

Supervīzijas palīdzības iespējas fizioterapeitiem

Līga Barone

Fizioterapeite un supervīzore apmacības

Fizioterapija kļūst arvien pieprasītāka, jo pieaug iespējas un metodes palīdzēt pacientiem atgūt un uzlabot atsevišķu indivīdu un visas sabiedrības veselību. Fizioterapeits sniedz profesionālu pakalpojumu saviem pacientiem, kas pamatā balstas uz zināšanām, prasmēm un profesionālām kompetencēm. Bet efektīvs rehabilitācijas process ir atkarīgs ne tikai no profesionālās izglītības un pieredzes, bet arī no paša fizioterapeita emocionālās iesaistes terapeitiskajā procesā [35]. Līdzīgi kā citās palīdzošās profesijās, fizioterapeita personība ir nozīmīgs darba instruments. Ja speciālistam rodas emocionāls izsīkums, profesionāla izdegšana vai mazinās gandarījums par paveikto darbu, tas ietekmē ne tikai pašu fizioterapeitu, bet arī pacientu aprūpi un arī organizāciju, kurā strādā šis darbinieks [10].

Medscape ziņojumā par mediķu profesionālās izdegšanas, depresijas un suicīdu izplatību 2019.gadā minēts [26], ka fizioterapeitiem ir trešais augstākais profesionālās izdegšanas rādītājs starp dažādu specialitāšu medicīnas profesionāļiem, proti, 52% no fizioterapeitiem jūtas profesionāli izdeguši. Pastāv vairāki riska faktori, kas to ietekmē. Zinātniskajā literatūrā tiek minēti organizācijas faktori (darba samaksa, automomija, pacientu menedžments, darba stundas), pacienta un klīniskie faktori (fiziskās saslimšanas smagums, psihiskas veselības stāvoklis, vecums, veselībrātība, līdzestība, piederīgo atbalsts) un arī paša speciālista personiskie faktori (demogrāfiskie rādītāji, darba stāžs, personiskās un profesionālās dzīves līdzsvars, fiziskā veselība, nogurums) [36, 46]. Pastāv vairāki riska faktori, kas ir specifiski tieši rehabilitācijā [34]. Piemēram, fizioterapijā nepieciešams ciešs fizisks kontakts ar pacientu, bieži vien salīdzinoši ciešāks nekā citās medicīnas nozarēs. Fizioterapeits strādā ar pacientu ilgstoši, nereti pat mēnešiem un gadiem. Fizioterapeitiem, pat neskatoties uz pacientu dažkārt pat agresīvu vai depresīvu reakciju, jāspēj stimulēt pacientu motivāciju, sniegt emocionālu un fizisku atbalstu, lai nodrošinātu efektīvu fizioterapeitisko mērķu sasniegšanu.

Pastāv jautājums, tad kādēļ fizioterapeiti turpina savu darbu, ar aizrautību iesaistās rehabilitācijas procesā un profesionāli rūpējās par saviem pacientiem? Gandarījums par paveikto, jeb kā to zinātniskajā literatūrā sauc – līdzjūtības gandrījums – ir subjektīva pozitīva sajūta, kas rodas apzinoties kvalitatīvi un rezultatīvi paveiktu palīdzēšanas darbu. Tā ir kā svarīga papildus “alga”, ko sniedz fizioterapeita darbs, iespējams, bieži vien pat nozīmīgāka par finansiālo atalgojumu. Piemēram, kādam sniegt palīdzību, veiksmīgi sadarboties ar

kolēģiem vai veikt nozīmīgu ieguldījumu sabiedrības labā [52]. Līdzjūtība no vienas puses var būt gan kā viena no palīdzošo profesiju speciālistu vērtībam vai motivācija [37, 55, 56], bet no otras kā pacientu vēlme, lai viņi tiku līdzjūtīgi aprūpēti [18]. Līdzjūtības komponente uzlabo pacienta apmierinātību ar pakalpojumu, nostiprina speciālista un pacienta attiecības, palīdz uzlabot pacienta psiholoģisko stāvokli un, pilnīgi iespējams, arī medicīnisko situāciju [20, 39]. Līdzjūtība ir vērtība, ko pacienti sajūt kā patiesumu, mīlestību, godīgumu, atvērtību, rūpes, autentiskumu, sapratni, iecietību, laipību un pieņemšanu. Tas nozīmē, ka fizioterapeits izprot un pazīst pacientu, iesaistas viņa aprūpē, kā prioritāru uzskata personu nevis slimību, cenšas izprast pacienta personību un vajadzības. Līdzjūtība izpaužas neverbālā veidā ar žestiem, mīmiku, ķermeņa valodu, klātbūtni, kā arī fizisku atbalstu. Sarunā līdzjūtīgs speciālists izrāda uzmanību, veido dialogu un uzklausa sarunas partneri. Līdzjūtība paradās attieksmē pret pacienta emocionālo, garīgo un fizisko komfortu un pret saslimšanu, kā arī attieksmē pret pacienta piederīgajiem un viņa finansiālo stāvokli [49]. Līdzjūtība ir aktīva empātijas paušana, kas balstās cilvēka vēlmē vēltīt savu profesionālo rīcību palīdzot citiem, nodrošinot efektīvu terapeitisko darbu un gūstot gandarījumu par palīdzēšanas procesu [20].

Līdzjūtība ir prieks darīt labu darbu un gandarījums, kas gūts palīdzot citiem. Pretstatā šim priekam un gandarījumam – t.i., negatīva iznākuma gadījumā, kas saistīts ar rūpēm par citiem, ir bezcerības sajūta, grūtības tikt galā ar darba pienākumiem un strādāt efektīvi [49]. Šādas negatīvas izjūtas kombinācijā ar palielinātu darba slodzi un atbalsta trūkumu laika gaitā var radīt līdzjūtības nogurumu. Pirmais terminu “*līdzjūtības nogurums*” ieviesa Džoisona (*Joison*) 1992.gadā un tālāk to attīstīja Čārlzs Figlijs (*Charles Figley*) 1995.gadā ASV [20, 40]. Džoisona novēroja, ka veselības aprūpes darbinieki, kuri strādā ar traumatizētu pacientu garīgo aprūpi, netieši izjūt ārstēto pacientu traumu sekas [5, 34]. Līdzjūtības noguruma fenomens tiek skaidrots kā atkarība no palīdzošām attiecībām un nespēju tikt galā ar pienākumiem. Tas tiek sasiņts arī ar terapeita – pacienta attiecību kontrtransferenci jeb pārnesi, ka arī tās izraisītam reakcijām [18]. Ciešot no līdzjūtības noguruma var parādīties darba kvalitātes grūtības – aizmāršība, lietu pazaudēšana, kļūdas darba pienākumu veikšanā, nelaiemes gadījumu riska paaugstināšanās darbā, motivācijas samazināšanās, sociāla sepeerācija un izolēšanās, kā arī somatiskas saslimšanas, kas palielina darba prombūtnes laiku, kā arī aiziešana no profesijas. Č.Figlijs uzskata, ka līdzjūtības noguruma simptoms ir posttraumatiska stresa traucējumi un/vai izdegšanas sindroms [1,23, 52].

2020.gadā tika veikts pētījums par Latvijas fizioterapeitu līdzjūtības noguruma, profesionālās izdegšanas un sekundārā traumatiskā stresa, kas rodas strādājot ar pacientiem pēc nopietnām traumām, līmeni [8]. Tika konstatēts, ka fizioterapeitiem ir vidējs līdzjūtības

gandarījuma līmenis, kas ir riskants palīdzošajās profesijās, draudot ar profesijas atstāšanu vai fizioterapeita veselības pasliktināšanos. Tāpat tika novērtots, ka fizioterapeitiem ir augsts emocionālā izsīkuma līmenis un augsts trauksmes līmenis, kas tika novērots iepriekšējos pētījumos par Latvija praktizējošiem fizioterapeitiem [53]. Līdzīgi kā citu pētījumu rezultātos, augstāks emocionālā izsīkuma līmenis parādās fizioterapeitiem ar neilgu darba praksi un fizioterapeitiem ar lielāku stāžu paaugstinās sekundārā traumatiskā stresa risks [46, 55]. Salīdzinot rezultātus ar citu valstu pētījumiem, dotā pētījuma dati ir līdzīgi pēdējo trīs gadu pētījumiem Filipīnās [17], Itālijā [12] un Kanādā [7], kur tika konstatēts vidēji augsts emocionālās izdegšanas līmenis, vidēji zems cinisma līmenis attiecībā uz citiem cilvēkiem (pacientiem un kolēģiem) un zema personisko sasniegumu redukcija.

Psihologijas profesori Džons Norkross (*Norcross*) un Džeimss Gajs (*Guy*) apgalvo, ka ikviens profesionālis kādā savas profesionālās darbības posmā tiek konfrontēts ar jautājumu par adekvātām rūpēm par sevi. Svarīgi ir saprast, ka rūpes par sevi ietilpst gan personiskās, gan profesionālās attīstības procesā, jo dažādos profesionālās dzīves posmos speciālistam ir jāpārvar atšķirīgi izaicinājumi un grūtības [35]. Tātad, ikvienam palīdzošajās profesijās strādājošam speciālistam būtu regulāri jāizvērtē emocionālie, fiziskie, sociālie un garīgie līdzsvara faktori savā dzīvē. Lai veiktu šo izvērtējumu, nepieciešamas sevis apzināšanās (angļu val. *self-awareness*) un pašregulācijas prasmes [28, 48, 56]. Korijs norāda, ka pašizpēte un sevis apzināšanās ļauj izvairīties no tā, ko daudzi uzskata par neizbēgamu stāvokli palīdzošajās profesijās, - no profesionālas izdegšanas, kam raksturīgs emocionāls un fizisks izsīkums, atsvešināšanās no profesionālām aktivitātēm un darba kvalitātes samazināšanās. Fernando uzskata, ka palīdzošo profesiju pārstāvjiem svarīgi uzturēt augstu līdzjūtības gandarījuma līmeni, lai spētu kvalitatīvi rūpēties par citiem un neiestātos līdzjūtības nogurums [20]. Neapšaubāmi labāk ir iemācīties laikus atpazīt neuzkrītošās pazīmes, kas liecina par izdegšanu, nevis gaidīt iestājamies pilnīga emocionāla un fiziska nespēka stāvokli. Un ir gudri izstrādāt pašam savu stratēģiju, kā uzturēt sevi vitalitāti gan personīgi, gan profesionāli [35].

Supervīzija ir konsultatīvs atbalsts, kuras mērķis ir paplašināt kompetences, nodrošināt un uzlabot profesionālo darba kvalitāti [30, 47]. Ja fizioterapijā, ļoti vienkāršoti sakot, galvenais instruments ir vingrojumi, tad supervīzijas galvenais instruments ir saruna. Pastāv vairāki supervīzijas skaidrojumi un definīcijas, bet pēc būtības supervīzija ir:

- Risinājumu meklēšana problēmsituācijās;
- Profesionālo attiecību dinamikas izpēte;
- Komunikācija kvalitātes un profesionālās sadarbības uzlabošanai;

- Komandu un organizāciju profesionālās dzīves attīstīšana;
- Pieredze, zināšanu un informācijas apmaiņa;
- Refleksija par darbu, profesionālo un psiholoģisko kompetenču attīstīšanai;
- Izdegšanas profilakse un samazināšana;
- Atbalsts pārmaiņu un lēmumu pieņemšanas procesos;
- Mācīšanās labāk izprast sevi un savu vērtību sistēmu attīstīšana.

Supervīzija ir process, kas sākas ar pasūtījuma noskaidrošanu jeb supervīzijas mērķa noteikšanu – kuriem darbiniekiem un kādu mērķu sasniegšanai supervīzija ir nepieciešama, un noslēdzas ar supervīzijas procesa un rezultātu novērtēšanu. Pirms supervīzijas uzsākšanas tiek slēgts līgums rakstveidā jeb mutiska vienošanās, kurā tiek atrunāti pamata jautājumi: vai tiks nodrošinātas individuālas, grupas vai komandas supervīzijas; kāds ir supervīzijās sasniedzamais rezultāts; kāds būs vienas supervīzijas sesijas ilgums; kāds būs kopējais supervīzijas stundu skaits; kāda būs samaksa par supervīziju u.c. [45].

Katrai supervīzijas sesijai ir savs konkrēts mērķis, struktūra un plāns. Ir plašs izmantojamo supervīzijas metožu klāsts, kas var tikt izmantots, lai atbalstītu supervīzijas dalībnieka/u pārdomas, refleksijas un veicinātu viņa personības attīstību. Ir iespējams pielietot vairākus supervīzijas veidus palīdzīgo profesiju pārstāvjiem darba stresoru samazināšanā, jo supervīzija pozitīvi ietekmē rūpes par sevi, veicina līdzjūtības attīstību un mazina arodstresu - uzlabo emocionālo izsīkuma līmeni, profesionālo paštēlu un mazina depersonalizāciju [10, 13, 56, 58]. Supervīzijā medicīnas un rehabilitācijas jomā plaši tiek pielietots Proktora (*Proctor*) supervīzijas medelis [11, 14]. Šim modelim ir trīs jomas jeb funkcijas [45, 47]:

- Atjaunojošā - sniedz spēcīgu atbalstu profesionāļiem, kuri piedzīvo stresa apstākļus, piemēram, supervīzējamā emocionālās vajadzības, domu un sajūtu ventilēšana, trauksmes un konfliktu samazināšana, starppersonu (fizioterapeits – pacients – piederīgie) attiecību uzlabošana, koleģiālu un atbalstošu attiecību veidošana.
- Normatīvā – nodrošina atbildību un kvalitāti, piemēram, profesionālo standartu nodrošināšana pakalpojumu sniegšanā, uz pierādījumiem balstītas prakses pielietošanu, tiek stiprinātas profesionālās un organizatoriskās lomas, palīdz izstrādāt stratēģijas darba slodzes pārvaldīšanai. Normatīvā joma attīstīta spēcīgāku profesionālās identitātes izjūtu un apmierinātību ar darbu.
- Veidojošā - ir profesionālo prasmju un zināšanu attīstīšana, regulāri pārdomājot izpratni par reakcijām, pārnesēm un interakcijām. Svarīgākie rezultāti būtu zināšanu palielināšana un pašapziņas attīstīšana.

Lai supervīzija sniegtu vislabākos rezultātus, tā tiek organizēta kā process ar noteiktu sesiju skaitu un ilgumu, lai panāktu supervīzijas dalībnieka/u izaugsmi [30]. Supervīzijas var tikt organizētas:

- Individuāla supervīzija var ietvert novērošanu, modelēšanu, sadarbību, apspriešanu un apmācību. Klīniskajā supervīzijā tiek stiprinātas profesionālas zināšanas un kompetences, kā svarīgāko intervenci lietojot refleksiju, ar mērķi uzlabot pacientu aprūpes darbu. Literatūrā tiek ieteikts pievienot vismaz kādu individuālo supervīzijas sesiju arī komandas vai grupas supervīzijai [29]. Izglītošanas daļai supervīzijas procesā ir svarīga loma, lai apzinātu riskus, apgūtu stresa pārvarēšanas stratēģijas un prasmes tikt gala sarežģītās darba situācijās, ka arī attīstītu komunikācijas kopetences [14, 25, 40, 42, 55]. Individuāli, īpaši noderīgi cilvēkiem ar profesionālās izdegšanas simptomiem vai organizāciju vadītājiem, darbiniekiem, kuri nevar/nedrīkst atklāt kolēģiem kādus profesionālos jautājumus. Parasti tiek ieteiktas septiņas līdz 15 sesijas, katra no tām stundas garumā. Palīdzošo profesiju pārstāvjiem iesaka piedalīties supervīzijās regulāri. Dažkārt noderīgi supervīzijas organizēt pa pāriem, lai uzlabotu savstarpējo sapratni un komunikāciju. Supervīzijā atsevišķās grupās var piedalīties arī divi vai vairāki līdzvērtīgi praktizējoši speciālisti (monodisciplināri vai multidisciplināri) [29, 45, 47]. Šāda supervīzijas forma var sniegt vairāk - ātrāku atgriezenisko saiti vai atbalstu, un var būt noderīga stresa situācijās, pie kādiem no organizācijas nošķirtiem jautājumiem, vai lai attīstītu reflektoro praksi [9].
- Grupas vai komandas supervīzija sniedz atbalstu un palīdz attīstīt kādu konkrētu profesionālu mērķi, vērtīga, lai novērtētu un plānotu komandas darbu. Grupas vai komandas supervīzijas mērķis var būt kolektīva problēmu risināšana un komandas attīstība, kā arī prakses un pakalpojumu sniegšanas uzlabošana. Supervizora loma grupu darbā ir atvieglot procesu, kurā supervīzējamie var mācīties un atbalstīt viens otru [27].
- Komandas supervīzija īpaši noderīga būtu, piemēram, rehabilitācijas komandas darbā, lai uzlabotu darba efektivitāti, vienotos par kopīgiem mērķiem un taktiku. Kopības un atbalsta sajūta ir svarīgs atbalsts līdzjūtības noguruma un profesionālās izdegšanas mazināšanā [37, 41, 42]. Organizācijas supervīzija pilnveido organizācijas darbību kā kopīgu sistēmu [24, 45, 55]. Parasti šādās supervīzijās piedalās līdz desmit dalībniekiem. Supervīzijas ilgums ir atkarīgs no dalībnieku skaita, sesijas tiek rekomendētas divu līdz četrus stundu ilgas, reizi nedēļā vai reizi mēnesī, atkarībā no supervīzijai uzstādītā mērķa.

Supervīzijas mērķi var izskatīt vairākos aspektos, atbilstoši izvirzītajam pieprasījumam jeb mērķim.

Fizioterapeita supervīzijas individuālais mērķis būtu attīstīt savu personību kā labu instrumentu un iemācīties strādāt gudri, lai uzturētu sevi labā profesionālā formā. Figlijs uzskata, ka realitātes apzināšanās ir bāze cīņā ar darba stresu. Riska faktoru un savu spēju apzināšanās palīdz tālākai efektīvai darba organizēšanai un uzlabo līdzjūtības faktoru [35, 41]. Supervīzijas palīdzības mērķis pēc Freudengerera (*Freudenberger*) uzskatiem, ir līdzjūtības spēju palielināšana [20]. Tai pašā laikā, līdzjūtības gandarījums var kļūt par resursu cīņā ar darba stresoriem [55]. Kaut gan līdzjūtība ir intuitīva un, iespējams, nav “uztrenējama”, pastāv iespējas mainīt savu attieksmi un uzvedību, izrādot līdzjūtību [49]. Supervīzija palīdz uzlabot rūpes par sevi un attīstīt personisko balansu [6]. Ir daudzi pētījumi, kas pierāda apzināšanās (angļu val. *Mindfulness, Self-awareness*) programmu ietekmi uz darba stresoru mazināšanu ar noturīgu efektu [34].

Emocionāla atbalsta saņemšana, novērtēšana jeb refleksija, dalīšanās ar pieredzi un atbalsta sniegšana kolēģiem uzlabo ikdienas darba dzīvi [24, 39, 58]. Pārdomas un dalīšanās par pozitīvo pieredzi kolēģu starpā uzlabo līdzjūtības gandarījumu, mazinot profesionālo izdegšanu [10, 22, 42, 51, 55, 56]. Tomēr medicīnā vēsturiski ir attīstījusies noteikta hierarhiju sistēma ar insticucionētu sadalījumu un atšķirīgam interesēm. Tadēļ sadarbība starp kolēģiem nav pašsaprotama, bet tā ir jāveido [3, 42].

Supervīzijā vēlams iekļaut izglītotojošus pasākumus komunikāciju kompetenču uzlabošanā, stresa menedžmentā, jaunu ideju kolekcionēšanā un jaunu rīcības modeļu apgūšanā [3, 16, 23, 25, 40, 42, 48]. Zinātniskajā literatūrā minēts, ka vienas dienas apmacības kursā uzlabojot zināšanas par riska faktoriem, agrīniem arodstresa simptomiem, apgūstot un mēnesi praktizējot jaunas intervences tehnikas, samazinās emocionalais izsīkums, depersonalizācija un uzlabojas apmierinātība ar profesionālo sniegumu. Sešu mēnešu kurss būtiski samazina profesionālās izdegšanas līmeni no 41,9% uz 32,2%. Komunikācijas prasmju un problēmu risināšanas stratēģiju uzlabojošas nodarbības, nozīmīgi mazina emocionālo izsīkumu [13].

Pacienta un viņa piederīgo sadarbība ar ārstniecības personu atvēršanās procesā ir ļoti nozīmīga. Var būt vairāki šķēršļi terapeita – pacienta un terapeita – pacienta piederīgo komunikācijā, piemēram, atgriezeniskās saites trūkums, atšķirīga attieksme pret simptomiem un terapijas iespējām, dažāda pieredze, motivācijas līmenis u.c. faktori [39, 54]. Iesaistītajām pusēm jāmācas atrast kopējs komunikācijas ceļš, lai vienotos par terapijas mērķiem un iespējām, nodrošinot efektīvu ārstniecības procesu [7, 15, 32, 39]. Fizioterapeita fokuss supervīzijā varētu būt vērsts uz terapeita izmantotajām intervencēm un stratēģijām, vai arī uz attiecībām ar pacientu un uz ārstniecisko procesu [47].

Klīniskos faktoros ietekmē gan pacienta, gan terapeita attieksme, sadarbība, pieredze un zināšanas [33]. Jāņem vērā pacienta veselības (depresija, kognitīvais stāvoklis) un psiholoģiskais stāvoklis jeb krīze saistībā ar saslimšanu, slimības uztvere [6] un pacientu līdzestību ietekmējošie faktori [39]. Supervīzija var palīdzēt ieraudzīt pacienta psihosociālās vajadzības, mazinot profesionālo izdegšanu [44], uzlabot interpersonālas attiecības un uzlabot komunikāciju, konfliktu risināšanas prasmes kā arī vairot profesionālās zināšanas [21, 31].

Organizācijas un institucionālie stresa faktori var tikt skatīti organizācijas supervīzijās, intervences koncentrējot uz iemesliem, nevis sekām, atbalstot preventīvus, sistemātiskus un līdzdalību veicinošus pasākumus [48]. Stipra darba kopiena var veiksmīgi novērst profesionālo izdegšanu [55]. Uzmanību jāpievērš strukturālai darba vides sakārtošanai (administratīvais un dokumentālais slogs, vides pielāgojums, lemmu pieņemšanas brīvība), kas bieži ir iemesls emocionālam darbinieku distresam, kā arī emocionālai videi (lomu skaidrība un sadalījums, konfliktu risināšana) un arī pacientu labsajūtas nodrošināšanai (privātums, piederīgo atbalsts) [3, 6, 20]. Supervīzija ir labs veids kā organizācija var paaugstināt savu darbinieku zināšanas organizācijas mērķiem, normām un vērtībām, jo ar cieņu veicina saziņu [57].

Kā labi supervīzijas rezultātu piemēri tiek minēti izdegšanas simptomu vājināšanās, empātijas un aprūpes kvalitātes uzlabošanās, mazinoties medicīniskajām kļūdām, kā arī pozitīva ietekme uz visu organizāciju un apmierinātību ar darbu [13, 28, 50, 55, 58]. Labi rezultāti bijuši arī pēc kompleksākas pieejas, proti, uz personu un uz organizāciju vērstu pieeju [14, 43]. Tāpat zinātniskajā literatūrā tiek minēts, ka, palielinoties informētībai par profesionālās dzīves kvalitātes kritērijiem un riskiem, paaugstinās līdzjūtības gandarījums [2].

2020.gada Latvija veiktajā pētījumā par supervīzijas palīdzības iespējām fizioterapeitiem tika konstatēts, ka fizioterapeitiem ir labas zināšanas par supervīzijas palīdzības iespējām, bet ļoti maza līdzšinējā pieredze. No 155 aptaujātiem fizioterapeitiem 96% uzskatīja, ka supervīzija būtu labs atbalsts fizioterapeitu profesionālās dzīves uzlabošanai [8].

Lai ikdienā praktizētu supervīziju, svarīgs faktors ir supervizora izvēle. Latvijas Supervizoru apvienība (LSA), kas apvieno praktizējošus supervizorus no dažādām profesionālās darbības jomām, kopš 2014.gada veic supervizoru sertifikāciju, lai gādātu par supervīzijas pakalpojuma kvalitātes attīstību. LSA izsniegts supervizora sertifikāts apliecina [30], ka:

- 1) supervizors ieguvis izglītību supervīzijā atbilstīgi Eiropas nacionālo supervizoru organizāciju asociācijas ANSE (Association of National Organisations for Supervision in Europe - ANSE) izglītības standartam,

2) supervizors praktizē un regulāri apmeklē supervīzijas savas supervizora profesionālās darbības analīzei un kompetenču attīstībai;

3) supervizors rūpējas par savu profesionālo izaugsmi, turpinot izglītoties.

Literatūras avoti

1. Adams, R.E., Figly, C.R., Boscarino, J.A., 2008. The Compassion Fatigue Scale: Its Use With Social Workers Following Urban Disaster. *Res Soc Work Pract.*, 18(3), pp. 238-250.
2. Alhrbi, J., Jackson, D., Usher, K., 2020. Personal characteristics, coping strategies, and resilience impact on compassion fatigue in critical care nurses: A cross-sectional study. *Nursing & Health Science*, Sējums 22, pp. 20-27. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/nhs.12650>
3. Apesoa-Varano, E., 2014. *Conflicted Health Care: Professionalism and Caring in an Urban Hospital*. Vanderbilt University Press.
4. Apine, E., 2020. *Novērst izdegšanu. Lekcijas līdzsvarotai ikdienai.*. Rīga: LU Open Minded.
5. Aronsson, G. et al., 2017. A systemic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health*, 17(264), pp. 1-13. <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4153-7>
6. Ashton, K., 2020. *Supervising in the Hospital*. Association, American Psychological: Blog post from Kathleen Ashton.
7. Bainbrige A., Davidson K., Loranger L., 2017. *Burnout Among Alberta Physiotherapists: A Withe Paper*, Edmonton: Physiotherapy Alberta - College + Association. https://www.physiotherapyalberta.ca/files/guide_managing_challenging_situations.pdf
8. Barone, L. 2020. Supervizijas palīdzības iespējas fizioterapeitiem līdzjūtības noguruma, sekundārā traumatiskā stresa un izdegšanas mazinašanā, Rīga, RISEBA, Magistra darbs
9. Benton, A. D., Dill, K., Williams, A. E. , 2017. Sacred time: Ensuring the provision of excellent supervision. *Journal of Workplace Behavioural Health*, 32(4), pp. 290-305.
10. Bologun J. A. et al., 2002. Prevalence and Detrminants of Burnout Among Physical and Occupational Therapists. *Journal of Allied Health*, 31(3), pp. 131-139. https://www.researchgate.net/profile/Joseph_Balogun/publication/285421533_Prevalence_Deterrminants_of_Burnout_JAllied_health/links/565e428808aefe619b27073a/Prevalence-Deterrminants-of-Burnout-JAllied-health.pdf
11. Brunero S., Stein-Parbury J., 2007. The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidenced based literature review. *Australian Journal of advanced Nursering*, 25(3), pp. 86-94.
12. Bruschini, M., Carli, A., Burla, F., 2018. Burnout and Work-related Stress in Italian Rehabilitation Professionals: A Comparison of Physiotherapists, Speech Therapists and Occupational Therapists'. *Journal Work*, 59(1), p. 121 – 129. <https://content.iospress.com/articles/work/wor2657>
13. Chemali, Z. et al., 2019. Burnout among healthcare providers in the complex environment of the Middle East: a systemic review. *BMC Public Health*, 19(1337), pp. 1-21. <http://doi.org/10.1186/s12889-019-7713-1>
14. Circenis, K., 2013. *Praktizējošu māsu profesionālās dzīves kvalitātes psihosociālie aspekti un tos ietekmējošie faktori*. Rīga: Rīgas Stradiņa Universitāte. https://www.rsu.lv/sites/default/files/dissertations/KCircenis_Disertacija.pdf
15. Crisp, R., 2011. Person-Centred Rehabilitation Couselling: Revisiting the Legacy of Carl Rogers Ross. *The Australian Journal of Rehabilitation Counseling*, 17(1), pp. 26-35.
16. Darbiņa, R., 2010. *Stress un hronisks nogurums*. Rīga: Izdevniecība Avots.
17. Delos Reyes, R., 2018. Burnout Among Filipino Occupational Therapists: A Mixed Methods Analysis. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 6(4), pp. 1-13. <https://doi.org/10.15453/2168-640.1469>
18. Dreifelde, I., 2009. *Izdegšanas un noguruma aiz līdzjūtības mazināšana ar māklas terapijuilgstošās sociālās aprūpes personālam.*. Rīga: bez nos.

19. Enzmann, D. K. D., 2004. *Helfer - Leiden: Stress und Burnout in psychosozialen Berufen*. 2 red. Heidelberg: Roland Asanger Verlag Heidelberg.
20. Fernando, A.T., Consedine, N.S., 2014. Beyond Compassion Fatigue: The Transactional Model of Physician Compassion. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(2), pp. 289-298.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.09.014>
21. Francoise, M., 2007. *Transforming Compassion Fatigue into Compassions Satisfaction: Top 12 Self-Care Tips for Helper*. Kingston: www.compassionfatigue.ca.
22. Gallagher, r., 2013. Compassion Fatigue. *Canadian Family Physican*, Sējums 59, pp. 265-268.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3596203/>
23. Goodwin, M., Richards, K., 2017. Best Practices in Healthcare Management Begin With Self. *Nursing Economics*, 35(3), pp. 152-155.
24. Ģeģere, A., Merkulova, I., 2018. *Izdegšanas sindroms sociālā darba speciālistiem. Metodiskais līzeklis*. Rīga: Profesionālās pilnveides un supervīzijas centrs "Aisma".
25. Hamata-Raz, Minerbi, 2019. Coping strategies in secondary traumatization and post-traumatic growth among nurses working in a medical rehabilitation hospital: a pilot study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, Sējums 92, pp. 93-100.
26. Kane, L., 2020. *Medscape National Physician Burnout & Suicide Report 2020: The Generational Divide*, Medscape. <https://www.medscape.com/slideshow/2020-lifestyle-burnout-6012460>
27. Knight, C., 2017. The mutual aid model of group supervision. *The Clinical Supervisor*, 36(2), pp. 259-281. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07325223.2017.1306473>
28. Krasner, K.S., et al., 2009. Association of an Educational Program in Mindful Communication With Burnout, Empathy, and Attitudes Among Primary Care Physicians. *JAMA*, 302(12), pp. 1284-1293.
29. Lambley S., Marrable T., 2013. *Practice enquiry into supervision in a variety of adult care settings where there are health and social care practitioners working together*. bez viet.: Social Care Institute for Excellence.
30. Latvijas Supervīzoru apvienība, www.supervizija.lv
31. Lion, T., 2019. *Supervision im aerzlichen Bereich - eine Super Vision?*. Wien: Paediatric & Paedologie. <https://doi.org/10.1007/s00608-019-0664-z>
32. Līdumniece, L., 2018. *Motivējošā intervēšana*. Kuldīga: Latvijas Fizioterapeitu asociācijas seminārs.
33. Long C.G., Harding S. et al, 2014. Nursing and health-care assistant experience of supervision in a medium secure psychiatric service for woman: implications for service development. *Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(2), pp. 154-162.
34. Luken, M., Sammons, A., 2016. Systemic Review of Mindfulness Practice for Reducing Job Burnout. *The American Journal of Occupational Therapy*, 70(2). <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2016.016956>
35. Mārtinsone, K. u.c., 2016. *Konsultēšanas un psihoterapijas teorija un prakse*. 1 red. Rīga: Zvaigzne ABC.
36. Mārtinsone, K., Miltuze, A., 2015. *Psiholoģija 1. Pamatjautājumi - teorijas un pētījumi*. Rīga: Zvaigzne ABC.
37. Mārtinsone, K., Miltuze, A., 2015. *Psiholoģija 2. Personība, grupa, sabiedrība, kultūra*. Rīga: Zvaigzne ABC.
38. Mārtinsone, K., Miltuze, A., 2015. *Psiholoģija 3. Lietiskās jomas*. Rīga: Zvaigzne ABC.
39. Mārtinsone, K., Sudraba, V., 2016. *Veselības Psiholoģija*. Rīga: RSU.

40. Meadors, P., Lamson, A., 2008. Compassion Fatigue and Secondary Traumatization: Provider Self Care on Intensive Care Units for Children. *Journal of Pediatric Health Care*, 22(1), pp. 24-34.
41. Melvin, C., 2015. Historical Review in Understanding Burnout, Professional Compassion Fatigue, and Secondary Traumatic Stress Disorder From Hospice and Palliative Nursing Perspective. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, Sējums 17, pp. 66-72. <http://www.medscape.com/viewarticle/838180>
42. Nolte, A. et al., 2017. Compassion fatigue in nurses: A metasynthesis. *Journal of Clinical Nurses*, Sējums 26, pp. 4364-4378. <https://doi.org/10.1111/jonc.13766>
43. Ochentel O., Humherty C., Pfeifer K., 2018. Efficacy of Exercise Therapy in Persons with Burnout. A Systemic Review and Meta-Analysis. *Journal of Sports Science and Medicine*, Sējums 17, pp. 475-484.
44. Olayiwola, J.N. et al, 2018. Higher Perceived Clinic capacity to Address Patients' Social Needs Associated with Lower Burnout in Primary Care Providers. *Journal of Health for the Poor and Underserved*, 29(1), pp. 415-429. <https://doi.org/10.1353/hpu.2018.0028>
45. Pearmain, H., 2015. *Supervision Guidance for occupational therapists and their managers*. London: College of Occupational Therapists. www.COT.org.uk
46. Pustulka-Piwnik, U. et al., 2014. Burnout syndrome in Physical Therapists - Demographic and Organizational Factors. *Medycyna Pracy*, 65(4), pp. 453-462. <http://dx.doi.org/10.13075/mp.593.00038>
47. Rakstu krājums, 2017. *Supervīzija. Teorija. Pētījumi. Prakse*. 1 red. Rīga: RSU.
48. Roja, Ž., Roja, I., Kaļķis, H., 2016. *Stress un vardarbība darbā. Ko darīt?*. Rīga: Latvijas Ergonomikas biedrība.
49. Sinclair, S. et al., 2016. Compassion in Health Care: A Empirical Model. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(2), pp. 193-203. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392415005734>
50. Singh N.N. et al., 2020. Comparative Effectiveness of Caregiver Training in Mindfulness - Based Positive Behavior Support (MBPBS) and Positive Behavior Support (PBS) in a Randomized Controlled Trial. *Mindfulness*, Sējums 11, pp. 99-111.
51. Southwick, S.M., Southwick, F.S., 2020. The Loss of Social Connectedness as a Major Contributor to Physician Burnout: Applying Organizational and Teamwork Principles for Prevention and Recovery.. *JAMA Psychiatry*, 77(5), p. 449-450.
52. Stamm, B., 2010. *The Concise ProQOL*. The ProQOL.org. https://proqol.org/ProQOL_Test_Manuals.html
53. Stirāne D., Leikuse D., 2012. Izdegšanas sindroms praktizējošiem fizioterapeitiem Latvijā. *Zinātniskie Raksti / RSU*, pp. 145-151.
54. Stirāne, D., 2018. *Funkcionālā speciālista un pacienta sadarbība fizioterapijas laikā*. Kuldīga: Latvijas Fizioterapeitu asociācijas seminārs "Tiesiskie jautājumi fizioterapeita darba organizācijā un ikdienas darbā".
55. Tabaj, A. et al., 2015. Work-Related Stress, Burnout, Compassions, and Work Satisfaction of Professional Workers in Vocational Rehabilitation. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, Sējums 58(2), pp. 113-123. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0034355214537383>
56. Tanaka, K. et al., 2020. Temperament and professional quality of life among Japanese nurses. *Nursing Open*, Sējums 00, pp. 1-11. <https://doi.org/10.1002/nop2.441>
57. Tull, A., 2006. Synergistic Supervision, Job Satisfaction, and Intention to Turnover of New Professionals in Student Affairs. *Journal of College Student Development*, 47(4), pp. 465-480. https://www.researchgate.net/publication/236721596_Synergistic_Supervision_Job_Satisfaction_and_Intention_to_Turnover_of_New_Professionals_in_Student_Affairs

58. West, C.P. et.al., 2014. Intervention to Promote Physician Well-being, Job Satisfaction, and Professionalism. *JAMA Internal Medicine*, 174(4), pp. 527 - 533.