ir vengimo įveikas, gali grėsti didesnė darbe jaučiamo streso rizika, o kuo dažniau slaugytojai taiko į problemos sprendimą nukreiptas streso įveikas, tuo silpnesnį stresą darbe jie jaučia.

Šis tyrimas, išanalizavus streso įveikos būdų naudojimo dažnį priklausomai nuo AIT slaugytojų tarpasmeninių komunikacinių gebėjimų atskleidė, kad AIT slaugytojai su geresniais klausymosi ir atgalinio ryšio teikimo ir gavimo gebėjimais socialinę paramą naudojo žymiai dažniau. Rovo ir kt. (2012) tyrimas atskleidė, kad slaugytojai, jaučiantys didesnę kolegų paramą, darbe patiria mažesnę stresą. AIT slaugytojai su stipresniais kalbėjimo, klausymosi, atgalinio ryšio teikimo bei gavimo ir ypač su emocinių sąveikų valdymo gebėjimais, streso įveikai dažniau naudojo problemos sprendimą. Turintys aukštesnius emocinių sąveikų valdymo, atgalinio ryšio teikimo ir gavimo bei komunikavimo gebėjimus žymiai rečiau streso įveikai naudojo emocinę iškvovą. Kaip jau minėta anksčiau, Rovo ir kt. (2012) tyrimas parodė, kad slaugytojams, darbinio streso įveikai naudojantiems emocinės iškvovos ir vengimo įveikas, gali grėsti didesnė darbe jaučiamo streso rizika, o kuo dažniau slaugytojai taiko į problemos sprendimą nukreiptas streso įveikas, tuo silpnesnį stresą darbe jie jaučia.

Hipotezė, kad AIT slaugytojai, turintys stipresnius komunikacinius gebėjimus, geba geriau valdyti stresą, pasitvirtino iš dalies. Tyrimo rezultatai parodė, kad AIT slaugytojų komunikaciniai gebėjimai nesusijęs su jų bendro distreso pasireiškimo dažnio vertinimu. Tačiau, nustatyti reikšmingi ryšiai tarp komunikacinių gebėjimų ir atskirų distreso simptomų pasireiškimo intensyvumo. Nustatyta, kad su stipresniais klausymosi, atgalinio ryšio teikimo ir gavimo gebėjimais, AIT slaugytojai streso įveikai naudojo socialinę paramą, su stipresniais komunikavimo gebėjimais (ypatingai su emocinių sąveikų valdymo gebėjimais) – problemos sprendimą. Turintys aukštesnius emocinių sąveikų valdymo, atgalinio ryšio teikimo ir gavimo bei kalbėjimo gebėjimus žymiai rečiau streso įveikai naudojo emocinę iškvopą. Slaugytojai, taikantys į problemos sprendimą nukreiptas streso įveikas, jaučia silpnesnį stresą.

IŠVADOS

1. Išanalizavus AIT slaugytojų komunikacinius gebėjimus, nustatyta, kad slaugytojams trūksta komunikacinių įgūdžių. Didesniajai daliai AIT slaugytojų nustatyti vidutinio lygio komunikavimo gebėjimai (reikalaujantys daugiau dėmesio). Stipriausi AIT slaugytojų komunikavimo gebėjimai yra kalbėjimas, silpniausi – grįžtamojo ryšio teikimas bei gavimas. Analizuojant AIT slaugytojų komunikavimo vertinimus priklausomai nuo amžiaus bei darbo stažo, nustatytas reikšmingas ryšis tarp klausymosi gebėjimų ir darbo stažo – AIT slaugytojų su didesniu darbo stažu klausymosi gebėjimai aukštesni. Komunikaciniai gebėjimai nuo AIT slaugytojų amžiaus nepriklauso.

2. Vertinant AIT slaugytojų jaučiamo distreso lygį, nustatytas nelabai intensyvus distresas (3 balai iš 10 galimų). Dažniausiai pasitaikantys distreso simptomai buvo nuovargis bei miego sutrikimai. Analizuojant distreso simptomų intensyvumo vertinimus priklausomai nuo AIT slaugytojų darbo vietos, nustatyta, kad distreso simptomų intensyvumas didesnis anesteziologijos skyriuose dirbančių AIT slaugytojų. Nustatyta, kad AIT slaugytojai su mažesniu darbo stažu ir jaunesni, nuovargiu skundėsi dažniau, slaugytojai su mažesniu darbo stažu dažniau akcentavo galvos skausmą. AIT slaugytojai streso mažinimui dažniau naudojo problemos sprendimą ir socialinę paramą nei emocinę iškvėpą ir vengimą.

3. Kai kurių distreso simptomų raiška susijusi su atskirų komunikacinių gebėjimų trūkumu. Silpnesni kalbėjimo gebėjimai lemia dėmesio/atminties sutrikimus. AIT slaugytojų silpnesni emocinių sąveikų valdymo gebėjimai susiję su didesniu dėmesio/atminties sutrikimu, depresijos, nerimo, silpnumo, nuovargio, vidurių užkietėjimo pasireiškimo intensyvumu.

4. Išanalizavus streso įveikos būdų naudojimo dažnį priklausomai nuo AIT slaugytojų tarpasmeninių komunikacinių gebėjimų nustatyta, kad AIT slaugytojai su geresniais klausymosi ir atgalinio ryšio teikimo ir gavimo gebėjimais socialinę paramą naudojo žymiai dažniau. AIT slaugytojai su stipresniais kalbėjimo, klausymosi, atgalinio ryšio teikimo bei gavimo ir ypač su emocinių sąveikų valdymo gebėjimais, streso įveikai dažniau naudojo problemos sprendimą. Turintys aukštesnius emocinių sąveikų valdymo, atgalinio ryšio teikimo ir gavimo bei komunikavimo gebėjimus žymiai rečiau streso įveikai naudojo emocinę iškvėpą.

REKOMENDACIJOS

Komunikavimo įgūdžių stiprinimui bei sveikatos priežiūroje teikiamoms paslaugoms pagerinti, *AIT slaugytojams* rekomenduojama:

1. Siekti stipriai tobulinti silpniausią komunikacijos gebėjimų sritį – grįžtamojo ryšio teikimas bei gavimas. Tai suteiktų AIT slaugytojams pasitikėjimą, didesnę pasitenkinimą darbu, savo ruožtu mažėtų streso lygis.
2. Siekti tobulinti visas komunikacinių gebėjimų sritis.
3. Reguliariai pakartotinai įsivertinti komunikavimo gebėjimus bei reguliariai atnaujinti komunikacijos žinias.

Komunikavimo įgūdžių stiprinimui bei sveikatos priežiūroje teikiamoms paslaugoms pagerinti, *anesteziologinių ir reanimacijos skyrių vyresniesiems slaugytojams* rekomenduojama:

1. Organizuoti skyriuose pasitarimus komunikavimo, streso valdymo klausimais.
2. Nuolatos skatinti slaugytojus įsivertinti komunikacinių gebėjimų lygį.

LITERATŪRA

1. Agnihotri R., Dingus R., Hu M. Y., Krush M. T. 2016. Social media: Influencing customer satisfaction in B2B sales. *Industrial Marketing Management* 53, p. 172 – 180.
2. Al-Qadheeb N. S., Hoffmeister J., Roberts R., Shanahan K., Garpestad E., Devlin J. W. 2013. Perceptions of Nurses and Physicians of Their Communication at Night About Intensive Care Patients' Pain, Agitation, and Delirium. *American Journal of Critical Care* 22 (5), p. 49 – 61.
3. Andre B., Frigstad S.A., Nost T.H., Sjøvold. 2015. Exploring nursing staffs communication in stressful and non – stressful situation. *Journal of Nursing Management*. 10, p. 2 – 8.
4. Arnold E.C., Boggs K.U. 2016. *Interpersonal Relationships: Professional Communication Skills for Nurses*. Elsevier. Seven edition.
5. Aslakson R.A., Wyskiel R., Shaeffer D., Zyra M., Ahuja N., Nelson J.E., Provonost P.J. 2010. Surgical intensive care unit clinician estimates of the adequacy of communication regarding patient prognosis. *Critical care*. 14 (2), p. 2 – 8.
6. Azaravičienė A., Dulskienė V., Malinauskienė V. 2008. Gyvenimo būdo bei darbo aplinkos įtaka miokardo infarkto rizikai 35-64 m. moterims Kaune. *Lyčių studijos ir tyrimai* 5, p. 138 – 142.
7. Badger T.A., Segrin CH., Meek P. 2011. Development and Validation of an Instrument for Rapidly Assessing Symptoms: The General Symptom Distress Scale. *Journal Pain Symptom Manage* 41 (3), p. 535 – 548.
8. Baggs J., Schmitt M., Mushlin A., Mitchell P., Eldredge D., Oakes D., Hutson A. 1999. Association between nurse – physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Critical Care Medicine* 27 (9), p. 1991 – 1998.
9. Bramhall E. 2014. *Effective Communication Skills in Nursing Practice*. *Nursing Standard* 29 (14), p. 53 – 59.
10. Burgoon J. K., Guerrero L. K., Floyd K. 2016. *Nonverbal communication*. Routledge.
11. Chegini Z. 2019. Occupational Stress among Critical Care Nurses: A Comparative Study of Public and Private Sector *Journal Nurs Miwifery* 24 (4), p. 306 – 309.
12. Disch J. 2012. Teamwork and collaboration. In G. Sherwood & K. Barnsteiner, *Quality and safety in nursing: A competency approach to improving outcomes* (1st ed.) Ames, Iowa: John Wiley & Sons.
13. Dudaitė J., Ustilaitė S. 2014. Mykolo Romerio universiteto studentų patiriamo streso įveikos strategijos. *Socialinių mokslų studijos* 6(3), p. 633 – 647.
14. Europos Komisija. 2014. Eurobarometras 398 „Darbo sąlygos“. Paskelbta http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_398_sum_en.pdf.

15. Faraji A., Karimi M., Azizi S.M., Janatolmakan M., Khatony. 2019. Occupational stress and its related demographic factors amongs Iranian CCU nurses: a cross-sectional study. [žiūrėta 2019 m. spalio 16d.]. Prieiga per internetą: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6764133/>
16. Fukada M. 2018. Nursing Competency: Definition, Structure and Development. *Yonago Acta Medica*. 6(1), p. 2 – 7.
17. Fulton B. R., Malott D. L., Ayala L. 2010. Award-winning outpatient service: Finding the common thread. *The Journal of Medical Practice Management* 25(4), p. 202 – 206.
18. Grakakauskas Ž., Valickas G. 2006. Streso įveikos klausimynas: keturių faktorių modelio taikymas. *Psichologija* 33, p. 64 – 74.
19. Guilliams G. T., Edwards L. 2010. Chronic Stress and the HPA Axis 9(2). [žiūrėta 2018 m. lapkričio 29d.]. Prieiga per internetą: http://www.pointinstitute.org/wp-content/uploads/2012/10/standard_v_9.2_hpa_axis.pdf.
20. Hardavella G., Gaagnat A.A., Saad N., Rousalova I., Sreter K. B. 2017. How to give and receive feedback effectively. *Breathe*. 13, p. 327 – 333.
21. Ivaškevičius J., Šipylaitė J. 1999. Bendroji anesteziologija. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
22. Jahromi V.K., Tabatabaee S.S., Abdar Z. E., Rajabi M. 2016. Active listening: The key of successful communication in hospital managers. *Electronic Physician* 8(3), p. 2123 – 2128.
23. Perminas A., Gustainienė L., Jarašiūnaitė G., Pečiukienė. 2014. Efektyvūs streso mažinimo būdai: grįžtamuoju ryšiu paremta relaksacija ir progresuojanti raumenų relaksacija. Kaunas: Versus aureus.
24. Paulikienė S. 2011. Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų rengimo kaitos tendencijų įžvalga Lietuvoje. *Sveikatos mokslai*. 21(2), p. 115 – 120.
25. Pikūnas J., Palujanskienė A. 2005. Stresas. Kaunas: Pasaulio lietuvių centras.
26. Pukinskienė D. 2011. Slaugos filosofija ir teorija. Klaipėdos valstybinė kolegija.
27. Randmaa M., Martensson G., Leo Swenne C., et al. 2014. SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. *BMJ Open* 1(4). [žiūrėta 2019 m. lapkričio 29d.]. Prieiga per internetą: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/4/1/e004268.full.pdf>
28. Rapolienė L., Skarbalienė A., Gedrimė L., Mockevičienė D., Razbadauskas A. 2019. The influence of psychosocial factors on distress expression. *Family Medicine and Primary Care Review*. 21(1), p. 41 – 46.

29. Rezende R.C., Oliveira R.M.P., Araujo S.T.C., Guimaires T.C.F., Espirito S.F.H., Porto I.S. 2015. Body language in health care: a contribution to nursing communication. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 68(3), p. 430 – 436.
30. Redfern S., Hannan S., Norman I., Martin F. 2002. Work satisfaction, stress, quality of care and morale of older people in a nursing home. *Health Social Care Community* (10), p. 512 – 517.
31. Rovas L., Lapėnienė J., Baltrušaitytė. 2012. Slaugytojų darbe patiriamas stresas ir jo įveika. 1, p. 80 – 85.
32. Saedpanah D., Salehi S., Moghaddam L.F. 2016. The Effect of Emotion Regulation Training on Occupational Stress of Critical Care Nurses. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 10(12), p. 21 – 24.
33. Sarafis P., Rousaki E., Tsounis A., Malliarou, Lahana L., Bamidis P., Niakas D., Papastavrou E. 2016. The impact of occupational stress on nurses' caring behavior and their health related quality of life. *BioMed Central Nursing*. 15(56), p. 2 – 9.
34. Senot C., Chandrasekaran A., Ward P. T., Tucker A. L., Moffatt-Bruce S. D. 2015. The impact of combining conformance and experiential quality on hospitals' readmissions and cost performance. *Management Science* 62(3), p. 829 – 848.
35. Sėdaitytė J. 2003. Gydytojų požiūrio į slaugytojų darbą tyrimas. *Slauga mokslas ir praktika*. 2(74), p. 12 – 13.
36. Sibiya M.N. 2018. Effective Communication in Nursing. *IntechOpen* 3, p. 19 – 35.
37. Skarbaliėnė A., Skarbalius E., Gedrimė L., Rapolienė L. 2019. Self – assessment of communication skills of healthcare professionals: a quantitative study. *Society. Integration. Education* 4, p. 277 – 286.
38. Stoner J., Freeman R., Gilbert D. 2005. *Vadyba*. Kaunas: Poligrafija ir informatika.
39. Tarptautinių žodžių žodynas. Vyriausioji enciklopedijų redakcija, 1985.
40. Karkockienė D. 2011. Medicinos ir sveikatos mokslų student patiriamo streso ypatumai ir jo įtaka miego kokybei. *Visuomenės sveikata* 2 (53), p. 83 – 93.
41. Kaunonen M., Paivi A.K., Paunonen M., Erjanti H. 2000. Death in the Finnish family: Experiences of spousal bereavement. *International Journal of Nursing Practice* 6(3), p. 127–134.
42. Kourkouta L., Papathanaslou I.V. 2014. Communication in Nursing Practice. *Mater Sociomed* 26 (1), p. 65 – 67.
43. Lazarus R.S. 1993. From Psychological Stress to the Emotion: A History of Changing Outlooks. *Annual Reviews Psychology* 44, p. 2 – 21.
44. Learning Dynamics, 2002. *Interpersonal Communication Skills Inventor* [žiūrėta 2018 m. lapkričio 16d.]. Prieiga per internetą:

<https://wicworks.fns.usda.gov/wicworks/Sharing_Center/CT/Inventory.pdf>(<https://health.ebsco.com/products/psycetests>>.

45. Lewin J. E., Sager J. K. 2007. A process model of burnout among salespeople: Some new thoughts. *Journal of Business Research* (60), p. 1216 – 1224.
46. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 17 d. įsakymas Nr. V-1037 „Dėl specializuotos slaugos sričių sąrašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2009, Nr. 152-6842.
47. Lietuvos Respublikos seimo 2001 m. birželio 28 d. įstatymas Nr. IX-413 „Slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatymas“. *Valstybės žinios*. 2001, Nr. 62-2224, aktuali redakcija nuo 2019-01-01.
48. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. gegužės 17 d. įsakymas Nr. V-585 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 27 d. įsakymo Nr. V-644 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 60:2011 „Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ pakeitimo. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Dėl Lietuvos medicinos normos MN 60:2019 „Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2019, Nr. 79-3882.
49. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. sausio 21 d. įsakymas Nr. V-51 „Dėl reikalavimų specializuotų slaugos sričių neformaliojo švietimo programoms aprašų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2010, Nr. 13 – 659.
50. Lekauskaitė A., Venytė R., Demskytė J. 2006. Intensyvios terapijos slaugytojų patiriamas stresas slaugant terminalinės būklės pacientus. *Sveikatos mokslai* 4, p. 282 – 287.
51. Lekavičienė R., Vasiliauskaitė Z., Antinienė D., Almonaitienė J. 2018. *Bendravimo psichologija šiuolaikiškai*. Vilnius: Alma littera.
52. Lindholm L., Rehnsfeldt A., Arman M., Harmin E. 2002. Significant others' experience of suffering when living with women with breast cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 16, p. 248 – 255.
53. Littlejohn S. W., Foss K. A. 2008. *Theories of Human Communication*. Ninth edition.
54. Lewin J. E., Sager J. K. 2007. A process model of burnout among salespeople: Some new thoughts. *Journal of Business Research* (60), p. 1216 – 1224.
55. Maslach Ch., Jackson S. 1981. The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behaviour* (2), p. 99 – 113.
56. Maslach Ch. 1982. *Burnout – the costs of caring*. New York, Prentice Hall.

57. Matziou V., Vlahioti E., Perdikaris P., Matziou T., Megapanou E., Petsios K. 2014. Physician and nursing perception concerning interprofessional communication and collaboration. *Journal of Interprofessional Care* 28(6), p. 526 – 533.
58. McKenna L., Brown T., Boyle M., Williams B., Palermo C., Molloy E. 2014. Listening and communication styles in nursing students. *Journal of Nursing Education and Practice* 4(11), p. 50 – 58.
59. Merlino J. 2017. Communication: A Critical Healthcare Competency [žiūrėta 2019 m. balandžio 16d.]. Prieiga per internetą: <<https://www.psqh.com/analysis/communication-critical-healthcare-competency/>>.
60. Meng L., Qi J., 2018. The Effect of an Emotional Intelligence Intervention on Reducing Stress and Improving Communication Skills of Nursing Students 16 (1), p. 37 – 42.
61. Myers D.G. 2000. *Psichologija*. Kaunas: Poligrafija ir informatika.
62. Mockienė V., Drungilienė D., Martinkėnas A. 2014. Mokslo tiriamųjų darbų rengimo metodologija slaugos bakalauro ir magistro programų studentams. Klaipėda: Klaipėdos universitetas.
63. Norouzinia R., Aghabarari M., Shiri M., Karimi M., Samami E. 2016. Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients. *Global Journal of Health Science*. 8 (6), p. 65 – 74.
64. Valickas G., Želvienė P., Grakauskas Ž. 2010. Patobulinto keturių faktorių streso įveikos klausimyno psichometriniai rodikliai. *Psichologija* 41, p. 96 – 110.
65. Van Mol M.M.C., Kompanje E.J.O., Benoit D.D., Bakker J., Nijkamp M.D. 2015. The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. *Plos One* 10 (8), p. 1 – 22.
66. Vertino K.A. 2014. Effective Interpersonal Communication: A Practical Guide to Improve Your Life. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* 19 (3). Prieiga per internetą: <<http://ojin.nursingworld.org/mainmenucategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-19-2014/No3-Sept-2014/Effective-Interpersonal-Communication-A-Practical-Guide-to-Improve-Your-Life>>.
67. Vimantaitė R., Šeškevičius A. 2006. „Perdegimo“ sindromas tarp Lietuvos kardiologijos centruose dirbančių slaugytojų. *Medicina* 42(7), p. 600 – 605.
68. Vollmer H. 1998. I am feeling exhausted. Burnout syndrome. Wien: Ueberreuter.
69. Volkavičiūtė S. 2004. Emocijų valdymas. *Profilaktinė medicina ir sveikata* 1, p. 32 – 33.
70. Wang Y., Wan Q., Lin F., Zhou W., Shang S. 2018. Interventions to improve communication between nurses and physicians in the intensive care unit: An integrative literature review. *International Journal of Nursing Sciences* 5, p. 81 – 88.

71. Žydžiūnaitė V. 2007. Slaugytojo, bendraujančio su onkologinėmis ligomis sergančiais suaugusiais pacientais, išgyvenimai. Sveikatos mokslai 5, p. 1145 – 1149.

PRIEDAI

Anketa

Gerb. apklausos Dalyvi (-e),

Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos magistrantūros studijų programos I kurso studentė Milda Vitkauskaitė atlieka tyrimą, kurio tikslas – įvertinti anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų komunikacinių gebėjimų sąsajas su patiriamu stresu.

Mums labai svarbi Jūsų nuomonė. Apklausa – anoniminė (nereikia rašyti nei vardo, nei pavardės). Surinkti duomenys bus naudojami rengiant mokslines išvadas bei praktines rekomendacijas, kurios padės tobulinti slaugos procesą.

Ši tyrimo priemonė patvirtinta KU SvMF Slaugos katedros Etikos komisijos posėdyje. Iškilus neaiškumams, prašom kreiptis į darbo autorę Milda Vitkauskaitę (tel. 861251496) arba į Etikos komisijos pirmininką (tel. (846) 398 558)).

Instrukcija. Prašom atidžiai perskaityti kiekvieną klausimą ir pasirinkti labiausiai Jums tinkantį atsakymo variantą (jį pažymėkite varnele (v) ar kryžiuuku (x)) arba įrašyti savąjį atsakymą. Labai svarbu, kad į visus klausimus atsakytumėte nuoširdžiai.

I dalis. Pasirinkite Jums tinkantį variantą arba įrašykite atsakymą.

1. Lytis:

- Moteris
- Vyras

2. Amžius metais:..... (įrašyti pilnų metų skaičių):

3. Išsilavinimas:

- Aukštesnysis
- Aukštasis neuniversitetinis
- Aukštasis universitetinis
- Kita (įrašykite).....

5. Darbo stažas (anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytoju):

- < nei 2 metai
- 2-5 metai
- 6-10 metų
- 11-19 metų
- 20-30 metų
- > nei 30 metų

6. Darbo vieta:

- Anesteziologijos skyrius
- Reanimacijos skyrius

II dalis. Paskaitykite kiekvieną žemiau lentelėje pateiktą teiginį ir įvertinkite, kaip šis teiginys Jus asmeniškai apibūdina. Savo vertinimą pažymėkite atitinkamame langelyje.

Eil. Nr.	Teiginiai	Dažniausiai	Kartais	Retai
7	Ar Jums sunku kalbėti kitiems žmonėms?			
8	Kai Jūs bandote ką nors aiškinti kitiems, ar būna, kad jie baigia sakinius už Jus?			
9	Ar Jūsų žinia pokalbyje nuskamba taip, kaip Jūs ir tikitės?			
10	Ar Jums kyla sunkumų išreikšti savo mintis, kai jos ženkliai skiriasi nuo kitų žmonių įsitikinimų?			
11	Ar Jums atrodo, kad žmonėms visiškai aišku, ką Jūs kalbate?			
12	Ar kiti žmonės atrodo susidomėję, kai Jūs kalbate?			
13	Ar kalbėdamas galite atpažinti klausytojų reakciją?			
14	Ar pasiteiraujate (bent artimų) žmonių, kokį įspūdį jiems sukėlėte Jūsų kalba?			
15	Ar susimąstote, kaip Jūsų balsas - tonas, tembras ir garsas - gali veikti kitus?			
16	Ar pokalbyje stengiatės kalbėti apie dalykus, kurie aktualūs tiek Jums, tiek pašnekovui (o ne tik Jums)?			
17	Ar diskusijoje Jūs kalbate daugiau nei kiti žmonės?			
18	Ar pokalbio metu nesupratęs pašnekovo Jūs pasitikslinate, kad suprastumėte mintį iki galo?			
19	Ar pokalbio metu stengiatės mintyse užbaigti pašnekovo mintį dar iki tol, kol jis/ji baigia ją dėstyti?			
20	Ar "pagaunate" save, kad pokalbio metu nesiklausote pašnekovo?			
21	Ar pokalbio metu galite pastebėti skirtumą tarp to, ką žmogus kalba ir ką iš tikro mano?			
22	Ar pašnekovui baigus kalbėti, Jūs trumpai reziumuojate, ką išgirdote, prieš pateikdamas savo atsakymą (pvz.: atsižvelgdamas į Jūsų išdėstytus faktus / nesutikdamas su Jūsų nuomone, jog....., manau, kad....)?			
23	Ar pokalbyje esate linkęs užbėgti pašnekovui už akių ir pabaigti jo/jos dėstomą mintį?			
24	Ar pokalbyje esate linkęs dėmesį kreipti į dėstomus faktus ir detales, bet ne į balso toną, tembrą, kuriuo pašnekovas išsako mintį?			
25	Ar pokalbyje leidžiate pašnekovui išdėstyti mintį iki galo prieš reaguodamas ir išsakydamas savo nuomonę ar reakciją?			
26	Ar Jums sunku pažvelgti į situaciją kito žmogaus akimis?			
27	Ar Jums sunku girdėti ir priimti konstruktyvią kritiką iš kito asmens?			
28	Ar stengiatės išvengti sakyti žodžius, kurie gali nuliūdinti kitą žmogų?			
29	Jei kas nors Jus įžeidžia, ar pasakote tai?			
30	Ar bandote situaciją analizuoti atsistojęs į kito žmogaus situaciją?			
31	Ar Jums tampa nejauku, jei kas nors pasako Jums komplimentą?			
32	Ar Jums sunku paprieštarauti kitam žmogui, jei manote, kad tai sukels jo/jos pyktį/susierzinimą?			

Pažymėkite bendrą visų pasireiškusių distreso simptomų pojūčio stiprumo lygį, skalėje nuo 1 iki 10, kai 1 – visiškai nejaučiate distreso simptomų, o 10 – labai stipriai jaučiamas ir varginantis.										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bendras visų simptomų stiprumo pasireiškimo lygis										

©autorinių teisių apsauga Badger et al., 2018

IV dalis. Žmonės, susidūrę su stresiniais įvykiais, elgiasi labai įvairiai. Kaip Jūs apibūdintumėte savo įprastas reakcijas į stresą? Jums pateikti teiginiai atspindi įvairius streso įveikos būdus. Nurodykite, ar Jūs taikote kiekvieną iš šių būdų, pažymėdami Jums tinkamą atsakymą: „Niekada“ (1), „Retai“ (2), „Vidutiniškai (nei retai, nei dažnai)“ (3), „Dažnai“ (4), „Visada“ (5).

Eil. Nr.	Teiginiai	Niekada (1)	Retai (2)	Vidutiniškai (nei retai, nei dažnai) (3)	Dažnai (4)	Visada (5)
65	Stengiuosi išsiaiškinti, ar probleminės situacijos nesukėlė mano pastangų stoka					
66	Stengiuosi užsiimti kitais dalykais, kad negalvočiau apie patirtus sunkumus					
67	Problemos sprendimo būdų ieškau kalbėdamasis su man artimais žmonėmis					
68	Kritikuoju ir kaltinu kitus dėl atsiradusios problemos					
69	Stengiuosi įgyti naujų žinių, kurios galėtų būti naudingos problemai spręsti					
70	Manau, kad laikas išspręs visas problemas					
71	Kreipiuosi į tuos, kurie gali mane suprasti					
72	Išlieju pyktį ant žmogaus, dėl kurio kaltės atsirado problema					
73	Stengiuosi atskleisti probleminę situaciją lėmusias savo klaidas					
74	Dėl atsiradusių problemų kaltinu nepalankiai susiklosčiusias aplinkybes					
75	Problemos sprendimo būdų ieškau kalbėdamasis su kitais žmonėmis, patyrusiais panašių problemų					
76	Kaltinu likimą dėl savo nesėkmių					
77	Apgalvoju galimus veiksmų padarinius					
78	Juokaudamas apie tai, kas įvyko, bandau pakelti sau nuotaiką					
79	Ieškau žmogaus, kuris padėtų įveikti iškilusius sunkumus					
80	Stengiuosi save įtikinti, kad ne aš esu atsakingas už iškilusią problemą					
81	Apgalvoju visus variantus, kaip galėčiau elgtis sprenddamas problemą					
82	Stengiuosi pailsėti ir negalvoti apie tai, kas įvyko					
83	Priimu kitų žmonių, patyrusių panašią problemą, užuojautą ir supratimą					

Eil. Nr.	Teiginiai	Niekada (1)	Retai (2)	Vidutiniškai (nei retai, nei dažnai) (3)	Dažnai (4)	Visada (5)
84	Jaučiu stiprią emocinę įtampą, kurią išreiškiu žodžiais užsipuldamas aplinkinius					
85	Išsikeliu pagrindinius ir tarpinius tikslus bei numatau jų siekimo būdus					
86	Įsivaizduoju, jog mano padėtis geresnė nei yra iš tikrųjų					
87	Siekiu man artimų žmonių emocinės paramos					
88	Stengiuosi nukreipti dėmesį nuo problemos į visiškai neutralius arba malonius dalykus					

©autorinių teisių apsauga Grakauskas ir kt., 2006, Valickas ir kt.,

PUBLIKUOTŲ DARBŲ SĄRAŠAS

Milda Vitkauskaitė parengė stendinį pranešimą „Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų komunikacinių gebėjimų sąsajos su patiriamu stresu“. 2019 m. birželio 7 d. tarptautinė konferencija „SLAUGOS MOKSLO IR PRAKTIKOS AKTUALIJOS 2019 M.“



KLAIPĖDOS UNIVERSITETO
SVEIKATOS MOKSLŲ FAKULTETAS



PAŽYMĖJIMAS
Nr. SvMF-KS-10- 1133

MILDA VITKAUSKAITĖ


2019 m. birželio 7 d. dalyvavo 8 valandų tarptautinėje konferencijoje

SLAUGOS MOKSLO IR PRAKTIKOS AKTUALIJOS 2019 M.

Parengė standinį pranešimą: *Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų komunikacinių gebėjimų sąsajos su patiriamu stresu.*

Konferencija skirta slaugos specialistams, išplėstinės praktikos slaugytojams, akušeriams, kineziterapeutams ir kitiems sveikatos priežiūros specialistams bei sveikatos mokslų studijų krypties studentams.

Programa suderinta su Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija
ir registruota Medicinos elektroninėje tobulinimo administravimo sistemoje METAS


Prof. dr. Artūras Ruzbadauskas
Klaipėdos universiteto
Rektorius





ANESTEZIJOS IR INTENSIVIOSIOS TERAPIJOS SLAUGYTOJŲ KOMUNIKACINIŲ GEBĖJIMŲ ŠĄSAJOS SU PATIRIAMU STRESU



Milda Vitkauskaitė, prof. dr. Artūras Razbadauskas, doc. dr. Aelita Skarbalienė

Respublikinė Klaipėdos ligoninė, Klaipėdos universitetas, Sveikatos mokslų fakultetas, Slaugos katedra

Įžanga

Komunikacija kaip sudėtinė visos sveikatos priežiūros dalis, slaugytojų darbe užima nemažą dalį. Siekiant pagerinti pacientų saugumą bei aukštos pacientų priežiūros kokybės, svarbi efektyvi komunikacija (Bramhall, 2014; Norouzinia et al., 2016; Vertino, 2014; Meng et al., 2018). N. Baghcheghi ir kt. (2011) pažymi, kad slaugytojų komunikaciniai įgūdžiai yra keliantys susirūpinimą, o nelinkama komunikacija tarp sveikatos priežiūros specialistų, ypač, slaugytojų ir gydytojų gali sukelti aplaidumą arba iškraipyti svarbią informaciją, o tai gali pakenkti pacientui.

Nuolat kintančioje sveikatos priežiūros aplinkoje vis dažnesnė problema yra patiriamas darbuotojų stresas, o nevaldomas stresas – mažina darbuotojų produktyvumą, įsipareigojimą, pasitenkinimą darbu, to pasekoje prastėja teikiamų paslaugų kokybė. Moksliniai tyrimai rodo, kad dažniau nei kitų skyrių slaugytojai, stresą patiria anesteziologai ir intensyviosios terapijos slaugytojai (Moi et al., 2015). B. André ir kt. (2016) tyrimas parodė, kad stresinėse situacijose slaugytojams būdingas labiau spontaniškas elgesys nei įtakojant bei užduotį orientuoti veiksmai.

Metodika

Tyrimui atlikti laikyti mokslinės literatūros, artemos nagrinėjama tema – analizė bei kiekybinis tyrimas naudojant anketinę apklausą raštu. Tyrimas atliktas 2019 m. balandžio – gegužės mėn. Klaipėdos ligoninėse, teikiančiose antrinio ir tretinio lygio paslaugas. Tyrimė dalyvavo (n = 124) bendrosios praktinės slaugytojai, turintys anesteziologų ir intensyviosios terapijos slaugytojų specializaciją, dirbantys pagal gydytą specializaciją Anesteziologijos ir Reanimacijos skyriuose. Tyrimui atlikti naudoti: Tarpasmeninio komunikavimo gebėjimų klausimynas (*Interpersonal Communication Skills Inventory*) sudarytas iš 40 teiginių (komunikavimo sritims: kalbėjimo, klausymosi, atgalinio ryšio teikimo ir gavimo bei emocinių sąveikų valdymo lrti), Bendrosios distreso simptomų skalė (*General Symptom Distress Scale (GSDS)*) skirta jaučiamiems distreso simptomams bei jų pasireiškimo stiprumui nustatyti ir Streso įveikos klausimynas, skirtas streso įveikai lrti bei laikomai streso įveikos strategijai (socialinei paramos, problemų sprendimo, emocijų iškvos, vengimo) nustatyti. Statistinė duomenų analizė buvo atlikta naudojant statistines duomenų analizės SPSS 23 paketą. Tyrimas atliktas laikantis etikos principų.

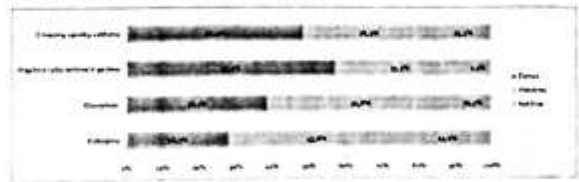
Literatūra

1. Haysler, D., Sells, J., Moore, R. (2011). Development and validation of the Interpersonal Communication Skills Inventory. *Journal of Pain Symptom Management*, 41(1), 1-14.
2. Jankauskė, D. (2014). *Receptai komunikacijai kaiki ir teisingai lrti*. Vilnius: Studentas, 29 p.
3. Vitkauskaitė, M., Razbadauskas, A. (2016). Streso įveikos strategijos ir streso įveikos efektyvumas. *Stresas*, 18(1), 14-24.
4. Razbadauskas, A., Vitkauskaitė, M., Skarbalienė, A. (2018). Tarpasmeninio komunikavimo gebėjimų ir tarpasmeninio komunikavimo kompetencijos vertinimas slaugytojų grupėse. *Stresas*, 20(1), 1-14.
5. Meng, Y., et al. (2018). The Effect of an Evidence-Based Interpersonal Communication Training Program on Improving Communication Competency of Hospital Nurses. *Stress*, 20(1), 1-14.
6. Moore, R., et al. (2011). *Interpersonal Communication Skills Inventory: Development and Validation of the Interpersonal Communication Skills Inventory*. *Journal of Pain Symptom Management*, 41(1), 1-14.
7. Vitkauskaitė, M., Razbadauskas, A., Skarbalienė, A. (2018). Tarpasmeninio komunikavimo gebėjimų ir tarpasmeninio komunikavimo kompetencijos vertinimas slaugytojų grupėse. *Stresas*, 20(1), 1-14.
8. Vitkauskaitė, M., Razbadauskas, A., Skarbalienė, A. (2018). Tarpasmeninio komunikavimo gebėjimų ir tarpasmeninio komunikavimo kompetencijos vertinimas slaugytojų grupėse. *Stresas*, 20(1), 1-14.

TARPTAUTINĖ KONFERENCIJA "SLAUGOS MOKSLO IR PRAKTIKOS AKTUALIJOS 2019 M." Klaipėda, 2019

Rezultatai

Atliktas tyrimas parodė, kad aukštas kalbėjimo, klausymosi, atgalinio ryšio teikimo ir gavimo bei emocinių sąveikų valdymo lygiai nustatyti: tik nedidelė dalis slaugytojų (labiausiai 24,2 proc., 10,5 proc., 7,3 proc. ir 15,3 proc.). Didesnei daliai slaugytojų kalbėjimo ir klausymosi sričių gebėjimai vertinami kaip vidutiniai (atitinkamai 47,6 proc. ir 50,8 proc.), o atgalinio ryšio teikimo ir gavimo bei emocinių sąveikų valdymo – kaip žemo lygio (atitinkamai 57,3 proc. ir 48,4 proc.).



1 pav. Tarpasmeninio komunikavimo gebėjimų lygii bendroje slaugytojų grupėje

Sėpesnį distresą patiriantys slaugytojai turėjo reikšmingai mažesnius emocinių sąveikų valdymo gebėjimus (1 grupėje 16,96±5,13 balų ir 2 grupėje 14,33±4,45 balų, t=3,05 p<0,003), o streso įveikai reikšmingai dažniau naudojė emocinę skrovą (1 grupėje 12,18±3,91 balų ir 2 grupėje 13,81±3,60 balų, t=-2,39 p<0,018); nei patiriantys mažesnę distresą.

2 pav. Tarpasmeninio komunikavimo gebėjimų lygii bendroje slaugytojų grupėje

Streso įveikos strategija	1 grupė (n=62)	2 grupė (n=62)
Socialinė parama	20,24±5,96	21,19±5,57
Problemų sprendimas	21,96±5,91	21,74±5,58
Emocijų iškvos	12,18±3,91	13,81±3,60
Vengimas	18,42±4,71	18,19±4,51

2 pav. Slaugytojų komunikacinių gebėjimų sąveikų su komunikacinių gebėjimų ir streso įveikos strategijomis



2 pav. Slaugytojų komunikacinių gebėjimų sąveikų su komunikacinių gebėjimų ir streso įveikos strategijomis

Nagrinėjant tarp skirtingo komunikacijos kompetencijos lygių, rasta, kad slaugytojos su aukštesniu emocinių sąveikų valdymo gebėjimu patirdavo žymiai mažesnę distresą nei tos kurios turėjo žemesnius komunikacinius gebėjimus. Tai rodo, kad komunikacinių gebėjimų reikšmingai mažesnę distresą.

IŠVADOS

1. Didesnei daliai anesteziologų ir intensyviosios terapijos slaugytojų nustatyti vidutiniai komunikacinių gebėjimai: kalbėjimo – 47,6 proc., klausymosi – 50,8 proc., atgalinio ryšio teikimo ir gavimo – 7,3 proc., o atgalinio ryšio teikimo ir gavimo bei emocinių sąveikų valdymo – kaip žemo lygio (atitinkamai 57,3 proc. ir 48,4 proc.).
2. Slaugytojai su mažesniu emocinių sąveikų valdymo komunikacinių gebėjimų patirdavo stipresnę distresą.

LEIDIMAS NAUDOTI TARPASMENINIO KOMUNIKAVIMO GEBĖJIMŲ KLAUSIMYNĄ



Milda Vitkauskaitė <mildavtkait@gmail.com>

Tarpasmeninis komunikavimo gebėjimų klausimynas

5 (mikai) (1)

Milda Vitkauskaitė <mildavtkait@gmail.com>

Kam: Aelita Skarbalienė <aelita.skarbaliene@gmail.com>

2019 m. sausio 4 d. 16:42

Laba diena,

Esu Milda Vitkauskaitė, Klaipėdos Universiteto, Sveikatos mokslų fakulteto, Slaugos katedros, slaugos magistro 1 kurso studijų studentė. Rašau magistro baigiamąjį darbą, tema "Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų komunikacinių gebėjimų įtaka patiriamam stresui". Prašau leidimo savo tyrime naudoti Tarpasmeninio komunikavimo gebėjimų Klausimyną lėbuvų kalba.

Ačiū.

Pagarbiai,
Milda Vitkauskaitė

Aelita Skarbalienė <aelita.skarbaliene@gmail.com>

Kam: Milda Vitkauskaitė <mildavtkait@gmail.com>

2019 m. sausio 10 d. 13:27

Laba diena,

Neprieštarauju Jūsų išsiųstam klausimynui tyrimui.
Sėkmingo ir produktyvaus darbo!

Su pagarba,
dr. Aelita Skarbalienė
(Draugėms: leidimas patvirtas)

Milda Vitkauskaitė <mildavtkait@gmail.com>

Kam: Aelita Skarbalienė <aelita.skarbaliene@gmail.com>

2019 m. sausio 10 d. 13:30

Ačiū!

(Draugėms: leidimas patvirtas)

Klausimynas sukurtas naudojant JISCO Health PsyTESTS duomenų bazę (<http://health.jisco.com/products/psychtests>), kurios patikimumą tyrimų rezultatai patvirta naudojant standartinę mokymosi tyrimo taisyklę.

LEIDIMAS NAUDOTI BENDRĄJĄ DISTRESO SIMPTOMŲ SKAĖ (GSDS)



Milda Vitkauskaitė <mildavtkait@gmail.com>

GSDS

Badger, Terry A - (tbadger) <tbadger@email.arizona.edu>
Kam: Milda Vitkauskaitė <mildavtkait@gmail.com>

2018 m. gruodžio 10 d. 19:36

Hi,

You are certainly welcome to use it. However, you should know we have modified it so that the patient rates more symptoms on a 0 (do not have symptom) and 1-10 scale with 10 being very distressful. This gave us more precision about symptoms. We also removed the management statement only because we added a scale on self-efficacy in cancer. I would add it back for your study. If you have any other questions, let me know. Terry

LEIDIMAS NAUDOTI STRESO ĮVEIKOS KLAUSIMYNĄ

lies socialinė parama) statistiškai reikšmingai teigiamai koreliuoja tarpusavyje, bet ne su problemų sprendimo strategija (nedidelę, bet statistiškai reikšmingą teigiamą socialinės paramos koreliaciją su problemų sprendimu galima paaiškinti tuo, kad socialinė parama gali būti naudinga tiek sprendžiant problemas, tiek mažinant stresinės situacijos sukeltas neigiamas emocijas).

Apibendrinant gautus rezultatus galima teigti, kad pagal išskirtų faktorių prasmę mūsų klausimynas susicija CSI ir CISS klausimynuose išskirtus faktorius: trys faktoriai („socialinės paramos“, „problemų sprendimo“ ir „vengimo“) iš esmės sutampa su CSI išskirtais faktoriais, o mūsų klausimyno „emocinės iškrovos“ faktorius yra artimai susijęs su CISS metodikoje aprašyta „į emocijas nukreipta“ įveika. Psichometrinės klausimynų savybės taip pat yra panašios: mūsų išskirti faktoriai paaiškina apie 10 proc. didesnę duomenų dispersijos dalį, tačiau turi šiek tiek blogesnius skalių vidinio suderinamumo rodiklius.

Metodologiniu požiūriu labai sunku pasirinkti optimalų balansą tarp geros streso įveikos metodikos turinio prasmės ir metodikos, pasižyminčios puikiomis psichometrinėmis savybėmis. Pavyzdžiui, akivaizdu, kad yra nemažai streso įveikos strategijų (tokių kaip sportavimas, relaksacija, religinė įveika), kurias kai kurie žmonės sėkmingai taiko, bet jos dėl statistinių kriterijų neatitinkimo nepateko į mūsų sukurtą metodiką. Be to, lieka neišspręsta neišsąmonintų, taikomų automatiškai ir į atciltį orientuotų streso įveikos būdų matavimo problema.

Tobulinant mūsų sukurtą metodiką, reikėtų patikrinti jos patikimumą. Tiesa, dėl to gali būti diskutuojama, kadangi daugelis autorių akcentuoja taikomų streso įveikos strategijų kintamumą kaip adaptyvaus elgesio požymį (Coyne and Gottlieb, 1996; Schwarzer R. and Schwarzer C., 1996; Tennen et al., 2000). Taip pat reikėtų įvertinti mūsų klausimyno ryšį su kitomis streso įveikos metodikomis, patikrinti jo savybes remiantis reprezentatyvesnės tiriamųjų imties duomenimis. Galiausiai reikėtų tobulinti kai kurias klausimyno skalės, ypač „vengimo“ faktorius.

Išvados

1. Taikant empirinę skalių konstravimo strategiją sukurtas pirminis streso įveikos klausimyno variantas.
2. Sukurtas streso įveikos klausimynas turi pakankamai geras psichometrinės savybės (paaiškina 47,93 proc. duomenų dispersijos, socialinės paramos skalės Cronbacho $\alpha = 0,832$, problemų sprendimo – 0,760, emocinės iškrovos – 0,721, vengimo – 0,624), yra lengvai taikomas ir gali būti panaudotas streso įveikos tyrimams Lietuvoje (skelbiamas klausimyno variantas moksliniams tikslams gali būti naudojamas be atskiro leidimo).
3. Patvirtinančiosios faktorinės analizės rezultatai rodo patenkinamą pasirinkto keturių faktorių modelio tinkamumą: Chi-Square = 140,81; RMSEA = 0,055; GFI = 0,89; CFI = 0,87; NNFI = 0,84.

LITERATŪRA

Aldwin C. M., Park C. L. Coping and physical health outcomes: An overview // *Psychology & Health*. 2004, vol. 19 (3), p. 277–282.

Aldwin C., Yancura L. A. Coping and health: A comparison of the stress and trauma literatures // *Physical Health Consequences of Exposure to Extreme*

Stress / Ed. by B. L. Schnurr. Washington, DC: American Psychological Association, 2004. P. 99–126.

Amirkhan J. H. Criterion validity of a coping measure // *Journal of Personality Assessment*. 1994, vol. 62, p. 242–261.

INTERPERSONAL COMMUNICATION SKILLS INVENTORY

Interpersonal Communication Skills Inventory

Purpose

This Interpersonal Communication Skills Inventory is designed to provide individuals with some insights into their communication strengths and potential areas for development. By answering each question candidly, an individual will receive a profile that displays their level of competence in four key communication areas. This inventory is intended to be viewed only by the individual who completes it.

How to Complete the Inventory

To complete this inventory, read each statement carefully and honestly assess how often the particular statement applies to you. For instance, in Section I - question number 1, if you sometimes find it difficult to talk to other people, you would place a check mark in the "Sometimes" column for question number 1. And for question 2, if others often tend to finish sentences for you when you are trying to explain something; you would check the "Usually" column and so on until you have completed all questions in all four sections of the inventory.

Interpersonal Communication Skills Inventory

SECTION I

	USUALLY	SOMETIMES	SELDOM
1. Is it difficult for you to talk to other people?			
2. When you are trying to explain something, do others tend to put words in your mouth, or finish your sentences for you?			
3. In conversation, do your words usually come out the way you would like?			
4. Do you find it difficult to express your ideas when they differ from the ideas of people around you?			
5. Do you assume that the other person knows what you are trying to say, and leave it to him/her to ask you questions?			
6. Do others seem interested and attentive when you are talking to them?			
7. When speaking, is it easy for you to recognize how others are reacting to what you are saying?			
8. Do you ask the other person to tell you how she/he feels about the point you are trying to make?			
9. Are you aware of how your tone of voice may affect others?			
10. In conversation, do you look to talk about things of interest to both you and the other person?			

SCORE: SECTION I TOTAL _____

Learning Dynamics, 2002

Interpersonal Communication Skills Inventory

SECTION II

	USUALLY	SOMETIMES	SELDOM
11. In conversation, do you tend to do more talking than the other person does?			
12. In conversation, do you ask the other person questions when you don't understand what they've said?			
13. In conversation, do you often try to figure out what the other person is going to say before they've finished talking?			
14. Do you find yourself not paying attention while in conversation with others?			
15. In conversation, can you easily tell the difference between what the person is saying and how he/she may be feeling?			
16. After the other person is done speaking, do you clarify what you heard them say before you offer a response?			
17. In conversation, do you tend to finish sentences or supply words for the other person?			
18. In conversation, do you find yourself paying most attention to facts and details, and frequently missing the emotional tone of the speakers' voice?			
19. In conversation, do you let the other person finish talking before reacting to what she/he says?			
20. Is it difficult for you to see things from the other person's point of view?			

SCORE: SECTION II TOTAL _____

Learning Dynamics, 2002

Interpersonal Communication Skills Inventory

SECTION III

	USUALLY	SOMETIMES	SELDOM
21. Is it difficult to hear or accept constructive criticism from the other person?			
22. Do you refrain from saying something that you think will upset someone or make matters worse?			
23. When someone hurts your feelings, do you discuss this with him/her?			
24. In conversation, do you try to put yourself in the other person's shoes?			
25. Do you become uneasy when someone pays you a compliment?			
26. Do you find it difficult to disagree with others because you are afraid they will get angry?			
27. Do you find it difficult to compliment or praise others?			
28. Do others remark that you always seem to think you are right?			
29. Do you find that others seem to get defensive when you disagree with their point of view?			
30. Do you help others to understand you by saying how you feel?			

SCORE: SECTION III TOTAL _____

Interpersonal Communication Skills Inventory

SECTION IV

	USUALLY	SOMETIMES	SELDOM
31. Do you have a tendency to change the subject when the other person's feelings enter into the discussion?			
32. Does it upset you a great deal when someone disagrees with you?			
33. Do you find it difficult to think clearly when you are angry with someone?			
34. When a problem arises between you and another person, can you discuss it without getting angry?			
35. Are you satisfied with the way you handle differences with others?			
36. Do you sulk for a long time when someone upsets you?			
37. Do you apologize to someone whose feelings you may have hurt?			
38. Do you admit that you're wrong when you know that you are/were wrong about something?			
39. Do you avoid or change the topic if someone is expressing his or her feelings in a conversation?			
40. When someone becomes upset, do you find it difficult to continue the conversation?			

SCORE: SECTION IV TOTAL _____

Interpersonal Communication Inventory Scoring Key

Instructions: Go back and look over your responses to each question. In front of each question, write the appropriate score using the table below.

For example, if you answered "Seldom" to Question 1, you would get 3 points. Write the number 3 in front of Question 1 on the inventory. Proceed to score all other questions.

Each section contains 10 questions. After scoring all questions, go back to Section 1. Total the score of Section 1 and put that number on the line "Score Section 1 Total." Proceed to total all scores for all other sections.

Enter your score here: _____

SCORING KEY

Question	Usually	Sometimes	Seldom	Question	Usually	Sometimes	Seldom
1	0	1	3	21	0	1	3
2	0	1	3	22	3	1	0
3	3	1	0	23	3	1	0
4	0	1	3	24	3	1	0
5	0	1	3	25	0	1	3
6	3	1	0	26	0	1	3
7	3	1	0	27	0	1	3
8	3	1	0	28	0	1	3
9	3	1	0	29	0	1	3
10	3	1	0	30	3	1	0
11	0	1	3	31	0	1	3
12	3	1	0	32	0	1	3
13	0	1	3	33	0	1	3
14	0	1	3	34	3	1	0
15	3	1	0	35	3	1	0
16	3	1	0	36	0	1	3
17	0	1	3	37	3	1	0
18	0	1	3	38	3	1	0
19	3	1	0	39	0	1	3
20	0	1	3	40	0	1	3

Interpersonal Communication Profile

Interpretation: Look at your score for each section as one indication of the degree to which you effectively communicate. Plot your scores on the table below using an "X" for each section score. Draw a line to connect them column to column. This will create a profile of your strengths and opportunities for improvement.

- Scores in the 1 > 15 range indicate areas of your communication skills that need improvement.
- Scores in the 16 > 21 range indicate areas of communication skills that need more consistent attention.
- Scores in the 22 > 30 range indicate areas of strength or potential strength.

Area (s) of Strength: _____

Area (s) of Improvement: _____

Score Section I Total Sending Clear Messages	Score Section II Total Listening	Score Section III Total Giving and Getting Feedback	Score Section IV Total Handling Emotional Interactions
30	30	30	30
29	29	29	29
28	28	28	28
27	27	27	27
26	26	26	26
25	25	25	25
24	24	24	24
23	23	23	23
22	22	22	22
21	21	21	21
20	20	20	20
19	19	19	19
18	18	18	18
17	17	17	17
16	16	16	16
15	15	15	15
14	14	14	14
13	13	13	13
12	12	12	12
11	11	11	11
10	10	10	10
9	9	9	9
8	8	8	8
7	7	7	7
6	6	6	6
5	5	5	5
4	4	4	4
3	3	3	3
2	2	2	2
1	1	1	1

Paskaitykite kiekvieną žemiau lentelėje pateiktą teiginį ir įvertinkite, kaip šis teiginys Jus asmeniškai apibūdina. Savo vertinimą atitinkamame langelyje pažymėkite varnele (V).

	Dažniausiai	Kartais	Retai
1. Ar Jums sunku kalbėti kitiems žmonėms?			
2. Kai Jūs bandote ką nors aiškinti kitiems, ar būna, kad jie baigia sakinius už Jus?			
3. Ar Jūsų žinia pokalbyje nuskamba taip, kaip Jūs ir tikėtės?			
4. Ar Jums kyla sunkumų išreikšti savo mintis, kai jos ženkliai skiriasi nuo kitų žmonių įsitikinimų?			
5. Ar Jums atrodo, kad žmonėms visiškai aišku, ką Jūs kalbate?			
6. Ar kiti žmonės atrodo susidomėję, kai Jūs kalbate?			
7. Ar kalbėdamas galite atpažinti klausytojų reakciją?			
8. Ar pasiteiraujate (bent artimų) žmonių, kokį įspūdį jiems sukėlėte Jūsų kalba?			
9. Ar susimąstote, kaip Jūsų balsas - tonas, tembras ir garsas - gali veikti kitus?			
10. Ar pokalbyje stengiatės kalbėti apie dalykus, kurie aktualūs tiek Jums, tiek pašnekovui (o ne tik Jums)?			
11. Ar diskusijoje Jūs kalbate daugiau nei kiti žmonės?			
12. Ar pokalbio metu nesupratęs pašnekovo Jūs pasitikslinate, kad suprastumėte mintį iki galo?			
13. Ar pokalbio metu stengiatės mintyse užbaigti pašnekovo mintį dar iki tol, kol jis/ji baigia ją dėstyti?			
14. Ar “pagaunate” save, kad pokalbio metu nesiklausote pašnekovo?			
15. Ar pokalbio metu galite pastebėti skirtumą tarp to, ką žmogus kalba ir ką iš tikro mano?			
16. Ar pašnekovui baigus kalbėti, Jūs trumpai reziumuojate, ką išgirdote, prieš pateikdamas savo atsakymą (pvz.: atsižvelgdamas į Jūsų išdėstytus faktus / nesutikdamas su Jūsų nuomone, jog....., manau, kad...)?			
17. Ar pokalbyje esate linkęs užbėgti pašnekovui už akių ir pabaigti jo/jos dėstomą mintį?			

18. Ar pokalbyje esate linkęs dėmesį kreipti į dėstomus faktus ir detales, bet ne į balso toną, tembrą, kuriuo pašnekovas išsako mintį?			
19. Ar pokalbyje leidžiate pašnekovui išdėstyti mintį iki galo prieš reaguodamas ir išsakydamas savo nuomonę ar reakciją?			
20. Ar Jums sunku pažvelgti į situaciją kito žmogaus akimis?			
21. Ar Jums sunku girdėti ir priimti konstruktyvią kritiką iš kito asmens?			
22. Ar stengiatės išvengti sakyti žodžius, kurie gali nuliūdinti kitą žmogų?			
23. Jei kas nors Jus įžeidžia, ar pasakote tai?			
24. Ar bandote situaciją analizuoti atsistojęs į kito žmogaus situaciją?			
25. Ar Jums tampa nejauku, jei kas nors pasako Jums komplimentą?			
26. Ar Jums sunku paprieštarauti kitam žmogui, jei manote, kad tai sukels jo/jos pyktį/susierzinimą?			
27. Ar Jums sunku pasakyti komplimentą ar pagirti kitą žmogų?			
28. Ar žmonės pastebi, kad Jūs stengiatės įrodyti, kad esate teišsus?			
29. Ar pastebite, kad žmonės ima gintis (prieštarauti, teisintis), kai nesutinkate su jų nuomone?			
30. Ar išsakote savo nuomonę ir leidžiate suprasti kitiems, ką manote?			
31. Ar esatę linkęs(-usi) keisti pokalbio temą, jei matote, kad pašnekovas (-ė) tampa pernelyg jausmingas(-a), dirglus(-i), suirzęs(-usi)?			
32. Ar stipriai nusliūstate, jei kas nors nesutinka su Jūsų nuomone?			
33. Ar Jums tampa sunkiau mąstyti, jei esate piktas ar suirzęs?			
34. Jei tarp Jūsų ir kito asmens kyla nesutarimas, ar galite jį aptarti ramiai ir be pykčio?			
35. Ar esate patenkintas, kaip gebate spręsti nesutarimus?			
36. Ar ilgai būnate tylus ir užsisiklendęs, kai kas nors Jus nuliūdina, įžeidžia, nuvilia?			
37. Ar atsiprašote žmonių, jei juos įžeidėte, nuvylėte, nuliūdinote ar pasakėte ką nors netinkamo?			

38. Ar pripažįstate, kad esate neteisingi, jei pasielgėte netinkamai?			
39. Ar esate linkę(-usi) prarasti savitvardą, jei pokalbis krypsta ne Jums patinkančia linkme?			
40. Ar Jums sunku tęsti pokalbį, jei matote pašnekovų stiprią emocinę reakciją?			

© Learning Dynamics, 2002

GENERAL SYMPTOM DISTRESS SCALE

12/10/2019

Gmail - GSDS



Milda Vitkauskaitė <mildavtkskt@gmail.com>

GSDS

Badger, Terry A - (tbadger) <tbadger@email.arizona.edu>
 Kam: Milda Vitkauskaitė <mildavtkskt@gmail.com>

2018 m. gruodžio 10 d. 19:36

Hi,

You are certainly welcome to use it. However, you should know we have modified it so that the patient rates more symptoms on a 0 (do not have symptom) and 1-10 scale with 10 being very distressful. This gave us more precision about symptoms. We also removed the management statement only because we added a scale on self-efficacy in cancer. I would add it back for your study. If you have any other questions, let me know. Terry

General Symptom Distress Scale (GSDS)-REVISED April 2018

1. Examiner: OK, now I am going to read a list of several symptoms. I want you to tell me which symptoms you have had in the past 7 days. **Examiner will read the list in threes. Then, say if you have the symptom, how distressing it is to you. On a scale of 0 to 10, where 0 = "I do not have this symptom," 1 = "mildly distressing," 5= "moderately distressing" and 10 = "extremely distressing," how distressing is each symptom? Ask about other possible symptoms after going through the list from the handbook. Final is other to write in.**

Fatigue

Do not have this symptom	Mildly distressing				Moderately distressing					Extremely distressing
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Sleep difficulties

Do not have this symptom	Mildly distressing				Moderately distressing					Extremely distressing
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Pain

Do not have this symptom	Mildly distressing				Moderately distressing					Extremely distressing
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Headache

Do not have this symptom	Mildly distressing				Moderately distressing					Extremely distressing
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Anxiety

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Do not have this symptom 0	Mildly distressing 1	2	3	4	Moderately distressing 5	6	7	8	9	Extremely distressing 10
Depression										
Do not have this symptom 0	Mildly distressing 1	2	3	4	Moderately distressing 5	6	7	8	9	Extremely distressing 10
Difficulty concentrating or remembering things										
Do not have this symptom 0	Mildly distressing 1	2	3	4	Moderately distressing 5	6	7	8	9	Extremely distressing 10
Lack of appetite										
Do not have this symptom 0	Mildly distressing 1	2	3	4	Moderately distressing 5	6	7	8	9	Extremely distressing 10
Nausea										
Do not have this symptom 0	Mildly distressing 1	2	3	4	Moderately distressing 5	6	7	8	9	Extremely distressing 10
Vomiting										
Do not have this symptom 0	Mildly distressing 1	2	3	4	Moderately distressing 5	6	7	8	9	Extremely distressing 10
Constipation										
Do not have this symptom 0	Mildly distressing 1	2	3	4	Moderately distressing 5	6	7	8	9	Extremely distressing 10
Diarrhea										
Do not have this symptom	Mildly distressing				Moderately distressing					Extremely distressing

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Numbness or tingling										
Do not have this symptom 0	Mildly distressing 1	2	3	4	Moderately distressing 5	6	7	8	9	Extremely distressing 10
Skin rashes or sores										
Do not have this symptom 0	Mildly distressing 1	2	3	4	Moderately distressing 5	6	7	8	9	Extremely distressing 10
Swelling in arms, legs, hands or feet										
Do not have this symptom 0	Mildly distressing 1	2	3	4	Moderately distressing 5	6	7	8	9	Extremely distressing 10
Weakness										
Do not have this symptom 0	Mildly distressing 1	2	3	4	Moderately distressing 5	6	7	8	9	Extremely distressing 10
Shortness of Breath										
Do not have this symptom 0	Mildly distressing 1	2	3	4	Moderately distressing 5	6	7	8	9	Extremely distressing 10
Cough										
Do not have this symptom 0	Mildly distressing 1	2	3	4	Moderately distressing 5	6	7	8	9	Extremely distressing 10
Please describe other symptoms you may feel/have										
Do not have this symptom 0	Mildly distressing 1	2	3	4	Moderately distressing 5	6	7	8	9	Extremely distressing 10

Please describe other symptoms you may feel/have _____

Do not have this symptom 0	Mildly distressing 1	2	3	4	Moderately distressing 5	6	7	8	9	Extremely distressing 10
-------------------------------	-------------------------	---	---	---	-----------------------------	---	---	---	---	-----------------------------

2. *Examiner:* Now on a scale of 1 to 10 with 1 being not at all distressing and 10 being extremely distressing. In general, how distressing are all of your symptoms to you?

All Symptoms

Not at all distressing 1	2	3	4	Moderately distressing 5	6	7	8	9	Extremely distressing 10
-----------------------------	---	---	---	-----------------------------	---	---	---	---	-----------------------------

STRESO ĮVEIKOS KLAUSIMYNAS

Streso įveikos klausimynas (Ž. Grakauskas ir G. Valickas, 2006)

Žmonės, susidūrę su stresiniais įvykiais, elgiasi labai įvairiai. Kaip Jūs apibūdintumėte savo įprastas reakcijas į stresą? Jums pateikti teiginiai atspindi įvairius streso įveikos būdus. (Šitokia įžanga nurodoma metodikos autorių) Nurodykite, ar Jūs taikote kiekvieną iš šių būdų, pasirinkdami Jums tinkamą atsakymą: „Niekada“ (1), „Retai“ (2), „Vidutiniškai (nei retai, nei dažnai)“ (3), „Dažnai“ (4), „Visada“ (5).

		Niekada	Retai	Vidutiniškai (nei retai, nei dažnai)	Dažnai	Visada
1.	Stengiuosi išsiaiškinti, ar probleminės situacijos nesukėlė mano pastangų stoka.	1	2	3	4	5
2.	Stengiuosi užsiimti kitais dalykais, kad negalvočiau apie patirtus sunkumus.	1	2	3	4	5
3.	Problemos sprendimo būdų ieškau kalbėdamasis su man artimais žmonėmis.	1	2	3	4	5
4.	Kritikuoju ir kaltinu kitus dėl atsiradusios problemos.	1	2	3	4	5
5.	Stengiuosi įgyti naujų žinių, kurios galėtų būti naudingos problemai spręsti.	1	2	3	4	5
6.	Manau, kad laikas išspręs visas problemas.	1	2	3	4	5
7.	Kreipiuosi į tuos, kurie gali mane suprasti.	1	2	3	4	5
8.	Išlieju pyktį ant žmogaus, dėl kurio kaltės atsirado problema.	1	2	3	4	5
9.	Stengiuosi atskleisti probleminę situaciją lėmusias savo klaidas.	1	2	3	4	5
10.	Dėl atsiradusių problemų kaltinu nepalankiai susiklosčiusias aplinkybes.	1	2	3	4	5
11.	Problemos sprendimo būdų ieškau kalbėdamasis su kitais žmonėmis, patyrusiais panašių problemų.	1	2	3	4	5
12.	Kaltinu likimą dėl savo nesėkmių.	1	2	3	4	5
13.	Apgalvoju galimus veiksmų padarinius.	1	2	3	4	5
14.	Juokaudamas apie tai, kas įvyko, bandau pakelti sau nuotaiką.	1	2	3	4	5
15.	Ieškau žmogaus, kuris padėtų įveikti iškilusius sunkumus.	1	2	3	4	5
16.	Stengiuosi save įtikinti, kad ne aš esu atsakingas už iškilusių problemą.	1	2	3	4	5
17.	Apgalvoju visus variantus, kaip galėčiau elgtis spręsdamas problemą.	1	2	3	4	5
18.	Stengiuosi pailsėti ir negalvoti apie tai, kas įvyko.	1	2	3	4	5
19.	Priimu kitų žmonių, patyrusių panašią problemą, užuojautą ir supratimą.	1	2	3	4	5
20.	Jaučiu stiprią emocinę įtampą, kurią išreiškiu žodžiais užsipuldamas aplinkinius.	1	2	3	4	5
21.	Išsikeliu pagrindinius ir tarpinius tikslus bei numatau jų siekimo būdus.	1	2	3	4	5
22.	Įsivaizduoju, jog mano padėtis geresnė nei yra iš tikrųjų.	1	2	3	4	5
23.	Siekiu man artimų žmonių emocinės paramos.	1	2	3	4	5
24.	Stengiuosi nukreipti dėmesį nuo problemos į visiškai neutralius arba malonius dalykus.	1	2	3	4	5