

СИНДРОМ САГОРЕВАЊА НА ПОСЛУ КОД ЛЕКАРАТоми Ковачевић¹, Иван Миков²**JOB BURNOUT SYNDROME IN PHYSICIANS**

Tomí Kovacevic, Ivan Mikov

Сажетак

Сагоревање на послу је облик професионалног стреса који се најчешће јавља у занимањима у којима постоји директан контакт са људима. Три кључна аспекта сагоревања на послу који настају као одговор на хронични стрес су: емоционална исцрпљеност, деперсонализација и осећај смањеног личног постигнућа. Истраживања која су спровођена како у високоразвијенима, тако и у средњеразвијеним и земљама у развоју показују висок степен присутности професионалног стреса и синдрома сагоревања на послу код лекара у скоро свим гранама медицине. Директне последице професионалног стреса по физичко и психичко здравље лекара индиректно доводе до смањења нивоа здравствене услуге са свим својим последицама по здравље пацијената. Указује се потреба за откривањем стресогених фактора у лекарској професији и начина њиховог спречавања или бар ублажавања. Развој модалитета у смислу едукације о препознавању и превазилажењу стресогених фактора настанка професионалног сагоревања и изналажење нових организационих шема у здравству, са циљем смањења присутности фактора стреса која доприносе развоју синдрома сагоревања, могли би бити једни од приоритета за друштвену заједницу сваке земље.

Кључне речи: сагоревање, стрес на послу, лекар, радно место.

Summary

Job burnout syndrome is a form of professional stress which occurs most frequently in human occupations. Three key aspects of job burnout that occur in response to chronic stress are: emotional exhaustion, depersonalization and personal achievement. The studies that have been conducted both in the highly industrialized and middle-income and developing countries have shown a high prevalence of occupational stress and job burnout syndrome in almost all branches of medicine. The direct consequences of job related stress on physicians physical and mental health indirectly lead to a decrease in the level of health services with all its consequences on the patients care. There is a need to detect stress factors and find the ways to prevent or at least mitigate them. The development of modalities in terms of training how to recognize and overcome the stressful factors of professional burnout and determining organizational reforms in health care system in order to reduce the presence of contributing factors for burnout are the priorities for the each country's society.

Key words: burnout, occupational stress, physician, workplace.

¹ Др Томи Ковачевић, доктор медицине, Институт за плућне болести Војводине, Медицински факултет Нови Сад, Универзитет у Новом Саду.

² Проф. др Иван Миков, лекар специјалиста медицине рада, Клинички центар Војводине, Медицински факултет Нови Сад, Универзитет у Новом Саду.

УВОД

Концепт професионалног сагоревања на послу средином седамдесетих увео је Фројденбергер (Freudenberger), који га описује као губитак мотивације и преданости послу код људи који су изложени учесталом и дуготрајном стресу.⁽¹⁾ Сагоревање на послу, енг. „Job Burnout Syndrome“, у клиничком раду је означено као облик професионалног стреса који се најчешће јавља у занимањима која подразумевају директан контакт са људима, односно који се јавља код особа које су у току свог рада изложене великим емоционалним приливима и давањима (лекари, просветни радници, услужна делатност и сл.).⁽²⁾ Класификација менталних поремећаја и поремећаја понашања, према десетој ревизији Интернационалне класификације болести (ICD-10), овај поремећај укључује у дијагнозу „Поремећаји прилагођавања“ (F43.2), које карактеришу поремећаји у социјалном или радном, односно академском функционисању.⁽³⁾ У циљу дефинисања процеса професионалне детериорације у пословима који су усмерени на људске потребе, у периоду који је следио, развијани су многобројни инструменти за мерење овог феномена. Најчешће употребљавани мерни инструмент је Маслачева скала, енг. „Maslach Burnout Inventory“ (MBI), која је прихваћена и широко распрострањена у научним истраживањима која се баве овом темом.⁽⁴⁾

Три кључна аспекта синдрома сагоревања су: емоционална исцрпљеност, деперсонализација и смањење осећаја личног постигнућа, који настају као одговор на хронични стрес у пословима везаним уз непосредни рад са људима. Емоционална исцрпљеност се односи на процену појединца да су његове емотивне и физичке снаге исцрпљене преко граница. Симптоми се често манифестују као умор, главобоља, бол, несаница и поремећај апетита. Деперсонализација се односи на развој безосећајног и циничног односа према људима који су приматељи услуге, на нега-

тиван став према послу, као и на губитак осећаја властитог идентитета. У првом реду представља заштитни механизам – „емоционални пуфер“ и обично се развија као одговор на претерано емоционално исцрпљење. Јавља се осећај фрустрације, помањкање интереса у комуникацији са другим људима, а може доћи и до пословног апсентизма, промене радног места и/или промене занимања. Осећај смањеног личног постигнућа односи се на негативну самопроцену компетенција и постигнућа на радном месту, а симптоми су видљиви као губитак мотивације за рад, опадање самопоштовања и опште продуктивности.^(3, 4)

Обавеза лекара је да свој радни век проведе у интензивном односу са другим људима, пре свега са пацијентима, али и са колегама и сарадницима. Интеракција лекара са пацијентима усредсређена је на пацијентове здравствене проблеме, а решења нису увек очигледна и лако доступна. Константна изложеност лекарске професије условима који подразумевају несебичност, постављање потреба болесника на прво место, као и притисак који са собом носи доношење одлука које имају утицаја на нечији живот, несумњиво значи и изложеност хроничном стресу и свим последицама које он са собом носи. Због осећаја да су уложено залагање и постигнути успех мањи од очекиваног, лекари почињу да преиспитују своју стручност и способност да раде и развијају своју каријеру. Овај осећај умањене ефикасности може бити појачан недостатком социјалне подршке и смањеним могућностима професионалног напретка. Код професионалног стреса, физички и психосоцијални фактори радне средине се посматрају као фактори који могу да доведу до поремећаја физичког и менталног здравља лекара. За настанак професионалног стреса битни су: услови и захтеви на послу, односно, радно оптерећење са једне и индивидуалне карактеристике самог радника, тј. његово доживљавање самог посла са друге стране.⁽⁴⁻⁶⁾

ЛЕКАРИ И СИНДРОМ САГОРЕВАЊА НА ПОСЛУ

Последње две деценије синдром сагоревања на послу, енг. „burnout syndrome“, (BS) у лекарској професији привлачи велику пажњу стручне јавности. У оквиру испитивања нивоа стреса међу лекарима и повезаности овог синдрома са факторима стреса спровођена су многобројна истраживања. У студијама које су проверавале постојање BS-а међу онколозима и лекарима опште праксе присуство емоционалне исцрпљености потврђено је код 23–53%, односно 19–53%; деперсонализација код 13–31%, односно 22–64%; а осећај смањеног личног постигнућа код 21–48%, односно 13–31% лекара.⁽⁷⁻¹⁶⁾ Особље медицинске онкологије показало је висок ниво стреса и BS-а. Код здравственог особља које ради са оболелима од тумора, емоционална исцрпљеност, као и осећај смањеног личног постигнућа су били веома изражени (53,3% и 48,4%). Преоптерећеност на послу издвојила се као један од важних фактора настанка BS-а.⁽¹¹⁾ У испитиваној групи британских онколога, емоционална исцрпљеност је била заступљена код 33% лекара, деперсонализација код 23%, а осећај смањеног личног постигнућа била је присутна код 33% испитаника. Показало се да онколози имају већу преваленцу емоционалне исцрпљености и да ниже оцењују свој професионални успех од лекара који се баве палијативним збрињавањем. Старији лекари са више искуства су, како је ово истраживање показало, под мањим релативним ризиком од развоја BS-а.⁽¹²⁾ Прва национална студија пресека у Јапану која је за циљ имала да детерминише преваленцу BS-а код лекара који учествују у лечењу болесника у терминалном стадијуму болести показала је да је 22% испитаника имала висок степен емоционалне исцрпљености, деперсонализација је била високо заступљена код 11%, а чак 62% је имала висок степен осећаја смањеног личног постигнућа.⁽¹⁷⁾

Брига око акутно животно угрожених пацијената може довести до развоја BS-а. Чак 46,5% испитаника је показало висок степен BS-а у популацији испитиваних лекара који раде у јединицама интензивне неге. Преоптерећеност послом у јединицама интензивне неге значајно је повезана са емоционалним исцрпљивањем, а самим тим и са повишеним ризиком од развоја BS-а. Студија спроведена међу лекарима запосленим у јединицама интензивне неге идентификовала је три најважнија фактора за развој BS-а у овој испитиваној популацији: број дежурстава на месечном нивоу, дуг период од последњег годишњег одмора и ноћно дежурство уочи испитивања. Такође је битно нагласити да су честе конфликтне ситуације међу колегама на послу повезане са високим степеном BS-а. Утицај синдрома сагоревања на послу на лекаре у области интензивне медицине несумњиво је велик јер је чак 39,5% испитаника навело да размишља о промени радног места или чак о промени занимања. Овај проценат је и више од 50% код лекара који имају висок степен BS-а.⁽¹⁸⁾ Емоционална исцрпљеност и деперсонализација су били више заступљени код клиничких лекара него код лекара опште праксе и специјалиста и субспецијалиста. Задовољнији послом били су специјалисти и субспецијалисти. Лекари опште праксе и лекари који раде у државном сектору, као и они који имају више сменског рада су били под већим ризиком од развоја BS-а.⁽¹⁹⁾ Прва студија на Новом Зеланду која се бави овим синдромом показала је да је 10% испитаних лекара имало висок степен BS-а у сва три, а још 18% у два кључна аспекта овог синдрома. Укупно 28% испитиваних лекара имало је висок ризик за BS. У овом истраживању 72% испитаника је изјавило да је задовољно послом, али већина лекара мушког пола који су имали заступљен висок степен BS-а је изразило своје незадовољство због преоптерећености на радном месту.⁽²⁰⁾ Лекари запослени на одељењу гинекологије и оптетриције су показали умерен степен емоционалне исцрпљености и висок сте-

пен осећаја професионалног успеха (који престављају предикторе задовољства каријером).⁽²¹⁾ Аустралијско истраживање које је спроведено међу анестезиолозима показало је да ова група лекара има низак степен BS-а. Значајно је ипак нагласити да се и овде фактор притиска на послу, преоптерећеност послом у циљу постизања већег професионалног стандарда и ефикасности, издвојио као чинилац који значајно утиче и доприноси развоју BS-а.⁽²²⁾ Амерички извештај о начину живота лекара за 2014. годину (енг. „Medscape Physician Lifestyle Report 2014“) показује да је за разлику од 2013. године, када је проценат испитиваних лекара са развијеним синдромом сагоревања био 39%, у 2014. години овај процена знатно већи – чак 46%. Највећи проценат овог синдрома присутан је код лекара запослених у јединицама интензивне неге (53%) и хитне помоћи (52%), али и код половине испитаних породичних лекара, интерниста и хирурга.⁽²³⁾ Према доступним подацима, прво истраживање које је вршено у нашој земљи међу здравственим радницима запосленим у Хитној медицинској помоћи у Сремској Каменици, утврђено је да је синдром сагоревања на послу био присутан код 60% испитаника, најизраженији код здравствених радника са радним стажем између 9 и 17 година. Код здравствених радника запослених у Институту за неурологију, психијатрију и ментално здравље у Новом Саду, BS је био присутан код 27% испитаника. У популацији испитиваних психијатара и лекара опште праксе код нас добијени резултати су показали висок ниво емоционалне исцрпљености код свих испитаних лекара. Већи број психијатара него лекара опште праксе имао је вредности изнад границе за висок ризик, али разлика није била статистички значајна. Резултати добијени за аспект деперсонализације, такође су били изнад границе за висок ризик од настанка синдрома сагоревања на послу и то код већег броја психијатара него лекара опште праксе.⁽²⁴⁾

Преоптерећеност и задовољство на послу

У многим истраживањима потврђена је негативна корелација задовољства на послу са емоционалним исцрпљивањем и депресонализацијом, а позитивна корелација задовољства на послу са осећајем личног постигнућа.^(10, 25-27) Преоптерећеност на послу се показала као важан предиктивни фактор за развој BS-а.⁽²⁸⁾ Убеђење лекара да због преоптерећености послом имају мање времена за разговор са пацијентима показало је јаку повезаност са развијем BS-а.⁽¹⁷⁾ Због узajамног односа са преоптерећеношћу на послу, синдром сагоревања код лекара могао би да буде важан индикатор оптерећености самог здравственог система. За лекаре у Истанбулу један од најважнијих предиктора настанка BS-а је мањак слободног времена и/или годишњег одмора.⁽²⁰⁾ Већина онколога је била сагласна са изјавом да је потребно више одмора како би се стрес на послу превенирао и превазишао.⁽²⁹⁾ Мањи број дана одмора је и за хирурге који раде трансплантације био значајни предиктор емоционалне исцрпљености.⁽³⁰⁾ Ово је индиректно навело на закључак да је смањење броја радних сати пут ка нижој стопи развоја синдрома сагоревања на послу код лекара.⁽³¹⁾ Нађена је и позитивна корелација између стопе морталитета лечених пацијената и развоја BS-а код ординирајућих лекара.⁽³²⁾ С друге стране, испитивање утицаја професионалних фактора ризика на ниво стреса и синдром сагоревања на послу породичних лекара у БиХ показало је да су лекари старијег животног доба и лекари са дужим радним стажем имали већи ризик за развој BS-а.⁽³³⁾ Код испитиваних лекара у области интензивне медицине потврђено је да су лекари женског пола и лекари са мање радног искуства подложнији развоју BS-а вишег степена. Виши степен BS-а имали су и лекари који нису били у браку и нису имали деце, што је показало да је BS у високој корелацији и са приватним животом.⁽¹⁸⁾

Однос са колегама

Конфликт са колегама и сарадницима је повезан са вишим степеном BS-а. Како је показало истраживање спроведено међу клиничким онколозима, рад са пацијентима који болују од неизлечиве болести је означен као мање стресан од преоптерећености послом, организационих одговорности и конфликта на послу. У ствари, рад са пацијентима и породицом пацијената је за ову групу испитиваних лекара био најважнији чинилац професионалне сатисфакције.⁽¹²⁾ Млади испитивани лекари су навели да је најважније што очекују од посла управо добар однос са колегама.⁽³⁴⁾ Ако се лекар специјалиста не осећа подржано од стране колега и организације у којој ради, његов ниво задовољства на послу ће опасти.⁽³⁵⁾ Побољшање вештине комуницирања могло би помоћи лекарима да проведу мање времена у разговору са пацијентима и/или колегама и сарадницима не нарушавајући професионалност и квалитет обављеног посла. Лекари који се осећају недовољно едукованим и/или немају довољно самопоуздања у своје комуникацијске вештине, највероватније имају и мањак самопоштовања.^(7, 12, 13) Предиктор који се издвојио као најважнији за емоционалну исцрпљеност у распону од 9,6 до 17,0% је управо непосредна сарадња са колегама.⁽³⁶⁾

Пословни апсентизам, промена занимања

Како се показало у истраживањима о преваленци BS-а, емоционална исцрпљеност је такође повезана са размишљањима лекара о алтернативним решењима смањења стреса: у првом реду смањењем радног времена, али и променом радног места и/или занимања. Чак 42,6% испитаника из онколошке јединице рада размишљало је о смањењу радног времена и/или напуштању посла.⁽¹¹⁾ Релација између BS-а и намере да напусте посао је примећена и у истраживању спроведеном међу лекарима интензивне медицине.⁽³⁷⁾ Ра-

нија истраживања показала су да BS може значајно утицати на квалитет рада.⁽³⁸⁻⁴⁰⁾ Чињеница да су задовољство каријером и послом од велике важности за сваког појединца, као и да је задовољавање ових потреба од великог значаја за превенцију настанка BS-а, наводи на закључак да би интервенције у организацији здравственог система требало усмерити на оне активности које би довеле до повећања задовољства лекара својим послом, као што би на пример били већа флексибилност и предвидивост радног времена. Ово би требало да обухвати развој иновативних модела рада који би повећањем задовољства лекара сигурно омогућили и најбољу бригу око пацијената.⁽²⁹⁾ Такође се показало да промоција личног развоја лекара и финансијска сигурност позитивно утичу на задовољство послом.⁽³⁰⁾ Тешка финансијска ситуација садашњице на глобалном нивоу, која у највећој мери погађа средње развијене и земље у развоју, има и велики утицај на одрживост здравственог система сваке земље. Реформе у циљу побољшања система здравства се спроводе у скоро свим земљама света, независно од степена њиховог развоја.

Последице синдрома сагоревања на послу

BS значајно утиче на све аспекте здравља појединца. Физичко исцрпљење, повећана употреба наркотика и алкохола, брачни и породични проблеми, развој анксиозности и депресије, психолошке дисфункције, даље смањење осећаја задовољства на послу, повећање жеље за променом занимања, медицинске грешке и смањена брига око болесника повезани су са високим нивоом BS-а.⁽⁴¹⁾ Синдром сагоревања на послу доводи до значајних штетних последица по лекаре и институцију у којој раде, а последично и по пацијенте. На индивидуалном нивоу BS код здравствених радника повезан је са нарушавањем њиховог менталног и физичког здравља.⁽⁴²⁻⁴⁶⁾ На организационом

нивоу, BS је повезан са негативним резултатима као што су: често одсуствовање са посла (пословни апсентизам), смањена продуктивност и промена радног места и/или занимања.⁽⁴²⁾ BS може чинити тежим рад са највулнерабилнијом категоријом – пацијентима који су на самрти.⁽⁴⁸⁾ Негативан утицај BS-а на квалитет здравствене услуге се из године у годину повећава.^(12, 29, 44) Учесталост осећаја смањеног личног постигнућа је веома висока и значајно је повезана са менталним здрављем. Показало се да осећај успеха на личном и професионалном плану смањује ризик од психичких поремећаја.^(13, 48) Због озбиљних нежељених ефеката који су повезани са синдромом сагоревања на послу, као и високим процентом лекара који су у високом ризику за развој BS-а, веома је важно знати и препознати факторе ризика који доводе до његовог развоја, као и направити шему превенције.

ЗАКЉУЧАК

Професионално сагоревање на послу је широко распрострањено у лекарској професији без обзира на област и грану медицине. Преваленца развоја овог синдрома из године у годину све је већа. Истраживања која су спровођена како у високоразвијеним тако и у земљама у развоју, показују да традиционалне, културолошке и друге ра-

злике немају битнији утицај на то да ли ће се код лекара синдром сагоревања на послу развити или не. Лекари су у оквиру свог занимања у сталном директном контакту са људима и то не само пацијентима и њиховим породицама, већ и са колегама и сарадницима. Велики емоционални приливи и давања свакако утичу на комплетну личност лекара, како на професионалном тако и на приватном плану, са свим својим добрим странама, али и са последицама која лекарска професија са собом носи. Границе емоционалне растегљивости нису бескрајне. У зависности од индивидуалних карактеристика лекара и стресогених фактора присутних у току каријере, ове границе могу се прећи. Ово са собом носи последице како по психичко и физичко здравље лекара тако и по институцију у којој лекар ради. Још је важније то што синдром сагоревања на послу код лекара у великој мери утиче на бригу и однос према пацијентима и индиректно на целу друштвену заједницу. Неопходност откривања стресогених фактора и начина њиховог спречавања и/или ублажавања је несумњива. Развој модалитета у смислу едукације о препознавању и превазилажењу стресогених фактора настанка професионалног сагоревања и изналажење нових организационих шема у здравству могли би бити један од приоритета за друштво у целини.

ЛИТЕРАТУРА

1. Freudenberg HJ. Staff Burn-Out. J Soc Issues 1974; 30(1): 159–65.
2. Дедић Г. Синдром сагоревања на раду. Војносанит Прегл 2005; 62(11): 851–5.
3. WHO. ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneve: World Health Organization; 1992.
4. Maslach C., Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Occup Behav 1981; 2: 99–113.
5. Maslach C., Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. Annu Rev Psychol 2001; 52: 397–422.
6. Мартинко Ј. Професионално сагоревање на послу наставника у образовању одраслих. Андрагошки гласник 2010; 14(2): 99–110.

7. Travado L., Grassi L., Gil F., Ventura C., Martins C. Physicians-patient communication among southern European cancer physicians: the influence of psychological orientation and burnout. *Psycho-Oncology* 2005; 14: 661–70.
8. Catt S., Fallowfield L., Jenkins V., Langridge C., Cox A. The informational roles and psychological health of members of 10 oncology multidisciplinary teams in the UK. *Br J Cancer* 2005; 93: 1092–7.
9. Taylor C., Graham J., Potts HW, Richards MA, Ramirez AJ. Changes in mental health of UK hospital consultants since mid 1990s. *Lancet* 2005; 366: 742–4.
10. Elit L., Trim K., Mand-Bains IH, Sussman J., Grunfeld E. Job satisfaction, stress, and burnout among Canadian gynecologic oncologists. *Gynecol Oncol* 2004; 94: 134–9.
11. Grunfeld E., Whelan TJ, Zitzelsberg L., Willan AR, Montesanto B., Evans W. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *JAMC* 2000; 163(2): 166–9.
12. Ramirez AJ, Graham J., Richards M., Cull A., Gregory WM, Leaning MS, Snashall DC, Timothy AR. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer* 1995; 71: 1263–9.
13. Ramirez AJ, Graham J., Richards M., Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 1996; 347: 724–8.
14. Goehring C., Gallacchi MB, Kunzi B., Bovier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly* 2005; 135: 101–8.
15. Grassi L, Magnani K. Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: an Italian study of general practitioners and hospital physicians. *Psychother Psychosom* 2000; 360: 1975–6.
16. McManus IC, Winder BC, Gordon D. The casual links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. *Lancet* 2002; 359: 2089–90.
17. Asai M., Morita T., Akechi T., Sugawara Y., Fujimori M., Akizuki N., Nakano T., Uchitomi Y. Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for patients: A cross-sectional nationwide survey in Japan. *Psycho-Oncology*. 2007; 16: 421–8.
18. Ebriaco E, Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Loundou A, Papazian L. High level of burnout in intensivists. *Am J Res and Criti Care* 2007; 175: 686–92.
19. Ozyurt A., Hayran O., Sur H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *QJ Med* 2006; 99:161–9.
20. Bruce SM, Conaglen HM, Conaglen JV. Burnout in physician: a case for peer-support. *Intern Med Journal* 2005; 35: 272–8.
21. Keeton K., Fenner D., Johnson T., Hayward R. Predictors of physician career satisfaction, work-life balance, and burnout. *Obstet Gynecol* 2007; 109(4): 949–55.
22. Kluger MT, Townend K., Laidlaw T. Job satisfaction, stress and burnout in Australian specialist anaesthetists. *Anaesthesia*, 2003; 58: 339–45.
23. Medscape Physician Lifestyle Report 2015. Last updated: January 26, 2015. Available from: http://www.medscape.com/features/slideshow/lifestyle/2015/public/overview?src=wnl_edit_specol&uac=228014FR#1 Access date: Feb 8, 2015.
24. Вићентић С., Јовановић А., Дуњић Б., Павловић З., Ненадовић М., Ненадовић Н. Професионални стрес код лекара опште праксе и психијатара – ниво психичког дистреса и разлика од бурнаут синдрома. *Војносанит Прегл* 2010; 67(9): 741–746.

25. Visser M., Smets E., Oort F., Haes H. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *CMAJ* 2003; 168(3): 271–5.
26. Thomsen S, Soares J, Nolan P, Dallender J, Ametz B. Feelings of professional fulfillment and exhaustion in mental health personal: the importance of organizational and individual factors. *Psychother Psychosom* 1999; 68: 157–64.
27. Renzi C., Tabolli S., Ianni A., Di Pietro C., Puddu P. Burnout and job satisfaction comparing healthcare staff of a dermatological hospital and a general hospital. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2005; 19: 153–7.
28. Systemic Therapy Task Force. Systemic Therapy Task Force Report. Toronto: Cancer Care Ontario; 2000.
29. Whippen DA, Canellos GP. Burnout syndrome in the practice of oncology: result of random survey of 1000 oncologists. *J Clin Oncol* 1991; 9: 1916–21.
30. Yost WB, Eshelma A., Raoufi M., Abdouljoud MS. A national study of burnout among American transplant surgeons. *Transplant Proc* 2005; 37: 1399–401.
31. Gopal R., Glasheen JJ, Miyoshi TJ, Prochazka AV. Burnout and internal medicine resident work-hour restriction. *Arch Intern Med* 2005; 165: 2595–600.
32. Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RM. Young doctors' health. –II. Health and health behaviour. *Soc Sci Med* 1997; 45: 41–4.
33. Станетић К., Тешановић Г. Утицај животног доба и дужине радног стажа на ниво стреса и синдрома сагоревања на послу. *Мед прегл* 2013; 64(3–4): 153–62.
34. Biaggi P., Peter S., Ulich E. Stressors, emotional exhaustion and aversion to patients in residents and chief residents: what can be done? *Swiss Med Wkly* 2003; 133: 339–46.
35. Freeborn DK. Satisfaction, commitment and psychological well-being among HMO physicians. *West J Med* 2001; 174: 13–9.
36. McDowell I, Newell C. Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires. Oxford (UK): Oxford Universetys Press; 1996; 225–34.
37. McMurray JE, Williams E., Schwartz MD, Douglas J., Van Kirk J., Konrad TR, et al. Physician job satisfaction: developing a model using qualitative data. *J Gen Intern Med* 1997; 12: 711–4.
38. Weisman CS, Teitelbaum MA. Physician gender and physician-patient relationship: recent evidence and relevant questions. *Soc Sci Med* 1985; 20: 119–27.
39. McCue JD. The effects of stress on physicians and their medical practice. *N Engl J Med* 1982; 306: 458–63.
40. Maslash C., Jackson SE. Maslash Burnout inventory Manual, 2nd edn. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press Inc; 1986.
41. Hirsch G. Physician career management: organizational strategies for the 21st century. *Physician Exec* 1999; 25: 30–6.
42. Ненадовић М., Јанковић З., Катанић М., Ђокић-Пјешчић К., Малешевић З., Радуловић С., Ненадовић Н., Грбић И. Синдром професионалног сагоревања (burnout syndrome). *Praxis medica* 2013; 42(1): 7–11.
43. Cordes CL, Dougherty TM. A review and integration of research on job burnout. *Acad Manage Rev* 1993; 18: 621–56.
44. Felton JS, Streiner D, Shannon S. Burnout, depression, life and job satisfaction among Canadian Emergency physicians. *J Emerg Med* 1994; 12: 539–65.
45. Woodward CA, Shannon H., Cunningham C., McIntosh J., Lendum B., Rosenbloom D et al. The impact of re-engineering and other cost reduction strategies on the staff of a large teaching hospital. *Med Care* 1999; 37: 556–69.

46. Aasland OG, Olff M., Falkum E., Schweder T., Ursin H. Health complaints and job stress in Norwegian physicians: The use of an overlapping questionnaire design. *Soc Sci Med* 1997; 45: 1615–29.

47. Brook RH, McGlynn EA. Quality of health care: Part 2: Measuring quality of care. *N Engl J Med* 1996; 335: 966–70.

48. Catalan J., Burgess A., Pergami A., Hulme N., Gazzard B., Phillips R. The psychological impact on staff of caring for people with serious diseases: the case of HIV infection and oncology. *J Psychosom Res* 1996; 40: 425–35.

49. Graham J., Potts HW, Ramirez AJ. Stress and burnout in doctors. *Lancet* 2002; 360: 1975–6.

Контакт: Др Томи Ковачевић, Институт за плућне болести Војводине, Центар за клиничка истраживања, Пут доктора Голдмана 4, 21204 Сремска Каменица, Србија, тел: +381652028177, e-mail: tomikns@hotmail.com