

# SKUBIOSIOS MEDICINOS PAGALBOS SLAUGOS SPECIALISTŲ PROFESINIO PERDEGIMO SINDROMO RAIŠKA

Loreta Bukartienė<sup>1</sup>, Gintarė Jakimavičiūtė<sup>2</sup>, Rūta Lukianskytė<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kauno kolegija, <sup>2</sup>Kauno miesto greitosios medicinos pagalbos stotis

**Anotacija.** Straipsnyje analizuojama perdegimo sindromo raiška tarp skubiosios medicinos pagalbos (SMP) slaugos specialistų. Remiantis teorine profesinio perdegimo dimensijos požymių ir priežasčių analize, atliktas empirinis SMP slaugos specialistų tyrimas. Lietuvoje iki šiol nėra nustatyta, kokios priežastys gali lemti profesinio perdegimo sindromo pasireiškimą SMP slaugos specialistams. Tyrimas yra aktualus ir dėl to, kad šie specialistai yra labiau paveikiami perdegimo sindromo nei slaugytojai, nes jų darbas pasižymi nenuspėjamomis situacijomis, kai darbe nuolat susiduria su įvairiomis ligomis, sužalojimais ir traumomis. Empirinio tyrimo metu (2016-10-19 iki 2016-12-01) atlikta anoniminė slaugytojų, dirbančių X miesto greitosios medicinos pagalbos stotyje, apklausa. Tyrime dalyvavo 52 skubiosios medicinos pagalbos slaugos specialistai. Jo metu buvo naudojamas kiekybinis - anoniminis anketinės apklausos raštu - tyrimo metodas. Tyrimui atlikti naudojamas Ch. Maslach perdegimo sindromo vertinimo klausimynas (MBI angl. Maslach Burnout Inventory) ir papildomai sudaryti klausimai, padedantys nustatyti skubiosios medicinos pagalbos slaugos specialistų individualius ir organizacinius profesinio perdegimo veiksnius. Tyrimo rezultatai atskleidė, jog respondentai patiria vidutinį emocinio išsekimo laipsnį, žemą depersonalizacijos laipsnį ir aukštą asmeninių siekių sumažėjimo laipsnį. Apklaustųjų rezultatai sudaro pirmą profesinio perdegimo sindromo komponentą - emocinį išsekimą. Perdegimo sindromo pasireiškimą ryšio su sociodemografiniais veiksniais analizė atskleidė, jog aukštesnis perdegimo laipsnis būdingesnis vyresniems skubiosios medicinos pagalbos slaugos specialistams (35 m. ir daugiau), slaugytojams kurių darbo stažas yra 10 m. ir daugiau bei dirbantiems daugiau negu 1 etatu. Galima daryti prielaidą, jog skubiosios medicinos pagalbos slaugos specialistų profesinio perdegimo sindromo rizikos veiksniai yra darbo krūvis, nepakankamas grįžtamojo ryšio gavimas ar jo visiškasis nebuvimas apie atliktus darbus, mažas socialinės-psichologinės paramos gavimas iš vadovų, asmenų dirbančių administracijoje.

**Raktiniai žodžiai:** perdegimo sindromas, emocinis išsekimas, depersonalizacija.

## Įvadas

1970 m. pradžioje vokiečių kilmės psichoanalitikas H. J. Freudenbergeris pirmasis pradėjo tyrinėti profesinio perdegimo sindromą. Perdegimo terminą pirmą kartą jis apibrėžė 1974 m. norėdamas apibūdinti specialistų teikiančių pagalbą žmonėms fizinį ir psichinį išsekimą, kaip nuovargį ar nusivylimą atsirandantį dėl profesinių santykių, kurie nedavė laukiamų rezultatų (Nantsupawat ir kt., 2016; Kavaliauskienė & Balčiūnaitė, 2015). Šiuolaikinėje mokslinėje literatūroje labiausiai paplitęs yra Maslach pateiktas šio reiškinio apibrėžimas. Kaip teigia mokslininkė, tai nėra trumpalaikė ar galinti greitai praeiti būseną, o ilgai trunkanti reakcija į nuolatinius emocinius ir tarpasmeninius stresorius darbe (Kavaliauskienė & Balčiūnaitė, 2015; Maslach, 2003).

Ch. Maslach sukūrė standartizuotą profesinio perdegimo sindromo vertinimo instrumentą, kurį pavadino MBI metodu (angl. Maslach Burnout Inventory). Parengus šį MBI metodą prasidėjo kiekybinių tyrimų laikotarpis. Tai tapo organizacinės psichologijos, mokslininkų tyrimo objektu. (Kavaliauskienė & Balčiūnaitė, 2015). Iki šiol Maslach modelis yra pirmaujantis perdegimo tyrimų srityje. Šis modelis perdegimo sindromą apibrėžia kaip dėl darbo susijusį lėtinio streso sindromą, kurį sudaro išsekimas,

cinizmas ir nepakankamas profesinis efektyvumas. Išsekimas apibūdina fizinį ir emocinį darbuotojo nuovargį (Bianchi ir kt., 2014; World Health Organization, 1992).

Užsienyje daug dėmesio perdegimo sindromui skyrė H. J. Freudenbergeris (1983); Maslach (2003); Lambert ir kt. (2015); Gomez-Gascon ir kt. (2013); (Rouleau ir kt. (2012); Santen ir kt. (2010); Bianchi ir kt., (2014).

Skirtingai nei užsienio šalyse Lietuvos mokslinėje literatūroje profesinis perdegimas yra mažai nagrinėjamas. Lietuvoje perdegimas yra nagrinėtas tarp kardiochirurgijos centruose dirbančių slaugytojų (Vimantaitė & Šeškevičius, 2006; Vimantaitė, 2007), pirminės sveikatos priežiūros centruose dirbančių slaugytojų (E. Glumbakaitė, J. Kalibatas, V. Kanapeckienė, D. Mikutienė, 2007), vaikų skyriuose dirbančių slaugytojų (D. Bačinina, 2014), chirurgijos ir terapijos skyriuose dirbančių slaugytojų (G. Jonikienė, 2014) (Kavaliauskienė & Balčiūnaitė, 2015).

## Tyrimo aktualumas

Adriaenssens ir kt. (2015) teigia, kad slaugytojos patiria profesinį perdegimą, tačiau skubiosios medicinos pagalbos slaugos specialistai yra dar labiau paveikti perdegimo sindromo, nes jų darbas pasižymi nenuspėjamomis situacijomis, nuolat darbe susiduria su

įvairiomis ligomis, sužalojimais ir trauminiais įvykiais. Skubiosios medicinos pagalbos slaugos specialistų profesinis perdegimas Lietuvoje nėra tirtas.

**Tikslas.** Įvertinti skubiosios medicinos pagalbos slaugos specialistų profesinio perdegimo sindromo raišką.

**Objektas.** Skubiosios medicinos pagalbos slaugos specialistų profesinio perdegimo sindromo raiška.

**Uždaviniai:** atskleisti perdegimo sindromo sampratą, pasireiškimo požymius ir jį sukeliančias priežastis; nustatyti perdegimo sindromo pasireiškimą bei ryšį su sociodemografiniais veiksniais; atskleisti skubiosios medicinos pagalbos slaugos specialistų perdegimą sąlygojančius rizikos veiksnius.

## Metodologija

Tyrimui atlikti naudojamas empirinis tyrimas – anketa, kurią sudaro 10 uždarų klausimų (1–4 kl. įvertina individualius profesinio perdegimo veiksnius, 5–10 kl. įvertina organizacinius profesinio perdegimo veiksnius) ir struktūrizuotas Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach ir Jackson; 1981) (11 klausimas), skirtas perdegimo paplitimui nustatyti. 2016-10-19 iki 2016-12-01 buvo atliekama anoniminė slaugytojų, dirbančių X miesto greitosios medicinos pagalbos stotyje, apklausa. Tyrime dalyvavo 52 skubiosios medicinos pagalbos slaugos specialistai. Apklausoje dalyvavę skubiosios medicinos pagalbos slaugos specialistai buvo suskirstyti į dvi amžiaus grupes (iki 35 m. ir nuo 35 m.).

Profesinio perdegimo išsivystymas vertinamas sumuojant rezultatus pritaikant Likerto balų skalę (Dikčius, 2011) 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. Profesinio perdegimo sindromo išsivystymo dimensijos vertinamos pagal surinktų balų sumą, kuri pateikiama lentelėje (1 lentelė).

**1 lentelė.** Profesinio perdegimo dimensijos ir jų vertinimo sistema (Maslach ir kt., 1996)

Dimensijos pavadinimas	Balų suma		
	Žema	Vidutinė	Aukšta
Emocinis išsekimas	0 ≥ 1 7	18-26	27-54
Depersonalizacija	0 ≥ 9	10-14	15-30
Asmeninių siekių sumažėjimas	0 ≥ 1 5	16-23	24-48

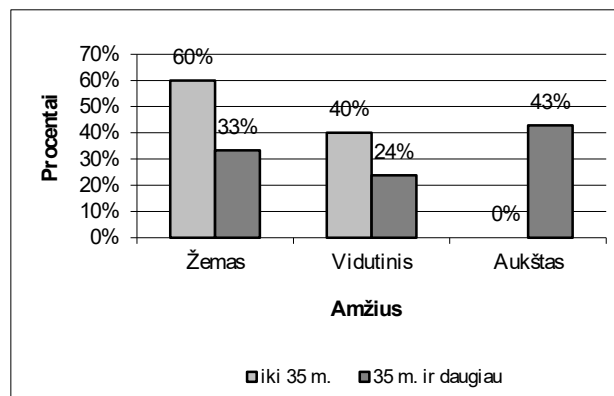
Emocinio išsekimo ir depersonalizacijos dimensijose aukštesnė balų suma reiškia didesnę profesinį perdegimą, o priešingai nei pirmosiose

dviuose dimensijose, asmeninių siekių sumažėjimo subskaleje žemesnė balų suma reiškia didesnę profesinį perdegimą. Profesinis perdegimas yra nustatomas surinkus aukštą emocinio išsekimo, aukštą depersonalizacijos ir žemą profesinių siekių sumažėjimo balų sumą. Vidutinio lygio profesinis perdegimas nustatomas surinkus visų trijų dimensijų vidutinius įvertinimus (Maslach ir kt., 1996).

Duomenų analizė. Duomenų analizė atlikta naudojantis MS Excel 2007 ir SPSS 22.0 programomis.

## Tyrimo rezultatai ir aptarimas

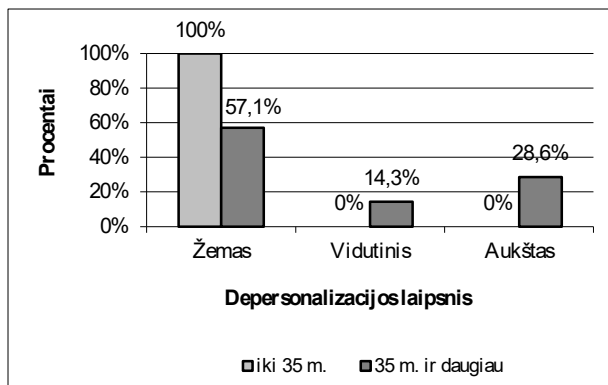
Nagrinėjant emocinio išsekimo dimensijos pasiskirstymą minėtose amžiaus grupėse, pagal imties duomenis matyti tokia tendencija: žemas emocinio išsekimo laipsnis beveik dvigubai dažniau pasireiškia iki 35 m. (60,0 proc. palyginus su vyresniais darbuotojais, kurių yra 33,3 proc.), vidutinis emocinio išsekimo laipsnis pasireiškia taip pat beveik dvigubai dažniau jaunesniems nei 35 m. slaugytojams (40,0 proc. palyginus su vyresniais, kurių yra 23,8 proc.), o aukštas emocinio išsekimo laipsnis pasireiškia tik vyresniems nei 35 m. slaugytojams (42,9 proc.). Taigi, nagrinėjant ryšį tarp amžiaus ir emocinio išsekimo, remiantis gautais tyrimo rezultatais, galima teigti, jog literatūroje rastas faktas nepasitvirtino (Maslach & Leiter, 2005) ir labiau emociškai išsekti yra linkę vyresni nei 35 m. skubiosios medicinos pagalbos slaugos specialistai, negu jaunesni iki 35m. (žr. 1 pav.).



**1 pav.** Emocinio išsekimo pasiskirstymas amžiaus grupėse (N=52)

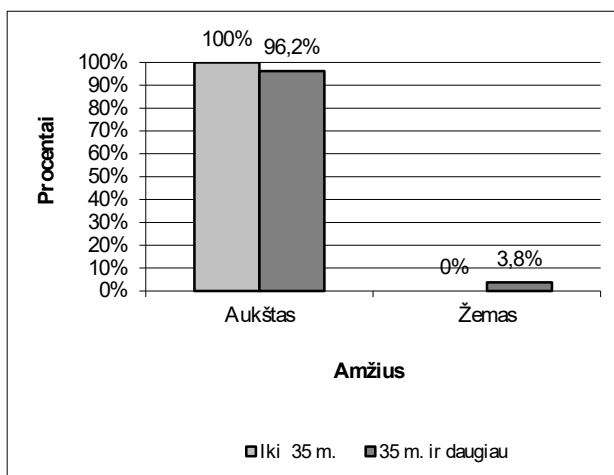
Gerasimčik-Pulko, (2011); Maslach, (2003) pastebi ryšį tarp depersonalizacijos ir amžiaus. Jie nustatė, kad jaunesnių (iki 35 metų amžiaus) depersonalizacijos laipsnis yra didesnis. Tačiau atlikus tyrimą minėtose amžiaus grupėse, imties duomenys rodo: žemas depersonalizacijos laipsnis yra nustatomas visiems slaugytojams iki 35 m. (100 proc.), o vyresniems nei 35 m. darbuotojams žemas depersonalizacijos laipsnis buvo nustatytas kiek daugiau nei pusė (57,1 proc.), vidutinis

depersonalizacijos laipsnis pasireiškia tik vyresniems nei 35 m. slaugytojams (14,3 proc.), o aukštas depersonalizacijos laipsnis pasireiškia beveik ketvirtadaliui vyresniems nei 35 m. slaugytojams. Taigi, nagrinėjant ryšį tarp amžiaus ir depersonalizacijos, remiantis gautais tyrimo rezultatais, galima teigti, jog literatūroje rastas faktas nepasitvirtino ir aukštesnis depersonalizacijos laipsnis labiau pasireiškia vyresniems skubiosios medicinos pagalbos slaugos specialistams (35 m. ir daugiau), nei jaunesniems (iki 35 m.) (žr. 2 pav.).



2 pav. Depersonalizacijos pasiskirstymas amžiaus grupėse (N=52)

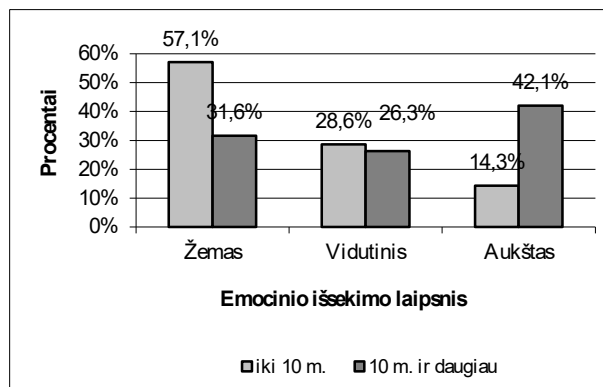
Nagrinėjant asmeninių siekių sumažėjimo pasiskirstymą amžiaus grupėse iki 35 m. ir nuo 35 m. imties duomenys rodo: žemas asmeninių siekių sumažėjimo laipsnis pasireiškia mažai daliai (3,8 proc.) vyresnių, nei 35 m. slaugytojams, jaunesniems darbuotojams žemas asmeninių siekių sumažėjimo laipsnis nepasireiškia, vidutinis asmeninių siekių sumažėjimo laipsnis nepasireiškia nė vienoje amžiaus grupėje, o aukštas asmeninių siekių sumažėjimo laipsnis nustatomas visiems skubiosios medicinos pagalbos slaugos specialistams iki 35 m. (100 prc.) ir kiek mažiau vyresniems nei 35 m (96,2 proc.) (žr. 3 pav.).



3 pav. Asmeninių siekių sumažėjimo pasiskirstymas amžiaus grupėse (N=52)

Tunde (2013) teigia, kad slaugytojų stažas iki 10 m. yra potencialus rizikos veiksnys perdegimo sindromui atsirasti, todėl slaugos specialistai buvo suskirstyti į dvi pagal darbo stažą grupes (iki 10 m. ir nuo 10 m.),

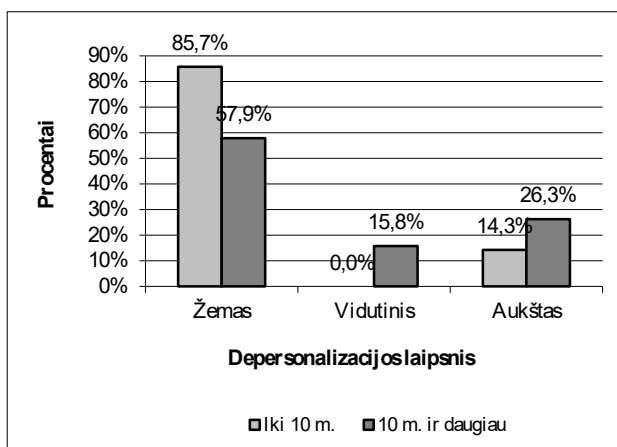
Maslach & Leiter, (2005); Allen ir kt., (2000) pastebi sąsajas tarp darbo stažo ir išsekimo. Atliktame tyrime, emocinio išsekimo dimensijos pasiskirstymas darbo stažo grupėse, pagal imties duomenis matyti tokia tendencija: žemas emocinio išsekimo laipsnis dažniau pasireiškia iki 10 m. darbo stažo skubiosios medicinos pagalbos slaugos specialistams (57,1 proc. palyginus su didesnę darbo stažą turinčiais darbuotojais, kurių yra 31,6 proc.), vidutinis emocinio išsekimo laipsnis pasireiškia beveik panašiai – maždaug ketvirtadaliui darbuotojų, kurių darbo stažas iki 10 m. ir darbuotojams, kurių stažas 10 m. ir daugiau (atitinkamai 28,6 proc. palyginus su didesnę darbo patirtį turinčiais, kurių yra 26,3 proc.), o aukštas emocinio išsekimo laipsnis pasireiškia beveik tris kartus dažniau darbuotojams, turintiems 10 m. ir didesnę darbo stažą (42,1 proc. palyginus su mažesnę darbo patirtį turinčiais, kurių yra 14,3 proc.). Taigi, nagrinėjant ryšį tarp darbo stažo ir emocinio išsekimo, remiantis gautais tyrimo rezultatais, galima teigti, jog labiau emociškai išsekti yra linkę turintys didesnę nei 10 m. darbo stažo skubiosios medicinos pagalbos slaugos specialistai, negu turintys mažesnę darbo stažą (iki 10 m.) (žr. 4 pav.).



4 pav. Emocinio išsekimo pasiskirstymas darbo stažo grupėse (N=52)

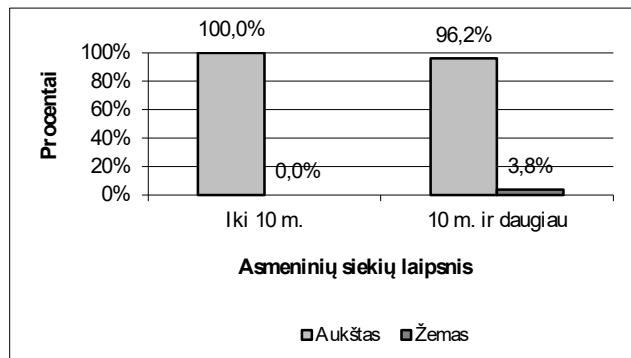
Gerasimčik-Pulko, (2011); Maslach, (2003) pastebi ryšį tarp depersonalizacijos ir stažo. Jie nustatė, kad mažesnę (iki 10 metų) darbo stažą turinčių darbuotojų depersonalizacijos laipsnis yra didesnis. Atlikus tyrimą paaiškėjo, kad depersonalizacijos dimensijos pasiskirstymas stažo grupėse (iki 10 m. ir nuo 10 m.) yra: žemas depersonalizacijos laipsnis dažniau pasireiškia iki 10 m. darbo stažo skubiosios medicinos pagalbos slaugos specialistams (85,7 proc. palyginus su didesnę darbo stažą turinčiais darbuotojais, kurių yra 57,9 proc.), vidutinis depersonalizacijos laipsnis nustatytas tik tiems slaugytojams, kurių

darbo stažas 10 m. ir daugiau (15,8 proc. palyginus su mažesnę darbo patirtį turinčiais, kurių nėra šioje depersonalizacijos grupėje), aukštu depersonalizacijos laipsniu pasižymi beveik dvigubai daugiau slaugytojų, kurių darbo stažas 10 m. ir daugiau (26,3 proc. palyginus su mažesnę darbo patirtį turinčiais, kurių yra 14,3 proc.). Taigi, nagrinėjant ryšį tarp darbo stažo ir depersonalizacijos, remiantis gautais tyrimo rezultatais, galima teigti, jog Gerasimčik-Pulko, (2011); Maslach, (2003) rastas faktas nepasitvirtino ir aukštesnį depersonalizacijos laipsnį turi tie skubiosios medicinos pagalbos slaugos specialistai, kurių darbo stažas yra 10 m. ir daugiau, negu turintis mažesnę darbo stažą (iki 10 m.) (žr. 5 pav.).



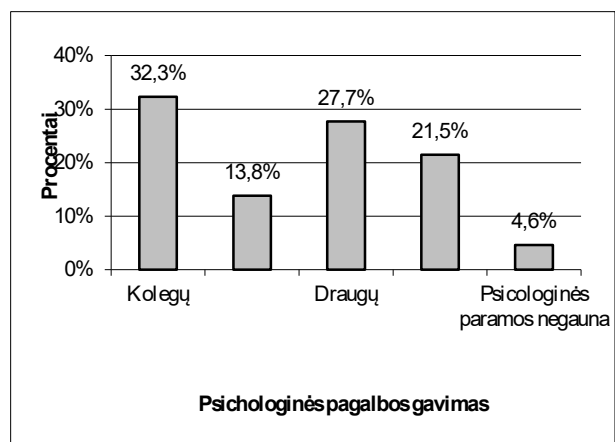
5 pav. Depersonalizacijos pasiskirstymas darbo stažo grupėse (N=52)

Nagrinėjant asmeninių siekių sumažėjimo pasiskirstymą minėtose darbo stažo grupėse imties duomenys rodo: žemas asmeninių siekių sumažėjimo laipsnis pasireiškia mažai daliai slaugytojų, kurių darbo stažas 10m. ir daugiau (3,8 proc.), o darbuotojams, kurių darbo stažas mažesnis, žemas asmeninių siekių sumažėjimo laipsnis nepasireiškia, vidutinis asmeninių siekių sumažėjimo laipsnis nepasireiškia nė vienoje darbo stažo grupėje, o aukštas asmeninių siekių sumažėjimo laipsnis nustatomas visiems skubiosios medicinos pagalbos slaugos specialistams, kurių darbo stažas iki 10 m. ir kiek mažiau slaugytojams, kurių darbo stažas 10 m. ir daugiau (100 proc. palyginus su mažesnę darbo patirtį turinčiais, kurių yra 96,2 proc.). Taigi, nagrinėjant ryšį tarp amžiaus ir asmeninių siekių sumažėjimo, remiantis gautais tyrimo rezultatais, galima teigti, jog reikšmingo skirtumo nepastebėta (žr. 6 pav.).



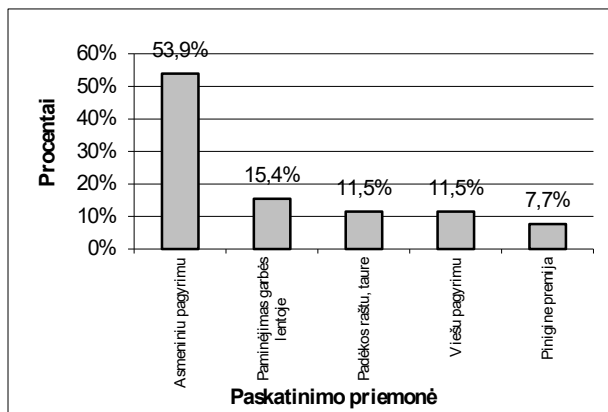
6 pav. Respondentų asmeninių siekių sumažėjimo paplitimas darbo stažo grupėse (N=52)

Kaip teigia Adriaenssens ir kt. (2015); Ivanauskis ir kt. (2015), socialinė-psichologinė parama gaunama iš kolegų, vadovų, aukštesnio statuso ir profesionalumo žmonių, draugų bei šeimos narių atlieka svarbų perdegimo vaidmenį. Kaip rodo šiai temai skirti tyrimai, parama sumažina perdegimo sindromo susiformavimo tikimybę. Pati svarbiausia parama yra ta, kuri suteikiama iš asmenų, dirbančių administracijoje, vykdančių priežiūros ir kontrolės funkcijas (Pacevičius, 2006). Todėl vertinant socialinius-psichologinius veiksnius skubiosios medicinos pagalbos slaugos specialistų apklausos metu buvo klausama, ar jie gauna psichologinę paramą, jei gauna, tai iš ko. Kiek mažiau nei trečdalis darbuotojų teigė, jog psichologinę paramą gauna iš kolegų (32,3 proc.), kiek daugiau nei ketvirtadalis slaugytojų pasirinko, jog psichologinę paramą gauna iš draugų (27,7 proc.), iš šeimos narių psichologinę paramą gauna kiek daugiau nei penktadalis (21,5 proc.) slaugytojų, o iš vadovų šiek tiek daugiau, nei dešimtadalis slaugytojų (13,8 proc.). Mažiausia dalis skubiosios medicinos pagalbos slaugos specialistų (4,6 proc.) teigė, jog psichologinės paramos negauna (žr. 7 pav.).



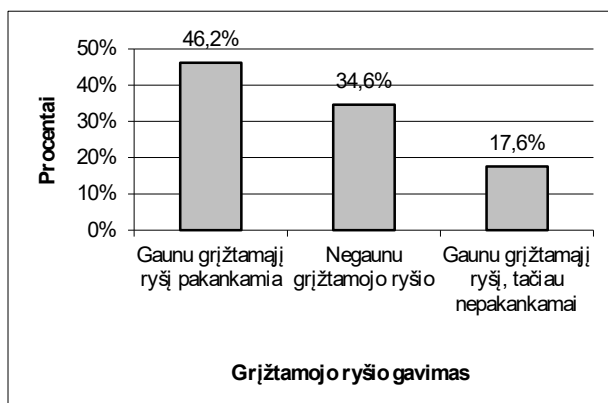
7 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal psichologinės paramos gavimą (N=52)

Respondentų buvo domimasi, kokiomis priemonėmis yra paskatinamas jų darbas. Absoliuti dauguma apklaustųjų (53,9 proc.) teigė, jog jų darbas yra paskatinamas asmeniniu pagyrimu. Kiek mažiau nei septintadalis respondentų (15,4 proc.) teigė, jog yra paminėjami garbės lentoje. Kiek daugiau nei dešimtadalis slaugytojų pasirinko, kad jų darbas yra paskatinamas viešu pagyrimu (11,5 proc.) arba kaip paskatinimo priemonė jiems yra įteikiamas padėkos raštas arba taurė (11,5 proc.), mažiau nei dešimtadalis apklaustųjų paskatinami pinigine premija (7,7 proc.) (žr. 8 pav.).



8 pav. Paskatinimo priemonių pasiskirstymas (N=32)

Kaip teigiama literatūroje, informacijos stoka dėl atliekamo darbo sėkmės ar nesėkmės formuoja perdegimo simptomus (Pacevičius, 2006). Todėl tyrimo metu buvo domimasi dėl grįžtamojo ryšio stokos ar jo nebuvimo. Slaugytojų buvo klausama, ar jie gauna grįžtamąjį ryšį. Beveik pusė apklaustųjų (46,2 proc.) teigė, jog jie gauna grįžtamąjį ryšį, tačiau nepakankamai. Kiek daugiau nei trečdalis slaugytojų (34,6 proc.) teigė, jog visiškai negauna grįžtamojo ryšio. Ir kiek mažiau nei penktadalis apklaustųjų (17,6 proc.) gauna grįžtamąjį ryšį. Taigi iš apklausos rezultatų matyti, jog skubiosios medicinos pagalbos slaugos specialistai jaučia grįžtamojo ryšio stoką apie savo atliekamus darbus (žr. 9 pav.).



9 pav. Grįžtamojo ryšio gavimo pasiskirstymas (N=52)

## Išvados

1. Profesinis perdegimas yra ilgalaikė psichologinė reakcija į nuolatinius emocinius ir tarpasmeninius stresorius darbe ir yra apibrėžiamas trimis dimensijomis: emocinis išsekimas, depersonalizacija ir sumažėję asmeniniai pasiekimai. Profesinio perdegimo sindromas prasideda palaipsniui ir pirmiausia sutrinka asmens psichosomatinė būseną. Profesinio perdegimo veiksniai paveikia tiek fizinius, tiek psichologinius, tiek elgesio aspektus.
2. Didžioji dalis respondentų patiria vidutinį emocinio išsekimo laipsnį, žemą depersonalizacijos laipsnį ir aukštą asmeninių siekių sumažėjimo laipsnį. Perdegimo sindromo paplitimas galimas tarp GMP dirbančių slaugytojų, nes apklaustųjų rezultatai sudaro pirmą profesinio perdegimo komponentą - emocinį išsekimą. Aukštesnis perdegimo laipsnis labiau linkęs pasireikšti: vyresniems GMP slaugytojams (35 m. ir daugiau), slaugytojams, kurių darbo stažas yra 10 m. ir didesnis, bei dirbantiems daugiau negu 1 etatu.
3. Skubiosios medicinos pagalbos slaugos specialistų profesinio perdegimo sindromo rizikos pagrindiniai veiksniai: nepakankamas grįžtamojo ryšio gavimas ar jo visiškai nebuvimas apie atliktus darbus, mažas socialinės-psichologinės paramos gavimas iš vadovų, asmenų, dirbančių administracijoje.

## Literatūros sąrašas

1. Adriaenssens 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(2), 649-661. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004>
2. Burke, R. J., Moodie, S., Dolan, S. L., & Fiksenbaum, L. (2012). Job demands, social support, work satisfaction and psychological well-being among nurses in Spain. *ESADE Business School Research Paper*, (233).
3. Dikčius V. (2011). Anketos sudarymo principai, Vilnius 58-59.
4. Freudemberger, H. J. (1983). Burnout: Contemporary issues, trends, and concerns. *Stress and burnout in the human service professions*, 23-28.
5. Gerasimčik-Pulko, V. (2011). Šiuolaikinės visuomenės problema – perdegimo sindromas. *AITSD. Slaugos praktika. Slauga. Mokslas ir praktika.*; ISSN 1648-0570. Nr. 1(169), 4-7.

6. Gomez-Gascon, T., Martín-Fernández, J., Gálvez-Herrer, M., Tapias-Merino, E., Beamud-Lagos, M., & Mingote-Adán, J. C. (2013). Effectiveness of an intervention for prevention and treatment of burnout in primary health care professionals. [interaktyvus] BMC family practice, 14(1), 1. [žiūrėta 2017.01.08] Prieiga per duomenų bazę PubMed Central (PMC) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4225599/>
7. Ivanauskis, E., Machtejevienė E., Gintautas V., Kliučinskas, M., (2015). Profesinis „perdegimas“. Modernus mitas ar realybė? Lietuvos akušerija ir ginekologija. Tomas XVIII, Nr. 3 190-197
8. Kavaliauskienė, V., ir Balčiūnaitė, R. (2015). Profesinis perdegimas ir jo raiška socialinio darbo profesionalizacijos kontekste. Tiltai, 69 (4), 17-36. DOI:<http://dx.doi.org/10.15181/tbb.v68i4.947>
9. Lambert, E. G., Barton-Bellessa, S. M., & Hogan, N. L. (2015). The consequences of emotional burnout among correctional staff. SAGE Open,5(2). DOI: 10.1177/2158244015590444
10. Maslach, C. (1978), The Client Role in Staff Burn-Out. Journal of Social Issues, 34: 111–124. DOI:10.1111/j.1540-4560.1978.tb00778.x
11. Maslach, C. (2003). Job burnout new directions in research and intervention. Current directions in psychological science, 12(5), 189-192. DOI: 10.1111/1467-8721.01258
12. Maslach, C., & Leiter, M. P. (2005). Stress and burnout: The critical research. Handbook of stress medicine and health, 2, 155-172.
13. Nantsupawat, A., Nantsupawat, R., Kunaviktikul, W., Turale, S., & Poghosyan, L. (2016). Nurse Burnout, Nurse-Reported Quality of Care, and Patient Outcomes in Thai Hospitals. Journal of Nursing Scholarship, 48(1), 83-90. DOI: 10.1111/jnu.12187
14. Pacevičius, J. (2006). Profesinis perdegimas kaip organizacinės elgsenos problema. Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos, 2(7), 125-129.

#### **BURNOUT SYNDROME MANIFESTATION AMONG EMERGENCY MEDICAL AID NURSING SPECIALISTS**

##### **Summary**

The article analyses the burnout syndrome manifestation among emergency medical aid nursing specialists. Based on theoretical knowledge of professional burnout syndrome signs and causes the empiric analysis was done to evaluate nursing specialists. No assessment has been done before to establish professional burnout syndrome among nursing specialists in Lithuania. The research is relevant because nursing specialists in emergency field are facing more unpredictable situations with patients, various illness and injuries comparing with nurses.

The empiric research (19.10.16-01.12.16) was based on quantitative anonymous questionnaires which were given to nursing specialists working in X ambulance station. The survey involved 52 emergency medical aid nursing specialists. It was based on Maslach Burnout Inventory questionnaire and additional questions which helped to identify individual and organizational burnout syndrome factors among nursing specialists. The survey revealed average emotional exhaustion, low degree of depersonalization, high reduction of personal aspirations. The results concluded the first component of the burnout syndrome – emotional exhaustion. Socio-demographic factors revealed that more often burnout syndrome is experienced by older nursing specialists (>35), specialists whose work experience is more than ten years and those who are working overtime. It can be assumed that burnout syndrome risk factors for emergency medical aid nursing specialists are workload, insufficient feedback and low social and psychological support received from the executives and administrative staff.

Key words: burnout syndrome, emotional exhaustion, depersonalization.

#### **Informacija apie autorius**

**Loreta Bukartienė.** Kauno kolegijos Medicinos fakulteto Slaugos katedros lektorė. Mokslinių tyrimų laukas – biomedicina.

El. pašto adresas: [loreta.bukartiene@go.kauko.lt](mailto:loreta.bukartiene@go.kauko.lt)

**Rūta Lukianskytė.** Kauno kolegijos Medicinos fakulteto Slaugos katedros lektorė. Mokslinių tyrimų laukas – biomedicina.

El. pašto adresas: [ruta.lukianskyte@go.kauko.lt](mailto:ruta.lukianskyte@go.kauko.lt)

**Gintarė Jakimavičiūtė.** Kauno miesto greitosios medicinos pagalbos stotis, bendrosios praktikos slaugytoja. Mokslinių tyrimų laukas – biomedicina.

El. pašto adresas: [gintaryte31@gmail.com](mailto:gintaryte31@gmail.com)