

**KLAIPĖDOS UNIVERSITETO  
SVEIKATOS MOKSLŲ FAKULTETO  
SLAUGOS KATEDRA**

**SLAUGYTOJŲ PERDEGIMO SINDROMO IR  
ŽALINGŲ ĮPROČIŲ SAŠAJOS**

Magistro baigiamasis darbas

Autorius

DMSSL20, stud. Greta Visickienė

Vadovas

Prof. habil. dr. Nora Šiupšinskienė

Klaipėda, 2022

## SANTRAUKA

G. Visickienė Slaugytojų perdegimo sindromo ir žalingų įpročių sąsajos. Magistro slaugos studijų programos baigiamasis darbas. Darbo vadovas prof. N. Šiupšinskienė, Klaipėdos universitetas: Klaipėda, 2022. – 79 p.

Aktualizuojant stacionare ir šeimos centruose dirbančių slaugytojų perdegimo paplitimą, galima akcentuoti tai, kad šiandieniniais laikais, kai siaučia COVID – 19 virusas, slaugytojos dažnai susiduria su viruso nešiotojais ir todėl patiria daug įvairiausių neigiamų veiksnių, tokių, kaip stresas dėl savo ir artimųjų sveikatos, ilgos darbo valandos, nepatogi apranga, didelis nuovargis. Visa tai lemia perdegimo sindromą. Siekiant išsaugoti produktyviai dirbančius slaugytojus, atsiranda poreikis iširti stacionare ir šeimos centruose dirbančių slaugytojų perdegimo paplitimą.

**Tyrimo tikslas** – išanalizuoti slaugytojų perdegimo sindromo ir žalingų įpročių sąsajas. .

**Tyrimo metodika.** Atliktas kiekybinis tyrimas. Naudotas instrumentas – klausimynas, kurį sudaro CAGE klausimynas, Fagerstom klausimynas ir C. Maslach ir S.E. Jackson (1981) sukurtas perdegimo klausimynas (MBI-HSS). Tyrimo duomenų statistinė analizė atlikta naudojant duomenų kaupimo ir analizės „SPSS 22.0 for Windows“ (Statistical Package for Social Sciences) ir Microsoft 365® kompiuterinę programą. Tyrime apklausti 183 ligoninės stacionare bei šeimos centre dirbantys slaugytojai.

**Tyrimo rezultatai.** Tyrimo rezultatai parodė, kad stacionare dirbantys slaugytojai reikšmingai dažniau jaučia profesinio perdegimo sindromą nei dirbantys šeimos klinikose – perdegimo sindromas nustatytas daugumai stacionare dirbančių slaugytojų ir trečdaliui dirbančių šeimos klinikose. Identifikuojant slaugytojų žalingus įpročius pastebėta, kad beveik puse apklaustų slaugytojų rūko. Slaugytojai statistiškai reikšmingai dažniau kas dieną po darbo žiūrėjo televizorių ar naudojami išmaniosiomis technologijomis (91,0 proc.) bei kas dieną rūkė (40,2 proc.). Šis faktas patvirtina tyrimo hipotezę, kad perdegimas turi įtakos žalingiems įpročiams. Be to, tyrimo rezultatai parodė, kad slaugytojai, turėję aukštesnių asmeninių pasiekimų darbe, rečiau patyrė dėl alkoholinių gėrimų vartojimo atsiradusių problemų, o turėję aukštesnę depersonalizacijos lygį – dažniau rūkė.

**Išvada.** Analizuojant slaugytojų perdegimo sindromo ir žalingų įpročių sąsajas, galima teigti, kad perdegimas reikšmingai įtakoja slaugytojų žalingų įpročių vartojimą.

*Reikšminiai žodžiai:* perdegimas, slaugytojos, žalingi įpročiai.

## SUMMARY

G. Visickienė Relationship between Burnout Syndrome and Bad Habits among Nursas. Master's Degree Program in Nursing. Supervisor prof. N. Šiupšinskienė, Klaipėda University: Klaipėda, 2022 - 79 p.

Relevant prevalence of burnout in nurses working in inpatient and family settings may be due to the fact that in these days when the COVID - 19 virus is rampant, nurses are often infected with the virus and therefore cause many positive negative factors such as stress on their accents and loved ones. working hours, awkward clothes, extreme fatigue. All this leads to burnout syndrome. In order to preserve productive nurses, there is a need for the prevalence of burnout in nurses working in hospitals and family centers.

**The aim of the study** to analyze the links between burnout syndrome and harmful habits in nurses..

**Methodology of investigation.** A quantitative study was performed. The instrument used was a questionnaire consisting of a CAGE questionnaire, a Fagerstom questionnaire and C.Maslach and S.E. Burnout Questionnaire (MBI-HSS) developed by Jackson (1981). Statistical analysis of the study data was performed using SPSS 22.0 for Windows (Statistical Package for Social Sciences) and Microsoft 365® computer software. The research surveyed 183 nurses working in the hospital hospital and family center.

**The results of the study** The results of the study showed that inpatient nurses were significantly more likely to experience occupational burnout syndrome than those working in family clinics - burnout syndrome was found in the majority of inpatient nurses and one-third of family clinics. In identifying nurses 'harmful habits, it was observed that almost half of the nurses surveyed smoke. Nurses were statistically significantly more likely to watch TV or use smart technologies every day after work (91.0%) and to smoke every day (40.2%). This fact confirms the study hypothesis that burnout affects harmful habits. In addition, the study found that nurses with higher personal performance at work were less likely to experience alcohol-related problems and those with higher levels of depersonalization were more likely to smoke.

**Conclusion.** Analyzing the links between nurses 'burnout syndrome and harmful habits, it can be concluded that burnout has a significant effect on nurses' use of harmful habits.

*Keywords: burnout, nurses, harmful habits.*

## PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Paveiklo pavadinimas	Puslapis
1	Emocinio išsekimo lygio palyginimas padaliniuose (N=182)	33
2	Depersonalizacijos lygio palyginimas padaliniuose (N=182)	33
3	Asmeninių pasiekimų lygio palyginimas padaliniuose (N=182)	34
4	Tyrimo dalyvių problemų dėl alkoholio vartojimo palyginimas priklausomai nuo darbo padalinio (N=182)	40
5	Tyrimo dalyvių rūkymo įpročių palyginimas priklausomai nuo darbo padalinio (N=182)	41
6	Rūkančių tyrimo dalyvių priklausomybės nikotinui palyginimas priklausomai nuo darbo padalinio (N=81)	41
7	Tyrimo dalyvių laiko, praleidžiamo internete, palyginimas priklausomai nuo darbo padalinio (N=182)	43

## LENTELIŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Lentelės pavadinimas	Puslapis
1	Tyrimo dalyvių socialinės ir demografinės charakteristikos	25
2	Perdegimo subskalės ir jų vertinimo sistema	28
3	Klausimyno vidinio suderinamumo vertinimas	29
4	Emocinio išsekimo subskalės teiginių vertinimo palyginimas ( $m \pm SN$ )	31
5	Depersonalizacijos subskalės teiginių vertinimo palyginimas ( $m \pm SN$ )	32
6	Asmeninių pasiekimų subskalės teiginių vertinimo palyginimas ( $m \pm SN$ )	32
7	Emocinio išsekimo lygio palyginimas pagal slaugytojų socialines ir demografines charakteristikas padaliniuose (N=182)	35
8	Depersonalizacijos lygio palyginimas pagal slaugytojų socialines ir demografines charakteristikas padaliniuose (N=182)	36
9	Asmeninių pasiekimų lygio palyginimas pagal slaugytojų socialines ir demografines charakteristikas padaliniuose (N=182)	37
10	Nuomonės dėl pakartotinio slaugytojo profesijos pasirinkimo priklausomybė nuo perdegimo lygio (binarinė logistinė regresija)	38
11	Tyrimo dalyvių taikomų atsipalaidavimo po darbo būdų dažnis priklausomai nuo darbo padalinio (N=182)	39
12	Tyrimo dalyvių nesveiko maisto vartojimo įpročiai priklausomai nuo darbo padalinio (N=182)	42
13	Tyrimo dalyvių taikomų atsipalaidavimo po darbo būdų bei perdegimo sindromo sąsajos (Spearman koreliacija)	44
14	Tyrimo dalyvių perdegimo sindromo lygis priklausomai nuo alkoholinių gėrimų vartojimo (N=182)	45
15	Tyrimo dalyvių perdegimo sindromo lygis priklausomai nuo rūkymo įpročių (N=182)	45
16	Tyrimo dalyvių nesveiko maisto vartojimo įpročių bei perdegimo sindromo sąsajos (Spearman koreliacija)	46

## **PRIEDŲ SĄRAŠAS**

Eil. Priedo pavadinimas

Nr.

- 1 Apklausa
- 2 Important note to licensee
- 3 Leidimas naudotis apklausa

# TURINYS

<b>ĮVADAS</b> .....	6
<b>I. SLAUGYTOJŲ PERDEGIMO SINDROMO IR ŽALINGŲ ĮPROČIŲ SĄSAJOS</b> .....	8
1.1. Perdegimo samprata.....	8
1.2. Veiksniai lemiantys perdegimą.....	12
1.3. Perdegimo simptomai.....	16
1.4. Perdegimo įtaka žalingiems įpročiams.....	20
<b>II. EMPIRINĖ DALIS</b> .....	23
2.1. Tyrimo metodika.....	23
2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos .....	24
2.1.2. Tyrimo metodai .....	25
2.1.3. Tyrimo instrumentas .....	27
2.1.4. Tyrimo procesas eiga .....	29
2.1.5. Tyrimo etika.....	30
2.2. Tyrimo rezultatai.....	31
2.2.1. Perdegimo sindromo paplitimo tarp šeimos klinikų ir stacionaro slaugytojų vertinimas 31	
2.2.2. Žalingų įpročių paplitimo tarp šeimos klinikų ir stacionaro slaugytojų vertinimas.....	38
2.2.3. Perdegimo sindromo ir žalingų įpročių tarp stacionare ir šeimos klinikose dirbančių slaugytojų sąsajų vertinimas .....	43
2.3. Tyrimo rezultatų aptarimas.....	46
<b>IŠVADOS</b> .....	49
<b>REKOMENDACIJOS</b> .....	50
<b>LITERATŪRA</b> .....	51
<b>PRIEDAI</b> .....	65

## IVADAS

**Tyrimo aktualumas.** Perdegimo sindromas, apibūdinamas kaip išsekimo būseną, kuri gali pasireikšti įvairiose profesijose (Maslach, 2001), kai darbuotojai tampa ciniški dėl savo darbo ir sumažėja jų veiksmingumas (Schaufeli, Leiter et al., 1996).

Žemaitienė, Kaklauskaitė (2019) nurodo, kad perdegimas tai fizinio, emocinio ir psichinio pervargimo būseną, kurią sukelia ilgalaikis įsitraukimas į su darbu susijusias situacijas, kurios reikalauja emocinių išteklių (Žemaitienė, Kaklauskaitė, 2019).

Įprastai perdegimas yra nusakomas remiantis trimis pagrindiniais komponentais: pervargimu, cinizmu ir aktyvumo stoka. Pervargimas siejamas su išsekimo ir emocinių bei fizinių resursų išsekimo jausmu. Cinizmo samprata siejama su negatyvumu, atšiaurumu ir įprastai atsiribojusiu požiūriu į darbą. Kaip teigia Maslach perdegimo teorijoje, cinizmas išsivysto kaip atsakas į emocinį nuovargį. Pradžioje jis atlieka apsaugantį vaidmenį, nes asmeniui sudaro galimybę rūpintis kitu ir tuo pat metu išlikti emociniame lygmenyje atsiribojus nuo jo problemų. Trečiasis – profesinio aktyvumo stokos komponentas – pasireiškia per sumažėjusį darbuotojo kompetencijos jausmą ir mažesnį produktyvumą darbe (Maslach, Leiter, 2016).

Reikėtų pabrėžti, kad perdegimas yra susijęs su pažinimo funkcijų sutrikimais ir daro įtaką psichinei ir fizinei darbuotojų sveikatai (Golonka, K., Mojsa-Kaja, 2017). Tuo pagrindu, perdegimas turi rimtą socialinį ir ekonominį poveikį, nes yra galimybė, kad darbuotojas visai nebenori dirbti (Maslach, Leiter, 2012; Schaufeli, Maslach, 2017)

Aktualizuojant stacionare ir šeimos centruose dirbančių slaugytojų perdegimo paplitimą, galima akcentuoti tai, kad šiuolaikiniais laikais, kai siaučia COVID – 19 virusas, slaugytojos dažnai susiduria su viruso nešiotojais ir todėl patiria daug įvairiausių neigiamų veiksnių, tokių, kaip stresas dėl savo ir artimųjų sveikatos, ilgos darbo valandos, nepatogi apranga, didelis nuovargis. Visa tai lemia perdegimo sindromą. Siekiant išsaugoti produktyviai dirbančius slaugytojus, atsiranda poreikis ištirti stacionare ir šeimos centruose dirbančių slaugytojų perdegimo paplitimą.

**Darbo naujumas.** Mokslinės literatūros bazėje dominuoja perdegimo sindromo tyrimai. Medicinos srityje – gana daug tyrimų atlikta apie gydytojų, slaugos personalo perdegimą (Gerikienė, 2015; Hoge, Hoge, Bredicean ir Chiriac, 2016; Aukštakalnis ir kt., 2017; Fernandes, Nitsche ir Godoy, 2017; Fete, Njim, Nji, Ayeah, Sama, & Tianyi, 2017; Irsayet al., 2017; Ozkula ir Durukan, 2017; Quadeer, Imtiaz, & Hameed, 2017; Bridgeman, Bridgeman & Barone, 2018; Žiedelis ir Pajarskienė, 2018). Tačiau dar yra mažai tyrinėtas perdegimo sindromas tarp slaugytojų, kai siaučia COVID – 19 virusas ir daugelis slaugytojų susiduria savo profesijos neigiamais aspektais, sukeliančiais perdegimo sindromą.

**Tyrimo problema.** Dauguma stacionare ir šeimos centruose dirbančių slaugytojų, padidėjus darbo krūviui bei esant ekstremaliai situacijai patiria perdegimo sindromą, kas neigiamai veikia ligonių priežiūrą bei pačių darbuotojų sveikatą ir emocijas. Todėl yra svarbu ištirti stacionare ir šeimos centruose dirbančių slaugytojų perdegimo paplitimą, kad numatytume, kokie veiksniai jį lemia ir kaip tai galima būtų sumažinti.

**Tyrimo objektas** - slaugytojų perdegimo sindromo ir žalingų įpročių sąsajos.

**Tyrimo subjektas** – stacionare bei šeimos klinikoje dirbantys slaugytojai.

**Hipotezė** - Tikėtina, kad perdegimas turi įtaką dažnesniems žalingiems įpročiams.

**Tyrimo tikslas** – išanalizuoti slaugytojų perdegimo sindromo ir žalingų įpročių sąsajas.

**Tyrimo uždaviniai:**

1. Įvertinti ir palyginti perdegimo sindromo paplitimą tarp stacionaro ir šeimos klinikų slaugytojų
2. Ištirti ir palyginti žalingų įpročių paplitimą tarp stacionaro ir šeimos klinikos slaugytojų
3. Nustatyti perdegimo sindromo ir žalingų įpročių sąsajas tarp stacionare ir šeimos klinikose dirbančių slaugytojų priklausomai nuo demografinių rodiklių.

**Tyrimo metodai:**

1. Mokslinės literatūros analizė.
2. Kiekybinis tyrimas - anketinė apklausa.

# I. SLAUGYTOJŲ PERDEGIMO SINDROMO IR ŽALINGŲ ĮPROČIŲ SĄSAJOS

## 1.1. Perdegimo samprata

Profesinė veikla yra esminis gyvenimo pasitenkinimo aspektas daugumai, o tai gali prisidėti prie bendro pasitenkinimo gyvenimu padidėjimo. Literatūroje, pasitenkinimas darbu, siejamas su asmens galimybėmis siekti tikslų, vertybėmis ir įsitikinimais (Gallagher, Muldoon, Pettigrew, 2015). Pasitenkinimo darbu didėjimas prisideda prie darbuotojo išsipareigojimų ir efektyvumo, o jam sumažėjus padidėja nepalankių reiškinių, tokių kaip padidėjusios pravaikštos ar darbo pakeitimas, galimybės (Uchmanowicz, Manulik, Lomper et al., 2019). Nepasitenkinimas darbu labai dažnai sukelia perdegimą, kas yra labai įprastas reiškinys tarp slaugytojų.

Slauga buvo įvertinta kaip ketvirta įtempta profesija (Jodas & Haddad, 2009). Slaugytojai susiduria su daugybe iššūkių, įskaitant sudėtingos medicininės priežiūros poreikių valdymą ir naujausias, geriausias praktikos atnaujinimą. Pasitenkinimą darbu įtakoja darbo autonomijos įgyvendinimas ir pakankamas paramos gavimas iš pačios organizacijos. Taip pat kartais kyla konfliktų tarp slaugytojų ir gydytojų, bei tarp slaugytojų ir ligoninės administratorių. Praktinėje aplinkoje slaugytojai dažnai kritikuojami, dėl to padidėja darbo sukeltas stresas (Gasparino & Guirardello, 2015).

Slaugytojų perdegimo rodikliai JAV svyruoja nuo 29% iki 36% (Aiken, Sloane, Cimiotti et al., 2010), o Taivane - 66% (Chou, Li, Hu, 2014). Slauga – tai profesija, kuriai reikalinga teisinga pusiausvyra, tarp aukštos kokybės pacientams teikiamos priežiūros ir asmeninių emocijų valdymo darbe keliamam stresui (Khamisa, Peltzer, Ilic, Oldenburg, 2016). Tai rodo, kad sukeltas stresas dažnai lemia perdegimą, bei žalingų įpročių vartojimą.

Mokslinėje literatūroje galima rasti įvairių perdegimo apibrėžimų. Šią problemą vadina - emociniu perdegimu, emociniu išsekimu, nuovargiu, psichiniu išsekimu (Kavaliauskienė, Balčiūnaitė, 2014; Beinoras, 2019).

Darbo sukeltas stresas, galintis sukelti perdegimą, slaugytojų profesijoje buvo pripažintas jau seniai. Terminas „perdegimas“ pirmą kartą klinikinė prasme buvo paminėtas aštuntojo dešimtmečio pradžioje Herbert Freudenberger, praktikuojančio amerikiečių psichologo. Perdegimo koncepciją toliau plėtojo psichologė Christina Maslach, kuri vėliau sudarė plačiai naudojamą klausimyną perdegimui įvertinti. Nuo perdegimo tyrimų pradžios, galima pastebėti dvi daugiau ar mažiau nepriklausomas perdegimo tyrimų sritis: praktika pagrįstas požiūris, sutelktas į perdegimo gydymą, dėka kurių atsirado seminarai, mokymo programos, psichoterapijos, organizacinės konsultacijos ir kt., o siekiant išvengti darbuotojų perdegimo - akademiniai moksliniai tyrimai, iš kurių sukurta tūkstančiai mokslinių publikacijų (Maslach, Leiter, 2016).

Taris ir kt. (2017), perdegimą apibrėžė kaip „psichologinį emocinio išsekimo, nuasmeninimo ir sumažinto asmeninio pasitenkinimo sindromą, kuris gali pasireikšti tarp specialistų, tam tikru mastu, dirbančių su kitais žmonėmis“ (p. 20). Emocinis išsekimas- reiškia jausmus, kai emociniai ištekliai yra per daug išplėsti ir išsekvoti. Nuasmeninimas - reiškia abejingą ir neigiamą požiūrį į kitus, ypač į savo paslaugų gavėjus, o (sumažėjęs) asmeninis pasiekimas reiškia, kad sumažėja kompetencijos jausmas ir pasiekimai darbe. Pateikdami šią sampratą, Taris ir kt. (2017) analizuoja Maslachas ir Jacksonas (1986) trijų veiksnių „Maslach“ perdegimo aprašą (MBI), kuris įvertino perdegimą tarp žmonių profesijų. Tačiau nėra ypatingos priežasties, kodėl perdegimas, kaip bendras reiškinys, turėtų apsiriboti žmogaus paslaugų sektoriumi (Maslach & Leiter, 1997). Todėl Schaufeli, Leiter, Maslach ir Jackson (1997) sukurta bendra MBI versija - Maslacho perdegimo aprašo generalinė apžvalga, MBI-GS - buvo tinkama matuoti perdegimą įvairiose profesijose, įskaitant nekontaktines profesijas. Jų versijoje trys perdegimo komponentai buvo konceptualiai suprantamai platesni, kalbant apie darbą, o ne apie asmeninį džiaugsmą, kuris galėtų būti šio darbo dalimi (Maslach, Schaufeli ir Leiter, 2001). MBI struktūra buvo išnagrinėta daugybės analitikų ir tyrėjų (be kita ko, Schaufeli et al., 2002; Schutte, Toppinen, Kalimo ir Schaufeli, 2000). Šie tyrimai parodė, kad tris MBI dimensijas galima atskirti empiriškai, ir kad ryšys tarp išsekimo ir nuasmeninimo (arba cinizmo, nes šis aspektas buvo pažymėtas MBI-GS) buvo ypač stiprus, todėl Schaufeli et al. (2002) padarė išvadą, kad šios dvi sąvokos sudaro „branduolį“.

Taigi, įprastai perdegimas yra nusakomas, remiantis trimis pagrindiniais komponentais: pervargimu, cinizmu ir profesinio aktyvumo stoka. Pervargimas siejamas su išsekimo ir emocijų, bei fizinių resursų išsekvojimo jausmu. Cinizmo samprata siejama su negatyvumu, atšiaurumu ir įprastai atsiribojusiu požiūriu į darbą. Kaip teigiama Maslach perdegimo teorijoje, cinizmas išsivysto kaip atsakas į emocinį nuovargį. Pradžioje jis atlieka apsaugantį vaidmenį, nes asmeniui sudaro galimybę rūpintis kitu, ir tuo pat metu išlikti emociniame lygmenyje atsiribojus nuo jo problemų. Trečiasis - profesinio aktyvumo stokos komponentas – pasireiškia per sumažėjusį darbuotojo kompetencijos jausmą ir mažesnį produktyvumą (Žemaitienė, Kaklauskaitė, 2019).

Psichologai Shirom ir Melamed (2005) taip pat apibrėžė perdegimą ir pasiūlė savąjį įrankį perdegimui įvertinti. Pasak jų, perdegimas - tai laipsniškas žmogaus vidinių energijos išteklių išsekvojimas, dėl kurio atsiranda emocinio išsekimo, fizinio ir kognityvinio nuovargio jausmai (Shirom, Melamed et al., 2005). Ir šie jausmai, šie perdegimo faktoriai yra glaudžiai tarpusavyje susiję. Pasak Shirom ir kolegų, fizinis nuovargis - tai toks nuovargio jausmas, kai turime mažai energijos atlikti kasdienes, su darbu susijusias užduotis, pavyzdžiui - atsikelti ryte ir eiti į darbą. Emocinis išsekimas – tai toks jausmas, kai negalime būti empatiški su pacientais ar kolegomis, nes jaučiamės per silpni ir neturime energijos, kad skirtume dėmesio santykiams su žmonėmis darbe.

Kognityvinis nuovargis- tai sulėtėjęs mąstymas ir sumažėjęs proto judrumas , gebėjimas greitai mąstyti, sėkmingai spręsti problemas, būti kūrybišku ir lanksčiu (Shirom, Melamed et al., 2005).

Kituose šaltiniuose perdegimo sindromas taip pat apibūdinamas kaip afektinė būseną, kuriai būdingas emocinio išsekimo, fizinio nuovargio ir kognityvinio nuovargio jausmas, dėl kurių nuolat išsiskiria lėtinis darbo ir gyvenimo stresas, dėl kurių išsenka energiniai ištekliai (Armon et al. ., 2010; Tavella et al., 2020). Be to, perdegimo sindromas gali turėti neigiamos įtakos kognityvinei veiklai ir nuotaikai, turinčiai įtakos darbuotojų produktyvumui ir rezultatams (Penz et al., 2018).

Jaime Delgadillo et al.(2018), pateikiant perdegimo sampratą teigia, kad antrinis trauminis stresas, vietinis traumavimas ir užuojautos nuovargis, buvo pripažinti keliu į perdegimą. Psichinės sveikatos perdegimas taip pat buvo susijęs su platesniais organizaciniais veiksniais, tokiais kaip padidėjęs darbo krūvis, laiko spaudimas, saugos klausimai, vaidmens dviprasmybė, priežiūros trūkumas ir sumažėję ištekliai. Minėto autoriaus nagrinėti tyrimai rodo daugybę emocinių sunkumų, kuriuos gali patirti medicinos specialistai.

Kaip nurodo Uchmanowicz, Manulik, Lomperet al., (2019), dėl nuolatinio streso slaugytojai gali patirti „perdegimo sindromą“, kuris neigiamai veikia ne tik slaugytoją, bet ir jų globojamus pacientus (McHugh, Kutney-Lee et al., 2011). Sąvoka „perdegimas“ - tai psichologinis sindromas, atsirandantis kaip ilgalaikis atsakas į lėtinį patiriamą stresą darbe (Maslach, Leiter, 2016). Visa tai apima emocinį išsekimą, nuasmeninimą ir sumažėjusius asmeninius pasiekimus darbe (Montero-Marín, García-Campayo, 2009).

Slaugytojų perdegimo lygis yra susijęs su darbe sukeltu stresu, savęs suvokimu ir darbo aplinka ,bei daro įtaką jų praktikos efektyvumui ir pacientų priežiūrai (McHugh, Kelly et al., 2013; Panunto ir Guirardello Ede, 2013). Terminas „perdegimas“ - reiškia asmens jausmą, kad jis nesugeba įveikti emocinio streso, eikvoja energiją, išteklius ir jaučia išsekimą (Maslach, Leiter, 2016). Pasak Maslacho, Schaufeli ir Leiterio (2001), perdegimas susideda iš trijų dimensijų: emocinio išsekimo, nuasmeninimo ir sumažėjusio asmeninio pasiekimo jausmo. Emocinis išsekimas – tai emocijų būseną, o kartais ir fizinis išsekimas. Depersonalizacija atspindi atsiribojimo jausmą ir beasmeni atsaką į slaugos gavėjus. Šis elgesys siejamas su psichologine įtampa ir pabėgimu, kaip įveikimo būdu (Wilkinson, Whittington, Perry ir Eames, 2017). Sumažėjęs asmeninių pasiekimų jausmas, skatina neigiamą savęs įvaizdį, o ypač susijusį su darbu, teikiant paslaugas vartotojams (Maslach, 2001).

Kai kurie tyrėjai konceptualizavo perdegimą pagal galimus psichologinio nuovargio šaltinius: pavyzdžiui - asmeninės kliento ir su darbu susijusios sritys (Creedy, Sidebotham et al., 2017). Perdegimo reiškinys atsiranda dėl padidėjusio nerimo ar per ilgą laiką laukiamų rezultatų trūkumo (Trifiletti, Pedrazza et al., 2017). Perdegimo reiškinys apima ne visas profesines grupes ir

egzistuoja ypač ten, kur artimas tarpasmeninis kontaktas reikalauja visapusiško įsitraukimo (Ribeiro, Filho et al., 2016).

Vaicekauskienė (2014) taip pat nurodo, kad perdegimo sindromo esmė yra- asmenybės išsekimas, pasireiškiantis nuovargiu, bejėgiškumu bei neigiamu požiūriu. Autorė nurodo, kad šį sindromą sukeliančias priežastis ,reikia skirti į dvi grupes. Pirmuoju atveju- išskirti individualūs veiksniai, tokie kaip asmenybės nerimo lygis, savivertė, motyvacija, o antruoju atveju- nurodoma organizacinių veiksnių įtaka.

Perdegimas nėra nuovargio pasekmė, bet lėtai sekinančių procesų rezultatas. Perdegimo reiškinys vystosi palaipsniui , progresuoja dėl nesubalansuotų žmonių lūkesčių sąveikos, gebėjimų nešti naštą. Turimoje literatūroje nurodoma, kad perdegimas reikšmingai veikia darbuotojus, lemia jų neveikimą ir prisideda prie suprastėjusios paslaugų kokybės (Hall, Johnson et al., 2016). Be to, medicinos personalas gali patirti emocinį nestabilumą, sumažėjusį norą dirbti ir didėjantį dirglumą (Zou G, Shen, et al., 2016, Khamisa, Peltzer et al., 2013). Reikšminga psichologinė našta ir nuolatinis nusivylimas darbu, bei patiriamas nuovargis, yra perdegimo rizika slaugytojų grupėje.

Reikėtų pabrėžti, kad perdegimas yra susijęs su pažinimo funkcijų sutrikimais ir daro įtaką psichinei ir fizinei darbuotojų sveikatai (Golonka, Mojsa-Kaja et al., 2017). To pasekoje, perdegimas turi rimtą socialinį ir ekonominį poveikį sumažėjusiam produktyvumo lygiui, dideliame atsistatydinimo lygiui ir priešlaikiniam išėjimui į pensiją (Schaufeli, Maslach et al., 2017, Maslach, Leiter et al., 2012).

Neretai perdegimo sindromas vadinamas psichiniu išsekimu, emociniu perdegimu, psichiniu perdegimu, profesiniu nuovargiu. Iš esmės visos šios sąvokos įvardija tą patį reiškinį, taigi jos gali būti sinonimai (Pacevičius, 2006). Apibendrinus mokslinės literatūros šaltinius, slaugytojų perdegimą galima apibrėžti taip:

- stiprus nerimas, atsirandantis dėl pervargimo darbe, kurį nuolat lydi nuovargis, nemiga, sumažėjęs darbo našumas, depresija (Aiškinamasis psichologijos terminų žodynas, 2019);
- ilgalaikio distreso, kurį apima fizinis, emocinis ir protinis nuovargis, padarinys. Profesinio perdegimo sindromas – tai tam tikrų poreikių nepatenkinimas, t. y. kaip didėjantis nusivylimas, pasireiškiantis psichiniais ir fiziniais simptomais, kurie mažina savigarbos jausmą (Vollmer, 1998);
- kaip žvakė, kuri kažkada skaisčiai spindėjo, vėliau pradėjo mirgėti ir galiausiai užgeso (Raedeke et al., 2002);
- ilgai trunkanti žmogaus reakcija į nuolatinis emocinius ir tarpasmeninius stresorius darbe (Maslach, 2003);
- visiškas asmenybės „išdžiovinimas“ (Smith et al., 2001).

Apibendrinant perdegimo sampratą, galima teigti, kad tai lėtinis psichologinis emocinis išsekimas, kai emociniai ištekliai yra per daug išplėsti ir išseikvoti. Perdegimas atsiranda dėl fizinio išsekimo, patiriamo streso, nuovargio, savęs atidavimo kitiems žmonėms, teikiant paslaugas, slaugytojų aspektu- medicininę slaugą, bei priežiūrą pacientams. Perdegimas susideda iš trijų dimensijų: emocinio išsekimo, abejingo požiūrio į kitus ir sumažėjusio asmeninio pasiekimo jausmo darbe.

## **1.2. Veiksniai lemiantys perdegimą**

Literatūroje nurodoma, kad slaugytojų perdegimą veikia tam tikri asmeniniai (pvz., lytis, amžius, šeimtinė padėtis, vaikų turėjimas ir asmenybė) arba išoriniai veiksniai (pvz., medicininiai įrašai, mokymai, darbe patiriamas stresas), kurie gali koreliuoti su slaugytojų ir gydytojų perdegimu (Canadas-De, Fuente, 2018, Albendin, Gomez et al., 2016). Slaugytojos paprastai dirba atskirose ligoninės medicinos srityse, suskirstytose į skyrius, o paslaugas atlieka pagal gydomas sistemas ar patologijas. Kiekviena paslauga turi skirtingas savybes, ir jos taip pat gali turėti įtakos perdegimo lygiui (Patel, Bachu ir kt., 2018, Albendin, Gomez et al., 2016). Medicinos srityje kiekvienas ligoninės padalinys, įskaitant ligoninės paslaugas, yra panašaus tipo, turi panašias darbo sąlygas, struktūrą, organizavimą, darbo pamainas, atlyginimus, darbo krūvį ir priežiūros tipus (Naz, Hashmi et al., 2016). Vienintelis išskyrimo aspektas ligoninės viduje yra - paciento gydoma patologija, o tai lemia gydymą teikiančią paslaugą (Drach-Zahavy, 2010). Yra prieštaringų tyrimų išvadų, ar perdegimo sindromas tarp slaugytojų priklauso nuo paciento tipo, arba nuolatinių reikalavimų pagal tam tikro tipo hospitalizaciją, kurios paprastai nebūna greitosios pagalbos skyriuje ar ligoninės pirminėje priežiūroje (Andoy-Crego, M., Clemente et al., 2009).

Pirmąją perdegimą lemiančių veiksnių grupę apima veiksniai, turintys įtakos perdegimui, kaip pavyzdžiui- lytis, amžius, ištvermės ir atsidavimo lygis, savigarba, darbo pobūdis ir profesiniai įsitikinimai (Raftopoulos, Charalambous, Talias, 2012).

Mokslinėje literatūroje nurodoma, kad perdegimo atsiradimui įtakos turi individualūs ir su darbu susiję veiksniai. Tarp individualių veiksnių visų pirma minimos demografinės ir socialinės charakteristikos. Yra duomenų, kad moterys yra labiau linkusios į perdegimą darbe (Adriaenssens, 2015). Taip pat pastebima, kad vieniši asmenys dažniau patiria perdegimą darbe, nei vedę kolegos (Maslach, 2001). Perdegimas darbe taip pat siejamas su darbo stažu ir amžiumi. Pastebima, kad jaunesni ir mažesnį darbo stažą turintys darbuotojai, pasižymi labiau išreikštu perdegimo darbe sindromu (Ozkula, Durukan, 2017, Adriaenssens, 2015).

Daugelis tyrimų parodė, kad jaunesnės, moteriškos lyties ir nesusituokusios slaugytojos, turi daug daugiau perdegimo atvejų (Lee, Yen, Fetzer ir Chien, 2015). Be to, uždirbant mažesnę

atlyginimą, turint aukštesnę darbo vietą, turint aukštesnį išsilavinimą ir didesnę darbo krūvį, yra tikimybė didesniai perdegimo lygiui (Gallavan & Newman, 2013; Khamisa et al., 2016).

Perdegimas siejamas ir su kai kuriais asmenybės bruožais. Pastebima, kad linkę įsipareigoti ir imtis savo gyvenimo kontrolės asmenys, rečiau pasižymi perdegimo sindromui būdingais depersonalizacijos bruožais. Prie individualių veiksnių taip pat priskiriami kai kurie, su perdegimu siejami streso įveikos, bei problemų sprendimo būdai. Nustatoma, kad asmenys, kurie yra linkę aktyviai spręsti problemas, patiria mažiau su perdegimu siejamų simptomų. Taip pat pažymima, kad susidūrimas su traumuojančiais įvykiais darbo vietoje, tokiais kaip mirtys, savižudybės, ūmios traumos, agresija ar paciento kentėjimas, didina perdegimo riziką tarp slaugytojų. Nustatoma, kad trauminių patirčių skaičius skatina emocinio pervargimo ir depersonalizacijos simptomų pasireiškimą (Adriaenssens, 2015).

Perdegimo rizika nėra vienoda visiems tam tikros grupės darbuotojams, nes be veiksnių, susijusių su darbo tipu, tam įtakos turi ir individualūs veiksniai, tokie kaip temperamentas ir asmenybė (Alarcon, Eschleman et al., 2009). Unikalioms, santykinai stabilios asmenybės ar temperamentinės savybės gali sąlygoti tai, kaip žmogus reaguoja į stresą darbe. Todėl jie gali būti traktuojami kaip predisponuojantis veiksnys, arba veiksnys, apsaugantis nuo profesionalaus perdegimo (Langelaan, S., Bakker et al., 2006). Pavyzdžiui, asmenybės bruožai, priklausantys Costa ir McRae penkių faktorių modeliui - emocinis stabilumas, ekstra versija, sąžiningumas, atvirumas patirčiai ir nuolankumas sumažina perdegimo riziką (Altarony, Eschleman et al., 2009). Ir atvirkščiai - neurotiškumas, apibrėžtas kaip polinkis patirti kankinančių emocijų, tokių kaip baimė ir depresija, prisideda prie perdegimo sindromo atsiradimo (Swider, Zimmerman, 2010). Asmenybė ir psichologiniai veiksniai gali atlikti svarbesnį vaidmenį, su darbu susijusios psichopatologijos atsiradime, nei organizaciniai ir tarpasmeniniai veiksniai (Iliceto, Pompili et al., 2013).

Slaugytojų perdegimas gali būti dėl kelių veiksnių, įskaitant kritinių sprendimų priėmimą, (kai nėra išsamios informacijos), susidūrus su pavojingomis gyvybei ar traumuojančiomis situacijomis, (kai reikia priimti greitus sprendimus), dėl sudėtingos ligos, susirūpinimas dėl teisminių ginčų ir spaudimo, susijusio su pacientų saugumu ir priežiūros kokybe. (McHugh, Kelly et al., 2013). Vienas tyrimas nustatė vidutinį Pietų Afrikos slaugytojų perdegimo lygį ((Swider, Zimmerman, 2010). Brazilijoje atliktas slaugytojų tyrimas nustatė vidutinį emocinio išsekimo ir nuasmeninimo lygį, tačiau ir sunkų asmeninių pasiekimų sumažėjimą. Taivane nuasmeninimo lygis yra vidutinis, o emocinis išsekimas ir sumažėjęs asmeninis pasiekimas yra kritinio lygio (Panunto, Guirardello Ede, 2013).

Slaugos savivoka pabrėžia asmeninę vertę, kurią slaugytojai gauna iš savo darbo. Vienas tyrimas parodė, kad savęs sampratos tobulinimas padidina pasitenkinimą darbu ir jo išlaikymą (Cowin, Johnson, Craven ir Marsh, 2008). Slaugytojai, turintys prastą savęs vertinimą, greičiausiai

neigiamai veikia pacientų priežiūrą, o teigiama profesionali savivoka palengvina pozityvesnę požiūrį ne tik į save, bet ir į kitus (Arthur & Randle, 2007). Vadovaudamiesi slaugytojų savęs samprata, slaugytojai, dirbantys ligoninės aplinkoje, gali sukurti aplinką, skatinančią aktyvų rūpestingumą, brandų darbo elgesį ir laikymąsi medicinos komandos siūlomų taisyklių, kurios visos yra naudingos ligoninei.

Taip pat, kaip jau minėta, labai stipriai perdegimą įtakoja patiriamas slaugytojų stresas. Santykį tarp darbo sukkelto streso ir slaugytojų perdegimo, galima paaiškinti, naudojant Maslacho perdegimo modelį (Maslach, 2001), kuris susieja aplinkos ir situacinių stresorių poveikį darbo sukeltam stresui. Darbo sukeltas stresas prisideda prie neigiamo slaugytojų perdegimo ir yra susijęs su žemu pasitenkinimo darbu lygiu. Vienas tyrimas parodė, kad slaugytojai gali būti nepatenkinti savo pajamomis, darbo paaukštinimu, pvz., slaugos klinikinių laiptelių lygiu, ir slaugytojų bei gydytojų santykiais (Khamisa et al., 2016). Be to, įrodyta, kad negalėjimas pasidalinti nusivylimu su kitais ir negauti teigiamų atsiliepimų iš kolegų ar viršininkų, sukelia atskirties ir vienišumo jausmą, o po to - perdegimą. Ir atvirkščiai, teigiami santykiai su kolegomis ir viršininkais, yra apsauginiai veiksniai nuo perdegimo (Panunto, Guirardello Ede, 2013).

Antroji veiksnių grupė, skatinanti perdegimo sindromo atsiradimą yra situaciniai veiksniai, tokie kaip laiko trūkumas, socialinės paramos trūkumas, autonomijos trūkumas, konfliktai, darbo intensyvumas, abipusiškumo jausmo trūkumas ir hierarchija (Rozo, Olson et al., 2017).

Vienas iš perdegimo sindromą lemiančių veiksnių, anot Maslach ir Leiter (2012), yra kontrolė. Anot tyrimų, yra aiškus ryšys tarp kontrolės nebuvimo ir aukšto streso, bei perdegimo lygio, o suvokiama galimybė daryti įtaką sprendimams darbe, profesinė autonomija ir prieiga prie resursų, reikalingų sėkmingam darbui, skatina įsitraukimą į darbo procesą (Cowin, Johnson, Craven ir Marsh, 2008). Teigiama, jog suteikus slaugytojui didesnes galimybes pačiam valdyti darbovietės reikalus, mažėja patiriamas stresas ir didėja pasitenkinimas darbu (Arthur & Randle, 2007). Kai kurie tyrimai parodo atvirkštinę koreliaciją tarp emocinio išsekimo ir autonomijos (Khamisa et al., 2016).

Be specifinių asmenų grupių, kaip išorinius faktorius galima paminėti ir santykius su kolegomis, darbo krūvius, su kuriais susiduria slaugytojos, darbo grafiko ypatumus. Kai kurie autoriai pažymi, jog konfliktai darbo vietoje akivaizdžiai mažina pasitenkinimą darbu ir yra susiję su aukštesniais perdegimo lygiais (McCormack, Cotter, 2013), o vienas iš perdegimo veiksnių anot Maslach ir Leiter (2016), kaip minėta anksčiau, yra bendruomenė. Tiriant perdegimo lygį tarp intensyvios terapijos gydytojų Prancūzijoje, buvo dar kartą patvirtinta, jog perdegimas yra tiesiogiai susijęs su per dideliais darbo krūviais, o prasti darbiniai santykiai su kolegomis (kitais intensyviosios terapijos gydytojais ar slaugos specialistais) irgi turi ryšį su aukštesniais perdegimo rodikliais (Embriaco, Azoulay et al., 2007). Anot studijų su Danijos intensyviosios terapijos gydytojais, konfliktai su vadovybe ir prieš juos parašytų skundų skaičius buvo įvardinti kaip vieninteliai

perdegimo sindromą sąlygojantys faktoriai (Meynaar, van Saase et al., 2015). Tai, jog su perdegimo sindromu tiesiogiai susijęs darbo krūvis, patvirtina ir su Lietuvos slaugos specialistais, dirbančiais kardiologijos skyriuose, atlikti tyrimai. Kituose tyrimuose su slaugos specialistais prieita prie išvadų, jog viena iš priemonių, galinčių sumažinti perdegimą tarp slaugytojų, yra darbo krūvio sumažinimas (Holdren, Paul et al., 2015).

Pasak Maslacho et al. (2001), situaciniai veiksniai darbo vietoje turi įtakos slaugytojų perdegimui. Pavyzdžiui, slaugytojų, dirbančių skirtinguose skyriuose, perdegimo lygis skiriasi. Slaugos padaliniai, tokie kaip - chirurgijos, vaikų, psichiatrijos, yra reikšmingi tarpasmeninėje aplinkoje (Sahraian, Fazelzadeh, Mehdizadeh ir Toobae, 2008). Slaugos skyriuose, kurių pacientų sunkumas, darbo krūvis ir slaugytojų personalas skiriasi, yra skirtingi slaugytojų perdegimo lygiai (Bogaert, Clarke, Roelant, Meulemans ir Heyning, 2010). Darbo aplinka dinamiškai siejasi su slaugytojų perdegimo patirtimi, tiek slaugos skyriuje, tiek ligoninės pakopoje. Vienas tyrimas patvirtino, kad slaugos ir chirurgijos skyrių slaugytojų perdegimas buvo didžiausias, po to sekė slaugytojai intensyviosios terapijos skyriuose (Gasparino, Guirardello, 2015).

Darbo charakteristikos, susijusios su perdegimu, įprastai yra apibūdinamos, naudojantis darbo reikalavimų, kontrolės ir palaikymo modelių (ang. Job Demand control support model (JDCS)), kuri 1990 metais pristatė Karasek ir Theorell (Karasek, Theorell, 1990). Šiame modelyje nurodoma, kad dideli reikalavimai darbe skatina perdegimą, o galimybė kontroliuoti savo darbą ir socialinis palaikymas – mažina perdegimo tikimybę.

Perdegimui yra svarbūs ir organizaciniai darbo aspektai. Pastebima, kad didelis konfliktų darbe kiekis, prasta komunikacija tarp kolegų, netinkamas bendradarbiavimas tarp slaugytojų ir gydytojų, skatina slaugytojų perdegimą. Tačiau tarp perdegimo ir finansinio atlygio, ryšys nėra nustatomas. (Adriaenssens, 2015).

Suteikus stiprią darbo aplinkos paramą, slaugytojai gali tapti aistringesni, teikdami priežiūros kokybę ir aktyviai tobulindami savo priežiūros įgūdžius sudėtingoje darbo aplinkoje. Aplinkos kontrolė, papildomas slaugytojų personalas, lovų skaičius ir kiti medicinos įstaigos išteklių turi įtakos slaugytojų perdegimo rizikai (McHugh et al., 2013). Be to, autonomija, organizacinė pagalba ir slaugytojo, bei gydytojo santykiai slaugos praktikos aplinkoje yra savybės, skatinančios profesionalių priežiūros gebėjimų ir pacientų saugumo plėtrą (Gasparino, Guirardello, 2015). Vieno tyrimo metu nustatyta, kad ligoninės vadovų organizacinė parama yra svarbi, siekiant geros slaugos priežiūros, gerinant slaugytojų savarankiškumą, suteikiant didesnę slaugytojų išteklių kontrolę ir stiprinant slaugytojų ir gydytojų santykius (Panunto, Guirardello Ede, 2013).

Analizuojant mokslinę literatūrą, galima daryti išvadą, jog svarbius faktorius perdegimo sindromo atsiradimui yra atlygis, kuris ne tik leidžia apsirūpinti materialia gerove, bet gali būti vertinamas kaip nudirbto darbo įprasminimas ar įvertinimas, savotiška padėka, atlygis už nuopelnus

ar įdėtas pastangas. Anot Maslach ir Leiter (2012), nepakankamas materialus ar nematerialus atlygis už darbą, padidina tikimybę susirgti perdegimo sindromu, nes nuvertina patį darbą ir jį atlikusį asmenį. Tiriant dviejų Kauno ligoninių - chirurgijos ir terapijos skyriuose dirbančius slaugos specialistus, buvo nustatyta, jog per mažas atlyginimas sąlygoja emocinį išsekimą (Jonikienė, 2014). Graikijoje, ištyrus slaugos specialistus, dirbančius psichikos sveikatos srityje, paaiškėjo, jog vienas iš perdegimą pranašaujančių veiksnių – pasitenkinimas atlyginimu (Konstantinou, Bonotis ir kt., 2018).

Atitinkamais tyrimais nustatyta, kad perdegimo lygis sumažėja, kai pajamų lygis padidėja arba atvirkščiai- perdegimo lygis padidėja, kai pajamų lygis mažėja (McHugh et al., 2013).

Apibendrinant perdegimą sąlygojančius veiksnius, galima teigti, kad perdegimą lemia tiek vidiniai, tiek išoriniai veiksniai, kurie priklauso ir nuo pačio asmens tipologijos, bei teikiamų paslaugų pobūdžio ar ligonio tipo ir jo ligos. Pirmąją perdegimą lemiančių veiksnių grupę apima šie veiksniai, kurie turi įtakos perdegimui, tokie kaip lytis, amžius, ištvėmės ir atsidavimo lygis, savigarba, darbo pobūdis ir profesiniai įsitikinimai. Labai stipriai perdegimą įtakoja patiriamas slaugytojų stresas dėl ligonių, jų išgyvenimų ar neigiamos darbo aplinkos. Didelę reikšmę slaugytojų perdegimui turi ir jų gaunamas atlygis, nes per mažas atlyginimas sąlygoja emocinį išsekimą. Be specifinių asmenų grupių, kaip išorinius faktorius galima paminėti ir santykius su kolegomis, darbo krūvius, su kuriais susiduria specialistai, darbo grafiko ypatumus.

### **1.3.Perdegimo simptomai**

Pažymėtina, jog, kaip ir vertinant perdegimą sukeliančius veiksnius, skirtingi autoriai klasifikuoja simptomus nevienodai, taip pat ligai priskiria nevienodus simptomus. Vertinant perdegimo sindromo simptomatiką, anot Ide (2018), multidimensinis apibrėžimas padeda aprašyti perdegimo sindromą ir atskirti nuo kitų, tačiau neturi diagnostinio validumo. Autorius išskiria emocines, kognityvines, somatines, motyvacijos ir elgesio apraiškas (Ide, 2018). Simptomatikos nevienareikšmiškumą, tiriant perdegimą, tarp anesteziologų pabrėžia A. Mikalauskas, apibendrinamas, jog, anot Shaufeli (1990), sietinų su perdegimo sindromu apraiškų gali būti daugiau negu 100, Einsiedel (1981) suskaičiavo 84 perdegimo sindromo simptomus, o, anot Carroll (1982), jų yra 47.

Atliktoje sisteminėje apžvalgoje Salvagioni, Melanda et al., (2017) išskiria simptomų kategorijas, į kurias skirsto perdegimo simptomus:

- fiziniai simptomai,
- psichologiniai simptomai,
- su darbu susiję simptomai (Salvagioni, Melanda et al., 2017).

Remiantis Mikalaušku (2018), perdegimo simptomai skirstomi į keletą grupių:

- Psichinė simptomatika. Kaip atrodo perdegęs asmuo? Patys tinkamiausi apibūdinimai yra apie emocinių išteklių išsekimą: „jaučiuosi išsekęs“, „tuščias“. Tai ir simptomai, siejami su depresija (Wurm, Vogel et al., 2016): depresyvi nuotaika, beviltiškumas, be reikšmiškumas ir pan. Kito pobūdžio psichiniai simptomai siejami su nerimu ar agresija (Zhou, Yang et al., 2016). Kiti psichiniai simptomai: irzlumas, perdėtas jautrumas, įtarus elgesys. Taip pat būdingi ir kognityvūs pokyčiai – sunku priimti sprendimus, užmaršumas ir kt. Būdingi ir sensomotoriniai simptomai – nerviniai tikai, negalėjimas pailsėti (Van Dam, Keijsers et al., 2015).
- Fizinė simptomatika. Net neabejojama, kad perdegimo sindromas yra siejamas su bloga asmens sveikata. Dauguma autorių ir perdegimo sindromo tyrėjų mini šiuos pagrindinius simptomus: bendras nuovargis, išsekimas, miego sutrikimai, kitos somatinės problemos. Dažniausiai minimas perdegimo sindromo simptomas – lėtinis nuovargis. Daugelyje studijų stebimas perdegimo sindromo ryšys su virškinamojo trakto sutrikimais – gastritu, opalige ir kt. (Huerta-Franco MR, Vargas-Luna et al., 2013). Gholami teigimu, stebimas perdegimo sindromo ryšys su judamojo aparato ligomis ir simptomais: nugaros, kojų, rankų skausmais (Gholami, Heidari Pahlavian et al., 2016). Melamed teigia, kad egzistuoja ryšys tarp perdegimo sindromo ir kardiovaskulinės rizikos: simpatinės nervų sistemos aktyvacijos, miego sutrikimų, kraujo krešėjimo sutrikimų, fibrinolizės aktyvacijos, imuninio atsako slopinimu (Melamed, Shirom et al., 2006).
- Elgesio simptomatika. Elgesio pokyčiai dažniausiai stebimi, esant padidėjusiam sujaudinimo lygiui (hiperaktyvumas, smurtiniai išpuoliai). Padidėja psichostimuliuojančių medžiagų (alkoholis, nikotinas, kava) poreikis. Fizinio aktyvumo nebuvimas taip pat turi įtakos perdegimo sindromo pasireiškimui (Lindwall, Gerber et al., 2014).
- Socialinė simptomatika. Dažniausiai perdegęs asmuo nori nuo visko pabėgti, desocializuotis tiek nuo darbo kolegų, tiek nuo aplinkinių, taip save izoliuodamas nuo socialinės aplinkos. Taip pat būdinga neigiamas darbo emocijas išlieti ant artimųjų. Nusistatymo simptomatika. Dėl perdegimo, pradeda dominuoti ciniškas elgesys ir nuostatos prieš kitus asmenis, tiek darbo, tiek namų aplinkoje (Ozler, Atalay, 2011). Dėl to nukenčia užsidegimo pojūtis, stropumas, entuziazmas. Kai darbe dingsta iššūkio pojūtis, pradeda formuotis nepasitenkinimo, nuobodumo jausmas. Organizacinė simptomatika. Perdegusio asmens produktyvumas yra žemesnis. Perdegimo sindromas sukelia norą mesti darbovietę, pasitraukti iš neigiamos aplinkos, pabėgti. Taip pat yra tyrimų, kuriuose stebimos perdegimo sindromo sąsajos su nuovargiu, klaidomis ir traumomis darbe (Dewa, Loong et al., 2014).

Darbo sąlygos turi gerai žinomą teigiamą arba neigiamą poveikį darbuotojų sveikatai (Seidler, Thinschmidt et al., 2014). Nepalankios darbo sąlygos gali sukelti darbo perdegimą - sindromą, atsirandantį dėl lėtinio streso darbe, kuriam būdingas didžiulis išsekimas, neigiamas požiūris ar nepakankamas įsipareigojimas pacientams ir nepasitenkinimas darbo rezultatais. Šis procesas gali sukelti nepageidaujamas pasekmes slaugytojoms, jų šeimoms, darbo aplinkai ir sveikatos priežiūros įstaigoms. Žvelgiant iš psichosocialinės perspektyvos, buvo aprašytos šios trys perdegimo dimensijos: a) emocinis išsekimas, kuriam būdingas emocinis išsekimas ir energijos praradimas; b) nuasmeninimas arba cinizmas, taip pat apibūdinamas kaip nuasmeninimas, atsiribojimas nuo darbo ir pacientų bei emocinis užgrūdinimas; ir c) sumažėjęs asmeninis pasiekimas ar neveiksmingumas, tai yra asmeninio ar nepakankamumo jausmas, taip pat sumažėjęs produktyvumas ir iveikoss įgūdžiai (Maslach, 2001, Maslach, Leiter, 2016).

Golonka et al. (2017) taip pat išskiria perdegimo sąvokai būdingus simptomus: psichofizinis ar emocinis išsekimas, nuasmeninimas ir sumažėjęs profesinis efektyvumas. Procesinis perdegimo pobūdis reiškia kumuliacines, neigiamas ilgalaikio, su darbu susijusio streso pasekmes. Pagrindiniai perdegimo simptomai yra - išsekimas (susijęs su energijos trūkumu, nuovargiu ir atkalbinėjimu) ir nuasmeninimas / cinizmas (susijęs su atsitraukimu, motyvacijos ir emocinio atstumo su pacientais ar kolegoms stoka). Tai paprastai dar labiau sumažina asmeninius pasiekimus ir profesinį efektyvumą. Tačiau papildomos pastangos ir kiti kompensaciniai mechanizmai gali užkirsti kelią šioms pasekmėms (Berggren ir Derakshan, 2013; Moser et al., 2013). Nuoseklus perdegimo procesas (pvz., Leiter et al., 2010) reiškia, kad pradinė nuovargio ir išsekimo būseną gali sukelti dar daugiau psichosocialinių ir sveikatos padarinių.

Perdegimas apima visas žmogaus gyvenimo sritis, tačiau ypatingai stipriai paveikia darbo kokybę ir asmeninę žmogaus sveikatą. Perdegimą patiriančių asmenų darbo kokybė suprastėja, jie būna mažiau produktyvūs ir veiksmingi, nejaučia pasitenkinimo dirbti ir įsipareigoti organizacijai, dažniau keičia darbo vietą ar daro pravaikštas. Perdegęs darbuotojas yra labiau linkęs į konfliktus ir trikdo užduočių vykdymą (Maslach et al., 2001).

Perdegusių darbuotojų sveikata įprastai yra prastesnė nei kitų. Jiems dažniau nustatomas depresiškas, nerimas, sumažėja savivartės požymiai ir kiti sveikatos sutrikimai (Canades De la Fuente et al., 2015). Antra vertus, apie minėtų sąsajų ir priežasčių kryptis tebėra diskutuojama. Dar nėra aiškaus atsakymo į klausimą, ar perdegimą sukelia psichologinės problemos, ar perdegimas sukelia pastarąsias (Maslach et al., 2001).

Atlikti tyrimai parodė sąsajas tarp perdegimo ir kai kurių sveikatos problemų, tokių kaip padidėjęs alkoholio vartojimas, miego sutrikimai, depresija, sedentarizmas, nutukimas ir raumenų bei kaulų skausmas (Brand, Beck et al., 2010, Aghilinejad, Zargham et al., 2014).

Įrodyta, kad profesinis stresas, gyvenimo būdas ir asmeninis atsipalaidavimas, prisideda prie perdegimo vystymosi ir sukelia daugybę psichologinių problemų (Gluschkoff, Elovainio et al., 2016). Ankstesnė literatūros apžvalga, apie tyrimus skirtingose profesinėse grupėse parodė, kad klasikiniai rizikos veiksniai, tokie kaip dideli reikalavimai, maža darbo kontrolė, didelis darbo krūvis, mažas atlygis ir darbo neužtikrintumas, padidino perdegimo riziką. Keli tyrimai parodė perdegimo poveikį psichologinei sveikatai, pavyzdžiui, neurasteniją, nerimo sutrikimą ir depresiją (Aronsson, Theorell et al., 2017).

Kad perdegimas siejamas su slaugytojų psichologinėmis problemomis nurodo ir Raudenska ir kt. (2020) teigdama, kad su perdegimu susijusių simptomų paplitimas apima nerimą, depresiją, žemesnį pasitenkinimą ir priežiūros kokybę, taip pat PTSS ir padidėjusį savižudybių skaičių tarp demografinių grupių (Raudenska, Steinerova et al., 2020).

Darbuotojų psichinės sveikatos problemos, susijusios su psichologiniu išgyvenimu, depresija ir perdegimu, yra rimtas organizacinis rūpestis. Pavyzdžiui, Kanadoje 80% darbdavių psichinės sveikatos problemas vertino kaip vieną iš trijų geriausių, tiek trumpalaikio, tiek ilgalaikio neįgalumo aspektų (Watson, 2011). Su perdegimu susijusios pravaikštos paprastai trunka gana ilgai, palyginti su kitomis psichinės ir fizinės sveikatos sąlygomis, o naujausi tyrimai parodė, kad perdegimas gali būti kliniškai panašus į depresiją (Ahola, Kivimaki et al., 2008)

Kaip nurodo Rožman et al. (2019), perdegimas, susijęs su sunkiu ir pastoviu streso lygiu, kuriam būdingas asmeninio pasitenkinimo sumažėjimas, izoliacija nuo socialinių santykių ir emocinis išsekimas. Be to, tyrimai, rodo, kad perdegimas susijęs su įvairiomis darbo atsisakymo formomis (pravaikštomis), ketinimu palikti darbą.

Rožman, Grinkevich ir Tominc (2019) tyrimas parodė, kad darbuotojų perdegimas buvo nustatytas ir įvertintas trimis atskiriomis simptomų grupėmis. Fiziniai perdegimo simptomai yra išsekimas, nuovargis, galvos skausmas, miego sutrikimai, energijos praradimas, nespecifinis skausmas, sumažėjęs dėmesys, beprasmybės jausmas, apatija, padidėjęs kraujospūdis, krūtinės skausmai ir virškinimo trakto sutrikimai. Emociniai perdegimo simptomai darbo vietoje gali būti: prislėgtos nuotaikos būseną, nerimas, dirglumas, pasitikėjimo praradimas, įtampa ar liūdesys. Gali atsirasti perdegimo darbo vietoje elgesio simptomai, sutrikusio miego įpročiai, sutrumpėjęs reakcijos laikas, sumažėjęs darbingumas ir mažesnė darbo motyvacija.

Remiantis prielaida, kad perdegimas yra su stresu susijęs sindromas (Maslach et al., 2001), ypač įdomūs ilgalaikio streso pasekmių smegenims ir pažinimui tyrimai (Marin et al., 2011). Ronnlund et al. (2013) nustatė, kad ilgalaikis stresas yra susijęs su sumažėjusiu subjektyviu atminties ir kognityvinės funkcijos vertinimu. Sistemingą apžvalgą pateikė Deligkaris et al. (2014) aiškiai parodydamas, kad perdegimas yra susijęs su trijų pagrindinių pažinimo funkcijų sumažėjimu: vykdomosios funkcijos, dėmesiu ir atmintimi (vertinamos objektyviai, naudojant psichometrinius

testus). Pažeidus pažeistą funkciją, perdegę asmenys skundžiasi dėmesio ir atminties problemomis (Oosterholt et al., 2012; Jonsdottir et al., 2013). Pagal Van Der Linden ir kt. (2005), perdegimo subjektai atskleidžia sunkumus kontroliuojant dėmesį, priklausomai nuo perdegimo simptomų sunkumo. Naujausios He, Zhang ir kt. išvados (2017) patvirtino, kad jaučiantys perdegimą asmenys, turi mažesnius tiesioginės atminties ir dėmesio balus, bei mažesnę bendrą kartojamos baterijos neuropsichologinės būklės įvertinimą (RBANS), kognityvinius sutrikimus. Taip pat jis parodė, kad mažesnis kognityvinis pajėgumas perdegimo metu buvo susijęs su sumažėjusiu smegenų daromu neurotrofiniu faktoriumi (BDNF).

Perdegimui diagnozuoti ir perdegimo lygiui matuoti nuo XX a. pab. naudojami įvairiausi būdai, tačiau dažniausiai naudojami standartizuoti klausimynai. Svarbu paminėti, jog, anot Maslach, perdegimas nėra diagnozė, kurią galima patvirtinti arba atmesti, negalima vertinti asmens kaip perdegusio ar ne, nes perdegimas – tai tęstinė būseną, kurios lygis turi būti vertinamas kaip aukštas arba žemas (Eckleberry-Hunt, Kirkpatrick et al., 2018).

Analizuojant mokslinius veikalus, kuriuose tiriamas medicinos darbuotojų ar kitų specialistų perdegimas, galima rasti daugybę standartizuotų klausimynų, tačiau trys pagrindiniai instrumentai, naudojami įvertinti perdegimo laipsniui yra: OLBI (angl. Oldenburg burnout inventory), CBI (angl. Copenhagen burnout inventory) ir MBI (angl. Maslach Burnout inventory). Kartais literatūroje sutinkamas Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM) klausimynas, kiti klausimynai sutinkami daug rečiau.

Apibendrinant perdegimo simptomus, galima teigti, kad skiriami, psichiniai, fiziniai, elgesio bei socialiniai simptomai. Psichiniai simptomai susiję su perdegimo sindromą jaučiančio slaugytojo psichologine būseną. Tai apima nerimą, depresiją, žemesnę pasitenkinimą, dirglumą. Fiziniai perdegimo simptomai siejami su nuovargiu, išsekimu, miego sutrikimais, atminties praradimu, kartais ir nugaros skausmais bei kitais simptomais. Elgesio simptomai apima simptomus, susijusius su žalingų įpročių vartojimu, sumažėjusiu darbingumu bei fiziniu aktyvumu. Socialiniai simptomai apima izoliaciją nuo socialinių santykių ir emocinį išsekimą.

#### **1.4. Perdegimo įtaka žalingiems įpročiams**

Remiantis Pasaulio Sveikatos Organizacijos (PSO) duomenimis, stresas, patiriamas darbe, pripažįstamas kaip 21 amžiaus epidemija (Jahic, Bukejlovic, Alić-Drina, 2019). Profesinis stresas yra plačiai paplitęs sveikatos priežiūros darbuotojų tarpe ir sukelia žalingą poveikį sveikatai, gerovei, bei lemia žalingų įpročių vartojimą (Clough BA, March et al., 2019).

Literatūra rodo, kad slaugytojo darbas gali tapti toksiškas, kai sustiprėja stresas ir išsivysto perdegimas, o siekiant su juo susidoroti, pasirenkami neveiksmingi būdai, tokie kaip

piktnaudžiavimas narkotikais, nesveiko ar liguisto gyvenimo būdo įpročiai ir (arba) fizinio aktyvumo sumažėjimas (Seo et al., 2015; Fares et al., 2016; Dafaalla, 2016;).

Kad perdegimas turi įtakos žalingiems įpročiams, rodo ir Mikalausko (2018) atliktas tyrimas: „perdegimo sindromas taip pat susijęs su žalingų įpročių turėjimu, kadangi skaičiavimai rodo, kad perdegimo grupėje, žymiai dažniau susiduriama su žalingais įpročiais“. Lyginant perdegimo sindromą su probleminiu alkoholio vartojimu nustatyta, kad 2,5 karto daugiau respondentų perdegimo sindromo grupėje yra su probleminiu alkoholio vartojimu (, nors, palyginus perdegimo sindromo grupę su priklausomybe, nuo nikotino statistiškai reikšmingo skirtumo nenustatyta. Stipriausias ryšys pastebėtas, lyginant perdegimo sindromo grupę su depresiškumu: paaiškėjo, kad depresiškumas su perdegimo sindromu buvo susijęs ypač stipriai.

Perdegimo įtaką žalingiems įpročiams taip pat patvirtina ir Fernandes et al. (2018), nurodydami, kad žalingas alkoholio vartojimas laikomas trečiąja nedalyvavimo darbe priežastimi ir aštuntąja ligos pašalpų skyrimo priežastimi. Tai daro didelę įtaką sveikatai ir gyvenimo kokybei, įskaitant šeimos narius. Kasmet dėl alkoholio vartojimo pasekmių miršta 2,5 milijono žmonių (World Health Organization, 2014). Kenksmingas alkoholio naudojimas yra tiesiogiai susijęs su smurtu, aplaidumu, darbuotojo sužalojimu darbe, pravaikštomis ir padaugėjusiu nelaimingų atsitikimų darbe, daugiausia dėl reakcijos, suvokimo ir refleksų pokyčių (World Health Organization, 2014). Rūkymas, kaip ir alkoholizmas- yra pagrindinė visuomenės sveikatos problema. Be kišimosi į fizinę ir psichinę gyventojų sveikatą, jis reikšmingai kišasi į šalies ekonomiką ir aplinkos kokybę (Echer IC, Correa et al., 2011)

Atliktas Fernando, Samaranayake (2018) tyrimas rodo, kad asmeniniai veiksniai: lytis, lėtinė liga ir dažnas nesveikų įpročių vartojimas, turi teigiamą ryšį su perdegimu. Didelis sveikų įpročių dažnis buvo neigiamai susijęs su perdegimu. Ankstesni įrodymai apie lytį ir perdegimą nėra įtikinami (Prins, JT., Hoekstra-weebers et al., 2010; Malik, Bhatti et al., 2016). Šios priešingos sąsajos su lytimi, pastebimos įvairiose antrosios pakopos gydytojų populiacijose, gali būti dėl lyčių vaidmenų ir kultūrinių skirtumų. Anksčiau perdegimo ir lėtinių ligų susiejimas buvo parodytas kitose profesinėse grupėse. Lėtinės ligos buvimas ir su tuo susijusi psichinė, bei fizinė našta, gali būti ir perdegimo priežastis, ir pasekmė. Dėl lėtinio darbinio streso gali išsivystyti neužkrečiamosios ligos. Panašiai kaip ir šiame tyrime, anksčiau buvo įrodyta, kad nesveiki įpročiai, tokie kaip rūkymas ir narkotikų vartojimas, sveikos mitybos nebuvimas (Golub, JS., Weiss et al., 2007) ir alkoholio vartojimas, yra teigiamai susiję su perdegimu. Tai buvo neigiamai susiję su sveikomis praktikomis, tokiomis kaip meditacija, atsipalaidavimas, masažas ar kitos alternatyvos, ir fizinio aktyvumo gairių vykdymu (Vithanage, AVDLA., De Silva et al., 2015; Kassam, A., Horton et al., 2015).

Mokslinėje literatūroje taip pat nurodoma perdegimo sindromo įtaka nesveikiems mitybos įpročiams. Jaučiantys perdegimo sindromą, įgyja nesveikus įpročius (pvz., Rūkymas, gėrimas). Jie

gali patirti miego sutrikimų, taip pat gali staigiai pakeisti savo mitybos įpročius (Nevanpera et al., 2012; Ahola et al., 2012). Kadangi slaugytojai paprastai turi mažai laiko paruošti sveikus patiekalus, jie dažnai vadovaujasi nesveikos mitybos įpročiais (Barattucci, 2011). Be to, jaučiantys įtampą slaugytojai gali pamiršti pusryčius, arba juos praleisti (Montiel et al., 2014). Sveikus patiekalus gali pakeisti arbata, bei gaiviaisiais ir kofeino turinčiais gėrimais (Druce et al., 2004), kurie padidina nerimą, dirglumą ir išsekimą, sukelia aštrių pojūčių, taip pat padidina cukraus kiekį kraujyje (Wang et al., 2013).

Apibendrinant perdegimo įtaką žalingų įpročių vartojimui, pastebėta, kad dauguma slaugytojų, kuriems pasireiškia perdegimo sindromas dažnai rūko, vartoja alkoholį ar nesveikai maitinasi, bei jų mažas fizinis aktyvumas. Tikėtina, kad žalingi gyvenimo įpročiai yra susiję su mažu gyvenimo kokybės lygiu, kurį lemia darbo aplinka ir didėjantis profesinis stresas.

## II. EMPIRINĖ DALIS

### 2.1. Tyrimo metodika

Perdegimas yra vienas iš labiausiai ištirtų streso rūšių per pastaruosius dešimtmečius, ypač sveikatos priežiūros srityje (Nonis et al., 2018). Slaugytojai tenkina vieną svarbiausių individo poreikių – turėti kiek įmanoma mažiau sveikatos problemų. Tam reikalingas ir pačių slaugytojų tinkamų darbo sąlygų užtikrinimas. Slaugytojai yra priskiriami aptarnaujančio personalo kategorijai, jie itin dažnai darbe patiria stresą (Vasilavičius ir kt., 2010; Goetz et al., 2011). Ypač svarbų vaidmenį moksliniuose tyrimuose atlieka Europos saugos ir sveikatos darbe agentūra. Jos ir kitų mokslinių studijų duomenimis, ES darbuotojai kasmet praranda 50-60 proc. darbo dienų dėl patiriamo streso darbe (Europos saugos ir sveikatos darbe agentūra). Yra nustatyta, kad stresas gali sukelti daugiau nei ketvirtadalį visų su darbu susijusių sveikatos sutrikimų, dėl kurių darbuotojai gali netekti darbiningumo dviems ar daugiau savaitėms (Europos saugos ir sveikatos darbe agentūra). ES buvo atlikti skaičiavimai, kurių metu nustatyta, kad apie 40 mln. darbuotojų Europoje kenčia dėl streso. Lietuvos slaugytojų, dirbančių ligoninėse, stresas siekia net 81,1 proc. (Žilienė, 2008).

Anot Edelwicho ir Brodsky (1981) bei Pineso, Aronsono ir Kafry'io (1981), perdegimas yra procesas, kada darbuotojai praranda energiją ir įsitraukimą į darbą. Vadinasi, jie pradeda menkai vertinti save, todėl blogėja pasitenkinimas darbu ir pats atliekamas darbas. Maslachas (1982) perdegimą apibūdina kaip trimatę konstrukciją, kuriai būdingas išsekimas (t. y. išsikvojimas ar psichinių išteklių išsekimas), cinizmas (t. y. abejingumas ar tolimas požiūris į savo darbą) ir profesinis efektyvumas. Perdegimas vertinamas kaip atsakas į chroniškas emocines pastangas, kurių reikia pernelyg dideliame darbe, ypač bendraujant su žmonėmis, kuriems reikia pagalbos. Todėl siekiant pagerinti vienoje Lietuvos ligoninių darbo kokybę ligoninėje dirbančių slaugytojų yra tikslinga ištirti perdegimo paplitimą tarp stacionare ir šeimos centruose dirbančių slaugytojų bei jo sąsajas su žalingais įpročiais.

Taip pat kiekybinį tyrimo metodą – anketinę apklausą ir aprašomosios statistinės analizės metodą, siekdami ištirti perdegimo sindromą naudoja savo moksliniuose tyrimuose Omidas Ahmadi, Riza Azizhami ir Monem Basravi (2014), Rusca, Setyowati (2019). Jų tyrime duomenys taip pat buvo surinkti naudojant Maslach perdegimo sindromo (MBI-HSS) klausimyną. Slaugytojos buvo atrinktos naudojant paprastąją atsitiktinę atranką. O surinkti duomenys buvo analizuojami aprašomosios bei lyginamosios statistinės analizės metodais.

Siekiant ištirti perdegimo paplitimą tarp stacionare ir šeimos centruose dirbančių slaugytojų šiame darbe bus naudojami šie mokslinio tyrimo metodai :

1. Kiekybinis tyrimo metodas - anketinė apklausa;
2. Aprašomosios ir lyginamosios statistinės analizės metodai.

Duomenų rinkimui pasirinktas kiekybinis tyrimo metodas – tam atlikti buvo pasirinkta anketinė apklausa.

Tyrimui atlikti pasirinkta apklausti vienos Lietuvos ligoninė slaugytojas dirbančias stacionare bei pirminiame sveikatos priežiūros centre. Sutikę dalyvauti apklausoje slaugytojai užpildė anoniminę anketą.

### 2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos

Tyrimo imtį sudaro slaugytojos, dirbančiosios vienoje Lietuvos ligoninėje ir pirminės sveikatos priežiūros centre. Imties atrankos kriterijai: stacionare dirbančios slaugytojos ir slaugytojos dirbančios šeimos centruose. Generalinę aibę sudaro 260 slaugytojų. Tyrimo tikslui įgyvendinti imtis sudaryta taikant reprezentatyviąją netikimybinę patogąją atranką, kai pagrindinių požymių pasiskirstymas atitinka populiaciją. Imties dydžio nustatymas apskaičiuojamas pagal Paniotto formulę:

$$n = \frac{1}{\Delta^2 + \frac{1}{N}}$$

kur:

n- reikiamas imties dydis;

$\Delta$  - tikimybinė leistina paklaida 5 proc.

N – tyrinėjamos visumos dydis.

$$n = \frac{1}{\Delta^2 + \frac{1}{N}} = \frac{1}{0,05^2 + \frac{1}{260}} = 153$$

Pagal imties skaičiuoklę reikia apklausti 153 ligoninės stacionare bei šeimos centre dirbančius slaugytojus.

Tyrimo siekiant įvertinti šeimos klinikoje bei stacionare dirbančių slaugytojų perdegimą ir žalingų įpročių sąsajas, buvo išdalinta 210 anketų iš jų sugrįžo 182 anketos, grįžtamumas 86%. Dalyvavo 182 respondentai. Trečdalis slaugytojų dirbo šeimos klinikoje (33,0 proc., n=60), du trečdaliai – stacionare (67,0 proc., n=122). Pagal lytį dauguma respondentų buvo moterys (96,7 proc., n=176). Didžiausia amžiaus grupė buvo 36-55 metų amžiaus (36,3 proc., n=66). Šeimos klinikoje daugiau kaip trečdalis respondentų buvo 35 metų ar jaunesni (35,0 proc., n=21), stacionare šios amžiaus grupės slaugytojų dirbo daugiau kaip ketvirtadalis (27,9 proc., n=34). Daugiau kaip pusė tyrimo dalyvavusių slaugytojų buvo susituokę ar gyveno su partneriu (59,3 proc., n=108). Abiejuose padaliniuose daugiau kaip pusė tiriamųjų buvo įgiję aukštesnį išsilavinimą (55,5 proc., n=101).

Beveik pusė respondentų turėjo didesnę nei 20 metų darbo patirtį (49,7 proc., n=90). 5 metų ar trumpesnę darbo stažą turėjo beveik trečdalis šeimos klinikos slaugytojų (28,8 proc., n=17). Visi šeimos klinikoje dirbantys slaugytojai dirbo tik dieninėje pamainoje (100 proc., n=60), daugiau kaip pusė stacionaro slaugytojų dirbo paromis (65,6 proc., n=80). Daugiau kaip pusė respondentų dirbo 1 etato darbo krūviu (58,8 proc., n=107). Didesniu nei 1 etato krūviu dirbo maždaug trečdalis stacionaro slaugytojų (30,3 proc., n=37) ir ketvirtadalis šeimos klinikos slaugytojų (25,0 proc., n=15) (1 lentelė).

1 Lentelė. Tyrimo dalyvių socialinės ir demografinės charakteristikos

Charakteristikos	Padalinys, n (proc.)		Bendras (N=182)
	Šeimos klinika (n=60)	Stacionaras (n=122)	
<b>Lytis</b>			
Vyrai	4 (6,7)	2 (1,6)	6 (3,3)
Moterys	56 (93,3)	120 (98,4)	176 (96,7)
<b>Amžius</b>			
≤35 metai	21 (35,0)	34 (27,9)	55 (30,2)
36-55 metai	20 (33,3)	46 (37,7)	66 (36,3)
>55 metai	19 (31,7)	42 (34,4)	61 (33,5)
<b>Šeiminė padėtis</b>			
Susituokę / gyv. su partneriu	34 (56,7)	74 (60,7)	108 (59,3)
Vieniši	26 (43,3)	48 (39,3)	74 (40,7)
<b>Išsilavinimas</b>			
Aukštesnysis	33 (55,0)	68 (55,7)	101 (55,5)
Aukštasis	27 (45,0)	54 (44,3)	81 (44,4)
<b>Darbo stažas</b>			
≤5 metai	17 (28,8)	23 (18,9)	40 (22,1)
6-20 metų	18 (30,5)	33 (27,0)	51 (28,2)
>20 metų	24 (40,7)	66 (54,1)	90 (49,7)
<b>Darbo grafikas</b>			
Dieninė pamaina	60 (100)	10 (8,2)	70 (38,5)
Paros	-	80 (65,6)	80 (44,0)
Mišrus grafikas	-	32 (26,2)	32 (17,5)
<b>Darbo krūvis</b>			
<1 etato	10 (16,7)	13 (10,7)	23 (12,6)
1 etatas	35 (58,3)	72 (59,0)	107 (58,8)
>1 etato	15 (25,0)	37 (30,3)	52 (28,6)

### 2.1.2. Tyrimo metodai

1. Mokslinės literatūros analizė.
2. Kiekybinis tyrimas.

Mokslinės literatūros analizės metodas kaip nurodo Žukauskienė ir Erentaitė (2011) yra tas, kad darbo autorius skaitydamas, analizuodamas, lygindamas, vertindamas ankstesnę tam tikros srities literatūrą, įvertina esamą padėtį, išspręsdamas tam tikrą problemą. Ši dalis suteikia tyrimui kontekstą

ir parodo tyrimo svarbą. Literatūros analizės paskirtis yra metodologiškai pagrįsti tiriamąją analitinę dalį. Taigi empirinė dalis yra literatūros apžvalgos tęstinumas.

Tyrimui atlikti pasirinkta kiekybinis tyrimo metodas - anketinė apklausa. Šis tyrimo metodas pasirinktas todėl, kad:

1. Per sąlyginai trumpą laiką galima apklausti daug respondentų;
2. Lengva užtikrinti anketų konfidencialumą;
3. Anoniminiai klausimynai leidžia respondentams laisviau išsakyti savo asmeninę nuomonę;
4. Informacinės sistemos pagalba palengvina rezultatų apdorojimą.

Tyrimo duomenų statistinė analizė atlikta naudojant duomenų kaupimo ir analizės „SPSS 22.0 for Windows“ (Statistical Package for Social Sciences) ir Microsoft 365® kompiuterinę programą. Statistinei duomenų analizei naudota aprašomoji statistika pateikiami absoliutūs skaičiai (n) bei procentiniai dažniai (proc.). Atskirų klausimyno elementų teiginių vertinimai analizuoti vidurkių (m) metodu, reikšmių sklaidai apibūdinti pateikiamas standartinis nuokrypis (SN). Statitinių hipotezių tikrinimui taikyta lyginamoji statistika. Dviejų nepriklausomų imčių ranginių kintamųjų skirstiniai lyginti Mann-Whitney U testu. Tarp skirtingų sociodemografinių tiriamųjų charakteristikų statistiškai reikšmingiems skirtumams nustatyti sudarytos susijusių požymių lentelės, naudotas Chi kvadrat kriterijus ( $\chi^2$ ), proporcijų lygybė tikrinta z testu. Ryšio stiprumo įvertinimui tarp ranginių kintamųjų naudotas Spearman ranginės koreliacijos koeficientas. Koreliacijos koeficientas bus teigiamas, kai vienam dydžiui didėjant, didės ir kitas, neigiamas – kai vienam dydžiui didėjant, kitas mažės. Sąsajų stiprumas vertintas, atsižvelgiant į koreliacijos koeficiento reikšmės dydį: koreliacijos koeficiento reikšmė iki 0,3 ir mažesnė rodė silpną ryšį, koreliacijos koeficiento reikšmė nuo <0,3 iki 0,7 rodė vidutinio stiprumo ryšį, koreliacijos koeficiento reikšmė >0,7 rodė stiprą ryšį. Vieno binarinio priklausomo kintamojo (Y) priklausomybė nuo nepriklausomų kintamųjų (X) vertinta binarinės logistinės regresijos metodu, skaičiuotas B koeficientas, šansų santykis (ŠS) su jo pasikliautinoju 95 proc. intervalu (PI). Binarinės logistinės regresijos modelio suderinamumui su duomenimis patikrinti atliktas Hosmer&Lemeshow testas. Pasirinkti keli reikšmingumo lygmenys statistinėms hipotezėms tikrinti: kai  $p>0,05$  – skirtumas statistiškai nereikšmingas, kai  $p<0,05$  – skirtumas statistiškai reikšmingas, kai  $p<0,001$  – skirtumas labai reikšmingas. Duomenys pateikiami stulpelinėse diagramose bei lentelėse. Rezultatų aptarime gauta informacija lyginama su mokslinės literatūros duomenimis.

### 2.1.3. Tyrimo instrumentas

Tyrimo instrumentas yra anoniminė anketinė apklausa. Klausimyną sudaro keturios klausimų grupės: 1. Demografinės charakteristikos. 2. CAGE klausimynas. 3. Fagerstrom klausimynas. 4. Perdegimo tyrimas. (1 priedas).

Anketinėje apklausoje 1-8 klausimai yra pateikiami susiję su demografiniais rodikliais. Analizuojant slaugytojų demografinius duomenis, teirautasi jų lytis, amžius, šeimyninė padėtis, išsilavinimas, darbo stažas, darbo grafikas bei darbo krūvis.

10 - 13 anketos klausimai apima CAGE klausimyno klausimus. CAGE klausimynas yra vienas dažniausiai naudojamų testų, skirtų probleminio alkoholio vartojimo praktikai, nors ir nesuteikiantis galimybės nustatyti klinikinę alkoholizmo diagnozę. Lietuviškosios validuotos versijos klausimai buvo tokie: 1) Ar kada nors manėte, kad Jums reikėtų vartoti mažiau alkoholinių gėrimų? 2) Ar Jus erzino žmonių kritika dėl Jūsų įpročio vartoti alkoholį? 3) Ar Jūs kada nors jautėte gėdą ar kaltę dėl alkoholinių gėrimų vartojimo įpročių? 4) Ar Jūs kada nors gėrėte alkoholinius gėrimus ryte, vos tik atsikėlęs, kad nusiramintumėte ir palengvintumėte pagirias? Du ir daugiau teigiami atsakymai rodo, kad yra problemų dėl alkoholinių gėrimų vartojimo. Keturi teigiami atsakymai iš esmės atitinka priklausomybės nuo alkoholio diagnozę. CAGE klausimyno autoriaus Ewing, John A (1984) atskiro leidimo nereikia. O Lietuviškosios validuotos versijos Andrius Mikalauskas. Leidimas gautas iš darbo autoriaus. (3 priedas).

Anketoje pateikti 14 – 20 klausimai yra parengti pagal Fagerstrom klausimyną. Fagerstrom testas skirtas nikotino priklausomybei nustatyti. Tai instrumentas, parodantis nuo nikotino fizinės priklausomybės intensyvumą. Testą sudaro 6 klausimai, kurie vertina suvartojamų cigarečių kiekį, rūkymo potraukį ir priklausomybės požymius. Atsakymų į klausimus maksimalios vertės varijuoja nuo 1 iki 3, maksimali galima suma – 10 balų. Kuo didesnė suma surenkama, tuo didesnė fizinė priklausomybė nuo nikotino, o konkrečios suminės reikšmės traktuojamos taip: • 0–2 balai: labai maža priklausomybė, • 3–4 balai: maža priklausomybė, • 5 balai: vidutinė priklausomybė, • 6–7 balai: didelė priklausomybė, • 8–10 balų: labai didelė priklausomybė. Fagerstrom testo autorinės teisės priklauso Taylor ir Francis (1991). Atskiro leidimo nereikia (Heatherton TF, Kozlowski et al., 1991).

O Lietuviškosios validuotos versijos Andrius Mikalauskas. Leidimas gautas iš darbo autoriaus. (3 priedas).

Lietuviškojo validuoto klausimyno klausimai: 1) Kada surūkote savo pirmą cigaretę, nubudęs ryte? 2) Ar Jums sunku susilaikyti nerūkius vietose, kur rūkyti draudžiama? 3) Kurios cigaretės Jūs labiausiai nenorėtumėte atsisakyti? 4) Kiek cigarečių surūkote per dieną? 5) Ar

pirmosiomis valandomis po pabudimo Jūs rūkote daugiau negu kitu paros metu? 6) Ar Jūs rūkote, kai sergate ir didesnę dalį dienos praleidžiate lovoje?

Anketoje 21-23 klausimas yra susijęs su priklausomybę nesveikam maistui, kompiuteriniams žaidimams taip pat kiek laiko praleidžiama internete. Klausimai buvo sudaryti išanalizavus mokslinę literatūrą, atliktus mokslinius tyrimus.

25 klausimas sudaro slaugytojų perdegimui lygiui tirti naudojamą naudojamas C.Maslach ir S.E. Jackson (1981) sukurtą perdegimo klausimyną (MBI-HSS). Internetiniame portale [www.mindgarden.com](http://www.mindgarden.com) yra siūlomos įvairių kalbų variacijos, tarp jų ir lietuviškoji MBI-HSS klausimyno versija. Iš šio internetinio portalo įsigijau licencija naudoti klausimyną. (priedas 2). Bendro sutarimo, kaip turi atrodyti visas klausimynas, nėra, autoriai naudoja įvairias klausimyno modifikacijas, dalį klausimų pašalindami, kitus adaptuodami savo kultūrai ar specialybei. Šiame tyrime bus naudota 22 klausimų klausimyno versija. Visi klausimai uždaro tipo. Perdegimo klausimynas (MBI-HSS) tiria tris perdegimo dimensijas: emocinį išsekimą, depersonalizaciją ir sumažėjusius asmeninius pasiekimus. Skalę sudaro 22 teiginiai. Anketoje MBI-HSS klausimynas atitinka 1-22 teiginius.

Emocinis išsekimas matuojamas 9 teiginiais, tokiais kaip „Aš jaučiuosi persidirbusi (-ęs)“; „Aš jaučiu, kad darbas man sukelia įtampą“. Depersonalizacija matuojama 5 teiginiais, tokiais kaip „Aš manau, kad tampu emociškai šaltesnis (-ė)“; „Aš tapau labiau bejausmis (-ė) žmonėms nuo to laiko, kai pradėjau dirbti savo darbą“. Asmeniniai pasiekimai matuojami 8 teiginiais, tokiais kaip „Nuveikiau daug prasmingų, vertingų dalykų šiame darbe“; „Aš lengvai įveikiu emocines problemas, kylančias dėl darbo“

Perdegimo išsivystymas vertinamas sumuojant rezultatus pritaikant Likerto balų skalę nuo 0 iki 6, kur 0 balų – „Niekada“, 1 balas – „Keletą kartų per metus ar rečiau“, 2 balai – „Kartą per mėnesį ar rečiau“, 3 balai – „Keletą kartų per mėnesį“, 4 balai – „Kartą per savaitę“, 5 balai – „Keletą kartų per savaitę“, 6 balai – „Kiekvieną dieną“. Slaugytojų perdegimas vertinamas pagal surinktų balų sumą (2 lentelę)

2 Lentelė. Perdegimo subskalės ir jų vertinimo sistema

Subskalės	Žemas lygis	Vidutinis lygis	Aukštas lygis
Emocinis išsekimas	0-17	18-26	27-54
Depersonalizacija	0-9	10-14	15-30
Asmeniniai pasiekimai	0-15	16-23	24-48

Šaltinis: C.Maslach ir S.E. Jackson, 1981

Emocinio išsekimo ir depersonalizacijos subskalėse aukštesnė balų suma reiškia didesnį perdegimą, o priešingai nei pirmosiose dviejose subskalėse, asmeninių pasiekimų subskalėje žemesnė

balų suma reiškia didesnę perdegimą. Slaugytojų perdegimas yra nustatomas surinkus aukštą emocinio išsekimo, aukštą depersonalizacijos ir žemą profesinių siekių sumažėjimo subskalių balų sumą. Vidutinio lygio perdegimas nustatomas surinkus visų trijų subskalių vidutinius įvertinimus (Maslach et al., 1996).

Anketa yra patikima – remiausi atliktų lietuvių ir užsienio autorių atliktais tyrimais. Anketų skalės vidinis suderinamumas (*angl. Scale Internal Consistency*) įvertintas, naudojant Cronbacho alfa koeficientą, kuris remiasi atskirų klausimų, sudarančių klausimyną, koreliacija ir įvertina, ar visi skalės klausimai pakankamai atspindi tiriamąjį dydį. Cronbacho alfa koeficiento reikšmė gerai sudarytam klausimynui turėtų būti didesnė už 0,7 (kai kurių autorių teigimu – už 0,6) (Pukėnas, 2009). Remiantis Šio klausimyno subskalių Cronbacho alfa koeficientai rodo pakankamą klausimyno vidinį nuoseklumą (3 lentelė). Kaip rodo klausimyno subskalės atskleis slaugytojų emocinį išsekimą, depersonalizaciją ir sumažėjusius asmeninius pasiekimus, kurie turi įtakos jų perdegimui darbe.

3 Lentelė. Klausimyno vidinio suderinamumo vertinimas

Subskalės	Teiginių skaičius	Cronbach'o alpha koeficientas
Emocinis išsekimas	9	0,701
Depersonalizacija	8	0,842
Asmeniniai pasiekimai	5	0,755
Atsipalaidavimo būdai	13	0,741
Nesveikas maistas	5	0,869

#### 2.1.4. Tyrimo procesas, eiga

Skiriami šie pagrindiniai tyrimo „Slaugytojų perdegimo sindromo ir žalingų įpročių sąsajos“ etapai:

1) Temos pasirinkimas. 2020.05/2020.09. Tinkamos tyrimui temos buvo ieškoma žinant, kad tyrimas bus susijęs su slaugytojų perdegimu, todėl analizuojami slaugytojų perdegimo veiksniai bei simptomai. Atsižvelgta į temos aktualumą, naujumą jos svarbą mokslui ir praktikai.

2) Mokslo šaltinių atranka, analizė ir ataskaitos rašymas 2020.12/2021.10. Mokslinės literatūros analizė bus atliekama naudojant duomenų bazines EBSCO, pubmed, Elaba. Raktiniai žodžiai: perdegimas, slaugytojos, perdegimas, žalingi įpročiai. Atliekama mokslinės literatūros apžvalga ir analizė, siekiant atskleisti svarbiausius tiriamos problemos klausimus susijusius su perdegimo sindromo paplitimu tarp slaugytojų.

3) Tyrimo plano rengimas ir instrumento sudarymas/paieška 2020.12/2021.01. Iš internetinio portalo [www.mindgarden.com](http://www.mindgarden.com) buvo gauta licencija naudoti C.Maslach ir S.E. Jackson (1981) perdegimo klausimyną (MBI-HSS). Klausimynas gautas anglų ir lietuvių kalba. Taip pat CAGE testo ir Fagerstrom testo leidimas gautas iš Andriaus Mikalausko kuris atliko vertimą.

4) Tyrimo duomenų rinkimas 2021.05/2021.08. Tyrimo duomenų rinkimas pradėtas gavus KU SvMF Slaugos katedros Etikos komisijos leidimą atlikti tyrimą, buvo kreiptasi į ligoninės administraciją bei pirminio sveikatos priežiūros centro administraciją dėl sutikimo atlikti slaugytojų apklausą. Tyrime buvo naudojama anoniminė anketa, siekiant, kad slaugytoja galėtų laisvai išreikšti savo nuomonę. Buvo laikomasi konfidencialumo, anonimiškumo, sąžiningumo principų. Anketas išdalino ir surinko asistentas.

5) Tyrimo duomenų analizė, rezultatų interpretavimas bei pateikimas 2021.09/2021.10. Tyrimo rezultatai buvo analizuojami, sisteminami ir vaizduojami naudojantis Microsoft Exel ir SSPS programos.

6) Tyrimo rezultatų palyginimas. 2021.10/2021.11. Gauti rezultatai buvo lyginami su atliktais moksliniais tyrimais.

7) Išvadų ir rekomendacijų parengimas. 2021.11/2021.12. Išanalizavus mokslinę literatūrą ir gavus atlikto tyrimo rezultatus formuojamos išvados ir rašomos rekomendacijos.

8) Baigiamojo darbo ataskaitos parengimas. 2021.12/2022/01.

### **2.1.5. Tyrimo etika**

Tyrimo metu buvo laikomasi tyrimo etikos principų. Taip pat laikomasi sąžiningumo principo, kuris reikalauja pateikti tik tokius duomenis, kurie gauti iš tikrųjų. Tyrimo etikai svarbi Helsinkio deklaracija, kurioje aiškinami bendrieji etikos principai (anonimiškumas, privatumas, konfidencialumas, sąžiningumas). Laikantis šių principų, pirmiausia buvo gautas leidimas iš Klaipėdos Universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos katedros Etikos komisijos. Etikos komisijai pritarus, kreiptasi į įstaigos, kurioje bus atliekamas tyrimas, vadovybę su prašymu leisti atlikti tyrimą. Tik gavus raštišką įstaigos vadovo sutikimą, buvo pradėti rinkti duomenys. Siekiant, kad tyrimas būtų atliktas etiškai, buvo užtikrintas savanoriškas tiriamųjų dalyvių dalyvavimas.

Respondentai informuoti, kad bus išsaugotas anonimiškumas ir konfidencialumas. Anonimiško principas teigia, jog kiekvieno tyrėjo pareiga įsipareigoti ir saugoti dalyvių bei tyrimo duomenų anonimiškumą. Konfidencialumo principo esmė yra ta, kiek tyrėjas liks ištikimas tam, kuris jam padėjo, tyrime. Kuo intymesnė ir diskretiškesnė informacija, tuo labiau tyrėjas įpareigotas garantuoti konfidencialumą ir rimtai laikytis pažadų. (Mockienė ir kt., 2014, p.65).

Pradedant tyrimą respondentams suteikta informacija apie tyrimo tikslą, nurodytas tyrimo autorius, jo kontaktiniai duomenys. Respondentai supažindinti, kad tyrimo duomenys bus pristatomi apibendrinti ir naudojami rengiant mokslines išvadas bei praktines rekomendacijas.

## 2.2. Tyrimo rezultatai

### 2.2.1. Perdegimo sindromo paplitimo tarp šeimos klinikų ir stacionaro slaugytojų vertinimas

Siekiant nustatyti perdegimo sindromo paplitimą tarp šeimos klinikos ir stacionaro slaugytojų naudotas C. Maslach ir S.E. Jackson sukurtas klausimynas.

Lyginant emocinio išsekimo subskalę sudarančių teiginių vertinimą padaliniuose, nustatyta, kad šeimos klinikoje dirbantys slaugytojai statistiškai reikšmingai dažniau jautė, kad su kai kuriais pacientais elgėsi kaip su daiktais (1,48±1,9 balai), lyginant su stacionaro slaugytojais (1,01±1,7 balai) (p<0,05). Tačiau stacionaro slaugytojai statistiškai reikšmingai dažniau visą dieną dirbdami su žmonėmis tikrai jautė įtampą (3,14±2,1 balai), nei šeimos klinikos slaugytojai (2,67±2,0 balai) (p<0,05). Galima daryti prielaidas, kad taip yra todėl, kad stacionaro slaugytojai dažniau susiduria su sunkesniais pacientais, kas turi įtakos jų perdegimui. Kitų emocinių išsekimą atspindinčių teiginių vertinimas padaliniuose nesiskyrė statistiškai reikšmingai (p>0,05) (4 lentelė).

4 Lentelė. Emocinio išsekimo subskalės teiginių vertinimo palyginimas (m±SN)

Emocinis išsekimas, teiginiai	Padalinys		p
	Šeimos klinika	Stacionaras	
Jaučiu, kad darbas mane emociškai išsekina	3,17±1,8	2,96±1,6	0,393
Darbo dienos pabaigoje jaučiuosi išsekvojęs jėgas	3,45±2,0	3,74±1,7	0,399
Atsikėlęs ryte, prieš prasidedant naujai darbo dienai, jaučiuosi pavargęs	2,05±1,9	2,54±2,0	0,970
Galiu lengvai suprasti, kaip jaučiasi mano pacientai	3,93±2,1	3,93±2,0	0,933
Aš jaučiu, kad su kai kuriais pacientais elgiuosi kaip su daiktais	1,48±1,9	1,01±1,7	<b>0,042</b>
Visą dieną dirbdamas su žmonėmis aš tikrai jaučiu įtampą	2,67±2,0	3,14±2,1	<b>0,027</b>
Aš labai veiksmingai tvarkausi su savo pacientų problemomis	3,77±1,9	3,70±2,0	0,968
Jaučiuosi „perdegęs“ nuo savo darbo	2,55±1,8	2,62±2,0	0,954
Jaučiu, kad savo darbu darau teigiamą poveikį kitų žmonių gyvenimui	3,55±2,0	3,52±2,0	0,955

Gauti rezultatai parodė, kad lyginant depersonalizacijos skalę sudarančių teiginių vertinimą padaliniuose nustatyti kai kurie statistiškai reikšmingi skirtumai. Stacionare dirbantys slaugytojai statistiškai reikšmingai dažniau nerimavo, kad dėl darbo tampa emociškai šaltesniais (2,39±1,8 balai)

palyginus su šeimos klinikos slaugytojais (1,90±1,1 balai) (p<0,05). Stacionaro slaugytojai taip pat statistiškai reikšmingai dažniau jautė darbo sukeltą dirglumą ir susierzinimą (2,10±1,8 balai), nei šeimos klinikos slaugytojai (1,60±1,6 balai) (p<0,05). Tai rodo, kad stacionaro slaugytojai turi daugiau dirgiklių, kurie turi įtakos perdegimui. Kitų depersonalizaciją atspindinčių teiginių vertinimas padaliniuose nesiskyrė statistiškai reikšmingai (p>0,05) (5 lentelė).

5 Lentelė. Depersonalizacijos subskalės teiginių vertinimo palyginimas (m±SN)

Depersonalizacija, teiginiai	Padalinys		p
	Šeimos klinika	Stacionaras	
Nuo to laiko, kai pradėjau dirbti šį darbą, aš tapau atsainesnis žmonėms	2,42±1,9	2,65±2,2	0,656
Aš nerimauju, kad dėl šio darbo tampa emociškai šaltesnis	1,90±1,1	2,39±1,8	<b>0,033</b>
Jaučiuosi labai energingas	3,32±1,7	3,30±2,0	0,907
Darbas man kelia dirglumą ir susierzinimą	1,60±1,6	2,10±1,8	<b>0,017</b>
Aš jaučiu, kad mano darbas reikalauja per daug pastangų	2,37±1,8	2,80±1,7	0,200
Man nelabai rūpi, kas nutinka kai kuriems pacientams	1,63±1,3	1,37±1,4	0,290
Tiesioginis darbas su žmonėmis man kelia per didelį stresą	1,95±1,8	1,75±1,5	0,316
Dirbant su pacientais man lengvai pavyksta sukurti aplinką be įtampos	3,12±2,1	3,43±1,9	0,446

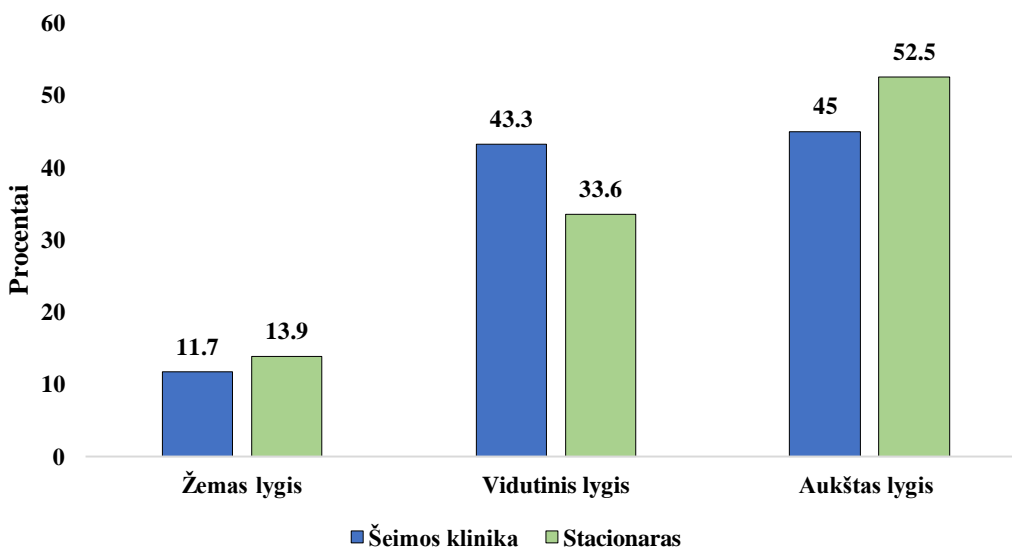
Analizuojant asmeninių pasiekimų subskalę sudarančių teiginių vertinimą nustatyta, kad šeimos klinikoje dirbantys slaugytojai statistiškai reikšmingai dažniau emocines problemas darbe sprendė labai ramiai (4,22±1,9 balai), nei stacionare dirbantys slaugytojai (3,54±1,8 balai) (p<0,05). Tai rodo, kad šeimos klinikoje dirbantys slaugytojai rečiau patiria perdegimą. Kitų asmeninius pasiekimus atspindinčių teiginių vertinimas padaliniuose nesiskyrė statistiškai reikšmingai (p>0,05) (6 lentelė).

6 Lentelė. Asmeninių pasiekimų subskalės teiginių vertinimo palyginimas (m±SN)

Asmeniniai pasiekimai, teiginiai	Padalinys		p
	Šeimos klinika	Stacionaras	
Po tiesioginio darbo su savo pacientais jaučiuosi pakylėtas	3,52±2,0	3,22±2,1	0,365
Šiame darbe esu įgyvendinęs daug vertingų dalykų	2,77±1,7	2,35±2,0	0,112
Jaučiuosi tarsi būčiau pasiekęs savo jėgų ir kantrybės ribas	1,97±1,8	2,41±1,9	0,139
Emocines problemas darbe sprendžiu labai ramiai	4,22±1,9	3,54±1,8	<b>0,020</b>
Jaučiu, kad pacientai mane kaltina dėl kai kurių savo problemų	1,05±1,4	1,20±1,7	0,838

Pagal perdegimo klausimyno metodiką nustatytas kiekvieno klausimyną sudarančių subskalių lygis.

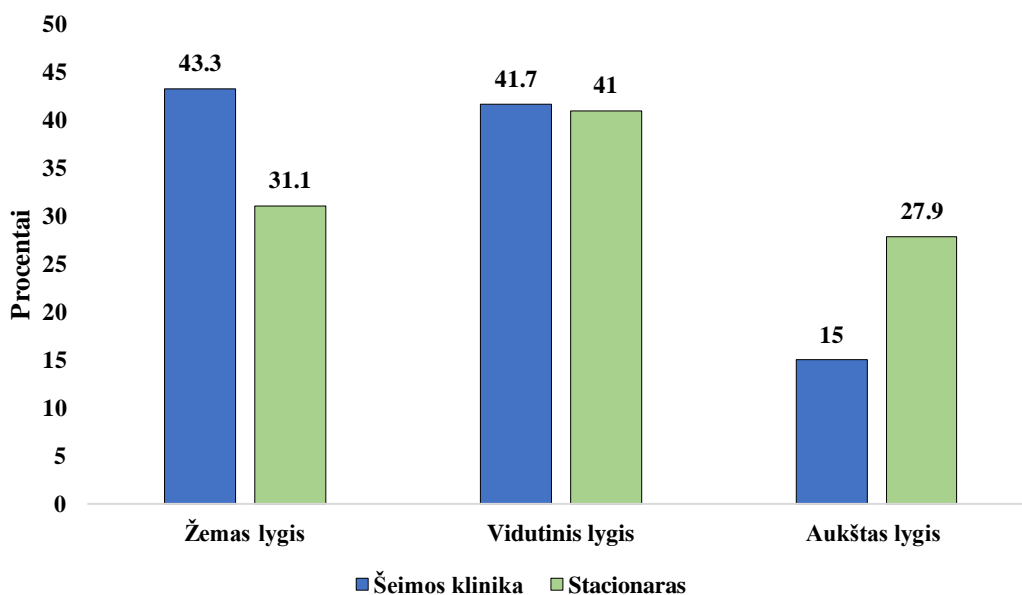
Gauti rezultatai parodė, kad maždaug pusei abiejuose padaliniuose dirbančių slaugytojų būdingas aukštas emocinio išsekimo lygis - 45,0 proc. (n=27) šeimos klinikoje dirbančių slaugytojų bei 52,5 proc. (n=64) stacionare dirbančių slaugytojų. Tai rodo, kad apklausti slaugytojai jaučia perdegimą. Žemas emocinio išsekimo lygis būdingas daugiau kaip dešimtdaliui abiejose padaliniuose dirbančių respondentų – 11,7 proc. (n=7) ir 13,9 proc. (n=17) stacionare dirbančių slaugytojų. Emocinio išsekimo lygis priklausomai nuo slaugytojų darbo padalinio nesiskyrė statistiškai reikšmingai ( $p>0,05$ ) (1 pav.).



$$\chi^2=1,64, p=0,441$$

1 pav. Emocinio išsekimo lygio palyginimas padaliniuose (N=182)

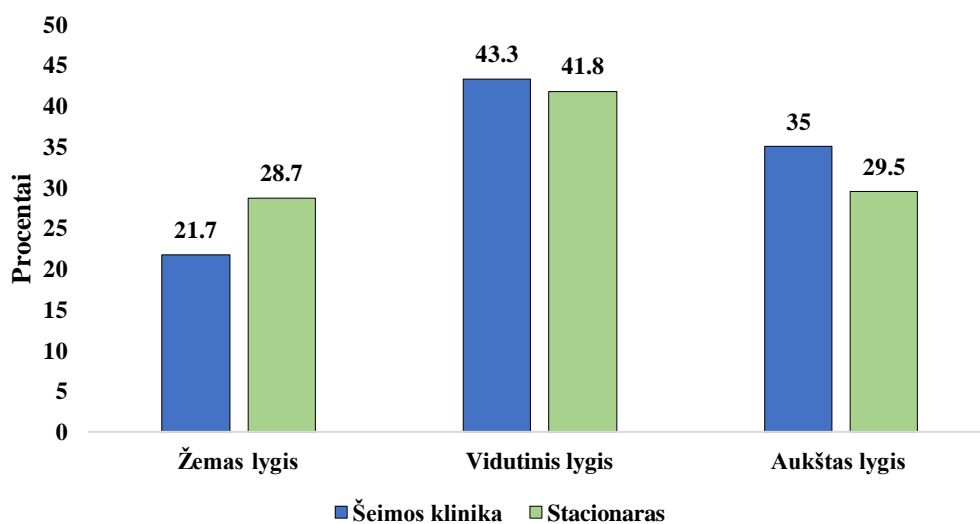
Tyrimo metu nustatyta, kad depersonalizacijos lygis priklausomai nuo darbo padalinio skyrėsi statistiškai reikšmingai. Aukštas depersonalizacijos lygis statistiškai reikšmingai dažniau būdingas stacionare dirbantiems slaugytojams (27,9 proc., n=34), nei dirbantiems šeimos klinikoje (15,0 proc., n=9) ( $p<0,05$ ) (2 pav.).



$\chi^2=4,92$ , **p=0,038**; \*- p<0,05, lyginant su šeimos klinikos slaugytojais (z testas)

2 pav. Depersonalizacijos lygio palyginimas padaliniuose (N=182)

Analizuojant slaugytojų asmeninių pasiekimų lygį skirtinguose padaliniuose statistiškai reikšmingo skirtumo nenustatyta ( $p>0,05$ ). Rezultatai parodė, kad beveik pusei abiejų padalinių respondentų būdingas vidutinis asmeninių pasiekimų lygis – 43,3 proc. (n=26) šeimos klinikoje dirbančių slaugytojų bei 41,8 proc. (n=51) stacionare dirbančių slaugytojų (3 pav.).



$\chi^2=1,16$ , p=0,559

3 pav. Asmeninių pasiekimų lygio palyginimas padaliniuose (N=182)

Tyrimo metu palygintas perdegimo lygis atskiruose padaliniuose priklausomai nuo juose dirbančių slaugytojų socialinių ir demografinių charakteristikų. Palyginimai pagal lytį neatlikti dėl mažos vyrų imties, palyginimai pagal darbo pamainą neatlikti, nes šeimos klinikoje slaugytojai dirbo tik dieninėje pamainoje.

Gauti rezultatai parodė, kad 36-55 metų (50,0 proc., n=10) bei vyresniems nei 55 metų šeimos klinikos slaugytojams (57,9 proc., n=11) statistiškai reikšmingai dažniau būdingas aukšto lygio emocinis išsekimas, nei 35 metų ir jaunesniems kolegoms (28,6 proc., n=6) ( $p<0,05$ ). Galima daryti prielaidas, kad taip yra todėl, kad vyresni slaugytojai jau greičiau pavargsta, o be to vyresni darbuotojai jau turi ilgametę patirtį dirbant slaugytojais, kas lemia jų perdegimą šio srityje. Nustatyta, kad įgijusiems aukštesnį išsilavinimą šeimos klinikos slaugytojams statistiškai reikšmingai dažniau būdingas aukštas emocinio išsekimo lygis (57,6 proc., n=19), nei įgijusiems aukštą išsilavinimą (29,6 proc., n=8) ( $p<0,05$ ). Turintiems didesnę nei 20 metų darbo patirtį šeimos klinikos slaugytojams statistiškai reikšmingai dažniau nustatytas aukštas emocinio išsekimo lygis (58,3 proc., n=14), nei kolegoms, dirbantiems 5 metus ar trumpiau (29,4 proc., n=5) ( $p<0,05$ ). Paaikėjo, kad emocinio išsekimo lygis priklausomai nuo darbo krūvio skyrėsi statistiškai reikšmingai abiejose padaliniuose. Dirbantiems mažesniu nei 1 etato krūviu statistiškai reikšmingai dažniau būdingas vidutinio lygio emocinis išsekimas tiek tarp šeimos klinikos slaugytojų (60,0 proc., n=6), tiek tarp stacionaro slaugytojų (53,8 proc., n=7), palyginus su abiejuose padaliniuose dirbančiais didesniu nei 1 etato krūviu kolegomis ( $p<0,05$ ). Galima daryti prielaidas, kad taip yra todėl, kad mažesniu nei 1 etato krūviu dirbantys slaugytojai, turi didesnę krūvį, nes turi darbus atlikti greičiau dėl trumpesnio darbo laiko (7 lentelė).

7 Lentelė. Emocinio išsekimo lygio palyginimas pagal slaugytojų socialines ir demografines charakteristikas padaliniuose (N=182)

Charakteristikos	Šeimos klinika			Stacionaras		
	Emocinio išsekimo lygis			Emocinio išsekimo lygis		
	Žemas	Vidutinis	Aukštas	Žemas	Vidutinis	Aukštas
<b>Amžius</b>						
≤35 metai	7 (33,3)	8 (38,1)	6 (28,6) <sup>a</sup>	4 (11,8)	8 (23,5)	22 (64,7)
36-55 metai	0	10 (50,0)	10 (50,0) <sup>b</sup>	4 (8,7)	22 (47,8)	20 (43,5)
>55 metai	0	8 (42,1)	11 (57,9) <sup>b</sup>	9 (21,4)	11 (26,2)	22 (52,4)
<b>χ<sup>2</sup>; p</b>		15,42; <b>0,004</b>			8,88; 0,064	
<b>Šeiminė padėtis</b>						
Susituokę / gyv. su partneriu	2 (5,9)	19 (55,9)	13 (38,2)	7 (9,5)	27 (36,5)	40 (54,1)
Vieniši	5 (19,2)	7 (26,9)	14 (53,8)	10 (20,8)	14 (29,2)	24 (50,0)
<b>χ<sup>2</sup>; p</b>		5,90; 0,052			3,26; 0,196	
<b>Išsilavinimas</b>						
Aukštesnysis	0	14 (42,4)	19 (57,6) <sup>a</sup>	7 (10,3)	27 (39,7)	34 (50,0)
Aukštasis	7 (25,9)	12 (44,4)	8 (29,6) <sup>b</sup>	10 (18,5)	14 (25,9)	30 (55,6)
<b>χ<sup>2</sup>; p</b>		11,15; <b>0,004</b>			3,34; 0,188	
<b>Darbo stažas</b>						
≤5 metai	7 (41,2)	5 (29,4)	5 (29,4) <sup>a</sup>	3 (13,0)	8 (34,8)	12 (52,2)
6-20 metų	0	10 (55,6)	8 (44,4) <sup>ab</sup>	4 (12,1)	10 (30,3)	19 (57,6)
>20 metų	0	10 (41,7)	14 (58,3) <sup>b</sup>	10 (15,2)	23 (34,8)	33 (50,0)
<b>χ<sup>2</sup>; p</b>		20,54; <b>&lt;0,001</b>			0,55; 0,969	
<b>Darbo krūvis</b>						
<1 etato	1 (10,0)	6 (60,0) <sup>a</sup>	3 (30,0)	0	7 (53,8) <sup>a</sup>	6 (46,2)
1 etatas	0	16 (45,7) <sup>ab</sup>	19 (54,3)	12 (16,7)	28 (38,9) <sup>ab</sup>	32 (44,4)
>1 etato	6 (40,0)	4 (26,7) <sup>b</sup>	5 (33,3)	5 (13,5)	6 (16,2) <sup>b</sup>	26 (70,3)
<b>χ<sup>2</sup>; p</b>		17,70; <b>0,001</b>			10,93; <b>0,027</b>	

<sup>ab</sup> – statistiškai reikšmingi skirtumai grupėse (z testas)

Analizuojant skirtinguose padaliniuose dirbančių slaugytojų depersonalizacijos lygį priklausomai nuo jų socialinių ir demografinių charakteristikų, nustatyta, kad statistiškai reikšmingai dažniau 36-55 metų amžiaus slaugytojams, dirbantiems šeimos klinikoje, nustatytas aukštas depersonalizacijos lygis (40,0 proc., n=8), palyginus su 35 metų ir jaunesniais slaugytojais (4,8 proc., n=1) ( $p<0,05$ ). Paaiškėjo, kad aukštesnį išsilavinimą įgijusiems šeimos klinikoje dirbantiems slaugytojams statistiškai reikšmingai dažnesnis aukštas depersonalizacijos lygis (30,3 proc., n=10), nei aukštą išsilavinimą įgijusiems jų kolegoms (7,4 proc., n=5) ( $p<0,05$ ). Gauti rezultatai parodė, kad 5 metus ar trumpiau šeimos klinikoje dirbantiems slaugytojams nebūdingas aukštas depersonalizacijos lygis, tačiau beveik pusei 6-20 metų šeimos klinikoje dirbančių slaugytojų jau nustatytas aukštas depersonalizacijos lygis (44,4 proc., n=8) ( $p<0,05$ ). Stacionare dirbančių slaugytojų depersonalizacijos lygis priklausomai nuo jų socialinių ir demografinių charakteristikų nesiskyrė statistiškai reikšmingai ( $p>0,05$ ) (8 lentelė).

8 Lentelė. Depersonalizacijos lygio palyginimas pagal slaugytojų socialines ir demografines charakteristikas padaliniuose (N=182)

Charakteristikos	Šeimos klinika			Stacionaras		
	Depersonalizacijos lygis			Depersonalizacijos lygis		
	Žemas	Vidutinis	Aukštas	Žemas	Vidutinis	Aukštas
<b>Amžius</b>						
≤35 metai	8 (38,1)	12 (57,1)	1 (4,8) <sup>a</sup>	9 (26,5)	17 (50,0)	8 (23,5)
36-55 metai	8 (40,0)	4 (20,0)	8 (40,0) <sup>b</sup>	12 (26,1)	20 (43,5)	14 (30,4)
>55 metai	8 (42,1)	8 (42,1)	3 (15,8) <sup>ab</sup>	17 (40,5)	20 (31,0)	12 (28,6)
<b>χ<sup>2</sup>; p</b>	10,21; <b>0,037</b>			3,91; 0,418		
<b>Šeiminė padėtis</b>						
Susituokę / gyv. su partneriu	17 (50,0)	12 (35,3)	5 (14,7)	21 (28,4)	35 (47,3)	18 (24,3)
Vieniši	7 (26,9)	12 (46,2)	7 (26,9)	17 (35,4)	15 (31,3)	16 (33,3)
<b>χ<sup>2</sup>; p</b>	3,50; 0,174			3,14; 0,208		
<b>Išsilavinimas</b>						
Aukštesnysis	14 (42,4)	9 (27,3)	10 (30,3) <sup>a</sup>	18 (26,5)	28 (41,2)	22 (32,4)
Aukštasis	10 (37,0)	15 (55,6)	5 (7,4) <sup>b</sup>	20 (37,0)	22 (40,7)	12 (22,2)
<b>χ<sup>2</sup>; p</b>	6,97; <b>0,031</b>			2,19; 0,335		
<b>Darbo stažas</b>						
≤5 metai	8 (47,1)	9 (52,9)	0 <sup>a</sup>	7 (30,4)	13 (56,5)	3 (13,0)
6-20 metų	5 (27,8)	5 (27,8)	8 (44,4) <sup>b</sup>	11 (33,3)	13 (39,4)	9 (27,3)
>20 metų	11 (45,8)	9 (37,5)	4 (16,7) <sup>ab</sup>	20 (30,3)	24 (36,4)	9 (27,3)
<b>χ<sup>2</sup>; p</b>	11,27; <b>0,024</b>			4,31; 0,365		
<b>Darbo krūvis</b>						
<1 etato	3 (30,0)	5 (50,0)	2 (20,0)	4 (30,8)	7 (53,8)	2 (15,4)
1 etatas	16 (45,7)	11 (31,4)	8 (22,9)	25 (34,7)	32 (44,4)	15 (20,8)
>1 etato	5 (33,3)	8 (53,3)	2 (13,3)	9 (24,3)	11 (29,7)	17 (45,9)
<b>χ<sup>2</sup>; p</b>	2,74; 0,603			9,07; 0,059		

<sup>ab</sup> – statistiškai reikšmingi skirtumai grupėse (z testas)

Tyrimo metu palygintas skirtinguose padaliniuose dirbančių slaugytojų asmeninių pasiekimų lygis atsižvelgiant į socialines ir demografines charakteristikas. Gauti rezultatai parodė, kad vieniši slaugytojai statistiškai reikšmingai dažniau turėjo aukšto lygio asmeninių pasiekimų (53,8 proc., n=14), nei susituokę ar su partneriu gyvenantys kolegos (20,6 proc., n=7) ( $p < 0,05$ ). Taip yra todėl, kad vieniši darbuotojai turi daugiau laiko didinti savo asmeninius pasiekimus. Paaiškėjo, kad aukštesnį išsilavinimą įgijusių šeimos klinikos slaugytojų asmeninių pasiekimų lygis buvo statistiškai reikšmingai dažniau vidutinis (51,5 proc., n=17), nei aukštą išsilavinimą įgijusių slaugytojų (14,8 proc., n=4) ( $p < 0,05$ ). Statistiškai reikšmingai dažniau aukštas asmeninių pasiekimų lygis buvo būdingas ilgiau nei 20 metų dirbantiems tiek šeimos klinikos (58,3 proc., n=14), tiek stacionaro slaugytojams (37,9 proc., n=25), lyginant su jų kolegomis, dirbančiais 5 metus ar trumpiau ( $p < 0,05$ ). Taip yra todėl, kad ilgai dirbantys darbuotojai turėjo daugiau galimybių pasiekimas. (9 lentelė).

9 Lentelė. Asmeninių pasiekimų lygio palyginimas pagal slaugytojų socialines ir demografines charakteristikas padaliniuose (N=182)

Charakteristikos	Šeimos klinika			Stacionaras		
	Asmeninių pasiekimų lygis			Asmeninių pasiekimų lygis		
	Žemas	Vidutinis	Aukštas	Žemas	Vidutinis	Aukštas
<b>Amžius</b>						
≤35 metai	5 (23,8)	13 (61,9)	3 (14,3)	12 (35,3)	14 (41,2)	8 (23,5)
36-55 metai	5 (25,0)	8 (40,0)	8 (40,0)	13 (28,3)	17 (37,0)	16 (34,8)
>55 metai	3 (15,8)	5 (26,3)	11 (57,9)	10 (23,8)	20 (47,6)	12 (28,6)
$\chi^2$ ; p	8,86; 0,065			2,33; 0,676		
<b>Šeimtinė padėtis</b>						
Susituokę / gyv. su partneriu	8 (23,5)	19 (55,9)	7 (20,6) <sup>a</sup>	24 (32,4)	28 (37,8)	22 (29,7)
Vieniši	5 (19,2)	7 (26,9)	14 (53,8) <sup>b</sup>	11 (22,9)	23 (47,9)	14 (29,2)
$\chi^2$ ; p	7,63; <b>0,022</b>			1,63; 0,443		
<b>Išsilavinimas</b>						
Aukštesnysis	5 (15,2)	17 (51,5) <sup>a</sup>	11 (33,3)	17 (25,0)	28 (41,2)	23 (33,8)
Aukštasis	8 (29,6)	4 (14,8) <sup>b</sup>	15 (55,6)	18 (33,3)	23 (42,6)	13 (24,1)
$\chi^2$ ; p	8,84; <b>0,012</b>			1,71; 0,425		
<b>Darbo stažas</b>						
≤5 metai	4 (23,5)	11 (64,7)	2 (11,8) <sup>a</sup>	6 (26,1)	13 (56,5)	4 (17,4) <sup>a</sup>
6-20 metų	4 (22,2)	9 (50,0)	5 (27,8)	15 (45,5)	11 (33,3)	7 (21,2)
>20 metų	5 (20,8)	5 (20,8)	14 (58,3) <sup>b</sup>	14 (21,2)	27 (40,9)	25 (37,9) <sup>b</sup>
$\chi^2$ ; p	11,42; <b>0,022</b>			9,83; <b>0,043</b>		
<b>Darbo krūvis</b>						
<1 etato	2 (20,0)	6 (60,0)	2 (20,0)	2 (15,4)	7 (53,8)	4 (30,8)
1 etatas	7 (20,0)	14 (40,0)	14 (40,0)	24 (33,3)	33 (45,8)	15 (20,8)
>1 etato	4 (26,7)	6 (40,0)	5 (33,3)	9 (24,3)	11 (29,7)	17 (45,9)

$\chi^2; p$	1,91; 0,753	8,84; 0,065
-------------	-------------	-------------

<sup>ab</sup> – statistiškai reikšmingi skirtumai grupėse (z testas)

Tyrimo metu nustatyta, kad slaugytojo profesiją vėl rinkęsi 65,4 proc. (n=119) respondentų. Binarinės logistinės regresijos metodu buvo analizuota slaugytojo profesijos pasirinkimo galimybė priklausomai nuo perdegimo. Priklausomu kintamuoju pasirinkti atsakymai į klausimą „Ar dar kartą rinktumėtės slaugytojos specialybę“ ir laikyta, kad požymis yra, jei respondentai pasirinko atsakymą „Taip“, požymio nėra, jei pasirinko atsakymą „Ne“. Gauti rezultatai parodė, kad aukštesnio lygio emocinis išsekimas dvigubai mažino galimybę, kad slaugytojai dar kartą rinkęsi šią profesiją (GS=0,50, p<0,05). Tačiau aukštesnio lygio asmeniniai pasiekimai beveik du kartus didino galimybę, kad dar kartą būtų pasirinkta slaugytojo profesija (GS=1,99, p<0,05). Depersonalizacijos lygis neturėjo statistiškai reikšmingos įtakos slaugytojų nuomonei apie pakartotinį šios profesijos pasirinkimą (p>0,05).

10 Lentelė. Nuomonės dėl pakartotinio slaugytojo profesijos pasirinkimo priklausomybė nuo perdegimo lygio (binarinė logistinė regresija)

Profesinio perdegimo subskalės	B	GS	95 proc. PI	p
Emocinis išsekimas	-0,69	0,50	0,29-0,87	<b>0,014</b>
Depersonalizacija	-0,29	0,75	0,47-1,19	0,222
Asmeniniai pasiekimai	0,75	1,99	1,15-3,44	<b>0,023</b>

Apibendrinant galima teigti, kad maždaug pusei šeimos klinikos ir stacionaro slaugytojų būdingas aukštas emocinio išsekimo lygis ir vidutinis asmeninių pasiekimų lygis. Aukštas emocinio išsekimo lygis rodo, kad slaugytojai linkę jausti perdegimą. Stacionare dirbančių slaugytojų depersonalizacijos lygis buvo aukštesnis nei dirbančių šeimos klinikoje, o taip yra todėl, kad stacionare dirbančių slaugytojų darbo sąlygos sudėtingesnės. Aukštesnis emocinio išsekimo lygis nustatytas šeimos klinikoje dirbantiems vyresniems nei 55 metų, įgijusiems aukštesnį išsilavinimą, didesnę nei 20 metų darbo stažą turintiems slaugytojams. Taip yra todėl, kad jie daug metų dirbdami jau pavargę nuo savo darbo ir yra perdegę. Abiejuose padaliniuose dirbančių ir didesnę nei 20 metų darbo patirtį turinčių slaugytojų asmeninių pasiekimų lygis buvo aukštesnis, nei dirbančių trumpiau. Taip yra todėl, kad ilgametę patirtį turintys slaugytojai turėjo daugiau galimybių asmeniniams pasiekimams. Emocinis išsekimas mažino galimybę, kad slaugytojai vėl rinkęsi šią profesiją, tačiau tokio pasirinkimo galimybę didino asmeniniai pasiekimai.

### 2.2.2. Žalingų įpročių paplitimo tarp šeimos klinikų ir stacionaro slaugytojų vertinimas

Tyrimo metu analizuoti šeimos klinikoje ir stacionare dirbančių slaugytojų žalingi įpročiai. Pakankamas miegas - ypatingai svarbi funkcija dirbant atsakingą slaugytojo darbą. Nustatyta, kad tiriamieji miegojo vidutiniškai 7,07±1,3 valandas per parą. Šeimos klinikoje dirbantys miegojo vidutiniškai 6,87±1,3 valandas, stacionare dirbantys – vidutiniškai 7,17±1,3 valandas per parą. Miego trukmės skirtumas palyginus pagal padalinius nebuvo statistiškai reikšmingas ( $p>0,05$ ).

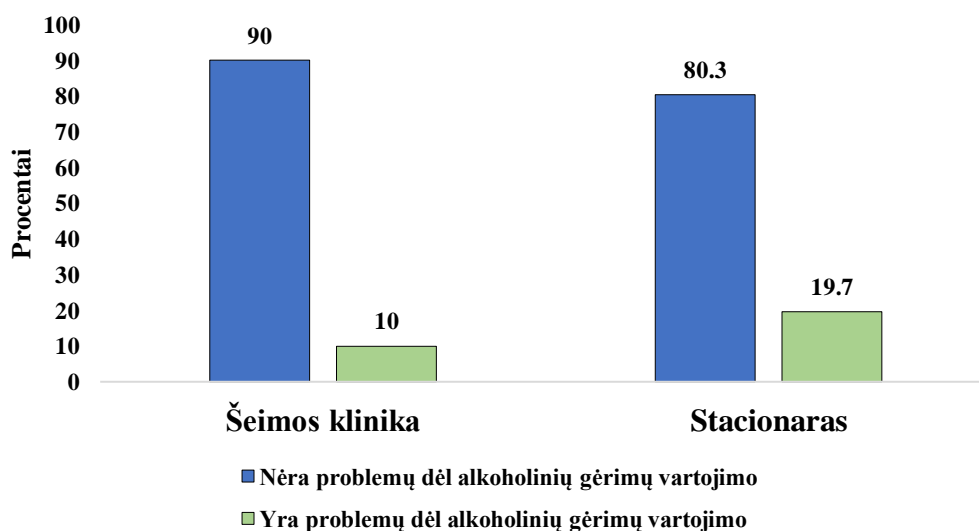
Atliekant tyrimą buvo siekiama išsiaiškinti kaip dažnai slaugytojai po darbo atsipalaiduoja įvairiais būdais. Gauti rezultatai parodė, kad šeimos klinikoje dirbantys slaugytojai statistiškai reikšmingai dažniau laisvalaikiu skaito ne medicininę literatūrą (38,3 proc.,  $n=23$ ), nei dirbantys stacionare (18,9 proc.,  $n=23$ ) ( $p<0,05$ ). Tačiau stacionare dirbantys slaugytojai statistiškai reikšmingai dažniau kas dieną po darbo žiūrėjo televizorių ar naudojami išmaniosiomis technologijomis (91,0 proc.,  $n=111$ ) bei kas dieną rūkė (40,2 proc.,  $n=49$ ), palyginus su šeimos klinikoje dirbančiais slaugytojais ( $p<0,05$ ). Galima daryti prielaidas, kad stacionaro darbuotojai dažniau jaučia perdegimą, todėl norėdami pailsėti, jie dažniau imasi žalingų įpročių, o ypač rūkymo. Kitų atsipalaidavimo po darbo būdų taikymo dažnis priklausomai nuo padalinio nesiskyrė statistiškai reikšmingai ( $p>0,05$ ) (11 lentelė).

11 Lentelė. Tyrimo dalyvių taikomų atsipalaidavimo po darbo būdų dažnis priklausomai nuo darbo padalinio (N=182)

Atsipalaidavimo po darbo būdai	Dažnis	Padalinys, n (proc.)		$\chi^2$ ; p
		Šeimos klinika (n=60)	Stacionaras (n=122)	
Skaito ne medicininę literatūrą	Kas dieną	23 (38,3) <sup>a</sup>	23 (18,9) <sup>b</sup>	9,15; <b>0,010</b>
	Retkarčiais	28 (46,7)	83 (68,0)	
	Niekada	9 (15,0)	16 (13,1)	
Žiūri televizorių, naudojami IT	Kas dieną	46 (76,7) <sup>a</sup>	111 (91,0) <sup>b</sup>	10,84; <b>0,004</b>
	Retkarčiais	8 (13,3)	10 (8,2)	
	Niekada	6 (10,0)	1 (0,8)	
Sportuoja	Kas dieną	12 (20,0)	19 (15,6)	0,56; 0,756
	Retkarčiais	36 (60,0)	77 (63,1)	
	Niekada	12 (20,0)	26 (21,3)	
Klauso muzikos	Kas dieną	33 (55,0)	72 (59,0)	0,83; 0,660
	Retkarčiais	19 (31,7)	39 (32,0)	
	Niekada	8 (13,3)	11 (9,0)	
Valgo daugiau nei įprastai	Kas dieną	14 (23,3)	41 (33,6)	2,09; 0,352
	Retkarčiais	29 (48,3)	53 (43,4)	
	Niekada	17 (28,3)	28 (23,0)	
Leidžia laiką su šeima, draugais	Kas dieną	30 (50,0)	59 (48,4)	0,60; 0,743
	Retkarčiais	25 (41,7)	56 (45,9)	
	Niekada	5 (8,3)	7 (5,7)	
Susikaupusią įtampą išlieja ant artimųjų	Kas dieną	1 (1,7)	7 (5,7)	3,99; 0,136
	Retkarčiais	21 (35,0)	55 (45,1)	

	Niekada	38 (63,3)	60 (49,2)	
Vartoja alkoholinius gėrimus	Kas dieną	4 (6,7)	3 (2,5)	3,05;
	Retkarčiais	33 (55,0)	80 (65,6)	0,217
	Niekada	23 (38,3)	39 (32,0)	
Rūko	Kas dieną	13 (21,7) <sup>a</sup>	49 (40,2) <sup>b</sup>	6,33;
	Retkarčiais	4 (6,7)	8 (6,6)	<b>0,042</b>
	Niekada	43 (71,7)	65 (53,3)	
Vartoja narkotikus	Retkarčiais	4 (6,7)	4 (3,3)	2,39;
	Niekada	56 (93,3)	118 (96,7)	0,302
Vartoja raminamuosius, migdomuosius medikamentus	Kas dieną	0	1 (0,8)	1,60;
	Retkarčiais	19 (31,7)	48 (39,3)	0,449
	Niekada	41 (68,3)	73 (59,8)	
Žaidžia azartinius žaidimus	Retkarčiais	6 (10,0)	9 (7,4)	0,37;
	Niekada	54 (90,0)	113 (92,6)	0,545
Užsiima kūrybine veikla	Kas dieną	0	3 (2,5)	3,86;
	Retkarčiais	24 (40,0)	62 (50,8)	0,145
	Niekada	36 (60,0)	57 (46,7)	

Tyrimo metu pagal CAGE klausimyno metodiką nustatyta, kad dešimtdalis šeimos klinikoje (10,0 proc., n=6) bei beveik penktadalis stacionare dirbančių slaugytojų (19,7 proc., n=24) turėjo problemų, susijusių su alkoholio vartojimu. Kadangi stacionare dirbantys slaugytojai dažniau jaučia perdegimą jie ir dažniau vartojo alkoholį, o tai rodo, kad žalingi įpročiai gali sietis su perdegimu. Tačiau problemų dėl alkoholio buvimo skirtumas padaliniuose nebuvo statistiškai reikšmingas ( $p>0,05$ ) (4 pav.).

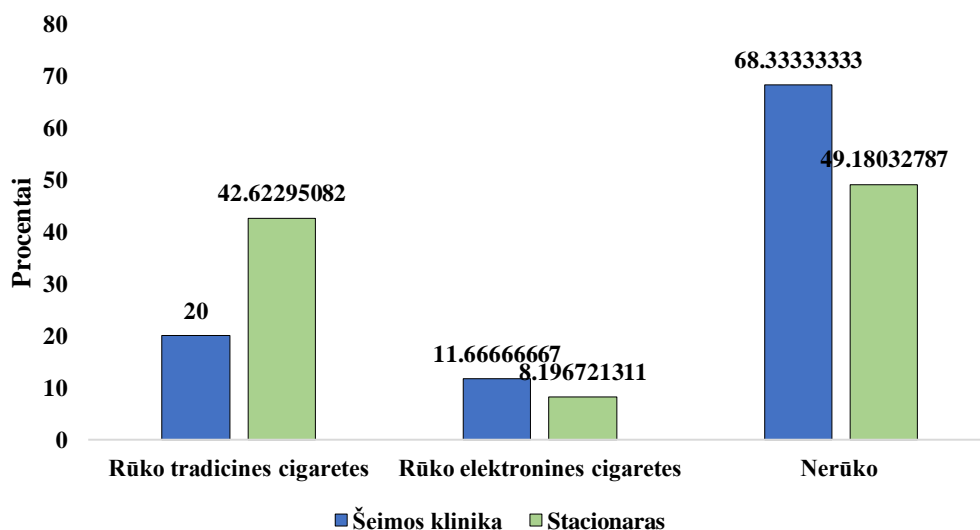


$$\chi^2=2,73, p=0,098$$

4 pav. Tyrimo dalyvių problemų dėl alkoholio vartojimo palyginimas priklausomai nuo darbo padalinio (N=182)

Tyrimo rezultatai parodė, kad beveik pusė slaugytojų rūkė (44,5 proc., n=81). Nustatyta, kad stacionare dirbantys slaugytojai statistiškai reikšmingai dažniau rūkė įprastas cigaretes (42,6 proc., n=52), nei dirbantys šeimos klinikoje (20,0 proc., n=12) ( $p<0,05$ ). Kadangi stacionare dirbantys

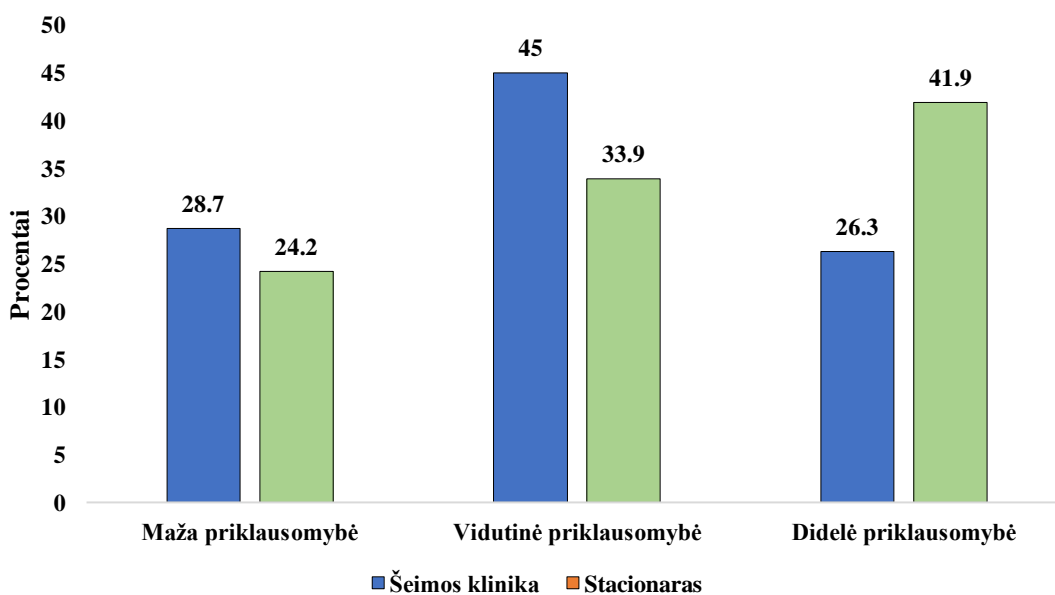
slaugytojai dažniau jaučia perdegimą jie ir dažniau rūko, o tai rodo, kad žalingi įpročiai gali sietis su perdegimu. Nerūkančių visiškai slaugytojų daugiau dirbo šeimos klinikoje (68,3 proc., n=41), nei stacionare (49,2 proc., n=60), tačiau nerūkančių slaugytojų skirtumas padaliniuose nebuvo statistiškai reikšmingas ( $p>0,05$ ) (5 pav.).



$\chi^2=7,70$ ,  $p=0,021$ ; \*-  $p<0,05$ , lyginant su šeimos klinikos slaugytojais (z testas)

5 pav. Tyrimo dalyvių rūkymo įpročių palyginimas priklausomai nuo darbo padalinio (N=182)

Pagal Fagerstrom testo metodiką tyrimo metu buvo nustatyta rūkančių slaugytojų nikotino priklausomybės stiprumas. Gauti rezultatai parodė, kad stacionare dirbantys rūkantys slaugytojai statistiškai reikšmingai dažniau turėjo didelę priklausomybę nikotinui (41,9 proc., n=26), nei dirbantys šeimos klinikoje (26,3 proc., n=5) ( $p<0,05$ ) (6 pav.).



$\chi^2=4,82$ ,  $p=0,048$ ; \*-  $p<0,05$ , lyginant su šeimos klinikos slaugytojais (z testas)

6 pav. Rūkančių tyrimo dalyvių priklausomybės nikotinui palyginimas priklausomai nuo darbo padalinio (N=81)

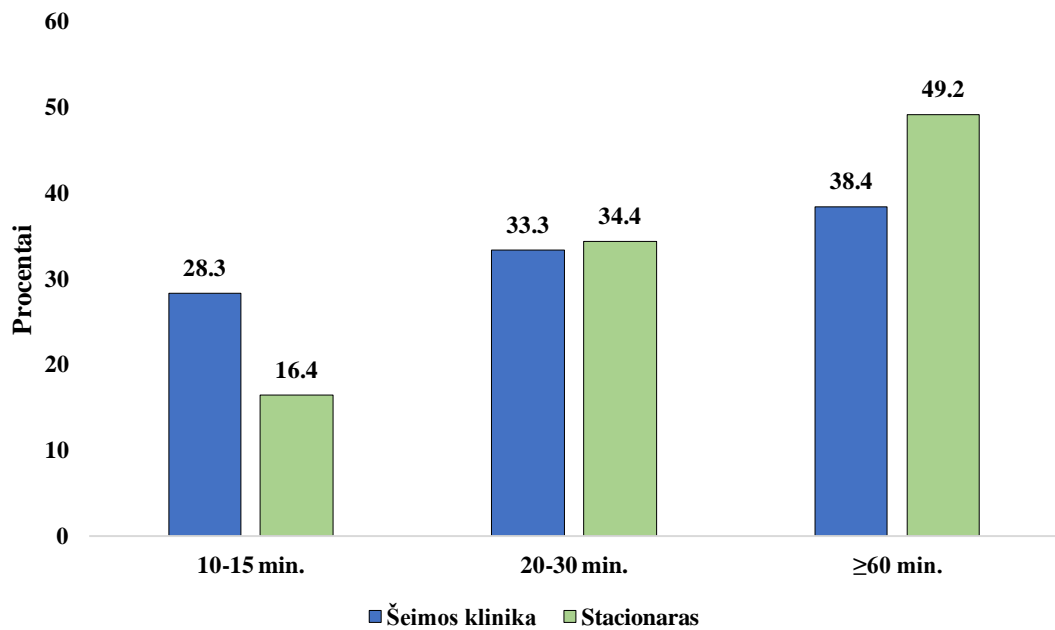
Tyrimo metu nustatyta, kad šeimos klinikoje dirbantys slaugytojai statistiškai reikšmingai dažniau valgė nesveiką maistą - bulvių traškučius (46,7 proc., n=28), picą (41,7 proc., n=25), mėsainius (38,3 proc., n=23) bei dešrainius (36,7 proc., n=22), palyginus su stacionare dirbančiais slaugytojais ( $p < 0,05$ ). Saldžių kepinų valgymo įpročiai padaliniuose nesiskyrė statistiškai reikšmingai ( $p > 0,05$ ) (12 lentelė).

12 Lentelė. Tyrimo dalyvių nesveiko maisto vartojimo įpročiai priklausomai nuo darbo padalinio (N=182)

Nesveikas maistas	Valgymo dažnis	Padalinys, n (proc.)		$\chi^2$ ; p
		Šeimos klinika (n=60)	Stacionaras (n=122)	
Saldūs kepiniai	Niekada / retai	23 (38,3)	40 (32,8)	0,55;
	Dažnai / labai dažnai	37 (61,7)	82 (67,2)	0,460
Bulvių traškučiai	Niekada / retai	32 (53,3)	93 (76,2)	9,80;
	Dažnai / labai dažnai	28 (46,7)	29 (23,8)	<b>0,002</b>
Pica	Niekada / retai	35 (58,3)	89 (73,0)	3,96;
	Dažnai / labai dažnai	25 (41,7)	33 (27,0)	<b>0,047</b>
Mėsainiai	Niekada / retai	37 (61,7)	99 (81,1)	8,08;
	Dažnai / labai dažnai	23 (38,3)	23 (18,9)	<b>0,004</b>
Dešrainiai	Niekada / retai	38 (63,3)	100 (82,0)	7,62;
	Dažnai / labai dažnai	22 (36,7)	22 (18,0)	<b>0,006</b>

Tyrimo rezultatai parodė, kad kompiuterinius žaidimus žaidė trečdalis slaugytojų (35,2 proc., n=64), tačiau lyginant kompiuterinių žaidimų pomėgį priklausomai nuo padalinio, statistiškai reikšmingo skirtumo nenustatyta ( $p > 0,05$ ).

Lyginant skirtinguose padaliniuose dirbančių slaugytojų laiką, praleidžiamą naudojantis internetu, statistiškai reikšmingo skirtumo negauta ( $p > 0,05$ ), tačiau valandą ar ilgiau per parą internete naršė beveik pusė stacionare dirbančių slaugytojų (49,2 proc., n=60), dirbančių šeimos klinikoje – daugiau kaip trečdalis slaugytojų (38,4 proc., n=23) (7 pav.).



$$\chi^2=3,87, p=0,144$$

7 pav. Tyrimo dalyvių laiko, praleidžiamo internete, palyginimas priklausomai nuo darbo padalinio (N=182)

Apibendrinant galima teigti, kad šeimos klinikoje dirbantys slaugytojai po darbo dažniau atsipalaiduodavo skaitydami grožinę literatūrą, dirbantys stacionare – po darbo dažniau žiūrėjo televiziją, naudojami išmaniosiomis technologijomis ar rūkė. Dešimtadalis šeimos klinikoje bei penktadalis stacionare dirbančių slaugytojų turėjo problemų, susijusių su alkoholio vartojimu. Beveik pusė tyrime dalyvavusių slaugytojų rūkė, o beveik pusei stacionare dirbančių rūkančių slaugytojų nustatyta didelė priklausomybė nikotinui. Šeimos klinikoje dirbantys slaugytojai dažniau valgė nesveiką maistą - bulvių traškučius, picą, mėsainius, dešrainius. Tokie rezultatai dėl slaugytojų žalingų įpročių vartojimu rodo, kad stacionare dirbantys darbuotojai dažniau jaučia perdegimą, kas lemia jų žalingų įpročių vartojimą.

### 2.2.3. Perdegimo sindromo ir žalingų įpročių tarp stacionare ir šeimos klinikose dirbančių slaugytojų sąsajų vertinimas

Išanalizavus šeimos klinikoje ir stacionare dirbančių slaugytojų perdegimo sindromo paplitimą bei slaugytojų žalingus įpročius, vertintos sąsajos tarp šių veiksnių.

Ranginės koreliacijos metodu vertinant sąsajas tarp tyrimo dalyvių taikomų atsipalaidavimo po darbo būdų bei perdegimo sindromo gauta statistiškai reikšmingų silpnų koreliacijos koeficientų. Nustatyta, kad stiprėjant emociniam išsekimui yra skaitoma daugiau ne medicininės literatūros

( $r=0,221$ ,  $p<0,05$ ), dažniau sportuojama ( $r=0,264$ ,  $p<0,05$ ), daugiau nei įprastai valgoma ( $r=0,274$ ,  $p<0,05$ ). Tokie būdai leidžia slaugytojams pailsėti nuo darbo. Didėjant depersonalizacijos lygiui slaugytojai dažniau žiūri televizorių ar naudojami išmaniosiomis technologijomis ( $r=0,261$ ,  $p<0,05$ ), tačiau rečiau sportuoja ( $r=-0,205$ ,  $p<0,05$ ). Slaugytojai, turintys daugiau asmeninių pasiekimų, dažniau klauso muzikos ( $r=0,254$ ,  $p<0,05$ ), dažniau užsiima kūrybine veikla ( $r=0,155$ ,  $p<0,05$ ) (13 lentelė).

13 Lentelė. Tyrimo dalyvių taikomų atsipalaidavimo po darbo būdų bei perdegimo sindromo sąsajos (Spearman koreliacija)

Atsipalaidavimo po darbo būdai	Emocinis išsekimas	Depersonalizacija	Asmeniniai pasiekimai
Skaito ne medicininę literatūrą	0,221*	0,026	0,082
Žiūri televizorių, naudojami IT	0,060	0,261*	0,023
Sportuoja	0,264*	-0,205*	0,026
Klausoma muzikos	0,068	-0,030	0,254*
Valgo daugiau nei įprastai	0,274*	0,084	-0,059
Leidžia laiką su šeima, draugais	0,073	-0,138	0,071
Susikaupusią įtampą išlieja ant artimųjų	-0,101	-0,044	-0,047
Vartoja alkoholinius gėrimus	0,027	-0,037	-0,030
Rūko	-0,096	-0,125	-0,094
Vartoja narkotikus	0,017	-0,122	-0,087
Vartoja raminamuosius, migdomuosius medikamentus	-0,134	-0,114	-0,056
Žaidžia azartinius žaidimus	0,076	-0,038	-0,053
Užsiima kūrybine veikla	-0,108	-0,119	0,155*

\*-  $p<0,05$

Tyrimo metu vertintas slaugytojų perdegimo sindromo lygis priklausomai nuo alkoholinių gėrimų vartojimo ir dėl to atsiradusių problemų. Nustatyta, kad slaugytojai, neturėję problemų dėl alkoholinių gėrimų vartojimo statistiškai reikšmingai dažniau turėjo aukšto lygio asmeninių pasiekimų (34,2 proc.,  $n=52$ ), nei turėję problemų dėl alkoholinių gėrimų vartojimo (16,7 proc.,  $n=5$ ) ( $p<0,05$ ). Tai rodo, kad alkoholio vartojimas mažina slaugytojų darbo pasiekimus. Emocinio išsekimo bei depersonalizacijos lygmuo priklausomai nuo alkoholinių gėrimų vartojimo sukeltų problemų nesiskyrė statistiškai reikšmingai ( $p>0,05$ ) (14 lentelė).

14 Lentelė. Tyrimo dalyvių perdegimo sindromo lygis priklausomai nuo alkoholinių gėrimų vartojimo (N=182)

Perdegimo sindromo subskalės	Lygis	Alkoholinių gėrimų vartojimas, n (proc.)		$\chi^2$ ; p
		Nėra problemos (n=152)	Yra problema (n=30)	
Emocinis išsekimas	Žemas	18 (11,8)	6 (20,0)	2,35;
	Vidutinis	59 (38,8)	8 (26,7)	0,309
	Aukštas	75 (49,3)	16 (53,3)	
Depersonalizacija	Žemas	55 (36,2)	7 (23,3)	2,69;
	Vidutinis	58 (38,2)	16 (53,3)	0,261
	Aukštas	39 (25,7)	7 (23,3)	
Asmeniniai pasiekimai	Žemas	40 (26,3)	8 (26,7)	5,21;
	Vidutinis	60 (39,5)	17 (56,6)	<b>0,022</b>
	Aukštas	52 (34,2) <sup>a</sup>	5 (16,7) <sup>b</sup>	

Atliekant tyrimą vertintas tyrimo dalyvių perdegimo sindromo lygis priklausomai nuo rūkymo įpročių. Paaiškėjo, kad rūkantiems slaugytojams statistiškai reikšmingai dažniau nustatytas aukštas depersonalizacijos lygis (32,1 proc., n=26), nei nerūkantiems (19,8 proc., n=20) ( $p < 0,05$ ). Emocinio išsekimo bei asmeninių pasiekimų lygis priklausomai nuo slaugytojų rūkymo įpročių nesiskyrė statistiškai reikšmingai ( $p > 0,05$ ) (15 lentelė).

15 Lentelė. Tyrimo dalyvių perdegimo sindromo lygis priklausomai nuo rūkymo įpročių (N=182)

Perdegimo sindromo subskalės	Lygis	Rūkymas, n (proc.)		$\chi^2$ ; p
		Nerūko (n=101)	Rūko (n=81)	
Emocinis išsekimas	Žemas	15 (14,9)	9 (11,1)	0,80;
	Vidutinis	38 (37,6)	29 (35,8)	0,672
	Aukštas	48 (47,5)	43 (53,1)	
Depersonalizacija	Žemas	35 (34,7)	27 (33,3)	5,04;
	Vidutinis	46 (45,5)	28 (34,6)	<b>0,032</b>
	Aukštas	20 (19,8) <sup>a</sup>	26 (32,1) <sup>b</sup>	
Asmeniniai pasiekimai	Žemas	29 (28,7)	19 (23,5)	0,66;
	Vidutinis	41 (40,6)	36 (44,4)	0,720
	Aukštas	31 (30,7)	26 (32,1)	

Vertinant tyrime dalyvavusių slaugytojų nesveiko maisto vartojimo įpročių bei perdegimo sindromo sąsajas gauta statistiškai reikšmingų silpnų koreliacijos koeficientų. Slaugytojai, patiriantys stipresnį emocinį išsekimą, dažniau valgė saldžius kepinus ( $r=0,294$ ,  $p < 0,001$ ). Respondentai, turintys aukštesnių asmeninių pasiekimų darbe, taip pat dažniau valgė saldžius kepinus ( $r=0,298$ ,  $p < 0,001$ ), o taip pat ir bulvių traškučius ( $r=0,169$ ,  $p < 0,05$ ) bei dešrainius ( $r=0,171$ ,  $p < 0,05$ ). Tarp slaugytojų depersonalizacijos lygio bei nesveiko maisto vartojimo dažnio statistiškai reikšmingų sąsajų nenustatyta ( $p > 0,05$ ) (16 lentelė).

16 Lentelė. Tyrimo dalyvių nesveiko maisto vartojimo įpročių bei perdegimo sindromo sąsajos (Spearman koreliacija)

Nesveikas maistas	Emocinis išsekimas	Depersonalizacija	Asmeniniai pasiekimai
Saldūs kepiniai	0,294**	-0,031	0,298**
Bulvių traškučiai	0,130	0,014	0,169*
Pica	0,120	-0,050	0,136
Mėsainiai	0,143	-0,008	0,139
Dešrainiai	0,093	-0,014	0,171*

\*-  $p < 0,05$ ; \*\*-  $p < 0,001$

Apibendrinant galima teigti, kad stiprėjant emociniam išsekimui slaugytojai daugiau skaitė grožinės literatūros, dažniau sportavo, tačiau daugiau nei įprastai valgė. Tai rodo, kad žalingi įpročiai turi įtakos perdegimui. Didėjant depersonalizacijos lygiui slaugytojai dažniau žiūrėjo televizorių ar naudojami išmaniosiomis technologijomis. Slaugytojai, turėję aukštesnių asmeninių pasiekimų darbe rečiau patyrė dėl alkoholinių gėrimų vartojimo atsiradusių problemų, turėję aukštesnį depersonalizacijos lygį dažniau rūkė. Saldžiais kepiniais dažniau piktnaudžiavo patyrę stipresnį emocinį išsekimą bei turėję aukštesnių pasiekimų darbe.

### 2.3. Tyrimo rezultatų aptarimas

Atlikto tyrimo metu tiriamos slaugytojų perdegimo sindromo ir žalingų įpročių sąsajos. Atliekant tyrimą, pirmiausiai buvo vertinama perdegimo sindromo paplitimas tarp stacionaro ir šeimos klinikų slaugytojų. Siekiant nustatyti o perdegimo sindromo paplitimą tarp šeimos klinikos ir stacionaro slaugytojų naudotas C.Maslach ir S.E. Jackson sukurtas klausimynas. I. Uchmanowicz et al. (2019) tyrė slaugytojų perdegimą naudojant taip pat šį klausimyną. Minėtos autorės tyrimo rezultatai rodo, kad dėl kasdieninio darbo kintančiomis sąlygomis gali sukelti psichinį ir fizinį stresą ir paskatinti specialistų perdegimo sindromo išsivystymą.

J.K Tijdink et al. (2014) tyrime analizuojant perdegimą, ypatingas dėmesys skiriamas emociniam išsekimui, kuris traktuojamas kaip vienas pirmųjų to simptomų reiškiny. Šiame darbe atlikto tyrimo metu, paaiškėjo, kad maždaug pusei abiejuose padaliniuose dirbančių slaugytojų būdingas aukštas emocinio išsekimo lygis - 45,0 proc. šeimos klinikoje dirbančių slaugytojų bei 52,5 proc. (stacionare dirbančių slaugytojų. Tai rodo, kad apklausoje dalyvavę slaugytojai jaučia perdegimą. Perdegimą emociniame lygmenyje tarp Vengrijos slaugytojų pažymi ir, Piko ir kt.(2011). Ji-Wei Sun et al. (2017) atliktame savo tyrime taip pat akcentuoja emocinio krūvio reikšmingumą perdegimui.

I. Uchmanowicz et al. (2019) atliktas tyrimas rodo, kad aukštas išsilavinimo lygis turi įtakos perdegimo lygiui. Žmonės įgiję daugiau išsilavinimo, labiau tikisi iš savęs ir prisiima daugiau atsakomybės ir reiklesnes pareigas darbe. Šiame darbe atliktame tyrime, paaiškėjo, kad aukštesnį išsilavinimą įgijusių šeimos klinikos slaugytojų asmeninių pasiekimų lygis buvo statistiškai reikšmingai dažniau vidutinis), nei aukštą išsilavinimą įgijusių slaugytojų. Taip pat atlikti tyrimai rodo, kad ilgos 12 valandų pamainos ir nereguliarus darbas valandos laikomos rizikos veiksniais perdegimo vystymuisi (Qian J, Song B, Wang B., 2017).

L. Ru- Wenet et al. (2020) tyrime nustatyta, kad slaugytojos, turinčios aukštesnį slaugos lygį ir turinčios daugiau klinikinės situacijos patirties, turėjo didesnę asmeninio pasiekimo jausmą nei jų naujokų lygių kolegos. Taip pat ir šiame darbe atliktame tyrime paaiškėjo, kad statistiškai reikšmingai dažniau aukštas asmeninių pasiekimų lygis buvo būdingas ilgiau nei 20 metų dirbantiems tiek šeimos klinikos, tiek stacionaro slaugytojams), lyginant su jų kolegomis, dirbančiais 5 metus ar trumpiau.

Šiame darbe atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad aukštesnį išsilavinimą įgijusiems šeimos klinikoje dirbantiems slaugytojams statistiškai reikšmingai dažnesnis aukštas depersonalizacijos lygis, nei aukštą išsilavinimą įgijusiems jų kolegoms. Tokius pačius rezultatus rodo ir L. Ru- Wen ir kt. (2020) atliktas tyrimas, kuriame universitetinis arba aukštesnis išsilavinimas buvo susijęs su didesniu depersonalizacijos perdegimu.

Atliktas L. Ru- Wen et al. (2020) tyrimas patvirtina, kad individualios slaugytojos savybės numato emocinį išsekimą, nuasmeninimą ir asmeninių pasiekimų matmenis, susijusius su perdegimu. Individualūs veiksniai, tokie kaip slaugos srityje dirbtų metų skaičius, išsilavinimo lygis, buvo nustatyti kaip svarbūs perdegimo veiksniai. Taip pat atliktas šiame darbe tyrimas rodo, kad emocinis išsekimas, depersonalizacija bei asmeninių pasiekimų vertimas pagal slaugytojų išsilavinimą bei darbo patirtį susijęs su slaugytojų perdegimu.

Sekančiame šio darbo tyrimo etape analizuoti šeimos klinikoje ir stacionare dirbančių slaugytojų žalingi įpročiai. Įvairiose atliktuose tyrimuose tokie žalingi įpročiai, kaip alkoholio vartojimas ar rūkymas, respondentų yra įvardinami kaip stresą mažinantys veiksniai (Kilotaitienė, 2012). Šiame darbe tyrimo rezultatai parodė, kad beveik pusė slaugytojų rūkė (44,5 proc., n=81). Atliktame K. Kučinskaitės (2018) tyrime nurodoma, kad pagal Fagerstromo testą, didelę priklausomybę nuo tabako galimai turėjo tik 1 respondentas. Atliktas šiame darbe rodo, kad pagal Fagerstromo testo metodiką, kad stacionare dirbantys rūkantys slaugytojai statistiškai reikšmingai dažniau turėjo didelę priklausomybę nikotinui. Šiame darbe atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad pagal CAGE klausimyno metodiką nustatyta, kad dešimtadalis šeimos klinikoje (10,0 proc., n=6) bei beveik penktadalis stacionare dirbančių slaugytojų (19,7 proc., n=24) turėjo problemų, susijusių su alkoholio vartojimu. Tačiau K. Kučinskaitės (2018) tyrime atlikus CAGE testą nustatyta, jog priklausomybės

alkoholiui neturėjo nei vienas respondentas. Priešingi rezultatai buvo gauti Venytės (2008) atliktame tyrime: slaugytojos nevengė pripažinti, kad turi žalingų įpročių, norėdamos įveikti emocinių sunkumų sukeltus rūpesčius. Atliekamame darbe tai pat pripažįstama, kad žalingi įpročiai siejasi su perdegimu.

Atliekant tyrimą vertintas tyrimo dalyvių perdegimo sindromo lygis priklausomai nuo rūkymo įpročių. Paaikškėjo, kad rūkantiems slaugytojams statistiškai reikšmingai dažniau nustatytas aukštas depersonalizacijos lygis, nei nerūkantiems. Kaip nurodo A. Roche et al. (2017) emocinė parama ir rūkymas yra iverkios dalis; emocinė parama yra požiūrio į susidorojimą dalis, rūkymas yra vengimo įveikimo dalis. R.E. Nevil (2020) rūkymo įpročius, klasifikuoja kaip piktnaudžiavimą narkotinėmis medžiagomis, kuris gali būti elgesio pasireiškimas sumažinti darbinį perdegimą.

Tikėtina, kad žalingi gyvenimo būdo įpročiai yra susiję su žemu asmens gyvenimo kokybės lygiu, darančiu poveikį darbo aplinkai, todėl didėja perdegimas (Zanelli,2010). Šiame darbe ranginės koreliacijos metodu vertinant sąsajas tarp tyrimo dalyvių taikomų atsipalaidavimo po darbo būdų bei perdegimo sindromo gauta statistiškai reikšmingų silpnų koreliacijos koeficientų. Nustatyta, kad stiprėjant emociniam išsekimui yra skaitoma daugiau ne medicininės literatūros, dažniau sportuojama, daugiau nei įprastai. Tokie būdai leidžia slaugytojams pailsėti nuo darbo. Tačiau atliktas tyrimas taip pat atskleidžia, kad didelė dalis tyrimo dalyvių rūko.

Apibendrinant tyrimo rezultatus bei kitų mokslininkų tyrimus pastebėta, kad perdegimą lemia slaugytojų emocinis išsekimas, asmeninių pasiekimų lygis bei depersonalizacija. Atliekant tyrimą stacionare bei pirminiame sveikatos priežiūros centre, paaikškėjo, kad apklaustiems slaugytojams būdingas aukštas emocinio išsekimo lygis, asmeninių pasiekimų lygis buvo statistiškai reikšmingai dažniau vidutinis bei aukštas depersonalizacijos lygis. Tai rodo, kad tyrime dalyvavę slaugytojai jaučia perdegimą. Apibendrinant slaugytojų žalingus įpročius, remiantis atlikto tyrimo rezultatais, pastebėta, kad beveik pusė slaugytojų rūkė. Šiame darbe atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad pagal CAGE klausimyno metodiką nustatyta, kad dešimtadalis šeimos klinikoje bei beveik penktadalis stacionare dirbančių slaugytojų turėjo problemų, susijusių su alkoholio vartojimu. Tai rodo, kad pasitvirtina tyrimo hipotezė, kad perdegimas turi įtakos žalingiems įpročiams. O tai rodo, kad perdegimas šio darbo atveju nelemia slaugytojų žalingų įpročių vartojimą. Taip pat atliktas tyrimas rodo, kad slaugytojai, turėję aukštesnių asmeninių pasiekimų darbe rečiau patyrė dėl alkoholinių gėrimų vartojimo atsiradusių problemų, turėję aukštesnį depersonalizacijos lygį dažniau rūkė.

## IŠVADOS

1. Tyrimo rezultatai parodė, kad stacionare dirbantys slaugytojai reikšmingai dažniau jaučia profesinio perdegimo sindromą nei dirbantys šeimos klinikose – perdegimo sindromas nustatytas daugumai stacionare dirbančių slaugytojų ir trečdaliui dirbančių šeimos klinikose. Nustatyta, kad dauguma stacionare dirbantys slaugytojai dažniau jautė darbo sukeltą irzlumą ir susierzinimą bei nerimavo, kad dėl darbo tampa emociškai šaltesniais, palyginus su šeimos klinikoje dirbančiais slaugytojais. Gauti rezultatai parodė, kad apie pusė abiejuose padaliniuose dirbančių slaugytojų būdingas aukštas emocinio išsekimo lygis, kuris yra vienas iš perdegimo veiksnių. Taip pat nustatyta, kad beveik pusė abiejų padalinių respondentų būdingas vidutinis asmeninių pasiekimų lygis, kuris ypač pasireiškia tarp vyresnio amžiaus slaugytojų, turinčių ilgalaikę darbo patirtį. Stacionare dirbančių slaugytojų depersonalizacijos lygis buvo aukštesnis nei dirbančių šeimos klinikoje.

2. Ištyrus ir palyginus žalingų įpročių paplitimą tarp stacionaro ir šeimos klinikos slaugytojų, paaiškėjo, kad stacionaro slaugytojos reikšmingai dažniau jaučia perdegimą, todėl norėdami pailsėti, jie dažniau imasi žalingų įpročių, o ypač rūkymo. Taip pat tyrimo rezultatai rodo, kad šeimos klinikoje dirbantys slaugytojai po darbo dažniau atsipalaiduodavo skaitydami grožinę literatūrą, tačiau jie dažniau valgė nesveiką maistą. Stacionare dirbantys slaugytojai po darbo dažniau žiūrėjo televiziją, naudojami išmaniosiomis technologijomis ar rūkė.

3. Analizuojant perdegimo sindromo ir žalingų įpročių sąsajas tarp stacionare ir šeimos klinikose dirbančių slaugytojų priklausomai nuo demografinių rodiklių, matyti, kad slaugytojai, neturėję problemų dėl alkoholinių gėrimų vartojimo statistiškai reikšmingai dažniau turėjo aukšto lygio asmeninių pasiekimų, nei turėję problemų dėl alkoholinių gėrimų vartojimo. Paaiškėjo, kad rūkantiems slaugytojams statistiškai reikšmingai dažniau nustatytas aukštas depersonalizacijos lygis nei nerūkantiems. Tai rodo, kad žalingi įpročiai turi reikšmingos įtakos perdegimui.

## **REKOMENDACIJOS**

### **Slaugytojams**

**1.** Siekiant išvengti perdegimo darbe, rekomenduotina po darbo stengtis atsipalaiduoti ir atsiriboti nuo darbo. Tai būtų galima įgyvendinti ilgai vaikstant gamtoje, medituojant, užsiimant mėgstama veikla.

**2.** Rekomenduotina dalyvauti motyvaciniuose bei psichologiniuose seminaruose, kuriuose mokoma išvengti perdegimo sindromo.

### **Sveikatos institucijoms**

**1.** Siekiant išvengti slaugytojų perdegimo darbe, rekomenduotina slaugytojoms sudaryti ilgesnes pietų pertraukas ir kas kelias valandas po 15 minučių pertrauką.

## LITERATŪRA

1. Adriaensse J., De Gucht V., Maes S. 2015. Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 649-661.
2. Ahmadi O., Azizhami R., Basrami. M., 2014. Correlation between workplace and occupational burnout syndrome in nurses. [žiūrėta 2021 m. Kovo 17 d. ]. Prieiga per internetą: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3949345/>
3. Ahola K., Kivimaki M., Honkonen T., et al. 2008. Occupational burnout and medically certified sickness absence: a population-based study of Finnish employees. *J Psychosom Res* 64:185–193.
4. Ahola K., Pulkki-Råback L., Kouvonen A., Rossi H., Aromaa A., and Lönnqvist, J. 2012. Burnout and behavior-related health risk factors. *J. Occup. Environ. Med.* 54, 17–22. [žiūrėta 2021 m. Kovo 17 d. ]. Prieiga per internetą: doi: 10.1097/jom.0b013e31823ea9d9
5. Aghilinejad M., Zargham Sadeghi, AA., Sarebanha S., Bahrami-Ahmadi A. 2014. Role of occupational stress and burnout in prevalence of musculoskeletal disorders among embassy personnel of foreign countries in Iran. *Iran Red Crescent Med J.* 2014;16(5):e9066. pmid:25031868
6. Albendin L., Gomez J.L., Canadas-De la Fuente G.A., Canadas G.R., San Luis C., Aguayo R. 2016. Bayesian prevalence and burnout levels in emergency nurses. A systematic review. *Rev. Latinoam. Am. Psicol.* 48(Suppl. 2):137–145. [žiūrėta 2021 m. gegužės 14 d.]. Prieiga per internetą: doi: 10.1016/j.rlp.2015.05.004.
7. Alarcon G., Eschleman K., Bowling N. 2009. Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work Stress.* 23: 244–263.
8. Andoy-Crego M., Clemente M., Mayán-Santos J.M., Espinosa P. 2009. Personal determinants of burnout in nursing staff at geriatric centers. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 48(Suppl. 2):246–249. [žiūrėta 2021 m. gegužės 14 d.]. Prieiga per internetą: doi: 10.1016/j.archger.2008.01.016.
9. Arthur D. and Randle J. 2007. *The Professional Self-Concept of Nurses: A Review of The Literature From 1992-2006*
10. Aukštakalnis V., Darginavičius L., Vargalytė R., Stašaitis K., Vaitkaitienė E., ir Vaitkaitis D. 2017. Šeimos ir skubiosios medicinos gydytojų rezidentų darbe patiriamo streso ir profesinio perdegimo paplitimas. *Vaikų pulmonologija ir alergologija*, 20(2), 6236–6253.
11. Aiken L. H., Sloane D. M., Cimiotti J. P., Clarke S. P., Flynn L., Seago J. A., Smith H. L. 2010. Implications of the California nurse staffing mandate for other states. *Health Services Research*, 45(4), 904–921. [žiūrėta 2021 m. gegužės 14 d.]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2010.01114.x>

12. Armon G., Melamed S., Shirom A. and Shapira, I. 2010. Elevated burnout predicts the onset of musculoskeletal pain among apparently healthy employees. *J. Occup. Health Psychol.* 15, 399–408
13. Aronsson G., Theorell T., Grape T. et al. 2017. “A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms,” *BMC Public Health*, vol. 17, no. 1, p. 264.
14. Ahola K. 2007. Occupational burnout and health. [žiūrėta 2021 m. vasario 12 d.]. Prieiga per internetą: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/19788/occupati.pdf?sequence=2>
15. Barattucci Y. 2011. *Estrés y Alimentación*. Mar de Plata: Universidad Fasta, Facultad de Ciencias en Nutricion, 1–81.
16. Barattucci Y. 2011. *Estrés y Alimentación*. Mar de Plata: Universidad Fasta, Facultad de Ciencias en Nutricion, 1–81.
17. Brand S., Beck J., Hatzinger M., Harbaugh A., Ruch W., Holsboer-Trachsler E. 2010. Associations between satisfaction with life, burnout-related emotional and physical exhaustion, and sleep complaints. *World J Biol Psychiatry*. 11(5):744–54. pmid:20331383
18. Beinoras P. 2019. Empatiškumo reikšmė profesinio pervargimo laipsniui su emocijų pagalba susijusių skirtingų profesijų asmenų grupėse [Magistro darbas]. [žiūrėta 2021 m. gegužės 14 d.]. Prieiga per internetą: [https://www.vdu.lt/cris/bitstream/20.500.12259/61013/1/petras\\_beinoras\\_md.pdf](https://www.vdu.lt/cris/bitstream/20.500.12259/61013/1/petras_beinoras_md.pdf)
19. Berggren N. and Derakshan N. 2013. Attentional control deficits in trait anxiety: why you see them and why you don't. *Biol. Psychol.* 92, 440–446. doi: 10.1016/0272-7358(88)90050-5
20. Bogaert P., Clarke S., Roelant E., Meulemans H., Van de Heyning P. 2010. Impacts of unit-level nurse practice environment and burnout on nurse-reported outcomes: a multilevel modelling approach. *Journal of Clinical Nursing*. 19(11-12):1664-74.
21. Bridgeman P. J., Bridgeman M. B., & Barone, J. 2018. Burnout syndrome among healthcare professionals. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 75, 147–152.
22. Canadas-De, la Fuente, G.A., Ortega E., Ramirez-Baena L., De la Fuente-Solana E.I., Vargas C., Gomez-Urquiza, J.L. 2018. Gender, marital status and children as risk factors for burnout in nurses: A meta-analytic study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 15:2102. [žiūrėta 2021 m. gegužės 14 d.]. Prieiga per internetą: doi: 10.3390/ijerph15102102
23. Canades De la Fuente, G.A., Vargas Ch., San Luis, C., Garcia I., Canadas G.R. 2015. Risk factor and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International journal of nursing studies*, 52, 240–249.
24. Chou L. P., Li C. Y., & Hu S. C. 2014. Job stress and burnout in hospital employees: Comparisons of different medical professions in a regional hospital in Taiwan. *BMJ Open*, 4,

e004185. [žiūrēta 2021 m. gegužės 14 d.]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004185>

25. Clough BA., March S., Leane S., Ireland, MJ. 2019. What prevents doctors from seeking help for stress and burnout? A mixed-methods investigation among metropolitan and regional-based australian doctors. *J Clin Psychol.* 75(3):418–Creedy DK, Sidebotham M, Gamble J, et al. 2017. Prevalence of burnout, depression, anxiety and stress in Australian midwives: a crosssectional survey. *BMC Pregnancy Childbirth*;17:13
26. Cowin L.S., Johnson M., Craven R.G. and Marsh H.W. 2008. Causal modeling of self-concept, job satisfaction, and retention of nurses. *Int J Nurs Stud*, 45(10): 1449-59
27. Dafaalla M., Bashir S., Farah A. & Abdalrahman, I. 2016. Depression, Anxiety, and Stress in Sudanese Medical Students: A Cross Sectional Study on Role of Quality of Life and Social Support. *American Journal of Educational Research*, 26(13), 937-942. [žiūrēta 2021 m. gegužės 14 d.]. Prieiga per internetą: <http://doi:10.12691/education-4-13-4>
28. Delgadillo J., Saxon D. and Barkham M. 2018. Associations between therapists' occupational burnout and their patients' depression and anxiety treatment outcomes. *Depression and Anxiety*, 35 (9). pp. 844-850. ISSN 1091-4269
29. Deligkaris P., Panagopoulou E., Montgomery A. J., and Masoura E. 2014. Job burnout and cognitive functioning: a systematic review. *Work Stress* 28, 107–123.
30. Dewa CS., Loong D., Bonato S., Thanh NX., Jacobs P. 2014. How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC health services research*. 2014 Dec;14(1):325.
31. Drach-Zahavy A. 2010. How does service workers' behavior affect their health? Service climate as moderator in the service behavior-health relationships. *J. Occup. Health Psychol.* 15(Suppl. 2):105–109. [žiūrēta 2021 m. gegužės 14 d.]. Prieiga per internetą: doi: 10.1037/a0018573
32. Druce M. R., Small C. J., and Bloom, S. R. 2004. Minireview: Gut peptides regulating satiety. *Endocrinology* 145, 2660–2665
33. Edelwich J., Brodsky A. 1981. *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions.* New York: Human Sciences Press.
34. Europos saugos ir sveikatos darbe agentūra. Informacinis lapelis Nr. 22, Stresas darbe.
35. Echer IC., Correa APA., Ferreira SAL., Lucena AF. Smoking in a nursing school in southern Brazil. *Texto Amp Contexto - Enferm* 2011; 20(1):152-159.
36. Eckleberry-Hunt J., Kirkpatrick H., Barbera T. 2018. The Problems With Burnout Research. *Acad Med.* 2018;93(3):367–370
37. Embriaco N., Azoulay E., Barrau K., Kentish N., Pochard F., Loundou A. et al. 2007. High Level of Burnout in Intensivists. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine.* 175(7):686-692

38. Ewing John A. 1984. Cage (cage) [žiūrėta 2021 m. gegužės 14 d.]. Prieiga per internetą: [http://lib.adai.washington.edu/dbtw-wpd/exec/dbtwpub.dll?AC=QBE\\_QUERY&QY=find%20%28AccessNo%20ct%2058%29%20and%20%28Status%20ct%20public%29&XC=/dbtw-wpd/exec/dbtwpub.dll&BU=http%3A//lib.adai.washington.edu/instrumentsearch.htm&TN=instruments&RN=0&MR=0&ES=1&CS=0&XP=&RF=Full&DF=Full&RL=1&EL=1&DL=1&NP=3&ID=&MF=WPEngMsg.ini&MQ=&TI=0&DT=&ST=0&IR=14&NR=0&NB=0&SV=0&BG=0&FG=000000&QS=](http://lib.adai.washington.edu/dbtw-wpd/exec/dbtwpub.dll?AC=QBE_QUERY&QY=find%20%28AccessNo%20ct%2058%29%20and%20%28Status%20ct%20public%29&XC=/dbtw-wpd/exec/dbtwpub.dll&BU=http%3A//lib.adai.washington.edu/instrumentsearch.htm&TN=instruments&RN=0&MR=0&ES=1&CS=0&XP=&RF=Full&DF=Full&RL=1&EL=1&DL=1&NP=3&ID=&MF=WPEngMsg.ini&MQ=&TI=0&DT=&ST=0&IR=14&NR=0&NB=0&SV=0&BG=0&FG=000000&QS=)
39. Ide P. 2018. Perdegimo sindromas: gebėjimo duoti liga.
40. Irsay L., Tomescu-Baciu A., Urda-Cimpean A., Ungur R. A., Borda I. M., ir Ciortea V. M. 2017. Burnout syndrome in medical rehabilitation physicians working in Romania. *Palestrica of the Third Millennium – Civilization and Sport*, 18(2), 69–74
41. Fares J., Al Tabosh H., Saadeddin Z., El Mouhayyar C., & Aridi H. 2016. Stress, Burnout and Coping Strategies in Preclinical Medical Students. *North American Journal of Medical Sciences*, 8(2), 75-81. [žiūrėta 2021 m. gegužės 14 d.]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.4103/1947-2714.177299>
42. Fernandes L., Nitsche M., Godoy I. 2017. Burnout syndrome in nursing professionals from an intensive care unit. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 9(2), 551–557
43. Fernando B.M.S., Samaranayake D.L. 2018. Burnout among postgraduate doctors in Colombo: prevalence, associated factors and association with self-reported patient care. [žiūrėta 2021 m. gegužės 14 d.]. Prieiga per internetą: <https://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-019-1810-9>
44. Feteh V. F., Njim T., Nji M. A. M., Ayeah C. M., Sama C. B., Tianyi F. L. 2017. Prevalence and determinants of burnout syndrome among physicians in Cameroon: a research proposal. *BMC Research Notes*, 10, 508–511.
45. Gallavan D. B., & Newman J. L. 2013. Predictors of burnout among correctional mental health professionals. *Psychological Services*, 10(1), 115–122. [žiūrėta 2021 m. gegužės 14 d.]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1037/a0031341>
46. Gallagher M., Muldoon OT., Pettigrew J. 2015. An integrative review of social and occupational factors influencing health and wellbeing. *Front Psychol*, 6
47. Gasparino R. C., & Guirardello E. B. 2015. Professional practice environment and occupational burnout among nurses. *Rev Rene*, 16(1), 90–96. [žiūrėta 2021 m. gegužės 14 d.]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2015000100012>
48. Gholami T., Heidari Pahlavian A., Akbarzadeh M., Motamedzade M., Heidari Moghadam R., Khani Jeihooni A. 2016. Effects of nursing burnout syndrome on musculoskeletal disorders. *International Journal of Musculoskeletal Pain Prevention*. Feb 16;1(1):35-9.

49. Golub JS., Weiss P.S., Ramesh AK., Ossoff RH., Iii MMJ. 2007. Burnout in residents of otolaryngology – head and neck surgery : a National Inquiry into the health of residency training. *Acad Med.* 82:596–601.
50. Gerikienė V. 2015. Slaugytojų požiūrio į darbą sąsajos su pasitenkinimu darbu ir profesinio perdegimo sindromu. *Profesinės studijos: teorija ir praktika*, 15, 7–12
51. Gluschkoff K., Elovainio M., Kinnunen U. et al., 2016. “Work stress, poor recovery and burnout in teachers,” *Occupational Medicine*, vol. 66, no. 7, pp. 564–570.
52. Goetz K., Beute S., Mueller G., Trierweiler-Hauke B., Mahler C. 2011. Work-related behaviour and experience patterns of nurses. *International Nursing Review*. International Council of Nurses, p. 86-93.
53. Golonka K., Mojsa-Kaja J., Gawłowska M., Popiel K. 2017. Cognitive impairments in occupational burnout – Error processing and its indices of reactive and proactive control. *Front Psychol.* 8:676. [žiūrėta 2021 m. vasario 12 d.]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.%202017.00676>
54. Hall LH., Johnson J., Watt I. 2016. Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: a systematic review. *PLoS One*, 11:e0159015.
55. Holdren P., Paul III D. P., Coustasse, A. 2015. Burnout syndrome in hospital nurses. Paper presented at BHAA International in Chicago, IL.
56. Hoge L., Hoge B., Bredicean C. A., ir Chiriac D. 2016. Prevalence of the burnout syndrome among medical staff. *Physiology*, 4(92), 4–7.
57. Huerta-Franco MR., Vargas-Luna M., Tienda P., Delgadillo-Holtfort I., Balleza-Ordaz M., Flores-Hernandez C. 2013. Effects of occupational stress on the gastrointestinal tract. *World journal of gastrointestinal pathophysiology.* 4(4):108.
58. Heatherton TF Kozłowski LT, Frecker RC Fagerstrom KO. 1991. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 86:1119-27. [žiūrėta 2021 m. vasario 12 d.]. Prieiga per internetą: <https://cde.drugabuse.gov/instrument/d7c0b0f5-b865-e4de-e040-bb89ad43202b>
59. He S. C., Zhang Y. Y., Zhan J. Y., Wang C., D, X. D., Yin G. Z., et al. 2017. Burnout and cognitive impairment: associated with serum BDNF in a Chinese Han population. *Psychoneuroendocrinology* 77, 236–243. [žiūrėta 2021 m. vasario 12 d.]. Prieiga per internetą: doi: 10.1016/j.psyneuen.2017.01.002
60. Iliceto P., Pompili M., Spencer-Thomas S., Ferracuti S., Erbutto D. 2013. Occupational stress and psychopathology in health professionals: an explorative study with the multiple indicators multiple causes (MIMIC) model approach. *Stress.* 2013; 16: 143–52. pmid:22632290

61. Jaime Delgado Ph.D., David Saxon Ph.D., and Michael Barkham Ph.D. 2018. Associations between therapists' occupational burnout and their patients' depression and anxiety treatment outcomes. [žiūrėta 2021 m. vasario 12 d.]. Prieiga per internetą: [http://eprints.whiterose.ac.uk/129198/1/Therapist\\_burnout\\_study\\_2018\\_preprint.pdf](http://eprints.whiterose.ac.uk/129198/1/Therapist_burnout_study_2018_preprint.pdf)
62. Jahic IM, Bukejlovic J., Alić-Drina S., Nakaš E. 2019. Assessment of stress among doctors of dental 48 medicine. *Acta Stomatol Croat.* 2019;53(4):354–62.
63. Jodas D. A., & Haddad M. C. L. 2009. Burnout syndrome among nursing staff from an emergency department of a university hospital. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(2), 192–197. [žiūrėta 2021 m. gegužės 14 d.]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000200012>
64. Jonsdottir I. H., Nordlund A., Ellbin S., Ljung T., Glise K., Währborg P., et al. 2013. Cognitive impairment in patients with stress-related exhaustion. *Stress* 16, 181–190. doi: 10.3109/10253890.2012.708950
65. Jonikienė, G 2014. Chirurgijos ir terapijos skyrių slaugytojų patiriamų stresogeninių įvykių ir profesinio perdegimo sąsajos (Klinikinės slaugos magistro baigiamasis darbas. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas).
66. Kardelis N. 2017. Simbolis kaip dalis ir visuma // *Filosofija. Sociologija.* Nr. 1.
67. Kassam A., Horton J., Shoimer I., Patten S. 2015. Predictors of well-being in resident physicians: a descriptive and psychometric study. *J Grad Med Educ.* 7:70–4.
68. Kavaliauskienė V., Balčiūnaitė R. 2015. Profesinis perdegimas ir jo raiška socialinio darbo profesionalizacijos kontekste. *Tiltai*, 68(4). [žiūrėta 2021 m. gegužės 14 d.]. Prieiga per internetą: [doi.org/10.15181/tbb.v68i4.947](https://doi.org/10.15181/tbb.v68i4.947)
69. Khamisa N., Peltzer K., Oldenburg B. 2013. Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurses: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*;10:2214–40
70. Khamisa N., Peltzer K., Ilic D. & Oldenburg B. 2016. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses: A follow-up study. *International Journal of Nursing Practice*, 22(6), 538–545. [žiūrėta 2021 m. gegužės 14 d.]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1111/ijn.12455>
71. Kiliotaitienė R. 2012 Psichosocialinių stresorių darbe ir psichologinio atsparumo ryšys su darbuotojų sveikatai palankiu elgesiu [magistro baigiamasis darbas]. [Kaunas]: Vytauto Didžiojo universitetas, Socialinių mokslų fakultetas;. 68 p.
72. Konstantinou AK., Bonotis K., Sokratous M., Siokas V., Dardiotis E. 2018. Burnout Evaluation and Potential Predictors in a Greek Cohort of Mental Health Nurses. *Arch Psychiatr Nurs.* 32(3):449–456.

73. Kučinskaitė K. 2018. Skubios pagalbos skyriuje dirbančių slaugytojų patiriamo streso darbe ir profesinio išsekimo paplitimas. [magistro baigiamasis darbas]. [Kaunas]:Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademika, Slaugos fakultetas, 62 p.
74. Langelaan S., Bakker AB., van Doornen LJP., Schaufeli W.B. 2006. Burnout and work engagement: Do individual differences make a difference? *Pers Individ Dif.* 40: 521–532.
75. Lee. H. F., Yen M., Fetzer S., & Chien T. W. (2015). Predictors of burnout among nurses in Taiwan. *Community Mental Health Journal*, 51(6): 733-737.
76. Lindwall M., Gerber M., Jonsdottir IH., Borjesson M., Ahlberg Jr. G. 2014. The relationships of change in physical activity with change in depression, anxiety, and burnout: A longitudinal study of Swedish healthcare workers. *Health Psychology.* (11):1309.
77. Leiter M. P., Gascón S., and Martínez-Jarreta B. 2010. Making sense of work life: a structural model of burnout. *J. Appl. Soc. Psychol.* 40, 57–75. doi: 10.1111/j.1559-1816.2009.00563.x
78. Maslach Ch., Leiter M. 2016. Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 15(2):103-11
79. Maslach C., Jackson S.E. 1986. MBI: Maslach burnout inventory (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
80. Maslach C., Leiter M.P. 1997. The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
81. Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P. 2001. Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422.
82. Maslach Ch. 2003. Job Burnout: New Directions in Research and Intervention. *Current Directions in Psychological Science* 12(5): 189-192[žiūrėta 2021 m. gegužės 14 d.]. Prieiga per internetą: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1111/1467-8721.01258>
83. Maslach C., Leiter MP., Jackson SE. 2012. Making a significant difference with burnout interventions: Researcher and practitioner collaboration. *J Organ Behav.* 33(2):296–300, [žiūrėta 2021 m. gegužės 14 d.]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1002/job.784>
84. Malik AA, Bhatti S, Shafiq A, Khan RS, Butt UI, Bilal SM, et al. 2016. Burnout among surgical residents in a lower-middle income country- Are we any different ? *Ann Med Surg (Lond).* 9:28–32.
85. Marin M. F., Lord C., Andrews J., Juster, R. P., Sindi, S., Arsénault-Lapierre, G., et al. 2011. Chronic stress, cognitive functioning and mental health. *Neurobiol. Learn. Mem.* 96, 583–595. doi: 10.1016/j.nlm.2011.02.016

86. McHugh MD., Kutney-Lee A., Cimiotti JP. 2011. Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health Aff*;30:202–10.
87. McHugh M. D., Kelly L. A., Smith H. L., Wu E. S., Vanak J. M., & Aiken L. H. 2013. Lower mortality in magnet hospitals. *Medical Care*, 51(5), 382–388. [žiūrėta 2021 m. gegužės 14 d.]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182726cc5>
88. McCormack N., Cotter C. 2013. *Managing Burnout in the Workplace: A Guide for Information Professionals*.
89. Mikalauskas A. 2018. Perdegimo sindromas tarp lietuvių anesteziologų reanimatologų. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas medicinos akademija. [žiūrėta 2021 m. gegužės 14 d.]. Prieiga per internetą: [https://www.lsmuni.lt/cris/bitstream/20.500.12512/20359/2/30004518\\_MAIN.pdf](https://www.lsmuni.lt/cris/bitstream/20.500.12512/20359/2/30004518_MAIN.pdf)
90. Meynaar I., Van Saase J., Feberwee T., Aerts T., Bakker J., Thijsse W. 2015. Burnout among dutch intensivists. *Intensive Care Medicine Experimental*.3(S1).
91. Melamed S., Shirom A., Toker S., Berliner S., Shapira I. 2006. Burnout and risk of cardiovascular disease: Evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychological bulletin*. May; 132(3):327
92. Montero-Marín J., García-Campayo J., Mosquera Mera D. 2009. A new definition of burnout syndrome based on Farber's proposal. *J Occup Med Toxicol* 2009;4:31
93. Mockienė V., Drungilienė D., Martinkėnas A. 2014. Mokslo tiriamųjų darbų rengimo metodologija slaugos bakalauro ir magistro programų studentams. Mokomoji knyga. Klaipėda.
94. Montiel O., Ramírez A., Esparza V. M., and Guerrero A. 2014. Relatos de Vida de Gerentes de producción en la industria maquiladora de Cd. Juárez, México. *Glob. Conference Bus. Fin. Proc.* 9, 1700–1709.
95. Moser J. S., Moran T. P., Schroder H. S., Donnellan M. B. and Yeung N. 2013. On the relationship between anxiety and error monitoring: a meta-analysis and conceptual framework. *Front. Hum. Neurosci.* 7:466. doi: 10.3389/fnhum.2013.00466
96. Naz S., Hashmi A.M., Asif A. 2016. Burnout and quality of life in nurses of a tertiary care hospital in Pakistan. *J. Pak. Med. Assoc.* 66:532–536
97. Nevanpera N. J., Hopsu L., Kuosma E., Ukkola O., Uitti J. and Laitinen J. H. 2012. Occupational burnout, eating behavior, and weight among working women. *Am. J. Clin. Nutr.* 95, 934–943.
98. Nevill RE, Havercamp SM. 2019. Effects of mindfulness, coping styles and resilience on job retention and burnout in caregivers supporting aggressive adults with developmental disabilities.

- [žiūrėta 2021 m. gegužės 14 d.]. Prieiga per internetą:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30687982/>
99. Oosterholt B. G., Van der Linden D., Maes J. H., Verbraak M. J. and Kompier M. A. 2012. Burned out cognition—cognitive functioning of burnout patients before and after a period with psychological treatment. *Scand. J. Work Environ. Health* 38, 358–369. doi: 10.5271/sjweh.3256
100. Ozkula G., Durukan E. 2017. Burnout syndrome among physicians: The role of socio-demographic characteristics. *The Journal of psychiatry and Neurological Sciences*, 30, 136–144
101. Ozler DE., Atalay CG. 2011. A research to determine the relationship between organizational cynicism and burnout levels of employees in 88 health sector. *Business and Management Review*. (4):26- 38.
102. Pacevičius J. 2006. Profesinis perdegimas kaip organizacinės elgsenos problema, *Ekonomika ir vadyba, aktualijos ir perspektyvos* 2(7) : 125-129
103. Panunto M. R., & Guirardello Ede B. 2013. Professional nursing practice: Environment and emotional exhaustion among intensive care nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(3), 765–772. [žiūrėta 2021 m. gegužės 14 d.]. Prieiga per internetą:  
<https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000300016>
104. Patel R.S., Bachu R., Adikey A., Malik M., Shah M. 2018. Factors related to physician burnout and its consequences: A review. *Behav. Sci. (Basel)*. 8:98. [žiūrėta 2021 m. gegužės 14 d.]. Prieiga per internetą: doi: 10.3390/bs8110098.
105. Prins JT., Hoekstra-weebers, JEHM., Gazendam-donofrio, SM., Dillingh GS. 2010. Burnout and engagement among resident doctors in the Netherlands : a national study. *Med Educ*. 44:236–47.
106. Penz M., Stalder T., Miller R., Ludwig V. M., Kanthak M. K., and Kirschbaum, C. 2018. Hair cortisol as a biological marker for burnout symptomatology. *Psychoneuroendocrinology* 87, 218–221. doi: 10.1016/j.psyneuen.2017.07.485
107. Piko BF. 2011. Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*;43:311–8.
108. Pukėnas K. 2009. Kokybinių duomenų analizė SPSS programa. LKKA. Mokomoji knyga.
109. Raudenska J., Steinerova V., Javurkova A., Urits I. 2020. Occupational burnout syndrome and post-traumatic stress among healthcare professionals during the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. [žiūrėta 2021 m. gegužės 14 d.]. Prieiga per internetą:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7367798/>

110. Raedeke D., Lunney K., Venables K. 2002. Understanding Athlete Burnout: Coach Perspectives, *Journal of Sport Behavior* 25(2): 16-27.
111. 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
112. Ribeiro VF., Filho CF., Valenti VE., et al. 2014. Prevalence of burnout syndrome in clinical nurses at a hospital of excellence. *Int Arch Med*;7:22
113. Rozo JA., Olson DM., Thu HS., et al. 2017. Situational factors associated with burnout among emergency department nurses. *Workplace Health Saf.* 65:262–5.
114. Rusca K., Setyowati. 2019. Prevalence of burnout syndrome among nurses in geural hospitals in provincial East Jave: Cross – sectional study. [ žiūrėta 2021m. kovo 18 dieną ]. Prieiga per internetą: <https://www.elsevier.es/en-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-prevalence-burnout-syndrome-among-nurses-S1130862119301457>
115. Ru-Wen L., Mei-Ling Y., Kuan-Chia L., Kwua-Yun W. 2020. A Hierarchical Model of Occupational Burnout in Nurses Associated With Job-Induced Stress, Self-Concept, and Work Environment [ žiūrėta 2021m. kovo 18 dieną ]. Prieiga per internetą: [A Hierarchical Model of Occupational Burnout in Nurses Assoc... : Journal of Nursing Research \(lww.com\)](#)
116. Roche A, Ogden J. 2017. Predictors of burnout and health status in Samaritans’ listening volunteers. *Psychol Heal Med.*
117. Rožman M., Grinkevich A., Tominc P. 2019. Occupational stress, symptoms of burnout in the workplace and work satisfaction of the age–diverse employees. [ žiūrėta 2021m. kovo 18 dieną ]. Prieiga per internetą: <https://www.proquest.com/openview/301db198d28b4343ad6fa35b5a6f9b2b/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026586>
118. Ronnlund M., Sundstrom A., Sorman D. E. and Nilsson L. G. 2013. Effects of perceived long-term stress on subjective and objective aspects of memory and cognitive functioning in a middle-aged population-based sample. *J. Genet. Psychol.* 174, 25–41. [ žiūrėta 2021m. kovo 18 dieną ]. Prieiga per internetą: doi: 10.1080/00221325.2011.635725
119. Shirom A., Melamed S., Toker S., Berliner S., Shapira I. 2005. Burnout and health review: Current knowledge and future research directions. In G. P. Hodgkinson, & J. K. Ford (Eds.), *International review of industrial and organizational psychology* (Vol. 20, pp. 269–309). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
120. Sahraian A. and Fazelzadeh, A. and Mehdizadeh A. R. and Toobae S. H. 2008. Burnout in hospital nurses: A comparison of internal, surgery, psychiatry and burns wards. *International Nursing Review*, 55 (1). pp. 62-67.

121. Salvagioni DAJ., Melanda FN., Mesas AE., González AD., Gabani FL., Andrade SM. 2017. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS One*. 12(10):e0185781.
122. Schutte N., Toppinen S., Kalimo, R., Schaufeli W. 2000. The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory – General Survey (MBI–GS) across occupational groups and nations. *Journal of Occupational and organizational Psychology*, 73, 53–66.
123. Schaufeli W.B., Salanova M., Gonzalez–Roma V., Bakker A.B. 2002. The measurement of engagement and burnout: A two–sample factor–analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92
124. Schaufeli WB., Leiter M., Maslach C., Jackson, SE. 1996. *Maslach Burnout Inventory – General Survey*. Manual. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
125. Schaufeli WB., Maslach C., Marek T., editors. 2017. *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Oxon: Taylor & Francis, [žiūrēta 2021 m. vasario 12 d.]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.4324/9781315227979>.
126. Seidler A., Thinschmidt M., Deckert S., Then F., Hegewald J., Nieuwenhuijsen, K, et al. 2014. The role of psychosocial working conditions on burnout and its core component emotional exhaustion-a systematic review. *J Occup Med Toxicol*.9(1):10. pmid:24628839
127. Seo J.-H., Kim H. J., Kim B.-J., Lee S.-J., & Bae H. 2015. Educational and Relational Stressors Associated with Burnout in Korean Medical Students. *Psychiatry Investigation*, 12(4), 451-458. [žiūrēta 2021 m. gegužės 14 d.]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.4306/pi.2015.12.4.451>
128. Smith A.M., Ortiguera A.A., Laskowski E. R. 2001. A primary analysis of psychophysiological variables and nursing performance in situations of increasing critically
129. Sun J. W., Yu Bai H., Huan Li J., Zhen Lin P., Zhang H. H., Lin Cao F. 2017. Predictors of occupational burnout among nurses: a dominance analysis of job stressors. žiūrēta 2021 m. gegužės 14 d.]. Prieiga per internetą: [Predictors of occupational burnout among nurses: a dominance analysis of job stressors \(researchgate.net\)](https://doi.org/10.4306/pi.2015.12.4.451)
130. Swider B.W., Zimmerman R.D. 2010. Born to burnout: A meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. *J Vocat Behav*. 76: 487–506
131. Qian J, Song B, Wang B. 2017. Abusive supervision and job dissatisfaction: the moderating effects of feedback avoidance and critical thinking. *Front Psychol*.
132. Quadeer F., Imtiaz A., & Hameed I. 2017. Identifying key areas of worklife and their interactive effect in explaining Pakistani nurses' burnout. *Pakistan Journal of Commerce and Social Sciences*, 11(3), 737–752.

133. Tarisa T.W., Ybema J.K., Van Beek I. 2017. Burnout and engagement: Identical twins or just close relatives? [žiūrėta 2021 m. gegužės 14 d.]. Prieiga per internetą: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2213058616300559?token=A9BC204B2A137145687A9F6E3EE30B0B465DCBC66460594F3637F436EDB6D22851854929F8CCE3E134DD015EEAB9B299&originRegion=eu-west-1&originCreation=20210520160142>
134. Tavella G., Hadzi-Pavlovic D., and Parker G. 2020. Burnout: re-examining its key constructs. *Psychiatry Res.* 287:112917
135. Tjebkink JK, Vergouwen AC, Smulders YM. 2014. Emotional exhaustion and burnout among medical professors; a nationwide survey. *BMC Med Educ* ;14:183.
136. Trifiletti E., Pedrazza M., Berlanda S., et al. 2017. Burnout disrupts anxiety buffer functioning among nurses: a three-way interaction model. *Front Psychol.* 8.
137. Uchmanowicz I., Manulik S., Lomper K., Rozensztrauch R., Zborowska A., Kolasińska J., Rosińczuk J. 2019. Life satisfaction, job satisfaction, life orientation and occupational burnout among nurses and midwives in medical institutions in Poland: a cross-sectional study. [žiūrėta 2021 m. gegužės 14 d.]. Prieiga per internetą: [e024296.full.pdf \(bmj.com\)](https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj-2019-024296)
138. Vaicekauskienė V. 2014. Profesinio perdegimo sindromo įveikos ir prevencijos prielaidos socialiniame darbe. *Socialinis ugdymas.* 39 (3): 188–202.
139. Vasilavičius P., Januškevičius V., Ustinavičienė R., Vainauskas S., Šidagytė R. 2010. Kauno apskrities gydymo įstaigų slaugytojų patiriamo neigatyvaus elgesio sąsajos su sveikatos sutrikimais. *Visuomenės sveikata.* 1.: 59-66.
140. Van der Linden D., Keijsers G. P., Eling P. and Schaijk R. V. 2005. Work stress and attentional difficulties: an initial study on burnout and cognitive failures. *Work Stress* 19, 23–36. doi: 10.1080/02678370500065275
141. Vithanag, AVDLA., De Silva PV., Lekamwasam JDVC. 2015. Prevalence of burnout among doctors in teaching hospitals in Galle Sri Lanka. *Eur J Prev Med.* 3:1–4.
142. Van Dam A., Keijsers GP., Eling PA., Becker ES. 2015. Burnout and impaired cognitive performance; review of evidence, underlying processes and future directions. *Handbook on burnout and sleep deprivation: Risk factors, management strategies and impact on performance and behaviour.* 113-28.
143. Venytė R. 2008. Emocinių sunkumų priežastys ir jų kontrolės galimybės terminalinės būklės pacientus prižiūrinčių slaugytojų darbe [magistro baigiamasis darbas]. [Kaunas]: Kauno medicinos universitetas, Visuomenės sveikatos fakultetas; 89 p.
144. Vollmer H. 1998. Jaučiuosi visiškai išsekusi: „sudegimo“ sindromas. Vilnius: Alma littera

145. Uchmanowicz I., Manulik S., Lomper K., Rozensztrauch A., Zborowska A., Kolasinska J., Rosinczuk, J. 2019. Life satisfaction, job satisfaction, life orientation and occupational burnout among nurses and midwives in medical institutions in Poland: a cross-sectional study. [žiūrėta 2021 m. gegužės 14 d.]. Prieiga per internetą: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/9/1/e024296.full.pdf>
146. Zou G., Shen X., Tian X., et al.(2016. Correlates of psychological distress, burnout, and resilience among Chinese female nurses. *Ind Healthl*, 54:389–95.
147. Zhou J., Yang Y., Qiu X., Yang, X., Pan H., Ban B., Qiao Z., Wang L., Wang W. 2016. Relationship between anxiety and burnout among Chinese physicians: a moderated mediation model. *PloS one*. 11(8):e0157013.
148. Žemaitienė N., Kaklauskaitė Ž. 2019. Profesinis perdegimas tarp slaugytojų. Tarptautinės mokslinė–praktinė konferencija, skirta Tarptautinei slaugytojų dienai. [žiūrėta 2021 m. gegužės 14 d.]. Prieiga per internetą: <https://ismuni.lt/cris/bitstream/20.500.12512/105740/1/Teziu%20knyga%20slaugytojams%20L%20OC.pdf#page=23>
149. Žiedelis A., Pajarskienė B. 2018. Slaugytojų profesinio perdegimo individualios ir darbo aplinkos priežastys. *Literatūros apžvalga, Visuomenės sveikata*, 2(81), 12–18.
150. Žilienė E. 2008. Skirtingose pirminės sveikatos priežiūros įstaigose dirbančių medikų su sveikata susijusio elgesio bei pervargimo palyginimas: magistro diplominis darbas. Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas [žiūrėta 2021 m. vasario 12 d.]. Prieiga per internetą <[http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2008~D\\_20090115\\_092910-30948/DS.005.0.01.ETD](http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2008~D_20090115_092910-30948/DS.005.0.01.ETD)>.
151. Žukauskienė R. & Erentaitė R. 2011. Akademinio raštingumo pagrindai. Mokomoji knyga. Vilnius.
152. Zanelli J.C. 2010. *Estresse Nas Organizações de Trabalho. Compreensão e Intervenção Baseadas em Evidências*; Artmed: Porto Alegre, Brazil.
153. Wang J., Sereika S. M., Styn M. A. and Burke L. E. 2013. Factors associated with health-related quality of life among overweight or obese adults. *J. Clin. Nurs.* 22, 2172–2182. [žiūrėta 2021 m. vasario 12 d.]. Prieiga per internetą doi: 10.1111/jocn.12280
154. Watson T. 2011. Pathway to Health and Productivity. 2011/2012 Staying@Work Survey Report Towers Watson, National Business Group on Health.
155. Wilkinson H., Whittington R., Perry L., Eames C. 2017. Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. *Burnout Research*, 6 pp. 18–29.

156. World Health Organization. 2014. Alcohol [Internet]. WHO [accessado 2014 abr 25]. [Žiūrėta 2021 m. vasario 12 d.]. Prieiga per internetą [http://www.who.int/substance\\_abuse/facts/alcohol/en/](http://www.who.int/substance_abuse/facts/alcohol/en/)
157. Wurm W., Vogel K., Holl A., Ebner C., Bayer D., Mörkl S., Szilagyi IS., Hotter E., Kapfhammer HP., Hofmann P. 2016. Depression-burnout overlap in physicians. PLoS One. 11(3):e0149913

## **PRIEDAI**

**Gerb. apklausos Dalyvi (-e),**

Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos magistrantūros studijų programos II kurso studentė Greta Visickienė atlieka tyrimą, kurio tikslas – išanalizuoti profesinio perdegimo paplitimą tarp stacionare ir šeimos centruose dirbančių slaugytojų.

Mums labai svarbi Jūsų nuomonė. Apklausa – anoniminė (nereikia rašyti nei vardo, nei pavardės). Surinkti duomenys bus naudojami rengiant mokslines išvadas bei praktines rekomendacijas, kurios padės tobulinti slaugos procesą.

Ši tyrimo priemonė patvirtinta KU SvMF Slaugos katedros Etikos komisijos posėdyje. Iškilus neaiškumams, prašom kreiptis į darbo autorę Gretą Visickienę (tel. +37069049183) arba į Etikos komisijos pirmininką (tel. (846) 398 558).

**Instrukcija.** Prašom atidžiai perskaityti kiekvieną klausimą ir pasirinkti labiausiai Jums tinkantį atsakymo variantą (jį pažymėkite varnele (v) ar kryžiuoku (x)) arba įrašyti savąjį atsakymą. Labai svarbu, kad į visus klausimus atsakytumėte nuoširdžiai.

**1. Jūs esate:**

- Vyras
- Moteris

**2. Jūsų amžius?**

- <25
- 25-35
- 36-45
- 46-55
- 56 ir daugiau

**3. Jūsų šeimyninė padėtis?**

- Vedęs/ištekėjusi
- Našlys/ė
- Gyvenate vienas/a
- Gyvenate su partneriu/ę

**4. Jūsų išsilavinimas?**

- Aukštesnysis
- Aukštasis koleginiis
- Aukštasis universitetinis
- Kita (įrašykite)\_\_\_\_\_

**5. Jūsų darbo stažas šioje darbovietėje metais (pažymėkite jums tinkamiausią atsakymo variantą)?**

- Iki 5 m.
- 6-10 m.
- 11-15 m.
- 16-20 m.
- 21 m. ir daugiau

**6. Kokių darbo grafiku Jūs dirbate (pažymėkite)?**

- Dieninėje pamainoje
- Naktinėje pamainoje
- Visą parą
- mišrus

**7. Kokių etatinių krūvių Jūs dirbate (pažymėkite)?**

- 0,25 etato
- 0,5 etato
- 0,75 etato
- 1,0 etatas
- Daugiau nei 1,0 etatas

**8. Kiek valandų vidutiniškai miegate per parą? Įrašykite.....**

**9. Atsakydami į lentelėje pateiktus klausimus pasirinkite Jums labiausiai tinkantį atsakymo variantą, atitinkantį Jūsų atsipalaidavimo būdą po sunkios darbo dienos (įvertinkite kiekvieną kriterijų nuo 1 iki 5)**

	1 Kiekvieną dieną	2 Kartą per savaitę	3 Kartą per mėnesį	4 Kartą per metus	5 Niekada
9.1 Skaitau ne medicininę literatūrą					
9.2. Žiūriu televizorių, naudojuosi IT					
9.3. Sportuoju.					
9.4 Klausau muzikos.					
9.5. Valgau daugiau nei įprastai.					

	1 Kiekvieną dieną	2 Kartą per savaitę	3 Kartą per mėnesį	4 Kartą per metus	5 Niekada
9.6. Leidžiu laiką su šeima, draugais					
9.7. Susikaupusę įtampą išlieju ant artimų žmonių					
9.8. Vartoju alkoholinius gėrimus					
9.9. Rūkau.					
9.10. Vartoju narkotikus.					
9.11. Vartoju raminamuosius, migdomuosius, medikamentus.					
9.12. Žaidžiu azartinius žaidimus.					
9.13. Užsiimu kūrybine veikla					

**10. Ar kada nors manėte, kad Jums reikėtų mažiau vartoti alkoholinių gėrimų?**

- **Taip**
- **Ne (toliau pereikite prie 14 klausimo)**

**11. Ar Jūs erzino žmonių kritika dėl Jūsų įpročių vartoti alkoholį?**

- **Taip**
- **Ne**

**12. Ar Jūs kada nors jautėte gėdą ar kaltę dėl alkoholinių gėrimų vartojimo įpročių?**

- **Taip**
- **Ne**

**13. Ar Jūs kada nors gėrėte alkoholinius gėrimus rytą vos tik atsikėlęs, kad nusiramintumėte ir palengvintumėte pagirias?**

- **Taip**
- **Ne**

**14. Ar Jūs rūkote?**

- **Taip**
- **Taip, rūkau, bet tik elektronines cigaretes**
- **Ne (toliau pereikite prie 21 klausimo)**

**15. Kiek cigarečių vidutiniškai surūkote per dieną? (įrašykite skaičių)**

.....

**16. Kada surūkote savo pirmą cigaretę, nubudęs ryte?**

- Per 5 min
- Po 6–30 min
- Po 31–60 min

**17. Ar Jums sunku nerūkyti, kur rūkyti draudžiama?**

- Taip
- Ne

**18. Kelintos cigaretės Jums sunkiausia atsisakyti?**

- Pirmosios ryte
- Bet kurios kitos

**19. Ar pirmosiomis valandomis po prabudimo Jūs rūkote daugiau negu kitu dienos metu?**

- Taip
- Ne

**20. Ar Jūs rūkote kai sergate ir didesnę dalį dienos praleidžiate lovoje?**

- Taip
- Ne

**21. Kaip dažnai darbo metu valgote nesveiką maistą? Jums labiausiai tinkanti atsakymo variantą įvertinkite nuo 0 iki 3.**

	0 Niekada	1 Retai	2 Dažnai	3 Labai dažnai
21.1 Saldžius kepinius.				
21.2. Bulvių traškučius.				
21.3. Picas.				
21.4. Mėsainius.				
21.5. Dėšrainius.				

**22. Kiek laiko per dieną praleidžiate internete?**

- 10-15min.
- 20-30min.
- 60 ir daugiau min.

**23.Ar žaidžiate kompiuterinius žaidimus?**

- Taip
- Ne

**24.Ar dar kartą rinktumėtės slaugytojos specialybę?**

- Taip
- Ne

**25.Atsakykite į pateiktus klausimus rezultatu nuo 0 iki 6. (vienas variantas vienam klausimui) Prašome atidžiai perskaityti kiekvieną teiginį ir įvertinti, ar kada nors jautėtės taip, atlikdami savo darbą.**

Kaip dažnai:	0 Niekada	1 Kelis kartus per metus ar rečiau	2 Kartą per mėnesį ar rečiau	3 Kelis kartus per mėnesį	4 Kartą per savaitę	5 Kelis kartus per savaitę	6 Kasdien
25.1.Jaučiu, kad darbas mane emociškai išsekina.							
25.2.Darbo dienos pabaigoje jaučiuosi išsikvojęs jėgas.							
25.3.Atsikėlęs ryte, prieš prasidedant naujai darbo dienai, jaučiuosi pavargęs.							
25.4.Galiu lengvai suprasti, kaip jaučiasi mano pacientai.							
25.5.Aš jaučiu, kad su kai kuriais pacientais elgiuosi kaip su daiktais.							
25.6.Visą dieną dirbdamas su žmonėmis aš tikrai jaučiu įtampą.							
25.7.Aš labai veiksmingai tvarkausi su savo pacientų problemomis.							
25.8.Jaučiuosi „perdeges“ nuo savo darbo.							
25.9.Jaučiu, kad savo darbu darau teigiamą poveikį kitų žmonių gyvenimui.							
25.10.Nuo to laiko, kai pradėjau dirbti šį darbą, aš tapau atsainesnis žmonėms.							

	0 Niekada	1 Kelis kartus per metus ar rečiau	2 Kartą per mėnesį ar rečiau	3 Kelis kartus per mėnesį	4 Kartą per savaitę	5 Kelis kartus per savaitę	6 Kasdien
25.11. Aš nerimauju, kad dėl šio darbo tampa emociškai šaltėnis.							
25.12. Jaučiuosi labai energingas.							
25.13. Darbas man kelia dirglumą ir susierzinimą.							
25.14. Aš jaučiu, kad mano darbas reikalauja per daug pastangų.							
25.15. Man nelabai rūpi, kas nutinka kai kuriems pacientams.							
25.16. Tiesioginis darbas su žmonėmis man kelia per didelį stresą.							
25.17. Dirbant su pacientais man lengvai pavyksta sukurti aplinką be įtampos.							
25.18. Po tiesioginio darbo su savo pacientais jaučiuosi pakylėtas.							
25.19. Šiame darbe esu įgyvendinęs daug vertingų dalykų.							
25.20. Jaučiuosi tarsi būčiau pasiekęs savo jėgų ir kantrybės ribas.							
25.21. Emocines problemas darbe sprendžiu labai ramiai.							
25.22. Jaučiu, kad pacientai mane kaltina dėl kai kurių savo problemų							

Autorystės teisės ginamos. Autorystės teisės priklauso: 1981 Christina Maslach & Susan E. Jackson.

### **Ačiū.**

Autorystės teisės ginamos. Autorystės teisės priklauso: 1981 Christina Maslach & Susan E. Jackson. (25 klausimas).

Autorystės teisės ginamos. Autorystės teisės priklauso: 1984 Ewing, A. John. Lietuviškojo vertimo autorystės teisės priklauso: Andrius Mikalauskas. (10-13 klausimas).

Autorystės teisės ginamos. Autorystės teisės priklauso: 1991 Taylor & Francis. Lietuviško vertimo autorystės teisės priklauso: Andrius Mikalauskas. (14-20 klausimas).

For use by Greta Visickiene only. Received from Mind Garden, Inc. on February 13, 2021

**Permission for Greta Visickiene to reproduce 100 copies  
within three years of February 13, 2021**

## **Maslach Burnout Inventory™**

### **Instruments and Scoring Keys**

***English:* MBI-HSS, MBI-HSS (MP), MBI-ES, MBI-GS and MBI-GS (S)**

***Lithuanian:* MBI-HSS, MBI-GS, and MBI-GS (S)**

Christina  
Maslach Susan  
E. Jackson  
Michael P.  
Leiter Wilmar  
B. Schaufeli  
Richard L.  
Schwab

**Published by Mind Garden,  
Inc.**

info@mindgarden.com  
www.mindgarden.com

### **Important Note to Licensee**

If you have purchased a license to reproduce or administer a fixed number of copies of an existing Mind Garden instrument, manual, or workbook, you agree that it is your legal responsibility to compensate the copyright holder of this work — via payment to Mind Garden — for reproduction or administration in any medium. **Reproduction includes all forms of physical or electronic administration including online survey, handheld survey devices, etc.**

The copyright holder has agreed to grant a license to reproduce the specified number of copies of this document or instrument **within one year from the date of purchase.**

**You agree that you or a person in your organization will be assigned to track the number of reproductions or administrations and will be responsible for compensating Mind Garden for any reproductions or administrations in excess of the number purchased.**

*This instrument is covered by U.S. and international copyright laws. Any use of this instrument, in whole or in part, is subject to such laws and is expressly prohibited by the copyright holder. If you would like to request permission to use or reproduce the instrument, in whole or in part, contact Mind Garden, Inc.*

# E (CAGE)

**Instrument Use & Availability**

This instrument is in the public domain. No permission is necessary unless used in a profit-making endeavor. The CAGE has been translated into Flemish, French, Hebrew, Japanese, Polish, Portuguese, and Spanish. A complete copy of this instrument can be found in Wikipedia: CAGE Questionnaire

based as  
 : or  
 an one  
 :al desk  
 actice  
 has  
 clinical

**Permanent URL for this page:**  
[http://bit.ly/CAGE\\_inst](http://bit.ly/CAGE_inst)

inking?  
 bout

ig to

r-  
 ess likely  
 l-



[Home](#) » [Instruments](#) » Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND)

## Instrument: Fagerstrom Test For Nicotine Dependence (FTND)

### Description:

The Fagerström Test for Nicotine Dependence is a standard instrument for assessing the intensity of physical addiction to nicotine. The test was designed to provide an ordinal measure of nicotine dependence related to cigarette smoking. It contains six items that evaluate the quantity of cigarette consumption, the compulsion to use, and dependence.

In scoring the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence, yes/no items are scored from 0 to 1 and multiple-choice items are scored from 0 to 3. The items are summed to yield a total score of 0-10. The higher the total Fagerström score, the more intense is the patient's physical dependence on nicotine.

In the clinic, the Fagerström test may be used by the physician to document indications for prescribing medication for nicotine withdrawal.

The Fagerström Tolerance Questionnaire was developed by Karl-Olov Fagerström. This instrument was modified to the Fagerström Test for Nicotine Dependence by Todd Heatherton, et al. in 1991. The FTND is copyrighted by Taylor and Francis Ltd., but may be reproduced without permission, as available from the source reference (Heatherton, et al., 1991).

### Instrument Usage:



ANGLŪ

LIETUVIŲ





(be temos) Gautieji



**Audrius Mikal...** Prieš 7 dienas  
kam: aš ▾



LEIDŽIU NAUDOTI CAGE ir FAGERSTROM  
LIETUVIŠKUOSIUS VALIDUOTOS VERSIJOS  
KLAUSIMINUS.



Atsakyti



Atsakyti  
visiems



Persiųsti