



LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS

MEDICINOS AKADEMIJA

SLAUGOS FAKULTETAS

REABILITACIJOS KLINIKA

GRETA BRAŽĖNAITĖ

**LIETUVOS KINEZITERAPEUTŲ PATIRIAMO PERDEGIMO
SINDROMO SĄSAJOS SU GYVENIMO KOKYBE**

**Magistro studijų programos „Sveikatinimas ir rehabilitacija“ (valst. kodas 621B30005)
baigiamasis darbas**

Darbo vadovė:

Dr. Gražina Krutulytė

KAUNAS, 2016

TURINYS

SANTRAUKA	4
SUMMARY	5
SANTRUMPOS	6
1. ĮVADAS	8
2. LITERATŪROS APŽVALGA.....	10
2.1. Kineziterapeuto sąvokos apibrėžimas, veiklos sritys ir darbo specifika	10
2.2. Perdegimo sindromo samprata ir aktualumas.....	12
2.3. Perdegimo sindromą sukeliantys veiksniai ir jo pasireiškimas kineziterapeuto darbe.....	15
2.4. Perdegimo sindromo prevencija profesinėje veikloje.....	18
2.5. Gyvenimo kokybės samprata ir jos komponentai.....	20
2.6. Perdegimo sindromo ir gyvenimo kokybės vertinimas	22
3. TYRIMO METODAI IR ORGANIZAVIMAS.....	25
3.1. Tiriamieji	25
3.2. Tyrimo metodai	27
3.2.1 Maslach perdegimo sindromo klausimynas	27
3.2.2. Gyvenimo kokybės klausimynas	29
3.3. Tyrimo organizavimas.....	30
4. TYRIMO REZULTATAI.....	32
4.1. Perdegimo sindromo patyrimo vertinimo rezultatai	32
4.1. 1. Perdegimo sindromo dimensijų vertinimo rezultatai tarp Lietuvos kineziterapeutų	32
4.1.2. Perdegimo sindromo dimensijų vertinimo rezultatai tarp vyrų ir moterų.....	32
4.1.3. Sąsajos tarp perdegimo sindromo dimensijų ir kineziterapeutų išsilavinimo.....	33
4.1.4. Sąsajos tarp perdegimo sindromo dimensijų ir kineziterapeutų darbuotojų	34
4.1.5. Sąsajos tarp perdegimo sindromo dimensijų ir kineziterapeutų amžiaus, darbo patirties metais, vidutinio pacientų skaičiaus per dieną.....	35
4.2. Gyvenimo kokybės vertinimo rezultatai.....	36
4.2.1. Bendros gyvenimo kokybės ir atskirų jos dalių vertinimo rezultatai tarp Lietuvos kineziterapeutų.....	36
4.2.2. Bendros gyvenimo kokybės ir atskirų jos dalių vertinimo rezultatai tarp vyrų ir moterų ...	37
4.2.3. Bendros gyvenimo kokybės ir atskirų jos dalių rezultatų ryšys su išsilavinimu	39
4.2.4. Bendros gyvenimo kokybės ir atskirų jos dalių rezultatų ryšys su darbo vieta	41

4.3. Ryšys tarp perdegimo sindromo dimensijų ir bendros gyvenimo kokybės	44
4.3.1. Emocinio išsekimo ir gyvenimo kokybės sąsajos	44
4.3.2. Asmeninių laimėjimų ir gyvenimo kokybės sąsajos	44
4.3.3. Depersonalizacijos ir gyvenimo kokybės sąsajos	45
4.4. Ryšys tarp perdegimo sindromo dimensijų ir atskirų gyvenimo kokybės aspektų	46
4.4.1. Emocinio išsekimo ir atskirų gyvenimo kokybės aspektų sąsajos	46
4.4.2. Asmeninių laimėjimų ir atskirų gyvenimo kokybės aspektų sąsajos	47
4.4.3. Depersonalizacijos ir atskirų gyvenimo kokybės aspektų sąsajos	48
REZULTATŲ APTARIMAS	50
IŠVADOS	53
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS	54
MOKSLO PRANEŠIMŲ, PUBLIKACIJŲ SĄRAŠAS	55
LITERATŪROS SĄRAŠAS	56
PRIEDAI	Error! Bookmark not defined.

SANTRAUKA

Greta Bražėnaitė. Lietuvos kineziterapeutų patiriamo perdegimo sindromo sąsajos su gyvenimo kokybe. Magistro baigiamasis darbas. Darbo vadovė – Dr. Gražina Krutulytė. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija, Slaugos fakultetas, Reabilitacijos klinika. Kaunas, 2016; p. 60.

Darbo tikslas: Nustatyti Lietuvoje dirbančių kineziterapeutų gyvenimo kokybės ir perdegimo sindromo sąsajas.

Uždaviniai: 1) Įvertinti Lietuvoje dirbančių kineziterapeutų patiriamo perdegimo sindromo lygį. 2) Įvertinti Lietuvoje dirbančių kineziterapeutų gyvenimo kokybę. 3) Palyginti perdegimo sindromo bei gyvenimo kokybės rezultatus ir įvertinti priklausomybę tarp Lietuvos kineziterapeutų patiriamo perdegimo sindromo lygio ir jų gyvenimo kokybės.

Tyrimo metodika: Tyrimas buvo atliekamas tiek realioje, tiek internetinėje erdvėje Lietuvos mastu. Tyrimas vyko nuo 2016 metų balandžio 1 dienos iki 2016 metų rugsėjo 30 dienos (6 mėnesiai). Tiriamiesiems buvo pateikta anketa apie demografinius duomenis, ir su darbu susijusius duomenis. Perdegimo sindromui įvertinti naudotas Maslach perdegimo sindromo klausimynas (jį sudaro 3 dimensijos: emocinis išsekimas, asmeniniai pasiekimai ir depersonalizacija), o gyvenimo kokybei nustatyti – gyvenimo kokybės klausimynas (jį sudaro 70 klausimų, kurie įvertina 10 skirtingų gyvenimo sričių), vertinantis pasitenkinimą įvairiais gyvenimo aspektais.

Dalyviai: Tyrime dalyvavo 67, Lietuvoje aktyviai dirbantys, kineziterapeutai. Iš jų 55 moterys (82,1 proc.) ir 12 vyrų (17,9 proc.). Vidutinis tiriamųjų amžius 29,04 ($\pm 6,152$) metai.

Išvados: 1) Nustatyta, kad Lietuvoje dirbantys kineziterapeutai patiria vidutinio lygio perdegimo sindromą visose jo dimensijose. Vyrų patiria statistiškai reikšmingai sunkesnio lygio perdegimą emocinio išsekimo dimensijoje ($p < 0,05$). 2) Lietuvoje dirbantys kineziterapeutai savo bendrąją gyvenimo kokybę vertina gerai. Žvelgiant į atskiras gyvenimo kokybės sritis atskirai, nustatyta, kad prasčiausiai vertinami tokie gyvenimo kokybės aspektai kaip finansinė situacija ir darbo aplinka ($p < 0,05$). 3) Perdegimo sindromas (emocinio išsekimo ir asmeninių pasiekimų dimensijose) turi statistiškai reikšmingą ryšį su gyvenimo kokybe. Didėjant emociniam išsekimui bei prastėjant asmeniniams pasiekimams, blogėja gyvenimo kokybė ($p < 0,05$).

SUMMARY

Greta Bražėnaitė. Correlation between burnout syndrome and quality of life among Lithuanian physiotherapists. Master's thesis. Supervisor – Dr. Gražina Krutulytė. Lithuanian University of Health Sciences, Academy of Medicine, Faculty of Nursing, Department of Rehabilitation.. Kaunas, 2017; p. 60.

The aim: to assess correlation between burnout and quality of life among Lithuanian physiotherapists.

Tasks: 1) to assess level of burnout syndrome among Lithuanian physiotherapists. 2) to assess quality of life of Lithuanian physiotherapists. 3) to compare and measure relationship between burnout and quality of life.

Methodology: The trial have been done in real and virtual area in whole Lithuania. Duration of the investigation - 6 months (2016 april - 2016 september). Participants were asked about their gender, age, length of service, education, workplace, workload and other variables of demographic data and work environment. Other questionnaires were Maslach burnout inventory (MBI) and questionnaire of quality of life. The MBI is a 22-item questionnaire for measuring the severity of burnout (consists of three dimensions: emotional exhaustion, personal achievements and depersonalization). Quality of life questionnaire consists of 70 questions (10 life fields). Participants had to describe how they are satisfied with separate fields of life.

Participants: We have done the survey with 67 participants. They all are working as a physiotherapists in Lithuania. There have been 55 women (82,1 proc.) and 12 men (17,9 proc.). The mean age of participats was 29,04 ($\pm 6,152$).

Conclusions: 1) We assessed that physiotherapists from Lithuania suffer from moderate level of burnout. Men are tend to suffer from significantly ($p < 0,05$) higher level of burnout in the emotional exhaustion dimension then women. 2) Lithuanian physiotherapists rate their general quality of life as good. There are significant ($p < 0,05$) differences between 10 separate aspects of quality of life. Work environment and financial situation are fields which physiotherapists rated very low. 3) We assessed statistically significant ($p < 0,05$) correlation between burnout syndrome (in emotional exhaustion and personal achievements dimesnions) and quality of life. When emotional exhaustion and sense of inefficacy rises, quality of life became worse.

SANTRUMPOS

APTA – Amerikos kineziterapijos asociacija (angl. *Americal physical therapy association*)

GK – Gyvenimo kokybė

KT – Kineziterapija

MBI – Maslach perdegimo sindromo klausimynas (angl. *Maslach Burnout Inventory*)

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

TLK – Tarptautinė ligų klasifikacija

WCPT – Pasaulio kineziterapeutų sąjunga (angl. *World Confederation for physical therapy*)

PADĖKA

Nuoširdžiai dėkoju darbo vadovei dr. Gražinai Krutulytei už tikėjimą, pasitikėjimą ir pagalbą bei vertingus patarimus rašant šį mokslinį darbą. Taip pat esu dėkinga doc.dr. Kristinai Berškienei už skirtą laiką ir konsultacijas rengiant statistinę magistro baigiamojo darbo dalį. Galiausiai, noriu padėkoti Lietuvoje dirbantiems ir mano tyrime dalyvavusiems kineziterapeutams už tai, kad skyrė laiko ir savanoriškai dalyvavo tyrime.

1. ĮVADAS

Kineziterapija, kokią turime dabar, Lietuvoje dar visai jauna specialybė, tačiau mokymo įstaigos jau geba paruošti stiprius, pasitikinčius savo žiniomis ir įgūdžiais, specialistus. Kineziterapeutai atlieka labai svarbų vaidmenį šiandieninėje slaugos ir visuomenės sveikatos aplinkoje ir yra laikomi reabilitacijos srities atstovais. Pastarieji padeda palaikyti, atkurti bei efektyviai pagerinti asmens funkcinę būklę bei gyvenimo kokybę, spręsdami su judėjimo funkcija susijusias problemas (1).

Vis dėlto kineziterapijos ir visos reabilitacijos proceso efektyvumas priklauso nuo psichologinės kineziterapeuto būklės, nes šiai specialybei reikalingas artimas fizinis kontaktas su pacientu, kuris dažnai būna daug artimesnis nei su bendrosios praktikos slaugytojais ar gydytojais (2). Darbas su pacientais, ypač tais, kurie serga lėtinėmis nepagydomomis ligomis, gali sukelti įvairius jausmus: susirūpinimą, simpatiją ir t.t. (3). Tačiau dažniau kineziterapeutas patiria ir stresą dėl gydymo grįžtamojo ryšio nebuvimo, probleminių ryšių su pacientais ir kolegomis, ilgų darbo valandų, didelio pacientų skaičiaus ir pan (2). Jau 1974 metais Jungtinėse Amerikos valstijose. Herbert J. Freudenberg pirmasis paaiškino, kad žmonėms, kurių darbas susijęs su nuolatiniais tarpasmeniniais kontaktais (bendrosios praktikos slaugytojos, gydytojai, mokytojai, aptarnaujantis personalas, socialiniai darbuotojai), būdingas profesinis perdegimas. Šiais laikais tai vadinama perdegimo sindromu (4).

Perdegimo sindromas paprastai charakterizuojamas kaip ilgalaikis psichologinis ir emocinis išsekimas, kuris dažnai pasireiškia kartu su depersonalizacijos ir sumažėjusio darbingumo jausmu (5). Emocinis išsekimas yra pagrindinis perdegimo sindromo komponentas, kuris nulemia energijos bei iniciatyvos trūkumą. Ilgainiui atsiranda įvairūs psichologiniai ir fiziniai sutrikimai, ligos. Kartu su depersonalizacija (cinizmu) ir neigiamu požiūriu į pacientą, išsekimas neigiamai paveikia kineziterapeuto darbo kokybę bei paties specialisto gyvenimo kokybę, pasitenkinimą gyvenimu (6). Lenkijoje atliktas tyrimas parodė, kad tie asmenys, kurie nelinkę „perdegti“ arba patiria žemo lygio perdegimo sindromą, yra ženkliai labiau patenkinti savo santykiais su šeima, giminėmis ir draugais, savo sveikata bei darbu. Tuo tarpu asmenys, kurie patiria vidutinio ir aukšto lygio perdegimą, dažnai yra nepatenkinti savo finansine situacija, skundžiasi laisvo laiko stoka ir blogais santykiais su artimaisiais. Kitaip tariant, perdegimo sindromas, vienaip ar kitaip, lemia gyvenimo kokybę (7).

Perdegimo sindromas yra aktuali problema ne tik todėl, kad paveikia patį kineziterapeutą ir jo asmeninį gyvenimą – dažnai nukenčia aplinka. Pacientams nesuteikiamos kokybiškos, kvalifikuotos paslaugos. Dar blogiau, neatvykimas į darbą ar nedarbingumo pažymėjimų išdavimas (dėl profesinio perdegimo/išsekimo) Europos sąjungos šalims kasmet kainuoja apie 20 mlrd eurų – tai rimta ekonominė problema (8,9). Perdegimo sindromo paplitimas varijuoja nuo 4% iki 30,5% Europos sąjungos šalyse (8).

Šis mokslinis tyrimas, mūsų žiniomis, yra pirmasis tokios tematikos tyrimas Lietuvoje, kuris nagrinėja būtent kineziterapeutų perdegimo sindromą ir jo poveikį gyvenimo kokybei.

Šio tyrimo tikslas – nustatyti sąsajas tarp Lietuvoje dirbančių kineziterapeutų gyvenimo kokybės ir perdegimo sindromo.

Uždaviniai :

1. Įvertinti Lietuvoje dirbančių kineziterapeutų patiriamo perdegimo sindromo lygį.
2. Įvertinti Lietuvoje dirbančių kineziterapeutų gyvenimo kokybę.
3. Palyginti perdegimo sindromo bei gyvenimo kokybės rezultatus ir įvertinti priklausomybę tarp Lietuvoje dirbančių kineziterapeutų patiriamo perdegimo sindromo lygio ir jų gyvenimo kokybės.

2. LITERATŪROS APŽVALGA

2.1. Kineziterapeuto sąvokos apibrėžimas, veiklos sritys ir darbo specifika

Kineziterapija (KT) Lietuvos teisinėje sistemoje apibrėžiama kaip gydymas, kuris turi apibrėžtą teorinį ir praktinį pagrindą bei platų klinikinį pritaikymą. Taip pat KT sudaro ligų ir traumų prevencija, sveikos gyvensenos skatinimas ir mokymas, siekiant vystyti, palaikyti ir (ar) atkurti optimalias judėjimo ar kitas funkcines galimybes, kuomet judėjimas ar kitos funkcijos yra pažeistos dėl amžiaus, traumos, ligos ar aplinkos veiksnių (10). Trumpesniame ir plačiau naudojamame kineziterapijos apibūdinime/vertime, pagal A. Kriščiūną (11) teigiama, kad tai yra gydymas judesiu (graik. *kinesis* + *therapeia* gydymas).

KT užsiimti ir ją taikyti gali asmuo įgijęs kineziterapeuto profesinę kvalifikaciją (10). Lietuvoje ši kvalifikacija suteikiama tiek universitetuose, tiek kolegijose: Klaipėdos universitete, Lietuvos sporto universitete, Lietuvos sveikatos mokslų universitete, Šiaulių universitete, Vilniaus universitete, Kauno kolegijoje, Klaipėdos valstybinėje kolegijoje, Panevėžio kolegijoje, Šiaulių valstybinėje kolegijoje, Utenos kolegijoje ir Vilniaus kolegijoje (12).

Iki 2016 –ųjų metų Lietuvoje kineziterapeutų veikla nebuvo aiškiai ir plačiai apibrėžiama. Pastebėta, jog šalyje nebuvo įteisinti pasaulyje plačiai taikomi kineziterapijos metodai, diagnostiniai pacientų sveikatos būklės vertinimo metodai. KT studijas baigusiams specialistams nebuvo leidžiama atlikti kai kurių elektroterapijos ar hidroterapijos procedūrų (10,13). Minėtaisiais 2016 -aisiais metais įsigaliojo nauja kineziterapeuto norma, kurioje kur kas plačiau apibrėžiamos kineziterapijos specialisto pareigos, teisės, veikla bei kompetencijos. Kineziterapeutas įgalintas su pacientu/ klientu dirbti kompleksiskai, t.y. įvertinus esamą fizinę bei psichosocialinę asmens būklę, taikyti tiek kineziterapijos, tiek fizioterapijos, tiek masažo technikas. Naujoje normoje atsiradęs terminas „kineziterapinė diagnozė“ priartina prie pasaulinės praktikos, kur kineziterapeutas autonomiškai įvertina judėjimo funkcijos sutrikimus, funkcinis ribojimas ar negalią. Pagal gautus rezultatus specialistas pats nustato tolimesnius gydymo veiksmus, sudaro gydymo planą bei numato prognozę (10).

Kineziterapeuto veikla Lietuvoje kol kas nelicencijuojama, todėl šių specialistų tobulinimasis nėra privalomas. Be to, neapibrėžiama, kaip pareigos, veikla ar kompetencijos priklauso nuo to, kokią išsilavinimo laipsnį įgijo kineziterapeutas (pvz. bakalauro/ magistras) (13). Tiesa, naujoje normoje minima, jog nuo 2020 –ųjų metų įsigalės kineziterapeutų licencijavimas nustatyta tvarka ir nuolatinis tobulinimasis taps įprasta darbo dalimi (10).

Tokiu būdu Lietuvoje artėjama prie to, ką jau ilgą laiką įgyvendina Amerikos kineziterapijos asocijacija (APTA) : 1) profesionalumo demonstravimas; 2) tiesioginės kineziterapeuto konsultacijos (už kurias moka valstybinės institucijos, o ne pats pacientas); 3) praktika, kuri remiasi naujausiais moksliniais tyrimais; 4) gydytojo – kineziterapeuto išsilavinimas ir pan. (1,14).

Apžvelgus keletą Lietuvos ir užsienio literatūros šaltinių, susijusių su kineziterapeuto profesiniu rengimu, M. Žukauskienė (13) nurodė septynias pagrindines kineziterapeuto veiklos sritis ir jas atitinkančias kompetencijas :

1. tyrimai ir vertinimas;
2. gydymo planavimas ir vykdymas;
3. gydymo rezultatų vertinimas;
4. bendravimas ir bendradarbiavimas;
5. mokymas, švietimas;
6. praktinės veiklos vadyba;
7. moksliniai tyrimai.

Kiekvienai minėtai veiklos sričiai reikalingos skirtingos kompetencijos. Tam, kad specialistas galėtų atlikti tyrimus ir juos vertinti bei interpretuoti, jis turi kaupti, analizuoti bei suprasti su paciento poreikiais susijusią informaciją. Taip pat gebėti planuoti ir įgyvendinti tyrimą ir vertinimą, atlikti funkcinės būklės ir fizinio pajėgumo testus ir tyrimus. Svarbu gebėti nustatyti kineziterapinę diagnozę, paremtą surinktų tyrimų rezultatais bei numatyti prognozę. Gydymo planavimui ir įgyvendinimui reikalingos tokios kompetencijos kaip gebėjimas parengti individualų kineziterapijos planą, atsižvelgiant į kineziterapinę diagnozę, sistemingas ir savarankiškas kineziterapijos procedūras atlikimas, užtikrinant paslaugų kokybę ir saugumą. Kritiškas kineziterapijos procedūrų vertinimas, plano koregavimas kintant paciento/kliento būklei yra kompetencijos reikalingos, atlikti gydymo rezultatų vertinimą. Tuo tarpu kalbant apie bendravimą ir bendradarbiavimą svarbus tiek kineziterapeuto bendravimas su reabilitacijos komandoje dirbančiais specialistais, tiek su pacientu ir jo artimaisiais. Bendraujant su pacientu ir jo artimaisiais reikia nepamiršti ir mokymo apie sveiką gyvenseną, atsakomybę už savo sveikatą, kitaip tariant – prevencinės veiklos. Be visų minėtų kompetencijų, kineziterapeutas turėtų nuolat tobulėti profesine prasme, veikti remiantis kritinio mąstymo modeliu bei planuoti, vykdyti ir skleisti mokslinius tyrimus (13,15).

Apibendrinus, kineziterapija apima paciento įvertinimą, diagnozės nustatymą, gydymo taikymą visų amžiaus grupių pacientams, kurie turi tam tikrą judėjimo sutrikimų, dalyvumo apribojimų dėl griaučių – raumenų, neuroraumeninės, širdies ir kraujagyslių bei kvėpavimo sistemų problemų ar odos vientisumo pažeidimų. Kineziterapeutas taip pat užsiima prevencine veikla. Identifikavęs pagrindinius rizikos faktorius skatina užsiimti sveikatą gerinančia veikla, kuri užkerta kelią ligų atsiradimui. Jei asmuo turi tam tikrą ligą, kineziterapijos pagalba siekiama sustabdyti jos progresavimą ir sumažinti riziką atsirasti įvairioms komplikacijoms (1,15).

2.2. Perdegimo sindromo samprata ir aktualumas

Perdegimo sindromas turi daug apibrėžimų, tačiau nei vieno griežtai įvardinto ir patvirtinto tarptautiniu mastu (4). Vieni autoriai perdegimo sindromą apibrėžia kaip ilgalaikę, neigiamus simptomus sukeliančią būklę, kuri pasireiškia emociniu išsekimu, fiziniu nuovargiu ir vangumu (16). Kiti tą patį reiškinį apibūdina kaip psichologinį sindromą, kuris atsiranda kaip ilgalaikis atsakas į darbe patiriamą stresą (5).

Mokslininkai C. Maslach ir M. Leiter (5) teigia, kad žmogaus atsakas į patiriamą stresą susideda iš trijų pagrindinių pojūčių. Tai yra neįveikiamas, žymus emocinis išsekimas, cinizmas ir atsiskyrimas nuo darbo (depersonalizacija) bei sumažėjęs veiksmingumas, darbo neatlikimas (1 pav.). Šis trijų dimensijų modelis yra svarbus tuo, kad aiškiai sudelioja asmens patirtį, susijusią su stresu socialiniame kontekste ir apima žmogaus suvokimą apie save ir kitus (5).



1 pav. Perdegimo sindromo dimensijos (5)

Perdegimas/ išsekimas/ nuovargis, kaip tam tikras fenomenas egzistavo visais laikais ir visose kultūrose. Jau pirmasis užuominas galima rasti Senajame Testamente, tačiau terminas, apie kurį šnekame šiais laikais, atsirado 1974 metais Jungtinėse Amerikos valstijose. Jo autorius psichoanalitikas Herbert J. Freudenberg pirmasis paaiškino, kad profesinis perdegimas būdingas žmonėms, kurių darbas susijęs su nuolatiniais tarpasmeniniais kontaktais arba, kitaip tariant, kurie yra nuolat orietuoti į klientą, pvz. žmones aptarnaujantis personalas, mokytojai, sveikatos priežiūros specialistai ir pan. (4,5). Pagrindiniais perdegimo sindromo simptomais tampa psichinės ir fizinės būklės prastėjimas (4). Terapeuto/ mokytojo ir paciento/ mokinio santykiai reikalauja intensyvaus ir nepertraukiamo

asmeninio ir emocinio kontakto. Nors šis kontaktas gali būti naudingas ir įdomus abiem pusėms, jis dažnai tampa sukeliantis stresą ir kitus neigiamus pojūčius (5).

Anot H. Freudenberg ir G. North, (17) perdegimo sindromo atsiradimas gali būti dalijamas į dvylika stadijų, pradedant nerealiais lūkesčiais, baigiant pačiu perdegimo sindromu. Priklausomai nuo sindromą patiriančio asmens individualių savybių, stadijos gali trukti skirtingą laiko tarpą bei skirtingai pareikšti stadijų sekoje. Freudenberg ir G. North išskirias šias stadijas:

1. Stiprus noras įrodyti, kad kažką sugebi – asmuo save įsivaizduoja kaip tobulą specialistą ir sieka, kad kolegos tai pastebėtų.
2. Dar didesnės pastangos darbe – asmuo nori įrodyti, jog jis yra nepakeičiamas jo darbo vietoje.
3. Savų poreikių ignoravimas/atsisakymas – per didelis dėmesys skiriamas darbui. Asmuo mažiau miega, mažiau valgo, mažiau dėmesio skiria šeimai ir artimiesiems.
4. Vidinių konfliktų atsiradimas – asmuo intuityviai supranta, kad kažkas jo gyvenime vyksta ne ta linkme, kokia jis norėtų, tačiau nepastebi kodėl. Atsiranda pirmieji simptomai, susiję su stresu : galvos skausmai, nemiga, raumenų skausmai, seksualiniai sutrikimai ir pan.
5. Pamatinių vertybių keitimas - pamatinės vertybės - šeima, draugai, meilė ir kt.- pakeičia darbas ir tampa didžiausia vertybe.
6. Problemų neigimas – asmuo vengia socialinių kontaktų su kitais, tampa ciniškas, agresyvus.
7. Atsitraukimas – asmuo izoliuoja save nuo aplinkos ir socialinių kontaktų. Šioje stadijoje asmuo dažniausiai pradeda vartoti stresą mažinančius vaistus.
8. Ryškus elgesio pasikeitimas – aplinkiniai pastebi, jog anksčiau buvęs energingu ir aktyviu darbuotoju, asmuo tapo drovus, baikštus intravertas.
9. Depersonalizacija - asmuo pasikeičia, tampa labai agresyvus, piktas arba labai lėtas, vangus, taip pat galimas žalingų įpročių suintensyvėjimas: daugiau rūkoma, vartojama alkoholio ir kt.
10. Vidinė tuštuma – asmuo jaučia, jog praranda gyvenimo prasmę. Senka kūrybinės ir fizinės jėgos, organizmas silpsta, išsibalansuoja psichinė sveikata.
11. Depresija – atsiranda nuotaikos ir kognityviniai pokyčiai, depresijos simptomai: abejingumas, išsekimas, neigimas ir pan. Gyvenimas netenka prasmės.
12. Perdegimo sindromas – asmuo, kuris patiria perdegimo sindromą, dažnai nori pabėgti nuo situacijos. Kuomet fizinės ir psichinės jėgos išsenka, reikalingas stacionarus gydymas (17).

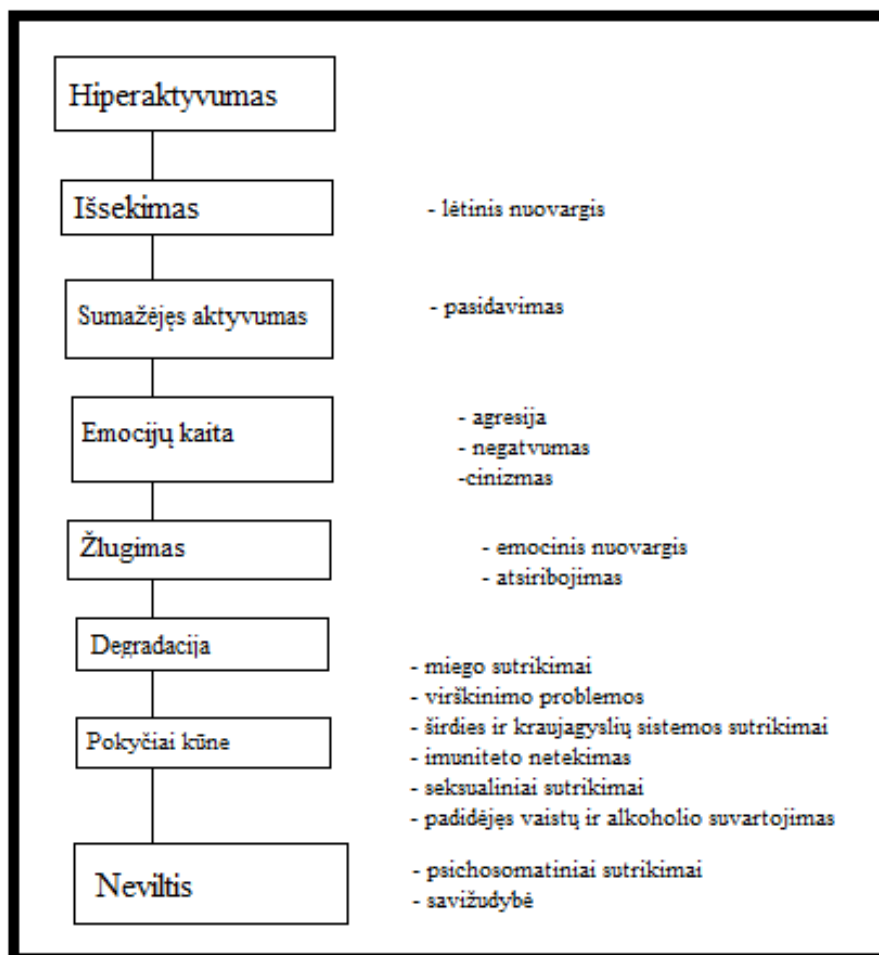
Tarptautinėje ligų klasifikacijoje (TLK) perdegimo sindromas yra pažymimas kaip faktorius, kuris daro įtaką sveikatos būklei ir konsultavimuisi su sveikatos priežiūros specialistais. Perdegimo sindromą galima rasti TLK skyriuje “Problemos, susijusios su gebėjimu įveikti gyvenimo sunkumus”. Jis užkoduotas numeriu Z73.0 ir apibūdinamas kaip “visiško išsekimo būklė” (16,18).

Atsižvelgiant į Europoje atliktus mokslinius tyrimus, kurie nagrinėja gyvenimo kokybę darbo vietoje, perdegimo sindromas yra vienas iš dažniausių veiksnių, lemiantis tai, kad darbuotojai gauna nedarbingumo pažymėjimą ir neatvyksta į darbo vietą. Tuo tarpu perdegimo sindromo paplitimas yra tiesiogiai susijęs su darbe patiriamu stresu ir jis varijuoja nuo 4% iki 30,5% Europos sąjungos šalyse. Kalbant apie sveikatos priežiūros sektorių, Europoje, tarp šios srities darbuotojų, perdegimo sindromo paplitimas siekia net apie 14,9% (8). Deja, bet Lietuvoje perdegimo sindromo paplitimo tyrimai tarp sveikatos priežiūros specialistų (bendrai) bei kineziterapeutų (išskirtinai) iki šiol atlikti nebuvo. Rasta keletas tyrimų, nagrinėjančių įvairaus profilio slaugytojų perdegimo sindromo paplitimą. Pavyzdžiui 2007 – aisiais metais atliktas tyrimas apie Lietuvos kardiochirurginiuose centruose dirbančias bendrosios praktikos slaugytojas atskleidžia, kad 12,2 % šios srities atstovų patiria išsekimą bei perdegimo sindromą (19).

Ilgalaikis streso patyrimas nenaudingas tiek pačiam asmeniui, tiek visuomenei. Anot A. Weber ir kolegų (20), perdegimas yra dinaminis procesas, susijęs su nepalankiomis sveikatai pasekmėmis, pvz. minėtas sindromas yra nustatytas kaip vienas iš rizikos veiksnių susirgti širdies ir kraujagyslių bei kitomis pavojingomis ligomis ar net mirtimi (2 pav.). Taip pat mokslininkai įrodė, kad perdegimo sindromą dažnai lydi psichinė liga – depresija (16,20).

Kalbant apie žalą visuomenei, pirmiausiai nukenčia pacientai/ klientai, nes jiems nesuteikiamos kokybiškos, kvalifikuotos paslaugos. Specialistas tampa abejingu, cinišku, neatliekančiu tiesioginių savo pareigų. Antra, neatvykimas į darbą ar nedarbingumo pažymėjimų išdavimas (dėl profesinio perdegimo/ išsekimo) Europos sąjungos šalims kasmet kainuoja apie 20 mlrd eurų – tai didelė ekonominė problema (8,9).

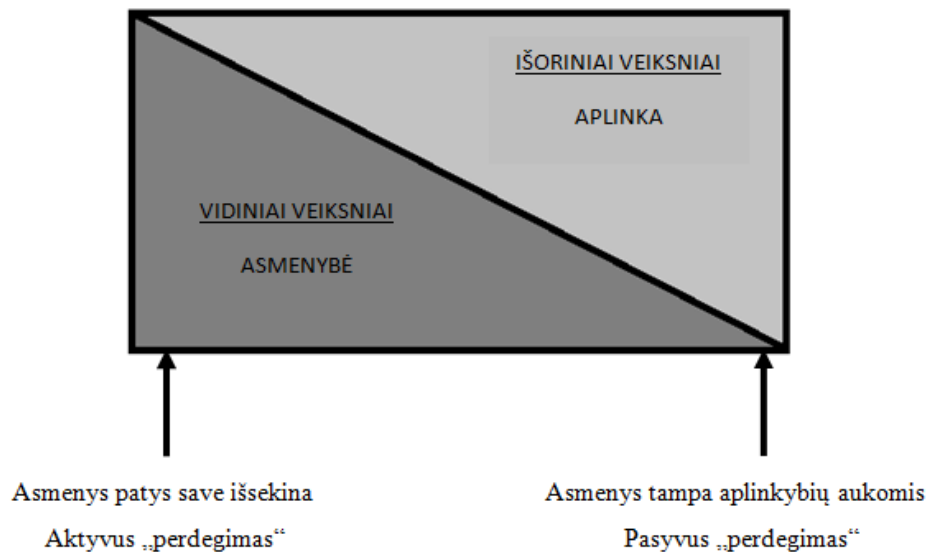
Visoms organizacijoms, kuriose dirba aptarnaujantis personalas, mokytojai, sveikatos priežiūros specialistai, svarbi prevencinė veikla nukreipta į perdegimo sindromą. Taip pat svarbu stebėti darbuotojus ir laiku pamatyti streso, išsekimo ir panašius simptomus, o pastebėjus – imtis atitinkamų veiksmų (8).



2 pav. Perdegimo sindromas – dinaminis procesas (perdegimo „kaskada“) (20)

2.3. Perdegimo sindromą sukeliantys veiksniai ir jo pasireiškimas kineziterapeuto darbe

Mokslininkai iki šiol ginčijasi aiškindamiesi, kas sukelia perdegimo sindromą bei įvardindami pagrindinius rizikos veiksnius. Tačiau dauguma sutaria, kad jo atsiradimą lemia du pagrindiniai veiksniai: vidiniai ir išoriniai. (21). Mokslininkai G.A. Canadas De la Fuente, C. Vargas, C. San Luis ir kiti (21), minėtųjų veiksnių sąveiką vaizduoja 3 paveiksle. Teigiama, kad vidinius veiksnius sudaro pati asmenybė, kuri save išsekina ir taip vyksta „aktyvus perdegimas“. Tuo tarpu išoriniai yra aplinka ir jos įtaka. Asmenys tampa aplinkybių aukomis ir tai vadinama „pasyviu perdegimu“.



3 pav. Perdegimo sindromą sukeliančių veiksnių grupės (21)

Mokslininkas W. P. Kaschka su kolegomis (4) aiškiai įvardijo vidinius ir išorinius etiologinius veiksnius, kurie lemia perdegimo sindromo atsiradimą. Vidinius veiksnius sudaro :

- Per dideli (idialistiniai) lūkesčiai, didelės ambicijos, perfekcionizmas;
- Stiprus noras būti pripažintu;
- Manymas, kad esi nepakeičiamas;
- Atsidavimas darbui, kaip svarbiausiai ir prasmingiausiai gyvenimo veiklai, socialiniams santykiams.

Tuo tarpu išorinių veiksnių sąrašas gerokai ilgesnis. Pastarieji susideda iš šių faktorių:

- Aukšti darbo reikalavimai;
- Problemos dirbant komandoje (vadovaujant ar bendradarbiaujant);
- Prieštaringos instrukcijos;
- Laiko stoka;
- Patyčios darbe;
- Negalėjimas priimti sprendimų pačiam;
- Negalėjimas prisidėti prie darbo organizavimo;
- Autonomijos nebuvimas;
- Hierarchijos darbe problemos;
- Prastas darbo organizavimas;
- Išteklių (personalo, įrangos...) stoka;
- Karjeros kilimo galimybių nebūvimas;
- Ir kiti (4).

Apžvelgę keletą tyrimų, ispanų mokslininkai G. A. Canadas-De la Fuente ir kiti, (21) padarė išvadą, jog vidiniai veiksniai, kitaip tariant, asmeninės savybės dažniausiai įvardijamos kaip mažiau svarbios nei aplinkos veiksniai, kalbant apie perdegimo sindromo etiologiją. Nepaisant to, išoriniai veiksniai gali sukelti skirtingo sunkumo perdegimą, nes kiekvienas asmuo, atsižvelgiant į jo vidines savybes, reaguoja į stresą skirtingai. Apibendrinant galima teigti, kad dalis žmonių yra labiau linkę patirti perdegimo sindromą nei kiti. Tam, kad būtų galima lengviau suprasti todėl taip yra, labai svarbu pamatyti bei atpažinti individualius žmonių skirtumus (21).

Kineziterapeuto darbe taip pat tenka susidurti tiek su vidiniais, tiek su išoriniais veiksniais, sukeliančiais perdegimo sindromą. Kineziterapijos specialistai didelę dalį savo darbo laiko praleidžia akis į akį su pacientu. Dažnai tenka susidurti ir su agresyviomis ar beviltiškoms emocijomis, kurias reiškia pacienai bei tokiu būdu darantys blogą įtaką savo pačių bei specialisto motyvacijai bei galutiniam gydymo rezultatui. Taip pat, reabilitacijos eigoje pasitaiko atkryčio fazių, kurių metu kineziterapeutas turi išlikti stiprus, dėmesingas, motyvuojantis, o tai gali būti didelė kliūtis tam tikriems asmenims. Ši patirtis ilgainiui gali tapti emociškai nepakeliama – atsiranda nuovargis, sumažėjęs entuziazmas bei aistra savo darbui (3).

Anot ispanų mokslininkų (8), perdegimo sindromo pasireiškimą, kitaip tariant simptomus, galima suskirstyti į tris grupes:

- fiziologiniai simptomai;
- emociniai (elgesio) simptomai;
- psichologiniai simptomai (8).

Kalbant apie fiziologinius pokyčius, atsiranda raumenų įtampa, galvos skausmas, nemiga, pakilęs arterinis kraujo spaudimas, tachikardija. Taip pat kankina lėtiniai skausmai (pvz. fibromialgija), virškinimo, širdies ir galvos kraujagyslių sistemų sutrikimai ir netgi odos ligos (8). Jau 2009 metais, Norvegai įrodė, kad perdegimo sindromas ir griaučių – raumenų sistemos sutrikimai yra statistiškai reikšmingai susiję. Ištyrę septynias skirtingų profesijų grupes jie pastebėjo, kad penkiose iš septynių grupių griaučių – raumenų sistemos sutrikimus dažniau jaučia moterys nei vyrai. Taip pat minėtas problemas labiau patiria asmenys, kurie dirba statinėje padėtyje, kelia sunkius svorius, pvz.: slaugytojos, IT specialistai, autobuso vairuotojai ir pan. (22).

Kita perdegimo sindromo simptomų grupė yra emocijų (elgesio) sutrikimai. Asmenys dažnai atsisako tam tikrų mėgiamų veiklų, pradeda rūkyti ar vartoti kitas priklausomybę sukeliančias medžiagas, atsiranda apetito sutrikimų – valgoma nesaikingai, arba atvirkščiai – minimaliai. Taip pat asmuo kenčiantis nuo perdegimo sindromo neatlieka savo pareigų iki galo, tampa neproduktyvus, nenori įsitraukti ar būti įtrauktas į naują veiklą, naujus iššūkius (8).

Trečia simptomų grupė apima psichologinius sutrikimus. Dažniausiai tai yra priešiško jausmas, nerimas, apatija, anksčiau minėta depresija bei cinizmas. Kuomet pasirodo pastarieji

simptomai, žmogui sunku užmegzti socialinius kontaktus su kitais asmenimis, sunku prisitaikyti prie kintančios aplinkos, pasireiškia frustracija (8).

Mokslinėje literatūroje retai galima pamatyti tyrimų apie perdegimo sindromą kineziterapijos srityje. Tai kol kas labai menkai išnagrinėta sritis, tačiau jau yra atlikta keletas tyrimų, kuriuose daroma išvada, kad kineziterapeutai, kaip ir gydytojai ar slaugytojai, patiria perdegimo sindromą ir jiems pasireiškia visi aukščiau minėti simptomai (23).

2.4. Perdegimo sindromo prevencija profesinėje veikloje

Kaip jau minėta anksčiau, perdegimo sindromas yra toks sindromas, kuris dažniausiai pasireiškia į rūpinimąsi žmonėmis orientuotų profesijų asmenims: socialiniams darbuotojams, mokytojams, sveikatos priežiūros atstovams, tarp kurių ir kineziterapeutai. Sveikatos priežiūros atstovai dažnai susiduria su ekstremaliomis situacijomis, dideliu streso kiekiu darbe. Ilgalaikė įtampa gali vystytis į išsekimą, fizinę ir psichologinę kančią. Be viso to, perdegimo sindromas gali sukelti įvairias ligas, sumažinti pasitenkinimą darbu ir gyvenimu bei inicijuoti ankstyvą išėjimą iš darbo (24).

Įrodyta, kad paslaugų, kurias teikia sveikatos priežiūros specialistai, kokybė yra tiesiogiai susijusi su jų pasitenkinimu atliekamu darbu. Motyvacija ir noras dirbti yra įdėtų pastangų, gauto rezultato, organizacijos kurioje dirbama paskatinimų ir asmeninių savybių rezultatas (25). Tam, kad būtų galima išvengti perdegimo sindromo arba sumažinti jo lygį sveikatos priežiūros sektoriuje, svarbu taikyti specialias prevencines programas, orientuotas į rizikos faktorių, sukeliančių neigimą poveikį, eliminavimą (26).

Grupė ispanų ir suomių mokslininkų 2006 – aiais metais yra atlikę didelio masto tyrimų iš viso pasaulio apžvalgą, kuriuose yra nagrinėjamos prevencinės perdegimo sindromo programos. Joje pateiktos susistemintos prevencinės programos taikytos skirtingose šalyse. Išskiriami du programų tipai, kurie atitinka etiologinius perdegimo sindromo veiksnius : 1) intervencijos susijusios su darbo aplinka ir 2) į žmogų orientuota veikla (26).

Pastaroji programa apima asmeninių gebėjimų, įgūdžių, technikų mokymą, susidorojimo su stresu priemonių mokymą ir lavinimą. Pavyzdžiui, tam, kad būtų sumažinamas darbe patiriamas stresas, asmenys buvo mokomi atsipalaidavimo technikų, kognityvinės elgesio terapijos technikų, kurios padeda susidoroti su stresu, išvengiant aplinkos ar pareigų pokyčių. Tuo tarpu darbo aplinkos programą apėmė aplinkos keitimas, užduočių ir metodų keitimas. Pavyzdžiui, intervencijų metu buvo mažinamas darbo krūvis, keičiama organizacinė veikla (26).

Apžvelgę didelį kiekį tyrimų, mokslininkai padarė išvadą, kad į žmogų orientuotos intervencijos, kurias sudaro kognityvinė elgesio terapija kartu su atsipalaidavimo technikomis ar be jų, yra efektyvios mažinant perdegimą, nerimą, stresą ir kitus simptomus sveikatos priežiūros

specialistams lyginant su jokia gydymu. Analogiška situacija ir su į darbo aplinką orientuotomis intervencijomis, todėl negalime teigti, kuri programa yra geresnė, nes vis dar trūksta kokybiškų tyrimų ir išvadų. (26).

Tuo tarpu J. García-Campayo su kolegomis (8) siūlo panašią, tačiau kartu ir skirtingą perdegimo sindromo prevencijos strategiją. Čia prevencija susiskirstyta į tris dalis:

- 1) Pirminė prevencija – dėmesys sutelktas į veiksnių, sukeliančių stresą, mažinimą ar panaikinimą, užsiimant tokiomis veiklomis, kurios gerina psichinę, protinę būseną darbe ir jo aplinkoje. Šių intervencijų tikslas – sukurti sveiką darbo aplinką.
- 2) Antrinė prevencija – šio tipo prevencijos tikslas yra sumažinti su sveikata susijusius padarinius, kuriuos sukėlė stresas. Taikomos susidorojimo su stresu technikos, tokiu būdu lavinant darbuotojų įgūdžius ir galimybes.
- 3) Tretinė prevencija – šiose intervencijose siekiama gydyti žmones, kurie neseniai buvo ar šiuo metu yra paveikti streso ir kenčia nuo perdegimo sindromo. Tikslas – sumažinti neigiamas streso pasekmes, tam kad asmuo atgautų darbingumą ir iš naujo galėtų įsijausti ir grįžti į darbą (8).

Pastarieji autoriai, J. García-Campayo su kolegomis (8), taip pat siūlo individualias ir organizacines prevencijos priemones, skirtas išvengti perdegimo sindromo bei sieja jas su pagrindiniais rizikos veiksniais. Individualias prevencijos strategijas sudaro :

- Atsipalaidavimo technikų mokymasis;
- Susidorojimo su stresu strategijų naudojimas;
- Emocijų ir konfliktų valdymas;
- Atsiribojimas nuo asmeninių problemų: būvimas lanksčiu ir prisitaikančiu;
- Socialinių santykių palaikymas su draugais ir šeima;
- Gerų santykių palaikymas su kolegomis;
- Hobių ir pramogų pritaikymas po darbo valandų;
- Mankšta, sveika mityba, pakankamas poilsio kiekis (8).

Prevencijos priemonės, anot tų pačių autorių (8), kurios gali būti įgyvendinamos organizacijose apima sekančias strategijas :

- Autoritarizmo vengimas;
- Darbuotojo autonomijos skatinimas, savo darbo kontroliavimas;
- Lanksčių darbo valandų užtikrinimas;
- Aiškaus bendravimo ir sprendimų priėmimo užtikrinimas;
- Profesinio paaugstinimo galimybės sudarymas;
- Tikslų ir aiškiai apibrėžtų tikslų nustatymas;
- Asmenų su per dideliu ar per mažu krūvių vengimas - krūvio optimizavimas;
- Pastebėjimas, pripažinimas ir tinkamo atlygio suteikimas

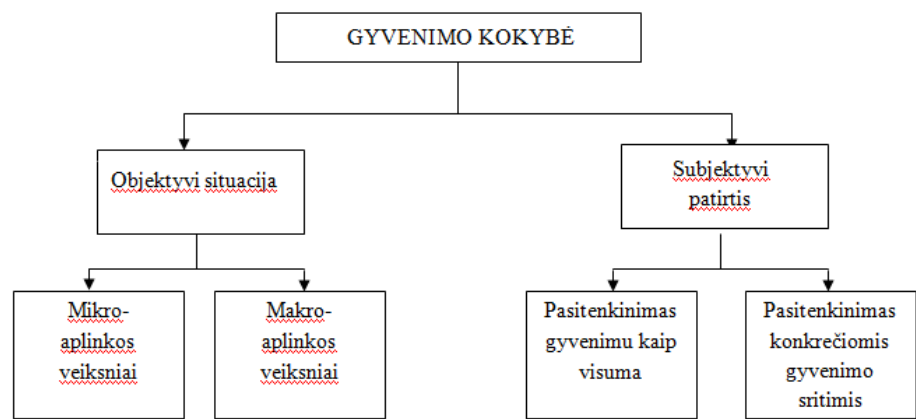
- Kursų, mokymų, seminarų organizavimas, tam, kad darbuotojai dirbų pagal naujausias metodikas;
- Komandinio darbo skatinimas (8).

2.5. Gyvenimo kokybės samprata ir jos komponentai

Gyvenimo kokybė (GK) yra terminas, kuris neturi aiškaus apibrėžimo ir ribų. Pasaulio sveikatos organizacija jau 1948 metais terminą “sveikata” apibrėžė kaip fizinę, dvasinę ir socialinę gerovę, o ne tik ligos ar negalios nebūvimą. Daugelis kitų sveikatos ir gyvenimo kokybės apibrėžimų buvo siejami juos sujungiant, tik gyvenimo kokybei buvo priskiriami laimės jausmo ir pasitenkinimo gyvenimu komponentai (27). Galiausiai 1993 m. PSO gyvenimo kokybę apibrėžė kaip individualų savo vietos gyvenime suvokimą kultūros ir vertybių sistemos, kurioje individas gyvena, kontekste, susijusį su individo tikslais, lūkesčiais, standartais bei interesais. Nors sąvoka plati, tačiau ji apima sveikatos, psichologinius, sociologinius ir kitus aspektus. (28).

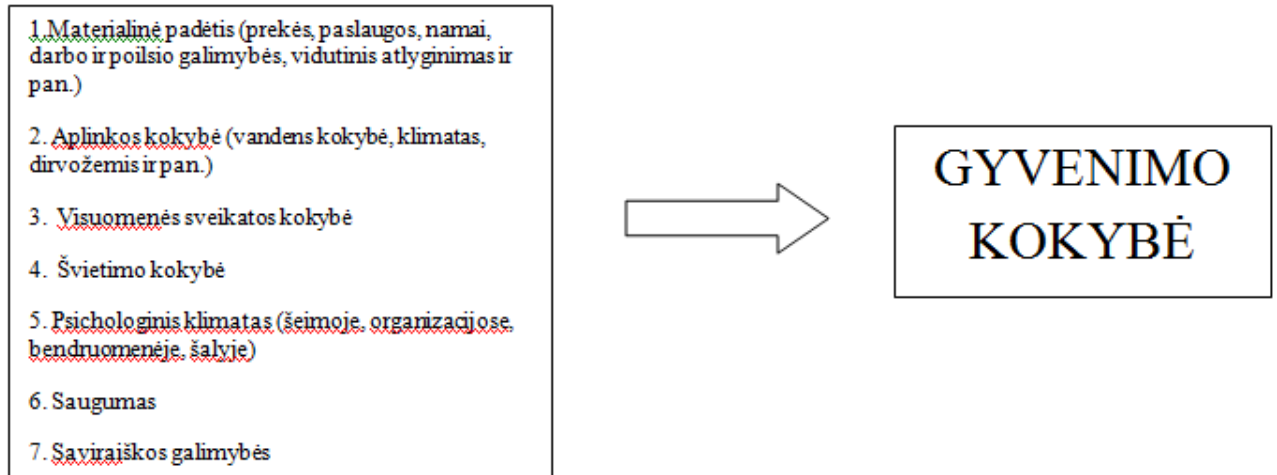
Pats terminas “gyvenimo kokybė” dažnai pakeičimas žodžiais gerbūvis, gerovė, gyvenimo standartas ir pan. Visos savokos iš esmės apibūdina gerą gyvenimą. Kadangi „gyvenimo kokybės“ sąvoka yra naudojama daugelyje disciplinų, atskiros mokslo šakos, pateikdamos jos koncepciją, suteikia jai tam tikrus skirtingoms akademinėms disciplinoms svarbius elementus. Nepaisant to, kad taip gyvenimo kokybės suvokimas tampa įvairesnis, atsiranda ir nemažai netikslumų. „Gyvenimo kokybės“ sąvoka moksliniuose šaltiniuose dažnai imama vartoti kaip ekonominės, psichologinės gerovės ar su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sinonimas, nors sąvokos nėra identiškos (29).

V. Starkauskienė (30) savo disertacijoje apžvelgė keleto autorių literatūrą ir nustatė, kad vieni GK suvokia, kaip gerą gyvenimą ir vertina ją objetyviais rodikliais, atsižvelgdami į mikro- ir makro-aplinkas. Kiti mokslininkai teigia, kad GK yra subjektyvus kintamasis ir ją atspindi skirtumas tarp žmogaus noro ir jo galimybių (4 pav.).



4 pav. Skirtingas gyvenimo kokybės suvokimas (30)

Kol nėra universalus ir visuotinai pripažinto gyvenimo kokybės apibrėžimo, kai kurie mokslininkai teigia, kad dauguma Vakarų pasaulio gyventojų yra susipažinę su šia sąvoka ir intuityviai supranta, kokie komponentai ją sudaro (27). Vadybos mokslų profesorių komanda, D. Akranavičiūtė ir J. Ruževičius, (31) savo moksliniame darbe teigia, kad GK lemia fizinė ir psichinė sveikata, nepriklausomumo lygis, socialiniai santykiai su aplinka ir kiti faktoriai (5 pav.).



5pav. Gyvenimo kokybę lemiantys faktoriai (31)

Apibendrinus kitų autorių nuomonę, gyvenimo kokybę galima suskirstyti į 7 sritis: fizinė būklė, materialinė būklė, psichologinė būklė, išsilavinimas ir tobulinimasis, socialiniai ryšiai, saviraiška ir laisvalaikis bei saugumas ir aplinka. Kiekvieną iš šių sričių sudaro atitinkami komponentai :

fizinė būklė → su sveikata susijusi gyvenimo kokybė (sveikata, ištvermė, darbo krūvis, mityba)

materialinė būklė → materialinė gyvenimo kokybė (gerbūvis, gyvenamosios vietos būklė)

psichologinė būklė → psichinė gyvenimo kokybė, darbo kokybė (emocijos, požiūris, vertybės, pasitikėjimas savimi, pasitenkinimas darbu, stresas)

išsilavinimas ir tobulinimasis → švietimo kokybė (mokymas, įgūdžiai)

socialiniai ryšiai → socialinio gyvenimo kokybė (bendravimas su šeima, draugais, kaimynais)

saviraiška ir laisvalaikis → laisvalaikio kokybė (pomėgiai, hobiai, linksmybės)

saugumas ir aplinka → su aplinka susijusi gyvenimo kokybė (saugumas, darbo aplinka, ekonominė, politinė, teisinė aplinka) (31).

Darbo kokybė yra vienas iš gyvenimo kokybės komponentų bei veiksnys, darantys įtaką gyvenimo kokybės kitimui. Darbo kokybę galima apibrėžti kaip darbinę aplinką, darbo strategijas, procesus, aplinkos kitimą, kuris skatina pasitenkinimą darbu bei gyvenimu. Ji taip pat priklauso nuo darbo sąlygų ir organizacijos veiksmingumo. Kaip jau minėta anksčiau, su darbu susijusi kokybė

tiesiogiai daro įtaką individo gyvenimo kokybei ir vertybėms. Bendrai kalbant, šiuo atveju gyvenimo kokybę galima apibūdinti kaip darbuotojo (-jos) ir jo (jos) santykio su darbo aplinka kokybe (31).

Galėjimas įsitraukti į darbo strategijų kūrimą, motyvacija, efektyvumas, produktyvumas, sveikata, saugumas, gerbūvis darbe, stresas, darbo krūvis, perdegimo sindromas – visi šie paminėti aspektai yra susiję su fiziniu ir psichologiniu darbo, kurį individas atlieka, rezultatu. Todėl, pavyzdžiui, stresas ir kiti perdegimo sindromo simptomai, atsiradę darbe gali tiesiogiai paveikti pasitenkinimo gyvenimu lygį bei gyvenimo kokybę (32).

2.6. Perdegimo sindromo ir gyvenimo kokybės vertinimas

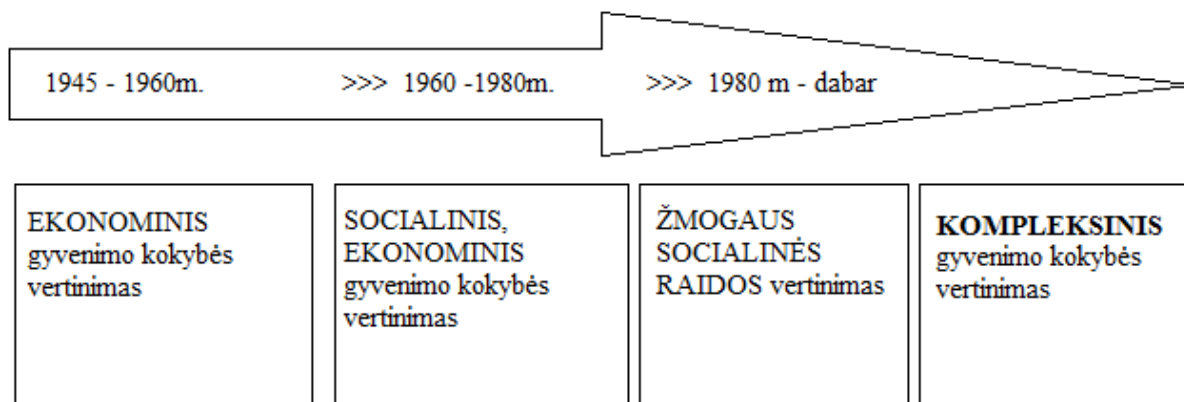
Kuomet perdegimo charakteristikos tapo aiškios ir suprantamos, sekė svarbus žingsnis – tai priemonių, skirtų perdegimo sindromui nustatyti, kūrimas. Pirmasis perdegimo sindromo vertinimo indeksas „Maslach perdegimo sindromo klausimynas“ (angl. *Maslach Burnout Inventory (MBI)*) buvo paremtas išsamiais psichometriniais tyrimais. MBI – tai specialiai sukurtas klausimynas, skirtas įvertinti tris perdegimo dimensijas: emocinį išsekimą, asmeninius laimėjimus ir depersonalizaciją. Iki šiol ši perdegimo sindromo vertinimo priemonė laikoma kaip standartas pastarojo sutrikimo tyrimuose. MBI išverstas į daugelį kalbų ir pritaikytas naudoti moksliniuose tyrimuose (5).

Priešingai nei MBI, kiti pirminiai klausimynai analizavo tik vieną perdegimo dimensiją – išsekimą. Skirtumai tarp klausimynų, kurie matuoja kelias dimensijas bei kurie susitelkia tik ties viena dimensija, ryškūs iki šių dienų. Pavyzdžiui „Bergen perdegimo sindromo klausimynas“ matuoja tris perdegimo dimensijas: išsekimą darbe, cinizmą darbe, nepilnavertiškumo jausmą. Tuo tarpu „Oldenburg perdegimo sindromo klausimynas“ matuoja dvi dimensijas: išsekimą ir nepasitenkinimą darbu. Keletas kitų klausimynų nagrinėja tik vieną išsekimo dimensiją, tačiau joje išskiria skirtingus aspektus. Pavyzdžiui „Shirom – Melamed perdegimo skalė“ nagrinėja fizinio nuovargio, emocinio išsekimo bei pažintinių gebėjimų aspektus, o „Copenhagen perdegimo skalė“ fizinio ir psichologinio nuovargio aspektus. (5,33,34).

Ilgainiui atsirado ir kitų perdegimo sindromo vertinimo priemonių modifikacijų. Kadangi didžiausias dėmesys buvo skiriamas tokioms profesijų sritims, kaip sveikatos priežiūra, visuomenės sveikata, klausimynai buvo pritaikomi specifiškai tik tų sričių darbuotojams. Tačiau kitų profesijų atstovai taip pat susidūrė su perdegimo sindromo problema ir tapo sunku pritaikyti egzistuojančius klausimynus kitoms profesijoms (34). Minėtojo MBI klausimyno kūrėjai rado išeitį sukurti MBI versiją, kuri tiktų visų sričių atstovams. Jame taip pat nagrinėjamos trys perdegimo sindromo dimensijos, tačiau skiriasi klausimų struktūra ir skaičius (5).

Kalbant apie vertinimo priemones, skirtas nustatyti gyvenimo kokybę, pasitenkinimą gyvenimu, gyvenimo pilnatvę, vieno dominuojančio mato nėra. Be to, kad nėra vieno, visuotinai

pripažinto gyvenimo kokybės apibrėžimo, taip pat sunku įvertinti pačią gyvenimo kokybę keliais aspektais. Kadangi gyvenimo kokybė yra įvairiapusis ir daugiareikšmis kintamasis, jos vertinimui neužtenka atskirų, tik vienai sričiai skirtų rodiklių interpretavimo. Gyvenimo kokybės įvertinimui reikalingas kompleksinis mąstymas. Todėl kintant gyvenimo kokybės sampratai visuomenėje, kito ir jos vertinimo instrumentai – pradedant ekonominiu (kiekybinis požiūris į GK), baigiant kompleksiniu gyvenimo kokybės vertinimu (kiekybinis ir kokybinis požiūris į GK) (6 pav.) (30).



6pav. Gyvenimo kokybės vertinimo etapai nuo 1945 (30).

Anot V. Servetkienės (35) gyvenimo kokybė vertinama daugelyje disciplinų:

- biomedicinoje (tiriama su asmens sveikatos būkle susijusi GK, visuomenės sveikatos būklės rodikliai);
- filosofijoje (kalbama apie gyvenimo pilnatvę, laimę ir pan.);
- psichologijoje (matuojamas pasitenkinimas gyvenimu, subjektyvi GK);
- sociologijoje (vertinama socialinė gerovė, subjektyvus ir objektyvus GK suvokimas);
- politikos srityje (vertinama demokratija, kultūriniai pokyčiai, lyčių lygybė, valstybės vaidmuo, kuriant gyvenimo kokybę);
- ekonomikoje (atsižvelgiama į gyvenimo sąlygas, gyvenimo lygį, materialinę gerovę ir pan.).

Tuo tarpu dažniausiai vertinami aspektai gyvenimo kokybės kontekste yra fizinė sveikata, materialinė gerovė, gyvenimo sąlygos, emocinė ir šeimos gerovė, saugumas (tiek socialinis, tiek teisinis, tiek finansinis), profesinė veikla, laisvalaikio ir poilsio galimybės ir daug kitų (35).

Kaip minėta, gyvenimo kokybės matų yra labai daug: Moriso indeksas (36), Ferrans ir Powers gyvenimo kokybės indeksas (37), Laimės indeksas (38), McGill gyvenimo kokybės klausimynas, PSO sukurti gyvenimo kokybės klausimynai (39), SP – 36 (40) ir daug kitų (35).

Šiame tyrime pasirinktas gyvenimo kokybės klausimynas buvo sukurtas 2000 metais Vokietijoje. Anot autorių, jis labiausiai tinkamas naudoti biomedicinos ir psichologijos srityse. Klausimyno esmė nustatyti pasitenkinimo lygį dešimtyje gyvenimo aspektų: sveikatos, darbo, finansų,

santuokos, ryšio su vaikais, asmeninių savybių, gyvenimo sąlygų, lytinių santykių, laisvalaikio, ryšio su draugais ir artimaisias srityse. Šis klausimynas pripažintas tinkamu naudoti moksliniuose tyrimuose ir yra naudingas dėl keleto priežasčių. Pirmiausia, jo rezultatus galima interpretuoti kaip bendrą gyvenimo kokybės lygį. Be to, kiekviena klausimyno dalis gali būti vertinama atskirtai, kas labai aiškiai parodo, kuriomis gyvenimo sritimis asmuo linkęs būti nepatenkintu, o kuriomis, atvirkščiai, labai patenkintu. Nepaisant didelės klausimyno apimties, jis yra labai aiškus, todėl pildymas neužtrunka daug laiko (41).

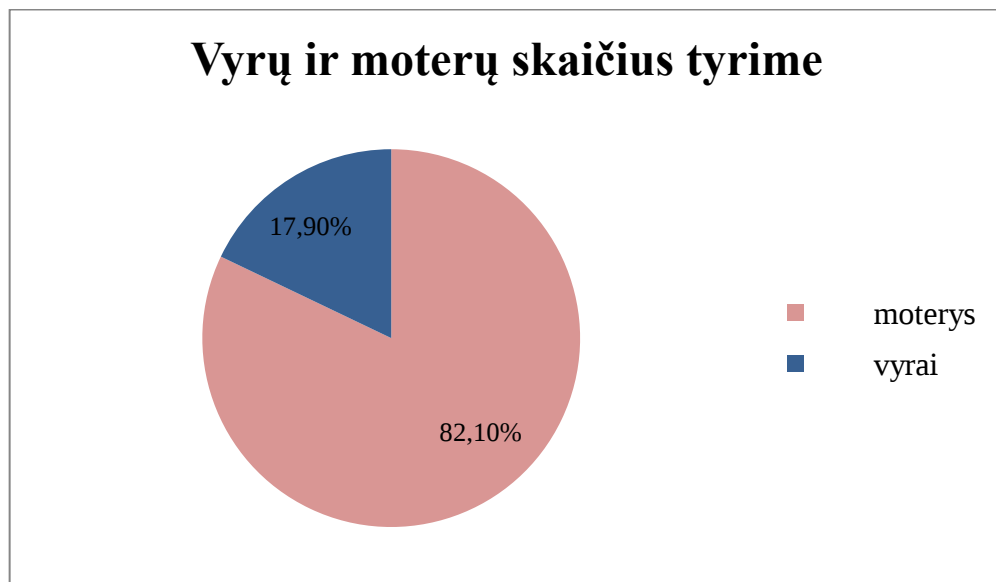
3. TYRIMO METODAI IR ORGANIZAVIMAS

3.1. Tiriamieji

Tiriamųjų kontingentą sudarė 67 asmenys, kurie atitiko šiuos kriterijus:

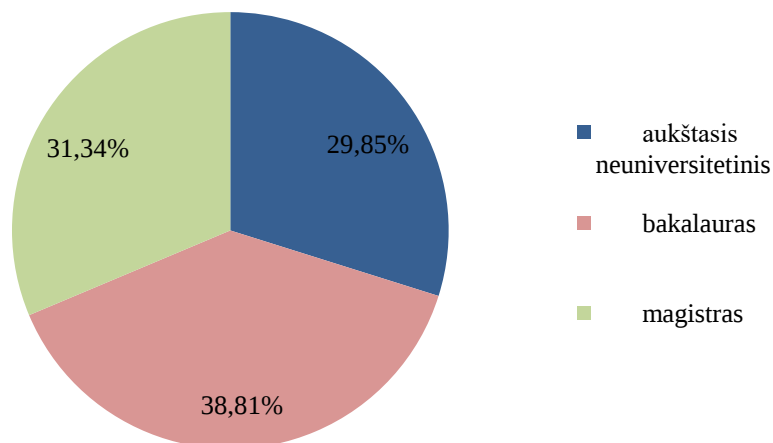
- turi kineziterapeuto kvalifikaciją ir aktyviai dirba kineziterapeutu (-e) Lietuvoje;
- tiek viešojo, tiek privataus sektoriaus darbuotojai (-os);
- moterys / vyrai.

Atlikus duomenų apie tiriamuosius ir jų darbą analizę, paaiškėjo, kad kontingentą sudarė 55 moterys (82,1 proc.) ir 12 vyrų (17,9 proc.) (7pav). Vidutinis tiriamųjų amžius 29,04 ($\pm 6,153$) metų. Daugiausiai respondentų (38,8 proc.) turėjo aukštąjį universitetinį išsilavinimą, bakalauro laipsnį (8 pav.). Dauguma apklaustųjų (29,9 proc.) dirbo ligoninėje, o mažuma (20,9 proc.) mokymosi įstaigose, sporto centruose ir pan (9 pav.). Vidutinė patirties, dirbant kineziterapeutu (- e), darbo trukmė – 5,21 ($\pm 5,023$) metai. Didžioji dauguma turėjo vieno ir daugiau etato krūvį (76,1 proc.). Vidutinis pacientų skaičius per dieną asmenų, dirbančių iki vieno etato krūviu 11,19 ($\pm 6,4$), dirbančiųjų vieno ir daugiau etato krūviu – 17,16 ($\pm 6, 807$). Daugiausiai respondentų sudarė vedę/ištekėję asmenys (49,3proc.) (10 pav).



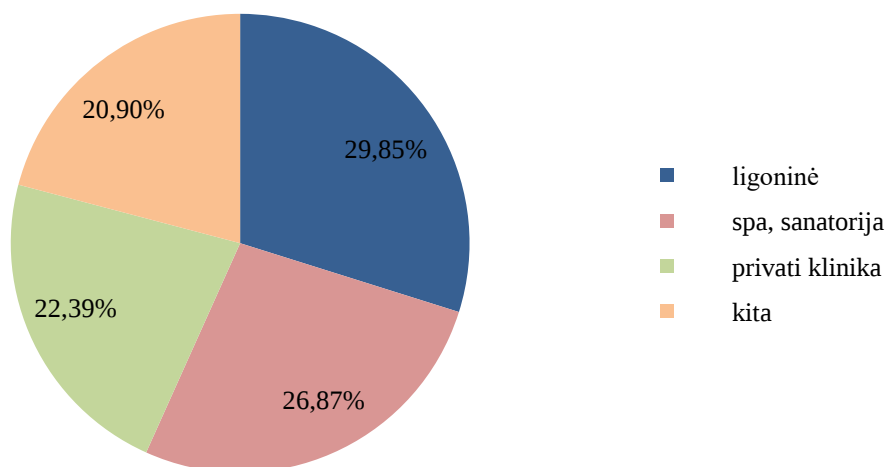
7pav. Moterų ir vyrų pasiskirstymas tyrime

Kineziterapeutų išsilavinimas

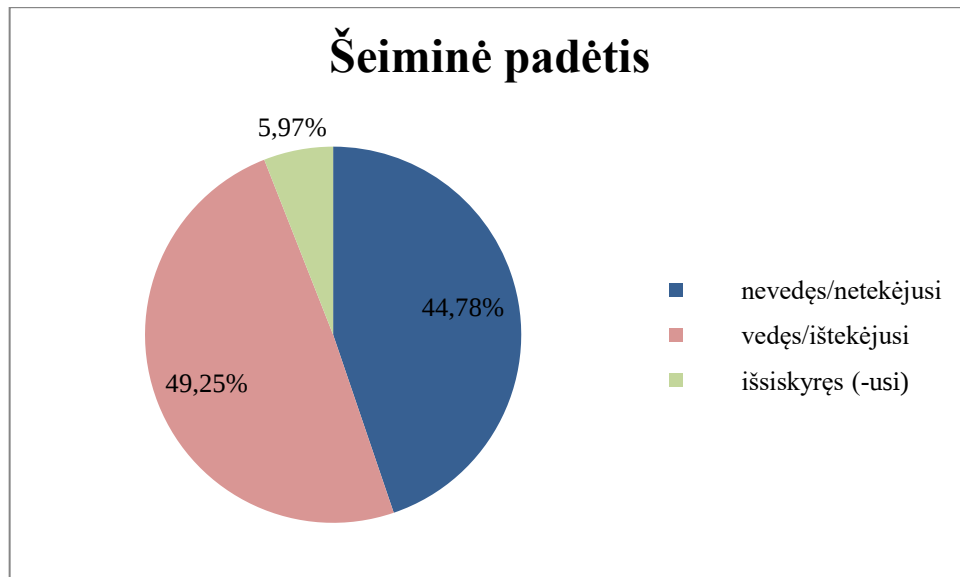


8 pav. Išsilavinimo pasiskirstymas tarp kineziterapeutų

Darbo vietų pasiskirstymas tarp kineziterapeutų



9 pav. Darbo vietų pasiskirstymas tarp kineziterapeutų



10 pav. Šeiminė padėtis tarp kineziterapeutų

3.2. Tyrimo metodai

3.2.1 Maslach perdegimo sindromo klausimynas

Perdegimo sindromui įvertinti buvo naudojamas plačiai paplitęs standartizuotas Ch. Maslach ir E. Jackson klausimynas (*angl.* Maslach Burnout Inventory). Pirmoji klausimyno versija, kurią sudarė 4 kategorijos (47 teiginiai) 1981 metais buvo išbandyta su 1025 respondентаis. Įvertinę klausimyno tinkamumą ir patikimumą autoriai pakoregavo skalę palikdami tris kategorijas. Galutinę ir moksliniuose tyrimuose dažnai naudojamą trečiąją klausimyno versiją sudaro 22 teiginiai, matuojantys tris perdegimo dimensijas/kategorijas:

- emocinį išsekimą;
- depersonalizaciją (cinizmą);
- asmeninius pasiekimus – vertinama tai, ar asmuo jaučiasi kompetetingas darbo vietoje, asmeniniai laimėjimai (42).

Pirmojoje klausimyno kategorijoje vertinami jausmai ir emocijos, kurias sukelia išsekimas susijęs su darbu ir jo aplinka. Tai atskleidžia tokie teiginiai kaip: „Jaučiu, kad darbas emociškai mane nualina“, „Jaučiuosi pavargęs (-usi), kai keliuosi iš ryto ir vėl turiu pradėti darbo dieną“, „Jaučiu, kad mano darbas mane erzina“ ir pan. (42).

Antroji, depersonalizacijos, kategorija matuoja asmens abejingumą, bejausmiškumą bendraujant su pacientu, klientu, mokiniu ar panašiai. Tai parodo teiginiai: „Jaučiu, kad su kai kuriais klientais elgiuosi kaip su beasmeniais objektais“, „Nerimauju, kad dirbdamas (-a) šį darbą, aš tampu emociškai abejingas (-a)“ ir kiti. (42).

Paskutinė dalis apie asmeninius pasiekimus vertina tai, ar asmuo jaučiasi kompetetingas savo darbe, ar jaučiasi pakankamai daug pasiekęs profesiniame gyvenime. Šios dalies teiginiai atrodo taip: „Labai efektyviai sprendžiu savo klientų problemas“, „Jaučiu, kad savo darbu darau teigiamą įtaką kitų žmonių gyvenimams“ ir pan. (42).

Lietuviškosios Maslach perdegimo sindromo klausimyno versijos patikimumas nustatytas vertinant vidinį skalių suderinamumą (pagal Kronbacho alfa koeficientą). MBI patikimumo koeficientas siekia 0,86. Kronbacho alfa koeficientai: emocinio išsekimo dimensijos - 0,88, asmeninių laimėjimų dimensijos 0,88, o depersonalizacijos dimensijos - 0,71. Taigi lietuviškosios klausimyno versijos apskaičiuoti patikimumo rodikliai rodo stiprų metodikos vidinį suderinamumą ir patikimumą (43).

Atsižvelgiant į mokslininkės I. Suchodolskos (43) atliktos klausimyno faktoriaus analizės rezultatus, galima daryti išvadą, kad šio perdegimo sindromo klausimyno vidinė struktūra atitinka teorinį modelį ir yra panaši į klausimyno autorių pateiktą struktūrą.

Perdegimo sindromo lygį respondentai pateikė atsakydami į teiginius pagal Likerto balų skalę nuo 0 iki 6:

0 balų – niekada;

1balas – kelis kartus per metus;

2 balai – kartą per mėnesį;

3 balai – kelis kartus per mėnesį;

4 balai – kartą per savaitę;

5 balai – kelis kartus per savaitę;

6 balai – kas dieną (44).

Maslach perdegimo sindromo rezultato skaičiavimas yra kiek sudėtingas. Visų trijų kategorijų rezultatai nėra apjungiami į vieną, o skaičiuojami atskirai. Teigiama, kad būtent tokia skaičiavimo specifika leidžia gauti tikslesnius rezultatus. Kiekvienos kategorijos surinktų balų kiekio interpretacija pateikta 1 - oje lentelėje (23,44).

1 lentelė. Perdegimo sindromo lygio lentelė (23)

Kategorijos	Žemas perdegimo sindromo lygis	Vidutinis perdegimo sindromo lygis	Aukštas perdegimo sindromo lygis
Emocinis išsekimas	≤ 20	21 – 30	≥ 31
Depersonalizacija	≤ 5	6 - 10	≥ 11
Asmeniniai pasiekimai*	≥ 42	41 -36	≤ 35

*Asmeninių pasiekimų vertinimas yra atvirkščias emocinio išsekimo ir depersonalizacijos vertinimui.

3.2.2. Gyvenimo kokybės klausimynas

Gyvenimo kokybei nustatyti buvo naudojamas “Gyvenimo kokybės klausimynas”, kuriame nusakomas pasitenkinimo gyvenimu lygis. Klausimynas sukurtas 1998 metais Vokietijoje. Jis tinkamas naudoti tiek individualiems, tiek grupiniams tyrimams, kuriuose dalyvauja ir sveiki, ir sergantys asmenys. Klausimyną sudaro 70 teiginių, nusakančių 10 skirtingų gyvenimo aspektų. Respondentai, balais nuo 1 iki 7, įvertino kaip kiekvienas teiginys atspindi ir tenkina jų gyvenimo aspektus, pvz.:

- labai nepatenkintas (-a);
- nepatenkintas (-a);
- labiau nepatenkintas (-a);
- nei patenkintas (-a) nei nepatenkintas (-a);
- labiau patenkintas (-a);
- patenkintas (-a);
- labai patenkintas (-a) (41).

Klausimynas susideda iš 10 skirtingų sričių po 7 klausimus :

1. *Sveikata* – kalbama apie fizinę sveikatą, psichologinę būseną, bendrą fizinę būklę, protines galimybes, skausmo pojūčių dažnumą bei ligas (41). Vidinio patikimumo koeficientas Cronbach'o $\alpha = 0,92$.
2. *Darbas ir jo aplinka* – vertinama padėtis darbo vietoje, ateities perspektyvos, pasiekimai, karjeros kilimo galimybės, atmosfera darbe, darbo krūvis (41). Vidinio patikimumo koeficientas Cronbach'o $\alpha = 0,77$.
3. *Finansinė situacija* – sritis, kurioje žvelgiama į pajamas, turtą ir, bendrai, ekonominę padėtį. Įtraukiama galimybė aprūpinti savo šeimą ir patį save senatvėje (41). Vidinio patikimumo koeficientas Cronbach'o $\alpha = 0,81$.
4. *Laisvalaikis* – atsižvelgiama į kiekybinę ir kokybinę laisvalaikio puses: kiek laiko asmuo praleidžia pomėgiams, hobiams, bendravimui su artimiausiais šeimos nariais (41). Vidinio patikimumo koeficientas Cronbach'o $\alpha = 0,83$.
5. *Santuoka ir partnerystė* – šis klausimų paketas skirtas tik tiems, kurie turi stabilius santykius. Kalbama apie tai, kad santykiai sėkmingi tik tada, kai daliniesi išgyvenimais, rūpiniesi, esi atviras ir pasiruošęs padėti bei sukurti saugią aplinką (41). Vidinio patikimumo koeficientas Cronbach'o $\alpha = 0,97$.
6. *Požiūris į savo vaikus* – skyrius, kuriame kalbama apie tai, ar vaikai respondentui suteikia didžiausią laimę. Vaikų sėkmė mokykloje, ar darbe, laisvalaikis respondentus priverčia

susimąstyti apie save kaip tėvą/motiną (41). Šios grupės klausimų vidinio patikimumo koeficientas Cronbach'o $\alpha = 0,96$.

7. *Asmeninės savybės* – šią sritį sudaro išorinė išvaizda, gyvybingumas, gebėjimai, pasiekimai, pasitikėjimas savimi, charakterio skirtumų matymas, bendravimas su kitais (41). Vidinio patikimumo koeficientas Cronbach'o $\alpha = 0,74$.
8. *Lytinis gyvenimas* – vertinamas fizinis patrauklumas, lytiniai santykiai ir jų dažnumas su partneriu. Taip pat į skyrių įtraukiamas ir gebėjimas nuoširdžiai bei atvirai kalbėti apie lytinį gyvenimą (41). Vidinio patikimumo koeficientas Cronbach'o $\alpha = 0,95$.
9. *Draugai, giminės, pažįstami* – šiame skyriuje kalbama apie bendravimą su draugais, giminėmis, pažįstamais žmonėmis, kaimynais. Bendravimą sudaro pagalba ir supratimas, laisvalaikio leidimas kartu, dalyvavimas socialiniame gyvenime ir pan. (41). Vidinio patikimumo koeficientas Cronbach'o $\alpha = 0,65$.
10. *Gyvenimo sąlygos* – kalbama apie su gyvenimaja viena susijusius aspektus: mokesčiai, vieta, susisiekimas, triukšmo lygis ir pan. (41). Vidinio patikimumo koeficientas Cronbach'o $\alpha = 0,73$.

Bendras viso klausimyno vidinio patikimumo koeficientas Cronbach'o $\alpha = 0,93$.

Statistinė duomenų analizė. Duomenims analizuoti taikyta SPSS 22.0 programa. Dviems nepriklausomoms imtims palyginti buvo taikomas Manio – Vitnio – Vilkoksono kriterijus, o trims ir daugiau nepriklausomoms imtims – Kruskalo – Voliso kriterijus. Trims ir daugiau priklausomos imtims palyginti naudotas Frydmano kriterijus. Duomenys pateikti kaip mediana (mažiausia reikšmė – didžiausia reikšmė; aritmetinis vidurkis). Kintamųjų priklausomybei vertinti buvo pasirinktas Spirmeno koreliacijos koeficientas r . Tarp stebėtų kintamųjų nėra ryšio jei $r=0$. Jei $0<|r|\leq 0,3$ yra labai silpnas ryšys, jei $0,3<|r|\leq 0,5$ – silpnas ryšys, $0,5<|r|\leq 0,7$ – vidutinio stiprumo ryšys, $0,7<|r|\leq 0,9$ – stiprus ryšys, o jei $0,9<|r|\leq 1$ – labai stiprus ryšys. Skirtumai, kai $p<0,05$ laikyti statistiškai reikšmingais.

3.3. Tyrimo organizavimas

Tyrimas buvo atliekamas tiek realioje, tiek internetinėje erdvėje. Prieš pradedant tyrimą buvo gautas Lietuvos kineziterapeutų draugijos pirmininkės ir, vėliau, LSMU bioetikos centro leidimas jį atlikti (žr. 1 priedą). Tyrimas buvo vykdomas nuo 2016 metų balandžio 1 dienos iki 2016 metų rugsėjo 30 dienos (6 mėnesiai). Tyrimo dalyvavo 67 Lietuvoje dirbantys kineziterapeutai. Visi asmenys tyrime dalyvavo savanoriškai bei anonimiškai. Tiriamiesiems buvo pateikta anketa apie

demografinius duomenis, su darbu susijusius duomenis bei Maslach perdegimo sindromo klausimynas ir Gyvenimo kokybės klausimynas.

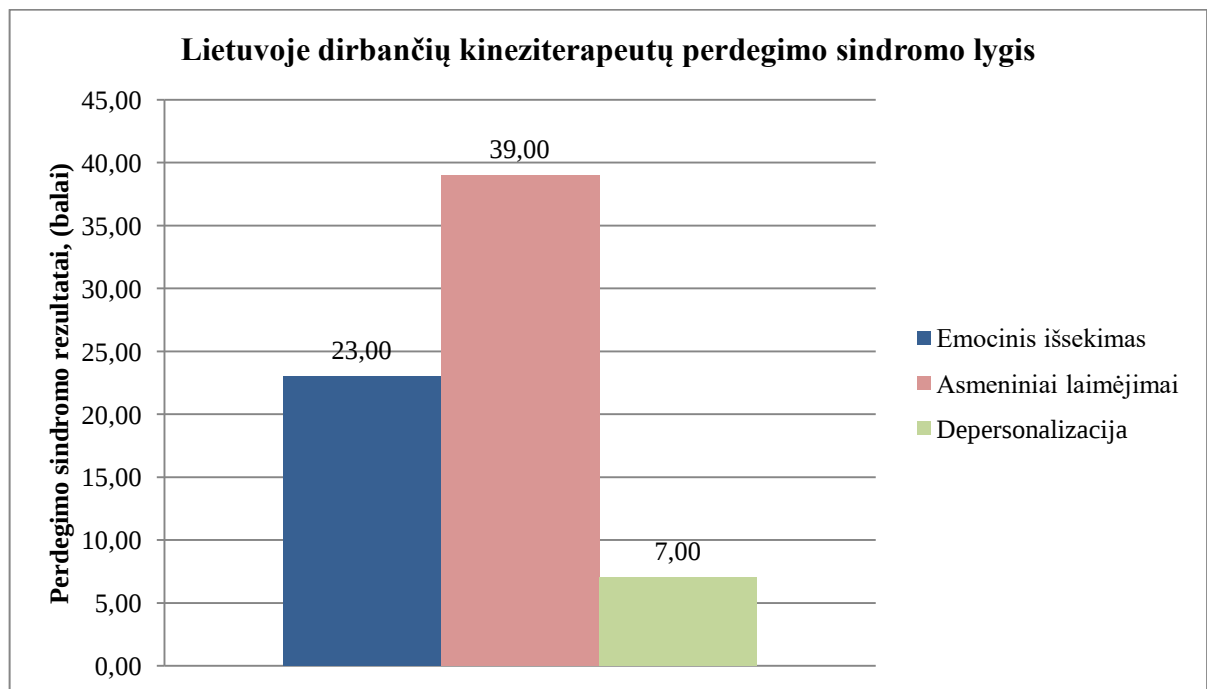
Tyrimas vienmomentinis, todėl anketos, atsitiktiniu atrankos būdu, buvo dalinamos Kauno miesto bei apskrities gydymo įstaigose bei kituose miestuose esančiose klinikose, kuriose dirba kineziterapeutai. Taip pat apklausa buvo vykdoma internete, kur kineziterapeutai galėjo pateikti atsakymus virtualioje erdvėje, kas leido gauti daugiau atsakymų. Iš viso išdalinta 150 anketų. Atgal sugrąžinta 71 anketa, iš kurių 4 sugadintos, todėl galutinis užpildytų anketų skaičius – 67 (atsakymų dažnis – 44,67proc.).

4. TYRIMO REZULTATAI

4.1. Perdegimo sindromo patyrimo vertinimo rezultatai

4.1. 1. Perdegimo sindromo dimensijų vertinimo rezultatai tarp Lietuvos kineziterapeutų

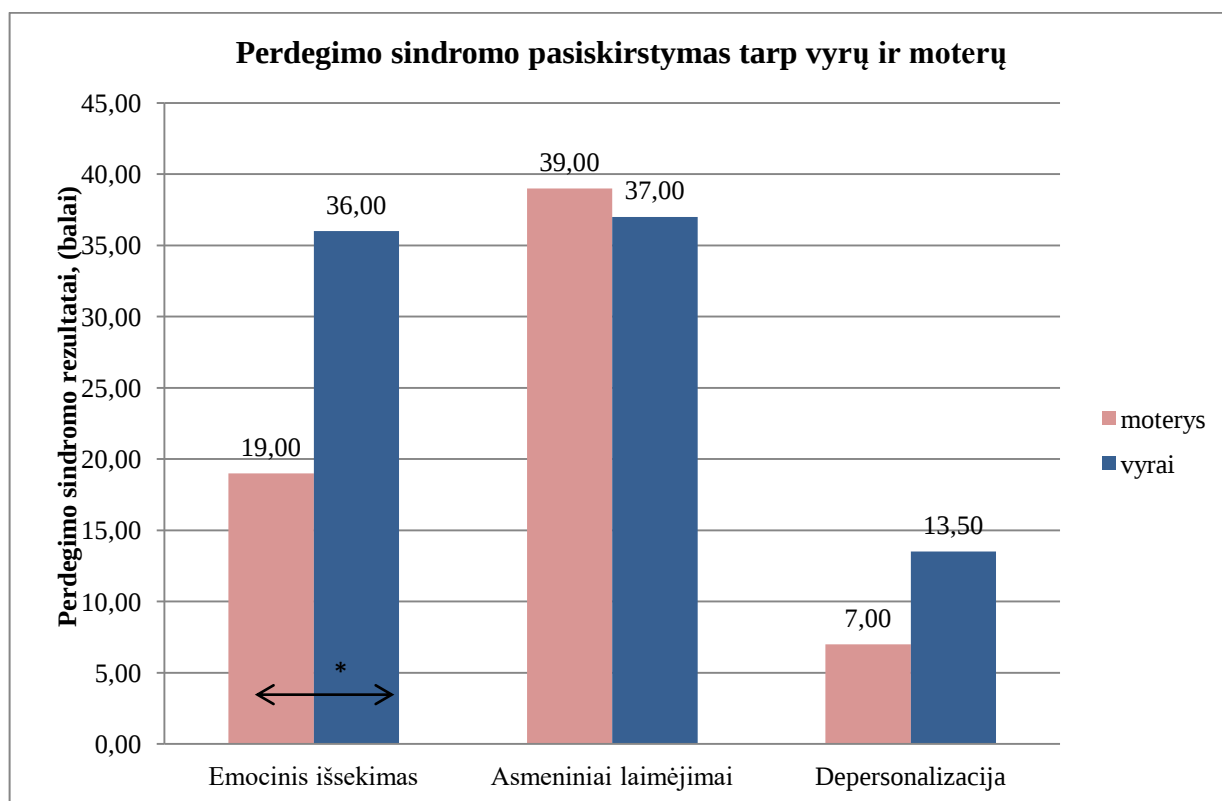
Perdegimo sindromas buvo vertinamas Maslach perdegimo sindromo klausimynu, kuris matuoja tris dimensijas: emocinį išsekimą, asmeninius laimėjimus bei depersonalizaciją. Pastebėta, kad pirmosios, emocinio išsekimo, dimensijos balas, vertinant Lietuvos kineziterapeutus, buvo 23 (2 – 48; 23,85) – vidutinio lygio perdegimo sindromas. Antrosios, asmeninių laimėjimų, dimensijos balas 39 (13 – 54; 36,27) – taip pat vidutinio lygio perdegimo sindromas (asmeninių laimėjimų rezultatai vertinami atvirkščiai nei emocinio išsekimo ir depersonalizacijos). Paskutiniosios, depersonalizacijos, arba kitaip cizinizmo, dimensijos nustatytas balas buvo 7 (0 – 27; 9,91) – vidutinio lygio perdegimo sindromas. Iš gautų rezultatų galima daryti išvadą, jog Lietuvoje dirbantys kineziterapeutai patiria vidutinio lygio perdegimo sindromą visose jo dimensijose (11 pav).



11pav. Lietuvoje dirbančių kineziterapeutų perdegimo sindromo lygio vertinimo rezultatai

4.1.2. Perdegimo sindromo dimensijų vertinimo rezultatai tarp vyrų ir moterų

Analizuojant perdegimo sindromo rezultatus tarp lyčių, gauti panašūs rezultatai. Moterims nustatytas perdegimo sindromo, emocinio išsekimo dimensijoje, balas 19 (2 – 48; 22,07), asmeninių pasiekimų dimensijoje 39 (18 – 54; 37), o depersonalizacijos dimensijoje 7 (0 – 27; 9,56). Tuo tarpu vyrams nustatytas perdegimo sindromo, emocinio išsekimo dimensijoje, balas 36 (11 – 40; 32), asmeninių pasiekimų dimensijoje 37 (13 – 48; 32,92) bei depersonalizacijos dimensijoje 13,50 (0 – 22; 11,50). Rastas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp vyrų ir moterų perdegimo sindromo rezultatų emocinio išsekimo dimensijoje ($U=186,5$; $p<0,05$; $r=0,29$). Asmeninių laimėjimų ir depersonalizacijos dimensijose rezultatai tarp vyrų ir moterų statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p\geq 0,05$). Gauti rezultatai leidžia daryti prielaidą, jog tiek Lietuvoje kineziterapeutėmis dirbančios moterys, tiek kineziterapeutais dirbantys vyrai patiria vienodo lygio perdegimo sindromą asmeninių laimėjimų ir depersonalizacijos dimensijose, tačiau vyrai labiau linkę emociškai išsekti (12 pav.).



12 pav. Vyrų ir moterų perdegimo sindromo rezultatų vertinimas, *- $p < 0,05$ lyginant skirstinius

4.1.3. Sąsajos tarp perdegimo sindromo dimensijų ir kineziterapeutų išsilavinimo

Emocinio išsekimo dimensijoje daugiausiai balų surinkę ir labiau linkę „perdegti“ asmenys yra įgyję aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą 31 (5 – 43; 27,2), o mažiausiai balų surinkę ir mažiau linkę

„perdegti“ asmenys turi aukštąjį universitetinį išsilavinimą, bakalauro laipsnį 18 (6 – 48; 22). Panaši situacija asmeninių laimėjimų dimensijoje: labiausiai „perdegti“ linkę asmenys baigę kolegiją ir įgyję aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą 33,5 (15 – 54; 34,7). Magistro laipsnį turintys asmenys, priešingai, linkę mažiau „perdegti“ asmeninių laimėjimų dimensijoje 40 (13 – 48; 37,24). Kaip ir emocinio išsekimo, taip ir depersonalizacijos dimensijoje stebima ta pati tendencija. Daugiausiai balų surinko asmenys, turintys aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą 11 (0 – 19; 10,9), o mažiausiai – bakalauro laipsnį turintys kineziterapeutai 6,5 (0 – 27; 9,38). Nors galime įžvelgti tam tikras tendencijas, tačiau nerasta statistiškai reikšmingo skirtumo tarp išsilavinimo ir perdegimo sindromo ($p \geq 0,05$) (2 lentelė).

2 lentelė. Ryšio tarp perdegimo sindromo dimensijų ir išsilavinimo rezultatai, * - $p < 0,05$ lyginant skirstinius

	N	M	Me
Emocinis išsekimas (max 54)			
Aukštasis neuniversitetinis	20	27,2	31
Bakalauro laipsnis	26	22	18
Magistro laipsnis	21	22,95	23
Asmeniniai pasiekimai (max 48)			
Aukštasis neuniversitetinis	20	34,7	33,5
Bakalauro laipsnis	26	36,69	39
Magistro laipsnis	21	37,24	40
Depersonalizacija (30)			
Aukštasis neuniversitetinis	20	10,9	11
Bakalauro laipsnis	26	9,38	6,5
Magistro laipsnis	21	9,62	10

4.1.4. Sąsajos tarp perdegimo sindromo dimensijų ir kineziterapeutų darboviečių

Verinant perdegimo sindromą emocinio išsekimo dimensijoje pastebėta, jog kineziterapeutai, kurie dirba privačiose klinikose linkę į sunkesnę perdegimą 33 (11 – 48; 29,67), tuo tarpu tie, kurie dirba tokiose įstaigose kaip mokykla, darželis, sporto klubas ir pan., linkę patirti žemo lygio perdegimą emocinio išsekimo kontekste 16,5 (5 – 39; 17,43). Kalbant apie asmeninių pasiekimų dimensiją, save labiausiai nuvertinti linkę asmenys, dirbantys spa centruose bei sanatorijose 35 (13 – 48; 33,28), o savo gebėjimais džiaugiasi ir savo pasiekimus geriausiai vertina kineziterapeutai, dirbantys mokyklose, darželiuose, sporto klubuose ir pan. 43,5 (19 – 48; 41,70). Analizuojant depersonalizacijos dimensijos

rezultatus pastebima, jog labiausiai „perdegti“ linkę kineziterapeutai, dirbantys privačiose klinikose 14 (3 – 23; 13,33), tuo tarpu, analogiškai kaip emocinio išsekimo ir asmeninių laimėjimų dimensijose, mokyklose, darželiuose ir sporto centruose dirbantys kineziterapeutai yra mažiau linkę „perdegti“ profesinėje srityje 6 (0 – 15; 6,5). Matoma ryški tendencija, kad perdegimo sindromas emocinio išsekimo ir depersonalizacijos dimensijose labiau būdingas tiems, kurie dirba privačiose klinikose, o asmeninių laimėjimų dimensijoje – spa ir sanatorijų atstovams, tačiau vienareikšmiškai mažiausiai perdegti linkę mokyklose, darželiuose, sporto centruose dirbantys kineziterapeutai. Nors analizuojant rezultatus galima įžvelgti aiškias tendencijas, statistiškai reikšmingo ryšio nerasta tarp darbovietės bei perdegimo sindromo ($p \geq 0,05$) (3 lentelė).

*3 lentelė. Ryšio tarp perdegimo sindromo dimensijų ir kineziterapeutų darboviečių rezultatai, *- $p < 0,05$ lyginant skirstinius*

	N	M	Me
Emocinis išsekimas (max 54)			
Ligoninė, poliklinika	20	24,60	26,50
Spa, sanatorija	18	23,17	17
Privati klinika	15	29,67	33
Kita	14	17,43	16,50
Asmeniniai pasiekimai (max 48)			
Ligoninė, poliklinika	20	36,50	38,50
Spa, sanatorija	18	33,28	35
Privati klinika	15	35,07	36
Kita	14	41,07	43,50
Depersonalization (30)			
Ligoninė, poliklinika	20	9,05	6,50
Spa, sanatorija	18	10,83	10,50
Privati klinika	15	13,13	14
Kita	14	6,50	6

4.1.5. Sąsajos tarp perdegimo sindromo dimensijų ir kineziterapeutų amžiaus, darbo patirties metais, vidutinio pacientų skaičiaus per dieną

Analizuojant perdegimo sindromo dimensijų ryšį su kineziterapeutų amžiumi, darbo patirtimi ir pacientų skaičiumi per dieną, statistiškai reikšmingų skirtumų nerasta (4 lentelė).

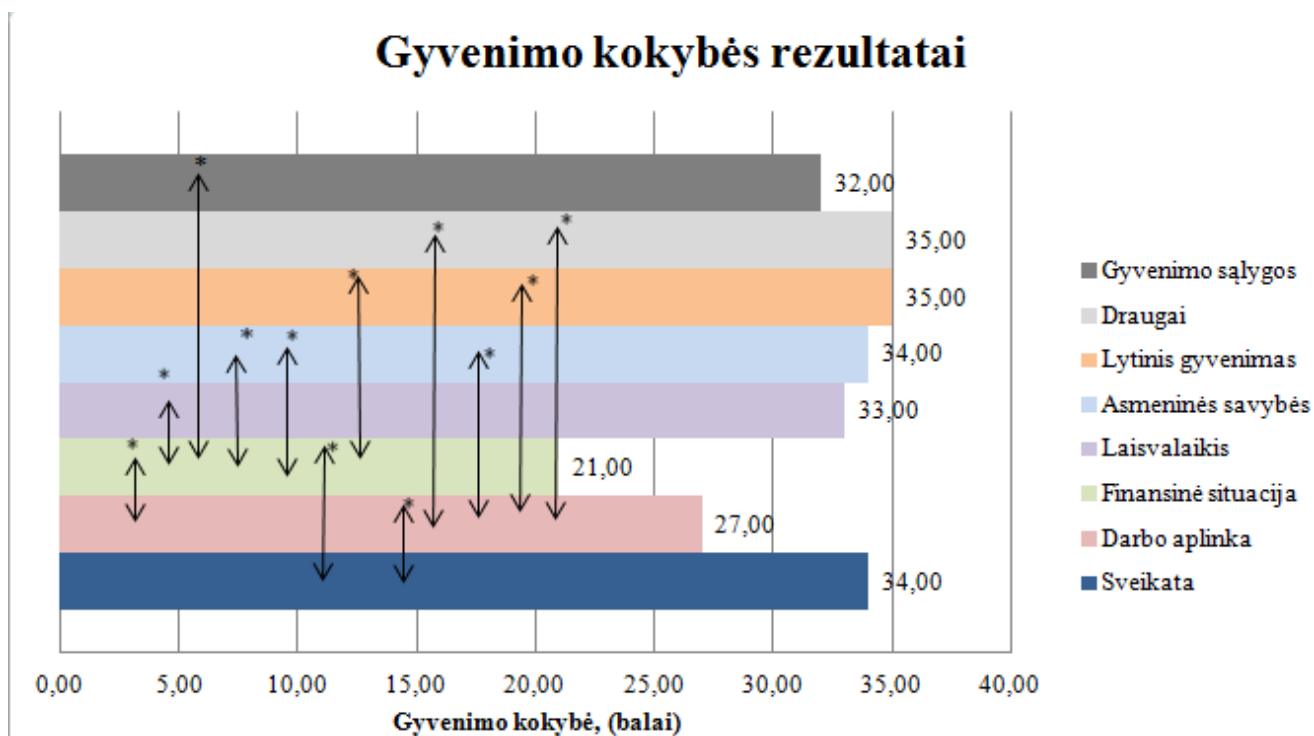
4 lentelė. Perdegimo sindromo ir amžiaus, darbo patirties ir pacientų skaičiaus per dieną ryšio rezultatai.

Spearman's rho		Emocinis išsekimas	Asmeniniai laimėjimai	Depersonalizacija
	Amžius	$r = -0,119$ $p \geq 0,05$	$r = 0,147$ $p \geq 0,05$	$r = -0,104$ $p \geq 0,05$
	Kiek metų dirba kineziterapeutu	$r = -0,055$ $p \geq 0,05$	$r = 0,054$ $p \geq 0,05$	$r = -0,033$ $p \geq 0,05$
	Pacientų skaičius per dieną	$r = 0,192$ $p \geq 0,05$	$r = -0,021$ $p \geq 0,05$	$r = 0,133$ $p \geq 0,05$

4.2. Gyvenimo kokybės vertinimo rezultatai

4.2.1. Bendros gyvenimo kokybės ir atskirų jos dalių vertinimo rezultatai tarp Lietuvos kineziterapeutų

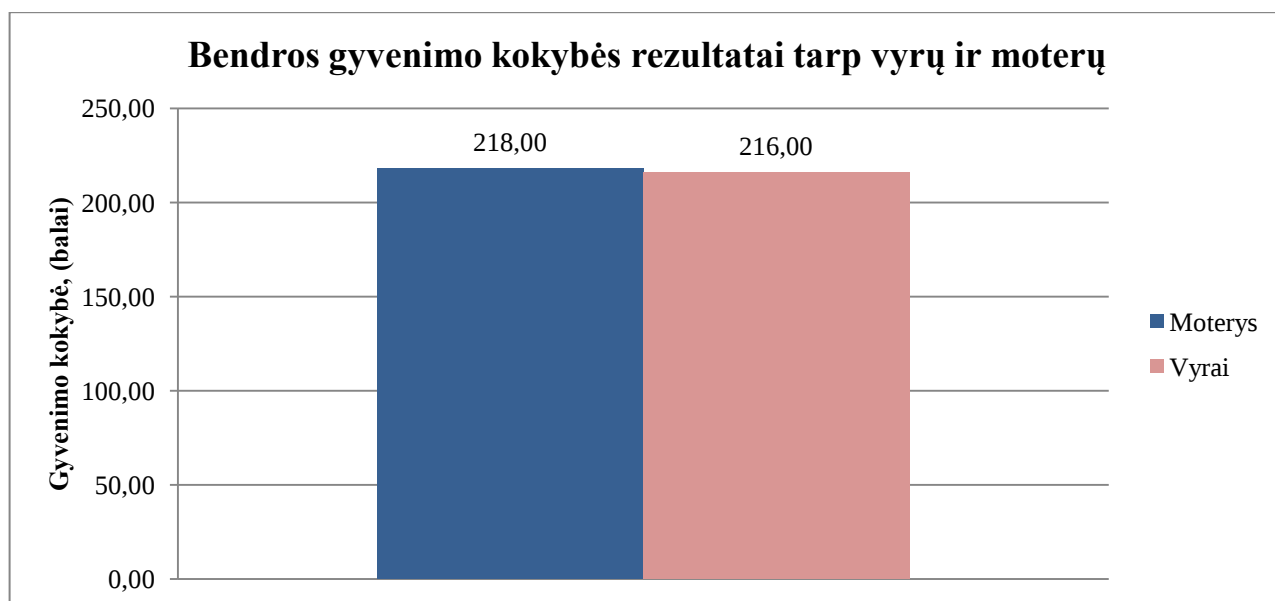
Įvertinus bendrąją gyvenimo kokybę tarp Lietuvos kineziterapeutų, paaiškėjo, kad iš maksimalių klausimyno 343 balų, surinkta daugiau nei pusė - 218 (92 – 291; 219,33) balų. Vertinant gyvenimo kokybės klausimyno atskiras dalis, iš maksimalių 49 balų, rezultatai pasiskirstė sekančiai : sveikata – 34 (13 - 48; 33,33), darbo aplinka – 27 (13 – 49; 28,58), finansinė situacija – 21 (7 – 38; 21,42), laisvalaikis – 33 (7 – 45; 31,51), asmeninės savybės - 34 (14 – 46; 33,4), lytinis gyvenimas – 35 (7 – 49; 32,67), draugai, artimieji 35 - (17 – 49; 35,01), gyvenimo sąlygos – 32 (15 – 47; 32,57). Rastas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp šių grupių: finansinės situacijos ir darbo aplinkos, laisvalaikio, gyvenimo sąlygų, asmeninių savybių, lytinio gyvenimo, sveikatos ir draugų bei tarp darbo aplinkos ir gyvenimo sąlygų, asmeninių savybių, lytinio gyvenimo, sveikatos ir draugų ($X^2(7) = 129,29$; $p < 0,05$). Iš gautų rezultatų galima daryti prielaidą, jos visose srityse gyvenimo kokybė tarp kineziterapeutų nesiskiria, išskyrus finansinę situaciją ir darbo aplinką. Pastarasis sritis kineziterapeutai linkę vertinti prasčiau (13 pav).



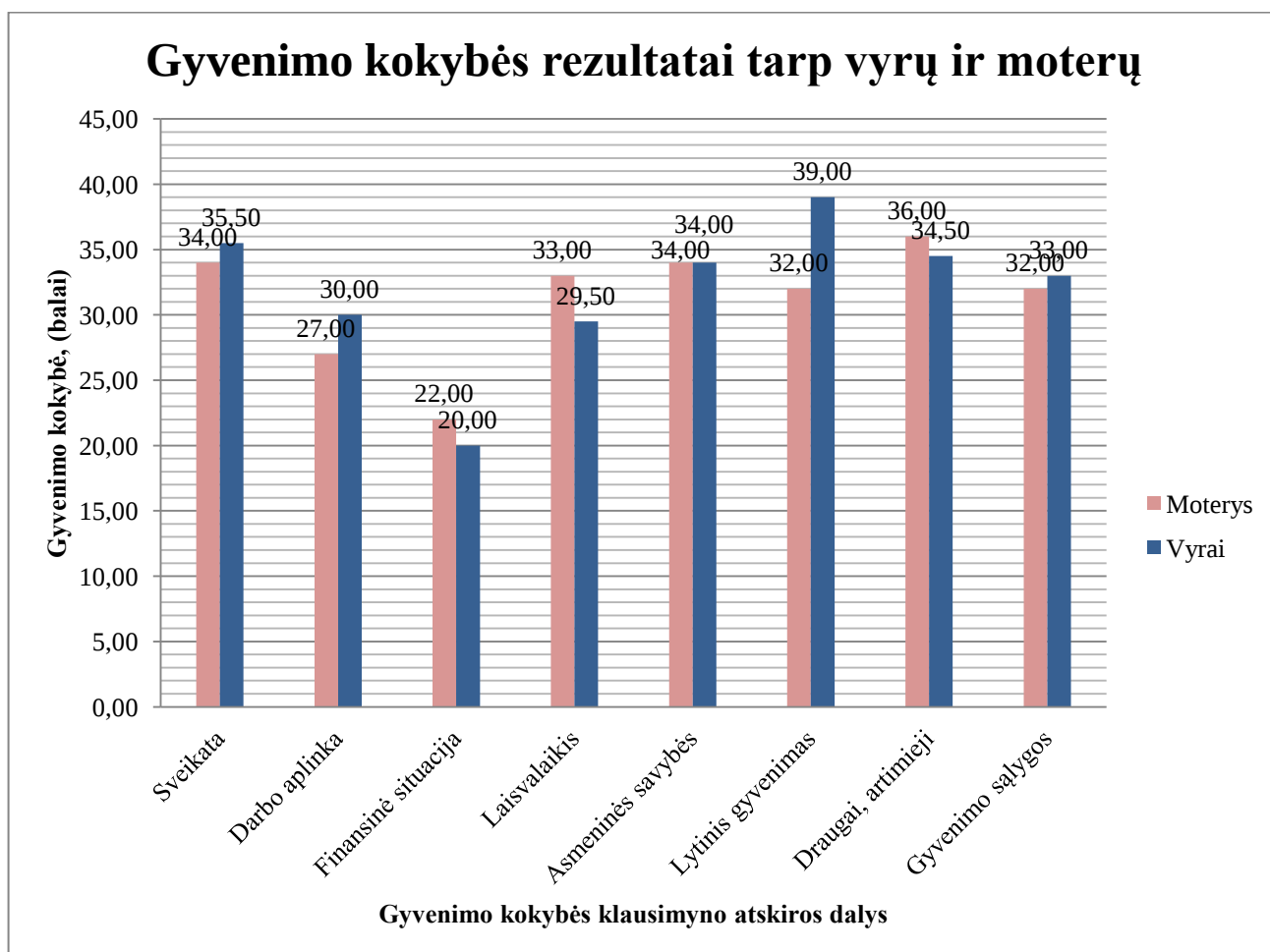
13 pav. Atskirų gyvenimo kokybės aspektų vertinimo rezultatai. *- $p < 0,05$ lyginant skirstinius

4.2.2. Bendros gyvenimo kokybės ir atskirų jos dalių vertinimo rezultatai tarp vyrų ir moterų

Vertinant bendrosios gyvenimo kokybės rezultatus tarp vyrų ir moterų, statistiškai reikšmingas skirtumas negautas ($p \geq 0,05$). Moterys, gyvenimo kokybės klausimyne, surinko 218 (92 – 291; 219, 38) balų, o vyrai 216 (175 – 268; 219,08) balų (14 pav). Atskirose klausimyno dalyse, pvz. sveikatos dalyje, moterys surinko 34 (14 – 48; 33,51), o vyrai 35,5 (13 – 43) balus. Darbo aplinkos dalyje moterys surinko 27 (13 – 46; 28,24), o vyrai 30 (13 – 49; 30,17) balų. Finansinės situacijos dalyje moterys surinko 22 (7 – 38; 21,33), vyrai 20 (15 – 32; 21,83) balų. Laisvalaikio dalyje moterys surinko 33 (14 – 45; 32,36), o vyrai 29,5 (7 – 37; 27,58) balo. Asmeninių savybių srityje moterys surinko 34 (14 – 45; 33,02), vyrai 34 (29 – 46; 35,17) balus. Lytinio gyvenimo dalyje moterys surinko 32 (7 – 49; 32,55), o vyrai 39 (7 – 49; 33,75) balus. Draugų, artimųjų dalyje moterys surinko 36 (17 – 46; 35,08), o vyrai 34,5 (23 – 49; 35,08) balo. Paskutinėje, gyvenimo sąlygų, dalyje moterys surinko 32 (15 – 47; 32,44) balus, o vyrai 33 (28 – 41; 33,17). Nors moterys didesnėje dalyje klausimų grupių surinko daugiau balų, tačiau statistiškai reikšmingo gyvenimo kokybės vertinimo rezultatų skirtumo tarp grupių nerasta ($p \geq 0,05$) (15 pav).



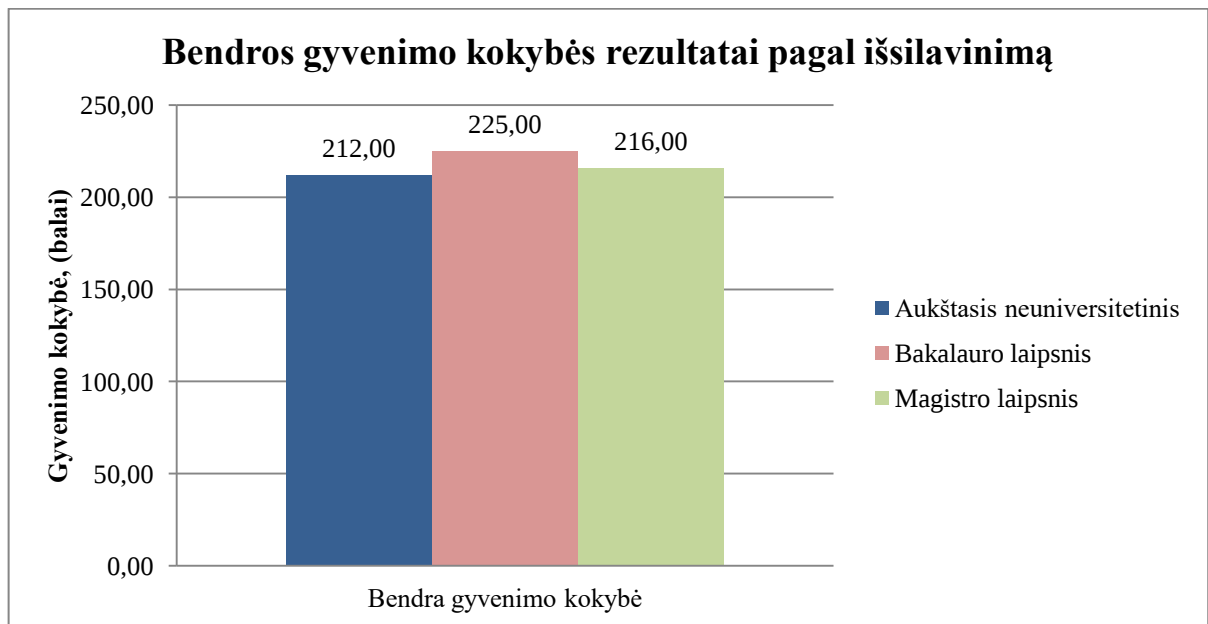
14 pav. Bendros gyvenimo kokybės rezultatų vertinimas tarp lyčių. *- $p < 0,05$ lyginant skirstinius



15 pav. Atskirų gyvenimo kokybės klausimyno dalių rezultatų vertinimas tarp lyčių. *- $p < 0,05$ lyginant skirstinius

4.2.3. Bendros gyvenimo kokybės ir atskirų jos dalių rezultatų ryšys su išsilavinimu

Vertinant gyvenimo kokybę tarp asmenų, įgijusių skirtingo lygio kineziterapeuto išsilavinimą, nepastebėta statistiškai reikšmingų skirtumų ($p \geq 0,05$). Kineziterapeutai, turintys aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą, surinko 212 (159 – 286; 218,65) balų, bakalauro laipsnį – 225 (92 – 274; 218,35), o turintys magistro laipsnį – 216 (143 – 291, 221,19) balų (16 pav).



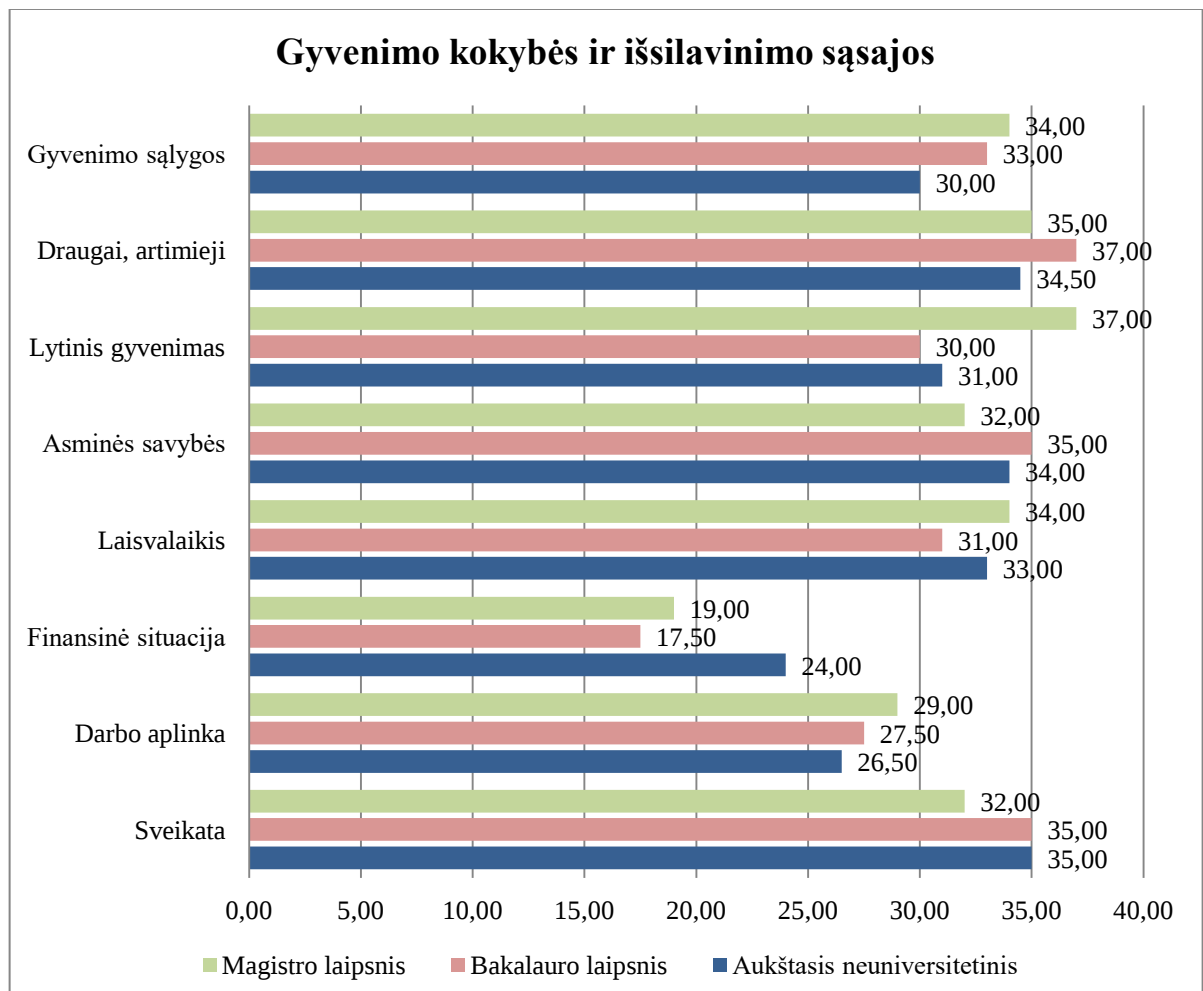
16 pav. Ryšys tarp išsilavinimo ir bendros gyvenimo kokybės. *- $p < 0,05$ lyginant skirstinius

Analizuojant gyvenimo kokybės klausimyno atskirų dalių rezultatus, rezultatai pasiskirstė taip:

- Sveikata – aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą turintys kineziterapeutai surinko 35 (22 – 43; 33,55) balus, bakalauro laipsnį turintys asmenys – 35 (13 – 48; 33,58) balus, o magistro laipsnį turintys specialistai – 32 (22 – 47; 33) balus.
- Darbo aplinka – aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą turintys kineziterapeutai surinko 26,5 (18 – 49; 29,65) balo, bakalauro laipsnį turintys asmenys – 27,5 (13 – 38; 27,12) balo, o magistro laipsnį turintys specialistai – 29 (13 – 46; 29,38) balus.
- Finansinė situacija – aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą turintys kineziterapeutai surinko 24 (8 – 38; 22,95) balus, bakalauro laipsnį turintys asmenys – 17,5 (7 – 35; 19,69) balo, o magistro laipsnį turintys specialistai – 19 (10 – 35; 22,10) balus.
- Laisvalaikis – aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą turintys kineziterapeutai surinko 33 (7 – 43; 30,30) balus, bakalauro laipsnį turintys asmenys – 31 (14 – 42; 30,92) balą, o magistro laipsnį turintys specialistai – 34 (23 – 45; 33,38) balus.

- Asmeninės savybės – aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą turintys kineziterapeutai surinko 35 (19 – 46; 35,85) balus, bakalauro laipsnį turintys asmenys – 35 (14 – 41; 33,73) balus, o magistro laipsnį turintys specialistai – 32 (21 – 43; 32,57) balus.
- Lytinis gyvenimas – aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą turintys kineziterapeutai surinko 31 (7 – 49; 27,58) balą, bakalauro laipsnį turintys asmenys – 30 (7 – 46; 30,38) balus, o magistro laipsnį turintys specialistai – 37 (16 – 45; 35,95) balus.
- Draugai, artimieji – aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą turintys kineziterapeutai surinko 34,5 (23 – 49; 35,05) balo, bakalauro laipsnį turintys asmenys – 37 (17 – 47; 36) balus, o magistro laipsnį turintys specialistai – 35 (23 – 42; 33,76) balus.
- Gyvenimo sąlygos - aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą turintys kineziterapeutai surinko 30 (15 – 47; 30,90) balų, bakalauro laipsnį turintys asmenys – 33 (19 – 47; 32,85) balus, o magistro laipsnį turintys specialistai – 34 (22 – 46; 33,81) balus.

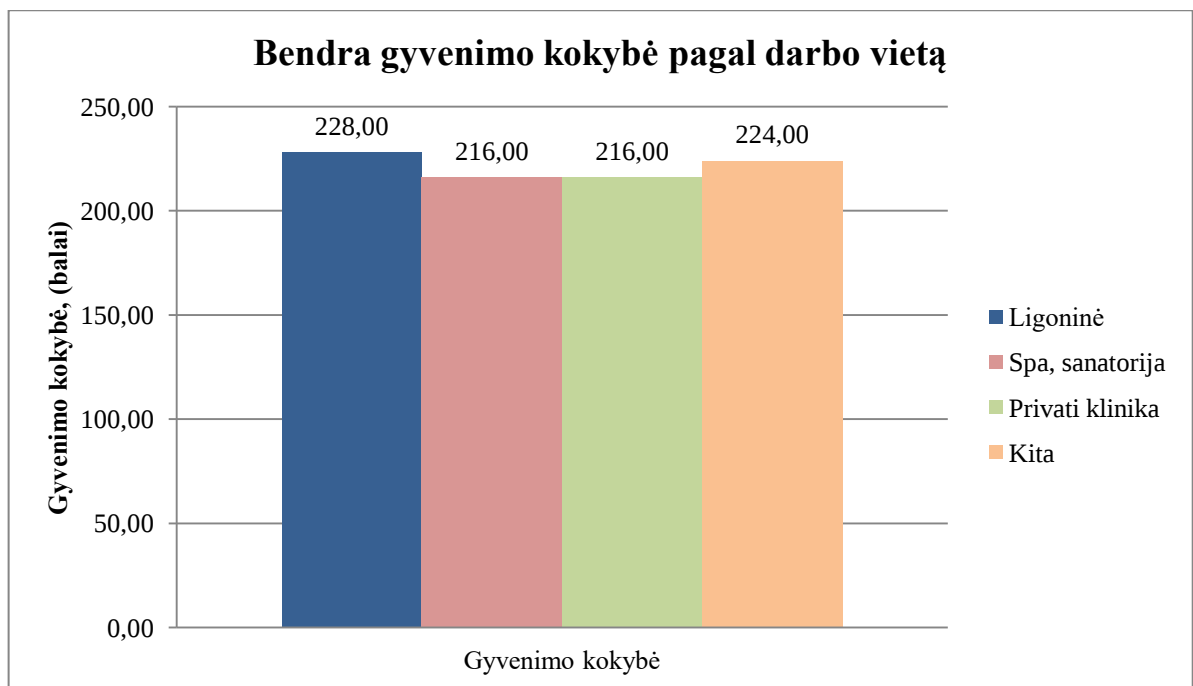
Nors daugumoje gyvenimo kokybės sričių dominuoja tendencija, kad magistro laipsnį turintys kineziterapeutai linkę savo gyvenimo kokybę vertinti geriau, statistiškai reikšmingų skirtumų taip išsilavinimo grupių nerasta (17 pav).



17 pav. Atskirų gyvenimo kokybės klausimyno dalių ir išsilavinimo sąsajos. *- $p < 0,05$ lyginant skirstinius

4.2.4. Bendros gyvenimo kokybės ir atskirų jos dalių rezultatų ryšys su darbo vieta

Vertinant gyvenimo kokybę tarp kineziterapeutų, dirbančių skirtingose darbovietėse, nepastebėta statistiškai reikšmingų skirtumų ($p \geq 0,05$). Kineziterapeutai, dirbantys ligoninėse surinko 228 (143 – 291; 223,30) balus iš 343, spa ir sanatorijų atstovai surinko 216 (155 – 268; 219,94) balų, privačių klinikų kineziterapeutai 216 (92 – 258; 204,93), ir, galiausiai, mokyklose, darželiuose bei sporto centruose dirbantys kineziterapeutai surinko 224 (175 – 286; 229,71) balus. (18 pav).



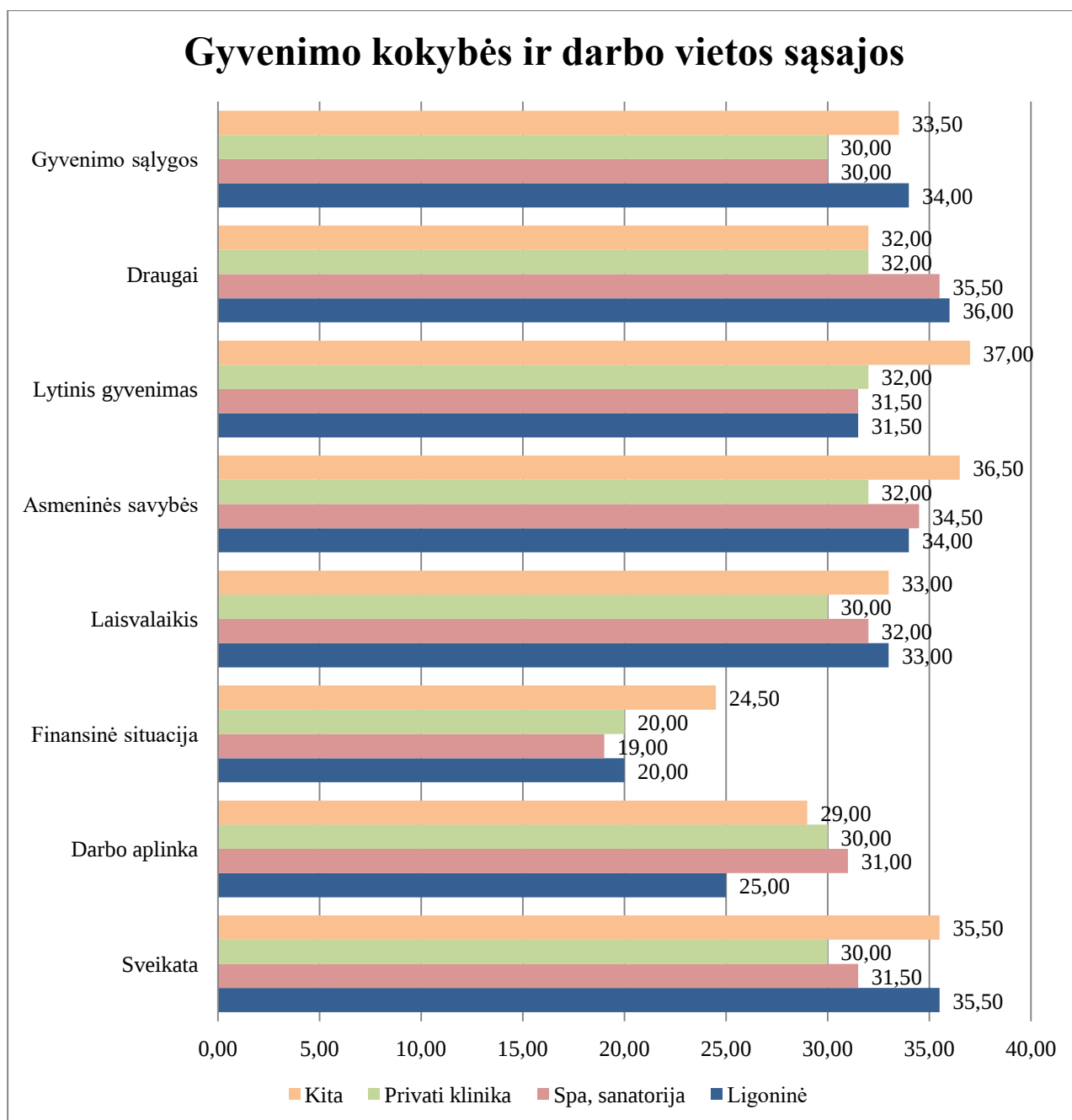
18 pav. Ryšys tarp darbo vietos ir bendros gyvenimo kokybės. *- $p < 0,05$ lyginant skirstinius

Analizuojant gyvenimo kokybės klausimyno atskirų dalių rezultatus, rezultatai pasiskirstė taip:

- Sveikata – kineziterapeutai, dirbantys ligoninėje surinko 35,5 (25 – 47; 35,40) balo, spa, sanatorijoje – 31,5 (13 – 46; 31,56), privačioje klinikoje – 30 (14 – 41; 30,4), o mokyklose, darželiuose ir sporto centruose dirbantys kineziterapeutai – 35,5 (25 – 48; 35,79) balo.
- Darbo aplinka - kineziterapeutai, dirbantys ligoninėje surinko 25 (13 – 39; 26,45) balus, spa, sanatorijoje – 31 (13 – 46; 29,83), privačioje klinikoje – 30 (14 – 49; 28,87), o mokyklose, darželiuose ir sporto centruose dirbantys kineziterapeutai – 29 (13 – 46; 29,71) balus.
- Finansinė situacija – kineziterapeutai, dirbantys ligoninėje surinko 20 (8 – 38; 20,80) balų, spa, sanatorijoje – 19 (8 – 35; 21,11), privačioje klinikoje – 20 (7 – 32; 20,27), o mokyklose, darželiuose ir sporto centruose dirbantys kineziterapeutai – 24,5 (10 – 35; 29,39) balo.

- Laisvalaikis – kineziterapeutai, dirbantys ligoninėje surinko 33 (23 – 45; 33,95) balus, spa, sanatorijoje – 32 (11 – 40; 30,11), privačioje klinikoje – 30 (7 – 41; 28,53), o mokyklose, darželiuose ir sporto centruose dirbantys kineziterapeutai – 33 (23 – 43; 33) balus.
- Asmeninės savybės – kineziterapeutai, dirbantys ligoninėje surinko 34 (22 – 43; 32,90) balus, spa, sanatorijoje – 34,5 (19 – 46; 33,78), privačioje klinikoje – 32 (14 – 40; 31,67), o mokyklose, darželiuose ir sporto centruose dirbantys kineziterapeutai – 36,5 (24 – 45; 35,50) balo.
- Lytinis gyvenimas – kineziterapeutai, dirbantys ligoninėje surinko 31,5 (16 – 45; 33) balo, spa, sanatorijoje – 31,5 (7 – 49; 33,28), privačioje klinikoje – 32 (7 – 42; 30,27), o mokyklose, darželiuose ir sporto centruose dirbantys kineziterapeutai – 37 (16 – 49; 34,43) balus.
- Draugai, artimieji – kineziterapeutai, dirbantys ligoninėje surinko 36 (26 – 47; 35,45) balus, spa, sanatorijoje – 35,5 (31 – 49; 37,28), privačioje klinikoje – 32 (17 – 46; 32,47), o mokyklose, darželiuose ir sporto centruose dirbantys kineziterapeutai – 32 (22 – 43; 34,21) balus.
- Gyvenimo sąlygos – kineziterapeutai, dirbantys ligoninėje surinko 34 (26 – 46; 34,45) balo, spa, sanatorijoje – 30 (22 – 47; 32,61), privačioje klinikoje – 30 (15 – 39; 29,53), o mokyklose, darželiuose ir sporto centruose dirbantys kineziterapeutai – 33,5 (22 – 47; 33,07) balo.

Nors rezultatai rodo tendenciją, jog kineziterapeutai, kurie dirba mokyklose, darželiuose ir sporto centruose, linkę gyvenimo kokybę vertinti geriau, o tie, kurie dirba spa ir sanatorijose – blogiau, statistiškai reikšmingų skirtumų nerasta ($p \geq 0,05$) (19 pav).

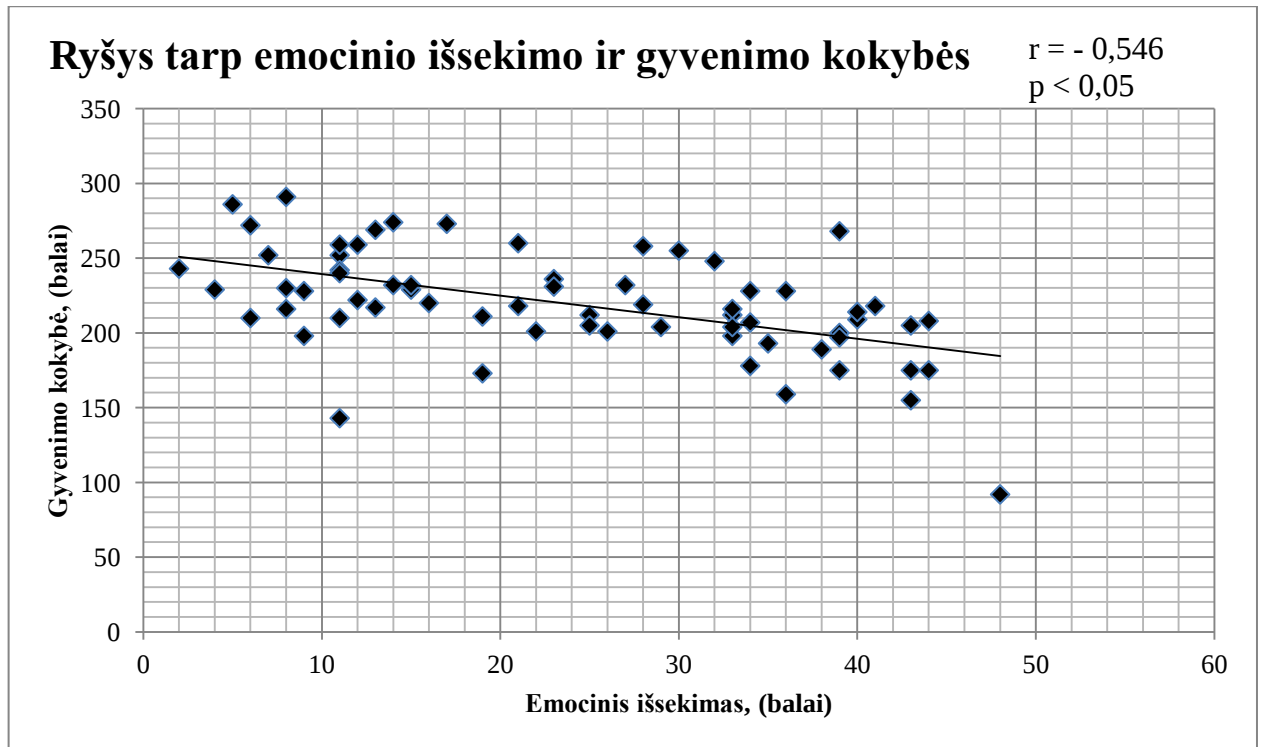


19 pav. Atskirų gyvenimo kokybės klausimyno dalių ir darbo vietos sąsajos. *- $p < 0,05$ lyginant skirstinius

4.3. Ryšys tarp perdegimo sindromo dimensijų ir bendros gyvenimo kokybės

4.3.1. Emocinio išsekimo ir gyvenimo kokybės sąsajos

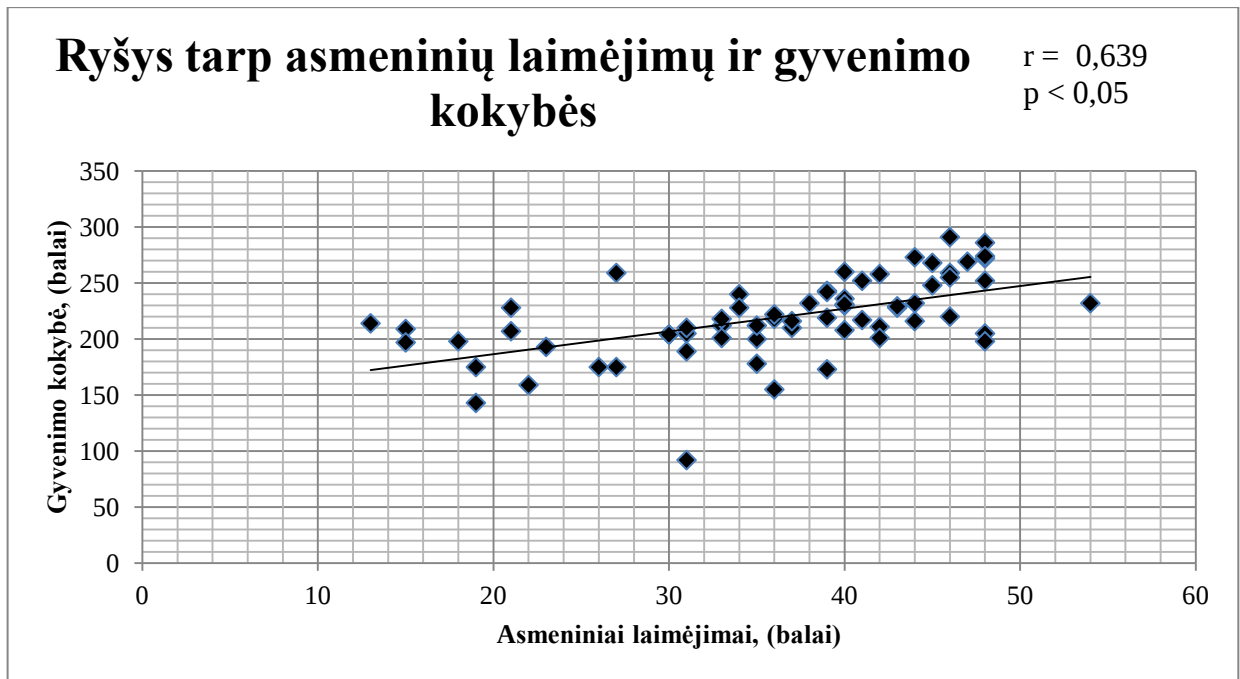
Apskaičiavus priklausomybę tarp perdegimo sindromo pirmosios, emocinio išsekimo, dimensijos ir bendros gyvenimo kokybės, nustatytas atvirkštinis, vidutinio stiprumo koreliacinis ryšys $r = -0,546$, $p < 0,05$. Atsižvelgiant į gautus rezultatus galima daryti išvadą, kad gyvenimo kokybė prastėja, esant didesniam emocinio išsekimo lygiui. Ryšys pateiktas 20 pav.



20 pav. Emocinio išsekimo ir gyvenimo kokybės ryšio vertinimo rezultatai

4.3.2. Asmeninių laimėjimų ir gyvenimo kokybės sąsajos

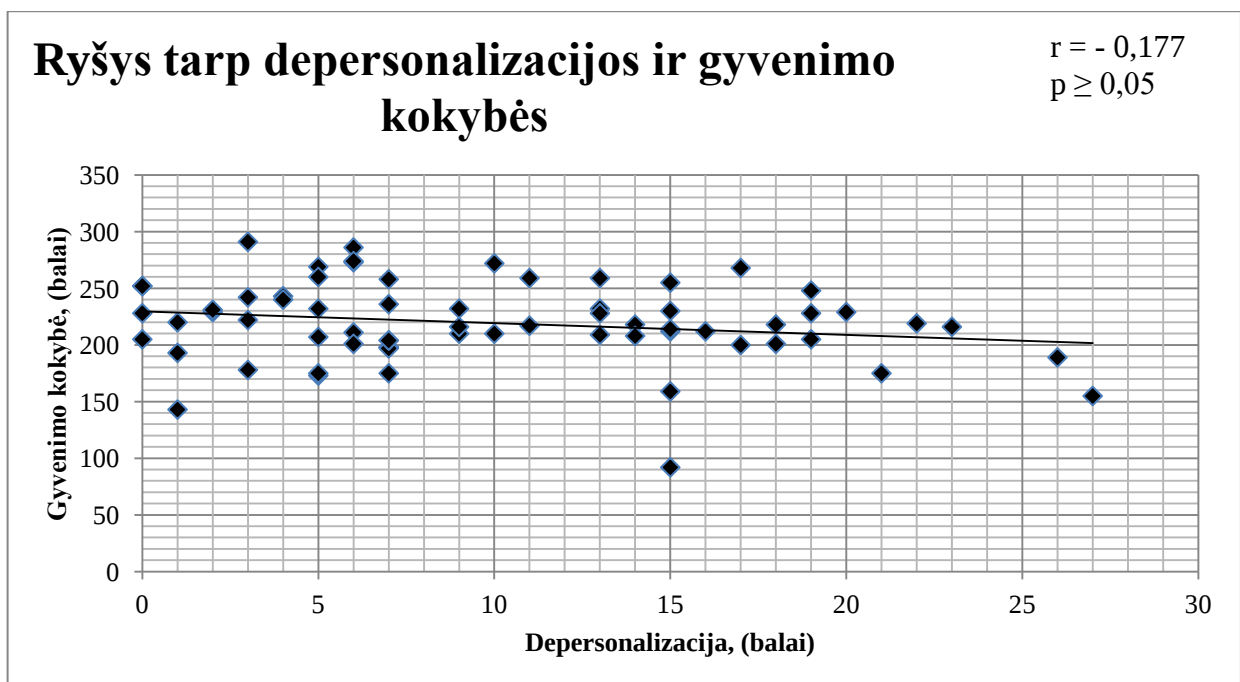
Apskaičiavus priklausomybę tarp perdegimo sindromo antrosios, asmeninių laimėjimų, dimensijos ir bendros gyvenimo kokybės, nustatytas tiesinis, vidutinio stiprumo koreliacinis ryšys $r = 0,639$, $p < 0,05$. Rezultatai rodo, jog kuo kineziterapeutas geriau vertina savo gebėjimus, pasiekimus, tuo geriau jis vertina savo gyvenimo kokybę. Ryšys pateiktas 21 pav.



21 pav. Asmeninių laimėjimų ir gyvenimo kokybės ryšio vertinimo rezultatai

4.3.3. Depersonalizacijos ir gyvenimo kokybės sąsajos

Apskaičiavus priklausomybę tarp perdegimo sindromo trečiosios, depersonalizacijos, dimensijos ir bendros gyvenimo kokybės, nenustatytas statistiškai reikšmingas koreliacinis ryšys $r = -0,177$, $p \geq 0,05$. Atsižvelgiant į gautus rezultatus galima daryti prielaidą, kad gyvenimo kokybė nėra susijusi su depersonalizacija, arba, kitaip, cinizmu. Ryšys pateiktas 22 pav.



22 pav. Depersonalizacijos dimensijos ir gyvenimo kokybės ryšio vertinimo rezultatai

4.4. Ryšys tarp perdegimo sindromo dimensijų ir atskirų gyvenimo kokybės aspektų

4.4.1. Emocinio išsekimo ir atskirų gyvenimo kokybės aspektų sąsajos

Apskaičiavus priklausomybę tarp emocinio išsekimo dimensijos ir atskirų gyvenimo kokybės klausimyno dalių, rasta keletas statistiškai reikšmingų koreliacinių ryšių (5 lentelė) :

- Atvirkštinis, vidutiniškai stiprus koreliacinis ryšys tarp emocinio išsekimo ir sveikatos ($r = -0,517$; $p < 0,05$)
- Atvirkštinis, silpnas koreliacinis ryšys tarp emocinio išsekimo ir darbo aplinkos ($r = -0,464$; $p < 0,05$)
- Atvirkštinis, silpnas koreliacinis ryšys tarp emocinio išsekimo ir finansinės situacijos ($r = -0,358$; $p < 0,05$)
- Atvirkštinis, silpnas koreliacinis ryšys tarp emocinio išsekimo ir laisvalaikio ($r = -0,397$; $p < 0,05$)
- Atvirkštinis, silpnas koreliacinis ryšys tarp emocinio išsekimo ir asmeninių savybių ($r = -0,318$; $p < 0,05$)
- Atvirkštinis, silpnas koreliacinis ryšys tarp emocinio išsekimo ir kontakto su draugais, artimaisiais ($r = -0,320$; $p < 0,05$)
- Atvirkštinis, silpnas koreliacinis ryšys tarp emocinio išsekimo ir gyvenimo sąlygų ($r = -0,347$; $p < 0,05$)

Išanalizavus gautus rezultatus galima daryti prielaidą, jog kineziterapeutai, kurie surinko didesnius emocinio išsekimo balus, t.y. labiau linkę emociškai perdegti, savo gyvenimo kokybę vertina blogiau.

5 lentelė. *Emocinio išsekimo ir atskirų gyvenimo kokybės aspektų ryšio rezultatai.*

Ryšys tarp <i>emocinio išsekimo</i> dimensijos ir gyvenimo kokybės klausimyno atskirų dalių		
Gyvenimo kokybės klausimyno atskiros dalys	Koreliacijos koeficientas (r)	Reikšmingumo lygmuo
Sveikata	$r = -0,517$	$p < 0,05$
Darbo aplinka	$r = -0,464$	$p < 0,05$
Finansinė situacija	$r = -0,358$	$p < 0,05$
Laisvalaikis	$r = -0,397$	$p < 0,05$

Santuoka	$r = -0,084$	$p \geq 0,05$
Vaikai	$r = 0,055$	$p \geq 0,05$
Asmeninės savybės	$r = -0,318$	$p < 0,05$
Lytinis gyvenimas	$r = -0,219$	$p \geq 0,05$
Draugai, artimieji, pažįstami	$r = -0,320$	$p < 0,05$
Gyvenimo sąlygos	$r = -0,347$	$p < 0,05$

4.4.2. Asmeninių laimėjimų ir atskirų gyvenimo kokybės aspektų sąsajos

Apskaičiavus priklausomybę tarp asmeninių laimėjimų dimensijos ir atskirų gyvenimo kokybės klausimyno dalių, rasta keletas statistiškai reikšmingų koreliacinių ryšių (6 lentelė) :

- Tiesioginis, vidutiniškai stiprus koreliacinis ryšys tarp asmeninių laimėjimų ir sveikatos ($r = 0,583$; $p < 0,05$)
- Tiesioginis, silpnas koreliacinis ryšys tarp asmeninių laimėjimų ir darbo aplinkos ($r = 0,396$; $p < 0,05$)
- Tiesioginis, silpnas koreliacinis ryšys tarp asmeninių laimėjimų ir finansinės situacijos ($r = 0,323$; $p < 0,05$)
- Tiesioginis, silpnas koreliacinis ryšys tarp asmeninių laimėjimų ir laisvalaikio ($r = 0,340$; $p < 0,05$)
- Tiesioginis, vidutiniškai stiprus koreliacinis ryšys tarp asmeninių laimėjimų ir asmeninių savybių ($r = 0,619$; $p < 0,05$)
- Tiesioginis, labai silpnas koreliacinis ryšys tarp asmeninių laimėjimų ir lytinio gyvenimo ($r = 0,282$; $p < 0,05$)
- Tiesioginis, silpnas koreliacinis ryšys tarp asmeninių laimėjimų ir kontakto su draugais, artimaisiais ($r = 0,420$; $p < 0,05$)
- Tiesioginis, labai silpnas koreliacinis ryšys tarp asmeninių laimėjimų ir gyvenimo sąlygų ($r = 0,261$; $p < 0,05$)

Rezultatai rodo, jog asmenys, kurie yra labiau patenkinti savo pasiekimais ir gebėjimais, gyvenimo kokybę vertina geriau, negu tie, kurie nepatenkinti asmeniniais laimėjimais.

6 lentelė. Asmeninių laimėjimų ir atskirų gyvenimo kokybės aspektų ryšio rezultatai.

Ryšys tarp asmeninių pasiekimų dimensijos ir gyvenimo kokybės klausimyno atskirų dalių		
Gyvenimo kokybės klausimyno atskiros dalys	Koreliacijos koeficientas (r)	Reikšmingumo lygmuo
Sveikata	r = 0,583	p < 0,05
Darbo aplinka	r = 0,396	p < 0,05
Finansinė situacija	r = 0,323	p < 0,05
Laisvalaikis	r = 0,340	p < 0,05
Santuoka	r = 0,183	p ≥ 0,05
Vaikai	r = - 0,115	p ≥ 0,05
Asmeninės savybės	r = 0,619	p < 0,05
Lytinis gyvenimas	r = 0,282	p < 0,05
Draugai, artimieji, pažįstami	r = 0,420	p < 0,05
Gyvenimo sąlygos	r = 0,261	p < 0,05

4.4.3. Depersonalizacijos ir atskirų gyvenimo kokybės aspektų sąsajos

Apskaičiavus priklausomybę tarp depersonalizacijos dimensijos ir atskirų gyvenimo kokybės klausimyno dalių, rasta tik vienas statistiškai reikšmingas koreliacinis ryšys. Rasta atvirkštinė, silpna priklausomybė tarp depersonalizacijos ir sveikatos ($r = - 0,239$; $p < 0,05$) (7 lentelė). Šie rezultatai leidžia matyti, jog depersonalizacija bei cinizmas nėra statistiškai reikšmingai susijusę su gyvenimo kokybe, išskyrus sveikatos aspektą.

7 lentelė. Depersonalizacijos ir atskirų gyvenimo kokybės aspektų ryšio rezultatai.

Ryšys tarp depersonalizacijos dimensijos ir gyvenimo kokybės klausimyno atskirų dalių		
Gyvenimo kokybės klausimyno atskiros dalys	Koreliacijos koeficientas (r)	Reikšmingumo lygmuo
Sveikata	r = - 0,239	p < 0,05
Darbo aplinka	r = - 0,196	p ≥ 0,05
Finansinė situacija	r = - 0,087	p ≥ 0,05
Laisvalaikis	r = - 0,150	p ≥ 0,05

Santuoka	$r = - 0,062$	$p \geq 0,05$
Vaikai	$r = - 0,092$	$p \geq 0,05$
Asmeninės savybės	$r = - 0,190$	$p \geq 0,05$
Lytinis gyvenimas	$r = - 0,152$	$p \geq 0,05$
Draugai, artimieji, pažįstami	$r = - 0,025$	$p \geq 0,05$
Gyvenimo sąlygos	$r = - 0,198$	$p \geq 0,05$

REZULTATŲ APTARIMAS

Sąvoka „perdegimas“ yra psichologijos mokslų srities terminas, kuris skirtas apibūdinti lėtinį išsekimą ir sumažėjusį susidomėjimą aplinka (depersonalizacija arba cinizmas). Perdegimas, dažniausiai, yra pasekmė to, kad dirbdamas asmuo išsekvoja per daug tiek fizinės, tiek emocinės energijos, turėdamas per mažai laiko atsigavimui (45). Maslach ir Leiter (5) teigimu, perdegimo sindromas dažniausiai pasireiškia emociniu išsekimu, prastu savo pasiekimų vertinimu bei depersonalizacija. Šį sutrikimą patirti gali įvairių profesijų atstovai, tarp kurių – kineziterapeutai (46). Šiame darbe analizavome Lietuvoje dirbančių kineziterapeutų patiriamo perdegimo sindromo lygį bei jo sąsajas su gyvenimo kokybe.

Užsienio mokslininkai yra atlikę visą eilę perdegimo sindromo ir gyvenimo kokybės tyrimų tarp sveikatos priežiūros atstovų: slaugytojų, socialinių darbuotojų, ergoterapeutų bei kineziterapeutų. Italų mokslininkas Calzi ir jo kolegos (3) analizavo kaip perdegimo sindromo rezultatai pasiskirstė tarp jų šalies slaugos ir reabilitacijos specialistų. Tyrėjai nustatė, kad pastarieji darbuotojai patiria žemo – vidutinio lygio perdegimo sindromą bei išskyrė, jog kineziterapeutams būdingas didesnis perdegimas emocinio išsekimo dimensijoje. Panašūs rezultatai gauti ir A. Pavlakio, V. Raftopoulos ir M. Theodorou (23) studijoje. Ištyrus 172 Kipre dirbančius kineziterapeutus nustatyta, jog jie taip pat patiria žemo – vidutinio lygio perdegimą. Mūsų atliktame tyrime stebimos panašios tendencijos. Įvertinus atlikto tyrimo rezultatus nustatyta, jog Lietuvos kineziterapeutai patiria vidutinio lygio perdegimo sindromą emocinio išsekimo, asmeninių pasiekimų bei depersonalizacijos dimensijose.

Nagrinėjant perdegimo sąsajas su lytimi, mūsų tyrtyje imyje nustatyta, kad vyrai labiau linkę išsekti emociškai bei patirti depersonalizaciją, tačiau jie savo asmeninius pasiekimus vertina geriau nei moterys. Tiesa, statistiškai reikšmingas skirtumas tarp lyčių rastas tik emocinio išsekimo dimensijoje. Panašias tendencijas galima stebėti ir užsienio mokslininkų tyrimuose. M. Fischer su bendraautoriais Australijoje (47) ir A. Ozyurt su kolegomis Turkijoje (46) atlikę tyrimus nustatė, jog vyrai patiria statistiškai reikšmingai sunkesnio lygio depersonalizaciją nei moterys, tačiau kitose perdegimo dimensijose ryškių skirtumų tarp lyčių nerasta. Apžvelgus mūsų ir užsienio tyrimų rezultatus galima daryti prielaidą, kad vyrai yra linkę patirti sunkesnio lygio perdegimo sindromą nei moterys. Žvelgiant iš psichologinės pusės, tai gali būti paaiškinama tuo, jog moterys dažniau išreiškia savo emocijas, geba geriau susidoroti su stresu ir jo sukeliama padariniais. Tuo tarpu, anot specialistų, vyrai savo emocijas slepia bandydami jas ignoruoti, kas dažniausiai iššaukia cinizmą, abejingumą. (48,49).

Pietų Afrikos Respublikos (50) tyrimas, tyrinėjantis kineziterapeutų perdegimo sindromo lygį, atskleidė, jog jaunesni kineziterapeutai patiria didesnę emocinį išsekimą, o vyresni jaučia didesnę depersonalizaciją ir savo asmeninius pasiekimus vertina prasčiau. Taip pat pastarieji mokslininkai pastebėjo, kad asmenys, kurie turėjo žemesnį išsilavinimą (neuniversitetinį), statistiškai reikšmingai,

savo asmeninius pasiekimus vertino prasčiau. Anksčiau minėtoji Kipro mokslininkų komanda, Pavlakis, Raftopoulos ir Theodorou, (23) nustatė, kad kineziterapeutai, kurie dirba privačiame sektoriuje yra labiau paveikti perdegimo sindromo emocinio išsekimo dimensijoje nei tie, kurie dirba valstybinėse įstaigose. Mūsų darbe taip pat galima įžvelgti tą pačią tendenciją. Manoma, kad privataus sektoriaus atstovai yra labiau sunerimę dėl ekonominės bei teisinės situacijos. Taip pat jie turi didesnę darbo krūvį bei ilgesnį kontaktą su pacientu, kas sukelia aukštesnio (sunkesnio) perdegimo sindromo lygį (23,51). Mūsų atliktame tyrime nerasta statistiškai reikšmingų skirtumų tarp skirtingo amžiaus, stažo bei išsilavinimo kineziterapeutų patiriamo perdegimo sindromo. Galbūt tai galėjo lemti nepakankamas tiriamųjų skaičius bei tai, kad didžiąją dalį imties sudarė jauni, neseniai kvalifikaciją įgyje kineziterapeutai.

Nagrinėjant užsienio literatūrą apie perdegimo sindromo ir gyvenimo kokybės sąsajas, rasta keletas Lenkijos mokslinių tyrimų. Z. Sliwinski su bendraautoriais (7) pastebėjo, kad asmenys, kurie nelinkę „perdegti“ arba patiria žemo lygio perdegimo sindromą yra labiau patenkinti savo gyvenimo kokybe, t.y. santykiais su šeima, giminėmis ir draugais, savo sveikata bei darbu. Tuo tarpu asmenys, kurie patiria vidutinio ir aukšto lygio perdegimo sindromą, dažnai yra nepatenkinti savo finansine situacija, skundžiasi laisvo laiko stoka ir blogais santykiais su artimaisiais. Mūsų tyrimo rezultatai atskleidė, jog egzistuoja vidutiniškai stiprus ryšys tarp emocinio išsekimo ir asmeninių pasiekimų dimensijų ir gyvenimo kokybės: didėjant emociniam išsekimui ir prastėjant asmeniniams pasiekimams, prastėja gyvenimo kokybė. Lietuvos kineziterapeutai, kurie patiria vidutinio lygio perdegimo sindromą, teigia susiduriantys su tokiomis, perdegimo sindromo nulemtomis, problemomis, kaip sveikatos problemos, prasta darbo aplinka, bloga finansinė situacija, laisvo laiko stoka, prastos gyvenimo sąlygos ir pan.

Kitame Z. Sliwinski ir kolegų (52) tyrime pastebėta, jog jaunesni asmenys, kurie dirba kineziterapeutais iki 15 metų, patiria mažesnio lygio perdegimą ir yra ypač patenkinti savo gyvenimo kokybe darbo ir šeimos aplinkos srityse. Tuo tarpu vyresnieji, kurie turi daugiau nei 15 metų patirtį dirbant kineziterapeutu, išskiria problemas susijusias su gyvenamosios vietos sąlygomis. Toje pačioje studijoje nustatyta, kad moterys yra labiau patenkintos savo sveikata, laisvalaikio kiekiu, santykiais su draugais, šeima, artimaisiais, vaikais nei vyrai. Mūsų tyrimas neatskleidė lyties, amžiaus, išsilavinimo, stažo įtakos gyvenimo kokybės rezultams, tačiau leido įžvelgti tam tikras tendencijas, kurias vertėtų nagrinėti ateities tyrimuose.

Lyginant su užsienio mokslininkų tyrimais, mūsų atliktame tyrime įžvelgiu keletą trūkumų, kurie galėjo padaryti įtaką tirtiems rodikliams. Visų pirma – nepakankama imtis. Esant didesniai imčiai galbūt būtų gauti dar objektyvesni ir tikslesni rezultatai. Kadangi tyrimas buvo savanoriškas, jame didesnę susidomėjimą parodė moterys, todėl moteriškos lyties dominavimas galėjo iškreipti tyrimo rezultatus. Kaip trūkumą, vertinu ir sąlyginai jauną tiriamųjų imtį. Dėl jauno amžiaus

specialistų dominavimo tyrime buvo sunku nustatyti amžiaus ir stažo įtaką perdegimo sindromo ir gyvenimo kokybės rezultatams tarp Lietuvoje dirbančių kineziterapeutų.

Kadangi, mūsų žiniomis, tai pirma studija nagrinėjanti Lietuvoje dirbančių kineziterapeutų perdegimo sindromą ir jo sąsajas su gyvenimo kokybe, svarbu suprasti, jog nepasaint tyrimo trūkumų, jis atskleidė ytin svarbias psichologines problemas kineziterapeutų tarpe, kurios lemia jų darbo ir gyvenimo kokybę.

IŠVADOS

1. Nustatyta, kad Lietuvoje dirbantys kineziterapeutai patiria vidutinio lygio perdegimo sindromą visose jo dimensijose. Vyrai patiria statistiškai reikšmingai sunkesnio lygio perdegimą emocinio išsekimo dimensijoje ($p < 0,05$).
2. Lietuvoje dirbantys kineziterapeutai savo bendrąją gyvenimo kokybę vertina gerai. Žvelgiant į atskiras gyvenimo kokybės sritis atskirai, nustatyta, kad prasčiausiai vertinami tokie gyvenimo kokybės aspektai kaip finansinė situacija ir darbo aplinka ($p < 0,05$).
3. Perdegimo sindromas (emocinio išsekimo ir asmeninių pasiekimų dimensijose) turi statistiškai reikšmingą ryšį su gyvenimo kokybe. Didėjant emociniam išsekimui bei prastėjant asmeniniams pasiekimams, blogėja gyvenimo kokybė ($p < 0,05$).

PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Gauti tyrimo rezultatai rodo, jog Lietuvoje dirbantys kineziterapeutai patiria vidutinio lygio perdegimo sindromą emocinio išsekimo, asmeninių pasiekimų ir depersonalizacijos dimensijose. Nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys tarp perdegimo sindromo ir gyvenimo kokybės, todėl svarbu vykdyti prevencinę veiklą, nukreiptą į perdegimo sindromo simptomų atsiradimą, jų mažinimą. Taip pat rekomenduojama taikyti individualias (atsipalaidavimo technikos, emocijų valdymas, sveikas gyvenimo būdas ir kt.) ir organizacines (darbuotojo autonomijos skatinimas, kursų/mokymų/seminarų organizavimas, pastebėjimas, pripažinimas, tinkamo atlygio suteikimas ir kt.) perdegimo sindromo prevencijos ir gydymo strategijas, kad kineziterapeutai galėtų iš naujo atstatyti emocinę pusiausvyrą ir grįžti į darbą.

MOKSLO PRANEŠIMŲ, PUBLIKACIJŲ SĄRAŠAS

Bražėnaitė G, Krutulytė G. Burnout among physiotherapists and associations with work environment. [Kaunas, 2016 lapkričio 11d.] Pranešimas skaitytas tarptautinėje konferencijoje „Exercise for health and rehabilitation“ (3 priedas).

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. American physical therapy association. Today's Physical Therapist: United States of America: American Physical Therapy Association; 2011 [Internet] [cited 2016 March 10] Available from:
https://www.apta.org/uploadedFiles/APTAorg/Practice_and_Patient_Care/PR_and_Marketing/Market_to_Professionals/TodaysPhysicalTherapist.pdf.
2. Nowakowska-Domagala K, Jablkowska-Gońrecka, K, Kostrzanowska-Jarmakowska, L Marta Morton Ą, Stecz P. The Interrelationships of Coping Styles and Professional Burnout Among Physiotherapists. *Medicine*, 2015; 94 (24) 1-8.
3. Calzi L.S, Farinelli M, Ercolani M, Alianti M, Manigrasso V, Taroni A.M. Physical rehabilitation and burnout: different aspects of the syndrome and comparison between healthcare professionals involved. *Eur med phys*, 2006; 42:27-36
4. Kaschka W.P, Korczak D, Broich K. Burnout: a Fashionable Diagnosis. *Dtsch Arztebl Int* 2011; 108(46): 781–7.
5. Maslach C, Leiter M,P. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry* 2016;15:103–111.
6. Skodova Z, Lajciakova P. The effect of personality traits and psychosocial training on burnout syndrome among healthcare students. *Nurse Education Today*, 2013; 33: 1311–1315
7. Śliwiński Z, Starczyńska M, Kotela I, Kowalski T, Kryś-Noszczyk K, Lietz-Kijak D ir kiti. Life satisfaction and risk of burnout among men and women working as physiotherapists. *Int J Occup Environ Med*, 2014; 27(3):400–412.
8. García-Campayo J, Puebla-Guedea M, Herrera-Mercadal P, Daudén E. Burnout Syndrome and Demotivation Among Health Care Personnel. Managing Stressful Situations: The Importance of Teamwork. *Actas Dermosifiliogr* 2016;107(5):400-6.
9. Grensman A, Bikash Dev Acharya B.D, Wändell P, Gunnar Nilsson G, Werner S. Health-related quality of life in patients with Burnout on sick leave: descriptive and comparative results from a clinical study. *Int Arch Occup Environ Health* 2016; 89:319–329.
10. Teisės aktų registras. Vilnius: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Lietuvos medicinos norma MN 124:2016 „Kineziterapeutas. Teisės, pareigos, kompetencija ir

- atsakomybė" [Internet] [cited 2016 Feb 12]. Available from: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/74aed040cf3811e583a295d9366c7ab3>.
11. Kriščiūnas A. Reabilitacijos pagrindai. Kaunas: Vitae Litera; 2014. 400 p.
 12. Lietuvos aukštųjų mokyklų asociacija bendrajam priėmimui organizuoti. [Internet] [cited 2016 Feb 12]. Available from: <http://www.lamabpo.lt/turinys/aukstosios-mokyklos/universitetai#top>.
 13. Žukauskienė M, Kineziterapeutų profesinio rengimo turinio modeliavimas [daktaro disertacija] [Kaunas]: Vytauto didžiojo universitetas; 2011. 206 p.
 14. Goodman C, Snyder T. Differential Diagnosis for Physical Therapists. Elsevier Health Sciences. United States of America: Elsevier Saunders; 2013. 816 p. [Internet] [cited 2015 Dec 10]. Available from: https://books.google.lt/books/about/Differential_Diagnosis_for_Physical_Ther.html?id=aVFP_AQAAQBAJ&redir_esc=y.
 15. The World Confederation for Physical Therapy. Policy statement. Description of physical therapy. 2011. [Internet] [cited 2016 March 10] Available from: http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/PS_Description_PT_Sept2011_FORMATTED_e_dit2013.pdf
 16. Bianchi R, Schonfeld I.S. Burnout is associated with a depressive cognitive style. *Personality and Individual Differences* 2016; 100 1–5.
 17. Freudemberger H, North G. The burnout cycle. *Sc Amer Min* 2006; 17(3): 31
 18. Nacionalinis medicininės klasifikacijos centras. Sisteminis ligų sąrašas (Australijos modifikacija, TLK-10-AM), 2008. [Internet] [cited 2016 March 10] Available from: http://ebook.vlk.lt/e.vadovas/index.jsp?topic=/lt.webmedia.vlk.drg.icd.ebook.content/html/icd/i_vadas.html
 19. Vimantaitė R. Slaugytojų, dirbančių lietuvių ligoninių kardiochirurgijos centruose, „perdegimo“ sindromo raiškos ir paplitimo įvertinimas [daktaro disertacija] [Kaunas]: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija; 2007. 121 p.
 20. Weber A, Jaekel-Reinhard A. Burnout syndrome: a disease of modern societies? *Occup Med*, 2000; 50 (7) : 512-517.

21. Can˜adas-De la Fuente G.A, Vargas C, San Luis C, Garcia I, Can˜adas G.R, De la Fuente E.I. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *IJANS*, 2015 52: 240–249.
22. Langballe E.M, Innstrand S.T , Hagtvet K.A, Falkum E, Aasland O.G. The relationship between burnout and musculoskeletal pain in seven Norwegian occupational groups. *Work*, 2009; 32 179–188.
23. Pavlakis A, Raftopoulos V, Theodorou M. Burnout syndrome in Cypriot physiotherapists: a national survey. *BMC Health Services Research* 2010; 10:63.
24. Romani M, Ashkar K. Burnout among physicians. *Libyan J Med* 2014, 9: 23556.
25. Gómez-Gascón T, Martín-Fernández J, Gálvez-Herrer M, Tapias-Merino E, Beamud-Lagos M, Mingote-Adán J.C.. Effectiveness of an intervention for prevention and treatment of burnout in primary health care professionals. *BMC Fam Pract*, 2013; 14:173.
26. Marine A, Ruotsalainen J, Serra C, Verbeek J. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of SystematicReviews* 2006; Issue 4. Art. No.: CD002892.
27. Fayers P.M, Machin D. Quality of Life: The Assessment, Analysis and Interpretation of Patient-Reported Outcomes, 2nd edition. Ltd, Chichester: John Wiley & Sons; 2007. 568 p.
28. Staškutė I. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės samprata, stebėsenos ir vertinimo metodai bei reikšmė sveikatos politikoje. *Health policy and management* 2014; 1(6) 7–19.
29. Krutulienė S, Gyvenimo kokybė: sąvokos apibrėžimas ir santykis su gero gyvenimo terminais. *Kultūra ir visuomenė*, 2012; 3 (2).
30. Starkauskinė V. Gyvenimo kokybės veiksniai ir jos kompleksinio vertinimo modelis [daktaro disertacija] [Kaunas]: Vytauto Didžiojo universitetas; 2011. 168p.
31. Akranavičiūtė D, Ruževičius J. Quality of Life and its Components' Measurement. *Eng econ*. 2007. No 2 (52).
32. Tomljenovic M, Kolaric B, Stajduhar D, Tesic V. Stress, depression and burnout among hospital physicians in Rijeka, Croatia. *Psychiatria Danubina*, 2014; 26 - 3, 450-458
33. Lundgren-Nilsson A, Jonsdottir I, Pallant J, Ahlborg G. Internal construct validity of the Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ). *BMC Public Health* 2012, 12:1
34. Maslach C, Leiter M.P, Shaufeli W, Measuring burnout. Cartwright, 2008.

35. Servetkienė V. Gyvenimo kokybės daugiadimensinis vertinimas, identifikuojant kritines sritis [daktaro disertacija] [Vilnius]: Mykolo Riomerio universitetas; 2013. 312p.
36. Morris M.D. The Physical Quality of Life Index (PQLI). *Dev Dig* ,1980; 18(1):95-109.
37. Ferrans C, Powers M. Quality of life index: Development and psychometric properties. *Advances in Nursing science*, 1985; 8: 15-24
38. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. European Quality of Life Surveys (EQLS), 2016. [Internet] [cited 2016 November 14] Available from: <http://www.eurofound.europa.eu/surveys/european-quality-of-life-surveys>
39. World Health organization. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), 2012. [Internet] [cited 2016 November 14] Available from: http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/
40. Ware J.E., Sherbourne C.D. The MOS 36 item short form health survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. *Med care*, 1992, 30(6): 473–48.
41. Fahrenberg J, Myrtek M, Schumacher J, Brähler E. Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ); 2000. Handanweisung. Hogrefe, Göttingen, Germany.
42. Maslach C, Jakson S.E, Leiter M.P. The Maslach burnout inventory, 3rd edition. Palo Alto, CA:Consulting psychologists press; 1996. 27 p.
43. Suchodolska I. Perdegimo sindromas ir jo ryšys su asmenybės bruožais ir patiriama žodine agresija [magistro baigiamasis darbas] [Vilnius]: Mykolo Romerio uiversiteto socialiės politikos fakulteto psichologijos katedra; 2008. 82 p.
44. Bačinina D, Slaugytojų perdegimo sindromas ir jo ryšis su asmeninėmis savybėmis universiteto ligoninės vaikų skyriuose [magistro baigiamasis darbas]: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija; 2014. 141 p.
45. Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E. Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Curr Opin Crit Care* 2007; 13:482–488.
46. Ozyurt A, Hayran O, Sur H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *Q J Med* 2006; 99:161–169
47. Fischer M, Mitsche M, Endler P, Mesenholl-Strehler E, Lothaller H, Roth R. Burnout in physiotherapists: Use of clinical supervision and desire for emotional closeness or distance to clients. *Int J Ther Rehabil* 2013; 20 (11): 550 – 558.

48. Purvanova R.K, Muros J.P. Gender differences in burnout: A meta-analysis. *J Vocat Behav* 2010; 77:168–185.
49. Adekola B. Gender differences in the experience of work burnout among university staff. *AJBM* 2010; 4(6): 886-889.
50. Du Plessis T, Visagie S, Mji G. The prevalence of burnout amongst therapists working in private physical rehabilitation centers in South Africa: a descriptive study. *SAJOT* 2014; 44 (2): 11 – 16.
51. Subramanian S, Kruthika J. Comparison between public and private sector executives on key psychological aspects. *J Organ Behav*. 2012; 1(1): 24-32
52. Śliwiński Z, Starczyńska M, Kotela I, Kowalski T, Kryś-Noszczyk K, Lietz-Kijak D ir kiti. Burnout among physiotherapists and length of service. *Int J Occup Med Environ Health* 2014;27(2):224 – 235.