МЕЃУНАРОДЕН СЛАВЈАНСКИ УНИВЕРЗИТЕТ

„Гаврило Романович Державин“-СВЕТИ НИКОЛЕ

РЕПУБЛИКА С. МАКЕДОНИЈА

Факултет за психологија

Асоцијации помеѓу синдром на согорување ,анксиозност и депресија кај здравствени работници во палијативна и геријатриска установа

Associations between burnout, anxiety, and depression in health workers from palliative and geriatrics healthcare institution

- Магистерски труд -

Ментор

Проф. д-р Ванѓелица Гаврилова

Кандидат

Аида Зејниловиќ

ПСЗ 4+1

М214004

Свети Николе, 2023

Апстракт

Синдромот на согорување е состојба предизвикана од хроничен стрес на работното место, но сите вработени не согоруваат, иако работат во исти работни услови.

Стресот настанува во интеракција со околината доколку индивидуата нема стратегии за справување или е преосетлива поради одредени индивидуални карактеристики, шеми на однесување или погрешни верувања.

Кога стресот ги надвладува механизмите за справување, се нарушува менталното здравје.

Најчести нарушувања на менталното здравје се анксиозноста и депресијата.

Синдромот на согорување често се изедначува со анксиозноста и депресијата поради сличната симптоматологија со која се манифестира.

Целта на оваа магистерска работа е да ја истражи асоцијацијата помеѓу синдромот на согорување, анксиозноста и депресијата кај медицински персонал вработен во геријатриска и палијативна установа. За таа цел е направено квантитативно истражување со онлине анкетен прашалник. Анкетниот прашалник се состои од социодемографски тест, Маслач инструмент за мерење на согорувањето специјализиран за здравствени работници (Maslach Burnout Inventory Human Services Survey, MBI–HSS [MP]), и скала за мерење на анксиозност и депресија кај болнички персонал (Hospital Anxiety and Depression Skale ,HADS).

Од истражувањето е утврдена сигнификантна корелација помеѓу нивоата на димензиите на синдромот на согорување со нивоата на анксиозност и депресија.

Застапеноста на испитаниците со абнормална вредност на скалата за анксиозност и скалата на депресија е сигнификантно поголема во рамките на подгрупата со утврден синдром на согорување.

Од добиените резултати заклучуваме дека постои статистички значајна асоцијација помеѓу синдромот на согорување ,анксиозноста и депресијата.

Клучни зборови: стрес, синдром на согорување, анксиозност, депресија.

Abstract

Burnout syndrome is a condition caused by chronic stress in the workplace, but all employees don't burnout, even if they share the same work environment. The stress develops from interaction with the work environment when the individual doesn't possess coping mechanisms or is overly sensitive because of personal characteristics, schemes of behavior and/or system of beliefs.

When the stress overpowers coping mechanisms of the individual, mental health deteriorates.

Burnout syndrome is often mistaken for anxiety and depression because of the similar symptoms.

The aim of this study is to explore the connection between the burnout syndrome and the anxiety and depression of the medical personnel in a geriatric and palliative health care institution. For the purpose of this study, quantitative research was conducted on line with a questionnaire which consisted of socio-demographic test, Maslach Burnout Inventory Human Services Survey for Medical Professionals (MBI–HSS [MP]), and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). The results of the research showed that there is significant positive corelation between the levels of burnout and anxiety and depression.The incidence of interviewees on the abnormal side of the scale of anxiety and depression was much bigger in the subgroup with established burnout syndrome

The results of the study showed that there is statistically significant association between burnout syndrome and anxiety and depression.

Key words: stress, burnout syndrome, anxiety, depression

.

Кратенки

WHO-World Health Organization

СЗО- Светска здравствена организација

ICD-International Classification of Diseases, Интернационална класификација на болести

MBI- Maslach Burnout Inventory, Маслач Брнаут Инструмент

APA-American Psychological Association, Американска Психолошка Асоцијација

EE-Emotional exhaustion

ЕИ- Емоционална исцрпеност

DP- Depersonalization

НСР- Негативен став кон работата

PA-Personal accomplishment

ЛУ- Личен успех

Содржина

Вовед 7

I. Теоретски пристап кон проблемот 9

1. Синдром на согорување 9

1.1.Фактори на ризик за развој на синдром на согорување 13

1.1.1 Ситуациони фактори 14

1.1.2. Индивидуални фактори 16

1.1.2.1 Социодемографски фактори 16

1.1.2.2 Лични особини 18

1.1.2.3 Стратегии за справување со стресот (Coping Strategies) 20

1.1.2.4 Отпорност на стрес (Resilience) 21

1.2Модели за настанување на синдром на согорување 22

1.2.1.Модел на посредување (Mediation Model) 23

1.2.2 Модел на Работни барања наспроти Работни ресурси (Job Demands-Resources Model) 24

1.2.3Модел Работни барања –контрола (Job Demands-Control Model- JDC) 25

1.2.4. Модел на карактеристики на работата (Job characteristic model JCM) 26

1.2.6. Теорија на зачувување на ресурсите (Conservation of resources theory -COR) 27

1.3.Симптоми на синдромот на согорување 28

1.4. Мерење на синдромот на согорување 29

1.5. Последици од синдромот на согорување 32

1.6. Превенција и справување со синдромот на согорување 33

2. Геријатриска и палијативна установа 37

3. Асоцијации на синдром на согорување со анксиозност и депресија 40

3.1. Анксиозност 40

3.2 .Депресија 42

3.3 Асоцијации помеѓу синдром на согорување и анксиозност 43

3.4. Асоцијации помеѓу синдром на согорување и депресија 44

3.5 Резултати од претходни истражувања 45

II. Методологија на истражување 48

1.Проблем на истражување 48

2. Научна цел на истражувањето 48

2.1. Практична цел на истражувањето 49
3.Хипотези 50
4.Варијабли на истражувањето 51
5. Методи, техники и инструменти на истражувањето 51
6.Популација на истражување 52
7.Техники на обработка на податоците 53
8. Резултати 54
8.1. Социо-демографски карактеристики на испитаниците 54
Слика 1. Дистрибуција на испитаниците според полот 54
Слика 2. Дистрибуција на испитаниците според местото каде работат 55
Слика 3. Дистрибуцијата на испитаниците според работното место 55
Слика 4. Дистрибуција на испитаниците според нивната возраст 56
Слика 5. Дистрибуција на испитаниците според нивниот работен стаж 56
Сликата 6. Дистрибуција на испитаниците според нивната брачна состојба 57
Слика 7. Дистрибуција на испитаниците според бројот на деца 58
8.2. Резултати за клучните варијабли на студијата 59
Табела 1. Просечни вредности на клучните варијабли кај вкупниот број испитаници 59
Слика 8. Дистрибуција на испитаниците според нивоата на емоционалната исцрпеност 60
Слика 9. Дистрибуција на испитаниците според нивоата на негативниот став кон работата. 61
Слика 10. Дистрибуција на испитаниците според нивоата на личниот успех 62
Слика 11. Процентуална застапеност на испитаниците од актуелната студија со детектиран синдром на согорување 64
Слика 12. Процентуална застапеност на испитаниците со знаци за анксиозност 65
Слика 13. Процентуална застапеност на испитаниците со знаци за депресија 66
Табела 2. Корелации помеѓу клучните варијабли кај вкупниот број испитаници 67
Слика 14. Процентуална застапеност на испитаниците со абнормална вредност на скалата за анксиозност во подгрупите со и без утврден синдром на согорување 70
Слика 15. Процентуална застапеност на испитаниците со абнормална вредност на скалата за депресија во подгрупите со и без утврден синдром на согорување 71
7.4. Асоцијации на клучните варијабли со социо-демографските карактеристики на испитаниците 73
Табела 3. Асоцијации на клучните варијабли со полот на испитаниците 73
Табела 4. Асоцијации на нивоата на димензиите на синдромот на согорување, анксиозноста и депресијата со местото каде работат испитаниците 74
Табела 5. Асоцијации на клучните варијабли со работното место 75

Табела 6. Асоцијации на нивоата на димензиите на синдромот на согорување, анксиозноста и депресијата со брачната состојба на испитаниците..... 75

Табела 7. Асоцијации на нивоата на димензиите на синдромот на согорување, анксиозноста и депресијата со бројот на деца 76

Предности и ограничувања во актуелното истражување..... 78

Заклучок 79

ПРЕГЛЕД НА ЛИТЕРАТУРА 81

Прилог 1..... 91

Прилог.2 93

Вовед

Здравствените работници се изложени на високо ниво на стрес бидејќи извршуваат одговорна работа од која зависи човековото здравје.

Да се работи во геријатриска и палијативна установа за здравствениот персонал претставува секојдневно емотивно инволвирање во страдањето на пациентите на крајот на животот. Стресот поврзан со работното место е предизвикан и од зголемените работни обврски, ограничените ресурси, потребата од доедукации и високата конкуренција меѓу вработените што доведува до нарушување на социјалното функционирање .

Континуираната изложеност на стрес на работното место доведува до согорување на здравствените работници, а ефектите од континуираниот стрес се чувствуваат и кога причините на стресот не се присутни.

Иако синдромот на согорување настанува како последица на причинителите на стресот на работното место, секоја индивидуа не согорува во текот на својот работен стаж во исти работни услови. Тоа значи дека, за да постои синдром на согорување, треба да постои и склоност на организмот да биде поранлив на стрес. Дали кај една индивидуа ќе се почувствуваат негативните последици од стресот ќе зависи од механизмите за справување со стресот кои зависат од личните особини кои ги поседува.

Синдромот на согорување се смета за медицинска дијагноза само во Холандија и Шведска. Во Шведска е наречен исцрпувачко нарушување, а во Холандија се смета за стрес поврзано нарушување на работното место.

Индивидуите кои се поранливи на стрес и во ситуации надвор од работното место ќе го преживуваат стресот. Биолошкиот процес на настанување на стресот не се разликува од стресот што настанува од причинителите надвор од работното место. Стресот остава последици по менталното здравје и во зависност со кои симптоми се манифестира се дијагностицира одредено нарушување.

Најчестите нарушувања на менталното здравје се анксиозноста и депресијата.

Анксиозноста настанува како одговор на животозагрозувачки ситуации, но кога настанува како одговор на нереална опасност во тој случај зборуваме за анксиозност како нарушување. Анксиозноста исто како и синдромот на согорување зависи од личните особини. Нетретираната анксиозност доведува до исцрпување поради

постојаната изложеност на високото ниво на хормоните на стресот и резултира со депресија, односно претставува еден од симптомите на болеста.

Основниот симптом кој ја поврзува депресијата со синдромот на согорување е заморот. Уште во раните почетоци на откривање на синдромот на согорување Freudenberger согорените индивидуи ги опишал дека изгледаат како да се депресивни.

Постојат многу несогласувања дали синдромот на согорување претставува депресија настаната поради причини на работното место или претставува посебна состојба.

Синдромот на согорување освен што има последици по менталното и физичкото здравје се одразува и на негата кон пациентите и на работата во организацијата. Многу истражувања говорат во прилог дека синдромот на согорување е поврзан со воочени медицински грешки, нарушен квалитет на услугата кон пациентите, зголемено присуство на работното место за време на болест или поради контрола, зголемени отсуства од работа, добивање на отказ или напуштање на работното место.

Врз основа на овие сознанија се наметнува потребата да се истражува асоцијацијата помеѓу синдромот на согорување, анксиозноста и депресијата бидејќи третманот на овие состојби се разликува.

Синдромот на согорување се третира со одмор од работата, промена на работното место, техники на релаксација за ослободување на стресот, психотерапија, промени во организацијата на работното место, додека за третман на анксиозноста и депресијата освен претходно споменатите начини од коишто е неоспорен бенефитот потребно е да се примени и медикаментозна терапија.

За да не останат анксиозноста и депресијата не третирани или погрешно третирани, потребно е попрецизно да се разграничат овие состојби.

За да се постигне подобрување на грижата кон пациентите, здравјето на медицинските вработени треба да биде на највисоко ниво.

I. Теоретски пристап кон проблемот

1. Синдром на согорување

Согорувањето е психолошки синдром што се појавува како продолжен одговор на хроничните интерперсонални стресори на работното место (Maslach, Leiter ,2016)[1]. Настанува како емоционален одговор при работа со луѓе кои имаат проблеми или се во невоља, каде стресот никнува од социјалната интеракција помеѓу давателот и примачот . (Maslach, 2003, 2015)[2]

Според Maslach[3] и колегите основата на синдромот на согорување се наоѓа во згрижувачките и услужните дејности, каде главната дејност е помагателната улога помеѓу давателот и примачот . Најранливи за развој на синдром на согорување се здравствените работници , социјалните работници, вработените во образованието, психотерапевтите, вработените во правните сервиси , како и социјалните активисти, но подложни на синдром на согорување се и сите други работни профили.

Постојат народни теории дека од една страна согоруваат најдобрите, оние луѓе кои се стремат кон високи успеси ,оние кои работат многу и кои се оптеретени од тешка работа, а од друга страна се смета дека согоруваат најлошите оние кои не можат да го поднесат напорот на работното место, кои не се добри работници и затоа го напуштаат работното место или добиваат отказ. Првата теорија е најчесто поддржувана од работниците ,а втората од работодавачите.[4]

Синдромот на согорување за првпат е опишан од страна на американскиот психолог и психотерапевт, Herbert Freudenberger во седумдесетите години. Тој го опишал сопственото искуство, набљудувајќи се себе си и другите волонтери на St.Mark's Free Clinic во East Village, New York кои работеле со зависници од дрога и бездомници. По една година, самиот психотерапевт веќе не можел да ги извршува секојдневните активности и да стане од кревет. За себе и за своите колеги, волонтери констатирал дека изгледале како да се депресивни, во состојба на апатија и

[1] .Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. World Psychiatry. 2016;15(2):103–11.

[2] Maslach C prologue by Philip G.Zimbardo 2003,2015 Burnout the cost of caring

[3] MaslachC, 2006, Understanding job burnout (37-51)
https://www.researchgate.net/publication/285167294_Understanding_job_burnout

[4] Maslach, C, Schaufeli,W.B, Leiter M.P(2001).Job burnout, Annu. Rev. Psychol. 2001. 52:397–422

агитација. За ваквата состојба помеѓу волонтерите почнал да се користи терминот согорени, за кој не се смета за автор Freudenberger, туку тоа бил термин кој се употребувал за опис на зависниците од хероин. За своето опоравување ја применил врз себе психоаналитичката терапија и своите забелешки ги публикувал во весникот "Staff Burn-Out " во 1974 година, каде изјавил дека согоруваат само "посветените и ангажираните". Истражувањата на Freudenberger биле базирани врз основа на набљудување, без употреба на мерни инструменти.[56]

Во 1976 година социјалниот психолог Christina Maslach во Калифорнија, која работела како универзитетски професор на "Berkeley" ги проучувала емоциите на работното место. Таа ги интервјуирала работниците и од истражувањето воочила дека емоциите што се развивале кај работниците, зависеле од механизмите за справување, а тоа се одразувало на професионалното однесување. Резултатите од истражувањето покажале дека работниците се чувствувале емоционално исцрпени, развиле негативни емоции и се чувствувале некомпетентни да одговорат на работните барања.[78]

Почетните истражувања на Freudenberger и Maslach ја претставуваат пионерската фаза во проучување на синдромот на согорување. Во оваа фаза истражувањата на синдромот на согорување биле квалитативни врз основа на интервјуа, студии на случаи и набљудувања. Во пионерската фаза на проучување на синдромот на согорување, психолозите на синдромот на согорување гледале од различни аспекти. Клиничките психолози го сметале за проблем на менталното здравје, а социјалните психолози го сметале за проблем на работното место, набљудувајќи ја интеракцијата помеѓу давателот на услугата и примачот во одредена ситуациона средина.
(Maslach, 2006)[9]

Емпириската фаза на истражување на синдромот на согорување започнува со развој на инструменти за квантитативна дијагностика во осумдесетите години, кога

[5] Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. Career Develop Intern 2009;14:204-20. [Google Scholar

[6] Fontes,F(2020),Herbert J .Freudenberger and the making of burnout as a psychopathological syndrome
[7] Maslach, C, Schaufeli,W.B, Leiter M.P(2001).Job burnout, Annu. Rev. Psychol. 2001. 52:397–422

[8] ibid
[9] MaslachC, 2006, Understanding job burnout (37-51)
https://www.researchgate.net/publication/285167294_Understanding_job_burnout

фокусот на истражување бил насочен кон хуманите, помагателни професии помеѓу давателот на услуга и примателот на услугата, а во деведесетите години истражувањето се проширува и на вработените во другите работни организации.[10]

Christina Maslach синдромот на согорување го објаснува преку постоење на три димензии: исцрпеност, деперсонализација и чувство на недостиг на персонални достигнувања (Maslach,2003,2015) [11] Деперсонализацијата подоцна е заменета со цинизам со развивање на генералната верзија на MBI, а чувството на недостиг на персонални постигнувања се заменува со неефикасност (Maslach, Leiter ,2016).[12]

Првата димензија е емоционална исцрпеност, се објаснува со индивидуалниот одговор на стрес (физички и емоционален). Оваа димензија се опишува како истрошеност, губење на енергија, исцрпување , изнемоштеност и замор.

Во оваа фаза индивидуата чувствува дека не може да продолжи со работата.

Втората димензија е цинизам или деперсонализација и настанува како резултат на потребата да се надополнат потрошените ресурси и обично резултира со негативна реакција кон луѓето, губење на идеализмот и повлекување.

Се менува начинот на работа, односно се извршува минимум работа.

Третата димензија е намалено лично достигнување. Се објаснува со чувството на недостиг на личен успех што произлегува од чувството на неспособност и намалена продуктивност.

Според Maslach третата димензија настанува поради недостаток на ресурси на работното место и поради недостаток на социјална поддршка и можност за професионален развој. Во оваа фаза индивидуата чувствува дека не е доволно добра за работното место, дека за неа нема иднина и дека треба да ја напушти работата.

Leiter и Maslach (2016) [13] како нов пристап во објаснување на синдромот на согорување, идентификуваат скриени профили со фокус на личноста, врз основа на истражувања на две големи дата бази:

[10] Maslach, C, Schaufeli,W.B, Leiter M.P(2001).Job burnout, Annu. Rev. Psychol. 2001. 52:397–422

[11]Maslach C prologue by Philip G.Zimbardo 2003,2015 Burnout the cost of caring

[12] Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. World Psychiatry. 2016;15(2):103–11.

[13] Leiter, MP. and Maslach,C,2016, Latent burnout profiles: a new approach to understandingthe burnout experience, Burnout research, vol. 3, no. 4, pp. 89-100.DOI: 10.1016/j.burn.2016.09.00165.

1. Синдром на согорување (Burnout) подразбира високо ниво во сите три димензии ;
2.Ангажираност (Engagement) е спротивен процес на синдромот на согорување и подразбира ниско ниво во сите три димензии;
3. Преоптеретеност (Overextended), претставува високо ниво само на димензијата на емоционална исцрпеност;
4. Неангажираност (Disengaged) се проценува кога има само високо ниво на деперсонализација или цинизам и
5. Неефикасност (Ineffective) претставува само високо ниво на третата димензија, на намаленото чувство на личен успех.
Според авторите, постоење на било кој профил од синдромот на согорување овозможува подобра проценка на проблемите во организацијата и полесно утврдување на начините на интервенирање.

Според Светската здравствена организација синдромот на согорување е состојба предизвикана од хроничен стрес на работното место којшто не е успешно менаџиран (WHO2019). Се карактеризира со три димензии: чувство на губење на енергија или исцрпување, дистанцирање од работата или чувство на негативизам или цинизам спрема работата и намалена ефикасност.
Во 11 Класификација на болести(ICD-11), синдромот на согорување е опишан како окупационен синдром со код QD85 во поглавјето "Фактори кои влијаат на здравствената состојба или на контактот со здравствените служби"(WHO2019)[14].

Како медицинска дијагноза, синдромот на согорување се смета само во Холандија и Шведска каде дефиницијата се базира на критериумите на невростенија поврзана со работните фактори.
Невростенијата прв пат ја опишал американскиот невролог George Miller Beard во 1869 година, како болест поврзана со побрзиот начин на живот. Според Beard, модерниот живот поставува премногу барања кај поединецот, го оптеретува мозокот и на тој начин се исцрпува нервната сила. Освен од менталниот замор, невростенијата настанува и како резултат на физички напор и вирусна инфекција.

[14] World Health Organisation, 2019. Burn-out an "occupational phenomenon": international classification of Diseases. https://wwwwhoint/mental_health/evidence/burn-out/en/ Accessed 10 Feb 2020.

Основниот симптом на невростенијата бил нервна слабост што се манифестирала со замор, анксиозност, очај, несоница, нарушено варење на храната, палпитации и мигрена. Во 10 Класификација на болести(ICD-10) е дефинирана како постојан и вознемирувачки телесен замор по минимум напор.[15]

Во Шведска, синдромот на согорување се нарекува" исцрпувачко нарушување" и се смета за медицинска дијагноза од 2005 година. За да се дијагностицира "исцрпувачкото нарушување" треба да се исполнети одредени критериуми. Симптомите на невростенија треба да се присутни минимум две недели и да ја нарушуваат работната способност со услов да не постои друга психијатриска дијагноза, ни злоупотреба на супстанци. Во Холандија се смета за болест од 2000 година и се нарекува "нарушување поврзано со стрес", каде првиот стадиум е вознемиреност со делумно нарушување при извршување на работните задачи, вториот стадиум е нервен слом со сериозни симптоми на вознемиреност и неможност за извршување на работните задачи и третиот стадиум е исцрпување односно невростенија со долготрајна спреченост за извршување на работните задачи. Во Финска, иако синдромот на согорување не се смета за медицинска дијагноза, согорените работници имаат право на боледување и рехабилитација со советување ,вежби и програми за исхрана.[16]

1.1.Фактори на ризик за развој на синдром на согорување

Иако синдромот на согорување се смета за окупационен синдром, сепак сите вработени изложени на исти работни услови не доаѓаат до состојба на согорување. Дали една индивидуа ќе согори, ќе зависи од повеќе фактори од кои голема важност се дава на личните карактеристики .

[15] Neckel S, Schaffner AK, Wagner (2017) G Burnout, Fatigue, Exhaustion. An Interdisciplinary Perspectives on a Modern Affliction,ISBN 978-3-319-52887-8 (eBook) , Schaufeli, WB Burnout: A Short Socio-Cultural History (105-129)

[16] Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. Career Develop Intern 2009;14:204-20. [Google Scholar]

Помодерните теории тврдат дека работата и личните карактеристики треба да се проучуваат истовремено во организационата средина[17] (Bianchi, 2018, Maslach and Leiter,2016)

Во пионерската фаза на истражување се сметало дека синдромот на согорување настанува само како резултат на интеракцијата помеѓу давателот и корисникот на услугата на работното место, но Christina Maslach ја проширува теоретската рамка и синдромот на согорување го истражува од аспект на личноста во контекстот односно на релација работа – личност, земајќи го во обзир и индивидуалниот стрес одговор.

Во книгата " Burnout the cost of caring "[18] влијанието на факторите на личноста и факторите на работното место во развој на синдромот на согорување го објаснува на два начина. Прво со феноменот "Mea culpa " (моја грешка) каде индивидуата се самообвинува за својата неефикасност и заморот што го чувствува во еден колектив, каде никој од вработените не сака да признае дека има проблем. Дури и кога ќе увиди дека грешката е во факторите на работното место, индивидуата се самообвинува дека требала да постапи на друг начин и дека требала да биде поефикасна во одредена ситуација. Вториот начин е со обвинување на другите. Во овој случај индивидуите причината за својата исцрпеност ја гледаат во захтевните клиенти и пациенти и на тој начин го оправдуваат нехуманиот однос што го развиваат спрема клиентите, како спрема главни виновници, или со обвинување на жртвата дека се што и се случува е по заслуга и затоа помагателот не треба емотивно да се инволвира спрема луѓето во потреба, туку на нив треба да гледа како на предмети.

1.1.1 Ситуациони фактори

Ситуациони фактори ги претставуваат факторите за ризик на развој на синдромот на согорување на работното место .

[17] National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine 2019. Taking Action Against Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being.Washington, DC: The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/25521

[18] Maslach C prologue by Philip G.Zimbardo 2003,2015 Burnout the cost of caring

Според Maslach, Schaufeli и Leiter, (2001)[19] ситуационите фактори се објаснуваат преку карактеристиките на работното место, окупационите и организациските карактеристики. Во карактеристики на работното место спаѓаат: обемните работни задачи, работата под притисок, достапните ресурси, нејасната улога на вработениот. Карактеристиките на работното место се многу истражувани каде е докажана висока корелација со димензијата емоционална исцрпеност.

Окупационите карактеристики се својствени за одредени професии. Некои професии поради природата на работата со клиенти или пациенти ги прави поранливи на синдром на согорување. Работата со поголем број на захтевни клиенти или тешко болни пациенти, доведува до поголемо емотивно инволвирање, а со тоа и до емоционално исцрпување и

Организациските карактеристики, се однесуваат на начинот на раководење на организацијата, хиерархијата, распределбата на ресурсите и просторот, односот помеѓу колегите. Доколку не се засновани на правичност, тогаш настанува согорување.

Maslach и Leiter во 1997 година, ситуационите фактори за развој на синдром на согорување на работното место, ги групират во шест групи и ги нарекуваат шест области во работниот живот. Тука спаѓаат обем на работа, контрола, награда, заедница, праведност и конфликт на вредности кои ќе бидат подоцна објаснети во поглавјето 1.2. Модели на настанување на синдромот на согорување.

Како најчести причини за согорување кај здравствените работници според Американската Национална академија за наука, инженерство и медицина (2019)[20] се обемот на работата, работното време, дежурствата, несоодветен персонал, недоволно персонал, временски притисок за извршување на задачите, ограничената автономија во планирање на работните активности во текот на смената.

Технологијата се опишува некогаш како предност, а во одредени случаи може да биде и пречка.

[19] Maslach, C, Schaufeli,W.B, Leiter M.P(2001).Job burnout, Annu. Rev. Psychol. 2001. 52:397–422

[20] National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine 2019. Taking Action Against Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being.Washington, DC: The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/25521

Потребата од дообразба за да се зачува позицијата или да не се заостанува зад другите го зголемува ризикот од согорувањето, бидејќи на тој начин се окупира слободното време што треба да се насочи на себе или на блиските.

Административните задачи како причина за согорување кај лекарите, се поврзуваат од една страна со водење на електронската историја на болеста, на што се губат многу часови од работното време или на барање на термини на прегледи, лаборатории или други дијагностички испитувања за време на амбулантската работа. Кај медицинските сестри/техничари, административната работа се состои во водењето на тераписки тетратки, пресметки, известувања за квалитетот, набавки, чек листи за извршените задачи. Административната работа истовремено го зголемува обемот на работа кај здравствениот персонал и го намалува времето поминато со пациентите и на тој начин го зголемува незадоволството од здравствените услуги.

Моралниот дистрес или моралната вознемиреност се појавува кога професионалните и етичките вредности на вработените не се во согласност со оние на семејството и пациентите. Многу често докторите ординираат третман за којшто знаат дека нема да ја подобри состојбата кај пациентот, го продолжуваат процесот на умирање или даваат лажна надеж на семејството или на пациентот.

Физичките и вербални напади врз медицинскиот персонал од страна на членовите на семејството се случуваат често и се спомнати како една од причините за согорување.

1.1.2. Индивидуални фактори

Во индивидуалните ризик фактори спаѓаат: социодемографските фактори, личните особини , стратегиите за справување со стресот и отпорноста на стрес .

1.1.2.1 Социодемографски фактори

Од социодемографските фактори најчесто се истражувани полот, возраста, работниот стаж и родителството.

Што се однесува до полот студиите покажале дека жените се со зголемен ризик од согорување во однос на мажите (El-Ibiary et al.,2017; Lahoz and Mason,1990; Shanafelt et al., 2012, 2014, 2015,2016; Templeton et al.,2019).[21]

Синдромот на согорување кај жените е во повисока корелација со емоционалната исцрпеност, а кај мажите со деперсонализацијата . Развојот на фазите на синдромот на согорување во зависност од полот се истражувани во лонгитудинално истражување на Houkes и колегите (2011).[22] Истражувањето било спроведено во три периода во 2002, 2004 и 2006 година врз 212 холандски општи лекари, од кои 128 биле мажи. Резултатите покажале дека холандските жени имаат повисоки нивоа на емоционална исцрпеност , а кај мажите деперсонализацијата е на повисоко ниво.

Но, според West и колегите (2018) [23] резултатите од демографските фактори, вклучувајќи го полот, годините, малцинството, финансиската состојба и улогите во семејството се непостојани и потребно е дополнително разјаснување за нивното влијание врз синдромот на согорување.

Родителството се покажало дека го намалува ризикот за согорување, но во кој степен ќе влијае врз ризикот за развој на согорувањето, сепак зависи од возраста на децата (Dyrbye et al., 2011, El-Ibiary et al., 2017, Shanafelt et al., 2009, 2014).[24]

Во однос на возраста и работниот стаж, помладите работници се во поголем ризик за развој на синдром на согорување поради предизвикот да постигнат успех и да бидат прифатени кај постарите колеги (Dyrbye et al., 2011; El-Ibiary et al., 2017; Shanafelt et al., 2015, 2016).[25]

---

[21] National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine 2019. Taking Action Against Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being.Washington, DC: The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/25521

[22] Houkes I, Winants Y, Twellaar M, Verdonk P. Development of burnout over time and the causal order of the three dimensions of burnout among male and female GPs. A three-wave panel study. BMC Public Health. 2011 Apr 18;11:240. doi: 10.1186/1471-2458-11-240. PMID: 21501467; PMCID: PMC3101180.

[23] West, CP, Dyrbye, LN, Shanafelt, TD. (Mayo Clinic, Rochester, MN; and Stanford University Medical Center, Stanford, CA, USA). Physician burnout: contributors, consequences and solutions (Review). J Intern Med 2018; 283: 516– 529.

[24] ibid

[25] ibid

Меѓутоа, Maslach и колегите (2001)[26] сметаат дека влијанието на демографските карактеристики треба да се набљудува повнимателно, бидејќи резултатите ќе се разликуваат во зависност од општествените прилики, родовата еднаквост, професијата што ја извршуваат и сметаат дека поголем акцент треба да се стави на личните особини.

Ahola (2007)[27] врз основа на истражувања во Шведска и Финска нагласува дека во однос на полот, жените согоруваат повеќе за разлика од мажите, повозрасните вработени над 50 години пријавуваат повисоко ниво на согорување во однос на помладите работници. За нивото на образование и брачниот статус резултатите од истражувањата не биле конзистентни. Меѓутоа и за Ahola, резултатите од истражувањата се дискутабилни, бидејќи студиите не биле прилагодени за истражување на влијанието на социодемографските варијабли врз синдромот на согорување туку најчесто биле користени само за опис на примерокот, а потоа биле прилагодувани за истражување на асоцијацијата со синдромот на согорување .

1.1.2.2 Лични особини

Основните пет особини што ја дефинираат личноста се: отвореност кон нови искуства, совесност, екстровертност, согласност и невротичност. Теоријата на "Големите пет особини" или уште се нарекува и "Петофакторски модел" се базира на претпоставките дека личните особини се релативно стабилни со текот на времето и во различни ситуации и овозможуваат да се претпостави однесувањето кај одредена индивидуа.[28]

Невротичните индивидуи се емоционално нестабилни и неотпорни на психолошки стресови, а високо невротичните индивидуи се склони кон анксиозност, тага и промени во расположението. Според истражувањето на Bianchi (2018) [29] ,

[26] Maslach, C, Schaufeli,W.B, Leiter M.P(2001).Job burnout, Annu. Rev. Psychol. 2001. 52:397–422

[27] Ahola K. Occupational burnout and health. People and Work Research Reports 81. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, 2007. [Google Scholar]

[28] Najm, Najm. (2019). Big Five Traits: A Critical Review. Gadjah Mada International Journal of Business. 21. 159-186.

[29] Bianchi R. Burnout is more strongly linked to neuroticism than to work-contextualized factors. Psychiatry Res. 2018 Dec;270:901-905. doi: 10.1016/j.psychres.2018.11.015. Epub 2018 Nov 8. PMID: 30551342.

невротичноста е во посилна корелација со синдромот на согорување отколку со факторите на работното место.

Allen и De Yang (2017) [30] , истакнуваат дека од невротичноста зависат индивидуалните разлики во биолошките системи кои управуваат со одбранбените одговори на закана, казнување и неизвесност.

Спротивно на екстровертноста, интровертноста е во висока корелација со синдромот на согорување. (McManus et al. 2004, Yao et al., 2018).[31]

Релацијата помеѓу личните особини и синдромот на согорување кај онколошките сестри била истражувана од Molavynejad и соработниците (2019)[32].Истражувањето покажало силна позитивна, корелација помеѓу невротичноста со емоционалната исцрпеност и помеѓу невротичноста со негативниот став кон работата, а силна негативна корелација со димензијата на личен успех. Онколошките сестри кај кои доминирале особините на отвореност кон нови искуства и совесност имале високи резултати на скалата на личен успех.

Како други аспекти на личноста се спомнуваат и локусот на контрола, односно индивидуите кои имаат надворешен локус на контрола ги препишуваат своите успеси на други или на случајност наместо на себе си, се посклони кон согорување. Самодовербата е поврзана со тоа како индивидуата се справува со стресот (Fida et al., 2018, Moreno-Jiménez et al., 2008).[33]

---

[30] De Young,CG,Allen,TA(2019) Personlity Neuroscience:A development Perspective, 79-105,Handbook of personalitydevelopment,The Guiilford Press,New York

[31] National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine 2019. Taking Action Against Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being.Washington, DC: The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/25521

[32] Molavynejad S, Babazadeh M, Bereihi F, Cheraghian B. Relationship between personality traits and burnout in oncology nurses. J Family Med Prim Care. 2019 Sep 30;8(9):2898-2902. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_423_19. PMID: 31681663; PMCID: PMC6820379.

[33] ibid

1.1.2.3 Стратегии за справување со стресот (Coping Strategies)

Справувањето со стресот се дефинира како мисли и однесувања кои се користат во управувањето на внатрешните и надворешните барања кои ги сметаме за стресни (Folkman, S, Moskowitz ,JT, 2004).[34]

Стратегиите за справување со стресот, Folkman и Moskowitz (2004) ги групираат во следните четири групи:

1.Стратегии фокусирани на проблемот којшто предизвикува дистрес. Тука се вбројува активното справување, планирање, справување со воздржување и потиснување на конкурентните активности;

2.Стратегии фокусирани на емоциите имаат за цел да ги намалат негативните емоции поврзани со проблемот. Во оваа група спаѓаат позитивно преструктуирање, прифаќање, насочување кон религијата и хуморот;

3.Стратегии фокусирани на значењето, каде индивидуите користат когнитивни стратегии да го пронајдат значењето за да се справат со ситуацијата и

4.Социјалните стратегии на справување, односно социјална поддршка, каде стресот се намалува преку емоционална или инструментална поддршка од околината (Algorani E.B; Gupta.V,2022)[35]

Истражувачите имаат спротиставени гледишта за ефектите на стратегиите на справување и синдромот на согорување.Некои студии на лекари објавиле дека справувањето со избегнување го зголемува ризикот од согорување (Pejuskovic et al., 2011; Pisanti, 2012) додека справувањето фокусирано на задача го намалува ризикот на синдром на согорување (Bertges Yost et al., 2005).[36] Истражувањата на Howlett и

[34] Folkman S, Moskowitz JT. Coping: pitfalls and promise. Annu Rev Psychol. 2004;55:745-74. [PubMed]

[35] Algorani EB, Gupta V. Coping Mechanisms. [Updated 2022 Apr 28]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559031

[36] National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine 2019. Taking ActionAgainst Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being.Washington, DC: The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/25521

колегите во 2015 година[37], демонстрирале дека нема значајна врска помеѓу стратегиите на справување со избегнување и со фокус на задачата со синдромот на согорување.

Стиловите на справување поврзани со стратегијата на избегнување се во корелација со предиспозицијата за развој на психијатриски заболувања како што се пост трауматското стресно растројство,анксиозност ,депресија, а стратегиите фокусирани на проблемот се позитивно поврзани со добросостојбата и повисокиот квалитет на живот (Santarnecchi E et al, 2018).[38]

Во студија на Keith и соработниците (2009) [39]биле истражувани стратегиите за справување со стресот кај лекари, членови на Американската академија за хоспис и палијативна медицина. Лекарите биле испитувани со отворен анкетен прашалник на прашања како се справуваат со стресот и што би им советувале на помладите работници. Испитаниците пријавиле дека најчесто практикуваат вежби и физичка активност, се насочуваат кон духовното, тимска работа, практикуваат медитација за време на паузите, споделувањето на информации помеѓу колегите го сметале за корисно и сметале дека е потребна промена на професионалните одговорности.

1.1.2.4 Отпорност на стрес (Resilience)

Отпорноста на стрес претставува процес и резултат на успешно прилагодување на тешките или предизвикувачки животни искуства преку ментално и емоционално флексибилно, прилагодено однесување на надворешните и внатрешните барања. (APA)[40]

---

[37] Howlett M, Doody K, Murray J, LeBlanc-Duchin D, Fraser J, Atkinson PR. Burnout in emergency department healthcare professionals is associated with coping style: a cross-sectional survey. Emerg Med J. 2015 Sep;32(9):722-7. doi: 10.1136/emermed-2014-203750. Epub 2015 Jan 20. PMID: 25604324

[38] Santarnecchi E, Sprugnoli G, Tatti E, Mencarelli L, Neri F, Momi D, Di Lorenzo G, Pascual-Leone A, Rossi S, Rossi A. Brain functional connectivity correlates of coping styles. Cogn Affect Behav Neurosci. 2018 Jun;18(3):495-508. [PubMed]

[39] Keith M. Swetz, Sarah E. Harrington, Robin K. Matsuyama, Tait D. Shanafelt, and Laurie J. Lyckholm.Strategies for Avoiding Burnout in Hospice and Palliative Medicine: Peer Advice for Physicians on Achieving Longevity and Fulfillment.Journal of Palliative Medicine.Sep 2009.773 777.http://doi.org/10.1089/jpm.2009.0050

[40] https://www.apa.org/topics/resilience#

Да се биде отпорен на стрес, како што се преведува од англискиот термин "Resilience" не значи дека стресните ситуации немаат влијание врз луѓето туку дека постои прилагодување на трауматските случувања и стресните ситуации секако доведуваат до емоционална вознемиреност, но не оставаат штетни последици по здравјето.[41]

Сите дефиниции за отпорноста на стрес содржат ризик што се поврзува со позитивни резултати , а перцепцијата за ризик кај секој поединец се разликува и варира од неповолни ситуации на работно место до тешки животни настани. Отпорноста на стрес зависи од личните особини и предиспозиции и додека кај одредени поединци предизвикува ментална болест, други успеваат успешно да се адаптираат дури и повеќе да зајакнат по стресното искуство.[42]

Студиите покажале дека високите нивоа на отпорност на стрес, го намалуваат ризикот од согорување кај медицинските сестри (Guo et al., 2018, Mealer et al., 2012, Rushton et al., 2015) и се поврзани со помала веројатност за развој на посттрауматско нарушување, анксиозност и депресија. (Mealer et.al 2012).[43]

1.2Модели за настанување на синдром на согорување

Постојат повеќе теоретски модели кои го објаснуваат настанувањето на синдромот на согорување , а врз основа на причините за настанувањето се утврдува и начинот на интервенцијата. Според Rupert и колегите (2015)[44] најчесто употребуваните теоретски модели се моделот на Работни барања наспроти Работни ресурси (Job

[41] American Psychological Association. The road to resilience. The road to resilience 2011. Availableat: https://www.apa.org/helpcenter/road-resilience. Ac-cessed July 26, 2019.

[42] Keith M. Swetz, Sarah E. Harrington, Robin K. Matsuyama, Tait D. Shanafelt, and Laurie J. Lyckholm.Strategies for Avoiding Burnout in Hospice and Palliative Medicine: Peer Advice for Physicians on Achieving Longevity and Fulfillment.Journal of Palliative Medicine.Sep 2009.773-777.http://doi.org/10.1089/jpm.2009.0050

[43] National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine 2019. Taking ActionAgainst Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being.Washington, DC: The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/25521

[44] Rupert, P. A., Miller, A. O., & Dorociak, K. E. (2015). Preventing burnout: What does the research tell us? Professional Psychology: Research and Practice, 46(3), 168–174. doi:10.1037/a0039297 10.1037/a0039297 https://sci-hub.st/10.1037/a0039297

Demands-Resources Model- JD-R) на Bakker и Demerouti од 2001 година и Теоријата на зачувување на ресурсите (Conservation of resources theory -COR) на Hobfoll од 1989 година.

Во продолжение се објаснети најзастапените модели во литературата на синдромот на согорување.

1.2.1.Модел на посредување (Mediation Model)

Maslach и Leiter во 1997 година,[45] [46] ситуационите фактори ги групират во шест групи коишто ги нарекуваат шест области во работниот живот и врз основа на индивидуалниот стрес одговор, формираат модел наречен Модел на посредување што се нарекува и Areas of worklife model- AW.

Причините за согорување ги групираат на следниот начин:

1.Обемот на работа каде нерамнотежата помеѓу работните задачи и расположливите ресурси е главна причина за согорување . Вработениот не може да постигне да ги изврши задачите и тоа води до физичка и емоционална исцрпеност;

2.Недостаток на контрола се однесува на автономијата која ја има вработениот во вршењето на работните активности и донесување на одлуки;

3. Недостаток на награда, каде вработениот чувствува дека не е доволно награден за својата работа, независно дали се работи за материјална награда или признание ;

4. Заедница која го претставува квалитетот на социјалната интеракција (личниот однос и тимската работа) помеѓу колегите, менаџерите и клиентите. На работното место каде нема тимска работа, кога постои непријателство и конкуренција тогаш стресот е на високо ниво и извршувањето на работните обврски е отежнато;

5. Отсуство на праведност , се однесува на доверба и почит на работното место, доколку вработениот почувствува дека постои неправеден третман тоа може да

[45] Maslach, C, Schaufeli,W.B, Leiter M.P(2001).Job burnout, Annu. Rev. Psychol. 2001. 52:397–422
[46] MaslachC, 2006, Understanding job burnout (37-51)
https://www.researchgate.net/publication/285167294_Understanding_job_burnout

доведе до интензивирање на емоциите, кои може да доведат до психолошки последици и

6. Конфликт на вредности, се однесува на аспирациите,мотивацијата и идеалите на поединецот во работата. Доколку вредностите на вработениот не се сложуваат со вредностите на организацијата на работа, ако од вработениот се бара да направи нешто со кое тој не се сложува може да доведе до напуштање на работата, казна од работодавецот или грижа на совест којашто кај поединецот ќе доведе до согорување.

Секое несовпаѓање или нерамнотежа помеѓу личноста и шесте области во работата може да ја интензивира можноста за согорување (Maslach and Leiter,2016)[47]

1.2.2 Модел на Работни барања наспроти Работни ресурси (Job Demands-Resources Model)

Според Моделот Работни барања наспроти Работни ресурси(Job Demands-Resources Model- JD-R) на Bakker и Demerouti[48] од 2001 година, стресот претставува одговор на нарушената рамнотежа помеѓу високите работни барања и ограничените работни ресурси. Работните барања и работните ресурси претставуваат една поширока категорија што варира во зависност од организацијата и ги вклучува организациските, физичките и социјалните аспекти на работата. Овој модел, освен што ги објаснува причините за настанување на синдромот на согорување го објаснува и обратниот процес на согорувањето што се нарекува ангажираност (engagement).

JD-R моделот претставува двоен процес (Schaufeli ,2017)[49] Првиот е мотивационен процес, каде доколку има голема расположливост на ресурси на работно место тоа води до позитивни организациони резултати, а вториот е процесот на стрес, односно

[47] .Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. World Psychiatry. 2016;15(2):103–11.

[48] Bakker.A,Demerouti,E(2007)"TheJob Demands-Resources model:state of the art", Journal of Managerial Psychology, Vol. 22 Issue: 3, pp.309-328, https://doi.org/10.1108/02683940710733115

[49] Schaufeli W. The job demands-resources model: a 'how to'guide to increase work engagement and prevent burnout. Organ Dyn. 2017;46:120–32.
https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/476.pdf

прекумерните работни барања и ограничените работни ресурси може да доведат до состојба на согорување и проблеми со менталното здравје.

На мотивацијата освен организацијата и тимската работа, влијаат и личните особини од кои зависи дали работата ќе се смета за предизвик или напор. На тој начин вработените активно учествуваат во дизајнирањето на својата работа. Авторите Bakker и Demerouti (2018)[50] нагласуваат дека оптимистичните вработени ќе ги искористат сите свои ресурси за да се справат со тешката задача каде предизвик ќе им биде да постигнат успех, додека немотивираните вработени се само пасивни извршители на работните задачи.

JD-R- моделот ги интегрира сите постари модели на објаснување на причините на настанување на синдромот на согорување, што се накратко објаснети во продолжение.

1.2.3Модел Работни барања –контрола (Job Demands-Control Model- JDC)

Моделот Работни барања –контрола (Job Demands-Control Model- JDC)[51] на Karasek од 1979 година, го објаснува настанувањето на синдромот на согорување како резултат на работните барања и ниската контрола врз извршување на работните задачи. Работните барања во овој модел се ограничени и се однесуваат најчесто на зголемениот обем на работа и временски притисок за извршување на работата, а ресурсите се однесуваат на можноста на контрола и автономија во работата и организирање на работниот ден. Комбинацијата помеѓу високите барања и ниската контрола го нарушува здравјето, а комбинацијата помеѓу високите барања и високата контрола предизвикува раст и задоволство.

[50] Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2018). Multiple levels in job demands-resources theory: Implicationsfor employee well-being and performance. In E. Diener, S. Oishi, & L. Tay (Eds.), Handbook of well-being. Salt Lake City, UT: DEF Publishers. DOI:nobascholar.com

[51] Chirico, F. (2016). Job stress models for burnout syndrome: a review. Annali dell'Istituto superiore di sanita. 52. 10.4415/ANN_16_03_17.

1.2.4. Модел на карактеристики на работата (Job characteristic model JCM)

Модел на карактеристики на работата (Job characteristic model- JCM) на Hackman и Oldham [52] датира од 1974 година и ги набљудува вработените од аспект на индивидуалните барања во работниот процес. Моделот се базира на пет основни карактеристики:

1. Вештините на работникот, односно разновидноста и бројот на вештините кои се користат во извршување на задачата.

Авторите тргнуваат од претпоставката дека задачите што се повторуваат не му помагаат на вработениот да развие нови вештини. Работата станува монотона ,се извршува рутински, додека разновидните задачи водат кон активација на работникот, совладување на нови вештини и на тој начин се зголемува мотивацијата и задоволството кај вработените.

2.Идентитетот на задачата го претставува степенот на извршување на задачата односно, задоволството кај вработениот ќе биде поголемо доколку е извршена целата задача, а не само еден дел.

3.Значењето на работата што се извршува, подразбира колку вработениот смета дека извршената задача има значење за пациентот, клиентот или организацијата.

4.Автономијата што ја има вработениот при планирање и извршување на задачата и

5 Повратниот одговор што го добива вработениот по завршената задача.

Моделот на работните карактеристики во последните години е широко применуван за дизајнирање на работните места, за подобрување на задоволството од работата, мотивацијата и работните перформанси.

[52] Kamani, Tanvi, Analysis of the Job Characteristics Model (January 15, 2020). Available at SSRN: https://ssrn.com/abstract=3600844 or http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3600844

1.2.5. Модел на нерамнотежа на труд-награда(Effort –Reward Imbalance model-ERI)

Според Моделот на нерамнотежа на труд-награда (ERI)[53] [54] на медицинскиот социолог, Siegrist od 1996 година, стресот настанува кога трудот е непропорционален со наградата и повторливото искуство, предизвикува негативни емоции и го нарушува менталното здравје Настанувањето на синдромот на согорување го објаснува со недостаток на награда за вложениот труд и се фокусира на награда како плата, почит, унапредување. Овој модел се објаснува со потребата од награда според внатрешната перцепција за сопственото ангажирање и зависи од претходните стресни искуства и когнитивни шеми при извршување на работните задачи.

1.2.6. Теорија на зачувување на ресурсите (Conservation of resources theory - COR)

Теорија на зачувување на ресурсите (Conservation of resources theory -COR)[55] на Hobfoll od 1989 година, се темели на мислењето дека секој поединец се стреми да ги зачува, задржи и заштити ресурсите. Стресот настанува кога ресурсите почнуваат да се губат или не може да се надополнат. Ресурсите ги претставуваат личните особини и карактеристики, предмети и состојби кои ги вреднува поединецот. Но и кога ресурсите не се загрозени, поединците треба да се насочени кон нивно надополнување со проактивно справување, преку планирање на непредвидени ситуации, рано дејствување при закани, градење на ефикасни, кохезивни тимови со социјална и емотивна поддршка.

[53] Види повеќе во Ren C, Li X, Yao X, Pi Z, Qi S. Psychometric Properties of the Effort-Reward Imbalance Questionnaire for Teachers (Teacher ERIQ). Front Psychol. 2019 Sep 12;10:2047. doi: 10.3389/fpsyg.2019.02047. PMID: 31572259; PMCID: PMC6751258.

[54] Види повеќе Chirico, F. (2016). Job stress models for burnout syndrome: a review. Annali dell'Istituto superiore di sanita. 52. 10.4415/ANN_16_03_17.

[55] https://ebrary.net/136492/psychology/conservation_resources_theory

1.3.Симптоми на синдромот на согорување

Клиничките симптоми на синдромот на согорување може да се манифестираат во повеќе групи на симптоми:

Когнитивни: проблеми со меморијата, мисли за самоубиство, самообвинување, ниска самодоверба. Неколку студии покажале дека вниманието, концентрацијата и работната меморија се оштетени кај согорените пациенти (Deligkaris et al,2014)[56]. Се јавуваат потешкотии во јасно размислување, се јавува заборавеност и проблеми со фокусирањето на работата што доведува до нарушување на работниот процес. Deligkaris и соработниците во истражувањето иако ја утврдуваат асоцијацијата помеѓу синдромот на согорување и когнитивните симптоми сепак нагласуваат дека кај испитаниците не се исклучени другите фактори кои допринесуваат за когнитивното нарушување.Анксиозноста и депресијата, потоа конзумирање на алкохол , седативи, психотропни супстанци како негативни стратегии за справување со стресот, нарушен сон, замор и слабата мотивација што воедно и ја претставуваат клиничката слика кај согорувањето, но може влијаат врз резултатите од истражувањето.

Емоционални: се јавуваат потешкотии во изразување и контролирање на емоциите, фрустрираност и иритабилност, анксиозност и паника, чувство на истрошеност, досада, чувство на вознемиреност и тага без одредена причина.[57]

Соматски: тензични главоболки, проблеми со гастроинтестиналниот тракт, замор, мускулна болка, несоница, неспецифична болка , респираторни проблеми, кардиоваскуларни проблеми ,вртоглавица.Истражувањата на Hammarström и соработниците (2023)[58] сугерираат дека преваленцата на претходно наведените симптоми е изразено повисока кај синдромот на согорување, а постоење на четири или повеќе симптоми укажува на постоење на ризик од согорување.

[56] Deligkaris, Pavlos & Panagopoulou, Efharis & Montgomery, Anthony & Masoura, Elvira. (2014). Job burnout and cognitive functioning: A systematic review. Work and Stress. 28. 107-123. 10.1080/02678373.2014.909545.

[57] Marín, Gerardo. (2022). Burnout Syndrome. 1. 19-30

[58] Hammarström P, Rosendahl S, Gruber M, Nordin S. Somatic symptoms in burnout in a general adult population. J Psychosom Res. 2023 Mar 8;168:111217. doi: 10.1016/j.jpsychores.2023.111217. Epub ahead of print. PMID: 36921422

Бихејвјорални: потешкотии во релаксирањето, цинизам, отсуства од работа, намалена продуктивност на работното место, зголемен внес на алкохол и лекови за смирување, вклучување во активности со висок ризик кои за прв пат се манифестираат кај индивидуата.[59]

Поради когнитивните оштетувања и емоционалната лабилност, согорените индивидуи ќе имаат повеќе конфликти со други луѓе. Во почетокот конфликтите се појавуваат во приватниот живот, бидејќи согорените индивидуи имаат потреба да ја задржат позитивната слика за себе на работното место, а потоа кавгите се прошируваат и на работното место и

Интерперсонални: се манифестираат со изолација, површност во контактите со останатите .[60]

1.4. Мерење на синдромот на согорување

Најчесто употребуваниот инструмент за мерење на согорувањето е Маслач инструментот за мерење на согорувањето -Maslach Burnout Inventory (Schaufeli et al,2009[61] Bianchi, 2021[62]) бидејќи е единствениот инструмент со кој се мерат сите димензии на синдромот на согорување преку три субскали EE -емоционална исцрпеност DP – деперсонализација(негативен став кон работата и луѓето) и PA - намалено чувство на личен успех.

MBI е развиен во 1986 година од социјалните психолози Christina Maslach и Susan Jackson и до тој период без можност на емпириска проверка , синдромот на согорување се сметал за забавна психологија (pop psychology).[63]

Во почетокот е развиен како инструмент кој се користел воопштено за сите работници кои работеле во хуманите сервиси (MBI–Human Services Survey)[64],[65], а

[59] Marín, Gerardo. (2022). Burnout Syndrome. 1. 19-30

[60] ibid

[61] Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. Career Develop Intern 2009;14:204-20. [Google Scholar]

[62] Bianchi, R., Verkuilen, J., Schonfeld, I. S., Hakanen, J.J., Jansson-Fröjmark, M., Manzano-García, G., Laurent, E., & Meier, L.L. (2021). Is burnout a depressive condition? A 14-sample meta-analytic and bifactor analytic study. *Clinical Psychological Science, 9*(4), 579–597. https://laurenzmeier.info/pdf/Bianchi2021.pdf

[63] Maslach, C, Schaufeli,W.B, Leiter M.P(2001).Job burnout, Annu. Rev. Psychol. 2001. 52:397–422

потоа е доразвиван и специјализиран за: здравствени работници (MBI Human Services Survey, Medical Professionals (MBI–HSS [MP]), за едукатори во образованието (MBI– Educators Survey (MBI-ES)), потоа Маслач инструмент за мерење на согорувањето кај останатите професии (MBI–General Survey (MBI–GS) и Маслач инструмент за мерење на согорувањето кај студентите и учениците(MBI–Student Survey (MBI–SS)). Со развивањето на генералната верзија на анкетниот прашалник (MBI–GS), синдромот на согорување престанал да биде само синдром кој се јавува кај помагателни и негователски професии туку било можно да се направи проценка и кај другите работни профили.

Во генералната верзија, компонентите се редефинирани каде емоционалната исцрпеност претставува силен замор без оглед на причината, деперсонализација е заменета со цинизам кој го претставува рамнодушниот, дистанциран став кон работата, а не кон примателите на услугата, а недостатокот на професионална ефикасност ги опфаќа и социјалните и несоцијалните аспекти на професионалните достигнувања.

Освен MBI, постојат и други инструменти за мерење на согорувањето како што се : Олденбург инструментот за мерење на согорувањето (Oldenburg Burnout Inventory) преку кој се оценува физичкото, психичкото, когнитивното и афективното исцрпување и исклучувањето од работата (Demerouti and Bakker, 2008);[66]

Копенхаген инструментот за мерење на согорувањето (Copenhagen Burnout Inventory) ја оценува личната исцрпеност поврзана со работата и со клиентите (Kristensen et al., 2005);[67]

Стенфорд индексот на професионална исполнетост (Stanford Professional Fulfillment Index) ја оценува емоционалната исцрпеност ,интерперсоналното неангажирање и професионалното исполнување (NAM, 2018; Trockel et al., 2018)[68]

---

[64]Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach burnout inventory manual. 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.

[65] Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach burnout inventory manual. 4th ed. Menlo Park, CA: Mind Garden Inc; 2018.

[66] National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine 2019. Taking Action Against Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being. Washington, DC: The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/25521

[67] ibid

[68] ibid

Maslach и Leiter[69] врз основа на истражувањата согледале дека синдромот на согорување е континуиран процес кој се развива по одреден редослед, иако секоја субскала се проценува посебно .Прво доаѓа до емоционалната исцрпеност, потоа се развива цинизмот како одбранбен механизам, како заштита од исцрпувањето и сето тоа доведува до професионална неефикасност.

Меѓутоа постојат истражувања коишто врз основа на резултатите сметаат дека синдромот на согорување се развива по друг редослед. .

Golembiewski и колегите (1996)[70] сметаат дека деперсонализацијата се развива како прва компонента, како обид за справување со стресот на работното место, потоа настапува ниското чувство на личен успех и на крај настанува емоционалната исцрпеност .

Според Lee и Ashforth (1993)[71] синдромот на согорување може да се развие во два правци. Во двата случаи започнува од емоционалната исцрпеност и доведува или до деперсонализација или до намалено чувство на личен успех.

Истражувањата на Van Dierendonc, Schaufeli and Buunk (2005) [72] исто така го доведуваат во прашање редоследот на фазите во развој на синдромот на согорување.

Според истражувачите причина за развој на синдромот на согорување во овој случај е незадоволството од работата кое доведува до намаленото чувство на личен успех , потоа се развива деперсонализацијата, а димензијата на емоционална исцрпеност настанува на крај поради намалено користење на ресурсите.

Leiter и Maslach[73] во 2016 година, критички се осврнуваат на својот став дека синдромот на согорување се одвива по одреден редослед и сметаат дека луѓето би можеле да искусат различни модели на развивање на синдромот на согорување кои би биле променливи во различни временски периоди. Нагласуваат дека е потребен централен пристап кон личноста ,бидејќи индивидуалниот одговор на стрес се разликува и за таа цел како што нагласуваат авторите треба да има повеќе различни шеми за утврдување на синдромот на согорување .

---

[69] Maslach, C, Schaufeli,W.B, Leiter M.P(2001).Job burnout, Annu. Rev. Psychol. 2001. 52:397–422

[70] Dirk van Dierendonck, Wilmar B. Schaufeli & Bram P. Buunk (2001) Toward a process model of burnout: Results from a secondary analysis, European Journal of Work and Organizational Psychology, 10:1, 41-52, DOI: 10.1080/13594320042000025

[71] ibid

[72] ibid

[73] Leiter, MP. and Maslach,C,2016, Latent burnout profiles: a new approach to understandingthe burnout experience, Burnout research, vol. 3, no. 4, pp. 89-100.DOI: 10.1016/j.burn.2016.09.00165.

Овие теории за различниот процес за настанување на синдромот на согорување не се доволно истражувани, туку со текот на времето се настојувало да се поедностави синдромот на согорување со испитување на само една димензија, димензијата на емоционална исцрпеност. Емоционалната исцрпеност се смета за основна димензија во проценката на синдромот на согорување бидејќи на тој начин било полесно да се изедначи со болест како што е случајот во Холандија и Шведска .

Меѓутоа изедначувањето на синдромот на согорување со само една димензија, нема никакво значење за истражувачите. Сите лингитудинални студии кои ги користат базите на податоци, за да податоците бидат валидни основниот услов им е испитаниците да бидат испитувани со Маслач анкетниот прашалник со сите три димензии. Се употребуваат и скратените верзии на MBI кои според едни автори имаат докази за нивната валидност (West et al, 2009, 2012)[74] но има и студии кои ја оспоруваат валидноста на резултатите, односно резултатите од скратената верзија на MBI покажуваат многу повисоки резултати во проценката на синдромот на согорување (Lim WY et al,2020)[75].

Присуството на синдромот на согорување се утврдува со високо ниво на емоционална исцрпеност, високо ниво на негативен став кон работата и ниско ниво на личен успех. Алтернативен пристап за утврдување на синдромот на согорување е високо ниво на емоционална исцрпеност со високо ниво на негативен став кон работата или високо ниво на емоционална исцрпеност со ниско ниво на личен успех.(Dyrbye et al,2009)[76]

1.5. Последици од синдромот на согорување

Последиците од синдромот на согорување ги чувствуваат вработените, пациентите и работните организации.

---

[74] National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine 2019. Taking Action Against Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being.Washington, DC: The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/25521

[75] Lim WY, Ong J, Ong S, et al. The Abbreviated Maslach Burnout Inventory Can Overestimate Burnout: A Study of Anesthesiology Residents. J Clin Med 2019; 9 (1): 61

[76] Dyrbye, L.N., West, C.P. & Shanafelt, T.D. Defining Burnout as a Dichotomous Variable.*J GEN INTERN MED* **24**,440 (2009).https://doi.org/10.1007/s11606-008-0876-6

Истражувањата покажале дека синдромот на согорување доведува до намалени работни перформанси, проблеми во семејните односи и лошо здравје.

Многу студии на доктори и сестри демонстрираат врска помеѓу синдромот на согорување и воочени медицински грешки (Garrouste-Orgeaset et al., 2015, Holden et al., 2011, Lu et al., 2015, Oskrochi et al., 2016, Tawfik et al.,2018,).[77]

Salvagioni и колегите,(2017) [78] ги истражувале последиците од синдромот на согорување и дошле до резултати дека од физичките болести најзастапени се кардиоваскуларните заболувања, бидејќи синдромот на согорување е во висока корелација со ризик факторите за овие болести како што се: диабетес тип2, висок холестерол, висок притисок.

Освен кардиоваскуларните заболувања и мускулно скелетните заболувања биле во висока корелација со синдромот на согорување со хоспитализација како последица, а некои студии покажале значителна корелација помеѓу синдромот на согорување и гастроинтестиналните проблеми, респираторни проблеми и несакани повреди.

Од психичките последици откриена е висока корелација со депресијата и несоницата, а од окупационите последици во значајна корелација со синдромот на согорување се отсуствата од работа, постојаната присутност (и во случај на болест) и инвалиска пензија.

1.6. Превенција и справување со синдромот на согорување

Horn и Jonson (2020) [79] врз основа на потврдени истражувања во својот труд сугерираат на користење на одредени техники за заштита и превенција од согорување.

---

[77] National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine 2019. Taking Action Against Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being.Washington, DC: The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/25521

[78]. Salvagioni DAJ, Melanda FN, Mesas AE, González AD, Gabani FL, Andrade SMd (2017) Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. PLoS ONE 12(10): e0185781. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781

[79] Horn DJ, Johnston CB. Burnout and Self Care for Palliative Care Practitioners. Med Clin North Am. 2020 May;104(3):561-572. doi: 10.1016/j.mcna.2019.12.007. Epub 2020 Mar 2. PMID: 32312415.

1. Свесност (Mindfulness), техника којашто претставува присутност во дадениот момент. Може да се практикува пред, за време и по контактот со пациентот. Практикувањето на свесноста се базира на програми за редуцирање на стресот преку вежби кои содржат јога, медитација или техники за свесност на телото или со индивидуалното практикување преку читање на достапната литература или вежби за медитација.

2. Физичка активност како начин на справување со стресот и намалување на анксиозноста. Се препорачуваат 75 минути неделно, аеробик вежби со појак интензитет или 150 минути на аеробик вежби со среден интензитет.

3.Подобрување на квалитетот на спиењето преку хигиенски техники кои опфаќаат избегнување на конзумирање на кафе, никотин и алкохол пред спиење, редовно вежбање, навремено легнување и изолирање од звучни дразби и апарати.

4.Употреба на супстанци, лекови, алкохол, дрога да се третираат како болести на зависност и да се лекуваат.

5.Жртвување на личниот живот на сметка на професионална и кариерна сатисфакција бара вложување на труд во долг временски рок и поради тоа најчесто докторите остануваат во социјална изолација. Во овој случај се препорачува поминување на повеќе време со семејството, рекреација, поставување на граници помеѓу работата и приватниот живот.

6.Тимска работа, институција и здравствените системи треба да имат улога во спречување на согорувањето. Во една студија каде се истражувани семејните доктори, резултатите покажале дека докторите кои работеле тимски со социјални работници и фармацевти имале помал процент на согорување (De Marchis et al,2019)[80] отколку докторите што биле изолирани. Административната работа треба да има олеснување, бидејќи претставува еден од факторите за настанување на согорувањето, а здравствениот систем треба да изнајде решение за намалување на обемот на работа кај здравствените работници.

[80] De Marchis E, Knox M, Hessler D, Willard-Grace R, Olayiwola JN, Peterson LE, Grumbach K, Gottlieb LM. Physician Burnout and Higher Clinic Capacity to Address Patients' Social Needs. J Am Board Fam Med. 2019 Jan-Feb;32(1):69-78. doi: 10.3122/jabfm.2019.01.180104. PMID: 30610144.

Освен превентивните интервенции постојат и повеќе тераписки интервенции од кои најчесто употребуваните ги објаснува Arno Van Dam (2021)[81] преку тераписки протокол кој се одвива низ три фази.

Првата фаза се нарекува криза. Во оваа фаза пациентот чувствува силен замор и не може да се справи со обврските на работното место и во приватниот живот .Прави многу грешки ,емоционално е нестабилен и конфликтен. Терапевтот во оваа фаза е насочен да му објасни на пациентот дека се наоѓа во состојба на согорување, да покаже емпатија и да му објасни дека опоравувањето е долго и не е загарантирано.

Втората фаза е опоравување од стресот каде пациентот се советува да ги избегнува обврските кои му предизвикуваат стрес и да се насочи кон активности кои го релаксират. Терапевтот прави распоред на активностите кои опфаќаат вежби, здрава храна, хигиена на спиењето се додека пациентот не се мотивира да посака сам да се врати во работниот процес. Процесот на враќање на работните обврски се прави постепено и во оваа фаза е пожелно да се вклучи и работодавачот и да му се објасни што да очекува во однос на извршување на задачите.

Третата фаза е превенција врз основа на учење од минатото. Во оваа фаза пациентот е скоро комплетно опоравен, но постои можност од рецидив, најчесто поради условите на работното место или поради дисфункционални шеми на мислења и непоседување на механизми за справување со стресот. Во оваа фаза се применува когнитивно бихејвјоралната терапија којашто дава добри резултати. По оваа фаза многу пациенти изјавиле дека научиле од своето искуство, знаат да ги препознаат приоритетите и дека повеќе уживаат во животот.

Но, Christina Maslach (2017)[82] смета дека во превенцијата на синдромот на согорување, се дава многу важност на индивидуалните интервенции што негативно влијае врз концептот на согорувањето. Според авторката таквиот пристап дозволува да се издвојат посилните вработени од послабите, постои страв од стигматизација од околината доколку се зборува за проблемот, преферирањето на индивидуалниот

[81] Arno van Dam (2021) A clinical perspective on burnout: diagnosis, classification, and treatment of clinical burnout, European Journal of Work and Organizational Psychology, 30:5, 732-741, DOI: 10.1080/1359432X.2021.1948400

[82] Maslach,C. Finding solutions to the problem of burnout Consulting Psychology Journal: Practice and Research © 2017 American Psychological Association 2017, Vol. 69, No. 2, 143–152 https://www.anesthesiallc.com/images/eAlertsSource/Finding-solutions-to-burnout-Maslach-CPJ-2017-3.pdf

третман е со цел согорувањето да се дефинира како ментална болест, со советите за грижа за сопственото здравје значи дека согорувањето настанува по вина на работникот и на тој начин се избегнува да се елиминираат причините кои делуваат стресно врз работникот на работното место. Maslach смета дека интервенциите би требале повеќе да се насочени кон подобрување на безбедноста на работното место. Разликува три типови на стратегии од кои примарната стратегија се фокусира на поправање и елиминирање на стресовите на работното место, секундарната стратегија им помага на вработените да се справат со веќе присутните стресори и терциерната стратегија е насочена кон третманот.

2. Геријатриска и палијативна установа

Синдромот на согорување е многу истражуван кај здравствените работници. Freudenberger[83] воочил дека постои одреден профил на луѓе кои бираат професии што бараат грижа, емпатија, услуга и сочувство. Таквите индивидуи најчесто и се вработуваат во здравствените установи, а со тие лични особини се сметаат и поранливи на стрес.

Здравствениот персонал во геријатриска и палијативна установа секојдневно се соочува со пациенти кај кои многу често не може да ги види ефектите од својата работа. Пациентите соочени со крај на животот страдаат физички ,психички и бараат не само медицинска помош туку и утеха од здравствениот персонал кој многу често се чувствува немоќен да помогне. Многу вработени го чувствуваат стресот кога не може да му олеснат на пациентот или кога не можат да пружат помош при тагувањето за кое освен што не се едуцирани, сметаат дека и не постојат зборови за утеха. Во недостаток на човечки ресурси, а преобемност на работните задачи што произлегуваат од работата со палијативните и геријатриските пациенти здравствениот персонал е постојано под притисок за да постигне да ги изврши зададените задачи.

Таквите ситуации кои се секојдневие на вработените во ваквите установи бараат многу емоционално инволвирање што претставува главна причина за нивното физичко и емоционално исцрпување.

Работата со ваквите пациенти најчесто нема добар исход и затоа кај вработените се јавуваат негативни емоции и се прашуваат за смислата на нивното “ трошење “ и почнуваат да се дистанцираат од работата за да се заштитат од физичката и емоционална исцрпеност.

Специјализирана болница за геријатриска и палијативна медицина ‘13 Ноември” функционира во повеќе оддели: оддел Геријатрија, оддел Сју Рајдер во Скопје, оддел Сју Рајдер во Битола и оддел Мајка Тереза.

Оддел Геријатрија третира геријатриски и палијативни пациенти. Има вкупен капацитет од 200 пациенти. Кај овие пациенти освен основната болест која може да биде акутна или хронична присутни се и многу пропратни болести кои треба да се третираат .

[83] Freudenberger HJ. Staff burnout. J Soc Issues. 1974;30:159-165.

За да се разбере подобро опсегот на работните задачи во продолжение е дефиницијата за геријатриска медицина од Европската унија на медицински специјалисти (European union of medical specialists,2008).[84]

Геријатриска медицина се дефинира како специјалност во медицината која се однесува на физички, ментални, функционални и социјални услови во акутна хронична, рехабилитациона, превентивна и нега на крајот на животот кај постарите пациенти.

Оддел Сју Рајдер обезбедува палијативна грижа кај пациенти на кои лекувањето им е завршено и имаат потреба од палијативен третман кој се состои во олеснување на симптомите и соочување со крајот на животот. Најчесто се примаат пациенти со малигни заболувања, независно од возраста. Капацитетот на одделот е за 75 пациенти.

Светската здравствена организација палијативната грижа ја дефинира како пристап кој го подобрува квалитетот на животот на пациентите и нивните семејства соочувајќи се со проблемот поврзан со животозагрозувачки болести преку превенција и ослободување на страдањето(WHO,2020).[85]

Оддел Сју Рајдер во Битола обезбедува геријатриска и палијативна грижа.

Има капацитет за сместување на 75 пациенти.

Оддел Мајка Тереза во Злокуќани е организиран како Установа за вонсемејна заштита каде се згрижуваат стари и возрасни пациенти кои функционираат самостојно со помош од персоналот во домувањето, набавката на лекови и исхраната.

Синдромот на согорување е високо превалентен во Европа и Америка и е истражуван во сите работни профили, но во интерес на темата ќе се задржиме на преваленцата само кај здравствените работници.

Достапни се најновите статистички податоци од американските земји.Според Medscape[86] во Националниот извештај за синдром на согорување и депресија кај доктори од 2022 година, синдром на согорување пријавиле 47% доктори. Од 29 специјалности утврдено е дека највисок синдром на согорување имаат докторите

[84] Europian union of medical specialists, 2008
https://uemsgeriatricmedicine.org/www/land/definition/english.asp\
[85] World Health Organisation ,2020 Palliative care
https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care
[86] Medscape Physician Burnout & Depression Report,2022
https://www.medscape.com/2022lifestyleburnout

кои работат на Ургентна медицина , 60%, Интензивна нега 56%, Гинекологија 53%, а најниско на листата се докторите од Јавно здравје и Превентивна медицина со 26%. Специјалистите кои работат во геријатриска или палијативна медицина не биле предмет на ова истражување, а друг стручен профил кој пријавил највисок степен на согорување се медицинските сестри /техничари со 64%

Докторите од палијативното здружение во Канада биле истражувани во студија на Wang и колегите (2020)[87] каде од 165 доктори кои го пополниле Маслач анкетниот прашалник специјализиран за медицински персонал, утврдено е дека 38,2% пријавиле симптоми на согорување.

Преваленцата на синдромот на согорување е истражувана од Dijxhoorn A-FQ и колегите (2021)[88] врз основа на дата базите PubMed, Psyclnfo и Cinahl. Во истражувањето се опфатени 56 студии од 2008 до 2020 година. Резултатите утврдуваат синдром на согорување од 3% до 66%, без значителни разлики во резултатите помеѓу докторите и медицинските сестри/техничари.

[87] Wang C, Grassau P, Lawlor PG, Webber C, Bush SH, Gagnon B, Kabir M, Spilg EG. Burnout and resilience among Canadian palliative care physicians. BMC Palliat Care. 2020

[88] Dijxhoorn A-FQ, Brom L, van der Linden YM, Leget C, Raijmakers NJ. Prevalence of burnout in healthcare professionals providing palliative care and the effect of interventions to reduce symptoms: A systematic literature review. Palliative Medicine. 2021;35(1):6-26. doi:10.1177/0269216320956825

3. Асоцијации на синдром на согорување со анксиозност и депресија

Синдромот на согорување настанува како последица од хроничниот стрес на работното место. Меѓутоа биолошкиот процес на настанување на стресот не се разликува од стресот настанат во услови надвор од работното место. Последиците од стресот се чувствуваат и кога причината што го предизвикала стресот не е присутна, бидејќи организмот се навикнува да функционира на високо ниво на стрес.

Според симптомите кои настануваат како последица од стресот се дијагностицира одредено заболување.

Уште во почетната фаза на откривање на синдромот на согорување, најчеста претпоставка била дека овој синдром има негативни последици на менталното здравје како што се анксиозност или депресија (Maslach , 2003,2015)[89].

Синдромот на согорување во нашата земја не е многу истражуван или истражувањата не се достапни на интернет пребарувања. За преглед најчесто се среќаваат истражувањата на синдромот на согорување кај наставници, професори, студенти и поретко кај административни работници.

Предмет на оваа магистерска работа е да се истражи асоцијацијата помеѓу синдромот на согорување, анксиозноста и депресијата кои многу наликуваат по клиничката слика што ја манифестираат, а препораките за третманот иако се разликуваат, сепак студиите говорат во прилог дека со пораст на стапката на синдромот на согорување се зголемува и препишувањето на антидепресиви.(Leiter at al, 2013)[90]

3.1. Анксиозност

Анксиозноста е емоција која се карактеризира со напнатост, грижа и соматски промени .(APA)[91]

Анксиозноста претставува одбранбена реакција на организмот како спас од животозагрозувачки реални состојби, каде е потребна брза реакција. Тој стрес

[89] Maslach C prologue by Philip G.Zimbardo 2003,2015 Burnout the cost of caring

[90] Leiter MP, Hakanen J, Toppinen-Tanner S et al. Changes in burnout: a 12-year cohort study on organizational predictors and health outcomes.J Organizat Behav2013;34:959-73. [Google Scholar]

[91] American Psychological Association. https://wwwapaorg/topics/anxiety/.Accessed 30 July 2019

одговор се нарекува “бори се или бегај” ("fight or flight")[92] каде организмот произведува високо ниво на хормони на стресот. Хормоните на стресот го забрзуваат срцевиот ритам, го зголемуваат притисокот и ги разбудуваат сетилата. Доколку ваквата реакција настанува при ситуации каде не постои реална опасност ,тогаш зборуваме за анксиозно нарушување.
Психолозите разликуваат два вида на анксиозност: анксиозност како состојба и анксиозност како лична особина кои се разликуваат од аспект на времетраењето.

Анксиозноста како состојба може да се појави во ситуации што ги сметаме за значајни за нас, како на пример трема пред испит или пред некој важен разговор или јавен настап. Но во тој случај може да делува позитивно, ни ја зголемува енергијата и ни помага да се справиме со стресот поефикасно. Анксиозноста како состојба претставува акутен одговор на потенцијалната опасност и се јавува само во одредени моменти.

Анксиозноста како лична особина е постојано присутна во текот на животот на индивидуата која поголемиот дел од животните ситуации ги доживува како опасни. Во овој случај зборуваме за стабилна предиспозиција за развој на анксиозно нарушување.

Анксиозноста е присутна доколку постои неможност да се контролира грижата пропратена со три од следните симптоми : немир, лесна навредливост , брзо заморување, иритираност, мускулна напнатост, тешко заспивање или немирен и недоволен сон,тешкотии во концентрирањето . Овие симптоми можат да бидат пропратени со гадење,повраќање и хронични стомачни болки и други телесни симптоми. (Psychiatry,4edition 2012).[93]

Анксиозноста може да се манифестира различно кај различни индивидуи , а траењето на симптомите најчесто е хронично. Во Анксиозни нарушувања спаѓаат генерализирано анксиозно нарушување,панично растројство, фобии, социјално анксиозно нарушување,опсесивно компулсивно нарушување и посттрауматско стрес нарушување (Psychiatry,4edition 2012).[94]

[92] https://www.anxiety.org/fight-or-flight-fear-anxiety
[93] Geddes J, Price J,McKnight (2012)Psychiatry 4 edition https://medicostimes.com/psychiatry-4th-edition-oxford-medical-publications-pdf/
[94] ibid

Според последните статистички податоци од 2019 година, анксиозните нарушувања зафаќаат 284 милиони луѓе во светот, од кои 4,6% се жени, а 2,6% се мажи . Во Р.С.Македонија анксиозните нарушувања се застапени кај 3,85% од популацијата. (Our world data,2019)[95]

Според податоците на СЗО во 2015 година во Република Северна Македонија имало 75708 случаи на анксиозни нарушувања што во тој момент претставувало 3,9% од популацијата.[96]

3.2 .Депресија

Депресијата претставува екстремна тага или очај кои трајат повеќе од две недели. Се меша со активостите на секојдневниот живот и може да предизвика симптоми како што е болка, губење или добивање на тежина, нарушување на режимот на спиење или недостаток на енергија. Луѓето со депресија можат да доживеат и неспособност да се концентрираат ,чувство на прекумерна вина и повторливи мисли за смрт. (APA2019)[97]

Депресијата е опишана со следните симптоми: намалено расположение често пропратено со анксиозност, анхедонија, намалена енергија и телесна болка, несоница или многу спиење, губење или качување на тежина, психомоторна агитација или ретардација , капацитетот на мислење и концентрација се редуцирани и присутен е замор по минимум напор. Самодовербата е опадната со чувство на безвредност и вина, присутни се мисли за смртта и суицидални идеи (Psychiatry,4edition 2012)[98]

За да една индивидуа биде дијагностицирана со депресија треба да има два основни симптоми: депресивно расположение и намален интерес и задоволство во вршење на секојдневните активности(анхедонија) .(APA)[99]

[95] https://ourworldindata.org/grapher/number-with-anxiety-disorders-country

[96] Depression and Other CommonMental Disorders: Global Health Estimates. Geneva:World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA3.0 IGO.

[97] American Psychological Association https://www.apa.org/topics/depression

[98]Geddes J, Price J,McKnight (2013)Psychiatry 4 edition https://medicostimes.com/psychiatry-4th-edition-oxford-medical-publications-pdf/

[99]American Psychological Association https://www.apa.org/topics/depression

Според последните статистички податоци депресијата зафаќа 350 милиони луѓе во светот. Највисока стапка на депресија има Грција 6,52% на второ место е Шпанија со 6,04 % потоа Португалија со 5,88%.. Македонија се наоѓа на 144 место со стапка од 3,35%.[100]

СЗО за Р.С.Македонија дава податок дека во 2015 година имало 97232 случаи на депресија што во тој момент претставувало 5% од вкупната популација.[101]

3.3 Асоцијации помеѓу синдром на согорување и анксиозност

Анксиозноста и синдромот на согорување се изедначуваат со првата димензија на синдромот на согорување, со емоционалната исцрпеност која го претставува индивидуалниот одговор на стрес.

Анксиозните и стресните реакции имаат ист биолошки процес на настанување иако причините за стресот се надворешни, а анксиозните реакции се покренати од внатрешни мисли ,чувства или емоции.

Како индивидуата ќе ги перципира стресорите од опкружувањето ќе зависи од личните особини кои можат да ја направат и порезистентна и поранлива на стрес.

Според Koutsimani и колегите (2019)[102] можно е лицата кои ја имаат анксиозноста како особина (trait anxiety) да имаат поголема веројатност и да согорат.

Една студија на Vasilopoulos (2012)[103] покажала дека учесниците во истражувањето со висока социјална анксиозност, покажале и високи нивоа на синдром на согорување.

---

[100] https://wisevoter.com/country-rankings/depression-rate-by-country/

[101] Depression and Other CommonMental Disorders: Global Health Estimates. Geneva:World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA3.0 IGO.

[102] Koutsimani P, Montgomery AJ, Georganta K(2019) The Relationship Between Burnout, Depression, and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.00284/full

[103] Vassilopoulos, S. P. (2012). Job burnout and its relation to social anxiety in teachers of primary education. Hellenic Journal of Psychology, 9*(1), 18–44.*

Според De Young (2019)[104] лицата со висока невротичност искусуваат негативни ефекти од секаков вид како што се тага, анксиозност, страв, лутина, раздразливост односно се склони кон анксиозност и депресија.

3.4. Асоцијации помеѓу синдром на согорување и депресија

Терминот "согорени" прв пат го опишал Freudenberger[105] во весник за социјални науки "Staff Burn-Out" во 1974 година, каде истакнал дека согорените индивидуи изгледаат како да се депресивни.

Основниот симптом кој ја поврзува депресијата со синдромот на согорување е заморот. Според Американската психијатриска асоцијација (2013) заморот е главниот дијагностички критериум за депресија и главен симптом на кој се жалат пациентите. Истражувањата посочуваат дека и нивото и проценката на заморот кај согорените индивидуи не се разликуваа кај оние индивидуи со тешка депресија и анксиозни нарушувања (Van Dam, 2016).[106]

Депресијата може да се развие и од стресните услови на работното место. Факторите на работното место кои допринесуваат за развој на синдром на согорување се истите кои придонесуваат за развој на депресија.

Ahola и соработниците (2014) [107] со пресечна и лонгитидуанална студија ја истражувале асоцијацијата помеѓу симптомите на синдромот на согорување и депресија кај стоматолозите со централен пристап кон личноста. Резултатите покажале дека симптомите на согорувањето и на депресијата или истовремено стагнирале или истовремено биле во пораст. Истражувањето било насочено на симптомот на промена на расположението, кое кај поединецот се јавува поради индивидуална ранливост во стресните работни услови. Авторите заклучиле дека

[104] De Young,CG,Allen,TA(2019) Personlity Neuroscience:A development Perspective, 79-105,Handbook of personalitydevelopment,The Guiilford Press,New York

[105] Freudenberger HJ. Staff burnout. J Soc Issues. 1974;30:159-165

[106] Van Dam A. Subgroup Analysis in Burnout: Relations Between Fatigue, Anxiety, and Depression. Front Psychol. 2016 Feb 4;7:90. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00090. PMID: 26869983; PMCID: PMC4740380.

[107] Ahola K, Hakanen J, Perhoniemi R, Mutanen P. Relationship between burnout and depressive symptoms: a study using the person-centered approach. BurnRes. 2014;1:29-37

синдромот на согорување и депресијата кај поединецот , се развиваат паралелно на работното место.

Согорувањето исто така придонесува за зголемен ризик на самоубиства кој постои помеѓу здравствените работници. (Davidson et al., 2018, Hawton et al., 2011, Hem et al., 2005, Roberts et al., 2013,).[108] Самоубиството е најчесто поврзано со депресијата, а не директно со синдромот на согорување.
Синдромот на согорување се третира согласно симптомите кои се појавуваат, но најчесто како нарушување на ментално здравје, анксиозност или депресија.
Melnick и колегите (2017) сметаат дека синдромот на согорување се разликува од депресијата која претставува ментална болест со добро дефинирани дијагностички критериуми.[109] Исто така и Светската Здравствена Организација, синдромот на согорување го дефинира како работен проблем , а не како индивидуален проблем на менталното здравје и смета дека се разликува од нарушувања на расположението (WHO, 2019)[110].

Многу истражувања пронаоѓаат поврзаност помеѓу синдромот на согорување и депресијата, но иако овие состојби заедно коегзистираат не сите индивидуи со симптоми на согорување развиваат депресија и не сите индивидуи со депресија се со синдром на согорување (Maslach and Leiter, 2016).[111]

3.5 Резултати од претходни истражувања

Асоцијацијата помеѓу синдром на согорување и депресијата е почесто истражувана, отколку асоцијацијата на синдромот на согорување и анксиозноста. Во продолжение се неколку примери од странските земји кои ги посочуваат заклучоците од истражувачите.

---

[108] National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine 2019. Taking ActionAgainst Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being.Washington, DC: The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/25521

[109] ibid

[110] World Health Organisation, 2019. Burn-out an “occupational phenomenon”: international classification of Diseases. https://wwwwhoint/mental_health/evidence/burn-out/en/ Accessed 10 Feb 2020.

[111] Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. World Psychiatry. 2016;15(2):103–11.

Асоцијацијата помеѓу синдром на согорување, анксиозност и депресија е истражувана кај здравствениот персонал на интензивна нега во Бразил од страна на Ronald Fisher, Paulo Mattos, Cassiano Teixeira (2020)[112]. Спроведена е пресечна студија на 715лекари во период од април 2017 до јули 2018 во 36 јавни и приватни единици за интензивна нега со лекари, медицински сестри и физиотерапевти кои работат 20 часа неделно. За проценка на согорувањето е искористен Маслач инструментот за мерење на согорувањето, а за проценка на анксиозноста и депресијата е искористена Скалата за анксиозност и депресија кај болнички персонал. Резултатите се обработувани во период од декември 2019 до октомври 2020. Од оваа студија е заклучено дека синдромот на согорување, анксиозноста и депресијата статистички се разликуваат .

Асоцијацијата помеѓу синдром на согорување и депресија е истражувана во студија во Анкара, Турција во Здружението на стоматолози во период од март до септември 2015 година(Huri et al, 2016)[113] Примерокот го сочинувале 357 стоматолози од вкупно 380 членови на здружението. Испитаниците се тестирани со Маслач инструментот за мерење на нивото на согорувањето и Инструментот на Бек (Beck Depression Inventory-BDI) за мерење на нивото на депресија.

Од резултатите е воочено значајно ниво на согорување и депресивни симптоми кај испитуваните стоматолози, сигнификантна позитивна корелација помеѓу синдромот на согорување и депресија, а преваленцата на синдромот на согорување е на повисоко ниво во однос на депресијата.

Асоцијацијата помеѓу синдромот на согорување, анксиозноста и депресијата е истражувана во Школата за Социјални науки во Солун, Грција од страна на Panagiota Koutsimani ,Antony Montgomery I Katerina Georganta (2019)[114] врз основа на онлајн дата бази: Scorpus, Web of Science, Medline (PubMed) и Google Scholar. Предмет на истражување биле сите студии на англиски јазик кои ја истражувале релацијата помеѓу синдромот на согорување и депресија и помеѓу синдромот на согорување и анксиозност, објавени во период од јануари 2007 година до август 2018 година. Добиените резултати покажале сигнификантна позитивна корелација

[112] Fischer R, Mattos P, Teixeira C (2020) Association of Burnout With Depression and Anxiety in Critical Care Clinicians in Brazil doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.308985

[113] Huri M, Bağış N, Eren H, Umaroğlu M, Orhan K. Association between burnout and depressive symptoms among Turkish dentists. J Dent Sci. 2016 Dec;11(4):353-359. doi: 10.1016/j.jds.2016.03.006. Epub 2016 Apr 19. PMID: 30894997; PMCID: PMC6395183

[114] Koutsimani P, Montgomery AJ, Georganta K(2019) The Relationship Between Burnout, Depression, and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis

помеѓу синдромот на согорување и депресија и синдромот на согорување и анксиозност, но студиите кои користеле MBI биле оценети со подобар квалитет, а нивните резултати покажале понизок степен на поврзаност помеѓу овие состојби.

II. Методологија на истражување

1.Проблем на истражување

Како проблем на поставеното научно истражување е утврдување дали постои асоцијација помеѓу синдром на согорување, анксиозност и депресија кај здравствениот персонал вработен во Специјализирана болница за геријатриска и палијативна медицина "13 Ноември" во одделите во Скопје и Битола. Синдромот на согорување е проблем што се проучува од страна на социјалните психолози кои сметаат дека согорувањето претставува психосоцијален феномен, а клиничките психолози и психијатрите го третираат како проблем на менталното здравје.

Fontes (2020)[115] анализирајќи ги делата на Herbert J. Freudenberger го поставува прашањето зошто психосоцијален феномен индицира индивидуален третман и дали е можно да се препознае психолошкото страдање кога синдромот на согорување не е медицинска дијагноза. Bianchi и колегите (2015)[116] од историски аспект сметаат дека синдромот на согорување претставува дисциплина поделена помеѓу социјалната психологија и психијатријата, додека Maslach (2016) [117] смета дека психијатријата може многу да помогне во процесот на опоравувањето и повторното враќање на согорените пациенти на работа преку психијатриски третмани.

2. Научна цел на истражувањето

Од поставениот проблем на научно истражување одредени се следните цели: Општата цел е да се измери дали постои синдром на согорување кај доктори и медицински сестри/техничари и физикални терапевти во геријатриска и палијативна здравствена установа во Скопје и Битола и дали постои асоцијација со депресија и

[115] Fontes,F(2020),Herbert J .Freudenberger and the making of burnout as a psychopathological syndrome

[116] Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout-depression overlap: a review. https://academicworks.cuny.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1318&context=cc_pubs

[117] Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. World Psychiatry. 2016;15(2):103–11.

анксиозност, како и дали наведените варијабли зависат од пол, возраст, место каде работат(Скопје или Битола), работен стаж, работно место (доктор/ка,медицинска сестра /техничар или физикален терапевт/ка),брачен статус и деца.

Од општата цел произлегуваат следните задачи:

1.Да се утврди преваленцата на синдромот на согорување, анксиозноста и депресијата кај здравствениот персонал во геријатриска и палијативна установа;
2.Да се утврди дали постои асоцијација помеѓу синдромот на согорување и анксиозноста;
3.Да се утврди дали постои асоцијација помеѓу синдромот на согорување и депресијата;
4. Да се утврди дали асоцијацијата на синдромот на согорување, анксиозноста и депресијата зависи од социодемографските варијабли.

2.1. Практична цел на истражувањето

Практична цел на ова истражување е да се препознае синдромот на согорување во работните организации и да му се даде повеќе внимание од аспект на превенцијата и начинот на третман. Синдромот на согорување во нашите институции не е многу истражуван, но е коментиран од страна на вработените кои многу често изјавуваат дека се согорени. Терминот го изедначуваат со заморот што го чувствуваат, со незадоволството од работата поради недостаток на материјална сатисфакција или недоволно признание и почит, како од пациентите, така и од вработените на раководните позиции. Меѓутоа што претставува синдромот на согорување, како влијае на здравствената состојба на вработениот и какви се последици има врз поединецот, колективот и пациентите е тема која не е доволно коментирана.
Додека асоцијацијата на синдромот на согорување, анксиозноста и депресијата е многу истражувана во светски рамки, каде едни истражувачи сметаат дека се работи за иста состојба, други сметаат дека се посебни конструкции, на нашето поднебје не постои никаква дилема за третманот, бидејќи последиците по физичкото и

психичкото здравје во праксата не се препишуваат на последиците од синдромот на согорување, туку најчесто претставуваат само причина за неефикасност на работното место.

Практичната цел на ова истражување е да се подигне свеста за постоење на синдромот на согорување и неговата поврзаност со анксиозноста и депресијата како главни симптоми на манифестирање на согорувањето.

3.Хипотези

Од поставениот проблем на истражувањето се поставува општата хипотеза: Постои асоцијација помеѓу синдромот на согорување, анксиозност и депресија кај доктори, медицински сестри/техничари и физикални терапевти во геријатриска и палијативна установа како и наведените варијабли зависат од пол, возраст, место каде работат (Скопје или Битола), работен стаж, работно место (доктор/ка, медицинска сестра /техничар или физикален терапевт/ка),брачен статус и деца.

Од општата хипотеза произлегуваат следните посебни хипотези:

1.Постои синдром на согорување, анксиозност и депресија кај вработените во геријатриска и палијативна установа;

2. Постои статистички значајна асоцијација помеѓу синдром на согорување и анксиозност ;

3. Постои статистички значајна асоцијација помеѓу синдром на согорување и депресија;

4. Асоцијацијата помеѓу синдромот на согорување, анксиозноста и депресијата зависи од социодемографските варијабли.

4.Варијабли на истражувањето

За проверка на хипотезите беа мерени следните клучни варијабли :
нивоата на димензиите на синдромот на согорување (ниво на емоционална исцрпеност, ниво на негативен став кон работата и ниво на намалено чувство на личен успех)
нивото на анксиозност;
нивото на депресивност и
контролните варијабли од социодемографскиот тест: пол, возраст, место каде работат, работен стаж, работното место, брачен статус и деца.

5. Методи, техники и инструменти на истражувањето

За потребите на оваа магистерска работа беше извршено квалитативно истражување со помош на анкетен прашалник направен преку интернет (google) платформа.
Анкетниот прашалник се состои од три дела и е достапен на следниот линк:
https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfDx2Vi_744RyS4K2ptttGg-W0vY1cFN8SI_lyev7aeREmbng/viewform?usp=sf_link
Првиот дел содржи 7 прашања кои се однесуваат на социодемографските карактеристики на испитаниците : пол, возраст, град каде работат (Скопје или Битола) работен стаж, работното место, брачен статус и деца.
Вториот дел на анкетниот прашалник е Маслач инструментот за мерење на синдромот на согорување ,специјализиран за здравствени работници. (Maslach Burnout Inventory Human Services Survey(MBI–HSS [MP] [118] . Прашалникот на англиски јазик е преземен на следниот линк:

[118]Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach burnout inventory manual. 4th ed. Menlo Park, CA: Mind Garden Inc; 2018.

[i]https://www.researchgate.net/deref/https%3A%2F%2Fwww.mindgarden.com%2Fmaslach-burnout-inventory%2F685-mbi-manual.html и е преведен на македонски јазик.

Тестот се состои од 22 прашања кои се однесуваат на три субскали:

1.субскала на емоционална исцрпеност (на англиски јазик –ЕЕ, а во македонскиот превод ќе се користи ЕИ) се однесува на прашањата 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 и 20;

2. субскала за деперсонализација (на англиски јазик-DP, а во македонскиот превод ќе се користи негативен став кон работата -НСР) се однесува на прашањата 5, 10, 11, 15 и 22 и

3. субскала за професионални достигнувања(на англиски –РА, а во македонскиот превод се користи, личен успех-ЛУ) односно за евалуација на сопственото чувство за личен успех и се однесува на прашањата 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 и 21.

Прашањата се поставени со колку често, а понудени се одговори од 0 до 6 од никогаш до секој ден.

Во третиот дел на анкетниот прашалник е искористена Скала за мерење на анксиозност и депресија кај болнички персонал (Hospital Anxiety and Depression Skale- HADS). Скалата на проценка се состои од 14 прашања од кои 7 се однесуваат на анксиозност , а 7 на депресија. Секое прашање се бодува од 0 до 3.

Резултатот поголем од 8 означува постоење на анксиозност и депресија.

Тестот е преземен на следниот линк:

https://www.svri.org/sites/default/files/attachments/2016-01-13/HADS.pdf

и е преведен на македонски јазик за потребите на ова истражување.

6.Популација на истражување

Предметната популација за ова истражување се состои од вкупно 88 вработени (доктори, медицински сестри /техничари и физикални терапевти) во ЈЗУ Специјализирана болница за геријатриска и палијативна медицина во Скопје во сите три оддела: оддел Геријатрија, оддел Сју Рајдер и оддел Мајка Тереза и 27 вработени (доктори, медицински сестри/техничари и физикални терапевти) во оддел Сју Рајдер во Битола .

Анкетниот прашалник е доставен он лине преку социјални мрежи во месец октомври 2022 година .

7.Техники на обработка на податоците

Добиените податоци се статистички обработени со програмот SPSS, верзија 19. Континуираните варијабли се изразени како средни вредности со стандардна девијација, а номиналните варијабли како апсолутни броеви и проценти. Статистичката обработка на податоците е изведена со дескриптивно-статистички и инференцијално-статистички методи.

Дескриптивно-статистичката обработка се состои од табеларно и графичко прикажување на статистичките серии според дефинираните варијабли.

Од инференцијално-статистичката анализа се применети следните методи:

Анализа на структурата со мерките на централна тенденција (просек) и мерките на статистичка дисперзија (стандардна девијација);

Одредување на коефициенти на односи, пропорции и стапки;

Анализа на односите меѓу одделните статистички серии со Pearson-овиот χ^2 тест (или Fisher's exact тестот) за атрибутивните, односно *t*-тестот за независни примероци за нумеричките серии;

Евалуација на корелациите на:

- нивоата на анксиозноста и депресивноста со димензиите на синдромот на согорување;
- димензиите на синдромот на согорување со социодемографските карактеристики на испитаниците.

Статистичката сигнификантност е одредувана за вредност на *p* пониска од 0,05.

8. Резултати

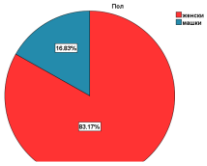
Анкетниот прашалник го пополнија 83 вработени од Скопје и 18 вработени од Битола. Примерокот за ова истражување го сочинуваат 101 испитаник .

8.1. Социо-демографски карактеристики на испитаниците

На сликите од 1 до 7 е претставена процентуалната распределеност на испитаниците според варијаблите од социо-демографскиот тест.

Сликата 1 ја прикажува дистрибуцијата на испитаниците според полот.

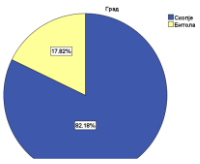
Слика 1. Дистрибуција на испитаниците според полот



Според податоците од сликата 1 се воочува дека поголемиот дел од испитаниците вклучени во студијата се од женски пол (83,17%).

На сликата 2 е прикажана дистрибуцијата на испитаниците според местото каде работат.

Слика 2. Дистрибуција на испитаниците според местото каде работат



Од податоците од сликата 2 се гледа дека поголемиот дел од испитаниците работат во Скопје (82,18%).

Дистрибуцијата на испитаниците според работното место е прикажана на сликата 3.

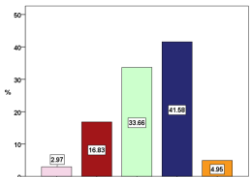
Слика 3. Дистрибуцијата на испитаниците според работното место



Според податоците прикажани на сликата 3 се гледа дека најголемиот дел од испитаниците се медицински сестри/техничари (65,35%).

Сликата 4 ја демонстрира дистрибуција на испитаниците според нивната возраст.

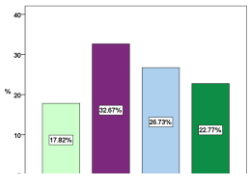
Слика 4. Дистрибуција на испитаниците според нивната возраст



Податоците од сликата 4 демонстрираат дека најголемиот дел од испитаниците се на возраст 50-59 години (41,58%) и на возраст 40-49 години (33,66%).

Сликата 5 ја покажува дистрибуција на испитаниците според нивниот работен стаж.

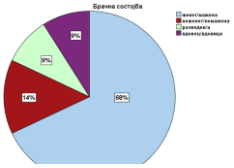
Слика 5. Дистрибуција на испитаниците според нивниот работен стаж



Според податоците од сликата 5 се гледа дека најголемиот дел од испитаниците имаат работен стаж 11-20 години (32,67%).

Сликата 6 ја прикажува дистрибуцијата на испитаниците според нивната брачна состојба.

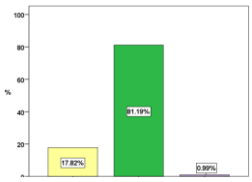
Сликата 6. Дистрибуција на испитаниците според нивната брачна состојба



Податоците од сликата 6 демонстрираат дека најголемиот дел од испитаниците се женети/мажени (68%).

Дистрибуцијата на испитаниците според бројот на деца е прикажана на сликата 7.

Слика 7. Дистрибуција на испитаниците според бројот на деца



Од сликата 7 се воочува дека најголемиот дел од испитаниците имаат од едно до три деца (81,19%).

Од социодемографските карактеристики на испитаниците воочуваме дека доминира женската популација(83,17%), поголемиот дел испитаници работат во Скопје (82,18%) на возраст од 50-59 години (41,58%) и на возраст 40-49 години (33,66%). Најголемиот дел од испитаниците се со работен стаж 11-20 години (32,67%) , во брак (68%) и имаат од едно до три деца (81,19%).

8.2. Резултати за клучните варијабли на студијата

Во следната табела се прикажани просечните вредности на клучните варијабли на истражувањето кај вкупниот број испитаници.

Табела 1. Просечни вредности на клучните варијабли кај вкупниот број испитаници

Варијабла		ср. вред.	SD	интервал
Синдром на согорување	Емоционална исцрпеност	20,46	7,86	7-42
	Негативен став кон работата	17,99	5,04	6-28
	Личен успех	23,37	6,42	6-42
Скала за анксиозност и депресија	Анксиозност	5,56	3,96	0-19
	Депресија	4,59	3,44	0-16

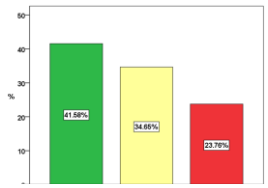
“Емоционалната исцрпеност покажува ниско ниво кога збирот на одговорите од скалата за емоционална исцрпеност се наоѓа во интервалот 0-16, средно ниво кога збирот е во интервалот 17-26, а високо ниво на емоционална исцрпеност се регистрира кога збирот на одговорите е поголем или еднаков на 27” (Lim WY et al ,2019)[119]

Бидејќи средната вредност на емоционална исцрпеност изнесува 20,46 што означува присуство на синдром на согорување, но се наоѓа во еден поширок интервал во кој се опфатени сите три нивоа на емоционална исцрпеност (ниско ,средно и високо) на

[119] Lim WY, Ong J, Ong S, et al. The Abbreviated Maslach Burnout Inventory Can Overestimate Burnout: A Study of Anesthesiology Residents. J Clin Med 2019; 9 (1): 61

сликата 8 е прикажана дистрибуцијата на испитаниците според нивоата на емоционалната исцрпеност.

Слика 8. Дистрибуција на испитаниците според нивоата на емоционалната исцрпеност



Од сликата 8 јасно се гледа дека голем дел од испитаниците имаат средно (34,65%) или високо (23,76%) ниво на емоционална исцрпеност.

Leiter и. Maslach (2016)[120] се залагаат синдромот на согорување да се проценува според висока емоционална исцрпеност, висок негативен став кон работата и низок личен успех, а алтернативниот пристап во проценката на синдромот на согорување како што нагласуваат Dyrbye и колегите (2009)[121] се дефинира како комбинација од високо ниво на емоционална исцрпеност и високо ниво на негативен став кон работата или високо ниво на емоционална исцрпеност и ниско ниво на личен успех.

[120] Leiter, MP. and Maslach,C,2016, Latent burnout profiles: a new approach to understandingthe burnout experience, Burnout research, vol. 3, no. 4, pp. 89-100.DOI: 10.1016/j.burn.2016.09.00165.

[121] Dyrbye, L.N., West, C.P. & Shanafelt, T.D. Defining Burnout as a Dichotomous Variable.*J GEN INTERN MED* **24**,440 (2009).https://doi.org/10.1007/s11606-008-0876-6

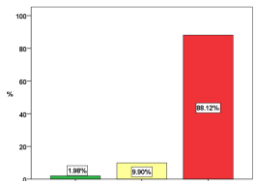
Присуството на ЕИ кај 23,76% здравствени работници укажува дека е исполнет основниот услов за постоење на синдром на согорување врз основа на двата пристапа на утврдување на синдромот на согорување.

“Негативниот став кон работата индицира ниско ниво кога збирот на одговорите од скалата за деперсонализација се наоѓа во интервалот 0-6, средно ниво кога соодветниот збир на одговорите е во интервалот 7-12, а високо ниво на негативен став кон работата постои кога споменатиот збир е поголем или еднаков на 13” (Lim WY et al,2019)[122]

Средната вредност на негативниот став кон работата во табела 1 изнесува 17,99 во интервал од 6 до 28 .

На сликата 9 е прикажана дистрибуцијата на испитаниците според нивоата на негативниот став кон работата.

Слика 9. Дистрибуција на испитаниците според нивоата на негативниот став кон работата



[122] Lim WY, Ong J, Ong S, et al. The Abbreviated Maslach Burnout Inventory Can Overestimate Burnout: A Study of Anesthesiology Residents. J Clin Med 2019; 9 (1): 61

Податоците од сликата 9 покажуваат дека голем дел од испитаниците имаат високо ниво на негативен став кон работата (88,12%).

Со присуството на високо ниво на негативен став кон работата се потврдува присуство на синдром на согорување со алтернативниот пристап на дефинирање на согорувањето.

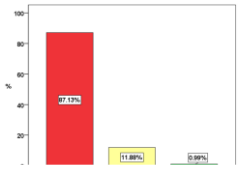
Од резултатот забележуваме дека нивото на НСР е многу повисоко во однос на нивото на ЕИ.

“Личниот успех покажува ниско ниво кога збирот на одговорите од оваа скала се наоѓа во интервалот 0-31, средно ниво кога соодветниот збир на одговорите е во интервалот 32-38, а високо ниво на негативен став кон работата постои кога споменатиот збир е поголем или еднаков на 39” (Lim WY et al,2019)[123]

Личниот успех во табела 1 е со средна вредност 23,37 во интервал од 6 до 42 .

Сликата 10 ја прикажува дистрибуцијата на испитаниците според нивоата на личниот успех.

Слика 10. Дистрибуција на испитаниците според нивоата на личниот успех



[123] Lim WY, Ong J, Ong S, et al. The Abbreviated Maslach Burnout Inventory Can Overestimate Burnout: A Study of Anesthesiology Residents. J Clin Med 2019; 9 (1): 61

Податоците од сликата 10 покажуваат дека голем дел од испитаниците имаат ниско ниво на личен успех (87,13%).

Од резултатите можеме да забележиме дека НСР и нискиот ЛУ се застапени во повисок процент од ЕИ. Ако се навратиме во теоретскиот дел во поглавјето 1.4 Мерење на синдромот на согорување, можеме да забележиме дека во ова истражување можеби развојот на синдромот на согорување треба да го набљудуваме во обратен редослед како по моделот на Golembiewski и колегите (1996)[124] кои сметаат дека прво се јавува негативниот став кон работата, тоа води до намалено користење на ресурсите и помала ефикасност, а потоа настанува емоционалната исцрпеност . Истражувачите на синдромот на согорување, спомнуваат атипичен синдром на согорување каде само субскалата на негативниот став кон работата е утврдена на високо ниво или оди заедно со ниско ниво на личен успех (Demerouti et.al, 2005, Isoard-Gautheur et al,2013)[125]

Maslach и Leiter (2016)[126] критички се осврнуваат на својот став (2001) дека синдромот на согорување се развива во континуитет започнувајќи од димензијата на ЕИ , потоа се развива НСР, а тоа води до низок ЛУ каде истакнуваат дека сите луѓе не се исти и поради тоа редоследот на фазите треба да се набљудува индивидуално.

Димензиите на синдромот на согорување кај палијативните сестри биле истражувани од страна на Urguiza J.L.G и колегите (2020)[127] врз основа на дата базите: Pubmed, Scorpus, Cinahl до август 2020 на сите достапни студии на англиски, шпански и португалски јазик. Од вкупно 693 медицински сестри /техничари ,утврден е синдром на согорување кај 24%. Димензијата на негативен став кон работата покажала најголем процент во Италија, 60% . Од вкупните резултати 24%, сестри биле емоционално исцрпени, 30% имале негативен став кон работата, а низок личен успех 28% сестри. Истражувањето на Urguiza J.L.G и колегите исто така

[124]Dirk van Dierendonck, Wilmar B. Schaufeli & Bram P. Buunk (2001) Toward a process model of burnout: Results from a secondary analysis, European Journal of Work and Organizational Psychology, 10:1, 41-5
[125] Mäkikangas, Anne & Kinnunen, Ulla. (2016). The Person-oriented Approach to Burnout: A Systematic Review. Burnout Research. 3. 10.1016/j.burn.2015.12.002.
[126] Leiter, MP. and Maslach,C,2016, Latent burnout profiles: a new approach to understandingthe burnout experience, Burnout research, vol. 3, no. 4, pp. 89-100.DOI: 10.1016/j.burn.2016.09.00165.
[127] Gómez-Urquiza, J.L.; Albendín-García, L.; Velando-Soriano, A.; Ortega-Campos, E.; Ramírez-Baena, L.; Membrive-Jiménez, M.J.; Suleiman-Martos, N. Burnout in Palliative Care Nurses, Prevalence and Risk Factors: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2020**, *17*, 7672. https://doi.org/10.3390/ijerph17207672

говори во прилог дека HCP е можеби првата димензија од која почнува синдромот на согорување.

Истражувачите сметаат дека согорувањето кај лекарите го намалува задоволството од работата и се одразува на услугата кон пациентите (Shanafelt et al) [128], а тие што сметаат дека нивната работа нема значење имаат повисоко ниво на негативен став кон работата и ниско ниво на личен успех (Maslach et al,2015). Ниското ниво на личен успех, според истражувањето на Sevda Efıl и соработничките (2022) [129] е единствената димензија на синдромот на согорување која е во силна корелација со лошата нега кон пациентите од страна на медицинските сестри.

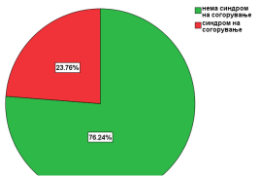
Дали резултатите од ова истражување укажуваат дека медицинскиот персонал вработен во геријатриска и палијативна установа, не може да најде значење во работата што ја извршува, бидејќи исходот е секогаш ист или развиваат нездрава стратегија за справување со стресот ,за да се заштитат од недоволното признание и преоптеретеноста на работното место.

На сликата 11 е прикажана процентуалната застапеност на испитаниците од актуелната студија со детектиран синдром на согорување.

Слика 11. Процентуална застапеност на испитаниците од актуелната студија со детектиран синдром на согорување

[128] Shanafelt TD, Mungo M, Schmitgen J, Storz KA, Reeves D, Hayes SN, Sloan JA, Swensen SJ, Buskirk SJ. Longitudinal Study Evaluating the Association Between Physician Burnout and Changes in Professional Work Effort. Mayo Clin Proc. 2016 Apr;91(4):422-31. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.02.001. PMID: 27046522.

[129] Efıl S, Turen S, Yıldız Ayvaz M, Bulbul E, Yenı T. Burnout levels and care behaviours in intensive care nurses: A cross-sectional, multicentre study. Intensive Crit Care Nurs. 2022 Aug;71:103246. doi: 10.1016/j.iccn.2022.103246. Epub 2022 Apr 7. PMID: 35397980



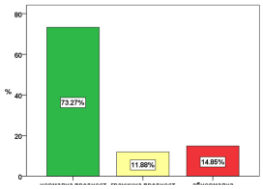
Според податоците од сликата 11 се воочува дека кај 24 (23,76%) од испитаниците е утврден синдромот на согорување.

Заклучуваме дека е утврдено постоење на синдромот на согорување според двата критериума за дефинирање на согорувањето.

За да ја потврдиме првата хипотеза, потребно е да го потврдиме и нивото на анксиозноста и депресијата кај истражувачката популација.

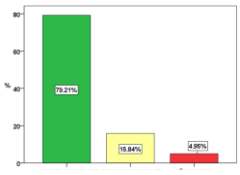
На сликите 12 и 13 се прикажани процентуалните застапености на испитаниците со знаци за анксиозност и депресија.

Слика 12. Процентуална застапеност на испитаниците со знаци за анксиозност



Од вкупниот број на испитаници 14,85% покажуваат анксиозно нарушување ,додека 11,88 % се со гранична вредност и претставуваат ризична категорија за развој на анксиозно нарушување.

Слика 13. Процентуална застапеност на испитаниците со знаци за депресија



Од податоците прикажани на сликата 13 се воочува дека 4,95% од испитаниците покажуваат знаци за депресија, а 15,84 % се со гранична вредност.

Со утврдување на нивоата на анксиозност и депресија ја потврдуваме првата хипотеза дека: **постои синдром на согорување, анксиозност и депресија кај вработените во геријатриска и палијативна установа.**

Во табелата 2 се прикажани корелациите помеѓу клучните варијабли на истражувањето кај вкупниот број испитаници.

Табела 2. Корелации помеѓу клучните варијабли кај вкупниот број испитаници

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
1. Емоционална исцрпеност	1						
2. Негативен став кон работата	,67**	1					
3. Личен успех	-,342**	-,486**	1				
4. Анксиозност	,34**	,169	-,095	1			
5. Депресија	,451**	,24*	-,128	,737**	1		
6. Возраст[#]	,009	,098	,045	-,037	-,057	1	
7. Работен стаж[#]	-,013	,122	,075	-,048	-,048	,745**	1

** Корелацијата е сигнификантна на ниво 0,001 (2-tailed).

* Корелацијата е сигнификантна на ниво 0,05 (2-tailed).

[#] Spearman R

Забелешка: Ознаките 1, 2, 3, итн. во првиот ред се однесуваат на истите варијабли кои се наведени во првата колона (пр. 1. Емоционална исцрпеност, 2. Негативен став кон работата итн.)

Од табелата 2 се гледа дека е утврдена сигнификантна позитивна корелација на емоционалната исцрпеност со негативниот став кон работата (r= ,67; p<0,001). Личниот успех покажува сигнификантни негативни корелации со другите две димензии на синдромот на согорување (ЕИ: r= -,342; p<0,001; НСР: r= -,486; p<0,001).

Помеѓу емоционалната исцрпеност со нивоата на анксиозност (r= ,34; p<0,001) и депресија (r= ,451; p<0,001) се утврдени сигнификантни позитивни корелации. Сигнификантни позитивни корелации се детектирани и за нивото на депресијата со негативниот став кон работата (r= ,24; p<0,05) и нивото на анксиозноста (r= ,737; p<0,001).

Истражувањата за синдромот на согорување покажале дека исцрпувањето и негативниот став кон работата се со повисока корелација за разлика од нивоата на личниот успех . (Bianchi et al, 2021)[130]

Димензијата на емоционалната исцрпеност со димензијата на негативниот став кон работата и во ова истражување има повисока корелација (r= ,67) и како што нагласува Bianchi и соработниците (2021)[131] тоа се должи на делумното содржинско преклопување на прашањата во Маслач анкетниот прашалник што се однесуваат на димензиите на ЕИ и НСР.

Ниското ниво на ЛУ е во статистички значајна негативна корелација со димензиите на ЕИ и НСР, што значи дека со порастот на нивото на емоционалната исцрпеност и негативниот став кон работата, расте чувството на негативна самоевалуација за персоналните достигнувања на работното место.

Анксиозноста е во повисока корелација со димензијата на НСР(r= ,737) отколку со ЕИ (r= ,34), иако емоционалната исцрпеност се поврзува со индивидуалниот стрес

[130] Bianchi, R., Verkuilen, J., Schonfeld, I. S., Hakanen, J.J., Jansson-Fröjmark, M., Manzano-García, G., Laurent, E., & Meier, L.L. (2021). Is burnout a depressive condition? A 14-sample meta-analytic and bifactor analytic study. *Clinical Psychological Science, 9*(4), 579–597. https://laurenzmeier.info/pdf/Bianchi2021.pdf
[131] ibid

одговор, а негативниот став кон работата се поврзува со повлекување и избегнување на работата, колегите и пациентите. Истражувањата говорат во прилог дека димензијата на HCP е во поголема корелација со тимската работа (Leiter and Maslach, 2016; Maslach, 2013)[132] од што произлегува дека можеби димензијата на HCP е повеќе поврзана со стресот од социјалното опкружување, отколку димензијата на ЕИ.

Корелацијата помеѓу нивото на анксиозноста и нивото на негативниот став кон работата упатува на размислување во две насоки .Како прво дека лицата што ја имаат анксиозноста како особина покажуваат тенденција да развијат негативен став кон работата, како стратегија за справување со стресот (стратегија со избегнување) или како второ дека негативниот став кон работата како нездрава стратегија за справување со стресот доведува до појава на анксиозност и депресија.

Стратегијата за избегнување на стресот се смета за здрава стратегија само доколку се применува повремено , во спротивно има негативни последици по менталното здравје. Многу истражувачи ја потврдуваат медијаторската улога на стратегијата со избегнување и појава на анксиозност и депресија.(Allen, 2021,[133] Haskell et al, 2020[134] Grant et al,2013[135]) .Grant и колегите (2013)[136] сметаат дека когнитивната стратегија на справување со избегнување доведува до анксиозност , а бихејвјоралната стратегија на справување со избегнување доведува до депресија.

Депресијата е со повисока корелација со димензијата на ЕИ депресија (*r*= ,451; отколку со HCP(*r*= ,24) Димензијата на емоционалната исцрпеност се поврзува со заморот како основен симптом на емоционалната исцрпеност и на депресијата

---

[132] Leiter, Michael P. and Maslach, Christina 2016, Latent burnout profiles: a new approach to understandingthe burnout experience, Burnout research, vol. 3, no. 4, pp. 89-100.DOI: 10.1016/j.burn.2016.09.00165.

[133] Allen MT. 2021. Explorations of avoidance and approach coping and perceived stress with a computer-based avatar task: detrimental effects of resignation and withdrawal.PeerJ9:e11265 https://doi.org/10.7717/peerj.11265

[134] Haskell AM, Britton PC Richard, Servatius J,Toward an assessment of escape/ avoidance coping in depression,Behavioural Brain Research, Volume381,2020, 112363,ISSN 0166-4328, https://doi.org/10.1016/j.bbr.2019.112363

[135] Grant, D.M., Wingate, L.R., Rasmussen, K.A., Davidson, C.L., Slish, M.L., Rhoades-Kerswill, S., Mills, A.C., & Judah, M.R. (2013). An Examination of the Reciprocal Relationship Between Avoidance Coping and Symptoms of Anxiety and Depression. Journal of Social and Clinical Psychology, 32, 878-896.

[136] ibid

Истражувањето на Bianchi и колегите (2021)[137] спроведено на повеќе од 14000 испитаници од различни земји, јазици и различни професии утврдиле значително висока корелација(*r*= .80) помеѓу нивоата на ЕИ и нивоата на депресија и сметаат дека димензијата на ЕИ претставува депресивна состојба.

Корелацијата на депресијата со HCP се должи на недостатокот на емоционална инволвираност,намалената емпатија и дистанцирањето од работата,колегите и пациентите (APA, 2013, Bianchi et al, 2021).[138]

7.3. Асоцијации на синдромот на согорување со анксиозноста и депресијата

На сликата 14 е прикажана процентуалната застапеност на испитаниците со абнормална вредност на скалата за анксиозност во рамките на подгрупите со и без утврден синдром на согорување.

Слика 14. Процентуална застапеност на испитаниците со абнормална вредност на скалата за анксиозност во подгрупите со и без утврден синдром на согорување

[137] Bianchi, R., Verkuilen, J., Schonfeld, I. S., Hakanen, J.J., Jansson-Fröjmark, M., Manzano-García, G., Laurent, E., & Meier, L.L. (2021). Is burnout a depressive condition? A 14-sample meta-analytic and bifactor analytic study. *Clinical Psychological Science, 9*(4), 579–597. https://laurenzmeier.info/pdf/Bianchi2021.pdf

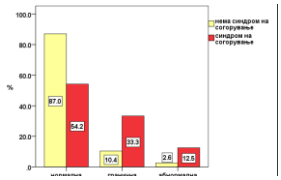
[138] ibid



Од сликата 14 јасно се гледа дека застапеноста на испитаниците со абнормална вредност на скалата за анксиозност е сигнификантно поголема во рамките на подгрупата со утврден синдром на согорување (20,8% *vs*. 13%; χ^2=6,89; *p*=0,032).
Со овој резултат ја потврдуваме втората хипотеза : **Постои статистички значајна асоцијација помеѓу синдром на согорување и анксиозност**

Сликата 15 ја прикажува процентуалната застапеност на испитаниците со абнормална вредност на скалата за депресија во рамките на подгрупите со и без утврден синдром на согорување.

Слика 15. Процентуална застапеност на испитаниците со абнормална вредност на скалата за депресија во подгрупите со и без утврден синдром на согорување



Од податоците на сликата 15 се воочува дека застапеноста на испитаниците со абнормална вредност на скалата за депресија е сигнификантно поголема во рамките на подгрупата со утврден синдром на согорување (12,5% *vs*. 2,6%; χ^2=12,2; *p*=0,002). Со овој резултат ја потврдуваме третата хипотеза : **Постои статистички значајна асоцијација помеѓу синдром на согорување и депресија.**

Според истражувањата на Koutsimani и колегите (2019)[139] постои асоцијација помеѓу синдром на согорување со анксиозност и синдром на согорување со депресија, но корелацијата не е толку висока за да се сметаат за иста состојба. Меѓутоа во истражувањата на Schonfeld и Bianchi (2016)[140], Schonfeld , Verkuilen и Bianchi(2019)[141] и Bianchi и колегите(2021)[142] корелациите помеѓу согорувањето и депресијата се многу високи што ги наведува истражувачите да заклучат дека се

[139] Koutsimani P, Montgomery AJ, Georganta K(2019) The Relationship Between Burnout, Depression, and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.00284/full

[140] Schonfeld IS, Bianchi R. Burnout and Depression: Two Entities or One? J Clin Psychol. 2016 Jan;72(1):22-37. doi: 10.1002/jclp.22229. Epub 2015 Oct 9. PMID: 26451877

[141] Schonfeld IS, Verkuilen J, Bianchi R. Inquiry Into the Correlation Between Burnout and Depression 2019 American Psychological Association 2019, http://dx.doi.org/10.1037/ocp0000151

[142] Bianchi, R., Verkuilen, J., Schonfeld, I. S., Hakanen, J.J., Jansson-Fröjmark, M., Manzano-García, G., Laurent, E., & Meier, L.L. (2021). Is burnout a depressive condition? A 14-sample meta-analytic and bifactor analytic study. *Clinical Psychological Science, 9*(4), 579–597. https://laurenzmeier.info/pdf/Bianchi2021.pdf

работи за иста состојба. Bianchi и колегите(2021)[143] сметаат дека депресијата и синдромот на согорување се иста состојба и дека ќе биде потребно време да се прифати фактичката состојба и да се изнегира сето досега истражувано во однос на синдромот на согорување како работен феномен.

Maslach и Leiter (2016)[144] сметаат дека иако постојат студии кои ја демонстрираат асоцијацијата помеѓу депресијата и синдромот на согорување не постојат докази кои укажуваат дека се работи за иста ментална состојба.

7.4. Асоцијации на клучните варијабли со социо-демографските карактеристики на испитаниците

Асоцијациите на клучните варијабли со полот на испитаниците се прикажани во табелата 3.

Табела 3. Асоцијации на клучните варијабли со полот на испитаниците

Варијабла	Пол	ср. вред.	SD	*t* (*p*)
Емоционална исцрпеност	жени	20,06	7,18	-0,87 (0,395)
	мажи	22,41	10,67	
Негативен став кон работата	жени	17,82	4,97	-0,75 (0,458)
	мажи	18,82	5,48	
Личен успех	жени	23,12	6,28	-0,86 (0,392)
	мажи	24,59	7,18	
Анксиозност	жени	5,56	4,17	-0,03 (0,978)

[143] Bianchi, R., Verkuilen, J., Schonfeld, I. S., Hakanen, J.J., Jansson-Fröjmark, M., Manzano-García, G., Laurent, E., & Meier, L.L. (2021). Is burnout a depressive condition? A 14-sample meta-analytic and bifactor analytic study. *Clinical Psychological Science, 9*(4), 579–597. https://laurenzmeier.info/pdf/Bianchi2021.pdf

[144] Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. World Psychiatry. 2016;15(2):103–11.

	мажи	5,59	2,79	
Депресија	жени мажи	4,45 5,29	3,61 2,37	-0,92 (0,36)

Според податоците од табелата 3 се гледа дека нивоата на димензиите на синдромот на согорување, како и нивоата на анксиозноста и депресијата не се разликуваат според полот на испитаниците.

Асоцијациите на нивоата на димензиите на синдромот на согорување, анксиозноста и депресијата со местото каде работат испитаниците се прикажани во табелата 4.

Табела 4. Асоцијации на нивоата на димензиите на синдромот на согорување, анксиозноста и депресијата со местото каде работат испитаниците

Варијабла	Место на работа	ср. вред.	SD	*t* (*p*)
Емоционална исцрпеност	Скопје Битола	20,35 20,94	7,95 7,67	-0,29 (0,773)
Негативен став кон работата	Скопје Битола	17,76 19,06	4,88 5,77	-0,99 (0,325)
Личен успех	Скопје Битола	23 25,06	6,36 6,61	-1,23 (0,22)
Анксиозност	Скопје Битола	5,48 5,94	3,94 4,11	-0,45 (0,655)
Депресија	Скопје Битола	4,43 5,33	3,38 3,71	-1,01 (0,316)

Податоците од табелата 4 покажуваат дека нивоата на димензиите на синдромот на согорување, како и нивоата на анксиозноста и депресијата не се разликуваат според местото на работа на испитаниците.

Асоцијациите на клучните варијабли со работното место се прикажани во табелата 5.

Табела 5. Асоцијации на клучните варијабли со работното место

Варијабла	Работно место	ср. вред.	SD	*F* (*p*)
Емоционална исцрпеност	доктор/ка	20,05	7,19	0,97 (0,382)
	медицинска сестра/техничар	19,98	7,8	
	физикален терапевт/ка	23,07	8,97	
Негативен став кон работата	доктор/ка	16,65	4,22	1,08 (0,343)
	медицинска сестра/техничар	18,15	5,34	
	физикален терапевт/ка	19,07	4,61	
Личен успех	доктор/ка	22,75	4,49	2,71 (0,072)
	медицинска сестра/техничар	22,76	6,73	
	физикален терапевт/ка	26,87	6,46	
Анксиозност	доктор/ка	5,6	3,89	0,01 (0,994)
	медицинска сестра/техничар	5,58	4,22	
	физикален терапевт/ка	5,47	2,9	
Депресија	доктор/ка	4,8	3,58	0,53 (0,592)
	медицинска сестра/техничар	4,36	3,63	
	физикален терапевт/ка	5,33	2,23	

Според податоците од табелата 5 се гледа дека нивоата на димензиите на синдромот на согорување, како и нивоата на анксиозноста и депресијата не се разликуваат според работното место на испитаниците.

Асоцијациите на нивоата на димензиите на синдромот на согорување, анксиозноста и депресијата со брачната состојба на испитаниците се прикажани во табелата 6.

Табела 6. Асоцијации на нивоата на димензиите на синдромот на согорување, анксиозноста и депресијата со брачната состојба на испитаниците

Варијабла	Брачна состојба	ср. вред.	SD	*t* (*p*)
Емоционална исцрпеност	во брак	20,16	7,91	-0,49 (0,623)
	не е во брак	21	7,98	
Негативен став кон работата	во брак	17,68	5,07	-0,76 (0,449)
	не е во брак	18,5	5,02	
Личен успех	во брак	23,54	6,45	0,48 (0,63)
	не е во брак	22,88	6,51	
Анксиозност	во брак	5,4	4,08	-0,79 (0,435)
	не е во брак	6,06	3,67	
Депресија	во брак	4,19	3,32	-1,79 (0,077)
	не е во брак	5,5	3,6	

Според податоците од табелата 6 се воочува дека нивоата на димензиите на синдромот на согорување, како и нивоата на анксиозноста и депресијата не се разликуваат според брачната состојба на испитаниците.

Асоцијациите на нивоата на димензиите на синдромот на согорување, анксиозноста и депресијата со бројот на деца се прикажани во табелата 7.

Табела 7. Асоцијации на нивоата на димензиите на синдромот на согорување, анксиозноста и депресијата со бројот на деца

Варијабла	Број на деца	ср. вред.	SD	*t* (*p*)
Емоционална исцрпеност	нема деца	20,89	8,29	0,38 (0,708)
	1-3 деца	20,13	7,58	
Негативен став кон работата	нема деца	18,61	6,06	0,61 (0,543)
	1-3 деца	17,8	4,84	
Личен успех	нема деца	24,11	7,95	0,57 (0,567)
	1-3 деца	23,15	6,1	

Анксиозност	нема деца	5,39	3,76	-0,13 (0,895)
	1-3 деца	5,52	3,98	
Депресија	нема деца	5,22	3,34	0,94 (0,351)
	1-3 деца	4,39	3,43	

Според податоците од табелата 7 се воочува дека нивоата на димензиите на синдромот на согорување, како и нивоата на анксиозноста и депресијата не се разликуваат според бројот на деца.

Според истражувачите на синдромот на согорување (Maslach et al., 2001[145], West et al., 2018[146]) , социодемографските фактори треба да се набљудува повнимателно бидејќи на резултатите ќе влијаат општествените прилики, родовата еднаквост, финансиската состојба, улогите во семејството.

Во актуелното истражување можеме да заклучиме дека примерокот не е репрезентативен поради разликите во процентуалниот сооднос што се однесуваат на испитуваната варијабла.

Варијаблата возраст и работен стаж е и истражувана со корелациски метод каде е утврдено дека нема статистички значајна корелација со клучните варијабли.

Врз основа на добиените резултати заклучуваме дека четвртата хипотеза не е потврдена: **Асоцијациите помеѓу нивоата на синдромот на согорување анксиозноста и депресијата не зависат од варијаблите во социодемографскиот тест.**

[145] Maslach, C, Schaufeli,W.B, Leiter M.P(2001).Job burnout, Annu. Rev. Psychol. 2001. 52:397–422

[146] West, CP, Dyrbye, LN, Shanafelt, TD. (Mayo Clinic, Rochester, MN; and Stanford University Medical Center, Stanford, CA, USA). Physician burnout: contributors, consequences and solutions (Review). *J Intern Med* 2018; 283: 516– 529

Предности и ограничувања во актуелното истражување

Предност при вршење на ова истражување беше полесната дистрибуцијата на анкетниот прашалник и пократкото време за собирање на резултатите преку социјалните мрежи. Во однос на ваквиот начин на истражување за недостаток се смета што постои можност испитаникот да не ги разбал прашањата или да не дава точни одговори, бидејќи недостасува набљудувањето на реакцијата на испитаникот за да се процени колку дава важност при одговарање на прашалникот.

Ограничување е што целната група беше насочена само на здравствен персонал што работи во геријатриска и палијативна установа, којашто е единствена во Р.С.Македонија со одделите во Скопје и Битола, а со тоа беше ограничен и бројот на испитаниците.

Користењето на Маслач инструментот за проценка на синдромот на согорување специјализиран за здравствени работници со сите три димензии, го прави ова истражување поквалитетно бидејќи во мета анализите на синдромот на согорување како основен критериум за собирање на податоците е студиите да користат MBI со сите три димензии.

Како почетник истражувач сега од овој аспект, сметам дека социодемографските карактеристики требаше само да ја дефинираат популацијата која се истражува, а да се истражува влијанието на индивидуалните карактеристики од кои зависи отпорноста на стресот што се поврзува со склоноста кон настанување на менталните заболувања.

Заклучок

Резултатите демонстрираат дека кај здравствените работници во во ЈЗУ Специјализирана болница за геријатриска и палијативна медицина " 13 Ноември" во Скопје и Битола е утврден синдром на согорување кај 24% (23,76%), анксиозност кај 14,85% и депресија кај 4,95% со што ја потврдивме првата хипотеза на истражувањето дека **постои синдром на согорување, анксиозност и депресија кај здравствениот персонал во палијативна и здравствена установа.**

Доколку го набљудуваме синдромот на согорување од аспект на латентните профили кои ги спомнуваат Leiter и Maslach можеме да заклучиме дека 23,76% од испитаниците се преоптеретени од работата, 88,12% се неангажирани, а 87,13 се неефикасни. Дали тоа значи дека треба да се предефинира начинот на проценка на синдромот на согорување, за да не се зборува само за атипичен синдром на согорување или неангажираноста и неефикасноста да се сметаат за стратегии за справување од емоционалната исцрпеност, што за истражувачите претставува основа на синдромот на согорување и се изедначува со анксиозноста и со депресијата.

Втората и третата хипотеза: Асоцијацијата на синдромот на согорување со анксиозноста и Асоцијацијата на синдромот на согорување со депресијата се потврдува со статистички значајната корелација помеѓу димензиите на синдромот на согорување со анксиозноста и депресијата. Исто така е утврдено дека застапеноста на испитаниците со абнормална вредност на скалата за анксиозност и депресија е сигнификантно поголема во рамките на подгрупата со утврден синдром на согорување.

Четвртата хипотеза не е потврдена односно Асоцијацијата помеѓу синдромот на согорување ,анксиозноста и депресијата не зависи од социодемографските варијабли.

Синдромот на согорување е комплексен проблем што е многу истражуван и во однос на индивидуалните карактеристики и во однос на ситуационите карактеристики. Потврдено е дека согорувањето, анксиозноста и депресијата зависат од индивидуалните карактеристики, односно од начинот како организмот реагира на стресот, но со подобрување на работните услови, факторите за ризик се намалуваат , а со тоа и преваленцата од согорувањето.

Во однос на прашањето дали синдромот на согорување , анксиозноста и депресијата се иста состојба од статистичките резултати од квантитативните истражувања, не може да се заклучи многу. Корелациите помеѓу истражуваните состојби варираат во различни истражувања што истражувачите ги насочува кон различни заклучоци.

Во актуелното истражување може да се заклучи дека синдромот на согорување, анксиозноста и депресијата се поврзани, но корелацијата не е толку висока за да се заклучи дека се работи за исти состојби , но бидејќи третманот е индивидуален и зависи од симптомите на манифестирање на согорувањето, можеби би требало согорувањето да се смета за посебно ментално нарушување поради подобро распознавање и правилен третман.

Сметам дека се потребни квалитативни истражувања кои ќе го истражуваат и вработениот и работниот процес за да се утврдат факторите на работното место во секоја организација посебно, што придонесуваат за настанување на синдромот на согорување. На тој начин да се планираат интервенциите со цел да се подобри задоволството на вработениот и позитивната слика за себе којашто ќе ја проектира и кон пациентите и во слободното време и на тој начин, индиректно да се работи и на подобрување на отпорноста кон стресот.

ПРЕГЛЕД НА ЛИТЕРАТУРА

Ahola K, Hakanen J, Perhoniemi R, Mutanen P. Relationship between burnout and depressive symptoms: a study using the person-centered approach BurnRes. 2014;1:29-37. (107)

Ahola K. Occupational burnout and health. People and Work Research Reports 81. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, 2007. [Google Scholar] (27)

Allen MT. 2021. Explorations of avoidance and approach coping and perceived stress with a computer-based avatar task: detrimental effects of resignation and withdrawal. PeerJ 9:e11265 https://doi.org/10.7717/peerj.11265 (133)

Algorani EB, Gupta V. Coping Mechanisms. [Updated 2022 Apr 28]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/ NBK559031 (35)

American Psychological Association. https://wwwapaorg/topics/anxiety /. Accessed 30 July 2019 (91)

American Psychological Association https://www.apa.org/topics/depression (97,99)

.American Psychological Association. The road to resilience. The road to resilience 2011. Availableat: https://www.apa.org/helpcenter/road-resilience. Ac-cessed July 26, 2019. (41)

Bakker,A.B.,Demerouti,E(2007)"TheJob Demands-Resources model:state of the art", Journal of Managerial Psychology, Vol. 22 Issue: 3, pp.309-328, https://doi.org/10.1108/02683940710733115 (48)

Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2018). Multiple levels in job demands-resources theory: Implicationsfor employee well-being and performance. In E. Diener, S. Oishi, & L. Tay (Eds.), Handbook of well-being. Salt Lake City, UT: DEF Publishers. DOI:nobascholar.com (50)

Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. (2015) Burnout-depression overlap: a review. https://academicworks.cuny.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1318&context=cc_pubs (116)

Bianchi R. Burnout is more strongly linked to neuroticism than to work-contextualized factors. Psychiatry Res. 2018 Dec;270:901-905. doi: 10.1016/j.psychres.2018.11.015. Epub 2018 Nov 8. PMID: 30551342. (29)

Bianchi, R., Verkuilen, J., Schonfeld, I. S., Hakanen, J.J., Jansson-Fröjmark, M., Manzano-García, G., Laurent, E., & Meier, L.L. (2021). Is burnout a depressive condition? A 14-sample meta-analytic and bifactor analytic study. *Clinical Psychological Science, 9*(4), 579–597. https://laurenzmeier.info/pdf/Bianchi2021.pdf (62, 130, 131 ,137,138,142)

Chirico,F. (2016). Job stress models for burnout syndrome: a review. Annali dell'Istituto superiore di sanita. 52. 10.4415/ANN_16_03_17. (51, 54)

De Young, CG,Allen,TA(2019) Personlity Neuroscience:A development Perspective, 79-105,Handbook of personalitydevelopment,The Guiilford Press,New York (30,104)

De Marchis E, Knox M, Hessler D, Willard-Grace R, Olayiwola JN, Peterson LE, Grumbach K, Gottlieb LM. Physician Burnout and Higher Clinic Capacity to Address Patients' Social Needs. J Am Board Fam Med. 2019 Jan-Feb;32(1):69-78. doi: 10.3122/jabfm.2019.01.180104. PMID: 30610144. (80)

Depression and Other CommonMental Disorders: Global Health Estimates. Geneva:World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA3.0 IGO. (96,101)

Deligkaris, Pavlos & Panagopoulou, Efharis & Montgomery, Anthony & Masoura, Elvira. (2014). Job burnout and cognitive functioning: A systematic review. Work and Stress. 28. 107-123. 10.1080/02678373.2014.909545. (56)

Dirk van Dierendonck, Wilmar B. Schaufeli & Bram P. Buunk (2001) Toward a process model of burnout: Results from a secondary analysis, European Journal of Work and Organizational Psychology, 10:1, 41-52, DOI: 10.1080/13594320042000025 (70, 71, 72 124)

Dijxhoorn A-FQ, Brom L, van der Linden YM, Leget C, Raijmakers NJ. Prevalence of burnout in healthcare professionals providing palliative care and the effect of interventions to reduce symptoms: A systematic literature review. Palliative Medicine. 2021;35(1):6-26. doi:10.1177/0269216320956825 (88)

Dyrbye, L.N., West, C.P. & Shanafelt, T.D. Defining Burnout as a Dichotomous Variable.*J GEN INTERN MED* **24**,440 (2009). https://doi.org/10.1007/s11606-008-0876-616 (76,121)

Europian union of medical specialists, 2008 https://uemsgeriatricmedicine.org/www/land/definition/english.asp\ (84)

Efıl S, Turen S, Yıldız Ayvaz M, Bulbul E, Yenı T. Burnout levels and care behaviours in intensive care nurses: A cross-sectional, multicentre study. Intensive Crit Care Nurs. 2022 Aug;71:103246. doi: 10.1016/j.iccn.2022.103246. Epub 2022 Apr 7. PMID: 35397980. (129)

Fischer R, Mattos P, Teixeira C (2020) Association of Burnout With Depression and Anxiety in Critical Care Clinicians in Brazil doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.308985 (112)

Fontes,F,Herbert J .Freudenberger and the making of burnout as a psychopathological syndrome(2020) (6,115)

Folkman S, Moskowitz JT. Coping: pitfalls and promise. Annu Rev Psychol. 2004;55:745-74. [PubMed] (34)

Freudenberger HJ. Staff burnout. J Soc Issues. 1974;30:159-165. (83,105)

Geddes J, Price J,McKnight (2013)Psychiatry 4 edition https://medicostimes.com/psychiatry-4th-edition-oxford-medical-publications-pdf/ (93,94,98)

Gómez-Urquiza, J.L.; Albendín-García, L.; Velando-Soriano, A.; Ortega-Campos, E.; Ramírez-Baena, L.; Membrive-Jiménez, M.J.; Suleiman-Martos, N. Burnout in Palliative Care Nurses, Prevalence and Risk Factors: A Systematic Review with Meta-Analysis. Int. J. Environ. Res. Public Health **2020**, *17*, 7672. https://doi.org/10.3390/ijerph17207672 (127)

Grant, D.M., Wingate, L.R., Rasmussen, K.A., Davidson, C.L., Slish, M.L., Rhoades-Kerswill, S., Mills, A.C., & Judah, M.R. (2013). An Examination of the Reciprocal Relationship Between Avoidance Coping and Symptoms of Anxiety and Depression. Journal of Social and Clinical Psychology, 32, 878-896. (135,136)

Haskell AM, Britton PC Richard, Servatius J,Toward an assessment of escape/ avoidance coping in depression,Behavioural Brain Research, Volume381,2020, 112363,ISSN 0166-4328, https://doi.org/10.1016/j.bbr.2019.112363 (134)

Hammarström P, Rosendahl S, Gruber M, Nordin S. Somatic symptoms in burnout in a general adult population. J Psychosom Res. 2023 Mar 8;168:111217. doi: 10.1016/j.jpsychores.2023.111217. Epub ahead of print. PMID: 36921422. (58)

Horn DJ, Johnston CB. Burnout and Self Care for Palliative Care Practitioners. Med Clin North Am. 2020 May;104(3):561-572. doi: 10.1016/j.mcna.2019.12.007. Epub 2020 Mar 2. PMID: 32312415. (79)

Houkes I, Winants Y, Twellaar M, Verdonk P. Development of burnout over time and the causal order of the three dimensions of burnout among male and female GPs. A three-wave panel study. BMC Public Health. 2011 Apr 18;11:240. doi: 10.1186/1471-2458-11-240. PMID: 21501467; PMCID: PMC3101180. (22)

Howlett M, Doody K, Murray J, LeBlanc-Duchin D, Fraser J, Atkinson PR. Burnout in emergency department healthcare professionals is associated with coping style: a cross-sectional survey. Emerg Med J. 2015 Sep;32(9):722-7. doi: 10.1136/emermed-2014-203750. Epub 2015 Jan 20. PMID: 25604324. (37)

Huri M, Bağış N, Eren H, Umaroğlu M, Orhan K. Association between burnout and depressive symptoms among Turkish dentists. J Dent Sci. 2016 Dec;11(4):353-359. doi: 10.1016/j.jds.2016.03.006. Epub 2016 Apr 19. PMID: 30894997; PMCID: PMC6395183 (113)

Kamani, Tanvi, Analysis of the Job Characteristics Model (January 15, 2020). Available at SSRN: https://ssrn.com/abstract=3600844 or http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3600844 (52)

Keith M. Swetz, Sarah E. Harrington, Robin K. Matsuyama, Tait D. Shanafelt, and Laurie J. Lyckholm.Strategies for Avoiding Burnout in Hospice and Palliative Medicine: Peer Advice for Physicians on Achieving Longevity and Fulfillment.Journal of Palliative Medicine.Sep 2009.773-777.http://doi.org/10.1089/jpm.2009.0050 (39, 42)

Koutsimani P, Montgomery AJ, Georganta K(2019) The Relationship Between Burnout, Depression, and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.00284/full (102, 114,139)

Leiter, Michael P. and Maslach, Christina 2016, Latent burnout profiles: a new approach to understandingthe burnout experience, Burnout research, vol. 3, no. 4, pp. 89-100.DOI: 10.1016/j.burn.2016.09.00165. (13, 73, 120,123,126)

Leiter MP, Hakanen J, Toppinen-Tanner S et al. Changes in burnout: a 12-year cohort study on organizational predictors and health outcomes.J Organizat Behav2013;34:959-73. [Google Scholar] (90)

Lim WY, Ong J, Ong S, et al. The Abbreviated Maslach Burnout Inventory Can Overestimate Burnout: A Study of Anesthesiology Residents. J Clin Med 2019; 9 (1): 61 (75,119,122,123)

Maslach C prologue by Philip G.Zimbardo 2003,2015 Burnout the cost of caring (2, 11, 18, 89)

Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach burnout inventory manual. 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996. (64)

.Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach burnout inventory manual. 4th ed. Menlo Park, CA: Mind Garden Inc; 2018. (65,118)

.Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. World Psychiatry. 2016;15(2):103–11. (1,12, 47, 111,117,144)

MaslachC, 2006, Understanding job burnout (37-51) https://www.researchgate.net/publication/285167294_Understanding_job_burnout

(3, 9, 46)

Maslach, C, Schaufeli,W.B, Leiter M.P(2001).Job burnout, Annu. Rev. Psychol. 2001. 52:397–422 (4, 7, 10, 19, 26, 45, 63, 69, 145)

Maslach,C. Finding solutions to the problem of burnout Consulting Psychology Journal: Practice and Research © 2017 American Psychological Association 2017, Vol. 69, No. 2, 143–152 https://www.anesthesiallc.com/images/eAlertsSource/Finding-solutions-to-burnout-Maslach-CPJ-2017-3.pdf (82)

Mäkikangas, Anne & Kinnunen, Ulla. (2016). The Person-oriented Approach to Burnout: A Systematic Review. Burnout Research. 3. 10.1016/j.burn.2015.12.002. (125)

Marín, Gerardo. (2022). Burnout Syndrome. 1. 19-30. (57, 59, 60)

Medscape Physician Burnout & Depression Report,2022 https://www.medscape.com/2022lifestyleburnout (86)

Molavynejad S, Babazadeh M, Bereihi F, Cheraghian B. Relationship between personality traits and burnout in oncology nurses. J Family Med Prim Care. 2019 Sep 30;8(9):2898-2902. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_423_19. PMID: 31681663; PMCID: PMC6820379Strategies. PLoS ONE 9(2): e89090. doi:10.1371/journal.pone.008909 (32)

Najm, Najm. (2019). Big Five Traits: A Critical Review. Gadjah Mada International Journal of Business. 21. 159-186. (28)

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine 2019. Taking Action Against Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being. Washington, DC: The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/25521

(17, 20, 21, 24, 25, 31, 33, 36, 43, 66, 67, 68, 74, 77, 108, 109,)

Neckel S, Schaffner AK, Wagner (2017) G Burnout, Fatigue, Exhaustion. An Interdisciplinary Perspectives on a Modern Affliction,ISBN 978-3-319-52887-8 (eBook) , Schaufeli, WB Burnout: A Short Socio-Cultural History (105-129) (15)

Ren C, Li X, Yao X, Pi Z, Qi S. Psychometric Properties of the Effort-Reward Imbalance Questionnaire for Teachers (Teacher ERIQ). Front Psychol. 2019 Sep 12;10:2047. doi: 10.3389/fpsyg.2019.02047. PMID: 31572259; PMCID: PMC6751258. (53)

Rupert, P. A., Miller, A. O., & Dorociak, K. E. (2015). Preventing burnout: What does the research tell us? Professional Psychology: Research and Practice, 46(3), 168–174. doi:10.1037/a0039297 https://sci-hub.st/10.1037/a0039297 (44)

Salvagioni DAJ, Melanda FN, Mesas AE, González AD, Gabani FL, Andrade SMd (2017) Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. PLoS ONE 12(10): e0185781. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781 (78)

Santarnecchi E, Sprugnoli G, Tatti E, Mencarelli L, Neri F, Momi D, Di Lorenzo G, Pascual-Leone A, Rossi S, Rossi A. Brain functional connectivity correlates of coping styles. Cogn Affect Behav Neurosci. 2018 Jun;18(3):495-508. [PubMed] (38)

Schaufeli W. The job demands-resources model: a 'how to'guide to increase work engagement and prevent burnout. Organ Dyn. 2017;46:120–32. https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/476.pdf (49)

Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. Career Develop Intern 2009;14:204-20. [Google Scholar] (5, 8, 16, 61)

Shanafelt TD, Mungo M, Schmitgen J, Storz KA, Reeves D, Hayes SN, Sloan JA, Swensen SJ, Buskirk SJ. Longitudinal Study Evaluating the Association Between Physician Burnout and Changes in Professional Work Effort. Mayo Clin Proc. 2016 Apr;91(4):422-31. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.02.001. PMID: 27046522. (128)

Schonfeld IS, Bianchi R. Burnout and Depression: Two Entities or One? J Clin Psychol. 2016 Jan;72(1):22-37. doi: 10.1002/jclp.22229. Epub 2015 Oct 9. PMID: 26451877 (140)

Schonfeld IS, Chang C-H. Occupational health psychology: work, stress, and health. New York, NY: Springer Publishing Company; 2017. (141)

Schonfeld IS, Verkuilen J, Bianchi R. Inquiry Into the Correlation Between Burnout and Depression 2019 American Psychological Association 2019 http://dx.doi.org/10.1037/ocp0000151 (141)

Vassilopoulos, S. P. (2012). Job burnout and its relation to social anxiety in teachers of primary education. Hellenic Journal of Psychology, *9*(1), 18–44 (103)

Van Dam A. Subgroup Analysis in Burnout: Relations Between Fatigue, Anxiety, and Depression. Front Psychol. 2016 Feb 4;7:90. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00090. PMID: 26869983; PMCID: PMC4740380 (106)

Van Dam A. (2021) A clinical perspective on burnout: diagnosis, classification, and treatment of clinical burnout, European Journal of Work and Organizational Psychology, 30:5, 732-741, DOI: 10.1080/1359432X.2021.1948400 (81)

Wang C, Grassau P, Lawlor PG, Webber C, Bush SH, Gagnon B, Kabir M, Spilg EG. Burnout and resilience among Canadian palliative care physicians. BMC Palliat Care. 2020 (87)

West, CP, Dyrbye, LN, Shanafelt, TD. (Mayo Clinic, Rochester, MN; and Stanford University Medical Center, Stanford, CA, USA). Physician burnout: contributors, consequences and solutions (Review). *J Intern Med* 2018; 283: 516– 529. (23, 146)

World Health Organisation, 2019. Burn-out an “occupational phenomenon”: international classification of Diseases. https://wwwwhoint/mental_health/evidence/burn-out/en/

Accessed 10 Feb 2020. (14, 110)

World Health Organisation ,2020 Palliative care https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care (85)

https://ourworldindata.org/grapher/number-with-anxiety-disorders-country (95)

https://www.anxiety.org/fight-or-flight-fear-anxiety (92)

https://ebrary.net/136492/psychology/conservation_resources_theory (55)

https://wisevoter.com/country-rankings/depression-rate-by-country/ (100)

https://www.apa.org/topics/resilience# (40)

Прилози

Прилог 1

MBI Human Services Survey for Medical Personnel
Маслач Брнаут инструмент за здравствени работници

How Колку
often: често:

0.Never -Никогаш
1 A few time a year or less-Неколку пати во годината или помалку
2 Once a month or less -Неколку пати во месецот или помалку
3 A few times a monts- Неколку пати во месецот
4 Once a week- Еднаш во неделата
5 A few times a week-Неколку пати во неделата
6.Every day- Секој ден
How often -Колку често
0-6 Statements: Изјави од 0-6

1. _____ I feel emotionally drained from my work.
Се чувствувам емоционално исцрпен од мојата работа.
2. _____ I feel used up at the end of the workday
Се чувствувам искористен на крај на работниот ден.
3. _____ I feel fatigued when I get up in the morning and have to face another day on the job.
Се чувствувам уморен кога станувам наутро и треба да се соочам со уште еден работен ден
4. _____ I can easily understand how my patients feel about things.
Можам лесно да разберам како моите пациенти чувствуваат за одредени работи.
5. _____ I feel I treat some patients as if they were impersonal objects.
Чувствувам дека одредени пациенти третирам како да се безлични предмети
6. _____ Working with people all day is really a strain for me.

Работата со луѓе цел ден е навистина напор за мене.

7. _____ I deal very effectively with the problems of my patients.

Се справувам многу ефикасно со проблемите на моите пациенти.

8. _____ I feel burned out from my work.

Се чувствувам согорен од мојата работа.

9. _____ I feel I'm positively influencing other people's lives through my work.

Чувствувам како позитивно влијам на животите на другите луѓе преку мојата работа.

10. _____ I've become more callous toward people since I took this job.

Станав бесчувствителн спрема луѓето откако ја работам оваа работа.

11. _____ I worry that this job is hardening me emotionally.

Се грижам дека оваа работа ми ги стврднува емоциите.

12. _____ I feel very energetic.

Се чувствувам многу енергично.

13. _____ I feel frustrated by my job.

Се чувствувам фрустрирано од мојата работа.

14. _____ I feel I'm working too hard on my job.

Чувствувам дека работам премногу на мојата работа.

15. _____ I don't really care what happens to some patients.

Не се грижам многу што ќе се случи со некои пациенти.

16. _____ Working with people directly puts too much stress on me.

Работата со луѓе директно е многу стресна за мене.

17. _____ I can easily create a relaxed atmosphere with my patients

Можам лесно да креирам релаксирана атмосфера со моите пациенти..

18. _____ I feel exhilarated after working closely with my patients.

Се чувствувам воодушевен по блиската соработка со моите пациенти.

19. _____ I have accomplished many worthwhile things in this job.

Имам постигнато многу вредни работи во оваа работа.

20. _____ I feel like I'm at the end of my rope.

Се чувствувам како да сум на крај од моето јаже.

21. _____ In my work, I deal with emotional problems very calmly.

На мојата работа многу мирно се справувам со емоционалните проблеми.

22. _____ I feel patients blame me for some of their problems.

Чувствувам дека пациентите ме обвинуваат за некои од нивните проблеми.

Прилог.2

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
Скала за проценка на анксиозност и депресија кај болнички персонал

Tick the box beside the reply that is closest to how you have been feeling in the past week.
Don't take too long over you replies: your immediate is best.

Означи го одговорот што е најблиску до начинот на кој се чувствуваше минатата недела .Не размислувај премногу: првиот одговор е обично најдобар

D	A		D	A	
		I feel tense or 'wound up': Се чувствувам напнато и " стегнато"			**I feel as if I am slowed down: Се чувствувам успорено**
	3	Most of the time Поголем дел од времето	3		Nearly all the time Речиси цело време
	2	A lot of the time Доста време	2		Very often Многу често
	1	From time to time, occasionally Повремено	1		Sometimes Понекогаш
	0	Not at all Воопшто не се чувствувам така	0		Not at all Воопшто не
		I still enjoy the things I used to enjoy: Се уште уживам во работите како порано			**I get a sort of frightened feeling like'butterflies' in the stomach: Имам чувство на "пеперутки во стомакот"**
0		Definitely as much Дефинитивно исто		0	Not at all Воопшто не
1		Not quite so much Не толку		1	Occasionally Повремено
2		Only a little Помалку		2	Quite Often Доста често
3		Hardly at all Воопшто не уживам		3	Very Often Многу често
		I get a sort of frightened feeling as			**I have lost interest in my appearance:**

		ifsomething awful is about to happen: **Се плашам дека нешто страшно ќе се случи**			**Не ме интересира како изгледам**
	3	Very definitely and quite badly Дефинитивно се плашам и тоа многу	3		Definitely Дефинитивно
	2	Yes, but not too badly Да, ама не толку	2		I don't take as much care as I should Не се грижам така како порано
	1	A little, but it doesn't worry me Малку ама тоа не ме вознемирува	1		I may not take quite as much care Не толку многу ,но се грижаам
	0	Not at all Воопшто не се плашам	0		I take just as much care as ever Се грижам како и секогаш
		I can laugh and see the funny side of things: **Можам да се насмеам на се и да ја согледам позитивната страна на работите**			**I feel restless as I have to be on the move:** **Се чувствувам немирно и морам да сум во постојано движење**
0		As much as I always could Исто како и порано што можев		3	Very much indeed Многу
1		Not quite so much now Сега веќе не толку		2	Quite a lot Доста
2		Definitely not so much now Дефинитивно не толку многу		1	Not very much Не многу
3		Not at all Воопшто не можам		0	Not at all Воопшто не
		Worrying thoughts go through my mind: **Чувствувам загриженост цело време**			**I look forward with enjoyment to things:** **Се радувам на работите**
	3	A great deal of the time Голем дел од времето	0		As much as I ever did Како и порано
	2	A lot of the time “Добар ” дел од времето	1		Rather less than I used to Помалку од порано
	1	From time to time, but not too often Повремено но не често	2		Definitely less than I used to Дефинитивно помалку
	0	Only occasionally Само понекогаш	3		Hardly at all Воопшто не се радувам

		I feel cheerful: **Се чувствувам весело**			**I get sudden feelings of panic:** **Имам ненадејно чувство на паника**
3		Not at all Воопшто не се осеќам така		3	Very often indeed Многу често
2		Not often Ретко		2	Quite often Понекогаш
1		Sometimes Понекогаш		1	Not very often Не многу често
0		Most of the time Најголемиот дел од времето		0	Not at all Многу ретко
		I can sit at ease and feel relaxed: **Можам да бидам релаксиран/а и опуштен/а**			**I can enjoy a good book or radio or TV program:** **Можам да уживам во радио ,ТВ програм или книга**
	0	Definitely Дефинитивно	0		Often Често
	1	Usually Вообичаено	1		Sometimes Понекогаш
	2	Not Often Ретко	2		Not often Не често
	3	Not at all Воопшто не можам	3		Very seldom Многу ретко

Бодување

Депресија: Анксиозност:

0-7 нормално

8-10 гранично абнормално

11-21 абнормално