МЕЃУНАРОДЕН СЛАВЈАНСКИ УНИВЕРЗИТЕТ
„ГАВРИЛО РОМАНОВИЧ ДЕРЖАВИН"
Свети Николе - Битола - Р. Македонија

Факултет за психологија

Постдипломски студии по клиничка и советодавна психологија

Магистерски труд

ЗДРАВСТВЕНАТА ГРИЖА И СИНДРОМОТ НА ПРОФЕСИОНАЛНО СОГОРУВАЊЕ КАЈ ЗДРАВСТВЕНИ РАБОТНИЦИ ВО Р.СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА И Р. БУГАРИЈА

Ментор

Проф. д-р Сашо Кочанковски

Кандидат

МаријаДонев

Свети Николе

2019

СОДРЖИНА

ВОВЕД..... 8

1.ТЕОРЕТСКИ ПРИСТАП КОН ПРОБЛЕМОТ НА ИСТРАЖУВАЊЕ.....12

1.1.КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЈА НА ПОИМОТ ЗДРАВСТВЕНА ГРИЖА.....12

1.1.1.Теорија за човечката грижа на Jean Watson**……14**

1.2.КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЈА НА ПОИМОТ ПРОФЕСИОНАЛНО СОГОРУВАЊЕ (BURNOUT SYNDROME)…….....20

1.2.1.Симптоми на синдромот на професионално согорување**..... 25**

1.2.2.Фази во развојот на синдромот на професионално согорување**.....26**

1.2.3.Причини/Ризик фактори кои може да доведат до појава и развој на синдромот на професионалното согорување**..... 28**

1.2.4.Превенција и стратегии за справување со синдромот на професионално согорување**..... 29**

1.2.5.Разлики меѓу стрес и професионално согорување**..... 32**

1.2.6.Синдромот на професионално согорување кај здравствените работници**..... 33**

1.3.РЕЛЕВАНТНИ ЕМПИРИСКИ ИСТРАЖУВАЊА.....37

2. МЕТОДОЛОШКИ ДЕЛ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО.....40

2.1.Предмет,задачи и цел на истражувањето**.....**. **40**

2.2.Истражувачки хипотези.**..... 41**

2.3.МЕТОД..... 43

2.3.1.Испитаници**.....43**

2.3.2.Варијабли во истражувањето**..... 43**

2.3.3.Мерни инструменти**.....44**

2.3.4 Постапка **.....46**

2.3.5.Статистичка обработка на податоците.....47

3.РЕЗУЛТАТИ..... 48

3.1.Резултати од Т – тест за независни примероци помеѓу медицински сестри од Р.Северна Македонија и медицинските сестри од Р.Бугарија.....**50**

3.2.Резултати од Т – тест за независни примероци помеѓу лекарите од Р. Северна Македонија и лекарите од Р.Бугарија.....**55**

3.3.Резултати од Т – тест за независни примероци помеѓу лекарите и медицинските сестри..... **61**

3.4.Резултати од Т – тест за независни примероци помеѓу сите испитаници од Р.Северна Македонија и сите испитаници од Р.Бугарија.....**66**

3.5.Поврзаност на аспектите на грижата и димензиите на синдромот на професионално согорување.....**71**

3.6.Влијание на грижата врз синдромот на професионално согорување..... **76**

4.ДИСКУСИЈА.....81

4.1.Дискусија на резултатите од Т-тест.....**81**

4.2.Дискусија на разултатите од применетата корелациона анализа.....**86**

4.3.Дискусија на резултатите од применетата мултипла регресиска анализа.....**88**

4.4.Ограничувања на спроведеното истражување..... **90**

4.5.Препораки за понатамошни истражувања.....**90**

5.ЗАКЛУЧНИ СОГЛЕДУВАЊА.....92

6.ПРИЛОЗИ..... 96

7.ЛИТЕРАТУРА..... 100

ЛИСТА НА ТАБЕЛИ

- **Табела 1.** Фактори на грижата и интервенциивo склоп на грижата според теоријата на Watson……**18**
- **Табела 2.** Разлики помеѓу стрес и burnout……**33**
- **Табела 3.** Основни статистички показатели кај лекарите од Р. Бугарија.**48**
- **Табела 4.** Основни статистички показатели кај медицинските сестри од Р. Бугарија..... **49**
- **Табела 5.** Основни статистички показатели кај лекарите од Р.Северна Македонија..... **49**
- **Табела 6.** Основни статистички показатели кај медицинските сестри од Р. Северна Македонија.....**50**
- **Табела 7.** Т-тест за незаивисни примероци кај осигурување на квалитет како субваријабла на грижата помеѓу медицинските сестри од Р. Северна Македонија и медицинските сестри од Р. Бугарија.....**50**
- **Табела 8.** Т-тест за независни примероци кај професионални знаења и вештини како субваријабла на грижата помеѓу медицинските сестри од Р. Северна Македонија и медицинските сестри од Р. Бугарија..... **51**
- **Табела 9.** Т-тест за независни примероци кај поччита како субваријабла на грижата помеѓу медицинските сестри од Р. Северна Македонија и Р. Бугарија..... **51**
- **Табела 10.** Т-тест за независни примероци кај позитивната сврзаност како субваријабла на грижата помеѓу медицинските сестри од Р.Северна Македонија и Р. Бугарија.....**52**
- **Табела 11.** Т-тест за независни примероци кај грижата помеѓу медицински сестри од Р.Северна Македонија и медицински сестри од Р. Бугарија.....**52**
- **Табела 12.** Т-тест за независни примероци кај емоционална исцрпеност како субваријабла на синдромот на професионално согорување помеѓу медицински сестри од Р.Северна Македонија и медицински сестри од Р. Бугарија.....**52**
- **Табела 13.** Т-тест за независни примероци кај деперсонализација како субваријабла на синдромот на професионално согорување помеѓу медицински сестри од Р. Северна Македонија и Р. Бугарија.....**53**

- **Табела 14.** Т-тест за независни примероци кај чувство на личен успех помеѓу медицински сестри од Р. Северна Македонија и Р. Бугарија.....**54**
- **Табела 15***.* Т- тест за независни примероци кај Осигурување на квалитет како субваријабла на грижата помеѓу лекарите од Р. Северна Македонија лекарите од Р. Бугарија.....**55**
- **Табела 16.** Т- тест за независни примероци кај Професионалните знаења и вештини како субваријабла на грижата помеѓу лекарите од Р. Северна Македонија и лекарите од Р. Бугарија.....**56**
- **Табела 17.** Т- тест за независни примероци кај Почитувањето како субваријабла на грижата помеѓу лекарите од Р.Северна Македонија и лекарите од Р. Бугарија.....**56**
- **Табела 18.** Т- тест за независни примероци кај Позитивната сврзаност како субваријабла на грижата помеѓу лекарите од Р.Северна Македонија и лекарите од Р. Бугарија **57**
- **Табела 19.** Т- тест за независни примероци кај Грижата помеѓу лекарите од Р.Северна Македонија и лекарите од Р. Бугарија.....**58**
- **Табела 20.** Т-тест за независни примероци кај Емоционалната исцрпеност како субваријабла на синдромот на професионално согорување помеѓу лекарите од Р.Северна Македонија и лекарите од Р.Бугарија **58**
- **Табела 21.** Т- тест за независни примероци кај Деперсонализација како субваријабла на синдромот на професионално согорување помеѓу лекарите од Р. Северна Македонија и лекарите од Р. Бугарија.....**59**
- **Табела 22.** Т- тест за независни примероци кај Чувството на личен успех како субваријабла на синдромот на професионално согорување помеѓу лекарите од Р. Северна Македонија и лекарите од Р. Бугарија..... **60**
- **Табела 23.** Т- тест за независни примероци кај Осигурувањето на квалитет како субваријабла на грижата помеѓу лекарите и медицинските сестри..... **61**
- **Табела 24.** Т- тест за независни примероци кај Професионални знаења и вештини како субваријабла на грижата помеѓу лекарите и медицинските сестри..... **62**
- **Табела 25.** Т- тест за независни примероци кај Почитувањето како субваријабла на грижата помеѓу лекарите и медицинските сестри **62**

- **Табела 26.** Т- тест за независни примероци кај Позитивна сврзаност како субваријабла на грижата помеѓу лекарите и медицинските сестри **62**
- **Табела 27.** Т-тест за независни примероци кај Грижата помеѓу лекарите и медицинските сестри.....**63**
- **Табела28.**Т-тест за независни примероци кај Емоционалната исцрпеност како субваријабла на синдромот на професионално согорување помеѓу лекарите и медицинските сестри.....**64**
- **Табела 29.** Т- тест за независни примероци кај Деперсонализацијата како субваријабла на синдромот на професионално согорување помеѓу лекарите и медицинските сестри.....**64**
- **Табела 30**.Т- тест за независни примероци кај Чувството на личен успех како субваријабла на синдромот на професионално согорување помеѓу лекарите и медицинските сестри.....**65**
- **Табела 31.**Т- тест за независни примероци кај Осигурување на квалитет како субваријабла на грижата помеѓу сите испитаници од Р.Северна Македонија и сите испитаници Р. Бугарија.....**66**
- **Табела 32.**Т- тест за независни примероци кај Професионални знаења и вештини како субваријабла на грижата помеѓу сите испитаници од Р. Северна Македонија и сите испитаници Р. Бугарија.....**67**
- **Табела 33.**Т- тест за независни примероци кај Почитувањето како субваријабла на грижата помеѓу сите испитаници од Р.Северна Македонија и сите испитаници Р. Бугарија.....**67**
- **Табела 34.**Т- тест за независни примероци кај Позитивната сврзаност како субваријабла на грижата помеѓу сите испитаници од Р.Северна Македонија и сите испитаници Р. Бугарија.....**67**
- **Табела 35**.Т- тест за независни примероци кај Грижата помеѓу сите испитаници од Р. Северна Македонија и сите испитаници Р. Бугарија...**68**
- **Табела 36.**Т- тест за независни примероци кај Емоционалната исцрпеност како субваријабла на синдромот на професионално согорување помеѓу сите испитаници од Р.Северна Македонија и сите испитаници од Р.Бугарија.....**68**
- **Табела 37.** Т- тест за независни примероци кај Деперсонализацијата како субваријабла на синдромот на професионално согорување помеѓу сите

испитаници од Р.Северна Македонија и сите испитаници од Р. Бугарија.....**68**

- **Табела 38.** Т- тест за независни примероци кај Чувството на личен успех како субваријабла на синдромот на професионално согорување помеѓу сите испитаници од Р.Северна Македонија и сите испитаници од Р. Бугарија.....**69**
- **Табела 39.** Корелација кај лекарите и медицинските сестри од Р. Северна Македонија меѓу аспектите на грижа и димензиите на професионално согорување..... **72**
- **Табела 40.** Корелација кај лекарите и медицинските сестри од Р. Бугарија помеѓу аспектите на грижа и димензиите на професионално согорување.....**73**
- **Табела 41.** Корелација кај сите испитаници помеѓу аспектите на грижа и димензиите на професионалното согорување..... **75**
- **Табела 42.** Регресиска анализа за Емоционална исцрпеност.....**76**
- **Табела 43.** Регресиска анализа за Емоционална исцрпеност и Грижа... **77**
- **Табела 44.** Регресиска анализа за Деперсонализација.....**78**
- **Табела 45.** Регресиска анализа за Деперсонализација и Грижа.....**78**
- **Табела 46.** Регресиска анализа за Чувство на личен успех.....**79**
- **Табела 47.** Регресиска анализа за Чувство на личен успех и Грижа.....**79**

1. Вовед

„Секое време носи свои болести и симптоми“

Живееме во време на забрзан технолошки и научен развој што доведува до забрзано темпо на живот, секојдневни предизвици, чести промени во професионалната дејност кога професионалните барања и обврски треба да ги усогласиме со индивидуалните амбиции,дополнително и со семејните обврски. Време во кое материјалните придобивки се ставени на пиедестал, поставување на различни и многубројни цели, трка со времето за остварување на тие цели, кога обврските и одговорностите стануваат побројни, а слободно време за одржување на социјални контакти и блиска емотивна врска сè помалку има. Во таа тенденција неосетно се случуваат суштински промени кај личноста како на личен и професионален план така и во меѓучовечките односи, пропратени со појава на анксиозност, страв, неизвесност, стрес како и до посериозни психосоматски нарушувања. Како личноста ке се справи со тие промени зависи од нејзиниот адаптивен капацитет, стратегиите и механизмите за справување со стресот и решавање на проблемите.

Современиот начин на живот го носи и проблемот на современото општество или болеста на 21-от век - Синдромот на професионално согорување т.е. Burnout синдром.Синдромот на професионално согорување добива димензии на епидемија во современото општество, а судејќи по бројот на истражувања спроведени во голем број на земји со различни општестевни системи и степен на развој, овој проблем добива глобална димензија. Колку е алармантен овој проблем говори и фактот што во новата 21-ва ревизија на меѓународната класификација на болестите во рамките на Светската Здравствена Организација (СЗО) во мај годинава, Синдромот на професионално согорување доби свој код во класификацијата –***QD85*** каде е опишан како ***хроничен стрес во работната средина кој не бил совладан успешно*** и е претставен како состојба со симптоми на исцрпеност, намалена енергија, зголемена ментална дистанца од работата или чувство на негативизам или цинизам во врска со работата и намалена професионална или работна ефикасност.

Со ова дефинирање Синдромот на професионално согорување како дијагноза се однесува исклучиво на феномените во контекстот на професијата и дека сам по себе не претставува ментална болест, туку е очекувана последица на претеран стрес на работното место, со кој стрес личноста не е во можност адекватно да се носи и справи.

Синдромот на професионално согорување се јавува кај сите професии, дури и кај оние кои не извршуваат некоја конкретна професија т.н. домаќинки. Сепак како најподложни на синдромот на професионално согорување се сметаат помагачките професии, поточно оние кои се во директен контакт со луѓе на кои им е потребна помош, како таква и медицинската професија т.е. здравствените работници (лекари, медицински сестри, помошен медицински персонал).

Самата професија на здравствените работници бара висок степен на професионалност,одговорност,издржливост,присебност,интуиција,брзи реакции, емпатија, притоа соочувајќи се од една страна со директниот контакт со пациентот и од друга страна со организационите фактори, како долги работни часови, дежурства, недостиг на персонал, недостиг на медицинска апаратура и лекарства, конфликти помеѓу вработените, голем обем на писмена документација и сл. Здравствените работници се во најблизок контакт со пациентите кои се од различни возрасни групи,пациенти со различни заболувања,пациенти пред умирање,пациенти кои не се способни да комуницираат, а многу често и со нивните блиски, роднини, и од лекарот се очекува да најде соодветен начин на комуникација и пристап со секоја индивидуа. Секојдневно се соочуваат со тековните проблеми на пациентите кои поради болеста, болката, стравот се со негативна емоционална енергија, често знаат да бидат и агресивни, хостилни и сл. Овде би сакала да споменам и едно свое видување за една специфична група на пациенти (каде би се вбројала и јас самата, а верувам дека нѐ има многу),кои благодарение на интернет технологијата, пред да посетат лекар ги прегледуваат симптомите, текот и последиците од заболувањето и при посета на лекар имаат безброј прашања и свои видувања, заклучоци, или поточно веќе своја дијагноза, пред лекарот да каже било што. Поради ова некогаш со доза на резерва ги земаат одговорите на лекарот, зашто понекогаш одговорите на лекарот се разминуваат со она што

тие го прочитале што може да поттикне несоодветна реакција на пациентот, а сепак лекарот сето тоа треба да го поднесе смирено и професионално.

Како резултат на сето ова, работејќи ја својата работа кај здравствените работници се акумулира различен стрес по интензитет, кој постепено, неосетно ја менува самата личност на здравствениот работник. Пациентот и самата грижа за пациентот се стресори за здравствениот работник.Здравствената грижа за пациентот е одговорна,непосредна,бара издржливост,истрајност што подразбира постојан и висок степен на психо-емоционален стрес. Специфичноста на здравствената грижа е дополнителен фактор кој го нарушува психичкото и физичко здравје на медицинскиот работник и го влошува квалитетот на приложената здравствена услуга. Тоа е сврзано и со фактот што медицинскиот работник во својата професионална дејност освен професионалните знаења и умеења во значителен степен ја користи и својата личност како т.н. „емоционален донор“. Лекарите се учат дека пациентот е секогаш на прво место, но ако не си изградат навика да се поставуваат себеси на прво место кога не се со пациентите,таа интензивната размена на емоции и емпатијата кон пациентите носат ризик со време чувствата едноставно да се „потрошат“ што доведува до професионална безчувствителност, која секако негативно се одразува врз квалитетот на грижата за пациентот.

Затоа од голема важност е менталното здравје на здравствените работници како за нивниот личен и професионален живот, така и за квалитетот на грижата за пациентот, како и за успешно фунционирање на самата здравствена установа.

Токму во ова истражување се анализира влијанието на приложената здравствена грижа на пациентот врз појавата на професионалното согорување, заемните врски и влијанија помеѓу одделните категории на грижата и професионалното согорување со неговите три димензии, како и да се проучат евентуалните разлики во степенот на професионалното согорување кај здравствените работници (лекари и медицински сестри) од Република Северна Македонија и Република Бугарија. Поголемиот број истражувања во врска со поврзаноста на приложената здравствена грижа и појавата на синдромот на професионално согорување се однесуваат на медицинските сестри во чија основа на професијата е токму грижовното однесување, па затоа во овој труд

сакам да истражам и дали грижата за пациентот во голем степен доведува и до појава на професионално согорување кај лекарите бидејќи без заемна, соодветна координираност во работата помеѓу лекарот и медицинската сестра не може да биде квалитетна приложената грижа на пациентот. Доколку се докаже дека грижата за пациентот е предиспозиција за професионално согорување може да се разработат интервенции со цел намалување на професионалното согорување и негова превенција од една страна и подобрување на квалитетот на грижата за пациентот од друга страна. Би можело да се зголеми присутноста на психолошки тимови во здравствените установи, програми наменети за менаџмент на стресот, формирање на Балинт групи кои претставуваат специфична програма за грижа на здравствените работници, со обука за поефикасна комуникација и психотерапевтски способности за контакт со пациентот со цел превенција од професионалното согорување.

1.ТЕОРЕТСКИ ПРИСТАП КОН ПРОБЛЕМОТ НА ИСТРАЖУВАЊЕ

1.1. КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЈА НА ПОИМОТ ЗДРАВСТВЕНА ГРИЖА

„Лесно е да се грижиш за другите за сметка на самиот себеси” *(Cooper,2005)*

Хуманоста на познава разлики, така и здравствениот работник е обврзан својата професија да ја извршува совесно, прецизно и одговорно, без оглед на возраста, полот,верата,националноста,расата,сексуална ориентираност,хендикепираност и општествено-економската положба на пациентот. Грижата за пациентот и грижливото однесување е основниот фокус на здравствената професија и причина здравствената професија да добие општествена доверба и почит. Човечката грижа најдобро се демонстрира преку интерперсонална инеракција помеѓу лицата кои ја укажуваат грижата и пациентите. Мислењето и перцепцијата на пациентот за неговото заболување е основниот фокус на грижата насочена кон пациентот. Перспективата на пациентот вклучува чувства, идеи, проблеми, очекувања и дејствија, а пред се очекувања за емпатија од страна на здравствениот работник. Здравствениот работник треба емоционално да е на располагање на пациентот, а од друга страна треба да ја сочува контролата над сопствените емоции, (Erickson & Grove, 2007). Здравствената грижа е одговорна, бара издржливост, истрајност што само по себе повлекува висок и постојан психо-емоционален стрес кај здравствениот работник. Здравствените работници се во најблизок директен контакт со пациентите, соочувајќи и соживувајќи се со нивните проблеми, емоции при што понекогаш се принудени да изградат една бариера за психичка заштита, т.е. да станат помалку емпатични кон пациентот, зачувувајки го своето ментално здравје. Нема сомнеж дека секој пациент ја очекува и треба да ја добие соодветната професионална грижа, но никој не помислува дека и здравствените работници се луѓе, личности со свои проблеми, потреби, емоции, и ако тие самите не си постават една бариера психички да се заштитат, грижата за пациентот не може да биде соодветна и квалитетна.Оттука можеме да си го поставиме прашањето: „Дали понекогаш на негативизмот и арогантноста од страна на лекарот може да се гледа од еден друг аспект - како еден вид психичка

заштита што си ја поставиле лекарите за зачувување на сопствено ментално здравје? “

Историски, поимот грижа се сврзува со сестринската дејност, т.е. со името на на основоположничката на современата сестринска професија Florence Nightingale (1860), кога е отворено првото светско училиште за сестри во склоп на болница во Лондон и ја публикувала својата сестринска теорија каде истакнува дека грижата е морален императив за медицинската сестра. Но, за правилна и соодветна грижа за пациентот неопходна е меѓусебна соработка на лекарот, медицинската сестра како и помошниот медицински персонал, каде секој со своите професионални знаења и умеења придонесува за овозможување на сета потребна грижа. Грижата е суштината и главната одлика на сестринската професија (Bolderston et al.2010; Ross-Kerr JC, Wood MJ, 2010).

Грижата е сложена, комплексна, може да се разгледува од повеќе аспекти, како способност, карактеристика или сложен збир на однесувања и како таква многу тешко може да се дефинира со една дефиниција, а уште потешко може да се измери.

Некои од дефинициите за грижата се:

(Morse et al. 1991) грижата ја дефинираат како: *човечки квалитет, морален императив, влијание, меѓучовечко заемно дејство и интервенција;*

Според Finfgeld-Connett (2008) *грижата е меѓуличен процес кој се карактеризира со експертност на сестринските знаења и умеења, меѓулична чувствителност и близок однос со пациентот;*

Според (Wolf et al., 2003) грижата вклучува поведенија како: *почит кон другите, хуманост, позитивна комуникација, професионални знаења и умеења и внимание кон преживувањата на другите.*

Hayes & Tyler-Ball (2007) ги идентифицираат карактеристиките на грижата и „грижливото однесување“ проучувајќи го мислењето на возрасни пациенти. Елементите кои според примателите на грижа ја карактеризираат грижата се: давање надеж, идентификирање со пациентот, доверливост, поставување на пациентот на прво место, како и дискутирење за актуелните и потенцијални потреби на пациентот.

1.1.1. Теорија за човечката грижа на Jean Watson

Теоријата на Jean Watson (1979) за хуманата грижа ги нагласува моралните и етички димензии на грижата.Теоријата е основана на претпоставката дека здравјето е хармонија меѓу дух-тело-дух (Kim & Kollak, 1999). Човечката грижа најдобро се демонстрира преку интерперсоналната интеракција помеѓу лицата кои ја даваат грижата и примател на грижа, што го поттикнува заедничкото чувство за човештво со цел да му се помогне на пациентот да пронајде смисол во болеста и болката како и да му се помогне постигнување на самоконтрола, самостојна грижа и внатрешна харомонија. (Watson, 1997). Според Вотсон (1979) сензитивноста на медицинското лице во односот со пациентот е една од најзначајните алатки во грижата за пациентот и она што е најважно да здравствениот работник го гледа пациентот како човечко суштество кое чувствува и мисли. Вотсон го користи терминот **“carative**” наместо “**curative**” за да направи разлика помеѓу сестринството и медицината. Вотсон развива 10 фактори на грижа кои ги објаснува при изведувањето на интервенции од страна на медицинското лице, пред сè медицинската сестра, со целосно учество на медицинската сестра и пациентот (Watson 1997). Овие фактори се насочени кон процесот на грижа кој му помага на пациентот да достигне здрава сосотојба или мирно да умре.

10-те фактори на грижа се:

1-Формирање на хуманистичко – алтруистичен вредносен систем;

2-Вградување на верба-надеж;

3-Градење на чувствителност кон себе и другите;

4-Развој на помагачко –доверлива врска;

5-Промоција и прифаќање на експресијата на позитивни и негативни чувства;

6-Систематска примена на научен метод за решавање на проблемите и донесување на одлуки;

7-Промоција на интерперсонално подучување-учење;

8-Обезбедување на поддржувачка протективна и/или корективна ментална, физичка, социокултурна и духовна средина;

9-Помош во задоволувањето на човечките потреби;

10-Дозволување на егзистенцијално-феноменолошки сили;

1. Хуманост;

2. Взаемно почитување;

3. Професионални знаења и вештини;

4. Позитивна поврзаност;

5. Внимание кон преживувањето на другите;

-Формирањето на хуманистичко-алтруистичен вредносен систем, ја формира основата за другите фактори на грижа. Од суштинска важност е грижата да се заснова на вредностите за љубезност, загриженост и љубов кон себе и другите.

-Вградување на верба-надеж, е есенцијален во осигурувањео на успех од терапијата на пациентот и текот на третманот. Многу е важно здравствениот работник да открие што е значајно и важно за пациентот без оглед на тоа каков е третманот,така што пациентот ќе може да се гледа себеси како активен учесник во неговата грижа (Watson, 1997).

-Градење на чувствителност кон себе и другите, вклучува препознавање на сопствените чувства што може да доведе до самоактуелизација и самораст, а исто и до препознавање и прифаќање на чувствата на другите. Ова препознавање на чувствата обезбедува основа за изразување емпатија кон другите(Watson, 1988).

-Развој на помагачка-доверлива врска, е есенцијална за спроведување на терапевтската грижа на пациентот. Кога пациентот гледа дека сестрата или лекарот навистина се грижат за него, тогаш тој ќе развие доверба и ќе верува дека здравствениот работник навистина се грижи за пациентите, што во голема мера го одредува понатамошниот тек на лекувањето (Watson, 1988). Негувањето на помагачко-доверливата врска вклучува изразување на искреност, емпатија, топлина и ефикасна комуникација.

-***Промоција и прифаќање на експресијата на позитивни и негативни чувства,*** вклучува сознание за чувствата што може да го подобри нивото на самосвест и контрола врз сопствените однесувања и активности. Вотсон објаснува дека чувствата можат да ги променат мислите и да влијаат врз однесувањето и дека е од суштинско значење здравствениот работник не само да ги препознае и прифати сопствените чувства, туку и да му помогне на пациентот да ги препознае и прифати неговите чувства исто така. Оние кои не се сензитивни кон сопствените чувства често имаат потешкотии да бидат осетливи кон чувствата на другите.

-Систематска примена на научен метод за решавање на проблемите и донесување на одлуки, се однесува на синтетизирањето на информациите од страна на медицинските работници за да овозможат холистичка грижа за пациентот.

-Промоција на интерперсонално подучување-учење, му овозможува на пациентот да биде информиран за тоа како и што ке се превзема во текот на лекувањето. Во помагачката врска, медицинската сестра го олеснува овој процес кој ги оспособува пациентите да се грижат самите за себе и да ги одредат личните потреби. Од суштинска важност е медицинскиот работник не само да го земе предвид когнитивното ниво, туку и емоциите, перцепциите и подготвеноста на пациентот, мотивацијата, со цел да се овозможи да пациентот ги апсорбира информациите и да може да ги употребува во самостојната грижа (Watson, 1988).

-Обезбедување на поддржувачка, протективна и/или корективна ментална, физичка, социокултурна и духовна средина. Според Вотсон зависноста на внатрешната и надворешната средина силно влијание врз болеста и здравјето. Ова вклучува земање предвид на менталната и физичката состојба на пациентот како и состојбата на надворешната средина. Удобноста, приватноста и безбедноста на пациентот се значајни фактори во детерминирањето на одговорот на пациентот кон неговата болест и лекување (Watson, 1988).

-Помош во задоволување на човечките потреби, се укажува на фактот дека медицинската сестра треба да биде свесна за потребите на пациентот.

-Дозволување не егзистенцијално-феноменолошки сили, За да му обезбеди холитичка грижа на пациентот, медицинската сестра мора да биде способна да го гледа светот преку очите на пациентот, на начин на кој го гледа самиот тој. Ова гледиште ќе и овозможи да разбере како пациентот се справува со животните настани (Watson, 1988).

Овие десет фактори ја обезбедуваат основата за грижа и помагање на пациентите. Бидејќи сите фактори се поврзани и изградени еден врз друг, отсуството на еден или повеќе од нив го инхибира обезбедувањето на холистичка грижа на пациентот.

Watson (1979) истакнува дека овие 10 фактори се заемнозависни и ги комбинира во 5 категории:

1. Хуманост;

2. Заемно почитување;

3. Професионални знаења и вештини;

4. Позитивна поврзаност;

5. Внимание кон преживувањето на другите.

Табела 1 Фактори на грижата и интервенции во склоп на грижата според теоријата на Вотсон

Фактори/категории на грижата	Соодветни интервенции во склоп на категориите на грижата
Хуманост	• Формирање на хуманистично-алтруистички систем на вредности • Влевање на верба, надеж • Градење на чувствителност кон себеси и кон другите
Заемно почитување	• Формирање на помагачко-доверлива врска • Промоција и прифаќање на изразувањето на позитивни или негативни чувства
Професионални знаења и умеења	• Систематска употреба на научен метод за решавање на проблеми и донесување на одлуки • Промовирање на интерперсонална врска подучување-учење
Позитивна сврзаност	• Обезбедување протективна, и/или корективна ментална, физичка, социо-културна и духовна средина
Внимание кон преживувањата на другите	• Помош при задоволувањето на човечките потреби

Wu,Larrabee and Putman (2006) тргнувајќи од концептот на грижата на Watson, во нивните истражувања истакануваат четири аспекти во структурата на грижата според кои ја создаваат и скратената верзија на CBI (Caring Behaviors Inventory) кој вклучува 24 позиции и ке биде користен во истражувањево.

4-те аспекти или фактори на грижата според нив се :

1. Осигурување на квалитет;

2. Професионални знаења и умеења;

3. Почитување;

4. Позитивна сврзаност;

1.2. КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЈА НА ПОИМОТ ПРОФЕСИОНАЛНО СОГОРУВАЊЕ

„Не може да има согорување ако нема горење"(Schaufeli, Leither & Maslach, 2009)

Стресот е нормален дел од секојдневието или како го нарекува Ханс Сели (Hans Selye) ***„солта на животот***", но ако ги надминува капацитетите и ресурсите на личноста да се избори со него или да го надмине, може да има сериозни последици и да доведе до бројни психо-соматски потешкотии, а во областа на професијата да дојде и до професионално согорување. Во професионален контекст стресогените фактори се различни: високо поставени цели, кратки рокови, преголеми професионални барања, неадекватен третман од страна на надредените или лоши односи со колегите, непосреден контакт и работа со луѓе кои се соочуваат со тешки животни проблеми и сл. Еден од најчесто споменуваните конструкти на професионалниот стрес кој се дефинира како емоционална, когнитивна и бихејвиорална реакција на негативните аспекти сврзани со суштината на работата претставува професионалното согорување или burnout syndrome. Професионалното согорување претставува кумулативна реакција на континуираното присуство на стресори во работното опкружување. Синдромот на професионално согорување или како уште го нарекуваат и болеста на модерното општество, зазема глобални димензии а интересот за професионалното согорување трае години наназад преку многубројни истражувања, студии, книги на оваа тема во контекст на различни професии и секаде се провлекува старото прашање: „Дали е можно навреме да се открие, како да се сврти погледот кон раните сигнали за предупредување? " Во контекст на ова би сакала да го споменам случајот со пилотот, млад човек кој го сруши авионот и за кој во јавноста се зборуваше дека една од можните теории е синдромот на професионално согорување и ако навреме биле препознаени симптомите кај пилотот (како такви се споменуваа: избегнување на социјални контакти, изолираност, слаба комуникација) можеби би можела да се спречи таква трагедија. Или случајот со медицинската сестра –акушерка, вработена во медицинска установа во Р. Бугарија, која долги години успешно ги исполнувала своите работни задачи до еден момент кога започнала брутално физички да повредува новороденче старо само 4 дена, во продолжение на 2 часа??? Се редат објаснувања од експерти зошто, како, се анализира нејзиното претходно однесување, социјалниот статус, брачниот статус (самохрана мајка на две деца)

недоволни примања поради што работела две смени по 12 часа без одмор??? Многу прашања, анализи –предоцна.

(Schaufeli et Buunk 2003) истакнуваат дека се појавуваат повеќе од 6000 изданија за burnout синдромот.

Ако гледаме историски наназад поимот burnout прв го употребува американскиот психолог Herbert Freudenberger во 1974 година каде во неговата статија: „Согорувањето:Високата цена на високите достигнувања" го опишува согорувањето на терапевти кои работат во клиника за наркозависници во САД, при што професионалното согорување го дефинира како специфична психолошка состојба која е последица на интензивен долготраен стрес на работното место.

Споредбено со името на статијата на Фројденберг ***- „Високата цена на високите достигнувања"*** резултатот од еден ***„изгорен професионалец***" би можеле едноставно да го опишеме како: ***„Видна професионална позиција, изгубени здравје и душа, богат ресурс во банка, сиромашна емоционална палета и дефицитни моменти со семејството, блиски и пријатели – „Превисока е цената".***

Професионалното согорување според дефиницијата на Freudenberger е „состојба на замор, исцрпеност пропратена со чувство на незадоволство која се јавува како резултат на преголема приврзаност на особата кон одредена цел, начин на живот или амбиција, а која цел не може да го донесе очекуваниот надоместок" (Freudenberger et Richelson,1980).

Од тогаш различни автори даваат различни дефинции и опис на професионалното согорување:

- Edelwich I Brodsky (1980): Синдромот на професионално согорување се развива како резултат на незадоволството или разочарувањето од работните акивности, губиток на ентузијазмот и енергијата.

- Maslach I Jackson (1982): Бихејвиорална манифестација на стресот од работното опкружување, сфатено како тродимензионален синдром кој го чинат емоционална исцрпеност, деперсонализација и намалено чувство на личен успех, лично постигнување. Го опишуваат синдромот на професионално

согорување како состојба на целосна физичка, емоционална и умствена исцрпеност, која ја следат хроничен замор, чувство на беспомошност и безнадежност, негативизам кон работата, околината и животот како целина. Личноста чувствува дека нема сила да се соочи и справи со уште еден работен ден.

- Perlman I Hartman (1982):Одговор на хроничен и емоционален стрес во три компоненти: емоционална и/или физичка исцрпеност, намалена работна продуктивност и деперсонализација.

- Pines I Kafry (1982):Хронична состојба на емоционална исцрпеност како резултат на постојан контакт со луѓето во подолг временски период.

- Burke(1987):Адаптација на стрес од работното опкружување кој го карактеризираат професионална дезориентација, чувство на вина како резултат на отсуство на лична оствареност, емотивно студенило, оттуѓеност.

-Maslach(1993):Психолошки синдром на емоционална исцрпеност, деперсонализација и намалено лично постигнување кој може да се јави кај нормални, здрави личности кои работат со луѓе.

-Schaufeli I Enzmann (1997): Трајна ментална негативна состојба поврзана со работата кај „нормални“ поединци примарно опишана како исцрпеност пропратена со непријатност, намалено чувство на лична компетентност, мотивација, ефикасност и работен елан.

-Gil – Monte I Peiro (1999): Одговор на хроничен стрес од работното опкружување кој води до чувство на емоционална празнина, развој на негативни ставови и чувства кон соработниците.

- Farber (2000): Одраз на целокупното влијание од работното опкружување, со оглед на тоа дека работната конкуренција бара повеќе и добри резултати за кратко време.

-Maslach, Shaufeli & Leiter (2001): Продолжен одговор на хроничен стрес и меѓуличните односи на работното место одреден според димензиите: исцрпеност, деперспнализација, цинизам и професионална неефикасност.

- Schaufeli I Buunk (2003): Резултат на разликите од поединечните очекувања и грубата реалност на секојдневниот професионален живот.

- (2019): 21-ва ревизија на меѓународната класификација на болестите во рамките на Светската Здравствена Организација (СЗО) во мај годинава, Синдромот на професионално согорување доби свој код во класификацијата – ***QD85*** каде е опишан како ***хроничен стрес во работната средина кој не бил совладан успешно*** и е претставен како состојба со симптоми на исцрпеност, намалена енергија, зголемена ментална дистанца од работата или чувство на негативизам или цинизам во врска со работата и намалена професионална или работна ефиксност.

Иако постои дефинирање на синдромот на професионално согорување од различни автори се смета дека најголем придонес дала Christina Maslach и нејзините соработници. Авторите согледувајќи ја целокупната палета на психосоматски манифестации како резултат на професионалниот стрес ги систематизирале основните симптоми на синдромот на професионално согорување во три димензии. Тие три димензии се :

1. **Емоционалната исцрпеност** се смета за централен симптом на синдромот на согорување (Demir A., Ulusoy M, Ulusoy M.F.,2003). Се јавува како резултат на интензивното давање, вложување на емоции во контакт со други луѓе. Кога емоционалните резерви ке се исцрпат човек не е способен да се дава, да вложува емоции во меѓучовечките односи. Константното емоционално давање без реципроцитет,со време ја празни емотивната акумулација на професионалниот работник водејќи до исцрпеност.

2. **Деперсонализацијата** подразбира безчуствителен, рамнодушен, негативен па дури и груб однос кон клиентите, колегите и околината. Може да дојде и до отуѓување или изолација од социјални контакти. Негативниот став може да води до едно грубо, несоодветно однесување кон оние на кои им е потребна помош, дури и повлекување од нив (Jeleč - Kaker 2008). Кај здравствените работици може да се манифестира како дехуманизиран во извесна мера и циничен однос кон пациентите што најдобро може да се забележи кога се обраќаат на пацинетите не по име, а со број на леглото/собата или заболувањето.

3. **Намалено чувство на личен успех, постигнување** - се манифестира преку индивидуална оцена на личноста за сопствените професионални вештини и компетентност како и способноста да се справи со различните професионални ситуации. Личноста е незадоволна од себеси и резултатите од работа, се проценува како неуспешна, некомпетентна, неефикасна и покрај големите напори.Намаленото чувство на лично постигнување води до губење на самодовербата па и до депресија. Чувството на личен успех и синдромот на професионално согорување се наоѓаат во инверзен однос, како се намалува задоволството од работата така се зголемува синдромот на професионално согорување и обратно.

Може да се каже дека емоционалната исцрпеност ја претставува *стресната* компонента на согорувањето, деперсонализацијата ја претставува *интерперсоналната* компонента, а чувството на намалено лично постигнување *самоевалуативната* компонента на професионалното согорување (Popov, Miljanović, Stojaković, & Matanović, 2013).

Според Maslach,Schaufeli & Leiter (2001) синдромот на професионално согорување почесто се јавува или ги „напаѓа" помагачките професии како здравствените работници, психолози, наставници, социјални работници итн. (Jeleč -Kaker 2008).

Доказите од истражувањата укажуваат на тоа дека согорувањето се јавува процентуално најмногу кај лекарите во однос на другите професии. (Shanafelt i dr. 2003, Wallace et al. 2009)

Според Maslach I Leiter (1997): „burnout " е индекс на дислокација помеѓу она што луѓето се и што треба да направат. Burnout претставува ерозија на вредностите, достоинството, духот и волјата и ерозија на на човековата душа.

1.2.1. Симптоми на синдромот на професионално согорување

1. **Физиолошки** - Schaufeli and Enzmann (1998) ги делат во три категории:

Физички симптоми, психосоматски поремтувања и физиолошки реакции (хроничен замор и исцрпеност, чести главоболки, пад или зголемување на телесната тежина, пореметување во спиењето (несоница навечер и желба за сон преку ден).

2. **Когнитивни -** забавеност во мислењето и однесувањето. Според Schaufeli and Enzmann (1998) „согорената " личност не е во состојба да се концентрира дури и за извршување на едноставни работни задачи, станува цинична и песимистична.

3. **Емоционални** - Се јавува чувство на безнадежност, раздразливост, чувство на губење контрола, неможност за контрола на емоциите, недоверба, чувство на тага и беспомошност, чувство на вина за сопствениот однос кон оние кои бараат помош и треба да им помогне, губење на самодовребата и самопочитувањето.

4. **Промени во однесувањето (бихејвиорални промени)** - Личноста станува раздразлива, напната, импулсивна. Почнуваат постојано да се жалат,едвај чекаат да дојде крајот на работното време, постојано негодуваат, пониска работна ефикасност, чести отсуства од работа.

5.**Социјални-** Ограничување на социјалните контакти, изолација, дистанцирање.

Во одредени истражувања како загрижувачки резултати се сметаат кога околу 20% од примерокот имаат развиено клинички симптоми и сеуште работат. (Houkes et al., 2011).

Личности кои се сметаат за сериозно „согорени" се оние кои имаат висок скор на Емоционалната исцрпеност во највисок ранг, како и висок скор барем на уште една од останатите димензии на согорувањето (Schaufeli et al., 2009)
Во некои случаи ваквите однесувањата сами по себе предизвикуваат долгорочни последици и влијаат на целокупниот живот на поединецот. Постојаните жалби од работата и семејната средина како „вентил" кој овозможува празнење на акумулираната фрустрација,може да водат до изолација, циничен однос кој блиските, кавги, развод.

1.2.2. Фази во развојот на синдромот на професионално согорување

Синдромот на професионално согорување не се случува преку ноќ, тој е еден кумулативен, прогресивен процес кој трае и со години. Американската психолошка асоцијација (American Psychological Association, APA) определува неколку етапи или фази во развојот на синдромот на професионално согорување.

1) **Стадиум на „меден месец”** – личноста е задоволна од својата работа, има големи очекувња, се забележува присуство на работен ентузијазам и енергија па сè изгледа возможно. Колегите и работната атмосфера се позитивно вреднувани, личноста целосно се дава, вложува огромни напори, останува прекувремено, презема голем број на работни обврски и има големи очекувања. Но, често големите очекувања водат и до огромни разочарувања. Во контекстот на трудов овде треба да се спомене дека здравствените работници или поточно лекарите, медицинските сестри по завршувањето на образованието влегуваат со голема надеж и очекувања од работата. Секој млад лекар верува дека со својот труд и знаење ке помогне на пациентите, ке ја даде соодветната грижа, ке помогне да се намалат тешкотиите, влегува со огромен ентузијазам и желба за работа, преземаат голем број на работни обврски, долги работни смени, сè во прилог да дадат помош на пациентите.

2) **Стадиум на будење/стагнација/** - личноста почнува да согледува дека претходните очекувања во однос на работата, колегите, работната организација се разминуваат со реалноста и дека очекувањата во врска со професијата биле избрзани. И покрај тоа личноста продолжува да работи интензивно, се изложува на дополнителен стрес, но сепак со надеж дека ке успее и ке ги оствари желбите и очекувањата во врска со работата. Сета таа упорност од една страна и немањето на соодветна позитивна реакција на вложениот напор во подолг временски период резултира со незадоволство, замор, гнев, намалена самодоверба, губење на увереноста за сопствените професионални способности. Овој стадиум

посебно е карактеристичен за специјализантите кои беспрекорно се даваат себеси, вложуваат во своето знаење, безрезервно се даваат на пациентите, но сепак согледуваат дека сето тоа не води до очекувањата кои ги имале на почетокот.

3) **Стадиум на хроничен замор** – во оваа фаза зголемениот интерес за работата и продуктивноста на трудот се намалуваат и постепено се заменуваат со честа раздразливост и чувство на замор. Се зголемува незадоволството и критичноста кон колегите и работната организација како целина. Се јавуваат пореметувања во исхраната и сонот. Неретко се појавува и консумација на алкохол, медикаменти или зголемена страст кон купување нешта. Личноста емоционално се изолира и повлекува. Често кон крајот на овој стадиум се појавуваат хронични заболувања што уште повеќе ја намалуваат работоспособноста и го засилуваат негативниот однос кон работата**.**

4) **Стадиум на целосно „согорување”/апатија -** основните симптоми во овој стадиум се чувство на исцрпеност, очај, апатија, безволност. Личноста не гледа излез од ситуацијата во која се наоѓа и смета дека најдобро е да ја напушти работата. Проблемите во овој стадиум добиваат сериозна форма и веќе реалноста за физичкото и психичкото здравје на личноста е многу сериозна. Личноста не гледа смисол ниту во работата ниту за било што во животот. Помеѓу првата и оваа последна фаза може да помине доста време, месеци па и години (3-4 години). Во последниот стадиум личноста се одлучува за промена или проблемот уште повеќе се задлабочува (Dedić, 2005).

И покрај тоа што се дадени доста објаснувања за појавата, симптомите и текот на развој на синдромот на професионално согорување, многу е тешко да се одреди и познае кога една личност е во процес на професионално согорување од причина што синдромот на професионално согорување е сложен процес на симптоми и поведенија кои се единствени и уникатни за секој човек.

1.2.3. Причини/Ризик фактори кои може да доведат до појава и развој на синдромот на професионалното согорување;

Едноставно кажано синдромот на професионално согорување е процес кој се настанува како резултат на продолжителното влијание на кумулативен професионален стрес и неуспешно справување со него. Стресогените фактори може да произлезат како од работната организација така и од самата личност (Ачкова.М, 2001).

Факторите кои може да доведат до појава и разој на синдром на професионално согорување може да се поделат во три основни категории:

1) **Работата** – овде се вбројуваат чувството на немоќ и недостиг на контрола над работните задолженија. Личноста чувствува дека нема соодветен позитивен фидбек за своите вложувања и признание за постигнатите успеси. Работата во монотона средина е исто толку опасна и ризична како и високотензична работна атмосфера.
2) **Начин на живот/животен стил** – Многубројните работни задачи и обврски водат до недостиг на време за социјални контакти и блиски емоционални врски кои ни даваат поддршка во тешки моменти.
3) **Личносни карактеристики** - Синдромот на професионално согорување се јавува и кај личности кои се перфекционисти, амбициозни, кои тежнеат кон совршенство, но и кај песимисти кои се со негативен поглед кон себе, другите и кон околината

1.2.4. Превенција и стратегии за справување со синдромот на професионално согорување

Бидејќи цената на синдромот на професионално согорување како за личноста како индивидуа, така и за организацијата може да биде исклучително скапа, треба да се преземаат соодветните мерки за превенција и стратегии за справување со овој феномен. Притоа, посебно важно е индивидуата и организацијата да дејствуваат во тесна соработка да се дојде до одредени позитивни резултати. Резултати од истражувања вршени во различни држави во светот покажуваат дека Burnout синдромот најмногу е застапен во Јапонија и Тајван (48-69%), во САД (20%) додека во Европа и Азија околу 28%.

Превенцијата на синдромот на професионално согорување пред сè се базира на учењето на препознавање на знаците и симптомите, вежбање, релаксација, идентификација на системот на поддршка и препознавање што секој сам за себе може да го направи.

Американското друштво на лекари интернисти во 2001 година предложило 5 основни мерки на примена за да се дојде до заштита од појава на синдром на професионално согорување. Тие пет мерки се следниве:

1. Водете грижа за себе – вклучете во работата некој вид на забава, пронајдете време за хоби, кога сте под стрес бидете со смејството повеќе од претходно.

2. Одредете ги границите на сопствено работно дејствување - разгледајте и анализарајте ги вашите работни обврски и задачи и научите да одредите каде треба да повлечете граница. Понекогаш е добро да се каже „НЕ“ и да си кажете себеси дека има поважни работи од медицината.

3. Одредете средства за надминување на стресот - изберете личност на која може да ѝ се доверите и да ви биде поддршка, и/или побарајте помош од психотерапевт.

4. Анализирајте се самите - одредете кои се вашите вредности и желби, кои се вашите вештини и што мразите да работите.

5. Надминување на комплексот дека другите се подобри од вас и дека некои работи само вам ви се случуваат. Секако дека медицината е дејност

која бара доста знаења и трпи чести нови научни промени и докази, сепак истото се случува и во многу други професии.

Георгиева и кол. (2013) зборуваат за следниве начини и методи за надминување и намалување на стресот на работното место, групирано во четири групи:

1. Во првата група се индивидуалите техники за заштита од стресот и синдромот на професионално согорување. Неопходно е заштитните мерки да се спроведуваат приоритетно со одредената личност. Редовни неформални средби со колегите при покомплицирани ситуации е протективна тактика со цел да не дојде до чувство на изолација и осаменост.

2. Работа во групи - целта е да се осигура социјална поддршка. Особено се распространети т.н. Балинт групи, во кои здравствените работници во соработка со други свои колеги бараат решение и разбирање на проблемот со кој се соочуваат.

3. Интервенции за обука – нивната цел е да се научат нови начини за справување со барањата на личноста која е засегната од професионално согорување. Загрозените или жртвите на синдромот на професионално согорување се обучуваат како сами да применуваат техники за релаксација како во работни услови така и во слободното време.

4. Организациони техники - тие се насочени кон стресогените фактори кои дејствуваат во работната средина и кои се надвор од контрола на индивидалните способности на личноста која извршува одредена работа. Балансираната распределеност на одговорностите и правата како во хоризонтална така и во вертикална насока е услов што секој менаџер или организација треба да го реализира, со цел создавање на ефикасна работна средина.

- Погоре беа спомнати ***Балинт групи*** како една од психотерапевтските методи. Методот на Балинт групите го носи името на лекарот и психоаналитичар кој го создал овој метод Michael Balint. Балинт бил убеден дека лекарот треба да се чувствува во „свои води“ како во областа на соматските болести така и во разбирањето на емоционалниот склоп на пациентот. Неговата работа опишана во книгата „Лекарот, пациентот и болеста“ започнува со обид на лекарите да им

бидат претставени психотерапевтски способности во контактот со пациентот за олеснување во прибирањето на податоци со крајна цел подобра дијагноза и лекување. Постепено Балинт групите се претвараат од средство за доразвивање на професионална компетентност пред сè во комуникацијата лекар-пациент и во начин за спречување на Burnout синдромот кај здравствените работници како и грижа за менталното здравје на здравствените работници. Лекарот се учи како да ги разбере подобро емоционалните реакции и состојбите на пациентите и како тие влијаат врз неговата болест. За да дојде до тоа лекарот треба да се научи да ја развива способноста да слуша, не само да задава прашања, бидејќи поставувањето прашања води до одговори, но не секогаш и до разбирање на самиот пациент. Балинтовите групи бројат од 8-12 индивидуи (најчесто се собираат еднаш во две седмици со времетрање од 1,5-2 часа) а се водат во присуство на лиценциран Балинт водач. Во секоја сесија обично има време за двајца лекари да претстават одреден случај со кој тие имаат проблем, прашања или се двоумат во своето решени во врска со лекувањето. Крајна цел е во тој групен процес да се дојде до разјаснување на емоционалната состојба поврзана со презентираниот случај. Така здравствениот работник покрај тоа што подобро ги спознава своите сопствени емоционални доживувања и стануваат свесни за пошкотиите што ги имаат, тие чувствуваат и дека имаат поддршка дека не се сами, дека има со кој да споделат дека се уморни, а и секако одлуките донесени како консензус од целиот тим влијаат врз тоа да го снема оној сомнеж дали е правилен начинот по кој ке се одвива процесот на лекување.

Како една од најважните во системот на социјалната поддршка е онаа од страна на семејството на здравствените работници. Demir et al. (2003) ја нагласуваат важноста на поддршката од страна на семејството во процесот на справување со професионалното согорување и се поврзува со намалување на емоционалниот замор и со повисоки професионални постигнувања.

1.2.5. Разлики меѓу стрес и професионално согорување

„Секој стрес остава неизбришлива лузна, а организмот ја плаќа ценатa на сопственото преживување на стресната ситуација така што станува малку по малку постар”*(Hans Selye)*

Стресот е неизбежен дел од секојдневието, но ако ги надмине ресурсите на личноста да се избори со него може да доведе до сериозни последици, а во областа на професијата професионалниот стрес да доведе до професионално согорување. Професионалниот стрес е стрес кој се јавува како резултат на интеракцијата помеѓу различните стресори кои произлегуваат од работната средина. Американскиот институт за безбедност при работата и здравјето) NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health USA) го дефинира професионалниот стрес како штетна физичка и емоционална реакција до која доаѓа кога барањата на работата не се во склад со способностите, ресурсите или очекувањата на работникот.

Иако стресот е примарна причина за појава на синдромот на професионално согорување овие два поими не може да се изедначат бидејќи постојат значајни разлики помеѓу нив. Додека стресот е привремена состојба синдромот на професионално согорување е процес кој трае подолг временски период и има слика на хронично пореметување. За разлика од стресните реакции кои се акутни, професионалното согорување преставува кумулативна реакција на континуираното присуство на стресори во професионалното работно опкружување. За разлика од стресот кога личноста најчесто се свесни, во професионалното согорување често е потребно време за личноста да стане свесна таа состојба и да се соочи со неа.

Разликата меѓу стресот и синдромот на професионално согорување на едноставен начин може да се објасни како:

- Кога стресот е во прашање на личноста ѝ е ПРЕМНОГУ од сѐ:(премногу очекувања, задачи, притисок);

- Кога професионалното согорување е во прашање на личноста ѝ е се НЕДОВОЛНО (нема доволно надеж, мотивација, нема доволно сила, сѐ дејствува безсмислено, се јавува апатичност, цинизам).

Разликата помеѓу стресот и синдромот на професионално согорување може да се види во табела 2.

Табела 2: Разлики помеѓу стрес и Burnout синдром

СТРЕС	**BURNOUT**
Се карактеризира со преголемо учество, ангажираност	Се карактеризира со недоволно учество
Панични, бурни, силни емоции	Тапи емоции
Продуцира итност и хиперактивност	Продуцира безпомошност и безнадежност
Загуба на енергијата	Загуба на мотивација, идеали и надеж
Води кон неспокојство немир, тревога	Води кон одвоеност и депресија
Примарната последица/повреда е физичка	Примарната последица е психичка, емоционална
Може прерано да ве убие	Предизвикува чувство дека животот е тежок и не е вреден за живеење
Временски ограничена состојба	Прогресивен процес

Извор:Stress and Burnout in Ministry (Smith,Segal & Segal,2014)

1.2.6. Синдромот на професионално согорување кај здравствените работници

Во медицинската професија се развиени одредени митови кои придонесуваат за развојот на синдромот на професионално согорување. Така на пример постои една општествено генерализирана слика за лекарите: Лекарот мора да знае сè, да биде непогрешив, да владее над своите емоции, секогаш сигурен во својот став и одлуки бидејќи несигурноста е знак на слабост и незнаење (Mazzi & Ferlin, 2004). За лекарот пациентот треба да е на прво место и да биде на негово располагање не само во процесот на лекување туку и емоционално да биде расположив, а до друга страна да ги контролира своите емоции. Никој не гледа

на здравствените работници од една друга перспектива, дека и тие се обични луѓе со свои потреби и проблеми како и секоја друга индивидуа која треба да води сметка за сопственото ментално здравје со цел превенција на себеси од професионално согорување и давање на соодветна грижа на пациентите.

Работата на лекарите и медицинските сестри е одговорна, бара огромна издржливост, трпение, внимание, набљудување, интуиција, решителност, оптимизам, емпатија, вклучува константен емоционален набој соочувајќи се со страдањата на пациентите што подразбира висок и постојан психо-емоционален стрес и често се принудени да постават своевидна бариера за психолошка заштита од пациентите, во спротивно постои опасност од професионално согорување.

Емоциите кај здравствените работници по правило се амбивалентни: Задоволство од успехот на лекувањето или успешната операција, чувство на сопствена вредност, емпатија кон другите, прифакање и почитување на колегите, но и жалење, депресија поради погрешна дијагноза или грешки во приложената лекарска терапија, завист од колегите, чувство на професионално незадоволство и сл. (Латенко Ю.А.,2009)

Од една страна директниот контакт со пациентите кои се личности од различни возрасни групи, различен социјален статус, различено интелектуално ниво, пациенти во терминална фаза на болеста, пациенти кои често не се спремни за соработка, немотивирани за прием на нега, често и континуирано приговараат, негодуваат, барање брзо решавање на проблемот, имаат свој став за болеста и лекувањето и сл.Исто така овде би ја споменела и безбедноста на здравствениот работник во средината каде работи и каде за жал е изложен на сè почести вербални закани, па и примена на физичка сила пред сè од незадоволните блиски на пациентот, а понекогаш и од самиот пациент што претставува дополнителен стрес за здравствениот работник, и деградација на неговата личност. Од друга страна се организационите фактори, како долги работни часови, дежурства, недостиг на персонал, недостиг на медицинска апаратура и лекарства, конфликти помеѓу вработените, ноќни смени, продолжено работно време, голем обем на писмена документација и сл.

Да не го заборавиме и личниот живот на здравствениот работник, неговата улога како партнер, родител и како треба да ги усогласи работните обврски со семејните. Овде би сакала да кажам и свое видување како сопруга на лекар дека е потребен значителен напор да се воспостави баланс помеѓу работните обврски и семејните задачи и обврски. Како што е потребен напор од самиот лекар во случајов, така е потребен и голем напор, разбирање и поддршка од членовите на семејството. Особено треба големо ангажирање околу улогата на родител и пронаоѓање соодветен начин да им се објасни на децата зошто тато нема работно време, зошто требаше да си играме, а тато замина на работа (итен случај) зошто патувањето што го планиравме се откажа во моментот кога спремни се качивме во автомобил, стигнува телефонски повик: „Колега ке има операција, треба да дојдете...“ и нормално патувањето се откажува. Возрасните можат и мора да разберат, станува збор за човечки живот, но треба труд тоа да се објасни на мало дете кое ти вели ***„Јас сум ти најважна тато не може друг да ти биде поважен“...*** и уште многу такви примери и случки...

Колку и да го ставаме акцентот на тоа дека е потребно да се постави една граница помеѓу личниот и професионалниот живот кај лекарите тоа едноставно е невозможно.

Доколку здравствениот работник нема доволно капацитет да се носи и справи со секојдневите случувања и работни обврски и ја нема соодветната социјална поддршка води до еден бесчуствителен, нехуман однос кон пациентите пред сè гледајќи на нив како на предмети, а не како на поединци, личности. Се доаѓа до степен кога она што на почетокот се поставило како цел да се помогне на пациентот, безусловно да се укаже грижа на пациентот, станува непријатно и безначајно. Целата енергија преминува во исцрпеност,посветеноста во цинизам, ефикасноста во неефикасност.

Затоа секој здравствен работник треба пред сè да поработи на себе-грижата, која претставува еден активен процес на препознавање и задоволување на своите потреби, инвестирање и преземање на превентивни мерки во правец на зачувување и одржување на психо-физичката состојба.

Работната околина и работните услови, воведувањето на нова технологија, нови научни и стручни сознанија,зголемените психофизички барања од

здравствените работници може да доведат до една епидемија на болест предизвикана од работата, работната средина и работните услови (Eriksen et al. 2006).

Како што ефектите од професионалното согорување се штетни и се одразуваат негативно на самата личност и нејзината благосостојба, така се штетни и за самата здравствена установа (честите отсуства, боледувања, финансиски негативно се одразуваат на самата здравствена установа, а не често се и мета на медиумите поради зачестената смртност поради лекарски грешки). Податоците од спроведени истражувања покажуваат дека само во САД смртноста поради медицинска грешка се проценува на 250000 смртни случаи годишно што ја прави 3-та по ред водечка причина за смртност. Како општ заклучок од статии посветени на синдромот на професионално согорување кај здравствените работници се извлекува податокот дека феноменот на согорување е најмногу присутен кај хирурзите и кај оние што работат на ургентни одделенија, многу повеќе отколку кај клиничките специјалисти од другите области на медицината. Општата преваленца кај сите специјалисти изнесува 35,7%. Поточно кај општите хирурзи, анестезиолози, гинеколози и ортопеди е присутен во 40,8 %, кај оние од интернистичките гранки, пластичните хирурзи и педијатрите во 30 %, кај отоларинголозите и невролози 15,4 %

3. РЕЛЕВАНТНИ ЕМПИРИСКИ ИСТРАЖУВАЊА

Истражувањата за врската помеѓу различните аспекти на грижата и синдромот на професионално согорување се многу малку и во главно се фокусирани на медицинските сестри и грижата што тие ја укажуваат на пациентите.

Во една студија спроведена на 350 медицински сестри со полно работно време во Луизијана, Moffett (2002) ја испитува врската помеѓу афективната компонента на грижата и синдромот на професионално согорување кај медицинските сестри. Во студијата се доаѓа до заклучок дека ставот за укажување на грижа служи како медијатор во согорувањето кај медицинските сестри и го зајакнува чувството за лично постигнување (Moffett, 2002).

Во друго истражување проучувајќи го мислењето на 3500 регистрирани медицински сестри во Северна Каролина (САД), Perry (2006) доаѓа до резултат дека “the caratives” категориите со соодветните “caratives” интервенции (од теоријата на Watson) влијаат на burnout синдромот и како такви најголемо влијание покажуваат врз категоријата „лични постигнувања“ (16,5%).

Omdahl and O’Donnell (1999) истражуваат до кој степен емпатијата (како компонента на грижата) придонесува за професионален стрес и професионално согорување. Проучувани се: сочувството, емоционалната зараза (споделување на емоциите на пациентите), емпатичната загриженост (кога е насочена кон пациентот) и комуникативната ефикасност (ефективна комуникација со пациентите и нивните семејства). Професионалното согорување биле проучувани преку променливите – емоционална исцрпеност, деперсонализација и чувство на намален личен успех. Резултатите покажале дека недостатокот на емпатична загриженост, несоодветната или лоша комуникација и високата емоционална зараза значително придонесуваат за намалено лично постигнување.

Leininger (2001) ја разгледува идејата дека „грижливото“ однесување варираат и во зависност од карактеристиката на социјалната структура во одредена култура.

Во едно истражување спроведено на 676 медицински сестри од три медицински центри во Тајван бил користен CBI инвентарот за мерење на димензиите на

приложената грижа. Резултатите покажале 44,98% burnout како резултат на грижата за пациентот. Медицинските сестри со повисок степен на burnout пријавиле значително понизок квалитет на грижа и помалку грижливо однесување во однос на медицинските сестри со понизок степен на burnout (International Journal of Evidence-Based Healthcare (C) 2014).

Трендафилова Јанкова (2016), истражувајќи го влијанието на здравствената грижа врз синдромот на професионално согорување кај 410 здравствени работници, дошла до резултати дека грижливото однесување е постресогено за медицинските сестри отколку за другите здравствени работници (лекари и здравствени техничари) што би можело да се објасни со блискиот непосреден контакт со пациентот, како и дека синдромот на професионално согорување се јавува во повисок степен кај медицинските сестри, што посебно се манифестира преку дистанцираност во комуникацијата со пациентите и колегите (осигурувањето на директна беспрекорна грижа на пациентот води до високо ниво на деперсонализација) и намалено чувство на личен успех. Исто така резултатите покажале дека големиот обем на работа и големиот број на работни часови, ноќните смени ја зголемува емоционалната исцрпеност и води кон намалена самооцена на личната компетентност и персоналната ефективност. Испитаниците со високи нивоа на деперсонализација многу ретко даваат можност на пациентот да ги изрази чувствата во врска со заболувањето.

Георгиева и кол. (2008) го проучуваат присуството на психо-емоционалната исцрпеност кај медицински сестри кои работат на детска клиника за генетски заболувања.Резултатите покажале присуство на психо-емоционална исцрпеност кај 48% од испитаните медицински сестри. Емоционалната исцрпеност води до незаинтересираност, апатија, неоснован гнев и дехуманизација.

Во друго истражување на Цонева и кол. (2010; 2011) за аспектите на синдромот на професионално согорување кај медицински персонал во ОАИЛ, резултатите покажале висок општ степен на Burnout кај медицинскиот персонал и повисок степен на емоционална исцрпеност кај медицинските сестри. Фактор со висок потенцијал за стрес, според податоците, е грижата за пациентите во критична состојба. Според авторите, медицинските сестри почесто ја идентификуваат

потребата за брзо одлучување во ектремни ситуации како извор на стрес на работното место.

Во друго истражување спроведено од страна на Ненова и кол.(2005), спроведено врз медицински персонал во ВМА-Софија, се проучува врската помеѓу карактеристиките на работното место и емоционалната исцрпеност,користејќи ја методиката на MBI. Резултатите покажале дека кај медицинските сестри во повисок степен биле развиле симптоми на burnout синдром во однос на лекарите.

Истражувањето на Маринова и кол.(2010) го испитуваат синдромот на професионално согорување и ризик факторите за негова појава во интензивни одделенија. Авторите доаѓаат до резултати дека негативните емоции на работното место кои произлегуваат од високите побарувања, вниманието и набљудувањето на пациентот, доведуваат до психичката и физичка оптовареност. Факт кој вознемирува според авторите е недостаток на адекватна информираност за превенција и стратегии за справување со стресот на работното место.

Други проучувања на феноменот “burnout” покажуваат дека зголеменото работно оптоварување и продолжениот број работни часови како дополнителен труд го стимулираат развојот на синдромот на професионално согорување (Byrne B.M.,1994; Mazur P.J., Lynch M.D.1989; Van Wijk C.,1997). Аналогни резултати се добиени и помеѓу продолженоста на работниот ден и синдромот на професионално согорување, бидејќи тие две променливи се тесно поврзани помеѓу себе (McGrath A.et al.,1989; Van Wijk C.,1997).

Друго истражување na Ајла Паинс (1996), универзитетски професор, покажува дека продолжениот број на работни часови не е доволна причина за професионално согорување поткрепувајќи го тоа со резулатите од истражувањето на успешни предприемачи кои работат по 12 часа на ден и не страдаат од согорување, бидејќи доживуваат задоволство од својата работа и постигнатите резултати кои се јасни и видливи. Од друга страна се медицинските сестри кои работат само по 5 часа на одделение за деца со изгореници и колку и да се трудат не можат да ги видат посакуваните резултати и самото тоа ги прави жртви на синдромот на согорување.

2. МЕТОДОЛОШКИ ДЕЛ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

2.1. Предмет, задачи и цел на истражувањето

Предмет на ова истражување е да се проучи врската помеѓу аспектите на здравствената грижа и синдромот на професионално согорување кај здравствени работници,влијанието на грижата врз синдромот на професионално согорување како и да се утврди дали постои разлика во степенот на професионално согорување кај здравствени работници од Република Северна Македонија и Република Бугарија.

- Конкретни задачи на ова истражување се :

1. Да се утврдат разлики во нивото на аспектите на грижата помеѓу здравствените работници од Република Северна Македонија и Република Бугарија;

2. Да се утврдат разлики во димензиите на синдромот на професионално согорување помеѓу здравствените работници од Република Северна Македонија и Република Бугарија;

3. Да се утврди поврзаност помеѓу здравствената грижа и синдромот на професионално согорување кај здравствени работници;

4. Да се утврди влијание на аспектите на здравствената грижа врз синдромот на професионално согорување кај здравствени работници;

5. Да се утврди разлика во степенот на професионално согорување помеѓу лекари и медицински сестри;

- Целта на истражувањето е да се добијат сознанија дали и во кој степен грижата што ја укажуваат здравствените работници на пациентите е поврзана со појавата на синдромот на професионално согорување, како и да се утврдат евентуалните разлики во нивото на професионалното согорување кај здравствените работници од Република Северна Македонија и Република Бугарија. Најголемиот број истражувања во врска со тоа како укажаната грижа на пациентот влијае врз развојот на синдромот на професионално согорување се истражувања вршени кај медицинските сестри, па затоа во ова истражување

ќе се проучи дали во иста или поголема мера грижата придонесува за развој на burnout и кај лекарите. Доколку се утврди дека укажаната здравствена грижа во висок степен доведува до појава на професионално согорување, овој труд би можел да биде подлога за понатамошни истражувања и предлог за зголемена присутност на психолошки тимови во здравствените установи како и формирање на Балинт групи кои веке во повеке медицински установи на територијата на Република Бугарија се застапени со цел превенција на професионалното согорување.На тој начин водејќи сметка за менталното здравје на здравствените работници ке се подобри и квалитетот на грижата која лекарите и медицинските сестри им ја пружаат на пациентите.

2.2. ИСТРАЖУВАЧКИ ХИПОТЕЗИ

Согласно прегледот на теоретската позадина и релевантните истражувања поставени се следниве хипотези и потхипотези:

Хипотеза 1: Постои статистички значајна разлика во нивото на аспектите на грижата за пациентот помеѓу здравствените работници од Република Северна Македонија и Република Бугарија.

- **Потхипотеза 1.1.** Постои статистички значајна разлика во степенот на осигурување квалитет.
- **Потхипотеза 1.2.** Постои статистички значајна разлика во степенот на професионални знаења и вештини.
- **Потхипотеза 1.3.** Постои статистички значајна разлика во степенот на почитувањето.
- **Потхипотеза 1.4.** Постои статистички значајна разлика во степенот на позитивна сврзаност.

Хипотеза 2: Постои статистички значајна разлика во степенот на синдромот на професионално согорување помеѓу здравствените работници од Република Северна Македонија и Република Бугарија.

- **Потхипотеза 2.1.** Постои статистички значајна разлика во степенот на емоционалната исцрпеност.
- **Потхипотеза 2.2.** Постои статистички значајна разлика во степенот на деперсонализација.
- **Потхипотеза 2.3.** Постои статистички значајна разлика во степенот на чувството на личен успех.

Хипотеза 3: Постои статистички значајна разлика во однос на приложената грижа и синдромот на професионално согорување помеѓу медицински сестри и лекари.

Хипотеза 4: Постои статистички значајна поврзаност помеѓу грижата и синдромот на професионално согорување.

- **Потхипотеза 4.1**. Постои статистички значајна поврзаност помеѓу грижата и синдромот на професионално согорување кај испитаниците од Република Северна Македонија.
- **Потхипотеза 4.2.** Постои статистички значајна поврзаност помеѓу грижата и синдромот на професионално согорување кај испитаниците од Република Бугарија.

Хипотеза 5: Грижата статистички значајно влијае врз синдромот на професионално согорување кај сите испитаници.

- **Потхипотеза 5.1.** Осигурувањето на квалитет статистички значајно влијае врз синдромот на професионално согорување .
- **Потхипотеза 5.2.**Професионалните знаења и вештини статистички значајно влијаат врз синдромот на професионално согорување.
- **Потхипотеза 5.3.**Почитувањето статистички значајно влијае врз синдромот на професионално согорување
- **Потхипотеза 5.4.** Позитивната сврзаност статистички значајно влијае врз синдромот на професионално согорување.

2.3. МЕТОД

2.3.1. Испитаници

Предметната популација за која се наменети резултатите од овој труд се здравствени работници, односно лекари и медицински сестри од Република Северна Македонија и Република Бугарија. Достапна популација се здравствени работници (лекари и медицински сестри) вработени во државни здравствени установи и тоа ЈЗУ„Клиничка болница“-Штип и УМБАЛ „Канев“ АД- Русе, Република Бугарија.

За потребите на ова истражување беше одбран пригоден примерок составен од 120 испитаници еднаков број на лекари и медицински сестри, односно 30 лекари и 30 медицински сестри од Република Северна Македонија како и 30 лекари и 30 медицински сестри од Република Бугарија.

2.3.2. Варијабли во истражувањето

Варијабла1:Здравствената грижа за пациентот (Независна варијабла)

Во рамките на оваа варијабла влегуваат следниве аспекти:

- Осигурување на квалитет;

- Професионални знаења и вештини;

- Почитување;

- Позитивна сврзаност;

Варијабла 2: Синдром на професионално согорување(Зависна варијабла)

Во рамките на оваа варијабла се мерат три димензии:

- Емоционална исцрпеност;

- Деперсонализација;

- Чувство на личен успех;

Како релевантни варијабли во ова истражување ке се земат предвид:

- Возраст (испитаниците се на возраст од 24 до 65 години);

- Работен однос (сите испитаници работат во државни установи со полно работно време);

- Професија(60 испитаници се лекари,60 испитаници се медицински сестри);

- Образование (Испитаниците се со завршено средно образование, високо образование, магистерски или докторски студии).

2.3.3. Мерни инструменти

За потребите на ова истражување ке се користат два прашалници, и двата преведени на македонски и бугарски јазик според потребите на предметната популација.

I. Caring Behaviors Inventory (CBI), скратена форма (Wu et al.,2006)

CBI содржи 24 позиции со шест степена скала од Ликертов тип (дијапазон од 1 до 6) при што испитаниците треба да одговорат во кој степен понудените тврдења се однесуваат на нив. Овој инвентар ги мери четирите аспекти на грижата која се укажува на пациентот:

1.Осигурување на квалитет (ги опфаќа активностите како: индивидуализирање на грижата, комуникација со пациентот, насочување на пациентот да ги сподели проблемите, брза реакција на потребите на пациентот, правилно и навремено спроведување на манипулациите, осигурување на физичка и психичка удобност на пациентот). Вклучува 8 позиции.

2. Професионални знаења и вештини (владеење на манипулативната техника и работата со медицинската апаратура, давање информации на пациентот со цел да се донесат и преземат соодветни решенија за текот на грижата). Вклучува 5 позиции.

3.Почитување (однесување кое вклучува активно слушање, почитување на личноста на пациентот, емпатично однесување и поддршка, давање можност на пациентот за изразување на емоциите, вклучување на пациентот во понатамошното планирање на грижата). Вклучува 6 позиции.

4.Позитивна сврзаност (обучување на пациентот за развивање вештини за автогрижа, појавување на сочувствителност и однесување на основите на хуманизмот). Вклучува 5 позиции.

Општиот резултат за секоја скала го одредува нивото на секој од набљудуваните аспекти на грижата.

II. Maslach Burnout Inventory (MBI), (Maslach & Jackson,1996) е најчесто користен инвентар за процена на ризикот за појава на синдромот на професионално согорување. Се состои од 22 ајтеми кои се поделени во три дела и се истражуваат три димензии:

1.Емоционална исцрпеност (ги мери чувствата на емоционална исцрпеност и преоптеретеност поврзани со самата работа (се јавуваат чувства на: хроничен замор, замор при самата помисла дека треба да се помине уште еден работен ден, физички проблеми, нарушување на сонот). Оваа димензија вклучува 9 ајтеми.

Значењето на резултатите е:

- Вкупен скор 1 или помалку - ниско ниво на професионално согорување;

- Вкупен скор помеѓу 18 и 29 – средно ниво на професионално согорување;

- Вкупен скор над 30 – високо ниво на професионално согорување.

2.Деперсонализација (доаѓа до дехуманизација во интерперсоналните односи). Ги мери бесчувствителноста, безличноста, студениот, несоодветен па дури и негативен однос кон примателите на грижа, обид за создавање на дистанца од примателите на грижа, појава на цинизам и негативен став кон колегите. Оваа димензија вклучува 5 ајтеми.

Значење на резултатите:

- Вкупен скор 5 или помалку - ниско ниво на професионално согорување;

- Вкупен скор помеѓу 6 и 11 – средно ниво на професионално согорување;

- Вкупен скор 12 или повеќе – високо ниво на професионално согорување.

3.Чувство на личен успех – Чувството на личен успех се однесува на самоевалуацијата т.е. ги мери сопствените способности, чувството за компетентност и успешност во сопствената работа. Кога чувството на личен успех е намалено личноста се чувствува како да не може да се движи напред во својата работа. Почнува да се сомнева во сопствените основни способности, се јавува чувство на некомпетентност, намалена лична ефикасност и продуктивност и негативно оценување на сопствената компетентност и работни способности. Вклучува 8 ајтеми.

Значење на резултатите:

- Вкупен скор 33 или помалку - високо ниво на професионално согорување;

- Вкупен скор помеѓу 34 и 39 – средно ниво на професионално согорување;

- Вкупен скор 40 и повеќе – ниско ниво на професионално согорување.

Високиот скор од првите два дела и нискиот скор од третиот дел може да укажува на професионално согорување.

2.3.4. ПОСТАПКА

Истражувањето беше спроведено во Русе, Република Бугарија (септември, 2018 год.) и Штип, Република Северна Македонија (февруари, 2019 год.). На испитаниците им беше објаснето дека собирањето на податоци е за научни цели, дека е целосно анонимно, имаат гарантирано целосна дискреција и ако во текот на пополнувањето на прашалниците сакаат да се откажат, можат слободно да го сторат тоа.Пред пополнување на постапката им беше објаснета постапката на пополнување.Беше зададена анкетна карта со основни социодемографски податоци, потоа се продолжи со останатите два прашалници.

2.3.5. СТАТИСТИЧКА ОБРАБОТКА НА ПОДАТОЦИТЕ

За интерпретација на добиентите податоци беа користени соодветни статистички постапки:

- Т- тест за независни примероци (за утврдување на разликите помеѓу здравствените работници од Република Северна Македонија и Република Бугарија);
- Корелациона анализа - за утврдување на поврзаноста на варијаблите;
- Мултипла линеарна регресиска анализа (за утврдување на влијанието на грижата врз синдромот на професионално согорување)

Податоците беа обработени со статистичкиот пакет за мултиваријациски методи SPSS.

3. РЕЗУЛТАТИ

Во овој дел ке бидат претставени добиените резултати од истражувањето . Резултатите се поделени во неколку дела .

Во првиот дел ке бидат прикажани основните статистички показатели кај македонските и бугарските здравствени работници. Во вториот дел ке бидат прикажани разликите помеѓу испитаниците поделени во неколку групи кај сите варијабли. Во третиот дел ќе биде прикажана поврзаноста на варијаблите кај сите испитаници. Во четвртиот дел ќе биде прикажано влијанието на аспектите на грижата и грижата како целина врз аспектите на синдромот на професионално согорување.

Табела 3. Основни статистички показатели кај **лекарите од Р. Бугарија**

ВАРИЈАБЛИ	N	Арит. Сред.	Мин	Макс	С.Д.
ОК	30	4.79800	3.75000	5.75000	0.535585
ПЗВ	30	5.40667	4.40000	6.00000	6.388208
ПОЧИТ	30	4.34600	2.66000	6.00000	6.388208
ПС	30	4.12000	2.40000	5.80000	6.388208
ГРИЖА	30	4.66500	3.58000	5.84000	6.388208
ЕИ	30	26.73333	10.00000	47.00000	6.388208
ДЕП	30	12.73333	4.00000	23.00000	6.388208
ЧЛУ	30	32.53333	22.00000	43.00000	6.388208

Во *Табела 3.* Се претставени основните статистички показатели кај лекарите од Р.Бугарија:

N (број на испитаници); М (аритметичка средина); Мин (минималниот скор); Макс (максималниот скор); С.Д.(стандардна девијација).

Табела 4. Основни статистички показатели кај **медицински сестри од Р.Бугарија**

ВАРИЈАБЛИ	N	Арит. Сред.	Мин	Макс	С.Д.
ОК	30	4.90600	3.37000	5.75000	0.509953
ПЗВ	30	5.44000	4.00000	6.00000	0.526275
ПОЧИТ	30	4.46300	3.16000	5.66000	0.719105
ПС	30	4.32000	2.80000	5.80000	0.721302
ГРИЖА	30	4.77833	3.82000	5.74000	0.522382
ЕИ	30	23.86667	5.00000	42.00000	9.514901
ДЕП	30	9.13333	0.00000	17.00000	5.270172
ЧЛУ	30	34.20000	21.00000	47.00000	5.767926

Во *Табела.4* се претставени основните статистичките показетели кај медицинските сестри од Р.Бугарија;

Табела 5. Основни статистички показатели кај **лекарите од Република Северна Македонија**

ВАРИЈАБЛИ	N	Арит. Сред.	Мин	Макс	С.Д.
ОК	30	4.86400	3.62000	6.00000	0.588409
ПЗВ	30	5.45333	4.00000	6.00000	0.560624
ПОЧИТ	30	4.74067	3.16000	5.83000	0.696810
ПС	30	4.58000	2.80000	5.60000	0.711191
ГРИЖА	30	4.90567	3.59000	5.85000	0.562345
ЕИ	30	25.03333	15.00000	37.00000	5.530376
ДЕП	30	15.46667	10.00000	21.00000	2.239663
ЧЛУ	30	23.83333	18.00000	32.00000	3.630174

Во *Табела 5.* се претставени основните статистички показатели кај македонските лекари;

N (број на испитаници); M (аритметичка средина); Мин (минималниот скор); Макс (максималниот скор); С.Д. (стандардна девијација).

*Табела6.*Основни статистички показатели кај **медицинските сестри од Република Северна Македонија**

ВАРИЈАБЛИ	N	Арит. Сред.	Мин	Макс	С.Д.
ОК	30	4.81800	3.62000	5.75000	0.488703
ПЗВ	30	5.30000	4.40000	6.00000	0.494801
ПОЧИТ	30	4.51933	3.50000	5.50000	0.632406
ПС	30	4.49333	3.20000	6.00000	0.644838
ГРИЖА	30	4.77867	3.77000	5.65000	0.463061
ЕИ	30	23.43333	11.00000	42.00000	7.290444
ДЕП	30	13.56667	9.00000	20.00000	2.884959
ЧЛУ	30	24.90000	19.00000	32.00000	3.437621

Во *Табела 6.* се претставени основните статистички податоци за македонските медицински сестри;

Во продолжение следуваат табелите за секоја варијабла одделно помеѓу медицинските сестри од Република Северна Македонија и Република Бугарија, помеѓу лекарите од Република Северна Македонија и Република Бугарија и помеѓу сите здравствени работници од Република Северна Македонија и Република Бугарија.

3.1. *Резултати од Т – тест за независни примероци меѓу медицински сестри од Р. Северна Македонија и медицинските сестри од Р. Бугарија*

Табела 7. Т-тест за независни примероци кај ***Осигурување на квалитет*** како субваријабла на грижата помеѓу медицинските сестри од Р. Северена Македонија и медицинските сестри од Р. Бугарија.

Т- тест	M МК	M БГ	T	df	P	N	N	SD MK	SD BG	F	P
Осигурување квалитет	4.81	4.99	1.31	58	0.19	30	30	0.45	0.52	1.13	0.74

Во *Табела 7*. е претставен Т-тест за независни примероци кај ***Осигурување на квалитет*** како субваријабла на грижата помеѓу медицински сестри од Република Северна Македонија (М/МК) и медицинските сестри од Република Бугарија (М/БГ). Од табелата може да се забележи дека не постои статистички значајна разлика во однос на оваа субваријабла на грижата помеѓу медицинските сестри.

Табела 8. Т- тест за независни примероци кај ***Професионални знаења и вештини (ПЗВ)*** како субваријабла на грижата помеѓу медицинските сестри од Република Северна Македонија и Република Бугарија.

Т- тест	**М МК**	**М БГ**	**Т**	**Df**	**p**	**N**	**N**	**SD MK**	**SD BG**	**F**	**P**
ПЗВ	5.30	5.46	-1.40	58	0.16	30	30	0.49	0.43	1.31	0.46

Во табела 8.е претставен Т-тест за независни примероци кај Професионални знаења и вештини како субваријабла на грижата помеѓу медицинските сестри од Република Северна Македонија и Република Бугарија. Од табелата може да се забележи дека не постои статистички значајна разлика во однос на оваа субваријабла на грижата.

Табела 9. Т- тест за независни примероци кај **Почитта** како субваријабла на грижата меѓу медицинските сестри од Република Северна Македонија и медицинските сестри од Република Бугарија

Т- тест	**М МК**	**М БГ**	**t**	**Df**	**p**	**N**	**N**	**SD MK**	**SD BG**	**F**	**P**
ПОЧИТ	4.51	4.52	-0.05	58	0.95	30	30	0.63	0.67	1.15	0.70

Во Табела 9. е претставен Т – тест за независни примероци кај почитта како субваријабла на грижата меѓу медицинските сестри од Република Северна Македонија и Република Бугарија. Од табелата може да се забележи дека **не постои статистички значајна разлика** меѓу аритметичките средини кај медицинските сестри.

Табела 10. Т- тест за независни примероци кај **Позитивната сврзаност** како субваријабла на грижата помеѓу медицинските сестри од Република Северна Македонија и медицинските сестри од Република Бугарија

Т- тест	M МК	M БГ	t	Df	p	N	N	SD МК	SD BG	F	P
ПС	4.49	4.35	0.81	58	0.41	30	30	0.64	0.65	1.03	0.93

Во Табела 10. е претставен Т – тест за независни примероци кај позитивната сврзаност како субваријабла на грижата меѓу медицинските сестри од Р.Северна Македонија и Р.Бугарија. Од табелата може да се забележи дека **не постои статистички значајна разлика** меѓу аритметичките средини кај медицинските сестри.

Табела 11. Т- тест за независни примероци кај **Грижата** меѓу медицинските сестри од Р. Северна Македонија и медицинските сестри од Р. Бугарија.

Т- тест	M МК	M БГ	t	Df	P	N	N	SD МК	SD BG	F	P
ГРИЖА	4.77	4.83	-0.44	58	0.65	30	30	0.46	0.47	1.05	0.88

Во Табела 11. е претставен Т – тест за независни примероци кај грижата меѓу медицинските сестри од Р. Северна Македонија и Р. Бугарија. Од табелата може да се забележи дека **не постои статистички значајна разлика** меѓу аритметичките средини кај медицинските сестри.

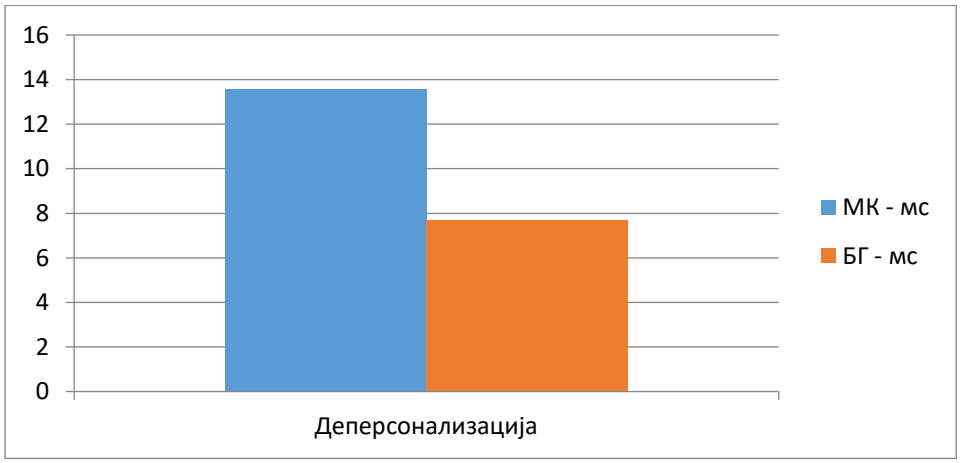
Табела 12. Т- тест за независни примероци кај **Емоционалната исцрпеност** како субваријабла на синдромот на професионално согорување помеѓу медицинските сестри од Р. Северна Македонија и медицинските сестри од Р. Бугарија

Т- тест	M МК	M БГ	t	Df	P	N	N	SD МК	SD BG	F	P
ЕИ	23.43	20.50	1.40	58	0.16	30	30	7.29	8.72	1.43	0.33

Во Табела 12. е претставен т – тест за независни примероци кај емоционалната исцрпеност помеѓу медицинските сестри од Р.Северна Македонија и Р.Бугарија. Од табелата може да се забележи дека **не постои статистички значајна разлика** меѓу аритметичките средини кај медицинските сестри.

Табела 13. Т- тест за независни примероци кај **Деперсонализацијата** како субваријабла на синдромот на професионално согорување помеѓу медицинските сестри од Р. Северна Македонија и медицинските сестри од Р. Бугарија

Т- тест	M МК	M БГ	t	Df	p	N	N	SD МК	SD BG	F	P
ДЕП	13.56	7.69	5.13	58	0.00	30	30	2.88	5.55	3.70	0.00



Графикон 1. Графички приказ на аритметичките средини кај **медицинските сестри** од Р. Северна Македонија и Р. Бугарија за **Деперсонализација**

Во Табела 13. е претставен Т – тест за независни примероци кај деперсонализацијата помеѓу медицинските сестри од Р.Северна Македонија и Р.Бугарија. Од табелата може да се забележи дека **постои статистички значајна разлика** меѓу аритметичките средини кај медицинските сестри со ниво на значајност $p<0.01$.

Деперсонализацијата ги мери безличноста и безчувствителноста, несоодветниот, ладен па дури и негативен однос кон примателите на грижа, ладен и циничен однос со колегите, како и создавање на дистанца со оние со кои е во интеракција т.е. примателите на грижа. Согласно резултатите од Табела 13. може да се забележи дека кај медицинските сестри од Р.Северна Македонија оваа димензија на синдромот на професионално согорување е статистички значајно повисока од медицинските сестри од Р. Бугарија.

Табела 14. Т- тест за независни примероци кај **Чувството на личен успех** како субваријабла на синдромот на професионално согорување помеѓу медицинските сестри од Р.Северна Македонија и медицинските сестри од Р. Бугарија

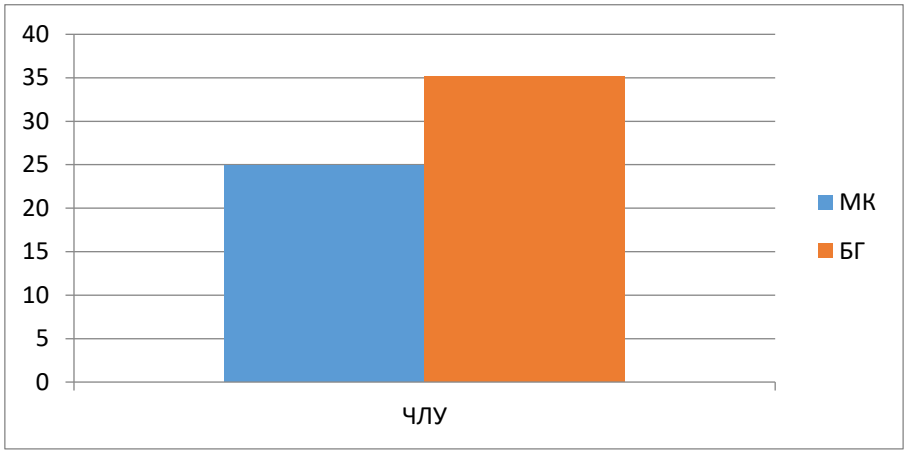
Т- тест	M МК	M БГ	T	df	p	N	N	SD МК	SD BG	F	P
ЧЛУ	24.90	35.09	-8.21	58	0.00	30	30	3.43	5.86	2.91	0.00

Во Табела 14. е претставен Т – тест за независни примероци кај чувството на личен успех меѓу медицинските сестри од Р.Северна Македонија и Р.Бугарија Од табелата може да се забележи дека **постои статистички значајна разлика** меѓу аритметичките средини кај медицинските сестри со ниво на значајност $p<0.01$.

Од табелата се гледа дека медицинските сестри од Р.Бугарија имаат повисок скор за разлика од медицинските сестри од Р.Северна Македонија.

Чувство на личен успех се однесува на самоевалуацијата т.е. ги мери сопствените способности, чувството за компетентност и успешност во сопствената работа. Кога чувството на личен успех е намалено личноста се чувствува како да не може да се движи напред и почнува да се сомнева во сопствените основни способности, се јавува чувство на некомпетентност, намалена лична ефикасност и продуктивност.Оваа варијабла е инверзна, односно, помал скор означува повисок степен на синдром на професионално согорување и обратно, повисок скор означува помал степен на синдром на професионално согорување.

Со оглед на тоа што медицинските сестри од Р. Северна Македонија покажуваат повисок скор на димензијата деперсонализација и понизок скор на димензијата чувство на личен успех може да се заклучи дека медицинските сестри од Р.Северна Македонија покажуваат повисок степен на синдром на професионално согорување од медицинските сестри од Р. Бугарија во однос на овие две димензии.



Графикон 2. Графички пристап на аритметичките средини кај **медицинските сестри** од Р.Северна Македонија и Р. Бугарија за **Чувството на личен успех**

3.2.Резултати од Т – тест за независни примероци помеѓу лекарите од Р.Северна Македонија и лекарите од Р.Бугарија

Табела 15. Т- тест за независни примероци кај **Осигурување на квалитетот** како субваријабла на грижата помеѓу лекарите од Р.Северна Македонија и лекарите од Р.Бугарија

Т- тест	M МК	M БГ	t	df	p	N	N	SD МК	SD BG	F	P
Осигурување квалитет	4.86	4.79	0.45	58	0.65	30	30	0.58	0.53	1.21	0.61

Во *Табела 15*. е претставен Т – тест за независни примероци ***Осигурувањето на квалитет*** меѓу лекарите од Р.Северна Македонија и Р.Бугарија.Од табелата може да се забележи дека **не постои статистички значајна разлика** меѓу аритметичките средини кај лекарите.

Табела 16. Т- тест за независни примероци кај **Професионалните знаења и вештини** како субваријабла на грижата помеѓу лекарите од Р.Северна Македонија и лекарите од Р.Бугарија

Т- тест	М МК	М БГ	Т	df	p	N	N	SD МК	SD BG	F	P
ПЗВ	5.45	5.41	0.36	58	0.71	30	30	0.56	0.41	1.82	0.11

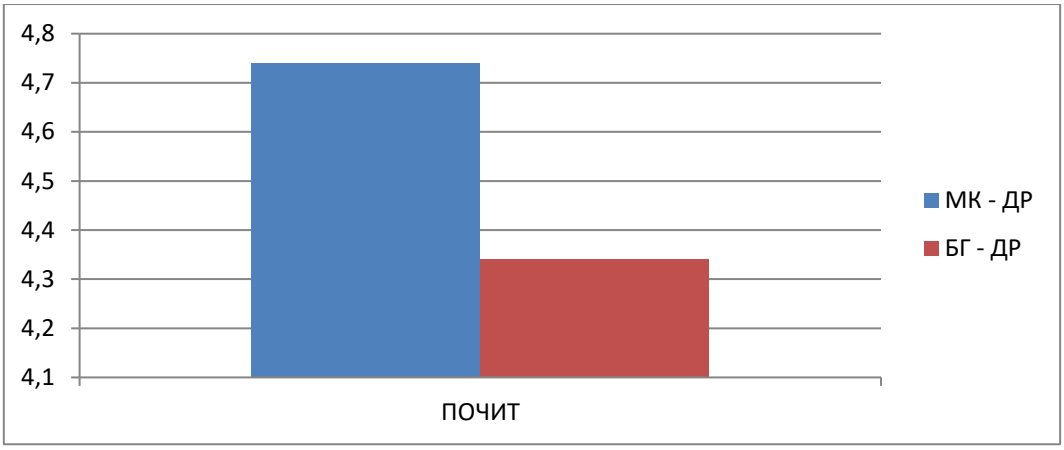
Во *Табела 16*. е претставен Т – тест за независни примероци кај професионалните знаења и вештини помеѓу лекарите од Р.Северна Македонија и Р.Бугарија.Од табелата може да се забележи дека **не постои статистички значајна разлика** меѓу аритметичките средини кај лекарите.

Табела 17. Т- тест за независни примероци кај **Почитувањето** како субваријабла на грижата помеѓу лекарите од Р.Северна Македонија и лекарите од Р.Бугарија

Т- тест	М МК	М БГ	t	df	P	N	N	SD МК	SD BG	F	P
ПОЧИТ	4.74	4.34	2.09	58	0.04	30	30	0.69	0.75	1.18	0.64

Во *Табела 17*. е претставен Т – тест за независни примероци кај почитувањето меѓу лекарите од Р.Северна Македонија и Р.Бугарија.Од табелата може да се забележи дека **постои статистички значајна разлика** меѓу аритметичките средини кај лекарите со ниво на значајност $p<0.05$.

Почитувањето го мери однесувањето на активно слушање, почитување на личноста на пациентот, емпатично однесување и поддршка, давање можност на пациентот за изразување на емоциите,вклучување на пациентот во понатамошното планирање на грижата и сл. Од табелата може да се забележи дека лекарите од Р.Северна Македонија имаат статистички значајно повисоко ниво на почитување кон пациентите од лекарите од Р.Бугарија.



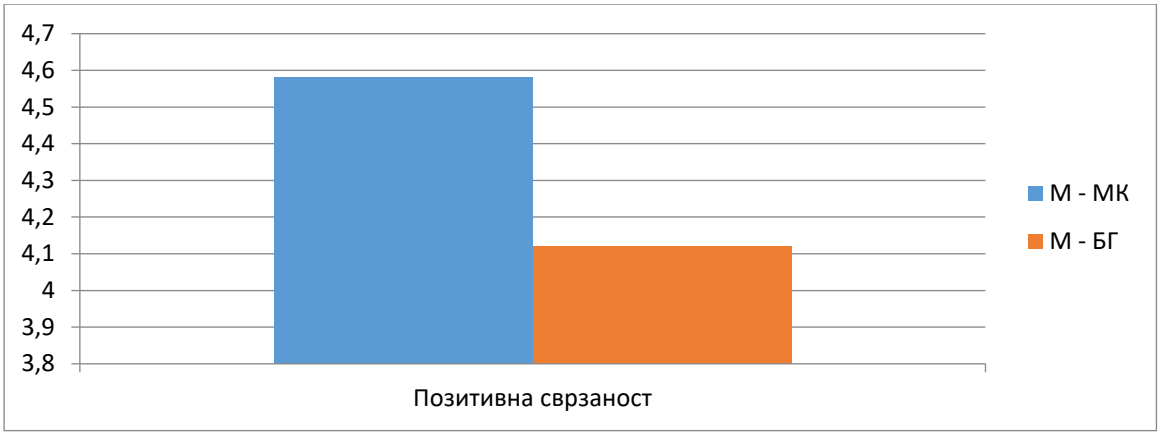
Графикон 3. Графички пристап на аритметичките средини кај **Почитувањето** кај лекарите од Р.Северна Македонија и лекарите од Р.Бугарија

Табела 18. Т- тест за независни примероци кај **Позитивната сврзаност** како субваријабла на грижата помеѓу лекарите од Р.Северна Македонија и лекарите од Р.Бугарија

Т- тест	М МК	М БГ	Т	df	p	N	N	SD МК	SD BG	F	P
ПС	4.58	4.12	2.54	58	0.01	30	30	0.71	0.68	1.06	0.86

Во *Табела 18*. е претставен Т–тест за независни примероци кај позитивната сврзаност меѓу лекарите од Р.Северна Македонија и Р.Бугарија. Од табелата може да се забележи дека **постои статистички значајна разлика** меѓу аритметичките средини кај лекарите со ниво на значајност p<0.01.

Позитивната сврзаност го мери обучувањето на пациентот за развивање вештини за самостојна грижа, пројавување на сочувствителност и хуманизам. Од табелата може да се забележи дека лекарите од Р.Северна Македонија имаат статистички значајно повисоки резултати од лекарите од Р.Бугарија во однос на овој аспект на грижата за пациентот.



Графикон 4. Графички приказ на аритметичките средини кај **Позитивната сврзаност** кај лекарите од Р.Северна Македонија и Р.Бугарија

Табела 19. Т- тест за независни примероци кај **Грижата** помеѓу лекарите од Р.Северна Македонија и лекарите од Р.Бугарија

Т- тест	**М МК**	**М БГ**	**t**	**df**	**P**	**N**	**N**	**SD МК**	**SD BG**	**F**	**p**
ГРИЖА	4.90	4.66	1.72	58	0.08	30	30	0.56	0.51	1.18	0.64

Во *Табела 19*. е претставен Т – тест за независни примероци кај грижата за пациентот меѓу лекарите од Р.Северна Македонија и Р.Бугарија. Од табелата може да се забележи дека **не постои статистички значајна разлика** меѓу аритметичките средини кај лекарите.

Табела 20. Т- тест за независни примероци кај **Емоционалната исцрпеност** како субваријабла на синдормот на професионално согорување помеѓу лекарите од Р.Северна Македонија и лекарите од Р. Бугарија

Т- тест	**М МК**	**М БГ**	**t**	**df**	**P**	**N**	**N**	**SD МК**	**SD BG**	**F**	**P**
ЕИ	25.03	26.73	-0.85	58	0.39	30	30	5.53	9.35	2.85	0.01

Во *Табела 20*. е претставен Т–тест за независни примероци кај емоционалната исцрпеност меѓу лекарите од Р.Северна Македонија и Р.Бугарија.

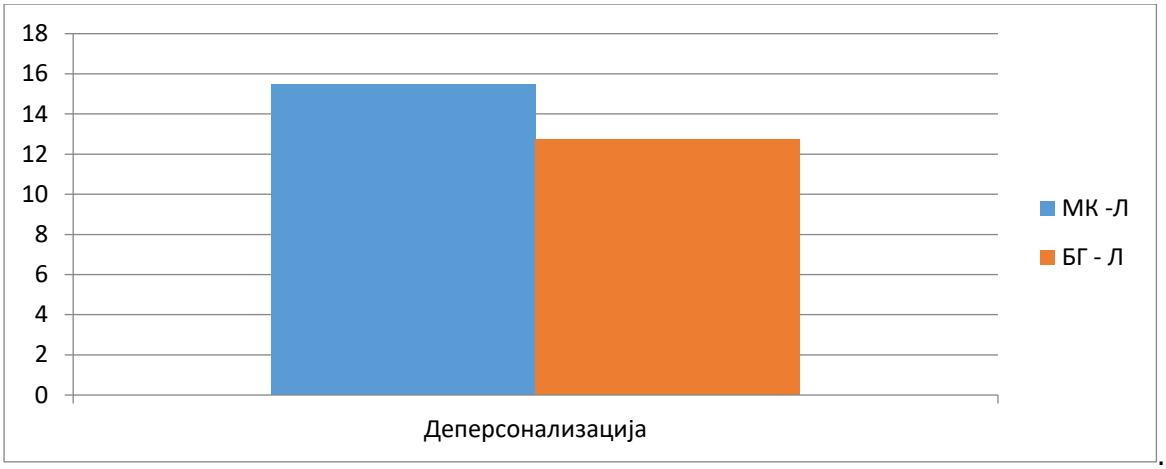
Од табелата може да се забележи дека **не постои статистички значајна разлика** меѓу аритметичките средини кај лекарите.

Табела 21. Т- тест за независни примероци кај **Деперсонализација** како субваријабла на синдромот на професионално согорување помеѓу лекарите Р.Северна Македонија и лекарите од Р.Бугарија

Т- тест	M МК	M БГ	t	df	P	N	N	SD МК	SD BG	F	P
ДЕП	15.46	12.73	3.08	58	0.00	30	30	2.23	4.30	3.69	0.00

Во Табела 21.е претставен Т–тест за независни примероци кај деперсонализацијата меѓу лекарите од Р.Северна Македонија и Р.Бугарија. Од табелата може да се забележи дека **постои статистички значајна разлика** меѓу аритметичките средини кај медицинските сестри со ниво на значајност $p<0.01$.

Деперсонализацијата ги мери безличноста и бесчувствителноста, ладниот однос кон примателите на грижа, како и обидот за создавање на дистанца со примателите на грижа. Согласно резултатите од *Табела 21.* може да се забележи дека кај македонските лекари овој аспект на синдромот на професионално согорување е статистички значајно повисок во однос на бугарските лекари. Слични резултати се појавија и меѓу медицинските сестри, односно, медицинските сестри од Р.Северна Македонија имаат статистички значајно повисок скор на деперсонализација од медицинските сестри од Р. Бугарија.



Графикон 5. Графички приказ на аритметичките средини кај **Деперсонализацијата** кај лекарите од Р.Северна Македонија и Р.Бугарија

Табела 22. Т- тест за независни примероци кај **Чувството на личен успех** како субваријабла на синдромот на професионално согорување помеѓу лекарите од Р.Северна Македонија и лекарите од Р.Бугарија

Т- тест	M МК	M БГ	t	df	P	N	N	SD МК	SD BG	F	P
ЧЛУ	23.83	32.53	-6.48	58	0.00	30	30	3.63	6.38	3.09	0.00

Во Табела 22. е претставен Т – тест за независни примероци кај чувството на личен успех меѓу лекарите. Од табелата може да се забележи дека **постои статистички значајна разлика** меѓу аритметичките средини меѓу лекарите со ниво на значајност p<0.01.

Од табелата се гледа дека лекарите од Р.Бугарија имаат повисок скор за разлика од лекарите од Р.Северна Македонија,слично како и резултатите добиени кај медицинските сестри.

Чувство на личен успех се однесува на самоевалуацијата, ги мери сопствените способности, чувството за компетентност и успешност во извршувањето на сопствената работа.Се јавува сомнеж и негативна самоевалуација за сопствената работна компетентност и способности. Кога чувството на личен успех е намалено личноста се чувствува како да не може да се движи напред и почнува да се сомнева во сопствените основни способности. Оваа варијабла е

инверзна,односно,помал скор означува повисок степен на синдром на професионално согорување и обратно, што значи дека и медицинските сестри и лекарите од Р.Северна Македонија покажуваат повисок степен на синдром на професионално согорување во однос на оваа димензија односно чувството на личен успех е значително пониско за разлика од медицинските сестри и лекарите од Р.Бугарија



*Графикон 6.*Графички приказ на аритметичките средини кај **Чувството на личен успех** кај лекарите од Р.Северна Македонија и Р.Бугарија(варијаблата е инверзна)

3.3.Резултати од Т – тест за независни примероци помеѓу лекарите и медицинските сестри

Табела 23. Т- тест за независни примероци кај **Осигурувањето на квалитет** како субваријабла на грижата помеѓу лекарите и медицинските сестри

Т- тест	M Л	M МС	t	df	p	N	N	SD Л	SD МС	F	P
Осигурување квалитет	4.84	4.80	0.42	118	0.67	60	60	0.52	0.55	1.15	0.58

Во *Табела 23*. е претставен Т–тест за независни примероци кај осигурувањето на квалитет помеѓу лекарите и медицинските сестри. Од

табелата може да се забележи дека **не постои статистички значајна разлика** меѓу аритметичките средини.

Табела 24. Т- тест за независни примероци кај **Професионални знаења и вештини** како субваријабла на грижата помеѓу лекарите и медицинските сестри

Т- тест	М Л	М МС	t	df	P	N	N	SD Л	SD МС	F	P
ПЗВ	5.42	5.35	0.69	118	0.49	60	60	0.46	0.53	1.31	0.28

Во *Табела 24.* е претставен Т–тест за независни примероци кај професионалните знаења и вештини помеѓу лекарите и медицинските сестри. Од табелата може да се забележи дека **не постои статистички значајна разлика** меѓу аритметичките средини.

Табела 25. Т- тест за независни примероци кај **Почитувањето** како субваријабла на грижата помеѓу лекарите и медицинските сестри

Т- тест	М Л	М МС	t	df	p	N	N	SD Л	SD МС	F	P
ПОЧИТ	4.40	4.60	-1.49	118	0.13	60	60	0.73	0.69	1.12	0.65

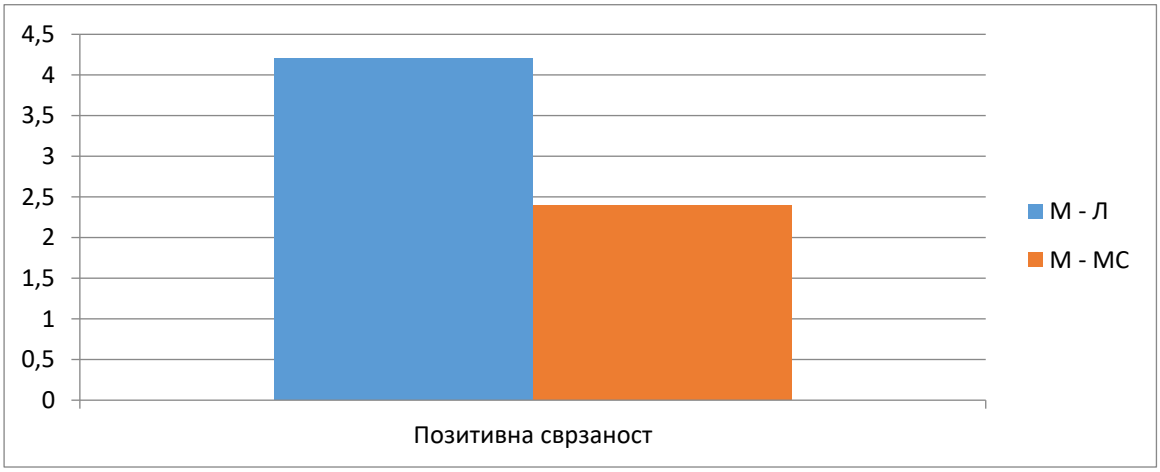
Во *Табела 25*. е претставен Т–тест за независни примероци кај почитувањето помеѓу лекарите и медицинските сестри. Од табелата може да се забележи дека **не постои статистички значајна разлика** меѓу аритметичките средини.

Табела 26. Т- тест за независни примероци кај **Позитивната сврзаност** како субваријабла на грижата меѓу лекарите и медицинските сестри

Т- тест	М Л	М МС	t	df	P	N	N	SD Л	SD МС	F	p
ПС	**4.20**	**4.52**	**-2.49**	**118**	**0.01**	**60**	**60**	**0.69**	**0.69**	**1.01**	**0.94**

Во Табела 26. е претставен Т–тест за независни примероци кај позитивната сврзаност помеѓу лекарите и медицинските сестри. Од табелата може да се забележи дека **постои статистички значајна разлика** меѓу аритметичките средини кај лекарите и медицинските сестри со ниво на значајност p<0.01.

Позитивна сврзаност го мери обучувањето на пациентот за развивање вештини за самостојна грижа, пројавување на сочувствителност и хуманизам. Од табелата може да се забележи дека медицинските сестри имаат статистички значајно поголем степен на позитивна сврзаност од лекарите.



Графикон 7. Графички приказ на аритметичките средини кај **Позитивната сврзаност** кај лекарите и медицинските сестри

Табела 27. Т- тест за независни примероци кај **Грижата** меѓу лекарите и медицинските сестри

Т- тест	M Л	M МС	t	df	P	N	N	SD Л	SD МС	F	p
ГРИЖА	4.71	4.81	-1.05	118	0.29	60	60	0.51	0.53	1.08	0.75

Во *Табела 27*. е претставен Т – тест за независни примероци кај грижата помеѓу лекарите и медицинските сестри. Од табелата може да се забележи дека **не постои статистички значајна разлика** меѓу аритметичките средини.

Табела 28. Т- тест за независни примероци кај **Емоционалната исцрпеност** како субваријабла на синдромот на професионално согорување помеѓу лекарите и медицинските сестри

Т- тест	M Л	M МС	t	df	P	N	N	SD Л	SD МС	F	P
ЕИ	25.00	24.96	0.02	118	0.98	60	60	9.56	6.61	2.09	0.00

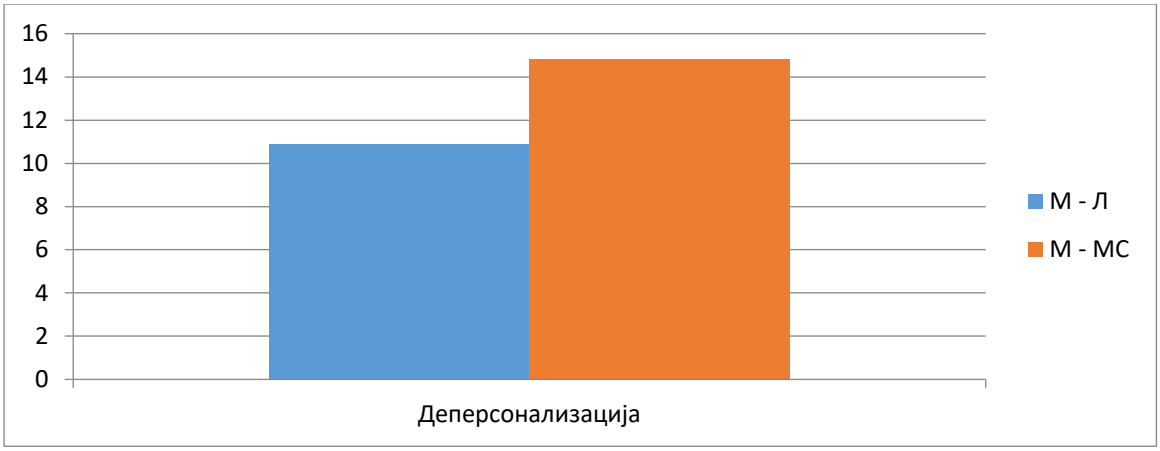
Во *Табела 28*.е претставен Т – тест за независни примероци кај емоционалната исцрпеност помеѓу лекарите и медицинските сестри. Од табелата може да се забележи дека **не постои статистички значајна разлика** меѓу аритметичките средини.

Табела 29. Т- тест за независни примероци кај **Деперсонализацијата** како субваријабла на синдромот на професионално согорување помеѓу лекарите и медицинските сестри

Т-тест	M Л	M МС	T	df	p	N	N	SD Л	SD МС	F	P
ДЕП	**10.88**	**14.81**	**-5.23**	**118**	**0.00**	**60**	**60**	**5.10**	**2.78**	**3.37**	**0.00**

Во Табела 29. е претставен Т – тест за независни примероци кај деперсонализацијата меѓу лекарите и медицинските сестри. Од табелата може да се забележи дека **постои статистички значајна разлика** меѓу аритметичките средини кај лекарите и медицинските сестри со ниво на значајност $p<0.01$.

Деперсонализацијата ги мери безличноста и бесчувствителноста, ладниот однос кон примателите на грижа, како и обидот за создавање на дистанца со примателите на грижа. Од табелата може да се заклучи дека медицинските сестри имаат статистички значајно повисоко ниво на деперсонализација од лекарите, со што и повисок степен на професионално согорување во однос на оваа димензија.



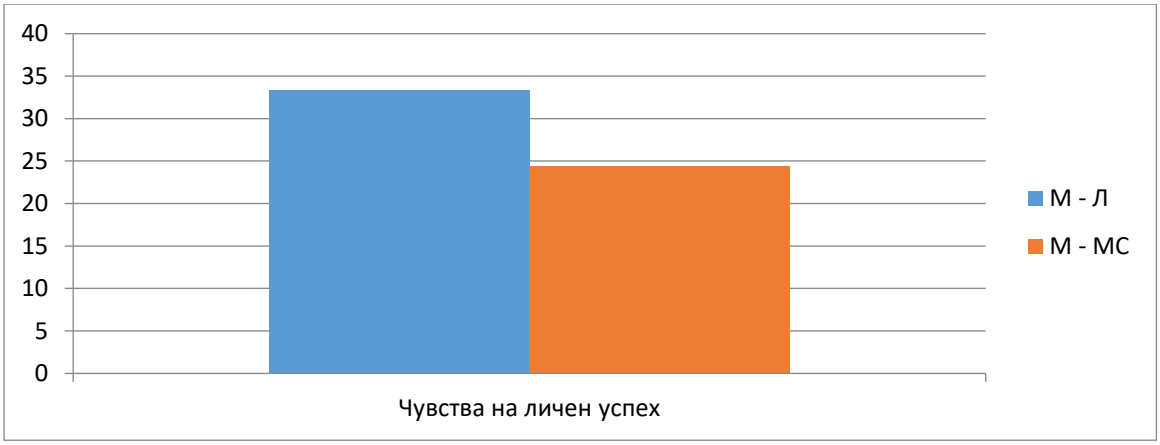
Графикон 8. Графички приказ на аритметичките средини кај **Деперсонализацијата** кај лекарите и медицинските сестри

Табела 30. Т- тест за независни примероци кај **Чувството за личен успех** како субваријабла на синдромот на професионално согорување помеѓу лекарите и медицинските сестри

Т- тест	М Л	М МС	t	df	P	N	N	SD Л	SD МС	F	P
ЧЛУ	33.38	24.36	9.98	118	0.00	60	60	6.08	3.44	3.12	0.00

Во Табела 30.е претставен Т-тест за независни примероци кај деперсонализацијата помеѓу лекарите и медицинските сестри. Од табелата може да сезабележи дека **постои статистички значајна разлика** меѓу аритметичките средини кај лекарите и медицинските сестри со ниво на значајност $p<0.01$.

Чувството на личен успех ги мери чувствата за сопствените способности, за компетентност и успешност во сопствената работа. Кога чувството на личен успех е намалено, личноста се чувствува како да не може да се движи напред и почнува да се сомнева во сопствените основни способности. Оваа варијабла е инверзна, односно, помал скор означува повисок степен на синдром на професионално согорување и обратно.Од табелата може да се види дека медицинските сестри покажуваат повисок степен на професионално согорување во однос на оваа димензија на професионалното согорување од лекарите .



Графикон 8. Графички приказ на аритметичките средини кај **Чувството на личен успех** кај лекарите и медицинските сестри

3.4. Резултати од Т–тест за независни примероци помеѓу сите испитаници од Р.Северна Македонија и сите испитаници од Р.Бугарија

Табела 31. Т- тест за независни примероци кај **Осигурување на квалитетот** како субваријабла на грижата помеѓу сите испитаници од Р.Северна Македонија и сите испитаници од Р.Бугарија

Т- тест	M МК	M БГ	t	df	p	N	N	SD МК	SD BG	F	P
Осигурување квалитет	4.83	4.84	-0.12	118	0.90	60	60	0.55	0.51	1.16	0.55

Во *Табела 31.* е претставен Т – тест за независни примероци кај осигурувањето на квалитет помеѓу сите испитаници од Р.Северна Македонија и сите испитаници до Р.Бугарија. Од табелата може да се забележи дека **не постои статистички значајна разлика** меѓу аритметичките средини.

Табела 32. Т- тест за независни примероци кај **Професионалните знаења и вештини** како субваријабла на грижата помеѓу сите испитаници од Р.Северна Македонија и сите испитаници од Р.Бугарија

Т- тест	М МК	М БГ	t	df	p	N	N	SD MK	SD BG	F	P
ПЗВ	5.43	5.36	0.72	118	0.47	60	60	0.48	0.52	1.12	0.65

Во *Табела 32.*е претставен Т–тест за независни примероци кај професионалните знаења и вештини помеѓу сите испитаници од Р.Северна Македонија и сите испитаници до Р.Бугарија. Од табелата може да се забележи дека **не постои статистички значајна разлика** меѓу аритметичките средини.

Табела 33. Т- тест за независни примероци кај **Почитувањето** како субваријабла на грижата помеѓу сите испитаници од Р.Северна Македонија и сите испитаници од Р. Бугарија

Т- тест	М МК	М БГ	t	df	p	N	N	SD MK	SD BG	F	P
ПОЧИТ	4.54	4.47	0.54	118	0.58	60	60	0.74	0.68	1.18	0.51

Во *Табела 33.* е претставен Т–тест за независни примероци кај почитувањето помеѓу сите испитаници од Р.Северна Македонија и сите испитаници до Р.Бугарија. Од табелата може да се забележи дека **не постои статистички значајна разлика** меѓу аритметичките средини.

Табела 34. Т- тест за независни примероци кај **Позитивната сврзаност** како субваријабла на грижата помеѓу сите испитаници од Р.Северна Македонија и сите испитаници од Р.Бугарија

Т- тест	М МК	М БГ	t	df	p	N	N	SD MK	SD BG	F	P
ПС	4.35	4.39	-0.33	118	0.74	60	60	0.73	0.69	1.09	0.73

Во *Табела 34.*е претставен Т– тест за независни примероци кај позитивната сврзаност меѓу сите испитаници од Р.Северна Македонија и сите испитаници до Р.Бугарија. Од табелата може да се забележи дека **не постои статистички значајна разлика** меѓу аритметичките средини.

Табела 35 .Т – тест за независни примероци **кај Грижата** помеѓу сите испитаници од Р.Северна Македонија и сите испитаници од Р. Бугарија

Т- тест	М МК	М БГ	t	df	p	N	N	SD МК	SD BG	F	P
ГРИЖА	4.78	4.76	0.22	118	0.82	60	60	0.54	0.50	1.16	0.55

Во *Табела 35.* е претставен Т – тест за независни примероци кај грижата меѓу сите испитаници од Р.Северна Македонија и сите испитаници од Р.Бугарија. Од табелата може да се забележи дека **не постои статистички значајна разлика** меѓу аритметичките средини.

Табела 36. Т- тест за независни примероци кај **Емоционалната исцрпеност** како субваријабла на синдромот на професионално согорување помеѓу сите испитаници од Р.Северна Македонија и сите испитаници од Р.Бугарија

Т- тест	М МК	М БГ	t	df	P	N	N	SD МК	SD BG	F	P
ЕИ	25.88	24.06	1.21	118	0.22	60	60	7.66	8.63	1.26	0.36

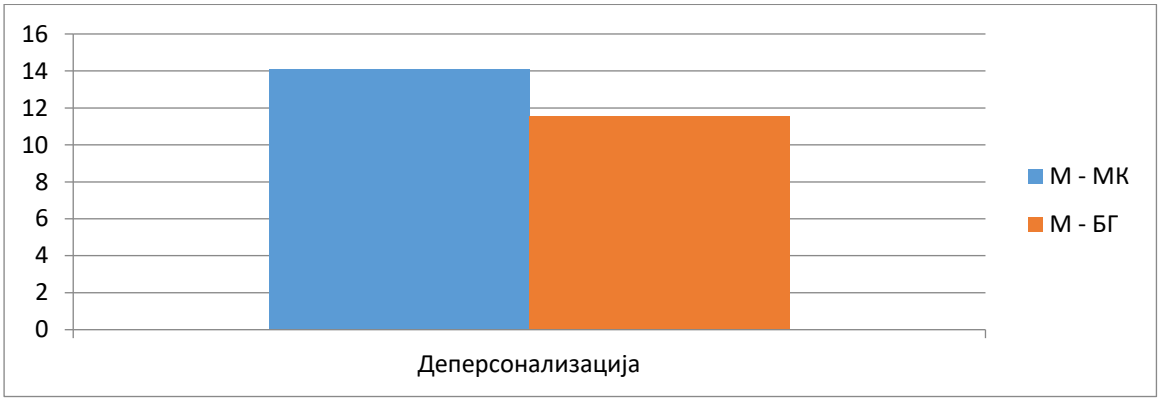
Во *Табела 36.*е претставен Т–тест за независни примероци емоционалната исцрпеност помеѓу сите испитаници од Р.Северна Македонија и сите испитаници до Р.Бугарија. Од табелата може да се забележи дека **не постои статистички значајна разлика** меѓу аритметичките средини.

Табела 37. Т- тест за независни примероци кај **Деперсонализацијата** како субваријабла на синдромот на професионално согорување помеѓу сите испитаници од Р.Северна Македонија и сите испитаници од Р.Бугарија

Т- тест	М МК	М БГ	t	df	P	N	N	SD МК	SD BG	F	P
ДЕП	**14.10**	**11.56**	**3.16**	**118**	**0.00**	**60**	**60**	**3.67**	**4.99**	**1.85**	**0.01**

Во *Табела 37.* е претставен Т–тест за независни примероци кај деперсонализацијата помеѓу сите испитаници од Р.Северна Македонија и сите испитаници од Р.Бугарија. Од табелата може да се забележи дека **постои статистички значајна разлика** меѓу аритметичките средини кај лекарите и медицинските сестри со ниво на значајност p<0.01.

Деперсонализацијата ги мери безличноста и бесчувствителноста, ладниот однос кон примателите на грижа, како и обидот за создавање на дистанца со примателите на грижа. Од табелата може да се заклучи дека здравствените работници од Р. Северна Македонија имаат статистички значајно повисоко ниво на деперсонализација во однос на здравствените работници од Р. Бугарија, со што се покажува дека имаат и повисок степен на професионално согорување во однос на оваа димензија.



Графикон 10. Графички приказ на аритметичките средини кај **Деперсонализацијата** кај здравствените работници од Р.Северна Македонија и Р.Бугарија

Табела 38. Т- тест за независни примероци кај **Чувството на личен успех** како субваријабла на синдромот на професионално согорување помеѓу сите испитаници од Р.Северна Македонија и сите испитаници од Р.Бугарија

Т- тест	M МК	M БГ	t	df	p	N	N	SD МК	SD BG	F	P
ЧЛУ	28.18	29.66	-1.21	118	0.22	60	60	6.76	6.57	1.06	0.82

Во *Табела 38.* е претставен Т– тест за независни примероци кај чувството на личен успех помеѓу сите испитаници од Р.Северна Македонија и сите испитаници до Р.Бугарија. Од табелата може да се забележи дека **не постои статистички значајна разлика** меѓу аритметичките средини.

Согласно добиените резултати може да се заклучи дека во однос на :

Хипотезата 1 која гласи: ***„****Постои статистички значајна разлика во нивото на варијаблите на грижата за пациентот меѓу здравствените работници од Република Северна Македонија и Република Бугарија*“ **не се потврдува.**

Но**,**гледајќи на резултатите одделно групирани како медицински сестри и лекари, во субваријаблата **почитување** се појави **статистички значајна разлика меѓу лекарите. Во *Табела 17.*** може да се забележи дека **македонските лекари имаат статистички значајно повисоко ниво на почитување кон пациентите** од лекарите од Р. Бугарија со што ***Потхипотеза 1.3.*** „Постои статистички значајна разлика во степенот на почитувањето“ **делумно се потврдува.**

Исто така, во ***Табела 18.*** може да се забележи дека **македонските лекари имаат статистички значајно повисоки резултати** од лекарите во Р. Бугарија во однос на **позитивната сврзаност** како субваријабла на грижата со што ***Потхипотеза 1.4.*** „Постои статистички значајна разлика меѓу позитивната сврзаност“ **делумно се потврдува**.

Во однос на ***Хипотезата 2. „****Постојат статистички значајни разлики во степенот на синдромот на професионално согорување меѓу здравствените работници од Република Северна Македонија и Република Бугарија****“* може да се каже дека **делумно се потврдува или прифаќа.** Тоа може да се види од резултатите каде може да се утврдат повеќе статистички значајни разлики и тоа и кај лекарите и кај медицинските сестри во однос на степенот на деперсонализација: **Табела 13., Табела 21., и Табела 29.,** како и во степенот на чувството на личен успех: **Табела 14., Табела 22., Табела 30.**

Согласно тоа, ***Потхипотеза 2.2.*** „Постои статистички значајна разлика во степенот на деперсонализација“ и ***Потхипотеза 2.3. „***Постои статистички значајна разлика во чувството на личен успех“ **се потврдуваат**.

За да се провери третата хипотеза се направи Т – тест за независни примероци помеѓу медицинските сестри и лекарите.Статистички значајни разлики се пронајдоа во степенот на позитивната сврзаност како субваријабла на грижата за пациентот, односно, **се покажа дека медицинските сестри имаат статистички значајно повисок скор на позитивна сврзаност во однос на лекарите (Табела 24.)**

Освен во тоа, статистички значајни разлики се покажаа и во степенот на **Деперсонализација,** т.е. **медицинските сестри покажуваат повисок степен на деперсонализација за разлика од лекарите (Табела.27).**

Статистички значајни разлики се покажаа и во однос на **Чувството на личен успех** како димензија на синдромот на професионално согорување, односно **медицинските сестри покажуваат понизок скор во однос на оваа димензија (Табела.28)**.

Согласно ова, ***Хипотеза 3.*** *„Постои статистички значајна разлика во однос на приложената грижа за пациентот и синдромот на професионално согорување помеѓу медицинските сестри и лекарите*“ **делумно се потврдува**

3.5. Поврзаност на аспектите на грижата и димензиите на синдромот на професионално согорување

Хипотеза 4*. „Постои статистички значајна поврзаност помеѓу грижата за пациентот и синдормот на професионално согорување“.* За да се провери врската, односно, поврзаноста меѓу варијаблите, изготвени се три табели на корелациска матрица со пирсонов коефициент. Резултатите се претставени во следните табели:

Табела 39. Корелација кај лекарите и медицинските сестри од Р.Северна Македонија меѓу аспектите на грижа и аспектите на професионалното согорување

	М	СД	ОК	ПЗУ	ПОЧИТ	ПС	ГРИЖА	ЕИ	ДЕП	ЧЛУ
ОК	4.85	0.52	1.00							
ПЗУ	5.42	0.47	**0.37***	1.00						
ПОЧИТ	4.41	0.74	**0.72***	**0.44***	1.00					
ПС	4.21	0.69	**0.65***	**0.62***	**0.81***	1.00				
ГРИЖА	4.72	0.52	**0.81***	**0.69***	**0.91***	**0.93***	1.00			
ЕИ	25.00	9.56	**-0.39***	-0.24	-0.19	-0.18	**-0.28***	1.00		
ДЕП	10.88	5.11	**-0.56***	**-0.37***	**-0.49***	**-0.47***	**-0.56***	**0.61***	1.00	
ЧЛУ	33.38	6.09	**0.45***	0.10	**0.51***	**0.33***	**0.43***	-0.03	-0.26*	1.00

Во *Табелата 39*. се прикажани резултатите од корелационата матрица со Пирсонов коефициент кај здравствените работници (медицинските сестри и лекари) од Р.Северна Македонија. Болдираните полиња означени со * се статистички значајни, со ниво на значајност p<0,05 (N=30).

Од табелата може да се забележи дека **осигурувањето квалитет** е поврзано со сите варијабли. Со **емоционалната исцрпеност и деперсонализацијата е поврзано негативно**.

***Професионалните знаења и умеења* се поврзани со осигурувањето квалитет, почитувањето, позитивната сврзаност и грижата позитивно, а негативно е поврзано со деперсонализацијата.**

***Почитувањето* е поврзано со сите аспекти на грижата, како и со чувството на личен успех позитивно, а негативно е поврзано со деперсонализацијата**.

***Позитивната сврзаност* е поврзана позитивно со сите аспекти на грижата и грижата во целост, како и со чувството на личен успех, а негативно е поврзана со емоционалната исцрпеност и деперсонализацијата.**

***Грижата* е позитивно поврзана со нејзините аспекти и чувството на личен успех, а негативно со емоционалната исцрпеност и со деперсоналиацијата.**

***Емоционалната исцрпеност* е поврзана со деперсонализацијата, но не и со чувството на личен успех, а деперсонализацијата е поврзана негативно со чувството на личен успех.**

Бидејќи скалата за мерење на чувството на личен успех е обратна, па така и таа, како и емоционалната исцрпеност и деперсонализацијата би биле негативно поврзани со грижата и нејзините субваријабли. Негативната поврзаност значи ако едното се зголемува, другото се намалува,односно, тоа значи дека колку повисок скор на грижа кон пациентот, толку понизок скор на синдром на професионално согорување и обратно.

Согласно овие резултати, ***Потхипотеза 4.1.*** *„Постои статистички значајна поврзаност меѓу грижата за пациентот и синдромот на професионално согорување кај испитаниците од Северна Македонија“* **се потврдува**.

Табела 40. Корелација кај лекарите и медицинските сестри од Р.Бугарија меѓу аспектите на грижа и аспектите на прфесионалното согорување

	М	СД	ОК	ПЗУ	ПОЧИТ	ПС	ГРИЖА	ЕИ	ДЕП	ЧЛУ
ОК	4.81	0.56	1.00							
ПЗУ	5.35	0.54	**0.49***	1.00						
ПОЧИТ	4.60	0.69	**0.81***	**0.46***	1.00					
ПС	4.52	0.69	**0.76***	**0.46***	**0.87***	1.00				
ГРИЖА	4.82	0.53	**0.89***	**0.68***	**0.93***	**0.92***	1.00			
ЕИ	24.97	6.61	**-0.32***	0.04	**-0.39***	**-0.32***	**-0.30***	1.00		
ДЕП	14.82	2.78	-0.11	0.13	-0.19	-0.16	-0.11	**0.69***	1.00	
ЧЛУ	24.36	3.44	0.05	0.19	-0.02	0.07	0.07	**0.58***	**0.52***	1.00

Во *Табелата 40*. се прикажани резултатите од корелационата матрица со Пирсонов коефициент кај здравствените работници (медицинските сестри и лекари) од Р.Бугарија. Болдираните полиња означени со * се статистички значајни, со ниво на значајност p<0,05 (N=30).

Од табелата може да се утврди дека ***осигурувањето квалитет*** **е позитивно поврзано со професионалните знаења и умеења, почитувањето, позитивната сврзаност и грижата, а негативно со емоционалната исцрпеност**.

Професионалните знаења и вештини **се позитивно поврзани со останатите апекти на грижата и грижата како целина.**

Почитувањето **е позитивно поврзано со апектите на грижата, и негативно со емоционалната исцрпеност, а истото важи и за позитивната сврзаност и грижата.**

Емоционалната исцрпеност **е поврзана со деперсонализацијата и чувството на личен успех.**

Потхипотеза 4.2. *„Постои статистички значајна поврзаност меѓу грижата за пациентот и синдромот на професионално согорување кај испитаниците од Република Бугарија“* **делумно се потврдува**.

За да се провери подобро *Хипотеза 4*. изготвена е уште една табела со сите испитаници заедно.

Табела 41. Корелација кај сите испитаници меѓу аспектите на грижа и аспектите на професионалното согорување

	М	СД	ОК	ПЗУ	ПОЧИТ	ПС	ГРИЖА	ЕИ	ДЕП	ЧЛУ
ОК	4.83	0.54	1.00							
ПЗУ	5.39	0.50	**0.44***	1.00						
ПОЧИТ	4.50	0.72	**0.75***	**0.44***	1.00					
ПС	4.36	0.71	**0.68***	**0.51***	**0.84***	1.00				
ГРИЖА	4.76	0.52	**0.85***	**0.67***	**0.92***	**0.92***	1.00			
ЕИ	24.98	8.19	**-0.35***	-0.11	**-0.27***	**-0.23***	**-0.29***	1.00		
ДЕП	12.85	4.55	**-0.35***	-0.17	**-0.28***	**-0.21***	**-0.29***	**0.56***	1.00	
ЧЛУ	28.87	6.68	**0.23***	0.14	0.14	0.01	0.14	0.104583	**-0.34***	1.00

Во *Табелата 41.* се прикажани резултатите од корелационата матрица со Пирсонов коефициент кај сите здравствените работници (медицинските сестри и лекари) од Република Бугарија и Република Северна Македонија. Болдираните полиња означени со * се статистички значајни, со ниво на значајност p<0,05 (N=120).

Од табелата може да се забележи дека ***осигурувањето квалитет*** **е позитивно поврзано со субваријаблите на грижата и чувството на личен успех**.

Почитувањето **е позитивно поврзано со субваријаблите на грижата, а негативно со емоционалната исцрпеност и деперсонализацијата.**

Позитивната сврзаност **е поврзана со субваријаблите на грижата, почитувањето е позитивно поврзано со субваријаблите на грижата, а негативно со емоционалната исцрпеност и деперсонализацијата**.

Грижата **е исто така негативно поврзана со емоционалната исцрпеност и деперсонализацијата.**

Емоционалната исцрпеност **е поврзана позитивно со деперсонализацијата, а деперсонализацијата е негативно поврзана со чувството за личен успех.**

Со оглед на тоа што чувството на личен успех се мери обратно од другите, овие резултати покажуваат дека повисоките скорови на грижа доведуваат до понизок скор на професионално согорување, и обратно.

Хипотеза 4. „*Постои статистички значајна поврзаност меѓу грижата за пациентот и синдромот на професионално согорување*“ **се потврдува.**

3.6. Влијание на грижата врз синдромот на професионално согорување

Врз основа на статистичката обработка на податоците за да се утврди можно **влијание на грижата** со субваријаблите (независна варијабла) **врз** субваријаблите на **професионалното согорување** (зависна варијабла) се подготвени неколку табели со линеарна мултипла регресија.

Во табелите се претставени R - мултипла корелација, R^2 - коефициент на детерминација, F – Фишеров тест, BETA – стандардизиран коефициент на парцијална регресија.

Линеарната мултипла регресија е направена кај сите испитаници заедно, бидејќи од корелациските матрици може да се види дека кај сите испитаници постои поврзаност.

Табела 42. Регресиска анализа за **Емоционална исцрпеност**

N=120	BETA	Std.Er of BETA	B	Std.Er of b	t(116)	P
Intercept			**48.16535**	**8.610954**	**5.59350**	**0.000000**
ОК	**-0.368811**	**0.134867**	**-5.61772**	**2.054290**	**-2.73463**	**0.007234**
ПЗВ	0.051200	0.102420	0.83583	1.671984	0.49990	0.618097
ПОЧИТ	-0.024364	0.179810	-0.27760	2.048744	-0.13550	0.892455
ПС	0.013758	0.168131	0.15848	1.936829	0.08183	0.934927

R= .35530R^2 = .12624 SD = 7.6869 F = 17.0487p<.00001

Во Табела 42. се претставени R – мултипла корелација, R^2 - коефициент на детерминација, F – Фишеров тест и BETA – стандардизиран коефициент на парцијална регресија, со цел да се истражи влијанието на аспектите на грижата за пациентот врз степенот на емоционалната исцрпеност.

Врз основа на податоците добиени во табелата може да се заклучи дека **целиот систем варијабли има поврзаност со професионалното согорување**, **(R** = .355), **F** = 17.05, со ниво на значајност **p**<.01, објаснета со 13% (**R^2** = .126).

Гледано поединечно осигурувањето на квалитет има статистичко значајно влијание со ниво на значајност **p**<.01 врз емоционалната исцрпеност и тоа негативно.

Табела 43. Регресиска анализа за **Емоционална исцрпеност** и **Грижа**

N=120	BETA	Std.Er of BETA	b	Std.Er of b	t (116)	P
intercept			**46.31254**	**6.575362**	**7.04335**	**0.000000**
	-0.287715	**0.088165**	**-4.47325**	**1.370744**	**-3.26337**	**0.001440**

R= .28771R^2 = .0825 SD = 7.8758 F = 10.6496p<.00001

Во *Табела 43*. се претставени R – мултипла корелација, R^2 - коефициент на детерминација, F – Фишеров тест и BETA – стандардизиран коефициент на парцијална регресија, со цел да се истражи влијанието на грижата за пациентот врз степенот на емоционалната исцрпеност.

Врз основа на податоците добиени во табелата може да се заклучи дека **целиот систем варијабли има негативна поврзаност со професионалното согорување**, **(R** = .287), **F** = 10.64, со ниво на значајност **p**<.01, објаснета со 8% (**R^2** = .082).

Табела 44. Регресиска анализа за **Деперсонализација**

N=120	BETA	Std.Er of BETA	b	Std.Er of b	t(116)	P
Intercept			**28.47262**	**4.770507**	**5.96847**	**0.000000**
ОК	**-0.346102**	**0.134535**	**-2.92780**	**1.138086**	**-2.57257**	**0.011368**
ПЗВ	-0.044161	0.102168	-0.40038	0.926286	-0.43224	0.666379
ПОЧИТ	-0.119637	0.179368	-0.75704	1.135014	-0.66699	0.506113
ПС	0.146204	0.167718	0.93537	1.073012	0.87173	0.385174

R= .3644R² = .1327 SD = 4.3081 F = 4.4026p<.00001

Во Табела 44. се претставени R – мултипла корелација, R² - коефициент на детерминација, F – Фишеров тест и BETA – стандардизиран коефициент на парцијална регресија, со цел да се истражи влијанието на аспектите на грижата за пациентот врз степенот на деперсонализацијата.

Врз основа на податоците добиени во табелата може да се заклучи дека **целиот систем варијабли има поврзаност со деперсонализацијата(R** = .364), **F** = 4.402, со ниво на значајност **p**<.01, објаснета со 13% (**R²** = .132).

Гледано поединечно осигурувањето на квалитет има статистичко значајно влијание со ниво на значајност **p**<.01 врз деперсонализацијата и тоа негативно.

Табела 45. Регресиска анализа за **Деперсонализација** и **Грижа**

N=120	BETA	Std.Er of BETA	b	Std.Er of b	t(116)	P
Intercept			**25.17216**	**3.638201**	**6.91885**	**0.000000**
ГРИЖА	**-0.299291**	**0.087838**	**-2.58426**	**0.758444**	**-3.40731**	**0.000898**

R= .2992R² = .0895 SD = 4.3577 F = 11.6097p<.00001

Во *Табела 45*. се претставени R – мултипла корелација, R² - коефициент на детерминација, F – Фишеров тест и BETA – стандардизиран коефициент на парцијална регресија, со цел да се истражи влијанието на грижата за пациентот врз степенот на депесронализацијата.

Врз основа на податоците добиени во табелата може да се заклучи дека **целиот систем варијабли има негативна поврзаност со професионалното согорување**, **(R** = .299), **F** = 11.61, со ниво на значајност **p**<.01, објаснета со 8% (**R²** = .089).

Табела 46. Регресиска анализа за Чувството на личен успех

N=120	BETA	Std.Erof BETA	b	Std.Er of b	t(116)	P
Intercept			9.34962	7.048832	1.32641	0.187333
ОК	**0.319578**	**0.135147**	**3.97647**	**1.681619**	**2.36467**	**0.019722**
ПЗВ	0.136740	0.102633	1.82350	1.368667	1.33232	0.185389
ПОЧИТ	0.251701	0.180183	2.34274	1.677080	1.39692	0.165128
ПС	**-0.488247**	**0.168480**	**-4.59460**	**1.585467**	**-2.89795**	**0.004499**

R= .3534R² = .1248 SD = 6.3656 F = 4.1032p<.003

Во *Табела 46*. се претставени R – мултипла корелација, R² - коефициент на детерминација, F – Фишеров тест и BETA – стандардизиран коефициент на парцијална регресија, со цел да се истражи влијанието на аспектите на грижата за пациентот врз степенот на деперсонализацијата.

Врз основа на податоците добиени во табелата може да се заклучи дека **целиот систем варијабли нема поврзаност со чувството за личен успех**, **(R** = .353), **F** = 4.103, со ниво на значајност **p**<.003, објаснета со 12% (**R²** = .124).

Гледано поединечно осигурувањето на квалитет има статистичко значајно влијание со ниво на значајност **p**<.01 врз чувството на личен успех (со оглед на тоа што оваа варијабла се скорува обратно,влијанието е негативно),и со позитивната сврзаност (позитивно гледајќи обратно).

*Табела 47.*Регресиска анализа за **Чувство на личен успех** и **Грижа**

N=120	BETA	Std.Er of BETA	b	Std.Er of b	t(116)	P
intercept			**20.06701**	**5.548867**	**3.616415**	**0.000441**
ГРИЖА	0.145446	0.091079	1.84725	1.156754	1.596925	0.112957

R= .1454R² = .0211 SD = 6.6463 F = 2.5502p<.1129

Во *Табела 47*. се претставени R – мултипла корелација, R^2 - коефициент на детерминација, F – Фишеров тест и BETA – стандардизиран коефициент на парцијалнарегресија, со цел да се истражи влијанието на грижата за пациентот врз степенот на депесронализацијата.

Врз основа на податоците добиени во табелата може да се заклучи дека **целиот систем варијабли има поврзаност со професионалното согорување**, **(R** = .145), **F** = 2.55, со ниво на значајност **p**<.112, објаснета со 8% (**R^2** = .089), **но грижата нема влијание врз чувството за личен успех ниту позитивно, ниту негативно.**

Согласно резултатите во последните табели, може да се заклучи дека **Хипотезата 5.** *„Грижата за пациентот статистички значајно влијае врз синдромот на професионално согорување кај сите испитаници*“, односно, **Потхипотезата 5.1***. „Осигурувањето на квалитет статистички значајно влијае врз синдромот на професионално согорување*“; **Потхипотезата 5.2.** „*Професионалните знаења и умеења статистички значајно влијаат врз синдромот на професионално согорување“;* **Потхипотезата 5.3.** „*Почитувањето статистички значајно влијае врз синдромот на професионално согорување“* и **Потхипотезата 5.4.**„*Позитивната сврзаност статистички значајно влијае врз синдромот на професионално согорување*“ **делумно се потврдуваат.**

4. ДИСКУСИЈА

4.1. Дискусија за резултатите од применетиот Т – тест

За да се утврдат можни разлики меѓу испитаниците се примени Т – тест за независни примероци. Испитаниците се поделија во четири групи и тоа, медицински сестри од Р.Северна Македонија и медицински сестри од Р. Бугарија, лекари од Р.Северна Македонија и лекари од Р. Бугарија, сите лекари заедно и сите медицински сестри заедно, и општо - здравствените работници од Р.Северна Македонија и здравствените работници од Р.Бугарија.

Во истражувањето учествуваа 120 испитаници, од кои 30 лекари од Р.Северна Македонија,30 лекари од Р.Бугарија,30 медицински сестри од Р.Северна Македонија и 30 медицински сестри од Р. Бугарија. Се внимаваше на приближен број на машки и женски испитаници, работниот стаж и образованието преку балансирање.

- Согласно резултатите од применетиот Т-тест,**Хипотеза 1.** „Постои статистички значајна разлика во нивото на аспектите на грижата за пациентот помеѓу здравствените работници од Р.Северна Македонија и Р. Бугарија“ **не се потврди.**

Имено во однос на оваа хипотеза резултатите од применетиот Т – тест за независни примероци кај лекарите од Р.Северна Македонија и Р.Бугарија, може да се забележат статистички значајни разлики во аспектите на грижата како почитувањето и позитивната сврзаност.

Почитувањето се однесува на активно слушање, почитување на личноста на пациентот,емпатично однесување и поддршка, давање можност на пациентот за изразување на емоциите, како и вклучување на пациентот во понатамошното планирање на грижата.Лекарите од Р.Северна Македонија во однос на лекарите од Р.Бугарија покажаа повисоки скорови во оваа супскала.

Позитивната сврзаност се однесува на обучување на пациентот за развивање вештини за самостојна грижа, пројавување на сочувствителност и однесување на основите на хуманизмот каде исто така, македонските лекари имаат повисоки скорови.

Но, она што може да се забележи е дека во вкупниот скор на грижата кон пациентот **не постојат статистички значајни разлики**, па така, овие резултати не може да се земат многу предвид, не само поради малиот број на испитаници во овие групи, туку и поради сознанието дека може да се должат на давање на социјално пожелни одговори.

- Согласно резултатите од применетиот Т–тест меѓу аритметичките средини од скоровите кај медицинските сестри од Р.Северна Македонија и Р.Бугарија и Т-тест помеѓу аритметичките средини од скоровите кај лекарите од Р.Северна Македонија и Р.Бугарија може да се забележат статистички значајни резултати во однос на деперсонализацијата и чувството на личен успех.Овие две димензии се супскалите на синдромот на професионално согорување, а добиените скорови укажуваат на тоа дека македонските медицинските сестри во однос на бугарските медицински сестри, како и македонските лекари во однос на бугарските лекари покажуваат повисок скор на димензијата Деперсонализација и понизок скор на димензијата Чувството на личен успех.

За да се добијат поверодостојни резултати, се направија уште две групирања, односно здравствените работници од Р.Северна Македонија наспроти здравствените работници од Р.Бугарија. Вака групирани, не се покажа разлика во ниту еден аспект на грижата, а во однос на професионалното согорување статистички значајна разлика се покажа во степенот на деперсонализација, т.е. здравствените работници од Р.Северна Македонија имаат повисок скор на оваа димензија.

Може да се заклучи дека **македонските здравствени рабоници покажуваат повисок степен на професионално согорување** со што **Хипотезата 2. делумно се потврдува.**

Деперсонализација е димензија која кај медицинскиот персонал може да се менифестира преку безличниот па и негативен пристап кон примателите на грижа, обид за создавање дистанца од нив, како и негативен и циничен однос кон колегите. Чувството на личен успех ги мери сопствените способности, чувството за компетентност и успешност во сопствената работа. Кога чувството

на личен успех е намалено, тогаш личноста се чувствува како да не може да се движи напред и почнува да се сомнева во сопствените способности.

Она што покажа голема разлика во скоровите е кај **чувството на личен успех кое укажува дека македонските лекари многу повеќе се сомневаат во своите способности, и имаат намалено чувство на личен успех и компетентност**. Сметам дека овој резултат е доста значаен, бидејќи се појави **и кај медицинските сестри**. На што се должат овие резултати е нешто кое е пожелно да се истражи во иднина, со цел подобрување на целокупниот здравствен систем во Р.Северна Македонија.

Leininger(2001) ја разгледува идејата дека „грижливото“ однесување варира и во зависност од карактеристиката на социјалната структура во одредена култура.

Така и разликата во однос на македонските лекари кои покажаа повисок степен на професионално согорување во однос на димензиите деперсонализација и намалено чувство на личен успех, за разлика од бугарските лекари може да се објасни од аспект на различната социјална култура и разликите во структурата на здравствениот систем. Може да се гледа од аспект на тоа што Р.Бугарија како земја членка на Европска Унија и одредените реформи што настанале во здравствениот систем за следење на европските стандарди е причина за помалиот скор на овие две димензии. Тука би можеле да се споменат донации на современа технологија, семинари во странство за обука и примена на нови методи, стекнување нови знаења со што на лекарите им се овозможува да ги пренесат и применат новите знаења и со самото тоа им се зголемува чувството на личен успех, ги гледаат резултатите од својот труд, се зголемува чувството на самодоверба и чувството на компетентност и работна ефикасност.

Овде би сакала да споменам уште едно истражување во врска со искуството на лекарите, иако во ова истражување не беше земено предвид искуството. Резултатите од истражувањето на Адамс и соработниците (Adams et al, 2001), покажеле дека младите здравствени специјалисти со помалку работен стаж покажале помала самодовреба и повисок степен на појава на соматски симптоми во однос на своите постари колеги со подолг работен стаж и искуство. Ниската самодоверба води до сомнеж во својата компетентност и до намалено чувство на личен успех.

- Во однос на *Хипотеза 3*. добиените резултати во однос на разликите од приложената грижа и синдромот на професионално согорување помеѓу медицинските сестри и лекарите,**статистички значајни разлики се утврдија** во ***позитивната сврзаност***, ***деперсонализацијата*** и ***чувството на личен успех***, односно повисоки скорови покажаа медицинските сестри.

Позитивната сврзаност се однесува на обучувањето на пациентот за развивање вештини за самостојна грижа,пројавување на сочувствителност и хуманизам, со што може да се каже дека беше очекувано медицинските сестри да покажат повисоки скорови,бидејќи тие се поизложени на директен, непосреден, индивидуализиран и временски подолг контакт со пациентите, во склоп на нивните професионални задачи и обврски. Исто така медицинските сестри покажаа и повисоки скорови од лекарите во однос на деперсонализација, што може да се поврзе со тоа што токму тој близок непосреден директен контакт со пациентот, комуникацијата не само со пациентите туку и со нивните блиски кои секојдневно се информираат од медицинските сестри како подостапни за информација од лекарите за текот на лекувањето на пациентот делуваат стресно на медицинската сестра. Од друга страна тука е и односот на лекарите кон медицинските сестри кој неретко знае да биде во вид на испади и критики, при што кај сестрите се акумулира дополнителен стрес, што медицинските сестри може да го манифестираат преку пасивност или т.н. страдање во тишина или преку циничен однос кон колегите или еден пасивен, рамнодушен или негативен однос кон пациентите. Исто така кај медицинските сестри се покажа и понизок степен на чувството на личен успех, што би можело да се објасни од аспект на тоа што медицинските сестри даваат сè од себе да помогнат на пациентот, но понекогаш, посебно кога станува збор за тешко болни пациенти помошта и ефектите од укажаната грижа не се видливи т.е. не даваат позитивни резултати. Така без видливи резултати и позитивен фидбек личноста понекогаш почнува да се сомнева во сопствените способности и компетентноста.

Овие резултати покажуваат сличности со она на Трендафилова Јанкова (2016), истражувајќи го влијанието на здравствената грижа врз синдромот на професионално согорување кај 410 здравствени работници, дошла до резултати дека грижливото однесување е постресогено за медицинските сестри одколку за

другите здравствени работници (лекари и здравствени техничари) што би можело да се објасни со блискиот непосреден контакт со пациентот, како и дека синдромот на професионално согорување се јавува во повисок степен кај медицинските сестри, што посебно се манифестира преку дистанцираност во комуникацијата со пациентите и колегите (осигурувањето на директна беспрекорна грижа на пациентот води до високо ниво на деперсонализација) и намалено чувство на личен успех.

Друго истражување на Аила Паинс (1996), универзитетски професор покажува дека продолжениот број на работни часови не е доволна причина за професионално согорување поткрепувајќи го тоа со резултатите од истражувањето на успешни предприемачи кои работат по 12 часа на ден и не страдаат од согорување, бидејќи доживуваат задоволство од својата работа и постигнатите резултати кои се јасни и видливи.Од друга страна се медицинските сестри кои работат само по 5 часа на одделение за деца со изгореници и колку и да се трудат не можат да ги видат посакуваните резултати, односно не можат да го видат ефектот од своте напори и вложувања, со што може да дојде до намалено чувство на компетентност и способност т.е.намалено чувство на личен успех, а самото тоа ги прави жртви на синдромот на согорување.

Нешто слично се утврдило и во истражувањето на Месиас Е. и соработниците (Messias, E. et al., 2018) каде медицинските сестри се покажале како поподложни на професионално согорување во сите апекти, за разлика од другите здравствени работници. Исто така, Цонева и кол. (Convay col, 2010, 2011) прават проучување слично како ова, каде што се покажало дека медицинските сестри имаат повисок степен на емоционална исцрпеност за разлика од другите здравствени работници.

Хипотеза 1. „Постои статистички значајна разлика во нивото на варијаблите на грижата за пациентот меѓу здравствените работници од Р. Северна Македонија и Р. Бугарија“ **не се потврди**, додека **Хипотеза 2.** „Постои статистички значајна разлика во степенот на синдромот на професионално согорување помеѓу здравствените работници од Р.Северна Македонија и Р. Бугарија“ **делумно се потврди**. Исто така, **Хипотеза 3.** „Постои статистички

значајна разлика во степенот на грижа за пациентот и синдромот на професионално согорување помеѓу медицинските сестри и лекарите“, **делумно се потвдри**, односно постојат одредени разлики.

4.2. Дискусија за резултатите од применетата корелациска анализа за поврзаноста помеѓу грижата и синдромот на професионално согорување

Во ова истражување, освен што се бараа разлики меѓу испитаниците, акцентот се стави на врската меѓу грижата и синдромот на професионално согорување, па затоа се примени корелациска анализа со Пирсонов коефициент за да се провери дали постои статистички значајна поврзаност меѓу нив. **Хипотеза 4**.„ Постои статистички значајна поврзаност меѓу грижата и синдромот на професионално согоруваање **делумно се потврди**.

Од добиените резултати може да се заклучат неколку работи:

- **Само осигурувањето на квалитет е поврзано со сите супскали;**
- **Грижата е поврзана негативно со емоционалната исцрпеност и деперсонализацијата;**
- **Негативната поврзаност укажува на тоа дека кога едната варијабла расте другата се намалува и обратно.**

Овие резултати се многу значајни за подобрување на здравствениот систем бидејќи грижата за пациентот е во основата на медицинската дејност т.е. обезбедувањето грижа и самиот процес на лекување сам по себе вклучува и емоционалан и духовна поддршка, а сето тоа ја троши енергијата на здравствените работници. (Harding & Higginson, 2005). Како би можело да има добар здравствен систем доколку медицинскиот персонал е согорен?! Со оглед на тоа што кај медицинските сестри степенот е повисок, истражувања од ваков тип е пожелно да се спроведуваат почесто за да се унапреди системот и да им се помогне на здравствените работници доколку се соочуваат со проблем. Слични податоци се добиени во истражувањето на Трендафилова Јанкова (Трендафилова Јанкова, 2016). Повеќето истражувања укажуваат на тоа дека всушност здравствените работници кои се професионално согорени покажуваат значајно помал степен на грижа кон пациентите, односно, не се добри даватели

на грижа. Во проучување спроведено на 350 медицински сестри во Луизијана од страна на Мофет (Moffett, 2002) била истражува врската помеѓу афективната компонента на грижата и професионалното согорување на медицинските сестри. Ова истражување докажува дека ставот за пружање на грижа служи како медијатор на согорувањето кај медицински сестри и го засилува чувството на лично постигнување (Moffett,2002), каде степенот на грижата за пациентот е поврзана со синдромот на професионално согорување, односно, се претпоставува дека личноста која е професионално согорена не е во состојба да пружа помош и квалитетна грижа на пациентите.

Во друго истражување спроведено на 676 медицински сестри во Тајван користејќи го CBI-28 и MBI, резултатите покажале статистички значајна поврзаност на аспектите на грижливото однесување со синдромот на професионално согорување. Медицинските сестри со висок степен на burnout пријавиле помалку грижливо однесување кон пациентот и помал степен на квалитет на грижа за пациентот во однос на оние медицински сестри со понизок степен на burnout.

Исто така во прилог на добиените резултати за негативната поврзаност на Грижата со димензиите емоционална исцрпеност и деперсонализацијата, одат и резултатите од истражување за емпатијата како централна компонента на грижата, каде од 10 студии 8 обезбедиле емпириска поддршка за негативен однос на емпатијата со burnout (Wilkinson H, Whittington R, Perry L, Eames C.,2017).

Припадниците на професиите кои се поврзани со пружање помош на другите, како што се здравствени и социјални работници, лекари, медицински сестри и психолози, се поподложни на развивање професионално согорување (според Maslach, 1976).

4.3. Дискусија од резултатите од применетата мултипла регресиска анализа

За да овој труд биде поиздржан, се примени и мултипла регресиска анализа, со цел откривање на статистички значајно влијание на грижата и професионалното согорување.Зависна варијабла беше професионалното согорување, додека независна е здравствената грижа за пациентот.Согласно многуте претходни истражувања и добиените податоци во корелациските матрици, очекувано беше овие варијабли да влијаат една на друга.

Во резултатите од ова истражување може да се забележи дека осигурувањето квалитет негативно влијае врз сите аспекти на професионалното согорување.

Осигурување на квалитет ги истражува активностите како индивидуализирање на грижата, комуникација со пациентот, насочување на пациентот да ги сподели проблемите, брза реакција на потребите на пациентот, правилно и навремено спроведување на манипулациите, осигурување на физичка и психичка удобност на пациентот и слично. **Она што може да се заклучи е дека колку повисок е степенот на професионално согорување, толку здравствената грижа е пониска со акцент на осигурувањето на квалитет.**

Слични резултати се покажале и во истражувањето на Трендафилова Јанкова (Трендафилова Јанкова, 2016), каде резултатите покажале дека здравствените работници со повисоко образование вложуваат повеке напор и емоционалност во одржување на меѓуличните заемни односи, комуникацијата со пациентот, што може да се должи на фактот дека помладите здравствени работници се стекнуваат со подобра професионална подготовка и компетентност во склоп на образованието како резултат на новите современи истражувања во професијата.

Единствено нешто што е **во позитивна релација е позитивната сврзаност и чувството на личен успех**.

Позитивна сврзаност го мери обучувањето на пациентот за развивање вештини за самогрижа и пројавување на сочувствителност, додека чувството на личен успех ги мери сопствените способности,чувството за компетентност и успешност во сопствената работа. Тоа значи дека колку е повисока позитивната сврзаност толку расте чувствотона личен успех што делува многу очекувано, согласно тоа

што целта на здравствениот работник (со акцент на медицинските сестри) е да го научи пациентот да се грижи сам во иднина, а гледајќи ги реално резултатите од својот труд делува позитивно на зголемување на чувството на личен успех. Истото важи и обратно, доколку се намали чувстово на личен успех (а се зголеми професионалното согорување) личноста има негативна самоевалуација, се чувствува безвредно, помалку ефикасна и продуктивна, како и некомпетентна во својата работа. Повеќето истражувања укажуваат на тоа дека всушност здравствените работници кои се професионално согорени покажуваат значајно помал степен на грижа кон пациентите, односно, не се добри даватели на грижа.

Во проучување спроведено на 350 медицински сестри во Луизијана од страна на Мофет (Moffett,2002),била истражувана врската помеѓу афективната компонента на грижата и професионалното согорување на медицинските сестри. Ова истражување докажува дека ставот за пружање на грижа служи како медијатор на согорувањето кај медицински сестри и го засилува чувството на лично постигнување (Moffett,2002).

Она што е многу важно е да се нагласи дека овие резултати се од самопроцена на здравствените работници за грижа за пациентот. Многу е важно да се спомене и дека различни истражувања покажале дека перцепциите за грижа на пациентите се разликуваат од оние на здравствените работници.

Во истражувањето на Килич и Озтунч (Kilic & Oztunc, 2015) за перцепцијата на добиената грижа од страна на пациентите и перцепцијата за укажаната грижа од медицинските сестри било утврдено дека медицинските сестри имаат значително повисока перцепција за грижа од таа на пациентите, односно, тие се перцепираат себеси како многу поповрзани и погрижливи од тоа како ги перцепираат пациентите.

Затоа, се препорачува проценка на грижа да се прави и од пациентите, односно мошне важно е да се испитаат и идентификуваат ставовите, приоритетите и потребите на пациентите со цел поквалитетна грижа како и превенција од професионално согорување и подобрување на здравствениот систем.

Ова укажува на фактот дека тие личности кои се професионално согорени пружат помалку квалитетна грижа на пациентите без разлика како тие самите се перцепираат себеси.

4.4. Ограничувања на спроведеното истражување

Ова истражување опфати 120 испитаници, 60 од Р.Северна Македонија и 60 од Р.Бугарија. Резултатите од ова истражување имаат одредени ограничувања.

Дел од ограничувањата се однесуваат на тоа што резултатите не би можеле да се генерализираат поради малиот број на испитаници, а исто така треба да се земе предвид дека примерокот беше пригоден, односно беа одбрани две болници каде можеше најдобро да се пристапи до здравствените работници. Овде беа вклучени само здравствени работници од државни болници, со што не би можело овие резултати да се генерализираат пошироко.

Другиот дел ограничувања се однесуваат на тоа што прашалникот за здравствената грижа е по принцип на самопроценка, односно се бара од испитаникот самиот да одговори дали и во кој степен го поседува она што е дадено во тврдењето, а тоа резултира со зголемен ризик од социјално пожелни одговори, што е многу често во истражувања од овој тип поради тенденцијата на секој од нас да се покаже во подобро светло, а со самото тоа се намалува можноста за генерализација на добиените резултати и сознанија.

Не се исклучува можноста дека испитаниците давале одговори кои не се целосно вистинити со цел да се покажат позитивно, односно дека поседуваат многу повеќе од она што реално го поседуваат.

4.5. Препораки

Ова истражување е многу значајно за овие простори затоа што дава еден вид подлога за нови истражувања и увид во врската меѓу здравствената грижа и професионалното согорување, и нивното заемно влијание, односно покажува како здравствените работници кои се професионално согорени не се во можност да ја пружат соодветната грижа, со што се јавува несоодветен пристап и однос со пациентите што резултира со намален квалитет на грижата, зголемен процент на грешки и општо негативни ефекти врз здравствената установа. Понекогаш несоодветната и неквалитетена грижа резултира со смртни случаи. Помалку квалитетната грижа може да биде еден вид аларм за професионална согореност

на медицинскиот работник, а за што тој самиот не е свесен, со што може да се преземат навремени мерки.

- Секако, за да може да се генерализираат овие податоци, пожелно е да се спроведе ваков тип на истражување на поголем број испитаници, во повеќе здравствени установи.

- Освен поголемиот број на испитаници, предлагам и да се воведе тестирање на пациентите, како тие ја перцепираат добиената грижа со цел подобри резултати и увид во грижата.

- Може да се пристапи кон покомплексна едуцираност за синдромот на професионално согорување, факторите за негово појавување, ефектите како и превентивните техники, во текот на студиите на идните здравствени работници.

- Да се пристапи кон организациони промени со ставање акцент на меѓучовечките односи (овде може да се вклучат семинари или обуки за ефикасна професионална комуникација и психолошка поддршка на пациентите) и создавање на поддржувачки амбиент во работниот колектив.

- Регуларни работни средби со персоналот на кои ке се разговара за евентуалните проблеми и стратегии за нивно разрешување.

- Присуство на Балинт групи како средство за доразвивање на професионална компетентност пред сè во комуникацијата лекар-пациент, подобро спознавање на емоционалниот склоп на пациентот како и поголема свесност на здравствениот работник за сопствените емоционални доживувања, како и во начин за спречување на Burnout синдромот кај здравствените работници и грижа за менталното здравје на здравствените работници.

- Периодична дијагностика на здравствените работници за burnout.

5. ЗАКЛУЧНИ СОГЛЕДУВАЊА

- Проблемот на ова истражување произлезе од потребата да се проучи врската и влијанието на аспектите на грижата за пациентите и синдромот на професионално согорување со неговите димензии, односно да се проучат разликите меѓу здравствените работници од Р.Северна Македонија и Р.Бугарија.
- Во ова истражување учествуваа 120 испитаници (30 медицински сестри и 30 лекари од Р.Бугарија, 30 медицински сестри и 30 лекари од Р.Северна Македонија.
- За целите на ова истражување се применија два прашалника и тоа: Caring Behaviors Inventory(CBI),кратка форма (Wu et al.,2006) прашалник за грижа за пациентите и Maslach Burnout Inventory (MBI; Maslach & Jackson,1996) прашалник за професионално согорување.
- За обработка на податоците се применија Т–тест за независни примероци, Корелациска анализа со Пирсонов коефициент и Мултипла регресиска анализа.
- Постојат статистички значајни разлики меѓу аритметичките средини кај медицинските сестри од Р.Северна Македонија и медицинските сестри од Р.Бугарија во деперсонализацијата и чувството на личен успех со ниво на значајност $p<0.01$, односно, медицинските сестри од Р.Северна Македонија имаат повисоко ниво во овие супскали и понизок степен на чувство на личен успех.
- Постојат статистички значајни разлики меѓу аритметичките средини кај лекарите од Р.Северна Македонија и лекарите од Р.Бугарија во почитувањето, позитивна сврзаност, деперсонализацијата и чувството на личен успех со ниво на значајност $p<0.01$, односно повисоки скорови имаат македонските лекари, т.е понизок скор на скалата за чувството за личен успех.
- Постојат статистички значајни разлики меѓу аритметичките средини кај лекарите и медицинските сестри во позитивната сврзаност, деперсонализацијата и чувството на личен успех со ниво на значајност

$p<0.01$, односно, медицинските сестри имаат повисоки скорови од лекарите, т.е. понизок скор на димензијата чувство на личен успех.

- Постојат статистички значајни разлики меѓу аритметичките средини кај здравствените работници од Р.Северна Македонија и здравствените работници од Р.Бугарија во деперсонализацијата со ниво на значајност $p<0.01$, односно здравствените работници од Р.Северна Македонија имаат повисоки скорови.
- Во останатите супскали постојат разлики меѓутоа тие не се статистички значајни, со што Хипотеза 1. не се потврди, додека Хипотеза 2. и Хипотеза 3. делумно се потврдија.
- Корелациската анализа кај лекарите и медицинските сестри од Р. Северна Македонија покажа дека сите 8 субваријабли се поврзани со осигурувањето на квалитет како супскала на грижата. Исто така, грижата се покажа статистички значајно поврзана со сите супскали на професионалното согорување со ниво на значајност $p<0.05$, со што Потхипотеза 4.1. се потврди.
- Корелациската анализа кај здравствените работници од Р.Бугарија покажа дека повеќето субваријабли се поврзани меѓу себе. Грижата е статистички значајно поврзана со емоционалната исцрпеност со ниво на значајност $p<0.05$, со што Потхипотеза 4.2. делумно се потврди.
- За повалидни резултати на поголем број испитаници се примени корелациска анализа кај сите 120 здравствени работници кои учествуваа во истражувањето и се покажа дека повеќето варијабли се поврзани меѓу себе, а грижата е поврзана со емоционалната исцрпеност и деперсонализацијата со ниво на значајност $p<0.05$, со што Хипотеза 4. се потврди.
- За да се утврди влијание, се направи мултипла регресиска анализа кај сите испитаници заедно.
- Регресиската анализа покажа дека осигурувањето на квалитет и грижата за пациентот негативно влијаат на емоционалната исрпеност со ниво на значајност $p<0.01$.

- Регресиската анализа покажа дека осигурувањето на квалитет и грижата за пациентот исто така негативно влијаат врз деперсонализацијата со ниво на значајност p<0.01.
- Регресиската анализа покажа дека осигурувањето на квалитет негативно влијае врз чувството на личен успех, а позитивно врз позитивната сврзаност со ниво на значајност p<0.01.
- Согласно резулатите, Хипотеза 5. делумно се потврдува.
- Ова истражување докажа дека грижата за пациентот и синдромот на професионално согорување имаат нераскинлива врска и поврзаност, но грижата за пациентот не е таа што непосредно доведува до професионално согорување, туку напротив, се покажа дека колку повисок е скорот на професионално согорување толку е намалена грижата за пациентот кај здравствените работници.
- Исто така, ова истражување покажа дека здравствените работници од Р.Северна Македонија имаат повисоки скорови на професионално согорување, додека медицинските сестри имаат повисоки скорови наспроти лекарите.
- Недостатоци се малиот број на испитаници, но исто така, прашалникот за грижа кон пациентите е врз база на самопроцена и имајќи го фактот дека луѓето имаат тенденција за давање на социјално пожелни одговори, овие резултати не би можеле да се генерализираат пошироко.
- Грижата за пациентот е во основата на медицинската дејност и успешноста за нејзиното укажување не зависи само од професионалните знаења и способности, мошне важен фактор е овозможување на психолошка поддршка во процесот на лекување како и индивидуалниот пристап кон секој пациент во зависност од возраста, образованието како и социокултуролошката средина на пациентот што доведува до позитевен ефект во однос на приложената грижа и разбирање на препораките на здравствениот работник.
- Токму поради ваквата специфичност на здравствената грижа, таа е ризик фактор за развивање на синдромот на професионално согорување, односно секојдневниот близок контакт со пациентите,

нивните болести и страдања постепено неосетно ја менуваат самата личност на здравствениот работник и неговиот поглед на светот.

- Од друга страна поради нераскинливата врска помеѓу грижата и професионалното согорување, се укажува на фактот што професионално согорената личност не може да пружа соодветна квалитетна грижа, така да недоволно квалитетната грижа може да претставува сигнал за професионална согореност кај здравствениот работник и да се преземат соодветни мерки за превенција на професионалното согорување.

П Р И Л О З И

АНКЕТНА КАРТА

Почитувани:

Анкетата е анонимна.Податоците ке бидат користени единствено за научни цели.Однапред ви благодарам за укажаната соработка и учество.

Социјално-демографски профил и карактеристики на работното место

1.Возраст ..... години 2.Пол: Маж ; Жена ;

3.Семеен статус : оженет/омажена ; разведен/а ; слободен/а ; друго .....

4.Образование: VI степен- средно; VI-1 степен-висока медицинска школа ; VI-2 степен-специјализација;

VII-1 степен - високо образование; VII-2 магистер ; VIII-докторат;

5.Работен стаж: 1-5 год. 6-10 год. 11-15 год. 16-20 год. Над 20 год.

6.Во моментот работите како.....

7.Работно време : полно работно време; скратено работно време;

8.Колку години работите на вашето моментално работно место.....

9.Колку часа работите во седмицата.....; Колку денови по ред работите во седмицата?.....

10.Вашето работно место: .....; одделение/клиника.....

11.Колкав е средниот бр.на пациенти дневно?...../ Средно, колку минути минувате со пациентот?.....

12.Работни часови во текот на смената: 6 ч. 8 ч. 12 ч.13.Работите ли ноќни смени? Да; Не;

14. Дали работната атмосфера е добра? Да; Делумно; Не;

15 Дали вашиот труд е вреднуван од началниците? Да; Делумно; Не;

16.Има ли конфликтни ситуации и покажување на власт? Да; Делумно; Не;

17.Дали сте задоволни од вашата плата : Да; Делумно; Не;

MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

Ве молам означете колку честовие сте го почувствувале секое од следниве доживувања на вашето работно место. Напишете го соодветниот број покрај секое тврдење кој во најголем степен се однесува на вашето доживување.Броевите го имаат следново значење:

0-никогаш ; 1-неколку пати годишно; 2-еднаш месечно; 3-неколку пати месечно;

4-еднаш неделно; 5-неколку пати неделно ; 6-секој ден;

1--------Се чувствувам емоционално исцрпен од мојата работа.
2--------Работењето со луѓе во текот на целиот ден бара голем напор.
3--------Чувствувам како мојата работа да ме уништува.
4--------Се чувствувам фрустрирано од мојата работа.
5--------Чувствувам дека премногу работам.
6--------Стресно ми е кога работам во директен контакт со луѓето.
7--------Чувствувам како да сум на крајот на силите.
8------- Имам чувство дека пациентите ги гледам како предмети ,а не како личности.
9------- Чувствувам замор од самата помисла дека треба да поминам уште еден ден на работа.
10----- Имам впечаток дека пациентите ме прават одговорен за некои нивни проблеми.
11----- На крајот од работниот ден моето трпение попушта.
12---- -Воопшто не се грижам за тоа што им се случува на некои пациенти.
13----- Откако почнав да ја работам оваа работа станав многу нечувствителен кон луѓето.
14----- Се плашам дека работава ме прави нечувствителен.
15----- Извршувам многу значајни задачи во мојата работа.
16------Се чувствувам исполнет со енергија.
17------Лесно можам да ги разберам чувствата на моите пациенти.
18------Ефикасно се справувам со проблемите на моите пациенти.
19------Во својата работа смирено ги решавам емоционалните проблеми.
20------Чувствувам дека со својата работа имам позитивно влијание врз луѓето.
21------Лесно можам да создадам релаксирана атмосфера со моите пациенти.
22------Се чувствувам пријатно кога сум во близина на моите пациенти.

CBI

Овој дел содржи 24 позиции,фрази,определени аспекти на грижата.Ако овие аспекти на грижата ја карактеризираат вашата работа, ве молам обележете го одговорот со број кој во најголем степен се однесува на вас покрај секое тврдење .
Броевите го имаат следново значење:

1-Никогаш : 2- Многу ретко: 3-Понекогаш: 4-Често:

5-Многу често: 6- Секогаш

1. ------- Внимателно го слушам пациентот.
2. ------- Го обучувам пациентот.
3. ------- Го третирам пациентот како личност.
4. ------- Го посветувам целото време на пациентот.
5. ------- Му давам поткрепа на пациентот.
6. ------- Пројавувам емпатично однесување кон пациентот.
7. ------- Му помагам на пациентот за развивање на способноста за автогрижа.
8. ------- Се чувствувам како дел од пациентот.
9. ------- Ја владеам инјекционата техника.
10. ------- Давам информации на пациентот,како тој/таа може да се грижи самостојно
11. ------- Покажувам професионални знаења и способности.
12. ------- Знам да ја користам апаратурата/техниката.
13. ------- Давам возможност на пациентот да ги изрази своите чувства за болеста и лекувањето
14. ------- Заедно со пациентот ја планираме понатамошната грижа.
15. ------- Се грижам за зачувување на приватноста и информациите за пациентите .
16. ------- Го ставам пациентот на прво место/Ја индивидуализирам грижата.
17. ------- Умеам да комуницирам со пациентот.
18. ------- Го насочувам пациентот да ги сподели своите проблеми.
19. ------- Разговараме со пациентот за неговите актуелни и потенцијални потреби.
20. ------- Реагирам брзо на потребите на пациентот.
21. ------- Помагам за намалување на болката на пациентот.
22. ------- Демонстрирам загриженост за пациентот.
23. ------- Навремено ги спроведувам манипулациите и медикаментите на пациентот.
24. ------- Помагам за намалување на симптомите кај пациентот

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова, М. (2001)„Планиране, реализация и оценка на грижите, определени в сестринската диагноза“. В: Ръководство за специализация на медицински сестри, Под ред. на доц. д-р К. Юрукова, Горекс Прес, 2001, с. 97-100

2. Ачкова,М.(2001).„Приложна психология в медицината и здравните грижи“. С., Коти

3. Асенова,Р.идр.(2003). „Психо-емоционално изтощаване при общопрактикуващите лекари“. Национална трипартидна конференция на българското общество за изучаване и борба със стреса. 12-13 септ. 2003, Пловдив, 207-213.

4. Балканска П., Ж. Христов. (2010). „Професионално общуване и комуникативна компетентност“. В: Медицинска педагогика, ЕКСПРЕС, Габрово, с. 203-215.

5. Борисов, В. (2001).„Качество на здравното обслужване“., Социална медицина, учебник за медицинските колежи. Под ред.: В.Борисов, Ц.Воденичаров, С.Попова, С., ГорекПрес, 2001, с. 20-23

6. Витанова**,** Н., Митева, Н., Николов, Н. „Разграничаване на Бърнаут-
7. синдрома от близки до него конструкти“. // *Научни трудове на Русенския университет*,2014, Т. 53, с. 28

8. Воденичаров, Ц., С. Попова (2010).„Медицинска етика“, София

9. Георгиева,И.,Е.Караславова,Д.Тодоров(2008).„Професионалното изчерпване при медицински сестри, работещи в клиника по детски и генетични заболявания при УМБАЛ “Св. Георги” –Пловдив“; Сестринско дело, 40, No 3, с. 3-7

10. Георгиева, Д., Захариева, К. (2011).„Промяна в нагласите и моделите за комуникация между медицинска сестра и пациент“. Научни трудове на русенски университет, т.50, с.141-145

11. Добрилова,П.,Маринова,П.(2012).„Роля на медицинската сестра в повишаване качеството на услугите в рехабилитационните болници“, Двадесет и девета научнотехнологична сесия,КОНТАКТ 2012, София, с.155-161

12. Латенко Ю.А. (2009). „Профессиональное поведение специалистов-медиков и его компоненты “// Альманах современной науки и образования. No 4. Ч.2. с.88-89.

13. Лечева,З.(2013).„Фактори, предизвикващи професионален стрес при медицинските сестри“.// Управление и образование, том IX (5),с.38-44

14. Лебикян, Е. „Бърнаут синдромът – един от рисковете на професията“. // Научни трудове на Русенския университет, 2012, т. 51, с. 117.

15. Маринова П.,П.Добрилова,К.Стефанова(2010).„Синдром на изпепеляване и неговите фактори в интензивните отделения“; сп. Медицински меридиани, 2,с.22-27

16. Мирчева,К.(2012).„Стрес и психични стратегии за справяне“, с.44

17. НеноваА.,А.Рашева,Б.Ценова,К.Даскалов,И.Маринов(2005). „Емоционално изтощение (бърнаут) и общи характеристики на работата на медицински персонал клиники за консервативно лечение“. Сб. III Нац. Конгрес по психология, София, 28-23 окт., 2005,София, 316-322.

18. Павлова С.(2012).„Осъществяване на ефективна комуникация между медицинската сестра и пациента всистемата на болничното здравеопазване“. Сп. Известия на Съюза на учените –Сливен. Том 21, 2012., 168-172

19. Попова, С., М.Александрова (2001).„Етични правила за добра емоционална и социална подкрепа на пациента“. В: Ръководство за специализация на медицински сестри, Под ред. на доц. д-р К. Юрукова, Горекс Прес, 2001, с.133-137

20. Спасова, Р., П. Железчева.(2004).„Повишаване качеството на здравните грижи в МБАЛ “Д-р Иван Селимински” АД –Сливен, чрез въвеждане на система за оценка и контрол“. Здравни грижи,1, с. 15 –20

21. Харизанова,Ст.,Т.Търновска.(2013).„Бърнаут синдром–исторически преглед,определение,същност,последствия“;Български медицинскижурнал, VII, No 1, с.31-38

22. Ценова,Б.(2004)„Психосоциални проблеми на работното място: стрес, бърнаут, психологичен тормоз“,Сп. Физикална медицина, рехабилитация1 здраве, 2-4, 18-27.

23. Ценова,Б.(2008). „Личностни корелати на бърнаут-синдрома“,bjop.files.wordpress.com

24. Цонева,Д.(2012).„Актуални аспекти на „burnout“ синдрома при медицински персонал в отделение по анестезиология и интензивно лечение в условиятана здравна реформа в България“. Дисертационен трудза присъжданена образователна и научна степен „доктор”,МУ-София, 2012

25. Цонева, Д., Ст. Хинев (2010). „Проблемът „емоционално изгаряне“ (Burnout синдром) при медицинския персонал в КАИЛ/ОАИЛ“, Анестезиология и интензивно лечение, 2010; 1: 16-20

26. Ценова,Б.(2003).„Специфични подходи за справяне с бърнаут при медицински сестри“. Сп. Социална медицина, 2, 33-35

27. Янкова,Г (2016). „Здравните грижи и BURNOUT –синдрома в контекста на професионалната дейност“- Дисертационен труд.

28. Aiken, L. H. et al.(2002)“Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction“. –J. Am. Med. Assoc., 288, 2002, 1987-1993

29. Aguayo,R., Vargas,C., de la Fuente,E. & Lozano,L.M.(2011). “A meta-analytic reliability generalization study of the Maslach Burnout Inventory“.International Journal of Clinical and Health Psychology, Vol.11, No.2, pp.343-361 (Cited on 2015-12-08). Available on: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-383.pdf

30. Alderson M.(2008).“Work Structure in the Chronic Care Setting: Possible Consequences for Nurses’ Mental Health“.Canadian Journal of Nursing Research 2008;40:160-78

31. Am J Kidney Dis,2008,51(1):80-92,“Staff Burnout and Patient Satisfaction with the Quality of Dialysis Care“

32. Arthur, D. et al. (1999).“Caring attributes, professional self concept and technological influences in a sample of registered nurses in eleven countries“. International Journal of Nursing Studies, 36 , 387-396.

33. Ayala E, Carnero AM. “Determinants of Burnout in Acute and Critical Care Military Nursing Personnel“: A Cross-Sectional Study from Peru. Lam WWT, ed. PLoS ONE 2013; 8:e54408.

34. Backovic,D. & Jevtic,M.(2012). „Burnout sindrom kao problem mentalnog zdravlja studenata medicine“. Med.Pregl;LXV (3-4):129-132.Novi Sad: mart-april. (Cited on: 2015-11-28). Available on: http://scindeks.ceon.rs/article.aspx?artid=0025-81051204129B

35. Bolderston A, Lewis D, Chai MJ.(2010)“The concept of caring: Perceptions of radiation therapists“. Radiography;16:198-200

36. Bradham, K. M. (2008). “*Empathy and burnout in nurses“.* Institute for Clinical Social Work (Chicago)).

37. Brunton, B. & Beaman, M. (2000).“Nurse practitioners’ perceptions of their caring behaviors“. Journal of the AmericanAcademy of Nurse Practitioners , 451-456

38. Bruce SM, Conaglen HM, Conaglen JV. “Burnout in physicians: a case for peer-support“. Int Med J 2005; 35:272-278.

39. Cooper, CL. (2005). “Handbook of stress medicine and health“. London: CRC Press.

40. Coulombe KH, Yeakel S, Maljanian R, Bohannon RW.(2002).“Caring Behaviors Inventory: analysis of responses by hospitalized surgical patients“. Outcomes Manag.2002;138-41

41. Dedic,G.(2005).„Sindrom sagorevanje na radu“. Vojnosanitetski pregled, 62(11),str.851-855 (Cited on 2015-12-05). Available on: http://www.doiserbia.nb.rs/img/doi/0042-8450/2005/0042-84500511851D.pdf

42. Del Picolo L,Mazzi M,Saltini A,Zimmrmann C., “Inter and intra individual variations I physician s verbal behavior during primary care consultations“.Soc.Sci Med(2002)55:1871-1885

43. DierendonckD.V.,GarssenB.,VisserA.(2005).“Burnout prevention through personal growth“//International Journal of Stress Management. -V.12,P. 62–77.

44. Erickson, R. J. & Grove, W. J. C. (2007).“Why emotions matter: Age, agitation, and burnout among registered nurses “[Electronic version]. Online Journal of Issues in Nursing,13(1).Retrieved on November 29,2007

romhttp://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANA

45. Freudenberger, H .J. et G. Richelson.(1980). “Burnout: How to Beat the High Cost of Success“. New York, Bantam Books.

46. Gabassi PG, Cervai S, Rozbowsky P, Semeraro A, Gregori D. (2002).“Burnout syndrome in the helping professions“. Psychol Rep: 90(1):309-14.

47. Gosseries,O.,Demertzi,A.,Ledoux,D.,Bruno,M.A.,Vanhaudenhuyse,A., Thibaut,A., Laureys,S. & Schnacers,C.(2012) “Burnout in healthcare workers managing chronic patiens with disorders of consciousness“.Brain Injury, 1-7, (Cited on 2015-11-29). http://www.researchgate.net/publication/228059742_Burnout_in_healthcare_workers_managing_chronic_patients_with_disorders_of_consciousnes

48. Green A. (2004).“Caring behaviors as perceived by nurse practitioners“. J Am Acad. Nurse Pract. 2004 Jul;16:283-290

49. Hallman,T.et al.(2003).“Stress, burnout and coping: Differences between women with coronary heart disease and healthy matched women“ –J. Health Psychol., 8, 2003, 433-445

50. Hayes, J. S., & Tyler-Ball, S. (2007).“Perceptions of nurses’ caring behaviors by trauma patients“. Journal of Trauma Nursing, 14(4), 187-190.

51. Hyman, S. et al. (2011).“Risk of Burnout in Perioperative Clinicians“. A Survey Study and Literature Review, Anesthesiology, 114, No 1, 194-204

52. Jian S,Weng H,Tsang H,Wu J.“Mental health and quality of life among doctors,nurses and other hospital staff“.Stress Health.2009,25:423-30.

53. Jakshic M.(2014),„Sindrom izgarananja na radnome mestu-Burn-out sindrom“,ISBN 978-953-6935-29-1;Djakovo.

54. Kalauz S.(2008).„Sindrom sagorijevanja na poslu medicinskih sestara“.Zbornik radova7.Kongres kardioloshkog drushtva s medjunarodnim sudjelovanjem,16-18.listopada,2008,Lijecnicki vjesnik 2008.str.120.

55. Kamrowska A,Kamrowski C,“(Professional Burnout among psychiatrist)“ Pol Merkur Lekasrski.2010;28;242

56. Kim, H. S. & Kollak, I.(1999).“Nursing Theories: Conceptual and philosophical foundations“. New York: Springer Publishing Company

57. Korunka,C., Tement,S., Zdrehus,C. & Borza,A.(2011). “Burnout: Definition, recognition and prevention approaches, Burnout Intervention Training for Managers and Team Leaders“. (Cited on 2015-11-29). Available on: http://www.burnout.nl/burnout-preventie/BOIT_theoretical_abstract_2705.p

58. Leiter, M. et C. Maslach.(2009).“Nurse turnover: the mediating role of burnout“. –J. Nurs. Manag., 17, No 3, 331339.

59. Lee,F.J,Stewart,M.A,&Brown,J.B.(2008).“Stress,Burnout and Strategies for Reducing Them“.Canadian Family Physician,54,234-235.

60. Liu SS, Franz D, Allen M, Chang EC, Janowiak D, Mayne P, et al.(2010).ED services: “the impact of caring behaviors on patient loyalty“. J Emerg Nurs.;36(5):404-14

61. Malach,C.&Jackson,S.E.(1981).“The measurement of experienced burnout“.Journal of Occupational Beahavior,Vol.2,pp.99-113.(Cited on 2015-11-28.Available on: http://psychsource.bps.org.uk/details/journalArticle/3432521/The-measurement- of-experienced-burnout.html.

62. Maslach C,Schaufeli WB,Leiter MP,“Job Burnout“.Annu.Rev.P.2001:397-422

63. Maslach C. (1982).“Burnout. The cost of caring“. New Jersey: Prentice-Hall Inc

64. Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P.(2001).“Job Burnout“. Annual Review of Psychology, 52, 397–422

65. Maslach,C.,& Leiter,M.P.(2005),“Stress and burnout:the critical research“.In C.L,Cooper(Ed.),Handbook of Stress Medicine and Health(pp.72-155).Lancaster:CRC Press.

66. Maslach,C (2006).“Understanding job burnout“.In A.M.Rossi,P.Perrewe, & S.Sauter (Eds.),Stress and quality of working life:Current perspectives in occupational health(pp.37-51).Greenwich,CT: Information Age Publishing.

67. Maslach, C., Leiter, M.P. and Schaufeli, W.B. (2008),“Measuring burnout”, in Cooper, C.L. and Cartwright, S. (Eds), The Oxford Handbook of Organizational Wellbeing, Oxford University Press, Oxford, pp. 86-108.

68. Mercer, S .W., &Renolds, W J., (2002).“ Empathy and Quality Care“. British Journal of General Practice Quality Supplement, 52, S9-S13. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/

69. Meldrum H.“Exemplary phisicians strategies for avoiding burnout“.Health care manage 2010;321-331

70. Miller, K. I., Stiff, J. B. & Ellis, B. H. (1988).“Communication and empathy as precursors to burnout among human service workers“. Communication Monographs, 250-265.

71. Moffett, B. S. (2002).“Caring as a mediator of burnout in nurses“ [Abstract]. The Proceedings of the 16th Annual Conference of the Southern Nursing Research Society, San Antonio, Texas, 318

72. Papastavrou E., Efstathiou G., Tsangari H., Suhonen R., Leino-Kilpi H., Patiraki E., Karlou C., Balogh Z., Palese A., Tomietto M., Jarosova D. & Merkouris A. (2012).“A cross-cultural study of the concept of caring through behaviours: patients’ and nurses’ perspectivesin six different EU countries“. Journal of Advanced Nursing , 1026–1037.

73. Peery, A.I.(2006).“Caring and Burnout in Registered Nurses: What’s theConnection?“ http://repository.lib.ncsu.edu/ir/bitstream/1840.16/3606/1

74. Pines, AM. (1993).“Burnout: An existential perspective. Professional burnout: recent developments in theory and research“, WB Schaufeli, C Maslach, & T Marek. Washington, DC: Taylor & Francis

75. Pokpalagon, P. (2005).“Knowledge, attitude, and caring behavior for end of life patients among professional nurses in governmental hospital“, Bangkok. Unpublished master’s thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

76. Schaufeli, W. B. & Greenglass, E. R. (2001).“Introduction on a special issue on burnout and health“. Psychology& Health, 16, 501-510.

77. Schaufeli, W.B., Leiter, M.P. & Maslach, C. (2009).“Burnout: 35 years of research and practice“. Career Development International,:204-220

78. Schaufeli WB,Bakker AB.“Job Demands,Job Resources and their Relationship with Burnout and Engagement:A Multi-Sample Study“.Journal of Organizational Behavior 2004:293-315

79. Selye H.“The stress of life,revised edition“.McGraw-Hill paperbacks,New York,1978.
`

80. Skilbeck J, PayneS.(2003).“Emotional support and the role of Clinical Nurse Specialists in palliative care“. J Adv Nurs. 2003;521-30.

81. Stordeur S. Phoore W. and Vandenberghe C.(2001).“Leadership, organizational stress and emotional exhaustion among hospital nursing staff“. Journal of Clinical Nursing. 35(4): 533-542. Watson, J. (1997). The theory of human caring: Retrospective and prospective. Nursing Science Quarterly, 10(1), 49-52.

82. Vahey D.C. Alkon L.(2010).“Nurse burnout and patient satisfaction“. PMC Journal. 42: 1157-1166.

83.Vicentić S, Jovanović A, Dunjić B, Pavlović Z, Nenadović M, Nenadović N. „Profesionalni stres kod lekara opšte prakse i psihijatara – nivo psihičkog distresa i rizika od burnout sindroma“. Vojnosanit Pregl 2010; 67:741-746.

84.Watson, J. (1988). “New dimensions of human caring theory“. Nursing Science Quarterly, 1(4), 175-181

85.Watson, J. (1997).“ The theory of human caring“: Retrospective and prospective. Nursing Science Quarterly, 10(1), 49-52.

86.Watson J. (1999).“Nursing, human science and human care: A theory of nursing“. New York (NY): NLN Press.

87.Weber,A. & Jaekel-Reinhard,A.(2000).“ Burnout syndrome: a disease of modern societies?“Occup.Med.Vol.50, pp.512-517 (Cited on 2015-11-28). Available on: http://occmed.oxfordjournals.org/content/50/7/512.full.pdf

88.Wolf ZR, Miller PA, Devine M.(2003).“Relationship between nurse caring and patient satisfaction in patients undergoing invasive cardiac procedures“. Medsurg Nurs:391-6

89.Wu, Y., Larrabee, JH, Putman, HP (2006).“Caring behaviours inventory: a reduction of the 42-item instrument“. Nursing Research, 55: pp.18-2

https://www.hindawi.com/journals/tswj/2019/4515972/

Burnout Syndrome among Emergency Physicians and Nurses in Abha and Khamis Mushait Cities, Aseer Region, Southwestern Saudi Arabia
https://psychology.framar.bg/5

5 изненадващи причини за бърнаут – Част 1%20%20 Psychology Framar.bg.htm

https://www.researchgate.net/publication/276330527_Occupational_burnout_caring_behavior_and_nurse-assessed_quality_of_care_among_Taiwanese_nurses

https://scindeks-clanci.ceon.rs/data/pdf/0354-8422/2018/0354-84221876033B

https://journals.lww.com/ijebh/Abstract/2014/09000/

https://journals.lww.com/ijebh/Abstract/2014/09000/Occupational_burnout_caring_behavior_and.84.aspx

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/309

http://glasove.com/categories/kultura/news/pytqt-na-emocionalnoto-pregarqne- ot-entusiazma-do-otvrashtenieto

http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/13_Kilic original_8_3.pdf

https://www.linkedin.com/pulse/sindrom-izgaranja-burn-out-kada-posao-postane-mu%C4%8Denje-obradovi%C4%87

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5534210

http://www.e-training.bg/bgr/kak-da-se-vzstanovim-sled-pregaryane-burnout