

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ**  
**ФАКУЛТЕТ ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ**

---

**ГАЛЯ ТРЕНДАФИЛОВА ЯНКОВА**

**ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ И BURN OUT – СИНДРОМА**  
**В КОНТЕКСТА НА ПРОФЕСИОНАЛНАТА**  
**ДЕЙНОСТ**

**ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД**  
за присъждане на образователна и научна степен  
**„ДОКТОР“**

**Област на висше образование: 7. ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ И СПОРТ**

**Професионално направление: 7.4. ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ**

**Научна специалност: СОЦИАЛНА МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ НА**  
**ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО И ФАРМАЦИЯТА**

**Научни ръководители:**

**Проф. Магдалена Александрова, дм**

**Проф. Пенка Маринова, дм**

---

**София, 2016**

## СЪДЪРЖАНИЕ

<b>ВЪВЕДЕНИЕ</b>	5
<b>ГЛАВА 1: Здравните грижи и бърнаут синдрома (Литературен обзор)</b>	7
1.1. Здравната грижа и Burnout – актуалност на проблема	7
1.2. Теоретични постановки	10
1.2.1. Теория на Уотсън (1979) за хуманните грижи	10
1.2.2. Теория на Маслач и Джаксън (1986) за Бърнаут	12
1.3. Грижа“ – понятия, отношения, влияния и въздействие	13
1.4. Същност на синдрома „burnout“.	19
1.4.1. Исторически данни за феномена бърнаут	19
1.4.2. Бърнаут през XXI век	21
1.4.3. Определения за феномена Burnout	21
1.4.4. Компоненти на „професионалното прегаряне“	25
1.4.5. Симптоми и фази в развитието на бърнаут синдрома	26
1.4.6. Причини/рискови фактори за възникване на бърнаут синдрома	31
1.4.7. Burn out и демографските променливи	36
1.4.8. Социалната подкрепа като буфер на професионалния стрес и burnout.	37
1.4.9. Превенция и стратегии за справяне с бърнаут- синдрома.	39
1.5. Влияние на спецификата на професионалната дейност за формирането на синдрома „професионално прегаряне“.	41
1.5.1. Burn out синдрома сред здравния персонал	42
1.6. Емпирични доказателства за връзката между аспектите на грижата и бърнаут – синдрома сред здравните специалисти в чужбина.	44
<b>Изводи от литературния обзор</b>	46
<b>ГЛАВА 2 : Цел, задачи и методология на емпиричното изследване.</b>	48
2.1. Основни структурни компоненти на емпиричното изследване	48
2.1.1. Цел, задачи и работна хипотеза на изследването.	48
2.2. Методология на изследването	49
2.2.1. Обект на изследването	49
2.2.2. Предмет на изследването.	49
2.2.3. Единици на наблюдение.	49
2.2.4. Концептуална рамка	50
2.2.5. Инструментариум на изследването	51
2.2.6. Критерии за включване	58
2.2.7. Обхват на проучването.	58
2.2.8. Организация, време и място на изследването	58
2.2.9. Изследователски методи	59
<b>ГЛАВА 3: Резултати и обсъждане</b>	61
3.1. Анализ и оценка на здравната грижа сред професионалистите по здравни грижи.	61
3.1.1. Грижата - ниво на приложимост на отделните аспекти.	61
3.1.2. Изразеност на отделните аспекти на здравната грижа според вида професионална дейност на специалистите.	65
3.1.3. Влияние на демографските характеристики върху нивото на приложимост на здравната грижа.	69

3.2. Анализ и оценка на феномена Burn out сред професионалистите по здравни грижи.	73
3.2.1. Общи характеристики на тежестта на синдрома на прегаряне.	73
3.2.1.1. Сравнителен анализ на тежестта на синдрома при здравните професионалисти.	74
3.2.2. Демографски аспекти на Burn out.	77
3.2.3. Връзка между Burn out синдрома и организационните фактори.	81
3.3. Анализ на резултатите от изследваните нагласи и действия на медицинските професионалисти по отношение на аспектите на грижата, свързани с професионалното прегаряне.	89
3.3.1. Връзка между аспектите на грижата (осигуряване на качество, почтителност, професионални знания и умения и позитивна свързаност) и измерението емоционално изтощение.	90
3.3.1.1. Компоненти на професионалната дейност „здравна грижа“ способстващи за емоционалното изтощение.	95
3.3.2. Връзка между аспектите на грижата (осигуряване на качество, почтителност, професионални знания и умения и позитивна свързаност) и измерението деперсонализация.	101
3.3.2.1. Компоненти на професионалната дейност „здравна грижа“, имащи отношение към деперсонализацията.	105
3.3.3. Връзка между аспектите на грижата (осигуряване на качество, почтителност, професионални знания и умения и позитивна свързаност) и измерението персонални постижения на професионалистите по здравни грижи.	112
3.3.3.1. Компоненти на професионалната дейност „здравна грижа“, имащи отношение към измерението персонални постижения.	118
3.4. Организационен модел за ранна диагностика и профилактика на burn out в лечебните заведения .	127
3.5. Резултати и обсъждане на направената експертна оценка на организационния модел за ранна диагностика и профилактика на синдрома на прегаряне.	135
<b>ГЛАВА 4: Заключение, изводи и препоръки.</b>	137
<b>ПРИНОСИ</b>	144
<b>Публикации във връзка с дисертационния труд</b>	146
Библиография	147
Приложения	160

## ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

**БА** – Burn out

**ДП** - деперсонализация

**ЗГ** – здравни грижи

**ЕИ** – Емоционално изтощение

**КОЦ** – Комплексен онкологичен център

**МБАЛ** – Многопрофилна болница за активно лечение

**СБАЛО** – Специализирана болница за активно лечение по онкология

**ПЗГ** – Професионалисти по здравни грижи

**ПП** –персонални постижения/работоспособност

**СЗО** – Световна здравна организация

**СП**- социална подкрепа

**СВИ** - Caring Behaviors Inventory

**D** – Depersonalization

**ЕЕ** -Emotional Exhaustion

**M** (mean) – средна аритметична стойност

**МБИ-НСС** - Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey

**К** – осигуряване на качество, чрез човешко присъствие

**МSPSS** - Multidimensional Scale of Percieved Social Support Assessment

**N**- брой

**P**- ниво на значимост

**РА** - personal accomplishment

**R**- коефициент на корелация

**S**- позитивна свързаност

**SD** - стандартно отклонение

**Z** – професионални знания и умения

**U**- взаимно уважение/ почтителност

*"Лесно е да се грижиш за другите, за сметка на самия себе си"*

*(Copper, 2005)*

## **ВЪВЕДЕНИЕ**

Общопризнато е, че професионалното прегаряне е един от сериозните проблеми на съвременната професионална дейност. СЗО го дефинира като „болестта на 21 век“, която в световен мащаб приема размери на „глобална епидемия“. Международната организация по труда оценява ежегодните загуби в резултат на професионален стрес и burn out на 200 млрд. \$ в т.ч. отпуски по болест, разходи за хоспитализация и амбулаторно лечение, загуби от снижена производителност на труда и т.н. Значимостта на проблема се потвърждава и от факта, че в последната 10–та ревизия на МКБ burn out е описан в клас XXI под рубрика **Z73.0** като „Преумора – състояние на изтощаване на жизнените сили“.

Burn out се проявява най-често в помагащите професии. Като такава се определя медицинската професия в т.ч. и тази на здравните професионалисти.

В професионалната дейност на здравните специалисти концепцията за грижа е фундаментална и съдържа всички атрибути описващи я като помагача на човека дейност. Редица изследователи я определят като междуличностен процес, който се характеризира с експертност в професионалните знания и умения, междуличностна чувствителност и близки отношения. Това изисква от професионалиста по здравни грижи разностранна образование, непрекъснат процес на професионализация, притежаване на лични и професионални качества. Дейността “здравна грижа“ е отговорна, изисква издръжливост, което предполага висок и постоянен психо-емоционален стрес, както и необходимост за вземане на решения при извънредни ситуации.

Условията на икономическа криза и продължилата във времето реформа в здравеопазването оказват съществено влияние върху организацията на здравните грижи. Всеки работен ден на здравният професионалист преминава в много близък контакт с хора, най-вече с пациенти, които се нуждаят от бдителна грижа и внимание. Под влияние на болестта, дискомфорта и болката болните често

стават неспокойни, нетърпеливи, капризни. Това, в съчетание с високите изисквания и напрежението поради недостиг на хора, време и материали, липсата на социална подкрепа и комуникация в организацията; дискриминацията на работното място; претовареността с административни задачи водят до свръхнатовареност и до (ди)стрес. Здравните професионалисти са принудени да издигат своеобразна бариера за психологическа защита от пациента, да станат по-малко емпатични или ги грози професионално прегаряне. За тях е по-лесно „безчувствено“ да извършват действия и манипулации, отколкото да са съпричастни, да проявяват загриженост, да поддържат пациента.

През последните години burn out е широко проучван и дискутиран в специализираната литература, но у нас има само изолирани проучвания при някои подгрупи медицински професионалисти. Настоящото изследване се опитва да запълни липсата на изследвания в България относно особеностите на синдрома при работещите в сферата на здравните грижи и зависимостта му от някои аспекти на грижата на работното място.

Поставихме си за цел да анализираме влиянието на здравната грижа върху проявите на burn out. Апробирахме и нова методика, ориентирана към разкриване на съществуващи взаимовръзки между здравната грижа с нейните „грижовни“ категории и „професионалното прегаряне“ у професионалистите в неговите три измерения.

Ако може да се докаже, че предразположението към бърнаут у професионалистите по здравни грижи се дължи на тяхната нагласа за грижа и поведение, могат да бъдат разработени и приложени интервенции, индивидуални и на работното място, които ще подпомогнат да се намали или предотврати професионално прегаряне.

Надяваме се настоящото изследване да постави началото на бъдещи научни търсения в областта на превенцията на burn out. Намалването на прегарянето ще доведе до по-висок процент на задържане на работещите в сферата на здравните грижи, като по този начин ще се облекчи недостига на здравни професионалисти.

**ГЛАВА ПЪРВА:**  
**ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ И БЪРНАУТ СИНДРОМА**  
**(Литературен обзор)**

**1.1. Здравната грижа и Burn out – актуалност на проблема**

*„Най- добрият хирург, който спасява живота на човека...това е медицинската сестра, която помага на този човек да живее“ (Флоранс Найтингел, 1860 )*

В професионалната дейност на работещите в сферата на здравните грижи от Ф. Найтингел до днес концепцията за грижата и грижовното отношение е доминираща. Тя е основния фокус на професионалната практика и причината здравната професия да придобие обществено доверие и уважение. Традиционно „грижата“ е проектирана по- скоро като отношение отколкото действие, въпреки че както казва **Barker** „без действие отношението е само риторика“ (*Barker, 2000*).

Здравните професионалисти са в най-близки отношения с пациентите. Въпреки, че получават заплащане за труда си, при осъществяване на професионалната си дейност те проявяват загриженост за пациента, която е несравнима и през повечето време отива отвъд всяко финансово възнаграждение.

Пациентите и грижите за тях са стресори. Стресорните фактори могат да са най - различни: дългосрочната грижа, хронично болните пациенти, възрастта на пациента, умирация пациент, пациент, който не е в състояние да общува и т.н. На работещите в сферата на здравните грижи редовно се налага да се занимават с текущите проблеми на други хора, които често са със силен емоционален заряд: гняв, страх, възмущение, болка от вида на тежкоболните деца, чувство за безпомощност и др. Решаването на тези проблеми невинаги е възможно и лесно, което прави редица професионални ситуации особено неясни и безперспективни. В ежедневието си здравните специалисти подържат широк спектър контакти: с пациента (роднините), лекаря, помощния персонал и др., а неадекватното заплащане на труда, големият обем писмена работа, недостигът

на медицински консумативи, апаратура и лекарства, честата смяна на инструкциите и отговорностите и ролевите конфликти водят до ежедневен, разнороден по интензитет стрес. Като резултат от въздействието на тези и други отрицателни аспекти на работата, свързани със съдържанието и организацията на труда (препълнени болнични стаи, липса на подкрепа от администрацията и ръководството, взискателни или несътруднически пациенти и техни роднини и др.), при здравните професионалисти се проявяват различностепенни показатели на изтощение. Те се изразяват във физически, психични и поведенчески симптоми. Когато медицинските специалисти ги е грижа, или дават прекалено много за прекалено дълго време, и получават твърде малко в замяна, стресът се натрупва и настъпва „прегаряне“ (Schaufeli & Enzmann, 1998).

Изследванията за стреса и професионалното изпепеляване в здравните грижи традиционно се фокусират върху задачите, и са свързани с променливи като натовареност, грижите за критично и неизлечимо болни, недостатъчна подготовка, липсата на помощен персонал, противоречието с други медицински специалисти, ръководители и лекари (*Gray-Toft & Anderson 1981; Oginska – Bulit 2006; Георгиева И. и кол. 2008; Маринова и кол. 2010; Hyman et al. 2011*).

*Milliken et al (2007)* идентифицират естеството на професионалната дейност и грижите за пациента като стресиращи (по-конкретно емоционалното напрежение). Грижата за пациента е стресогенна, защото при осъществяването и медицинската сестра трябва емоционално да е на разположение на пациента, а от друга трябва да запази контрола над собствените си емоции. (Erickson & Grove, 2007).

Различни проучвания (*Miller et al. 1988; Alderson 2008*) установяват, че значителна част от Бърнаут - синдрома, изпитван от медицинските специалисти може да се обясни с променливата - емпатия. Конкретно, те установяват, че емоционалната зараза (споделяне или вземане на емоцията на друго лице), емпатичната загриженост (грижа за благополучието на друг, който не изисква емоция споделяне) и комуникативната отзивчивост (способността да общуват с

други хора за чувствителни и емоционални теми) допринасят значително за стрес и професионално изпепеляване сред прилагащите здравни грижи.

Стресът и прегарянето са идентифицирани като една от причините здравните специалисти да напускат професията. (*Chung & Corbett, 1998; Gray-Toft & Anderson, 1981; Kennedy & Barloon, 1997; Walsh & Dolan, 1999; Flinkman, et al. 2008; Gandoy - Crego et al. 2009; Leiter and Maslach 2009; Стоянова 2013*).

Редица проучвания сред развитите страни в света (*Stordeur et al. 2001; Kingdom and Halvorsen 2004; AbuAlrub, 2004*) изследват връзката между различните компоненти на прегаряне и удовлетвореността от работата.

Установено е, че от всички медицински специалисти, медицинските сестри са най - податливи на „прегаряне“ (*Pines and Maslach, 1978*). Освен това, проучванията показват, че прегарянето сред тази професионална група има отрицателен ефект върху качеството на грижите (*Mc Cue 2004; Spector 1985*) и удовлетвореността на пациентите (*Vahey D.C., Alkon L., 2010*). Burnout и ниската удовлетвореност наистина допринасят за неефективността на здравните професионалисти и се отразяват на тяхната отдаденост към качеството на прилаганите грижи.

Емоционалното натоварване и изтощение вследствие на професионалната дейност са проблем на медицинските специалисти в глобален мащаб, но у нас все още не са проучени достатъчно.

Съществуват два широкообхватни проблема - методологически проблеми и недостатъчен брой изследвания пряко свързващи здравната грижа и прегарянето. Първо, понятието „грижа“ все още остава слабо дефинирано в професионалната практика (*Watson, 1979; Kyle, 1995*). От друга страна, етиологията на burn out е многофакторна и се определя от сложни взаимодействия на трудови и нетрудови професионални фактори, и многобройни медиатори и модератори (*Gulielmi and Tatrow, 1998*).

## 1.2. ТЕОРЕТИЧНИ ПОСТАНОВКИ

„Грижата“ и „*burn out* – синдрома“ са двете теоретични понятия, които ръководят настоящото изследване. За целите на проучването ще бъдат разгледани два концептуални модела или теории: теорията на *Jean Watson* за хуманната грижа (1979) и теорията на *Maslach and Jackson* за Burnout (1986).

### 1.2.1. Теория на Уотсън (1979) за хуманните грижи

Когато Florence Nightengale публикува сестринската си теория през 1860 г., тя отразява философия на грижите, в която грижовността е морален императив за медицинска сестра. Преди появата на модерното сестринство грижовността е била в основата на тази услуга. Теорията на Уотсън за хуманни грижи подчертава моралните и етичните измерения на грижите. Тя основава теорията си на предположението, че здравето е хармония между дух-тяло-дух в цялото си същество и се изразява чрез съгласуването между възприеман и самостоятелен опит (*Kim & Kollak, 1999*).

Уотсън определя три от четирите метапарадигми в сестринството включващи: лице или човешко същество, здраве и сестринство (*McEwen & Wills, 2007*). Те се дефинират, както следва:

- *Човек* - личност със собствени нужди от грижи, разбиране и уважение
- *Здраве* - единство и хармония на ум, тяло и душа в комбинация със възприеман и самостоятелен опит
- *Сестринство* - наука за грижите за хората, за здравето и болестта, които са медирирани от професионални, лични, научни и етични взаимоотношения. (*Watson, J., 1988*).

Авторката набляга на хуманистичните аспекти на сестринството в комбинация с научните знания. Според нея "*грижата*" е гаранция за професионалната идентичност на медицинската сестра. Здравните грижи са ядрото на сестринството, и чрез взаимодействието медицинска сестра – пациент в процеса на грижи се постигат терапевтични резултати за пациента (*Watson, 1979*). Авторката описва хуманната грижа като трансперсонален процес, предназначен да помогне на отделната личност да намери смисъл в болестта,

страданието, болката и съществуването и да му помогне да получи самопознание, самоконтрол, самостоятелни грижи, лечение, и в крайна сметка вътрешна хармония (Oermann, 1991; Reed, 2006). Watson (1979) промотира холистичната грижа за човека. Смята, че целта на здравната грижа е, чрез установяване на „грижовни отношения“ да помогне на лицата да получат по-висока степен на хармония между ума, тялото и душата, която ще генерира процесите на самопознание, самоуважение и автогрижи. Тази цел може да бъде постигната, чрез прилагането на десет „грижовни“ фактори, или интервенции.

Уотсън използва термина „*carative*“ вместо „*curative*“, за да направи разлика между сестринството и медицината.

„Като се има предвид, че лечебните фактори са насочени към лечение на пациента от заболяването, „грижовните“ фактори целят грижовен процес, който подпомага човека в постигане (или поддържане) на здраве или спокойна смърт. Медицинските сестри трябва да използват тези „грижовни“ фактори при предоставянето на здравни грижи на своите пациенти“ (Watson, 1985)

Десетте „грижовни“ интервенции са:

- Формирането на хуманистично - алтруистична система от ценности;
- Внушаване на „вяра – надежда“;
- Изграждане на чувствителност към самия себе си и към другите;
- Формиране на връзка подпомагаща доверието;
- насърчаване и приемане на изразяването на положителни и отрицателни чувства;
- системно използване на научния метод за решаване на проблеми и за вземане на решения;
- Насърчаване на междуличностната връзка преподаване – учене;
- Осигуряването на подкрепяща, защитна и / или коригираща умствена, физическа, социо-културна и духовна среда;
- Съдействие при задоволяване на човешките потребности;
- Вземане под внимание на екзистенциално-феноменологичните - духовни сили.

Watson (1979) твърди, че „грижовните“ интервенции са взаимозависими. Въз основа на тяхната взаимозависимост ги комбинира в пет категории (табл.1). По-късно и други теоретици концептуализират тези категории в работата си . (Wolf, 1986; Wolf et al.1994).

**Табл.1** „Грижовни“ категории и „грижовни“ интервенции според теорията на Уотсън

5 „грижовни“ категории	съответни „грижовни“ интервенции от теорията на Уотсън
хуманност	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Формирането на хуманистично - алтруистична система от ценности.</li> <li>• Внушаване на „вяра – надежда“</li> <li>• Изграждане на чувствителност към самия себе си и към другите</li> </ul>
Взаимно уважение и почит	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Формиране на връзка подпомагаща доверието</li> <li>• насърчаване и приемане на изразяването на положителни и отрицателни чувства</li> </ul>
Професионални знания и умения	<ul style="list-style-type: none"> <li>• системно използване на научния метод за решаване на проблеми и за вземане на решения.</li> <li>• Насърчаване на междуличностната връзка преподаване – учене</li> </ul>
Позитивна свързаност	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Осигуряване на подкрепяща, защитна и / или коригираща умствена, физическа, социално-културна и духовна среда.</li> </ul>
Внимание към преживяванията на другите	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Съдействие при задоволяване на човешките потребности.</li> <li>• Вземане под внимание на екзистенциално-феноменологичните - духовни сили</li> </ul>

### 1.2.2. Теория на Маслач и Джаксън (1986) за Бърнаут

Теорията на *Maslach and Jackson* е най-широко използваната теория в изследванията на Бърнаут (*Schaufeli and Enzmann, 1998*). Maslach и Jackson описват прегарянето като триизмерен синдром, характеризиращ се с емоционално изтощение, деперсонализация и намалено лично постижение. Емоционалното изтощение се отнася до изчерпването на емоционалните ресурси, причинено от междуличностни изисквания. С деперсонализацията се изтъква развитието на негативно, безсърдечно и цинично отношение към получателите на услуги. И накрая, неуспехът при постигане на желаната личностна реализация поражда тенденция работата с реципиентите да се оцени

като негативна. Така при „изпепелените” професионалисти чувството за непостигнати цели е съпроводено с ниско професионално самочувствие.

Авторите на теорията доказват, че натрупването на различни стресови фактори (индивидуален, междуличностен и организационен стрес) задвижват процеса на прегаряне като определят шест основни области на несъответствие, които водят до професионално прегаряне (*Лангле А, 2008*) а именно:

- Изисквания към работещия и неговите реални възможности;
- Стремение към независимост в работата и степента на приложен контрол;
- Вложени усилия в работата и недооценка на приносите;
- Отсъствие на позитивни взаимоотношения с работния колектив;
- Отсъствие на справедливи взаимоотношения в работата;
- Етичните принципи на личността и изискванията на работата;

Грижата и прегарянето са важни и интересни концепции, свързани с професионалната практика и заслужават по-голямо внимание при изследванията в здравните грижи.

Тези теоретични постановки на проблема залегнаха в основата на емпиричното проучване, при което изследователската цел и задачи бяха ориентирани към разкриване на съществуващи взаимовръзки между здравната грижа с нейните „грижовни“ категории и „професионалното прегаряне“ у здравните професионалисти в неговите три измерения.

### **1.3. „Грижа“ – понятия, отношения, влияния и въздействие**

В тълковния речник понятието „грижа“ е описано като „дейност за благополучието на някого или нещо“ (*Български тълковен речник, 1976*).

Исторически грижата се свързва със сестринската дейност. Тя е крайъгълният камък на професионалната практика и обучение. *Roach* (1991) определя грижата като „уникална за сестринството, защото концепцията включва всички атрибути, описващи сестринството като помагача на човека дисциплина“.

Понятието „грижа“ е един от първите синоними на „медицинска сестра“, предлаган от студентите и със сигурност е най-честата дума, използвана от обществеността когато се говори за сестринство (Boykin & Schoenhofer, 1993).

Според *Vance* (2012) „здравната грижа е нещо повече от общо приетото лаическо понятие за даване, споделяне, грижа за...зачитане, почит и любов“. (*Vance, T. 2012*).

Понятието „*грижа*“ може да се разглежда по много начини. То може да бъде отношение или способност, атрибут или характеристика, или сложен набор от поведения. Грижата е същността на сестринството и е основен фактор, който отличава сестринската от други здравни професии (*Bolderston et al.2010; Ross-Kerr JC, Wood MJ, 2010*). Грижата и сестринството винаги са се смятали за синоними. Повечето студенти избират сестринската професия, поради желанието си да се грижат за други хора.

Според **Уотсън** (*цит. O'Connell E, Landers M , 2008*) "Грижата включва знания, изпълнение и резултати ".

**Морс и кол.** представят дефиниция на грижите според петте основни концепции на грижите: грижата като човешко качество, грижата като морален императив; грижата като въздействие; грижата като междуличностно взаимодействие и грижата като интервенция (*Morse et al. 1991*).

Според *Finfgeld-Connett (2008)* грижата е междуличностен процес, който се характеризира с експертност в сестринските знания и умения, междуличностна чувствителност и близки отношения. Този процес е най-важният и решаващ фактор за подобряване на човешкия живот (*Liu et al.,2006*) и заема ключова роля в здравния екип (*Coulombe et al.2002; Wilkin K, Slevin E, 2004*).

Грижата включва отношения като: зачитане на другите, хуманност, позитивна комуникация, професионални знания и умения и внимание към преживяванията на другите (*Wolf et al.,2003*). Тя е призванието на медицинските специалисти да поддържат грижите при всякакви обстоятелства, като грижовното отношение е неразделна част от сестринската нагласа, както

професионална, така и индивидуална. По този начин, грижата изисква лична, социална, морална и духовна ангажираност от страна на медицинската сестра, както и ангажимент към себе си и другите (*Watson J, 1999*).

Според *Уотсън* (1985) грижата възниква всеки път, когато медицинската сестра влезе в контакт с пациента и може да се наблюдава, чрез поведението и, при предоставянето на грижи. Здравните грижи за пациента се осъществяват не само, чрез точното изпълнение на лекарските назначения, чрез добрата техника при изпълнение на манипулациите и процедурите, а и посредством онова чисто човешко чувство за помощ, състрадание и милосърдие, което при хората се изразява с думи, поглед, жест. Практикуването на здравната грижа се основава на етиката и морала.

В същото време, удовлетвореността на пациентите от акта на грижа е много важна в областта на здравеопазването (*Liu et al 2010*). Хоспитализацията поставя голяма част от пациентите в несигурна ситуация, която носи известно напрежение за тях. Това напрежение може да повлияе на удовлетвореността на пациентите и резултатите от лечението. Персоналът е не само източник на информация за пациента, но и най-важният източник на подкрепа и комфорт (*Langen et al., 2006*). Грижовното отношение може да подобри качеството на обслужването и по този начин да създаде чувство за сигурност, да намали тревожността и подобри взаимоотношенията между здравния специалист и получателя на грижи (*Skilbeck and Payne 2003, Barnard, Hollingum and Hartfiel 2006*), което впоследствие може да повиши удовлетвореността на пациента (*Langen et al. 2006*).

Същността и значението на понятията „грижа“ и „грижовно“ отношение са обект на доста емпирични проучвания в западния свят. С цел да се направи обективен анализ на съвременното мислене по отношение на грижите, изследванията са фокусирани върху гледната точка на три главни групи - пациенти, здравни професионалисти и студенти.

Проучване на *Marini* (1999) цит. от *Peery* (2006), сред възрастни хора пребиваващи в институционална среда ранжира *техническата компетентност*

и хуманистичната грижа (уважение и индивидуален подход) като най-важните показатели за „грижовност“ на медицинската сестра. По-възрастните хора предпочитат грижи, които запазват и засилват личното достойнство. Пациентите възприемат „грижата“ като способност на медицинската сестра да осигури безопасна и професионална сестринска грижа. Освен това очакват медицинските сестри да се отнасят към тях с уважение и достойнство, като същевременно осигуряват компетентна техническа помощ. (Peery, 2006)

**Hayes & Tyler-Ball (2007)** идентифицират характеристиките на понятията „грижа“ и „грижовно отношение“ проучвайки мнението на възрастни пациенти. Елементите, които според пациентите характеризират грижата са: *даване на надежда, съпричастност или идентифициране с пациента, поверителност на информацията, обсъждане на актуалните и потенциалните нужди, поставяне на пациента на първо място.*

**Schmidt et all (2007)** идентифицират най-важните елементи на понятието „грижовно отношение“ според хоспитализирани деца в педиатрично отделение, а именно: *положително влияние / отношение, физически комфорт, развлечения/ хумор, застъпничество, основни нужди и признание.*

Проучвайки мнението на родилки за здравните грижи преди и след раждането в акушеро - гинекологично отделение **Potter et all. (2012)** идентифицират елемента „внимание към нуждите“ като показател да грижовно отношение.

Проучване на **Arthur et al. (1999)** сред 1957 медицински сестри от 11 страни сравнява и съпоставя отговорите на голяма международна извадка от медицински сестри работещи в многопрофилни болници по отношение на грижите, като професионално самостоятелно понятие и технологични влияния. Констатациите показват, че медицинските сестри вярват в *създаването на чувство на доверие и развитие на отношенията сестра – пациент, основани на истина и уважение.* Връзката трябва да позволи на пациента да изрази чувствата си, а медицинска сестра трябва прояви умения за активно слушане и внимание към пациента.

Общите изводи от изследването са, че „високотехнологичните“ умения подобряват грижите за пациента и неговото благополучие. Резултатите показват, че здравните специалисти в световен мащаб споделят много общи черти, като се запазват отделните културни характеристики, свързани с грижата и тяхната практика като медицински сестри. (*Arthur et al., 1999*).

*Dyson* (1996) изследвайки мнението на медицинските сестри по отношение на концептуализацията на грижите, идентифицира девет характеристики на „грижовно“ отношение: *внимание и чувствителност, даване от себе си, стил на работа, мотивация, комуникация и посрещане на нуждите, знания и обучение, индивидуален подход, общ подход и честност и искреност*. Резултатите от това проучване до голяма степен подкрепят концепцията, че здравната грижа е комбинация от професионална дейност и поведение, и индивидуални личностни качества на здравния професионалист. Поставя се акцент върху хуманистичния и психосоциалния елемент на грижата. (*Dyson, 1996*)

Използвайки ревизираната скала *Caring Behaviors Inventory (CBI)* **Brunton & Beaman** (2000) анализират връзката между социално-демографските променливи и факторите на околната среда и възприятията на 200 практикуващи медицински сестри за понятието „грижа“. Изследователите ранжират десет атрибута характеризиращи „грижовно отношение“: *ценността на пациента като човешко същество, уважение към пациента, чувствителност към пациента, комуникация с пациента, грижа за поверителността на информацията, индивидуална грижа за пациента, насърчаване на пациента да сподели проблемите си, честност и искреност с пациента, и активно слушане*.

Този анализ показва, че за пациентите техническия опит е ключова характеристика за понятието „грижовен“. За медицинските сестри „грижите“ са въпрос на избор. Надяваме се, че медицинските сестри избират да насърчават доверие и уважение в отношенията с пациентите и семействата им, да

предоставят индивидуална грижа и да си сътрудничат с пациентите по отношение на решения, отнасящи се до тяхното здраве.

Ако знанията и компетенциите влияят на грижовното отношение, възниква въпроса дали те могат да бъдат преподавани и как са усвоявани. Обучението е начинът да се получат повече знания във всеки отрасъл. По-високото образователното равнище на дадено лице предоставя системно мислене, компетентност, знания и умения повече, в сравнение с по-ниското образователно равнище (*Pokpalagon, 2005*). С придобиването на по-висока образователна степен се повишават професионалните знания и се подобрява здравната грижа (*Hoover 2002*). Според *Chaipet (2008)* медицинските сестри възприемат обучението като важен метод за подобряване уменията в здравните грижи за пациентите и техните семейства. (*Chaipet 2008*). От друга страна, проучване на *Pokpalagon (2005)* установява, че няма значителна разлика в представите на медицинските сестри за здравната грижа като отношение и дейност и нивото на образование.

Влиянието на професионалното обучение и усъвършенстване се потвърждава и от *Brown (2010)*, който установява, че по-високите нива на образование се свързват с по- професионални и хуманни грижи .

*Mercer (2002)* предполага, че емпатията, като основа на всички позитивни междуличностни отношения (*Балканска, 2010*) и атрибут на състраданието, може да бъде подобрена, чрез експериментални методи на преподаване.

Според студентите медицински сестри „грижовното“ отношение съчетава в себе си креативна грижа и обучение (*Kosowski, 1995*) .

Според *Dillon & Stines (1996)* грижата е основен компонент на сестринството, който трябва да се затвърждава и подхранва. Тяхното проучване повтаря предишно феноменологично проучване върху студенти –медицински сестри, степен бакалавър.

Резултатите показват, че респондентите (пациенти, здравни професионалисти и студенти) възприемат грижата като признание за нейната уникална индивидуалност, споделяне и даване от себе си. Има значително

сближаване между ценностите на професионалистите оказващи грижи и очакванията на потребителите на тази услуга за качествена здравна грижа.

#### **1.4. Същност на синдрома „burnout“.**

Англосаксонският термин *burn out* буквално означава *изгарям* и е зает от механиката. Обозначава крайното изтощение на горивната смес на двигателя с вътрешно горене, което води до прегряване и експлозия. В психологията понятието „професионално прегаряне“ е въведено за пръв път през 1974 година.

Метафората „burn - out“ не означава само, че човек „изгаря“ (т.е. силно харесва нещо, силно ангажиран и т.н.), преди да бъде в състояние да прегори, но и че след като има „огън“, той не може да продължава да гори ако не са осигурени ресурси, които да запазят горенето. С други думи, енергията на служителите или трудоспособността отслабва (угасва) с времето, когато работната среда не предоставя ресурси и е особено взискателна. И накрая настъпва състояние на физическо, емоционално и умствено изчерпване, което е трудно за възстановяване (*Schaufeli & Greenglass, 2001*).

Има и друго метафорично значение на Burnout: „Не може да има прегаряне, ако няма горене“ (*Schaufeli, Leiter & Maslach, 2009*)

##### **1.4.1. Исторически данни за феномена бърнаут**

В исторически план симптомите на „прегаряне“ са познати отдавна, но са били назовавани по различен начин. През 1911г. Зигберт Шнайдер в статията „Заболявания на учителите“ (*Schneider, 1994*) представя симптоми на „модерната учителска болест“, наподобяващи тези на burn out, която нарича „неврастения“. През 1953г. Schwartz и Will публикуват казуса на госпожица Джоунс (разочарована психиатрична сестра), който е най-често цитираният пример за бърнаут (*Харизанова и Търновска, 2013*). В книгата „Бърнаут–синдрома. Теория на вътрешното изтощение“ *Burisch (1994)* пише, че терминът „бърнаут“ е използван през 1961 година от известния английски писател и драматург Грeъм Грийн в заглавието на новелата „A Burn-Out Case“.

Терминът „прегаряне на персонала“, като психологически феномен за първи път е споменат от **Bradley (1969)** в статия за стажант–офицери,

ръководещи терапевтична програма за непълнолетни престъпници. Според него работещите с тези младежи трябва да бъдат предпазени от „прегаряне” („Staff burn out”), чрез преразпределение на задачите и ролите в рамките на организацията.

Научна дискусия по проблемите на бърнаут се появява в средата на 70-те години на XX в. в САЩ и се свързва с имената на Freudenberger, Maslach, Jackson и Cherniss. Първоначално литературата за синдрома е описателна (*Freudenberger, 1974; Maslach et Schaufeli, 1974; Maslach, 1976; Perlman et Hartman, 1982*).

Въпреки това за откривател на състоянието бърнаут синдром се смята американския психиатър и психоаналитик **Herbert Freudenberger**. През 1974 г. в статията „*Прегарянето: Високата цена на високите постижения*“ се появява термина “Burn out” (engl. to burn out – прегарям, изгарям, изпепелявам), с който Freudenberger описва „прегарянето” на терапевти, работещи в клиники за наркозависими в САЩ. Той обозначава с този термин състояние на изтощение и отпадналост, което възниква от дългата и интензивна работа с нуждаещи се от помощ.

Почти по същото време **Christina Maslach** изучава начините, по които социалните работници се справят с емоционалната възбуда по време на работа. Тя открива, че и възбудата, и стратегиите имат важни последствия за професионалната идентичност на хората и за тяхното поведение на работното място. Когато случайно описва тези резултати на един адвокат, Maslach разбира, че адвокатите наричат този социален феномен „burn out”. Така Maslach и нейните колеги одобряват разговорния израз и го приемат като термин (*Maslach et Schaufeli, 1974; Maslach, 1976*).

След въвеждането на концепцията от **Freudenberger** (1974 ) и от **Maslach** и нейните колеги (*Maslach 1982a; 1982; Pines et Maslach 1978*) през следващите години бърнаут се превръща в много популярна тема. Появяват се повече от 6000 издания за бърнаут (*Schaufeli et Buunk 2003*).

Развитието на изследванията за „професионалното изпепеляване” през 80-те и 90-те години на миналия век са свързани изцяло с професии, упражнявани от хора, посветили живота си да помагат на другите. Почти всички изследвания по темата се отнасят за т.нар. социални професии – медицински сестри, учители, социални работници, полицаи и др. Професионалистите в тези сфери спазват строги норми в работата си и изразходват огромно количество физическа, емоционална енергия и когнитивни ресурси.

#### **1.4.2. Бърнаут през XXI век**

"Burn out е най-големият професионален риск на двадесет и първи век" (*Leiter & Maslach, 2005*). В момента съществуват два основни фактора, които обясняват бърнаут и отразяват преживяванията в трудовия живот от социална и научна гледна точка. Първият фактор е постоянният дисбаланс между изисквания и ресурси (*Aiken, et al., 2001; Bakker et Demerouti, 2007*). Когато изискванията се увеличават, ресурсите не могат да ги последват. Причините може да са недостиг на персонал, оборудване или работно пространство (*Aiken, et al., 2002*). Недостатъчните възможности за почивка и възстановяване на изчерпаните сили задълбочават изтощителното въздействие на дисбаланса изискване–ресурс. Вторият фактор се отнася повече до мотивите, отколкото до енергията. Служителите в XXI век възприемат организационните задачи и ценности със скептицизъм (*Hallman, T. et al., 2003*). Те притежават лични ценности, които се различават от целите на организациите. Появява се дисбаланс между изисквания и ресурси по време на работа, както и конфликт на ценностите, т.е. между междуличностните ценности и тези на организациите (*Schaufeli et Buunk, 2003; Харизанова и Търновска, 2013*).

#### **1.4.3. Определения за феномена Burnout**

Професионално прегаряне (Burn out), според дефиницията на Фройденбергер е „изчерпване на енергията при професионалистите в сферата на социалната помощ, когато те се чувстват претоварени от проблемите на хората, с които работят“ (*Freudenberger, 1974*) или „състояние на умора или чувство на неудовлетвореност, предизвикани от отдаденост към дадена кауза,

начин на живот или амбиция, която не може да произведе очакваното възнаграждение“. (*Freudenberger et Richelson, 1980*)

Burn out е дългосрочна реакция на стреса на работното място и се появява най-вече при тези, за които практикуването е социално призвание (*Gabassi et al, 2002*).

Социалната психоложка К. Маслач описва синдрома, като състояние на пълно физическо, емоционално и умствено изчерпване, характеризиращо се с хронична умора, чувство на безпомощност и безнадеждност и развитие на негативно себевъзприятие и отрицателно отношение към работата, околните и живота като цяло. Съпровожда се с цинизъм, социална изолация и силно намалена работоспособност (*Maslach, 1982*).

Според *Alimoglu & Donmez* (2005), Burn out е признат за трайна психологическа реакция на човека, на хронични емоционални и междуличностни фактори на стреса на работното място.

Най-широко разпространената дефиниция за бърнаут е на *Maslach u Jackson*: „Бърнаут е синдром на емоционално изтощение, деперсонализация и чувство на незадоволеност от себerealизацията“. (*Maslach C, Jackson SE., 1984*).

Популярността на това определение се дължи на факта, че през 1982 г. авторките разработват научен метод за изучаване на синдрома на професионалното изчерпване, благодарение на който създават първия тест, оценяващ нивото на бърнаута "Maslach Burnout Inventory" (MBI). Той включва и трите измерения, споменати в тази дефиниция.

Според концептуалния модел на методиката, „професионалното изпепеляване“ съдържа три дименсии: високо емоционално изтощение (EE), висока деперсонализация (D) и ниско лично постижение (PA). (*Maslach, Jackson & Leiter, 1996*)

Първият компонент, емоционално изтощение – се отнася до индивидуалното чувство за изразходен емоционален ресурс и се разглежда като базисен компонент на синдрома. (*Demir A., Ulusoy M, Ulusoy M.F., 2003*)

Вторият компонент, деперсонализация, подкрепя междуличностния аспект на прегаряне. Деперсонализацията се отнася до негативно, цинично и крайно дистанцирано отношение към хората, с които се взаимодейства на работното място. Типичен пример за такова поведение е склонността на професионалистите да се обръщат към пациента не по имена, но с номера на леглото/ стая, или заболяване.

Последният компонент - намаляващите професионални постижения се отнася до индивидуалната преценка и емоционалното отношение към личната професионална компетентност и способността на индивида да се справя в различните професионални ситуации. Обхванатият от професионално изпепеляване преценява себе си като некомпетентен, трудно вървящ в крачка с изискванията на професията и неефективен в различните ситуации. Този симптом се отнася до самооценъчния компонент на професионалното изпепеляване. (*Maslach, C., 1998*)

Според *Maslach, Schaufeli & Leiter* (2001) Burn out синдрома засяга предимно социални професии (медицински сестри, учители, социални работници и професии в сферата на услугите, тъй като основният аспект на работа в тези професии е връзката между обгрижващия персонал и получателя на грижи /услуги.

*Пайнс* и колегите и дефинират „професионалното изпепеляване“ като състояние на физическо, емоционално и умствено изтощение, причинено от продължително включване в емоционално наситени ситуации. В такъв смисъл дефиницията на синдрома излиза от сферата на подпомагащите професии. Тук „изпепеляването“ може вече да се открие и в други ситуации, свързани не само с професионалната сфера, но и в личностен план. (*Pines, 1993*)

Според *Мирчева* „Професионалното прегаряне води към изтощение на енергийно личностните ресурси на човека и възниква в резултат на вътрешното натрупване на отрицателни, негативни емоции, без съответното вентилиране (освобождение) от тях“ (*Мирчева К., 2012*)

**Кери Чернис** е сред първите, които предлагат линейно описание на процеса на „професионално прегаряне” – бърнаут се отнася до процес, в който отношението и поведението на професионалистите се променя в негативен аспект, в отговор на напрежението в работата (*Cherniss C., 1980*). По този начин авторката смята, че основната причина за бърнаут са прекомерните изисквания на работата, свързани с отбранителна стратегия за справяне, характеризираща се с избягване и оттегляне.

В Русия един от най-известните изследователи, **В.Бойко**, представя подробна картина на „емоционалното изтощение” като динамичен процес. Той определя “бърнаут” като изработен личностов механизъм на психологическа защита във формата на пълно или частично изключване на емоциите в отговор на психотравмиращо въздействие. Емоционалното изгаряне представлява стереотип на емоционалното, и преди всичко на професионалното поведение. Прегарянето отчасти е функционален стереотип, доколкото позволява на човек да дозира и икономично да изразходва своите енергийни ресурси. В същото време могат да възникнат и дисфункционални следствия, когато “прегарянето” отрицателно повлиява изпълнението на професионалната дейност и отношението с колегите. (*Бойко, В., 1999*)

Според **М. Ачкова** (1999) синдромът обхваща три измерения: емоционално изчерпване; деперсонализация; намалено чувство за удовлетвореност от себerealизацията. Той се появява тогава, когато предупредителните знаци на кумулативния стрес не са разпознати.

Всеобхватна дефиниция за бърнаут е предложена от **Schaufeli and Enzmann** (2009): „Бърнаут е постоянно, негативно, свързано с работата състояние на умора при здрави индивиди, което основно се характеризира с изтощение, придружено с дистрес, чувство за намалена ефективност, ниска мотивация и развитие на дисфункционални нагласи и поведение по време на работа”. Тази синтетична дефиниция на бърнаут определя общата симптоматика, предпоставката, както и областта, в която ще се прояви синдромът. (*Харизанова и Търновска, 2013*)

Въпреки че определенията за състоянието на бърнаут се различават по обхват и прецизност, *Maslach and Schaufeli* (1993) стигат до заключението, че повечето от тях споделят 5 общи елемента:

- 1) Преобладават дисфоричните симптоми, като интелектуално и емоционално изтощение, умора, депресия.
- 2) Акцентът е по-скоро върху психичните и поведенческите симптоми, отколкото върху физическите.
- 3) Бърнаут симптомите са свързани с работата.
- 4) Симптомите се проявяват при „нормални“ лица, които не са имали никаква психопатология преди това.
- 5) Намалената ефективност и производителност на работата се дължат на негативни нагласи и поведение.

#### **1.4.4. Компоненти на „професионалното прегаряне“**

Независимо от различията на отделни автори, за общоприето се смята разглеждането на Бърнаут синдром като проявление на следните три признака (*Лэнге, А, 2008*):

1) **чувство на емоционално изтощение**, безразличие, отдръпване, хронична умора, изчерпване и понижено настроение. Развитието му, почти винаги е предшествано от период на повишена активност, когато човек е напълно погълнат от работата си, игнорирайки своите лични нужди и концентрирайки целия си умствен и физически потенциал за изпълнението на поставената му задача. Така в определен момент се появява основният аспект на синдрома, а именно чувството на изтощение. При изчерпване на емоционалните и физически ресурси, работещите чувстват, че не са в състояние да дадат нищо повече от себе си и се чувстват безкрайно уморени, като умората не отминава след нощния сън. След определен период на отдых, това чувство намалява и в зависимост от индивидуалните характеристики, човек може отново да е напълно работоспособен. Важно е да се отбележи, че при своевременна и адекватна намеса, бърнаут синдрома е обратим на всеки един етап, стига да бъдат разпознати синдромите и да се овладеят техниките за

справяне. Според *Maslach* емоционално изтощение е най-широко докладвания и най-подробно анализирания компонент на прегарянето. Авторката го дефинира като "централното качество на прегарянето и най-очевидната проява на този сложен синдром". (*Maslach, 1998*)

2) **обезличаване/дехуманизация** – Деперсонализацията/дехуманизацията касае междуличностното измерение на прегарянето. Отнася се до развитието на отрицателни, цинични нагласи и чувства по отношение на клиенти, пациенти, ученици. Започва с период на личностно отстраняване и неангажираност, като защитен механизъм срещу емоционалния стрес. В крайните му проявления този аспект се изразява в абсолютна апатия към професионалната дейност, която вече не е в състояние на възбуди интереса на доскоро вгълбения в нея професионалист. Присъствието на клиент или пациент има силата на присъствие на неодушевен предмет и се възприема повече като натрапник и дразнител, отколкото като човек, нуждаещ се от помощ. (*Maslach, 1998*)

3) **намаляване (редукция) на професионалните постижения**, негативно себевъзприемане и намалена себеефективност в професионален аспект.

Третият аспект на синдрома е тенденцията за отрицателна самооценка. Страдащите се чувстват нещастни и недоволни от себе си, неудовлетворени от професионалните си умения и реализация. Те не виждат път за професионално израстване и постепенно губят вяра в способностите си. Последствията от това състояние могат да бъдат много сериозни, както за самите засегнати и обкръжаващите ги, така и за организацията в която работят. (*Maslach, 1993*).

#### **1.4.5. Симптоми и фази в развитието на бърнаут синдрома**

Синдромът на „професионално изпепеляване“ се проявява с няколко групи симптоми:

1) **Физиологични** – *Schaufeli and Enzmann* (1998) ги разделят в три категории: неопределени физически оплаквания, психосоматични разстройства и физиологични реакции (хронична умора; понижена устойчивост по отношение на простудни и вирусни инфекции; често необяснимо главоболие;

гастроинтестинални разстройства; остра загуба на тегло или внезапно надбеляване; постоянно желание за сън през деня, а пълно или частично безсъние нощем).

2) **Когнитивни** – дистанциране и отбранителна нагласа спрямо проблемите, които трябва да се разрешат; негативно или цинично отношение към работата и колегите. Според *Schaufeli and Enzmann* (1998) „прегорялата“ личност изпитвайки чувство на безнадеждност, безпомощност и безсилие не е в състояние да се концентрира и да извърши дори посредствени задачи, става цинична с тенденция за дехуманизация към реципиента на неговите услуги.

3) **Емоционални** – чувство за „професионален провал“; безнадеждност; чувство за вина по отношение на търсещите помощ; раздразнителност; недоверие към хората, с които се работи.

4) **Поведенчески** – някои индивиди се превръщат в хронично недоволни мърморковци; при други се повишава склонността към рисково поведение или приемане на опиати; трети намаляват ефективността на работата, увеличавайки отсъствията от работа.

5) **Социални** – ограничаване на социалните контакти; изолация; дистанциране (*Самоукина, Н. В., 2005*).

Стадиите на развитие на синдрома, които посочват различните изследователи, варират в широк диапазон (*Орел, В. Е., 2001*).

В специализираната литература съществуват няколко теории, описващи различен брой стадии в протичането на процеса. Независимо от броя на фазите описаните признаци са доста близки по съдържание. Тяхното представяне е полезно, тъй като биха послужили както за ориентири за диагностика и самодиагностика, така и за предприемане на мерки за стопиране на по-нататъшното развитие.

**Бойко** (1999) описва динамиката на „професионалното прегаряне“, разграничавайки три етапа – фаза на „напрежение“, фаза на „резистенция“ и фаза на „изтощение“.

**К. Маслач** дефинира четирите стадия на протичане на синдрома:

1. Идеализъм и свръхизисквания към себе си.
2. Емоционално и психично изтощаване.
3. Дехуманизация като форма на защита.
4. Синдром на отвращаването (от себе си, от другите, от всичко)

Според *Дж. Гринберг* това е петстепенен прогресиращ процес със следните стадии (*Гринберг, Дж, 2004*):

1) „**Меден месец**” – човек навлиза с ентузиазъм и високи очаквания в работата си и влага много енергия и желание в нея.

2) **Стагнация** – поява на първите признаци на умора, апатия, „недостиг на гориво”. При високомотивираните хора тези признаци може и да не се проявят външно, тъй като те ще мобилизират вътрешните си ресурси и ще продължат да бъдат перфекционисти. При по–слабо мотивираните хора се забелязват видими признаци на загуба на интерес към работата, по-малко енергия, по–чести отсъствия и нарушения на трудовата дисциплина.

3) **Хронична умора** – изразява се както във физически признаци (безсъние, чести инфекциозни и други заболявания), така и в психологически прояви (раздразнителност, потиснатост, дори озлобяване към зависимите хора).

4) **Кризис** – човек ясно осъзнава, че очакванията му от професията не са се реализирали, не е можал да се справи, както е желал в началото, и няма сили и мотивация да работи „на пълни обороти”. Често се развиват хронични заболявания, които още повече намаляват работоспособността и удовлетвореността от труда.

5) Всички проблеми придобиват вече остра форма, като съществува реална **опасност за физическото и психическото здраве** на човек.

Американската психологическа асоциация описва четири стадия в развитието на този синдром. По техни наблюдения често тези стадии преминават бързо един в друг и “жертвата” на професионалното прегаряне рядко осъзнава своя проблем своевременно и на ранен етап от развитието (*Goliszek, A, 1992*).

1) **Стадий на “медения месец”** – по време на тази фаза, индивидът е значително удовлетворен от своята работа. Големите надежди и очаквания към работата, към творческата свобода на работното място и възможностите за реализация създават у него много високи очаквания. Ако условията на високите очаквания липсват, синдромът се развива изключително рядко, защото още в самото начало в работата не се влагат много и изключително големи надежди и много енергия. Много големите очаквания водят винаги до огромни разочарования.

2) **Стадий на пробуждането /стагнация/** – в тази фаза, засегнатия започва да разбира, че неговите високи очаквания и надежди по отношение на професията, реализацията и възможностите за развитие в тази професия не са такива, каквото са били в неговите представи. В резултат на това откритие някои започват да работят по-интензивно и по-продължително, други са обхванати от отчаянието и апатията, но все още изпълняват съвестно задълженията си. Дистресът се увеличава и в следствие на това се появява умората, гневът, неудовлетвореността. Жертвите на бърнаут стават вяли, уморени, фрустрирани, губят увереност в силите и в професионалните си възможности.

3) **Стадий на загуба на работния тонус /хронична умора/** – през този период повишеният интерес към работата постепенно отстъпва и се заменя с постоянно раздразнение и чувство на умора. Много често се изменят ритъма на хранене и сън. Страдащите от синдрома често намират странични теми за занимание, за да компенсират стреса, на който са подложени. Проявяват се и първите физически признаци – безсъние, чести заболявания, промяна в апетита и теглото. Нерядко се увеличава консумацията на алкохол, медикаменти, наркотици, развива се повишена страст към пазаруване. Губи се интересът към работата и се снижава продуктивността на труда, едновременно с това се увеличава раздразнителността, агресията или апатията към работата, проявява се цинизма и критичността по отношение на хората, с които се работи, колегите и работодателя. Често към края на този стадий се развиват хронични

заболявания, които още повече намаляват работоспособността и засилват негативното отношение към работата.

4) **Стадий на пълно “изгаряне”** – между първата и тази, последна фаза на протичане, могат да преминат години (средно 3-4 години), но понякога са достатъчни и само няколко месеца. Основният симптом в тази фаза е чувството на отчаяние. Страдащият се чувства “изцеден” и единственият изход, който вижда е напускането на работа, като в същото време не желае и не може да избяга от отговорността за нея. Проблемите в този стадий придобиват остра форма и вече реалността за физическото и психическото здраве на човека е много сериозна. Като последици от бърнаута могат да са мозъчните инсулти, нервно-психично изтощение, суицидни мисли. По-голяма част от страдащите се смятат за виновни за случилото се и вследствие на отчаянието не виждат изход от ситуацията.

*Какво на практика се случва? Как обикновено протича процесът на професионално изгаряне, ако своевременно не бъде прекъснат? Според Т. Хенел (2009) в класическия случай хората, засегнати от бърнаут, се отличават в началото с динамичност, свръхотговорност, завишена мотивираност, отдаденост. Постепенно те се изтощават, започват по-често да боледуват от вирусни и простудни заболявания, да страдат от безсъние, главоболие, нарушена концентрация, понякога сърдечно-съдови увреждания и др. Човек се чувства непрекъснато уморен, напрегнат и тревожен, често става и по-раздразнителен. Така с течение на времето оптимизмът се заменя с песимизъм, позитивната нагласа – с негативна, дори може да се стигне до цинизъм спрямо зависимите хора. Настъпват съществени промени не само на физиологично ниво, а в основни структури на личността и всичко това възпрепятства нормалното изпълнение на професионалните функции. В началото хората се опитват сами да се справят с проблема, като по-често прибегват до употребата на алкохол, цигари, кафе, сънотворни медикаменти. Постепенно започват да проявяват повече агресия, което влошава взаимоотношенията им с колеги,*

началници, пациенти. Накрая изпадат в изолация и се затварят още повече в собствените си проблеми.

#### **1.4.6.Причини/рискови фактори за възникване на бърнаут синдрома**

Професионалното прегаряне (бърнаут) представлява специфична форма на психична дезадаптация, възникваща в резултат от продължително въздействие на кумулативен професионален стрес и неуспешно справяне с него. Стресогенните фактори могат да произлизат както от организацията, така и от личността (*Ачкова, М., 2001*).

Литературата, посветена на синдрома на прегаряне, се насочва към значително разширяване на услугите, предмет на този риск. Те включват: учители, психолози, учители, възпитатели, лекари, социални работници, служителите на правоприлагащите органи и представители на други професии. Всички те са служители на "комуникативни" професии, спецификата на които се заключава в много емоционално обременени и сложни когнитивни междуличностни контакти, които изискват от специалиста значителен личен принос към ежедневните професионални въпроси. Освен това в професии, насочени към работа с хора, много важно е да се получи обратна връзка от тях (например, благодарност, признание, което показва отношение, информация за промени или нови здравни планове за по-нататъшно бизнес сътрудничество и т.н.), има и висока отговорност за резултата от комуникацията, зависимостта от партньора в общуването; необходимост от разбиране на неговите индивидуални особености, стремежи и очаквания, конфликти или напрегнати ситуации при комуникация, обусловени от недоверие и несъгласие и проявява на различни форми на отказ от по-нататъшно взаимодействие (комуникация).

Счита се, че всички професии са уязвими, но някои са значимо по-уязвими от бърнаут синдрома. Към тях спадат такива, в които се работи със зависими в някаква степен хора, напр. в системата на здравните грижи – лекари, медицински сестри, психолози (*Самоукина, 2003*).

Според *Ценова* (2005) той е един професионален феномен, при който последствията са свързани с работата, но проблемите могат да се пренасят и в

личния живот. Изследователите отделят три основни групи фактори, които способстват появата на синдрома на „професионалното изгаряне” и това според *Херберт Фройденбергер* са: *личностен, ролеви и организационен*.

Типични организационни стресори са претоварването с работа, неадекватното разпределение на професионалните задачи, недостатъци в контрола и управлението, липсата на социална подкрепа, социалната изолация и ролеви конфликти. Тези шест области от живота в дадена организация са рамката на предшестващите развитието на бърнаут организационни характеристики.

*Ценова (2005)* посочва, че колкото по - голямо е хроничното несъответствие между работещия и организационните характеристики на работното място, толкова по – голяма е вероятността от възникване на Бърнаут, който на свой ред води до редица отрицателни последици за индивида и организацията. Към организационните фактори, които създават условия за появата на синдрома са дестабилизираща организационна среда, в която властват стреса и напрежението, неблагоприятен психологически климат, многочасова работа и конфликти както на ниво началник - подчинен, така и между колеги. За отделния човек такива са: непосилното работно натоварване, неадекватно заплащане, липса на социална подкрепа и на морално признание, невъзможност да участва при вземането на важни решения, постоянен страх от възможни санкции или изпълнението на еднообразна, монотонна и безперспективна дейност.

Въпросите свързани със социално – психологическото взаимодействие в колектива вертикално са разгледани в няколко проучвания и по специално влиянието на стила на ръководство и тенденцията за бърнаут у подчинените (*Mazur P.J., Lynch M.D.,1989; Melchior M.E.W., et al.,1997*). Като важен фактор, изследователите отбелязват стимулирането на служителите. Счита се, че недостатъчната компенсация (материална и морална) или липсата на такава способства за възникване на бърнаут (*Cordes S.L. et al.,1997; Siefert K. et al., 1991*). Има данни, които показват, че допълнителната компенсация за

изпълнението на определена работа повишава чувството за професионална ефективност, докато наказанието води до развитието на деперсонализация (*Cordes S.L. et al., 1997*).

Според редица изследователи водещи фактори при възникване на „бърн аут“ синдрома, са преди всичко *условията на труд* (*Ценова и Костадинова, 2003; Lee et Ashforth, 1996; Zapf, et al., 2001; Дойкова, 2012*).

Тези фактори могат да се разделят на общи и специфични за дадена професия. Общи – за всички социални професии. При тях стресори се явяват прекалено дълго работно време, различия в разбирането на обществото за същността на работата, липсата на достатъчно и своевременно предоставена информация, липса на автономност, недостатъчна подготовка, разногласия в организацията.

*Съдържанието на труда* на медицинския специалист включва количествените и качествените аспекти на обслужване на пациентите: брой пациенти, ниво на тежест, степента на дълбочина на контактите с тях. Данните по отношение на взаимодействието между прегарянето и броя на пациентите, в това число и обслужваните за определен период от време, не са еднозначни, въпреки че теоретично е възможно да се предположи, че е налице положителна връзка между тези променливи, както е видно от редица проучвания (*McGrath A. et al., 1989; Gibson F., et al., 1989*). Изследване на **Vierick** показва, че продължителния контакт с един пациент в хода на професионалната дейност, може да допринесе за Burn out (*Vierick P., 1996*). Определена тенденция показва съпоставянето на дълбочината на контакта с пациента и тежестта на състоянието (проблемите) им. Най – силно е изразен ефекта на тези фактори там, където тежестта на проблемите на пациента се съчетават с минимален успех в ефективността на решенията относно грижите и изхода от заболяването на пациента. Това е работата с хронично болни и болни с неизлечими заболявания (*Oktay J.S., 1992; Marguis S., 1993; De-Mercato R. et all. 1995*).

Установена е и пряка връзка между *ролевата неопределеност* и *бърнаут*. Според **Kramer u Schmalenberg (2003)** формализацията, която се свързва с

предоставяне на по-голяма яснота при изпълнение на задачите, правилата и отговорностите позволява по – голяма автономия, респ. по – висока удовлетвореност от работата и ниски нива на бърнаут. Липсата на автономност засилва чувството за нисък статус в организацията и е предпоставка за прегаряне. Работата в ситуации, в които отговорностите не са добре разпределени и в същото време резултатът зависи от множество и съвместни усилия, е основна предпоставка за развитието на синдрома. Почти е невъзможно да се върши добра работа, ако очакванията не са ясни или ако твоите разбирания за същността на работата, рязко се разминават с тези на началника, от когото зависи оценката, на твоето трудово представяне.

Друга предпоставка за „запалването“ е наличието на ролеви конфликт (*Мирчева, 2012*). Това е ситуация в която, човек се стреми да се справи с конфронтиращи се отговорности. В такива случаи той се обезсърчава и чувства че всъщност работи срещу себе си. Колкото по-дълго продължава конфликта толкова по-невъзможно му се струва да намери баланса. Резултатът в повечето случаи е изтощение и чувство на безпомощност, които маркират пътя към бърнаут.

По подобен начин стоят нещата и когато се увеличи значително натоварването в работата. Според Световната здравна организация (СЗО) психичното здраве и заболяванията, предизвикани от стреса, са основна причина за преждевременна смърт в Европа (*Dollard, 2003*). Основните фактори, които ги провокират, са: физическото и умственото претоварване, липсата на подкрепа и адекватни възнаграждения, заплахите и лошите условия на труд.

Други проучвания на феномена „burn out“ показват, че *повишеното работно натоварване и извънредния труд* стимулират развитието на прегаряне (*Byrne B.M., 1994; Mazur P.J., Lynch M.D. 1989; Van Wijk C., 1997*). Аналогични резултати са получени и между продължителността на работния ден и синдрома на прегаряне, защото тези две променливи са тясно свързани помежду си (*McGrath A. et al., 1989; Van Wijk C., 1997*).

Много често причина за професионалното изпепеляване са погрешни очаквания и нереално оценени възможности.

Прегарянето на работното място е колкото свързано с работата, толкова и с мечтите и надеждите на личността, защото бърнаут най – кратко може да се определи като празнота между очакванията на човека и възможностите му да ги осъществи (*McCarthy T., 2004*). С други думи бърнаут не е колко дълго продължава работния ден, а какви са реалните резултати от труда и дали те съвпадат с желаните и търсените.

На базата на задълбочени изследвания, *Б. Ценова* стига до следния извод: „Бърнаут синдромът е тясно свързан с неудовлетвореността от труда, но не е изяснена посоката на корелационната връзка, а именно: дали бърнаут кара хората да се чувстват неудовлетворени от работата си, или неудовлетвореността от работата провокира появата на бърнаут синдрома. Или и бърнаут синдромът, и неудовлетвореността от работата се причиняват от трети фактор, каквито са лошите условия на труд.

**Личностните фактори**, които обуславят професионалното изгаряне са ориентацията към развитие в кариерата, липсата на подкрепа от близките и наличието на източници на стрес извън организацията. При комбинирането на двата основни извора на стрес (личността и организацията) се формират непосредствените причини за професионалното изгаряне.

За доказателство е изследването проведено от *Айла Пайнс (1996)* – университетски професор, която открива, че серия успешни предприемачи, които работят много дълго, дори и по 12 часа на ден, почти не страдат от бърнаут, защото изпитват задоволство от постигнатите резултати, които са ясни и видими. От друга страна най-страдащи от бърнаут са медицинските сестри от отделението по детски изгаряния, които работят на смени по 5 часа, но чувството на безсилие, че колкото и да се стараят и да дават най-доброто от себе си не могат да се видят желаните резултати ги превръща в жертви на синдрома.

Съгласно модела на **Чернис** личностовите фактори, обуславящи синдрома на прегаряне са: съмнения в компетентността, проблеми с клиентите (гражданите, обслужваните), липсата на колегиалност, липсата на стимулация и бюрократизма. При неуспешно справяне с организационните и извън-организационните стресори се променят нагласите на работещите. Те престават да се чувстват отговорни за резултатите от дейността на организацията, отчуждават се от организационните цели и започват да преследват единствено собствените си интереси, изпълняват задълженията си формално, губят емоционалната връзка с работата си и се изолират от своите колеги.

Според **Бойко** (1996) развитието на „емоционално прегаряне” зависи от външни и вътрешни фактори. Към групата на външните фактори се включват условията на материалната среда, съдържанието на работата и психосоциалните условия на труд. Сред тях доминираща роля в развитието на бърнаут имат дестабилизиращите дейности в организацията на трудовия процес, повишената отговорност при функционирането на личността, неблагоприятната психологична атмосфера и психологично трудния контингент за работа. Вътрешните фактори са: тенденцията към емоционална ригидност, преживяването на професионалните дейности, слабата мотивация, моралните дефекти и дезориентацията на личността.

#### **1.4.7. Burn out и демографските променливи**

Изследвания на феномена доказват, че демографските променливи имат значителен ефект върху синдрома на прегаряне. Някои проучвания (*Dietzel L.C., Coursey R.D., 1998; Van Wijk C., 1997*) установяват наличие на отрицателна корелационна връзка между възрастта и прегарянето. В свои изследвания, например **Maslach** доказва, че медицинските сестри в психиатричните клиники „прегарят“ 1,5 години след започване на работа, а социалните работници проявяват такива симптоми след 2 до 4 години (*Maslach C. 1993*). Данните за връзката между трудовият стаж по специалността и прегарянето също са противоречиви. Повечето проучвания сочат отсъствието на значими корелации между тези променливи (*Dietzel L.C., Coursey R.D., 1998; Haddad A., 1998*) и само

няколко изследвания разкриват отрицателна връзка между тях (*Naisberg F.S. et al.,1991*). Има проучвания свидетелстващи за връзката между семейния статус и бърнаут – синдрома (*Maslach C., Jackson S.E., Leiter M.P.,1996*), които доказват, че по- високо предразположение към синдрома имат неомъжените, разведените и овдовелите лица. Има някои доказателства за положителна връзка между нивото на образование и степента на прегаряне. Причините за това може да бъдат завишените претенции при хората с по-високи нива на образование. Такава тенденция е установена само по отношение на скалата „деперсонализация“ (*Maslach C. et al.,1996*). По отношение на персоналните постижения – колкото по- висок е образователния ценз, толкова по – високи са нивата на усещане за персонална ефективност (*Schaufeli W.B., Enzmann D., 1999*).

#### **1.4.8.Социалната подкрепа като буфер на професионалния стрес и burn out.**

Известно е, че някои влияния в живота на човека предотвратяват появата на изтощението или го редуцират. Социалната подкрепа, това е физическия и емоционален комфорт, които хората получават от тяхното семейство, приятели, колеги и др. Най-отчетлив сред тези подобряващи фактори е социалната подкрепа от равните по статус, брачния партньор, самата организация. Тези фактори насърчават убеждението, че ние принадлежим към общност от хора, които ни обичат и могат да се грижат за нас. Именно със социалната подкрепа се обяснява способността на някои хора успешно да се съпротивляват на стресорите. Почти всички изследвания по този въпрос, доказват отрицателна връзка между прегарянето и социалната подкрепа при представители на почти всички професии, свързани с предоставянето на професионална помощ на хора (*Bennet L.et al.,1994; Gerengaiss E.R. et al.,1997; Himie D.P. et al.,1991; Melchior M.E.W. et al.,1997; Van Yperen N.W.,1998; Virginia S.G.,1998*).

Социалната подкрепа може да приема различни форми. Тя може да бъде емоционално, информационно или физически осезаема (практически). Емоционалната подкрепа се увеличава, когато подкрепящите дейности и положителното отношение на другите увеличават самочувствието на индивида

и подобряват неговата или нейната увереност и способност да се справи с предизвикателствата. Информационната подкрепа помага на човека да идентифицира нови стратегии за решаване на конкретни проблеми, а реалната подкрепа означава да се дадат определени ресурси в помощ на това лице, за да разреши проблемите, пред които е изправено. (*Hawton, Rodham & Evans, 2006*)

Изследванията показват, че социалната подкрепа може да бъде ефективна за намаляване на последиците от „синдрома на прегаряне“, чрез отстраняване на някои от предразполагащите условия, които водят до развитието на синдрома, или чрез предпазване на лицето независимо от условията, така че то да не достигне до прегаряне. Според *Dollard, Dorman, Boyd and Winefield* (2003), социалната подкрепа е необходима за създаване и поддържане както на физическо, така и психическо здраве - независимо от наличието или липсата на работни стресови фактори. Ролята на социалната подкрепа е широко изследвана от учените. *Maslach and Schaufeli* (2001) изразяват мнение, че липсата на адекватна подкрепа от ръководните органи е още по-вредна от липсата на подкрепа от колеги.

В свое научно медицинско изследване *Prins, Hoekstra-Weebers, Gazendam-Donofrio, Wiel, Sprangers, Jaspers & Heijden* (2007) доказат, че липсата на социална подкрепа оказва пряк ефект върху емоционалното изтощение, и че чувството на деперсонализация (най-надежден предиктор за прегаряне) може да бъде обусловено от степента на неудовлетвореност, която медицинските специалисти чувстват относно емоционалната подкрепа, която получават (или не получават) от техните ръководители.

Други автори доказват въздействието на социалната подкрепа от семейството и влиянието и върху синдрома на прегаряне у медицинските професионалисти. (*Bryant, 1994; Beaver, Sharp & Cotsonis, 1986; Barnett, Hopkins & Jackson, 1986*).

*Demir et al.* (2003) излагат становището, че социалната подкрепа от страна на семейството е важна за здравните професионалисти, за да се справят със синдрома на прегаряне. Те установяват, че социалната подкрепа, оказана от

семейството може да се свърже с понижаване на емоционалната умора и по-високите лични постижения у професионалистите. Учените също подчертават важноста на социалната подкрепа от страна на семейството, когато професионалистите по здравни грижи са изправени пред прегаряне. Посочват, че лошата връзка с членовете на семейството оказва негативно влияние върху здравето на професионалиста като цяло, и че ако той преживява проблеми в семейството си, то риска от професионално прегаряне се увеличава.

#### **1.4.9.Превенция и стратегии за справяне с бърнаут- синдрома.**

Тъй като цената на Burn out както за отделния човек така и за организацията може да бъде изключително скъпа и разрушителна, лицата и институциите следва да въведат навременни мерки за предотвратяване на това явление. За да се избегне прегаряне, е необходимо индивида и организацията, да работят в тясно сътрудничество. *Nelson & Quick* (2005) разделят процеса на превенция в три категории: първичен, вторичен и третичен. Те описват първичната превенция като процес, който е предназначен за намаляване, изменение или елиминиране на стресовите фактори, които, ако останат непокътнати или непроменени, в крайна сметка довеждат до прегаряне. Целта на вторичната профилактика е да се променят или модифицират реакциите на лицата на стресовите фактори. Отделните служители могат да бъдат обучени в техники за управление на работните стресови фактори, за да получат възможност да модерират стреса и напрежението, с които се сблъскват в работната ситуация и за насърчаване на тяхното собствено здраве и благосъстояние, чрез конкретни планове за действие. Третичната профилактика има за цел привеждане на лицата, развили синдрома на прегаряне до състояние на пълно здраве и компетентност.

Основното предположение зад основните стратегии за превенция е, че най-ефективният начин за управление на стреса е, чрез премахване на собствените стресори. Стратегиите за управление на стреса да се съсредоточат върху обучението на служителите да използват такива стратегии за справяне, които

ще им позволят да издържат на стрес на работа, без да вредят на себе си или да се справят със самия източник на стрес (*Landy & Conte 2006*).

В специализираната литература са описани начини и методи за преодоляване и намаляване на стреса на работното място. Те са обобщени в 4 групи, които *Георгиева и кол. (2013)* обобщават по следния начин:

**Първата група** са индивидуални техники за профилактиката на стреса и на burnout синдрома. Необходимо е профилактичните мерки да се провеждат приоритетно с отделната личност. Отговорността при първото ниво се разпределя между супервайзорите и самите индивиди, нуждаещи се от необходимата подготовка, но и от собствена преценка на отделните личности и специфичната ситуация. Поставянето на реалистични цели и подцели е превантивна антистресова мярка. По този начин може да се измери напредъкът и да се постигне чувство на удовлетвореност. Търсенето на подкрепа от колегите и ръководителите (редовни неформални срещи) при по-комплицираните ситуации е протективна тактика, която премахва чувството за изолация.

**Втората група** техники е работа в групи. Целта е да се осигури социална подкрепа, да се провеждат разговори с някого за стреса. Особено разпространени са т.нар. Групи на Балинт, в които здравните специалисти заедно с други свои колеги търсят решение и разбиране във връзка с професионалните си трудности. Полезно е неуспешните социално-лечебни ситуации да се обсъждат с колектива и да се очертаят методите за преодоляването им. Решенията е необходимо да се вземат, чрез консенсус от целия състав на екипа и да се основават на максимално възможната справедливост, като отговорността пада върху цялата йерархична структура. При всички обстоятелства трябва да се стимулира и развива взаимната подкрепа.

**Третата група** са обучителните интервенции. Тяхната цел е да се овладеят нови начини за справяне с изискванията на индивида. Заstraшените и

потърпевшите се обучават как да прилагат сами техники за релаксация както в процеса на работа, така и в периода на почивка.

**Четвъртата група** са организационните техники. Те са насочени към стресогенните фактори, действащи в работната среда, които излизат извън възможностите на индивидуалния контрол и поносимост.

Балансираното разпределение на отговорностите и правата и в хоризонтално, и във вертикално направление е условие, което всеки добър мениджър трябва да реализира. Основната цел е да бъде създадена организация, която да е максимално ефективна в трудово отношение и да е в интерес на пациента; да е оптимална за всеки един от персонала; да е подкрепяща активността и социалната ангажираност и все пак запазваща автономността на всеки участник в трудово професионалния колектив. Подобен начин на управление е и най-добрата профилактика срещу “изпепеляването на персонала”.

### **1.5. Влияние на спецификата на професионалната дейност за формирането на синдрома „професионално прегаряне“.**

Професионалната дейност на работещите в сферата на здравните грижи се отнася към сложните видове труд, изискваща от субекта разностранна образованост, непрекъснат процес на професионализация и притежаването на лични и професионални качества. Медицинският специалист е облечен в обществено доверие, затова вниманието и хуманизма, неговото уважение към болния не трябва да се определя като престорена учтивост и „сиропирани“ думи, или добри, но фалшиви маниери. Той трябва да притежава чувство за дълг, отговорност, емпатия, търпение, наблюдение, интуиция, решителност, оптимизъм и т.н.

Работата на здравния професионалист е отговорна, изисква издръжливост, което предполага висок и постоянен психо-емоционален стрес, както и необходимост за вземане на решения при извънредни ситуации. Цялата професионална дейност на медицинските специалисти предполага емоционална наситеност и висок процент на стресогенните фактори. Емоциите, по правило са амбивалентни: удовлетвореност от успешната операция или лечение, чувство

за собствена стойност, съпричастност към другите, приемане и уважение на колегите си, но и съжаление, депресия поради погрешна диагноза или грешки на лекарствената терапия, обект на завист от успешни колеги, чувство на неудовлетвореност от професията и т.н. (*Латенко Ю.А., 2009*)

### **1.5.1. Burn out синдрома сред здравния персонал**

Тъй като професионалното прегаряне е свързано със сериозни последствия както за психичното благополучие на работещите, така и за ефективността на организациите, проблемът е индуцирал значителен брой емпирични изследвания. В огромната част от тях професионалното прегаряне се разглежда като процес (*Maslach, C., Leiter, M.P. and Schaufeli, W.B. 2008*).

Проучване на *Маринова и кол. (2010)* изследващо синдрома на професионалното прегаряне и рисковите фактори за възникването му в интензивните отделения доказва, че на ръба на изпепеляването са 80% от изследваните лица в интензивен сектор на хирургично и спешно отделение. Авторите установяват, че основен стресогенен фактор са „отрицателните“ емоции на работното място, следвани от високите изисквания, свръхбдителност и наблюдение на болния и физическото натоварване. Тревожен факт според тях е липсата на адекватна информираност за превенцията на професионалния стрес и стратегиите за справяне с него.

В проучване на медицинския персонал (лекари, медицински сестри и санитарни ) проведено в 5 клиники за консервативно лечение във ВМА - София, *Ненова и кол. (2005)* изследват връзката между характеристиките на работното място и емоционалното изтощение (Бърнаут). Използвана е методиката МВІ, а резултатите показват, че медицинските сестри в по- голяма степен са развили симптоми на Бърнаут в сравнение с лекарите и санитарите. Наблюдава се и по- високо процентно разпределение на твърденията за емоционална нагласа, справяне с проблемите, субективното усещане за положителното влияние върху пациентите и създаване на подходяща среда за тях, като фактор за повишаване удовлетвореността на персонала.

В статията „**Личностни корелати на бърнаут – синдрома**“ *Ценова (2008)* обобщава резултатите от проучвания проведени сред 1000 работещи в сферата на услугите: учители, болничен персонал, обслужващ персонал в детски социално – здравни заведения за периода 1991- 2003 г. Доказва, че ранни и средни стадии на бърнаут са широко разпространени сред учители, медицински и друг обслужващ персонал, което е показателно за риск от бързо изтощение, демотивиране и текучество. (*Ценова, Б., 1996, 1998, 2003, 2004*)

Според авторката, специфичните условия и работното натоварване на медицинските сестри води до по- високо изтощение (повече от 1/3 от изследваните медицински сестри). Изводите, които авторката прави от прегледа на 12 годишни проучвания доказват съответствието между работещия и ключовите области на работната среда: трудово натоварване, контрол, (въз)награждаване, общност, справедливост и ценности, които внасят различни перспективи във взаимодействието на хората в работна ситуация. Според авторката колкото по- голямо е хроничното несъответствие, толкова по – голяма е вероятността от възникване на прегаряне т.е. бърнаут е значим медиатор на причинната връзка. Изследването на взаимодействията на тези шест области с трите измерения на Бърнаут показват централното значение на ценностите като медиатор за другите области от живота на организацията.

*Георгиева и кол.* (2008) изследват наличието на психоемоционално изтощение при медицински сестри, работещи в детска клиника за генетични заболявания. Установяват наличието на психоемоционално изтощение при 48% от изследваните медицински сестри. Настъпилото емоционално изтощение води до незаинтересованост, апатия, безпричинен гняв, озлобление и дехуманизация. Авторите дават насоки за преодоляване на професионалния стрес, адаптирайки ги към професионалната ситуация .

Обезпокоителен факт е, че според системата на здравеопазване медицинските сестри имат по – малко отговорности при грижата за пациентите, а същевременно се оказват с по – висока степен на емоционално изчерпване (ЕИ). Това разкрива проучване на *Цонева и кол.* (2010; 2011) върху аспектите

на бърнаут синдрома при медицинския персонал работещ в ОАИЛ, което показва висока обща степен на Бърнаут сред изследвания персонал и по- висока степен на ЕИ при медицинските сестри. Фактор с висок потенциал на стресогенност, според данните е и грижата за пациенти в критично състояние. Според авторите, медицинските сестри по - често определят необходимостта от вземане на решения с голяма бързина в екстремни ситуации като източник на стрес на работното място.

### **1.6. Емпирични доказателства за връзка между здравната грижа и бърнаут – синдрома сред здравните специалисти в чужбина.**

Изследванията, разглеждащи пряката връзка между аспектите на грижата и бърнаут – синдрома са малко. В България няма намерени такива проучвания.

Според проучвания на *Maslach u Letter (1997)* прегарянето е резултат на несъответствие между личността и работата. „Грижовните“ поведения включват, но не се ограничават до: действия, думи, познание, език на тялото, чувства, мисли, интуиция, движение, жестове, външност, извършване на процедури, информация и докосване. *Leininger (2001)* разглежда идеята, че „грижовните“ поведения варират в зависимост от особеностите на социалната структура във всяка определена култура.

Проучвайки мнението на медицински сестри за „идеална сестринска грижа“ *Severinsson (2003)* установява връзката между желанието на медицинските сестри да предоставят идеална сестринска грижа, пречките за полагане на грижи за пациента, и бърнаут синдрома. т.е. желанието да отговорят на всички нужди на пациента, както физически, така и психологически и пречките за полагане за полагане на такива (недостиг на персонал завишени изисквания, недостиг на време) води до морален дистрес. Тези пречки създават чувство за неадекватност и вина, поради факта, че не са били толкова близо до пациента, както са обучавани. Конфронтацията между желанието да направят повече, отколкото са в състояние води до прегаряне (*Fagerström, 2006*) .

*Kennedy u Barloon (1997)* проучват защитните стратегии за управление на burnout, изследвайки педиатрични медицински сестри, изложени на висок риск от прегаряне. Стратегиите, предложени от авторите включват партньорски групи за подкрепа, промяна на работната среда, подкрепа на умствените, физическите, социалните и духовни нужди на медицинските сестри, както и прекъсвания на работа при педиатрични интензивни отделения. Според авторите тези стратегии са особено важни, когато се полагат грижи за пациенти с хронични страдания. (*Kennedy and Barloon, 1997*).

*Omdahl and O'Donnell (1999)* проучват до каква степен променливата емпатия допринася за професионален стрес и професионална ангажираност. Изследвани са променливите: съчувствие, емоционална зараза (споделяне на емоциите на пациентите), емпатична загриженост (като тя е насочена за пациенти) и комуникативна ефективност (ефективно общуване с пациентите и техните семейства). Професионалният стрес и професионалното изпепеляване са проучени, чрез променливите – емоционално изтощение, деперсонализация и намалено лично постижение. Анализът разкрива още, че липсата на емпатична загриженост, лошата комуникативна отзивчивост и високата емоционална зараза значително допринасят за намалено лично постижение. Емоционалната зараза обяснява значителна част от различията в емоционално изтощение. Тя намалява значително и трудовата ангажираност (*Omdahl & O'Donnell, 1999*).

В проучване върху 350 медицински сестри работещи на пълен работен ден в Луизиана, *Moffett (2002)* изследва връзката между афективния компонент на грижата и прегарянето на медицински сестри. Това проучване доказва, че нагласата за полагане на грижи служи като медиатор на прегарянето у медицинските сестри и засилва усещането за лично постижение (*Moffett, 2002*).

Проучвайки мнението на 3 500 регистрирани медицински сестри в Северна Каролина (САЩ), *Peery (2006)* доказва, че „*the caratives*“ категории със съответните „*caratives*“ интервенции (от теорията на Уотсън) влияят на бърнаут синдрома, като най-голямо влияние оказват на измерението „*персонални постижения*“ (16,5%).

## Изводи от литературния обзор.

Прегледът на специализираната литература е фокусиран върху две понятия „грижа“ и „прегаряне“ с акцент върху концепциите. Изложените схващания и теоретични концепции, намерили място в теоретичната част на дисертацията, предлагат обобщение на по-голямата част от литературните източници и автори, посветени на „*здравната грижа*“ и синдрома „*бърнаут*“ в професионалната дейност на медицинските специалисти.

Макар в исторически план изследователите да акцентират върху различни схващания относно същността на тези понятия, много от концепциите са доказали своята значимост и днес. Разгледани са теоретичните аспекти на същността на понятията „грижа“ и „burn out“ и връзката им с разисквания проблем. Представени са емпирични доказателства за зависимостта между аспектите на грижата и бърнаут – синдрома сред здравните професионалисти в чужбина. Отделено е внимание на *социалната подкрепа* като буфер на професионалния стрес и burn out.

Прегледът на специализираната литература, ни дава основание за следните изводи:

- 1) „Грижата“ е често използвана дума на всички езици, но понятието все още остава слабо дефинирано в професионалната практика;
- 2) Етиологията на burn out е многофакторна и се определя от сложни взаимодействия на трудови и нетрудови професионални фактори, и многобройни медиатори и модератори;
- 3) Според повечето автори, развитието на burn out е типично на първо място за "помагащите професии", където доминира подпомагане на хората и се разглежда като резултат от неблагоприятно разрешение на стреса на работното място.
- 4) Изложените схващания и теоретични концепции се обединяват около мнението, че здравната грижа е „уникална“, защото концепцията включва всички атрибути, описващи я като помагача на човека дейност.

- 5) Burn out е най-големият професионален риск на двадесет и първи век, широко проучван и дискутиран в световната специализирана литература. Наши и световни проучвания доказват, че работещите в сферата на здравните грижи са податливи на синдрома. Освен това, изследванията показват, че прегарянето сред тази професионална група оказва негативен ефект върху качеството на прилаганите грижи.
- 6) У нас синдрома на прегаряне сред професионалистите по здравни грижи не е добре проучен. Има само изолирани изследвания при някои подгрупи медицински професионалисти.
- 7) В България липсват изследвания, разглеждащи пряката връзка между аспектите на грижата и бърнаут – синдрома сред медицинските професионалисти. Проблемът е актуален и сериозен, особено в контекста на провежданите реформи в здравеопазването и запазващата се в последните години тенденция на намаляване броя на професионалистите по здравни грижи и недостига на кадри.
- 8) Анализът на литературата по тази тема ни позволява да формулираме теоретична позиция, че синдрома на прегаряне се развива в хода на професионалната дейност, а здравната грижа, като основен компонент на професионалната дейност на здравните професионалисти, може да бъде фактор за формирането на burn out.
- 9) Ако може да се докаже, че предразположението към бърнаут у професионалистите по здравни грижи се дължи на тяхната нагласа за грижа и поведение, могат да бъдат разработени и приложени интервенции, индивидуални и на работното място, за да се намали или предотврати професионално прегаряне в бъдеще.

**ГЛАВА ВТОРА:**  
**ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА НА ЕМПИРИЧНОТО**  
**ИЗСЛЕДВАНЕ**

**2.1. Основни структурни компоненти на емпиричното изследване**

**2.1.1.Цел, задачи и работна хипотеза на изследването.**

**Цел на емпиричното изследване.**

Целта на настоящото изследване е да се проучи връзката между аспектите на здравната грижа и Бърнаут – синдрома у професионалистите по здравни грижи в контекста на професионалната им дейност.

**Задачи:**

- 1) Да се идентифицира и анализира нивото на прилаганата от здравните професионалисти грижа.
- 2) Да се изследва и оцени разпространението и степента на проява на бърн аут синдрома у изследваните лица.
- 3) Да се проучи връзката между аспектите на грижата (осигуряване на качество, почтителност, професионални знания и умения и позитивна свързаност) и емоционалното изтощение.
- 4) Да се анализира зависимостта между аспектите на грижата (осигуряване на качество, почтителност, професионални знания и умения и позитивна свързаност) и деперсонализацията.
- 5) Да се изследва свързаността на аспектите на грижата (осигуряване на качество, почтителност, професионални знания и умения и позитивна свързаност) с чувството за персонални постижения.
- 6) Да се съпоставят резултатите от изследваните характеристики при работещите в сферата на здравните грижи медицински сестри и други здравни специалисти.
- 7) Да се разработи организационен модел за профилактика на burn out в лечебните заведения.

## **Работна хипотеза**

Независимо, че у нас през последните години са направени редица проучвания, синдромът на прегаряне остава все още сред нерешените докрай проблеми.

Нашите предположения са, че работещите в сферата на здравните грижи са уязвими на Burn out, а това се отразява на тяхното здраве и оказва негативен ефект върху качеството на прилаганите грижи.

Считаме, че съществува взаимозависимост между аспектите на здравната грижа и измеренията на синдрома. Ако докажем такава връзка могат да се направят:

- ✓ Съответни изводи и препоръки към институциите имащи отношение към здравето и дейността на работещите здравни професионалисти;
- ✓ Да се разработят програми за профилактика на burn out;
- ✓ Да се препоръчат законодателни изисквания към работодателите в България за предпазване на работещите от синдрома на прегаряне.

## **2.2. Методология на изследването**

### **2.2.1. Обект на изследването**

Професионалисти по здравни грижи (медицински сестри и други здравни специалисти) работещи в болници за активно лечение – многопрофилни и специализирани с преобладаваща хирургична, терапевтична, клинично - диагностична или друга насоченост и по анестезиология и интензивно лечение.

**2.2.2. Предмет на изследването.** Burn out синдром при професионалистите по здравни грижи и здравната грижа като отношение и дейност.

### **2.2.3. Единици на наблюдение**

**2.2.3.1. Логически единици са** работещи в системата на здравеопазване ПЗГ, дали съгласие за участие в проучването, с трудов стаж не по- малък от 1 година

**Признаци на наблюдение:** признаци свързани с:

- ✓ Демографски характеристики, социален статус и професионална характеристика на респондентите;

- ✓ перцепция за работните условия;
- ✓ взаимоотношения на работното място в т.ч. и усещането за социална подкрепа;
- ✓ емоционално изчерпване, деперсонализация и усещане за успешност и удовлетвореност от работата;
- ✓ професионални знания и умения на респондентите
- ✓ аспекти на здравната грижа – индивидуален подход, комуникация с пациентите, точно и навременно изпълнение на манипулациите и процедурите, физически и емоционален комфорт.

#### ***2.2.3.2. Технически единици на наблюдението:***

- ✓ Многопрофилни болници за активно лечение: МБАЛ - Враца, МБАЛ - Монтана и МБАЛ - Мездра,
- ✓ Специализирана болница за активно лечение по онкология – София (СБАЛО) и
- ✓ Комплексен онкологичен център – Враца (КОЦ).

#### **Признаци на техническите единици:**

- ✓ Болници за активно лечение – многопрофилни и специализирани с преобладаваща хирургична, терапевтична, клинично-диагностична или друга насоченост, и по анестезиология и интензивно лечение;
- ✓ Утвърдена акредитационна система за управление, с изградени взаимоотношения между отделните екипи;
- ✓ Регламентирано 3 – сменно работно време;
- ✓ Единен правилник за вътрешния ред.

#### **2.2.4. Концептуална рамка**

За целите на изследването е използвана концептуална рамка на *Wu, Larrabee and Putman* (2006). Авторите анализират концепцията за грижата на *Watson* (1979) и формулират структура на „грижата“ състояща се от четири аспекта: професионални знания и умения; осигуряване на качество на грижата; почтителност и позитивна свързаност.

Тези фактори са използвани като независими променливи, които действат върху трите измерения на Бърнаут. Към модела са приложени и допълнителни независими променливи: пол, брой отработени часове на седмица, натовареност (среден брой пациенти на ден), тежест на състоянието на пациента, основно място на работа, популация пациенти, работни условия и стресори на работното място, за които предишни изследвания доказват, че burnout се влияе от тях (Um & Harrison, 1998; Akroyd & Adams, 2000; Leiter, Harvie & Frizzell, 1998; Chung & Corbett, 1998; Kennedy & Barloon, 1997; Omdahl & O'Donnell, 1999; Moffett, 2002; Wu et al. 2006; Peery 2006).

Концептуалната рамка на емпиричното изследване е изразена на **сх.1**



**Сх.1 Концептуална рамка**

### 2.2.5. Инструментариум на изследването

За постигане на научно – изследователската цел и решаване на предварително формулираните задачи е използвана комплексна методика от собствено изработени и стандартизирани инструменти:

**I. Социално – демографски профил и характеристики на работното място.** Съдържа въпроси по отношение на демографските характеристики (пол, възраст, семейно положение, ниво на образование, трудов стаж); характеристики на работната среда (тип болница, брой пациенти, вид на работния график, ниво на тежест на състоянието на пациентите) и перцепцията за условията на работа (социална подкрепа на началника, източници на дискомфорт в работата и т.н.)

**II. Методика за изследване на бърнаут, чрез Maslach Burnout Inventory (MBI; Maslach & Jackson, 1996).** Българският превод на въпросника е валидиран и използван при медицински персонал в България от *Б.Ценова (1991,2002,2004)*. За целите на изследването някои въпроси бяха модифицирани.

Въпросникът на Маслач за изследване на бърнаут (Maslach Burnout Inventory - MBI) включва три подскали: Емоционално изтощение, Деперсонализация и Персонални постижения (работоспособност). MBI-HSS се състои от 22 айтема, за измерване на емоционалното изтощение (девет айтема - 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20); деперсонализация (пет айтема- 5, 10, 11, 15, 22) и персонални постижения (осем айтема- 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 ).

1. *Емоционално изтощение* – измерва емоционалното претоварване и изчерпване от работата. Включва твърдения като: Чувствам се емоционално изтощен(а) от моята работа, Чувствам се изчерпан(а) в края на деня. Емоционално изтощение (ЕИ) – означава емоционално пренатоварване и изчерпване от собствената работа.

2. *Деперсонализация* или безразличие по отношение на хората, на които са помогнали. Включва твърдения като: Общувам с някои пациенти формално и се стремя да сведа времето за общуване до минимум; Станах по-малко чувствителен(а) към хората, откакто работя в тази сфера. Деперсонализацията е опит за създаване на дистанция между професионалиста и хората, за които се грижи, като се игнорират вътрешно присъщи на професията качества, които правят професионалиста уникален и ангажиращ се.

3. *Персонални постижения* (Работоспособност) или чувство за сила, компетентност и успешност в собствената работа. Включва твърдения като: Работя с удоволствие и имам много планове за бъдещето, свързани с моето професионално развитие; Върша много ценни, значими неща в работата си. Персоналното постижение (ПП) е чувство на субективна компетентност и ефективност в собствената работа. Трудова ситуация с хронично надвишаващи възможностите изисквания, водещи до изтощение и/или цинизъм е пагубна за чувството за успех и ефективност в работата. Чувството за неефективност е тясно свързано с недостиг на необходимите ресурси и възниква независимо от изтощението. В динамиката на бърнаут се установява последователност от поява и увеличаване на изтощението към развитие на цинизъм. Намалената ефективност се развива едновременно с първите две измерения. Характерно за бърнаут е, че той е самозахранващ се, чрез отрицателното си влияние върху взаимодействията на работа, възникването на конфликти на работното място, и се отразява върху семейните и социални отношения (влошава ги).

Честотата, с която респондентът преживява всяка една позиция се оценява по седем точкова Ликерт - скала с кодове от 0 до 6 със следното значение: 0 – не, никога; 1 – много рядко; 2 – рядко; 3 – понякога; 4 – често; 5 – много често; 6 – винаги.

По този начин резултатите варират 0-54 т. за подскалата - емоционално изтощение, 0-30 за подскала – деперсонализация и 0-48 на подскала - лично постижение. По-високите средни резултати за субскалите емоционално изтощение и деперсонализация отговарят на по-високи нива на Бърнаут, от друга страна по-високите средни резултати от субскалата - лично постижение отговарят на по-високи нива на „персонална ефективност“, респ. по- ниски нива на прегаряне (Maslach & Jackson, 1986). За да се определи степента на изразеност на бърнаут синдрома са използвани средностатистически норми

**Табл.2 Среднoстатистически норми за синдрома на прегаряне.**

Burn out	точки			
	Ниско ниво	Умерено ниво	Високо ниво	Много високо ниво
Емоционално изтощение	6 - 16	17 - 25	26 - 34	>34
Деперсонализация	1 - 4	5 - 10	11 - 13	>14
Персонални постижения	48 - 37	36 - 28	27 - 22	21 и <

Статистическото потвърждение на въпросника е осъществено, чрез коефициента на надеждност Alpha Cronbach. Данните демонстрират добра факторна структура и много добри коефициенти на надеждност (Alpha Cronbach за подскала *Емоционално изтощение* е  $\alpha = .91$ ; за подскала *Дехуманизация*  $\alpha = .66$ , и подскала *Персонални постижения*  $\alpha = .80$ ). За целият въпросник коефициента на надеждност Alpha Cronbach е  $\alpha = .76$ .

### **III. Методика за измерване на грижите, чрез Caring Behaviors Inventory (CBI), кратка форма (Wu et al., 2006).**

CBI е използван от над 132 изследователи от няколко страни и е единствения инструмент, в който грижата се концептуализира като междуличностна интервенция (Watson, 2008). Оригиналният въпросник е създаден, чрез избор на думи или фрази от литературата, характеризиращи грижата от **Wolf** (1986) и съдържа 75 позиции, по-късно ревизиран от *Kyle*, (1995); *Wolf et al.* (1994) и намален до 43 позиции. **Wu, Larrabee and Putman** предлагат, по-малко обременяващ инструмент, утвърждаващ по-кратък CBI въпросник, разработен въз основа на теорията на Watson. С цел валидиране на въпросника и прилагането му сред професионалистите по здравни грижи методиката е адаптирана и преведена на български език.

**CBI** включва 24 позиции, с 6 точкова скала от Ликертов тип, използвана за да получи отговор (1 – никога; 2 – много рядко; 3 – понякога; 4 – често; 5 – много често; 6 – винаги.)

Четири аспекта на грижата на CBI включват: осигуряване на качество (8 позиции - 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24); професионални знания и умения (5 позиции – 9, 10, 11, 12, 15); уважение/почтителност (6 позиции – 1, 3, 5, 6, 13, 19) и положителна свързаност (5 позиции – 2, 4, 7, 8, 14) . (Wu и др., 2006)

Първият аспект на грижата - *Осигуряване на качество* изследва такива дейности като: индивидуализиране на грижата, комуникация с пациента, насърчаване на пациента да сподели проблемите си, бърза реакция на нуждите на пациента, правилно и навременно изпълнение на манипулациите и процедурите, облекчаване симптомите, чрез осигуряване на физически и емоционален комфорт. Включва твърдения като: Поставям пациента на първо място/ индивидуализирам грижата; Облекчавам симптомите на пациента, чрез осъществяване на физически и емоционален комфорт.

Втората „грижовна“ категория – *професионални знания и умения* изследва: владенето на манипулативната техника и професионалното боравене с апаратурата; даване на информация на пациента с оглед вземане на решение за грижите и спазване на принципа на конфиденциалност. Включва твърдения като: Владее инжекционната техника; Умело боравя с апаратурата / техниката.

Третата наблюдавана субскала – *взаимно уважение/почтителност* изследва дейности като: поведение на активно слушане, уважение на личността на пациента, емпатично отношение и подкрепа, даване възможност на пациента да изрази емоциите си и планиране на грижата, чрез включване на пациента. Включва твърдения като: Внимателно слушам пациента; Обсъждам с пациента неговите актуални и потенциални нужди.

Последният аспект на грижата – *позитивна свързаност* наблюдава дейности като: обучение на пациента и подпомагане в усвояване на умения за автогрижа, проява на съчувствие и установяване на отношения на основата на хуманизма. Включва твърдения като: Давам указания /обучавам пациента; Помагам на пациента да развива уменията си за автогрижа.

Резултатите варират от 8-48 за подскалата - осигуряване на качество, 5-30т. - за подскалата професионални знания и умения; 6 – 36т. за взаимно уважение и 5-30 т. за позитивна свързаност. Общия резултат на елементите за всяка скала, определя нивото на всеки от наблюдаваните аспекти на грижата. Оценката (Он) е формирана като процентно съотношение между сбора от

точките на отговорите на респондентите и максималния брой точки предвидени за всяка скала както следва:

- 90% - 100% от максималния брой точки = много високо ниво;
- 80% - 89% - от максималния брой точки = високо ниво;
- 70% - 79% - от максималния брой точки = умерено ниво;
- 60% - 69% - от максималния брой точки = посредствено ниво;
- Под 60% - от максималния брой точки = ниско ниво (табл. 3 и 4 )

**Табл.3** *Методология за оценка на СВИ*

<i>Субскали на СВИ</i>	$\Sigma$ от отговори на въпроси	№ на въпроси	Възможен брой точки	Min.	Max.
<i>Осигуряване на качество</i>	8	16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24	8 - 48	8	48
<i>Професионални знания и умения</i>	5	9, 10, 11, 12, 15	5 - 30	5	30
<i>Взаимно уважение</i>	6	1, 3, 5, 6, 13,19	6 - 36	6	36
<i>Позитивна свързаност</i>	5	2, 4, 7, 8, 14	5 - 30	5	30

**Табл.4** *Показатели за оценка на СВИ*

<i>Субскали на СВИ</i>	<i>точки</i>				
	Ниско ниво	Посредствено ниво	Умерено ниво	Високо ниво	Много високо ниво
<i>Осигуряване на качество</i>	< 27	28- 32	33 - 37	38 - 42	43- 48
<i>Професионални знания и умения</i>	< 17	18- 20	21 - 23	24 - 26	27 - 30
<i>Взаимно уважение</i>	< 20	21- 24	25 - 27	28 - 31	32 - 36
<i>Позитивна свързаност</i>	< 17	18 - 20	21 - 23	24 - 26	27 - 30

Статистическото потвърждение на въпросника е осъществено, чрез коефициента на надеждност Alpha Cronbach. Надеждността за настоящата извадка е отлична - с коефициент  $\alpha=.90$

**IV. Методика за оценка на възприета социална подкрепа (MSPSS; Canty-Mitchell & Zimet, 2000).** MSPSS е кратък и лесен за администриране въпросник, съдържащ 12 позиции, които се оценяват по седем степенна Ликертова скала в диапазона: 1 –никога; 2 – много рядко; 3 – рядко; 4 – понякога; 5 – често; 6 – много често; 7 - винаги. За целите на изследването, въпросника е адаптиран и преведен на български език. И английската и българската версия се състоят от три подскали, които измерват самооценката на социалната подкрепа от приятели и познати (например, "мога да разчитам на

моите приятели, когато нещата се объркат"), Семейство (например, "Моето семейство наистина се опитва да ми помогне ") и други значими за личността/колеги (например, "Мога да разчитам на моите колеги, за насока по време на напрежение и стрес."). По този начин, елементите във въпросника са разделени на групи фактори, на които лицето разчита за социална подкрепа. Всяка субскала на MSPSS се състои от четири въпроса с възможен диапазон от 4- 28 (M=16) точки, а именно: СП-приятели и познати (4 въпроса: 1, 2, 5, 10); СП-семейство (4 въпроса: 3, 4, 8, 11); СП – други значими за личността/колеги (4 въпроса: 6, 7, 9, 12). Общия резултат на елементите за всяка скала от въпросника, определя нивото на социална подкрепа. Оценката е формирана като процентно съотношение между сбора от точките на отговорите на респондентите и максималния брой точки предвидени за всяка скала както следва:

- 90% - 100% от максималния брой точки = много високо ниво;
- 80% - 89% - от максималния брой точки = високо ниво;
- 70% - 79% - от максималния брой точки = умерено ниво;
- 60% - 69% - от максималния брой точки = задоволително ниво;
- под 60% - от максималния брой точки = ниско ниво

**Табл.5** Показатели за оценка на подskalите на MSPSS

Субскали на MSPSS	точки				
	ниско ниво	Задоволително ниво	Умерено ниво	Високо ниво	Мн.високо ниво
<i>Социална подкрепа от приятели</i>	< 15	16 - 18	19 - 21	22 - 24	25 - 28
<i>Социална подкрепа от семейство</i>	< 15	16 - 18	19 - 21	22 - 24	25 - 28
<i>Социална подкрепа от колеги</i>	< 15	16 - 18	19 - 21	22 - 24	25 - 28

**MSPSS: надеждност.** Коефициента за надеждност Alpha Cronbach за обща оценка на инструмента е много висок:  $\alpha=.91$ . Високи психометрични показатели са били докладвани и от други изследователи, прилагайки MSPSS (Bucks-Dermott B et al ,2010; Skouteris H, et al,2009; Pedersen S, et al.,2009; Klineberg E, et al, 2006; Радев E., 2015)

**V. Карта за експертна оценка** съдържаща седем показателя за оценяване на разработения “Организационен модел за профилактика на burn out в лечебните заведения“ от гледна точка на неговото съответствие с предмета на

изследване, актуалност, полезност и приложимост за целевата група, за която е предназначен. Картата за оценка съдържа и отворен въпрос, който дава възможност експертите свободно да изразят мнението си.

**2.2.6. Критерии за включване:** съгласие за участие в проучването, трудов стаж в сферата на здравеопазването не по – малък от 1 година.

### 2.2.7. Обхват на изследването

В изследването са обхванати 410 лица както следва:

- ✓ 350 медицински сестри и
- ✓ 50 здравни професионалисти (медицински лаборанти, рентгенови лаборанти, рехабилитатори, кинезитерапевти, акушерки, медицински фелдшери) работещи в МБАЛ – Враца, МБАЛ - Монтана, МБАЛ – Мездра, СБАЛО – София и КОЦ – Враца;
- ✓ 10 експерта – главни медицински сестри от гореизброените болници и университетски преподаватели от Медицински университет - София.(табл.6)

**Табл.6** *Разпределение респондентите.*

	Респонденти	
	брой	отн. дял
МБАЛ - Враца	127	30,98%
МБАЛ - Монтана	101	24,63%
МБАЛ - Мездра	46	11,22%
СБАЛО - София	75	18,29%
КОЦ - Враца	51	12,44%
Експерти	10	2,44%
<b>общо</b>	<b>410</b>	<b>100,0%</b>

### 2.2.8. Организация, време и място на изследването

#### 2.2.8.1.Етапи на изследването

➤ **I етап: Теоретико – аналитичен** (май – август 2013г.) В този етап се анализира специализираната литература по темата; формулира се проблема; определени бяха целта, задачите и дизайна на проучването; разработена беше хипотезата, инструментариума и организационния план на изследването.

➤ **II етап: Емпирически** (август 2013г. – септември 2014г.)

**Пилотно проучване** се проведе през м. август - 2013г. сред 100 медицински сестри работещи в МБАЛ - Враца и КОЦ – Враца с цел проверка на начина, по

който се възприемат въпросите, формулировката им, времето, отделено за попълване на анкетната карта.

**Същинско проучване** – В Първата част от този етап се определиха местата за проучване: многопрофилни и специализирани болници (МБАЛ- Враца; МБАЛ- Монтана; МБАЛ- Мездра; СБАЛО- София; КОЦ - Враца), след което се избраха единиците на наблюдение. Втората част от същинското проучване се проведе сред медицински сестри и други ПЗГ (акушерки, медицински и рентгенови лаборанти, рехабилитатори, кинезитерапевти и медицински фелдшери) работещи в типологично подбраните болници както следва:

- ✓ периода януари – март 2014г. в МБАЛ- Враца и КОЦ – Враца;
- ✓ май. 2014г. в МБАЛ – Мездра;
- ✓ юни. 2014г. в МБАЛ – Монтана;
- ✓ август. 2014г. в СБАЛО – София.

С цел постигане на по-голяма точност изследването е извършено самостоятелно. Използвано е съдействието на главните медицински сестри на съответните болници.

➤ **III етап: Интерпретационен** (януари – ноември 2015г.) В този етап се извърши обработка на данните и анализ на резултатите; формулираха се изводи и препоръки. Разработи се организационен модел за профилактика на burn out в лечебните заведения, базиран на получените резултати. След разработване на модела се проучи мнението на експерти относно неговата приложимост, преди окончателното оформяне на дисертационния труд: октомври - ноември 2015г.

### **2.2.9. Изследователски методи**

**Документален метод** - използван за анализ на наши и международни литературни източници, отнасящи се до понятията „грижа“ и „прегаряне“ с акцент върху концепциите. Насочен е към уточняване и конкретизиране на понятията и имащ пряко отношение към изследваните проблеми.

**Социологичен метод.** Крос - секционен анкетно проучване, реализирано чрез анкетна карта ((Прил. №1 от дисертационния труд)

**Експертна оценка** - използвана за оценяване на *организационен модел за профилактика на burn out* в лечебните заведения от експертите, с цел прилагане при професионалистите по здравни грижи от съответните институции (Прил. №2 от дис. труд).

**Статистически методи.** Обработката на резултатите, статистическият анализ и съхранението на данните са извършени с IBM SPSS Statistics 19.0. За изработване на графиките е използван софтуерен пакет Microsoft Office Excel 2010.

- **Анализ на надеждността на използваните инструменти (*Alpha Cronbach*).** Чрез изчисляване на коефициента е потвърдено равнището на хомогенност на въпросниците (MBI; CBI; MSPSS) като цяло и за всяка субскала. Корелациите удовлетворяват изискванията.
- **Дескриптивен анализ.** Количествените променливи са представени като средна стойност и  $\pm$  SD, категориите - като брой и отношение (N, %). С 95% CI е представен дялът на респондентите за изследваните признаци, вкл. и резултатите по въпросниците. Резултатите са представени като числово разпределение, таблично и графично.
- **Дисперсионен анализ.** Чрез методите за проверка на статистическите хипотези е сравнено разпространението на burn out в групите на независимите променливи. В случаите на една независима променлива е използван едномерен дисперсионен анализ (one-way ANOVA). Когато не е изпълнено условието за нормално разпределение на независимите променливи за едномерен анализ е използван Kruskal-Wallis test. Използвано е ниво на значимост от 5%. Значения на  $p < 0,05$  се обсъждат за статистически сигнефикантни, а значения на  $p < 0,01$  за статистически силно сигнефикантни.
- **Корелационен анализ.** Чрез корелационния анализ е изучавана връзката между нивата на burn out във всяка субскала на въпросника MBI (зависима променлива) и другите наблюдавани променливи в анкетната карта (независими променливи). Използван е коефициент на Pearson.

## ГЛАВА ТРЕТА

### РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Емпиричното изследване е насочено към определяне равнището на професионалното прегаряне и връзката му с аспектите на здравната грижа.

Проведено бе анкетно проучване на базата на доброволно анкетиране сред 400 здравни професионалисти работещи в три многопрофилни болници за активно лечение (МБАЛ – Враца, МБАЛ- Монтана, МБАЛ- Мездра) и две специализирани болници по онкология (СБАЛО – София, КОЦ- Враца), за периода *август 2013 г – септември 2014 г.*

**3.1. Анализ и оценка на здравната грижа сред професионалистите по здравни грижи.**

#### **3.1.1. Грижата - ниво на приложимост на отделните аспекти.**

Текущите икономически ограничения по отношение на системите за здравеопазване, търсенето на по – високо качество на здравни грижи и включването на гледната точка на потребителите, създадоха необходимост от разработване на ясно разбираеми показатели, характеризиращи здравните грижи. Налице е нарастващо осъзнаване, че грижата е сложно явление, намиращо се в основата на здравната професия, което трудно може да се дефинира и измери.

Показателите за оценка аспектите и нивото на реализация на грижата са измерени, чрез Caring Behaviors Inventory (*Wu et al.,2006*), преведен на български език и адаптиран за целите на изследването. Оценявани са възприятията, нагласите и действията на здравните професионалисти по отношение на четири аспекта на грижите: професионални знания и умения; осигуряване на качество на грижата; уважение/почтителност и позитивна свързаност.

Анализът на резултатите от изследването показва, че за здравните професионалисти са характерни високи нива на приложимост на здравната грижа по скалите „Осигуряване на качество“ и „Взаимно уважение“, много високо ниво за „Професионални знания и умения“ и посредствени нива по

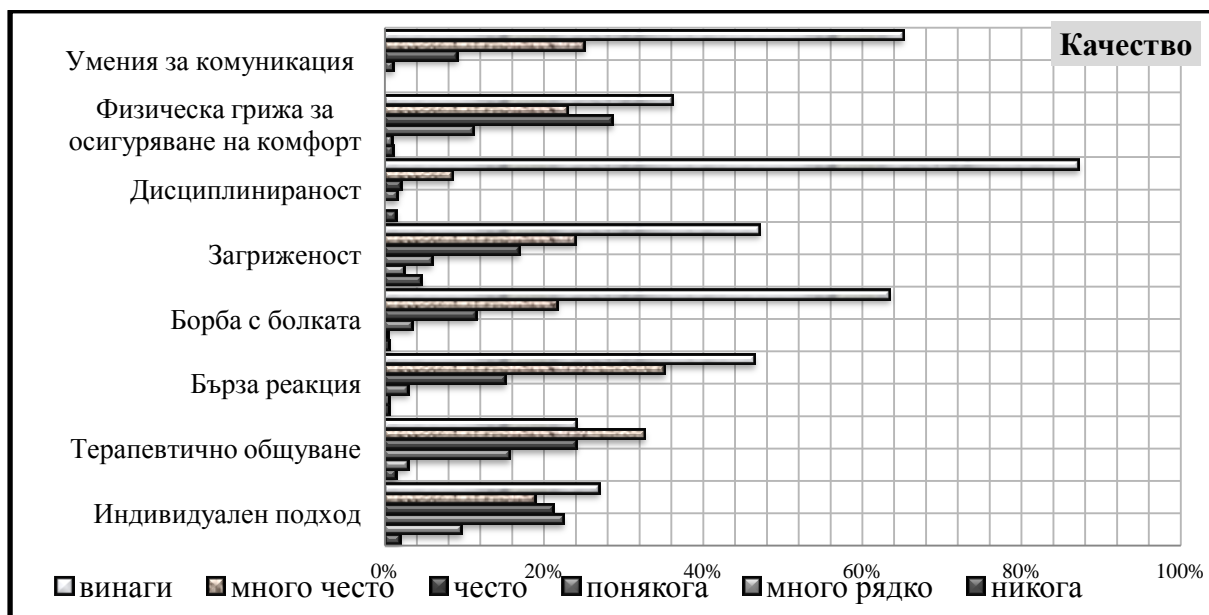
скалата „позитивна свързаност“. Статистическите оценки на резултатите от изследването по **СВІ** методиката са представени в Табл.7

**Табл.7** Средна стойност и стандартно отклонение по субскалите на СВІ

Показатели СВІ	Mean	Std. Deviation	Интерпретация
Осигуряване на качество	40,46	5,165	Високо ниво
Професионални знания и умения	26,72	2,421	Много високо ниво
Взаимно уважение	28,16	4,801	Високо ниво
Позитивна свързаност	19,41	5,127	посредствено ниво

Първият аспект на грижата - **осигуряване на качество**, съдържа осем показателя и включва дейности като: индивидуализиране на здравната грижа, умения за комуникация с пациента, демонстриране на загриженост, насърчаване на пациента да сподели проблемите си, бърза реакция на нуждите на пациента, правилно и навременно изпълнение на манипулациите и процедурите, облекчаване симптомите, чрез осигуряване на физически и емоционален комфорт.

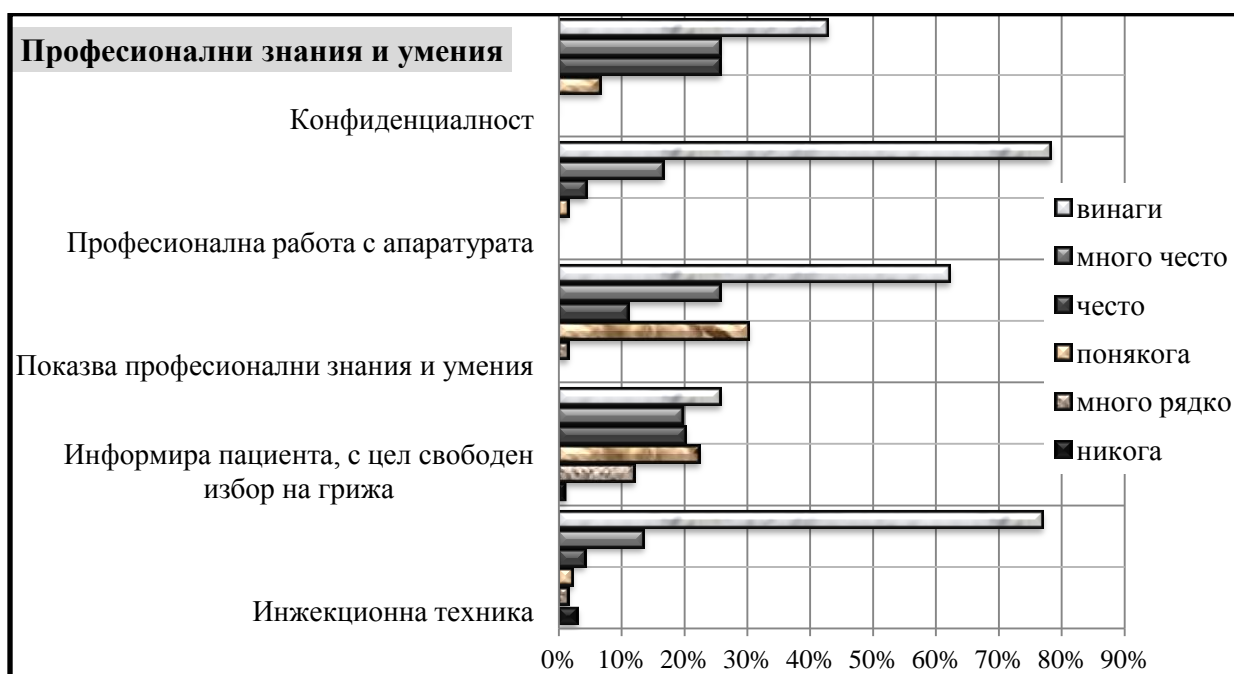
Средната стойност на аспекта качество на грижата в извадката е  $\chi=40,46$  (N=400). Относителният дял на оценките на респондентите е представен на фиг.1



**Фиг.1** Относителен дял на елементите на здравната грижа по скалата „качество“

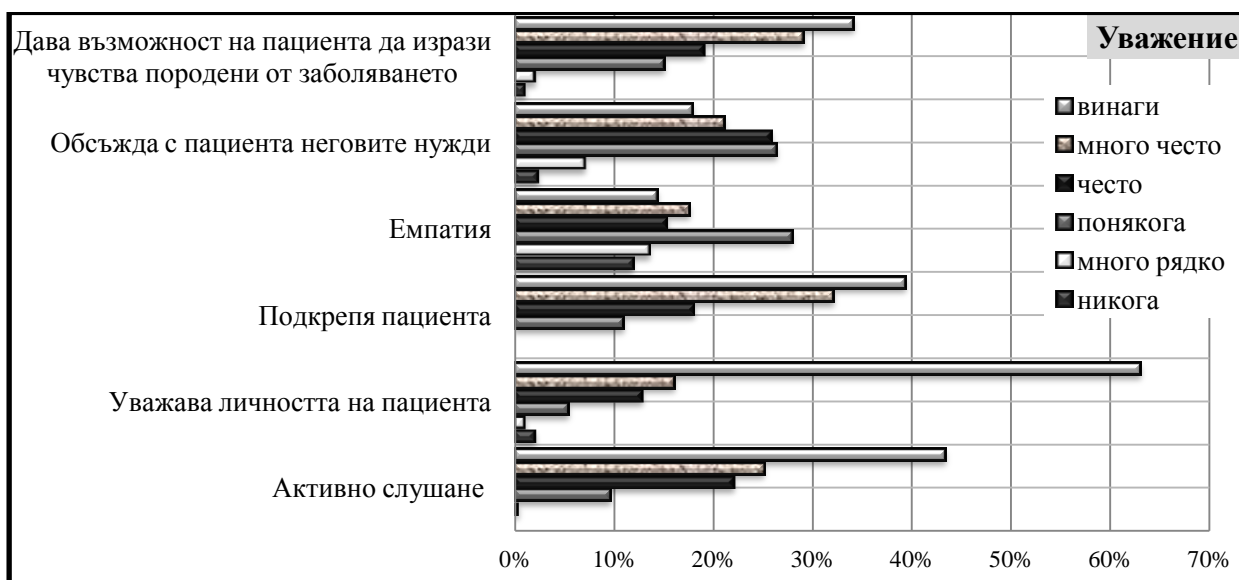
Вторият аспект – **професионални знания и умения** включва пет показателя: владеене на инжекционната техника и професионално боравене с апаратурата; даване информация на пациента с оглед вземане на решение за грижите и спазване на принципа на конфиденциалност.

Средната стойност на самооценката за професионални знания и умения е  $\chi = 26,72$  (N = 400). Процентното съотношение на мненията на респондентите е представено на фиг. 2.



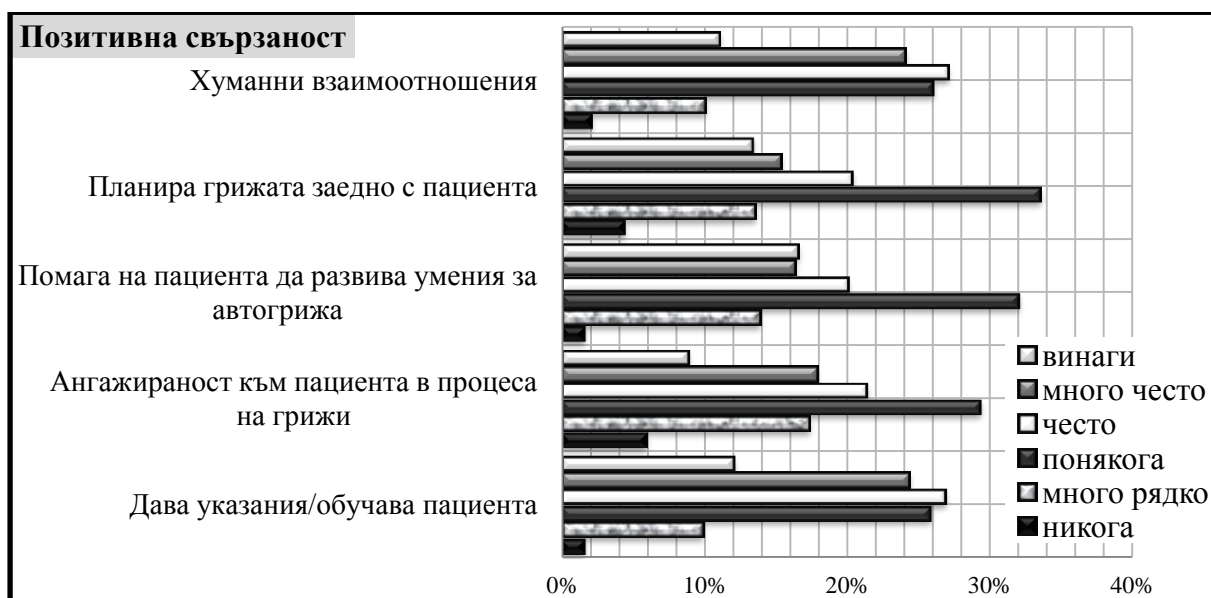
**Фиг.2** Относителен дял на елементите на здравната грижа по скалата - професионални знания и умения

Третата наблюдавана категория на грижата – **уважение/почтителност** включва шест показателя: поведение на активно слушане, уважение на личността на пациента, емпатично отношение и подкрепа, даване възможност на пациента да изрази емоциите си и планиране на грижата, чрез включване на пациента. Средната стойност на оценката е  $\chi = 28,16$  (N = 400). Относителният дял на отговорите по скалата **уважение/почтителност** е представен на фиг. 3.



**Фиг.3** Относителен дял на елементите на здравната грижа по скалата „взаимно уважение“

Последният аспект на грижата – **позитивна свързаност** съдържа пет показателя и включва дейности като: обучение на пациента и подпомагане в усвояване на умения за автогрижа, проява на съчувствие и установяване на хуманни взаимоотношения. Средната стойност на оценката е  $\chi=19,41$  (N=400). Процентното съотношение на елементите на здравната грижа по скалата „позитивна свързаност“ е представено на фиг.4.



**Фиг.4** Относителен дял на елементите на здравната грижа по скалата „позитивна свързаност“

### 3.1.2. Изразеност на отделните аспекти на здравната грижа според вида професионална дейност на специалистите.

Изследването установи различия в нивото на прилаганата грижа при медицинските сестри и другите здравни професионалисти (акушерка, рентгенов и медицински лаборант, рехабилитатор, медицински фелдшер, кинезитерапевт). Средната стойност на наблюдаваните характеристики е показана на табл.8

**Табл.8** Средна стойност и стандартно отклонение по субскалите на СВИ при медицинските сестри и други здравни професионалисти

Показатели	Мед. сестри			Други здравни професионалисти		
	Mean	Std. Deviation	Интерпретация	Mean	Std. Deviation	Интерпретация
Качество	40,88	4,769	Високо ниво	37,46	6,695	Умерено ниво
Професионални знания и умения	26,89	2,213	Много високо ниво	25,50	3,334	Високо ниво
Уважение	28,49	4,596	Високо ниво	25,80	5,548	Умерено ниво
Позитивна свързаност	19,77	4,596	Посредствено ниво	16,94	5,829	Ниско ниво

Анализът на резултатите на елементите за всеки аспект на грижата, дава следните данни: (табл.9)

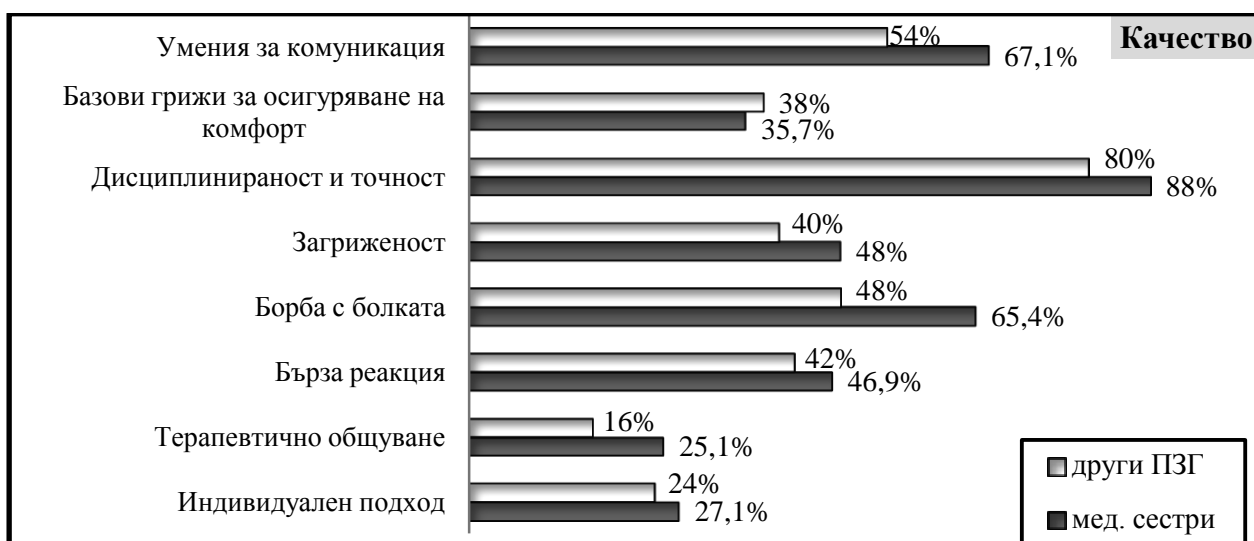
**Табл.9** Сравнение на резултатите от самооценката на здравната грижа.

показатели ниво	Качество		Професионални знания и умения		Уважение		Позитивна свързаност	
	Мед. сестри	Други ПЗГ	Мед. сестри	Други ПЗГ	Мед. сестри	Други ПЗГ	Мед. сестри	Други ПЗГ
Ниско	0,9%	8,0%	0%	6,0%	3,7%	22,0%	34,9%	58,0%
Посредствено	6,0%	10,0%	1,4%	4,0%	14,9%	10,0%	21,4%	18,0%
Умерено	14,6%	34,0%	4,9%	12,0%	22,3%	24,0%	16,0%	10,0%
Високо	38,3%	26,0%	38,6%	44,0%	28,6%	28,0%	18,9%	8,0%
Много високо	40,3%	22,0%	55,1%	34,0%	30,6%	16,0%	8,9%	6,0%
общо	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

От таблицата е видно, че медицинските сестри предлагат по-високо равнище на здравна грижа от другите работещи в здравеопазването здравни професионалисти.

Висока самооценка за качество на здравната грижа имат 78,6% от медицинските сестри (40,3% - много високо и 38,3% - високо) и 48% от другите ПЗГ (22%- много високо и 26%- високо). 6,8% от медицинските сестри и 18% от другите ПЗГ преценяват качеството на извършваната от тях услуга като ниско или посредствено.

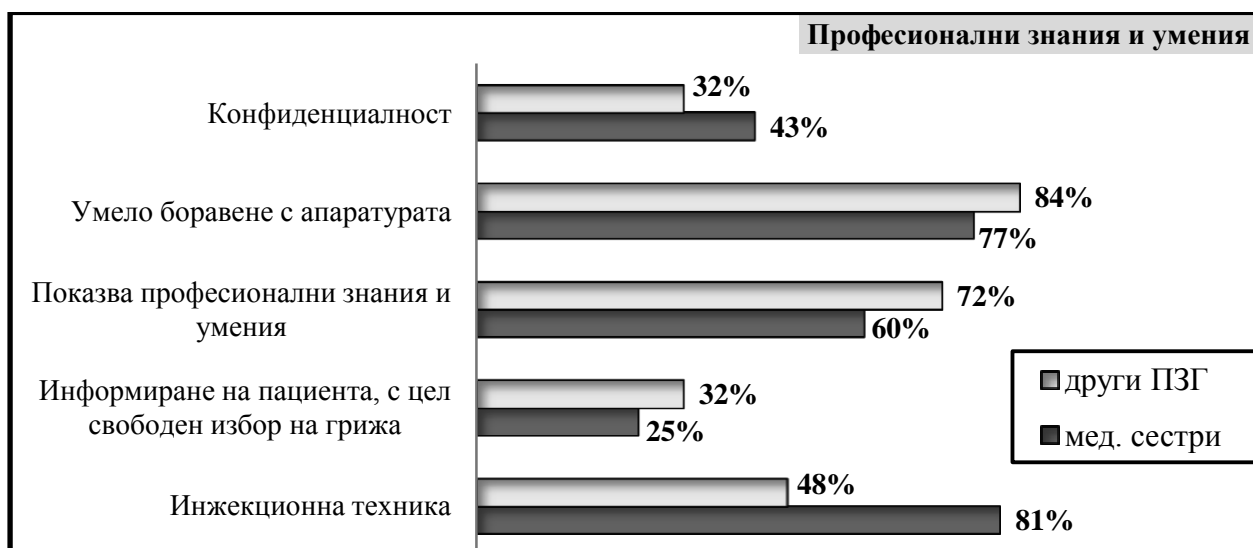
И в двете наблюдавани групи превес взема „изискването за дисциплинираност, точност и акурантост при манипулативната техника“, пред терапевтичното общуване и индивидуалния подход в грижата. фиг.5



**Фиг.5** Относителен дял на елементите на здравната грижа с висока самооценка по скалата „качество“

93,7% от медицинските сестри и 78% от другите ПЗГ оценяват високо и много високо прилаганата здравна грижа по скалата *професионални знания и умения*. 1,4% от медицинските сестри оценяват професионалната си подготовка като посредствена, в сравнение с другите ПЗГ (4%), като 6% от тях дават ниска самооценка на професионалната си компетентност.

Данните показват, че респоднентите ранжират най – високо владенето на инжекционната техника и професионалното боравене с апаратурата, пред уважаване правото на пациента за информиран избор на грижи и конфиденциалността на информацията. Отдаваме това на факта, че в професионалната дейност на здравния специалист, все още основният акцент се поставя на техническата грижа за пациента. (Фиг.6)

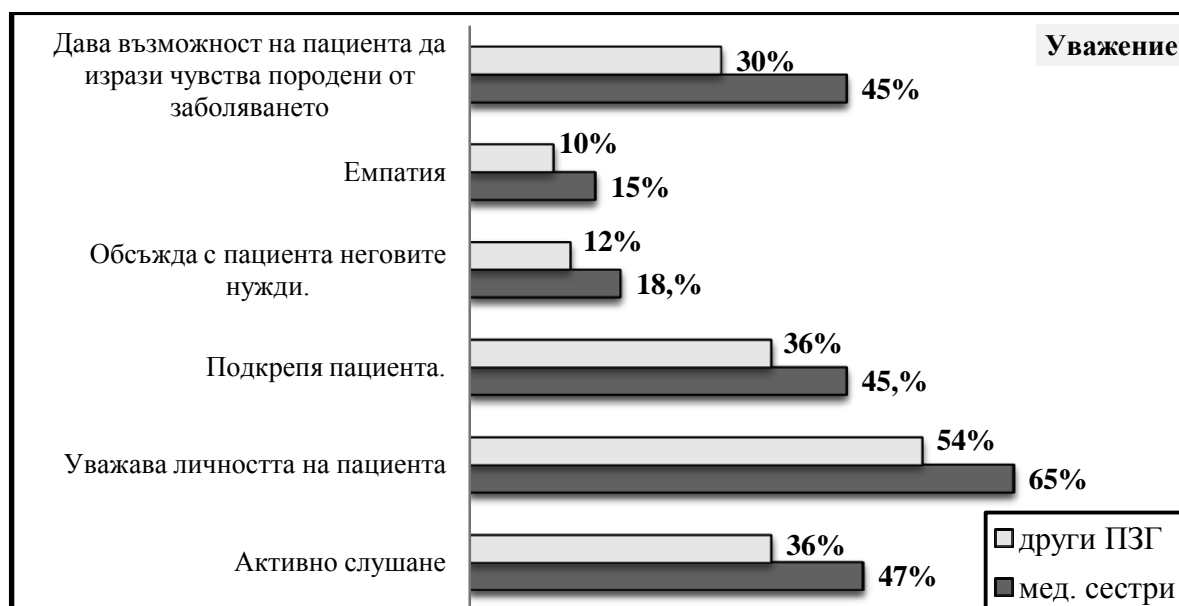


**Фиг.6** Относителен дял на елементите на здравната грижа с висока самооценка по скалата „професионални знания и умения“

Висока оценка по скалата уважение/почтителност си поставят 59,2% от медицинските сестри (30,6%- много високо ниво, 28,6% - високо) и почти половината от другите здравни професионалисти (16% - много високо, 28% - високо ниво ). Ниска самооценка за уважителност към пациента дават 3,7% от медицинските сестри и 22% от акушерки, медицински фелдшери, медицински и рентгенови лаборанти, кинезитерапевти и рехабилитатори.

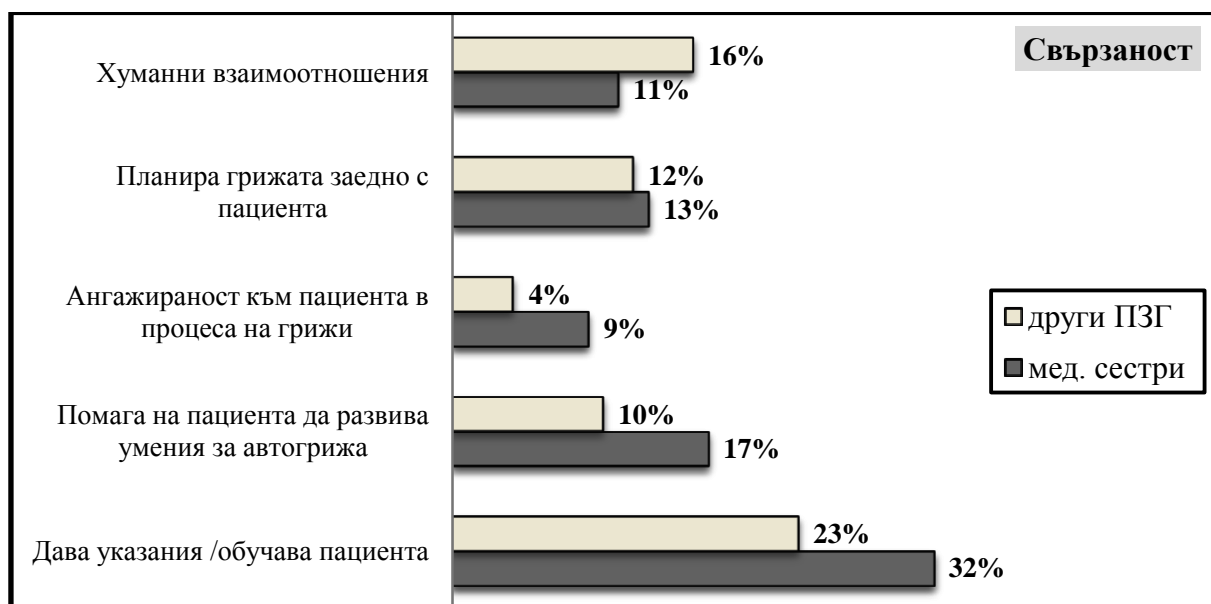
Това показва, че здравните професионалисти разбират значимостта на холистичния подход при взаимодействието с пациента, но все трудно могат да го реализират в практиката.

Въпреки, че повече от половината анкетирани и в двете наблюдавани групи възприемат пациента като личност, се наблюдава дефицит на емпатично отношение и подкрепа при провеждане на необходимите грижи, което според нас е защитна реакция на емоционалната зараза от близкия контакт с болния. (Фиг.7)



**Фиг.7** Относителен дял на елементите на здравната грижа с висока самооценка по скалата „взаимно уважение“

Тревога буди факта, че повече от половината медицински сестри и 3/4 от другите ПЗГ показват ниско и посредствено ниво на свързаност с пациента. 18,9% от медицинските сестри и 8% от другите ПЗГ дават висока оценка на дейността си в този аспект на грижата. Само 8,9% от медицинските сестри и 6% от другите наблюдавани здравни професионалисти оценяват свързаността си с пациента много високо. Макар, да се смята, че свързаността повишава ефективността на терапевтичната връзка във взаимоотношенията здравен професионалист – болен наблюдаваме изключително нисък процент на лична ангажираност към пациента в процеса на грижи, което според нас е признак за прегаряне. (Фиг.8)



**Фиг.8** *Относителен дял на елементите на здравната грижа с висока самооценка по скалата „позитивна свързаност“*

Сравнителният анализ на дейността „здравна грижа“ показва, че медицинските сестри имат по – добри показатели за реализуемост на здравната услуга в сравнение с другите ПЗГ изразяващи се в по – висока самооценка за професионални знания и умения, манипулативни умения, комуникативна компетентност, информиране на пациента, конфиденциалност, подкрепящо поведение. У другите здравни професионалисти също се забелязват високи показатели на здравната грижа, но доминират техническите умения, за сметка на планирането на здравната грижа и близкия контакт с пациента.

### **3.1.3. Влияние на демографските характеристики върху нивото на приложимост на здравната грижа.**

В това проучване като свързани със *здравната грижа* са разгледани следните променливи: възраст, пол, образование, трудов стаж.

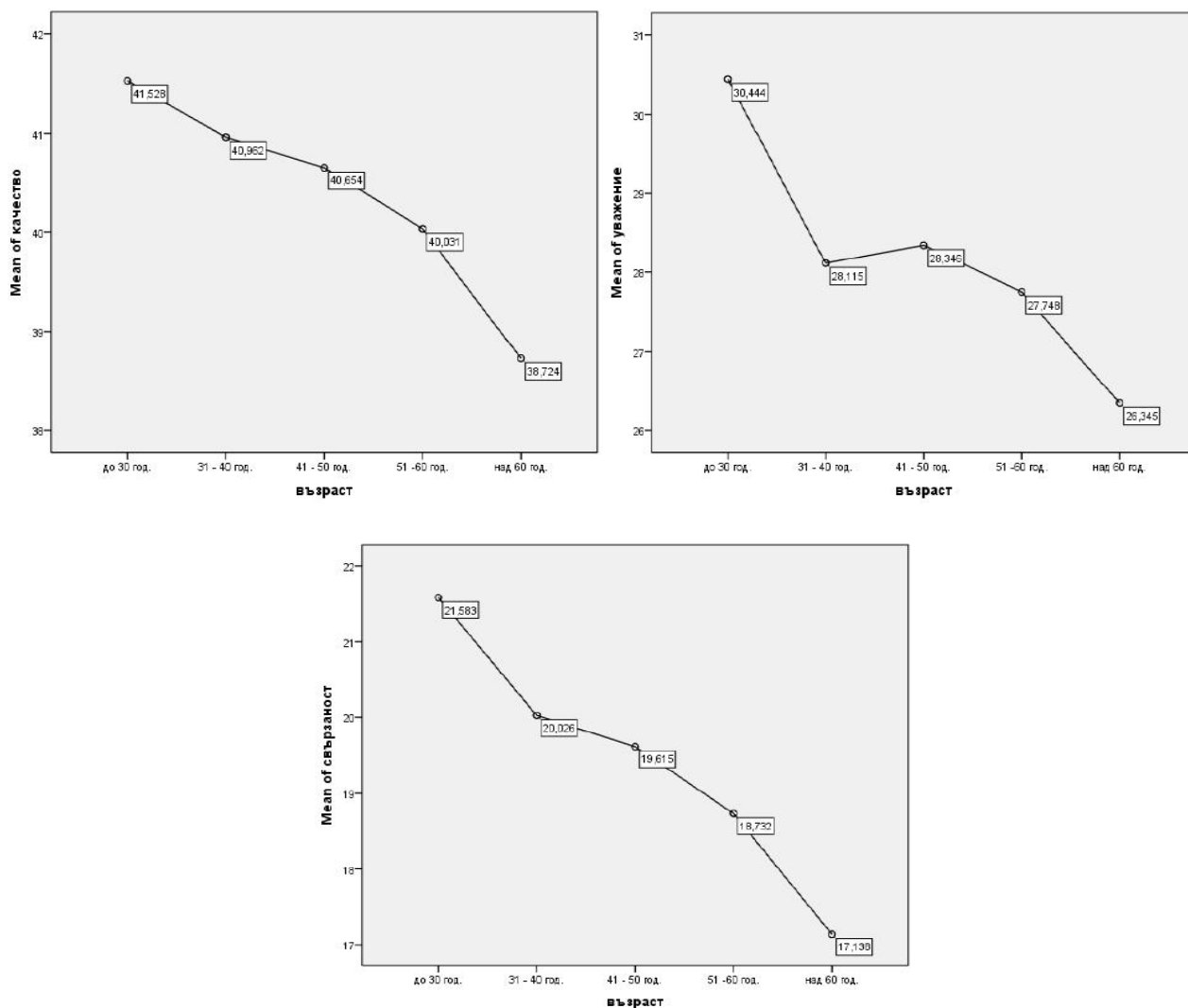
*Възрастта* се асоциира с усъвършенстване и съзряване. Предполага се, че с повишаване на възрастта се повишава опита и отговорността на лицето към работата. Множество проучвания доказват, че възрастта е свързана с грижата като отношение и дейност на медицинската сестра.

Нивото на приложимост на здравната грижа в различните възрастови групи е показано на Табл.10

**Табл.10** *Ниво на приложимост на здравната грижа в различните възрастови групи*

	възраст	Ниво на приложимост					N	M
		ниско	посредствено	умерено	Високо	Много високо		
качество	До 30 год.	2,8%	2,8%	13,9%	25%	55,6%	36	41,53
	31-40год.	1,3%	6,4%	11,5%	35,9%	44,9%	78	40,96
	41-50год.	1,5%	5,4%	18,5%	36,9%	37,7%	130	40,65
	51-60 год.	1,6%	7,1%	18,9%	41,7%	30,7%	127	40,03
	Над 60год	3,4%	13,8%	20,7%	31%	31%	29	38,72
знания	До 30 год.	2,8%	2,8%	8,3%	38,9%	47,2%	36	26,53
	31-40год.	1,3%	1,3%	2,6%	32,1%	62,8%	78	27,19
	41-50год.	0%	2,3%	4,6%	37,7%	55,4%	130	26,82
	51-60 год.	0,8%	1,6%	6,3%	42,5%	48,8%	127	26,54
	Над 60год	0%	0%	13,8%	51,7%	52,5%	29	26,07
уважение	До 30 год.	0%	8,3%	25%	22,2%	44,4%	36	30,44
	31-40год.	9%	11,5%	19,2%	25,6%	34,6%	78	28,12
	41-50год.	2,3%	13,8%	27,7%	30,8%	25,4%	130	28,35
	51-60 год.	7,9%	15,7%	21,3%	29,1%	26%	127	27,75
	Над 60год	13,8%	24,1%	10,3%	31%	20,7%	29	26,34
свързаност	До 30 год.	11,1%	19,4%	38,9%	25%	5,6%	36	21,58
	31-40год.	38,5%	11,5%	17,9%	20,5%	11,5%	78	20,03
	41-50год.	36,9%	22,3%	13,8%	17,7%	9,2%	130	19,62
	51-60 год.	40,2%	28,3%	8,7%	15,7%	7,1%	127	18,73
	Над 60год	62,1%	10,3%	13,8%	17,5%	8,5%	29	17,14

Съществува тясна отрицателна корелационна зависимост ( $p < 0,01$ ) между възрастта и здравната грижа в аспектите „осигуряване на качество, взаимно уважение и позитивна свързаност“. Налице е значително снижаване нивото на здравната грижа с увеличаването възрастта на респондентите.



**Фиг.9** Връзка между променлива на възраст и аспектите на здравната грижа

Данните от изследването доказват, че по – младите здравни професионалисти предлагат по- високо ниво на грижа от колкото по – възрастните, което според нас се дължи на по- високото образователно равнище.

*Обучението* е начинът да се получат повече знания във всеки отрасъл. По-високото образователното ниво на дадено лице предоставя системно мислене, компетентност, знания и умения повече, в сравнение с по-ниското образователно ниво.

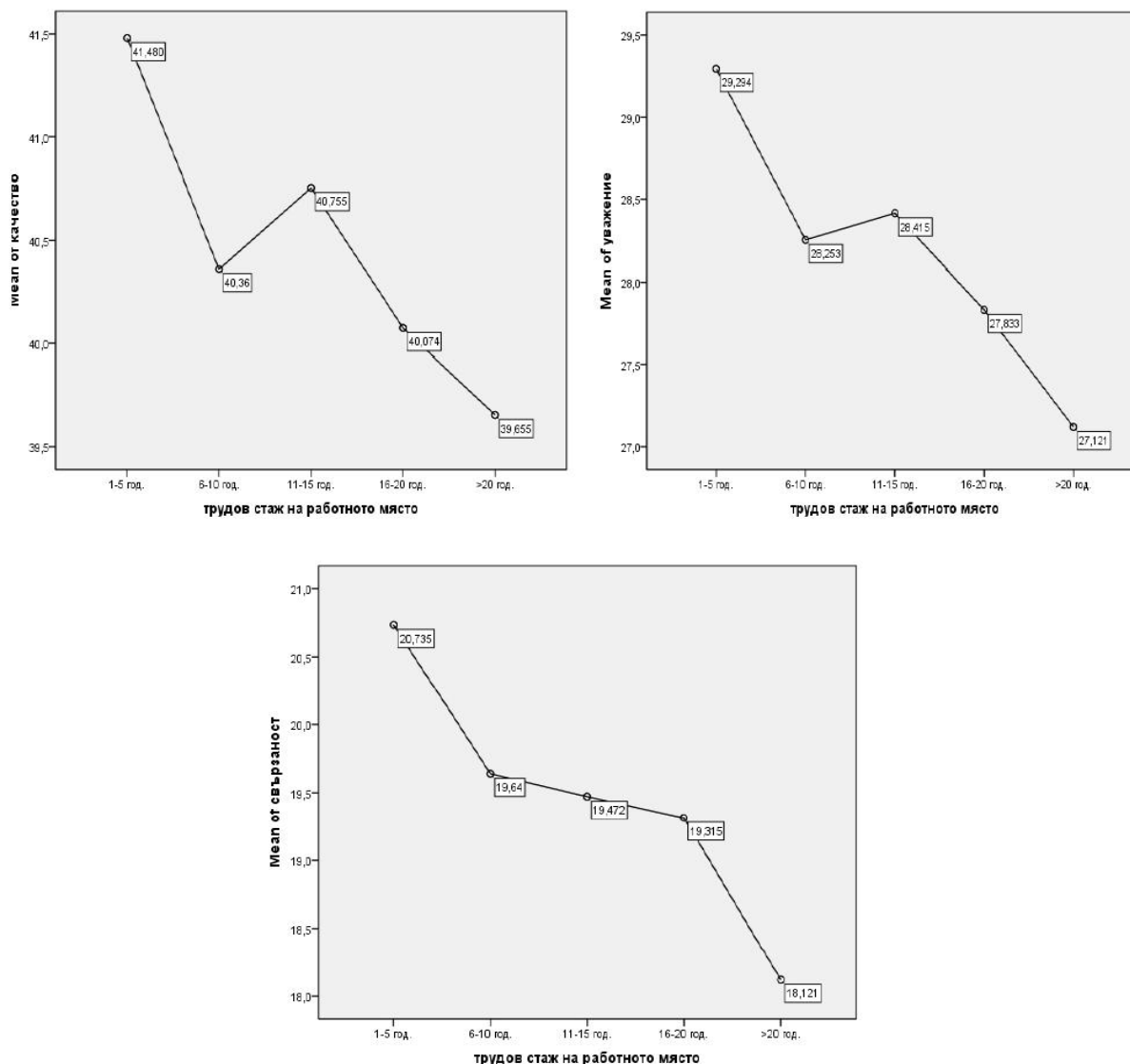
Проучването установи, тясна корелационна зависимост между образователното ниво и аспектите на здравната грижа. Връзката е положителна и показва, че с повишаване на образователното ниво на респондентите, се повишава степента на приложимост на здравната грижа в четирите и аспекта.

**Табл.11** *Взаимозависимост между образователния ценз и нивото на приложимост на здравната грижа*

Образование	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	Образование 1 400
Качество	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,146** ,003 400
Знания	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,178** ,000 400
Уважение	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,204** ,000 400
Свързаност	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,185** ,000 400

**Трудовият стаж** е много важен за всяка професия. Той е фактор, свързан с експертното ниво, особено в здравните грижи. Проведеното изследване идентифицира наличие на тясна отрицателна зависимост ( $p < 0,01$ ) между професионалния трудовия стаж на последното работно място и аспектите на грижата в подskalите *осигуряване на качество, взаимно уважение и позитивна свързаност*, т.е. с трупането на опит и преживяване на дългосрочния ефект от стресогенността на работното ежедневие трайно нараства напрежението и стресът сред изследваните лица, което води до снижаване нивото на прилаганата здравна грижа. (Фиг.10)

Изследването не идентифицира статистически значима връзка между трудовият стаж и аспекта *професионални знания и умения*.



**Фиг.10** Връзка между професионалния стаж и аспектите на здравната грижа

### 3.2. Анализ и оценка на феномена Burn out сред професионалистите по здравни грижи.

#### 3.2.1. Общи характеристики на тежестта на синдрома на прегаряне.

На този етап от проучването, използвайки техника за изследване на бърнаут синдрома разработена от Маслач и Джаксън (Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS) (Maslach and Jackson, 1996), се определи нивото на бърнаут синдрома и неговото разпределение сред здравните специалисти в контекста на професионалната им дейност .

С цел определяне степента на прегаряне сред професионалистите по здравни грижи се направи анализ на усреднените данни от цялата извадка. Данните показват, че сред професионалистите преобладават високи нива по

скалите на емоционално изтощение и деперсонализация и умерени нива по скалата на персонални постижения. Статистическите оценки на резултатите от изследването по методиката на Маслач и Джексън на Maslach Burnout Inventory са представени в Таблица 12

**Табл. 12** Средна стойност и стандартно отклонение по субскалите на MBI

<i>Показатели</i>	Mean	Std. Deviation	<i>Интерпретация</i>
<i>Емоционално изтощение</i>	<b>25,58</b>	<b>11,281</b>	Високо ниво
<i>деперсонализация</i>	<b>10,74</b>	<b>5,589</b>	Високо ниво
<i>Персонални постижения</i>	<b>32,03</b>	<b>7,420</b>	Умерено ниво

### **3.2.1.1. Сравнителен анализ на тежестта на синдрома при здравните професионалисти**

Изследването установи различия в степента на изразеност на синдрома при медицинските сестри и другите здравни професионалисти.

При медицинските сестри средната стойност на измеренията *емоционално изтощение* и *деперсонализация* се движи в границите на високо ниво, докато при другите здравни професионалисти работещи в сферата на здравеопазването е в границите на умерено ниво. Това може би се дължи на близката дистанция при взаимоотношенията медицинска сестра – болен. Средната стойност на наблюдаваните характеристики е показана на табл. 13

**Табл.13** Средна стойност и стандартно отклонение по субскалите на MBI при медицинските сестри и други здравни професионалисти

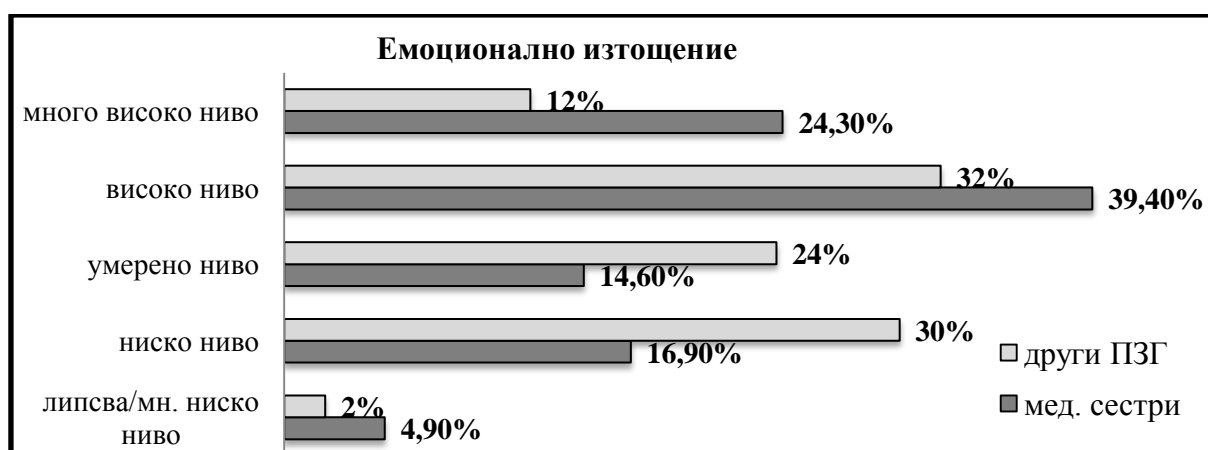
<i>Показатели</i>	<i>Мед. сестри</i>			<i>Други здравни професионалисти</i>		
	Mean	Std. Deviation	<i>Интерпретация</i>	Mean	Std. Deviation	<i>Интерпретация</i>
<i>Емоционално изтощение</i>	26,01	11,297	Високо ниво	22,56	10,805	Умерено ниво
<i>Деперсонализация</i>	10,85	5,522	Високо ниво	10,00	6,047	Умерено ниво
<i>Персонални постижения</i>	32,14	7,466	Умерено ниво	31,24	7,107	Умерено ниво

Относителния дял на елементите за всяка скала, определящ нивото на прегаряне дава следните данни: (табл.14)

**Табл.14** Сравнение на резултатите от оценката на burn out.

показатели ниво	Емоционално изтощение		Деперсонализация		Персонални постижения	
	Мед. сестри	Други ПЗГ	Мед. сестри	Други ПЗГ	Мед. сестри	Други ПЗГ
Липсва/мн. ниско	4,9%	2,0%	0,6%	2,0%	0,3%	0%
ниско	16,9%	30,0%	11,1%	14,0%	27,1%	30,0%
умерено	14,6%	24,0%	38,3%	40,0%	46,3%	38,0%
високо	39,4%	32,0%	23,4%	12,0%	17,4%	26,0%
Много високо	24,2%	12,0%	26,6%	32,0%	8,9%	6,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

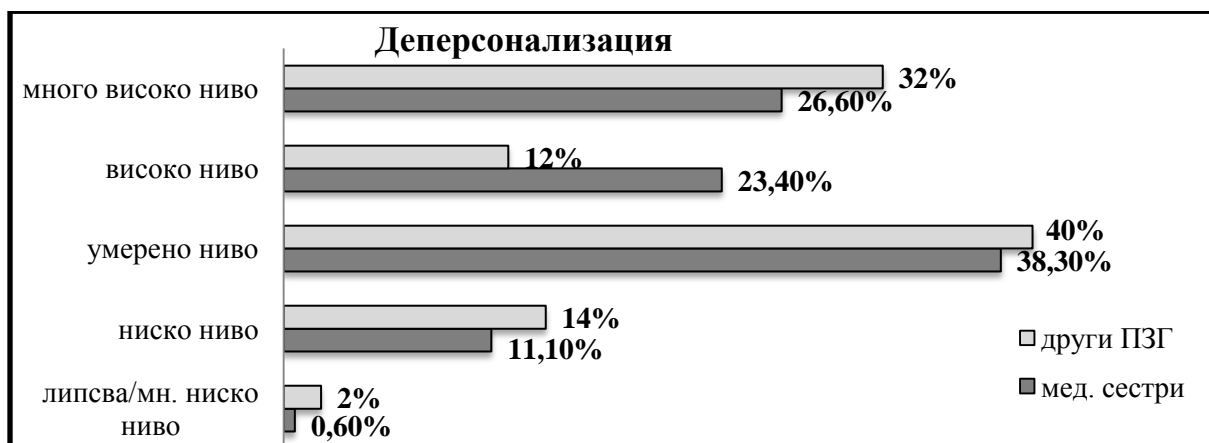
От таблицата е видно, че при повече от половината от всички изследвани лица е формирано прегаряне. Изследването установи различия в степента на изразеност на синдрома при медицинските сестри и другите здравни професионалисти. Висока степен на емоционално изтощение показват 2/3 от медицинските сестри (24,3% - много високо и 39,4% -високо) и почти половината от другите здравни професионалисти (12%-много високо и 32%-високо ниво). 16,9% от медицинските сестри и 30,0% от другите наблюдавани професионалисти имат ниска степен. Само 4,9% от сестрите и 2% от другите ПЗГ не страдат от емоционално изхабяване. Фиг.11



**Фиг.11** Изразеност на синдрома в измерението ЕИ при обследваните лица

Значителна тежест на синдрома в измерението деперсонализация показват 2/3 от медицинските сестри (26,6%-много високо и 23,4%-високо ниво) и почти половината от другите здравни професионалисти (32%-много високо и 12%-високо ниво): Ниско ниво на ДП се установява при 11,5% от медицинските

сестри и 14% от другите ПЗГ. Само 2,6% от респондентите не извяват такива симптоми. Фиг.12



**Фиг.12** Изразеност на синдрома в измерението ДП при обследваните лица

По отношение изразеността на *burn out* в измерението *персонални постижения* в двете наблюдавани групи се наблюдават незначителни разлики: високо самочувствие за компетентност демонстрират 27,1% от медицинските сестри и 30% от другите ПЗГ. Усещане за ниска персонална успешност изпитват по - малко медицински сестри (17,4%) в сравнение с рехабилитатори, акушерки, кинезитерапевти, рентгенови и медицински лаборанти, медицински фелдшери (26%). (Фиг.13)



**Фиг.13** Изразеност на синдрома в измерението ПП при обследваните лица

Сравнителният анализ показва, че феноменът на прегаряне се наблюдава в по- висока степен у медицинските сестри и се проявява във високо усещане за емоционално претоварване, опустошеност и изчерпване на емоционалните им ресурси, дистанцираност в комуникацията с пациенти и колеги, снижена самооценка за персонална ефективност.

### 3.2.2. Демографски аспекти на Burn out.

За изучаване динамиката на професионалното прегаряне у здравните специалисти, в това проучване като свързани с *burn out* са разгледани следните променливи: възраст, пол, образование, трудов стаж (общ и на последното работно място).

Прецизни изследвания на феномена доказват, че демографските променливи имат значителен ефект върху синдрома на прегаряне.

#### 3.2.2.1. Влияние на пола върху компонентите на прегарянето.

Анализът на резултатите по отношение на половите различия сочи, че от всички анкетирани 97% са жени и 3% са мъже.

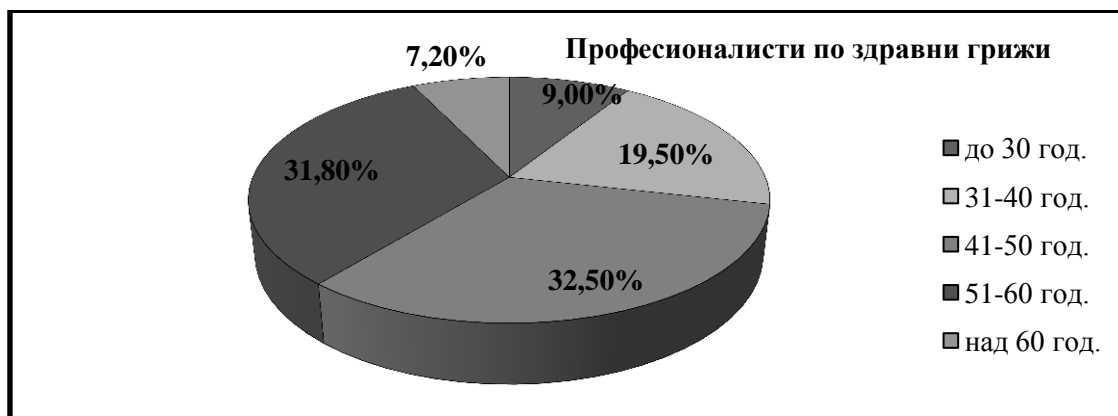
Изследването установи различия в степента на изразеност на синдрома при лицата от женски и мъжки пол. При респондентите от женски пол средната стойност на измеренията *емоционално изтощение* и *деперсонализация* се движи в границите на високо ниво, докато при професионалистите от мъжки пол е в границите на умерено ниво. Жените от извадката страдат от емоционално изхабяване и изчерпаност много по-често от мъжете, което може да бъде обяснено с културологичното схващане за жените като по-емоционален пол, а също и идеята, че работещите жени изпитват по – високо работно претоварване (в сравнение с мъжете), поради допълнителните битови и семейни задължения. Средната стойност на наблюдаваните характеристики е показана на табл. 15

**Табл.15** Средна стойност и стандартно отклонение по субскалите на БА в зависимост от пола на респондентите

Показатели	Жени			Мъже		
	Mean	Std. Deviation	Интерпретация	Mean	Std. Deviation	Интерпретация
<i>Емоционално изтощение</i>	25,80	11,225	Високо ниво	18,33	11,171	Умерено ниво
<i>Деперсонализация</i>	10,87	5,575	Високо ниво	6,75	4,673	Умерено ниво
<i>Персонални постижения</i>	31,92	7,379	Умерено ниво	35,50	8,241	Умерено ниво

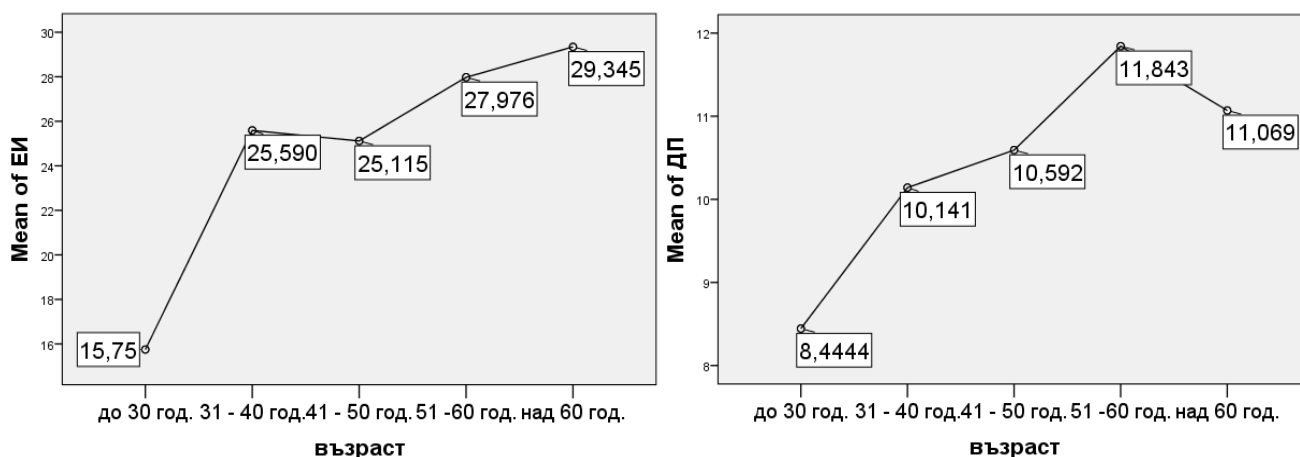
### 3.2.2.2. Връзка между възрастовите характеристики на здравните професионалисти и синдрома на прегаряне.

Анализът на получените резултати по отношение на възрастта показва: средната възраст на респондентите е в диапазона 47г. ( $\chi=46, 58$ ; min.23, max.74). Най – голям процент респонденти са в средата на своята трудово - активна възраст (41 до 60 години). Разпределението на анкетираните е представено на фиг. 14



Фиг.14 Възрастово разпределение на респондентите

По отношение на възрастовата динамика на феномена впечатление прави значимото повишаване на нивото професионалното прегаряне с напредване на възрастта. Налице е тясна връзка ( $p=0,000$ ) между нарастването на възрастта и измеренията *емоционално изтощение* и *деперсонализация*. Най – податливи на „burn out“ са медицинските специалисти в границите от 51 до над 60 годишна възраст. (Фиг.15)



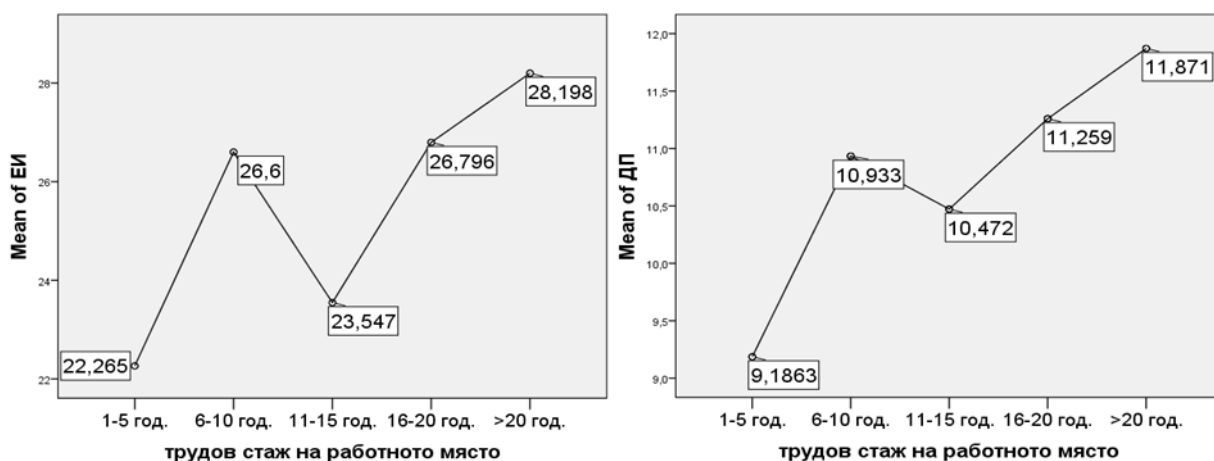
Фиг.15 Връзка между синдрома на прегаряне и възрастовите характеристики на респондентите

### 3.2.2.3. Влияние на трудовият стаж върху изразеността на професионалното прегаряне

Анализът на резултатите от изследването показва: повече от половината от изследваните здравни професионалисти са с дълъг трудов стаж (58,8% - повече от 20 години), а 14,8% попадат в границите между 16 и 20 години. Трудов стаж между 11 и 15 години отбелязват 11% от респондентите; 10,5% са в началото на своята трудова кариера и 5 % попадат в диапазона от 6 до 10 години. По отношение на последното работно място най-голям дял заемат професионалистите с професионален опит повече от 20 години (29%) и такива малък професионален опит (25,5%). Сравнено с общия трудов стаж се вижда, че почти два пъти по-малко от професионалистите с дълъг трудов стаж са предпочели кариера на последното работно място, което може би е свързано с високата стресогенност на професията.

Изследването установи тясна корелационна зависимост ( $p=0,000$ ) между синдрома на прегаряне и професионалния стаж (общ и на последното работно място) на респондентите.

Силно впечатление прави нарастването на нивото на Бърнаут при специалистите с дълъг професионален опит. Основно са засегнати медицински специалисти в и след средата на професионалния си път. (Фиг.16)



**Фиг.16** Връзка между БА и професионалния опит на медицинските специалисти

Най – висока степен на изразеност на синдрома имат професионалистите с над 20 годишен професионален опит на последното работно място: по

измерението *емоционално изтощение* ( $\chi = 28,20$ ;  $N=116$ ) и за *деперсонализация* ( $\chi = 11,87$ ;  $N=116$ ). 70,6% от тези професионалисти са с високо и много високо ниво на емоционално изтощение и 60,6% - деперсонализация.

Умерено ниво на прегаряне имат специалистите с малък професионален опит (1-5 години) на работното място: по измерението *емоционално изтощение* ( $\chi=22,26$ ;  $N=102$ ) и за *деперсонализация* ( $\chi=9,19$ ;  $N=102$ ). 50% от тях също страдат от високо и много високо ниво на емоционално изтощение, а при 35,3% и високи и много високи нива на деперсонализация.

Данните доказват, че медицинските специалисти с дълъг професионален опит на работното място имат по- високи нива на прегаряне. Това се обяснява със силно емоционално инвалидизиращия ефект, който оказва спецификата на професионалните задължения, ежедневния контакт с пациенти намиращи се в състояние на стрес, изпитващи болка, разочаровани от предлаганото здравно обслужване, както и неоспоримото въздействие на съпътстващия работата риск за здравето на специалистите.

Наличието на прегаряне сред професионалистите с малък професионален опит може да се дължи на липсата на социален и професионален опит, което ги кара да изпитват неувереност.

#### **3.2.2.4. Влияние на образователното ниво върху изразеността на професионалното прегаряне**

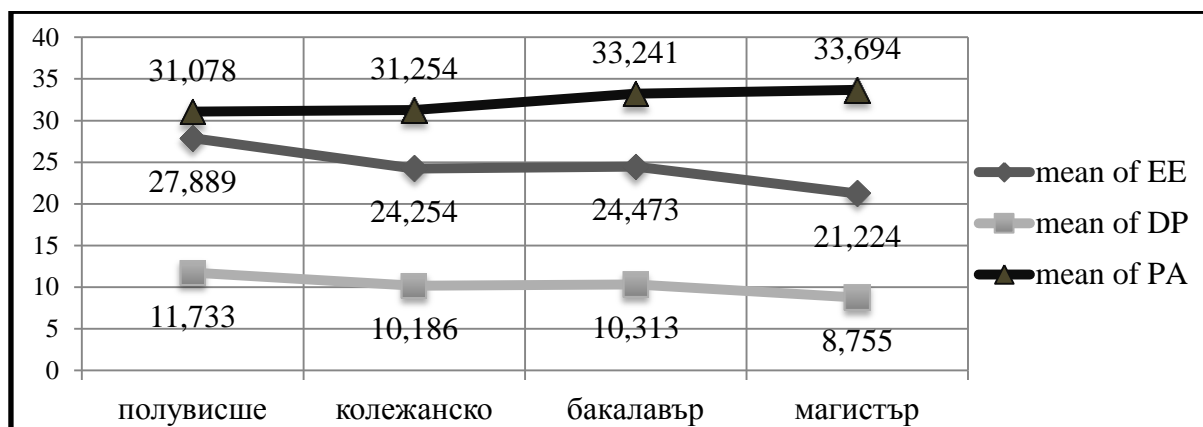
От всички анкетирани здравни професионалисти 45% имат полувисше медицинско образование, 28% притежават бакалавърска образователна степен, 14,8% са с ОКС „специалист“ и 12,2% са завършили магистърска програма по здравни грижи.

Изследването установи тясна отрицателна корелационна зависимост на променливата „образователно ниво“ със скалите ЕИ, ДП и ПП. (Табл.16)

**Табл.16** Връзка между образователното ниво на респондентите и БА

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
EE * образование	Pearson's R	-,196	,048	-3,984	,000 <sup>c</sup>
DP * образование	Pearson's R	-,215	,049	-4,385	,000 <sup>c</sup>
PA * образование	Pearson's R	-,122	,048	-2,453	,015 <sup>c</sup>

Анализите сочат, че колкото по-високо е образователното ниво на респондентите, толкова по-ниски са нивата на burn out. (фиг.17)



**Фиг.17** Връзка между образователното ниво на респондентите и скалите емоционално изтощение, деперсонализация и персонални постижения на БА

Най – висока степен на изразеност на синдрома имат професионалистите с полувисше образование: по скалата *емоционално изтощение* ( $\chi=27,89$ ;  $N=180$ ) и за *деперсонализация* ( $\chi=11,73$ ;  $N=180$ ). 72,2% от професионалистите с полувисше медицинско образование са с високо и много високо ниво на емоционално изтощение и 69,5% - деперсонализация. Само 1% от тези професионалисти не изпитват емоционално изтощение.

Умерено ниво на прегаряне имат специалистите с ОКС „Магистър“ по здравни грижи: по измерението *емоционално изтощение* ( $\chi=21,22$ ;  $N=48$ ) и за *деперсонализация* ( $\chi=8,76$ ;  $N=48$ ). При 30% от тях е установено ниско ниво или липсва емоционално изтощение, и при 26,5% - деперсонализация.

Анализът на тези резултати показва, че лицата с по-висока образователно–квалификационна степен са по-ориентирани към разпознаване, анализ и споделяне на своите емоции, влагат повече емоционалност в поддържането на личностните взаимоотношения, както при равностойни позиции, така и при субординация.

### 3.2.3. Връзка между Burn out синдрома и организационните фактори.

От групата на организационните фактори в изследването са наблюдавани условията на работа, съдържанието на труда и социално–психологическите условия на дейността, като най–представителни в областта на проучванията върху *burn out*.

### **3.2.3.1. Burn out и работните условия**

Условията на труд на здравния специалист съдържат някои характеристики, които могат да имат значение за формиране на прегаряне. Високото работно натоварване, 3-сменният режим на работа, очакваните усложнения в състоянието на пациента изискват висока функционална активност и могат да се квалифицират като водещи патогенни професионални фактори.

Възникващите в последно време промени в обществото оказват допълнителен психологически натиск върху професионалистите по здравни грижи, защото изискват по-качествена работа в значително по – кратки срокове при финансово ограничено обезпечаване на здравните заведения. Голяма част от здравните професионалисти работещи при новите условия имат ненормиран работен ден, полагат извънреден труд свързан със съвместяване на длъжности или допълнително професионално натоварване.

Проучвания на феномена „burn out“ показват, че повишеното работно натоварване и извънредния труд стимулират развитието на прегаряне. Аналогични резултати са получени и между продължителността на работния ден и синдрома на прегаряне, защото тези две променливи са тясно свързани помежду си .

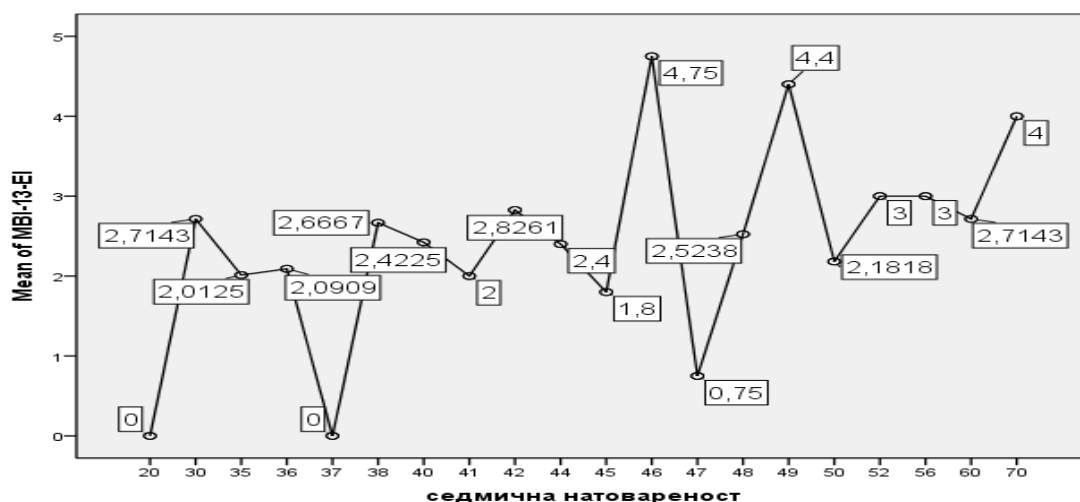
Към момента на проучването 97,5% от респондентите работят на пълен работен ден, а 2,5% от анкетираните упражняват труд на съответното работно място по втори трудов договор.

Анализът на резултатите показва, че седмичната натовареност на анкетираните професионалисти в петте наблюдавани болници превишава законоустановеното в КТ работно време. Статистическите оценки на резултатите са показани на табл.17

Табл.17 Средна стойност на седмичната натовареност на респондентите

Седмична натовареност				
Здравно заведение	Mean	N	Std. Deviation	Интерпретация
МБАЛ - Враца	42,74	127	6,861	По - висока от законоустановеното от КТ раб. време
КОЦ - Враца	38,65	51	5,538	По - висока от законоустановеното от КТ раб. време
СБАЛО - София	38,48	75	4,822	По - висока от законоустановеното от КТ раб. време
МБАЛ- Монтана	40,49	101	3,428	По - висока от законоустановеното от КТ раб. време
МБАЛ- Мездра	42,65	46	61913	По - висока от законоустановеното от КТ раб. време
Total	40,84	400	5,880	

Проведеното изследване идентифицира, наличие на зависимост ( $p < 0,05$ ) между работното натоварване и чувството за работоспособност и професионална компетентност у медицинските специалисти. Данните доказват, че повишеното работно натоварване и извънредния труд снижават самооценката за личка компетентност и персонална ефективност у професионалистите и стимулират развитието на прегаряне. Колкото по-високо е работното натоварване, толкова по-малко удоволствие от работния процес изпитва здравния професионалист. (Фиг.18)

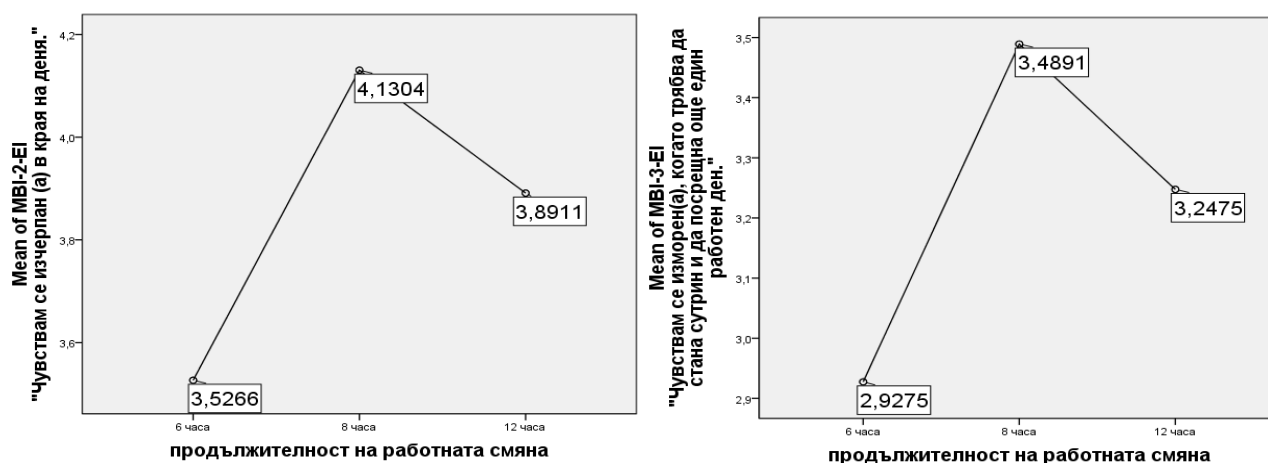


MBI-13-EI: Чувствам се разочарован(а) от моята работа.

Фиг.18 Връзка между седмичната натовареност на респондентите и чувството за емоционално изхабяване.

Резултатите от корелационния анализ идентифицират и наличие на зависимост между продължителността на работния ден и умората ( $R=0,104; p<0,05$ ), и изтощението ( $R=0,117; p<0,05$ ) у респондентите.

Повече от половината от професионалистите в наблюдаваната извадка работят на смесен график, включващ първи смени и нощни дежурства (52%), 25,5% от респондентите осъществяват 12- часови работни дежурства, а 22,5% работят дневна смяна и не упражняват нощен труд. Здравните професионалисти, чиято продължителност на работния ден е 8 часа усещат по-често умора и изчерпаност в края на деня, предпоставка за емоционално изтощение. (Фиг.19)



**Фиг.19** Връзка между продължителността на работната смяна и ЕИ.

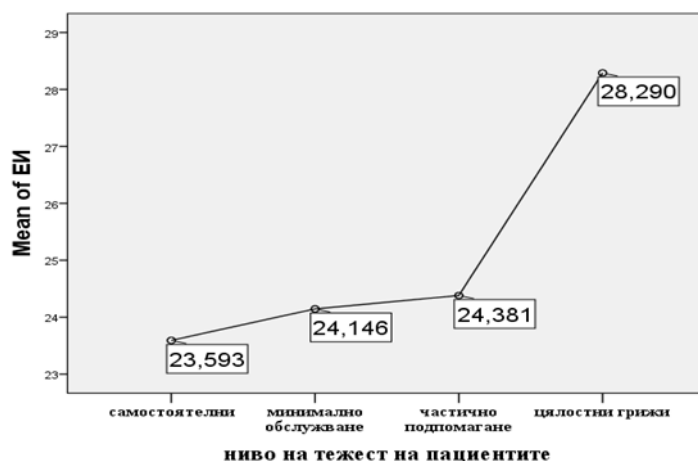
**Съдържанието на труда** на здравния професионалист включва количествените и качествените аспекти на обслужване на пациентите: брой пациенти, ниво на тежест, степента на дълбочина на контактите с тях. Данните по отношение на взаимодействието между прегарянето и броя на пациентите, в това число и обслужваните за определен период от време, не са еднозначни, въпреки че теоретично е възможно да се предположи, че е налице положителна връзка между тези променливи.

Определена тенденция показва съпоставянето на дълбочината на контакта с пациента и тежестта на състоянието (проблемите) им. Най – силно е изразен ефекта на тези фактори там, където тежестта на проблемите на пациента се съчетават с минимален успех в ефективността на решенията относно грижите и

изхода от заболяването на пациента. Това е работата с тежко болни и болни с неизлечими заболявания, изискващи цялостни грижи и обслужване.

Респондентите оценяват средното ниво на тежест на пациентите в зависимост от нуждите. Грижи за пациенти, нуждаещи се от частично подпомагане осъществяват 48,5% от работещите, цялостни грижи за тежко болни – 32,8%, грижи за нуждаещи се от минимално подпомагане извършват 12%, а 6,8% от респондентите обслужват пациенти на по-лек болничен режим.

Изследването идентифицира тясна корелационна връзка ( $R=0,142$ ;  $p<0,001$ ) между тежестта на състоянието на пациента и емоционалното изтощение у респондентите, което се явява следствие на емоционалната въввлеченост на професионалистите в негативните преживявания на пациента. (Фиг.20)



**Фиг.20** Зависимост между емоционалното изтощение у респондентите и състоянието на пациента.

Участниците в проучването споделят, че обгрижват по около 18 пациента на смяна ( $\chi =18,27$ ; min.2, max.80), като средно отделят по около 21 минути на всеки ( $\chi =21,08$ ; min.3, max.60).

Броя обслужвани пациенти и чувството на умора и изчерпване в края на работната смяна са в тясна зависимост ( $R=0,108$ ;  $p<0,05$ ), както и времето отделено на всеки пациент и чувството за неудовлетвореност от работата ( $R= -0,114$ ;  $p<0,05$ ), и значимостта на прилаганата грижа ( $R= 0,138$ ;  $p<0,001$ ).

Изследването показва, че контакта с пациента в хода на професионалната дейност, може да допринесе за Burn out. т.е. медицинските специалисти обслужващи по-голям брой пациенти имат по-високо ниво на емоционално

изтощение и отделят по – малко време на пациента, респ. предлагат по – ниско качество на грижи, поради снижената самооценка на значимостта на своята дейност.

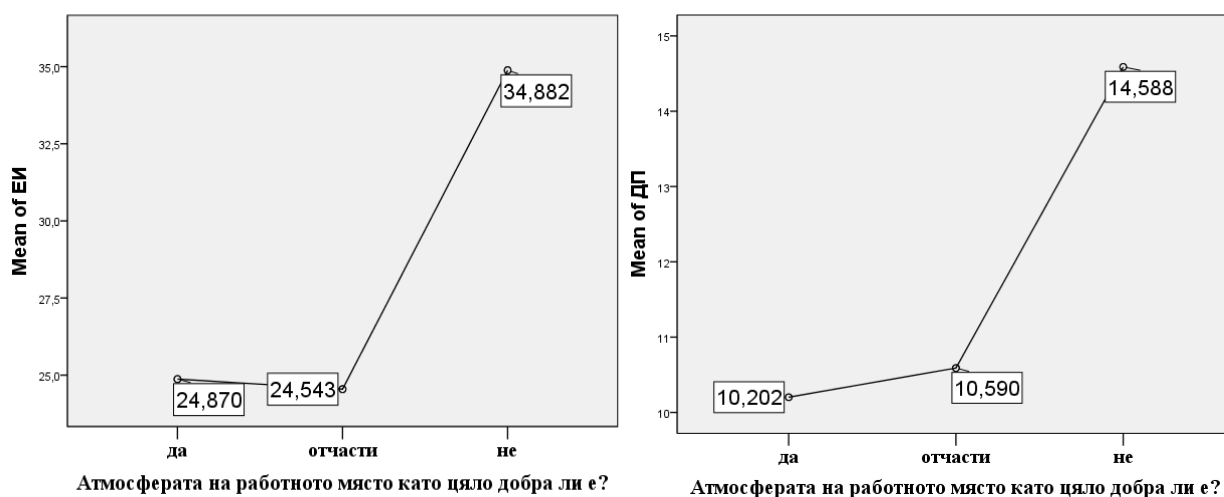
### 3.2.3.2. Burn out и социално-психологическите отношения в организацията.

*Взаимоотношенията на работното място* в контекста на прегарянето са разглеждани както вертикално, така и хоризонтално.

От въпросите свързани със социално – психологическото взаимодействие в колектива вертикално в изследването са разгледани влиянието на стила на ръководство и тенденцията за бърнаут у подчинените.

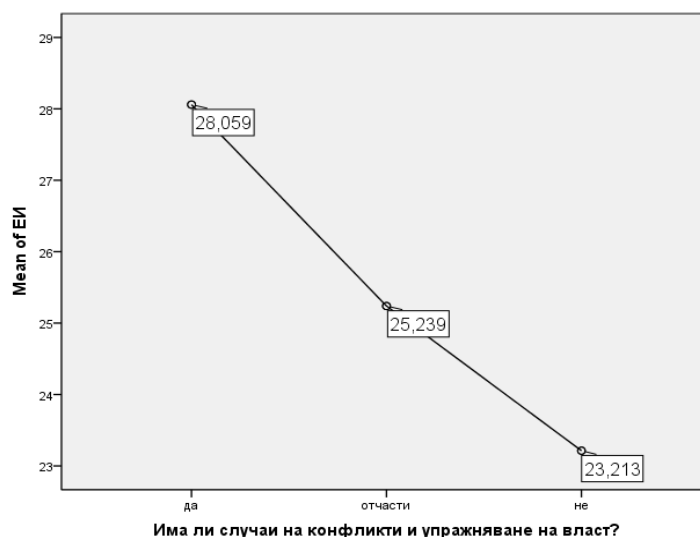
Данните от изследването показват тясна корелационна зависимост между показателите по скалата ЕИ и *изискванията към работното време* ( $R=0,144;p<0,001$ ) на медицинските специалисти.

Факторът „*работна атмосфера*“ в колектива, касаещ влиянието на стила ръководство и тенденцията към прегаряне у подчинените показват връзка в измеренията *емоционално изтощение* ( $R=0,144;p<0,01$ ) и *деперсонализация* ( $R=0,145; p<0,01$ ). Лошата работна атмосфера и липсата на организационна подкрепа влияят на усещането за емоционално изтощение от работата, формализацията на общуването с пациента, използването на стереотипни навици и формално изпълнение на задълженията. (Фиг.21)



**Фиг.21** Връзка между работната атмосфера и професионалното прегаряне

**Упражняването на власт**, напрежението и конфликтите в професионалната среда също увеличават риска от емоционално изтощение ( $R = -0,143$ ;  $p < 0,01$ ). (Фиг.22)



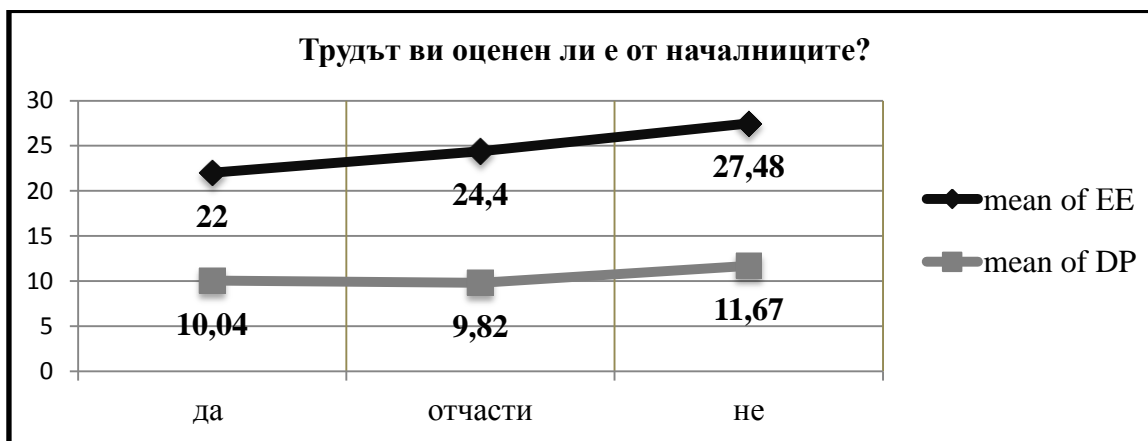
**Фиг.22** Бърн аут и упражняването на власт на работното място

Друг фактор касаещ взаимодействието в колектива по вертикала е **оценката на труда** – материална и морална.

Изследването доказва, че недостатъчното възнаграждение способства за развитие на емоционално изтощение ( $R = 0,144$ ;  $p < 0,01$ ) и деперсонализация ( $R = 0,167$ ;  $p < 0,01$ ).

Ниското заплащане на труда, несъответстващо на обема извършена работа, често заставя здравните професионалисти да работят пренебрегвайки времето за отдих, формира високо ниво на стрес и последващо изтощение, склонност към дистанцираност в общуването с пациенти и колеги.

В същото време за предотвратяване на прегарянето е важен не толкова абсолютния размер на възнаграждението, а съотнасянето му със собствения принос. Несъответствието между работата и личността и неадекватното възнаграждение (материално и морално) се преживява от респондентите като непризнание на техния труд. Това обяснява и връзката на тази променлива със субскалата *емоционално изтощение* ( $R = 0,158$ ;  $p < 0,01$ ) и *деперсонализация* ( $R = 0,144$ ;  $p < 0,01$ ). (фиг.23)



**Фиг.23** Връзка между оценка на труда и БА

**Социалната подкрепа** традиционно се възприема като буфер между професионалния стрес и дисфункционалните последствия от него, защото влияе на увереността на човека във възможностите му за справяне със ситуацията и помага за предотвратяване на вредните ефекти на стреса. Търсенето на социална подкрепа е умение в трудна ситуация, да се намери подкрепа от страна на другите (семейство, приятели, колеги) - чувство за общност, практическа помощ, информация.

В опит да се измери социалната подкрепа е използвана методика за оценка на възприета социална подкрепа (MSPSS; Canty-Mitchell & Zimet, 2000), адаптирана и преведена на български език. Елементите във въпросника са разделени на групи фактори, на които лицето разчита за социална подкрепа.

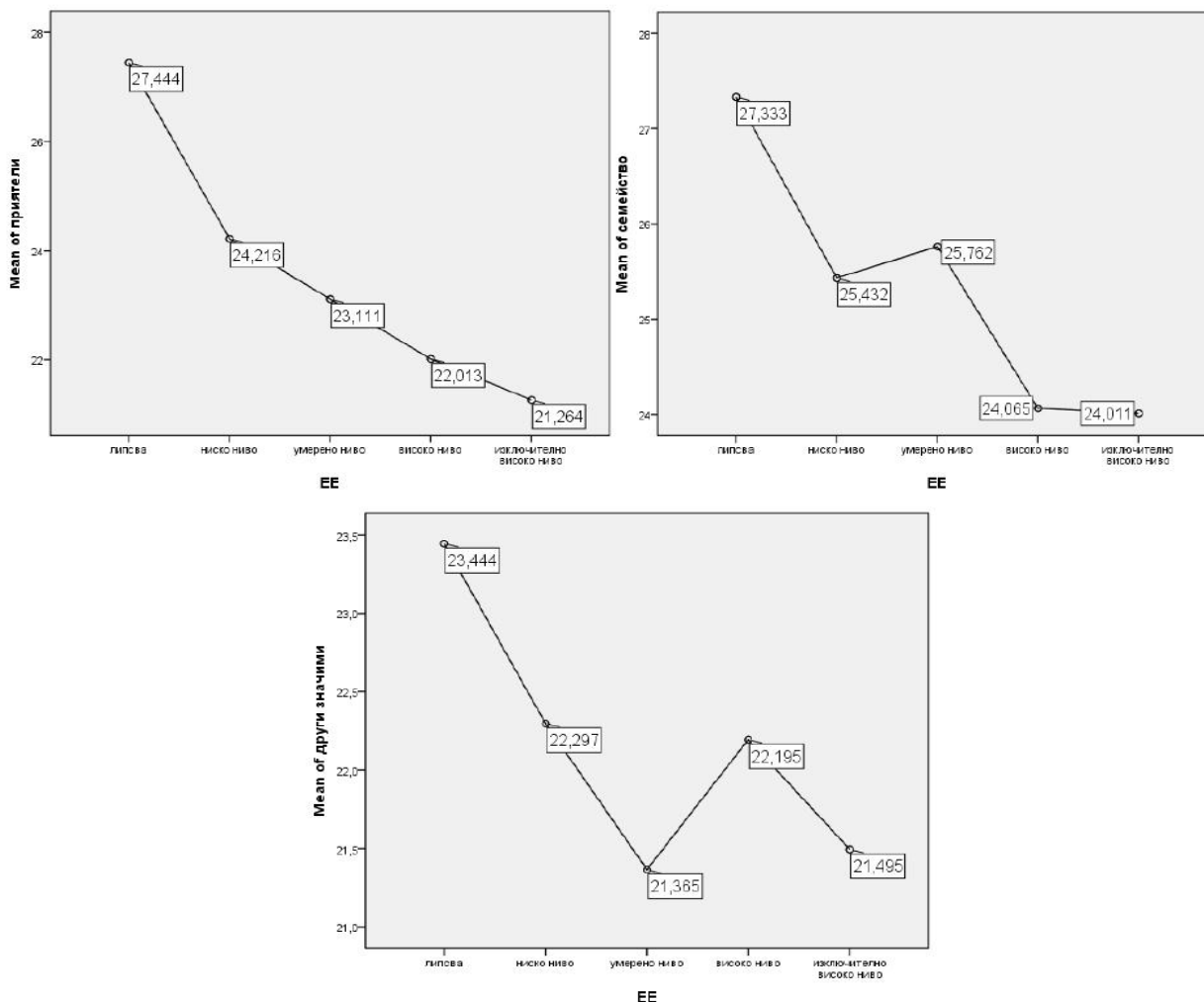
С цел определяне степента на усещането за социална подкрепа сред професионалистите по здравни грижи се направи анализ на усреднените данни от цялата извадка. Резултатите от изследването по методиката MSPSS са показани на табл.18

**Табл.18** Средна стойност и стандартно отклонение по субскалите на MSPSS

MSPSS-субскали	Mean	Std. Deviation	Интерпретация
<i>приятели</i>	22,67	6,308	Високо ниво
<i>семейство</i>	24,72	4,321	Мн. високо ниво
<i>колеги</i>	21,98	4,731	Високо ниво

Данните показват, че професионалистите оценяват високо подкрепата оказана от приятелите и колегите си, но най –високо ценят подкрепата оказана от семейството. Налице е ясно изразена тенденция на засилване

необходимостта от социална подкрепа с покачване на нивото професионално прегаряне. (Фиг.24)



**Фиг.24** Връзка между емоционалното изтощение и усещането за социална подкрепа

### 3.3. Анализ на резултатите от изследваните нагласи и действия на медицинските професионалисти по отношение на аспектите на грижата, свързани с професионалното прегаряне.

Конкретните елементи на аспектите на грижата и характеристиките на професионалното прегаряне са формулирани в точките на въпросниците за измерване нивото на изследваните явления в процеса на проучване.(анкетна карта – прил.1)

Анализ на съдържанието на отделните пунктове на въпросниците, проведен по тяхната принадлежност към определени категории явления,

нагласи, действия и отношения, както и обосновка на избора на тези категории са изложени в Гл.2

Професионалната дейност на здравния специалист е специфична дейност, концентрирана върху грижите за пациента и насочена към решаване на съществуващи и потенциални здравословни проблеми в условията на променяща се околна среда.

Осъществяването на атмосфера на професионални взаимоотношения и поддържането на безопасна околна среда (физическа, социална, културна) в процеса на грижи целят запазване достойнството, целостта и интегритета на човека. Така грижата може да бъде свързана с резултатите на пациента, включително възстановяване на функционалното му състояние, облекчаване на симптомите и удовлетвореност.

В това изследване се предполага, че здравната грижа, като специфична професионална дейност и взаимоотношенията здравен професионалист – пациент в хода на тази дейност, влияят на нивото и честотата на Бърнаут синдрома. Различни проучвания по проблема на прегарянето демонстрират нееднозначност на тези фактори върху формирането на това явление.

**3.3.1. Връзка между аспектите на грижата (осигуряване на качество, почтителност, професионални знания и умения и позитивна свързаност) и измерението емоционално изтощение.**

За идентифициране на взаимовръзката между показателите на грижата и първото измерение на бърнаут синдрома – „емоционално изтощение“ в изследването е проведен корелационен анализ (Pearson) между скалите на тези феномени.

Сумарната оценка на показателите характеризиращи аспектите на грижата (*осигуряване на качество, професионални знания и умения и взаимно уважение*) и измерението *емоционално изтощение* на Burn out показват статистическа взаимозависимост ( $p < 0,05$ ). Анализът не установи статистически значима връзка между *ЕИ* и скалата *позитивна свързаност*.

**Табл.19** Взаимозависимост между емоционалното изтощение и аспектите на здравната грижа

		качество	знания	уважение	свързаност
ЕИ	Pearson Correl.	-,149**	-,100*	-,169**	-,071
	Sig. (2-tailed)	,003	,046	,001	,155
	N	400	400	400	400

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). \* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Налице е тенденция за спад на емоционалното изтощение с повишаване нивото на приложимост на показателите на здравната грижа.

**Табл.20** Средна стойност на ЕИ в зависимост от нивото на реализируемост на отделните аспекти на грижата

Средна стойност на емоционално изтощение				
Показатели ниво	Осигуряване на качество	Проф.знания и умения	Взаимно уважение	Позитивна свързаност
ниско ниво	34,00	30,00	29,33	26,88
посредствено ниво	31,15	28,57	27,19	25,43
умерено ниво	25,41	27,61	27,31	22,21
високо ниво	25,49	26,71	24,32	25,13
много високо ниво	24,40	24,35	23,90	27,15

Приложеният анализ показва тенденция на изразени статистически значими различия по отношение на „специалността“ на здравните професионалисти и връзката и с наблюдаваните характеристики. (Табл. 21)

**Табл.21** Връзка между ЕИ и аспектите на здравната грижа в зависимост от специалността на професионалистите

Средна стойност на емоционално изтощение					
ПЗГ	показатели ниво	Осигуряване на качество	Проф. знания и умения	Взаимно уважение	Позитивна свързаност
	медицинска сестра	ниско ниво	32,00	-	32,00
посредствено ниво		31,95	27,80	27,60	25,61
умерено ниво		26,63	27,82	27,64	22,13
високо ниво		25,95	27,34	24,74	25,73
мн. високо ниво		24,84	24,88	24,51	28,26
рехабилитатор, клиничен лаборант, рентгенов лаборант, кинезитерапевт, акушерка, мед. фелдшер	ниско ниво	35,50	30,00	26,18	23,76
	посредствено ниво	27,80	30,50	23,00	23,89
	умерено ниво	21,76	27,00	25,17	23,20
	високо ниво	20,77	22,86	21,29	15,25
	мн. високо ниво	18,82	18,35	15,63	15,67

Резултатите показват, че професионалната дейност „здравна грижа“ е по-стресогенна при медицинските сестри от колкото при другите здравни професионалисти. Това би могло да се обясни с близката дистанция на медицинските сестри с пациента. Те в по-висока степен не успяват да отреагират адекватно на напрежението, и емоциите се отразяват на техния начин на общуване с другите.

Прави впечатление факта, че с нарастване на възрастта в наблюдаваната извадка се увеличава степента на емоционално изчерпване и намалява нивото на приложимост на здравната грижа. Средното ниво на ЕИ при респондентите до 30 години е  $\chi = 15,75$  до  $\chi = 29,34$  при лицата около пенсионна възраст, респ. нивото на приложимост на отделните аспекти на здравната грижа намалява.

**Табл.22** *Връзка между аспектите на здравната грижа и усещането за емоционално изтощение в различните възрастови групи.*

възраст	Средна стойност на наблюдаваните характеристики				
	Емоционално изтощение	Осигуряване на качество	Проф.знания и умения	Взаимно уважение	Позитивна свързаност
до 30 г.	15,75	41,53	26,53	30,44	21,58
31-40 г.	25,59	40,96	27,19	28,12	20,03
41-50 г.	25,12	40,65	26,82	28,35	19,62
51-60 г.	27,98	40,03	26,54	27,75	18,73
над 60 г.	29,34	38,72	26,07	26,34	17,14

Налице са големи различия между нивото на приложимост на аспектите на грижата и емоционалното изтощение в отделните възрастови групи. Табл.23

**Табл.23** *Връзка между нивото на здравната грижа и усещането за емоционално изтощение в различните възрастови групи.*

Средна стойност на емоционално изтощение						
възраст	показатели		качество	Проф.знания и умения	Взаимно уважение	Позитивна свързаност
	ниво					
до 30 год.	ниско ниво		30,00	24,00	-	26,25
	посредствено ниво		31,00	30,00	26,00	14,86
	умерено ниво		16,80	20,67	16,33	14,79
	високо ниво		15,44	15,50	17,00	12,56
	много високо ниво		14,15	13,76	12,88	19,00
31 - 40 год.	ниско ниво		29,00	29,00	28,14	26,53
	посредствено ниво		31,80	38,00	30,11	30,44
	умерено ниво		31,22	33,00	28,00	20,64
	високо ниво		23,32	29,92	25,40	23,25
	много високо ниво		24,97	22,76	22,22	29,44

41 - 50 год.	ниско ниво	31,50	-	33,00	25,81
	посредствено ниво	26,86	21,00	24,00	22,34
	умерено ниво	24,50	26,33	26,08	25,89
	високо ниво	26,29	26,61	24,25	26,91
	много високо ниво	23,76	24,17	25,00	24,42
51 -60 год.	ниско ниво	35,00	37,00	26,10	26,63
	посредствено ниво	33,11	34,50	27,85	28,97
	умерено ниво	25,29	28,75	32,26	26,45
	високо ниво	26,85	27,46	24,65	28,60
	много високо ниво	29,62	27,97	28,85	32,11
над 60 год.	ниско ниво	46,00	-	36,75	31,17
	посредствено ниво	33,50	-	30,29	22,33
	умерено ниво	28,00	29,75	27,00	25,50
	високо ниво	30,00	29,47	27,33	41,50
	много високо ниво	25,89	29,00	27,50	19,00

От таблицата е видно, че за респондентите до 30 годишна възраст средната стойност на ЕИ при много високо ниво на *качество* на здравната грижа е  $\chi=14,15$  до  $\chi=30,00$  при ниско ниво на показателя. При професионалистите над 60 години средната стойност на ЕИ при същия показател се движи от  $\chi=25,89$  при много високо ниво до  $\chi=46,00$  за ниско ниво на качество на грижата. Същата тенденция е характерна и за другите аспекти на здравната грижа.

Логичното обяснение на този резултат, е че младите здравни специалисти получават университетско образование, което разширява компетенциите им, съобразно новата философия на професията. От друга страна се вижда негативния ефект, който спецификата на здравната грижа оказва с течение на времето върху емоционалното състояние на респондентите.

Професионалният опит на работното място, като фактор характеризиращ експертното ниво на здравната грижа също влияе на измерението „емоционално изтощение“. Установена е статистически значима връзка ( $p<0,01$ ) между нивото на здравната грижа, емоционалното изтощение и професионалния стаж на последното работно място. Общото ниво на емоционално изтощение при респондентите сочи тенденция към плавно, но последователно покачване с нарастването на трудовия стаж, респ. нивото на грижа намалява. При средна стойност на емоционално изтощение  $\chi = 22,86$  за респондентите с трудов стаж до 5 години – нивото на качество на грижата е  $\chi=41,48$  и достига нива от  $\chi=28,2$

за служителите с над 20 години професионален опит, при средно ниво на качество  $\chi=39,66$ . Същата тенденция е характерна и за другите аспекти на здравната грижа. (табл.24)

**Табл.24** Връзка между аспектите на здравната грижа, емоционалното изтощение и професионалния опит на респондентите

Проф. стаж на наблюдаваното раб. място	Средна стойност на наблюдаваните характеристики				
	Емоционално изтощение	Осигуряване на качество	Проф.знания и умения	Взаимно уважение	Позитивна свързаност
1-5 г.	22,86	41,48	26,73	29,29	20,74
6-10 г.	26,6	40,36	26,95	28,25	19,64
11-15 г.	23,55	40,75	27,15	28,42	19,47
16- 20 г.	26,8	40,07	26,83	27,83	19,31
> 20 г.	28,2	39,66	26,32	27,12	18,12

Този резултат може да се обясни с факта, че с увеличаване на трудовия стаж нараства умората, емоционалното изтощение, разочарованието от работата, а това води до по-ниска самооценка на ефективността и качеството на прилаганата здравната грижа от респондентите.

Изследването установи, че с повишаване образователното равнище на респондентите се покачва нивото на приложимост на здравна грижа, а склонността към емоционално прегаряне намалява. Средната стойност на аспекта *качество* на грижата при респондентите с ОКС „магистър“ е  $\chi=41,45$  при ниво на *ЕИ*  $\chi=21,22$ . Средната стойност на същия аспект при професионалистите с полувисше медицинско образование е  $\chi=39,79$  при ниво на *ЕИ*  $\chi=27,89$ . Същата тенденция е характерна и за другите аспекти на здравната грижа. (табл.25)

**Табл.25** Връзка между аспектите на здравната грижа, емоционалното изтощение и образователното ниво на респондентите

Образование	Средна стойност на наблюдаваните характеристики				
	Емоционално изтощение	Осигуряване на качество	Проф.знания и умения	Взаимно уважение	Позитивна свързаност
полувисше	27,89	39,79	26,29	27,16	18,38
ОКС „специалист“	24,25	39,73	26,61	28,02	19,25
ОКС „бакалавър“	24,47	42,47	27,22	29,28	20,81
ОКС „магистър“	21,22	41,45	27,29	29,43	20,18

Резултатите показват, че лицата с по-висока образователно - квалификационна степен са по - ориентирани към разпознаване, анализ и споделяне на своите емоции, влагат повече професионализъм в поддържането

на междуличностните взаимоотношения, осъществяват по – професионални грижи.

### **3.3.1.1. Компоненти на професионалната дейност „здравна грижа“, способстващи за емоционално изтощение.**

Изследването идентифицира елементи на професионалната дейност „здравна грижа“, които способстват за емоционално изтощение у професионалистите. В табл. 26 те са подредени по силата на тяхната връзка:

**Табл.26** *Взаимозависимост между компонентите на здравната грижа и емоционалното изтощение*

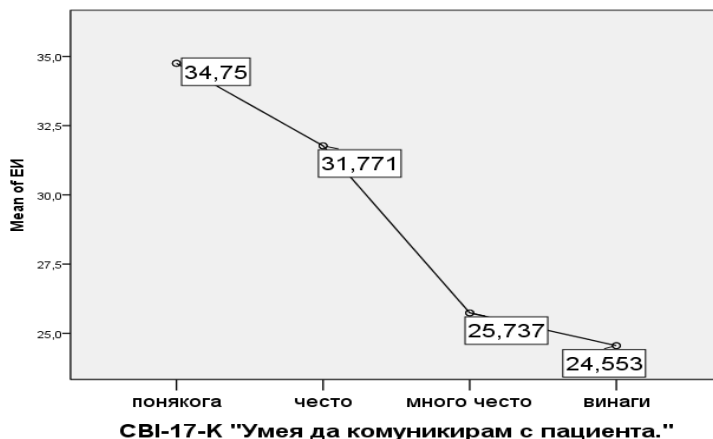
<b>Компоненти на здравната грижа</b>	<b>Коефициент на корелация</b>	<b>Равнище на значимост</b>
Професионална загриженост	R= -0,227	p<0,01
Професионална комуникация/вербална или невербална	R= -0,179	p<0,01
Емоционална подкрепа на пациента	R= -0,167	p<0,01
Подпомагане пациента да изрази чувствата и емоциите си.	R= -0,166	p<0,01
Внимание към потребностите на пациента	R= -0,163	p<0,01
Адекватна реакция на нуждите на пациента	R= -0,136	p<0,01
Предоставяне на информация на пациента, с цел информиран избор на грижа.	R= -0,117	p<0,05
Професионална комуникация/ техники за активно слушане	R= -0,116	p<0,05
Обучение на пациента и близките му.	R= -0,099	p<0,05

Здравната грижа е дейност, която чрез прилагане на терапевтична комуникация, по един културно съпричастен и състрадателен начин отговаря на уникалността на всеки човек. Възможността здравните професионалисти да владеят добрата комуникация и общуване гарантира разбиране проблемите на пациентите и ефективните комуникативни връзки с тях, и с колегите.

Наред с техническото изпълнение на лекарските назначения и процедури професионалиста по здравни грижи общува с пациента, изпитващ понякога физически и психологически трудности, страх, депресия или агресия. Това, в съчетание с огромното натоварване, води до емоционално изтощение.

Резултатите от корелационния анализ показват тенденция специфичните за здравната грижа комуникационни умения да имат отрицателна зависимост с измерението емоционално изтощение. Лицата притежаващи по – добри

комуникативни умения имат по – ниски нива на изчерпване. При средна стойност на *емоционално изтощение*  $\chi=24,55$  за респондентите с висока самооценка за комуникативна компетентност достига нива от  $\chi=34,75$  за служителите с ниска самооценка. Фиг.25



**Фиг.25** Връзка между самооценката на респондентите за комуникативни умения и емоционалното изтощение

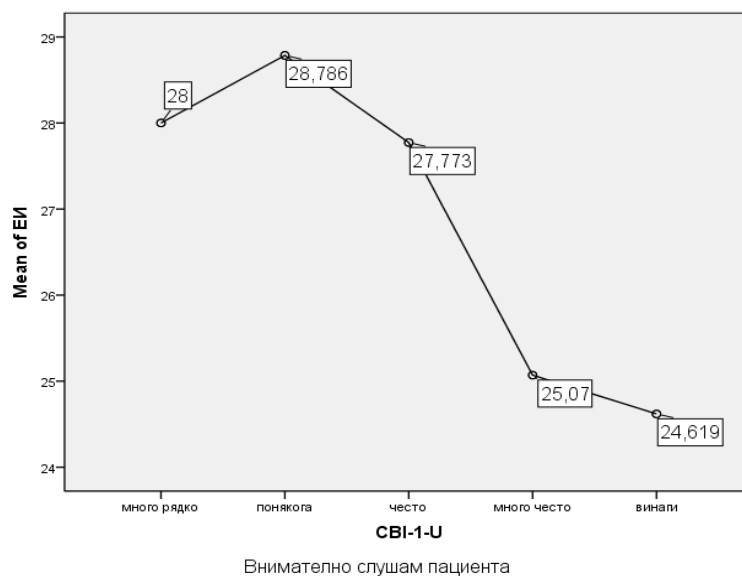
Високото ниво на *емоционално изтощение* у професионалистите води до отказ от комуникация с пациентите. Това усилва страха и притеснението у пациентите, намалява тяхната удовлетвореност от грижата и значително снижава нейното качество.

Споделянето на тревогите, притесненията и неудобствата на пациента във връзка със заболяването, изискват от здравния специалист да бъде добър слушател. Болката и другите неприятни усещания променят психиката на пациента и във всеки жест, дума, лицеизраз, интонация на гласа, той се стреми да долови това, което има отношение към неговото заболяване. Това често поражда отрицателни изживявания у здравния професионалист, дължащи се на емоционалната въвлеченост, на „непосредствения пренос“ на емоции от пациента към професионалиста.

Налице е тенденция за снижаване ефективността на комуникацията с повишаване степента на емоционалното изхавяване на професионалиста.

Средната стойност на емоционално изчерпване у респондентите, които много рядко прилагат основните комуникативни умения, най-вече умението за

слушане е  $\chi=28$  и намалява (въпреки, че е в рамките на високо ниво) до  $\chi=24,62$  при лицата, които винаги прилагат това комуникативно умение. Фиг.26

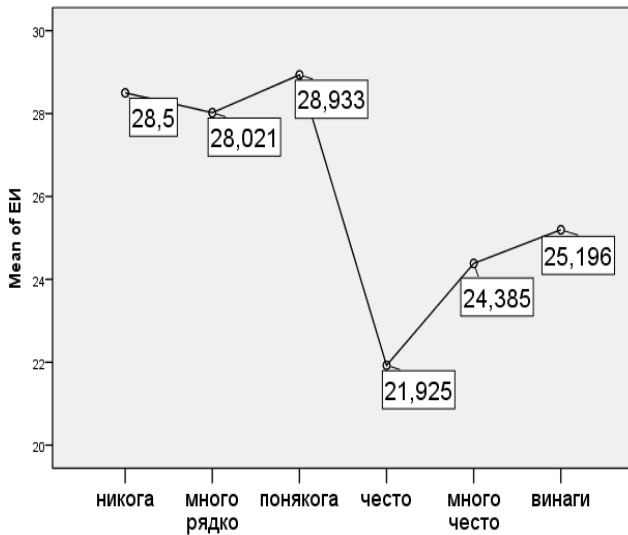


**Фиг.26** *Взаимозависимост между уменията за комуникация и емоционалното изтощение у респондентите*

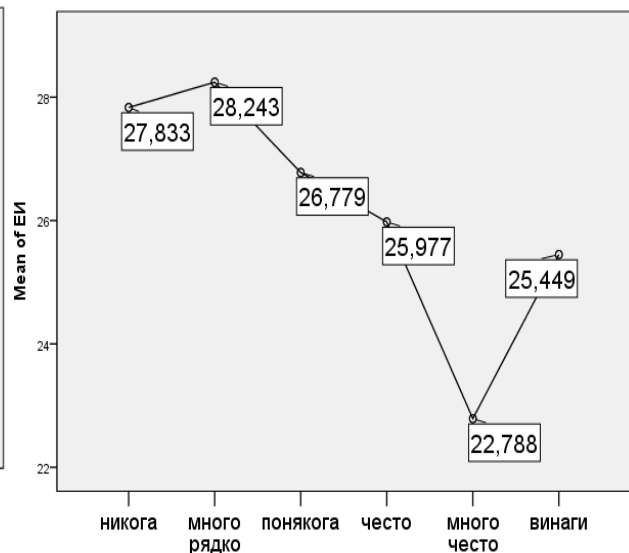
Професията на здравния специалист съобразно неговите компетенции изисква информиране на пациента за нуждите от съответното изследване, манипулация или за промяна в диетата, дискутиране на природата на заболяването и прилаганите грижи. Близката дистанция с пациента, неговата болка, страх и несигурност, генерират различен по интензитет стрес, който води до изчерпване у здравния специалист.

Макар респондентите да показват много високо ниво на професионални знания и умения едва  $\frac{1}{4}$  от здравните професионалисти винаги дават информация на пациента за прилаганата грижа, също толкова го обучават в самопомощ и му дават указания, за да живее достойно с болестта си.

Изследването показва, че респондентите, които никога/или много рядко дават информация на пациента, за да може да вземе решение за грижите имат високо ниво на емоционално изчерпване ( $\chi=28,5$ ). Същата тенденция се наблюдава и при професионалистите, които отказват или много рядко дават указания и обучават пациента ( $\chi=28,24$ ). Фиг.27



SVI-10-Z "Давам информация на пациента, така че той/тя да може да вземе решение за грижите."



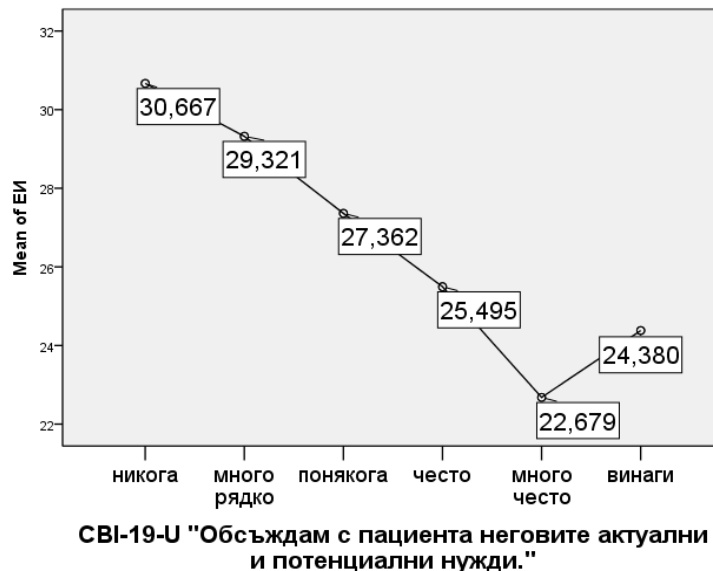
SVI-2-S "Давам указания /обучавам пациента."

**Фиг.27** Връзка между желанието за информиране и обучение на пациента и емоционалното изтощение.

Поради спецификата на своята професия здравният професионалист има достъп до личното и интимно пространство на пациента. При прилагането на различните процедури, манипулации и грижи здравният специалист слуша и наблюдава; дава възможност на пациента да изрази чувствата и емоциите си; обсъжда неговите нужди, а това води до психическо, морално и етично напрежение, което в крайна сметка обуславя значително социално – психологическо натоварване.

Анализът на резултатите показва високо ниво на емоционално изтощение при респонденти, неотдаващи внимание на потребностите на пациента ( $\chi=30,67$ ).

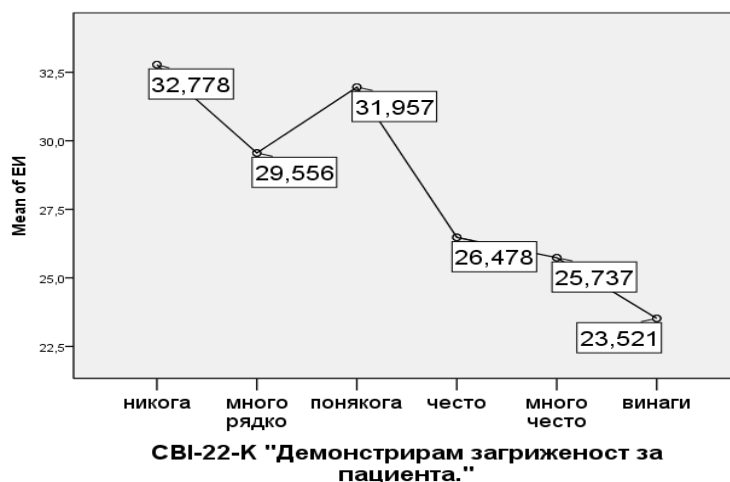
Здравните професионалисти, които винаги откликват на актуалните и потенциалните потребности на пациента имат по – ниско ниво на емоционално изтощение. ( $\chi=22,68$  до  $\chi=24,38$ ).



**Фиг.28** Връзка между емоционалното изтощение на респондентите и степента на внимание към нуждите на пациента

Резултатите показват и обратно пропорционална връзка между емоционалното изтощение и проявата на загриженост към пациента ( $p=0,000$ ), която е в основата на професията на здравния специалист. Пациентите имат особен статут в процеса на грижи, произтичащ от ограничените им вследствие на болестта био – психо – социални функции и се нуждаят от проява на загриженост и разбиране. Очакванията им са насочени към здравните специалисти, които са определени и призвани да ги осигурят. Но дали има всички условия за качеството на обслужването?

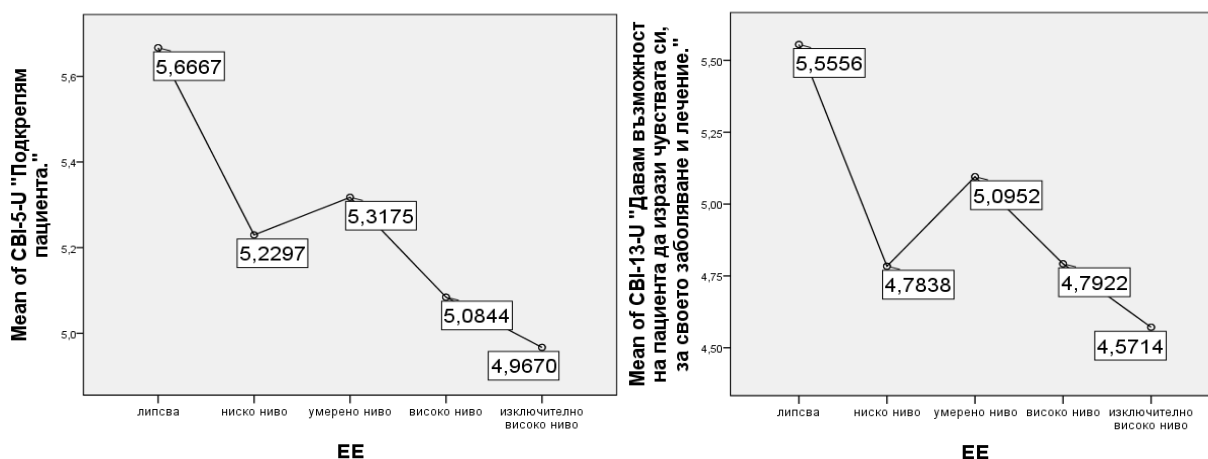
В анализа на резултатите по отношение на загрижеността силно впечатление прави значимото повишаване на нивото на емоционално изпепеляване ( $\chi=32,78$ ) при респондентите не изразяващи загриженост към пациента. Високото ниво на прегаряне отдалечава медицинските специалисти от пациента и ги превръща в „машина за манипулации“, а докосването, простият физически контакт, могат понякога да бъдат единственото средство за съобщаване на задълбоченост и интензивност на загрижеността.

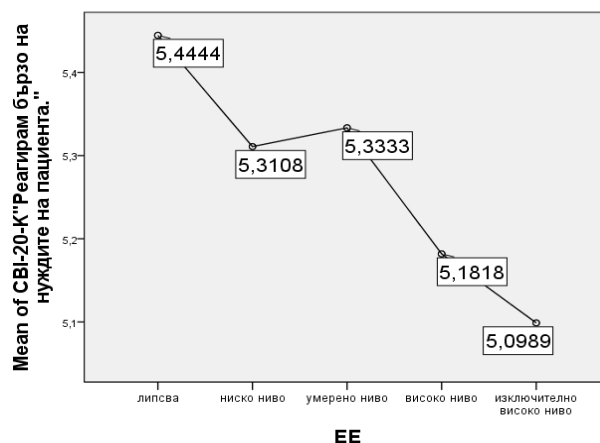


**Фиг.29** Връзка между загрижеността за пациента и чувството за емоционално изтощение и разочарование от работата на медицинските специалисти.

Взаимоотношенията болен - медицински персонал поставят много значими проблеми в медицинската практика. Прегарянето променя ролята на здравните специалисти, които чрез ежедневното си общуване, наблюдение и взаимодействие се стремят да разберат поведението и преживяванията на човека при здраве и болест, да оказват емоционална подкрепа на пациента, който е уплашен, разтревожен, засрамен. Въпреки, че респондентите дават висока самооценка по отношение на оказваната подкрепа и даването на възможност на пациента да изрази чувствата си резултатите показват тенденция на плавно понижаване нивото на тези грижовни поведения с повишаване на емоционалното изтощение. А това влияе на бързата реакция на здравните специалисти на нуждите на пациента и снижава качеството на грижата.

(Фиг.30)





**Фиг.30** Връзка между етичните аспекти на грижата и измерението емоционално изтощение

### 3.3.2. Връзка между аспектите на грижата (осигуряване на качество, почтителност, професионални знания и умения и позитивна свързаност) и измерението деперсонализация.

Здравната грижа е сложен и отговорен процес, който изисква знания и отработени умения, а професионалната здравна грижа е преди всичко висококачествена грижа. Създаването на благоприятни условия на пациента, деликатното и тактично отношение, готовността да се окаже помощ във всяка минута са задължителни условия за качествена грижа.

За идентифициране на взаимовръзката между показателите на грижата и второто измерение на бърнаут синдрома – „деперсонализация“ в изследването е проведен корелационен анализ (Pearson).

Сумарната оценка на факторите касаещи аспектите на грижата (осигуряване на качество и взаимно уважение) и измерението „деперсонализация“ на Бърнаут синдрома показват статистическа взаимозависимост ( $p < 0,01$ ). Анализът не установи статистически значима връзка между деперсонализацията и скалите: *професионални знания и умения и позитивна свързаност*.

**Табл.27** Взаимозависимост между деперсонализацията и аспектите на здравната грижа

		качество	знания	уважение	свързаност
ДП	Pearson Correl.	-,198**	-,046	-,159**	-,091
	Sig. (2-tailed)	,000	,355	,001	,071
	N	400	400	400	400

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

От данните се вижда, че връзката е отрицателна, което означава, че с подобряване нивото на приложимост на здравната грижа деперсонализацията намалява и обратно. Средната стойност на измерението *деперсонализация* за ниско ниво на приложимост на аспекта „взаимно уважение“ е  $\chi=13,17$  и намалява до  $\chi=9,91$  за ДП при много високо ниво на показателя. Същата тенденция се запазва и при другите аспекти на здравната грижа. (Табл.28)

**Табл.28** Средна стойност на измерението деперсонализация в контекста на нивото на реализация на здравната грижа

Средна стойност на деперсонализация				
Показатели ниво	Осигуряване на качество	Проф.знания и умения	Взаимно уважение	Позитивна свързаност
ниско ниво	12,86	11,00	13,17	11,65
посредствено ниво	13,96	6,71	10,89	9,82
умерено ниво	11,16	13,09	11,80	9,87
високо ниво	10,40	10,87	10,16	10,44
много високо ниво	10,24	10,52	9,91	11,18

Приложеният дисперсионен анализ показва тенденция за изразени статистически значими различия по отношение на „специалността“ на здравните професионалисти и връзката и с наблюдаваните характеристики.

Резултатите показват, че деперсонализацията водеща до обезличаване на грижовния процес е силно изразена и в двете наблюдавани групи и зависи от нивото на прилаганата здравна грижа. При медицинските сестри се наблюдава тенденция за плавно снижаване степента на *деперсонализация* (но остава високо) с повишаване нивото на реализуемост на здравната грижа. При другите ПЗГ тази тенденция е по – силно изразена.

Това може да се обясни с нарушаване механизма на психологическа защита към негативните прояви в процеса на грижи (смърт, стрес, конфликти и т.н.) при здравните професионалисти, чувството за хронична умора и

напрежение, водещи до увеличаване дистанцията в общуването, както с пациентите, така и с колегите. (Табл.29)

**Табл.29** Връзка между ДП и аспектите на здравната грижа в зависимост от специалността на професионалистите

Средна стойност на деперсонализация					
ПЗГ	показатели	Осигуряване на качество	Проф. знания и умения	Взаимно уважение	Позитивна свързаност
	ниво				
медицинска сестра	ниско ниво	11,33	-	12,77	11,85
	посредствено ниво	13,10	7,20	11,08	9,55
	умерено ниво	11,76	12,35	11,97	10,07
	високо ниво	10,59	10,97	10,31	10,64
	много високо ниво	10,42	10,73	10,19	11,90
рехабилитатор, клиничен лаборант, рентгенов лаборант, кинезитерапевт, акушерка, мед. фелдшер	ниско ниво	14,00	11,00	13,64	10,79
	посредствено ниво	17,60	5,50	9,00	12,11
	умерено ниво	9,35	15,17	10,67	7,60
	високо ниво	8,46	10,23	9,07	7,25
	много високо ниво	7,91	8,24	6,25	3,67

Прави впечатление и факта, че с нарастване на възрастта в изследваната извадка се повишават нивата на деперсонализация, а степента на реализуемост на здравната грижа намалява. (Табл.30)

**Табл.30** Връзка между аспектите на здравната грижа и усещането за дехуманизация в различните възрастови групи.

възраст	Средна стойност				
	ДП	Осигуряване на качество	Проф.знания и умения	Взаимно уважение	Позитивна свързаност
до 30 год.	8,44	41,53	26,53	30,44	21,58
31 - 40 год.	10,14	40,96	27,19	28,12	20,03
41 - 50 год.	10,59	40,65	26,82	28,35	19,62
51 -60 год.	11,84	40,03	26,54	27,75	18,73
над 60 год.	11,07	38,72	26,07	26,34	17,14
Total	10,74	40,46	26,72	28,16	19,41

Средното ниво на ДП при респондентите до 30 години е  $\chi=8,44$  и стига до  $\chi=11,84$  при лицата от 51 - 60 годишна възраст. Обратна тенденция се наблюдава в нивото на приложимост на отделните аспекти на здравната грижа.

Това явление може да бъде свързано с факта, че обучението на младите здравни специалисти е насочено към усвояване на умения за специфично професионално поведение с пациента. От друга страна се вижда компенсаторната нечувствителност към негативните прояви на грижовния процес, която с течение на времето обхваща по-широк спектър от междуличностни отношения и се усеща много по – силно в професионалната дейност.

Професионалният стаж на работното място, като фактор характеризиращ експертното ниво на здравната грижа също влияе на измерението „деперсонализация“. Установена е статистически значима връзка ( $p < 0,01$ ) между степента на приложимост на здравната грижа, деперсонализацията и трудовия стаж на последното работно място. Общото ниво на деперсонализация при респондентите сочи тенденция към плавно, но последователно покачване с нарастването на трудовия стаж, респ. нивото на грижа намалява. При средна стойност на деперсонализация  $\chi=9,19$  за респондентите с трудов стаж до 5 години – нивото на качество на грижата е  $\chi=41,48$  и достига нива от  $\chi=11,87$  за служителите с над 20 години професионален опит, при средно ниво на качество  $\chi=39,66$ . Същата тенденция е характерна и за другите аспекти на здравната грижа. (табл.31)

**Табл.31** Връзка между аспектите на здравната грижа, деперсонализацията и професионалния опит на респондентите

Проф. стаж на наблюдаваното раб. място	Средна стойност на наблюдаваните характеристики				
	Деперсонализация	Осигуряване на качество	Проф.знания и умения	Взаимно уважение	Позитивна свързаност
1-5 г.	9,19	41,48	26,73	29,29	20,74
6-10 г.	10,93	40,36	26,95	28,25	19,64
11-15 г.	10,47	40,75	27,15	28,42	19,47
16- 20 г.	11,26	40,07	26,83	27,83	19,31
> 20 г.	11,87	39,66	26,32	27,12	18,12
Total	10,74	40,46	26,72	28,16	19,41

Това може да се обясни с факта, че с увеличаване на трудовия стаж се проявява кумулативният ефект на негативните аспекти на професионалната дейност, нараства физическата и психическата умора, появява се безразличие

към работата, стремеж към емоционално дистанциране при прилагането на здравната грижа и свързаните с нея трудности.

Проучването установи, че лицата с по-висока образователно – квалификационна степен осъществяват по – професионални грижи, притежават по-добра психическа гъвкавост и пластичност в работата с болните, която способства за противодействие на дезаптиращите фактори на работната среда и на склонността към дехуманизация. Средната стойност на аспекта *качество* на грижата при респондентите с ОКС „магистър“ е  $\chi=41,45$  при ниво на ДП  $\chi=8,76$ . Средната стойност на същия аспект на грижата при професионалистите с полувисше медицинско образование е  $\chi=39,79$  при ниво на ДП  $\chi=11,73$ . Подобна тенденция е характерна и за другите аспекти на здравната грижа.

Табл.32

**Табл.32** Връзка между аспектите на здравната грижа, деперсонализацията и образователното ниво на респондентите

Образование	Средна стойност на наблюдаваните характеристики				
	Деперсонализация	Осигуряване на качество	Проф.знания и умения	Взаимно уважение	Позитивна свързаност
полувисше	11,73	39,79	26,29	27,16	18,38
ОКС „специалист“	10,19	39,73	26,61	28,02	19,25
ОКС „бакалавър“	10,31	41,47	27,22	29,28	20,81
ОКС „магистър“	8,76	41,45	27,29	29,43	20,18
Total	10,74	40,46	26,72	28,16	19,41

### 3.3.2.1. Компоненти на професионалната дейност „здравна грижа“, имащи отношение към деперсонализацията.

Изследването идентифицира компоненти на професионалната дейност „здравна грижа“, оказващи влияние на измерението „деперсонализация“. В табл. 33 те са подредени по силата на тяхната връзка.

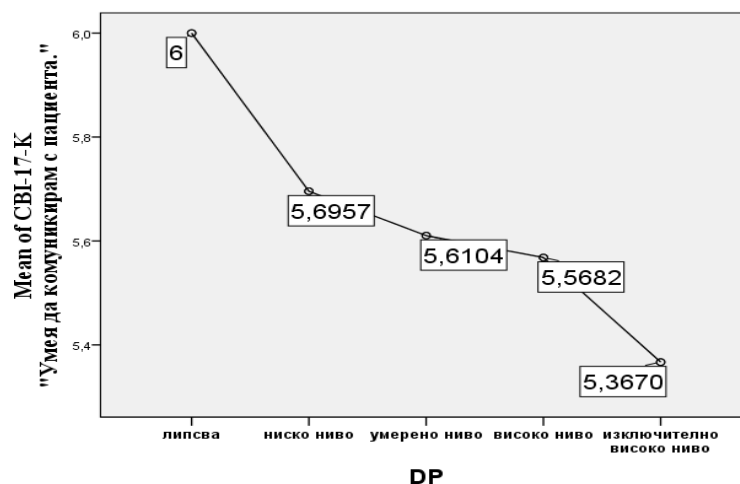
**Табл.33** Взаимозависимост между компонентите на здравната грижа и деперсонализацията у респондентите

Компоненти на здравната грижа	Коефициент на корелация	равнище на значимост
Емоционална подкрепа на пациента	R= -0,215	p=0,000
Професионална комуникация/ вербална или невербална	R= -0,165	p<0,01
Адекватна реакция на нуждите на пациента	R= -0,160	p<0,01
Помощ за намаляване на болката на пациента	R= -0,152	p<0,01
Индивидуален подход в грижите за пациента.	R= -0,146	p<0,01
Даване възможност на пациента да изрази чувствата и емоциите си.	R= -0,140	p<0,01
Уважение към личността на пациента.	R= -0,135	p<0,01
Подпомагане пациента да се приспособи емоционално и физически към болничната среда.	R= -0,133	p<0,01
Професионална загриженост	R= -0,125	p<0,05
Внимание към потребностите на пациента	R= -0,114	p<0,05
Професионална комуникация/ техники за активно слушане	R= -0,113	p<0,05

Професията на здравния специалист спада към така наречените комуникативни професии. Всеки един аспект от здравната грижа, може да се анализира като комуникативен. Ефектът, който добрата комуникация може да окаже върху болния човек е важен елемент в оздравителния процес.

В ежедневните контакти на вербално и невербално ниво, при прилагането на изследвания и манипулации медицинските специалисти взаимодействат с пациента.

Резултатите от корелационния анализ показват тенденция специфичните за здравната грижа комуникационни умения да имат отрицателна зависимост с измерението деперсонализация. т.е. високото ниво на дехуманизация, влошава междуличностните взаимоотношения и самооценката за комуникативна култура у медицинските специалисти. Средното ниво на комуникативна компетентност при лицата, не страдащи от деперсонализация е изключително високо ( $\chi=6$ ) и плавно спада до  $\chi=5,37$ , с повишаване на прегарянето. Високото ниво на деперсонализация у респондентите води до повишаване на негативизма, появата на цинични нагласи и чувства към пациентите, стереотипна комуникация с тях, и значително снижава качеството на грижата. (Фиг.31)

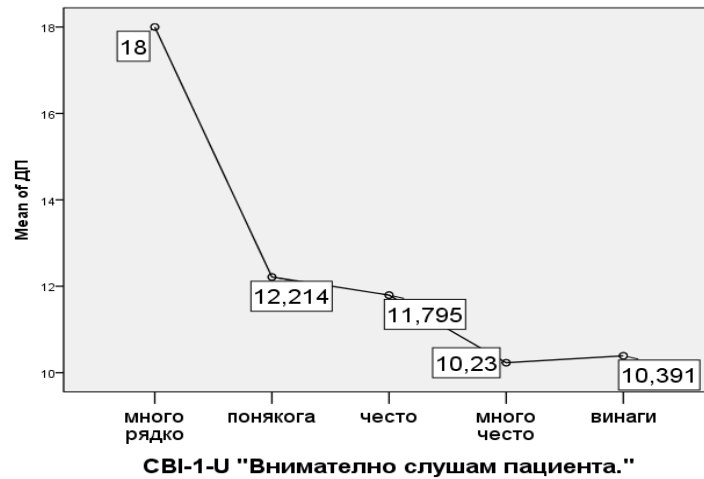


**Фиг.31** Взаимозависимост между комуникативната компетентност и измерението деперсонализация

Професионалното поведение на здравния професионалист предполага изграждане на взаимоотношения с пациента, основани на професионалното общуване. Общуването не включва само „говорене“ от страна на медицинския специалист. Необходимо е страните, участващи в него, активно да се включват.

В условията на общуването се изграждат взаимоотношения с пациента, повлияващи неговата удовлетвореност и активност в процеса на оказване на здравни грижи. В болничните отделения общуването с пациента се осъществява в условия на повишен психически стрес и чувство на страх у пациента, липса на време и недостатъчен брой медицински специалисти. Това намалява ефективността на общуването и повишава у професионалистите чувството „за грубо поведение към пациентите“.

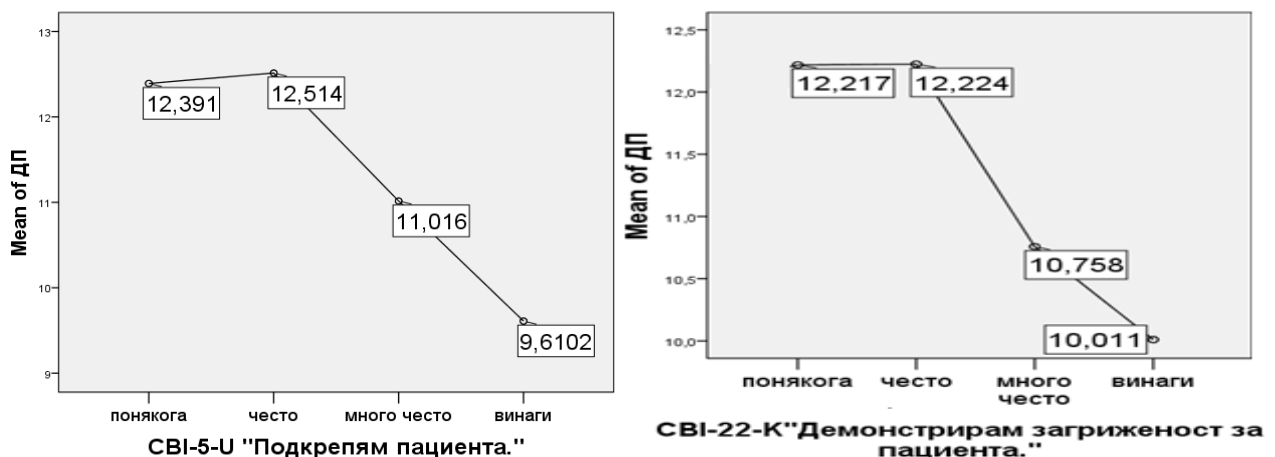
Изследването доказва, обратно пропорционална връзка между уменията за активно слушане и усещането за загрубяване у респондентите ( $p < 0,05$ ). Средната стойност на деперсонализация у респондентите, които много рядко прилагат основните комуникативни умения, най-вече умението за слушане е  $\chi=18$  и намалява (въпреки, че е в рамките на високо ниво) до  $\chi=10,39$  при лицата, които винаги прилагат това комуникативно умение. (Фиг.32)



**Фиг.32** Връзка между уменията за активно слушане и деперсонализацията у респондентите

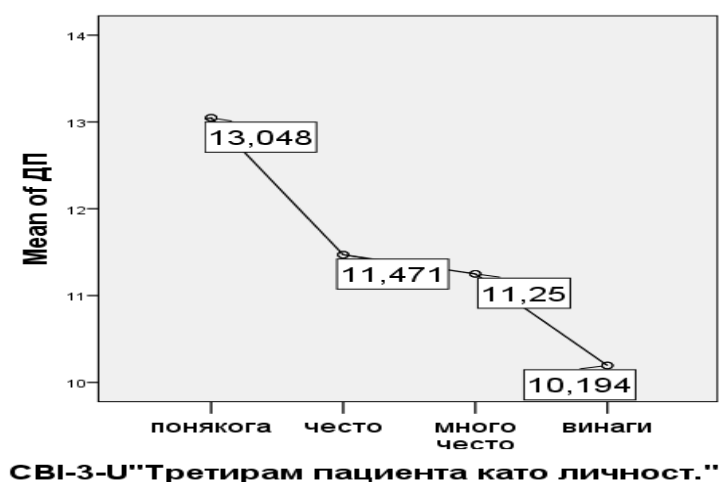
Дейността на професионалиста по здравни грижи е немислима без взаимно уважение и зависи от доверието на пациента, неговите умения да слуша, приемането на пациента като част от екипа за грижи. Какво иска да получи пациента от здравния специалист? – ефективна грижа и задължително – уважение, хуманно отношение, търпение и милосърдие, доброта и разбиране.

Данните от изследването сочат, че медицинските специалисти, за които човешкия контакт и грижата са естествени професионални черти имат по-ниско ниво на деперсонализация. Средното ниво на деперсонализация при професионалистите, които демонстрират подкрепящо поведение ( $\chi=9,61$ ) и загриженост за пациента ( $\chi=10,01$ ) е по-ниско в сравнение с тези, който под влиянието на навика, проявяват грубост към пациента до такава степен, че създават впечатление за бездушие и цинизъм. (Фиг.33)



**Фиг.33** Връзка между професионалното поведение на подкрепа и загриженост и измеренното деперсонализация.

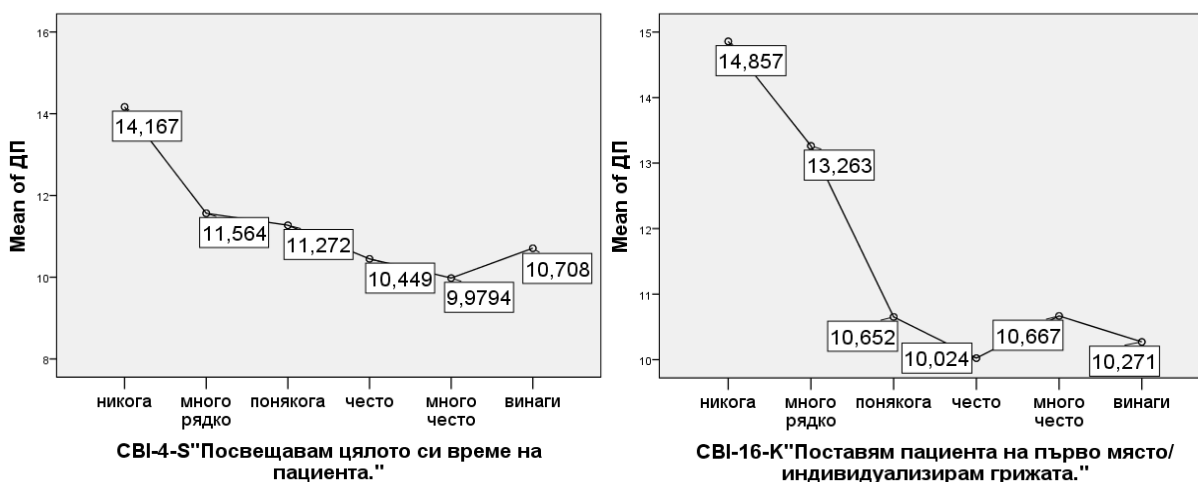
Обратнопропорционална връзка ( $p < 0,01$ ) се установява и между уважението към личността на пациента, и измерението *деперсонализация*. Специалистите, които показват много високо ниво на професионална деформация ( $\chi = 13,04$ ) рядко третират пациента като личност. Деформацията е видна в своеобразния професионален жаргон използван в присъствието на болния, изразяването на елементарни асоциативни връзки с болестта, третирането му като „стая, № легло“. Явната демонстрация на липса на интерес към болния като към човек може да доведе до ятрогенни ефекти и да влоши качеството на грижата. Въпреки, че нивото на деперсонализация сред здравните професионалисти е високо, данните показват тенденция на снижаване, при тези специалисти, които зачитат пациента, създават атмосфера на искреност, вяра в правилността на лечението, лични симпатии ( $\chi = 10,19$ ). (Фиг.34)



**Фиг.34** Връзка между уважението към личността на пациента и измерението *деперсонализация*

Специалистите по здравни грижи имат основополагаща роля в организирането, координирането и осъществяването на пациент – ориентирани грижи. Пред професионалистите обаче стоят редица нерешени проблеми и трудности в процеса на гарантиране на непрекъснатост и индивидуализация на здравната грижа. Недостига на здравни специалисти, вменяването на несвойствени задължения, ограничената автономност са причина за отчужденост и деперсонализация.

Анализът на резултатите показва обратно пропорционална връзка между прилагането на индивидуален подход в грижата и измерението деперсонализация. Здравните професионалисти с много високо ниво на дехуманизация не прилагат цялостен подход в грижите ( $\chi=14,86$ ) и не се посвещават на пациентите ( $\chi=14,17$ ). Въпреки, че нивото на деперсонализация сред медицинските специалисти остава високо, данните показват тенденция на снижаване, при реализирането на непрекъснати и индивидуални грижи. (Фиг.35)

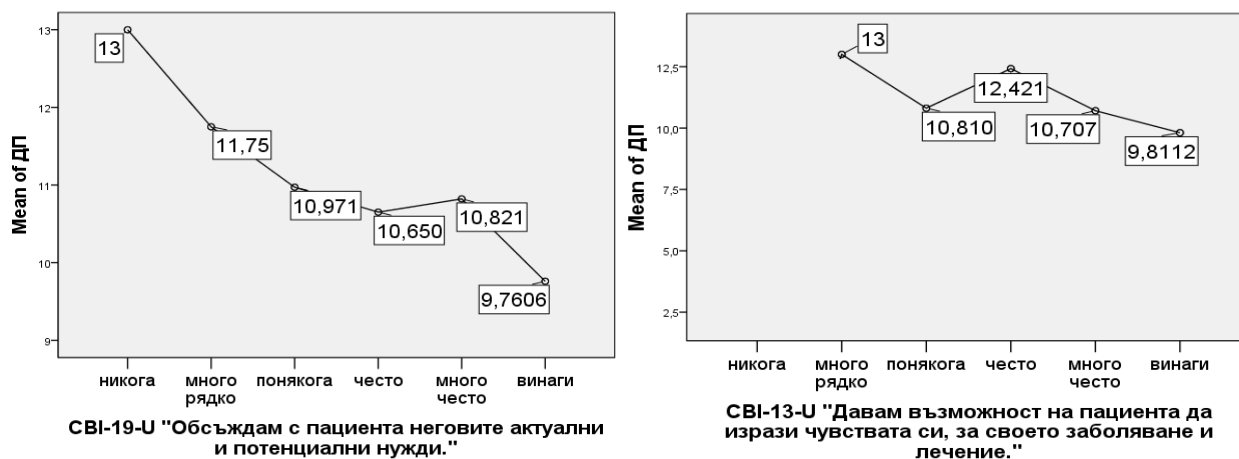


**Фиг.35** Връзка между индивидуалният подход в грижата и измерението деперсонализация

На съвременният етап от развитието на здравните грижи, специфичният подход към пациента се свежда не само до техническото изпълнение на манипулациите и процедурите, а и до определяне на индивидуалните му нужди и проблеми, форми на вмешателство и подходи за оказване на грижа. Нуждата от грижи се разглежда в по-широк смисъл на адаптация, рехабилитация, социализация, защита. В осъществяването на този подход пациента трябва да се приеме като пълноправен член на екипа. Поради недостиг на здравни кадри, в практиката се изпълняват предимно медицинските назначения на лекаря, а другите грижи, като подкрепа, превенция, обучение и насърчаване на самопомощ са сведени до минимум. Тези организационни обстоятелства усилват деформирания подход към пациента.

Респондентите с високо ниво на деперсонализация, много рядко дават възможност на пациента да изрази чувствата, породени от заболяването ( $\chi=13$ )

и не обсъждат нуждата от грижи ( $\chi=13$ ). Все пак подобряването на тези показатели на грижата води до снижаване нивото на професионална деформация. (фиг.36)



**Фиг.36** Връзка между прилагането на специфичен подход в грижите и измерението деперсонализация

Обхватът на практиката включва предоставяне на преки грижи и оценка на техния ефект, защита на пациентите и тяхното здраве. Здравните грижи се базират на фундаменталните човешки нужди – определена жизнена необходимост, която лицето трябва да задоволи, за да запази своето физическо, психическо, социално и духовно равновесие. Недостига на специалисти по здравни грижи, вменяването на несвойствени задължения, ограничената автономност, грижата за тежко болни са причина за възникване на физическа и психическа умора, безразличие към работата, негативно и даже цинично отношение към пациентите. Данните показват, че осигуряването на директни, преки грижи за пациента води до високо и много високо ниво на деперсонализация при професионалистите. Средното ниво на ДП при респонденти, които рядко облекчават симптомите на пациента, чрез осъществяване на преки грижи е много високо ( $\chi=18$ ). При 43,7% от респондентите, облекчаването на симптомите, чрез осигуряване на физически и емоционален комфорт води до високо и много високо ниво на деперсонализация. Същото важи и за 43,5%, които помагат за намаляване на болката, а при 41,6% влияе на бързата реакция на нуждите на пациента.

Тези резултати говорят за отчужденост на медицинския персонал, дехуманизация в отношенията „здравен професионалист – пациент“, липса на индивидуален подход към пациента.

**3.3.3. Връзка между аспектите на грижата (осигуряване на качество, почтителност, професионални знания и умения и позитивна свързаност) и измерението персонални постижения у професионалистите по здравни грижи.**

Професионалната дейност представлява една от най- продължителните и главни дистанции в живота на човека. Професионалното поведение на здравния специалист се изгражда в процеса на обучение, но се доразвива и усъвършенства през целия трудов период, а трудоспособността му в голяма степен зависи от осъзнаването на спектъра на неговите желания, потребности и очаквания свързани с работата. В повечето случаи burn out се проявява като деструктивен процес на загуба на професионална ефективност, намаляване на комуникативните качества и развитие на нервно – психическа дезаптация до необратима личностова промяна. Персоналните постижения отразяват степента на удовлетвореност на здравния специалист като личност и професионалист.

За идентифициране на взаимовръзката между показателите на грижата и третото измерение на burn out – „персонални постижения“ в изследването е проведен корелационен анализ. Сумарната оценка на факторите касаещи аспектите на грижата (*осигуряване на качество, професионални знания и умения, взаимно уважение и позитивна свързаност*) са в тясна взаимовръзка с измерението „персонални постижения“ на Бърн аут синдрома ( $p=0,000$ ).

**Табл.34** *Взаимозависимост между измерението персонални постижения и аспектите на здравната грижа*

		Осигуряване на качество	Проф. знания и умения	Взаимно уважение	Позитивна свързаност
ПП	Pearson Correl.	,292**	,295**	,253**	,259**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	400	400	400	400

Резултатите от корелационния анализ показват правопрпорционална връзка между общото ниво на персонална ефективност сред изследваните лица и компонентите на здравната грижа.

Средното ниво на усещането за работоспособност у професионалистите е в рамките на умерено ниво ( $\chi=32,03$ ). Това води до предположението, че в настоящия момент респондентите все още не разглеждат здравната грижа, която осигуряват, като нещо наистина ценно в живота си.

Все пак с повишаване нивото на приложимост на показателите на грижата нараства усещането за персонална успешност у респондентите. При осигуряване ниско ниво на *качество* на здравната грижа самооценката на респондентите за *персонална успешност* е ниска  $\chi=24,71$  и нараства до  $\chi=33,83$  (умерено ниво) при много високо ниво на приложимост на показателя.

49,3% от професионалистите, които прилагат ниско ниво на качество дават много ниска самооценка за персонална удовлетвореност и работоспособност. Само 30,3% от служителите, които оценяват много високо качеството на грижата, която прилагат имат високо усещане за работоспособност. Същата тенденция се запазва и при другите аспекти на здравната грижа. (Табл.35)

**Табл.35** Връзка между ПП и аспектите на здравната грижа

Средна стойност на персонални постижения/работоспособност				
Показатели ниво	Осигуряване на качество	Проф.знания и умения	Взаимно уважение	Позитивна свързаност
ниско ниво	24,71	32,33	30,46	30,38
посредствено ниво	27,69	21,00	28,21	30,68
умерено ниво	29,75	26,13	30,33	33,66
високо ниво	32,34	31,41	33,41	33,91
много високо ниво	33,83	33,50	34,21	35,88

И в двете наблюдавани групи средната стойност на чувството за работоспособност се движи в рамките на умерено ниво:  $\chi=32,14$  при медицинските сестри и  $\chi=31,24$  при рехабилитатори, медицински и рентгенови лаборанти, кинезитерапевти, акушерки и медицински фелдшери.

Въпреки, че данните показват повишаване на чувството на персонална ефикасност с подобряване нивото на здравната грижа, средното ниво на положително отношение към професионалната дейност на медицинските сестри е по-високо в сравнение с другите ПЗГ.

Приложеният дисперсионен анализ показва тенденция за статистически значими различия по отношение на „специалността“ на здравните професионалисти и връзката и с наблюдаваните характеристики. (Табл.36)

**Табл.36** Връзка между ПЗГ и аспектите на здравната грижа в зависимост от специалността на професионалистите

Средна стойност на персонални постижения					
ПЗГ	показатели	Осигуряване на качество	Проф. знания и умения	Взаимно уважение	Позитивна свързаност
	ниво				
медицинска сестра	ниско ниво	22,67	-	33,62	30,61
	посредствено ниво	27,95	20,60	28,02	30,51
	умерено ниво	30,20	26,53	30,60	33,82
	високо ниво	32,06	31,32	33,29	33,77
	много високо ниво	33,75	33,51	34,02	35,65
рехабилитатор, клиничен лаборант, рентгенов лаборант, кинезитерапевт, акушерка, мед. фелдшер	ниско ниво	26,25	32,33	26,73	29,45
	посредствено ниво	26,60	22,00	30,20	32,11
	умерено ниво	28,41	25,00	28,58	31,80
	високо ниво	35,23	31,95	34,29	36,25
	много високо ниво	34,82	33,41	36,75	38,33

Медицинските сестри осигуряващи ниско ниво на *качество* на здравната грижа имат ниска самооценка за *професионална успешност* ( $\chi=22,67$ ). При другите наблюдавани здравни професионалисти тя е малко по-висока ( $\chi=26,25$  въпреки, че е в рамките на ниско ниво) за същото равнище на *качество* на грижата. При реализирането на високо ниво на *качество* средната стойност на *личната удовлетвореност* на медицинските сестри е  $\chi=32,06$  (умерено ниво), и по-висока при другите ПЗГ  $\chi=35,23$ . (фиг.37)



**Фиг.37** Връзка между приложимостта на аспекта „качество на грижите“ и измерението персонални постижения

Същата тенденция се наблюдава и при другите аспекти на здравната грижа (виж табл.36)

Въпреки, че здравна грижа оказват всички специалисти, медицинските сестри пряко обгрижват пациента, имат най- близък контакт с него и по – често се сблъскват с негативните емоции породени от заболяването. Ситуацията, при реализирането на здравната грижа натоварва работата на служителите, а това води до демотивация и намаляване на работоспособността им.

Прави впечатление факта, че с нарастване на възрастта в изследваната извадка, намалява самооценката за персонална ефективност у респондентите и нивата на приложимост на здравната грижа. Средното ниво на ПП при респондентите до 30 години е  $\chi=32,78$  и намалява до  $\chi=30,66$  при лицата около пенсионна възраст. Същата тенденция се наблюдава в нивото на приложимост на отделните аспекти на здравната грижа. (напр. нивото на реализуемост по аспекта *качество* при лицата до 30 години е  $\chi=41,53$  и намалява до  $\chi=38,72$  при лицата около пенсионна възраст). Табл.37

**Табл.37** Връзка между аспектите на здравната грижа и усещането за персонални постижения в различните възрастови групи.

възраст	Средна стойност на наблюдаваните характеристики				
	Персонални постижения	Осигуряване на качество	Проф.знания и умения	Взаимно уважение	Позитивна свързаност
до 30 год.	32,78	41,53	26,53	30,44	21,58
31 - 40 год.	33,71	40,96	27,19	28,12	20,03
41 - 50 год.	31,89	40,65	26,82	28,35	19,62
51 -60 год.	31,24	40,03	26,54	27,75	18,73
над 60 год.	30,66	38,72	26,07	26,34	17,14

Това може да се обясни с факта, че при професионалистите до 30 годишна възраст мотивацията за работа оказва положително въздействие върху психологически защитния механизъм за пълно или частично изключване на емоциите, което има положителен ефект върху изпълнението на професионалната дейност и взаимоотношенията с пациентите и в екипа. При здравните специалисти около пенсионна възраст, натрупаната умора води до спад на психофизиологичните възможности в професионалната дейност и по-ниска работна продуктивност.

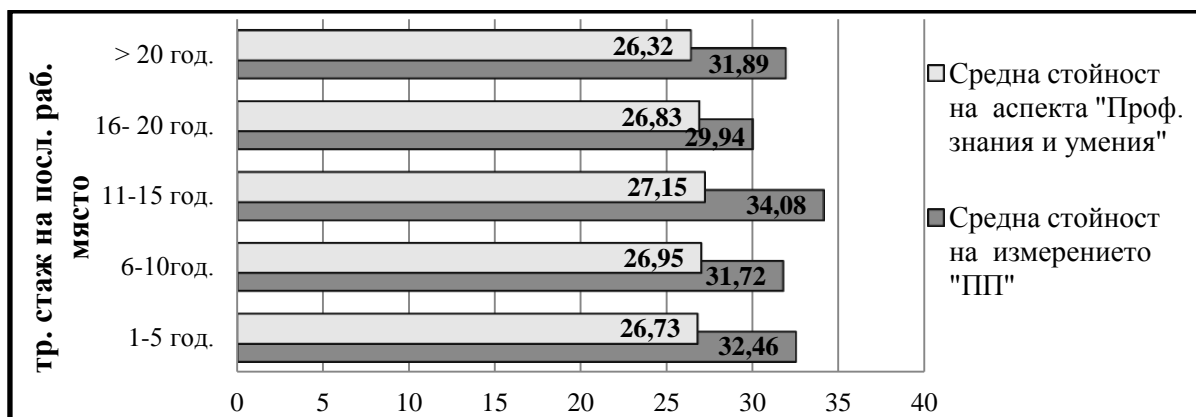
Проучването на изразеността на синдрома на прегаряне в измерението *персонални постижения* в зависимост от стажа по специалността и нивото на реализуемост на здравната грижа показва, че общото ниво на персонална успешност при респондентите сочи тенденция към плавно, но последователно намаляване с нарастването на трудовия стаж, респ. нивото на грижа намалява.

**Табл.38** Връзка между аспектите на здравната грижа, усещането за персонална успешност и професионалния опит на респондентите

Проф. стаж на наблюдаваното раб. място	Средна стойност на наблюдаваните характеристики				
	Персонални постижения	Осигуряване на качество	Проф.знания и умения	Взаимно уважение	Позитивна свързаност
1-5 г.	32,46	41,48	26,73	29,29	20,74
6-10 г.	31,72	40,36	26,95	28,25	19,64
11-15 г.	34,08	40,75	27,15	28,42	19,47
16- 20 г.	29,94	40,07	26,83	27,83	19,31
> 20 г.	31,89	39,66	26,32	27,12	18,12
Total	32,03	40,46	26,72	28,16	19,41

Интерес представлява факта, че анкетираните с професионален опит 11-15 години дават най – висока самооценка за своите професионални постижения и

успехи в сравнение с другите възрастови групи ( $\chi=34,08$ ) и най- високо оценяват професионалните си знания и умения ( $\chi=27,15$ ). Резултатите водят до предположението, че за субектите с опит 11-15 години предишния етап е бил достатъчно благополучен в смисъл на професионална реализация, което им помага да запазят баланса на професионални ресурси и да се противопоставят на синдрома на прегаряне. (Фиг.38)



**Фиг.38** Връзка между аспекта „Професионални знания и умения“, ПП и професионалния стаж на респондентите

Съгласно анализа на показателите за тежест на синдрома, във връзка с квалификацията и нивото на приложимост на здравната грижа се открива, че здравните професионалисти с ОКС „магистър“ проявяват най-ниска склонност към „редукция на персонални постижения“, а най – висока: специалистите с полувисше образование. Средната стойност на аспекта **качество** на грижата при респондентите с ОКС „магистър“ е  $\chi=41,45$  при ниво на ПП  $\chi=33,69$ . Средната стойност на аспекта **качество** на грижата при професионалистите с полувисше медицинско образование е  $\chi=39,79$  при ниво на ПП  $\chi=31,08$ . Същата тенденция е характерна и за другите аспекти на здравната грижа. (Табл.39)

**Табл.39** Връзка между аспектите на здравната грижа, персоналните постижения и образователното ниво на респондентите

Образование	Средна стойност на наблюдаваните характеристики				
	Персонални постижения	Осигуряване на качество	Проф.знания и умения	Взаимно уважение	Позитивна свързаност
Полувисше	31,08	39,79	26,29	27,16	18,38
ОКС „специалист“	31,25	39,73	26,61	28,02	19,25
ОКС „бакалавър“	33,24	41,47	27,22	29,28	20,81
ОКС „магистър“	33,69	41,45	27,29	29,43	20,18
Total	32,03	40,46	26,72	28,16	19,41

Получените резултати позволяват да се предположи, че професионалистите с по- висока образователна степен притежават по- висока професионална компетентност, по- високо самочувствие, респ. дават по- висока самооценка за професионална пригодност и положително отношение към здравната грижа като професионална дейност.

### **3.3.3.1. Компоненти на професионалната дейност „здравна грижа“, имащи отношение към измерението персонални постижения.**

Изследването идентифицира отделни компоненти на грижата, имащи статистическа зависимост с айтемите на измерението „персонални постижения“. (табл.40)

**Табл.40** *Взаимозависимост между компонентите на здравната грижа и измерението персонални постижения у респондентите*

<b>Компоненти на здравната грижа</b>	<b>Коефициент на корелация</b>	<b>Равнище на значимост</b>
Даване възможност на пациента да изрази чувствата и емоциите си.	R=0,286	p=0,000
Професионална комуникация/ вербална или невербална.	R=0,252	p=0,000
Конфиденциалност на информацията за пациентите.	R=0,238	p=0,000
Обучение на пациента и близките му	R=0,236	p=0,000
Внимание към потребностите на пациента	R=0,235	p=0,000
Създаване на атмосфера на доверие и емпатийност	R=0,229	p=0,000
Професионална загриженост	R=0,228	p=0,000
Емоционална подкрепа на пациента	R=0,227	p=0,000
Професионална комуникация/ техники за активно слушане	R=0,211	p=0,000
Предоставяне на информация на пациента, с цел информиран избор на грижа	R=0,209	p=0,000
Индивидуален подход в грижите за пациента.	R=0,204	p=0,000
Планиране на грижата съвместно с пациента.	R=0,203	p=0,000
Мотивиране на пациента за активно участие в собственото му лечение и грижи.	R=0,199	p=0,000
Адекватна реакция на нуждите на пациента	R=0,190	p=0,000
Помощ за намаляване на болката на пациента	R=0,182	p=0,000
Професионални съвети и помощ на пациента с цел развитие на умения за автогрижа	R=0,164	p=0,001
Дисциплинираност, точност и акуратност при изпълнение на медицинските назначения и грижи	R=0,131	p=0,009

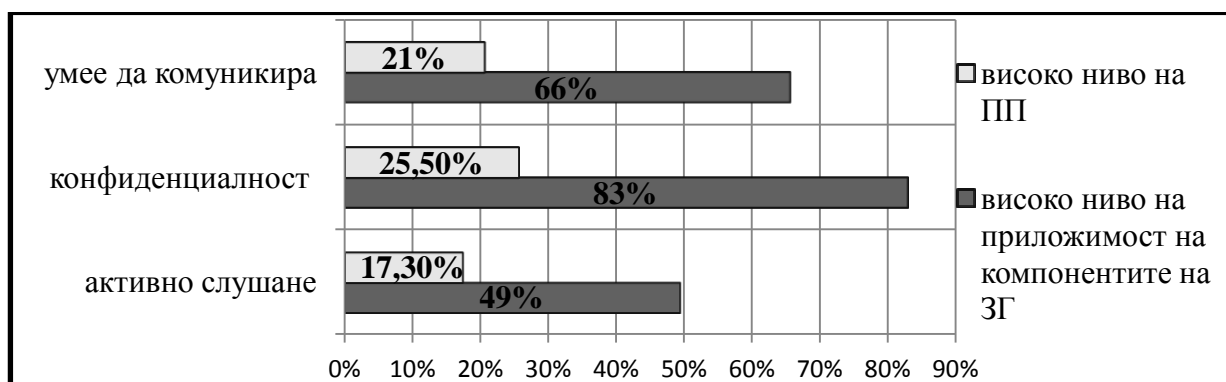
Професионални знания и умения в областта на здравните грижи	R=0,129	p=0,010
Подготовка и извършване на всички манипулации и процедури, съгласно алгоритмите от протоколите за оптимални здравни грижи.	R=0,119	p=0,017
Помощ на пациента за емоционално и физическо приспособяване към болничната среда.	R=0,109	p=0,030

Спецификата на професионалната дейност в областта на здравните грижи се характеризира с постоянен и ежемоментен контакт с пациента. Колкото по-деликатно и сложно е естеството на междуличностното общуване, толкова по-високо ниво на комуникативност трябва да притежава професионалиста.

Изпълнението на манипулациите, провеждането и подготовката за изследвания, раздаването на лекарства, осъществяването на базови и специализирани грижи са дейности, които здравният професионалист не може да осъществи без да провежда ефективна комуникация с пациента. При това общуването между тях трябва да бъде съпроводено със създаването на потесни взаимоотношения, основаващи се на съхраняване конфиденциалността на обменената информация. Внимателното слушане предполага емпатично поведение от страна на здравния професионалист. При това то би трябвало да води до емпатична подкрепа за пациента, а не до емпатичен дистрес за професионалиста.

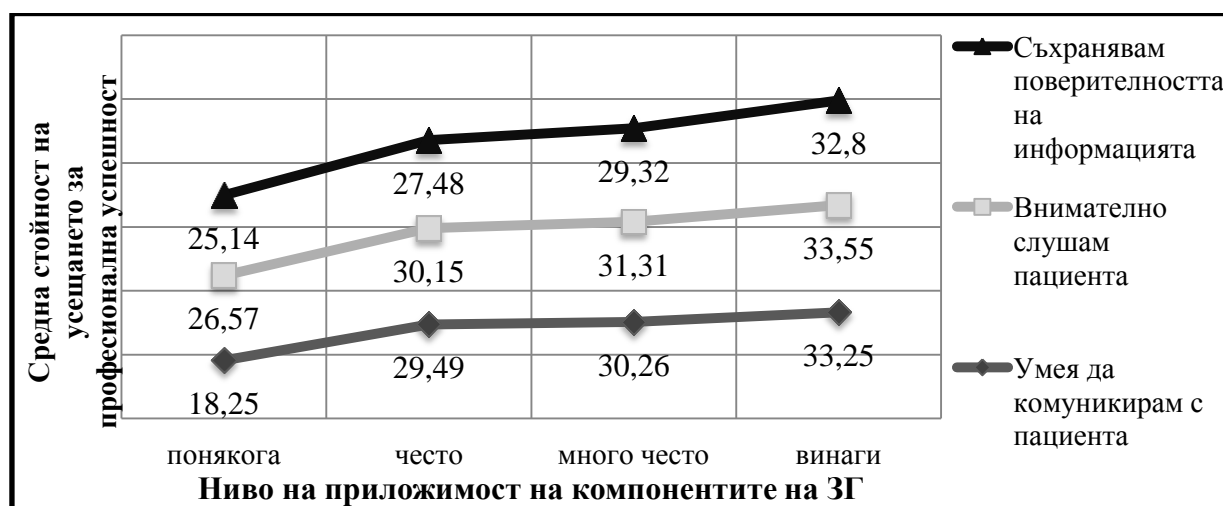
Установи се, че уменията за професионално общуване на респондентите влияят на измерението персонални постижения ( $p=0,000$ ).

Данните показват, че не винаги отличната комуникативна компетентност на професионалистите носи лична удовлетвореност от работата. От 66% демонстриращи високо ниво на комуникативни умения само 21% изпитват лична удовлетвореност от това. Сходна е ситуацията и при уменията за активно слушане и спазването на конфиденциалността на информацията. Тези резултати насочват към един съществен проблем, който съществува в практиката на здравните грижи – липсата на време и желание да се общува с пациентите, което по наше мнение е проява на прегаряне. (фиг.39)



**Фиг.39** Връзка между комуникативната компетентност и удовлетвореността от работата.

Все пак резултатите показват, че с подобряване на уменията за професионално общуване се повишава самооценката за професионална компетентност и лична ефикасност. При респондентите с ниска самооценка на комуникативна компетентност средното ниво на персонална удовлетвореност е много ниско  $\chi=18,25$  и достига нива от  $\chi=33,25$  за служителите с висока самооценка. Същата тенденция, но по - плавна се запазва и при уменията за активно слушане и спазване поверителността на информацията. Фиг.40

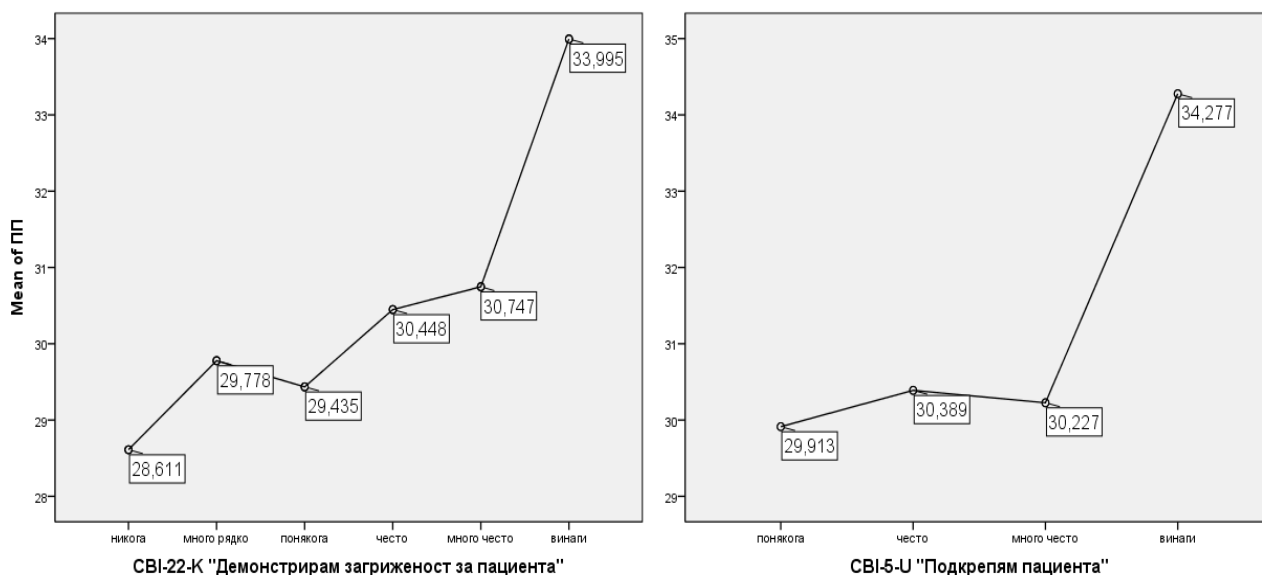


**Фиг.40** Връзка между уменията за професионално общуване и персоналната ефективност у респондентите

Всички пациенти със своите страдания и проблеми се нуждаят от психологическа подкрепа. Да оказва такава подкрепа може само емоционално стабилен и уверен в себе си медицински специалист, за когото не са допустими психологически сривове. Всяка негативна реакция от страна на болния трябва да се приема от професионалиста без емоции и спокойно да се коригират

взаимоотношенията с него. Това умение в психологически план значително повишава успеха от бъдещото сътрудничество с пациента, респ. оздравителния процес. То засилва чувството за професионална компетентност и удовлетвореност от работата у медицинския специалист.

Проявата на професионална загриженост и подкрепа е в статистически значима зависимост ( $p=0,00$ ) с усещането за позитивно влияние върху самочувствието на пациентите и с чувството за ценност и значимост на професията. Налице е плавна тенденция на нарастване на самооценката за професионална успешност с подобряване на личната грижа към човека. Средното ниво на ПП при професионалистите, които винаги демонстрират подкрепящо поведение ( $\chi=34,28$ ) и загриженост за пациента ( $\chi=34$ ) е по-високо в сравнение с тези, които отчасти подкрепят пациента ( $\chi=29,93$ ) или не проявяват загриженост към него ( $\chi=26,61$ ). (Фиг.41)



**Фиг.41** Връзка между проявата на професионална загриженост за пациента и усещането за лични постижения у респондентите

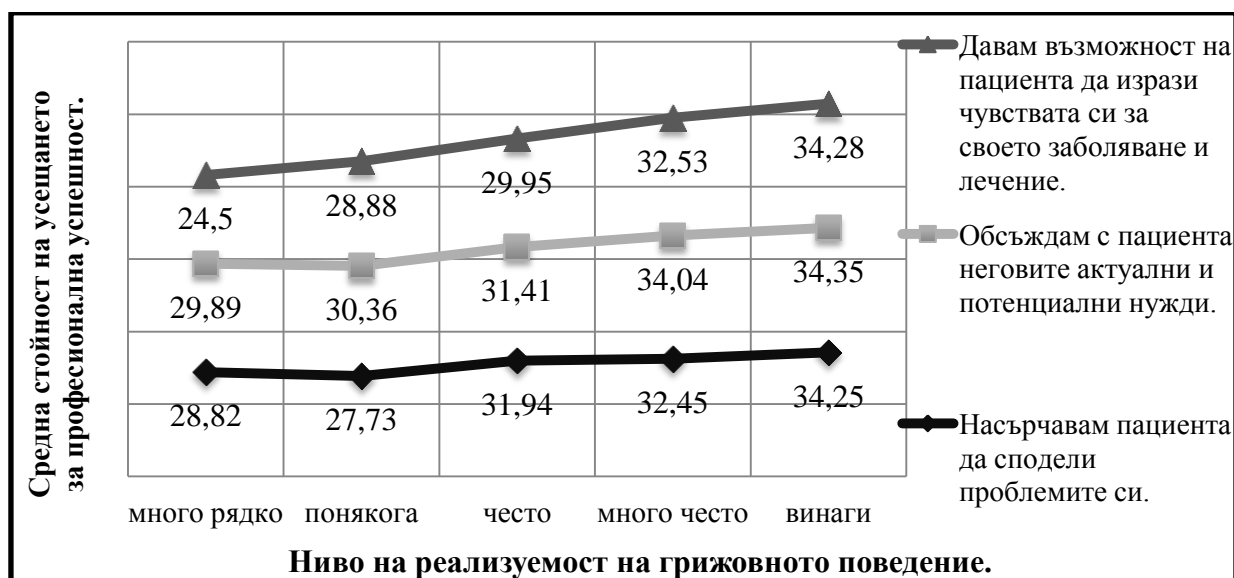
Професионалното поведение на медицинския специалист освен с отличната манипулативна техника се свързва и с изразяването на уважение и разбиране към преживяванията и страданията на болния, което изисква:

- ✓ да насърчава пациента да сподели проблемите си;
- ✓ да обсъжда потребността на пациента от грижи;

- да дава възможност на пациента да изрази чувствата си, за своето заболяване и лечение.

Резултатите от анализа показват, че между прилагането на специфичен подход в грижите и чувството за лична ефикасност съществува тясна статистическа зависимост ( $p=0,00$ ). Налице е тенденция на нарастване самочувствието и личната удовлетвореност с повишаване нивото на реализуемост на специфичния подход в здравните грижи.

Средната стойност на ПП за респонденти, които по отношение проблемите на пациента много рядко насърчават ( $\chi=28,82$ ), обсъждат ( $\chi=29,89$ ) и дават възможност за изразяване на чувствата ( $\chi=24,50$ ) нараства с повишаване самооценката за степента на реализуемост на тези показатели (винаги: насърчават:  $\chi=34,25$ ; обсъждат:  $\chi=34,35$ ; дават възможност за изразяване на чувствата:  $\chi=34,28$ ). (фиг.42)



**Фиг.42** Връзка между прилагането на специфичен подход в здравните грижи и усещането за персонални постижения у респондентите

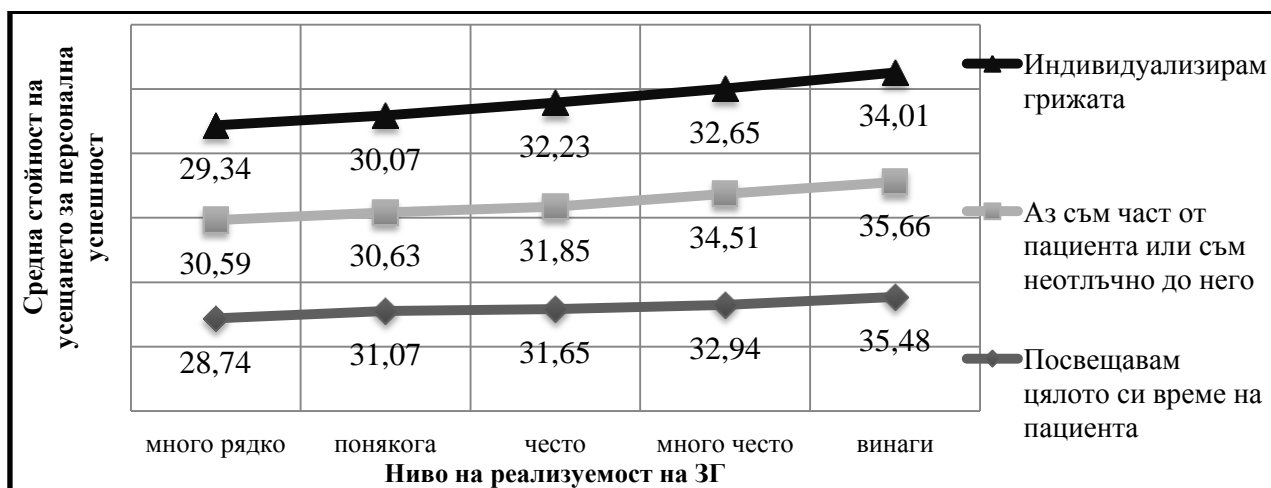
Ключова компетенция на професионалиста по здравни грижи е осъществяване на центрирана върху нуждите на всеки пациент, индивидуализирана грижа.

Това взаимодействие „субект –субект“ не позволява безразлично и грубо отношение на професионалистите, недостатъчност на информацията и незачитане правата на пациента. От друга страна емоционалната връзка с

пациента повлиява възможността за адекватни решения и действия и повишава усещането за ценност и значимост на професията.

Пред професионалистите обаче стоят редица нерешени проблеми и трудности в процеса на гарантиране на непрекъснатост и индивидуализация на здравната грижа. Едва 12% от респондентите посвещават цялото си време на пациента и са неотлъчно до него (8,8%), а 26,8% индивидуализират здравната грижа. Ниската свързаност с пациента предполага намалена лична и професионална ефикасност у здравните професионалисти.

Въпреки, че показват ниско ниво на свързаност с пациента, с повишаване нивото на реализуемост на тези показатели се повишава личната удовлетвореност на здравните професионалисти от професионалната дейност, както и значимостта на социалната им роля. (Фиг.43)



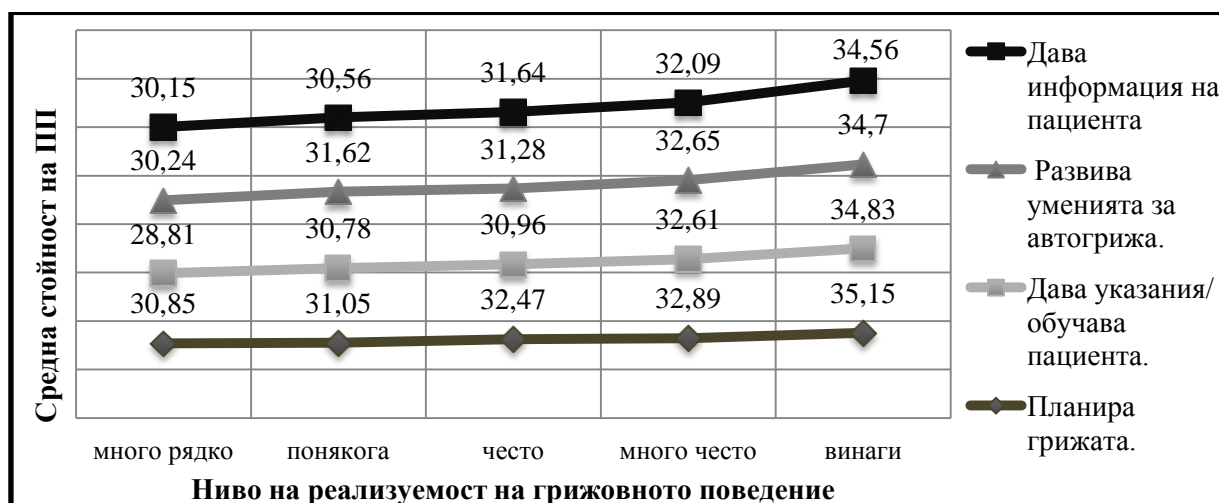
**Фиг.43** Връзка между уменията за терапевтично взаимодействие и усещането за персонални постижения у респондентите

Компетентността е един от важните ресурси на всяка организация, техния основен капитал и конкурентно предимство. Висококвалифицираният професионалист по здравни грижи трябва да притежава достатъчно знания, умения и увереност, за планиране и оценка на професионалната си дейност. Да притежава умения за организация на здравната грижа съобразно потребностите на пациента, да избира стандартни методи и способности за изпълнение на професионални задачи, да оценява тяхното изпълнение и качество. Тези умения дават на медицинския специалист самочувствие и сигурност, мотивация за

повишаване качеството на здравното обслужване и формират професионална автономност.

Натискът за намаляването на цената на грижите, за повишаване на ефикасността и поддържане на високо качество оказва съществено влияние върху организацията на здравните грижи. Начинът, по който се предоставят здравните грижи у нас е предизвикателство към професията. Едва 24,5% от респондентите винаги дават указания и обучават пациента; 16,5% развиват уменията му за автогрижи и 13,3% планират грижата с пациента. Данните са тревожни, тъй като показват как професионалното прегаряне променя нагласата за основната роля на здравния професионалист.

Въпреки, че голяма част от медицинските специалисти поемат решения свързани с грижите, но несподелени с пациента; налагат схема на поведение при лечението, без каквото и да било обяснение или обсъждане анализът показва връзка ( $p < 0,05$ ) между самооценката за автономност на респондентите и чувството за лична ефикасност. С повишаване на професионалната компетентност за планиране и организиране на грижата нараства чувството за удовлетвореност от работата. (Фиг.44)

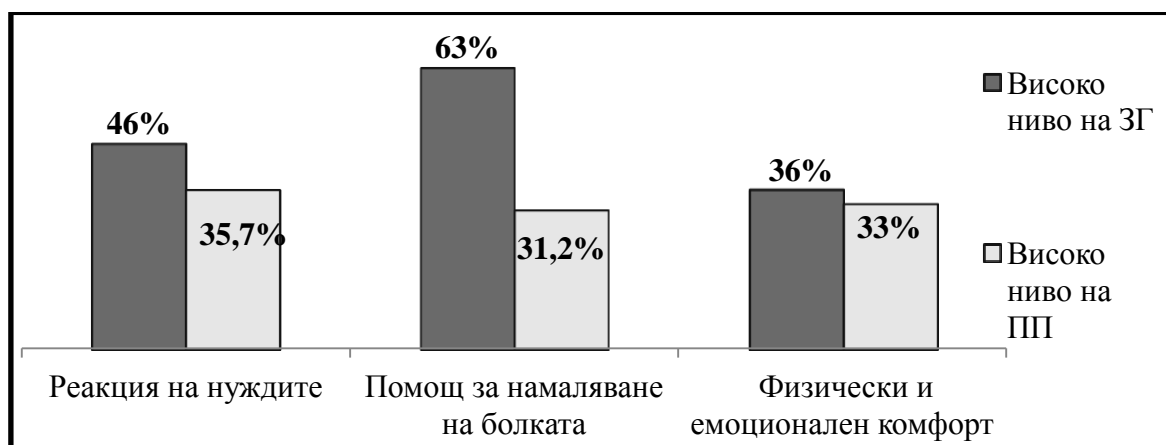


**Фиг.44** Връзка между приемането на пациента като пълноправен участник в решенията за грижите и измерението персонални постижения.

Грижата за болния е неотменна съставна част от лечебния процес и включва в себе си комплекс от мероприятия способстващи облекчаване състоянието на болния и обезпечаваци успеха на лечението. Правилно

организираната грижа предполага създаването на безопасна околна среда за пациента, поддържане на възможно най-високо ниво на физически и психически комфорт, оценка на потребностите на пациента, осъществяване на здравна интервенция, основана на висок професионализъм и знания, здравно обучение и възпитание и т.н.

Въпреки, че усещането за персонална ефективност у специалистите се движи в рамките на умерено ниво, данните показват, че съществува връзка между осъществяването на преки грижи от специалистите и чувството за професионална удовлетвореност от дейността ( $p < 0,01$ ). Само 1/3 (35,7% – бърза реакция на нуждите на пациента, 32,6% – осигуряване на физически и емоционален комфорт, 31,2% – помощ при намаляване на болката) от респондентите споделят, че директният контакт с пациента при осигуряването на базови грижи увеличава усещането за пълноценна дейност и подобрява взаимоотношенията с пациентите и в екипа. Интерпретацията на резултатите показва, че повишаване нивото на преките грижи не винаги увеличава личната удовлетвореност, води до стереотипност и рутината в поведението на специалистите и предполага професионално прегаряне. (Фиг.45)



**Фиг.45** Връзка между осъществяването на пряка грижа и личната удовлетвореност на респондентите.

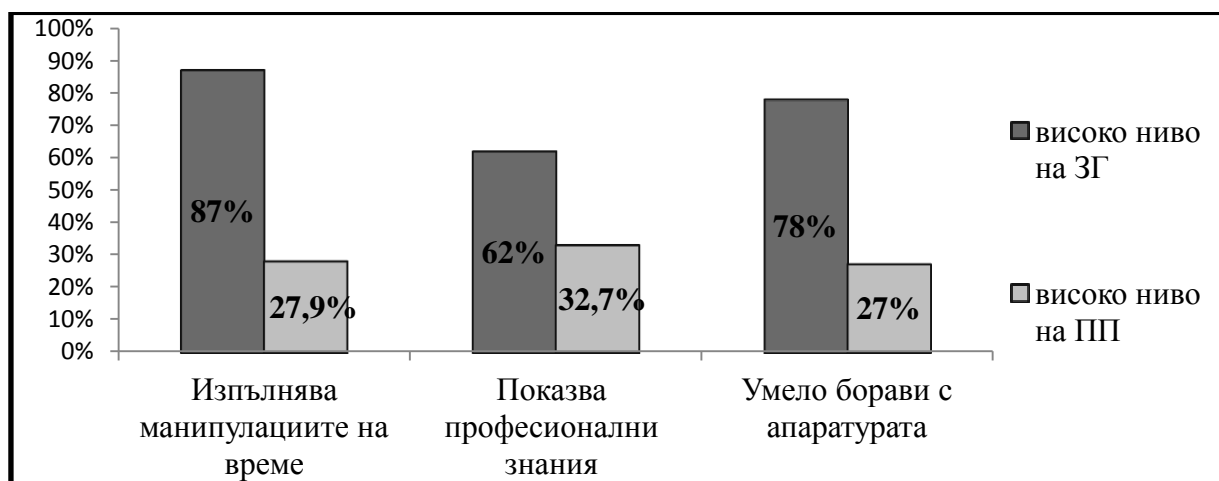
Професионалната дейност на медицинския специалист изисква дисциплинираност, точност и акуратност. По време на техническото изпълнение на назначените манипулации и процедури респондентите общуват с

пациента, оценяват неговото състояние и нужди, установяват чувствата, желанията, страховете на болния.

Анализът показва връзка между владенето на манипулативната техника и чувството за удовлетвореност от контакта с болния, разбирането и удовлетворяването на неговите здравни потребности ( $p < 0,05$ ).

Въпреки, че за 87% (N= 348) от респондентите правилното и навременно изпълнение на манипулациите и процедурите е много важно, само при 27,9% от тях води до усещането за лична ефикасност и удовлетвореност.

Значима дейност на здравния професионалист е техническото изпълнение на манипулациите. Здравните специалисти демонстрират увереност в техическите си умения, което потвърждава тезата, че професията все още се възприема като техническа и помощна на лекаря. 78% (N=312) от респондентите оценяват манипулативната си техника като отлична, но само 27% изпитват удовлетвореност от това. Същото важи и за компонента „Професионални знания и умения“ – 62% (N=248) демонстрират отлични знания и умения, но само при половината от тях (32,7%) това умение води до високо усещане за персонална ефективност. (Фиг.46)



**Фиг.46** Връзка между техническите умения и усещането за персонална ефективност у респондентите.

### **3.4. Организационен модел за профилактика на burn out в лечебните заведения.**

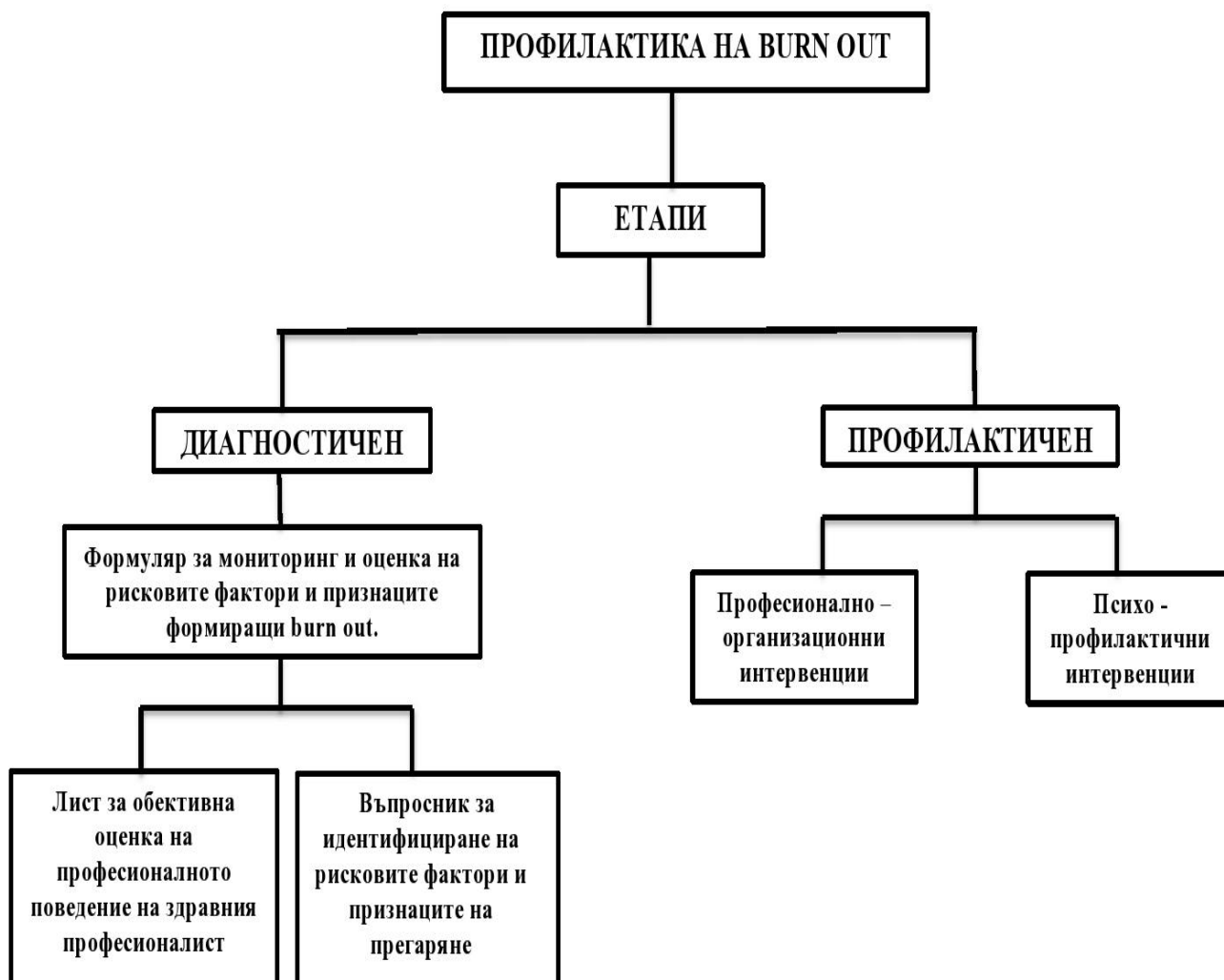
Понастоящем професионалистите по здравни грижи получават ниска социална защита, както в социално-икономическо така и в професионално отношение. Редица фактори, като ниското заплащане, интензивната комуникация, свързана с психоемоционално претоварване, повишената групова и индивидуална отговорност при осъществяваните дейности и грижи, неблагоприятната психологическа атмосфера в професионалната дейност, психологически трудния контингент, с който общува здравния специалист, липсата на автономност при прилагането на грижата, професионалната неудовлетвореност оказват отрицателно въздействие върху професионалиста. Спецификата на здравната грижа е допълнителен фактор за формирането на burn out, който нарушава физическото и психическо здраве на професионалистите, и влошава качеството на предлаганата здравна услуга. Това е свързано и с факта, че в своята дейност здравният професионалист освен професионалните знания, умения и навици в значителна степен използва своята личност, като своего рода „емоционален донор“.

Голямото медико – социално значение на този проблем и резултатите от проучването ни дават възможност да разработим и предложим **организационен модел за профилактика на burn out в лечебните заведения**, който ще подобри физическото и психическо здраве на професионалистите от една страна, а от друга ще повиши качеството и ефективността на здравната услуга.

#### **Теоретична обосновка**

Моделът има за **цел** да създаде съвременни и ефективни организационни мерки за профилактика на burn out в лечебните заведения.

Схематично *Организационният модел за профилактика на burn out в лечебните заведения* е представен на сх.2



*Сх.2* Организационен модел за профилактика на burn out в лечебните заведения

Превантивните мерки са разчетени на два етапа: **диагностичен и профилактичен.**

#### **Диагностичен етап**

Диагностичният етап има за цел да идентифицира рисковите фактори за развитие на burn out и оценка на признаците формиращи синдрома.

На базата на проучени добри практики и концептуалната рамка на емпиричното изследване, разработихме **Формуляр за мониторинг и оценка на рисковите фактори и признаците формиращи burn out.** (Приложение №3 от дисертационния труд)

За по – точното мониториране и оценка на синдрома са разработени два измервателни инструмента.

Първият оценъчен инструмент е специално разработен „*Лист за обективна оценка на професионалното поведение на здравния професионалист*“. Съдържа показатели и система за оценка базирани на методиката за измерване на грижите Caring Behaviors Inventory (CBI) (Wu et al., 2006). Те са предназначени за оценка на възприятия, нагласи и действия по отношение на грижата, и целят поддържане на професионалното поведение, с цел профилактика на прегарянето.

Оценъчният инструмент съдържа кратко описание на установените от нас елементи на грижата влияещи на burn out у здравните професионалисти, като за по-добро обективизиране на оценката са добавени и някои социо-демографски характеристики: пол, възраст, семеен статус, образование, брой отработени часове на седмица, натовареност (среден брой пациенти на ден), тежест на състоянието на пациента, за които е доказано, че влияят на burn out синдрома.

Първият показател: *Комуникативни умения* съдържа 7 индикатора характеризиращи използването на комуникативни стратегии и умения, за установяване на професионални отношения с пациента. Тези взаимоотношения често водят до психоемоционално напрежение.

Вторият показател: *Професионална загриженост* се състои от 5 индикатора, характеризиращи процеса на решаване проблемите на пациента и семейството му, чрез предоставяне на физически, психосоциални и емоционално подкрепящи грижи. Случаите, при които на здравния професионалист е невъзможно да прояви професионална загриженост може да се дължат на психологическото напрежение и burn out.

Третият показател: *Професионални знания и умения* съдържа 9 индикатора, характеризиращи професионалната компетентност на здравния професионалист. Поддържането на високо ниво на професионална компетентност гарантира безопасна, навременна, ефективна, ефикасна, достъпна и ориентирана към пациента здравна грижа. Случаите на допускане на грешки може да се дължат на пренатоварване и прегаряне.

Четвъртият показател: *Индивидуален подход в грижите* съдържа 6 индикатора, характеризиращи индивидуализирането на здравната грижа. Изборът на ефективен подход трябва да съответства на емоционалните, физическите, поведенческите и социалните потребности на пациента. Винаги обаче съществува риск избраният способ да е неефективен за конкретния пациент, което дестабилизира работата на специалиста и увеличава още повече психологическото натоварване.

Петият показател: *Управление на здравната грижа* съдържа 6 индикатора, характеризиращи отговорността на здравния професионалист за планиране, управление, осигуряване и оценка на здравните грижи. Правилно организираната грижа предполага създаването на безопасна околна среда за пациента, правилно и навременно изпълнение на терапевтичните процедури, обслужване и наблюдение. Тази дейност се характеризира с интелектуална сложност, поемане на риск и отговорност, междуличностни конфликти и може да доведе до емоционални и физически проблеми у самите здравни професионалисти.

Оценяването трябва да бъде извършвано регулярно (напр. 1 път месечно) от ръководителя по здравни грижи/старшата медицинска сестра. За обективизиране на оценката всеки от наблюдаваните показатели се оценява по 4 степенна Ликертова скала от 0 до 3 (0 - ниско ниво; 1- посредствено ниво; 2 – добро ниво; 3- високо ниво). За критично ниво се приема оценка 1 (посредствено ниво) за всички индикатори. Оценката (Он) е формирана като процентно съотношение между сбора от оценките на здравните професионалисти и максималния брой точки предвидени за всеки индикатор. За критичен минимум се приема 60% (59т.) от максималния брой точки. При установен критичен минимум е необходимо да се предприемат действия, свързани с промяна на поведението на здравния професионалист.

Вторият измервателен инструмент е специално разработен „*Въпросник за идентифициране на рисковите фактори и признаците на прегаряне*“ и цели субективна оценка на натрупаната емоционална и физическа умора в процеса

на работа, степента на удовлетвореност от определени аспекти на професионалната дейност, условията на труд, нуждата от социална подкрепа. Въпросникът се попълва самостоятелно от здравния професионалист. Резултатите се обсъждат с ръководителя по здравни грижи (ст. мед. сестра), в групата за професионална подкрепа или психолог.

### ***Профилактичен етап***

Предложените мероприятия от *профилактичния етап* са структурирани диференцирано на базата на наличието или липсата на признаци на прегаряне и рискови фактори за същия. Профилактичната дейност се основава на комплексна основа и се обезпечава със съвместните усилия на различни специалисти: здравни професионалисти, психолози и ръководството на лечебното заведение (болничният мениджър, главна мед. сестра, старша мед. сестра, старши лаборант и т.н.). Професионална помощ може да се осъществи, чрез работа с лицата предразположени към синдрома и мерки смекчаващи действието на организационните фактори.

Превантивните действия са разделени на две части: ***професионално-организационна*** и ***психо-профилактична***. За изпълнение на дейностите от първата част е отговорно ръководството на лечебното заведение, респ. Ръководителя по здравни грижи/ старшата медицинска сестра, а за изпълнение дейностите на втората – болничния психолог или специално обучено лице.

**1 част: *Професионално – организационни интервенции*** (не са ограничени във времето). Мерки:

***Професионален подбор.*** Превенцията на професионалното прегаряне трябва да започне още на етапа на подбор на кандидати за свободните позиции. Нужно е още при първата среща да се оцени съответствието на психологическия тип на кандидата и характера на предлаганата работа. Необходимо е да се разбере колко сериозна е мотивацията на лицето при избора на професия, има ли необходимите квалификация и умения. В допълнение, трябва да стане ясно и за кандидата какви минуси има този род дейност, пред какви предизвикателства ще се изправи. Това ще помогне да се определи дали

кандидатът е готов за професията. Може да се проведе един предварителен етап на запознаване с условията на бъдещата работа. Например, да се осигури възможност да се прекара един пълен работен ден на работното място.

*Професионална подкрепа.* Новите служители трябва да работят под контрола на наставник – опитен професионалист. Това ще позволи от една страна специалиста бързо да се въведе в работата и да се адаптира към нея, от друга, ще даде възможност на наставника да почувства собствената си значимост. Нужно е да се организира работата така, че да се даде възможност за обсъждане на проблемите, с които се сблъскват служителите в процеса на работа.

*Повишаване на професионалната компетентност на професионалиста по здравни грижи.* Привличане на професионалистите по здравни грижи в дейности, допринасящи за тяхното професионално развитие и самоусъвършенстване (работни срещи за обмяна на опит и професионална информация с представители на други здравни заведения; участие в научно - практически конференции, насочени към повишаване квалификацията и продължаващо обучение; обучение на служителите във връзка с технологичните промени и т.н.) Мерките трябва да са насочени към повишаване на професионалната компетентност и автономност на здравния професионалист.

Изисква се провеждане на регулярни срещи на медицинския персонал, на които се обсъжда спецификата на работа с определени контингенти пациенти, както и начини за разрешаване на вътрешни проблеми и трудни ситуации, които могат да възникнат в отделението и на отделния професионалист.

Необходимо е обучение на персонала в комуникативни навици при общуване с пациентите и техните родственици, техники насочени към по - висока стресоустойчивост.

*Въвеждане на система за поощрение на служителите* (похвала – вербална или чрез грамота; предоставяне на допълнителни дни към годишния отпуск, въвеждане на система за ДМС)

*Нормализация на режима на труд и почивка* ще гарантира физическото и психическото благосъстояние на професионалистите и ще доведе до повишаване ефективността и качеството на предлаганата здравна услуга.

## **2 част: Психо- превантивни интервенции** (планират се всяка година)

Изпълнението на дейностите се възлага на болничния психолог или специално обучено лице. Психологът може да бъде поканен само за провеждането на тренингите и индивидуалните консултации. Мерки:

*Диагностика на професионалното прегаряне.* Периодично оценяване на служителите за идентифициране на рисковите фактори и признаците формиращи синдрома. Оценяването трябва да се осъществява със съгласието на служителите. (Формуляр за мониторинг и оценка на рисковите фактори и признаците формиращи burn out, тест- МВІ, беседа, наблюдение).

*Информирание на служителите за burn out.* Основно направление в предложения модел за профилактика на синдрома на прегаряне е осигуряването на *информираност* на здравните професионалисти за burn out и рисковите фактори; определяне на рисковите групи в екипа по отношение на синдрома; организация и провеждане на мерки по откриване на ранните признаци на синдрома; получаване на съгласие за създаване на условия за професионално квалификационен растеж и психологическа устойчивост на персонала. Информирането може да стане под формата на мини - лекции, беседи, информационни табла, брошури за самопомощ при прегаряне.

*Създаване на кабинет за емоционално – психологическо разтоварване с библиотека и съответните аудио и видео материали.* Той може да се използва за провеждане на психологически тренинги и индивидуални консултации със здравните професионалисти, както и за кратки почивки по време на работния ден.

*Специализирано обучение/практикум.* Периодично:

- ✓ обучение на персонала в комуникативни умения при общуване с пациентите и техните родственици;

- ✓ обучение на професионалистите в техники за справяне със стреса и методи на дебрифинг след критична ситуация.

Обучението е насочено към създаване на ресурс за противодействие на burn out, установяване отношения на сътрудничество и партньорство в екипа. То трябва да способства за хармонизиране на вътрешния мир на здравния професионалист, за снижаване на психологическото му напрежение и развитие на вътрешни психически сили. Трябва да включва елементи на релаксация, самоконтрол, обучение в навици за снемане на емоционалното натоварване, мускулното напрежение, умората. Тъй като всяко отделение има своя специфика, психологът може да разработи персонализирано обучение за всяко отделение.

*Индивидуална или групова работа при професионалистите с наличие на рискови фактори и признаци на прегаряне.*

*Супервизионни групи.* Участието в такива групи позволява да се смекчат или изградят работни отношения, да се разбере груповата динамика в терапевтичния екип, да се подобри разбирането на психологическите проблеми на пациента при разработването на плана за грижи и в ежедневно общуване с колегите. При обсъждането на „проблемни пациенти“, професионалистите разкриват проблеми общи за много болни, което позволява да се обмени опит, който да се екстраполира в работата с други пациенти. Обсъждането на възникващите проблеми в екипа и с пациента позволява да се изградят механизми за психологическа защита, реакции за пренос и контрапренос и тяхната динамика. Разбирането на проблемите на пациентите и собствената психологическа защита води до намаляване на прегарянето.

Добри резултати в профилактиката на синдрома дават т.нар. *Балинтови групи*, при които се акцентира върху различните особености на терапевтичните взаимоотношения здравен професионалист - болен, на трудности, които самите професионалисти внасят за обсъждане. Могат да се използват ролеви игри, елементи на психодрама, техники на емпатично слушане, невербална комуникация и др.

За профилактика на професионалното прегаряне у здравните професионалисти е препоръчително провеждане на *дебрифинг* след всяко травматично събитие (напр. смърт на пациент, конфликти и т.н.), където участниците могат да изразят своите мисли, чувства и асоциации. Методът е подходящ за купиране чувството за вина и неадекватните реакции на „инцидента“ у професионалистите, и им позволява ефективно да продължат своята работа.

Основните дейности по изпълнение на етапите на организационния модел са представени в *приложение №4 от дисертационния труд*. Те могат да бъдат разширени или допълнени в зависимост от спецификата на работа .

### **3.5. Резултати и обсъждане на направената експертна оценка на организационния модел за профилактика на burn out в лечебните заведения .**

Осъществена е експертна оценка на изготвения организационен модел за профилактика на burn out у професионалистите по здравни грижи, базиран на анализирания данни от проведеното изследване и проучения положителен опит в тази посока. Целта на експертната оценка е да се направи анализ на модела от гледна точка на неговото съответствие с предмета на изследване, актуалност, полезност, да се установи неговата приложимост за целевата група, за която е предназначен.

За да се установят положителните и негативните страни на разработения организационен модел, той беше предоставен на десет експерта – главни медицински сестри от наблюдаваните болници и университетски преподаватели от Медицински университет - София, които изразиха своето мнение в специално разработена експертна карта, включваща седем показателя. (*Приложение №2 от дисертационния труд*)

За целта предварително се запознах със същността на модела.

Основните показатели, предложени за оценяване са:

- актуалност и полезност на предложения модел;
- адекватност на използваните методики;

- приложимост на модела в реална работна среда;
- потенциал за постигане на добри резултати;
- целта на модела е реалистична и изпълнима;
- иновативност на модела.

Анализът на получените експертни мнения показва, че моделът се приема без забележки от повечето експерти. Всички експерти изразиха положително мнение по отношение на неговата полезност. След като се запознаха със съдържанието на „*Формуляра за мониторинг и оценка на рисковите фактори и признаците формиращи burn out*“ почти всички експерти изразиха мнение, че е приложим в реална работна среда и има потенциал за постигане на добри резултати. Предложените показатели предназначени за оценка на възприятия, нагласи и действия по отношение на грижата, с цел поддържане на професионалното поведение са приложими в практиката и създават възможност за обективна оценка с цел профилактика на прегарянето. Индикаторите за оценка на професионалното поведение на здравния професионалист са лесни за разбиране и използване от ръководителите по здравни грижи и създават възможност за постигане на максимална обективност при оценяване. Въпросникът за самооценка на рисковите фактори и признаците на прегаряне дава информация за развитието на емоционална и физическа умора в процеса на работа, степента на удовлетвореност от определени аспекти на професионалната дейност, условията на труд, нуждата от социална подкрепа у професионалистите. Резултатите могат да служат за диференциране на профилактичните мерки в зависимост от индивидуалните нужди на професионалистите.

Единодушно е мнението на експертите, че моделът е актуален и иновативен, с научно-приложен характер в сферата на здравните грижи. Внедряването му в структурата на здравните заведения може да промени честотата и тежестта на синдрома и да служи като основа за развитието на психотерапевтичния компонент на грижата.

## **ГЛАВА ЧЕТВЪРТА: ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ.**

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Успешността в приложимостта на здравната грижа преди всичко зависи от три фактора: високо ниво на знания и опит, високо ниво на емоционална включеност със съпреживяване проблемите на пациента, съгласуваност и креативност в работата на здравния екип. Индивидуалният подход в решаването на проблемите на пациента предполага висока степен на включеност на здравния специалист в ситуацията на всеки човек, приемане на нормите и принципите на неговата среда и социално обкръжение. Без това условие здравния професионалист ще изглежда „чужд“ и неговите препоръки и грижи няма да бъдат възприети.

Спецификата на здравната грижа е допълнителен фактор за формирането на burn out. Постоянното стълкновение с проблемите и страданията на пациентите постепенно променя личността и светогледа на самия специалист. Това се случва незабелязано и в повечето случаи неосъзнато, но неизменно оказва огромно влияние както на него самия, така и на нивото на прилаганата здравна грижа и ефективността на здравната услуга.

При анализа на резултатите от анкетното проучване се разкриват компоненти на здравната грижа, които в контекста на професионалната дейност способстват за формиране на синдрома и влошават качеството на предлаганата здравна услуга.

Синдромът на прегаряне е съвременен феномен, който допринася за възникването на нарушения засягащи различни аспекти на трудовия процес на здравния професионалист – професионална дейност, професионална идентичност, професионална комуникация.

Внедряването на предложения организационен модел за профилактика burn out в структурата на здравните заведения може да промени честотата и тежестта на синдрома и да служи като основа за развитието на психотерапевтичния компонент на грижата.

## ИЗВОДИ

### Ниво на приложимост на здравната грижа

- 1) Здравните професионалисти демонстрират високи нива на приложимост на здравната грижа по скалите „Осигуряване на качество“ и „Взаимно уважение“, много високо ниво за „Професионални знания и умения“ и посредствени нива по скалата „позитивна свързаност“.
- 2) В самооценката на аспекта *Професионални знания и умения*, респондентите ранжират най – високо владенето на инжекционната техника и професионалното боравене с апаратурата (77%) и по-ниско уменията си за информиране на пациента с цел свободен избор на грижи (26%) и поверителност на информацията (43%).
- 3) При оценката на аспекта „качество“ на здравната грижа превес взема изискването за дисциплинираност, точност и акурантост при манипулативната техника (87%), пред терапевтичното общуване (24%) и индивидуалния подход в грижата (27%).
- 4) Респондентите уважават личността на пациента (63%), но се наблюдава дефицит на емпатично отношение (14%) и подкрепа при провеждане на необходимите грижи (30%).
- 5) Повече от половината анкетирани (59%) показват ниско или посредствено ниво на свързаност с пациента. Налице е изключително нисък процент на лична ангажираност към пациента в процеса на грижи (9%).
- 6) Медицинските сестри предлагат по-високо ниво на здравна грижа от другите работещи в здравеопазването здравни професионалисти.
  - ✓ Висока самооценка за *качество на здравната грижа* дават 78,6% от медицинските сестри и 48% от другите ПЗГ. 6,8% от медицинските сестри и 18% от другите ПЗГ преценяват качеството на извършваната от тях услуга като ниско или посредствено;
  - ✓ 93,7% от медицинските сестри и 78% от другите ПЗГ оценяват високо прилаганата здравна грижа по скалата *професионални знания и умения*.

Като посредствена оценяват професионалната си подготовка 1,4% от медицинските сестри и 10% от другите ПЗГ

- ✓ Висока оценка на здравната грижа по скалата взаимно уважение дават 59,2% от медицинските сестри и 44% от другите здравни професионалисти. 18,5% от медицинските сестри и 32% другите ПЗГ оценяват ниско приложимостта на грижата в този аспект;
- ✓ Повече от половината медицински сестри (56,3%) и 3/4 от другите ПЗГ показват ниско ниво на свързаност с пациента. Едва 27,7% от медицинските сестри и 14% от другите ПЗГ дават висока самооценка на този аспект на грижата.

### **Характеристики на синдрома на прегаряне**

- 1) Сред здравните професионалисти преобладават високи нива по скалите на *емоционално изтощение* и *деперсонализация* и умерени нива по скалата на *персонални постижения*.
- 2) Сравнителният анализ показва, че феноменът на прегаряне се наблюдава в по- висока степен у медицинските сестри и се проявява във високо усещане за емоционално претоварване, опустошеност и изчерпване на емоционалните им ресурси, дистанцираност в комуникацията с пациенти и колеги, снижена самооценка за персонална ефективност.
- 3) Съществува връзка между възрастта, трудовия стаж, образователния ценз и пола, и разпространението и тежестта на бърнаут синдрома у здравните професионалисти.
  - ✓ Най - податливи на прегаряне са медицинските специалисти във възрастовата граница между **51** и 65 години.
  - ✓ Медицинските специалисти с дълъг професионален опит на работното място имат по- високи нива на прегаряне.
  - ✓ Лицата проявяващи най-ниска склонност към професионално прегаряне, са с ОКС „магистър“, а най – висока: специалистите с полувисше образование.
  - ✓ Жените от извадката страдат от емоционално изхабяване и изчерпаност много по-често от мъжете.

- 4) Съществува връзка между Burn out синдрома и организационните фактори.
- ✓ повишеното работно натоварване и извънредния труд снижават самооценката за лична компетентност и персонална ефективност у професионалистите и стимулират развитието на прегаряне.
  - ✓ Здравните професионалисти, чиято продължителност на работния ден е 8 часа усещат по- често умора и изчерпаност в края на деня.
  - ✓ Изследването идентифицира тясна корелационна връзка ( $R=0,142$ ;  $p<0,001$ ) между тежестта на състоянието на пациента и емоционалното изтощение у професионалистите, което е следствие на емоционалната им въввлеченост в негативните преживявания на пациента;
  - ✓ Медицинските специалисти обслужващи по- голям брой пациенти имат по- високо ниво на емоционално изтощение и отделят по – малко време на пациента.
- 5) Съществува връзка между синдрома на прегаряне и социално – психологическите взаимоотношения в организацията, както по вертикала, така и по хоризонтала.
- ✓ Лошата *работна атмосфера* и липсата на организационна подкрепа влияят на усещането за емоционално изтощение от работата, формализацията на общуването с пациента, използването на стереотипни навици и формално изпълнение на задълженията;
  - ✓ *Упражняването на власт*, напрежението и конфликтите в професионалната среда също увеличават риска от емоционално изтощение;
  - ✓ недостатъчното възнаграждение способства за развитие на емоционално изтощение ( $R=0,144$ ;  $p<0,01$ ) и деперсонализация ( $R=0,167$ ;  $p<0,01$ );
  - ✓ Налице е ясно изразена тенденция за засилване на необходимостта от социална подкрепа с покачване на нивото професионално прегаряне.

#### **Връзка между аспектите на грижата и burn out**

- 1) Здравната грижа, като специфична професионална дейност и взаимоотношенията здравен професионалист – пациент в контекста на тази дейност, влияят на нивото и честотата на Бърнаут синдрома.

- ✓ Респондентите с много високи нива на емоционално изчерпване ( $\chi=34,75$ ) и деперсонализация ( $\chi=17,25$ ) имат влошена комуникация и общуване с пациентите, и утежнено изграждане на междуличностни отношения. Същите имат и много ниско ниво на персонална удовлетвореност ( $\chi = 18,25$ )
- ✓ Въпреки, че показват много високо ниво на професионални знания и умения едва  $\frac{1}{4}$  от анкетираните винаги дават информация на пациента за прилаганата грижа, също толкова го обучават в автогрижа и дават указания, за да живее достойно с болестта си. Изследването показва, че респондентите, които никога/или много рядко дават информация на пациента, за да може да вземе решение за грижите имат високо ниво на емоционално изчерпване ( $\chi=28,5$ ).
- ✓ Анализът на резултатите показва високо ниво на емоционално изтощение ( $\chi=30,67$ ) при респонденти, неотдаващи внимание на потребностите на пациента.
- ✓ Налице е значимо повишаване нивото на емоционално изхабяване ( $\chi=32,78$ ) при респонденти не изразяващи загриженост към пациента.
- ✓ Здравните професионалисти с много висока степен на дехуманизация не прилагат цялостен подход в грижите ( $\chi=14,86$ ) и не се посвещават на пациентите ( $\chi=14,17$ ).
- ✓ Респондентите показващи високо ниво на деперсонализация, много рядко дават възможност на пациента да изрази чувствата, породени от заболяването ( $\chi=13$ ) и не обсъждат нуждата от грижи ( $\chi=13$ ).
- ✓ Осигуряването на директни, преки грижи за пациента води до много високо ниво на деперсонализация при професионалистите ( $\chi=18$ ). Едва 9% от респондентите проявяват лична ангажираност към пациента в процеса на грижи.
- ✓ Само  $\frac{1}{3}$  от респондентите споделят, че директният контакт с пациента при осигуряването на базови грижи увеличава усещането за пълноценна дейност и подобрява взаимоотношенията с пациентите и в екипа.

- ✓ Според експертите внедряването на организационен модел за профилактика burn out в структурата на здравните заведения може да промени честотата и тежестта на синдрома и да служи като основа за развитието на психотерапевтичния компонент на грижата.

## **ПРЕПОРЪКИ**

### **Към медицинските университети и техните филиали и колежи:**

По същество, първичната профилактика на синдрома на прегаряне трябва да започне още по време на обучението във ВУЗ-а. Здравните професионалисти трябва да притежават базови знания за burn out синдрома и неговата профилактика и основни умения за самопомощ, като важен аспект от тяхната професионализация.

- 1) Осигуряване на адекватно обучение на бъдещите професионалисти за работа с емоционалните проблеми на клиенти и пациенти. Да се създадат базови умения и навици за професионална комуникация и поне минимална психологическа защита.
- 2) Да се разширят знанията за психологията на взаимоотношенията в системата „здравен професионалист – болен“.
- 3) В учебните планове на здравните професионалисти с ОКС „Бакалавър“ да бъде включена за изучаване избираема дисциплина „Burn out – профилактика и управление“

### **Към болничното управление:**

- 1) Препоръчва се, осигуряване на адекватно обучение на персонала за работа с емоционалните проблеми на клиенти и пациенти.
- 2) Да разпредели ясно отговорностите, преосмисляйки длъжностните характеристики (Ясно дефиниране на професионалната роля на здравния професионалист).
- 3) Регулярно провеждане на работни срещи с персонала за обсъждане на спецификата на работа с конкретен контингент болни и стратегии за разрешаване на вътрешни проблеми и трудни ситуации, възникващи в отделението.

4) Периодична диагностика на служителите за burn out.

**Към Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи:**

- 1) Регулярно провеждане на съвещания, конференции и кръгли маси за обсъждане на спецификата на проблема.
- 2) Организиране на краткосрочни курсове за следдипломно обучение свързано с усвояване на техники за справяне със стреса, респект. с бърн аут синдрома.
- 3) Да води политика към останалите институции за постигане на работна среда с по-малко стресогенно въздействие върху здравните професионалисти.

**Към Министерство на здравеопазване:**

- 1) В разработената Национална стратегия да залегне Програма за профилактика на burn out синдрома за всички здравни професионалисти.
- 2) Да се зложат законодателни изисквания към работодателите за предпазване на работещите от професионално прегаряне.

## **ПРИНОСИ**

### ***Приноси с оригинален характер***

1. За първи път у нас е използвана методика за измерване нивото на приложимост на здравната грижа, което позволява нейната по-лесна оценка.
2. Направено е първото по рода си, целенасочено и задълбочено проучване на съществуващите взаимовръзки между здравната грижа с нейните „грижовни“ категории и „професионалното прегаряне“ у професионалистите в неговите три измерения.
3. Предложен е организационен модел за профилактика на burn out в структурата на здравните заведения, който акцентира върху диагностика на рисковите фактори и признаците формиращи синдрома и мерки способстващи за профилактика на прегаряне в професионалната дейност на здравните професионалисти.

### ***Приноси с предимно научно-познавателен характер***

1. Направен е обширен анализ на специализираната литература, посветен на „здравната грижа“ и синдрома „бърнаут“ в професионалната дейност на здравните специалисти.
2. Разработен и апробиран набор от методологични инструменти за диагностика на професионалното прегаряне и здравната грижа като междуличностно взаимодействие, даващ възможност за локализиране на специфичните стресори в контекста на професионалната дейност на здравните специалисти.
3. Установени са честотата и тежестта на бърнаут синдрома при работещите в сферата на здравните грижи, което позволява да се разшири представата за неговата същност и специфика при тази популация медицински професионалисти.
4. Детайлно се разкрива ролята на демографските и организационните фактори за формирането на burn out феномена, което позволява да бъдат отчетени в процеса на профилактика и управление на професионалното прегаряне сред здравните професионалисти.

5. Идентифицирани са компоненти на здравната грижа, които в контекста на професионалната дейност способстват за формиране на синдрома, което ще позволи конкретизиране на мерките за профилактика на burn out в структурата на здравните заведения

***Приноси с предимно практико-приложен характер:***

1. Представена е методика за ранна диагностика на burn out сред професионалистите по здравни грижи: ***Формуляр за мониторинг и оценка на рисковите фактори и признаците формиращи burn out***, която съдържа:
  - *„Лист за обективна оценка на професионалното поведение на здравния професионалист“*
  - *„Въпросник за идентифициране на рисковите фактори и признаците на прегаряне“*
2. Предложени са конкретни мерки за профилактика на burn out в структурата на здравните заведения

## ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. **Янкова, Г. (2014).** Burn out –синдрома в професионалната дейност на медицинските сестри. XXIV международна научна конференция, 5-6 юни 2014, Съюз на учените - Стара Загора, International scientific on-line journal "Science & technologies" volume IV; number 1:Medicine,2015.pp 226-231
2. **Янкова, Г., П. Маринова (2014).** Здравната грижа в професионалната дейност – сестрински аспекти. Международна научна конференция "Образование, наука, икономика и технологии"; 26-27 юни 2014.Академично списание "Управление и образование.",Том X (5), с.37-41.
3. **Янкова, Г., М. Александрова, Л. Маринов (2015).** Компоненти на здравната грижа, имащи отношение към емоционалното изтощение. Международна научна конференция "Образование, наука, икономика и технологии"; 25-26 юни 2015. Академично списание "Управление и образование.", Том XI (5), с. 58-64
4. **Янкова, Г. (2015).** Сравнителен анализ на компонентите на burn out между медицински сестри и други здравни професионалисти работещи в сферата на здравните грижи. XXV международна научна конференция, 4-5 юни 2015, Съюз на учените - Стара Загора, International scientific on-line journal "Science & technologies", Vol.V, Num. 1: Medicine,2015, pp 314-319

## БИБЛИОГРАФИЯ

1. **Александрова М. (2011).** Бърнаут – актуален проблем за управлението на човешките ресурси в здравеопазването. В: Иновации в общественото здравеопазване. с.45-55.
2. **Александрова, М., А. Москов (2001).** Развитие на сестринската професия в България и влиянието на Европейските държави, Сестринско дело, 33, 2001, 4,с. 20-23
3. **Александрова, М. (2001).** Планиране, реализация и оценка на грижите, определени в сестринската диагноза. В: Ръководство за специализация на медицински сестри, Под ред. на доц. д-р К. Юркова, Горекс Прес, 2001, с. 97-100
4. **Аргайл , М., Х. Мендерсън (1989).** Анатомия на човешките отношения. С., Наука и изкуство.
5. **Асенова, Р. и др. (2003).** Психо-емоционално “изтощаване” при общопрактикуващите лекари. Национална трипартидна конференция на българското общество за изучаване и борба със стреса. 12-13 септ. 2003, Пловдив, 207-213.
6. **Ачкова , М. (2001).** Приложна психология в медицината и здравните грижи. С., Коти
7. **Ачкова , М. (1999).** Психиатрия. Първо издание. Знание ЕООД, 151.
8. **Балканска, П. (2010).** Емпатично поведение в медицинската практика, В: Медицинска педагогика, ЕКСПРЕС, Габрово, 216-225.
9. **Балканска П., Ж. Христов. (2010).** Професионално общуване и комуникативна компетентност. В: Медицинска педагогика, ЕКСПРЕС, Габрово, с. 203-215.
10. **Балканска П., Ж. Христов, М. Александрова. (2010).** Работа в екип и екипни взаимодействия. В: Медицинска педагогика, ЕКСПРЕС, Габрово, с. 226-238.
11. **Бойко, В. (1999).** Методика диагностики уровня эмоционального выгорания.; В: Д. Я. Райгородский (ред.). Практическая психодиагностика: Методики тесты. Самара, с.161-169.
12. **Бойко, В. (1996).** Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. Москва, Информационно-издательский дом „Филинъ“.
13. **Борисов, В. (2001).**Качество на здравното обслужване., Социална медицина, учебник за медицинските колежи. Под ред.: В.Борисов, Ц.Воденичаров, С.Попова, С., ГорекПрес, 2001, с. 20-23
14. **Борисов, В. (2004).**Мениджмънт на качеството в здравеопазването, Здравен мениджмънт, I, С., Филвест, 2004,с. 243-258
15. **Български тълковен речник, (1976).** Изд. ”Наука и изкуство”,С.
16. **Василева, Л. (1997)** Профил на професионален стрес при лекари и медицински сестри. – Медицински магазин, 15, 1-15.
17. **Василева, М. (2011).** Нови здравни предизвикателства в Европа в условията на световна криза. Здравни грижи, №3, с.5
18. **Воденичаров, Ц., С. Попова (2003).** Медицинска етика, София, изд. «ДАК»
19. **Воденичаров, Ц., С. Попова (2010).** ”Медицинска етика, София
20. **Водопьянова Н. Е. (2009).** Психодиагностика стресса. — СПб.: Питер.
21. **Георгиева, И., Е. Караславова, Д. Тодоров (2008).** Професионалното изчерпване при медицински сестри, работещи в клиника по детски и генетични заболявания при УМБАЛ “Св. Георги” – Пловдив; Сестринско дело, 40, № 3, с. 3-7

22. **Георгиева, Д., Захаријева, К. (2011).** Промяна в нагласите и моделите за комуникация между медицинска сестра и пациент. Научни трудове на русенски университет, т.50, с.141-145
23. **Гринберг, Дж. (2004).** Управление стресса (пер. с англ.). Питер, Санкт-Петербург.
24. **Димитрова, М., Стамболова, И. (2010).** Проблеми на професионалното общуване на медицинските сестри.сп. Сестринско дело, XLII, №1,с.7-11
25. **Дичева, Е. (2013).** Превенция на синдрома „Бърнаут“ в работата на социалния работник. Academic journal „Management and education“, vol.4, p.152-158.
26. **Добрилова, П., Маринова, П. (2012).** Роля на медицинската сестра в повишаване качеството на услугите в рехабилитационните болници, Двадесет и девета научнотехнологична сесия, КОНТАКТ 2012, София, с. 155- 161
27. **Дойкова, Ст. (2012).** Зависимост на синдрома бърнаут от социалните условия на труд при работещите в сферата на социалното подпомагане. Сборник с научни доклади от XI – та Международна научна конференция” „Приложна психология и социална практика”, Варна , 2012.
28. **Живкова, Хр. (1996).** Емпатия в медицинската практика, Българско списание по психология, кн.1, с. 101-106.
29. **Иванова, П.(2009).** Развитие на мотивационни мерки в здравната организация, International Science conference, "Economics and Society development on the Base of Knowledge", Vol. VI,p.106-110
30. **Иванова, П.(2012).** Разширяване ролята на сестрата в медицинската практика и междуличностно измерение на грижите., Vol. II, N. 1,с.160-163
31. **Лангле А.(2008).** Емоционално выгорание с позиции экзистенциального анализа Сп. вопросы психологии бр.2
32. **Латенко Ю.А. (2009).** Профессиональное поведение специалистов-медиков и его компоненты // Альманах современной науки и образования. № 4. Ч.2. с.88-89.
33. **Лечева, З. (2013).** Фактори, предизвикващи професионален стрес при медицинските сестри.// Управление и образование, том IX (5),с. 38-44
34. **Лечева, З. (2012).** Противоречия между професионалните изисквания и социалния статус на медицинската сестра.// Управление и образование, том IX (3),с. 130-135
35. **Лечева, З. (2014).** Бърнаут при психиатричните медицински сестри.Academic journal Management and education, vol.5, p.61-66
36. **Мирчева, К. (2012).** Стрес и психични стратегии за справяне, с.44
37. **Маринова П., П. Добрилова, К. Стефанова (2010).** Синдром на изпепеляване и неговите фактори в интензивните отделения; сп. Медицински меридиани, 2,с.22-27
38. **Маринова П., Г. Янкова (2010).** Внедряването на Нърсинг процес – необходим организационен приоритет в българското здравеопазване. сп. Медицински меридиани, бр.3, с. 44-48
39. **Мухина С.А., Тарновская А.А. (2006).** Теоретични основи на сестринските грижи,ИЦ Плевен,с.18
40. **Ненова А., А. Рашева, Б. Ценова, К. Даскалов, И. Маринов (2005).** Емоционално изтощение (бърнаут) и общи характеристики на работата на медицински персонал в клиника за консервативно лечение. Сб. III Нац. Конгрес по психология, София, 28-23 окт., 2005, София, 316-322.

41. **Орел, В. Е.(2001).** Феномен „выгорания” в зарубежной психологии: эмпирические исследования. – Журнал практической психологии и психоанализа, 3
42. **Павлова С. (2012).** Осъществяване на ефективна комуникация между медицинската сестра и пациента в системата на болничното здравеопазване. Сп. Известия на Съюза на учените – Сливен. Том 21, 2012., 168-172
43. **Павлова, С. (2013).** Условия повлияващи терапевтичното общуване в сестринската практика. Управление и образование, том IX (3), с.92-97
44. **Павлова, С. (2013).** Професионализация на медицинската сестра за изграждане на взаимоотношения с пациента в условията на съвременното здравеопазване. Дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен „доктор”, МУ-Варна, 2013
45. **Попова, С., Н. Кръстева, К. Юркова. (2001).** Комуникационни умения и автономни функции на сестринството. Пловдив, ДС Гриф
46. **Попова, С., М. Александрова (2001).** Етични правила за добра емоционална и социална подкрепа на пациента. В: Ръководство за специализация на медицински сестри, Под ред. на доц. д-р К. Юркова, Горекс Прес, 2001, с.133-137
47. **Радев, Е. (2012).** Социална значимост на Бърнаут – синдрома и насоки за неговия мениджмънт, XXX-та Научно-технологична сесия КОНТАКТ 2012. „Интердисциплинарната идея в действие”, с. 107-113.
48. **Радев, Е. (2014).** Социална поддръжка в качествe ресурса для преодоления стресса и синдрома выгорания, III-та Межд. научно-практической конференции – Профессиональное развитие, ради сохранения восточноевропейской цивилизации, Россия – Болгария, Красноярск с. 204-208.
49. **Радев, Е. (2015).** Синдромът бърнаут и неговото управление при здравните специалисти. Дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен „доктор”, МУ-София, 2015
50. **Савова, З. (2012).** Превенция на стрес и професионално изчерпване, С. Симони 94
51. **Самоукина, Н. В. (2003).** Карьера без стресса. СПб., Питер, 14-103.
52. **Самоукина, Н. В. (2005).** Синдром професионального выгорания. – Медицинская газета, 43.
53. **Спасова, Р., П. Железчева. (2004).** Повишаване качеството на здравните грижи в МБАЛ “Д-р Иван Селимински” АД – Сливен, чрез въвеждане на система за оценка и контрол. Здравни грижи, 1, с. 15 – 20
54. **Стамболова, И. (1998).** Комуникативни способности в сестринската практика, Сестринско дело, 31, №1, с.3-13
55. **Стамболова, И., Г. Чанева (2007).** Управление на здравните грижи, Филвест, София, с. 56
56. **Стамболова, И. (2012).** Сестринските и акушерските грижи – етични аспекти и комуникация. В: Сестрински грижи при соматични заболявания., 9-13.
57. **Стойчева М. (2011).** Сравнителен анализ на международните практики относно правото на пациента за информация и информирано съгласие, Академично списание „Управление и образование”, кн.1 , том.7, с.268-274
58. **Стоянова, Р., (2013).** Фактори, предиктори на текучеството на медицинските сестри, СД, бр.1, с.13-20

59. **Тончева, С., (2011).** Фактори, определящи професионалния имидж на медицинската сестра. *Scripta scientifica medica*, Варна, МУ, т.43(4), с.319
60. **Тончева, С., С. Павлова. (2012).** Изследване на професионалната удовлетвореност на медицинската сестра. *сп. Социална медицина*, 1, с.30-32
61. **Тончева, С., С. Борисова (2004).** Планът за сестрински грижи – фактор, повишаващ ефективността на здравното обслужване, *Социална медицина*, бр.1, с. 35-36
62. **Троянова, П., Л. Първанова (2001).** Удовлетвореност на пациентите от предлаганите медицински услуги в болницата за активно лечение по онкология – ЕАД, София. *Социална медицина*, 4, с. 9-17
63. **Хаджиделева, Д. (2014).** Комуникации в акушерските грижи. Дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен „доктор”, МУ-София, 2014
64. **Харизанова, Ст., Т. Търновска. (2013).** Бърнаут синдром – исторически преглед, определение, същност, последствия; *Български медицински журнал*, VII, № 1, с.31-38
65. **Хэнел, Т. (2009).** Депресия, или как жить с дамой в черном. М.
66. **Ценова, Б. (1996).** Професионален стрес и психично здраве при учителите, ч.1, *Бълг. Сп. по психология*, 4,46-72
67. **Ценова, Б. (1998).** Разпространение на бърнаут – синдрома в сферата на образованието и обслужването. В: *Сб.Предизвикателствата на стреса*, 61-82
68. **Ценова, Б. (2003).** Стрес при работа – емпирични изследвания , *Сп. Безопасност и здраве при работа*, ,1, 65-68
69. **Ценова, Б. (2004)** Психосоциални проблеми на работното място: стрес, бърнаут, психологичен тормоз, *Сп. Физикална медицина, рехабилитация1 здраве*, 2-4, 18-27
70. **Ценова, Б.(2008).** Личностни корелати на бърнаут – синдрома, [bjor.files.wordpress.com](http://bjor.files.wordpress.com)
71. **Ценова, Б. (2003).** Специфични подходи за справяне с бърнаут при медицински сестри. *Сп. Социална медицина*, 2, 33-35
72. **Ценова, Б., К. Костадинова (2003).** Професионален стрес, бърнаут- синдром и модериращи ги фактори при персонала от детски социално – здравни заведения. *Сб. Стрес*, 1-ва Нац. Конф.,С.,КНСБ, с.55-64
73. **Ценова, Б.(2015).** Стрес и психично здраве при работа – перспективи от гледна точка на здравето, политиката и бизнеса. *Сп. Здраве и безопасност при работа*,1,с.13-25
74. **Цонева, Д., Ст. Хинев (2010).** Проблемът „емоционално изгаряне“ (Burnout синдром) при медицинския персонал в КАИЛ/ОАИЛ, *Анестезиология и интензивно лечение*, 2010; 1: 16-20
75. **Цонева, Д. (2012).** Актуални аспекти на „burnout“ синдрома при медицински персонал в отделение по анестезиология и интензивно лечение в условията на здравна реформа в България. Дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен „доктор”, МУ-София, 2012
76. **Христова, Т. (2007).** Професионални проблеми. В: *Палиативни грижи.*, 382-399
77. **Чанева, Г. (2013).** Автономните функции в сферата на здравните грижи., *Science & Technologies*, Vol. III, N.1,с.242-245
78. **Чанева, Г., И. Стамболова (2003).** Качество на здравните грижи. Протокол за здравни грижи. В: *Управление на здравните грижи под ред. на С. Попова*, Филвест, София, с.79-83

79. **Чанева, Г., И. Стамболова (2003).** Качество и контрол на здравните грижи. Мениджмънт на сестринския процес. В: Управление на здравните грижи под ред. на С. Попова, Филвест, София, с. 94-100
80. **Чанева, Г., И. Стамболова (2003).** Концепции за сестрински грижи, Управление на здравните грижи под ред. на доц. д-р С. Попова, Филвест, С., с.7-15
81. **Чешмирова Ц., Г. Карастоянов (2004).** Бърнаут и социална подкрепа; НБУ
82. **AbuAlrub R.F (2004).** Job stress , Job performance, and social support among hospital nurses. *Journal of Nursing scholarship.* 36(1):73-78.
83. **Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski JA, Busse R, Clarke H, et al. (2001)** Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs* 2001;20(3):43-53.
84. **Aiken, L. H. et al. (2002)** Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. – *J. Am. Med. Assoc.*, 288, 2002, 1987-1993.
85. **Aiken, L. H. et al. (2001)** Nurses reports on hospital care in five countries: the ways in which nurses' work is structured have left nurses among the least satisfied workers, and the problem is getting worse. – *Health Affairs*, 20, 2001, 43-53.
86. **Akroyd, D. & Adams, R. D. (2000).** The cost of caring: A national study of burnout in radiation therapists. *Radiation Therapist*, 9 (2), 123-130.
87. **Alderson M. (2008).** Work Structure in the Chronic Care Setting: Possible Consequences for Nurses' Mental Health. *Canadian Journal of Nursing Research* 2008;40(3):160-78
88. **Alimoglu, M. K. & Donmez, L. (2005).** Daylight exposure and the other predictors of burnout among nurses in a University Hospital. *International Journal of Nursing Studies* 42, 549–555.
89. **Arthur, D. et al. (1999).** Caring attributes, professional self concept and technological influences in a sample of registered nurses in eleven countries. *International Journal of Nursing Studies*, 36 , 387-396.
90. **Backs-Dermott B, Dobson K, Jones S. (2010)** An evaluation of an integrated model of relapse in depression. *J Affect Disord.*; 124 :60–7. [ PubMed ]
91. **Bakker, A. B. et E. Demerouti. (2007)** The job demands resources model: state-of-the-art. – *J. Manag. Psychol.*, 22, 309-328.
92. **Barker, P. (2000).** Reflections on caring as a virtue ethic within an evidence-based culture. *International Journal of Nursing Studies*, 37 (4), 329-336.
93. **Barnard A, Hollingum C, Hartfiel B. (2006).** Going on a journey: understanding palliative care nursing. *Int J Palliat Nurs.* 2006;12(1):6-12.
94. **Barnett, C. W., Hopkins, W. A. & Jackson, R.A. (1986).** Burnout experienced by recent pharmacy graduates of Mercer University. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 43, 2780–2784
95. **Beaver, C. B., Sharp, E. S. & Cotsonis, G. A. (1986).** Burnout experienced by nurse midwives. *Journal of Nurse-Midwifery*, 31(1), 3–15.
96. **Bennet L., Kelaher M., Ross M.W. (1994).** Quality of life in health care professionals: Burnout and its associated factors in HIV/AIDS related care // *Psychology and Health.* V. 9 (4). P. 273-283.
97. **Bolderston A, Lewis D, Chai MJ. (2010)** The concept of caring: Perceptions of radiation therapists. *Radiography.*;16(3):198-208.
98. **Boykin, A., & Schoenhofer, SO (1993).** Nursing as caring: A model for transforming practice. New York: National League of Nursing Publications

99. **Byrne B.M. (1994).** Burnout: testing for the validity, replication, and invariance of causal structure across elementary, intermediate, and secondary teachers // *American Educational Research J. V. 31 (3).* P. 645-673.
100. **Bradley, H. B. (1969)** Community-based treatment for young adult offenders. – *Crime and Delinquency*, 15, 359-370.
101. **Brown, J., Robb, Y., Lowndes, A., Duffy., Tolson, D., Godwin, J.(2010).** Development of a Toolkit to Profile Learning Achievements in Inpatient Settings from the perspectives of Older People, Family Carers, Nurses, Support Workers and Student Nurses. Final report for NES and QIS, (Unpublished).
102. **Brunton, B. & Beaman, M. (2000).** Nurse practitioners' perceptions of their caring behaviors. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 12 (11), 451-456.
103. **Bryant, E. (1994).** When the going gets tough. *The Canadian Nurse*, 36–39.
104. **Burisch M. (1989)** Das Burnout — Syndrom. *Theorie der inneren Erschöpfung.* — Springer
105. **Canty-Mitchell, J., & Zimet, G. D. (2000).** Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 28, 391-400.
106. **Cargan L. (2007).** Doing social research. Maryland: Rowman & Littleman.,29
107. **Chaipetch, O. (2008).** ICU nurses' experience in caring for dying patients. Unpublished master's thesis, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.
108. **Cherniss, C.(1980b)** Professional Burnout in Human Services Organizations. New York, Praeger,
109. **Cherniss, C., (1980).** Professional burnout in human service organizations. New York: Praeger.
110. **Chung, M. C. & Corbett, J. (1998).** The burnout of nursing staff working with challenging behavior clients in hospital-based bungalows and a community unit. *International Journal of Nursing Studies*, 35, 56-64.
111. **Chung, M. C. & Corbett, J. (1998).** The burnout of nursing staff working with challenging behavior clients in hospital-based bungalows and a community unit. *International Journal of Nursing Studies*, 35, 56-64.
112. **Coogan, R. S. (1996).** Caring behaviors of perioperative nurses. Unpublished master's thesis, Florida Atlantic University, Boca Raton.
113. **Cooper, CL. (2005).** Handbook of stress medicine and health. London: CRC Press.
114. **Coulombe KH, Yeakel S, Maljanian R, Bohannon RW. (2002).** Caring Behaviors Inventory: analysis of responses by hospitalized surgical patients. *Outcomes Manag.* 2002;6(3):138-41.
115. **Cordes S.L., Dougherty T.W., Blum M. (1997).** Patterns of burn-out among managers and professionals: A comparison of models // *J. of Organizational Behavior.* V. 18(6). P.685-701.
116. **Demir A, Ulusoy M, Ulusoy M.F. (2003).** Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. *International Journal of Nursing Studies*: 40(8): 807-827.
117. **De-Mercato R., Cantello G., Celentano U., Romano A. et al. (1995).** Burnout syndrome in medical and non medical staff // *New Trend in Experimental and Clinical Psychiatry.* V. 11(1). P. 43-45
118. **Dietzel L.C., Coursey R.D. (1998).** Predictors of emotional exhaustion among nonresidential staff persons // *Psychiatric Rehabilitation J. V. 21 (4).* P. 340-348.

119. **Dierendonck D.V., Garssen B., Visser A. (2005).** Burnout prevention through personal growth // *International Journal of Stress Management*. – V. 12, P. 62–77.
120. **Dillon, R. S. & Stines, P. W. (1996).** A phenomenological study of faculty student caring interactions. *Journal of Nursing Education*, 35 (3), 113-118.
121. **Dollard MF, Dorman C, Boyd CM, Winefield HR & Winefield AH. (2003).** Unique aspects of stress in human service work. *Australian Psychologist*, 38(2):84-91.
122. **Dollard, M. (2003).** Introduction: context, theories and intervention. In: Dollard MF, Winefield AH, Winefield HR, editors. *Occupational Stress in the Service Professions*. London, New York: Taylor & Francis; 2003, 1-42
123. **Dyson, J. (1996).** Nurses' conceptualizations of caring attitudes and behaviors. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 1263-1269.
124. **Erickson, R. J. & Grove, W. J. C. (2007).** Why emotions matter: Age, agitation, and burnout among registered nurses [Electronic version]. *Online Journal of Issues in Nursing*, 13 (1). Retrieved on November 29, 2007 from <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANA>
125. **Fagerström L.(2006).** The dialectic tension between “being” and “not being” a good nurse. *Nursing Ethics*;13(6):622-632.
126. **Finfgeld-Connett D. (2008).** Meta-synthesis of caring in nursing. *J Clin Nurs*. 17(2):196-204.
127. **Flinkman, M. et al. (2008).** Explaining young registered Finnish nurses' intention to leave the profession: a questionnaire survey. – *Int. J. Nurs. Stud.*, 45, № 5, 727-739.
128. **Freudenberger H J. (1974).** Staff burnout. *Journal of Social Issues*:30(1):159-165.
129. **Freudenberger, H .J. et G. Richelson.(1980).** Burnout: How to Beat the High Cost of Success. New York, Bantam Books.
130. **Freudenberger, H. J.(1974).** Staff Burnout. – *J. Soc. Issues*, 30
131. **Freudenberger, H. J. (1975).** The staff burnout syndrome in alternative institutions. – *Psychother. Theory. Res. Pract.*, 12, 72-83.
132. **Gabassi PG, Cervai S, Rozbowsky P, Semeraro A, Gregori D. (2002).** Burnout syndrome in the helping professions. *Psychol Rep*: 90(1):309-14.
133. **Gandoy-Crego, M. et al. (2009).** Personal determinants of burnout in nursing staff at geriatric centers. – *Arch. Gerontol. Geriatr.* № 48, 246-249.
134. **Gerengaiss E.R., Burke R.J., Konarski R.(1997).** The impact of social support on the development of burnout in teachers: Examination of a model // *Work and Stress*. 1997. V. 11(3). P. 267-278.
135. **Gibson F., McGrath A., Reid N. (1989).** Occupational stress in social work // *British J. of Social Work*. V. 19 (1). P. 1-18.
136. **Gray-Toft, P. & Anderson, J. G. (1981).** Stress among hospital nursing staff: Its causes and effects. *Social Science & Medicine*, 15, 639-647.
137. **Green A. (2004).** Caring behaviors as perceived by nurse practitioners. *J Am Acad. Nurse Pract.* 2004 Jul;16(7):283-290
138. **Haddad A. (1998).** Sources of social support among scholl counselors in Jordan and its relationship to burnout // *International J. for the Advancement of Counseling*. V.20(2).P. 113-121
139. **Hallman, T. et al.(2003).** Stress, burnout and coping: Differences between women with coronary heart disease and healthy matched women. – *J. Health Psychol.*, 8, 2003, 433-445.

140. **Hawton, K, Rodham, K & Evans, E. (2006).** By their own young hand: deliberate selfharm and suicide ideas in adolescents. London: Jessica Kingsley Publications
141. **Hayes, J. S., & Tyler-Ball, S. (2007).** Perceptions of nurses' caring behaviors by trauma patients. *Journal of Trauma Nursing*, 14(4), 187-190.
142. **Himie D.P., Jayaratne S., Thyness PA. (1991).** Buffering effects of four social support types on burnout among social workers // *Social Work Research and Abstracts*. V. 27 (1). P. 22-27.
143. **Hoover, J. (2002).** The personal and professional impact of undertaking an educational module on human caring. *Journal of Advanced Nursing*, 37(1), pp. 79-86
144. **Hyman, S. et al. (2011).** Risk of Burnout in Perioperative Clinicians. A Survey Study and Literature Review, *Anesthesiology*, 114, № 1, 194-204.
145. **Kennedy, D. & Barloon, L. F. (1997).** Managing burnout in pediatric critical care: The human care commitment. *Critical Care Nursing Quarterly*, 20 (2), 63-74.
146. **Kim, H. S. & Kollak, I. (1999).** *Nursing Theories: Conceptual and philosophical foundations*. New York: Springer Publishing Company
147. **Kingdom B. and Halvorsen F. (2004).** Peri-operative nurses' perception of stress in the workplace. *AORN Journal*, 2008, [http://www.findarticles.com/p/articles/mi\\_m\(fsl/is-4\\_84/ai\\_n27015570/](http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m(fsl/is-4_84/ai_n27015570/).
148. **Klineberg E, Clark C, Bhui K, Haines MM, Viner RM, Head J, Woodley-Jones D, Stafeld SA. (2006).** Social support, ethnicity and mental health in adolescents. *Soc. Psychiatr. Epidemiol.*, 41
149. **Kosowski, M. M. R. (1995).** Clinical learning experiences and professional nurse caring: A critical phenomenological study of female baccalaureate nursing students. *Journal of Nursing Education*, 34 (5), 235-242.
150. **Kramer M., C. Schmalenberg (2003).** Magnet hospital nurses describe control over nursing practice. – *Western J. Nurs. Res.*, 25, 2003, № 4, 434-452.
151. **Kyle, T. V. (1995).** The concept of caring: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 506-514.
152. **Langen I, Myhren H, Ekeberg O, Stokland O.(2006).** Patient's satisfaction and distress compared with expectations of the medical staff. *Patient Educ Couns.* 63(1-2):118-25.
153. **Lange, M., Thom, B., & Kline, N. (2008).** Assessing nurses' attitude toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. *Oncology Nursing Forum*, 35(6), 955-959.
154. **Landy, FJ & Conte, JM. (2006).** *Work in the 21st century: an introduction to industrial and organizational psychology*. 2<sup>nd</sup> edition. Massachusetts: Blackwell Publishing.:442
155. **Lee R.T., Ashforth B.E. (1996)** A meta – analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *J. Appl. Psychol.* 81:123-133
156. **Leininger MM. (2001).** *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. Boston (MA): Jones & Bartlett.
157. **Leiter, M. et C. Maslach. (2009).** Nurse turnover: the mediating role of burnout. – *J. Nurs. Manag.*, 17, № 3, 331 339.
158. **Leiter, M. P., Harvie, P. & Frizzell, C. (1998).** The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *Social Science & Medicine*, 47 (10), 1611-1617.
159. **Leiter, M., & Maslach, C. (2005).** *Banishing burnout: Six strategies for improving your relationship with work*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

160. **Limvipaveeanan, S. (1992).** Nurse attitude toward elderly patients and nurses behavior during interaction with the elderly patients. Unpublished master's thesis, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand
161. **Liu JE, Mok E, Wong T. (2006).** Caring in nursing: investigating the meaning of caring from the perspective of cancer patients in Beijing, China. *J Clin Nurs.*,15(2):188-96.
162. **Liu SS, Franz D, Allen M, Chang EC, Janowiak D, Mayne P, et al. (2010).** ED services: the impact of caring behaviors on patient loyalty. *J Emerg Nurs.*;36(5):404-14.
163. **Marini, B. (May 1999).** Institutionalized older adults' perceptions of nurse caring behaviors: A pilot study. *Journal of Gerontological Nursing*, 11-16.
164. **Marguis S. (1993).** Death of the nursed: Burnout of the Provider // *Omega J. of Death and Dying*, 1993. V. 27 (1). p.17-33.
165. **Maslach , C. (1976).** Burned-out. – *Hum. Behav.*, 5, 16-22.
166. **Maslach, C. (1982a).** Burnout: a social psychological analysis. – In: J. W. Jones (Ed.). *The Burnout Syndrome: Current Research, Theory, Interventions*. Park Ridge, IL, London House, 1982a, 30-53.
167. **Maslach C, Jackson SE. (1984).** Burnout in organizational settings. *Applied Social Psychology Annual*: 5:133 153.
168. **Maslach C. (1982).** Burnout. The cost of caring. New Jersey: Prentice- Hall Inc.
169. **Maslach, C. (1993).** Burnout: a multidimensional perspective in *Professional burnout: Recent developments in theory and research* edited by Schaufeli, W, Maslach, C and Marek, T. Washington, DC: Taylor & Francis.
170. **Maslach, C. and Jackson, S. E. (1986).** *Maslach Burnout Inventory*. 2nd ed. Palo Alto, Calif: consulting psychological Press.
171. **Maslach, C., W. B. Schaufeli (1974).** Historical and conceptual development of burnout. – In: W. B. Schaufeli, C. Maslach and T. Marek (Eds.). *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Washington, DC, Taylor & Francis, 1993, 1-16.1974, 159-165.
172. **Maslach, C., Jackson, S. E. & Leiter, M. P. (1996).** *Maslach Burnout Inventory manual* (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
173. **Maslach C., Letter M.P.(1997).**The truth about bumout: How organization cause personal stress and what to do about in. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
174. **Maslach, C., Leiter, M.P. and Schaufeli, W.B. (2008),** “Measuring burnout”, in Cooper, C.L. and Cartwright, S. (Eds), *The Oxford Handbook of Organizational Wellbeing*, Oxford University Press, Oxford, pp. 86-108.
175. **Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P.(2001).** Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422.
176. **Maslow A.H. (1943),** A Theory of Human Motivation, *Psychological Review* 50(4): 370-396.
177. **Mazur P.J., Lynch M.D. (1989).** Differential impact of administrative, organizational and personality factors on teacher bumout // *Teaching and Teacher Education*. V. 5 (4). P. 337-353.
178. **Mc Cue J.D. (2004).** The effects of stress of physicians and their medical practice. *The New England Journal of Nursing Scholarship*. 31(1): 73-78.
179. **McCarthy T. (2004)** Keeping hope through a career (PWS) The resilient practioner, St. Louis University EAP
180. **McCormack, B., & McCance, T. (2010).** *Person Centre Nursing Theory and Practice*. Wiley Blackwell

181. **McGrath A., Reid N., Boore J. (1989).** Occupational stress in nursing // International J. of Nursing Studies. 1989. V. 26 (4). P. 343-358
182. **McEwen, M. & Wills, E. (2007).** Theoretical basis for nursing (2nd ed.). Philadelphia, Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins.
183. **Melchior M.E.W., Van den Berge A.A., Halfens R., Abu-Saad H.H. (1997).** Burnout and the work environment of nurses in psychiatric long-stay care settings // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. V. 32 (3). P. 158-164.
184. **Mercer, S .W., & Renolds, W J., (2002).** Empathy and Quality Care. British Journal of General Practice Quality Supplement, 52, S9-S13.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1316134/pdf/12389763.pdf>
185. **Miller, K. I., Stiff, J. B. & Ellis, B. H. (1988).** Communication and empathy as precursors to burnout among human service workers. Communication Monographs, 55, 250-265.
186. **Milliken, T. F., Clements, P. T., & Tillman, H. J. (2007).** CNE series: The impact of stress management on nurse productivity and retention. Nursing Economics, 25 (4), 203-210.
187. **Moffett, B. S. (2002).** Caring as a mediator of burnout in nurses [Abstract]. The Proceedings of the 16th Annual Conference of the Southern Nursing Research Society, San Antonio, Texas, 318.
188. **Morse JM, Bottorff J, Neander W, Solberg S.(1991).** Comparative analysis of conceptualizations and theories of caring. Image J Nurs Sch.;23(2):119-26
189. **Naisberg F.S., Fennig S., Keinan G., ElizurA. (1991).** Personality characteristics and proneness to bumout: A study among physchiatrists // Stress Medicine. V. 1.7 (4). P. 201-205.
190. **Nelson, DL & Quick, JC. (2005).** Organizational behavior: foundations, reality and challenges. Thomson South western.
191. **Nightingale, F.(1860).**Notes on nursing: what it is and what it is not .New York: D. Appleton And Company
192. **O’Connell E, Landers M. (2008).** The importance of critical care nurses’ caring behaviours as perceived by nurses and relatives. Intensive Crit Care Nurs. 2008;24(6):349-58.
193. **Oermann, M. H. (1991).** Professional Nursing Practice: A conceptual approach. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
194. **Oermann, M. H. (1991).** Professional Nursing Practice: A conceptual approach. Philadelphia: J.B. Lippincott Company
195. **Oginska-Bulit, N. (2006).** Occupational stress and its consequences in healthcare professionals: the role of type D personality. – Int. J. Occup. Med. Environ. Health, 19, № 2, 113-122.
196. **Oktay J.S.(1992).** Burnout in hospital social workers who work wigh AIDS patients // Social-Work. 1992. V. 37 (5). P. 432-439.
197. **Omdahl, B. L. & O’Donnell, C. (1999).** Emotional contagion, empathic concern and communicative responsiveness as variables affecting nurses’ stress and occupational commitment. Journal of Advanced Nursing, 29 (6), 1351-1359.
198. **Orem, D. E. (1991).** Nursing: Concepts of practice. St Louis: Mosby Year Book.
199. **Papastavrou E., Efstathiou G., Tsangari H., Suhonen R., Leino-Kilpi H., Patiraki E., Karlou C., Balogh Z., Palese A., Tomietto M., Jarosova D. & Merkouris A. (2012).** A cross-cultural study of the concept of caring through behaviours: patients’ and nurses’ perspectives in six different EU countries. Journal of Advanced Nursing 68(5), 1026–1037.
200. **Peery, A.I. (2006).** Caring and Burnout in Registered Nurses: What’s the Connection?  
<http://repository.lib.ncsu.edu/ir/bitstream/1840.16/3606/1>

201. **Pedersen S, Spinder H, Erdman R, Denollet J. (2009).** Poor perceived social support in im-plantable cardioverter defibrillator (ICD) patients and their partners: cross-validation of the multidimensional scale of perceived social support; *Psychosomatics*. 2009 Sep-Oct;50(5):461-7
202. **Perlman, B. et A. E. Hartman. (1982).** Burnout: summary and future research. – *Human Relations*, 35, 283-305.
203. **Pines A., Maslach C. (1978).** Characteristics of staff burnout in mental health settings. *Hospital and community psychiatry*, 29(4): 233-7.
204. **Pines, AM. (1993).** Burnout: An existential perspective. *Professional burnout: recent developments in theory and research*, WB Schaufeli, C Maslach, & T Marek. Washington, DC: Taylor & Francis.
205. **Pines, Ayala Malach. (1996).** Couple Burnout. New York / London: Routledge
206. **Pokpalagon, P. (2005).** Knowledge, attitude, and caring behavior for end of life patients among professional nurses in governmental hospital, Bangkok. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
207. **Potter, D., Condon, E. H., Montgomery, A. J., Muhammad, T., & McGee, Z. T. (2012).** Selected African American first-time teenage mothers' perceptions of nurse caring during postpartum. *International Journal of Advanced Nursing Studies*, 1(1), 1-4
208. **Prins, JT, Hoekstra-Weebers, JE, Gazendam-Donofrio, SM, Van De Wiel, HB, Sprangers, F, Jaspers, FC & Van Der Heijden, FM. (2007).** The role of social support in burnout among Dutch medical residents. *Psychology, Health & Medicine*, 12(1):1–6.
209. **Reed PG (2006),** The force of nursing theory guided- practice. *Nurs Sci Q*. 2006 Jul;19(3):225
210. **Roach MS (1991).** The call to consciousness: Compassion in today's health world. In: Gaut DA, Leininger MM, editors. *Caring: The compassionate healer*. New York: National League for Nursing.
211. **Ross-Kerr JC, Wood MJ.(2010).** *Canadian Nursing: Issues and Perspectives*. Elsevier Health Sciences.
212. **Schaufeli , W. B . et B. P. Buunk. (2003).** Burnout: an Overview of 25 Years of Research and Theorizing. – In: M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst and C. L. Cooper (Eds.). *The Handbook of Work and Health Psychology*. John Wiley & Sons, Ltd., 383-425
213. **Schaufeli, W & Enzmann, D. (1998).** *The burnout companion to study and practice. a critical analysis*. London: Taylor & Francis
214. **Schaufeli W.B., Enzmann D. (1999).** *The Burnout companion for research and practice: A critical analysis of theory, assessment, research and interventions*. Washington DC: Taylor and France.
215. **Schaufeli, W. B . et B. P. Buunk. (2003).** Burnout: an Overview of 25 Years of Research and Theorizing. – In: M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst and C. L. Cooper (Eds.). *The Handbook of Work and Health Psychology*. John Wiley & Sons, Ltd., 383-425.
216. **Schaufeli, W. B. & Greenglass, E. R. (2001).** Introduction on a special issue on burnout and health. *Psychology & Health*, 16, 501-510
217. **Schaufeli, W. B., Maslach, C. & Marek, T. (1993).** *Professional Burnout: Recent developments in theory and research*. Washington, D. C.: Taylor & Francis
218. **Schaufeli, W.B., Leiter, M.P. & Maslach, C. (2009).** Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3):204-220

219. **Schmidt, C., Bernaix, L., Koski, A., Weese, J., Chiappetta, M., & Sandrik, K. (2007).** Hospitalized children's perceptions of nurse and nurse behaviors. *American Journal of Maternal/Child Nursing*, 32(6), 336-342.
220. **Schneider, S. (1991).** Lehrerkrankheiten. In: *Oberpfälzer Schulanzeiger*, 115.
221. **Servaty, H. L., Krejci, M. J., & Hayslip, B. (1996).** Relationship among death anxiety, communication apprehension with the dying, and sympathy in those seeking occupation as nurse and physician. *Death studies*, 20, 149-161.
222. **Severinsson E. (2003).** Moral stress and burnout: qualitative content analysis. *Nursing and Health Sciences* 2003;5:59-66.
223. **Siefert K., Jayaratne S., Chess W.A. (1991).** Job satisfaction, burnout, and turnover in health care social workers // *Health and Social Work*. V. 16 (3). P. 193-202.
224. **Skilbeck J, Payne S. (2003).** Emotional support and the role of Clinical Nurse Specialists in palliative care. *J Adv Nurs*. 2003;43(5):521-30.
225. **Skouteris H, Wertheim E, Rallis S, Milgrom J, Paxton S. (2009).** Depression and anxiety through pregnancy and the early postpartum: an examination of prospective relationships. *J Affect Disord*. 2009; 113:303–8. [PubMed ]
226. **Spector P.E(1985).** Measurement of human staff satisfaction; Development of the job satisfaction survey. *American Journal of Community Psychiatry*, 13(6), 693-713.
227. **Stordeur S. Phoore W. and Vandenberghe C.(2001).** Leadership, organizational stress and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*. 35(4): 533-542.
228. **Swan, B. A. (1998).** Postoperative nursing care contributions to symptom distress and functional status after ambulatory surgery. *MedSurg Nursing*, 7, 148-151, 154- 158.
229. **Um, M. Y. & Harrison, D. F. (1998).** Role stressors, burnout, mediators, and job satisfaction: A stress-strain-outcome model and an empirical test. *Social Work Research*, 22 (2), 100-115.
230. **Urden, L. D. (1996).** Nursing division assessment of organizational management, productivity and quality indicators. Grand Rapids, MI: Butterworth Hospital
231. **Vahey D.C. Alkon L.(2010).** Nurse burnout and patient satisfaction. *PMC Journal*. 42: 1157-1166.
232. **Van Yperen N.W. (1998).** Informational support, equity and burnout: The moderating effect of self-efficacy // *J. of Occupational Psychology*. V. 71 (1). p. 29-33.
233. **Van Wijk C. (1997).** Factors influencing burnout and job stress among military nurses // *Military Medicine*. V. 162 (10). P. 707-710.
234. **Vance, T. (2012).** Caring and the professional practice of nursing. *RN Journal*. Available at [http://www.rnjournal.com/journal\\_of\\_nursing/caring.htm](http://www.rnjournal.com/journal_of_nursing/caring.htm) .Retrieved December 30, 2012
235. **Vierick P. (1996).** Burnout and work organization in hospital wards: A cross-validation study // *Work and Stress*. V. 10 (3). p. 257-265.
236. **Virginia S.G.(1998).** Burnout and depression among Roman Catholic secular, religious, and monastic clergy // *Pastoral Psychology*. 1998. V. 47 (1). p. 49-67.
237. **Walsh, M. & Dolan, B. (1999).** Emergency nurses and their perceptions of caring. *Emergency Nurse*, 7 (4), 24-31.
238. **Watson J. (1999).** Nursing, human science and human care: A theory of nursing. New York (NY): NLN Press.
239. **Watson J. (1985).** Nursing: The philosophy and science of caring. Boulder (CO):University Press of Colorado.

240. **Watson, J (1988).** Nursing. Human science and human care: a Theory of nursing. New York: National League for Nursing Press.
241. **Watson, J. (1979).** The Philosophy and Science of Caring. Boston: Little, Brown and Company.
242. **Watson, J. (1985),** Human Science and Human Care. Norwalk: Appleton Century Crofts.
243. **Wilkin K, Slevin E. (2004).** The meaning of caring to nurses: an investigation into the nature of caring work in an intensive care unit. *J Clin Nurs.*;13(1):50-9.
244. **Wolf ZR, Miller PA, Devine M. (2003).** Relationship between nurse caring and patient satisfaction in patients undergoing invasive cardiac procedures. *Medsurg Nurs.*12(6):391-6.
245. **Wolf, Z. R. (1986).** The caring concept and nurse identified caring behaviors. *Topics in Clinical Nursing*, 8 (2), 84-93.
246. **Wolf, Z. R., Giardino, E. R., Osborne, P. A., & Ambrose, M. S. (1994).** Dimensions of nurse caring. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 26 (2), 107-111.
247. **Wu, Y., Larrabee, JH, Putman, HP (2006).** 'Caring behaviours inventory: a reduction of the 42-item instrument.' *Nursing Research*, 55: pp.18-25
248. **Zapf, D., Seifert, C., Schmutte, B., Mertini, H. (2001)** Emotion work and job stressors and effects on burnout. *Psychol. Health*,16,527-545
249. **Zimet, G.D., Powell, S.S., Farley, G.K., Werkman, S. & Berkoff, K.A. (1990).** Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 55, 610-17.

АНКЕТНА КАРТА

Уважаеми колеги,

Целта на това изследване е да разкрие мнението Ви за работата и хората, с които работите в тясно сътрудничество. В допълнение, то ще проучи Вашето мнение за отношението към грижите и маниера на работа. Има четири (4) части в рамките на проучването с 80 въпроса. Анкетата е анонимна. Данните ще бъдат използвани единствено за научни цели. Предварително Ви благодарим за оказаното съдействие и участие!

ЧАСТ I

Социално – демографски профил и характеристики на работното място

1. **Възраст** ..... години
2. **Пол** :  мъж  жена
3. **Семейно положение**:  
омъжена/женен  разведен/а  несемеен  вдовец  друго .....
4. **Вашето образование**:  
полувисше  колежанско  бакалавър  магистър
5. **Вашият трудов стаж е**:  
1-5 г.  6-10г.  11-15 г.  16-20 г.  повече от 20 г.
6. **В момента работите като**.....
7. **Моля, посочете работното си време.**  пълен работен ден  непълен работен ден
8. **От колко години работите на текущото ви работно място?** ..... години
9. **Средно, колко часа работите седмично?** ..... часа
10. **Вашето работно място?** здравно заведение..... ; отделение/клиника.....
11. **Как бихте оценили средното ниво на тежест на пациентите, с които работите всеки ден?** (огради с кръг)

1	2	3	4
самостоятелни	минимално подпомагане	частично подпомагане	цялостни грижи
12. Какъв е средният брой пациенти, с които работите в рамките на един ден?	_____	_____	_____
13. Средно, колко минути прекарвате с всеки пациент на смяна?	_____	_____	_____
14. Каква е обичайната продължителност на работната смяна?	<input type="checkbox"/> 6 часа	<input type="checkbox"/> 8 часа	<input type="checkbox"/> 12 часа
15. Работите ли нощна смяна?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	
16. Колко дни подред обикновено работите?	_____		
17. Работното време отговаря ли на Вашите изисквания?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> отчасти	<input type="checkbox"/> не
18. Атмосферата на работното място като цяло добра ли е?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> отчасти	<input type="checkbox"/> не
19. Трудът ви оценен ли е от началниците?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> отчасти	<input type="checkbox"/> не
20. Доволни ли сте от заплащането?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> отчасти	<input type="checkbox"/> не
21. Тревожите ли се за своето работно място?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> отчасти	<input type="checkbox"/> не
22. Има ли случай на конфликти и упражняване на власт?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> отчасти	<input type="checkbox"/> не

## ЧАСТ II

Вторите 22 позиции са твърдения, свързани с чувствата на работното място. Моля прочетете внимателно всяко твърдение и решете дали някога сте се чувствали по този начин на работното си място. Ако Вие никога не сте изпитвали такава чувство, моля впишете позицията „0- не, никога“ . Ако сте преживявали такива чувства, отбележете тяхната честота, като срещу всяко твърдение поставите число, отговарящо на честотата на възникване на конкретното чувство!

Значенията на стойностите са: **0 – не, никога; 1 – много рядко; 2 – рядко; 3 – понякога; 4 – често; 5 – много често; 6 – винаги.**

1. \_\_\_\_\_ Чувствам се емоционално изтощен (а) от моята работа.
2. \_\_\_\_\_ Чувствам се изчерпан (а) в края на деня.
3. \_\_\_\_\_ Чувствам се изморен(а), когато трябва да стана сутрин и да посрещна още един работен ден.
4. \_\_\_\_\_ Мога лесно да разбера как се чувстват моите пациенти и използвам това, за да подобра грижите за тях.
5. \_\_\_\_\_ Общувам с някои пациенти формално и се стремя да сведа времето за обнуване до минимум.
6. \_\_\_\_\_ Работата в близък контакт с пациенти е изтощение за мен
7. \_\_\_\_\_ Намирам правилното решение в трудни ситуации с болни и колеги.
8. \_\_\_\_\_ Чувствам неудовлетвореност от моята работа и губя интерес към нея.
9. \_\_\_\_\_ Чувствам, че влияя позитивно на самочувствието и настроението на пациентите.
10. \_\_\_\_\_ Станал по-малко чувствителен(а) към хората, откакто работя в тази сфера.
11. \_\_\_\_\_ Безпокоя се, че от тази работа загубявам.
12. \_\_\_\_\_ Работа с удоволствие и имам много планове за бъдещето, свързани с моето професионално развитие.
13. \_\_\_\_\_ Чувствам се разочарован(а) от моята работа.
14. \_\_\_\_\_ Чувствам равнодушие и губя интерес към много неща, които са ме радвали преди. Струва ми се, че работя с голямо усилие.
15. \_\_\_\_\_ Аз наистина не се интересувам, какво се случва с някои от моите пациенти.
16. \_\_\_\_\_ Иска ми се да се уединя и да си почина от всичко и всички.
17. \_\_\_\_\_ Мога лесно да създам атмосфера на доброжелателност и оптимизъм в отношенията си с моите колеги и пациенти.
18. \_\_\_\_\_ Чувствам се въодушевен(а) когато контактувам с болните и техните близки, независимо от социалния им статус и характер.
19. \_\_\_\_\_ Върша много ценни, значими неща в работата си.
20. \_\_\_\_\_ Чувствам се , сякаш съм в края на силите си.
21. \_\_\_\_\_ В работата си приемам емоционалните проблеми много спокойно.
22. \_\_\_\_\_ Чувствам, че пациентите ми ме правят отговорен(а) за някои от техните проблеми.

### ЧАСТ III

Част 3 съдържа 24 позиции, съдържащи фрази, характеризирани определени аспекти на грижите. Ако тези аспекти на грижата характеризират Вашата работа моля, отбележете срещу всяко от предложените твърдения отговорът, който в най-голяма степен се отнася до Вас!

Значенията на стойностите са: **1 – никога; 2 – много рядко; 3 – понякога; 4 – често; 5 – много често; 6 – винаги**

1. \_\_\_\_\_ Внимателно слушам пациента.
2. \_\_\_\_\_ Давам указания /обучавам пациента.
3. \_\_\_\_\_ Трегирам пациента като личност.
4. \_\_\_\_\_ Посвещавам цялото си време на пациента.
5. \_\_\_\_\_ Подкрепям пациента.
6. \_\_\_\_\_ Проявявам емпатично отношение / идентифицирам се с пациента.
7. \_\_\_\_\_ Помагам на пациента да развива уменията си за автогрижа.
8. \_\_\_\_\_ Аз съм част от пациента или съм неотлъчно до него.
9. \_\_\_\_\_ Владея инжекционната техника.
10. \_\_\_\_\_ Давам информация на пациента, така че той/тя да може да вземе решение за грижите.
11. \_\_\_\_\_ Показвам професионални знания и умения.
12. \_\_\_\_\_ Умело боравя с апаратурата / техниката.
13. \_\_\_\_\_ Давам възможност на пациента да изрази чувствата си, за своето заболяване и лечение.
14. \_\_\_\_\_ Заедно с пациента планирам неговата/нейната грижа.
15. \_\_\_\_\_ Съхранявам поверителността на информацията за пациентите.
16. \_\_\_\_\_ Поставям пациента на първо място/ индивидуализирам грижата.
17. \_\_\_\_\_ Умея да комуникирам с пациента.
18. \_\_\_\_\_ Насърчавам пациента да сподели проблемите си.
19. \_\_\_\_\_ Обсъждам с пациента неговите актуални и потенциални нужди.
20. \_\_\_\_\_ Реагирам бързо на нуждите на пациента.
21. \_\_\_\_\_ Помагам за намаляване на болката на пациента
22. \_\_\_\_\_ Демонстрирам загриженост за пациента.
23. \_\_\_\_\_ Изпълнявам манипулациите/процедурите на пациентите и медикаментите навреме.
24. \_\_\_\_\_ Облекчавам симптомите на пациента, чрез осъществяване на физически и емоционален комфорт.

## ЧАСТ IV

Част 4 се състои от 12 твърдения. Позициите касаят лекучи отношения с приятели, семейство, колеги и други значими за Вас личности. За всяка позиция, моля отбележете отговора, който в най-голяма степен се отнася до Вас!  
Значенията на стойностите са: **1 – не, никога; 2 – много рядко; 3 – рядко; 4 – понякога; 5 – често; 6 – много често; 7 – винаги.**

1. \_\_\_\_\_ Има един специален човек, който е наоколо, когато съм в нужда.
2. \_\_\_\_\_ Има специален човек, с когото мога да споделя моите радости и скърби.
3. \_\_\_\_\_ Моето семейство наистина се опитва да ми помогне.
4. \_\_\_\_\_ Когато имам нужда, ще получа емоционална помощ и подкрепа от моето семейство.
5. \_\_\_\_\_ Имам един специален човек, който е истински източник на утеха за мен.
6. \_\_\_\_\_ Чувствам се част от група хора, които споделят моите нагласи и убеждения.
7. \_\_\_\_\_ Мога да разчитам на моите колеги, за насока по време на напрежение и стрес.
8. \_\_\_\_\_ Аз мога да говоря за моите проблеми със семейството си.
9. \_\_\_\_\_ Мисля, че другите хора зачитат моите умения или способности.
10. \_\_\_\_\_ Има специален човек в живота ми, който се грижи за моите чувства.
11. \_\_\_\_\_ Моето семейство има желание да ми помогне при вземане на решение.
12. \_\_\_\_\_ Аз мога да говоря за моите проблеми с колегите си.

## ЕКСПЕРТНА ОЦЕНКА

Уважаеми, колеги предлагаме Ви да извършите експертна оценка на разработен **организационен модел за профилактика на burn out синдрома у здравните професионалисти.**

Благодарим Ви за оказаното съдействие и подкрепа и за изразеното от Вас професионално мнение!

**1. Считате ли, че разработеният организационен модел е актуален и съответства на належащите нужди на здравните професионалисти?**

- а) Определено считам, че представения модел е актуален и съответства на належащите нужди на здравните професионалисти;
  - б) представеният модел е актуален и съответства на належащите нужди на здравните професионалисти само отчасти;
  - в) представеният модел не е актуален и не съответства на належащите нужди на здравните професионалисти;
  - г) **споделете Вашето мнение** относно актуалността на модела за профилактика на burn out синдрома у здравните професионалисти
- .....

**2. Считате ли, че целта на модела е реалистична и изпълнима?**

- а) Определено считам, че целта на модела е реалистична и изпълнима;
  - б) целта на представения модел е реалистична и изпълнима само отчасти;
  - в) целта на представения модел не е реалистична и изпълнима;
  - г) **споделете Вашето мнение** относно реалността и изпълнимостта на целта на модела за профилактика на burn out синдрома у здравните професионалисти
- .....

**3. Считате ли, че предложеният Формуляр за мониторинг и оценка на рисковите фактори и признаците формиращи burn out е приложим в реална работна среда?**

- а) Определено считам, че предложеният Формуляр за мониторинг и оценка на рисковите фактори и признаците формиращи burn out е приложим в реална работна среда;
  - б) Формулярът за мониторинг и оценка на рисковите фактори и признаците формиращи burn out е приложим в реална работна среда само отчасти;
  - в) Формулярът за мониторинг и оценка на рисковите фактори и признаците формиращи burn out не е приложим в реална работна среда;
  - г) **споделете Вашето мнение** относно приложимостта на формуляра за мониторинг и оценка на рисковите фактори и признаците формиращи burn out в реална работна среда.
- .....

**4. Считате ли, че предложените превантивни мероприятия са адекватни на целите за профилактична дейност и нуждите на здравните професионалисти?**

- а) Определено считам, че предложените превантивни мероприятия са адекватни на целите за профилактична дейност и нуждите на здравните професионалисти;
- б) предложените превантивни мероприятия са адекватни на целите за профилактична дейност и нуждите на здравните професионалисти само отчасти;

в) предложените превантивни мероприятия не са адекватни на целите за профилактична дейност и нуждите на здравните професионалисти;

г) **споделете Вашето мнение** относно адекватността на предложените превантивни мероприятия.

.....

**5. Считате ли, че предложеният модел може да промени честотата и тежестта на синдрома и да служи като основа за развитието на психотерапевтичния компонент на грижата?**

а) Определено считам, че предложеният модел може да промени честотата и тежестта на синдрома и да служи като основа за развитието на психотерапевтичния компонент на грижата;

б) предложеният модел може да промени честотата и тежестта на синдрома и да служи като основа за развитието на психотерапевтичния компонент на грижата само отчасти;

в) предложеният модел не може да промени честотата и тежестта на синдрома и да служи като основа за развитието на психотерапевтичния компонент на грижата;

г) **споделете Вашето мнение** относно полезността на организационния модел за профилактика на burn out синдрома у здравните професионалисти.

.....

**6. Считате ли, че организационният модел има потенциал за постигане на положителни резултати в профилактиката на синдрома на прегаряне сред здравните професионалисти?**

а) Определено считам, че предложеният модел има потенциал за постигане на положителни резултати в профилактиката на синдрома на прегаряне сред здравните професионалисти;

б) предложеният модел има, но недостатъчен потенциал за постигане на положителни резултати в профилактиката на синдрома на прегаряне сред здравните професионалисти;

в) предложеният модел няма потенциал за постигане на положителни резултати в профилактиката на синдрома на прегаряне сред здравните професионалисти;

г) **споделете Вашето мнение** относно потенциала за постигане на положителни резултати в профилактиката на синдрома на прегаряне сред здравните професионалисти.

.....

**7. Считате ли, че организационният модел е иновативен и предлага нови решения по проблема?**

а) Определено считам, че организационният модел е иновативен и предлага нови решения по проблема;

б) организационният модел е иновативен и предлага нови решения по проблема само отчасти;

в) не считам, че организационният модел е иновативен и предлага нови решения по проблема;

г) **споделете Вашето мнение** относно иновативността на организационния модел за профилактика на burn out синдрома у здравните професионалисти.

.....



Насърчава пациента за активно участие в собственото му лечение и грижи.				
<b>Професионални знания и умения</b>				
Оценява конкретната ситуация.				
Дава указания /обучава пациента и близките му.				
Подготвя и извършва всички манипулации и процедури, съгласно алгоритмите от протоколите за оптимални здравни грижи.				
Осигурява адекватни здравни грижи в зависимост от състоянието на пациента и планираните от лекуващия лекар изследвания и лечение.				
Умело борави с апаратурата/техниката.				
Притежава научни познания в областта на здравните грижи.				
Поддържа и повишава професионалната си квалификация.				
Познава специфичните аспекти на мултидисциплинарната работа в екип.				
Умее да владее емоциите си.				
<b>Индивидуален подход в грижите</b>				
Уважава пациента, неговите убеждения и лично пространство.				
Съобразява се с индивидуалните характеристики на болния.				
Обсъжда с пациента неговите актуални и потенциални нужди.				
Обяснява извършваните манипулации и дейности, свързани с пациента или за пациента.				
Подпомага пациента да се приспособи емоционално и физически към болничната среда.				
Помага на пациента да развива уменията си за автогрижа.				
<b>Управление на здравната грижа</b>				
Заедно с пациента планира неговата/нейната грижа.				
Заедно с пациента организира неговата/нейната грижа.				
Реагира адекватно на нуждите на пациента.				
Заедно с пациента оценява резултата от здравната грижа.				
Помага за намаляване на болката на пациента				
Облекчава симптомите на пациента, чрез осъществяване на физически и емоционален комфорт.				
<b>Забележка:</b> За обективизиране на оценката всеки от наблюдаваните показатели се оценява по 4 степенна Ликертова скала от 0 до 3 (0 - ниско ниво; 1- посредствено ниво; 2 – добро ниво; 3- високо ниво). За критично ниво се приема оценка 1 (посредствено ниво) за всички индикатори. Оценката (Он) е формирана като процентно съотношение между сбора от оценките на здравните професионалисти и максималния брой точки предвидени за всеки индикатор. За критичен минимум се приема 60% (59т.) от максималния брой точки. При установен критичен минимум е необходимо да се предприемат действия, свързани с промяна на поведението на здравния професионалист.				

**Б. Въпросник за идентифициране на рисковите фактори и признаците на прегаряне**  
(попълва се от здравния професионалист)

**1. Моля отбележете, дали някои от изброените състояния е характерно за Вас напоследък!**

Болки в гърба/кръста	Гняв и фрустрация	Емоционални изблици
Промяна в апетита	Загуба на самоуважение и самоувереност	Отдръпване от приятелите и семейството
Гастроинтестинални проблеми	Загуба на интерес към работата.	Снижена критичност
Повишено кръвно налягане	Чувство за безпомощност и вина	Ниска концентрация
Умора	Чувство за безпокойство	Депресия
Главоболие	Потиснатост и усещане за претовареност	Употреба на алкохол и други вещества (медикаменти)
Безсъние	Лабилност, честа смяна на настроенията	Трудности в общуването
Мускулно напрежение	Усещане за провал	Намалена трудова активност
Промяна в телесното тегло	Страх за бъдещето	Чувство за безисходица

**2. Случва ли Ви се взаимоотношенията с определени пациенти да са стресиращи за Вас?**

почти никога       понякога       в последно време       често

**3. Случва ли Ви определени професионални задължения и задачи да са стресиращи за Вас?**

почти никога       понякога       в последно време       често

**4. Балансирано ли е натоварването по отношение на обема на работа и разнообразието на проблемите за решаване на пациентите?**

почти никога       понякога       в последно време       често

**5. Работите ли извънредно и влияе ли Ви работния график?**

почти никога       понякога       в последно време       често

**6. В каква степен Ви удовлетворяват следните аспекти на професионалната дейност?**

<b>Съдържание на професионалната дейност – здравна грижа</b>
<input type="checkbox"/> Да, напълно <input type="checkbox"/> Не съвсем <input type="checkbox"/> Не ме удовлетворяват <input type="checkbox"/> Затруднявам се да отговоря
<b>Социално – психологически климат в здравното заведение/отделение</b>
<input type="checkbox"/> Да, напълно <input type="checkbox"/> Не съвсем <input type="checkbox"/> Не ме удовлетворяват <input type="checkbox"/> Затруднявам се да отговоря
<b>Перспективи за ръст в кариерата</b>
<input type="checkbox"/> Да, напълно <input type="checkbox"/> Не съвсем <input type="checkbox"/> Не ме удовлетворяват <input type="checkbox"/> Затруднявам се да отговоря
<b>Разпределение на правата и задълженията в екипа</b>
<input type="checkbox"/> Да, напълно <input type="checkbox"/> Не съвсем <input type="checkbox"/> Не ме удовлетворяват <input type="checkbox"/> Затруднявам се да отговоря
<b>Ниво на социална защитеност</b>
<input type="checkbox"/> Да, напълно <input type="checkbox"/> Не съвсем <input type="checkbox"/> Не ме удовлетворяват <input type="checkbox"/> Затруднявам се да отговоря
<b>Ниво на заплащане на труда</b>
<input type="checkbox"/> Да, напълно <input type="checkbox"/> Не съвсем <input type="checkbox"/> Не ме удовлетворяват <input type="checkbox"/> Затруднявам се да отговоря

**7. Считате ли, че професионалната дейност – здравна грижа, която осъществявате Ви харесва и се чувствате компетентен/а?**

почти никога       понякога       в последно време       често

**8. Считате ли се свободен/а да избирате и управлявате здравната грижа по отношение на своите пациенти?**

почти никога       понякога       в последно време       често

**9. Получавате ли необходимата подкрепа на работното място?**

почти никога       понякога       в последно време       често

**Забележка:** Резултатите се обсъждат с Ръководител ЗГ или в групата за подкрепа с психолог .

## ОСНОВНИ ДЕЙНОСТИ В ОРГАНИЗАЦИОННИЯ МОДЕЛ ЗА ПРОФИЛАКТИКА НА BURN OUT У ЗДРАВНИТЕ ПРОФЕСИОНАЛИСТИ

