



RĪGAS STRADIŅA  
UNIVERSITĀTE

Kristaps Circenis

PRAKTIZĒJOŠU MĀSU  
PROFESIONĀLĀS DZĪVES  
KVALITĀTES PSIHOSOCIĀLIE  
ASPEKTI UN TOS IETEKMĒJOŠIE  
FAKTORI

Promocijas darba  
kopsavilkums

Specialitāte – Veselības aprūpe

Rīga, 2013

Promocijas darbs izstrādāts: Rīgas Stradiņa universitātes Māszinību fakultātē

Darba zinātniskais vadītājs: *Dr. med.*, asociētā profesore Inga Millere, Rīgas Stradiņa universitātē

Oficiālie recenzenti:

1. *Dr. habil. med.*, profesore Līga Aberberga-Augškalne, Rīgas Stradiņa universitātē
2. *Dr. habil. paed.*, *Dr. habil. psych.*, profesors Aleksejs Vorobjovs, Daugavpils universitātē
3. *Dr. habil. psych.*, *Dr. habil. paed.*, profesore Danguole Beresnevičiene, Viļņas universitātē

Promocijas darba aizstāvēšana notiks 2013. gada 18. martā plkst. 17:00 Rīgas Stradiņa universitātes Teorētiskās medicīnas Promocijas padomes atklātā sēdē Rīgā, Dzirciema ielā 16, Hipokrāta auditorijā.

Ar promocijas darbu var iepazīties RSU bibliotēkā un RSU mājas lapā: [www.rsu.lv](http://www.rsu.lv)

Promocijas darbs veikts ar Eiropas sociālā fonda projekta “Atbalsts doktorantiem studiju programmas apguvei un zinātniskā grāda ieguvei Rīgas Stradiņa universitātē” finansiālu atbalstu



Promocijas padomes sekretārs: *Dr. habil. med.*, profesore Līga Aberberga-Augškalne

## **DARBĀ LIETOTIE SAĪSINĀJUMI**

M - vidējais aritmētiskais

SD - standartnovirze

skat. - skatīt

MK – Ministru kabinets

PVO – Pasaules Veselības organizācija

## SATURS

|                                                           |    |
|-----------------------------------------------------------|----|
| DARBĀ LIETOTIE SAĪSINĀJUMI .....                          | 3  |
| IEVADS.....                                               | 5  |
| 1 PĒTĪJUMA METODOLOĢIJA.....                              | 9  |
| 1.1 Pētījuma dalībnieki .....                             | 9  |
| 1.2 Instrumentārijs .....                                 | 9  |
| 1.3 Procedūra .....                                       | 13 |
| 1.4 Datu apstrādes un analīzes metodes.....               | 13 |
| 2 PĒTĪJUMA REZULTĀTI.....                                 | 14 |
| 2.1 Pētījuma izlases raksturojums.....                    | 14 |
| 2.2 Māsu aptaujas rezultāti.....                          | 14 |
| 2.3 Maslačas izdegšanas aptaujas rezultāti .....          | 20 |
| 2.4 Beka depresijas aptaujas rezultāti .....              | 23 |
| 2.5 Trauksmes aptaujas rezultāti .....                    | 25 |
| 2.6 Profesionālās dzīves kvalitātes skalas rezultāti..... | 28 |
| 2.7 Sakarību pētījuma rezultāti .....                     | 31 |
| 3 DISKUSIJA .....                                         | 35 |
| SECINĀJUMI.....                                           | 52 |
| PUBLIKĀCIJU SARAKSTS .....                                | 55 |
| PUBLICĒTO TĒŽU SARAKSTS.....                              | 55 |
| UZSTĀŠANĀS KONFERENCĒS.....                               | 57 |
| IZMANTOTĀ LITERATŪRA .....                                | 59 |

## 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% māsu (Keris, 2011), notiek veselības aprūpes iestāžu reorganizācija. Ārstniecības iestādēs strādājošajām māsām ikdienā jāsasopas 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% māsu 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).

Līdzjūtības 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 profesionālās dzīves kvalitātes psihosociālo aspektu (izdegšanas sindroma, depresijas, trauksmes, līdzjūtības noguruma) 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 māsu izlasē Latvijā, kā arī noskaidrot vidējos rādītājus dotajā izlasē.

2. Noskaidrot māsu izlases vidējos izdegšanas sindroma, depresijas un trauksmes rādītājus.

3. Identificēt māsu 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: māsu aptaujas anketu, Maslačas izdegšanas aptauju, Beka depresijas aptauju, Trauksmes stāvokļa-iezīmes pašnovērtējuma aptauja, Profesionālās dzīves kvalitātes skalu.

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, izmantotas atsauces uz 101 literatūras avotu. Darba apjoms bez pielikumiem ir 94 lapaspuses.

# 1 PĒTĪJUMA METODOLOĢIJA

## 1.1 Pētījuma dalībnieki

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 atlasī 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.

## 1.2 Instrumentārijs

**Māsu aptaujas anketa.** 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).

**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). 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 šādi — emocionālā izsīkuma apakšskalai — 0,90, depersonalizācijas apakšskalai — 0,79 un personisko sasniegumu apakšskalai — 0,71.

**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”. 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. Miezīte, 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.

**Trauksmes stāvokļa-iezīmes pašnovērtējuma aptauja.** 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 iekšējas saskaņotības (Kronbaha alfas) rādītāji ir augsti, līdzīgi oriģinālās izlases rādītājiem — tie svārstās no 0,83 līdz 0,92 (Škuškovnika, 2004).

**Profesionālās dzīves kvalitātes skala.** Lai varētu uzsākt pētīt līdzjūtības 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 kultūrvīdē, 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 skolas (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: līdzjūtības gandarījuma apakšskala, izdegšanas apakšskala, sekundārā traumatiskā stresa (iepriekš lietotais nosaukums šai apakšskalai — līdzjūtības noguruma apakšskala) apakšskala. Dotais instruments ir lietots vairāk nekā 200 publikācijās un vairāk nekā 130 disertācijās, kas saistītas ar līdzjūtības noguruma un sekundārā traumatiskā stresa problemātiku (Stamm, 2010).

Testa apakšskalu iekšējā saskaņotība pēc testa autores datiem ir augsta — līdzjūtības gandarījuma apakšskalai Kronbaha alfa ir 0,88, izdegšanas apakšskalai — 0,75, bet sekundārā traumatiskā stresa apakšskalai — 0,81 (Bride, Radey, & Figley, 2007; 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). 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).

### **1.3 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. Kopumā tika aptaujāti 1094 respondenti, no kuriem 700 tika aptaujāti ar vienu instrumentu, 113 — ar diviem instrumentiem un 281 — ar četriem pētījumā izmantotajiem instrumentiem.

### **1.4 Datu apstrādes un analīzes metodes**

Ievāktie dati tika elektroniski ievadīti datu tabulās izmantojot Microsoft Excel un SPSS 19.0 datorprogrammas. Tālāk dati tika apkopoti un statistiski apstrādāti lietojot gan aprakstošās, gan secinošās statistikas metodes.

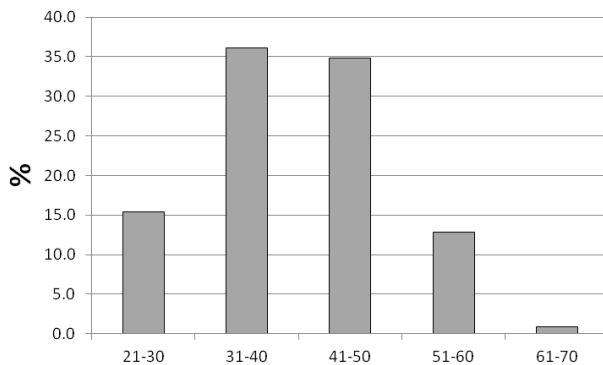
Vērtējot iegūto datu empīriskā sadalījuma atbilstību normālajam sadalījumam tika aprēķināts Kolmogorova-Smirnova koeficients.

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 PĒTĪJUMA REZULTĀTI

### 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. att. 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 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%), medicīnas

koledžas izglītību bija ieguvušas 18,7%, bet bakalaura vai maģistra grādu mākszinībās — 3,3% no respondentēm. Vairums no aptaujātajām māsām strādāja ambulatorajā aprūpē (27,0%), ķirurģijas nodaļās (16,6%) un psihiatrijas nodaļās (10,8%). Lielākā daļa respondentu (81,7%) darbavietā ieņem māsas amatu, bet apmēram 9,0% no respondentiem ieņem vadošu amatu, pārējie respondenti atzīmējuši, ka ieņem kādu citu amatu.

Lai noskaidrotu pētījuma dalībnieku viedokli par supervīziju nepieciešamību māsu praksē, aptaujas anketā bija iekļauti jautājumi par šo tēmu. Respondentu atbilžu sadalījums atspoguļots 2.1. tabulā.

2.1. tabula

**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, kā arī aprēķināti aritmētiskie vidējie un standartnovirzes katram faktoram (skat. 2.2. tabulu).

Kā redzams 2.2. tabulā, tad visvairāk atzīmētais darba vides faktors ir inficēšanās risks, ko ir atzīmējuši 220 respondenti. Šim faktoram ir arī augstākais vidējais aritmētiskais rādītājs (6,78).

**Darba vides faktoru atzīmēšanas biežumi un vidējie rādītāji māsu izlasē  
(n=241)**

| Nr. | Faktors                                                         | Atzīmēšanas<br>biežums | Vērtības "10"<br>atzīmēšanas<br>biežums | M    | SD   |
|-----|-----------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------|------|------|
| 1.  | Inficēšanās risks                                               | 220                    | 101                                     | 6,78 | 3,64 |
| 2.  | Ergonomiski<br>nepiemērota vide                                 | 122                    | 6                                       | 2,83 | 3,44 |
| 3.  | Darbs brīvdienās                                                | 97                     | 4                                       | 2,07 | 3,04 |
| 4.  | Darbam neadekvāts<br>atalgojums                                 | 217                    | 54                                      | 6,74 | 3,33 |
| 5.  | Nepietiekama<br>zināšanu<br>izmantošana                         | 83                     | 2                                       | 1,58 | 2,61 |
| 6.  | Profesionālās<br>izpaušmes iespēju<br>trūkums                   | 100                    | 2                                       | 2,05 | 2,91 |
| 7.  | Lēmumu<br>pieņemšanas iespēju<br>trūkums                        | 77                     | 2                                       | 1,55 | 2,60 |
| 8.  | Problēmas<br>saskarsmē ar<br>administrāciju                     | 74                     | 0                                       | 1,41 | 2,51 |
| 9.  | Liels (neadekvāts)<br>darba apjoms                              | 168                    | 12                                      | 3,98 | 3,47 |
| 10. | Intensīvs darbs                                                 | 164                    | 3                                       | 3,96 | 3,26 |
| 11. | Darbs maiņās<br>(dežūras)                                       | 82                     | 1                                       | 1,29 | 2,32 |
| 12. | Rutīna darba procesā                                            | 104                    | 4                                       | 1,97 | 2,81 |
| 13. | Problēmas<br>saskarsmē ar<br>kolēģiem, konflikti<br>ar kolēģiem | 74                     | 4                                       | 1,49 | 2,67 |
| 14. | Neskaids<br>pienākumu<br>sadalījums                             | 67                     | 7                                       | 1,48 | 2,84 |
| 15. | Konflikti,<br>nesaskaņas ar<br>pacientiem                       | 72                     | 3                                       | 1,16 | 2,30 |
| 16. | Kolēģu atbalsta<br>trūkums ikdienas<br>darbā                    | 76                     | 0                                       | 1,43 | 2,53 |
| 17. | Zems darba prestižs                                             | 140                    | 7                                       | 3,07 | 3,38 |

## 2.2. tabulas turpinājums

| Nr. | Faktors                                 | Atzīmēšanas biežums | Vērtības "10" atzīmēšanas biežums | M    | SD   |
|-----|-----------------------------------------|---------------------|-----------------------------------|------|------|
| 18. | Konflikti ar pacientu piederīgajiem     | 55                  | 1                                 | 1,02 | 2,25 |
| 19. | Emocionāli intensīvs darbs ar cilvēkiem | 179                 | 19                                | 4,41 | 3,58 |
| 20. | Laika trūkums, pārslogotība             | 163                 | 5                                 | 3,60 | 3,29 |
| 21. | Sociālo lomu neviennozīmība             | 76                  | 4                                 | 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. 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. 2.3. 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 2.3. 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.

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 ( $p < 0,05$ ).

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 ( $p < 0,05$ ). 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 ( $p < 0,05$ ).

**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     |
| Inficēšanās risks                       |              |                |                   |                          |                    |        |
| 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*  |
| Ergonomiski nepiemērota vide            |              |                |                   |                          |                    |        |
| Internā aprūpe                          |              | -3,10*         |                   |                          |                    |        |
| Operāciju zāle                          |              |                |                   |                          | 3,54*              |        |
| Darbam neadekvāts atalgojums            |              |                |                   |                          |                    |        |
| Bērnu aprūpe                            |              | 2,41*          | 1,95*             |                          |                    |        |
| Cits                                    |              |                | -1,19*            |                          |                    |        |
| Liels (neadekvāts) darba apjoms         |              |                |                   |                          |                    |        |
| Ķirurģiskā aprūpe                       |              |                | 1,57*             | 1,72*                    |                    |        |
| Zems darba prestižs                     |              |                |                   |                          |                    |        |
| Ķirurģiskā aprūpe                       |              | 2,05*          |                   |                          |                    |        |
| Ambulatorā aprūpe                       | -1,88*       | -2,22*         |                   | -1,58*                   |                    |        |
| Emocionāli intensīvs darbs ar cilvēkiem |              |                |                   |                          |                    |        |
| Bērnu aprūpe                            |              |                | -2,26*            |                          |                    |        |
| Operāciju zāle                          |              |                | -3,01*            | -2,45*                   |                    | -2,43* |

### 2.3. tabulas turpinājums

| Faktors                     | Bēnu aprūpe | Operāciju zāle | Ambulatorā aprūpe | Garīgās veselības aprūpe | Intensīvā terapija | Cits |
|-----------------------------|-------------|----------------|-------------------|--------------------------|--------------------|------|
| Laika trūkums, pārslogotība |             |                |                   |                          |                    |      |
| Ķirurģiskā aprūpe           |             |                |                   | 1,70*                    | 2,87*              |      |
| Cits                        |             |                |                   | 1,78*                    | 2,94*              |      |

\*p<0,05

### 2.3 Maslačas izdegšanas aptaujas rezultāti

Kopumā laika posmā no 2009. gada septembra 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 2.4. tabulā.

2.4. 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                             |

Lai noskaidrotu, vai pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp dažādu vecuma grupu respondentu vidējiem rādītājiem, tika aprēķināts Manna-Vitneja U kritērijs (iegūtie rezultāti atainoti 2.5. tabulā), kā arī starp māsām ar dažādu darba pieredzi profesijā (iegūtie rezultāti atainoti 2.6. tabulā), un starp dažādu profesionālās darbības profilu respondentu vidējiem rādītājiem (iegūtie rezultāti atainoti 2.7. tabulā).

2.5. tabula

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

| Vecuma grupa<br>(gados)        | 31-40  | 41-50   | 51-60   | 61-70 |
|--------------------------------|--------|---------|---------|-------|
| Emocionālā izsūkuma apakšskala |        |         |         |       |
| 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 |

\* $p < 0,05$

Kā redzams 2.5. tabulā, tad statistiski nozīmīgas atšķirības vērojamas emocionālā izsūkuma 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 izsūkuma apakšskālā ( $p < 0,05$ ). Pārējās apakšskalās statistiski nozīmīgas atšķirības netika konstatētas.

Kā redzams 2.6. tabulā, tad statistiski nozīmīgas atšķirības vērojamas emocionālā izsūkuma 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 izsūkuma apakšskālā ( $p < 0,05$ ). Personīgo panākumu apakšskālā 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. Depersonalizācijas apakšskalā statistiski nozīmīgas atšķirības netika konstatētas.

2.6. tabula

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

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

\* $p<0,05$

Kā redzams 2.7. tabulā, tad statistiski nozīmīgas atšķirības vērojamas visu triju apakšskalu 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 neieklāvās kādā no septiņām māsu pamatspecialitātēm, vai arī skaitliski neveidoja pietiekami reprezentablu apakšgrupu).

Statistiski nozīmīgi augstāki vidējie 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 ( $p<0,01$ ).

**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     |
|--------------------------------|--------------------------|-------------------|----------------|--------------|----------------|----------|
| Emocionālā izsūkuma apakšskala |                          |                   |                |              |                |          |
| 1                              | 9528,0                   | 4909,0            | 2415,5         | 2891,0*      | 4499,0*        | 2128,0** |
| 2                              |                          | 5665,5            | 2755,0         | 3225,0       | 4956,5*        | 2390,0*  |
| 3                              |                          |                   | 1716,0         | 2078,0       | 3190,5         | 1548,5   |
| 4                              |                          |                   |                | 1003,0       | 1555,0         | 748,0    |
| 5                              |                          |                   |                |              | 2182,5         | 1040,0   |
| 6                              |                          |                   |                |              |                | 1613,0   |
| Depersonalizācijas apakšskala  |                          |                   |                |              |                |          |
| 1                              | 9130,5                   | 5459,5            | 2635,0         | 2751,5*      | 3826,5**       | 2165,5*  |
| 2                              |                          | 5932,5            | 2529,5         | 3364,5       | 4716,0**       | 2654,5   |
| 3                              |                          |                   | 1514,0         | 1844,5       | 2549,0**       | 1447,5   |
| 4                              |                          |                   |                | 777,0*       | 1058,5**       | 618,0*   |
| 5                              |                          |                   |                |              | 2035,0         | 1114,0   |
| 6                              |                          |                   |                |              |                | 1660,5   |
| Personīgo panākumu apakšskala  |                          |                   |                |              |                |          |
| 1                              | 6609,5**                 | 5128,0            | 2698,5         | 2777,5*      | 4009,5**       | 1729,0** |
| 2                              |                          | 4425,0**          | 2016,0**       | 3257,5       | 5775,5         | 3059,5   |
| 3                              |                          |                   | 1578,5         | 1890,0       | 2669,0**       | 1173,0** |
| 4                              |                          |                   |                | 846,5        | 1202,5**       | 515,5**  |
| 5                              |                          |                   |                |              | 1979,0         | 890,5    |
| 6                              |                          |                   |                |              |                | 1624,0   |

\*p<0,05

\*\*p<0,01

1- Ambulatorā aprūpe, 2- Garīgās veselības aprūpe, 3- Ķirurģiskā aprūpe, 4- Operāciju zāle, 5- Bērnu aprūpe, 6- Internā aprūpe.

## 2.4 Beka depresijas aptaujas rezultāti

Beka depresijas aptauju laika posmā no 2009. gada decembra 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 sadalījuma neatbilda nevienas apakšskalas datu empīriskais sadalījums.

Izlases māsu Beka depresijas aptaujas (BDI) kognitīvās, somatiski produktīvās apakšskalas un kopējie BDI aprakstošās statistikas rādītāji atainoti 2.8. tabulā.

2.8. tabula

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

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

Lai noskaidrotu, vai pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp dažādu vecuma grupu respondentu vidējiem rādītājiem, tika aprēķināts Manna-Vitneja U kritērijs, iegūtie rezultāti parādīja, ka nepastāv statistiski nozīmīgas atšķirības apakšskalu vai kopējos BDI vidējos rādītājos starp dažādu vecumposmu māsu grupām.

Tāpat nav vērojamas statistiski nozīmīgas atšķirības Beka depresijas aptaujas apakšskalu vai kopējos BDI vidējos rādītājos starp dažādos profesionālās darbības profilos strādājošajām māsām.

Lai noskaidrotu, vai pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp māsām ar dažādu darba pieredzi profesijā, tika aprēķināts Manna-Vitneja U kritērijs, iegūtie rezultāti atainoti 2.9. tabulā. Statistiski nozīmīgas atšķirības vērojamas Beka depresijas aptaujas somatiskās apakšskalas vidējos rādītājos starp māsu 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 ( $p<0,01$ ).

2.9. tabula

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

| Darba stāžs (gados)                           | 11-20  | 21-30  | 31-40   |
|-----------------------------------------------|--------|--------|---------|
| Beka depresijas aptaujas somatiskā apakšskala |        |        |         |
| 0-10                                          | 4654,0 | 2769,5 | 495,0** |
| 11-20                                         |        | 7224,5 | 1375,0* |
| 21-30                                         |        |        | 901,5   |

\* $p<0,05$

\*\* $p<0,01$

## 2.5 Trauksmes stāvokļa-iezīmes pašnovērtējuma aptaujas rezultāti

Kopumā laika posmā no 2009. gada decembra līdz 2010. gada jūlijam Trauksmes stāvokļa-iezīmes pašnovērtējuma aptauju (Spilbergera 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 2.10. tabulā.

Lai noskaidrotu, vai pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp dažādu vecuma grupu respondentu vidējiem rādītājiem, tika aprēķināts Manna-Vitneja U kritērijs, iegūtie rezultāti liecina par to, ka nepastāv statistiski nozīmīgas atšķirības trauksmes stāvokļa-iezīmes aptaujas situatīvās (stāvokļa)

trauksmes un bāziskās (iezīmes) trauksmes apakšskalu vidējos rādītājos starp dažāda vecumposma respondentu apakšgrupām.

2.10. tabula

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

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

Lai noskaidrotu, vai pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp mūsu ar dažādu darba pieredzes laiku profesijā vidējiem rādītājiem, tika aprēķināts Manna-Vitneja U kritērijs, iegūtie rezultāti atainoti 2.11. tabulā.

Izvērtējot atšķirības trauksmes stāvokļa-iezīmes aptaujas situatīvās (stāvokļa) trauksmes un bāziskās (iezīmes) trauksmes apakšskalu vidējos rādītājos starp mūsu grupām ar dažādu darba pieredzes ilgumu profesijā, var secināt, ka māsām ar darba pieredzi 31-40 gadi ir statistiski nozīmīgi augstāki vidējie rādītāji situatīvās trauksmes apakšskalā salīdzinot ar mūsu 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 ( $p < 0,05$ ).

Lai noskaidrotu, vai pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp mūsu ar dažādu profesionālās darbības profilu vidējiem rādītājiem, tika aprēķināts Manna-Vitneja U kritērijs, iegūtie rezultāti atainoti 2.12. tabulā. Statistiski nozīmīgas atšķirības trauksmes stāvokļa-iezīmes pašnovērtējuma aptaujas bāziskās trauksmes apakšskalas vidējos rādītājos starp dažādās profesionālās darbības jomās strādājošajām māsām netika konstatētas.

2.11. tabula

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

| Darba stāžs                                                                        | 11-20 (2) | 21-30 (3) | 31-40 (4) |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Trauksmes stāvokļa-iezīmes pašnovērtējuma aptaujas situatīvās trauksmes atšķirības |           |           |           |
| 0-10 (1)                                                                           | 7694,0    | 4028,5    | 825,0*    |
| 11-20 (2)                                                                          |           | 7023,5    | 1490,5    |
| 21-30 (3)                                                                          |           |           | 925,0     |
| Trauksmes stāvokļa-iezīmes pašnovērtējuma aptaujas bāziskās trauksmes atšķirības   |           |           |           |
| 0-10 (1)                                                                           | 7335,0    | 4520,0    | 1010,5    |
| 11-20 (2)                                                                          |           | 7209,5    | 1453,5*   |
| 21-30 (3)                                                                          |           |           | 923,0     |

\* $p < 0,05$

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 ( $p < 0,01$ ).

2.12. tabula

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

| Nodaļas 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         |

\*\* $p < 0,01$

## 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 māsu Profesionālās dzīves kvalitātes skalas apakškalu aprakstošās statistikas rādītāji atainoti 2.13. tabulā.

2.13. tabula

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

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

2.14. tabula

### 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          |

Lai pārbaudītu testa ticamību, kas raksturo testa skalu iekšējo saskaņotību tika aprēķināta Kronbaha alfa, aprēķinu rezultāti atspoguļoti 2.14. tabulā. Jāatzīmē, ka visu apakšskalu Kronbaha alfas rādītāji ir pietiekoši augsti, kas liecina par testa skalu iekšējo saskaņotību.

**Korelācijas starp Profesionālās dzīves kvalitātes skalas apakšskalām**

| <b>Apakšskalas nosaukums</b>       | <b>Izdegšanas apakšskala</b> | <b>Sekundārā traumatiskā stresa apakšskala</b> |
|------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------|
| Līdzjūtības gandarījuma apakšskala | -0,54**                      | -0,12**                                        |
| Izdegšanas apakšskala              |                              | 0,58**                                         |

\*\*  $p < 0,01$ 

Tika aprēķinātas arī korelācijas starp apakšskalū rādītājiem. Tā kā empīriskais sadalījums neatbilda normālajam sadalījumam, tika pielietots Spīrmena korelācijas koeficients. Kā redzams 2.15. 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 ( $p < 0,01$ ).

Lai noskaidrotu, vai pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp dažādu vecuma grupu respondentu vidējiem rādītājiem, tika aprēķināts Manna-Vitneja U kritērijs, iegūtie rezultāti atainoti 2.16. tabulā. Tika konstatēts, ka nepastāv statistiski nozīmīgas atšķirības līdzjūtības gandarījuma un izdegšanas apakšskalās. 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 ( $p < 0,05$ ).

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 2.17. tabulā. 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 ( $p < 0,05$ ). Citās apakšskalās statistiski nozīmīgas atšķirības netika konstatētas.

2.16. tabula

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

| Vecuma grupa                            | 31-40  | 41-50   | 51-un vairāk |
|-----------------------------------------|--------|---------|--------------|
| Sekundārā traumatiskā stresa apakšskala |        |         |              |
| 21-30                                   | 3200,5 | 3923,5  | 1507,0*      |
| 31-40                                   |        | 15403,0 | 6972,5       |
| 41-50                                   |        |         | 7337,0*      |

\*p<0,05

2.17. tabula

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

| Darba pieredze                          | 11-20  | 21-30   | 31-40   |
|-----------------------------------------|--------|---------|---------|
| Sekundārā traumatiskā stresa apakšskala |        |         |         |
| 0-10                                    | 5432,0 | 4769,5  | 1360,5* |
| 11-20                                   |        | 17310,0 | 5468,0  |
| 21-30                                   |        |         | 4384,0  |

\*p<0,05

2.18. tabula

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

| Nodaļas profils                    | Garīgās veselības aprūpe | Ķirurģiskā aprūpe | Operāciju zāle | Cits     |
|------------------------------------|--------------------------|-------------------|----------------|----------|
| Līdzjūtības gandarījuma apakšskala |                          |                   |                |          |
| 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   |

\*\*p<0,01

Lai pārbaudītu, vai pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp māsām, kuras strādā dažādās profesionālās darbības jomās, tika aprēķināts Manna-Vitneja U kritērijs, rezultāti atainoti 2.18. tabulā. Statistiski nozīmīgas atšķirības pastāv tikai līdzjūtības gandarījuma apakšskalas vidējos rādītājos starp dažāda profesionālās darbības profila māsu grupām. Izdegšanas

apakšskalā un sekundārā traumatiskā stresa apakšskalā statistiski nozīmīgas atšķirības starp grupām nepastāv. Jāatzīmē, ka garīgās veselības aprūpes māsu vidējie rādītāji līdzjutības gandarījuma apakšskalā ir statistiski nozīmīgi zemāki salīdzinot ar visām citām māsu grupām ( $p < 0,01$ ).

## **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 māsu vidējais vecums bija 42,12 gadi ( $SD=7,37$ ), vidējais darba stāžs 19,26 gadi ( $SD=7,58$ ).

Nozīmīgākās pozitīvās korelācijas 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. 2.19., 2.20., 2.21. tabulas). 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 starp Profesionālās dzīves kvalitātes skalas līdzjutības gandarījuma apakšskalas rādītājiem un izdegšanas apakšskalas rādītājiem ( $r=-0,55$ ;  $p < 0,01$ ), starp Profesionālās dzīves kvalitātes skalas izdegšanas apakšskalu un Beka depresijas aptauju ( $r=0,53$ ;  $p < 0,01$ ).

2.19. tabula

**Izlases māsu Spīrmena korelāciju koeficienti starp Beka depresijas aptaujas un Profesionālās dzīves kvalitātes aptaujas rezultātiem (n=281)**

| Pētījuma instruments                                                            | Beka depresijas aptauja (afektīvi-kognitīvā apakšskala) | Beka depresijas aptauja (somatiskā apakšskala) | Beka depresijas aptauja (kopējie rezultāti) |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Profesionālās dzīves kvalitātes skala (līdzjūtības gandarījuma apakšskala)      | -0,21                                                   | -0,24                                          | -0,25                                       |
| Profesionālās dzīves kvalitātes skala (izdegšanas apakšskala)                   | 0,49*                                                   | 0,50*                                          | 0,53*                                       |
| Profesionālās dzīves kvalitātes skala (sekundārā traumatiskā stresa apakšskala) | 0,44*                                                   | 0,41*                                          | 0,45*                                       |

\*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 ( $r=0,46$ ;  $p<0,01$ ).

2.20. tabula

**Izlases māsu Spīrmena korelāciju koeficienti starp Maslačas izdegšanas aptaujas rezultātiem un Beka depresijas aptaujas un Profesionālās dzīves kvalitātes aptaujas rezultātiem (n=281)**

| Pētījuma instruments                                                       | Maslačas izdegšanas aptauja (emocionālā izsīkuma apakšskala) | Maslačas izdegšanas aptauja (depersonalizācijas apakšskala) | Maslačas izdegšanas aptauja (personisko sasniegumu apakšskala) |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Profesionālās dzīves kvalitātes skala (līdzjūtības gandarījuma apakšskala) | -0,35                                                        | -0,37                                                       | 0,45*                                                          |

## 2.20. tabulas turpinājums

| Pētījuma instruments                                                            | Maslačas izdegšanas aptauja (emocionālā izsīkuma apakšskala) | Maslačas izdegšanas aptauja (depersonalizācijas apakšskala) | Maslačas izdegšanas aptauja (personisko sasniegumu apakšskala) |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Profesionālās dzīves kvalitātes skala (izdegšanas apakšskala)                   | 0,66*                                                        | 0,50*                                                       | -0,39                                                          |
| Profesionālās dzīves kvalitātes skala (sekundārā traumatiskā stresa apakšskala) | 0,54*                                                        | 0,34                                                        | -0,12                                                          |
| Beka depresijas aptauja (afektīvi-kognitīvā apakšskala)                         | 0,49*                                                        | 0,28                                                        | -0,25                                                          |
| Beka depresijas aptauja (somatiskā apakšskala)                                  | 0,53*                                                        | 0,26                                                        | -0,24                                                          |
| Beka depresijas aptauja (kopējie rezultāti)                                     | 0,55*                                                        | 0,29                                                        | -0,27                                                          |

\*p<0,01

## 2.21. tabula

**Izlaes māsu Spīrmena korelāciju koeficienti starp Trauksmes stāvokļa-iezīmes pašnovērtējuma anketas rezultātiem un Maslačas izdegšanas aptaujas, Beka depresijas aptaujas un Profesionālās dzīves kvalitātes aptaujas rezultātiem (n=281)**

| Pētījuma instruments                                           | Trauksmes stāvokļa-iezīmes pašnovērtējuma anketa (T-stāvokļa apakšskala) | Trauksmes stāvokļa-iezīmes pašnovērtējuma anketa (T-iezīmes apakšskala) |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Maslačas izdegšanas aptauja (emocionālā izsīkuma apakšskala)   | 0,47*                                                                    | 0,52*                                                                   |
| Maslačas izdegšanas aptauja (depersonalizācijas apakšskala)    | 0,23                                                                     | 0,27                                                                    |
| Maslačas izdegšanas aptauja (personisko sasniegumu apakšskala) | -0,29                                                                    | -0,34                                                                   |

## 2.21. tabulas turpinājums

| Pētījuma instruments                                                                     | Trauksmes stāvokļa-<br>iezīmes pašnovērtējuma<br>anketa (T-stāvokļa<br>apakšskala) | Trauksmes stāvokļa-<br>iezīmes pašnovērtējuma<br>anketa (T-iezīmes<br>apakšskala) |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Profesionālās dzīves<br>kvalitātes skala<br>(līdzjūtības gandarījuma<br>apakšskala)      | -0,20                                                                              | -0,31                                                                             |
| Profesionālās dzīves<br>kvalitātes skala<br>(izdegšanas apakšskala)                      | 0,52*                                                                              | 0,56*                                                                             |
| Profesionālās dzīves<br>kvalitātes skala<br>(sekundārā traumatiskā<br>stresa apakšskala) | 0,46*                                                                              | 0,46*                                                                             |
| Beka depresijas aptauja<br>(afektīvi-kognitīvā<br>apakšskala)                            | 0,60*                                                                              | 0,55*                                                                             |
| Beka depresijas aptauja<br>(somatiskā apakšskala)                                        | 0,58*                                                                              | 0,55*                                                                             |
| Beka depresijas aptauja<br>(kopējie rez.)                                                | 0,63*                                                                              | 0,59*                                                                             |

\*p<0,01

### 3 DISKUSIJA

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

**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, & Rothmann, 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 māsas 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 māsas 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 māsas 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 māsas 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 māsu izlasē ( $n=587$ ) tika noskaidrots, ka aritmētiskie vidējie aptaujas apakšskalās bija 22,75 ( $SD=10,75$ ) emocionālā izsīkuma 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 māsu rezultātus ar literatūrā pieejamajiem datiem par Maslačas izdegšanas aptaujas rezultātiem māsu populācijā, tikai izveidota tabula (skat. 3.1. tabulu). Dotās māsu izlases vidējie rādītāji kopumā ir salīdzināmi ar literatūrā pieejamajiem datiem.

Augstāki emocionālā izsīkuma 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 māsu 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.

3.1. tabula

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

| Pētījums (autors, gads, valsts)          | Izlases apjoms (n) | Emocionālā izsūkuma apakšskalas M un SD | Depersonalizācijas apakšskalas M un SD | Personisko panākumu apakšskalas M un SD |
|------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|
| 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                              |

### 3.1. tabulas turpinājums

| Pētījums (autors, gads, valsts)                              | Izlases apjoms (n) | Emocionālā izsīkuma apakšskalas M un SD | Depersonalizācijas apakšskalas M un SD | Personisko panākumu apakšskalas M un SD |
|--------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|
| Bratis et al. (2009)<br>Grieķija                             | 95                 | 26,34±11,66                             | 10,83±6,37                             | 33,79±8,51                              |
| Van Bogaert et al. (2009)<br>Beļģija                         | 401                | 13,05±8,07                              | 4,72±4,15                              | 34,34±5,74                              |
| Van der Colff, & Rothmann (2009)<br>Dienvidāfrikas republika | 818                | 22,15±11,28                             | 4,86±4,46                              | 22,6±5,20                               |
| Browning et al. (2007)<br>ASV                                | 100                | M=26,81                                 | M=11,98                                | M=37,90                                 |
| Alimoglu, & Donmez (2005)<br>Turcija                         | 141                | 19,20±6,90                              | 5,20±3,60                              | 20,80±4,00                              |
| Tselebis et al. (2001)<br>Grieķija                           | 62                 | 21,83±9,94                              | 8,07±6,30                              | 35,36±6,54                              |
| Schaufeli, & Enzmann, (1998)<br>Nīderlande                   | 1542               | 23,80±11,80                             | 7,13±6,25                              | 13,53±8,15                              |

Pētījumā noskaidrots, ka nepastāv statistiski nozīmīgas atšķirības Maslačas izdegšanas aptaujas depersonalizācijas vai personisko panākumu apakšskalu vidējos rādītājos starp dažādu vecumposmu māsu grupām (skat. 2.13. tabulu), līdz ar to jāsecina, ka vecums nav uzskatāms par noteicošo faktoru māsu dehumanizācijas, cinisma attīstībai vai personisko panākumu uztveres redukcijai dotajā māsu izlasē. Tomēr māsu grupai vecumā 51-60 gadi ir statistiski nozīmīgi augstāki vidējie rādītāji emocionālā izsīkuma apakšskalā, salīdzinot ar māsu 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).

Turklāt saskaņā ar literatūras datiem, paaugstināts risks pastāv jaunaļiem 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 apakšskālās (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 zūst 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 praktizējošas 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 vadītājām (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, Aiken, Mc Claine, & Hanlon, 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 apakšskālās 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 strādājošām māsām, salīdzinājumā ar ambulatori strādājošām māsām, savukārt trauksmes rādītāji bija augstāki ambulatori strādājošām 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 mūsu 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,  $n=594$ ). Mūsu 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 respondentiem 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). Mūsu 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 mūsu 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 mūsu profesijas un darba specifiku, jo ikdienā jāsaskaras ar spriedzes situācijām un pārslodzi, kas var paaugstināt trauksmes līmeni. Atšķirības trauksmes-iezīmes rādītājos ir grūtāk skaidrojamas — iespējams, ka dotās mūsu izlases respondentiem paaugstināta trauksmainība ir personības iezīme un to nevar attiecināt uz visu mūsu izlasi kopumā.

**Profesionālās dzīves kvalitātes skalas rezultāti.** Profesionālās dzīves kvalitātes skalu kopumā aizpildīja 500 praktizējošas māsas, sievietes vecumā no 22 līdz 68 gadiem ( $M=42,72$ ;  $SD=8,50$ ). Līdzjutības gandarījuma apakšskalas, izdegšanas apakšskalas un sekundārā traumatiskā stresa apakšskalas vidējie rezultāti un to salīdzinājums ar literatūrā atrodamajiem datiem sniegts 3.2. tabulā. Pamatā Profesionālās dzīves kvalitātes skala lietota ASV, līdz ar to, analizējot atšķirības, jāņem vērā atšķirīgais mūsu profesijas statuss, atalgojuma apjoms un noslodze darbā. Kā redzams 3.2. tabulā, tad līdzjutības noguruma un izdegšanas apakšskalu rādītāji būtiski neatšķiras,

tomēr sekundārā traumatiskā stresa rādītāji dotajai māsu izlasei ir augstāki nekā pārējos pētījumos konstatētie.

3.2. tabula

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

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

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 līdzjūtības 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 Spīrmēna korelācijas koeficientu. Korelācijas apakšskalu starpā ir statistiski nozīmīgas ( $p < 0,01$ ), pie

tam līdzjūtības nogurumu ietverošajās skalās (izdegšanas un sekundārā traumatiskā stresa apakšskalās) 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 apakšskalās rādītājiem un izdegšanas apakšskalās rādītājiem ( $r=0,62$ ;  $p<0,001$ ).

Analizējot literatūras datus par Profesionālās dzīves kvalitātes skalas rezultātu interpretāciju, jāuzsver, ka pozitīvākais iespējamais rezultāts ir augstāki rādītāji līdzjūtības gandarījuma apakšskalā un zemāki rādītāji izdegšanas un sekundārā traumatiskā stresa apakšskalās (Stamm, 2010), šāda kombinācija dotajā mūsu 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 līdzjūtības 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, Spīlbergera 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 un Maknaitis (Glass, 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 (Shaufeli, & 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 māsu 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 māsu 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  $r=-0,47$  ( $p<0,05$ ) (Alimoglu, & 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 māsu izlasē (Tselebis et al., 2001)  $r=0,60$  ( $p<0,05$ ) un 401 māsu 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 līdzjūtības, māsām, kurām ir attīstījusies izdegšana, ir lielāks risks, ka attīstīsies līdzjūtības nogurums (Sabo, 2006).

Nozīmīgas korelācijas tika konstatētas starp Profesionālās dzīves kvalitātes skalas līdzjūtības 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 izsūkuma 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 apakšskālā ir raksturīgi augstāki rādītāji Maslačas izdegšanas aptaujas personīgo panākumu apakšskālā, kas norāda uz mazāku izdegšanu.

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

**Supervīziju nepieciešamība māsu praksē.** Analizējot māsu (n=241) atbildes par supervīziju nepieciešamību māsu 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, Burnard, Hannigan, Cooper, Adams, Juggessur, Fothergil, & Coyle, 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 (Ābolčiņa, 2010). Jāatzīmē, ka sākotnēji klīniskā supervīzija māsu praksē tika attīstīta garīgās veselības

aprūpes māsām ASV un Lielbritānijā, tomēr mūsdienās klīnikās 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 līdzjūtības 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 māsu 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. Āboltiņa L. (2010). Mācīšanās principi sociālā darba supervīzijā. *Latvijas Universitātes raksti*, 747. sējums *Pedagoģija*, 20–31.
5. 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.
6. Bride B. E., Radey M., & Figley C. R. (2007). Measuring Compassion Fatigue. *Clinical Social Work Journal*. 35, 155–163.
7. Browning L., Ryan C. S., Thomas S., Greenberg M., & Rolniak S. (2007). Nursing specialty and burnout. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 248–254.
8. 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.
9. 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.

10. 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.
11. Bush N. J. (2009). Compassion Fatigue: Are You at Risk? *Oncology Nursing Forum*, Vol. 36, No. 1, 24–28.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. 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>
16. 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.
17. 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.
18. Keris V. (2011). Latvijas veselības aprūpe mītos un realitātē. *Doctus*, 10, 59–63.

19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. Kulbergs J.(2001). *Dinamiskā psihiatrija*. Rīga: Jumava.
23. 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.
24. 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.
25. Maslach C., Jackson S.E. & Leiter M.P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual* (3.ed). – California: Palo Alto.
26. 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.
27. 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.
28. 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)

29. Pētniecības terminu skaidrojošā vārdnīca (2011). Rīga: Raka.
30. Platt Koch L. M. (1986). Clinical supervision for Psychiatric Nurses. *Journal of Psychological Nursing*, 26, 1, 7–15.
31. 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.
32. Raščevska M. (2005). Psiholoģisko testu un aptauju konstruēšana un adaptācija. Rīga: Raka.
33. Raščevska M., & Kristapsone S. (2000). Statistika psiholoģijas pētījumos. Rīga: Izglītības soli.
34. Reņģe V. (1999). Psiholoģija. Personības psiholoģiskās teorijas. Rīga: Zvaigzne ABC.
35. 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.
36. 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.
37. 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.
38. Schaufeli W. B., & Enzmann D. (1998). The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis (Issues in Occupational Health Series).
39. Sloan G., & Watson H. (2002). Clinical supervision models for nursing: structure, research and limitations. *Nursing Standard*, 17, 4, 41–46.

40. Spielberger C. D., Gorsuch R. L., & Lushene R. E. (1970). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
41. 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.
42. Stamm B.H. (2010). The Concise ProQOL Manual, 2nd Ed. Pocatello, ID: The ProQOL.org.
43. 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.
44. Škuškovnika D. (2004). Trauksme latviešiem un Latvijā dzīvojošiem krieviem. Promocijas darbs. Sociālā Psiholoģija. Latvijas Universitāte. Rīga.
45. 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.
46. 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.
47. 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.

48. 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.
49. Voitkāne S. (2004). Pašcieņas, pašpaļāvības saistības ar psiholoģisko labklājību un depresiju studentēm studiju sākuma posmā. *Latvijas Universitātes raksti 682. sējums "Psiholoģija"*, 41–51.
50. Yoder A.E. (2010). Compassion fatigue in nurses. *Applied Nursing Research*, 23, 191–197.

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.