

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ

ФАКУЛТЕТ ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

ГАЛЯ ТРЕНДАФИЛОВА ЯНКОВА

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

АВТОРЕФЕРАТ

**на 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

Рецензенти:

Проф. Пенка Маринова, дм

Доц. Диана Иванова, дм

София, 2016

Дисертационният труд съдържа 169 страници и е онагледен с 46 фигури, 40 таблици, 3 схеми и 4 приложения. Литературната справка съдържа 249 източника, от които 81 на кирилица и 168 на латиница.

Във връзка с дисертационния труд са публикувани 4 статии.

Дисертационният труд е обсъден, одобрен и насочен за официална защита на разширен катедрен съвет на катедрата по „Здравни грижи“ към Факултета по обществено здраве на Медицински университет – София, състоял се на 10.02.2016 г.

Научно жури:

Проф. Магдалена Александрова, дм
Проф. Пенка Маринова, дм
Проф. Мими Стойчева, дм
Доц. Диана Иванова, дм
Доц. д-р Катя Попова – Юрукова, дм

Резервни членове:

Проф. Силвия Младенова, дм
Доц. д-р Недялка Кръстева, дм

Публичната защита ще се състои на 12.05.2016г. във Факултета по обществено здраве, УМБАЛ „Царица Йоана - ИСУЛ“, ул. „Бяло море“ №8, гр. София.

Материалите по защитата са на разположение в секретариата на Деканата на Факултета по обществено здраве, МУ – София, УМБАЛ „Царица Йоана - ИСУЛ“, ул. „Бяло море“ №8, гр.София.

ПОСВЕЩЕНИЕ

Посвещавам дисертационния труд на семейството си за всеотдайността и подкрепата в съзидателност през всичките години.

СЪДЪРЖАНИЕ

I. ВЪВЕДЕНИЕ	5
II. Цел, задачи и методология на емпиричното изследване.	6
III. Резултати о обсъждане	17
3.1. Анализ и оценка на здравната грижа сред професионалистите по здравни грижи.	17
3.2. Анализ и оценка на феномена Burn out сред професионалистите по здравни грижи.	23
3.3. Анализ на резултатите от изследваните нагласи и действия на медицинските професионалисти по отношение на аспектите на грижата, свързани с професионалното прегаряне.	32
3.3.1. Връзка между аспектите на грижата (осигуряване на качество, почтителност, професионални знания и умения и позитивна свързаност) и измерението емоционално изтощение.	32
3.3.2. Връзка между аспектите на грижата (осигуряване на качество, почтителност, професионални знания и умения и позитивна свързаност) и измерението деперсонализация.	38
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.	44
3.4. Организационен модел за ранна диагностика и профилактика на burn out в лечебните заведения. Резултати и обсъждане на направената експертна оценка	50
Заклучение, изводи и препоръки.	58
ПРИНОСИ	63
Публикации във връзка с дисертационния труд	64

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

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/ почителност

I. 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 помагачите професии. Като такава се определя медицинската професия в т.ч. и тази на здравните професионалисти.

В професионалната дейност на работещите в сферата на здравните грижи от Флоранс Найтингел до днес концепцията за грижа и грижовно отношение е доминираща, и съдържа всички атрибути описващи я като помагача на човека дейност. Тя е крайъгълният камък на здравната професия и гаранция за професионалната идентичност на здравния специалист. 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. В ежедневието си здравните специалисти постоянно се сблъскват със страданието на хората, от тях се изисква да предложат ефективна и качествена грижа, уважение, хуманно отношение, търпение и разбиране. Това в съчетание с неадекватното заплащане на труда, големият обем писмена работа, напрежението поради недостиг на хора, време и медицински консумативи, честата смяна на инструкциите и отговорностите и ролевите конфликти, водят до свръхнатовареност и до (ди)стрес. Здравните професионалисти са принудени да издигат своеобразна бариера за психологическа защита от пациента, да бъдат 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 отделни групи 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. Намаляването 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.

II. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА НА ЕМПИРИЧНОТО ИЗСЛЕДВАНЕ

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.

МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

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.

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

Единици на наблюдение

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.

Технически единици на наблюдението са:

- ✓ 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.

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.

Концептуалната рамка на емпиричното изследване е изразена на сх.1



Сх.1 Концептуална рамка на емпиричното изследване

Инструментарий 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 percepцията 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. Състои се 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 претоварване 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* 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-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. 1)

Табл.1 Средностатистически 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 *Деперсонализация* $\alpha = .66$, 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) и Wolf et al.(1994)* и намален до 43 позиции. **Wu, Larrabee and Putman** предлагат, по-малко обременяващ инструмент, утвърждаващ по- кратък СБИ 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.

СБИ 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 СБИ 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: Поставам 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.

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. 2)

Табл.2 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.3 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 семейството</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: $\alpha=.91$.

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.

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

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.4)

Табл.4 *Разпределение на 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%
общо	410	100,0%

Организация, време и място на изследването

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 избрах единичите 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 подобрите 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.

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 - секционно 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 сигнефициантни, а значения на $p < 0,01$ за статистически силно сигнефициантни.

- *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.

III. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

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

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.

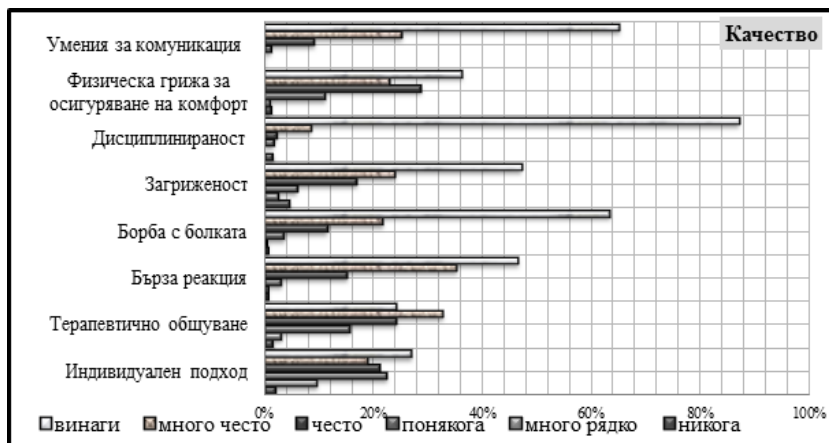
Анализът на резултатите показва, че за здравните професионалисти са характерни високи нива на приложимост на здравната грижа по скалите „Осигуряване на качество“ и „Взаимно уважение“, много високо ниво за „Професионални знания и умения“ и посредствени нива по скалата „позитивна свързаност“. (Табл.5)

Табл.5 Средна стойност и стандартно отклонение по субскалите на СВИ

Показатели СВИ	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.

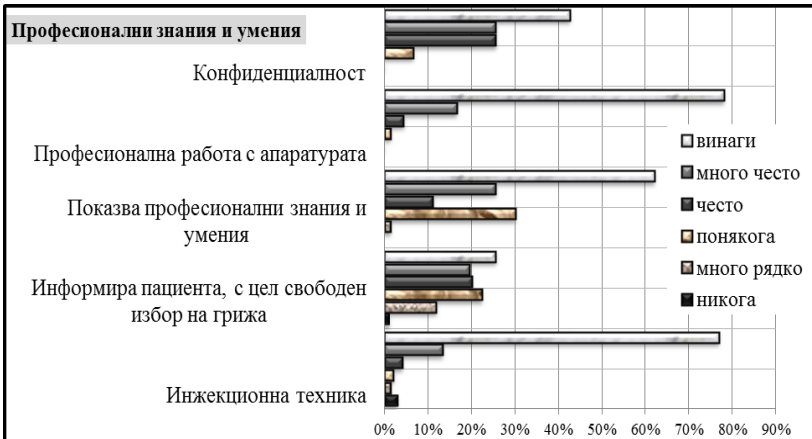
Средната стойност на аспекта качество на грижата в извадката е $\chi=40,46$ (N=400). Относителният дял на оценките на респондентите е представен на фиг.1



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

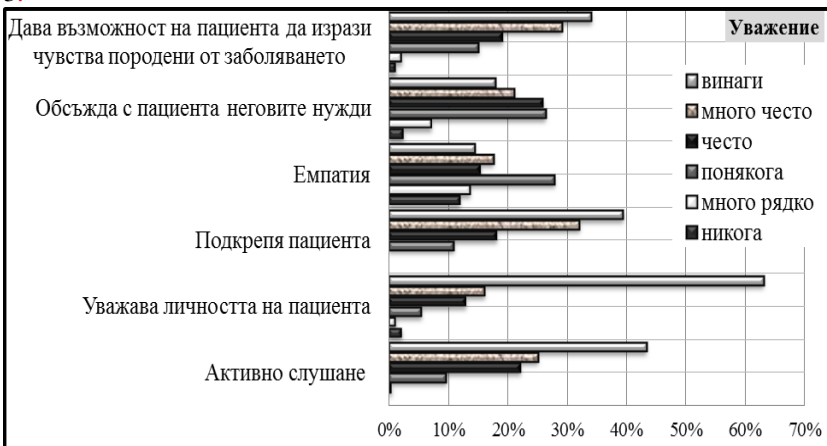
Вторият аспект – **професионални знания и умения** включва пет показателя: владееене на инжекционната техника и професионално боравене с апаратурата; даване информация на пациента с оглед вземане на решение за грижите и спазване на принципа на конфиденциалност.

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.



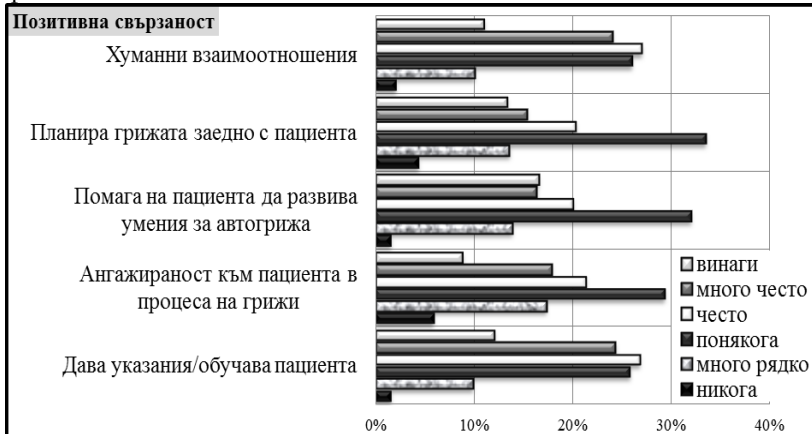
Фиг.2 Относителен дял на елементите на здравната грижа по скалата - професионални знания и умения

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“

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 лаборант, медицински лаборант, рехабилитатор, медицински фелдшер и кинезитерапевт).

Висока самооценка за качество на здравната грижа дават 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*. Като посредствена оценяват професионалната си подготовка 1,4% от медицинските сестри и 10% от другите ПЗГ.

Данните показват, че респоднените 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)

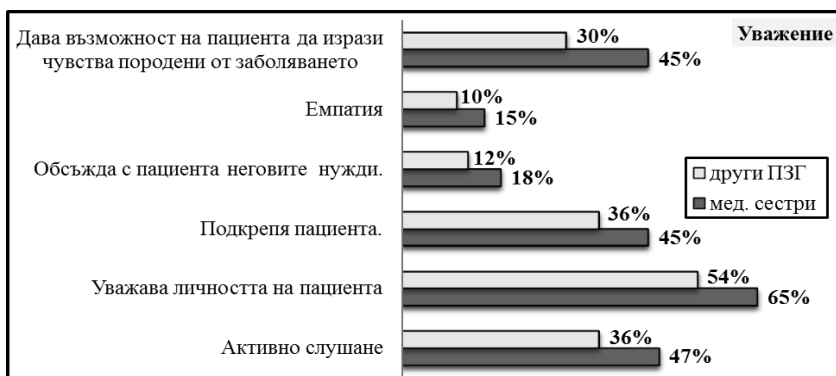


Фиг.6 Относителен дял на елементите на здравната грижа с висока самооценка по скалата „професионални знания и умения“

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.

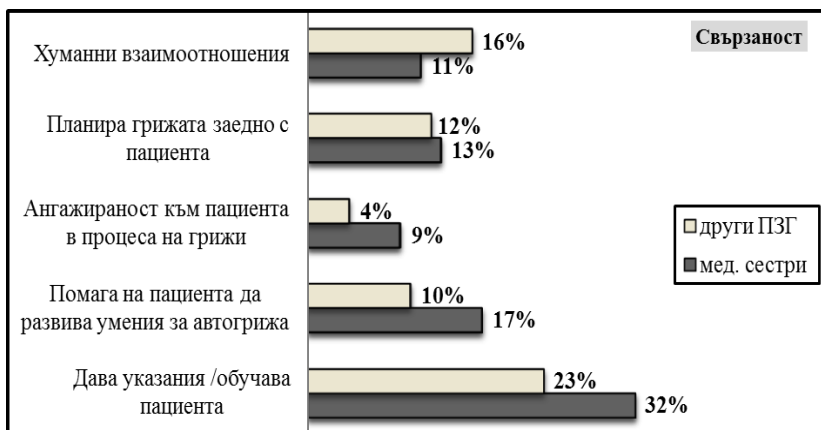


Фиг.7 Относителен дял на елементите на здравната грижа с висока самооценка по скалата „взаимно уважение“

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“ в двете наблюдавани групи 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, манипулативна техника, 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.

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

На този етап от проучването, използвайки техника за изследване на бърнаут синдрома разработена от Маслач и Джаксън (МВІ), се определи нивото на бърнаут синдрома и неговото разпределение сред здравните специалисти.

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

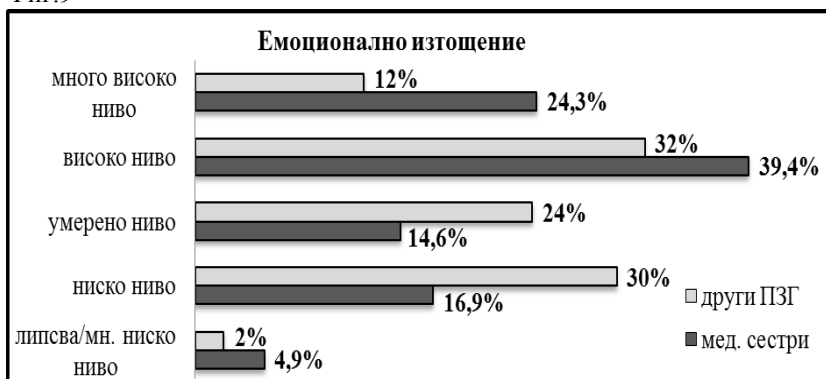
и умерени нива по скалата на персонални постижения. Статистическите оценки на резултатите са представени в Таблица 6

Табл.6 Средна стойност и стандартно отклонение по субскалите на MBI

Показатели	Mean	Std. Deviation	Интерпретация
Емоционално изтощение	25,58	11,281	Високо ниво
Деперсонализация	10,74	5,589	Високо ниво
Персонални постижения	32,03	7,420	Умерено ниво

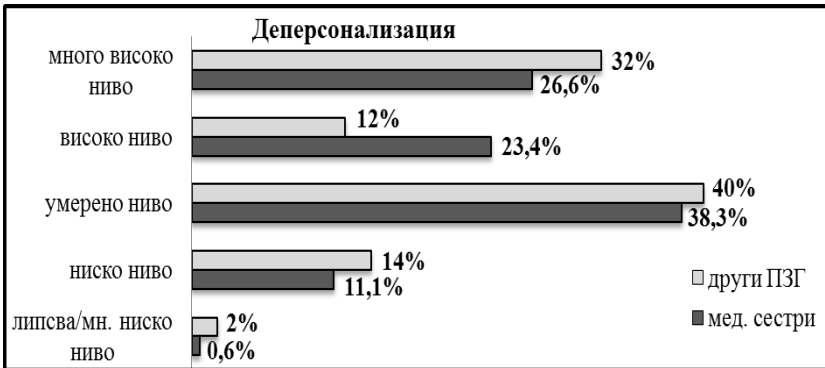
Сравнителен анализ на тежестта на синдрома

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 изхаяване. Фиг.9



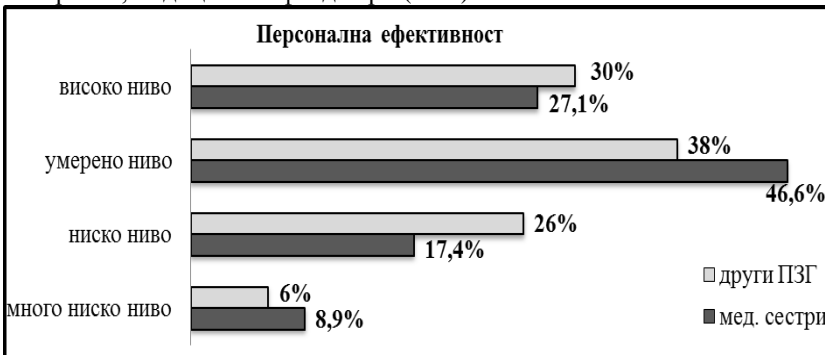
Фиг.9 Изразеност на синдрома в измерението ЕИ при обследваните лица

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 изявяват такива симптоми. Фиг.10



Фиг.10 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, рентгенови и медицински лаборанти, медицински фелдшери (26%). Фиг.11



Фиг.11 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

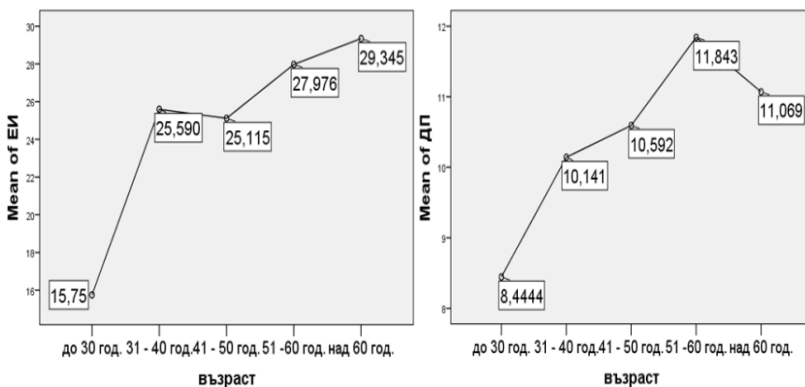
комуникацията с пациенти и колеги, снижена самооценка за персонална ефективност.

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).

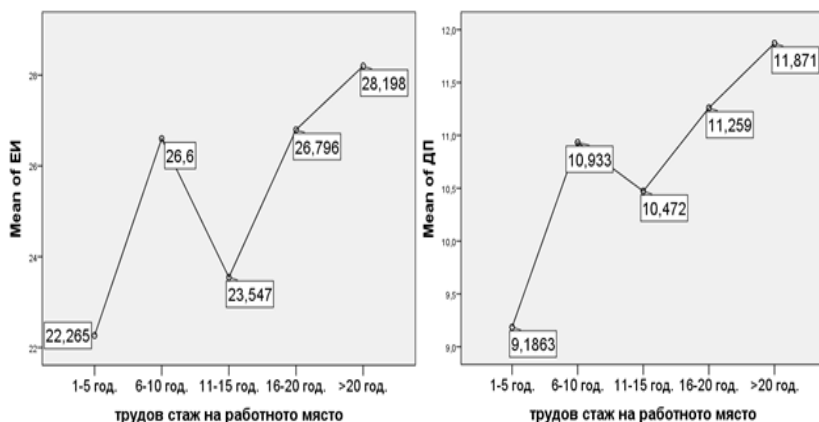
Изследването установи различия в степента на изразеност на синдрома при лицата от женски и мъжки пол. При респондентите от женски пол средната стойност на измеренията *емоционално изтощение* и *деперсонализация* се движат в границите на високо ниво, докато при професионалистите от мъжки пол е в границите 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.

По отношение на **възрастовата динамика** на феномена впечатление прави значимото повишаване на професионалното прегаряне с напредване на възрастта. Налице е тясна връзка ($p=0,000$) между 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.12 Връзка между синдрома на прегаряне и възрастовите характеристики на респондентите

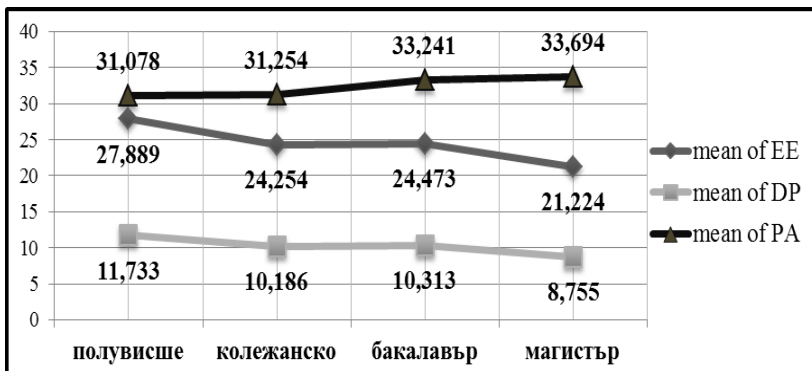
Същата тенденция се наблюдава и по отношение на **трудовия стаж**. Установи се тясна корелационна зависимост ($p=0,000$) между burn out и професионалния стаж на респондентите. Най – висока степен на изразеност на синдрома имат професионалистите с над 20 годишен професионален опит на последното работно 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. Фиг.13



Фиг.13 Връзка между БА и професионалния опит на медицинските специалисти

Това се обяснява със силно емоционално инвалидизиращия ефект, който оказва спецификата на професионалните задължения, ежедневния контакт с пациенти изпитващи болка, стресирани, 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 се дължи на липсата на социален и професионален опит, което ги кара да изпитват неувереност.

Изследването установи, че колкото по – високо е образователното ниво на респондентите, толкова по – ниски са нивата на професионално прегаряне. (фиг.14)



Фиг.14 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.

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.

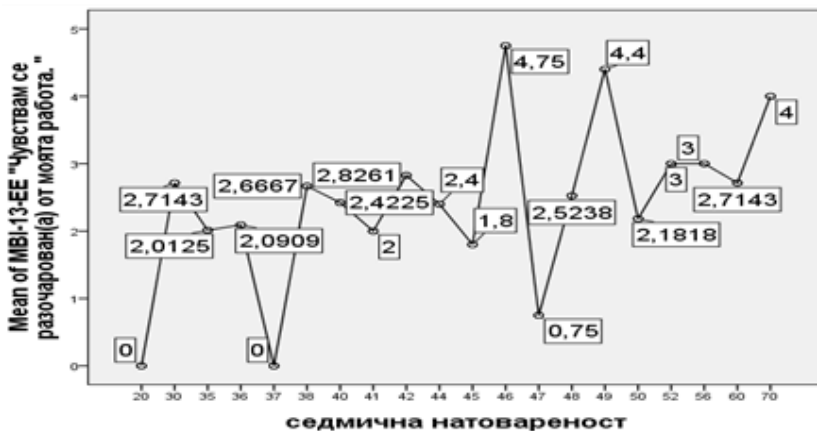
Връзка между Burn out синдрома и организационните фактори.

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*.

Условията на труд на здравния специалист съдържат някои характеристики, които 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 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.

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.15)



Фиг.15 Връзка между седмичната натовареност на респондентите и чувството за емоционално изхабяване.

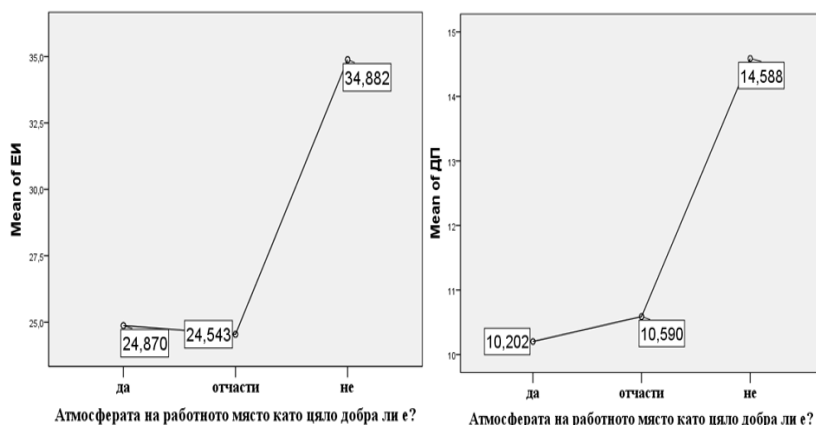
Съдържанието на труда на здравния професионалист включва количествените и качествените аспекти на обслужване на пациентите: брой пациенти, ниво на тежест, степента на дълбочина на контактите с тях.

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 установи и 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 въвлеченост на професионалистите в негативните преживявания на пациента.

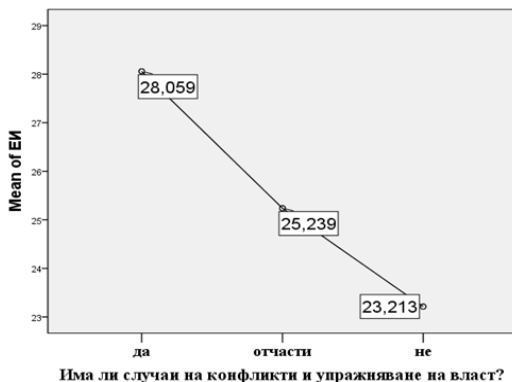
Burn out и социално-психологическите отношения в организацията.

Работната атмосфера в екипа и тенденцията към прегаряне у анкетираните 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.16



Фиг.16 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.17



Фиг.17 Бърн аут и упражняването на власт на работното място

Изследването установи, че недостатъчното възнаграждение способства за развитие на емоционално изхабяване ($R=0,144$; $p<0,01$) и дехуманизация ($R=0,167$; $p<0,01$). Ниското заплащане на труда, несъответстващо на обема извършена работа, често заставя здравните професионалисти да работят пренебрегвайки времето за отдых, 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. 18



Фиг.18 Връзка между оценка на труда и БА

Изследването установи статистически значима връзка ($p=0,00$) между burn out и усещането за социална подкрепа, която традиционно се възприема като буфер на професионалния стрес и дисфункционалните последици от него.

Налице е ясно изразена тенденция за засилване на необходимостта от социална подкрепа с покачване нивото на професионално прегаряне.

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

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, почителност, професионални знания и умения и позитивна свързаност) и измерението емоционално изтощение.

За идентифициране на взаимовръзката между аспектите 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 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 *емоционалното изтощение* и скалата *позитивна свързаност*.

Табл.7 *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 намаляване на емоционалното изтощение с повишаване нивото на приложимост на показателите на здравната грижа. Табл.8

Табл.8 Средна стойност на ЕИ в зависимост от нивото на реализуемост 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 „специалността“ на здравните професионалисти и връзката и с наблюдаваните характеристики. (Табл. 9)

Табл.9 Връзка между ЕИ и аспектите на здравната грижа в зависимост от специалността на професионалистите

ПЗГ	Средна стойност на емоционално изтощение				
	показатели ниво	Осигуряване на качество	Проф. знания и умения	Взаимно уважение	Позитивна свързаност
медицинска сестра	ниско ниво	32,00	-	32,00	27,62
	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, мед. лаборант, рентг.лаборант, акушерка, кинезитерапевт, 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 се обяснява 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 здравната грижа. Средното ниво на ЕИ при лицата до 30 години е $\chi=15,75$ до $\chi=29,34$ при тези около пенсионна възраст, респ. нивото на приложимост на отделните аспекти на здравната грижа намалява. (Табл.10)

Табл.10 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

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. (табл.11)

Табл.11 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 за здравната грижа на респондентите, респ. намалява качеството на грижата.

Изследването установи, че с повишаване образователното равнище на респондентите се покачва нивото на приложимост на здравна грижа, а склонността към емоционално прегаряне намалява. (табл.12)

Табл.12 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

Това води до извода, 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.

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. 13 те са подредени по силата на тяхната връзка:

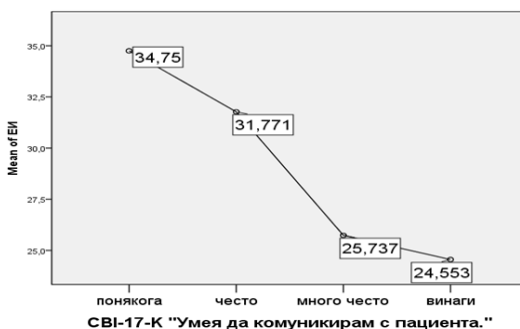
Табл.13 Взаимозависимост между компонентите на здравната грижа и емоционалното изтощение

Компоненти на здравната грижа	Коефици. на корелация	Ниво на значимост
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 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 отговаря на уникалността на индивида по един културно съпричастен и състрадателен начин, чрез използването на терапевтична комуникация.

Комуникацията в професионалната дейност е едно от важните умения, необходими за прилагане на качествена грижа. Общуването с пациента, изпитващ физически и психологически трудности, страх, депресия или агресия в съчетание с огромното натоварване, води до емоционално изтощение у професионалистите.

Изследването идентифицира статистически значима връзка между специфичните за здравната грижа комуникативни умения и измерението *емоционално изтощение* ($R=-0,179; p=0,000$). 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.19)



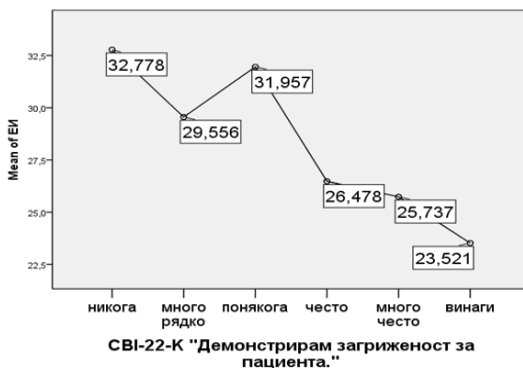
Фиг.19 Връзка между самооценката на респондентите за комуникативни умения и емоционалното изтощение

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

Въпреки, че респондентите демонстрират много високо ниво на професионални знания и умения едва $\frac{1}{4}$ от анкетираните винаги информират пациента за прилаганата грижа, също толкова му дават указания и обучават в самопомощ, за да живее достойно с болестта си. 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 ($\chi=28,24$).

Резултатите от проучването показват и високо ниво на изчерпване при респонденти, неотдаващи внимание на потребностите на пациента ($\chi=30,67$).

Силно впечатление прави значимото повишаване степента на емоционално изхабяване ($\chi=32,78$) при лицата не изразяващи загриженост към пациента. Високото ниво на прегаряне отдалечава медицинските специалисти 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. 20)



Фиг.20 Връзка между професионалната загриженост и чувството за ЕИ

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 ($\chi=5,15$) и даването на възможност на пациента да изрази чувствата си ($\chi=4,82$) 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.

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).

Анализът установи статистически значима връзка между измерението *деперсонализация* и скалите: *осигуряване на качество на грижата* и *взаимно уважение* ($p < 0,01$). Връзката е отрицателна, т.е. подобряване нивото на приложимост на здравната грижа деперсонализацията намалява и обратно.

Табл.14 *Взаимозависимост между ДП 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).

Прави впечатление факта, че с нарастване на възрастта в изследваната извадка се задълбочава тежестта на измерението *деперсонализация* и се влошава нивото на приложимост на здравната грижа. Табл.15

Табл.15 *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 до 60 годишна възраст. Обратна тенденция се наблюдава в нивото 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, 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.

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.

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

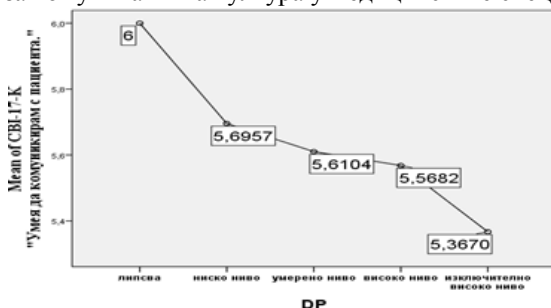
Изследването идентифицира компоненти на професионалната дейност „здравна грижа“, оказващи влияние на измерението „деперсонализация“. В табл. 16 те са подредени по силата на тяхната връзка.

Табл.16 Взаимозависимост между компонентите на здравната грижа и ДП

Компоненти на здравната грижа	Коефици. на корелация	Ниво 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 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
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.

Изследването установи, че с повишаване нивото на деперсонализация, се влошават междуличностните взаимоотношения и самооценката за комуникативна култура у медицинските специалисти.

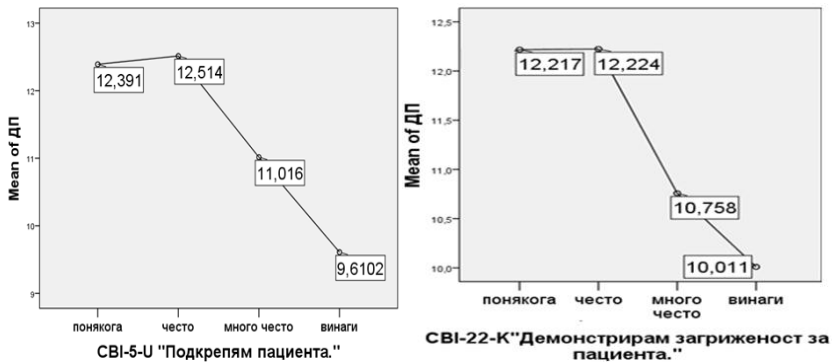


Фиг.21 Взаимозависимост между комуникативната компетентност и ДП

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.

Какво иска да получи пациента от здравния специалист – ефективна грижа и задължително – уважение, хуманно отношение, търпение и милосърдие, доброта и разбиране.

Данните от изследването показват, 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, които под влиянието на навика, проявяват грубост към пациента до такава степен, че създават впечатление за бездушие и цинизъм. (Фиг.22)

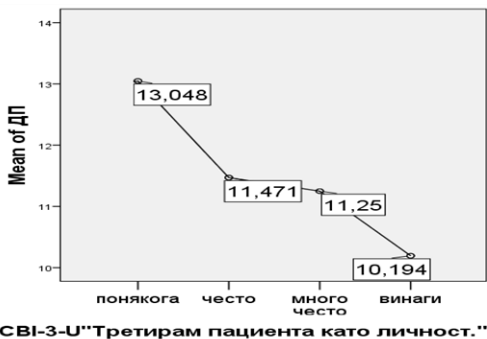


Фиг.22 Връзка между професионалното поведение на подкрепа и загриженост и измеренното деперсонализация.

Резултатите от анализа показват и обратнопропорционална връзка ($p<0,01$) между уважението към личността на пациента и измерението деперсонализация. Специалистите, които имат много високо ниво на професионална деформация ($\chi=13,04$) рядко третираат пациента като личност.

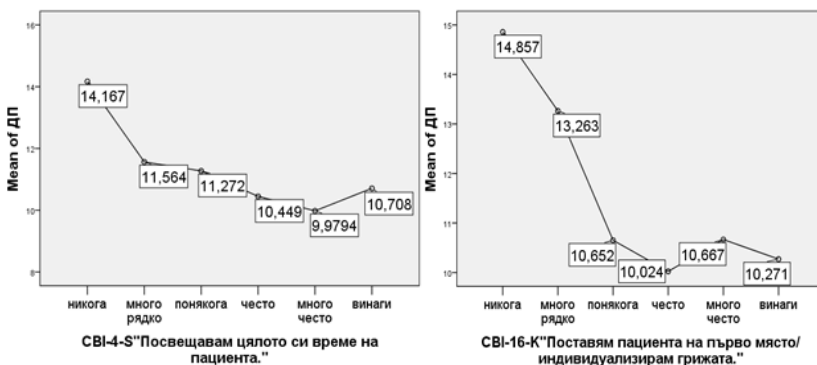
Деформацията е видна в своеобразния професионален жаргон използван в присъствието на болния, изразяването на елементарни асоциативни връзки с болестта, третирането му като „стая, № легло“. Явната демонстрация на липса на интерес към болния като към човек може да доведе до ятрогенни ефекти и да влоши 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.23 Връзка между уважението към личността на пациента и измерението деперсонализация

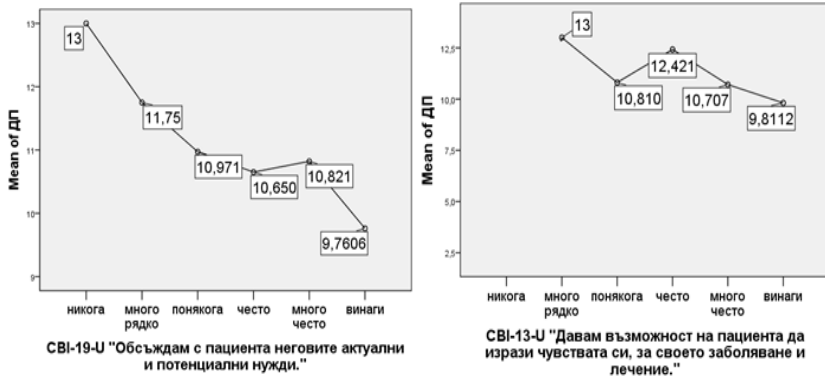
Високото ниво на отчужденост и деперсонализация пораждаат и трудности в процеса на гарантиране на непрекъснатост и индивидуализация на грижите. Въпреки редицата нерешени проблеми пред професионалистите (недостиг на здравни специалисти, вменяване на несвойствени задължения, ограничена автономност и др.) прилагането на индивидуален подход в грижите води до лек спад в степента на деперсонализация. Фиг.24



Фиг.24 Връзка между индивидуалният подход в грижата и измерението деперсонализация

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.

Анализът на резултатите от изследването показва, че респондентите демонстриращи висока степен на деперсонализация, много рядко дават възможност на пациента да изрази чувствата, породени от заболяването ($\chi=13$) и не обръщат достатъчно внимание на потребностите му ($\chi=13$). фиг.25



Фиг.25 Връзка между прилагането на специфичен подход в грижите и измерението деперсонализация

Предоставянето на преки грижи за пациента и оценката на техния ефект също влияе на степента на деперсонализация у здравните професионалисти. 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, почителност, 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.

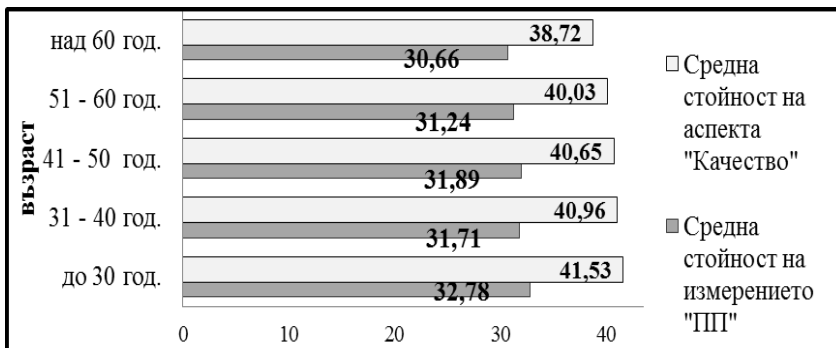
За идентифициране на взаимовръзката между показателите на грижата и третото измерение на burn out – „персонални постижения“ в изследването е проведен корелационен анализ.

Резултатите показват правопрпорционална връзка между общото ниво на персонална ефективност сред изследваните лица и компонентите на здравната грижа. (Табл.17)

Табл.17 *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

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). (Фиг.26)



Фиг.26 Връзка между аспекта „качество“ на здравната грижа и усецането за персонални постижения в различните възрастови групи.

Това може да се обясни с факта, че при младите професионалисти 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.

Снижаване усецането за професионална успешност и намаляване ефективността на грижата се наблюдава и при увеличаване на професионалния стаж на изследваните лица.

Съгласно анализа на показателите за тежест на синдрома, във връзка с квалификацията и нивото на приложимост на здравната грижа се открива, 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.

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.18)

Табл.18 *Взаимозависимост между компонентите на здравната грижа и измерението персонални постижения у респондентите*

Компоненти на здравната грижа	Коефициент на корелация	Ниво на значимост
Даване възможност на пациента да изрази чувствата 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 информация на пациента въз основа на професионалната етика и компетенции.	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

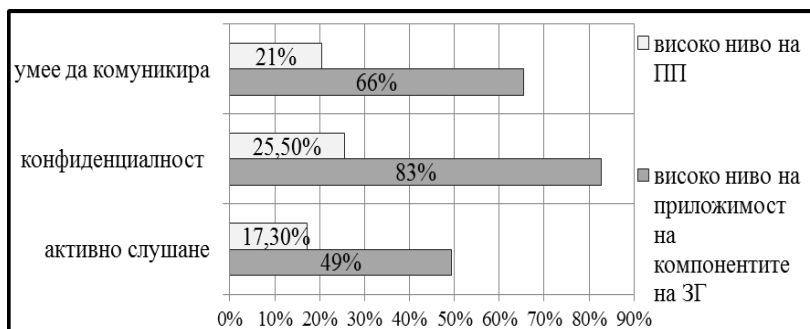
Спецификата на професионалната дейност в областта на здравните грижи се характеризира с постоянен и ежемоментен контакт с пациента. Колкото по-деликатно и сложно е естеството на междуличностното общуване, толкова по-високо ниво на комуникативност трябва да притежава професионалиста.

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 по-тесни взаимоотношения, основаващи се на конфиденциалността и интимността на пациента. Внимателното слушане предполага емпатично поведение от страна на здравния специалист. При това то би трябвало да води до емпатична подкрепа за пациента, а не до емпатичен дистрес за специалиста.

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

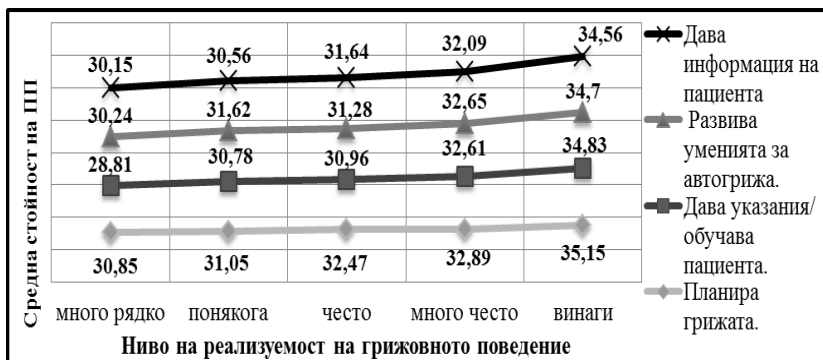
Данните показват, че не винаги отличната комуникативна компетентност на специалистите носи лична удовлетвореност от работата. От 66% демонстриращи високо ниво на комуникативни умения само 21% изпитват лична удовлетвореност от това. Сходна е ситуацията и при уменията за активно слушане и спазването на 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.27)



Фиг.27 Връзка между комуникативната компетентност и удовлетвореността от работата.

Натискът за намаляване цената на грижите, за повишаване 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 специалист.

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.28)



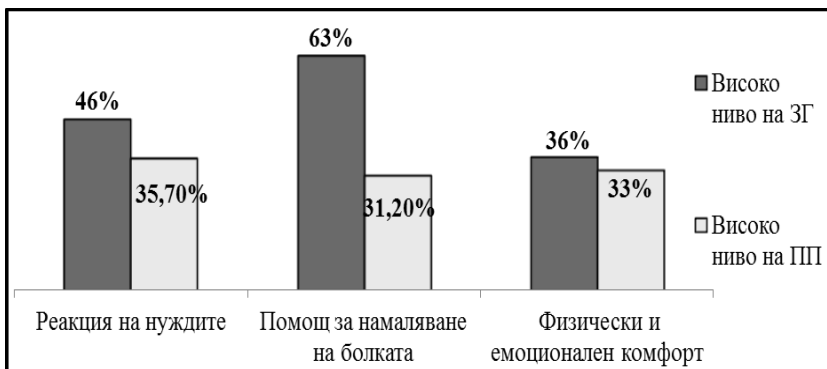
Фиг.28 Връзка между приемането на пациента като пълноправен участник в решенията за грижите и измерението персонални постижения.

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 професионалистите 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 ($p < 0,01$).

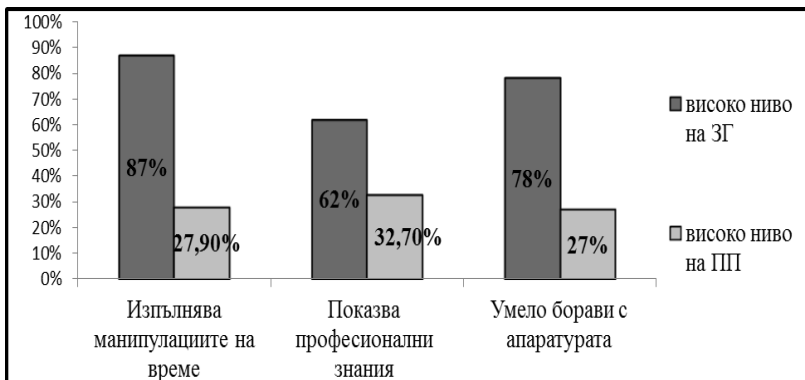
Само 1/3 (35,7% - бърза реакция на нуждите на пациента, 32,6% - осигуряване на физически и емоционален комфорт, 31,2% - помощ при намаляване на болката) от респондентите споделят, че директният контакт с пациента при осигуряването на базови грижи увеличава усещането за пълноценна дейност и подобрява 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 рутина в поведението на професионалистите и предполага професионално прегаряне . (Фиг.29)



Фиг.29 Връзка между осъществяването на пряка грижа и личната удовлетвореност на респондентите.

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. Въпреки, че за 87% (N= 348) от професионалистите правилното и навременно изпълнение на манипулациите и процедурите е много важно и 78% (N=312) оценяват манипулативната си техника като отлична, само 1/3 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.30)



Фиг.30 Връзка между техническите умения и усещането за персонална ефективност у респондентите.

3.4. Организационен модел за профилактика на burn out в лечебните заведения. Резултати и обсъждане на направената експертна оценка.

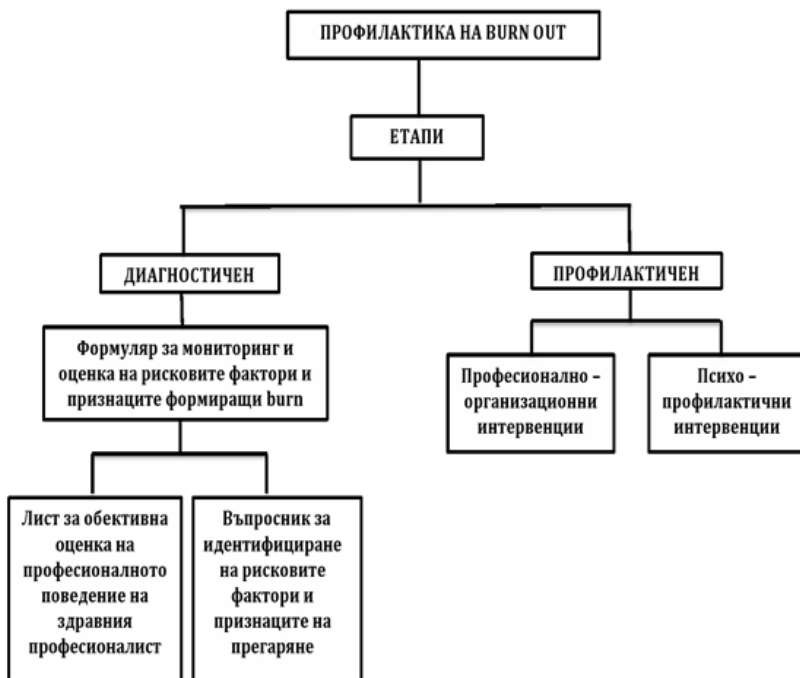
Понастоящем професионалистите по здравни грижи получават ниска социална защита, както в социално - икономическо така и в професионално отношение. Редица фактори, като ниското заплащане; интензивната комуникация свързана с психоемоционално претоварване; повишената групова и индивидуална отговорност при 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.

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**.

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**.

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 цялостно 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** съдържа 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.

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 смекчавачи 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 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 квалификации 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.

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-MBI, 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 .

Резултати и обсъждане на направената експертна оценка

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. За целта предварително се запознах със същността на модела.

Основните показатели, предложени за оценяване са: актуалност и полезност на предложения модел; реалистичност и изпълнимост на целта; адекватност на използваните методики; приложимост на модела в реална работна среда; потенциал за постигане на добри резултати; иновативност.

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 запознах 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 специалистите.

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.

IV. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ.

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, като нарушават психическото и физическо здраве на специалистите, 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.
 - ✓ 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.
- 3) Съществува връзка между възрастта, трудовия стаж, образователния ценз и пола, и разпространението и тежестта на бърнаут синдрома у здравните професионалисти.
 - ✓ 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 въвлеченост 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.
- 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 въвлеченост 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 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:

- 1) Осигуряване 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.
- 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 Министерството на здравеопазване:

- 1) В разработената Национална стратегия да залегне Програма за профилактика на burn out синдрома за всички здравни професионалисти.
- 2) Да се заложат 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 степента на реализуемост 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" vol. IV; Num.1:Medicine,2014.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