

**VILNIAUS UNIVERSITETAS**  
**MEDICINOS FAKULTETAS**  
**VIDAUS LIGŲ PAGRINDŲ IR SLAUGOS KATEDRA**  
**SLAUGOS SPECIALYBĖ**

TVIRTINU

Katedros vedėja prof. D. Kalibatiene

2006.06.

**PSICHIKOS SVEIKATOS ĮSTAIGŲ SLAUGYTOJŲ**  
**EMOCINĖS BŪSENOS ĮVERTINIMAS**

**SLAUGOS MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS**

Darbo autorius:

Slaugos magistratūros II kurso studentė

Sigita Skripkina.....

Vadovas doc. E. Laurinaitis.....

VILNIUS, 2006

# 1. SANTRAUKA

Skripkina S., Psichikos sveikatos įstaigų slaugytojų emocinės būsenos įvertinimas, slaugos magistro baigiamasis darbas, mokslinis vadovas doc. E. Laurinaitis, Vilniaus universitetas, Medicinos fakultetas, Vidaus ligų pagrindų ir slaugos katedra, 2006m. Vilnius.

Depresija ir nerimas yra vieni iš dažniausiai pasitaikančių psichikos sutrikimų. Pasaulyje vienu metu didžiaja depresija serga 5-9 proc. moterų, nerimu apie 25 proc. gyventojų. Mediko profesija nėra išimtis sirgti nerimu ir depresija, o ypač jei yra dirbama su sutrikusios psichikos asmenimis. Šie žmonės dažniau serga depresijomis, žudosi, tampa priklausomi nuo alkoholio. Lietuvoje apie medikus ištikusias nesėkmes bandoma nutylėti arba išvis nekalbama.

Šio tyrimo tikslas – įvertinti psichikos sveikatos įstaigose dirbančių slaugytojų emocinę būseną. Iškelti šie uždaviniai:

1. Naudojantis HAD skale įvertinti nerimo ir depresijos buvimą prieš ir po atostogų bei paanalizuoti šių sutrikimų išsidėstymą pagal amžių, šeimyninę padėtį ir vaikus.
2. Įvertinti darbo stažo, darbo krūvio ir papildomo darbo turėjimo įtaką nerimo ir depresijos pasireiškimui.
3. Palyginti HAD skalės rezultatus ir subjektyvios savijautos vertinimo atitikimą.
4. Nustatyti ryšį tarp atostogų vertinimo ir nerimo bei depresijos pasireiškimo.

Tyrimo objektas – psichikos sveikatos įstaigų slaugytojų emocinė būseną. Atliekant apklausą buvo naudojama 21 klausimų anketa ir HAD skalė (angl. Hospital Anxiety and Depression). Tyrimo metu buvo apklausiamos slaugytojos, dirbančios psichikos sveikatos įstaigose. Tyrimo duomenys apdoroti SPSS 8,0 for Windows programa. Nerimas ir depresija dažniau pasireiškia po atostogų tarp išsiskyrusių (nerimas) ir ištekėjusių (depresija) slaugytojų. Dažnesnis šių sutrikimų pasireiškimas po atostogų susijęs su  $\leq 1$  etatui darbo krūviu ir nuo 0 iki 19 metų ilgumo darbo stažu. Subjektyvus psichologinės būsenos vertinimas neatitinka HAD skalės rezultatų. Kuo blogiau slaugytojos vertino vasaros atostogas, tuo didesnis procentas jų turi didelę tikimybę sirgti nerimu.

## 1. SUMMARY

Skripkina S., Evaluation of the emotional status of the nurses from mental health institutions, magistracy final work of nursing, scientific guide Reader is E.Laurinaitis. He is the supervisor tutor of the university of Vilnius, medical faculty, internal diseases and nursing department, 2006, Vilnius.

Depression and anxiety are mostly found in mental derangements. At the same time in the world of the high depressive illness are ill 5-9 per cent of women and with anxiety about 25 per cent of inhabitants. The medical's profession is not exception to ill with depression and anxiety, especially when they work with mentally persons. These people often are ill with depressions, they commit suicide and become dependet on alcohol. In Lithuania it is trying to suppress or absolutely don't talk about this failures, what has happen to medical's men.

The aim of this research is to evaluate the emotional status of the nurses in mental health institutions. There are raised this tasks:

1. By using the HAD scale (Hospital Anxiety and Depression) to evaluate anxiety and depressions existence before and after holidays and to analyse the situation of these derangements according to the age, family status and children.
2. To evaluate influence of length of service, load of work and having supplementary work on display of anxiety and depression.
3. To compare results of the HAD scale and the accordance of subjective feeling appreciation.
4. To make a connection between evaluation of holidays and level of anxiety and depression.

The object of research is the emotional status of the nurses in mental health institutions. Doing inquest, it was used by questionnaire with 21 questions and the HAD scale. In research time were asked nurses from mental health institutions. The facts of research were amended by SPSS 8,0 for Windows program. Anxiety and depression often display after holidays between divorced (anxiety) and married (depression) nurses. Mostly the display of these derangements are after holiday and it is connected with staff of work's load and with length of service from 0 to 19 years. The subjective psychological status evaluation does not conform the results of the HAD scale. The worst nurses evaluate summer holidays, the bigger per cent of them has a big probability to have higher level of anxiety.

## 2. TURINYS

1. SANTRAUKA.....	1
2. TURINYS.....	3
3. ĮVADAS.....	5
4. TEORINĖ DALIS.....	7
4.0 Kas tai yra depresija.....	7
4.1 Endogeninė depresija.....	7
4.2 Egzogeninė depresija.....	9
4.3 Depresija – aktuali šių laikų problema.....	9
4.4 Moterys ir depresija.....	10
4.5 Nerimas, jo formos ir simptomai.....	11
4.6 Mediko profesija ir emocinis išsekimas.....	14
4.7 Atostogų sindromas.....	19
5. METODINĖ DALIS.....	22
6. TYRIMO REZULTATAI.....	25
6.0 Tiriamųjų charakteristika.....	25
6.1 Nerimas.....	28
6.2 Nerimas ir darbo stažas.....	31
6.3 Nerimas ir darbo krūvis.....	33
6.4 Nerimas ir subjektyvi savijauta.....	35
6.5 Nerimas ir atostogos.....	36
6.6 Depresija.....	37
6.7 Depresija ir darbo krūvis.....	41
6.8 Depresija ir subjektyvi savijauta.....	43
7. REZULTATŲ APTARIMAS.....	45
7.0 Nerimo aptarimas.....	45
7.1 Nerimo ir darbo stažo aptarimas.....	46
7.2 Nerimo ir darbo krūvio aptarimas.....	47
7.3 Nerimo ir subjektyvios savijautos aptarimas.....	47
7.4 Nerimo ir atostogų aptarimas.....	48
7.5 Depresijos aptarimas.....	49
7.6 Depresijos ir darbo krūvio aptarimas.....	50
7.7 Depresijos ir subjektyvios savijautos aptarimas.....	51

8. IŠVADOS.....	52
9. LITERATŪRA.....	53
10. PRIEDAI.....	55
1 Apklauso anketa.....	55
2 HAD skalē.....	57

### 3. ĮVADAS

Pastaraisiais metais depresijos tampa vis dažnesnės, vis dažniau šalia savęs galima pamatyti depresija sergantį žmogų. Depresijos dažnos Lietuvoje, taip pat Vakarų šalyse.(1)

Depresija sukelia daug problemų visame pasaulyje. Remiantis mirtingumo ir neįgalumo analize 1990m. ir šių rodiklių prognoze iki 2020 metų, depresija užėmė antrąją vietą tarp šiuos rodiklius lemiančių priežasčių ir, manoma, liks toje pačioje vietoje 2020 metais. Moterų tikimybė susirgti didžiąja depresija svyruoja nuo 10 iki 25 proc., vyrų- nuo 5 iki 12 procentų. Pasaulio gyventojų populiacijoje vienu metu didžiąja depresija serga 5-9 proc. moterų ir 2-3 proc. vyrų. Sergančiųjų amžius jaunėja, sergančiųjų daugėja, daugiau serga moterys (2,5-3 kartus dažniau už vyrus).

Depresijos paplitimas tarp Lietuvos gyventojų nėra tiksliai žinomas, nes turimi duomenys iliustruoja asmenų, kurie kreipėsi į gydymo įstaigas dėl depresijos, skaičių.(2)

Vilniaus psichikos sveikatos centro duomenimis (2002m.), prieš trejetą metų dėl depresijos į gydymo įstaigas per metus kreipdavosi 900-1000 naujų pacientų. Per pastaruosius metus skaičiai patrigubėjo ir dabar jau siekia 3,5 tūkstančių naujai išaiškintų depresijos atvejų.(3)

Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, išsivysčiusiuose regionuose depresija bus pagrindinė socialinės ekonominės naštos priežastis. Atsižvelgiant į pastarųjų metų depresijų skaičiaus augimą Lietuvoje, pasaulinės tendencijos išlieka ir mūsų krašte. Tiek pasauliniame kontekste, tiek mūsų krašte depresija gali susirgti bet kurio amžiaus ir specialybės žmonės, dažniausiai susergama tada, kai individas yra pačio darbingiausio amžiaus.(1 )

Kita problema, varginanti darbingo amžiaus žmones ir be abejonės turinti įtakos jų darbingumui, yra nerimas. JAV nacionalinio sveikatos instituto duomenimis, per gyvenimą nerimas pasireiškia 25 proc. asmenų, iš jų generalizuotas nerimas atsiranda 5,1 proc. atvejų ir vienodai pasireiškia tarp vyrų ir moterų.(4) Liga prasideda gana anksti, dar nesulaukus 25 metų, dažnesnė 35-45 m. asmenims.(5)

Nerimo paplitimo duomenys Prancūzijoje: 17,3 proc. vyrų ir 36 proc. moterų.(4) Labai dažnai pasitaiko mišrus nerimo ir depresijos sutrikimas, tokių pacientų ypač gausu pirminės medicinos praktikoje- apie 20 proc., o bendroje populiacijoje jų dažnis siekia 5 proc.(6)

Mediko profesija nėra išimtis susirgti nerimu ir depresija. Anaiptol, medikų darbas yra susijęs su nuolatinio stresu, nervine įtampa, ypač jei tas darbas yra su sutrikusios psichikos žmonėmis. Medicinos darbuotojai apskritai nesikreipia dėl sveikatos į gydytojus, ignoruoja savo savijautą. Tiek slaugytojos, tiek gydytojai labiau orientuoti į pagalbą kitam, todėl pačių savijauta tampa antraeilium dalyku. Pagal profesiją jie priklauso rizikos grupei. Šie žmonės dažniau serga depresijomis, žudosi, tampa priklausomi nuo alkoholio. Lietuvoje apie medikus ištikusias nesėkmes bandoma nutylėti arba išvis nekalbama.(7)

Literatūros šaltiniuose šios su darbu susijusios negandos turi savo pavadinimą – tai emocinis išsekimas, dar kitaip vadinamas perdegimo sindromu, profesiniu išsekimu ar darbo depresija. Nuo sunkaus emocinio išsekimo kenčia apie 7 proc. Suomijos darbingo amžiaus žmonių, nuo vidutinio sunkumo - 48 proc.(8) Kiek kenčia nuo emocinio išsekimo Lietuvos darbingo amžiaus žmonių nėra žinoma.

**Šio tyrimo tikslas – įvertinti psichikos sveikatos įstaigose dirbančių slaugytojų emocinę būseną. Iškelti šie uždaviniai:**

2. Naudojantis HAD skale įvertinti nerimo ir depresijos buvimą prieš ir po atostogų bei paanalizuoti šių sutrikimų išsidėstymą pagal amžių, šeimyninę padėtį ir vaikus.
3. Įvertinti darbo stažo, darbo krūvio ir papildomo darbo turėjimo įtaką nerimo ir depresijos pasireiškimui prieš ir po atostogų.
4. Palyginti HAD skalės rezultatus ir subjektyvios savijautos vertinimo atitikimą.
5. Nustatyti ryšį tarp atostogų vertinimo ir nerimo bei depresijos pasireiškimo.

**Darbo metu tikrinamos šios hipotezės:**

1. Nerimas ir depresija dažniau pasireiškia po atostogų nei prieš atostogas.
2. Nerimo ir depresijos pasireiškimą prieš ir po atostogų įtakoja didesnis darbo stažas ir darbo krūvis bei papildomo darbo turėjimas.
3. Subjektyvus savijautos vertinimas atitinka HAD skalės rezultatus.
4. Kuo blogesnis vasaros atostogų vertinimas, tuo dažniau pasireiškia nerimas ir depresija.

Darbas atliktas Vilniaus universitete, Medicinos fakultete, Vidaus ligų pagrindų ir slaugos katedroje ir Vilniaus miesto psichikos sveikatos centre bei Respublikinėje Rokiškio psichiatrinėje ligoninėje. Darbo apimtis yra 58 kompiuteriniai lapai, darbe pavaizduota 27 lentelės ir 3 grafikai.

## 4. TEORINĖ DALIS

### 4.0 KAS TAI YRA DEPRESIJA?

Depresija – tai liguistai prislėgta, liūdna nuotaika. Šiam sutrikimui paprastai būdinga sulėtėjęs mąstymas ir prislopę judesiai. Tai depresinis sindromas. Greta šių pagrindinių depresijos požymių, dažnai pasireiškia savęs nuvertinimo, savigraužos, kaltės idėjos.(6) Kai-kas yra pasakęs, kad patirti depresiją – tai tarsi sėdėti šešėlyje, kai visi kiti vaikšto saulėje, tai matyti viską tik juodai, nors pasaulis žėri visomis vaivorykštės spalvomis. Depresija kaip neprašyta viešnia gali įžengti į kiekvieno gyvenimą, atimdama gyvenimo džiaugsmą, sutrikdydama darbinę veiklą, sujaukdama šeimyninį gyvenimą.(9) Depresija – ne asmens silpnumo požymis. Tai ir ne ta būseną, iš kurios galima nesunkiai išsiropšti. Tai labai reali ir dažna liga, paveikianti ne tik psichiką.(10)

Depresijų psichopatologija labai priklauso nuo etiologijos, todėl depresijos yra skirstomos į:

- a) endogenines;
- b) egzogenines.

### 4.1 ENDOGENINĖ DEPRESIJA

Anksčiau endogeninė depresija buvo vadinama melancholija. Ji kyla dėl organizme vykstančių pakitimų. Pastaruoju metu daug dėmesio kreipiamą į serotonino, acetilcholino ir noradrenalino apykaitos sutrikimus, kurie, matyt, yra depresijos priežastis. Šiems sutrikimams atsirasti svarbu paveldimumas. Endogeninė depresija atsiranda be išorinės priežasties. Ši depresija gali kilti bet kuriame amžiuje, tačiau dažniausiai ji prasideda 20-50 metų (50 %), vidutinis amžius apie 40 metų. Ji dažniau nustatoma išsiskyrusiems asmenims. Nenustatyti žymesni skirtumai tarp miesto bei kaimo gyventojų.(11) Tragiškiausias depresijos padarinys yra savižudybė. Apie 50 proc. depresija sergančių pacientų mėgina nusižudyti bent kartą gyvenime, o nusižudo 15 proc.(6)

Endogeninei depresijai būdinga vadinamoji depresijos triada: 1) prislėgta, liūdna nuotaika; 2) sulėtėjusios asociacijos; 3) užslopinti judesiai. Jau vien iš išvaizdos galima spręsti, kad ligonis yra depresiškas: liūdnas, kenčiantis veidas, suraukti antakiai, tvirtai



sučiauptos lūpos. Ligoniai būna pasyvūs, nejudrūs, kartais lėtai be tikslo vaikšto, nereaguoja į aplinkinius, niekuo nesidomi, gali ištisą dieną gulėti lovoje. Su šiais ligoniais sunku susikalbėti: į klausimus jie atsako lakoniškai, vienu dviem žodžiais, o į sudėtingus klausimus gali ir visai neatsakyti.

Prislėgtą nuotaiką ligoniai apibūdina kaip liūdesį, dvasinį sunkumą, prislėgtumą, gyvenimą be prošvaisčių. Džiugūs, malonūs įvykiai nelabai veikia blogą nuotaiką. Anksti ryte liūdesys būna intensyviausias, vakare silpnėja.

Svarbus endogeninės depresijos požymis yra sulėtėjusios asociacijos ir apskritai visa psichikos veikla. Ryškiausiai tai atsispindi mąstyme ir kalboje, mintys pasidaro lėtos, nepaslankios, mąstymas sulėtėja.

Judesių slopinimas pasireiškia sulėtėjusiais judesiais, lėta eisena. Kartais užslopinimas gali pasireikšti substuporu.

Endogeninei depresijai būdingas sumažėjęs psichikos tonusas. Ryškiai susiaurėja interesai, įvykiai, ankščiau jaudinę, pasidaro „pilki“, bereikšmiai, ligoniai vengia bendrauti. Visa tai yra todėl, kad kasdieninė, įprastinė veikla, kuri anksčiau buvo atliekama automatiškai, dabar virsta sunkia, neįveikiama problema. Kai yra depresija, ne tik sunku ryžtis ką nors daryti, bet dar sunkiau vykdyti.

Sergantieji depresija viską mato, vertina lyg pro tamsius akinius, save laiko nevykėliais, negabiais, iš praeities prisimena tik tai, kas buvo nemalonu, dėl to dar labiau gilėja menkavertiškumo jausmas. Ligoniai skundžiasi, kad pasidaro šalti, abejingi, bejausmiai. Esant sunkiai depresijai gali būti savęs nuvertinimo, kaltumo kliedesių.

Nukenčia ir suvokimo sfera. Ligonis kitaip suvokia save, savo kūną. Jo rankos, kojos, veidas, visas kūnas pasidaro tarsi negyvi, lyg ne jo.

Dažnai pasitaiko ir dėmesio koncentracijos sutrikimų, dėl to ligoniai skundžiasi, kad nusilpo atmintis.

Būdingi ir miego sutrikimai, kai sunku užmigti, miegas būna paviršutiniškas, girdimas aplinkinis triukšmas, anksti nubundama. Ry tą ligoniai būna pavargę, neišsimiegoję.

Endogeninei depresijai būdingi ir somatiniai sutrikimai, t.y. sumažėjęs apetitas ir liesėjimas, obstipacijos, būdingi ir seksualinės sferos sutrikimai: susilpnėja potraukis, moterims atsiranda laikinas frigidiskumas, nutrūksta mėnesinės. Gali būti skausmai – galvos, kaklo, sprando, tarpmenčio, pečių, kojų. Neretai būna spazmai, miegant nutirpsta rankos, kojos.(11) Ne kiekvienas sergantis depresija išgyvena visus šiuos

simptomus. Kai kuriuos vargina keli, kai kuriuos – daugelis simptomų. Taip pat, priklausomai nuo asmenybės, simptomai gali būti stipresni ar silpnesni.(12)

#### 4.2 EGZOGENINĖ DEPRESIJA

Egzogeninė depresija kyla tada, kai žmogų veikia išorės dirgikliai. Egzogeninės depresijos būna:

- a) somatinės (organinės);
- b) psichogeninės.

Somatinės (organinės) depresijos atsiranda dėl vidaus organų ligų, po galvos smegenų traumos ar kitos kilmės centrinės nervų sistemos pažeidimų (infekcijos, intoksikacijos, galvos smegenų aterosklerozės ir kt.) Jos paprastai esti pagrindinis ligos sindromas.

Psichogeninė (reaktyvioji) depresija kyla po psichikos traumų, t.y. tokių stiprių arba ilgai trunkančių išgyvenimų, kurie ryškiai sutrikdo CNS jaudinimo ir slopinimo procesus, pertempia stresinius adaptacinius organizmo mechanizmus. Reaktyviajai depresijai būdinga K.Jasperso aprašyta požymių triada: 1) depresija kyla dėl psichiką traumuojančios situacijos; 2) situacija, t.y. psichikos trauma, atsispindi depresijoje; 3) situacijai praėjus, depresija išnyksta.(11)

#### 4.3 DEPRESIJA – AKTUALI ŠIŲ LAIKŲ PROBLEMA

Bendrojoje psichopatologijoje depresija labai svarbi, nes dažnai pasitaiko. P.Kielholco duomenimis, iš visų ligonių, kurie kreipiasi į įvairių specialybių gydytojus, sergantys depresija ligoniai sudaro apie 10 procentų. Literatūros duomenimis, apie 10 procentų visų gyventojų patiria ilgiau ar trumpiau trunkančias depresines būsenas, o prie jų priskyrus ir švelnias, dažniausiai neatpažintas depresijas, susidarytų 25 procentai.(16) Pagal JAV ir Vakarų Europoje 1994 m. Atliktus PSO tyrimus, per 30 procentų pacientų, besikreipiančių į pirminės sveikatos priežiūros gydytojus, pasireiškia depresijos simptomų, 10,4 procentų jų nustatoma klinikinė depresija. Depresija pasitaiko 1,6-1,8 karto dažniau tarp skurstančių negu tarp pasiturinčių žmonių.(3)

Iš pastaruoju metu pateikiamų mokslinių tyrimų duomenų matyti, kad psichikos ir elgesio sutrikimai labai dažni ir tampa didele ekonomine našta valstybėms. Pasaulio banko ir PSO iniciatyva 1996 m. atlikto tyrimo duomenimis, įvairios depresijos formos

bei šizofrenija sudarė 9,5 % visų sveikatos sutrikimų. Šio tyrimo duomenimis depresija yra nustatyta 31,8 % moterų. Užsienio mokslininkų teigimu, jei sergamumo tendencijos nekis, 2020 m. vienpolė depresija taps antra pagal dažnumą invalidumo priežastis. Prognozuojama, kad 2020 m. dėl psichikos ir neurologinių sutrikimų patiriami ekonominiai nuostoliai sudarys iki 15 % visų dėl sveikatos sutrikimų patiriamų nuostolių.(13)

Pastaraisiais dešimtmečiais vis daugiau specialistų atkreipia dėmesį į tai, kad depresijų daugėja, keičiasi jų psichopatologija. Tai iš dalies galima paaiškinti tuo, kad mūsų šalyje ir kitur sustiprėjo psichiatrinė tarnyba, todėl randama vis daugiau ligonių. Be to psichiatrinė pagalba darosi vis prieinamesnė visuomenei. Ji peržengė stacionaro ribas, sukurta plati ambulatorinė psichiatrinės ir psichologinės pagalbos tarnyba.(11)

#### 4.4 MOTERYS IR DEPRESIJA

Šiandien moterys vaidina vis svarbesnį vaidmenį įvairiose gyvenimo srityse. Ne išimtis ir medicina. Tik šiuo atveju tai mažiau džiugina, nes moterys, palyginti su vyrais, dažniau serga, lankosi pas gydytojus, užima daugiau kaip 60 % ligoninių lovų, be to, JAV duomenimis, moterims gydyti išleidžiama 2/3 viso sveikatos apsaugai skirto biudžeto.

Taip pat moterys dažniau tampa psichikos sveikatos įstaigų klientėmis, jos daugiau serga įvairiais psichikos sutrikimais, dažniau kreipiasi pagalbos. Dėl biologinių, socialinių ir psichologinių ypatumų moterys depresija serga dažniau, sunkiau, daugiau patiria socialinių ir psichologinių nuostolių.

Tikslių epidemiologinių tyrimų Lietuvoje nebuvo atlikta, tačiau Europoje ir Šiaurės Amerikoje atlikti tyrimai parodė, kad moterys depresija serga dažniau už vyrus (santykis 1,96:1). Per gyvenimą susirgti depresija moteriai tikimybė yra 10,2-21 %, o vyrui 5,2-12 %.

Sergančiųjų depresija moterų socialinis funkcionalumas, ypač santuokinis gyvenimas, sutrinka labiau nei vyrų.(14)

#### 4.5 NERIMAS, JO FORMOS IR SIMPTOMAI

Įvairaus amžiaus grupėse nerimo sutrikimai labai paplitę ir per visą gyvenimą jais suserga apie 5,1 proc. populiacijos. Jie betarpiškai pablogina visą asmens veiklą bei gyvenimo kokybę.

Seniausieji enciklopediniai nerimo apibrėžimai sako, kad „nerimas yra skausmingas nesaugumo jautimas būsimam nenusakomam pavojui...“. Dabartiniai nerimo sutrikimo aprašymai pabrėžia simptomų heterogeniškumą ir skiria fobijas, panikos sutrikimą, generalizuoto nerimo sutrikimą, obsesinį-kompulsinį sutrikimą, potrauminio streso sutrikimą ir t.t.(TLK-10 klasifikacija). Nerimo sutrikimus ne visada lengva įvertinti, nes jie pasireiškia labai įvairiai ir atskiriems individams skirtingai.(15)

Nerimas labai paplitusi emocija, ją patiria kiekvienas ištiktas streso. Nerimas skirstomas į normalų ir pataloginį, nerimo būseną ir broožą.Nerimo būseną yra nerimo jautimas dabar, tam tikru momentu ir dažnai pasireiškia, kai yra stresinė aplinka.Nerimas gali trukti ir ilgai, net visą gyvenimą.Tokį nerimą vertiname kaip broožą, būdingą asmenybės sutrikimui.Normalus nerimas ir nerimo būseną skiriasi tik kiekybiškai, bet ne kokybiškai. Nerimo būsenos varginamas žmogus gali būti neramus, jaustis netvirtas, pažeidžiamas, išsigandęs. Jam gali būti dusulys, uždusimo jausmas ir kiti simptomai. Patologiniu vadinamas nerimas, atsiradęs be aiškios priežasties. Jaučiamas nerimas, nesusijęs su kokiu nors provokuojančiu faktoriumi, gali būti vadinamas „laisvai plaukiojančiu“. Žmonėms, kuriems yra nerimo sutrikimų, gali būti psichologinių ar somatinių nerimo simptomų. Kraštutinės nerimo būsenos metu gali pasireikšti daug somatinių simptomų. Dauguma tokios būsenos pacientų susitelkia į gresiantį pavojų, ypač fizinę grėsmę. Dažniausiai užplūstančios mintys: „aš galiu mirti“, „man bus infarktas“, „ aš išprotėsiu“. Panikos apimti žmonės bijo fizinės, psichologinės ar socialinės katastrofos. Kraštutinė nerimo būseną vadinama priepuoliu, jis pasireiškia ūminių psichinių ir somatinių simptomų kompleksu su kraštutine baime. Toks priepuolis trunka nuo kelių minučių iki kelių valandų. Priepuolis gali kartotis kelis kartus per parą. Žmogus gali jausti bendrą nerimą, kuris dar vadinamas „laisvai plaukiojančiu“ autonominiu nerimu. Šio nerimo simptomai: karščio jautimas, diskomfortas skrandyje, pilve, dusulys, svaigulys, burnos sausumas, sustiprėjęs prakaitavimas, drebulys, išsiplėtę vyzdžiai, padidėjęs arterinis kraujospūdis, pykinimas, vėmimas, dažnas šlapinimasis ir diarėja. Jis ypač būdingas generalizuotam nerimui. Normalus nerimas ir nerimo sutrikimai pasireiškia įvairiais somatiniais ir psichiniais simptomais. TLK-10 klasifikacijoje yra išskirti nerimo sutrikimai, pasireiškiantys

patologiniu nerimu. Tai fobijos, panikos, obsesinis-kompulsinis, potrauminio streso, generalizuoto nerimo sutrikimai ir t.t.(16)

Taigi ar nerimas, kaip psichologinis simptomas, yra ribinis sutrikimas, ar liga? Iš tikrųjų daug autorių pažymi, kad nerimo būseną gali būti normali. Nerimas susijęs su objektyviomis priežastimis, atitinka dėmesio vertą, asmenybei svarbią problemą. Kai nerimas tęsiasi kelias valandas, dienas, mėnesius arba ir trumpiau, bet yra ekstremalus, pereina į panikos priepuolius- tai jau patologinis nerimas. Jei asmuo visą gyvenimą nerimauja be pagrindo dėl smulkmenų, tai- nerimastinga asmenybė.

Antrinį nerimą sukelia kai kurios ligos. Nerimo priepuoliai pasireiškia esant: temporalinei epilepsijai, koronarų patologijai, širdies ritmo sutrikimams, skydliaukės hipo- ar hiperfunkcijai, feochromocitomai, pirminiam svaigimui, alkoholio nutraukimo metu, apsinuodijus.

Nerimo sutrikimų klinika yra labai sudėtinga ir sunkiai aprašoma iš dalies todėl, kad paciento skundai kinta dėl pačių simptomų nepastovumo ir dėl jo pateikimo svarbumo sugrupavimo. Pacientas sunkiai atskiria ir nusako spontaninius ar situacinius nerimo priepuolius, nes kartojantis simptomams, atsiranda jų laukimo nerimas. Kilus laukimo nerimui pacientas yra įsitempęs, jį kamuoja mintys apie priepuolio pasikartojimą ir dirglumas bet kokiam dirgikliui yra perdėtas.(4)

Nerimas sukelia nevienodus skundus. Vieni pacientai žodžiais nusako savo pojūčius, pasakoja apie savo baimes, atkreipia dėmesį į galimą ligą. Kiti pacientai slepia baimę ir nerimą elgesio sutrikimais. Jie sujaudinti, sunkiai prisitaiko prie darbo sąlygų ir šeimos gyvenimo, yra linkę žudyti. Jie jaučia nerimą dieną, o naktį nerimastingi sapnai ar panikos priepuoliai prikelia iš miego. Jiems yra būdingi lytinio gyvenimo sutrikimai, kartais kliesdėsiai.

Trečiosios grupės sergančiųjų nerimo požymiai yra paslėpti. Atrodo, kad nuotaikos blogėjimą sukelia kitų ligų simptomai. Būdingi atminties, dėmesio, sprendimų, mitybos bei pažinimo funkcijų pokyčiai.(5)

Nerimo priepuolio metu pasireiškia mišrūs somatiniai ir psichosensoriniai simptomai.

1. Somatiniai nerimo simptomai pagal pasikartojimų dažnumą:

Svaigulys ir pykinimas-83 proc.

Tachikardija-74 proc.

Drebulys-72 proc.

Prakaitavimas-65 proc.

Kvėpavimo sutrikimai-50 proc.

Krūtinės skausmas-43 proc.  
Parestezijos-15 proc.  
2. Psichosensoriniai nerimo simptomai:  
Derealizacija-60 proc.  
Šviesos jautrumo pokyčiai-56 proc.  
Klausos jautrumo pokyčiai-54 proc.  
Jutimai epigastriume-41 proc.  
Depersonalizacija-39 proc.  
Vestibuliniai sutrikimai-31 proc.  
Minčių pagreitėjimas-30 proc.  
Atstumo suvokimo kitimai-20 proc.  
Laiko sustojimas-10 proc.(4)

Yra išskiriama epizodinis paroksizminis, generalizuotas nerimo sutrikimas ir mišrus nerimo ir depresijos sutrikimas.

Epizodinio paroksizminio nerimo priepuolio metu gali pasireikšti labai įvairūs simptomai: sustiprėjęs širdies plakimas, prakaitavimas, virpulyš, drebėjimas, padažnėjęs kvėpavimas ar oro trūkumas, smaugimo pojūtis, neryškus skausmas ar diskomfortas krūtinėje, galvos svaigimas, sukimasis ar apdijimo jausmas, derealizacija ar depersonalizacija, baimė prarasti savitvardą ar išprotėti, baimė numirti, parestezijos, šalčio krėtimas ar karščio pylimas.

Panikos sutrikimai būdingi maždaug 3 proc. žmonių iš bendros populiacijos, o dėl panikos priepuolių kenčia vidutiniškai 7-10 proc.

Generalizuoto nerimo sutrikimas pasireiškia tuo, kad ligonių nuolat jaučiamas nerimas kyla be aiškios priežasties ar aplinkybių. Sutrikimo dažnis populiacijoje, įvairių autorių duomenimis, siekia 2,5-8 proc.(2-5 proc.populiacijos, 2:1 sudaro moterys.(17)). Šie ligoniai dažniausiai skundžiasi nuolatinio nervingumu, virpuliu, raumenų įtampa, prakaitavimu, galvos svaigimu, širdies plakimu, silpnumu, diskomfortu epigastriume, kitais vegetaciniais nerimo požymiais. Juos kankina nuolatinė baimė, kad kažkas blogo atsitiks jiems ar jų artimiesiems, jie kupini įvairiausių blogų nuojautų.(6)

Ligos pradžia dažniausiai būna 20-30 metų amžiaus.(17)

Mišrus nerimo ir depresijos sutrikimas, kaip atskira kategorija, pirmą kartą įtrauktas į psichikos sutrikimų klasifikaciją tik paskutiniame TLK variante. Įtrauktas dėl

to, kad tokių pacientų ypač gausu pirminėje medicinos praktikoje- apie 20 proc., o bendrojoje populiacijoje jų dažnis siekia 5 proc.(6)

50-70 proc. sergančiųjų depresija buvo gydyti nuo nerimo nors kartą gyvenime. Nurodoma, kad esant depresijai per 4 metus pasireiškia nerimo sutrikimų. Iš kitos pusės, įvairių autorių duomenimis, sergant generalizuotu nerimu daugiau nei 6 mėn., 23-73 proc. atvejų pasireiškia depresija. Manoma, kad šių dviejų sutrikimų dažnumas toks įvairus dėl nepakankamai įvertinamo nuotaikos pablogėjimo diagnozuojant nerimo sutrikimus.(4)

Šiems asmenims būdingas mišrus simptomų derinys: nerimo-širdies plakimas, galvos svaigimas, sausumas burnoje, oro trūkumas, parestezijos; depresiniai- nuovargis, bloga nuotaika, nemiga, interesų bei seksualinio potraukio praradimas; socialiniai- nesuspenduoja su krūviu darbe ar namie.(6)

Yra manoma, kad mišriais depresijų ir nerimo atvejais, depresija 70 proc. padidina riziką suicidiniams poelgiams.(17)

Nerimo sutrikimas sukelia socialines problemas, pavyzdžiui, blogėja darbo kokybė, kyla finansinių sunkumų, daugiau vartojama alkoholio. I. Markowitz duomenimis, nerimo atvejais asmenys dažniau tampa socialiai ir finansiškai priklausomi, dažniau vartoja alkoholį ir mėgina žudyti.(5)

#### 4.6 MEDIKO PROFESIJA IR EMOCINIS IŠSEKIMAS

Fizinis krūvis, toksinės medžiagos, mikrobiologinė tarša- tai tik dalis kenksmingų veiksnių, su kuriais susiduria slaugytojos savo kasdieniniame darbe. Stresas, emocinis išsekimas ir kiti rizikos veiksniai neigiamai veikia slaugytojų sveikatą.

Mes gimstame, turėdami tam tikrus sugebėjimus bei galimybes, kurios, mums augant ir vystantis, formuoja charakterį.

Darbas- labai svarbus veiksnys, turintis įtakos suaugusio žmogaus gyvenimui. Dirbant paslaugų srityje tenka susidurti su bendruomenės problemomis ( socialinėmis, psichologinėmis, sveikatos). Dirbant slaugytoja tenka atlikti sveikatai pavojingus darbus bei susidurti su kitų žmonių kančiomis, mirtimi. Todėl slaugytojos dažnai patiria emocinį išsekimą, fizinį stresą bei psichologinę įtampą. (18)

Tikriausiai kiekvienas esame patyrę panašų jausmą, kai darbas beviltiškai nusibosta, atrodo, tiesiog viskas krinta iš rankų, nebesinori nieko nei matyti, nei girdėti, tačiau jei tai kartojasi nuolat, greičiausiai tai pirmieji emocinio išsekimo požymiai.

Terminą emocinis išsekimas pirmą kartą paminėjo amerikiečių psichologas Freudenbergas. Taip apibrėžiamas žmonių, intensyviai ir glaudžiai bendradarbiaujančių su kitais, psichologinė būseną.(19) Emocinis išsekimas yra fizinio, protinio ir dvasinio sudirginimo sindromas, kai vis daugiau prarandama energijos, tikslo.(18) Iš pradžių Freudenbergas į šią grupę įtraukė specialistus, dirbančius krizių centruose, psichiatrijos klinikose, vėliau apjungė visas profesijas, kur nuolat glaudžiai bendraujama. Į šį sąrašą patenka mokytojai, auklėtojai, sociologai, psichologai, dvasininkai, žurnalistai, tardytojai. Ir aišku viena iš pirmųjų sąrašė- slaugytoja. Jos darbo diena- tai glaudus bendravimas su žmonėmis, be to dar ir ligotais, reikalaujančiais nuolatinio dėmesio ir rūpinimosi. Dažniausiai susidurianti su neigiamomis emocijomis, slaugytoja nevalingai įsitraukia į jas ir pati pradeda jausti emocinę įtampą.(19)

Darbuotojui svarbiausi tampa laimėjimai, nebelieka laiko pokalbiams“ šiaip sau“.Svarbiausiais dalykais imami laikyti darbo planai bei projektai, o ne žmonės. Emocinis išsekimas dar vadinamas „darbo depresija“. Kai kurie autoriai nurodo, kad tai yra bendrosios depresijos pasekmė. Tačiau darbuotojai šiuos negalavimus sieja būtent su darbo vieta. Ne darbo aplinkoje šių simptomų nebūna.(20)

Nors atsakomybė už žmonių gyvybę ir gerovę dažnai suteikia pasitenkinimą darbu, tačiau neretai slaugytojos jaučiasi fiziškai ir emociškai išsekęs. Dėl to vystosi streso ir nervinės įtampos požymiai- skrandžio opos, hipertenzija, miego sutrikimai. Ilgalaikis stresas ilgainiui išsekina emociškai, mažėja teigiamų emocijų, nėra susidomėjimo aplinka, darbu, vystosi apatija.

Emocinis išsekimas- tai stresą sukeliančių veiksnių susikaupimas darbo vietoje. Jis neleidžia blaiviai mąstyti, kritiškai vertinti aplinkybių, tinkamai spręsti. Tai gali būti pavojinga slaugomo paciento sveikatai. Emociškai pervargęs žmogus nepakelia normalaus darbo krūvio ir ima ieškoti nusiramino, kartais ima vartoti vaistus, pradeda rūkyti ar vartoti narkotikus. Tai ypač pavojinga paciento saugumui.

Taip gali atsitikti tiems, kurie dirba su žmonėmis, kurių darbas intensyvus, atsakingas, ar kurie pavestą darbą atlieka labai sąžiningai

Emocinis išsekimas gali vystytis bet kuriame darbe dirbantiems asmenims, nes nėra vienas žmogus nėra nuo to apsaugotas. Tačiau kai kurių specialybių darbuotojai yra labai pažeidžiami. . Pastaruoju metu atlikti tyrimai parodė, kad slaugytojoms yra didesnė rizika nerviškai išsekti, nes dažnai jos susiduria su kitų žmonių skausmu, kančiomis, mirtimi. Slaugytojų darbas labai įtemptas, o neretai pasitaiko ir įtempti santykiai darbe. Dažnai slaugytojos nejaučia kolegų paramos. (18)



Literatūros šaltiniuose darbuotojų psichikos sveikatos problemos yra siejamos su asmeninėmis savybėmis, lytimi, paveldimumu, darbo praradimo grėsme, pamaininiu, ypač naktiniu darbu, viršvalandžiais, protinio ar fizinio darbo specifikai būdingais stresoriais, stresiniais gyvenimo įvykiais bei galimomis šių veiksnių kombinacijomis. (21) Nustatyta, kad dėl didelių darbo reikalavimų ir nuomonės darbo klausimais nepaisymo psichikos sveikatos pakitimų išsivystymo rizika padidėja nuo 1,4 iki 5 kartų. Yra įrodymų, kad psichikos sveikatos pakitimų efektas, ypač moterims, dar labiau sustiprėja, jei nesulaukiama vadovų, kolegų, draugų ar šeimos paramos. Dėl pastangų darbe neatikimo gaunamam atlygiui depresijos simptomų išsivystymo rizika padidėja nuo 2 iki 6 kartų. (22) Darbuotojams, kurių darbas įtemptas ir kurie patiria realią grėsmę netekti darbo, rizika depresijai atsirasti 11 kartų didesnė. (21)

Priežastys, sukeliančios emocinį išsekimą:

1. Kasdieninis susidūrimas su mirtimi.
2. Didelė pacientų kaita arba negalėjimas užtikrinti reikiamos kokybės slaugos, nes trūksta pinigų, personalo.
3. Negalėjimas atlikti profesinių reikalavimų dėl per didelio darbo krūvio.
4. Nuolatinis spaudimas atlikti užduotis kaip galima greičiau.
5. Kraujo ar ekskrementų vaizdas.
6. Darbo aplinkoje vyraujantys neigiami faktoriai.
7. Rutininis ar monotoniškas darbas.
8. Pacientas nerodo dėkingumo.

Stresas dėl baimės, kad negalėsite prisitaikyti prie greitai besikeičiančios tobulėjančios technikos

Slaugytojos darbe daug duoda, tačiau tai, ką atiduoda, neatitinka to, ką gauna slaugytoja duoda, pacientas gauna. Be to, tam tikro charakterio žmonės labiau linkę emociškai išsekti (idealistai, darboholikai, siekiantys didelių tikslų). (18) Labiausiai linkę į emocinį išsekimą yra asmenys, kurie ypač daug reikalauja iš savęs. Jų manymu tikras medikas - tai profesinės tobulybės pavyzdys. Šios kategorijos asmenys sutapatina savo darbą su pašaukimu, nebejaučia ribos tarp darbo ir asmeninio gyvenimo. Tyrimų metu buvo išskirta trys tipai žmonių, kuriems gresia emocinis išsekimas.

Pirmasis tipas - pedantas. Pagrindiniai bruožai: sąžiningumas iki tobulo, liguistas tvarkingumas, noras bet kurioje veikloje pasiekti pavyzdinės tvarkos.

Antrasis tipas - vaidintojas. Šio tipo žmonės siekia pirmą visose srityse, visada būti aukštumoje. Kartu jiems būdingas greitas išsekimas atliekant neįžymius, rutininius darbus.

Trečiasis tipas- jausmingasis. Šio tipo žmonės be galo jausmingi ir imlūs įspūdžiams. Jų gebėjimas įsijausti į svetimą skausmą, kaip į savo, ribojasi su patologija, susinaikinimu. Tuo pat metu patiems neužtenka jėgų priešintis bet kokioms nepalankioms aplinkybėms.(19)

Išskiriamos trys emocinio išsekimo dalys. Pirmasis komponentas- fizinis nuovargis, kai jaučiamas energijos trūkumas, lėtinis nuovargis bei bendras išsekimas. Pasirodo somatiniai požymiai: dažni galvos skausmai, pečių juostos ir kaklo raumenų įtempimas, nugaros skausmai, pakinta apetitas ir svoris, sutrinka miegas, dieną žmogus jaučiasi pavargęs, o naktį negali užmigti.

Antrasis komponentas yra emocinis nuovargis, kuris pasireiškia depresija, bejėgiškumu ir beviltiškumu. Nerandant supratimo ir užuojautos šeimoje ar tarp draugų, gali turėti suicidinių paskatų.

Trečiasis komponentas yra psichinis nuovargis. Asmuo pradeda save smerkti, neigiamai žiūrėti į darbą ir kitus žmones. Atsiradus keliems iš šių simptomų ar visiems simptomams, reikia susirūpinti.

Emocinis išsekimas gali vystytis iš lėto, pereidamas kelis tipinius etapus: nerimo, pasipriešinimo ir išsekimo. Nerimo etapo metu įsijungia apsauginiai mechanizmai, žmogus stengiasi susidoroti su kasdieninį stresą sukeliančiais veiksniais ir išlaikyti profesinį lygį. Atsiradus konfliktui, frustracijai, prasideda pasipriešinimo etapas. Žmogus tampa ciniškas, rigidiškas, stengiasi atsiriboti nuo kitų. Trečiasis etapas pasireiškia ekstremaliais išsekimo požymiais.

Emocinis išsekimas- tai ilgas procesas, galima išskirti keturias jo stadijas;

1. Entuziazmas. Žmonės, pradėję dirbti naują darbą, paprastai jį atlieka su užsidegimu, kuria idealus. Slauga pati savaime kelia stresą, ir jei kasdien patiriamas stresas ir yra didelis darbo krūvis, tai dalis slaugytojos darbo nebeatitinka jos įsivaizduojamų idealų.
2. Sustingimas. Kai lūkesčiai nebeatitinka, entuziazmas blėsta, nyksta motyvacija.
3. Frustracija. Slaugytoja pamažu emociškai išsisemia, jaučia asmeninį pralaimėjimą. Tampa sudirgusi ir ciniška, nes supranta, kad negalės pakeisti sistemos ir pasiekti savo idealų.
4. Nusišalinimas. Tai depresija, kai žmogus nebegali susidoroti su keliamais reikalavimais, net menkiausias sprendimas sukelia susierzinimą. Žmogus stengiasi atsiskirti nuo kitų. Jei tokia būseną tęsiasi ilgai, šį reiškinį galima pavadinti emociniu išsekimu.(18)

Pagrindiniai emocinio išsekimo simptomai yra:

1. Blogėja santykiai su kolegomis ir giminėmis.
2. Didėja neigiamas požiūris į pacientą.
3. Nesaikingai vartojamas alkoholis, kofeinas, nikotinas.
4. Dingsta jumoro jausmas, atsiranda nuolatinės kaltės ir nepasitenkinimo pojūtis.
5. Didėja jautrumas.
6. Kaskart kyla mintis keisti darbo pobūdį.
7. Išsiblaškytas.
8. Sutrinka miegas.
9. Sumažėja atsparumas infekcinėms ligoms.
10. Greičiau pavargstama, nuovargis jaučiamas visą darbo dieną.(19)

Sunkūs emocinio išsekimo simptomai:

1. Per daug vartojama alkoholio.
2. Stiprūs ir pasikartojantys galvos skausmai.
3. Smaugimo jausmas gerklėje ar krūtinėje.
4. Ilgą laiką trunkantys miego sutrikimai.
5. Sunki depresija, sustingimas.
6. Panikos, širdies plakimo simptomai.
7. Suicidinės mintys.(8)

Doc. R. Satkevičiūtė pateikė medikų „išsekimo“ charakteristikas: prarandamas kontaktas su pacientu, jį medikas kaltina dėl savo problemų, džiaugiasi, kad skyriuje nėra ligonio, medicinos darbuotojui geriau nieko nedaryti, plepėti su šalia esančiu. Kad kolega- ties išsekimo riba rodo tai, kad jis pasidaro svajingas, stresą bando slopinti raminamaisiais, alkoholiu, nenori pradėti darbo dienos, itin jautrus profesionaliai kritikai, greit susinervina, praranda spontaniškumą.(20)

Yra manoma, kad nerimą ir depresiją gali sukelti individo nesugebėjimas susidoroti su stresu. Nustatyta, kad žmonės, kurie vengia galvoti apie stresorius ar konfrontuoti su jais, dažniau linkę į nerimą ir depresiją, tuo tarpu tie, kurie pasidalija savo problemomis, geriau funkcionuoja net stresinėmis situacijomis.(2)

Pagal dabartinę ligų klasifikaciją emocinis išsekimas yra diagnozė, kai darbdavys neturi mokėti darbuotojui kompensacijos. Sveikatos draudimas reikalauja, kad darbingumo praradimas būtų dėl ligos(išsekimas nėra įtrauktas į klasifikaciją). Jei pacientas dėl emocinio išsekimo negali dirbti, jo būklė vertinama kaip liga, ir

pagrindinė diagnozė tokiais atvejais yra kuris nors psichikos sutrikimas( pvz. depresija, adaptacijos sutrikimas, somatoforminis sutrikimas).(8)

Kyla klausimas, ar darbo stažas turi įtakos atsirasti emociniam išsekimui? Sindromo požymiai gali išryškėti pirmaisiais darbo mėnesiais. Paprastai rizika šiam sindromui didėja 3-4 darbo metais, kai išnyksta naujumo pojūtis, keliami reikalavimai sau auga. Vis daugiau profesionalumo reikalauja iš mūsų kiti. Tie, kurie peržengė šią ribą, savo pasirinkta profesija nesibodi, nors būna ir labai daug išimčių.(19)

Užsienio ligoninėse dirba psichologų komandos, kurios padeda medicinos personalui susitvarkyti su emocine įtampa darbe: įveikti blogus santykius su kolegomis, mirus pacientui. Lietuvoje apie medikus ištikusias nelaimes bandoma nutylėti arba išvis nekalbama.

Prieš atostogas visi jaučiame nuovargį, todėl būtina gerai praleisti atostogas ir pailsėti. Jei žmogus dirba be atostogų vienerius metus, antrus, jis gali prieiti iki psichinės dekomensacijos- nerimo, depresijos, įtampos.(20)

Pagal Lietuvos Respublikos atostogų įstatymo 2 str. kiekvienas Lietuvos Respublikos pilietis, dirbantis pagal darbo sutartį arba narystės pagrindais Lietuvos teritorijoje esančiose įmonėse, įstaigose, organizacijose, turi teisę į atostogas. Atostogų suteikimo tikslas yra išsaugoti darbuotojų darbingumą, darbo našumą ir kokybę bei apsaugoti darbuotojus nuo pervargimo, sveikatos sutrikimo.(23)

Anot psichiatrės R. Satkevičiūtės, profesinio išsekimo padeda išvengti humoras, vienminčių susibūrimas, rutinos vengimas darbe, puikus poilsis per atostogas, dalyvavimas seminaruose, domėjimasis savo profesija. Ne mažiau svarbu gerai maitintis, domėtis savo kūnu bei daryti tai, ką iš tiesų nori.(20)

#### 4.7 ATOSTOGŲ SINDROMAS

Neretas, grįžęs į darbą po atostogų, pritaria: „jaučiuosi taip, lyg būčiau neatostogavęs...“. Pasirodo bloga savijauta po visaverčių atostogų nėra atsitiktinumas, tai patiria didelė dalis dirbančiųjų. Grįžimas po gyvenimo šventės į prozą gali būti toks pat stiprus stresas organizmui, kaip atleidimas iš darbo ar išsiskyrimas su mylimu žmogumi. Masačusetso (JAV) mokslininkai, tiriantys tinkamą darbo ir poilsio režimą, priėjo išvados, kad didžiausią stresą patiria ne tie darbuotojai, kurie keletą metų dirba be išėjinių ir atostogų, o tie, kurie po ilgai lauktų ir visaverčių atostogų grįžta į darbą.

Madrido universiteto psichologų duomenimis, apie pusė visų dirbančių ispanų, po atostogų grįžę į darbą, patiria trauminį sindromą. „Grįžimo po atostogų“ sindromas

pasireiškia įtampa, nerimo jausmu, padidėjusiu nervingumu, taip pat tokiais somatiniais simptomais, kaip galvos skausmai, krūtinės skausmas, širdies plakimas, nemiga, skrandžio veiklos sutrikimas. Yra Ispanijoje ir tokių, kurie grįžta į darbą su malonumu,- apie 15 proc.dirbančiųjų. Apie 35 proc. dirbti po atostogų pradeda be ypatingų psichinių ir fiziologinių pasekmių. Manoma, kad beveik pusę atnaujintos psichologinės pusiausviros žmogus paaukoja bandymui susitaikyti su tuo, kad poilsis jau baigėsi ir vėl prasideda kasdienybė. Jau po savaitės darbo žmogus jaučiasi blogiau nei prieš atostogas. Iš tikrųjų tai tik organizmo apsauginė reakcija. Organizmas „galvoja“, kad atostogų daugiau niekada nebus, ir „slepia“ sukauptas jėgas, gražindamas žmogų tiek psichologiškai, tiek fiziškai į laiką prieš atostogas. Nustatyta, kad šis sindromas yra tuo stipresnis, kuo rečiau darbuotojas atostogauja ir kuo ilgesnės jo atostogos. Manoma, kad idealu atostogauti kartą per tris mėnesius. Atostogoms pakanka septynių ar dešimties dienų. Jei atostogaut jau seniai, jokių būdu negalima pradėti nuo ilgų atostogų.

Šis sindromas dažniau pasireiškia žmonėms, kurie nėra patenkinti savo darbu. Ispanijoje pasitenkinimą savo darbu jaučia tik 5 proc. darbuotojų. Lietuvoje panašios statistikos neteko girdėti. Taip pat šis sindromas būdingas žmonėms, besiverčiantiems smulkiu bei vidutiniu verslu, ir laisvų profesijų atstovams (medikams, advokatams, žurnalistams). Šie žmonės, nors ir patenkinti savo darbu, tačiau atostogų metu atpranta nuo didžiulės psichologinės su darbu susijusios įtampos, o grįžti į įprastą ritmą yra sunku.

Daliai žmonių ne tik sunku sugrįžti po atostogų į darbą, bet ir prisitaikyti per pirmąsias atostogų dienas. Taip būna septyniems iš dešimties dideliu darbo krūviu dirbantiems žmonėms. Tokie žmonės linkę pirmomis atostogų dienomis susikurti problemų, kurias reikia skubiai išspręsti.

Psichologai pataria, kad išeinant atostogauti reikia susitaikyti su mintimi, kad viskas, kas gera, kada nors baigsis, ir tada darbas po atostogų nebeatrodys kaip košmaras. Be to, atostogas reiktų prisiminti ne kaip prarastą „pažadėtąją žemę“, bet kaip gerą prisiminimą, o atostogauti reiktų mokytis kiekvieną dieną, gyvenimas neturi vykti tik per atostogas, gyventi reikia kasdien ir mokėti džiaugtis šia diena.(24)

Nerimo ir depresijos problema yra plačiai išdiskutuota, yra begalė parašytų straipsnių apie šiuos sutrikimus „paprastų“ žmonių tarpe. Apie tai kaip dažnai šie sutrikimai aplanko medikus, o konkrečiai slaugytojas, informacijos nėra apstu. Kartais pažiūrėjus kai kurias televizijos laidas ar paskaičius spaudą susidaro įspūdis, kad medikai yra (o gal privalo būti) kažkokie ypatingi žmonės, atsparūs ligoms, turintys

labai stiprią psichiką, niekada nepavargstantys, tiesiog išskirtiniai žmonės... Nors apie tai nėra populiariu kalbėti, tačiau kiekvienas iš mūsų supranta, kad slaugytoja yra toks pats žmogus, turintis savo asmeninį gyvenimą, savas problemas ir kad slaugytoja taip pat gali sirgti nerimu ir depresija, patirti emocinį išsekimą. Juolab, kad slaugytojos, dirbančios psichikos sveikatos įstaigose, turi keliskart didesnę riziką patirti emocinį išsekimą. O pagalbos nėra jokios, nes tai lyg ir kiekvieno asmeninis reikalas. „Nepaveži“– tavo problema, ieškok kito darbo... Mano nuomone, kol nebus pažvelgta į slaugytoją kaip į žmogų, o ne mašiną, mechaniškai atliekančią savo darbą, tol Lietuvoje slauga neįgaus to profesionalumo, kurio taip visi siekia. Todėl mano magistro darbas tebus mažas žingsnelis šios problemos viešinimo link.

## 5. METODINĖ DALIS

Tyrimo objektas yra psichikos sveikatos įstaigų slaugytojų emocinė būklė.

Šio tyrimo metu buvo apklausta iš viso 187 tiriamųjų, kuriuos sudarė vien moterys dirbančios slaugytojomis psichikos sveikatos įstaigose. 124 (66,3 proc.) iš jų buvo apklaustos prieš atostogas ir 63 (33,7 proc.) po atostogų.

Tyrimas buvo atliekamas Vilniaus miesto psichikos sveikatos centre (VMPSC) ir Respublikinėje Rokiškio psichiatrinėje ligoninėje (RRPL). Apklausa vyko dviem etapais. Pirmoji apklausa vyko gegužės mėnesį, o antroji tų pačių metų rugsėjo mėnesį. Toks etapiškumas buvo pasirinktas todėl, kad galėtume pasižiūrėti, kaip dažnai pasireiškia nerimas ir depresija po atostogų, lyginant su prieš atostogas gautais duomenimis. Sužinojė, kad visos slaugytojos vasarą privalo atostogauti bent 2 savaites, o dažniausiai 21 dieną, buvo pasirinktos būtent vasaros atostogos. Tyrimo metu buvo apklausinėjamos visos atitinkamuose psichikos sveikatos stacionaruose dirbančios slaugytojos. Kadangi tyrimas buvo atliekamas įstaigose, kur nėra leidžiama laisvai vaikščioti po skyrius, anketos buvo paliekamos vyriausioms skyrių slaugytojoms, kurios išdalindavo jas darbuotojoms. Pirmosios apklausos metu buvo apklausta iš viso 124 slaugytojos, t.y. 41 VMPSC (tai sudaro 65 proc. visų slaugytojų) ir 83 RRPL (tai sudaro 79 proc.). Antrosios apklausos metu, t.y. po atostogų buvo apklausta 63 tiriamosios, iš kurių 21 VMPSC (tai sudaro 33 proc.) ir 42 RRPL (tai sudaro 40 proc.). Tai, kad antrosios apklausos metu buvo mažiau apklausta slaugytojų galima interpretuoti įvairiai, o vienas iš galimų paaiškinimų galėtų būti tas, kad pildyti tokią pačią anketą pasirodė ne taip įdomu. Be to, kaip nenorą dalyvauti apklausoje slaugytojos įvardindavo laiko stoką, negalėjimą susikaupti darbe, teigėdavo, kad HAD skalę reikia duoti pildyti ligoniams, o ne darbuotojoms. Matėsi, kad slaugytojos nepatikliai žiūri į bet kokias apklausas, teigia, kad vis tiek tai nieko nepakeis, netgi buvo tokių, kurios įtarė šią apklausą užsakius ligoninės administraciją. Be abejo situaciją pablogino ir tai, kad nebuvo įmanoma kiekvienai slaugytojai asmeniškai įteikti anketos, todėl nemažai anketų tiesiog pradingdavo.

Vykdam apklausą buvo naudojamos anketos (1 PRIEDAS). Pirmoje anketų dalyje yra pateikti klausimai apibūdinantys tiriamąjį objektą, t.y. klausimai apie amžių, šeimyninę padėtį, vaikus.

Ryšium su tuo, kad būtų įmanoma naudoti tam tikrus statistinius metodus, tiriamųjų amžius buvo suskirstytas į ganėtinai stambias grupes: 20-39 metai, 40-59 metai, 60 ir > metų.

Grupės apie tiriamųjų šeimyninę padėtį taip pat buvo sutrauktos į stambesnes grupes: ištekęsios ir turinčios partnerius, išsiskyrusios, vienišos ir našlės.

Vaikų grupės buvo suskirstytos taip: neturi vaikų, turi 1 vaiką, turi 2 ir > vaikų.

Antroje anketos dalyje yra klausimai susiję su darbu, t.y. klausimai apie darbo stažą, darbo krūvį, papildomo darbo turėjimą ir atostogas. Trečioje dalyje yra klausimai apie tiriamosios psichinės sveikatos būklę. Po atostogų dalinamoje anketoje buvo įtrauktas klausimas apie praėjusias vasaros atostogas, t.y. paprašėme jas įvertinti.

Atliekant tyrimą buvo analizuojama įvairių faktorių, tokių kaip darbo stažo, darbo krūvio, ir papildomo darbo turėjimo galima įtaka nerimo ir depresijos pasireiškimui. Numanant, kad darbo stažas galėtų turėti įtakos nerimo ir depresijos pasireiškimui, buvo pasiteirauta apie jį, bet prieš tai stažas buvo suskirstytas į keletą dalių: į bendrą stažą, į kurią įeina visas darbo stažas nebūtinai pagal slaugytojos specialybę, į stažą pagal slaugytojos specialybę ir į stažą psichikos sveikatos skyriuje. Kadangi klausimai apie darbo stažą yra atviro tipo, gauti duomenys buvo suskirstyti į stažo metų grupes: 0-19 metų, 20 ir > metų.

Darbo krūvis buvo vertinamas psichikos sveikatos skyriuje (šiam skyriuje), darbo krūvis kitame (jei toks yra) darbe ir buvo paskaičiuotas bendras darbo krūvis. Šiuo atveju taip pat, ryšium su tuo, kad klausimas apie darbo krūvį yra atviro tipo, gauti darbo krūvio rodikliai buvo suskirstyti į 2 grupes: darbo krūvis  $\leq 1$  etatui,  $> 1$  etatą.

Kadangi šis tyrimas vyko dviem etapais, po atostogų buvo pasiteirauta apie praleistas atostogas, t.y. kaip jas praleido ir kaip jas vertina. Klausimas apie tai, kaip praleido šias vasaros atostogas yra atviro tipo, todėl vertinant rezultatus atsakymai buvo suskirstyti į stambesnes grupes. Šie klausimai buvo užduodami tam, kad galėtume sužinoti, ar yra ryšys tarp to, kaip žmogus praleido atostogas ir nerimo bei depresijos pasireiškimą.

Kaip vieną iš faktorių, galinčių daryti nemažą įtaką duomenų pasiskirstymui, paminėjome psichologinę būseną ir nervinės įtampos buvimą tuo metu, kai buvo pildomos anketos. Paprašėme, kad kiekviena tiriamoji įvertintų savo savijautą balais nuo 0 iki 10. Šių balų vertinimas yra didėjimo tvarka, t.y. kuo daugiau balų, tuo blogesnė savijauta, pavyzdžiui, 0 balų – jaučiuosi puikiai arba nervinės įtampos nėra, 10 balų – manau, kad man ryški depresija arba aš labai įsitempusi. Apdorojant duomenis, psichologinės savijautos balai buvo suskirstyti į dvi grupes: nuo 0 iki 3 balų - psichologinė savijauta gera, nuo 4 iki 10 balų - psichologinė savijauta bloga. Nervinės įtampos balai taip pat buvo suskirstyti į grupes: nuo 0 iki 4 balų – nervinės įtampos nėra arba yra, bet maža ir nuo 5 iki 10 balų – nervinė įtampa didelė.



Kartu su anketa tyrime buvo naudojama ir HAD (angl. Hospital Anxiety and Depression) skalė.(2 PRIEDAS) Ši skalė – tai patikima ir plačiai naudojama depresijos ir nerimo sutrikimų atrankai ir sutrikimų sunkumo laipsniui įvertinti naudojama anketa, skirta tirti ligoniams bendro profilio ir specializuotose ne psichiatrijos medicinos įstaigose. Šią skalę 1983m. pasiūlė anglų psichiatrai A.S.Zigmont ir R.P.Snaith, o 1991m. ji buvo išversta į lietuvių kalbą ir plačiai naudojama mokslo tiriamajame darbe. Pildyti HAD skalę rekomenduojama pačiam tiriamajam, be to siūloma pildyti ilgai nesvarstant, nes manoma, kad pirma reakcija į klausimą tiksliau apibūdina emocinę būklę nei apgalvotas atsakymas. Septyni anketos klausimai skirti depresijos simptomams ir dar septyni – nerimo simptomams įvertinti. Kiekvienam klausimui yra duoti keturi atsakymai, iš kurių tiriamasis turi pasirinkti tą, kuris geriausiai atspindi jo savijautą per praėjusią savaitę. Vertinant atsakymus buvo sudedami depresijos ir nerimo stulpelių balai. Šiame tyrime, vertinant rezultatus, buvo naudojamos tokios normos:

- < 8 balų – maža tikimybė sirgti nerimu ar depresija.
- ≥ 8 balai, bet < 10 balų – depresijos ar nerimo riba.
- ≥ 10 balų – yra didelė tikimybė sirgti nerimu ar depresija.

**Būtina pabrėžti tai, kad HAD skalė nėra psichikos sutrikimų diagnostikos instrumentas, ji tik padeda atrinkti tuos asmenis, kurie gali sirgti depresija ir nerimo sutrikimais.**

Statistinė duomenų analizė buvo atlikta naudojantis SPSS 8,0 for Windows programa. Lentelės ir diagramos braižytos Microsoft Word programa.

Statistiškai apdorojant duomenis, buvo naudojamos dviejų ir trijų kintamųjų kryžminės lentelės, vertinamas duomenų patikimumas atliekant chi-square testą.

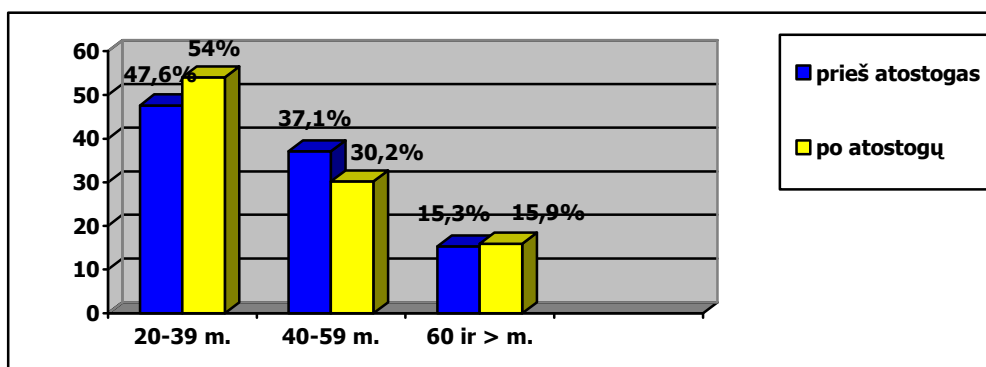
## 6. TYRIMO REZULTATAI

### 6.0 TIRIAMŪJŲ CHARAKTERISTIKA.

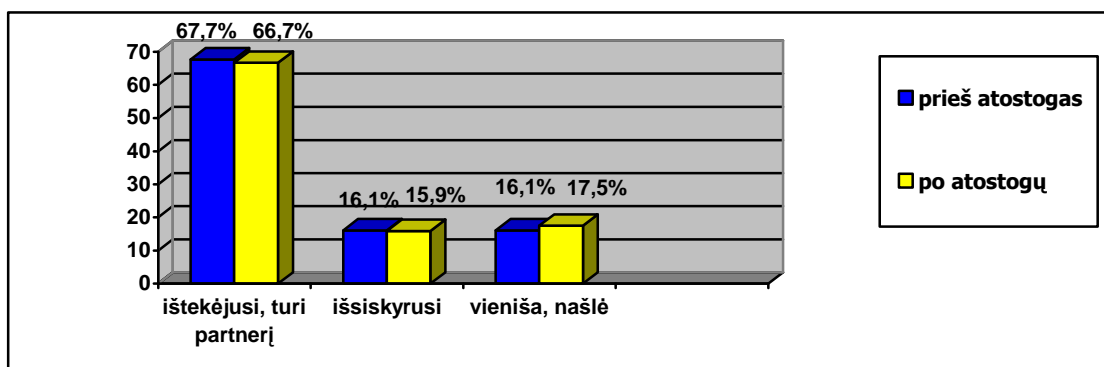
#### 1. Lentelė. Respondentų amžius.

Atostogos	Respondentų absol.sk.	Proc.	Amžiaus vidurkis	<i>p</i>	SD	Amžius (metais)	
						Min.	Maks.
Prieš	124	66	41,9	>0,05	13,1	21	72
Po	63	34	41,3		13,8	21	72
Iš viso	187	100	41,7		13,3	21	72

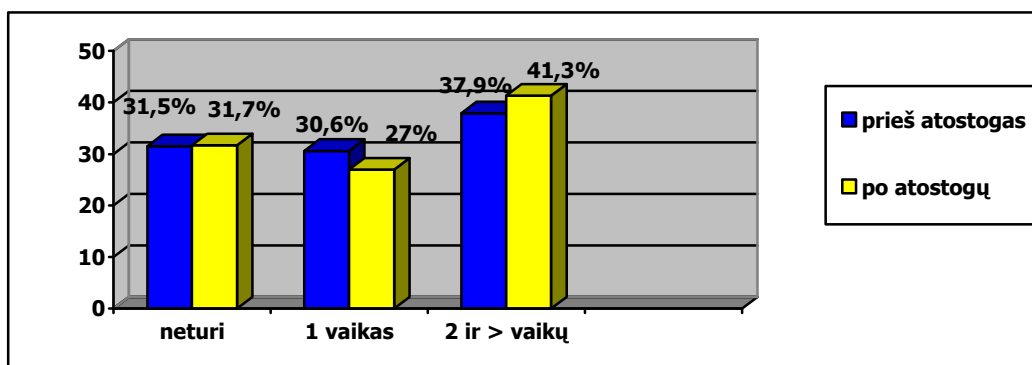
#### 2. Diagrama. Respondentų amžiaus grupės.



#### 3. Diagrama. Respondentų šeimyninė padėtis.



4. Diagrama. Respondentų pasiskirstymas pagal vaikų skaičių.



5. Lentelė. Bendro darbo stažo vidurkiai.

Atostogos	Respondentų absol.sk.	Proc.	Bendro stažo vidurkis	<i>p</i>	SD	Stažas (metais)	
						Min.	Maks.
Prieš	124	66	20,7	>0,05	13,2	1	50
Po	63	34	19,9		13,9	1	50
Iš viso	187	100	20,5		13,4	1	50

6. Lentelė. Stažo pagal slaugytojos specialybę vidurkiai.

Atostogos	Respondentų absol.sk.	Proc.	Stažo slaugytoja vidurkis	<i>p</i>	SD	Stažas (metais)	
						minimalus	maksimalus
Prieš	124	66	19,9	>0,05	13,1	1	47
Po	63	34	19,4		13,8	1	50
Iš viso	187	100	19,8		13,3	1	50

7. Lentelė. Stažo psichikos sveikatos skyriuje vidurkiai.

Atostogos	Respondentų absol.sk.	Proc.	Stažo psich.sv.sk . vidurkis	<i>p</i>	SD	Stažas (metais)	
						minimalus	maksimalus
Prieš	124	66	13,8	>0,05	10,1	1	42
Po	63	34	12,9		9,0	1	36
Iš viso	187	100	13,5		9,7	1	42

8. Lentelė. Darbo krūvio psichikos sveikatos skyriuje vidurkiai.

Atostogos	Respondentų absol.sk.	Proc.	Darbo krūvio psich.sv.sk. vidurkis	<i>p</i>	SD	Etatai	
						minimalus	maksimalus
Prieš	124	66	1,0	>0,05	0,2	0,25	1,5
Po	63	34	1,0		0,2	0,5	1,5
Iš viso	187	100	1,0		0,2	0,25	1,5

9. Lentelė. Bendro darbo krūvio vidurkiai.

Atostogos	Respondentų absol.sk.	Proc.	Bendro krūvio vidurkis	<i>p</i>	SD	etatai	
						minimalus	maksimalus
Prieš	124	66	1,1	>0,05	0,2	0,5	2,0
Po	63	34	1,1		0,3	0,5	2,0
Iš viso	187	100	1,1		0,2	0,5	2,0

10.Lentelė. Psichologinės būsenos vidurkiai.

Atostogos	Respondentų absol.sk.	Proc.	Psichologinės būsenos vidurkis	<i>p</i>	SD	Balai	
						minimalus	maksimalus
Prieš	124	66	2,0	>0,05	2,1	0	8
Po	63	34	2,5		2,4	0	9
Iš viso	187	100	2,1		2,2	0	9

### 11. Lentelė. Nervinės įtampos vidurkiai.

Atostogų	Respondentų absol.sk.	Proc.	Nervinės įtampos vidurkis	<i>p</i>	SD	Balai	
						minimalus	maksimalus
Prieš	124	66	1,9	>0,05	2,1	0	9
Po	63	34	2,7		2,5	0	9
Iš viso	187	100	2,1		2,3	0	9

### 12. Lentelė. Vasaros atostogų trukmės vidurkiai.

Atostogų	Respondentų absol.sk.	Proc.	Atostogų vidurkis	<i>p</i>	SD	Dienos	
						minimalus	maksimalus
Prieš	124	66	23,1	>0,05	5,6	14	42
Po	63	34	24,5		7,3	14	42
Iš viso	187	100	23,6		6,3	14	42

Šiame tyrime dalyvavo iš viso 9 ( 7 (6 proc.) prieš ir 2 (3 proc.) po atostogų) slaugytojos, kurios paminėjo, kad praeityje yra turėjusios nerimo ir/ar nuotaikos sutrikimų. Prieš atostogas 3 (2 proc.) paminėjo turėjusios nerimo sutrikimą, 2 (1,6 proc.) – nuotaikos ir 2 (1,6 proc.) – nerimo ir nuotaikos sutrikimus. Po atostogų 1 ( 1,6 proc.) turėjo nuotaikos ir 1 (1,6 proc.) – nerimo ir nuotaikos sutrikimus.

#### 6.1 NERIMAS

HAD skalės rezultatai parodė, kad statistiškai reikšmingai yra susiję prieš ir po atostogų gauti nerimo balai. 13. lentelėje parodyta, kad po atostogų nerimo balų vidurkis yra žymiai didesnis lyginant su prieš atostogas gautu nerimo balų vidurkiu.

### 13. Lentelė. Nerimo balai.

Atostogos	Respondentų absol.sk.	Proc.	Nerimo balų vidurkis	p	SD	Balai	
						minimalus	maksimalus
Prieš	124	66	3,6	P<0,05	2,9	0	12
Po	63	34	5,0		3,2	0	13
Iš viso	187	100	4,1		3,0	0	13

Šio tyrimo metu paaiškėjo, kad prieš ir po atostogų nerimo paplitimo dažnumas tarp slaugytojų, dirbančių psichikos sveikatos įstaigose, statistiškai reikšmingai skiriasi. Paaiškėjo, kad po atostogų daugiau nei du kartus dažniau pasireiškia didelė tikimybė sirgti nerimu nei prieš atostogas. Be to, po atostogų didesnis procentas slaugytojų pagal nerimo simptomų dažnumą yra pasiekusios nerimo ribą, tuo tarpu prieš atostogas yra aptikta daugiau slaugytojų, kurioms yra maža tikimybė sirgti nerimu. ( 14 lentelė)

### 14. Lentelė. Nerimo paplitimas.

NERIMO BUVIMAS	PRIEŠ ATOSTOGAS		PO ATOSTOGŲ	
	Skaičius	Procentas	Skaičius	Procentas
NĖRA	106	85,5	47	74,6
RIBA	15	12,1	12	19,0
YRA	3	2,4	4	6,3
VISO	124	100	63	100

\*  $p \leq 0,05$

Vertinant nerimo išsidėstymą amžiaus grupėse, paaiškėjo, kad daugiau nei triskart dažniau statistiškai reikšmingai didelė tikimybė sirgti nerimu ir pasiekti jo ribą pasireiškia 20-39 metų amžiaus slaugytojoms po atostogų, nei tokio pačio amžiaus slaugytojoms prieš atostogas. Tuo tarpu tų slaugytojų, kurioms yra maža tikimybė sirgti nerimu, panašus procentas yra aptiktas prieš ir po atostogų darytame tyrime.( 15 lentelė)

15. Lentelė. Nerimo pasiskirstymas pagal amžių.

ATOSTOGOS	AMŽIAUS GRUPĖS		NERIMO BUVIMAS			VISO
			NĖRA	RIBA	YRA	
PRIEŠ ATOSTOGAS	20-39 metų*	Skaič.	53	5	1	59(48%)
		Proc.	89,8	8,5	1,7	100
	40-59 metų	Skaič.	38	6	2	46
		Proc.	82,6	13,0	4,3	100
	60 ir > metų	Skaič.	15	4	0	19
		Proc.	78,9	21,1	0	100
PO ATOSTOGŲ	20-39 metų*	Skaič.	24	8	2	34(54%)
		Proc.	70,6	23,5	5,9	100
	40-59 metų	Skaič.	15	3	1	19
		Proc.	78,9	15,8	5,3	100
	60 ir > metų	Skaič.	8	1	1	10
		proc.	80,0	10,0	10	100

\*P ≤ 0,05

Paanalizavus nerimo išsidėstymą šeimyninės padėties grupėse, paaiškėjo, kad statistiškai reikšmingai skiriasi didesnės tikimybės sirgti nerimu buvimo dažnumas prieš ir po atostogų daryto tyrimo metu tarp išsiskyrusių slaugytojų. Paaiškėjo, kad po atostogų išsiskyrusioms slaugytojoms dažniau pasireiškia didesnė tikimybė sirgti nerimu ir turėti nerimo ribą nei prieš atostogas. Tuo tarpu prieš atostogas yra didesnis procentas išsiskyrusių slaugytojų, kurioms yra maža tikimybė sirgti nerimu.

( 16 lentelė)

16. Lentelė. Nerimo pasiskirstymas pagal šeimyninę padėtį.

ATOSTOGOS	ŠEIMYNINĖ PADĖTIS		NERIMO BUVIMAS			VISO
			NĖRA	RIBA	YRA	
PRIEŠ ATOSTOGAS	Ištekėjusi, turi partnerį	Skaič.	75	7	2	84
		Proc.	89,3	8,3	2,4	100
	<b>Išsiskyrusi*</b>	<b>Skaič.</b>	<b>18</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	20(16%)
		<b>Proc.</b>	<b>90,0</b>	<b>10,0</b>	<b>0</b>	100
	Vieniša, našlė	Skaič.	13	6	1	20
		Proc.	65,0	30,0	5,0	100
PO ATOSTOGŲ	Ištekėjusi, turi partnerį	Skaič.	32	8	2	42
		Proc.	76,2	19,0	4,8	100
	<b>Išsiskyrusi*</b>	<b>Skaič.</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	10(16%)
		<b>Proc.</b>	<b>60,0</b>	<b>30,0</b>	<b>10,0</b>	100
	Vieniša, našlė	Skaič.	9	1	1	11
		proc.	81,8	9,1	9,1	100

\* $p \leq 0,05$

Buvo vertinamas nerimo pasireiškimas prieš ir po atostogų priklausomai nuo vaikų turėjimo, tačiau buvo gauti statistiškai nepatikimi duomenys.

## 6.2 NERIMAS IR DARBO STAŽAS.

Vertinant bendro darbo stažo įtaką nerimo pasireiškimui, buvo gautas statistiškai reikšmingas skirtumas prieš ir po atostogų tarp didesnės tikimybės sirgti nerimu paplitimo dažnio slaugytojų, turinčių mažesnę, t.y. nuo 0-19 metų bendrą darbo stažą. Po atostogų didesnė tikimybė sirgti nerimu ir pasiekti jo ribą maždaug triskart dažniau pasireiškia nei prieš atostogas. Tuo tarpu didesnis procentas slaugytojų, turinčių nuo 0-19 metų bendro darbo stažą ir kurios turi mažą tikimybę sirgti nerimu yra aptiktas prieš atostogas daryto tyrimo metu. ( 17 lentelė)



17. Lentelė. Nerimo pasiskirstymas pagal bendrą darbo stažą.

ATOSTOGOS	BENDRAS DARBO STAŽAS		NERIMO BUVIMAS			VISO
			NĖRA	RIBA	YRA	
PRIEŠ ATOSTOGAS	<b>0-19 metų*</b>	<b>Skaič.</b>	<b>56</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	62(50%)
		<b>Proc.</b>	<b>90,3</b>	<b>8,1</b>	<b>1,6</b>	100
	20 ir > metų	Skaič.	50	10	2	62
		Proc.	80,6	16,1	3,2	100
PO ATOSTOGŲ	<b>0-19 metų*</b>	<b>Skaič.</b>	<b>25</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	34(54%)
		<b>Proc.</b>	<b>73,5</b>	<b>20,6</b>	<b>5,9</b>	100
	20 ir > metų	Skaič.	22	5	2	29
		Proc.	75,9	17,2	6,9	100

\* $p \leq 0,05$

Prieš ir po atostogų daryto tyrimo rezultatai parodė statistiškai reikšmingą skirtumą nerimo paplitimo dažnumo tarp slaugytojų, turinčių nuo 0-19 metų darbo stažą pagal slaugytojos specialybę. Po atostogų beveik dvigubai didesnis procentas slaugytojų, turinčių tokį darbo stažą, turi didelę tikimybę sirgti nerimu ir net triskart didesnis procentas turi nerimo ribą. Tų slaugytojų, kurioms yra maža tikimybė sirgti nerimu, didesnis procentas buvo apklaustas prieš atostogas. ( 18 lentelė)

18. Lentelė. Nerimo pasiskirstymas pagal darbo pagal slaugytojos specialybę stažą.

ATOSTOGOS	DARBO STAŽAS PAGAL SLAUGYTOJOS SPECIALYBĘ		NERIMO BUVIMAS			VISO
			NĖRA	RIBA	YRA	
PRIEŠ ATOSTOGAS	0-19 metų*	Skaič.	58	5	2	65(52%)
		Proc.	89,2	7,7	3,1	100
	20 ir > metų	Skaič.	48	10	1	59
		Proc.	81,4	16,9	1,7	100
PO ATOSTOGŲ	0-19 metų*	Skaič.	25	8	2	35(56%)
		Proc.	71,4	22,9	5,7	100
	20 ir > metų	Skaič.	22	4	2	28
		Proc.	78,6	14,3	7,1	100

\*  $p \leq 0,05$

### 6.3 NERIMAS IR DARBO KRŪVIS.

Numanant, kad darbo krūvis psichikos sveikatos skyriuje galėtų turėti įtakos nerimo pasireiškimui, buvo paanalizuotas ir šis ryšys. Buvo gautas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp nerimo dažnumo prieš ir po atostogų  $\leq 1$  etatui darbo krūvio psichikos sveikatos skyriuje grupėje. Po atostogų buvo aptikti daugiau nei du kartus didesni procentai slaugytojų, dirbančių psichikos sveikatos skyriuje darbo krūviu  $\leq 1$  etatui, ir turinčių didelę tikimybę sirgti nerimu ar kurios yra pasiekusios nerimo ribą nei prieš atostogas. Taip pat prieš atostogas, lyginant su po atostogų gautais rezultatais, buvo gautas didesnis procentas tai darbo krūvio grupei priklausančių slaugytojų, kurios turi mažą tikimybę sirgti nerimu. ( 19 lentelė)

19. Lentelė. Nerimo pasiskirstymas pagal darbo krūvį psichikos sveikatos skyriuje.

ATOSTOGOS	DARBO KRŪVIS PSICHIKOS SVEIKATOS SKYRIUJE		NERIMO BUVIMAS			VISO
			NĖRA	RIBA	YRA	
PRIEŠ ATOSTOGAS	≤ 1 etatui *	<b>Skaič.</b>	<b>86</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	98(79%)
		<b>Proc.</b>	<b>87,8</b>	<b>9,2</b>	<b>3,1</b>	100
	> 1 etatą	Skaič.	20	6	0	26
		Proc.	76,9	23,1	0	100
PO ATOSTOGŲ	≤ 1 etatui *	<b>Skaič.</b>	<b>34</b>	<b>11</b>	<b>3</b>	48(76%)
		<b>Proc.</b>	<b>70,8</b>	<b>22,9</b>	<b>6,3</b>	100
	> 1 etatą	Skaič.	13	1	1	15
		Proc.	86,7	6,7	6,7	100

\*  $P \leq 0,05$

Vertinant bendro darbo krūvio įtaką nerimo pasireiškimui, buvo gauti statistiškai reikšmingi duomenys tarp tų slaugytojų, kurios dirba ≤ 1 etatui darbo krūviais. 20 lentelėje pateikti duomenys rodo, kad po atostogų tarp tų slaugytojų, kurios dirba tokiais darbo krūviais, dažniau pasireiškia didesnė tikimybė sirgti nerimu ir turėti nerimo ribą nei prieš atostogas.

20. Lentelė. Nerimo pasiskirstymas pagal bendrą darbo krūvį.

ATOSTOGOS	BENDRAS DARBO KRŪVIS		NERIMO BUVIMAS			VISO
			NĖRA	RIBA	YRA	
PRIEŠ ATOSTOGAS	≤ 1 etatui*	Skaič.	74	6	3	83(67%)
		Proc.	89,2	7,2	3,6	100
	> 1 etatą	Skaič.	32	9	0	41
		Proc.	78,0	22,0	0	100
PO ATOSTOGŲ	≤ 1 etatui*	Skaič.	31	8	3	42(67%)
		Proc.	73,8	19,0	7,1	100
	> 1 etatą	Skaič.	16	4	1	21
		Proc.	76,2	19,0	4,8	100

\*  $p \leq 0,05$

Vertinant papildomo darbo turėjimo įtaką nerimo pasireiškimui, buvo gauti statistiškai nereikšmingi duomenys.

#### 6.4 NERIMAS IR SUBJEKTYVI SAVIJAUTA

Subjektyvus psichologinės būsenos vertinimas buvo lyginamas su nerimo pasireiškimu. Pateiktoje 21 lentelėje yra matoma, kad tų slaugytojų, kurios pažymėjo esant gerai psichologinei savijautai (0-3 balai) po atostogų daugiau nei dvigubai didesnis procentas pagal nerimo balų skaičių pasiekė ribą. Prieš atostogas neatsirado nei vienos, kuri būtų įvertinusi savo psichologinę savijautą gerai ir kuri turėtų didelę tikimybę sirgti nerimu. Po atostogų situacija pasikeitė, nes net 4,5 proc. slaugytojų, pažymėjusių esant gerai psichologinei savijautai, turi didelę tikimybę sirgti nerimu.

21. Lentelė. Nerimo pasiskirstymas pagal psichologinės būsenos vertinimą.

ATOSTOGOS	PSICHOLOGINĖ BŪSENA		NERIMO BUVIMAS			VISO
			NĖRA	RIBA	YRA	
PRIEŠ ATOSTOGAS	<b>0-3 balai*</b>	<b>Skaič.</b>	<b>89</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	95(77%)
		<b>Proc.</b>	<b>93,7</b>	<b>6,3</b>	<b>0</b>	100
	4-10 balų	Skaič.	17	9	3	29
		Proc.	58,6	31,0	10,3	100
PO ATOSTOGŲ	<b>0-3 balai*</b>	<b>Skaič.</b>	<b>35</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	44(70%)
		<b>Proc.</b>	<b>79,5</b>	<b>15,9</b>	<b>4,5</b>	100
	4-10 balų	Skaič.	12	5	2	19
		Proc.	63,2	26,3	10,5	100

\* $p \leq 0,01$

Vertinant subjektyvaus nervinės įtampos vertinimo atitikimą HAD skalės rezultatams, nebuvo gauta statistiškai reikšmingo skirtumo tarp prieš ir po atostogų gautų duomenų.

### 6.5 NERIMAS IR ATOSTOGOS

Atostogų vertinimas taip pat statistiškai reikšmingai yra susijęs su nerimo buvimu. Net trečdalis slaugytojų, vertinusių praėjusias vasaros atostogas blogai turi didelę tikimybę sirgti nerimu ir visai nebuvo nė vienos slaugytojos, kuri būtų vertinusi savo atostogas puikiai ar gerai ir kuri turėtų didelę tikimybę sirgti nerimu. Tuo tarpu net 12,5 proc. slaugytojų, vertinusių vasaros atostogas labai gerai, turi didelę tikimybę sirgti nerimu. (22 lentelė)

22. Lentelė. Nerimo buvimas priklausomai nuo atostogų vertinimo.

ATOSTOGŲ VERTINIMAS		NERIMO BUVIMAS			VISO
		NĖRA	RIBA	YRA	
PUIKIAI	Skaič.	18	3	0	21
	Proc.	85,7	14,3	0	100
LABAI GERAI	Skaič.	13	1	2	16
	Proc.	81,3	6,3	12,5	100
GERAI	Skaič.	14	6	0	20
	Proc.	70,0	30	0	100
BLOGAI	Skaič.	2	2	2	6
	Proc.	33,3	33,3	33,3	100

\*  $p \leq 0,05$

### 6.6 DEPRESIJA

Vertinant HAD skalės balus, paaiškėjo, kad statistiškai patikimai skiriasi prieš ir po atostogų gauti depresijos balų vidurkiai. Po atostogų depresijos balų vidurkis yra didesnis nei prieš atostogas. ( 23 lentelė)

23. Lentelė. Depresijos balų vidurkiai.

Atosto gos	Respondentų absol.sk.	Proc.	Depresijos balų vidurkis	<i>p</i>	SD	Balai	
						minimalus	maksimalus
Prieš	124	66	2,7	<0,05	2,8	0	10
Po	63	34	3,8		3,3	0	12
Iš viso	187	100	3,1		3,0	0	12

Buvo vertinamas depresijos paplitimo dažnis prieš ir po atostogų. Šio tyrimo metu gauti rezultatai parodė, kad statistiškai reikšmingai skiriasi depresijos ir depresijos ribos atvejų dažnis prieš ir po atostogų daryto tyrimo metu apklausinėjamų slaugytojų tarpe. Paaiškėjo, kad po atostogų didesnis procentas slaugytojų turi didelę tikimybę sirgti depresija ir pagal balų sumą yra pasiekusios depresijos ribą nei prieš atostogas. (24 lentelė)

24. Lentelė. Depresijos paplitimas.

DEPRESIJOS BUVIMAS	PRIEŠ ATOSTOGAS		PO ATOSTOGŲ	
	Skaičius	Procentas	Skaičius	Procentas
NĖRA	110	88,7	49	77,8
RIBA	13	10,5	12	19
YRA	1	0,8	2	3,2
VISO	124	100	63	100

\*  $p \leq 0,05$

Panagrinėjus depresijos buvimo priklausomybę nuo amžiaus, buvo gauti statistiškai reikšmingi duomenys amžiaus grupėje 40-59 metai. Paaiškėjo, kad nors prieš atostogas nebuvo nė vienos tokio amžiaus slaugytojos, kuri turėtų didelę tikimybę sirgti depresija, bet po atostogų tokių atsirado net 5,3 proc. Be to, tų slaugytojų, kurios yra tokio amžiaus ir kurios pagal skalės balų sumą pasiekė depresijos ribą, po atostogų buvo aptiktas daugiau nei dvigubai didesnis procentas nei prieš atostogas. ( 25 lentelė)

25. Lentelė. Depresijos pasiskirstymas pagal amžių.

ATOSTOGOS	AMŽIAUS GRUPĖS		DEPRESIJOS BUVIMAS			VISO
			NĖRA	RIBA	YRA	
PRIEŠ ATOSTOGAS	20-39 metų	Skaič.	53	5	1	59
		Proc.	89,8	8,5	1,7	100
	<b>40-59 metų*</b>	<b>Skaič.</b>	<b>43</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	46(37%)
		<b>Proc.</b>	<b>93,5</b>	<b>6,5</b>	<b>0</b>	100
	60 ir > metų	Skaič.	14	5	0	19
		Proc.	73,7	26,3	0	100
PO ATOSTOGŲ	20-39 metų	Skaič.	27	6	1	34
		Proc.	79,4	17,6	2,9	100
	<b>40-59 metų*</b>	<b>Skaič.</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	19(30%)
		<b>Proc.</b>	<b>78,9</b>	<b>15,8</b>	<b>5,3</b>	100
	60 ir > metų	Skaič.	7	3	0	10
		proc.	70,0	30,0	0	100

\*  $p \leq 0,05$

Paanalizavus šių sutrikimų išsidėstymo rodiklius pagal tiriamųjų šeimyninę padėtį, tapo aišku, kad statistiškai patikimai skiriasi ištekėjusių ir turinčių partnerius slaugytojų depresijos buvimas prieš ir po atostogų. 26 lentelėje matosi, kad prieš atostogas nebuvo nei vienos slaugytojos, kuri būtų ištekėjusi ar turėtų partnerį ir kuriai būtų didelė tikimybė sirgti depresija. Po atostogų net 4,8 proc. ištekėjusių ir turinčių partnerius slaugytojų yra aptikta didelė tikimybė sirgti depresija. Taip pat reikšmingai skiriasi prieš ir po atostogų šiai šeimyninės padėties grupei priklausančių ir pagal depresijos balų skaičių pasiekusių ribą slaugytojų procentas, po atostogų jis žymiai didesnis.



26. Lentelė. Depresijos pasiskirstymas pagal šeimyninę padėtį.

ATOSTOGOS	ŠEIMYBINĖ PADĖTIS		DEPRESIJOS BUVIMAS			VISO	
			NĖRA	RIBA	YRA		
PRIEŠ ATOSTOGAS	<b>Ištekėjusi, turi partnerį*</b>	<b>Skaič.</b>	<b>78</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	84(68%)	
		<b>Proc.</b>	<b>92,9</b>	<b>7,1</b>	<b>0</b>	100	
	Išsiskyrusi	Skaič.	17	2	1	20	
		Proc.	85,0	10,0	5,0	100	
	Vieniša, našlė	Skaič.	15	5	0	20	
		Proc.	75,0	25,0	0	100	
	PO ATOSTOGŲ	<b>Ištekėjusi, turi partnerį*</b>	<b>Skaič.</b>	<b>32</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	42(67%)
			<b>Proc.</b>	<b>76,2</b>	<b>19,0</b>	<b>4,8</b>	100
Išsiskyrusi		Skaič.	7	3	0	10	
		Proc.	70,0	30,0	0	100	
Vieniša, našlė		Skaič.	10	1	0	11	
		proc.	90,9	9,1	0	100	

\*  $p < 0,01$

Šio tyrimo metu buvo tikrinamas ir vaikų turėjimo santykis su depresijos pasireiškimu. Buvo gautas statistiškai reikšmingas skirtumas prieš ir po atostogų tarp tų slaugytojų, kurios turi vieną vaiką. Tiek prieš tiek po atostogų neatsirado nei vienos slaugytojos, kuri turėtų 1 vaiką ir turėtų didelę tikimybę sirgti depresija. Didelis skirtumas yra tarp tų slaugytojų, kurios pagal balų sumą pasiekė depresijos ribą, po atostogų jų yra keturiskart didesnis procentas nei prieš atostogas. ( 27 lentelė)

27. Lentelė. Depresijos pasiskirstymas priklausomai nuo turimų vaikų skaičiaus.

ATOSTOGOS	VAIKAI		DEPRESIJOS BUVIMAS			VISO
			NĖRA	RIBA	YRA	
PRIEŠ ATOSTOGAS	Neturi vaikų	Skaič.	34	5	0	39
		Proc.	87,2	12,8	0	100
	<b>Turi 1 vaiką *</b>	<b>Skaič.</b>	<b>36</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	38(31%)
		<b>Proc.</b>	<b>94,7</b>	<b>5,3</b>	<b>0</b>	100
	Turi 2 ir > vaikų	Skaič.	40	6	1	47
		Proc.	85,1	12,8	2,1	100
PO ATOSTOGŲ	Neturi vaikų	Skaič.	16	3	1	20
		Proc.	80,0	15,0	5,0	100
	<b>Turi 1 vaiką *</b>	<b>Skaič.</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	17(27%)
		<b>Proc.</b>	<b>76,5</b>	<b>23,5</b>	<b>0</b>	100
	Turi 2 ir > vaikų	Skaič.	20	5	1	26
		proc.	76,9	19,2	3,8	100

\*  $p \leq 0,05$

### 6.7 DEPRESIJA IR DARBO KRŪVIS.

Numanant, kad darbo krūvis psichikos sveikatos skyriuje galėtų turėti įtakos depresijos pasireiškimui, buvo panagrinėtas šis rodiklis. Buvo gautas statistiškai reikšmingas prieš ir po atostogų depresijos paplitimo dažnumo skirtumas tarp slaugytojų, dirbančių psichikos sveikatos skyriuje  $\leq 1$  etatui darbo krūviu. 28 lentelėje matoma, kad po atostogų dukart didesnis procentas slaugytojų, dirbančių tokiu darbo krūviu, turi didelę tikimybę sirgti depresija. Tų slaugytojų, kurios yra pasiekusios depresijos ribą po atostogų yra aptikta triskart didesnis procentas nei prieš atostogas.

28. Lentelė. Depresijos buvimas priklausomai nuo darbo krūvio psichikos sveikatos skyriuje.

ATOSTOGOS	DARBO KRŪVIS PSIČIKOS SVEIKATOS SKYRIUJE		DEPRESIJOS BUVIMAS			VISO
			NĖRA	RIBA	YRA	
PRIEŠ ATOSTOGAS	$\leq 1$ etatui *	Skaič.	90	7	1	98(79%)
		Proc.	91,8	7,1	1,0	100
	> 1 etatą	Skaič.	20	6	0	26
		Proc.	76,9	23,1	0	100
PO ATOSTOGŲ	$\leq 1$ etatui *	Skaič.	36	11	1	48(76%)
		Proc.	75,0	22,9	2,1	100
	> 1 etatą	Skaič.	13	1	1	15
		Proc.	86,7	6,7	6,7	100

\*  $p \leq 0,01$

Analizuojant bendro darbo krūvio įtaką depresijos pasireiškimui, buvo gautas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp prieš ir po atostogų gautų rezultatų bendro darbo krūvio grupėje  $\leq 1$  etatui. Po atostogų buvo apklausta dvigubai didesnis procentas slaugytojų, dirbančių tokiu darbo krūviu ir turinčių didelę tikimybę sirgti depresija nei prieš atostogas ir beveik triskart didesnis procentas pasiekusių depresijos ribą. ( 29 lentelė)

29. Lentelė. Depresijos buvimas priklausomai nuo bendro darbo krūvio.

ATOSTOGOS	BENDRAS DARBO KRŪVIS		DEPRESIJOS BUVIMAS			VISO
			NĖRA	RIBA	YRA	
PRIEŠ ATOSTOGAS	≤ 1 etatui *	Skaič.	75	7	1	83(67%)
		Proc.	90,4	8,4	1,2	100
	> 1 etatą	Skaič.	35	6	0	41
		Proc.	85,4	14,6	0	100
PO ATOSTOGŲ	≤ 1 etatui *	Skaič.	31	10	1	42(67%)
		Proc.	73,8	23,8	2,4	100
	> 1 etatą	Skaič.	18	2	1	21
		Proc.	85,7	9,5	4,8	100

\* $p \leq 0,05$

Vertinant papildomo darbo turėjimo įtaką depresijos pasireiškimui, nebuvo gauta statistiškai reikšmingo skirtumo tarp prieš ir po atostogų gautų rezultatų.

#### 6.8 DEPRESIJA IR SUBJEKTYVI SAVIJAUTA.

Subjektyvus psichologinės būsenos vertinimo atitikimas HAD skalės rezultatams yra pateiktas 30 lentelėje. Gautas statistiškai reikšmingas depresijos buvimo dažnumo skirtumas tarp prieš ir po atostogų apklaustų slaugytojų, kurios savo dabartinę psichologinę būseną įvertino gerai (0-3 balai). Tų slaugytojų, kurios savo būseną įvertino gerai ir kurios turi didelę tikimybę sirgti depresija, po atostogų buvo apklausta keturiskart didesnis procentas nei prieš atostogas, o tų, kurios yra pasiekusios depresijos ribą, po atostogų yra dvigubai didesnis procentas nei prieš atostogas.

30. Lentelė. Depresijos buvimas priklausomai nuo subjektyvaus psichologinės būsenos vertinimo.

ATOSTOGOS	PSICHOLOGINĖ BŪSENA		DEPRESIJOS BUVIMAS			VISO
			NĖR A	RIBA	YRA	
PRIEŠ ATOSTOGAS	<b>0-3 balai *</b>	<b>Skaič.</b>	<b>88</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	95(77%)
		<b>Proc.</b>	<b>92,6</b>	<b>6,3</b>	<b>1,1</b>	100
	4-10 balų	Skaič.	22	7	0	29
		Proc.	75,9	24,1	0	100
PO ATOSTOGŲ	<b>0-3 balai *</b>	<b>Skaič.</b>	<b>36</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	44(70%)
		<b>Proc.</b>	<b>81,8</b>	<b>13,6</b>	<b>4,5</b>	100
	4-10 balų	Skaič.	13	6	0	19
		Proc.	68,4	31,6	0	100

\*  $p \leq 0,05$

Vertinant subjektyvaus nervinės įtampos vertinimo atitikimą HAD skalės rezultatams, nebuvo gauta statistiškai reikšmingo skirtumo tarp prieš ir po atostogų gautų duomenų.

## 7.REZULTATŲ APTARIMAS

### 7.0 NERIMO APTARIMAS.

Madrido universiteto psichologų duomenimis, apie pusę visų dirbančių ispanų, po atostogų grįžę į darbą, patiria trauminį sindromą, kuris pasireiškia įtampa, nerimo jausmu, padidėjusiu nervingumu ir tam tikrais somatiniais sutrikimais.(24) Vertinant HAD skalės duomenis, buvo kreipiamas dėmesys į nerimo balų rodiklius ir jų vidurkių pasiskirstymą prieš ir po atostogų. Pasirodo, kad po atostogų nerimo balų vidurkis yra didesnis nei prieš atostogas, o tai reiškia, kad po atostogų slaugytojos blogiau jautėsi nei prieš atostogas. Blogesnę psichikos sveikatos įstaigų slaugytojų emocinę būseną po atostogų dar geriau iliustruoja nerimo paplitimo tyrimas, kuris parodė, kad po atostogų buvo apklausta gerokai daugiau procentų slaugytojų, kurios turi didelę tikimybę sirgti nerimu ir yra pasiekusios nerimo ribą. Šio tyrimo metu tikrinta hipotezė, kad nerimas dažniau pasireiškia po atostogų nei prieš atostogas pasitvirtino. Be to, tai, kad beveik penktadalis visų, po atostogų apklausinėjamų slaugytojų, pagal nerimo balų sumą yra pasiekusios nerimo ribą, kelia susirūpinimą, o turint omenyje tai, kad po atostogų dvigubai mažiau slaugytojų sutiko dalyvauti tyrime, galime daryti prielaidą, kad realiai po atostogų yra žymiai didesnis procentas slaugytojų, kurios turi nerimo problemą, nes, kaip žinia, būtent dėl blogos emocinės būsenos asmuo gali nenorėti dalyvauti tyrime. Tačiau tai tik spėlionė, kurią reiktų patikrinti.

Be to, tyrimas parodė, kad didelės tikimybės sirgti nerimu atvejų išsidėstymas pagal slaugytojų amžių statistiškai reikšmingas tik jaunesnio amžiaus slaugytojų grupėje, t.y. nuo 20 iki 39 metų. Būtent šio amžiaus slaugytojų tarpe po atostogų pasitaikė didesnis procentas turinčių didelę tikimybę sirgti nerimu ir nerimo ribą, lyginant su prieš atostogas darytu tyrimu. Tai lyg ir leidžia nuspėti, kad jaunesnio amžiaus slaugytojos yra tie žmonės, kurių tarpe akivaizdžiai pasireiškia „ atostogų sindromas “. Tuo tarpu vyresnio amžiaus slaugytojų tarpe atostogos labai stipriai neįtakoja jų emocinės būsenos.

Vertinant nerimo paplitimą prieš ir po atostogų priklausomai nuo tiriamųjų šeimyninės padėties, buvo gauti statistiškai patikimi duomenys išsiskyrusių slaugytojų grupėje. Paaiškėjo, kad prieš atostogas mažesnis procentas išsiskyrusių slaugytojų turėjo didelę tikimybę sirgti nerimu ir nerimo ribą nei po atostogų.

## 7.1 NERIMO IR DARBO STAŽO APTARIMAS.

Buvo vertinama bendro darbo stažo įtaka nerimo pasireiškimo dažnumui prieš ir po atostogų. Anot literatūros, emocinis išsekimas gali paryškėti pirmais darbo mėnesiais. Paprastai rizika šiam sindromui didėja 3-4 darbo metais, kai išnyksta naujumo pojūtis, keliami reikalavimai sau auga. Tie, kurie peržengė šią ribą, savo pasirinkta profesija nesibodi, nors būna ir labai daug išimčių.(19) Tyrimo pradžioje iškelta hipotezė, kad didesnę bendrą darbo stažą turinčios slaugytojos po atostogų jaučiasi blogiau, nepasitvirtino. Tyrimas parodė, kad statistiškai reikšmingai skiriasi prieš ir po atostogų gauti duomenys tik bendro darbo stažo grupėje nuo 0 iki 19 metų. Tokį bendrą darbo stažą turinčių slaugytojų po atostogų didesnis procentas turi didelę tikimybę sirgti nerimu ir jo ribą nei prieš atostogas. Tai galima būtų paaiškinti tuo, kad turinčios mažesnę darbo stažą slaugytojos savaime yra jaunesnio amžiaus, o pagal šio tyrimo rezultatus jaunesnio amžiaus slaugytojos yra labiau jautrios taip vadinamam „atostogų“ sindromui.

Slaugytojų emocinę būseną galėtų įtakoti ne tik bendras darbo stažas, bet ir darbo stažas pagal slaugytojos specialybę, nes, anot literatūros šaltinių, slaugytojos profesija yra viena iš profesijų, turinčių didelę riziką taip vadinamam „emociniam išsekimui“ pasireikšti, nes ši profesija reikalauja intensyvaus ir glaudaus bendradarbiavimo su kitais. (19). Tuo tikslu buvo nagrinėtas darbo stažo pagal slaugytojos specialybę ryšys su nerimo pasireiškimu. Buvo iškelta hipotezė, kad didesnę darbo pagal slaugytojos specialybę stažą turinčios tiriamosios po atostogų jaučiasi blogiau nei prieš atostogas. Tačiau hipotezė nepasitvirtino. Šiame tyrime buvo gautas statistiškai patikimas ryšys tarp prieš ir po atostogų gautų stažo nuo 0 iki 19 metų pagal slaugytojos specialybę grupių duomenų. Paaiškėjo, kad tų slaugytojų, kurios turi mažesnę darbo stažą, po atostogų didesnis procentas turi didelę tikimybę sirgti nerimu ir pasiekti nerimo ribą nei prieš atostogas. Tai ir vėlgi galima paaiškinti tuo, kad turinčios mažesnę darbo pagal slaugytojos specialybę stažą yra jaunesnio amžiaus, ir būtent jaunesnio amžiaus slaugytojos, pagal šį tyrimą, blogiau jaučiasi po atostogų. Be to galima daryti prielaidą, kad, turinčios mažesnę darbo pagal slaugytojos specialybę stažą, turi mažiau darbo patirties, todėl grįžimas po atostogų į darbą kelia didesnę stresą.

## 7.2 NERIMO IR DARBO KRŪVIO APTARIMAS.

Buvome iškėlę hipotezę, kad tos slaugytojos, kurios psichikos sveikatos skyriuje dirba didesniu darbo krūviu, po atostogų jaučiasi blogiau nei prieš atostogas. Mūsų hipotezė nepasitvirtino, nes buvo gautas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp prieš ir po atostogų apklaustų slaugytojų, kurios dirba psichikos sveikatos skyriuje mažesniu, t.y.  $\leq 1$  etatui darbo krūviu. Paaiškėjo, kad slaugytojos, dirbančios psichikos sveikatos skyriuje  $\leq 1$  etatui darbo krūviu, po atostogų jaučiasi blogiau nei prieš atostogas, t.y. po atostogų yra apklaustas didesnis procentas slaugytojų, kurios turi didelę tikimybę sirgti nerimu ir pasiekti nerimo ribą. Žvelgiant į šios darbo krūvio grupės imties procentines išraiškas prieš ir po atostogų, matosi, kad tyrimo rezultatų negalėjo įtakoti skirtinga imtis, nes šiuo atveju, ir prieš ir po atostogų, buvo apklaustas panašus procentas tokių darbo krūvį turinčių slaugytojų. Galime daryti prielaidą, kad dirbančios  $\leq 1$  etatui darbo krūviu slaugytojos be darbo psichikos sveikatos skyriuje turi ir kitą darbą ir būtent darbas dviejuose darbuose blogina slaugytojų emocinę būseną. Būtent šiuo tikslu buvo ieškota ryšio tarp papildomo darbo turėjimo ir nerimo pasireiškimo, tačiau nebuvo gauta patikimų duomenų, todėl galima šnekėti tik apie tokią tendenciją.

Dar konkrečiau situaciją apibūdina bendro darbo krūvio santykis su nerimo pasireiškimu. Nors buvo iškelta hipotezė, kad turinčios didesnę bendrą darbo krūvį slaugytojos po atostogų jaučiasi blogiau nei prieš atostogas, tačiau ji nepasitvirtino. Šio tyrimo rezultatai parodė, kad statistiškai reikšmingai skiriasi prieš ir po atostogų gauti duomenys bendro darbo krūvio grupėje  $\leq 1$  etatui. Pasirodo, kad tarp slaugytojų, dirbančių tokiu darbo krūviu, po atostogų didesnis procentas turi didelę tikimybę sirgti nerimu ir turėti nerimo ribą nei prieš atostogas. Šiuo atveju tyrimo rezultatų negalėjo iškraipyti šio darbo krūvio grupių imties neatitikimas prieš ir po atostogų darytame tyrime, nes toks pats procentas slaugytojų, dirbančių tokiu darbo krūviu buvo apklaustas abiejuose tyrimo etapuose. Be to, lyginant darbo krūvio psichikos sveikatos skyriuje santykio su nerimu rodiklius su bendro darbo krūvio santykio su nerimu rodikliais, tampa akivaizdu, kad dirbančios  $\leq 1$  etatui darbo krūviu nebūtinai vien tik psichikos sveikatos įstaigoje slaugytojos po atostogų jaučiasi blogiau nei prieš atostogas.

## 7.3 NERIMO IR SUBJEKTYVIOS SAVIJAUTOS APTARIMAS.

Įdomumo dėlei buvo panagrinėtas subjektyvaus psichologinės būsenos vertinimo atitikimas HAD skalės rezultatams. Buvo iškelta hipotezė, kad subjektyvus būsenos



vertinimas sutampa su HAD skalės rezultatais. Buvo gauti statistiškai patikimi duomenys toje grupėje, kur subjektyvi psichologinė būseną buvo vertinama nuo 0 iki 3 balų, t.y. gerai. Paaiškėjo, kad prieš atostogas slaugytojų savęs įvertinimas atitinka realybę, t.y. tarp tų slaugytojų, kurios vertino savo psichologinę savijautą gerai nebuvo nė vienos, kuri turėtų didelę tikimybę sirgti nerimu. Tuo tarpu po atostogų situacija pasikeitė, nes net 2 (4,5 proc.) slaugytojos, vertindamos savo būseną gerai, turi didelę tikimybę sirgti nerimu. Be to, žymiai didesnis procentas jų, lyginant su prieš atostogas gautais duomenimis, turi nerimo ribą. Žvelgiant į tai, kad po atostogų yra mažesnis bendras procentas slaugytojų, vertinusių savo psichologinę būseną gerai, galime daryti išvadą, kad po atostogų slaugytojos subjektyviai jaučia blogesnę savijautą, kad tai rodo ne tik HAD skalė. Tačiau taip pat po atostogų yra tokių slaugytojų, kurios jausdamosi gerai turi didelę tikimybę sirgti nerimu. Šie duomenys yra prieštaringi, todėl neatmetu tikimybės, kad anketų pildymo metu buvo padaryta klaida. Taip pat gali būti taip, kad šios 2 slaugytojos iš tikrųjų neserga nerimu, nes HAD skalė rodo tik didelę tikimybę sirgti nerimu, todėl jų savo būsenos įvertinimas yra teisingas.. Taigi šiuo atveju mūsų iškelta hipotezė iš dalies pasitvirtino.

#### 7.4 NERIMO IR ATOSTOGŲ APTARIMAS.

Buvo iškelta hipotezė, kad atostogų vertinimas atitinka HAD skalės rezultatus, t.y. kuo blogiau slaugytojos vertina savo vasaros atostogų praleidimą, tuo didesnis jų procentas turi didelę tikimybę sirgti nerimu ar turėti nerimo ribą. Ir ji iš dalies pasitvirtino. Po atostogų gauti statistiškai patikimi duomenys, kad tos slaugytojos, kurios savo praėjusias vasaros atostogas vertino puikiai ir gerai, turi mažą tikimybę sirgti nerimu, ir net trečdalis slaugytojų, vertinusių savo atostogas blogai turi didelę tikimybę sirgti nerimu. Tų slaugytojų, kurios vertino atostogas labai gerai, net 2 (12,5 proc.) turi didelę tikimybę sirgti nerimu. Šie duomenys lyg ir iškrenta iš konteksto, nes jų prasmę yra sunku paaiškinti, ir šiuo atveju neatmetu klaidos tikimybės. Tai, kad tų slaugytojų, kurios atostogas vertino blogai, didesnis procentas turi didelę tikimybę sirgti nerimu, galima paaiškinti tuo, kad slaugytojos, turinčios nerimą, savaime atostogas vertina blogai, arba galima samprotauti, kad blogai praleistos atostogos paskatino didesnę tikimybę atsirasti nerimui po atostogų. Tačiau tai tik prielaidos, kurias reiktų patikrinti atliekant išsamesnius tyrimus. Anot literatūros, emocinio išsekimo galima išvengti tinkamai pailsėjus per atostogas. Svarbiausia per atostogas pamiršti darbą, negalvoti apie problemas ir pakeisti aplinką, nes vietos pakeitimas padeda

atsipalaiduoti, pailsėti.(19) Šiame tyrime buvo pastebėta, kad tos slaugytojos, kurios turėjo progą atostogų metu pakeliauti po užsienio šalis ar pailsėti prie Baltijos jūros, dažniausiai praleistas vasaros atostogas vertino puikiai, labai gerai ar gerai, o tos, kurios ilsėjosi kaime, prie ežerų – labai gerai ar gerai. Tos slaugytojos, kurios paminėjo, kad atostogas praleido blogai, dažniausiai ilsėjosi namuose. Galime samprotauti, kad tai, kad dauguma blogai atostogas vertinusių slaugytojų dažniausiai atostogas leido namuose, rodo, kad atostogos buvo praleistos namuose dėl blogos emocinės savijautos arba bloga emocinė savijauta atsirado dėl nuobodžiai praleistų atostogų. O tai, kad visai nebuvo ar buvo mažas procentas slaugytojų turinčių didelę tikimybę sirgti nerimu yra tose grupėse, kur atostogos buvo vertinamos puikiai, labai gerai ar gerai, rodo, kad poilsis užsienyje, prie jūros ar ežero yra geriausia alternatyva pagerinti emocinę būseną. Turbūt vien jau tai, kad tiriamosios per atostogas pakeitė aplinką, sumažino po atostogų nerimo atvejų skaičių.

#### 7.5 DEPRESIJOS APTARIMAS.

Vertinant HAD skalės rezultatus, buvo vertinamas depresijos paplitimas prieš ir po atostogų. Žvelgiant į statistiškai reikšmingai skirtingus depresijos balų vidurkius prieš ir po atostogų, tampa aišku, kad po atostogų depresijos balų vidurkis yra didesnis nei prieš atostogas. Tai reiškia, kad po atostogų slaugytojos, pildydamos HAD skalę, surinko daugiau depresijos balų, nei prieš atostogas. Taigi, mūsų iškelta hipotezė, kad depresija dažniau pasireiškia po atostogas nei prieš jas, pasitvirtino. Šio tyrimo metu buvo gautas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp didelės tikimybės sirgti depresija ir depresijos ribos atvejų paplitimo prieš ir po atostogų. Paaikškėjo, kad po atostogų didesnis procentas slaugytojų turi didelę tikimybę sirgti depresija ar pagal depresijos balų sumą yra pasiekusios depresijos ribą. Nors ir gerokai skiriasi tiriamųjų imtis prieš ir po atostogų, tačiau, žvelgiant į tiriamųjų charakteristiką, galima nuspėti, kad abiejuose tyrimo etapuose dalyvavo daugmaž tos pačios slaugytojos. Todėl tyrimo rezultatai mums leidžia daryti tokią išvadą, kad atostogos turi įtakos depresijos pasireiškimui, t.y. po atostogų yra didesnė tikimybė sirgti depresija ir turėti depresijos ribą nei prieš atostogas.

Analizuojant depresijos buvimą priklausomai nuo amžiaus, į akis krenta statistiškai reikšmingas depresijos atvejų pasiskirstymas prieš ir po atostogų apklaustoje amžiaus grupėje nuo 40 iki 59 metų. Paaikškėjo, kad tokio amžiaus slaugytojoms didesnė tikimybė sirgti depresija ir turėti jos ribą dažniau pasireiškia po atostogų, nei prieš jas.

Žvelgiant į šios amžiaus grupės imties procentines išraiškas prieš ir po atostogų, matosi, kad po atostogų šios amžiaus grupės slaugytojų buvo apklausta mažesnis procentas nei prieš atostogas. Taigi, galima nuspėti, kad jei šios amžiaus grupės imtys prieš ir po atostogų būtų vienodos, tai po atostogų būtų aptiktas dar didesnis procentas slaugytojų, turinčių didelę tikimybę sirgti depresija ir pagal balų skaičių pasiekusių depresijos ribą. Tačiau tai tik prielaidos, kurias reiktų patikrinti. Be to, pagal šio tyrimo rezultatus galime numanyti, kad labiausiai atostogos įtakoja didesnės rizikos sirgti depresija pasireiškimą tarp slaugytojų, kurioms yra nuo 40 iki 59 metų. Viso to paaiškinimas galėtų būti tas, kad tokio amžiaus moterų tarpe depresija dažniausiai ir pasireiškia.

Žvelgiant į didelės tikimybės sirgti depresija ir jos ribos atvejų pasiskirstymą prieš ir po atostogų šeimyninės padėties grupėse, stebimas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp atvejų dažnumo ištekėjusių ir turinčių partnerius slaugytojų. Tyrimo rezultatai rodo, kad po atostogų gerokai didesni procentai slaugytojų turi didelę tikimybę sirgti depresija ir yra pasiekusios depresijos ribą. Be to, dėl vienodos ištekėjusių ir turinčių partnerius slaugytojų imties abiejuose tyrimo etapuose, galime spręsti, kad tokiai šeimyninės padėties grupei priklausančios slaugytojos po atostogų jaučiasi blogiau nei prieš atostogas. Šiuo atveju galime samprotauti, kad ištekėjusios ir turinčios partnerius slaugytojos yra labiau įpareigtos rūpintis buitimi, todėl atostogų metu negali tiek atsipalaiduoti ir skirti sau dėmesio kaip, pavyzdžiui, išsiskyrusios ar vienišos.

Be to tokią būseną gali įtakoti ir vaikų turėjimas. Todėl tuo tikslu buvo analizuojamas vaikų turėjimo/neturėjimo santykis su didele tikimybe sirgti depresija ir jos ribos pasireiškimu prieš ir po atostogų. Buvo gauti statistiškai reikšmingi duomenys tų slaugytojų grupėje, kurios turi 1 vaiką. Pasirodo, kad tų slaugytojų tarpe, tiek prieš tiek po atostogų, nebuvo nė vieno didelės tikimybės sirgti depresija atvejo, o depresijos ribos atvejų procentai po atostogų išaugo keturgubai. Taigi, galime teigti, kad turinčios vieną vaiką slaugytojos panašiai jaučiasi ir prieš ir po atostogų.

## 7.6 DEPRESIJOS IR DARBO KRŪVIO APTARIMAS.

Numanant, kad darbo krūvis galėtų įtakoti slaugytojų emocinę būseną, buvo iškelta hipotezė, kad dirbdamos didesniu darbo krūviu slaugytojos po atostogų jaučiasi blogiau nei prieš atostogas. Mūsų hipotezė nepasitvirtino, nes buvo gautas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp slaugytojų grupių, kurios dirba psichikos sveikatos skyriuje  $\leq 1$  etatui darbo krūviu. Paaiškėjo, kad po atostogų šiai grupei priklausančių slaugytojų,

didesnis procentas turi didelę tikimybę sirgti depresija ir pasiekti depresijos ribą nei prieš atostogas. Tai reiškia, kad tos slaugytojos, kurios psichikos sveikatos skyriuje dirba nedideliu darbo krūviu, po atostogų jaučiasi blogiau nei prieš atostogas. Tai galėtų įtakoti papildomo darbo turėjimas, nes yra didelė tikimybė, kad turėdamos tokį darbo krūvį, slaugytojos turi kitą darbą. Tuo tikslu buvo paieškota ryšio tarp papildomo darbo turėjimo ir depresijos pasireiškimo, tačiau patikimo skirtumo nebuvo gauta.

Dar konkrečiau situaciją apibūdina depresijos buvimo santykis su bendru darbo krūviu. Paaiškėjo, kad ir šiuo atveju statistiškai reikšmingai skiriasi slaugytojų, dirbančių  $\leq 1$  etatui darbo krūviu ir turinčių didelę tikimybę sirgti depresija ar pasiekti depresijos ribą, procentas prieš ir po atostogų. Po atostogų didesnis procentas tokiu darbo krūviu dirbančių slaugytojų turi didelę tikimybę sirgti depresija ir pasiekti depresijos ribą. Tai leidžia mums teigti, kad dirbančios tokiu darbo krūviu slaugytojos blogiau jaučiasi po atostogų nei prieš atostogas. Šie duomenys galutinai išsklaido įtarimus, kad blogesnė tokį darbo krūvį turinčių slaugytojų savijauta po atostogų yra susijusi su papildomo darbo turėjimu, nes statistiškai reikšmingi duomenys abiem atvejais buvo gauti  $\leq 1$  etatui darbo krūvio grupėse.

### 7.7 DEPRESIJOS IR SUBJEKTYVIOS SAVIJAUTOS APTARIMAS.

Vertinant subjektyvaus psichologinės būsenos vertinimo atitikimą HAD skalės rezultatams, gauti statistiškai reikšmingi duomenys tarp tų slaugytojų, kurios savo būseną vertino gerai, t.y. nuo 0 iki 3 balų. Pasirodo, kad prieš atostogas atsirado viena slaugytoja, o po atostogų net 2, kurios, vertindamos savo būseną gerai (0-3 balai), turi didelę tikimybę sirgti depresija. Be to, po atostogų yra aptiktas dvigubai didesnis procentas slaugytojų, kurios vertino savo būseną gerai ir kurios pagal depresijos balų sumą yra pasiekusios depresijos ribą. Tai reiškia, kad mūsų iškelta hipotezė, kad subjektyvus psichologinės būsenos vertinimas atitinka HAD skalės rezultatus, nepasitvirtino. Tai galima būtų paaiškinti tuo, kad galbūt slaugytojos, pildydamos anketą, nebuvo labai atidžios ir sąžiningos, arba tuo, kad turėdama depresiją slaugytoja nenori to pripažinti, todėl savo psichologinę būseną vertina neadekvačiai. Be to, žinant tai, kad HAD skalė rodo tik didelę tikimybę, kad žmogus serga depresija, tačiau jos nedidina, gali būti, kad šiais atvejais tiriamosios neserga depresija ir jų psichologinės savijautos vertinimas yra teisingas.

## 8. IŠVADOS

1. Nerimas ir depresija dažniau pasireiškia po atostogų nei prieš atostogas.
2. Po atostogų nerimas dažniau pasireiškia tarp 20-39 metų amžiaus, o depresija tarp 40-59 metų amžiaus slaugytojų.
3. Po atostogų nerimas dažniau pasireiškia tarp išsiskyrusių, o depresija tarp ištekėjusių ir turinčių partnerius slaugytojų.
4. Depresija po atostogų dažniau pasireiškia tarp slaugytojų, kurios turi vieną vaiką.
5. Po atostogų nerimas dažniau pasireiškia tarp slaugytojų, kurios turi nuo 0 iki 19 metų bendro ir darbo pagal slaugytojos specialybę stažą.
6. Po atostogų nerimas ir depresija dažniau pasireiškia tarp slaugytojų, turinčių  $\leq 1$  etatui darbo psichikos sveikatos skyriuje ir bendrą darbo krūvį.
7. Nuo 0 iki 3 balų vertinusių savo psichologinę būseną slaugytojų HAD skalės rezultatai nesutampa su jų subjektyviu savo būsenos vertinimu.
8. Kuo blogiau slaugytojos vertino praėjusias vasaros atostogas, tuo didesnis jų procentas turi didelę tikimybę sirgti nerimu.

## 9. LITERATŪRA

1. Danilevičiūtė V. Jums- depresija. Ką daryti? Sveikata, 2002, Nr. 8, p.7-9.
2. Germanavičius A. Biologiniai, psichologiniai ir socialiniai veiksniai, darantys įtaką psichikos sveikatai. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. Lietuvos gyventojų bendrosios ir psichinės sveikatos būklės bei sveikatos sistemos organizavimo problemos. Vilnius, 2001, p. 104.
3. Kiburytė V. Depresija Lietuvoje. Nervų ir psichikos ligos, 2002, Nr. 1(5), p. 7.
4. Prieiga per Internetą: < <http://www.ligos.lt/straipsniai.asp?>
5. Liesienė V. Nerimo sutrikimų svarba somatinių ligų klinikai. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas, 2003, Nr. 4, t. 7, p. 272-274.
6. Psichiatrija./ Alekna R., Aputytė V., Bunevičius R., Danilevičiūtė V., Daškevičius K., Dembinskas A., Dembinskienė L., Gefenas E., Kajokas T., Laurinaitis E. Vilnius, 2003, p.736.
7. Lukienė J. Mediko profesija gali sukelti išsekimą. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas, 2004, Nr. 3, t. 8, p. 235-236.
8. Volkavičiūtė S. Perdegimas. Nervų ir psichikos ligos, 2002, Nr. 4(8), p.21.
9. Maraliauskienė R. Depresija. Gydomo menas, 2000, Nr. 9, p. 52.
10. Paulauskienė Ž. Depresija bendrojoje praktikoje. Gydomo menas, 2000, Nr. 10, p. 59.
11. Dembinskas A. Depresija. Psichopatologija, klasifikacija, gydymas. Vilnius, VU, 1999, p.60.
12. Cartor R., Golant S. K. Pagalba sergančiajam psichikos liga. Vilnius, 2002, p. 266.
13. Nuotaikos sutrikimai šeimos gydytojo praktikoje./Grabauskas V., Milašauskienė Ž., Žilinskas M., Valius L. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas, 2002, Nr. 5, t. 6, p. 324.
14. Neverauskas J. Moterys ir depresija. Gydomo menas, 2000, Nr. 2, p. 74.
15. Liesienė V. Ar nerimas pažeidžia smegenis? Nervų ir psichikos ligos. 2003, Nr. 1(9), p.14-15.
16. Prieiga per Internetą: < <http://www.agora-fobija.lt/default.asp?>
17. Попов Ю. В. Вид В. П. Современная клиническая психиатрия .1997, p. 486.
18. Prieiga per Internetą: < <http://www.slauga.lt/straipsniai.asp?>
19. Kai nervai nelaiko. Parengta pagal užsienio literatūrą. Slauga, mokslas ir praktika, 2002, Nr. 7-8, p. 3-4.
20. Gylienė E. Slaugytojo pasitenkinimas darbu. Slauga ir sveikata, 2005, Nr. 5, p. 4-5.

21. Psichosocialinių darbo stresorių ir moterų depresinės būsenos ryšys./B. Pajarskienė, J. Stanislavovienė, R. Jankauskas, J. Miliajevienė. Medicinos teorija ir praktika.2005., Nr. 1(41), p. 60.
22. Berufliche Gratifikationskristen und depressive Symptome/ M. Larisch, L. Joksimovic, O. Knesebeck, D. Strake, J. Siegrist. Psychoter Psych, 2003, Nr. 53, p. 223.
23. Sakson G. Atostogų laikas. Slauga, mokslas ir praktika, 2002, Nr. 5, p. 14.
24. Prieiga per Internetą: < <http://www.medicine.lt/straipsnis.asp?StraipsnioID5168>

# 1 PRIEDAS. APKLAUSOS ANKETA

## Anketa

Ši anketa skirta įvertinti nerimo ir depresijos dinamiką slaugytojų tarpe. Pildant šią anketa, tereikia kryželiu pažymėti vieną jums tinkantį variantą arba įrašyti duomenis į tuščias tam tikslui skirtas vietas. Dėkojame už tikslus ir išsamius atsakymus.

**1. Jūsų gimimo metai:** \_\_\_\_\_.

**2. Jūsų šeimyninė padėtis:**

2.0  ištekėjusi \_\_\_\_\_ (kelintą kartą?),

2.1  išsiskyrusi \_\_\_\_\_ (kelintą kartą?),

2.2  vieniša,

2.3  turite partnerį,

2.4  kita \_\_\_\_\_.

**3. Ar turite vaikų?**

3.0  taip \_\_\_\_\_ (kiek?),

3.1  ne.

**4. Skyriaus pavadinimas, kuriame dabar dirbate**

\_\_\_\_\_.

**5. Jūsų bendras darbo stažas (nebūtinai pagal šią specialybę)**

\_\_\_\_\_.

**6. Jūsų darbo stažas pagal slaugytojos specialybę** \_\_\_\_\_.

**7. Darbo stažas šiame skyriuje** \_\_\_\_\_.

**8. Darbo stažas psichikos sveikatos skyriuje** \_\_\_\_\_.

**9. Darbo krūvis šiame skyriuje** \_\_\_\_\_ etato.

**10. Ar papildomai dar kitur dirbate?**

10.0  taip \_\_\_\_\_ (kokiose pareigose ir

10.1  ne. \_\_\_\_\_ kokioje srityje?)

**11. Jei taip, tai kokių darbo krūvių?** \_\_\_\_\_ etato.

**12. Šios vasaros atostogų trukmė** \_\_\_\_\_ dienų.

**13. Kiek kartų per metus atostogaujate?** \_\_\_\_\_.



**14. Ar kada nors Jūs sirgote nerimo sutrikimais?**

14.0  taip,

14.1  ne.

**15. Ar kada nors Jūs sirgote nuotaikų sutrikimais?**

15.0  taip,

15.1  ne.

Jei į 14 ar 15 klausimą arba į juos abu atsakėte “taip”, atsakinėkite į sekančius klausimus.

**16. Ar dėl to kreipėtės į specialistus?**

16.0  taip,

16.1  ne.

**17. Ar buvote gydoma dėl šio sutrikimo?**

17.0  taip,

17.1  ne.

**18. Jei taip, tai kaip buvote gydoma?**

-----  
-----

**19. Ar šiuo metu gydotės?**

19.0  taip,

19.1  ne.

**20. Kaip vertinate šios vasaros atostogų praleidimą?**

20.0  puikiai.

20.1  labai gerai.

20.2  gerai.

20.3  blogai.

**21. Trumpai aprašykite kaip praleidote šios vasaros atostogas**-----

-----  
-----

**Ačiū už mums paskirtą laiką!**

## 2 PRIEDAS. HAD SKALĖ.

Ši skalė padės mums įvertinti Jūsų savijautą. Perskaitykite kiekvieną teiginį ir apibraukite atsakymą, kuris artimiausias jūsų savijautai per praėjusią savaitę. Ilgai nesvarstykite, nes pirma reakcija į klausimą tiksliau atspindi Jūsų savijautą nei apgalvotas atsakymas.

1. Aš jaučiu įtampą ir nerimą.
  - Beveik visą laiką, nuolat.
  - Didelę laiko dalį, dažnai.
  - Retkarčiais.
  - Niekada nejaučiu.
2. Mane ir dabar džiugina tai, kas teikė džiaugsmo anksčiau.
  - Visiškai teik pat.
  - Mažiau nei anksčiau.
  - Daug mažiau.
  - Beveik visiškai nedžiugina.
3. Aš jaučiu baimę, lyg kažkas siaubingo turėtų atsitikti.
  - Labai aiškiai ir stipriai.
  - Taip, bet nestipriai.
  - Nestipriai, bet manęs tai nejaudina.
  - Visiškai ne.
4. Aš galiu juoktis, suprasti humorą.
  - Taip pat kaip anksčiau.
  - Mažiau ir sunkiau.
  - Daug mažiau ir sunkiau.
  - Visiškai negaliu.
5. Mane vargina neramios mintys ir rūpesčiai.
  - Didžiąją laiko dalį, nuolat
  - Daug laiko, dažnai.
  - Retkarčiais, bet ne dažnai.
  - Tik retkarčiais.
6. Man linksmas.
  - Niekada.
  - Retai.
  - Kartais.
  - Didžiąją laiko dalį.
7. Aš galiu ramiai sėdėti ir atsipalaiduoti.
  - Visada.
  - Dažnai.
  - Retai.
  - Niekada.
8. Aš jaučiuosi užslopintas, lėčiau galvoju, judu.
  - Beveik visą laiką.
  - Labai dažnai.
  - Kartais, nestipriai.
  - Visiškai ne.

9. Mane apima baimė, lydima vidinio virpulio ar spaudimo po krūtine.

- Visiškai ne.
- Kartais.
- Gana dažnai.
- Labai dažnai, nuolat.

10. Aš nustojau rūpintis savo išvaizda.

- Pradėjau visai nesirūpinti.
- Nesirūpinu tiek, kiek reikėtų.
- Rūpinuosi, bet mažiau nei anksčiau.
- Rūpinuosi tiek pat kiek anksčiau.

11. Jaučiu, kad nenurimstu vietoje.

- Labai stipriai.
- Gana stipriai.
- Truputį.
- Visiškai ne.

15. Kiek balų subjektyviai įvertintumėte dabartinę savo psichologinę būseną?

-----balų.

Pvz. 0 balų – jaučiuosi puikiai,

10 balų – manau, kad man ryški depresija.

16. Kiek balų subjektyviai įvertintumėte dabartinės nervinės įtampos buvimą?

-----balų.

Pvz. 0 balų – nervinės įtampos nėra.

10 balų – aš labai įsitempusi.

12. Man suteikia džiaugsmo gera knyga, radijo ar televizijos laida.

- Dažnai.
- Kartais.
- Retai.
- Labai retai.

13. Iš gyvenimo laukiu kažko malonaus.

- Tiek pat, kiek visada.
- Mažiau nei anksčiau.
- Daug mažiau nei anksčiau.
- Visiškai nelaukiu.

14. Mane staiga apima didelis nerimas ar baimė.

- Tikrai labai dažnai.
- Pakankamai dažnai.
- Retai.
- Niekada.

AČIŪ UŽ KANTRYBĘ.