

## ВРЪЗКА МЕЖДУ ПРОФЕСИОНАЛНАТА ДЕЙНОСТ „ЗДРАВНА ГРИЖА“ И ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯТА В ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ

Г. Янкова

Медицински университет – София, филиал „Проф. д-р Ив. Митев“ – Враца

## CONNECTION BETWEEN THE PROFESSIONAL ACTIVITY „HEALTH CARE“ AND THE DEPERSONALIZATION IN THE HOSPITALS

G. Yankova

Medical University – Sofia, Branch „Prof. Dr. Ivan Mitev“ – Vratsa

**Резюме.** Бърнаут е един от сериозните проблеми на съвременната професионална дейност. Деперсонализацията, най-надеждният предиктор, характеризира междуличностния аспект на синдрома. В здравната професия, където доминира оказването на помощ и се установява статут на помагачи отношения, деперсонализацията се извява с негативно, цинично и крайно дистанцирано отношение към хората, с които се взаимодейства на работното място. Засяга личната и професионалната ефективност на професионалистите по здравни грижи и води до невъзможност за качествено прилагане на професионалните умения и изпълняване на обгрижвателните функции. **Целта** на настоящото изследване е да се анализира връзката между аспектите на професионалната дейност „здравна грижа“ и измерението деперсонализация на бърнаут. **Материал и методи:** Проведено бе анкетно проучване на базата на доброволно анкетиране сред 400 здравни професионалисти, работещи в три многопрофилни болници за активно лечение и две специализирани болници по онкология, за периода август 2013-септември 2014 г. За целите на изследването е използвана комплексна методика, включваща два инструмента: Maslach Burnout Inventory – за изследване на бърнаут, и Caring Behaviors Inventory – за измерване на грижите. **Резултати:** Изследването доказва емпирично връзката между професионалната дейност „здравна грижа“ и проявите на деперсонализация у професионалистите ( $p < 0,01$ ). **Изводи:** Налице е тенденция за намаляване на дехуманизацията с повишаване нивото на реализуемост на здравната грижа. Социо-демографските фактори значително влияят на наблюдаваните характеристики. По-високи нива на деперсонализация се установяват с нарастване на възрастта и трудовия стаж, респективно по-ниски нива на реализуемост на здравната грижа. По-ниски нива на деперсонализация се наблюдават с повишаване на образователното ниво и се свързват с по-високото качество на предлаганите здравни услуги.

**Ключови думи:** burn out, деперсонализация, здравна грижа, здравни професионалисти

**Abstract.** Burn out is one of the serious problems of the modern professional activity. The depersonalization is the most reliable predictor which characterizes interpersonal syndrome aspect. In the health profession where the assistance dominates and it is established the status of assistant relationships, the depersonalization manifests itself as a negative, cynical and extremely distant relation to the people with whom interaction on the workplace takes place. It affects the personal and professional efficiency of the professionals and it leads to low quality of the professional skills and performance of care functions. **The purpose** of this research is to analyze the connection between aspects of the professional activity “health care”. **Material and methods:** It was made a voluntary survey among 400 health professionals who are working in three general hospitals for

active treatment and two specialized hospitals on oncology for the period August 2013 – December 2014. It is used a complex methodology with two instruments for the purpose of research: Maslach Burnout Inventory – for exploration of burn out and Caring Behaviors Inventory – for measurement of care. **Results:** The research proves the connection between the professional activity “healthcare” and professionals’ depersonalization ( $p < 0,01$ ). **Conclusions:** There is a tendency to decrease dehumanization with an increasing quality of the health care. The socio-demographic factors have a significant impact: higher levels of depersonalization are found with increasing age and work experience and respectively lower levels of delivery of health care. Lower levels of depersonalization are found with higher educational levels and a higher quality of the offered healthcare.

**Key words:** burn out, depersonalization, health care, health professionals

Burn out е най-големият професионален риск на XXI век. Счита се, че всички професии са уязвими, но някои са значимо по-засегнати от бърнаут синдрома. Към тях спадат професии, в които се работи със зависими в някаква степен хора, например в системата на здравните грижи – лекари, медицински сестри, психолози [2].

Дейността “здравна грижа” е отговорна, изисква издръжливост, което предполага висок и постоянен психо-емоционален стрес, както и необходимост за вземане на решения при извънредни ситуации. Условието на икономическа криза и продължилата във времето реформа в здравеопазването съществено влияят върху организацията на здравните грижи. Всеки работен ден на здравния професионалист преминава в много близък контакт с хора, най-вече с пациенти, които под влияние на болестта, дискомфорта и болката често стават неспокойни, нетърпеливи, капризни. Това, в съчетание с високите изисквания и напрежението поради недостиг на хора, време и материали, липсата на социална подкрепа и комуникация в организацията; дискриминацията на работното място; претовареността с административни задачи, води до свръхнатовареност и до (ди)стрес. Здравните професионалисти са принудени да издигат своеобразна бариера за психологична защита спрямо пациента, да станат по-малко емпатични или ги грози опасност от професионално прегаряне. За тях е по-лесно „безчувствено“ да извършват действия и манипулации, отколкото да са съпричастни, да проявяват загриженост, да поддържат пациента.

**Целта** на настоящото изследване е да се анализира връзката между аспектите на професионалната дейност „здравна грижа“ и измерението деперсонализация на burn out.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Емпиричното изследване е насочено към определяне нивото на деперсонализация и връзката му с аспектите на здравната грижа. Проведено

бе анкетно проучване на базата на доброволно анкетиране сред 400 здравни професионалисти, работещи в три многопрофилни болници за активно лечение и две специализирани болници по онкология, за периода август 2013-септември 2014 г. За целите на изследването е използвана комплексна методика, включваща въпросник за изследване на бърнаут чрез Maslach Burnout Inventory (MBI) [12] и въпросник за измерване на грижите, чрез Caring Behaviors Inventory (CBI), кратка форма [23].

MBI съдържа 22 въпроса, в 3 подскали за измерване на емоционално изтощение, деперсонализация и персонални постижения. Честотата, с която респондентът преживява всяка позиция се оценява по седем точкова Ликерт–скала от 0 (не, никога) до 6 (винаги). Българският превод на въпросника е валидиран и използван при медицински персонал в България от Б. Ценова [3, 4]. За целите на изследването някои въпроси бяха модифицирани. Статистическото потвърждение на въпросника е осъществено чрез коефициента на надеждност alpha на Cronbach. Данните демонстрират добра факторна структура и много добри коефициенти на надеждност ( $\alpha = 0.76$ ).

CBI е използван от над 132 изследователи от няколко страни и е единственият инструмент, в който грижата се концептуализира като междуличностна интервенция [20]. Оригиналният въпросник е създаден чрез избор на думи или фрази от литературата, характеризиращи грижата [10, 21, 22] и съдържа 75 позиции. Wu, Larrabee и Putman предлагат по-малко обременяващ инструмент, утвърждаващ по-кратък CBI въпросник, разработен върху теорията на Watson. С цел валидиране на въпросника и прилагането му сред професионалистите по здравни грижи методът е адаптиран и преведен на български език. Формулирана е структура на „грижата“, състояща се от четири аспекта – професионални знания и умения; осигуряване на качество на грижата; почти телност и позитивна свързаност, които ще се използват като независими променливи, влияещи

на бърнаут, респективно на измерението деперсонализация. СBI включва 24 позиции, с 6 точкова скала от Ликертов тип, използвана, за да се получи отговор от 1 (никога) до 6 (винаги). Оценката е формирана като процентно съотношение между сбора от точките на отговорите на респондентите и максималния брой точки, предвидени за всяка скала. Статистическото потвърждение на въпросника е осъществено чрез коефициента на надеждност alpha на Cronbach. Надеждността за настоящата извадка е отлична – с коефициент  $\alpha = 0.90$ .

Обработката на резултатите, статистическият анализ и съхранението на данните са извършени с IBM SPSS Statistics 19.0. Данните са анализирани с помощта на дескриптивен и корелационен анализ при ниво на значимост на нулевата хипотеза  $p < 0.05$ .

## РЕЗУЛТАТИ

В изследването на доброволен принцип са взели участие 400 здравни професионалисти, осъществяващи грижи в пет болници за активно лечение с различен профил на дейност: хирургичен, терапевтичен, педиатрия, интензивно лечение, психиатрия, онкология, палиативни грижи.

Разпределението на професионалистите по здравни грижи по болници и специалност е показано на табл. 1.

**Таблица 1.** Разпределение на здравните специалисти в наблюдаваните болници

Болница	Респонденти	
	брой	отн. дял
МБАЛ – Враца	127	31,75%
МБАЛ – Монтана	101	25,25%
МБАЛ – Мездра	46	11,50%
СБАЛО – София	75	18,75%
КОЦ – Враца	51	12,75%
<b>Общо</b>	<b>400</b>	<b>100,0%</b>

Средната възраст на респондентите е в диапазона 47 год. ( $\chi = 46, 58$ ; min 0.23, max 0.74). Повече от половината от изследваните здравни професионалисти са с дълъг трудов стаж – 58,8% са с над 20 години, а 14,8% попадат в границите между 16 и 20 години. Трудов стаж между 11 и 15 години отбелязват 11% от респондентите, 10,5% са в началото на своята трудова кариера и 5% са в диапазона от 6 до 10 години. От всички анкети-

рани здравни професионалисти 45% са с по-висше медицинско образование, 28% имат бакалавърска образователна степен, 14,8% са с ОКС „специалист“ и 12,2% са завършили магистърска програма по здравни грижи.

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

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

**Таблица 2.** Връзка между деперсонализацията и аспекти на здравната грижа

		Качество	Знания	Уважение	Свързаност
ДП	Pearson Correl.	-0.198**	-0.046	-0.159**	-0.091
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.355	0.001	0.071
	N	400	400	400	400

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

От данните е видно, че връзката е отрицателна, което означава, че с подобряване нивото на приложимост на здравната грижа деперсонализацията намалява и обратно. Средната стойност на измерението *деперсонализация* за ниско ниво на приложимост на аспекта „*взаимно уважение*“ е  $\chi = 13,17$  и намалява до  $\chi = 9,91$  за ДП при много високо ниво на показателя. Същата тенденция се запазва и при другите аспекти на здравната грижа (табл. 3).

Прави впечатление и факта, че с нарастване на възрастта в изследваната извадка се повишават нивата на *деперсонализация*, а степента на реализуемост на здравната грижа намалява (табл. 4).

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

Професионалният стаж на работното място, характеризиращ експертното ниво на здравната грижа фактор, също влияе на измерението „депер-

сонализация“. Установена е статистически значима връзка ( $p < 0,01$ ) между степента на приложимост на здравната грижа, деперсонализацията и трудовия стаж на последното работно място. При средна стойност на деперсонализация  $\chi = 9,19$  за респондентите с трудов стаж до 5 години – нивото на качество на грижата е  $\chi = 41,48$  и достига нива от  $\chi = 11,87$  за служителите с над 20 години професионален опит, при средно ниво на качество  $\chi = 39,66$ . Същата тенденция е характерна и за другите аспекти на здравната грижа (табл. 5).

Проучването установи, че лицата, проявяващи най-ниска склонност към деперсонализация, са с ОКС „магистър“, а най-висока: специалисти-

те с полувисше образование. Средната стойност на аспекта *качество* на грижата при респондентите с ОКС „магистър“ е  $\chi = 41,45$  при ниво на ДП  $\chi = 8,76$ . Средната стойност на същия аспект на грижата при професионалистите с полувисше медицинско образование е  $\chi = 39,79$  при ниво на ДП  $\chi = 11,73$ . Подобна тенденция е характерна и за другите аспекти на здравната грижа (табл. 6).

## Обсъждане

Емпиричното изследване е насочено към определяне на равнището на деперсонализация и връзката му с някои аспекти на грижата на работ-

**Таблица 3.** Средна стойност на измерението деперсонализация в контекста на нивото на реализация на здравната грижа

Средна стойност на деперсонализация				
Показатели	Осигуряване на качество	Професионални знания и умения	Взаимно уважение	Позитивна свързаност
Ниско ниво	12,86	11,00	13,17	11,65
Посредствено ниво	13,96	6,71	10,89	9,82
Умерено ниво	11,16	13,09	11,80	9,87
Високо ниво	10,40	10,87	10,16	10,44
Много високо ниво	10,24	10,52	9,91	11,18

**Таблица 4.** Връзка между аспектите на здравната грижа и усещането за дехуманизация в различните възрастови групи

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

**Таблица 5.** Връзка между аспектите на здравната грижа, деперсонализацията и професионалния опит на респондентите

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

Таблица 6. Връзка между аспектите на здравната грижа, деперсонализацията и образователното ниво на респондентите

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

ното място. Изследванията, разглеждащи пряката връзка между тези феномени са малко. В България няма установени подобни проучвания. Различни изследвания [8, 15, 16] констатира, че естеството на професионалната дейност и грижите за пациента допринасят значително за деперсонализация сред полагащите здравни грижи и това оказва отрицателен ефект върху качеството на здравната услуга [14, 18].

Анализът на данните от изследването потвърждава хипотезата за статистически значима връзка ( $p < 0,01$ ) между измерението „деперсонализация“ и самооценката за *качество* на прилаганата здравна грижа и взаимното *уважение в процеса на обслужване*. Резултатите показват, че деперсонализацията, водеща до обезличаване на обгрижвания процес, е силно изразена в тази професионална група и зависи от нивото на прилаганата здравна грижа. Това може да се обясни с нарушаване на механизма на психична защита към негативните прояви в процеса на грижи, чувството за хронична умора и напрежение у здравните професионалисти, водещи до увеличаване на дистанцията в общуването както с пациентите, така и с колегите.

Демографските променливи също влияят значително върху синдрома на прегаряне и качеството на прилаганата грижа. Някои проучвания [1, 7, 9, 19] установяват наличие на корелационна връзка между възрастта и прегарянето. Резултатите от анализа потвърждават факта, че с нарастване на възрастта в изследваната извадка се повишават нивата на *деперсонализация*, а степента на реализуемост на здравната грижа намалява. Това явление може да бъде свързано с факта, че с нарастването на възрастта, нараства компенсаторната нечувствителност към негативните прояви на процеса на обгрижване, която с течение на времето обхваща по-широк спектър от междуличностни отношения и се усеща много по-силно в професионалната дейност.

Професионалният стаж на работното място също повлиява на измерението „деперсонализация“. Повечето проучвания откриват корелация между тези променливи [6, 17]. В свои изследвания *Maslach* доказва, че медицинските сестри в психиатричните клиники „прегарят“ 1,5 години след започване на работа, а социалните работници проявяват подобни симптоми след 2 до 4 години [11]. *Анализът на данните от проучването разкрива тенденция* на плавно, но последователно покачване на степента на деперсонализация при респондентите с нарастване на трудовия стаж, респективно нивото на грижа намалява. Това може да се обясни с факта, че с увеличаване на трудовия стаж се проявява кумулативният ефект на негативните аспекти на професионалната дейност, нараства физическата и психичната умора, появява се безразличие към работата, стремеж към емоционално дистанциране при прилагането на здравната грижа и свързаните с дейността трудности.

Връзката между образователното ниво по специалността като фактор, характеризиращ експертното ниво на здравната грижа, и деперсонализацията се потвърждава от подобни изследвания у нас и в чужбина [5,13]. Анализът на резултатите установи, че лицата с по-висока образователно-квалификационна степен осъществяват по-професионални грижи, притежават по-добра психична гъвкавост и пластичност в работата с болните, което способства за противодействие на факторите на работната среда, възпрепятстващи адаптацията и увеличаващи склонността към дехуманизация.

## Изводи

- Между измерението „деперсонализация“ и самооценката за *качество* на прилаганата здравна грижа и взаимното *уважение в процеса на обслужване* съществува статистическа взаимозависимост ( $p < 0,01$ ). Налице е тенденция за на-

маляване на деперсонализацията с повишаване нивото на реализуемост на здравната грижа;

- Демографските променливи оказват значително влияние върху степента на дехуманизация сред здравните професионалисти и нивото на реализуемост на здравната грижа;

- С нарастване на възрастта в изследваната извадка се повишават нивата на *деперсонализация*, а степента на реализуемост на здравната грижа намалява;

- Налице е *тенденция* на покачване на степента на деперсонализация при респондентите, с нарастване на трудовия стаж, респективно нивото на грижа намалява;

- Лицата, проявяващи най-ниска склонност към деперсонализация, са с ОКС „магистър“, а най-висока – специалистите с полувисше образование. Здравните професионалисти с по-висока образователно–квалификационна степен притежават по-добра психическа гъвкавост и пластичност в работата с болните, което способства за противодействие на дезаптиращите фактори на работната среда и на склонността към дехуманизация.

Изследването доказва емпирично връзката между професионалната дейност „здравна грижа“ и проявите на деперсонализация при професионалистите по здравни грижи. Изводите и обобщението на изследването биха могли да са основа за разработване и прилагане на интервенции в областта на превенцията на бърнаут на работното място.

#### Библиография

1. Радев Е. Социална значимост на бърнаут синдрома и насоки за неговия мениджмънт, XXX-та Научно-технологична сесия КОНТАКТ „Интердисциплинната идея в действие“, 2012, с. 107-113.

2. Самоукина, Н. В. Карьера без стресса. СПб., Питер, 2003, 14-103.

3. Ценова Б. Специфични подходи за справяне с бърнаут при медицински сестри. Соц. мед., 2003, 2: 33-35.

4. Ценова Б. Психосоциални проблеми на работното място: стрес, бърнаут, психологичен тормоз. Физикална медицина, рехабилитация и здраве, 2004, 2-4: 18-27.

5. Ценова Б. Личностни корелати на бърнаут синдрома, 2008, [bjor.files.wordpress.com](http://bjor.files.wordpress.com).

6. Ценова Б. Стрес и психично здраве при работа – перспективи от гледна точка на здравето, политиката и бизнеса. Здраве и безопасност при работа, 2015, 1: 13-25.

7. Цонева Д. Актуални аспекти на „burnout“ синдрома при медицински персонал в отделение по анестезиология и интензивно лечение в условията на здравна реформа в България. Дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен „доктор“, МУ – София, 2012.

8. Alderson M. Work Structure in the chronic care setting: possible consequences for nurses' mental health. Can. J. Nurs. Res., 2008;40(3):160-78.

9. Dietzel LC, Coursey RD. Predictors of emotional exhaustion among nonresidential staff persons. Psychiatric Rehabilitation J, 1998, 21 (4): 340-348.

10. Kyle T. V. The concept of caring: a review of the literature. Journal of Advanced Nursing, 1995, 21: 506-514.

11. Maslach C. Burnout: a multidimensional perspective. In Professional burnout: Recent developments in theory and research. Ed. Schaufeli, W, Maslach, C and Marek, T. Washington, DC: Taylor & Francis. 1993.

12. Maslach C. et Jackson, S. E. Maslach Burnout Inventory. 2nd ed. Palo Alto, Calif: consulting Psychological Press. 1986.

13. Maslach C, Schaufeli WB et Leiter MP. Job burnout. Annual Review of Psychology, 2001, 52: 397-422.

14. Mc Cue JD. The effects of stress of physicians and their medical practice. The New England Journal of Nursing Scholarship., 2004, 31(1): 73-78.

15. Miller KI, Stiff JB et Ellis BH. Communication and empathy as precursors to burnout among human service workers. Communication Monographs, 1988, 55: 250-265.

16. Milliken TF, Clements PT et Tillman HJ. CNE series: The impact of stress management on nurse productivity and retention. Nursing Economics, 2007, 25 (4): 203-210.

17. Naisberg FS, Fennig S, Keinan G, Elizur A. Personality characteristics and proneness to burnout: A study among psychiatrists. Stress Medicine, 1991, 7 (4): 201-205.

18. Spector PE. Measurement of human staff satisfaction; Development of the job satisfaction survey. Am. J. Commun. Psychiatry, 1985, 13(6), 693-713

19. Van Wijk C. Factors influencing burnout and job stress among military nurses. Military Medicine, 1997, 162 (10): 707-710.

20. Watson, J. Nursing. Human science and human care: a Theory of nursing. New York: National League for Nursing Press, 1988.

21. Wolf ZR. The caring concept and nurse identified caring behaviors. Topics in Clinical Nursing, 1986, 8 (2): 84-93.

22. Wolf ZR, Giardino ER, Osborne PA et Ambrose MS. Dimensions of nurse caring. IMAGE. J. Nurs. Scholarship, 1994, 26 (2): 107-111.

23. Wu Y, Larrabee JH, Putman HP. Caring behaviours inventory: a reduction of the 42-item instrument. Nurs. Res., 2006, 55: 18-25

✉ Адрес за кореспонденция:

Галя Янкова  
Филиал „Проф. д-р Иван Митев“  
Университетски комплекс; корпус 1, ет. 2  
Медицински университет – София  
3000 Враца  
тел. 0878650375  
e-mail: gyankova1968@abv.bg