

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ „ПРОФ. Д-Р П. СТОЯНОВ“ – ВАРНА  
ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ“  
КАТЕДРА „СОЦИАЛНА МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ НА  
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО“

**Златинка Лечева Георгиева**

**СЪСТОЯНИЕ И СТРАТЕГИЧЕСКИ НАСОКИ ЗА  
ПРЕВЕНЦИЯ НА ПРОФЕСИОНАЛНИЯ СТРЕС ПРИ  
БОЛНИЧНИТЕ МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ**

**АВТОРЕФЕРАТ**

на дисертационен труд за присъждане на  
образователна и научна степен „доктор“

Научна специалност: Управление на общественото здраве

**Научни ръководители:**

Доц. д-р Лора Христова Георгиева, дм  
Проф. Мими Георгиева Стойчева, дм

**Рецензенти:**

Проф. д-р Мария Атанасова Семерджијева, дм  
Проф. д-р Ралица Златанова Златанова-Великова, дм

Варна, 2018

Дисертационният труд е написан на 164 страници, включващи 33 таблици, 15 фигури и 3 приложения.

Литературните източници са 239, от които 89 на кирилица, 150 на латиница и 7 интернет източника.

Дисертационният труд е обсъден и предложен за защита на катедрен съвет на Катедра „Социална медицина и организация на здравеопазването“, Факултет „Обществено здравеопазване“ при Медицински Университет „Проф. д-р Параскев Стоянов” – Варна.

Публичната защита ще се проведе на 05.09.2018 г. в МУ – Варна.

## СЪДЪРЖАНИЕ

	Стр.
<b>Използвани съкращения</b> .....	4
<b>Въведение</b> .....	5
<b>Цел, задачи и методика на проучването</b> .....	7
1. Цел, задачи и хипотези.....	7
2. Материал и методология .....	7
3. Организация на проучването .....	10
<b>Резултати и обсъждане</b> .....	11
1. Характеристика на изследвания контингент.....	11
2. Нива на стрес при медицинските сестри.....	12
3. Стресогени .....	13
3.1. Социално-икономически стресогени.....	13
3.2. Професионално-организационни стресогени.....	14
3.3. Психо-емоционални стресогени.....	16
4. Наличие и прояви на компонентите на бърнаут синдром.....	18
4.1. Емоционално изтощение.....	19
4.2. Деперсонализация.....	23
4.3. Себепредставяне.....	26
5. Степени на проява на компонентите на бърнаут синдром.....	29
6. Проучване на взаимовръзките между изследваните показатели, ниво на стрес и нивото на бърнаут синдром .....	32
6.1. Взаимовръзки между демографските показатели, ниво на стрес и компоненти на бърнаут синдром.....	32
6.2. Взаимовръзки между стрес, бърнаут и семейно положение .....	34
6.3. Взаимовръзки между стрес и организация на труда.....	36
6.4. Влияние на финансовото състояние на домакинството върху стреса и нивото на бърнаут синдрома.....	38
7. Самооценка на здравното състояние на медицинските сестри .....	39
8. Проучване на здравното поведение при медицинските сестри .....	40
9. Мнение на медицинските сестри на ръководни длъжности относно превенцията и управлението на професионалния стрес.....	43
10. Стратегически насоки за превенция и контрол на професионалния стрес при медицински сестри в болнична среда.....	46
11. Оценка на Модела на стратегически насоки от ръководни кадри .....	52
<b>Изводи и препоръки</b> .....	
1. Изводи.....	53
2. Препоръки.....	54
Приноси.....	56
Публикации.....	57

## ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

БАПЗГ	Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи
БВП	Брутен вътрешен продукт
ДП	Деперсонализация
ЕИ	Емоционално изтощение
ЕС	Европейски съюз
КНСБ	Конфедерация на независимите синдикати в България
КОЦ	Комплексен онкологичен център
МЗ	Министерство на здравеопазването
МБАЛ	Многопрофилна болница за активно лечение
НЗОК	Национална здравноосигурителна каса
НСИ	Национален статистически институт
СЗО	Световна здравна организация
СП	Себепредставяне
МБИ-HSS	Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey

## ВЪВЕДЕНИЕ

Проблемите на здравната система у нас в условията на социално-икономическа нестабилност са твърде смущаващи: неправилно разпределение на финансовите средства, голяма емиграция и съответно дефицит на здравни професионалисти, чийто резултат е оголване на системата на здравеопазване свръхнатовареност в лечебните заведения.

Стресът е сериозен проблем в съвременното общество, тясно свързан както с начина на живот, така и с трудовите задължения. Стресът на работното място рефлектира в непълноценно прилагане на трудовите умения и влияе негативно върху функционирането на организацията като цяло.

Бърнаут синдром (професионално прегаряне) се проявява с емоционално изтощение, фрустрация, безразличие към клиенти/пациенти, понижено желание за работа, влошено себепредставяне и дори отказ от професията. В медицинска среда се отразява негативно върху вниманието към пациентите, което понижава качеството на медицинските грижи.

Бърнаут синдром е „професионалният рак на медицинските сестри“ (Hall, 2001).

Съотношението лекари/медицински сестри в България не съответства на световните препоръки, нито на средното съотношение в страните от Европейския съюз:

- препоръка на Международния съвет на сестрите – 1:4
- в Европейския съюз – 1:2
- в България – 1:1,2.

В болнични условия според препоръките на Международния съвет на сестрите трябва да има 1 сестра на 4 болни. В България има 1 сестра на близо 30 болнични легла. Редуцираният брой на българските медицински сестри ги поставя в условията на трудова свръхнатовареност, съответно повишен стрес.

Липсват изследвания на професионалния стрес сред каквито и да е категории здравни работници в Югоизточна България. Такива изследвания са крайно необходими, тъй като съотношението лекари/медицински сестри в Бургаска област е 1:1 и сестрите са свръхнатоварени.

В световната и българската научна литература преобладават проучвания върху стреса и бърнаут синдрома при медицинските сестри според спецификата на дейности, респективно по болнични отделения:

- **Реанимационни и спешни отделения:** Mallett et al., 1991; Laposa, 2003; Muñoz Camargo, 2007; Rivero et al., 2008; Afecto, 2009; Moreira, 2009; Santana Cabrera et al., 2009; Frade Mera, 2009; Whitmer, 2010; Losa Iglesias et al., 2010; Gnerre et al., 2017; Karanikola et al., 2012; Quenot, 2012; Mealer et al., 2012; Д. Димитрова, 2013; Д. Цонева, 2011; Б. Ценова, 2010;
- **Хирургични отделения:** Ksiazek et al., 2011; Galindo et al., 2012; Gosseries, 2012; Д. Димитрова, 2013;

- **Вътрешни отделения:** Di Iorio, 2008; Bencomo, 2004; Bobbio, 2012; Cabrera Gutierrez, 2005; Galindo et al., 2012; Gnerre et al., 2017; Ненова и кол., 2005.
- **Хемодиализа:** Araya et al., 2012;
- **Педиатрични отделения:** Staub, 2005; Lopez Franco et al., 2005; Weber-Pilar, 2009; Klassen et al., 2012; Б. Ценова, 2003;
- **Онкологични отделения:** Montero et al., 2000; Behar, 2008; Rehnsfeldt, 2008; Italia et al., 2008; Demirci et al., 2010; Xie et al., 2011; Klassen et al., 2012; Vectasova et al., 2012; Dix et al., 2012; Gomes-Urquiza, 2016; Kutlutirkan et al., 2016; Stacey Wu et al., 2015; Г. Петрова, 2005; Димитрова, 2013;
- **Психиатрични отделения:** McMurray et al., 2000; Adali et al., 2003; Edwards et al., 2003; Buhler et al., 2004; Landi et al., 2008; Halayem-Dhouib, 2010; Suner-Soler et al., 2012; Gosseries et al., 2012; Димитрова, 2013;
- **Грижи за пациенти със СПИН:** Kalichman et al., 2000;
- **Хосписи и социални институции:** Mallett et al., 1991; Baldelli et al., 2002; Evers et al., 2002; García Sánchez et al., 2012; Westermann et al., 2012; de Rooij et al., 2012.

В болничната медицинска помощ е нужна цялостна визия за превенция на стреса сред медицинските сестри на институционално (болнично) ниво, защото:

- всички пациенти се нуждаят от равнопоставени грижи и отношение, независимо от заболяването си (респективно отделението, в което са хоспитализирани);

- професията на медицинската сестра включва грижи за пациенти с всякаква патология, което не предполага отказ от работа поради естеството на заболяванията (респективно отделенията);

- съществува вътрешна мобилност в болниците – преместване на медицински сестри от едно отделение в друго за покриване на недостига на персонал;

- по време на дежурства болничният персонал (лекари и медицински сестри) обслужва пациенти от различни отделения.

- функционирането на една болница зависи от дейността на всички отделения, следователно превенцията на стреса и бърнаут синдрома трябва да е стратегически приоритет на болнично управленско ниво.

Проблемът за професионалния стрес и професионалното прегаряне в болниците не бива да бъде разглеждан откъслечно за отделните индивиди или по отделения, а се нуждае от цялостна визия, на общоболнично ниво, тъй като функционирането на една болница зависи от дейността на целия екип, на много различни специалисти. Подходите за справяне със стреса следва да се разработват на общоболнично управленско ниво, с грижа за всеки член на персонала, независимо от отделението, в което работи.

# ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО

## 1. Цел, задачи и хипотези

### 1.1. Цел

Да се изследват източниците на професионален стрес, наличието и нивата на проявление на бърнаут синдром сред болничните медицински сестри и да се разработят стратегически насоки за тяхната превенция и контрол.

### 1.2. Задачи

За изпълнение на целта са поставени следните задачи:

1. Да се проучат теоретичните основи на професионалния стрес и бърнаут синдрома в медицинските професии.
2. Да се проучи нивото на стрес сред медицинските сестри, работещи в болнична среда.
3. Да се изследва наличието и проявленията на бърнаут синдрома сред болничните медицински сестри.
4. Да се изследват водещите стресогени на макро- и микросредата, оказващи влияние върху възникването и спецификата на професионалния стрес и бърнаут синдрома.
5. Да се изследва рефлексията на стреса върху здравния статус и стил на живот на болничните медицински сестри.
6. Да се разработи примерен Модел на стратегически насоки за превенция и контрол на стрес/бърнаут синдром при болнични медицински сестри.

### 1.3. Работни хипотези

- Медицинските сестри, работещи в болнични условия, са подложени на стрес и развиват бърнаут синдром с различни нива и прояви.
- Главните стресогени са административно-организационни.
- За намаляване на професионалния стрес и бърнаут синдрома е необходимо разработване и прилагане на стратегически насоки за перманентна превенция и контрол на общоболнично ниво.

## 2. Материал и методология

### 2.1. Предмет:

- Стрес и бърнаут синдром - наличие, характеристики, честота;
- Стресогени;
- Последици от стреса - здравно състояние и поведение.

**2.2. Обект** на изследването са медицински сестри, работещи в болнични условия.

**2.3. Критерии за включване:** медицински сестри, работещи в болнични условия с пациенти, на основен трудов договор, с общ трудов стаж по

специалността над една година в лечебното заведение, доброволно участие в изследването.

**2.4. Логическа единица на наблюдение:** медицинска сестра на основен трудов договор, с общ трудов стаж по специалността над една година.

**2.5. Технически единици на наблюдение** са най-големите лечебни заведения за болнична помощ с държавна, общинска и частна собственост в три големи града в Югоизточна България - общо 25 отделения с консервативен и хирургичен профил в: УМБАЛ – гр. Бургас, УМБАЛ „Дева Мария“ – гр. Бургас, МБАЛ „Бургасмед“ – гр. Бургас, МБАЛ „Лайф хоспитал“ – гр. Бургас, МБАЛ „Д-р Иван Селимски“ – гр. Сливен, МБАЛ „Св. Пантелеймон“ – гр. Ямбол; Комплексен онкологичен център (КОЦ), Център за психично здраве със стационар (ЦПЗ) – гр. Бургас; Специализирана болница за активно лечение (СБАЛ) - „Аджибадем Сити клиник“ – гр. Бургас.

#### **2.6. Признаци на наблюдение**

За обектите на наблюдение - 15 броя (демографски, професионални, социални, икономически и др.)

За предмета на наблюдение - 75 броя:

- За бърнаут синдром - 22, разпределени в три групи: Емоционално изтощение - 9; Деперсонализация - 5; Себепредставяне - 8;
- За ниво на стрес - 10 характеристики;
- За стресогенни фактори - 29 характеристики;
- За последици от бърнаут синдром - 11 характеристики (здравни и поведенчески).

#### **2.7. Материал**

- 436 медицински сестри, работещи в отделенията на най-големите лечебни заведения със стационар в Бургас, Сливен и Ямбол.

Общият брой медицински сестри, работещи в лечебните и здравните заведения в изследвания регион на югоизточна България е 2564, от които в Бургас - 1564, Сливен - 670, Ямбол - 440. Медицинските сестри в най-големите болнични заведения са 1276. Точна статистика не може да бъде направена поради непопълнения щат медицински сестри в отделенията и заетостта им извън работния график. Изпратени са 1000 анкетни карти, от които са получени обратно общо 511 (40%) попълнени анкети. В гр. Бургас медицинските сестри в най-големите болнични заведения са около 768, от тях анкети са попълнили 315 (41%). В гр. Сливен болничните медицински сестри в МБАЛ към момента на изследване са 305, от тях 71 (23%) са участвали в проучването. В гр. Ямбол болничните сестри в МБАЛ към момента на изследване са 203, от които анкетата са попълнили 65 (32%). От обхванатите в изследването 511 медицински сестри отпаднаха 75 анкети поради грешно или некоректно попълване. Крайният размер на извадката е 436 медицински сестри, работещи в отделенията на най-големите лечебни заведения със стационар в Бургас, Сливен и Ямбол.



Така от 511 участници в анкетирването, са обработени данни за 436 (85,3%) медицински сестри, след логически и технически контрол на анкетните карти, при което се запази представителният характер на извадката.

- 127 главни и старши медицински сестри от Многопрофилни болници за активно лечение в градовете Бургас, Сливен и Ямбол.

## **2.8. Методи**

Документален – анализ на литературни източници и нормативни документи;

Социологически – пряка анонимна анкета;

Статистически методи.

## **2.9. Изследователски инструментариум**

### **I. Въпросник за медицинските сестри**

Преди цялостното проучване се извърши пилотно такова, за да се установи времетраенето на попълване на анкетата към медицинските сестри, да се уточни разбираемостта и яснотата на поставените въпроси и възможните отговори. Аprobацията на анкетата е реализирана върху микроизвадка от 10 медицински сестри. Попълването е с продължителност един час, доброволно и анонимно.

Въпросникът към медицинските сестри включва следните раздели:

➤ **Характеристики на изследвания контингент** - демографски, социално-икономически, семейно-битови, трудово-професионални.

➤ **Изследване на стреса** - използван е адаптиран превод на специализиран въпросник за нивото на стреса, самооценен по четиристепенна скала (въпросник на **Girdin**)

➤ **Изследване на бърнаут синдром** - адаптиран български превод от Б. Ценова на специализирания въпросник **Maslach Burnout Inventory, Human Services Survey** (MBI-HSS) и приетия Scoring Key, който е с доказана висока надеждност и официална валидност, използван у нас и в чужбина. Този изследователски инструментариум е приложим за служители в сферата на хуманните услуги и се основава на триизмерната концепция за бърнаут. Включва 22 критерия, разпределени в три групи. Въпросите се оценяват от респондентите в две насоки - честота и сила на твърденията, предизвикващи бърнаут синдром, в седемстепенна ординална скала. Всяка степен получава числово изражение от 0 до 6, с което скалата се трансформира в интервална. Това позволява да се приложат количествени методи на математическата статистика при обработка и анализ на данните.

➤ **Стресогени** – дефинирани са 29 стресогена с помощта на лични наблюдения и допитвания до работещи здравни специалисти. Отговорите са разпределени в четеристепенна скала.

➤ **Здравно състояние и стил на живот** на респондентите, с включени 11 въпроса с номинална и ординална скала на отговорите.

**II. Въпросник за проучване на мнението** на медицинските сестри на ръководна длъжност (главни и старши медицински сестри), относно превенцията и контрола на професионалния стрес/бърнаут синдром.

**III. Въпросник за експертна оценка на Модел** на стратегически насоки за превенция и контрол на професионалния стрес/бърнаут синдром, към сестрите на ръководна длъжност.

### **2.10. Статистически методи за обработка на информацията**

- **Дескриптивна статистика** - определяне на относителните дялове.

- **Вариационен анализ** - за изчисляване на основните параметри на количествено измеримите признаци, вкл. коефициенти на средно претеглена сила и честота. Трансформацията на ординалните скали в интервални, с получаване на числова стойност на всяка степен-от 0 до 6, позволява да се получи средна величина за всеки отговор на съответния показател за цялата изследвана съвкупност, за всяка специализирана група от МВИ и за влиянието на факторите, свързани с него.

Получената стойност на средно претеглена величина характеризира типичното ниво на честота и интензитета на всеки признак от въпросника. Сравняването на получените стойности с тези от приетата интервална скала позволява да се направи заключение за нивото на честота и интензитет по критерии и групи.

- **Корелационен анализ** - за разкриване на причинно-следствена връзка между отделните признаци. Използвана е рангова корелация с корелационен коефициент  $r$  на Spearman.

- **Непараметричен анализ** –  $\chi^2$  (хи квадрат) - критерий за съгласие на Pearson за категорични признаци.

- **Графичен анализ** – за визуализиране на резултатите са използвани кръговосекторни, стълбовидни и лентовидни диаграми.

Данните са обработени посредством статистическата програма SPSS ver.19.0.

## **3. Организация на проучването**

### **I. Етап**

Проучването се проведе в периода от 01.10.2014г. до 01.10.2017г. Попълването на анкетните карти се извърши при гарантирана анонимност на респондентите, след подробно разяснение относно начина и целите на изследването и в спокойна обстановка. Използвано е съдействието на директорите, главните и старши сестри на съответните болници и отделения.

### **II. Етап**

Проучване на мнението на медицински сестри на ръководна длъжност относно подходи за превенция и управление на професионалния стрес – 2017г.

## РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

### 1. Характеристика на изследвания контингент

Разпределението на изследваните 436 медицински сестри по възрастови групи и общ трудов стаж е представено в Таблица 1.

Средната възраст на е  $46,07 \pm 9,83$  години, което е близо до публикуваните данни от Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи (БАПЗГ) – 48г. Минималната възраст на участниците в анкетата е 23 години, а максималната – 65г. Най-голям е броят и относителният дял на участниците от възрастова група 51 до 60 години –150 (34,4%). Работещите сестри в отделения на възраст до 30 години са само 34 (7,8%) - един показателен процент за стремително намаляващата бройка на млади попълнения медицински сестри в болниците.

*Таблица 1. Разпределение на изследваните медицински сестри по възрастови групи и общ трудов стаж*

Характеристики	брой	%
<b>Възраст</b>		
до 30 г.	34	7,8
31-40 г.	92	21,1
41-50 г.	145	33,3
51-60 г.	150	34,4
над 61 г.	15	3,4
<b>Общ трудов стаж</b>		
1-5 г.	34	7,8
6-10 г.	43	9,9
11-15 г.	42	9,6
16-20 г.	53	12,2
21-25 г.	73	16,7
26-30 г.	61	14
над 30 г.	130	29,8

Болшинството от респондентите са със стаж над 10 години, като близо една трета имат трудов стаж повече от 30 години, което гарантира добро познаване на проблемите в сестринската професия и в здравеопазната система.

## 2. Нива на професионален стрес при медицинските сестри

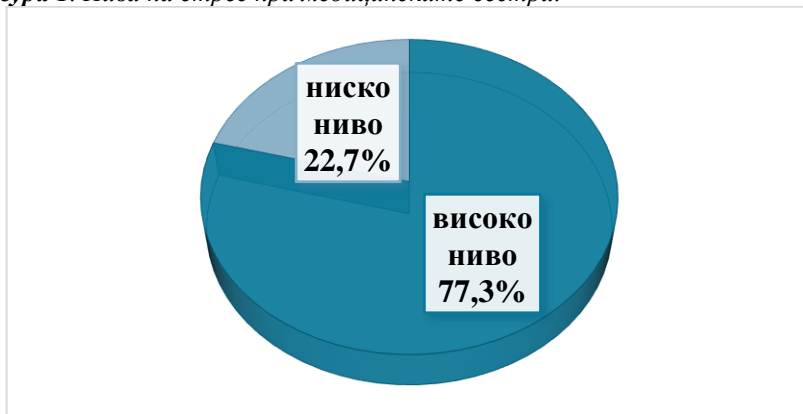
Перманентният стрес в работната среда предизвиква хронична умора, намалява работоспособността, води до невъзможност за ефективно справяне с лични и професионални ангажименти. Самооценката на медицинските сестри относно честотата на проява на признаците на стрес (въпросник на Girdin) е представена в Таблица 2.

*Таблица 2. Разпределение на изследваните според самооценка на честотата на въздействие на признаците на стрес*

Признаци на стрес	Честота на проява							
	почти винаги		често		рядко		почти никога	
	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%
<b>недостиг на време за радостни преживявания</b>	95	21%	230	52,8%	96	22%	15	3,4%
<b>нужда от по-голяма подкрепа</b>	86	19,75%	204	46,8%	125	28,7%	21	4,8%
<b>недостиг на време за ефективна работа</b>	64	14,7%	172	39,9%	172	39,9%	28	6,4%
<b>трудно заспиване</b>	88	20,2%	182	41,7%	117	26,8%	49	11%
<b>твърде много очаквания от хората</b>	95	21,8%	187	42,9%	118	27,1%	36	8,3%
<b>претрупаност с работа</b>	128	29,4%	215	49,3%	85	19,5%	8	1,8%
<b>разсеяност и неувереност</b>	46	10,6%	166	38,1%	186	42,7%	38	8,7%
<b>чувстват се под голям стрес</b>	106	24,3%	178	40,8%	119	27,3%	33	7,6%
<b>натовареност с голяма отговорност</b>	131	30%	194	44,5%	92	21,1%	19	4,4%
<b>изтощение в края на деня</b>	119	27,3%	193	44,3%	116	26,6%	8	1,8%

Резултатите от проведеното проучване показват високи нива на стрес при 337 (77,3%) от медицинските сестри, работещи в отделенията на болници от изследвания район (Фигура 1).

**Фигура 1.** Нива на стрес при медицинските сестри.



Повече от две трети от изследваните – 373 (78,7%) посочват най-високите степени на натоварване и се чувстват претрупани от ежедневната си работа. За 325 (74,5%) от тях професията е твърде рискова и трябва да се поема голяма отговорност. В края на работния ден 312 (71,6%) от респондентите се усещат изтощени често или почти винаги.

### **3. Стресоцени**

Получените данни за интензивно въздействие на стреса изискват да се извърши мониторинг на многочислените рискови фактори в съвременното сестринство. Професионалните стресоцени са разделени на три групи: социално-икономически, организационни и психо-емоционални.

#### **3.1. Социално-икономически стресоцени**

В групата на социално-икономическите рискови елементи най-силно стресоценно действие оказват неадекватното възнаграждение от 316 (72,5%) и липсата на обществено признание за 275 (63,1%) от запитаните.

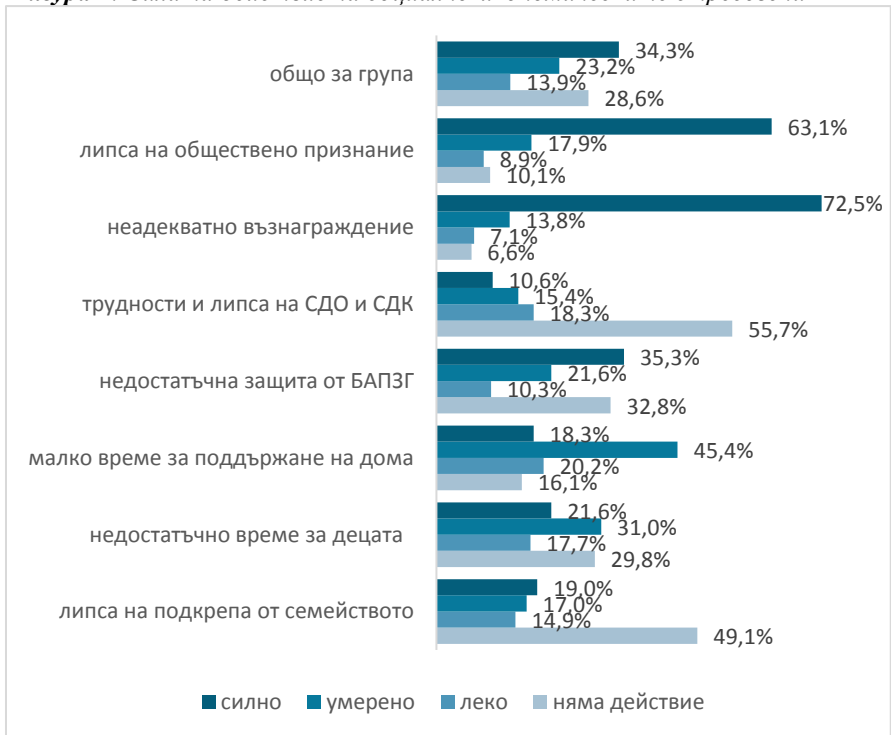
При 154 (35,1%) от изследваните недостатъчната подкрепа на професионалната организация на здравните специалисти-БАПЗГ въздейства прекомерно стресово.

Според Д. Писева (2005) професионалният бърнаут допринася до битов бърнаут, поради пренасяне на отрицателните преживявания от работа у дома и възникване на дисхармонични семейни отношения. Затваря се един порочен кръг и проблемите от липсата на подкрепа в семейството води до задълбочаване на синдрома на изпепеляване.

В семейно-битовата среда съществен принос в стресогенността има недостатъчното време, отделено за семейството, децата и дома. Това е във

връзка с денонощния цикъл на здравно обслужване и изцяло феминизираната сестринска професия в България. Колкото повече човек чувства подкрепата на обкръжението и семейната среда, толкова по-ефективно ще се редуцират нивата на работния стрес. За 83 (19,0%) от работещите силен стресоген е липсата на подкрепа от семейството (което е съществен фактор в традиционния социален живот на българката). На Фигура 2 са представени социално-икономическите стресогени, оценени по сила на въздействие в четиристепенна скала.

**Фигура 2.** Сила на действие на социално-икономическите стресогени



Социално-икономическите неблагоприятия, характерни за България, през последните 25 години са тези, които влияят негативно върху психо-соматичното здраве на респондентите и имат най-съществено въздействие върху повече от една трета от респондентите.

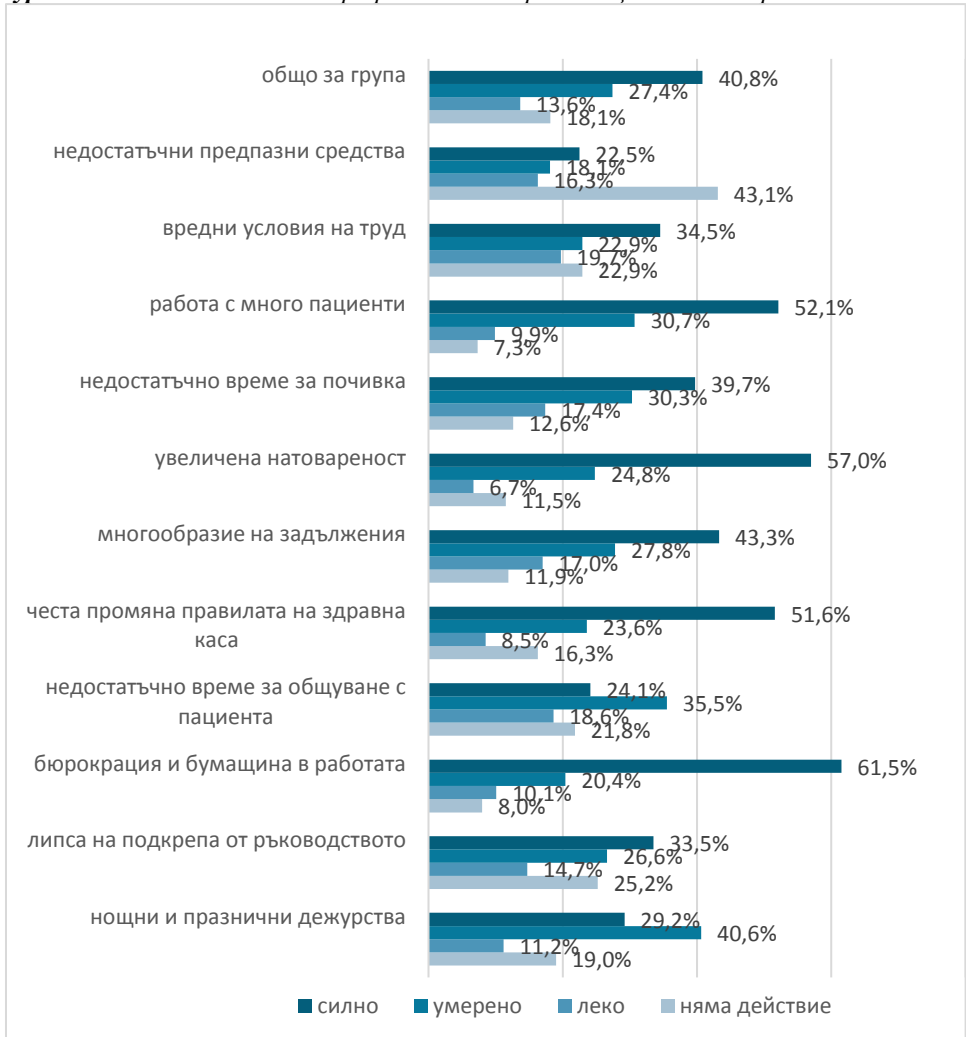
### 3.2. Професионално-организационни стресогени

Медицинската професия е характерна с перманентно усвояване на нови методи и способности на лечение и изследване, трудности при овладяване на нова техника или справяне със стара апаратура. Работата с много пациенти,

многообразните функции и увеличената натовареност на медицинските специалисти през последните години на недостиг на здравни специалисти, също отнасяме към групата на организационните стресогени в професионалния живот.

Професионално-организационни стресогени в работна среда са най-многобройни и са най-силно въздействащи от трите групи стресогени, като засягат силно 178 (40,8%) от респондентите (Фигура 3).

**Фигура 3.** Сила на действие на професионално-организационните стресогени



Най-открояващ се стресоген е прекаленото натоварване с все по-нарастващата писмена работа, дублирането на документи за попълване и отчитане на медицинската дейност. Бюрокрацията за 268 (61,5%) от изследваните е тежест при сестринската работа, защото отнема от времето, необходимо за съществени здравни грижи и комуникация с пациента. Този фактор е свързан с друг посочен като силно действащ - постоянните промени в изискванията и правилата на НЗОК за 225 (51,6%). Въвеждането на електронни системи в съвременното здравно обслужване, освен за по-добро отчитане и контрол на дейността, води до увеличаване заетостта на медицинския персонал, за сметка на времето за пациентска грижа. Съществува необходимост от обучение в компютърни умения на сестрите в по-висока възраст. Всичко това е на фона на всеобщ недостиг на медицински специалисти в национален и световен мащаб.

Свързани с проблема на недостатъчност и миграция на медицинските сестри са силно въздействащите аспекти на работната среда: увеличената натовареност поради непопълнени щатни бройки – 249 (57,1%); работа с много пациенти и неотговарящо изискване за съотношение медицинска сестра/пациент в отделенията – 227 (52,1%); многообразие на функции и задължения – 189 (43,3%).

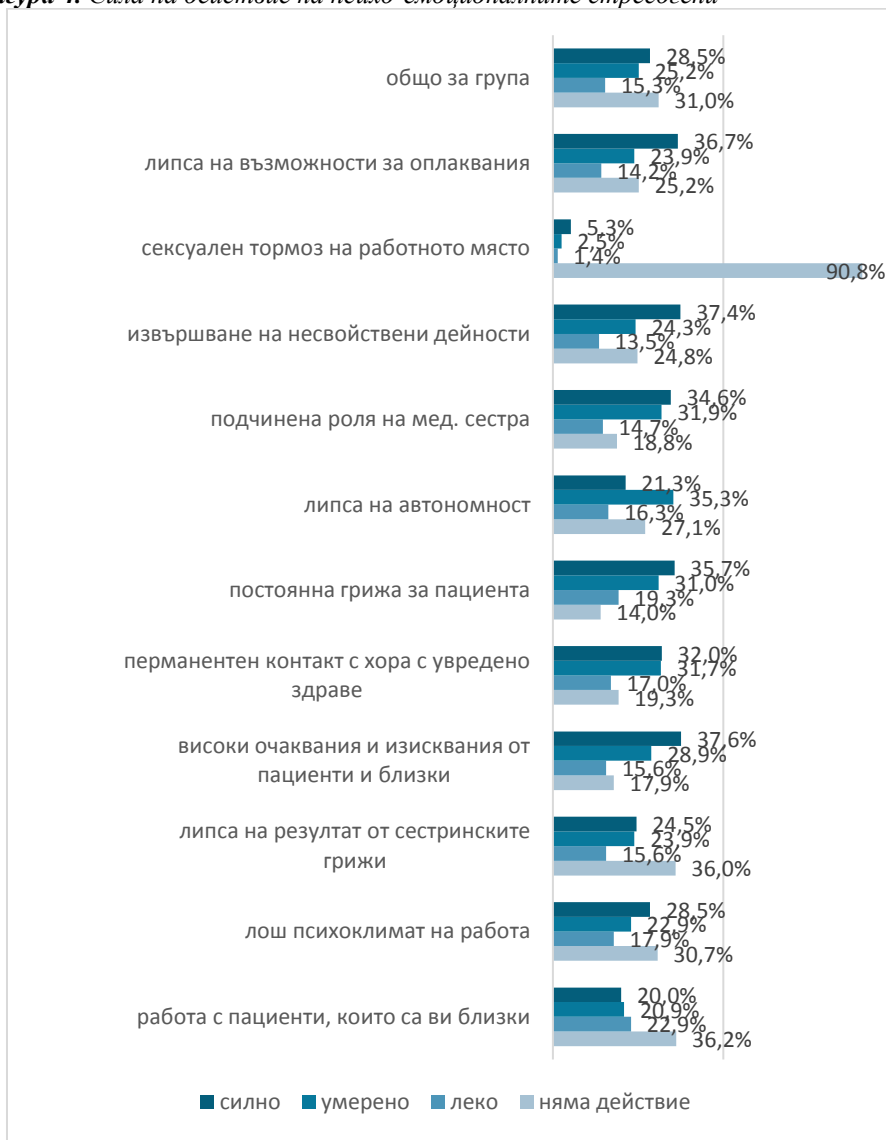
### **3.3. Психо-емоционални стресогени**

Трудовото натоварване е комплексен проблем, в който се включват освен физически, така и интелектуални усилия – психична и емоционална ангажираност. То до голяма степен е свързано и с лични ресурси за справяне. Когато надхвърли допустимите индивидуални прагове на издръжливост и адаптивност се създават стресови състояния, което при продължително действие и висока интензивност определено води до натрупване и все по-често до появата на бърнаут синдром.

На Фигура 4 са показани психо-емоционалните стресогени, чиято сила на въздействие е самооценена в четиристепенна скала.



**Фигура 4.** Сила на действие на психо-емоционалните стресогени



Изпълняване на несвойствени задачи за 163 (37,4%), ограничаване на автономността и свободата за вземане на решения за 93 (21,3%), подчинената роля в медицинския екип за 151 (34,6%) са характерни особености за сестринския труд, въпреки Наредба 1/11.02.2011г., определяща обхвата на

професионалните дейности на медицинските сестри. За повече от една трета от запитаните тези три фактора предизвикват психически тормоз и увеличават риска от психическо изтощение. При 140 (35,7%) от медицинските сестри будят тревога и напрежение перманентните грижи за хора с увредено здраве, за 107 (24,5%) - липсата на положителен резултат от сестринските грижи. Увеличаващото се противопоставяне между здравните специалисти и пациенти, загубата на доверие в здравеопазната система в България, високите очаквания от пациенти и близки за здравна помощ са посочени като силно действащи стресогени за 164 (37,6%) от сестрите.

Стресогените на работното място не са изолирани, а в тясно взаимодействие с обществено-икономическите процеси, с културата и традициите на дадената страна, със социалните фактори, семейната и приятелската среда. Всички те оказват влияние върху работещия чрез модериращото действие на индивидуалните особености на личността.

Направените изследвания и анализи ни дават основание да обобщим несъответствията между нарасналите професионални изисквания към функциите на медицинската сестра и ниския социален статус на сестринското съсловие у нас, водещи до напрежение, което е предпоставка за възникване на стресови ситуации. Най-негативно и стресогенно е разминаването между квалификацията, отговорностите и реализацията в работната среда:

- високи професионални отговорности, но ниско заплащане;
- висока обществена значимост на сестринската професия, но нисък социален престиж;
- високи очаквания и мотивация в началото на кариерата, но ниска степен на удовлетвореност от работната среда;
- високи изисквания за придобиване на образование, но несигурни перспективи за кариерно израстване;
- наличие на необходими знания и умения, но ограничени възможности за автономност в професията.

#### **4. Наличие и ниво на компонентите на бърнаут синдром**

Информацията, получена от всеки участник се обработи статистически и се определиха количествените характеристики за синдрома на изпепеляване в три основни направления:

- разпределение по честота на наличието, периодичност и сила на проява в относителен дял (%);
- коефициент на честота и сила на проява – от 0 до 1;
- ниво на отделните компоненти на синдрома и на самия бърнаут синдром.

#### 4.1. Емоционално изтощение

Емоционалното изтощение (ЕИ) е компонент на бърнаут синдрома, който се определя от намалените енергийни ресурси на работещите с голям брой хора и отговорности, каквито са и практикуващите професията на медицинската сестра.

За оценяване на емоционалното състояние се използва информацията получена при отговорите на 9 въпроса, разпределени в седемстепенна ординална скала. Класифицирането на **честотата** на проява на признаците на емоционално изтощение се извърши чрез самоопределяне на резултатите от „никога“ до „винаги“.

Данните дават възможност да се определи периодичността на проява на симптомите на ЕИ при медицинските сестри. Над 30% от изследваните перманентно изпитват тежестта на емоционалното напрежение - 84 (20,4%) „всеки ден“, а 46 (10,5%) - „няколко пъти седмично“.

Емоционалното изразходване е характерно за медицинските сестри, което се потвърждава и от факта, че само една четвърт от респондентите не са имали изявиени признаци на ЕИ - 113 (26,0%). Тези, които считат, че никога не работят прекалено много, са едва 22 (5,0%).

С най-висока честота на проява на показателите на ЕИ (всеки ден и няколко пъти седмично) е твърдението за прекалено много работа при 230 (62,8%) медицински сестри. Всеки ден чувстват непрекъснато тежестта на признака 169 (48,8%). Изтощени в края на работния ден се усещат 199 (45,6%) от запитаните (всеки ден и няколко пъти седмично), а повече от една трета - всеки ден. Емоционалното натоварване в медицинската професия се дължи на непрекъснатия контакт с тежки патологични състояния, невъзможност да се отговори на високите очаквания за излекуване и съпреживяването на драматични човешки страдания. Всеки ден и няколко пъти седмично се чувстват уморени още от сутринта, когато стават за работа 168 (38,5%). Този симптом е характерен за депресията и преумората.

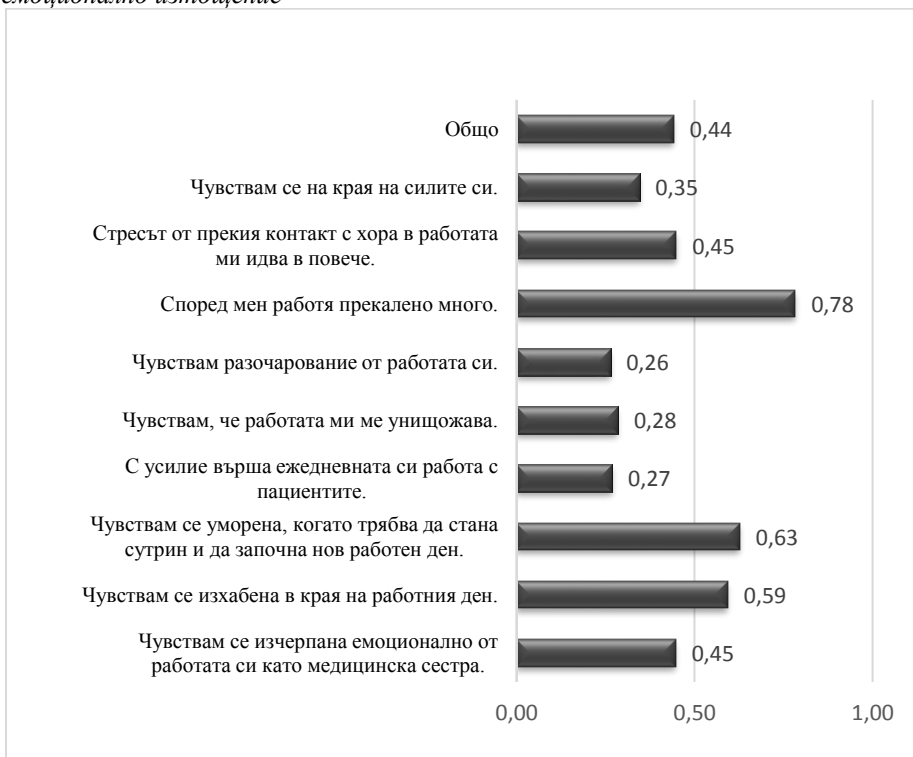
Другите признаци на ЕИ се проявяват в по-ниска степен и показват по-малък относителен дял във високите степени на наличие. Те се намират в диапазона от 10% до 20%, като проявлението на стресът от прекия контакт с хората и чувството на емоционално изчерпване от работата е в повече само за 80 (18,3%) от изследваните сестри всеки ден.

Почти половината от медицинските сестри - 200 (45,9%) посочват, че без усилие извършват ежедневната си работа с пациенти. Никога не изпитват чувство на разочарование от работата си като медицинска сестра 197 (45,2%). Тези данни ни посочват, че голяма част от здравните специалисти са запазили емоционалните си сили и се справят с психическото изчерпване в условия на системен стрес. Очевиден е изводът, че преките медицински задължения не тежат на медицинските сестри и се възприемат като нормална част от практикуването на съзнателно избраната професия.

Коефициентът на средно претеглена честота на проява на различните признаци на ЕИ дава ясна информация за нивото на разпространение на

компонента. Той показва средно ниво на проява в диапазона от 0 до 1 (т.е. 0% - няма изява, 100% - има проява на признака при всички анкетиращи) и отчита реалната структура на честотата на проява на всички признаци. Стойностите на коефициента на средно претеглена честота са представени на Фигура 5.

**Фигура 5.** Коефициент на средно претеглена честота на проява на признаците на емоционално изтощение



Получените резултати потвърждават високата честота на постоянна проява на симптомите на ЕИ при изследваните медицински сестри - общо за групата 0,44. Забелязват се по-високи стойности на коефициента при следните признаци: свръхнатовареност с много работа - 0,78; чувство за изхабеност в края на работния ден - 0,59; умора при ставане сутрин - 0,63. Стойностите на коефициента при тези най-характерни за ЕИ симптоми показват, че за повече от половината изследвани медицински сестри те са постоянно присъстващи и показателни за изразходваната емоционална енергия.

Другите симптоми на ЕИ показват за около една трета от респондентите също високи стойности на коефициента, в интервала 0,26 - 0,45. Резултатите от

коефициента на средно претеглена честота на проява на признаците на емоционално изтощение доказват ясно и категорично, че при медицинските сестри ЕИ е сериозен показател за последиците от стресогенната професионална среда.

Изследвана е освен честотата на признаците на ЕИ и субективната оценка на **силата** на тяхното проявление при медицинските специалисти.

С най-високата степен се оценява силата на въздействие на емоционалните фактори при 169 (38,8%) от запитаните: много силно – 65 (14,9%); силно – 55 (12,6%); средно силно – 49 (11,8%). Слабо проявление се среща само при 36 (8,3%) от медицинските сестри. Не изпитват въздействието на посочените признаци 92 (21,1%) от изследваните.

Най-голяма сила на действие според медицинските сестри притежават показателите за прекалено много работа при 289 (66,3%) и чувството на изхабеност в края на работния ден за 224 (51,4%). Професията на медицинската сестра изисква близък достъп до личното и интимно пространство на пациента. В процеса на полагане на здравна грижа специалистът изслушва, наблюдава, оценява и обсъжда чувствата и емоциите на пациента, съпреживава неговите болки и отговаря на неговите нужди. Специфичните дейности на здравния професионалист водят често до психическо напрежение.

По-малка сила на въздействие имат останалите признаци на ЕИ - разочарование от професията и усилено за извършване на ежедневната работа с пациенти. Може да се обобщи, че изследваните медицински сестри са удовлетворени от избраната професия и изпълняват професионалните си задължения, въпреки значимите проблеми в медицинската практика.

Коефициентът на средно претеглена сила на проява на симптомите на ЕИ дава в синтетичен вид данните при съществуващата дисперсия на оценките по степените на ординалната скала. Информацията за коефициента на отделните симптоми на ЕИ и общо за изследваната група е представена графично на Фигура 6.

Твърденията, характеризиращи ЕИ, посочени от изследваните здравни професионалисти като водещи по сила и честота на проявление, показват сложността и многофункционалността на изпълнение на здравната грижа. Професията включва освен техническо изпълнение на медицинските процедури съгласно лекарските назначения, осъществяване на добри комуникативни умения и ефективни връзки с пациентите, техните близки и колегите. Професионалистът по здравни грижи изпитва огромно натоварване при разрешаване на физически и психологически проблеми на пациенти, проявяващи понякога страх, агресия или депресия. Ежедневните задължения често предизвикват отрицателни изживявания при медицинските сестри и водят до емоционално изтощение.

**Фигура 6.** Коефициент на средно претеглена сила на проява на признаците на емоционално изтощение



От получените резултати за честотата и силата на проява на симптомите на ЕИ можем да обобщим следното:

- висока **честота** на симптоми на ЕИ ежедневно, няколко пъти в седмицата и ежеседмично имат 161 (36,9%) от медицинските сестри;
- висок общ коефициент на средно претеглена **честота** - 0,44;
- голяма **сила** на проява има при 169 (38,8%) от медицинските сестри (много силна, силна и средно силна);
- висок общ коефициент на средно претеглена **сила** - 0,46.

След преглед и сравнение на данните от изследваните симптоми на ЕИ, се откриха следните признаци с най-голямо значение поради своята висока честота и сила на проява:

- усещането за прекалено много работа;
- чувството за изхабеност в края на работния ден;
- чувството на емоционално изчерпаност от работата.

Относително високата честота и интензитет на проява на ЕИ при изследвания контингент доказва големината на емоционално изразходване в сестринската професия, която е базисна в медицинския екип за здрави грижи и

услуги. Повишената степен на емоционално изтощаване отдалечава медицинските специалисти от пациента и ги превръща в бездушен орган за изпълнение на технически манипулации, като променя подпомагащата ролята на медицинската сестра.

#### **4.2. Деперсонализация**

Деперсонализацията (ДП) се разбира като развитие на негативно отношение към себе си и другите в процеса на работа и общуване, социално изолиране и враждебност предимно към ползвателите на здравни услуги. Този компонент включва 5 въпроса със структурирани отговори. Чрез разпределянето на отговорите в седемстепенна ординална скала се определи честотата и силата на симптомите на ДП при изследваните медицински сестри.

От получените резултати се откроява фактът, че 264 (60,6%) от анкетираните никога не са имали проява на признаци на деперсонализация през своя професионален път. Това доказва непроменените отношения и съпричастност към проблемите на пациента, мотивация и любов към професията при повече от половината изследвани медицински сестри, въпреки неблагоприятните условия на труд и неадекватно заплащане.

По-голямата част от изследваните професионалисти по здравни грижи не възприемат посочените твърдения като характерни за тях. Данните показват, че 315 (72,2%) от респондентите са загрижени за проблемите на пациентите, 290 (66,5%) от тях не са променили отношението си към хората, а 264 (60,6%) не се отнасят с безразличие към пациентите. Посочените елементи в професионалната дейност на здравните специалисти – загриженост, емпатия, хуманност са едни от най-важните характеристики за качествено обгрижване и подходяща комуникация с пациентите и близките.

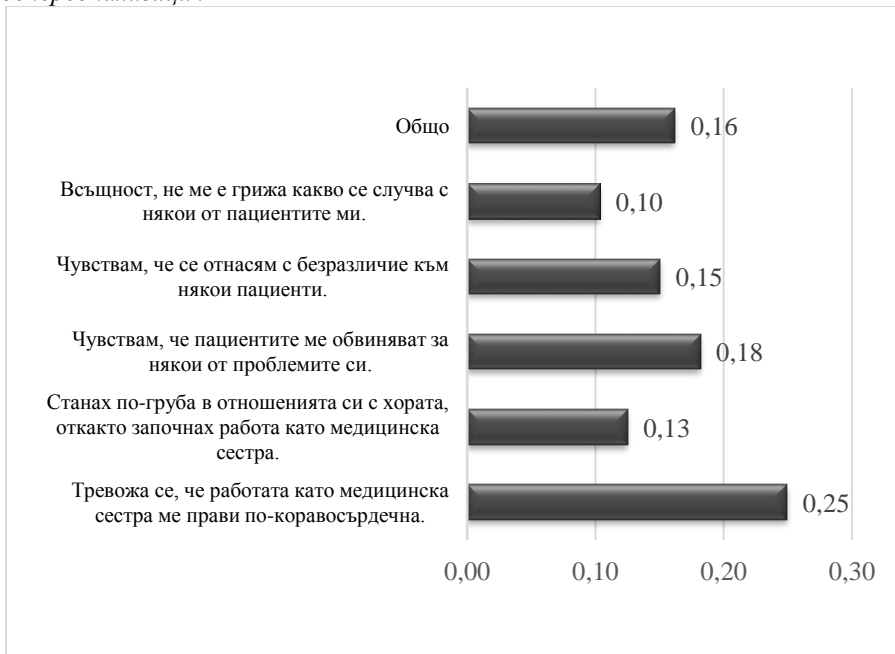
При 128 (29,4%) от медицинските сестри се срещат спорадично прояви на симптоми на деперсонализация, няколко пъти годишно или месечно.

Постоянни симптоми на деперсонализация показват само 44 (10,1%) от респондентите, които се проявяват от всеки ден до всяка седмица. Най-често срещаните отрицателни показатели са отбелязали 77 (17,7%), които са станали по-коравосърдечни в отношенията си с пациентите. За чувството за вина и обвинения от страна на пациентите споделят само 51 (11,8%). Безразличието, като отношение към страданието и проблемите на болните хора е обхванало 36 (8,3%) от респондентите. Признаци като коравосърдечност, цинизъм, безразличие към страданието и формализъм в медицинската практика водят до дистанциране и деперсонализация.

Установените данни показват, че честотата на проява на симптомите на деперсонализация за повече от 90% от респондентите е много малка и епизодична, през големи времеви интервали.

Тези стойности се потвърждават от получените резултати на коефициента на средно претеглена **честота** на проява на деперсонализационните симптоми, изобразени на Фигура 7.

**Фигура 7.** Коефициент на средно претеглена честота на проява на признаците на деперсонализация



Общо за цялата изследвана група са получени сравнително ниски резултати на коефициента - 0,16, защото преобладават отговорите за частично или липсващо проявление на признаците на деперсонализация при медицинските сестри. Диапазонът на стойностите е между 0,10 и 0,25, като най-високите резултати са получени за твърдението, че перманентната среща със страданието, болката и смъртта променя работещите към по-коравосърдечни. Медицинските сестри в процеса на работа си изработват своеобразна защита спрямо свръхпреживяването на страданията на пациента за да се съхранят емоционално.

Разпределението на стойностите на **силата** на действие на ординалната скала определя, че при нисък процент от медицинските сестри се срещат симптомите с много до средно силно действие – 49 (11,2%), а много силно въздействие отбелязват едва 17 (4,0%) от изследваните. Независимо от високите нива на ЕИ, силно впечатление правят ниските нива на ДП. Съществената част от изследваните здравни специалисти не са променили отдадеността си към



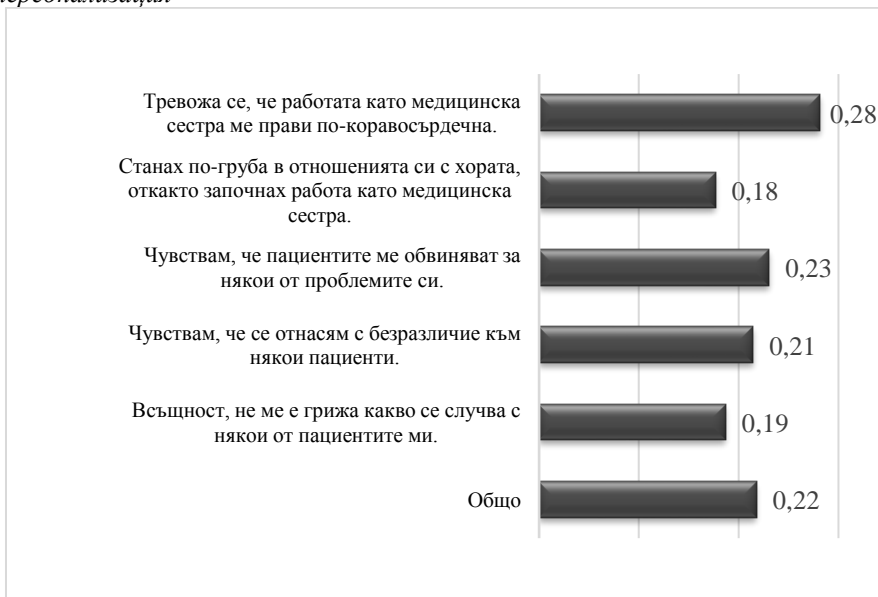
професията, подкрепят страдащия, проявяват емпатия в загрижеността и отзивчивостта си.

Проява на симптомите на деперсонализация за 387 (88,8%) от запитаните липсва или те посочват слаба до средна по степен сила на въздействие.

Не се открояват значимо признаци от групата на силно действащите симптоми на деперсонализация. Със силно въздействие можем да посочим само признака на тревожност, че работата като медицинска сестра променя човек към коравосърдечност за 73 (16,7%) от изследваните.

Коефициентът на средно претеглена сила, който е представен на Фигура 8, показва още веднъж ниската степен на проява на деперсонализация при медицинските сестри. Средно за групата се получава коефициент 0,22, като диапазонът на стойностите 0,19 - 0,28, показва не много висока значимост на проявлението.

**Фигура 8.** Коефициент на средно претеглена сила на проява на признаците на деперсонализация



Анализът на резултатите за честотата и силата на проява на признаците на деперсонализация ни позволява да направим извода, че медицинските сестри в по-голямата си част не са променили хуманното си отношение към пациентите. Това кореспондира с публикуваните изследвания за нивото на деперсонализация при медицинските екипи в България и по света. Въпреки, че здравните специалисти са подложени на значителен стрес в ежедневната си работа, голяма

част от тях са съхранили човеколюбието и съчувствието към проблемите на страдащите хора и не са загубили мотивация и желание за обгрижване на нуждаещите се. В условия на неблагоприятна професионална, икономическа и социална среда те са запазили достойнство и осъзнават значимостта на своята професия за поддържане и възстановяване здравето на човека.

### 4.3. Себепредставяне

Категорията професионално представяне – себепредставяне (СП), като част от бърнаут синдрома, е резултат от силно емоционално изтощение и деперсонализация и се характеризира с отрицателна самооценка и намалена работоспособност. Множество фактори влияят върху личностното представяне и неговата оценка от медицинската сестра. Една голяма част от тях са от професионално-организационната среда на работа, социалното положение на сестринството, престижността на професията, мотивацията за работа, справедливото заплащане, постигнатите резултати от сестринския труд, възможностите за кариерно израстване, достойно място в обществото, справедливо отношение и уважение на правата на всички в медицинския екип.

Себепредставянето при медицинските сестри се определи от отговорите на 8 въпроса относно психо-емоционалните проблеми и резултати от медицинския процес. Чрез отговорите на въпроси, разпределени в седемстепенна ординална скала, се получи информация за определен признак на положително личностно представяне. Изследването е насочено в две посоки: честота на проява и интензитет на действие на признаците на СП.

За разлика от другите два компонента на бърнаут синдром данните от СП се тълкуват в обратна посока. За по-добро себепредставяне са необходими по-често наличие и по-голяма сила на дадените признаци. Според получените данни 307 (70,4%) от запитаните имат висока оценка за себепредставянето си всеки ден, няколко пъти седмично или всяка седмица. Най-висока е **честотата** на следните признаци:

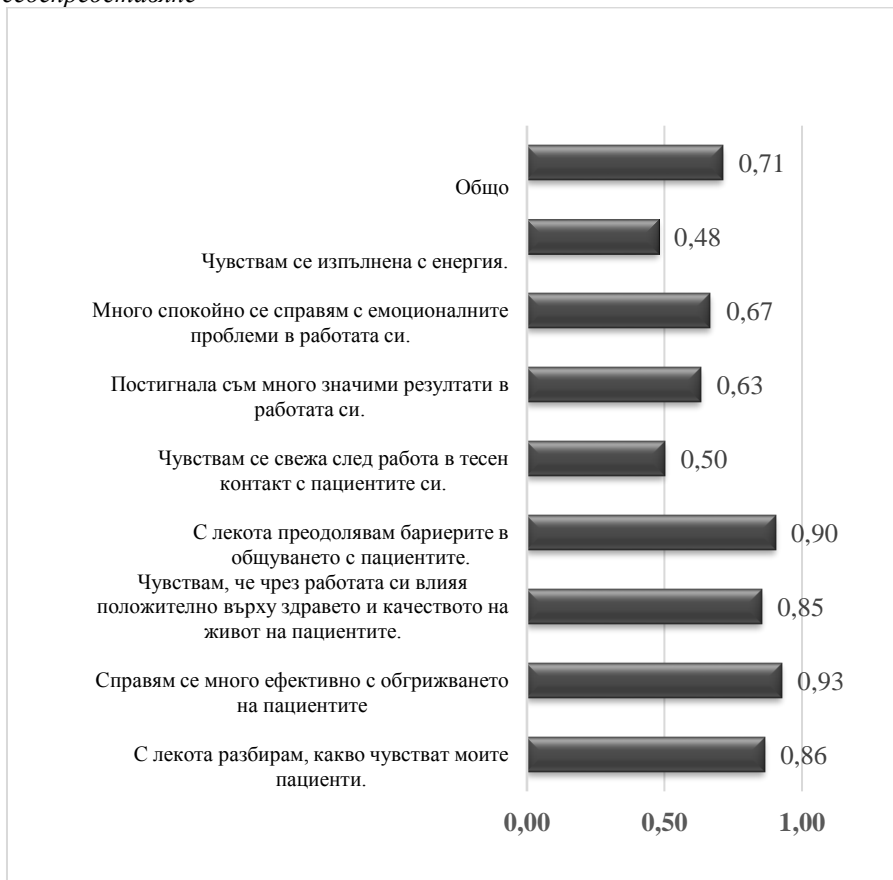
- ефективно справяне с обгрижването на пациенти – 407 (93,3%);
- преодоляване с лекота бариерата в общуването с пациенти – 397 (91,1%);
- разбиране с лекота чувствата на пациентите – 380 (87,2%).

Тези резултати показват много ясно самочувствието на медицинските специалисти от нивото на комуникативни си умения при общуване с болните хора.

Противоположни са резултатите от оценяване на признаците, характеризиращи трудовото натоварване и психо-емоционалните проблеми в работата. По-ниска е честотата на чувството на свежест след работа с пациенти за 183 (42%) и чувството на изпълненост с енергия за 201 (46,1%) от анкетираните. Медицинските сестри с ниска честота на проява на симптомите на личностно представяне - от няколко пъти годишно до няколко пъти в месеца са 92 (21,2%).

Показателите за себепредставяне на медицинските сестри са подредени в синтетичен вид на Фигура 9. Коефициентите на средно претеглена **честота** са със средна стойност от 0,71. Коефициентите с високи данни са в диапазона 0,50-0,93, което показва, че по-голямата част от изследваните сестри се справят с професионалните задачи, въпреки неблагоприятните условия на труд.

**Фигура 9.** Коефициент на средно претеглена честота на проява на признаците на себепредставяне



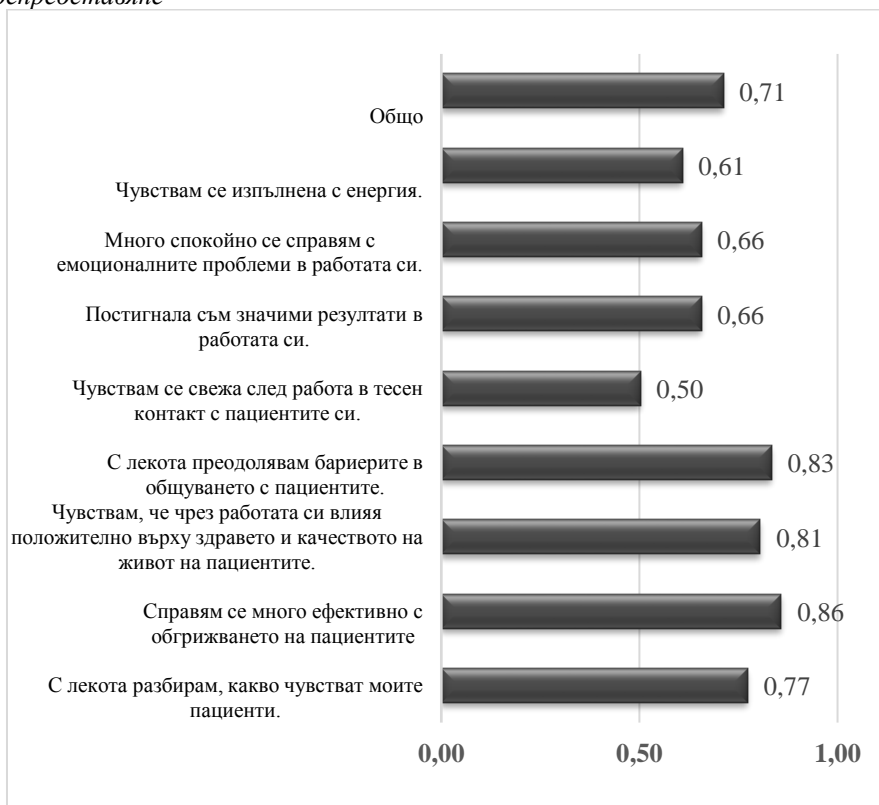
Разпределението на оценките на медицинските сестри за **силата** на въздействие на признаците на себепредставяне е представено в Таблица 13. По-голяма част от изследваните специалисти преценяват факторите на СП като силно действащи – 303 (69,5%), а 109 (25,0%) от тях като слабо до средно действащи. Най-силна проява за 397 (91,1%) се оказва фактора ефективност при

справяне с обгрижването на пациентите, а при 372 (85,5%) се установява силно въздействие на признака за лекота при общуване с пациентите. За 355 (81,4%) от респондентите силно действие има чувството за положително влияние на сестринските грижи върху здравето и качеството на живот на пациентите. Голяма част от здравните професионалисти оценяват своята съществена роля в здравеопазването и осъзнават значението на здравната грижа за хората.

В по-нисък процент е отбелязана силата на въздействие на чувството за свежест при 184 (42,2%) и енергичност след работа с пациенти при 235 (53,9%) от запитаните. Тези състояния в голяма степен са детерминирани от психическото натоварване при прилагане на лечение и грижи за повече пациенти поради недостиг на медицински сестри в болничното здравеопазване.

Коефициентът на средно претеглена сила, представен на Фигура 10 показва високи стойности: средна за групата - 0,71, като стойностите на интензитета на отделните характеристики на себепредставяне варира от 0,50 до 0,86.

**Фигура 10.** Коефициент на средно претеглена сила на проява на себепредставяне



Данните от изследването на показателите за себепредставяне на медицинските сестри показват, че повечето от респондентите имат положителна самооценка за дейността и резултатите от здравни грижи за пациентите. Въпреки това е тревожна констатацията, че сестрите не прилагат пълния си професионален потенциал вследствие на трудовото натоварване и организационни проблеми.

### 5. Степени на проява на компонентите на бърнаут синдром

Данните за честотата и силата на въздействие на признаците на ЕИ, ДП и СП предоставиха възможност да се определи нивото на проява на трите компонента и на общото ниво на бърнаут синдрома.

Резултатите от посочената методика и класирането по приетите скали за диагностика на бърнаут синдром при изследваните медицинските сестри са посочени в Таблица 3.

**Таблица 3.** Разпределение на анкетираните според ниво на проява на компонентите на бърнаут синдрома по скалата на Maslach

Компоненти на бърнаут синдром	Ниво					
	ниско		средно		високо	
	бр.	%	бр.	%	бр.	%
Емоционално изтощение	169	38,8	115	26,4	152	34,9
Деперсонализация	305	70,0	94	21,6	37	8,5
Себепредставяне	168	38,5	132	30,3	136	31,2

Установява се статистически значима разлика в нивата на ЕИ ( $\chi^2=10,591$ ;  $p<0,005$ ), като преобладава ниското ниво. Аналогични са резултатите за ДП ( $\chi^2=274,298$ ;  $p<0,001$ ) и СП ( $\chi^2=5,358$ ;  $p<0,05$ ). Въпреки това е тревожна констатацията, че високо ниво на ЕИ се среща за при 152 (34,9%) от изследваните, високо ниво на ДП се отчита за 37 (8,5%), а с високо ниво на нарушено СП са 136 (31,2%) от медицинските сестри.

При преглед на публикуваните данни от проучвания на бърнаут синдрома у нас и в чужбина се вижда, че резултатите варират в широки граници.

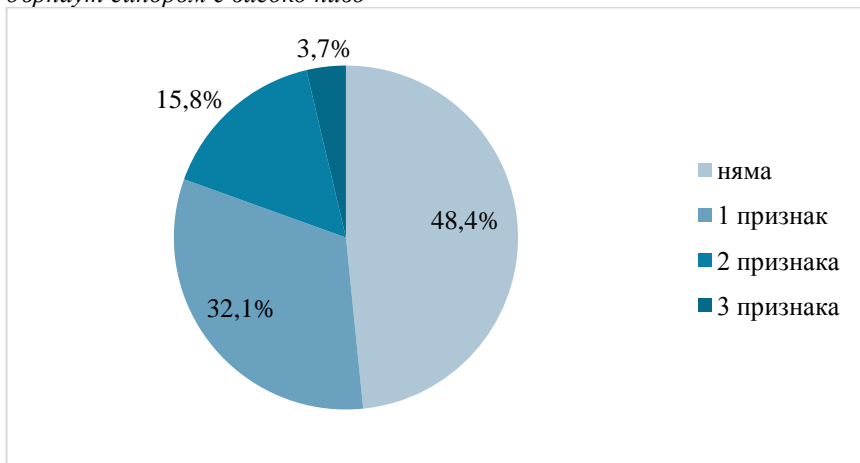
Например, получени са високи стойности на компонентите на синдрома при изследвани медицински сестри, работещи в големите болници в Южен централен район на България ( $n=391$ ) - за ЕИ при 32,2%, ДП при 8,2%, СП при 37,1% от тях (Р. Стоянова, 2015).

При изследване на 53846 медицински сестри от високоразвити страни – САЩ, Канада, Германия, Нова Зеландия и Япония са установени различни нива на компонентите на бърнаут (Poghosyan at al., 2010). Профилът на сестрите в Япония демонстрира най-високото ниво на бърнаут синдрома в сравнение с

другите изследвани държави. Те имат най-високи резултати на високото ниво на ЕИ - 29,4%, на ДП - 8,1%, и най-ниски резултати на СП - 24,6%. Групата от Германия има най-ниско ниво на изпепеляване, базирано на трите субскали на синдрома: емоционално изтощение при 18,4%, деперсонализация при 5,2%, себепредставяне при 37,5% от изследваните болнични медицински сестри.

За да се определи общото ниво на бърнаут на изследваните медицински сестри се отчете разпределението на анкетираните според броя на признаците с високо ниво, характеризиращи бърнаут синдрома (Фигура 11).

**Фигура 11.** Разпределение на изследваните според броя на проявените признаци на бърнаут синдром с високо ниво



Трите нива на бърнаут синдрома – ниско, средно и високо се формират, като се сумират само най-високите степени на трите компоненти. За ниско ниво се счита липсата на висока степен, за средно ниво – една висока степен, а високо ниво се отбелязва при наличие на две или три високи степени на проява (Таблица 4).

**Таблица 4.** Ниво на бърнаут синдром

Ниво на бърнаут синдром	Брой	%
ниско ниво	211	48,4
средно ниво	140	32,1
високо ниво	85	19,5
общо	436	100,0

Резултатите показват, че повече от половината изследвани медицински сестри (51,6%) имат средна и висока степен на изразяване на компонентите на бърнаут синдрома. Особено голяма разлика има в процентите на високото ниво на емоционално изтощаване (34,9%) и в сравнение с данните от други изследвания е значимо, над сочените като горна граница. Това се дължи на факта, че с увеличаване професионалните задължения, намаляване броя на работещите сестри и покачване средната възраст на заетите здравните специалисти нараства професионалният интензивен стрес, провокиращ развитието на бърнаут синдрома. Ниското ниво на социалния статус и високите нива на стрес са оказали своето неблагоприятно влияние върху психоемоционалното и физическо състояние на голяма част от сестринството у нас. Всички тези фактори се утежняват и поради несигурността и постоянно променящите се социално-икономически условия на живот.

Нивата на стрес и бърнаут синдром са взаимно обусловени в известна степен, което личи от разпределението на изследваните медицински сестри по двата признака (Таблица 5). Установената между тях корелационна връзка ( $r=0,257$ ;  $p<0,001$ ) е слаба по сила и сигнификантна.

**Таблица 5.** Разпределение на респондентите според нивата на стрес и нивата на бърнаут синдром

Ниво на стрес	Ниво на бърнаут синдром						общо	
	ниско ниво		средно ниво		високо ниво			
	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%
ниско ниво	71	71,72	21	21,21	7	7,07	99	22,71
високо ниво	140	41,54	119	35,31	78	23,14	337	77,29

Професионалният бърнаут не е пряк резултат само на излагането на продължителен стрес на работа, а е много по-сложен феномен, който зависи и от индивидуалната способност за ефективно справяне с него. Докато стресът е временен процес на адаптация и е придружен от физически и психически симптоми, бърнаут синдромът е срив в адаптацията и е продължителен процес на психическа ерозия.

## 6. Проучване на взаимовръзките между изследваните показатели, нивото на стрес и нивото на бърнаут синдром

### 6.1. Взаимовръзки между демографски показатели, ниво на стрес и компоненти на бърнаут синдрома

Най-засегнати от професионален стрес - с висока степен са медицинските сестри от групата на 51 до 60 годишните (Таблица 6).

*Таблица 6. Разпределение според нивото на стрес и възрастовите групи*

Възраст по групи	Ниво на стрес			
	ниско ниво		високо ниво	
	бр.	%	бр.	%
до 30 г.	8	23,53	26	76,47
от 31 до 40 г.	20	21,74	72	78,26
от 41 до 50 г.	36	24,83	109	75,17
от 51 до 60 г.	30	20,00	120	80,00
над 60 г.	5	33,33	10	66,67

С увеличаване на възрастта се забелязва леко покачване на броя на изследваните с високо ниво на стрес, въпреки натрупания опит и рутина в професионалната си дейност. Тук трябва да се добавят и семейните задължения на работещата на нощни смени медицинска сестра, перманентния стрес, намаляване на ресурсите за справяне със стреса с покачване на възрастта. Резултатите от корелационния анализ показват слаба зависимост между нивото на стрес и възрастта ( $r=0,008$ ;  $p=0,886$ ), която не е статистически значима.

Резултатите за разпределението на анкетираните според нивото на бърнаут синдрома, неговите компоненти и възрастовите групи са представени в Таблица 7. Медицинските сестри в по-млада възраст поради липсата на достатъчно професионален опит имат по-често високо ниво на емоционално изтощение в сравнение с колегите си в зряла възраст.



*Таблица 7. Разпределение на анкетираните според нивото на бърнаут синдрома, неговите компоненти и възрастовите групи на изследваните*

Ниво на бърнаут синдром и компонентите му			Възраст по групи				
			до 30г.	31-40	41-50	51-60	над60г.
<b>Ниво на емоционално изтощение</b>	ниско	бр.	12	27	70	51	9
		%*	35,3	29,3	48,3	34,0	60,0
	средно	бр.	8	23	39	43	2
		%	23,5	25,0	26,9	28,7	13,3
	високо	бр.	14	42	36	56	4
		%	41,2	45,7	24,8	37,3	26,7
<b>Ниво на деперсонализация</b>	ниско	бр.	14	60	104	113	14
		%	41,2	56,2	71,7	75,3	93,3
	средно	бр.	15	23	34	21	1
		%	44,1	25,0	23,5	14,0	6,7
	високо	бр.	5	9	7	16	0
		%	14,7	9,8	4,8	10,7	0
<b>Ниво на себепредставяне</b>	ниско	бр.	12	26	61	64	5
		%	35,3	28,3	42,0	42,7	33,3
	средно	бр.	13	31	32	53	3
		%	38,2	33,7	22,1	35,3	20,0
	високо	бр.	9	35	52	33	7
		%	26,5	38,0	35,9	22,0	46,7
<b>Ниво на бърнаут синдром</b>	ниско	бр.	14	31	80	81	5
		%	41,2	33,7	55,2	54,0	33,3
	средно	бр.	14	39	40	38	9
		%	41,2	42,4	27,6	25,3	60,0
	високо	бр.	6	22	25	31	1
		%	17,6	23,9	17,2	20,7	6,7

\* Процентът е изчислен спрямовъзрастовата група

Установява се обратнопропорционална зависимост между отделните компоненти на бърнаут синдрома и възрастовите групи.

Умерена обратнопропорционална зависимост се установява при корелиране на ЕИ и възрастта, но тя не е статистически значима ( $r=-0,49$ ;  $p=0,306$ ).

Установяват се слаба обратнопропорционална корелационна зависимост между останалите компоненти на бърнаут и възрастта - за компонента ДП ( $r=-0,165$ ;  $p<0,001$ ), за измерението СП ( $r=-0,049$ ;  $p<0,05$ ).

При изследване на общото ниво на бърнаут синдрома нашите данни показват най-висока степен на синдрома при 23,9% в групата на 31-40 годишните. Това е възрастта с утвърдени професионални умения, но с най-интензивни семейни задължения и отговорности в отглеждането на деца. Зависимостта между изследваните възраст и ниво на бърнаут е обратно пропорционална, слаба и статистически значима ( $r=-0,090$ ;  $p<0,05$ ).

## 6.2. Взаимовръзка между стрес, бърнаут и семейно положение

Ролята на семейството и децата са от много голямо значение за българската работеща жена. В семейството тя може да намери подкрепа за справяне с пагубното действие на професионалните стресори, което е утеха за крехката психика на жените. От друга страна за поддържане на хармонията и стабилността в едно семейство се изисква повече време и спокойствие.

Разпределението на анкетираните по ниво на **стрес** и семейно положение е представено в Таблица 8. По-голям процент с високо ниво на стрес има при групата на семейните - 78,8% от изследваните сестри. Между нивото на стрес и семейното положение се установява слаба връзка, но тя не е статистически значима ( $r=0,063$ ;  $p=0,187$ ), тоест семейството не е фактор, който да предпазва медицинската сестра от стрес на работното място.

**Таблица 8.** Разпределение на анкетираните по ниво на стрес и семейно положение

Семейно положение	Ниво на стрес				общо
	ниско		високо		
	бр.	%	бр.	%	
семейна	69	21,2	257	78,8	326
несемейна	30	27,3	80	72,7	110

Разпределението на анкетираните по ниво на **стрес** и семейно положение е представено в Таблица 9. В групата на семейните медицински сестри високото ниво на бърнаут синдрома е с по-висок процент, докато при несемейните е по-нисък. Това се обяснява с факта, че заетостта и грижите в семейната единица

трудно се съчетава с напрежението, натовареността и нарушения биологичен ритъм на работа в отделенията. Корелационната зависимост между ниво на бърнаут и семейното положение е много слаба, обратнопропорционална, но не е статистически значима ( $r=-0,006$ ;  $p=0,908$ ).

**Таблица 9.** Разпределение на анкетираните по ниво на бърнаут синдром и семейно положение

Семейно положение	Ниво на бърнаут синдром					
	ниско		средно		високо	
	бр.	%	бр.	%	бр.	%
семейна	158	48,5	103	31,6	65	19,9
несемейна	53	48,2	37	33,6	20	18,2

Резултатите по отношение на стреса на работното място и броя деца са сходни (Таблица 10). Установената зависимост между стреса и броя на децата в семейството е много слаба и не е статистически значима ( $r=0,009$ ;  $p=0,857$ ).

**Таблица 10.** Разпределение на респондентите според ниво на стрес и брой деца

Брой на децата в семейството	Ниво на стрес				
	ниско		високо		общ брой
	бр.	%	бр.	%	
Няма деца	16	29,6	38	70,4	54
Едно дете	33	19,4	137	80,6	170
Две деца	49	24,1	154	75,9	203
Три деца	1	11,1	8	88,9	9

Семейството е най-малката социална структура, която оказва разнопосочно влияние върху психичната устойчивост на неговите членове. Рисквите фактори в семейната среда се увеличават поради редица отрицателни макросоциални неблагоприятия. Особено важна е подкрепата, която работещата болнична медицинска сестра може да намери в семейството, за да се справи с нарушенията в емоционалия баланс и да ограничи развитието на професионално изпееляване. Семейството обаче не бива да се разглежда като отдушник за професионалните проблеми.

### 6.3. Взаимовръзки между стрес и организация на труда

Нивото на стрес е високо за повече от две трети от изследваните, които дават дежурства (Таблица 11). Намерена е правопрпорционална статистически значима зависимост между даването на дежурства и нивото на професионален стрес ( $r=0,103$ ;  $p=0,032$ ). При дванадесетчасовите дежурства на медицинските сестри, които може да са дневни, празнични и нощни, се нарушава балансът между работа и почивка и естественият биологичен ритъм.

*Таблица 11. Разпределение на анкетираните според ниво на стрес и даване на дежурства*

Дежурства	Ниво на стрес					
	ниско ниво		високо ниво		общо	
	бр.	%	бр.	%	бр.	%
без дежурства	17	26,98	46	73,02	63	14,45
с дежурства	82	21,98	291	78,02	373	85,55

Разпределението на изследваните медицински сестри съобразно трудовия стаж и въздействието на **стреса** (Таблица 12) показва, че в началото на професионалния път работещите изпитват по-чувствително влиянието на стресогените. Голям е процентът на високо ниво на стреса и при респондентите с над 30 годишен професионален опит, поради намалени физически и психически ресурси за справяне с натрупаната умора. Тази възрастова група понася специфичните промени и реформи в нашето здравеопазване, навлизането на новите информационни системи, които трябва да се усвояват най-често чрез самообучение. Зависимостта между общия трудов стаж като медицинска сестра и нивото на стреса е слаба и не е статистически значима ( $r=0,016$ ;  $p=0,741$ ).

Необходимо е да се отбележи, че в последните години се забелязва увеличение групата на 40-50 годишни студенти в специалността медицинска сестра. Желанието да се упражнява сестринската професия се обяснява с безработицата при други професии, както и възможността за намиране на работа в чужбина.

**Таблица 12.** Разпределение на анкетираните според нивото на стрес и общия стаж като медицинска сестра

Общ трудов стаж като медицинска сестра	Ниво на стрес			
	ниско		високо	
	бр.	%	бр.	%
1 до 5 г.	8	23,5	26	76,5
6 до 10 г.	8	18,6	35	81,4
11 до 15 г.	10	23,8	32	76,2
16 до 20 г.	14	26,4	39	73,6
21 до 25 г.	18	24,7	55	75,3
26 до 30 г.	14	23,0	47	77,0
над 30 г.	27	20,8	103	79,2

На Таблица 13 се вижда, че най-висок процент с високо и средно ниво на **бърнаут синдром** има в групата с 11-15 и 16-20 годишен трудов стаж като медицинска сестра. Установява се слаба обратно пропорционална връзка между стажа и нивата на бърнаут, която не е статистически значима ( $r=-0,061$ ;  $p=0,205$ ), тоест натрупаният опит не е гаранция за предпазване от професионално изпепеляване.

**Таблица 13.** Разпределение на анкетираните според нивото на бърнаут синдром и общия трудов стаж като медицинска сестра

Общ стаж като медицинска сестра	Ниво на бърнаут синдром					
	ниско		средно		високо	
	бр.	%	бр.	%	бр.	%
1 до 5 г.	14	41,2	13	38,2	7	20,6
6 до 10 г.	23	53,5	15	34,9	5	11,6
11 до 15 г.	11	26,2	22	52,4	9	21,4
16 до 20 г.	20	37,7	18	34,0	15	28,3
21 до 25 г.	45	61,6	12	16,4	16	22,0
26 до 30 г.	34	55,7	19	31,1	8	13,1
над 30 г.	64	49,2	41	31,5	25	19,2

#### 6.4. Влияние на финансовото състояние на домакинството върху стреса и нивото на бърнаут синдрома

Личният финансов статус е фактор със силно положително или отрицателно влияние върху здравословното състояние на индивида. В зависимост от посоката му на въздействие той подпомага или възпрепятства адаптационните възможности на организма (Караславова 2007).

Разпределението на анкетираните според нивото на **стрес** и месечния доход на домакинство е представено в Таблица 14. Данните показват, че с увеличаване на семейния доход намалява процентът на високо ниво на стрес, с изключение на групата с доход 1501-2000 лв. С цел да се провери взаимовръзката между финансовото състояние и нивото на стрес се извърши корелационен анализ. Зависимостта, която се получи между двата признака е обратно пропорционална и слаба, но не е статистически значима ( $r=-0,072$ ;  $p=0,125$ ).

*Таблица 14. Разпределение на анкетираните според нивото на стрес и месечния доход на домакинство*

Среден месечен доход на домакинството	Ниво на стрес			
	ниско		високо	
	бр.	%	бр.	%
500-700 лв.	28	19,0	119	81,0
701-1000 лв.	39	22,8	132	77,2
1001-1500 лв.	23	29,1	56	70,9
1501-2000 лв.	4	14,8	23	85,2
2001-3000 лв.	5	41,7	7	58,3

Разпределението на анкетираните според нивото на **бърнаут** и месечния доход на домакинство е представено в Таблица 15. Намерена е слаба правопрпорционална зависимост между нивото на бърнаут и месечния доход, която не е статистически значима ( $r=0,004$ ;  $p=0,928$ ).

*Таблица 15. Разпределение на респондентите относно нивото на бърнаут синдром и месечния доход на домакинство*

Среден месечен доход	Ниво на бърнаут синдром					
	ниско		средно		високо	
	бр.	%	бр.	%	бр.	%
500-700 лв.	71	48,3	48	32,7	28	19,0
701-1000 лв.	83	48,5	54	31,6	34	19,9
1001-1500 лв.	40	50,6	26	32,9	13	16,5
1501-2000 лв.	8	29,6	9	33,3	10	37,0
2001-3000 лв.	9	75,0	3	25,0	0	0

Имаме съмнения, че някои от респондентите не са отговорили искрено на въпроса за финансовия си статус, макар че въпросът беше зададен деликатно - за общия доход на семейството, като отговорите вероятно показват занижаване на реалните доходи.

Въпреки това анализите сочат, че материалното благосъстояние може да се разглежда като относително успокоение, но не е гаранция за отсъствие на професионален стрес.

### 7. Самооценка на здравното състояние на медицинските сестри

Продължителното, както и интензивното, краткотрайно негативно въздействие на рисковите професионални стресори водят до състояние на дистрес. Характерните патологични прояви на стресовите състояния са симпатиковите реакции: ускорен пулс, повишено артериално налягане, увеличено отделяне на катехоламини и глюкокортикостероиди от надбъбречните жлези. Постоянният стрес поразява имунната система и прави организма по-податлив на съдови заболявания, инфекции, рак и автоимунни заболявания и др.

В проведеното проучване медицинските сестри съобщават за наличието на редица здравни проблеми, като при голяма част от респондентите се среща повече от един здравен проблем (Таблица 16).

**Таблица 16. Наличие на здравни проблеми при респондентите**

Здравен проблем	Наличие		
	брой	% от общия брой отговори	% от участниците
Артериална хипертония:			
-лека	67	11,8	15,4
-умерена	49	7,6	9,9
-тежка	3	0,5	0,7
Диабет тип I	9	1,6	2,1
Диабет тип II	3	0,5	0,7
Затлъстяване	69	12,1	15,8
Варици на долни крайници	72	12,7	16,5
Кожна или друга алергия	71	12,5	16,3
Мускулно-скелетни заболявания	12	2,1	2,8
Други заболявания	23	4,0	5,3
Не съобщават	197	34,6	45,2
Общо	569*	100	130,7**

\*надхвърлят 436 поради съобщаване на повече от едно заболяване

\*\*надхвърлят 100% поради съобщаване на повече от едно заболяване

През 2014 г. най-разпространеното хронично заболяване у нас според Европейско здравно интервю е високото кръвно налягане. При самооценката на изследваните медицински сестри в нашето проучване също се установи, че артериалната хипертония е най-честото заболяване, налично при 113 (25,91%) от запитаните. На второ място са вариците на долни крайници, посочени от 72 (16,5%) от анкетираните. Кожна или друга алергия се среща при 71 (16,3%) от лицата. Друг негативен фактор, влияещ за разпространението на хронични заболявания, за който медицинските сестри съобщават е затлъстяването при 69 (15,8%), което съвпада с установения процент от Евростат за всички държави на ЕС.

Някои от респондентите заявяват за други болести извън включените във въпросника, като артроза, заболявания на щитовидната жлеза, на стомашно-чревния тракт и дихателната система.

Изследваните медицински сестри самоцениха като хронично проявени следните симптоми: главоболие - при 198 (37,6%), безсъние – 135 (25,6%), липса на апетит – 16 (3%), хронична умора – 9 (1,7%), като се отбелязани и повече от един отговор. Тези неблагоприятни за човека признаци съпровождат стреса, натрупаното напрежение и свръхнатоварването в условия на ограничено време.

## **8. Проучване на здравното поведение при медицинските сестри**

Анкетното проучване даде възможност изследваните медицински сестри комплексно да самооценят **здравното си състояние** през последната година. Оценъчната скала е четиристепенна: много добро, добро, задоволително и лошо физическо здраве. Получените резултати показват, че 176 (40,4%) от респондентите го самоопределят като лошо и задоволително, а като добро – 220 (50,5%). Много нисък процент са дали много добра самооценка на здравето - едва 40 (9,2%). За сравнение, по данни от Европейското здравно интервю за 2014г. 23,5% от жените са определили здравето си като много добро.

Въпреки високия процент на самоопределили се като имащи лошо и ли задоволително здраве, 353 (81,0%) от респондентите не са ползвали болнични дни през изминалата година. Това се дължи на трудностите при намиране на заместващи колеги, поради липсата им на трудовия пазар. Почти всички - 411 (94,3%) не са или само понякога са търсили лекарска помощ поради здравни оплаквания. Данните показват, че респондентите се самолечат и са склонни да приемат лекарства без предписание.

Времето отделено за сън за 317 (72,4%) от изследваните сестри е между 4 и 8 часа. При 21 (4,8%) се съобщава за нарушения в съня, водещи до по-малко от 4 часа сън на денонощие. Тези данни показват липсата на достатъчно условия и време за възстановяване на нарушения биологичен ритъм, вследствие на сменната работа на медицинските сестри и денонощния цикъл на полагане на здравни грижи в болнични условия.



Здравното поведение на участниците беше изследвано и за наличие на вредни навици, употреба, злоупотреба и увеличаване на приема на адиктивни субстанции – алкохол, тютюн и лекарства. Вредните навици са фактори с негативно влияние върху здравето и увеличават риска от развитие на социално-значими заболявания. Те са характерни за пасивното преодоляване на стреса, което предполага приспособяването към стресовата ситуация и приемането ѝ като неизбежна. Това зависи не само от личностните качества, а и от наличните материални и социални ресурси и подкрепа.

Тютюнопушенето е поведенчески рисков фактор с изключително неблагоприятни здравни последици. Данните за употреба на тютюн от запитаните медицински сестри показват, че 199 (45,6%) от тях пушат. Полученият процент е по-голям от средните данни за България, според които 37,4% от населението са активни пушачи. Като употребяват средно по 10,6 цигари на ден изследваните се доближават до резултатите от Национално проучване на факторите на риска за здравето. По 20 цигари ежедневно изпушват 25 (12,4%) от проучените пушачки. Жените, увеличили броя на изпушените цигари за ден през последната година са 85 (19,5%) (Таблица 17). За тази част от респондентите съществува реален риск от дихателни и сърдечно-съдови заболявания поради повишената употреба на тютюн.

При изследване на зависимостта между нивото на **стрес** и увеличаване броя на изпушените цигари се установява правопрпорционална, слаба корелационна връзка, която е сигнификантна ( $r=0,101$ ;  $p<0,05$ ).

*Таблица 17. Зависимост между нивото на стреса и увеличаване броя на изпушените цигари на ден*

Промяна в броя на изпушените цигари	Ниво на стрес				общ брой в група
	ниско		високо		
	бр.	%	бр.	%	
неувеличен брой на изпушените цигари	87	24,8	264	75,2	351
увеличен брой на изпушените цигари	12	14,1	73	85,9	85

Установява се правопрпорционална слаба корелационна връзка и между нивото на **бърнаут** и нарастването на броя изпушени цигари ( $r=0,232$ ;  $p<0,001$ ), която е сигнификантна.

Друг изследван показател е употребата на алкохол - едно от традиционните средства у нас за намаляне на напрежението и преодоляване на стреса от работа. За консумацията „понякога“ на лек алкохол - вино и бира съобщават 277 (63,5%) от медицинските сестри, а за употреба на твърд алкохол „понякога“ съобщават

216 (49,5%) Данните от Национално проучване посочват, че 41% от жените в България „понякога“ употребяват лек алкохол. Установената в настоящото проучване употреба на алкохол е в по-висок процент в сравнение с резултатите в Националното проучване. Постоянна употреба на алкохол се отбелязва едва при 1,6% от респондентите.

Алкохолът и цигарите не са антистресогенен фактор. Те обикновено потискат временно стреса. Увеличаването на броя на цигарите и утехата в алкохола е характерно за ниската устойчивост на стресови ситуации.

Прибягването към транквиланти или антидепресанти не премахва източника на стрес, а само временно смекчава неговото въздействие и създава условия за развитие на дистрес. Седативни и сънотворни средства се употребяват „понякога“ от 87 (20,0%) от запитаните медицински сестри. Вероятно това е свързано с по-лесния достъп до медикаменти на работещите в отделенията и нуждата от сваляне на напрежението и трудностите при възстановяване след нощни дежурства. Това е най-бързият начин организъмът да релаксира, без да се активират защитните механизми за преодоляването на стреса, но води до повишаване на толеранса към седативните средства и крие опасност от пристрастяване.

Нашите изследвания на навиците за физически упражнения или спорт при медицинските сестри отчитат резултата „често“ само при 26 (6%) от тях. Тревожен е фактът, че повече от половината респонденти или 225 (51,6%) изобщо не спортуват, а останалата част - 185 (42,4%) отговарят, че само понякога извършват физическо натоварване.

За 76,9% от редовно спортуващите са получени данни за високо ниво на стрес, докато при неспортуващите процентът е малко по-висок - 80,4% (Таблица 18). Корелационният коефициент показва слаба зависимост между двата фактора, която не е статистически значима ( $r=0,072$ ;  $p=0,134$ ). Тези факти показват, че практикуването на спорт не е решаващ фактор за превенция или контрол на стреса, но е факт също и че медицинските сестри не използват достатъчно разтоварващото въздействие на спортните занимания.

**Таблица 18.** *Разпределение на респондентите според нивото на стрес и упражняването на спорт*

Занимания с физически упражнения и спорт	Ниво на стрес				общ брой
	ниско		високо		
	бр.	%	бр.	%	
да, често	6	23,1	20	76,9	26
да, понякога	49	26,5	136	75,5	185
не	44	19,6	181	80,4	225

Аналогично е и разпределението според нивото на **бърнаут** и честотата на физически упражнения и спорт (Таблица 19). Не се установява статистически значима зависимост и между нивото на бърнаут синдрома и упражняването на спорт ( $r=0,029$ ;  $p=0,542$ ).

**Таблица 19.** Разпределение на респондентите според нивото на бърнаут и упражняването на спорт

Занимания с физически упражнения и спорт	Ниво на бърнаут синдром						общ брой
	ниско		средно		високо		
	бр.	%	бр.	%	бр.	%	
да, често	12	46,2	5	19,2	9	34,6	26
да, понякога	93	50,3	65	35,1	27	14,6	185
не	106	47,1	70	31,1	49	21,8	225

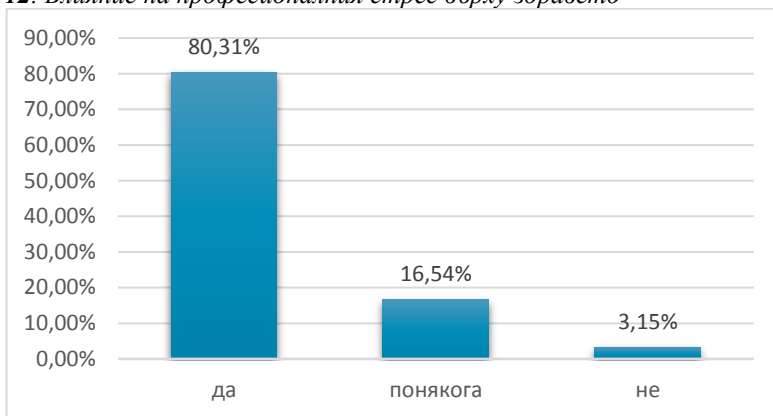
Ниската физическа активност е един от основните фактори на риска за възникване на хронични незаразни болести. Тя формира 3,5% от глобалното бреме на болестите в Европейския регион на СЗО и е причина за 3,3% до 11,2% от всички смъртни случаи. За България тези показатели са съответно 4,3% и 7,7%. С недостатъчна двигателна активност в света са над 60% от населението. Не практикуват никакъв спорт около 50% от европейците, като с най- висок дял е България - 82%. Ниската физическа активност, заедно с редица други фактори на риска води до по-висока заболяемост и смъртност от исхемична болест на сърцето, мозъчносъдова болест, диабет, хипертонична болест, злокачествени новообразувания и др.

## 9. Мнение на медицинските сестри на ръководни длъжности относно превенцията и управлението на професионалния стрес

Отчитайки ролята на здравния мениджър в установяване на добър работен микроклимат в екипа, изследвахме мнението на медицински сестри на ръководни длъжности ( $n=127$ ) за превенцията и управлението на професионалния стрес, за приложението на подходи за понижаване на вредното му влияние върху медицинските сестри и организацията на работния процес.

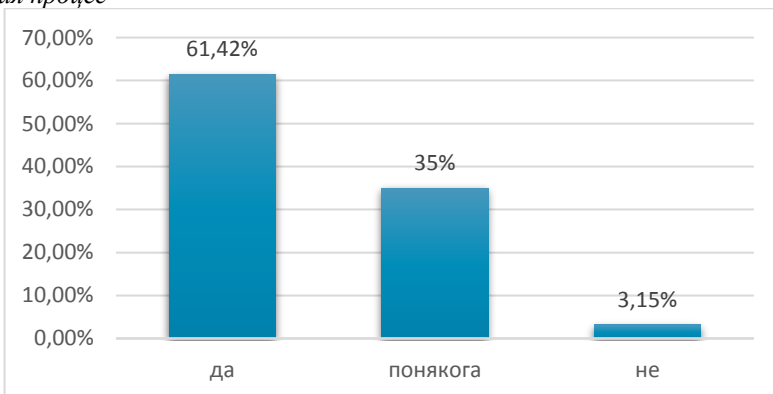
Според болшинството анкетирани главни и старши медицински сестри – 102 (80,31%) стресът на работното място сериозно влияе върху индивидуалното здраве. Едва 4 (3,15%) от респондентите преценяват, че такова влияние няма (Фигура 12).

**Фигура 12.** Влияние на професионалния стрес върху здравето



Много важно средство за редуциране на нивата на стрес е емоционалната подкрепа в трудни моменти на медицинския екип, който ръководителите управляват. По-лесно се преодоляват проблемите с участие на колектива, с взаимно уважение и оценяването на полагаания труд. Повече от половината от респондентите – 78 (61,42%) отговарят положително на запитването относно очакванията за доверие и подкрепа от обкръжаващата среда в процеса на адаптация (Фигура 13).

**Фигура 13.** Разчитане на подкрепа от колегите в трудни моменти от работния процес



За съжаление една трета посочват, че могат да разчитат на колектива само понякога, а малка част изобщо не очакват разбиране. Липсата на подкрепа при стресогенни ситуации в работата действа демотивиращо на ръководния

персонал, но от своя страна този резултат повдига въпроса защо редовите медицински сестри не винаги са склонни да подкрепят своите ръководители.

Медицинските сестри на ръководни длъжности бяха попитани за съществуването на стратегия за превенция и контрол на професионалния стрес в лечебното заведение, където работят. Половината респонденти отговориха категорично, че няма такава. Същият процент от респондентите не са запознати с приемане на такава стратегия, което означава, че дори да има такава, медицинските специалисти не са информирани и съответно не се прилага в практиката.

Изследва се нагласата на медицинските сестри за ползване на услугите на експерт по проблемите на професионалния стрес. Нуждата от професионална помощ по негативното въздействие на стреса върху физическото и психическо здраве и готовност за ползване услугите на експерт изразяват 109 (85,01%) от анкетираните. В повечето големи болници са назначени психолози, които биха могли да участват в изследване и превенция на стреса на работното място.

За преодоляване на стреса в екипа ръководителите използват различни методи. Според тях най-често използвани и ефективни се явяват разговорите и обсъждането на проблеми в работата. Полезен ефект имат също усилията за подобряване организацията на работния процес, изработването на график за дежурствата, който да е съобразен с регулярната почивка и отпуск. Обучението на колегиуми също сплотяват сестринския персонал и спомагат за изграждане на по-голямо взаимно доверие и за превенция на професионалното напрежение.

Здравните професионалисти считат, че е необходима промяна в работната среда за противодействие на негативното влияние на стреса и тя може да се извърши. Едната насока е на организационно ниво: подобряване организацията на труд на работното място, достойно заплащане на положения труд, подобряване условията на труд. Увеличаване на персонала би намалило работното свръхнатоварване и по този начин би било своеобразна превенция на стреса на работното място. Другото направление е самата личност и нейните права: уважение и коректност в медицинския екип, справедливо разпределение на задълженията, обсъждане на проблеми всяка седмица, организиране на общи мероприятия, увеличаване на дните за отпуск, стриктно спазване на длъжностната характеристика.

Получените резултати от изследване мнението на медицинските сестри на ръководна длъжност показват, че:

- главните и старши сестри осъзнават влиянието на професионалния стрес върху индивидуалното и организационно здраве;
- опитват се да прилагат епизодично някои методи за ограничаване на стресогенните фактори и подобряване на работния психоклимат;
- изпитват необходимост от професионален експерт по проблеми, свързани с негативното влияние на стреса;

- споделят нуждата от приемане и прилагане на стратегия за превенция на професионалния стрес при болничните медицински сестри на индивидуално и организационно ниво.

- всички са на мнение, че превенцията и контролът на професионалния стрес не трябва да са проблем на индивида или отделението („спасяване поединично“, „проблемът на давящия се си е негов“), а трябва да е приоритет на болничното управление.

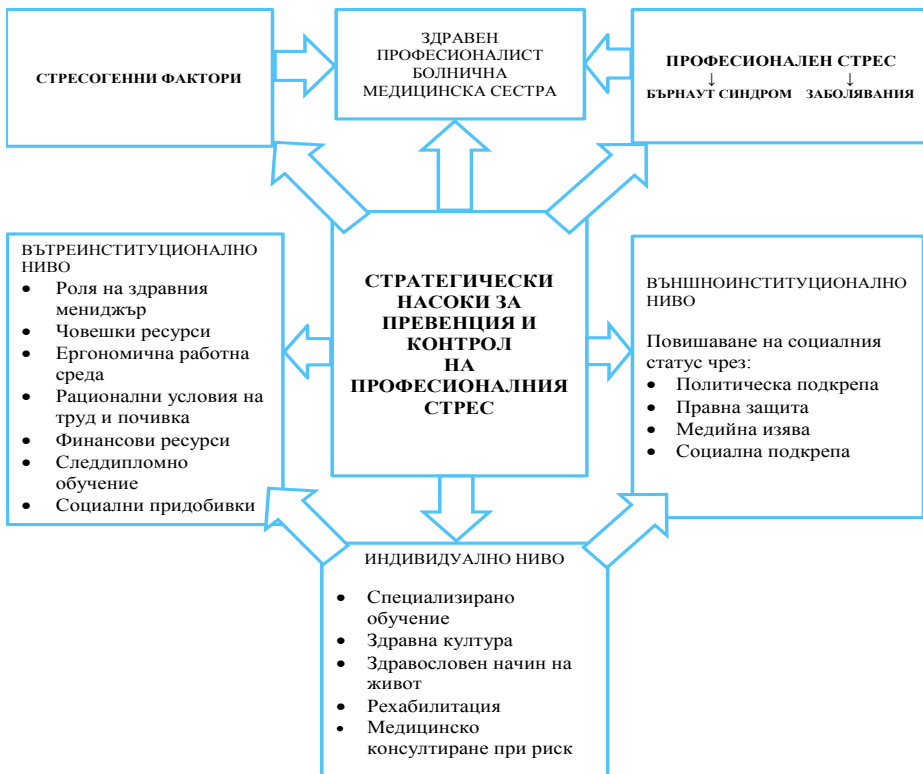
## **10. Стратегически насоки за превенция и контрол на професионалния стрес при медицински сестри в болнична среда**

Съсловието на медицинските сестри е най-многобройно в здравеопазната система и стои в основата на здравните грижи в болничните заведения. Редица проучвания, както и нашите изследвания потвърждават, че те са подложени на ежедневното въздействие на професионален стрес и при голям процент от тях силно се изявява най-вече емоционалното изтощение, като елемент на бърнаут синдрома. Проблемът за справяне със стреса и синдрома на професионално изчерпване и неговата превенция е многоаспектен, а това изисква анализ и решаване на редица сложни проблеми от организационно, нормативно, квалификационно, поведенческо, етично и психологическо естество.

Въз основа на направените проучвания, анализи, констатации и установени взаимовръзки, както и от собствен професионален опит разработихме Модел на стратегически насоки за превенция и контрол на професионален стрес/бърнаут синдром при болничните медицински сестри. Обосновавали сме се върху разработките на М. Стойчева за превенция и управление на стреса в медицинските професии.

На Фигура 14 е представен Модел на стратегически насоки за превенция и контрол на професионален стрес/бърнаут синдром при болничните медицински сестри с последваща теоретична обосновка на всяка негова съставна част.

**Фигура 14.** Модел на стратегически насоки за превенция и контрол на професионалния стрес/бърнаут при болнични медицински сестри.



В краткосрочен и дългосрочен план на действие Моделът има за цел да определи главните стратегически насоки на следните нива: вътрешноинституционално (общоболнично и вътресекторно организационно ниво); външноинституционално; индивидуално ниво за прилагане на профилактични мерки за овладяване на перманентния стрес при болнични медицинските сестри. Те са насочени към превенция и модифициране на професионалните стресогени, повишаване на социалната подкрепа, личната стресоустойчивост и адаптивност. Профилактичните мероприятия се извършват комплексно под ръководството и с участието на здравните мениджъри на болничното заведение (директор, началник отделение, главна и старша медицинска сестра), с активното съдействие и привличане на специалисти и експерти по проблема (психолог, специалист по трудова медицина,

физиотерапевт, кинезитерапевт, рехабилитатор, ерготерапевт), както с партньорството и подобрената колаборация с държавни органи и ведомства, съсловните и нестопански организации, медицински образователни структури и масмедии.

Промяната на организационно ниво е най-тежка и сложна поради съпротивлението и консерватизма на институции и организации на високо ниво в управлението. Засягат се финансови процеси и интереси на държавната политика, образователни институции, работодатели, синдикати, съсловни организации. За по-голяма яснота и конкретност на дейностите предлагаме да разделим насоките на вътрешноинституционални и външноинституционални нива.

**Вътрешноинституционално** (общоболнично и вътресекторно организационно) ниво.

*Ролята на здравния мениджър* на общоболнично ниво и в отделенията се увеличава. Старшите сестри имат знанията и отговорността, като преки ръководители на сестринския екип да подкрепят емоционално подчинените си в посока подобряване на работния психоклимат, в решаване и ограничаване на ролеви конфликти на хоризонтално и вертикално ниво. Благоприятна работна среда може да се постигне чрез по-добър контрол на медицинския процес и резултатите от сестринските грижи. Стресът ще се редуцира чрез прилагане на добрите практики и поведенчески модели на високотехнологични постижения в медицината. Контролът и управлението на агресията и насилието в екипа и от страна на ползвателите на медицински грижи ще доведе до чувство на сигурност и минимизиране на стреса. Повишаване равнището на автономност в работата на медицинската сестра ще повиши самооценката и самочувствието им, както и удовлетвореността от полагането на грижи. Главните и старши сестри трябва да поемат своята отговорност за повишаване на вътрешната и външна мотивация на здравните кадри. От съществено значение е създаването на действен и ефективен комуникационен мениджмънт на вътрешно и външно институционално ниво, с оглед подобряване на взаимното доверие между здравни професионалисти, здравни мениджъри и общество.

*Целесъобразен подбор на човешки ресурси* в лечебните заведения. Преди започване на работа в лечебно заведение да се проверят психологическия тип на всеки кандидат, вътрешната мотивация, придобитите знания и умения в съответствие на исканата длъжност в конкретното отделение. Конкурсното начало в сестринската професия би станало възможно след увеличаване на броя на медицинските сестри и предлагане на атрактивни месторабота и заплащане.

*Ергономична работна среда.* Ергономията, като наука за човешкия фактор и трудовата дейност на човека определя начините за проектиране на работния процес, организацията на работното място и приспособяването им към възможностите на човека. Приложението на ергономията в трудовата медицинска среда ще повлияе положително върху промените в органите и



системите при здравните професионалисти. Към тях отнасяме ограниченото действие на моторно-висцералните рефлексии, значителното нервно-сензорно и нервно-психично напрежение, принудителна хипокинезия – предиктори на професионалния стрес.

*Рационални условия на труд и почивка.* Създаване на оптимален режим на труд и почивка при свръхнатоварването и сменния график на медицинската сестра е важна мярка за профилактика на психическата и физическата умора и преумора. Преумората в значителна степен потенцира някои патологични процеси в организма като главоболие, разсеяност, раздразнителност, нарушена концентрация, внимание и сън. Трябва да се използват няколко регламентирани почивки в продължение на работния ден, както и по-големи отпуски няколко пъти в годината.

*Финансови ресурси.* Въвеждането на справедлива методика на разпределение на финансовите възнаграждения на медицинските сестри според положението на труд в качествено и количествено отношение би допринесло за удовлетвореност и мотивация на служителите и оттам до повишаване благосъстоянието на съсловието. Средствата от НЗОК по клинични пътеки трябва да се разпределят равномерно в медицинския екип и с включено участие и заплащане на реално извършен сестрински труд.

*Следдипломно обучение.* Перманентното обучение е необходимо условие за повишаване нивото на адаптация към информационния стрес, чрез подготовка за посрещане на модерните медицински технологии и усъвършенстване на комуникативните умения. Необходимо е моралната и финансовата подкрепа от ръководството на болницата в тази насока, както и материален стимул при следдипломното обучение и квалификация. За редуциране и овладяване на елементите на бърнаут синдрома помага обучението на рисковите групи здравни професионалисти в способност за ранно откриване и управление на синдрома.

*Социалните придобивки и подкрепа* могат да допринесат за приобщаване на персонала към организационната среда, приемане и повишаване на отговорността към болничната институция. Разбира се, те са свързани с финансовите ресурси на болничното заведение, но всеки добър мениджър би могъл да намери способи за социално подпомагане и подкрепа на служителите си. Тийм-билдингът е много подходяща форма за съвместна работа на екипа, даваща възможност за опознаване на членовете, подобряване на комуникативните умения, сътрудничеството и взаимопомощта в колектива. Участието на медицинските сестри в Балинтови групи, подобни на лекарските, ще даде възможност за споделяне на професионални проблеми, дискутиране и решаване на конфликти и излизане от стресови ситуации, свързани с напрегнатото емоционално ежедневие с пациенти. В тази посока много полезни са провеждането на перманентни тренинги в болничните колективи, касаещи проблеми на работната среда и трудовата реализацията.

### **Външноинституционално ниво:**

*Политическа подкрепа* на високо управленско равнище може да повлияе социалния статус на сестринското съсловие чрез създаване и контрол за изпълнението на нормативни актове и закони по отношение на медицинското образование, квалификация и професионална кариера. Успешната здравната политика, прилагана според европейски и световни стандарти и добри практики, ще допринесе за ефективно управление на здравни дейности, услуги, грижи и човешките ресурси.

*Правна защита.* Нормативната основа на правата и задълженията на медицинските сестри, както и медицинските стандарти за добра сестринска практика в болнични условия са безусловно необходими за постигане на чувството на сигурност, ред и защита в рисковата професия.

*Медийна подкрепа* включва ролята на информационните медии в повишаване доверието и признаване значението на дейността на медицинската сестра, нейната автономна роля в поддържане на здравето и обгрижването на хората с болка и страдание, когато те не са във възможност сами да изпълняват ежедневните си нужди. Включване на медицинската сестра в неправителствени организации на пациенти и доброволчески изяви ще помогне за покачване степента на доверие и съпричастност, по-добро разбиране нуждите на пациента и взаимно сътрудничество за постигане по-добро здраве. Организиране и участие в семинари и конференции ще допринесе за медийна изява и популяризиране на постиженията и успехите на медицинските сестри в благородната им мисия, научната и обществена дейност.

*Социалната подкрепа* е процес, който произтича от взаимодействието между хората. Създаването на ефективни взаимовръзки, изразяващи взаимопомощ и повишаващи уменията за справяне със стреса изисква помощ от специалист психотерапевт или експерт по групова терапия и споделяне. Емоционалната подкрепа в съсловието на медицинските сестри е много необходима, поради уязвимостта и чувствителността на женския пол, изложена на риск от емоционално изразходване в професията. Тя се осъществява в семейството, приятелския кръг, съсловни и обществени организации. Интеграцията в определена социална група дава усещане за стабилност и принадлежност и променя адаптивното поведение в положителна посока. Необходимо е подобряване на колаборацията с профсъюзните и съсловните организации в издигане имиджа на сестринската професия и укрепване на благосъстоянието на здравните специалисти.

### **Индивидуално ниво:**

*Специализирани обучения* и реобучения на медицинските специалисти за откриване и отстояване на стресогените, изучаване симптомите на стреса, дистреса и бърнаут синдрома, както и на съветни техники на релаксации и автотренинги ще спомогнат за намаляне на емоционалното напрежение и недопускане на психосоматични заболявания. Развиването на комуникативни

умения са безусловна необходимост при търсене и осъществяване на ефикасни и полезни взаимовръзки в организациите, групите и семействата. Усвояване на методите на настоящата комуникация – активно слушане, развиване на самоувереност, честно и директно изказване, умение за дискусия, ще улесни избора на копинг стратегия – емоционално фокусирана или проблемно фокусирана (Folkman 1988).

Перманентната квалификация и професионално усъвършенстване ще допринесат за пълноценна изява и себеуважение в сестринската работа и повишаване на професионалното самочувствие.

*Здравна култура на личността* включва компонентите здравно съзнание, положителни емоционални преживявания, свързани с опазване на здравето, своето и на другите, както и позитивно здравно поведение (Г. Терзиева 2010). Развиване на емоционалната интелигентност - способността да се възприемат, оценяват и управляват собствените емоции, умението да се назовават и определят в правилна посока, ще допринесат за укрепване на професионалната адаптивност и активно-познавателната насоченост при разрешаване на проблеми и вземане на оптимални решения. Самомотивацията, самоконтролът и самоусъвършенстването биха спомогнали на здравния професионалист в постигане на стресоустойчивост и баланс между изисквания на работната среда и индивидуалните възможности.

Формиране на дързост и смелост в приемане на предизвикателствата, самоувереност, самооценка, емоционална ангажираност в труда подобряват адаптивността и устойчивостта към влиянието на професионалните фактори (М. Стойчева 2000).

*Здравословният начин на живот* е неизменна част от управление на стреса. Много от медицинските сестри познават и промотират, но не изпълняват правилата за здравословен начин на живот. Контролираното и добре балансирано хранене ще профилактира натрупването на умора и ще повиши адаптивните способности на организма. Физическата активност е от голямо значение за намаляне емоционалното натоварване, тревожността и безпокойството. Спортът трябва да доставя удоволствие, да се избере индивидуално и да се дозира оптимално. Ежедневната двигателна активност ще помогне за противопоставяне на хроничния стрес и за повишаване резистентността на организма. Поддържането на психичното здраве предполага емоционална балансираност, способност за самоконтрол - белег на емоционална и социална зрялост, умение за бързо адаптиране към трудни ситуации и фактор за регулиране на поведението в екстремни ситуации.

*Рехабилитационни интервенции.* Психопрофилактичните методи като автогенен тренинг, дебрифинг, дихателна релаксация ще снижат нервнопсихическото напрежение. Използването на специални помещения за почивка, хранене и разтоварване извън работното, ще облекчат симптомите на стреса. Редовно поддържане на добро физическо състояние чрез умерено интензивен спорт ще повиши устойчивостта на стреса и тонуса на здравния специалист.

Чрез използване на стимулиращи активности и релаксиращи мероприятия (йога, каланетика, аеробика, автотренинг, ароматерапия, музика, разходки, масаж, танци, практикуване на хоби) се подобрява настроението, повишават се нивата на ендорфините, които генерират личностната удовлетвореност, усещането за щастие и благоразположение. Рационалното оползотворяване на свободното време, балансираното съчетаване на труд и почивка допринасят за профилактиране на стреса и подобряване на здравословното състояние.

*Медицинско консултиране при кризисни състояния.* При диагностициране на висока степен на изява на детерминантите на бърнаут синдром съществува реална опасност от поява на психични и соматични симптоми и заболявания. Медицинските сестри, познаващи характерните признаци на последствията от дистреса и бърнаут трябва да потърсят и получат съответната медицинска помощ от психолога на болницата или психиатър. Навременната намеса и медицинска помощ ще предотврати крайни депресивни състояния и заболявания с психосоматичен произход.

### **11. Оценка на Модела на стратегически насоки за превенция и контрол на професионалния стрес/бърнаут при болнични медицински сестри, от ръководни кадри**

Главните и старши медицински сестри (n=127) изразиха своето експертно мнение при представяне на Модела. Получените резултати показват 92% (117) пълно одобрение. Болшинството - 90% (114) от респондентите посочват, че стратегическите насоки са ясни и полезни за внедряване; 98% (125) го намират за крайно необходим и удачен за прилагане в общоболнична обстановка.

Всички сестри на ръководна длъжност са готови да участват в регулярен мониторинг на стреса в практиката и прилагане на оценъчни тестове и анкети за въздействие на стресогени, нивото на стрес и бърнаут синдрома в перспектива.

В коментарите посочват, че отдавна е крайно наложително да има обща стратегия по проблемите на професионалния стрес, която да съдейства за спокойно упражняване на професията и отдаване на необходимото внимание и грижи за пациентите.

## ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ

### 1. Изводи

- Нивото на стрес при по-голяма част от здравните професионалисти е високо.
- Недостатъчният брой на болничните медицински сестри е предпоставка за свръхнатоварване и респективно нарастване на професионалния стрес.
- Стресогените не действат самостоятелно. Те са в тясно взаимодействие с обществено-икономическите процеси, с организационната структура на болничните заведения, със социалните фактори и семейната среда. Оказват влияние върху работещия чрез модериращото действие на индивидуалните особености на личността.
- Професионално-организационните стресогени са най-многобройни и най-силно въздействащи: писмена работа и бюрокрация, чести и продължителни дежурства поради трудно намиране на заместници, постоянни промени в изискванията и правилата на работа, неадекватно заплащане, липса на обществен престиж.
- Повече от половината медицински сестри имат висока и средна степен на проявление на бърнаут синдром, като се установява по-голямо разпространение в сравнение с проучените данни по света.
- Относително високата честота и интензитет на проява на признаците на емоционално изтощение доказва големината на емоционално изразходване в сестринската професия. Повишената степен на емоционално изтощаване отдалечава медицинските специалисти от пациента и ги превръща в бездушен орган за изпълнение на технически манипулации.
- Медицинските сестри в по-млада възраст имат по-високо ниво на емоционално изтощение, в сравнение с колегите си в зряла възраст.
- Високи нива на проявление на деперсонализация са изяви само при 8,5% от изследваните, което показва, че медицинските сестри все още не са променили хуманното си отношение към пациентите.
- Медицинските сестри се опитват да компенсират стреса с нездравословно поведение: главно с нарастващо тютюнопушене и по-рядко с алкохол и седативни медикаменти.
- Медицинските сестри на ръководна длъжност осъзнават необходимостта от стратегически подход за превенция и контрол на професионалния стрес на общоболнично ниво и активизиране участието на професионални експерти в преодоляване на стреса.

## 2. Препоръки

### Към държавните органи:

- Да се подобри колаборацията между всички министерства, ведомства, местни и общински структури за изпълнение на Националната здравна стратегия, здравни и социални политики и приоритети за осигуряване на безопасни и здравословни условия на труд.
- Да се приемат спешни действия за балансиране на човешкия ресурс в здравеопазната мрежа чрез:
  - регулиране и ограничаване миграцията на здравни специалисти;
  - повишаване на трудовото възнаграждение;
  - подобряване условията на труд;
  - стимулиране на професионалната мотивация и кариерно израстване;
  - достигане на световните препоръки за нужното съотношение лекар/медицинска сестра в лечебните заведения;
  - регулиране държавния прием на студенти, съобразно здравната карта и здравните потребности на съответните региони.
- Да не се правят непрекъснати промени на правилата в здравеопазването, защото това води до напрежение, несигурност и невъзможност за дългосрочно планиране на работата в болниците.
- Към националната и регионалните съсловни организации (БАПЗГ):
- Да работят за позитивен обществен имидж на медицинската сестра;
- Да организират обучения, свързани с овладяване методи за релаксация и осигуряват социални придобивки за членовете си;
- Регионалните организации да бъдат по-близо до трудещите се в големите лечебни заведения и да са готови с подкрепа при нужда.

### Към медицинските образователни институции:

- Да се обмисли селектиране на кандидатите за специалност „медицинска сестра“ при приема или в курсовете след провеждане на клиничната практика - за устойчивост при работа в реална среда.
- Актуализация на обучението чрез въвеждане на дисциплини: „Комуникации и интеракции в медицинската практика“, „Стрес и здраве“.

### Към болничното управление:

- Разработване и прилагане на стратегия за превенция и контрол на професионалния стрес, която да е на общоболнично ниво;
- Подобряване на организационната култура и среда с оглед поддържане на оптимален работен процес;

- Достойно заплащане на медицинските сестри според индивидуалните трудови постижения;
- Включване на медицински сестри на ръководна длъжност в процесите по вземане на управленски решения;
- Въвеждане на тренинг-програми за развиване на умения за справяне с конфликтни ситуации, комуникативни и психологически проблеми;
- Привличане на експерти за активно участие в превенция и управление на професионалния стрес и бърнаут синдром.

## **ПРИНОСИ**

### **I. С теоретично-познавателен характер:**

1. Направен е задълбочен теоретичен анализ на професионалния стрес и бърнаут синдрома при медицинските сестри, както и на копинг стратегиите.
2. За първи път са проучени професионалният стрес и бърнаут синдромът при болнични медицински сестри в Югоизточна България (където липсват такива изследвания сред каквито и да е здравни работници).
3. В детайли са проучени стресогенните фактори, систематизирани в три групи: социално-икономически, професионално-организационни и психо-емоционални.
4. Проучени са здравословните проблеми на болничните медицински сестри във връзка с професионалния стрес.

### **II. С приложно-практически характер:**

1. Установява се, че главен източник на стрес за болничните медицински сестри са неадекватните административно-организационни условия, а не преките грижи за пациентите, което насочва към необходимост от отстраняване на административните стресогени, за да може сестрите спокойно да си вършат работата и да прилагат пълноценно своите знания и умения.
2. Разработен и експертно оценен е Модел на стратегически насоки за превенция и контрол на професионалния стрес/бърнаут при болнични медицински сестри на институционално болнично ниво.



## ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Лечева Зл., Л. Георгиева, М. Стойчева. Теоретични основи на професионалния стрес и бърнаут синдрома. Социална медицина. 2017; 1:33-35.
2. Лечева Зл., Л. Георгиева, М. Стойчева. Въздействие на професионални стресогени върху болничния сестрински персонал. Здравна икономика и мениджмънт. 2017; 1:14-18.
3. Lecheva Zl., L. Georgieva, Overcoming occupational Stress in the Perspective of Nursing of Management Position. Knowledge – International Journal. 2017; Vol. 20.4: 1925-1929.
4. Лечева Зл., Л. Георгиева. Връзка между професионалния стрес и бърнаут синдрома при медицински сестри. Управление и образование. 2018; XIV (1):39-42.