

LATVIJAS UNIVERSITĀTE
PEDAGOĢIJAS, PSIHOLOĢIJAS UN MĀKSLAS FAKULTĀTE
PSIHOLOĢIJAS NODAĻA

**IZDEGŠANAS SINDROMA SAISTĪBA AR STRESA PĀRVARĒŠANAS
STRATĒGIJĀM UN PAŠEFEKTIVITĀTI MEDMĀSĀM**

BAKALaura DARBS

Autors: **Rita Kalniņa**

Studenta apliecības Nr.: rb09195

Darba vadītāja: doc., Dr. psych. Anda Gaitniece - Putāne

RĪGA 2016

ANOTĀCIJA

Pētījuma mērķis bija noskaidrot izdegšanas sindroma saistību ar stresa pārvarēšanas stratēģijām un pašefektivitāti medmāsām.

Pētījumā piedalījās 100 respondenti - sievietes, medmāsas, kas savā profesijā strādā vismaz vienu gadu, vecumā no 23 līdz 56 gadiem.

Pētījumā tika izmantotas trīs aptaujas - K. Maslakas izdegšanas aptauja (Maslach Burnout Inventory – Human Services, /MBI-HSS/, Maslach, Jackson, & Leiter, 1996), Stresa pārvarēšanas stratēģiju skala (The Coping Orientation of Problem Experience /COPE/ Inventory, Carver, Scheier, & Weintraub, 1989) un Darba pašefektivitātes skala (Occupational Self-efficacy Scale, Schyns & von Collani, 2002).

Iegūtie rezultāti parādīja, ka pastāv saistība starp medicīnas māsu izdegšanas sindromu un stresa pārvarēšanas izvairīšanās stratēģijām, kas nozīmē, ka jo vairāk tiek izmantotas izvairīšanās stratēģijas, jo augstāki ir kopējās izdegšanas rādītāji. Tāpat rezultāti parādīja, ka nepastāv saistība starp kopējo izdegšanu un pašefektivitāti. Pētījums atklāja arī pašefektivitātes saistību ar stresa pārvarēšanas izvairīšanās stratēģijām – jo augstāka ir pašefektivitāte, jo mazāk tiek izmantotas izvairīšanās stratēģijas. Kā arī rezultāti parādīja to, ka darba stāžs ir saistīts ar izdegšanas sindroma attīstību, tātad, jo ilgāk māsas strādā savā profesijā, jo lielāka iespēja pastāv, ka viņām attīstīsies izdegšanas sindroms.

Atslēgas vārdi: izdegšanas sindroms, stresa pārvarēšanas stratēģijas, pašefektivitāte, medmāsas

ABSTARCT

The aim of the research was to study burnout syndrome relation with coping and self-efficacy for nurses.

The study included 100 respondents – women, nurses, who has worked in their profession at least one year, at age from 23 – 56.

Three questionnaires were used in this research - Maslach Burnout Inventory – Human Services, /MBI-HSS/, (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996), The Coping Orientation of Problem Experience /COPE/ Inventory, (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989), Occupational Self-efficacy Scale, (Schyns & von Collani, 2002).

The results showed that there is statistically significant correlation between nurses' burnout syndrome and coping avoidance indicators, which means that when the avoidance strategy is being used more, then the burnout syndrome figures are becoming higher. Also results showed that there is no relation between burnout and self-efficiency. Research revealed self-efficiency relation to coping avoidance strategies – when the self-efficiency is higher, then coping avoidance strategies are less used. In addition results showed that work experience is connected to the burnout syndrome development – if nurses are working in their profession longer, then there is higher possibility that burnout syndrome will develop for them.

Key words: burnout, coping, self-efficacy, nurses

SATURS

Ievads.....	5
Izdegšanas sindroms	8
MBI (Maslach Burnout Inventory)	9
Izdegšanas sindroms medmāsām	10
Stress un stresa pārvarēšana	12
Stresa un tā pārvarēšanas teorijas	12
Stress un tā pārvarēšanas stratēģijas medmāsām	17
Pašefektivitāte.....	19
Metode	22
Pētījuma dalībnieki	22
Pētījuma instrumentārijs	22
Procedūra	23
Rezultāti.....	24
Diskusija	27
Secinājumi	30
Izmantotās literatūras un avotu saraksts	32

IEVADS

Mūsdienu cilvēki bieži vien ir pārāk aizņemti daudz strādājot, lai nodrošinātu iztiku sev un ģimenei, kā rezultātā aizmirst par atpūtu un adekvātu spēku atjaunošanu. Garās darba stundas un hroniskais stress darba vidē, lēnām, bet mērķtiecīgi, var novest pie spēku izsīkuma, kā rezultātā veidojas izdegšanas sindroms. Sevišķi tas attiecināms uz cilvēkiem, kas strādā palīdzošās profesijās, piemēram, medmāsām. Tiek veikti arvien vairāk pētījumu, par izdegšanas sindroma attīstību, to ietekmējošajiem faktoriem, kā arī to kādas sekas tas atstāj uz cilvēka veselību un spēju darboties izvēlētajā profesijā.

Tā kā māsām ir augsta stresa izplatības iespējamība (Bhatia, Kishore, Anand, & Jiloha, R., 2010), tad tas ir dabiski, ka viņas bieži vien ir garīgā un fiziskā distresā. Lai veiktu kvalitatīvu pacientu aprūpi, šo stresu nepieciešams mazināt, lai tas nekļūtu hronisks, jo hroniska stresa rezultātā var rasties izdegšanas sindroms (Khamisa, Peltzer, & Oldenburg, 2013, Ribeiro et al., 2014). Līdz ar to stresa un stresa pārvarēšanas stratēģiju pētniecība medmāsu darba vidē ir aktuāls jautājums. Laika gaitā stresa un stresa pārvarēšanas pētniecībai ir pievērsušies un savas teorijas izstrādājuši, vairāki pētnieki (Lazarus & Folkman, 1984, Carver, Scheier, & Weintraub, 1989, Hobfoll, 1998, Folkman, 2008).

Medmāsu darba vide ir nepārtraukti mainīga, kas veicina jaunu stresoru rašanos un ir būtisks faktors izdegšanas sindroma attīstībā. Izdegšana ir ilgstoša psiholoģiska reakcija uz hronisku emocionālu un starppersonu stresoru darba vidē, ko veido trīs aspekti: emocionālais izsīkums, depersonalizācija un personīgo sasniegumu mazināšana (Maslach, 1982, kā minēts Poghosyan, Clarke, Finlayson, & Aiken, 2010). Saistībā ar to, ka māsu darbs ir stresam pakļauta profesija, ir svarīgi apzināties veidus, kā viņas tiek ar to galā – kādi ir izvēlētie stresa pārvarēšanas veidi (Fernandes & Nirmala, 2015). Pētījumi liecina, ka izdegšana ietekmē ne tikai darbinieka, bet arī līdzcilvēku psiholoģisko veselību (Bakker, 2009, kā minēts Mojsa-Kaja, Golonka, & Marek, 2015), tādejādi māsu stress un izdegšana var atstāt iespaidu uz pacientiem. Pievērsoties cilvēku emociju izpētei darba vidē, izdegšanas sindroma pētniecību uzsāka Maslaka (Maslach, 1976), tādejādi kļūstot par vadošo izdegšanas sindroma pētnieci mūsdienās. Pamatojoties uz viņas teoriju ir izstrādāta *Maslakas izdegšanas aptauja* (Maslach Burnout Inventory - MBI), kas ļauj konstatēt izdegšanu darbiniekiem (Maslach & Jackson, 1981) un tiek izmantota visā pasaulē.

Iepriekšējos pētījumos ir atklāta augsta izdegšanas sindroma izplatība starp māsām visā pasaulē (Poghosyan, et al., 2010). Izdegšanas rezultātā samazinās indivīda darbaspējas, tiek pieļautas kļūdas ārstēšanā, palielinās darbinieku nogurums un darba kavējumi, līdz ar to darba devējam rodas grūtības nodrošināt personālu (Raftopoulos, Charalambous, & Talias,

2012). Tas ļauj secināt, ka izdegšanas sindroma attīstībai ir ļoti daudz negatīvo seku, kā rezultātā pasliktinās ne tikai māsas personīgā veselība un komforta sajūta, bet tas var ietekmēt arī līdzcilvēkus un pacientus.

Viens no būtiskākajiem individuālajiem resursiem izdegšanas sindroma attīstībā ir pašefektivitāte, kas parāda cilvēka spēju organizēt un veikt darbības, lai sasniegtu vēlamu rezultātu (Shwarzer & Hallum, 2008). Pamatojoties uz Banduru (Bandura), kurš ir sociāli – kognitīvās teorijas pamatlicējs, pašefektivitāte ir cilvēka pārliecība par savām spējām kontrolēt notikumus savā dzīvē vai organizēt un veikt darbību secību, lai gūtu noteiktus sasniegumus (Bandura 1977, 1997, kā minēts Lunenburg, 2011). Individīdiem ar zemu pašefektivitāti ir zema pašcieņa, pesimistiska domāšana attiecībā par saviem panākumiem un personīgo attīstību (Bandura, 1995, kā minēts Zulkosky, 2009). Salīdzinot ar cilvēkiem, kam ir zema pašefektivitāte, cilvēki ar augstu pašefektivitāti cīnās un gūst vairāk panākumus, izrāda lielāku rūpību un mazāk piedzīvo bailes. Tā kā šiem cilvēkiem ir lielāka kontrole pār notikumiem, viņi ir vairāk pašpārliecināti veicot darba pienākumus (Schultz & Schultz, 2004, kā minēts Alavi, Bahrami, Zargham-Boroujeni, & Jousefy, 2015). Saskaņā ar Banduru (Bandura, 1986) pašefektivitātei ir arī nozīmīga ietekme uz indivīda spēju tikt galā ar stresu. Cilvēki ar augstāku pašefektivitāti izvēlas atbilstošākas stresa pārvarēšanas stratēģijas un izjūt mazāku psiholoģisko distresu (Bandura, 1986, kā minēts Özçakar, Kartal, Dirik, Tekin, & Güldal, 2012).

Savukārt Vangs (Wang) ar kolēģiem atklājis, ka augstāka pašefektivitāte un mazāks stress darba vidē, var mazināt izdegšanas sindroma attīstību (Wang, Liu, & Wang, 2015). Tāpat pētījumi rāda, ka pašefektivitāte ir saistīta ar visām trīs izdegšanas sindroma dimensijām (Alarcon, Eschelman, & Bowling, 2009). Medmāsas ar augstāku pašefektivitāti darbojas labāk un sniedz kvalitatīvāku veselības aprūpi nekā māsas ar zemāku pašefektivitāti, kā arī viņas vairāk nododas savam darbam un ir noturīgākas pret grūtībām, tāpēc pamatojoties uz Banduras sociāli – kognitīvo teoriju, augstas kvalitātes medmāsas tic savām spējām (Desbiens, Gagnon, & Fillion, 2012, kā minēts Alavi et al., 2015).

Viens no būtiskākajiem izdegšanas sindroma izraisītājiem, tiek minēts stress. Lai to mazinātu, indivīdi izmanto dažādas stresa pārvarēšanas stratēģijas, par kurām pētījumos nav viennozīmīgu rezultātu. Savukārt kā būtiskākais individuālais resurss izdegšanas sindroma attīstībā, tiek minēta pašefektivitāte, kas ir nozīmīga, lai cilvēks spētu pārvarēt stresu un efektīvi strādāt. Tāpēc šī bakalaura darba ietvaros tiks veikt pētījums, kas balstās uz šīm atziņām.

Pētījuma mērķis: Noskaidrot izdegšanas sindroma saistību ar stresa pārvarēšanas stratēģijām un pašefektivitāti medmāsām.

Pētījuma jautājumi:

1. Kāda saistība pastāv starp izdegšanas sindromu un stresa pārvarēšanas stratēģijām medicīnas māsām?
2. Kāda saistība pastāv starp izdegšanas sindromu un pašefektivitāti medicīnas māsām?
3. Kāda saistība pastāv starp stresa pārvarēšanas stratēģijām un pašefektivitāti medmāsām?
4. Vai pastāv saistība starp medicīnas māsu darba stāžu un izdegšanas sindromu?

Pētījuma mainīgie lielumi: izdegšanas sindroms, stresa pārvarēšanas stratēģijas, pašefektivitāte.

Pētījuma izlase: 100 respondenti – sievietes - medicīnas māsas, kuras savā profesijā darbojas vismaz 1 gadu.

Pētījuma instrumentārijs:

1. K. Maslakas izdegšanas aptauja (Maslach Burnout Inventory – Human Services, /MBI-HSS/, Maslach, Jackson, & Leiter, 1996), Latvijā metodi adaptējusi S. Aišpure, 2002.
2. Stresa pārvarēšanas stratēģiju skala (The Coping Orientation of Problem Experience /COPE/ Inventory, Carver, et al., 1989). Latvijā metodi adaptējusi S. Knipše, 2010.
3. Darba pašefektivitātes skala (Occupational Self-efficacy Scale, Schyns & von Collani, 2002), Latvijā metodi adaptējis A. Cucurs, 2004.

Bakalaura darbs sastāv no 3 teorētiskajām nodaļām un 4 apakšnodaļām, kas detalizēti aplūko izdegšanas sindromu, stresu un tā pārvarēšanas stratēģijas, un pašefektivitātes jēdzienu, kā arī no praktiskās daļas, kas aplūko pētījumu un tā rezultātus. Darba apjoms ir 36 lpp.. Izmantotās literatūras saraksts sastāv no 54 literatūras avotiem.

IZDEGŠANAS SINDROMS

Izdegšana ir psiholoģisks jēdziens, kas tiek raksturots ar emocionālu izsīkumu un intereses mazināšanos, parasti darba kontekstā. Tā rodas kā sekas pārpūlei darbā un nepietiekošai laika veltīšanai, lai atgūtos, atjaunotu spēkus (Embriaco, Papazian, Kentish-Barnes, Pochard, & Azoulay, 2007). Izdegšanas sindroms var rasties, ja cilvēks pārāk daudz atdod no sevis, nespējot fiziski un emocionāli adekvāti atgūties (Felton, 1998). Izdegšanas jēdziens ir veicinājis pētījumus par stresu darbā, jo sevišķi palīdzošās profesijās, piemēram, medmāsām (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009). Darbinieki, kas izjūt augstāku stresa līmeni darba vietā var piedzīvot spēcīgāku izdegšanu nekā tie, kas izjūt zemāku stresa līmeni (Embriaco et al., 2014).

Izdegšana var ietekmēt cilvēka veselību. Sūdzības var būt gan psihosomatiskas un saistītas ar spēku izsīkumu, gan objektīvas, saistītas ar reālām slimībām, piemēram, sirds – asinsvadu saslimšanas (Schaufeli & Enzmann, 1998, kā minēts Mojsa-Kaja et al., 2015).

Šim jēdzienam pirmais pievērsās Herberts Freudenbergers (Freudenberger, 1974), psihiatrs, kurš paziņoja, ka “izdegšana ir neveiksmes sajūta un motivācijas izzušana, jo īpaši, ja nodošanās mērķim vai attiecībām nespēj radīt vēlamus rezultātus” (Freudenberger, 1974, 160, kā minēts Herrera et al., 2014). Vēlāk viņa domu turpināja Kristīna Maslaka (Maslach, 2001), sociālais psihologs, kas izdegšanu raksturoja kā psiholoģisku sindromu, kas rodas kā atbildes reakcijas uz hronisku, nekontrolējamu stresu darbā (Maslach et al., 2001, kā minēts Mutkins, Brown & Thorsteinsson, 2011).

Arī Ibikunle (Ibicunle, 2012) ar kolēģiem ir pētījusi izdegšanas sindromu. Viņuprāt, izdegšana ir fizisks un emocionāls stāvoklis, kā arī garīgs izsīkums, kas rodas indivīdam iesaistoties ilgstošās situācijās, kas prasa emocionālu sasprindzinājumu (Ibicunle et al., 2012 kā minēts Okwaraji & Aguwa, 2014).

Dažās Eiropas valstīs, piem., Zviedrijā un Nīderlandē izdegšanu ir atļauts uzstādīt kā diagnozi. Tas nozīmē, ka mediķi ir apmācīti izdegšanu izvērtēt un ārstēt. Dažādi speciālisti, piemēram, psihologi un sociālie darbinieki, piedāvā plašu palīdzību no atšķirīgām ārstēšanas programmām (Schaufeli et al., 2009).

MBI (Maslach Burnout Inventory)

Kā jau iepriekš tika minēts, pamatojoties uz Freudenbergera sniegto informāciju par savu un citu cilvēku emocionālo deficītu un motivācijas zudumu, Kristīna Maslaka (Maslach, 1976), pievērsās cilvēku emociju pētīšanai darba vidē. Lai izvērtētu emocionālo stresu darba vietā, viņa intervēja daudz cilvēku, kā rezultātā atklāja, ka stratēģijas, ko indivīds izmanto stresa pārvarēšanai, ietekmē gan profesionālismu, gan uzvedību darbā, piemēram, ka ģimene var būt kā resurss, lai pārvarētu stresu. Ar šo tika sākta pārpūles darbā jeb izdegšanas sindroma izpēte, lai gan sākotnēji tas netika pētīts kā indivīda atbilde uz stresu, bet gan kā indivīda attieksme pret darbā veicamajiem uzdevumiem, vērtējot viņa emocijas un motīvus saistībā ar pakalpojuma saņēmējiem. Analizējot šīs intervijas, Maslaka konstatēja dažas likumsakarības: pirmkārt – pakalpojumu sniegšana vai aprūpe var būt ļoti darbietilpīga, un emocionālais izsīkums nav nekas neparasts šādai pārslodzei; otrkārt – no šīm intervijām radās arī jēdziens depersonalizācija jeb cinisms, jo intervijās cilvēki aprakstīja to, kā viņi pārvar stresu ar emocionālu distancēšanos, tādējādi pasargājot sevi no emocionāla uzbudinājuma, kas varētu traucēt darboties efektīvāk (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001).

Maslaka pētīja ne tikai attiecības starp pakalpojumu sniedzēju un ņēmēju, bet arī attiecības starp pakalpojumu sniedzēju un viņa kolēģiem, kā arī ģimenes locekļiem. Šo attiecību ietekme nebija viennozīmīga - reizēm tā bija par iemeslu emocionālam kritumam, taču reizēm tā darbojās kā resurss, lai tiktu galā ar stresu (Maslach et al., 2001).

1980. gadā darbs ar izdegšanu tika turpināts ar sistemātisku empīrisku pētījumu veikšanu jau lielākos apmēros. Īpaša uzmanība tika pievērsta izdegšanas novērtēšanai, kā rezultātā tika izstrādāta un arī mūsdienās plaši tiek izmantota Maslakas izdegšanas aptauja (Maslach Burnout Inventory, tālāk tekstā MBI), ko izstrādāja Maslaka un Džeksone (Maslach & Jackson, 1981, kā minēts Maslach et al., 2001). Ir izstrādātas 3 MBI versijas. Pirmā no tām ir MBI-GS (General Survey) – vispārīgā aptauja, otrā - MBI-ED (Educators) – aptauja pedagogiem un trešā MBI-HSS (Human Services Survey) – aptauja pakalpojumu sniedzējiem. Katrā no aptaujām komponenti ir dažādi, atkarībā no nodarbošanās. Palīdzošajās profesijās (ieskaitot pasniedzējus) izšķir emocionālo izsīkumu (tālāk tekstā EI) – pārāk liela darba slodze vai nereālu gaidu radīta emocionālās sfēras pārslodze, kas izpaužas kā emocionālā iztukšotība, depersonalizāciju (tālāk tekstā DP) - ciniska un rupja attieksme pret apkārtējiem, un personīgo sasniegumu mazināšanu (tālāk tekstā PSM) - sajūta, ka visi centieni ir velti. Pārējās profesijās izšķir izsīkumu, cinismu un zemu profesionālo efektivitāti (Maslach et al., 1996, kā minēts Campbell & Rothmann, 2005).

No trīs minētajiem aspektiem EI ir galvenais izdegšanas rādītājs, kura izpausmes cilvēki visbiežāk asociē, ar izdegšanas sindromu. Ja konstatētais EI ir ļoti izteikts, tad pastāv uzskats, ka, lai konstatētu izdegšanas sindromu, pārējās divas dimensijas nav nepieciešamas (Shirom 1989, kā minēts Maslach et al., 2001). Tomēr pats fakts, ka EI ir nozīmīgs izdegšanas diagnosticēšanā, vēl nenozīmē, ka pietiek tikai ar to vien, jo aplūkojot EI ārpus izdegšanas konteksta, tas zaudē savu būtību (Maslach et al., 2001). Tātad, EI ir būtisks rādītājs izdegšanas sindroma attīstībā, taču tā nozīme mazinās, ja tas netiek skatīts kopējā kontekstā ar DP un PSM.

Lai gan EI atspoguļo stresa radītās sekas, tas neparāda indivīda un darba attiecības. EI nav tikai darba pieredze, tas drīzāk veicina emocionālu un kognitīvu distancēšanos no darba, lai tiktu galā ar darba pārslodzi. DP ir indivīda mēģinājums distancēties no pakalpojuma saņēmēja, aktīvi ignorējot īpašības, kas padara viņu īpašu un pakalpojuma ņēmējam patīkamu. Viņa prasmes ir vairāk pārvaldāmas, kad ar pakalpojuma ņēmēju darbojas bezpersoniski. Ārpus apkalpojošās sfēras, cilvēki izmanto kognitīvu distancēšanos, izrādot vienaldzību vai cinisku attieksmi, kad ir emocionāli izsmelti vai zaudējuši drosmi. Distancēšanās ir tūlītēja reakcija uz EI, kas var pāriet DP (Maslach et al., 2001). PSM attiecībā pret iepriekš minētajiem diviem aspektiem, ir sarežģītāka. Dažos gadījumos tā var būt būtiska pie EI, citreiz pie cinisma, bet ir gadījumi, kad noteicošie ir abi faktori (Byrne 1994, Lee & Ashforth 1996, kā minēts Maslach et al., 2001).

Šobrīd MBI ir visvairāk izmantotā aptauja pasaulē, kas tiek izmantota izdegšanas sindroma konstatēšanai (Poghosyan et al., 2010), līdz ar to tās Latvijā adaptētā versija, ko adaptējusi S. Aišpure (2002), tiks izmantota arī šajā pētījumā.

Izdegšanas sindroms medmāsām

Kamisa (Khamisa, 2013) savā pētījumā ir atklājusi, ka māsas piedzīvo augstāku ar stresu saistītu izdegšanu, salīdzinot ar citiem veselības aprūpes darbiniekiem (Khamisa et al., 2013). Tādi faktori kā ģimenes stāvoklis, darba slodze, emocijas un ar darbu saistīts stress (Ribeiro et al., 2014), kā arī neapmierinātību ar savu karjeru (Shanafelt, Bradley, Wipf, & Back, 2002), veicina izdegšanas sindroma attīstību, kā arī izdegšana ir saistīta ar negatīviem pacientu ārstēšanas rezultātiem (Nantsupawat, Nantsupawat, Kunaviktikul, Turale, & Poghosyan, 2016).

Pētījumi rāda, ka ievērojami augstāks EI tika konstatēts māsām, kuras ir vecākas par 40 gadiem, ar darba stāžu virs 15 gadiem (Quattrin et al., 2006). Arī Koivula (Koivula) ar kolēģiem ir atklājis, ka ar vecumu izdegšana palielinās (Koivula, Paunonen, & Laippala,

2000). Savukārt cits pētījums parāda, ka pretēji iepriekšminētajiem rezultātiem, nesen savas profesionālās gaitas uzsākušās medmāsas uzrādīja augstākus izdegšanas rezultātus (Wu, Zhu, Wang, Wang, & Lan, 2007). Bet Kaness (Kane, 2009) pētījuma rezultāti parāda, ka vecumam vai darba stāžam nav būtiskas nozīmes. Tas ļauj secināt, ka nav viennozīmīgu rezultātu attiecībā uz izdegšanas sindroma attīstību un darba stāžu. Līdz ar to būtu noderīgi šī pētījuma ietvaros, noskaidrot izdegšanas sindroma un darba stāža saistību medicīnas māsām.

Tā kā māsas, kuras darbā jūtas novērtētas, un jūt atbalstu ir mazāk pakļautas riskam izdegt (Breen & Sweeney, 2013), tad organizācijas iekšienē vajadzētu būt atbalsta sistēmai. Ņemot vērā darba vietā pavadīto laiku un ikdienas komunikāciju ar māsām, ārstiem vajadzētu zināt, vai māsai ir izdegšanas sindroms un kā tas izpaužas, jo māsu izdegšana draud ar nekvalitatīvu pacientu aprūpi, paaugstinātu neapmierinātības līmeni un vēlmi pamest māsas darbu (Heinen et al., 2013, kā minēts Beševič – Čomič, Bosankič, & Draganovič, 2014). Labas attiecības starp māsām un ārstiem un veiksmīga atbalsta sistēma ir saistīta ar zemākiem izdegšanas rezultātiem, kā arī ar pacientu apmierinātību ar aprūpi (Vahey, Aiken, Sloane, Clarke, & Vargas, 2004).

STRESS UN STRESA PĀRVARĒŠANA

Stress ir normāla dzīves sastāvdaļa, kas ir nepieciešams, lai palielinātu darba spējas. Tomēr hronisks jeb ilgstošs stress var izraisīt organisma novājināšanos, kas samazina darba produktivitāti, palielina darba kavējumus un samazina spēju tikt galā ar dažādām situācijām, kas ir būtiski arī māsas profesijā (O Donovan, Doody, & Lyons, 2013). Tas uzkrājas neapzināti, dodot ķermenim un prātam signālus, kas liek reaģēt, piemēram, cilvēks sāk pastiprināti svīst, vai viņam palēninās kuņģa darbība. Hroniska stresa rezultātā var rasties pat nopietnas veselības problēmas kā galvassāpes vai sirds slimības (Ozoliņa Nucho & Vidnere, 1998). Stress var izpausties kā *eistress* – pozitīvais stress, kas palielina organisma spēju pielāgoties un ir vērsti uz veselības saglabāšanu, *distress* – negatīvais stress, kas negatīvi ietekmē organismu, *hiperstress* – cilvēks ir maksimāli izsmēlis savas pielāgošanās spējas un *hipostress* – cilvēks cieš no tā, ka nespēj sevi realizēt, piem., garlaikojas. Pēdējie trīs stresa veidi ir kaitīgi organismam, jo cilvēks nespēj brīvi izpausties (Selje, 1983), tāpēc tas vairāk tiek uzskatīts par negatīvu izjūtu, kas ietekmē indivīda veselību un psiholoģisko stāvokli. Tomēr pētījumi rāda, ka galvenais stresa veids, kas provocē izdegšanu, ir distress (Riahi, 2011). Māsas darbs tiek atzīmēts, kā augsta stresa līmeņa, kas ietekmē ne tikai māsu veselību, bet arī viņu spēju tikt galā ar darba prasībām (Parul et al., 2014). Māsām stresu rada attiecības ar personālu, aprūpes sniegšana, komandas darbs, medicīniskās iekārtas un to piederumi, kā arī ārstu, pacientu, piederīgo un pašu māsu uzvedība (Fernandes & Nirmala, 2015).

Stresa un tā pārvarēšanas teorijas

Lazaruss un Folkmane (Lazarus & Folkman) stresa pārvarēšanu (coping) definē kā: "pastāvīgi mainīgus uztveres un uzvedības centienus pārvarēt ārējas un/vai iekšējas prasības, kas tiek novērtētas kā apgrūtinājošas vai pārsniegušas cilvēka personiskos resursus" (Lazarus & Folkman, 1984, 141). Pētot stresu, autori izvirzīja *kognitīvo stresa teoriju*, kas tika veidota, pamatojoties uz cilvēka un vides mijiedarbību. Sakarā ar šo teoriju iespējamais apdraudējums, pēc indivīda domām, ir lielāks nekā viņam pieejamo resursu novērtējums, līdz ar to, tas rada apdraudējuma sajūtu. Lazarusa un Folkmanes *kognitīvā stresa teorija* un stresa pārvarēšana ir balstīta uz novērtējumu. Novērtēšanas process notiek divos posmos – vispirms tiek novērtēta apdraudējuma bīstamība (*primāra novērtēšana*), kam seko pieejamo resursu izvērtēšana, lai mazinātu radušos stresu (*sekundāra novērtēšana*). Savukārt stresa pārvarēšanas process notiek kā atbildes reakcija uz stresa izraisītu situāciju. *Uz problēmu orientēta stresa pārvarēšana* tiek izmantota situācijās, kad pastāv iespēja atrisināt radušos situāciju, taču *uz emocijām*

orientētā stresa pārvarēšana tiek izmantota, lai samierinātos ar situāciju, ko nevar izmainīt (Lazarus & Folkman, 1984).

Turpinot pētīt stresa pārvarēšanu, Folkmane (Folkman, 2008) nonāca pie secinājuma, ka, lai pārvarētu stresu svarīgas ir pozitīvas emocijas, kā rezultātā radās *uz domāšanu orientēta stresa pārvarēšana* (meaning - focused coping). Arī šis ir uz novērtējumu pamatots stresa pārvarēšanas veids, kur indivīds pievēršas saviem *uzskatiem*, piemēram, reliģijai vai uzskatiem par taisnību, *vērtībām*, piemēram, būt nozīmīgam, un *eksistenciāliem mērķiem*, piemēram, dzīves jēgai vai pamatprincipiem, lai motivētu un stiprinātu stresa pārvarēšanu un labklājību smagā brīdī (Park & Folkman, 1997, kā minēts Folkman, 2008).

Sākotnēji uz domāšanu orientētai stresa pārvarēšanai tika noteiktas četras kategorijas: pozitīva pārvērtēšana, mērķu pārskatīšana, garīga pārliecība un pozitīvas domāšanas ieviešana ikdienišķos notikumos (Folkman, 1997; Folkman, Moskowitz, Ozer, & Park, 1997, kā minēts Folkman, 2008). Taču vēlāk, turpinot pētniecisko darbu, autori radīja piecas citas kategorijas: 1) *labuma atrašana* (benefit finding) – izaugsme, pacietība un kompetence, lielāka izpratne par dzīvi, lielāka skaidrība par to, kas ir svarīgi, ticības stiprināšana un sociālo attiecību kvalitātes uzlabošana, 2) *atgādināšana par labumu* (benefit reminding) – indivīds pats sev atgādina par iegūtajiem labumiem, 3) *adaptīvs mērķa process* (adaptive goal processes) - mērķis ir iesaistīt daudzas uz domāšanu orientētas stresa pārvarēšanas funkcijas. Saraksts ar lietām ko darīt, kad viss iziet no kontroles ir ne tikai noderīgs, lai pārvarētu stresu, bet dod arī sajūtu, ka situācija tiek kontrolēta, kaut arī tikai īslaicīgi (Folkman, 1997, kā minēts Folkman, 2008). 4) *Prioritāšu pārkārtošana* (reordering priorities) ir viens no biežākajām atbildes reakcijām uz stresu, piemēram, tādas piezīmes kā “mans viedoklis ir mainījies” vai “es koncentrējos uz to, kas man tiešām ir nepieciešams”, atspoguļo stresa pārvarēšanu kā atbildes reakciju uz notikumu, kas ir mainījis situāciju. Prioritāšu pārkārtošana ir uz vērtībām balstīts process. Lietas, kas ir svarīgākas, tiek pavirzītas uz augšu, bet lietas, kas ir mazsvarīgākas, tiek noliktas otrajā plānā. Prioritāšu pārkārtošana var būt saspringts process, jo līdz ar to indivīds atzīst, ka viņa pasaule ir izmainījusies un nav vairs tāda kā iepriekš (Folkman, 2008). 5) *Pozitīvas domāšanas ieviešana ikdienišķos notikumos* (infusing ordinary events with positive meaning) – cilvēkiem ir tendence vēlēties justies labi un šīs patīkamās sajūtas censties papildzināt, piemēram, daloties patīkamajos notikumos ar tuviniekiem (Tugade & Fredrickson, 2006, kā minēts Folkman, 2008). Folkmane (Folkman, 2008) apgalvo, ka tāda pati tendence saglabājas arī saskaroties ar grūtākām dzīves situācijām. Kritiskos brīžos vēlme justies labi ņem virsroku, lai uzturētu garīgo un fizisko labklājību (Folkman, 2008).

Pamatojoties uz Lazarusa un Folkmanes piedāvāto kognitīvo stresa teoriju, Karvers ar kolēģiem (Carver et al., 1989) izstrādāja stresa pārvarēšanas aptauju (The Coping Orientation

of Problem Experience /COPE/ Inventory) - tā novērtē cilvēka aktīvos stresa pārvarēšanas centienus. Aptauja iekļauj vairākas skalas, no kurām dažas tika balstītas uz teorētiskām, vairāk vai mazāk funkcionālām, stresa pārvarēšanas stratēģiju īpašībām, taču citas skalas tika balstītas uz iepriekšējiem pētījumiem, kas atspoguļoja vērtīgas stresa pārvarēšanas stratēģijas, vai tādas, kas var kavēt stresa pārvarēšanu.

1) *Aktīva stresa pārvarēšana* ir process, lai mēģinātu novērst vai apiet stresoru vai uzlabot tā ietekmi. Tā sevī iekļauj aktīvu rīcības uzsākšanu palielinot pūles, un cenšoties pakāpeniski īstenot stresa pārvarēšanas mēģinājumu. 2) *Plānošana* ir stresa pārvarēšanas veidu meklēšana domājot. Tā ir saistīta, ar piemērotu stresa stratēģiju meklēšanu domājot par to, kā vislabāk atrisināt problēmu. 3) *Konkurējošo aktivitātes veidu apspiešanas* rezultātā indivīds apspiež konkurējošās darbības, ļaujot tām plūst savu gaitu, lai nenovērstu savu uzmanību no konkrētās problēmas risināšanas un ar pilnu atdevi tajā iesaistītos. 4) *Savaldība* bieži tiek aizmirsta kā stresa pārvarēšanas stratēģija, taču reizēm tā ir nepieciešama un funkcionāla reakcija uz stresu. Tās rezultātā indivīds ir spējīgs nogaidīt līdz mirklim, kad būs spējīgs adekvāti reaģēt uz radušos stresu. Sociālo atbalstu cilvēki var meklēt divos veidos – 5) *sociāla atbalsta meklēšana instrumentālos nolūkos*, kas ir padoma, palīdzības vai informācijas meklēšana un 6) *sociāla atbalsta meklēšana emocionālos nolūkos* – morāla atbalsta, līdzjūtības vai izpratnes meklēšana. 7) *Fokusēšanās uz emocijām un atbrīvošanās no tām* – koncentrēšanās uz kādām briesmām vai apjukumu un šo izjūtu “ventilēšana” – izstāstīšana. 8) *Neiesaistīšanās rīcībā* ir savu pūļu samazināšana, lai tiktu galā ar stresoru, vai pat atteikšanās mēģināt sasniegt mērķi, kam traucē stress. Neiesaistīšanos rīcībā varētu dēvēt arī par bezpalīdzību. Teorētiski tā rodas cilvēkiem, kas gaida niecīgus stresa pārvarēšanas rezultātus. 9) *Mentāla neiesaistīšanās* ir neiesaistīšanās rīcības variācija. Tā notiek caur dažādām aktivitātēm, piemēram, izvairīšanās iegremdēties TV, kas kalpo, lai novērstu indivīdu no domām par mērķi, kam traucē stresors. 10) *Pozitīvas pārvarēšanas un attīstības mērķis* ir pārvaldīt distresa radītās emocijas, nevis nodarbināt stresoru pret sevi. Tomēr, šīs tendences vērtība ir ne tikai samazināt ciešanas, bet arī izskaidrot stresa pilno notikumu pozitīvā veidā un veicināt uz problēmu fokusētu stresa pārvarēšanu. 11) *Noliegšana* ir nedaudz pretrunīga. Bieži tā ir noderīga, lai mazinātu radušos distresu, tādejādi veicinot stresa pārvarēšanu. Taču tā var radīt arī papildus problēmas, ja vien stresors netiek ignorēts izdevīgā veidā, piemēram, noliedzot notikuma realitāti, indivīds ļauj tam kļūt daudz nopietnākam, tādejādi padarot sarežģītāku stresa pārvarēšanu. Tāpat noliegšana ir noderīga agrīnās stresa stadijās, bet traucē stresa pārvarēšanai vēlāk. 12) *Noliegšanai pretēja ir pieņemšana*. Tā ir īpaši svarīga gadījumos, kad stresors ir kaut kas, kam ir jāpielāgojas, nevis tam ir apstākļi, ko var viegli mainīt. 13) *Reliģija* – var kalpot kā emocionālā atbalsta avots, kā līdzeklis pozitīvai

interpretācijai un izaugsmei, vai kā aktīva stresa pārvarēšana. Aptaujā tika iekļauts arī punkts par 14) *alkohola/narkotiku lietošanu*, kas tika traktēts kā garīgās atbrīvošanās aspekts, kā arī 15) *humors* (Carver et al., 1989). Šīs aptaujas Latvijā adaptētā versija tiks izmantota šā pētījuma ietvaros, lai noskaidrotu medicīnas māsu stresa pārvarēšanas stratēģijas.

Iepriekš minētās stresa un tā pārvarēšanas teorijas tika balstītas uz novērtējumu, taču atšķirīgu stresa teoriju izvirzījis Hobfolls (Hobfoll, 1989). Viņa izveidotā *resursu saglabāšanas teorija* (Conservation of Resources - COR) tiek izmantota, lai izprastu izdegšanas procesu un stresu organizācijas ietvaros (Hobfoll & Freedy, 1993; Hobfoll & Shirom, 2001; Lee & Ashforth, 1996; Wright & Cropanzano, 1998, kā minēts Gorgievski & Hobfoll, 2008). Tajā nozīme tiek piešķirta *elastībai, līdzsvaram un dažādībai*.

Saskaņā ar šo teoriju, lai risinātu stresa problēmu, liela nozīme ir gan vides, gan indivīda elastīgumam. Elastība individuālā līmenī iekļauj gan kognitīvo, gan emocionālo aspektu (Cheng & Cheung, 2005, kā minēts Gorgievski & Hobfoll, 2008). Kognitīvi elastīgums nozīmē spēju domāt “ārpus rāmjiem”, emocionāls elastīgums nozīmē spēju izturēt dažādu emociju dažādību un daudzumu, kā arī pielāgoties mainīgajiem emocionālajiem apstākļiem (Giardini & Frese, 2006, kā minēts Gorgievski & Hobfoll, 2008). Emocionāli elastīgu indivīdu priekšrocība ir spēja strādāt zem spiediena, paciest īslaicīgas darba problēmas, kā arī saglabāt pozitīvismu ar humoru (Gorgievski & Hobfoll, 2008).

Ja cilvēks ilgstoši atrodas vienā, piespiedu stāvoklī, piemēram, zem stresa spiediena, drīz vien viņš var pazaudēt līdzsvaru ar sevi un apkārtējo vidi, kas rada draudus arī elastīgumam. Tas parasti tiek ietekmēts, jo indivīda resursi ir tuvu sabrukšanas punktam vai izsīkšanai (McEwen & Stellar, 1993, kā minēts Gorgievski & Hobfoll, 2008), kas nozīmē, ka cilvēkam ir nepieciešama atpūta – ārpus darba vides pavadīts laiks, kā rezultātā atjaunojas resursi, lai veiksmīgi spētu strādāt. Ja organizācija apdraud darbinieka privāto dzīvi, rezultāts būs mazāk elastīgs darbaspēks, darbaholisms, pārpūle, veselības traucējumi, kā arī tiks patērēts ilgāks laiks darba paveikšanai, nekā tas nepieciešams (Demerouti et al., 2001, kā minēts Gorgievski & Hobfoll, 2008).

Savukārt “dažādība” ir uz komandu attiecināms jēdziens, kas veicina viedokļu daudzveidību un alternatīvāku domāšanu, līdz ar to elastīgāku un veiksmīgāku problēmu risināšanu (Peterson & Nemeth, 1996, kā minēts Gorgievski & Hobfoll, 2008). Cilvēki, kam ir papildus prasmes vai kuriem ir atšķirīgs domāšanas veids, veido radošāku komandu (Kurtzberg, 2005, kā minēts Gorgievski & Hobfoll, 2008).

Dažus gadus vēlāk Hobfolls (Hobfoll, 1998) izstrādāja arī savu *stresa pārvarēšanas stratēģiju skalu* (The Strategic Approach to Coping Scale - SACS). Tā ir balstīta uz daudzšķautņņu stresa pārvarēšanas modeli (Hobfoll, Dunahoo, Monnier, Hulsizer, & Johnson,

1998, kā minēts Budau, Ciuca, Miclea, & Albu, 2011), kur tiek izmantots gan individuālais, gan kopējais stresa pārvarēšanas aspekts, kā arī tiek ņemts vērā sociālais stresa pārvarēšanas aspekts. Šis stresa pārvarēšanas modelis atšķiras aktivitātes līmenī, sociālajā aktivitātē un tiešumā. Tādēļ, tas iekļauj: 1) *prosociālu – antisociālu dimensiju*, kas attēlo indivīda saskarsmi, kas vērsta uz sadarbību ar citiem vai konfrontāciju, 2) *pasīvi – aktīvo dimensiju*, kas attēlo centienus risināt problēmu salīdzinājumā ar veidiem kā no tās izvairīties un 3) *tieši – netiešu dimensiju*, kas attēlo indivīda uzvedību, kas ir skaidri un nepārprotami vērsta uz savu vajadzību apmierināšanu, vai arī tā ir vērtējama kā neskaidra un aplinkus veidā realizēta (Eckenrode, 1991, kā minēts Budau et al., 2011). SACS skala sastāv no 52 jautājumiem, kas rezultātā veido 9 apakšskalas: pārliecinoša rīcība, noslēgta rīcība, netieša rīcība, sociālā atbalsta meklēšana, sociālā iesaistīšanās, piesardzīga rīcība, antisociāla rīcība, agresīva rīcība un instinktīva rīcība (Budau et al., 2011).

Lai arī stresa pārvarēšanas stratēģijas tiek pētītas ilgstoši, tomēr vēl joprojām nav izdevies panākt vienojošas iezīmes to noteikšanai, līdz ar to šajā sakarā joprojām tiek veikti daudz pētījumu. Saistība starp stresu, slimībām un cilvēka ciešanām, noliegumu, morāli un sasniegumiem ir noveduši pie atziņas, ka, lai arī stress ir neizbēgama cilvēka ikdienas sastāvdaļa, no tā, kā cilvēki tiek galā ar stresu, ir atkarīgs vai adaptācijas rezultāts būs pozitīvs vai negatīvs (Corsini & Auerbach, 2006).

Korsini un Auerbachs (Corsini & Auerbach, 2006) ir izdalījuši trīs stresa pārvarēšanas pieejas. *Pirmā* balstās uz mācīšanās un pastiprinājumu teoriju, kā pamatā ir eksperimenti ar dzīvniekiem. Saskaņā ar šo teoriju, stresa pārvarēšana saistās ar izbēgšanu vai aizbēgšanu no problēmas, kas ļauj kontrolēt vides apstākļus, tādējādi uzlabojot psihofizioloģiskos traucējumus vai līdzsvaru, ko izraisījuši nepatīkamie apstākļi. Šī teorija un tās pētniecība ir saistīta ar stresa mazināšanu, īpaši uz vides paredzamību un kontrolējamību attiecībā uz stresa pārvarēšanu. *Otrā* pieeja balstās uz psihoanalīzes koncepciju – ego psiholoģiju. Stresa pārvarēšana tiek skatīta kā ego procesa kopums, kas attīstās no zīdaiņa vecuma un koncentrējas ap domāšanas veidiem par savu “es” un apkārtējo vidi. Primārie dzīves uzdevumi ir izdzīvošana un barošanās sociālajos vides apstākļos, kas prasa spēju kontrolēt savas instinktīvās dziņas bīstamās un ierobežotās situācijās, kuras sevī ietver sociālā vide. Šī ir hierarhiska pieeja. Stresa pārvarēšana tiek skatīta kā visattīstītākā vai visnobriedušākā daļa no ego procesiem. Tas nodrošina reālistisku un elastīgu sevis vadību dažādās situācijās, palīdzot uzturēt un uzlabojot kā psihisko, tā arī fizisko labklājību. Aizsardzības mehānismi parādās kā neirostiski procesi, kas tiek raksturoti ar stingrību un mazāku iespēju izturēt pārbaudījumu. *Trešā* pieeja uzsver kognitīvo procesu lomas novērtēšanu, kā arī elastīgu, uz procesu orientētu stresa pārvarēšanas pieeju. Stresa pārvarēšana tiek skatīta kā reakcija uz

pārmaiņām, laika faktoru un atgriezenisko saiti notikumu attīstības procesā. Tā tiek raksturota kā mēģinājums tikt galā ar prasībām, izsīkstošiem vai cilvēciskās iespējas pārsniedzošiem, resursiem. Šādā gadījumā stresa pārvarēšana tiek uzskatīta par iepriekšējo notikumu pārskatīšanu, pieņemšanu un izskatīšanu no cita skatupunkta, labvēlīgākos apstākļos, kā arī dominēšana pār vidi (Korsini & Auerbach, 2006).

Stress un tā pārvarēšanas stratēģijas medmāsām

Māsas savā ikdienas praksē saskaras ar tādiem faktoriem, kā sāpes un nāve, pacientu un viņu piederīgo vajadzības, draudi, vardarbība un profesionālas rūpes, kas izraisa stresu (Sundin, Hochwalder, & Bildt, 2008, kā minēts Sasaki, Kitaoka-Higashiguchi, Morikawa, & Nakagawa, 2009). Māsām ar mazāku darba pieredzi stress ir lielāks, bet pēc 10 darba gadiem tas samazinās. Konflikts ar citām māsām un ārstiem, kā arī prasmju trūkums, lai pilnvērtīgi veiktu savu darbu, ir galvenie cēloņi stresam (Karchani et al., 2012).

Fernandes un Nirmala (Fernandes & Nirmala, 2015) savā pētījumā atklājuši, ka māsas vairāk izvēlas *izvairšanās stratēģijas*, piemēram, vispirms izdarīt vieglāko darbu vai uz brīdi atstāt iesākto un aiziet atpūsties, *garīgu neiesaistīšanos*, piemēram, gulēt, skatīties TV, *problēmu risināšanu un plānošanu*, piemēram, darīt visu iespējamo, lai atrisinātu problēmu, *pievēršanās reliģijai*, piemēram, lūgšanās un *sociālais atbalsts*, piemēram, konsultēties ar kolēģiem par radušos situāciju (Fernandes & Nirmala, 2015). Savukārt cits pētījums parādīja, ka izvairšanās stratēģijām māsām pastāv statistiski nozīmīga saistība ar garīgo veselību (Lambert, Lambert, & Ito, 2004, kā minēts Sasaki et al., 2009), kā arī to, ka aktīvās stresa pārvarēšanas stratēģijas ir pozitīvi saistītas ar resursu un vides problēmām, bet pasīvās – ar darba apjomu, personāla trūkumu, starppersonu attiecībām un vadības jautājumiem (Zhou & Gong, 2015). Tāpat pētījumi atklāj, ka pastāv saistība starp izdegšanu un neefektīvām stresa pārvarēšanas metodēm, piemēram, smēķēšanu, alkohola un narkotiku lietošanu (Schaufeli & Enzmann, 1998, Pyzalski, 2002, kā minēts Mojsa-Kaja et al., 2015). Neefektīvas stresa pārvarēšanas metodes ir negatīvi saistītas ar pašefektivitāti un pozitīvi saistītas ar EI (Ding et al., 2015). Tāpat ir atklāts, ka uz emocijām orientētas stresa pārvarēšanas stratēģijas ir pozitīvi saistītas ar EI, bet līdz ar vecumu ir paredzami augstāki DP rādītāji (Narumoto et al., 2008).

Savukārt Van der Kolfs (Van der Colff) ar kolēģi atklājis, ka medicīnas māsām pastāv saistība starp EI un emociju “ventilēšanu” – savu jūtu izstāstīšanu otram cilvēkam, kas nozīmē, ka medmāsas, kas izmanto šo metodi, parāda augstākus EI rezultātus. Un no otras puses māsām, kas koncentrējas uz emociju “ventilēšanu” varētu būt zemāks enerģijas līmenis dēļ izdegšanas, kas māsās izraisa neapmierinātību, jo viņas nespēj efektīvi veikt savus

pieņēmumus (Van der Colff & Rothmann, 2009). Arī Batia (Bhatia) ar kolēģiem ir konstatējis, ka medmāsu izvēlas vairāk pozitīvas stresa pārvarēšanas stratēģijas, piemēram, izrunāšanos ar otru cilvēku jeb emociju “ventilēšanu”, nevis negatīvas stresa pārvarēšanas metodes kā alkohola lietošana vai smēķēšana (Bhatia et al., 2010).

Tādi stresa pārvarēšanas veidi kā noliegšana vai izvairīšanās dažreiz var novest pie vēlamā rezultāta, bet citreiz – nē. Iespējams, ka tas, kura būs efektīvākā stresa pārvarēšanas metode, būs atkarīgs no tā, kurā stresa situācijas brīdī, tā tiks sākta izmantot. Sākuma stadijā veiksmīga var izrādīties noliegšana vai izvairīšanās, uz beigām – vairāk reālistiskas stresa pārvarēšanas metodes. To kādas varētu būt šīs metodes, ir atkarīgs arī no tā, cik spēcīgs būs stressors. Svarīgs var izrādīties arī fakts kādi kognitīvie procesi piedalās stresa pārvarēšanā. Noliegšana cilvēku pakļauj lielākam riskam uz negatīvām sekām (Korsini & Auerbach, 2006).

Uz iepriekš veikto pētījumu analīzes pamata var izdarīt secinājumus, ka nav viennozīmīgu rezultātu par māsu izvēlētajām stresa pārvarēšanas stratēģijām. Viņas izvēlas gan neefektīvas, gan efektīvas stresa pārvarēšanas stratēģijas. Līdz ar to būtu nozīmīgi arī šajā pētījumā noskaidrot, kādas stresa pārvarēšanas stratēģijas izvēlas medmāsu.

PAŠEFEKTIVITĀTE

Pašefektivitāte ir cilvēka ticība sev par spēju paveikt kādu konkrētu uzdevumu (Bandura, 1977, 1997, kā minēts Lunenburg, 2011). Tā ir indivīdam nozīmīgs faktors, kas ļauj darboties ārkārtas situācijās, izmantojot savas prasmes, neskatoties uz situācijas noteiktajiem ierobežojumiem (Bandura 2006, kā minēts Alavi et al., 2015). Pašefektivitāte attēlo vienu no galvenajiem sociāli – kognitīvās teorijas aspektiem (Bandura, 1997, kā minēts Shwarzer, & Hallum 2008). Saskaņā ar šo teoriju, pašefektivitāte parāda atšķirību starp to kā cilvēks jūtas, domā, darbojas un motivē sevi. Runājot par sajūtām - zema pašefektivitāte ir saistīta ar depresiju, trauksmi un bezpalīdzību. Šiem cilvēkiem ir arī zems pašvērtējums un viņi ir pesimistiski noskaņoti pret saviem personiskajiem sasniegumiem un personīgo izaugsmi. Runājot par domāšanu - spēcīgas sajūtas veicina izzināšanas procesus un spēju darboties dažādās vidēs, ieskaitot, lēmumu pieņemšanu un akadēmiskos sasniegumus. Saistībā ar uzvedību – pašefektivitāte var ietekmēt indivīda aktivitāšu izvēli. Kā arī pašefektivitātes līmenis var palielināt vai kavēt motivāciju. Cilvēki ar augstu pašefektivitāti pieņem izaicinošus uzdevumus un nemēģina no tiem izvairīties (Bandura, 1995, kā minēts Zulkosky, 2009), ko labi parāda tas, ka pašefektivitāte māsām pozitīvi korelē ar viņu sniegumu darbā (Lee & Ko, 2010, kā minēts Alavi et al., 2015). Saskaņā ar Banduru (Bandura, 2000), pašefektivitāte parāda ne tikai kā cilvēks jūtas un rīkojas, bet arī to, kā viņš veido radušās situācijas aprakstu (Bandura, 2000, kā minēts Consiglio, Borgogna, Alessandria, & Schaufelb, 2013).

Pēc uzdevuma veikšanas, indivīds ar augstu pašefektivitāti iegulda vairāk pūļu, lai saglabātu rezultātu ilgāk nekā tie, kam ir zema pašefektivitāte. Arī pēc neveiksmes viņi atgūstas ātrāk un neatmet domu sasniegt nosprausto mērķi (Shwarzer & Hallum 2008). Cilvēkiem ar augstāku pašefektivitāti ir lielāka iespēja sasniegt augstākus mērķus, tāpat viņi biežāk uzņemas sarežģītākus uzdevumus un cenšas tos atrisināt. Šie cilvēki sasniedz mērķi, vizualizējot veiksmīgu rezultātu, nevis prātojot par negatīvām sekām (Zulkosky, 2009). Pašefektivitāte ievērojami ietekmē indivīda uzvedību, kurš neuzticas savām spējām un ir skeptiski pret tām noskaņots (Guimond & Simonelli, 2012, kā minēts Alavi et al., 2015).

Bandura pašefektivitātei izdala trīs dimensijas: *apjoms* - uzdevuma grūtības pakāpe, ko cilvēks uzskata, ka viņš var paveikt, *stiprums* – pārliecība par saviem spēkiem un *vispārinājums* – pakāpe, cik lielā mērā pašefektivitāte ir saistīta ar uzvedību vai laika ietekmi. Darbinieka spēju izjūta ietekmē uztveri, motivāciju un darbaspējas (Bandura, 1977). Mēs ļoti reti mēģinām veikt uzdevumu, kad zinām, ka gala iznākums būs neveiksmīgs. Pašefektivitātei

ir spēcīga ietekme uz mācīšanos, motivāciju un darbaspējām, jo cilvēks mācās un mēģina veikt uzdevumus, ko viņš uzskata, ka sekmīgi spēs paveikt.

Pašefektivitāte mācīšanos un darbaspējas ietekmē trīs veidos: 1) *Pašefektivitāte ietekmē darbinieka izvēlēto mērķi*. Darbinieks ar zemu pašefektivitāti mēdz noteikt sev relatīvi zemas mērķus un otrādi – darbinieks ar augstu pašefektivitāti noteiks sev augstākus mērķus. Pētījumi liecina, ka cilvēks ne tikai mācās, bet arī darbojas līmenī, kas ir saskaņots ar viņa ticību pašefektivitātei. 2) *Pašefektivitāte ietekmē mācīšanos tikpat lielā mērā kā cilvēka centienus paveikt darbu*. Darbinieki ar augstu pašefektivitāti parasti strādā smagāk, lai uzzinātu kā veikt jaunus uzdevumus, jo viņi ir pārliecināti, ka viņu centieni beigsies veiksmīgi. Darbinieki ar zemu pašefektivitāti var pielikt mazāk pūļu, lai iemācītos un atrisinātu sarežģītākus uzdevumus, jo nav pārliecināti, ka viņu pūles novedīs pie panākumiem. 3) *Pašefektivitāte ietekmē neatlaidību, ar kādu cilvēks mēģina jaunus un grūtus uzdevumus*. Darbinieki ar augstu pašefektivitāti ir pārliecināti, ka var mācīties un veikt specifiskus uzdevumus. Tādējādi viņi var turpināt centienus darboties pat tad, ja ir redzamas problēmas. Un otrādi, darbinieki ar zemu pašefektivitāti, kuri tic, ka nav spējīgi iemācīties un veikt grūtus uzdevumus, var padoties, tiklīdz sākas problēmas (Bandura, 1982, kā minēts Lunenburg, 2011).

Bandura (Bandura, 1997) ir noteicis arī četrus galvenos avotus pašefektivitātei: pagātnes sasniegumi, pieredzes aizstāšana, verbālā pārliecināšana un emocionālās nianšes. Svarīgākais pašefektivitātes avots ir *pagātnes sasniegumi*. Darbiniekiem, kas ir veiksmīgi veikuši savus darba uzdevumus, visticamāk būs vairāk pārliecības, lai paveiktu līdzīgus uzdevumus nākotnē (augsta pašefektivitāte), nekā tiem darbiniekiem, kas bijuši neveiksmīgi (zema pašefektivitāte). Vadītāji vai supervizori var palielināt pašefektivitāti izmantojot rūpību, nodrošinot grūtākus uzdevumus, atbalstošu vadību un atlīdzības uzlabošanu. Otrais pašefektivitātes avots ir *pieredzes aizstāšana*. Redzot kolēģus, kam izdodas kāds konkrēts uzdevums, var paaugstināt savu pašefektivitāti. Piemēram, ja jūsu kolēģis zaudē svaru, tas var palielināt jūsu pārliecību, ka jūs varat zaudēt svaru tikpat labi. Pieredzes aizstāšana ir visefektīvākā, ja jūs saskatāt sevi personā, kas tiek modelēta. Trešais pašefektivitātes avots ir *verbālā pārliecināšana*. Šī ir cilvēka pārliecināšana, ka konkrētā uzdevuma veikšanā viņam ir iespēja gūt panākumus. Ceturtkārt pašefektivitāti nosaka *emocionālās nianšes*. Individū, kas gaida veicamā uzdevuma neizdošanos vai uzskata to par pārāk sarežģītu, var piemeklēt dažādi fizioloģiski simptomi, piemēram, sirdsklauves, nosvīdušas plaukstas vai galvassāpes. To rezultātā uzdevuma iznākums var pasliktināties (Lunenburg, 2011).

Iepriekšējie pētījumi ir parādījuši pašefektivitātes nozīmību izdegšanas sindroma attīstībā. Tā ir saistīta ar visām trīs izdegšanas sindroma dimensijām (Alarcon et al., 2009,

Ding et al., 2015). Ir arī atklāts, ka aprūpes sniedzēju izdegšana ir negatīvi saistīta ar pašefektivitāti un stresa pārvarēšanas stratēģijām, kas tiek izmantotas. Pētījumā tika uzrādīti zemi rezultāti EI un DP, taču augsti rādītāji PSM (Özçakar et al., 2012).

Ir izpētīts, ka, jo augstāka ir pašefektivitāte, jo zemāka DP un otrādi. Savukārt, jo augstāka ir pašefektivitāte, jo augstāki PSN rezultāti. Respondenti ar augstu pašefektivitāti un tendenci uz augstu EI, izrādīja lielāku vēlmi mainīt profesiju nekā tie, kuriem ir zemāks EI. Tie indivīdi, kuriem ir augsta pašefektivitāte un kuri ir atraduši piepildījumu darbā, negatavojās pamest savu profesiju. Arī respondenti, kas izjūt zemu pašefektivitāti, bet gūst piepildījumu no darba, profesiju pamest negatavojās. Tāpat pētījuma rezultāti liecina, ka māsas piedzīvo mērenu EI un darba pārslodzi (Beševič – Čomič, Bosankič & Draganovič, 2014).

Savukārt stresa pārvarēšanas stratēģijas un pašefektivitāte ir saistītas ar aprūpes sniedzēju izdegšanas līmeni. Lai nodrošinātu labāku un veselīgāku ilgtermiņa aprūpi, aprūpētājiem jāsniedz profesionāls un psiholoģisks atbalsts (Özçakar et al., 2012).

Stresa pārvarēšana ir uztveres un uzvedības stratēģijas. Izdegšana pakāpeniski attīstās, ja tiek lietotas neefektīvas stresa pārvarēšanas stratēģijas. Pozitīvām stresa pārvarēšanas stratēģijām ir saistība ar pašefektivitāti, savukārt negatīvas stresa pārvarēšanas stratēģijas ir saistītas ar izdegšanu. Uz emocijām orientētas stresa pārvarēšanas stratēģijas paredz EI. (Montero-Marin, Prado-Abril, Piva Demarzo, Gascon, & Garcia-Campayo, 2014). Tātad tas, vai attīstīsies izdegšanas sindroms, varētu būt atkarīgs no tā, kādas stresa pārvarēšanas stratēģijas tiek izmantotas.

Pēc iepriekš veiktajiem pētījumiem var secināt, ka pašefektivitāte ir nozīmīgi saistīta ar izdegšanas sindromu. Tā ir saistīta ar visām trīs izdegšanas skalām. Tāpēc arī šajā pētījumā būtu nozīmīgi noskaidrot, kāda saistība pastāv starp medicīnas māsū izdegšanas sindroma rādītājiem un pašefektivitāti, kā arī starp stresa pārvarēšanas stratēģijām un pašefektivitāti. Tādējādi šim pētījumam tiek izvirzīti sekojoši pētījuma jautājumi: Kāda saistība pastāv starp izdegšanas sindromu un stresa pārvarēšanas stratēģijām medicīnas māsām? Kāda saistība pastāv starp izdegšanas sindromu un pašefektivitāti medicīnas māsām? Kāda saistība pastāv starp stresa pārvarēšanas stratēģijām un pašefektivitāti medmāsām? Vai pastāv saistība starp medicīnas māsū darba stāžu un izdegšanas sindromu?

METODE

Pētījuma dalībnieki

Pētījumā piedalījās 100 respondenti – medmāsas, kas savā profesijā ir darbojušās ne mazāk kā vienu gadu. Respondentu vecums ir 23 līdz 56 gadi ($M = 34,81$, $SD = 7,67$), darba stāžs - no 1 līdz 37 gadiem ($M = 12,17$, $SD = 8,07$). Visi respondenti, kas piedalījās pētījumā, bija sievietes.

29 % respondentu bija vidējā profesionālā izglītība, 12 % koledžas, 50 % bakalaura un 9 % maģistra izglītība.

Pētījuma instrumentārijs

- 1) Sociāli demogrāfisko datu anketa: visiem respondentiem tika lūgts norādīt viņu dzimumu, vecumu, darba stāžu un izglītību.
- 2) Lai noskaidrotu respondenta izdegšanas sindroma rādītājus, tika izmantota Maslacas izdegšanas aptauja (Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey, /MBI-HSS/, Maslach, et al., 1996). Latvijā adaptējusi S. Aišpure (2002). Aptauja sastāv no 22 apgalvojumiem trīs apakšskalās: “emocionālais izsīkums” (9 apgalvojumi), “depersonalizācija” (5 apgalvojumi) un “personīgo spēju mazināšanās” (8 apgalvojumi). Atbildes tiek vērtētas Likerta skalā, kur 0 = nekad, 1 = dažas reizes gadā vai retāk, 2 = vienu reizi mēnesī vai retāk, 3 = dažas reizes mēnesī, 4 = vienu reizi nedēļā, 5 = dažas reizes nedēļā, 6 = katru dienu. Atbildes tiek saskaitītas pēc aptaujas atslēgas. Jo augstāks baļļu skaits katrā skalā atsevišķi, jo respondentam ir izteiktākas izdegšanas pazīmes. Par izdegšanas intensitāti var spriest pēc kopējā baļļu skaita visās skalās.
- 3) Lai noskaidrotu kādas stresa pārvarēšanas stratēģijas respondents izvēlas stresa situācijās, tika izmantota Stresa pārvarēšanas stratēģiju aptauja (The Coping Orientation of Problem Experience /COPE/ Inventory, Carver, et. al., 1989). Latvijā adaptāciju veica S. Knipše (2010). Aptauja sastāv no 60 apgalvojumiem, kuri tiek vērtēti Likerta skalā gradācijā no “Es nekad tā nedaru (1)” līdz “Es tā vienmēr daru (4)”. Aptaujas rezultātu veido 15 skalas, no kurām tiek iegūtas 3 augstāka līmeņa skalas: 1) “Uz emocijām orientētas stratēģijas”, kas iekļauj - pozitīvu pārvērtēšanu un attīstību, fokusēšanos uz emocijām un atbrīvošanos no tām, pievēršanos reliģijai, pieņemšanu, sociālā atbalsta meklēšanu emocionālos nolūkos, 2) “Uz problēmām orientētas stratēģijas”, kas iekļauj - sociāla atbalsta meklēšanu instrumentālos nolūkos,

aktīvu pārvarēšanu, savaldību, konkurējošo aktivitātes apspiešanu, plānošanu 3) “Izvairīšanās stratēģijas”, kas sevī iekļauj - mentālu neiesaistīšanos, noliegumu, humoru, neiesaistīšanos rīcībā, alkohola/narkotiku lietošanu. Iegūtos rezultātus pēc aptaujas atslēgas summē pa augstākā līmeņa skalām. Jo augstāks rezultāts, jo aktīvāk respondents izmanto attiecīgās stresa pārvarēšanas stratēģijas.

- 4) Lai noskaidrotu respondenta darba pašefektivitāti tika izmantota Darba pašefektivitātes skala (Occupational Self-efficacy Scale, Schyns & Collani, 2002). Latvijā šīs aptaujas adaptācija veikta 2004. gadā (Cucurs, 2004). Aptauja sastāv no 20 apgalvojumiem par darbu. Vairāku apgalvojumu atbildes jāvērtē reversi (piemēram, ja respondents atzīmējis 6, tad to ieskaita kā 1, ja atzīmējis 5, tad to ieskaita kā 2 u.t.t.). Par augstāku pašefektivitāti liecina augstāks kopējais punktu skaits.

Procedūra

Pētījuma dati tika ievākti no 2015. gada novembra līdz 2016. gada martam.

Respondentu atrašanai tika izmantoti personīgie resursi. Datu ievākšana tika organizēta izmantojot <https://docs.google.com> elektronisko aptauju sistēmu, bez laika ierobežojuma.

Lai atbildētu uz pētījuma jautājumiem par izdegšanas sindroma saistību ar stresa pārvarēšanas stratēģijām un pašefektivitāti, kā arī izdegšanas sindroma saistību ar darba stāžu, tika veikta datu statistiskā analīze, izmantojot SPSS 22 programmu.

REZULTĀTI

Sākotnēji, lai noskaidrotu “Maslakas izdegšanas aptaujas” (MBI-HSS), “Stresa pārvarēšanas stratēģiju aptaujas” (COPE) un “Darba pašefektivitātes skalas” ticamību, tika aprēķināti izmantoto metožu iekšējās saskaņotības rādītāji jeb Kronbaha alfas koeficienti. Iegūtie rezultāti parāda, ka Maslakas izdegšanas aptaujai, adaptētās aptaujas skalām – emocionālajam izsīkumam ($\alpha=0,89$), depersonalizācijai ($\alpha=0,85$) un personīgo sasniegumu mazināšanai ($\alpha=0,89$) ticamība ir laba, bet aptaujai kopumā ($\alpha=0,79$) - pieņemama. Vērtējot iegūtos rezultātus Stresa pārvarēšanas stratēģiju aptaujai, adaptētās aptaujas trīs augstāka līmeņa skalām – uz emocijām orientētām stratēģijām ($\alpha=0,78$) var secināt, ka ticamība ir pieņemama, bet uz problēmu orientētām stratēģijām ($\alpha=0,87$) un izvairīšanās stratēģijām ($\alpha=0,82$) ticamība ir laba. Arī Darba pašefektivitātes skalas ($\alpha=0,88$) iekšējās saskaņotības rādītāji ļauj secināt, ka ticamība ir laba.

Izvērtējot pētījuma ietvaros izmantoto adaptēto aptauju iekšējās saskaņotības rādītājus, var secināt, ka iegūtie dati ir droši un noturīgi un tos var izmantot tālākai interpretācijai.

Lai noskaidrotu atbilstību normālam sadalījumam, tika izmantots Kolmogorova – Smirnova kritērijs. Rezultātu aprakstošās statistikas rādītāji – vidējās aritmētiskās vērtības (M) un standarta novirzes (SD) Maslakas izdegšanas sindroma aptaujai, Stresa pārvarēšanas stratēģiju aptaujai un Darba pašefektivitātes skalai, ir apkopotas 1. tabulā.

1. tabula

Izdegšanas sindroma aptaujas, Stresa pārvarēšanas stratēģiju aptaujas un Darba pašefektivitātes skalas aprakstošās statistikas rādītāji un to atbilstība normālam sadalījumam (N=100)

	M	SD	K-S kritērijs
Emocionālais izsīkums	21,25	11,11	0,20*
Depersonalizācija	6,97	6,27	0,00
Personīgo sasniegumu mazināšana	39,51	7,51	0,00
Uz emocijām orientētas stratēģijas	49,6	6,96	0,04
Uz problēmām orientētas stratēģijas	55,16	7,97	0,01
Izvairīšanās stratēģijas	31,00	6,48	0,04
Darba pašefektivitātes skala	100,12	14,26	0,00

* $p > 0,05$

Aplūkojot statistikas rādītājus pētījuma izlases ietvaros redzams, ka izdegšanas sindroma aptaujas “emocionālā izsīkuma” skala (K-S=0,20, $p>0,05$) atbilst normālam

sadalījumam, savukārt skalas “depersonalizācija” ($K-S=0,00$, $p>0,05$) un “personīgo sasniegumu mazināšana” ($K-S=0,00$, $p>0,05$) normālam sadalījumam neatbilst. Arī stresa pārvarēšanas stratēģiju skalas - “uz emocijām orientētas stratēģijas” ($K-S=0,04$, $p>0,05$), uz problēmām orientētas stratēģijas ($K-S=0,01$, $p>0,05$) un “izvairīšanās stratēģijas” ($K-S=0,04$, $p>0,05$), kā arī darba pašefektivitātes skala ($K-S=0,00$, $p>0,05$) neatbilst normālam sadalījumam.

Tā kā pētījuma izlase pārsniedz 50 respondentus ($N=100$) un datu sadalījums pētījuma izlasei gan atbilst, gan neatbilst normālam sadalījumam, korelāciju analīzei tika izmantots Spīrmena rangu korelācijas koeficients (r_s) (skat. 2. tabulu).

2. tabula

Darba stāža, kopējās izdegšanas, izdegšanas apakšskalu, stresa pārvarēšanas stratēģiju un darba pašefektivitātes skalu rādītāju korelācija ($N=100$)

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Darba stāžs	-							
2. Kopējā izdegšana	0,23*	-						
3. Emocionālais izsīkums	0,21*	0,90**	-					
4. Depersonalizācija	0,05	0,76**	0,73**	-				
5. Personīgo sasniegumu mazināšana	-0,06	-0,34**	-0,60**	-0,70**	-			
6. Uz emocijām orientētas stratēģijas	0,02	0,14	0,06	0,13	0,08	-		
7. Uz problēmām orientētas stratēģijas	0,08	0,13	0,06	0,4	0,15	0,49**	-	
8. Izvairīšanās stratēģijas	0,29**	0,25*	0,30**	0,38**	-0,35**	0,24*	0,02	-
9. Darba pašefektivitāte	-0,01	-0,13	-0,30**	-0,30**	0,47**	0,00	0,09	-0,35**

* $p<0,05$, ** $p<0,01$

Aplūkojot rezultātus, kas atspoguļoti 2. tabulā, var secināt, ka pastāv statistiski nozīmīga sakarība starp darba stāžu un kopējo izdegšanu ($r_s=0,23$, $p<0,05$), darba stāžu un emocionālo izsīkumu ($r_s=0,21$, $p<0,05$), kā arī starp darba stāžu un izvairīšanās stratēģijām ($r_s=0,29$, $p<0,01$).

Analizējot rezultātus, var izdarīt secinājumus, ka pastāv statistiski nozīmīga sakarība starp kopējo izdegšanu un izvairīšanās stratēģijām ($r_s=0,25$, $p<0,05$). Rezultāti parāda arī

statistiski nozīmīgu sakarību starp emocionālo izsīkumu un izvairīšanās stratēģijām ($r_s=0,30$, $p<0,01$), depersonalizāciju un izvairīšanās stratēģijām ($r_s=0,38$, $p<0,01$), kā arī statistiski nozīmīgu, negatīvu sakarību starp personīgo sasniegumu mazināšanu un izvairīšanās stratēģijām ($r_s=-0,35$, $p<0,01$), kas nozīmē, jo augstāki ir personīgo sasniegumu mazināšanās rādītāji, jo zemāki ir izvairīšanās stratēģiju rādītāji un otrādi.

Ņemot vērā iegūtos rezultātus, var secināt, ka nepastāv statistiski nozīmīga sakarība starp kopējo izdegšanu un pašefektivitāti, taču pastāv statistiski nozīmīga, negatīva sakarība starp emocionālo izsīkumu un pašefektivitāti ($r_s=-0,30$, $p<0,01$), pastāv statistiski nozīmīga, negatīva sakarība starp depersonalizāciju un pašefektivitāti ($r_s=-0,30$, $p<0,01$), kā arī pastāv statistiski nozīmīga sakarība starp personīgo sasniegumu mazināšanu un pašefektivitāti ($r_s=0,47$, $p<0,01$). Tāpat rezultāti parāda, ka pastāv statistiski nozīmīga, negatīva sakarība starp izvairīšanās stratēģijām un pašefektivitāti ($r_s=-0,35$, $p<0,01$), kas nozīmē, jo augstāki ir izvairīšanās stratēģiju rezultāti, jo zemāka ir pašefektivitāte un otrādi.

Korelācijas rezultāti parādīja arī savstarpēju saistību starp kopējo izdegšanu un tās skalām, kas nozīmē, ka pastāv statistiski nozīmīga sakarība starp kopējo izdegšanu un emocionālo izsīkumu ($r_s=0,90$, $p<0,01$), pastāv statistiski nozīmīga sakarība starp kopējo izdegšanu un depersonalizāciju ($r_s=0,76$, $p<0,01$), kā arī pastāv statistiski nozīmīga, negatīva sakarība starp kopējo izdegšanu un personīgo sasniegumu mazināšanu ($r_s=-0,34$, $p<0,01$), kas nozīmē, jo augstāki ir kopējās izdegšanas rādītāji, jo zemāki ir personīgo sasniegumu mazināšanas rādītāji un otrādi. Tāpat savstarpēja saistība tika konstatēta arī starp kopējās izdegšanas skalām, kas nozīmē, ka pastāv statistiski nozīmīga saistība starp emocionālo izsīkumu un depersonalizāciju ($r_s=0,73$, $p<0,01$) un pastāv statistiski nozīmīga, negatīva sakarība starp emocionālo izsīkumu un personīgo sasniegumu mazināšanu ($r_s=-0,60$, $p<0,01$), kas nozīmē, jo augstāki ir emocionālā izsīkuma rādītāji, jo zemāki ir personīgo sasniegumu mazināšanas rādītāji un otrādi. Arī starp depersonalizāciju un personīgo sasniegumu mazināšanu pastāv statistiski nozīmīga, negatīva sakarība ($r_s=0,70$, $p<0,01$).

Rezultāti parādīja savstarpēju saistību starp stresa pārvarēšanas stratēģiju skalām, kas nozīmē, ka pastāv statistiski nozīmīga sakarība starp uz emocijām orientētām stratēģijām un uz problēmām orientētām stratēģijām ($r_s=0,49$, $p<0,01$), kā arī pastāv statistiski nozīmīga sakarība starp uz emocijām orientētām stratēģijām un izvairīšanās stratēģijām ($r_s=0,24$, $p<0,05$).

DISKUSIJA

Bakalaura darba mērķis bija noskaidrot izdegšanas sindroma saistību ar stresa pārvarēšanas stratēģijām un pašefektivitāti medmāsām. Tika izvirzīti vairāki pētījuma jautājumi: Kāda saistība pastāv starp izdegšanas sindromu un stresa pārvarēšanas stratēģijām medicīnas māsām? Kāda saistība pastāv starp izdegšanas sindromu un pašefektivitāti medicīnas māsām? Kāda saistība pastāv starp stresa pārvarēšanas stratēģijām un pašefektivitāti medmāsām? Vai pastāv saistība starp medicīnas māsu darba stāžu un izdegšanas sindromu?

Atbildot uz pirmo pētījuma jautājumu, tika konstatēts, ka, jo augstāki ir kopējās izdegšanas rādītāji, jo augstāki ir izvairīšanās stratēģiju rādītāji. Lai gan iepriekšējie pētījumi neuzrāda viennozīmīgus rezultātus un tie atklāj, ka medmāsu izvēlas gan pozitīvas stresa pārvarēšanas stratēģijas (Bhatia et al., 2010), gan arī neefektīvas stresa pārvarēšanas stratēģijas (Schaufeli & Enzmann, 1998, Pyzalski, 2002), šis pētījums rāda, ka daļa medicīnas māsas, kurām ir augstāki izdegšanas rādītāji, iespējams, izvēlas tādus stresa pārvarēšanas veidus kā mentālu neiesaistīšanos (gulēt, skatīties TV), problēmas noliegšanu, humoru, neiesaistīšanos problēmas risināšanā (atlikšanu uz vēlāku laiku, cerības, ka problēma pati atrisināsies) un alkohola un/vai narkotiku lietošanu, kas ir neefektīvas stresa pārvarēšanas metodes. Arī izdegšanas sindroma apakšskalu saistība ar stresa pārvarēšanas stratēģijām iepriekšējos pētījumos vienotus rezultātus neuzrāda. Emocionālais izsīkums ir konstatēts gan māsām, kas izmanto efektīvas stresa pārvarēšanas stratēģijas (Narumoto et al., 2008, Montero-Marin, et al., 2014, Van der Colff & Rothmann, 2009), gan neefektīvas stresa pārvarēšanas stratēģijas (Ding et al., 2015). Šajā pētījumā atklājās, ka māsas, kas uzrāda augstākus emocionālā izsīkuma rezultātus, stresa pārvarēšanai, iespējams, izmanto izvairīšanās stratēģijas, tātad neefektīvas stresa pārvarēšanas stratēģijas. Arī depersonalizāciju piedzīvo daļa medicīnas māsu, kas, iespējams, vairāk izmanto izvairīšanās stratēģijas stresa pārvarēšanai. Savukārt, jo mazāk māsas izmanto izvairīšanās stratēģijas, jo, iespējams, augstāki ir viņu personīgo sasniegumu mazināšanas rezultāti.

Pētījuma rezultāti par izdegšanas sindroma saistību ar pašefektivitāti saistās ar citu pētījumu rezultātiem, kur visas trīs izdegšanas sindroma dimensijas ir saistītas ar pašefektivitāti (Alarcon, et al., 2009, Ding et al., 2015). Līdz ar to, atbildot uz otro pētījuma jautājumu, apstiprinājās iepriekš atklātais, ka, jo zemāki ir depersonalizācijas rādītāji, jo augstāka pašefektivitāte, kā arī to, ka augstāka pašefektivitāte prognozē augstākus personīgo sasniegumu mazināšanas rezultātus, (Beševič – Čomič et al., 2014), kam par iemeslu varētu būt tas, ka māsu darbs prasa lielu piepūli un daudz spēka, lai to veiktu kvalitatīvi, taču māsas,

iespējams, jūtas nenovērtētas no darba devēja un/vai pacientu puses, tādēļ atzīmē, ka nav spējīgas sasniegt savus, darbā izvirzītos, mērķus. Apstiprinās arī iepriekš atklātais, ka jo zemāks ir emocionālais izsīkums, jo augstāka ir pašefektivitāte un otrādi (Özçakar et al., 2012), kas ir saprotami, jo emocionālās sfēras pārslodze var radīt šaubas par savām spējām darboties efektīvi.

Šis pētījums parādīja, ka, jo augstāka ir kopējā izdegšana, jo zemāki ir personīgo sasniegumu mazināšanas rezultāti un otrādi, ko varētu skaidrot kā aizsardzības mehānismu, kas ļauj pašsaglabāties, kad rodas izdegšanas sajūta, tādā veidā sevi mudinot nolicēt, ka viss ko dara, tomēr nav velti.

Iepriekš veiktajos pētījumos tika atklāts, ka, jo augstāka ir medmāsu pašefektivitāte, jo mazāk viņas izmanto neefektīvas stresa pārvarēšanas metodes (Ding et al., 2015). Šajā pētījumā tika atklāti līdzīgi rezultāti, tāpēc atbildot uz trešo pētījuma jautājumu, var secināt, ka – māsas ar augstāku pašefektivitāti, iespējams, mazāk izvēlas izvairīšanās stratēģijas, tātad viņas priekšroku dod uz emocijām orientēto vai uz problēmu orientēto stresa pārvarēšanas stratēģiju izmantošanai, un tas ir loģiski, jo reāla situācijas risināšana vairo indivīda pašefektivitātes izjūtu.

Pētījumi, kas veikti iepriekš, neuzrāda viennozīmīgus rezultātus par medicīnas māsu darba stāža saistību ar izdegšanas sindromu (Quattrin et al., 2006, Koivula et al., 2000, Wu et al., 2007, Kane, 2009). To rezultāti atklāj gan to, ka vairāk izdeg gados vecākas māsas, tātad tās, kas strādā ilgāk, kā arī tās, kas savas darba gaitas uzsākušas nesen, savukārt citi no tiem neatklāj darba stāža nozīmīgumu izdegšanas sindroma attīstībā. Atbildot uz ceturto pētījuma jautājumu, var secināt, ka darba stāžam ir saistība ar izdegšanas sindroma attīstību – jo ilgāk māsas strādā savā profesijā, jo lielāka iespēja, ka viņām attīstīsies izdegšanas sindroms. Tas varētu būt saistīts ar to, ka, māsas darbs ir emocionāli un arī fiziski nogurdinošs, kā rezultātā, strādājot ilgstoši, un adekvāti neatpūšoties, māsas emocionāli izsīkst, kas ir galvenais izdegšanas sindroma rādītājs. Savukārt neefektīvās stresa pārvarēšanas metodes kā izvairīšanās stratēģijas, liedz adekvāti tikt galā ar stresa situācijām, kas rodas darbā, kā rezultātā daļai māsu, iespējams, rodas sajūta, ka viņas nespēj tikt galā ar saviem pienākumiem un arī emocionāli sāk izsīkt. To arī parāda šī pētījuma rezultāti, kas atklāj darba stāža saistību ar kopējo izdegšanu, emocionālo izsīkumu un izvairīšanās stratēģijām.

Šī pētījuma rezultāti ir svarīgi, jo tie ļauj vairāk izprast medmāsu stresa pārvarēšanas stratēģijas. Ir svarīgi parādīt, ka efektīvu stresa pārvarēšanas stratēģiju izmantošana ir būtiska, lai mazinātu izdegšanas sindroma attīstību. Zinot šo faktu, ir iespēja to izmantot, lai māsām mācītu vairāk izmantot “uz problēmām orientētas” un “uz emocijām orientētas” stresa pārvarēšanas stratēģijas, kas, iespējams, būtu efektīvākas, lai mazinātu izdegšanas sindroma

attīstību. Turklāt, zinot faktu par darba pašefektivitātes saistību ar stresa pārvarēšanas izvairīšanās stratēģijām, var palīdzēt māsām mainīt stresa pārvarēšanas stratēģiju izvēli uz pozitīvām, tādā veidā veicinot medicīnas māsu darba pašefektivitāti, līdz ar to arī mazinot izdegšanas sindroma attīstību.

Rezultātus var izmantot arī, lai vairāk izprastu darba stāža nozīmi izdegšanas sindroma attīstībā.

SECINĀJUMI

Bakalaura darbā tika apkopotas teorētiskās atziņas un pētījumi, kas apskata izdegšanas sindromu, stresa pārvarēšanas stratēģijas, pašefektivitāti un to savstarpējo saistību. Kopumā ir atrodami vairāki iepriekš veikti pētījumi, kuros par pamatu ņemti šie jēdzieni. Tajos tiek pētīti izdegšanas sindroma veicinošie faktori un tā izraisītās sekas, kā arī stresa pārvarēšanas stratēģiju un pašefektivitātes savstarpējā saistība un saistība ar izdegšanas sindromu. Tāpat šajos pētījumos tiek apskatīta izdegšanas sindroma saistība ar darba stāžu. Tā kā iepriekš veiktajos pētījumos netiek uzrādīti viennozīmīgi rezultāti par šīm tēmām, tad šī pētījuma ietvaros tika izvirzīti pētījuma jautājumi: Kāda saistība pastāv starp izdegšanas sindromu un stresa pārvarēšanas stratēģijām medicīnas māsām? Kāda saistība pastāv starp izdegšanas sindromu un pašefektivitāti medicīnas māsām? Kāda saistība pastāv starp stresa pārvarēšanas stratēģijām un pašefektivitāti medmāsām? Vai pastāv saistība starp medicīnas māsu darba stāžu un izdegšanas sindromu?

Šajā pētījumā par pamatu tika ņemta Maslakas (Maslach et al., 2001) teorija par izdegšanas sindromu, ņemot vērā to, ka Maslaka ir viena no vadošajām izdegšana sindroma pētniecēm un ir izstrādājusi Maslakas izdegšanas aptauju (Maslach & Jackson, 1981, kā minēts Maslach et al., 2001), kas tika izmantota arī šā pētījuma ietvaros. Skatot stresa pārvarēšanas stratēģijas, balstījos uz Lazarusa un Folkmanes (Lazarus & Folkman, 1984) kognitīvā stresa teoriju, uz kuru pamatojoties Karvers (Carver et al., 1989) izstrādājis stresa pārvarēšanas stratēģiju skalu, kas arī tika izmantota šajā pētījumā. Savukārt, skatot pašefektivitāti, balstījos uz Banduras (Bandura, 1977) sociāli kognitīvo teoriju, kur pašefektivitāte ir viens no galvenajiem aspektiem.

Iepriekš veiktajos pētījumos par medicīnas māsu izdegšanas sindroma, stresa pārvarēšanas stratēģiju un pašefektivitātes savstarpējo saistību parādījās neviennozīmīgi rezultāti. Šis pētījums atklāja, ka pastāv saistība starp medicīnas māsu izdegšanas sindromu un stresa pārvarēšanas izvairīšanās stratēģijām, kas nozīmē, ka, jo vairāk tiek izmantotas izvairīšanās stratēģijas, jo augstāki ir kopējās izdegšanas rādītāji. Rezultāti parādīja arī to, ka kopējai izdegšanai un pašefektivitātei saistība nepastāv, taču tā pastāv starp pašefektivitāti un visām trīs izdegšanas sindroma apakšskalām. Savukārt, runājot par pašefektivitāti un stresa pārvarēšanas stratēģijām, šis pētījums atklāja pašefektivitātes saistību ar stresa pārvarēšanas izvairīšanās stratēģijām – jo augstāka ir pašefektivitāte, jo mazāk tiek izmantotas izvairīšanās stratēģijas. Rezultāti atklāja arī to, ka darba stāžs ir saistīts ar izdegšanas sindroma attīstību, tātad, jo ilgāk māsas strādā savā profesijā, jo lielāka iespēja pastāv, ka viņām attīstīsies izdegšanas sindroms.

Pie pētījuma ierobežojumiem varu minēt to, ka Maslakas izdegšanas aptaujas depersonalizācijas un personīgo sasniegumu mazināšanas skalas neatbilda normālam sadalījumam, tāpat arī Stresa pārvarēšanas stratēģiju aptaujas visas skalas un Darba pašefektivitātes skala neatbilda normālam sadalījumam un, lai arī Maslakas izdegšanas aptaujas emocionālā izsīkuma skalas rādītājos tika uzrādīts normāls sadalījums, tomēr ir pamats uzskatīt, ka pētījuma rezultātus nevar attiecināt uz visu šī vecumposma populāciju.

Tā kā pētījuma rezultāti parādīja kopējās izdegšanas un personīgo sasniegumu mazināšanas skalas statistiski nozīmīgu, negatīvu sakarību, kas ir neloģiski, tad šī pētījuma kontekstā būtu lietderīgi veikt pētījumu ar vēl lielāku pētījuma izlasi, jo šāds rezultāts varētu būt saistīts ar to, ka, jo lielāka ir skalu summa, jo mazāks ir rādītājs. Turklāt būtu nozīmīgi kontrolēt datus par māsu darba slodzi, dienas un nakts darbu, kā arī to, kurās nodaļās konkrēti viņas strādā, lai noskaidrotu to saistību ar izdegšanas sindroma attīstību un stresa pārvarēšanas stratēģijām.

Tā kā iepriekš veiktie pētījumi nav uzrādījuši vienotus rezultātus par izdegšanas sindroma, stresa pārvarēšanas stratēģiju un pašefektivitātes savstarpējo saistību, tad var secināt, ka šis pētījums parādīja vēl vienu medmāsu tendenci attiecībā uz šiem jēdzieniem. Iegūtie rezultāti ļauj vairāk izprast izdegšanas sindroma attīstības iemeslus, līdz ar to arī iespēju palīdzēt medmāsām uzzināt kā sevi no tā pasargāt mācot, piemēram, izvēlēties efektīvākas stresa pārvarēšanas stratēģijas.

IZMANTOTĀS LITERATŪRAS UN AVOTU SARAKSTS

- Aišpure, S. (2002). *Izdegšanas sindroma saistība ar darba vides faktoriem psihiatrijas māsu darbā*. Npublicēts maģistra darbs, Latvijas Universitāte PPF Psiholoģijas nodaļa, Rīga.
- Alarcon, G., Eschelman, K. J., & Bowling, N. A. (2009). Relationships between personality variables and burnout: a meta-analysis, *Work & Stress*, 23, 244-263.
- Alavi, A., Bahrami, M., Zargham-Boroujeni, A., & Jousefy, A. (2015). Pediatric nurses perception of factors associated with caring self-efficacy: a qualitative content analysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20 (2).
- Bandura, A. (1977). Self – efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191 – 215.
- Bešević – Čomič, V., Bosankič, N., & Draganovič, S. (2014). Burnout syndrome and self-efficacy among nurses. *Scripta Medica*, 45 (1).
- Bhatia, N., Kishore, J., Anand, T., & Jiloha, R., C. (2010). Occupational stress amongst nurses from two tertiary care hospitals in delhi. *Australasian Medical Journal*, 3 (11), 731-738.
- Breen, M., & Sweeney, J. (2013). Burnout: the experiences of nurses who work in inner city areas. *Mental Health Practice*, 17 (2).
- Carver, C.S., Scheier, M., F., & Weintraub, J., K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283.
- Campbell, C., & Rothmann, S. (2005). A psychometric assessment of the Maslach burnout inventory (general survey) in a customer-service environment, *Management Dynamics*, 14 (2).
- Consiglio, C., Borgogna, L., Alessandria, G., & Schaufel, W., B. (2013). Does self-efficacy matter for burnout and sickness absenteeism? The mediating role of demands and resources at the individual and team levels. *Work & Stress*, 27 (1), 22-42.
- Cucurs, A. (2004). *Konsultāciju speciālistu kontroles lokusa saistība ar darba pašefektivitātes vērtējumu un apmierinātību ar mācībām*. Latvijas Universitāte, Pedagoģijas un psiholoģijas fakultāte. Maģistra darbs (npublicēts).
- Ding, Y., Yang, Y., Yang, X., Zhang, T., Qiu, X., He, X., Wang, W., Wang, L., & Sui, H., (2015). The mediating role of coping style in the relationship between psychological capital and burnout among Chinese nurses. *Plos One*, 10 (4).

- Embriaco, N., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Pochard, F., & Azoulay, E. (2007). Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Current Opinion in Critical Care*, 13, 482–488.
- Felton, J. S. (1998). Burnout as a clinical entity—its importance in health care workers. *Occupational Medicine*, 48, 237–250.
- Fernandes, W., N., & Nirmala, R. (2015). Work stress, coping and expectations of nurses. *Journal of Nursing and Health Science*, 4 (5), 49 – 56.
- Folkman S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress, & Coping*, 21 (1), 3-14.
- Gorgievski, M., J., & Hobfoll, S., E. (2008). *Handbook of stress and burnout in health care*, Nova Science Publishers, ch 2.
- Herrera, H. L., Pedrosa, I., Galindo, M. P. V., Suarez-Alvarez, J., Galindo Villardon, hM. P., & Garcia-Cueto, E., (2014). Multivariate analysis of burnout syndrome in Latin-American priests, *Psicothema*, 26 (2), 227-234.
- Kane, P., P. (2009). Stress causing psychosomatic illness among tress causing psychosomatic illness among nurses. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 13 (1).
- Karchani, M., Barkhordari, A., Pornajaf A., Raei, M., Asaadi, Z., Khobi, J., & Vatani, J. (2012). Job stress and related factors in nurses in Ilam. *Electronic Physician*, 4 (1).
- Khamisa, N., Peltzer, K., & Oldenburg, B. (2013). Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurses: a systematic review, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10, 2214-2240.
- Knipše, S. (2010). *COPE stresa pārvarēšanas aptaujas adaptācija, situatīvās un dispozicionālās versijas ticamības pārbaude 17 – 18 gadu vecu jauniešu izlasē*. Nepublicēts materiāls – kursa darbs.
- Koivula, M., Paunonen, M., & Laippala, P. (2000). Burnout among nursing staff in two Finnish hospitals. *Journal of Nursing Management*, 8, 149–158.
- Korsini, R., & Auerbach, A., (2006). *Psihologiskaja enciklopedija*, [Psiholoģiskā enciklopēdija]. Piter.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Guilford.
- Lunenburg, F., C. (2011). Self-efficacy in the workplace: implications for motivation and performance. *International Journal of Management, Business, and Administration*, 14 (1).

- Maslach, C., Schaufeli, W., B., & Leiter, M., P. (2001). Job burnout. *Annu. Rev. Psychol.* 52, 397–422.
- Mojsa-Kaja, J., Golonka, K., & Marek, M. (2015). Job burnout and engagement among teachers – worklife areas and personality traits as predictors of relationships with work. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 28 (1), 102-119.
- Montero-Marin, J., Prado-Abril, J., Piva Demarzo, M., M., Gascon, S., & Garcia-Campayo, J. (2014). Coping with stress and types of burnout: explanatory power of different coping strategies. *Plos One*, 9 (2).
- Mutkins, E., Brown, R., F., & Thorsteinsson, E., B. (2011). Stress, depression, workplace and social supports and burnout in intellectual disability support staff. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55 (5), 500–510.
- Nantsupawat, A., Nantsupawat, R., Kunaviktikul, W., Turale, S., & Poghosyan, L., (2016). Nurse burnout, nurse-reported quality of care, and patient outcomes in Thai hospitals *Journal of Nursing Scholarship*, 48 (1), 83–90.
- Narumoto, J., Nakamura, K., Kitabayashi, Y., Shibata, K., Nakamae, T., & Fukui, K., (2008). Relationships among burnout, coping style and personality: study of Japanese professional caregivers for elderly. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 174–176.
- O Donovan, R., Doody, O., & Lyons, R. (2013). The effect of stress on health and its implications for nursing. *British Journal of Nursing*. 22 (16).
- Okwaraji, F., E., & Aguwa, E., N. (2014). Burnout and psychological distress among nurses in a Nigerian tertiary health institution. *African Health Sciences*, 14 (1).
- Ozoliņa Nucho, A., & Vidnere, M. (1998). *Stresa menedžments: pārvarēšana un profilakse*. Izdevniecība ABG.
- Özçakar, N., Kartal, M., Dirik, G., Tekin, N., & Güldal, D. (2012). Burnout and relevant factors in nursing staff: what affects the staff working in an elderly nursing home, *Turkish Journal of Geriatrics*, 15 (3), 266-272.
- Parul, S., Anuradha, D., Sanjeev, D., Arvind, S., Shrivastava, K., & Rahul, B. (2014). Occupational stress among staff nurses: controlling the risk to health. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 18 (2).
- Poghosyan, L., Clarke, S. P., Finlayson, M., & Aiken, L. H. (2010). Nurse burnout and quality of care: cross-national investigation in six countries. *Research in Nursing & Health*, 33, 288–298.

- Quattrin, R., Zanini, A., Nascig, E., Annunziata, M., A., Calligaris, L., & Brusaferrero, S., (2006). Level of burnout among nurses working in oncology in an Italian region. *Oncology Nursing Forum*, 33 (4).
- Riahi, S. (2011). Role stress amongst nurses at the workplace: concept analysis. *Journal of Nursing Management*, 19, 721–731.
- Raftopoulos, V., Charalambous, A., & Talias, M. (2012). The factors associated with the burnout syndrome and fatigue in Cypriot nurses: a census report. *BMC Public Health*, 12, 457-470.
- Ribeiro, V.F., Filho, C. F., Valenti, V. E., Ferreira, M., De Abreu, L. C., De Carvalho, T. D., Xavier, X., De Oliveira Filho, J., Gregory, P., Leao, E. R., Francisco, N., & G., Ferreira, C. (2014). Prevalence of burnout syndrome in clinical nurses at a hospital of excellence. *International Archives of Medicine*. 7 (22).
- Sasaki, M., Kitaoka-Higashiguchi, K., Morikawa, Y., & Nakagawa, H. (2009). Relationship between stress coping and burnout in Japanese hospital nurses. *Journal of Nursing Management*, 17, 359–365.
- Shanafelt, T., Bradley, K., Wipf, J., & Back, A. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine*, 136, 358–367.
- Schaufeli, W., B., Leiter, M., P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14 (3), 204-220.
- Shwarzer, R., & Hallum, S. (2008). Perceived teacher self-efficacy as a predictor of job stress and burnout: mediation analyses. *Appl Psychol*. 57, 152–171.
- Selje, H. (1983). *Mana mūža stress*. Rīga: Zinātne.
- Trbojevic-Stankovic, J., Stojimirovic, B., Soldatovic, I., Petrovic, D., Nešic, D., & Simic, S. (2015). Work-related factors as predictors of burnout in Serbian nurses working in hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 42 (6), 553-561.
- Vahey, D., C., Aiken, L., H., Sloane, D., M., Clarke, S., P., & Vargas, D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction, *Med Care*, 42 (2) 57–66.
- Van der Colff, J.J., & Rothmann, S. (2009). Occupational stress, sense of coherence, coping, burnout and work engagement of registered nurses in South Africa. *Journal of Industrial Psychology*, 35 (1).
- Zhou, H., & Gong, Y., H. (2015). Relationship between occupational stress and coping strategy among operating theatre nurses in China: a questionnaire survey, *Journal of Nursing Management* 23, 96–106.
- Zulkosky, K. (2009). Self-efficacy: a concept analysis, *Nursing Forum*, 44 (2).

- Wang, S., S., Liu, Y., H., & Wang, L., L., (2015). Nurse burnout: personal and environmental factors as predictors, *International Journal of Nursing Practice*, 21, 78–86.
- Wu, S., Zhu, W., Wang, Z., Wang, M., & Lan, Y. (2007). Relationship between burnout and occupational stress among nurses in China. *Journal of Advanced Nursing*, 59 (3), 233–239.