

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ- СОФИЯ

ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

д-р Вихрен Ангелов Пеев

**ПРОФЕСИОНАЛЕН СТРЕС И „БЪРНАУТ“ СИНДРОМ ПРИ
ЛЕКАРИ РАБОТЕЩИ В ХИРУРГИЧНИ ОТДЕЛЕНИЯ**

**Дисертационен труд за присъждане на образователна и научна
степен „ДОКТОР“**

Област на висше образование: Здравеопазване и спорт

Професионално направление: 7.4. Обществено здраве

Научна специалност: Социална медицина и организация на
здравеопазването и фармацията

София, 2017 г.

Съдържание

Терминологичен речник.....	5
Използвани съкращения.....	7
ВЪВЕДЕНИЕ.....	8
I. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР.....	10
1. Стрес и дистрес.....	10
2. Видове стрес	12
3. Кратък исторически преглед на теориите за стреса.	13
3.1. Теория за стреса на Х. Селие (1956).....	13
3.2. Теория на Лазарус	14
3.3. Теория за емоциите	16
4. Професионален стрес- същност и особености.....	18
4.1. Теоретични модели на професионалния стрес	19
4.1.1 Теоретичен модел на професионалния стрес по Кери Купър.....	19
4.1.2 Теоретичен модел на професионалния стрес по Палмър, Купър и Томас	20
5. Източници на професионален стрес (стресори)	20
6. Оценка на риска за професионален стрес	24
7. Последици от професионалния стрес.....	25
8. Превенция и справяне с професионалния стрес.....	26
8.1. Световни, европейски и национални политики във връзка с професионалния стрес.....	26
8.2. Превенция на стреса в работната среда.....	29
8.3. Стратегии за справяне със стреса (копинг стратегии)	31
8.3.1 Личностни параметри при справянето с професионалния стрес	34
9. Бърнаут синдром.....	37
9.1. Историческо развитие на концепцията за «бърнаут» синдрома	37

9.2.Професионална неудовлетвореност, депресия и стрес	41
9.3. Етиология на бърнаут синдрома	42
9.4 Развитие на „бърнаут” синдрома	47
9.5. Симптоматика и изява на синдрома „бърнаут“	51
9.6. Превенция и лечение на синдрома на професионалното «прегаряне» 52	
10. Емпирични проучвания на професионалния стрес и „бърнаут“ синдром при лекари	54
11. Обобщение	57
 II. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО	59
1. Цел и задачи	59
2. Работни хипотези	59
3. Материал и методика на проучването	60
 III. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ	65
III. 1. Проучване на професионалния стрес сред лекари в хирургични отделения	65
1. Социо- демографски профил на участниците в проучването 65	
2. Стресогенни фактори, свързани с работната среда	69
3. Социална подкрепа при справяне със стрес на работното място	75
4. Отражение на професионалния стрес върху здравословното състояние на изследваните медицински лица	78
5. Справяне с професионалния стрес	82
 III. 2. Проучване на бърнаут синдрома по методиката Maslach Burnout Inventory (MBI)	85

III. 3.Обобщение на основните резултати от собствените проучвания ...	92
IV. Програма за превенция и мениджмънт на професионалния стрес и бърнаут синдрома при лекари в хирургични отделения.....	95
V.ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ.....	97
V.1. Изводи.....	97
V.2. Препоръки	98
VI. ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....	99
С теоретико- познавателен характер:	99
С приложно значение:	99
С оригинален характер:	99
ЛИТЕРАТУРА.....	100
ПРИЛОЖЕНИЯ	123
Приложение №1	123
Приложение №2.....	127

Терминологичен речник

1. **Дистрес-** стрес който води до функционални или органични увреждания. Предизвиква психични, психосоматични или соматични разстройства.
2. **Еустрес-** положителна форма на стреса, която води до адаптиране на субекта на стреса. Това е напрежението, което ни тонизира за да посрещнем и преодолеем неприятните ситуации.
3. **Когнитивни промени-** промени, настъпващи в способността на човека за умствени процеси, мислене, възприятие, концентрация, памет, внимание, асоциации.
4. **Копинг-стратегии-** справям се, овладявам се. Поведение на личността, ориентирано към справяне с трудни жизнени ситуации, емоционален стрес; способността на човека да реши проблеми, да усвои нови умения и да се приспособи към нови условия.
5. **Психосоматично заболяване-** когато заболяването е провокирано и поддържано от психологични фактори.
6. **Стрес-** представлява нормално психо- физиологично състояние на организма, което съпътства човека при различни промени на средата- /положителни или отрицателни/показва адаптивността на организма към тях, възможността на човека да ги преодолее.
7. **Стресор (стресоген)-** химически или биологичен агент, състояние на околната среда, външен стимул или събитие, което причинява стрес на организма.
8. **Синдром на професионално изчерпване-burnout-** патологичен стрес, който не е по-различен от познатите симптоми свързани със стреса,

провокиран от професионалния живот, свързан с протичането, структурата на работния ден, седмицата, годината.

9. **Фрустрация**- психическо състояние, предизвикано от възпрепятстване на възможността за удовлетворяване на потребности, нужди, намерения, действия на индивида.

Използвани съкращения

МКБ- 10	Международна статистическа класификация на болестите и проблемите, свързани със здравето. Десета ревизия
СЗО	Световна здравна организация
СПИН	Синдром на придобитата имунна недостатъчност
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
HIV	Human immunodeficiency virus
MBI	Maslach Burnout Inventory
NIOSH	The National Institute for Occupational Safety and Health

ВЪВЕДЕНИЕ

Проблемът за професионалния стрес е все по-актуален и ангажира вниманието на сериозен кръг от професионалисти: социолози, психолози, медицински специалисти и др. Множество изследвания са насочени към възможностите за оценка, превенция и разработване на ефективни стратегии за управление на стреса на работното място.

Когато на работното място личността е подложена на изисквания, които не съответстват на нейния капацитет, на нейните нужди или наклонности възниква дисбаланс, който става причина за появата на стрес. Ако лицето е годно да се приспособи към новите условия, то нивото на стрес намалява и в последствие ефектът може да бъде положителен. В литературата това явление е известно като еустрес-положителна форма на стреса, която води до адаптиране на субекта към стреса. Едно рязко предизвикателство, може да има стимулиращ ефект и да възбуди интерес, но ако лицето не е способно да се справи със стреса и той стане хроничен елемент, здравето е изложено на риск. Ханс Селие (1956-1982) нарича здравословните проблеми, свързани с дистреса и напрежението, заболявания на дезадаптацията.

Като понятие, професионалният стрес навлиза в научната литература в края на XIX и в началото на XX век, основно след изследванията на Ф. Тейлър за производителността на труда и условията на труд. По късно професионалният стрес се интерпретира като психологическа реакция на организма на работника или служителя в условията на труд и особеностите на емоционалната среда, на трудовите и социално груповите отношения на работното място. Това от своя страна води до изучаване факторите на работната среда, което впоследствие се оказва едно от важните условия за оптимизиране дейността на медицинските специалисти. Натрупаните факти в тази област на познанието са предпоставка болничният мениджмънт да изследва периодично условията на средата и да провежда адекватни

мероприятия за редуциране на отрицателното им въздействие. Доказано е, че спецификата на медицинския труд нарежда лекарите и здравните работници сред професиите, подложени най-силно на стресогенно влияние. С още по-голяма сила това важи за работещите в хирургични и интензивни отделения.

Влиянието на професионалния стрес върху психическото и физическото здраве на медицинските специалисти и последиците от това върху качеството и ефективността на здравните грижи, са недостатъчно проучени и в наши дни. Съвременните изследователски проучвания са фокусирани върху психологичните и социалните фактори, характеризиращи работната среда, новите тенденции в организацията на труд и тяхното въздействие върху психоемоционалното състояние и професионална ефективност на индивидите.

Синдромът на професионалното изчерпване (бърнаут) се определя от чувство на емоционална и физическа умора или изтощение, отпадналост и хронично енергийно изчерпване на ресурсите, продиктувани от непрестанно излагане на стрес в работната среда. Непреставаният интерес към тази „модерна” болест и необходимостта от неговото изучаване се основават на най-малко три причини: 1) Синдромът на професионалното изчерпване се среща сравнително често и има икономическа и социална тежест както върху отделния индивид, така и върху обществото като цяло; 2) Синдромът „бърнаут” е стабилен във времето, което прави неговата профилактика още по-значима; 3) Възможно е проявата на бърнаут да се избегне чрез организирани усилия в работната среда и мероприятия за промоция на здравето.

Икономическото и политическо положение в съвременните общества оказват допълнително влияние за повишаване нивото на глобалния стрес. Установените механизми на развитие на професионалния стрес и бърнаут синдром при медицински лица предоставят нови възможности за насочена профилактика, управление и лечение на стреса при работа.

I. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

1. Стрес и дистрес

Всяко определение за стрес е плод на своето време, като съответства на разбиранията и конкретните условия, на които е било подложено човечеството на даден етап от развитието си. Не съществува всеобщо възприета дефиниция на стреса в научната литература. Най-общо моделите на стрес могат да се разделят на биологични и психологически. Стресът може да се определи като състояние на организма, което настъпва в резултат на необикновено продължително дразнение и предизвиква напрежение с оглед адаптация към дразнителя. Уолтър Кенън (W. Cannon), основател на модерната биомедицинска концепция за стреса, го определя като нарушаване на соматичната хомеостаза от външни заплахи, които провокират мобилизация на телесните ресурси с цел да се преборят с обстоятелствата (Lehrer, Woolfolk, Sime, 2007). Осъществяването на адаптивните механизми и съответния тонус се постига чрез отделянето на т.нар. стресорни хормони, които имат противовъзпалителен, противоболков и противоалергичен характер. За стрес като физиологично явление можем да говорим до момента на появата на патологични промени, свързани с болестни реакции в организма (Potter, 2005).

Дистресът е състояние, което се явява като продължение на стреса и е свързано с развитие на болестни промени в организма. Автор на понятието стрес в съвременната наука е канадският учен Ханс Селие (H. Selye) (Стойчева, 1999; Селие, 1982). Според Селие определението за стрес може да се формулира по два начина:

1/ Стресът е неспецифичен отговор на тялото на всяко поставено пред него изискване;

2/ Стресът е общ неспецифичен адаптационен синдром на приспособителна реакция на организма към екстремни за него въздействия. Тези въздействия, или т. нар. още стресори, агенти, дразнители, могат да бъдат както

положителни, така и отрицателни. От значение е не толкова тяхното естество, колкото интензивността на изискването за преустройство или т.н. приспособяване.

Ханс Селие описва реакцията, при която в организма настъпва стереотипна биохимична реакция и я нарича „общ адаптационен синдром“. Общият неспецифичен адаптационен синдром, известен още в медицинската наука като "синдром на биологичния стрес", има 3 стадия на развитие:

I стадий - (реакция) на тревога- организмът показва признаци на промяна, т.е. налице е мобилизация на адаптационните механизми;

II стадий- на съпротива/резистентност/- балансирано изразходване на адаптационните резерви с нарастване на съпротивлението над нормалното;

III стадий- фаза на изтощение- в резултат на продължителното въздействие на стресора, към който организмът се е приспособил, адаптационната енергия се изчерпва; изчерпват се адаптационните възможности на организма, т.е. свръхмобилизацията може да провокира различни заболявания (Русинова, П., 1999). Изходът от него е или чрез външна намеса- отстраняване на действието на стресора и подпомагане на организма да се справи с изтощението, или пълно, необратимо изтощение, често водещо до фатален изход.

Приятното и неприятното емоционално възбуждане се придружават от нарастване на физиологичния стрес, но не винаги това води до дистрес. Именно дистресът е увреждащ, създаващ предпоставките за болестно състояние на организма.

Биологичните теории не обясняват способността на човека да преработи на когнитивно равнище едно събитие, да противостои на дългосрочен, сериозен стрес и да остане относително невредим (McGrady, 1984). Особен интерес представлява ролята на емоционалния стрес за социалната адаптация на личността. Една от най-силните прояви на емоционалния стрес е

агресивността. За развитието ѝ допринасят и други странични фактори (глад, чести наказания, социална изолация, йерархично понижаване в службата и несигурност). Достиженията на съвременната медицинска наука създадоха възможност до голяма степен да се диференцират мозъчните структури, които подтикват към агресия. Установена е неврохимичната основа на агресивността, както и някои хуморални фактори, участващи във формирането на агресивното поведение, напр. хормоните на надбъбречната жлеза, гамааминомасните киселини, които имат задържащи функции в централната нервна система.

Теорията на Ричард Лазарус (R. Lazarus) има особен принос към разработване проблема за стреса. Дефиницията за стрес на Лазарус и Фолкман, която е широко приета в научната литература, определя *психичния стрес като взаимоотношение между личността и средата, в което средата е оценена от личността като подлагаща на изпитание или надвишаваща способностите ѝ за справяне и застрашаваща психичното ѝ благополучие* (Lazarus, Folkman, 1987; Русинова-Христова, 2000).

2. Видове стрес

От гледна точка на реакцията на организма се различават няколко типа стрес:

- Кратковременен или продължителен /хроничен/ стрес, като последният често преминава в болестни състояния;
- Скрит и явен;
- Физически и емоционален;
- Първосигнален и второсигнален;
- Физиологичен и патологичен- преходът от физиологичния към патологичния преминава през фаза на "свръхмобилизация" на организма (Узунов, 2000).

Емоционален стрес

В съвременния живот, свързан с динамични темпове на развитие на обществото, урбанизация, информационна пренатовареност и условия за остри конфликтни ситуации от различен характер, честотата на емоционалното стресово състояние нараства все повече и обхваща всички възрастови групи.

Понятието стрес все повече се замества от понятието **емоционален стрес**, който представлява епидемиологично явление на нашия век. Основен фактор в развитието на емоционалния стрес са отрицателните емоции и свързаните с тях конфликтни ситуации. Последните представляват една продължителна невъзможност да се удовлетворят главните жизненоважни потребности на личността от биологично и социално-психологично естество. Подобна конфликтна ситуация може да възникне в резултат на нарушени морално-етични социално-правни норми, от прекомерно динамични темпове на живот и огромна информационна пренатовареност или като последица от отрицателно въздействие на редица екологични и професионални фактори (напр. замърсяване на въздуха, повишено ниво на радиация, шумово замърсяване, физически фактори, монотонен темп на конвейерна дейност, социални фактори като изолация, отчуждение).

3. Кратък исторически преглед на теориите за стреса

3.1. Теория за стреса на Х. Селие (1956)

Исторически най-ранна е теорията за стреса създадена от Ханс Селие. Според Selye, стрес е: "неспецифичен отговор на тялото на всяко поставено пред него изискване". От значение е "интензивността на изискването за преустройство или приспособяване", а не дали агентът или ситуацията, с която се срещаме, е приятна или неприятна (Селие, 1982).

В последните десетилетия проблемите за стреса във физиологията и медицината получиха нова насока на развитие. „Центърът на тежестта на изследванията на стреса от областта на ендокринологията и хормонално-хуморалните фактори се премести в областта на измененията в психиката, в която се развиват основните патологични явления при емоционалния стрес", подчертават Н. Николов и К. Судаков (1985), цитирайки П. Н. Анохин (Николов, Судаков, 1985).

Н. G. Wolff et al. (1950) първи започват да разглеждат стреса от психологична гледна точка като „човешки отговор" към различни видове вреди и заплахи. Според тях, стресът от психологична гледна точка не е стимул, агресия, натоварване, аспект на външната среда, а една динамична реакция на организма.

3.2. Теория на Лазарус

В монографията „Психологичен стрес и процесът на справяне" Lazarus et al. (1966) правят опит да внесат яснота по въпроса за разбиранията относно психичния стрес. Според Lazarus (1976) „психичният, респективно психологичният стрес" се характеризира като обусловено от заплахата емоционално преживяване, което оказва влияние върху способността на човека достатъчно ефективно да осъществява своята дейност. Основната отличителна черта на психичния стрес, е обстоятелството, че при него реакцията зависи от интерпретацията, респективно от оценката на личността за значението на заплашващото или увреждащото събитие (Русинова-Христова, 2000).

Обратно, при физиологичния стрес се отнася за директно, тъканно, органно телесно увреждане. Психологичният стрес се определя от познавателните /когнитивните/ способности на индивида, т. е. от неговата преценка за значимостта на определено събитие (Цонев, 1997). Когнитивното обяснение на стреса в съвременната психологическа теория е сравнително ново. Когнитивният подход утвърждава ролята на мисловния процес. Той

функционира, като постоянно си взаимодейства с външния свят, създавайки нашите емоции. Те всъщност генерират тревожност или спокойствие. Психолозите, работещи в контекста на когнитивната парадигма и теорията за социалното научаване, смятат, че има няколко основни фази на стресовия процес. **Първо**, възприемане на ситуацията, което може да бъде реалистично или изкривено. **Второ**, оценка на ситуацията, т. е. дали е важна за нас или не, дали ни заплашва и по какъв начин. **Трето**, оценка на собствените способности за справяне и вземане на решение за отговор. Когнитивният подход, към който принадлежи теорията на Лазарус, е много по-различен от подходите към стреса, основани на вроден импулс или първични потребности. Той е различен и от психоаналитичният несъзнаван процес, въпреки че някои от когнитивните процеси могат да бъдат полусъзнавани. Когнитивният подход обръща централната роля на съзнаваното. Според него развитието на стресова реакция може да бъде свързано и с: Наблюдението на чужди негативни емоции, които служат като модел и в определени ситуации наблюдаваният прилага същия тип реакции:

- Заучаване да се изкривява възприетата информация в негативна посока, т.е. формиране на погрешни перцепции;
- Прилагане на някои лични убеждения или очаквания към възприетата ситуация, които не са съответни на реалността;
- Поведение, съобразено с погрешни заключения в една потенциално стресова ситуация;

Теорията за психичния стрес на Лазарус, прави голямата стъпка към **теорията на емоциите**, изхождайки от допускането, че основните емоции на стреса са резултат на затруднена адаптация.

Съществуват редица изследвания, които се опитват да разкрият отношенията между личностните характеристики и преживяването на стрес, особено в контекста на резултатите, извършвани при определена

дейност (Semmer, 1996). Някои автори установяват, че екстровертите при извършване на мисловна дейност в състояние на стрес увеличават обема на работата си, докато интровертите увеличават количеството на извършени грешки. Бребнер (1982) открива, че качеството на работата на екстровертите се подобрява, когато те са стимулирани пред други хора. При продължително стресово въздействие при тях се развива състояние на затормозяване.

Пряка връзка с начина на преживяване на стрес има и характеристиката "личностна тревожност" с характерните си признаци- невротизъм, чувствителност, безпокойство, неувереност, негативна Аз-концепция, слаба работоспособност, неспокоен сън и физиологическа нестабилност. Редица изследвания са посветени на връзката на тип А и тип Б поведение със стреса. Разликата между тези два типа е в степента на потребността им от постижение и склонността към риск. Предполага се, че хора с по-висока потребност от постижение са по-чувствителни към стресови ситуации, вследствие на което те са по-склонни към заболявания на сърдечно-съдовата система (Балканска, 2005; Балканска 2009).

3.3. Теория за емоциите

Теорията за емоциите може да бъде накратко описана с помощта на няколко мета- теоретични принципа:

- *Системният принцип* предполага, че емоционалният процес включва организирана конфигурация от три групи променливи: антседентни променливи (предшестващи променливи), променливи на медиаторния процес и изходни променливи.
- *Процесуалният принцип* се отнася до промяната или постоянните промени в емоционалните процеси.
- *Структурният принцип* представя идеята за съществуването на стабилно взаимоотношение личност- среда, в резултат на което

сесъздават повтарящи се емоционални модели в личността. (Последните два принципа са взаимозависими.)

- *Принципът на развитието* предполага, че биологичните исоциалните фактори, които влияят на емоциите се развиват ипроменят, т. е емоционалният процес не е същият на всички етапи от живота.
- *Принципът на специфичността* подчертава различието на процеса при всяка емоция.
- *Принципът на относителното значение* се свързва с това, че всяка емоция е дефинирана от уникално и специфично релационно значение.

Паспаланов и Щетински (1980), изследват характеристиката "личностна тревожност". При анализа на методиката на Тейлър за изследване на тревожността те разграничават седем групи признаци: невротизъм, чувствителност, безпокойство, неувереност, негативна Аз-концепция, слаба работоспособност, неспокоен сън и физиологическа нестабилност. Всички те имат пряка връзка с начина на преживяване на стрес. По-съществени различия се установяват при изследването на взаимоотношението между Аз-образа и устойчивостта към стрес. Комплексната структура на този конструкт влияе върху поведението на личността основно чрез нивото си на мотивация и когнитивната система. Разликата в самооценката се отразява в начина на възприемане и обработка на информацията. Установява се взаимовръзка между степента на самооценка, потребността от постижение и тревожността в стресова ситуация (по В. Русинова, 1988). Подобно заключение може да се направи и при изследване на хора с различна локализация на контрола. Последната личностна характеристика се определя като когнитивно представяне на връзката между поведението на човека и начина, по който възприема постигнатите резултати. **Вътрешният контрол** предполага възприемане на

резултатите като следствие от собствените действия, докато **външният контрол** търси връзката на резултатите от дейността с влиянието на другите хора или с фактори, които са извън личния контрол. Според Rotter (1975) хора с вътрешна локализация на контрола са уверени в себе си, разчитат на собствените си сили и не се нуждаят от подкрепа. В стресови ситуации те проявяват по-голяма устойчивост. Противоположните характеристики се отнасят до лицата с външна локализация на контрола. Представените тенденции не трябва да се възприемат абсолютно еднозначно. Например, т. нар. интернали (с вътрешна локализация на контрола) при загуба на увереността в себе си могат да проявят неувереност и беззащитност (April, 2012).

Оптимизмът като генерализирано вярване повлиява значително ефектите от стресовите събития (Rioli, 2003). Оптимистите ги преживяват с по-малко негативни емоции като тревожност и депресия. Пример за това могат да бъдат оптимистичните вярвания за изхода от лечението сред HIV-позитивни пациенти, свързани със забавяне разрушаването на имунната система и отлагане началото на симптомите на СПИН.

Редица изследвания през последните години подкрепят хипотезата, че индивидуалните различия в честотата на мисли, включващи перфекционизъм, са свързани с различно преживяване на стрес. Допуска се, че личностните черти, свързани с по-чести състояния на депресия и тревожност, имат когнитивен компонент, включващ перфекционистични очаквания по отношение на себе си, другите хора и обществото.

4. Професионален стрес- същност и особености

Професионалният стрес се определя като състояние, при което професионалните фактори взаимодействат с човека, като го принуждават да промени своето психично и /или физиологично състояние по начин, който включва задължение на личността да се отклони от своето нормално функциониране (Bonde, 2008; Dollard, 2003). Професионалният стрес

възниква в резултат на взаимодействието между хората и техните професии и се характеризира с промени вътре в хората, които ги карат да се отклоняват от нормалното функциониране. Идентифицирани са различни лични последици от професионалния стрес. Тези реакции на професионален стрес могат да се характеризират като физиологични, психологически и поведенчески.

4.1. Теоретични модели на професионалния стрес

4.1.1 Теоретичен модел на професионалния стрес по Кери Купър

Един от моделите, на който най-често се позовават изследователите на професионалния стрес, е този на Кери Купър (Русинова, 1999). Този модел разглежда взаимодействието между следните четири компонента: 1/ източници на напрежение в труда; 2/ личностни характеристики; 3/ стратегии за справяне със стреса (копинг стратегии); 4/ последици от професионалния стрес. Съществено тук е виждането на Купър, че професионалният стрес „има предимно негативно въздействие върху човека” (Cooper, 1997; Василева, 1997). В основата на своя модел на стреса Купър поставя три ключови характеристики:

- Негативния характер на стреса;
- Субективното възприемане на стреса;
- Неадекватното справяне с възникналите проблеми.

Независимо че съществуват автори, отчитащи позитивен момент при въздействието на стреса (напр. Селие), Купър е от групата автори, които приемат, че стресът има предимно негативно въздействие върху човека. Според него стресът се възприема субективно и една и съща ситуация може да бъде възприета от едни като даваща възможност за самостоятелност в работата, а от други – като ситуация на неопределеност, която буди тревожност. Главното за психичния стрес е, че индивидът трябва да възприеме и оцени стресора, т. е. да го осъзнава и преживява. Ето защо стресът може да бъде измерен чрез самооценка. Според Купър неадекватното

справяне с възникналите проблеми също е източник на стрес. Той пръв започва да говори за т. нар. “стресоген” или източникът на стрес.

Според теорията на Купър, професионалният стрес действа продължително върху индивида и последствията могат да се проявят след дълъг период от време. Стресът оказва влияние върху физическото и психичното здраве на човека, както и върху удовлетвореността от труда, който извършва.

4.1.2 Теоретичен модел на професионалния стрес по Палмър, Купър и Томас

Моделът за професионалния стрес на Стивън Палмър, Кери Купър и Кейт Томас е разработен в подкрепа на теорията и практиката за професионалния стрес на Британската изпълнителна агенция по здравето и безопасността през 2001 г. и е допълнен и ревизиран до настоящия му вид през 2004 г. В него се изследва влиянието на седем главни риска, които причиняват стрес на служителите. Един от тях – организационната култура – е включен в останалите шест главни риска /изисквания, контрол, подкрепа, отношения, роля и промяна/. Идеята в този случай е, че организационната култура им влияе или е част от тях. Седемте потенциални риска се пречупват през оценката на служителите за случващото се и водят до проявление на симптомите на стреса на индивидуално и на организационно ниво.

5. Източници на професионален стрес (стресори)

Причинителите на стрес (стресорите) обикновено са повече от един, но много от изследванията поставят на първо място „разкъсването“, ролевата несъвместимост между трудовото битие и останалата част от живота на личността (Христов, 2004; Ценова, 2009; Escríba, 2000; Zapf, 2001). Това раздвояване може да има конструктивни или деструктивни следствия за личността и организацията в зависимост от индивидуалните особености, но стресогенната му роля не подлежи на съмнение. В рамките

на организацията най-типични стресори са: претоварването и свързания с него хроничен дефицит на време; несигурният организационно-психологически климат; недостатъчната власт в съпоставка с отговорностите; ролевата нееднозначност; конфликтът между индивидуални и организационни ценности; промяната; фрустрацията.

Купър и Маршал (Cooper& Marshal, 1976) посочват шест главни категории от професионални стресори, които включват: фактори, присъщи на работата; роля в организацията; кариерно развитие; организационна структура и климат; отношения в работата; източници на стрес извън организацията.

Въздействието на професионалния стрес върху служителите не е еднородно, а зависи от характеристиките на социалната среда и от характеристиките на личността. Според теоретичния модел на Лазарус за стреса, хората активно взаимодействат със средата посредством своята собствена оценка за стреса. Ето защо при анализа на това явление трябва да се държи сметка и за личностните характеристики на служителите, които са от особена важност, както като източници на професионален стрес, така и като фактор, определящ избора на копинг стратегия. Във връзка с това трябва да се имат предвид особеностите на поведение „тип А“, на издръжливостта на стрес и на петфакторния модел на личността, известен като “Голямата петорка” (The Big Five). Според този модел, създаден от Коста и МакКрий, основните черти на личността са пет (Costa& McCrae, 2000):

- Екстраверсия или енергия;
- Любезност или дружелюбност;
- Съвестност;
- Емоционална стабилност;
- Отвореност към нов опит или отвореност на ума.

Поведенческият модел „тип А“ се наблюдава при хора, които са агресивноангажирани в хронична и непрестанна борба за достигане в кратки

срокове на все по- високи постижения. Представителите на поведение „тип А“ са доста склонни да проявяват „безпричинна, но изключително добре рационализирана враждебност“. Скорошните изследвания установяват, че едно от измеренията на поведението „тип А“ – враждебността – е главната причина за интензивните стресови реакции на тези хора. Враждебността, характерна за тях, променя функционирането на имунната система и по-конкретно, потиска имунната защита, в резултат от което сеповишава заболяемостта от рак (Rosenman & Friedman, 1959).

Съществуват субективни личностни фактори, които трябва да бъдат взети предвид при изследването и управлението на стреса. Така например издръжливият тип личност устоява на преживявания стрес, без това да се отрази зле на неговото здраве. Хората, притежаващи издръжливост, разглеждат промяната не като заплаха, а като предизвикателство. Друга характеристика, която засилва устойчивостта срещу стреса, е самоефикасността. Тя се дефинира като вяра на човека в способността му да се ангажира с действия, които ще доведат до желаните резултати. Самоефикасността снижава стреса и засилва оптимизма. Тя е в основата на създаване на основни ориентации и стратегии за справяне със стреса (Ларсен, Крумов, 2010). При изследването и управлението на стреса трябва да бъдат взети под внимание стабилните във времето личностни диспозиции и да се има предвид, че личността е тази, която определя какви ще бъдат избраните механизми за справяне със стреса.

Коста и МакКрий (Costa & McCrae) установяват, че високите нива на невротизъм са свързани с невротични типове поведение на справяне. Невротизмът повлиява негативно на перцепциите за стрес, на начините за справяне, на удовлетвореността от социалната подкрепа, психичното благоденствие и соматичните оплаквания. Хората с високи стойности на екстравертност използват по-зрели типове механизми на справяне. Високите

нива на отвореност към нов опит имат за резултат използването на повече хумор, а ниските нива на тази дименсия – до упование във вярата.

Професионален стрес се изпитва от работещия, когато изискванията на работната среда надхвърлят неговите способности да ги изпълни или да ги управлява (балансира) (Газиел, 1994).

Стресът при работа може да бъде причинен от психологически фактори при планиране на работата, нейната организация и управление, напр. високи изисквания и недостатъчно професионален контрол, както и проблеми като психологически тормоз и насилие на работното място. Физически възможни опасности, като шум и температура, също могат да причинят стрес на работното място. Една от целите на *Доклада на Европейската комисия за нова стратегия относно безопасността и здравето при работа* е предотвратяване стреса на работното място (European Commission, 1999).

Причините за възникването на стреса на работното място могат да бъдат много, но най-често се изразяват в следното:

- недостатъчно време за изпълнение на поставената задача;
- неясна длъжностна характеристика;
- недостатъчно заплащане;
- твърде много отговорности при малка автономност;
- висок темп на работа, монотонна, репетитивна дейност;
- недостатъчно натоварване или свръхнатоварване;
- некооперативни ръководители или колеги и др. Други потенциални рискови фактори са: пол, възраст, предшестващи или хронични заболявания (Велкова, 2002).

Стресът при работа може да засегне всеки един, във всеки бранш, независимо от размера на компанията или предприятието. Признаците, че стресът при работа може да е проблем за дадена организация най-често се изразяват в следното:

В организацията:

- Сътрудничество- Отсъствия от работа, голям брой новопостъпили и напуснали кадри, затруднения при спазване на срокове, проблеми с дисциплината, психически тормоз, агресивна комуникация, изолация;
- Продуктивност и качество- Намалена продукция или качество на продукцията и услугите, злополуки, неефективно взимане на решения, грешки;
- Разходи- Повишени разходи поради компенсации или болнични, изпращане на хора към здравните служби;

Сред персонала:

- Поведение- Цигари, злоупотреба с алкохол или наркотични вещества,насилие, психически тормоз и безпокойство;
- Психологически- Проблеми със съня, нарушения следствие на безпокойство, депресия, неспособност за концентрация, раздразнителност, проблеми в семейните взаимоотношения, изтощение;
- Здраве- болки в гърба, сърдечно-съдова симптоматика, стомашно-чревни оплаквания, язви,повишено артериално налягане, намалена имунна защита.

6. Оценка на риска за професионален стрес

За всеки един от факторите, описани по-горе, трябва да се вземе предвид какви действия за ограничаване вече са предприети,достатъчни ли саикакви допълнителни мерки е необходимо да се предприемат.За всеки от описаните рискови фактори се предлагат някои насоки, на какво трябва да се обърне внимание и какви действия трябва да се предприемат.

Култура: Има ли открита и добра комуникация, подкрепа и взаимно уважение? Цени ли се мнението на работещите и на техните представители?

Ако не, комуникацията трябва да се подобри, особено що се касае до работещи в отдалечени звена.

Изисквания: Дали персоналът е пренатоварен или недостатъчно натоварен, има ли достатъчно способности и капацитет за задачите си? Как стои въпросът с физическата среда (шум, вибрации, вентилация, осветление и т.н.) и психо-социалната среда (насилие, психически тормоз) и т.н.

Трябва да се поставят достатъчно ресурси на разположение в случай на проблем, напр. да се преразгледа приоритета на задачите.

Да се проведе обучение на персонала така, че работните задачи да се степенуват по важност и да се изпълняват компетентно.

Управление: Имат ли работещите достатъчно влияние върху начина на изпълнение на тяхната работа?

Персоналът трябва да има възможност да планира своята собствена работа и да взима решения, как да протича работата и как да се разрешават проблемите. Работният процес трябва да се подобри така, че персоналът да може да използва своята компетентност по най-добрия начин. Решаваща в случая е подкрепата, която работещите получават от колеги и от ръководители.

7. Последици от професионалния стрес

Резултатът от хроничния стрес за работещите се изразява заболявания, временна нетрудоспособност, намаляване на продуктивността, лоша работна атмосфера. Последствията за работодателя също са неблагоприятни: текучество, разходи за обучение на новопостъпили работници, финансови компенсации за професионални болести, травми и др.

Доказано е, че съществува връзка между стреса и заболяванията, а някои експериментални изследвания показват, че стресът може да причини болест (Ценова, 2006; Ценова, 2009;). Острият и хроничен стрес причиняват повишена морбидност от сърдечно-съдови заболявания (Belkic, 2004; Eller, 2009; Apples, 1991a), хипертония (Ogden, 2004), потиснат имунен отговор

(Lazarus, Ogden), заболявания на дихателната (Lehrer,) и костно-мускулната системи, метаболитен синдром и някои видове рак (Ogden). Физиологичните изменения, причинени от стрес, водят до отслабена памет и затруднена пространствена ориентация (Ogden). Вопита си да подобрят своето настроение, хората, които страдащи от хроничен стрес, проявяват себепоразрушително поведение- тютюнопушене, консумация на алкохол, злоупотреба с наркотични вещества (Ahola, 2006), прекомерен прием на въглехидрати и неспазване на здравословен цикъл на бодърстване и сън (Appels, 1991b). Стресът предизвиква физиологични изменения в организма, чрез които повлиява сериозно и върху психичното здраве на хората. Стресът се свързва с тревожност, а хроничният стрес в частност демонстрира специфична връзка с отключването на тревожност и депресия.

Стресът е проблем както за работещите, така и за работодателите в организацията/ предприятието.

Стресът при работа в над една четвърт от случаите причинява отсъствие от работа за две или повече седмици в следствие на здравословен проблем. Загубите от стрес при работа на страните членки в ЕС само. се изчисляват най-малко на 20 милиарда евро годишно (European Comission, 1999). Стресът причинява също значителни нарушения в продуктивността, творческите способности и конкурентоспособността.

8. Превенция и справяне с професионалния стрес

8.1. Световни, европейски и национални политики във връзка с професионалния стрес

В последните години стресът на работното място се увеличава и приема застрашителни размери. Промяната в характера на труда за последните десетилетия е главната причина за увеличаване нивото на стреса на работното място (Geuts, 1999; Ruotsalainen, 2014). Интензивността на труда нараства, увеличава се броят на компютъризираните работни места. Честите

реорганизации и въвеждането на нови технологии са масово явление в държавния и частния сектор, което създава за работещите чувство на несигурност. Постоянно се увеличават изискванията към качеството, продуктивността, технологичния процес, околната среда, работната сила. Именно поради тези промени, превенцията на стреса на работното място трябва да е от първостепенна важност за всички работодатели (Велкова, 2002).

През 1995г. Световната здравна организация (СЗО) развива Глобална стратегия: Здраве при работа за всички (WHO, Global strategy, 1995). Едно следващо действие през 2007г. е утвърждаването на Глобален план за действие: Здраве за всички, подписан от министрите на здравето на страните в Европейската общност и редица други страни. Глобалният план за действие: Здраве за всички е подписан и от министъра на здравеопазването на Република България (Вангелова, К.; WHO, 2010a; WHO 2010b). Здравословните работни места според дефиницията на СЗО са такива, при които работещите и работодателите допринасят за непрекъснато подобрене на защитата и укрепване на здравето, безопасността и благополучието на всички работещи и осигуряване на устойчивост на работното място в следните аспекти:

- Здраве и безопасност по отношение на условията на труд;
- Здраве, безопасност и благополучие по отношение на *психосоциалните фактори*, включително организацията на труда и културата на работното място;
- Индивидуални здравни ресурси на работното място;
- Предприемане на мерки за подобряване здравето на работещите, техните семейства и общността.

В Европейския Съюз стресът при работа е вторият по разпространение здравословен проблем след заболяванията на двигателната система и засяга

28% от работниците в ЕС (EU-OSHA, 2003; EU-OSHA, 2008). Превенцията на стреса на работното място е един от приоритетите на страните-членки в Европейския съюз (European network for WorkplaceHealth Promotion). Проведени са много изследвания на причините за възникването на стреса на работното място, изяснен е терминът „професионален стрес“. С помощта на Европейската фондация за подобряване бита и условията на труд е обобщен опитът на 12 страни, членки на Европейския съюз.

В България интересът към изучаването на стреса на работното място нараства. Осъществен е научен проект за изучаването на професионалния стрес при медицински работници от колектив на Института по психология (БАН) с ръководител В. Русинова (1997). В България се прилага европейски стандарт, относно ергономичните принципи, свързани с психичното натоварване (Велкова, 2002).

За много от европейските страни превенцията на стреса на работното място е юридическо задължение. Европейската директива /Европейска рамкова директива за безопасността и здравето при работа (Директива 89/391 ЕИО)/ за здравето и безопасността на работното място задължава работодателите да откриват и своевременно да коригират стрес-факторите от работната среда. В Холандия и Швеция е приет закон за физическата и психосоциална работна среда. В България са направени първите стъпки в тази посока.

Законът за здравословни и безопасни условия на труд (ДВ, бр. 40 от 2007) в чл.12 (1) обръща особено внимание на рисковете за здравето и работоспособността на работещите лица в професии с високо нервно-психическо натоварване, наложен ритъм, монотонност, принудителна работна поза и препоръчва въвеждането на физиологични режими на труд и почивка.

Наредба № 3 от 25 януари 2008 в чл. 8, ал. 2 (6) посочва като задача на службите по трудова медицина разработването на мерки за подобряване

условията на труд чрез „оценка на риска за здравето при работа с високо нервно-психично напрежение и неблагоприятни психосоциални фактори, наложен ритъм и монотонност". Увреждащият здравето стрес на работното място може да бъде избегнат. Отсъствието обаче на признато професионално заболяване/ разстройство вследствие на стреса при работа също е пречка за превантивни действия у нас и в Европа (Ценова, 2009). Действащите превантивни стратегии, доколкото ги има са фокусирани върху отделния работещ и рядко утвърждават скрининг на психосоциалния риск при работа.

8.2.Превенция на стреса в работната среда

Когато се говори за **ефективен мениджмънт на стреса** определението е: висока продуктивност, с подобро качество на труд и ниски нива на заболяемост. Първата стъпка в тази посока е мониторингът на всички рискови за здравето и благополучието на работещите фактори от работната среда, индикатори за наличието на стрес. Lazarus и Folkman(1987) подчертават, че от най-голямо значение за тях е индивидуалната оценка на събитията, когато индивидът се конфронтира с нова или променена среда. Тогава той се ангажира с "първична оценка" и определя значението на събитието като е позитивно, негативно или неутрално. Ако е негативно, следователно се касае за заплахата, вреда или предизвикателство. След тази първична оценка следва "вторична оценка", която е свързана с оценка на стратегиите за справяне и наличните ресурси за справяне- дали те ще бъдат успешни спрямо фрустриращото събитие.

Субективното преживяване на стрес е баланс между първичната и вторичната оценка. Когато стратегиите за справяне са повече, стресът се минимизира и обратното. Той се определя от равнището на психологичния потенциален отговор, който включва физиологични, когнитивни и поведенчески фактори. Когнитивните компоненти включват специфичните вярвания за вредата, заплахата за здравето и живота, индивидуалната годност за контрол. Емоционалният отговор е широко детерминиран в нюансите на

негативния емоционален регистър. Поведенческият отговор съдържа различни нива на "възбуда" след стрес и биохимични "маркери", които се оценяват индивидуално.

Съществуват **три основни стратегии за превенция на стреса** на работното място:

- Премахване или модифициране на причиняващите стрес условия на труд и намаляване неблагоприятното им влияние върху здравето и благополучието на работещите;
- Приспособяване на промените в работната среда към индивидуалните характеристики на работещите;
- Увеличаване на индивидуалната резистентност към стреса чрез повишаване на съзнанието и подобряване уменията за справяне със стреса чрез обучение.

Първите две стратегии са насочени към работната среда, а третата - към личността.

Като важни мерки, насочени към работната среда, могат да бъдат посочени: промяна на трудовата задача, въвеждане на промени в работната среда, въвеждане на гъвкав режим на труд и почивка, участие на работещите в професионалното развитие, подобряване на социалната подкрепа от колеги и ръководители, анализиране на работните роли и поставяне на цели, ясна длъжностна характеристика, седмични/месечни работни срещи, дискусии относно проблемите, хармонизиране на отговорности и власт, въвеждане на контрол, материално стимулиране и др.

Във всяко отделение/организация могат да бъдат използвани предложените от The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) на САЩ NIOSH (1994) стратегии за превенция на стреса:

- Въвеждане на адекватно съдържание и организация на труда за контролиране на психосоциалните рискови фактори на работното място;

- Мониториране на измененията в работната среда и здравето наработещите;
- Подобряване на информационния поток в отделението/организацията, обучението и повишаване на квалификацията;
- Ясни цели и стратегии на службите по трудова медицина.

Успешната превенция на стреса изисква системен подход и активно участие както на всички служби по осигуряване на здраве и безопасност на работното място, така и на работещите в него. Системният подход включва планиране, мониторинг, оценка на риска, избор на стратегия, оценка и въвеждане на подобрения (Велкова, 2002).

8.3. Стратегии за справяне със стреса (копинг стратегии)

В *психологическата теория* на стреса са налице два относително алтернативни подхода към изучаване начините за копинг (справяне) с него (Edwards, 2003; Folkman, 1984). Първият от тях е на Лазарус, според който начините за справяне със стреса са многобройни и се използват паралелно или едновременно. Ето защо този подход може да се нарече адитивен. Алтернативният подход се лансира от Х. Томе и неговите сътрудници (Thomae, 1987) Той е ориентиран преди всичко към изучаването на йерархичната структура на реакциите на стреса, като особено внимание се отделя на т.нар. "доминантна реакция". Доминантна реакция на стреса е тази, която най-често се използва от личността за справяне със стреса. Изучаването ѝ дава възможност да се предскаже с голяма вероятност поведението на личността в условията на продължителен стрес

Класическият когнитивен подход на Лазарус разграничава стратегиите за справяне със стреса на две основни групи: *проблемно-фокусирано справяне (problem focused coping)* или често определяно като активно справяне и *емоционално-фокусирано справяне (emotion focused coping)* или пасивно справяне (Lazarus, 1984). Това са всъщност двете основни функции на справянето със стреса.

Първата група стратегии описва поведение като изправяне срещу проблема и въздействие върху стресовия фактор за премахване на неговото влияние, както и промяна на собственото отношение към източника на стрес, т.е. активното справяне е насочено към промяна на реалното взаимоотношение между личността и средата.

Втората група стратегии (емоционално фокусираните) включва избягване на опити за директно справяне с проблема и опити за контрол; снижаване на отрицателните емоции; регулиране на емоционалния дистрес. Емоционално фокусираното справяне не е насочено към промяна на реалното взаимоотношение, а към промяна на неговото значение, следователно и на емоционалната реакция. Ако ние успешно избягваме да мислим за заплахата, то тревожността, свързана с нея, може да се отложи във времето. Тези два типа копинг обединяват в себе си множество специфични стратегии. ***Проблемно-фокусираното справяне*** включва специфични стратегии като активно справяне, планиране, потискане на конкуриращи се активности, търсене на инструментална подкрепа.

Емоционално-фокусираното справяне включва специфични стратегии като изразяване на емоциите, отричане, приемане, търсене на емоционална подкрепа, поведенческа неангажираност, психическа неангажираност, обръщане към религията. Критичният анализ на литературата позволява да бъдат идентифицирани и специфични стратегии, които в зависимост от контекста на ситуацията и следващите действия да бъдат включени и в двете групи. Например, въздържане от действие има за цел изясняване на ситуацията и изчакване на удобен момент за предприемане на нещо. Това по своята същност е проблемно-фокусирана стратегия. Но ако въздържането от действия продължи много дълго и не е последвано от действия, свързани с опити за отстраняване на стресовите фактори, то тогава тази стратегия, може да бъде отнесена и към емоционално-фокусираното справяне.

Междукултурните изследвания на копинга, показват значими различия на начините за справяне със стрес. Например пасивната стратегия, каквато е фатализмът, очевидно е религиозно и културално обусловена и има особено значение в контекста на източните култури.

Сравнението между типологизацията на Лазарус и тристепенния йерархичен модел (който всъщност е опит за доразвиване модела на Лазарус) показва, че на този етап е все още рано да се търси по-сложна йерархизация на копинга поради ограниченията, които тя поставя пред изследователите.

Въпреки, че повечето стресори изискват и двата типа справяне в литературата се посочва, че проблемно фокусираният копинг се използва, когато хората чувстват, че може да бъде направено нещо конструктивно в създалата се ситуация, докато емоционалнофокусираният копинг се използва, когато стресорът се оценява като нещо, което трябва да бъде изтърпяно и преживяно. Дискусионен и противоречив е въпросът как индивидуалните различия влияят върху копинга. Една от гледните точки допуска наличието на стилове (диспозиции), които хората използват при справяне със стреса.

Предпочитаните начини за справяне произтичат от по-устойчиви личностни измерения. Например, стилът на справяне на психически устойчивите личности (*hardinesspersonality*) отразява тяхната вяра в собствената им ефективност и способността им да използват ресурсите на социалната среда. Хората, притежаващи изразен социален интерес, са по-ефективни в социалната адаптация поради склонността им към сътрудничество и емпатия, реализъм в оценката на средата. От друга страна, перфекционистичният личностен стил на поведение, включващ високи собствени стандарти, мислене от типа "всичко или нищо", при което са валидни или само постигането на собствените стандарти, или тоталният неуспех като резултат от поведението и изпълнението, предопределя неадекватността в много стресови ситуации. Поведението тип А поставя

личността в условия на хроничен стрес поради агресивните и конкурентни стратегии, използвани при справяне с неясни стресови ситуации. Най-общо казано, определени личностни характеристики предразполагат хората да се справят по съответен (сравнително устойчив) начин, когато са изправени пред стрес (McCrae , 1982).

Според друга гледна точка, отстоявана от Лазарус и Фолкман, копингът трябва да бъде разглеждан като динамичен процес, който се променя във всеки един етап на стресовото преживяване. Този процесуален по своята същност подход предполага, че традиционните личностни диспозиции не могат да бъдат използвани като предиктори на копинга. Изграждането на съответен стил при справяне със стреса би било непродуктивно, тъй като това налага на личността ограничения при избора на отговор, вместо да ѝ даде гъвкавост и свобода за промяна на отговорите си на стреса в зависимост от конкретните обстоятелства.

Без да се отхвърля подхода на Лазарус и Фолкман за разбиране на копинга като динамичен процес, който се променя във всеки един етап на стресовото преживяване някои автори допускат, че хората вероятно предпочитат да използват стратегии, които са относително стабилни във времето и при различни ситуации. Фактът, че вече редица изследвани личностни черти са слаби предиктори на вероятността за използване на определени копинг стратегии дава информация по-скоро за предикативните способности на определени личностни черти, а не за значението на индивидуалните различия като цяло

8.3.1 Личностни параметри при справянето с професионалния стрес

За определени периоди и на определени равнища, стресът не е задължително негативен феномен. Той мобилизира потенциална личността и може да има като резултат повишена удовлетвореност и повишена общоорганизационна ефективност. Преминаването на „точката на насищане“ обаче (която най-задоволително до момента се дефинира като

„момента, в който все още можете да се справите с днешната работа днес“), превръща стреса в неблагоприятен фактор за производителността и психичното здраве. Тези качествени преобразувания са свързани и със следните няколко личностни параметъра:

- *Стресов праг.* Това е субективна характеристика, описваща прага на индивидуална чувствителност по отношение на стресорите. Тя е свързана както с индивидуални психични особености (например темперамент), така и с опита и самооценката на собствените възможности. Положително управленско въздействие може да се окаже с помощта на процесите на активация.
- *Чувство за контрол.* Става дума за идеите за локализация на контрола и за индивидуалното усещане за независимост и относителна свобода на избора, а не за обективно съществуващите такива. Възможните въздействия в тази област вече са известни: гъвкава организация, по-малко автократични лидерски стилове и др.

От своя страна Латак (Latack) надгражда тази дихотомия и извежда следните три категории справяне:

- *Контрол*– тази категория се състои от действия и когнитивни преоценки, които според автора съответстват на проблемно-фокусираното и емоционално-фокусираното справяне, описани от Лазарус и Фолкман, което е проактивно и насочено към поемане на отговорност;
- *Избягване*, което се състои от действия и когнитивни преоценки, които целят начин на бягство от ситуацията;
- *Управление на симптомите*– тази категория включва други широко приетиначини за справяне със симптомите на професионалния стрес като релаксация и физически упражнения.

Справянето със стреса предполага наличието на три нива на превенция, които задължително обхващат цялостната организация . Прецизирането на тези три нива, а също така и на отделните подходи и интервенции по отношение на професионалния стрес е от полза за физическото и психическо благоденствие на служителите и има отношение към финансовите параметри на всяка една компания.

Справянето със стреса може да се търси в няколко направления:

- ***Избягването му или поставянето му под контрол, бягство*** (смяна на организация, професия или длъжност) или (справяне със симптомите му). Това, с което организацията може да помогне за намаляване на интензитета или премахване на стресорите, е: работа за усъвършенстване на комуникационните умения на мениджмънта; активация; препроектиране на длъжности и др. За длъжности, лишаващи изпълнителите от възможност за пълноценен социален контакт, се препоръчва „техниката на социалната подкрепа“, включваща разнообразни форми на участие в неформални мероприятия и междуличностни взаимодействия.
- Други по-специфични и само на пръв поглед екзотични условия и форми за структурирано противодействие на стреса от страна на организацията са ***техниките за медитация и автогенетренинг***.
- Влияние на ***социалната подкрепа*** за ограничаване на вредните последствия от стреса се изследва в съвременни условия в модела на Cohen&Wills(1985). В най-общ смисъл социалната подкрепа е общуване, интерактивен процес на пренос на информация и взаимно повлияване и променяне. Друго по-общо схващане я определя като ресурси (потенциално полезна информация, материална и практическа

помощ), предоставяни от индивидите с които личността общува. Редица изследвания показват, че хора, получаващи социална подкрепа, са по-слабо уязвими за психически разстройства (Карастоянов, 1995; Haloesleben, 2006; Vander Heijden, 2010). Други изследвания подкрепят тезата за връзката между социална подкрепа, физическо здраве и психическа адаптация.

9. Бърнаут синдром

Един от най-ярките примери за това как професионалният стрес може да повлияе както на индивида, така и на организацията, е синдромът на професионалното «изчерпване» или «прегаряне» или «бърнаут» (burnout– от англ. „прегаряне”, „изгаряне”). Професионалното прегаряне се свързва с множество форми на професионално отдръпване, по-ниска продуктивност и ефективност в работата, намалена удовлетвореност от труда и ниска отдаденост (Hallsten, 1993). Професиите, при които трудът е свързан с предоставяне на услуга или грижа за други хора, най-често страдат от професионално изчерпване. Професии, подложени на риск от развитие на бърнаут са социални работници, преподаватели, медицински специалисти, консултанти, мениджъри, полицаи и др. Освен това бърнаутът може да бъде „заразен” и да се възпроизвежда чрез неформалните взаимоотношения на работното място. Съществуват и доказателства, че бърнаутът има негативен ефект на „разпростирание” върху семейния живот (Maslach et al., 2001; Maslach et al., 1993).

9.1. Историческо развитие на концепцията за «бърнаут» синдрома

Терминът “Burnout” е използван за първи път в статията *„Прегряването: Високата цена на високите постижения“* на американския психиатър и психоаналитик Херберт Фройденбергер (Herbert Freudenberger) през 1974 година, в която той описва „прегриването” на терапевти, които работят в

клиники за наркозависими в САЩ. Той обозначава с този термин състояние на изтощение и отпадналост, което възниква от дългата и интензивна работа с нуждаещи се от помощ. Симптомите включват още повишено безпокойство, депресия, както и демотивация в работата и агресия към пациентите (Freudenberger, 1985). Тази статия поставя началото на научната дискусия свързана с бърнаут синдрома. Според Кристина Маслач (Christina Maslach), една от основоположниците на теориите описващи това явление – професионалното прегаряне е емоционално изтощение, възникващо като следствие на междуличностен стрес, загуба на позитивни чувства, състрадание и уважение към пациента (Янкова, 2014). Бърнаут синдромът е характерен за професиите в сферата на услугите, т. нар. „помагащи“ професии, за които е характерен интензивен труд, без да се отчитат собствените си нужди (Freudenberger, 1983). Според Маслач „професионалният свят е агресивна арена, в която индивидът се стреми да оцелее“, и „бърнаут“ е провалът на този стремеж.

Синдромът на "бърнаут" първоначално е структуриран като процес на хроничен стрес и обхваща *три генерални аспекта* (Maslach, 1982; Maslach, 1998; Lee, 1996):

- Развитие на усилващо се чувство на емоционално изтощение и умора;
- Деперсонализация (дехуманизация)- тенденция за развитие на отрицателно, равнодушно отношение към зависимите от професионалиста реципиенти на услуги; Отношението се различава при отделните личности, но винаги се описва липса на чувствителност, която варира от песимизъм и скептицизъм до цинизъм към пациентите.
- Тенденция за отрицателна самооценка, водеща до чувство за лична некомпетентност и намалена работоспособност. Порочният кръг се формира от физическото и психическото изтощение,

деперсонализацията в смисъл на дехуманизация и негативния мироглед, ниската самооценка и понижената трудоспособност и невъзможност за лична реализация.

Разработеният от Maslach и сътр. инструмент за оценка на бърнаут синдрома (Maslach Burnout Inventory- MBI) измерва именно посочените три аспекта на професионалното прегаряне (Maslach et Jackson, 1981; Maslach et Jackson, 1996).

Различните аспекти, с които се манифестира синдромът на емоционалното прегаряне според Маслач (Maslach, 1971; 1976; 1982b) са следните:

1. Психо-соматични

- Психологически- ниска себеоценка и лоша лична реализация, тревожност, депресия, отпадналост, параноидни прояви и/ или агресия към пациентите, близките и колегите;
- Физически - главоболие, безсъние, костно-мускулни болки, стомашно-чревни оплаквания (гастрити, язви), тахикардия и др.

2. Поведенчески симптоми- различни пристрастявания, тактики за избягване на неприятни ситуации, които в крайния си вариант водят до отсъствие от работа; агресивните прояви също са чести.

3. Емоционални-емоционалната дистанция като защитна реакция; скука и цинизъм, нетърпение и раздразнителност, дезориентация, чувство на безпомощност, неспособност за концентрация.

4. Работен климат- ниска производителност на труда и намаляване на качеството на услугите, предоставяни на клиентите, враждебност, чести междуличностни конфликти на работното място и в рамките на семейството, лоша комуникация.

Cherniss (1980) предлага противоречиво разбиране на синдрома на професионалното прегаряне. Според него професионалната отдаденост може да бъде форма на превенция на бърнаут синдрома (Cherniss, 1980)

Elliot и Smith (1984) представят процеса на бърнаут като следното уравнение:

Индивидуална чувствителност + Свръхтовар= Бърнаут

Други автори, които развиват концепцията за синдрома на професионалното прегаряне, неговите фактори, проявления и форми са: Фарбер (1984), Shinn и Chestnut (1984), Nagy (1985), Walker (1986), Kyriacou (1987), Garden (1987), Smith, Watstein и Wuehler (1986), Shirom (1989), Hiscott и Connop (1990), Greenglass, Burke и Ondrack (1990), Starrin, Larsson и Styrborn (1990), Oliver, Pastor, Aragonese и Moreno (1990), Leiter (1991), Kushnir и Melamed (1992) и др.

Според Grantham (1986), за да може едно състояние да се диагностицира за бърнаут, трябва да бъдат предварително елиминирани възможна биологична компонента и възможността за наличие на друг психопатологичен синдром. За този автор синдромът бърнаут е адаптационен синдром (по Canovas, 2015).

През 1991г. Friedman се връща на идеята на Cherniss, че основната причина за появата на бърнаут е организационната. Някои автори поддържат тезата, че синдромът бърнаут се е превърнал в синоним на стресът, предизвикан на работното място (Nagy, 1993), други го асоциират единствено с аспекта „емоционално изтощение“. И до днес няма единно възприета дефиниция, която да обхваща всички прояви на синдрома. Няма съмнения, че възниква в резултат на професионалния стрес, който действа продължително и интензивно и че засяга хора, които активно взаимодействат с други хора в работната си среда. Трудно е отдиференцирането на бърнаут синдрома от професионалната неудовлетвореност, депресията и професионалния стрес.

Бърнаут синдромът е официална медицинска диагноза, въведена в Международната класификация на болестите (МКБ) – 10-а ревизия (WHO, 1992), код Z 73.0 – състояние на изтощаване на жизнените сили. „Професионалното изпепеляване“ се отнася по класове болести към XXI клас

– „Фактори, влияещи върху здравното състояние на населението и контакта със здравните служби”, а по група болести – „Проблеми, свързани с трудности за поддържане на нормален начин на живот”. Въвеждането на бърнаут синдрома в МКБ дава възможност на засегнатите индивиди да се възползват от финансовите механизми за обезщетение, консултиране, психотерапевтично лечение и рехабилитация.

9.2.Професионална неудовлетвореност, депресия и стрес

Причини за **професионална неудовлетвореност** в медицинската професия са: несигурност в бъдещето, липса на социален престиж, антисоциално поведение на някои пациенти (особено при работа в условия на спешност), неадекватно възнаграждение и заплащане. Медицинската помощ се извършва чрез взаимоотношенията „лекар- пациент“, които създават предпоставка за емоционална обвързаност и могат да доставят както удовлетвореност, така и фрустрация и безпокойство. Професионалната удовлетвореност е необходима за справяне с повишените изисквания.

Симптомите на **депресията** са по-дълбоки и генерализирани, за разлика от симптомите на бърнаут, които са специфични за дадена професионална ситуация и не са толкова интензивни. Много автори откриват припокриване в конструктите на депресията и бърнаут синдрома (Bakker, 2000; Bakker, 2007; Reviki, 1985). Според други депресията може да се окаже една от възможните причини за бърнаут.

Стресът и бърнаут са различни феномени, въпреки че в практиката е трудно да бъдат разграничени, тъй като причиняват сходни психосоматични симптоми (Ценова, 2003). Стресът може да доведе до бърнаут, но може да съществува и професионален стрес без да се стига до проява на синдрома. Професионалното прегаряне е само една от формите, в които може да прогресира професионалният стрес.

Таблица 1. Професионален стрес и бърнаут синдром

Професионален стрес	Бърнаут синдром
Прекалено въвличане в проблемите.	Липса на участие.
Емоционална хиперактивност.	Емоционално притъпяване.
Физиологичната травма е първичен субстрат.	Емоционалната травма е първичен субстрат.
Изтощение и липса на физическа енергия.	Изчерпването засяга мотивацията и психическата енергия.
Депресията може да бъде разбрана като реакция за запазване на физическа енергия.	Депресията при бърнаут е като загуба на идеали.
Може да има положителен ефект в умерени експозиции (еустрес).	Има само негативни ефекти.

9.3. Етиология на бърнаут синдрома

Бърнаут синдромът възниква като последствие на стресиращи ситуации, които провокират индивида да бъде по-предразположен към този синдром.

Има някои фактори, които са предпоставка за професионалното прегаряне:

- Естеството на работата;
- Фактор организация и институция;
- Междудличностен фактор (колеги, семейство, приятели, мрежи за социална подкрепа);
- Индивидуален фактор (характеристика на професионалиста като възраст, пол, опит, черти на характера).

Бърнаут синдромът е различно разпространен сред различните професионални групи. Изследванията през последните десетилетия показват, че той е широко разпространен при учители, фармацевти, лекари и други медицински специалисти, обслужващ персонал от детски здравни и социални заведения като спецификата на изискванията и условията на работа обуславят

проявата и изразеността на отделните му измерения (Ценова, 2006; Belloch, 2000; Bennett, 2005; Burisch, 1993; Caballero, 2001, Cebria, 2003). Според различните проучвания сред медицински специалисти професионалното прегаряне е между 17% (GarciaIzquierdo, 1991), 30-40% (Henderson, 1984), и 50% (Deckard, Meterkoet. Field, 1994) (п о Canovas, 2015).Изложената статистика показва колко значим е проблемът. Данните може да се интерпретират в подкрепа на твърдението на Freudenberg, че бърнаут синдромът е „заразен“ и има епидемичен характер.

Професиите, при които се помага на други винаги генерират в определена степен психологичен и емоционален стрес. Тъй като работата в медицинската професия е насочена към пациента и допринася полза само за неговото здраве и благополучие, взаимоотношенията „лекар- пациент“ са асиметрични и се явяват предпоставка за развитие на бърнаут.

От друга страна медицинските работници са по-чувствителни към човешките потребности и тази тяхна характеристика е една от предпоставките да изберат това професионално поприще. Някои от личностните характеристики, за които е доказано, че по-лесно водят до професионално прегаряне са:

- Чувствителност към чувствата и нуждите на другите;
- Отдаденост на професията;
- Идеализъм;
- Тревожна личност;
- Повишена самовзискателност. С етиологията на синдрома на професионалното изчерпване се свързват множество фактори: възраст, пол, семейно положение, работни смени и работен график, време (продължителност) на контакт с пациентите, заплащане.

I. Независими променливи

1. **Възраст:** Резултатите във връзка с тази променлива са противоречиви (Golembiewski, 1996). Според някои автори връзката между възрастта и бърнаут синдрома се асоциира по-скоро с професионалния стаж, зрелостта на личността и със загубата на идеалистичния мироглед (Albanesi de Nasetta, 2003; Pingani, 2015).
 2. **Пол:** Наблюдава се по-голяма предразположеност на жените в сравнение с мъжете. Това може да се обясни с двойната тежест, която жените понасят в резултат на професионалната реализация и семейната функция, която осъществяват. При жените се наблюдава по-ниско ниво на деперсонализация, по-голяма лична реализация, по-голяма степен на емоционално изчерпване и по-голяма професионална удовлетвореност в сравнение с мъжете (Schaufeli, 2003a). И за двата пола факторите за поява на професионално изчерпване са икономически, социални политически. Жените в голяма степен заемат позиции в сферата на услугите, което изисква голяма емоционална отдаденост. Като пример може да бъде дадена професията на медицинските сестри. Изследователи от Харвард (САЩ), за период от четири години проследяват 21290 медицински сестри, за да оценят условията, които повлияват физическото и емоционалното им здраве. Резултатите от проучването показват, че жените с голямо професионално натоварване, с малък контрол и слаба подкрепа в работната среда, страдат от влошено физическо и емоционално здраве и понижаване на способностите.
- Проучване на здравните работници във връзка с риска за развитие на бърнаут в Мексико показва, че епидемиологичният профил на повишен риск е: жена на възраст над 44 години без постоянен партньор (поради раздяла, развод или овдовяване), с професионален стаж повече от 19 години и една и съща месторабота над 11 години, със специализиран профил, с над 21 пациента дневно под нейни грижи, на които отделя

повече от 70% от работната смяна и работна смяна между 36 и 40 часа седмично (Atance, 1997).

3. **Семейно положение:** Самотните медицински професионалисти по-често страдат от бърнаут в сравнение със семейните (Golembiewski et al., 1986), по-голяма умора и деперсонализация (Maslach, 1982), въпреки че други проучвания не потвърждават тези резултати. Според Maslach наличието на деца в семейството може да се окаже протективен фактор, поради по-голямата емоционална подкрепа в семейството и опитът в решаването на проблеми.
4. **Работни смени и работен график:** Наличието на работни смени, нощни дежурства и т.н. според някои автори също е предпоставка за развитието на бърнаут, но данните не са единодушни.
5. **Професионален стаж:** Няма доказана връзка между годините на работното място и проявата на синдрома на професионалното прегаряне. Според някои автори синдромът се проявява по-често през първите две години от професионалната кариера или след десетгодишен трудов стаж.
6. **Продължителност на контакта с пациента:** Доказана е връзката между бърнаут и професионалната пренатовареност. Не е доказана пряка връзка между часовете на контакт с пациентите появата на синдрома.
7. **Трудова възнаграждение:** Заплащането често е разглеждано като фактор, който има отношение към развитието на бърнаут, въпреки че в литературата липсват преки доказателства.

II. Личностни качества

Според много автори личностните качества на медицинските професионалисти в голяма степен са предопределящи фактори за развитието на бърнаут (Христова, 2011; Ценова, 2005; Vencom, 2004). Няма точен профил на засегнатите, но може да се определят някои черти на личността,

които се свързват със склонност към емоционалното изтощение. По отношение на локализацията на контрола, повечето научна литература показва, че професионалистите с преобладаващ външналокализация на контрола са по-склонни да страдат от бърнаут. Дори се наблюдава статистически значима връзка между локализацията на контрол и скалата на Маслач за оценка на бърнаут (MBI). По-голямата степен на самоконтрол и ефикасност се определят като протективни фактори за бърнаут. Изследван е също личностният тип А, който традиционно се свързва с повишени нива на стрес, но пряка зависимост не е доказана.

Таблица 2. Някои вродени характеристики на медицинските професионалисти, които са предпоставка за развитие на бърнаут синдром

Висока мотивация за помощ	Висока степен на емпатия
Висока степен на алтруизъм	Ниска самооценка
Постоянство в действията	Склонност към прекалена емоционалност
Ниска самоефективност	Ограничени социални умения

Според специалистите хората с по-голяма увереност в собствените си качества и способности, са по-енергични и по-резистентни, докато по-зависимите и несигурни са по-склонни да проявяват тревожност или депресия при стресови ситуации.

III. Професионален фактор

Всички фактори във връзка с професионалната пренатовареност са тясно свързани с емоционалната умора (Grau, 2005; Arches, 1991). Административната работа, която се увеличава като обем, и конфликта на ролите също водят до повишаване нивата на стрес. Естеството на професията налага директен и продължителен контакт с потребителите на медицински услуги и с близките им.

IV.Организационен фактор

Множество фактори можем да сложим в тази графа- прекомерно професионално напрежение; бюрокрация; липса на екипна работа; недобра комуникация с хората на ръководни позиции; лош мениджмънт на времето.

Според психоложката Gabriela Charnes (2001) фактори за **професионален стрес** сред здравните работници са някои особености на работата с пациенти, организационният фактор и личностни особености.

1. **Особености на работата с пациенти:** Директният контакт с получаващия помощ може да е източник на емоционално напрежение поради собствените характеристики на болния; природата на самото заболяване; проблеми в комуникацията; неудовлетвореност на медицинските специалисти; съществуващите конфликти с други участници (колеги, близки на пациента).
2. **Организационен фактор:** В тази група фактори се включва слабият контрол, който медицинският професионалист може да окаже на работната среда (договори, работен график) и неяснота в длъжностната характеристика. Други фактори са административна пренатовареност, несигурност в професионалното израстване, липса на координация и комуникация между медицинските професионалисти и др.
3. **Личностни особености:** тревожност, неясни очаквания и цели, ниска самооценка. Също така най-гъвкавите хора са склонни да изпитват повишен стрес, тъй като трудно определят границите и не отхвърлят възложена допълнителна работа (Charnes, 2001).

9.4 Развитие на „бърнаут” синдрома

След като веднъж е изяснена етиологията, е необходимо да бъдат разгледан процесът на развитие на синдрома на професионалното прегаряне до момента на явната му манифестация. Синдромът на професионалното изчерпване се развива постепенно и е продължителен и флуктоиращ във времето. Проявата

му е характерна за всяка отделна личност, поради което са предложени множество модели, които обясняват развитието на бърнаут.

1. Модел на Pines и Aronson (1988)- дефинират бърнаут като състояние на физическо, психическо и емоционално изтощение в резултат на продължително излагане на емоционално изискващи обстоятелства. Емоционално изискващи ситуации са тези, при които се наблюдава комбинация между високи очаквания и хроничен стрес. Бърнаут настъпва в момента на срив в способността човек да се противопоставя на външната среда. Според тези автори проявата на синдрома се съпътства с физическа слабост, чувство на отчаяние, развитие на негативни възприятия и въздействия върху работата и живота. Развива се в идеалистично настроени личности, ентузиазирани, които изпитват необходимост да търсят смисъла на живота.

2. Модел на Faber (1991)- този модел предполага серия от последователни състояния, в която всяко може да отключи следващото. Бърнаут се разбира като синдром свързан с работата, който е резултат на възприятието за несъответствие между усилие и обезщетение, като отношение към това възприятие имат личностни, организационни и социални фактори. Стадиите са, както следва:

- Ентузиазъм и отдаденост;
- Фрустрация и раздразнение (като отговор на професионалния стрес, който спира ентузиазма);
- Несъответствие между вложената енергия и получената компенсация;
- Изоставяне на професионални задължения;
- Личностна уязвимост. Изразява се във физикални изменения (повишено артериално налягане, стомашно-чревни изменения, болки от различен характер),

когнитивни (прехвърляне на вината, егоистично поведение) и емоционални (раздразнителност, тъга, нетърпеливост);

- Пълно изтощение (чести отсъствия от работа и желание за напускане.

3. **Модел на Cherniss (1992):** Според Cherniss синдромът се развива на три фази. През първата фаза се наблюдава дисбаланс между изисквания и ресурси, т.е. се касае за ситуация на психо-социален стрес. През втората фаза се създава състояние на психо-физично напрежение. По време на третата фаза се наблюдава серия от поведенчески изменения в резултат на отбранителна реакция на организма, целяща да избегне стресиращите моменти. По време на тази фаза медицинските специалисти се дистанцират и обслужват пациентите си рутинно и механично.

4. **Модел на Maslach и Leiter:** Моделът на Маслач е многомерен модел широко приет от научните среди и обединява опита на Маслач, Джаксон и Лейтер за последните двайсет години. При него се използва инструментът за оценка на бърнаут синдрома на Маслач (Maslach Burnout Inventory- MBI). Тези автори смятат, че синдромът на професионалното изчерпване трябва да се възприема като лично хронично изживяване на стрес, свързано със социалния контекст.

Моделът включва три компоненти:

- Изживяването на стрес
- Оценката на другите
- Самооценката

Това е психологически синдром, който включва емоционално изтощение, деперсонализация и слаба лична реализация. Първото, което се наблюдава в страдащият е емоционалната умора която прераства в деперсонализация и лоша реализация на личността.

- 5. Модел на Schaufeli и Enzmann (1998):** Според този модел бърнаут синдромът се обяснява и се развива по две причини: 1/ емоционален тригер; 2/ социален контекст, който се характеризира на три независими нива- междуличностно, организационно и широко социо-културално ниво.

Като обобщение може да се заключи, че синдромът бърнаут се развива постепенно, като интензитета му се променя. Трудно е да бъде отдиференциран и често симптоматиката му се negliжира. Навременната диагностика се дължи на близките, които първи забелязват промяната. В 5-10% от случаите развитието му води до напускане на работа. Тъй като своевременната диагностика е трудна, е необходимо да се разработят превантивни мерки.

6. Фази на бърнаут синдрома по Edelwich и Brodsky (1980):

Edelwich и Brodsky определят синдрома на професионалното изчерпване като прогресивна загуба на идеализма, енергията и жизнените цели при хора, ангажирани в обслужването на други хора, в резултат на условията на трудовата среда. Те предлагат четири етапа, през които се развива синдромът.

- Етап на идеализъм и ентузиазъм- през този етап личността е с високо ниво на енергия за работа и неоправдано високи очаквания. Личността е отдадена на работата си и доброволно понася свръхнатоварване. Невъзможността да се покрият очакванията разочарова и се преминава в следващата фаза;
- Етап на застой- предполага намаляване на активността в момент, в който индивидът открива, че очакванията му са нереални. На този етап се открива необходимостта от промени, които неизменно включват професионалната среда;
- Етап на апатия- това е централна фаза при развитието на синдрома бърнаут. Стига се до фрустрация, апатия и липса на интерес към работата. Появяват се емоционални, поведенчески и физически

проблеми. За да се избегне напрегащата ситуация, страдащите избягват контакт с приятели, отсъстват от работа и в част от случаите напускат работа.

- Етап на отчуждението- личността е хронично фрустрирана от работата си, изпитва отчужденост. Липсата на удовлетворение от работата се замества от очакваните компенсации- напр. заплащане.

9.5. Симптоматика и изява на синдрома „бърнаут“

От първоначалното му разграничаване, клиничната картина на синдрома бърнаут непрекъснато се обогатява, докато през ноември 1981г. във Филаделфия се провежда Първа Национална конференция по бърнаут, на която се унифицират клиничните критерии. По време на тази конференция се стига до заключението, че съществуват остри и хронични форми на синдрома (Golembiewski и Leiter, 1996).

1. **Физически симптоми:** умора, неоправдана слабост, нарушения на съня (Appels, 1991a), общо неразположение, главоболие, костно-мускулни болки и спазми, нарушения на храносмилането, тахикардия, повишено артериално налягане (Melamed, 2006; Shirom, 1997) и т.н. Проявяват се психо-соматични заболявания-алергии, псориазис, захарен диабет тип 2 (Меламед, 2003), травматизъм, спад в имунитета (Mohren, 2003). За да се различи тази симптоматика при професионален стрес, тя винаги трябва да бъде съпроводена от чувство на лоша самооценка и провал.
2. **Емоционални и психически изяви:** чувства на изтощение, безсилие (Asai, 2007), импотентност (Sheiner, 2002), ниско самочувствие и лоша професионална реализация. Нервност, която често води до тревожност и безпокойство, затруднена концентрация или намаляване на паметта, нетърпение и

раздразнителност, дезориентация и параноидно и /или агресивно поведение към пациенти, колеги и семейството.

3. **Поведенчески изяви:** Лоша комуникация, преобладаващо пристрастяване или избягване, повишен прием на цигари, кафе, алкохол, медикаменти и наркотици, промени в апетита и храносмилането, междуличностни конфликти.
4. **Други аспекти на клиничния бърнаут:** прогресиращ характер, с ремисии и обостряния; страдащият от бърнаут не може сам да отдиференцира симптоматиката, защото симптомите може да са слаби, умерени и сериозни.

9.6. Превенция и лечение на синдрома на професионалното «прегаряне»

Поради риска от бързо изтощение, демотивиране и последващо влошаване на грижите за пациентите, е необходимо систематизиране на възможните ефективни подходи за справяне с трудовото натоварване при лекарите. В следващото изложение се разглеждат общите подходи за справяне с бърнаут синдрома, специфичните анализи за представите и оценките на лекарите, анализ на професионалната роля, обучение в рамките на уъркшопи, повишаване на мотивацията, психосоциални умения на непосредствените ръководители и т.н. (Христова, 2013; Compton, 1999; Kelchtermans, 1999).

Стратегиите за избягване и намаляване на бърнаут включват обучение по „грижа за себе си”, поддържане на личностен физически и психически баланс, медитация, поведенческа промяна. (Swetz, 2009; Maslach, 2001). Организационните стратегии могат да създадат култура за превенция на стрес, което намалява вероятността от развитие на „изпепеляване“. (Sanchez-Reilly, 2013; Dyrbye, 2011; Bowman, 2007). Персоналните стратегии, свързани с „грижа за себе си”, включват: 1/ приоритет на отношенията с близките, като например тези със семейството; 2/ поддържане на здравословен начин на живот чрез осигуряване на достатъчно сън, редовни физически упражнения и

време за почивка; 3/ насърчаване на дейности, свързани с отдых и хоби; 4/ практикуване на релаксация и медитация; 5/ продължаване на духовното развитие. Широко достъпен инструмент за копинг-стратегии за емоционално „изпепеляване“ е т.нар. „уелнес“ (wellness) (Cohen- Katz, 2004), който обхваща шест области– физическа, интелектуална, емоционална, духовна, социална и професионална (Виткова, Е., 2015).

Авторите обособяват **4 равнища на възможната интервенция** за намаляване на вече възникнал бърнаут:

- Индивидуално равнище: подпомагане на индивида да борава по-ефективно с професионалния стрес;
- Междуличностно: колегите взаимно се подкрепят и си помагат да се справят със стреса. Работа в групи- целта е да се осигури социална подкрепа. Особено разпространени са т. нар. *Групи на Балинт*, в които здравните специалисти заедно с други колеги търсят решение и разбиране във връзка с т. нар. „трудни пациенти“ (Георгиева, 2008);
- На работното място: промени на работното място за елиминирание или намаляване на стресорите (Italia, 2007; Plana, 2006; Farber, 2000);
- Организационно равнище: дългосрочни политически и структурни промени в/на целите организации или институции.

Дейностите по **превенция** на бърнаут на всяко равнище могат да имат различни общи цели:

- Идентификация на съществуването на "бърнаут", причините и последствията му на всяко равнище;
- Превенция на всяко равнище;
- Интервенция: редуциране на "бърнаут"синдрома и по възможност обратното му развитие, ако процесът вече е започнал;

- Кризисна интервенция: терапия на лица, намиращи се в напреднал стадий на "бърнаут".

10. Емпирични проучвания на професионалния стрес и „бърнаут“ синдром при лекари

Медицинската професия е считана за една от най- хуманните професии. На работещите в здравеопазването често се налага интензивно да се занимават с текущите проблеми на други хора (физически, психологически, социални), които често са със силен емоционален заряд: гняв, страх, възмущение. Успоредно с това медицинските специалисти се сблъскват с проблеми в организацията на медицинската помощ. Като резултат от въздействието на тези и други отрицателни аспекти на работата, свързани със съдържанието и организацията на труда, липса на подкрепа от администрацията, взискателни или не сътрудничаещи пациенти и техните роднини, широк спектър междуличностни контакти- пациент, медицинска сестра, лекар, санитар; неадекватно заплащане, недостиг на медицински материали, апаратура и лекарства, често сменящи се инструкции и здравна политика, лекарите в голяма степен са изложени на професионален стрес (Асенова, 2003; Александрова, 2011; Маринова, 2010; Тодорова, 2008).

В Англия изследователи са направили сравнение на стреса при лекарите- хирурзи. Резултатите сочат, че при хирурзите стресът е видимо свързан с организацията на работата, отколкото с естеството на самата работа от която те изпитват удовлетворение.

Работещите в хирургични отделения се трудят в професионална среда, отличаваща се с интензивност на работа с други хора (колеги и пациенти), трябва да извършват много тежки задължения от физически план и често са изложени на стресови ситуации. Експерти по бърнаут от АМА (Американската медицинска асоциация) проследяват повишаването на нивата на бърнаут сред медицински специалисти и правят класация на най-

засегнатите специалности.Изследването е проведено на 6,880 лекари и сравнява състоянието на проблема през 2011г. и 2014г.(Shanafelt, 2015). През 2011г. резултатите от национално проучване в САЩ сочат, че 45% от лекарите покриват критериите за бърнаут, докато през 2014г. 54.4% показват поне един от симптомите на синдрома. И при двете проучвания оценката е направена чрез MBI. Специалностите с най-голям риск за развитие на бърнаут са представени в табл. 3.

В сравнение с 2011г. нивата на бърнаут за 2014г. се повишават за всички специалности. Високи нива на бърнаут се наблюдават и при специалисти по акушерство и гинекология, анестезиология и интензивни грижи.

Таблица 3. Сравнение на нивата на бърнаут сред различни специалности през 2011 и 2014г.

	Специалност	2011	2014
1.	Семейна медицина	51.3%	63.0%
2.	Педиатрия	35.3%	46.3%
3.	Урология	41.2%	63.6%
4.	Ортопедия и травматология	48.3%	59.6%
5.	Дерматология	31.8%	56.5%
6.	Физиотерапия и рехабилитация	47.4%	63.6%
7.	Патология	37.6%	52.5%
8.	Образна диагностика	47.7%	61.4%
9.	Обща хирургия	42.4%	52.7%

Revicki и May потвърждават емпирично конструиран от тях структурен модел на професионалния стрес *при семейни лекари*. Те доказват чрез емпирично изследване, че организационният климат, поведението на супервайзора и отношенията в работната група влияят пряко върху възприятието на лекарите за собствената им роля. (Revicki, 1985). Увеличаването на неяснотата на ролята им води до понижаване на удовлетвореността им от труда и по-силно преживяване на стрес, който е пряко свързан с развитието на депресивни симптоми при лекарите хирурзи. Организационната среда, условията на работа, създадени от заемащи по-високи равнища в йерархията, координацията и подкрепата от същите влияе пряко върху трудовия стрес.

В Испания проучване Canovas (2015) върху разпространението и нивото на бърнаут синдрома при медицински професионалисти доказва статистически значима връзка между хирургичните специалности и по-високите нива на бърнаут и по трите скали (Canovas, 2015). Други испански автори изследват синдрома на професионалното „прегаряне“ сред педиатрични хирурзи, тъй като в професионален аспект са подложени на множество рискови фактори и е установяват умерени нива на бърнаут сред участниците в проучването (Jimenez Alvarez, 2002).

Подобни са резултатите при изследвания на професионалния стрес и бърнаут синдрома при хирурзии анестезиолози и от други автори (Campbell, 2001; Fernandez Torres, 2006). Интерес представлява проявата на бърнаут при медицински специалисти, работещи с онкоболни и с терминално болни пациенти (Quatterin, 2006; Ramirez, 1995; Shanafelt, 2005; Sherman, 2006; Zanatta, 2015).

У нас собствено проучване на Б. Ценова на сестринския персонал от 7 интензивни клиники от ВМА и НИСМП "Пирогов" показва бъдещо тревога разпространение на ранни стадии на бърнаут синдрома и че емоционалното изтощение и психосоматичните оплаквания са свързани с

общия стрес и натоварване на работа, преживявана значимост и честота на стресорите в ежедневната работа.

А. Ненова и съавт. изследват емоционалното изтощение (бърнаут) на медицински персонал в клиники за консервативно лечение и стигат до извода, че в работната среда на всички изследвани отделения (хематология и онкология, кардиология, психиатрия, пулмология и палиативни грижи) съществуват предпоставки за развитието на бърнаут синдром, което налага мониторинг и взимане на превантивни мерки (Ненова,)

Изследване на професионалното прегаряне на медицински сестри в България прави също Г. Янкова (2014) и наблюдава високи нива на емоционално изтощение и деперсонализация, както и ниски нива на персонални постижения от респондентите.

Подобни са резултатите от собствени проучвания и на други автори (Александрова, М., Е. Радев, 2015; Георгиева и съавт., 2008; Маринова и съавт. 2010; Христов, 2004).

11.Обобщение

Съвременният динамичен свят в съчетание със специфичните социално-икономически условия, културалните и морални особености и ценности на обществото ни, създават предпоставки за повишаване фона на тревожност и стрес. Стресът струва скъпо, както за страдащите от него, така и за организациите, в които работят, и не на последно място за националната икономика.

Повече от трийсет години професионалният стрес е обект на вниманието на изследователи, практикуващи и цялата общественост. Бърнаут синдромът като феномен се явява крайния резултат от продължителен процес на изтощение, при който силно мотивираните и ангажирани лица губят ентусиазъм, енергия и цел в резултат на условията на тяхната работа. Синдромът на професионалното «прегаряне» не се проявява внезапно, а се развива като процес на натрупване, поради което изявата му е незабележима.

Въвеждането му като диагноза в МКБ- 10 показва сериозността на това заболяване, за което е необходима ранна диагностика и превенция. Изследванията на развитието му сред медицински лица у нас не са новост, но фокусът е основно върху специалисти по здравни грижи. Липсват задълбочени проучвания на факторите за развитие и нивата на бърнаут синдрома сред лекари, работещи в хирургични отделения, където условията на работната среда са още по- изискващи.

Болничният мениджмънт се нуждае от конкретни факти в тази насока, за да може да предвиди и/или оптимизира стратегиите за превенция на професионалния стрес и синдрома на професионалното «прегаряне».

II. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО

1. Цел и задачи

Целта на дисертационния труд е да се направи проучване и анализ на причините за развитие и разпространение на професионален стрес и „бърнаут“ синдром при лекари от хирургичната практика, като се предложи програма за тяхната превенция и мениджмънт.

За изпълнение на формулираната цел бяха поставени следните основни задачи:

- 1) Изследване на причините за стрес на работното място при лекари от хирургични отделения.
- 2) Определяне на въздействието на установените стресогенни фактори върху здравословното състояние на лекари от хирургични отделения.
- 3) Установяване на честотата и силата на проявление на бърнаут синдрома в трите му аспекта: емоционално изтощение, деперсонализация и работоспособност при лекари, работещи в хирургични отделения.
- 4) Изследване и анализиране на влиянието на някои социо- демографски фактори (пол, възраст, квалификация, трудов стаж, семеен статус, размер на възнаграждението) върху преживяването на професионален стрес и бърнаут.
- 5) Проучване с анализ и експертна оценка на влиянието на социалната подкрепа върху coping (справянето) с бърнаут синдрома при лекари от хирургични отделения.
- 6) Изграждане на програма за превенция и мениджмънт на професионалния стрес и бърнаут синдрома при лекари в хирургични отделения с оглед на тяхния ефективен контрол и преодоляване.

2. Работни хипотези

2.1. Дейността на лекарите, работещи в хирургични отделения е свързана с високо психично натоварване поради естеството на тяхната работа.

Множество психо-социални фактори се отразяват негативно върху здравословното им състояние;

2.2 Съществува зависимост между социо-демографските фактори и проявлението на бърнаут синдрома в трите му аспекта;

2.2. Превенцията и контролът на професионалния стрес и „бърнаут” синдрома са необходими както на личностно, така и организационно ниво.

3. Материал и методика на проучването

Поставените задачи послужиха за определяне на обекта на наблюдение, логическите и техническите единици и признаците им.

Обект на настоящото проучване са лекари от хирургични отделения в гр. София, гр. Пловдив и гр. Кърджали.

Проучването е комплексно. Конкретните научни задачи, обектът, единиците и признаците на наблюдението са свързани със специфичността на разработката.

Единият от компонентите включва анкетно проучване сред лекари от хирургични отделения. Анкетата (Приложение 1) има за цел да изследва и анализира мнението на лекарите относно:

- Източниците на стрес на работното място;
- Социалната подкрепа при професионален стрес;
- Въздействието на стресогените от работната среда върху здравословното им състояние;
- Методите за преодоляване на стреса.

Вторият компонент на изследването е въпросник (Приложение 2) за самооценка на синдрома “бърнаут” в съответствие с трите му аспекта (емоционално изтощение, деперсонализация и персонални постижения), дефинирани от К. Маслач като за целта е използван психометричният тест на К. Маслач и С. Джаксън -MaslachBurnoutInventory (MBI).

Логическа единица на наблюдението са анкетираните лекари специалисти и специализанти с различни хирургични специалности и лекари със специалност анестезиология и интензивно лечение.

Техническа единица на наблюдението са пет многопрофилни болници за активно лечение в гр. София, гр. Пловдив и гр. Кърджали и една специализирана университетска болница в гр. София.

Признаците се конкретизират от поставените задачи и вида на единицата (в приложението е посочена анкетната карта за лекари).

Време и място на наблюдението

Анкетното проучване е проведено от 01.10.2016г. до 30.01.2017 година на мозаичен (лотариен) принцип в гр. София – Първа многопрофилна болница за активно лечение- София ЕАД, УМБАЛ „Александровска“ АД, УМБАЛ „Царица Йоанна- ИСУЛ“ и Университетска акушеро-гинекологична болница „Майчин дом“, и в УМБАЛ "Св. Георги", гр. Пловдив и МБАЛ „д-р Ат. Дафовски“ АД, гр. Кърджали.

Документи на проучването

Основните документи, които се използват за набирането на първичната информация са:

- 1. Въпросник за професионалния стрес (Прил. 1)** Въпросникът включва четиринайсет въпроси, сред които отворени, затворени и полуотворени; фактологични и въпроси за оценка, както и демографски въпроси.
- 2. Въпросник за изследване на бърнаут синдрома (Прил. 2)** За оценка на бърнаут синдрома сред изследваните лица е използван най-популярният и широко употребяван „инструмент“, въпросникът на Маслач за бърнаут, разработен съвместно с Джаксън (Maslach

Burnout Inventory), (Maslach, Jackson, 1981). Въпросникът включва 22 айтема, които оценяват три аспекта на синдрома „бърнаут“:

- **Емоционално изтощение**– измерва емоционалното претоварване и изчерпване от работата. Включва 9 твърдения като: „*Чувствам, че съм емоционално изтощен от моята работа*“; „*В края на работния ден се чувствам напълно изчерпан*“.
- **Деперсонализация (дехуманизация)**. Включва 5 твърдения като: „*Забелязвам, че откакто работя това, съм станал по-коравосърдечен*“; „*Чувствам, че към някои пациенти се отнасям като към безлични „обекти*“.
- **Работоспособност или персонални постижения**. Включва 8 твърдения като: „*Чувствам се пълен с енергичен по време на работа*“; „*В тази професия съм направил много неща, които си струват*“.

Изследваните лица оценяват честотата и силата, с която преживяват всяко от описаните 22 преживявания или състояния по скалата на Ликертс със седем степени (от 0 /никога/ до 6 /всеки ден/). Висока оценка по първите две подскали и ниска оценка по третата, отговарят на висока степен на преживяван бърнаут.

Въпросникът е използван в редица научни изследвания, в които са доказани неговата надеждност и валидност (Mark, 1989).

Методи на проучването

За събиране на необходимата информация

Използвани са следните методи в дисертационния труд:

Социологически методи:

- Анкетен метод - анкетира се лекари работещи в хирургични отделения;
- Психометричен тест на К. Маслач и С. Джаксън (1981);

➤ Документален метод.

В проучването са обхванати 201 лекари работещи в хирургични отделения.

Подборът е случаен – няма селекция на анкетираните, което дава основание да се претендира за репрезентативност на резултатите. Интервалът на доверителност при уровень на значимост $P(t) = 0.05$ дава информация за оценка точността на анализирани показатели.

Методи за обработка на информацията:

Статистически методи. В разработката са използвани широк кръг от описателни и аналитични статистически методи:

1. **Дескриптивен анализ** – в табличен вид е представено честотното разпределение на разглежданите признаци, разбити по групи на изследване.
2. **Вариационен анализ** – за оценка на характеристиките на централната тенденция и статистическо разсейване.
3. **Алтернативен анализ** – за сравняване на относителни дялове.
4. **Графичен анализ** – за визуализация на получените резултати.
5. **Методи за проверка на хипотези - Непараметричен метод- Метод на Крускал-Уолис (Kruskal-Wallis)** - за сравняване на повече от две средни стойности при ненормално разпределение на данните. Нивото на значимост на нулевата хипотеза е определено при стойност $\alpha = 0,05$.

Посочените методи при провеждане на проучването взаимно се допълват, което позволява информацията да бъде многостранно оценена.

За обективизиране на наблюдаваните закономерности и анализ на събраната информация е използвана комплексна методика. Показателите са оценявани при уровень на значимост $P > 0.05$, а интерпретацията за съществуване на закономерности е извършвана при $P(t) = 0.95$.

Количествените анализи са правени със статистически пакет приложни програми - SPSS 15.0. За таблична и графична обработка и презентация са използвани продуктите на MICROSOFT OFFICE.

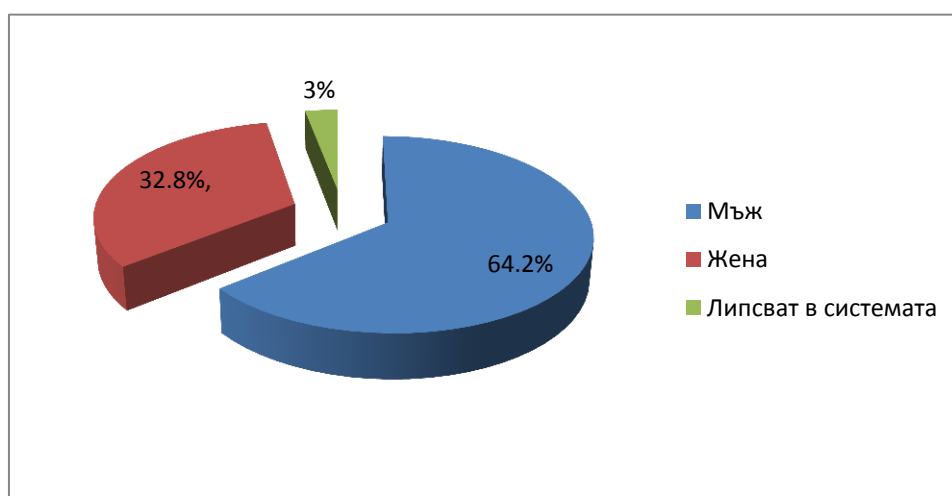
III. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

III. 1. Проучване на професионалния стрес сред лекари в хирургични отделения

Данните от проведеното проучване бяха систематизирани и анализирани, съобразно поставените цел и задачи.

1. Социо- демографски профил на участниците в проучването

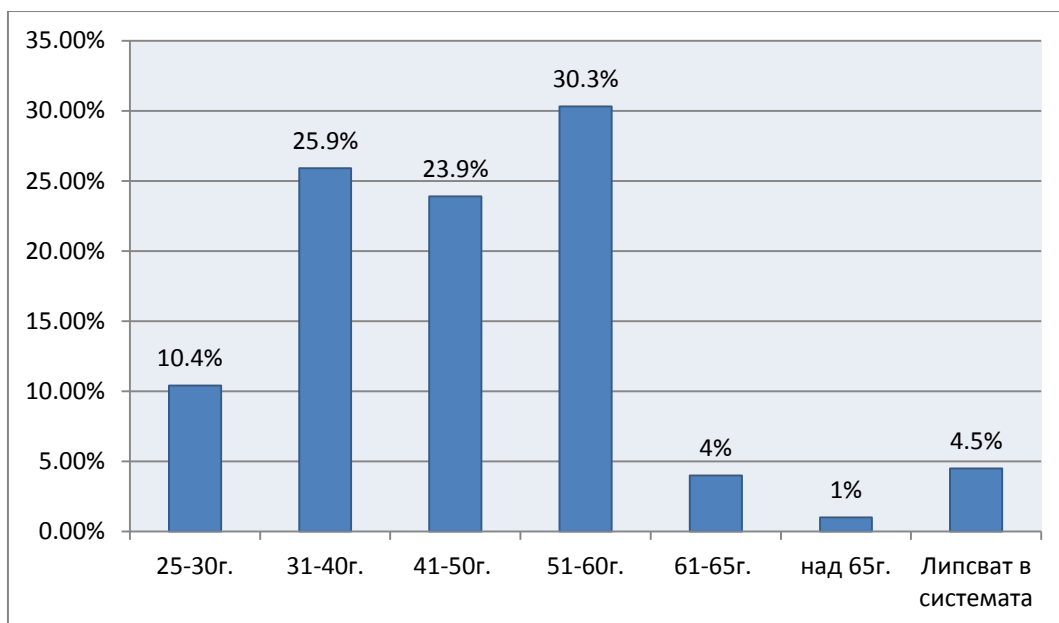
Много автори намират връзка между социално-демографските характеристики и проявлението на професионален стрес и бърнаут синдром. Развитието на синдрома на професионалното прегаряне е по-характерно при женския пол, което се обяснява с двойната тежест, която жените понасят в резултат на съчетаването на професионална и семейна функция. Значителен дял от участниците в нашето проучване са мъже (64.2%), което се отдава на преобладаващото участие на лекари-хирурзи. Хирургичните специалности поради естеството на труда са предпочитани от мъжкия пол. По-голям е дялът на анкерираните жени със специалност анестезиология и интензивно лечение и акушерство и гинекология, в останалите специалности преобладава мъжкият пол (фиг. 1 и табл. 4).



Фигура 1: Пол на анкетираните

Табл. 4: Разпределение на участниците по пол и специалност

			Пол		
			Мъж	Жена	Общо
Специалност	Коремна хирургия	Брой	9	4	13
		%	4.6%	2.1%	6.7%
	Обща хирургия	Брой	81	7	88
		%	41.5%	3.6%	45.1%
	Анестезиология и интензивно лечение	Брой	12	23	35
		%	6.2%	11.8%	17.9%
	Урология	Брой	10	0	10
		%	5.1%	.0%	5.1%
	УНГ	Брой	6	8	14
		%	3.1%	4.1%	7.2%
	Офталмология	Брой	0	2	2
		%	.0%	1.0%	1.0%
	Ортопедия и травматология	Брой	1	2	3
		%	.5%	1.0%	1.5%
	Акушерство и гинекология	Брой	4	20	24
		%	2.1%	10.3%	12.3%
	Неврология	Брой	1	0	1
		%	.5%	.0%	.5%
	Съдова хирургия	Брой	2	0	2
		%	1.0%	.0%	1.0%
	Гръдна хирургия	Брой	1	0	1
		%	.5%	.0%	.5%
	Лицево-челюстна хирургия	Брой	2	0	2
		%	1.0%	.0%	1.0%
	Общо	Брой	129	66	195
		%	66.2%	33.8%	100.0%



Фигура 2: Възраст на анкетираните

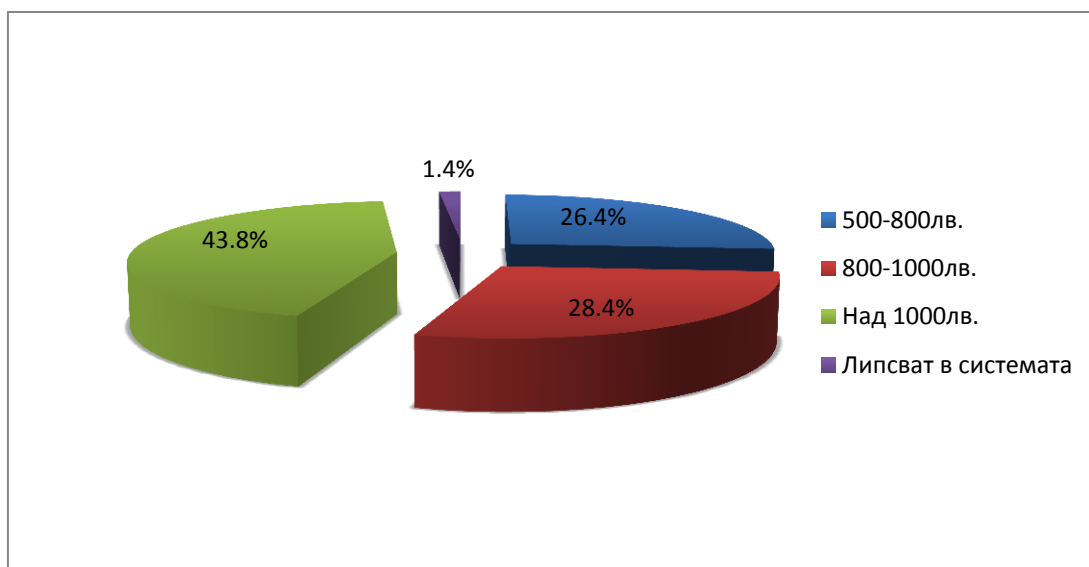
Най-голям дял от анкетираните лица са във възрастовата група между 51 и 60г. (30.3%), следвани от анкетираните между 31 и 40г. (25.9%) и тези между 41 и 50г. (23.9%) (фиг. 2). Световните данни за връзка между възрастта и професионалното прегаряне са противоречиви, но се наблюдава асоцииране между бърнаут синдрома и професионалния стаж, зрелостта на личността и постепенната загуба на идеалите.



Фигура 3: Специалност на анкетираните

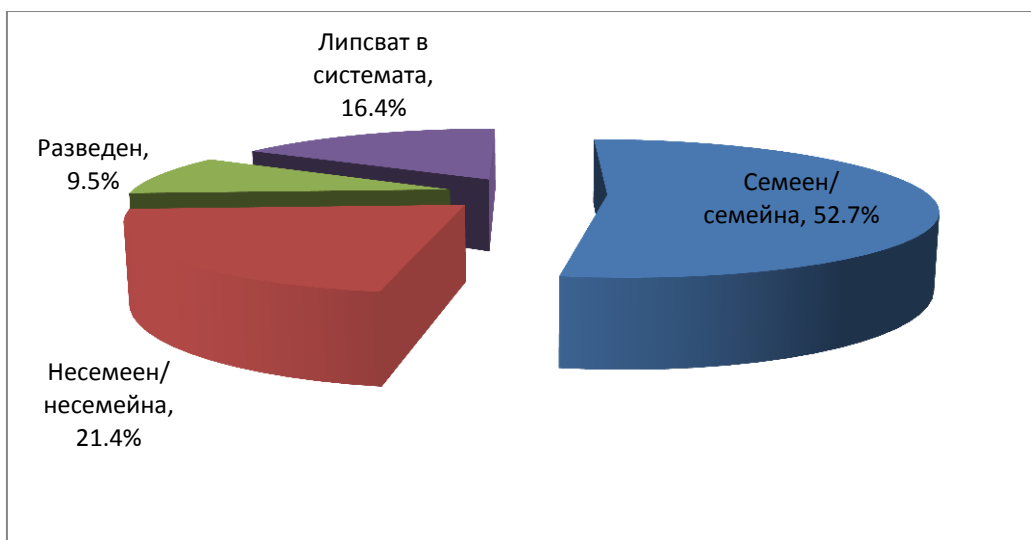
43.8% са с придобита специалност или специализиращи обща хирургия; 17.4% са със специалност анестезиология и интензивно лечение, 11.9% са АГ специалисти, 7% са специалисти УНГ, работещи в хирургични отделения и 6.5%- специалисти по коремна хирургия, 5%- уролози (Фиг. 3 и табл. 4). Продължителността на трудовия стаж е разделена по категории, за да се провери по-лесно статистическата зависимост при проява на бърнаут синдрома. 29.5% от анкетиранияте са с трудов стаж между 21 и 30 години, 20.5%- 11-20години, 15%- 1-5г., 14%- над 31години, 11%- 6-10г. и значителен дял (10.4%) не посочват трудовия си стаж.

Заплащането наред със социални и политически фактори е сочено като фактор допринасящ за професионална неудовлетвореност. Месечното трудово възнаграждение на анкетиранияте е представено на фиг. 4.



Фигура 4: Трудово възнаграждение

Повече от половината анкетиранияте са семейни (52.7%), несемейни са 21.4%, 9.5% са разведени и значителен дял от участниците в проучването (16.4%) не посочват семейния си статус (Фиг. 5). Самотните медицински професионалисти са по-застрашени от развитие на бърнаут в сравнение със семейните (Golembiewski et al). Наличието на деца в семейството се отчита като протективен фактор благодарение на по-голямата емоционална подкрепа и опитът в решаване на конфликти.

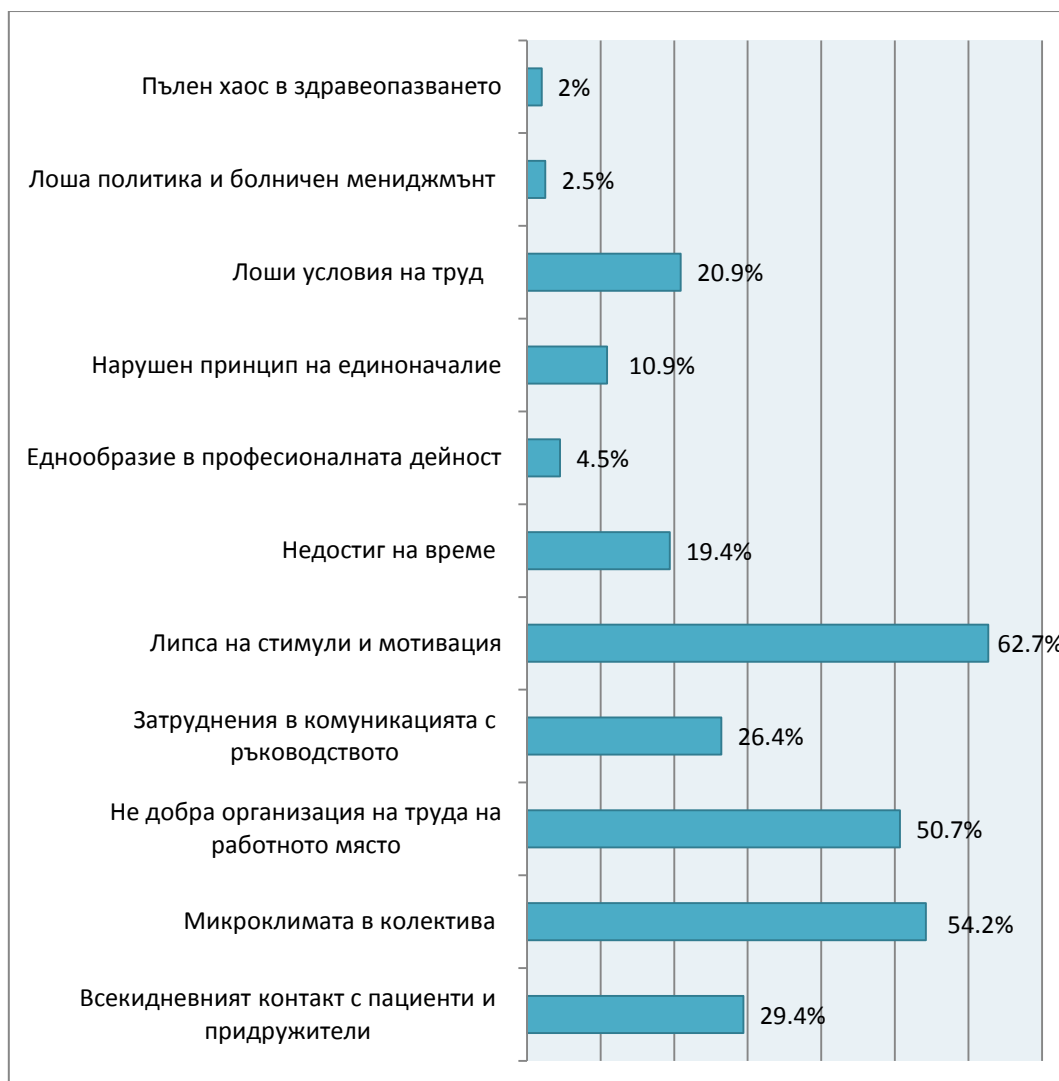


Фигура 5: Семейно положение

2. Стресогенни фактори, свързани с работната среда

Спецификата на труда на лекарите, работещи в хирургични отделения, е предпоставка за професионален стрес при ежедневната работа с колеги и пациенти. Въздействащите фактори в трудовата среда на хирурзите и анестезиолозите са от най-разнообразен характер, произтичащи от влиянието на макро- и микросредата, социалните роли, видът и тежестта на патологията на пациентите и т. н. Изследвани са някои от факторите, принадлежащи към шестте главни категории от професионални стресори, определени от Cooper и Marshal: 1/ фактори, присъщи на работата; 2/ роля в организацията; 3/ кариерно развитие; 4/ организационна структура и климат; 5/ отношения в работата; 6/ източници на стрес извън организацията.

Изследваните лица посочват следните източници на стрес на работното място (Фиг.6):

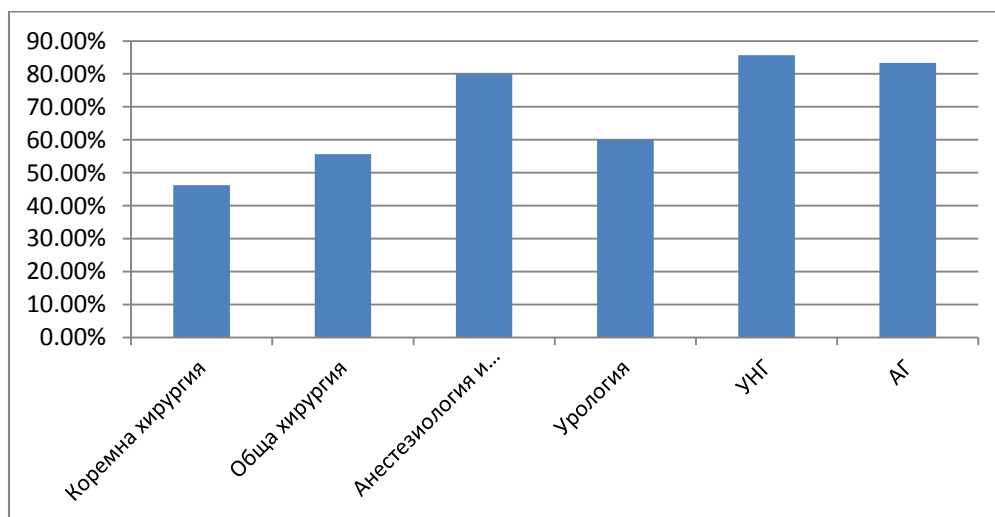


Фигура 6: Източници на стрес на работното място

Проверена е статистическата зависимост между посочените от анкетираните източници на професионален стрес и демографските характеристики: възраст, пол, семейно положение, специалност, трудов стаж и трудово възнаграждение.

Според мнението на анкетираните липсата на професионални стимули и мотивация е от основно значение за наличието на стрес на работното място. Този показател заема първо място в анкетата (62.7%). 72.7% от жените, работещи в хирургични отделения, отчитат липсата на стимули като фактор на професионалния стрес и разликата в сравнение с мъжете е статистически значима ($\chi=3.969$, $p= 0.046$). Младите възрасти (25-30г. и 41-50г.) също в по-

голяма степен определят липсата на стимули и мотивация като източник на стрес ($\chi=22.968$, $p= 0.0$). Наблюдава се статистически значима разлика при леакрите със специалност акушерство и гинекология, УНГ и Анестезиология и реанимация, които в голям процент приемат липсата на мотивация за стресов фактор ($\chi=29.565$, $p= 0.002$). (Фиг. 7)



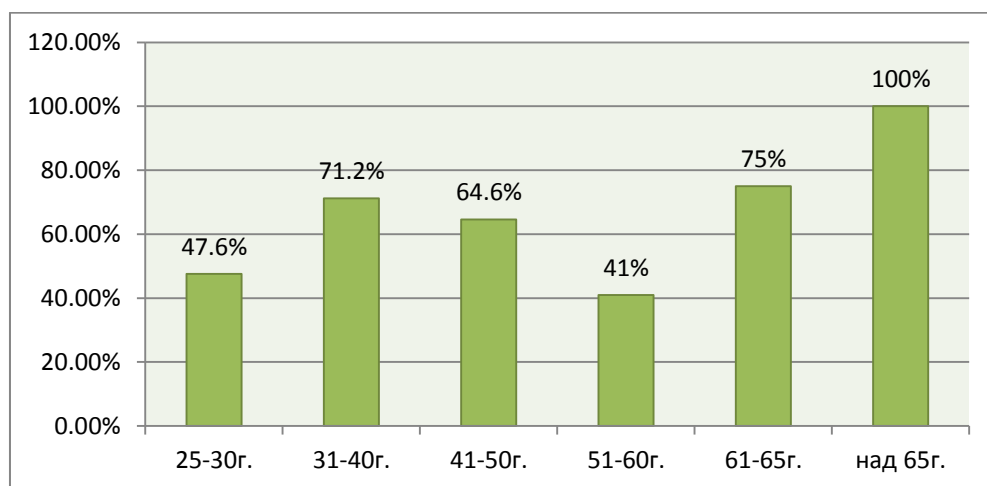
Фигура 7: Източник на стрес на работното място „Липса на професионални стимули и мотивация“ по специалности

На второ място анкетираните поставят микроклимата в работния колектив (54.2%). Жените в по-голяма степен отчитат микроклимата в колектива като източник на стрес ($\chi=9.443$, $p= 0.002$) (Фиг. 8)



Фигура 8: Източник на стрес на работното място “Микроклимат в колектива” според анкетираните жени

Микроклиматът в работния колектив се отчита като стресогенен фактор от по-старшите възрасти. 75% от анкетираните във възрастовата група 61-65г. и 100% от анкетираните над 65г. го посочват като стресоген в трудовата среда. (Фиг. 9)



Фигура 9: Източник на стрес на работното място „Микроклимат в колектива“ по възрасти

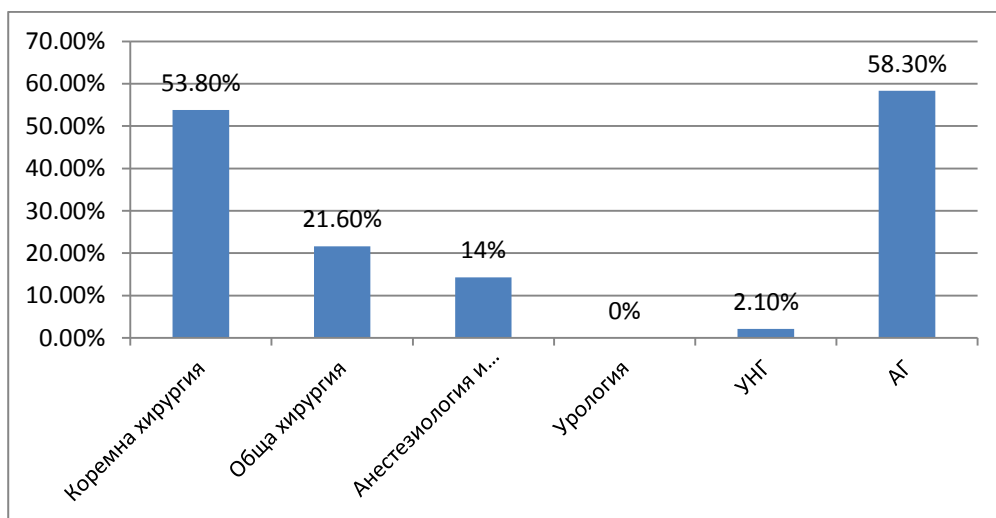
Значителен процент като стресогенен фактор за лекарите в хирургични отделения се дължи на недобрата организация на труд на работното място (50.7%) (Фиг. 6). Младите възрасти в по-голяма степен отчитат този стресоген- 71.4% от анкетираните във възрастовата група 25-30г. и 61.5% от анкетираните във възрастовата група 31-40г.

Разгледаните до тук фактори може да се дефинират като проблеми на болничния мениджмънт, които могат да бъдат коригирани чрез предприемане на подходящи организационни мерки.

Контактът при работата с пациенти се определя като източник на стрес от 29.4% от анкетираните, като контактът с пациенти и придружители е по-стресов за женския пол и разликата е статистически значима ($\chi^2 = 9.572$, $p = 0.002$).

26.4% посочват като източник на стрес затруднената комуникация с ръководството. На фиг. 10 е представено разпределението на отговорите по специалности. Видно е, че повече от половината анкетираните, работещи в АГ-

отделения (58.3%) и в отделения по коремна хирургия (53.8%) оценяват затруднената комуникация с ръководството като стресогенен фактор.



Фигура 10: Източник на стрес на работното място „Затруднения в комуникацията с ръководството“ по специалности

Времето е важен ресурс в здравеопазването, чието правилно разпределение е условие за оптималната ефективност на работния колектив. 19.4% от анкетираните определят недостига на време като стресогенен фактор на работната среда. Наблюдава се статистически значима разлика като жените по-слабо отчитат липсата на време като важен фактор, за разлика от мъжете ($\chi=4.99$, $p=0.025$).

В процеса на изясняване причинните фактори за преодоляване на стреса при лекарите, бе зададен въпросът: *„Какво смятате, че трябва да се промени, за да се намали нивото на стрес в работата Ви?“*

Анализът на резултатите показва, че почти единодушно анкетираните медици поставят адекватното заплащане за положения труд и подобряването организацията на труд на работното място (66.7%) като най-важни и основополагащи стимули за оптимална професионална реализация и минимализиране на стреса. 80% от анкетираните анестезиолози смятат, че доброто заплащане ще намали стреса на работното място и зависимостта е статистически значима ($\chi=21.379$, $p=0.030$).

Друг, не по-малко значим антистресов фактор за здравните професионалисти, е подобряване на условията на труд на работното място (45.3%). 75% от АГ-специалистите съобщават необходимост от подобряване условията на труд. За 19.9% от лекарите поставянето на реалистични цели в професионален план е от първостепенно значение за превъзможването на личностния професионален стрес, както и осигуряването на възможност за изява.

На следващи места анкетираните поставят, селекция и възможност за размествания и участие във взимането на решения. (Фиг. 11)



Фигура 11: Фактори за минимализиране на стреса на работното място

В табл. 5 е представено разпределението на отговорилите, че адекватното заплащане на труда е фактор за минимизиране на стреса по възраст.

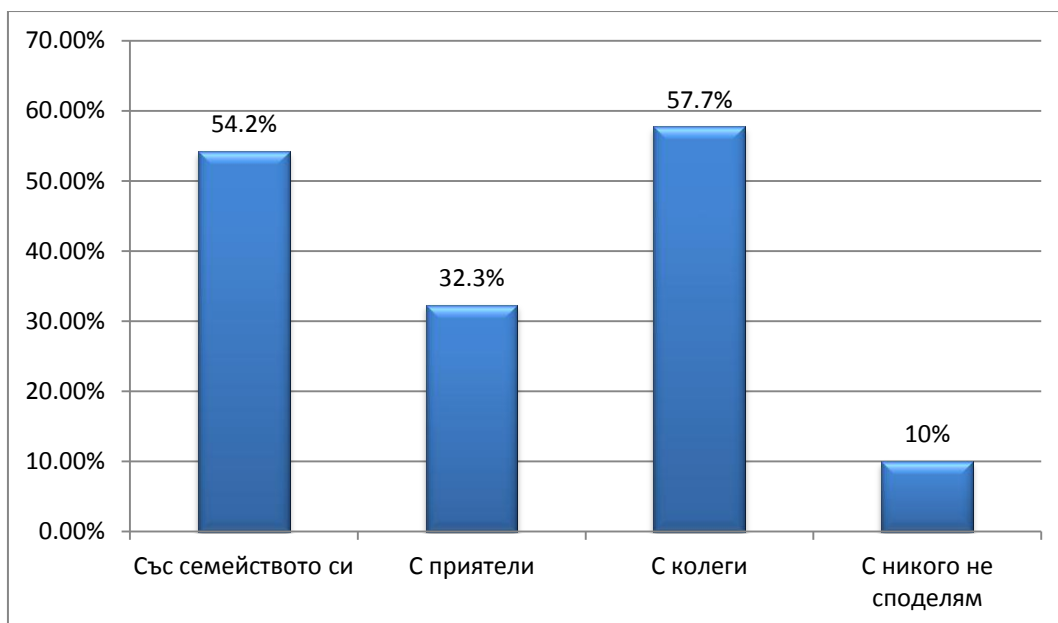
Табл. 5: Фактор за минимизиране на стреса на работното място:

Адекватно заплащане на положения труд

	Възраст						
	25-30г.	31-40г.	41-50г.	51-60г.	61-65г.	над 65	Общо
Брой	10	30	36	44	6	0	126
% от възраст	47.6%	57.7%	75.0%	72.1%	75.0%	.0%	65.6%
% от всички анкетирани	5.2%	15.6%	18.8%	22.9%	3.1%	.0%	65.6%

3. Социална подкрепа при справяне със стрес на работното място

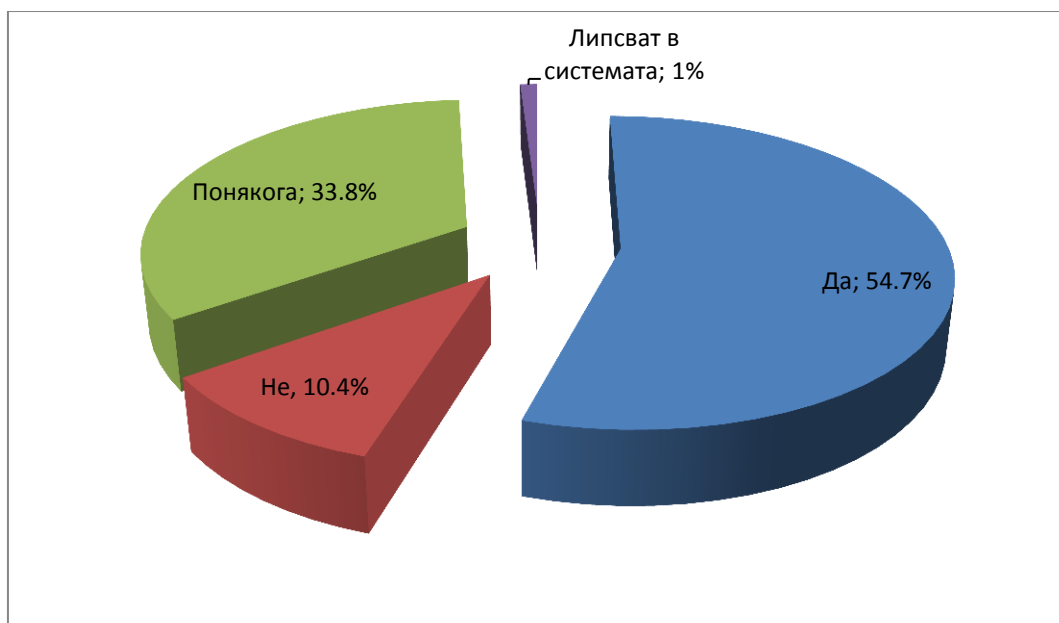
Социалната подкрепа е съществен елемент на копинг стратегиите за справяне с професионалния стрес. Редица проучвания показват, че хората получаващи социална подкрепа са по-слабо уязвими на психически разстройства. Като форма на социална подкрепа вътре в работния колектив се препоръчват т. нар. *групи на Балинт*, в които медицинските професионалисти съвместно търсят решение и разбиране. Анализът на резултатите показва, че 57.7% от анкетираните специалисти споделят служебните си проблеми с колеги. Семейството е среда, влияеща антистресово за 54.2% от медиците, приятелите- за 32.3% и 10% от анкетираните не споделят с никого професионалните си проблеми. (Фиг. 12) Процентите надхвърлят 100, защото анкетираните са посочили по повече от един отговор.



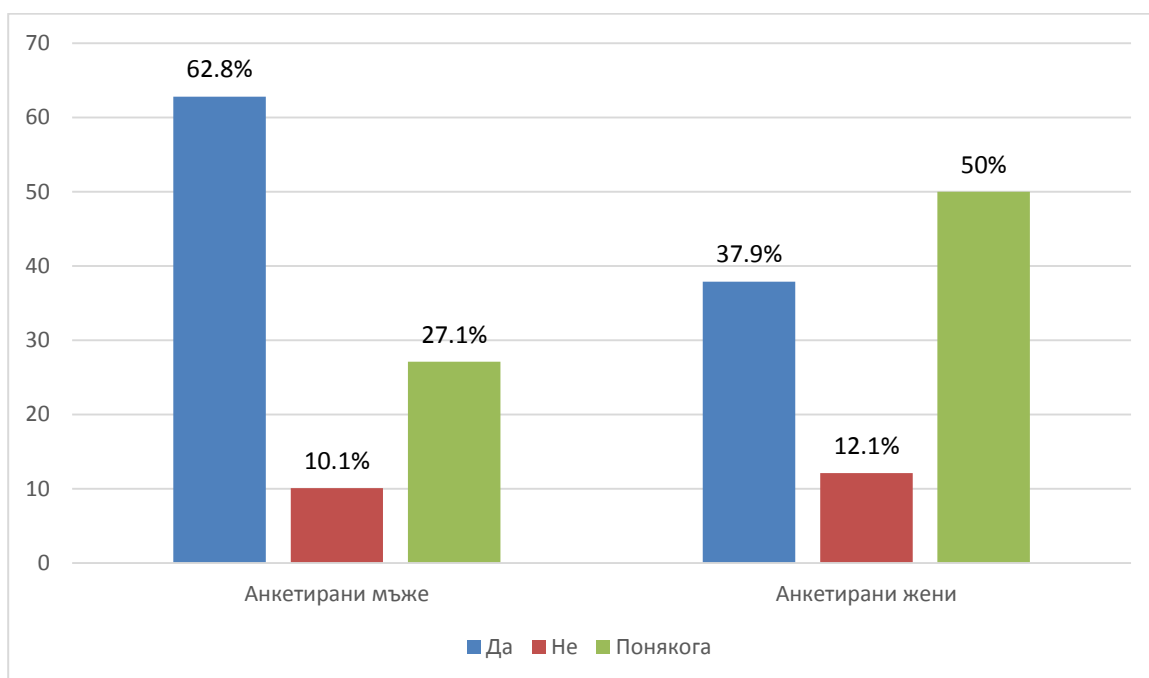
Фигура 12: Честота на разпределение на респондентите според отговора им на въпроса “С кого най-често споделяте служебните си проблеми?”

Нашите резултати показват, че мъжете в по-голяма степен споделят професионални проблеми с колеги и зависимостта е статистически значима ($\chi=4.068$; $p= 0.044$). Разведените анкетирани в най-голяма степен не споделят с никого служебните си проблеми ($\chi=8.002$; $p= 0.018$).

В 54.7% от случаите анкетираните споделят, че могат да разчитат на помощ и подкрепа от колегите си в трудни моменти свързани с работата, в 33.8% посочват, че понякога могат да разчитат на колегите си. Едва 10% от анкетираните не намират социална подкрепа при трудности на работното си място (Фиг. 13). На фиг. 14 е показано разпределението на отговорите на този въпрос по пол. Жените по-рядко се обръщат към колеги и разчитат на помощ в трудни моменти и разликата е статистически значима ($\chi=11.642$; $p= 0.001$). От друга страна нашите резултати показват, че семейните по-често разчитат на подкрепа.



Фигура 13: Честота на разпределение на респондентите според отговора им на въпроса „Можете ли да разчитате на помощ и подкрепа от колегите си в трудни моменти свързани с работата?“



Фигура 14: Честота на разпределение на респондентите според отговора им на въпроса „Можете ли да разчитате на помощ и подкрепа от колегите си в трудни моменти свързани с работата?“ по пол

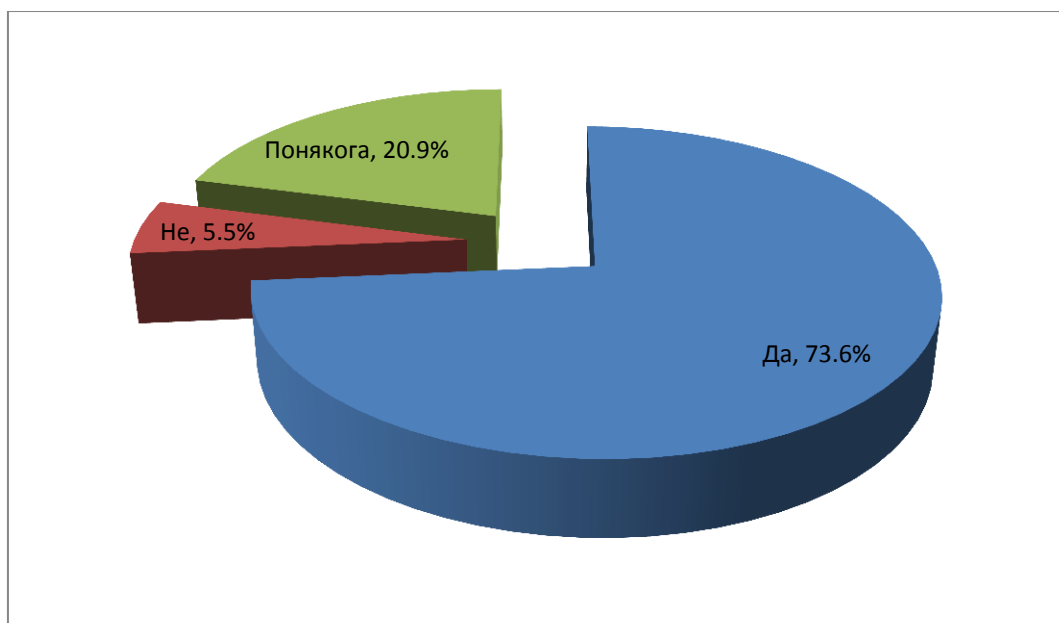
Въпреки че 54.2% от анкетиранияте определят като източник на стрес в работната среда микроклимата в колектива, 38.5% от тях смятат, че при трудни моменти свързани с работата могат да разчитат на помощ и подкрепа от колегите си, а 48.6% посочват, че това се случва понякога (Табл. 6).

Табл. 6: Социална подкрепа с работата и микроклимат в работния колектив като източник на стрес

	Източник на стрес на работното място: микроклимата в колектива (n=109)	
Можете ли да разчитате на помощ и подкрепа от колегите си в трудни моменти свързани с работата?	Абсол. брой	%
Да	42	38.5%
Не	14	12.8%
Понякога	53	48.6%
Общо	109	100%

4. Отражение на професионалния стрес върху здравословното състояние на изследваните медицински лица

За лекарите конкретната професионална ситуация оказва значимо влияние не само върху реализацията им като специалисти, но и върху психо-физическото им състояние. На въпроса: *"Според Вас влияе ли стресът на работното място върху Вашето здраве?"* 73.6% от анкетиранияте отговарят с "да", а с "понякога" отговарят 20.9% (фиг. 15). 72.1% от мъжете и 75.8% от жените смятат, че стресът на работното място влияе на тяхното здраве. Наблюдава се статистически значима зависимост между възрастта на анкетиранияте и отговорите им на този въпрос- 81.2% от анкетиранияте между 41 и 50 години са на това мнение, както и 85.7% от анкетиранияте уролози.



Фигура 15: Честота на разпределение на респондентите според влиянието на стреса на работното място върху тяхното здраве

Изследваните лица посочват най- често следните оплаквания, когато попаднат в стресова ситуация: пулсът и кръвното налягане се повишават в 41.7% от случаите, проблеми със съня- 34.2%, тревожност и загуба на самоконтрол- 26.6%; спад в настроението и потиснатост- 25.6%; затруднена концентрация- 24.4% и повишена ексудация- 21.6%. В по-малка степен посочват като индивидуални оплаквания при изживяване на професионален стрес спад в сексуалния нагон, стомашно- чревни проблеми и др. (Фиг. 17).

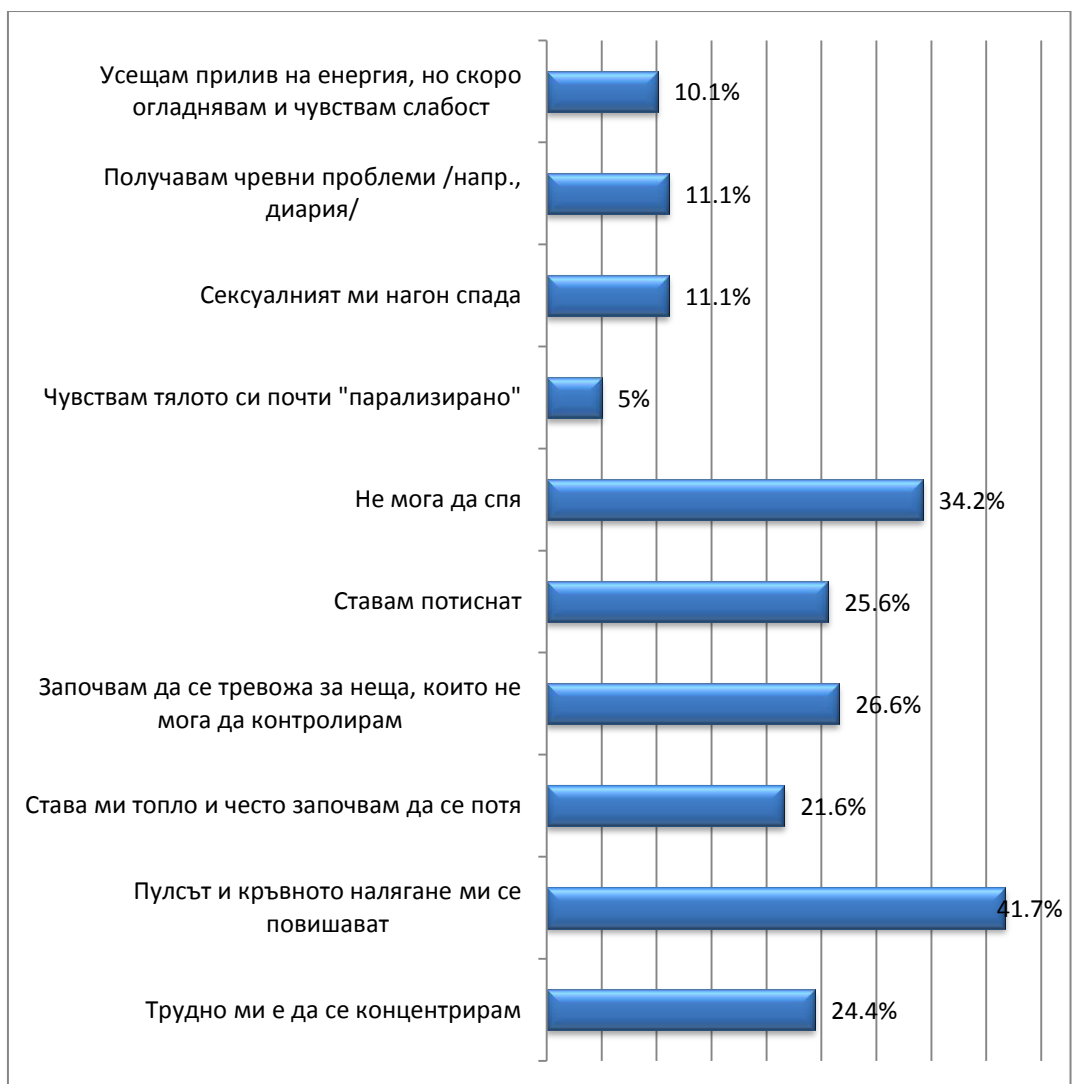
Реакцията от стресогенните фактори на професионалната среда може да се проявява по различен начин чрез: безпокойство, страх, вцепенение, гняв, депресия, лесна умора, понижена работоспособност и други психосоматични смущения, в зависимост от индивидуалните механизми за адаптиране на индивида.

Анкетираните между 31-40 години по-често посочват трудности в концентрацията в сравнение с другите възрастови групи ($\chi=11.894$; $p= 0. 036$). Същият отговор дават и повече от половината разведени участници (52.6%).

Потиснатост и тревожност са други оплаквания по-често съобщавани от разведените анкетираните.

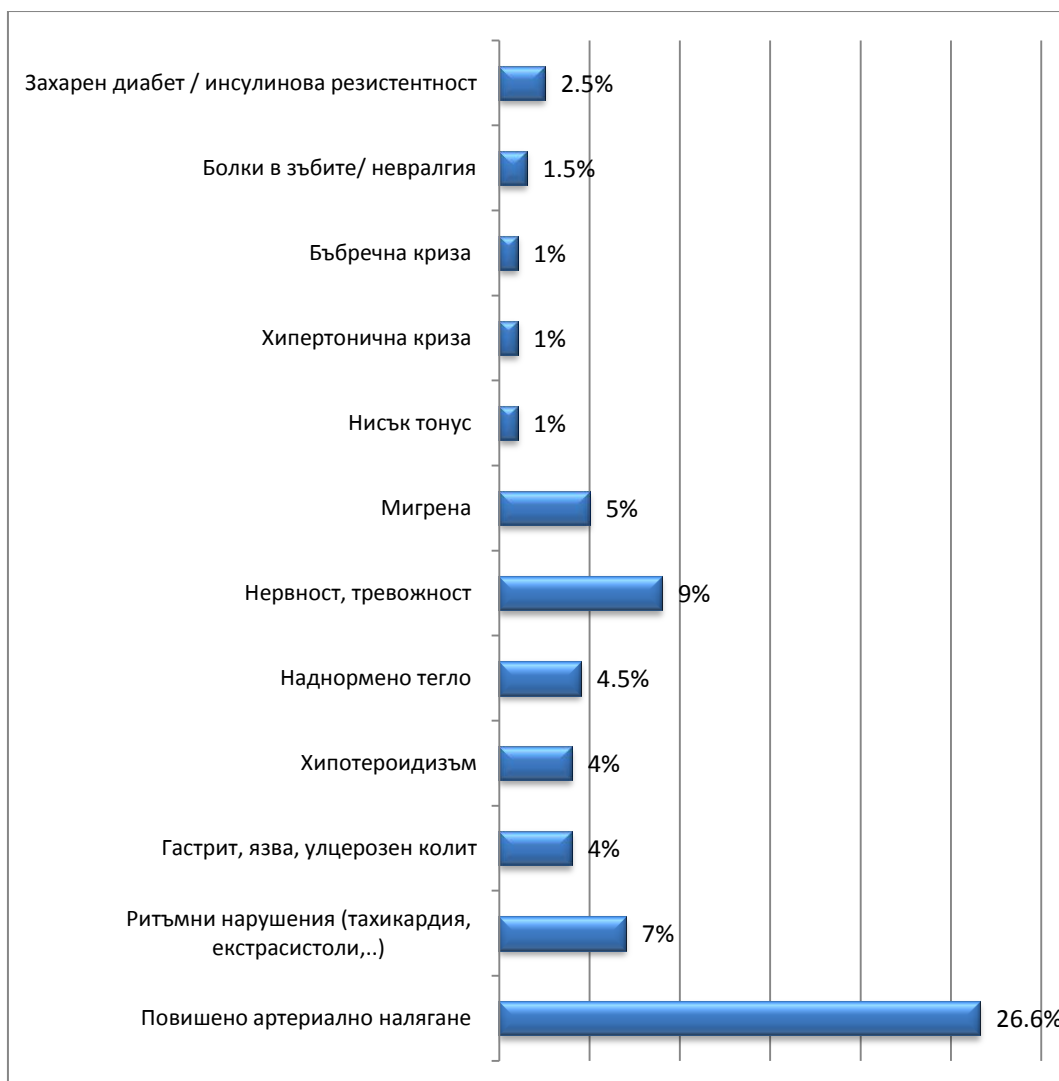
Към анкетираните бе отправен следният въпрос: *„Кои ваши здравословни проблеми определяте като последица от стреса?“*. Според анкетираните въздействието на стресогенните агенти върху здравословното състояние на лекарите, работещи в хирургични отделения е неизбежно.

Анализът на резултатите показва, че заболяванията органите на кръвообращението: артериална хипертония и различни ритъмни нарушения (екстрасистули, тахикардия и др.) са най-честите здравословни проблеми, които се отдават на стреса. (Фиг. 16). В по-малка степен анкетираните свързват заболявания от друго естество с професионалния стрес: гастроинтестинални заболявания; заболявания с автоимунна генеза: тиреоидит на Хашимото и захарен диабет тип 2 и заболявания като генерализирана тревожност и депресивни епизоди.



Фигура 16: Оплаквания при изживяване на професионален стрес

12.1% от анкетираните жени посочват, че отдават на стрес проявата на автоимунния тиреоидит на Хашимото. 12.5% от анкетираните във възрастовата група между 41-50 години имат ритъмни нарушения и половината от анкетираните между 61 и 65 години.



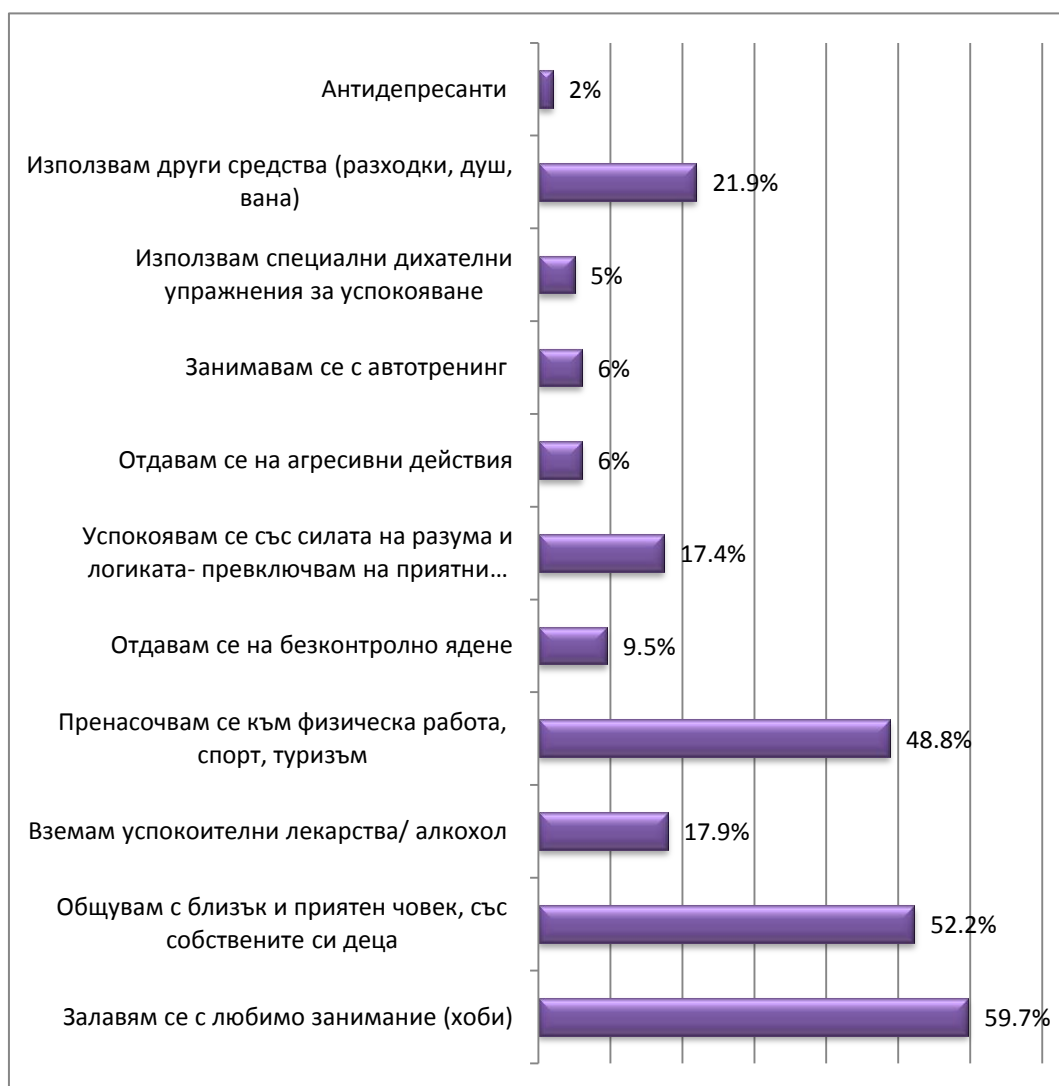
Фигура 17: Заболявания, свързани с изживяване на професионален стрес

5. Справяне с професионалния стрес

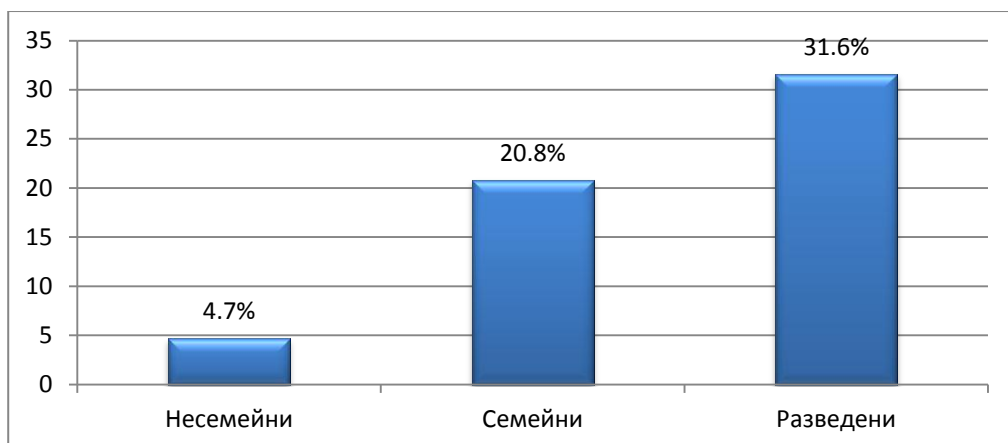
Отчитайки зависимостта стрес- здраве- професия, е необходимо да акцентираме върху подходите за превенция на професионалния стрес и копинг стратегиите при медицинските специалисти.

Анализът на резултатите показва, че лекарите от хирургични отделения най-често предприемат за справяне със стреса практикуването на хоби (59.7%), общуването с близки хора (52.2%), физическа работа, спорт, туризъм, разходки (48.8%), други средства (разходки, душ, вана) 21.9%. Обезпокоително е, че 17.9% за копиране на стреса приемат

успокоителни лекарства и алкохол, а 9.7% се отдават на неконтролирано ядене. Едва 6% използват техники за авторенинг за справяне с професионалния стрес (Фиг. 18). Жените по-често общуват с приятели и деца за справяне със стреса и зависимостта е статистически значима ($\chi=11.490$; $p= 0.003$), както и анкетираните между 31-40 години ($\chi=19.262$; $p= 0.002$).



Фигура 18: Техники за справяне с професионалния стрес



**Фигура 19: Техника за справяне с професионалния стрес:
успокоителни лекарства или алкохол**

Повечето констатирани зависимости не са неочаквани и потвърждават резултатите на чужди изследователи.

Повишените нива на професионален стрес налагат взимането на мерки за превенция и ефективен мениджмънт на стреса.

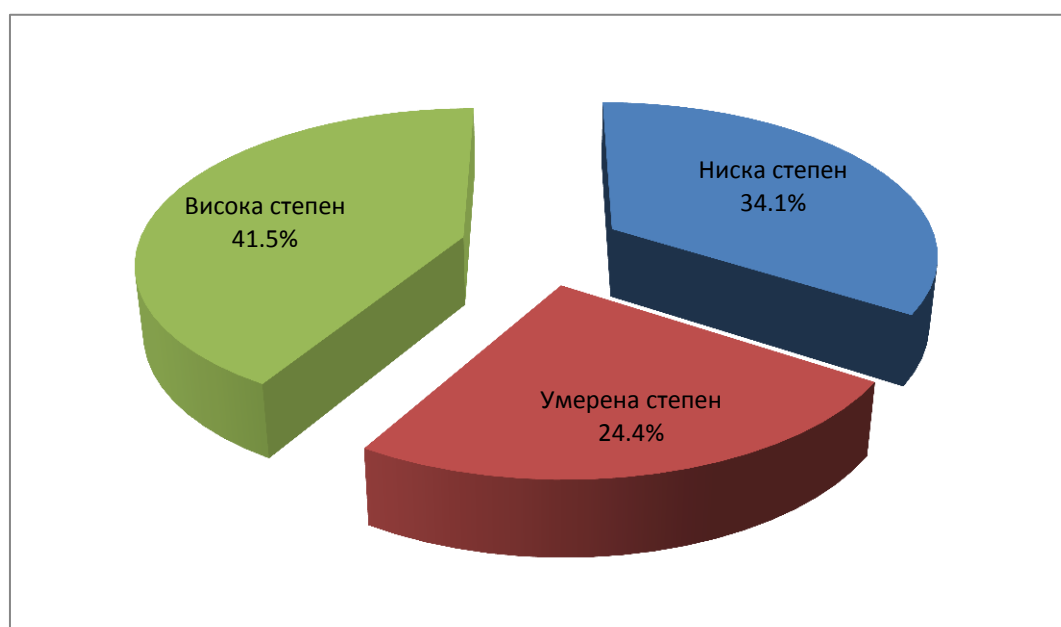
III. 2. Проучване на бърнаут синдрома по методиката Maslach Burnout Inventory (MBI)

Резултатите от изследванията по методиката Maslach Burnout Inventory-MBI, определящи тежестта и нивото на професионалното прегаряне са представени на табл. 7.

Таблица 7: Нива на емоционално изтощение, деперсонализация и персонални постижения при изследваните лица

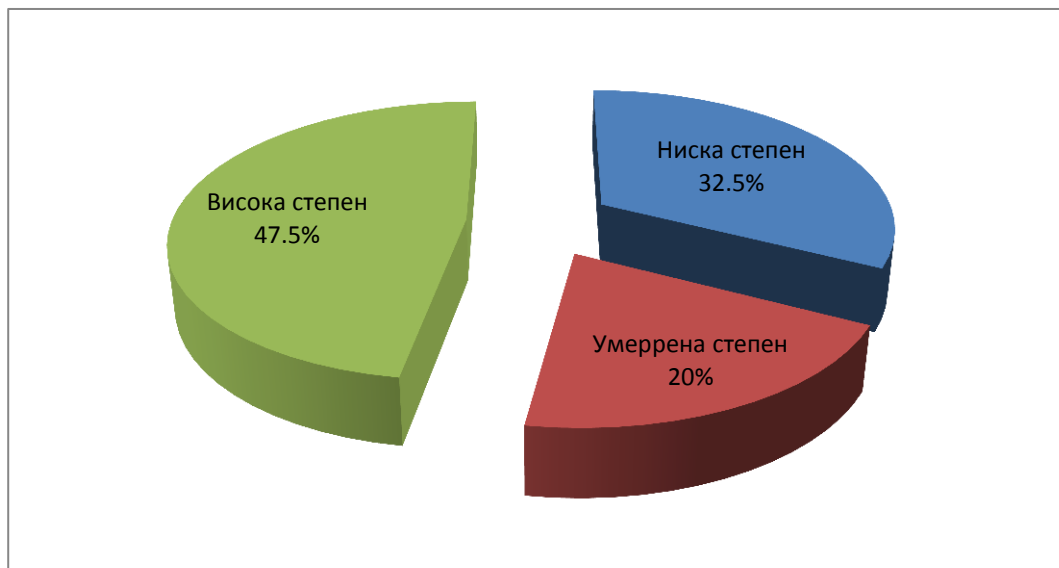
Субскали на MBI	Ниско N, (%)	Умерено N, (%)	Високо N, (%)	Общо
Емоционално изтощение	19 (32.8%)	14 (24.1%)	25 (43.1%)	58 (100%)
Деперсонализация	20 (35.7%)	12 (21.4%)	24 (42.9%)	56 (100%)
Персонални постижения	23 (39%)	16 (27.1%)	20 (33.9%)	59 (100%)

В наблюдаваната извадка са идентифицирани изключително високи нива на емоционално изтощение (43.1%) и деперсонализация (42.9%) (Табл.7).



Фигура 20: Степени на емоционално изтощение при анкетираните мъже (в %)

41.5% от анкетираните мъже показват висока степен на бърнаут синдром по скалата за емоционално изтощение, както и висока степен по скалата за деперсонализация (47.5%) (Фиг. 20, фиг. 21 и табл.).



Фигура 21: Степени на деперсонализация при анкетираните мъже (в %)

Степени на бърнаут по различните скали	1-ва степен	2-ра степен	3-та степен
ЕИ	34.1%	24.4%	41.5%
ДП	32.5%	20.0%	47.5%
ПП	42.9%	19.0%	38.1%

Таблица 8: Степени на бърнаут по скалите за емоционално изтощение, деперсонализация и персонални постижения при анкетираните мъже

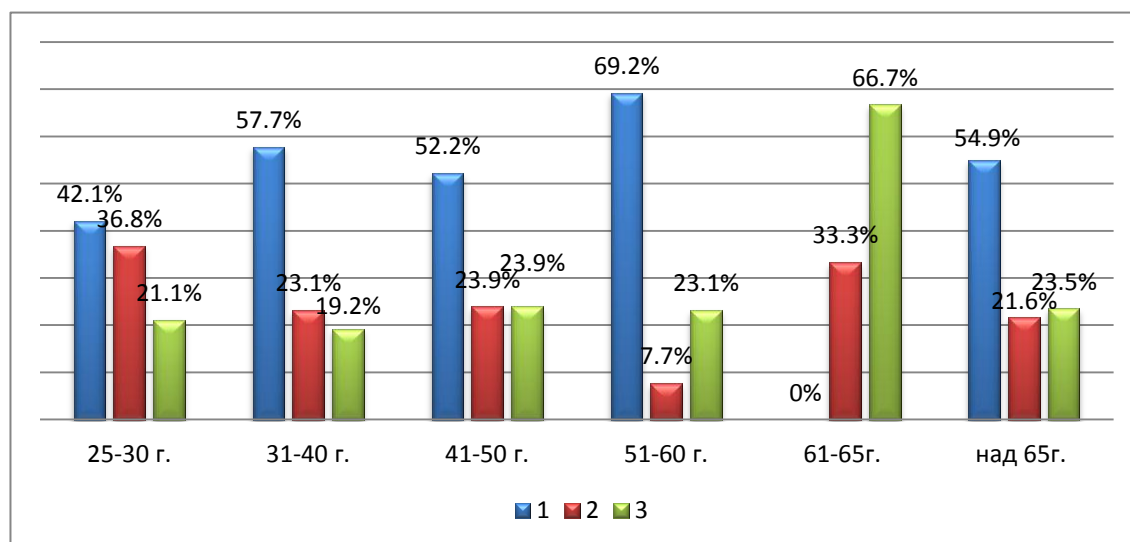
Легенда: ЕИ- емоционално изтощение; ДП- деперсонализация; ПП- персонални постижения; 1- ниска степен; 2- умерена степен; 3- висока степен.

За разлика от мъжете, при жените се наблюдава висока степен на бърнаут най-вече по скалата за емоционално изтощение. При 43.8% от анкетираните степента на емоционално изтощение е висока (табл. 9).

Степени на бърнаут по различните скали	1-ва степен	2-ра степен	3-та степен
ЕИ	31.2%	25.0%	43.8%
ДП	46.7%	26.7%	26.7%
ПП	46.7%	26.7%	26.7%

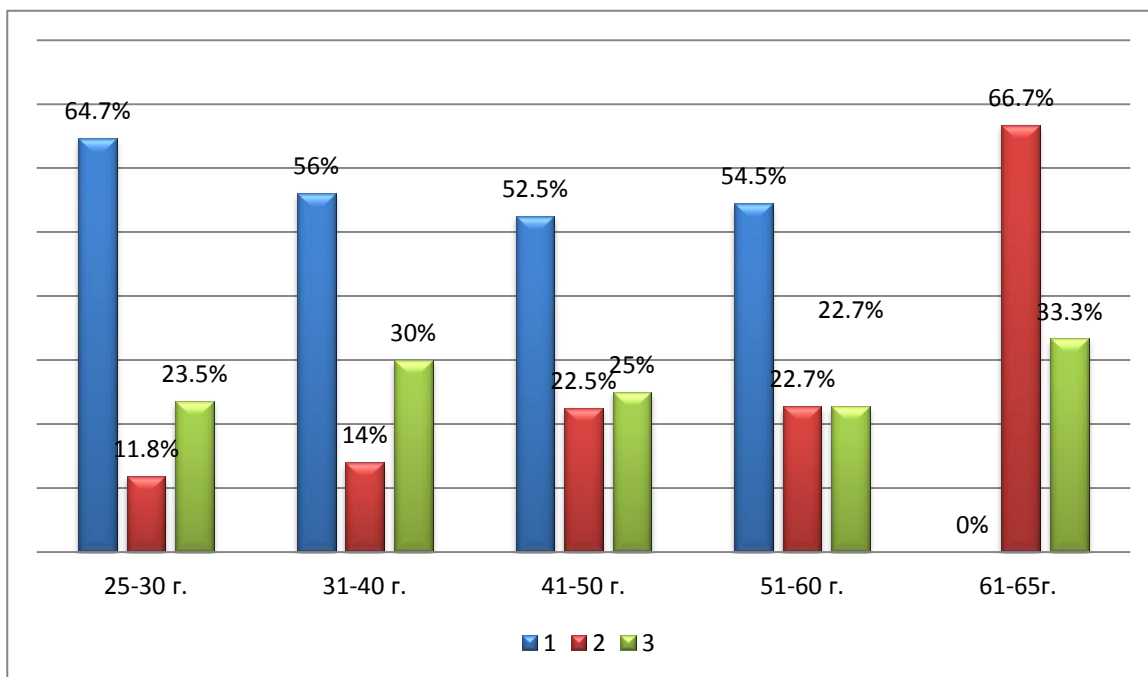
Таблица 9: Степени на бърнаут по скалите за емоционално изтощение, деперсонализация и персонални постижения при анкетираните жени

Легенда: ЕИ- емоционално изтощение; ДП- деперсонализация; ПП- персонални постижения; 1- ниска степен; 2- умерена степен; 3- висока степен.



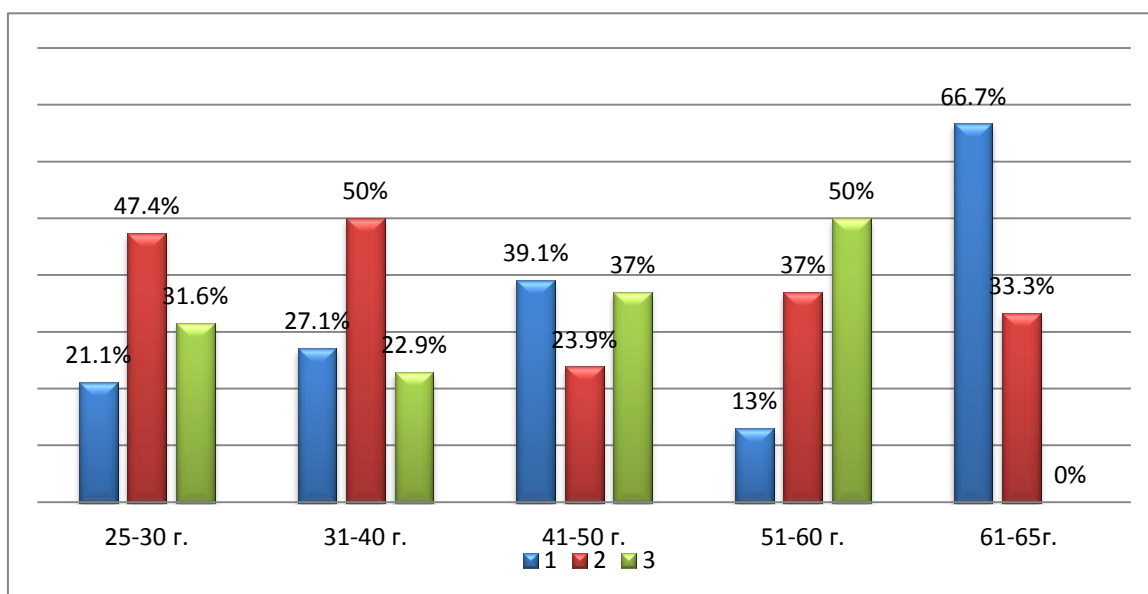
Фигура 22: Степени на емоционално изтощение по възрастови групи

Легенда: 1- ниска степен; 2- умерена степен; 3- висока степен



Фигура 23: Степени на деперсонализация по възрастови групи

Легенда: 1- ниска степен; 2- умерена степен; 3- висока степен

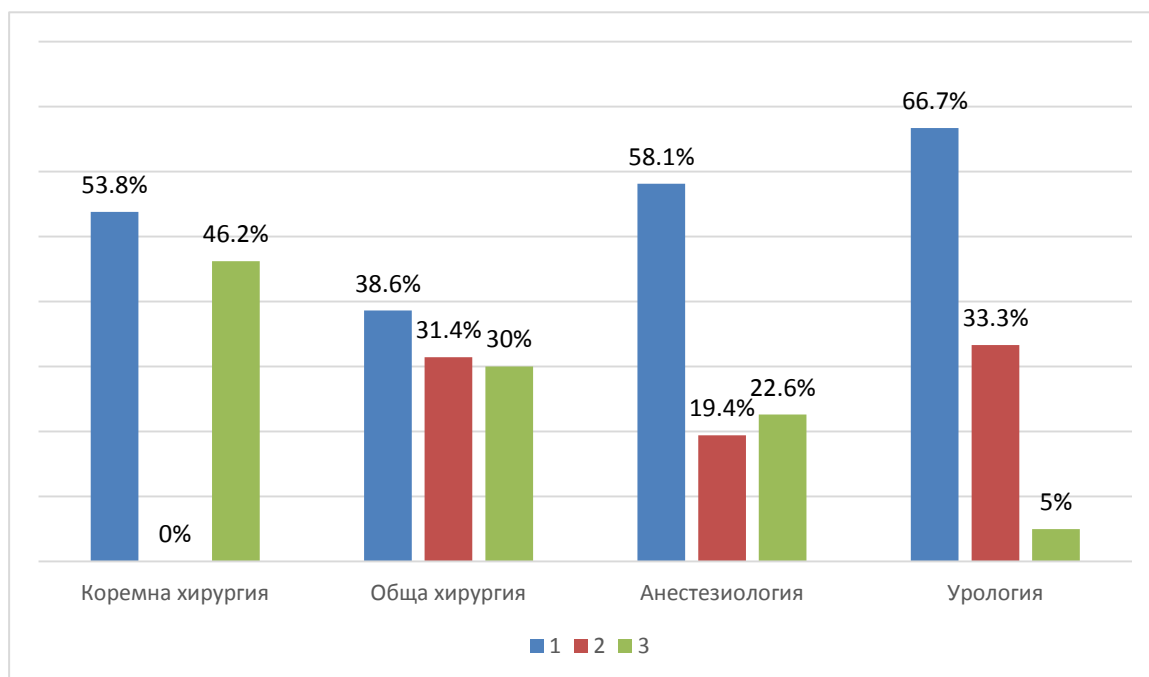


Фигура 24: Степени на персонални постижения по възрастови групи

Легенда: 1- ниска степен; 2- умерена степен; 3- висока степен

66.7% от анкетиранияте във възрастовата група 61-65г. показват висока степен на емоционално изтощение и ниска степен на персонални постижения и зависимостта е статистически значима. (Фиг. 22 и фиг. 24)

Освен зависимостта пол- степен на професионално прегаряне и възраст- степен на професионално прегаряне, интерес представлява и зависимостта на специалността, трудовото възнаграждение и семейния статус с проявленията на бърнаут.

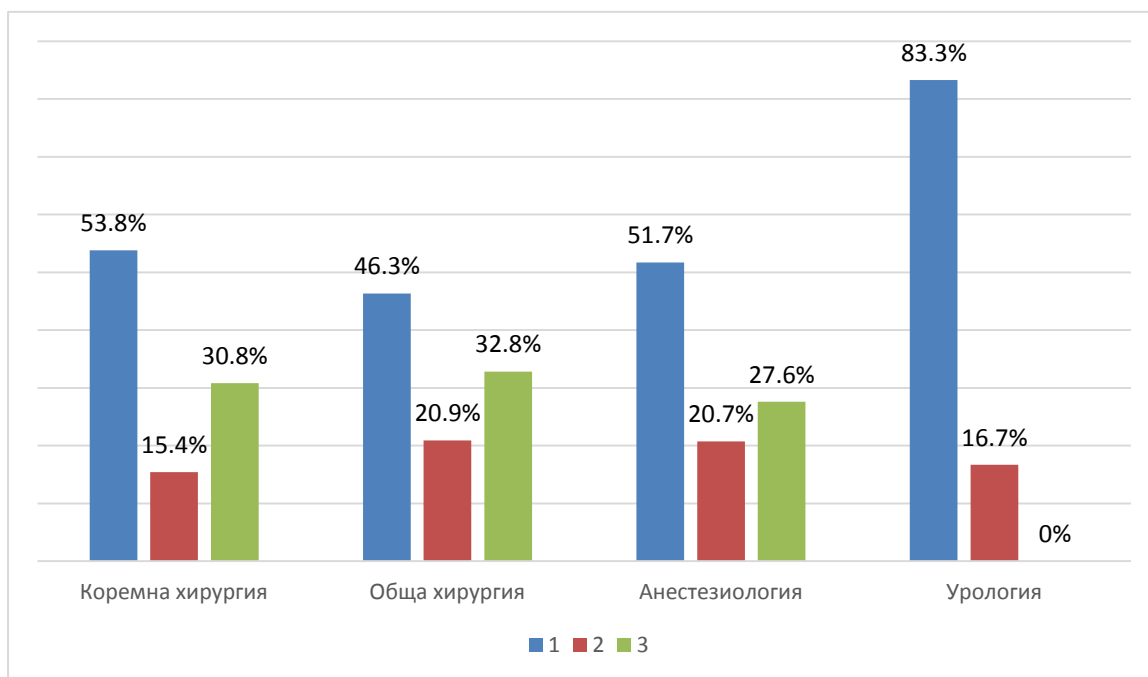


Фигура 25: Степени на емоционално изтощение по специалност

Легенда: 1- ниска степен; 2- умерена степен; 3- висока степен

На фиг. 25 са представени степените на емоционално изтощение. Прави впечатление, че най-голям процент от изследваните със специалност коремна хирургия показват висока степен на емоционално изтощение, следвани от изследваните лица със специалност обща хирургия. Не фигурата са представени специалностите с най-много представители.

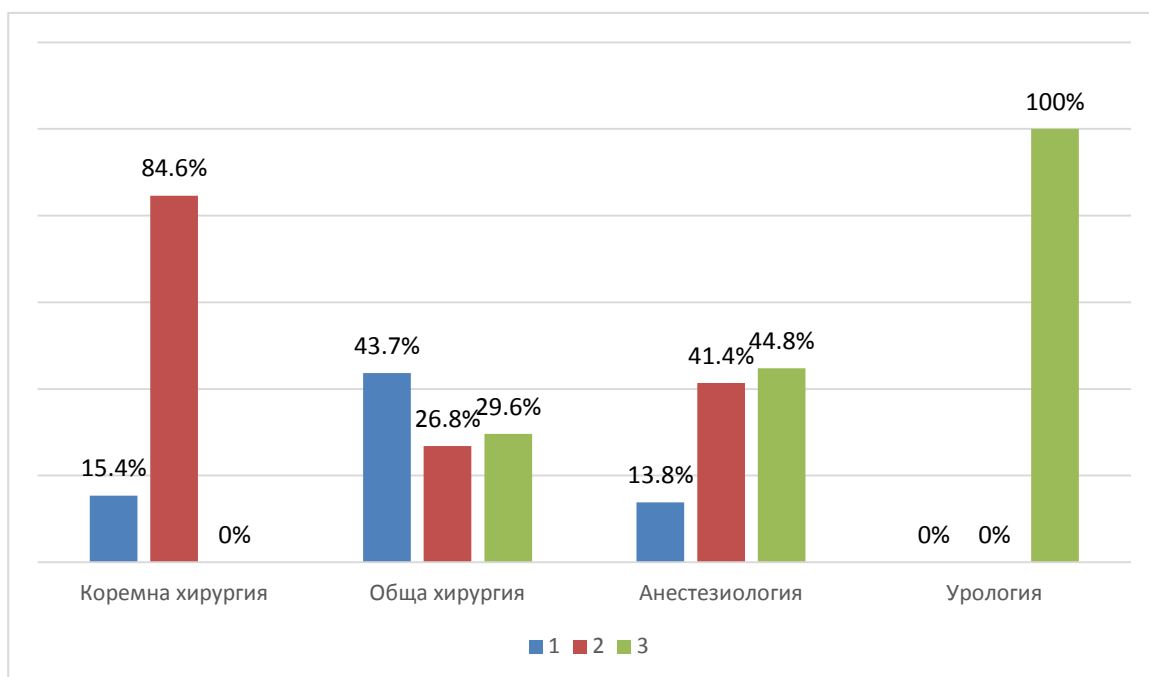
Легенда: 1- ниска степен; 2- умерена степен; 3- висока степен



Фигура 26: Степени на деперсонализация по специалност

Легенда: 1- ниска степен; 2- умерена степен; 3- висока степен

Най- високи нива по скалата за деперсонализация показват анкетираните със специалност обща хирургия (32.8%), следвани от анкетираните със специалност коремна хирургия (30.8%). (Фиг. 26)



Фигура 27: Степени на персонални постижения по специалност

Легенда: 1- ниска степен; 2- умерена степен; 3- висока степен

Най- слаби са персоналните постижения при специалистите по обща хирургия (43.7%).

32.6% от анкетираните със заплата между 500 и 800 лв. показват висока степен на емоционално изтощение и 30.2% от тях показват висока степен на деперсонализация.

Получените от нас резултати са сравними с резултатите на чужди изследователи, което е основание да считаме, че се касае за глобален здравен проблем, който се превръща в значим за общественото здраве и налага пребприемане на мерки за неговото ограничаване и контрол.

III. 3.Обобщение на основните резултати от собствените проучвания

1. Липсата на професионални стимули и мотивация заема първо място в анкетата (62.7%). Женският пол, младите възрасти (25-30г. и 41-50г.) и специалностите акушерство и гинекология, УНГ и Анестезиология и реанимация в по-голяма степен оценяват липсата на мотивация за стресов фактор.

2. На второ място сред източниците на стрес анкетираните поставят микроклимата в работния колектив (54.2%). Жените в по-голяма степен отчитат микроклимата в колектива като източник на стрес .

3. Недобрата организация на труд на работното място заема трето място сред източниците на стрес. Младите възрасти в по-голяма степен отчитат този стресоген- 71.4% от анкетираните във възрастовата група 25-30г. и 61.5% от анкетираните във възрастовата група 31-40г.

4. Повече от половината анкетирани, работещи в АГ- отделения (58.3%) и в отделения по коремна хирургия (53.8%) оценяват затруднената комуникация с ръководството като стресогенен фактор.

5. Почти единодушно анкетираните медици поставят адекватното заплащане за положения труд и подобряването организацията на труда на работното място (66.7%) като най-важни и основополагащи стимули за оптимална професионална реализация и минимализиране на стреса. 80% от анкетираните анестезиолози смятат, че доброто заплащане ще намали стреса на работното място и зависимостта е статистически значима.

6. 75% от АГ-специалистите съобщават необходимост от подобряване условията на труд.

7. За 19.9% от лекарите поставянето на реалистични цели в професионален план е от първостепенно значение за превъзможването на личностния професионален стрес.

8. Социалната подкрепа е доказано средство за преодоляване на стреса. Семейството е среда, влияеща антистресово за 54.2% от медиците, приятелите- за 32.3% и 10% от анкетираните не споделят с никого

професионалните си проблеми. Мъжете в по-голяма степен споделят професионални проблеми с колеги

9. Според анкетираните въздействието на стресогенните агенти върху здравословното състояние на лекарите, работещи в хирургични отделения е неизбежно. Анализът на резултатите показва, че заболяванията органите на кръвообращението: артериална хипертония и различни ритъмни нарушения (екстрасистули, тахикардия и др.) са най-честите здравословни проблеми, които се отдават на стреса. В по-малка степен анкетираните свързват заболявания от друго естество с професионалния стрес: гастроинтестинални заболявания; заболявания с автоимунна генеза: тиреоидит на Хашимото и захарен диабет тип 2 и заболявания като генерализирана тревожност и депресивни епизоди.

10. Лекарите от хирургични отделения най-често предприемат за справяне със стреса практикуването на хоби (59.7%), общуването с близки хора (52.2%), физическа работа, спорт, туризъм, разходки (48.8%), други средства (разходки, душ, вана) 21.9%. Обезпокоително е, че 17.9% за копиране на стреса приемат успокоителни лекарства и алкохол, а 9.7% се отдават на неконтролно ядене. Едва 6% използват техники за авторенинг за справяне с професионалния стрес (Фиг. 18). Жените по-често общуват с приятели и деца за справяне със стреса

11. По отношение на проучването на бърнаут синдрома по скалата на Маслач в наблюдаваната извадка са идентифицирани изключително високи нива на емоционално изтощение (43.1%) и деперсонализация. 41.5% от анкетираните мъже показват висока степен на бърнаут синдром по скалата за емоционално изтощение, както и висока степен по скалата за деперсонализация (47.5%). При жените се наблюдава висока степен на бърнаут най-вече по скалата за емоционално изтощение. Най-голям процент от изследваните със специалност коремна хирургия показват висока степен на емоционално изтощение, следвани от изследваните лица със специалност обща хирургия. Най-високи нива по скалата за деперсонализация показват

анкетираните със специалност обща хирургия (32.8%), следвани от анкетираните със специалност коремна хирургия (30.8%).

12. Най- слаби са персоналните постижения при специалистите по обща хирургия (43.7%).

IV. Програма за превенция и мениджмънт на професионалния стрес и бърнаут синдрома при лекари в хирургични отделения

Резултатите от нашето изследване доказват повдигнатата хипотеза за повишени нива на стрес и изява на бърнаут синдром сред специалисти от хирургични специалности. Ранната превенция на професионалния стрес и синдрома на професионалното прегаряне са от полза както за индивида, така и за организацията като цяло. Когнитивно- поведенческите подходи доказват своята ефикасност особено в съчетание с организационни подходи. Обучението в копинг стратегии е от полза за превенцията на бърнаут синдрома при лица в риск. Техниките на систематични психологични изследвания на медицинския персонал са необходими и по-надеждни от събирането на информация за служителите от мениджъра въз основа на лично споделяне. Системно действащите програми са ключов елемент на всяка стратегия за ограничаване на професионалния стрес. Въвеждането на такива програми спомага събирането на емпирични данни за психологично оценяване на ефектите от промени в управлението.

1. Организационни подходи за справяне с професионалния стрес и приложението им в хирургични отделения

- Ясно формулиране на целите на работния процес и неговите характеристики (обем, срок, качество);
- Подбор и включване на персонала в екипи въз основа на изисквания на работата, подготовка на кадрите, както и индивидуалните особености и предпочитания;
- Вътрешноорганизационна комуникация;
- Участие във взимането на решения. Чрез него се увеличава чувството за контрол върху процесите в организацията и се намалява ролевия стрес;
- Възприемане на оздравителни програми и възприемане на здравословни модели на хранене, спортни навици, отказ от рискови фактори като тютюнопушене и алкохол;

- Социална подкрепа в организацията: организационна (подходящи условия на труд), мениджърска (информационна, емоционална и социално-интегративна) и хоризонтална (колегиалност, сплотеност на групата, инструментална, емоционална и социално-интегративна подкрепа);

Въвеждането на тези организационни подходи се оценяват като социална инвестиция и резултатите се изразяват в чувство за идентичност, повишена лоялност и ангажираност в организацията.

2. Индивидуални подходи за справяне с професионалния стрес и приложението им в хирургични отделения

- Обучение в управление на времето;
- Релаксационен тренинг;
- Социална подкрепа- укрепване на социалните контакти и формиране на социална мрежа от приятели, роднини и колеги. Формиране на Т-групи (training groups) и групи на Балинт с участието на колеги и обучен наставник. Социалната подкрепа може да е буфер между стреса и удовлетвореността;
- Разпространен инструмент за копинг стратегии за бърнаут синдрома е т. нар. „уелнес“ (*wellness*), който обхваща шест области- физическа, интелектуална, емоционална, духовна, социална и професионална.

Ефективни техники за прилагане на копинг стратегии в хирургични отделения могат да бъдат още (по Е. Христова, 2013):

- Техника на организационно консултиране и тим- билдинг;
- Техники за оптимизиране на междуличностните отношения в работните групи;
- Тренинг за усъвършенстване на комуникативни умения;
- Техники за решаване и преодоляване на конфликти.

V.ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ

V.1. Изводи

Проведените собствени проучвания дават възможност да се формулират следните изводи:

1. Спецификата на медицинския труд на лекарите, работещи в хирургични отделения, ги превръща в рисков контингент по отношение влиянието на професионалния стрес, водещо до промени в психичното и физиологичното им състояние.
2. Липсата на стимули и мотивация в работата са основен източник на професионален стрес при изследваните лица.
3. Стресогенно въздействие върху лекарите от хирургични отделения има лошият микроклимат в работния колектив.
4. Недобрата организация на труда на работното място е рисков фактор по отношение на професионалния стрес.
5. Лекарите от хирургични специалности са в голяма степен застрашени от проява на бърнаут-синдром. Наблюдават се високи степени на емоционално изтощение и деперсонализация сред изследваните лица.
6. Необходими са мерки на различни нива за превенция и ранно справяне с професионалния стрес и синдрома на професионалното „прегаряне“.

V.2. Препоръки

1. Правилно организиране и управление на материалните и финансовите ресурси чрез:

- обезпечаване на средствата за трудова дейност;
- материално стимулиране;
- подобряване условията на труд;
- социални придобивки;

2. Създаване и въвеждане на антистресови програми, включващи медицински профилактични дейности, мониторинг на измененията в работната среда и опасността от “бърнаут”, запознаване с начините за успешно справяне със стреса на работното място;

3. Индивидуален мениджмънт на стреса чрез развиване на лични умения за релаксация.

4. Правилна организация и управление на човешките ресурси чрез:

- оптимална организация на работата;
- обучение и възпитание на персонала в здравословен начин на живот и труд;
- създаване на добър психоклимат.

VI. ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

С теоретико- познавателен характер:

1. В литературния обзор е разгледана генезата на професионалния стрес и бърнаут синдрома, отражението им върху здравето на работещите в здравните организации, както и познатите техники за превенция и купиране на тези състояния;
2. Проведено е проучване на професионалния стрес при лекари, работещи в хирургични отделения, като са проучени източниците и отраженията му върху здравето на участниците в изследването;
3. Проучени са проявленията на бърнаут синдрома по трите му скали чрез въпросника на Маслач за бърнаут (Maslach Burnout Inventory) у лекари, работещи в хирургични отделения;
4. Предложена е програма за превенция и мениджмънт на професионалния стрес и бърнаут синдрома при лекари в хирургични отделения;

С приложно значение:

1. Формулирани са предложения и препоръки към заинтересованите личности и менидърите на лечебните заведения за превенция и купиране на състоянията на стрес и бърнаут синдром;
2. Установените закономерности дават основа за бъдещи проучвания по темата.

С оригинален характер:

За първи път у нас е проучена връзката между професионалния стрес и бърнаут синдрома и практикуването на хирургича специалност, което е оригинален принос на дисертацията.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова М., Петрова-Готова Ц., Изява на синдрома на изпепеляването (Burnout syndrome) сред медицинските сестри в УМБАЛСМ „Н.И.Пирогов“, 30 научно-технологична сесия, КОНТАКТ 2012, „Интердисциплинната идея в действие“, (сборник статии), изд. ТЕМТО, София, 2012, ISSN 1313-9134, с.126-131.
2. Александрова М., Бърнаут – актуален проблем за управлението на човешките ресурси в здравеопазването, „Иновации в общественото здравеопазване Реалности и предизвикателства“, Център за устойчиво развитие, изд. „Наука и общество“, София 2012, ISBN 978-619-7000-01-6, с. 45-54.
3. Асенова, Р. et al. 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. Ачкова, М. Приложна психология в медицината и здравните грижи. С., 2001.
5. Балканска П, Въведение в психологията, Булвест 2000, София, 2005
6. Балканска, П. (2009). Приложна психология в медицинската практика, София, изд. „Булвест 2000“, 124-131.
7. Вангелова К., Модел на Световната здравна организация за здравословни работни места, Национален център по опазване на общественото здравеВасилева, Л. Профил на професионален стрес при лекари и медицински сестри. – Медицински магазин, 15 1997, 1-15.
8. Велкова Д. Стресът при работа - подценяван проблем на работното място сп. Безопасност и трудова медицина, 2002, бр. 3, стр. 15-18
9. Виткова Е., Е. Атанасова, „Изпепеляване“ (бърнаут) при онколози- оценка и контрол. Психосоциална подкрепа и рехабилитация в

- онкологията: Клинично ръководство, основано на доказателствата, 2015, 104-106.
10. Воденичаров, Ц., Десетте принципа на медика и мениджъра. СИМЕЛПРЕС. С., 2010, 140 с.
 11. Воденичаров, Ц., С. Попова, Социална медицина, Печатница „ЕкоПринт“, 2009.
 12. Газиел, Х. Професионалният стрес и неговите възможни детерминанти. – Компас, 4, 1994, 24-28.
 13. 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, № 3, с. 3-7
 14. Закон за здравословни и безопасни условия на труд, Изм. - ДВ, бр. 40 от 2007г.
 15. Карастоянов Г. Изследване влиянието на социалната подкрепа като модератор на стреса, В: Българско списание по психология, № 1, 19950
 16. Кехайов, А. (2016). Стратегии за справяне и профилактика на професионалния стрес, Здравна политика и мениджмънт, том 16, 3, 62-66.
 17. Ларсен К., К. Крумов Социална психология: Нов поглед към личността и социалният свят.Изд. Софи Р, 2010.
 18. Маринова П., П. Добрилова, К. Стефанова (2010). Синдром на изпепеляване и неговите фактори в интензивните отделения; сп. Медицински меридиани, 2,с.22-27
 19. Наредба № 3 от 25 януари 2008г. За условията и реда за осъществяване дейността на службите по трудова медицина. Издадена от Министерството на здравеопазването и Министерството на труда и социалната политика Обн. ДВ. бр.14 от 12 Февруари 2008г.

20. Ненова А., А. Рашева, Б. Ценова, К. Даскалов, И. Маринов, Емоционално изтощение (бърнаут) и общи характеристики на работа на медицински персонал в клиники за консервативно лечение..
21. Николов Н., К. Судаков, Емоционален стрес, изд. Медицина и физкултура, 1985
22. Паспаланов Я, Щетински Д Към проблема за равнището на тревожност и изследването му в психологията - Психология, 1979,1 (част 1), 1980,2 (част 2).
23. Радев Е., Синдромът бърнаут и неговото проявление при здравните специалисти, Автореферат, 2015, София, с. 60
24. Радев, Е. „Социална значимост на синдрома на изгоряване /Burnout syndrome/, II Международна научно-практическа конференция, Россия – България 14 до 16 април; Современное образование; социально-экономические, географские и психологические установки, Москва, № 2, 2013 г. с. 150-155.
25. Радев, Е. „Трикомпонентна структура на бърнаут-синдрома”, XXXI Научно-технологична сесия, Контакт 2013 г., гр. София, ИНГА, ТЕМТО, гр. София, 2013 г.
26. Радев, Е., И. Бонев, Психосоциални аспекти на взаимоотношенията в работната среда, Международно списание по история и философия на медицината, Асклепий Том VIII (XXVII), София 2013 г., №2, изд. Изток-Запад, с.132-136.
27. Радев, Е., Предиктори на синдрома Бърнаут, Европейски етични стандарти и Българската медицина – Сборник статии, София 2014 г., с. 540-545.
28. Радев, Е., Социална значимост на Бърнаут – синдрома и насоки за неговия мениджмънт, XXX-та Научно-технологична сесия КОНТАКТ 2012., 26.10.2012 г. „Интердисциплинарната идея в действие”, изд. ТЕМТО – София 2012., с. 107-113.

29. Русинова П. Л. Василева, Б. Андреев, С. Жильова, Професионален стрес и ценности в труда при български мениджъри. Българско списание по психология, бр. 2 ,1999.
30. Русинова П. Л. Василева, Професионален стрес: теоретичен и експериментален модел на К.Л.Купър: Българско списание по психология, №4/1995г.
31. Русинова-Христова А., Г. Карастоянов, Психологичните типове по Юнг и стресът, изд. Пропелер, С. 2000
32. Селие Х., Стрес без дистрес. Наука и изкуство, С.,1982.
33. Стойчева М, Стрес и здраве в медицинските професии. Сп. Хигиена и здравеопазване №3/4 1999
34. Тодорова, М., В. Михайлова, Професионална удовлетвореност и психоемоционално прегаряне при медицински специалисти, Управление и образование, том IV (3), 2008, 168-172
35. Узунов Н., Стрес и психотравма, Знание ЕООД, 2000
36. Харизанова Ст., Т. Търновска, Бърнаут синдром- исторически преглед, определение, същност, последствия, Български медицински журнал, VII, 2013, 1, 31-37.
37. Хоберг Г., Г. Фолмер, Стресът под контрол, изд. Просвета, С. 1993
38. Христов Ж. Епидемиология на стреса при лекари и учители в периода на преход. Автореферат, София; 2004.
39. Христова Е., Стратегии за справяне с професионалния стрес и професионалното прегаряне (бърнаут), Научни трудове, кн.13/2013, с.79-89
40. Христова П., Лидерски стилове и стратегии за справяне със стреса в организациите, Автореферат, 2011, София, с.44
41. Ценова , Б. Личностни корелати на Бърнаут-синдрома, сб. 3, Национален конгрес по психология, София, Софи-Р, 2005, 316-322.

42. Ценова Б, Костадинова К. Професионален стрес, бърнаут-синдром и модериращи ги фактори при персонала от ДМСГ. Сб. Стрес. София: КНСБ; 2003: 55-64.
43. Ценова Б. Връзка между стреса и мускулноскелетните увреждания. Сп. Физикална медицина, рехабилитация, здраве. 2006; 3: 15-21.
44. Ценова Б. Организационни корелати на бърнаут. В: Сб. Психологични аспекти на условията на труд в организации, ред. Доц. В. Русинова, С., Темпора ЕООД, 2006, 72-77.
45. Ценова Б. Стрес и психосоциалния риск – оценка и управление. Сб. Национална конференция „Здравословни работни места. Оценка на риска на работното място” / Европейска седмица по БЗР, 23.10.2009 г., София.
46. Ценова Б. Стрес при работа и дългосрочни последствия на социално-икономическия преход. Психологични изследвания, 2009, 2, И-т по психология при БАН.
47. Ценова Б. Характеристики на работата и благополучието при работещи в сферата на услугите. Бълг. Списание по Обществено здраве, 2009, том I, 3, 51-65.
48. Цонев Ц., П. Петкова, Личност и психосоматични заболявания. Практическа психосоматична медицина, (ред. Иванов, Вл.) изд. Знание ЕООД, С. 1997.
49. Янкова, Г., Burn out- синдрома в професионалната дейност на медицинските сестри, Science & Technologies, Volume IV, Medicine, Number 1, 2014, 226- 231.
50. Ahola, K., Honkonen, T., Pirkola, S., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A. & Lönnqvist, J. (2006). Alcohol dependence in relation to burnout among the Finnish working population. Addiction, 101, 1438–1443.
51. Aksoy DY, Durusu Tanrioer M, Unal S, Dizdar O, Kalyoncu U, Karakaya J, Unal S, Kale G. Burnout syndrome during residency in internal medicine and

- pediatrics in a country without working time directive. *Int J Health Care Qual Assur.* 2014;27(3):223-30.
52. Albadalejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Dominguez V. Burnout syndrome among nursing staff at a hospital in Madrid. *Rev Esp Salud Publica.* 2004; 78(4): 505-516.
 53. Albanesi de Nasetta S. Risk factors in the health care workers. *Vertex.* 2003; 14(54): 280-285.
 54. Álvarez E, Fernández L. El síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional (I): revisión de estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1991(36); 11:257-265.
 55. Anaya Aceves JL, Ortiz Garcia AC, Panduro Vargas DR, Ramírez Rodríguez G. Burnout syndrome in family doctors and physician assistants. *Aten Primaria.* 2006; 15; 38(8): 467-468.
 56. Appels , A. et E. G. W. Schouten. Burnout as a risk factor for coronary heart disease. – *Behav. Med.*, 17, 1991a, 53-59.
 57. Appels , A. et E. G. W. Schouten. Waking up exhausted as a risk indicator of myocardial infarction. – *Psychosomatic Med.*, 68, 1991b, 395-398.
 58. April, K.A. Dharani B., Peters K., Impact of Locus of Control Expectancy on Level of Well-Being REVIEW OF EUROPEAN STUDIES, Vol 4, No 2 (2012), DOI: <http://dx.doi.org/10.5539/res.v4n2p124>
 59. Arches, J. Social structure, burnout and job satisfaction. *Soc. Work*, 36, 1991, № 3, 202-206.
 60. Asai M, Morita T, Akechi T, et al. Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for cancer patients: a cross-sectional nationwide survey in Japan. *Psychooncology* 2007; 16 (5): 421-428
 61. Atance JC. Aspectos epidemiológicos del Síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública.* 1997;71: 293-303.

62. Bakker AB, Schaufeli WB, Demerouti E, Jansen PPM, Van der Hulst R, Brouwer J. Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety, Stress and Coping* 2000; 13: 247-268.
63. Bakker, A. B. et E. Demerouti. The job demands resources model: state-of-the-art. – *J. Manag. Psychol.*, 22, 2007, 309-328.
64. Bamber M. An investigation of occupational stress among nurse tutors. *Nurs Pract.* 1991; 4(2): 19-22.
65. Belkic, K.L., Landsbergis, A., Schnall, P.L. & Baker, D. (2004). Is job strain a major source of cardiovascular disorder risk? *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 30, 85–128.
66. Belloch Garcia SL, Renovell Farre V, Calabuig Alborch JR, Gomez Salinas L. The professional burnout syndrome in resident physicians in hospital medical specialties. *An Med Interna.* 2000 Mar; 17(3): 118-122.
67. Bencomo J, Paz C, Liebster E. Personality traits, psychological adjustment, and burnout syndrome in nursing staff. *Invest Clin.* 2004 Jun; 45(2): 113-120.
68. Bennett S, Plint A, Clifford TJ. Burnout, psychological morbidity, job satisfaction, and stress: a survey of Canadian hospital based child protection professionals. *Arch Dis Child.* 2005 Nov; 90(11): 1112-6.
69. Beverly A. Potter: Overcoming Job Burnout: How To Renew Enthusiasm for work, Ronin Publishing, Inc., P.O. Box 3008, Oakland California 94609, 2005.
70. Bianchi R. A reflection on the measurement of the burnout syndrome. *Acad Emerg*
71. Bonde, J.P.E. (2008). Psychosocial factors at work and risk of depression: A systematic review of the epidemiological evidence. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 65, 438–445.
72. Bowman J. Dealing with job stress: peer support, time management, and self-care are key. *Prof Case Manag* 2007; 12 (5): 252-253

73. Burisch , M. In search of a theory: some ruminations on the nature and etiology of burn-out. In: W. B. Schaufeli, C. Maslach and T. Marek (Eds.). Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research. Washington, DC, Taylor & Francis, 1993.
74. Bustinza Arriortua A, Lopez-Herce Cid J, Carrillo Alvarez A, Vigel Escribano MD, de Lucas Garcia N, Panadero Carlavilla E. Burnout among Spanish pediatricians specialized in intensive care. *An Esp Pediatr*. 2000 May; 52(5): 418-423.
75. Caballero Martin M, Bermejo Fernandez F, Nieto Gomez R, Caballero Martinez F. Prevalence and factors associated with burnout in a health area. *Aten Primaria*. 2001 Mar 31; 27(5):313-317.
76. Campbell DA, Sonnad SS, Eckhauser FE, Campbell KK, Greenfield LJ. Burnout among American surgeons. *Surgery* 2001; 130: 696-705.
77. Canovas EE, Estudio de prevalencia, factores de riesgo del Síndrome de Burnout y encuesta de satisfacción laboral en personal sanitario de un Área de Salud de la Región de Murcia, Universidad de Murcia, Departamento de psicología social, Thesis Doctoral, 2015.
78. Carlotto MS, Gobbi MD. Síndrome de burnout: un problema del individuo en el contexto de trabajo. *Alethea* 2000; 10: 103-114.
79. Carmona F, Sanz L, Marín D. Síndrome de burnout y reactividad al estrés en una muestra de profesionales de enfermería de una unidad de cuidados intensivos. *Rev Enf* 2005; 3: 6-13.
80. Casado Moragon A, Munoz Duran G, Ortega Gonzalez N, Castellanos Asenjo A. Burnout in professionals belonging to palliative, intensive care and emergency services in a general hospital. *Med Clin (Barc)*. 2005; 16; 124(14): 554-555.
81. Cebria Andreu J. Commentary: chronic distress and worker burnout: hypotheses about causes and classification. *Aten Primaria*. 2003 May 31; 31(9): 572-574.

82. Cebria J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M, Rodríguez C, Pardo MJ, Pérez J." Rasgos de Burnout y Personalidad en Médicos de Familia". *Atención Primaria* 2001. 27(7): 459-468.
83. Cebria-Andreu J. Commentary: the professional burnout syndrome as a public health problem. *Gac Sanit.* 2005; 19(6): 470.
84. Charnes, Gabriela. La calidad de vida de los profesionales de la salud: previniendo el síndrome de "burnout"; 2001.
85. Cherniss , C. Professional Burnout in Human Services Organizations. New York, Praeger, 1980.
86. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull.* 1985 Sep;98(2):310-57. Review. PubMed PMID: 3901065.
87. Cohen-Katz J, Wiley SD, Capuano T, et al. The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout: A quantitative and qualitative study. *Holist Nurs Pract* 2004; 18 (6): 302-308
88. Compton, B. et B. Galaway. Avoiding Burnout. *Social Work Processes*. 6th ed., Brooks/Cole Publishing Company, 1999, 496-508.
89. Coomber, B. et K. Barriball. Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. – *Int. J. Nurs. Stud.*, 2007, № 44, 297-314.
90. Cooper, C. L. and Marshall, J. (1976) Occupational sources of stress: A review of the literature relating to coronary heart disease and mental health. *Journal of Occupational Psychology*, 49, 11 – 28.
91. Cooper, C. L. et S. Cartwright. An intervention strategy for workplace stress. – *J. Psychosom. Res.*, 43, 1997, № 1, 7-16.
92. Cox, T et L. Thomson. Organizational healthiness: work-related stress and employee health. – In: *Coping, Health and Organization*. Eds.: P. Dewe, M. Leiter and T. Cox, London, Taylor & Francis 2000.
93. Cox, T. et Howarth, I. Organizational health, culture and helping. – *Work & Stress*, 4, 1990; № 2, 107-110.

94. Cox, T. Stress research the stress management: putting theory to work. London, HSE, 1993.
95. Crews DJ, Landres DM. A meta-analysis review of aerobic fitness and reactivity to psychological stressors. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 1987; 19: 114-120.
96. Cubero DI, Fumis RR, de Sá TH, Dettino A, Costa FO, Van Eyll BM, Beato C, Peria FM, Mota A, Altino J, Azevedo SJ, da Rocha Filho DR, Moura M, Lessa ÁE, Del Giglio A. "Burnout in Medical Oncology Fellows: a Prospective Multicenter Cohort Study in Brazilian Institutions". *J Cancer Educ*. 2015 May 9. [Epub ahead of print].
97. Curiel-Garcia JA, Rodríguez-Moran M, Guerrero-Romero F. Burnout syndrome among health staff. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2006; 44(3): 221-226.
98. Da Silva Sobral De Matos H, Daniel Vega E, Perez Urdaiz A. A study of the burnout syndrome in medical personnel of a general hospital. *Actas Esp Psiquiatr*. 1999 Sep-Oct; 27(5): 310-320.
99. De Pablo Gonzalez R, Suberviola Gonzalez JF. The prevalence of the burnout syndrome or professional exhaustion in primary care physicians. *Aten Primaria*. 1998 Nov 30; 22(9): 580-4.
100. Demerouti, E., Bakker, A.B., Jonge, J. de, Janssen, P.P.M., & Schaufeli, W.B. (2001). Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scand Journal of Work, Environment, and Health*, 27(4), 279-286.
101. Diaz Gonzalez RJ, Hidalgo Rodrigo I. The burn-out syndrome in physicians of the public health system of a health area. *Rev Clin Esp*. 1994 Sep; 194(9): 670-676.
102. Dollard, M. Introduction: context, theories and intervention. In: Dollard MF, Winefield AH, Winefield HR, editors. *Occupational Stress in the Service Professions*. London, New York: Taylor & Francis; 2003, 1-42.

103. Dyrbye LN, Shanafelt TD, Balch CM, et al. Relationship between work-home conflicts and burnout among American surgeons: a comparison by sex. *Arch Surg* 2011; 146 (2): 211-217
104. Edelwich , J. et A. Brodsky. Burn-out: Stages of Disillusionment in the Helping Professions. New York: Human Services Press, 1980.
105. Edwards D, Burnard P, Owen M, Hannigan B, Fotherhill A, Coyle D. A systematic review of the effectiveness of stress-management interventions for mental health professionals. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2003; 10(3): 370-371.
106. Eller, N.H., Netterström, B., Gyntelberg, F., Kristensen, T.S., Nielsen, F., Steptoe, A. & Theorell, T. (2009). Work-related psychosocial factors and the development of ischemic heart disease: a systematic review. *Cardiological Review*, 17, 83–97
107. Epstein RM. Communication, burnout and clinical results: more questions than answers. *Aten Primaria*. 2001 Apr 30; 27(7): 511-513.
108. Esch t, Stefano GB, Fricchione GL, Benson H, Stress-related diseases - a potential role for nitric oxide. *Med Sci Monit* 2002; 8(6): RA103-118 ID: 420796 Published: 2002-06-18
109. Escriba Aguir V, Mas Pons R, Cardenas Echegaray M, Burguete Ramos D, Fernandez Sanchez R. Work-related stress factors and the psychological well-being of hospital nurses. *Rev Enferm*. 2000 Jul-Aug; 23(7-8): 506-511.
110. Escriba-Aguir V, Bernabe-Muñoz Y. Job stress perceived by hospital medical staff. *Gac Sanit*. 2002 Nov-Dec; 16(6): 487-496.
111. Esteva M, Larraz C, Jimenez F. Mental health in family doctors: effects of satisfaction and stress at work. *Rev Clin Esp*. 2006; 206(2): 77-83.
112. Esteva M, Larraz C, Soler J, Yaman H. Burn-out in Spanish general practitioners. *Aten Primaria*. 2005; 15; 35(2): 108-109.

113. EU-OSHA – European Agency for Safety and Health at Work, *Work-related musculoskeletal disorders: Prevention report*, Luxembourg, 2008 <<http://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE8107132ENC/view>>
114. EU-OSHA – European Agency for Safety and Health at Work, A European Campaign on Safe Maintenance <<http://osha.europa.eu>>
115. European Commission: Report on work-related stress. The Advisory Committee for Safety, Hygiene and Health Protection at Work. Brussels, European Commission, 1999.
116. European Network for Workplace Health Promotion <<http://www.enwhp.org/index.php?id=9>>
117. Faragher EB, Cass M, Cooper CL. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occup Environ Med.* 2005; 62(2): 105-112. Review.
118. Farber BA. Treatment strategies for different types of teacher burnout. *J Clin Psychol.* 2000; 56(5): 675-689.
119. Feldman, J. M., Giardino, N. D., & Lehrer, P. M. (2000). Asthma and panic disorder. In D. I. Mostofsky & D. H. Barlow (Eds.), *The management of stress and anxiety in medical disorders* (pp. 220–239). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon
120. Fernández Torres B, Roldan Perez LM, Guerra Velez A, Roldan Rodríguez T, Gutierrez Guillén A, De las Mulas Bejar M. Prevalence of burnout among anesthesiologists at Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2006; 53(6): 359-362.
121. Figley, C. R. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York, Brunner & Mazel, 1995.
122. Folkman, S. (1991) Improving coping assessment: Reply to Stone and Kennedy-Moore. In H. S. Friedman (ed.) *Hostility, Coping and Health* (Washington, DC: American Psychological Association), pp. 215 – 223

123. Folkman, S. Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. – J. Pers. Soc. Psychol., 46, 1984, 839-852.
124. Freudenberger, H. J. et G. Richelson. Burnout: How to Beat the High Cost of Success. New York, Bantam Books, 1980.
125. Freudenberger, H. J. Burnout: Contemporary issues, trends, and concerns. – In: B. A. Farber (Ed.). Stress and Burnout in the Human Service Professions. New York, Pergamon Press, 1983, 23-38.
126. Friedman, M.; Rosenman, R. (1959). "Association of specific overt behaviour pattern with blood and cardiovascular findings". Journal of the American Medical Association 169: 1286–1296.
127. Gelfand DV, Podnos YD, Carmichael JC, Saltzman DJ, Wilson SE, Williams RA. 89.- Effect of the 80-hour workweek on resident burnout. Arch Surg 2004; 139: 933- 940.
128. Geurts, S. et R. Grundemann. Workplace stress and stress prevention in Europe. – In: Preventing Stress, Improving Productivity. Eds.: M. Kompier and C. Cooper. London & New York, Routledge, 1999, 9-32.
129. Gil-Monte PR, Peiró JM. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse en el trabajo. Anales de Psicología. 1999;15:261-8.
130. Glass, D. C. et J. D. McKnight. Perceived control, depressive symptomatology, and professional burnout: A review of the evidence. – Psychol. Health, 11, 1996, 23-48.
131. Glass, D. C., J. D. McKnight et H. Valdimarsdottir. Depression, burnout and perceptions of control in hospital nurses. – J. Consulting and Clinical Psychology, 61, 1993, 147-55.
132. Global strategy on occupational health for all. World Health Organization 1995
http://www.who.int/occupational_health/publications/globstrategy/en/index.html

133. Golembiewski , R. T. et al. Global Burnout: A WorldwidePandemic Explored by the Phase Model. Greenwich, CT, JAIPress, 1996.
134. Grau A, Suner R, Garcia MM. Burnout syndrome in health workers and relationship withpersonal and environmental factors. *Gac Sanit.* 2005; 19(6): 463-470.
135. Gray, B. The emotional labour of nursing – Defi ning and managing emotions in nursing work. – *Nurse Educ. Today*, 2009, № 29, 168-175
136. Grossi , G. et al. Physiological correlates of burnout amongwomen. – *J. Psychosom. Res.*, 55, 2003, 309-316.
137. Grunfeld ET, Whelan TJ, Zitzelsberger L, et al. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ* 2000; 163 (2): 166-169
138. Halbesleben JR. Sources of social support and burnout: a meta-analytic test of theconservation of resources model. *J Appl Psychol.* 2006; 91(5): 1134-1145.
139. Halford , C., I. Anderzen et B. Arnetz. Endocrine measuresof stress and self-related health: A longitudinal study. – *J. Psychosom.Res.*, 55, 2003, 317-320.
140. Hallman , T. et al. Stress, burnout and coping: Differencesbetween women with coronary heart disease and healthymatched women. – *J. Health Psychol.*, 8, 2003, 433-445.
141. Hallsten , L. Burning out: a framework. In: W. B. Schaufeli,C. Maslach and T. Marek (Eds.). *Professional Burnout: RecentDevelopments in Theory and Research.* Washington, DC, Taylor& Francis, 1993, 95-112.
142. Hayashino Y, Utsugi-Ozaki M, Feldman MD, Fukuhara S. Hope modified the association between distress and incidence of self-perceived medical errors among practicing physicians: prospective cohort study. *PLoS One* 2012; 7 (4): 513-519
143. Honkonen, T., Ahola, K., Pertovaara, M., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A. & Lönnqvist, J. (2006). Th e association between burnout and

- physical illness in the general population – results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 59–66.
144. Hyman , S. et al. Risk of Burnout in Perioperative Clinicians. A Survey Study and Literature Review, *Anesthesiology*, 114, 2011, № 1, 194-204.
 145. Italia S, Favara-Scacco C, Di Cataldo A, Russo G. Evaluation and art therapy treatment of the burnout syndrome in oncology units. *Psychooncology*. 2007 Nov 9; [Epub ahead of print].
 146. Jaworek, M., Marek, T., Karwowski, W., Andrzejczak, C. & Genaidy, A.M. (2010). Burnout syndrome as a mediator for the effect of work-related factors on musculoskeletal complaints among hospital nurses. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 40, 368–375.
 147. Jimenez Alvarez C, Morales Torres JL, Martinez Martinez C. Study of "burnout" syndrome in Spanish pediatric surgeons. *Cir Pediatr*. 2002 Apr; 15(2): 73-78.
 148. Kahill , S. Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. – *Canadian Psychology*, 29, 1988, 284-297.
 149. Kearney MK, Weininger RB, Vachon ML, et al. Self-care of physicians caring for patients at the end of life: “Being connected... a key to my survival” *JAMA* 2009; 301 (11): 1155-1164
 150. Kelchtermans, G. y Strittmatter, A. Beyond individual burnout: A perspective for improved schools. Guideline for the prevention of burnout. En R. Vandenberghe y A.M. Huberman (Eds.), *Understanding and preventing teacher burnout*, 1999: 304-315. Nueva York: Cambridge University Press.
 151. Kramer, M. et, C. Schmalenberg. Magnet hospital nurses describe control over nursing practice. – *Western J. Nurs. Res.*, 25, 2003, № 4, 434-452.
 152. Landy, F. J., J. Quick et S. Kasl. Work stress and wellbeing. *Int. J. Stress Manag.*, 1, 1994, № 1, 33-73.

153. Latack JC. Coping with job stress: measures and future directions for scale development. *J Appl Psychol.* 1986 Aug;71(3):377-85. PubMed PMID: 3745076.
154. Lazarus, R.S., S. Folkman. Transactional theory and research on emotion and coping. *European Journal personality* 3, 1987, 141-169.
155. Lee , H. at al. A comprehensive model for predicting burnout in Korean nurses. – *J. Adv. Nurs.*, 44, 2003, № 5, 534-545.
156. Lee R.T., Ashforth B.E. (1996) A meta-analytic examination of the correlates of the threedimensions of job burnout. *J. Appl. Psychol.* 81:123-33.
157. Lehrer P.M. , Woolfolk R. L., Sime W. E., *Principles and Practice of Stress Management, Third Edition 3rd Edition*, 2007.
158. Lehrer PM, Carr R, Sargunaraj D, Woolfolk RL. Stress management techniques: are they all equivalent, or do they have specific effects? *Biofeedback Self Regul.* 1994 Dec;19(4):353-401. Review. PubMed PMID: 7880911.
159. Leiter M.P., Maslach C. (2000) *Preventing Burnout and Building Engagement: A Complete Program for Organizational Renewal*. San Francisco: Jossey-Bass.
160. Leiter, M. et C. Maslach. Nurse turnover: the mediating role of burnout. – *J. Nurs. Manag.*, 17, 2009, № 3, 331-339.
161. Leiter, M. P. et C. Maslach. The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. – *J. OrganBehav.*, 9, 1988, 297-308.
162. Lopez Franco M, Rodriguez Nuñez A, Fernandez Sanmartin M, Marcos Alonso S, Martinon Torres F, Martinon Sanchez JM. Burnout syndrome among health workers in pediatrics. *An Pediatr (Barc).* 2005; 62(3): 248-251.
163. Magalhães E, Oliveira AC, Govêia CS, Ladeira LC, Queiroz DM, Vieira CV. Prevalence of burnout syndrome among anesthesiologists in the Federal District. *Rev Bras Anesthesiol.* 2015 Mar-Apr;65(2):104-10.

164. Mark C, Pierce B, Molloy N. The construct validity of the Maslach Burnout Inventory:some data from down under. *Psychological Reports* 1989; 65: 1340-1342.
165. Martinez de la Casa Muñoz A, del Castillo Comas C, Magana Loarte E, Bru Espino I, Franco Moreno A, Segura Fragoso A. Study of the prevalence of burnout in doctors in the Health Area of Talavera de la Reina. *Aten Primaria*. 2003 Oct 15; 32(6): 343-348.
166. Maslach , C. Burned-out. – *Hum. Behav.*, 5, 1976, 16-22.
167. Maslach , C. Burnout: a social psychological analysis. – In: J.W. Jones (Ed.). *The Burnout Syndrome: Current Research, Theory,Interventions*. Park Ridge, IL, London House, 1982a, 30-53.
168. Maslach , C. *Burnout: the Cost of Caring*. Englewood Cliffs,N J, Prentice Hall, 1982b.
169. Maslach , C. et S. Jackson, The measurement of experienced burnout. – *J. Occup. Beh.*, 1981, № 2, 99-113.
170. Maslach , C. et W. B. Schaufeli. Historical and conceptualdevelopment of burnout. – In: W. B. Schaufeli, C. Maslach andT. Marek (Eds.). *Professional Burnout: Recent Developmentsin Theory and Research*. Washington, DC, Taylor & Francis,1993, 1-16.
171. Maslach , C., W. B. Schaufeli et M. P. Leiter. Burnout. –*Annu Rev. Psychol.*, 52, 2001, 397-422.
172. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. En: Seisdodos N, editor. *Manual delInventario Burnout de Maslach. Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial*. Madrid:TEA; 1997. p. 5-28.
173. Maslach C, Pines A. The burnout syndrome in day care setting. *Child Care Quarterly*1977;6:100-13.
174. Maslach C. (1998) A multidimensional theory of burnout. In *Theories of OrganizationalStress*, ed. C.L. Cooper, pp. 68-85. Oxford, UK: Oxford Univ. Press.

175. Maslach, C., Jackson, S. E. & Leiter, M. P. (1996). Maslach Burnout Inventory manual (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
176. McCrae, R.R. & Costa, P.T., Jr. (1982). Self-concept and the stability of personality: Cross-sectional comparisons of self-reports and ratings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 1282-1292.
177. McCrae, R.R.; Costa, P.T.; Ostendorf, F.; Angleitner, A.; Hrebickova, M.; Avia, M.D.; Sanz, J.; Sanchez-Bernardos, M.L. (2000). "Nature over nurture: Temperament, personality, and life span development". *Journal of Personality and Social Psychology* 78: 173–186. doi:10.1037/0022-3514.78.1.173. PMID 10653513.
178. McGrady AV. Effects of psychological stress on male reproduction: a review. *Arch Androl.* 1984;13(1):1-7. PubMed PMID: 6152527.
179. Meeusen, V. et al. Understanding nurse anesthetists' intention to leave their job: how burnout and job satisfaction mediate the impact of personality and workplace characteristics. *Health Care Manage. Rev.*, 36, 2011, № 2, 155-163.
180. Melamed, S. et al. Chronic burnout, somatic arousal and elevated cortisol levels. – *J. Psychosom. Res.*, 46, 1999, 591-598.
181. Melamed, S., A. Shirom et P. Froom. Burnout and risk of type 2 diabetes mellitus (DM) in Israeli workers. Paper presented at the Work, Stress and Health Conference. Toronto, Ontario, Canada, 2003.
182. Melamed, S., T. Kushnir, et A. Shirom. Burnout and risk factors for cardiovascular disease. – *Behav. Med.*, 18, 1992, 53-60.
183. Melamed S, Shirom A, Toker S, Berliner S, Shapira I. (2006a). Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychological Bulletin*, 132, 327–353
184. Mohren, D.C.L., Swaen, G.M.H., Kant, I., van Amelsvoort, L.G.P.M., Borm, P.J.A. & Galama, J.M.D. (2003). Common infections and the role of burnout

- in a Dutch working population. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 201–208.
185. Oginska - Bulit , N. Occupational stress and its consequences in healthcare professionals: the role of type D personality. *Int. J. Occup. Med. Environ. Health*, 19, 2006, № 2, 113-122.
 186. Ogden J. (2004). *Health Psychology: A Textbook*. 3rd edn. Buckingham: Open University Press. This book has formed the basis for this chapter and provides a grounding in health psychology at a more advanced level.
 187. Persaud , R. Faking it: the emotional labour of medicine. *BMJ*, 2004, № 329, 87.
 188. Palmer S, Cooper C, Thomas K. *Creating a balance: managing stress*. 2003: London, British Library
 189. Palmer S, Cooper C, Thomas K. Revised model of organizational stress for use within stress prevention/ management and wellbeing programmes- brief update, *International Journal of Health promotion and Education*. 2003; 41 (2): 57-8.
 190. Palmer, S., Cooper, C. and Thomas, K. (2004). A model of work stress to underpin the Health & Safety Executive advice for tackling work-related stress and stress risk assessments. *Counselling at Work*, Winter, 2-5.
 191. Palmer-Morales LY, Gomez-Vera A, Cabrera-Pivaral C, Prince-Velez R, Searcy-Bernal R. Prevalence of Burnout syndrome among anesthesiologists in Mexicali. *Gac Med Mex*. 2005; 141(3): 181-1813.
 192. Perlman , B. et A. E. Hartman. Burnout: summary and future research. – *Human Relations*, 35, 1982, 283-305.
 193. Philip , A. A. Coping as a moderator variable in the relationship between occupational stressors and burnout amongst psychologists. Unpublished honors thesis: University of the Free State, 2003.

194. Pines , A. M. The changing psychological contract at workand employee burnout. – J. Health and Human Services AdministrationSummer, 2002, 11-32.
195. Pingani L. Young and burnt? Italian contribution to the international BurnOut Syndrome Study(BOSS) among residents in psychiatry. Med Lav. 2015 May 4;106(3):172-85.
196. Plana , A., A. Fabregat et J. Gassio. Burnout syndrome and coping strategies: a structural relations model. – Psychology in Spain, 7, 2003, № 1, 46-55
197. Prins JT, Hoekstra-Weebers JE, van de Wiel HB, et al. Burnout among Dutch medicalresidents. Int J Behav Med. 2007;14(3):119-25.
198. Pustulka-Piwnik U, Ryn ZJ, Krzywoszański Ł, Stożek J. Burnout syndrome in physicaltherapists - demographic and organizational factors. Med Pr. 2014;65(4):453-62.
199. Quattrin R, Zanini A, Nascig E, Annunziata M, Calligaris L, Brusaferrero S. Level of burnoutamong nurses working in oncology in an Italian region. Oncol Nurs Forum. 2006 Jul1;33(4):815-20.
200. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer* 1995; 71 (6): 1263-1269
201. Revicki, D. A., & May, H. J. (1985). Occupational stress, social support, and depression.*Health Psychology*, 4, 61–77.
202. Riolli L, Savicki V. Optimism and coping as moderators of the relation between workresources and burnout in information service workers. Int J Stress Manag. 2003;10:235-52.
203. Rosenbaum, M. Learned Resourcefulness, Stress and Self-Regulation. (1988) In: S. Fisher,J. Reason (eds.) *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*. NY:Wiley, 483-496.
204. Rotter, J. B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56-67. doi: 10.1037/h0076301

205. Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Marine A, et al; Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Dec 8;12:CD002892. doi:10.1002/14651858.CD002892.pub4.
206. Sanchez-Reilly S, Morrison LJ, Carey E, et al. Caring for oneself to care for others: physicians and their self-care. *J Support Oncol* 2013; 11: 75-81
207. Schaufeli , W. B . et B. P. Buunk. Burnout: an Overview of 25 Years of Research and Theorizing. – In: M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst and C. L. Cooper (Eds.). *The Handbook of Work and Health Psychology*. John Wiley & Sons, Ltd., 2003, 383-425.
208. Schaufeli , W. B. Past Performance and Future Perspectives of Burnout Research. – *SA J. Ind. Psychol.*, 29, 2003, №4, 1-15.
209. Schaufeli , W. B., C. Maslach et T. Marek. *Professional Burnout: Recent developments in theory and research*. Washington, DC, Taylor & Francis, 1993.
210. Schaufeli , W. B., M. P. Leiter et C. Maslach. Burnout: 35 years of research and practice. – *Career Development International*, 14, 2009, № 3, 204-220.
211. Semmer, N. Individual differences, work stress, and health. In: *Handbook of Work and Health Psychology*, ed. M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst, C.L. Cooper, Chichester, UK: Wiley, 1996, 51-86.
212. Shanafelt TD, Novotny P, Johnson ME, et al. The well-being and personal wellness promotion strategies of medical oncologists in the North Central Cancer Treatment Group. *Oncology* 2005; 68 (1): 23-32
213. Shanafelt, Tait D. et al., Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014, *Mayo Clinic Proceedings*, 2015, Volume 90 , Issue 12 , 1600 - 1613
214. Sheiner, E. et al. Potential association between male infertility and occupational psychological stress. – *J. Occup. Environ. Med.*, 44, 2002, 1093-1097.

215. Sherman AC, Edwards D, Simonton S, Mehta P. Caregiver stress and burnout in an oncology unit. *Palliat Support Care*. 2006 Mar;4(1):65-80.
216. Shirom , A. et al. Effects of work overload and burnout on cholesterol and triglycerides levels: The moderating effects of emotional reactivity among male and female employees. – *J. Occup. Health Psychol.*, 2, 1997, 275-288.
217. Shirom , A. et al. The Association between burnout, depression, anxiety and inflammation biomarkers: C-reactive protein and fibrinogen in men and women. – *J. Occup. Health Psychol.*, 10, 2005, № 4, 344-362.
218. Stansfeld , S. Work, personality and mental health. – *Br. J. Psychiatry*, 181, 2002, 96-98.
219. Swetz KM, Harrington SE, Matsuyama RK, et al. Strategies for avoiding burnout in hospice and palliative medicine: peer advice for physicians on achieving longevity and fulfillment. *J Palliat Med* 2009; 12 (9): 773-777
220. Tennant C. Work-related stress and depressive disorders. *J Psychosom Res*. 2001 Nov;51(5):697-704. Review. PubMed PMID: 11728512.
221. The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) <http://www.cdc.gov/niosh/>
222. Thomae H, Conceptualization of responses to stress. *European Journal of Personality*, 1, 171-192.
223. Tomljenovic M, Kolaric B, Stajduhar D, Tesic V. Stress, depression and burnout among hospital physicians in Rijeka, Croatia. *Psychiatr Danub*. 2014 Dec;26 Suppl 3:450-8
224. Torres F, Martín Sánchez JM. Burnout syndrome among health workers in pediatrics. *An Pediatr (Barc)*. 2005 Mar;62(3):248-51.
225. Tremolada M, Schiavo S, Tison T, Sormano E, De Silvestro G, Marson P, Pierelli L. Stress, burnout, and job satisfaction in 470 health professionals in 98 apheresis units in Italy: A SIdEM collaborative study. *J Clin Apher*. 2015 Jan 24. doi: 10.1002/jca.21379. [Epub ahead of print]

226. Vander Heijden , B. et al. The impact of social support upon intention to leave among female nurses in Europe: secondary analysis of data from the NEXT survey. *Int. J. Nurs. Stud.*, 47, 2010, № 4, 434-445.
227. Veyssier-Belot C. Burnout syndrome among physicians. *Rev Med Interne*. 2015
228. Volpe U, Luciano M, Palumbo C, Sampogna G, Del Vecchio V, Fiorillo A. Riskof burnout among early career mental health professionals. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014Nov;21(9):774-81.
229. Wilhelm , K. et al. Work and mental health. – *Soc. PsychiatryPsychiatr. Epidemiol.*, 39, 2004, 866-873.
230. WHO – World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Geneva: WHO, 1992.
231. WHO Healthy Workplace Framework and Model: Background and Supporting Literature and Practices, January 2010, found on the WHO website at: <http://www.who.int/occupational_health/activities/healthy_workplaces/en/index.html>
232. WHO Healthy Workplaces: a model for action. For employers, workers, policy-makers and practitioners. WHO 2010, ISBN 978 92 4 1599313 Workers' health: global plan of action. *Sixtieth World Health Assembly 23 May 2007*. Geneva, World Health Organization, 2007. <http://www.who.int/occupational_health/en/>
233. Wolff, H. G. Life stress and bodily disease. Baltimore: Williams & Wilkins, 1950.
234. Zanatta AB, Lucca SR. Prevalence of Burnout syndrome in health professionals of a nonco-hematological pediatric hospital. *Rev Esc Enferm USP*. 2015 Mar-Apr;49(2):253-8.
235. Zapf, D., Seifert, C., Schmutte, B., Mertini, H. (2001) Emotion work and job stressors and their effects on burnout. *Psychol. Health*, 16, 527-545.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение №1

АНКЕТНА КАРТА

Заглавие на проучването, **„ПРОФЕСИОНАЛЕН СТРЕС И БЪРНАУТ СИНДРОМ ПРИ ЛЕКАРИ В ХИРУРГИЧНИ ОТДЕЛЕНИЯ“**

Уважаеми колеги,

Вашето участие е много важно за получаване на актуална информация за състоянието по проблема „професионален стрес и бърнаут синдром при лекари в хирургични отделения“. Получените данни ще бъдат използвани от Факултет по обществено здраве на МУ-София.

Информацията, която предоставяте е анонимна!

1. Кои смятате, че са източниците на стрес на работното ви място? (Отбележете тези твърдения, които смятате за верни)

- ☐ Всекидневният контакт с пациенти и придружители
- ☐ Микроклимата в колектива
- ☐ Не добра организация на труда на работното място
- ☐ Затруднения в комуникацията с ръководството
- ☐ Липса на стимули и мотивация
- ☐ Недостиг на време
- ☐ Еднообразие в професионалната дейност
- ☐ Нарушен принцип на единоначалие
- ☐ Лоши условия на труд
- ☐ Друго: _____

2.Какво смятате, че трябва да се промени, за да се понижи нивото на стрес в работата ви? (Отбележете тези твърдения, които смятате за верни)

- ☐ Подобряване организацията на труд на работното място
- ☐ Подобряване условията на труд на работното място
- ☐ Осигуряване на възможност за изява и делегиране на отговорности
- ☐ Участие във вземането на решения
- ☐ Селекция и работни размествания
- ☐ Адекватно заплащане за положения труд
- ☐ Поставяне на реалистични цели
- ☐ Друго: _____

3. С кого най-често споделяте служебните си проблеми? (Отбележете тези твърдения, които смятате за верни)

- ☐ Със семейството си
- ☐ С приятели
- ☐ С колеги
- ☐ С никого не споделям

4.Когато попаднете в стресова ситуация, често се получава следното:

(Отбележете тези твърдения, които смятате за верни)

- ☐ Трудно ми е да се концентрирам;
- ☐ Пулсът и кръвното налягане ми се повишават;
- ☐ Става ми топло и често започвам да се потя;
- ☐ Започвам да се тревожа за неща които не мога да контролирам;
- ☐ Ставам подтиснат;
- ☐ Не мога да спя;
- ☐ Чувствам тялото си почти "парализирано";
- ☐ Сексуалният ми нагон спада;
- ☐ Получавам чревни проблеми /напр., диария/;
- ☐ Усещам прилив на енергия, но скоро огладнявам и чувствам слабост.

	Да	Не	Понякога
5. Можете ли да разчитате на помощ и подкрепа от колегите си в трудни моменти свързани с работата?			
6. Според Вас влияе ли стресът на работното място върху Вашето здраве?			

7. Кой Ваши здравословни проблеми определяте като последица от стреса?

8. Какво предприемате, за да се справите със стреса? (Отбележете тези твърдения, които са верни за вас)

- ☐ Залавям се с любимо занимание (хоби), с четене, слушане на музика или свирене на инструмент, гледане на филм, телевизия
- ☐ Общувам с близък и приятен човек, със собствените си деца
- ☐ Вземам успокоителни лекарства или се отпускам с алкохол
- ☐ Пренасочвам се към физическа работа, спорт, туризъм
- ☐ Отдавам се на безконтролно ядене или на полови контакти
- ☐ Успокоявам се със силата на разума и логиката- превключвам на приятни сломени и мисли
- ☐ Отдавам се на агресивни действия- нахвърлям се върху някого (или нещо), избухвам или плача
- ☐ Занимавам се с автотренинг
- ☐ Използвам специални дихателни упражнения за успокояване
- ☐ Използвам други средства (разходки, душ, вана)
- ☐ Друго _____

Пол:

Каква е Вашата възраст ?

Каква е вашата специалност

Какъв е Вашият трудов стаж?

Какво е месечното Ви възнаграждение?

☐ до 400 лв.

☐ от 400 - 600 лв.

☐ 600- 1 000 лв.

☐ повече от 1 000 лв.

Какво е Вашето семейно положение?

БЛАГОДАРЯ ЗА УЧАСТИЕТО!

Приложение №2

Посочете колко често изпитвате посочените емоции, като използвате следната скала:

0	НИКОГА
1	НЯКОЛКО ПЪТИ ГОДИШНО ИЛИ ПО- РЯДКО
2	ВЕДНЪЖ МЕСЕЧНО ИЛИ ПО- РЯДКО
3	НЯКОЛКО ПЪТИ МЕСЕЧНО
4	ВЕДНЪЖ СЕДМИЧНО
5	НЯКОЛКО ПЪТИ СЕДМИЧНО
6	ВСЕКИ ДЕН

№	Твърдение	Вашата оценка (0-6)
1.	Чувствам се емоционално изтощен от моята работа.	
2.	В края на работния ден се чувствам напълно изчерпан.	
3.	Чувствам се уморен сутрин, когато ставам и трябва да отида на работа.	
4.	Смятам, че лесно разбирам пациентите си.	
5.	Чувствам, че към някои пациенти се отнасям като към безлични „обекти“.	
6.	Чувствам, че да работя по цял ден с хора ме изморява.	
7.	Справям се много добре с проблемите на пациентите си.	
8.	Чувствам се съсипан от работата си.	
9.	Чувствам, че чрез работата си влияя положително върху живота на другите хора.	
10.	Забелязвам, че откакто работя това, съм станал по-коравосърдечен към хората.	
11.	Безпокоя се, че сегашната ми работа ме прави по-малко емоционален.	
12.	Чувствам се пълен с енергия по време на работа.	
13.	Чувствам се потиснат на работа.	

14.	Чувствам, че прекарвам прекалено много време на работата си.	
15.	Всъщност не ме е грижа много за това какво става с някои пациенти.	
16.	Да работя в непосредствен контакт с хора ме изморява.	
17.	Лесно мога да създам отпускаща атмосфера за пациентите си.	
18.	Чувствам се весел и оживен след работа с пациенти.	
19.	В тази професия съм направил много неща, които си струват.	
20.	Чувствам се на края на силите си.	
21.	На работа решавам емоционалните проблеми много адекватно.	
22.	Чувствам, че пациентите ме обвиняват за някои от техните проблеми.	

БЛАГОДАРЯ ЗА УЧАСТИЕТО!