



Kristaps Circenis

**PRAKTIZĒJOŠU MĀSU  
PROFESIONĀLĀS DZĪVES KVALITĀTES  
PSIHOSOCIĀLIE ASPEKTI  
UN TOS IETEKMĒJOŠIE FAKTORI**

Promocijas darbs  
medicīnas doktora zinātniskā grāda iegūšanai  
Specialitāte – veselības aprūpe

Rīga, 2013

800447



RĪGAS STRADIŅA  
UNIVERSITĀTE

Kristaps Circenis

PRAKTIZĒJOŠU MĀSU  
PROFESIONĀLĀS DZĪVES KVALITĀTES  
PSIHOSOCIĀLIE ASPEKTI UN  
TOS IETEKMĒJOŠIE FAKTORI

0217005765

Promocijas darbs  
medicīnas doktora zinātniskā grāda iegūšanai

Specialitāte – veselības aprūpe

Darba zinātniskā vadītāja:  
*Dr. med.*, asociētā profesore **Inga Millere**

Rīga, 2013

Promocijas darbs veikts ar Eiropas sociālā fonda projekta „Atbalsts doktorantiem studiju programmas apguvei un zinātniskā grāda ieguvei Rīgas Stradiņa universitātē” finansiālu atbalstu, vienošanās Nr.2009/0147/1DP/1.1.2.1.2/09/IPIA/ VIAA/009



## ANOTĀCIJA

Ārstniecības iestādēs strādājošajām māsām ikdienā jāstopas ar distresa situācijām, māsas bieži vien strādā vairāk nekā vienu darba slodzi, ir pastāvīgā emocionālās spriedzes stāvoklī, fiziskā un psihiskā nogurumā. Profesionālās dzīves kvalitātes negatīvo psihosociālo aspektu dēļ māsu darbs var kļūt mazāk produktīvs, darbinieki kavē darbu slimošanas dēļ, kā arī palielinās personāla mainība. Ar darbu saistītās izdegšanas samazināšana un novēršana ne tikai pozitīvi ietekmē palīdzošajās profesijās strādājošos, bet arī samazina izdevumus un sniedz ekonomisku ieguvumu organizācijām.

Pētījuma mērķis bija izpētīt profesionālās dzīves kvalitātes psihosociālos aspektus un tos ietekmējošos faktorus praktizējošām māsām.

Lai sasniegtu pētījuma mērķi tika veikts kvantitatīvs, neeksperimentāls pētījums, pielietojot šādus instrumentus: Profesionālās dzīves kvalitātes skalu, Maslačas izdegšanas aptauju, Beka depresijas aptauju, Trauksmes stāvokļa-iezīmes pašnovērtējuma aptauja, māsu aptaujas anketu. Pētījuma dalībnieki bija Latvijas Republikas teritorijā reģistrētas un praktizējošas māsas. Respondenti tika atlasīti izmantojot pieejamības jeb ērtuma izlases veidu. Kopumā tika aptaujāti 1094 respondenti, kuru vecums bija robežās no 22 līdz 68 gadiem, ar vidējo darba stāžu 17,12 gadi.

Pētījuma rezultāti parāda, ka māsu izlasē pastāv statistiski nozīmīgas sakarības starp profesionālās dzīves kvalitātes psihosociālajiem aspektiem, kā arī statistiski nozīmīgas atšķirības profesionālās dzīves kvalitātes psihosociālo aspektu rādītājos atkarībā no vecuma, darba pieredzes, profesionālās darbības profila. Aptaujātās māsas kā svarīgākos profesionālās dzīves psihosociālos aspektus ietekmējošos faktorus atzīmēja inficēšanās risku, darbam neadekvātu atalgojumu un emocionāli intensīvu darbu ar cilvēkiem. Jāatzīmē, ka 93,4% no aptaujātajām personām uzskatīja supervīzijas par nepieciešamām māsu praksē Latvijā.

Promocijas darbā ir 44 tabulas, 3 attēli, izmantoti 101 literatūras avots. Darba apjoms bez pielikumiem ir 94 lapaspuses, pielikumi 10 lapaspuses.

Atslēgas vārdi: profesionālās dzīves kvalitāte, izdegšanas sindroms, līdzjūtības nogurums, depresija, trauksme, māsa

## ABSTRACT

Nurses who work at medical institutions need to face many distress situations daily, nurses often work more than one workload, and are constantly under emotional tension, physical and mental fatigue. Due to overwork, the risk of an injury increases, as well as emotional exhaustion and risks of professional errors may occur. Due to the negative psychosocial aspects of professional life quality, nurses' work may become less productive; employees are absent due to illness, as well as the fluctuation of staff increases. Decreasing work – related burnouts will not only positively influence the people working in the same sector, but also decrease the expenses and offer economical benefit to organizations because the work absence and illnesses, as well as the fluctuation of staff decrease.

The aim of the research was to examine the professional life qualities and its psychosocial aspects and their influencing factors of practitioner nurses.

In order to attain the objective of the research, a quantitative, non-experimental research was carried out by applying certain tools, such as: The scale of professional life quality, Maslach's Burnout Inventory, Bek's Depression Inventory The self-appraisal questionnaire about the features of the state of anxiety, the questionnaire for nurses. The participants of this study were nurses who are approved and practicing within the limits of the Republic of Latvia. The respondents were chosen by using the accessibility i.e. convenience selection method. Overall 1094 respondents were questioned and their age was from 22 to 68 years, with the average length of service - 17,12 years.

The results of the research demonstrate that for the selected nurses, there exist statistically important correlations between the psychosocial aspects of professional life quality, as well as statistically important differences in the psychosocial aspects of professional life quality depending on age, work experience, professional profile. The surveyed nurses as several of the most important and influential factors of psychosocial aspects of professional life mentioned, the risk of an infection, inadequate salary and emotionally intense work with people. It needs to be noted that 93,4% of respondents considered supervisions to be necessary among practitioner nurses in Latvia.

Thesis contains 44 tables, 3 pictures, 101 references. The volume of thesis is 94 pages, appendices on 10 pages.

Key words: professional quality of life, burn-out syndrome, compassion fatigue, depression, anxiety, nurse.

## SATURS

ANOTĀCIJA .....	3
ABSTRACT.....	4
SATURS .....	5
DARBĀ LIETOTIE SAĪSINĀJUMI.....	6
IEVADS.....	7
1 LITERATŪRAS APSKATS .....	11
1.1 Māsu profesijas vispārīgs raksturojums.....	11
1.2 Māsu profesionālo darbību ietekmējošie faktori.....	12
1.3 Profesionālās dzīves kvalitāte .....	16
1.3.1 Gandarījums par līdzjūtību .....	18
1.3.2 Līdzjūtības nogurums .....	18
1.3.3 Izdegšanas sindroms .....	20
1.3.4 Sekundārais traumatiskais stress.....	27
1.3.5 Citi psihosociālie aspekti .....	29
1.4 Preventīvie pasākumi .....	30
1.4.1 Supervīzija .....	31
1.4.2 Klīniskās supervīzijas veidi .....	34
1.4.3 Supervīzija grupā un Bālinta grupas.....	35
2 PRAKTISKĀ DAĻA .....	37
2.1 Pētījuma metodoloģija .....	37
2.1.1 Māsu aptaujas anketa .....	37
2.1.2 Maslačas izdegšanas aptauja.....	38
2.1.3 Beka depresijas aptauja.....	38
2.1.4 Trauksmes stāvokļa-iezīmes pašnovērtējuma aptaujas.....	39
2.1.5 Profesionālās dzīves kvalitātes skala .....	40
2.1.6 Procedūra .....	41
2.1.7 Datu apstrādes un analīzes metodes.....	42
2.2 Pētījuma rezultāti .....	42
2.2.1 Pētījuma izlases raksturojums.....	42
2.2.2 Māsu aptaujas rezultāti .....	43
2.2.3 Maslačas izdegšanas aptaujas rezultāti .....	49
2.2.4 Beka depresijas aptaujas rezultāti .....	54
2.2.5 Trauksmes stāvokļa-iezīmes pašnovērtējuma aptaujas rezultāti .....	57
2.2.6 Profesionālās dzīves kvalitātes skalas rezultāti .....	60
2.2.7 Sakarību pētījuma rezultāti .....	65
3 DISKUSIJA .....	67
SECINĀJUMI.....	81
PUBLIKĀCIJU SARAKSTS .....	83
PUBLICĒTO TĒŽU SARAKSTS.....	84
UZSTĀŠANĀS KONFERENCĒS.....	86
IZMANTOTĀ LITERATŪRA.....	87
PATEICĪBAS .....	94
PIELIKUMI.....	95

## DARBĀ LIETOTIE SAĪSINĀJUMI

M - vidējais aritmētiskais

SD - standartnovirze

skat. - skatīt

MK – Ministru kabinets

PVO – Pasaules veselības organizācija

## IEVADS

Veselības aprūpes sistēma Latvijā joprojām mainās — dažādu iemeslu dēļ samazinās veselības aprūpē strādājošo darbinieku skaits — 2010. gadā darbu Latvijas ārstniecības iestādēs pameta 3,0% mūsu (Keris, 2011), notiek veselības aprūpes iestāžu reorganizācija. Ārstniecības iestādēs strādājošajām māsām ikdienā jāstopas ar daudzām distresa situācijām, tai pat laikā ārstniecības personas ir arī sabiedrības daļa, ko tikpat lielā mērā kā pārējos skar vispārējā sociāli ekonomiskā situācija valstī.

Māsas bieži vien strādā vairāk nekā vienu darba slodzi, ir pastāvīgā emocionālās spriedzes stāvoklī, fiziskā un psihiskā nogurumā. Statistikas dati liecina, ka 2010. gadā 28,6% ārstu un 26,3% mūsu slimnīcās strādājuši vairāk par normālo darba laiku, pārslodze var negatīvi ietekmēt gan ārstniecības personu, gan pacientu veselību, jo paaugstinās pašsavainošanās risks, emocionālā izsīkuma un profesionālo kļūdu riski (Keris, 2011). Eiropas Darba drošības un veselības aizsardzības aģentūra savā ziņojumā norāda, ka blakus jau daudz pētītajiem fizikālajiem, bioloģiskajiem un ķīmiskajiem riska faktoriem, arvien lielāku ietekmi uz strādājošo veselību atstāj psihosociālie faktori (European Agency for Safety and Health at Work, 2007). Tiek minētas psihosociālo riska faktoru grupas — jauna veida darba attiecības un darbavietas nedrošība, novecojoša strādājošo populācija, darba intensifikācija (lieli darba apjomi un spiediens no vadības), emocionālās spriedzes pieaugums darbavietā (sevišķi veselības aprūpes un pakalpojumu jomā), slikta darba un privātās dzīves līdzsvarotība (European Agency for Safety and Health at Work, 2007).

Ilgstošs darba radīts nogurums var izsaukt veselu virkni simptomu, kas atstāj negatīvu iespaidu uz profesionālās darbības kvalitāti un pašas ārstniecības personas psihisko dzīvi (Aldwin, 2000, Tselebis, Moulou, & Ilias, 2001). Tādēļ aktuālas psihosociālās problēmas praktizējošām māsām ir izdegšanas sindroms un līdzjūtības nogurums (compassion fatigue). Izdegšanas sindroms tiek minēts kā viens no galvenajiem ar darbu saistītajiem veselības traucējumiem veselības aprūpes profesionāļu starpā (Hochwalder, 2007).

Saskaņā ar Ceturtā Eiropas Darba apstākļu apsekojuma 2005. gada datiem Latvija ar darbu saistīta stresa līmeņa pētījumā ieņēma ceturto vietu aiz Grieķijas, Slovēnijas un Zviedrijas. Pie tam, stresa līmenis Latvijas gadījumā laika posmā no



2001. gada līdz 2005. gadam pieaudzis par 7,0%. Veselības aprūpes un sociālās aprūpes jomas tiek minētas kā riskantas vardarbības iespējamības un distresa ziņā (OSH, 2009).

Līdzjutības noguruma un izdegšanas dēļ mūsu darbs var kļūt mazāk produktīvs, darbinieki vairāk slimo un kavē darbu veselības stāvokļa dēļ, kā arī palielinās personāla mainība (Demir, Ulusoy, & Ulusoy, 2003; Najjar, Davis, Beck-Coon, & Doebbeling, 2009).

Veselības aprūpes sistēmā mūsu trūkums nav nekas jauns, daļa autoru (Kravits McAllister-Black, Grant, & Kirk, 2010) uzskata, ka augsts stresa līmenis un izdegšana ir uzskatāmi par nopietniem iemesliem, kādēļ māsas dažreiz izvēlas mainīt darbu, kurā stresa līmenis ir daudz zemāks. Ņemot vērā, ka daudzās pasaules valstīs trūkst mūsu, kā arī to, ka darba tirgū esošo mūsu vidējais vecums ar gadiem palielinās (strādājošo mūsu populācija noveco), jaunu mūsu piesaistīšana un paturēšana profesijā ir kļuvusi par veselības aprūpes sistēmas aktualitāti starptautiskā mērogā (Laschinger, & Grau, 2012).

Ar darbu saistītās izdegšanas samazināšana un novēršana ne tikai pozitīvi ietekmē palīdzošajās profesijās strādājošos, bet arī samazina izdevumus un sniedz ekonomisku ieguvumu organizācijām, jo samazinās darba kavējumi un slimošana, kā arī darbinieku mainība (Awa, Plaumann, & Walter, 2010).

Latvijā līdz šim ir relatīvi maz veikti mūsu izlases izdegšanas sindroma, depresijas, trauksmes, līdzjutības noguruma un citu ar profesionālās dzīves kvalitāti saistīto psihosociālo aspektu pētījumi. Taču satraucošs ir fakts, ka Latvijā veiktajos pētījumos konstatēts, ka veselības un sociālās aprūpes nozares darbiniekiem darbaspēju pašvērtējums pēdējo gadu laikā samazinās, un tas ir ievērojami zemāks nekā šīs pašas nozares darbiniekiem citās Eiropas valstīs (Buiķe, & Baķe, 2008).

Darba mērķis — izpētīt profesionālās dzīves kvalitātes psihosociālos aspektus un tos ietekmējošos faktorus praktizējošām māsām.

Lai sasniegtu pētījuma mērķi, tika izvirzīti uzdevumi:

1. Veikt profesionālās dzīves kvalitātes skalas adaptāciju mūsu izlasē Latvijā, kā arī noskaidrot vidējos rādītājus dotajā izlasē.
2. Noskaidrot mūsu izlases vidējos izdegšanas sindroma, depresijas un trauksmes rādītājus.
3. Identificēt mūsu profesionālās dzīves kvalitātes psihosociālos aspektus ietekmējošos faktorus.

4. Noskaidrot praktizējošu māsu viedokli par supervīziju nepieciešamību māsu praksē.

5. Identificēt māsu izlasē pastāvošās sakarības starp profesionālās dzīves kvalitātes psihosociālajiem aspektiem.

6. Identificēt profesionālās dzīves kvalitātes aspektu atšķirības māsu izlasē atkarībā no specialitātes, darba pieredzes, vecuma.

#### Darba hipotēzes

Pastāv statistiski nozīmīgas sakarības starp praktizējošu māsu profesionālās dzīves kvalitātes psihosociālajiem aspektiem. Pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp profesionālās dzīves kvalitātes psihosociālo aspektu rādītājiem dažādu vecuma grupu māsām, māsām ar dažādu darba pieredzi un profesionālās darbības profilu.

#### Pētījuma jautājums

Kādi profesionālās dzīves kvalitātes psihosociālos aspektus ietekmējošie faktori māsu izlasē tiek uzskatīti par visnozīmīgākajiem ?

#### Instrumentārijs

Lai sasniegtu pētījuma mērķi tika veikts kvantitatīvs, neeksperimentāls pētījums, pielietojot šādus instrumentus: Profesionālās dzīves kvalitātes skalu, Maslačas izdegšanas aptauju, Beka depresijas aptauju, Trauksmes stāvokļa-iezīmes pašnovērtējuma aptauja, māsu aptaujas anketu.

#### Promocijas darba zinātniskā novitāte:

- Pirmo reizi Latvijā apsekota tāda apjoma māsu izlase datu ievākšanai izmantojot piecus pētniecības instrumentus, saistībā ar māsu profesionālās dzīves kvalitātes jautājumu. Iegūtie dati ļauj spriest par māsu izlases profesionālās dzīves kvalitātes psihosociālajiem aspektiem.
- Lai gūtu priekšstatu par māsu izlases profesionālās dzīves kvalitātes psihosociālajiem aspektiem promocijas darba ietvaros, tika tulkota un adaptēta Profesionālās dzīves kvalitātes skala.
- Pētījuma rezultāti ļauj atklāt un pamatot preventīvo un atbalsta pasākumu nepieciešamību, lai mazinātu negatīvo profesionālās dzīves kvalitātes

aspektu ietekmi uz māsu darbu kopumā un uz sniegtās aprūpes kvalitāti un efektivitāti.

#### Promocijas darba struktūra

Promocijas darbs sastāv no anotācijas, darbā lietoto saīsinājumu saraksta, ievada, literatūras apskata, praktiskās daļas ar pētniecības darba metodoloģiju un pētījuma rezultātiem, kā arī diskusijas, secinājumiem, publikāciju un tēžu sarakstiem par darbā izvēlēto tēmu, izmantotās literatūras saraksta un pielikumiem. Promocijas darbā ievietotas 44 tabulas, 3 attēli, izmantotas atsauces uz 102 literatūras avotiem. Darba apjoms bez pielikumiem ir 94 lapaspuses, pielikumi 10 lapaspuses.

# 1 LITERATŪRAS APSKATS

## 1.1 Māsas profesijas vispārīgs raksturojums

Palīdzošās profesijas (helping professions) ir profesiju grupa, kur veicamie darba pienākumi ir saistīti ar palīdzības un atbalsta sniegšanu cilvēkiem un intensīvu komunikācijas procesu (Ховкинс, & Шохет, 2002). Visas veselības aprūpes jomas profesijas ir jāpieskaita palīdzošajām profesijām, jo pamatā profesionāļiem ir jākomunicē un jāstrādā ar cilvēkiem, kuri vēršas pēc medicīniskās palīdzības un aprūpes.

Palīdzošo profesiju darbinieku un klientu attiecību īpatnības pēc dažu autoru (George, & Cristiani, 1995) uzskatiem ietver emocionalitāti, intensitāti, dinamiskumu, konfidencialitāti, atbalstu, godīgumu, savstarpēju uzticēšanos un pieņemšanu.

Medicīnas māsa (turpmāk — māsa) ir ārstniecības persona, ar kuru slimnīcā esošam pacientam ir visciešākais kontakts. Māsas profesijas standartā teikts, ka māsa strādā veselības aprūpes iestādēs un sabiedrībā veselības jomā, vai arī kā pašnodarbināta persona, patstāvīgi veicot pacientu aprūpi, piedaloties ārstniecībā, vadot pacientu aprūpes darbu, izglītojot pacientus, viņu ģimenes locekļus, aprūpes komandas locekļus un sabiedrību. Māsa veicina savas profesijas un aprūpes darba attīstību, nepārtraukti pilnveido savas zināšanas un prasmes (Profesijas standarts. Reģistrācijas numurs PS 0146). Saskaņā ar LR Ārstniecības likumu māsa savā profesijā atbilstoši kvalifikācijai: veic pacientu aprūpi, piedalās ārstniecībā, vada pacientu aprūpes darbu, nodarbojas ar pacientu izglītošanu veselības jautājumos, veic profesionālās izglītības darbu (Ārstniecības likums).

Ministru kabineta noteikumi Nr. 268 "Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu" nosaka, ka māsas (medicīnas māsas) kompetencē ir šādas darbības: aprūpes plānošana un sniegšana pacientiem un viņu ģimenēm, pacientu aprūpes rezultātu izvērtēšana, stacionēto un ambulatoro pacientu uzraudzība, medikamentu saņemšanas nodrošināšana, noteikto diagnostisko un ārstniecisko procedūru veikšana, noteikto ķirurģisko procedūru izpilde, bērnu, geriatrisko pacientu, pacientu ar garīgiem traucējumiem specifiskā aprūpe un ārstniecisko procedūru nodrošināšana, sievietes

specifiskā aprūpe un ārstniecisko procedūru nodrošināšana grūtniecības, dzemdību un pēcdzemdību periodā, neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšana, profilaktisko pasākumu veikšana, drošas darba vides uzturēšana, aprūpes komandas darba vadīšana un izglītošana, pacientu, viņu ģimenes locekļu, sabiedrības izglītošana par veselības uzturēšanu, veicināšanu un saglabāšanu (MK noteikumi Nr. 268).

Pasaules Veselības Organizācija ir definējusi četras galvenās māsas funkcijas: māsu veiktās aprūpes nodrošināšana, pacientu un veselības aprūpes personāla izglītošana, aktīva līdzdalība veselības aprūpes komandā un māsu prakses pilnveidošana (LEMON, 1996).

Analizējot māsas profesionālās darbības jomu un pienākumus, jāsecina, ka zināšanām, prasmēm un kompetencei jābūt augstā līmenī. Daudzu darba pienākumu veikšanai māsām nepieciešamas ne tikai profesionāli tehniskās iemaņas, bet arī pedagoģiskā kompetence, labas starppersonu saskarsmes iemaņas, konfliktu risināšanas prasmes, vadības prasmes. Savā profesionālajā darbībā māsas neizbēgami nonāk distresa situācijās, emocionālā pārslodzē, kā arī saskaras ar kaitīgajiem darba vides faktoriem, kas papildus prasa no māsas labas stresa vadīšanas un pārvarēšanas prasmes un iemaņas.

## 1.2 Māsu profesionālo darbību ietekmējošie faktori

Māsas savā profesionālajā darbībā saskaras ar dažādiem darba vides riska faktoriem: ķīmiskiem, fizikāliem, bioloģiskiem, ergonomiskiem, psihosociāliem un organizatoriskiem. Psihoemocionālā spriedze saistīta ar pastāvīgu atbildības sajūtu par citu cilvēku veselību un dzīvību, intensīvu starppersonu saskarsmi un dažādām pacientu raksturu īpatnībām, kā arī profesionāli sarežģītām situācijām darbā, kas izraisa distresa stāvokli. Ne mazāk svarīga nozīme ir sociālajiem faktoriem (Kaļķis, & Roja, 2001).

Faktors – apstākļi, kas cēloniski iedarbojas uz procesu – to izraisa (cēlonis), nosaka, veicina vai pastiprina (Ilustrētā svešvārdu vārdnīca, 2005). Par psihosociālos aspektus ietekmējošajiem faktoriem varētu uzskatīt inficēšanās risku, neadekvātu atalgojumu, lielu darba apjomu u.c. Le Blāns un līdzautori (Le Blan, de Jonge & Schaufeli, 2000, kā minēts Reņģe, 2007) izdala sekojošas darba stresoru kategorijas: darba saturs, darba apstākļi, nodarbināšanas apstākļi, sociālās attiecības darbā (skat 1.1. tabulu). Katra no šīm stresoru grupām ietver daudzus faktorus, ar kuriem māsām var nākties sastapties ikdienas darbā.

1.1. tabula.

**Darba stresoru kategorijas (Le Blan, de Jonge & Schaufeli, 2000, kā minēts  
Reņģe, 2007)**

Kategorija	Stresors
Darba saturs	pārslodze/nepietiekama slodze darbā sarežģīts darbs monotons darbs pārāk liela atbildība bīstams darbs konfliktējošas/pretrunīgas prasības
Darba apstākļi	toksiskas vielas neapmierinoši apstākļi (troksnis, vibrācija, apgaismojums, radiācija, temperatūra) poza darbā fiziski smags darbs bīstamas situācijas nepietiekama higiēna nepietiekami aizsarglīdzekļi
Nodarbināšanas apstākļi	darbs maiņās zems atalgojums slikta karjeras izredzes darbs bez garantijām
Sociālās attiecības darbā	neapmierinoša līderība nepietiekams sociālais atbalsts nav iespēju piedalīties lēmumu pieņemšanā patstāvības ierobežojumi diskriminācija

ASV izstrādātā skalā, ar kuras palīdzību novērtē prakses vides ietekmi un māsu profesionālo darbību (PES-NWI), tiek noteikti pieci organizatoriskie faktori: māsas līdzdalība slimnīcas jautājumu risināšanā (komunikācija, sadarbība, autonomijas veicināšana, lēmumu pieņemšana), aprūpes kvalitātes nodrošināšana (māsu darba vide dod iespējas māsām pielietot zināšanas un prasmes kvalitatīvas aprūpes veikšanai), administrācijas vadības prasmes (visu līmeņu vadītāju darba organizācijas un vadības prasmes), māsu un ārstu attiecības (līdzvērtīgas, koleģiālas), nodarbināto māsu skaits un adekvāta attiecība ar aprūpējamajiem pacientiem (Hanrahan, Aiken, McClaine, & Hanlon, 2010).

Jau kopš 20. gadsimta 70. gadiem māsu izdegšanas sindroms ir guvis plašu ievērību pētnieku vidū, pamatojoties uz pētījumiem, kuri pierāda, ka māsas ir tā profesija, kura īpaši tiek pakļauta izdegšanas riskam (Maslach, & Jackson, 1981; Cordes, & Dougherty, 1993). Turklāt pētījumā, izdarītā 1982. gadā, K. Maslača atklāja sakarību starp profesiju un laiku, kad sāk parādīties izdegšanas simptomi, piemēram,

psihiatrijas māsām pēc 1 gada 6 mēnešiem (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996; Maslach, & Leiter, 1997).

Izdegšanas sindroms ir komplekss, kura veidošanos konkrētajam indivīdam nosaka vairāki faktori, taču, saskaņā ar Maslačas (Maslach, & Leiter, 1997) izvirzīto multidimensiju izdegšanas teoriju (skat. 1.2. tabulu), būtiskākie ir personības, demogrāfiskie un darba vides faktori.

1.2. tabula

**Personības, demogrāfiskie un darba vides faktori, kas var veicināt izdegšanas sindroma veidošanos (pēc Maslach, & Leiter, 1997)**

<b>Faktoru grupa</b>	<b>Faktori</b>
Personības faktori	<ul style="list-style-type: none"> <li>• problēmas ar pašvērtējumu (parasti pazemināts)</li> <li>• neadekvāti augstas prasības attiecībā pret darbu un sevi</li> <li>• pasivitāte, nespēja pieņemt lēmumus</li> <li>• kontroles nepieciešamība, eksternālais kontroles lokuss</li> <li>• neirotiska tipa personības profils</li> </ul>
Demogrāfiskie faktori	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vecums – jauniem profesionāļiem izdegšanas sindroms ir sastopams daudz biežāk nekā vecuma grupā virs 30 vai virs 40 gadiem</li> <li>• izdegšanas sindromam nav raksturīgs dzimumu specifiskums – vienlīdz augsts risks ir abu dzimumu profesionāļiem</li> <li>• ģimenes kā atbalsta sistēmas trūkums – augstāks risks ir neprecētiem profesionāļiem</li> </ul>
Darba vides faktori	<ul style="list-style-type: none"> <li>• problēmas saskarsmē ar kolēģiem, kolēģu atbalsta trūkums ikdienas darbā</li> <li>• problēmas saskarsmē ar administrāciju</li> <li>• neskaidrs pienākumu sadalījums, sociālo lomu ambivalence</li> <li>• zems sociālais prestižs</li> <li>• darbs ar neatrisināmām vai tikai daļēji atrisināmām problēmām, darbs ar cilvēkiem, kuri cieš</li> <li>• nepietiekama darbinieku iesaistīšana lēmumu pieņemšanā un neefektīvs menedžments</li> <li>• emocionāli intensīvs darbs ar cilvēkiem</li> <li>• laika trūkums, pārslogotība</li> <li>• neatrisināti konflikti darbā, emocionāla atsvešinātība</li> <li>• izteikta konkurence, apdraudētības sajūta, nedrošība par nākotni saistībā ar darbu</li> <li>• profesionālās izaugsmes neiespējamība</li> <li>• paaugstināts risks inficēties</li> <li>• darba kolēģi ar zemu intelekta līmeni, patoloģiskiem ieradumiem un raksturiem</li> <li>• nemitīga pārslēgšanās no vienas nodarbes uz otru</li> <li>• nav oficiāla pusdienu pārtraukuma, nav atvaļinājuma</li> </ul>

Līdzšinējos pētījumos nav atklāta saistība starp izdegšanas sindromu un tādiem sociāldemogrāfiskajiem rādītājiem kā dzimums, darba attiecību veids, specifiskas

darbavietas (nodaļas) vai izglītības veids (Bush, 2009), tomēr pastāv sakarības starp vecumu un izdegšanas attīstības risku — gados jaunāki profesionāļi ir vairāk pakļauti riskam (Schaufeli, & Enzmann, 1998; Potter, 2006; Bush, 2009). Turklāt paaugstināts risks arī pastāv jaunažiem speciālistiem, kuri uzsāk savu profesionālo darbību, jo viņiem parasti ir raksturīgs pārlieku liels entuziasms un nereālas ekspektācijas par veicamo savā darbā, kā arī speciālistiem, kuri pāriet strādāt jaunā darba vietā (Rudman, & Gustavsson, 2011). Maslačas izdegšanas aptaujas rokasgrāmatā tiek minēts, ka ir tendence pazemināties visu trīs dimensiju izdegšanas simptomiem līdz ar vecuma vai darba pieredzes pieaugumu, bet īpaši izteikti tas ir vērojams depersonalizācijas un emocionālā izsīkuma apakšskalā (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996; Schaufeli, & Enzmann, 1998).

Lielākam riskam tiek pakļauti arī maiņu darbā strādājošie un tie speciālisti, kuru darbs ir saistīts ar augstu atbildības pakāpi, bet zemu tā morālo un materiālo novērtējumu (Bush, 2009).

Puranova un Muross (Purvanova, & Muros, 2010), apkopojot pētījumus par dzimumatšķirībām attiecībā uz izdegšanu, secinājuši, ka sievietēm ir vairāk raksturīgs emocionālais izsīkums, bet vīriešiem, savukārt — depersonalizācija.

Potere (Potter, 2006), veicot literatūras datu analīzi, secināja, ka četras svarīgākās tēmas, kuras parasti tiek saistītas ar izdegšanas attīstību, ir darba vide, personīgās problēmas, stresa pārvarēšanas un vadīšanas stratēģijas un seku ietekme.

Savukārt citos pētījumos (Schaufeli, & Enzmann, 1998) tiek minētas šādas faktoru grupas kā ar personību saistītie faktori — eksternālais kontroles lokuss, neirotisms (trauksme), A tipa personība, „jūtu tips” (pēc G. Junga), attieksme pret darbu — augstas, bieži nereālistiskas ekspektācijas, organizatoriskie faktori — darba slodze, laika trūkums, lomu konflikti un nenoteiktība, tiešais kontakts ar klientiem, sociālā atbalsta trūkums no kolēģiem un/vai vadības, atgriezeniskās saites trūkums (Schaufeli, & Enzmann, 1998).

Liela daļa pētnieku uzsver perfekcionisma lielo nozīmi izdegšanas sindroma attīstībā. Pastāvot neatbilstībai starp priekšstatiem par ideālo un realitāti, starp darba vidi un prasībām pret darbinieku, kā arī atgriezeniskās saites trūkumam, risks, ka darbiniekam var parādīties izdegšanas sindroma pazīmes, paaugstinās (Schaufeli, & Enzmann, 1998).

Biežāk minētie faktori, kas saistīti ar māsu izdegšanu un neapmierinātību ar darbu ir liela darba slodze, kā arī darba vides faktori, kā, piemēram — atbalsta trūkums



no vadības puses un attiecības darba kolektīvā (Hooper, Craig, Janvrin, & Wetsel, 2010). Darba vides faktori, kas literatūrā biežāk minēti, ir liels darba apjoms, nepietiekošs personāla daudzums, nepiemērota darba vide, traumu risks, vardarbības risks, smagas, akūtas situācijas (Potter, 2006).

Pēc dažu autoru (Van Bogaert, Meulemans, Clarke, Vermeyen, & Van de Heyning, 2009) domām, māsu darba vide slimnīcā ir ietekmējošs faktors gan māsu darba rezultātiem, gan pacientu aprūpes kvalitātei. Ir skaidra saistība starp darba vidi, organizācijas faktoriem un māsu izdegšanu (Van Bogaert et al., 2009), organizācijas un vadības atbalsts, kā arī pozitīva, adekvāta darba vide piesaista un patur profesijā māsas, kas ilgtermiņā nodrošina kvalitatīvas pacientu aprūpes pamatu.

Profesionāļiem, kuriem raksturīga izteikta spēja izrādīt līdzjūtību, un, kuri ir empātiski savā darbā, ir lielāks risks uz līdzjūtības nogurumu (Bush, 2009), šādā veidā izteiktu empātijas spēju var uzskatīt par dubultāģentu — no vienas puses tā ir visnotaļ cienījama personības iezīme, bet no otras puses — paaugstinātas ievainojamības punkts (Bush, 2009). Empātiskās izturēšanās riski (Bush, 2009) ir attēloti shēmā (skat. 4. pielikumu) kā četri savstarpēji saistīti komponenti, kas atrodas nepārtrauktā mijiedarbībā.

Turcijā māsu darba stresa faktoriem autori (Demir et al., 2003) pieskaitījuši: zemas algas, materiālu un aprīkojuma trūkumu darbavietās, garas darba stundas (maiņas), neadekvāti lielu aprūpējamo pacientu skaitu uz vienu māsu, un citus.

Garosa (Garrosa, Moreno-Jimenez, Liang, & Gonzalez, 2008) izdegšanas sindromu ietekmējošos faktorus iedalīja divās lielās grupās — cēloņfaktoros (darba slodze, lomu ambivalence, konflikti ar kolēģiem u.c.) un ievainojamības faktoros (vecums, pieredze, ģimenes stāvoklis, personības īpatnības). Pie tam, pastāv sakarība, ka liela darba slodze un konflikti ar kolēģiem pozitīvi korelē ar izdegšanas sindroma emocionālā izsīkuma un depersonalizācijas dimensijām, kamēr personisko sasniegumu redukcija nav tik ļoti saistīta ar darba slodzi, pārpūli (Garrosa et al., 2008).

### 1.3 Profesionālās dzīves kvalitāte

Profesionālās dzīves kvalitātes koncepcija ir ārkārtīgi sarežģīta un kompleksa, tā saistīta gan ar darba vidi (vides un organizatoriskajiem aspektiem), gan indivīda personības raksturojumiem, kā arī ar indivīda risku būt pakļautam traumatiskai iedarbībai (primārai vai sekundārai) darba vidē (Stamm, 2010).

Profesionālās dzīves kvalitāte ir palīdzošajā profesijā strādājošas personas izjūtas saistībā ar savu darbu. Profesionālās dzīves kvalitāti ietekmē kā pozitīvie, tā negatīvie ar darbu saistītie aspekti (Stamm, 2010). Aspekts — veids, kādā lieta var tikt skatīta, interpretācija, skatījums, viedoklis no kāda aplūko lietu vai parādību (Ilustrētā svešvārdu vārdnīca, 2005). Par mūsu profesionālās dzīves kvalitātes psihosociālajiem aspektiem var tikt uzskatīti, piemēram, līdzjūtības nogurums (compassion fatigue), gandarījums par līdzjūtību (compassion satisfaction), izdegšanas sindroms, depresija un trauksme.

Leiters un Maslača (Leiter, & Maslach, 2009) ir aprakstījuši sešas darba dzīves jomas, kurās nesaskaņas vai neatbilstības var paaugstināt izdegšanas iespēju: darba slodze, kontrole, atlīdzība, kolektīvs, taisnīgums, vērtības.

Beta Stamma (Stamm, 2010) ir pievērsusies palīdzošo profesiju profesionālās dzīves kvalitātes pētniecībai, viņas izstrādātās pieejas ietvaros (skat. 1.1. attēlu) katra palīdzošās profesijas pārstāvja profesionālās dzīves kvalitāti veido gan pozitīvie, gan negatīvie aspekti.



1.1. attēls. Profesionālās dzīves kvalitātes struktūra (pēc Stamm, 2010).

Pie pozitīvajiem aspektiem var pieskaitīt gandarījumu par līdzjūtību (compassion satisfaction), bet pie negatīvajiem — līdzjūtības nogurumu, kas savukārt ietver izdegšanu un sekundāro traumatizāciju (Stamm, 2010). Jāatzīmē, ka gan līdzjūtības nogurums, gan gandarījums par līdzjūtību ir cieši saistīti ar darba vidi, pacienta vidi un māsas personisko vidi, kas, savukārt ir saistītas ar daudziem ietekmējošiem faktoriem (skat. 1. pielikumu).

### 1.3.1 Gandarījums par līdzjūtību

Gandarījums par līdzjūtību ir aprūpes pozitīvais aspekts, kas palīdz atsvērt, līdzsvarot smagi slimu pacientu un ievainoto aprūpes darba negatīvos aspektus (Stamm, 2010). Daži autori ir izteikuši pieņēmumu, ka personas, kuras izvēlas palīdzošās profesijas, bieži vien lieto tādas aizsardzības mehānismus, kas balstās gandarījuma gūšanā no palīdzēšanas citiem, kas savukārt pasargā no līdzjūtības noguruma (Hooper et al., 2010).

### 1.3.2 Līdzjūtības nogurums

Līdzjūtības nogurums ir samērā jauns jēdziens veselības aprūpē (Coetzee, & Klopper, 2010). Šis stāvoklis tiek definēts kā emocionāla iztukšošana, ko piedzīvo palīdzošajās profesijās strādājošie, parasti aprūpējot smagus pacientus ar hroniskām progresējošām slimībām, vai arī tādas, kuri pārdzīvojuši traumatiskus notikumus. Patrīcija Smita (Smith) apraksta līdzjūtības nogurumu kā negatīvas pazīmes un simptomus, kas attīstās kā sekas aprūpējot cilvēkus vai dzīvniekus, kas pārdzīvo sāpes vai cieš (Yoder, 2010).

Līdzjūtības nogurums dēvēts arī par "sekundāru viktimizāciju" (secondary victimization) (Figley, 1995; Bride, Radey, & Figley, 2007), "sekundāru traumatisko stresu" (secondary traumatic stress) (Figley, 2002; Sabo, 2006). Līdzjūtības nogurums, pēc dažu autoru domām, ietver izdegšanu un sekundāro traumu (Stamm, 2010), citu autoru skatījumā tiek aplūkots gan kā ļoti tuvs fenomēns izdegšanas konceptam, gan arī pilnīgi atsevišķi, nodalīti (Yoder, 2010).

Džoinsona (Joinson) viena no pirmajām lietoja terminu līdzjūtības nogurums pētot izdegšanu māsām, kuras strādāja neatliekamās medicīniskās palīdzības nodaļās. Viņas pieņēmums bija, ka empātiskākās no māsām var "absorbēt" traumatisko stresu no pacientiem, kurus viņas aprūpē. Līdz ar to māsas jūtas hroniski nogurušas, ir viegli aizkaitināmas, nesavaldīgas, var parādīties dažādi psihosomatiski simptomi (Najjar et al., 2009), var izpausties arī bailes iet uz darbu un dzīvesprieka trūkums (Potter, Deshields, Divanbeigi, Berger, Cipriano, Norris, & Olsen, 2010).

Līdzjūtības nogurums tiek aprakstīts kā smags noguruma stāvoklis, kas ir rezultāts rūpēm par pacientiem, kuri pārdzīvo sāpes un ciešanas (Sabo, 2006). To var izraisīt situācijas, kad māsai ir vairāk emocionāli jādod pacientam, nekā var saņemt

prefi, kas galu galā rezultējas ar nespēju sasniegt veselīgu līdzsvaru empātijā un objektivitātē (Aycock, & Boyle, 2009).

1.3. tabula

**Līdzjūtības noguruma attīstība (pēc Coetzee, & Klopper, 2010)**

<b>Cēloņi</b>	Riska faktori (kontakts ar pacientu, stress, sevis nežēlošana):		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• intensīvi</li> <li>• ilgstoši</li> <li>• nepārtraukti</li> </ul>		
Līdzjūtības noguruma fāze	Līdzjūtības diskomforts	Līdzjūtības stress	Līdzjūtības nogurums
Izpausmes			
Fiziskās izpausmes	Nogurums	Spēku zudums Pazemināta darba produktivitāte un efektivitāte Izturības, tolerances zudums Fizisku sūdzību pieaugums	Enerģijas zudums Izdegšana Neuzmanīgums
Emocionālās izpausmes	Samazināts entuziasms Nejūtīgums	Aizkaitināmība Emocionāla pārslogotība	Sabrukums Apātiskums Vainas sajūta
Sociālās izpausmes	Nespēja palīdzēt	Nespēja dalīties pārdzīvojumos	Neatsaucība Bezjūtīgums Vienaldzība
Kognitīvās izpausmes	Uzmanības pavājināšanās	Garlaicība Traucēta koncentrēšanās spēja	Apjukums Nesistemātiskums

Veicot līdzjūtības noguruma koncepta analīzi, pētot un analizējot žurnālus, datu bāzes, grāmatas, disertācijas un vārdnīcas, tika izveidota iespējamā līdzjūtības noguruma attīstība (Coetzee, & Klopper, 2010), kuras galvenās idejas apkopotas 1.3. tabulā. Līdzjūtības nogurums tiek apskatīts kā rezultāts progresējošam un kumulatīvam procesam, kuru izraisījusi ilgstošs, intensīvs kontakts ar pacientiem, sevis nežēlošana un ilgstoša stresa iedarbība. Sākuma posms tiek dēvēts par līdzjūtības diskomfortu, ko var pārvarēt ar adekvātu atpūtu, seko līdzjūtības stresa stadija, kura, turpinoties faktoru iedarbībai, pāraug līdzjūtības nogurumā (Coetzee, & Klopper, 2010).

Saskaņā ar Figleja uzskatiem (Figley, 1995), pastāv divi pozitīvie mainīgie (sasniegumu sajūta un emociju atbrīvošana), kas palīdz personai pretoties stresam un trīs negatīvie (ilgstoša stresora ekspozīcija, traumatiskas atmiņas, ikdienas dzīves

traucējumi), kas saasina stresa reakcijas un var novest pie līdzjūtības noguruma attīstības.

Līdzjūtības nogurums būtu nošķirams no posttraumatiskā stresa sindroma tāpēc, ka līdzjūtības noguruma gadījumā persona pati nepiedzīvo traumatisko notikumu, bet gan aprūpē cietušos, lai gan dažreiz māsām var attīstīties arī posttraumatiskā stresa sindroma simptomi (Sabo, 2006). Vairāki autori uzskata, ka pastāv saistība arī starp izdegšanu un nogurumu aiz līdzjūtības — māsām, kurām ir attīstījusies izdegšana, ir lielāks risks uz līdzjūtības noguruma attīstību (Figley, 1995; Sabo, 2006). Sabo uzsver, ka līdzjūtības nogurums attīstās daudz ātrāk nekā izdegšana (Sabo, 2006), tai pat laikā daļa autoru (Najjar et al., 2009) norāda, ka līdzjūtības nogurumam, izdegšanai, sekundārajam traumatiskajam stresam ir daudzas kopīgas pazīmes un arī cēloņi.

Literatūrā atrodams arī viedoklis, ka līdzjūtības nogurums ir īpašs izdegšanas veids, kura cēloņi nesaistās ar neapmierinātību ar darbu, darba vidi un sistēmu kopumā (Najjar et al., 2009). Jodere (Yoder, 2010) apraksta izdegšanas un līdzjūtības noguruma atšķirīgos cēloņos vadoties pēc Valenta (Valent) 2002. gada pētījuma sekojoši — nogurums aiz līdzjūtības attīstās gadījumos, kad persona nespēj palīdzēt vai glābt indivīdu no ciešanām, sāpēm, nāves, liela nozīme ir vainas sajūtai un distresam, ko izjūt aprūpētājs, savukārt izdegšana attīstās personai, ja tā nespēj sasniegt izvirzītos mērķus, atrodas ilgstoši frustrācijas, distresa stāvoklī.

### 1.3.3 Izdegšanas sindroms

Izdegšanas sindroms kļuva aktuāls 20. gs. septiņdesmitajos gados. To definēja kā psiholoģisku stāvokli speciālistiem, kas sniedz profesionālu palīdzību, strādā intensīvi un smagi. Pētījumu pirmsākumos izdegšana bija visai nenoteikts jēdziens, vairāk sociāls fenomens nekā zinātnisks jēdziens, bez skaidra definējuma. Sākotnēji izdegšanas sindroms aprakstīja sociālu fenomenu — specifisku hronisku emocionālu stāvokli, kam tiek pakļauti veseli cilvēki, parasti profesionāļi, kuri ilgstoši strādā ciešā kontaktā ar cilvēkiem (piem., skolotāji, psihologi, psihiatri, mācītāji, policisti, juristi, treneri, apkalpojošā sfērā strādājošie). Vēlāk turpmāko pētījumu gaitā profesiju loks tika paplašināts (Schaufeli, & Enzmann, 1998).

Izdegšana ir ilgstoša atbildes reakcija uz hronisku fizisku vai emocionālu stresoru iedarbību, kas rezultējas ar izsīkuma stāvokli un (profesionālo) neefektivitāti (Maslach, & Leiter, 1997). Izdegšanas sindroms attīstās pakāpeniski, kad profesionāļa ekspektācijas nesakrīt ar organizācijas realitāti (Sabo, 2006). Izdegšanas gadījumā bieži

samazinās empātijas spēja attiecībā uz pacientiem, kā arī tiek mainīts darbs vai ieņemamais amats (Aycock, & Boyle, 2009).

Izdegšanas sindroms var piemēklēt ikvienu, taču visbiežāk tas skar cilvēkus, kuri strādā ar palīdzības sniegšanu un komunikāciju saistītās jomās. Izdegšana ir sastopama galvenokārt starp tiem profesijas pārstāvjiem, kas ir ciešā kontaktā ar cilvēkiem – klientiem, sniedzot tiem noteiktus pakalpojumus un starp cilvēkiem, kuru pienākums ir palīdzēt citiem un kuru darbs saistīts ar paaugstinātu risku un stresu. Arī dažāda līmeņa vadītājiem ir palielināts risks piedzīvot stresa un pārslodzes izraisītas problēmas.

Kādā pētījumā, kurā aptaujātas vairāk nekā 10000 māsas piecās valstīs, ir atklāts, ka izdegšanas sindroms dažādās pakāpēs ir skāris no 32% (Skotijā) līdz pat 54% (ASV) praktizējošo māsu (Kravits et al., 2010).

Savukārt izdegšana ir saistīta ar darbinieku veselības stāvokļa pasliktināšanos, distresa simptomiem, somatiskām sūdzībām, alkohola un medikamentu lietošanu (Hooper et al., 2010). Izdegšanas sindroms bieži tiek saistīts arī ar depresiju, trauksmi, muguras sāpēm, bezmiegu, atmiņas traucējumiem (Laschinger, & Grau, 2012).

Izdegšanas sindromu var veicināt virkne negatīvu darba vides faktoru, kas var radīt māasai gan fizisku un garīgu pārslodzi. Darba vides faktori var būt ļoti spēcīgi un ilgstoši stresori, kas ietekmē māsas ikdienas darbaspējas un darba produktivitāti. Pētījumos atrodamas liecības arī par to, ka fiziskās veselības problēmas paaugstina izdegšanas sindroma attīstības risku māsām (Demir et al., 2003).

Uzskata, ka izdegšanas sindroms attīstītas ilgstoša, hroniska stresa apstākļos personām, kuras izmanto neefektīvus piemērošanās un stresa vadīšanas paņēmienus un veidus (Kravits et al., 2010). Pie biežāk minētajiem neefektīvajiem stresa pārvarēšanas paņēmieniem ASV māsu vidū tiek minēti smēķēšana, medikamentu atkarība, kā arī pārēšanās.

Daži autori (Kravits et al., 2010) ir izteikuši pieņēmumu, ka darbs aprūpes jomā un slimnīcas vidē pakļauj māsas intensīvai emocionālai noslodzei, kas veicina stresa simptomu attīstību un noved pie izdegšanas.

Identificēšanās ar pacienta ciešanām, intensīva mijiedarbība ar pacientu un viņa tuviniekiem un līdzjūtības nogurums var novest pie emocionālas iztukšošanās, kas ir viens no izdegšanas komponentiem (Aycock, & Boyle, 2009).

Kā vadošo izdegšanas sindroma pētījumu jomā var minēt ASV Kalifornijas Universitātes profesori, sociālo psiholoģi K. Maslaču (C. Maslach). Viņa viena no pirmajām definēja izdegšanas sindromu (1976) un aizsāka pētījumus šajā jomā,

vēlākajos gados izveidojot pirmo psihometrikas prasībām atbilstošu aptauju — Maslačas izdegšanas aptauju (Maslach Burnout Inventory), kurai vēlāk tika izveidoti trīs varianti, atkarībā no profesiju specifiskuma. Šo aptauju ļoti plaši izdegšanas pētījumos izmanto arī mūsdienās (Schaufeli, & Dierendonck, 1995; Maslach, & Leiter, 1997; Awa et al., 2010).

Izpētes sākumposmā Maslača šo fenomenu apskatīja nevis kā individuālu stresa reakciju, bet kā individuālo attiecību transakciju darba vietas aspektā. Starppersonu kontekstā uzmanība vairāk tika fokusēta uz subjekta emocijām, viņa motīviem un vērtībām, uz kā bāzējas viņa darbs ar klientu. 20. gs. deviņdesmitajos gados, balstoties uz veiktajiem pētījumiem, tika konstatēts, ka izdegšanas sindroms attiecināms ne tikai uz sociālo sfēru, bet gan uz jebkuru ar cilvēkiem saistītu nodarbinātības sfēru. Secīgi tika izveidots koncepts, ka emocionālā izdegšana ir psiholoģisks sindroms kā atbildes reakcija uz hroniskiem ar darba vidi saistītiem stresoriem (Maslach et al., 1996).

Mūsdienās ir sastopamas daudzas izdegšanas sindroma definīcijas, saskaņā ar Maslačas piedāvāto definīciju, izdegšanas sindroms ir emocionālā izsīkuma un cinisma sindroms, kas ir bieži sastopams indivīdu vidū, kuri veic dažādu veidu darbu ar cilvēkiem (Maslach, & Leiter, 1997).

Viena no vadošajām teorijām ir izdegšanas multidimensionālā teorija, ko izstrādāja K. Maslača. Saskaņā ar šo teoriju izdegšanas sindromu raksturo trīs pazīmes - emocionāls izsīkums, pieaugoša depersonalizācija attiecībā pret klientiem, jūtīguma samazināšanās pret personīgo sasniegumu rezultātiem (Leiter, & Maslach, 2009). Svarīgākais izdegšanas sindroma aspekts ir pieaugoša emocionālā izsīkuma sajūta (Maslach, & Leiter, 1997).

Emocionālais izsīkums izpaužas tajā, ka cilvēkam samazinās vai pat zūd emocionālo reakciju spēja, kas parasti attīstās dažādās dzīves situācijās, pakāpeniski rodas vienaldzīgums vai ciniska attieksme, aizkaitināmība, nomāktība un nespēja koncentrēties un just; parādās vēlme izolēties, lai sevi pasargātu. Emocionāls izsīkums ir svarīgākā izdegšanu raksturojošā īpašība un nepārprotama šī kompleksā sindroma izpausme. To min lielākā daļa cilvēku, kuri apraksta savu izdegšanas pieredzi. No visiem trīs izdegšanas aspektiem emocionālais izsīkums ir arī vispilnīgāk analizētais. Tas, ka izsīkumu visbiežāk identificē ar izdegšanu, savulaik ir bijis par pamatu apstrīdēt pārējo divu izdegšanas aspektu svarīgumu un nepieciešamību (Shirom, 1989, kā minēts Maslach, & Leiter, 1997). Tomēr emocionālā izsīkuma esamība, lai arī ir nepieciešams

kritērijs, viens pats tas nav pietiekams, lai varētu spriest par izdegšanas sindroma esamību (Demir et al., 2003).

Otra būtiska izdegšanas pazīme ir pieaugoša depersonalizācija, daži autori to dēvē par dehumanizāciju (Cordes, & Dougherty, 1993), attiecībā pret klientiem. Depersonalizācija izpaužas pārmaiņās cilvēka uzvedībā, nespējā atbrīvoties, atslābināties. Saskarsme ar citiem kļūst virspusēja, bieži attīstās atkarība no vielām (tabakas, alkohola, medikamentiem). Parādās ciniska attieksme pret apkārtējiem (ģimenes locekļiem, pacientiem). Tas notiek tad, kad darbiniekam attīstās noliegums un bezjūtīga attieksme pret viņa klientu, un darbs ar lietām sāk sagādāt lielāku baudu nekā ar cilvēkiem (Leiter, & Maslach, 2009).

Trešā pazīme ir jūtīguma samazināšanās pret personīgo sasniegumu rezultātiem. Darbiniekam sāk attīstīties negatīvs priekšstats par saviem panākumiem darbā (Cordes, & Dougherty, 1993) vai arī sāk zust ticība savām vēlmēm, gaidām un rodas pārliecība, ka daudzas lietas viņa dzīvē nav sasniedzamas (Maslach, & Leiter, 1997). Cilvēks zaudē vēlmi gūt panākumus dzīvē (nespēja turpināt iesākto karjeru), pazeminās darba spējas, pasliktinās attiecību kvalitāte (Maslach, & Leiter, 1997).

Leiters un Maslača (Leiter, & Maslach, 2009) aprakstījuši saistību starp trijām izdegšanas sindroma dimensijām sekojošā veidā: emocionālais izsīkums paredz cinisma un depersonalizācijas attīstību, kas savukārt paredz personisko panākumu redukciju.

Šo triju komponentu (dimensiju) klātbūtne atšķir izdegšanas sindromu no stresa, pārpūles un citiem psiholoģiskiem stāvokļiem, piemēram, trauksmes, depresijas, noguruma, motivācijas trūkuma (Awa et al., 2010). Izdegšanu no stresa stāvokļa atšķir arī tas, ka izdegšanas process ir ilgstošs. Literatūrā atrodami dati, ka visbiežāk no izdegšanas cieš palīdzošo profesiju pārstāvji — ārsti, māsas, skolotāji, sociālie darbinieki. Kordess un Dohertijs (Cordes, & Dougherty, 1993) analizējot literatūru par emocionālā izsīkuma un izdegšanas sindroma attīstību izveidoja shēmu (skat. 1.2. attēlu), kurā parādīja profesionālā starppersonu kontaktu biežuma un intensitātes iespējamo sakarību ar emocionālā izsīkuma attīstību. Saskaņā ar šo shēmu, lielāks risks uz emocionālā izsīkuma attīstību, līdz ar to uz izdegšanu, ir profesionāļiem, kuriem darbā ir augsta starppersonu kontaktu intensitāte un biežums, tostarp arī māsām.

Bieži sastopamās izdegšanas sekas ir darba kavējumi, slimības atvaļinājumi, darbavietu maiņa un fiziskās veselības traucējumi (Awa et al., 2010).



Starppersonu kontakta biežums	Augsts	Administrators Reģistrators Bibliotekārs Tirdzniecības pārstāvis ( <i>Vidējs izdegšanas risks</i> )	Sociālais darbinieks Klientu apkalpotājs Skolotājs Māsa ( <i>Augsts izdegšanas risks</i> )
	Zems	Fiziķis-teorētiķis Mežsargs Laborants ( <i>Zems izdegšanas risks</i> )	Paramediķis Ugunsdzēsējs Policijas detektīvs ( <i>Vidējs izdegšanas risks</i> )
		Zema	Augsta
Starppersonu kontaktu intensitāte			

**1.2. attēls. Dažādu profesiju emocionālā izsīkuma un izdegšanas sindroma attīstības risks saistībā ar starppersonu kontaktu biežumu un intensitāti (pēc Cordes, Dougherty, 1993)**

Izdegšanas sindroms ir ļoti daudzpusīgs savās izpausmēs, un pēc vairāku pētnieku datiem tiek minēti vairāk kā 130 iespējamie simptomi (Schaufeli, & Enzmann, 1998, Demir et al., 2003). Šie simptomi tiek iedalīti 5 apakšgrupās: afektīvie, kognitīvie, fiziskie, uzvedības un motivācijas. Visi šie simptomi var izpausties 3 dažādos līmeņos: individuālā, interpersonālā un organizāciju.

Izdegšanas sindroma riska grupas tika izdalītas pamatojoties uz profesionālās darbības sfēru. Vairāk kā 30 gadu laikā, pateicoties neskaitāmiem pētījumiem šajā jomā, paaugstinātam izdegšanas riskam pakļauto profesiju skaits ir palielinājies vairāk nekā 2 reizes. Šobrīd tiek izdalītas šādas riska grupas: veselības aprūpē strādājošie (ārsti, māsas, farmaceiti), psihologi, psihoterapeiti, skolotāji, sociālie darbinieki, policisti, mācītāji, žurnālisti, neatliekamās palīdzības servisu darbinieki, gaisa satiksmes kontrolieri, datorspeciālisti, menedžeri, militārie speciālisti, ierēdņi, juristi, treneri, kā arī daudzi citi palīdzošo profesiju pārstāvji. Lielākam riskam tiek pakļauti arī maiņu darbā strādājošie un tie speciālisti, kuru darbs ir saistīts ar augstu atbildības pakāpi, bet zemu tā morālo un materiālo novērtējumu (Schaufeli, & Enzmann, 1998).

Literatūrā atrodami dati arī par dažādu specialitāšu māsu izdegšanas atšķirībām. ASV, Čikāgas lielākajās slimnīcās, veiktajā pētījumā (Browning, Ryan, Thomas, Greenberg, & Rolniak, 2007) noskaidrots, ka izteiktāki izdegšanas rādītāji emocionālā izsīkuma un depersonalizācijas dimensijās ir neatliekamās palīdzības nodaļu māsām salīdzinot ar paplašinātās prakses māsām (nurse practitioner) un māsām vadītājām.

Jāatzīmē, ka arī depresijas simptomi izrādījās vairāk izteikti neatliekamās palīdzības nodaļu māsām. Tāpat tiek pētītas un aprakstītas arī atšķirības izdegšanas sindroma pakāpēs un izpausmēs starp māsām un ārstiem. Piemēram, Ungārijā veiktajā pētījumā (Kovacs, Kovacs, & Hegedus, 2010) tika aptaujātas 76 māsas un 80 ārsti. Rezultāti parādīja, ka māsām ir statistiski nozīmīgi augstāki rādītāji izdegšanas emocionālā izsīkuma un depersonalizācijas apakšskalās salīdzinot ar ārstu rādītājiem (Kovacs et al., 2010).

Izdegšanas sindroms sākumā izpaužas ar emocionālu izsīkumu, bet tas var saglabāties un dominēt arī jau ļoti smagos gadījumos. Cilvēki jau no agra rīta jūtas noguruši, nav vēlēšanās celties, jau tikai iedomājoties par darbu. Vienu un to pašu darba pienākumu veikšana prasa aizvien vairāk laika. Emocionālajam izsīkumam pievienojas arī fizisks izsīkums — parādās miega traucējumi, galvassāpes, salšanas sajūta, kā arī iespējamās visdažādākās psihosomatiskās izpausmes — biežas saaukstēšanās, vīrusu infekcijas, veģetatīva simptomātika. Vēlākajās pakāpēs attīstās negatīva, ciniska attieksme pret kolēģiem, pacientiem, klientiem; zūd empātija pret citu ciešanām. Parādās arī iekšējā neapmierinātība ar sevi. Mainās saskarsmes spējas ar kolēģiem un klientiem, ir grūti pieņemt lēmumus, parādās vēlēšanās izolēties no visiem. Ja process turpina savu attīstību, cilvēks kļūst neapmierināts, dusmīgs uz katru pretimnācēju un uz visiem cilvēkiem kopumā. Darba spējas kļūst aizvien zemākas, darot aizvien vairāk, var padarīt aizvien mazāk. Uzvedība kļūst nepiemērota situācijai un var kļūt pat destruktīva. Šādu stāvokli apzīmē kā “termināla izdegšana” (terminal burnout) (Cordes, & Dougherty, 1993; Leiter, & Maslach, 2009; Grau-Alberola, Gil-Monte, Garcia-Juesas, & Figueiredo-Ferraz, 2010).

Izdegšanas sindroma dimensiju saistību ar ietekmējošiem faktoriem un sekām individuālajā un organizāciju līmenī analizējuši Kordess un Dohertijs (Cordes, & Daugherty, 1993), kuri uzsvēruši likumsakarības izdegšanas attīstībā — sākotnēji izpaužas emocionālā izsīkuma pazīmes, pēc tam seko depersonalizācija un personisko panākumu samazinājums (skat. 2. pielikumu).

Leiters un līdzautori (Leiter, Gascon, & Martinez-Jarreta, 2008) izteikuši pieņēmumu, ka izdegšanas sindroms sevī ietver divus paralēlus procesus: viens no tiem saistās ar izteiktu darba slodzi un izsīkumu, nogurumu, otrs ietver sevī izdegšanas trīs dimensijas, saskaņā ar Maslačas teoriju.

Psihologi Herberts Freidenbergers (Herbert Freudenberger) un Geila Norta (Gail North) ir izveidojuši teorētisku izdegšanas procesa modeli (Freudenberger, &

Richelson, 1980), kas sastāv no 12 posmiem (skat. 1.4. tabulu). Pēc autoru uzskatiem, šiem posmiem nav jāseko noteiktā secībā katrā individuālā gadījumā.

1.4. tabula

**Izdegšanas procesa modelis (pēc Freudengerger, & Richelson, 1980)**

Posms	Pazīmes
1. Tiek sme pierādīt sevi	Indivīdam prevalē izteikta vēlme pierādīt sevi darbavietā, kas bieži vien izpaužas pārlieku apņēmīgā un kompulsīvā rīcībā.
2. Uzcītīgāka un smagāka strādāšana	Persona cenšas pierādīt sevi organizācijā, izvirza sev augstas prasības. Darbinieks koncentrējas tikai uz darbu, uzņemas papildus pienākumus, parādās apsēstība "visu darīt pašam", cilvēks cenšas būt neaizstājams darbā, veikt pienākumus vienam.
3. Savu vajadzību atstāšana novārtā	Cilvēki visu savu laiku un enerģiju iegulda darbā, neatliek laika ģimenei, draugiem, ēšanai, miegam. Citas nodarbes tiek uzskatītas par laika, ko varētu veltīt darbam, izniekošanu.
4. Konflikta pārvirze	Cilvēks sāk saprast, ka tas ko viņš dara, nav pareizi, taču nespēj saskatīt problēmas cēloni. Tas noved pie konfliktiem, krīzes, parādās pirmie izdegšanas fiziskie simptomi.
5. Vērtību pārvērtēšana	Cilvēks sāk izolēties no apkārtējiem, izvairās no konfliktiem, noliedz savas fiziskās pamatvajadzības. Notiek vērtību sistēmas transformācija - ģimenes, draugu un vaļasprieku vietā stājas darbs, šajā stadijā cilvēks sāk kļūt emocionāli truls.
6. Iespējamo problēmu noliegšana	Cilvēks kļūst neiecietīgs un viegli aizkaitināms, sociālie kontakti viņam kļūst nepanesami, apkārtējie ievēro daudz vairāk agresijas izpausmes un sarkasmu. Persona parasti savu stāvokli skaidro ar laika trūkumu un lielo darba apjomu, nevis ar izmaiņām savā emocionālajā stāvoklī.
7. Aiziešana, izstāšanās	Sociālie kontakti ir samazināti līdz minimumam, cilvēks faktiski izolējas no apkārtējiem. Pieaug vēlme lietot alkoholu, medikamentus, narkotikas, kas tiek uzskatīti par zināmu atbrīvošanos, atelpu no strādāšanas. Bieži vien cilvēku pavada bezcerības un bezmērķīguma sajūta.
8. Acīmredzamas izmaiņas uzvedībā	Kolēģi, ģimenes locekļi, draugi un paziņas ievēro izteiktas izmaiņas personas uzvedībā, šīm izmaiņām nav gadījuma raksturs.
9. Depersonalizācija	Cilvēka dzīve kļūst par mehānisku funkciju virkni, skatījums uz norisēm apkārt sašaurinās tiktāl, ka viņi redz tikai aktuālo situāciju un doto mirkli. Persona neuztver sevi un citus cilvēkus kā vērtību, personības.
10. Iekšējais tukšums	Cilvēks jūtas iekšēji iztukšots, lai to kompensētu ļoti bieži pārspīlēti tiek lietots alkohols, narkotikas, medikamenti, iespējama pārēšanās, bieža seksa partneru maiņa.
11. Depresija	Bieži vien izdegšana ietver depresīvu komponentu, šajā gadījumā cilvēku pārņem bezcerības jūtas, vienaldzība pret apkārt notiekošo, bezmērķīguma sajūta un izsīkums. Zūd dzīves jēga, var parādīties arī citi depresijas simptomi.
12. Izdegšanas sindroms	Cilvēks sabrūk gan fiziski, gan emocionāli. Iespējami nopietni depresijas simptomi, domas par pašnāvību, atsevišķos gadījumos — arī pašnāvības mēģinājumi. Personai nepieciešama psiholoģiska, psihiatriska un medicīniska aprūpe.

Kaut arī izdegšanas sindromam parasti ir negatīvas sekas un simptomi, ir iespējams tos mazināt un novērst. Efektīvas stresa vadīšanas iemaņas un sociālais

atbalsts tiek uzskatīti par faktoriem, kas kavē izdegšanas attīstību (Gunusen, & Ustun, 2010). Arī Kordess un Dohertijs (Cordes, & Daugherty, 1993) uzsver sociālā atbalsta lomu izdegšanas attīstības profilaksē (skat. 2. pielikumu). Jāsecina, ka analizējot Van Bogerta (Van Bogaert et al., 2009) un līdzautoru māsu darba vides un izdegšanas attīstības un seku saistības modeli, slimnīcas vadības darba organizēšanas, vadības un darbinieku atbalstam ir tieša ietekme uz emocionālo izsīkumu un personisko sasniegumu redukciju māsām (skat. 3. pielikumu).

Pie pozitīvajiem aspektiem un faktoriem, kas varētu pretdarboties izdegšanas attīstībai autori (Hochwalder, 2007), min darbinieka tiesību un pienākumu paplašināšanu darbavietā, kā komponentus minot nozīmīgumu, kompetenci, pašnoteikšanos un ietekmēšanas iespēju. Vairāki autori (Edwards, & Besseling 2001; Tselebis et al., 2001; Hochwalder, 2007) atzīmē arī personas iekšējās saskaņotības izjūtas (sense of coherence) nozīmi darba stresa vadīšanā un pārvarēšana. Pētījumos noskaidrots, ka māsām ar augstu iekšējās saskaņotības izjūtu ir zemāki izdegšanas rādītāji (Tselebis et al., 2001), kā arī zemāki depresijas rādītāji (Tselebis et al., 2001; Circenis, 2003).

Pētījumos pierādīts, ka pastāv cieša saistība starp labu darba organizāciju un vadību no administrācijas puses, kā arī atbalstošu attieksmi un augstiem rādītājiem māsu apmierinātībā ar darbu, zemākiem izdegšanas rādītājiem un mazāku māsu mainību darbavietā (Cox, Teasley, Lacey, Carroll, & Sexton, 2007; Hanrahan et al., 2010).

#### **1.3.4 Sekundārais traumatiskais stress**

Sekundārais traumatiskais stress rodas cilvēkiem, kas rūpējas par tiem pacientiem, kuri tieši pārdzīvojuši traumatisku pieredzi, šis jēdziens var tikt attiecināts arī uz traumatisku notikumu aculieciniekiem (Figley, 1995). Sekundārā traumatiskā stresa reakcija attīstās drīz pēc kontakta ar cietušo personu (Elwood, Mott, Lohr, & Galovski, 2011).

Pirmo reizi terminu "stress" sāka lietot 1944. gadā, kad tas parādījās žurnālā "Psychological Abstracts". Liela nozīme stresa pētniecībā pieder Hansam Seljē (Selye), viņš ir aprakstījis un pētījis galvenokārt stresa fizioloģiju. Viņš aprakstīja vispārējo adaptācijas sindromu (general adaptation syndrome), kā arī trīs tā stadijas (Брайт, & Джонс, 2003). Stresa koncepcija ir atstājusi ārkārtīgi lielu ietekmi dažādās to zinātņu jomās, kas pēta cilvēku.

Par darba izraisītu stresu māsām 1960. gadā rakstīja Menzija (Menzies), kura identificēja četrus iespējamus trauksmes cēloņus māsām: pacientu aprūpe, lēmumu pieņemšana, atbildības uzņemšanās un pārmaiņas (Jennings, 2008).

Neatkarīgi no tā, vai māsa stresa situācijas uztver pozitīvi vai negatīvi, neiroendokrīnās sistēmas atbilde un fizioloģiskās reakcijas var novest pie veselības traucējumiem (Jennings, 2008). Rodas pastāvīgs nogurums, kas vēl vairāk padziļina slikto pašsajūtu un līdz ar to stresu. Profesionālais stress izsauc virkni negatīvu seku — pazemināta darba efektivitāte, produktivitātes krišanās, negadījumi darbā, kavējumi, veselības traucējumi un citi (Van der Colff, & Rothmann, 2009).

Veselības aprūpē nodarbinātajiem raksturīgs augstāks stresa līmenis nekā nodarbināto populācijā kopumā, bez tam pētījumos pierādīts, ka darba dzīve ietekmē attiecības ģimenē, kas savukārt paaugstina kopējo stresa līmeni (Heponiemi, Kouvonen, Sinervo, & Elovainio, 2010). Tipiski stresori darbavietā ir darba apjoms, darba izpildes ātrums, bīstami un toksiski darba vides apstākļi, slikti aprīkota darba vide, sliktas attiecības un konflikti ar vadību, kolēģiem, diskriminācija un citi (Aldwin, 2000).

Profesionāļi, kuri aprūpē traumu un nelaiemes gadījumos cietušus pacientus, bieži vien dzird traumu vai nelaiemes gadījumu detaļas, novēro pacientu reakcijas, līdz ar to ir pakļauti sekundārā traumatiskā stresa riskam (Elwood et al., 2011). Elvuds uzskata, ka profesionāļi, kas pagātnē paši piedzīvojuši traumējošus notikumus ir pakļauti lielākam sekundārā traumatiskā stresa riskam (Elwood et al., 2011).

Sekundārais traumatiskais stress iepriekš pētīts nesaistīti ar māsas profesiju, piemēram, sociālajiem darbiniekiem, kuri strādājuši ar vardarbības upuriem (Dominguez-Gomez, & Rutledge, 2009). Pēc Nensijas Bušas piedāvātās pieejas (Bush, 2009) sekundārā traumatiskā stresa koncepts sevī ietver līdzjūtības noguruma un svešas (cita cilvēka) traumas aspektus, ko izraisa empātiska iesaistīšanās, savukārt sekas var būt akūtas stresa reakcijas simptomi vai arī posttraumatiskā stresa sindromam raksturīgi simptomi (skat. 4. pielikumu).

Saistītie simptomi, kas tiek aprakstīti ir trauksme, izvairīšanās no sociālajiem kontaktiem, komunikācijas ierobežošana, depresija, somatizācija, izmainīti, deformēti uzskati par sevi un citiem, "tiesneša" lomas ieņemšana un citi (Sprang, Clark, & Whitt-Woosley, 2007).

Daži autori (Dominguez-Gomez, & Rutledge, 2009) uzskata, ka sekundārais traumatiskais stress varētu tikt definēts kā aprūpētāja (palīdzētāja) posttraumatiskā stresa simptomi, kas rezultējas no paša profesionāļa traumatiskās pieredzes un pacientu

piedzīvotās traumas, lielu nozīmi šajā procesā piešķirot empātiskai atbildes reakcijai no palīdzētāja puses.

### 1.3.5 Citi psihosociālie aspekti

Analizējot literatūru par izdegšanas saistību ar citiem psiholoģiskiem fenomeniem un stāvokļiem, var secināt, ka pastāv ārkārtīgi daudz pētījumi par doto tēmu, daļa autoru publicējuši datus par depresijas, trauksmes, apmierinātības ar darbu, motivācijas, veselības stāvokļa izmaiņu saistību ar izdegšanu (Demir et al., 2003; Bratis, Tselebis, Sikaras, Moulou, Giotakis, Zoumakis, & Ilias, 2009), kamēr citi (Halbesleben, & Buckley, 2004) sliecas analizēt izdegšanas fenomenu kā mediatoru starp cēloņiem un sekām.

Trauksmes stāvoklis attiecas uz nepatīkamu emocionālu stāvokli, kas ir salīdzināms ar baiļu koncepciju, ko savulaik formulējis Darvins un Freids. Trauksmes stāvokli sastāv no apzināti uztvertām sajūtām: spriedzes, bažām, nervozitātes, raizēm, autonomās nervu sistēmas saistītās aktivācijas (Годфрид, 2003). Spīlbergers (Spielberger) apgalvo, ka jo stiprāk trauksme izpaužas, jo biežāk indivīds ir piedzīvojis trauksmes stāvokli pagātnē, jo lielāka būs iespēja, ka trauksmes stāvoklis pieaugs un atkārtosies draudīgās situācijās nākotnē (Гринберг, 2002).

Trauksme tiek definēta kā neskaidrs, nepatīkams emocionāls stāvoklis, kura galvenās pazīmes ir bažīgums, bailes, stress, nemiers, satraukums. Trauksme izpaužas gan psiholoģiski, gan arī somatiski (kuņģa un zarnu trakta darbības traucējumu, galvassāpju, miega traucējumu veidā). Bieži cilvēkiem, kuriem ir paaugstināta trauksmainība, taču viņi to neatzīst un noliedz problēmas, kas to izraisa, trauksme var izpausties tieši somatisku simptomu veidā (Брайт, & Джонс, 2003). Jo augstāka ir cilvēka vispārējā trauksme un nedrošības izjūta, jo vairāk būs arī konkrētu baiļu, kā arī trauksmes izpausmju un simptomi gan psiholoģiski, gan fiziski (Kulbergs, 2001).

Trauksmes stāvokļa-iezīmes modeļa (Spielberger et al., 1995) ietvaros trauksmes stāvoklis (T-stāvoklis; state anxiety) tiek izprasts kā nepatīkams emocionāls stāvoklis, kura laikā indivīds subjektīvi izjūt spriedzi, satraukumu, drūmas priekšnojautas, notiek autonomās nervu sistēmas aktivizācija. Trauksmainība kā personības iezīme (T-iezīme; trait anxiety) nozīmē motīvu vai iegūtu uzvedības dispozīciju, kas rosina indivīdu uztvert plašu, objektīvi drošu objektu loku kā draudus saturošu, rosina reaģēt uz tiem ar T-stāvoklī, kura intensitāte neatbilst objektīvām briesmām.

Literatūrā ir sastopami atšķirīgi viedokļi par depresijas saistību ar izdegšanas sindromu. Vairāki autori, piemēram Freidenbergers un Ričelsons (Freudenberger, & Richelson, 1980) uzskata, ka reaktīvo depresiju ļoti bieži pavada vainas apziņa, turpretim izdegšanu pārsvarā pavada dusmas. Izdegšanas simptomu attīstība ir vērojama saistība ar profesionālo darbību, agrīnajās stadijās cilvēks var justies pietiekoši produktīvs citās savas dzīves jomās, kas neskar profesionālo darbību, turpretī depresijas izpausmes skar visas cilvēka dzīves sfēras (Shaufeli, & Enzmann, 1998). Tomēr daži autori, piemēram, Hallstens (Hallsten) un Osvins (Oswin) apraksta izdegšanu kā īpašu depresijas veidu un apgalvo, ka izdegšana ir kā rezultāts atkārtotiem, savstarpēji mijiedarbīgiem trauksmaini depresīviem reakciju modeļiem (Shaufeli, & Enzmann, 1998). Osvins (Oswin, 1978; kā minēts Schaufeli, & Enzmann, 1998) aprakstīja „profesionālas depresijas sindromu” medicīnas māsām, kas varētu līdzināties izdegšanai un kas izpaužas kā pārmērīgs noguruma stāvoklis un emocionālā jūtīguma samazināšanās pret pacientu ciešanām, un ko pavada darba efektivitātes samazināšanās.

No pētījumiem var secināt, ka izdegšana un depresija ir atsevišķi skatāmas vienības, tomēr tiem ir daudz kopīgi simptomi, sevišķi, smagas izdegšanas gadījumā (Iacovides, Fountoulakis, Kaprinis, & Kaprinis, 2003).

Vairums cilvēku savā mūžā piedzīvo īsākus vai garākus nomāktības periodus, bet tāpēc viņus nevar saukt par psihiski slimiem. Uzdrīkstēties izdzīvot savu depresīvo noskaņojumu, arī bailes un necensties tās noliegt ir svarīgi, lai attīstītos prasme uzklaut citus (Kulbergs, 2001), kas uzskatāma par ļoti būtisku māsas profesionālo kompetenci. Tam, kas veic aprūpi, vēl jo svarīgāk ir piedzīvot paša nomāktību un saprast, ka tā izsaka kaut ko būtisku par vientulības realitāti dzīvē un zaudējumiem, un ne vienmēr saucama par slimīgu fenomenu (Kulbergs, 2001).

#### 1.4 Preventīvie pasākumi

Preventīvās programmas izdegšanas sindroma profilaksei un novēršanai var nosacīti iedalīt uz personu orientētās (individuālajās vai grupu) un uz organizāciju orientētajās vai arī kombinētajās, kas ietver abus iepriekšminētos aspektus (Awa et al., 2010). Uz personu orientētu intervences programmu pamatā parasti ir kognitīvi biheiviorālais modelis. Preventīvo pasākumu mērķi ir veicināt profesionālo kompetenci un personas stresa pārvarēšanas un vadīšanas prasmes, sociālā atbalsta sniegšana un vairāku veidu relaksācijas vingrinājumu apgūšana (Awa et al., 2010).

Beka (Beck, 2011) apraksta triju līmeņu preventīvos pasākumus, lai novērstu līdzjūtības nogurumu: personisko, profesionālo un organizācijas.

Uz organizāciju orientētās programmās parasti uzsvars tiek likts uz izmaiņām darba sadalījumā, pienākumu pārdalīšanā, darba novērtēšanā un supervīzijās, kā arī darbinieku iesaistīšanu lēmumu pieņemšanā, šādā veidā organizācijas līmenī samazinot darbinieku stresa pakāpi (Awa et al., 2010).

Kā vienu no svarīgiem pozitīviem stresa pārvarēšanas veidiem autori min elastīgumu gan lēmumu pieņemšanā, gan ikdienas stresa situāciju vadīšanā (Kravits et al., 2010), ko var veicināt ar dažāda veida intervencu palīdzību.

Literatūrā (Awa et al., 2010) atrodamas liecības par to, ka darbiniekiem, kuri piedalās preventīvajās programmās, ir mazāk stresa simptomu nekā tiem, kuri šādās programmās nepiedalās.

Autori (Awa et al., 2010) analizējot 258 rakstus par preventīvajām programmām izdegšanas mazināšanai, nonākuši pie secinājuma, ka apmēram 80,0% gadījumu tikuši novēroti izdegšanas simptomu samazinājumi tiem profesionāļiem, kuri piedalījušies kādā no preventīvajām programmām. 82,0% gadījumu, kad tika lietota kāda no "uz personu orientētajām" intervences metodēm, novēroja nozīmīgu izdegšanas samazināšanos vai arī pozitīvas izmaiņas riska faktoru pārvarēšanā, vadīšanā, pie tam šīs izmaiņas saglabājās vismaz sešus mēnešus pēc intervences (Awa et al., 2010). Labi rezultāti minēti arī kombinētajai pieejai un uz organizāciju orientētajai pieejai, tomēr par šīm intervences programmām veikti skaitliski mazāk pētījumi.

Turcijā, Izmiras universitātes slimnīcā, veiktajā pētījumā, kurā piedalījās 108 māsas, tika salīdzināta atbalsta grupu un stresa vadīšanas paņēmieni grupu efektivitāte (Gunusen, & Ustun, 2010). Tika noskaidrots, ka, lietojot abas pieejas, samazinās emocionālā izsīkuma rādītāji māsām, kuras apmeklēja grupas, salīdzinot ar kontrolgrupas māsām, tomēr pēc sešiem mēnešiem, atkārtoti mērot izdegšanas rādītājus, emocionālā izsīkuma rādītāji bija palielinājušies, personisko sasniegumu apakšskalas un depersonalizācijas apakšskalas rādītāji būtiski nemainījās intervences iespaidā.

#### **1.4.1 Supervīzija**

Supervīzijas jēdziena izcelsme un nozīme meklējama latīņu valodā. Vārds "supervīzija" ir salikums no vārdiem "super", kas nozīmē 'pāri, augšpus, aiz, virs', un "vidére" – 'redzēt, saredzēt, saskatīt, skatīties, raudzīties, ieraudzīt, pamanīt' (Latīņu valodas vārdnīca, 1994).



Supervīzija nozīmē uzraudzību, inspekciju, darbu vadīšanu, kontroli, zināšanu vai palīdzības sniegšanu (Āboltiņa, 2010). Supervīzija tiek definēta kā mācīšanās un profesionālā atbalsta process, kas sevī ietver vairākas darbības, kas sniedz iespēju māsām attīstīt un pilnveidot kompetences un zināšanas, uzņemties atbildību par viņu profesionālo praksi, kā arī uzlabot sniegto pakalpojumu kvalitāti un drošību (Northern Ireland Practice and Education Council, 2007).

Klīniskā supervīzija ir profesionāla atbalsta un apmācības process, kurā māsām palīdz attīstīt savu praksi regulārās diskusijās ar pieredzējušiem un zinošiem kolēģiem. Klīniskās supervīzijas mērķis ir uzlabot pacientu aprūpes praksi, tādēļ liela uzmanība tiek pievērsta māsas un pacienta mijiedarbībai, komunikācijai (Brunero, & Stein-Parbury, 2007). Analizējot supervīzijas jēdzienu un apkopojot autoru atziņas, var teikt, ka viena no būtiskām supervīzijas funkcijām ir izglītojošā funkcija (Āboltiņa, 2010).

Jāatzīmē, ka sākotnēji klīniskā supervīzija tika attīstīta garīgās veselības aprūpes māsām galvenokārt ASV un Lielbritānijā, tomēr mūsdienās klīnikās supervīzijas pielietojums ir paplašinājies arī attiecībā un citām veselības aprūpes jomām (Brunero, & Stein-Parbury, 2007). Lielākā daļa pētījumu par klīnisko supervīziju māsu praksē attiecas uz garīgās veselības aprūpi un geriatisku pacientu aprūpi. (Brunero, & Stein-Parbury, 2007). Iveziks (Ivezic, 1994) norādīja, ka garīgās veselības aprūpes māsām ir svarīgi apgūt psihodinamikas pamatus divu iemeslu dēļ — pirmkārt, teorētiskās un praktiskās zināšanas par personāla-pacientu attiecību psihodinamiku uzturēs un aizsargās māsu pašu mentālo veselību, otrkārt — starppersonu attiecības un komunikācija ir dziedējošs faktors terapeitiskā vidē, neatkarīgi no pamatārstēšanas veida.

Klīniskā supervīzija ļauj māsām pārrunāt pacientu aprūpi drošā, atbalstošā vidē. Piedaloties grupu supervīzijās māsas spēj nodrošināt un gūt atgriezenisko saiti sadarbībā ar kolēģiem, cenšoties palielināt izpratni par klīniskiem jautājumiem (Brunero, & Stein-Parbury, 2007).

Galvenais kognitīvais process klīniskajā supervīzijā ir refleksija, kas risinās pārdomājot savu klīnisko pieredzi, pārrunājot to supervīzijas laikā. Māsa padziļina izpratni vai identificē jomas turpmākai aprūpes uzlabošanai, pilnveidei. Refleksija ir sevišķi svarīga profesionālajā izaugsmē (Brunero, & Stein-Parbury, 2007).

Klīniskās supervīzijas jēdziens jāšķir no "padomdošanas, ko realizē mentors" jēdziena. Mentors (padomdevējs) parāda, ataino mācāmajam kā varētu izskatīties māsas praktiskā darba vide un darbs, liek mācāmajam tiekties uz augstākiem sasniegumiem,

rezultātiem darba kvalitātē, liek mācāmajam tuvāk, pamatīgāk analizēt savas praktiskā darba iemaņas un pārdomāt lēmumus, kurus viņš pieņem (Darling, 1984).

Klīniskā supervīzija (Platt Koch, 1986) fokusējas uz praktizējoša profesionāļa zināšana paplašināšanu, palīdz pilnveidot klīniskās prasmes, palīdz attīstīt autonomiju un pašapliecināties kā profesionālim. Klīniskā supervīzija ir profesionāla atbalsta un apmācības process, kas ļauj praktizējošam profesionālim attīstīt un pilnveidot zināšanas un kompetenci, uzņemties atbildību par savu profesionālo darbību, kā arī uzlabot aprūpes kvalitāti un pacientu drošību sarežģītās klīniskajās situācijās (Edwards, Burnard, Hannigan, Cooper, Adams, Juggessur, Fothergil, & Coyle, 2006).

Proktora (Proctor) izveidotais triju funkciju interaktīvais supervīzijas modelis ir populārākais un biežāk sastopamais Lielbritānijā, Īrijā (Sloan, & Watson, 2002; Jones, 2006; Sirola-Karvinen, & Hyrkas, 2006; Rice, Cullen, Mckenna, Kelly, Keeney, & Richey, 2007). Literatūrā atrodamas liecības par šī modeļa efektīvu pielietojumu garīgās veselības aprūpes māsu praksē, darba veselības un arodveselības māsu praksē, vispārējās praksēs, kā arī interno slimību un ķirurģiskās aprūpes māsu praksē (Sloan, Watson, 2002). Šis modelis ir attīstījies no konsultēšanas prakses (Sloan, & Watson, 2002) un ietver sevī trīs funkcijas.

Klīniskās supervīzijas funkcijas (Butterworth, & Faugier, 1992):

1. formatīvā — veidojošā — iemaņu un prasmju attīstīšanas process, izglītošanās,
2. normatīvā — kvalitātes kontroles sistēmas daļa praksē, ļauj attīstīt konsekvētāku pieeju pacientu aprūpē, uz pierādījumiem balstītu praksi,
3. atjaunojošā — atbalsts profesionāļiem, kas ikdienā strādā distresa apstākļos.

Atjaunojošā funkcija sevī ietver pašizpratnes spējas attīstību caur pacientu radītu emociju dziļāku izpratni un analīzi, gatavības "ventilēt jūtas" attīstību, trauksmes un stresa līmeņa samazināšanu, konfliktu daudzuma samazināšanu, starppersonu attiecību uzlabošanu (Brunero, & Stein-Parbury, 2007).

Normatīvā funkcija sevī ietver profesionālās identitātes attīstības veicināšanu, apmierinātības ar darbu veicināšanu, standartizētas, kvalitatīvas pacientu aprūpes stiprināšanu. Formatīvā funkcija paredz profesionālo zināšanu papildināšanu un pilnveidošanu, kreativitātes veicināšanu (Brunero, & Stein-Parbury, 2007).

Literatūrā aprakstīts arī Herona (Heron) intervences analīzes sistēmas supervīzijas modelis māsu praksē (Sloan, & Watson, 2002), kas sevī ietver sešas

kategorijas: normatīvo (preskriptīvo), informatīvo, konfrontējošo, katarses, stimulējošo (katalītisko) un atbalstošo. Normatīvā kategorija paredz padomu došanu un ieteikumu sniegšanu, informatīvā kategorija ietver instruēšanu un informēšanu, konfrontējošā kategorija paredz izaicinājumu paša profesionālā ticībai, attieksmei un uzvedībai, katarses kategorija ietver spriedzes, emociju atbrīvošanu un izpaušanu, stimulējošā kategorija ietver iedrošināšanu un pašizpratnes veicināšanu, atbalstošā kategorija ietver pieņemšanu un atbalstu. Jāatzīmē, ka saskaņā ar literatūras datiem, šī modeļa pielietojums nav tik populārs kā Proktora modeļa ielietojums māsu praksē.

Daži autori (Sloan, & Watson, 2002) min arī kognitīvās terapijas modeļa supervīziju pielietojumu māsu praksē. Tā galvenie mērķi ir fokusēt, strukturēt, izglīt un veicināt sadarbību. Supervīzijas sesija šī modeļa ietvaros ir strukturēta, ietver sevī dalīšanos jaunumos, kas attiecināmi uz supervizējamo personu, sasaisti ar iepriekšējo supervīzijas sesiju un iepriekš supervizētajiem gadījumiem, mājasdarbu pārrunāšanu un klīniskā supervizora slēdzienu, kā arī supervizējamā atgriezenisko saikni.

Literatūrā tiek minēti arī citi, mazāk pazīstami supervīziju modeļi māsu praksei, piemēram, Niklina (Nicklin) uz praksi centrētais modelis, Rodžersa (Rogers) un Toppinga-Morisa (Topping-Morris) uz problēmu fokusētais modelis un citi (Sloan, & Watson, 2002).

Pētījuma autori (Edwards et al., 2006) norāda, ka iespēja apspriest sensitīvus un konfidenciālus jautājumus ar supervizoru var samazināt izdegšanas rādītāju emocionālā izsīkuma un depersonalizācijas apakšskalās.

#### **1.4.2 Klīniskās supervīzijas veidi**

Klīniskā supervīzija var noritēt dažādos veidos. Daži autori uzsver, ka māsu praksē biežāk ir aprakstītas individuālās klīniskās supervīzijas, tomēr ir daudzi pētījumi, kuros aprakstītas arī supervīzijas grupās (Sloan, & Watson, 2002).

Klīniskās supervīzijas veidi (Houston, 1990), kas biežāk minēti literatūrā:

1. individuālā supervīzija (regulāras viens pret viens sesijas, supervizors no savas profesionālās darbības jomas vai citas profesionālās darbības jomas),
2. individuālā supervīzija, kas ietver sevī regulāras viens pret viens vienranga sesijas (sava līmeņa speciālists no savas jomas ar līdzīgu pieredzi un kvalifikāciju),
3. grupas supervīzija (dažādu formu un ilguma).

### 1.4.3 Supervīzija grupā un Bālinta grupas

Grupas supervīzijas modelis mūsu praksē ir populārs Skandināvijā. Klīniskais supervīzors strādā ar četriem līdz sešiem grupas dalībniekiem (Sloan, & Watson, 2002).

Sastopams arī modelis, kad supervīzors strādā ar diviem supervīzējamajiem, tas tiek dēvēts par "triādisko" formātu supervīzijā (Sloan, & Watson, 2002).

Ungāru izcelsmes ārsts un psihoanalītiķis Maikls Bālints savā grāmatā "Ārsts, pacients un viņa slimība" aprakstīja īpašu grupu palīdzības veidu ārstiem, lai sekmētu pacientu psihodinamikas izpratni, uzlabotu komunikācijas procesu, saprastu savas jūtas pret pacientu un sekmīgāk vadītu ārstēšanas procesu (Utināns, 2005).

Parasti Bālinta grupā ir 8-12 ārsti vai citi veselības aprūpes speciālisti, grupu vada kvalificēts profesionālis. Grupas nodarbība parasti ilgst pusotru stundu, kāds no grupas dalībniekiem dalās pieredzē par attiecībām ar kādu pacientu, prezentē gadījumu subjektīvā veidā — tas nozīmē — bez medicīniskās dokumentācijas, pierakstiem, citi grupas dalībnieki uzklausa subjektīvu skatījumu uz situāciju un pacientu. Pārējie grupas dalībnieki nodarbības gaitā dalās ar savām izjūtām, emocijām, priekšstatiem par analizējamo situāciju, tādā veidā gadījuma prezentētājs gūst skatījumu "no malas", ko viņam sniedz pārējie grupas dalībnieki, viņam ir iespēja labāk saprast attiecību dinamiku, savu iesaisti un lomu konkrētajā situācijā (Stelcer, 2011).

Fon Klicinga (Von Klitzing, 1999) aprakstīja Bālinta grupu pielietojumu ginekoloģijas māsām, viena gada garumā kā daļu no pēcdiploma apmācības programmas. Savukārt citi autori (Rabinowitz, Kushnir, & Ribak, 1996) konstatēja, ka dalība Bālinta grupās primārās aprūpes māsām ievērojami palielināja izpratni par pacientu psiholoģisko funkcionēšanu un samazināja emocionālā izsīkuma rādītājus. Daži autori (Savage, 2003) ir izteikuši pieņēmumu, ka Bālinta grupu nodarbības varētu kļūt par vienu no klīniskās supervīzijas modeļiem māsām specialitātēs, kuras strādā saistībā ar garīgās veselības aprūpi un psihosomatisko medicīnu.

Bālinta grupas nevar uzskatīt par daļu no teorētiskās apmācības, jo grupas mērķis ir reālu situāciju un reālu pacientu gadījumu analīze. Grupas uzdevums ir saprast pacientu un viņa pieredzi un izjūtas attiecībā uz slimību (Stelcer, 2011). Izprotot pacienta subjektīvo pasauli labāk, profesionāļi var nodrošināt labāku ārstēšanu un aprūpi.

Grupa dod iespējas profesionālim apgūt klausīšanās prasmes, attīstīt empātiju, tolerēt nenoteiktību, labāk izprast pacientu uzvedību un reakcijas, kā arī attīstīt atbalsta

sniegšanas iemaņas. Savukārt profesionālim tas viss dod iespēju būvēt pareizas attiecības ar pacientu, vadīt tās, padziļināt izpratni medicīnas un aprūpes jautājumos. (Stelcer, 2011).

Klasiski Bālinta grupas ir ilgtermiņa (līdz pat vairākiem gadiem) — tikšanās notiek vienreiz nedēļā, grupas sastāvs ir relatīvi nemainīgs (tā saucamās slēgtās grupas) (Campkin, 1986). Grupas dalībnieki, līdzīgi kā citu grupu laikā, vienojas par noteikumiem, kuri noteikti ietver sevī konfidencialitātes saglabāšanu, pārējo grupas locekļu respektēšanu, tomēr atbildību par grupas funkcionēšanu uzņemas grupas vadītājs, kurš seko, lai noteikumi tiktu ievēroti un grupa kopumā kalpotu par atbalstu un izpratnes veicinātāju, nevis nosodījuma un kļūdu atklāšanas avotu (Campkin, 1986).

Daži autori (Campkin, 1986; Stelcer, 2011) norāda, ka Bālinta grupas vadītāji varētu būt divi — grupas vadītājs un ko-terapeits, pie tam viens no viņiem ir psihologs, psihoanalītiķis vai psihoterapeits, kuram ir iemaņas Bālinta grupu vadīšanā, psihoanalītiska pieredze un izglītība.

Daudzi autori (Campkin, 1986; Stelcer, 2011) uzsver ārsta-pacienta vai māsas-pacienta attiecību analīzes nozīmību Bālinta grupu nodarbību laikā. Iveziks (Ivezic, 1994) norāda, ka, viņaprāt, Bālinta grupas būtu ļoti noderīgas garīgās veselības māsām, lai tās labāk saprastu personāla-pacientu attiecības, labāk izprastu pacientu grūtības, kā arī mazināt trauksmi un frustrāciju ikdienas darbā ar psihiatriskiem pacientiem. Jāuzsver, ka Bālinta grupas nav domātas ārstu vai māsu personiskajai psihoterapijai (Campkin, 1986).

## 2 PRAKTISKĀ DAĻA

### 2.1 Pētījuma metodoloģija

Pētījuma dalībnieki bija Latvijas Republikas teritorijā reģistrētas un praktizējošas māsas. Respondenti tika atlasīti izmantojot pieejamības jeb ērtuma izlases veidu (convenience sample), kas paredz vispieejamāko pētījuma dalībnieku atlasi pētījumam (Pētniecības terminu skaidrojošā vārdnīca, 2011). Respondentu atlases kritēriji bija profesionālā izglītība un darbs māsas profesijā. Kopumā tika aptaujāti 1094 respondenti, kuru vecums bija robežās no 22 līdz 68 gadiem, ar vidējo darba stāžu 17,12 gadi.

Lai sasniegtu pētījuma mērķi, tika pielietotas kvantitatīvās pētniecības metodes, izmantojot šādus pētniecības instrumentus: māsu aptaujas anketa, Maslačas izdegšanas aptauja, Beka depresijas aptauja, Trauksmes stāvokļa-iezīmes pašnovērtējuma aptauja un Profesionālās dzīves kvalitātes skala.

#### 2.1.1 Māsu aptaujas anketa

Anketa tika izveidota ar mērķi — izpētīt profesionālās dzīves kvalitātes psihosociālos aspektus ietekmējošos faktorus praktizējošām māsām, kā arī noskaidrot māsu viedokli par supervīziju nepieciešamību māsu praksē (skat. 8.pielikums). Anketas ievaddaļā katrs respondents tika iepazīstināts ar pētījuma mērķi, tika garantēta konfidencialitāte un anonimitāte, brīvprātības princips.

Pirmajā anketas sadaļā respondentam bija jāatbild uz demogrāfiskajiem jautājumiem (vecums, dzimums, izglītības līmenis un veids, darba pieredze, darba vieta un amats). Otrajā anketas sadaļā bija jautājumi par supervīzijas nepieciešamību un māsu pieredzi šajā jautājumā, kā arī īsu skaidrojumu par supervīzijas būtību un uzdevumiem. Trešajā anketas sadaļā respondentiem bija jāizvēlas 10 profesionālie faktori no 21 piedāvātā, pēc tam izvēlētie faktori jāsarindo pēc nozīmīguma (no 1 līdz 10, kur 1 — vismazāk nozīmīgākais faktors, 10 — pats nozīmīgākais faktors).

### 2.1.2 Maslačas izdegšanas aptauja

Maslačas izdegšanas aptauja (Maslach Burnout Inventory, MBI) sastāv no 22 jautājumiem (ar iespējamām atbildēm 7 punktu skalā, kur 0 — nekad, bet 6 — katru dienu), kas veido 3 apakšskalas. Emocionālā izsīkuma (emotional exhaustion) apakšskala paredzēta darba radītā emocionālā izsīkuma un pārpūles noteikšanai, depersonalizācijas (depersonalization) apakšskala mēra bezpersonisku un cietsirdīgu attieksmi pret aprūpējamajām personām, savukārt personisko sasniegumu (personal accomplishment) apakšskala paredzēta kompetences jūtu un veiksmīguma izjūtas noteikšanai (Schaufeli, Dierendonck, 1995). Emocionālā izsīkuma un depersonalizācijas apakšskalās iegūti augstāki rezultāti liecina par izteiktāku izdegšanas sindromu, personisko sasniegumu apakšskalā iegūti zemāki rezultāti liecina par izteiktāku izdegšanas sindromu.

Testu izstrādājusi Kristīna Maslača (Christina Maslach) un līdzautori (Jackson, Leiter). Šo aptauju izdegšanas pētījumos plaši izmanto arī mūsdienās. Tā lietota 473 pētījumos, kuru rezultāti publicēti grāmatās, žurnālos un 538 disertācijās laika posmā no 1978. līdz 1996. gadam (Schaufeli, & Enzmann, 1998).

Pastāv trīs Maslačas izdegšanas aptaujas varianti: personu, kas strādā palīdzošajās profesijās un ar cilvēkiem aptauja (the Human Services Survey), vispārējā tipa aptauja (the General Survey) un izglītotāju (pedagogu) aptauja (the Educators Survey). Šajā pētījumā izmantota personu, kas strādā palīdzošajās profesijās un ar cilvēkiem aptaujas versija, kuru, sava maģistra darba ietvaros, tulkojusi un adaptējusi Sanita Aišpure 2002. gadā.

Pēc testa autoru datiem (Maslach, Jackson, Leiter, 1996), kas analizējuši metodes iekšējo saskaņotību, nosakot Kronbaha alfu lielā izlasē ( $n=1316$ ), rādītāji ir līdzīgi — emocionālā izsīkuma apakšskalai — 0,90, depersonalizācijas apakšskalai — 0,79 un personisko sasniegumu apakšskalai — 0,71.

### 2.1.3 Beka depresijas aptauja

Lai noteiktu depresijas rādītājus, tika pielietota Beka depresijas aptauja (Beck Depression Inventory, BDI), kura sastāv no 21 jautājuma, katrs ar 4 fiksētām atbildēm (no 0 līdz 3, kur 0 — simptoma nav, bet 3 — ļoti izteikts simptoms). Tā ir pašnovērtējuma aptauja, ko izveidoja un sāka lietot Ārons Beks (Aaron T. Beck) un līdzautori (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh). Beks un līdzautori pirmo reizi

publicēja BDI 1961. gadā izdotajā grāmatā "An inventory for measuring depression". Beka depresijas aptauja sākotnēji tika izveidota, lai pacienti varētu novērtēt savu depresīvo simptomu pakāpi (garastāvokli, pesimistisko noskaņu, aizkaitināmību, bezmiegu, nogurumu u. c.). Aptaujas galīgajai versijai ir divas apakšskalas — viena paredzēta psiholoģisko simptomu novērtēšanai (afektīvi-kognitīvā apakšskala), otra — fizisko simptomu novērtēšanai (somatiskā apakšskala). Beka depresijas aptauja tika pārskatīta un pārstrādāta 1996. gadā, pēc tam tika izveidota otrā aptaujas versija, kas pazīstama ar nosaukumu BDI-II. Darbā tika izmantota adaptēta Beka depresijas aptauja (BDI-II), ko Latvijā adaptējušas S. Miežīte un S. Voitkāne (Voitkāne, 2004).

Beka depresijas aptaujas Kronbaha alfas koeficients ir 0,93 (Steer, Ball, Ranieri, & Beck, 1999), Kronbaha alfa Latvijas izlasē 0,87 (Voitkāne, 2004). Šim instrumentam raksturīga laba konstrukta validitāte, un tas labi korelē ar citiem instrumentiem, kas paredzēti depresijas mērījumiem.

#### **2.1.4 Trauksmes stāvokļa-iezīmes pašnovērtējuma aptaujas**

Trauksmes stāvokļa-iezīmes pašnovērtējuma aptaujas (State-Trait anxiety Inventory (FormY) Self-Evaluation Questionnaire) autors ir Čarlzs Spīlbergers un līdzautori (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970).

Trauksmes stāvokļa-iezīmes pašnovērtējuma aptauja (Spīlbergera trauksmes aptauja) sastāv no 2 daļām — pirmajā daļā tiek noteikti trauksmes-stāvokļa (situatīvās trauksmes) rādītāji, otrajā daļā — trauksmes-iezīmes (bāziskās trauksmes) rādītāji. Katru daļu veido 20 izteikumi, kas respondentam jānovērtē Likerta skalā. Instrumenta adaptācija latviešu valodā veikta 2004. gadā (Škuškovnika, 2004). Kopumā metode ir tulkota un adaptēta vairāk kā 50 pasaules valodās.

Kronbaha alfas koeficients oriģinālai aptaujas versijai (Spielberger, Reheiser, Ritterband, Sydeman, & Unger, 1995) ir 0,86 (trauksmes-stāvokļa apakšskalai) un 0,90 (trauksmes-iezīmes apakšskalai). Latviešu izlasē iekšējās saskaņotības (Kronbaha alfas) rādītāji ir augsti, līdzīgi oriģinālās izlases rādītājiem — tie svārstās no 0,83 līdz 0,92 (Škuškovnika, 2004).

Vidējā aritmētiskā rādītāji trauksmes-stāvokļa skalai saskaņā ar Škuškovnikas datiem (Škuškovnika, 2004) ir no 33,66 (vīriešiem vecuma grupā no 19 līdz 39 gadiem, izlases apjoms — 289) līdz 38,43 (sievietēm vecuma grupā no 19 līdz 39 gadiem, izlases apjoms — 594). Savukārt, respondentiem vecuma grupā no 40 līdz 49 gadiem



vidējā aritmētiskā rādītāji ir 35,26 vīriešiem (n=88) un 36,74 sievietēm (n=84), bet vecuma grupā 50-69 gadi — 35,49 vīriešiem (n=61) un 35,18 sievietēm (n=17).

Vidējā aritmētiskā rādītāji trauksmes-iezīmes skalai saskaņā ar Škuškovnikas datiem (Škuškovnika, 2004) ir no 37,27 (vīriešiem vecuma grupā no 19 līdz 39 gadiem, izlases apjoms — 289) līdz 43,00 (sievietēm vecuma grupā no 19 līdz 39 gadiem, izlases apjoms — 594). Savukārt respondentiem vecuma grupā no 40 līdz 49 gadiem vidējā aritmētiskā rādītāji ir 36,60 vīriešiem (n=88) un 40,73 sievietēm (n=84), bet vecuma grupā 50-69 gadi — 37,43 vīriešiem (n=61) un 42,12 sievietēm (n=17).

### **2.1.5 Profesionālās dzīves kvalitātes skala**

Lai varētu uzsākt pētīt līdzjutības noguruma izplatību praktizējošām māsām, bija nepieciešams veikt piemērota instrumenta tulkošanu un adaptāciju, process noritēja saskaņā ar vispārpieņemtajām testu adaptēšanas vadlīnijām. Starptautiskā Testu Komisija R. Hambletona 1993.-1994. gadā ir izstrādājusi vadošus norādījumus testu adaptācijai, kas ietver: kultūrvides konteksta ievērošanu, testa tulkošanu, tulkotā testa empīrisko pārbaudi, testa administrēšanu jaunajā kultūrvidē, testa adaptācijas dokumentēšanu un testa vērtību interpretācijas norādījumu izstrādi (Raščevska, 2005).

Profesionālās dzīves kvalitātes skala paredzēta, lai mērītu gandarījumu, ko cilvēks gūst veicot savu darbu labi, bezcerības sajūtu un grūtības saistībā ar savu darbu, kā arī ar darbu saistīto sekundāro stresu (Stamm, 2010). Tulkošanai un adaptēšanai tika izvēlēta Profesionālās dzīves kvalitātes skalas (Professional Quality Of Life Scale (PROQOL)) 5 versija, kuras autore ir Beta Stamma (Beth Hudnall Stamm) un līdzautori (Craig Higson-Smith, Amy C. Hudnall, Henry E. Stamm).

Skalu veido 30 jautājumi, uz kuriem respondents sniedz atbildi robežās no "nekad" (0) līdz "ļoti bieži" (5). Testam ir 3 apakšskalas: līdzjutības gandarījuma apakšskala, izdegšanas apakšskala, sekundārā traumatiskā stresa (iepriekš lietotais nosaukums šai apakšskalai — līdzjutības noguruma apakšskala) apakšskala. Dotais instruments ir lietots vairāk nekā 200 publikācijās un vairāk nekā 130 disertācijās, kas saistītas ar līdzjutības noguruma un sekundārā traumatiskā stresa problemātiku (Stamm, 2010).

Testa apakšskalu iekšējā saskaņotība pēc testa autores datiem ir augsta — līdzjutības gandarījuma apakšskalai Kronbaha alfa ir 0,88, izdegšanas apakšskalai — 0,75, bet sekundārā traumatiskā stresa apakšskalai — 0,81 (Stamm, 2010; Bride et al., 2007).

Dotais instruments sākotnēji izstrādāts angļu valodā, bet ir tulkots somu, franču, vācu, ebreju, itāļu, japāņu, spāņu, horvātu valodās, notiek testa tulkošana arī krievu un portugāļu valodās (Stamm, 2010).

Tulkojot testu tika lietota vienvirziena tulkošanas pieeja, četri tulkotāji, viens no otra neatkarīgi veica tulkojumu, pēc tam notika diskusija, tika veiktas korekcijas. Pēc gala varianta saskaņošanas tika veikts pilotpētījums nelielā izlasē (10 māsas), netika saņemti aizrādījumi vai ieteikumi no pilotpētījuma respondentu puses.

Lai pārbaudītu testa ticamību, kas raksturo testa skalu iekšējo saskaņotību, tika aprēķināta Kronbaha alfa (Raščevska, & Kristapsone, 2000). Kronbahs kopā ar kolēģiem ierosināja lietot alfas koeficientu testa iekšējās saskaņotības noteikšanai. Pēc savas būtības alfas koeficients raksturo visu iespējamo testa daļu kombināciju vidējo ticamību. Iekšējās saskaņotības ticamību pēc Kronbaha pieejas var interpretēt kā visu pantu atbilžu saskaņotības rādītājus. Alfas koeficients var būt robežās no 0 līdz 1 (Raščevska, 2005).

### 2.1.6 Procedūra

Pētījuma dati tika ievākti laika periodā no 2009. gada septembra līdz 2011. gada maijam, respondentiem individuāli, rakstiski atbildot uz anketas jautājumiem un aizpildot testus. Datu ievākšanas procedūra notika, ievērojot ētikas principus (saskaņā ar Helsinku deklarāciju), garantējot respondentiem anonimitāti un konfidencialitāti. Šim pētījumam tika saņemta RSU Ētikas komitejas atļauja (skat. 7.pielikums).

2.1. tabula

**Pētījuma procedūra un instrumenti (n=1094)**

Gads	Maslačas izdegšanas aptauja	Beka depresijas aptauja	Spilbergera trauksmes aptauja	Profesionālās dzīves kvalitātes skala	Māsu aptaujas anketa
2009.	281	341	381	281	
2010.	200			106	128
2011.	106			113	113
Kopā:	587	341	381	500	241

Laika posmā no 2009. gada septembra līdz 2011. gada maijam kopumā tika aptaujāti 1094 respondenti, no kuriem 700 tika aptaujāti ar vienu instrumentu, 113 — ar diviem instrumentiem un 281 — ar četriem pētījumā izmantotajiem instrumentiem. Respondentu skaita sadalījums pa laika posmiem parādīts 2.1. tabulā.

### 2.1.7 Datu apstrādes un analīzes metodes

Ievākie dati tika elektroniski ievadīti datu tabulās izmantojot Microsoft Excel un SPSS datorprogrammas. Tālāk dati tika apkopoti un statistiski apstrādāti lietojot gan aprakstošās, gan secinošās statistikas metodes.

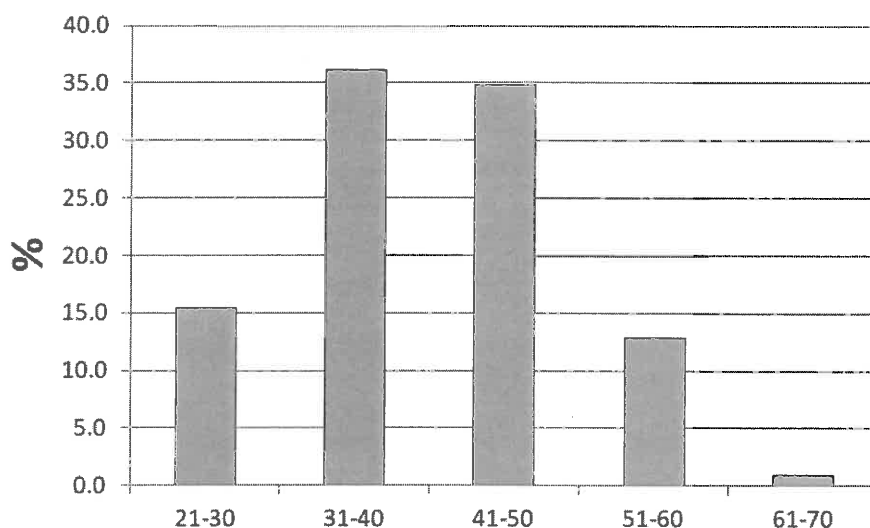
Vērtējot iegūto datu empīriskā sadalījuma atbilstību normālajam sadalījumam tika aprēķināts Kolmogorova-Smirnova koeficients.

Apstrādājot datus tika aprēķināti rādītāji: vidējie aritmētiskie ( $M$ ) un standartnovirzes ( $SD$ ), minimālās un maksimālās vērtības, korelāciju koeficienti, Manna-Vitneja  $U$  kritērijs, Post Hoc LSD tests.

## 2.2 Pētījuma rezultāti

### 2.2.1 Pētījuma izlases raksturojums

Laika posmā no 2009. gada septembra līdz 2011. gada maijam kopumā tika aptaujāti 1094 respondenti, kuru vecums bija robežās no 22 līdz 68 gadiem ( $M=40,23$ ;  $SD=9,30$ ) ar vidējo darba stāžu 17,12 gadi ( $SD=9,53$ ). Pētījuma dalībnieku vecumu sadalījums parādīts 2.1. attēlā.



2.1. attēls. Respondentu vecuma biežumu sadalījums

Respondentu atsaucība kopumā vērtējama kā augsta — no izdalītajiem 1500 testiem un aptaujas anketām pareizi aizpildīti un atzīstami par analizējamiem bija 1094.

Katras rezultātu apraksta apakšnodaļas sākumā tiks sīkāk raksturota attiecīgās aptaujas respondentu izlase.

## 2.2.2 Māsu aptaujas rezultāti

Izmantojot autora izstrādāto anketu, tika aptaujātas 241 praktizējošas māsas. Respondentu vecums bija robežās no 21 līdz 59 gadiem ( $M=41,20$ ;  $SD=8,10$ ). Visas aptaujā iesaistītās māsas bija sievietes. Lielākajai daļai no aptaujātajām māsām bija medicīnas māsu skolas izglītība (78,0%), medicīnas koledžas izglītību bija ieguvušas 18,7%, bet bakalaura vai maģistra grādu māszinībās — 3,3% no respondentēm. Lielākā daļa no aptaujātajām māsām strādā ambulatorajā aprūpē (27,0%), ķirurģijas nodaļās (16,6%) un psihiatrijas nodaļās (10,8%). Respondentu sadalījums pēc darba vietas profila attēlots tabulā 2.2. tabulā.

2.2. tabula

### Respondentu sadalījums pēc darba vietas profila (n=241)

Nodaļas profils	Biežumi (absolūtie skaitļi)	Procenti
Ķirurģijas	40	16,6
Interno slimību	11	4,6
Bērnu	16	6,6
Operāciju zāle	19	7,9
Ambulatorā aprūpe	65	27,0
Psihiatrijas	26	10,8
Intensīvā terapija	6	2,5
Cits	58	24,1

Lielākā daļa respondentu (81,7%) darbavietā ieņem māsas amatu, bet apmēram 9% no respondentiem ieņem vadošu amatu. Respondentu sadalījums pēc ieņemamajiem amatiem attēlots tabulā 2.3. tabulā.

2.3. tabula

### Respondentu sadalījums pēc ieņemamajiem amatiem darbavietā (n=241)

Amats	Biežumi (absolūtie skaitļi)	Procenti
Māsa	197	81,7
Nodaļas virsmāsa	16	6,6
Galvenā māsa	6	2,5
Cita pozīcija	22	9,1

Lai noskaidrotu pētījuma dalībnieku viedokli par supervīziju nepieciešamību māsu praksē, aptaujas anketā bija iekļauti jautājumi par šo tēmu. Respondentu atbilžu sadalījums atspoguļots 2.4. tabulā.

**Respondentu atbildes uz jautājumiem par supervīzijas nepieciešamību māsu praksē (n=241)**

Jautājums	Atbilde "Jā"	Atbilde "Nē"
Vai Jūs pirms šīs aptaujas bijāt dzirdējusi par supervīziju?	40,2%	59,8%
Vai Jums pēdējo piecu gadu laikā ir bijusi iespēja piedalīties supervīzijās, kas domātas māsām?	4,5%	95,5%
Vai, Jūsaprāt, praktizējošām māsām Latvijā būtu nepieciešamas supervīzijas?	93,4%	6,6%

Anketas noslēguma sadaļa bija veltīta māsu viedokļu noskaidrošanai par iespējamo darba vides faktoru novērtēšanu. Respondentiem bija jāizvēlas 10 profesionālie faktori no 21 piedāvātā, pēc tam izvēlētie faktori jāsarindo pēc nozīmīguma (no 1 līdz 10, kur 1 — vismazāk nozīmīgākais faktors, 10 — pats nozīmīgākais faktors).

Analizējot iegūtos rezultātus tika apkopoti dati par faktora atzīmēšanas biežumu, vērtības "10" atzīmēšanas biežumu un neatzīmēšanas biežumu (skat. 2.5. tabulu), kā arī aprēķināti aritmētiskie vidējie un standartnovirzes katram faktoram (skat. 2.6. tabulu).

Kā redzams 2.5. un 2.6. tabulās, tad visvairāk atzīmētais darba vides faktors ir inficēšanās risks, ko ir atzīmējuši 220 respondenti. Šim faktoram ir arī augstākais vidējais aritmētiskais rādītājs (6,78).

Par svarīgiem faktoriem māsas atzinušas arī darbam neadekvātu atalgojumu ( $M=6,74$ ;  $SD=3,33$ ) un emocionāli intensīvu darbu ar cilvēkiem ( $M=4,41$ ;  $SD=3,58$ ). No faktoriem, kas minēti vismazāk un ieguvuši zemākus vidējos vērtējumus var minēt konfliktus, nesaskaņas ar pacientiem un viņu piederīgajiem, sociālo lomu neviennozīmību (skat 2.5. un 2.6. tabulas).

**Darba vides faktoru atzīmēšanas absolūtie un relatīvie biežumi māsu izlasē (n=241)**

Nr.	Faktors	Atzīmēšanas biežums	Vērtības "10" atzīmēšanas biežums	Vērtības "10" atzīmēšanas biežums %	Neatzīmēšanas biežums (vērtība "0")	Neatzīmēšanas biežums (vērtība "0") %
1.	Inficēšanās risks	220	101	41,9	21	8,7
2.	Ergonomiski nepiemērota vide	122	6	2,5	119	49,4

## 2.5. tabulas turpinājums

3.	Darbs brīvdienās	97	4	1,7	144	59,8
4.	Darbam neadekvāts atalgojums	217	54	22,4	24	10,0
5.	Nepietiekama zināšanu izmantošana	83	2	0,8	158	65,6
6.	Profesionālās izpausmes iespēju trūkums	100	2	0,8	141	58,5
7.	Lēmumu pieņemšanas iespēju trūkums	77	2	0,8	164	68,0
8.	Problēmas saskarsmē ar administrāciju	74	0	0,0	167	69,3
9.	Liels (neadekvāts) darba apjoms	168	12	5,0	73	30,3
10.	Intensīvs darbs	164	3	1,2	77	32,0
11.	Darbs maiņās (dežūras)	82	1	0,4	159	66,0
12.	Rutīna darba procesā	104	4	1,7	137	56,8
13.	Problēmas saskarsmē ar kolēģiem, konflikti ar kolēģiem	74	4	1,7	167	69,3
14.	Neskaidrs pienākumu sadalījums	67	7	2,9	174	72,2
15.	Konflikti, nesaskaņas ar pacientiem	72	3	1,2	169	70,1
16.	Kolēģu atbalsta trūkums ikdienas darbā	76	0	0,0	165	68,5
17.	Zems darba prestižs	140	7	2,9	101	41,9
18.	Konflikti ar pacientu piederīgajiem	55	1	0,4	186	77,2
19.	Emocionāli intensīvs darbs ar cilvēkiem	179	19	7,9	62	25,7
20.	Laika trūkums, pārslogotība	163	5	2,1	78	32,4
21.	Sociālo lomu neviennozīmība	76	4	1,7	165	68,5

## 2.6. tabula

## Darba vides faktoru aprakstošās statistikas rādītāji māsu izlasē (n=241)

Nr.	Faktors	Atzīmēšanas biežums	Vidējais aritmētiskais	Standartnovirze
1.	Inficēšanās risks	220	6,78	3,64
2.	Ergonomiski nepiemērota vide	122	2,83	3,44
3.	Darbs brīvdienās	97	2,07	3,04
4.	Darbam neadekvāts atalgojums	217	6,74	3,33
5.	Nepietiekama zināšanu izmantošana	83	1,58	2,61
6.	Profesionālās izpausmes iespēju trūkums	100	2,05	2,91
7.	Lēmumu pieņemšanas iespēju trūkums	77	1,55	2,60

## 2.6. tabulas turpinājums

8.	Problēmas saskarsmē ar administrāciju	74	1,41	2,51
9.	Liels (neadekvāts) darba apjoms	168	3,98	3,47
10.	Intensīvs darbs	164	3,96	3,26
11.	Darbs maiņās (dežūras)	82	1,29	2,32
12.	Rutīna darba procesā	104	1,97	2,81
13.	Problēmas saskarsmē ar kolēģiem, konflikti ar kolēģiem	74	1,49	2,67
14.	Neskaidrs pienākumu sadalījums	67	1,48	2,84
15.	Konflikti, nesaskaņas ar pacientiem	72	1,16	2,30
16.	Kolēģu atbalsta trūkums ikdienas darbā	76	1,43	2,53
17.	Zems darba prestižs	140	3,07	3,38
18.	Konflikti ar pacientu piederīgajiem	55	1,02	2,25
19.	Emocionāli intensīvs darbs ar cilvēkiem	179	4,41	3,58
20.	Laika trūkums, pārslogotība	163	3,60	3,29
21.	Sociālo lomu neviennozīmība	76	1,24	2,38

Lai noskaidrotu iespējamās atšķirības profesionālo faktoru novērtējumā dažādu specialitāšu, profesionālās darbības profilu māsām, tika identificēti 8 biežāk minētie faktori, kuriem tika aprēķināti aritmētiskie vidējie rādītāji katrā apakšgrupā (skat. 5. pielikumu). Lai pārbaudītu, vai pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības izlases māsu atbilžu sadalījumos atkarībā no profesionālās darbības jomas, specializācijas, tika veikts Post Hoc LSD tests starp apakšgrupām (skat. 2.7. tabulu).

Jāatzīmē, ka faktorā "intensīvs darbs" nav vērojamas statistiski nozīmīgas atšķirības starp dažādā profilā strādājošu respondentu atbildēm. Pārējiem 7 biežāk minētajiem faktoriem ir vērojamas statistiski nozīmīgas atšķirības. Tāpat arī netika konstatētas statistiski nozīmīgas atšķirības starp ķirurģiskās aprūpes māsu un internās aprūpes māsu sniegtajām atbildēm, līdz ar to šie dati nav atspoguļoti 2.7. tabulā.

Salīdzinot dažādās profesionālās darbības jomās strādājošo māsu atbildes, tika noskaidrots, ka faktora "inficēšanās risks" vidējie rādītāji statistiski nozīmīgi atšķiras internās aprūpes māsu apakšgrupā (tie ir zemāki) salīdzinoši ar bērnu aprūpes māsu un operāciju māsu apakšgrupām ( $p < 0,05$ ). Jāatzīmē, ka operāciju zālē strādājošo māsu apakšgrupas vidējie rādītāji statistiski nozīmīgi atšķiras (ir augstāki) no pārējo

apakšgrupu vidējiem rādītājiem ( $p < 0,05$ ), izņemot bērnu aprūpes māsu apakšgrupu (skat. 2.7. tabulu).

Analizējot datus par faktora "ergonomiski nepiemērota vide" vidējo rādītāju atšķirībām, jāsecina, ka operāciju zālē strādājošo māsu atbilžu vidējie rādītāji ir statistiski nozīmīgi augstāki nekā internās aprūpes māsām, bet zemāki nekā intensīvās terapijas māsām ( $p < 0,05$ ). Salīdzinot dažādās profesionālās darbības jomās strādājošo māsu atbildes, tika noskaidrots, ka faktora "darbam neadekvāts atalgojums" vidējie rādītāji statistiski nozīmīgi atšķiras bērnu aprūpes māsu apakšgrupā (tie ir augstāki) salīdzinot ar ambulatorajā aprūpē un operāciju zālē strādājošo māsu rādītājiem ( $p < 0,05$ ), savukārt faktora "liels (neadekvāts) darba apjoms" vidējie rādītāji statistiski nozīmīgi atšķiras ķirurģiskās aprūpes māsu apakšgrupā (tie ir augstāki) salīdzinot ar ambulatorās aprūpes un garīgās veselības aprūpes māsu apakšgrupu vidējiem rādītājiem ( $p < 0,05$ ) (skat. 2.7. tabulu).

Analizējot datus par faktora "zems darba prestižs" vidējo rādītāju atšķirībām, jāsecina, ka ķirurģiskās aprūpes māsu atbilžu vidējie rādītāji ir statistiski nozīmīgi augstāki nekā operāciju māsām, bet ambulatoro māsu apakšgrupas atbilžu rādītāji ir statistiski nozīmīgi augstāki salīdzinot ar bērnu aprūpes, garīgās veselības aprūpes un operāciju māsām ( $p < 0,05$ ) (skat. 2.7. tabulu).

2.7. tabula

**Biežāk minēto darba vides faktoru vidējo rādītāju atšķirības pa māsu profesionālās darbības profiliem (Post Hoc LSD tests)**

Faktors	Bērnu aprūpe	Operāciju zāle	Ambulatorā aprūpe	Garīgās veselības aprūpe	Intensīvā terapija	Cits
Izlases apjoms (n)	16	19	65	26	6	58
<b>Inficēšanās risks</b>						
Internā aprūpe	-2,93*	-2,97*				
Bērnu aprūpe			2,17*	2,37*		3,03*
Operāciju zāle			2,20*	2,40*	3,29*	3,07*
Ķirurģiskā aprūpe						1,85*
<b>Ergonomiski nepiemērota vide</b>						
Internā aprūpe		-3,10*				
Operāciju zāle					3,54*	



2.7. tabulas turpinājums

<b>Darbam neadekvāts atalgojums</b>						
Bērnu aprūpe		2,41*	1,95*			
Cits			-1,19*			
<b>Liels (neadekvāts) darba apjoms</b>						
Ķirurģiskā aprūpe			1,57*	1,72*		
<b>Zems darba prestižs</b>						
Ķirurģiskā aprūpe		2,05*				
Ambulatorā aprūpe	-1,88*	-2,22*		-1,58*		
<b>Emocionāli intensīvs darbs ar cilvēkiem</b>						
Bērnu aprūpe			-2,26*			
Operāciju zāle			-3,01*	-2,45*		-2,43*
<b>Laika trūkums, pārslogotība</b>						
Ķirurģiskā aprūpe				1,70*	2,87*	
Cits				1,78*	2,94*	

\*p<0,05

2.8. tabula  
Biežāk minēto darba vides faktoru aprakstošās statistikas rādītāji dažādās vecuma grupās (n=241)

Nr.	Vecums	21-30	31-40	41-50	51-60
	<b>Faktors</b>				
	Respondentu skaits (n)	27	86	104	24
1.	Inficēšanās risks	7,52±3,45	6,94±3,73	6,58±3,61	6,21±3,73
2.	Ergonomiski nepiemērota vide	3,41±3,73	2,87±3,45	2,62±3,31	3,33±3,70
3.	Darbam neadekvāts atalgojums	6,19±3,26	7,19±3,34	6,56±3,33	6,58±3,41
4.	Liels (neadekvāts) darba apjoms	3,70±3,74	4,14±3,44	3,87±3,46	4,25±3,43
5.	Intensīvs darbs	4,00±3,52	3,73±3,08	4,26±3,39	2,46±2,78
6.	Zems darba prestižs	1,96±2,82	2,65±3,22	3,38±3,43	4,46±3,87
7.	Emocionāli intensīvs darbs ar cilvēkiem	2,93±3,17	3,63±3,49	5,43±3,48	4,50±3,68
8.	Laika trūkums, pārslogotība	3,33±3,29	3,53±3,32	3,78±3,37	3,54±2,99

Salīdzinot dažādās jomās strādājošo māsu atbildes, tika noskaidrots, ka faktora "emocionāli intensīvs darbs ar cilvēkiem" vidējie rādītāji statistiski nozīmīgi atšķiras (ir augstāki) ambulatorās aprūpes māsu un garīgās veselības aprūpes māsu apakšgrupās salīdzinot ar operāciju zālē strādājošajām māsām (p<0,05), savukārt faktora "laika

trūkums, pārslogotība" vidējie rādītāji ir statistiski nozīmīgi augstāki ķirurģiskās aprūpes māsām, salīdzinot ar garīgās veselības aprūpes māsām un intensīvās terapijas māsām ( $p < 0,05$ ) (skat. 2.7. tabulu).

Astoņu biežāk atzīmēto faktoru vidējo aritmētisko salīdzinājums dažādās vecuma grupās atainots 2.8. tabulā. Kā redzams tabulā, tad "inficēšanās risks" paliek dominējošais faktors vecuma grupās 21-30 gadi un 41-50 gadi, tomēr vecuma grupās 31-40 gadi un 51-60 gadi par faktoru ar augstāko vidējo rādītāju izvirzās "darbam neadekvāts atalgojums".

### 2.2.3 Maslačas izdegšanas aptaujas rezultāti

Kopumā laika posmā no 2009. gada septembrim līdz 2011. gada maijam Maslačas izdegšanas aptauju aizpildīja 587 praktizējošas māsas. Respondentu vecums bija robežās no 22 līdz 68 gadiem ( $M=41,80$ ;  $SD=8,91$ ). Visas aptaujā iesaistītās māsas bija sievietes. Darba stāžs māsas profesijā svārstījās robežās no pusgada līdz 46 gadiem ( $M=19,13$ ;  $SD=8,99$ ).

Vērtējot iegūto datu atbilstību normālajam sadalījumam, tika aprēķināts Kolmogorova-Smirnova koeficients. Jāatzīmē, ka normālajam sadalījumam neatbilda nevienas apakšskalas datu empīriskais sadalījums.

Izlases māsu Maslačas izdegšanas aptaujas emocionālā izsīkuma, depersonalizācijas un personisko sasniegumu apakšskalu aprakstošās statistikas rādītāji atainoti 2.9. tabulā.

2.9. tabula  
Maslačas izdegšanas aptaujas aprakstošās statistikas rādītāji ( $n=587$ )

	Emocionālā izsīkuma apakšskala	Depersonalizācijas apakšskala	Personisko sasniegumu apakšskala
Izlases apjoms (n)	587	587	587
Minimālā vērtība	0	0	9
Maksimālā vērtība	53	30	48
M	22,75	7,52	34,57
SD	10,75	5,30	8,22

Izlases māsu Maslačas izdegšanas aptaujas emocionālā izsīkuma, depersonalizācijas un personisko sasniegumu apakšskalu aritmētiskie vidējie un standartnovirzes dažādu vecuma grupu māsām atainotas 2.10. tabulā. Lai noskaidrotu, vai pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp dažādu vecuma grupu respondentu

vidējiem rādītājiem, tika aprēķināts Manna-Vitneja U kritērijs, iegūtie rezultāti atainoti 2.13. tabulā.

2.10. tabula

**Maslačas izdegšanas aptaujas vidējie aritmētiskie un standartnovirzes dažādu vecuma grupu respondentiem**

Vecuma grupa	Izlases apjoms (n)	Procenti	Emocionālā izsūkuma apakšskala (M un SD)	Depersonalizācijas apakšskala (M un SD)	Personisko sasniegumu apakšskala (M un SD)
21-30	59	10,1	22,25±9,90	8,20±5,01	33,71±9,14
31-40	229	39,0	22,83±11,43	7,18±4,66	34,88±7,83
41-50	193	32,9	22,01±10,50	7,64±6,04	35,00±7,90
51-60	96	16,3	24,08±9,98	7,71±5,36	33,66±9,32
61-70	10	1,7	25,60±12,00	7,10±5,38	32,8±5,65

Izlases mūsu Maslačas izdegšanas aptaujas emocionālā izsūkuma, depersonalizācijas un personisko sasniegumu apakšskalu aritmētiskie vidējie un standartnovirzes māsām ar dažādu darba pieredzes laiku profesijā atainotas 2.11. tabulā. Lai noskaidrotu, vai pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības vidējiem rādītājiem starp māsām ar dažādu darba pieredzi profesijā, tika aprēķināts Manna-Vitneja U kritērijs, iegūtie rezultāti atainoti 2.14. tabulā.

2.11. tabula

**Maslačas izdegšanas aptaujas vidējie aritmētiskie un standartnovirzes respondentiem ar dažādu darba pieredzi māsas profesijā**

Darba pieredze (gados)	Izlases apjoms (n)	Procenti	Emocionālā izsūkuma apakšskala (M un SD)	Depersonalizācijas apakšskala (M un SD)	Personisko sasniegumu apakšskala (M un SD)
0-10	95	16,2	22,85±10,67	8,17±5,00	33,38±8,24
11-20	246	41,9	22,47±11,10	7,04±4,69	35,42±7,73
21-30	170	29,0	22,26±11,01	7,62±6,08	34,61±8,38
31-40	76	12,9	24,67±8,96	8,04±5,58	33,21±9,10

Izlases mūsu Maslačas izdegšanas aptaujas emocionālā izsūkuma, depersonalizācijas un personisko sasniegumu apakšskalu aritmētiskie vidējie un standartnovirzes dažādu profesionālās darbības profilu māsām atainotas 2.12. tabulā. Lai noskaidrotu, vai pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp dažādu profesionālās darbības profilu respondentu vidējiem rādītājiem, tika aprēķināts Manna-Vitneja U kritērijs, iegūtie rezultāti atainoti 2.15. tabulā.

**Maslačas izdegšanas aptaujas vidējie aritmētiskie un standartnovirzes dažādu profilu (specialitāšu) respondentiem**

Respondenta nodaļas profils (specialitāte)	Izlases apjoms (n)	Procenti	Emocionālā izsīkuma apakšskala (M un SD)	Depersonalizācijas apakšskala (M un SD)	Personisko sasniegumu apakšskala (M un SD)
Ambulatorā aprūpe	136	23,2	20,96±11,16	7,10±6,43	37,31±7,35
Garīgās veselības aprūpe	147	25,0	21,11±9,73	7,44±5,41	32,25±8,89
Ķirurģiskā aprūpe	84	14,3	23,43±10,71	7,25±5,72	36,35±6,89
Operāciju zāle	41	7,0	23,17±10,77	5,78±4,33	37,05±6,82
Bērnu aprūpe	53	9,0	24,55±10,75	7,94±3,78	34,49±7,14
Interno slimību pacientu aprūpe	83	14,2	24,63±10,56	8,90±4,20	32,81±8,99
Cits profils	43	7,3	26,54±11,83	8,14±3,78	31,47±7,96

Kā redzams 2.13. tabulā, tad statistiski nozīmīgas atšķirības vērojamas emocionālā izsīkuma apakšskalas vidējos rādītājos starp māsu grupu vecumā 41-50 gadiem un 51-60 gadiem. Māsu grupai vecumā 51-60 gadi ir statistiski nozīmīgi augstāki vidējie rādītāji emocionālā izsīkuma apakšskalā ( $p < 0,05$ ). Pārējās apakšskalās statistiski nozīmīgas atšķirības netika konstatētas.

**Maslačas izdegšanas aptaujas rezultātu atšķirības pa vecuma grupām (Manna-Vitneja U kritērijs)**

Vecuma grupa (gados)	31-40	41-50	51-60	61-70
<b>Emocionālā izsīkuma apakšskala</b>				
21-30	6682,0	5586,0	2453,0	244,5
31-40		21405,5	9794,5	988,5
41-50			7920,0*	790,5
51-60				456,0
<b>Depersonalizācijas apakšskala</b>				
21-30	5943,0	5124,0	2584,0	264,0
31-40		22084,0	10683,5	1131,0
41-50			8946,5	928,5
51-60				460,5
<b>Personīgo panākumu apakšskala</b>				
21-30	6293,5	5200,0	2802,0	275,0
31-40		21708,0	10420,5	903,0
41-50			8671,0	746,5
51-60				410,5

\* $p < 0,05$

Kā redzams 2.14. tabulā, tad statistiski nozīmīgas atšķirības vērojamas emocionālā izsīkuma apakšskalas vidējos rādītājos starp māsu grupu ar darba pieredzi 31-40 gadi un 11-20, kā arī 21-30 gadi, māsām ar darba pieredzi 31-40 gadi ir statistiski nozīmīgi augstāki vidējie rādītāji emocionālā izsīkuma apakšskalā ( $p < 0,05$ ).

Personīgo panākumu apakšskalā statistiski nozīmīgas atšķirības vērojamas starp māsu grupu ar darba pieredzi līdz 10 gadiem un māsu grupu ar darba pieredzi 11-20 gadi. Māsu grupai ar darba pieredzi 11-20 gadi ir statistiski nozīmīgi augstāki vidējie rādītāji personīgo panākumu apakšskalā ( $p < 0,05$ ), salīdzinot ar māsām, kurām darba pieredze ir līdz 10 gadiem. Pārējās apakšskalās statistiski nozīmīgas atšķirības netika konstatētas.

2.14. tabula

**Maslačas izdegšanas aptaujas rezultātu atšķirības sadalot respondentus pēc darba pieredzes (Manna-Vitneja U kritērijs)**

Darba pieredze (gados)	11-20	21-30	31-40
<b>Emocionālā izsīkuma apakšskala</b>			
0-10	11398,5	7841,0	3041,5
11-20		20800,5	7734,5*
21-30			5304,0*
<b>Depersonalizācijas apakšskala</b>			
0-10	10132,5	7218,5	3445,5
11-20		20661,0	8596,0
21-30			6032,5
<b>Personīgo panākumu apakšskala</b>			
0-10	9979,0*	7255,0	3558,5
11-20		19965,5	8163,0
21-30			5953,0

\* $p < 0,05$

Kā redzams 2.15. tabulā, tad statistiski nozīmīgas atšķirības vērojamas visu triju apakšskalu (emocionālā izsīkuma, depersonalizācijas un personisko panākumu) vidējos rādītājos starp dažāda profesionālās darbības profila māsu grupām.

Jāatzīmē, ka statistiski nozīmīgi augstāki vidējie rādītāji emocionālā izsīkuma apakšskalā ir māsām, kas strādā bērnu aprūpē, interno slimību pacientu aprūpē, kā arī cita profila māsām (šajā grupā apvienotas dažādās jomās strādājošas māsas, kuras neiekļāvās kādā no septiņām māsu pamatspecialitātēm, vai arī skaitliski neveidoja pietiekami reprezentablu apakšgrupu).

2.15. tabula

**Maslačas izdegšanas aptaujas rezultātu atšķirības sadalot respondentus pēc profesionālās darbības profila (Manna-Vitneja U kritērijs)**

Profils	Garīgās veselības aprūpe	Ķirurģiskā aprūpe	Operāciju zāle	Bērnu aprūpe	Internā aprūpe	Cits
<b>Emocionālā izsīkuma apakšskala</b>						
Ambulatorā aprūpe	9528,0	4909,0	2415,5	2891,0*	4499,0*	2128,0**
Garīgās veselības aprūpe		5665,5	2755,0	3225,0	4956,5*	2390,0*
Ķirurģiskā aprūpe			1716,0	2078,0	3190,5	1548,5
Operāciju zāle				1003,0	1555,0	748,0
Bērnu aprūpe					2182,5	1040,0
<b>Depersonalizācijas apakšskala</b>						
Ambulatorā aprūpe	9130,5	5459,5	2635,0	2751,5*	3826,5**	2165,5*
Garīgās veselības aprūpe		5932,5	2529,5	3364,5	4716,0**	2654,5
Ķirurģiskā aprūpe			1514,0	1844,5	2549,0**	1447,5
Operāciju zāle				777,0*	1058,5**	618,0*
Bērnu aprūpe					2035,0	1114,0
<b>Personīgo panākumu apakšskala</b>						
Ambulatorā aprūpe	6609,5**	5128,0	2698,5	2777,5*	4009,5**	1729,0**
Garīgās veselības aprūpe		4425,0**	2016,0**	3257,5	5775,5	3059,5
Ķirurģiskā aprūpe			1578,5	1890,0	2669,0**	1173,0**
Operāciju zāle				846,5	1202,5**	515,5**
Bērnu aprūpe					1979,0	890,5

\*p&lt;0,05

\*\*p&lt;0,01

Statistiski nozīmīgi augstāki vidējie (skat. 2.15. tabulu) rādītāji internās aprūpes māsām salīdzinot ar ambulatorās aprūpes, garīgās veselības aprūpes, ķirurģiskās aprūpes un operāciju māsām, vērojami depersonalizācijas apakšskalā ( $p<0,01$ ). Statistiski nozīmīgi augstāki vidējie rādītāji ambulatorās aprūpes māsām salīdzinot ar garīgās veselības aprūpes māsām, kā arī operāciju māsām salīdzinot ar internās aprūpes māsām, vērojami arī personīgo panākumu apakšskalā ( $p<0,01$ ).

#### 2.2.4 Beka depresijas aptaujas rezultāti

Beka depresijas aptauju laika posmā no 2009. gada septembra līdz 2010. gada jūlijam aizpildīja 341 respondents. Respondentu vecums bija robežās no 22 līdz 58 gadiem ( $M=40,58$ ;  $SD=7,97$ ). Visas aptaujā iesaistītās personas bija sievietes ar darba pieredzi māsas profesijā no dažiem mēnešiem līdz 35 gadiem ( $M=17,55$ ;  $SD=8,30$ ).

Vērtējot iegūto datu atbilstību normālajam sadalījumam tika aprēķināts Kolmogorova-Smirnova koeficients. Jāatzīmē, ka normālajam sadalījumam neatbilda nevienas apakšskalas datu empīriskais sadalījums.

Izlases mūsu Beka depresijas aptaujas (BDI) kognitīvās, somatiski produktīvās apakšskalas un kopējie BDI aprakstošās statistikas rādītāji atainoti 2.16. tabulā.

2.16. tabula

**Beka depresijas aptaujas (BDI) aprakstošās statistikas rādītāji**

Rādītājs	BDI kognitīvā apakšskala	BDI somatiski produktīvā apakšskala	BDI kopējie rezultāti
Izlase (n)	341	341	341
Mīnīmālā vērtība	0	0	0
Maksimālā vērtība	36	18	52
M	6,02	5,06	11,07
SD	5,00	3,91	8,23

2.17. tabula

**Beka depresijas aptaujas respondentu vecumu sadalījums un vidējie aritmētiskie**

Vecuma grupa (gados)	Skaitis	Procenti	Kognitīvā apakšskala (M un SD)	Somatiski produktīvā apakšskala (M un SD)	BDI kopējie rezultāti (M un SD)
21-30	43	12,6	6,35±5,61	4,86±3,83	11,21±8,52
31-40	136	39,9	5,77±4,70	4,67±3,81	10,43±7,82
41-50	121	35,5	6,19±5,28	5,27±3,97	11,46±8,67
51-60	41	12,0	6,00±4,60	5,93±4,06	11,93±8,06

Izlases mūsu Beka depresijas aptaujas (BDI) kognitīvās, somatiski produktīvās apakšskalas un kopējie BDI aritmētiskie vidējie un standartnovirzes dažādu vecuma grupu māsām atainotas 2.17. tabulā. Lai noskaidrotu, vai pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp dažādu vecuma grupu respondentu vidējiem rādītājiem, tika aprēķināts Manna-Vitneja U kritērijs, iegūtie rezultāti atainoti 2.20. tabulā.

**Beka depresijas aptaujas respondentu sadalījums pēc darba pieredzes māsas profesijā, aritmētiskie vidējie un standartnovirzes**

Darba pieredze (gados)	Skaitis	Procenti	Kognitīvā apakšskala (M un SD)	Somatiski produktīvā apakšskala (M un SD)	BDI kopējie rezultāti (M un SD)
0-10	65	19,1	6,42±5,45	4,42±3,63	10,83±8,03
11-20	156	45,7	5,83±4,51	4,93±3,76	10,76±7,77
21-30	96	28,2	6,03±5,57	5,28±4,17	11,31±9,10
31-40	24	7,0	6,13±4,63	6,71±4,11	12,83±8,34

Izlases māsu Beka depresijas aptaujas (BDI) kognitīvās, somatiski produktīvās apakšskalas un kopējie BDI aritmētiskie vidējie un standartnovirzes māsām ar dažādu darba pieredzes laiku profesijā atainotas 2.18. tabulā. Lai noskaidrotu, vai pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp māsām ar dažādu darba pieredzi profesijā, tika aprēķināts Manna-Vitneja U kritērijs, iegūtie rezultāti atainoti 2.21. tabulā.

Izlases māsu Beka depresijas aptaujas (BDI) kognitīvās, somatiski produktīvās apakšskalas un kopējie BDI aritmētiskie vidējie un standartnovirzes dažādu profesionālās darbības profilu māsām atainotas 2.19. tabulā. Lai noskaidrotu, vai pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp dažādu profesionālās darbības profilu respondentu vidējiem rādītājiem, tika aprēķināts Manna-Vitneja U kritērijs, iegūtie rezultāti atainoti 2.22. tabulā.

**Beka depresijas aptaujas respondentu sadalījums pēc profesionālās darbības profila, aritmētiskie vidējie un standartnovirzes**

Darba pieredze (gados)	Skaitis	Procenti	Kognitīvā apakšskala (M un SD)	Somatiski produktīvā apakšskala (M un SD)	BDI kopējie rezultāti (M un SD)
Ambulatorā aprūpe	152	44,6	6,04±4,94	4,95±3,87	10,99±8,11
Garīgās veselības aprūpe	40	11,7	6,03±4,50	4,90±4,09	10,93±8,18
Ķirurģiskā aprūpe	107	31,4	5,86±5,44	4,89±3,87	10,75±8,54
Operāciju zāle	42	12,3	6,33±4,67	6,00±3,97	12,33±8,10

Kā redzams 2.20. tabulā, tad nepastāv statistiski nozīmīgas atšķirības apakšskalu vai kopējos BDI vidējos rādītājos starp dažādu vecumposmu māsu grupām.



**Beka depresijas aptaujas rezultātu atšķirības pa vecuma grupām (Manna-Vitneja U kritērijs)**

Vecuma grupa	31-40	41-50	51-60
<b>Beka depresijas aptaujas kognitīvā apakšskala</b>			
21-30	2827,5	2598,0	880,5
31-40		7909,0	2716,0
41-50			2472,5
<b>Beka depresijas aptaujas somatiskā apakšskala</b>			
21-30	2809,5	2450,0	732,0
31-40		7455,5	2238,0
41-50			2235,5
<b>Beka depresijas aptaujas kopējie rezultāti</b>			
21-30	2812,5	2550,0	806,5
31-40		7693,0	2483,5
41-50			2376,0

Kā redzams 2.21. tabulā, tad statistiski nozīmīgas atšķirības vērojamas Beka depresijas aptaujas somatiskās apakšskalas vidējos rādītājos starp mūsu grupu ar darba pieredzi 31-40 gadi un 11-20, kā arī 0-10 gadi, māsām ar darba pieredzi 31-40 gadi ir statistiski nozīmīgi augstāki vidējie rādītāji salīdzinot ar māsām, kas strādā profesijā 11-20 gadus ( $p < 0,05$ ) un 0-10 gadus ( $p < 0,01$ ).

**Beka depresijas aptaujas atbilžu atšķirības pēc darba pieredzes (Manna-Vitneja U kritērijs)**

Darba stāžs (gados)	11-20	21-30	31-40
<b>Beka depresijas aptaujas kognitīvā apakšskala</b>			
0-10	4870,0	2961,5	774,5
11-20		7342,5	1795,5
21-30			1079,0
<b>Beka depresijas aptaujas somatiskā apakšskala</b>			
0-10	4654,0	2769,5	495,0**
11-20		7224,5	1375,0*
21-30			901,5
<b>Beka depresijas aptaujas kopējie rezultāti</b>			
0-10	5037,0	3085,0	653,5
11-20		7374,0	1578,5
21-30			1010,5

\* $p < 0,05$

\*\* $p < 0,01$

Kā redzams 2.22. tabulā, tad nav vērojamas statistiski nozīmīgas atšķirības Beka depresijas aptaujas apakšskalu vai kopējos BDI vidējos rādītājos starp dažādos profesionālās darbības profilos strādājošajām māsām.

**Beka depresijas aptaujas atbilžu atšķirības pēc profesionālās darbības profila  
(Manna-Vitneja U kritērijs)**

Nodaļas profils	Garīgās veselības aprūpe	Ķirurģiskā aprūpe	Operāciju zāle
<b>Beka depresijas aptaujas kognitīvā apakšskala</b>			
Ambulatorā aprūpe	2961,0	7809,5	2987,5
Garīgās veselības aprūpe		2002,0	805,0
Ķirurģiskā aprūpe			1994,5
<b>Beka depresijas aptaujas somatiskā apakšskala</b>			
Ambulatorā aprūpe	2965,0	8118,0	2637,0
Garīgās veselības aprūpe		2108,0	687,5
Ķirurģiskā aprūpe			1842,0
<b>Beka depresijas aptaujas kopējie rezultāti</b>			
Ambulatorā aprūpe	3021,5	7917,0	2799,0
Garīgās veselības aprūpe		2097,0	731,0
Ķirurģiskā aprūpe			1938,5

### 2.2.5 Trauksmes stāvokļa-iezīmes pašnovērtējuma aptaujas rezultāti

Kopumā laika posmā no 2009. gada septembra līdz 2010. gada jūlijam Trauksmes stāvokļa-iezīmes pašnovērtējuma aptauju (Spīlbergera trauksmes aptauju) aizpildīja 381 praktizējoša māsa. Respondentu vecums bija robežās no 22 līdz 58 gadiem ( $M=39,86$ ;  $SD=8,63$ ). Visas aptaujā iesaistītās māsas bija sievietes ar darba pieredzi māsas profesijā no dažiem mēnešiem līdz 35 gadiem ( $M=16,14$ ;  $SD=8,87$ ).

Vērtējot iegūto datu atbilstību normālajam sadalījumam tika aprēķināts Kolmogorova-Smirnova koeficients, jāatzīmē, ka normālajam sadalījumam neatbilda nevienas apakšskalas datu empīriskais sadalījums.

Izlases māsu trauksmes stāvokļa-iezīmes aptaujas situatīvās (stāvokļa) trauksmes un bāziskās (iezīmes) trauksmes apakšskalu aprakstošās statistikas rādītāji atainoti 2.23. tabulā.

**Trauksmes stāvokļa-iezīmes pašnovērtējuma aptaujas aprakstošās statistikas  
rādītāji (n=381)**

Rādītājs	Situatīvās trauksmes apakšskala	Bāziskās trauksmes apakšskala
Izlase (n)	381	381
Minimālā vērtība	20	20
Maksimālā vērtība	77	73
M	45,82	44,74
SD	10,86	9,73

Izlases mūsu trauksmes stāvokļa-iezīmes aptaujas situatīvās (stāvokļa) trauksmes un bāziskās (iezīmes) trauksmes apakšskalu aritmētiskie vidējie un standartnovirzes dažādu vecuma grupu māsām atainotas 2.24. tabulā. Lai noskaidrotu, vai pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp dažādu vecuma grupu respondentu vidējiem rādītājiem, tika aprēķināts Manna-Vitneja U kritērijs, iegūtie rezultāti atainoti 2.27. tabulā.

2.24. tabula

**Trauksmes stāvokļa-iezīmes pašnovērtējuma aptaujas respondentu vecumu sadalījums, aritmētiskie vidējie un standartnovirzes**

Vecuma grupa (gados)	Respondentu skaits (n)	Procenti	Situatīvās trauksmes apakšskala (M un SD)	Bāziskās trauksmes apakšskala (M un SD)
21-30	58	15,2	44,12±10,12	45,35±9,21
31-40	152	39,9	45,73±10,98	44,24±9,89
41-50	125	32,8	46,04±10,81	44,43±9,95
51-60	46	12,1	47,63±11,55	46,50±9,27

2.25. tabula

**Trauksmes stāvokļa-iezīmes pašnovērtējuma aptaujas respondentu sadalījums pēc darba pieredzes māsas profesijā, aritmētiskie vidējie un standartnovirzes**

Darba pieredze (gados)	Respondentu skaits (n)	Procenti	Situatīvās trauksmes apakšskala (M un SD)	Bāziskās trauksmes apakšskala (M un SD)
0-10	100	26,2	44,51±10,12	45,52±9,48
11-20	163	42,8	45,39±10,93	43,85±9,80
21-30	94	24,7	46,98±10,98	44,59±9,95
31-40	24	6,3	49,63±12,25	48,21±8,90

2.26. tabula

**Trauksmes stāvokļa-iezīmes pašnovērtējuma aptaujas respondentu sadalījums pēc profesionālās darbības profila, aritmētiskie vidējie un standartnovirzes**

Profils (nodaļa)	Respondentu skaits (n)	Procenti	Situatīvās trauksmes apakšskala (M un SD)	Bāziskās trauksmes apakšskala (M un SD)
Ambulatorā aprūpe	180	47,2	44,69±11,08	43,96±9,98
Garīgās veselības aprūpe	59	15,5	43,69±9,64	43,82±9,72
Ķirurģiskā aprūpe	96	25,2	47,20±10,56	45,51±8,60
Operāciju zāle	46	12,1	50,04±10,94	47,35±10,63

Izlases māsu trauksmes stāvokļa-iezīmes aptaujas situatīvās (stāvokļa) trauksmes un bāziskās (iezīmes) trauksmes apakšskalu aritmētiskie vidējie un standartnovirzes māsām ar dažādu darba pieredzes laiku profesijā atainotas 2.25. tabulā. Lai noskaidrotu, vai pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp māsū ar dažādu darba pieredzes laiku profesijā vidējiem rādītājiem, tika aprēķināts Manna-Vitneja U kritērijs, iegūtie rezultāti atainoti 2.28. tabulā.

Izlases māsu trauksmes stāvokļa-iezīmes aptaujas situatīvās (stāvokļa) trauksmes un bāziskās (iezīmes) trauksmes apakšskalu aritmētiskie vidējie un standartnovirzes māsām ar dažādu profesionālās darbības profilu atainotas 2.26. tabulā. Lai noskaidrotu, vai pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp māsū ar dažādu profesionālās darbības profilu vidējiem rādītājiem, tika aprēķināts Manna-Vitneja U kritērijs, iegūtie rezultāti atainoti 2.29. tabulā.

2.27. tabula

**Trauksmes stāvokļa-iezīmes pašnovērtējuma aptaujas atšķirības pa vecuma grupām (Manna-Vitneja U kritērijs)**

Vecuma grupa	31-40	41-50	51-60
Trauksmes stāvokļa-iezīmes pašnovērtējuma aptaujas situatīvās trauksmes atšķirības			
21-30	4007,5	3211,0	1071,0
31-40		9281,5	3119,0
41-50			2640,0
Trauksmes stāvokļa-iezīmes pašnovērtējuma aptaujas bāziskās trauksmes atšķirības			
21-30	4081,0	3462,0	1263,5
31-40		9198,5	3046,0
41-50			2596,5

2.28. tabula

**Trauksmes stāvokļa-iezīmes pašnovērtējuma aptaujas atšķirības pēc profesionālās darbības ilguma māsas profesijā (Manna-Vitneja U kritērijs)**

Darba stāžs	11-20	21-30	31-40
Trauksmes stāvokļa-iezīmes pašnovērtējuma aptaujas situatīvās trauksmes atšķirības			
0-10	7694,0	4028,5	825,0*
11-20		7023,5	1490,5
21-30			925,0
Trauksmes stāvokļa-iezīmes pašnovērtējuma aptaujas bāziskās trauksmes atšķirības			
0-10	7335,0	4520,0	1010,5
11-20		7209,5	1453,5*
21-30			923,0

\*p<0,05

Kā redzams 2.27. tabulā, tad nepastāv statistiski nozīmīgas atšķirības trauksmes stāvokļa-iezīmes aptaujas situatīvās (stāvokļa) trauksmes un bāziskās (iezīmes) trauksmes apakšskalu vidējos rādītājos starp dažāda vecumposma respondentu apakšgrupām.

Izvērtējot atšķirības trauksmes stāvokļa-iezīmes aptaujas situatīvās (stāvokļa) trauksmes un bāziskās (iezīmes) trauksmes apakšskalu vidējos rādītājos starp māsu grupām ar dažādu darba pieredzes ilgumu profesijā (skat. 2.28. tabulu), var secināt, ka māsām ar darba pieredzi 31-40 gadi ir statistiski nozīmīgi augstāki vidējie rādītāji situatīvās trauksmes apakšskalā salīdzinot ar māsu grupu, kuras profesijā strādā līdz 10 gadiem. Jāatzīmē, ka māsām, kuras strādā profesijā 31-40 gadus, ir arī statistiski nozīmīgi augstāki vidējie rādītāji bāziskās trauksmes apakšskalā, salīdzinot ar māsām, kuras praktizē 11-20 gadus ( $p < 0,05$ ).

Statistiski nozīmīgas atšķirības trauksmes stāvokļa-iezīmes pašnovērtējuma aptaujas bāziskās trauksmes apakšskalas vidējos rādītājos starp dažādās profesionālās darbības jomās strādājošajām māsām netika konstatētas (skat. 2.29. tabulu). Tomēr pastāv vidējo rādītāju atšķirības trauksmes stāvokļa-iezīmes pašnovērtējuma aptaujas situatīvās trauksmes apakšskalā. Operāciju zālē strādājošajām māsām ir statistiski nozīmīgi augstāki situatīvās trauksmes rādītāji salīdzinot ar ambulatorās aprūpes māsām un garīgās veselības aprūpes māsām ( $p < 0,01$ ).

2.29. tabula

**Trauksmes stāvokļa-iezīmes pašnovērtējuma aptaujas atšķirības pēc profesionālās darbības profila (Manna-Vitneja U kritērijs)**

Profils	Garīgās veselības aprūpe	Ķirurģiskā aprūpe	Operāciju zāle
Trauksmes stāvokļa-iezīmes pašnovērtējuma aptaujas situatīvās trauksmes atšķirības			
Ambulatorā aprūpe	5198,5	7452,5	3012,0**
Garīgās veselības aprūpe		2325,5	888,0**
Ķirurģiskā aprūpe			1870,0
Trauksmes stāvokļa-iezīmes pašnovērtējuma aptaujas bāziskās trauksmes atšķirības			
Ambulatorā aprūpe	5296,5	7929,0	3404,0
Garīgās veselības aprūpe		2592,0	113,5
Ķirurģiskā aprūpe			1969,0

\*\* $p < 0,01$

**2.2.6 Profesionālās dzīves kvalitātes skalas rezultāti**

Pētījumā aizpildot Profesionālās dzīves kvalitātes skalu piedalījās 500 praktizējošas māsas, sievietes vecumā no 22 līdz 68 gadiem. Respondentu vidējais vecums bija  $M=42,72$  ( $SD=8,50$ ).

Vērtējot iegūto datu atbilstību normālajam sadalījumam, tika aprēķināts Kolmogorova-Smirnova koeficients. Jāatzīmē, ka normālajam sadalījumam neatbilda nevienas apakšskalas datu empīriskais sadalījums. Izlases mūsu Profesionālās dzīves kvalitātes skalas apakšskalu aprakstošās statistikas rādītāji atainoti 2.30. tabulā.

2.30. tabula

**Profesionālās dzīves kvalitātes skalas aprakstošās statistikas rādītāji (n=500)**

Rādītājs	Līdzjūtības gandarījuma apakšskala	Izdegšanas apakšskala	Sekundārā traumatiskā stresa apakšskala
Izlase (n)	500	500	500
Minimālā vērtība	1	0	4
Maksimālā vērtība	50	44	39
M	37,41	22,74	19,37
SD	7,94	6,43	6,58

Izlases mūsu Profesionālās dzīves kvalitātes skalas apakšskalu aritmētiskie vidējie un standartnovirzes dažādu vecuma grupu māsām atainotas 2.31. tabulā. Lai noskaidrotu, vai pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp dažādu vecuma grupu respondentu vidējiem rādītājiem, tika aprēķināts Manna-Vitneja U kritērijs, iegūtie rezultāti atainoti 2.36. tabulā.

2.31. tabula

**Profesionālās dzīves kvalitātes skalas respondentu vecumu sadalījums un vidējie aritmētiskie**

Vecuma grupa (gados)	Resp. skaits (n)	Procenti	Līdzjūtības gandarījuma apakšskala (M un SD)	Izdegšanas apakšskala (M un SD)	Sekundārā traumatiskā stresa apakšskala (M un SD)
21-30	43	8,6	36,02±8,12	23,26±6,73	18,19±6,80
31-40	171	34,2	38,37±7,12	22,64±6,33	19,56±6,37
41-50	194	38,8	37,34±7,78	22,53±6,42	18,73±6,21
51-un vairāk	92	18,4	36,40±9,43	23,14±6,57	20,91±7,36

Izlases mūsu Profesionālās dzīves kvalitātes skalas apakšskalu aritmētiskie vidējie un standartnovirzes māsām ar dažādu darba pieredzi profesijā atainotas 2.32. tabulā. Lai noskaidrotu, vai pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp māsām ar dažādu profesionālās darbības pieredzes ilgumu profesijā vidējiem rādītājiem, tika aprēķināts Manna-Vitneja U kritērijs, iegūtie rezultāti atainoti 2.37. tabulā.

**Profesionālās dzīves kvalitātes skalas respondentu sadalījums un vidējie aritmētiskie pēc darba pieredzes**

Darba pieredze (gados)	Respondentu skaits (n)	Procenti	Līdzjūtības gandarījuma apakšskala (M un SD)	Izdegšanas apakšskala (M un SD)	Sekundārā traumatiskā stresa apakšskala (M un SD)
0-10	59	11,8	36,41±8,46	23,15±7,06	18,29±6,59
11-20	208	41,6	38,33±6,73	22,59±5,97	19,52±6,25
21-30	174	34,8	37,36±7,90	22,44±6,75	19,05±6,49
31-40	59	11,8	35,29±10,72	23,78±6,47	20,83±7,72

Tika salīdzināti vidējie rādītāji māsām, kuras strādā dažādās veselības aprūpes jomās un specialitātēs, rezultāti apkopoti 2.33. tabulā. Lai pārbaudītu, vai pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp māsām, kuras strādā dažādās profesionālās darbības jomās, tika aprēķināts Manna-Vitneja U kritērijs, rezultāti atainoti 2.38. tabulā.

**Profesionālās dzīves kvalitātes skalas apakšskalu vidējie aritmētiskie un standartnovirzes dažādu profilu māsām**

Profils	Respondentu skaits (n)	Procenti	Līdzjūtības gandarījuma apakšskala (M un SD)	Izdegšanas apakšskala (M un SD)	Sekundārā traumatiskā stresa apakšskala (M un SD)
Ambulatorās aprūpes aprūpe	162	32,4	38,59±6,64	22,84±6,41	19,86±6,61
Ķirurģiskās aprūpes aprūpe	93	18,6	38,62±6,83	23,55±6,13	19,86±6,48
Operāciju zāle	53	10,6	39,42±6,03	22,32±7,10	18,77±6,99
Garīgās veselības aprūpes aprūpe	153	30,6	34,22±9,70	22,54±6,63	18,80±6,64
Cits profils	39	7,8	39,33±6,55	21,82±5,56	19,18±5,89

Lai pārbaudītu testa ticamību, kas raksturo testa skalu iekšējo saskaņotību tika aprēķināta Kronbaha alfa, aprēķinu rezultāti atspoguļoti 2.34. tabulā. Jāatzīmē, ka visu apakšskalu Kronbaha alfas rādītāji ir pietiekoši augsti, kas liecina par testa skalu iekšējo saskaņotību.

**Kronbaha alfas vērtības Profesionālās dzīves kvalitātes skalai**

Apakšskalas nosaukums	Kronbaha alfa
Līdzjūtības gandarījuma apakšskala	0,88
Izdegšanas apakšskala	0,71
Sekundārā traumatiskā stresa apakšskala	0,74

Tika aprēķinātas arī korelācijas starp apakšskalu rādītājiem. Tā kā empīriskais sadalījums neatbilda normālajam sadalījumam, tika pielietots Spīrmena korelācijas koeficients. Kā redzams 2.35. tabulā, tad statistiski nozīmīga pozitīva korelācija vērojama starp izdegšanas un sekundārā traumatiskā stresa apakšskalām, bet negatīva korelācija ir vērojama starp izdegšanas un līdzjūtības gandarījuma apakšskalām ( $p < 0,01$ ).

**Korelācijas starp Profesionālās dzīves kvalitātes skalas apakšskalām**

Apakšskalas nosaukums	Izdegšanas apakšskala	Sekundārā traumatiskā stresa apakšskala
Līdzjūtības gandarījuma apakšskala	-0,54**	-0,12**
Izdegšanas apakšskala		0,58**

\*\*  $p < 0,01$

Analizējot datus par Profesionālās dzīves kvalitātes skalas vidējo rādītāju atšķirībām dažādu vecuma grupu māsām, tika konstatēts, ka nepastāv statistiski nozīmīgas atšķirības līdzjūtības gandarījuma un izdegšanas apakšskalās (skat 2.36. tabulu). Savukārt sekundārā traumatiskā stresa apakšskalā tika konstatēts, ka māsām, vecuma grupā 51 gads un vairāk ir statistiski nozīmīgi augstāki rādītāji salīdzinājumā ar māsām vecuma grupās 21-30 un 41-50 gadi ( $p < 0,05$ ).

Kā redzams 2.37. tabulā, tad pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības sekundārā traumatiskā stresa apakšskalas vidējos rādītājos starp māsām ar darba pieredzi 31-40 gadi un māsām ar darba pieredzi līdz 10 gadiem. Māsām ar darba stāžu 31-40 gadi ir statistiski nozīmīgi augstāki rādītāji sekundārā traumatiskā stresa apakšskalā ( $p < 0,05$ ).



2.36. tabula

**Profesionālās dzīves kvalitātes skalas rezultātu atšķirības pa vecuma grupām  
(Manna-Vitneja U kritērijs)**

Vecuma grupa	31-40	41-50	51-un vairāk
<b>Līdzjūtības gandarījuma apakšskala</b>			
21-30	3045,5	3759,0	1861,5
31-40		15483,5	7107,0
41-50			8661,5
<b>Izdegšanas apakšskala</b>			
21-30	3484,0	3944,0	1953,5
31-40		16485,0	7388,0
41-50			8257,5
<b>Sekundārā traumatiskā stresa apakšskala</b>			
21-30	3200,5	3923,5	1507,0*
31-40		15403,0	6972,5
41-50			7337,0*

\*p&lt;0,05

2.37. tabula

**Profesionālās dzīves kvalitātes skalas rezultātu atšķirības sadalot respondentus pēc  
darba pieredzes (Manna-Vitneja U kritērijs)**

Darba pieredze	11-20	21-30	31-40
<b>Līdzjūtības gandarījuma apakšskala</b>			
0-10	5416,0	4861,5	1691,0
11-20		17063,5	5338,0
21-30			4732,0
<b>Izdegšanas apakšskala</b>			
0-10	5858,5	4889,0	1600,0
11-20		17988,0	5280,5
21-30			4407,5
<b>Sekundārā traumatiskā stresa apakšskala</b>			
0-10	5432,0	4769,5	1360,5*
11-20		17310,0	5468,0
21-30			4384,0

\*p&lt;0,05

Kā redzams 2.38. tabulā, tad statistiski nozīmīgas atšķirības pastāv tikai līdzjūtības gandarījuma apakšskalas vidējos rādītājos starp dažāda profesionālās darbības profila masu grupām. Izdegšanas apakšskala un sekundārā traumatiskā stresa apakšskala statistiski nozīmīgas atšķirības starp grupām nepastāv. Jāatzīmē, ka garīgās veselības aprūpes masu vidējie rādītāji līdzjūtības gandarījuma apakšskala ir statistiski nozīmīgi zemāki salīdzinot ar visām citām masu grupām (p<0,01).

**Profesionālās dzīves kvalitātes skalas rezultātu atšķirības sadalot respondentus pēc profesionālās darbības (nodaļas) profila (Manna-Vitneja U kritērijs)**

Profils	Garīgās veselības aprūpe	Ķirurģiskā aprūpe	Operāciju zāle	Cits
<b>Līdzjūtības gandarījuma apakšskala</b>				
Ambulatorā aprūpe	9065,5**	7467,5	4006,5	2968,0
Garīgās veselības aprūpe		5325,5**	2746,5**	2056,0**
Ķirurģiskā aprūpe			2315,0	1689,5
Operāciju zāle				1024,0
<b>Izdegšanas apakšskala</b>				
Ambulatorā aprūpe	12323,5	6986,5	4110,5	2931,5
Garīgās veselības aprūpe		6652,5	3865,0	2715,5
Ķirurģiskā aprūpe			2183,5	1534,5
Operāciju zāle				1005,0
<b>Sekundārā traumatiskā stresa apakšskala</b>				
Ambulatorā aprūpe	11141,0	7524,0	3864,0	2954,0
Garīgās veselības aprūpe		6362,5	4021,0	2855,5
Ķirurģiskā aprūpe			2200,5	1688,5
Operāciju zāle				973,5

\*\*p<0,01

### 2.2.7 Sakarību pētījuma rezultāti

281 respondents tika aptaujāts ar četriem pētījuma instrumentiem: Maslačas izdegšanas aptauju, Beka depresijas aptauju, Spīlbergera trauksmes skalu un Profesionālās dzīves kvalitātes skalu.

Vērtējot iegūto datu atbilstību normālajam sadalījumam, tika aprēķināts Kolmogorova-Smirnova koeficients. Jāatzīmē, ka normālajam sadalījumam neatbilda nevienas aptaujas datu empīriskais sadalījums.

Pēc datu apkopošanas tika veikta korelāciju analīze, izmantojot Spīrmana korelāciju koeficientu. Šīs apakšizlases mūsu vidējais vecums bija 42,12 gadi (SD=7,37), vidējais darba stāžs 19,26 gadi (SD=7,58).

Nozīmīgākās pozitīvās korelācijas (skat 6. pielikumu) tika konstatētas starp Maslačas izdegšanas aptaujas emocionālā izsīkuma apakšskalu un situatīvās trauksmes apakšskalu ( $r=0,47$ ;  $p<0,01$ ) kā arī trauksmes-iezīmes apakšskalu ( $r=0,52$ ;  $p<0,01$ )

(skat. 6. pielikumu). Maslačas izdegšanas aptaujas emocionālā izsīkuma apakšskalas rādītāji korelē arī ar tās pašas aptaujas depersonalizācijas apakšskalu ( $r=0,51$ ;  $p<0,01$ ), ar Profesionālās dzīves kvalitātes izdegšanas apakšskalu ( $r=0,66$ ;  $p<0,01$ ) un sekundārā traumatiskā stresa apakšskalu ( $r=0,54$ ;  $p<0,01$ ), kā arī ar Beka depresijas aptauju ( $r=0,55$ ;  $p<0,01$ ).

Nozīmīgas korelācijas tika konstatētas (skat. 6. pielikumu) starp Profesionālās dzīves kvalitātes skalas līdzjūtības gandarījuma apakšskalas rādītājiem un izdegšanas apakšskalas rādītājiem ( $r=-0,55$ ;  $p<0,01$ ), starp Profesionālās dzīves kvalitātes skalas izdegšanas apakšskalu un Beka depresijas aptauju ( $r=0,53$ ;  $p<0,01$ ). Profesionālās dzīves kvalitātes sekundārā traumatiskā stresa apakšskalas rādītāji korelē ar Beka depresijas aptaujas rezultātiem ( $r=0,45$ ;  $p<0,01$ ) un trauksmes rādītājiem ( $r=0,46$ ;  $p<0,01$ ).

### 3 DISKUSIJA

Pētījuma mērķis bija izpētīt profesionālās dzīves kvalitātes psihosociālos aspektus un tos ietekmējošos faktoros praktizējošām māsām. Datu ievākšana norisinājās laika posmā no 2008. gada decembra līdz 2011. gada maijam, kopumā tika aptaujāti 1094 respondenti.

#### **Profesionālās dzīves kvalitātes psihosociālos aspektus ietekmējošie faktori**

Atbildot uz anketas jautājumiem par darba vides faktoriem, māsām bija iespēja atzīmēt, viņuprāt, būtiskākos un nozīmīgākos. Faktoru "inficēšanās risks" atzīmēja kopumā 220 māsas ( $n=241$ ), pie tam 41,9% no respondentiem šim faktoram piešķīra augstāko iespējamo vērtējumu "10". Arī visaugstākais vidējais aritmētiskais ( $M=6,78$ ;  $SD=3,64$ ) no piedāvātajiem ir tieši "inficēšanās riskam". Jāsecina, ka dotās izlases māsas par galveno un nozīmīgāko riska faktoru darbavietā uzskata risku inficēties, pildot savus darba pienākumus ikdienā. Jāatzīmē, ka Van der Kolfs (Van der Colff et al., 2009) kā vienu no galvenajiem stresoriem māsām darbavietā minējis veselības riskus, kas saistīti ar ciešu kontaktu ar pacientiem.

Salīdzinot dažādās profesionālās darbības jomās strādājošo māsu atbildes, tika noskaidrots, ka faktora "inficēšanās risks" vidējie rādītāji operāciju zālē strādājošo māsu apakšgrupā ir statistiski nozīmīgi augstāki, salīdzinot ar pārējo apakšgrupu vidējiem rādītājiem ( $p<0,05$ ), izņemot bērnu aprūpes māsu apakšgrupu. Iespējams, ka tas saistīts ar to, ka operāciju māsu darbs ietver daudzu funkciju veikšanu, kas paaugstina risku inficēties, līdz ar to šajā jomā strādājošo māsu atbilžu vērtības ir augstākas nekā citās jomās strādājošo. Tomēr, apskatot vidējo aritmētisko salīdzinājumu dažādu profilu māsu apakšgrupām, var konstatēt, ka internās aprūpes māsām un garīgās veselības aprūpes māsām, faktors "inficēšanās risks" ir otrais nozīmīgākais, citu profilu māsu apakšgrupām (izņemot intensīvās terapijas māsas) šis faktors ir ar visaugstāko vidējo aritmētisko.

Par otru būtiskāko faktoru respondenti atzinuši "darbam neadekvātu atalgojumu", šo faktoru kopumā atzīmējuši 217 ( $n=241$ ), bet ar maksimālo vērtējumu "10" — 54 (22,4%) no aptaujātajiem. Vidējais aritmētiskais šim faktoram ir 6,74 ( $SD=3,33$ ). Tomēr internās aprūpes māsu apakšgrupā, garīgās veselības aprūpes māsām un citā profilā strādājošajām māsām šis faktors ir ar visaugstākajiem vidējiem rādītājiem, šo profilu māsu atzīst to par visbūtiskāko.

Salīdzinot dažādās profesionālās darbības jomās strādājošo māsu atbildes, tika noskaidrots, ka faktora "darbam neadekvāts atalgojums" vidējie rādītāji bērnu aprūpes māsu apakšgrupā ir statistiski nozīmīgi augstāki, salīdzinot ar ambulatorajā aprūpē un operāciju zālē strādājošo māsu rādītājiem ( $p < 0,05$ ). Līdzīga situācija ir arī salīdzinot ambulatorās aprūpes māsu vidējos rādītājus un cita profila māsu rādītājus, kurām vidējie rādītāji šajā faktorā ir augstāki nekā ambulatorās aprūpes māsām ( $p < 0,05$ ).

"Emocionāli intensīvs darbs ar cilvēkiem" kopumā atzīmēts 179 reizes ( $n=241$ ), maksimālo vērtējumu "10" ieguvis 19 reizes (7,9%), šī faktora vidējais aritmētiskais  $M=4,41$  ( $SD=3,58$ ). Vērtējot vidējos rādītājus, šis faktors ambulatorās aprūpes māsu, garīgās veselības aprūpes māsu un cita profila māsu apakšgrupām ierindojas trešajā vietā pēc vidējiem rādītājiem un atzīmēšanas biežuma. Salīdzinot dažādās jomās strādājošo māsu atbildes, tika noskaidrots, ka faktora "emocionāli intensīvs darbs ar cilvēkiem" vidējie rādītāji ir statistiski nozīmīgi augstāki ambulatorās aprūpes māsu un garīgās veselības aprūpes māsu apakšgrupās, salīdzinot ar operāciju zālē strādājošajām māsām ( $p < 0,05$ ).

Garīgās veselības aprūpes māsām darba vides un izdegšanu veicinošie faktori varētu atšķirties no citās jomās strādājošo māsu izdegšanas faktoriem, galvenokārt — darba specifikas dēļ. Visas dienas garumā saskaroties ar pacientu sašķelto priekšstatu par īstenību, viņu trauksmi, bailēm un depresiju, rodas pretreakcija tajos aprūpētajos, kas nevēlas sistemātiski izslēgt savas jūtas (Kulbergs, 2001). Ikdienā izjust draudus, ka kāds pacients var kļūt agresīvs un varmācīgs, vai aprūpējot pacientu, kurš intensīvi ievirzīts uz pašnāvniecisku rīcību, parasti nozīmē atrasties ilgstošas, hroniskas spriedzes stāvoklī (Kulbergs, 2001).

Savukārt ambulatorās aprūpes māsām lielu ikdienas darba daļu veido komunikācija (tieša, telefoniska, elektroniska) ar dažāda vecuma pacientiem, kas griežas pēc palīdzības primārās veselības aprūpes līmenī. Līdz ar to ambulatorās aprūpes māsu atzīmējušas faktoru "emocionāli intensīvs darbs ar cilvēkiem" kā trešo nozīmīgāko.

Vismazāk atzīmētie faktori bija "konflikti, nesaskaņas ar pacientiem", "problēmas saskarsmē ar administrāciju", "problēmas saskarsmē ar kolēģiem, konflikti ar kolēģiem", "neskaidrs pienākumu sadalījums", "konflikti ar pacientu piederīgajiem", "sociālo lomu neviennozīmība". Jāsecina, ka dotās izlases māsu uzskata šos faktorus par mazāk nozīmīgiem, vai arī — ikdienas darbā efektīvi risina komunikācijas problēmas un konfliktus, līdz ar to neuztver šos faktorus kā būtiskākos. Raugoties no Maslova motivācijas teorijas viedokļa (Reņģe, 1999), viennozīmīgi svarīgākās ir

fizioloģiskās pamatvajadzības, ko persona var nodrošināt, ja ir pietiekošs atalgojums, adekvāta slodze, nākamajam līmenim atbilst drošības vajadzības — infekciju risks un ergonomiski piemērota darba vide, un tikai pēc tam seko sociālās un piederības vajadzības, kurām varētu pieskaitīt komunikāciju, konfliktu vadīšanu un risināšanu.

### **Maslačas izdegšanas aptaujas rezultāti**

Analizējot Maslačas izdegšanas aptaujas rādītājus dotajā mūsu izlasē ( $n=587$ ) tika noskaidrots, ka aritmētiskie vidējie aptaujas apakšskalās bija 22,75 ( $SD=10,75$ ) emocionālā izsūkuma apakšskalā un 7,52 ( $SD=5,30$ ) depersonalizācijas apakšskalā, bet personisko panākumu apakšskalā vidējais aritmētiskais bija 34,57 ( $SD=8,22$ ).

Lai salīdzinātu dotās izlases mūsu rezultātus ar literatūrā pieejamajiem datiem par Maslačas izdegšanas aptaujas rezultātiem mūsu populācijā, tikai izveidota tabula (skat. 3.1. tabulu). Dotās mūsu izlases vidējie rādītāji kopumā ir salīdzināmi ar literatūrā pieejamajiem datiem.

Augstāki emocionālā izsūkuma rādītāji, salīdzinot ar dotās izlases datiem, ir konstatēti pētījumos, kas veikti Nīderlandē, ASV, Ungārijā un Grieķijā, savukārt zemāki rādītāji — Turcijā, Polijā un Beļģijā veiktajos pētījumos. Tas varētu būt skaidrojams ar dažādu ekonomisko situāciju valstīs, kā arī ar māsas darba specifiku, atalgojuma apjomu un citiem faktoriem. Iespējams, ka rādītājus ietekmē arī izlašu vecuma sadalījums un darba pieredze, jo literatūrā minēts, ka gados jaunāki profesionāļi ir vairāk pakļauti riskam (Schaufeli, & Enzmann, 1998; Potter, 2006; Bush, 2009).

Depersonalizācijas vidējie rādītāji dotajā izlasē ir augstāki salīdzinājumā ar Nīderlandē, Turcijā, Polijā, Ungārijā un Beļģijā veiktajiem pētījumiem. Tas varētu būt skaidrojams ar dotās izlases mūsu ikdienas darba specifiku — lielu aprūpējamo pacientu skaitu, garākām darba stundām, salīdzinot ar iepriekšminētajām valstīm.

Personisko panākumu apakšskalas rādītāji ir samērā augsti, salīdzinot ar pārējo pētījumu datiem (augstāki rādītāji ir tikai ASV, Ungārijā un Grieķijā), kas norāda, ka dotās izlases māsas kopumā vairāk ir tendētas uz izaugsmi, profesionālo pilnveidi un attīstību.

Pētījumā noskaidrots, ka nepastāv statistiski nozīmīgas atšķirības Maslačas izdegšanas aptaujas depersonalizācijas vai personisko panākumu apakšskalu vidējos rādītājos starp dažādu vecumposmu mūsu grupām (skat. 2.13. tabulu), līdz ar to jāsecina, ka vecums nav uzskatāms par noteicošo faktoru mūsu dehumanizācijas, cinisma attīstībai vai personisko panākumu uztveres redukcijai dotajā mūsu izlasē.

Tomēr mūsu grupai vecumā 51-60 gadi ir statistiski nozīmīgi augstāki vidējie rādītāji emocionālā izsīkuma apakšskalā, salīdzinot ar mūsu grupu vecumā 41-50 gadi ( $p < 0,05$ ), lai gan literatūrā atrodami dati, ka gados jaunāki profesionāļi ir vairāk pakļauti izteiktākam izdegšanas riskam (Schaufeli, & Enzmann, 1998; Potter, 2006; Bush, 2009).

3.1. tabula

**Maslačas izdegšanas aptaujas apakšskalu vidējie aritmētiskie un standartnovirzes salīdzinājumā ar iepriekš veiktajiem pētījumiem**

<b>Pētījums (autors, gads, valsts)</b>	<b>Izlases apjoms (n)</b>	<b>Emocionālā izsīkuma apakšskalas M un SD</b>	<b>Depersonalizācijas apakšskalas M un SD</b>	<b>Personisko panākumu apakšskalas M un SD</b>
Dotais pētījums Circenis (2012) Latvija	587	22,75±10,75	7,52±5,30	34,57±8,22
Ksiazek et al. (2011) Polija	60	M=18,60	M=6,53	M=27,03
Kovacs et al. (2010) Ungārija	76	24,01±11,48	6,28±9,32	36,77±9,29
Bratis et al. (2009) Grieķija	95	26,34±11,66	10,83±6,37	33,79±8,51
Van Bogaert et al. (2009) Beļģija	401	13,05±8,07	4,72±4,15	34,34±5,74
Van der Colff, & Rothmann (2009) Dienvidāfrikas republika	818	22,15±11,28	4,86±4,46	22,6±5,20
Browning et al. (2007) ASV	100	M=26,81	M=11,98	M=37,90
Alimoglu, & Donmez (2005) Turcija	141	19,20±6,90	5,20±3,60	20,80±4,00
Tselebis et al. (2001) Grieķija	62	21,83±9,94	8,07±6,30	35,36±6,54
Schaufeli, & Enzmann, (1998) Nīderlande	1542	23,80±11,80	7,13±6,25	13,53±8,15

Turklāt saskaņā ar literatūras datiem, paaugstināts risks pastāv jaunajiem speciālistiem, kuri uzsāk savu profesionālo darbību, kā arī speciālistiem, kuri pāriet strādāt jaunā darba vietā (Rudman, & Gustavsson, 2011). Māsām ar darba pieredzi 31-40 gadi ir statistiski nozīmīgi augstāki vidējie rādītāji emocionālā izsīkuma apakšskalā, salīdzinot ar māsām, kuru darba pieredze ir 11-20 un 21-30 gadi ( $p < 0,05$ ). Jāsecina, ka dotās izlases māsām, kuras praktizē profesijā 31-40 gadus ir raksturīgs izteiktāks

emocionālais izsīkums. Teorētiski, visu trīs dimensiju izdegšanas simptomiem vajadzētu pazemināties līdz ar vecuma vai darba pieredzes pieaugumu, bet īpaši izteikti – depersonalizācijas un emocionālā izsīkuma apakšskalās (Schaufeli, & Enzmann, 1998). Tas sasaucas arī ar dotās izlases Beka depresijas aptaujas rezultātiem, kur māsām ar ilgāku darba pieredzi bija augstāki vidējie rādītāji somatiski produktīvajā apakšskalā. Iespējams, ka gados vecākām māsām ar ilgāku darba pieredzi, ilgstoši strādājot profesijā, emocionālais izsīkums vairāk saistīts ar depresivitāti, nevis ar neatbilstību starp sagaidāmo un realitāti, kā tas mēdz būt gados jauniem, nesen praktizēt sākušiem indivīdiem.

Māsu grupai ar darba pieredzi 11-20 gadi ir statistiski nozīmīgi augstāki vidējie rādītāji personīgo panākumu apakšskalā ( $p < 0,05$ ), salīdzinot ar māsām, kurām darba pieredze ir līdz 10 gadiem. Tātad māsām, kuras strādā profesijā īsāku laiku, ir izteiktāka izdegšana personisko sasniegumu apakšskalā, salīdzinot ar ilgāk praktizējošām kolēģēm. Šajā gadījumā darbiniekam sāk attīstīties negatīvs priekšstats par saviem panākumiem darbā (Cordes, & Dougherty, 1993), vai arī sāk zust ticība savām vēlmēm, gaidām, pazeminās darba spējas, pasliktinās attiecību kvalitāte (Maslach, & Leiter, 1997).

Depersonalizācijas apakšskalā statistiski nozīmīgas atšķirības saistībā ar dažāda ilguma darba pieredzi netika konstatētas. Tas nozīmē, ka dotās izlases māsām darba pieredze nav uzskatāma par ietekmējošo faktoru depersonalizācijas, dehumanizācijas attīstībai.

Analizējot vidējos rādītājos starp dažāda profesionālās darbības profila māsu grupām, statistiski nozīmīgas atšķirības vērojamas visu triju apakšskalu rādītājos. Jāatzīmē, ka statistiski nozīmīgi augstāki vidējie rādītāji emocionālā izsīkuma apakšskalā ir māsām, kas strādā bērnu aprūpē, interno slimību pacientu aprūpē, kā arī cita profila māsām (šajā grupā apvienotas dažādās jomās strādājošas māsas, kuras neiekļāvās kādā no septiņām māsu pamatspecialitātēm vai arī skaitliski neveidoja pietiekami reprezentablu apakšgrupu). Šie dati sasaucas ar Denverā (ASV) veiktā pētījuma, kurā piedalījās 332 praktizējošās māsas, datiem – izdegšanas sindroma mērījumos augstāki rādītāji emocionālā izsīkuma skalā un personisko sasniegumu apakšskalā bija slimnīcā strādājošām māsām, salīdzinot ar ambulatori praktizējošām, bet depersonalizācijas apakšskalā – ambulatori strādājošajām māsām (Mealer, Burnham, Goode, Rothbaum, & Moss, 2009).



Savukārt depersonalizācijas apakšskalā vērojami statistiski nozīmīgi augstāki vidējie rādītāji internās aprūpes māsām, salīdzinot ar ambulatorās aprūpes, garīgās veselības aprūpes, ķirurģiskās aprūpes un operāciju māsām ( $p < 0,01$ ). Jāmin, ka izteiktāki izdegšanas rādītāji emocionālā izsīkuma un depersonalizācijas dimensijās ir neatliekamās palīdzības nodaļu māsām, salīdzinot ar paplašinātās prakses māsām (nurse practitioner) un māsām vadītājam (Browning et al., 2007). Statistiski nozīmīgi augstāki vidējie rādītāji ambulatorās aprūpes māsām, salīdzinot ar garīgās veselības aprūpes māsām, kā arī operāciju māsām, salīdzinot ar internās aprūpes māsām, vērojami arī personīgo panākumu apakšskalā ( $p < 0,01$ ).

Salīdzinot dotās izlases garīgās veselības aprūpes māsu izdegšanas rādītājus ar literatūras datiem (Hanrahan et al., 2010), konstatēts, ka emocionālā izsīkuma apakšskalā dotās izlases vidējie rādītāji ir augstāki ( $M=21,11$ ;  $SD=9,73$ ) nekā ASV garīgās aprūpes māsu izlasē ( $M=20,80$ ;  $SD=12,10$ ), tāpat arī depersonalizācijas apakšskalas rādītāji ( $M=7,44$ ;  $SD=5,41$ ) ir salīdzinoši augstāki ( $M=4,81$ ;  $SD=4,80$ ) dotajā izlasē. Savukārt personisko sasniegumu apakšskalā ASV garīgās veselības aprūpes māsu vidējie ir augstāki ( $M=37,40$ ;  $SD=7,50$ ) nekā dotā pētījuma izlases rādītāji ( $M=32,25$ ;  $SD=8,89$ ). Iespējams, ka atšķirīgie rezultāti skaidrojami gan ar māsu noslodzes, gan aprūpes modeļu atšķirībām, kā arī atbalsta sistēmas un supervīziju pieejamību garīgās veselības aprūpes māsām ASV.

### **Beka depresijas aptaujas rezultāti**

Analizējot Beka depresijas aptaujas rādītājus dotajā māsu izlasē, ( $n=341$ ) tika noskaidrots, ka aritmētiskie vidējie aptaujas apakšskalās bija 6,02 ( $SD=5,00$ ) kognitīvajā apakšskalā un 5,06 ( $SD=3,91$ ) somatiski produktīvajā apakšskalā, bet kopējais aptaujas vidējais aritmētiskais bija 11,07 ( $SD=8,23$ ).

Salīdzinot vidējos rādītājus ar pieejamajiem datiem par Beka depresijas aptaujas rādītājiem citās izlasēs Latvijā, jāsecina, ka dotās māsu izlases vidējie rādītāji ir salīdzināmi ar studentu izlasi (Voitkāne, 2004), kur depresivitātes vidējie rādītāji ( $M$ ) svārstās no 7,10 līdz 18,85 ( $SD$  ir no 4,30 līdz 10,65).

Salīdzinot dotās izlases māsu rezultātus ar literatūrā pieejamajiem datiem par Beka depresijas aptauju rezultātiem māsu populācijā, jāsecina, ka Latvijas māsu izlases dati liecina par augstāku depresivitātes līmeni. Veicot praktizējošu māsu ( $n=95$ ) aptauju 2009. gadā pētījuma autori (Bratis et al., 2009) ieguvuši zemākus rādītājus ( $M=8,47$ ;  $SD=6,57$ ), tāpat arī 2001. gada dati (Tselebis et al., 2001) liecina par zemākiem

vidējiem rādītājiem praktizējošu māsu izlasē ( $n=62$ ;  $M=8,00$ ;  $SD=6,88$ ). Iespējams, ka augstāki depresivitātes rādītāji dotajā Latvijas māsu izlasē saistāmi ar sociālekonomisko situāciju valstī laikā, kad tika ievākti dati. Slimnīcu reorganizācija, neziņa un neskaidrība par stabilas darbavietas nākotni būtu uzlūkojami kā iespējamie saistītie faktori. Tāpat, analizējot datus, jāņem vērā sociālkulturālās atšķirības.

Pētījumā noskaidrots, ka nepastāv statistiski nozīmīgas atšķirības apakšskalu vai kopējos Beka depresijas aptaujas vidējos rādītājos starp dažādu vecumposmu māsu grupām, līdz ar to jāsecina, ka vecums nav uzskatāms par noteicošo faktoru māsu depresīvo simptomu attīstībai dotajā māsu izlasē. Tai pat laikā jāatzīmē, ka māsām ar darba pieredzi 31-40 gadi ir statistiski nozīmīgi augstāki Beka depresijas aptaujas somatiskās apakšskalas vidējie rādītāji, salīdzinot ar māsām, kas strādā profesijā 11-20 gadus ( $p<0,05$ ) un 0-10 gadus ( $p<0,01$ ), kas nozīmē, ka māsas ar lielāku darba pieredzi vairāk izjūt somatiskos depresijas simptomus, tādus kā apetītes izmaiņas, nogurums, miega traucējumi u. c.

No pētījuma datiem arī var secināt, ka nav vērojamas statistiski nozīmīgas atšķirības Beka depresijas aptaujas apakšskalu vai kopējos BDI vidējos rādītājos starp dažādos profesionālās darbības profilos strādājošajām māsām, lai gan skaitliski visaugstākie vidējie aritmētiskie ir operāciju zālē strādājošajām māsām. Jāatzīmē, ka literatūrā atrodami dati par atšķirībām depresijas vidējos rādītājos dažādu profilu māsām, piemēram, depresijas simptomi izrādījās vairāk izteikti neatliekamās palīdzības nodaļu māsām (Browning et al., 2007), kā arī ASV, kur aptaujātas praktizējošas māsas, depresijas rādītāji bija augstāki slimnīcā strādājošajām māsām, salīdzinājumā ar ambulatori strādājošajām māsām, savukārt trauksmes rādītāji bija augstāki ambulatori strādājošajām māsām (Mealer et al., 2009).

### **Trauksmes stāvokļa-iezīmes pašnovērtējuma aptaujas rezultāti**

Trauksmes stāvokļa-iezīmes pašnovērtējuma aptauju (Spilbergera trauksmes aptauju) aizpildīja 381 praktizējoša māsa, vecumā no 22 līdz 58 gadiem ( $M=39,86$ ;  $SD=8,63$ ), ar darba pieredzi māsas profesijā no dažiem mēnešiem līdz 35 gadiem ( $M=16,14$ ;  $SD=8,87$ ). Analizējot rezultātus, jāsecina, ka nepastāv statistiski nozīmīgas atšķirības trauksmes stāvokļa-iezīmes aptaujas situatīvās (stāvokļa) trauksmes un bāziskās (iezīmes) trauksmes apakšskalu vidējos rādītājos starp dažāda vecumposma respondentu apakšgrupām. Tātad dotās izlases māsām vecums nav uzskatāms par būtisku faktoru, kas ietekmē trauksmes rādītājus.

Māsām ar darba pieredzi 31-40 gadi ir statistiski nozīmīgi augstāki vidējie rādītāji situatīvās trauksmes apakšskalā, salīdzinot ar māsu grupu, kuras profesijā strādā līdz 10 gadiem ( $p < 0,05$ ), kā arī statistiski nozīmīgi augstāki vidējie rādītāji bāziskās trauksmes apakšskalā, salīdzinot ar māsām, kuras praktizē 11-20 gadus ( $p < 0,05$ ).

Jāsecina, ka māsām ar darba stāžu 31-40 gadi ir augstāki trauksmes rādītāji (gan stāvokļa, gan iezīmes), salīdzinot ar māsām, kuru darba stāžs ir mazāks. Jāņem vērā gan tas, ka šī apakšgrupa bija skaitliski vismazākā (6,3%), salīdzinot ar pārējām.

Statistiski nozīmīgas atšķirības trauksmes stāvokļa-iezīmes pašnovērtējuma aptaujas bāziskās trauksmes apakšskalas vidējos rādītājos starp dažādās profesionālās darbības jomās strādājošajām māsām netika konstatētas. Operāciju zālē strādājošajām māsām ir statistiski nozīmīgi augstāki situatīvās trauksmes rādītāji, salīdzinot ar ambulatorās aprūpes māsām un garīgās veselības aprūpes māsām ( $p < 0,01$ ), ko varētu skaidrot ar operāciju māsu darba specifiku. Lai gan ASV, veiktajā aptaujā, trauksmes rādītāji bija augstāki ambulatori strādājošām māsām salīdzinājumā ar stacionāra māsām (Mealer et al., 2009), dotajā izlasē ambulatoro māsu trauksmes rādītāji statistiski nozīmīgi neatšķiras no citu specialitāšu māsu rādītājiem.

Vidējā aritmētiskā rādītāji trauksmes-stāvokļa skalai saskaņā ar Škuškovnikas (Škuškovnika, 2004) datiem sieviešu izlasē Latvijā ir 38,43 vecuma grupā no 19 līdz 39 gadiem ( $n=594$ ). Māsu izlasē vecumā 21-30 gadi ( $n=58$ ) trauksmes-stāvokļa skalai  $M=44,12$  ( $SD=10,12$ ) un vecuma grupā 31-40 gadi ( $n=152$ )  $M=45,73$  ( $SD=10,98$ ). Savukārt respondentēm vecuma grupā no 40 līdz 49 gadiem vidējā aritmētiskā rādītāji ir 36,74 ( $n=84$ ), bet vecuma grupā 50-69 gadi – 35,18 ( $n=17$ ) (Škuškovnika, 2004). Māsu izlasē vecumā 41-50 gadi ( $n=125$ ) trauksmes-stāvokļa skalai  $M=46,04$  ( $SD=10,81$ ) un vecuma grupā 51-60 gadi ( $n=46$ )  $M=47,63$  ( $SD=11,55$ ). Kā redzams, situatīvās trauksmes rādītāji māsu izlasē ir ievērojami augstāki, salīdzinot ar pieejamajiem datiem par līdzīga vecuma izlasi Latvijā.

Saskaņā ar Škuškovnikas datiem (Škuškovnika, 2004), vidējā aritmētiskā rādītāji trauksmes-iezīmes skalai ir 43,00 (sievietēm vecuma grupā no 19 līdz 39 gadiem,  $n=594$ ). Māsu izlasē ir nedaudz augstāki rādītāji, vecumā 21-30 gadi ( $n=58$ ) trauksmes-iezīmes skalai  $M=45,35$  ( $SD=9,21$ ) un vecuma grupā 31-40 gadi ( $n=152$ )  $M=44,24$  ( $SD=9,89$ ). Savukārt respondentēm vecuma grupā no 40 līdz 49 gadiem vidējā aritmētiskā rādītāji ir 40,73 sievietēm ( $n=84$ ), bet vecuma grupā 50-69 gadi – 42,12 sievietēm ( $n=17$ ) (Škuškovnika, 2004). Māsu izlasē vecumā 41-50 gadi ( $n=125$ ) trauksmes-iezīmes skalai  $M=44,43$  ( $SD=9,95$ ) un vecuma grupā 51-60 gadi ( $n=46$ )

M=46,50 (SD=9,27). Jāsecina, ka māsu izlases rezultāti šajās vecuma grupās liecina par augstāku trauksmes iezīmes (bāziskās trauksmes) līmeni māsām, salīdzinot ar citas izlases datiem Latvijā.

Situatīvās trauksmes rādītāju atšķirības jāskaidro ar māsu profesijas un darba specifiku, jo ikdienā jāsasaskaras ar spriedzes situācijām un pārslodzi, kas var paaugstināt trauksmes līmeni. Atšķirības trauksmes-iezīmes rādītājos ir grūtāk skaidrojamas — iespējams, ka dotās māsu izlases respondentiem paaugstināta trauksmainība ir personības iezīme un to nevar attiecināt uz visu māsu izlasi kopumā.

### Profesionālās dzīves kvalitātes skalas rezultāti

Profesionālās dzīves kvalitātes skalu kopumā aizpildīja 500 praktizējošas māsas, sievietes vecumā no 22 līdz 68 gadiem (M=42,72; SD=8,50). Līdzjūtības gandarījuma apakšskalas, izdegšanas apakšskalas un sekundārā traumatiskā stresa apakšskalas vidējie rezultāti un to salīdzinājums ar literatūrā atrodamajiem datiem sniegts 3.1. tabulā.

3.1. tabula

### Profesionālās dzīves kvalitātes skalas apakšskalu vidējie aritmētiskie un standartnovirzes salīdzinājumā ar iepriekš veiktajiem pētījumiem

Pētījums (autors, gads, valsts)	Izlases apjoms (n)	Līdzjūtības gandarījuma apakšskalas M un SD	Izdegšanas apakšskalas M un SD	Sekundārā traumatiskā stresa apakšskalas M un SD
Dotais pētījums Circenis (2012) Latvija	500	37,41±7,94	22,74±6,43	19,37±6,58
Burtson, & Stichler (2010) ASV	126	37,94±7,65	23,11±7,09	14,64±7,44
Stamm (2010) ASV	463	37,00±7,00	22,00±6,00	13,00±6,00
Thomas, & Otis (2010) ASV	171	39,46±6,69	18,80±6,56	11,67±7,10
Yoder (2010) ASV	106	40,30±4,90	19,20±5,00	12,30±5,60

Pamatā Profesionālās dzīves kvalitātes skala lietota ASV, līdz ar to, analizējot atšķirības, jāņem vērā atšķirīgais māsu profesijas statuss, atalgojuma apjoms un noslodze darbā. Kā redzams 3.1. tabulā, tad līdzjūtības noguruma un izdegšanas

apakšskalu rādītāji būtiski neatšķiras, tomēr sekundārā traumatiskā stresa rādītāji dotajai māsu izlasei ir augstāki nekā pārējos pētījumos konstatētie.

Tā kā Profesionālās dzīves kvalitātes skala tika tulkota un adaptēta šī pētījuma ietvaros, lai pārbaudītu testa ticamību, kas raksturo testa skalu iekšējo saskaņotību, tika aprēķināts Kronbaha alfas koeficients. Salīdzinot datus ar skalas autoru sniegtajiem datiem, (Stamm, 2010, Bride et al., 2007), jāsecina, ka līdzjutības gandarījuma apakšskalai Kronbaha alfa ir 0,88 (abās izlasēs vienāda), izdegšanas apakšskalai — 0,75 (Stamm, 2010) un dotajā pētījumā — 0,71, bet sekundārā traumatiskā stresa apakšskalai — 0,81 (Stamm, 2010) un dotajā izlasē — 0,74. Visu apakšskalu Kronbaha alfas rādītāji ir pietiekoši augsti, kas liecina par testa skalu iekšējo saskaņotību. Tika aprēķinātas arī korelācijas starp apakšskalu rādītājiem, pielietojot Spīrmena korelācijas koeficientu. Korelācijas apakšskalu starpā ir statistiski nozīmīgas ( $p < 0,01$ ), pie tam līdzjutības nogurumu ietverošajās skalās (izdegšanas un sekundārā traumatiskā stresa apakšskalas) tā ir vidēji cieša, pozitīva ( $r = 0,58$ ). Tas liecina par abu apakšskalu savstarpējo saistību. Arī literatūrā atrodami līdzīgi dati, piemēram, pētījumā ASV, kurā tika aptaujātas 126 praktizējošas māsas (Burtson, & Stichler, 2010), lietojot Profesionālās dzīves kvalitātes skalu, tika apstiprināta cieša sakarība starp sekundārā traumatiskā stresa apakšskalas rādītājiem un izdegšanas apakšskalas rādītājiem ( $r = 0,62$ ;  $p < 0,01$ ).

Analizējot literatūras datus par Profesionālās dzīves kvalitātes skalas rezultātu interpretāciju, jāuzsver, ka pozitīvākais iespējamais rezultāts ir augstāki rādītāji līdzjutības gandarījuma apakšskalā un zemāki rādītāji izdegšanas un sekundārā traumatiskā stresa apakšskalās (Stamm, 2010), šāda kombinācija dotajā māsu izlasē netika konstatēta.

Analizējot datus par Profesionālās dzīves kvalitātes skalas vidējo rādītāju atšķirībām dažādu vecuma grupu māsām, kā arī māsām ar dažādu darba stāžu, tika konstatēts, ka nepastāv statistiski nozīmīgas atšķirības līdzjutības gandarījuma un izdegšanas apakšskalās. Tas sasaucas ar Maslačas izdegšanas aptaujas rezultātiem, kuros dažās aptaujas apakšskalās netika konstatētas statistiski nozīmīgas atšķirības dažādu vecumposmu māsām.

Savukārt sekundārā traumatiskā stresa apakšskalā tika konstatētas statistiski nozīmīgas atšķirības gan dažādu vecuma grupu starpā, gan māsām ar dažādu darba stāžu. Māsām, vecuma grupā 51 gads un vairāk, ir statistiski nozīmīgi augstāki rādītāji salīdzinājumā ar māsām vecuma grupās 21-30 un 41-50 gadi ( $p < 0,05$ ). Tāpat māsām ar

darba stāžu 31-40 gadi ir statistiski nozīmīgi augstāki rādītāji sekundārā traumatiskā stresa apakšskalā ( $p < 0,05$ ). Pēc literatūras datiem augstāki sekundārā traumatiskā stresa rādītāji un zemāki rādītāji pārējās divās apakšskalās liecina par to, ka darbinieks ir pakļauts negatīvai pieredzei darbā, kas var būt primāra trauma, apdraudējums, vai sekundāra trauma. Iespējams, ka šie cilvēki piedzīvo arī depresijas simptomus (Stamm, 2010). Tas sasaucas arī ar Beka depresijas aptaujas rezultātiem, kur māsām ar ilgāku darba pieredzi bija augstāki vidējie rādītāji somatiski produktīvajā apakšskalā.

Izdegšanas apakšskalā un sekundārā traumatiskā stresa apakšskalā statistiski nozīmīgas atšķirības starp dažāda profesionālās darbības profila māsu grupām nepastāv. Jāatzīmē, ka garīgās veselības aprūpes māsu vidējie rādītāji līdzjutības gandarījuma apakšskalā ir statistiski nozīmīgi zemāki, salīdzinot ar visām citām māsu grupām ( $p < 0,01$ ), kas varētu būt skaidrojams ar garīgās veselības aprūpes māsu darba specifiku.

### **Profesionālās dzīves kvalitātes psihosociālo aspektu sakarības**

Veicot korelāciju analīzi starp māsu izlases ( $n=281$ ) Maslačas izdegšanas aptaujas, Beka depresijas aptaujas, Spilbergera trauksmes skalas un Profesionālās dzīves kvalitātes skalas rezultātiem tika konstatēts, ka nozīmīgākās pozitīvās korelācijas pastāv starp Maslačas izdegšanas aptaujas emocionālā izsīkuma apakšskalu un Beka depresijas aptauju ( $r=0,55$ ;  $p < 0,01$ ). Lai gan literatūrā ir sastopami atšķirīgi viedokļi par depresijas saistību ar izdegšanas sindromu, tomēr izdegšanas sindroms bieži tiek saistīts ar depresiju, trauksmi, muguras sāpēm, bezmiegu, atmiņas traucējumiem (Laschinger, & Grau, 2012).

Glass (Glass) un Maknaitis (McKnight) veicot pētījumu, kurā aptaujāja 4800 respondentus attiecībā uz izdegšanu un depresiju, konstatēja, ka 25,0% respondentu ir gan emocionālā izsīkuma komponents, gan depresija; savukārt depersonalizācija un personīgo panākumu komponents apvienojumā ar depresiju sastopams tikai 10,0% gadījumu. No iepriekšminētā tika izdarīti secinājumi, ka depresijai ir visai cieša saistība ar vienu no izdegšanas sindroma komponentiem – emocionālo izsīkumu, savukārt ar pārējiem komponentiem saistība nav tik cieša (Schaufeli, & Enzmann, 1998).

Jāatzīmē, ka arī Osvins (Oswin, 1978; kā minēts Schaufeli, & Enzmann, 1998) saista izdegšanas sindromu ar depresiju. Viņš aprakstīja „profesionālas depresijas sindromu” medicīnas māsām.

Literatūrā (Bratis et al., 2009) atrodami dati par korelāciju analīzi māsu izlasē ( $n=95$ ), kur konstatētas sekojošas sakarības starp Maslačas izdegšanas aptaujas

personisko sasniegumu apakšskalu un Beka depresijas aptauju  $r=-0,30$  ( $p<0,01$ ) un starp Beka depresijas aptauju un Maslačas izdegšanas aptaujas depersonalizācijas apakšskalu  $r=0,37$  ( $p<0,01$ ). Dotajā mūsu izlasē statistiski nozīmīgas korelācijas starp minētajiem rādītājiem netika konstatētas.

Korelācijas starp Maslačas izdegšanas aptaujas emocionālā izsīkuma apakšskalu un trauksmes skalas situatīvās trauksmes apakšskalu ( $r=0,47$ ;  $p<0,01$ ) kā arī trauksmes-iezīmes apakšskalu ( $r=0,52$ ;  $p<0,01$ ) vērtējamas kā statistiski nozīmīgas, vidēji ciešas.

Maslačas izdegšanas aptaujas emocionālā izsīkuma apakšskalas rādītāji korelē arī ar tās pašas aptaujas depersonalizācijas apakšskalas rādītājiem ( $r=0,51$ ;  $p<0,01$ ). Starp pārējām apakšskalam Maslačas izdegšanas aptaujā statistiski nozīmīgas korelācijas netika konstatētas.

Šos datus var salīdzināt ar Antālijas universitātes slimnīcā (Turcija) veiktās mūsu aptaujas rezultātiem ( $n=141$ ), kur korelācijas starp emocionālā izsīkuma apakšskalu un depersonalizācijas apakšskalu bija statistiski nozīmīgas, vidēji ciešas ( $r=0,58$ ;  $p<0,05$ ), savukārt korelācijas starp personīgo panākumu redukcijas apakšskalu un depersonalizācijas apakšskalu korelācija ir statistiski nozīmīga, negatīva ( $r=-0,43$ ;  $p<0,05$ ), bet starp personīgo panākumu redukcijas apakšskalu un emocionālā izsīkuma apakšskalu  $r=-0,47$  ( $p<0,05$ ) (Alimoğlu, & Donmez, 2005).

Arī citu autoru publicētajiem datos atrodamas līdzīgas sakarības starp Maslačas izdegšanas aptaujas emocionālā izsīkuma apakšskalas un depersonalizācijas apakšskalas rādītājiem – statistiski nozīmīgas, vidēji ciešas, pozitīvas, piemēram, 62 mūsu izlasē (Tselebis et al., 2001)  $r=0,60$  ( $p<0,05$ ) un 401 māsas izlasē (Van Bogaert et al., 2009)  $r=0,45$  ( $p<0,05$ ).

Maslačas izdegšanas aptaujas emocionālā izsīkuma apakšskalas rādītāji korelē arī ar Profesionālās dzīves kvalitātes izdegšanas apakšskalu ( $r=0,66$ ;  $p<0,01$ ) un sekundārā traumatiskā stresa apakšskalu ( $r=0,54$ ;  $p<0,01$ ).

Sabo uzskata, ka pastāv saistība arī starp izdegšanu un nogurumu aiz līdzjutības, māsām, kurām ir attīstījusies izdegšana, ir lielāks risks, ka attīstīsies līdzjutības nogurums (Sabo, 2006).

Nozīmīgas korelācijas tika konstatētas starp Profesionālās dzīves kvalitātes skalas līdzjutības gandarījuma apakšskalas rādītājiem un izdegšanas apakšskalas rādītājiem ( $r=-0,55$ ;  $p<0,01$ ), sekundārā traumatiskā stresa apakšskalas rādītājiem un izdegšanas apakšskalas rādītājiem ( $r=0,60$ ;  $p<0,01$ ). Dati ir salīdzināmi ar ASV veiktu pētījumu, kur tika aptaujāti 171 klīniskie sociālie darbinieki lietojot Profesionālās dzīves

kvalitātes skalu (Thomas, & Otis, 2010). Korelācija starp sekundārā traumatiskā stresa un izdegšanas apakšskalām bija  $r=0,65$  ( $p<0,01$ ), starp līdzjūtības gandarījumu un izdegšanu  $r=-0,73$  ( $p<0,01$ ), bet starp līdzjūtības gandarījuma un sekundārā traumatiskā stresa apakšskalu  $r=-0,37$  ( $p<0,01$ ) (Thomas, & Otis, 2010).

Korelācijas tika konstatētas starp Profesionālās dzīves kvalitātes skalas izdegšanas apakšskalu un Beka depresijas aptauju ( $r=0,53$ ;  $p<0,01$ ). Profesionālās dzīves kvalitātes sekundārā traumatiskā stresa apakšskalas rādītāji korelē Beka depresijas aptaujas rezultātiem ( $r=0,45$ ;  $p<0,01$ ) un trauksmes rādītājiem ( $r=0,46$ ;  $p<0,01$ ).

Jāsecina, ka mūsu izlasē pastāv sakarības starp izdegšanas sindroma emocionālā izsīkuma un depersonalizācijas komponentiem, proti, māsām ar izteiktāku emocionālo izsīkumu pastāv arī izteiktāka depersonalizācijas pakāpe. Tāpat pastāv sakarības starp izdegšanas sindroma emocionālā izsīkuma komponentu, depresiju un trauksmi — māsām ar izteiktāku emocionālo izsīkumu ir raksturīgi augstāki depresivitātes un trauksmainības rādītāji.

Pastāv sakarības starp izdegšanas sindroma emocionālā izsīkuma komponentu un sekundārā traumatiskā stresa līmeni, māsām ar augstākiem emocionālā izsīkuma rādītājiem ir augstāki sekundārā traumatiskā stresa rādītāji. Māsām ar augstākiem sekundārā traumatiskā stresa rādītājiem raksturīga augstāka depresivitāte un trauksmainība.

Pastāv negatīva sakarība starp līdzjūtības gandarījuma līmeni un izdegšanu, tas nozīmē, ka māsām, kurām ir augstāki līdzjūtības gandarījuma rādītāji, raksturīga mazāk izteikta izdegšana. Savukārt māsām ar augstākiem rādītājiem līdzjūtības gandarījuma apakšskalā ir raksturīgi augstāki rādītāji Maslačas izdegšanas aptaujas personīgo panākumu apakšskalā, kas norāda uz mazāku izdegšanu.

Māsām ar izteiktāku līdzjūtības nogurumu (izdegšana un sekundārais traumatiskais stress) raksturīga augstāka trauksmainība, augstāka depresivitāte un izteiktāks emocionālais izsīkums, tai pat laikā sekundārā traumatiskā stresa un depersonalizācijas saistība nav konstatēta.

### **Supervīziju nepieciešamība mūsu praksē**

Analizējot mūsu ( $n=241$ ) atbildes par supervīziju nepieciešamību mūsu praksē, jāsecina, ka lielākā daļa no respondentēm (59,8%) līdz aptaujas norisei nebija dzirdējušas par supervīzijām, līdz ar to nav pārsteidzoši, ka 95,5% no respondentiem



nebija apmeklējuši supervīzijas, kas domātas tieši māsām. Salīdzinājumam jāmin Lielbritānijas dati, kur Velsā veiktajā māsu aptaujā noskaidrots, ka 73,0% garīgās veselības aprūpes māsām ir pieredze klīniskajās supervīzijās pašreizējā darbavietā un 40,0% atzīmējuši arī šādu pieredzi iepriekšējā darbavietā (Edwards et al., 2006).

Literatūrā atrodamas liecības arī par klīniskajām supervīzijām garīgās veselības aprūpes māsu praksē, darba veselības un arodveselības māsu praksē, vispārējās prakses, kā arī interno slimību un ķirurģiskās aprūpes māsu praksē (Sloan, & Watson, 2002). Latvijā supervīzijas notiek psihologiem, psihoterapeitiem, kā arī sociālajiem darbiniekiem (Āboltiņa, 2010). Jāatzīmē, ka sākotnēji klīniskā supervīzija māsu praksē tika attīstīta garīgās veselības aprūpes māsām ASV un Lielbritānijā, tomēr mūsdienās klīniskās supervīzijas pielietojums ir paplašinājies arī attiecībā un citām veselības aprūpes jomām (Brunero, & Stein-Parbury, 2007).

Literatūrā (Awa et al., 2010) atrodamas liecības par to, ka darbiniekiem, kuri piedalās preventīvajās programmās, ir mazāk stresa simptomu nekā tiem, kuri šādās programmās nepiedalās. Klīniskā supervīzija, kā viens no preventīvajiem pasākumiem (Platt Koch, 1986), fokusējas uz praktizējoša profesionāļa zināšanu paplašināšanu, palīdz pilnveidot klīniskās prasmes, palīdz attīstīt autonomiju un pašapliecināties kā profesionālim.

Aptaujas anketā izglītojošos nolūkos tika iekļauts īss supervīzijas raksturojums, kas ļāva respondentiem labāk izprast uzdotos jautājumus par doto tēmu. Lielākā aptaujāto māsu daļa (93,4%) uzskata, ka supervīzijas būtu nepieciešamas.

## SECINĀJUMI

1. Profesionālās dzīves kvalitātes skala ir izmantojama Latvijas māsu izlasē profesionālās dzīves kvalitātes pētījumiem, jo promocijas darba ietvaros ir veikta tās tulkošana un adaptēšana, kā arī noskaidroti profesionālās dzīves kvalitātes vidējie rādītāji izlasē.

2. Aptaujātās māsas kā svarīgākos profesionālās dzīves psihosociālos aspektus ietekmējošos faktorus atzīmēja inficēšanās risku, darbam neadekvātu atalgojumu un emocionāli intensīvu darbu ar cilvēkiem.

3. Lai gan lielākā daļa respondentu (95,5%) nebija apmeklējuši supervīzijas pēdējos piecos gados, tomēr 93,4% no aptaujātajām personām uzskatīja supervīzijas par nepieciešamām māsu praksē Latvijā.

4. Māsu izlasē pastāv statistiski nozīmīgas sakarības starp profesionālās dzīves kvalitātes psihosociālajiem aspektiem:

- māsām ar izteiktāku emocionālo izsīkumu pastāv arī izteiktāka depersonalizācijas pakāpe, ir raksturīgi augstāki depresivitātes un trauksmainības rādītāji, augstāki sekundārā traumatiskā stresa rādītāji,
- māsām ar augstākiem sekundārā traumatiskā stresa rādītājiem raksturīga augstāka depresivitāte un trauksmainība,
- māsām, kurām ir augstāki līdzjūtības gandarījuma rādītāji, raksturīga mazāk izteikta izdegšana,
- māsām ar izteiktāku līdzjūtības nogurumu (izdegšana un sekundārais traumatiskais stress) raksturīga augstāka trauksmainība, augstāka depresivitāte un izteiktāks emocionālais izsīkums, tai pat laikā sekundārā traumatiskā stresa un depersonalizācijas saistība nav konstatēta.

5. Māsu izlasē pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības profesionālās dzīves kvalitātes psihosociālo aspektu rādītājos atkarībā no vecuma, darba pieredzes, profesionālās darbības profila:

- māsām vecuma grupā 51-60 gadi ir izteiktāks emocionālais izsīkums salīdzinot ar māsām vecuma grupā 41-50 gadi, kā arī augstāki sekundārā traumatiskā stresa rādītāji salīdzinājumā ar māsām vecumā 21-30 un 41-50 gadi,
- māsām ar darba pieredzi 31-40 gadi ir izteiktāks emocionālais izsīkums, salīdzinot ar 11-30 gadus praktizējošām māsām, augstāki depresivitātes rādītāji

(somatiskā apakšskala) salīdzinot ar māsām, kuras praktizē profesijā līdz 20 gadiem, izteiktāka trauksmainība (gan stāvoklis, gan iezīme), salīdzinot ar māsām, kuras praktizē profesijā līdz 20 gadiem un augstāki sekundārā traumatiskā stresa rādītāji nekā māsām, kuras praktizē līdz 10 gadiem,

- māsām ar darba pieredzi līdz 10 gadiem ir zemāki personisko panākumu rādītāji salīdzinot ar 11-20 gadus strādājošām māsām,
- operāciju māsām ir augstāki situatīvās trauksmes rādītāji, salīdzinot ar ambulatorajām un garīgās veselības aprūpes māsām,
- garīgās veselības aprūpes māsām ir zemāki līdzjutības gandarījuma rādītāji, salīdzinot ar ambulatorās aprūpes, ķirurģiskās aprūpes, operāciju māsām un cita profila māsām, kā arī zemāki personisko panākumu rādītāji, salīdzinot ar ķirurģiskās aprūpes un operāciju un ambulatorās aprūpes māsām,
- bērnu aprūpes māsām ir raksturīgs izteiktāks emocionālais izsīkums salīdzinot ar ambulatorās aprūpes māsām, izteiktāka depersonalizācija salīdzinot ar ambulatorās aprūpes un operāciju māsām, kā arī zemāki personisko panākumu rādītāji salīdzinot ar ambulatorās aprūpes māsām,
- internās aprūpes un cita profila māsām ir izteiktāks emocionālais izsīkums, salīdzinot ar ambulatorajām un garīgās veselības aprūpes māsām, kā arī izteiktāka depersonalizācija, salīdzinot ar ambulatorajām, garīgajām, ķirurģiskajām un operāciju māsām un zemāki rādītāji personisko panākumu dimensijā, salīdzinot ar ambulatorajām, ķirurģiskajām un operāciju māsām,
- cita profila māsām (šajā grupā apvienotas dažādās jomās strādājošas māsas, kuras nevarēja iekļaut kādā no septiņām mūsu pamatspecialitātēm vai arī skaitliski neveidoja pietiekami reprezentablu apakšgrupu) ir raksturīga izteiktāka depersonalizācija salīdzinot ar ambulatorās aprūpes un operāciju māsām, un zemāki rādītāji personisko panākumu dimensijā, salīdzinot ar ambulatorās aprūpes, ķirurģiskās aprūpes un operāciju māsām.

## PUBLIKĀCIJU SARAKSTS PAR PROMOCIJAS DARBA TĒMU

**Circenis K.,** Millere I., & Deklava L. Stress-related Psychological Disorders Among Surgical Care Nurses in Latvia. *Review of Global Medicine and Healthcare Research*; Vol. 2 No. 2 (2011). pp. 131-138

**Circenis K.,** & Millere I. Compassion fatigue, burnout and contributory factors among nurses in Latvia. *Procedia-Social and Behavioral Science Journal*; Vol. 30 (2011). pp. 2042-2046

**Circenis K.,** Deklava L., & Millere I. Izdegšanas sindroms, trauksme un depresija garīgās veselības aprūpes māsām. *Zinātniskie raksti: 2010. gada medicīnas nozares pētnieciskā darba publikācijas: Internā medicīna. Ķirurģija. Medicīnas bāzes zinātnes. Stomatoloģija. Farmācija / Rīgas Stradiņa universitāte.* – 1. sēj. – Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2011. 366-370 lpp.

**Circenis K.,** & Millere I. Profesionālās dzīves kvalitātes skalas adaptācija Latvijas māsu izlasē. *Zinātniskie raksti: 2011. gada medicīnas nozares pētnieciskā darba publikācijas: Internā medicīna. Ķirurģija. Medicīnas bāzes zinātnes. Stomatoloģija. Farmācija / Rīgas Stradiņa universitāte.* – 1. sēj. – Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2012.

**Circenis K.,** & Millere I. Stress related work environment factors: nurses survey results. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*. Vol. 4 No. 6 (2012) pp. 1150-1157

**Circenis K.,** Millere I., & Deklava L. Measuring the professional quality of life among Latvian nurses. Pieņemts publicēšanai *Procedia-Social and Behavioral Science Journal*.

## PUBLICĒTO TĒŽU SARAKSTS PAR PROMOCIJAS DARBA TĒMU

**Circenis K., Millere I., & Deklava L.** Burnout, depression, anxiety and sense of coherence among Latvian nurses. *Baltic NuRsE* 2008 (2)

**Circenis K., Millere I., & Deklava L.** Burnout, Compassion Fatigue and Chronic Fatigue Syndrome Among Latvian Health Care Professionals. XVIII Annual Conference of National Academy of Psychology, 2008

**Circenis K., Millere I., & Deklava L.** Izdegšanas sindroms un hroniska noguruma sindroms veselības aprūpes darbiniekiem. 2008. gada Rīgas Stradiņa universitātes Medicīnas nozares zinātniskās konferences tēzes

**Circenis K., Millere I., & Deklava L.** Burnout and compassion fatigue among Latvian nurses. *Psychology and Health*, Volume 24 Supplement 1 September 2009 (Abstract Book 23th Annual Conference of the European Health Psychology Society)

**Circenis K., Millere I., & Deklava L.** Depresija, trauksme un iekšējās saskaņotības izjūta praktizējošām māsām Latvijā. Rīgas Stradiņa universitātes 2009. gada Zinātniskās konferences tēzes

**Circenis K., Millere I., & Deklava L.** Depression, anxiety and burn out syndrome among Latvian nurses. *Archives of Medical Science*, February 2010 (6th Warsaw International Medical Congress for Young Scientists Abstract book)

**Circenis K., Deklava L., & Millere I.** Burn out syndrome and contributory work environment factors among psychiatry nurses. Book of Proceedings 9th Conference of the European Academy of Occupational Health Psychology, Rome, 2010

**Circenis K., Millere I., & Deklava L.** Izdegšanas sindroms, hroniska noguruma sindroms un nogurums aiz līdzjūtības praktizējošām māsām Latvijā. The 52nd International Scientific Conference of Daugavpils University, 2010

**Circenis K., Millere I., & Deklava L.** Darba vides riska faktori garīgās veselības aprūpes māsām. Rīgas Stradiņa universitātes 2010. gada Zinātniskās konferences tēzes

**Circenis K., & Millere I.** Compassion fatigue, burnout and contributory factors among nurses in Latvia. 2nd. World Conference on Psychology, Counselling and Guidance Abstracts Book (Academic world education & research center, 2011)

**Circenis K., Millere I., & Deklava L.** Stress-related Psychological Disorders Among Surgical Care Nurses in Latvia. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health* Vol. 3 No. 3 (2011)

**Circenis K., & Millere I.** Nogurums aiz līdzjūtības un izdegšanas sindroms praktizējošām māsām Latvijā. Rīgas Stradiņa universitātes 2011. gada Zinātniskās Konferences tēzes

**Circenis K., & Millere I.** Stress related work environment factors: nurses survey results. Abstracts of 5th International Online Medical Conference (2012)

**Circenis K., Millere I., & Deklava L.** Profesionālie riska faktori praktizējošām māsām: aptaujas rezultāti. RSU 2012. gada Zinātniskās konferences tēzes

**Circenis K., Millere I., & Deklava L.** Measuring the professional quality of life among Latvian nurses. 3rd World Conference on Psychology, Counselling and Guidance Abstracts Book (Academic world education & research center, 2012)

**Circenis K., Millere I., & Deklava L.** Professional Quality of Life and Stress-related Psychological Disorders Among Surgical Care Nurses in Latvia. 12th Congress of the Baltic Neurosurgical Association (Abstract book, 2012)

## UZSTĀŠANĀS KONFERENCĒS PAR PROMOCIJAS DARBA TĒMU

**Circenis K.,** Millere I., & Deklava L. Burnout, depression, anxiety and sense of coherence among Latvian nurses — mutisks referāts International conference Baltic contribution to nursing research, 2009. gada 22.-23. janvārī, Klaipēda, Lietuva.

**Circenis K.,** Millere I., & Deklava L. Izdegšanas sindroms, hroniska noguruma sindroms un nogurums aiz līdzjūtības praktizējošām māsām Latvijā — mutisks referāts Daugavpils universitātes 52. starptautiskajā zinātniskajā konferencē, 2010. gada 14.-16. aprīlī, Daugavpils, Latvija.

**Circenis K.,** Millere I., & Deklava L. Depression, anxiety and burn out syndrome among Latvian nurses — mutisks referāts 6th Warsaw International Medical Congress for Young Scientists, 2010. gada 06.-09. maijā, Varšava, Polija.

**Circenis K.,** Millere I., & Deklava L. Stress-related Psychological Disorders Among Surgical Care Nurses in Latvia — mutisks referāts 4th International Online Medical Conference (IOMC 2011), 2011. gada 5., 6., 12., 13. martā.

**Circenis K.,** & Millere I. Stress Related Work Environment Factors: Nurses Survey Results — mutisks referāts 5th International Online Medical Conference (IOMC 2012), 2012. gada 3., 4., 10., 11. martā.

**Circenis K.,** Millere I., & Deklava L. Measuring the professional quality of life among Latvian nurses — mutisks referāts 3rd World Conference on Psychology, Counselling and Guidance, 2012. gada 9.-12. maijā, Izmirā, Turcija.

**Circenis K.,** Millere I., & Deklava L. Professional quality of life and stress-related psychological disorders among surgical care nurses in Latvia — mutisks referāts 12th Congress of the Baltic Neurosurgical Association, 2012. gada 18.-20. maijā, Jūrmala, Latvija.

## IZMANTOTĀ LITERATŪRA

1. Aldwin M. C. (2000). *Stress, Coping and Development. An Integrative Perspective.* New York: The Guilford Press.
2. Alimoglu M. K., & Donmez L. (2005). Daylight exposure and the other predictors of burnout among nurses in a University Hospital. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 549–555.
3. Awa W. L., Plaumann M., & Walter U. (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Education and Counseling*, 78, 184–190.
4. Aycock N., & Boyle D. (2009). Interventions to Manage Compassion Fatigue in Oncology Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, Vol. 13, No. 2, 183–191.
5. Āboltiņa L. (2010). Mācīšanās principi sociālā darba supervīzijā. *Latvijas Universitātes raksti, 747. sējums Pedagoģija*, 20–31.
6. Ārstniecības likums.
7. Beck C. T. (2011). Secondary Traumatic Stress in Nurses: A Systematic Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. 25, No. 1, 1–10.
8. Bratis D., Tselebis A., Sikaras C., Moulou A., Giotakis K., Zoumakis E., & Ilias I. (2009). Alexithymia and its association with burnout, depression and family support among Greek nursing staff. *Human Resources for Health*, 7, 72–75.
9. Bride B. E., Radey M., & Figley C. R. (2007). Measuring Compassion Fatigue. *Clinical Social Work Journal*. 35, 155–163.
10. Browning L., Ryan C. S., Thomas S., Greenberg M., & Rolniak S. (2007). Nursing specialty and burnout. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 248–254.
11. Brunero S., & Stein-Parbury J. (2007). The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidenced based literature review. *Australian Journal Of Advanced Nursing*, 25(3), 86–94.
12. Buiķe I., & Baķe M. Ā. (2008). Latvijas veselības aprūpes darbinieku darbaspēju pašvērtējums un tā saistība ar darba vides riska faktoriem pēc 2002. gada un 2006. gada aptauju datiem. *Rīgas Stradiņa universitātes Zinātniskie raksti. 2008. gada medicīnas nozares pētnieciskā darba publikācijas.* Rīga, RSU, 274–284.
13. Burtson P. L., & Stichler J. F. (2010). Nursing work environment and nurse caring: relationship among motivational factors. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (8), 1819–1831.



14. Bush N. J. (2009). Compassion Fatigue: Are You at Risk? *Oncology Nursing Forum*, Vol. 36, No. 1, 24–28.
15. Butterworth C. A., & Faugier J. (1992). Clinical supervision and mentorship in nursing. Chapman & Hall, London.
16. Campkin M. (1986). Is there a place for Balint in vocational training? *Journal of the Association of Course Organizers*, 1, 100–104.
17. Circenis K. (2003). Medicīnas māsu iekšējās saskaņotības izjūtas saistības ar depresijas līmeni (bakalaura darbs). Latvijas Universitāte.
18. Coetzee S. K., & Klopper H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing and Health Sciences*, 12, 235–243.
19. Cordes C. L., & Dougherty T. W. (1993). A Review and an Integration of Research on Job Burnout. *The Academy of Management Review*, Vol. 18, No. 4, 621–656.
20. Cox K. S., Teasley S. L., Lacey S. R., Carroll C. A., & Sexton K. A. (2007). Work Environment Perceptions of Pediatric Nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, Vol 22, No 1, 9–14.
21. Darba vides riska faktori un strādājošo veselības aizsardzība (2001). Kaļķa V., Rojas Ž. redakcijā. Rīga: Elpa, 413–420 lpp.
22. Darling L. A. (1984). What do nurses want in a Mentor? *Journal of Nursing Administration*, Oct, Vol14, (10) 42–44.
23. Demir A., Ulusoy M., & Ulusoy M. F. (2003). Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 807–827.
24. Dominguez-Gomez E., & Rutledge D. N. (2009). Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 35, 199–204.
25. Edwards D., & Besseling E. (2001). Relationship between depression, anxiety, sense of coherence, social support and religious. *South African Journal of Psychology*, 31 (4), 62–71.
26. Edwards D., Burnard P., Hannigan B., Cooper L., Adams J., Juggessur T., Fothergil A., & Coyle D. (2006). Clinical supervision and burnout: the influence of clinical supervision for community mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1007–1015.

27. Elwood L. S., Mott J., Lohr J. M., & Galovski T. (2011). E. Secondary trauma symptoms in clinicians: A critical review of the construct, specificity, and implications for trauma-focused treatment. *Clinical Psychology Review*, 31: 25–36.
28. European Agency for Safety and Health at Work (2007). Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health; <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/7807118>
29. Figley C. R. (1995). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress*. Lutherville, MD: Sidran Press.
30. Figley C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care. *JCLP/In Session: Psychotherapy in Practice*, 58, 1433–1441.
31. Freudenberger H., & Richelson G. (1980). *Burn Out: The High Cost of High Achievement. What it is and how to survive it*. Bantam Books.
32. Garrosa E., Moreno-Jimenez B., Liang Y., & Gonzalez J. L. (2008). The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 418–427.
33. George R. L., & Cristiani T. S. (1995). *Counseling. Theory and practice*. Allyn & Bacon.
34. Grau-Alberola E., Gil-Monte P. R., Garcia-Juesas J. A., & Figueiredo-Ferraz H. (2010). Incidence of burnout in Spanish nursing professionals: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 1013–1020.
35. Gunusen N. P., & Ustun B. (2010). An RCT of coping and support groups to reduce burnout among nurses. *International Nursing Review*, 57, 485–492.
36. Halbesleben J. R. B., & Buckley M. R. (2004). Burnout in Organizational Life. *Journal of Management*, 30(6) 859–879.
37. Hanrahan N. P., Aiken L. H., McClaine L., & Hanlon A. L. (2010). Relationship between Psychiatric Nurse Work Environments and Nurse Burnout in Acute Care General Hospitals. *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 198–207.
38. Heponiemi T., Kouvonen A., Sinervo T., & Elovainio M. (2010). Do psychosocial factors moderate the association of fixed-term employment with work interference with family and sleeping problems in registered nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 1096–1104.

39. Hochwalder J. (2007). The psychosocial work environment and burnout among Swedish registered and assistant nurses: The main, mediating, and moderating role of empowerment. *Nursing and Health Sciences*, 9, 205–211.
40. Hooper C., Craig J., Janvrin D. R., & Wetsel M. A. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of Emergency Nursing*, 36(5), 420–427.
41. Houston G. (1990). *Supervision and Counselling*. The Rochester Foundation, London.
42. Iacovides A., Fountoulakis K. N., Kaprinis St., & Kaprinis G. (2003). The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of Affective Disorders*, 75, 209–221.
43. Ilustrētā svešvārdu vārdnīca (2005). Rīga: Avots.
44. Ivezić S. (1994). Importance Of Psychodynamic Education Of Psychiatric Nurses Working With The Acute Psychotic Patients. *Psiholoska Obzorja - Horizons of Psychology*, 2, 61–64.
45. Jennings B. M. (2008). Chapter 26. Work Stress and Burnout Among Nurses: Role of the Work Environment and Working Conditions Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses (Edited by Ronda G. Hughes).
46. Jones A. (2006). Group-format clinical supervision for hospice nurses. *European Journal of Cancer Care*, 15, 155–162.
47. Keris V. (2011). Latvijas veselības aprūpe mītos un realitātē. *Doctus*, 10, 59–63.
48. Kovacs M., Kovacs E., & Hegedus K. (2010). Emotion Work and Burnout: Cross-sectional Study of Nurses and Physicians in Hungary. *Croatian Medical Journal*, 51, 432–442.
49. Kravits K., McAllister-Black R., Grant M., & Kirk C. (2010). Self-care strategies for nurses: A psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout. *Applied Nursing Research*, 23, 130–138.
50. Ksiazek I., Stefaniak T. J., Stadnyk M., & Ksiazek J. (2011). Burnout syndrome in surgical oncology and general surgery nurses: A cross-sectional study. *European Journal of Oncology Nursing*, 15, 347–350.
51. Kulbergs J.(2001). *Dinamiskā psihiatrija*. Rīga: Jumava.
52. Laschinger H. K. S., & Grau A. L. (2012). The influence of personal dispositional factors and organizational resources on workplace violence, burnout, and health

- outcomes in new graduate nurses: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 282–291.
53. Latīņu valodas vārdnīca (1994). Sast. A. Gavrilovs. Rīga : Zvaigzne.
  54. Leiter M. P., & Maslach C. (2009). Nurse turnover: the mediating role of burnout. *Journal of Nursing Management*, 17, 331–339.
  55. Leiter M. P., Gascon S., & Martinez-Jarreta B. (2008). A two process model of burnout: their relevance to spanish and canadian nurses. *Psychology in Spain*, Vol. 12. No 1, 37–45.
  56. LEMON. (1996). Mācību materiāli māsām un vecmātēm. WHO.
  57. Maslach C., & Jackson S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal Of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
  58. Maslach C., & Leiter M. P. (1997). The truth about burnout. How organizations cause personal stress and what to do about it. San Francisco: Jossey-Bass.
  59. Maslach C., Jackson S.E. & Leiter M.P. (1996). Maslach Burnout Inventory Manual (3.ed). – California: Palo Alto.
  60. Mealer M., Burnham E. L., Goode C. J., Rothbaum B., & Moss M. (2009). The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *Depression and anxiety*, 26 : 1118–1126.
  61. Ministru kabineta noteikumi Nr. 268 " Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu".
  62. Najjar N., Davis W. L., Beck-Coon K., & Doebbeling C. C. (2009). Compassion Fatigue: A Review of the Research to Date and Relevance to Cancer-care Providers. *Journal of Health Psychology*, 14, 267–277.
  63. Northern Ireland Practice and Education Council (2007). The Review of Clinical Supervision for Nursing in the HPSS 2006 on behalf of the DHSSPS. Belfast, NIPEC.
  64. OSH in figures: stress at work — facts and figures. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2009. [http://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE-81-08-478-EN-C\\_OSH\\_in\\_figures\\_stress\\_at\\_work](http://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE-81-08-478-EN-C_OSH_in_figures_stress_at_work)
  65. Pētniecības terminu skaidrojošā vārdnīca (2011). Rīga: Raka.

66. Platt Koch L. M. (1986). Clinical supervision for Psychiatric Nurses. *Journal of Psychological Nursing*, 26, 1, 7–15.
67. Potter C. (2006). To what extent do nurses and physicians working within the emergency department experience burnout: A review of the literature. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 9, 57–64.
68. Potter P., Deshields T., Divanbeigi J., Berger J., Cipriano D., Norris L., & Olsen S. (2010). Compassion Fatigue and Burnout: Prevalence Among Oncology Nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, Volume 14, Number 5, 56–62.
69. Profesijas standarts MĀSA. Reģistrācijas numurs PS 0146
70. Purvanova R. K., & Muros J. P. (2010). Gender differences in burnout: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 77, 168–185.
71. Rabinowitz S., Kushnir T., & Ribak J. (1996). Preventing burnout: increasing professional self efficacy in primary care nurses in a Balint group. *AAOHNJ*, 44 (1), 28–32.
72. Raščevska M. (2005). Psiholoģisko testu un aptauju konstruēšana un adaptācija. Rīga: Raka.
73. Raščevska M., & Kristapsone S. (2000). Statistika psiholoģijas pētījumos. Rīga: Izglītības soļi, 356 lpp.
74. Reņģe V. (1999). Psiholoģija. Personības psiholoģiskās teorijas. Rīga: Zvaigzne ABC.
75. Reņģe V. (2007). Mūsdienu organizāciju psiholoģija. Rīga: Zvaigzne ABC.
76. Rice F., Cullen P., Mckenna H., Kelly B., Keeney S., & Richey R. (2007). Clinical supervision for mental health nurses in Northern Ireland: formulating best practice guidelines. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 516–521.
77. Rudman A., & Gustavsson J. P. (2011). Early-career burnout among new graduate nurses: A prospective observational study of intra-individual change trajectories. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 292–306.
78. Sabo B. M. (2006). Compassion fatigue and nursing work: Can we accurately capture the consequences of caring work? *International Journal of Nursing Practice*, 12, 136–142.
79. Savage J. (2003). A study of Balint seminar training as experiential learning for qualified nurses. Royal College of Nursing.

80. Schaufeli W. B., & Dierendonck D. (1995). A cautionary note about the cross-national and clinical validity of cut-off points for the Maslach burnout inventory. *Psychological reports*, 76, 1083–1090.
81. Schaufeli W. B., & Enzmann D. (1998). *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis (Issues in Occupational Health Series)*.
82. Sirola-Karvinen P., & Hyrkas K. (2006). Clinical supervision for nurses in administrative and leadership positions: a systematic literature review of the studies focusing on administrative clinical supervision. *Journal of Nursing Management*, 14, 601–609.
83. Sloan G., & Watson H. (2002). Clinical supervision models for nursing: structure, research and limitations. *Nursing Standard*, 17, 4, 41–46.
84. Spielberger C. D., Gorsuch R. L., & Lushene R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
85. Spielberger C. D., Reheiser E. C., Ritterband L. M., Sydeman S. J., & Unger K. K. (1995). Assessment of Emotional States and Personality Traits: Measuring Psychological Vital Signs. In Butcher, J.N. (Ed.) *Clinical Personality Assessment: Practical Approaches*. New York: Oxford University Press.
86. Sprang G., Clark J. J., & Whitt-Woosley A. (2007). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: factors impacting a professional's quality of life. *Journal of Loss and Trauma*, 12, 259–280.
87. Stamm B.H. (2010). *The Concise ProQOL Manual, 2nd Ed.* Pocatello, ID: The ProQOL.org.
88. Steer R. A., Ball R., Ranieri W. F., & Beck A. T. (1999). Dimensions of the Beck Depression Inventory-II in clinically depressed outpatients. *Journal of clinical psychology*, 55 (1), 117–28.
89. Stelcer B. (2011). Role Balint group hospice practice. *Progress in Health Sciences*, Vol 1, No 1, 171–174.
90. Škuškovnika D. (2004). Trauksme latviešiem un Latvijā dzīvojošiem krieviem. Promocijas darbs. Sociālā Psiholoģija. Latvijas Universitāte. Rīga.
91. Thomas J. T., & Otis M. D. (2010). Intrapsychic Correlates of Professional Quality of Life: Mindfulness, Empathy, and Emotional Separation. *Journal of the Society for Social Work and Research*, Volume 1, Issue 2, 83–98.
92. Tselebis A., Moulou A., & Ilias I. (2001). Burnout versus depression and sense of coherence: Study of Greek nursing staff. *Nursing and Health Sciences*, 3, 69–71.

93. Utināns A. (2005). Cilvēka psihe. Tās darbība, funkcionēšanas traucējumi un ārstēšanas iespējas. Rīga: Nacionālais apgāds.
94. Van Bogaert P., Meulemans H., Clarke S., Vermeyen K., & Van de Heyning P. (2009). Hospital nurse practice environment, burnout, job outcomes and quality of care: test of a structural equation model. *Journal of Advanced Nursing*, 65(10), 2175–2185.
95. Van der Colff J. J., & Rothmann S. (2009). Occupational stress, sense of coherence, coping, burnout and work engagement of registered nurses in South Africa. *SA Journal of Industrial Psychology*, 35 (1), 1–10.
96. Voitkāne S. (2004). Pašcieņas, pašpaļāvības saistības ar psiholoģisko labklājību un depresiju studentēm studiju sākuma posmā. *Latvijas Universitātes raksti 682. sējums "Psiholoģija"*, 41–51.
97. Von Klitzing W. (1999). Evaluation of reflective learning in a psychodynamic group of nurses caring for terminally ill patients. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (5), 1213–1221.
98. Yoder A.E. (2010). Compassion fatigue in nurses. *Applied Nursing Research*, 23, 191–197.
99. Брайт Дж., & Джонс Ф. (2003). Стресс теории, исследования, мифы. Москва: Олма-Пресс.
100. Годфрид М. (2003). Психология и психиатрия. Терминологический словарь. Москва, Санкт-Петербург: Питер.
101. Гринберг Дж. (2002). Управление стрессом. Санкт-Петербург: Питер.
102. Ховкинс П., & Шохет Р. (2002). Супервизия индивидуальный, групповой и организационный подходы. Санкт-Петербург: Реч.

## PATEICĪBAS

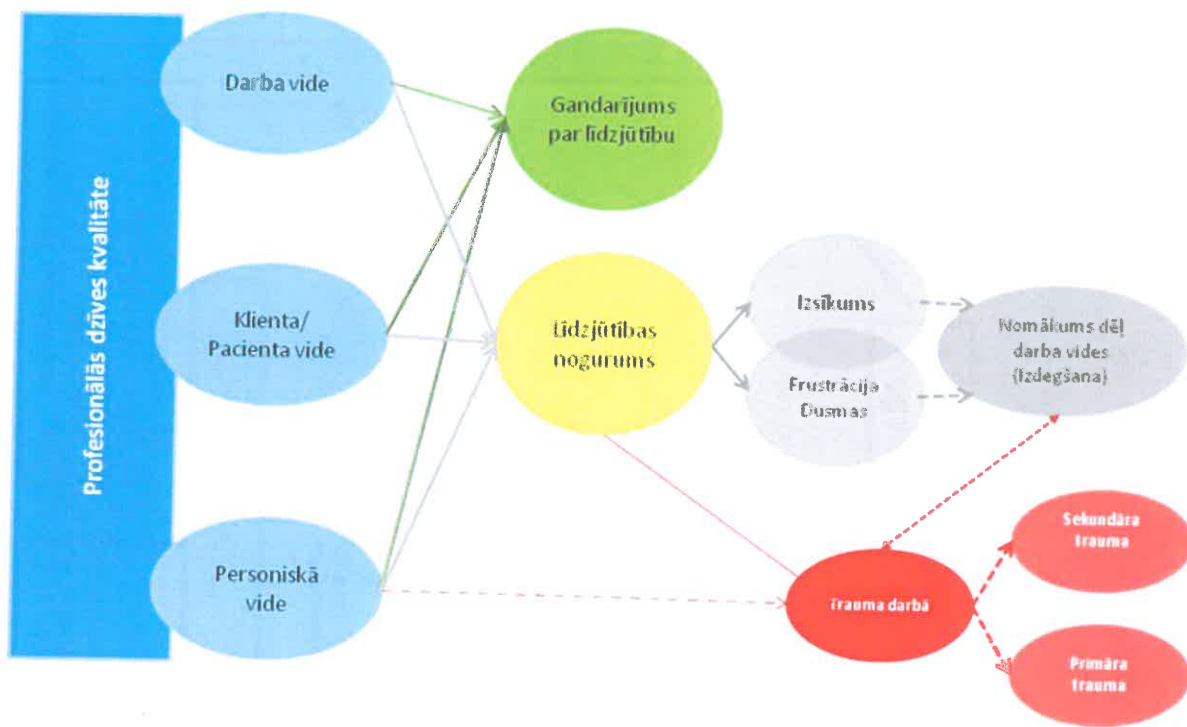
Vēlos izteikt pateicību promocijas darba vadītājai RSU Māszinību fakultātes dekānei, asociētajai profesorei Ingai Millerei par sniegto atbalstu, ierosinājumiem un uzmundrinājumiem.

Tāpat izsaku pateicību kolēģei Liānai Deklavai par atbalstu un konsultēšanu darba tapšanas gaitā, Mg. biol. Artūram Papardem un Dr. psych. Andai Upmanei par konsultācijām datu statistiskās apstrādes un analīzes procesā, latviešu valodas un literatūras skolotājai Dacei Rēķei par konsultēšanu darba valodnieciskajā noformēšanā un ģimenei un draugiem par atbalstu un izturību.

## **PIELIKUMI**

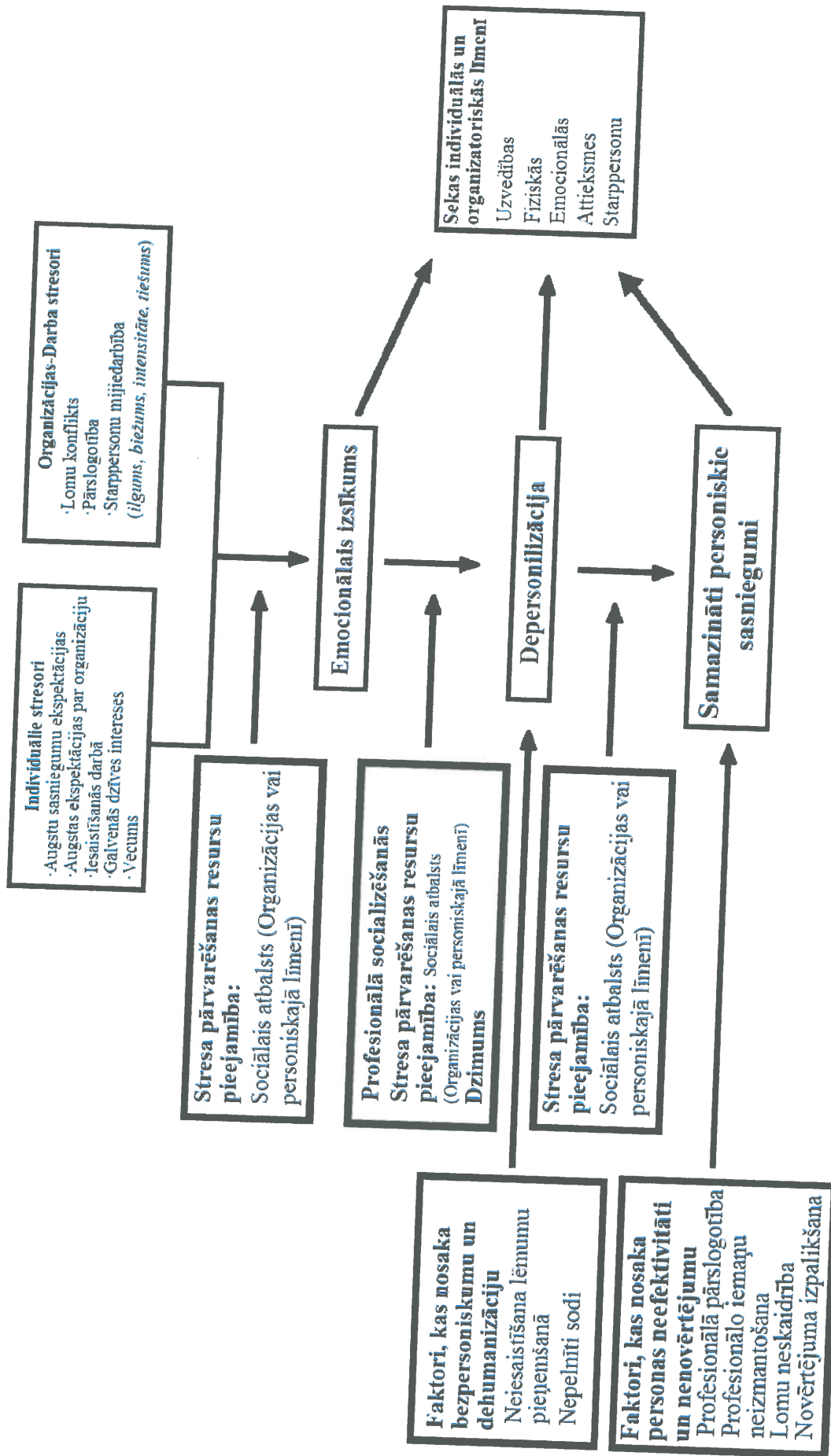


Profesionālās dzīves kvalitāte psihosociālie aspekti un tos ietekmējošie faktori (pēc Stamm, 2009)

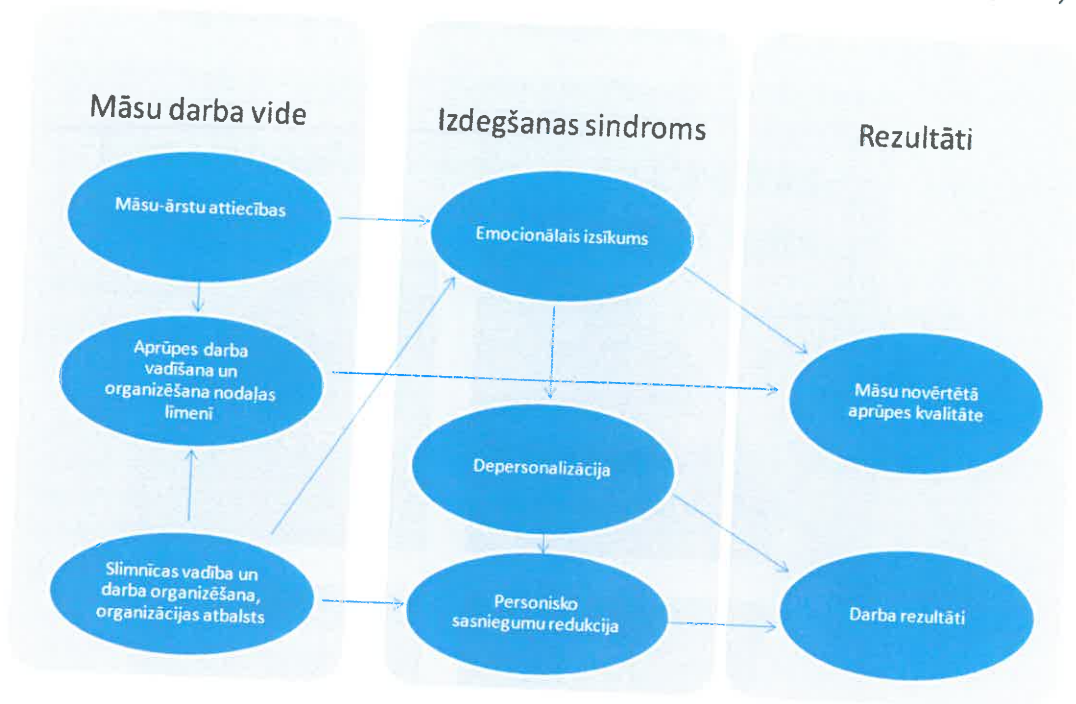


## Izdegšanas sindroma konceptuālā struktūra (pēc Cordes & Dougherty, 1993)

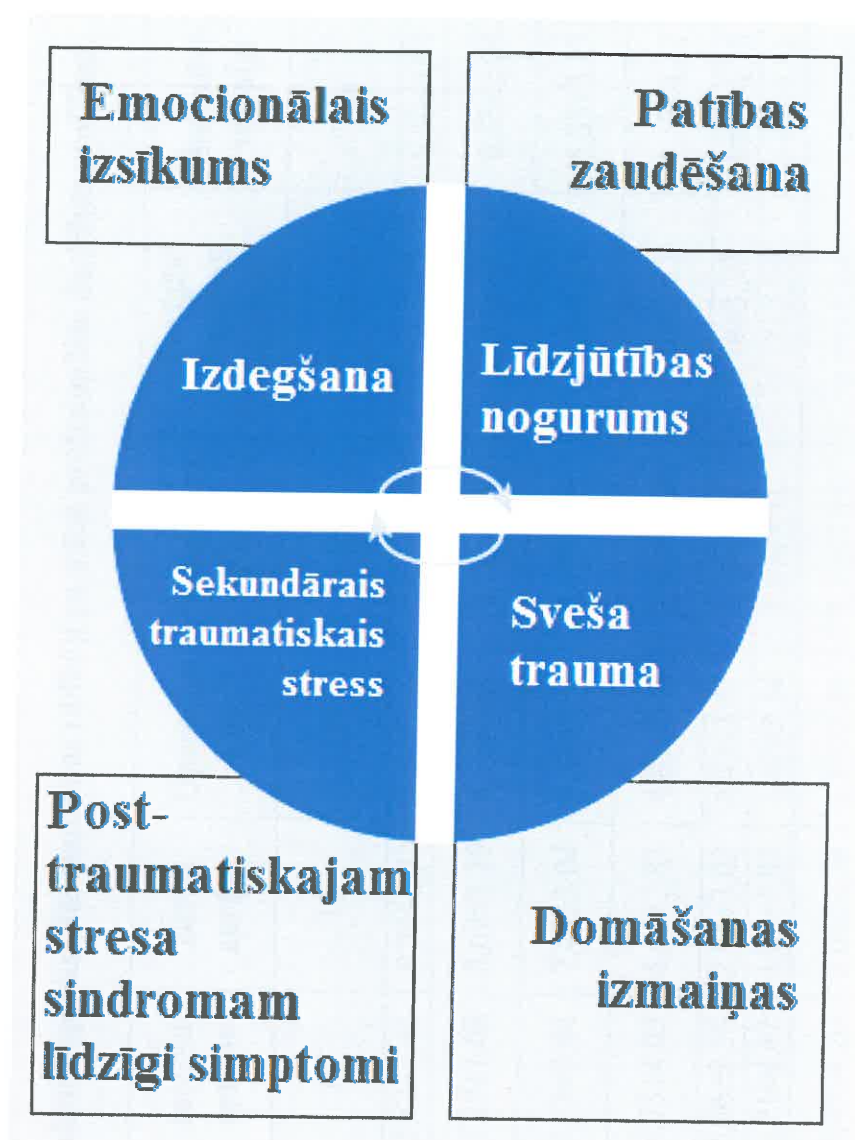
2. pielikums



Māsu darba vides, izdegšanas un darba rezultātu saistība (pēc Van Bogaert et al., 2009)



Empātiskās izturēšanās riski (pēc Bush, 2009)



Biežāk minēto darba vides faktoru aprakstošās statistikas rādītāji pa māsu profesionālās darbības profiliem

Nr.	Faktors	Ķirurģiskā aprūpe	Internā aprūpe	Bērnu aprūpe	Operāciju zāle	Ambulatorā aprūpe	Garīgās veselības aprūpe	Intensīvā terapija	Cits profils
	Respondentu skaits (n)	40	11	16	19	65	26	6	58
1.	Infiēcšanās risks	7,58±3,28	5,82±3,16	8,75±2,30	8,79±2,74	6,58±3,83	6,38±3,82	5,50±4,97	5,72±3,67
2.	Ergonomiski nepiemērota vide	2,75±3,25	1,27±1,68	3,69±3,59	4,37±3,92	2,78±3,60	2,42±3,46	0,83±2,04	2,86±3,43
3.	Darbam neadekvāts atalgojums	7,12±3,12	7,73±3,04	7,49±3,04	5,53±3,32	5,98±3,57	7,04±3,44	5,83±3,87	7,17±3,10
4.	Liels (neadekvāts) darba apjoms	4,87±3,31	4,73±4,05	4,44±2,83	4,89±4,15	3,31±3,00	3,15±3,87	6,17±4,12	3,71±3,48
5.	Intensīvs darbs	3,37±3,33	5,36±2,58	2,94±3,02	4,42±3,47	3,49±3,17	4,19±3,30	6,00±4,38	4,03±3,23
6.	Zems darba prestižs	3,52±3,43	3,91±4,42	1,81±1,87	1,47±2,34	3,69±3,71	2,12±2,88	4,00±3,85	3,10±3,34
7.	Emocionāli intensīvs darbs ar cilvēkiem	3,95±3,46	4,45±4,20	3,06±3,30	2,32±2,45	5,32±3,55	4,77±3,60	3,17±2,79	4,74±3,75
8.	Laika trūkums, pārslodze	4,20±3,36	4,18±3,16	3,12±3,32	2,84±3,10	3,51±3,47	2,50±2,90	1,33±1,63	4,28±3,28

Izlaes māsu Spīrmena korelāciju koeficienti (n=281)

Nr.	Pētījuma instruments	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
1.	Trauksmes stāvokļa-iezīmes pašnovērtējuma anketa (T-stāvokļa apakšskala)	0,70*	0,47*	0,23	-0,29	-0,20	0,52*	0,46*	0,60*	0,58*	0,63*
2.	Trauksmes stāvokļa-iezīmes pašnovērtējuma anketa (T-iezīmes apakšskala)		0,52*	0,27	-0,34	-0,31	0,56*	0,46*	0,55*	0,55*	0,59*
3.	Maslačas izdegšanas aptauja (emocionālā izsīkuma apakšskala)			0,51*	-0,19	-0,35	0,66*	0,54*	0,49*	0,53*	0,55*
4.	Maslačas izdegšanas aptauja (depersonalizācijas apakšskala)				-0,29	-0,37	0,50*	0,34	0,28	0,26	0,29
5.	Maslačas izdegšanas aptauja (personisko sasniegumu apakšskala)					0,45*	-0,39	-0,12	-0,25	-0,24	-0,27
6.	Profesionālās dzīves kvalitātes skala (līdzjūtības gandarījuma apakšskala)						-0,55*	-0,14	-0,21	-0,24	-0,25
7.	Profesionālās dzīves kvalitātes skala (izdegšanas apakšskala)							0,60*	0,49*	0,50*	0,53*
8.	Profesionālās dzīves kvalitātes skala (sekundārā traumatiskā stresa apakšskala)								0,44*	0,41*	0,45*
9.	Beka depresijas aptauja (afektīvi-kognitīvā apakšskala)									0,74*	0,94*
10.	Beka depresijas aptauja (somatiskā apakšskala)										0,93*

\* p&lt;0,01

11.- Beka depresijas aptauja (kopējie rezultāti).

## RSU ĒTIKAS KOMITEJAS LĒMUMS

Rīga, Dzirciema iela 16, LV-1007  
Tel.67409137

Komitejas sastāvs	Kvalifikācija	Nodarbošanās
1. Asoc. prof. Olafs Brūvers	Dr.theol.	teologs
2. Professore Vija Sīle	Dr.phil.	filozofs
3. Docente Santa Purviņa	Dr.med.	farmakologs
4. Asoc. prof. Voldemārs Arnis	Dr.biol.	rehabilitologs
5. Professore Regīna Kleina	Dr.med.	patanatoms
6. Asoc. prof. Egils Korņevs	Dr.habil.med.	stomatologs
7. Asoc. prof. Guntars Pupelis	Dr.med.	ķirurgs
8. Asoc. prof. Viesturs Līguts	Dr.med.	toksikologs

Pieteikuma iesniedzējs: Kristaps Circenis  
RSU Doktorantūras nodaļa, 2.st.g.

Pētījuma nosaukums: Profesionālie faktori un to izraisītie traucējumi praktizējošām māsām Latvijā.

Iesniegšanas datums: 22.03.2011.

Pētījuma protokols:

(X) Pētījuma veids: Minētā pētījuma mērķis tiek sasniegts veicot medicīnas māsu aptauju – anketēšanu psihosociālo profesionālo risku noskaidrošanai, izmantojot testus depresijas, izdegšanas sindroma, trauksmes, noguruma un c. noteikšanai, iegūto datu apstrādi un analīzi, kā arī izsakot secinājumus un priekšlikumus. Personas datu aizsardzība, konfidencialitāte un brīvprātīga piedalīšanās nodrošināta.

(X) Pētījuma populācija: 600 praktizēšās māsas

(X) Informācija par pētījumu:

(X) Piekrišana dalībai pētījumā:

## Citi dokumenti:

1. atļauja no ārstniecības iestādes vadības

**Lēmums:** piekrist biomedicīniskajam pētījumam

Komitejas priekšsēdētājs Olafs Brūvers

Tituls: Dr.miss., asoc.prof.

Paraksts

Ētikas komitejas sēdes datums: 24.03.2011.

Cienījamie kolēģi!

Aicinu Jūs piedalīties pētījumā, kuru veicu sava promocijas darba izstrādes ietvaros. Anketas sākuma daļā lūdzu sniegt īsu vispārīgu informāciju par sevi, tad izvērtēt darba vides faktoros, kas Jūs ietekmē ikdienas darbā, kā arī paust savu viedokli par supervīzijas (pārraudzības)\* nepieciešamību praktizējošām māsām.

Anketa ir anonīma un aptaujas rezultāti tiks izmantoti pētījumā tikai apkopotā veidā, pētījuma dalībnieku konfidencialitāte garantēta. Aizpildot anketu Jūs piekrītat dalībai pētījumā. Paldies par atsaucību!

Kristaps Cīrcenis

**Atzīmējiet - apvelkot ar aplīti, Jums visatbilstošāko variantu!**

1. Kādā profilā vai specializācijā strādājat māsas darbu ikdienā (pamatdarbā)?

- 1 Ķirurģijas nodaļa
- 2 Terapijas nodaļa
- 3 Bērnu nodaļa
- 4 Operāciju zāle
- 5 Ambulatorā aprūpe
- 6 Psihiatrija
- 7 Intensīvā terapija un reanimācija
- 8 Cits profils (lūdzu ierakstiet, kāds) .....

2. Jūsu ieņemamais amats ikdienas darbā:

- 1 Māsa
- 2 Nodaļas virsmāsa
- 3 Galvenā māsa
- 4 Cits (lūdzu ierakstiet, kāds).....

3. Jūsu vecums (pilni gadi): .....

4. Dzimums: V S

5. Jūsu izglītība māsas profesijā:

- 1 Vidējā speciālā izglītība
- 2 Pirmā līmeņa profesionālā augstākā izglītība
- 3 Otrā līmeņa profesionālā augstākā izglītība vai bakalaura grāds māszinībās
- 4 Maģistra līmeņa izglītība (māszinībās, pedagoģijā, vadībā)

6. Vai esat ieguvis (-usi) izglītību citā jomā (nesaistītā ar medicīnu):

- 1 Jā (lūdzu miniet kādā jomā un kādu izglītību) .....
- 2 Nē

\* Supervīzija ietver sevī psiholoģisko atbalstu un konsultēšanu (individuāli vai grupās). Tā ļauj atgūties no distresa un negatīvām emocijām, attīsta speciālistu spējas darboties paaugstināta stresa apstākļos un laikus pamanīt profesionālās izdegšanas potenciālos riska faktoros, tā ir iespēja apzināties savu profesionālo un darba pozīciju, pārdomāt gan savas veiksmes, gan grūtības.



7. Vai Jūs pirms šīs aptaujas bijāt dzirdējis (-usi) par supervīziju?

- 1 Jā
- 2 Nē

8. Vai Jums pēdējo piecu gadu laikā ir bijusi iespēja piedalīties supervīzijās, kas domātas māsām?

- 1 Jā
- 2 Nē

9. Vai, Jūsprāt, praktizējošām māsām Latvijā būtu nepieciešamas supervīzijas?

- 1 Jā
- 2 Nē

10. Izvēlieties 10 no zemākminētajiem darba vides faktoriem, kas Jums izraisa vislielāko spriedzi darbā un sarindojiet tos pēc nozīmīguma (ierakstot pretī atbilstošajam faktoram vērtību skalā no 1 līdz 10, kur 1- vismazāk nozīmīgākais faktors, 10- pats nozīmīgākais faktors)

1. Inficēšanās risks	
2. Ergonomiski nepiemērota vide	
3. Darbs brīvdienās	
4. Darbam neadekvāts atalgojums	
5. Nepietiekama zināšanu izmantošana	
6. Profesionālās izpausmes iespēju trūkums	
7. Lēmumu pieņemšanas iespēju trūkums	
8. Problēmas saskarsmē ar administrāciju	
9. Liels (neadekvāts) darba apjoms	
10. Intensīvs darbs	
11. Darbs maiņās (dežūras)	
12. Rutīna darba procesā	
13. Problēmas saskarsmē ar kolēģiem, konflikti ar kolēģiem	
14. Neskaidrs pienākumu sadalījums	
15. Konflikti, nesaskaņas ar pacientiem	
16. Kolēģu atbalsta trūkums ikdienas darbā	
17. Zems darba prestižs	
18. Konflikti ar pacientu piederīgajiem	
19. Emocionāli intensīvs darbs ar cilvēkiem	
20. Laika trūkums, pārslogotība	
21. Sociālo lomu neviennozīmība	