

**KLAIPĖDOS UNIVERSITETO
SVEIKATOS MOKSLŲ FAKULTETO
SLAUGOS KATEDRA**

**OPERACINĖS SLAUGYTOJŲ PROFESINIO PERDEGIMO
IR GYVENIMO KOKYBĖS SAŠAJOS**

Magistro baigiamasis darbas

Autorius

DMSSL19, stud. Gražina Veligorienė

Vadovas

Prof. dr. Artūras Razbadauskas

Klaipėda, 2021

SANTRAUKA

Veligorienė G. Operacinės slaugytojų profesinio perdegimo ir gyvenimo kokybės sąsajos. Slaugos magistro studijų programos baigiamasis darbas. Darbo vadovas Prof. dr. Artūras Razbadauskas. Klaipėdos universitetas: Klaipėda, 2021.- 81p.

Operacinės slaugytojų darbinė veikla yra sunki ir atsakinga, reikalavimai darbui nuolatos didėja, dėl to profesinėje veikloje gana dažnai pasitaiko sunkių ir sudėtingų situacijų bei sprendimų, kas sukelia kasdienį pervargimą ir profesinį perdegimą.

Tyrimo tikslas - ištirti operacinės slaugytojų profesinio perdegimo ir gyvenimo kokybės sąsajas.

Tyrimo metodika. Atlikta mokslinės literatūros analizė ir kiekybinis tyrimas. Buvo naudotas „Maslach perdegimo sindromo klausimynas“ ir „Trumpa sveikatos apklausos forma“ (klausimynas). Imtį sudarė: 232 slaugytojai, dirbantys Vilniaus miesto ligoninėse (230 – moterų ir 2 vyrai). Mokslinis darbas atliktas laikantis etikos reikalavimų.

Tyrimo rezultatai. Mokslinio darbo metu emocinio išsekimo skalės ir depersonalizacijos vidurkis parodė, jog slaugytojų bendras emocinis išsekimas yra vidutinis. Didėjant slaugytojo amžiui, mažėja jo fizinis aktyvumas. Vyresni slaugytojai bendrą sveikatą vertina daug prasčiau nei jaunesni slaugytojai. Skirtumai tarp fizinio aktyvumo skalės darbo krūvio grupių parodė, kad 1,5 etatą dirbantys slaugytojai yra labiau fiziškai aktyvūs. Analizuojant gautus duomenis, buvo nustatyta, kad tarp fizinio aktyvumo skalės ir slaugytojų darbo stažo yra neigiamas statistiškai reikšmingas ryšys. Tai reiškia, kad kuo slaugytojo darbo stažas yra didesnis, tuo fizinis aktyvumas yra mažesnis. Tarp fizinio aktyvumo skalės darbo užmokesčio pasitenkinimo grupių yra gautas statistiškai reikšmingas skirtumas. Tyrimo rezultatai parodė, jog fiziškai aktyviausi yra slaugytojai, kurių darbo užmokestis visiškai tenkina. Rezultatai parodė, kad visiškai tenkina darbo užmokestis slaugytojus, kurie dirba 1,75 etato arba per 2-3 darbovietes.

Išvados. Tyrimo metu nustatyta, kad dalis operacinės slaugytojų patiria vidutinį profesinį perdegimą. Buvo rastos pastebimos sąsajos tarp slaugytojų didelio darbinio krūvio bei ligų skausmo atsiradimo.

Hipotezė. „Tikėtina, kad slaugytojai, turintys didesnę darbo krūvį, turi aukštesnį perdegimo sindromo lygį“ buvo atmesta.

Reikšminiai žodžiai: profesinis perdegimas, slaugytojas, profesinį perdegimą lemiantys veiksniai, gyvenimo kokybė.

SUMMARY

Veligorienė G. Connection Between Quality of Life and Professional Burnout among Operating Room Nurses. Master's thesis in Nursing study program. Supervisor Prof. Habil. Dr. Artūras Razbadauskas. The University of Klaipėda. Klaipėda. 2021. -81p.

Operating room nurse's work is very hard and requires a lot of attentiveness, however the requirements for this job are constantly growing, because they have to make a lot of significant decisions, which causes daily exhaustion and professional burnout.

Aim of the thesis paper: to research the relationship between the life-quality and professional burnout of operating room .

Research methodology: Scientific literature reviews were analyzed and quantitative research was conducted. Two questionnaires were used- Maslach's burnout syndrome questionnaire and Short health questionnaire. There were 232 respondents working in Vilnius municipal hospitals (230-women and 2 men). Research was made according to all ethical principles.

Research results. Emotional exhaustion scales and depersonalization average showed that mutual nurse emotional exhaustion is medium. Nurses' physical activity decreases with age. The research results showed that older nurses rate their health much worse than younger nurses. Differences between workload groups on the physical activity scale showed that 1.5 full-time nurses are more physically active. Analysis of the data obtained showed that there is a negative significant relationship between the scale of physical activity and the length of service of nurses. This means that the longer the nurse's length of service, the lower the physical activity. There is a statistically significant difference between the wage satisfaction groups of the physical activity scale. The results of the research showed that the most physically active are nurses, who are completely satisfied with their salary. The results showed complete satisfaction with the salaries of nurses who work 1.75 full-time or who work through 2- 3 jobs.

Conclusions. Research showed that some operating room nurses face medium professional burnout. Also, it was noticed that there is a relationships between nurses' workload and origin of pain and different diseases.

Hypothesis. "Nurses that have high workload, have a higher level of professional burnout" was rejected.

Key words: professional burnout, nurse, causes of professional burnout, life-quality.

SANTRUMPOS

MBI – Maslach perdegimo sindromo klausimynas (angl. Maslach Burnout Inventory)

n – reikiamas apklausti respondentų skaičius

Δ - leidžiamas paklaidos dydis

N – generalinė visuma

p- statistinis reikšmingumas

proc. - procentai

PAVEIKSLŲ, LENTELIŲ IR PRIEDŲ SĄRAŠAS

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Paveikslo pavadinimas	Puslapis
1.	Santykis tarp slaugytojų kylančių stresinių veiksnių ir perdegimo rezultatų.	20
2.	Slaugytojų išdėstymas pagal amžių.	35
3.	Slaugytojų pasiskirstymas pagal šeiminingą padėtį.	35
4.	Slaugytojų pasiskirstymas pagal vaikų skaičių šeimoje.	36
5.	Slaugytojų pasiskirstymas pagal darboviečių skaičių.	36
6.	Slaugytojų pasiskirstymas pagal darbo krūvį.	37
7.	Slaugytojų pasiskirstymas pagal darbo stažą.	37
8.	Slaugytojų pasiskirstymas pagal darbo užmokesčio pasitenkinimą.	38

LENTELIŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Lentelės pavadinimas	Puslapis
1.	Slaugytojų darbe patiriamų psichosocialinių rizikos veiksnių poveikis jų sveikatai.	22
2.	Stresinės būsenos, psichosomatinių simptomų, emocinių simptomų sąsajos su sveikatos sutrikimais	23
3.	Normalumo testas.	39
4.	Profesinio perdegimo skalių aprašomosios charakteristikos	40
5.	Profesinio perdegimo skalių įverčių vidurkių palyginimas pagal lytį.	40
6.	Koreliacija tarp profesinio perdegimo skalių ir amžiaus.	41
7.	Profesinio perdegimo skalių įverčių vidurkių palyginimas pagal šeimyninę padėtį.	41
8.	Profesinio perdegimo skalių įverčių vidurkių palyginimas pagal vaikų skaičių šeimoje.	42
9.	Profesinio perdegimo skalių įverčių vidurkių palyginimas pagal darboviečių skaičių	43
10.	Profesinio perdegimo skalių įverčių vidurkių palyginimas pagal darbo krūvį.	43
11.	Koreliacija tarp profesinio perdegimo skalių ir darbo stažo.	44
12.	Profesinio perdegimo skalių įverčių vidurkių sąsaja su darbo užmokesčio pasitenkinimu	45
13.	Gyvenimo kokybės skalių aprašomosios charakteristikos.	46
14.	Gyvenimo kokybės skalių įverčių vidurkių palyginimas pagal lytį.	47
15.	Koreliacija tarp gyvenimo kokybės skalių ir amžiaus.	48
16.	Gyvenimo kokybės skalių įverčių vidurkių palyginimas pagal šeimyninę padėtį.	50

Eil. Nr	Lentelės pavadinimas	Puslapis
17.	Gyvenimo kokybės skalių įverčių vidurkių palyginimas pagal vaikų skaičių šeimoje.	52
18.	Gyvenimo kokybės skalių įverčių vidurkių palyginimas pagal darboviečių skaičių.	53
19.	Gyvenimo kokybės skalių įverčių vidurkių palyginimas pagal darbo krūvį.	55
20.	Koreliacija tarp gyvenimo kokybės skalių ir darbo stažo.	57
21.	Gyvenimo kokybės skalių įverčių vidurkių sąsaja su darbo užmokesčio pasitenkinimu	59

PRIEDŲ SĄRAŠAS

Eil.Nr.	Priedai	Puslapis
1.	Anketa	75

TURINYS

ĮVADAS	8
I. SLAUGYTOJŲ, DIRBANČIŲ OPERACINĖJE PROFESINIS PERDEGIMAS IR JO SĄSAJOS SU SVEIKATA TEORINIU ATŽVILGIU	10
1.1. Profesinio perdegimo samprata ir pasireiškimas	10
1.2. Operacinės slaugytojų darbo ypatumai	12
1.3. Operacinės slaugytojų profesinio perdegimo aspektai	14
1.3.1. Operacinės slaugytojų profesinį perdegimą lemiantys veiksniai, turintys poveikį jų sveikatai.....	16
1.3.2. Operacinės slaugytojų profesinio perdegimo poveikis jų sveikatai	19
1.4. Profesinio perdegimo prevencijos priemonių taikymas ir svarba operacinės slaugytojams...	26
II. EMPIRINĖ DALIS	30
2.1. Tyrimo metodika	30
2.1.1 Tyrimo imties charakteristikos.....	31
2.1.2. Tyrimo metodas.....	31
2.1.3. Tyrimo instrumentai	32
2.1.4. Tyrimo procesas/eiga	33
2.1.5. Tyrimo etika	34
2.2 Tyrimo rezultatai	35
2.2.1 Respondentų charakteristika	35
2.2.2. Profesinio perdegimo sindromo sąsaja pagal sociodemografinius rodiklius	39
2.2.3. Gyvenimo kokybės sąsaja pagal sociodemografinius rodiklius.....	46
2.3. Tyrimo rezultatų aptarimas.....	61
IŠVADOS	65
REKOMENDACIJOS	66
LITERATŪRA	67
PRIEDAI	74

IVADAS

Temos aktualumas. Operacinės slaugytojų darbinė veikla yra sunki ir atsakinga, reikalavimai darbui nuolatos didėja, dėl to profesinėje veikloje gana dažnai pasitaiko sunkių ir sudėtingų situacijų bei sprendimų, kas sukelia kasdienį pervargimą ir profesinį perdegimą.

Mokslinių šaltinių duomenimis, plačiai yra tiriamos slaugytojų patiriamo profesinio perdegimo, psichologinių reikalavimų darbinėje veikloje sąsajos su esamomis pasekmėmis. Stresinė būseną veikia nemažai organizmo sistemų bei funkcijų: kvėpavimą, kraujospūdį, širdies ritmą, veikia taip pat emocinę bei fizinę savijautą. M. A. Santed et al.(2015) teigimu, stresas dažniausiai būna susijęs su žmogaus psichosomatiniais pakitimais. R. Vimantaitės ir A. Šeškevičiaus (2016) požiūriu, emociniai išgyvenimai, kurie tęsiasi ilgą laiką, kai žmogus praranda daug vidinių resursų rūpindamasis kitais asmenimis, sukelia profesinį perdegimą - stresą.

Profesinis perdegimas nuolatos sutinkamas reiškinys operacinės slaugytojų profesiniame darbe, paremtame komandinės veiklos principu. B. Happell et al. (2017) akcentuoja, jog darbo krūvis, sunkumai darbe, konfliktinės situacijos yra pagrindinės profesinio perdegimo priežastys. Stresinė būseną sukelia nemažus dėmesio sutrikimus, dėl ko gali kilti reikšmingos informacijos perdavimo komandos narių tarpe trikdžiai, kurie menkina jos apdorojimą bei nulemia bendradarbiavimo ir bendravimo ypatumus, paramą ar pasitikėjimo praradimą, turintį įtaką komandinio darbo rezultatams.

Profesinis perdegimas sukelia didelę žalą darbuotojų sveikatai (Leiter et al., 2014). Jis yra svarbus ženklas, nes parodo apie darbuotojų pajėgumą didinančią žalą jų sveikatai. Todėl neigiama darbinė atmosfera ir kylanti grėsmė darbuotojų sveikatai yra pagrindinės profesinio perdegimo atsisradimo priežastys.

Profesionali operacinės slaugytojų veikla ir veiksmingas komandinis darbas yra svarbūs ne tik pacientų operacinėje saugumui, bet ir slaugos darbuotojų pastoviam tobulėjimui, kokybiškai ir saugiai vykdant darbus, norint pasiekti bendro kuo tikslesnio tikslo, kurio rezultatu laikoma pacientų sveikata (Jacobs et al., 2017). Tai, kad operacinės slaugytojų darbinė veikla pasižymi bendros komandinės veiklos principu, ganėtinai sudėtingoje, aukšto profesinio perdegimo pavojaus aplinkoje su potencialiais nepageidaujama, negatyviais reiškiniais ne tik pacientų, tačiau ir pačių slaugytojų sveikatos atžvilgiu, dėl to, siekiant mažinti profesinio perdegimo riziką, sukeliančią slaugytojams pervargimą, fizinį ir emocinį išsekimą, svarbu išanalizuoti profesinį perdegimą ir jo sąsajas su slaugytojų sveikata.

Tad, dėl operacinės slaugytojų profesinio perdegimo grėsmės jų sveikatai, pastangos išvengti profesinio perdegimo yra svarbios ir aktualios, užtikrinant sveikatos priežiūros veiksmingumą, kas įmanoma tik gerai suprantant esmines slaugytojų profesinio perdegimo prielaidas.

Problemos pagrindimas. Profesinis perdegimas darbe dažniausiai pasireiškia psichosocialinių ar psichologinių problemų forma. Operacinės slaugytojams būdinga padidėjusi profesinio perdegimo rizika. Pasak R. Ustinavičienės ir kt. (2017), stresas darbe sukelia didesnę dalį sveikatos problemų, iš kurių yra miego, širdies ritmo bei kiti sutrikimai, sukiantys neigiamą įtaką sveikatai. A. Žiedelio ir B. Pajarskienės (2017) pastebėjimais, norint, kad sveikatos priežiūros sistema funkcionuotų sėkmingai ir būtų produktyvi atkreipiant dėmesį į nemažą slaugytojų skaičių, labai svarbu yra ištirti, su kokias faktoriais susijusi tokia rizika.

Tyrimo tikslas - ištirti operacinės slaugytojų profesinio perdegimo ir gyvenimo kokybės sąsajas.

Tyrimo uždaviniai :

1. Nustatyti slaugytojų dirbančių operacinėje profesinį perdegimą.
2. Įvertinti slaugytojų gyvenimo kokybę.
3. Išanalizuoti profesinio perdegimo ir gyvenimo kokybės sąsajas pagal sociodemografinius rodiklius.

Tyrimo objektas - profesinio perdegimo ir gyvenimo kokybės sąsajos.

Tyrimo subjektas - slaugytojai dirbantys operacinėje.

Hipotezė - tikėtina, kad slaugytojai turintys didesnę darbo krūvį, turi aukštesnę perdegimo sindromo lygį.

Tyrimo metodai :

1. Mokslinės literatūros analizė.
2. Kiekybinis tyrimas, anoniminė apklausa raštu.

I. SLAUGYTOJŲ, DIRBANČIŲ OPERACINĖJE PROFESINIS PERDEGIMAS IR JO ŠAŠAJOS SU SVEIKATA TEORINIŲ ATŽVILGIU

1.1. Profesinio perdegimo samprata ir pasireiškimas

Nuolatos besikeičiančiame dabartiniame pasaulyje dažnas darbuotojas gyvena gana įtemptą gyvenimą, nuolat susidurdamas su vis naujesniais iššūkiais bei sprenddamas sudėtingas, painias problemas. Jeigu nuolat jaučiamasi pervargusiu ir išsekusiu, jeigu dingsta motyvacija darbui, šie bei dar kiti simptomai liudija apie pasireiškusį perdegimo sindromą. Perdegimą galima lyginti su stresu, jo priežastis yra dvasinis išsekimas, susvetimėjimo jausmas, depresija.

Terminas „profesinis perdegimas“ apytikriai prieš 40 metų buvo paminėtas Jungtinėse Amerikos Valstijose. H. Freudengerger yra paskelbęs vieną pirmų mokslinių aprašymų, susijusių su profesinio perdegimo sindromu, kaip apie fizinės ir psichikos sveikatos krizę (Gerasimčik-Pulko, 2011). H. Freudengerger atskleidė, kad itin pareigingi ir atsidavę darbuotojai gana greitai pervargsta, išsibalansuoja, pasidaro nepatiklūs, irzlūs, nervingi, ima abejingai, negatyviai žiūrėti į atliekamą darbą ir slaugomus ligonius. Vėliau prasta darbuotojų sveikata, susijusia su profesiniu perdegimu, ėmė domėtis ir tyrinėti ir kitų valstybių mokslininkai (Želvytė, 2016).

Pagal A. Žiedelį ir B. Pajarskienę (2017, p. 4), „Profesinis perdegimas yra ilgalaikės nepalankios situacijos darbo aplinkoje sukelta būseną, kuriai būdingas išsekimas, negatyvi nuostata darbo atžvilgiu bei sumažėjęs produktyvumas“. Labai dažnai tokia būseną atpažįstama iš šių požymių: ilgalaikio nuovargio, pesimizmo, nerimastingumo, užmaršumo, sutrikusio dėmesio, susilpnėjusio imuniteto, suprastėjusios darbo atlikimo kokybės, darbo suteikiamo džiaugsmo nebuvimo ir kt. Tyrimais nustatyta, kad profesinis perdegimas kamuoja maždaug 30-40 proc. visų sričių darbuotojų.

Pasak Stočkaus, depersonalizacija, kitaip tariant nuasmeninimas, yra neigiama, ciniška elgsena, nepasitikėjimas, šaltas ir abejingas bendravimas su bendradarbiais. Taip individas mėgina apsisaugoti nuo visiško išsekimo (Stočkus, 2014). Problemos gali būti tame, jog dėl tokio atžvilgio nukenčia atliekamo darbo kokybė, kadangi dirbantysis nustoja rodyti bendravimo ir bendradarbiavimo iniciatyvą, taip pat jo nebetenkina bendradarbių požiūris, pasiekimai ir pan. Dar didesnės problemos būna, kuomet toks negatyviomis nuostatomis grįstas ir kritiškas požiūris atsiranda klientų atžvilgiu. Tuomet ir pats bendravimas su klientais, ir jų aptarnavimas, paslaugų teikimas, arba problemų sprendimas tampa neefektyvus bei atmestinas. Emocinis išsekimas dažniausiai sukelia nesugebėjimą vykdyti užduotis, persidirbimo pajautimą, atsiranda nuovargis. Minėtų požymių rezultatas – mažėjantys pasiekimai darbe, atsiradęs kompetencijos stygiaus požymis. (West et al., 2016).

V. Vaicekauskienės (2014) nuomone, profesinis perdegimas galiausia pasireiškia bejėgiškumo jausmu ir neigiamu požiūriu į atliekamą darbą.

Profesinis perdegimas sąlygoja netinkamu poveikiu darbuotojui. Dažniausiai ilgalaikis stresas darbinėje aplinkoje ir tampa pagrindine priežastimi, lemiančia profesinio perdegimo atsiradimą (Merino-Plaza et al., 2018).

A. Mikalausko ir kt. (2016) požiūriu, darbe patiriamas stresas keičiasi į nuovargį, ilgalaikį išsekimą, bejėgiškumą, nusivylimą, todėl darbuotojas nesugeba kokybiškai atlikti pareigas. Teigiama, jog dirbančiuosius veikia ne tik stresas, tačiau ir atlygio neatitikimas, ilgos darbo valandos, pernelyg dideli reikalavimai (Knani et al., 2018). Profesinio perdegimo simptomams priskiriamas skubėjimas, bijojimas suklysti ir nespėti, pernelyg didelis įsitraukimas į patį darbą. Stresinė savijauta neretai siejasi taip pat su nerimu, irzlumu, padidėjusiomis emocijomis. Nerimas vargina dvejant dėl sprendimų priėmimo, dėl nekontroliuojamų aplinkos faktorių. Tokia stresinė būseną turi tiesioginę įtaką emocinei ir fizinei savijautai. Tai reiškia, jog streso varginamas individas jaučiasi fiziškai pavargęs, išgyvena neigiamas emocijas, pasijaučia psichologiškai pažeidžiamas, silpnas (Spławska, 2013).

N. Makasheva (2016) yra analizavusi kaip profesinis perdegimas atsiliepia darbuotojo elgsenai ir psichofiziologijai. Pasak autorės tokiems darbuotojams būdinga nuotaikų kaita, padidėjęs jautrumas. Darbuotojai nurodo net fizinį silpnumą. Vėliau darbuotojas tampa irzlus, nemotyvuotas, vengia sunkių užduočių. O tai apsunkina darbo organizavimą.

Dar vienas streso faktorius - menkas atlygis už darbą. (Golanka et al., 2017). Organizacijos nemokėjimas motyvuoti darbuotojų ir patenkinti jų reikmių ir gali sukelti darbuotojams stresą. Pavyzdžiui, jei darbuotojas suinteresuotas tobulėti, kelti kvalifikaciją, mokytis, o organizacija tokių jo galimybių neužtikrina, tuomet per ilgesnį laikotarpį dėl tobulėjimo apribojimų, savirealizacijos darbuotojui gali atsirasti stresinė būseną. Prie kitų priežasčių priskiriama maža socialinė parama, nevykęs vadovavimas, mažos dalyvavimo galimybės priimant sprendimus, diskriminacija ar familiarumas (Guntupalli, 2014).

Akivaizdu, jog profesinį perdegimą sukeliančių faktorių gali būti ganėtinai daug. Tai priklauso nuo kiekvieno dirbančiojo mokėjimo priimti situaciją bei į ją atitinkamai reaguoti. Tokiu atveju, kyla mokėjimo valdyti atsiradusias stresines situacijas reikmė, kaip galimybė sumažinti streso poveikį profesinio perdegimo santykiui. Darbuotojų gerovė neatsiejama nuo jų sveikatos faktoriaus. Sveikata, profesinė sauga ir profesinės saugos atitinkamos paslaugos suteikia gerovės darbo aplinkoje pagrindą, kuris yra tolimesniu gerovės plėtotės atspirties tašku (Molero Jurado et al., 2018).

Apibendrinant galima teigti, kad profesinis perdegimas – tai sudėtinga darbuotojo reakcija į jo profesinėje veikloje patiriamą stresą ir pastangas, kad darbas būtų kuo geriau atliktas. Perdegimo

samprata, bendra prasme, išreiškia protinį, emocinį, fizinį išsekimą, atsirandantį dėl netinkamų darbo sąlygų, per didelės darbo apimties, įtampos bei kitų darbo aplinkoje patiriamų stresinių reiškinių.

1.2. Operacinės slaugytojų darbo ypatumai

Įvairių gydymo įstaigų padalinių darbuotojams pasitaiko panašios kritinės situacijos, tačiau pastebimi ir skirtumai. Pasak N. Istominos ir kt. (2013), chirurgijos padaliniuose neigiamą darbui įtaką daro nuolatinė kolektyvo kaita. Būtent dėl šitos priežasties netenkamas laikas, kuris trukdo sukcentruoti dėmesį, o ypač tai mažina darbo kokybę. Ne mažiau svarbus aspektas geresniam bendradarbiavimui, yra gydytojų bei slaugytojų santykiai. Nuo gerų kolektyvinių santykių priklauso darbo pasiskirstymas, pakankama reakcija esant pavojingoms situacijoms, darbo supratimas, tolerantiškumas. Nuolat dirbdamas su tuo pačiu slaugytoju, chirurgų darbas vyksta greičiau bei kokybiškiau, gerėja jo kokybė bei eiga, o tai yra labai svarbus faktorius.

Darbas operacinėje nemažai skiriasi nuo kitos klinikinės veiklos ne vien savo chirurginiu-klinikiniu pobūdžiu ir intensyvumu, tačiau taip pat izoliuota veiklos aplinka. Operacinė labai sudėtinga, didžiulės rizikos medicinos sferos aplinka, kuri gali sukelti nepageidaujamus faktorius pacientų sveikatai, rimtus sužalojimus, arba kitas rizikas, kaip paciento mirtį. Operacinė yra uždara nuo visų kitų patalpų, esančių gydymo įstaigoje, dinamiška, įdomi darbo vieta, išsiskirianti intensyviu klinikiniu darbu, techninių faktorių gausa, sterilumo užtikrinimu. Didžioji dalis ligoninėse nelaimingų atsitikimų priskirtini chirurginei priežiūrai, beveik pusę jų įmanoma išvengti, imantis tam tikrų priemonių (Vries et al., 2008). Viena tokių priemonių būtų darni komandinė veikla.

Apibūdindami operacinės slaugytojų darbą, A. Amiri et al. akcentuoja, kad visos operacijos laikotarpiu operacinės slaugytojas turi stebėti pacientą. Labai svarbu stebėti paciento padėties pakeitimą, kraujavimą bei sąlygas, kurios gali sukelti infekcijos grėsmę. Vadovaudamasis stebėjimais, slaugytojas turi pats imtis veiksmų, gerinančių paciento padėtį, arba pranešti visa ką pastebi, komandos nariams, galintiems kažkuo padėti. Tiek vykdant pagalbininko funkciją, tiek steriliai asistuojant, slaugytojui reikia būti pasirengusiam, jog paciento būklė gali sparčiai keistis, kas turi įtaką operacinės slaugytojo veiksmams (Amiri et al., 2018). Tad stebėti pakitimus bei išmanyti, kaip elgtis, esant ūmioms situacijoms operuojant, ypatingai svarbu, tai gali lemti paciento gyvybę.

Susižeidimai adatomis gana dažni operacinėje. Tačiau susižeidimų epidemiologija operacinės aplinkoje pakankamai skiriasi nuo susižeidimų epidemiologijos kituose ligoninės skyriuose. Susižeidimai po oda dažnai įvyksta, kuomet perduodami aštrūs įrankiai, žaizdų susiuvimo adatos bei kiti aštrūs instrumentai, siuvant žaizdas, kuomet panaudotas siūlas ar skalpelis būna paliekamas operacinio lauko vietoje, kuomet uždedama ar nuimama skalpelio geležtė ant peilio rankenos. Neretai atsitinka, jog operacinės aplinkoje yra pažeidžiamas ir sterilių pirštinių užkardas. Tyrimais nustatyta,

jog pirštinių pradūrimas atsiranda maždaug po 40 min. darbo, vykstant chirurginėms procedūroms (AORN Guidance Statement: Sharps Injury Prevention in the Perioperative Setting, 2011).

Atsakomybę didina ir inventoriaus priežiūra. Yra būtina patikrinti reikalingą darbui įrangą kaip prieš, tai ir po operacijos. Įrankiai ir tvarsliava skaičiuojami prieš ir po operacijos. Tai yra daroma tam, kad būtų išvengta palikti med.svetimkūnius žaizdoje (Amiri et al., 2018).

Operacinėje labai svarbu, kad dirbtų atitinkamos kvalifikacijos darbuotojai, darbas būtų gerai koordinuotas, pareigos atliekamos profesionaliai (Hull et al., 2011). Operacinės medicinos darbuotojams būtina mokėti ir gebėti darniai kartu dirbti, kadangi tikrai tinkamas bendravimas, koordinuotas darbas, pareigų atlikimas, kompetencijos yra privalomi faktoriai operacinėje tam, jog pacientui būtų suteikiama kokybiška, efektyvi chirurginė priežiūra. Kurio nors darbuotojo operacinėje sutrikdymas gali sukelti neigiamus rezultatus. Tyrimais nustatyta, jog operacinės chirurgų ir slaugytojų požiūris į bendrą darnų darbą turi nemažai neatitikčių, nes slaugytojai bendrą darbą nusako gana skirtingai (Prati and Pietrantonio, 2014; Sonoda et al., 2017).

2016 m. atliktame tyrime nurodoma, kad sauga ir komandinė veikla vertinama tik vidutiniškai. Darbo rezultatui labai svarbus yra darbo krūvis, problemų aptarimas kolektyve, kolegų tarpusavio santykis. Darbuotojų amžius, darbo stažas, išsilavinimas, neturėjo įtakos vertinant darbo klimatą. (Jerdakova ir kt., 2016).

Pasak L. Šakienės ir kt. (2015), slaugytojams yra labai svarbus solidarus darbas su patikima komanda, kuriai yra tinkama vadovaujama. Darbas įvardijamas kaip kokybiškas, kai darbuotojai kompetentingi, operatyviai reaguoja į iškilusias problemas.

Taigi galima teigti, kad operacinės darbas neįsivaizduojama be tinkamo komandinio darbo. Tačiau, kad darbas būtų kokybiškas, pareikalauja daug pastangų, tokių kaip kompetentingumas, greita reakcija iškilusioms problemoms, savo sferos profesionalumas, tarpusavio bendravimas. Operacinėje slaugytojams itin svarbu gebėti prisitaikyti prie bendros komandos, operatyviai sureaguoti į iškilus sunkumams, būti profesionaliems ir atsakingiems, jog būtų užtikrinta pacientų priežiūra ir saugumas.

Slaugytojai bendroje ligoninės veikloje bei ligonių slaugyme turi gana svarbias bei apibrėžtas darbo funkcijas (Drungilienė, Gailiūtė, 2009). Tad teigtina, kad operacinės slaugytojai atlieka gana svarbų vaidmenį. Jų žmogiškasis potencialas bei sveikata nukreipti į bendradarbiavimą ir bendravimą su kitais, norint išlaikyti optimalią ir tinkamą aplinką.

B. L. Higgins and J. MacIntosh (2010) teigimu, įvairių sferų slaugytojai dažnai savo dėmesį sukoncentruoja į ligonių priežiūrą ir priežiūros planavimą, kur esminis akcentas yra ligonių slauga, sveikatos išsaugojimo ir sveikatos puoselėjimo mokymai. Tuo tarpu operacinės slaugytojų darbas reikalauja protinių, emocinių, fizinių resursų, labai greitos orientacijos, prisitaikymo prie ganėtinai nenusipėjamo chirurginės veiklos proceso, užtikrinant ypatingai sterilią operacinės patalpą

izoliuotoje, uždaroje aplinkoje. Šie slaugytojai yra atsakingi už operacinės zonos ir instrumentų sterilumą, pacientų saugumą, komunikaciją visos operacinės komandos, taip pat su operacinės ir klinikos padalinių darbuotojais techninės įrangos veiklą ir patikrą, sklandų darbo procesą operacijų metu. Operacinės slaugytojo profesijai būtinos žinios ne vien susijusios su slaugos procesu, chirurginėmis intervencijomis, jų planavimu, pasiruošimu joms, čia privaloma greita orientacija, puikūs organizaciniai ir bendravimo įgūdžiai (Higgins, MacIntosh, 2010). Vertinant visus minėtuosius slaugytojų profesinius veiksnius ir darbo ypatumus, darytina prielaida, jog operacinės slaugytojų darbas nebeatsiejamas nuo stresinių situacijų ir profesinio perdegimo darbinėje aplinkoje.

Apibendrinant galima teigti, kad operacinė yra padidintos stresinės būsenos rizikos aplinka. Joje operacinės slaugytojų veikla pasižymi dideliais reikalavimais. Operacinės slaugytojai turi daug įvairių pareigų: pasiruošti prieš operaciją; padėti visai komandai pasiruošti operacijai; pasirūpinti, jog operacinėje nebūtų pažeisti aseptika ir sterilumas; asistuoti operacijos metu; sekti operacijos eigą, jog paciento žaizdoje neliktų svetimkūnių; stebėti pacientą; dalyvauti pacientą paruošiant operacijai, ruošiant narkozei. Be to, operacinės slaugytojai nuolatos susiduria su nemažais kraujo kiekiais, operacinės patalpoje nemažai aštrių instrumentų, kas padidina poodinių susižeidimų aštriais užterštais instrumentais riziką bei sukelia padidintą grėsmę užsikrėsti per kraują virusinėmis ligomis. Privaloma greita orientacija, didžiulis darbo krūvis, gebėjimas efektyviai paskirstyti darbo laiko resursus, naudotis nuolat tobulėjančiomis chirurginėmis priemonėmis ir technika, gali operacinės slaugytojus privesti prie nuovargio, išsekimo ir patirti profesinį perdegimą.

1.3. Operacinės slaugytojų profesinio perdegimo aspektai

Pacientų priežiūra ir slaugymas patys savaime kelia stresinę savijautą. Jeigu yra ir labai didelis darbo krūvis, suprantama, jog slaugytojų darbas ima neatitikti jų įsivaizduojamų idealų. Itin dažnai su stresine būsena ir profesiniu perdegimu darbe susiduria tie slaugytojai, kurie dirba operacinėje.

Slaugytojai savo darbinėje veikloje neretai išgyvena baimę, kaltę ar pasijaučia bejėgiais. Nuolatinis atsakingumas už kitų asmenų gyvybes, išsekina ir emociškai, ir fiziškai. Kartu augantis darbo krūvis, nuolat didėjantis pacientų skaičius, personalo stygius, procedūrų sudėtingumas ir neigiamai veikia savijautą (Khamisa et al., 2015). Būtent tokia nuolatinė stresinė būsena, dažniausiai tampa slaugytojų nuovargio, išsekimo priežastimi. Pervargimas, išsekimas, motyvacijos stygius dažnai lydi slaugytojus, o ypač intensyvios terapijos slaugytojus. Dėl to, esant tokiai emocinei būklei, pradeda vystytis ir profesinio perdegimo atvejų skaičius (Ahola and Hakanen, 2014).

Profesinis perdegimas neigiamai siejasi su atliekamos pareigybės kokybe, efektyvumu bei dažniau padaromomis praktinėmis klaidomis (Sharma et al., 2014). Per didelė stresinė būsena trukdo darbo veiksmingumui, mažina darbuotojo gebėjimus susidoroti su turimomis užduotimis, priimti tinkamus, teisingus sprendimus, sukelia elgsenos neatitikimus esamoms užduotims, pasyvumą.

Su stresine būseną dažniausiai susiduria asmenys, gyvenantys dinamišką, kompleksišką bei sparčiai kintantį visuomenės gyvenimą (Mealer, 2018). Dėl to profesinį perdegimą galima laikyti neišvengiamu operacinės slaugytojų atliekamame darbe, kur būna sparti darbo eiga, nuolatiniai pokyčiai, nespėjamos situacijos ir išėitys. Šiems slaugytojams susidūrus su normalų darbo procesą nebeatitinkančiomis situacijomis, kurias jie supranta, kaip pavojingas ir rizikingas, atsiranda baimė, kad nemokės jų įveikti, pasireiškia vidinis sutrikimas, ko pasekmėje išsivysto profesinis perdegimas.

Operacinės slaugytojams keliami pakankamai dideli profesiniai reikalavimai, nes jie turi puikiai išmanyti darbo ypatumus, sekti visą operacijos eigą, numatyti galimas problemas, išskylančias operacijos metu, laiku paruošti reikiamus instrumentus, aparatūrą. Tai veikla, reikalaujanti nuolatinio pasirengimo ir budrumo. Esant tokiam įtemptam darbui, operacinės slaugytojai būna itin jautrūs streso įtakai (Baršauskienė ir kt., 2010). Stresinė būseną operacinės slaugytojų atliekamame darbe proporcinga darbo intensyvumu ir krūviu, priklauso nuo jų sąlygų ir pobūdžio, atsakomybės dydžio bei darbo aplinkos. Nuolatos veikiant streso faktoriams, organizmo resursai palengva išsenka, stresorių įtaka akumuluojasi, visa tai daro poveikį slaugytojų savijautai ir sveikatai. Operacinės slaugytojai būdami atsakingi ir sąžiningi, stengiasi, kad darbas būtų atliktas tobulai. Dažnai, kuomet operacija užsitęsia, jie sutinka dirbti viršvalandžius, o pasibaigus tokiai darbo dienai, jaučiasi pikti, pavargę (Kazimėnienė, Grigaliūnienė, 2015). Šie pasikartojantys įvykiai operacinės slaugytojus veda link profesinio perdegimo.

Atliekamame darbe operacinės slaugytojai, išnaudodami fizinius bei emocinius resursus, praranda domėjimąsi darbu, arba motyvavimą jį atlikti. Taip gali atsirasti emocinės ir fizinės savijautos, komunikavimo komandoje sutrikimų. Pagal Karasek modelį, dėl didelių darbo reikalavimų ir žemos kontrolės, operacinės slaugytojams rizika patirti stresinę būseną įvairiose darbinės veiklos situacijose. Dėl to mažėja jų darbo kokybė, kuri gali trikdyti visų operacinės darbuotojų darbinę veiklą. Remiantis atliktais tyrimais, vis dažniau yra pripažįstamas neigiamas profesinio perdegimo poveikis bendram operacinės darbui (Hull et al., 2011).

L. Burgess et al. (2010) požiūriu, intensyvios terapijos slaugytojų veikloje kylanti stresinė savijauta labai priklauso nuo asmenybės tipo. Remiantis autorių atliktu tyrimu, didžiausią stresinę būseną patiria tie intensyviosios terapijos slaugytojai, kurie yra jautresni bei negebantys tinkamai valdyti savo emocijų. Tokius slaugytojus daugiausia paveikia darbo aplinkos faktoriai (García-Izquierdo et al., 2017).

R. Vimantaitės (2006) pastebėjimais, Lietuvoje daugėja duomenų, susijusių su sveikatos priežiūros specialistų, ypač slaugytojų, pervergimu, emociniu išsekimu, cinišku elgesiu, konfliktais darbe. Ši informacija parodo, jog sveikatos priežiūros įstaigose profesinis perdegimas paplitęs.

Apibendrinant galima teigti, jog savo darbo aplinkoje operacinės slaugytojai kiekvieną dieną ir nuolat susiduria su daugeliu stresinių situacijų ir patiria profesinį perdegimą, nes tai lemia jų darbo specifika. Operacinės slaugytojai prisiima didelę atsakomybę už pacientų sveikatą bei gyvybę, už bendro komandinio darbo problemas. Visi sunkumai paveikia šių slaugytojų emocinę bei fizinę savijautą ir gali pakenkti darbiniam įgūdžiams.

1.3.1. Operacinės slaugytojų profesinį perdegimą lemiantys veiksniai, turintys poveikį jų sveikatai

Profesinis perdegimas – tai situacija, kuomet su darbine veikla susiję veiksniai, kitaip tariant stresoriai, keičia darbuotojų psichologinę bei fiziologinę būseną ir sutrikdo įprastą jų darbą. Stresinę būseną sukeltantys veiksniai gali būti išoriniai ir vidiniai. Pasak P. Sharma et al. (2014), profesinis perdegimas medicinos darbuotojų darbinėje aplinkoje gana plačiai įvardyta problema, kelianti susirūpinimą slaugos mokslo sferoje.

Stresinės būsenos egzistavimą slaugoje pagrindžia nuolatos atliekami tyrimai, kuriuose labai dažnai nurodomi tokie su darbo aplinka susiję stresiniai veiksniai, kaip neapibrėžtumas, bejėgiškumo jausmas, pamaininis darbas, nemaži darbo krūviai, konfliktai, nepasitikėjimas, personalo stoka. Atlikti tyrimai nurodo, jog slauga laikoma pripažinta profesine medicinos sritimi, kurioje patiriamas nemažas streso lygis (Chou ir kt., 2014).

Kaip atskirą, slaugytojams specifinį darbinio krūvio aspektą, tikslinga paminėti emocinį darbinės veiklos reikalavimą – reikšti tiksliai siauro spektro emocijas (Kinman and Leggetter, 2016). G. Kinman and S. Leggetter (2016) tyrimas rodo, kad dėl emocinių poreikių patiriama disharmonija tarp demonstruojamų ir realiai išgyvenamų emocijų didina perdegimo grėsmę.

V. Gerikienės ir D. Bartkutės (2014) požiūriu, slaugytojų darbe patiriama stresinė būsena turi poveikį jų fizinei ir psichologinei savijautai, sukeldama profesinį perdegimą. Autorės yra atlikusios tyrimą, kurio tikslas buvo išnagrinėti slaugytojų pasitenkinimo profesiniais veiksniais sąsajas su pasireiškusiais profesinio perdegimo komponentais. Pažymėtina, kad šiems komponentams buvo priskirtinas emocinis išsekimas, asmeniniai pasiekimai, depersonalizacija. K. Guntupalli (2014) tyrimas atskleidė panašius rezultatus, nes nustatė, kad labiausiai profesinis perdegimas intensyviosios terapijos slaugytojų tarpe pasireiškia emociniais sutrikimais ir depersonalizacija.

M. Moss (2016) akcentuoja, jog intensyviosios terapijos slaugytojų profesinis perdegimas labiausiai pasireiškia jų emociniu išsekimu, kuomet slaugytojai jaučia ir fizinį, ir emocinį nuovargį. Pažymėtina, jog emocinis išsekimas būna dažniau pasireiškusiu profesinio perdegimo požymiu, nei depersonalizacija, kuriai būdinga apatija, neįsitraukimas į darbinę veiklą. Pasak autorių, intensyviosios terapijos slaugytojai dažniau išgyvena profesinį perdegimą, jei linkę viską kontroliuoti, artimas pesimistinis požiūris į gyvenimą ir turi didelių siekių. Tai – vidiniai darbuotojų

veiksniai, kuriems kartu su darbovietės aplinkos veiksniais, lemia profesinio perdegimo manifestaciją (Ferreira et al., 2014).

Operacinės slaugytojai, taip kaip ir kitų sričių specialistai, kasdieninėje veikloje susiduria su nemažai ir įvairiais stresinę būseną sukeliančiais veiksniais, t. y. stresoriais (Lim et al., 2010). Profesiniu stresoriumi galima laikyti bet kokią, su darbu susijusį veiksni, situaciją ar įvykį, sukeltą stresinę būseną, o proceso metu atsiradusi įtampa išreiškia darbuotojo fiziologinę arba psichologinę reakciją į stresorius. Patys dažniausi stresoriai operacinės darbuotojų aplinkoje yra laiko limitas, techninės komplikacijos, blaškymasis, pašalinis subruzdymas, personalo trūkumas, didelis darbo krūvis (Sharma et al., 2014). Iki šiol mokslininkai nėra įvertinę konkretų stresorių darbo aplinkoje poveikio darbuotojams tobulėti. Stresoriai darbe gali būti ir skatinantys, ir motyvuojantys. Bet sunkias patirtis sukeltantys stresoriai ir sudėtingas stresorių įveikimas, didina įtampą, atliekant darbą (Premi et al., 2017).

Kai kurie autoriai, remdamiesi atliktais tyrimais, akcentuoja, jog skiriasi slaugytojų ne bendras darbo aplinkoje patiriamos stresinės būsenos lygmuo, o kokį poveikį daro įvairūs stresoriai. G. Prati and L. Pietrantonì (2014) yra palyginę chirurgijos, operacinių, hematologijos/onkologijos, vidaus ligų skyrių slaugytojų darbo aplinkoje patiriamą profesinį perdegimą. Tyrimu nustatyta, jog operacinėse ir vidaus ligų skyriuose dirbantiesiems slaugytojams labiau stresinę būseną kelia nepakankamas pasirengimas, o hematologijos/onkologijos bei chirurgijos skyriuose slaugytojai patirdavo didesnę stresinę būseną dėl nemažo darbo krūvio.

Pagal mokslinių tyrimų duomenis, darbo krūvis dažniausiai priklauso nuo darbinės veiklos specifikos, įstaigos organizacinių ypatybių. Z. Qin ir kt. (2016) atliktu tyrimu nustatyta, jog aukščiausias stresinės būsenos lygmuo pasireiškia intensyvioios priežiūros skyriuose dirbantiems slaugytojams.

Analizuotuose moksliniuose šaltiniuose atlikti tyrimai, parodo stresinės būsenos poveikį ir komandinės veiklos darnai. Tyrimai atlikti Saudo Arabijoje, kuomet buvo tiriama operacinėse dirbantys slaugytojai, atskleidė šiuos esminius profesinį perdegimą lemiančius veiksnius: techninius nesklandumus ir įrangos problemas, kuriuos nurodė 16.4 proc., komandinio darbo veiksnius, kuriuos nurodė 6,4 proc. slaugytojų (Sami et al., 2012). 2015 m. pabaigoje. Japonijos ligoninėje, atliktame tyrime Fukuoka Sanno yra išsiaiškines, jog operacinės slaugytojų psichinė stresinė būseną daro neigiamą poveikį chirurginiam veiksmingumui ir klinikiniam rezultatams. Kaip labai svarbus operacinės komandinės veiklos barjeras, nustatytas perduodamojo tarp komandos grupės narių informacinio sąryšio sutrikimas ir informacijos praradimas tarp komandos narių (Sonoda et al., 2017).

Gilinantį į komandinio darbo, susijusio su profesinio perdegimo trikdymo problema, pastebėta, jog komandos, naudojančios nustatytą, „bendrą psichikos modelį“ žymiai sėkmingiau suvaldo nemažos įtampos situacijas (Hull et al., 2011). Dėl to, mažinant stresinę būseną lemiančius

veiksnius, operacinės skyriaus slaugytojų darbo aplinkoje, turi stiprėti komandinis darbas. Nes operacinės skyriaus slaugytojų darbinės veiklos proceso veiksmingumas ir darna, jo rezultatai labai priklauso nuo daugelio veiksnių: bendravimo, kompetencijos, techninių įgūdžių, asmenybės bruožų. Tokie paprasti veiksniai, kaip blaškymasis, triukšmas, atliekamų pareigybių nepasiskirstymas, nepasitikėjimas arba užduočių nesupratimas ir jų netinkamas atlikimas, kompetencijos stoka, padidina stresinę įtampą bendradarbių tarpe, kelia barjerus darniai, veiksmingai komandiniai veiklai. Komandos nariams būtina sutelkti savo įgūdžius ir žinias bendram tikslui – pacientų sveikatos labui ir jų saugumui pasiekti. Analizuoti moksliniai šaltiniai, atskleidė, jog darbinėms klaidoms bei pacientų saugai operacinėje įtaką turi ir atsiradusi stresinė būseną, ir prasta komandinė veikla, arba jos nebuvimas. Dėl to ir yra svarbu išsiaiškinti veiksniai, lemiančius stresinę būseną, kuri pasireiškia profesiniu perdegimu, taip pat ir kitas kliūtis, kurios trukdo vystyti bendrai komandiniai veiklai operacinėje.

Apibendrinant galima teigti, jog visi įvairių autorių minėti stesiniai veiksniai turi įtaką operacinės slaugytojų darbinėje veikloje patiriamam profesiniam perdegimui, kurie jų darbo aplinkoje yra neišvengiami. Minėti, veiksniai negatyviai veikia ir slaugytojų sveikatą, ir gerovę, prisitaikymą prie darbinės veiklos sąlygų, taip pat pacientų sveikatą bei saugumą. Atpažįstant bei mažinant stresinių veiksnių įtaką operacinės slaugytojų darbo aplinkoje, galima žymiai sumažinti, ar išvengti pasireiškiančių stresinių situacijų, taip saugant slaugytojų sveikatą, pagerinant darbo mikroklimatą, bei užtikrinant pacientų saugumą ir gerinant paslaugų kokybę.

1.3.2. Operacinės slaugytojų profesinio perdegimo poveikis jų sveikatai

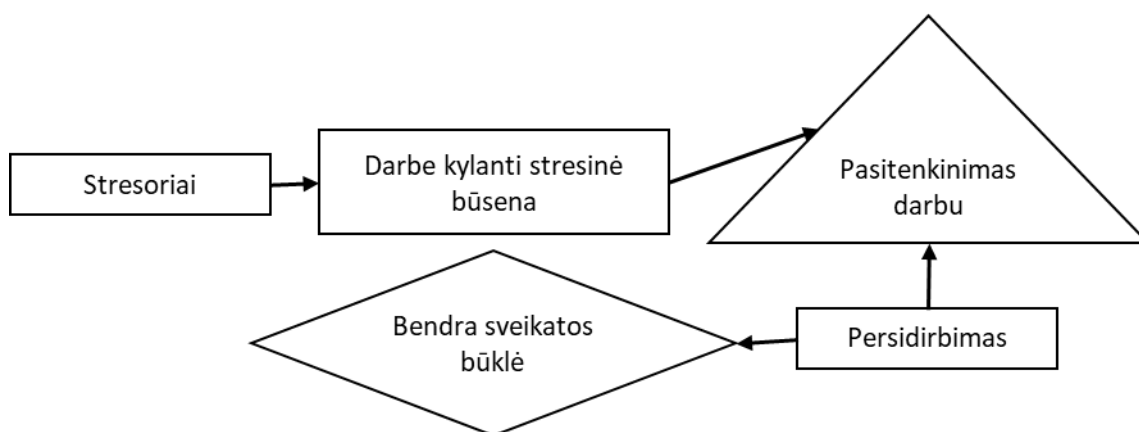
Daugelis tyrėjų yra pastebėję, kad profesinio perdegimo poveikis pamažu keičia medicinos specialistus, kaip asmenybes, palaipsniui jie tampa ne tokie lankstūs, nelabai nepalankiai reaguoja į supančius žmones, aplinką. Be to, atsiranda šaltumas, abejingumas, nenoras įsiklausyti ir suprasti, nutolstama nuo pacientų, jų kančių, problemų. Sumažėja atsidavimas savo darbui, mėginama atrasti kokią tai priežastį neateiti į darbą, sureikšminamas laisvalaikis, imama labiau vertinti materialiąsias sąlygas, negu pasitenkinimą darbu. Visa tai itin pablogina darbo kokybę, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, kas turi poveikį ne tik tai sveikatos priežiūros sričiai, tačiau ir jų asmeniniam gyvenimui, sveikatai (Vimantaitė, 2007).

Paskutiniu metu profesinis perdegimas yra pripažintas pasauliniu mastu, kaip esminis iššūkis dirbančiųjų sveikatai bei jų įstaigų klestėjimui. Mūsų šalyje 51 proc. darbuotojų tai nurodo, kaip beveik pagrindinę sveikatos pablogėjimo priežastį (Europos saugos ir sveikatos darbe agentūra, 2013

Viena didžiausių dabartinės visuomenės problemų, kaip teigia D. Andrijauskaitė (2017), yra stresas. Labai dažnomis patiriamų stresinių būklių priežastimis laikytini prieštaravimai tarp reikalavimų, kurie keliami darbe, asmens suvokimas, jog nebegali atlikti savo darbo pagal keliamus reikalavimus. Medicinos darbuotojų streso įtaka sveikatai dažnai analizuojami mokslininkų klausimai (Žutautienė ir kt., 2014). Pasak S. Iranmanesh ir kt. (2013), tyrimais įrodyta, jog stresinė būseną, kuri sukelta darbe, sukelia plataus spektro sveikatos simptomus. Pyktis, košmarai, sugrįžtantys prisiminimai dėl darbo įvykių, depresija, nerimas, sutrikęs sugebėjimas susikaupti, dirglumas būna dažniausiai pasitaikantieji simptomai slaugytojams, kasdien patiriantiems stresinę būseną. Ši potrauminė būseną sukelia tokius gyvenimiškus sutrikimus, kaip perdėtas dirglumas, panikos priepuoliai, pablogėjusi miego kokybė. Prie minėtų simptomų sukėlimo prisideda taip pat kasdieninė darbo rutina, pernelyg dideli lūkesčiai ir viltys iš pacientų bei jų šeimų, masyvūs kraujavimai, atvirosios chirurginės žaizdos, kritinės būklės, pacientų mirtys.

Profesinis perdegimas, išsekimas darbe, tiesiog įvardijami, kaip asmens atsakas į stresorius, kylančius per ilgą darbo trukmę, turinčios įtakos pasitenkinimui darbu, dažnai sąlygoja darbo atlikimą, produktyvumą, gerovę sveikatos priežiūros specialistų tarpe bei su kitais darbuotojais. Nemažas slaugytojų išsekimas dažniausiai siejamas su gana ilgu tiesioginiu žmogiškuoju, emocinio pobūdžio sąlyčiu su pernelyg dideliu skaičiumi ligonių. Tarp kitų faktorių, kaip netrumpa su darbu susijusios stresinės būklės trukmė, arba mažas pasitenkinimas darbu, ir pripažįstami, kaip sąlygojantys didelį slaugytojų patiriamą profesinį perdegimą. Slaugytojų profesinis perdegimas priveda prie pojūčių kitiems praradimo, t. y. depersonalizacijos, emocinio išsekimo ir pan. Šie patyrimai turi ganėtinai ryškias, nemažas pasekmes slaugytojų gerovei ir sveikatai (Khamisa et al.,

2013). Modelis, kuris parodo sąsajas tarp slaugytojų iškylančių stresinės būsenos veiksnių bei profesinio perdegimo rezultatų, pateikiamas 1 paveiksle:



1 pav. Santykis tarp slaugytojų kylančių stresinių veiksnių ir perdegimo rezultatų

Šaltinis: N. Khamisa et al., 2013

Pateiktas modelis parodo sąsajas tarp slaugytojams kylančių stresinių veiksnių bei profesinio perdegimo pasekmių. Darbo aplinkoje esantieji stresoriai sukelia slaugytojams stresinę būseną, kuri daro poveikį pasitenkinimui darbu ir gaunamas atsakas, t. y. profesinis perdegimas. Šis profesinis perdegimas iššaukia nepasitenkinimą darbu, emocinį išsekimą, kas turi poveikį bendrai slaugytojų sveikatos būklei.

Graikijoje 2013 m. atlikto slaugytojų, kurie dirbo privačiose ir viešosiose įstaigose, tyrimo tikslas buvo atskleisti sąsajas tarp slaugytojų darbo vietoje patiriamos stresinės būklės ir elgesio, susijusio su pacientų priežiūra ir su slaugytojų sveikata, susijusios gyvenimo kokybės. Remiantis pagrindine hipoteze, nepaliaujama stresinė būklė lemia slaugytojų psichinės bei fizinės sveikatos būklės blogėjimą, negana to, turi neigiamą poveikį jų rūpybos gerų praktikų įgyvendinimui. Gautieji tyrimų duomenys parodė, jog slaugytojų su stresine būseną siejamus veiksnius galima traktuoti, kaip rodiklį, nusakantį rūpybos įgyvendinimą, be to, jie neigiamai sąlygoja su sveikata susijusiąją gyvenimo kokybę. Aptariant konkrečiau, nesutarimai, konfliktai su kolegomis daro nenuginčijamą įtaką asmens psichinei būklei, gebėjimams, profesiniams žinioms, iššaukia konfliktus su gydytojais dėl pagarbaus elgesio pacientams bei konfliktus su sveikatos priežiūros institucijos specialistais dėl netinkamai priskirto gydymo. Nustatyta, kad su sveikata susijusi slaugytojų gyvenimo kokybė – tai nenuginčijami stresinės būsenos veiksniai, darantys poveikį fizinei, emocinei sveikatai, kas iššaukia profesinį perdegimą, tuo tarpu dėl konfliktų su vadovybe kylanti stresinė būseną yra susijusi su jų psichine sveikata (Sarafis et al., 2016).

Lietuvoje S. Karpavičiūtė (2016) yra atlikusi tyrimą, kurio esminis tikslas buvo nustatyti ir įvertinti mūsų šalies slaugytojų subjektyviąją sveikatą, patiriamą nuovargį, stresą. Gautais tyrimo

rezultatais nustatyta, jog trečdaliui slaugytojų pasireiškia vidutinio stiprumo bendras, fizinis bei protinis nuovargis, vidutinio stiprumo stresas pasireiškia daugiau, nei dviem penktadaliams, o stiprus stresas būdingas penktadaliui tirtų slaugytojų. Stipresnį nuovargį ir stresą patyrė slaugytojai, buvę labiau nebeatenkinti savo darbu ir gyvenimu, nei slaugytojai, buvę labiau patenkinti darbu ir gyvenimu. Slaugytojams, kurių atliekamas darbas buvo daugiau emociškai ir fiziškai įtemptas bei kurie jautė didesnę nervinę įtampą, pasireiškė stipresnis nuovargis ir stresas. Tuo taro slaugytojai, patyrę žemesnį bendruomeniškumo jausmą darbo aplinkoje, jautė stipresnį stresą bei nuovargį, nei slaugytojai, darbe patyrę aukštesnį bendruomeniškumo jausmą.

Mokslinių tyrimų duomenys parodo, jog streso įtakos sukelti dažniausiai pasitaikantys sveikatos sutrikimai, patiriami medicinos darbuotojų yra miego sutrikimai, galvos skausmas, profesinis perdegimas (Žutautienė ir kt., 2014). Taigi patiriama stresinė būseną darbe sukelia įvairiausių sveikatos problemų. Pagal E. Glumbakaitės (2014) tyrimo rezultatus, didėjant psichologiniams poreikiams darbe, intensyvėja patiriama stresinė būseną, vis labiau pasireiškia profesinis perdegimas, depresijos simptomai.

Užsienio mokslinių šaltinių duomenimis, itin plačiai yra tiriamos slaugytojų profesinio perdegimo, patiriamo streso, psichologinių reikalavimų darbo aplinkoje sąsajos su sveikatos pasekmėmis. Stresinė būseną veikia daugumą organizmo funkcijų ir sistemų: emocinę būseną, širdies ritmą, kvėpavimą, kraujospūdį, gali atsirasti kaulų ir raumenų sistemos problemų (Glumbakaitė ir kt., 2007). Darbuotojai patiria stresinę būseną tada, kuomet jiems keliami nemaži darbo reikalavimai, kurie viršija jų gebėjimus, keliamiems reikalavimais įvykdyti. Be sveikatos problemų, susijusių su psichika, ilgalaikę stresinę būklę patiriantiems medicinos specialistams gali atsirasti gana rimtų ir fizinės sveikatos sutrikimų (Europos saugos ir sveikatos darbe agentūra).

Slaugytojų darbas dažnai sukelia stresinę būseną, reikalauja nemažos atsakomybės, dėl to atitinkamai yra būtinas ir kuo didesnis įsitraukimas į atliekamas pareigas. R. Žutautienės ir kt. (2014) požiūriu, slaugytojai, kontaktuojantys su daugeliu pacientų, patiria emocinę, psichologinę, įtampą, o tai vėliau iššaukia emocinį išsekimą, intereso darbui praradimą, blogėjančią ir fizinę, ir psichinę savijautą. Tokia būseną neatsiejama nuo profesinio perdegimo. Be to, anot autorių, būtent medicinos specialistams tenka dirbti naktimis, ypač yra nemažas darbo krūvis, dėl to atsiranda išsekimas, nuovargis. Autoriai yra nustatę slaugytojų darbo aplinkoje pasireiškiamus psichosocialinius grėsmės veiksnius bei jų poveikį slaugytojų sveikatos sutrikimams (žr. 1 lentelę).

Kaip pastebima, lentelėje nurodyti emocinis išsekimas, pernelyg ilgos darbo valandos, santykiai su kolegomis, stresas lemia slaugytojų darbo aplinkoje pasireiškiantį profesinio perdegimo sindromą. Tačiau kažkiek kitokius veiksnius, kurie nulemia medicinos darbuotojų nepasitenkinimą darbu, sukeliančius sveikatos sutrikimus yra išskyręs P. Vasilavičius ir kt. (2010). Pagal autorius, slaugytojų nepasitenkinimui esamu darbu poveikį turi darbo kontrolė, darbo valandos, organizacinės

paramos stygius, spaudimas darbe, kontaktai su nepatenkintais ligoniais. Taip pat išskirtina organizacinė darbo kokybė, galinti sąlygoti pernelyg didelius darbo krūvius, ligonių eiles ir atitinkamai lemti darbuotojų negatyvias nuostatas, stresines būkles.

1 lentelė. **Slaugytojų darbe patiriamų psichosocialinių rizikos veiksnių poveikis jų sveikatai**

Psichosocialiniai rizikos veiksniai	Sveikatos sutrikimas
Emocinis išsekimas – užimamos pareigos, ilgos darbo valandos, didelis pacientų skaičius.	Perdegimo sindromas.
Stresinė būsena darbe, kurią sąlygoja naktinis darbas, santykiai su kolegomis, pernelyg ilgos darbo valandos.	Pervargimas, perdegimo sindromas.
Santykiai su kolegomis, pokyčiai darbe, konfliktai darbe, pernelyg ilgos darbo valandos.	Nuovargis, perdegimo sindromas .
Įtampa darbe, pernelyg ilgos darbo valandos, negatyvūs pokyčiai darbe.	Depresijos simptomai.

Šaltinis: R. Žutautienė ir kt., 2014, p. 23-26

Nesugebėjimas valdyti įvairių situacijų, pasidavimas negatyvioms mintims ir emocijoms, tampa pretekstu vystyti slaugytojų profesiniam perdegimui. Kaip jau anksčiau buvo minėta, slaugytojų profesija siejama itin dideliu darbinės veiklos krūviu, naktiniu darbu, pasireiškiančiu sveikatos sutrikimais. V. Janušonis (2015) akcentuoja, jog naktiniame medicinos darbuotojų darbe būna patiriama žymiai daugiau itin skubių hospitalizacijų, padaugėja medicininių klaidų, komplikacijų, pacientų mirčių. Naktinis šių specialistų darbas gali turėti poveikį sveikatos būklei, sukelti hipertenziją, afektinius susirgimus, širdies ligas.

Pagal V. Gerikienę ir D. Bartkutę (2014), plačios slaugytojų profesinės kompetencijos, didėjantys reikalavimai sąlygoja slaugytojų nepasitenkinimą darbu bei profesinio perdegimo raišką. Esat tokiam atvejui, slaugytojams pasireiškia nuolatinė įtampa, entuziazmo darbui sumažėjimas, nuovargis, kas lemia ne tik darbo su pacientais kokybę, bet ir asmeninio gyvenimo gerovę ir kokybę.

J. Kalibatas su bendrautoriais (2007) yra analizavęs slaugytojams pasireiškiančius emocinius simptomus, psichosomatinius veiksnius, stresą, ir atitinkamai nurodęs, kokius sveikatos negalavimus, sutrikimus arba nepasitenkinimo pačiu darbu veiksnius tai sukelia. Emociniai simptomai būna lydimi susijaudinimo, nuovargio, nerimastingumo, nervingumo. Psichosocialiniams, stresinę būseną sukeliantiems veiksniams, priskyręs pernelyg ilgą darbo valandą, nepakankamą darbo užmokestį,

bendradarbių nepalaikymą. Psichosomatiniams sutrikimams priskyres miego sutrikimus, padažnęjusį širdies plakimą ir kitus sutrikimus (žr. 2 lentelę).

2 lentelė. **Stresinės būsenos, psichosomatinių simptomų, emocinių simptomų sąsajos su sveikatos sutrikimais**

Stresinę būklę nulemtas elgesys	Psichosomatiniai simptomai	Emociniai simptomai	Psichosocialinio streso veiksniai
Irzlumas	Miego sutrikimas	Nuovargis	Nepasitenkinimas atlygiu
Pyktis	Kraujo spaudimo padidėjimas	Nervingumas	Per ilgą darbo valandą
Nekantrumas	Širdies plakimo padažnėjimas	Susijaudinimas	Palaikymo stoka
Poreikis rūkyti		Nerimąstingumas	

Šaltinis: J. Kalibatas ir kt., 2007, p. 31-38.

Visų minėtų veiksnių sąveikavimas turi įtaką slaugytojų subjektyviai gerovei, pasitenkinimui darbu, savijautai. Tokie pasireiškiantys simptomai formuoja slaugytojų profesinio perdegimo konceptą. Bendrai tariant, slaugytojų darbe patiriamos stresinės situacijos sukelia konkrečius emocinius simptomus, lemiančius profesinio perdegimo atsiradimą. Stresinė būklė atitinkamai pasireiškia ir dėl kitų slaugytojams svarbių ir reikšmingų veiksnių, kurie jiems svarbūs, ar dėl kurių jie jaudinasi. Tokia būklė lemia įvairių sutrikimų, susirgimų atsiradimą, kurie per ilgesnį laikotarpį gali pasireikšti profesiniu perdegimu (Smith et al., 2011).

Stresinės būklės pasekmės, kaip profesinis perdegimas, anot K. R. Roberts and L. Grubb (2014), plačiai yra paplitusios slaugytojų tarpe. Šioje srityje stresinė būklė susijusi su mažesniu pasitenkinimu darbu, didesniu sielvartu, įvairiais nusiskundimais, susijusiais su sveikata, absenteizmu. Be to, turi poveikį atsirasti miego sutrikimams, depresijai, nepasitikėjimui savimi, mažesnei savigarbai, didesniai dirglumui, atsirasti nepakankamumo jausmui, somatiniams sutrikimams. Galvojama, jog darbo krūvis įprastai sukelia neproporcingai didelį bendrą sergamumą, didina riziką psichinių ligų susirgimams.

Darbe patiriama stresinė būsena gali turėti poveikį sumažėjusiam darbo našumui, darbuotojų kaitai, klaidoms, ginčams ar netgi nelaimingiems atsitikimams, padaryti ir kitokios žalos (Jacobs et al., 2017). Bet patiriama stresas gali būti ir ne toks jau blogas veiksnys. Mažos stresinės situacijos gali darbuotojus stimuliuoti energingumui, sutelktumui, padėti įveikti paskirtas užduotis netgi greičiau ar kokybiškiau. Įvairiausiose gyvenimo situacijose, supančioje aplinkoje, ypatingai

darbinėje, stresinė būseną visuomet siejama su individualiais fiziologiniais, psichologiniais organizmo procesų pokyčiais, lemiančiais konkrečios besiklostančios aplinkybės (Arora et al., 2009). Švedijoje atliktame tyrime, buvo siekta nustatyti ar kognityvinės stresinės būklės simptomai teigiamai yra susiję su emociniais bei užduočių atlikimo poreikiais, emociniu piktnaudžiavimu operacijos metu. Tyrime buvo išsiaiškinta, jog operacinėse atliekamo darbo metu, kylančios kognityvinės stresinės būklės simptomai buvo teigiamai susiję su slaugytojų emociniais veiksniais (Elfering et al., 2017).

Taigi, profesinis perdegimas, kuris susijęs su slaugytojų darbo aplinka, tai yra jų atsakas į stresinę būseną, kylančią dėl negatyvių psichosocialinių darbinės aplinkos veiksnių. Slaugytojai dėl patiriamo profesinio perdegimo dažnai jaučia neharmoningą, nepilnavertį intelektualinį, socialinį, emocinį gyvenimą. Tai neigiamai paveikia gyvenimo kokybę, sukelia sveikatos sutrikimus.

H. Abdul Rahman et al. (2017) yra nustatę, kad slaugytojai, dirbantys intensyvioios priežiūros ir skubios pagalbos skyriuose, darbo vietoje susiduria su dideliais darbo kokybės reikalavimais, nemažu darbo tempu ir patiria išsekimą, profesinį perdegimą. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad šiuose skyriuose dirbantiems slaugytojams dažnai pasireiškė nugaros, pečių ir kaklo srities skausmai, nepalaujamas lėtinis nuovargis, pėdų skausmai, taip pat kyla nemaža patyčių ir konfliktų su pacientais bei jų artimaisiais grėsmė.

Tyrimais yra įrodyta, jog, esant netaisyklingam darbo režimui, slaugytojai negali atsipalaiduoti, todėl blogėja jų miego kokybė. Tai tampa nuovargio, kraujo spaudimo sutrikimų galvos skausmų priežastimis (Burba ir kt., 2014). Miego trūkumas paveikia psichologinę ir fiziologinę sveikatą, kitaip tariant, nuotaiką, budrumą, atmintį, mokymąsi (Blomberg et al., 2016).

2013 m. Alzharos ligoninėje atlikto tyrimo tikslas buvo rasti sąsajas tarp slaugytojų protinio darbinio krūvio bei kaulų ir raumenų ligų atsiradimo. Gauti tyrimo rezultatai parodė, jog rastos pastebimos sąsajos tarp slaugytojų didelio protinio darbinio krūvio bei jų pasireiškusių kaulų ir raumenų ligų atsiradimo. Tarp šešto protinio darbinio krūvio skalių, nusivylimui priskirta mažiausia vertė, bet didžiausia sąsaja nustatyta su kaulų ir raumenų ligomis, ypatingai skausmais, susijusiais su apatine nugaros dalimi (Habibi et. al., 2015).

Slaugytojos, dirbančios ginekologijos ir akušerijos skyriuose patiria ir daugybę stresorių, lemiančių atsirandančius įvairius sveikatos sutrikimus. Šiuose skyriuose, dirbantys slaugytojai dažniausiai patiria darbo nulemtas kaulų ir raumenų ligas. Jų kasdieninės užduotys apima, bet neapsiriboja tikta administracinėmis procedūromis, slaugos priežiūros ir su operacijomis susijusių darbų atlikimu. Esamo darbo proceso metu, slaugytojai turi atitikti profesinių žinių ir fizinės ištvermės reikalavimus, ir tuo pačiu kartu jie patiria įtampą ir nuožmią konkurenciją, sukliamą dėl gydytojų ir paciento ryšio. Ypatingai operacijų metu, slaugytojų pareikalaujama dažnai perkelti sunkaus svorio pacientus bei netrumpą laiką būti pasilenkus, pritūpus, susikūprinus, nuolatos

palenkus liemenį, kas sukelia apkrovą ir spaudimą pečiams, kaklui, liemeniui ir pan. (Wang et al., 2017).

2014 m. Graikijoje buvo tirta, kaip nemiga siejasi su profesiniu perdegimu tarp Grakijos slaugos darbuotojų. Tyrimu siekta iširti centrinės Graikijos dalies slaugytojų, dirbančių viešosiose ligoninėse ir klinikose, profesinio perdegimo ir nemigos sąsajas. Atliktais tyrimo rezultatais, apie trys iš keturių slaugytojų buvo patyrę didelį išsekimo lygį. Slaugytojams, dirbantiems chirurgijos skyriuose bei dirbantiems daugiau, negu 4,5 per mėnesį naktines pamainas, buvo pasireiškęs didesnis nemigos lygis. Nustatyta, kad nemigos laipsnis statistiškai koreliuoja su slaugytojų išsekimo poskale ir teigiamai su depersonalizacija ir emociniu nuovargiu, o neigiamai koreliuoja su skale, susijusia su asmeniniais pasiekimais (Kousloglou et al., 2014).

2011 m. atliktame V. Malinauskienės su bendrautoriais tyrime nustatyta, jog Europos šalyse profesinis stresinės būklės pasireiškimas yra nevienodas. Darbinės veiklos viršvalandžių įtakos sąsajos su blogesne sveikata daugiau išryškėja darbuotojams, esantiems Rytų Europoje. Tyrimo metu buvo nustatyta, jog dauguma Lietuvos slaugytojų savąją sveikatą vertina gana neigiamai. Reikšmingiausi veiksniai, kurie nulėmė tokį slaugytojų savosios sveikatos vertinimą buvo dideli darbo reikalavimai, nedidelė darbo kontrolė, nedidelė socialinė parama gaunama iš vadovų ar bendradarbių, susidūrimas su nemažomis kritinėmis situacijomis darbe, fizinio aktyvumo nepakankamumas, pasireiškiantis psichologinis distresas, atsvoris, nepasitenkinimas darbu (Malinauskienė ir kt., 2011). 2013 m. Lietuvoje atliktame tyrime, tikslas buvo įvertinti medicinos personalo – slaugytojų ir gydytojų – sveikatos būklę. Pagal šio tyrimo duomenis, savo esamą sveikatos būklę didesnę pusę (63,9 proc.) slaugytojų ir gydytojų vertino gerai. Tačiau sveikatos būklės įvertinimas skyrėsi dviem požymiais, t. y. pagal amžių ir lytį. Tyrimo metu atskleista, jog didėjant tiriamųjų amžiui, savąją sveikatos būklę įvertinančių gerai, tiriamųjų dalis statistiškai patikimai mažėjo. Medicinos personalo moterys, palyginti su vyrais, savąją sveikatos būklę įvertino prasčiau (Klimanskaitė, 2013).

Apibendrinus galima teigti, kad moksliniuose šaltiniuose aprašyta nemažai tyrimų, kuriuose nustatomos sąsajos tarp slaugytojų stresinės būsenos, pasireiškiančios profesiniu perdegimu ir to pasekmėmis jų sveikatai. Teigtina, kad įvairūs stresoriai, pasireiškiantys slaugytojų darbo aplinkoje, dažniausiai sukelia tokių skausmų, kaip pečių, kaklo, nugaros atsiradimui, taip pat sukelia miego, kraujo spaudimo, padidėjusio širdies plakimo sutrikimus, sukelia nuovargį, nerimastingumą ir t.t.

1.4. Profesinio perdegimo prevencijos priemonių taikymas ir svarba operacinės slaugytojams

Profesinis perdegimas laikomas lėtinio pobūdžio esama problema, dėl to nelabai tikėtina, jog perdegusiems darbuotojams padės netgi keletas savaitių poilsio. Dėl tokios priežasties prevencijos taikymas, kurio metu esminis dėmesys nukreipiamas į darbinę aplinką, būtų geriausias dėl profesinio perdegimo problemos sprendimo (Žiedelis, Pajarskienė, 2017).

Pasak L. Bulotaitės ir kt. (2014), streso, kuris palaipsniui perauga į perdegimą, sveikatos gerinimas bei prevencija reikšmingi ne vien pačios sveikatos stiprinimui, tačiau ir asmens darbingumo, motyvacijos, pasitenkinimo darbu didinimui.

Kalbant apie profesinio perdegimo prevencijos svarbumą slaugytojams, A. Žiedelio ir B. Pajarskienės (2017) teigimu, perdegimas dažnai būna lydimas kitų sveikatos sutrikimų ir ligų. Tyrimai yra parodę, kad perdegę darbuotojai žymiai dažniau susergera depresija, įvairiausiais nerimo sutrikimais (panikos sutrikimas, įvairios fobijos, generalizuotas nerimo sindromas ir kt.), jiems dažniau būna diagnozuojamos priklausomybės nuo alkoholio. Taip pat tokiems darbuotojams būdinga didesnė rizika ateityje atsirasti širdies kraujagyslių, kaulų-raumenų sistemų sutrikimams. Jiems būdinga ir didesnė infekcinių ligų, II tipo diabeto rizika. Profesinio perdegimo prevencija gali padėti mažinti taip pat psichikos ir įvairių somatinių sutrikimų riziką. Esant šioms priežastims, efektyvi bei į darbinę aplinką nukreipta perdegimo prevencija itin naudinga tiek individualiems darbuotojams, tiek visai įstaigai.

Slaugytojų veiklos kontekste prevencine priemone galėtų tapti aukštas pasitenkinimas savo darbu, ar priešingai – mažas pasitenkinimas atliekamu darbu, gali turėti įtaką nepasitenkinimo darbu kilmei, atitinkamai tapti beveik esmine priežastimi sukeliančia profesinį perdegimą. Slaugytojų pasitenkinimą darbu daugiausiai lemia bendradarbiavimo efektyvumas, darbo rezultatyvumas, atlyginimas. Tuo tarpu V. Ožeraitienės ir kt. (2014) požiūriu, reikšmingi aspektai, turintys įtaką, pasirenkant slaugytojo darbą, saugumo, saviraiškos, savigarbos poreikiai, geras darbo užmokestis, profesinio darbo lūkesčiai, pasitenkinimas laisvalaikiu, suteiktas savarankiškumas. Autorių atliktame tyrime atskleista, kad slaugytojų pasitenkinimas darbine veikla priklauso nuo jų darbo stažo ir išsilavinimo. Tokių veiksnių nustatymą galima laikyti prevencine priemone, norint išvengti slaugytojų profesinio perdegimo atsiradimo. Vadinas, pagal atlikto tyrimo duomenis, slaugytojams, turintiems mažesnę darbinę veiklos stažą, svarbiausia yra karjeros galimybės, apdovanojimai, kolektyvas, tuo tarpu didesnio stažo slaugytojų prioritetu laikytini atlyginimas, lengvatos. M. Ferreira et al. (2014) taip pat pažymi, jog slaugytojai, kurie turi daugiau darbinę veiklos stažą, ir labiau išgyvena pasireiškusį profesinį perdegimą. Autoriai išskiria išsilavinimo aspektą, nurodydami, jog žemesnio išsilavinimo slaugytojai beveik svarbiausiam aspektui priskiria apdovanojimus. Minėtų

veiksnių propagavimą, sudarymą sąlygų jiems sąveikauti, galima priskirti prie potencialių priemonių, veikiančių kaip prevencinės, nuo profesinio perdegimo.

Pagal V. Gerikienę ir D. Bartkutę (2014), slaugytojų pasitenkinimas darbine veikla neatsiejamas nuo jų požiūrio, lūkesčių, pozityvių jausmų, susijusių su jų darbu, su pasitenkinimu daugeliu įvairių profesinių veiksnių. V. Kuodytė ir kt. (2014) yra analizavę psichosocialinius veiksnius, turinčius poveikį slaugytojų darbe patiriamai stresinei būsenai. Autorės nurodė, kad slaugytojų darbe reiktų įgyvendinti šių rizikos veiksnių prevenciją, dviem lygmenimis, taip sumažinant slaugytojų darbe patiriamą stresinę būseną.

Pirminė intervencija, anot V. Kuodytės ir kt. (2014), tai yra pirminis stresinės būklės mažinimas visų pirma sietinas su darbinės veiklos planavimu, krūvio valdymu. Darbinės veiklos planavimas sumažina slaugytojų veiklos vaidmens dviprasmiškumą bei neaiškumą, pagerina jų darbo bei asmeninio gyvenimo harmoningą būseną, taip pat mažina darbinį krūvį. Svarbu yra sudaryti tinkamas sąlygas autonomijos plėtotei ir įtaką slaugytojų pačiam darbui. Nes slaugytojams sudarius galimybę kontroliuoti savo darbą, padidėja produktyvumas, motyvacija, paslaugų kokybė. Tuo tarpu antrinė intervencija siejama su stresinės būklės ir laiko valdymo apmokymų diegimu slaugytojų atliekamame darbe. Taip slaugytojai yra mokomi stresinės būsenos įveikimo, darbinės veiklos planų sudarymo metodikų.

M. Smith et al. (2011) nurodo, kad pakankamą valandų skaičių miegui, reguliarią mankštą, gerai subalansuotą mitybą, masažą, meditaciją, jogą, relaksaciją ir reiktų įtraukti į prevencijos bei atsipalaidavimo priemonių sąrašą. Įtampą, išsekimą, kuriuos sukelia kasdienė rutina, nerimas, mažinti padėtų humoro jausmas, malonus, pozityvus komunikavimas su šeima, draugais, asmenimis, turinčiais tvirtas dvasines ir socialines vertybes. Nepatartina stresinę būklę mažinti tokiais būdais, kaip cigaretės, alkoholis, arba medikamentai.

A. Vahedian-Azimi et al. (2017) pastebėjimais, kiekvienoje gyvenimo esamoje situacijoje, asmenims svarbu gebėti atpažinti stresinę būseną iššaukiančius veiksnius, mokėti tam užkirsti kelią, kol ji nepadarė žymesnės žalos. Atsaku į profesinį stresą galima laikyti neigiamų emocijų valdymą, elgesį orientuotą į stresorius. Profesinio streso įveikimo mechanizmai gali ir skirtis priklausomai nuo esamos situacijos, kultūrinių-geografinių sveikatos sistemų skirtumų, slaugytojų amžiaus, asmeninio atsparumo įvairioms stresinėms situacijoms.

T. A. Вежновець ir kt. (2017) įžvalgomis, stresinės būsenos, kuri siejama su darbo aplinka, valdymą turi propaguoti kuo daugiau organizacijų, su tikslu prisidėti prie savo darbuotojų psichologinės sveikatos gerovės. Pasitenkinimas darbine veikla laikytinas subjektyvios gerovės dalimi, kuri tiesiogiai sąveikauja su pozityviuoju psichologiniu kapitalu. Kuomet didėja pozityvus psichologinis kapitalas, auga darbuotojų subjektyvi gerovė, pasitenkinimas darbu bei gyvenimu. Tai lemia ir pacientams kokybiškesnį, geresnį paslaugų teikimą (Вежновець ir kt., 2017). Vis tik

darbuotojų gerovė gana įvairiapusis reiškinys, sąlygojamas ne vien darbo aplinkos ir procesų, arba organizavimo, tačiau ir kitų savijautą nulemiančių faktorių. Darbe, norint, kad būtų aukšta subjektyvi darbuotojų gerovė, reikėtų gerinti mikroklimatą, darbo sąlygas, užtikrinti tinkamą aplinką, atlyginimą, saugias darbo sąlygas (Zhou et al., 2015). Tad teigtina, kad gerovė darbo aplinkoje sukuriama kiekvieno darbuotojo požiūriu, tam turi poveikį ir jo prioritetingos sritys. Bet, beveik įtakingiausią veiksnį, kuris mažina darbuotojų gerovę, reikia laikyti stresinę būseną, kuri perauga į profesinio perdegimo pavojų.

Pirmiausia turėtų būti mažinami emocinį išsekimą sukeliantys veiksniai ligoninės skyriuose. Iš tiesų yra neįmanoma atsiriboti nuo darbinės veiklos specifikos sukeliančios stresinės būsenos. Tai yra slaugytojų darbinė veikla pagrinde su sunkių būklių pacientais. Dėl to galima sakyti, kad išgyvenimai, stresinė būklė, atžvilgis į šią darbo dalį iš esmės priklauso nuo slaugytojų asmenybės (Burgess et al., 2010). Vis tik, egzistuojančius veiksnius, lemiančius slaugytojų, dirbančių ligoninės skyriuose, savijautą, sukeliančius nepasitenkinimą ar stresinę būseną reikėtų valdyti, taikyti prevencines priemones. Tai galėtų būti darbo krūvio mažinimas, nedarbas viršvalandžių ir kt., tiksliau sakant, koreguojami slaugytojų darbo aspektai, darantys didelį poveikį profesinio perdegimo atsiradimo priežastims ir pasekmėms (Cañadas-De la Fuente et al., 2015). Taip pat žinant, jog operacinės slaugytojų darbinės veiklos specifika, pagrinde dirbant su pacientais, esančiais sunkios būklės, tai savaime tampa stresinę būklę ir įtampą sukeliančia priežastimi. Tad, valdant operacinės slaugytojų stresinę būklę sukeliančius veiksnius, taikant prevencines priemones, galima būtų išvengti, ar sumažinti profesinio perdegimo atvejų skaičiaus.

Profesinį perdegimą galima laikyti subjektyviu ir individualiu reiškiniu, nes kiekvienas darbuotojas jį patiria bei išgyvena nevienodai. Dėl to ir profesinio perdegimo įveikimo būdai, prevencinės priemonės daro nevienodą poveikį. Slaugytojų, dirbančių operacinėje, profesinio perdegimo valdymas itin svarbus ne tik dėl pacientų kokybiškos priežiūros, tačiau ir dėl pačių slaugytojų gerovės požiūriu fizinės ir psichinės sveikatos kontekste. A. Vahedian-Azimi et al. (2017), pažymi, kad pagal empirinius duomenis, profesinį perdegimą galima kontroliuoti (mažinti). A. Žiedelis ir B. Pajarskienė (2017) parėžia, kad ypatingai svarbu atsižvelgti, jog prevencija neturi būti vienkartinis, o turi tapti tęstiniu ciklišku projektu.

Apibendrinant galima teigti, kad norint kontroliuoti, valdyti profesinį perdegimą operacinės slaugytojų darbo vietoje, pirmiausia reikia, atpažinus stresorius ir pastebėjus stresorių keliamas stresines būsenas bei įvykius, mokėti parinkti teisingas, tinkamas profesinio perdegimo prevencijos ir įveikos priemones. Harmoningoje, darnioje darbo aplinkoje pagerėja darbuotojų motyvacija, žinių gilinimas ir sklaida jomis bei pasitenkinimas darbu. Siekiant išvengti profesinį perdegimą sukeliančių situacijų, būtų tausojama ir gerbiama operacinės slaugytojų psichinė bei fizinė sveikata, leidžianti efektyviai, motyvuotai siekti optimalių visos komandos narių veiklos rezultatų, nes operacinės

darbuotojų darbas remiasi komandiniu veikos principu. Veiksminga komandinė veikla laikytina esminiu pacientų saugą lemiančiu ir medicininės klaidas mažinančiu veiksmu.

Tyrimo metu buvo nustatyta, jog dauguma Lietuvos slaugytojų savąją sveikatą vertina gana neigiamai dėl: kritinių situacijų darbe, fizinio aktyvumo nepakankamumo, pasireiškiančio psichologinio distreso, antsvorio, nepasitenkinimo darbu.

II. EMPIRINĖ DALIS

2.1. Tyrimo metodika

Mokslinis tyrimas „Operacinės slaugytojų profesinio perdegimo ir gyvenimo kokybės sąsajos“ atliktas penkiose Vilniaus miesto valstybinėse ligoninėse. Tyrime dalyvavo 232 bendrosios praktikos slaugytojai, dirbantys operaciniame bloke.

Siekiant ištirti slaugytojų, dirbančių operacinėje profesinį perdegimą ir jo sąsajas su jų gyvenimo kokybe, taikyta teorinė mokslinės literatūros analizė ir kiekybinis tyrimo metodas – anketinė apklausa raštu. Tai populiariausias ir plačiai naudojamas kiekybinis tyrimo metodas magistro darbuose, nes naudojant šį metodą, per trumpą laiką galima surinkti didelį kiekį duomenų (Mockienė, Drungilienė, Martinkėnas, 2014, p. 45).

Raktiniai žodžiai: slaugytojų profesinis perdegimas, profesinio perdegimo aspektai, profesinį perdegimą lemiantys veiksniai, gyvenimo kokybė.

Teorinis tyrimo metodikos pagrindimas. Dauguma mokslininkų mano, kad teorija su praktika yra du tarpusavyje susiję dalykai. Tam tikra teorija visada būna „aukščiau“ už praktiką (Billings D., Kowalski K., 2006).

Tiriamasis darbas atliktas taikant Hans Selye bendrojo adaptacijos sindromo ir Lazarus Streso įveikos ir adaptacijos teorijas.

Hans Selye pirmasis panaudojo „streso“ sąvoką. Jis stebėjo kaip stresas veikia žmogaus organizmą, kokios reakcijos atsiranda kaip atsakas į stresą. Dažniausiai tai buvo svorio mažėjimas, pablogėjęs apetitas, bloga savijauta ir išvaizda, raumenų tempimas ir skausmas. H. Selye atradęs bendrąjį adaptacijos sindromą aiškino taip: bet koks stresinis audiniams veiksnys (stresorius) sukelia daugiau ar mažiau vienodai suderintą fiziologinę apsaugą (streso reakciją). Bendrasis adaptacijos sindromas turi tris stadijas:

- Pirma stadija – pavojaus signalas;
- Antra stadija – pasipriešinimo;
- Trečia stadija – išsekimo (Pukinskienė, 2011).

Kita teorija, kuri naudojama darbe, tai Lazarus Streso įveikos ir adaptacijos teorija.

Lazarus stresą supranta kaip procesą. Jis mano, jog stresą galima apibūdinti kaip žmogaus ir aplinkos kontaktą, kuris paties žmogaus suprantamas kaip viršijantis turimas atsargas, galimybes ir keliantis pavojų gerovei.

2.1.1 Tyrimo imties charakteristikos

Tyrimo metu buvo siekiama apklausti kuo daugiau tyrimųjų. Tyrime dalyvavo Vilniaus miesto, penkių ligoninių bendrosios praktikos slaugytojai, turintys anestezijos ir intensyviosios terapijos bei operacinės slaugos specializaciją. Dalyvavo tik tie slaugytojai, kurie dirba operacinėje. Tyrimo metu buvo apklausti 245 slaugytojai, dirbantys operacinėje, iš jų tyrime dalyvavo tik 232, nes 13 anketų buvo nepilnai atsakytos ir tyrimui netinkamos. Didžiąją dalį respondentų sudaro moterys, t. y. 230, o vyrų tyrime dalyvavo tik 2.

Tyrimo imtyje dalyvavo daugiausia respondentų, kurių amžius yra tarp 41 ir 50 metų, t. y. 99 (43%) tyrimo dalyviai, o mažiausiai tyrime dalyvavo, t. y. 20 (8%) respondentų, kurių amžius yra iki 30 metų. Jauniausia slaugytoja buvo 23 metų, o vyriausia 66 metų. Tyrimo dalyvių amžiaus vidurkis yra $M = 46,12$ metai ($SD = 9,93$).

Tyrimo metu buvo taikomas kriterinės imties sudarymo metodas.

Tyrimo imtis buvo sudaryta remiantis įstaigų personalo skyrių pateiktais darbuotojų sąrašais.

Siekiant, kad imtis būtų reprezentatyvi, buvo apskaičiuota, kiek slaugytojų reikėtų apklausti. Remiantis J.Paniotto (1986) formule (Mockienė, Drungilienė, Martinkėnas, 2014, p. 31) buvo apskaičiuotas reikalingas tiriamųjų skaičius, kurį reikia apkalusti:

$$n = \frac{1}{\Delta^2 + \frac{1}{N}}$$

Kur:

n – reikalingas respondentų skaičius;

Δ - leidžiamas paklaidos dydis

N – generalinė visuma (generalinės visumos skaičius buvo gautas asmeniškai kreipiantis į Vilniaus miesto ligoninių vyriausiąsias ir vyresniąsias slaugos administratores elektroniniu paštu arba telefonu.)

$$n = \frac{1}{0,05^2 + \frac{1}{502}} \approx 223$$

Remiantis skaičiavimais, buvo nustatyta, kad apklausoje dalyvaus apytiksliai 223 darbuotojai, dirbantys Vilniaus miesto ligoninėse.

2.1.2. Tyrimo metodas

Siekiant tinkamai ištirti operacinės slaugytojų profesinio perdegimo ir gyvenimo kokybės sąsajas, buvo atlikta teorinė mokslinės literatūros analizė ir kiekybinis tyrimo metodas - anketinė apklausa raštu.

Teorinei darbo daliai buvo renkama informacija naudojantis Klaipėdos universiteto bibliotekoje esančiomis duomenų bazėmis: Health Source - Consumer, Health Source - Nursing, eBooks on EBSCO, Science Direct, Scholar Google, taip pat disertacijose, knygose, moksliniuose žurnaluose.

Kiekybinis tyrimo metodas buvo atliktas slaugytojams išdalinus anonimines anketas su uždaro tipo klausimais, kuris buvo realizuojamas taikant tam tikrus matematinius/statistinius metodus ir priemones tyrimo metu gautiems duomenims apdoroti. Tyrimo instrumentas buvo sudarytas laikantis anketos sudarymo reikalavimų. Buvo gauti visų autorių leidimai naudoti jų sudarytais klausimynais.

2.1.3. Tyrimo instrumentai

Tiriamiesiems buvo pateikta anketa, kurią sudarė 1) sociodemografiniai klausimai, 2) „Trumpa sveikatos apklausos forma (klausimynas)“, 3) „Maslach perdegimo sindromo klausimynas“.

Slaugytojų, profesiniam perdegimui nustatyti buvo naudotas „Maslach perdegimo sindromo klausimynas“ (Maslach burnout inventory (MBI), Maslach, Jackson, 1981). Šis klausimynas leidžia ištirti tris profesinio perdegimo aspektus: emocinį išsekimą, depersonalizaciją ir asmeninius pasiekimus. Skalė matuoja darbuotojų profesinio perdegimo lygį atitinkamoje dimensijoje.

„Maslach perdegimo sindromo klausimynas“ yra sudarytas iš 22 teiginių, kurie yra pateikti norint įvertinti profesinio perdegimo lygį. Šis perdegimo sindromo klausimynas įvertina tris dimensijas: emocinį išsekimą, depersonalizaciją ir asmeninius pasiekimus. Naudodami skalę sužinome bendrą respondento atsakymų rezultatą, kuris parodo kiekvienos dimensijos perdegimo lygį. Teiginiai 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 yra skirti emocinio išsekimo lygiui nustatyti, 5, 10, 11, 15, 22 teiginiai skirti depersonalizacijos lygiui nustatyti, o 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 teiginiai skirti įvertinti asmeninius pasiekimus.

Slaugytojų, dirbančių operacinėje, sveikatai ištirti buvo taikoma „Trumpa sveikatos apklausos forma (klausimynas)“ (Short Form 36 Medical Outcomes Study questionnaire (SF-36), Ware, Sherbourne, 1992). Šiuo metu mokslinių straipsnių platformoje www.sciencedirect.com paieškos laukelyje įrašius „SF-36“, sistema randa 103 489 straipsnius.

Klausimynas padėjo ištirti su slaugytojų sveikata susijusias sritis, t. y. fizinį aktyvumą, veiklos apribojimus dėl fizinių problemų, skausmą, bendros sveikatos vertinimą, energingumą/gyvybingumą, socialinę funkciją, veiklos apribojimus dėl emocinių problemų, emocinę būklę. Šis klausimynas pasaulyje yra labai plačiai taikomas.

„Trumpa sveikatos apklausos forma (klausimynas)“ yra sudaryta iš 36 klausimų, kurie yra pateikti norint įvertinti asmens sveikatos/gyvenimo kokybę. Ši trumpa sveikatos apklausos forma įvertina kelias dimensijas: fizinį aktyvumą, veiklos apribojimus dėl fizinių problemų, skausmą, bendros sveikatos vertinimą, energingumą/gyvybingumą, socialinę funkciją, veiklos apribojimus dėl

emocinių problemų, emocinę būklę. Naudodami numatytų atsakymų variantus, sužinome kiekvienos tiriamos srities lygį.

„Trumpa sveikatos apklausos forma (klausimyną)“ (SF-36), skirta žmonių sveikatai įvertinti. Šį klausimyną savo disertacijoje panaudojo M. Staniūtė (M. Staniūtė, 2007). Ji išvertė klausimyną į lietuvių kalbą. Buvo patikrintas jo patikimumas, pagrįstumas, jautrumas. Leidimas gautas iš žurnalo „Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija“ redaktorės, kur buvo recenzuojamas straipsnis http://biological-psychiatry.eu/?page_id=32 ir įkeltas klausimynas SF-36.

2.1.4. Tyrimo procesas/eiga

Remiantis V. Mockienė, D. Drungilienė, A. Martinkėnu (2014, p.64) buvo atskirtos šios tyrimo proceso stadijos:

Pirmas etapas – temos pasirinkimas. Tema „Operacinės slaugytojų profesinio perdegimo ir gyvenimo kokybės sąsajos“ buvo pasirinkta 2019 m. rugsėjo - spalio mėn.

Antras etapas – literatūros šaltinių atranka, analizė, literatūros rinkimas. Mokslinės literatūros analizė, šaltinių rinkimas, kuriais remiantis buvo siekta nustatyti operacinės slaugytojų profesinio perdegimo ir gyvenimo kokybės sąsajas. Mokslinių šaltinių paieška buvo vykdoma: Medline, EBSCO Publishing, eBooks, moksliniuose žurnaluose. Mokslinių šaltinių paieškai buvo naudojami raktiniai žodžiai: slaugytojų profesinis perdegimas, profesinio perdegimo aspektai, profesinį perdegimą lemiantys veiksniai. Šis etapas vyko nuo 2019 m. spalio mėn. iki 2020 m. balandžio mėn.

Trečias etapas – tyrimo plano rengimas ir instrumento sudarymas. Surinkti duomenys apie tiriamojo reiškinių ypatumus, kuriais remiantis buvo siekiama išanalizuoti temos problemą bei patvirtinti arba atmesti iškeltą hipotezę. Buvo naudojamas „Ch.Maslach perdegimo sindromo klausimynas“, kuris yra sudarytas iš 22 teiginių, kurie padėjo įvertinti profesinio perdegimo lygį ir „Trumpa sveikatos apklausos forma (klausimynas)“, kuri yra sudaryta iš 36 klausimų, kurie padėjo įvertinti asmens sveikatos/gyvenimo kokybę. Šis etapas vyko 2019 m. spalio mėn. iki 2020 m. vasario mėn.

Ketvirtas etapas – tyrimo duomenų rinkimas. Tyrimas buvo atliekamas nuo 2020 m. liepos mėn. iki 2020 m. rugpjūčio mėn. Vilniaus miesto ligoninėse, prieš tai gavus įstaigų direktorių leidimus atlikti tyrimą. Duomenys buvo renkami gavus Klaipėdos Universiteto, Sveikatos mokslų fakulteto, Slaugos katedros, Etikos komisijos leidimą naudoti instrumentu.

Penktas etapas – gautų duomenų analizė, rezultatų interpretavimas ir pateikimas. Aprašomajai duomenų analizei ir grafiniam vaizdavimui buvo naudojamas statistinis paketas SPSS 25.0 versija (Statistical Package for Social Sciences). Šis etapas vyko nuo 2020 m. rugsėjo mėn. iki 2020 m. rugsėjo mėn. 15d.

Šeštas etapas – tyrimo rezultatų palyginimas. Šis etapas vyko nuo 2020 m. rugsėjo mėn. 15d. iki 2020 m. spalio mėn. 15d. Atlikto tyrimo duomenys buvo lyginami su mokslinėje literatūroje pateiktais duomenimis.

Septintas etapas – išvadų ir rekomendacijų parengimas. Šis etapas vyko nuo 2020 m. spalio mėn. Pagal gautus tyrimo rezultatus buvo suformuluotos išvados ir rekomendacijos.

Aštuntas etapas – baigiamojo darbo ataskaitos parengimas. Šis etapas vyko nuo 2020 m. spalio mėn. iki 2021 m. gruodžio mėn. Baigiamojo darbo ataskaitos parengimas vyko pagal mokslo tiriamųjų darbų metodologijos reikalavimus konsultuojantis su darbo vadovu.

2.1.5. Tyrimo etika

Tiriamajam darbui atlikti buvo atsižvelgta į etikos reikalavimus, kurie yra paskebti Helsinkio deklaracijoje 1964 metais.

Norint realizuoti tyrimą pirmiausia buvo gautas leidimas naudotis MBI-HSS klausimynu iš www.mindgarden.com. Kartu buvo pateikta ir jo lietuviška versija.

„Trumpą sveikatos apklausos formą (klausimyną)“ (SF-36) leidimas buvo gautas iš žurnalo „Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija“ redaktorės A.Podlipskytės.

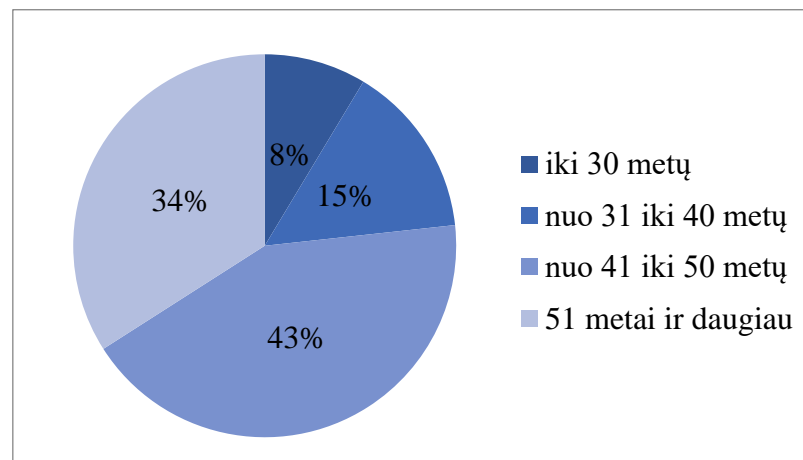
Norint apklausti Vilniaus miesto ligoninių operacinėse dirbančius operacinės ir anestezijos - intensyviosios terapijos slaugytojus, buvo gauti raštiški leidimai iš visų tyrime dalyvavusių Vilniaus miesto valstybinių ligoninių įstaigos vadovų.

Tyrimo dalyviai buvo supažindinami su pačiu tyrimu, jo tikslu. Žodžiu buvo atsakyta į respondentams rūpimus klausimus. Tyrimo dalyviai buvo informuoti, kad tyrimas yra savanoriškas bei konfidencialus ir anketos duomenys bus naudojami tik moksliniams tikslams. Respondentai buvo informuoti, kad turi teisę gauti informaciją apie atliekamą tyrimą.

2.2 Tyrimo rezultatai

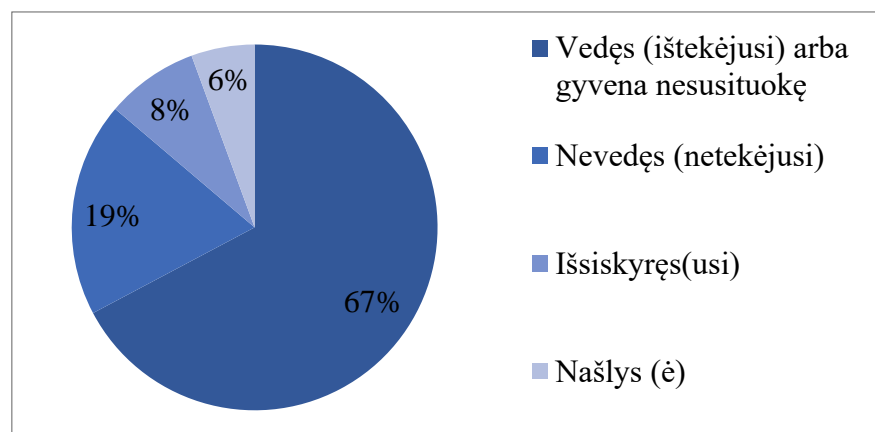
2.2.1 Respondentų charakteristika

Tyrimo metu buvo apklausti 245 slaugytojai dirbantys operacinėje, iš jų tyrime dalyvavo tik 232, nes 13 anketų buvo nepilnai atsakytos ir tyrimui netinkamos. Didžiąją dalį respondentų sudarė moterys, t. y. 230 (99%), o vyrų tyrime dalyvavo tik 2 (1%). Tyrimo imtyje dalyvavo daugiausia respondentų, kurių amžius yra tarp 41 ir 50 metų, t. y. 99 (43%) tyrimo dalyviai, o mažiausiai tyrime dalyvavo, t. y. 20 (8%) respondentų, kurių amžius yra iki 30 metų (žr. 2 pav.). Jauniausia slaugytoja buvo 23 metų, o vyriausia 66 metų. Tyrimo dalyvių amžiaus vidurkis yra $M = 46,12$ metai ($SD = 9,93$).



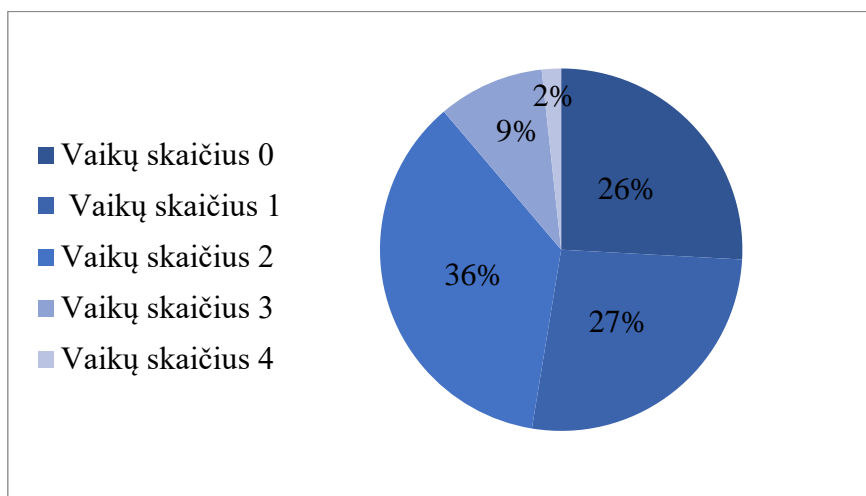
2 pav. Slaugytojų išdėstymas pagal amžių

Daugiau negu pusė apklaustųjų, t. y. 156 (67%) yra vedę (ištekėjusios) arba gyvena nesusituokę, 44 (19%) slaugytojai yra nevedę (netekėjusios), 19 (8%) yra išsiskyrę, o 13 (6%) tyrimo dalyvių yra našliai (žr. 3 pav.).



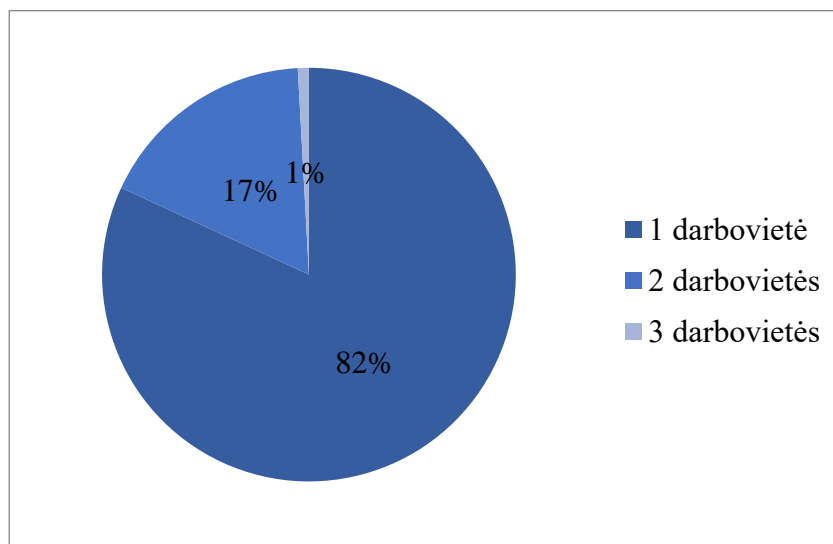
3 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal šeimninę padėtį.

Tyrimo metu net 60 (26%) dalyvavę slaugytojai nurodė, kad šeimoje neturi vaikų, o trečdalis, t. y. 84 (36%) tyrimo dalyviai nurodė, kad turi šeimoje 2 vaikus, 62 (27%) tyrimo dalyviai nurodė turintys savo šeimoje 1 vaiką, o likusieji slaugytojai teigė, kad turi 3 arba 4 vaikus (žr. 4 pav.).



4 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal vaikų skaičių šeimoje.

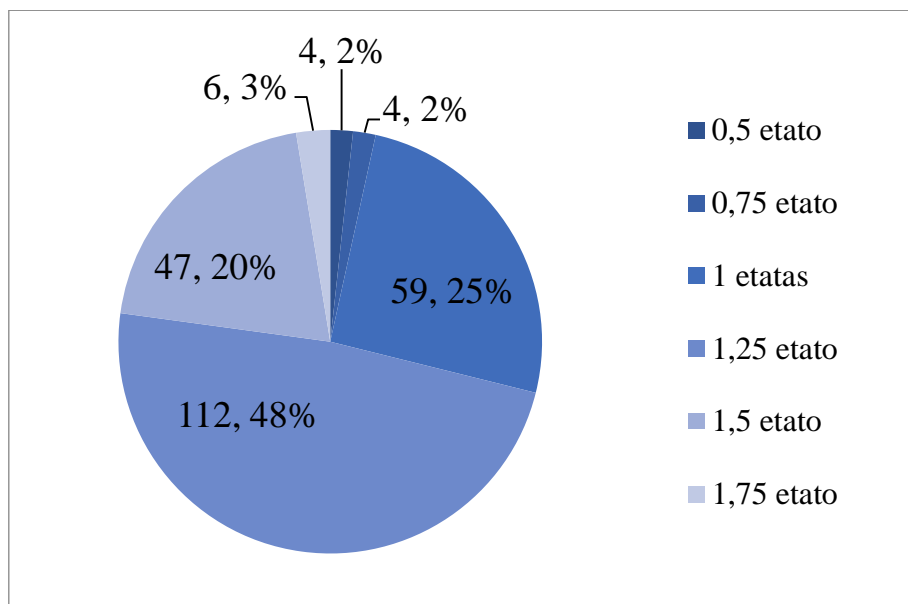
Didelė dalis apklaustųjų, t. y. 190 (82%) slaugytojų, dirba 1 darbovietėje, 40 (17%) tyrimo dalyvių dirba net 2 darbovietėse, o 2 (1%) slaugytojai dirba net per 3 darbovietes (žr. 5 pav.).



5 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal darboviečių skaičių.

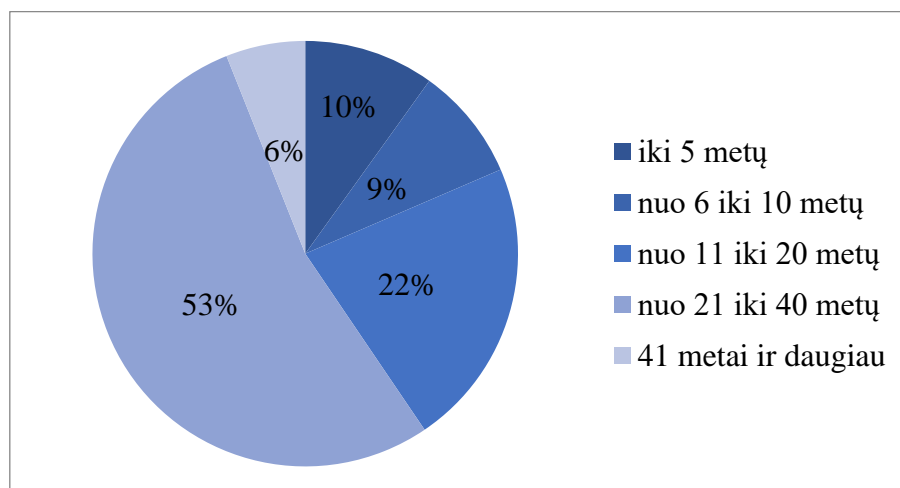
Tyrimo dalyvių, kurie dirba slaugytojo darbą operacinėje tik 0,5 etato tyrime pasitaikė mažiausiai, t. y. 4 (2%) dalyviai. Mažiausiai, t. y. 4 (2%) dalyviai, taip pat pasitaikė, kurie dirba 0,75 etato. Daugiausiai tyrime dalyvavo slaugytojų, kurie dirba 1,25 etato, t. y. 112 (48%) slaugytojų. Slaugytojų dirbančių 1 etatą ir 1,5 etato pasiskirstė tarp tyrimo dalyvių panašiai, t. y. 47 (20%)

slaugytojai dirba visą etatą, o 59 (25%) slaugytojai dirba 1,5 etato slaugytojo darbą operacinėje (žr. 6 pav.).



6 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal darbo krūvį.

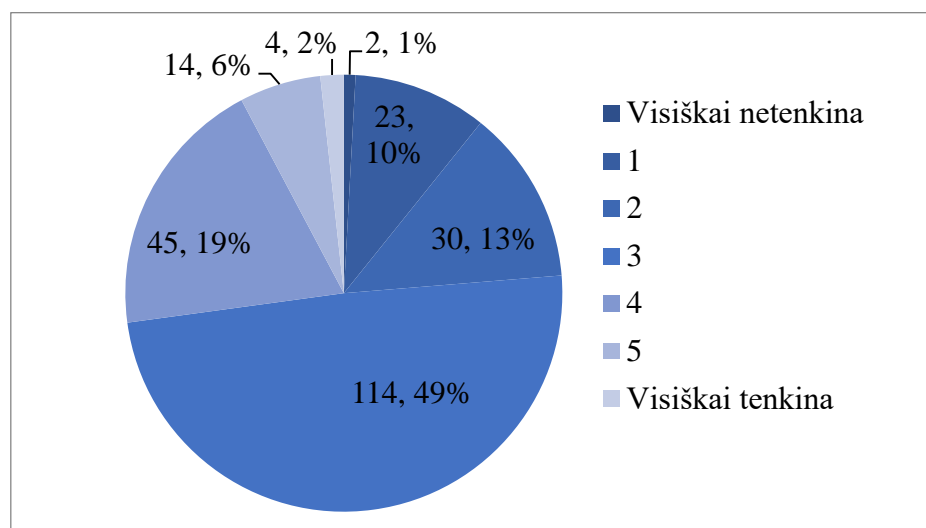
Didelė slaugytojų dalis - 124 (53%) slaugytojai, turi darbo stažą nuo 21 iki 40 metų, 51 (22%) tiriamasis turi darbo stažą nuo 11 iki 20 metų (žr. 7 pav.). Iki 5 metų dirbančių slaugytojų yra 23 (10%), nuo 6 iki 10 metų dirbančių slaugytojų yra 20 (9%), o mažiausiai apklausoje dalyvavo slaugytojų, kurie dirba 41 ir daugiau metų, t. y. 14 (6%) slaugytojų. Tiriamųjų darbo stažo vidurkis $M = 23,42$ metai ($SD = 11,41$).



7 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal darbo stažą.

Beveik pusė apklaustųjų, t. y. 114 (49%) yra nei patenkinti, nei nepatenkinti dėl darbo užmokesčio darbovietėje, o 30 (13%) slaugytojų yra labiau nepatenkinti darbo užmokesčiu nei patenkinti (žr. 8 pav.). Visiškai nepatenkintų slaugytojų darbo užmokesčiu apklausoje pasitaikė tik 2

(1%), o visiškai patenkintų darbo užmokesčiu taip pat apklausoje pasitaikė nedidelis procentas, t. y. 4 (2%) slaugytojai.



8 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal darbo užmokesčio pasitenkinimą.

2.2.2. Profesinio perdegimo sindromo sąsaja pagal sociodemografinius rodiklius

Tyrime naudojamų kintamųjų normalumui patikrinti buvo naudojamas Shapiro-Wilk normalumo testas (žr. 3 lentelę). Naudojantis Shapiro-Wilk normalumo testu paaiškėjo, kad visi nagrinėjami kintamieji yra pasiskirstę ne pagal normalųjį skirstinį, t. y. nagrinėjamų kintamųjų duomenų gauta p-reikšmė buvo mažesnė už reikšmingumo lygmenį 0,05. Taigi nagrinėjamų kintamųjų duomenų tiesinio ryšio stiprumui įvertinti naudojama, koreliacija, kuri skaičiuojama pagal Spearman koreliacijos koeficientą, o dviejų nepriklausomų imčių vidurkių skirtumams nustatyti buvo taikomas Manno Whitney kriterijus, trijų ir daugiau nepriklausomų imčių vidurkių skirtumams nustatyti buvo taikomas **Kruskal - Wallis** kriterijus.

3 lentelė. Normalumo testas.

Tyrimo duomenys	Shapiro-Wilk'o kriterijus		
	Statistika	Laisvės laipsnių skaičius (df)	p-reikšmė (Sig.)
Tyrimo dalyvių amžius	0,970	232	0,000
Darbo stažas	0,973	232	0,000
Emocinis išsekimas	0,952	232	0,000
Depersonalizacija	0,903	232	0,000
Asmeninių pasiekimų nuvertinimas	0,948	232	0,000
Fizinis aktyvumas	0,814	232	0,000
Veiklos sumažėjimas dėl fizinių problemų	0,718	232	0,000
Skausmas	0,900	232	0,000
Bendras sveikatos būklės vertinimas	0,974	232	0,000
Energingumas/gyvybingumas	0,980	232	0,002
Socialinė funkcija	0,905	232	0,000
Veiklos sumažėjimas dėl emocinių problemų	0,702	232	0,000
Emocinė būseną	0,956	232	0,000

Siekiant iširti slaugytojų profesinį perdegimą pateikiame profesinio perdegimo skalių aprašomąsias charakteristikas (žr. 4 lentelę). Emocinio išsekimo skalės minimalus balas 2, o maksimalus – 45, M=19,61 (SD=11,45). Vidurkis rodo, jog slaugytojų bendras emocinis išsekimas yra vidutinis. Depersonalizacijos skalės minimalus balas yra 0, o maksimalus – 19, M=5,88 (SD=5,13). Depersonalizacijos vidurkis rodo, jog ji yra vidutinio lygio. Asmeninių pasiekimų

nuvertinimo minimalus balas yra 1, o maksimalus yra 48, $M=33,79$ ($SD=10,07$). Vidurkis parodė, jog bendras slaugytojų asmeninių pasiekimų nuvertinimas yra vidutinis.

4 lentelė. Profesinio perdegimo skalių aprašomosios charakteristikos.

Skalės	Minimalus balas	Maksimalus balas	Vidurkis	Standartinis nuokrypis
Emocinis išsekimas	2	45	19,61	11,45
Depersonalizacija	0	19	5,88	5,13
Asmeninių pasiekimų nuvertinimas	1	48	33,79	10,07

Nagrinėjant tiriamųjų profesinio perdegimo skalių rangų vidurkių skirtumus pagal lytį gavome, jog tarp depersonalizacijos ir tiriamųjų lyties yra statistiškai reikšmingų skirtumų ($p<0,05$) (žr. 5 lentelę). Depersonalizacijos skalėje vidutinis rangas vyrų grupėje yra 231,50, o moterų yra 115,50. Pastebime, kad vyrų grupės vidutinis rangas yra didesnis už moterų grupės, tad galime teigti, kad vyrų depersonalizacijos lygis yra aukštas. Slaugytojai vyrai labiau linkę būti abejingi ciniški bendradarbiams bei pacientams.

5 lentelė. Profesinio perdegimo skalių įverčių vidurkių palyginimas pagal lytį.

Skalė	Lytis	N	Vidutinis rangas	Vidutinių rangų bendras skaičius	Statistinis reikšmingumas p
Emocinis išsekimas	Vyras	2	196,50	393	0,090
	Moteris	230	115,80	26635	
Depersonalizacija	Vyras	2	231,50	463	0,015
	Moteris	230	115,50	26565	
Asmeninių pasiekimų nuvertinimas	Vyras	2	68,50	137	0,310
	Moteris	230	116,92	26891	
<i>skirtumai statistiškai reikšmingi, kai $p<0,05$</i>					

Atlikus Spearman koreliaciją tarp slaugytojų profesinio perdegimo skalių ir jų amžiaus gavome statistiškai reikšmingą ryšį tik tarp depersonalizacijos ir slaugytojų amžiaus (žr. 6 lentelę). Tarp depersonalizacijos ir slaugytojų amžiaus gavome neigiamą statistiškai reikšmingą ryšį ($\rho = -0,216$, $p < 0,05$). Ši koreliacija rodo, slaugytojo amžiui didėjant, depersonalizacijos lygis mažėja ir atvirkščiai. Tarp kitų profesinio perdegimo skalių ir slaugytojų amžiaus statistiškai reikšmingo ryšio nenustatyta.

6 lentelė. Koreliacija tarp profesinio perdegimo skalių ir amžiaus.

Skalė	Koreliacijos koeficientas r (Amžius)	Statistinis reikšmingumas p
Emocinis išsekimas	-0,091	0,167
Depersonalizacija	-0,216	0,001
Asmeninių pasiekimų nuvertinimas	-0,051	0,442
<i>koreliacija statistiškai reikšminga, kai $p < 0,05$</i>		

Nustatyta, kad tyrimo dalyvių šeiminė padėtis turi įtakos jų emociniam išsekimui (žr. 7 lentelę). Statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$) skirtumai nustatyti tarp emocinio išsekimo skalės ir šeiminės padėties grupių. Emocinio išsekimo skalės vedusių (ištekęusių) arba gyvenančių nesusituokę grupės vidutinis rangas yra 115,27, nevedusių (netekėusių) grupės vidutinis rangas yra 107,02, išsiskyrusių vidutinis rangas – 168,90, o našlių vidutinis rangas yra 86,77. Pastebime, kad didžiausias vidutinis rangas slaugytojų, kurie yra išsiskyrę, tad galime teigti, kad didžiausią persidirbimo jausmą ir emocinių resursų išsekimą jaučia slaugytojai, kurie yra išsiskyrę, t. y. vieniši. Tarp kitų profesinio perdegimo skalių ir šeiminės padėties grupių statistiškai reikšmingų vidurkių skirtumų nenustatyta.

7 lentelė. Profesinio perdegimo skalių įverčių vidurkių palyginimas pagal šeimyninę padėtį.

Skalė	Šeimyninė padėtis	N	Vidutinis rangas	Vidutinių rangų suma	Statistinis reikšmingumas p
Emocinis išsekimas	Vedęs (ištekęs) arba gyvena nesusituokę	156	115,27	17982	0,002
	Nevedęs (netekėjęs)	44	107,02	4709	
	Išsiskyręs (usi)	19	168,90	3209	
	Našlys (ė)	13	86,77	1128	
Depersonalizacija	Vedęs (ištekęs) arba gyvena nesusituokę	156	115,81	18066	0,281
	Nevedęs (netekėjęs)	44	119,23	5246	
	Išsiskyręs (usi)	19	135,00	2565	
	Našlys (ė)	13	88,50	1150	
Asmeninių pasiekimų nuvertinimas	Vedęs (ištekęs) arba gyvena nesusituokę	156	121,64	18976	0,159
	Nevedęs (netekėjęs)	44	115,98	5103	
	Išsiskyręs (usi)	19	90,00	1710	
	Našlys (ė)	13	95,31	1239	
skirtumai statistiškai reikšmingi, kai $p < 0,05$					

Iš 8 lentelės pastebime, kad profesiniam perdegimui vaikų skaičius įtakos turi. Statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$) skirtumai nustatyti tarp emocinio išsekimo skalės ir vaikų skaičiaus grupių. Emocinio išsekimo skalės slaugytojų neturinčių vaikų grupės vidutinis rangas yra 110,33, slaugytojų turinčių 1 vaiką grupės vidutinis rangas yra 125,92, slaugytojų turinčių 2 vaikus grupės vidutinis rangas yra 124,35, slaugytojų turinčių 3 vaikus grupės vidutinis rangas yra 78,95, o slaugytojų turinčių 4 vaikus grupės vidutinis rangas yra 96,00. Iš lentelės pastebime, kad emocinio išsekimo skalės slaugytojų vaikų skaičiaus grupėse didžiausias vidutinis rangas yra slaugytojų, kurie turi 1 vaiką šeimoje. Taigi, slaugytojai turintys 1 vaiką šeimoje patiria aukštą emocinio išsekimo lygį.

8 lentelė. Profesinio perdegimo skalių įverčių vidurkių palyginimas pagal vaikų skaičių šeimoje.

Skalė	Vaikų skaičius	N	Vidutinis rangas	Vidutinių rangų suma	Statistinis reikšmingumas p
Emocinis išsekimas	0	60	110,33	6620	0,036
	1	84	125,92	10577	
	2	62	124,35	7710	
	3	22	78,95	1737	
	4	4	96,00	384	
Depersonalizacija	0	60	126,52	7591	0,260
	1	84	121,94	10243	
	2	62	107,42	6660	
	3	22	99,41	2187	
	4	4	86,75	347	
Asmeninių pasiekimų nuvertinimas	0	60	116,85	7011	0,052
	1	84	122,43	10284	
	2	62	114,18	7079	
	3	22	117,41	2583	
	4	4	17,75	71	
<i>skirtumai statistiškai reikšmingi, kai $p < 0,05$</i>					

Iš 9 lentelės pastebime, kad profesiniam perdegimui darboviečių skaičius įtakos neturi. Nagrinėjant tiriamųjų profesinio perdegimo skalių rangų vidurkių skirtumus pagal darboviečių skaičiaus grupes negavome statistiškai reikšmingų skirtumų ($p > 0,05$).

9 lentelė. Profesinio perdegimo skalių įverčių vidurkių palyginimas pagal darbuočių skaičių.

Skalė	Darbuočių skaičius	N	Vidutinis rangas	Vidutinių rangų suma	Statistinis reikšmingumas p
Emocinis išsekimas	1	190	118,37	22491	0,307
	2	40	110,90	4436	
	3	2	50,50	101	
Depersonalizacija	1	190	116,85	22202	0,956
	2	40	115,46	4618	
	3	2	103,50	207	
Asmeninių pasiekimų nuvertinimas	1	190	115,82	22006	0,096
	2	40	114,62	4685	
	3	2	218,50	437	
<i>skirtumai statistiškai reikšmingi, kai $p < 0,05$</i>					

Statistiškai reikšmingų skirtumų tarp pateiktų slaugytojų darbo krūvio grupių ($p > 0,05$) (žr. 10 lentelę) nustatyta nebuvo. Visos nagrinėjamos slaugytojų darbo krūvio grupės emocinį išsekimą, depersonalizaciją bei asmeninių pasiekimų nuvertinimą vertinimo panašiai.

10 lentelė. Profesinio perdegimo skalių įverčių vidurkių palyginimas pagal darbo krūvį.

Skalė	Darbo krūvis	N	Vidutinis rangas	Vidutinių rangų suma	Statistinis reikšmingumas p
Emocinis išsekimas	0,5 etato	4	53,50	214	0,329
	0,75 etato	4	116,50	466	
	1 etatas	59	108,03	6374	
	1,25 etato	112	122,47	13717	
	1,5 etato	47	120,11	5645	
	1,75 etato	6	102,00	612	
Depersonalizacija	0,5 etato	4	96,50	386	0,352
	0,75 etato	4	144,50	578	
	1 etatas	59	102,33	6037	
	1,25 etato	112	124,34	13926	
	1,5 etato	47	116,83	5491	
	1,75 etato	6	101,50	609	
Asmeninių pasiekimų nuvertinimas	0,5 etato	4	138,00	552	0,451
	0,75 etato	4	112,50	450	
	1 etatas	59	107,54	6345	
	1,25 etato	112	118,08	13225	
	1,5 etato	47	116,25	5464	
	1,75 etato	6	165,33	992	
<i>skirtumai statistiškai reikšmingi, kai $p < 0,05$</i>					

Atlikus Spearman koreliaciją tarp slaugytojų profesinio perdegimo skalių ir jų darbo stažo gavome statistiškai reikšmingą ryšį tik tarp depersonalizacijos ir slaugytojų darbo stažo (žr. 11 lentelę). Tarp depersonalizacijos ir slaugytojų darbo stažo gavome neigiamą statistiškai reikšmingą ryšį ($\rho = -0,236$, $p < 0,05$). Tai parodo, kad kuo slaugytojo darbo stažas yra didesnis, tuo depersonalizacijos lygis yra mažesnis ir atvirkščiai. Tarp kitų profesinio perdegimo skalių ir slaugytojų darbo stažo statistiškai reikšmingo ryšio nenustatyta.

11 lentelė. Koreliacija tarp profesinio perdegimo skalių ir darbo stažo.

Skalė	Darbo stažas Koreliacijos koeficientas r	Statistinis reikšmingumas p
Emocinis išsekimas	-0,070	0,287
Depersonalizacija	-0,236	0,000
Asmeninių pasiekimų nuvertinimas	0,001	0,990
<i>koreliacija statistiškai reikšminga, kai $p < 0,05$</i>		

Nagrinėjant tiriamųjų profesinio perdegimo skalių rangų vidurkių skirtumus pagal darbo užmokesčio pasitenkinimą gavome, jog tarp emocinio išsekimo ir tiriamųjų darbo užmokesčio pasitenkinimo bei asmeninių pasiekimų nuvertinimo ir darbo užmokesčio pasitenkinimo yra statistiškai reikšmingų skirtumų ($p < 0,05$) (žr. 12 lentelę). Emocinio išsekimo skalėje darbo užmokesčio grupėje didžiausia vidutinį rangą gavome prie grupės „1“, t. y. 139,43. Tai rodo, jog slaugytojai, kurie yra labiau nepatenkinti darbo užmokesčiu, patiria didesnę emocinę išsekimą nei slaugytojai, kurie yra patenkinti darbo užmokesčiu. Asmeninių pasiekimų nuvertinimo skalėje darbo užmokesčio grupėje didžiausią vidutinį rangą gavome prie grupės „visiškai netenkina“, t. y. 190,50. Tai reiškia, kad slaugytojų, kurie yra visiškai nepatenkinti savo darbo užmokesčiu, asmeninių pasiekimų nuvertinimo lygis yra labai žemas. Šie slaugytojai teigiamai vertina save ir savo darbą.

12 lentelė. Profesinio perdegimo skalių įverčių vidurkių sąsaja su darbo užmokesčio pasitenkinimu.

Skalė	Darbo užmokesčio pasitenkinimas	N	Vidutinis rangas	Vidutinių rangų suma	Statistinis reikšmingumas p
Emocinis išsekimas	Visiškai netenkina	2	30,50	61	0,000
	1	23	139,43	116	
	2	30	115,77	3473	
	3	114	128,67	14669	
	4	45	100,77	4535	
	5	14	69,07	967	
	Visiškai tenkina	4	29,00	116	
Depersonalizacija	Visiškai netenkina	2	18,50	37	0,206
	1	23	120,37	2768	
	2	30	136,90	4107	
	3	114	113,67	12958	
	4	45	118,62	5338	
	5	14	98,64	1381	
	Visiškai tenkina	4	109,50	438	
Asmeninių pasiekimų nuvertinimas	Visiškai netenkina	2	190,50	381	0,016
	1	23	91,22	2098	
	2	30	112,20	3366	
	3	114	112,50	12825	
	4	45	143,31	6449	
	5	14	117,07	1639	
	Visiškai tenkina	4	67,50	270	
<i>skirtumai statistiškai reikšmingi, kai $p < 0,05$</i>					

2.2.3. Gyvenimo kokybės sąsaja pagal sociodemografinius rodiklius

Nagrinėjant gyvenimo kokybės skalių aprašomąsias charakteristikas pastebime, kad fizinio aktyvumo skalės balai pasiskirstę tarp 0 ir 100, o vidurkis siekia net $M=84,01$ ($SD=17,19$) balo, tai reiškia, kad slaugytojų fizinis aktyvumas yra gana didelis ir sunkumų nesukeliantis (žr. 13 lentelę). Veiklos sumažėjimą dėl fizinių apribojimų, veiklos sumažėjimas dėl emocinių problemų, socialinę funkciją bei skausmą tiriamieji vertino panašiai. Žemesni vidurkiai pastebimi energingumo/gyvybingumo, emocinės būklės skalėse. Tačiau bendras sveikatos vertinimo vidurkis siekia tik $M=59,01$ ($SD=17,09$) balo, kuris parodo vidutinišką bendrą sveikatos vertinimą.

13 lentelė. Gyvenimo kokybės skalių aprašomosios charakteristikos.

Skalės	Minimalus balas	Maksimalus balas	Vidurkis	Standartinis nuokrypis
Fizinis aktyvumas	5	100	84,01	17,19
Veiklos sumažėjimas dėl fizinių problemų	0	100	78,12	31,12
Veiklos sumažėjimas dėl emocinių problemų	0	100	78,16	31,60
Energingumas/gyvybingumas	20	95	61,94	16,30
Emocinė būklė	20	96	66,26	17,15
Socialinė funkcija	10	100	74,30	22,89
Skausmas	12,5	100	76,93	20,72
Bendras sveikatos būkės vertinimas	20	95	59,01	17,09

Palyginus vyrų ir moterų gyvenimo kokybės skalių įverčių vidurkius gavome tik keleto nagrinėjamų skalių statistiškai reikšmingus skirtumus ($p<0,05$) (žr. 14 lentelę). Tarp veiklos apribojimų dėl fizinių problemų lyties grupių yra gautas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p<0,05$). Veiklos apribojimų dėl fizinių problemų skalėje vidutinis rangas vyrų grupėje yra 6,50, o moterų grupėje – 117,46. Pastebime, kad moterų grupės vidutinis rangas yra didesnis už vyrų grupės, tad galime teigti, kad moterys patiria statistiškai reikšmingai mažiau veiklos apribojimų dėl fizinių veiklos apribojimų nei vyrai. Taip pat statistiškai reikšmingi skirtumai gauti tarp veiklos apribojimų dėl emocinių problemų skalės lyties grupių ($p<0,05$). Veiklos apribojimų dėl emocinių problemų skalėje vidutinis rangas vyrų grupėje yra 9,50, o moterų – 117,43. Šioje skalėje gauti statistiškai reikšmingi įverčių vidurkių skirtumai taip pat parodė, kad moterys patiria mažiau veiklos apribojimų dėl emocinių problemų nei vyrai. Tarp socialinės funkcijos skalės lyties grupių taip pat nustatyti statistiškai reikšmingi įverčių vidurkių skirtumai ($p<0,05$). Socialinės funkcijos skalėje vidutinis

rangas vyrų grupėje yra 7,50, o moterų grupėje vidutinis rangas yra 117,45. Galime teigti, jog moterims darbas statistiškai reikšmingai neturi neigiamos įtakos jų socialinėms funkcijoms atlikti, o vyrams tai sukelia sunkumų. Tarp kitų gyvenimo kokybės skalių įverčių vidurkių statistiškai reikšmingų skirtumų nerasta.

14 lentelė. Gyvenimo kokybės skalių įverčių vidurkių palyginimas pagal lytį.

Skalė	Lytis	N	Vidutinis rangas	Vidutinių rangų suma	Statistinis reikšmingumas p
Fizinis aktyvumas	Vyras	2	96,00	192	0,661
	Moteris	230	116,68	26836	
Veiklos apribojimas dėl fizinių problemų	Vyras	2	6,50	13	0,001
	Moteris	230	117,46	27015	
Veiklos apribojimas dėl emocinių problemų	Vyras	2	9,50	19	0,001
	Moteris	230	117,43	27009	
Energingumas / gyvybingumas	Vyras	2	159,50	319	0,360
	Moteris	230	116,13	26709	
Emocinė būklė	Vyras	2	132,50	265	0,734
	Moteris	230	116,36	26763	
Socialinė funkcija	Vyras	2	7,50	15	0,020
	Moteris	230	117,45	27013	
Skausmas	Vyras	2	109,00	218	0,872
	Moteris	230	116,56	26810	
Bendros sveikatos vertinimas	Vyras	2	165,50	331	0,298
	Moteris	230	116,07	26697	
<i>skirtumai statistiškai reikšmingi, kai $p < 0,05$</i>					

Atlikus Spearman koreliaciją tarp gyvenimo kokybės skalių ir tiriamųjų amžiaus gavome tarp daugumos skalių statistiškai reikšmingų ryšių ($p < 0,05$) (žr. 15 lentelę). Tarp fizinio aktyvumo ir slaugytojų amžiaus gavome neigiamą statistiškai reikšmingą ryšį ($\rho = -0,408$, $p < 0,05$). Ši koreliacija rodo, kad kuo slaugytojo amžius yra didesnis, tuo mažesnis yra jo fizinis aktyvumas ir atvirkščiai. Taip pat tarp veiklos apribojimų dėl fizinių problemų ir tiriamųjų amžiaus gautas neigiamas statistiškai reikšmingas ryšys ($\rho = -0,148$, $p < 0,05$). Tai rodo, jog kuo slaugytojas yra vyresnis, tuo patiria daugiau veiklos apribojimų dėl fizinių problemų ir atvirkščiai. Tarp energingumo/gyvybingumo skalės ir tiriamųjų amžiaus gautas neigiamas statistiškai reikšmingas

ryšys ($\rho = -0,149$, $p < 0,05$). Gauta koreliacija parodė, kad kuo tiriamojo amžius yra didesnis tuo jis mažiau jaučiasi energingas bei gyvybingas ir atvirkščiai. Taip pat neigiamas statistiškai reikšmingas ryšys ($\rho = -0,281$, $p < 0,05$) nustatytas tarp skausmo skalės ir amžiaus. Šis ryšys rodo, jog kuo slaugytojo amžius yra didesnis, tuo dažniau jis patiria skausmą ir atvirkščiai. Tarp bendros sveikatos skalės ir slaugytojų amžiaus taip pat nustatytas neigiamas statistiškai reikšmingas ryšys ($\rho = -0,356$, $p < 0,05$), kuris rodo, jog kuo slaugytojas yra vyresnis, tuo bendros sveikatos vertinimas yra prastesnis. Tarp kitų gyvenimo kokybės skalių ir slaugytojų amžiaus statistiškai reikšmingo ryšio nenustatyta.

15 lentelė. Koreliacija tarp gyvenimo kokybės skalių ir amžiaus.

Skalė	Amžius Koreliacijos koeficientas r	Statistinis reikšmingumas p
Fizinis aktyvumas	-0,408	0,000
Veiklos apribojimas dėl fizinių problemų	-0,148	0,024
Veiklos apribojimas dėl emocinių problemų	-0,093	0,156
Energingumas/gyvybingumas	-0,149	0,023
Emocinė būklė	-0,113	0,084
Socialinė funkcija	-0,073	0,266
Skausmas	-0,281	0,000
Bendros sveikatos vertinimas	-0,356	0,000
<i>koreliacija statistiškai reikšminga, kai $p < 0,05$</i>		

Nagrinėjant tiriamųjų gyvenimo kokybės skalių rangų vidurkių skirtumus pagal šeimines padėtis gavome statistiškai reikšmingų skirtumų ($p < 0,05$) (žr. 16 lentelę). Tarp fizinio aktyvumo skalės šeimines padėties grupių yra gautas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,05$). Fizinio aktyvumo skalėje vidutinis rangas vedusių (ištekėjusių) arba gyvenančių nesusituokę grupėje yra 107,83, nevedusių (netekėjusių) grupėje yra 154,93, išsiskyrusių grupėje vidutinis rangas yra 101,87, o našlių – 111,88. Pastebime, kad didžiausias vidutinis rangas yra nevedusių (netekėjusių) grupės, tad galime teigti, jog labiau fiziškai aktyvūs yra slaugytojai, kurie yra nevedę (netekėjusios). Tarp veiklos apribojimų dėl emocinių problemų skalės šeimines padėties grupių yra gautas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,05$). Veiklos apribojimų dėl emocinių problemų skalėje vidutinis rangas vedusių (ištekėjusių) arba gyvenančių nesusituokę grupėje yra 115,13, nevedusių (netekėjusių)

grupėje yra 132,27, išsiskyrusių grupėje vidutinis rangas yra 78,61, o našlių – 134,88. Pastebime, kad didžiausias vidutinis rangas yra našlių grupės, tad galime teigti, jog našliai patiria daug mažiau veiklos apribojimų dėl emocinių problemų, negu kitoms grupėms priklausantys slaugytojai. Taip pat tarp socialinės funkcijos skalės šeiminės padėties grupių yra gautas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,05$). Socialinės funkcijos skalėje vidutinis rangas vedusių (ištekęusių) arba gyvenančių nesusituokę grupėje yra 110,75, nevedusių (netekęusių) grupėje yra 133,05, išsiskyrusių grupėje vidutinis rangas yra 90,26, o našlių – 167,85. Pastebime, kad didžiausias vidutinis rangas yra našlių grupės, tad galime teigti, jog našliai socialinės funkcijos sritį vertina geriausiai lyginant su kitomis šeiminės padėties grupėmis. Tarp skausmo skalės šeiminės padėties grupių yra gautas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,05$). Skausmo skalėje vidutinis rangas vedusių (ištekęusių) arba gyvenančių nesusituokę grupėje yra 111,24, nevedusių (netekęusių) grupėje yra 139,36, išsiskyrusių grupėje vidutinis rangas yra 92,11, o našlių – 137,88. Didžiausias vidutinis rangas yra nevedusių (netekęusių) grupės, tad galime teigti, jog nevedę (netekęšios) patiria mažiau skausmo negu kitų šeiminės padėties grupių atstovai. Didžiausią skausmą, pasak rezultatų, patiria išsiskyrusių grupės atstovai. Tarp bendros sveikatos skalės šeiminės padėties grupių yra gautas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,05$). Bendros sveikatos skalėje vidutinis rangas vedusių (ištekęusių) arba gyvenančių nesusituokę grupėje yra 110,82, nevedusių (netekęusių) grupėje yra 149,66, išsiskyrusių grupėje vidutinis rangas yra 97,39, o našlių – 100,35. Pastebime, kad didžiausias vidutinis rangas yra nevedusių (netekęusių) grupės, tad galime teigti, jog nevedę (netekęšios) bendrą sveikatą vertina geriausiai lyginant su kitomis šeiminės padėties grupėmis.

16 lentelė. Gyvenimo kokybės skalių įverčių vidurkių palyginimas pagal šeimyninę padėtį.

Skalė	Šeimyninė padėtis	N	Vidutinis rangas	Vidutinių rangų suma	Statistinis reikšmingumas p
Fizinis aktyvumas	Vedęs (ištekęjusi) arba gyvena nesusituokę	156	107,83	16821	0,000
	Nevedęs (netekėjusi)	44	154,93	6817	
	Išsiskyręs (usi)	19	101,87	1935	
	Našlys (ė)	13	111,88	1454	
Veiklos apribojimas dėl fizinių problemų	Vedęs (ištekęjusi) arba gyvena nesusituokę	156	114,97	17935	0,056
	Nevedęs (netekėjusi)	44	121,66	5353	
	Išsiskyręs (usi)	19	93,63	1779	
	Našlys (ė)	13	150,85	1961	
Veiklos apribojimas dėl emocinių problemų	Vedęs (ištekęjusi) arba gyvena nesusituokę	156	115,13	17961	0,006
	Nevedęs (netekėjusi)	44	132,27	5820	
	Išsiskyręs (usi)	19	78,61	1493	
	Našlys (ė)	13	134,88	1753	
Energingumas / gyvybingumas	Vedęs (ištekęjusi) arba gyvena nesusituokę	156	117,26	18292	0,411
	Nevedęs (netekėjusi)	44	116,43	5123	
	Išsiskyręs (usi)	19	96,66	1836	
	Našlys (ė)	13	136,62	1776	
Emocinė būklė	Vedęs (ištekęjusi) arba gyvena nesusituokę	156	120,49	18797	0,060
	Nevedęs (netekėjusi)	44	120,50	5302	
	Išsiskyręs (usi)	19	76,95	1462	
	Našlys (ė)	13	112,85	1467	
Socialinė funkcija	Vedęs (ištekęjusi) arba gyvena nesusituokę	156	110,75	17277	0,002
	Nevedęs (netekėjusi)	44	133,05	5854	
	Išsiskyręs (usi)	19	90,26	1715	
	Našlys (ė)	13	167,85	2182	
Skausmas	Vedęs (ištekęjusi) arba gyvena nesusituokę	156	111,24	17353	0,017
	Nevedęs (netekėjusi)	44	139,36	6132	
	Išsiskyręs (usi)	19	92,11	1750	
	Našlys (ė)	13	137,88	1792	
Bendros sveikatos vertinimas	Vedęs (ištekęjusi) arba gyvena nesusituokę	156	110,82	17288	0,003
	Nevedęs (netekėjusi)	44	149,66	6585	
	Išsiskyręs (usi)	19	97,39	1850	
	Našlys (ė)	13	100,35	1304	
<i>skirtumai statistiškai reikšmingi, kai $p < 0,05$</i>					

Palyginus pagal vaikų skaičių grupes gyvenimo kokybės skalių įverčių vidurkius gavome tik keletą nagrinėjamų skalių statistiškai reikšmingus skirtumus ($p < 0,05$) (žr. 17 lentelę). Tarp fizinio aktyvumo skalės vaikų skaičiaus grupių yra gautas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,05$). Fizinio aktyvumo skalėje vidutinis rangas grupėje, kurie vaikų neturi, yra 143,20, kurie turi 1 vaiką, vidutinis rangas yra 106,55, kurie turi 2 vaikus, vidutinis rangas – 95,09, kurie turi 3 vaikus, vidutinis rangas yra 136,59, o kurie turi 4 vaikus, vidutinis rangas – 146,25. Pastebime, kad didžiausias vidutinis rangas yra grupėje, kur vaikų skaičius šeimoje yra 4, tad galime teigti, jog fizinis aktyvumas šioje grupėje statistiškai reikšmingai didžiausias. Taip pat tarp skausmo skalės vaikų skaičiaus grupių yra gautas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,05$). Skausmo skalėje vidutinis rangas grupėje, kurie vaikų neturi, yra 127,97, kurie turi 1 vaiką, vidutinis rangas yra 104,09, kurie turi 2 vaikus, vidutinis rangas – 106,60, kurie turi 3 vaikus, vidutinis rangas yra 154,95, o kurie turi 4 vaikus, vidutinis rangas – 147,00. Pastebime, kad didžiausias vidutinis rangas yra grupėje, kur vaikų skaičius šeimoje yra 3, tad galime teigti, jog slaugytojai, kurie turi 3 vaikus šeimoje statistiškai reikšmingai mažiausiai skundžiasi skausmais. Daugiausia skausmus patiria tiriamieji, kurie augina šeimoje 1 vaiką. Tarp bendros sveikatos skalės vaikų skaičiaus grupių yra gautas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,05$). Bendros sveikatos skalėje vidutinis rangas grupėje, kurie vaikų neturi, yra 141,62, kurie turi 1 vaiką, vidutinis rangas yra 103,46, kurie turi 2 vaikus, vidutinis rangas – 108,22, kurie turi 3 vaikus, vidutinis rangas yra 121,05, o kurie turi 4 vaikus, vidutinis rangas – 117,00. Pastebime, kad didžiausias vidutinis rangas yra grupėje, kur slaugytojai šeimoje neturi vaikų, tad galime teigti, jog slaugytojai, kurie neturi šeimoje vaikų statistiškai reikšmingai geriausiai vertina savo bendrą sveikatą.

17 lentelė. Gyvenimo kokybės skalių įverčių vidurkių palyginimas pagal vaikų skaičių šeimoje.

Skalė	Vaikų skaičius	N	Vidutinis rangas	Vidutinių rangų suma	Statistinis reikšmingumas p
Fizinis aktyvumas	0	60	143,20	8592	0,000
	1	84	106,55	8950	
	2	62	95,09	5895	
	3	22	136,59	3005	
	4	4	146,25	585	
Veiklos apribojimas dėl fizinių problemų	0	60	114,88	6893	0,131
	1	84	105,45	8859	
	2	62	125,10	7756	
	3	22	137,95	3035	
	4	4	121,25	485	
Veiklos apribojimas dėl emocinių problemų	0	60	121,33	7280	0,122
	1	84	105,45	8858	
	2	62	125,21	7763	
	3	22	112,59	2477	
	4	4	162,50	650	
Energingumas/gyv ybingumas	0	60	118,78	7127	0,851
	1	84	110,51	9283	
	2	62	123,04	7628	
	3	22	114,43	2517	
	4	4	118,00	472	
Emocinė būklė	0	60	121,03	7262	0,838
	1	84	111,98	9406	
	2	62	113,76	7053	
	3	22	126,73	2788	
	4	4	129,75	519	
Socialinė funkcija	0	60	117,00	7020	0,329
	1	84	108,69	9130	
	2	62	121,92	7559	
	3	22	136,14	2995	
	4	4	81,00	324	
Skausmas	0	60	127,97	7678	0,006
	1	84	104,09	8743	
	2	62	106,60	6609	
	3	22	154,95	3409	
	4	4	147,00	588	
Bendros sveikatos vertinimas	0	60	141,62	8497	0,013
	1	84	103,46	8690	
	2	62	108,22	6709	
	3	22	121,05	2663	
	4	4	117,00	468	

skirtumai statistiškai reikšmingi, kai $p < 0,05$

Palyginus pagal darbuočių skaičių grupes gyvenimo kokybės skalių įverčių vidurkius gavome tik vienos iš nagrinėjamų skalių statistiškai reikšmingus skirtumus ($p < 0,05$) (žr. 18 lentelę). Tarp fizinio aktyvumo skalės darbuočių skaičiaus grupių yra gautas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,05$). Fizinio aktyvumo skalėje vidutinis rangas grupėje, kurie dirba 1-oje darbovietėje, yra 110,96, kurie dirba 2-ose darbovietėse, vidutinis rangas yra 138,35, o kurie dirba 3-ose darbovietėse, vidutinis rangas – 205,50. Pastebime, kad didžiausias vidutinis rangas yra grupėje, kur slaugytojai dirba 3-ose darbovietėse, tad galime teigti, jog fiziškai aktyvesni yra slaugytojai, kurie dirba net per tris darbovietes vienu metu. Tarp kitų gyvenimo kokybės skalių įverčių vidurkių statistiškai reikšmingų skirtumų nerasta.

18 lentelė. Gyvenimo kokybės skalių įverčių vidurkių palyginimas pagal darbuočių skaičių.

Skalė	Darbuočių skaičius	N	Vidutinis rangas	Vidutinių rangų suma	Statistinis reikšmingumas p
Fizinis aktyvumas	1	190	110,96	21083	0,010
	2	40	138,35	5534	
	3	2	205,50	411	
Veiklos apribojimas dėl fizinių problemų	1	190	115,16	21881	0,462
	2	40	120,48	4819	
	3	2	164,00	328	
Veiklos apribojimas dėl emocinių problemų	1	190	116,22	22082	0,459
	2	40	120,28	4811	
	3	2	67,50	135	
Energingumas / gyvybingumas	1	190	116,53	22142	0,233
	2	40	112,39	4495	
	3	2	195,00	390	
Emocinė būklė	1	190	118,14	22447	0,459
	2	40	106,85	4274	
	3	2	153,50	307	
Socialinė funkcija	1	190	118,88	22587	0,229
	2	40	102,82	4113	
	3	2	164,00	328	
Skausmas	1	190	115,61	21965	0,218
	2	40	116,69	4667	
	3	2	197,50	395	
Bendros sveikatos vertinimas	1	190	112,88	21448	0,211
	2	40	132,37	5295	
	3	2	142,50	285	
<i>skirtumai statistiškai reikšmingi, kai $p < 0,05$</i>					

Nagrinėjant tiriamųjų gyvenimo kokybės skalių rangų vidurkių skirtumus pagal darbo krūvį gavome statistiškai reikšmingų skirtumų ($p < 0,05$) (žr. 19 lentelę). Tarp fizinio aktyvumo skalės darbo krūvio grupių yra gautas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,05$). Fizinio aktyvumo skalėje vidutinis rangas 0,5 etato dirbančių grupėje yra 150,75, 0,75 etato dirbančių grupėje vidutinis rangas yra 127,50, 1 etatą dirbančių grupėje vidutinis rangas yra 10,16, 1,25 etatą dirbančių grupėje vidutinis rangas yra 112,07, 1,5 etatą dirbančių grupėje vidutinis rangas yra 134,31, o 1,75 etatą dirbančių grupėje vidutinis rangas – 180,33. Pastebime, kad didžiausias vidutinis rangas yra 1,75 etatą dirbančių grupėje, tad galime teigti, jog labiau fiziškai aktyvūs yra slaugytojai, kurie dirba 1,75 etatą. Tarp veiklos apribojimų dėl fizinių problemų skalės darbo krūvio grupių yra gautas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,05$). Veiklos apribojimų dėl fizinių problemų skalėje vidutinis rangas 0,5 etato dirbančių grupėje yra 164,00, 0,75 etato dirbančių grupėje vidutinis rangas yra 36,25, 1 etatą dirbančių grupėje vidutinis rangas yra 110,17, 1,25 etatą dirbančių grupėje vidutinis rangas yra 120,62, 1,5 etatą dirbančių grupėje vidutinis rangas yra 118,64, o 1,75 etatą dirbančių grupėje vidutinis rangas – 107,00. Pastebime, kad didžiausias vidutinis rangas yra 0,5 etato dirbančių grupėje, tad galime teigti, jog veiklos apribojimų dėl fizinių problemų nepatiria slaugytojai, kurie dirba tik 0,5 etato. Taip pat tarp skausmo skalės darbo krūvio grupių yra gautas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,05$). Skausmo skalėje vidutinis rangas 0,5 etato dirbančių grupėje yra 176,50, 0,75 etato dirbančių grupėje vidutinis rangas yra 26,50, 1 etatą dirbančių grupėje vidutinis rangas yra 113,70, 1,25 etatą dirbančių grupėje vidutinis rangas yra 119,29, 1,5 etatą dirbančių grupėje vidutinis rangas yra 117,83, o 1,75 etatą dirbančių grupėje vidutinis rangas – 101,50. Pastebime, kad didžiausias vidutinis rangas yra 0,5 etato dirbančių grupėje, tad galime teigti, jog skausmo mažiausiai patiria slaugytojai, kurie dirba tik 0,5 etato. Daugiausiai statistiškai reikšmingai skausmo patiria slaugytojai, kurie dirba 0,75 etato. Tarp kitų gyvenimo kokybės skalių įverčių vidurkių statistiškai reikšmingų skirtumų nerasta.

19 lentelė. Gyvenimo kokybės skalių įverčių vidurkių palyginimas pagal darbo krūvį.

Skalė	Darbo krūvis	N	Vidutinis rangas	Vidutinių rangų suma	Statistinis reikšmingumas p
Fizinis aktyvumas	0,5 etato	4	150,75	603	0,017
	0,75 etato	4	127,50	510	
	1 etatas	59	10,16	5968	
	1,25 etato	112	112,07	12552	
	1,5 etato	47	134,31	6312	
	1,75 etato	6	180,33	1082	
Veiklos apribojimas dėl fizinių problemų	0,5 etato	4	164,00	656	0,047
	0,75 etato	4	36,25	145	
	1 etatas	59	110,17	6500	
	1,25 etato	112	120,62	13509	
	1,5 etato	47	118,64	5576	
	1,75 etato	6	107,00	642	
Veiklos apribojimas dėl emocinių problemų	0,5 etato	4	115,00	460	0,191
	0,75 etato	4	49,00	196	
	1 etatas	59	110,62	6526	
	1,25 etato	112	121,97	13661	
	1,5 etato	47	118,92	5589	
	1,75 etato	6	99,17	595	
Energingumas / gyvybingumas	0,5 etato	4	177,25	709	0,370
	0,75 etato	4	110,75	443	
	1 etatas	59	112,20	6620	
	1,25 etato	112	112,64	12615	
	1,5 etato	47	127,65	5999	
	1,75 etato	6	106,83	641	
Emocinė būklė	0,5 etato	4	184,50	738	0,118
	0,75 etato	4	123,75	495	
	1 etatas	59	111,61	6585	
	1,25 etato	112	110,29	12353	
	1,5 etato	47	133,21	6261	
	1,75 etato	6	99,33	596	
Socialinė funkcija	0,5 etato	4	207,00	828	0,111
	0,75 etato	4	125,75	503	
	1 etatas	59	108,39	6395	
	1,25 etato	112	118,52	13274	
	1,5 etato	47	115,83	5444	
	1,75 etato	6	97,33	584	

19 lentelės tęsinys.

Skalė	Darbo krūvis	N	Vidutinis rangas	Vidutinių rangų suma	Statistinis reikšmingumas p
Skausmas	0,5 etato	4	176,50	706	0,044
	0,75 etato	4	26,50	106	
	1 etatas	59	113,70	6708	
	1,25 etato	112	119,29	13360	
	1,5 etato	47	117,83	5538	
	1,75 etato	6	101,50	609	
Bendros sveikatos vertinimas	0,5 etato	4	152,75	611	0,102
	0,75 etato	4	129,25	517	
	1 etatas	59	103,04	6079	
	1,25 etato	112	113,45	12706	
	1,5 etato	47	130,20	6119	
	1,75 etato	6	165,83	995	
<i>skirtumai statistiškai reikšmingi, kai $p < 0,05$</i>					

Atlikus Spearman koreliaciją tarp slaugytojų gyvenimo kokybės skalių ir darbo stažo gavome statistiškai reikšmingus ryšius ($p < 0,05$) (žr. 20 lentelę). Tarp fizinio aktyvumo skalės ir slaugytojų darbo stažo gavome neigiamą statistiškai reikšmingą ryšį ($\rho = -0,428$, $p < 0,05$). Ši koreliacija rodo, kad kuo slaugytojo darbo stažas yra didesnis, tuo fizinis aktyvumas yra mažesnis ir atvirkščiai. Taip pat tarp veiklos apribojimų dėl fizinių problemų ir slaugytojų darbo stažo gavome neigiamą statistiškai reikšmingą ryšį ($\rho = -0,144$, $p < 0,05$). Tai reiškia, kad kuo slaugytojo darbo stažas yra didesnis, tuo daugiau atsiranda veiklos apribojimų dėl fizinių problemų ir atvirkščiai. Tarp skausmo ir tiriamųjų darbo stažo taip pat gavome neigiamą statistiškai reikšmingą ryšį ($\rho = -0,298$, $p < 0,05$), kuris rodo, jog kuo didesnis slaugytojo darbo stažas tuo didesnę ir dažnesnę skausmą jis patiria. Bendros sveikatos koreliacija su slaugytojo darbo stažu taip pat parodė neigiamą statistiškai reikšmingą ryšį ($\rho = -0,321$, $p < 0,05$). Ši koreliacija rodo, jog kuo didesnis tiriamojo darbo stažas, tuo bendros sveikatos vertinimas yra prastesnis. Tarp kitų gyvenimo kokybės skalių ir slaugytojų darbo stažo statistiškai reikšmingo ryšio nenustatyta.

20 lentelė. Koreliacija tarp gyvenimo kokybės skalių ir darbo stažo.

Skalė	Darbo stažas Koreliacijos koeficientas r	Statistinis reikšmingumas p
Fizinis aktyvumas	-0,428	0,000
Veiklos apribojimas dėl fizinių problemų	-0,144	0,028
Veiklos apribojimas dėl emocinių problemų	-0,099	0,131
Energingumas/gyvybinumas	-0,128	0,051
Emocinė būklė	-0,048	0,470
Socialinė funkcija	-0,059	0,371
Skausmas	-0,298	0,000
Bendros sveikatos vertinimas	-0,321	0,000
<i>koreliacija statistiškai reikšminga, kai $p < 0,05$</i>		

Palyginus pagal darbo užmokesčio pasitenkinimo grupes gyvenimo kokybės skalių įverčių vidurkius gavome keletą nagrinėjamų skalių statistiškai reikšmingus skirtumus ($p < 0,05$) (žr. 21 lentelę). Tarp fizinio aktyvumo skalės darbo užmokesčio pasitenkinimo grupių yra gautas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,05$). Fizinio aktyvumo skalėje vidutinis rangas grupėje, kurių „visiškai netenkina“ darbo užmokesti yra 96,00, kurie pažymėjo „1“ vidutinis rangas yra 89,04, kurie pažymėjo „2“ vidutinis rangas yra 153,20, kurie pažymėjo „3“ vidutinis rangas yra 97,27, kurie pažymėjo „4“ vidutinis rangas yra 148,63, kurie pažymėjo „5“ vidutinis rangas yra 113,78, o kuriuos „visiškai tenkina“ – 205,50. Pastebime, kad didžiausias vidutinis rangas yra grupėje, kuriuos darbo užmokestis visiškai tenkina, tad galime teigti, kad fiziškai aktyviausi yra slaugytojai, kuriuos darbo užmokestis visiškai tenkina. Tarp veiklos apribojimų dėl fizinių problemų skalės darbo užmokesčio pasitenkinimo grupių yra gautas taip pat statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,05$). Veiklos apribojimų dėl fizinių problemų skalėje vidutinis rangas grupėje, kurių „visiškai netenkina“ darbo užmokesti yra 164,00, kurie pažymėjo „1“ vidutinis rangas yra 86,09, kurie pažymėjo „2“ vidutinis rangas yra 135,57, kurie pažymėjo „3“ vidutinis rangas yra 112,33, kurie pažymėjo „4“ vidutinis rangas yra 128,51, kurie pažymėjo „5“ vidutinis rangas yra 112,78, o kuriuos „visiškai tenkina“ – 121,25. Pastebime, kad didžiausias vidutinis rangas yra grupėje, kuriuos darbo užmokestis visiškai netenkina, tad galime teigti, kad statistiškai reikšmingai mažiausiai veiklos apribojimų dėl fizinių problemų patiria slaugytojai, kuriuos darbo užmokestis visiškai netenkina. Tarp emocinės būklės skalės darbo užmokesčio pasitenkinimo grupių yra gautas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,05$). Emocinės būklės skalėje vidutinis rangas grupėje, kurių „visiškai netenkina“ darbo užmokesti yra

215,50, kurie pažymėjo „1“ vidutinis rangas yra 84,96, kurie pažymėjo „2“ vidutinis rangas yra 137,73, kurie pažymėjo „3“ vidutinis rangas yra 109,26, kurie pažymėjo „4“ vidutinis rangas yra 126,15, kurie pažymėjo „5“ vidutinis rangas yra 141,21, o kuriuos „visiškai tenkina“ – 100,25. Pastebime, kad didžiausias vidutinis rangas yra grupėje, kuriuos darbo užmokestis visiškai netenkina, tad galime teigti, kad statistiškai reikšmingai emocinė būseną geresnę ir stabilesnę yra slaugytojų, kuriuos darbo užmokestis visiškai netenkina. Tarp socialinės funkcijos skalės darbo užmokesčio pasitenkinimo grupių yra gautas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,05$). Socialinės funkcijos skalėje vidutinis rangas grupėje, kurių „visiškai netenkina“ darbo užmokestis yra 207,00, kurie pažymėjo „1“ vidutinis rangas yra 73,48, kurie pažymėjo „2“ vidutinis rangas yra 120,07, kurie pažymėjo „3“ vidutinis rangas yra 117,64, kurie pažymėjo „4“ vidutinis rangas yra 121,62, kurie pažymėjo „5“ vidutinis rangas yra 139,64, o kuriuos „visiškai tenkina“ – 120,75. Pastebime, kad didžiausias vidutinis rangas yra taip pat grupėje, kuriuos darbo užmokestis visiškai netenkina. Galime teigti, kad socialines funkcijas statistiškai reikšmingai geriausiai atlieka slaugytojai, kuriuos darbo užmokestis visiškai netenkina. Tarp skausmo skalės darbo užmokesčio pasitenkinimo grupių yra gautas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,05$). Skausmo skalėje vidutinis rangas grupėje, kurių „visiškai netenkina“ darbo užmokestis yra 197,50, kurie pažymėjo „1“ vidutinis rangas yra 92,61, kurie pažymėjo „2“ vidutinis rangas yra 127,53, kurie pažymėjo „3“ vidutinis rangas yra 97,37, kurie pažymėjo „4“ vidutinis rangas yra 156,09, kurie pažymėjo „5“ vidutinis rangas yra 125,93, o kuriuos „visiškai tenkina“ – 197,50. Pastebime, kad didžiausias vidutinis rangas ir didesnė vidutinių rangų suma yra grupėje, kuriuos darbo užmokestis visiškai tenkina, tad galime teigti, kad skausmo statistiškai reikšmingai mažiau patiria ir jaučia slaugytojai, kuriuos darbo užmokestis visiškai tenkina. Tarp bendros sveikatos skalės darbo užmokesčio pasitenkinimo grupių yra taip pat gautas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,05$). Bendros sveikatos skalėje vidutinis rangas grupėje, kurių „visiškai netenkina“ darbo užmokestis yra 104,00, kurie pažymėjo „1“ vidutinis rangas yra 81,91, kurie pažymėjo „2“ vidutinis rangas yra 145,80, kurie pažymėjo „3“ vidutinis rangas yra 102,17, kurie pažymėjo „4“ vidutinis rangas yra 151,01, kurie pažymėjo „5“ vidutinis rangas yra 126,64, o kuriuos „visiškai tenkina“ – 86,50. Pastebime, kad didžiausias vidutinis rangas yra grupėje, kurie pažymėjo „4“, t. y. labiau patenkinti darbo užmokesčiu nei nepatenkinti, tad galime teigti, kad bendros sveikatos vertinimas yra geresnis tų slaugytojų, kurie yra labiau patenkinti darbo užmokesčiu. Prasčiausiai vertino bendrą sveikatą slaugytojai, kurie yra labiau nepatenkinti darbo užmokesčiu nei patenkinti. Tarp kitų gyvenimo kokybės skalių įverčių vidurkių statistiškai reikšmingų skirtumų nerasta.

21 lentelė. Gyvenimo kokybės skalių įverčių vidurkių sąsaja su darbo užmokesčio pasitenkinimu.

Skalė	Darbo užmokesčio pasitenkinimas	N	Vidutinis rangas	Vidutinių rangų suma	Statistinis reikšmingumas p
Fizinis aktyvumas	Visiškai netenkina	2	96,00	192	0,000
	1	23	89,04	2048	
	2	30	153,20	4596	
	3	114	97,27	11088	
	4	45	148,63	6688	
	5	14	113,78	1593	
	Visiškai tenkina	4	205,50	822	
Veiklos apribojimas dėl fizinių problemų	Visiškai netenkina	2	164,00	328	0,046
	1	23	86,09	1980	
	2	30	135,57	4067	
	3	114	112,33	12806	
	4	45	128,51	5783	
	5	14	112,78	1579	
	Visiškai tenkina	4	121,25	485	
Veiklos apribojimas dėl emocinių problemų	Visiškai netenkina	2	162,50	325	0,134
	1	23	100,54	2312	
	2	30	124,50	3735	
	3	114	110,74	12624	
	4	45	130,37	5866	
	5	14	108,21	1515	
	Visiškai tenkina	4	162,50	650	
Energingumas/gyvybingumas	Visiškai netenkina	2	195,00	390	0,134
	1	23	89,13	2050	
	2	30	124,90	3747	
	3	114	111,97	12764	
	4	45	130,23	5860	
	5	14	125,43	1756	
	Visiškai tenkina	4	115,00	460	
Emocinė būklė	Visiškai netenkina	2	215,50	431	0,009
	1	23	84,96	1954	
	2	30	137,73	4132	
	3	114	109,26	12456	
	4	45	126,15	5677	
	5	14	141,21	1977	
	Visiškai tenkina	4	100,25	401	

21 lentelės tęsinys.

Skalė	Darbo užmokesčio pasitenkinimas	N	Vidutinis rangas	Vidutinių rangų suma	Statistinis reikšmingumas p
Socialinė funkcija	Visiškai netenkina	2	207,00	414	0,017
	1	23	73,48	1690	
	2	30	120,07	3602	
	3	114	117,64	13411	
	4	45	121,62	466	
	5	14	139,64	1955	
	Visiškai tenkina	4	120,75	483	
Skausmas	Visiškai netenkina	2	197,50	395	0,000
	1	23	92,61	2130	
	2	30	127,53	3826	
	3	114	97,37	11100	
	4	45	156,09	7024	
	5	14	125,93	1763	
	Visiškai tenkina	4	197,50	790	
Bendros sveikatos vertinimas	Visiškai netenkina	2	104,00	208	0,000
	1	23	81,91	1884	
	2	30	145,80	4374	
	3	114	102,17	11647	
	4	45	151,01	6795	
	5	14	126,64	1773	
	Visiškai tenkina	4	86,50	346	
<i>skirtumai statistiškai reikšmingi, kai $p < 0,05$</i>					

2.3. Tyrimo rezultatų aptarimas

Mokslinio darbo metu buvo ištirti apklausoje dalyvavusių Vilniaus miesto valstybinių ligoninių operacinės slaugytojų demografiniai rodikliai. Nustatyta, kad didžioji dauguma tyrime dalyvavusių slaugytojų yra moterys nuo 41 iki 50 metų, kurios yra ištekėjusios arba gyvena nesusituokę bei turi šeimoje 2 vaikus, dirba vienoje darbovietėje, 1,25 etato, turinčios nuo 21 iki 40 metų darbo stažą.

Šiame baigiamajame darbe buvo tiriamos profesinio perdegimo ir gyvenimo kokybės sąsajos tarp Vilniaus mieste, operacinėje dirbančių slaugytojų. Tyrime nustatyta, kad 23 – 66 metų slaugytojai pasižymėjo vidutiniu asmeninių pasiekimų nuvertinimu. Slaugytojai yra linkę labiau nuvertinti savo asmeninius pasiekimus. Tyrimo metu emocinio išsekimo skalės vidurkis parodė, jog slaugytojų bendras emocinis išsekimas yra vidutinis. Depersonalizacijos vidurkis parodė, jog ji yra taip pat vidutinio lygio. Galime teigti, kad tyrimo dalyviai patiria vidutinį profesinį perdegimą. Panašius rezultatus pateikė ir autorė Mačiulytė (2016). Jos atlikto tyrimo metu buvo nustatyta, kad ligoninės gydytojai patiria vidutinį profesinio perdegimo lygį.

Pastebėta, kad slaugytojams vyrams buvo nustatyta ryškiausia depersonalizacija. Slaugytojai vyrai labiau linkę būti abejingi ciniški bendradarbiams bei pacientams. Vyrai mažiau nei moterys įsitraukia į kito asmens problemas. Kuo stipresnė vyrams pasižymi depersonalizacija, tuo mažiau jie stengiasi padėti kitiems asmenims. Slaugytojų vyrų profesinio perdegimo lygis yra didesnis nei slaugytojų moterų. Tokius pat rezultatus gavo ir autoriai Sadeghi, Ofoghi, Niyafar, Dadashi (2015). Šie autoriai atliko tyrimą, kuriame buvo tiriamas Johno Hollando asmenybės tipų santykis su profesiniu perdegimu tarp mokytojų moterų ir vyrų. Tyrimo metu nustatė, kad mokytojų vyrų perdegimo laipsnis buvo didesnis nei moterų.

Statistiškai reikšmingas ryšys nustatytas tarp depersonalizacijos ir slaugytojų amžiaus. Koreliacija parodė, kad vyriausių slaugytojų depersonalizacija yra silpniausia. Vyresnio amžiaus slaugytojai nėra taip stipriai abejingi pacientams kaip jaunesnio amžiaus slaugytojai.

Taip pat statistiškai reikšmingi skirtumai nustatyti tarp emocinio išsekimo skalės ir šeiminės padėties grupių. Nustatyta, kad emocinį išsekimą stipriausiai jaučia slaugytojai, kurie yra išsiskyrę, t. y. vieniši. Išsiskyrę slaugytojai sunkiau susidoroja su nepakeliamais krūviais darbe, jie greičiau jaučia persidirbimą ir nuovargį.

Taip pat aukštą emocinio išsekimo lygį patiria slaugytojai turintys 1 vaiką šeimoje. Jie jaučia stiprų fizinių ir emocinių išteklių išsekvojimą, nesugeba įvykdyti jiems pateiktų užduočių.

Atlikto tyrimo metu pastebėta, kad profesiniam perdegimui slaugytojų darbuočių skaičius įtakos neturi.

Tyrimo iškelta hipotezė yra „Tikėtina, kad slaugytojai turintys didesnę darbo krūvį, turi aukštesnę perdegimo sindromo lygį“. Hipotezė, atlikus tyrimą, buvo atmesta. Išanalizavus profesinio perdegimo skalių įverčių vidurkius, buvo nenustatyta statistiškai reikšmingų skirtumų tarp pateiktų slaugytojų darbo krūvio grupių. Nustatyta, kad visos nagrinėjamos slaugytojų darbo krūvio grupės emocinį išsekimą, depersonalizaciją bei asmeninių pasiekimų nuvertinimą vertinimo panašiai. Autorė Mačiulytė (2016) atliko tyrimą, kuriuo metu ištyrė labiausiai įtakojančius perdegimo sindromą veiksnius ir taip pat nustatė, jog darbo krūvis neįtakoja ligoninės gydytojų profesinio perdegimo.

Tyrimas atskleidė, kad tarp depersonalizacijos ir slaugytojų darbo stažo yra statistiškai reikšmingas ryšys. Nustatyta, kad kuo slaugytojo darbo stažas yra didesnis, tuo depersonalizacijos lygis yra mažesnis. Tai patvirtina prieš tai nustatytą ryšį tarp depersonalizacijos ir slaugytojų amžiaus, t. y., kad kuo slaugytojo amžius yra didesnis, tuo depersonalizacijos lygis yra mažesnis.

Atlikto tyrimo metu nustatyta, kad tarp emocinio išsekimo ir tiriamųjų darbo užmokesčio pasitenkinimo bei asmeninių pasiekimų nuvertinimo ir darbo užmokesčio pasitenkinimo yra statistiškai reikšmingų skirtumų. Lyginant darbo užmokesčio grupių emocinio išsekimo skalės vidurkių skirtumus, nustatyta, kad slaugytojai, kurie yra labiau nepatenkinti darbo užmokesčiu, pasižymi dažniau emociniu išsekimu nei slaugytojai, kurie yra patenkinti darbo užmokesčiu. Autorės Jonikienės (2014) atlikto tyrimo rezultatai parodė, jog didėjant tyrimo dalyvių nepasitenkinimui atlyginimu, didėja ir emocinis išsekimas. O lyginant darbo užmokesčio grupių asmeninių pasiekimų nuvertinimo skalės vidurkių skirtumus, nustatyta, kad slaugytojų, kurie yra visiškai nepatenkinti savo darbo užmokesčiu, asmeninių pasiekimų nuvertinimo lygis yra labai žemas. Jie jaučiasi daug vertingesni nei, kad jie šiuo metu uždirba. Šie slaugytojai teigiamai vertina save ir savo darbą, tad už kokybiškai atliktą darbą nori būti atitinkamai įvertinti.

Tyrimo dalyvavę Vilniaus miesto, valstybinių ligoninių slaugytojai atsakinėjant į gyvenimo kokybės klausimą dažniausiai pasirinkdavo vidutines klausimyno reikšmes, kurios atskleidė vidutinišką bendrą sveikatos vertinimą. Tokį klausimyno atsakymų pasirinkimą gali būti, kad lėmė šiuo metu esamos ekstremalios situacijos aplinkybės Lietuvoje. Nors slaugytojai pasižymėjo aukštu fizinio aktyvumo lygiu, tačiau veiklos apribojimus dėl fizinių problemų, veiklos apribojimus dėl emocinių problemų, socialinę funkciją bei skausmą jie vertino tik vidutiniškai, energingumas/gyvybingumas, emocinė būklė, pasak gautų rezultatų, buvo gan prasta.

Atlikto tyrimo metu nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp veiklos apribojimų dėl fizinių problemų lyties grupių. Moterys patiria mažiau veiklos apribojimų dėl fizinių problemų nei vyrai. Joms mažiau iškyla sunkumų atliekant darbą ar kitą veiklą. Vyrai dažniau jautė nerimą, neatlikdavo jiems skirtų užduočių taip rūpestingai ir atsakingai kaip moterys. Autorės Pavolytė(2017) rezultatai po atlikto tyrimo buvo panašūs. Šios autorės tyrimo metu buvo įrodyta, kad moterys bendrą sveikatą vertino geriau nei vyrai. Mūsų tyrimo atveju moterims taip pat atliekamas darbas neturėjo

neigiamos įtakos jų socialinėms funkcijoms atlikti, o vyrams tai sukelia sunkumų. Vyrai po darbo negalėdavo skirti šeimai, draugams tiek laiko, kiek anksčiau.

Tyrimas atskleidė, kad tarp fizinio aktyvumo ir slaugytojų amžiaus yra statistiškai reikšmingas ryšys. Didėjant slaugytojo amžiui, mažėja jo fizinis aktyvumas. Iš to seka, kad kuo slaugytojas yra vyresnis, tuo patiria daugiau problemų. Kuomet slaugytojas patiria daugiau veiklos apribojimų dėl fizinių problemų, tuo jis mažiau jaučiasi energingas bei gyvybingas ir patiria didesnius skausmus nei jaunesni slaugytojai. Kaip pastebime iš gautų rezultatų slaugytojo amžius turi labai didelę įtaką jų fizinei būklei. Taigi, galime teigti, kad kuo slaugytojas vyresnis, tuo jis prasčiau vertina savo fizinę būklę, tuo labiau prastėja ir jo emocinė būklė, o tai lemia ir prastesnę bendros sveikatos vertinimą. Darbo autorė Karpavičienė (2016) ištyrė „prieširdžių virpėjimu sergančių pacientų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę ir jos sąsajas su sociodemografiniais, medicininiais veiksniais ir individualiais sveikatos ištekliais (vidine darna)“ ir nustatė, jog vyresni pacientai bendrą sveikatą vertina daug prasčiau nei jaunesni pacientai. Autorė Staniūtė (2007) atlikusi disertacijos darbo tyrimą, gavo tokius rezultatus, kad fiziškai stipresni ir emociškai stabilūs yra jaunesni žmonės. Bei autorė Pavolytė (2017) savo atlikto tyrimo metu nustatė, jog bendrą sveikatą geriau vertina jaunesni respondentai.

Tarp fizinio aktyvumo šeiminės padėties grupių yra gautas statistiškai reikšmingas skirtumas. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad fiziškai aktyvūs yra slaugytojai, kurie yra nevedę (netekėjusios). Taip yra todėl, kad jie po darbo gali skirti visą laisvą laiką tik sau ir fizinės sveikatos gerinimui. Taip pat tarp veiklos apribojimų dėl emocinių problemų šeiminės padėties grupių yra gautas statistiškai reikšmingas skirtumas. Nustatyta, kad našliai patiria daug mažiau veiklos apribojimų dėl emocinių problemų, negu kitoms grupėms priklausantys slaugytojai. Taip pat našliai socialinės funkcijos sritį vertina geriausiai lyginant su kitomis šeiminės padėties grupėmis. Našliams nepasireiškė stiprios emocinės problemos, bendravimo funkcijos sutrikimai, kurie sukeltų nepatogumus darbe ar bendraujant, leidžiant laiką su artimaisiais, draugais. Taip pat tyrimo metu gavome, kad nevedę (netekėjusios) patiria mažiau skausmo negu kitų šeiminės padėties grupių atstovai. Didžiausią skausmą, kuris pertraukė jų normalų darbą patyrė išsiskyrusių slaugytojų grupės atstovai. Geriausiai bendrą sveikatą vertino nevedę (netekėjusios) slaugytojai, kadangi šie slaugytojai buvo fiziškai aktyvesni ir patyrė mažiau fizinio skausmo.

Nagrinėjant duomenis buvo nustatyta, kad tarp fizinio aktyvumo skalės vaikų skaičiaus grupių yra statistiškai reikšmingi skirtumai. Fiziškai aktyviausi slaugytojai yra tie, kurie šeimoje augina 4 vaikus. Taip pat tarp skausmo skalės vaikų skaičiaus grupių yra gautas statistiškai reikšmingas skirtumas. Slaugytojai, kurie turi 3 vaikus šeimoje statistiškai reikšmingai mažiausiai skundžiasi skausmais. Daugiausia skausmus patiria tiriamieji, kurie augina šeimoje 1 vaiką. Geriausiai savo bendrą sveikatą vertino slaugytojai, kurie neturi šeimoje vaikų.

Lyginant slaugytojų darbuotojų skaičiaus grupių fizinio aktyvumo skalės skirtumus, nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai. Rezultai parodė, kad fiziškai aktyvesni yra slaugytojai, kurie dirba net per tris darbovietes vienu metu. Tai reiškia, kad ši slaugytojų grupė neapsiriboja vienu darbu, atlieka daugiau negu kiti slaugytojai ir jiems neiškyla sunkumų darbe.

Skirtumai tarp fizinio aktyvumo skalės darbo krūvio grupių parodė, kad 1,5 etatą dirbantys slaugytojai yra labiau fiziškai stipresni. Tai patvirtina prieš tai gautus rezultatus, kuomet per kelias darbovietes dirbantys slaugytojai yra fiziškai aktyvesni. Tačiau rezultatai parodė, kad veiklos sumažėjimo nepatiria tik tie slaugytojai, kurie dirba tik 0,5 etato. Taip pat ši slaugytojų grupė, pasak rezultatų, patiria mažiausiai fizinio skausmo. Daugiausiai statistiškai reikšmingai skausmo patiria slaugytojai, kurie dirba 0,75 etato.

Analizuojant gautus duomenis, buvo nustatyta, kad tarp fizinio aktyvumo skalės ir slaugytojų darbo stažo yra neigiamas statistiškai reikšmingas ryšys. Tai reiškia, slaugytojų fizinis aktyvumas priklauso nuo darbo stažo. Taip pat tarp veiklos apribojimų dėl fizinių problemų ir slaugytojų darbo stažo gavome neigiamą statistiškai reikšmingą ryšį, kuris rodo, jog kuo slaugytojo darbo stažas yra didesnis, tuo daugiau atsiranda veiklos apribojimų dėl fizinių problemų. Tai patvirtina gautus rezultatus pradžioje, kuomet gavome, jog didėjant slaugytojo amžiui, mažėja jo fizinis aktyvumas. Tyrimo rezultatai parodė, jog kuo didesnis slaugytojo amžius ir darbo stažas, tuo dažnesni patiriami skausmai. Didėjant slaugytojo darbo stažui, prastėja ir bendros sveikatos vertinimas.

Tyrimo rezultatai parodė, jog fiziškai aktyviausi yra slaugytojai, kuriuos darbo užmokestis visiškai tenkina. Pagal ankstesnius rezultatus galime spręsti, kad visiškai tenkina darbo užmokestis slaugytojus, kurie dirba 1,5 etato arba, kurie dirba per 3 darbovietes. Taip pat skausmo statistiškai reikšmingai mažiau patiria ir jaučia ši slaugytojų grupė, t. y. slaugytojai, kuriuos darbo užmokestis visiškai tenkina. Tarp veiklos sumažėjimo dėl fizinių veiksnių skalės ir darbo užmokesčio pasitenkinimo grupių yra gautas statistiškai reikšmingas skirtumas. Mažiausiai veiklos apribojimų dėl fizinių problemų patiria slaugytojai, kuriuos darbo užmokestis visiškai netenkina ir ši slaugytojų grupė dirba tik 0,5 etato. Taip pat šios grupės slaugytojų emocinė būklė yra statistiškai reikšmingai vertinama kaip geresnė, stabilesnė bei socialines funkcijas statistiškai reikšmingai geriausiai atliekamos. Rezultatai parodė, jog tarp bendros sveikatos skalės darbo užmokesčio pasitenkinimo grupių yra statistiškai reikšmingas skirtumas. Bendros sveikatos vertinimas yra geresnis tų slaugytojų, kurie yra labiau patenkinti darbo užmokesčiu. Prasčiausiai vertino bendrą sveikatą slaugytojai, kurie yra labiau nepatenkinti darbo užmokesčiu nei patenkinti.

IŠVADOS

1. Remiantis atlikto ir šiame darbe aprašyto tyrimo duomenimis, galima teigti, jog kuo didesni yra reikalavimai medicinos darbuotojų darbe, tuo labiau pasireiškia intensyvesnė stresinė savijauta ir profesinis perdegimas. Tyrimo metu emocinio išsekimo skalės vidurkis parodė, jog slaugytojų bendras emocinis išsekimas yra vidutinis. Depersonalizacijos vidurkis parodė, jog ji yra taip pat vidutinio lygio. Galime teigti, kad tyrimo dalyviai patiria vidutinį profesinį perdegimą.

2. Mokslinės literatūros analizė parodė, jog perdegęs darbuotojas yra labiau linkęs į daugelį somatinių ir psichikos problemų, o jo motyvacija ir gebėjimas produktyviai dirbti ženkliai krenta. Buvo rastos pastebimos sąsajos tarp slaugytojų didelio darbinio krūvio bei jų pasireiškusių kaulų ir raumenų ligų atsiradimo. Tyrimo rezultatai atskleidė, jog slaugytojų amžius ir darbo stažas turi įtakos patiriamam skausmui atsirasti. Statistiškai reikšmingi skirtumai nustatyti tarp veiklos apribojimų dėl fizinių problemų lyties grupių. Vyrai dažniau patiria veiklos apribojimų dėl fizinių problemų nei moterys. Jiems dažniau iškyla sunkumų atliekant darbą ar kitą veiklą. Pastebima, kad didžiausias vidutinis rangas yra 0,5 etato dirbančių grupėje, tad galime teigti, jog veiklos apribojimų dėl fizinių problemų nepatiria slaugytojai, kurie dirba tik 0,5 etato.

3. Nustatyta, kad darbuotojams, kurie gauna labai mažą atlygį ir jo nebeužtenka jų reikmėms patenkinti, atsiranda stresinė būseną. Lyginant darbo užmokesčio grupių emocinio išsekimo skalės vidurkių skirtumus, nustatyta, kad slaugytojai, kurie yra labiau nepatenkinti darbo užmokesčiu, pasižymi dažniau emociniu išsekimu nei slaugytojai, kurie yra patenkinti darbo užmokesčiu. Tyrimo metu atskleista, jog didėjant tiriamųjų amžiui, operacinės slaugytojai labiau išgyvena pasireiškusi profesinį perdegimą. Nustatyta, kad emocinį išsekimą stipriausiai jaučia slaugytojai, kurie yra išsiskyrę, t. y. vieniši ir turintys 1 vaiką šeimoje.

REKOMENDACIJOS

Slaugos darbuotojams:

1. Kuo daugiau ieškokite informacijos bei žinių apie profesinį perdegimą, jo įtaką žmogui ir profesinio perdegimo įveikos būdus.
2. Išryškėjus pirmiesiems profesinio perdegimo sindromo požymiams, išanksto numatykite geriausias profesinio perdegimo sindromo prevencines priemones bei jas taikykite, siekiant fizinės ir emocinės gerovės.
3. Anksčiau pradėkite domėtis sveikatos gerinimo programomis.
4. Skirkite kuo daugiau dėmesio fizinei veiklai, sudarykite tinkamas sąlygas sporto pratimams, propaguokite sveiką gyvenseną bei dažniau leiskite laiką su šeima, bei draugais.

LITERATŪRA

1. Abdul Rahman H., Abdul-Mumin K., Nainq L. 2017. Psychosocial Work Stressors, Work Fatigue, and Musculoskeletal Disorders: Comparison between Emergency and Critical Care Nurses in Brunei Public Hospitals. *Asian Nurs Res*, 11(1), p. 13-18.
2. Ahola K., Hakanen J., Perhoniemi R., Mutanen P. 2014. Relationship between burnout and depressive symptoms: a study using the person-centred approach. *Burn Res*, 1(1), p. 29-37. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1016/j.burn.2014.03.003>.
3. Amiri A., Setoodeh G., Sajjadi S.F. 2018. The Effect of Educational Stress Management on Job stress of Operating Room Nurses at Hospitals Affiliated to Shiraz University of Medical Sciences During Year 2016. A Randomized Controlled Clinical Trial Women. *Health Bull*. January, 5 (1).
4. Andrijauskaitė D. 2017. Skubiosios medicinos pagalbos slaugos specialistų darbe patiriamo streso ir miego sąsajos. *Verslas, technologijos, biomedicina: inovacijų išvalgos*, 1(8), p. 32-40.
5. AORN Guidance Statement: Sharps Injury Prevention in the Perioperative Setting. 2011. *Perioperative Standards and Recommended Practices*, p. 639-644. Prieiga per internetą: www.aorn.org/WorkArea/DownloadAsset.
6. Baršauskienė V., Almonaitienė J., Lekavičienė R., Antinienė D. 2010. Žmonių santykiai organizacijose. Kaunas: Technologija.
7. Billings D., Kowalski K., 2006
8. Blomberg K., Isaksson A.-K., Allvin R., Bisholt B., Ewertsson M., Kullen Engstrom A., Ohlsson U., Sundler Johnsson A., Gustafsson M. 2016. Work stress among newly graduated nurses in relation to workplace and clinical group supervision. *Journal of Nursing Management*, 24), p. 80-87.
9. Bružienė R. 2014. Slaugytojų veiklos ypatumai dirbant intensyvios terapijos skyriuose. *Sveikatos mokslai*, 24(3), p. 133-136 .
10. Burba B., Sitnikovas O., Lankaitė D. 2014. Streso pasireiškimas, dažniausi stresą sukeltantys veiksniai, distreso valdymas tarp Lietuvos apsaugos darbuotojų. *Moksliniai tyrimai*, 20(1), p. 14-20.
11. Burgess S., Irvine F., Wallymahmed A. 2010. Personality, stress and coping in intensive care nurses: a descriptive exploratory study. *Nursing in Critical Care*, 15(3), p. 129-140. Prieiga per internetą: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20500651>.

12. Cañadas-De la Fuente GA., Vargas C., San Luis C., García I., Cañadas GR., De la Fuente EI. 2015. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *Int J Nurs Stud*, 52(1), p. 240-249. Prieiga per internetą: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001>.
13. Chou L.P., Li C.Y., Hu S.C. 2014. Job stress and burnout in hospital employees: comparisons of different medical professions in a regional hospital in Taiwan. *BMJ Open*, (4).
14. Drungilienė D., Gailiūtė I. 2009. Chirurgijos skyriaus komandos darbą sąlygojantys veiksniai. *Sveikatos mokslai*, 19 (2), p. 2341-2347.
15. Elfering A., Grebner S., Leitner M., Hirschmüller A., Kubosch E.J., Baur H. 2017. Quantitative work demands, emotional demands, and cognitive stress symptoms in surgery nurses. *Psychology, Health & Medicine*, 22(5), p. 604-610.
16. Europos saugos ir sveikatos darbe agentūra. 2013. 2013 m. kovo 21 d. Europos mastu atlikta nuomonės apklausa apie darbuotojų saugą ir sveikatą. Skelbiama adresu <https://osha.europa.eu/en/safety-health-in-figures>.
17. Ferreira M., de Abreu LC, de Carvalho TD, Xavier V., de Oliveira Filho J., Gregory P., Leão ER, Francisco NG, Ferreira.C. 2014. Prevalence of burnout syndrome in clinical nurses at a hospital of excellence. *International archives of medicine*. Prieiga per internetą: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4031323/>.
18. García-Izquierdo M., Meseguer de Pedro M., Ríos-Risquez MI, Sánchez MIS. 2017. Resilience as a Moderator of Psychological Health in Situations of Chronic Stress (Burnout) in a Sample of Hospital Nurses. *J Nurs Scholarsh*, 50(2), p. 228-236. Prieiga per internetą: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29266720>.
19. Gerasimčik-Pulko V. 2011. Šiuolaikinės visuomenės problema – „perdegimo“ sindromas. *Slauga. Mokslas ir praktika*, 1, p. 4-7.
20. Gerikienė V., Bartkutė D. 2014. Slaugytojų pasitenkinimo profesiniais veiksniais sąsajos su profesinio perdegimo sindromo komponentais. *Profesinės studijos: teorija ir praktika*, 13, p. 14-19.
21. Glumbakaitė E. 2014. Bendruomenės slaugytojų psichologiniai darbo aspektai ir santykiai darbe. *Sveikatos mokslai*, 24(3), p. 137-141.
22. Glumbakaitė E., Kalibatas J., Kanapeckienė V., Mikutienė D. 2007. Pirminės sveikatos priežiūros centruose dirbančių slaugytojų streso ir psichologinių reikalavimų darbe sąsajos su streso pasekmėmis. *Gerontologija*, 8(1), p. 31-38.
23. Golonka K., Mojsa-Kaja J., Popiel K., Marek T., Gawłowska M. 2017. Neurophysiological Markers of Emotion Processing in Burnout Syndrome. *Front Psychol*, 13(8), p. 2155. Prieiga per internetą: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29326619>.

24. Guntupalli K. 2014. Burnout in the intensive care unit professionals. *IJCCM*, 18(13), p. 139-143. Prieiga per internetą: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24701063>.
25. Habibi E., Taheri M. R., Hasanzadeh A. 2015. Relationship between mental workload and musculoskeletal disorders among Alzahra Hospital nurses. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 20(1), p. 1-6.
26. Happell B., Dwyer T., Reid-Searl K., Caperchione C., M. Gascin C. J. 2017. Nurses and stress: recognizing causes and seeking solutions; *Journal of Nursing Management*, (21), p. 638-647.
27. Higgins BL., MacIntosh J. 2010. Operating room nurses' perceptions of the effects of physician-perpetrated abuse. *International Nursing Review*, 57(3), p. 321-7.
28. Hull L., Arora S., Kassab E., Kneebon R., Sevdalis N. 2011. Assessment of stress and teamwork in the operating room: an exploratory study *The American Journal of Surgery*, 201, p. 24-30.
29. Iranmanesh S., Tirgari B., Sheikh A. 2013. Post – traumatic stress disorder among paramedic and hospital emergency personell in South – East Iran. *World J. Emergency Medicine*, 4(1).
30. Istomina N., Šakienė L., Bagdonas R., Bakaitė I. 2013. Komandinio darbo operacinėje efektyvumo vertinimas operacinės komandos narių požiūriu. *Sveikatos mokslai*, 23(1), p. 155-160.
31. Jacobs S., Johnson S., Hassella K. 2017. Managing workplace stress in community pharmacy organisations: lessons from a review of the wider stress management and prevention literature. *International Journal of Pharmacy Practice*, p. 1-11.
32. Janušonis V. 2015. Tinkama sveikatos priežiūra: naktinis medikų darbas. *Tiltai*, 3, p. 25-39.
33. Jerdiakova N., Mikaliūkštienė A., Kalibatienė D. 2016. Operacinės komandos narių požiūris į komandinį darbą ir saugos klimata operacinėje. *Medicinos teorija ir praktika*, 4, p. 301-308.
34. Jonikienė G. Chirurgijos ir terapijos skyrių slaugytojų patiriamų stresogeninių įvykių ir profesinio perdegimo sąsajos. Klinikinės slaugos magistro baigiamasis darbas. Kaunas, 2014.
35. Kalibatas J., Glumbakaitė E., Kanapeckienė V., Mikutienė D. 2007. Pirminės sveikatos priežiūros centruose dirbančių slaugytojų streso ir psichologinių reikalavimų darbe sąsajos su streso pasekmėmis. *Gerontologija*, 8(1), p. 31–38.
36. Karpavičienė V. Prieširdžių virpėjimu sergančių pacientų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė. Daktaro disertacija. Vilnius, 2016.
37. Karpavičiūtė S. 2016. Slaugytojų subjektyvi sveikata, patiriamas stresas, nuovargis ir dalyvavimo meninėje veikloje poveikis. Daktaro disertacija. Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas.

38. Kazimėnienė, A., Grigaliūnienė, V. 2015. Operacinės slaugytojų patiriamo streso raida: streso teorijos ir A ir B tipo asmenybės teorijos teiginiai. *Slauga: mokslas ir praktika*, 1(217), p. 4-6.
39. Khamisa N., Peltzer K., Oldenburg B. 2013. Burnout in Relation to Specific Contributing Factors and Health Outcomes among Nurses: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*, 10(6), p. 2214-2240.
40. Kinman G., Leggetter S. 2016. Emotional Labour and Wellbeing: What Protects Nurses? *Healthcare*, 4, 89.
41. Klimanskaitė I. 2013. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų pagrindinių žmogiškųjų išteklių būklės įvertinimas: magistro baigiamasis darbas. Kaunas.
42. Knani M., Fournier PS., Biron C. 2018. Psychosocial risks, burnout and intention to quit following the introduction of new software at work. *Work*, 1. Prieiga per internetą: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29733035>.
43. Kousloglou SA, Mouzas OD., Bonotis K., Roupas Z., Vasilopoulos A., Angelopoulos NV. 2014. Insomnia and burnout in Greek Nurses. *Hippokratia*, 18(2), p. 150-155.
44. Kuodytė V., Jakubynaite V., Vėbraitė I., Pajarskienė B. 2014. Metodinės rekomendacijos, kaip pagerinti psichikos sveikatos priežiūros įstaigose dirbančių slaugytojų psichosocialinę darbo aplinką ir vykdyti pacientų smurto darbe prevenciją. Vilnius: Higienos institutas.
45. Leiter MP., Bakker AB., Maslach C. 2014. Burnout at work: a psychological perspective. NY: Psychology Press.
46. Lim J., Bogossian F., Ahern K. 2010. Stress and coping in Singaporean nurses: a literature review. *Journal Nursing & Health Sciences*, 12(2), p. 251-258.
47. Mačiulytė A. Perdegimo sindromą sąlygojančių veiksnių vertinimas medicininę pagalbą teikiančių gydytojų tarpe. Magistro baigiamasis darbas. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija, Medicinos fakultetas. Kaunas, 2016.
48. Makasheva N. 2016. The problem of professional burnout in stress management. *SHS Web of Conferences*, 28, p. 34-39. Prieiga per internetą: https://www.shs-conferences.org/articles/shsconf/pdf/2016/06/shsconf_rptss2016_01132.pdf.
49. Malinauskienė V., Leisyte P., Malinauskas R., Kirtiklytė K. 2011. Associations between self-rated health and psychosocial conditions, lifestyle factors and health resources among hospital nurses in Lithuania. *Journal of advanced nursing*, 67(11), p. 2383-93.
50. Maslach Ch., Jackson S. E. 1981. The measurement of experience burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, vol. 2, no. 2, p. 99 – 113.

51. Mealer M., Moss M. 2018. Should all ICU clinicians regularly be tested for burnout? We are not sure: Conceptual considerations that precede screening for burnout syndrome in ICU clinicians. *Intensive Care Med*, 7, 10. Prieiga per internetą: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29736791>.
52. Merino-Plaza MJ., Carrera-Hueso FJ., Arribas-Boscá N., Martínez-Asensi A., Trull-Maravilla E., Fikri-Benbrahim N. 2018. Burnout in the staff of a chronic care hospital. *Rev Saude Publica*, 52, 45.
53. Mikalauskas A., Širvinskas E., Macas A., Padaiga Ž. 2016. Profesinis perdegimas tarp anesteziologiją ir reanimatologiją studijuojančių rezidentų. *Sveikatos mokslai*, 26(6), p. 109-113.
54. Molero Jurado MDM., Pérez-Fuentes MDC., Gázquez Linares JJ., Barragán Martín AB. 2018. Burnout in Health Professionals According to Their Self-Esteem, Social Support and Empathy Profile, 20(9), 424. Prieiga per internetą: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29731725>.
55. Moss MA. 2016. Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome in Critical Care Health-care Professionals. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 194(1), p. 106-113.
56. Ožeraitienė V., Gaigalaitė V., Arnatkevič J. 2014. Profesinės veiklos vidinės motyvacijos ir pasitenkinimo darbu charakteristikų tyrimas. *Medicinos teorija ir praktika*, 20(4), p. 292-298.
57. Pavolytė G. Pagyvenusių žmonių gyvenimo kokybės ir fizinio aktyvumo sąsajos. Magistro baigiamasis darbas. Kaunas, 2017.
58. Prati G., Pietrantonio L. 2014. Attitudes to teamwork and safety among Italian surgeons and operating room nurses. *Work*, 49(4), p. 669-677.
59. Premi R., Ohly S., Kubicek B., Korunka Ch. 2017. Thriving on challenge stressors? Exploring time pressure and learning demands as antecedents of thriving at work. *Journal of Organizational Behavior*, (38), p. 108-123.
60. Pukinskienė D. 2011. Slaugos filosofija ir teorija. Klaipėda
61. Qin Z., Zhong X., Ma J., Lin H. 2016. Stressors affecting nurses in China. *Contemp Nurse*, 52(4), p. 447-453.
62. Roberts K. R., Grubb L. P. 2014. The Consequences of Nursing Stress and Need for Integrated Solutions. *Rehabil Nurs*, 39(2), p. 62-69.
63. Sadeghi A., Ofoghi N., Niyafar G. H., Dadashi K. Survey of the Relationship between Personality Types and Burnout among Teachers at First Period (Guidance School) and Second Period of High School (Secondary School) in the City of Rasht, Iran. *Creative Education*, 2015, 6, 835-845. Published Online May 2015 in SciRes. p. 836 – 845. 2015.

64. Sami N., Waseem H., Nourah S., Areej H., Afnan M., Ghadeer Sh., Abdulaziz S., Arthur I. 2012. Real-time observations of stressful events in the operating room. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 6(2), p. 136-139.
65. Santed MA., Sandin B., Chorot P., Olmedo M., Garcia- Campayo J. 2015. The role of negative and positive affectivity on perceived stress – subjective health relationships. *Acta Neuropsychiatria*, 15, p. 199-216.
66. Sarafis P., Rousaki E., Tsounis E., Malliarou M., Lahana L., Bamidis P., Niakas D., Papastavrou E. 2016. The impact of occupational stress on nurses' caring behaviors and their health related quality of life. *BMC Nurs*, 15, 56.
67. Sharma P., Davey A., Davey S, Shukla A., Shrivastava K., Bansal R. 2014. Occupational Stress among Staff Nurses: Controlling the Risk to Health. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 18(2), p. 52-56.
68. Smith M., Segal J., Segal R. 2011. Preventing burnout: signs, symptoms, causes, and coping strategies. Prieiga per internetą: <http://www.helpguide.org/articles/stress/stress-management.htm>.
69. Sonoda Y., Onozuka D., Hagihara A. 2017. Factors related to teamwork performance and stress of operating room nurses. *Journal of Nursing Management*. John Wiley & Sons Ltd, p. 1-8.
70. Szałwska K. 2013. Burnout symptoms of cardiosurgery nurses. *Pol Merkur Lekarski*, 35(206), p. 94-99. Prieiga per internetą: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24052989>.
71. Staniūtė M. Sergančiųjų išemine širdies liga su sveikata susijusi gyvenimo kokybė ir jos pokyčiai ilgalaikio stebėjimo metu. *Daktaro disertacija*. Kaunas, 2007.
72. Stočkus A. 2014. Kūno kultūros mokytojų profesinio perdegimo prevencija ir redukavimas: ugdomojo projekto rezultatai. *Tiltai*, 1, p. 151-168.
73. Šakienė L., Šalkauskienė D., Būta M., Istomina N. 2015. Slaugytojų nuomonė: komandos sutelktumo įvertinimas. *Sveikatos mokslai*, 4(25), p. 95-101.
74. Ustinavičienė R., Obelinis V., Bagdonienė T., Raškevičienė R., Vėbrienė J., Januškevičius V., Ščiupokas A. 2007. *Darbo medicina*. Kauno medicinos universitetas.
75. Vahedian-Azimi A., Hajiesmaeili M., Kangasniemi M., Vives J., Hunsucker R.L., Farshid R. et al. 2017. Effects of Stress on Critical Care Nurses: A National Cross-Sectional Study *Journal of Intensive Care Medicine*, p. 1-12.
76. Vaicekauckienė V. 2014. Profesinio perdegimo sindromo įveikos ir prevencijos prielaidos socialiniame darbe. *Socialinis ugdymas*, 39(3), p. 188-202.

77. Vasilavičius P., Januškevičius V., Ustinavičienė R., Vainauskas S., Šidagytė R. 2010. Kauno apskrities gydymo įstaigų slaugytojų patiriamo negatyvaus elgesio sąsajos su sveikatos sutrikimais. *Visuomenės sveikata*, 1, p. 59-66.
78. Vimantaitė R. 2006. Slaugytojų perdegimo sindromas. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*, 10(7-8), p. 472-476.
79. Vimantaitė R. 2007. Slaugytojų, dirbančių Lietuvos ligoninių kardiologijos centruose, „perdegimo“ sindromo raiškos ir paplitimo įvertinimas. *Daktaro disertacija*. Kaunas.
80. Vimantaitė R., Šeškevičius A. 2016. „Perdegimo“ sindromas tarp Lietuvos kardiologijos centruose dirbančių slaugytojų. *Medicina*, 42(7), p. 600-605.
81. Vries E. N., Ramrattan M. A., Smorenburg S. M., Gouma D. J., Boermeester M. A. 2008. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Quality & Safety in Health Care*, 17(3), p. 216-223.
82. Wang J., Cui Y., He L., Xu X., Yuan Z., Jin X., Li Z. 2017. Work-Related Musculoskeletal Disorders and Risk Factors among Chinese Medical Staff of Obstetrics and Gynecology. *Int J Environ Res Public Health*, 14(6), 562.
83. Ware J.E., Sherbourne C.D. 1992. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection // *Med. Care*, 30(6), p. 473-483.
84. West CP., Dyrbye LN., Erwin PJ., Shanafelt TD. 2016. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 388(10057), p. 2272-2281. Prieiga per internetą: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27692469>.
85. Zhou W., He G., Wang H., He Y., Yua Q., Liu D. 2015. Job dissatisfaction and burnout of nurses in Hunan, China: A cross-sectional survey. *Nursing and Health Sciences*, 17, p. 444-450.
86. Želvytė I. 2016. Profesinio perdegimo sindromo raiška slaugytojo klinikinėje praktikoje. *Verslas, technologijos, biomedicina: inovacijų įžvalgos*, 1(7), p. 387-394.
87. Žiedelis A., Pajarskienė B. 2017. Slaugytojų profesinio perdegimo prevencija sveikatos priežiūroje. *Metodinės rekomendacijos*. Vilnius. Higienos institutas, p. 1-24.
88. Žutautienė R., Radišauskas R., Ustinavičienė R., Kirvaitienė J. 2014. Gydytojų psichosocialinių darbo aplinkos veiksnių ir subjektyvios sveikatos įvertinimas. *Visuomenės sveikata*, 24(3), p. 23-26
89. Вежновець Т.А., Парій В.Д., Вишнівецький П., Москаленко М.В. 2017. Factors associated with job satisfaction of human resources in healthcare. *Wiad Lek*, 70(3), p. 443-448. Prieiga per internetą: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28711885>.

PRIEDAI

Gerb. apklausos Dalyvi (-e),

Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto slaugos magistrantūros studijų programos II kurso studentė Gražina Veligorienė atlieka tyrimą, kurio tikslas –ištirti Vilniaus miesto, valstybinių ligoninių, operacinės slaugytojų profesinio perdegimo ir gyvenimo kokybės sąsajas. 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 Gražiną Veligorienę (tel. nr 8 614 51708) 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 kryžiuoku (x)) arba įrašyti savąjį atsakymą. Labai svarbu, kad į visus klausimus atsakytumėte nuoširdžiai.

1.Lytis:

- Vyras
- Moteris

2. Jūsų amžius: (įrašykite) _____

3. Šeimininė padėtis (šiuo metu):

- Vedęs (ištekęjusi) arba gyvena nesusituokę
- Nevedęs (netekėjusi)
- Išsiskyręs (usi)
- Našlys(ė)

4.Vaikų skaičius (jei neturite, įrašykite 0) : _____

5. Keliose darbovietėse dirbate ? _____

6. Darbo krūvis (jei dirbate keliose darbovietėse, įrašykite bendrą etatų sumą) : _____

7. Darbo stažas : _____

8. Ar Jus tenkina darbo užmokestis ?

visiškai netenkina 1 2 3 4 5 visiškai tenkina

9. Apskritai, ar galite sakyti, kad Jūsų sveikata yra:

(Prašau pažymėti vieną atsakymą)

Puiki Labai gera Gera

Nebloga Bloga

10. Palyginus prieš 1 metus, kaip pasikeitė Jūsų sveikata dabar:

(Prašau pažymėti vieną atsakymą)

Žymiai geresnė, negu prieš 1 metus Truputį geresnė, negu prieš 1 metus

Panaši, kaip ir buvo Truputį blogesnė, negu prieš 1 metus

Žymiai blogesnė, negu prieš 1 metus

11. Sveikata ir kasdieninė veikla

Šie klausimai yra apie veiklą, kurią Jūs atliekate kasdien. Ar Jūsų sveikata riboja šią veiklą? Jei taip, tai kiek?

(Prašau pažymėti vieną langelį kiekvienoje eilutėje)

	Taip, labai riboja	Taip, truputį riboja	Ne, neriboja visai
a) Energinga veikla , tokia kaip bėgimas, sunkių daiktų kėlimas, dalyvavimas įtemptame sporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Vidutinio sunkumo veikla , tokia kaip stalo perstūmimas, valymas dulkių siurbliu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Kėlimas ir nešimas maisto prekių	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Lipimas keletą aukštų laiptais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Lipimas vieną aukštą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Taip, labai riboja	Taip, trupučių riboja	Ne, neriboja visai
f) Pasilenkimas, klūpojimas ar stovėjimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ėjimas daugiau negu 1.5 kilometro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Ėjimas pusę kilometro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Ėjimas 100 metrų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Prausimasis ir apsirengimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Per pastarąsias 4 savaites, ar Jūs turėjote kokių nors išvardintų problemų, susijusių su darbu ar kita reguliaria kasdienine veikla dėl fizinės sveikatos?

(Prašau atsakykite TAIP arba NE į kiekvieną klausimą)

	TAIP	NE
a) mažiau laiko praleidžiate darbe ar kitur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) atlikote mažiau, negu Jūs norėtumėte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) apribojote darbo rūšį ar kitą veiklą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) iškylo sunkumai atliekant darbą ar kitą veiklą (pvz: reikia žymiai daugiau pastangų)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Per pastarąsias 4 savaites, ar Jūs turėjote kokių nors išvardintų problemų, susijusių su darbu ar kita reguliaria kasdienine veikla dėl kokių nors emocinių problemų (tokių kaip depresijos ar nerimo jautimas) (Prašau atsakykite TAIP arba NE į kiekvieną klausimą)

	TAIP	NE
a) mažiau laiko praleidžiate darbe ar kitur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) atlikote mažiau, negu norėtumėte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) neatlikote darbo ar kitų užduočių taip rūpestingai, kaip paprastai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Per pastarąsias 4 savaites, kaip Jūsų fizinė sveikata ar emocinės problemos trukdė Jums bendrauti su šeima, draugais, kaimynais ar grupėmis (Prašau pažymėti vieną langelį)

Ne, visiškai ne Nežymiai Vidutiniškai
Gana nemažai Ypatingai

15. Kokio intensyvumo būdavo kūno skausmai per pastarąsias 4 savaites?
(Prašau pažymėti vieną langelį)

Nebuvo Labai silpni Silpni
Vidutinio intensyvumo Sunkūs Labai sunkūs

16. Per pastarąsias 4 savaites, kaip skausmas pertraukė Jūsų normalų darbą (įskaitant namų ruošą ir darbą ne namie)?

Ne, visai ne Labai nedaug Vidutiniškai
Gana nemažai Ypatingai

JŪSŲ JAUSMAI

Šie klausimai yra apie Jūsų savijautą ir kaip Jūs tai apibūdintumėte **per paskutinį mėnesį**.
(Kiekvienam klausimui parinkite po vieną atsakymą).

(Prašau pažymėti vieną langelį kiekvienoje eilutėje)

	Visada	Dažniau- siai	Kartais	Retkar- čiais	Retai	Niekada
17. Kaip dažnai per pastarąjį mėnesį:						
a) Ar Jūs jautėte gyvenimo pilnatvę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ar Jūs buvote labai nervingas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ar Jūs jautėtės tokios blogos nuotaikos, kad niekas negalėjo Jūsų pralinksminti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ar Jūs jautėtės ramus ir taikūs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Visada	Dažniausiai	Kartais	Retkarčiai	Retai	Niekada
e) Ar Jūs turėjote daug energijos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ar Jūs jautėtės nuliūdęs ir niūrus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ar Jūs jautėtės išsisėmęs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Ar Jūs buvote laimingas žmogus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Ar Jūs jautėtės pavargęs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Ar Jūsų sveikata apribojo Jūsų socialinę veiklą (kaip draugų ar artimų giminių lankymas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BENDRA SVEIKATA

18. Prašau parinkti atsakymą, kuris geriausiai išreiškia **teisingas** ar **klaidingas** Jums yra kiekvienas iš šių tvirtinimų?

(Prašau pažymėti vieną langelį kiekvienoje eilutėje)

	Tiksliai teisingas	Dažniausiai teisingas	Nesu įsitikinęs	Dažniausiai klaidingas	Tiksliai klaidingas
a) Man atrodo, kad aš labiau linkęs sirgti negu kiti žmonės	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Aš esu toks sveikas kaip ir kiti, ką aš pažįstu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Aš manau, kad mano sveikata blogės	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Mano sveikata puiki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rezultatų reikšmės:

0 = niekada.

1 = keletą kartų per metus ar rečiau.

2 = kartą per mėnesį ar rečiau.

3 = keletą kartų per mėnesį.

4 = kartą per savaitę.

5 = keletą kartų per savaitę.

6 = kiekvieną dieną.

	0	1	2	3	4	5	6
19. Darbas mane emociškai išsekina.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Aš jaučiuosi fiziškai išsekęs po darbo dienos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Aš jaučiuosi pavargęs, atsikėlęs ryte, prieš pradėdant naują darbo dieną.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Aš sugebu suprasti kaip jaučiasi mano pacientai.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Aš jaučiu, kad į kai kuriuos pacientus aš žiūriu kaip į beasmenius daiktus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Dirbdamas visą dieną su žmonėmis aš jaučiu įtampą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Aš labai efektyviai sprendžiu pacientų problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Aš jaučiuosi 'perdegęs' nuo darbo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Savo darbu aš teigiamai įtakoju savo pacientus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Aš tapau labiau bejausmis žmonėms, nuo to laiko, kai pradėjau dirbti savo darbą.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	0	1	2	3	4	5	6
29. Aš manau, kad tampa emociškai šaltesnis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Aš jaučiuosi labai energingas .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Aš jaučiuosi nusivylęs savo darbu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Aš jaučiu, kad dirbu per sunkiai savo darbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Man nesvarbu, kas nutiks kai kuriems pacientams.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Darbas su žmonėmis sukelia man daug streso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Aš galiu įtakoti savo pacientą su manimi jaustis saugiai.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Po darbo su pacientais aš jaučiuosi pakylėtas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Mano darbe atsispindi mano gyvenimo vertybės.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Aš jaučiuosi “ties išsekimo riba”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Darbe su emocišiais problemomis, susidoroju labai ramiai.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Aš jaučiu, kad pacientai kaltina mane dėl kai kurių jų problemų.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>