

LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS

Natalja Skorobogatova

**NAUJAGIMIŲ INTENSYVIOSIOS
TERAPIJOS SLAUGYTOJŲ
SAVIJAUTA IR DARBO IŠŠŪKIAI**

Daktaro disertacija
Medicinos ir sveikatos mokslai,
visuomenės sveikata (M 004)

Kaunas, 2022

Disertacija rengta 2012–2021 m. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Visuomenės sveikatos fakulteto Sveikatos psichologijos katedroje. Disertacija ginama eksternu.

Mokslinė konsultantė

prof. dr. Nida Žemaitienė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, medicinos ir sveikatos mokslai, visuomenės sveikata – M 004).

Disertacija ginama Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos visuomenės sveikatos mokslo krypties taryboje:

Pirmininkė

prof. dr. Skirmantė Sauliūnė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, medicinos ir sveikatos mokslai, visuomenės sveikata – M 004).

Nariai:

prof. dr. Olga Riklikienė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, medicinos ir sveikatos mokslai, slauga – M 005);

prof. dr. Aušra Petrauskienė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, medicinos ir sveikatos mokslai, visuomenės sveikata – M 004);

prof. dr. Rimantas Stukas (Vilniaus universitetas, medicinos ir sveikatos mokslai, visuomenės sveikata – M 004);

prof. dr. Kristina Mikkonen (Oulu universitetas (Suomija), medicinos ir sveikatos mokslai, slauga – M 005).

Disertacija ginama viešajame Visuomenės sveikatos mokslo krypties tarybos posėdyje 2022 m. birželio 10 d. 10 val. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų Akušerijos ir ginekologijos klinikos Didžiojoje auditorijoje.

Adresas: Eivenių g. 2, LT-50161 Kaunas, Lietuva.

LITHUANIAN UNIVERSITY OF HEALTH SCIENCES

Natalja Skorobogatova

**WELL-BEING AND WORK CHALLENGES
OF NURSES FROM NEONATAL
INTENSIVE CARE UNIT**

Doctoral Dissertation
Medical and Health Sciences,
Public Health (M 004)

Kaunas, 2022

Dissertation has been prepared at the Department of Health Psychology of Medical Academy of Lithuanian University of Health Sciences during the period of 2012–2021. Dissertation is defended extramurally.

Scientific Consultant

Prof. Dr. Nida Žemaitienė (Lithuanian University of Health Sciences, Medical and Health Sciences, Public Health – M 004).

Dissertation is defended at the Public Health Research Council of the Lithuanian University of Health Sciences:

Chairperson

Prof. Dr. Skirmantė Sauliūnė (Lithuanian University of Health Sciences, Medical and Health Sciences, Public Health – M 004).

Members:

Prof. Dr. Olga Riklikienė (Lithuanian University of Health Sciences, Medical and Health Sciences, Nursing – M 005);

Prof. Dr. Aušra Petrauskienė (Lithuanian University of Health Sciences, Medical and Health Sciences, Public Health – M 004);

Prof. Dr. Rimantas Stukas (Vilnius University, Medical and Health Sciences, Public Health – M 004);

Prof. Dr. Kristina Mikkonen (University of Oulu (Finland), Medical and Health Sciences, Nursing – M 005).

Dissertation will be defended at the open session of the of Public Health Research Council of the Lithuanian University of Health Sciences on the 10th of June, 2022 at 10 a.m. in the Great auditorium of the Department of Obstetrics and Gynaecology at the Hospital of Lithuanian University of Health Sciences Kauno klinikos.

Address: Eivenių 2, LT-50161 Kaunas, Lithuania.

TURINYS

SANTRUMPOS	7
SĄVOKOS.....	8
ĮVADAS	9
1. DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI.....	12
2. LITERATŪROS APŽVALGA	13
2.1. Intensyviosios terapijos skyriuose dirbančių slaugytojų emocinė savijauta	13
2.2. Streso sąvokos apibūdinimas ir stresą lemiantys veiksniai	14
2.3. Slaugytojų profesinis stresas ir sveikata.....	17
2.4. Streso įveika	18
2.5. Profesinis slaugytojų perdegimas	20
2.5.1. Profesinio perdegimo samprata ir dimensijos	20
2.5.2. Profesinio slaugytojų perdegimo veiksniai.....	21
2.5.3. Slaugytojų profesinio perdegimo paplitimas ir su juo susijusių reiškinių sąsajos.....	22
2.6. Naujagimių intensyviosios terapijos skyrių slaugytojų kompetencija	27
3. TYRIMO DALYVIAI IR METODIKA	32
3.1. Tyrimo eiga ir tiriamieji.....	32
3.2. Tyrimo etika.....	34
3.3. I tyrimo etapas – vienmomentė anketinė apklausa.....	34
3.3.1. Tyrimo imtis.....	34
3.3.2. Tyrimo klausimynas.....	35
3.3.2.1. Emocinės slaugytojų savijautos vertinimas.....	36
3.3.2.2. Stresą keliančių veiksnių vertinimas	36
3.3.2.3. Streso įveikos vertinimas.....	37
3.3.2.4. Profesinio perdegimo vertinimas.....	38
3.3.3. Statistinė duomenų analizė	39
3.4. II tyrimo etapas – fokusuotų diskusijų grupės.....	40
3.4.1. Fokusuotų diskusijų grupių metodo pasirinkimo motyvai	40
3.4.2. Fokusuotų diskusijų grupių organizavimas	41
3.4.2.2. Tyrimo eiga.....	43
3.4.2.3. Duomenų transkribavimas.....	44
3.4.3. Duomenų analizė	45
3.4.4. Tyrėjos ryšys su tyrimo tema.....	46
4. REZULTATAI.....	48
4.1. Emocinė slaugytojų savijauta	48
4.2. Stresas ir jo įveika	50
4.2.1. Profesinio streso veiksniai	50
4.2.1.1. Fizinės aplinkos veiksniai	51
4.2.1.2. Psichologinės aplinkos veiksniai.....	52
4.2.1.3. Socialinės aplinkos veiksniai.....	54

4.2.1.4. Slaugytojų patiriamo streso palyginimas, atsižvelgiant į jų socialines-demografines ir darbo charakteristikas	56
4.2.2. Streso įveikos būdai.....	57
4.2.3. Sveikatos nusiskundimai	58
4.3. Slaugytojų profesinis perdegimas ir jį lydintys sveikatos pokyčiai	59
4.4. Slaugytojų profesinio perdegimo rizikos veiksniai	62
4.5. Fokusuotų diskusijų grupių rezultatai	65
4.5.1. Slaugytojų profesinis tapatumas.....	67
4.5.1.1. Profesijos pasirinkimas.....	67
4.5.1.2. Profesinis pasirengimas.....	68
4.5.1.3. Idealios slaugytojos paveikslas	69
4.5.1.4. Profesinės kompetencijos ribos	70
4.5.2. Ypatingas darbas	72
4.5.2.1. Darbo apibūdinimas	72
4.5.2.2. Akistata su naujagimio mirtimi	73
4.5.2.3. „Darbas mus keičia“	73
4.5.3. Streso įveika	75
4.5.4. Sąveika su kitais asmenimis	75
4.5.4.1. Sąveika su gydytojų komanda.....	75
4.5.4.2. Sąveika su kolegėmis	77
4.5.4.3. Sąveika su naujagimių tėvais	77
5. REZULTATŲ APITARIMAS	80
5.1. Nusiskundimai sveikata ir emocinės savijautos vertinimas	80
5.2. Slaugytojų profesinio streso veiksniai.....	81
5.3. Streso įveikos būdai.....	84
5.4. Slaugytojų profesinis perdegimas	85
5.5. Slaugytojų požiūris į streso veiksnius darbo aplinkoje	88
5.5.1. Profesinis slaugytojo tapatumas	88
5.5.2. Ypatingas darbas	90
5.5.3. Streso įveika	92
5.5.4. Bendradarbiavimas su kitais asmenimis.....	92
TYRIMO RIBOTUMAI	95
IŠVADOS.....	96
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS	97
SUMMARY	99
LITERATŪROS SĄRAŠAS	126
MOKSLINĖ VEIKLA	137
PRIEDAI.....	138
CURRICULUM VITAE	170

SANTRUMPOS

AL	– Asmeniniai laimėjimai
CAGE	– Probleminio alkoholio vartojimo klausimynas
DP	– Depersonalizacija
EI	– Emocinis išsekimas
EPDS	– Edinburgo pagimdyminės depresijos skalė
LSMU	– Lietuvos sveikatos mokslų universitetas
MBI-HSS	– Maslach profesinio perdegimo skalė – HSS versija
MN	– Medicinos norma
NITS	– Naujagimių intensyviosios terapijos skyrius
NSS	– Slaugos streso skalė
PP	– Profesinis perdegimas
SN	– Standartinis nuokrypis

SAVOKOS

Anestezijos ir intensyvosios terapijos slaugytojas – bendrosios praktikos slaugytojas, įgijęs Lietuvos Respublikos teisės aktų numatyta tvarka anestezijos ir intensyvosios terapijos slaugytojo specializaciją [191].

Profesinis stresas – emocinių, pažintinių, elgesio ir fiziologinių reakcijų į nemalonius ir kenksmingus darbo turinio, darbo organizavimo ir darbo aplinkos veiksnius visuma [181].

Profesinis perdegimas – psichinio ir fizinio išsekimo būseną, sukelta nepalankių darbo veiksnių [106].

Profesinis tapatumas – profesinis tinkamumas, profesinis pasirengimas ir apsisprendimas, profesijos vaizdas ir savęs matymas joje, profesinis planas, karjera, profesinė savimone [199].

Stresas – fiziologinių, psichologinių ir elgesio apsauginių reakcijų, kurias sukelia išoriniai arba vidiniai veiksniai (vadinamieji stresoriai) visuma [125].

ĮVADAS

Darbo aktualumas

Lietuvoje, kaip ir kitose išsivysčiusiose šalyse, profesinės veiklos sukeltam stresui skiriamas ypatingas dėmesys. Ekspertai atkreipia dėmesį į tai, kad ši streso rūšis yra būdingesnė profesijoms, turinčioms ribotas savarankiškumo galimybes savo profesinėje veikloje, nes tokių profesijų atstovams taikomi dideli fiziniai ir psichologiniai reikalavimai [28, 69]. Slaugytojo profesiją galima priskirti prie vienos iš jų [114]. Europos Komisijos (2002) sveikatos ir saugos darbe strategijose stresas profesinėje veikloje apibūdinamas kaip emocijų, pažintinių, elgesio ir fiziologinių reakcijų į nemalonius ir kenksmingus darbo turinio, darbo organizavimo ir darbo aplinkos veiksnius visuma [181]. Stresą Lietuvos sveikatos priežiūros specialistams kelia sistemoje vykstantys pokyčiai [184]. Situacijos neapibrėžtumas ir kintantys reikalavimai neigiamai veikia jų teikiamų paslaugų kokybę [25]. Pervargimas, darbe jaučiamas stresas ir vėliau atsirandantis profesinis perdegimas prasideda nuo per didelių įsipareigojimų, susijusių su profesija, darbu ir karjera [197]. Kai kurie tyrėjai perdegimą daugiau sieja su psichikos būseną, kai idealistiškai nusiteikę ir atsidavę žmonės dėl per didelio profesinio arba asmeninio pobūdžio krūvio pasijunta visiškai išsekę tiek emociškai, tiek ir fiziškai. Įvairiose šalyse atlikti profesinio perdegimo tyrimai pateikia svarių įrodymų apie šios problemos aktualumą tarp asmens sveikatos priežiūros specialistų [71, 82, 87, 92].

Profesinis perdegimas apibūdinamas kaip psichinio ir fizinio išsekimo būseną, sukelta nepalankių darbo veiksnių [106]. Tyrėjai, kurie domisi profesinio perdegimo reiškiniu teigia, kad jį dažniau patiria darbuotojai, kurių profesinė veikla yra susijusi su gana artimu, dažnu ir intensyviu kontaktu su kitais žmonėmis [59]. Manoma, kad šie specialistai per tam tikrą laiką išnaudoja savo teigiamų emocijų išteklius, patiria stresą ir sunkiai įveikia jo padarinius. Streso būsenai užsitęsęs, dažniausiai išsikvojamos fizinės ir psichinės jėgos, o tai paveikia specialisto motyvaciją, elgesį ir požiūrį į atliekamą darbą bei žmones [59]. Tyrėjai pabrėžia, kad slaugytojai pasižymi ypatinga rizika patirti profesinį perdegimą. Yra duomenų, kad profesinio perdegimo simptomai būdingi didžiajai daugumai (iki 85 proc.) užsienio šalių slaugytojų [49, 71]. Slaugytojo profesijai būdingas didelis darbo krūvis ir nuolatinės kritinės, bei stresinės situacijos reikalaujančios psichinės ir fizinės ištvermės. Mokslo publikacijose nurodoma, kad profesiniam slaugytojų perdegimui turi įtakos neaiškūs, nekonkretūs, kartais net nepagrįsti reikalavimai ir su jų darbu siejami neapibrėžti lūkesčiai [32]. Dideli slaugytojų darbo krūviai Lietuvoje taip pat yra susiję su personalo trūkumu, kuris sąlygoja didesnę darbo intensyvumą.

mą ir ilgesnę darbo dienos trukmę [197]. Pastebėta, kad nepasitenkinimui darbu ir profesiniam perdegimui įtakos turi ir mažas darbo atlygis [39, 87].

Tyrinėjant profesinio streso ir perdegimo veiksnius, yra svarbu atkreipti dėmesį į specialistų profesinio tapatumo sampratą. Slaugytojų profesinis tapatumas formuojasi sąveikaujant su pacientais ir kitais sveikatos priežiūros specialistais darbinėje aplinkoje, kurioje gali kilti nemažai stresą sąlygojančių situacijų. Profesinis tapatumas apima profesinį tinkamumą, profesinį pasirengimą, profesinį apsisprendimą, profesijos vaizdą ir savęs matymą joje, profesinį planą, karjerą, profesinę savimonę [199]. Pastaraisiais dešimtmečiais šis reiškinys vyrauja įvairių sričių tyrėjų darbuose, tarp jų slaugos [54, 122]. Tačiau jis tebėra mažai ištirtas, o turimi duomenys yra fragmentiški, vis dar stokojama vientiso ir gilesnio supratimo apie tai, kurie veiksniai nusako profesinį tapatumą ir kokią reikšmę jis turi asmens profesinei veiklai. Profesinis specialisto tapatumas siejamas su individualiomis asmenybės savybėmis, įsitikinimais, žmogiškosiomis vertybėmis, profesinės veiklos motyvais ir patirtimi [144, 158, 159]. Atkreipiamas dėmesys į tai, kad profesinis tapatumas formuojasi kintant specialistų patirčiai ir gaunant prasmingą grįžtamąjį ryšį iš aplinkos [122]. Pastebima, kad ši samprata yra dinamiška dar ir dėl to, kad kinta vidinė specialistų profesionalumo sandara bei pati profesionalumo sąvoka [158].

Gera slaugytojų savijauta lemia jų teikiamų slaugos paslaugų kokybę. Slaugytojų, dirbančių naujagimių intensyviosios terapijos skyriuose, profesinį tapatumą atspindinčios savybės, įsitikinimai, vertybės, taip pat ir jų veiklos motyvai bei profesinė patirtis turi didžiulę reikšmę slaugant neišnešiotus ir sergančius naujagimius. Labai svarbus slaugytojų veiklos aspektas yra sąveika su naujagimio tėvais, kuriems reikalinga pagalba realybėje, gimus neišnešiotam arba sergančiam naujagimiui, suvokti [2, 93]. Mokslininkai atkreipia dėmesį, kad slaugytojas yra sveikatos priežiūros specialistas, kuris būna arčiausiai naujagimio, jo tėvų ir gali padėti sumažinti jų patiriamą stresą, suteikti informaciją, paramą ir supratimą [128, 74, 124]. Svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad slaugytojai nejaučiantis streso ir profesinio perdegimo veiksmingiau bendrauja su naujagimių tėvais, atliepia jų poreikius, taip pat geriau geba dirbti [13].

Darbo mokslinis naujumas

Rengiant disertaciją nepavyko rasti tyrimų, kurie kompleksiskai vertintų slaugytojų, dirbančių naujagimių intensyviosios terapijos skyriuose, savijautą, profesinio streso ir perdegimo rizikos veiksnius darbo aplinkoje, streso įveikos būdus, slaugytojų profesinį tapatumą.

Taigi, apžvelgus pagrindinius slaugytojų darbo aspektus ir juos aptariančius mokslinius darbus, akivaizdu, kad Lietuvoje trūksta tyrimų, skirtų įver-

tinti slaugytojų savijautą, nustatyti profesinio streso ir perdegimo ypatumus, jų atsiradimo riziką ir prevenciją. Atliktas tyrimas yra kompleksinis, atspindintis visą Lietuvos naujagimių intensyviosios terapijos skyriuose dirbančių slaugytojų populiaciją. Šiuo tyrimu siekiama atsakyti, kurie slaugytojų darbo aplinkos veiksniai ir kokie sveikatos nusiskundimai yra siejami su profesiniu stresu ir perdegimu, ir kokius streso įveikos būdus dažniausiai naudoja naujagimių intensyviosios terapijos slaugytojai.

Darbo praktinė reikšmė

Disertacinio tyrimo rezultatai bus pateikti įstaigų ir naujagimių intensyviosios terapijos skyrių administracijai. Tai leistų atkreipti visų lygių vadovų dėmesį į veiksnius, kurie dažniausiai kelia stresą slaugytojams, dirbantiems naujagimių intensyviosios terapijos skyriuose ir didina profesinio perdegimo išsivystymo riziką. Gautų rezultatų pagrindu bus galima pritaikyti priemones, švelninančias streso veiksnių poveikį ir mažinančias profesinio perdegimo išsivystymo tikimybę NITS slaugytojų tarpe. Tikėtina, šie rezultatai bus svarbūs ir sveikatos politikams, kuriant palankias slaugytojų profesinės veiklos sąlygas mūsų šalyje.

Darbe aprašyti NITS slaugytojų tapatybės formavimosi ypatumai, sąveikaujant unikaliam darbo aplinkai ir vidinėms slaugytojų savybėms yra vertingi rengiant slaugytojų profesinio ruošimo ir podiplominio tobulinimosi programas.

1. DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI

Darbo tikslas – Įvertinti naujagimių intensyviosios terapijos skyriuose dirbančių slaugytojų savijautą ir darbo iššūkius.

Darbo uždaviniai:

1. Įvertinti slaugytojų savijautą, patiriamą stresą, jo rizikos veiksnius ir įveikos būdus.
2. Įvertinti slaugytojų profesinio perdegimo riziką ir simptomus.
3. Nustatyti sąsajas tarp slaugytojų profesinio perdegimo simptomų, savijautos, patiriamo streso ir jo įveikos būdų.
4. Atskleisti slaugytojų požiūrį į streso rizikos veiksnius darbo aplinkoje.

2. LITERATŪROS APŽVALGA

2.1. Intensyviosios terapijos skyriuose dirbančių slaugytojų emocinė savijauta

Slaugytojai bendrauja su įvairiais pacientais ir jų artimaisiais, kurie dėl streso, ligos ir gydymo ligoninėje atskleidžia tiek teigiamas, tiek ir neigiamas savo elgesio bei charakterio savybes [89, 186]. Bendraujant paciento artimiesiems ir slaugytojams, gali atsirasti įvairių reakcijų – nuo teigiamų (pvz.: meilės, pasitikėjimo) iki neigiamų (pvz.: priešiško, pykčio, neapykantos) [78, 88, 186].

Nepavyko rasti Lietuvoje atliktų tyrimų, kurie atskleistų naujagimių intensyviosios terapijos skyriuose dirbančių slaugytojų emocijas. Tačiau užsienio tyrėjai pastebi, kad naujagimių intensyviosios terapijos slaugytojams tenka slaugyti sunkiai sergančius naujagimius, bendrauti su jų tėvais, susidurti su kolegų emocinėmis reakcijomis (pykčiu, kalte, baime, neigimu, nerimu). Be to, slaugytojai ir patys išgyvena sunkius jausmus arba vertina situaciją kaip asmeninę nesėkmę, ar jaučia pyktį, kai pacientas miršta [14, 47, 138, 146].

Belgijoje buvo atliktas tyrimas, kurio metu tirtas psichologinės pagalbos poreikis sveikatos priežiūros personalui naujagimių intensyviosios terapijos skyriuose [47]. Nustatyta, kad slaugytojos patiria sunkius emocinius išgyvenimus kai tenka slaugyti naujagimius su bloga gyvenimo prognozė arba mirštančius naujagimius [47]. Australijos tyrėjai pabrėžia, kad naujagimių intensyviosios terapijos skyriuose personalui dažnai tenka priimti sprendimus susijusius su naujagimių gydymu ir priežiūra, kurie yra emociškai sudėtingi ir didina profesinio streso riziką [138]. Intensyviosios terapijos skyriuose dirbantiems slaugytojams vis dažniau nustatomas perdegimo sindromas [197]. Šio sindromo priežastis – slaugos specialistams kasdien tenka bendrauti su sergančiais pacientais, jų šeimos nariais, išgyventi pacientų mirtį, matyti fizinę jų kančią [39, 129, 197].

Lietuvoje vis daugiau sveikatos priežiūros darbuotojų, ypač slaugos specialistų, skundžiasi pervargimu, emociniu išsekimu, neprofesionalumo pojūčiu, konfliktais darbo aplinkoje [179, 184, 189, 194]. Manoma, kad tai susiję su pastaraisiais dešimtmečiais greitai progresuojančia medicinos mokslo pažanga, technologijų tobulėjimu ir dėl to didėjančiais reikalavimais, kvalifikacija, atsakomybe, didesnių slaugomų pacientų skaičiumi, darbo krūviu [197].

Apibendrinant galima sakyti, kad naujagimių intensyviosios terapijos slaugytojai patiria emocinį išsekimą ir tai yra didžiulė problema. Todėl užsienio ir Lietuvos mokslininkai gana plačiai tiria slaugytojų patiriamo streso ir psichologinių reikalavimų darbe sąsajas su psichinės ir fizinės sveikatos

sutrikimais. Dažniausiai slaugytojų patiriamo streso padariniai bus aptariami toliau.

2.2. Streso sąvokos apibūdinimas ir stresą lemiantys veiksniai

Stresas yra daugiareikšmė sąvoka, kuri dažnai vartojama kasdieniniame gyvenime ir plačiai nagrinėjama moksliniuose tyrimuose. Stresas – tai fiziologinių, psichologinių ir elgesio apsauginių reakcijų, kurias sukelia išoriniai arba vidiniai veiksniai (vadinamieji stresoriai) visuma [125].

Streso teorijos pradininku laikomas tyrėjas Hansas Seljė (Kanada). Jis 1936 metais pateikė teorinę išvagę, kad stresas yra žmogaus psichinės ir fiziologinės įtampos būseną, kuri atsiranda dėl išorinių ir vidinių dirgiklių arba stresorių poveikio. Seljė išskyrė dvi streso rūšis: eustresą ir distresą, bei atkreipė dėmesį į tai, kad jų poveikis žmogaus organizmui yra skirtingas. Eustresas teigiamai veikia žmogaus organizmą, stimuliuoja ir skatina siekti geresnių rezultatų. Kita streso rūšis – distresas, gniuždo ir sekina žmogaus organizmą [125].

Fiziologinius pokyčius, atsirandančius žmonių, patyrusių stresą, organizmuose tyrė Cox'as (1991). Jis stresą įvardijo kaip vidinio pobūdžio psichologinę būseną ir sąveiką tarp aplinkos ir asmens [37]. Dar vienas mokslininkas reikšmingai prisidėjęs prie streso tyrimų, yra A. Antonovsky (1974). Jis stresą apibūdino kaip „vidinės arba išorinės aplinkos poveikį organizmui, kuris sutrikdo organizmo homeostazę“. Antonovsky pabrėžė, kad organizmo pusiausvyros atkūrimas po patirto streso yra labai sunkus ir ilgai trunkantis procesas [8].

Lazarus'as ir Folkman'as (1984) savo darbuose pateikė siūlymą – stresą vertinti kaip kintamą abipusį ryšį tarp žmogaus ir jį supančios aplinkos. Jie pažymėjo, kad stresą keliantys veiksniai gali būti didelės nelaimės, artimo žmogaus mirtis arba problemos, kylančios šeimoje. Gana dažnai nervinę įtampą sukelia mažos, bet erzinančios problemos, kurias žmonės turi spręsti kiekvieną dieną. Prie jų mokslininkai priskyrė ginčus ir atsakomybę darbe. Lazarus'as (1991) pateikė svarbią išvagę, kad įvairūs veiksniai gali ir nesukelti streso tol, kol pats asmuo neįvertina jų kaip stresorių [97]. Pavyzdžiui stresas darbe patiriamas kai žmogaus laiko ištekčiai yra riboti, o jam pateikiama papildomų reikalavimų. Tokias situacijas vieni asmenys gali įvertinti kaip grėsmę gerovei, o kiti – kaip iššūkį, skatinantį, veikti [96]. Pastebėta, kad šis skirtumas priklauso nuo pažintinės žmogaus veiklos ir motyvacijos skirtumų, bei situacijos reikšmingumo asmens gerovei [97].

Dar viena streso tyrėjų grupė, kurios pagrindiniai atstovai yra Holmes'as ir Rahe'as, savo darbuose nagrinėjo ne asmens reakcijas į stresą, bet jį keliančius veiksnius [73]. Šie mokslininkai atliko streso veiksnių analizę ir sudarė

sąrašą, kuriame hierarchine tvarka pagal poveikio stiprumą išdėstė stresogeniškus gyvenimo įvykius. Tarp stipriausio poveikio stresorių įvardinti tokie stresoriai, kaip sutuoktinio mirtis, gyvenimo sąlygų neužtikrintumas, liga, neįgalumas. Juo stipresnis gyvenimo įvykis kaip stresoriaus poveikis, juo žmogui gali būti sunkiau jį įveikti. Šioje skalėje nemažą dalį streso veiksnių sudaro su darbu bei profesine veikla susiję veiksniai: visi pokyčiai darbe, pareigų pasikeitimas darbe, atsakomybės didėjimas arba mažėjimas darbe, darbotvarkės arba darbo sąlygų pasikeitimas [73]. Profesinį stresą ir streso veiksnius susijusius su slaugytojo profesija, aptarsime tolesniuose skyriuose.

Profesinio streso samprata ir jį lemiantys veiksniai. Stresas kylantis darbe, vadinamas profesiniu stresu. Prie profesinio streso sukėlėjų minimos darbo sąlygos arba jų tarpusavio sąveika, taip pat psichosocialiniai darbo veiksniai, dėl kurių žmogus gali jausti nepasitenkinimą darbu [156]. Dirbdami žmonės gali jaustis įvairiai: vieni dirbdami jaučia malonumą, pasitenkinimą darbu, jaučia, kad darbas yra jų gyvenimo dalis. Tačiau kitiems žmonėms darbas yra tiesiog prievolė, ar pragyvenimo šaltinis. Pastebima, kad tokie darbuotojai patiria nuovargį ir su darbu susijusį stresą. Griffiths'as ir Cox'as (2002) pabrėžia, kad organizacijose darbuotojams daromas vis didesnis spaudimas, mažinamos išlaidos ir didinamas darbo krūvis [36]. Burke'as ir kt. (2001) nurodo, kad pagrindinės priežastys nulemiančios keliamą darbo stresą: padidėjusi atsakomybė, netinkamas pareigų paskirstymas, smulkmeniška vadovų kontrolė, padidėjęs darbo krūvis, baimė prarasti darbą, nesaugumas, blogi santykiai su vadovu ir bendradarbiais, netinkamos pareigos, gresiantis priverstinis nedarbas, neaiškūs darbo tikslai, neturėjimas pakankamai informacijos, vadovo paramos ir pagalbos stoka [185]. Stresą keliantys veiksniai darbo vietoje yra tiek darbuotojų sveikatos, tiek ir organizacijų funkcionavimo pagrindinė problema, dėl kurios vyksta darbuotojų kaita, didėja sergamumas, pravaikštos, patiriamas neigiamas poveikis nuotaikai ir darbo našumui bei efektyvumui [156]. Lietuvoje dar per mažai dėmesio kreipiama į slaugytojų profesinės veiklos sukeltą stresą ir jo padarinius tiek pačių gyvenimo kokybei bei sveikatai, tiek jų teikiamų paslaugų kokybei [194].

Seljė (1936) savo darbuose pasiūlė stimulus, kurie sukelia stresines organizmo reakcijas, vadinti stresoriais. Jis pasiūlė stresorius suskirstyti į dvi grupes: biogeninius ir psichosocialinius [125].

Biogeniniai stresoriai tiesiogiai veikia simpatinę nervų sistemą, pvz.: kava, alkoholis, nikotinas, karštis, šaltis, fiziniai pratimai, skausmas ir pan. Organizmo atsakas į šios rūšies stresorius kyla savaime. Kai kurie stresoriai gali sukelti didesnę stresą ir tuo metu jie palieka mažiau vietos pažintinei patirčiai [96, 97].

Psichosocialiniai stresoriai sukelia organizmo reakciją tarpininkaujant pažintiniam situacijos suvokimo komponentui. Stresą sukeliančius įvykius žmogus įvertina per buvusią patirtį, kartu įvertindamas ir turimas įveikos galimybes. Todėl pažintinis stresoriaus įvertinimo procesas yra labai individualus ir susijęs su asmenybės savybėmis [125].

Slaugytojų darbas susijęs su daugybe stresą keliančių ir fiziškai bei emociškai sekinančių situacijų. Gray-Toft ir Anderson (1981) savo darbuose išskyrė konkrečias stresines slaugytojų darbo situacijas, kurių pagrindu ir buvo sudaryta slaugytojų streso skalė [63]. Stresinės situacijos siejamos su fizine, psichologine ir socialine darbo aplinka [194].

Fizinėje darbo aplinkoje stresą gali kelti tokie veiksniai, kaip netinkamas patalpų vėdinimas, per maža arba per didelė patalpos temperatūra, netinkamas apšvietimas, įvairūs nemalonūs cheminių medžiagų kvapai. Tam tikros cheminės medžiagos gali sukelti ne tik nemalonius uoslei pojūčius, bet ir kvėpavimo takų bei odos ligas. Dar vienas su fiziniiais slaugytojų darbo stresoriais siejamas veiksnys, yra sąlytis su infekcijų sukėlėjais, galinčiais sukelti infekcines ligas [81, 115].

Kita svarbi stresorių grupė susijusi su tarpasmeniniais darbo santykiais. Slaugytojų profesijai būdingas intensyvus bendravimas su įvairiais žmonėmis. Tai gali sukelti ne tik malonius patyrimus, bet ir neigiamas emocijas, ypač bendraujant su sunkiai sergančiais pacientais ir jų artimaisiais [81]. Atkreipiamas dėmesys į tai, kad didelį emocinį krūvį slaugytojai patiria, kai tenka dirbti su pacientais, kenčiančiais stiprius fizinius skausmus arba kai jie miršta. Stresą šiomis aplinkybėmis kelia slaugytojų bejėgiškumo prieš skausmą ir mirtį jausmas [31]. Daugelis tyrėjų, besidominčių slaugytojų patiriamu stresu darbe, atkreipia dėmesį į konfliktus, kylančius tarp slaugytojų ir jų vadovų [31]. Be to, dažnai slaugytojai patiria stresą, kai neįaučia vadovų ir kolegų socialinės paramos [102].

Dar viena stresorių grupė, susijusi su slaugytojų ir organizacijos sąveika. Tiek Lietuvoje, tiek ir kitose šalyse, atkreipiamas dėmesys į tai, kad sveikatos priežiūros įstaigose gana dažnai slaugytojų darbas nevertinamas, jie neturi galimybės savarankiškai priimti sprendimus, taikyti darbo metodus, pasirinkti darbo tempą [102, 66, 123]. Taip pat svarbu paminėti, kad Lietuvoje sveikatos sistemos reformos metu, vykdamas restruktūrizacijos procesą atsirado tam tikri slaugytojų psichosocialiniai darbo aplinkos pokyčiai, padidėjo darbo reikalavimai, sumažėjo socialinė parama, sustiprėjo nesaugumo dėl darbo jausmas [27]. Šie pokyčiai gali tapti veiksniais, keliančiais ilgalaikį slaugytojų stresą. Prie darbo reikalavimo veiksnių keliančių stresą, priskiriami: darbo krūvio didėjimas, darbo valandų ilgėjimas ir darbo tempo intensyvėjimas [70].

Daugelyje mokslinių tyrimų pabrėžiamas neadekvatus darbo krūvio sukeltas stresas [123]. Taip pat pastebėta, kad ne tik per didelis, bet ir per mažas

darbo krūvis turi įtaką slaugytojų savijautai. Tačiau nustatyti tinkamą, streso nekeliantį darbo krūvį yra labai sudėtinga, nes nėra bendrų krūvio vertinimo kriterijų [95].

Organizaciniai pokyčiai lemia slaugytojų vaidmens ir atsakomybės pokyčius. Vaidmens neapibrėžtumas darbinėje veikloje taip pat kelia stresą ir neigiamai veikia jų teikiamų paslaugų kokybę [16]. Atkreipiamas dėmesys į tai, kad reikiamos informacijos apie numatomus pokyčius stoka, siejasi su nesaugumo jausmu bei nepasitikėjimu administracija [154]. Toliau aptarsime profesinio streso poveikį slaugytojų sveikatai.

2.3. Slaugytojų profesinis stresas ir sveikata

Pateikiama įrodymų, kad darbe patiriamas stresas veikia daugelį žmogaus organų sistemų ir jų funkcijų. Galima teigti, kad yra pakankamai pagrįstas ir įrodytas streso poveikis somatinei bei emocinei dirbančiojo būklei [145, 167].

Aukštas ilgalaikio streso lygis neigiamai veikia tiek psichinę, tiek ir fizinę sveikatą [132]. Darbo stresas siejamas su daugelio ligų atsiradimu. Pavyzdžiui, autoimunine liga, migrena, nutukimu, raumenų įtampa, nugaros skausmais, padidintu cholesterolio kiekiu kraujyje [91, 164, 188]. Ilgai trunkančios stresinės situacijos iš pradžių gali pasireikšti įvairiais psichologiniais sutrikimais: asmens negebėjimu priimti sprendimus, irzlumu, agresyviu elgesiu kitų žmonių atžvilgiu, nesugebėjimu susikaupti ir priimti informaciją, abejingumu savo sveikatai [145].

Tyrimai taip pat rodo, kad stresinės situacijos didina širdies ir kraujagyslių ligų riziką [91, 188]. Lietuvoje (2006) atlikto tyrimo duomenimis daugiau nei 80 proc. slaugytojų dirbančių kardiologijoje jaučia emocinę įtampą, 75 proc. po darbo būna fiziškai pavargę, 67 proc. jaučia bendrą nuovargį [197]. Taip pat tyrėjai nurodo, kad stresas darbe slaugytojams gali sukelti depresiją, nerimą, padidėjusį lėtinį nuovargį [135, 145].

Tyrimai parodė, kad psichologinis nuovargis, patiriant nuolatinę įtampą arba stresą, taip pat yra dažnas slaugytojų sveikatos sutrikimas. Lietuvoje atlikto tyrimo duomenimis net 86 proc. respondencijų nurodė jaučiančios psichologinį nuovargį [196]. Be to, atsiranda nuotaikos svyravimai, nenusakomo pykčio protrūkiai, negatyvizmas [3, 7, 82, 117, 163]. Tačiau patiriamo streso poveikis organizmui priklauso nuo individualių kiekvieno žmogaus savybių bei stresinės situacijos suvokimo [82, 117]. Tai vadinama asmenybės adaptacija prie streso.

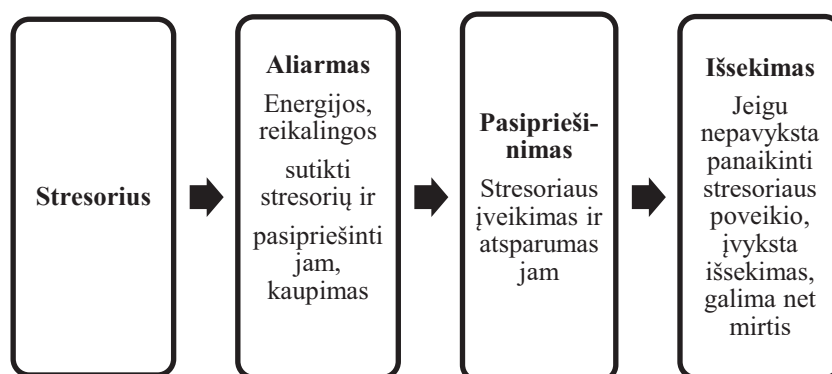
2.4. Streso įveika

Į ilgesnį stresorių poveikį žmogaus kūnas atsako savigynos reakcija. Šią prisitaikymo prie streso reakciją apraše Seljė (1936), pavadino ją bendruoju prisitaikymo sindromu ir išskyrė tris pagrindines jo fazes (2.4.1 pav.) [125].

Aliarmas – tai nerimo fazė, kurioje organizmas bando prisitaikyti prie naujos situacijos, vyksta fiziologiniai ir hormonų pokyčiai, reikalingų išteklių kaupimas. Šioje stadijoje dažnai stebimas jėgų antplūdis, žmogaus judesiai tampa energingesni ir greitesni. Manoma, kad žmogus šioje stadijoje gali nuveikti labai daug ir gauti geresnius rezultatus, nei jeigu jis veiktų įprastomis sąlygomis. Taip žmogaus organizmas rengiasi kitai stadijai – vadinamajai pasipriešinimo stresui.

Pasipriešinimo ir adaptacinė – šioje fazėje organizmas prisitaiko prie stresoriaus poveikio, kartu mažėja jo atsparumas kitiems stresoriams. Jeigu žmogus sugebėjo pasipriešinti ir įveikti stresą sukėlusį įvykį, atsiranda malonios emocijos ir pasitenkinimo jausmas. Tada įvykęs sukrėtimas gali tapti varomąja jėga. Tačiau jei stresas užsitęsia, žmogus nepajėgia jį įveikti, tada pereinama į kitą – išsekimo fazę. [125]

Išsekimas – organizmo prisitaikymo mechanizmas nebepajėgia veikti, pilnai nesiderina organizmo energijos gamybos mechanizmas, todėl gali atsirasti negrįžtamų pokyčių. Jeigu nepasikeičia išoriniai veiksniai, išskyla pavojus susirgti organinėmis ar psichikos ligomis [185].

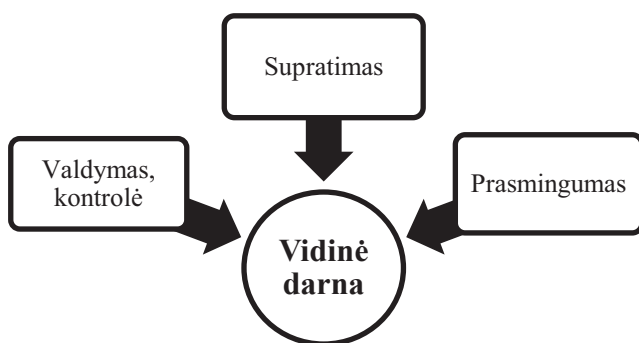


2.4.1 pav. Streso eigos schema (pagal Seljė, 1936) [125]

Tačiau reikia pastebėti, kad kiekvienas žmogus turi tam tikrų vidinių resursų, kurie padeda įprasinti gyvenimą ir įveikti stresą [95].

Asmenybės prisitaikymui ir streso įveikai itin daug dėmesio skyrė A. Antonovsky. Jis teigė, kad žmogus turi vidinių atsparumo jėgų (angl. *generalized resistance resources*), padedančių įveikti įvairias situacijas. Jis pasiūlė tam naudoti „vidinės darnos“ sąvoką, kurią paaiškino kaip asmens ge-

bėjimą suvokti jį supanti pasaulį kaip suprantamą, valdomą ir prasmingą. Antonovsky išskyrė tris pagrindinius vidinės darnos komponentus (2.4.2 pav.).



2.4.2 pav. Vidinės darnos komponentai (pagal A. Antonovsky, 1987) [10]

Antonovsky ir kt. (1990) pateikia daug įrodymų, kad vidinė asmens darna išreiškia individualius sunkumų įveikos gebėjimus, lemiančius fizinę sveikatą, socialinį prisitaikymą, socialinės aplinkos suvokimą bei aiškinimą, situacinį žmogaus elgesį [9]. Taigi, vidinė darna yra svarbus psichikos sveikatos ir gyvenimo įprasminimo veiksnys, lemiantis žmogaus optimizmą, norą gyventi, sunkumų bei stresinių situacijų įveiką ir asmeniniame gyvenime, ir kasdienėje žmogaus darbo veikloje [9].

Lazarus (1993) pabrėžia, kad pagrindinis stresinės situacijos įveikimo tikslas yra sumažinti suvokiamą šios situacijos grėsmę, patiriamas neigiamas emocijas ir fiziologinį atsaką. Lazarus ir Folkman (1984) savo darbuose nurodo, kad įveikos strategijos nukreiptos į emocinį reguliavimą arba problemos sprendimą [96, 97]. Į emocijas nukreiptas įveikos tikslas – valdyti kylančias emocijas, bet nekeisti pačią stresogeninę situaciją [95].

Su darbu susijusio streso mažinimo strategijos kai kurių autorių yra skirstomos į adaptyviasias ir neadaptyviasias [131]. Adaptyviomis strategijomis laikomos tokios, kurios padeda mažinti stresą ir turi teigiamą poveikį sveikatos būklei. Prie jų priskiriamas aktyvus problemos sprendimas, sporto pratybos, jogos pratimai, relaksacija, mitybos įpročių keitimas ir pan. Neadaptyviomis vadinamos tos, kurios tik trumpam sumažina streso poveikį, tačiau dažniausiai pažeidžia sveikatos būklę ateityje – tai alkoholio vartojimas, rūkymas, savarankiškas vaistų vartojimas ir pan. [131].

Svarbu nustatyti, kas daugiausia darbuotojams sukelia stresą, nustatyti konkrečios darbo vietos streso rizikos veiksniai. Šiame procese turi dalyvauti tiek organizacijos administracija, tiek eiliniai darbuotojai. Vertinant streso veiksniai svarbu atkreipti dėmesį, kad sukūrus naujas technologijas, atsiranda naujų psichosocialinių stresą keliančių veiksnių, kurių priežastis gali būti žinių ir kompetencijų trūkumas [151].

2.5. Profesinis slaugytojų perdegimas

2.5.1. Profesinio perdegimo samprata ir dimensijos

„Profesinio perdegimo“ (angl. *burnout*) sąvokos pradininku laikomas vokiečių kilmės psichologas Herbertas Freudenbergeris. Jis pirmasis pradėjo tyrinėti darbuotojų, kurių darbas yra susijęs su nuolatiniu bendravimu, psichinės ir fizinės savijautos pablogėjimą [57].

Toliau profesiniu perdegimu pradėjo domėtis ir kiti mokslininkai, viena iš ryškiausių šio reiškinių tyrinėtojų yra Christina Maslach. Ši mokslininkė savo darbuose teigia, kad profesinis perdegimas yra sudėtinga, ilgai besitęsianti būseną, kuri atsiranda šiaip dėl akimirkinės stresinės situacijos, bet dėl nuolatinių ilgai besitęsiančių stresinių veiksnių darbo aplinkoje [111]. Dažniausiai perdegimas nustatomas asmenims, kuriems būdingi dideli profesiniai įsipareigojimai, pasiaukojimas savo darbui ir klientams. Ši būseną išsekina tiek emocines, tiek organines darbuotojo jėgas [108]. Profesiniam perdegimui būdingas emocinio išsekimo jausmas, ciniškas požiūris į darbą, kolegas ir profesinių pasiekimų arba darbo efektyvumo sumažėjimas [28].

Mokslininkų yra pripažįstamas Maslach (1996) pasiūlytas trijų komponentų arba dimensijų profesinio perdegimo modelis. Šio modelio autoriai pateikia profesinio perdegimo komponentų atsiradimo eiliškumą: iš pradžių asmuo patiria emocinį išsekimą, vėliau atsiranda negatyvus požiūris į kitus asmenis (depersonalizacija) ir galiausiai susiformuoja negatyvus požiūris į save (asmeninių laimėjimų sumažėjimas) [106]. Taigi galima teigti, kad pagrindinė profesinio perdegimo apibrėžtis yra laikomas emocinis išsekimas, po kurio atsiranda dvi negatyvios dimensijos [76].

Emocinis išsekimas (angl. *emotional exhaustion*). Ši perdegimo dimensija laikoma esmine perdegimo sindromo dimensija. Dažniausiai tai yra pirmoji reakcija į patiriamą stresą darbe, kai keliami per dideli reikalavimai arba įvyksta dideli pokyčiai. Tuomet asmuo jaučiasi fiziškai ir psichiškai pervargęs, atsiranda abejingumo jausmas bei dvasinė tuštuma. Pastebėtina, kad įvairių autorių šios dimensijos apibūdinimai yra panašūs. S. Deery'as ir kt. (2002) ją apibūdina kaip nuovargio ir išsekimo jausmą, energijos stoką bei asmens emocinių jėgų išsekimą [44]. Maslach (1997) teigė, kad tokios būsenos asmuo jaučiasi emociškai ir fiziškai pavargęs ir jam sunkiai sekasi atgauti jėgas [108].

Depersonalizacija, *sin.* nuasmeninimas (angl. *depersonalization*). Ji apibūdinama kaip būseną, kuriai būdingas cinizmas, atsiribojimas, kai keičiasi požiūris ir santykiai su žmonėmis, jie tampa formalūs ir beasmeniai. Maslach (1997) pažymi, kad depersonalizacija pasireiškia atsainiu požiūriu į atliekamą darbą ir pareigas [114]. Panašiai ir kiti autoriai depersonalizaciją apibūdina kaip šaltumą ir abejingumą kitų poreikiams [162].

Asmeninių laimėjimų sumažėjimas (angl. *personal accomplishment*). Maslach (1998) šią dimensiją apibūdina kaip nekompetentingumo pojūtį, asmeninių laimėjimų ir veiksmingo darbo stoką. Tokiems asmenims būdingas kompetentingumo jausmo sumažėjimas, nepasitenkinimas ir neigiamas savo darbo įvertinimas, taip pat nepasitikėjimo savimi jausmo atsiradimas [162]. Tuo pačiu pažymima, kad asmeninių laimėjimų sumažėjimo komponentas yra labai sudėtingas [196]. Yra duomenų, kad šis komponentas siejasi su saviraiškos sumažėjimu ir atspindi profesinį efektyvumą [20].

2.5.2. Profesinio slaugytojų perdegimo veiksniai

Mokslinėje literatūroje veiksniai, lemiantys profesinio streso atsiradimą, neretai skirstomi į dvi pagrindines grupes. Vienai grupei priskiriami veiksniai susiję su individualiomis darbuotojo savybėmis, kitai – organizaciniai ir susiję su organizacijos kultūra.

Individualūs profesinio perdegimo rizikos veiksniai:

Slaugytojų amžius. Analizuodami, kokio amžiaus slaugytojai dažniausiai patiria profesinį perdegimą, tyrėjai išskiria dvi padidinto profesinio perdegimo rizikos grupes. Tai jauno amžiaus (19–25 metų) slaugytojos, kurios dažniausiai perdega todėl, kad jų atliekamam darbui keliami lūkesčiai ir galimybės į juos atliepti skiriasi [39, 134]. Kita grupė – 40–50 metų slaugytojai. Šiame amžiaus tarpsnyje labai svarbus pasitenkinimas darbu, kolegų pripažinimas. Jei to nėra – jaučiamas nusivylimas [51, 83].

Darbo stažas. Juo ilgesnis slaugytojų profesinės veiklos stažas, juo mažesnė tikimybė joms patirti profesinį perdegimą ir atvirkščiai [99].

Lytis. Maslach (2003) nurodo, kad vyrai perdega dažniau nei moterys. Tačiau pabrėžia, kad moterims dėl asmeninių jų savybių dažniau atsiranda emocinis išsekimas. Vyrai dažniau patiria depersonalizaciją, susijusią su savikontrolė bei darbo pasiekimais [111].

Šeiminei padėtis. Mokslininkai pabrėžia, kad santuokoje gyvenantys slaugytojai rečiau patiria profesinį perdegimą nei vienišiai. Tai siejama su galimybe pasidalinti slegiančiais jausmais ir nemaloniais įvykiais, nutikusiais darbe, bei galimybe iš artimų žmonių gauti paramą bei palaikymą. Be to, svarbu pastebėti, kad vieniši vyrai yra labiau linkę perdegti nei vienišos moterys. Vaikų turintys asmenys taip pat rečiau patiria perdegimą [107, 112].

Išsilavinimas. Mokslininkai, tyrinėjantys profesinio perdegimo reiškinį, nurodo teigiamą ryšį tarp išsilavinimo ir profesinio perdegimo. Aukštesnio išsilavinimo slaugytojai dažniau patiria profesinį perdegimą [83]. Tačiau svarbu pastebėti, kad jiems yra būdingesni emocinis išsekimas ir depersonalizacija ir mažiau asmeninių laimėjimų komponentas. Aukštesnio išsilavinimo

slaugytojai yra linkę labiau įvertinti savo darbo veiksmingumą nei mažesni išsilavinimą turintys slaugytojai [83].

Asmeninė ištvermė. Slaugytojo profesinėje veikloje labai svarbu laiku ir lanksčiai reaguoti į vykstančius pokyčius. Yra duomenų, kad tuo atveju, kai slaugytojai turi didelę asmeninę ištvermę, emocinio išsekimo bei depersonalizacijos rizika yra mažesnė [136].

Organizaciniai profesinio perdegimo veiksniai:

Darbo sąlygos. Tyrėjai nurodo, kad didelis darbo krūvis skatina perdegimo atsiradimą. Be to, pastebima, kad darbo dienos ilgumas, dažnai dirbami viršvalandžiai taip pat siejasi su perdegimo atsiradimu [1, 11, 34, 126].

Galimybė savarankiškai priimti sprendimus. Moksliniai tyrimai rodo, kad mažesnis slaugytojų savarankiškumas darbe skatina perdegimą [1, 26, 87].

Socialinis palaikymas darbe. Daugelis tyrėjų šį veiksnį laiko vienu svarbiausių slaugytojų profesinio perdegimo rizikos veiksnių. Kolegų, vadovų ir administracijos palaikymas slaugytojams yra vienodai svarbus [32, 134].

Bendravimas su pacientais. Teigiama, kad formalizuotas bendravimas su pacientais ir jų artimaisiais mažina tikimybę patirti perdegimą. Tuo atveju, jei slaugytojas su pacientais ir jų artimaisiais užmezga nuoširdų, glaudų ryšį bei gilinaisi į jų emocines problemas, perdegimo rizika didėja [26, 39, 134].

Personalo motyvavimas. Tyrėjai atkreipia dėmesį, kad slaugytojų paskatinimas – tiek materialinis, tiek moralinis – mažina perdegimo sindromo atsiradimo tikimybę. Nurodoma, kad slaugytojai, laiku paskatinti už puikiai atliktą darbą, efektyviau dirbo, o taikant nuobaudas, didėjo jų perdegimo rizika [149].

2.5.3. Slaugytojų profesinio perdegimo paplitimas ir su juo susijusių reiškinų sąsajos

Siekiant įvertinti slaugytojų profesinio perdegimo paplitimą ir su juo susijusių veiksnių sąsajas buvo atlikta mokslinių publikacijų analizė, nagrinėjant profesinio perdegimo paplitimą tarp slaugytojų. Atliktos analizės tikslas – išanalizuoti slaugytojų profesinio perdegimo paplitimą ir su juo susijusių reiškių sąsajas.

Analizės medžiagos paieška atlikta bibliografinėje duomenų bazėje „Medline“, vartojant raktinius žodžius „nurse burnout“, „critical care“, „intensive care“. Pagal vartojamus raktinius žodžius rastos 109 mokslinės publikacijos. Paieškos laikotarpis penkeri metai (2012–2017). Įvertinus tyrimo pavadinimą ir jo santrauką buvo sprendžiama dėl tyrimo įtraukimo į apžvalgą. Jei sprendimui nepakako tyrimo pavadinimo ir santraukos, buvo nagrinėjamas visas straipsnis.

Atrankai iškelti tokie kriterijai:

- tyrimas atliktas su slaugytojais,
- aprašyta tyrimo metodika,
- profesiniam perdegimui nustatyti vartota Maslach perdegimo vertinimo skalė (angl. *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey*, santr. MBI-HSS).

Analizei atrinktos 9 mokslinės publikacijos (2.5.3.1 lentelė). Į analizę įtrauktų tyrimų bendras respondentų skaičius – 6826. Vienių tyrimų respondentų skaičius buvo net keli tūkstančiai – Tailando bendruomenės slaugytojų tyrimas [126]. Kitų tyrimų respondentų skaičius siekė tik kelias dešimtis [34, 39, 99, 134]. Dažniausiai mažos imties tyrimai atlikti su intensyviosios terapijos skyrių slaugytojais, nes šiose skyriuose dirba mažai personalo.

2.5.3.1 lentelė. Pagrindinės mokslinių publikacijų charakteristikos

Tyrimo autorius, atlikimo vieta	Atlikimo laikas	Tiriamosios imties dydis	Tyrimo tikslas
Nantsupawat A Tailandas	2012 05–07	2415 bendruomenės ligoninių slaugytojų	Ištirti slaugytojų perdegimo paplitimą ir jo sąsajas su darbo aplinkos veiksniais.
Chen YM Kinija	2012 02–12	1112 klinikinį darbą dirbančių slaugytojų	Ištirti slaugytojų perdegimo paplitimą ir jo sąsajas su darbo aplinkos veiksniais, pasitenkinimu darbu ir ketinimu keisti darbą.
da Silva JL Brazilija	2011	130 intensyviosios terapijos slaugytojų	Įvertinti perdegimo sindromo paplitimą tarp intensyviosios terapijos slaugytojų ir nustatyti ryšį su psichosocialiniais veiksniais.
Cañadas De-la Ispanija	Nenurodyta	476 slaugos specialistų	Įvertinti perdegimo paplitimą bei su perdegimu susijusius rizikos veiksnius.
Raftopoulos V Kipras	2010 rugsėjis – 2011 gegužė	1482 slaugytojai	Įvertinti slaugytojų, dirbančių įvairiuose skyriuose perdegimo paplitimą ir su perdegimu susijusius rizikos veiksnius.
Cicchitti C Italija	Nenurodyta	60 skubios pagalbos ir iki hospitalinės skubios pagalbos slaugytojų	Palyginti ir perdegimo dimensijų paplitimą tarp skubios pagalbos ir iki hospitalinės skubios pagalbos slaugytojų ir su perdegimu susijusius rizikos veiksnius.
Losa Iglesias ME Ispanija	2010	78 intensyviosios terapijos slaugytojai	Įvertinti slaugytojų perdegimo paplitimą, sąsajas su pasitenkinimu darbu bei patiriamu stresu lygi.
Özden D Turkija	2012	138 intensyviosios terapijos slaugytojai	Įvertinti slaugytojų perdegimo paplitimą ir jo sąsajas su tarpasmeniniais santykiais ir pasitenkinimu darbu.

2.5.3.1 lentelės tęsinys

Tyrimo autorius, atlikimo vieta	Atlikimo laikas	Tiriamosios imties dydis	Tyrimo tikslas
Klopper HC Pietų Afrika	nenurodyta	935 slaugytojai	Įvertinti slaugytojų perdegimo paplitimą ir jo sąsajas su pasitenkinimu darbu ir darbo aplinka.

Apžvalga parodė, kad slaugytojų darbas yra susijęs su daugybe emociškai sekinančių situacijų, kurios siejasi su profesinio perdegimo sindromo atsiradimu. Pastarąjį dešimtmetį galima stebėti didelį įvairių šalių mokslininkų susidomėjimą šia tema [20, 29, 32, 34, 39, 87, 99, 126, 134, 139, 196]. Medicinai pereinant prie biopsichosocialinio požiūrio į gydymą, pacientų nuomonė tampa vis labiau svarbi ir vertinama. Pacientai ir jų šeimos nariai dažniausiai trokšta ypatingo dėmesio ir rūpesčio, ypatingų tarpusavio santykių, o tai slaugytojams sukelia didelį psichoemocinį krūvį [39, 134]. Atsiradęs profesinio perdegimo sindromas gali bloginti teikiamų slaugos paslaugų kokybę. Todėl Tailando tyrėjų siekta nustatyti profesinio perdegimo poveikį teikiamų paslaugų kokybei [126].

Visi analizuojamų tyrimų autoriai profesinio slaugytojų perdegimo paplitimui nustatyti vartojo tą pačią skalę (Maslach profesinio perdegimo), todėl jų gautus duomenis buvo galima palyginti tarpusavyje (2.5.3.2 lentelė).

2.5.3.2 lentelė. Pagrindiniai į apžvalgą įtrauktų tyrimų rezultatai

Tyrimo autorius ir atlikimo laikas	Tyrimo rūšis ir tyrimo instrumentas	Tyrimo duomenys
Nantsupawat A [2012]	Kiekybinis / MBI-HSS	32 proc. slaugytojų nustatytas didelis emocinis išsekimas, 18 proc. didelis depersonalizacijos lygis, 35 proc. mažas asmeninių laimėjimų lygis. Perdegimas siejama su dideliu darbo krūviu ir ilgomis darbo valandomis. Nustatytas tiesioginis perdegimo ryšys su pacientų slaugos kokybe, didesnė pacientų komplikacijų rizika.
Chen YM [2012]	Kiekybinis / MBI-HSS	58,4 proc. slaugytojų nurodė didelį emocinį išsekimą, 45,2 proc. – didelį depersonalizacijos lygį, 24,6 proc. slaugytojų nurodė didelį asmeninių laimėjimų lygį. Nustatyta, kad darbo aplinkoje perdegimas siejamas su kolegialių santykių tarp gydytojų ir slaugytojų nebuvimu, personalo ir išteklių trūkumu. 59 proc. – patenkinti savo darbu, 3,8 proc. – norėjo darbą keisti.

2.5.3.2 lentelės tęsinys

Tyrimo autorius ir atlikimo laikas	Tyrimo rūšis ir tyrimo instrumentas	Tyrimo duomenys
Da Silva JL [2011]	Kiekybinis / MBI-HSS	37,7 proc. slaugytojų nustatytas didelis emocinis išsekimas, 37,7 proc. slaugytojų nustatytas didelis depersonalizacijos lygis, mažas asmeninių laimėjimų lygis nustatytas 4,6 proc. slaugytojų. Nustatytas tiesioginis ryšys tarp lyties, amžiaus, darbo trukmės per savaitę, pajamų ir minčių apie darbą laisvalaikiu ir perdegimo sindromo atsiradimo.
Cañadas-De la Fuente GA [nenurodyta]	Kiekybinis / MBI-HSS	25 proc. slaugytojų nustatytas didelis emocinio išsekimo lygis, didelis depersonalizacijos lygis nustatytas 30 proc. slaugytojų, 30 proc. – mažas asmeninių laimėjimų lygis. Perdegimas statistiškai reikšmingai susijęs su amžiumi, lytimi, šeimine padėtimi, vaikų skaičiumi, darbo pamainos laiku ir sveikatos pokyčiais.
Raftopoulos V [2010–2011]	Kiekybinis / MBI-HSS	Nustatyta, kad 21,5 proc. slaugytojų turėjo didelį emocinio išsekimo lygį, 30,7 proc. turėjo didelį asmeninių laimėjimų lygį, 33,0 proc. – didelį depersonalizacijos lygį. Perdegimas susijęs su stresu darbe ir su slaugytojų amžiumi. Perdegę slaugytojai dažniau jaučia nuovargį.
Cicchitti C [nenurodyta]	Kiekybinis / MBI-HSS	Nustatyta, kad 60 proc. skubios pagalbos skyriaus slaugytojų turėjo vidutinio lygio emocinį išsekimą, 70 proc. – vidutinio lygio depersonalizaciją ir 95 proc. – vidutinio lygio asmeninius laimėjimus. Ikihospitalinės skubios pagalbos tarnybos 50 proc. slaugytojų turėjo vidutinio lygio emocinį išsekimą, 75 proc. – vidutinio lygio depersonalizaciją, 92,5 proc. – vidutinio lygio asmeninius laimėjimus. Nustatyta, kad perdegimas susijęs su dideliu darbo krūviu.
Losa Iglesias ME [2010]	Kiekybinis/ MBI-HSS	Nustatytas emocinio išsekimo balų vidurkis 26,74 (SD = 10,79), depersonalizacijos balų vidurkis 8,15 (SD = 7,66), asmeninių laimėjimų balų vidurkis 8,28 (SD = 7,6). Pasitenkinimo atliekamu darbu balų vidurkis buvo 63,03 (SD = 14,6), slaugytojų patiriamo streso balų vidurkis 39,54 (SD = 9,91). Nustatytos perdegimo sąsajos su amžiumi, darbo krūviu, šeimine padėtimi, pasitenkinimo darbu ir patiriamu stresu.
Özden D [2012]	Kiekybinis/ MBI-HSS	Nustatytas emocinio išsekimo vidutinis balas 15,85 (SD = 7,16), depersonalizacijos vidutinis balas 6,52 (SD = 4,18), asmeninių laimėjimų vidutinis balas 20,73 (SD = 5,0). Profesinio pasitenkinimo bendras balų vidurkis 59,41 (SD = 14,87). Nustatytos perdegimo sąsajos su bendravimu tarp komandos narių ir nepasitenkinimu darbu.

2.5.3.2 lentelės tęsinys

Tyrimo autorius ir atlikimo laikas	Tyrimo rūšis ir tyrimo instrumentas	Tyrimo duomenys
Klopper'as HC [nenurodyta]	Kiekybinis/ MBI-HSS	Nustatytas emocinio išsekimo vidutinis balas 27,04 (SD = 13,61), depersonalizacijos vidutinis balas 11,13 (SD = 9,25), asmeninių laimėjimų vidutinis balas 21,96 (SD = 5,51). Nustatyta, kad slaugytojų perdegimas susijęs su nepasitenkinimu darbo užmokesčiu, per mažu personalo skaičiumi ir ištekliais, slaugytojų nedalyvavimu priimant sprendimus.

Profesinio perdegimo paplitimas

Perdegimo sindromo tyrimo metodikos autoriai siūlo asmenį vertinti kaip „perdegusį“, jeigu jis pagal visas tris skalės dimensijas patiria neigiamus pokyčius. Perdegimą rodo didelis emocinio išsekimo ir depersonalizacijos suminio balo vidurkis bei mažas asmeninių laimėjimų suminio balo vidurkis [109, 111]. Tačiau didžioji šią skalę naudojusių tyrėjų dalis vertina tik profesinio perdegimo dimensijų paplitimą ir nurodo tiriamųjų dalį, kuriai išryškėjo bent vieno komponento pokyčiai [29, 32, 34, 39, 87, 99, 126, 134, 139].

Į mokslinių publikacijų analizę įtrauktų tyrimų rezultatai parodė, kad slaugytojų emocinio išsekimo paplitimas svyruoja tarp 24,5 ir 58,4 proc. Dažniausiai emociškai išsekę jautėsi Kinijos tyrimo slaugytojai (58,4 proc.) ir Brazilijos intensyviosios terapijos slaugytojai (37,7 proc.) [32, 39]. Keturių iš devynių tyrimų autoriai pateikia duomenis apie nustatytą vidutinio lygio emocinį išsekimą, šios dimensijos suminiai balų vidurkiai svyravo nuo 16 iki 24 balų [29, 34, 99, 134].

Vertinant slaugytojų depersonalizacijos lygį, beveik visų tyrimų metu buvo nustatytas vidutinis lygis. Suminiai balų vidurkiai svyravo nuo 7 iki 11 balų [29, 32, 34, 39, 87, 99, 126, 134, 139]. Tačiau Kinijos tyrėjai nurodo 45 proc. slaugytojų didelį depersonalizacijos lygį, Brazilijos – 37,7 proc. [29, 139].

Asmeninių laimėjimų dimensijos balas atspindi slaugytojų profesinį efektyvumą. Trijų iš devynių tyrimų nustatytas mažas asmeninių laimėjimų vidutinis balas, kuris svyravo tarp 8,28 ir 21,96 [32, 39, 87].

Visi analizuojamų tyrimų autoriai vieningai atkreipia dėmesį į sociodemografinių rodiklių sąsają su perdegimu [29, 32, 34, 39, 87, 99, 126, 134, 139]. Ispanijos tyrėjai nustatė, kad aukšto lygio emocinį išsekimą dažniausiai patiria jaunesnės nei 39 metų slaugytojos. Panašūs rezultatai išryškėjo ir Brazilijoje bei Turkijoje atliktuose tyrimuose [39, 134]. Daugumoje analizuotų tyrimų nustatyta, kad lemiamą reikšmę perdegimo išsivystymui turi nepakankamas darbo užmokestis, didelis dirbamų valandų skaičius bei dažnas darbas naktinėje pamainoje [29, 32, 34, 39, 87, 134].

Pietų Afrikos tyrėjai nurodo, kad vienas iš veiksnių, sąlygojančių slaugytojų profesinį perdegimą, yra nedalyvavimas gydymo sprendimų priėmime [87]. Tai verčia susimąstyti apie tai, kad slaugytojai savo profesinę veiklą suvokia plačiau nei ribotą, paremtą elementariais įgūdžiais procesą. Toliau aptarsime slaugytojų profesinės veiklos kompetenciją.

2.6. Naujagimių intensyvosios terapijos skyrių slaugytojų kompetencija

Lietuvoje profesinė slaugytojų veikla yra skirstoma į bendrąją ir specializuotą, šis skirstymas reglamentuotas teisės aktais. Slaugytojų specializacija apibūdinama kaip papildoma specializuotos slaugos srities bendrosios praktikos slaugytojo arba akušerio kompetencija. Viena iš specializuotos slaugos sričių yra anestezija ir intensyvioji terapija [180].

Anestezijos ir intensyvosios terapijos slaugytojų veiklą reglamentuoja Lietuvos Respublikos medicinos norma MN 60:2011. Šis dokumentas nurodo, kad anestezijos ir intensyvosios terapijos slaugytojas – tai bendrosios praktikos slaugytojas įgijęs teisės aktų numatyta tvarka anestezijos ir intensyvosios terapijos slaugytojo specializaciją [190, 191]. Šioje profesinėje normoje pabrėžiama, kad anestezijos ir intensyvosios terapijos slaugytojo profesinę kompetenciją sudaro žinios, gebėjimai, įgūdžiai, įgyti per studijas, kurių metu suteikiama bendrosios praktikos slaugytojo profesinė kvalifikacija. Reikalingos specialiosios žinios ir būtini įgūdžiai įgyjami per anestezijos ir intensyvosios terapijos specializaciją bei tobulinimosi programas [191]. Anestezijos ir intensyvosios terapijos slaugytojai dirba savarankiškai arba komandoje su gydytoju anesteziologu-reanimatologu, bendradarbiaudami su kitais sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiais specialistais. Anestezijos ir intensyvosios terapijos slaugytojai teikia pagalbą kritinės būklės pacientams. Vienas iš intensyvosios slaugos skiriamųjų bruožų yra dinaminė, greitai kintanti slauga, atsižvelgiant į paciento būklę [190, 191].

Anestezijos ir intensyvosios terapijos slaugytojų kompetencijoms ir jų įgijimo problematikai moksliniuose tyrimuose skiriamas didelis dėmesys. Pažymima kad, kompetencijos sąvoka yra sudėtinė. Ji apibūdinama kaip profesiniai gebėjimai veikti – nulemti žinių, mokėjimų, įgūdžių, požiūrių, asmenybės savybių bei vertybių. Kompetencijos struktūrą slaugos požiūriu galima suskirstyti į šešias dalis, iš kurių penkios yra vienodos visoms klinikinėms slaugos sritims, tai – praktiniai, bendravimo ir vadybos įgūdžiai, profesinis tobulėjimas (mokymasis) bei mokslinių tyrimų atlikimas. Šeštoji slaugytojų kompetencijų dalis, yra specifiška ir atspindi kiekvienos klinikinės slaugos srities poreikius [90].

Mokslininkai išskiria pagrindines savybes lemiančias profesinę slaugytojų kompetenciją: įgūdžiai, intelektas, altruizmas ir atsakomybė [13, 119]. Altru-

izmas ir atsidavimas minima kaip kasdienė slaugytojų veikla. Pastebėta kad, altruizmas dažniausiai lemia šios profesijos pasirinkimą [119]. Taigi slaugytojoms dirbančioms intensyviosios terapijos skyriuose būtinos atitinkančios kompetencijos, padedančios kokybiškai teikti slaugos paslaugas pacientams.

Rengiant disertaciją buvo atlikta mokslinių publikacijų analizė, kurios tikslas – apibendrinti atliktus tyrimus, nagrinėjančius intensyviosios terapijos slaugytojų kompetenciją bei palyginti šių tyrimų rezultatus.

Įtraukimo į publikacijų analizę kriterijai. Į analizę įtraukti tyrimai, kuriuose pateikiami slaugytojų, dirbančių intensyviosios terapijos skyriuose kompetencijų duomenys. Į analizę neįtraukti tyrimai, kurių metu tirtos ne intensyviosios terapijos skyrių slaugytojų kompetencijos arba tirtas tam tikras kompetencijų aspektas, pavyzdžiui, procedūros atlikimo įgūdis.

Duomenų rinkimas. Paieškos metu buvo vartojama kompiuterinė bibliografinė domenu bazė „Medline“. Vartojami paieškos raktažodžiai buvo „competence“, „nurse“, „intensive care“. Mokslinės publikacijos atrinktos pagal nagrinėjamą temą „human“, kurios buvo publikuotos 2012–2016 metais. Pagal paieškos metu rastą pavadinimą ir publikacijos santrauką atmetos neatitinkančios įtraukimo į analizę kriterijų publikacijos. Iš mokslinių publikacijų atrinkti tyrimų metodikos, imčių dydžio duomenys ir nustatyti rezultatai.

Duomenys. „Medline“ bazėje pagal raktinius žodžius rasti 507 mokslinės publikacijos, iš jų numatytus kriterijus atitiko 6. Šios mokslinės publikacijos įtrauktos į tolimesnę analizę.

Tyrimų charakteristika. Į apžvalgą įtrauktų tyrimų bendrosios charakteristikos pateiktos 2.1.1.1 lentelėje. Keturi iš analizuojamų tyrimų buvo kiekybiniai, du – kokybiniai. Tiriamosios imties dydis svyravo: nuo 86 iki 450 slaugytojų kiekybiniuose tyrimuose, nuo 23 iki 32 kokybiniuose tyrimuose.

2.6.1.1 lentelė. Įtrauktų į analizę mokslinių publikacijų bendrosios charakteristikos

Tyrimo autorius, atlikimo vieta	Atlikimo laikas	Tiriamosios imties dydis	Tyrimo tikslas
Kim’as JS Korėja	2014 gruodis–2015 kovas	122 naujagimių intensyviosios terapijos slaugytojai	Įvertinti slaugytojų, dirbančių su neišnešiotais naujagimiais, kompetenciją
Mirlashari J Iranas – Teherano universitetinė ligoninė	2012 liepa–2013 kovas	117 naujagimių intensyviosios terapijos slaugytojai	Įvertinti naujagimių intensyviosios terapijos slaugytojų klinikinę kompetenciją

2.6.1.1 lentelės tęsinys

Tyrimo autorius, atlikimo vieta	Atlikimo laikas	Tiriamosios imties dydis	Tyrimo tikslas
Soroush F Iran – Isfahan	2014	86 naujagimių intensyviosios terapijos slaugytojos	Įvertinti klinikinę kompetenciją, ir jos sąsajas su profesiniu perdegimu tarp naujagimių intensyviojoje terapijoje dirbančių slaugytojų
Nobahar M Iranas – Semnana	2012–2013	23 kardiologijos intensyviosios terapijos slaugytojai	Ištirti kardiologijos intensyviosios terapijos slaugytojų kompetenciją
Wihlborg'as J Švedija – Lundas	nenurodyta	32 skubios pagalbos skyriaus slaugytojai	Išsiaiškinti skubios pagalbos slaugytojų profesinę patirtį ir apibūdinti veiksnius, lemiančius jų kompetenciją.
Lakanmaa RL Suomija – Turku	2010	470 intensyviosios terapijos slaugytojai	Įvertinti pagrindines intensyviosios terapijos slaugytojų kompetencijas

Rezultatų aptarimas. Į analizę įtrauktų tyrimų autoriai išskyrė šias pagrindines intensyviosios terapijos slaugytojų kompetencijas: vadovavimas, klinikinės kompetencijos, mokymas, tarpasmeniniai santykiai, profesinis tobulėjimas (2.1.1.2 lentelė).

2.6.1.2 lentelė. Slaugytojų kompetencijų vertinimo duomenys

Tyrimo autorius ir atlikimo laikas	Tyrimo rūšis	Tyrimo duomenys
Kim'as JS [2014–2015]	Kiekybinis	Tiriamųjų amžiaus vidurkis buvo 29 (SD ± 5,73), vidutinis darbo stažas 5,6 (SD ± 4,7). Vertinant respondentų kompetencijas, nustatytas vidutinis kompetencijų lygis ir atkreiptas dėmesys į tai, kad šis vertinimas turi reikšmę tobulinant edukacines slaugytojų programas.
Mirlashari J [2012–2013]	Kiekybinis	Tiriamųjų amžiaus vidurkis buvo 33 (SD ± 5,6) metai, vidutinis darbo stažas 8.39 (SD ± 5,7) metai. Vertinant slaugytojų kompetencijas gauti tokie rezultatai: kritinis mąstymas – 92 proc. (žemas lygis), klinikinės kompetencijos – 65,8 proc. (vidutinis lygis), lyderiavimas – 73,5 proc. (vidutinis lygis), tarpasmeniniai santykiai – 85,5 proc. (aukštas lygis), darbo etika – 75,2 proc. (vidutinis lygis), profesinis tobulėjimas – 69,2 proc. (vidutinis lygis), mokymas/konsultavimas – 65,8 proc. (vidutinis lygis).

2.6.1.2 lentelės tęsinys

Tyrimo autorius ir atlikimo laikas	Tyrimo rūšis	Tyrimo duomenys
Soroush F [2014]	Kiekybinis	Tiriamųjų amžiaus vidurkis siekė 34 (SD ± 5,1) metai, vidutinis darbo stažas 10 metų. Nustatytas vidutinis visų kompetencijų lygis: lyderiavimas 2,8 (SD ± 0,52), kritinės būklės pacientų priežiūra 3 (SD ± 0,52), mokymas / bendradarbiavimas 2,8 (SD ± 4,8), planavimas / vertinimas 2,8 (SD ± 0,50), tarpasmeniniai santykiai / ryšiai 2,8 (SD ± 0,51), profesinis tobulėjimas 3 (SD ± 0,54), klinikinės kompetencijos 2,9 (SD ± 0,43).
Nobahar M [2012–2013]	Kokybinis	Tiriamųjų amžiaus vidurkis buvo 35 metai, vidutinis darbo stažas 8,7 metai. Tiriamieji nurodė tokias pagrindines intensyviosios terapijos slaugytojų kompetencijas: komandinis darbas, bendradarbiavimas, lyderiavimas, asmeninis tobulėjimas.
Wihlborg'as [nenurodyta]	Kokybinis	Tyrimo metu nustatyta, kad klinikinės kompetencijos ir bendravimo įgūdžiai yra vienos iš svarbiausių kompetencijų sprendžiant kritines situacijas. Profesinės slaugytojų kompetencijos glaudžiai susijusios su slaugos paslaugų rezultatais.
Lakanmaa RL [2010]	Kiekybinis	Tiriamųjų amžiaus vidurkis 38 (SD ± 9,9), vidutinis darbo stažas buvo 9,1 (SD ± 8,1). Vertinant slaugytojų kompetencijas nustatytas aukštas pagrindinių slaugos kompetencijų lygis 65,7 proc. tiriamųjų – vidutinis balas 4,19 (SD ± 0,4): klinikinių kompetencijų vidutinis balas – 4,33 (SD ± 0,39), bendradarbiavimas – 4,28 (SD ± 0,45), profesinis tobulėjimas – 3,65 (SD ± 0,59), sprendimų priėmimas – 4,24 (SD ± 0,48).

Slaugytojų kompetencijos įgyjamos praktinės veiklos metu, taikant teorines žinias. Tai yra: gebėjimas priimti sprendimus, veikti savarankiškai planuojant ir organizuojant paciento slaugą bei sprendžiant jo problemas. Todėl kompetencijų vertinimas yra labai svarbi slaugytojų veiklos dalis, skatinanti profesinį tobulėjimą [79, 116]. Kompetencijų vertinimo rezultatai gali būti naudojami kuriant įstaigos slaugos kultūrą ir planuojant profesinį slaugytojų tobulėjimą. Visuose nagrinėjamuose tyrimuose autoriai daro išvadą, kad slaugytojų kompetencija lemia teikiamų slaugos paslaugų kokybę, taip pat bendradarbiavimo santykius su pacientu, jo šeima bei bendradarbiais [85, 90, 118, 127, 152, 175]. Irano Semnomo provincijoje buvo atliktas kokybinis tyrimas. Kardiologijos intensyviosios terapijos slaugytojai pabrėžė, kad svarbiausios kompetencijos, lemiančios pacientų slaugos kokybę, yra komandinis darbas, bendradarbiavimas, asmeninis tobulėjimas ir lyderiavimas [127]. Kitas kokybinis tyrimas atliktas Švedijoje Lunde. Šio tyrimo metu nustatyta, kad skubios medicinos pagalbos slaugytojų profesinė patirtis bei bendravimo

įgūdžiai yra lemiami sprendžiant kritinėje būklėje esančių pacientų pagalbos klausimus [175]. Mirlashari (2012) tyrime su naujagimių intensyviosios terapijos slaugytojais nustatė, kad didžiosios daugumos respondentų beveik visų kompetencijų lygis buvo vidutinis, išskyrus tarpasmeninių santykių kompetenciją, kur nustatytas aukštas lygis ir kritinio mąstymo kompetenciją, kur nustatytas žemas lygis [118]. Panašūs rezultatai gauti ir kitų tyrimų metu [85, 127]. Tačiau Suomijos Turku universiteto tyrėjų gauti rezultatai išsiskyrė tuo, kad daugiau kaip 60 proc. respondentų kompetencijos buvo priskirtos aukštam lygiui [90].

Apibendrinant literatūros apžvalgą galima teigti, kad naujagimių intensyviosios terapijos slaugytojų darbas susijęs su daugybe stresą keliančių ir fiziškai bei emociškai sekinančių situacijų. Didelius emocinius išgyvenimus slaugytojai patiria dirbdami su kenčiančiais fizinius skausmus arba mirstančiais naujagimiais. Nuolatos patiriamas stresas darbinėje aplinkoje neigimai veikia slaugytojų psichinę ir fizinę savijautą bei didina profesinio perdegimo riziką.

Daugumos tyrimų rezultatai parodo, kad slaugytojai patiria vidutinį perdegimo dimensijų balų pasireišimo lygį. Tačiau tyrimuose su intensyviosios terapijos slaugytojais nustatyti aukšti emocinio išsekimo ir depersonalizacijos bei žemi asmeninių laimėjimų lygiai. Jaunesnio amžiaus, dirbantys dažniau naktinėje pamainoje ir didelį valandų skaičių per savaitę slaugytojai linkę dažniau patirti profesinį perdegimą. Be to, slaugytojų profesinį perdegimą gali sąlygoti darbo organizavimo trūkumai, tokie kaip mažas skaičius slaugytojų dirbančių pamainoje.

Tyrimų, nagrinėjančių intensyviojoje terapijoje dirbančių slaugytojų kompetencijas, nėra daug. Ypač mažai dėmesio skiriama naujagimių intensyviosios terapijos skyrių slaugytojų kompetencijų įvertinimui. Šios temos aktualumą lemia pasaulyje nemažėjantis neišnešiotų ir sergančių naujagimių gimstamumas ir vis didėjantis jų išgyvenamumas. Darbas su naujagimių intensyviosios terapijos skyrių pacientais ir jų šeimomis iš slaugytojų reikalauja ypatingų teorinių žinių ir praktinių įgūdžių, taip pat darbo komandoje ir bendradarbiavimo gebėjimų. Todėl šios srities slaugytojų kompetencijų nustatymas gali lemti specialių mokymo ir edukacijos programų kūrimą, kurios pagerintų paslaugų kokybę ir mažintų slaugytojų patiriamą stresą profesinėje veikloje.

3. TYRIMO DALYVIAI IR METODIKA

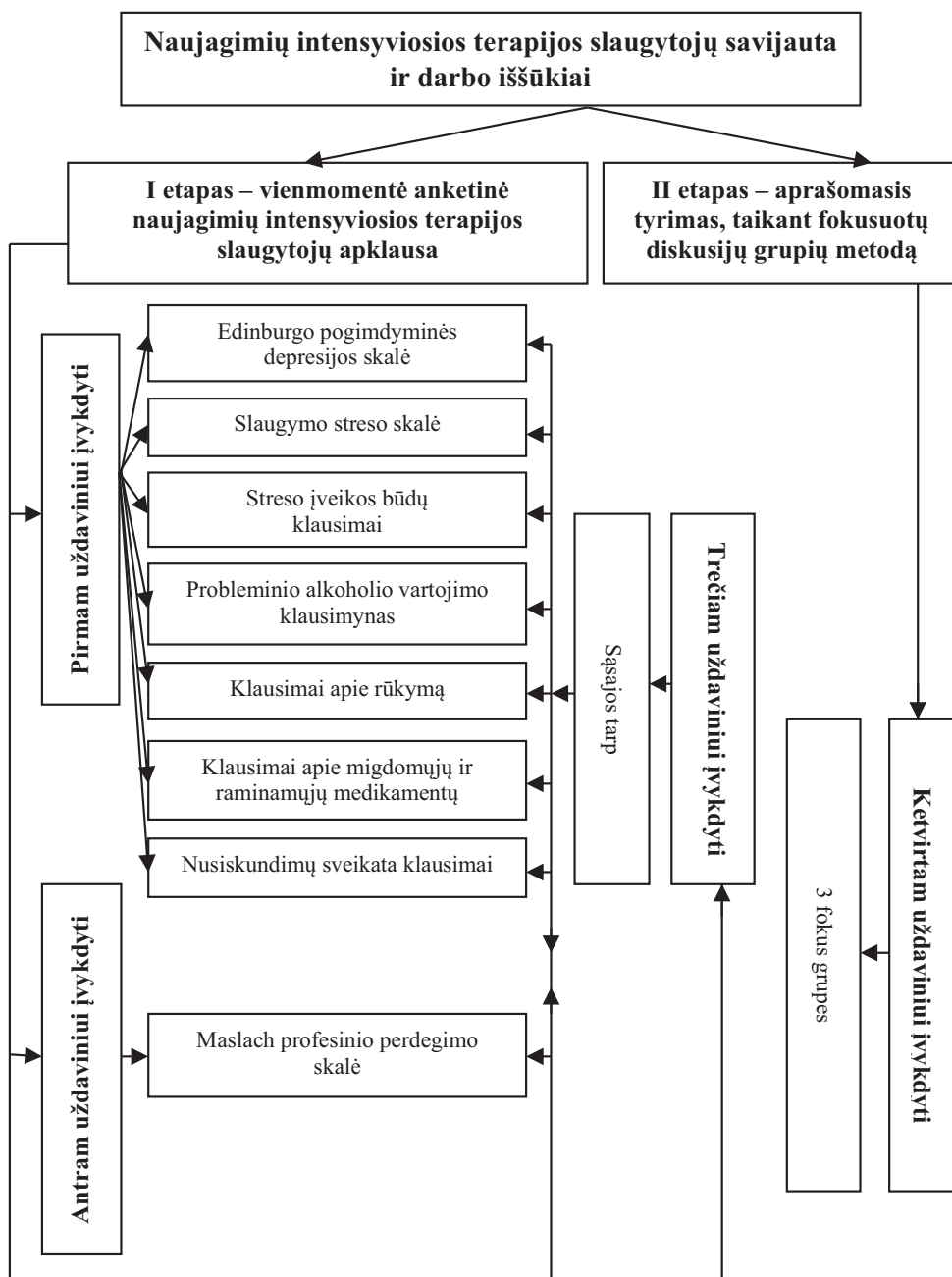
3.1. Tyrimo eiga ir tiriamieji

Tyrimas atliktas 2016 m. kovo–spalio mėnesiais. Šio tyrimo metu siekta įvertinti slaugytojų, dirbančių su sergančiais ir neišnešiotais naujagimiais intensyviojoje terapijoje, savijautą ir darbo iššūkius. Todėl tyrimo tiksline grupe pasirinkti slaugytojai, dirbantys naujagimių intensyviosios terapijos padaliniuose Lietuvoje. Kadangi Lietuvoje yra tik du padaliniai, priklausantys tretiniam asmens sveikatos priežiūros lygmeniui, tiriamoji imtis buvo sudaroma iš slaugytojų, dirbančių Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninėje Kauno klinikų Neonatologijos klinikoje arba Vilniaus universiteto ligoninėje Santariškių klinikų filiale Vaikų ligoninėje Neonatologijos centre.

Kauno klinikų Neonatologijos klinikoje kiekvienais metais gimsta ir (arba) yra gydoma apie 3500 naujagimių. Iš jų maždaug 400 naujagimių būna gydomi Naujagimių intensyviosios terapijos skyriuje. Neišnešiotų naujagimių, kurių gimimo svoris yra mažesnis nei 1500 g, skaičius svyruoja nuo 120 iki 160 per metus. Santaros klinikų Vaikų ligoninėje gimsta ir/ar yra gydoma apie 1240 naujagimių, iš jų 230 būna gydomi Naujagimių intensyviosios terapijos skyriuje.

Mokslinį darbą sudarė du tyrimo etapai (3.1.1. pav.):

- I etapas: vienmomentė anketinė naujagimių intensyviosios terapijos slaugytojų apklausa, atlikta 2016 m. kovo mėnesį.
- II etapas: aprašomasis tyrimas, taikant fokusuotų diskusijų grupių metodą. Atliktas 2016 m. rugpjūčio–spalio mėnesiais.



3.1.1. pav. Tyrimo atlikimo schema

3.2. Tyrimo etika

Tyrimui vykdyti buvo gautas Kauno regioninio biomedicininų tyrimų bioetikos komiteto leidimas Nr. BE-2-15 (1 priedas). Vykdydama tyrimą, tyrimo autorė kiekvieną slaugytoją asmeniškai informavo apie atliekamo tyrimo tikslus ir naudą tiriamajam. Taip pat slaugytojoms buvo suteikta informacija apie galimybę bet kuriuo metu atsisakyti dalyvauti tyrime. Sutikusios dalyvauti tyrime slaugytojos pasirašydavo informuoto sutikimo formą ir gaudavo anketą.

3.3. I tyrimo etapas – vienmomentė anketinė apklausa

Šiame tyrimo etape buvo atliekama anketinė slaugytojų apklausa. Anketą užpildyti slaugytojos galėjo joms patogiu laiku ir įmesti į skyriuje paliktą užklijuotą dėžę.

3.3.1. Tyrimo imtis

Apklausos imtis apskaičiuota siekiant įtraukti visus intensyviosios terapijos skyriuose dirbančius slaugytojus. Tyrimo metu dviejuose perinataliniuose centruose naujagimių intensyviosios terapijos skyriuose dirbo 106 slaugytojai (generalinė aibė). Tiriamųjų įtraukimui į tyrimą buvo taikyti šie atrankos kriterijai:

- dirba intensyviosios terapijos srityje bent 1 metus;
- tyrimo metu nėra išėjusios nėštumo atostogų, nėra vaiko auginimo ir priežiūros atostogose;
- pasirašė informuoto sutikimo formą.

Šiuos kriterijus atitiko 104 slaugytojai, jiems išdalintos anketos (2 priedas), sugrąžintos 94 užpildytos anketos (atsako dažnis 90,4 proc.). Į tyrimą buvo įtraukti 94 slaugytojai (visos – moterys). Jų socialinės-demografinės ir profesinės charakteristikos pateikiamos 3.3.1.1 lentelėje.

3.3.1.1 lentelė. Tyrime dalyvavusių slaugytojų socialinės-demografinės ir profesinės charakteristikos

Rodikliai		N	Proc.
Lytis	Moterys	94	100
Amžius, m.	Vidurkis	41,8 (SN 8,14)	
	23–40	38	40,4
	41–59	56	59,6
Gyvenamoji vietovė	Didmiestis	85	90,4
	Miestas	3	3,2
	Rajono centras	3	3,2
	Kaimas	3	3,2

3.3.1.1 lentelės tęsinys

Rodikliai		N	Proc.
Išsilavinimas	Aukštesnysis	46	48,9
	Aukštasis neuniversitetinis	29	30,9
	Aukštasis universitetinis	19	20,2
Šeiminė padėtis	Ištekėjusi	56	59,6
	Gyvena neregistruotoje santuokoje	7	7,4
	Išsiskyrusi	9	9,6
	Netekėjusi	18	19,1
	Našlė	4	4,3
Gyvena kartu su	Sutuoktiniu arba partneriu	55	58,5
	Tėvais	5	5,3
	Vaikais	13	13,8
	Kitais asmenimis	2	2,1
	Viena	19	20,2
Bendrasis darbo stažas, m.	Vidurkis	21,0 (SN 8,74)	
	1–20	44	46,8
	21–38	50	53,2
Darbo stažas naujagimių intensyviosios priežiūros srityje, m.	Vidurkis	19,4 (SN 9,37)	
	1–20	53	56,4
	21–38	41	43,6

SN – standartinis nuokrypis.

Apibendrinant, tiriamųjų imtį sudarė vidutinio amžiaus moterys. Dauguma tiriamųjų buvo ištekėjusios, gyveno mieste ir turėjo nemažai darbo patirties (43,6 proc. tiriamųjų NITS dirbo daugiau nei 20 metų) naujagimių intensyviosios terapijos skyriuje.

3.3.2. Tyrimo klausimynas

Klausimyną sudarė šios dalys:

- Socialinių-demografinių klausimų dalis,
- Edinburgo pogimdyminės depresijos skalė,
- Slaugos streso skalė,
- Streso įveikos klausimai (klausimai apie atsipalaidavimo budus nuo patiriamo streso darbe, alkoholio vartojimo paplitimo – CAGE testas, rūkymo paplitimo klausimai, migdomųjų ir raminamųjų medikamentų vartojimo paplitimo klausimai),
- Maslach profesinio perdegimo skalė – HSS versija (MBI-HSS),
- Sveikatos nusiskundimų klausimai.

3.3.2.1. Emocinės slaugytojų savijautos vertinimas

Emocinei savijautai ir depresiškumui įvertinti buvo panaudota Lietuvoje adaptuota Edinburgo pogramdyminės depresijos skalė (angl. *Edinburgh Postnatal Depression Scale*, santr. EPDS). Šią skalę pogramdyminei depresijai vertinti pasiūlė Cox ir kt. (1987). Vėliau šie mokslininkai skalę pasiūlė naudoti ir kitais, su nėštumu nesusijusiais moters gyvenimo laikotarpiais [33]. Lietuvoje skalę adaptavo Lapkienė ir kt. (2004), nurodydami, kad EPDS įvertinimo rezultatai stipriai siejosi su HAD (angl. *Hospital Anxiety and Depression Scale*) skalės depresijos poskaliu ($r_s = 0,775$, $p < 0,001$) ir nerimo poskaliu ($r_s = 0,753$, $p < 0,001$) [187]. Leidimas naudoti skalę gautas iš lietuviškosios skalės versijos bendraautorės I. Mockutės.

EPDS skalę sudaro 10 teiginių. Tyrimo metu respondenčių prašoma įvertinti savo savijautą per paskutines septynias dienas pasinaudojus pateiktais galimų atsakymų variantais. Gautų balų suma svyruoja nuo 0 iki 30. EPDS balų suma >10 tinkamiausias depresijos atrankai, o balų suma 13 ir daugiau – depresijos vertinimui. Lietuvoje skalės adaptaciją atlikę mokslininkai rekomendavo laikytis 11/12 EPDS įverčių atskaitos taško didžiajai depresijai ir visiems kitiems depresiniams sutrikimams nustatyti [187].

Šiame tyrime EPDS skalės vidinis suderintumas buvo pakankamas ($\alpha = 0,85$).

3.3.2.2. Stresą keliančių veiksnių vertinimas

Slaugytojų patiriamo streso ir jį sukeliančių veiksnių vertinimui buvo naudojama Slaugos streso skalė (angl. *Nursing Stress Scale*, santr. NSS), sukurta Gray-Toft ir Anderson 1978 m. [63]. Skalė į lietuvių kalbą išversta ir lietuvių kultūrai bei slaugos praktikai Lietuvoje pritaikyta 2013 metais. Leidimas naudoti skalę gautas iš lietuviškos versijos autorės O. Riklikienės. Šią skalę sudaro 35 teiginiai, suskirstyti į 3 poskalius:

- Fizinės aplinkos poskalis – 7 teiginiai,
- Socialinės aplinkos poskalis – 10 teiginių, suskirstytų į 4 veiksnių grupes,
- Psichologinės aplinkos poskalis – 18 teiginių, suskirstytų į 2 veiksnių grupes.

Respondenčių buvo klausiama apie tai, kokie veiksniai ir kaip dažnai joms sukelia stresą slaugant pacientus. Atsakymai buvo vertinami Likerto skalėje balais nuo 0 („niekada“) iki 3 („labai dažnai“). Vertinant, kurie veiksniai slaugytojoms kelia stresą dažniausiai, buvo apskaičiuotas suminis poskalių ir veiksnių grupių balas.

Šio tyrimo duomenimis, Slaugos streso skalės bendras vidinis suderintumas buvo pakankamas ($\alpha = 0,90$) (3.3.2.2.1 lentelė). Atskiruose poskaliuose

ir veiksmų grupėse vidinis suderintumas varijavo nuo 0,46 iki 0,81. Vienintelė veiksmų grupė, kurios vidinis suderintumas nebuvo pakankamas – tai Nepakankamas pasirengimas ($\alpha = 0,46$), ir tokį rezultatą galėjo lemti mažas teiginių skaičius poskalyje (iš viso trys). Tačiau siekiant galimybės palyginti tyrimo rezultatus su kitų tyrimų rezultatais ši veiksmų grupė buvo palikta analizėje.

3.3.2.2.1 lentelė. *Slaugos streso skalės, jos poskalių ir veiksmų grupių vidinis suderintumas*

Slaugos streso skalė, poskaliai ir veiksmų grupės	Teiginių skaičius	Maksimalus balų skaičius	Cronbach α
<i>Fizinė aplinka</i>	7	21	0,64
<i>Psichologinė aplinka</i>	18	54	0,81
<i>Mirtis ir mirimas</i>	7	21	0,61
<i>Nepakankamas pasirengimas</i>	3	9	0,46
<i>Paramos stoka</i>	3	9	0,72
<i>Abejonės dėl gydymo</i>	5	15	0,63
<i>Socialinė aplinka</i>	10	30	0,80
<i>Konfliktai su gydytojais</i>	5	15	0,72
<i>Konfliktai su slaugytojais</i>	5	15	0,65
Visa skalė	35	105	0,90

3.3.2.3. Streso įveikos vertinimas

Vertinant slaugytojų streso įveiką, slaugytojų buvo klausiama apie tam tikrus konstruktyvius ar destruktivius streso įveikos būdus.

Atsipalaidavimo būdus nuo susidariusios įtampos darbo metu, kuriuos naudoja slaugytojos aiškintasi pateikus 14 klausimų, išvardijant galimus atsipalaidavimo būdus. Respondentės turėjo galimybę pasirinkti atsakymus nuo „niekada“ iki „kiekvieną dieną“.

Alkoholio vartojimo paplitimas. Ar slaugytojos vartoja alkoholį, kaip vieną iš būdų streso poveikiui sumažinti, buvo aiškinamasi naudojant keturių kintamųjų CAGE testą (angl. *cut down* – sumažinti, *annoyed* – susierzinti, *guilty* – jaustis kaltam, *eye opener* – vartoti kaip stimulatorių). Šis testas dažniausiai taikomas probleminiam alkoholinių gėrimų vartojimui nustatyti. Dėl trumpumo, paprasto naudojimo ir vertinimo šis testas yra vienas iš dažniausiai taikomų [130]. CAGE testas yra naudojamas patikrai, o ne diagnostikai [17]. Jis sudarytas iš keturių klausimų: „Ar kada nors manėte, kad jums reiktų mažiau vartoti alkoholinių gėrimų?“, „Ar jus erzino žmonių kritika dėl jūsų įpročių vartoti alkoholį?“, „Ar jūs kada nors jautėte gėdą ar kaltę dėl alkoholinių gėrimų vartojimo įpročių?“, „Ar jūs kada nors gėrėte alkoholi-

nius gėrimus ryte, vos tik atsikėlęs, kad nusiramintumėte ir palengvintumėte pagirias?“. Atsakydamos respondentės turėjo pasirinkti vieną iš dviejų variantų – „taip“ arba „ne“. Du ir daugiau teigiamų atsakymų į pateiktus klausimus yra vertinami kaip požymis apie tai, kad respondentas turi problemų dėl alkoholinių gėrimų vartojimo. Keturi teigiami atsakymai rodo priklausomybę nuo alkoholio [195].

Rūkymo paplitimas. Rūkymo paplitimas slaugytojų tarpe buvo vertinamas pateikiant klausimus, panaudotus vykdant suaugusių Lietuvos žmonių gyvenamosios tyrimą [182]. Buvo klausama: „*Ar jūs kada nors rūkėte kasdien (beveik kiekvieną dieną mažiausiai metus)?*“, „*Ar jūs dabar rūkote?*“, „*Kada rūkėte paskutinį kartą?*“, „*Kiek cigarečių vidutiniškai surūkote (surūkydavote prieš mesdamas) per dieną?*“. Respondentėms buvo pasiūlyta pasirinkti vieną iš pateiktų atsakymų variantų.

Migdomųjų ir raminamųjų medikamentų vartojimas. Siekiant išsiaiškinti ar dažnai respondentės naudoja medikamentus, siekdamos sumažinti streso poveikį arba užmigti, buvo pateikti papildomi klausimai. Buvo prašoma atsakyti į klausimą *kaip dažnai jos naudojo per praėjusius metus migdomuosius ir raminamuosius medikamentus ir ar tai darė paskyrus ar nepaskyrus gydytojui.*

3.3.2.4. Profesinio perdegimo vertinimas

Profesinio perdegimo lygiui įvertinti slaugytojoms, dirbančioms su neišnešiotais ir sunkiai sergančiais naujagimiais, buvo pateikta standartizuota Maslach parengta profesinio perdegimo skalė, skirta sveikatos priežiūros darbuotojams (angl. *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey*, santr. MBI-HSS). Skales klausimų vertimas į lietuvių kalbą ir jos adaptavimas buvo atliktas LSMU Anesteziologijos klinikoje [189]. Leidimas naudoti skalę gautas iš lietuviškos klausimyno versijos autoriaus A. Mikalausko. Skalę sudaro 22 teiginiai, suskirstyti į 3 poskalius:

- Emocinis išsekimas – 9 teiginiai, apibūdinantys pervargimą ir išsekimo jausmą;
- Depersonalizacija – 5 teiginiai, atspindintys emocinį abejingumą ir nusišalinimą nuo žmonių bei cinizmo ir formalumo apraiškas santykiuose su kitais;
- Asmeniniai laimėjimai – 8 teiginiai, apibūdinantys požiūrį į profesinius asmens gebėjimus ir pasiekimus [107, 108].

Galimų atsakymų reikšmės buvo Likerto skalėje nuo 0 („*niekada*“) iki 6 („*kiekvieną dieną*“). Vertinant suminius balus, didesnis profesinio perdegimo lygis nustatomas esant aukštesniems Emocinio išsekimo ir Depersonalizaci-

jos poskalių įverčiams bei žemesniems Asmeninių laimėjimų įverčiams [107, 108].

Vertinant šiame tyrime Maslach perdegimo skalės vidinį suderintumą nustatyta, kad jis buvo pakankamas ($\alpha=0,70$ ir daugiau) (3.3.2.4.1 lentelė). Panašius vidinio suderintumo koeficientus pateikia Maslach perdegimo skalės autoriai [110].

3.3.2.4.1 lentelė. Profesinio perdegimo skalės ir poskalių ypatumai ir vidinis suderintumas

Skalė ir poskaliai	Teiginių skaičius	Balų suma*			Vidinis suderintumas
		Žema	Vidutinė	Aukšta	
Emocinis išsekimas	9	0–16	17–26	>26	0,80
Depersonalizacija	5	0–6	7–12	>12	0,71
Asmeniniai laimėjimai	8	0–31	32–38	>38	0,76
Visa skalė	22	Negrupuojama			0,85

* Vertinimas atliekamas pagal Maslach (1996) pateiktas rekomendacijas

Siekiant nustatyti profesinio perdegimo riziką, tiriamosios buvo suskirstytos į dvi grupes, atsižvelgiant į emocinio išsekimo ir depersonalizacijos poskalių įverčius. Žemos rizikos grupei buvo priskirtos tiriamosios, kurioms buvo būdingas žemas emocinio išsekimo ir žemas depersonalizacijos įvertis – viso 43,6 proc. ($n = 41$). Likusios tiriamosios, kurios pasižymėjo vidutiniu arba aukštu depersonalizacijos arba emocinio išsekimo lygiu, buvo priskirtos padidintos perdegimo rizikos kategorijai.

3.3.3. Statistinė duomenų analizė

Kiekybinio tyrimo duomenų analizė buvo atlikta naudojant „IBM SPSS 20“ statistinį paketą. Pasirinktas statistinio pasikliautinumo lygmuo 95 proc. ($p < 0,05$). Aprašomojoje analizėje, tolydūs kintamieji buvo analizuoti apskaičiuojant vidurkius, standartinius nuokrypius (SN), mažiausią ir didžiausią reikšmes. Kintamųjų normalumui tikrinti buvo taikytas Kolmogorovo-Smirnov kriterijus.

Analitinėje statistikoje buvo taikyti Studento t , chi kvadratu (χ^2), tikslusis Fišerio, Kendalo tau (τ) kriterijai, taip pat dispersinė ANOVA analizė. Siejant du kiekybinius kintamuosius, buvo skaičiuojamas Pirsono koreliacijos koeficientas (streso veiksnių dimensijoms palyginti). Koreliacijos koeficientų stiprumas buvo traktuojamas kaip silpnas (absoliuti reikšmė iki 0,3), vidutinis (0,3–0,7) arba stiprus (daugiau nei 0,7) [18]. Atliekant vidinio suderintumo

analizę, buvo skaičiuojamas Cronbach α koeficientas, laikant 0,70 reikšmę pakankama [141].

Profesinio perdegimo veiksniams nustatyti buvo taikyta logistinė regresinė analizė. Ji buvo atlikta dviem etapais:

1. Vienaveiksnė analizė – su profesiniu perdegimu buvo siejami veiksniai, parinkti vadovaujantis literatūros apžvalga. Tai buvo socialiniai-demografiniai rodikliai (7 klausimai), streso veiksniai (NSS skalės 3 dimensijos), streso įveikos ypatumai (4 klausimai) ir depresiškumas (vertinant pagal EPDS ir taikant tarptautinę bei lietuvišką rizikos grupės diferenciaciją). Iš viso vienaveiksnėje analizėje buvo nagrinėjama 16 galimų rizikos veiksnių;
2. Daugiaveiksnė analizė – su profesiniu perdegimu buvo siejami veiksniai, kurie vienaveiksnėje analizėje paaiškėjo kaip statistiškai patikimai arba tendencingai ($p < 0,20$) susiję su profesiniu perdegimu. Iš viso tai buvo 7 veiksniai.

Logistinės regresijos atveju, ryšio stiprumas buvo išreiškiamas galimybių santykiu (GS), taip pat nurodant 95 proc. pasikliautinąjį intervalą (PI). Modelio tikslumas ir tinkamumas buvo vertinami pagal Nagelkerke R^2 kriterijų ir atsižvelgiant į bendrąją modelio prognostinę vertę.

3.4. II tyrimo etapas – fokusuotų diskusijų grupės

Kokybinio tyrimo strategija šiame tyrime buvo pasirinkta siekiant giliau ir išsamiau išanalizuoti naujagimių intensyviosios terapijos slaugytojų požiūrį į streso rizikos veiksnius darbo aplinkoje. Šiam tyrimo etapui atlikti pasirinktas fokusuotų diskusijų grupių (angl. *focus group*) metodas, sudarantis galimybę per trumpą laiką išsamiai aptarti analizuojamus klausimus. Atliekant tyrimą, buvo surengtos trys fokusuotų diskusijų grupės su naujagimių intensyvios terapijos slaugytojais: viena grupė – Vilniaus universitetinės ligoninės Santariškių klinikų filialo Vaikų ligoninės NITS ir dvi grupės – Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų Neonatologijos klinikos NITS. Gauti duomenys buvo analizuojami taikant Braun ir Clarke aprašytą teminės analizės metodą [22]. Toliau pateikiami šio tyrimo metodo pasirinkimo motyvai bei aptariami taikyti metodologiniai aspektai.

3.4.1. Fokusuotų diskusijų grupių metodo pasirinkimo motyvai

Pagrindinis argumentas, nulėmęs fokusuotos diskusijos grupės metodo pasirinkimą buvo tai, kad tiriamos problemos atskleidimui buvo itin svarbi grupės dalyvių sąveika. Sąveikoje daug lengviau ir paprasčiau atskleidžia tokie subtilūs ir viešai dažnai nedeklaruojami dalykai kaip įsitikinimai, vertybės, tiriamos problemos suvokimas. Sąveikaudami ir aktyviai dalyvaudami dis-

kusijoje grupės nariai skatina gilesnį šių reiškinių atskleidimą, jų sampratos išgryninimą. Mūsų manymu, visa tai buvo labai svarbu ir reikalinga, siekiant tinkamai įvertinti slaugytojų darbo iššūkius, jų sąveikos su naujagimių tėvais ir gydytojų komanda, ypatumus.

Kitas svarbus fokusuotos grupės diskusijos metodo pasirinkimo motyvas buvo tai, kad tyrime buvo liečiama ir aptariama nemažai jautrių arba prieštaringai vertinamų klausimų. Todėl asmeninės nuomonės išsakymas individualaus kontakto aplinkoje galėjo būti priimamas kaip nesaugus ir skatinti užsisklendimą arba nutylėjimą apie tai, kas iš tikrųjų svarbu. Bendrų temų ar problemų aptarimas, priešingai, skatina įsitraukimą ir suteikia saugumo jausmą. Tiriamojo dalyvavimas čia vyksta formuojant bendrą, o ne asmeninę nuomonę.

3.4.2. Fokusuotų diskusijų grupių organizavimas

3.4.2.1. Fokusuotų diskusijų grupių imtis

Svarstant kaip sudaryti fokusuotų diskusijų grupių dalyvių imtį, buvo svarbu nuspręsti, koks diskusijų grupės dydis yra optimalus, kiek diskusijų grupių reikia surengti ir kas gali būti grupės dalyviu. Siekiant užtikrinti išsamų aptariamą problemą ištyrimą ir pakankamą grupės dalyvių skaičių, buvo nuspręsta į kiekvieną diskusijų grupę kviešti po 5 dalyves.

Pagrindinė sąlyga, kurios buvo laikomasi – grupės homogeniškumo užtikrinimas. Šios sąlygos užtikrinimas, anot S. Belanovskij (2001), yra itin svarbus, nes tai didele dalimi apsprendžia surinktų duomenų kokybę [200]. Yra nustatyta, kad homogeniškoje aplinkoje žmonės jaučiasi patogiai ir yra skatinami sąveikauti. Sudarydami tyrimo imtį, atsižvelgėme į dalyvių lytį, amžių, išsilavinimą ir socialinį statusą. Dalyvavimas tyrime buvo savanoriškas, paremtas asmeniniu apsisprendimu. Žemiau pateikiamos kokybinio tyrimo dalyvių charakteristikos (3.4.2.1.1 lentelė).

3.4.2.1.1 lentelė. Fokusuotų diskusijų grupių imties socialinės-demografinės ir profesinės charakteristikos

Nr.	Vardas (pakeistas)	Amžius (metais)	Gyv. vieta	Išsilavinimas	Šeiminė padėtis	Darbas tiriamoje srityje (metais)
1 grupė	Inesa	43	didmiestis	aukštasis	ištekėjusi	21
	Elžbieta	42	didmiestis	aukštesnysis	ištekėjusi	15
	Tatjana	44	didmiestis	aukštesnysis	ištekėjusi	26
	Regina	55	didmiestis	aukštesnysis	ištekėjusi	29
	Gitana	50	didmiestis	aukštesnysis	ištekėjusi	22
2 grupė	Giedrė	41	didmiestis	aukštesnysis	ištekėjusi	20
	Rasa	50	didmiestis	aukštesnysis	ištekėjusi	27
	Julija	43	kaimas	aukštasis	netekėjusi	25
	Regina	42	didmiestis	aukštesnysis	ištekėjusi	22
	Sandra	43	didmiestis	aukštasis	ištekėjusi	25
3 grupė	Aldona	40	didmiestis	aukštesnysis	ištekėjusi	19
	Danguolė	48	kaimas	aukštesnysis	ištekėjusi	26
	Raminta	35	didmiestis	aukštesnysis	ištekėjusi	17
	Gerda	34	didmiestis	aukštasis	ištekėjusi	12
	Vida	55	didmiestis	aukštasis	netekėjusi	29

Visos tyrimo dalyvės buvo moterys, jų amžiaus vidurkis 44 metai. Jaučiausia dalyvė buvo 34, o vyriausia – 55 metų. Beveik visos tiriamosios gyvena didmiestyje, buvo ištekėjusios ir turėjo ne žemesnį kaip aukštesnysis išsilavinimą. Jų darbo stažas svyravo nuo 15 iki 29 metų (vidurkis 22 metai) (3.4.2.1.2 lentelė).

3.4.2.1.2 lentelė. Fokusuotų diskusijų grupių imties ypatumai

Rodikliai		N	Proc.
Lytis	Moterys	15	100
Amžius, m.	Vidurkis	44,3 (SN 6,24)	
Gyvenamoji vietovė	Didmiestis	13	86,7
	Kaimas	2	13,3
Išsilavinimas	Aukštesnysis	10	66,7
	Aukštasis universitetinis	5	33,3
Šeiminė padėtis	Ištekėjusi	13	86,7
	Netekėjusi	2	13,3
Darbo stažas naujagimių intensyvosios priežiūros srityje, m.	Vidurkis	22,3 (SN 5,07)	

SN – standartinis nuokrypis.

Ieškant atsakymo į klausimą, kiek tyrimo grupių reikėtų sudaryti, buvo vadovaujama taisykle, kad grupių skaičius bus didinamas tol, kol paskutinėje grupėje gaunamos informacijos naujumas sumažės tiek, kad nebebus verta į tyrimą įtraukti naujų grupių. Todėl tyrimo pradžioje grupių skaičius nebuvo konkrečiai apibrėžiamas. Tokią rekomendaciją pateikia dauguma grupinių diskusijų metodą aptariančių autorių [60, 200]. Mūsų tyrimo atveju temai atskleisti pakako 3 diskusijų grupių. Kadangi trečiojoje grupėje didelė dalis informacijos buvo įvertinta kaip pasikartojanti, buvo nuspręsta daugiau grupių neberinkti.

3.4.2.2. Tyrimo eiga

Prieš pradėdant fokusuotą diskusijų grupių tyrimą, tyrėja apsilankė abiejų centrų NITS. Susitikimo su slaugytojomis metu buvo pristatytos dalyvavimo tyrime sąlygos, aptartas laikas, per kurį jos turėtų apsispręsti ar dalyvaus tyrime. Toms, kurios susidomėjo tyrimu, buvo dar kartą detalai paaiškintas tyrimo tikslas, pateikti jo reikalingumą pagrindžiantys tyrėjos motyvai. Kiekvienai tyrime nusprendusiai dalyvauti slaugytojai buvo pateikta pasirašyti informuoto asmens sutikimo forma. Su nusprendusiomis dalyvauti tyrime slaugytojomis buvo suderintas patogus laikas ir vieta grupinei diskusijai.

Dalyvių patogumui, mūsų tyrimas dažniausiai vyko studentų kambaryje, esančiame skyriaus patalpose. Diskusijai slaugytojos rinkosi popietines valandas. Visos diskusijos vyko po slaugytojų darbo valandų. Atpalaiduojančiai, jaukiai aplinkai sukurti, dalyviams visada buvo pasiūloma arbata, kava ir saldumynai.

Kiekviename grupinių diskusijų etape dalyvavo dvi tyrėjos. Grupinę diskusiją vedė (moderavo) šio tyrimo autorė, o kitas asmuo atliko stebėtojo vaidmenį. Pagrindinis kriterijus, kurio buvo laikomasi pasirenkant stebėtoją, buvo grupinių diskusijų vedimo ir dalyvavimo jose patirtis. Po kiekvienos fokusuotos diskusijos grupės vyko 30–45 min. aptarimai, kurių metu buvo aptariami grupėje vykę procesai, silpnosios ir stipriosios diskusijos vietos. Ir pagrindinis tyrėjas, ir stebėtojas užrašus ir stebėjimo protokolus pridėdavo prie audio įrašo kaip papildomą tyrimo medžiagą.

Diskusijos vyko dalyviams ir tyrėjai sėdint ratu. Tai leido stebėti kiekvieną grupės dalyvį, palaikyti akių kontaktą, ir skatinti įsijungimą į diskusiją. Stebėtojas sėdėjo kiek atokiau nuo pagrindinio tyrėjo ir grupės. Dalyviams buvo paaiškintas jo vaidmuo grupinėje diskusijoje. Diskusija vyko pagal iš anksto parengtą pokalbio planą. Vedamieji klausimai, kurie pateikti diskusijos dalyviams buvo suformuluoti išanalizavus anketines apklausos duomenis ir apgalvojus, kokios temos reikalavo gilesnės informacijos nei buvo gauta I tyrimo etapo metu. Diskusijai buvo pasiūlyti tokie klausimai:

- Kas gero yra Jūsų darbe?
- Kokias emocijas patiriat dirbdamos su neišnešiotais ar sunkiai sergančiais naujagimiais?
- Kas Jūsų darbe Jums daugiausiai kelia stresą?
- Kaip su juo tvarkotės?
- Kaip Jūs apibūdintumėte savo sąveiką su gydytojų komanda ir naujagimių tėvais?
- Kokio pasirengimo reikia slaugytojai tam, kad ji galėtų dirbti intensyviosios naujagimių terapijos skyriuje?

Gavus grupių dalyvių leidimą, kiekviena diskusija buvo įrašoma į diktofoną. Diskusijų trukmė svyravo nuo 1 valandos ir 5 minučių iki 1 valandos ir 20 minučių.

Diskusijos pradžioje buvo susipažįstama su grupių dalyvėmis, užduodami bendrieji klausimai apie darbą, dalyvių savijautą po darbo dienos (pvz., „Ar labai pavargote šiandien darbe?“). Tai leido susipažinti su diskusijos dalyviais, užmegzti kontaktą. Toliau palaipsniui buvo pereinama prie diskusijos klausimų. Klausimai buvo formuluojami laisvai, stimuliuojant diskusijos eigą (pvz.: „Tai kokie tie darbai, kurie priklausytų gydytojams, bet, kaip paminėjote, dažnai tenka atlikti Jums?“ , „Apie ką Jūs dažniausiai kalbatės, kokią informaciją teikiate tėvams? Ar yra kažkokių tabu, kurių turite nedaryti ar nesakyti tėvams kūdikio mirties atvejais?“ ir pan).

Tyrimo dalyvių aktyvumas grupėse buvo nevienodas. Kai kurios tiriamosios buvo labai aktyvios ir siekė dominuoti diskusijoje, kitos – buvo linkusios kalbėti mažiau, daugiau įsiklausyti į tai, kas vyksta. Vykstant diskusijoms stengtasi palaikyti dalyvavimo ir nuomonių pusiausvyrą. Todėl dominuoti linkusios tiriamosios buvo švelniai pristabdomos, o tylinčios – įtraukiamos ir skatinamos (pvz.: „Noriu paprašyti, kad pasidalintumėt savo pačios patyrimu“, „Ar ir kitos panašiai jaučiasi tokiose situacijose?“). Diskusijos pabaigoje buvo pasitikslinama ar dalyvės nenorėtų dar kažko pasakyti apie tai, kas buvo aptariama diskusijos metu („gal dar liko kažkas, ką reikėtų žinoti apie apie slaugytojų patyrimą tokiaame darbe? Ką dar norėtumėte pridurti prie to, kas jau buvo pasakyta?“).

Kiekvienos grupinės diskusijos pabaigoje buvo padėkojama jame dalyvavusioms slaugytojoms ir paliekama kontaktinė informacija, jei joms vėliau kiltų kokių nors su diskusija ar atliekamu tyrimu susijusių klausimų.

3.4.2.3. Duomenų transkribavimas

Po visų diskusijų audio įrašai buvo perkelti į kompiuterį, tyrimo duomenys buvo transkribuojami. Medžiagos transkribavimą atliko pati tyrėja,

naudodama kompiuterinę programą Exspress Scribe Transcription Software [22].

Transkribuojant diskusijų medžiagą buvo užrašomos pastebėtos dalyvių emocijos, pažymėti tylos momentai, nuomonės, sulaukusios pritarimo. Tam panaudoti ženklai ir simboliai (3.4.2.3.1 lentelė). Duomenų transkribavimas truko apie vieną mėnesį, transkribavus grupinių diskusijų audio įrašus, gauta tyrimo medžiaga sudarė 40 puslapių (178 kodai) 12 pt Times New Roman šriftu parašyto teksto. Transkribuotos tyrimo medžiagos pavyzdį galima pamatyti 6 priede.

3.4.2.3.1 lentelė. Sutartiniai ženklai naudoti transkribavime

(.4)	Taškas ir skaičius skliaustuose pažymi kiek laiko truko pauzė
(.)	Taškas įdėtas į skliaustus pažymi pauzė, kuri truko ne ilgiau nei 1-ą sekundę
()	Tušti skliaustai pažymi teksto dalį, kurios transkribuojant negalima buvo išgirsti
(())	Dvigubuose skliaustuose buvo rašomi Tyrėjo pastebėjimai
-	Brūkšnelis žodžio pabaigoje pažymi „nukąstą“ ar nebaigtą sakyti žodį
↓ arba ↑	Rodyklėmis pažymimas ryškūs dalyvio intonacijos pasikeitimas
<i>Tekstas</i>	Pasvirusiu šriftu rašomi tyrėjos užduoti klausimai.

Šaltinis: Silverman (2012).

3.4.3. Duomenų analizė

Fokusuotų diskusijų medžiaga buvo analizuojama taikant teminės analizės metodą. Šis metodas apibūdinamas, kaip duomenų identifikavimo, analizės ir rezultatų pateikimo struktūros išryškinimo metodas [21].

Jis mums pasirodė tinkamas analizei dėl to, kad gerai atitiko pagrindinį tyrimo tikslą nustatyti slaugytojų, dirbančių naujagimių intensyviosios terapijos skyriuose savijautą ir darbo iššūkius. Vadovaujantis Braun ir Clarke (2013) pateiktomis rekomendacijomis, duomenų analizės procesas apėmė 6 etapus [22].

Pirmame etape, transkribuojant diskusijų medžiagą, vyko susipažinimas su gautais duomenimis. Šiame etape vyko aktyvus diskusijų perklausymas ir užrašų skaitymas. Jo metu tyrėja žymėjosi skaitant medžiagą kylančias mintis ir išvalgas.

Antrame etape, tekstas buvo suskirstytas, ieškant prasminių vienetų, generuojami pradiniai tyrimo medžiagos analizės kodai.

Trečią etapą galima pavadinti „temų paieškos“ etapu. Jo metu buvo dar kartą buvo skaitoma gauta tyrimo medžiaga, gilinamasi į pasirinktų kodų tinkamumą, vyko kodų grupavimas į potemes, o vėliau – vėliau į potencialias temas.

Ketvirtame etape, vyko temų peržiūrėjimas. Tai buvo atliekama dviem lygmenimis. Pirmas lygmuo apėmė temų peržiūrėjimą ir temų formuluočių tikrinimą. Skaitant medžiagą svarstyta ar kodų struktūra yra pakankamai darni, nuosekli ir apimanti visą medžiagą. Antrame lygmenyje vyko kodų pergrupavimas, buvo kuriamas „temų žemėlapis“.

Penktą etapą galima apibūdinti kaip pagrindinių temų nustatymo ir apibūdinimo etapą. Šiame etape toliau vyko medžiagos analizė, buvo kuriami ir tikslinami temų pavadinimai, aktyviai konsultuojamasi su mokslinio darbo konsultantu ir kitais kokybinę mokslinių tyrimų metodologiją savo tyrimuose naudojusiais tyrėjais.

Šeštasis etapas gali būti vadinamas analizės užbaigimo etapu. Jo metu, aprašant temą, buvo siekiama parinkti ryškius, logiškus pavyzdžius, kurie tinkamai iliustruotų ir atskleistų nagrinėjamą temą. Gauti rezultatai buvo siejami su mokslinės literatūros medžiaga.

Tačiau reikėtų pastebėti, duomenų analizės negalima būtų pavadinti lini-jiniu procesu, kur viskas vyko aprašyta seka, palaiapsniui pereinant iš vieno etapo į kitą. Šį procesą greičiausiai galima būtų apibūdinti kaip nuolatinį judėjimą pirmyn-atgal visuose jo etapuose. Neretai, užbaigus vieną tyrimo etapą, kildavo naujų įžvalgų ir idėjų, todėl buvo grįžtama atgal, tyrimo medžiaga dar kartą peržiūrima, keičiama nustatyta struktūra.

3.4.4. Tyrėjos ryšys su tyrimo tema

Tyrėja yra naujagimių intensyviosios terapijos slaugytoja. Šioje srityje dirba jau daugiau nei 25 metai. Reikia pastebėti, kad jos, kaip slaugytojos patirtis yra susijusi tik su šia sritimi, todėl ji pakankamai gerai žino slaugytojų iškeltas problemas iš „vidaus“. Taigi, galima sakyti, kad tyrimui pasirinkta gerai žinoma ir aktuali sritis. Nepaisant to, kad šios srities slaugytojų skaičius Lietuvoje yra mažas, tyrėja įsitikinusi, kad pasirinkta tyrimo tema yra svarbi ir aktuali ne tik jai. Naujagimių intensyviosios terapijos slaugytojos teikia pagalbą ypatingiems pacientams ir jų šeimoms. Lietuvoje kaip ir daugelyje pasaulio šalių tokių naujagimių gimsta maždaug 10 procentų. Tai dažniausiai labai mažo svorio arba sunkiai sergantys naujagimiai, kurie ligoninėje praleidžia kelis mėnesius. Tai, kad tyrėja „suaugusi“ su šia sritimi savo profesine patirtimi, neabejotinai turėjo įtakos tam, kaip ji vertino ir interpretavo gautus

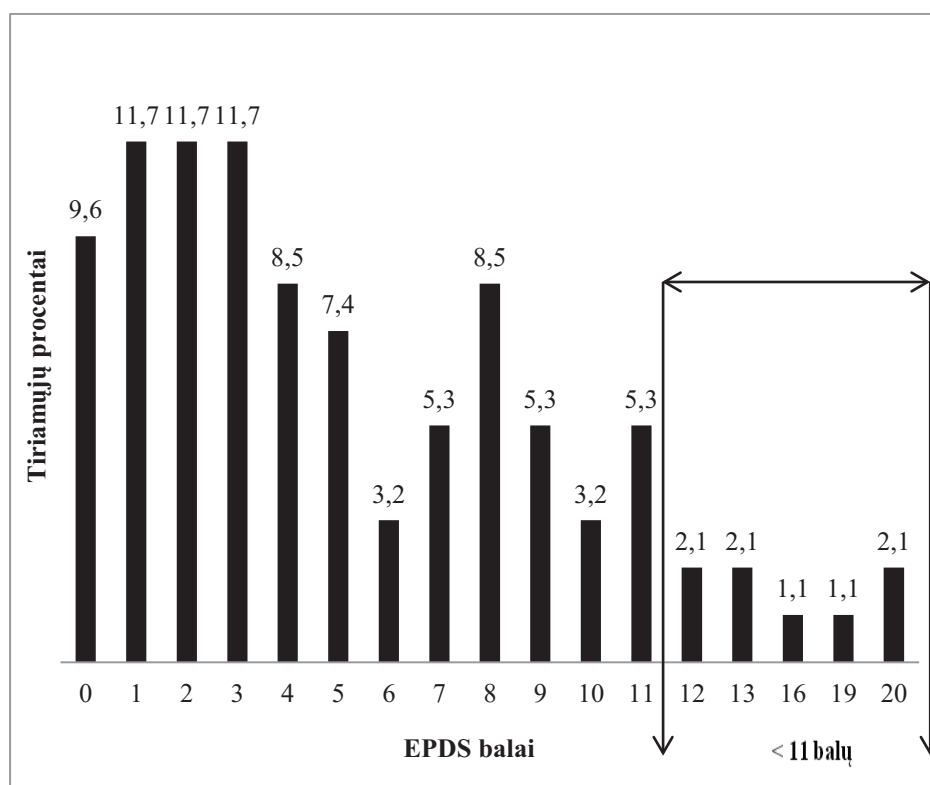
duomenis. To neįmanoma išvengti. Tačiau tyrėja tikisi, kad jos sąsajos su tyrimo sritimi ir problema taip pat galėjo būti ir naudingos, nes sudarė galimybę lengviau pajusti ir suprasti problemas, atsiskleidusias grupinėse diskusijose.

Tyrėja, nuolat stengėsi tikrinti save ir kelti klausimą, ar iš tiesų geba išlikti objektyvi. Dėl to aktyviai konsultavosi su mokslinio darbo konsultantu, kitais kolegomis. Siekdama kiek įmanoma sumažinti subjektyvumą ir asmeninę įtaką tyrimui, vieną grupinę diskusiją pravedė su Vilniaus NITS slaugytojomis. Su šiomis kolegėmis nebuvo asmeniškai pažįstama, todėl tai lėmė tyrimo duomenų objektyvumo ir patikimumo užtikrinimą. Rezultatai, kurie buvo gauti tyrimo metu, iš dalies susišaukia su kitų tyrėjų įžvalgomis ir tai gali būti vertinama kaip vienas iš tyrimo objektyvumo įrodymų. Kaip dar vieną nuo tyrėjos šališkumo apsaugantį veiksnį norėtusi paminėti ir tai, kad pravedant grupines diskusijas Kaune visada dalyvavo stebėtojas, kuris rašė stebėjimo protokolą ir po kiekvienos diskusijos išsakydavo savo įžvalgas bei pastebėjimus.

4. REZULTATAI

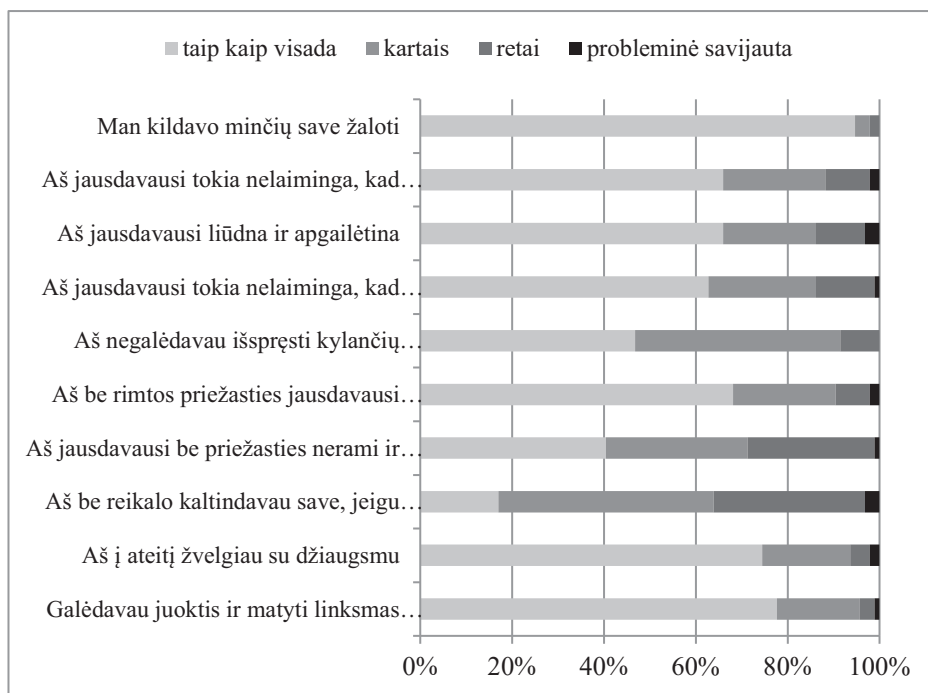
4.1. Emocinė slaugytojų savijauta

Slaugytojų emocinė savijauta buvo vertinama taikant EPDS skalę. Tarp tiriamųjų šios skalės reikšmių intervalas varijavo nuo 0 iki 20 balų, o vidurkis siekė 5,4 (SN 4,59) balo. EPDS skalės suminių balų skirstinys pateikiamas 4.1.1 paveiksle. Išreikšta depresine simptomatika pasižyminčių tiriamųjų grupei (daugiau nei 11 balų) priskirtinos 8,5 proc. (n = 8) tyrime dalyvavusių slaugytojų.



4.1.1 pav. Tiriamųjų EPDS balų skirstinys

Vertinant atskiras emocinės savijautos ypatybes pastebėtina (4.1.2 pav.), kad dažniausios slaugytojų pažymėtos probleminės savijautos sritys buvo savęs kaltinimas, nerimas ir susirūpinimas be priežasties. Maždaug kas septinta tyrime dalyvavusi slaugytoja jautėsi liūdna ir apgailėtina arba tokia nelaiminga, kad net labai blogai miegojo, o kas aštunta – tokia nelaiminga, kad net verkdamo.



4.1.2 pav. EPDS skalės teiginių pasiskirstymas tiriamoje imtyje

Įvertinus, kaip slaugytojų depresiškumas (EPDS > 11 balų) yra susijęs su socialinėmis-demografinėmis charakteristikomis paaiškėjo, kad visos sąsajos buvo statistiškai nereikšmingos ($p > 0,05$; 4.1.1 lentelė).

4.1.1 lentelė. Slaugytojų depresiškumo sąsajos su socialinėmis-demografinėmis ir darbo charakteristikomis.

Veiksny	Reikšmė	EPDS > 11 balų		
		n	proc.	p*
Amžius (metais)	23–39	10	10,7	0,691
	40–59	7	7,6	
Gyvenamoji vietovė	Didmiestis	7	7,1	0,169
	Kita vietovė	21	22,2	
Išsilavinimas	Aukštesnysis	4	4,3	0,307
	Aukštasis neuniversitetinis	13	13,8	
	Aukštasis universitetinis	10	10,5	
Šeiminė padėtis	Gyvena neregistruotoje santuokoje	7	7,1	0,414
	Negyvena santuokoje	10	10,5	
Šeiminė padėtis	Gyvena neregistruotoje santuokoje	7	7,1	0,414
	Negyvena santuokoje	10	10,5	

4.1.1 lentelės tęsinys

Veiksny	Reikšmė	EPDS > 11 balų		
		n	proc.	p*
Gyvena kartu	Viena	5	5,3	0,490
	Ne viena	9	9,3	
Bendrasis darbo stažas (metais)	1–20	13	13,6	0,096
	21–38	4	4,0	
Darbo stažas naujagimių priežiūros srityje (metais)	1–20	11	11,3	0,459
	21–38	5	4,9	
Visa imtis		8	8,6	—

* χ^2 kriterijus.

Tai reiškia, kad slaugytojų depresiškumo rodikliai nebuvo susiję su jų socialinėmis ar darbo stažo charakteristikomis. Galima nebent pastebėti tai, kad pastebimai dažniau didesniu depresiškumu pasižymėjo ne didmiesčiuose gyvenančioms slaugytojos (22,2 proc. lyginant su 7,1 proc. didmiesčiuose), tačiau ir šis skirtumas nebuvo statistiškai reikšmingas.

4.2. Stresas ir jo įveika

4.2.1. Profesinio streso veiksniai

Slaugytojų stresą keliantys veiksniai buvo vertinami naudojant Slaugos streso skalę. Patiriamas stresas buvo vertinamas pagal teiginius, sudarančius 3 poskalius: fizinė, psichologinė ir socialinė darbo aplinka. Psichologinės ir socialinės aplinkos poskaliai buvo suskirstomos smulkiau. Vertintas atskirų veiksmų sukkelto streso dažnumas slaugytojams. Aprašomoji skalės analizė pateikiama 4.2.1.1 lentelėje.

4.2.1.1 lentelė. Slaugos streso skalės poskalių reikšmių pasiskirstymas

Poskaliai	Teiginių skaičius	Vidurkis (SN)	Min	Max
Fizinė aplinka	7	7,9 (3,16)	1	16
Psichologinė aplinka	18	15,2 (5,78)	4	28
Socialinė aplinka	10	8,3 (3,86)	1	26

Streso veiksmų sąsajų įvertinimas parodė, kad tiek fizinės, tiek ir socialinės bei psichologinės aplinkos streso veiksniai yra tarpusavyje vidutiniškai arba stipriai teigiamai susiję – koreliacijos koeficientai siekė 0,62–0,73 (4.2.1.2 lentelė). Stipriausiai tarpusavyje koreliavo psichologinės ir socialinės aplinkos veiksniai ($r = 0,73$).

4.2.1.2 lentelė. Slaugos streso skalės poskalių koreliacijos

		Fizinė aplinka	Psichologinė aplinka	Socialinė aplinka
Fizinė aplinka	r	1,00	0,62	0,61
	p		<0,001	<0,001
Psichologinė aplinka	r		1,00	0,73
	p			<0,001
Socialinė aplinka	r			1,00
	p			

4.2.1.1. Fizinės aplinkos veiksniai

Vertinant atskirus fizinės aplinkos poskalo klausimus pastebėta, kad dažniausiai stresą slaugytojoms kėlė nepakankamas atlygis už darbą. Dažnai arba labai dažnai tai nurodė patiriančios 77,6 proc. slaugytojų. Kitas gana dažnas streso veiksnys buvo didelės darbų, nesusijusių su paciento slauga, apimtys. Beveik pusė (43,6 proc.) respondenčių nurodė, kad jų darbe tai pasitaiko dažnai arba labai dažnai. Kiti galimi fizinės aplinkos streso veiksniai buvo paplitę pastebimai rečiau – juos dažnai nurodė patiriančios apie penktadalis slaugytojų (4.2.1.1.1 lentelė).

4.2.1.1.1 lentelė. Fizinės aplinkos keliamo streso veiksnių dažnumas slaugytojų darbe

Teiginiai	Niekada		Kartais		Dažnai arba labai dažnai	
	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.
Kintantis ir nenusipėjamas darbo grafikas	31	33,0	47	50,0	16	17,0
Didelis su slauga nesusijusių darbų krūvis (pvz., dokumentacijos tvarkymas)	21	22,3	32	34,0	41	43,6
Laiko suteikti paciento artimiesiems emocinę paramą stoka	29	30,9	47	50,0	18	19,2
Laiko tinkamai užbaigti slaugos užduotis stoka	31	33,0	45	47,9	18	19,1
Darbuotojų, kurie galėtų vieni kitus pavaduoti, trūkumas	19	20,2	53	56,4	22	23,4
Mažas materialinis atlygis už darbą	5	5,3	16	17,0	73	77,6

4.2.1.2. Psichologinės aplinkos veiksniai

Naudojant Slaugos streso skalę taip pat buvo įvertinti psichologinės darbo aplinkos veiksniai (4.2.1.2.1 lentelė). Iš viso buvo vertinami veiksniai, sudarantys 4 poskalius (18 teiginių).

4.2.1.2.1 lentelė. Psichologinės aplinkos poskalis ir jo dalys

Poskalis ir jo dalys	Teiginių skaičius	Vidurkis (SN)	Min	Max
Psichologinė aplinka	18	15,2 (5,78)	4	28
<i>Mirtis ir mirimas</i>	7	7,3 (2,65)	0	12
<i>Nepakankamas pasirengimas</i>	3	2,4 (1,31)	0	5
<i>Paramos stoka</i>	3	1,9 (1,56)	0	6
<i>Abejonės dėl gydymo</i>	5	3,7 (2,07)	0	9

Aptariant su mirtimi ir mirimu susijusius skalės teiginius galima pastebėti (4.2.1.2.2 lentelė), kad slaugytojoms dažniausiai stresą kėlė skausmingų procedūrų atlikimas (35,1 proc.), pacientų mirtys (30,8 proc.) ir pacientų kančių stebėjimas (28,7 proc.). Kitus su mirtimi ir mirimu susijusius streso veiksnius slaugytojos pažymėjo rečiau (maždaug kas penkta–septinta respondentė).

4.2.1.2.2 lentelė. Su pacientų mirtimi ir mirimu susijusių veiksnių dažnumas slaugytojų darbe

Teiginiai	Niekada		Kartais		Dažnai arba labai dažnai	
	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.
Skausmingų pacientams procedūrų atlikimas	8	8,5	53	56,4	33	35,1
Su negerėjančia paciento sveikatos būkle susijęs bejėgiškumo jausmas	13	13,8	61	64,9	20	21,2
Kalbėjimas su paciento artimaisiais apie artėjančią paciento mirtį	24	25,5	57	60,6	13	13,8
Skyriuje gydomo paciento mirtis	12	12,8	53	56,4	29	30,8
Slaugyto ir tapusio artimu paciento mirtis	22	23,4	54	57,4	18	19,1
Paciento mirtis, kai šalia nėra gydytojo ir kitų kolegų	53	56,4	25	26,6	16	17,0
Paciento kančių stebėjimas	12	12,8	55	58,5	27	28,7

Tiriamajoje imtyje psichologinis stresas, kylantis dėl nepakankamo pasirengimo, nebuvo dažnai patiriamas (4.2.1.2.3 lentelė). Tiriamosios jautėsi

gana gerai pasiruošusios teikti pagalbą paciento šeimai, atsakyti į artimųjų klausimus ar suteikti emocinę paramą sergančiųjų artimiesiems.

4.2.1.2.3 lentelė. *Su profesiniu pasirengimu susijusių streso veiksnių dažnumas*

Teiginiai	Niekada		Kartais		Dažnai arba labai dažnai	
	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.
Asmeninio emocinio pasirengimo teikti pagalbą paciento šeimai stoka	40	42,6	43	45,7	11	11,7
Paciento artimųjų prašymai atsakyti į klausimus, į kuriuos nežinomas atsakymas	20	21,3	62	66,0	12	12,8
Parengimo atliepti į emocines pacientų problemas stoka	31	33,0	57	60,6	6	6,4

Maždaug trečdalis apklaustųjų nurodė dėl to niekada nepatiriančios streso. Su šia problema kartais susiduriančios nurodė kiek daugiau nei pusė slaugytojų.

Paramos darbe stoka šiame tyrime taip pat nebuvo stipriai išreikštas streso veiksnys (4.2.1.2.4 lentelė). Galima nebent pažymėti, kad slaugytojos labiausiai stokojo galimybes atvirai pasikalbėti su kolegomis apie skyriaus problemas. Dažnai ir labai dažnai tai patiriančios nurodė 16 proc. slaugytojų.

4.2.1.2.4 lentelė. *Su paramos darbe stoka susijusių streso veiksnių dažnumas.*

Teiginiai	Niekada		Kartais		Dažnai arba labai dažnai	
	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.
Galimybės atvirai pasikalbėti su personalu apie skyriaus problemas nebuvimas	37	39,4	42	44,7	15	16,0
Galimybių aptarti savo patirtį su bendradarbiais nebuvimas	50	53,2	40	42,6	4	4,3
Galimybių nebuvimas dalintis su bendradarbiais slegiančiais jausmais kilusiais dėl pacientų slaugos	46	48,9	42	44,7	6	6,4

Stresas, susijęs su abejonėmis dėl pacientui taikomo gydymo, slaugytojų darbe nebuvo dažnas (4.2.1.2.5 lentelė). Dažniausiai stresą kėlė gydytojo nebuvimas esant kritinei situacijai (17 proc. respondenčių nurodė, kad tai patiria dažnai arba labai dažnai).

4.2.1.2.5 lentelė. *Su abejonėmis dėl taikomo gydymo susijusių streso veiksnių dažnumas*

Teiginiai	Niekada		Kartais		Dažnai arba labai dažnai	
	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.
Nepakankama gydytojo teikiama informacija apie paciento sveikatos būklę	47	50,0	35	37,2	12	12,8
Gydytojo nurodymų vykdymas, kurie Jums atrodo netinkami slaugant pacientą	33	35,1	47	50,0	13	13,9
Gydytojo nebuvimas šalia, susiklosčius skubiai (arba kritinei) situacijai	26	27,7	52	55,3	16	17,0
Nežinojimas, ką reikėtų pasakyti pacientui ar jo šeimos nariams apie paciento sveikatos būklę, gydymą	41	43,6	47	50,0	6	6,4
Žinių ir įgūdžių dirbti su specialia įranga ar elgtis operacijos metu trūkumas	27	28,7	64	68,1	3	3,2

Kiek daugiau nei dešimtadalis slaugytojų nurodė dažnai stresą patiriančios dėl abejonių gydytojų nurodymų tikslingumu ir stokodamos informacijos apie paciento būklę.

4.2.1.3. Socialinės aplinkos veiksniai

Analizuojant slaugytojų patiriamą stresą, keliamą socialinės aplinkos veiksnių, buvo atsižvelgiama į dviejų teiginių grupių įverčius (4.2.1.3.1 lentelė).

4.2.1.3.1 lentelė. *Slaugos streso skalės socialinės aplinkos poskalis ir jo teiginių grupės*

Poskalis ir jo dalys	Teiginių skaičius	Vidurkis (SN)	Min	Max
Socialinė aplinka	10	8,3 (3,86)	1	26
<i>Konfliktai su gydytojais</i>	5	4,3 (2,25)	0	13
<i>Konfliktai sukintomis slaugytojomis ir vyresniąja slaugytoja</i>	5	4,0 (2,07)	0	13

Aptariant konfliktų su gydytojais grupę sudarančius teiginius galima pastebėti, kad dažniausiai stresą slaugytojoms kėlė baimė suklysti slaugant pacientus (19,2 proc.) ir iš dalies – gydytojų išsakoma kritika (14,9 proc.).

Kita vertus, konfliktai su gydytojais nėra būdingas stresą keliantis veiksnys (4.2.1.3.2 lentelė).

4.2.1.3.2 lentelė. *Konfliktų su gydytojais keliamo streso veiksnių dažnumas.*

Teiginiai	Niekada		Kartais		Dažnai arba labai dažnai	
	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.
Gydytojų išsakoma kritika	10	10,6	70	74,5	14	14,9
Konfliktai su slaugomo paciento gydytoju	29	30,9	59	62,8	6	6,4
Baimė slaugant pacientus padaryti klaidą	22	23,4	54	57,4	18	19,2
Nepritarimas tam, kad pacientas būtų gydomas	45	47,9	40	42,6	9	9,6
Su paciento priežiūra susijusių sprendimų priėmimas, kai gydytojo nėra šalia	53	56,4	25	26,6	9	9,6

Bendravimas ir bendradarbiavimas su kitomis slaugytojomis tiriamosioms taip pat dažnai kėlė stresą. Kaip dažnai stresą keliančius veiksnius dešimtdalis respondencijų nurodė komandinio darbo stoką. Penktadalis apklaustųjų stresą dažnai patyrė dėl sunkumų dirbant su kai kuriais asmenimis skyriuje (4.2.1.3.3 lentelė).

4.2.1.3.3 lentelė. *Konfliktų su kitomis slaugytojomis ir vyresniąja slaugytoja dažnumas*

Teiginiai	Niekada		Kartais		Dažnai arba labai dažnai	
	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.
Konfliktai su vyresniąja slaugytoja	34	36,2	52	55,3	8	8,5
Komandinio darbo stoka	38	40,4	46	48,9	10	10,6
Sunkumai, kylantys dirbant su kai kuriais asmenimis ne skyriuje	34	36,2	52	55,3	8	8,5
Vyresniosios (-ojo) slaugytojos (-o) išsakoma kritika	19	20,2	70	74,5	5	5,4
Sunkumai dirbant su kai kuriais asmenimis skyriuje	22	23,4	52	55,3	20	21,3

Tyrimo duomenimis, konfliktai su vyresniąja slaugytoja ir jos išsakoma kritika taip pat yra neretai pasitaikantis slaugytojų darbo streso veiksnys.

4.2.1.4. Slaugytojų patiriamo streso palyginimas, atsižvelgiant į jų socialines-demografines ir darbo charakteristikas

Tyrimo metu buvo įvertinta, ar slaugytojų stresas (atskiros jo dimensijos) yra susijęs su jų socialinėmis-demografinėmis ir darbo charakteristikomis (4.2.1.4.1 lentelė). Analizuojant rezultatus nustatyta, kad tyrime dalyvavusių slaugytojų patiriamo streso veiksniai nėra reikšmingai susiję su jų socialinėmis-demografinėmis charakteristikomis. Išimtį sudarė tik psichologinės aplinkos veiksniai, kurie dažniau stresą sukelia ne didmiesčiuose gyvenančioms slaugytojoms ($p = 0,017$).

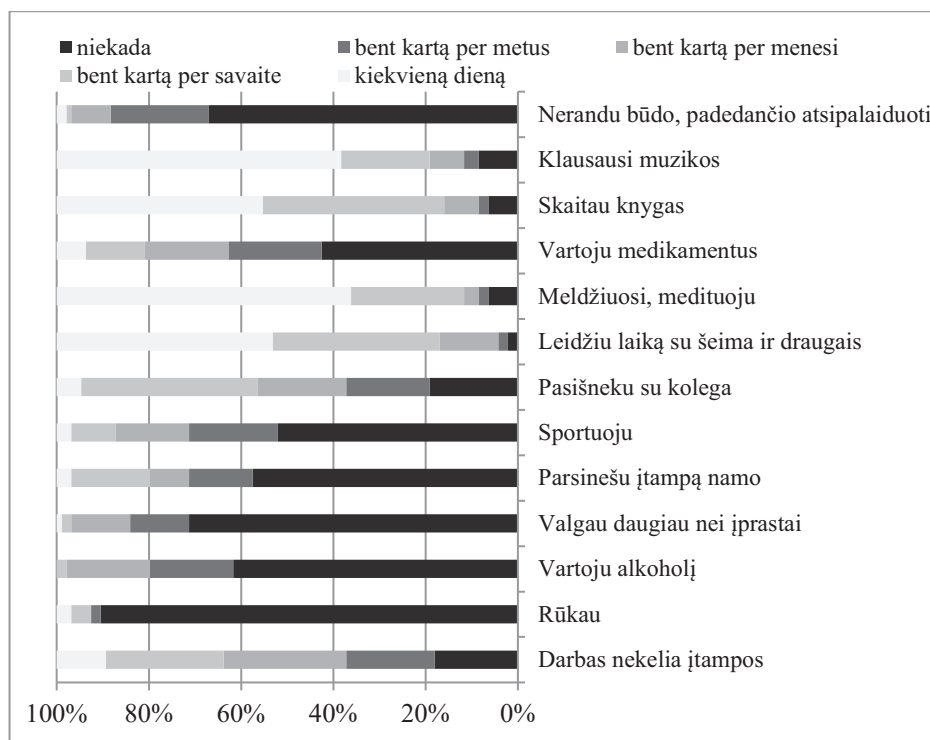
4.2.1.4.1 lentelė. Streso skalės įverčių pasiskirstymas atsižvelgiant į tiriamųjų socialines-demografines ir darbo charakteristikas

Veiksny	Reikšmės	Fizinė aplinka		Psichologinė aplinka		Socialinė aplinka	
		Vidurkis (SN)	p	Vidurkis (SN)	p	Vidurkis (SN)	p
Amžius	23–39 m.	8,2 (3,66)	0,525	15,1 (6,27)	0,860	8,2 (3,73)	0,851
	40–59 m.	7,8 (2,95)		15,3 (5,60)		8,4 (3,94)	
Gyvenamoji vietovė	Didmiestis	7,8 (3,05)	0,227	14,8 (5,58)	0,017	8,2 (3,85)	0,365
	Kita vietovė	9,1 (4,11)		19,6 (6,13)		9,4 (3,94)	
Išsilavinimas	Aukštesnysis	8,1 (2,93)	0,431	15,1 (5,30)	0,971	8,5 (2,80)	0,456
	Aukštasis neuniversitetinis	8,2 (3,49)		15,3 (7,01)		8,8 (5,32)	
	Aukštasis universitetinis	7,0 (3,22)		15,4 (5,07)		7,4 (3,45)	
Šeiminė padėtis	Gyvena neregistruotoje santuokoje	7,9 (2,99)	0,897	14,5 (4,71)	0,157	8,0 (3,19)	0,317
	Negyvena santuokoje	7,8 (3,45)		16,3 (6,99)		8,8 (4,68)	
Gyvena kartu	Viena	7,8 (4,11)	0,949	15,8 (7,72)	0,688	8,4 (4,22)	0,961
	Ne viena	7,9 (2,91)		15,1 (5,23)		8,3 (3,79)	
Bendrasis darbo stažas	1–20 m.	8,0 (3,40)	0,762	15,9 (5,89)	0,274	9,0 (4,21)	0,141
	21–38 m.	7,8 (2,97)		14,6 (5,66)		7,8 (3,48)	
Darbo stažas naujų prižiūros srityje	1–20 m.	7,9 (3,46)	0,912	16,1 (5,85)	0,117	8,9 (4,09)	0,100
	21–38 m.	7,8 (2,77)		14,2 (5,58)		7,6 (3,44)	

Visi kiti veiksniai – amžius, išsilavinimas, šeiminei padėtis, darbo stažas – nebuvo susiję nei su fizine, nei su psichologine ar socialine aplinkos keičiamu stresu.

4.2.2. Streso įveikos būdai

Siekiant įvertinti slaugytojų naudojamus streso įveikos būdus, respondentams buvo pateikta atskirų teiginių grupė. Šie teiginiai atspindėjo tiek adaptyvius, tiek ir neadaptyvius streso įveikos būdus (4.2.2.1 pav.).



4.2.2.1 pav. Tiriamųjų skirstinys pagal naudojamus streso įveikos būdus

Daugelis slaugytojų nurodė linkusios stresą įveikti naudodamos adaptyvius būdus: daugiau nei pusė slaugytojų nurodė, kad kasdien meldžiasi ar medituoja (63,8 proc., n = 60), klausosi muzikos (61,7 proc., n = 58), kiek mažiau nei pusė – leidžia laiką su šeima ir draugais (46,8 proc., n = 44) ir skaito knygas (44,7 proc., n = 42). Beveik pusė slaugytojų (43,6 proc., n = 41) nurodė, kad siekdamos įveikti kilusį stresą bent kartą per savaitę pasišneka su kolegomis.

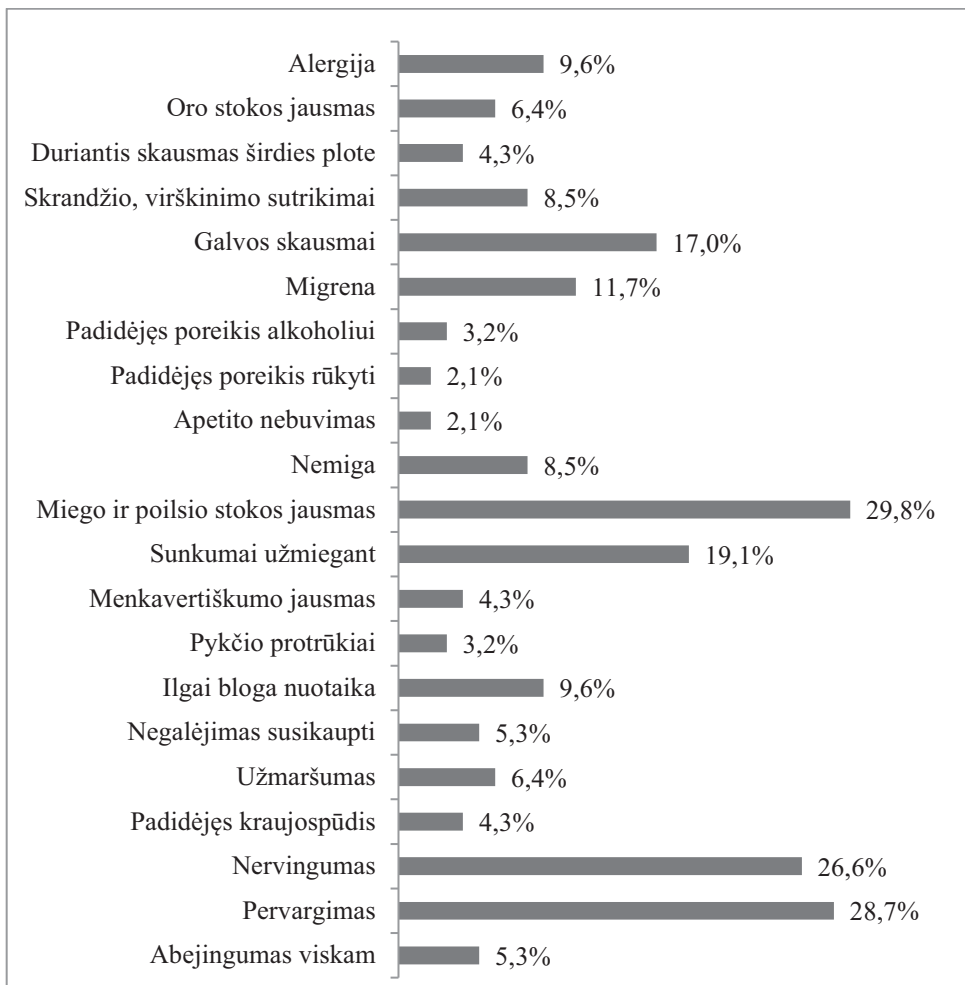
Analizuojant ar slaugytojos streso įveikai naudoja neadaptyvius būdus nustatyta, kad dažniau tam naudojami medikamentai. Bent kartą per savaitę arba kiekvieną dieną juos vartojančios nurodė 19,1 proc. (n = 18) slaugytojų. Didžioji dauguma (74,5 proc., n = 70) tyrime dalyvavusių slaugytojų nurodė niekada nevartojančios migdomųjų ir raminamųjų medikamentų nepaskyrus gydytojui. Tačiau be gydytojo paskyrimo šiuos medikamentus kelis kartus per metus vartojo penktadalis respondenčių. Dvi respondentės teigė, kad šiuos medikamentus nepaskyrus gydytojui vartoja reguliariai. Tokie galimi įtampos mažinimo įpročiai kaip alkoholio vartojimas, streso malšinimas valgant ar rūkymas buvo būdingi nedidelei daliai tiriamųjų. Bent kartą per savaitę arba kiekvieną dieną šiuos būdus stresui mažinti naudojo iki 12,8 proc. (n = 12) tiriamųjų. Tyrimo metu nustatyta, kad 7,6 proc. (n = 8) slaugytojų rūkė pastoviai. Trys respondentės teigė, kad surūko nuo 10 iki 20 cigarečių per parą, 35,7 proc. (n = 38) respondenčių nurodė, kad rūkė prieš 10 metų ir daugiau.

Reikėtų pastebėti, kad beveik penktadalis slaugytojų kartą per savaitę ar dažniau „parsineša įtampą namo“. Maždaug pusė šių slaugytojų nurodė nerandančios būdo kaip atsipalaiduoti nuo darbe kilusios įtampos.

Siekiant įvertinti ar alkoholio vartojimas nėra probleminis, alkoholio vartojimo įpročiai buvo įvertinami taikant CAGE klausimyną. Jo rezultatai parodė, kad 9,6 proc. (n = 9) slaugytojų nurodė jaučiančios gėdą ar kaltę dėl alkoholinių gėrimų vartojimo įpročių, 6,4 proc. (n = 6) manė, kad joms reikėtų mažiau vartoti alkoholio, 3,2 proc. (n = 3) respondenčių erzino žmonių kritika dėl jų įpročių vartoti alkoholį, o viena nurodė gerianti alkoholį rytais siekdamą palengvinti pagirias. Vertinant CAGE bendrą balų skaičių paaiškėjo, kad iš 4 klausimų, teigiamai bent į 2 klausimus atsakė 6,4 proc. (n = 6) tyrime dalyvavusių slaugytojų.

4.2.3. Sveikatos nusiskundimai

Analizuojant slaugytojų nusiskundimus sveikata pastebėta, kad jos dažniausiai skundėsi miego ir poilsio stoka. Tai pažymėjo beveik trečdalis tiriamosios imties slaugytojų. Kiti pagal dažnumą nusiskundimai buvo pervargimas ir nervingumas – juos nurodė atitinkamai 28,7 ir 26,6 proc. slaugytojų. Maždaug dešimtadalis klaustųjų skundėsi alerginėmis reakcijomis, ilgai trunkančia bloga nuotaika, migreniniais galvos skausmais (4.2.3.1 pav.).

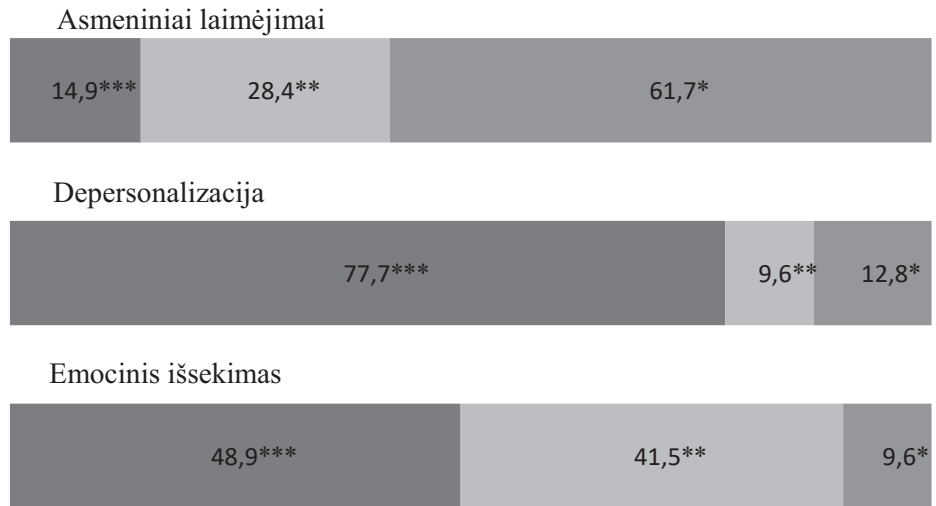


4.2.3.1. pav. Nusiskundimų sveikata paplitimas, proc.

4.3. Slaugytojų profesinis perdegimas ir jį lydintys sveikatos pokyčiai

Tiriamųjų profesinio perdegimo komponentų pasireiškimo lygis šiame tyrime vertintas apskaičiuojant MBI-HSS klausimyno poskalių (emocinio išsekimo, depersonalizacijos ir asmeninių laimėjimų) vidutinius balus. Pagal šiuos balus buvo sugrupuotos poskalių kategorijos, kur didelis emocinis išsekimas, didelė depersonalizacija ir maži asmeniniai laimėjimai rodė profesinio perdegimo riziką (4.3.1 pav.). Paaiškėjo, kad labiausiai išreikštas profesinio perdegimo komponentas tarp slaugytojų buvo žemi asmeniniai laimėjimai, kurie buvo būdingi daugiau nei pusei respondenčių (61,7 proc.). Buvo ver-

tinama kokia dalis tiriamųjų atitiko visus tris profesinio perdegimo kriterijus. Gautais duomenimis 4,3 proc. (n = 4) slaugytojų atitiko visus profesinio perdegimo kriterijus. Apskaičiuojant koks respondenčių skaičius turėjo riziką profesiniam perdegimui, buvo vertinami aukštos ir vidutinės rizikos pokyčiai slaugytojų tarpe visose trijose dimensijose. Nustatyta, kad 15,9 proc. (n = 15) slaugytojų turėjo išreikštą profesinio perdegimo riziką.



4.3.1 pav. Profesinio perdegimo skalės komponentai ir profesinio perdegimo rizika

- * didelė profesinio perdegimo rizika
- ** vidutinė profesinio perdegimo rizika
- *** maža profesinio perdegimo rizika

Toliau bus pateikiami atskirų poskalių rezultatai.

Emocinio išsekimo poskalo įverčių intervalas pasiskirstė nuo 0 iki 37, o šio poskalo gautas balų vidurkis siekė 14,4 (SN 7,91). Vertinant tiriamųjų emocinio išsekimo požymius nustatyta, kad 58,5 proc. bent keletą kartų per mėnesį jautėsi fiziškai išsekusios po darbo, 42,5 proc. (n = 40) – išsekusios emociškai, 35,0 proc. (n = 33) jautė įtampą dirbdamos visą dieną su žmonėmis (5 priedas). Vidutinis emocinis išsekimas buvo būdingas 41,5 proc. (n = 39), o aukštas – 9,6 proc. (n = 9) tiriamųjų.

Depersonalizacijos poskalo įverčių intervalas svyravo nuo 0 iki 20, vidutinis balas 3,8 (SN 4,75). Bendrai galima pastebėti, kad depersonalizacijos ypatumai tarp slaugytojų buvo gana reti – atskiri bruožai (emocinis šaltumas, abejingumas pacientams) bent kartą per mėnesį pasireiškė mažiau nei 20 proc. tiriamųjų (5 priedas). Vertinant bendrą depersonalizaciją kaip per-

degimo komponentę galima pastebėti, kad vidutinis depersonalizacijos lygis nustatytas 9,6 proc. (n = 9), o aukštas – 12,8 proc. (n = 12) tyrimo dalyvių.

Asmeninių laimėjimų poskalo tyrimo įverčių intervalas svyravo nuo 6 iki 48, balų vidurkis siekė 29,1 (SN 10,12). Žemas savęs ir savo gebėjimų įvertinimas buvo būdingas 61,7 proc. (n = 59), o vidutinis – 23,4 proc. (n = 22) slaugytojų. Vertinant atskirus asmeninių laimėjimų ypatumus pastebėtina, kad beveik penktadalis apklaustųjų niekada po darbo su pacientais nesijautė pakylėtos. Maždaug penktadalis respondenčių labai retai jautėsi labai energingas, padariusios daug vertingų dalykų ir negalėjo labai ramiai susitvarkyti darbe su emociniais sunkumais (5 priedas).

Vertinant bendrąjį profesinį perdegimą ir jo dimensijų sąsajas buvo apskaičiuotas Kendalo tau koeficientas. Rezultatai atskleidė (4.3.1 lentelė), kad emocinis išsekimas ir depersonalizacija tarpusavyje tiesiogiai ir statistiškai patikimai koreliavo ($\tau = 0,36$). Pastebėta, kad asmeniniai laimėjimai neigiamai koreliuoja tiek su emociniu išsekimu, tiek su depersonalizacija, tačiau koeficientas buvo žemas (tarp $-0,16$ ir $-0,18$), o ryšys – statistiškai nepatikimas ($p > 0,05$).

4.3.1 lentelė. Profesinio perdegimo komponentų tarpusavio ryšys

Dimensija	Rodiklis	Emocinis išsekimas	Depersonalizacija	Asmeniniai laimėjimai
Emocinis išsekimas	τ	1,00	0,36	-0,18
	p		<0,001	0,056
Depersonalizacija	τ		1,00	-0,16
	p			0,088
Asmeniniai laimėjimai	τ			1,00
	p			

Siekiant nustatyti slaugytojų, dirbančių NITS, sveikatos nusiskundimų sąsajas su profesiniu perdegimu, buvo atlikta logistinė regresinė analizė. Analizei buvo pasirinkti labiausiai paplitę nusiskundimai, tokie kaip pervargimas, nervingumas, sunkumai užmiegant, miego ir poilsio stoka ir galvos skausmai. Jie buvo siejami su bendru nusiskundimų rodikliu ir su rizikos grupe, kuriai pasireiškė daugiau nei vienas nusiskundimas (44,7 proc.), o referencinė grupė – vienas arba nė vieno nusiskundimo (55,3 proc.).

Vienaveiksni logistinė regresinė analizė atskleidė, kad su profesiniu perdegimu siejosi tik pervargimas. Šį nusiskundimą įvardijusių slaugytojų galimybės patirti profesinį perdegimą buvo 3,8 karto didesnės. Daugiaveiksni logistinėje regresinėje analizėje įtraukus amžiaus, gyvenamosios vietos ir darbo stažo kintamuosius (4.3.2 lentelė), rezultatai beveik nepasikeitė – pervargimas išliko nepriklausomai susijęs su profesiniu perdegimu (GS = 4,06).

Taip pat reikia pažymėti, kad kiti sveikatos nusiskundimai pasiekė ribinę reikšmę, turint daugiau nei du kartus didesnę šansą perdegimui (GS = 2,17), tačiau nesiekė statistiškai reikšmingo lygio ($p > 0,05$).

Taip pat reikia pastebėti, kad amžius, gyvenamoji vieta ir darbo stažas nebuvo statistiškai reikšmingi veiksniai profesiniam perdegimui daugiaveiksniėje analizėje. Tokį rezultatą galėjo įtakoti mažas tiriamosios imties dydis.

4.3.2 lentelė. Sveikatos nusiskundimų sąsajos su profesiniu perdegimu: logistinė regresinė analizė

Sveikatos nusiskundimas	Vienaveiksniė			Daugiaveiksniė *		
	GS	95 proc. PI	p	GS	95 proc. PI	p
Pervargimas	3,83	1,37–10,68	0,010	4,06	1,39–11,88	0,011
Nervingumas	1,54	0,60–3,95	0,372	1,52	0,58–3,99	0,400
Sunkumai užmiegant	1,27	0,44–3,64	0,653	1,27	0,43–3,74	0,666
Miego ir poilsio stoka	1,59	0,64–3,97	0,316	1,61	0,63–4,10	0,321
Galvos skausmas	1,13	0,39–3,28	0,823	1,07	0,35–3,26	0,908
Daugiau nei vienas nusiskundimas	2,16	0,93–5,01	0,073	2,17	0,92–5,14	0,078

* kontroliuojant pagal amžių, gyvenamąją vietą ir darbo stažą.

Gauti rezultatai rodo, kad statistinio prognozavimo požiūriu, iš visų sveikatos nusiskundimų, pervargimą galima laikyti labiausiai susijusiu su NITS dirbančių slaugytojų profesiniu perdegimu. Tačiau bendrus sveikatos nusiskundimus (daugiau nei vienas) taip pat galima laikyti galimai susijusiais su profesiniu perdegimu, nors ir nebuvo pasiektas statistinis reikšmingumas.

4.4. Slaugytojų profesinio perdegimo rizikos veiksniai

Atlikus socialinių-demografinių veiksnių ir profesinio perdegimo sąsajų analizę tyrimo metu nustatyta, kad jaunesnėms nei 40 metų amžiaus slaugytojoms būdinga didesnė profesinio perdegimo rizika lyginant su vyresnėmis slaugytojomis, tačiau ši tendencija nebuvo statistiškai patikima (GS = 1,99, $p = 0,147$). Taip pat tyrimo rezultatai parodė, kad slaugytojos, gyvenančios ne didmiesčiuose, yra labiau linkusios perdegti (GS = 2,97, $p = 0,190$) (4.4.1 lentelė). Reikšmingai didesnė profesinio perdegimo rizika buvo susijusi su patiriamu stresu ir jo įveikos veiksniais ($p < 0,05$).

4.4.1 lentelė. Profesinio perdegimo rizikos veiksniai: vienaveiksė logistinė regresinė analizė

Veiksnių grupė	Veiksnys	Reikšmės	GS	95 proc. PI		p
				Nuo	Iki	
Socialiniai-demografiniai	Amžiaus grupė (metais)	40–68	1,00			
		18–39	1,99	0,78	5,03	0,147
	Gyvenamoji vietovė	Didmiestis	1,00			
		Kita	2,97	0,58	15,12	0,190
	Išsilavinimas	Aukštasis universitetinis	1,00			
		Aukštasis neuniversitetinis	1,03	0,32	3,33	0,960
		Žemesnis nei aukštasis	0,87	0,29	2,55	0,794
	Šeiminė padėtis	Netekėjusi	1,00			
		Ištekėjusi	1,29	0,56	2,96	0,546
	Gyvena viena	Ne	1,00			
		Taip	1,42	0,50	4,01	0,506
	Bendroji darbo patirtis (metais)	>20	1,00			
		1–20	1,47	0,64	3,34	0,362
	Darbo naujagimių priežiūros srityje patirtis (metais)	>20	1,00			
1–20		1,45	0,64	3,31	0,375	
Streso veiksniai (balai)	Fizinės aplinkos	1–7	1,00			
		>7	2,80	1,20	6,49	0,017
	Psichologinės aplinkos	1–13	1,00			
		>14	2,58	1,12	5,96	0,027
	Socialinės aplinkos	1–7	1,00			
		>7	6,91	2,77	17,22	<0,001
Streso įveika	Rūkymas	Ne	1,00			
		Taip	1,53	0,51	4,55	0,447
	Alkoholio vartojimas, CAGE (balai)	0	1,00			
1–3		2,25	0,56	9,09	0,254	
Streso įveika	Migdomųjų vartojimas su gydytojo paskyrimu	Nevartoja	1,00			
		Vartoja	2,25	0,56	9,09	0,254
	Migdomųjų vartojimas be gydytojo paskyrimo	Nevartoja	1,00			
		Vartoja	4,02	1,35	11,98	0,012
Emocinė būklė (balai)	Depresiškumas, EPDS (tarpt.)	0–9	1,00			
		>9	2,71	2,71	2,71	2,71
	Depresiškumas, EPDS (liet.)	0–11	1,00			
		>11	6,09	6,09	6,09	6,09

Atlikus vienaveiksnę analizę išryškėjo 7 galimi rizikos veiksniai. Siekiant nustatyti nepriklausomus profesinio perdegimo veiksnius, buvo atlikta daugiaveiksnė analizė, kaip galimus veiksnius pasirenkant tuos, kurie vienaveiksnėje analizėje su profesiniu perdegimu buvo susiję patikimiau nei $p < 0,20$. Daugiaveiksnė logistinė regresinė analizė su 7 veiksnių modeliu teisingai klasifikavo 77,7 proc. reikšmių ir paašškino 35 proc. priklausomų kintamųjų reikšmių (Nagelkerke $R^2 = 0,35$).

Daugiaveiksnė analizė atskleidė (4.4.2 lentelė), kad šiame tyrime tarp slaugytojų išryškėjo du nepriklausomi profesinio perdegimo veiksniai – didelis socialinės aplinkos streso veiksnių lygis ir jaunesnis nei 40 m. amžius. Paašškėjo, kad didesnis nei vidutinis (daugiau nei 7 balai) socialinės aplinkos streso veiksnių išreikštumas buvo susijęs su 8,22 karto didesnėmis profesinio perdegimo galimybėmis ($p = 0,002$). Kita vertus, jaunesnėms nei 40 m. amžiaus slaugytojoms taip pat buvo būdinga didesnė rizika patirti profesinį perdegimą (GS = 3,16, $p = 0,044$). Kiti nagrinėti rizikos veiksniai su profesiniu perdegimu nebuvo statistiškai patikimai susiję, tačiau galima atkreipti dėmesį į gyvenamąją vietovę (slaugytojoms, gyvenančioms ne didmiestyje, būdinga 2,38 karto didesnė profesinio perdegimo rizika) ir depresiškumą (2,51 karto didesnė rizika), tačiau tai nesiekė statistinio reikšmingumo ($p > 0,05$).

4.4.2 lentelė. Profesinio perdegimo rizikos veiksniai: daugiaveiksnė logistinė regresinė analizė.

Veiksny	Reikšmės	GS	95 proc. PI		p
			Nuo	Iki	
Amžiaus grupė (m.)	40–68		1,00		
	18–39	3,16	1,03	9,67	0,044
Gyvenamoji vietovė	Didmiestis		1,00		
	Kita	2,38	0,35	16,11	0,375
Fizinės aplinkos streso veiksniai (balai)	1–7		1,00		
	>7	1,30	0,43	3,92	0,638
Psichologinės aplinkos streso veiksniai (balai)	1–13		1,00		
	>14	0,60	0,17	2,16	0,434
Socialinės aplinkos streso veiksniai (balai)	1–7		1,00		
	>7	8,22	2,14	31,61	0,002
Migdomųjų vartojimas be gydytojo paskyrimo	Nevartoja		1,00		
	Vartoja	1,56	0,13	19,00	0,727
Depresiškumas, EPDS (liet.) (balai)	0–11		1,00		
	>11	2,51	0,65	9,67	0,181

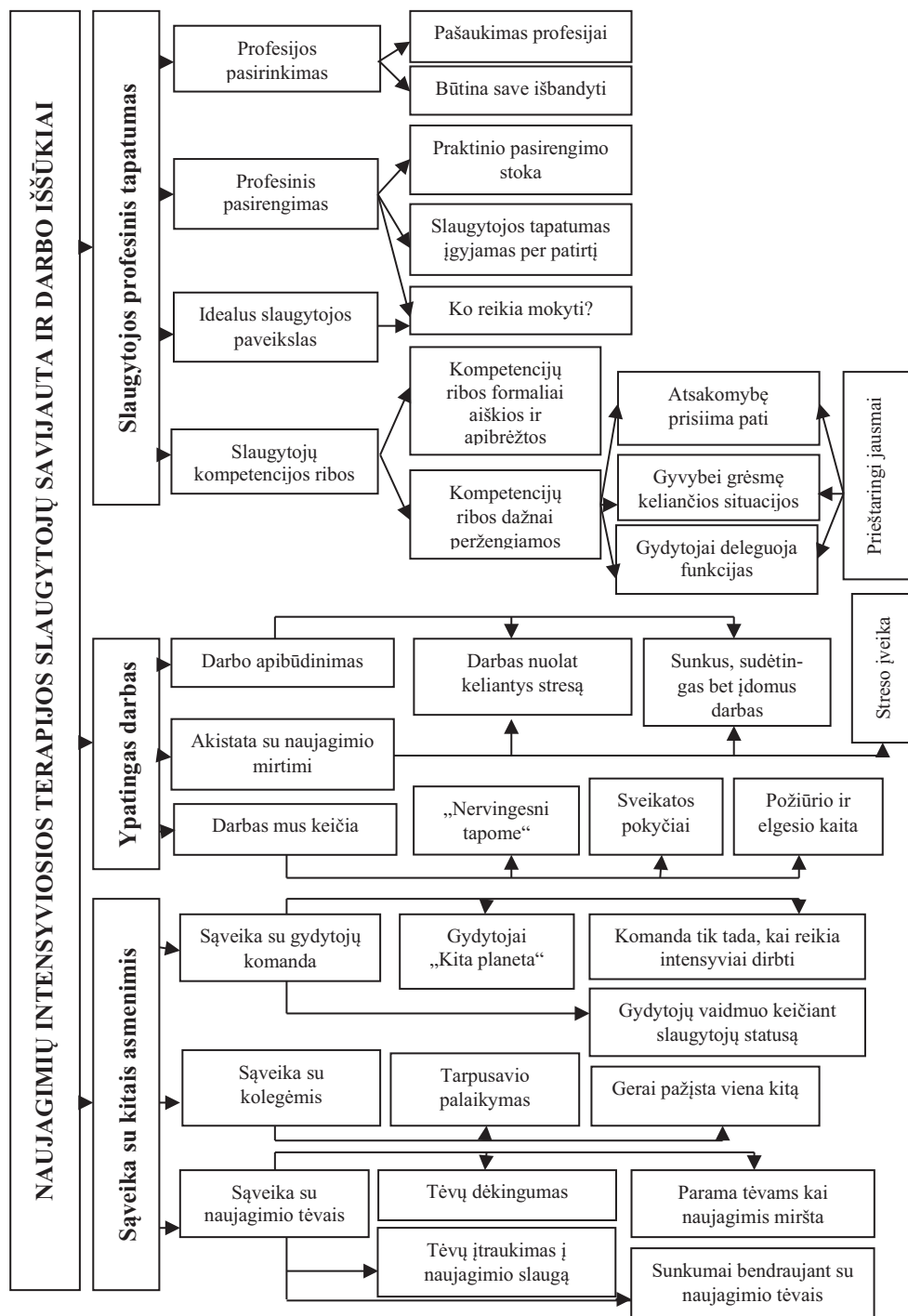
Taip pat galima atkreipti dėmesį į tai, kad streso veiksniai (fizinės, psichologinės ir socialinės aplinkos) nors tarpusavyje ir buvo susiję, tačiau su

profesiniu perdegimu siejosi tik socialinės aplinkos veiksniai. Be to, fizinės ir psichologinės aplinkos veiksnių svarba prognozuojant profesinio perdegimo riziką labai stipriai sumažėjo pereinant nuo vienaveiksnės link daugiaveiksnės regresinės analizės – galimybių santykis sumažėjo nuo daugiau nei 2,5 iki artimų link 1,0 reikšmių. Kita vertus, psichologiniai streso veiksniai daugiaveiksnėje analizėje labiau išryškėjo ne kaip profesinio perdegimo rizikos, bet kaip apsaugantys veiksniai ($GS = 0,60$), nors tai nebuvo statistiškai patikima ($p = 0,434$).

Taigi, apibendrinant galima teigti, kad kiekybinio tyrimo metu buvo nustatyti du nepriklausomi profesinio perdegimo rizikos veiksniai – socialinės aplinkos streso veiksniai ir jaunesnis nei 40 m. slaugytojų amžius.

4.5. Fokusuotų diskusijų grupių rezultatai

Fokusuotų diskusijų grupių tikslas buvo atskleisti naujagimių intensyvio-sios terapijos skyriuose dirbančių slaugytojų savijautos veiksnius ir darbo iššūkius. Tuo pačiu buvo tikimasi, kad tyrimo dalis papildys rezultatus gautus naudojant kiekybinius tyrimo metodus. Kaip jau buvo minėta, kokybinių duomenų analizėje, buvo taikytas teminės analizės metodas. Tyrimo metu išryškėjusių temų ir potemių schema pateikta 4.5.1 paveiksle.



4.5.1 pav. Teminės analizės pagrindinės temos ir potemės

Toliau pateiktas pagrindinių išryškėjusių temų ir potemių aprašymas, iliustruotas ištraukomis iš pasisakymų diskusijose. Citatose dalyvių kalba netaisyta. Citatos pabaigoje skliausteliuose pažymėtas pakeistas pasisakiusio tyrimo dalyvio vardas. Dvigubuose skliaustuose „(())“ pateikta papildoma informacija (pvz. neverbalinės reakcijos diskusijos metu, tyrimo autorės pastebėjimai). Sutartiniu ženklu „<...>“ žymima tai, kad tekste pateikiama citata yra nepilna, t. y. paimta tik dalis pasisakymo ir praleista, tyrėjos nuomone, neinformatyvi teksto dalis.

4.5.1. Slaugytojų profesinis tapatumas

Tyrimo metu respondentės palietė labai svarbius slaugytojos profesijos pasirinkimo ir pasirengimo šiai profesijai aspektus, vardino pagrindines būtinąs bendražmogiškas ir profesines savybes, reikalingas dirbant NITS. Didelis dėmesys buvo skirtas slaugytojų profesinėms kompetencijoms, jų profesinės veiklos ribų apibrėžtumui ir situacijoms, kada šios ribos yra peržengiamos.

4.5.1.1. Profesijos pasirinkimas

Remiantis tyrimo duomenimis, vieni pagrindinių veiksnių, apsprendžiančių slaugytojos profesijos pasirinkimą, yra pašaukimas ir būtinybė save išbandyti prieš žengiant tokį žingsnį. Šią temą sudariusias potemes aptarsime detaliau.

Pašaukimas profesijai

Kalbant apie slaugytojos profesijos pasirinkimą, tyrimo dalyvės pabrėždavo pašaukimo svarbą: „*Visų pirma žmogus turi žinoti ar jis nori to darbo ((slaugytojos)), ar jį traukia tas darbas.*“ (Ilona). Apie šį darbą svajota nuo vaikystės: „*Aš nuo vaikystės norėjau būt medike, bet kažkaip ne gydytoja, o seselė (.)*“ (Vida). Kai kuriais atvejais, pašaukimas dirbti tokį darbą perduodamas iš kartos į kartą: „*Mano tai iš kartų į kartas eina ir gydytojai ir slaugytojos.*“ (Vilma). Kai kada to norėjo tėvai: „*Mano tai mama norėjo, kad būčiau sesutė, kryptingai žiūrėjo į tą pusę.*“ (Edita). Ne viena pokalbio dalyvė palaikė ir išsakė mintį, kad neįsivaizduoja savęs dirbant kitokį darbą „*<...> aš negalėčiau dirbti kitur, tik su naujagimiais.*“ (Ilona).

Būtina save išbandyti

Tyrimo metu buvo išsakyta mintis, kad ne visos slaugytojos gali dirbti NITS: „*Nu, keletas yra tokių ((slaugytojų)), kurios nesugeba dirbti reanimacijoje.*“ (Sandra). Vienas iš svarbiausių patarimų, reikalingų teisingam apsisprendimui, anot tyrimo dalyvių, yra būtinybė išsamiau susipažinti su šiuo darbu, „pačiupinėti jį iš vidaus“: „*Jaunas vyrukas stojo į mediciną, aš jam*

pasiūliau pabūti savanoriu, kad tikrai apsispręstų. Ir šiandien aš tikriausiai pasakyčiau: „eikite savanoriauti, pažiūrėsit į tikrą gyvenimą ligoninėje ir tada <...>.“ (Inesa). Reikia pamatyt šį darbą, nes kitaip sunku nuspręsti ar nori jį dirbti: „Gal turi pamatyt, nes kitaip kaip ji ((slaugytoja)) gali pasirinkti.“ (Regina).

4.5.1.2. Profesinis pasirengimas

Praktinio pasirengimo stoka

Daugelis tyrime dalyvavusių slaugytojų vienaip ar kitaip pažymėdavo netobulą profesinį paruošimą tų mokymo įstaigų, kuriose joms teko studijuoti. Pradėjusios dirbti, jos dažnai jautė teorinių žinių ir svarbiausia, praktinių įgūdžių trūkumą: „*Man tai visko trūko. Aš nesupratau kas reiškia saturacija. Man reikėjo imti kraują, aš imu tą kraują, bet pasirodo kraują reikėjo imti ne iš piršto o iš kulniuko (.4).*“ (Inesa). Respondentės kalbėjo, kad darbe joms reikėjo visko mokytis iš naujo: „*Po mokslų iš viso gali viską pamiršti, atėjus į šitą skyrių visko turi mokytis iš naujo.*“ (Regina). Buvo išsakyta mintis, kad mokymo įstaigoje dėstomi dalykai visiškai neatitiko to, su kuo teko susidurti praktikoje: „*<...> praktikoje nėra taip, kaip yra teoriškai ir tada iš naujo galima sakyti tau parodo, tau išaiškina <...>.*“ (Ilona).

Taip pat slaugytojos kalbėjo, kad šioje srityje yra būtinos specifinės žinios apie naujagimių anatomines ir fiziologines savybes, kurių jos profesinio rengimo metu neįgijo: „*<...> pavyzdžiui, atviras arterinis latakas... Mokykloj ar moko kažką, nes man tai čia išvis buvo „kosmosas“, kas čia per dalykas.*“ (Giedrė).

Procedūros, kurios atliekamos NITS, pradedančiajam profesinę veiklą šioje srityje taip pat yra naujos ir nepažįstamos: „*Pakaitinis kraujo perpylimas, dabartinės kurios ateina, jos nežino <...>.*“ (Regina).

„Tampai ne iš karto“ – tapatumas įgyjamas per patirtį

Tyrimo dalyvės diskusijos metu dalinosi prisiminimais apie darbo pradžią. Beveik visoms tai buvo sudėtingas laikotarpis: „*Naujam žmogui atėjus pas mus yra labai sunku <...>.*“ (Regina). Čia teko susidurti su iššūkiais, kurių buvo neįmanoma numatyti iš anksto: „*<...> kiekvienam darbe, kol nepačiūpinėji, kol nepradedi dirbti [susimąsto] čia su laiku ateina.*“ (Alma). Kita respondentė minėjo, kad šiame darbe turi įvaldyti daug naujų įgūdžių: „*<...> daug procedūrų, kurios yra sudėtingos, kurios reikalauja žinių, įgūdžių, nes įgūdžiai yra labai svarbu mūsų darbe, nes be įgūdžių nieko ne padarysi, tai ateina su metais.*“ (Julija). Ir praeina ne vienas mėnuo, kol atsiranda įgūdžių būtinų šiai sričiai: „*Kai ir dabar, ateina mergaites gal jos ir baigė kolegiją ar*

universitetą, bet jos irgi žalios. Kol nepradės dirbt ir ne mėnesį ir ne du ir ne tris.“ (Ilona).

Ko reikia mokytį?

Pasiremdamos savo praktine darbo patirtimi, tyrimo dalyvės minėjo tai, kad , kad Lietuvoje šiuo metu iš viso nėra ruošiamos neonatologijos srities slaugytojos, turinčios specialiųjų žinių, reikalingų sergančių ir neišnešiotų naujagimių slaugai: „*Mes nesame neonatologijos slaugytojos. Mes esame anestezijos ir intensyviosios terapijos, <...> tokios srities kaip neonatologijos slaugytoja nėra.*“ (Julija). Respondentės manė, kad tokio darbo pasirinkimas ir pasirengimas jam turi būti kryptingas, tam studijų metu būtina įgyti ne tik bendrus slaugos pagrindus, bet ir specifines žinias reikalingas naujagimio priežiūrai. Tarp žinių ir įgūdžių, kurie būtini, respondentės minėjo: „*pagrindines patologijas neišnešiotų naujagimių ir išnešiotų, ir procedūras <...>*“, (Julija) „*požymius, atskirti išnešiotą ir neišnešiotą*“ (Giedrė). Taip pat, tyrimo dalyvės atkreipė dėmesį į tai, kad studijų metu profesinei praktikai skirtas laikas yra per trumpas: „*Vienoj srity, pavyzdžiui, Neonatologijoje, dviejų savaičių nepakanka. Kol jis apsipras...*“ (Julija).

4.5.1.3. Idealios slaugytojos paveikslas

Kalbantis apie tai, kokių profesinių savybių reikia slaugytojai, tyrimo dalyvės vardino darbštumą, sąžiningumą, didelį atsakomybės jausmą bei meilę vaikams. Slaugytoja, dirbanti su neišnešiotais ir sergančiais naujagimiais, turi įgyti jų tėvų pasitikėjimą. Dažnai tėvai stebi kaip dirba slaugytoja, kaip ji elgiasi: „*miela turi būti <...>. ((Kai)) neišnešiotą pagimdai, ateini ir pamatai, kad tavo vaiką tiesiog miela slaugytoja prižiūri, žiūri kaip (([ji])) prisiliečia, stebi ir taip pasitikėjimas ir atsiranda*“ (Inesa). Darbas su NITS reikalauja greitos reakcijos į besikeičiančias situacijas: „*Mūsų turi būt reakcija greita, mes turim turėti reakciją, klausą. Čia į vieną žiūri, o ausis ((ranka parodo ausies judesį)), net sunku paaiškinti (.)*“ (Giedrė). „*Taip, reakcija turi būti*“ (Sandra). Diskusijos metu dalyvės pabrėžė, kad dirbant tokį darbą turi gebėti valdyti savo jausmus ir nepasimesti kritinėje situacijoje: „*nu aš galvoju, kad mes tikrai stipresnės asmenybės. Turim tą stresą savo nugalėt kai matai, kad miršta, kai reikia gaivinti, nu tu negali... nu kaip baisu stovėt prie lango ir nieko nedaryt*“ (Sandra). Be to, diskutuojant paaiškėjo, kad dirbant NITS būtinas ir fizinis miklumumas bei lankstumas: „*Ne vien pasilenkt ((visos diskusijos dalyvės juokiasi)), jūs suprantat? Vietos stoka, jūs suprantat (.4)? Tu turi būt lankstus. Kitą kartą gali būt tokia situacija, tu nesuspėsi pasilenkt, išjungt, įjungt (.) mes turim viską daryt labai greitai <...>.*“ (Giedrė).

4.5.1.4. Profesinės kompetencijos ribos

Tyrimo metu, jame dalyvavusios slaugytojos vis kreipė pokalbį link šio darbo ypatumų, daug dėmesio skyrė profesinės kompetencijos ribų aptarimui. Kompetencijos ribų atžvilgiu buvo išsakyta daug prieštaringai vertinamų dalykų. Iš vienos pusės, profesinės kompetencijos ribos yra apibrėžtos ir pakankamai aiškios, tačiau dirbant NITS, jos dažnai peržengiamos. Tai įvyksta ir pačių slaugytojų pasirinkimu, ir dėl kritinių situacijų, kuomet gelbėdamos kūdikio gyvybę, slaugytojos atlieka veiksmus, viršijančius jų kompetenciją, ir dėl to, kad gydytojai neretai slaugos specialistėms deleguoja savo funkcijas, versdami jas peržengti profesinės kompetencijos ribas. Toks gydytojų išreikštas pasitikėjimas slaugytojoms kelia prieštaringus jausmus – iš vienos pusės, tai džiugina, tačiau tuo pačiu metu ir kelia baimę, kad pareiginėmis instrukcijomis apibrėžtos funkcijos yra viršijamos.

Ribos formaliai apibrėžtos ir aiškios

Tyrimo dalyvės kalbėjo apie tai, kad Lietuvoje slaugytojų kompetencijos aiškiai surašytos ir jų veikla yra formaliai apibrėžta: „jos ((kompetencijos)) apibrėžtos ir labai aiškiai surašytos. <...> ką mes galim kaip slaugytojos daryti, viskas apibrėžta yra ((susimąsto)) (Inesa).

Ypatingai griežtos ribos slaugytojoms nustatytos bendraujant su naujagimio tėvais. Joms yra draudžiama kalbėti apie naujagimiui taikomą gydymą: „Mes negalim visko šnekėt su tėvais, apie gydymą nieko, pas mus yra draudžiama“ (Giedrė). Negalima pasakot apie atliktas naujagimiui procedūras: „negali pasakot apie gaivinimą, apie antibiotikus“ (Regina).

Dažnai peržengiamos

Kalbėdamos apie kompetencijų ribas, slaugytojos neretai pabrėždavo, kad jas tenka peržengti. Remiantis tyrimo dalyvavusių slaugytojų išsakytomis mintimis, išskyrė tokias kompetencijų ribų peržengimo priežastis:

Didesnę atsakomybę prisiima pati

To pareikalauja darbo pobūdis, skatinantis imtis didesnės asmeninės atsakomybės: „<...> šitas darbas ypatingas tuo, kad slaugytoja dirbdama šitą darbą, turi daug atsakomybės. Ji kartais prisiima daug atsakomybės (.)“ (Julija). Slaugytojos, dirbdamos NITS, jaučiasi asmeniškai atsakingos už slaugomą naujagimį: „<...> aš atsakinga už vaiką, o jis užmėlo, rankos dreba (.)“ (Edita). Todėl kartais slaugytojos imasi atsakomybės ir daro daugiau nei apibrėžta: „<...> jis [gydytojas] taip pat kažkur užimtas ir tiesiog nespės atbėgti. Taip, tu tada peržengi ribą, darai žymiai daugiau ir galvoji: „Tiek to

(.4)“ ((nutyla)), (Inesa); „Kartais tu peržengi ribą ir padarai daugiau nei tau apibrėžta, bet kaip nepadaryti ((to))aš neįsivaizduoju“ (Ilona).

Dirbant NITS, būna situacijų, kai iškyla kompetencijų ribų ir žmogiškumo dilema: „<...> bet ar tikrai taip dirbam ir ((ar)) tikrai tik tą dirbam? Nes jei tu dirbsi tik tai, kas surašyta, tu nukrypsi nuo žmogiškumo.“ (Inesa).

Taip pat ir pačios slaugytojos kartais jaučiasi galinčios atlikti naujagimiams ne vien paprastas priežiūros manipuliacijas, bet ir sudėtingas, specialių įgūdžių reikalaujančias procedūras: „<...> slaugytoja ne tik atsiprašant užpakaliuką nuvalyti ar pamaitinti naujagimį, daug procedūrų ((atliekama)), kurios yra sudėtingos, kurios reikalauja žinių, įgūdžių <...>.“ (Julija).

Grėsmę gyvybei keliančios situacijos

Dar viena priežastis, skatinanti slaugytojas peržengti kompetencijos ribas – blogėjanti naujagimio būklė ir grėsmė gyvybei. Tokioje situacijoje yra brangi kiekviena minutė, o delsimas gali kainuoti naujagimiui gyvybę: „Kai vaikas blogėja, tu darai savo darbą, o daktaro šalia nebūna ir galų gale kol tu daktarą pakviesi, jis ((naujagimis)) gali ir numirti“ (Inesa); „ji ((slaugytoja)) labai dažnai tiesiog daro ne savo darbą, nes mes kartais neturim laiko kviešti daktarą. Jei, pavyzdžiui, miršta naujagimis, mes pradedam spręsti problemą ir kažkas kviečia <...>.“ (Julija).

Gydytojai deleguoja didesnes funkcijas

Dar viena priežastis, dėl kurios slaugytojos peržengia savo kompetencijų ribas – joms gydytojų deleguojamos funkcijos. Tyrimo dalyvės kalbėjo apie tai, kad dažnai atlieka gydytojų kompetencijai priklausančias procedūras: „Procedūras gydytojų, būna, ((kad)) ir mes atliekam už gydytojus“ (Sandra). Tačiau, tuo pačiu buvo pažymėta, kad kad gydytojais jiems priklausančių procedūrų atlikimą patiki tik patyrusioms slaugytojoms: „tai jau tiesiog jau tos ((slaugytojos)), kurios dirba čia po dvidešimt metų ir daugiau. Gydytojais yra pripratę, kad jos viską žino ir dalį darbo kaip ((ir)) užkrauna ant tos sesutės“ (Regina). Slaugytojos vardino daug sudėtingų procedūrų, kurias atliekant, kartais gydytojais net nedalyvauja: „Nu centrinio kateterio statymas turi būt dalyvaujant gydytojais, atsiurbimas iš trachėjos, nu tiesiog daug, daug darom tai“ (Regina).

Prieštaringi jausmai

Skubios situacijos NITS reikalauja greitų ir neatidėliotinių sprendimų. Tokiose situacijose labai sunku viską atlikti taip, kaip surašyta ir tenka balansuoti ant pasirinkimo ties to, kas dabartiniu metu yra svarbiausia, ribos: „kompetencija ir atsakomybė ir, žinot, mes kartais stovim ant tokios ribos,

kada tu gali peržengt ir tiesiog jei kažkas nepavyks tu už tą dalyką gausi ((nervingai nusijuokia, pauzė)), turėsi tiesiog nemalonumų“ (Julija).

Pokalbyje slaugytojos minėjo baimę, kuri jas užvaldo peržengiant kompetencijų ribas. Nesaugumo jausmas ypatingai dažnai kyla tada, kai pacientų tėvai yra linkę aktyviai dalyvauti ir reaguoti į visa, kas vyksta, kas daroma su jų kūdikiu: „<...> daugiau dėl savo saugumo stengiuosi neperžengti tos ribos, dabar kai kaltinimai visokie (.4). Galvoji šiais laikais baisu ir peržengti (.). <...>“ (Edita). Nepaisant to, buvo išsakyta ir tai, kad didesnės atsakomybės, kurias joms deleguoja gydytojai, kelia ir pasitenkinimo bei pasididžiavimo savimi jausmus: „<...> mes tikrai pradėjom džiaugtis, kad mus vertina ir, kad mums duoda tą papildomą darbą“ (Julija). Prieštaringus jausmus kelia ir tai, kad slaugytoja turi laikytis kompetencijos ribų, reglamento ir negali pasakyti tėvams daugiau, nei šiuo metu leidžiama: „Ji ((slaugytoja)) nesako rezultatu, bet ar ta procedūra buvo padaryta gali pasakyti (.4). Bet pas mus tai yra draudžiama.“ (Julija).

4.5.2. Ypatingas darbas

Analizuojant tyrimo duomenis išryškėjo darbo išskirtinumo ir ypatingumo NITS tema. Apibendrinant gautus rezultatus, galima pasakyti, kad respondentės savo darbą buvo linkusios apibūdinti kaip sunkų, sudėtingą ir nuolat keliantį stresą. Ypatingai tais atvejais, jeigu miršta slaugomas naujagimis. Tačiau taip pat išryškėjo ir tai, kad nepaisant visų sunkumų, šis darbas yra įdomus. Taip pat, beveik visos tyrimo dalyvės minėjo, kad darbas intensyviojoje terapijoje pakeitė jas pačias, įtakoją sveikatos pokyčius bei asmeninį gyvenimą.

4.5.2.1. Darbo apibūdinimas

Nuolat keliantis stresą

Tyrimo dalyvavusios slaugytojos kalbėjo apie nuolatinį stresą, kurį jos jaučia dirbamas NITS: „<...> pats darbas yra stresas, visą laiką streso būseną.“ (Inesa). Dažniausiai tai susiję su situacijomis, kuomet blogėja slaugomo naujagimio būklė: „<...> vaikas pablogėjo, man tokie dalykai kelia stresą“ (Edita). Stresas kyla ir tada, kai į skyrių atvyksta naujas pacientas: „<...> jeigu jau koks nors skambutis į duris ir tau atveža vaiką čia pat jau yra stresas“ (Vilma).

Sunkus, sudėtingas bet įdomus

Savo darbą respondentės apibūdino kaip labai sunkų ir sekinantį ne tik fiziškai, bet ir psichologiškai: „būna išėini iš darbo, nei kojų nei rankų nejauti, pavargus ir morališkai ir fiziškai, psichiškai“ (Ilona), „<...>; „šitas darbas

((naujagimių intensyviojoje terapijoje)) yra labai sudėtingas, fizinė, fizinė aišku, bet ištikrųjų būna taip, kad tu visą dieną neprisėdi, per tą pamainą“ (Julija). Dažnai po budėjimo, o ypač po naktinio, slaugytojoms prireikia daug laiko tam, kad atstatytų jėgas: „iš pradžių po vieno budėjimo miegodavau po naktinio, aš nežinau [susimąsto] nuo ryto iki vakaro turbūt“ (Giedrė). Dėl darbo sudėtingumo ir intensyvumo buvo išsakyta ir abejonė ar tokiam darbe įmanoma dirbti iki pensijinio amžiaus: „aš tikrai žinau, kad pensijos šitam skyriuje nesulauksiu ((visų juokas)) tikrai, tikrai, fiziškai (.4) abejoju, kad padirbčiau iki pensijos <...>.“ (Giedrė).

Tyrimo dalyvavusios slaugytojos akcentavo ir tai, kad kad atėjus į darbą sunku nuspėti kaip klostysis diena: „tai nenuobodus darbas. Ateini kiekvieną budėjimą ir tu nežinai kas tavęs laukia, ar tau reikės gaivinti.“ (Sandra), pacientai ir situacija dažnai keičiasi: „Čia ((naujagimių intensyviojoje terapijoje)) man pacientai keičiasi, diagnozės, nu įdomiau čia.“ (Alma).

4.5.2.2. Akistata su naujagimio mirtimi

Slegiantys išgyvenimai

Dirbant NITS, slaugytojoms tenka susidurti su naujagimio mirtimi. Tyrimo dalyvės minėjo, kad pradėjusios dirbti labai sunkiai išgyvendavo naujagimio mirtį: „<...> prieš 25 metus man būdavo stuporas kai vaikelis mirdavo.“ (Ilona); Gąsdindavo ir tai, kad mirties priežastį būdavo sunku suprasti: „<...> atsimenu, kaip man mirė pirmas naujagimis po naktinio budėjimo, aš nesupratau nei nuo ko jisai mirė, nei kodėl jisai mirė.“ (Regina). Įgijus darbo patirties, žinių atsiranda daugiau, bet slegiantys jausmai išlieka: „būna, kad visas skyrius verkia. Mama verkia ir mes.“ (Sandra).

Pamąstymai mirties tema

Kartais tai būna netikėta ir staigi mirtis: „<...> Baisiausia, kai vaikas išnešiotas miršta nuo infekcijos, kaip greitai nuneša vaiką mirtis“ (Ilona). Tačiau respondentės kalbėjo, kad mirčių yra „visokių“: „<...> yra tokių vaikelių, kad iš tikrųjų jis tokiom pasekmėm, su tokiom patologijom, kad tas žmogus, jei jis išgyvena, jis tikrai yra vargšas. Tai pas mus skyriuje mirčių yra visokių“ (Julija). Tokiais atvejais mirtis priimama kaip „geresnė išeitis“: „kartais priimi tą mirtį kaip geresnę išeitį, taip jam bus geriau, kai matai kaip vaikas kenčia“ (Ilona).

4.5.2.3. „Darbas mus keičia“

Tyrimo respondentės pastebėjo, kad darbas NITS padarė įtaką jų savijautai, sveikatai bei asmeniniam gyvenimui.

„Nervingesni tapome“

Tyrimo dalyvės kalbėjo apie tai, kad tapo nervingos ir nevaldo emocijų: „<...> pasakai, kad aš be nuotaikos, nelįskit prie manęs, man reikia apsiramint, arba tu išsilieji (.4) <...> nu, nesusivaldai su savo emocijomis“ (Ilona). Dažniausiai emociniai proveržiai ištinca namuose, nes nes darbe jos priverstos tikrąsias emocijas užgniaužti viduje, nes reikia dirbti: „čia darbe tai aš tokia rami, faina, šypsausi, o namie kokia aš ateinu, kaip furija“ (Edita). „Nervingesni tapome. <...> Kartais pyktį išlieji ant savųjų, ant artimųjų, nes darbe negali išlieti pykčio ant bendradarbių“ (Vilma). Nervų sistema būna taip išdirginta, kad net grįžus namo, tęsiasi darbe lydintys garsai: „kartais grįžti namo, nueini į dušą ir – monitoriai. Taip, žinot, pi – pi – pi. [monitorių garsas]“ (Giedrė).

Sveikatos pokyčiai

Nuolatinė įtampa darbe ir pervargimas, slaugytojų nuomone, sąlygoja įvairius sveikatos sutrikimus: „ta įtampa darbe (.4) tiek metų – galvos skausmai, nemiga arba skrandžio skausmai“ (Ilona); „O nugaros skausmai, tai čia iš viso tragedija“ (Inesa). Slaugytojos taip pat turėjo nemažai nusiskundimų miego sutikimais. Buvo pažymėta, kad ir namuose atsipalaiduoti ne visada pavyksta, miegant įsijungia savotiškas „darbo režimas“: „<...> čia [darbe] trečią valandą maitiname vaikus, tai namuose visada prabundu trečią valandą“ (Vilma). Slaugytojos minėjo, kad darbo poveikį jų sveikatai pastebi ir jų sveikatos priežiūros specialistai: „o mūsų gastroenterologe pasakė: „kodėl mergaitės iš reanimacijos taip dažnai pas mane ateina tikrinti skrandį? Tas tai nervinio pobūdžio“ (Edita).

Požiūrių ir elgesio kaita

Respondentės pastebėjo, kad darbas NITS pakeitė jų reakciją į neįprastas situacijas vykstančias ne tik darbe, bet asmeniniame gyvenime: „ir namuose, jei kas atsitinka, nepasimeti, iš karto pradedi veiksmų planą galvoti, kaip čia reikia“ (Sandra). Tačiau įtaka gyvenimui ne visada reiškiasi vien tik palankiai. Respondentės minėjo, kad darbas tokiam skyriuje turėjo įtakos požiūriui į jų pačių nėštumą: „aš kaip pagalvoju, kai buvau nėščia aš jau dirbau ir visą laiką galvojau: – „Aga, kad tik ne 27 savaičių <...> Aš ne viena pergyvenau, aš visus aplinkui nuteikiau, visi puikiai žinojo kas yra 27 savaitės, kas yra 32 savaitės. Visi aplinkui žinojo, kad 32 savaičių pasigamina surfaktantas“ (Inesa). Darbas naujagimių intensyvios terapijos skyriuje padarė jas reiklesnėmis kitų darbo kokybei: „<...> jei mes nueinam į kitą įstaigą tai žiūri kaip kitos dirba, nu tai čia mes“ (Giedrė), „Jei vaiką nuvedu pas stomatologą, aš iškart žiūriu ar rankas plaunasi, ar pirštines dedasi, ar nuvalyti tie grąžtai – viską matau.“ (Sandra).

4.5.3. Streso įveika

Tyrimas parodė, kad su patiriamu stresu tyrimo dalyvės bando susidoroti įvairiais būdais. Kai kurios jų bendrauja su namiškiais ir su jais pasidalina savo išgyvenimais: „*namuose sueinam visi kartu, vienas iš vieno, kitas iš kito darbo ir pasidalinam*“ (Vilma), „*Būna grįžti namo ir pasakai tokia ir tokia situacija, tokia ir tokia problema buvo ir papasakoji viską.*“ (Alma). Tačiau buvo pastebėta, kad ne visada namiškiai nori girdėti apie įvykius patirtus darbe: „*mano šeimoj niekas nenori girdėti apie tai, ką mes patiriam darbe. Jiems tai per daug žiauru <...>.*“ (Sandra). Todėl kai kurios šioje srityje dirbančios slaugytojos teigė įpratusios namuose apie darbą nekalbėti, nubrėžti takostyrą tarp namų ir darbo, o visas su darbu susijusias emocijas palikti „už darbo durų“: „*<...> dabar pripratus, uždariau duris ir viskas, nes namo neštis aš to negaliu. Namuose turiu šeimą, vaikus, man ne, ne, ta prasme negerai jautiesi, bet stengiesi iš darbo namo nenešti, iš namų – į darbą*“ (Regina). Pokalbio metu išryškėjo tai, kad po darbo dienos jaučiamas poreikis atsipalaiduoti. Šie būdai pas kiekvieną tyrimo dalyvę buvo saviti ir skirtingi. Vienos eina pasivaikščioti po darbo dienos: „*Kartais ne iš karto grįžti namo, eini pasivaikščioti ir tik po to namo.*“ (Ilona). Vienoms būna labai svarbu pergalvoti tai, kas vyko, – „prasukti filmą“ iš naujo ir taip pasiekti nusiramimą: „*<...> aš pasiimu šunį, išeinu ir galvoju: „aga gaivinimas. Ką aš blogai dariau, ką kita darė, ką mes galėjom kitaip padaryti*“ (Sandra). Kitos, skirtingai – nori pakeisti veiklą, daryti kažką malonaus, bendrauti su kitais žmonėmis, geriausiai nesusijusiais su medicina: „*Aš pradėjau šokti baletą. Ten išsikrauti, aš norėjau pabendrauti su kitais žmonėmis, ne tik su kolektyvu, bet kad būtų kiti žmonės, kurie nesusiję su medicina visai.*“ (Julija); „*Sėstis ant dviračio ir važiuoti kažkur tai ir rėkti a – a – a.*“ (Inesa).

4.5.4. Sąveika su kitais asmenimis

Slaugytojų sąveika su kitais asmenimis profesinėje veikloje, tai viena jautriausių duomenų analizėje išryškėjusių temų. Respondentės kalbėjo, kad bendradarbiavimas su kitais asmenimis yra viena svarbiausių dalių slaugytojos darbe. Ši tema apima bendradarbiavimą su gydytojų komanda, kitomis slaugytojomis bei slaugomo naujagimio artimaisiais.

4.5.4.1 Sąveika su gydytojų komanda

Pokalbių metu, ne kartą nuskambėjo mintis, kad „atėjo laikas slaugytojų statuso pokyčiams“: „*<...> gydytojai neužleidžia savo pozicijų ir neleidžia slaugytojai būti savarankiškai savo srityje, pavyzdžiui, kokias nors naujovės darom tai per kraujus.*“ (Julija), bet tai gali būti pasiekama tik bendradar-

biaujant su gydytojais ir jiems palaikant tokį siekį: „<...> *jei šiaip kažką keisti skyriuje, tai turi labai dideli palaikymą turėti iš gydytojų.*“ (Julija). Tačiau taip pat ne kartą nuskambėjo mintis, kad slaugytojų ir gydytojų atstumas tik didėja ir kaip komanda abiejų profesijų atstovai dirba tik situacijose, kuriose reikia teikti skubią pagalbą.

Gydytojai „kita planeta“

Tyrimo metu buvo išsakyta nuomonė, kad santykiuose su gydytojais dažnai skiriasi vidinė ir parodomoji tikrovė: „<...> *aš girdžiu iš gydytojų [pauzė] vienas yra sakoma, kaip ateina svetimi žmonės sakoma, kad dirba puikūs žmonės, kurie žino savo darbą. Kitas dalykas, vis dėlto tas ačiū ne visada yra pasakomas <...>*“ (Julija). Kartais bendraujant su gydytojais kylančios įtampos priežastimi tampa nerealistiškais gydytojų lūkesčiai ir įsakmus tonas: „*Daktaras ateina ir tą pačią minutę nori, kad seselė padarytų šimtą darbų, ir dar stovi ar padarei, ar padarei*“ (Ilona). Tyrimo metu nuskambėjo ir pastebėjimas, kad slaugytoja yra vertinama kaip specialistė, su kuria neverta diskutuoti: „<...> *žiūrėkit mūsų vienos daktarės pasakymas rezidentėms: „Jūs nesileiskit su viduriniu medicinos personalu į diskusijas ar į ginčus“*“ (Regina).

Respondentės išsakė, pastebėjimą, kad gydytojai stengiasi atsiriboti nuo artimų ir draugiškų santykių su slaugytojomis: „<...> *dabar mes grynai oficialiai bendraujam. Būna taip, kad pajuokauji, kažkas atneša tortą – tortą su valgom. Bet vis tiek nėra tos šiltos aplinkos*“ (Sandra). Tai bandoma suprasti, rasti paaiškinimą: „<...> *vienas toks paaiškinimas, kad darbas sudėtingėja, žmonių daugėja, vietos trūkumas dar kažkas, bet ne tame yra esmė.*“ (Julija).

Komanda tik tada kai reikia dirbti intensyviai

Respondentės kalbėjo apie skyriuose esantį hierarchinį vaidmenų pasidalinimą tarp gydytojų ir slaugytojų: „*hierarchinė tokia dabar padėtis yra skyriuje, nes nėra tokios komandos, žinot komandos*“ (Julija). Komandos stoka itin jaučiama kasdieninėse situacijose: „*Jei nevyksta nieko intensyvaus nei gaivinimo nei operacijos, tai gydytojai sau, o seselės sau*“ (Regina). Tačiau bendravimas pasikeičia esant ūmiai, skubios pagalbos reikalaujančiai situacijai: „*Jeį vyksta gaivinimas, tai konfliktų nebūna, iš karto visi dirba*“ (Sandra). Kaip parodė tyrimas, tokiose situacijose atsiranda ir komandinio darbo pojūtis: Tuomet atsiranda komandos pojūtis: „*Jeį vyksta kažkoks darbas tai yra komanda*“ (Regina).

Gydytojų vaidmuo keičiant slaugytojų statusą

Tyrimo metu ne kartą buvo išsakytas apgailestavimas, kad slaugytojos darbas dažnai lieka nematomu: „<...> *visuomenė mažai žino apie slaugy-*

tojos darbą tokiuose skyriuose, nes visi mano, kad viską atlieka gydytojas. Nes mes iš tėvų tai matom ir jaučiam“ (Vida), „Yra tėvai, kurie <...> galvoja „šitas gydytojas yra dievas, slaugytoja tik sauskelnes pakeitė ir daugiau ji nieko nedaro“ (Julija). Ribojamas ir nepripažįstamas slaugytojos savarankiškumas: „<...> gydytojai neužleidžia savas pozicijas ir neleidžia slaugytojai būti savarankiškai savo srity. Pavyzdžiui, kokias nors naujoves darom, tai per kraujus“ (Julija). Pokalbių metu nuskambėjo klausimas sau ir kitiems: „Kada gydytojas supras, kad slaugytoja yra specialistas?“ (Aldona).

4.5.4.2. Sąveika su kolegėmis

Tarpusavio palaikymas

Tyrimo metu taip pat išryškėjo dar viena svarbi darbinių santykių sritis – bendradarbiavimas tarp kolegių. Buvo išsakyta tai, kad kolegių palaikymas ir parama jaučiami nuolat: „Labai svarbus tarpusavio palaikymas. Jei daktarai ne visada pasitiki, tai padeda, kad kolegės palaiko, nors tiek“ (Vilma). Darbas NITS yra susijęs su naujomis technologijomis ir naujais gydymo bei slaugos metodais. Tyrimas atskleidė, kad slaugytojos tarpusavyje dalinasi nauja informacija: „Nu tada viena pas kitą mes ir klausinėjam <...>“ (Ilona). Ryšys ir kontaktai su bendradarbėmis palaikomi ir ne darbo valandomis: „Būna į skyrių mergaitės grįžusios namo paskambina tam, kad pasikalbėti. Pergyvena kaip viskas. Būna dažnai, kad skambina“ (Edita).

Slaugytojos išsakė, kad viena kitą labai gerai pažįsta. Žino kiekvienos sugebėjimus, tai skatina pasitikėjimą kolegėmis: „Labai gerai mes pažįstam viena kitą, žinom kuria galim pasitikėt, žinom, kad jinai padės, padarys tą savo darbą.“ (Sandra).

4.5.4.3. Sąveika su naujagimių tėvais

Tėvų įtraukimas į naujagimio slaugą

Kalbėdamos apie savo bendradarbiavimą su naujagimių tėvais, tyrimo dalyvės pažymėjo, kad dirbdamos remiasi į „šeimą orientuotos slaugos“ principus, kurių tikslas – mokyti tėvus ir padėti jiems suartėti su savo naujagimiū: „<...> tėvus artini prie vaiko, nieko nereikia daryti ypatingo. Tu tiesiog mokini, stebi, padedi,“ (Inesa). Kai tik leidžia naujagimio būklė, stengiamasi tėvus įjungti į slaugą: „Kai naujagimio būklė leidžia duodam paglostyt, prisiliesti prie vaikelio, o po to ir temperatūrą pamatuoti ir pampersiuką pakeisti, ir apversti“ (Ilona). Buvo pastebėta, kad dirbant su naujagimių tėvais reikia įdėti daug pastangų: „<...> su tėvais reikia dirbt daugiau nei su naujagimiū ir tada tėvai dirba su savo vaiku.“ (Vilma).

Sunkumai bendraujant su naujagimio tėvais

Tyrimas parodė, kad jeigu naujagimio tėvai nepriima situacijos, kurioje atsiduria – atsiranda sunkumai bendraujant su slaugytojomis: „<...> labai sunku būna su tėvais, kurie nenori girdėti, kad vaikas yra sunkus ir jam yra problema <...>“ (Ilona). Kartais, kaip pažymėjo viena tiriamoji, net tenka stebėti tėvų priešišumą, kuris greičiausiai yra sąlygotas nerimo dėl naujagimio būklės, o ne slaugytojos darbo: „Klausiau ar dėl mano darbo yra kažkokios problemos, pretenzijos. Jis sakė „ne“. Matėsi, kad jis kabinėjosi prie visko, lyg aš būčiau kalta dėl jo vaiko“ (Aldona). Respondentės taip pat minėjo, kad labai sunku būna dirbti kai tenka susidurti su viską norinčiais tikrinti tėvais: „Tėvai, kurie pradeda žiūrėti į paskyrimus ir mane kaip egzaminuoti, kada ir ką aš ten padariau“ (Inesa). Tokie tėvai neretai apsunkina darbą, nes užduoda daug tų pačių klausimų: „Dažnai būna, kad tėvai tų pačių klausimų klausia.“ (Sandra). Pasitaiko atvejų, kaip parodė tyrimas, kai tėvai elgiasi neetiškai: „<...> aš su mama kalbėjau ir galvojau, kad jinai fotografuoja savo naujagimį, o jinai mane klausinėja ir pasirodo įrašinėja <...>“ (Sandra). Nuskambėjo pastebėjimas, kad nepaisant to, kokie yra naujagimio tėvai, slaugytoja privalo su visais dirbti ir palaikyti bendravimą: „<...> malonūs žmonės yra, nemalonūs, o mums su visais reikia dirbti...“ (Julija).

Parama tėvams kai naujagimis miršta

Tyrimo dalyvės taip pat palietė bendravimo su mirštančio naujagimio tėvais ypatumus. Jos akcentavo, kad būtina palaikyti gedinčius ir kenčiančius tėvus: „<...> dvylika, trylika valandų budėjimą mes turim, su tais tėvais ištiesai būti verkiančiais... Kai jie kenčia juos palaikyti, kai jie mato, kad vilties nėra.“ (Sandra). Išryškėjo tai, kad intensyviosios terapijos slaugytojoms svarbu nujausti kas tokioje situacijoje labiausiai rūpi tėvams: „Aš dažnai pasakau, kad jis [naujagimis] yra komforte, kad mes suteikėm ir šilumą ir maitinimą, kad jis nejaučia skausmo <...> manau, kad tėvams tai yra labai svarbu“ (Raminta). Tiriamosios pastebėjo, kad: kalbėjimas tėvams padeda išgyventi ir išlaisvinti viduje glūdinčius jausmus: „<...> tokiom situacijom [esant vaiko mirčiai] duoti išsikalbėti pačiai mamai. Reikia, kad jinai kalbėtų“ (Aldona).

Tėvų dėkingumas

Diskusijos metu atsiskleidė dar vienas bendravimo su tėvais aspektas – tėvų dėkingumas. Slaugytojos kalbėjo apie tai, kad yra smalsu ir malonu pamatyti buvusius savo pacientus: „Išleidžiam vaikus į namus, o jie paskui ateina, kaip malonu“ (Vilma). Per metus intensyviojoje terapijoje guli keli šimtai naujagimių (autorės pastebėjimas) ir visus juos sunku įsiminti: „Aš tai pamiršau, man vis tiek kitaip būna, o jie prisimena.“ (Danguolė). Išryškėjo

kėjo ir tai, kad kartais tėvų dėkingumas sukelia labai prieštarigus jausmus. Ypatingai sunku būti priimti mirusio arba neįgalio likusio naujagimio tėvų dėkingumą: „*Būna vaikas numirė, vat numirė ir kai tėvai ateina padėkoti ir dar kažką atneša, žinot vaišes arba kažkokį daiktą į skyrių.*“ (Julija), „<...> *baisiausia yra, kad tu vargšų invalidų vaikų tėvai ateina padėkoti. Man būna gėda.*“ (Regina).

5. REZULTATŲ APITARIMAS

Tai pirmas Lietuvoje tyrimas, kuriame atkreiptas dėmesys į slaugytojų, dirbančių Lietuvos perinatologijos centrų NITS, emocinę savijautą ir nusiskundimus sveikata, streso rizikos veiksnius ir jo įveikos būdus, profesinį perdegimą bei profesinę kompetenciją. Siekiant atsakyti į tyrimo uždavinius buvo panaudoti kiekybiniai ir kokybiniai tyrimo metodai.

5.1. Nusiskundimai sveikata ir emocinės savijautos vertinimas

Disertaciniame darbe vertinome NITS slaugytojų nusiskundimus sveikata. Ši klausimyno, pateikto tyrimo respondentėms, dalis apėmė 21 sveikatos nusiskundimą. Rezultatai parodė, kad somatinio pobūdžio nusiskundimai NITS slaugytojoms buvo nelabai būdingi. Tarp jų nebent galima paminėti alergines reakcijas, kurios buvo būdingos dešimtadaliui mūsų tyrimo slaugytojų. Taip pat svarbu paminėti, kad daugiau nei pusė slaugytojų visai nesiskundė sveikata arba nurodė po vieną nusiskundimą iš visų išvardytų (daugiau nei 55 proc.). Nedidelį somatinio pobūdžio nusiskundimų paplitimą tarp slaugytojų, dirbančių NITS, iš dalies galima paaiškinti jaunu apklaustųjų amžiumi (vidurkis siekė 41 metus). Užsienio šalių tyrėjai savo darbuose nurodo didesnius somatinių nusiskundimų skaičius tarp slaugytojų. Dažniausiai slaugytojos skundžiasi širdies susitraukimų dažnio padidėjimu, nugaros skausmais, skrandžio skausmais, klausos sutrikimais [12, 78, 173].

Lyginant mūsų tyrimo rezultatus su kitais Lietuvoje ir užsienio šalyse atliktais moksliniais darbais, galima pastebėti, kad slaugytojos dažniausiai patiria nervų sistemos sutrikimo simptomus [12, 42, 78, 184]. Trečdalis Lietuvos NITS dirbančių slaugytojų pažymėjo, kad jaučia miego ir poilsio stoką. Kiti pagal dažnumą nusiskundimai sveikata buvo pervargimas (apie 29 proc.) ir nervingumas (apie 27 proc.). Gauti duomenys siejasi su Lietuvos šeimos centrų slaugytojų atlikta apklausa, parodžiusia, kad respondentės taip pat dažniausiai jautė nuovargį ir nervingumą [184].

Taip pat nemaža dalis slaugytojų mūsų tyrime pažymėjo, kad patiria sunkumų užmigdamos ir kenčia spazminius galvos skausmus. Šios simptomus nurodė penktadalis tyrimo respondenčių. Nors tiesiogiai NITS darbo aplinkos poveikio slaugytojų sveikatai nevertinome, vis dėlto galima daryti prielaidą, kad darbo aplinka gali būti viena iš priežasčių sveikatos nusiskundimams atsirasti. Amerikos ir Irano tyrėjai savo darbuose pažymi, kad intensyvosios terapijos skyriuose dėl veikiančios aparatūros ir jos garsinių pavojaus signalų yra didelis triukšmo lygis [173], oro temperatūra dažniausiai yra per didelė, taip pat yra didelis šviesos intensyvumas [12]. Visi šie darbo vietos aplinkos veiksniai veikia slaugytojų sveikatą nepalankiai. Irano tyrėjų pastebėta, kad

slaugytojų miego kokybė ir sunkumai užmiegant yra tiesiogiai susiję su per didele aplinkos oro temperatūra darbo vietoje [12].

Disertaciniame darbe analizuota slaugytojų emocinė savijauta. Depresiško simptomatikai įvertinti naudota standartizuota Edinburgo pogimdyminės depresijos vertinimo skalė. Skalės autoriai nurodo, kad ji gali būti naudojama depresiškumui nustatyti visai moterų populiacijai įvairiais gyvenimo tarpsniais, o ne tik nėštumo ir pogimdyminiu laikotarpiu [35]. Mūsų tyrime skalės pasirinkimą nulėmė tai, kad tiriamą imtį sudarė tik moterys, kurių amžiaus vidurkis buvo 41 metai. Lietuviškos skalės versijos autoriai siūlo prie didelio depresiškumo priskirti tiriamuosius, jei suminis vertinimo balas yra daugiau nei 11 balų. Tyrime nustatyta, kad išreikštas depresiškumas buvo būdingas 8,6 proc. apklaustų slaugytojų. Respondentės dažniausiai pažymėjo jaučiančios nerimą ir susirūpinimą be priežasties, kas aštunta jautėsi tokia nelaiminga, kad tai trukdė užmigti. Šiuos tyrimo rezultatus būtų galima susieti su anksčiau aptartais nusiskundimais sveikata, nes vienas iš dažniausiai įvardytų nusiskundimų buvo sunkumai užmiegant. Panašius įrodymus galima aptikti užsienio tyrėjų darbuose. Pvz., Kinijos (2014) tyrėjai pateikia ryšio įrodymų tarp slaugytojų nerimo ir miego trūkumo. Kinų tyrimo duomenimis, slaugytojai, kurie keletą kartų per savaitę miegojo mažiau nei 7–8 val., pasižymėjo 4 kartus didesne rizika nerimui atsirasti [33]. Korėjoje (2013) atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad net 38 proc. slaugytojų patiria depresijos simptomus, kurių viena iš priežasčių yra darbe patiriamas stresas [178].

Apibendrinant galima pasakyti, kad Lietuvos NITS slaugytojos dažniausiai skundžiasi pervargimu ir nervingumu, jaučia poilsio ir miego trūkumą. Galima daryti prielaidą, kad šie sveikatos nusiskundimai daliai respondenčių galėjo sąlygoti depresiškumo požymių atsiradimą. Tačiau priežastiniam ryšiui patvirtinti būtina atlikti tolesnius tyrimus. Paminėtina, kad galimai dėl jauno apklaustų respondenčių amžiaus somatinio pobūdžio nusiskundimai sveikata joms yra mažai būdingi. Tačiau yra žinomas nervų sistemos sutrikimų neigiamas poveikis kitų organų ir sistemų veiklai. Todėl tikėtina, kad ilgainiui slaugytojoms pasireikš ir somatiniai nusiskundimai.

5.2. Slaugytojų profesinio streso veiksniai

Disertaciniame darbe slaugytojų profesinio streso veiksniams nustatyti buvo naudojama Slaugymo streso skalė (NSS). Tai plačiai visame pasaulyje taikoma tyrimo metodika, leidžianti atskleisti slaugytojų darbo streso veiksnius [6, 40, 67, 94, 131]. Slaugytojams stresą keliantys veiksniai buvo analizuojami atsižvelgiant į tris lygmenis (fizinę, psichologinę ir socialinę aplinką).

Tarp fizinės aplinkos streso veiksnių grupėje išsiskyrė per mažas atlygis už atliktą darbą. Šį veiksnį, kaip keliantį stresą, nurodė beveik 78 proc. slaugytojų. Tai, kad mažas slaugytojų darbo užmokestis yra aktuali ir daug streso kelianti problema Lietuvoje, patvirtina ir kiti tyrimai [184]. Pvz., šeimos centrų slaugytojų apklausa parodė, kad 90 proc. apklaustųjų buvo nepatenkinti atlyginimu už darbą [184]. Užsienio tyrėjų darbuose ši problema, kaip streso veiksnys, yra mažai pabrėžiama. Tik Brazilijoje atliktame tyrime buvo išsakyti panašūs pastebėjimai [39]. Tad galima daryti prielaidą, kad per mažas atlyginimas už atliekamą darbą, kaip stresą kelianti problema, yra aktuali tik žemesnio ekonominio išsivystymo šalyse.

Kitas išryškėjęs fizinės aplinkos streso veiksnys – didelės darbų, nesusijusių su pacientų slauga, apimtys. Jį, kaip dažniausiai keliantį stresą, nurodė beveik 44 proc. apklaustų slaugytojų. Gauti duomenys siejasi su 2013 metais Lietuvoje atlikta Kauno miesto bendruomenės slaugytojų apklausa. Šiame tyrime respondentės taip pat nurodė, kad didelės nesusijusių su tiesiogine paciento slauga darbų apimtys yra vienas dažniausių stresą keliančių veiksnių [194]. Naujai publikuotame Jordanijos slaugytojų tyrime bei JAV atliktoje onkologijos srityje dirbančių slaugytojų apklausoje irgi galima rasti įrodymų, kad ne tik Lietuvoje slaugytojai dirba daug tiesiogiai nesusijusių su pacientų slauga darbų [6, 88]. Tarp dažniausiai su tiesiogine pacientų slauga nesusijusių darbų nurodomas tam tikrų apskaitos žurnalų ir dokumentacijos pildymas, darbas su informacinėmis apskaitos sistemomis ir kt. Akivaizdu, kad šios darbo sritys galėtų būti tobulinamos.

Psichologinės aplinkos tiriamieji veiksniai buvo analizuojami atsižvelgiant į 4 subskales (mirtis ir mirimas, nepakankamas pasirengimas, paramos stoka, abejonės dėl gydymo). Mūsų tyrimas atskleidė, kad mirties ir mirimo veiksnių grupėje slaugytojoms dažniausiai stresą kelia skausmingų procedūrų, atliekamų naujagimiui, stebėjimas, skyriuje slaugomo naujagimio mirtis ir naujagimių kančių stebėjimas. Kitų autorių pateikiami duomenys rodo, kad šie streso veiksniai būdingi ne tik Lietuvos slaugytojoms [40, 94, 165]. Pvz., 84 proc. Irano, Pietų Azerbaidžano provincijos intensyviosios naujagimių terapijos slaugytojų pažymėjo, kad naujagimio mirtis ir mirimas jiems labai dažnai sukelia stresą. Kitas dažniausiai šiame tyrime minėtas streso veiksnys buvo sunkiai sergančio naujagimio priežiūra (86 proc.) [165]. Dagget ir kt. (2014), tirdami Pietvakarių Etiopijos slaugytojų, dirbančių bendruomenės ligoninėse, stresą keliančius veiksnius, taip pat nustatė, kad paciento mirtis ir mirimas yra dažniausias slaugytojų streso veiksnys. Jį paminėjo beveik 63 proc. šio tyrimo respondentų [40].

Reikia pažymėti, kad stresas dėl nepakankamo pasirengimo (t. y. nepakankami gebėjimai teikti pagalbą paciento šeimai, atsakyti į jos narių užduodamus klausimus, atliepti į paciento emocinę problemą) būdingas tik nedideliame

apklaustų slaugytojų skaičiui (6–13 proc.). Kitų šalių tyrėjai – priešingai – šią problemą pabrėžia kaip vieną aktualiausių. Pavyzdžiui, Sarafis su bendraautoriais (2013) nustatė, kad nepakankamas profesinis pasirengimas, dirbant su pacientais ir jų šeimomis, yra vienas iš būdingiausių streso veiksnių Graikijos privačiose įstaigose ir tarp bendruomenės slaugytojų [145]. Šis streso veiksnys buvo būdingas ir Kinijos slaugytojams [91].

Mūsų tyrimas parodė, kad paramos stoka ir abejonių dėl gydymo streso veiksniai nėra dažnai pasireiškiantys tarp Lietuvos NITS slaugytojų. Nebent galima paminėti patiriamą stresą situacijose, kai gydytojo nėra šalia esant kritinei paciento būklei. Šią streso priežastį nurodė 17 proc. apklaustų slaugytojų. Tačiau Jordanijos tyrėjų duomenimis, paramos stoka ir abejonės dėl gydymo yra vieni iš dažniausių stresą keliančių veiksnių slaugytojų darbe [6]. JAV ir Kinijos atliktuose tyrimuose minėtus veiksnius slaugytojai taip pat pažymėjo tarp keturių dažniausiai keliančių stresą [88, 91].

Socialinės aplinkos veiksnių (t. y. konfliktai su gydytojais, konfliktai su kitomis slaugytojomis ir su vyresniąja slaugytoja) sukeltas stresas nėra būdingas naujagimių intensyviosios terapijos slaugytojoms. Mažiau nei penktadalis tyrime dalyvavusių respondenčių nurodė, kad dirbant su gydytojų komanda stresą sukelia baimė padaryti klaidą ir gydytojų kritika. Kitų šalių tyrėjų darbuose taip pat galima rasti įrodymų, kad socialinės aplinkos veiksniai retai kelia slaugytojų stresą: slaugytojai nėra linkę konfliktuoti nei su gydytojais, nei su kitais slaugytojais ir išlaiko kolegialius tarpusavio santykius [6, 40, 67, 94, 133, 165].

Per mūsų tyrimą nepavyko nustatyti statistiškai reikšmingų sąsajų tarp slaugytojų darbo streso veiksnių ir socialinių-demografinių bei darbo charakteristikų, išskyrus vieną. Slaugytojoms, gyvenančioms ne didmiesčiuose, dažniau stresą sukelia psichologinės aplinkos streso veiksniai. Tačiau paminėtina, kad kai kurių užsienio tyrėjų darbuose išsakomi pastebėjimai apie slaugytojų socialinių-demografinių charakteristikų sąsajas su patiriamu stresu. Pavyzdžiui, onkologijos srityje dirbančių slaugytojų apklausoje, atliktoje Šiaurės Dakotos valstijoje, nustatyta, kad stresą dažniau patiria 41–50 metų amžiaus, ištekėjusios ir turinčios 10–15 metų darbo patirtį slaugytojos [88].

Apibendrinant disertaciniame darbe nagrinėtus naujagimių intensyviosios terapijos slaugytojų streso veiksnius galima pasakyti, kad stresą dažniausiai kelia fizinės aplinkos veiksniai, t. y. per mažas atlygis už atliekamą darbą ir daug atliekamų užduočių, nesusijusių su tiesiogine paciento slauga. Kita pagal poveikio dažnumą streso veiksnių grupė priklauso psichologinei aplinkai. Dauguma slaugytojų pabrėžė, kad patiria stresą stebėdamos slaugomam naujagimiui atliekamas skausmingas procedūras bei naujagimio mirtį ar mirdėjimą. Lietuvoje, kaip ir kitose šalyse, vis dar nepakankamas dėmesys skiriamas paliatyviajai mirštančio naujagimio priežiūrai. Tyrėjai, besigilinantys

į šią problemą, atkreipia dėmesį į tai, kad slaugytojos per specialias paliatyviosios paciento priežiūros švietimo programas įgautų žinių ir patirties. Tai galėtų pakeisti slaugytojų požiūrį į mirštančio paciento priežiūrą: jos taptų kompetentingesnės ir galimai patirtų mažesnę stresą prižiūradamos mirštantį pacientą [105].

Lietuvoje slaugytojų profesija dar tik tampa savarankiška ir įgauna pripažinimą visuomenėje bei gydytojų bendruomenėje. Slaugos tradicijos Lietuvoje iki šiol buvo paremtos gydytojo paskyrimų ir nurodymų vykdymu. Gydytojo autoritetas yra besąlygiškas – tai gali paaiškinti slaugytojų baimę padaryti klaidą prižiūrint naujagimį ir patiriamą stresą išgirdus gydytojo išsakomą kritiką apie jų veiksmus. Toliau aptarsime slaugytojų naudojamus streso įveikos būdus.

5.3. Streso įveikos būdai

Disertaciniame darbe taip pat siekta nustatyti slaugytojų naudojamus patiriamą streso įveikos būdus. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad didžioji dauguma NITS slaugytojų po sunkios, stresą keliančios darbo dienos atsipalaiduoja naudodamos sveikatos nežalojančius įveikos būdus. Tarp dažniausiai naudojamų jos pažymėjo meldimąsi ir meditaciją – 63 proc. apklaustų slaugytojų. Indonezijoje atlikto tyrimo rezultatai taip pat parodė, kad religija yra vienas iš dažniausiai naudojamų slaugytojų streso įveikos būdų [53].

Taip pat dažnai mūsų tyrimo respondentės rinkosi galimybę po darbo praleisti laiką su šeima arba draugais, klausėsi mėgstamos muzikos, skaitė knygas. Beveik pusė apklaustų NITS slaugytojų nurodė, kad bent kartą per savaitę pasikalba su kolegėmis apie stresines situacijas darbe. Gauti duomenys siejasi su Australijoje [137] ir Portugalijoje [61] atliktų tyrimų rezultatais. Pastarųjų respondentės nurodė, kad pokalbis su draugais arba kolegomis padeda įveikti stresą, patirtą darbe.

Mūsų tyrime nustatyta, kad sveikatai žalingų streso įveikos būdų naudojimas NITS slaugytojoms yra nelabai būdingas. Didžioji dauguma respondentėlių nurodė, kad niekada nevartojo migdomųjų ar raminamųjų medikamentų. Tačiau atkreiptinas dėmesys, kad penktadalis apklaustų slaugytojų pažymėjo vartojančios keletą kartų per metus migdomuosius ar raminamuosius medikamentus be gydytojo paskyrimo. Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės užsakymu 2016 m. buvo atliktas tyrimas, siekiant nustatyti psichotropinių medžiagų vartojimo paplitimą Lietuvos gyventojų populiacijoje. Šio tyrimo rezultatai parodė kelis kartus mažesnę skaičių (5,6 proc.) vartojančių migdomuosius ar raminamuosius medikamentus be gydytojo paskyrimo nei mūsų atliktame tyrime [193].

Pastaruoju laiku Lietuvoje didelis dėmesys skiriamas alkoholio vartojimo problemai. Mūsų tyrimo rezultatai parodė, kad alkoholio vartojimas buvo būdingas nedidelei daliai apklaustų slaugytojų. Siekiant nustatyti probleminių alkoholio vartojimą tarp NITS slaugytojų, panaudotas CAGE klausimynas. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad probleminis alkoholio vartojimas būdingas 6 proc. respondentų. Kitų Lietuvos autorių pateikiami tyrimų duomenys patvirtina, kad slaugytojos nepasižymi probleminiu alkoholio vartojimu. Pvz., šeimos centrų slaugytojų apklausa parodė, kad tik 5 proc. apklaustųjų buvo linkusios išgerti alkoholio po emociškai sunkios darbo dienos [184], bendruomenės slaugytojų apklausoje šis procentas yra dar mažesnis (3 proc.) [188]. A. Verygos ir bendraautorių 2013 m. publikuotame tyrime nustatytas didesnis procentas (9,3 proc.) moterų, pasižyminčių probleminiu alkoholio vartojimu, bendroje populiacijoje [195]. Tačiau reikia pažymėti, kad NITS slaugytojų populiacija Lietuvoje yra labai nedidelė ir net toks mažas skaičius apklaustųjų, turinčių problemų dėl alkoholio, vartojimo kelia susirūpinimą.

Per tyrimą nustatyta, kad nuolatos rūkė mažiau nei dešimtadalis (7,6 proc.) apklaustų slaugytojų. Šis skaičius yra mažesnis nei nurodytas 2009 m. Malinauskienės ir bendraautorių atliktoje bendruomenės slaugytojų apklausoje (19 proc.) [188] bei Italijos slaugytojų tyrime (18 proc.) [103]. Gauti rezultatai leidžia daryti prielaidą, kad NITS slaugytojos supranta žalingą tabako poveikį savo sveikatai.

Taigi tyrimas atskleidė, kad dauguma slaugytojų renkasi adaptyviuosius sveikatai nežalingus streso įveikos būdus. Vienas iš dažniausiai pasirenkamų – religijos išpažinimas, daugumai slaugytojų padedantis atkurti dvasinę pusiausvyrą ir susidoroti su patiriamu stresu. NITS slaugytojos dažnai tarpusavyje dalijasi slegiančiais jausmais ir problemomis, kurių kyla slaugant neišnešiotus ir sergančius naujagimius. Galimai todėl paramos stoka nebuvo išreikštas streso veiksnys mūsų tyrimo slaugytojų darbe. Taip pat galima daryti prielaidą, kad slaugytojos profesija skatina tyrimo respondentes domėtis sveikos gyvensenos principais ir jų laikytis. Tai gali patvirtinti nedidelė dalis mūsų tyrimo slaugytojų, naudojančių psichoaktyvias medžiagas ar kitus sveikatai žalingus streso įveikos būdus.

Toliau aptarsime dažniausiai slaugytojų profesinį perdegimą ir jo simptomus.

5.4. Slaugytojų profesinis perdegimas

Disertaciniame tyrime profesinis slaugytojų perdegimas buvo analizuojamas naudojant standartinę perdegimo vertinimo priemonę (MBI-HSS). Klausimyno vertinimo rekomendacijose nurodyta, kad profesinis perdegimas nustatomas, jeigu tyrimo dalyvis patiria perdegimą pagal visas tris dimensijas,

t. y. emocinio išsekimo, depersonalizacijos ir asmeninių laimėjimų sumažėjimo [107, 140]. Tačiau nėra bendros tyrėjų nuomonės, kada reikėtų konstatuoti perdegimo sindromą, vertinant kiekvieną dimensiją atskirai. Mūsų tyrime profesinis perdegimas nustatytas tais atvejais, kai dideli pokyčiai aptikti visose trijose dimensijose – 4,3 proc. slaugytojų, dirbančių NITS. Taip pat svarbu pažymėti, kad 15,9 proc. slaugytojų konstatavome akivaizdžią perdegimo sindromo išsivystymo riziką. Šioms respondentėms buvo nustatytas didelio ir vidutinio lygio pokyčių derinys visose trijose dimensijose.

Dažnai tyrėjai, vertindami profesinį respondentų perdegimą, pateikia atskirų profesinio perdegimo komponentių paplitimo rezultatus [51]. Mūsų tyrime buvo apskaičiuoti kiekvienos komponentės vidutiniai suminiai balai, kurie parodė, koks profesinio perdegimo pasireiškimas yra būdingas visoms apklausoje dalyvavusioms slaugytojoms. Emocinio išsekimo nustatytas vidutinis balas 14,4. Tai rodė mažą komponentės pasireiškimą tarp NITS slaugytojų. Gauti duomenys siejasi su 2011 m. Peru atlikta slaugytojų apklausa. Šiame tyrime nustatytas vidutinis emocinio išsekimo balas 11,9 [11]. Analizuojant kitų autorių pateiktus duomenis, galima pastebėti, kad didžiausi šios komponentės vidutiniai balai gauti Pietų Afrikos (2012) ir Ispanijos (2010) slaugytojų profesinio perdegimo tyrimuose. Emocinis išsekimas abiejuose siekė 27 balus [87, 99].

Mūsų tyrime nustatytas depersonalizacijos vidutinis suminis balas (3,8) parodė taip pat mažą šios profesinio perdegimo komponentės pasireiškimą tarp NITS slaugytojų. Užsienio tyrėjų darbuose [84, 96] nurodomas didesnis depersonalizacijos pasireiškimas nei mūsų tyrime. Tik Peru slaugytojų tyrimo duomenimis, tarp respondentų nustatytas beveik identiškas depersonalizacijos pasireiškimas (3,9 balo) [11].

Savo profesinius laimėjimus mūsų tyrime dalyvavusios slaugytojos vertino žemai, gautas vidutinis suminis balas 29. Šie rezultatai skiriasi nuo Peru tyrimo, nes ten slaugytojai savo asmeninius laimėjimus vertino labai aukštais balais (AL balas siekė 41) [11]. Palyginus duomenis, galima daryti prielaidą, kad mūsų tyrime tai gana pavojingas požymis, rodantis pasitikėjimo savo jėgomis sumažėjimą ir atliekamų svarbių naujagimių priežiūros veiksmų nuvertinimą. Daugelis mokslininkų, tyrinėjusių profesinio perdegimo reiškinį, teigia, kad šis procesas prasideda nuo emocinio išsekimo. Toliau atsiranda ciniškas požiūris į slaugomus pacientus bei kolegas (depersonalizacija) ir galiausiai specialistas praranda savybę džiaugtis ir didžiulius savo asmeniniais laimėjimais [189]. Tačiau mūsų tyrime pastebima atvirkštinė tendencija. Galima manyti, kad asmeninių laimėjimų vertinimo sumažėjimas yra pradžios taškas.

Nagrinėdami profesinio perdegimo rizikos veiksnius pastebėjome, kad vienas iš jų yra respondentų amžius. Paaiškėjo, kad jaunesnės nei 40 metų

slaugytojos pasižymi didesne rizika patirti profesinį perdegimą nei jų vyresnės kolegės. Galima daryti prielaidą, kad vyresnio amžiaus slaugytojos, dirbančios naujagimių intensyviosios terapijos skyriuose, yra gana gerai prisitaikiusios prie anksčiau minėtų streso veiksnių. Taip pat galimai išgyvendamos nepalankius įvykius jos sugeba panaudoti adaptyviuosius streso įveikos būdus ir nepalūžti. Taigi, remiantis mūsų duomenimis, jeigu slaugytojos neperdega profesinės veiklos pradžioje, toliau rizika patirti profesinį perdegimą joms mažėja. Daugelyje užsienio autorių atliktų tyrimų taip pat galima aptikti prielaidų, kad slaugytojų amžius yra vienas iš pagrindinių profesinį perdegimą lemiančių veiksnių [11, 99, 126, 134].

Kita išryškėjusi profesinio perdegimo rizikos veiksnių grupė yra susijusi su konfliktinėmis situacijomis, kylančiomis profesinėje veikloje. Šių veiksnių sukeltas stresas yra būdingas tik nedidelei mūsų tyrimo slaugytojų daliai. Siejant respondenčių amžių ir socialinės aplinkos veiksnius, galima teigti, kad jaunesnio amžiaus slaugytojoms kyla didesnė rizika padaryti klaidą, atliekant slaugos veiksmus pacientui, ir todėl jos gali dažniau išgirsti gydytojų kritiką. Svarbu pabrėžti, kad kompetencijos (teorinės žinios ir praktiniai įgūdžiai), reikalingos naujagimio slaugai intensyviosios terapijos skyriuje, dažniausiai įgyjamos per patirtį. Vyresnės nei 40 metų slaugytojos turi didesnę darbo patirtį ir dažniausiai didesnę kompetenciją. Tai nulemia, kad anksčiau minėti veiksniai joms nekelia streso ir nesudaro sąlygų profesiniam perdegimui atsirasti. Taip pat galima manyti, kad vyresnio amžiaus respondentės jau turi susiformavusius gerus kolegiškus ir kartais net draugiškus ryšius su bendradarbiais. Todėl konfliktai su kitoms slaugytojoms joms yra nelabai būdingi ir nenulemia didesnės profesinio perdegimo tikimybės. Ispanijoje (2010) atlikto tyrimo autoriai taip pat išsakė pastebėjimus, kad slaugytojai, ilgesnį laiką dirbantys skyriuose, sukuria draugiškesnius santykius su bendradarbiais, todėl jiems kyla mažesnė rizika profesiniam perdegimui atsirasti [99].

Šiame tyrime analizavome, kokius slaugytojų nusiskundimus sveikata būtų galima susieti su patiriamu profesiniu perdegimu. Paaiškėjo, kad neabejotinai dažniau slaugytojos, kurios patyrė profesinį perdegimą, skundėsi pervargimu. Taip pat svarbu pabrėžti, kad perdegusios slaugytojos pažymėjo turinčios daugiau nei vieną nusiskundimą sveikata. Be to, pastebėjome, kad respondentėms, kurios skundėsi bloga emocine savijauta ir turėjo išreikštus depresiškumo požymius, kilo 2,5 karto didesnė rizika profesiniam perdegimui išsivystyti. Brazilijoje (2018) atliktoje intensyviosios terapijos slaugytojų apklausoje taip pat išryškėjo profesinio perdegimo ir depresiškumo simptomų sąsajos [170].

Taigi apibendrinant reikia atkreipti dėmesį į tai, kad slaugytojų, dirbančių naujagimių intensyviosios terapijos skyriuose, profesinio perdegimo atsira-

dimą lemiantys veiksniai yra susiję su slaugytojų amžiaus ir patirties darbo veikloje ypatumais.

5.5. Slaugytojų požiūris į streso veiksnius darbo aplinkoje

Atliktos anketinės apklausos rezultatai parodė, kad būtina giliau išanalizuoti profesinio streso ir perdegimo priežastis bei susijusius veiksnius iš subjektyvios tyrimo dalyvių perspektyvos. Be to, analizuojant streso veiksnius buvo pastebėti tik pagrindiniai veiksniai, keliantys slaugytojų stresą ir lemiantys profesinio perdegimo atsiradimą. Būtina pastebėti, kad taikant kokybinio tyrimo metodus respondentai neturi labai didelės pasirinkimo laisvės atsakant į klausimus, jie išsprauti į klausimyno rėmus. Fokusuotų diskusijų grupės papildė rezultatus gautus anketinės apklausos metu. Analizuojant gautus tyrimo duomenis išryškėjo temos, atskleidusios profesinio slaugytojų tapatumo problematiką ir sąveikos ypatumus su gydytojų komanda bei slaugomo naujagimio tėvais, tai galimai siejosi su profesinio streso ir perdegimo patyrimu. Šioje aptarimo dalyje buvo siekta susieti dviejų atliktų tyrimų rezultatus ir pateikti tyrimo autorių apibendrinimus, pamąstymus ir palyginti su kitu autorių duomenimis.

5.5.1. Profesinis slaugytojo tapatumas

Tyrimo metu atsiskleidė slaugytojų profesinio tapatumo tema ir ją apibūdinančios potemes: slaugytojo profesijos pasirinkimo, profesinio pasirengimo siekiai ir realybė, idealaus slaugytojo apibūdinimas ir slaugytojų kompetencijų aktualijos.

Mūsų tyrime dalyvavusios slaugytojos minėjo, kad renkantis profesiją būdingas šeimos tradicijų pereinamumas. Didelė respondenčių dalis pabrėžė, kad tapo slaugytojomis vedamos pašaukimo ir neįsivaizduoja savęs dirbančių kitokią darbą. Viena iš svarbiausių minčių, išsakytų mūsų tyrimo respondenčių – prieš renkantis slaugytojos profesiją, būtina su ja susipažinti iš arčiau, t. y. „pačiupinėti iš vidaus“. Panašius pastebėjimus pateikia ir kitų šalių tyrėjai, nagrinėjantys priežastis, skatinančias jaunas žmones rinktis tam tikrą profesiją. Jie pabrėžia, kad mediko profesiją, ypatingai slaugytojo, jaunimas dažnai renkasi vedamas šeimos tradicijų, įsiklausant į tėvų nuomonę, arba net paklūsta tėvų norams [158, 159]. Brazilijos kokybinės apklausos respondentai teigė, kad renkantis slaugytojo profesiją turėjo atkreipti dėmesį į tėvų išsakytus norus. Antra dažniausiai jų įvardinta apsisprendimo priežastis – slaugytojo profesijos patrauklumo įvaizdis, vyraujantis visuomenėje [159]. Tačiau skirtingai nuo kitų tyrėjų, mes negalime pasakyti, kad Lietuvoje yra sukurtas geras slaugytojo profesijos įvaizdis ir ji yra labai populiari visuomenėje. Todėl jaunimas dažniausiai šią profesiją renkasi, jei nepavyksta įstoti mokyti

kitur. Panašius pastebėjimus nurodo Brazilijoje atlikto tyrimo autoriai. Jų šalyje taip pat buvo dalis jaunų žmonių, pasirinkusių šią specialybę atsitiktinai arba neįstojus į norimą mokymosi įstaigą [159].

Mūsų tyrimo respondentės vardino žmogiškąsias savybes, kurios reikalingos slaugytojai, dirbant naujagimių intensyviosios terapijos skyriuje. Tarp svarbiausių jos minėjo darbštumą, sąžiningumą, atsakomybę, gerą reakciją ir gebėjimą nesutrikti kritinių situacijų metu, be to pažymėjo geros fizinės formos svarbą. Užsienio tyrėjų darbuose išsakomi panašūs pastebėjimai. Taip Nyderlandų tyrėjai sisteminėje mokslinių tyrimų analizėje (2013) pažymi, kad slaugytojoms yra svarbios tokios savybės, kaip atjauta, atsakomybė, empatija ir skleidžiama žmogiškoji šiluma [158].

Tyrėjai besidominantis slaugytojų profesiniu tapatumu, pabrėžia, kad šiuolaikinėms slaugytojoms būdinga turėti ne tik puikias žmogiškąsias savybes, bet ir aukštą profesionalumą ir kompetenciją. Tai įrodo jų sukurtos pacientų slaugymo rekomendacijos, procedūrų protokolai bei sveikatos mokymo programos, lavinančios pacientų gebėjimus gauti, įsisavinti ir suprasti pagrindinę informaciją apie jų sveikatos būklę ir reikalingas sveikatos priežiūros paslaugas [133]. Publikuotų užsienio tyrimų išvadosse nurodomas slaugos studijų programų keitimo ir atnaujinimo būtinumas, atsižvelgiant į pasikeitusius reikalavimus slaugos personalui [15, 144, 158]. Išanalizavus mūsų tyrimo rezultatus galima daryti prielaidą, kad slaugos studijų programų tobulinimo poreikis yra ir Lietuvoje. Tyrime dalyvavusios slaugytojos išsakė pastebėjimus, kad jų profesinės veiklos pradžia buvo sudėtinga ir teko iš naujo gauti žinių ir mokytis įgūdžių reikalingų darbui naujagimių intensyviosios terapijos skyriuje. Respondentės pabrėžė, kad praėjo nemažai laiko kol jos tapo geros savo srities specialistėmis, o per šį laikotarpį jos patyrė daug streso.

Analizuojant slaugytojų profesinį tapatumą atsiskleidė labai svarbus slaugytojų profesinės veiklos aspektas – profesinės kompetencijos ribos ir jų apibrėžtumas. Slaugomų pacientų ir jų artimųjų poreikiai skatina slaugytojus gerai išmanyti atliekamą darbą, būti tikrais savo srities profesionalais. Kokios slaugytojų kompetencijos reikalingos, dirbant intensyviosios terapijos skyriuose ir sprendžiant kritines pacientų situacijas, atskleidė Švedų (2017) slaugytojų kompetencijų tyrimas. Šio tyrimo autoriai nurodo tokias būtinas slaugytojų kompetencijas, kaip asmeninis tobulėjimas, lyderio savybės, gebėjimas bendradarbiauti su kitais komandos nariais [174]. Daugelis slaugytojų profesinių kompetencijų tyrėjų teigia, kad geros teorinės slaugos žinios, geri praktiniai ir bendravimo įgūdžiai nulemia teikiamos slaugos kokybę [85, 90, 118]. Aptariant Lietuvos slaugytojų kompetencijas ir jų ribas svarbu paminėti, kad kiekvienos srities slaugytojai turi savo pareigines normas, kuriose labai tiksliai aprašytos jų kompetencijos ir nubrėžtos kompetencijų ribos [189, 190]. Mūsų tyrimo respondentės pastebėjo, kad joms dažnai tenka perženg-

ti nustatytas kompetencijų ribas. Dažniausiai tai atsitinka kritinių situacijų metu, kai reikia gelbėti naujagimio gyvybę. Tai pat gana dažnai gydytojai deleguoja slaugytojams savo funkcijas. Slaugytojai kalbėjo, kad nors sugeba puikiai atlikti pavestus darbus ir įvaldė daug gydytojų kompetencijoms priklausančių procedūrų, dažnai jaučiasi taip, tarsi balansuoja ties pavojaus riba. Toks gydytojų pasitikėjimas joms kelia ir džiaugsmą, ir nerimą, ir netgi baimę. Įvertinus išsakytus pastebėjimus, kyla klausimas: Ar slaugytojų kompetencijos ribos nėra per siauros? Diskusija šio klausimu turėtų vykti įtraukiant į ją pačias slaugytojas, gydytojus, mokymo įstaigų atstovus bei teisinių dokumentų rengėjus. Vykdamas pokyčius būtina apsvaistyti kelis svarbius žingsnius. Kaip turi keistis slaugytojų ruošimo programos tam, kad nuo mokymo institucijos formuotų slaugytojų kompetencijas ir profesinį tapatumą. Kitas svarbus žingsnis – keisti pareiginius nuostatus, įteisinant funkcijas, kurias slaugytojai atlieka dabar, nesant teisinio pagrindo. Panašius siūlymus pateikė ir kiti tyrėjai [41, 72, 159].

Siejant kokybinį tyrimą su kiekybiniu reikia pastebėti, kad vienas iš respondentų pažymėtų stresą keliančių veiksnių buvo gydytojo nebuvimas šalia, kai paciento būklė pablogėja. Galima daryti prielaidą, kad slaugytojos patiria stresą ne vien dėl blogėjančios naujagimio būklės, bet ir dėl peržengiamų kompetencijos ribų teikiant pagalbą naujagimiui. Taip pat galima išvelgti prieštaravimus tarp kokybinio tyrimo metu slaugytojų išsakytų pastebėjimų ir pažymėtų atsakymų stresą keliančių veiksnių skalėje. Diskusijoje jos minėjo, kad jautė žinių ir įgūdžių trūkumą. Tačiau klausimyne pažymėjo, kad nejaučia pasirengimo stokos ir nejaučia streso susijusio su šia priežastimi. Svarstant apie šių prieštaravimų galimas priežastis galima daryti prielaidą, kad slaugytojos tiesiog nerado atsakymo varianto tinkančio jų situacijai.

Apibendrinant galima pasakyti, kad slaugytojo profesinio tapatumo formavimąsi lemia keletas veiksnių, tokių, kaip slaugytojų asmenines savybes, įgytos profesines kompetencijos reikalingos teikiant slaugos paslaugas sergančiam ir neišnešiotam naujagimiui bei jo šeimai bei bendradarbiavimas su gydytojų komanda.

5.5.2. Ypatingas darbas

Kita kokybiniame tyrime atskleista tema atspindinti naujagimių intensyvosios terapijos slaugytojų darbo ypatingumą ir išskirtinumą. Ją apibūdinančios potėmės suskirstytos į tris grupes: darbo apibūdinimas (nuolat keliantis stresą, sunkus ir sudėtingas bet įdomus), akistata su naujagimio mirtimi (slegiantys išgyvenimai, pamąstymai mirties tema), darbas mus keičia (nervingesni tapome, sveikatos pokyčiai, požiūrio ir elgesio kaita).

Mūsų tyrimo respondenčių žodžiais stresas ir psichologinė įtampa jas lydi beveik visą darbo dieną, nes situacija naujagimių intensyviosios terapijos skyriuje yra dinamiška, labai greitai keičiasi, sunku prognozuoti naujagimio būklės pablogėjimą arba naujo paciento atvykimą į skyrių. Tai, kad NITS slaugytojų darbas susijęs su nuolatinio stresu pabrėžia daugelis tyrėjų, nagrinėjančių šios srities slaugytojų darbo ypatumus [118, 165, 174, 197]. Slaugomo paciento mirtis nurodoma kaip veiksnys dažniausiai keliantis stresą slaugytojoms, ypač jei jos yra emociškai prisirišusios prie paciento [40, 94, 165, 194]. Pvz. Shanafelt'as (2012) savo darbe pateikia išvadą, kad sunkiai sergantys, nesveikstantys arba mirštantys pacientai veikia emocinę sveikatos priežiūros specialistų būseną [149]. Mūsų atliktame tyrime išryškėjo panašus paciento mirties poveikis slaugytojų emocinei būsenai. Respondentės pastebėjo, kad mirus pacientui jas labai dažnai užvaldo slegiantys jausmai. Tačiau vertinant sunkiai sergančių, terminalinių būklių naujagimių situacijas, jas aplanko mintys, kad mirtis kartais yra „geresnė išeitis“ toje situacijoje. Brazilijos tyrime dalyvavusios NITS slaugytojos taip pat išsakė mintį, kad jei naujagimis ir išgyventų, kad jo būklė sukeltų tėvams panašius išgyvenimus kaip mirtis [5]. Šis darbas slaugytojas išsekina tiek psichologiškai, tiek fiziškai. Dėl to daugelis iš jų abejoja, kad galės dirbti naujagimių intensyviosios terapijos skyriuje iki pensijos. Tačiau nepaisant visų sunkumų šis darbas slaugytojoms yra įdomus.

Nuolatinis stresas ir įtampa darbo aplinkoje neigiamai atsiliepia slaugytojų savijautai. Dauguma jų jaučia dideli nuovargį. Panašūs pastebėjimai apie streso poveikį slaugytojų savijautai buvo išsakyti Irano tyrėjų [165]. Patiriamas stresas, emociniai išgyvenimai, didelis fizinis krūvis naujagimių intensyviosios terapijos slaugytojų darbe neigiamai veikia jų sveikatą [40, 94, 149]. Nervingumas išryškėjo kaip labiausiai jaučiamas sveikatos pokytis. Slaugytojoms dažnai sunku suvaldyti savo emocijas. Nervų sistemos išdirginimą rodo ir namuose girdimi naujagimių būklės siekimo monitorių garsiniai signalai. Watson'as ir kt (2014) pateikia įrodymus apie neigiamą pastovaus garsinio signalo poveikį slaugytojų klausai [173]. Tačiau mūsų tyrime toks sveikatos sutrikimas nėra išryškėjęs. Tyrimo respondentės atžymi savo elgesio ir požiūrio į daugeli dalykų kaitą. Pavyzdžiui, sugebėjimas mobilizuotis ir nepasimesti ekstrinėse situacijose vykstančiose už darbo ribų.

Apibendrinant svarbu pastebėti, kad po darbo NITS slaugytojos jaučiasi pervargusios. Šis nusiskundimas išryškėjo tiek anketinėje apklausoje, tiek diskusijos metu. Paminėtina, kad šis slaugytojų nusiskundimas buvo labiausiai susijęs su rizika patirti profesinį perdegimą.

Darbas naujagimių intensyviosios terapijos skyriuose pakeičia slaugytojų gyvenimą visapusiškai. Blogėjo slaugytojų sveikata, jos tampa reikles-

nės savo kolegų darbui, pasikeitė stresinių situacijų suvokimas ir gebėjimas spręsti problemas.

5.5.3. Streso įveika

Aptariant tyrimo rezultatus svarbu paminėti slaugytojų naudojamus stresinių situacijų įveikos būdus. Tyrimas atskleidė, kad slaugytojos dažniausiai rinkosi sveikatai nekenksmingus atsipalaidavimo nuo patirtų stresinių situacijų būdus. Pavyzdžiui, respondentės buvo linkusios pakeisti veiklą, bendrauti su žmonėmis nesusijusiais su medicina, eiti pasivaikščioti su šunimi. Toks NITS slaugytojų įveikos pasirinkimas džiugina. Kiti autoriai savo darbuose pateikia išvadas, kad sveikatos priežiūros specialistai turi polinkį pasirinkti žalingus sveikatai streso įveikos būdus [188, 189].

Siejant kokybinio ir kiekybinio tyrimų rezultatus išryškėjo prieštaravimas. Respondenčių žodžiais jos negalėjo pasidalinti darbe iškilusiomis problemomis su namiškiais, nes artimieji ne nori girdėti apie įvykius nutikusius darbe. Tačiau atsakant į kiekybinio tyrimo klausimus jos pažymėjo pokalbį su šeima ir draugais kaip dažniausiai pasirenkamą būdą įveikti stresą patiriamą darbo aplinkoje. Galima spėti, kad šio prieštaravimo priežastimi gali būti siauras atsakymų pasirinkimas anketoje.

5.5.4. Bendradarbiavimas su kitais asmenimis

Bendravimas su kitais asmenimis teminėje analizėje atsiskleidė per bendravimą ir bendradarbiavimą profesinėje veikloje su gydytojų komanda, su kolegėmis ir su slaugomo naujagimio tėvais.

Apibūdinant bendravimo ypatumus su gydytojų komanda slaugytojos vieningai pažymėjo, kad tarp šių profesijų atstumas ne mažėja, o tik didėja. Respondentės gydytojų komandą vaizdžiai vadina „kita planeta“ galaktikoje. Aplinkiniai, NITS nedirbantys žmonės gali ir nepastebėti šio atstumo, nes vidinė ir parodomoji tikrovė dažnai skiriasi. Bendradarbiaujant dažnai kyla nesutarimų, kai gydytojų lūkesčiai yra sunkiai įvykdomi, arba slaugytojai dėl darbo intensyvumo nespėja atlikti visų gydytojų nurodymų. Pastaruoju laikotarpiu gydytojai stengiasi atsiriboti nuo draugiškų santykių su slaugytojom. Ir tik sudėtingų, kritinių situacijų metu darbuotojai susivienija, stiprėja tarpusavio supratimo pojūtis ir komandinis darbas. Kitų autorių pateikiami duomenys rodo, kad vaidmenų konflikto problema tarp gydytojų ir slaugytojų būdinga ne tik Lietuvoje. Autoriai pateikia išvadas apie visuomenėje vyraujančią nuomonę, kad gydytojas yra pagrindinis sprendimų priėmėjas, o slaugytojai yra tik vykdytojai [6, 67, 94, 159]. Mūsų tyrimo respondentės apgailestavo, kad jų darbas dažnai būna nematomas. Labai dažnai yra ribojamas ir nepripažis-

tamas jų savarankiškumas. Išsakyta mintis, kad jau atėjo laikas slaugytojų statuso pokyčiams.

Visiškai kitoks bendradarbiavimas vyksta tarp pačių slaugytojų, dirbančių naujagimių intensyviosios terapijos skyriuose. Tyrimo dalyvės pabrėžė, kad iš savo kolegijų sulaukia nuolatinės pagalbos ir paramos. Visada gali gauti informaciją ir pamokymą, kaip reikia elgtis su nauja aparatūra, arba kaip atlikti tam tikras slaugos procedūras naujagimiams. Skyriuose personalo kaita yra maža, slaugytojos daug metų dirba kartu ir puikiai pažįsta viena kitą. Žino savo kolegijų sugebėjimus ir tai palengvina bendravimą. Dalis slaugytojų bendrauja po darbo valandų.

Labai svarbus slaugytojų bendradarbiavimo su kitais asmenimis aspektas yra bendravimas su sergančio arba neišnešiotu naujagimio tėvais. Respondentės pastebėjo, kad bendravimo procesas labai sudėtingas. Pacientų tėvai išgyvena didžiulį stresą, susijusį su naujagimio būkle, su savo neišsipildžiusiomis svajonėmis ir lūkesčiais naujagimio atžvilgiu. Tačiau slaugytojos stengiasi suvaldyti situaciją ir bendrauja su tėvais. Gauti duomenys siejasi su kitų autorių nurodomais tyrimų rezultatais. Didžiausią stresą naujagimio tėvai patiria atskyrimo su savo naujagimio metu [13]. Švedijoje atliktoje apklausoje tėvai, kurių naujagimius išrašė namo pastebėjo, kad slaugytojai dažniausiai patenkino jų poreikius, susijusius su bendradarbiavimu naujagimių priežiūroje [92]. Ballantyne ir kt. (2017) publikacijoje atkreipia dėmesį į tai, kad tėvai išgyvenant stresą dažnai jaučia bendradarbiavimo stoką, bet dėl savo būsenos negali to aiškiai įvardinti. Jie pastebi, kad šioje situacijoje ne visuomet bendradarbiavimas slaugytojų su naujagimių tėvais vyksta sklandžiai. Tėvai nesusitaikė su situacija, kurioje atsidūrė, pyksta ant savęs ir ant slaugytojų. [13]. Mūsų tyrimo respondentės pabrėžia, kad bendradarbiaudamos su slaugomų naujagimių tėvais vadovaujasi į „šeimą orientuotos slaugos“ principais. Todėl skatina didesnę tėvų dalyvavimą naujagimio priežiūroje, dažnai pasiūlo jiems atlikti įprastas slaugos procedūras pvz.: sauskelnių pakeitimas, maudymas, nuraminimas po atliktų procedūrų. Kai tik naujagimių būklė stabilizuojasi tėvams pasiūloma taikyti oda prie odos metodo procedūrą, kuri teigiamai veikia tiek naujagimį, tiek tėvus.

Slaugytojų parama ir pagalba tėvams naujagimio mirties atveju yra dar vienas labai svarbus slaugytojų ir naujagimių tėvų bendradarbiavimo aspektas, išryškėjęs teminėje analizėje. Slaugytojos stengiasi nuspėti tėvų poreikius, leidžia kalbėti apie tuo metu patiriamus išgyvenimus. Apie slaugytojų paramą tėvams mirus naujagimiui kiti autoriai rašo nedaug. Brazilijoje atliktame tyrime buvo išsakyti panašūs pastebėjimai. Naujagimio mirties atveju NITS dirbančios slaugytojos stengiasi padėti tėvams, užtikrinti jų privatumą, stengiasi tenkinti to metu kylančius tėvų norus ir poreikius [5]. JAV atlikto tyrimo su tėvais patyrusiais naujagimio mirtį išvadose atkreipiamas dėmesys

į tai, kad dalis tėvų, praėjus gedėjimo laikotarpiui, nori grįžti į naujagimių intensyviosios terapijos skyrių ir aptarti savo atvejį su sveikatos priežiūros personalu [38].

Apibendrinant galima pasakyti, kad slaugytojų profesinėje veikloje bendravimas su kitais asmenimis pateikia daug iššūkių. Bendraujant su naujagimio tėvais jos turi vadovautis empatijos, abipus pagarbos principais, parodyti nuoširdumą. Stengiasi atliepti tėvų psichologines problemas, kylančias stresinėse situacijose. Dirbant komandoje su gydytojais slaugytojos siekia pripažinimo ir statuso pokyčių.

Taigi tyrimas atskleidė, kad profesinį perdegimą labiau linkusios patirti jaunesnio amžiaus slaugytojos. Be to nustatyta, kad konfliktinės situacijos darbe kelia slaugytojoms stresą ir gali sąlygoti profesinio perdegimo išsivystymą. Tyrimo metu atsiskleidė slaugytojų profesinio tapatumo problematiką ir sąveikos ypatumai su gydytojais bei sergančių ar neišnešiotų naujagimių tėvais. Būtų aktualu ateityje išsamiau paanalizuoti šių aspektų sąsajas su slaugytojų profesinės veiklos efektyvumu ir profesinio perdegimo išsivystymo rizika.

TYRIMO RIBOTUMAI

Vienas iš paminėtinų atlikto tyrimo ribotumų yra susijęs su tiriamosios imties dydžiu. Tai gerokai apribojo tyrimo galimybes ir gautų rezultatų statistinį patikimumą. Vienok šiame tyrime neturėjome galimybes surinkti didesnį tiriamųjų skaičių, nes buvo apklaustos visos labai specifinės slaugytojų grupės – naujagimių intensyviosios terapijos slaugytojos. Siekdami kiek įmanoma sumažinti mažos imties įtaką tyrimui, gautų rezultatų patikimumui tikrinti naudojome mažų grupių statistinius metodus. Labai tikėtina, kad kai kurie stresą lemiantys veiksniai atsiskleistų ryškiau. Bet nepaisant to, šio tyrimo duomenys turi didelę reikšmę naujagimių intensyviosios terapijos slaugytojų fizinės ir psichologinės darbo aplinkos gerinimui ir nustatytą darbo streso veiksnių pasireiškimo mažinimui.

Kitas ribotumas, kurį būtina paminėti – tyrėjos nedidelė patirtis atliekant kokybinius tyrimus. Tačiau šios krypties tyrimas pagilino ir išryškino kiekybinio tyrimo metu nustatytus duomenis. Tyrimo atlikimo metodologijos teko mokytis lygiagrečiai jį planuojant.

Prie tyrimo ribotumų reikia paminėti tyrėjos ryšį su tiriamąja tema ir tyrimo aplinka. Kokybinio tyrimo metodologijoje detalios aprašyti veiksmai, kurių buvo imtasi tyrimo objektyvumui ir patikimumui užtikrinti. Kita vertus, asmeninis tyrėjos susidomėjimas tyrimu bei jo rezultatais, jos patirtis konkrečioje slaugos praktikos srityje pasitarnauja rezultatų kritiniam įvertinimui ir galimų priežasčių interpretavimui, realių praktinių rekomendacijų formulavimui.

IŠVADOS

1. Daugiau nei pusė (63,8 proc.) intensyviosios terapijos slaugytojų turėjo su sveikata ir savijauta susijusių nusiskundimų: ketvirtadalis skundėsi padidintu nervingumu, dešimtadalis – ilgai trunkančia prislėgta nuotaika ir kitais depresijos simptomais. Tarp stresą darbe keliančių veiksnių slaugytojos dažniausiai minėjo nepakankamą atlygį už darbą, papildomus, su tiesiogine paciento slauga nesusijusius darbus, slaugomų pacientų mirtį ir kančią, bei skausmingų procedūrų atlikimą. Streso įveikai slaugytojos dažniausiai naudojo adaptyvius būdus, tačiau daugiau kaip dešimtadalis 7,6 proc. stresą malšino rūkymu ir alkoholio vartojimu, ketvirtadalis (25,5 proc.) vartojo raminančius medikamentus be gydytojo paskyrimo.
2. Beveik penktadalis slaugytojų pasižymėjo didele profesinio perdegimo rizika: profesinio perdegimo kriterijus atitinkanti savijauta buvo būdinga 4,3 proc. tiriamųjų, dar 15,9 proc. buvo būdinga padidinta profesinio perdegimo rizika. Maždaug dešimtdaliui buvo būdingi didelio emocinio išsekimo (9,6 proc.) ir depersonalizacijos (12,8 proc.) požymiai, daugiau nei pusė (61,7 proc.) tiriamųjų prastai įvertino savo asmeninių pasiekimų lygį.
3. Didesnė slaugytojų profesinio perdegimo rizika buvo susijusi su jaunesniu nei 40 metų slaugytojų amžiumi ir didesne konfliktų patirtimi darbo aplinkoje. Su kitais savijautos rodikliais ir streso įveikos būdais slaugytojų profesinio perdegimo rizika nebuvo susijusi.
4. Kasdienėje profesinėje veikloje intensyviosios terapijos skyrių slaugytojos darniai bendradarbiauja tarpusavyje, tačiau sąveikoje su gydytojais dažnai pasigenda komandinio darbo principų taikymo ir aiškaus jų darbo funkcijų bei atsakomybės ribų apibrėžtumo. Sąveikoje su slaugomų naujagimių tėvais slaugytojos vadovaujasi į „šeimą orientuotos“ naujagimio slaugos ir priežiūros principais, stengiasi tėvus įtraukti į savo naujagimio slaugos procesą, teikia paramą netekties atveju.

PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Remiantis gautais tyrimų rezultatai, siekiant sušvelninti profesinėje veikloje patiriamo streso padarinius ir mažinti profesinio perdegimo riziką, pateikiamos rekomendacijos:

Rekomendacijos NITS dirbančioms slaugytojoms

1. Identifikuoti priežastis, kurios dažniausiai sukelia stresą profesinėje veikloje.
2. Įvykus stresinei situacijai ir esant poreikiui, kreiptis psichologinės pagalbos.
3. Atsipalaidavimui nuo stresinių situacijų darbe rinktis fizinių pratimų užsiėmimus, užsiimti mėgiama veikla, bendrauti su šeima ir artimaisiais.

Rekomendacijos sveikatos priežiūros įstaigų NITS administracijai

1. Sudaryti galimybę slaugytojų savimokai, naudojant slaugos procedūrų atlikimo algoritmus.
2. Organizuoti klinikinių situacijų simuliacijas ir jų rezultatų aptarimus. Skatinti pasisakyti visą situacijose dalyvavusi personalą taip pat ir slaugytojas, įvardinant iškilusias problemas.
3. Organizuoti stresinių ir konfliktinių situacijų valdymo mokymus slaugytojoms.
4. Atlikti sudėtingų klinikinių situacijų atvejų analizes, itraukiant į aptarimus ir slaugytojas. Situacijų aptarimo metu detalizuoti kiekvieno sveikatos priežiūros komandos nario kompetencijas, funkcijas ir atsakomybės.
5. Vieną kartą per metus vykdyti pokalbius su NITS dirbančiomis slaugytojomis. Jų metu išsiaiškinti slaugytojų stipriąsias profesinės ir asmenines savybes ir sudaryti galimybes išreikšti save profesinėje veikloje.
6. Suteikti informaciją apie galimą pagalbą stresinių situacijų metu (pvz. įstaigos psichologas skirtas darbui su personalu).
7. Mažinti su tiesiogine pacientų slauga nesusijusių darbų skaičių, perorganizuojant ir perskirstant darbus (pvz. darbus nereikalaujančius slaugytojos profesinės kvalifikacijos paskirti atlikti slaugytojų padėjėjams).
8. Gerinti slaugytojų darbo aplinką.

Rekomendacijos slaugytojus rengiančioms švietimo įstaigoms

1. Apsvarstyti galimybę rengti bendrosios praktikos slaugytojas su specializacija Neonatologijoje.

2. Slaugos studentams pasirinkusiems neonatologijos specializaciją skirti maksimaliai laiko praktikai šioje srityje.
3. Apsvarstyti galimybę parengti slaugytojų podiplominio mokymosi programą „Į šeimą orientuota naujagimio priežiūra“.

Rekomendacijos ateities tyrimams

1. Plėsti kokybinius tyrimus siekiant nustatyti veiksnius, lemiančius naujagimių intensyviosios terapijos slaugytojų žemą asmeninių laimėjimų įvertinimą.
2. Atlikti tyrimus siekiant įvertinti naujagimių intensyviosios terapijos slaugytojų klinikinės kompetencijas.
3. Išsamiau nagrinėti naujagimių intensyviosios terapijos slaugytojų profesinio tapatumo formavimosi problemas, taip pat slaugytojų sąveiką su gydytojų komanda ir naujagimių tėvais teikiant paslaugas sergantiems ir neišnešiotiems naujagimiams.

SUMMARY

ABBREVIATIONS

CAGE	– CAGE questionnaire (screening test for problem drinking)
EPDS	– Edinburgh Postnatal Depression Scale
MBI-HSS	– Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey
NSS	– Nursing Stress Scale
NICU	– Neonatal intensive care unit

MAIN CONCEPTS

- Anesthesia and intensive care nurse – general practice nurse who graduated in the specialization of anesthesia and intensive care nursing as defined by the law of the Republic of Lithuania [191].
- Work stress – a pattern of emotional, cognitive, behavioral, and physiological reactions to adverse and noxious aspects of work content, work organization, and work environment [181].
- Professional burnout – a condition of mental and physical exhaustion, caused by adverse factors at work [106].
- Professional identity – professional appropriateness, readiness, decisiveness, view of the professional field and one's own place in it, professional planning, carrier, and self-concept [199].
- Stress – either the physiological, biological, or psychological response of an organism that is triggered by external or external factors (called stressors) [125].

INTRODUCTION

Relevance of the research

In Lithuania, as in many other developed countries, there is a big attention to the stress developed in a professional environment. Experts claim that this type of stress is more common in professions that have low levels of independence since it requires more physical and psychological efforts [28, 69]. Nursing can be seen as one of such professions [114]. European Commission (2002) strategies about work health and stress at work define stress in professional activities as emotional, cognitive, behavioral, and physiological reactions to unpleasant and harmful job content, organizing, and job environment entirety [181]. To Lithuanian health workers, the stress comes from the changes in the system [184]. The vagueness of the situation and con-

stantly changing requirements negatively impact the quality of provided services [25]. Exhaustion, stress at work and the following burnout starts from the overwhelming responsibilities related to the profession, work, and career [197]. Some researchers connect burnout to the mental state when idealistically prone and dedicated people start feeling exhausted both physically and emotionally, because of either professional or personal type of load. Research about professional burnout made in many different countries provides many proofs of this problem's relevance among healthcare workers [71, 82, 87, 92].

Professional burnout is defined as a condition of mental and physical exhaustion, caused by adverse factors at work [106]. Researchers investigating professional burnout state that it is more common among workers whose professional activities include close, constant, and frequent contact with other people [59]. It is thought that these specialists use up the positive emotional resources in some time and therefore feel stress and have difficulty overcoming its consequences. If the state of stress persists, then physical and mental resources are depleted and affect specialists' motivation, behavior, and attitude towards work and people [59]. Researchers emphasize that nurses are especially vulnerable to professional burnout. There is data stating that burnout is very common (up to 85 percent) among nurses [49, 71]. Big workload and critical and stressful situations that require high endurance in physical and mental skills are very common in the profession of nursing. It is stated in scientific publications, that burnout for nurses is influenced by unclear, inconcrete, and sometimes poorly based requirements and undefined expectations [32]. Big nurses' workload in Lithuania is connected to staff shortage, which turns into more intense work and longer hours [197]. It is noted that low salary also impacts nurses in having burnout and dissatisfaction with work [39, 87].

In an analysis of professional stress and burnout, the professional identity should also be accounted for. The professional identity of nurses is developing in relationships with patients and other health professionals, which involves a certain burden of stress-related situations. The professional identity includes appropriateness, readiness, decisiveness, view of the professional field and one's own place in it, professional planning, carrier, and self-concept [199]. In the last few decades, this phenomenon is very actively researched in many different professions, which includes nursing [54, 122]. However, the data is very fragmented. A whole and deeper understanding are needed of factors that impact the professional identity concept and what influence it has on a person's professional activities. The professional identity concept is connected to personality traits, beliefs, human values, motives for professional activities, and experience [144, 158, 159]. The attention is drawn to that professional identity concept forms when a specialist's experience changes when

receiving meaningful feedback from the environment [122]. It is noted that the concept is dynamic both because of changing inner understanding of the structure of professionalism and the concept of “professionalism” itself [158].

The good well-being of nurses has an impact on the quality of services provided by them. The personal features related to professional identity, beliefs, values, motivation, and experience of NICU nurses strongly affect the nursing of preterm and ill newborns. Here, especially relevant becomes the interaction between nurses and parents, who need to face the reality of illness or preterm birth [2, 93]. Another important aspect of their activities is the interaction with the parents of the newborn, who need help in grasping the reality of having a preterm or ill newborn [2, 93]. The research draws attention to the fact that a nurse is a specialist in primary healthcare who is closest to a newborn and her parents, and is best able to help decrease the stress they are facing, to give them the information needed, support, and understanding [128, 74, 124]. Before planning the help they need, a nurse should know parents’ needs and expectations. It is important to understand that the inappropriate reaction of a nurse to the needs that the parents of a newborn can become a cause for the tension both for parents and the nurses [14]. For a smooth process in the professional activity of a nurse, good communication with the physicians’ team is very important.

Scientific novelty of the research

While working on the thesis, the author did not find any research that would assess aspects of the working environment, interaction with parents and physicians’ team, and factors of professional burnout in NICU nurses with a comprehensive approach.

After reviewing the main aspects of nurses’ work and research on them, it becomes evident that in Lithuania, there is a shortage of research dedicated to determining aspects of nurses’ professional burnout, its onset risk, and prevention. This study makes an effort to reflect the whole population of NICU nurses. In this study, we seek to pinpoint which factors of nurses’ working environment are mostly related to professional burnout, what health complaints are associated with professional burnout, and what coping methods NICU nurses do use.

Practical significance of the study

The results of this dissertation will be presented to the administration of the healthcare institutions and NICU. This will allow drawing the attention of leaders at various levels to the factors that increase the stress level in NICU nurses and the risk of developing a professional burnout. Based on the results, it will be possible to develop means for reducing the impact of stress factors

and decreasing the risk of NICU nurses becoming professionally burnout. The findings are likely to be relevant for health policymakers to improve the working conditions for NICU nurses.

Aspects of forming a professional identity in NICU nurses about the unique work environment and their character properties, described in this work, are valuable for the development of programs of professional preparation and postgraduate training.

AIMS AND OBJECTIVES OF DISSERTATION

The aim was to assess the well-being and work challenges of nurses from neonatal intensive care units.

Objectives:

1. To assess well-being, experienced stress, stress factors, and coping among NICU nurses.
2. To assess the risk of professional burnout and its symptoms among NICU nurses.
3. To evaluate the relationship between nurses' professional burnout, stressors, coping, and well-being.
4. To reveal the perceptions of NICU nurses about the stressors in the work environment.

MATERIALS AND METHODS

This research was implemented from March through October 2016. It was aimed to assess the well-being and the challenges at work of nurses working with preterm and seriously ill newborns. Therefore, nurses working in NICU in Lithuania were chosen as a target group. Since there are only two units at the third healthcare level, the sample was drawn from nurses working in the Neonatology Department of Kaunas Clinics, the hospital of Lithuanian University of Health Sciences, or Children's Hospital, the branch of Santariškės Clinics of Vilnius University Hospital. When developing the study design, it was planned in two stages (Figure 1):

- Stage 1: Quantitative cross-sectional study, implemented in March 2016.
- Stage 2: Qualitative focus group discussion, implemented in August–October 2016.

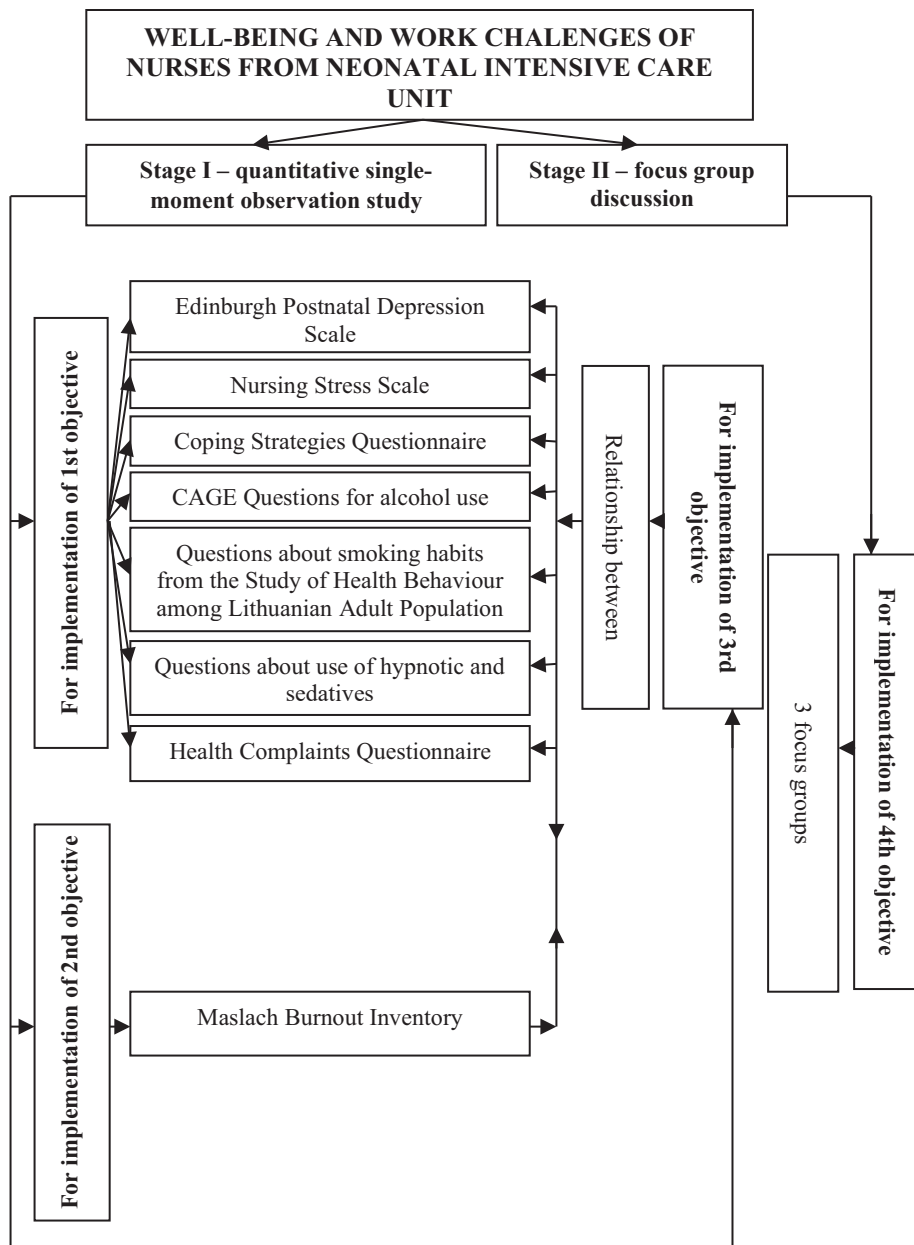


Figure 1. Research implementation scheme.

Ethical clearance. The permission for the study was obtained from the Kaunas Regional Committee of Bioethics in Biomedicine Research (No. BE-2-15, Appendix 1). The author of the study gave all information about the study, its aims, and its use. The participants were also allowed to

refuse to participate in the study. Informed consents were obtained from all study participants.

The sample of the quantitative arm of the study was formed, seeking to include all nurses working in NICUs. During the period of the research, in NICUs for newborns of two perinatal centers, there worked 106 nurses (general population). We used these criteria to select participants for the study:

- one or more years of work in the field of intensive therapy;
- being not on pregnancy leave or maternity leave during the period of research;
- signed the form of informed consent.

One hundred and four nurses matched these criteria. They were given questionnaires, and 94 filled-in questionnaires came back. Response frequency was 90.4%. Ninety four nurses were selected for the study.

The sample of participants of the research were middle-aged women. Most of them were married, lived in cities, and had rather much work experience in NICU for newborns (43.6% of participants worked at NICUs for newborns for more than 20 years).

Emotional well-being and depression were assessed by using the adapted Lithuanian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Cox and al. (1987) suggested this scale for postpartum depression. Later, these researchers suggested using this scale for other lifetime periods, not necessarily related to pregnancy [35]. Lapienė et. al. (2004) adapted this scale in Lithuania, indicating that EPDS assessment results were significantly related to the Depression sub-scale ($\rho = 0.78, p < 0.001$) and the Anxiety sub-scale ($\rho = 0.75, p < 0.001$) of the Hospital Anxiety and Depression Scale [187].

To assess the stress that nurses experience, and the factors causing it, we used Nursing Stress Scale (Gray-Toft & Anderson, 1978) [63]. This scale consists of 35 items which are divided into 3 subscales:

- Physical Environment Scale – 7 items,
- Social Environment Scale – 10 items, divided into 4 groups of factors,
- Psychological Environment Scale – 18 items, divided into 2 groups of factors.

Respondents were asked about what factors and how often cause them stress when they are looking after the patients. Answers were assessed using the Likert scale from 0 (“Never”) through 3 (“Very often”). To assess which factors cause stress in nurses the most, we calculated the total score from the subscales and the factors.

To determine how nurses are coping with the stress, we asked them about some of the constructive or destructive coping strategies.

We used 14 questions about possible relaxation ways to find out about relaxation ways that nurses use to take off the tension accumulated during the workday. Respondents could choose an answer from “Never” to “Every day.”

A 4-variable CAGE test (*cut down* – to reduce, *annoyed* – to get irritated, *guilty* – to feel guilty, *eye-opener* – to use as a stimulant) was used to find out whether the nurses consume alcohol as one of the means to reduce the stress effects. This test most often is used to determine problematic alcohol consumption.

Prevalence of smoking among nurses was measured with questions used in a Study of Health Behavior among Lithuanian Adult Population [182]. Nurses were asked, ‘*Have you ever been smoking every day (almost every day for at least a year)?*’, ‘*Are you currently smoking?*’, ‘*When did you smoke the last time?*’, ‘*How many cigarettes per day do you smoke (used to smoke before quitting) on average?*’ Respondents had to choose one of the answers provided.

We presented respondents with additional questions attempting to find out how often respondents use pharmaceuticals as a means to reduce stress effects or to help them sleep. We gave them two questions – *How often did they use hypnotics and sedatives last year?* and, if yes, *whether they did that with or without prescription.*

To assess the level of professional burnout in nurses working with pre-term and seriously ill newborns, they were given a standardized questionnaire that Maslach developed to assess professional burnout in healthcare personnel (*Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey*, MBI-HSS). The questionnaire consists of 22 items divided into 3 subscales:

- Emotional exhaustion – 9 items describing overstrain and feeling of exhaustion;
- Depersonalization – 5 items reflecting emotional indifference and isolation from people as well as the manifestation of cynicism and formality in a relationship;
- Personal accomplishment – 8 items describing attitudes towards one’s professional abilities and achievements [107, 108].

Possible responses ranged from 0 (“*never*”) to 6 (“*every day*”) on the Likert scale.

Data analysis of the quantitative study was implemented using IBM SPSS 20 statistics. The level of statistical significance chosen was set at 95% ($p > 0.05$). In the descriptive analysis, we analyzed continuous variables calculating means and standard deviations, for other variables – percentages. The normality of distributions was assessed using the Kolmogorov-Smirnov test. In bivariate statistics, we applied Student t, chi-square, Fisher exact,

Kendall τ tests as well as ANOVA analysis. In the bivariate analysis of quantitative variables, we calculated Pearson's correlation coefficient. The internal consistency was evaluated using Cronbach's alpha [141]. Logistic regression analysis was applied to determine factors of professional burnout. We used two stages for this:

1) Univariate analysis: we associated factors with professional burnout based on the literature review. These were socio-demographic indicators (7 questions), stress factors (3 dimensions NSS scale), coping with stress (4 questions), and depression (assessed by EPDS and applying differentiation of both international and Lithuanian risk groups). In total, we analyzed 16 potential risk factors at this stage.

2) Multivariate analysis: professional burnout was associated with factors that showed statistical significance or trend ($p < 0.20$) with professional burnout in univariate analysis. In total, there were 7 factors.

The strength of association in logistic regression was expressed in odds ratios (OR) with 95 % confidence intervals (95 % CI). The accuracy and reliability of the model were tested based on the Nagelkerke R^2 test and taking into account the general predictive value of the model.

We have chosen a particular strategy for a qualitative study analysis to have a deeper and more comprehensive understanding of nurses' well-being, and the challenges they face at work. We chose the focus group method for this part of the research which gives the opportunity to comprehensively discuss the questions of interest in a short time. During the research, we organized three focus groups with groups of nurses in reanimation and intensive care units: one group at NICU of Children's Hospital, the branch of Santariškės Clinics of Vilnius University Hospital, and two groups at NICU of Neonatology Department of Kaunas Clinics, the hospital of Lithuanian University of Health Sciences. We decided to have discussions in groups of 5 nurses to ensure that the problems in question would be researched as comprehensively as possible. All discussion participants were women, the mean age was 44 years old. The youngest participant was 34, and the oldest was 55 years old. Almost all research participants lived in the city, were married, and had at least college education. Their work experience ranged from 15 and 29 years (22 on average).

Discussions were run according to pre-planned questions. Leading questions that were posed to the discussion participants were developed through analyzing data from the quantitative study and reflecting on what topics would require deeper information than the one provided by quantitative research. We used these questions in the discussion:

- What do you find good about your work?

- What emotions do you experience when working with preterm or seriously ill newborns?
- What cause you the most stress at work?
- How do you cope with it?
- How would you describe your interaction with the teams of physicians and parents of the newborns?
- What preparation do nurses need to be able to work in NICU?

The results of this part of the study were analyzed using the thematic analysis described in Braun and Clarke (2013) [22]. This method was used to highlight the structure of data identification, analysis, and presentation of results. Following the recommendations of the methodologists, the data analysis process involved 6 steps.

In the first phase, when transcribing the discussion material, we got acquainted with the collected data. At this stage, we repeatedly listened to the recordings of the discussions and re-read the notes, highlighting thoughts and insights that arose while listening and reading.

In the second phase, the text was broken down to find units of meaning, generating the initial code analysis checklist for the analysis of the research material.

The third phase can be called the “topic-search” phase. In this stage, the research material was re-read, the suitability of the selected codes was re-evaluated, the codes were grouped into subtopics, and then into potential topics.

In the fourth stage, the topics were reviewed. It was done on two levels. At first, we reviewed the topics and checked the topic titles. While reading the material, we evaluated whether the code structure was coherent, consistent, and relevant to all of the material. On the second level, re-grouping of codes took place, and the “topic map” was created.

The fifth stage can be described as the stage of identifying and defining the main themes. At this stage, material analysis was continued, and titles were created and clarified.

The sixth phase can be called the completion phase of the analysis. In describing the topic, the aim was to select vivid, logical examples that would properly illustrate and reveal the topic. The obtained results were related to scientific literature.

RESULTS

Nurses’ emotional well-being

We used the EPDS to assess nurses’ emotional well-being. The results of this scale varied from 0 to 20 points among participants, the mean was

5.4 ± 4.59 points. Total EDPS points distribution is given in Figure 2. According to the data, 8.5 % (n = 8) of nurses who participated in the research fall into the group of high depressiveness (more than 11 points).

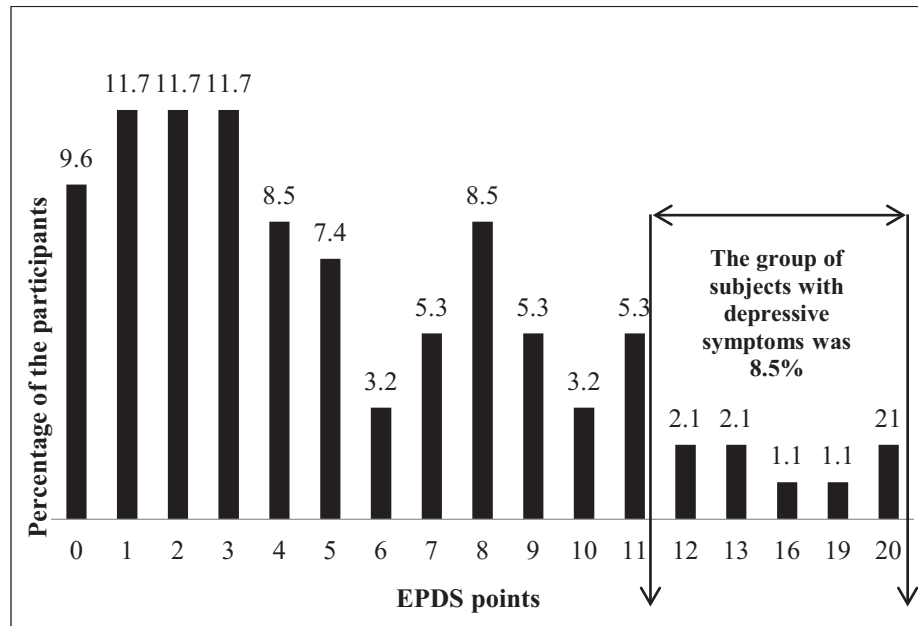


Figure 2. Distribution of EDPS points.

Stress and coping

We used the Nursing Stress Scale to assess factors causing stress in nurses (Table 1). The stress experienced was measured by statements, which make up 3 subscales – physical, psychological, and social work environment. Subscales of the psychological and social environment were divided into further sub-subscales.

Table 1. Descriptives of Nursing Stress Scale and subscales

NSS subscales and sub-subscales	Number of statements
Physical environment	7
Psychological environment	18
<i>Death and dying</i>	7
<i>Insufficient preparation</i>	3
<i>Lack of support</i>	3
<i>Doubts about treatment</i>	5
Social environment	10
<i>Conflicts with physicians</i>	5
<i>Conflicts with other nurses and senior nurse</i>	5

While assessing questions on physical environment subscales, it was noted that nurses got the most stress because of insufficient work salary. In total, 77.6 % of nurses indicated this was the reason often or very often. Another quite frequent stress factor was a big workload that is not associated with nursing after patient. Almost half (43.6 %) of respondents indicated that at work this happens often or very often. Prevalence of the other possible stress factors related to the physical environment was much lesser – approximately a fifth of the nurses indicated them as frequently occurring (Table 2).

Table 2. Frequency of stress factors caused by physical environment in nurses' work

Statements	Never		Sometimes		Often and very often	
	N	%	N	%	N	%
Computer „break down“ (loss of important data on the computer)	35	37.2	43	45.7	16	17.1
Changing and unpredictable work schedule	31	33.0	47	50.0	16	17.0
Large workload that is not related to nursing (e.g. work with documents)	21	22.3	32	34.0	41	43.6
Lack of time needed to provide emotional support patient's relatives	29	30.9	47	50.0	18	19.2
Lack of time needed to finalize nursing tasks	31	33.0	45	47.9	18	19.1
Lack of staff able to cover for each other	19	20.2	53	56.4	22	23.4
Insufficient material reward for work	5	5.3	16	17.0	73	77.6

When assessing factors of psychological work environment, it can be noted that nurses felt most stressed when they were faced with factors related to death and dying, i.e. performing painful procedures (35.1 %), death of a patient (30.8 %), and observing the suffering of a patient (28.7 %) (Table 3).

Table 3. Frequency of factors related to death or dying of a patient in nurses' work

Statements	Never		Sometimes		Often and very often	
	N	%	N	%	N	%
Performing painful procedures to patients	8	8.5	53	56.4	33	35.1
Feeling of helplessness connected with unimproving health condition of a patient	13	13.8	61	64.9	20	21.2
Talking to patient's relatives about patient's upcoming death	24	25.5	57	60.6	13	13.8
Death of a in-patient of the unit	12	12.8	53	56.4	29	30.8

Table 3 continuation

Statements	Never		Sometimes		Often and very often	
	N	%	N	%	N	%
Death of a nurse and the patient that became close	22	23.4	54	57.4	18	19.1
Death of a patient when physician or other colleagues are not available	53	56.4	25	26.6	16	17.0
Observing suffering of a patient	12	12.8	55	58.5	27	28.7

In the sample, participants indicated that they do not often experience psychological stress because of insufficient preparation. Participants of the research felt rather prepared to provide help to patients' family members, answer their questions, or provide emotional support for patients' relatives. In this research, the lack of support at work and stress, related to doubts about the treatment prescribed to a patient, was not strongly expressed as stress factors.

When analyzing stress factors in the social environment at work, one can notice that, in a group of statements about conflicts with physicians, most often nurses felt stress because of the fear to make a mistake while taking care of patients (19.2 %), and partly because of criticism they get from physicians (14.9 %) (Table 4).

Table 4. Frequency of stress factor cause by conflicts with physicians.

Statements	Never		Sometimes		Often and very often	
	N	%	N	%	N	%
Criticism by physicians	10	10,6	70	74,5	14	14,9
Conflicts with the supervising physician of the patient you taking care of	29	30,9	59	62,8	6	6,4
fear to make a mistake while taking care of patients	22	23,4	54	57,4	18	19,2
Disagreement that patient should get treatment	45	47,9	40	42,6	9	9,6
Decision-making related to patient care when the physician is absent	53	56,4	25	26,6	9	9,6

Communication and cooperation with other nurses were also a source of rather high stress for the participants. 21.3 % of respondents often felt stressed due to the difficulties of working with other people in the unit.

Most of the nurses indicated that they try to cope with stress in adaptive ways: more than half of the nurses told that they pray or meditate every day

(63.8 %, n = 60), listen to music (61.7 %, n = 58), a little less than half of them spend time with family and friends (46.8 %, n = 44) and read books (44.7 %, n = 42). Almost half of the nurses (43.6 %, n = 41) indicated that they talk to their colleagues at least once a week or every day in an attempt to cope with experienced stress.

When analyzing whether nurses use non-adaptive ways to cope with stress, it was found that they use the medication more often. 19.1 % (n = 18) of nurses indicated that they use medication at least once a week or every day. Most of the participants of the research (74.5 %, n = 70) indicated never to have used hypnotics and sedatives without a prescription. One-fifth of all respondents, however, used these medications without prescription several times per year. Two respondents have told that they have been using these medications without prescription regularly. Such possible ways of coping with stress as consumption of alcohol, food, or smoking were characteristic of a small number of participants. Up to 12.8 % of participants (n = 12) used these coping ways at least once a week or every day. During the research, it was found that 7.6 % (n = 8) of nurses have been smoking constantly. Three respondents claimed that they smoke from 10 to 20 cigarettes per day. More than a third (35.7 %, n = 38) of participants indicated that they used to smoke 10 or more years ago.

It should be noted that almost one-fifth of nurses “bring tension home” at least once a week or more. Approximately, half of the nurses said that they could not find a way to relax after the tension at work.

When attempting to assess whether alcohol consumption is problematic, we used the CAGE questionnaire to evaluate alcohol consumption habits. Results have shown that 9.6 % (n = 9) of nurses indicated feelings of shame and guilt because of their alcohol consumption habits, 6.4 % (n = 6) thought that they should use less alcohol, 3.2 % (n = 3) of nurses would be annoyed by other people’s criticism of their alcohol consumption habits, and one nurse indicated to be drinking alcohol in the morning, attempting to ease the hang-over. Total CAGE score showed that at least 2 answers from 4 were answered positively in 6.4 % cases of all research participants (n = 6).

Health complaints

When analyzing nurses’ health complaints, it was noted that they complained mostly about the lack of sleep and rest. This was indicated by approximately one third of the nurses in the sample. Exhaustion and nervousness were the next in line in terms of frequency, they were indicated by 28.7 % and 26.6 % (respectively) of nurses. Around 10 % of the respondents complained about allergic reactions, prolonged bad mood, and migraine headaches (Figure 3).

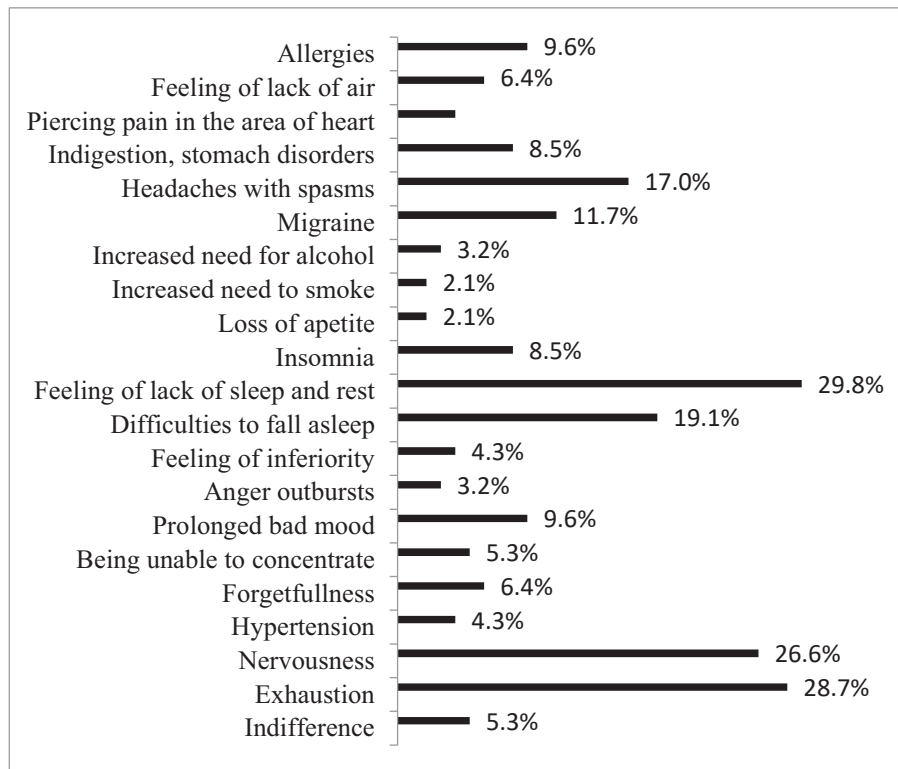


Figure 3. Prevalence of health complaints, %.

Professional burnout in nurses and accompanying health changes

In this research, the manifestation of components of professional burnout in research participants was assessed by calculating the mean scores of the subscales of the MBI-HSS questionnaire (emotional exhaustion, depersonalization, and personal accomplishments). Based on these scores we grouped subscales into categories where high emotional exhaustion, high depersonalization, and low personal accomplishments indicated the risk of professional burnout (Figure 4). It was found that the most expressed component of professional burnout among the nurses was low personal accomplishments which were characteristic of more than half of the respondents (61.7 %). We examined also what percentage of nurses met all three components of professional burnout. According to the data, 4.3 % (n = 4) of nurses met all criteria for professional burnout. We assessed high and medium risk changes in nurses in all three dimensions to calculate the number of respondents with increased risk of professional burnout. Findings show that 15.9 % (n = 15) of nurses experienced the risk of professional burnout.

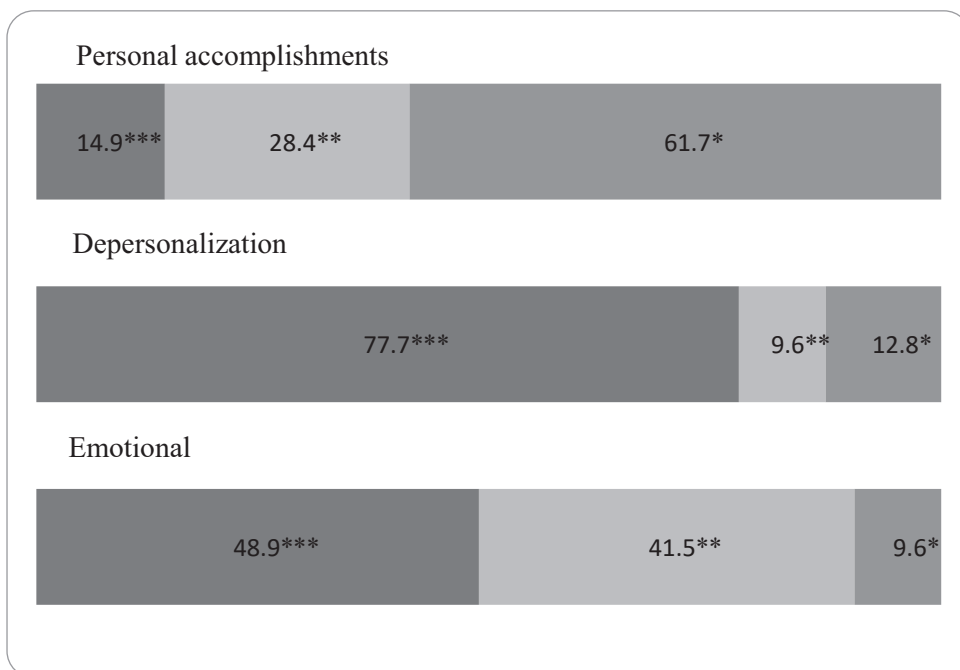


Figure 4. Component of professional burnout and its risk.

* high risk of professional burnout
 ** medium risk of professional burnout
 *** low risk of professional burnout

To determine the relationship between health complaints and professional burnout in NICU nurses, we used logistic regression analysis. We have chosen the most prevalent complaints for the analysis, such as exhaustion, nervousness, difficulties falling asleep, lack of sleep and rest, and head. They were associated with the rate of general complaints and with the risk group where more than one complaint was manifested (44.7 %), and the control group where one or no complaints were expressed (55.3 %).

Univariate logistic regression analysis showed that professional burnout was related only to exhaustion, which was related to 3.83 odds for professional burnout. In multivariate logistic regression analysis, when we adjusted for age, residence, and work experience, the results were almost the same (Table 5) – the exhaustion remained associated with professional burnout (OR = 4.06). Also, it should be noted that other health complaints reached borderline significance, where it showed twice or higher odds to experience burnout (OR = 2.17), though it did not reach the statistically significant level ($p > 0.05$).

Also, it should be mentioned that age, residence, and work experience were not statistically significant factors for professional burnout in multivariate analyses. This could have been due to the small size.

Table 5. Relationship between health complaints and professional burnout

Health complaints	Univariate			Multivariate *		
	OR	95 % CI	p	OR*	95 % CI	p
Exhaustion	3.83	1.37–10.68	0.010	4.06	1.39–11.88	0.011
Nervousness	1.54	0.60–3.95	0.372	1.52	0.58–3.99	0.400
Difficulties to fall asleep	1.27	0.44–3.64	0.653	1.27	0.43–3.74	0.666
Lack of sleep and rest	1.59	0.64–3.97	0.316	1.61	0.63–4.10	0.321
Headache	1.13	0.39–3.28	0.823	1.07	0.35–3.26	0.908
More than one complaint	2.16	0.93–5.01	0.073	2.17	0.92–5.14	0.078

* adjusted of age, residence, work experience.

Risk factors for nurses' professional burnout

After univariate analysis, 7 possible risk factors stayed. To establish independent factors for professional burnout, we performed the multivariate analysis where we have chosen potential factors from those which were related to professional burnout stronger than $p < 0.20$ in univariate analysis. Multivariate regression analysis showed that the model with those 7 factors predicts the risk of professional burnout with 77.7 % accuracy (Nagelkerke $R^2 = 0.35$).

Multivariate logistic regression analysis revealed (Table 6) that two independent factors of professional burnout were found in this study, i.e. high level of stress factors related to social environment and age under 40 years old. We found that when stress factors related to social environment ranged higher than average (more than 7 points), odds for professional burnout were 8.22 times higher ($p = 0.002$). On the other hand, nurses younger than 40 years old were also at high her odds to experience professional burnout (OR = 3.16, $p = 0.044$). Other risk factors analyzed concerning professional burnout were not statistically significant, though the residence (nurses not living in the city were at 2.38 times higher odds for professional burnout) and depressiveness (odds 2.51 times higher) had relatively high odds ($p > 0.05$).

Table 6. Risk factors for professional burnout

Factors	Responses	OR	95 % CI		p
			From	To	
Age group (yo)	40–68		1.00		
	18–39	3.16	1.03	9.67	0.044
Residence	City		1.00		
	Other	2.38	0.35	16.11	0.375
Stress factors related to physical environment (points)	1–7		1.00		
	>7	1.30	0.43	3.92	0.638
Stress factors related to psychological environment (points)	1–13		1.00		
	>14	0.60	0.17	2.16	0.434
Stress factors related to social environment (points)	1–7		1.00		
	>7	8.22	2.14	31.61	0.002
Using hypnotics without prescription	Does not use		1.00		
	Use	1.56	0.13	19.00	0.727
Depressiveness, EPDS (Lithuanian) (points)	0–11		1.00		
	>11	2.51	0.65	9.67	0.181

In summary, it can be said that through the quantitative study we determined two independent risk factors of professional burnout, i.e. stress factors related to the social environment and being younger than 40 years old.

Results of the qualitative study

The qualitative study was implemented for a deeper understanding of factors of well-being in nurses working with preterm and ill newborns, and challenges in their work. Also, we expected that this part of the research will complement the findings of the quantitative study. Figure 5 showed the themes and subthemes that emerged during the study.

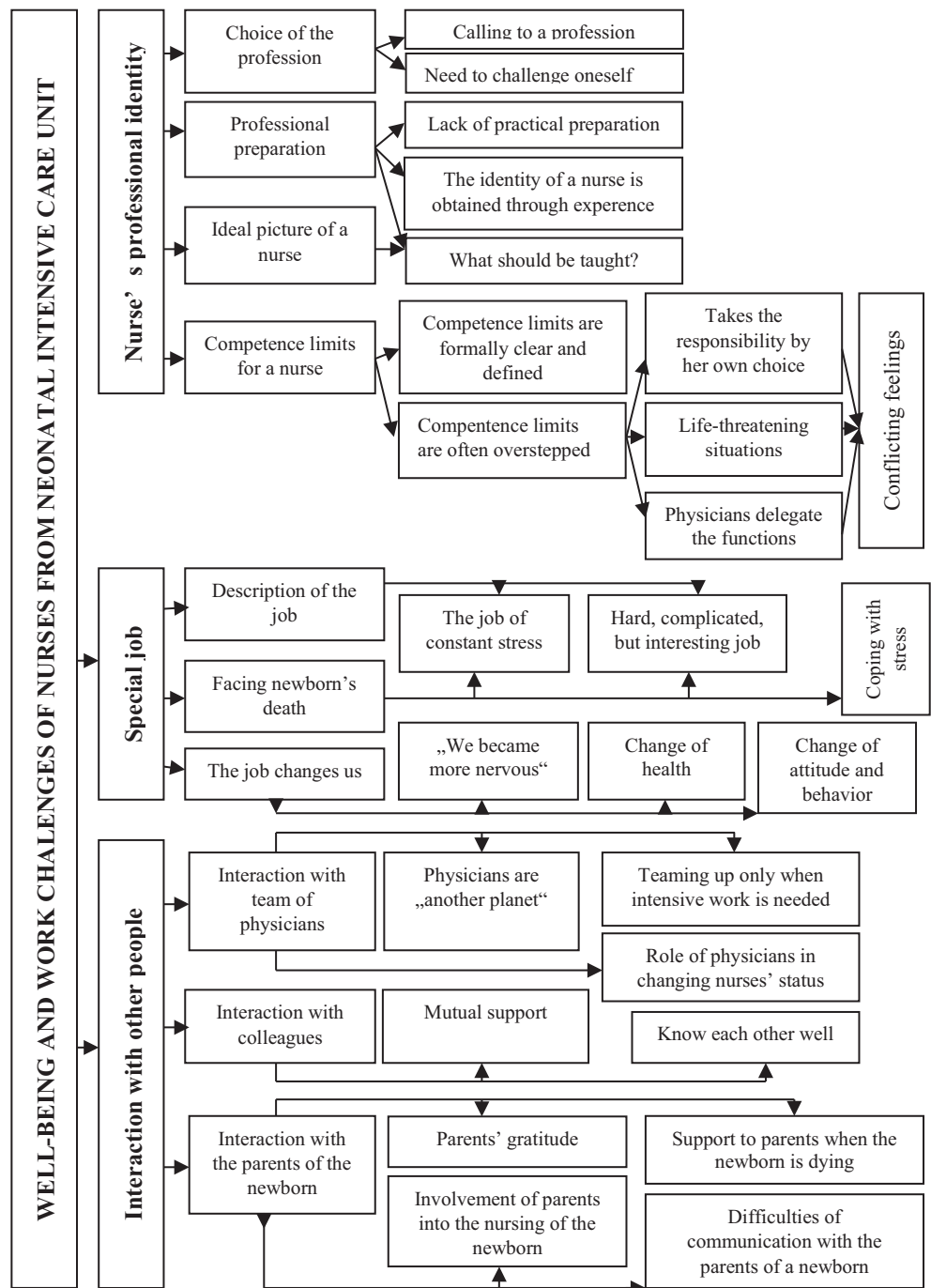


Figure 5. Main topics and subtopics of thematic analysis.

Professional identity of a nurse

During the study, nurses touched on very important aspects of choosing the profession of a nurse and of preparation for this profession, named the main personal and professional characteristics that are needed when working in NICU. A lot of attention was given to the professional competencies of a nurse, setting limits of their professional tasks, and situations when these limits are overstepped.

„You become one not at once“ – identity through experience

In a discussion, participants of the research shared their memories about the start of their work. Almost all of them said it was a difficult period, *‘When a new person comes to us, it’s difficult for her <...>’* (Regina). Here they faced challenges that they could not see in advance, *‘<..>in every work, until you touch, until you start to do the work [reflects] here it comes with time.’* (Alma). Another respondent mentioned that one has to master many new skills, *‘<...> many procedures that are complicated, that require knowledge, skills, because skills are very important in our job, cause without them you will not do anything, this comes with years,’* (Julija). One or more months pass until skills necessary for this field develop, *‘And this happens now, girls come, maybe they graduated from college or university, but they are unskilled also. Until they start working, and not just for one, two, or even three months.’* (Ilona).

What needs to be taught?

Based on their practical work experience, research participants mentioned that, at the moment, nurses in the neonatology field, who need specific knowledge for nursing seriously ill and preterm newborns, are not trained at all, *‘We are not neonatology nurses. We are ones of anesthesia and intensive care <...> there is no such thing as neonatology nurse’* (Julija). Respondents thought that choosing this kind of job and getting ready for it had to be purposeful, and that is why they need not only to gain general nursing basics during the study years but also the specific knowledge needed for the nursing of a newborn. Among the knowledge and skills that are needed nurses mentioned, *‘main pathology of preterm newborns as well as full-term ones, and procedures<...>’* (Julija), *‘signs of full-term and preterm’* (Giedrè). Also, nurses noted that in their study years the time given for practice was too short, *‘It is not enough to spend two weeks, for instance, in neonatology. Until he gets used...’* (Julija).

Limits of professional competencies

The nurses involved in the study paid much attention to discussing the limits of professional competence. Many controversial issues were expressed in terms of competencies. On the one hand, the limits of professional competence are defined and sufficiently clear, but when working in NICU, those limits are often crossed. This happens due to the choices of nurses themselves (e.g., when trying to save a newborn's life in an emergency, nurses carry out actions that overstep their competencies), and also because physicians often delegate their functions to nursing professionals, thus forcing them to go beyond the limits of their professional competence. Such confidence of physicians in nurses is controversial: on the one hand, it is pleasing, but at the same time, there is a danger that the functions defined in job descriptions are exceeded.

Limits are formally clear and defined

The participants of the study talked about the fact that in Lithuania the nursing competencies are clearly written out and their functions are formally defined: *'They [competencies] are defined and very clearly written out. <...> What we can do as a nurse, everything is [thoughtfully] defined'* (Inesa). Particularly, rigorous limits for nurses have been identified regarding communication with the parents of newborns. They are forbidden to talk about their treatment: *'We cannot tell all of the things to parents, anything to do with treatment'* (Giedrė). It is not permitted to talk about the procedures performed on newborns: *'You cannot talk about resuscitation, about antibiotics'* (Regina).

Limits often are overstepped

When speaking about competencies, nurses often emphasized that they have had to go beyond what they are permitted. According to the thoughts the nurses shared in the research, we distinguished the following reasons for exceeding competency limits:

The nurse takes greater responsibility by her own choice

It is demanded by the nature of the job, which promotes greater personal responsibility: *"... this work is special because the nurse has a lot of responsibility while performing her tasks. She sometimes takes a lot of responsibility"* (Julija). Nurses working in neonatal intensive care units feel personally responsible for a newborn baby: *"... I am responsible for the child, and he got all blue, his hands trembling"* (Edita). Therefore, the limit of competencies is exceeded, and sometimes a nurse does more than defined in the regulations: *"... he [the physician] is also busy somewhere and will not be able to catch*

up. Yes, then you will cross the limit, do a lot more, and think: 'Let it be' [gets silent]" (Inesa); "Sometimes you will cross the limit and do more than you have to, but I can't imagine how to do [that] otherwise" (Ilona). When working in intensive care, there are situations when one faces a dilemma: follow competency limits or simply be human? "... but do we really work like that and [or] do we really only do this? Because if you only follow what is written, you will deviate from humanity" (Inesa). Also, nurses themselves sometimes feel that they can carry out more than mere nursing functions for newborns, more complex procedures requiring special skills: "<...> the nurse does not only, sorry, do the cleaning of the butt or feeding the newborn, but many procedures [are performed], which are complex, which require knowledge, skills ..."(Julija).

Life-threatening situations

Another reason why nurses go beyond their competencies is to save the life of the newborn in life-threatening situations. In such situations, every minute is precious, and delay can cost the newborn's life. "When a child's condition is worsening, you are doing your job, and there is no physician besides, and until he comes, he [the newborn] may die" (Inesa). "She [a nurse] very often just does more than just her job, because sometimes we do not have time to invite a physician. For example, if a newborn dies, we will begin to solve the problem and someone will invite <...> (Julia).

Physicians delegate larger functions

Another reason why nurses go beyond their competencies is that physicians delegate them certain tasks. The participants in the study talked about the fact that they often carry out procedures that should be performed by physicians: "It happens [that] that we carry out physicians' procedures for physicians" (Sandra). However, it was also noted that physicians only entrusted such procedures to experienced nurses: "It's just those [nurses] who have worked here twenty years or more. Physicians are used that they know everything, and part of their work they put on that nurse" (Regina). The nurse named a lot of complicated procedures, which sometimes do not involve physicians: "Well, putting in the central catheter must be done in the presence of a physician, drainage of the trachea, and we do a lot more" (Regina).

Conflicting feelings

Emergencies in intensive care require prompt and immediate solutions. In such situations, it is very difficult to do everything the way it is written up and one needs to decide what is the most important task at that moment: "Competence and responsibility, and knowing we sometimes stand at a decision

which if you cross and something fails, you will get it for that thing [nervous laugh, pause], you will just get into trouble” (Julia). During the conversation, nurses mentioned the fears that they experience when they need to go beyond their competencies. Feelings of insecurity are particularly common in recent times when parents are reluctant to actively participate and react to everything that is happening to their infant: “... it’s more because of my insecurity, I try to stay within that limit, because of all these accusations. Thinking now is terrible and going too far <...>” (Edita). Nevertheless, it was also stated that the greater responsibility delegated to them by physicians also brings feelings of satisfaction and pride: “... we really began to enjoy the appreciation and extra work that we are given” (Julia). Conflicting feelings are also caused by the fact that the nurse must adhere to the limits of the competence regulations and cannot say to parents more than is currently allowed: “She [the nurse] does not say the results, but they can say whether that procedure is done. But this is forbidden to us” (Julia).

Interaction with other people

Interaction between nurses and other people in professional practice is one of the most sensitive data that emerged during the analysis. The respondents said that cooperation with other people is one of the most important parts of a nurse’s work. This includes teaming up with physicians, other nurses, and relatives of the newborn in care.

Interaction with a team of physicians

During conversations one thought was coming up repeatedly, that is ‘the time to change the status of nurses has come’, ‘<...> *physicians are not letting in their positions, and are not allowing nurses to be independent in their field, for instance, if we do something new, it’s through blood*’ (Julija), but these changes can be achieved only in cooperation with physicians, when they support that kind of aim, ‘<...> *if something is to change in the unit, one needs to have a big support of physicians*’ (Julija). However, we heard another repeated thought that the distance between nurses and physicians is getting bigger, and these two professions team up only in situations where there is emergency help needed.

Physicians are like „another planet“

During the study, nurses spoke that in relationship with the physicians the inner and outer reality often differ, ‘<...> *I hear from physicians [pause], one thing is said, when other people come, they say that we have wonderful people are working here who knows their job. Another thing is that, despite everything, that „thank you“ is not always expressed out loud*’ <...> (Julija).

Sometimes when communicating with physicians, the reason for the growing tension is related to physicians' unrealistic expectations and stern voice tone, *'Physician comes and wants the nurse to perform a hundred and one tasks, and stands whether you've done that, you've done that'* (Ilona). In the process of the study, nurses noted that nurse is valued as a specialist with whom it is not worth discussing anything, *'<...> here is what one physician said to one of the residents, 'You don't go into any kind of discussions and disputes with middle-level medical personnel'* (Regina).

Respondents told a notion that physicians are trying to distance themselves from the close and friendly relationship with nurses, *'<...> now we keep a very formal relationship. It happens when we joke, someone brings a cake, we eat it. But there is no that warm atmosphere'* (Sandra). There are attempts to understand this, to have an explanation for it, *'<...> one explanation could be that the work is getting more complicated, more people are coming in, lack of space or else, but the point is elsewhere'* (Julija).

Teaming up only when you need to work intensively

Respondents spoke of still existing hierarchical role distribution in units between physicians and nurses, *'now it's kind of hierarchical in the unit because there is no such team, you know the team'* (Julija). Lack of teamwork is felt quite strongly in everyday situations, *'if we don't have anything intensive, no resuscitation or surgery, then physicians are working in their corners, and nurses – in theirs'* (Regina). The communication changes, however, when a sudden, emergency-like situation emerges, *'If resuscitation is happening, conflicts are not happening, everybody works'* (Sandra). The study showed that in these situations a feeling of teamwork just happens. Then it feels like a team, *'When some work happens, then there is a team'* (Regina).

Mutual support

During the research, one more important area of work relationship emerged, i.e. cooperation between colleagues. It was noted that the support and aid of colleagues are felt all the time, *'Mutual support is very important. If physicians don't trust us all the time, it helps to know that our colleagues support us, at least that'* (Vilma). The work at NICU is connected to new technologies and new methods of treatment and care. The study revealed that nurses exchange the new information among themselves, *'Well, then we ask each other <...>'* (Ilona). Connection and contacts with co-workers remain after working hours as well, *'It happens that girls are calling work after they come home just to talk. They worry, about how things are. Sometimes that happens quite frequently'* (Edita).

The nurses shared that they know each other very well. They know each other's skills, which encourages confidence in colleagues, *'We know each other very well, we know whom we can trust, who would help, and do their job'* (Sandra).

Interaction with parents of newborns

Parents' involvement in nursing newborns

When talking about their cooperation with the parents of newborns, study participants noted that they base their work on the principles of „family-oriented nursing“ whose purpose is to train parents and help them to get close with their newborn, *'<...> you draw parents close to a child, there is nothing special to do. You just instruct, observe, help'* (Inesa). When the condition of a newborn allows, the attempts are made to include parents in the nursing process, *'When the condition of a newborn allows, we let them stroke a child, touch her, then measure the temperature, change the diaper, flip the baby'* (Ilona). It was observed that one needs to put a lot of effort when working with parents, *'<...> you need to work more with parents than with a newborn, and then parents work with their child'* (Vilma).

Supporting parents when a newborn is dying

The participants of the study also touched on aspects of communication with parents whose newborn is dying. They stressed that it is a must to support mourning and suffering parents, *'<...>we have twelve-, thirteen-hour shift, you have to be with those parents in constant crying... When they suffer to support them when they see that there is no hope'* (Sandra). It stood out that it is important that nurses in NICU would feel what the parents care about the most in a particular situation, *'I often tell that he [the newborn] is comfortable, that we provided him with warmth, food, that he doesn't feel pain <...> I think, this is important to parents'* (Raminta). Participants of the study noted that speaking helps parents to live out and free feelings that are bothering them inside, *'<...> in these situations [when the child dies] allow the mother to talk things out. She needs to talk'* (Aldona).

Parents' gratitude

In a discussion, one more aspect of communication with parents unfolded, i.e. parents' gratitude. Nurses were speaking that they are curious about seeing their former patients and that is pleasant to see them, *'We release children home, and after a while, they come to see us – it's nice'* (Vilma). In NICU, several hundred newborns spend their time (note of the author), and it is hard to remember all of them, *'I forget, it's different for me anyway, but they remember'* (Danguolė). We noted also that sometimes parents' gratitude trig-

gers very conflicting feelings. It is especially difficult to accept the gratitude from parents of a dead newborn or parents whose newborn became disabled, *'It happens that a child dies, just dies, and when parents come to thank and bring something, you know like some treat or thing into unit'* (Julija), *'<...> the most dreadful moment is when parents of those poor disabled children come to thank me. I feel ashamed'* (Regina)

CONCLUSIONS

1. Two-thirds (63.8 %) of NICU nurses reported health complaints and poor emotional well-being. One fourth complained about increased nervousness, one-tenth – about a prolonged bad mood and other symptoms of depression. Nurses reported such stress-causing factors at work as insufficient salary, additional tasks that are not directly related to nursing, observing death, suffering, and painful procedures for a patient. For stress coping, the nurses mostly used adaptive ways, however, 7.6 % reporting coping using smoking or alcohol, and almost one-fourth (25.5 %) used medication without prescription.
2. Almost one-fifth of NICU nurses had a high risk for professional burnout – 4.3 % meeting the criteria for burnout and 15.9 % for an increased risk of burnout. Approximately one-tenth of respondents had symptoms of emotional exhaustion (9.6 %) and depersonalization (12.8 %), and more than half of them (61.7 %) reported their personal accomplishments as poor.
3. An increased risk for professional burnout among NICU nurses was associated with being younger than 40 years old and experiencing of conflicts at work. Other factors of well-being or stress coping were not related to a higher risk for professional burnout.
4. In their daily professional practice, NICU nurses collaborate coherently, however, their interaction with physicians frequently lacks teamwork principles and clear distinction of functions and responsibilities. In relation to parents of nursed newborns, the nurses follow the family-oriented nursing approach, they try to involve parents in the nursing process and provide support in case of death.

PRACTICAL RECOMMENDATIONS

Based on research results, we developed further recommendations in an attempt to minimize the effects of stress-related to professional activity, and decrease the risk of professional burnout:

Recommendations for nurses working in NICU

1. Identify what causes the stress in professional activity most often.
2. In a stressful situation and when the need comes up, get psychological help.
3. To relax after stressful situations at work, choose physical exercises and hobbies, and spend time with family and close people.

Recommendations for administration of NICU of healthcare institutions

1. Give opportunities for nurses to do self-training by using algorithms of nursing procedures.
2. Organize simulations of clinical situations and briefings of their results. Encourage all participating personnel, including nurses, to share, naming the problems they faced.
3. Organize training on conflict and stress management for nurses.
4. Discuss the competencies, functions, and responsibilities of every member of the healthcare team during the situation discussions and debriefing.
5. Once a year, organize conversations with NICU nurses, during which try to find out the strong sides of their professional work and personality and allow them to express themselves at work.
6. Provide information about possible help in stress situations (e.g. psychologist working with personnel).
7. Decrease the number of tasks that are not directly related to patient care by re-organizing and re-distributing tasks (e.g. give tasks that do not require the professional qualification of a nurse to assistant nurses).
8. Improve nurses' work environment.

Recommendations for professional training institutions

1. Consider the opportunity to prepare nurses of general practice with a specialization in neonatology.
2. Give maximum time for practice for students of nursing who have chosen specialization in neonatology.
3. Consider the possibility to develop a postgraduate training program for nurses 'Family-oriented care of a newborn.'

Recommendations for future research

1. Enhance qualitative research to define the factors affecting low personal achievements among NICU nurses.
2. Conduct the studies to assess the clinical competencies of NICU nurses.
3. Make more detailed research on the formation of professional identity among NICU nurses, and their interaction with the healthcare team and parents during the provision of services to ill and preterm newborns.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Abarghouei MR, Sorbi MH, Abarghouei M, Bidaki R, Yazdanpoor S. A study of job stress and burnout and related factors in the hospital personnel of Iran. *Electron Physician* 2016;8(7):2625-32.
2. Abuidhail J, Al-Motlaq M, Mrayan L, Salameh T. The Lived Experience of Jordanian Parents in a Neonatal Intensive Care Unit: A Phenomenological Study. *J Nurs Res* 2017 Apr;25(2):156-162.
3. Adriaenssens J, Gucht VMJ, Doef MP, Maes S. Exploring the burden of emergency care: Predictors of stress-health outcomes in emergency nurses. *J Adv Nurs* 2011; 67:1317-28.
4. Allen J, Brown L, Duff C, Nesbitt P, Hepner A. Development and evaluation of a teaching and learning approach in cross-cultural care and antidiscrimination in university nursing students. *Nurse Educ Today* 2013;33:1592-8
5. Almeida Fde A, Moraes MS, Cunha ML. Taking care of the newborn dying and their families: Nurses' experiences of neonatal intensive care. *Rev Esc Enferm USP* 2016 Jun;50 Spec:122-9. Doi: 10.1590/S0080-623420160000300018.
6. Amarnah BH. Social Support Behaviors and Work Stressors among Nurses: A Comparative Study between Teaching and Non-Teaching Hospitals. *Behav Sci (Basel)* 2017;7(1). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5371749/>
7. Amati M, Tomasetti M, Ciuccarelli M, Mariotti L, Tarquini LM, Bracci M, Baldassari M, Balducci C, Alleva R, Borghi B, et al. Relationship of job satisfaction, psychological distress and stress-related biological parameters among healthy nurses: A longitudinal study. *J Occup Health* 2010; 52: 31-8.
8. Antonovsky A. Health, stress and coping. San Francisco: Jossay-Bass; 1974.
9. Antonovsky A. Personality and Health: Testing the Sense of Coherence Model. *Personality and Disease*. Ed. By Friedman HS. California: John Wiley & sons, 1990.
10. Antonovsky A. The Structure and properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science and Medicine* 1993; 36(6): 725-33.
11. Ayala E, Carnero AM. Determinants of Burnout in Acute and Critical Care Military Nursing Personnel: A Cross-Sectional Study from Peru. *PLoS One* 2013;8(1):e54408. Available at: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0054408>
12. Azmoon H, Dehghan H, Akbari J, Souri S. The relationship between thermal comfort and light intensity with sleep quality and eye tiredness in shift work nurses. *J Environ Public Health* 2013. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23476674>
13. Ballantyne M, Orava T, Bernardo S, McPherson AC, Church P, Fehlings D. Parents' early healthcare transition experiences with preterm and acutely ill infants: a scoping review. *Child Care Health Dev.* 2017 Mar 30. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cch.12458>
14. Barr P. Moral Distress and Considering Leaving in NICU Nurses: Direct Effects and Indirect Effects Mediated by Burnout and the Hospital Ethical Climate. *Neonatology* 2020;117(5):646-649.
15. Ben Natan M, Becker F. Israelis' perceived motivation for choosing a nursing career. *Nurse Education Today* 2010; 30(4): 308-13.
16. Ben-Zur H, Michael K., Burnout, Social Support, and Coping at Work Among Social Workers, Psychologists, and Nurses: The Role of Challenge/Control Appraisals. *Social Work in Health Care* 2007;45(4):63-82.
17. Beresford TP, Blow FC, Hill E, Singer K, Lucey MR. Comparison of CAGE questionnaire and computer-assisted laboratory profiles in screening for covert alcoholism. *Lancet* 1990;336(8713):482-5.
18. Bland JM, Altman DG. Cronbach's alpha. *BMJ* 1997 Feb 22;314(7080):572.

19. Boor M, Frankland J, Thomas M, Robson K. Focus groups social research. London: Sage; 2001.
20. Boucoiran I. Residents in gynecology-obstetrics: are we concerned by burn out? *Gynécologie, obstétrique & fertilité* 2011; 39(2):116.
21. Boyatzis R E. Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development. Thousand Oaks CA: Sage;1998.
22. Braun V, and Clarke V. Successful Qualitative Research: A Practical Guide for Beginners. Landon: SAGE Publication, 2013.
23. Brinkert R. Conflict coaching training for nurse managers: a case study of a two-hospital health system. *Journal of Nursing Management* 2011; 19 (1): 80–91.
24. Brouwers EP, van Baar AL, Pop VJ. Does the Edinburgh Postnatal Depression Scale measure anxiety? *J Psychosom res* 2001;51(5):659-63.
25. Brown H, Zylstra F, Lyons E. The psychological effects of organizational restructuring on nurses. *J Adv Nurs* 2006; 53(3): 344–57.
26. Burke RJ, Richardsen AM. Psychological burnout in organizations. Research and intervention. New York: Handbook of organization behavior; 2001: 327-63.
27. Burke RJ, Wolpin J. Hospital restructuring and downsizing: Effects on nursing staff well-being and perceived hospital functioning. *Europe's Journal of Psychology* 2011;1:81-9
28. Byrne BM. Burnout: testing for the validity, replication, and invariance of causal structure across elementary, intermediate, and secondary teachers. *American Education Research Journal* 1994;31(3):645-73.
29. Canadas-De la Fuente GA, Vargas C, San Luis C, García I, Cañadas GR, De la Fuente EI. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies* 2015;52(1):240-9.
30. Caplan S, Black R. Evaluation of the cross-cultural health assessment as an interdisciplinary method of cultural competency education. *J Nurs Educ Pract* 2014;4:58-73.
31. Chatzigianni D, Tsounis A, Markopoulos N, Sarafis P. Occupational Stress Experienced by Nurses Working in a Greek Regional Hospital: A Cross-sectional Study. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2018 Nov-Dec;23(6):450-7.
32. Chen YM, Fang JB. Correlation Between Nursing Work Environment and Nurse Burnout, Job Satisfaction, and Turnover Intention in the Western Region of Mainland China *Hu Li Za Zhi*. 2016 Feb;63(1):87-98.
33. Cheung T, Wong SY, Wong KY, Law LY, Ng K, Tong MT et al. Depression, Anxiety and Symptoms of Stress among Baccalaureate Nursing Students in Hong Kong: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health* 2016;13(8). Available at: <http://www.mdpi.com/1660-4601/13/8/779>
34. Cicchitti C, Cannizzaro G, Rosi F, Maccaroni R, Menditto VG. Burnout syndrome in pre-hospital and hospital emergency. Cognitive study in two cohorts of nurses. *Recenti Progr Medicina* 2014;105(7):275-80.
35. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. *Br J Psychiatr* 1987;150:782-6.
36. Cox T, Griffiths A, Rial-Gonzalez E. Research on Work-related Stress. 2002; Luxemburg: Official Publications of the European Communities.
37. Cox T. An introduction to individual differences; stress and coping. In C.L.Cooper & R. Payne (Eds), *Personality and Stress: Individual Differences in Stress and Coping*. New York: J Wiley and Sons, 1991.
38. Currie ER, Roche C, Christian BJ, Bakitas M, Meneses K. Recruiting bereaved parents for research after infant death in the neonatal intensive care unit. *Appl Nurs Res* 2016 Nov;32:281-5.

39. Da Silva JL, Soares Rda S, Costa Fdos S, Ramos Dde S, Lima FB, Teixeira LR. Psychosocial factors and prevalence of burnout syndrome among nursing workers in intensive care units. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* 2015;27(2):125-33.
40. Dagget T, Molla A, Belachew T. Job related stress among nurses working in Jimma Zone public hospitals, South West Ethiopia: a cross sectional study. *BMC Nurs* 2016;15:39.
41. Dahl BM, Clancy A, Andrews T. The meaning of ethically charged encounters and their possible influence on professional identity in Norwegian public health nursing: a phenomenological hermeneutic study. *Scand J Caring Sci.* 2014 Sep;28(3):600-8.
42. Dalri Rde C, da Silva LA, Mendes AM, Robazzi ML. Nurses' workload and its relation with physiological stress reactions. *Rev Lat Am Enfermagem* 2014;22(6):959-65.
43. De Araujo Sartorio N, Pavone Zoboli E.L.C. Images of a 'good nurse' presented by teaching staff. *Nursing Ethics* 2010;17(6): 687-94.
44. Deery S, Iverson R, Walsh J. Work Relationship in telephone Call Centres: Understanding Emotional Exhaustion and Employee Withdrawal. *Journal of Management Studies* 2002; 39(1):471-96.
45. Delgado DA, Ness S, Ferguson K, Engstrom PL, Gannon TM, Gillett C. Cultural competence training for clinical staff measuring the effect of a one-hour class on cultural competence. *J Transcult Nurs* 2013;24:204-13.
46. Doody O, Slevin E, Taggart L. Preparing for and conducting focus groups in nursing research: part 2. *Br J Nurs* 2013 Feb 14-28;22(3):170-3.
47. Dombrecht L, Cohen J, Cools F, Deliens L, Goossens L, Naulaers G, et al. Psychological support in end-of-life decision-making in neonatal intensive care units: Full population survey among neonatologists and neonatal nurses. *Palliat Med* 2020;34(3):430-434.
48. Ehigie B, Ehigie R. Applying qualitative methods in organizations: a note for industrial/organizational psychologists. *The Qualitative Report* 2005;10(3):621-638.
49. Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E. Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Current opinion in critical care* 2007;13(5):482-88.
50. Engelbrecht MC, Bester CL, Van Den Berg H, Van Rensburg H. A study of predictors and levels of burnout: The case of professional nurses in primary health care facilities in the Free State 1. *South African Journal of Economics* 2008;76:15-27.
51. Esfahani MS, Mirzaee M, Boroumandfar K, Abedi MR. Job burnout and its relation with personality traits among the midwives working in Isfahan, Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2012;17(3):220-4.
52. Eslami Akbar R, Elahi N, Mohammadi E, Fallahi Khoshknab M. What Strategies Do the Nurses Apply to Cope With Job Stress?: A Qualitative Study. *Glob J Health Sci* 2015 Sep 28;8(6):55-64.
53. Fathi A, Nasae T, Thiangchanya P. Workplace stressors and coping strategies among public hospital nurses in Medan, Indonesia. *Nurse Media Journal of Nursing* 2012;2(1):315-24.
54. Fealy G, Hegarty JM, McNamara M, Casey M, O'Leary D, Kennedy C, O'Reilly P, O'Connell R, Brady AM, Nicholson E. Discursive constructions of professional identity in policy and regulatory discourse. *J Adv Nurs* 2018 May 23. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29791020>
55. Feeley N, Genest C, Niela-Vilén H, Charbonneau L, Axelin A. Parents and nurses balancing parent-infant closeness and separation: a qualitative study of NICU nurses' perceptions. *BMC Pediatr* 2016 20;16:134. Available at: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-016-0663-1>
56. Fore AM, Scull GL. A concept analysis of situational awareness in nursing. *J Adv Nurs* 2013;69(12):2613-21.

57. Freudenberger HJ. The staff burnout syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1975; 12:72-83.
58. Furman L, Kennel J, Breastmilk and Skin-to-skin Kangaroo Care for Premature Infants. Avoiding Bonding Failure. *Acta Paediatrica* 2000;89(11):1280-3.
59. Garrosa E, Rainho C, Moreno-Jimenez B, Monteiro MJ. The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: A correlational study at two time points. *Int J Nurs Stud* 2010;47:205-15.
60. Goldman A, Mc Donald S. *The group depth interview: principles and practices*. Cliffs NJ: Prentice-Hall; 1987.
61. Gomes Sda F, Santos MM, Carolino ET. Psycho-social risks at work: stress and coping strategies in oncology nurses. *Rev Lat Am Enfermagem* 2013;21(6):1282-9.
62. Graham K, Davies B, Woodend K, Simpson J, Mantha S. Impacting Canadian public health nurses' job satisfaction. *Can J Public Health* 2011;102:427-31.
63. Gray-Toft P, Anderson JG. The nursing stress scale: development of an instrument. *J Behavioral Assessment* 1981;3:11-23.
64. Hague P, Hague N, Morgan CA. *Market research in practice: a guide to the basics*. UK: Kogan Page Limited; 2004.
65. Halcomb EJ, Gholizadeh L, DiGiacomo M, Phillips J, Davidson PM. Literature review: considerations in undertaking focus group research with culturally and linguistically diverse groups. *J Clin Nurs* 2007 Jun;16(6):1000-11.
66. Hamaideh SH. Occupational stress, social support, and quality of life among Jordanian mental health nurses. *Issues Ment Health Nurs* 2012;33:15-23.
67. Hamaideh SH, Ammouri A. Comparing Jordanian nurses' job stressors in stressful and non stressful clinical areas. *Contemp Nurse* 2011;37(2):173-87.
68. Hamaideh SH, Mrayyan MT, Mudallal R, Faouri IG & Khasawneh NA. Jordanian nurses' job stressors and social support. *Journal compilation © International Council of Nurses* 2008;40-7.
69. Happell B, Dwyer T, Reid-Searl K, Burke KJ, Caperchione CM, Gaskin CJ. Nurses and stress: recognizing causes and seeking solutions. *J Nurs Manag* 2013 May;21(4):638-47.
70. Hausser JA, Mojzisch A, Niesel M, Schulz-Hardt S. Ten years on: A review of recent research on the Job Demand-Control (-Support) model and psychological well-being. *Work and Stress* 2010;24(1):1-35.
71. Henriksen L, Lukasse M. Burnout among Norwegian midwives and the contribution of personal and work-related factors: A cross-sectional study. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2016;9:42-7.
72. Hensel D. Typologies of professional identity among graduating baccalaureate-prepared nurses. *J Nurs Scholarsh* 2014 Mar;46(2):125-33.
73. Holmes TH, Rahe RH. *Journal of Psychosomatic research* 1967; 11(2): 213-21. [http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397\(17\)30068-X/fulltext](http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397(17)30068-X/fulltext).
74. Ignell Modé R, Mard E, Nyqvist KH, Blomqvist YT. Fathers' perception of information received during their infants' stay at a neonatal intensive care unit. *Sex Reprod Healthc*. 2014 Oct;5(3):131-136.
75. Jayasekara RS. Focus groups in nursing research: methodological perspectives. *Nurs Outlook* 2012 Nov-Dec;60(6):411-6.
76. Jenaro C, Flores N, Arias B. Burnout and coping in human service practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice* 2007; 38(1):80-7.
77. Johansen ML, Cadmus E. Conflict management style, supportive work environments and the experience of work stress in emergency nurses. *J Nurs Manag* 2016;24(2):211-18.

78. Johnston D, Bell C, Jones M, Farquharson B, Allan J, Schofield P, Ricketts I, Johnston M. Stressors, Appraisal of Stressors, Experienced Stress and Cardiac Response: A Real-Time, Real-Life Investigation of Work Stress in Nurses. *Ann Behav Med* 2016;50(2):187-97.
79. Kajander-Unkuri S, Salminen L, Saarikoski M, Suhonen R, Leino-Kilpi H. Competence areas of nursing students in Europe. *Nurse Education Today* 2013; 33(6):625-32.
80. Kamel SSA, Fakhry SF, Ibrahim RM. Self-assessment competency tool for nurses working in critical care units: development and psychometric evaluation. *Life Science Journal* 2011; 8 (3): 156-64.
81. Kawano Y. Association of job-related stress factors with psychological and somatic symptoms among Japanese hospital nurses: effect of departmental environment in acute care hospitals. *J Occup Health*. 2008;50(1):79-85.
82. Khamisa N, Oldenburg B, Peltzer K, Ilic D. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(1):652–66.
83. Khamisa N., Peltzer K., Oldenburg B. Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurses: A systematic review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2013;10:2214-40.
84. Khoo EJ, Aldubai S, Ganasegeran K, Lee BX, Zakaria NA, Tan KK. Emotional exhaustion is associated with work related stressors: a cross-sectional multicenter study in Malaysian public hospitals. *Arch Argent Pediatr*. 2017;115(3):212-219.
85. Kim JS, Shin HS. Development of the Developmental Support Competency Scale for Nurses Caring for Preterm Infants. *J Korean Acad Nurs*. 2016;46(6):793-803.
86. Kinalski DD, Paula CC, Padoin SM, Neves ET, Kleinubing RE, Cortes LF. Focus group on qualitative research: experience report. *Rev Bras Enferm* 2017 Apr;70(2):424-429.
87. Klopper HC, Coetzee SK, Pretorius R, Bester P. Practice environment, job satisfaction and burnout of critical care nurses in South Africa. *Journal of Nursing Management*. 2012;20(5):685-95
88. Ko W, Kiser-Larson N. Stress Levels of Nurses in Oncology Outpatient Units. *Clin J Oncol Nurs* 2016;20(2):158-64.
89. Kvale K. Do cancer patients always want to talk about difficult emotional? A qualitative study of cancer inpatients communication needs. *European Journal of Oncology Nursing* (2007) 11, 320-27.
90. Lakanmaa RL, Suominen T, Ritmala-Castren M, Vahlberg T, Leino-Kilpi H. Basic Competence of Intensive Care Unit Nurses: Cross-Sectional Survey Study. *BioMed Research International Volume 2015* (2015), Article ID 536724, 12 pages. Available from: URL: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/536724>
91. Lambert VA, Lambert CE, Petrini M, Li XM, Zhang YJ. Predictors of physical and mental health in hospital nurses within the People's Republic of China. *Int Nurs Rev* 2007;54:85–91.
92. Lang GM, Patrician P, Steele N. Comparison of Nurse Burnout Across Army Hospital Practice Environments. *J Nurs Scholarsh* 2012;44:274-83.
93. Larsson C, Wågström U, Normann E, Thernström Blomqvist Y. Parents experiences of discharge readiness from a Swedish neonatal intensive care unit. *Nurs Open* 2016 Nov 9;4(2):90-95.
94. Lavoie-Tremblay M, Feeley N, Lavigne GL, Genest C, Robins S, Fréchette J. Neonatal Intensive Care Unit Nurses Working in an Open Ward: Stress and Work Satisfaction. *Health Care Manag (Frederick)* 2016;35(3):205-16.
95. Lazarus R. S. Emotions and interpersonal relationships: Toward a person-centered conceptualization of emotions and coping . *J of Personality* 2006;74:9-46.
96. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. Springer: New York, 1984.

97. Lazarus RS. Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine* 1993;55:234-47.
98. Lee JSY, Akhtar S. Effects of the workplace social context and job content on nurse burnout. *Hum. Resource Manage* 2011;50:1-19.
99. Losa Iglesias ME, Becerro de Bengoa Vallejo R. Prevalence and relationship between burnout, job satisfaction, stress, and clinical manifestations in Spanish critical care nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing* 2013;32(3):130-7.
100. Lu DM, Sun N, Hong S, Fan YY, Kong FY, Li QJ. Occupational stress and coping strategies among emergency department nurses of China. *Arch Psychiatr Nurs* 2015 Aug;29(4):208-12.
101. Lu H, Barriball KL, Zhang X, While AE. Job satisfaction among hospital nurses revisited: A systematic review. *Int J Nurs Stud* 2012;49(8):1017-38.
102. Lu H, While AE, Barriball KL. Job satisfaction and its related factors: a questionnaire survey of hospital nurses in Mainland China. *Int J Nurs Stud* 2007 May;44(4):574-88.
103. Lu PY, Tsai JC, Tseng SY. Clinical teachers' perspectives on cultural competence in medical education. *Med Educ* 2014;48:204-14.
104. Lugo A, Ascuitto R, Pacifici R, Colombo P, La Vecchia C, Gallus S. Smoking in Italy 2013-2014, with a focus on the young. *Tumori* 2015;101(5):529-34.
105. Mallory JL. The impact of a palliative care educational component on attitudes toward care of the dying in undergraduate nursing students. *J Prof Nurs* 2003 Sep-Oct;19(5):305-12.
106. Maslach Ch, Jackson S. E. Burnout in organizational settings. *Applied Social Psychology Annual*; 1984.
107. Maslach Ch, Jackson S.E, Leiter M.P. *Maslach Burnout Inventory (Third Edition)*. Palo Alto, California. Consulting Psychologists Press Inc; 1996.
108. Maslach Ch, Leiter M. *The truth about burnout. How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1997.
109. Maslach Ch. *Burnout: The Cost of Caring*. Englewood Cliffs, NJ. Prentice-Hall. 1982:32-51.
110. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*. 1981 apr 1;2(2):99-113.
111. Maslach Ch. *Burnout: the cost of caring*. Los Altos, CA:ISHK Book Service; 2003.
112. Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry* 1974;131(10):1121-3.
113. McKenzie DM. The role of mediation in resolving workplace relationship conflict. *Int J Law Psychiatry* 2015 Mar-Apr;39:52-9.
114. McVicar A. Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal Advanced Nursing* 2003;44:633-42.
115. Mealer M, Jones J, Meek P. Factors Affecting Resilience and Development of Posttraumatic Stress Disorder in Critical Care Nurses. *Am J Crit Care* 2017;26(3):184-92.
116. Meretoja R & Koponen LA systematic model to compare nurses' optimal and actual competencies in the clinical setting. *Journal of Advanced Nursing* 2012;68(2):414-22.
117. Meyer RM, Li A, Klaristenfeld J, Gold JI. Pediatric novice nurses: examining compassion fatigue as a mediator between stress exposure and compassion satisfaction, burnout, and job satisfaction. *J Pediatr Nurs* 2015;30(1):174-83.
118. Mirlashari J, Qommi R, Nariman S, Bahrani N, Begjani J. Clinical Competence and Its Related Factors of Nurses in Neonatal Intensive Care Units. *Journal of Caring Sciences* 2016;5(4):317-24.

119. Momeni P, Jirwe M, Emami A. Enabling nursing students to become culturally competent-a documentary analysis of curricula in all Swedish nursing programs. *Scand J Caring Sci* 2008;22(4):499-506.
120. Morgan D. Focus groups as qualitative research. London: Sage; 1997.
121. Moustaka E, Constantinidis T. Sources and effects of work-related stress in nursing. *Health Sci J* 2010;4:210-16.
122. Mousazadeh S, Yektatalab S, Momennasab M, Parvizy S. Impediments to the formation of intensive care nurses' professional identify. *Nurs Ethics* 2018 Aug 21. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30130995>
123. Milutinović D, Golubović B, Brkić N, Prokeš B. Professional stress and health among critical care nurses in Serbia. *Arch Hig Rada Toksikol* 2012;63:171-80.
124. Mundy CA. Assessment of family needs in neonatal intensive care units. *Am J Crit Care* 2010 Mar;19(2):156-163.
125. Myers D. G. *Psichologija. Poligrafija ir informatika*. Vilnius, 2000; 585-627, 651-670.
126. Nantsupawat A, Nantsupawat R, Kunaviktikul W, Turale S, Poghosyan L. Nurse Burnout, Nurse-Reported Quality of Care, and Patient Outcomes in Thai Hospitals. *J Nurs Scholarsh* 2016;48(1):83-90.
127. Nobahar M. Competence of nurses in the intensive cardiac care unit. *Electronic Physician* 2016;8(5):2395-404.
128. Noergaard B, Ammentorp J, Garne E, Fenger-Gron J, Kofoed PE. Fathers' Stress in a Neonatal Intensive Care Unit. *Adv Neonatal Care* 2018 Oct;18(5):413-22.
129. Ntantana A, Matamis D, Savvidou S, Giannakou M, Gouva M, Nakos G, Koulouras V. Burnout and job satisfaction of intensive care personnel and the relationship with personality and religious traits: An observational, multicenter, cross-sectional study. *Intensive Crit Care Nurs* 2017;41:11-17
130. O'Brien CP. The CAGE questionnaire for detection of alcoholism: a remarkably useful but simple tool. *JAMA* 2008;300(17):2054-6.
131. Ohue T, Moriyama M, Nakaya T. Examination of a cognitive model of stress, burnout and intention to resign for Japanese nurses. *Jpn J Nurs Sci* 2011;8:76-86.
132. Okita S, Daitoku S, Abe M, Arimura E, Setoyama H, Koriyama C, Ushikai M, Kawaguchi H, Horiuchi M. Potential predictors of susceptibility to occupational stress in Japanese novice nurses – a pilot study. *Environ Health Prev Med* 2017 Apr 4;22(1):20.
133. Opie T, Dollard M, Lenthall S, Wakerman J, Dunn S, Knight S, MacLeod M. Levels of occupational stress in the remote area nursing workforce. *Australian Journal of Rural Health* 2010;18:235-41.
134. Özden D, Karagözoğlu Ş, Yildirim G. Intensive care nurses' perception of futility: job satisfaction and burnout dimensions. *Nursing Ethics* 2013;20(4):436-47.
135. Piko BF. Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2006; 43: 311-8.
136. Portero de la Cruz S, Vaquero Abellan M. Professional burnout, stress and job satisfaction of nursing staff at a university hospital. *Rev lat Am Enfermagem* 2015;23(3):543-52.
137. Poulsen MG, Poulsen AA, Baumann KC, McQuitty S, Sharpley CF. A cross-sectional study of stressors and coping mechanisms used by radiation therapists and oncology nurses: Resilience in Cancer Care Study. *J Med Radiat Sci* 2014;61(4):225-32.
138. Prentice TM, Gillam L, Davis PG, Janvier A. Always a burden? Healthcare providers' perspectives on moral distress. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2018;103(5):441-445.
139. Raftopoulos V, Charalambous A. The factors associated with the burnout syndrome and fatigue in Cypriot nurses: a census report. *BMC Public Health* 2012;12:457-70.

140. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Culla, Gregory WM, Leaning MS, Snashall DC, timothy AR. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *British journal of cancer* 1995 Jun;71(6):1263.
141. Ratner B. The correlation coefficient: Its values range between + 1/- 1, or do they?. *Journal of targeting, measurement and analysis for marketing* 2009;17(2):139-142.
142. Reader T, Flin R, Lauche K, Cuthbertson B. Non-technical skills in the intensive care unit. *Br J Anaesthesia* 2006;96(5):551-9.
143. Rom O, Reznick AZ. The Stress Reaction: A Historical Perspective. *Adv Exp Med Biol* 2016;905:1-4.
144. Sabanciogullari S, Dogan S. Relationship between job satisfaction, professional identity and intention to leave the profession among nurses in Turkey. *J Nurs Manag* 2015;23(8):1076-85.
145. Santed MA, Sandin B, Chorot P, Olmedo M, Garcia-Campayo J. The role of negative and positive affectivity on perceived stress – subjective health relationships. *Acta Neuropsychiatria* 2003;15:199-216.
146. Sannino P, M L Gianni ML, Re LG, Lusignani M. Moral distress in the neonatal intensive care unit: an Italian study. *Perinatol* 2015;35(3):214-7.
147. Sarafis P, Rousaki E, Tsounis A, Malliarou M, Lahana L, Bamidis P. The impact of occupational stress on nurses' caring behaviors and their health related quality of life. *BMC Nurs* 2016;27;15:56. Available from: <https://www.ncbi.nih.gov/pubmed/27708546>
148. Schreuder JA, Roelen CA, Groothoff JW, van der Klink JJ, Magerøy N, Pallesen S. Coping styles relate to health and work environment of Norwegian and Dutch hospital nurses: a comparative study. *Nurs Outlook* 2012;60(1):37-43.
149. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med* 2012 8;172(18):1377- 85.
150. Silverman D. Using Qualitative Methods to Study Health and Illness. OBSSR e-Source online resource for Behavioral and Social Sciences Research. 2012. Available at: <http://www.esourceresearch.org/eSourceBook/QualitativeMethods/12TranscriptionSymbols/tabid/278/Default.aspx>
151. Smith P, Fritschi L, Reid A & Mustard C. The relationship between shift work and body mass index among Canadian nurses. *Applied Nursing Research* 2013;26:24-31.
152. Soroush F, Zargham-Boroujeni A, Namnabati M. The relationship between nurses' clinical competence and burnout in neonatal intensive care units. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2016;21(4):424-29
153. Stern M, Karraker KH, Sopko AM, Norman S. The prematurity stereotype revisited: impact on mothers' interactions with premature and full-term infants. *Inf Mental Health J* 2000;21:495-509
154. Su JA, Weng HH, Tsang HY, Wu JL. Mental health and quality of life among doctors, nurses and other hospital staff. *Stress and Health* 2009;25:423-30.
155. Sugawara N, Danjo K, Furukori H, Sato Y, Tomita T, Fujii A, Nakagami T, Kitaoka K, Yasui-Furukori N. Work-family conflict as a mediator between occupational stress and psychological health among mental health nurses in Japan. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2017;13:779-84.
156. Sutherland VJ & Cooper GL *Understanding Stress: A Psychological Perspective for Health Professionals*. London: Chapman and Hall. 1990.
157. Tavallali AG, Kabir ZN, Jirwe M. Ethnic Swedish parents' experiences of minority ethnic nurses' cultural competence in Swedish paediatric care. *Scand J Caring Sci* 2014;28(2):255-63.

158. Ten Hoeve Y, Jansen G, Roodbol P. The nursing profession: public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. *J Adv Nurs* 2014;70(2):295-309.
159. Teodosio SS, Padilha MI. "To be a nurse": a professional choice and the construction of identity processes in the 1970s. *Rev Bras Enferm* 2016;69(3):428-34.
160. Tessier B, Cristo M. Kangaroo mother care: a method for protecting high risk, low birth weight and premature infants against developmental delay. *Infant behavior & development* 2003;26(3):384-97.
161. Thomas JC, Hersen M. *Handbook of mental health in the workplace*. Sage Publications, Incorporated; 2002.
162. Thorsen VC, Tharp AL, Meguid T. High rates of burnout among maternal health staff at a referral hospital in Malawi: A cross-sectional study. *BMC nursing* 2011;10(1):9.
163. Tourigny L, Baba VV, Wang X. Burnout and depression among nurses in Japan and China: The moderating effects of job satisfaction and absence. *Int J Hum Resour Man* 2010;21:2741-61.
164. Tucker SJ, Harris MR, Pipe TB, Stevens SR. Nurses' ratings of their health and professional work environments. *Am. Assoc. Occ. Health Nurses J* 2010;58:253-67.
165. Valizadeh L, Farnam A, Zamanzadeh V, Bafandehzende M. Sources of Stress for Nurses in Neonatal Intensive Care Units of East Azerbaijan Province, Iran. *Journal of Caring Sciences* 2012;1(4):245-54.
166. Van der Colff JJ, Rothmann S. Occupational stress, sense of coherence, coping, burnout and work engagement of registered nurses in South Africa. *S Afr J Ind Psychol* 2009;35:423-33.
167. Van Der Doef M, Mbazzi FB, Verhoeven C. Job conditions, job satisfaction, somatic complaint and burnout among East African nurses. *J Clin Nurs* 2012;21:1763-75.
168. Van Stolk C, Staetsky L, Hassan E, Woo C. *Management of psychosocial risks at work: An analysis of the findings of the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks*. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2012.
169. Vargas C, Cañadas GA, Aguayo R, Fernández R, De La Fuente EI. Which occupational risk factors are associated with burnout in nursing? A meta-analytic study. *Int J Clin Health Psychology* 2014;14(1):28-38.
170. Vasconcelos EM, Martino MMF, França SPS. Burnout and depressive symptoms in intensive care nurses: relationship analysis. *Rev Bras Enferm* 2018 Jan-Feb;71(1):135-41.
171. Wagner C, Smits M, Sorra J, Huang C. Assessing patient safety culture in hospitals across countries. *Int J Qual Health Care* 2013 Jul;25(3):213-21.
172. Wakim N. Occupational stressors, stress perception levels, and coping styles of medical surgical RNs: a generational perspective. *J Nurs Adm* 2014;44(12):632-9.
173. Watson J, Kinstler A, Vidonish WP 3rd, Wagner M, Lin L, Davis KG et al. Impact of Noise on Nurses in Pediatric Intensive Care Units. *Am J Crit Care* 2015;24(5):377-84.
174. Weller J, Boyd M, Cumin D. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare *Postgrad Med J* 2014;90:149-54.
175. Wihlborg J, Edgren G, Johansson A, Sivberg B. Reflective and collaborative skills enhances Ambulance nurses' competence – A study based on qualitative analysis of professional experiences. *Int Emerg Nurs* 2017;32:20-27.
176. Wilkinson D, Birmingham P. *Using Research Instruments: A guide for Researcher*. London and New York: Routledge Falmer, Taylor&Francis Group; 2003.
177. Williams G, Schmollgruber Sh, Alberto L. *Consensus Forum: Worldwide Guidelines on the Critical Care Nursing Workforce and Education Standards*. *Critical Care Clinics* 2006;22:393-406.
178. Yoon SL, Kim J. Job-related stress, emotional labor, and depressive symptoms among Korean nurses. *J Nurs Scholarsh* 2013;45:169-76.

179. Danusevičiene L, Jurkuvienė R. Požiurio į pacienta intensyviosios terapijos skyriuje transformacijos savitumai. *Medicina* 2010;46:8-15.
180. Dėl specializuotos slaugos sričių sąrašo patvirtinimo. LR SA ministro 2009 m. gruodžio 17 d. įsakymas Nr. V-1037.
181. Europos Komisijos komunikatas. Pristatymas prie pokyčių darbe ir visuomenėje. Naujoji Bendrijos sveikatos ir saugos darbe strategija 2002–2006. Europos Komisija, 2002.
182. Grabauskas V, Klumbienė J, Petkevičienė J, Šakytė E, Kriaučionienė V, Veryga A. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenimo tyrimas, 2014. 2015, Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Leidybos namai.
183. Kalasauskas D, Klumbienė J, Veryga A, Petkevičienė J. Probleminis alkoholinių gėrimų vartojimas Lietuvoje. CAGE testo duomenys. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas* 2011;15(6):440-4.
184. Kalibatas J, Glimbakaitė E, Kanapeckienė V, Mikutienė D, Valius L. Stresas šeimos gydytojų ir slaugytojų darbe. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas* 2007;9(2):102-9.
185. Kasiulis J, Tarvydienė V. Vadovavimo psichologija. 2004, Kaunas: Kauno technologijos universitetas.
186. Kriukelytė D, Vaškelytė A, Žitinaitė L. Stresas intensyviosios terapijos skyrių slaugytojų darbe. *Sveikatos mokslai* 2005;3:8-11.
187. Lapkienė L, Mockutė I, Nadišauskienė R, Gintautas V, Jakubonienė N, Bunevičius R. Edinburgo pogimdyminės depresijos skalės (EPDS) adaptavimas naudoti Lietuvoje. *Lietuvos akušerija ir ginekologija* 2004;7(4):280-4.
188. Malinauskienė V, Leišyte P, Malinauskas R. Psychosocial job characteristics, social support, and sense of coherence as determinants of mental health among nurses. *Med Lith* 2009;45:910-17.
189. Mikalauskas A, Širvinskas E, Marchertienė I, Macas A, Samalavičius R, Kinduris Š. Burnout among Lithuanian cardiac surgeons and Cardiac anesthesiologists. *Medicina* 2012;48(9):478-84.
190. MN 28:2011 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“. LR SA ministro 2011 m. birželio 8 d. įsakymas Nr. V-591.
191. MN 60:2011 „Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“. LR SA ministro 2011 m. birželio 27 d. įsakymas Nr. V-644.
192. Pikunas J, Palujanskiene A. Stresas. Atpažinimas ir iverkimas. 2005, Kaunas: pasaulio lietuviu centras.
193. Psichoaktyvių medžiagų vartojimo paplitimas Lietuvoje 2004-2016 metais. Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės, 2017. Prieiga per internetą: <https://ntakd.lrv.lt/lt/statistika-ir-tyrimai/tyrimai-ir-apklausa>
194. Riklikienė O, Krušinskaitė D, Gatautis R, Bagdonaitė Ž. Nurses' Work-Related Stress, Job Satisfaction, and Intent to Leave: A Survey in Primary Health Care Centers. *NERP* 2015;5(1):11-20.
195. Veryga A, Stanislavovienė J, Ignatavičiūtė L, Štelemėkas M, Liutkutė V. Probleminio alkoholio vartojimo įvertinimas tarp 15–74 metų amžiaus Lietuvos gyventojų naudojant AUDIT metodiką. *Sveikatos mokslai* 2013;23(5):22-8.
196. Vimantaite R. Slaugytoju, dirbančiu Lietuvos ligoniniu kardiologijos centruose, „perdegimo“ sindromo raiškos ir paplitimo įvertinimas: daktaro disertacija. Kaunas: Kauno medicinos universitetas; 2007.
197. Vimantaitė R, Šeškiavičius A. „Perdegimo“ sindromas tarp Lietuvos kardiologijos centruose dirbančių slaugytojų. *Medicina (Kaunas)* 2006;42(7):600-6.

198. Žigutienė R, Riklikienė O. Sveikatos priežiūros specialistų tarpusavio sąveika komandoje. *Sauga. Mokslas ir praktika* 2013;3(195):4-7.
199. Žydžiunaitė V, Crisafulli S. Žinių konstravimas aukštojoje mokykloje, kaip prielaida studento profesinio tapatumo vystymuisi. *Profesinės studijos: teorija ir praktika* 2012;10:133-141.
200. Белановский СА. Метод фокус-групп. Москва:Никколо-Медия; 2001.

MOKSLINĖ VEIKLA

Publikacijos, kuriuose paskelbti tyrimų rezultatai:

1. **Skorobogatova, Natalija;** Žemaitienė, Nida; Šmigelskas, Kastytis; Tamelienė, Rasa; Markūnienė, Eglė; Stonienė, Dalia. Limits of professional competency in nurses working in NICU. *Open medicine* 2018;13(1):410–415.
2. **Skorobogatova, Natalija;** Žemaitienė, Nida; Šmigelskas, Kastytis; Tamelienė, Rasa. Professional burnout and concurrent health complaints in neonatal nursing. *Open medicine* 2017;12(1):328–334.

Mokslinės konferencijos, kuriuose paskelbti tyrimų rezultatai:

1. **Skorobogatova, Natalija;** Tamelienė, Rasa; Stonienė, Dalia; Krakauskienė, Evelina. Limits of Professional Competency in Nurses Working in NICU // ICCN Congress 2019 – 10th International Conference Clinical Neonatology : Poster Presentation. Abstract Book : June 9–10–11, 2019, Venice. Milano : MCA Scientific Events, 2019, p. 149–150, no. 13.
2. **Skorobogatova, Natalija.** Professional burnout and concurrent health complaints in neonatal nursing // 8th International Congress of UENPS : Session “Family Centered Care” : Bucharest (Romania), October 3rd-5th 2018 / organized by the Union of European Neonatal and Perinatal Societies (UENPS). Bucharest : Union of European Neonatal and Perinatal Societies (UENPS), 2018, p. 22–22.
3. **Skorobogatova, Natalija.** Slaugytojų dirbančių su neišnešiotais ir sunkiai sergančiais naujagimiais darbo iššūkiai // 2017 – slaugos studijų, mokslo ir praktikos integracija tvariai sveikatos priežiūros sistemai = 2017 – Nurses: a voice to lead-achieving the sustainable development goals : tarptautinės recenzuotos konferencijos tezės : 2017 m. gegužės 10 d., Kaunas / Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos.

PRIEDAI

1 priedas



KAUNO REGIONINIS BIOMEDICININIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETAS

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, A. Mickevičiaus g. 9, LT 44307 Kaunas, tel. (+370) 37 32 68 89; el.paštas: kaunorbtek@ismuni.lt

LEIDIMAS ATLIKTI BIOMEDICININĮ TYRIMĄ

2016-02-17 Nr. BE-2-15

Biomedicininio tyrimo pavadinimas: "Sunkumai, su kuriais susiduria slaugytojos teikiant pagalbą naujagimiams ir jų tėvams sunkių perinatalinių situacijų atvejais"	
Protokolo Nr.:	1
Data:	2015-10-16
Versija:	1
Asmens informavimo forma	2016-01-05, versija Nr. 3
Pagrindinis tyrėjas:	Prof. Nida Žemaitienė
Biomedicininio tyrimo vieta:	LSMUL VŠĮ Kauno klinika,
Įstaigos pavadinimas:	Neonatologijos klinika
Adresas:	Eivenių g. 2, LT-50009, Kaunas, Lietuva

Išvada:

Kauno regioninio biomedicininis tyrimų etikos komiteto posėdžio, įvykusio 2016 m. vasario mėn. 9 d. (protokolo Nr. BE-10-5) sprendimu pritarta biomedicininio tyrimo vykdymui.

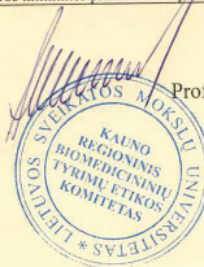
Mokslinio eksperimento vykdytojai įsipareigoja: (1) nedelsiant informuoti Kauno Regioninį biomedicininis Tyrimų Etikos komitetą apie visus nenumatytus atvejus, susijusius su studijos vykdymu, (2) iki sausio 15 dienos – pateikti metinį studijos vykdymo apibendrinimą bei, (3) per mėnesį po studijos užbaigimo, pateikti galutinį pranešimą apie eksperimentą.

Kauno regioninio biomedicininis tyrimų etikos komiteto nariai			
Nr.	Vardas, Pavardė	Veiklos sritis	Dalyvavo posėdyje
1.	Prof. Romaldas Mačiulaitis	Klinikinė farmakologija	ne
2.	Prof. Edgaras Stankevičius	Fiziologija, farmakologija	taip
3.	Doc. Eimantas Peičius	Filosofija	taip
4.	Dr. Ramunė Kasperavičienė	Kalbotyra	taip
5.	Med. dr. Jonas Andriuškevičius	Chirurgija	taip
6.	Agnė Krušinskaitė	Teisė	taip
7.	Prof. Skaidrius Miliauskas	Pulmonologija, vidaus ligos	taip
8.	Med. dr. Rokas Bagdonas	Chirurgija	ne
9.	Eglė Vaižgelienė	Visuomenės sveikata	ne

Kauno regioninis biomedicininis tyrimų etikos komitetas dirba vadovaudamasis etikos principais nustatytais biomedicininis tyrimų Etikos įstatyme, Helsinkio deklaracijoje, vaistų tyrinėjimo Geros klinikinės praktikos taisyklėmis.

Ekspertas

Prof. Edgaras Stankevičius



ANKETA

Gerbiama(-s) apklausos dalyve (-i),

Dėkojame, kad sutikote dalyvauti tyrime ir labai prašome skirti maždaug pusę valandos Jūsų asmeninio laiko atsakymams į pateiktus klausimus. Šiuo tyrimu siekiama įvertinti slaugytojų emocinę patirtį ir sunkumus, teikiant pagalbą naujagimiams ir jų tėvams perinatalinių komplikacijų atvejais. Be Jūsų geranoriškos pagalbos mes to nesužinosime, todėl kiekvieno apklausos dalyvio nuomonė ir nuoširdūs atsakymai yra labai svarbūs. Tikimės, kad gauti rezultatai bus naudingi gerinant slaugos paslaugų kokybę ir didinant slaugytojų pasitenkinimą darbu.

Jūsų atsakymų anonimiškumas bus užtikrintas, o gauti duomenys analizuojami tik apibendrintai. Atsakydami į anketoje pateiktus klausimus, **pasirinkite Jūsų nuomonę geriausiai atitinkantį atsakymą ir jį pažymėkite** . Ten, kur prašoma išsamesnio komentaro, savo nuomonę įrašykite tam skirtoje vietoje

Nuoširdžiai dėkojame už bendradarbiavimą.

Tyrėjų grupės vardai: Lietuvos sveikatos mokslų universiteto doktorantė
Natalija Skorobogatova LSMU Neonatologijos klinika, tel. 867842835

1. Jūs esate:
Moteris
Vyras
2. Jūsų amžius (įrašykite skaičių):metais
3. Jūs gyvenate:
Didmiestyje
Rajono centre
Miestelyje
Kaime
4. Jūsų išsilavinimas:
Aukštesnysis
Aukštasis neuniversitetinis (kolegija)
Aukštasis universitetinis
Kita (įrašykite).....
5. Jūsų šeiminė padėtis:
Vedęs / ištekęjusi
Gyvenu neregistruotoje santuokoje
Išsiskyręs / išsituokusi

- Nevedęs /netekėjusi
- Našlys / našlė

6. Kokie asmenys šiuo metu gyvena kartu su Jumis?
- Gyvenu vienas/viena
 - Sutuoktinis/partneris
 - Tėvai (vyro arba Jūsų)
 - Jūsų vaikai (įrašykite skaičių).....
 - Kiti asmenys (įrašykite).....
7. Bendras Jūsų darbo stažas (įrašykite skaičių).....metais
8. Kiek metų dirbate slaugant naujagimius
(įrašykite skaičių).....metais

Žemiau pateiktos kai kurios darbo aplinkoje pasitaikančios situacijos. Prašome nurodyti ar dažnai Jums darbe sukelia stresą kiekviena žemiau paminėta situacija (pažymėkite po vieną atsakymą kiekvienoje eilutėje):

		Niekada	Kartais	Dažnai	Labai dažnai
1.	Kompiuterių „nulūžimas“ (svarbių duomenų kompiuteryje praradimas)				
2.	Gydytojų išsakoma kritika				
3.	Skausmingų procedūrų atlikimas pacientams				
4.	Su negerėjančia paciento sveikatos būkle susijęs bejėgiškumo jausmas				
5.	Konfliktai su vyresniąja slaugytoja				
6.	Kalbėjimas su paciento artimaisiais apie artėjančią paciento mirtį				
7.	Galimybės nebuvimas atvirai pasikalbėti su personalu apie skyriaus problemas				
8.	Skyriuje gydomo paciento mirtis				
9.	Konfliktai su slaugomo paciento gydytoju				
10.	Baimė padaryti klaidą slaugant pacientus				
11.	Galimybių nebuvimas aptarti savo patirtį su bendradarbiais				
12.	Slaugytojo ir tapusio artimu paciento mirtis				
13.	Paciento mirtis, kai šalia nėra Gydytojo ir kitų kolegų				
14.	Nepritarimas tam, kad pacientas būtų gydomas				

		Niekada	Kartais	Dažnai	Labai dažnai
15.	Asmeninio emocinio pasirengimo stoka teikti pagalbą paciento šeimai				
16.	Galimybių nebuvimas dalintis su bendradarbiais slegiančiais jausmais kilusiais dėl pacientų slaugos				
17.	Gydytojo teikiama nepakankama informacija apie paciento sveikatos būklę				
18.	Paciento artimųjų prašymai atsakyti į klausimus į kuriuos nežinote atsakymo				
19.	Su paciento priežiūra susijusių sprendimų priėmimas, kai gydytojo nėra šalia				
20.	Komandinio darbo stoka				
21.	Paciento kančių stebėjimas				
22.	Sunkumai, kylantys dirbant su kai kuriais asmenimis ne skyriuje				
23.	Parengimo atsiliepti į emocines pacientų problemas stoka				
24.	Vyresniosios (-ojo) slaugytojos (-o) išsakoma kritika				
25.	Kintantis ir nenuspėjamas darbo grafikas				
26.	Gydytojo nurodymų vykdymas, kurie Jums atrodo netinkami slaugant pacientą				
27.	Didelis darbo krūvis nesusijusęs su slauga (pvz. dokumentacijos tvarkymas)				
28.	Laiko stoka teikti emocinę paramą paciento artimiesiems				
29.	Sunkumai dirbant su kai kuriais asmenimis skyriuje				
30.	Laiko stoka tinkamai užbaigti slaugos užduotis				
31.	Gydytojo nebuvimas šalia, Susiklosčius skubiai (arba kritinei) situacijai				
32.	Nežinojimas, ką reikėtų pasakyti pacientui ar jo šeimos nariams apie paciento sveikatos būklę, gydymą				
33.	Žinių ir įgūdžių trūkumas dirbti su specialia įranga ar elgtis operacijos metu				

		Niekada	Kartais	Dažnai	Labai dažnai
34.	Darbuotojų, kurie galėtų vieni kitus pavaduoti, trūkumas				
35.	Mažas materialinis atlygis už darbą				

Nurodykite, ar dažnai Jums tenka patirti pateiktuose teiginiuose įvardintą savijautą (pažymėkite po vieną atsakymą kiekvienoje eilutėje)

	Niekada	Keletą kartų per metus ar rečiau	Keletą kartų per mėnesį ar rečiau	Kartą per mėnesį ar rečiau	Kartą per savaitę	Keletą kartų per savaitę	Kiekvieną dieną
1. Darbas mane emociškai išsekina							
2. Aš jaučiuosi po darbo dienos fiziškai išsekęs (-usi)							
3. Aš jaučiuosi pavargęs (-usi) atsikėlęs (-usi) ryte, prieš pradėdamas (-a) naują darbo dieną							
4. <u>Paprastai</u> aš galiu suprasti, kaip jaučiasi mano pacientai							
5. Aš jaučiu, kad į kai kuriuos pacientus žiūriu kaip į daiktus							
6. Dirbdamas (-a) visą dieną su žmonėmis aš jaučiu įtampą							
7. Aš labai veiksmingai sprendžiu pacientų problemas							

	Kiekvieną dieną	Keletą kartų per savaitę	Kartą per savaitę	Keletą kartų per mėnesį	Kartą per mėnesį ar rečiau	Keletą kartų per metus ar rečiau	Niekada
8. Aš jaučiuosi „perdegęs(-usi)“ nuo darbo							
9. Manau, kad savo darbu darau teigiamą poveikį kitų žmonių gyvenimams							
10. Nuo to laiko, kai pradėjau dirbti savo darbą, aš pradėjau mažiau užjausti žmones							
11. Aš manau, kad tampu emociškai šaltesnis (-ė)							
12. Aš jaučiuosi labai energingas (-a)							
13. Aš jaučiuosi nusivylęs (-usi) savo darbu							
14. Aš jaučiu, kad mano darbas yra man per sunkus							
15. Man nesvarbu, kas nutiks kai kuriems mano pacientams							
16. Darbas su žmonėmis man sukelia daug streso							
17. Darbe su pacientais galiu lengvai sukurti atpalaiduojančią atmosferą							

	Kiekvienu dieną	Keletą kartų per savaitę	Kartą per savaitę	Keletą kartų per mėnesį	Kartą per mėnesį ar rečiau	Keletą kartų per metus ar rečiau	Niekada
18. Po darbo su pacientais aš jaučiuosi pakylėtas (-a)							
19. Šiame darbe padariau daug vertingų dalykų							
20. Aš jaučiuosi ties išsekimo riba							
21. Darbe su emociniais sunkumais susitvarkau labai ramiai							
22. Aš jaučiu, kad pacientai kaltina mane dėl kai kurių jų problemų							

Nurodykite, kaip **dažniausiai** elgiatės norėdami atsipalaiduoti nuo susikaupusios įtampos darbo metu (pažymėkite po vieną atsakymą kiekvienoje eilutėje).

	Kiekvienu dieną	Bent kartą per savaitę	Bent kartą per mėnesį	Bent kartą per metus	Niekada
1. Darbas man nekelia įtampos					
2. Rūkau					
3. Vartoju alkoholį					
4. Vartoju medikamentus					
5. Valgau daugiau nei įprastai					
6. Iš darbo parsinešu įtampą namo ir išlieju ant artimųjų					
7. Užsiimu fizine veikla, sportuoju					
8. Pasišneku su draugu, kolega					
9. Leidžiu laiką su šeima, draugais					

	Niekada	Bent kartą per metus	Bent kartą per mėnesį	Bent kartą per savaitę	Kiekvieną dieną
10. Meldžiuosi, medituoju, leidžiu laiką bažnyčioje, pamaldose					
11. Skaitau knygas, spaudą					
12. Klausausi muzikos					
13. Jaučiu, kad nerandu būdo, padedančio atsipalaiduoti					
14. Kita (įrašykite)					

- Ar kada nors manėte, kad jums reikėtų mažiau vartoti alkoholinių gėrimų?
 - Taip
 - Ne
- Ar erzino žmonių kritika dėl jūsų įpročių vartoti alkoholį?
 - Taip
 - Ne
- Ar kada nors jautėte gėdą ar kaltę dėl alkoholinių gėrimų vartojimo įpročių?
 - Taip
 - Ne
- Ar kada nors gėrėte alkoholinius gėrimus rytą, vos tik atsikėlęs, kad nusiramintumėte ir palengvintumėte pagirias?
 - Taip
 - Ne
- Ar Jūs kada nors rūkėte kasdien (beveik kiekvieną dieną mažiausiai metus)?
 - Niekada nerūkiau kasdien
 - Taip, rūkiau kasdien metų (įrašyti)
- Ar Jūs dabar rūkote?
 - Taip, kasdien
 - Retkarčiais
 - Visai nerūkiau
- Kada rūkėte paskutinį kartą?
 - Vakar arba šiandien

- Prieš 2–30 dienų
- Prieš 1–6 mėn.
- Prieš 7–12 mėn.
- Prieš 10 metų

8. Kiek cigarečių vidutiniškai surūkote (surūkydavote prieš mesdamas) per dieną?.....cigarečių per dieną
9. Kaip dažnai per praėjusius metus vartojote migdomuosius, raminamuosius medikamentus?

Paskyrus gydytojui:

- Niekada
- Kelis kartus per metus
- Kelis kartus per mėnesį
- Kelis kartus per savaitę
- Kelis kartus per dieną

Nepaskyrus gydytojui:

- Niekada
- Kelis kartus per metus
- Kelis kartus per mėnesį
- Kelis kartus per savaitę
- Kelis kartus per dieną

Pagalvokite apie vienerių metų laikotarpį (12 mėn.) ir pažymėkite nusiskundimus savijauta ir sveikata, kuriuos per minėtą laikotarpį patyrėte (pažymėkite po vieną atsakymą kiekvienoje eilutėje)

	Nusiskundimai savijauta ir sveikata	Nuolat	Dažnai	Kartais	Retai	Niekada
1	Abejingumas viskam					
2	Pervargimas					
3	Nervingumas					
4	Padidėjęs kraujospūdis					
5	Užmaršumas					
6	Negalėjimas susikaupti					
7	Ilgą laiką besitęsianti bloga nuotaika					
8	Pykčio protrūkiai					
9	Menkavertiškumo jausmas					
10	Sunkumai užmiegant					
11	Miego ir poilsio stokos jausmas					
12	Nemiga					
13	Apetito nebuvimas					
14	Padidėjęs poreikis rūkyti					
15	Padidėjęs poreikis vartoti alkoholį					
16	Migrena					
17	Spazminiai galvos skausmai					

	Nusiskundimai savijauta ir sveikata	Nuolat	Dažnai	Kartais	Retai	Niekada
18	Škrandžio, virškinimo sutrikimai					
19	Duriantis skausmas širdies plote					
20	Oro stokos jausmas					
21	Alergija					

ATŽYMĖKITE atsakymą, kuris artimiausias Jūsų savijautai per pastarąsias **SEPTYNIAS DIENAS** (neapsiribokite savijauta šiandien).

- Aš galėdavau juoktis ir matyti linksmas gyvenimo puses
 - Taip kaip visada
 - Dabar kiek mažiau
 - Dabar žymiai mažiau
 - Visiškai ne
- Aš žvelgiau į ateitį su džiaugsmu
 - Taip kaip visada
 - Kiek mažiau nei įprastai
 - Žymiai mažiau nei įprastai
 - Visiškai ne
- Aš be reikalo kaltindavau save, jeigu nepasisekdavo
 - Dažniausiai
 - Kartais
 - Retai
 - Niekada
- Aš jausdavausi be priežasties nerami ir susirūpinusi
 - Visiškai ne
 - Labai retai
 - Taip, kartais
 - Taip, labai dažnai
- Aš be rimtos priežasties jausdavausi išsigandusi ar apimta panikos
 - Taip, gana dažnai
 - Taip, kartais
 - Ne itin dažnai
 - Visiškai ne
- Aš negalėdavau išspręsti kylančių problemų
 - Taip, didžiąją laiko dalį aš visiškai nepajėgdavau jų išspręsti
 - Taip, kartais aš nepajėgdavau jų išspręsti taip sėkmingai kaip įprastai
 - Ne, dažniausiai aš susitvarkydavau
 - Ne, aš susitvarkydavau kaip visada
- Aš jausdavausi tokia nelaiminga, kad pradėjau blogai miegoti
 - Taip, dažniausiai

- Kartais
- Gana retai
- Visiškai ne

8. Aš jausdavausi liūdna ar apgailėtina

- Taip, dažniausiai
- Kartais
- Gana retai
- Visiškai ne

9. Aš jausdavausi tokia nelaiminga, kad net verkdavau

- Taip, dažniausiai
- Kartais
- Gana retai
- Niekada

10. Aš be rimtos priežasties jausdavausi išsigandusi ar apimta panikos

- Taip, gana dažnai
- Taip, kartais
- Ne itin dažnai
- Visiškai

11. Man kildavo minčių save žaloti

- Gana dažnai
- Kartais
- Labai retai
- Niekada



1 pav. Slaugymo streso šalties veiksmų pasireiškimo dažnumas

1 lentelė. Emocinio išsekimo subskalės teiginių atsakymų skirstiniai

Emocinio išsekimo subskalės teiginiai	Tiriamųjų proc. (n = 94)						
	Niekada	Keletą kartų per metus	Kartą per mėnesį	Keletą kartų per mėnesį	Kartą per savaitę	Keletą kartų per savaitę	Kiekvieną dieną
Darbas mane emociškai išsekina	6,4	29,8	21,3	25,5	8,5	5,3	3,2
Aš jaučiuosi po darbo dienos fiziškai išsekęs (-usi)	2,1	18,1	21,3	25,5	13,8	16,0	3,2
Darbas su žmonėmis man sukelia daug streso	16,0	30,9	19,1	22,3	5,3	5,3	1,1
Dirbdamas(-a) visą dieną su žmonėmis aš jaučiu įtampą	23,4	22,3	19,1	10,6	10,6	5,3	8,5
Aš jaučiuosi ties išsekimo riba	28,7	34,0	18,1	6,4	4,3	3,2	5,3
Aš jaučiuosi „perdegęs (-usi)“ nuo darbo	38,3	35,1	10,6	8,5	4,3	2,1	1,1
Aš jaučiu, kad mano darbas yra man per sunkus	58,5	27,7	12,8	1,1	0,0	0,0	0,0
Aš jaučiuosi pavargęs (-usi) atsikėlęs (-usi) ryte, prieš pradėdamas (-a) naują darbo dieną	39,4	35,1	9,6	8,5	1,1	2,1	4,3
Aš jaučiuosi nusivylęs (-usi) savo darbu	54,3	33,0	6,4	4,3	0,0	1,1	1,1

2 lentelė. Depersonalizacijos subskalės teiginių procentinis pasiskirstymas tarp respondėčių pagal pasireiškimo dažnį

Depersonalizacijos subskalės teiginiai	Tiriamųjų proc. (n = 94)						
	Niekada	Keletą kartų per metus	Karta per mėnesį	Keletą kartų per mėnesį	Kartą per savaitę	Keletą kartų per savaitę	Kiekviena diena
Nuo to laiko, kai pradėjau dirbti savo darbą, aš pradėjau mažiau užjausti žmones	62,8	20,2	7,4	0,0	2,1	5,3	2,1
Aš manau, kad tampa emociškai šaltesnis (-ė)	56,4	25,5	9,6	2,1	2,1	3,2	1,1
Aš jaučiu, kad į kai kuriuos pacientus žiūriu kaip į daiktus	71,3	12,8	4,3	5,3	1,1	3,2	2,1
Man nesvarbu, kas nutiks kai kuriems mano pacientams	68,1	23,4	2,1	3,2	0,0	0,0	3,2
Aš jaučiu, kad pacientai kaltina mane dėl kai kurių jų problemų	56,4	26,6	6,4	3,2	1,1	1,1	5,3

3 lentelė. Asmeninių laimėjimų subskalės teiginių procentinis pasiskirstymas tarp respondencijų pagal pasireiškimo dažnį

Asmeninių laimėjimų subskalės teiginiai	Tiriamųjų proc. (n = 94)						
	Niekada	Keletą kartų per metus	Kartą per mėnesį	Keletą kartų per mėnesį	Kartą per savaitę	Keletą kartų per savaitę	Kiekvieną dieną
Po darbo su pacientais aš jaučiuosi pakylėtas (-a)	18,1	18,1	12,8	16,0	6,4	10,6	18,1
Šiame darbe padariau daug vertingų dalykų	5,3	17,0	12,8	9,6	7,4	23,4	24,5
Manau, kad savo darbu darau teigiamą poveikį kitų žmonių gyvenimams	5,3	8,5	8,5	9,6	4,3	9,6	54,3
Darbe su emociniais sunkumais susitvarkau labai ramiai	9,6	17,0	10,6	10,6	4,3	28,7	19,1
Aš jaučiuosi labai energingas (-a)	5,3	20,2	5,3	18,1	9,6	30,9	10,6
Paprastai aš galiu suprasti, kaip jaučiasi mano pacientai	11,7	5,3	7,4	3,2	10,6	21,3	40,4
Aš labai veiksmingai sprendžiu pacientų problemas	11,7	6,4	4,3	10,6	7,4	18,1	41,5
Darbe su pacientais galiu lengvai sukurti atpalaiduojančią atmosferą	11,7	24,5	13,8	4,3	11,7	19,1	14,9

Transkribuotos grupinės dikusijos ištrauka

Ir kaip persukat tą filmą ar jums lengviau pasidaro?

(Sandra) Jo, kad pavyzdžiui tokių klaidų aš daugiau nedaryčiau. Ir pavyzdžiui po sudėtingų atvejų aš kelias dienas galvoju kaip buvo, kas ypač kai neaiški situacija. Jei gydytojai kaltina mane (.) ir aš turiu gintis ir aš visada persuku ir viską pergalvoju, kaip kas buvo, kaip kas pasakė.

Tai galima sakyti tęsiasi tas gyvenimas?

(Regina) Nu, kaip tu sakei, jei kažkas kaltina ir tu turi teisintis, tai taip. Bet po eilinės darbo dienos taip ilgai negalvoji. Pirmus, antrus, trečius metus (.4). atsimenu kaip man mirė pirmas naujagimis po naktinio budėjimo, aš nesupratau nei nuo ko jisai mirė, nei kodėl jisai mirė. Aš tada dar trumpai dirbau (.4) tik porą mėnesių ir aš labai verkiau atsisėdus. Ir prisimenu daktaro žodžius ↑“Jei jūs dėl kiekvieno numirusio tiek raudosit, tai jums vieta kitame skyriuje“. Dabar su tais jausmais pradėdi susitvarkyti, iš tikrųjų dėl kiekvieno negali verkt. Būna, aišku, kad verki, bet, jei tai būtų dėl kiekvieno, tai mes visos psichiatriniam gulėtumėm (.4)

Nu ar jaučiat ilgo šito darbo kažkokias pasekmes, tarkim labai įtemptas darbas, sunkus, tarkim kiekvienai iš jūsų paveikė, pakeitė nežinau ar blogą ar kaip tik į gerą pusę jūsų pačių gyvenimus?

(Julija) Vat noriu pasakyt, kad mes per tą ilgą laikotarpį kaip mes dirbam, nes mes matom tą žmogų vertinam jį, matom jo perspektyvas. Mes to nepasakom, bet iš tikrųjų tam tikros patologijos, tam tikros pasekmės, kur tam žmogui pagalvoji, kad jisai numirė, jisai neaugo invalidu. Nes mes puikiai suprantam, mes suvokiam jo galimybes paskui augant, kas jam dabar yra ir kas bus toliau. Dėl to kaip Regina sakė, dėl vieno tu verki, nes tas žmogus tikrai galėjo gyventi, mes negalėjom padėti. O yra tokių vaikelių, kad iš tikrųjų jis tokiom pasekmėm, su tokiom patologijom, kad tas žmogus, jei jis išgyvena, jis tikrai yra vargšas. Tai pas mus skyriuje mirčių yra visokių (.4)

(Regina) O dar baisiausia yra, kad tų vargšų invalidų vaikų tėvai ateina padėkoti. Man būna gėda. Jie dėkoja (.4) ačiū, o vaikas invalidas vos ne daržove. O jie dėkoja. Man būna taip nesmagu.

(Julija) Būna vaikas numirė, vat numirė ir kai tėvai ateina padėkoti ir dar kažką atneša, žinot vaises arba kažkokį daiktą į skyrių, nu tada išvis baisu yra. Pasąmonėj supranti, kad tu dirbai ir tau atsidėjo už tą darbą, kad tu kažką

darei. Žmogus supranta, kad jisai numirė ne dėl to, kad tu kaltas, o kad tu dirbai ir tu viską darei. Tai yra sudėtinga (.4)

Tai jeigu grįžti prie jūsų gyvenimo, tiek metų visos pradirbot, bet tai turėjo įtakos jūsų, jūsų kažkaip gyvenimui, sveikatai, savijautai, nežinau, bet kam, galbūt pozityvios ar negatyvios?

(Giedrė) Aš tikrai žinau, kad pensijos šitam skyriuje nesulauksiu (.4) ((Visų juokas)) tikrai (.) tikrai fiziškai abejoju, kad padirbčiau iki pensijos, nė -

O dėl ko?

(Giedrė) fiziškai, nė, aš manau, kad nepadirbsim

(Julija) Moralinė darbo pusė išsekina tave fiziškai. Tas psichologinis tave fiziškai išsekina.

Ką reiškia fiziškai išsekina? Ką reiškia, ką jus norėjot pasakyti?

(Giedrė) Mūsų turi būt reakcija greita, mes turim turėti reakciją, klausą. Čia į vieną žiūri, o ausis (.4) net sunku paaiškinti. Aš nežinau kaip paaiškint. Mes turim -

4 lentelė. Profesijos pasirinkimas

(Ilona) Visų pirma žmogus turi žinoti ar jis nori to darbo [slaugytojos], ar jį traukia tas darbas.	Pašaukimas	Pašaukimas profesijai	Profesijos pasirinkimas
(Ilona) <...> aš negalėčiau dirbti kitur tik su naujagimiais.	Pašaukimas		
(Vida) Aš nuo vaikystės norėjau būti medike, bet kažkaip ne gydytoja, o seselė.	Pašaukimas		
(Vilma) Mano tai iš kartų į kartas eina ir gydytojai ir slaugytojos.	Pašaukimas		
(Edita) Mano tai mama norėjo, kad būčiau sesutė, kryptingai žiūrėjo į tą pusę.	„Tėvų pėdomis“		
(Inesa) Jaunas vyrukas stojo į mediciną, aš jam pasiūliau pabūti savanoriu, kad tikrai apsispręstų. Ir šiandien aš tikriausiai pasakyčiau „Eikite savanoriauti, pažiūrėsit tikrą gyvenimą ligoninėje ir tada.“	Būtina save išbandyti	Būtina save išbandyti	
(Regina) Aš galvojau, kad niekad nedirbsiu su naujagimiais, bet pirmu taikymu papuoliau. Niekada nesakyk „niekada“.	Niekada nesakyk „niekada“		
(Regina) Gal turi pamatyt, nes kaip ji [slaugytoja] gali pasirinkti.	Tam, kad pasirinkt, reikia pamatyt		
(Sandra) Nu keleta yra tokių [slaugytojų], kurios nesugeba dirbti reanimacijoje.	Ne visos čia išlieka		

5 lentelė. Profesinis pasirengimas

(Inesa) Jaunimas ateina visai, kartais ir ta kompetencija yra per didelė.	Pasirengimas nepakankamas	Pasirengimas neatitinka tikrovės	Profesinis pasirengimas
(Inesa) Netgi vystyt [naujų] normaliai negalėjau [atėjus dirbt].	Nepakankamas pasirengimas		
(Ilona) Aš atėjau dirbt tai kol mergaites trys vaikus suvysto aš tik tą vieną, jis tai ranką iškiša tai koją, nesusidorojau.	Nepakankamas praktinis parengimas		
(Inesa) Man tai visko trūko. Aš nesupratau kas reiškia saturacija. Man reikėjo imti kraują, aš imu tą kraują, bet pasirodo kraują reikėjo imti ne iš piršto o iš kulniuko [pauzė].	Trūksta žinių		
(Ilona) <...> praktikoje nėra taip, kaip yra teoriškai ir tada iš naujo galima sakyti tau parodo, tau išaiškina, tau dar kažką ir tu pripranti prie to darbo prie tos specifikos.	Praktikoje yra kitaip		
(Ilona) <...> pirmą dieną čia man buvo toks šokas [pauzė]. Aš stoviu: tiek informacijos, tiek visko naujo man buvo šokas. „Kaip aš dirbsiu? Kodėl aš čia atėjau? Kam aš čia? Ar aš sugebėsiu?“	Daug informacijos		
(Giedrė) Nu pavyzdžiui atviras arterinis latakas. Mokykloj ar moko kažką, nes man tai čia išvis buvo „kosmosas“, kas čia per dalykas.	Pasirengimo stoka		
(Regina) Pakaitinis kraujo perpylimas, dabartinės kurios ateina jos nežino.	Žinių stoka		
(Regina) Po mokslų iš viso gali viską pamiršti, atėjus į šitą skyrių visko turi mokytis iš naujo.	Nepakankamas pasirengimas		
(Sandra) Reikia mokytis iš naujo. Suaugusiam viskas yra kitaip.	Pasirengimo stoka		

5 lentelės tęsinys

(Alma) Kai atėjau atrodo, [paузė] kiekvienam darbe kol nepačiupinėji, kol nepradedi dirbti [susimąsto] čia su laiku ateina.	Tampi per laiką	Tampi ne iš karto	Profesinis pasirėngimas
(Ilona) <...> dabar ateina mergaitės, gal jos ir baigė kolegiją ar universitetą, bet jos irgi žalios. Kol nepradės dirbt ir ne mėnesį, ne du ir ne tris.	Tampama per laiką		
(Julija) <...> daug procedūrų, kurios yra sudėtingos, kurios reikalauja žinių, įgūdžių, nes įgūdžiai yra labai svarbu mūsų darbe, nes be įgūdžių nieko nepadarysi, tai ateina su metais.	Tampi ne iškarto		
(Julija) Mes nesame neonatologijos slaugytojos. Mes esame anesteziijos ir intensyviosios terapijos. <...> tokios sritys kaip neonatologijos slaugytoja nėra.	Būtinai specialusis parengimas	Ko reikia mokytis?	
(Julija) [reikia mokytis] Pagrindinės patologijas neišnešiotų naujagimių ir išnešiotų ir procedūras.	Svarbios žinios		
(Regina) Giliai neišnešiotų naujagimių procedūras.	Svarbus įgūdžiai		
(Giedrė) Požymius atskirti išnešiotą ir neišnešiotą.	Mokėti atskirti		
(Regina) Ji [studentė] pirma turi turėti kažkokį supratimą, o ne pirmą kartą pamačius naujagimį duosi jai zondą vesti ar kažką.	Svarbios žinios		
(Sandra) Tai aišku, kad stebėjimas padeda [mokytis].	Stebėjimas svarbus		
(Regina) Mes joms [studentėms] nieko neleidžiam daryti.	Studentų parengimas		
(Julija) Dvi savaites [praktikos trukmė], bet jei žmogus nori mokintis naujagimių slaugos tai jis ir turi būt naujagimių skyriuje.	Praktika naujagimių skyriuje		
(Vilma) Dėstymas kolegijoje yra labai sausas, labai tai neįdomiai, neaiškiai.	Netinkamas dėstymas		
(Julija) Vienoj srity, pavyzdžiui neonatologijoje dvejų savaičių nepakanka. Kol jis apsipras.	Per trumpa praktika		

6 lentelė. Idealus slaugytojos paveikslas

(Ilona) Tu turi jausti, kad tavo darbas čia ir tu turi jaustis laimingas.	Turi jaustis laiminga	Slaugytojų savybės
(Vilma) Ji [slaugytoja] turi mylėti vaikus, darbštumas, sąžiningumas, turi būti ne savanaudė. Jei mylės save, tai negali čia dirbti, naujagimis nukentės.	Turi mylėti vaikus	
(Giedrė) Mūsų [slaugytojų] turi būt reakcija greita, mes turim turėti reakciją, klausą.	Greita reakcija	
(Giedrė) <...> vien pasilenkt [visos nusijuokia], jūs suprantat, vietos stoka, jūs suprantat [paузė, pagalvoja] tu turi būt lankstus.	Reikia fizinio lankstumo	
(Giedrė) Kitą kartą gali būt tokia situacija tu nesuspėsi pasilenkt, išjungt, įjungt nes mes turim viską daryt labai greitai.	Greita reakcija	
(Giedrė) Viena sako „nu čia tavo monitorius pypsi“, „ne čia tavo vaiko monitorius“. Aš galvodavau „nu čia genijai dirba“ [visos nusijuokia].	„Genijai“ dirba	
(Inesa) Miela [slaugytoja] turi būti, tu ateini tu pamatai tą žmogų. Neišnešiotą pagimdai, ateini ir pamatai, kad tavo vaiką tiesiog miela slaugytoja prižiūri.	Miela turi būt	
(Inesa) O slaugytoja turi išmokti valdyti save nepriklausomai nuo to, ką jinai jaučia šiuo metu.	Susivaldanti	
(Giedrė) O gydytojas jei pagaus meluojant, yra keli gydytojai, tą pasitikėjimą kažį ar atgausi.	Sąžiningumas	
(Regina) Humoras be abejo [slaugytojos savybė].	Humoras	

7 lentelė. Slaugytojų profesinės kompetencijos ribos

(Giedrė) Mes negalim visko šnekėt su tėvais, apie gydymą nieko, pas mus yra draudžiama.	Draudžiama kalbėti apie taikomą gydymą	Ribos formaliai aiškios ir apibrėžtos	
(Regina) Negali pasakot apie gaivinimą, apie antibiotikus.	Draudžiama kalbėti apie taikomą gydymą		
(Inesa) Jos [kompetencijos] gal apibrėžtos ir labai aiškiai surašytos <...>	Kompetencijos aiškios		
(Regina) [Gali pasakot tėvams] Kiek kartų valgo, kiek kartų tuštinasi, buvo kvėpavimo sustojimo – nebuvo, tik tai kas yra mūsų kompetencijoje ir nedaugiau.	Kompetencijos ribos		
(Julija) Ji [slaugytoja] nesako rezultatų, bet ar ta procedūra buvo padaryta gali pasakyti, bet pas mus tai yra draudžiama.	Kompetencijos ribos		
(Inesa) <...> ką mes galim kaip slaugytojos daryti, viskas apibrėžta yra [susimąsto].	Ribos apibrėžtos		
(Julija) Ji [slaugytoja] labai dažnai tiesiog daro ne savo darbą, nes mes kartais neturim laiko kviesti daktarą. Jei pavyzdžiui miršta naujagimis mes pradėdam spręsti problemą ir kažkas kviečia <...>.	Dažnai darom ne savo darbą	Gyvybei grėsmę keliančios situacijos	Ribos dažnai peržengiamos
(Inesa) Kai vaikas blogėja tu darai savo darbą, o daktaro šalia nebūna ir galu gale kol tu daktarą pakviesi jis [naujagimis] gali ir numirti.	Situacija kai negali laukti		
(Ilona) Kartais tu peržengi ribą ir padarai daugiau nei tau apibrėžta. Bet kaip nepadaryti aš neįsivaizduoju.	Darai daugiau nei apibrėžta		
(Inesa) <...> aš garantuoju, kad tos pačios slaugytojos ir ūsus uždės, jei neįtubuos [nusijuokia] ir situacijų, kai peržengiama riba.	Situacija kai peržengi ribą		
(Inesa) <...> bet ar tikrai taip dirbam ir tikrai tik tą dirbam? Nes jei tu dirbsi tik tai kas surašyta, tu nukrypsi nuo žmoniškumo.	Kompetencijų ir žmoniškumo dilema		

7 lentelės tęsinys

(Julija) <...> Šitas darbas ypatingas tuo, kad slaugytoja dirbdama šitą darbą ji turi daug atsakomybės, ji kartais prisiima daug atsakomybės.	Slaugytoja prisiima atsakomybę	Atsakomybę prisiima pati	Ribos dažnai peržengiamos
(Inesa) <...> jis [gydytojas] taip pat kažkur užimtas ir tiesiog nespės atbėgti. Taip tu tada peržengi ribą, darai žymiai daugiau. Ir galvoji „Tiek to“ [nutyla].	Darai daugiau		
(Edita) <...> aš atsakinga už vaiką, o jis užmėlo, rankos dreba.	Atsakomybę už vaiką		
(Regina) Tai jau tiesiog jau tos [slaugytojos], kurios dirba čia po dvidešimt metų ir daugiau gydytojai yra pripratę, kad jos viską žino ir dalį darbo kaip užkrauna ant tos sesutes.	Dalis darbo užkraunama sesutei	Gydytojai deleguoja funkcijas	
(Regina) Nu centrinio kateterio statymas turi būt dalyvaujant gydytojui, atsiurbimas iš trachėjos, nu tiesiog daug, daug darom tai.	Atliekamas gydytojų darbas		
(Sandra) Procedūros gydytojų būna ir mes atliekam už gydytojus, kartais.	Atliekamas gydytojų darbas		
(Edita) <...> daugiau dėl savo saugumo stengiuosi neperžengti tos ribos, dabar kai kaltinimai visokie [pauzė]. Galvoji šiais laikais baisu ir peržengti, bet pasitaiko <...>.	Baisu peržengti	Prieštaringi jausmai dėl peržengtų kompetencijų ribų	
(Julija) Ir čia žinot mes tikrai pradėjom džiaugtis, kad mus vertina ir kad mums duoda tą papildomą darbą.	Džiaugsmas, nes vertina		
(Julija) Ir ta slaugytoja ne tik, atsiprašant, užpakaliuką nuvalyti ar pamaitinti naujagimių, daug procedūrų [atliekama], kurios yra sudėtingos, kurios reikalauja žinių, įgūdžių <...>.	Slaugytoja ne tik užpakaliukui nuplauti		

7 lentelės tęsinys

(Ilona) O aš taip apibendrinančiai galvoju, [pauzė] kaip yra gydytojas, bet kažkur priėmimo, o tau ir kelios minutės yra brangios [pauzė] kol sulauksiu <...>.	Minutės yra brangios	Prieštaringi jausmai dėl peržengtų kompetencijų ribų
(Inesa) Turi būt, nežinau, kad didesnes kompetencijas turinti slaugytoja kiekvienam skyriuje <...>.	Reikia kitokių slaugytojų	
(Julija) Kompetencija ir atsakomybė ir, žinot, mes kartais stovim ant tokios ribos, kada tu gali peržengt ir tiesiog jei kažkas nepavyks tu už tą dalyką gausi [nervingai nusijuokia, pauzė] turėsi tiesiog nemalonumų.	Balansavimas ant ribos	

8 lentelė. Ypatingas darbas

(Ilona) Vaiko mirtis atskira tema. Baisiausia kai vaikas išnešiotas miršta nuo infekcijos, kaip greitai nuneša vaiką mirtis.	Naujagimio mirtis	Atkirsta su naujagimio mirtimi
(Julija) O yra tokių vaikelių, kad iš tikrųjų jis tokiom pasekmėm, su tokiom patologijom, kad tas žmogus jei jis išgyvena, jis tikrai yra vargšas. Tai pas mus skyriuje mirčių yra visokių.	Mirčių yra visokių	
(Ilona) Kartais priimi tą mirtį kaip geresnę išeitį, taip jam bus geriau, kai matai kaip vaikas kenčia.	Geresnė išeitis	
(Ilona) <...> būna visko, būna su ašaromis. Būna stovi ir verki kartu.	Verkė kartu	
(Vilma) Taip gražiai užgeso ir pirmą kartą prie manęs ir mama verkė, ir aš verkiau.	Verkė kartu su mama	
(Sandra) Būna kad visas skyrius verkia. Mama verkia ir mes.	Naujagimio mirties išgyvenimai	
(Julija) <...> mes matom tą žmogų vertinam jį, matom jo perspektyvas.	Naujagimio situacijos įvertinimas	
(Ilona) <...> prieš 25 metus man būdavo stuporas kai vaikelis mirdavo. <...> Dabar į viską kitaip pasižiūriu.	Reakcija į naujagimio mirtį	
(Vilma) Didžiausiai stresą kelia vaiko skausmas <...>	Reakcija į naujagimio skausmą	
(Regina) <...> atsimenu kaip man mirė pirmas naujagimis po naktinio budėjimo, aš nesupratau nei nuo ko jisai mirė, nei kodėl jisai mirė. Aš tada dar trumpai dirbau – tik pora mėnesių ir aš labai verkiau atsisėdus.	Pradžioje buvo sunku suvokti	

8 lentelės tęsinys

(Vilma) Jeigu jau koks nors skambutis į duris ir tau atveža vaiką čia pat jau yra stresas.	Naujas pacientas – stresas	Darbas nuolat keičiantis stresą	Darbo apibūdinimas
(Inesa) Pats darbas yra stresas, visą laiką streso būseną.	Nuolatinis stresas		
(Edita) Vaikas pablogėjo, man tokie dalykai kelia stresą.	Stresinės situacijos		
(Julija) <...> šitas darbas [<i>naujų gimimų intensyviojoje terapijoje</i>] yra labai sudėtingas, fizinė, fizinė aišku bet iš tikrųjų būna taip, kad tu visą dieną neprisėdi, per tą pamainą.	Fiziškai sunkus darbas	Sunkus, sudėtingas, bet įdomus darbas	
(Ilona) Būna išėini iš darbo nei kojų nei rankų nejauti, pavargus ir morališkai, ir fiziškai, psichiškai.	Sunkus darbas		
(Vilma) Po naktinių budėjimų tikrai sunku, metai eina o mes ne jaunos. <...> Sunkių dienų būna 50 ant 50	Sunku po naktinio budėjimo		
(Giedrė) Iš pradžių po vieno budėjimo miegodavau po naktinio, aš nežinau [<i>susimąsto</i>] nuo ryto iki vakaro turbūt.	Darbas sekina		
(Julija) Moralinė darbo pusė išsekina tave fiziškai.	Darbas sekina		
(Giedrė) Aš tikrai žinau, kad pensijos šitam skyriuje nesulauksiu [<i>visų juokas</i>] tikrai, tikrai fiziškai abejoju, kad padirbčiau iki pensijos <...>	Darbas tik jaunoms		
(Sandra) Tai nenuobodus darbas. Ateini kiekvieną budėjimą ir tu nežinai kas tavęs laukia. Ar tau reikės gaivinti. Įtampa visą budėjimą.	Nenuspėjamas darbas		
(Alma) Čia [<i>naujų gimimų intensyviojoje terapijoje</i>] man pacientai keičiasi, diagnozės, nu įdomiau čia.	Įdomus darbas		
(Julija) Dabar kažkaip visuomenė pradėjo daugiau dėmesio kreipti į tą neišnešiotuką, o mes gi sakom „Žiūrėkit čia mes jį auginam tą žmogų“. Tiesiog savim pradėdi didžiutis.	Darbas vertas pasididžiavimo		
(Julija) <...> tas mūsų darbas kaip mes sakėm, ir maitinimas ir vartymas, nes jisai yra labai toks kruopštus ir gilus pasakyčiau.	Kruopštus darbas		

8 lentelės tęsinys

(Sandra) Labai dėkingas darbas.	Dėkingas darbas	Sunokus, sudėtingas, bet idomus darbas	Darbo apibūdinimas
(Inesa) Vis traukia į darbą. Nėra noro pakeisti.	Darbas traukia		
(Julija) <...> visuomenė net nežino kuo ypatinga yra slauga.	Mažai žinomas darbas visuomenėi		
(Sandra) Ir namuose jei kas atsitinka nepasimeti, iš karto pradėdi veiksmų planą galvoti, kaip čia reikia.	Nepasimeti jei kas atsitinka	Profesijos įtaka pačių gyvenimui	Darbas mus keičia
(Inesa) Bet ir šiaip aš galvoju, kad šeima nukenčia.	Šeima nukenčia		
(Giedrė) <...> jei mes nueinam į kitą įstaigą, tai žiūri kaip kitos dirba, nu tai čia mes.	Kitų darbo stebėjimas		
(Inesa) Aš kaip pagalvoju kai buvau nėščia aš jau dirbau ir visa laiką galvojau: „Aga, kad tik ne 27 savaitių“.	Situacijos modeliavimas sau		
(Regina) [juokas] man tai sako, kad per daug viską matau ir girdžiu.	Viską matau ir girdžiu		
(Sandra) Mano dukra sako, kad mes dažnai turim rankas plautis ir kad mama viską galėtų išsterilizuoti arba su spiritu nuvalyti.	Perdėta švara		
(Sandra) Jei vaiką nuvedu pas stomatologą, aš iškart žiūriu ar rankas plaunasi, ar pirštines dedasi, ar nuvalyti tie gražtai, viską matau.	Dideli reikalavimai ir kitiems		
(Inesa) Aš ne viena pergyvenau, aš visus aplinkui nuteikiau, visi puikiai žinojo kas yra 27 savaitės, kas yra 32 savaitės. Visi aplinkui žinojo, kad 32 savaitių pasigamina surfaktantas.	Profesijos įtaka pačių gyvenimui		
(Regina) Dabar su tais jausmais pradėdi susitvarkyti, iš tikrųjų dėl kiekvieno negali verkt.	Su jausmais susitvarkau		
(Vilma) Nervingesni tapome. <...> Kartais pyktį išlieji ant savųjų, ant artimųjų, nes darbe negali išlieti pykčio ant bendradarbių.	Pyktis išliejamas ant namiškių		
(Edita) Čia darbe tai aš tokia rami, faina, šypsausi, o namie kokia aš ateinu, kaip furija.	Charakterio pokyčiai		
(Ilona) <...> pasakai, kad aš be nuotaikos nelįskit prie manęs man reikia apsiramint, arba tu išsilieji. <...> Nu, nesusivaldai su savo emocijomis.	Didelis emocionalumas		
(Regina) Dabar su tais jausmais pradėdi susitvarkyti, iš tikrųjų dėl kiekvieno negali verkt.	Su jausmais susitvarkau		

8 lentelės tęsinys

(Ilona) <...> pasakai, kad aš be nuotaikos nelįskit prie manęs man reikia apsimint, arba tu išsilieji. <...> Nu, nesusivaldai su savo emocijomis.	Didelis emocionalumas	Charakterio pokyčiai	Darbas mus keičia
(Regina) Pasidarai toks nežinau [paузė, pamąsto] storžieviškesnis gal, iš tikrųjų per daug metų užsiaugini tą storą skūrą. Nu ir atrodo, gal iš šono atrodo, kad viskas čia vienodai, gal taip nėra, bet ta prasme [paузė].	Storžieviškumas		
(Vilma) <...> čia [darbe] trečią valandą maitiname vaikus tai namuose visada prabundu trečią valandą.	Miego sutrikimai	Sveikatos pokyčiai	
(Ilona) Ta įtampa darbe tiek metų – galvos skausmai, nemiga arba skrandžio skausmai.	Sveikatos pokyčiai		
(Inesa) O nugaros skausmai, tai čia išviso tragedija.	Sveikatos sutrikimai		
(Edita) O mūsų gastroenterologė pasakė – kodėl mergaitės iš reanimacijos taip dažnai pas manę ateina tikrinti skrandį? Tas tai nervinio pobūdžio.	Profesinės ligos		
(Vilma) Susinervini ir iškart pakyla rūgštis, suaktyvėja bakterija. Ir viskas skauda skrandį.	Skrandžio skausmai		
(Giedrė) Kartais grįžti namo, nueini į dušą ir monitoriai. Taip, žinot pi pi pi. [monitorių garsas]	Jautri nervų sistema		

9 lentelė. Sąveika su gydytojais

(Ilona) Daktaras ateina ir tą pačią minutę nori, kad seselė padarytų šimtą darbų, ir dar stovi ar padarei, ar padarei.	Nerealistiški lūkesčiai	Gydytojai kita planeta
(Julija) <...> aš girdžiu iš gydytojų [paузė] vienas yra sakoma kaip ateina svetimi žmonės sakoma, kad dirba puikūs žmonės, kurie žino savo darbą. Kitas dalykas vis dėlto tas ačiū ne visada yra pasakomas <...>	Vidinė ir parodomoji tikrovė skiriasi	
(Regina) <...> žiūrėkit mūsų vienos daktarės pasakymas rezidentėms: „Jūs nesileiskit su viduriniu medicinos personalu į diskusijas“.	„Žemesnio rango“ specialistės	

9 lentelės tęsinys

(Sandra) Paprasčiausiai gal atsiriboja, gal nenori į tokius artimus santykius eiti, nes iš tikrųjų tada iš to žmogaus sudėtinga reikalauti.	Gydytojai atsiriboja	Atstumas didėja
(Julija) Dabar to nėra. Vienas toks paaiškinimas, kad darbas sudėtingėja, žmonių daugėja, vietos trūkumas dar kažkas, bet ne tame yra esmė.	Didėja atstumas	
(Sandra) <...> dabar mes grynai oficialiai bendraujam. Būna taip, kad pajuokauji, kažkas atneša tortą – tortą suvalgom. Bet vis tiek nėra tos šiltos aplinkos.	Nėra šilto bendravimo	
(Sandra) Jei gydytojai kaltina mane ir aš turiu gintis, ir aš visada persuku ir viską pergalvoju, kaip kas buvo, kaip kas pasakė.	Situacijos apmąstymas	
(Sandra) Jei vyksta gaivinimas tai konfliktų nebūna, iš karto visos dirba.	Kai vyksta gaivinimas konfliktų nėra	Komanda tik intensyviai dirbant
(Regina) Jei nevyksta nieko intensyvaus nei gaivinimo nei operacijos, tai gydytojai sau, o seselės sau.	Kartu tik intensyviai dirbant	
(Julija) Hierarchinė tokia dabar padėtis yra skyriuje, nes nėra tokios komandos, žinot komandos.	Komandos nėra	
(Regina) Jei vyksta kažkoks darbas tai yra komanda.	Komanda kai vyksta darbas	
(Regina) Aš manau, kad jei kas atsitiktų tai nemanau, kad mūsų gydytojai pultų mus užstoti.	Gydytojai nepalaiko	Gydytojų vaidmuo keičiant slaugytojų statusą
(Vida) <...> visuomenė mažai žino apie slaugytojos darbą tokiuose skyriuose, nes visi mano, kad viską atlieka gydytojas. Nes mes iš tėvų tai matom ir jaučiam.	Nematomas darbas	
(Julija) Yra tėvai, kurie <...> galvoja „šitas gydytojas yra dievas, slaugytoja tik sauskėlnės pakeitė ir daugiau ji nieko nedaro“.	Neįvertintas slaugytojų darbas	
(Julija) <...> jei šiaip kažką keisti skyriuje, tai turi labai didelį palaikymą turėti iš gydytojų.	Pokyčiams slaugoje reikia gydytojų palaikymo	
(Aldona) Kada gydytojas supras, kad slaugytoja yra specialistas.	Nuvertinimas	
(Regina) Bet yra ir malonu, kai pasako, jūs mokat geriau negu aš ir padarysit, nu apie pasekmes mes nepagalvojam.	Įvertinimas	
(Julija) <...> gydytojai neužleidžia savas pozicijas ir neleidžia slaugytojai būti savarankiškai savo srity. Pavyzdžiui, kokias nors naujoves darom tai per kraujus.	Stabdo pažangą	

10 lentelė. Sąveika su kolegėmis

(Vilma) Labai svarbus tarpusavio palaikymas. Jei daktarai ne visada pasitiki, tai padeda, kad kolegės palaiko, nors tiek.	Tarpusavio palaikymas	Tarpusavio palaikymas	Sąveika su kolegėmis
(Edita) Būna į skyrių mergaitės grįžusios namo paskambina tam, kad pasikalbėti. Pergyvena kaip viskas. Būna dažnai, kad skambina.	Kolegių palaikymas		
(Edita) Dažnai pasikalbam tarpusavy, labai svarbu... [susimasto].	Pasikalbėjimas su kolegėmis		
(Ilona) Nu tada viena pas kitą mes ir klausinėjam, ar pas tuos pačius daktarus.	Dalinasi informacija		
(Sandra) Arba būna, net kad juokaujame žinot. Su kai kurioms kolegėm, kai praeina ta įtampa prasideda juokas.	Palaikymas		
(Sandra) Labai gerai mes pažįstame viena kitą, žinom kuria galim pasitikėti, žinom, kad jinai padės, padarys tą savo darbą.	Gerai pažįstama viena kitą	Gerai pažįstama viena kitą	
(Rasa) Taip jau žinom, kuriais galim pasitikėti, kuriais nė.	Pažįstama viena kitą		

11 lentelė. Sąveika su naujagimio tėvais

(Regina) <...> baisiausia yra, kad tų vargšų invalidų vaikų tėvai ateina padėkoti. Man būna gėda.	Gėdos jausmas	Tėvų dėkingumas	Sąveika su naujagimio tėvais
(Julija) Žmogus supranta, kad jisai numirė ne dėl to kad tu kaltas, o kad tu dirbai ir tu viską darei.	Padarei viską ko reikėjo		
(Julija) Būna vaikas numirė, vat numirė ir kai tėvai ateina padėkoti ir dar kažką atneša, žinot vaišes arba kažkokį daiktą į skyrių <...>	Tėvų padėkos		
(Vilma) Išleidžiam vaikus į namus, o jie paskui ateina, kaip malonu.	Pacientai sugrįžta		
(Danguolė) Aš tai pamiršau, man vis tiek kitaip būna, o jie prisimena.	Pacientų tėvai prisimena		
(Ilona) Kai naujagimio būklė leidžia, duodam paglostyt, prisiliesti prie vaikelio, o po to ir temperatūrą pamatuoti ir pampersiuką pakeisti, ir apversti.	Tėvų įtraukimas į slaugą	Tėvų įtraukimas į naujagimio slaugą	
(Inesa) <...> tėvus artini prie vaiko, nieko nereikia daryti ypatingo. Tu tiesiog mokini, stebi, padedi.	Artini prie vaiko		
(Vilma) <...> su tėvais reikia dirbt daugiau nei su naujagimiu ir tada tėvai dirba su savo vaiku.	Reikia dirbt daugiau nei su vaiku		
(Ilona) „Kengūros“ metodu mamytė gali pati naujagimį paimti iš inkubatoriaus ir pati paguldyti į inkubatorių, net atsiurbt vaiką, jei ir tracheostoma.	Tėvų dalyvavimas slaugoje		
(Inesa) <...> kartais norisi ir sudrausminti tėvus <...>	Tėvų mokymas		
(Sandra) <...> miršta naujagimis, duodam tėvams ant rankų, kad jis numirtų <...>	Tėvų atsisveikinimas	Parama tėvas kai naujagimis miršta	
(Sandra) <...> dvylika, trylika valandų budėjimą mes turim su tais tėvais ištiesai būti verkiančiais. Kai jie kenčia juos palaikyti, kai jie mato, kad vilties nėra.	Gedinčių tėvų palaikymas		

11 lentelės tęsinys

(Regina) Kai miršta kartais išvis yra geriau patylėt, paduot mamai, pastatyt kažkokią širmą <...>	Kartais geriau patylėt	Parama tėvas kai naujagimis miršta	Saveika su naujagimio tėvais
(Regina) <...> pastovėjimas, pabuvimas šalia jau yra gerai <...>	Buvimas šalia tėvų		
(Raminta) Aš dažnai pasakau, kad jis [naujagimis] yra komforte, kad mes suteikėm ir šilumą ir maitinimą, kad jis nejaučia skausmo <...> manau, kad tėvams tai yra labai svarbu.	svarbūs žodžiai tėvams		
(Sandra) <...> dažnai kalbam tą, ką tėvai nori girdėti.	Bendravimo su tėvais ypatumai		
(Aldona) <...> tokiom situacijom [esant vaiko mirčiai] duoti išsikalbėti pačiai mamai. Reikia, kad jinai kalbētu.	Leisti mamai kalbėti		
(Aldona) Klausiau ar dėl mano darbo yra kažkokios problemos, pretenzijos? Jis sakė „ne“. Matėsi, kad jis kabinėjosi prie visko, lyg aš būčiau kalta dėl jo vaiko..	Tėvų priešiškus	Sunkumai bendraujant su naujagimio tėvais	
(Ilona) labai sunku būna su tėvais, kurie nenori girdėti, kad vaikas yra sunkus ir jam yra problema <...>	Užsiblokavę tėvai		
(Alma) <...> kai tėvai pykstasi tarpusavy, sunku tada slaugytojai.	Sunku kai tėvai pykstasi		
(Alma) Sunkiausia, kai močiutės reguliuoja tėvams, ką jie turi daryt.	Močiucių nurodymai		
(Alma) Sunku, kai tėvai pradeda ieškoti pažinčių.	Pažinčių ieškantis tėvai		
(Julija) <...> trintis gali būt su tėvais tiesiog. Pripažinkim, kad yra malonūs žmonės, yra nemalonūs, o mums su visais reikia dirbti.	Yra visokių žmonių		
(Sandra) <...> aš su mama kalbėjau ir galvojau, kad jinai fotografuoja savo naujagimį, o jinai mane klausinėja ir pasirodo įrašinėja <...>	Neteisėtas tėvų elgesys		
(Sandra) Dažnai būna, kad tėvai tų pačių klausimų klausia.	Tėvai tikrina informaciją		
(Regina) Būna tėvų visokių ir idiotėm išvadina, ir durnelėm.	Neteisėtas tėvų elgesys		
(Regina) <...> eina skūstis nepagrįstai, nežinai dėl ko.	Nepagrįsti tėvų skundai		
(Vilma) Kai tėvai būna natūralistai, jiems ne visos slaugytojos patinka.	Ne visos slaugytojos patinka		
(Vilma) <...> tėvai pasakoja apie savo situaciją, apie gyvenimą ir tu gali gyventi jų gyvenimą <...> kartais nesusilaikai ir ašaros būna.	Gyveni naujagimio tėvų gyvenimą		

12 lentelė. Streso įveika

(Alma) Būna grįžti namo ir pasakai tokia ir tokia situacija, tokia ir tokia problema buvo ir papasakoji visa.	Pasidalinimas su namiškiais	Įveikos būdai
(Vilma) Namuose sueinam visi kartu vienas iš vieno kitas iš kito darbo ir pasidalinam.	Bendravimas su namiškiais	
(Sandra) Mano šeimoj niekas nenori girdėti apie tai, ką mes patiriam darbe. Jiems tai per daug žiauru <...>	Šeima girdėti nenori	
(Sandra) <...> aš pasiimu šunį, išeinu ir galvoju „Aga, gaivinimas. Ką aš blogai dariau, ką kita darė, ką mes galėjom kitaip padaryti“.	Persuka filmą išnaujo	
(Julija) Aš pradėjau šokti baletą. Ten išsikrauti, aš norėjau pabendrauti su kitais žmonėm, ne tik su kolektyvu, bet kad būtų kiti žmonės, kurie nesusiję su medicina visai.	Kita veikla – kitokie žmonės	
(Edita) Svarbu veiklą pakeisti.	Padedą kitokia veikla	
(Inesa) Sėstis ant dviračio ir važiuoti kažkur tai ir rėkti a a a...	Kitokia veikla	
(Julija) Pradedi juoktis nes supranti, kad tau reikia kažkaip susitvarkyti.	Juokas padeda	
(Ilona) Kartais ne iš karto grįžti namo, eini pasivaikščioti ir tik po to namo.	Iš karto ne namo	
(Rasa) Aš irgi uždaru klinikų duris ir negalvoju daugiau.	Atsiribojimas nuo darbo	
(Regina) <...> dabar pripratus, uždariau duris ir viskas, nes namo neštis aš to negaliu. Namuose turiu šeimą, vaikus, man ne ne, ta prasme negerai jautiesi, bet stengiesi iš darbo namo nei nešti iš namų į darbą.	Palieku darbą už uždarytų durų	
(Julija) Iš tikrųjų mes uždaros esam. <...> mes kiekviena susitvarkom pati su savo problema.	Uždaros	

CURRICULUM VITAE

Name, Surname: Natalja Skorobogatova
Address: Lithuanian University of Health Sciences, Medical Academy,
Department of Neonatology, Eivenių 2, LT-50161, Kaunas, Lithuania.
Phone (work) +370 37 326970
E-mail address: natalja.skorobogatova@kaunoklinikos.lt,
natalja.skorobogatova@lsmuni.lt

Education:

1985–1988 Ulan-Ude, Russia, medical school, a nurse
1990–1994 Kaunas University of Medicine, Faculty of Nursing,
a nurse Bachelor's degree education
2007–2009 Kaunas University of Medicine, Master studies in clinical nursing,
Master's degree in clinical nursing
2012–2016 PhD studies (Medical and Health Sciences, Public Health),
Lithuanian University of Health Sciences, Kaunas, Lithuania

Work experience:

1988–1990 Occupation: Procedure room nurse
Employer: Red Cross Children's Hospital, Nepriklausomybės 10,
Kaunas, LT-44320, Lithuania
1992– till present Occupation: Neonatal Intensive Care Unit nurse
Employer: Hospital of Lithuanian University of Health Sciences,
Kauno Klinikos, Eivenių 2, Kaunas, LT-50161, Lithuania
2001– till present Occupation: Nursing coordinator
Employer: Hospital of Lithuanian University of Health Sciences,
Kauno Klinikos, Eivenių 2, Kaunas, LT-50161, Lithuania
2013– till present Occupation: Teaching assistant
Employer: Lithuanian University of Health Sciences, A. Mickevičiaus
9, Kaunas LT-44307, Lithuania
2018– till present Occupation: Head nurse
Employer: Hospital of Lithuanian University of Health Sciences,
Kauno Klinikos, Eivenių 2, Kaunas, LT-50161, Lithuania