

UNIVERSITATEA PEDAGOGICĂ DE STAT „ION CREANGĂ” DIN MUN. CHIȘINĂU
ȘCOALA DOCTORALĂ DE PSIHOLOGIE

Cu titlu de manuscris
C.Z.U: 159.942:614.25(043.3)

**MANIFESTAREA STRESULUI OCUPAȚIONAL
ȘI SINDROMULUI BURNOUT LA PERSONALUL MEDICAL**

511.02. Psihologia dezvoltării și psihologia educațională

Teză de doctor în psihologie

Conducător științific:

GROZA (VERDEȘ) Angela,
doctor în psihologie,
conferențiar universitar

Autor:

GRATI Lilia

CHIȘINĂU, 2023

© Lilia Grati, 2023

CUPRINS

ADNOTARE.....	5
ANNOTATION.....	6
АННОТАЦИЯ.....	7
LISTA ABREVIERILOR.....	8
LISTA FIGURILOR.....	9
LISTA TABELELOR.....	11
INTRODUCERE.....	13
1. FUNDAMENTE TEORETICE ȘI APLICATIVE ALE STRESULUI OCUPAȚIONAL ȘI SINDROMULUI BURNOUT LA PERSONALUL MEDICAL	
1.1 Incursiuni în istoria conceptului de stres occupational și sindrom burnout.....	19
1.2 Stresul ocupațional în contextul cercetărilor actuale.....	32
1.3 Factori care condiționează dezvoltarea stresului occupational și sindromului burnout.....	37
1.4 Specificul stresului ocupațional și sindromului burnout la personalul medical.....	49
1.5 Concluzii la capitolul 1.....	57
2. CERCETAREA EMPIRICĂ PRIVIND MANIFESTAREA STRESULUI OCUPAȚIONAL ȘI SINDROMULUI BURNOUT LA PERSONALUL MEDICAL	
2. Metodologia cercetării	59
2.2 Studiul stresului ocupațional perceput de personalul medical.....	63
2.3 Analiza strategiilor de coping	67
2.4 Cercetarea indicilor sindromului burnout.....	74
2.5 Relația dintre percepția stresului, sindromul burnout și strategiile de coping.....	82
2.6 Concluzii la capitolul 2.....	86
3. DIMINUAREA STRESULUI OCUPAȚIONAL ȘI SINDROMULUI BURNOUT LA PERSONALUL MEDICAL	
3.1 Designul experimentului formativ.....	89
3.2 Prezentarea și interpretare rezultatelor experimentului ca urmare a intervenției psihologice plicate personalului medical.....	94
3.3 Concluzii la capitolul 3.....	113
CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI	115
BIBLIOGRAFIE	118
ANEXE	

Anexa 1. Metodele de cercetare utilizate	130
Anexa 2. Analiza rezultatelor experimentului de constatare	133
Anexa 3. Analiza rezultatelor grupelor experimental și de control.....	276
Anexa 4. Programul de intervenție psihologică pentru diminuarea stresului ocupațional și prevenirea sindromului burnout (ședințe).....	280
Anexa 5. Programul de intervenție psihologică pentru diminuarea stresului ocupațional și prevenirea sindromului burnout (fișe de lucru)	306
DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII	312
CV-ul autoarei	314

ADNOTARE

Lilia Grati. Manifestarea stresului ocupațional și sindromului burnout la personalul medical. Teză de doctor în psihologie. Chișinău, 2023.

Structura tezei: introducere, trei capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografie din 229 de titluri, 5 anexe, 117 pagini de text de bază, 34 figuri, 35 tabele. Rezultatele obținute sunt publicate în 5 lucrări științifice.

Cuvinte-cheie: stres ocupațional, sindromul burnout, strategii de coping, personal medical.

Domeniul de studiu: Psihologia organizațională și psihologia personalității personalului medical

Scopul: Studiarea stresului ocupațional și a sindromului burnout la personalul medical, precum și elaborarea, implementarea și determinarea eficienței programului de intervenție orientat spre diminuarea acestora.

Cercetarea a fost realizată prin trasarea următoarelor **obiective:** argumentarea teoretică a fenomenului stres ocupațional și sindrom burnout la personalul medical; determinarea nivelului percepției stresului la personalul medical; investigarea sindrom burnout la personalul medical; studierea strategiilor de coping utilizate de cadrele medicale; stabilirea relației dintre stresul perceput, sindromul burnout și strategiile de coping, elaborarea și implementarea programului de intervenție psihologică având ca obiectiv diminuarea stres ocupațional și a S.B.; determinarea eficienței programului formativ; formularea concluziilor științifice importante ale cercetării și elaborarea recomandărilor relevante soluționării problemei abordate.

Rezultatele obținute care contribuie la soluționarea problemei științifice importante constau în determinarea nivelului stresului ocupațional și sindromului burnout la personalul medical în corelație cu strategiile de coping utilizate, precum și în elaborarea unui program de intervenție psihologică de diminuare a acestora.

Noutatea științifică a rezultatelor obținute: realizarea unui studiu teoretico-empiric al stresului ocupațional și sindromului burnout la personalul medical; stabilirea gradului de afectare a personalului medical de stresul ocupațional și sindromul burnout; comensurarea impactului stresului ocupațional și sindromului burnout în funcție de gen, vechime în muncă, domeniu de activitate și categorii profesionale medicale; determinarea raportului dintre stresul perceput, sindromul burnout și strategiile de coping; elaborarea programului de intervenție psihologică de diminuare a stresului ocupațional și sindromul burnout la personalul medical.

Importanța teoretică a lucrării constă în completarea abordărilor teoretice cu referire la cauzele și factorii implicați în declanșarea stresului ocupațional și sindromului burnout la personalul medical.

Valoarea aplicativă a lucrării constă în experimentarea și validarea statistică a programului complex de diminuare a stresului ocupațional și a sindromului burnout la personalul medical, cu efect indezirabil asupra calității muncii cadrelor medicale, putând constitui baza unui ghid de bune practici pentru aceștia și ghid metodologic pentru psihologii din sistemul medical.

Implementarea rezultatelor științifice. Rezultatele obținute au fost implementate în cinci instituții medicale din municipiul Chișinău în cadrul cursurilor de pregătire profesională; prezentate în comunicări la conferințe și simpozioane naționale și internaționale și reflectate în 8 articole științifice publicate.

ANNOTATION

Lilia Grati. Manifestation of occupational stress and burnout syndrome in medical personnel. PhD thesis in psychology. Chisinau, 2023.

Structure of the thesis: introduction, three chapters, general conclusions and recommendations, bibliography of 229 titles, 5 appendices, 117 pages of basic text, 34 figures, 35 tables. The obtained results are published in 5 scientific papers.

Key words: occupational stress, burnout syndrome, coping strategies, medical personnel

Field of study: Organizational psychology and medical personnel personality psychology

Purpose: To study occupational stress and burnout syndrome in medical personnel, as well as to develop, implement and determine the effectiveness of the intervention program aimed at reducing them. The research was carried out by tracing the following **objectives:** the theoretical argumentation of the phenomenon of organizational stress and the burnout syndrome among medical personnel; determining the level of stress perception among medical personnel; investigation of burnout syndrome among medical personnel; studying coping strategies used by medical professionals; establishing the relationship between perceived stress, burnout syndrome and coping strategies, developing and implementing a psychological intervention program aimed at reducing occupational stress and burnout syndrome; determining the effectiveness of the training program; the formulation of important scientific conclusions of the research and the development of recommendations relevant to the solution of the problem addressed.

Obtained results that contribute to the solution of the important scientific problem consist in the determination of the level of occupational stress and burnout syndrome among medical personnel in correlation with the coping strategies used, as well as the development of a psychological intervention program to reduce them.

Scientific novelty of the obtained results: carrying out a theoretical-empirical study of occupational stress and burnout syndrome in medical personnel; establishing the degree of affectation of medical personnel by occupational stress and burnout syndrome; measuring the impact of occupational stress and burnout syndrome according to gender, seniority, field of activity and medical professional categories; determining the relationship between perceived stress, burnout syndrome and coping strategies; development of the psychological intervention program to reduce occupational stress and burnout syndrome among medical personnel.

Theoretical importance of the work consists in completing the theoretical approaches with reference to the causes and factors involved in the triggering of occupational stress and burnout syndrome among medical personnel.

Applicative value of the work consists in the experimentation and statistical validation of the complex program to reduce occupational stress and burnout syndrome in medical personnel, with an undesirable effect on the quality of work of medical personnel, which can form the basis of a good practice guide for them and a methodological guide for psychologists from the medical system.

Scientific results implementation. The obtained results were implemented in the work activity of five medical institutions in the city of Chisinau within the professional training courses; presented in several communications at national and international symposia and conferences; reflected in 8 published scientific papers.

АННОТАЦИЯ

Лилия Грати. Проявление профессионального стресса и синдрома эмоционального выгорания у медицинского персонала. Кандидатская диссертация по психологии. Кишинев, 2023.

Структура диссертации: введение, три главы, общие выводы и рекомендации, библиография из 229 наименований, 5 приложений, 117 страниц основного текста, 34 рисунка, 35 таблиц. Полученные результаты опубликованы в 5 научных работах.

Ключевые слова: профессиональный стресс, синдром эмоционального выгорания, копинг-стратегии, медицинский персонал

Область исследования: Организационная психология и психология личности медицинского персонала

Цель: изучить профессиональный стресс и синдром эмоционального выгорания у медицинского персонала, а также разработать, внедрить и определить эффективность программы психологического вмешательства. Исследование проводилось, преследуя следующие **задачи исследования:** теоретическое обоснование феномена организационного стресса и синдрома эмоционального выгорания; определение уровня восприятия стресса, синдрома эмоционального выгорания и копинг-стратегий, используемых медицинскими работниками; установление взаимосвязи между воспринимаемым стрессом, синдромом выгорания и стратегиями его преодоления; разработка, реализация и определение эффективности программы психологического вмешательства, направленного на снижение профессионального стресса и синдрома выгорания; формулирование важных научных выводов исследования и рекомендаций.

Полученные результаты, способствующие решению важной научной проблемы, заключаются в определении уровня профессионального стресса и синдрома эмоционального выгорания у медицинского персонала в корреляции с используемыми копинг-стратегиями, а также в разработке программы психологического вмешательства для их снижения.

Научная новизна полученных результатов: проведение теоретико-эмпирического исследования профессионального стресса и синдрома эмоционального выгорания у медицинского персонала; установление степени воздействия профессионального стресса и синдрома эмоционального выгорания на медицинский персонал; измерение влияния профессионального стресса и синдрома эмоционального выгорания в зависимости от пола, стажа работы, сферы деятельности и категорий медицинских работников; определение взаимосвязи между воспринимаемым стрессом, синдромом эмоционального выгорания и копинг-стратегиями; разработка программы психологических вмешательств по снижению профессионального стресса и синдрома эмоционального выгорания.

Теоретическая значимость работы заключается в доработке теоретических подходов применительно к причинам и факторам, способствующим возникновению профессионального стресса и синдрома эмоционального выгорания у медперсонала.

Прикладная ценность работы заключается в экспериментальной и статистической проверке комплексной программы снижения профессионального стресса и синдрома эмоционального выгорания у медицинского персонала, оказывающего нежелательное влияние на качество их работы, что может лечь в основу надлежащей практики. руководство для них и методическое пособие для психологов из медицинской системы.

Внедрение научных результатов. Полученные результаты были внедрены в работу 5 медицинских учреждений г. Кишинева, в рамках курсов повышения квалификации; представлены в нескольких выступлениях на национальных и международных симпозиумах и конференциях; отражено в 8 опубликованных научных работах.

LISTA ABREVIERILOR

SB sindrom burnout

EE – epuizarea emoțională

D – depersonalizare

RRP – reducerea realizărilor personale

GE – grup experimental

GC – grup de control

MBI – Maslach Burnout Inventory

VI – variabila independentă

VD – variabila dependentă

SPSS –statistical package for social sciences

ANOVA – analysis of variance

MANOVA – multivariate analysis of variance

SC MAI – Spitalul clinic al Ministerului Afacerilor Interne

Policlinica MAI – Policlinica Ministerului Afacerilor Interne

DR Narcologie – Dispensarul Narcologic

SC Psihiatrie – Spitalul clinic de psihiatrie

SCM Sfânta Treime – Spitalul clinic municipal Sfânta Treime

SCM pentru copii – Spitalul clinic municipal pentru copii

LISTA FIGURILOR

Fig. 1. 1 Etapele stresului	22
Fig. 1. 2 Factorii stresului ocupațional după Tara Bennett-Goleman	37
Fig. 1. 3 Teoria evenimentelor afective (TEA - Kiewitz, 2002)	42
Fig. 1. 4 Modelul MFLM (Kiewitz, 2002)	43
Fig. 1. 5 Modelul MFLM revizuit (Kiewitz, 2002)	44
Fig.2.1 Distribuția rezultatelor privind percepția stresului la personalul medical per lot general	46
Fig. 2. 2 Distribuția rezultatelor privind percepția stresului la personalul medical în funcție de tipul de asistență medicală	65
Fig. 2. 3 Distribuția rezultatelor privind percepția stresului la personalul medical în funcție de tipul de servicii prestate	66
Fig. 2. 4 Distribuția datelor în funcție privind scala de percepție a stresului în funcție de gen	67
Fig. 2. 5 Distribuția rezultatelor privind percepția stresului la personalul medical în funcție de vechimea în muncă	67
Fig. 2. 6 Distribuția valorilor medii conform Scalei de coping COPE per lot general	69
Fig. 2. 7 Distribuția datelor conform Scalei de coping COPE în funcție de tipul de asistență medicală	70
Fig. 2. 8 Distribuția datelor conform Scalei de coping COPE în funcție de vechimea în muncă	71
Fig. 2. 9 Distribuția datelor conform Scalei de coping COPE în funcție de gen	72
Fig. 2. 10 Distribuția datelor conform testului COPE în funcție de doemniile de activitaten	73
Fig. 2. 11 Valorile medii privind sindromul burnout, MBI, lot general	75
Fig. 3. 1 Valorile medii pentru scala de percepție a stresului nivel	97
Fig. 3. 2 Valorile medii pentru scala de percepție a stresului _indice GE/test, GC/test	97
Fig. 3. 3 Valorile medii pentru sindromul burnout MBI nivel	98
Fig. 3. 4 Valorile medii pentru sindromul arderii emoționale MBI indice	98
Fig. 3. 5 Valorile medii pentru scala de coping	100
Fig. 3. 6 Valorile medii pentru scala de percepție a stresului nivel din GE - test și GE – retest	101
Fig. 3. 7 Valorile medii pentru scala de percepție a stresului indice din GE - test și GE – retest	102
Fig. 3. 8 Valorile medii pentru sindromul arderii emoționale MBI indice din GE - test și GE – retest	103
Fig. 3. 9 Valorile medii pentru scala de coping din GE - test și GE – retest	103

Fig. 3. 10	Valorile medii pentru scala de percepție a stresului nivel din GC - test și GC – retest	106
Fig. 3. 11	Valorile medii pentru scala de percepție a stresului din GC - test și GC – retest	106
Fig. 3.12	Valorile medii pentru sindromul arderii emoționale MBI nivel din GC - test și GC – retest	107
Fig. 3. 13	Valorile medii pentru sindromul burnout MBI indice din GC - test și GC – retest	108
Fig. 3. 14	Valorile medii pentru scala de coping din GC - test și GC – retest	108
Fig. 3. 15	Valori medii pentru scala de percepție a stresului nivel din GC și GE – retest	111
Fig. 3. 16	Valori medii pentru scala de percepție a stresului indice din GC și GE – retest	111
Fig. 3. 17	Valorile medii pentru sindromul arderii emoționale MBI nivel din GC și GE – retest	112
Fig. 3. 18	Valorile medii pentru sindromul arderii emoționale MBI din GC și GE – retest	112
Fig. 3. 19	Valorile medii pentru scala de coping din GC și GE – retest	113

LISTA TABELELOR

Tabelul 1. 1 Principalele diferențieri dintre emoții și stres	24
Tabelul 1. 2 Evoluția conceptului de stres ocupațional în baza definițiilor mai multor autori	33
Tabelul 1. 3 Semne de avertizare comune și simptome ale stresului	39
Tabelul 1. 4 Efectele fiziologice, psiho-cognitive și/sau comportamentale ale stresului ocupațional	40
Tabelul 2. 1 Distribuția eșantionului în funcție de gen	60
Tabelul 2. 2 Indicii sindromului burnout	61
Tabelul 2. 3 Nivelul de exprimare a indicilor sindromului burnout	61
Tabelul 2. 4 Semnificația analizelor diferențelor la testul T Welch în funcție de gen	72
Tabelul 2. 5 Semnificația analizelor ANOVA individuale (la Scala de coping COPE) în funcție de tipul de servicii prestate	74
Tabelul 2. 6 Manifestarea componentelor sindromului Burnout MBI la personalul medical în funcție de tipul de asistență medicală N=210 (valori procentuale)	76
Tabelul 2. 7 Analiza MANOVA la compararea grupurilor la arderea profesională în funcție de tipul de asistență medicală	77
Tabelul 2. 8 Semnificația analizelor ANOVA individuale în funcție de tipul de asistență medicală, MBI	77
Tabelul 2. 9 Manifestarea componentelor sindromului Burnout MBI la personalul medical în funcție de vechimea în muncă N=210 (valori procentuale)	79
Tabelul 2. 10 Analiza MANOVA la compararea grupurilor la sindromul burnout în funcție de vechime în muncă	80
Tabelul 2. 11 Semnificația analizelor ANOVA individuale în funcție de vechimea în muncă, MBI	80
Tabelul 2. 12 Manifestarea componentelor sindromului Burnout MBI la personalul medical în funcție de tipul serviciilor prestate N=210 (valori procentuale)	81
Tabelul 2. 13 Analiza MANOVA la compararea grupurilor la arderea profesională în funcție de tipul serviciilor prestate, MBI	82
Tabelul 2. 14 Semnificația analizelor ANOVA individuale ale sindromului burnout în funcție de tipul serviciilor prestate, MBI	82
Tabelul 2. 15 Semnificația analizelor ANOVA individuale ale sindromului burnout în funcție de gen, MBI	83
Tabelul 2. 16 Stabilirea corelației dintre strategiile de coping și sindromul burnout la personalul medical	84
Tabelul 2. 17 Stabilirea corelației dintre strategiile de coping și stres	86
Tabelul 2. 18 Stabilirea corelației dintre sindromul burnout și stresul perceput	87

Tabelul 3. 1 Semnificația diferenței după testul U (Mann-Whitney) în experimentul de control la variabilele cercetate	99
Tabelul 3. 2 Semnificația diferenței după testul U (Mann-Whitney) în experimentul de control la variabilele cercetate	101
Tabelul 3. 3 Semnificația diferenței după testul Wilcoxon în experimentul de control la variabilele cercetate (GE/test și GE/retest)	104
Tabelul 3. 4 Semnificația diferenței după testul Wilcoxon în experimentul de control la variabilele cercetate (GE/test și GE/retest)	105
Tabelul 3. 5 Semnificația diferenței după testul Wilcoxon în experimentul de control la variabilele cercetate (GE/test și GE/retest)	105
Tabelul 3. 6 Semnificația diferenței după testul Wilcoxon în experimentul de control la variabilele cercetate (GC/test și GC/retest)	109
Tabelul 3. 7 Semnificația diferenței după testul Wilcoxon în experimentul de control la variabilele cercetate (GC/test și GC/retest)	109
Tabelul 3. 8 Semnificația diferenței după testul Wilcoxon în experimentul de control la variabilele cercetate coping (GC/test și GC/retest)	110
Tabelul 3. 9 Semnificația diferenței după testul U (Mann-Whitney) în experimentul de control la variabilele cercetate, GE și GC	114
Tabelul 3. 10 Semnificația diferenței după testul U (Mann-Whitney) în experimentul de control la variabilele cercetate, GE și GC	114
Tabelul 3. 11 Semnificația diferenței după testul U (Mann-Whitney) în experimentul de control la variabilele cercetate, GE și GC (scala coping)	115
Tabelul 3. 12 Rezultatele indicelui d-Cohen	116

INTRODUCERE

Actualitatea temei. Echilibrul coordonatelor clasice ale afirmării ființei umane - familie, profesie, societate – intră astăzi sub complexitatea sarcinilor profesionale și presiunea generată de acestea, cu implicații asupra tuturor activităților general umane, afectând, sub diverse aspecte indivizii supuși aproape permanent tensiunilor psihice, expresia cărora este stresul.

Competiția economică acerbă angrenează viața socială actuală, ducând la apariția surselor generatoare de stres în zona activităților profesionale, afectând persoanele prin fenomenul de „stres ocupațional”.

Stresul ocupațional este una dintre multiplele probleme cu care se confruntă societatea modernă și e generat de viața profesională, de mediul muncii, are consecințele nemijlocite asupra activității profesionale, dar și asupra sănătății celor care prestează munca respectivă [100, p. 91-92].

Fenomenul „stresului ocupațional” își face simțită prezența în majoritatea profesiilor și ocupațiilor, excesiv expuși acestuia fiind lucrătorii ce interacționează direct cu omul. Personalul medical este o categorie deosebit de vulnerabilă în acest sens, cercetările demonstrând numeroasele implicații ale distresului emoțional în etiologia diferitelor tulburări mentale și emoționale care se răsfrâng asupra performanțelor profesionale ale cadrelor medicale.

Personalul medical, pe lângă expunerea sistematică la boli contagioase, radioactivitate și acțiunea unor substanțe nocive, este expus și la fenomene de epuizare profesională. Contactul permanent cu pacienții, responsabilitatea pentru sănătatea și viața acestora, gărziile și turele de noapte, solicitări intelectuale intense și presiuni psiho-emoționale, combinate cu necesitatea de a lua hotărâri urgente, și alte situații stresante caracteristice activității personalului din sistemul medical determină stresul ocupațional. Deci, mediul ocupațional, favorizat de specificul activității, și condițiile în care se desfășoară munca aduc un grad ridicat de stres ocupațional la toate categoriile de lucrători medicali [43, p. 336].

Această stare de lucruri subliniază importanța studierii fenomenului stresului ocupațional, a consecințelor acestuia în plan individual, organizațional și social precum și necesitatea de a-l identifica, preveni și diminua. Personalul unităților medicale se confruntă permanent cu fenomenul de stres ocupațional generat de starea de tensiune psihică și emoțională continuă, acesta ducând, în multe cazuri, la manifestări identificate ca fiind ardere profesională sau sindrom burnout.

Sindromul burnout reprezintă o stare avansată de epuizare fizică, emoțională și psihică, generată de stresul de la locul de muncă, care poate diminua performanța în muncă a persoanei afectate și chiar conduce la pierderea parțială sau totală a capacității de muncă.

Abordarea prezentei cercetări ne dă posibilitatea să utilizăm modelul tridimensional elaborat de Maslach și Leiter (1981, 1982, 1988, 1999), pe care ne vom axa, întrucât vizează în special angajații implicați în relaționarea directă cu pacienții și aparținătorii lor [105; 106].

În acest context, conștientizând responsabilitățile cadrelor medicale și implicațiile stresului ocupațional în relația lucrător medical - pacient, este justificată studierea acestei teme în prezenta cercetare, în scopul identificării și comensurării nivelului de percepție al stresului, componentele sindromului burnout și strategiile de coping la personalul medical, concomitent cu elaborarea unui program de intervenție în scopul diminuării impactului negativ al acestor fenomene.

Descrierea situației în domeniul de cercetare și identificarea problemei de cercetare.

Abordări teoretice fundamentale și cercetări empirice concludente asupra temei anunțate, dar și înțelegerea specificului și complexității fenomenului stresului ocupațional și sindromului burnout, se regăsesc în lucrările cercetătorilor din diverse țări.

Conceptul și definițiile stresului ocupațional: Kahn (1964), Weiman (1977), Beehr și Newman (1978), Cox (1988), Holt (1986), Beehr (1995), Schabracq & Cooper (1998), Maslach (2003), Hobfoll (1989, 2001, 2017), Ореп (2005) ș. a. Toți cercetătorii menționați, consideră stresul ocupațional drept o stare biologică de alertă care mobilizează corpul pentru a putea răspunde sau riposta la solicitări sau amenințări.

În România, analize teoretice și cercetări empirice privind gradul de răspândire, specificul și efectele sindromului burnout asupra performanței în muncă la diverse categorii profesionale, îndeosebi în mediul educațional, au fost realizate de către H. M. Bora (2010), A. Neculau (2007) și alții.

Fenomenul stresului ocupațional în domeniul medical a fost studiat în plan internațional de diverși cercetători, printre care: Quick J. C., Henderson D. F. (2016), Herr R. M., Barrech A., Riedel N., Gündel H., Angerer P., Li J. (2018), Stoica M. (2007) etc. În studiile lor, aceștia pledează pentru o abordare diferențiată a sindromului burnout. Abordarea fenomenului capătă o importanță deosebită din perspectiva identificării soluțiilor funcționale și cea a eficientizării practicilor de intervenție pentru consolidarea resurselor personale necesare în depășirea stărilor disfuncționale la locul de muncă. Contribuțiile cercetătorilor menționați au servit, de asemenea, drept argumente pentru elaborarea programului de intervenție adecvat specificului manifestării stresului ocupațional și sindromului burnout la cadrele medicale.

În Republica Moldova, contribuții importante în cercetarea stresului ocupațional și sindromului burnout în diverse domenii ocupaționale aparțin cercetătorilor M. Borozan (2011), N. Bucun (la judecători) (2010), S. Rusnac (la cadrele didactice universitare, medici și asistente medicale) (2008), E. Losîi, A. Verdeș (la cadre didactice din licee și din școala auxiliară) (2010),

V. Gorincioi (la cadrele didactice universitare) (2015), I. Baxan (2001), A. Potîng, I. Coşciuc (la medici) (2008) ş. a.

În pofida numărului mare al studiilor axate pe problematica respectivă la nivel internațional, dar și al celor existente la noi în țară, problema de cercetare nu este tratată într-un mod eshaustiv. Motiv pentru care se atestă un deficit (cu precădere în circuitul științific din Republica Moldova) al studiilor în care stresul organizațional și burnout-ul să fie cercetate diferențiat din perspectiva profilului manifestărilor specifice diverselor categorii de lucrători medicali (asistente medicale, medici rezidenți și medici), precum și din perspectiva de *gen, vechime în muncă, domenii de activitate (instituții medico-sanitare publice cu profil diferit de activitate: SC MAI – Spitalul Clinic al Ministerului Afacerilor Interne, Policlinica MAI – Policlinica Ministerului Afacerilor Interne, DR Narcologie – Dispensarul Narcologic, SC Psihiatrie – Spitalul Clinic de Psihiatrie, SCM Sfânta Treime – Spitalul Clinic Municipal Sfânta Treime, SCM pentru copii – Spitalul Clinic Municipal pentru copii).*

Scopul lucrării îl constituie studierea stresului ocupațional, sindromului burnout și strategiilor de coping, care să permită elaborarea și implementarea programului de intervenție orientat spre diminuarea acestora la personalul medical.

Obiectivele stabilite:

- Argumentarea teoretică a fenomenului stresului ocupațional și sindromului burnout la personalul medical.
- Determinarea nivelului percepției stresului la personalul medical.
- Investigarea sindromului burnout la personalul medical.
- Studierea strategiilor de coping utilizate de către cadrele medicale.
- Stabilirea relației dintre percepția stresului, sindromul burnout și strategiile de coping.
- Elaborarea și implementarea programului de intervenție psihologică, având drept obiectiv diminuarea stresului ocupațional și a sindromului burnout.
- Determinarea eficienței programului formativ.
- Formularea concluziilor științifice importante ale cercetării și elaborarea recomandărilor relevante soluționării problemei abordate.

Rezultatele obținute care contribuie la soluționarea problemei științifice importante constau în determinarea și descrierea particularităților și factorilor stresului ocupațional și sindromului burnout la personalul medical, identificarea mecanismelor de coping ale diferitor categorii de personal medical (medici, medici rezidenți, asistente medicale) ca factori de protecție în fața sindromului burnout, precum și elaborarea unui program de intervenție psihologică orientat spre diminuarea stresului ocupațional și sindromului burnout la această categorie profesională.

Noutatea științifică include:

- realizarea unui studiu teoretico-empiric cu referire la stresul ocupațional, sindromul burnout și strategiile de coping ale personalului medical;
- aplicarea unui program de intervenție psihologică, orientat spre informarea personalului medical cu privire la sursele și efectele fenomenului de stres în activitatea profesională, dezvoltarea strategiilor adaptative de coping, a competențelor emoționale, restructurarea cognitivă și dezvoltarea abilităților sociale în vederea diminuării stresului ocupațional și a sindromului burnout la lucrătorii medicali;
- elaborarea recomandărilor pentru specialiștii din domeniul psihologiei, pentru personalul medical, specialiști ai serviciului resurse umane și manageri.

Semnificația teoretică. Realizarea unei sinteze a teoriilor și modelelor relevante ale stresului organizațional și evidențierea contextului istoric al evoluției conceptului de stres ocupațional; conceptualizarea fenomenului burnout în context medical, în corelație cu SO și mecanismele de coping; sintetizarea rezultatelor cercetărilor fundamentale și aplicative ale stresului organizațional și sindromului burnout, precum și a experienței specialiștilor recunoscuți la nivel național și internațional în domeniul stresului și psihologiei medicale.

Valoarea aplicativă a lucrării constă în posibilitatea aplicării programului complex de diminuare a stresului ocupațional și a epuizării profesionale la personalul medical, cu efect indezirabil asupra calității muncii cadrelor medicale și a stării lor psihosomatice, programul putând constitui baza unui ghid metodologic pentru psihologii din sistemul medical.

Aprobarea rezultatelor cercetării. Rezultatele cercetării au fost aprobate la conferințele științifice organizate în cadrul UPSC „Ion Creangă”, în cadrul conferinței științifico-practice organizată de către Societatea Psihiatrilor, Narcologilor, Psihoterapeuților și Psihologilor Clinicieni din Moldova și în reviste științifice de profil din R. Moldova:

1. Conferința științifico-practică a doctoranzilor din cadrul UPS „Ion Creangă”, octombrie 2017, *Repere utile în abordarea stresului ocupațional din perspectiva diferitor autori*, publicat în volumul de lucrări al conferinței, VOL. XVI, Partea a II - a, Chișinău, 2017.
2. Conferința științifico-practică a doctoranzilor din cadrul UPS „Ion Creangă”, *Manifestarea sindromului burnout asupra sănătății fizice și mentale ale angajaților*, publicat în volumul de lucrări al conferinței, VOL. XVII, Partea a II - a, Chișinău, 2018.
3. Conferința științifico-practică a doctoranzilor din cadrul UPS „Ion Creangă”, *Sindromul epuizării emoționale la personalul medical*, publicat în *Analele științifice ale doctoranzilor și postdoctoranzilor*, VOL. XVII, Partea a III - a, Chișinău, 2019.

4. Revista științifico-practică de Psihologie, *Percepția stresului la lucrătorii medicali*, Chișinău 2021, pag. 23 - 39 <http://psihologie.key.md>
5. Revista „Univers Pedagogic”, *Studiul de constatare privind nivelul de epuizare profesională ca componentă a burnoutului la lucrătorii medicali*. Nr. 3, 2021, pag. 94 - 101 https://up.ise.md/wp-content/uploads/2021/11/Coperta_UP_Nr.-3_2021.pdf
6. Revista „Vector European”, *Sindromul burnout la lucrătorii medicali*. Nr. 2, 2021, p. 171-178. https://usem.md/uploads/files/Activitate_%C8%98tiin%C8%9Bific%C4%83_US_EM/Vector/Vector_European_2021_2.pdf
7. Revista Didactica Pro, *Stresul ocupațional în contextul cercetărilor actuale*. Nr. 4 - 5, 2021, pag. 60 - 63 http://www.prodidactica.md/revista/Revista_128-129_Cuprins.pdf
8. *Smoking as a method of coping for medical workers*, În: The Moldovan Medical Journal, Chișinău, septembrie, 2021, pag. 16-24. <http://moldmedjournal.md/wp-content/uploads/2021/09/Moldovan-Med-J-vers-6-Sept-2021-V64-No6.pdf>

Metodologia cercetării științifice se constituie din: metode teoretice precum documentarea științifică, analiza, sinteza, modelarea teoretică și generalizarea literaturii de specialitate privind problema de cercetare; metoda ipotetico-deductivă pentru interpretarea și explicarea rezultatelor obținute în cercetare; următoarele metode empirice: Scala de percepție a stresului (Levenstein și colab., 1993), Inventarul epuizării profesionale MBI – Maslach Bournout Inventory (Maslach și Leiter, 1997), Scala de coping COPE (Carver și colab., 1989); dar și metodele statistico-matematice de prelucrare a datelor: analiza multivariantă MANOVA, analiza de varianță ANOVA, testul T-Welch, Regresia liniară multiplă, Corelația Pearson, Corelația Parțială, testul U Mann Whitney și Wilcoxon.

Sumarul compartimentelor lucrării. Teza cuprinde adnotări în limbile română, rusă și engleză, lista abrevierilor, introducere, trei capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografia lucrărilor științifice, anexe.

În *i* sunt prezentate premisele teoretice și practice care fundamentează actualitatea și importanța problemei abordate, sunt formulate scopul, obiectivele tezei și noutatea științifică a cercetării. Scopul a dictat și metodologia cercetării. În *Introducere* este de asemenea argumentată importanța teoretică și valoarea aplicativă a lucrării, dar și modul în care s-a efectuat aprobarea rezultatelor cercetării.

Capitolul 1, cu titlul „*Fundamente teoretice și aplicative ale stresului ocupațional și sindromului burnout la personalul medical*”, face o analiză detaliată a literaturii de specialitate care s-a concentrat asupra incursiunilor istorice și etimologice în definirea conceptului de stres. Alt aspect vizează analiza stresului ocupațional și sindromului burnout în contextul cercetărilor

actuale, elucidarea teoriilor și modelelor teoretice ale stresului ocupațional și a surselor acestuia. De asemenea, este descris specificul stresului ocupațional și cel al sindromului burnout la personalul medical, efectuându-se sintetiza cercetărilor atât la nivel internațional, cât și la cel național.

În Capitolul 2, *„Cercetarea empirică privind manifestarea stresului ocupațional și sindromului burnout la personalul medical”*, sunt prezentate scopul, obiectivele, ipotezele și metodologia cercetării utilizată în cadrul investigației. Capitolul cuprinde rezultatele cercetării empirice, care reflectă nivelul percepției stresului, gradul de prezență a sindromului burnout, strategiile de coping, corelații ale acestor variabile, precum și diferențele identificate la nivelul diferitor categorii de personal medical încadrate în diverse tipuri de categorii medicale. Sunt, de asemenea, prezentate dovezi ale validării statistice și argumente științifice ale rezultatelor experimentale.

Datele obținute în cadrul experimentului de constatare au creat temeiul elaborării programului formativ, în cadrul căruia au fost valorificate premisele teoretice fundamentate în partea conceptuală a cercetării. În baza celor constatate, au fost identificate direcțiile necesare elaborării programului de intervenție, care să contribuie la diminuarea stresului ocupațional și sindromului burnout în cazul personalului medical.

Capitolul 3, *„Diminuarea stresului ocupațional și sindromului burnout la personalul medical”*, cuprinde *programul de intervenție psihologică pentru diminuarea stresului ocupațional și a sindromului burnout*, care include metode și tehnici care au drept obiective familiarizarea cu noțiunile de stres ocupațional/profesional, sindrom burnout, cunoașterea cauzelor și consecințelor acestui fenomen, diminuarea nivelului de stres și sindromului burnout prin dezvoltarea strategiilor de coping, a competențelor emoționale, restructurarea cognitivă și dezvoltarea abilităților sociale.

Concluziile generale și recomandările prezintă chintesența rezultatelor obținute în studiile de constatare, de formare și de control. În urma analizei rezultatekilor, au fost oferite recomandări și sugestii pentru personalul medical, psihologi/specialiști, manageri și lucrători din sistemul medical. Partea finală menționează limitele studiului, care totodată, constituie punctul de plecare, cu recomandările inerente, pentru viitoarele cercetări cu privire la stresul ocupațional și sindromul burnout la personalul medical.

1. FUNDAMENTE TEORETICE ȘI APLICATIVE ALE STRESULUI OCUPAȚIONAL ȘI SINDROMUL BURNOUT LA PERSONALUL MEDICAL

1. 1. Incursiuni în istoria conceptelor de stres ocupațional și sindrom burnout

Existența, într-o lume care se autodefineste ca fiind civilizată, ne impune, tot mai des, contactul cu elemente de stres provenind din surse diverse, ce acționează ca factori de presiune asupra oamenilor. Într-o societate profund comercială și orientată spre consum, ce îi constrânge pe membrii săi să arate bine, să dobândească calificări înalte, stataturi sociale și posesiuni materiale, deținând concomitent accesul la cele mai recente tehnologii, dar și accesorii de ultimă oră, timpul rămas pentru satisfacerea nevoilor spirituale și intelectuale este tot mai diluat, lăsându-ne pradă efectelor devastatoare ale stresului.

Caracteristica definitorie a actualei epoci este creșterea factorilor stresanți cu acțiune pe multiple planuri, atât asupra persoanelor, cât și asupra grupurilor umane. Ritmul foarte rapid al transformărilor care au loc în societate, cerințele tot mai complexe care se conturează în planul profesional și social, competiția acerbă din toate domeniile, și, nu în ultimul rând, efectele crizei economice exercită o presiune puternică asupra omului modern [37, p. 7]. Contextul actual, redefineste termenul de stres, dându-i semnificații diferite prin prisma complexității provenienței stresorilor și acțiunii lor pe toate palierele activităților umane.

Din punct de vedere etimologic, termenul *stres* provine din latinescul *stringere*, „a constrânge”, și are o utilizare extrem de variată în limbile moderne. Ca substantiv, în limba engleză, acesta poate fi utilizat cu sensuri diferite – „forță”, „solicitare”, „sarcină (mecanică)”, „importanță”, „accent (lingv.)”, iar ca verb poate avea accepțiuni ca „a insista”, „a solicita (tehnic)”, „a accentua (lingv.)”. Conform *Dicționarului englez - roman*, cuvântul de proveniență engleză „stress” desemnează o serie de substantive înrudite ca înțeles, dar cu nuanțe ce pot diversifica sensul: *încordare, presiune, povară, forță, efort intens, solicitare, tensiune, constrângere* [43]. Termenul *stringere* a fost inclus în limba franceză ca *estresse*, semnificând „îngustime, constrângere, opresiune”. În secolul al XIX-lea, cuvântul capătă în engleză și sensul de „solicitare asupra unui organ al corpului sau unei puteri a minții” [144].

Apariția termenului „stres” în arealul științelor este legată de studii în fizica mecanică (concret, de rezistența materialelor), pentru a desemna raportul dintre forța care se opune deformării și aria secțiunii supusă acțiunii forței deformante. Ulterior, termenul este utilizat și în biologie, noțiunea explicând acțiunea agenților stresanți asupra organismului (ca agresiune), concomitent cu reacția acestuia la ei [26, p. 750]. Prima relatare a termenului de stres folosit pentru a descrie o combinație de răspunsuri externe și interne apare în lucrarea lui William Shaw

Mason's Statistical Account of Ireland (1814 –1819), în care el a identificat că săracii, „în special femeile, mor în tinerețe de ceea ce ei numesc stres, adică călduri violente de la munca grea”.

Definirea noțiunii de „stres” s-a dezvoltat odată cu cercetările aferente, având, pe lângă o evoluție istorică și o arie tot mai mare de domenii științifice în care să fie utilizat, inițial fiind termenul „distress”, în conformitate cu *Oxford English Dictionary*, care explică etimologia cuvântului „stress” ca având o formă abreviată din engleza medievală „distress”, cuvânt desemnând „durere”, „dificultate”, chiar „necaz”, acestea fiind generate de factori externi. În *Dicționarul Explicativ al limbii române*, stresul este definit ca fiind: „nume dat oricărui factor (sau ansamblu de factori) de mediu care provoacă organismului uman o reacție anormală; efect nefavorabil produs asupra organismului uman de factorul de mediu” [24].

Apărând ca un cuvânt utilizat sistematic în limba vorbită, astăzi „stres”, ca termen, are un înțeles mai mult intuitiv, utilizat fiind de majoritatea persoanelor în locul altor cuvinte sau expresii, gen „nu mă stresa” (nu mă necăji), sau desemnând alte noțiuni, cum ar fi anxietate, neliniște, teamă, etc.

Totodată, întâlnim termenul „stres” în mai multe domenii, cu sens și semnificație asemănătoare. *Dicționarul medical online*, definește stresul ca stare reacțională a organismului supus acțiunii bruște a mai mulți factori: traumatism, șoc emoțional, operație chirurgicală, intoxicație, frig, zgomot, surmenaj, etc. [143].

APA (Asociația Americană de Psihologie) identifica trei categorii de stres, acut, episodic și cronic.

Stresul acut: îl întâlnim cel mai des, având procentajul cel mai ridicat. Apariția lui este de scurtă durată și nu acționează doar negativ, deoarece implică SNC-ul la un proces adaptativ și evolutiv, prin tensiunile la care-l supune, pregătindu-l pentru situații stresante viitoare la care să găsească soluții, el avându-și rădăcinile în gândirea reactivă, ce abordează evenimente recente prin prisma necesităților viitoare și a provocărilor aferente.

Stresul acut episodic: apare atunci când stresul se repeta episodic sau factorii stresori declanșatori generează periodic această stare, ducând la apariția stării de criză, atunci când individul este supraîncărcat de provocări și responsabilități în special în activitățile profesionale, uneori prin asumarea nerealistă de țeluri ce depășesc în timp și spațiu capacitățile reale ale persoanei.

Stresul cronic: impactul acestuia a fost catalogat ca fiind cel mai nociv, fiind diametral opus stresului acut. Acesta apare în situațiile când indivizii sunt confrunțați pe perioade lungi de timp cu factori stresori de mare intensitate și cu acțiune continuă în toate domeniile existenței, făcându-i să-și piardă busola propriei vieți, abdicând de la identificarea soluțiilor de rezolvare.

Acesta prezintă un risc major de afectare profundă a sănătății mentale și fizice a persoanelor.
[Feldman, R. (2017)]

Stresul nu este un concept vag, ci un *fenomen biologic și medical* ce poate fi clar definit, mecanismele cărui pot fi obiectivate. Acest fenomen a fost studiat științific încă de la începutul secolului al XIX-lea.

Claude Bernard (1813–1878) a avut o contribuție importantă la dezvoltarea conceptului modern de stres prin teoria lui despre „milieu intérieur”, tradus ca „mediul interior” (Bernard, 1872). Bernard a remarcat că organismul lucrează în mod constant la menținerea unui mediu intern stabil, bine echilibrat.

Cel care a lansat în limbajul medical cuvântul *stres* a fost Walter Bradford Cannon, profesor la Harvard University. Inițial, Cannon l-a folosit în sens strict fiziologic (1914), pentru ca în 1928 să adauge conceptului și un sens *psihologic*, prin menționarea rolului pe care factorii emoționali îl au în declanșarea și evoluția bolilor. Ulterior, el a mai demonstrat și legătura directă dintre reacțiile fiziologice și comportamente, în cazul apariției unor posibile situații de pericol (vital). Astfel, demonstrând apariția unei secreții de adrenalină la animalele supuse unui șoc emoțional, W. Cannon a descris pentru prima oară elementele de ordin psihocomportamental, precum și pe cele de ordin fiziologic, înregistrabile la acea dată (deceniile 3, 4 ale secolului trecut), ale unui stres psihic experimental (la animal), punând bazele și a ceea ce în zilele noastre numim de „corelatele somatice” ale proceselor afective [9, p. 49].

Unul dintre primii cercetători care au contribuit la definirea conceptului de stres și rezultatele sănătății a fost și Sir William Osler (1849 – 1919), născut în Ontario, Canada, care a remarcat că răspunsul corpului la condițiile de mediu ar putea avea consecințe pe termen lung asupra sănătății. El a descris personalitatea tipică a celor bolnavi de inimă cu mult înainte să se facă conexiunea între personalitatea de tip A cu bolile cardiovasculare.

Robert Yerkes (1876 – 1956) și John Dodson (1879 – 1955) și-au adus aportul la cercetarea stresului prin elaborarea legii Yerkes–Dodson (1908), dezvoltată în plan independent din studiile efectuate de Cannon și Selye. Autorii respectivi au efectuat un experiment cu șoareci la Universitatea din Harvard pentru a testa relația dintre puterea stimulului și formarea obișnuinței. În rezultatul experimentului, a fost formulată legea Yerkes–Dodson care precizează următoarele: creșterea performanței odată cu excitarea fiziologică sau mentală are loc numai până la un punct, dincolo de acesta, nivelul de excitare este de intensitate prea mare, ducând la scăderea performanței. Yerkes a continuat să aplice aceste idei la testarea și pregătirea piloților în al Doilea Război Mondial.

Paul-Marie Reilly descrie în 1934 sindromul reactiv general care apare ca un răspuns la orice agresiune și este legat de sistemul nervos vegetativ, pe care l-a denumit „sindromul de iritație”

Începând cu anul 1936, conceptul de stres a fost dezvoltat și popularizat în mediile științifice și medicale din lumea întreagă de către fiziologul canadian Hans Selye. În accepțiunea sa inițială, termenul de „stres” desemna *o stare de tensiune, de încordare*. În limbajul comun, termenul „stres” denumește adesea nu numai acest răspuns al organismului, ci și factorii declanșatori (stresori) și, uneori, tulburările legate de stres. De cele mai multe ori „stresul” este conotat negativ, corespunzând categoriei denumită în teoria lui Selye „disstres”.

E greu să analizăm incursiunea istorică asupra cercetării stresului fără a include constatările legate de acesta pe timpul și după celui de-al Doilea Război Mondial.

În 1945, Grinker și Spiegel, în cartea *Men Under Stress*, au explorat psihodinamica ce stă la baza diferitelor răspunsuri la stres ale piloților din cel de-al Doilea Război Mondial. Cei doi s-au concentrat în primul rând asupra efectelor cumulative ale stresului sub amenințare cronică ce ar putea duce la o serie de „stări asemănătoare psihotice” precum agresivitatea, paranoia, depresia, vinovăția generalizată și simptomele psihosomatice. Grinker și Spiegel au atribuit simptomele „nevrozei de luptă” tensiunii psihologice generate de război, identificând totodată problemele de adaptare ale bărbaților la revenirea acasă cu „nevroze de război”, care includeau simptome izbitor de similare cu criteriile pentru stresul posttraumatic.

Până la sfârșitul celui de-al Doilea Război Mondial, stresul psihologic a fost recunoscut ca un factor important în apariția anumitor psihopatologii și simptome psihosomatice.

În literatura de specialitate există mai multe accepțiuni ale stresului:

- *Stresul ca eveniment*. Stresul ca fenomen situațional sau iritant sub forma unor posibile evenimente legate de stres este uneori numit și factor de stres.
- *Stresul ca reacție*. Stresul ca reacție la anumite evenimente, numit uneori o reacție de stres, o emoție stresantă sau o experiență stresantă.
- *Stresul ca variabilă intermediară*. Stresul ca stare între un iritant și o reacție, adică un proces intermediar.
- *Stresul ca proces tranzacțional*. Stresul ca proces de interacțiune umană cu lumea înconjurătoare.

După prima accepțiune a stresului (*ca eveniment*), constatăm că experiența de viață a fiecăruia dintre noi confirmă faptul că evenimentele pe care le percepem ne afectează echilibrul și starea de sănătate nu atât prin ceea ce reprezintă ele însele, cât prin semnificația deformată pe care le-o acordăm. *Dorințe puternice* care sunt afectate de *nereușite*, *reacțiile exagerate la*

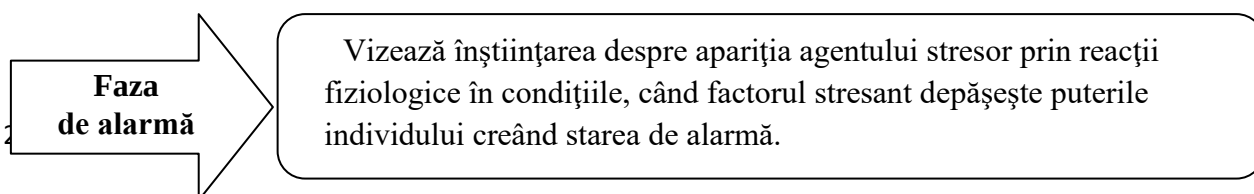
frustrări, modul irațional de a gândi, fixarea cognitivă a modului defectuos de a gândi contribuie în principal la perturbarea comportamentului și apariția stresului [46, p. 46].

Cei care studiază aspectul *reacției la stres* consideră stresul ca fiind o variabilă dependentă, un răspuns la un stimul deranjant, amenințator, un răspuns intern. Originile definirii stresului ca reacție pot fi identificate în medicină, și, de obicei, stresul este studiat dintr-o perspectiva fiziologică. Într-adevăr, după Selye, cercetător și profesor la Universitatea McGill din Montreal, stresul este o reacție nespecifică, fundamentală pentru toate organismele vii. H. Selye a definit sensul medical actual al termenului ca „răspunsul nespecific al corpului la orice solicitare făcută asupra sa”.

În general, noțiunea de *stres* [65, p. 4] desemnează acele situații (de natură fizică sau psihică), care impun individului eforturi de adaptare ce depășesc capacitățile sale obișnuite. Astfel de situații, abuziv repetate, produc la nivelul organismului modificări non-specifice (reunite de Selye sub expresia generică - *sindrom general de adaptare*), iar în efortul continuu de a le depăși pot avea loc dereglări ale mecanismelor adaptative ale organismului și, în consecință, instalarea unei stări de anormalitate/suprasolicitare [65, p. 3]. H. Selye i-a dat un conținut și un sens nou, exprimând prin el așa-numitul *sindrom general de adaptare* (*General adaptation sindrom*). Pentru Selye, reacția la stres este nucleul adaptării însăși: „În timp ce stresul se reflectă în suma tuturor modificărilor nespecifice generate de expunerea continuă la un stresor, în dezvoltarea lui evolutivă, sindromul general de adaptare încorporează toate aceste modificări nespecifice determinate de expunerea continuă la un stresor, așa cum apar ele [18, p. 286-287].

Autorul identifică următoarele faze de adaptare ale organismului la stres: (1) *faza de alarmă* - mobilizarea inițială la contactul cu stresorul, creierul emite un mesaj biochimic spre toate aparatele și sistemele corpului; (2) *faza de rezistență* - acționează mecanismele de adaptare menite a reduce efectul nociv al stresului, individul se opune, se lupta cu stresul; (3) *faza de epuizare* - are loc epuizarea resurselor organismului de luptă împotriva stresului, organismul se uzează, sistemul de lupta cu stresul nemaifacand fata solicitarilor. Selye compara cele trei faze succesive ale sindromului general de adaptare cu succesiunea celor trei mari etape ale existenței umane: (1) copilăria (în care rezistența este scăzută), (2) maturitatea (când organismul este adaptat și rezistența este intensă); (3) bătrânețea (când adaptarea scade neîntreput, survine epuizarea și moartea). Prin cele trei faze ale stresului, organismele își organizează apărarea, dar se și adaptează noilor condiții de mediu care l-au generat, asigurând supraviețuirea.

P. Legeron, ulterior (2001), reformulează *etapele stresului*, identificând-o și pe cea de-a patra: *faza resemnării*.



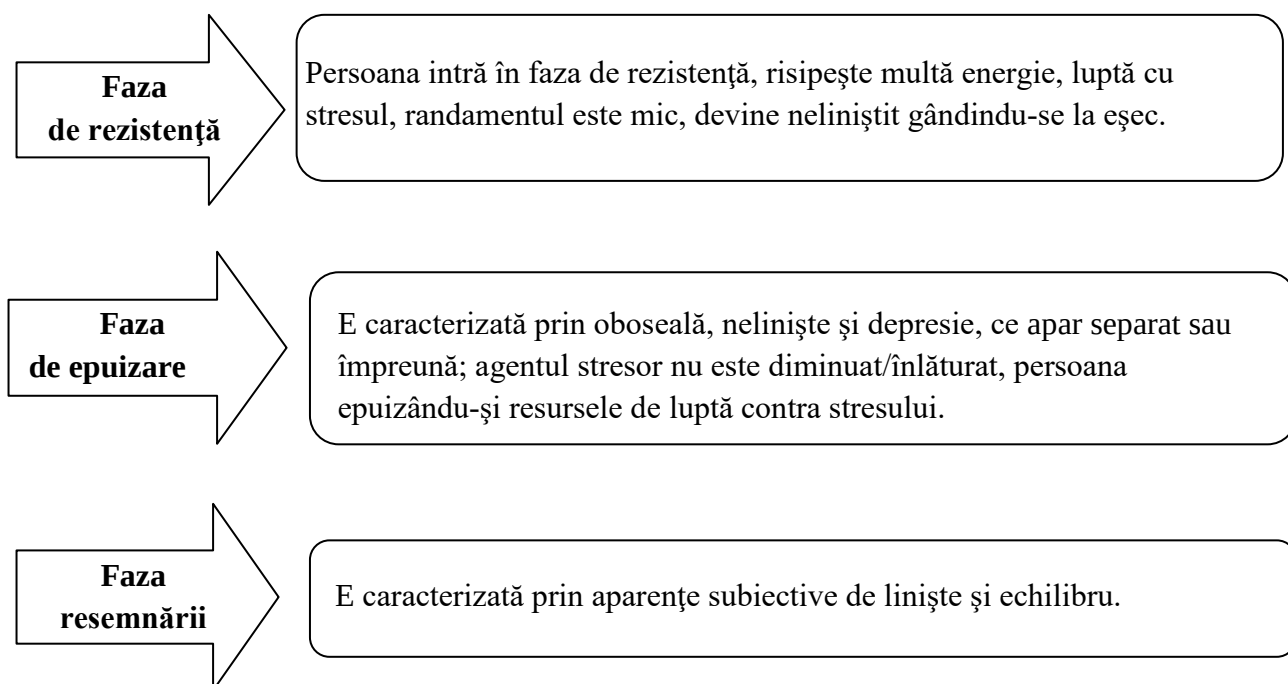


Fig. 1. 1 Etapele stresului [59, p. 98]

Cercetătorul a considerat necesară introducerea acestei etape a adaptării la stres, întrucât aceasta este parcursă de subiecți, incluzând o acceptare subiectivă de calm și liniște.

Deși H. Selye a realizat importanța descoperirii unui fenomen fundamental al vieții organismelor în anii '30 ai secolului al XX-lea, de abia în anii '70 ai aceluiași secol au fost clarificate multiplele aspecte ale stresului.

Accepțiunea stresului ca *proces tranzacțional* este legat de numele lui R. Lazarus, care a inițiat o concepție despre stres - în cadrul teoriei tranzacționale -, pe care a emis-o în anul 1966 și a dezvoltat-o de-a lungul a trei decenii. Lazarus a considerat stresul ca fiind o tranzacție dinamică între agentul stresor și resursele de care dispune individul în acel moment. Această teorie (Lazarus, 1966) se bazează pe patru concepte:

- *interacțiunea (tranzacția)* este văzută ca relația bidirecțională dintre persoană și mediu, în vederea menținerii unui echilibru între presiunile și cerințele mediului, pe de o parte, și ierarhia scopurilor individuale, pe de alta;
- *sistemul cognitiv* este mediatorul permanent al evaluării situației și a resurselor individului de a face față acesteia;
- *evaluarea* presupune monitorizarea informațiilor obținute din mediu și atribuirea de semnificații personale informațiilor astfel obținute;
- *copingul cognitiv* este considerat strategia fundamentală în vederea adaptării la stres [18, p. 290].

Lazarus argumentează că procesul tranzacțional începe cu o evaluare specifică a unui

eveniment și a propriilor resurse de coping, ceea ce duce la formarea unor emoții stresante. Această fază este urmată de reacții adaptive (coping). Stresul nu este o stare statică, ci un eveniment dinamic care are loc într-o interacțiune constantă și reciprocă (= tranzacție) între individ și lumea din jurul lui [134, p. 359]. Deteriorarea cognitivă a persoanelor expuse timp îndelungat la situații stresante are la bază două explicații: fie activitatea emoțională este foarte intensă și poate interfera cu procesarea mentală a informațiilor, fie aceasta se datorează distragerii gândurilor care le trec prin minte atunci când se confruntă cu un stresor. Astfel, oamenii adoptă anumite modele comportamentale și nu mai iau în calcul alte modele alternative [1, p. 684].

Studiul stresului în România este strâns legat de numele cercetătorilor A. Brate (2002), I. Iamandescu [175], Gh. Ionescu [176] sau P. Popescu-Neveanu, M. Zlate și T. Crețu (1996). În acest context, M. Zlate oferă o definiție cât se poate de exactă a stresului, sugerând că acesta este „răspunsul fiziologic sau psihologic al individului / organismului la un stresor din mediu, stresorul fiind un eveniment sau o situație externă potențial vătămătoare“. P. Popescu-Neveanu, M. Zlate și T. Crețu (1996) trecând în revistă factorii declanșatori interni ai stresului îi cataloghează după următoarele elemente: *a) independența-dependența; b) intimitatea-izolarea; c) cooperarea-concurența*. I. Iamandescu (1993) abordează în lucrările sale aspecte legate de interdependența dintre stres și evoluția bolilor psihosomatice.

Acest fenomen face parte și din preocupările psihologilor autohtoni, axați pe cunoașterea și reducerea riscurilor care pot afecta adaptarea și starea de sănătate a individului: Cojocaru-Borozan M., Șova T., Cuznețov L., Calancea V., Calancea Oc., Tomșa O., Platon C., Racu Iu. ș.a. Vulnerabilitatea la stres a conducătorilor auto e cercetată de Țăruș L. și Negură I. D. Ștefanet descrie metode eficiente de a reduce stresul. Losîi E. descrie stresul în viața adolescenților și a modalităților identificate de ei pentru a reacționa la stres.

Analiza noțiunii de *stres* va fi mai completă dacă o vom compara cu cea de emoții. Emoțiile și stresul sunt două fenomene biologice care aparțin unui mecanism sau reacții de apărare a organismelor, complexe și variate, căci în acest sens mai pot fi adăugate imunitatea, inflamațiile, febra ș. a., care acționează tot la nivelul întregului corp în scopul asigurării supraviețuirii [89, p. 243].

Emoțiile sunt fenomene biologice având la bază modificări *fiziologice, endocrine, biochimice*. În funcție de natura emoției, de durata și intensitatea ei, aceste modificări pot trece de la stadiul reversibil, fără consecințe, la un stadiu ireversibil, cu manifestări psihice (obsesii, fobii către boli psihologice). Repetarea continuă, cu intensitate, obosește organismul, favorizând provocarea unei stări de stres emoțional și instalarea unor boli psihosomatice, care apar legate de

un organ „mai șubred”, căci fiecare individ are unele organe, membre, încheieturi mai sensibile, cu o funcționalitate mai slabă [89, p. 130].

Atât în cărțile și articolele de popularizare, cât și în cele de specialitate (apărute mai ales până în 1990) nu se făcea o distincție clară între emoții și stres. În cea mai mare parte, aceste două procese complexe și înrudite sunt înglobate împreună, având caracteristici comune cu implicații psihologice și medicale. În 1992, a apărut, în limba română, o monografie științifică exhaustivă despre stres, scrisă de o echipă a Universității din Cluj [22].

Tabelul 1. 1 Principalele diferențieri dintre emoții și stres

Caracteristici	Emoții	Stres
- Durată	- Scurtă: minute / ore	- Lungă: zile, săptămâni, luni
- Intensitate	- Mare sau moderată	- Medie și continuă
- Forță psihică	- Toate gradele	- Conștientizată, așteptată
- Obișnuință	- Neprevăzută	- Bruscată sau nu, intensitatea crește cu timpul până la apogeu
- Producere	- Bruscată	

Dacă emoțiile apar în scopul rezolvării rapide a unei probleme, stresul pare caracteristic omului, deși există în anumite condiții și la animale. *Principala diferențiere dintre emoții și stres constă în durată mai lungă a acestuia din urmă, când un număr mai mare de neuroni sunt implicați în activarea din creier și când, mai ales, cascada hormonală curge din plin, depășind capacitatea de autoreglare endocrină. Ambele procese, având mai multe puncte comune în mecanismul producerii activării neuronale și mai ales a alarmării hormonale, care devine cascadă prin secreția prelungită calitativă și cantitativă.*

De-abia după 1995 și în SUA a început o diferențiere clară între emoții și stres, cu atât mai mult, cu cât există și noțiunea de stres emoțional [22, p. 81].

Anii '70 aduc preocupări tot mai intense în poziționarea conceptului de coping în zona centrală a studiilor ce implică stresul. În studiile sale, Lazarus plasa, ca punct de plecare a cercetărilor ce implică relația dintre persoană și mediu, coping-ul și ulterior stresul, explicându-l pe el din urmă ca fiind un „efort cognitiv și comportamental de a reduce, stăpâni sau tolera solicitările interne sau externe care depășesc resursele personale” (Lazarus & Folkman, 1984). O altă abordare definește coping-ul ca fiind o acțiune în care individul își utilizează resursele proprii (incluzând eforturi cognitive și comportamentale) pentru a micșora impactul stresului, pentru a încerca să-l prevină sau chiar să-l controleze într-o anumită măsură (Marsella & Scheuer, 1993).

Definirea coping-ului de către Lazarus și Launier subliniază prezența unor strategii cognitive și comportamentale elaborate de către un individ în vederea diminuării stresului psihic provocat de traversarea unei situații dificil de gestionat, care-i depășește resursele personale (Lazarus & Launier, 1978). Copingul centrat pe problemă este direcționat spre gestionarea problemei, în timp ce copingul focalizat pe procesele emoționale este orientat spre gestionarea emoțiilor negative. Evaluarea secundară vizează evaluarea resurselor disponibile pentru a face față problemei și poate modifica evaluarea primară. Gestionarea eficientă a stresului ține de utilizarea diverselor strategii de coping adaptativ.

Burnout-ul a fost identificat ca stare de spirit caracteristică, persistent negativă, cu referiri la sfera profesională a individului, având în centru sentimentul de epuizare, atât fizică, cât și nervoasă, dublat de suferința greu definibilă, cu impresia de eficacitate redusă, diminuarea motivației și apariția atitudinilor și comportamentelor disfuncționale în activitatea prestată. Starea aceasta este într-o continuă creștere, rămânând în același timp sesizabilă o vreme persoanei afectate, fiind rezultanta inadvertenței dintre intenții, așteptări și realitatea locului de muncă. Atât stresul profesional, cât și burnout-ul sunt fenomene apărute în urma expunerii la factorii de stres de la locul de muncă, impactul lor fiind mediat de gradul de adaptare personală sau de capacitatea de a face față acțiunii factorilor de stres de mediu de către fiecare individ (Cooper 2001; Schaufeli 2003). Firth-Cozens (1999) încadrează burnout-ul într-o formă specifică de stres psihologic, nu în sfera diagnosticului clinic (Firth-Cozens, 1999). Cercetarea fenomenului a identificat prezența unui semnificativ impact economic, determinat statistic atât pe baza absenteismului ridicat, cât și a diminuării corespunzătoare a cifrei de afaceri (Jacobson 1996; Raiger 2005).

Burnout sau sindromul de epuizare este un fenomen complex, de amploare deosebită și cu manifestări multiple, ce apare în profesiile extrem de solicitante emoțional și nervos, cu ecouri profunde în structura psihoafectivă a indivizilor, ce-și pune amprenta asupra vieții profesionale, dar și a celei sociale. Tema a fost abordată pentru prima oară la mijlocul anilor șaptezeci de psihanalistul de origine germană stabilit în Statele Unite ale Americii, Freudenberger, devenind ulterior subiectul multor studii. Pe timpul activității sale la clinica din New York, care trata persoane dependente de uzul diferitelor substanțe, acesta introduce și utilizează în premieră termenul de burnout în articolul „Staff burn-out” publicat în anul 1974 [107, p. 159 - 165], având ecouri profunde și relevante în definirea conceptului în plan medical și psihologic și devenind unul din cele mai citate articole ale autorului (după unele estimări a fost citat de 9.013 FONTES F. *Herbert J. Freudenberger and the making of burnout as a psychopathological syndrome*. December 2020 DOI: 10.35699/1676-1669.2020.19144). Schaufeli și Buunk (2003) acceptă și recunosc că Freudenberger a avut un rol esențial în propunerea termenului „sindrom de burnout”

și în definirea fenomenului [117 p. 383 - 425]. Deși cuvântul „sindrom” nu apare în articolul din 1974, ideea sindromului poate fi observată atunci când Freudenberg propune o listă de semne fizice și comportamentale ale stresului. Semnele fizice identificate indubitabil sunt: „senzație de epuizare și oboseală, incapacitatea de a scăpa de o răceală persistentă, suferință din dureri de cap frecvente și tulburări gastro-intestinale, insomnie și dificultăți de respirație” (Freudenberg, 1974, p. 160). Semnele comportamentale identificate implică dificultatea de a exprima sentimentele, răspunsuri instantanee cu substrat de iritare și frustrare, manifestarea furiei și suspiciunii [108, p. 159 - 165].

În dezvoltarea ulterioară a conceptului s-au implicat cercetătorii Christina Maslach și Susan E. Jackson, acestea stabilind bazele *abordării social-psihologice* a sindromului burnout. În stadiul inițial, burnout-ul a fost identificat preponderent în domeniul serviciilor umane, fiind definit în modul următor: „Burnout-ul este un sindrom de epuizare emoțională, depersonalizare și reducerea realizărilor personale care pot apărea printre indivizii care lucrează cu oamenii” [139, p. 4].

Christina Maslach a intervievat un număr mare de angajați din cadrul serviciilor umane din California. Calitatea de cercetător în domeniul psihologiei sociale i-a suscitat autoarei interesul asupra modului în care acești lucrători au făcut față excitărilor emoționale, folosind strategiile cognitive (Maslach, 1976, 1993).

Christina Maslach și Susan E. Jackson au elaborat chestionarul multidimensional utilizat pe scară largă pentru evaluarea burnout-ului, având ca punct de plecare studiile ce au inclus procesarea detaliată a unui sumum de interviuri, fișe de observație și verificări psihometrice. Până la sfârșitul anilor '80, atât cercetătorii, cât și practicienii au început să recunoască existența burnout-ului și în alte domenii decât sfera serviciilor și domeniul sănătății publice, și anume în rândul managerilor și antreprenorilor. Astfel, termenul de burnout a fost extins de la mediul profesional ce implică acordarea de servicii clienților la alte domenii de activitate profesională [138]. În perioada anilor '90, din dorința de a revizui conceptul, Maslach și Leiter sugerează un model valabil și în alte medii profesionale, decât cele ale serviciilor, dând definiția: „Burnout este indexul dislocării dintre ceea ce sunt oamenii și ceea ce trebuie să facă, reprezintă eroziunea în valoare, demnitate, spirit și dorință - o eroziune a sufletului uman. Este o maladie care se răspândește gradat și continuu în timp, plasând oamenii într-o spirală descendentă de unde recuperarea este grea” [104, p. 498 - 512].

Problematica definirii burnout-ului a implicat eforturile multor specialiști, totuși cei care au reușit să identifice aspectele esențiale ale sindromului sunt Maslach și Jackson. Ei subliniază trei coordonate de bază ale acestui fenomen: epuizarea emoțională, depersonalizarea și reducerea realizărilor personale. În continuare vom trece în revistă aceste dimensiuni.

Epuizarea emoțională este fenomenul cel mai des întâlnit, manifestându-se sub formă de sentimente și senzații de oboseală și epuizare privind efortul psihologic depus în activitatea profesională. Persoanele cu epuizare emoțională pot prezenta dificultăți în adaptarea la mediul de muncă, în contextul în care resimt energie emoțională insuficientă pentru a-și realiza sarcinile de lucru și a socializa cu celelalte persoane [228].

Depersonalizarea este fenomenul legat de componenta interpersonală a burnout-ului, fiind definit ca răspuns la stres prin detașare, indiferență și lipsă de preocupare față de activitatea profesională și/sau persoanele care fac obiectul acesteia (pacienți, colegi). Aceasta presupune atitudini și comportamente negative sau inadecvate, iritabilitate, pierderea idealismului și evitarea firescului relațiilor interpersonale față de beneficiarii serviciilor medicale, dar și față de colegi [228].

Reducerea realizărilor personale - expresia acestei dimensiuni este, de obicei, o atitudine negativă față de aspectele propriei profesii, dublată de autoevaluări subcotate ale capacităților proprii, concomitent cu indecizii și îndoieli referitoare la capacitatea de a satisface cerințele postului, acordând o importanță exagerată rezultatelor negative. Totodată, pe fondul unui moral mai scăzut, se diminuează productivitatea și capacitățile, odată cu abilitățile adaptative [228]. Întrucât frecvența sindromul burnout era reprezentativă în unitățile medicale, acesta a fost ușor de identificat și descris inițial în lumea medicală. C. Maslach și A. Jackson veneau, în 1981, cu propunerea unei definiții sugestiv de abile și multivalente a sindromului burnout: „Un sindrom de epuizare emoțională, de depersonalizare și de reducere a realizării profesionale apărut la indivizii implicați profesional alături de alții” [65].

Concluzionând, deși conceptualizarea burnout-ului de către Maslach și Jackson rămâne una dintre cele mai larg acceptate, în literatura științifică se găsesc și alte abordări cu privire la acest termen. De exemplu, Salanova și colaboratorii reformulează termenul și propun o extindere a modelului de burnout, fiind compus din: (1) *epuizarea* (legată de crizele din relația dintre persoana și muncă în general), (2) *distanța mentală* (distanțarea atitudinală față de muncă în general) și *depersonalizare* (atitudini de îndepărtare față de oamenii pentru și cu care se lucrează) și (3) *ineficiență profesională* (sentimentul de a nu îndeplini sarcinile profesionale în mod adecvat și de incompetență la locul de muncă).

O definiție a sindromului burnout o oferă psihologul rus, A. K. Markova, care arată că acesta induce un proces de pierdere continuă a energiei emoționale, cognitive și fizice, apărând manifestări de surmenaj emoțional, mental, oboseală fizică excesivă, autoinhibiție și diminuare a performanțelor profesionale [133, p. 308].

O accepție unanimă de concluzii și păreri referitoare la modul în care se dezvoltă și acționează sindromul burnout și stadiile pe care le parcurge încă nu există în literatura de

specialitate. Totuși, o mare parte a cercetătorilor a ajuns la concluzia că sindromul burnout urmează un proces etapizat, fapt ce nu a oferit însă și o viziune convergentă asupra stadiilor, apărând dispoziții diferite ale acestora aproape la fiecare specialist. Derularea procesuală a sindromului burnout în urma studiilor făcute, permite identificarea următoarelor faze preliminare: (1) *Entuziasmul ideal*; (2) *Stagnarea inefficientă*; (3) *Sentimentul de frustrare*; (4) *Apatia plină de dezamăgire*. Cercetările au relevat situații în care fazele sindromului burnout se derulează secvențial și pot fi urmarea discrepantei dintre solicitări ridicate și posibilități (resurse) scăzute, cu nuanțări specifice individuale, știut fiind faptul că oamenii reacționează diferit la același stimul de stres, impactul fiecărei situații fiind diferit, de la individ la individ având altă semnificație [83, p. 66].

Comerzan A. definește sindromul burnout ca fiind o stare avansată de epuizare emoțională, fizică și psihică dată de stresul de la locul de muncă ce acționează pe termen lung, diminuând capacitatea de lucru și afectând performanțele persoanei, ducând chiar la pierderea capacității de muncă, parțială sau totală. S-a constatat prezența acestui sindrom cu precădere în rândul asistenților medicali, deoarece tipul de activitate al acestora îi face să manifeste, involuntar, indiferență la locul de muncă și impasibilitate, fenomen cu repercusiuni serioase asupra actului medical, în condițiile în care activitatea de recuperare este destul de dificilă. Prelucrarea datelor cercetării a relevat prezența la 60,6% dintre asistenții medicali a manifestărilor caracteristice sindromului burnout [27, p. 64].

După unii autori, sindromul burnout este un fenomen cu evoluție în trei etape. Inițial apare o epuizare emoțională în care cei afectați resimt o lipsă acută de resurse și energie, concomitent cu o stare de detașare ce implică renunțarea la interacțiunile sociale. Ulterior apare, pe fondul indiferenței, tendința de a se sustrage responsabilităților, neasumându-și-le. Cea de a treia etapă implică diminuarea performanței profesionale pe fondul lipsei de încredere în capacitățile proprii, concomitent cu incapacitatea de a se concentra [144]. De cele mai multe ori, fenomenul burnout-ului intră într-o ciclicitate, autoperpetuându-se grație strategiilor de coping neadecvate asociate sindromului (Schaufeli, 2003).

Istoria cercetării coping-ului își are izvoarele în debutul mișcării psihanalitice de la începutul secolului al XX-lea, însă anii 1970 și 1980 ai secolului trecut aduc preocupări tot mai pregnante în poziționarea conceptului de coping în zona centrală a studiilor ce implică stresul, prin aportul unor teoreticieni precum Pearlin și Schooler (1978), Lazarus și Folkman (1984), Billings și Moos (1984) și Kobasa (1979) [107 p. 82 - 92]. Acești teoreticieni, alături de alții, au dezvoltat o serie de abordări diferite pentru identificarea modalităților în care coping-ul poate fi corelat cu rezultate date: unii au investigat modul în care caracteristicile de personalitate pot fi antecedente ale coping-ului (Kobasa, 1979; Wheaton, 1983); alții au evaluat modul în care un

individ face față de fapt evenimentelor stresante (Billings & Moos) sau au studiat caracteristicile evenimentelor stresante pe care le experimentează indivizii (Shanan, De-Nour și Garty, 1976); iar mai recent, unii au cercetat contribuțiile relative ale caracteristicilor personalității (Saklofske, Austin, Mastoras, Beaton și Osborne, 2012; Weigold și Robitschek, 2011) [107 p. 82 - 92].

Din numărul excesiv de concepte cu privire la strategiile de coping, am evidențiat două abordări teoretice majore și complementare: (1) teoria tranzacțională a lui Richard Lazarus și (2) teoria conservării resurselor (COR) a lui Stevan Hobfoll (1989). În studiile sale, Lazarus plasa, drept punct de plecare a cercetărilor ce implică relația dintre persoană și mediu, coping-ul și ulterior stresul, explicându-le ca fiind un „efort cognitiv și comportamental de a reduce, stăpâni sau tolera solicitările interne sau externe care depășesc resursele personale” (Lazarus & Folkman, 1984) [127, p. 46]. Definirea coping-ului de către Lazarus și Launier subliniază prezența unor strategii cognitive și comportamentale elaborate de către un individ în vederea diminuării stresului psihic provocat de traversarea unei situații dificile de gestionat, care-i depășește resursele personale (Lazarus & Launier, 1978).

Strategiile de coping au un rol important în dezvoltarea burnoutului. [130, p. 100 - 110] Deși există mai multe clasificări ale strategiilor de coping, cea mai cunoscută clasificare este făcută de către Lazarus și Folkman (1984), care fac distincția între coping-ul centrat pe problemă și coping-ul centrat pe emoție [129]. Coping-ul centrat pe problemă este direcționat spre gestionarea problemei, în timp ce coping-ul focalizat pe procesele emoționale este orientat spre gestionarea emoțiilor negative. Coping-ul centrat pe problemă presupune acțiuni orientate concret spre rezolvarea situației stresante, în timp ce coping-ul centrat pe emoție este orientat spre schimbarea răspunsului emoțional negativ la evenimentele stresante, evitând intervenția asupra acestora. Rezultatul empiric indică, în general, că evitarea și coping-ul centrat pe emoție sunt legate pozitiv de burnout, adică îl favorizează, pe când coping-ul activ și cel centrat pe probleme sunt negativ interdependente de burnout, reducând impactul sindromului. Costa și Pinto (2017) au demonstrat că eficacitatea coping-ului centrat pe problemă este asociat cu controlul pe care indivizii îi pot avea asupra potențialilor factori de stres din mediul profesional. Concluzionând, menționăm că un specific în utilizarea strategiilor de coping activ centrate pe problemă în situațiile care implică posibilități reduse de controlul și/sau schimbarea factorilor de stres de mediu poate accentua efectele nedorite ale stresului la locul de muncă; în aceste cazuri, este recomandată utilizarea unor strategii de coping în măsură să faciliteze adaptarea la situație. Drept consecință, nu putem insista asupra faptului că strategiile de coping centrate pe emoții sunt întotdeauna negative, întrucât coping-ul centrat doar pe problemă pare adaptabil în situații controlabile, în timp ce coping-ul orientat spre evitare este adaptativ în situații greu de controlat. [104 p. 1 - 8].

O altă abordare, oarecum complementară, dar nu lipsită de importanță, teoria conservării resurselor COR (Hobfoll, 1989, 2010), aduce în prim plan un principiu motivațional în baza căruia persoanele acționează în sensul obținerii, reținerii și protejării a ceea ce prețuiesc mai mult. Prin prisma acestei teorii, fenomenul de stres își face simțită prezența atunci când resursele sunt amenințate, chiar pierdute, sau când persoana se implică investind resurse, dar neobținând un profit conform cu așteptările. Principiul funcționează în contextul unui randament adecvat pentru investiție, constituindu-se fondul de resurse și fiind stimulate stima de sine și încrederea [117 p. 513 - 524].

În conformitate cu cercetările lui Hobfoll (1989), abordarea COR este centrată pe elementele obiective de amenințare și pierdere în contextul unei „evaluări comune” a unui grup de indivizi cu o biologie și cultură identice, în care accentele cad mai mult pe circumstanțele nou apărute decât pe evaluări. Ciclurilor de pierderi și câștiguri li se acordă importanța cuvenită, subliniindu-se că, deși teoria COR a apărut din studiile legate de traumă și dezastru, autorul apreciază că investigațiile științifice de astăzi sunt abordate prin prisma psihologiei pozitive, centrate pe reziliență și capacitatea de a prospera post supraviețuire. Implicate în sprijinul acesteia, apar așa-numitele „oaze”, condițiile specifice de mediu care fac posibilă existența, promovează, îmbogățesc și protejează resursele indivizilor și grupurilor sociale aferente sau care, dimpotrivă, diluează, diminuează, obstrucționează sau afectează negativ resursele umane [109 p. 82 - 92].

1. 2. Stresul ocupațional în contextul cercetărilor actuale

Activitățile profesionale constituie unul dintre aspectele fundamentale ale vieții individului, oferindu-i acestuia suport financiar. De asemenea, rolul ocupațional al unei persoane reprezintă o componentă esențială a identității sale, oferind acesteia valoare și o stare de confort emoțional. Totodată, *profesia* ca sursă de identitate, scop, apartenență și venituri poate deveni un generator de stres [2, p. 37].

Viața modernă (prin asaltul informațional, creșterea exigențelor profesionale și, implicit, prin diversificarea surselor de stres) solicită, din ce în ce mai mult, posibilitățile și resursele de adaptare a omului. [10, p. 61].

Activitatea profesională, ca o modalitate esențială a existenței umane ce se desfășoară în baza unor criterii riguroase, ca durată și mod de organizare, la care nu se poate renunța în mod arbitrar, generează, în societatea contemporană tehnicizată, cele mai multe situații stresante. Această complexă interacțiune ce apare în cursul activității profesionale incită la cunoașterea și

înțelegerea semnificației factorilor de stres, a modalităților de sporire a rezistenței la acțiunea lor, cât și a mijloacelor adecvate de prevenire.

Stresul la locul de muncă constituie una dintre multiplele probleme cu care se confruntă societatea modernă, acesta fiind generat de viața profesională, de mediul de muncă, cu consecințe nemijlocite asupra activității profesionale, dar și asupra sănătății celor care prestează activitatea respectivă [54, p. 93].

Ultimele decenii au adus schimbări majore în societate în general și în activitățile lucrative în special, fenomene generate de dezvoltarea tehnologiilor, în special a celor de vârf, a informatizării și digitalizării, a schimbărilor survenite în plan managerial. Realitățile economice tot mai competitive, cu schimbări rapide și complexe, angrenează societatea într-o nouă eră, generând o multitudine de factori de stres, iar în plan profesional, „o formă specifică, stresul ocupațional” [55, p.82]. Potrivit lui Bogathy (2007), competiția economică dură în care este angrenată viața socială prezentă este considerată ca unul din semnele sau reacțiile generatoare a ceea ce a intrat în limbajul cotidian sub denumirea de „stres profesional” sau „stres ocupațional”. Identificarea formelor de manifestare a stresului ocupațional în cadru organizational a dus la analiza factorilor generatori ai acestuia, punând bazele primelor cercetări empirice în domeniu.

Începând cu anii '90, odată cu accentuarea globalizării, angajații sunt supuși unor situații tot mai stresante, din cauza schimbărilor care au loc și care conduc la creșterea insecurității posturilor de muncă și la suprasolicitare în muncă. După J. Cranwell Ward, cele mai afectate organizații din perspectiva stresului perceput sunt organizațiile care au ca obiect de *activitate* *oferirea de servicii*, cele care au suferit modificări tehnologice importante și cele care s-au restructurat într-o măsură semnificativă [79, p. 173 - 183].

La locul de muncă, stresul apare ca urmare a unor resurse psihice insuficiente necesare a face față solicitărilor și exigențelor profesionale. În asemenea situații, putem vorbi de un *stres ocupațional* sau despre *stres în activitatea profesională*. Uneori, *stresul ocupațional* este considerat ca având un caracter benefic pentru performanțele angajaților. În asemenea situații ne referim la un „eustress” care motivează și mobilizează resursele individuale, în caz contrar, când efectele stresului se răsfrâng negativ asupra sănătății persoanei, vorbim despre „distress” [37, p. 101].

Deși există destul de multe studii cu referire la stres, analiza literaturii de specialitate sugerează clar inexistența unui consens în definirea stresului ocupațional, coexistând mai multe accepțiuni ce pot defini individual sau cumulativ acest concept. Brate (2019) apreciază, în abordarea problematicei stresului ocupațional, că nu s-a ajuns la stabilirea unei definiții general acceptate și la acceptările conceptuale necesare unui punct de vedere comun menit să

stabilească categoriile majore de variabile relevante care sa permită înțelegerea procesului de stres ocupațional.

În diverse studii, întâlnim constructe diferite ce definesc „stresul ocupațional”, precum „stresul la locul de muncă”, „stresul profesional” sau „stresul organizațional”, care se suprapun fără a avea înțelesuri distincte, ceea ce reiese dintr-un fenomen mai larg - „stresul” care este un „termen psihologic complex pe care indivizii îl pot traversa zilnic” (Quick et al., 1997, p. 85).

Bianca-Simona Baican (2011) face distincție între noțiunile de stres ocupațional/ profesional și stres organizațional, identificându-le clar în lucrarea sa de doctorat: „stresul de la locul de muncă include *stresul ocupațional/ profesional*, care implică impactul condițiilor și conținutului muncii asupra individului, și *stresul organizațional*, care implică rezonanța afectivă a relațiilor stabilite la locul de muncă” [81, p. 102].

Evoluția conceptului de stres ocupațional. Deși conceptul de stres apare încă din antichitate, fiind amintit în teoria lui Hipocrate, stresul ocupațional are o istorie relativ recentă, primele observații aparând începând cu mijlocul secolului trecut.

Tabelul 1. 2 Evoluția conceptului de stres ocupațional în baza definițiilor mai multor autori

Autori / anul	Contribuții teoretice la evoluția conceptului de stres ocupațional
Kahn, 1964	Stresul ocupațional: - nepotrivire între cerințele mediului/locul de muncă și capacitatea individului de a îndeplini aceste cerințe,
Weiman, 1977	- „suma totală a factorilor experimentați în relație cu munca care afectează homeostazia psihosocială și fiziologică a lucrătorului. Factorul individual este denumit stresor și stresul este reacția individuală a lucrătorului la factorii ce-l provoacă.”
Beehr și Newman, 1978	- condiție rezultată din interacțiunea dintre oameni și slujbele lor; - schimbări înăuntrul oamenilor care-i forțează să se abată de la funcționarea normală;
Karasek și Theorell, 1990	- raportul între solicitările mediului și autocontrolul personal;
Siegrist, 1996	- fenomen ce apare în urma unui dezechilibru între efort și recompensă;
Florin Sava, 2004	- urmare a unor resurse psihice insuficiente pentru a face față exigențelor profesionale.
Bernard Rime, 2007	- traumatisme emoționale la locul de muncă cu anumite consecințe psihologice și fiziologice;
A. Moreau, 2007	- răspunsul interior la agentul sau evenimentul stresant exterior;
Oliver Manitară, 2009	- supratensiune din cauza concentrării asupra unei probleme concrete, situație marcată de un surplus de lucru, ce crează tensiuni interioare;
Koorosh Massoudi, 2009 (p. 2)	- fenomen social și manifestare patologică care necesită metode terapeutice moderne individuale;
Jean-Benjamin Stora, 2010	- fenomen al sec. XX-lea manifestat în activitatea individuală și profesională;
Lefebvre B., Poirot M., 2011 (p. 13-15)	- factor major în provocarea riscului psihosocial la locul de muncă creând dificultăți individuale și profesionale ;
Tatiana Șova, 2014	- stare psihofiziologică a organismului;

	- incapacitate de rezistență la solicitările factorilor de decizie; - dezechilibru între recursiunile obiective ale mediului educațional, posibilitățile profesionale ale cadrelor didactice și rezultatele înregistrate;
Jitendar Singh Narban, Bhanu Pratap Singh Narban, Jitendra Singh, 2016	- un model de reacții emoționale, cognitive, comportamentale și fiziologice la aspecte adverse și nocive ale conținutului și organizării muncii, dar și a mediului de lucru.

Holt (1986), Beehr (1995), Schabracq & Cooper (1998), analizând conceptul de stres ocupațional și evoluția acestuia în ultimul sfert de secol, constatau că acesta a traversat mai multe etape de evoluție conceptuală sub aspectul modelelor teoretice și tendințelor, dar și sub cel al studiilor și cercetărilor aferente.

În faza de început, cercetările s-au orientat spre găsirea de către comunitatea științifică a unei corespondențe biunivoce dintre cele două situații, gen stres în muncă - boală. Abordarea temei era făcută doar din perspectiva specialistului, nu a indivizilor implicați direct, lucrătorii, ceea ce a dus doar la câteva corelații mai puțin remarcabile, fără variabile strict din domeniul specific, având o bază științifică limitată provenită din studierea unor eșantioane reduse numeric și mai puțin relevante.

Etapă a doua a permis identificarea mai bună a variabilelor independente și dependente, ceea ce a dus la un tablou mai clar, schematic, în acțiunile de tip cauza-efect, cum ar fi: stresori ambientali - stres perceput - tensiune/ efect („străin”) - boală (distres). Specialiștii au stabilit variabile definite atât subiectiv, cât și obiectiv, dând cercetărilor un fundament științific, utilizând eșantioane bogate numeric, dar și reprezentative, de la care datele urmărite au fost culese cu instrumente psihometrice cu validitate și fidelitate crescută, punând la punct tehnici noi de diagnosticare a cauzelor și efectelor S.O. mai fidele, care permiteau concluzii detaliate în cadrul subgrupurilor investigate în funcție de tip de activități, categorii socio-profesionale, vârstă și gen.

Cea de-a treia etapă este caracterizată de conturarea teoriilor a căror variabile mediatore de interacțiune dau o explicare bine corelată cu calculele statistice complexe ce au permis atât sublinierea existenței corelațiilor semnificative, cât și prezența uniformeii distribuției curbilinie a unor valori, completând tabelul valorilor liniare între variabile.

Etapă actuală este caracterizată de diversitatea și amploare studiilor longitudinale în care inițierea unor programe de diminuare și profilaxie a stresului ocupațional ocupă locul central, fiind inspirate din teorii patogenetice deja aplicate, cu bune rezultate. Totodată, complexitatea fenomenului îl situează la intersecția unor studii pluridisciplinare ce permit abordări multiple, prezentând modele explicative ce oferă o înțelegere rapidă și corectă, concomitent cu utilizarea

teoriilor cibernetice ce aspectează, pe o succesiune de planuri, rolul incertitudinii, al determinărilor probabilistice și răspunsurilor multiple. Actualmente, specialiștii își orientează cercetările asupra abordării procesuale a stresului ocupațional pentru a evidenția posibilitățile de intervenție în mod secvențial.

Publicațiile de specialitate apărute în România cuprind abordări multiple legate de stres, unele rezumându-se la tratarea generală a subiectului, altele ținând cont de existența stresului organizațional (Floru, 1974; Derevenco, Anghel, Baban, 1992; Miclea, 1997; Baban, 1998; Brate, 2002; Iamandescu, 2002 etc.), iar o a treia categorie axându-și studiile în special pe abordarea stresului ocupațional (Brate, 2004, 2005; Pitariu, 2003 etc.).

Caracteristic pentru Republica Moldova este prezența majorității studiilor legate de stresul ocupațional și de sindromul burnout-ului preponderent în domeniul educațional (Cojocaru-Borozan M., Șova T., Verdeș A. Losîi E., Ковалева E., Pleșca M., Gorincioi V., Robu V., Stoica C.). Totodată, stresul ocupațional a reprezentat subiect de studiu și la alte categorii ocupaționale din țara noastră, precum lucrătorii din jurisprudența de stat comparativ cu situația cadrelor didactice - Mereuță I., Bucun N., Rotaru G.; sau stresul ocupațional la contabili - Potng A., Sârbu A.; ori stresul ocupațional la cadrele militare.

Prelucrarea rezultatelor studiilor legate de stresul ocupațional a scos în evidența strânsa interdependență dintre creșterea factorilor de risc pentru boli precum cancerul, hipertensiunea arterială (HTA) și bolile de inimă în condițiile nivelurilor ridicate de S.O. (Pitariu & Bogdan, 1990; Cooper & Payne, 1988, 1991).

Stresorii organizaționali. Sub această denumire se regăsesc totalitatea stimulilor care au impact negativ asupra stării de sănătate mintală și fizică, în activitățile lucrative desfășurate, la toți subiecții implicați. Jones F. și Bright J. (2001) cataloghează stresorii după felul în care acestea afectează starea de sănătate a celor implicați în activități lucrative, separându-i în două categorii: I - *stresori acuți* a căror acțiune duce la schimbări ale condițiilor existențiale ce implică automat fenomene adaptive; II - *stresori cu caracter „cronic”*, care nu implică condițiile obișnuite de viață.

Parker și Spring (1999) identifică situații paradoxale în cadrul organizațiilor moderne în care indivizilor le sunt oferite posibilități de dezvoltare personală în plan profesional și interacțional concomitent cu „existența problemelor legate de absența securității locurilor de muncă, tensiuni generate de surse de stres exterioare, dar cu acțiune în timp” [20, p. 39].

1. 3. Factori care condiționează apariția stresului ocupațional și sindromului burnout la personalul medical

Cu referire la identificarea surselor organizaționale ale stresului ocupațional și a sindromului burnout, menționăm autori (Arsenault și Dolan, 1983) cu o viziune analitică, ce trec în revistă o mare diversitate de factori: condițiile fizice inadecvate de la locul de muncă, problemele legate de avansare și de rolul în cadrul departamentului, nesiguranța postului, riscul crescut de accidente, neliniștea față de retribuție, ambiguitatea rolului, conflictele de rol, constrângerile asupra comportamentului individual, supraîncărcarea cu activități concomitent cu micșorarea timpilor rezervați acestora, complexitatea exagerată a sarcinilor, responsabilități extreme.

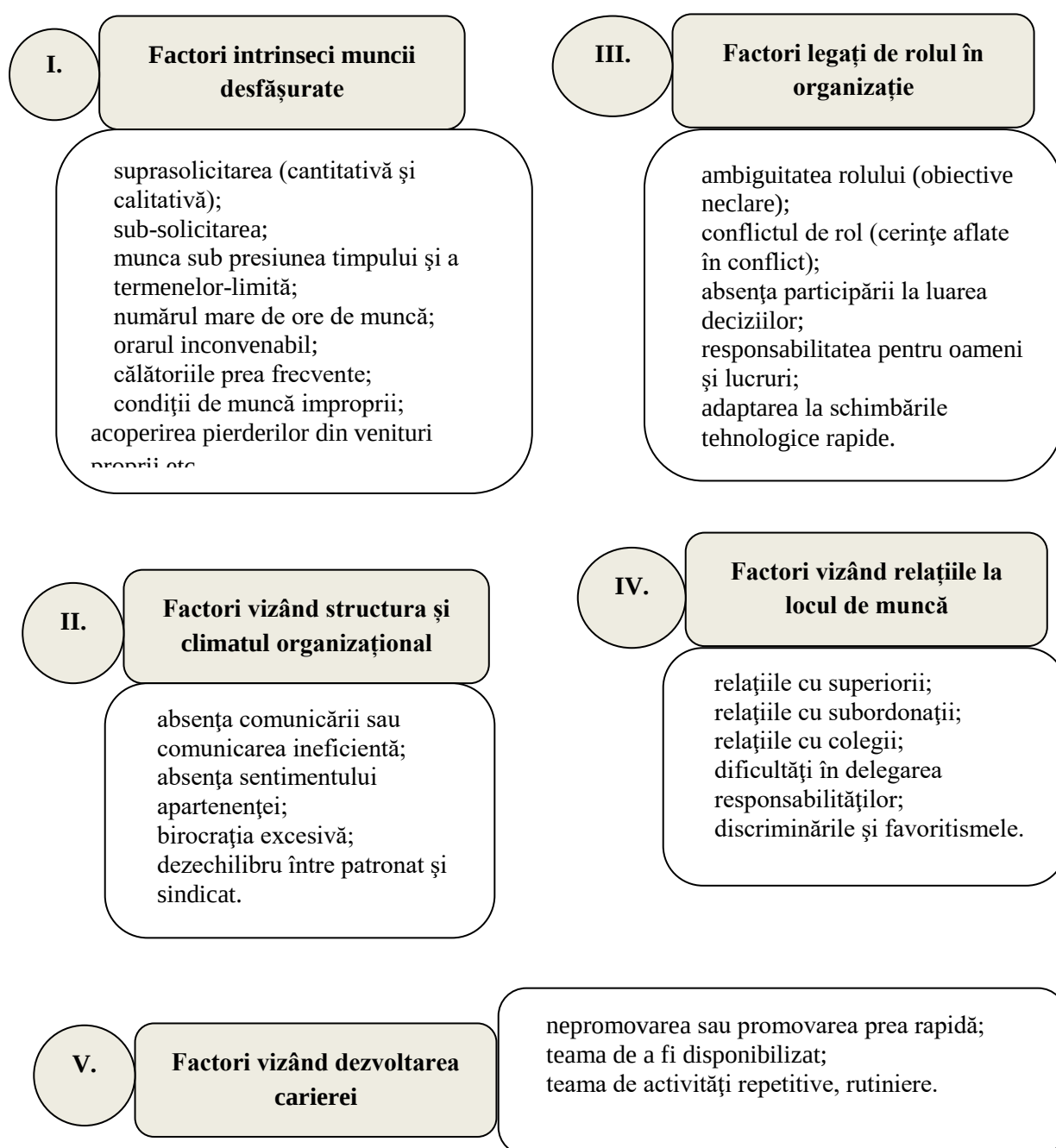


Fig. 1. 2 Factorii stresului ocupațional după Tara Bennett-Goleman [7, p. 182]

De aceeași opinie sunt și Le Blanc, Jonge și Schaufeli (2000), care, în urma studiilor făcute în domeniul stresului ocupațional, identifică stimulii stresori din cadrul unei organizații, catalogându-i astfel: conținutul muncii, condițiile de muncă, condițiile de angajare și rețeaua socială la locul de muncă [20, p. 52].

Din pleiada de factori, implicați în activitatea profesională, generatori de stres, Tara Bennett-Goleman [7, p. 182] identifica cinci categorii: cei intrinseci muncii desfășurate; cei legați de rolul angajatului în cadrul organizației; factorii ce vizează relațiile de la locul de muncă; cei vizând dezvoltarea carierei; și factorii legați de structura și climatul organizațional. Detaliile pot fi observate în figura 1.2.

Campbell J. P., McCloy R. A., Oppler S. H., & Sager (1993), C. E. Slaski, Cartwright (2007) confirmă viziunea expusă anterior, oferind o catalogare a factorilor de la locul de muncă cauzatori de stres: (1) *intrinseci locului de muncă* – condiții existente, pericole, suprasolicitare, ore peste program, extenuare; (2) *rolul în organizație* – incompleta definire a rolului, suprapuneri de rol, responsabilități și conflicte intraorganizaționale; (3) *relații la locul de muncă* – deficit de comunicare pe orizontală și pe verticală (legături inadecvate cu superiorii, comunicare neconformă, situații conflictuale interpersonale, hărțuiri, agresivitate verbală, hărțuire sexuală etc.), probleme în delegarea sarcinilor, izolare fizică și/sau socială; (4) *structură și climat* – politici interne deficitare sau neadecvate, dificultăți financiare, insuficienta participare la luarea deciziilor, lipsa controlului asupra propriei munci; (5) *dezvoltarea carierei* – nesiguranța locului de muncă, promovare; (6) *cultura organizațională* – prezentism.

O abordare sintetică a aspectului integrării surselor organizaționale de stres are Karasek (1990), acesta sistematizându-le astfel: suportul social, cerințele postului și nivelul de control al individului asupra activității sale.

Capotescu (2006) evidențiază și alți factori ai stresului ocupațional:

- *recompense inadecvate* (salarii scăzute, perspective slabe), frecvente servicii de noapte, schimbare tehnologică, prea multă muncă în unitate de timp scurt, schimbări ce pretind noi abilități, prea puțin timp pentru efectuarea unui lucru de calitate, prea puține ocazii de a învăța lucruri noi, prea multe ședințe, colegi de muncă care nu-și îndeplinesc conștiincios obligațiunile;
- *conducere autocratică*: șef cu stil dur de comunicare, deficiență în conducere pe timp de criză, subordonări multiple, descriere imprecisă a responsabilităților și procesului de muncă, responsabilitate fără autoritate adecvată, situații conflictuale cu șeful, situații conflictuale cu colegii;
- *lipsă de intimitate*;
- *clienți ostili*;

- *factori de mediu* (toxicitate, frig, temperatură ridicată);
- *factori psihologici* (atmosferă ostilă, mediu izolat, hărțuire) etc. [18, 16, p. 295].

Efectele stresului organizațional.

Conform opiniei lui Gwilt (2014), stresul organizațional poate avea următoarele manifestări (semne): (1) întârzierea la locul de muncă sau chiar lipsa; (2) schimbarea atitudinii față de serviciu, neglijență; (3) atitudini și discuții negative față de locul de muncă; (4) existența inerției și rezistenței la schimbare; (5) generarea zvonurilor, în special pe tema lipsei de încredere; (6) focalizarea pe detalii ne semnificative sau chiar inutile; (7) diminuarea disponibilității pentru cooperare și a ostilității în relațiile cu ceilalți; (8) probleme de concentrare și stări anxioase; (9) manifestări de disconfort fizic și aparente probleme de sănătate; (10) manifestări de tensiune nervoasă, irascibilitate și acuze legate de somn și odihnă.

Cohen și Single (2001) determina cinci categorii de simptome ale stresului ocupațional:

- *simptome emoționale* - anxietate, iritabilitate, impulsivitate, furie, griji, depresie, sentimente de vină, scaderea interesului existențial, singurătate, reducerea simțului umorului, neîncredere, autoizolare și stare de nemulțumire la locul de muncă;
- *simptome fizice* - lipsa somnului, supramotricitate, insuficiențe respiratorii, modificări de puls și tensiune arterială, dureri și blocaje la mușchii spatelui și gâtului, tensiune musculară, fatigabilitate, gură uscată, probleme de echilibru, inapetență sau senzație de foame permanentă, zgomote în urechi;
- *simptome comportamentale* - lipsa calmului și echilibrului comportamental, impulsivitate, hiperactivitate, agresivitate, abuzul de alcool, consumul de droguri, comportamente deviante, pierderea interesului sexual și suprasolicizarea;
- *simptome cognitive* - decalajele frecvente ale memoriei, gândire negativă constantă, tendință autocritică pronunțată, incapacități decizionale, probleme în realizarea sarcinilor, percepții distorsionate, rigiditate și schematism în gândire, dificultăți de concentrare;
- *simptome legate de sănătate* - astm, hipertensiune arterială, stări de disconfort fizic cronic, migrene, simptome ale colonului iritabil, ulcere, disconfort stomacal, atacuri de cord, angină, accidente vasculare cerebrale și iritații ale pielii.

Totodată, în studiul lui Segal, Smith, Segal și Robinson (2019) sunt identificate semne și simptome de avertizare comune de suprasolicitare și stres prezentate în tabelul 1. 3.

Tabelul 1. 3 Semne de avertizare comune și simptome ale stresului

Simptome Cognitive	Simptome emoționale
● Probleme de memorie ● Incapacitate de concentrare ● Judecată slabă ● Negativism în gândire ● Gânduri anxioase ● Îngrijorări continue	● Depresie sau nefericire generală ● Anxietate și agitație ● Iritabilitate sau furie ● Să te simți copleșit ● Solitudine și izolare ● Alte probleme de sănătate mintală sau emoțională
Simptome Fizice	Simptome Comportamentale
● Dureri musculare ● Diaree sau constipație ● Greață, amețeli ● Durere toracică, ritm cardiac rapid ● Pierderea apetitului sexual ● Răceală sau gripă frecvente	● Apetit exagerat sau diminuat ● Somn prea mult sau prea puțin ● Lipsă de socializare ● Neglijarea responsabilităților ● Utilizarea alcoolului, țigărilor sau drogurilor pentru relaxare ● Obiceiuri nervoase (de exemplu roaderea unghiilor, ritmul)

Sursa: Segal, Smith, Segal and Robinson, 2019 (apud Cam T.H. Tran, Hieu T.M. Tran, Huy T.N. Nguyen, Dung N. Mach, 2020)

Simptomele stresului ocupațional sunt identificate, în cazul angajatului, prin dificultatea de adaptare ce poate duce chiar la trăirea stării de epuizare, acesta nemaiputând gestiona corespunzător situațiile dificile, dar și la nivelul colectivului de muncă și a relațiilor dintre angajați, precum și la în cadrul instituției asupra căreia se răsfrânge existența unui mediu stresant [74, p. 92].

Stresul organizațional poate avea caractere primar și secundar. Caracterul primar este rezultatul unei agresiuni recepționate în sfera psihicului (conflicte și suprasolicitări psihice induse de stimuli verbali, realizându-se prin concentrarea atenției, cu evocarea sau persistența unor imagini, sentimente etc.). Caracterul secundar al stresului ocupațional este de fapt o reacție de însoțire sau de conștientizare a unui stres fizic, biologic etc., căruia i se acordă semnificația de amenințare sau de altă natură [9, p. 49].

Mulți cercetători, printre care D. Ganster și J. Schaubroeck, preocupați de analiza circumstanțelor care conduc la apariția „reacțiilor neuropsihice anormale”, citați și de cercetătorii din R. Moldova Mihaela și Mihai Șleahțișchi în articolul *Efectele stresului organizațional*, publicat în *Stil modern de viață: între sănătate și stres*, au ajuns la concluzia că expunerea îndelungată la acțiunea factorilor de mediu organizațional nefavorizanți se poate solda cu multiple efecte negative. Printre acestea, spun ei, se evidențiază *efectele de extracție fiziologică, psiho-cognitivă și/sau comportamentală*, conform conținutului prezentat în tabelul 1.4.

Tabelul 1. 4 Efectele fiziologice, psiho-cognitive și/sau comportamentale ale stresului ocupațional după Stănculescu E. [70, p. 16 - 17]

Efectele stresului ocupațional	
Fiziologice	- dereglări de natură somatică (migrenele, transpirația rece sau/și amețeli); - uscăciunea gurii, creșterea glicemiei, a pulsului, a tensiunii arteriale sau/și dilatarea semnificativă a pupilelor; - transformarea celulelor normale în celule canceroase;
Psiho-cognitive	- incapacitatea de concentrare; - insatisfacția în muncă/nemulțumirea profesională; - apariția unor boli mintale și a tentativelor de suicid; - scăderea abilității de a adopta decizii raționale, scăderea atenției; - hipersensibilitate la critică sau/și blocajele mentale.
Comportamentale	- consumul excesiv de alcool și droguri, abuz de cafea și tendința de a fuma excesiv; - creșterea ratei de absenteism, creșterea frecvenței accidentelor la locul de muncă; - diminuarea responsabilității și reducerea loialității față de organizație; - demisii și creșterea potențialului de impulsivitate; - disensiuni conjugale; - afectarea comportamentului alimentar al indivizilor.

Răspunsul la stresul ocupațional, cu certitudine un proces complex, include atât reacții fiziologice, cât și cognitive, emoționale și comportamentale. Efectele potențiale ale stresului pot fi grupate în cinci mari categorii [63, p. 22], și anume: *efecte subiective*: anxietate, agresiune, apatie, plictiseală, oboseală, indispoziție, scăderea încrederii în sine, nervozitate, sentimentul de singurătate; *efecte comportamentale*: predispoziție spre accidente, alcoolism, abuz de cafea, tendința de a mânca și/sau de a fuma excesiv, comportament impulsiv; *efecte cognitive*: scăderea abilității de a adopta decizii raționale, concentrare slabă, scăderea atenției, hipersensibilitate la critică, blocaje mentale; *efecte fiziologice*: creșterea glicemiei, a pulsului, a tensiunii arteriale, uscăciunea gurii, transpirații reci, dilatarea pupilelor; *efecte organizaționale*: absenteism, productivitate scăzută, izolare, insatisfacție în muncă, reducerea responsabilității, reducerea loialității față de organizație, demisii.

În literatura de specialitate se întâlnesc numeroase teorii și modele ale stresului ocupațional, cele mai relevante fiind: Modelele explicativ-interpretative ale stresului ocupațional, Modelul cognitiv al evaluării, Teoria evenimentelor afective, Modelul furiei la locul de muncă, Modelul solicitări - control - suport social.

Modelele explicativ-interpretative ale stresului ocupațional. La condiționarea stresului din cursul activității profesionale concurează factori multipli, dependenți de ambianța fizică, particularitățile intrinseci ale activității și caracteristicile psihofiziologice ale individului. Toate acestea constituie, într-o corelație specifică ocupației sau chiar locului de muncă, sursele de stres

profesional. Acestea sunt sintetic redate în „*modelul teoretic al stresului de muncă*” preconizat recent de Hodapp și colaboratorii.

În ultimele decenii, cercetătorii au elaborat mai multe modele teoretice ale stresului organizațional. O parte dintre acestea au scopul de a facilita o mai bună cunoaștere a legăturii dintre caracteristicile psihosociale și fizice ale muncii și bunăstarea și sănătatea angajaților [76, p. 397].

Modelul cognitiv al evaluării. Modelul cognitiv al evaluării evenimentelor de viață (Ortony, Clore și Collins, 1988, Power și Dalgleish, 1998) stă la baza formulării teoriei evenimentelor afective și este aplicat în cercetările asupra relației dintre justiția organizațională și experiența emoțiilor la locul de muncă (Montada, 1994, Krehbiel, 2000).

Potrivit teoriilor cognitive privind emoțiile, trăirea emoțională este rezultatul unor *procese de evaluare* (Lazarus, 1993; Lazarus și Cohen-Charash, 2001):

- *primare*: evaluarea inițială a naturii evenimentului și a relevanței sale pentru obiectivele individului (de exemplu, dacă evenimentul are potențialul de a facilita atingerea obiectivelor individului, reacția emoțională declanșată va fi cea de bucurie);
- *secundare*: evaluarea factorilor contextuali specifici momentului în care are loc evenimentul; *factorii contextuali* evaluați includ responsabilitatea („Cine este responsabil pentru producerea evenimentului?”), intenționalitatea („Evenimentul a fost produs în mod deliberat sau nu?”), prevenția/controlul („Evenimentul putea fi prevenit/controlat?”), strategiile de adaptare („Ce pot face?”) și așteptările legate de viitor („Va fi bine sau rău în viitor?”).

Krehbiel și Cropanzano (2000) consideră că *mecanismul de evaluare a justiției distributive și procedurale* în mediul organizațional este analog mecanismului acestor două procese de evaluare, iar respectivul mecanism poate fi aplicat pentru predicția reacțiilor emoționale ale angajaților la experimentarea furiei, vinovăției, anxietății sau mândriei în contextul evaluării caracterului just ori injust al evenimentelor de la locul de muncă. Astfel, *evaluarea justiției distributive* este concepută drept o evaluare primară a evenimentelor - o apreciere a beneficiilor personale ale rezultatelor evenimentelor, în timp ce *evaluarea justiției procedurale* este concepută ca o evaluare secundară - o analiză a procesului ce a favorizat ori a declanșat evenimentul organizațional

Teoria evenimentelor afective. Weiss și Cropanzano (1996), Weiss și Brief (2001) susțin ideea că particularitățile mediului organizațional favorizează apariția anumitor evenimente la locul de muncă. Acestea generează *trăiri emoționale specifice* (reacții afective) care, la rândul-le, modelează atitudinile și comportamentele oamenilor la locul de muncă. Modelul acordă

importanță egală *dispozițiilor* indivizilor (alături de caracteristicile climatului de lucru) în determinarea naturii reacțiilor afective la evenimentele organizaționale:

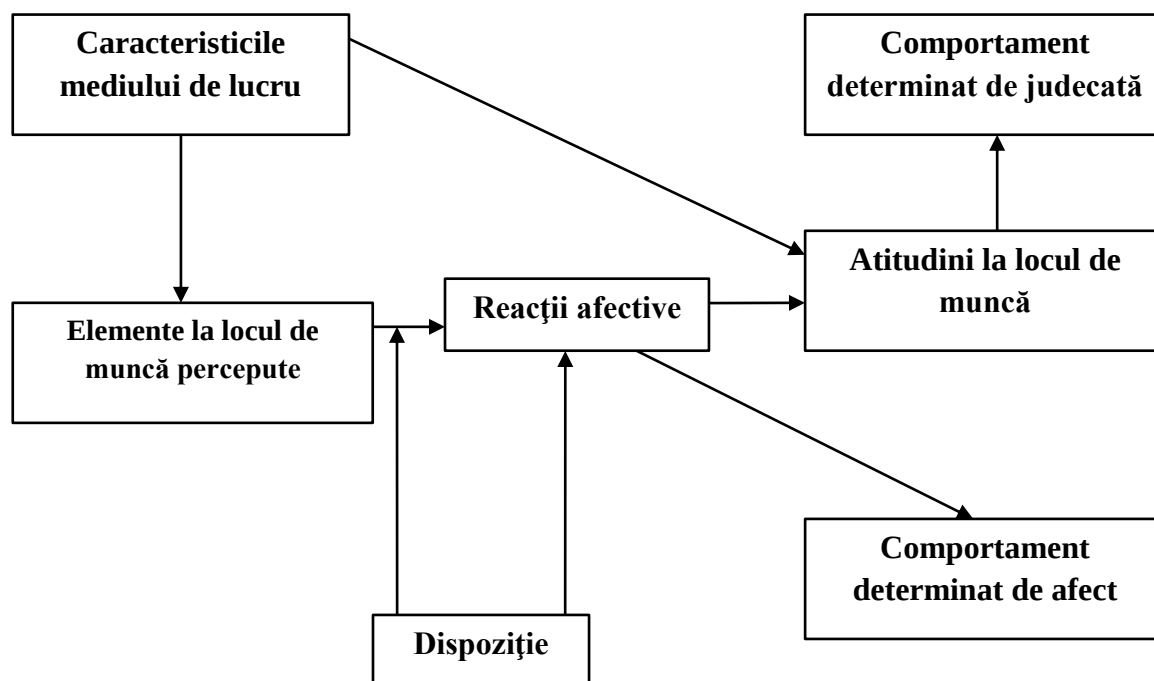


Fig. 1. 3 Teoria evenimentelor afective (TEA - Kiewitz, 2002)

În cadrul unui studiu pe marginea acestei concepții teoretice, Basch și Fisher (2000) operaționalizează noțiunea de *eveniment afectiv* astfel: „Un incident ce stimulează evaluarea și reacția emoțională în raport cu un agent, obiect ori eveniment, tranzitoriu sau în curs, legat de locul de muncă”. Autorii acestui model teoretic de abordare a rolului trăirilor emoționale în organizații apreciază că, atunci când reacțiile emoționale se adună de-a lungul timpului, acestea pot influența trăirile afective globale ale unui angajat față de locul său de muncă (adică satisfacția la locul de muncă - Grandey, 2002).

Modelul furiei la locul de muncă. În cadrul tezei sale de doctorat în resurse umane, Kiewitz (2002) aplică perspectiva teoriei evenimentelor afective în studiul rolului furiei în organizații. Plecând de la cadrul conceptual al TEA, autorul elaborează, verifică și revizuieste un *model de cercetare a furiei în organizații* (modelul MFLM - figura 1.4), investigând *rolul mediator al furiei* între trei tipuri de evenimente organizaționale (*variabilele independente*: in justiția organizațională, încălcarea contractului psihologic și încălcarea granițelor interpersonale), precum și atitudinile și comportamentele angajaților la locul de muncă (*variabilele dependente*: atitudine - angajamentul organizațional afectiv; comportamente - exprimarea/suprimarea furiei la locul de muncă, comportament deviant la locul de muncă).

Modelul include *furia ca trăsătură*, investigând rolul său moderator în relația dintre evenimentele de la locul de muncă percepute și trăirea furiei ca stare emoțională.

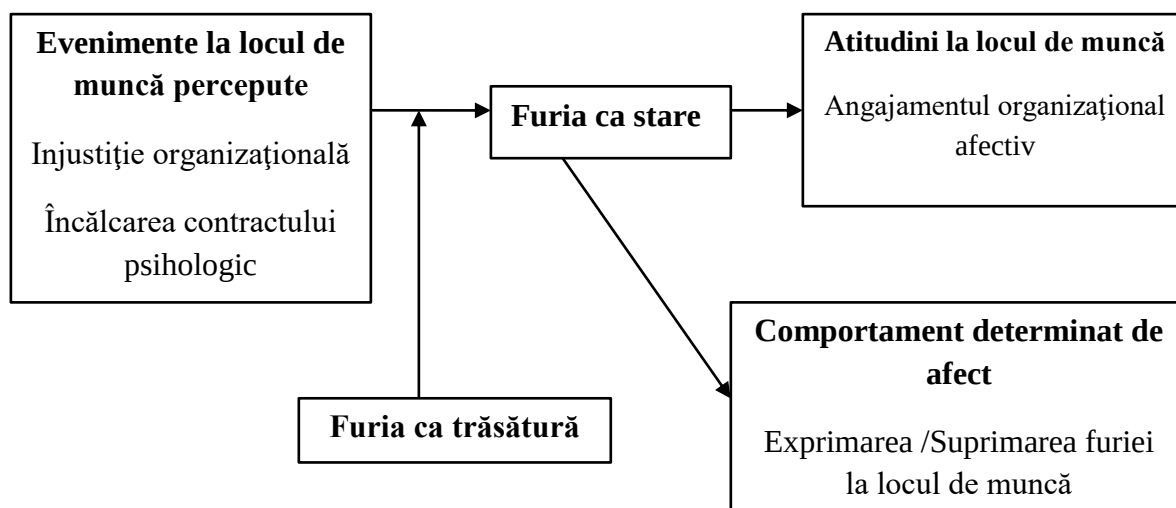


Fig. 1. 4 Modelul MFLM (Kiewitz, 2002)

Kiewitz (2002) raportează rezultate semnificative pentru verificarea existenței unei relații între injustiția organizațională, încălcarea granițelor interpersonale sau a contractului psihologic și exprimarea ori reprimarea furiei la locul de muncă. Rezultate semnificative au fost înregistrate și în ceea ce privește relația dintre injustiția organizațională sau încălcarea contractului psihologic și angajamentul organizațional afectiv ca atitudine a individului la locul de muncă. Investigarea rolului moderator al furiei ca trăsătură în relația dintre percepțiile angajaților cu privire la injustiția organizațională, încălcarea contractului psihologic sau a granițelor interpersonale și experimentarea stării de furie a indicat prezența unui efect semnificativ numai în cazul injustiției organizaționale. Acest rezultat a orientat decizia autorului pentru revizuirea MFLM pentru a include *personalitatea* ca moderator al relației dintre variabile (figura 1. 5). Această adaptare a modelului de cercetare este fundamentată de cadrul teoretic propus de Bolger și Zuckerman (1995), Kiewitz (2002), pentru studiul personalității în procesul stresului.

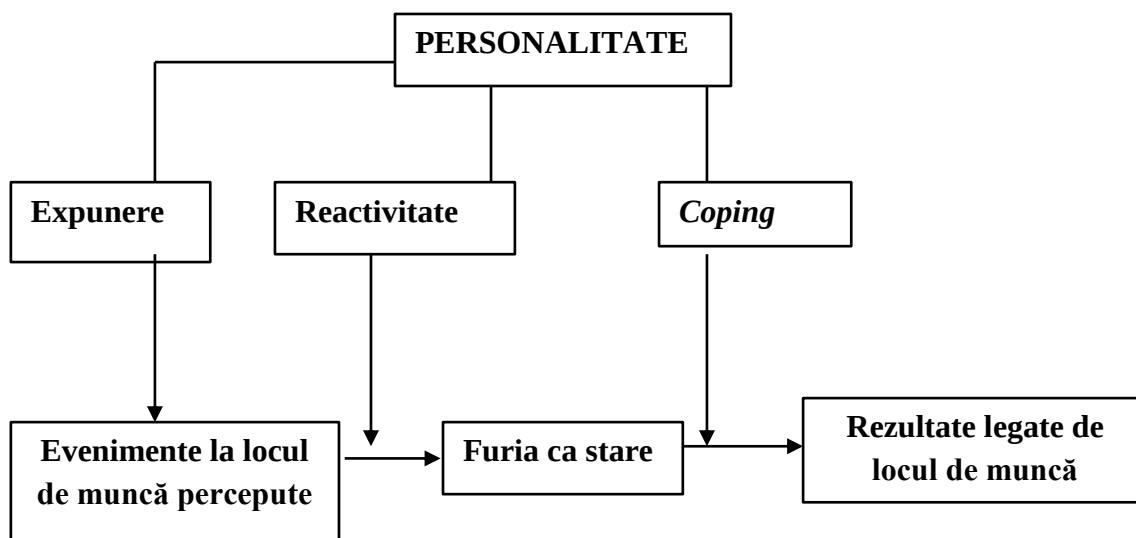


Fig. 1. 5 Modelul MFLM revizuit (Kiewitz, 2002)

Conform acestui model teoretic, personalitatea joacă un rol important în procesul stresului, influențând probabilitatea ca o persoană să experimenteze un eveniment stresant („expunerea”) sau să manifeste reacții emoționale sau fizice la un eveniment stresant („reactivitatea”).

Modelul solicitări - control - suport social. Conform acestui model prezentat de Karasek în 1979, stresul organizațional ridicat intervine în cazul în care cerințele solicitante în muncă sunt însoțite de un control scăzut asupra sarcinilor de efectuat. În 1998, Johnson și Hatt au extins modelul solicitări-control aflat în circulație până în acel moment, adăugând o a treia dimensiune: suportul social. Karasek și colaboratorii săi au acceptat modificarea lui Johnson, astfel că de atunci modelul este cunoscut și sub numele modelul solicitări - control - suport social (Karasek și Theorell, 1990). Pe baza acestuia, grupul aflat în cel mai mare pericol poate fi caracterizat prin cerințe ridicate, control scăzut asupra muncii și lipsa suportului social.

Din combinarea celor două dimensiuni ale modelului solicitări - control rezultă patru tipuri de activități:

1. *activitățile cu nivel de stres ridicat* - cele mai multe dintre cercetările pornind de la modelul lui Karasek (1979) și-au focalizat atenția pe acest cadran al modelului. Caracteristica acestor activități este că un nivel ridicat al cerințelor se asociază cu un nivel redus al controlului pe care individul îl poate exercita. Stresul cronic ce rezultă astfel prezintă riscul de îmbolnăvire fizică și psihică. Din 1979, această ipoteză a fost susținută de numeroase studii. Cu toate că există unele cercetări care nu au găsit nicio legătură între stresul în muncă definit după modelul lui Karasek și sănătatea cardiovasculară, studiile recapitulative cu această tematică (Belkic, 2004; Landsbergis, 2001; Kristensen, 1995) conchid că stresul ocupațional este un factor de risc pentru morbiditatea și mortalitatea cardiovasculare. Similar, studiul recapitativ realizat de Kivimäki și colaboratorii săi pe baza datelor a peste 83000 de angajați arată că stresul ocupațional definit pe baza modelului discutat crește cu aproape 50% riscul de apariție a bolilor cardiace (2006).

Sunt foarte importante și studiile ce au avut drept obiectiv analizarea legăturii dintre stresul în muncă și sănătatea mintală. Conform investigațiilor lui Doef și Maes (1999), 28 dintre cele 41 de studii care utilizează modelul solicitări-control și nouă dintre cele 19 ce au la bază modelul solicitări-control-suport social susțin ipoteza conform căreia persoanele ce lucrează în condiții stresante de muncă au o stare mai precară a sănătății psihice;

2. *activitățile cu nivel de stres scăzut* - la capătul opus al diagonalei stresului găsim grupul cu stres scăzut în muncă, grupul „meșteșugarilor” (Kristensen, 1996). În cazul acestor salariați cerințele muncii nu sunt considerate a fi mari, iar controlul pe care individul îl poate exercita este ridicat. Este cazul arhitecților, programatorilor, cercetătorilor în științele naturale, dentiștilor, frizerilor, pescarilor, tâmplarilor etc. (Karasek și Theorell, 1990);

3. *muncile active* - vorbim despre acestea în cazul în care un nivel ridicat al cerințelor muncii se asociază cu un nivel ridicat al controlului pe care subiectul îl poate exercita. Este situația care permite creșterea, participarea, activitatea, creșterea stimei de sine, a motivației de a învăța, a autorealizării. Este cazul oersoanelor cu munci calificate (Kristensen, 1996): ingineri electrotehniști, profesori, manageri, fermieri, funcționari publici, asistente medicale, medici, salariați bancari etc. (Karasek și Theorell, 1990);

4. *muncile pasive* - în acest caz, nivelul cerințelor și cel al controlului sunt scăzute, ceea ce provoacă treptat o deteriorare a capacităților individului. Kristensen (1996) numește aceste categorii de ocupații „munci de supervizare”. Conform lui Karasek și Theorell (1990), printre ocupațiile care pot fi încadrate în această categorie le includem pe cele de inginer de supraveghere a proceselor, portar, paznic, miner, supraveghetor etc.

Modelul dezechilibrului efort-recompensă. Un alt model des folosit în studiul legăturii dintre stresul la locul de muncă și sănătate este cel al dezechilibrului efort-recompensă, elaborat de sociologul german Johannes Siegrist. Conform modelului lui Siegrist, lipsa reciprocității dintre costuri și câștiguri, adică situația în care eforturile ridicate se combină cu o recompensă scăzută, produce o stare de stres emoțional care poate conduce la excitarea sistemului nervos simpatic, probleme de sănătate mintală și fizică, aprecierea subiectivă a stării de sănătate ca fiind mai rea și incapacitate de muncă (Siegrist, 1996; Siegrist, 2004). Conform acestui model, recompensa are trei forme: *apreciere* (stimă, suport și echitabilitate), *recunoaștere materială* (un salariu corespunzător) și *controlul statutului* (posibilități de promovare, posibilitatea de a evita schimbările nedorite, securitatea locului de muncă, permanentizarea statutului).

În contrast cu modelul cerințe - control - suport social, modelul dezechilibrului efort-recompensă face distincție între componente externe (de conjunctură) și interne (personale). După Siegrist, combinarea celor două componente va oferi o imagine mai precisă a stresului trăit decât dacă am studia doar una dintre componente. Componente externe sunt eforturile (cerințele psihice și fizice), precum și cele trei dimensiuni ale „recompenselor”.

Conform opiniei autorului, modelul efort ridicat - recompensă scăzută este acceptat de angajat în următoarele cazuri:

- a) nu există o alternativă mai bună pe piața muncii, costurile căutării unui nou loc de muncă sunt mai ridicate decât cele ale rămânerii pe postul actual;
- b) din motive strategice, angajatul mai poate rămâne o perioadă în mediul de muncă perceput ca neechitabil, consideră că în acest mod își îmbunătățește șansele de a fi promovat, ajungând astfel la o stare de echilibru efort-recompensă;
- c) urmare a unui stil specific de tratare a problemelor, individul nu este capabil să evalueze corect relația dintre eforturi și recompense.

Acest din urmă stil de tratare a problemelor este numit de autor *angajament exagerat*, care, de fapt, reprezintă componenta internă a modelului: *efortul intern*. Această caracteristică internă se referă la o serie de atitudini, comportamente și stări emoționale care denotă o luptă exagerată și se asociază cu o dorință puternică de apreciere și de înțelegere din partea celor din jur.

Studiile din domeniu relevă termenul de „stres benefic sau de oportunitate”, care subliniază apariția sau existența unor factori ce pot fi catalogați ca stresori, dar care oferă oportunități profesionale cu acțiune pozitivă, declanșate de aspecte sau situații profesionale ce permit valorizări pozitive (cum este o avansare sau găsirea unui nou loc de muncă ce oferă condiții mai bune). În urma cercetărilor făcute, s-a constatat prezența, în eșantioanele studiate, a unor indivizi care acceptă stresul ocupațional ca pe o sursă energizantă, având, nativ sau cultivată prin exersare, *rezistență la stres* ce se caracterizează prin următoarele trăsături: *siguranța de sine în diferite situații; schimbarea este considerată nu amenințare, ci provocare la competiție; capacitatea de a-și asuma riscuri; flexibilitatea în opinii și în acțiuni sau/și conștientizarea faptului că nu pot schimba situațiile stresante, dar le pot accepta și depăși*.

În continuare vom enumera și descrie factorii cu frecvența cea mai mare în declanșarea sindromului burnout din domeniul medical.

Factorii generali: sunt un grup de variabile care descriu subiecții cuprinși în studii [44]. Aceste variabile au fost identificate în urma mai multor studii și au un impact mare asupra dezvoltării sindromului burnout la personalul medical. Variabilele respective sunt genul, vârsta, vechimea în muncă, starea civilă / statutul marital și tipul instituției medicale, domeniul de specialitate și categoria profesională în care activează subiecții cercetați. Pentru investigația noastră, am selectat următoarele variabile: genul, vechimea în muncă, domeniul de specialitate și categoria profesională.

Vechimea în muncă. Studiile făcute pe marginea acestei variabile prezintă rezultate diferite, fiind, totodată, puține la număr. Cercetările lui C. Maslach (1993) demonstrează că, în cazul tinerilor angajați într-o clinică de psihiatrie, sunt detectate simptome de burnout, în medie, la 1,5 - 2 ani de la debutul în carieră, în timp ce la asistenții sociali acestea se observă după 2-4 ani. Totodată, cercetările sugerează expunerea maximă la sindromul burnout a cadrelor tinere medicale în perioada de adaptare profesională și a specialiștilor de 60 de ani și peste. Din literatura de specialitate, nu reies corelații semnificative între vechimea în muncă (vârstă) și sindromul burnout.

Genul și specializările medicale. Analizând fenomenul formării burnoutului profesional pe genuri, relevante sunt ratele mari de S. B. la medicii bărbați ce activează în domeniul psihiatriei, oncologiei, medicinei interne, practicii medicale generale, patologiei muncii și pneumologiei, iar în cazul medicilor femei, la specialitățile medicină generală și patologie

profesională, radiologie, pneumologie, dermatologie și venerologie [196, p. 176]. Totodată, în studiul său, O. V. Râbina/Рыбина О. В. evidențiază frecvența mai mare a resimțirii stresului în activități profesionale la femeile medici, comparativ cu medicii bărbați (de 1,5 ori) [195, p. 24]. În alte cercetări nu au fost identificate diferențe în formarea sindromului burnout la personalul medical în funcție de gen [177, p. 27]. În același timp, Byrne (1994), Daniel (1993), Greenglass (1990) și Ogus (1990), în studiile lor, au evidențiat frecvența mai ridicată a fenomenului depersonalizării la medicii bărbați, concomitant cu identificarea epuizării emoționale mărite la medicii femei. [152 pp. 645 - 673], [151, pp. 412 - 414], [153, p. 5], [155 pp. 387 - 398]. Concluzionând, se pare că medicii bărbați sunt dominați de valorile instrumentale, pe când femeile medici sunt satisfăcute de valorile emoționale, manifestând un grad ridicat de receptivitate la problemele medicale ale pacienților.

Medicii din sistemul de sănătate de stat manifestă valori mai înalte ale sindromului burnout, comparativ cu cei care activează în instituții medicale private, universități, instituții de cercetare, acest fapt sugerând că prezența sindromului burnout este cauzată nu numai de venituri mici și fixe din sistemul public, ci și de nevalorificarea potențialul intelectual și profesional la cote maxime. [177, p. 2], [196, p. 176].

Factorii organizaționali. Studiile efectuate până la Maslach abordau sindromul burnout ca pe o problemă ce ar avea cauze exclusiv individuale, cercetările acestuia fiind primele care identifică implicarea factorilor organizaționali, concomitent cu cei individuali, în sindromul burnout. Chiar dacă sunt persoane cu predispoziție mărită spre epuizare profesională, managementul adecvat în sfera activităților medicale poate diminua semnificativ cotele acesteia. Principalii factori organizaționali cu aport mărit la dezvoltarea sindromului burnout la personalul medical sunt: supraîncărcarea cu activități la locul de muncă; conflictul de rol și ambiguitatea acestuia; lipsa suportului social și organizațional; imposibilitatea de a influența luarea deciziilor; raportul neadecvat muncă prestată – venituri; insuficiența protecției legislative la malpraxis; rutina și monotonia; absența zilelor libere și a concediilor în perioade adecvate.

Factorii personali. Literatura de specialitate descrie impactul personalității indivizilor asupra dezvoltării sindromul burnout, dar și pe cel al predispoziției spre epuizare. O parte din personalul medical percepe problemele profesionale ca pe niște provocări, restul, le identifică ca pe amenințări. Cei din primul eșalon, vor demonstra un comportament activ în căutarea soluțiilor pentru gestionarea situațiilor ivite. Celălalt eșalon va prezenta fenomene de stres, dezvoltând sindromul burnout. Gradul de antrenare în rezolvarea problemelor profesionale, concomitent cu stabilirea ordinii importanței acțiunilor și cu abilitatea de a face față presiunii, condiționează vulnerabilitatea la trăirea sindromul burnout. Până în prezent, nu există un tablou consensual al persoanei cu predispoziții la sindromul burnout, subliniindu-se doar hipersensibilitatea unor

indivizi empatici la nevoile altora, identificându-se însă o sumă de factori personali, general acceptați, ce pot favoriza dezvoltarea sindromului burnout: imaginea de sine, locus-ul de control, tipul A de personalitate [44, p. 31].

1. 4 Specificul stresului ocupațional și sindromului burnout la personalul medical

Societatea modernă, pe lângă un imens conglomerat ocupațional divizat nanometric, este reprezentată și de o diversitate și o complexitate extreme, se află parcă într-un vast carusel ce-și mărește progresiv viteza, afectând, sub diverse forme, direct sau insidios, greu detectabil, toți participanții implicați în activități profesionale. Asemenea condiții generatoare de stres, la nivelul întregii societăți și sub diverse forme, este firesc să ducă la necesitatea identificării și recunoașterii stresului ocupațional ca fiind una din preocupările majore legate de sănătatea profesională.

În acest context, expunerea cronică la factorii de stres legați de activități profesionale, cum sunt orele lungi și suprasolicitarea la locul de muncă, are efecte negative asupra sănătății fizice și mintale. Unul din grupurile cele mai expuse efectelor stresului profesional este reprezentat de lucrătorii din domeniul sănătății, categorie deosebit de vulnerabilă, cu medii stresante și presante ce conduc frecvent la fenomene de burnout. Suprasolicitarea dată de concentrare sistematică, de numărul de ore lucrate, de muncă în schimburi, personalul nu totdeauna adecvat, implicarea emoțională, sarcinile administrative și pericolele fizice la locul de muncă sunt toate considerate a fi condiții favorizante ale apariției și menținerii unui coeficient de stres ridicat la cei implicați în activitățile legate de sănătate.

Studiile elaborate de Kriakous S.A., Elliott K.A., Lamers C. și Owen R. (2021) au sugerat că stresul și epuizarea au fost asociate frecvent cu scăderea satisfacției la locul de muncă, cu performanțe scăzute și rezultate inadecvate ale stării de sănătate a pacienților. Persoanele implicate în activități profesionale din domeniul sănătății pot suferi impactul problemelor legate de muncă sau stres ocupațional în urma acțiunii unor factori organizatorici, a unui dezechilibru de cerințe, abilități și sprijin social la locul de muncă sau orice îmbinare dintre acestea. În anumite condiții, acest lucru poate duce la stres sever, burnout sau boli psihosomatice, cu deteriorarea gravă a calității vieții și afectarea gradului de acuratețe a serviciilor medicale furnizate (Weinberg, 2000).

Stresul identificat la locul de muncă din domeniul sănătății acționează ca o experiență emoțională negativă ce apare în urma unei adaptări insuficiente și inadecvate la stresorii prezenți, cu consecințe negative asupra stării de sănătate fizică și psihică a lucrătorilor, având și repercusiuni directe asupra calității actului medical în sine. Cercetătorii au arătat că factorii

psihosociali ce acționează la locul de muncă vin cu un procent important în generarea stresului profesional în mediile de asigurare a asistenței medicale din cauza sarcinilor grele, satisfacției scăzute la locul de muncă, deficitului mare în tandemul efort - recompensă, a reclamațiilor și nemulțumirilor din partea pacienților, gradului scăzut de întraajutorare colegială, posibilităților deficitare de control și îndrumare de către factorii decidenți etc.

Impactul factorilor de stres profesional este diferit în spitale și clinici, în funcție de specificul secțiilor, gravitatea și cronicitatea afecțiunilor, complexitatea actelor și intervențiilor medicale necesare, gradul de specializare profesională a personalului de la toate nivelele și coeficientul de asigurare logistică specifică. Studiarea acestor aspecte într-o clinică orientată spre recuperarea pacienților cu afecțiuni grave, cronicizate, a relevat expunerea lucrătorilor medicali la experiență cu impact emoțional negativ, legată de manifestările pacienților pretențioși și hipersensibili, greu de mulțumit, la prezența elementelor de creștere a presiunii în muncă, legată de multitudinea de sarcini și complexitatea acestora, de existența conflictelor interpersonale generate de pluridisciplinaritatea celor implicați, de complexitatea echipelor ce acționează în găsirea și aplicarea unui tratament adecvat fiecărui pacient, de necesitatea interacțiunilor reciproce pentru găsirea soluțiilor optime.

Analiza studiilor făcute a relevat faptul că nu mediul de lucru în sine generează procesul de stres profesional, ci congruența unor factori individuali care moderează percepția, de către lucrătorul medical, a stresului la locul de muncă. Primele cercetări (înainte 1960) asupra problematicii stresului în domeniul medical au fost orientate în principal asupra asistenților medicali implicați în domenii medicale/chirurgicale (Jones, 1962; Menzies, 1960).

Anii 80, au focalizat cercetările legate de stresul asistenților medicali pe studii comparative în diverse secții medicale, pe specialități, axându-se pe cei implicați în nivelurile ridicate de stres experimentate la terapia intensivă.

Orientarea cercetărilor asupra studiului activității specifice asistentelor a priorizat studiarea stresului profesional și a factorilor stresori legați de muncă. (Bailey, 1980; Caplan, 1975; Gentry, 1972; Hay, 1972; Michaels, 1971; Kornfeld, 1969; Vreeland, 1969). Aceste studii, au abordat cercetarea ușor deficitar, rezultatele fiind mai mult descriptive și observaționale. Exceptând activitatea depusă de Gentry and Parks (1982), în stadiul inițial, cercetătorii nu au fost în măsură să argumenteze ipoteza că asistentele de la terapie intensivă suportă un stres mai mare decât cele din alte sectoare medicale.

Clinicile și spitalele sunt afectate de fenomenul stresului ocupațional preponderent în unitățile de primire urgențe, unde asigurarea serviciilor medicale unui număr mare de pacienți concomitent, pacienți care prezintă o diversitate mare de afecțiuni, majoritatea cu manifestări acute, impune necesitatea diagnosticărilor rapide și a intervențiilor pe măsură, solicitând echipe

de specialiști, acțiuni rapide și eficiente. Cercetătorul Masaki Aoki și colab. (2010), efectuând un studiu privind stresul la locul de muncă în rândul asistenților medicali din Thailanda, a concluzionat că circa un sfert dintre respondenți au fost catalogați ca grup cu risc ridicat de stres profesional, constatând totodată că, mai mult de două treimi din eșantion, a fost afectat de volumul exagerat de muncă, timp în care aceștia au reușit să păstreze relații bune la muncă. Într-un alt studiu, pe un eșantion de 103 lucrători, executat în scopul investigării factorilor generatori de stres la locul de muncă, au fost reliefate cele mai importante surse de stres, acestea fiind munca în exces, lipsa de comunicare și gradul scăzut de pregătire specifică în rândul respondenților. Studiul, efectuat de astă dată printre medici, a indicat că un nivel ridicat de stres a survenit în urma numărului mare de ore de lucru, concomitent cu numărul mare de pacienți cu satisfacție scăzută în urma actului medical.

De asemenea, în unitățile spitalicești dintr-un district englez, problemele corelate cu stresul la locul de muncă în rândul a 79 asistente au fost identificate ca provenind din volumul exagerat de muncă, specificul activității, presiunile exercitate de pacienți și de timp (Rout U. R., 2000). În Australia, studiul inițiat pe investigarea a 300 de asistente medicale de urgență a relevat că cel mai înalt nivel de stres a fost generat de violența împotriva personalului și volumul de muncă (Ross-Adjie G. M., Leslie G. , Gillman L., 2007). În Iran [114], un studiu oarecum similar, efectuat pe secțiile de urgență, a scos în evidență că sursele de stres au fost volumul de muncă, mediul de lucru, relaționarea cu pacienții și aparținătorii acestora și lipsa sprijinului.

O seamă de studii desfășurate în Arabia Saudită [101], de asemenea, au reliefat încărcarea excesivă cu activități în mediul spitalicesc și specificul acestora drept factori generatori de stres la locul de muncă. Studiul legat de efectul factorilor demografici asupra stresului la locul de muncă a subliniat că a existat un efect semnificativ numai în ceea ce privește naționalitatea și nivelul educativ. Cercetări care au avut ca obiect de studiu starea de mulțumire și stresul la locul de muncă a asistentelor iordanene a subliniat nemulțumirea acestora și gradul de stres moderat până la extrem în ceea ce privește condițiile de muncă, lipsa de personal, pacienți dificili și management spitalicesc. Concluzionând, studiile desfășurate în țări și culturi diferite au evidențiat că cele mai frecvente motive de stres sunt volumul și condițiile neadecvate de muncă, relaționarea problematică cu bolnavii și aparținătorii acestora.

Analiza literaturii de specialitate de la noi în țară a permis identificarea studiilor prospectiv-descriptive ale stresului ocupațional realizate în cadrul catedrei IP USMF „N. Testemițanu” (2018 – 2019) pe un lot de 37 de medici de familie din Chișinău. Rezultatul cercetării a concluzionat semnalarea prezenței stresului la locul de muncă de către toți medicii, cei mai mulți (88,1%) prezentând un nivel moderat al stresului, jumătate din ei posedă comportamentul de tip A, iar mai mult de jumătate (64,9%) prezintă un nivel mediu al

componentei de depersonalizare a sindromului burnout [23, pp. 163 - 167]. A. Potâng și I. Coșciuc au fost interesate de studierea relației dintre sindromul burnout și calitatea vieții la medici.

Un alt studiu făcut cu scopul evidențierii celor mai frecvente simptome ale stresului ocupațional la lucrătorii medicali, a fost efectuat de Centrul de Sănătate Publică Municipal Chișinău și Centrul Național de Sănătate Publică pe un eșantion de 61 de persoane. Analiza datelor cercetării a indicat prezența simptomelor intelectuale generate de stres în: luarea dificilă a deciziilor (27,9%), a se simți deseori sustras (26,2%) și focalizarea pe o singură problemă (24,6%). Totodată, simptomele comportamentale induse de stres frecvent au fost: lipsa cronică de timp (42,6%) și timp puțin de comunicare cu familia și prietenii (26,2%). În cazul simptomelor emoționale, au resimțit neliniște și anxietate 21,3%, iar a simptomelor fiziologice, frecvent au simțit oboseală 42,6% din eșantion, probleme generate de sistemul circulator – 27,9% și dureri de cap sau în diferite părți ale corpului cu caracter nedeterminat – 26,2%. Prelucrarea rezultatelor studiului a relevat incidența ridicată a stresului ocupațional în cazul lucrătorilor medicali, fapt ce influențează negativ starea de sănătate fizică și psihică a acestora [138, p. 268].

Investigând starea de sănătate și bolile profesionale ale angajaților ce activează în domeniul medical din R. Moldova, în intervalul 2009 - 2013, am constatat existența a 59 de cazuri de boli profesionale ce au afectat 64 de persoane. Studiul a arătat, totodată, că majoritatea medicilor respondenți au identificat condițiile stresante de muncă (98%) și surmenajul intelectual (88%) ca fiind factorii cu incidență majoră asupra stării lor de sănătate. Astfel, s-a constatat că doar un număr mic din personalul medical apreciază ca fiind necesară existența unui psiholog cu formare în consiliere psihologică (12%) [45, p. 338].

Una din lucrările importante din Republica Moldova ce abordează tematica stresului la viitorii medici este „Fundamente psihologice ale optimizării gândirii studenților medici în situația de urgență medicală”, autor Tarabei M. sub coordonarea A. Bolboceanu [94]. Concluzia cercetărilor indică impactul situațiilor clinice care, prin specificul lor, pot genera starea de stres, factori ce acționează influențând funcționarea procesului de gândire.

Personalul unităților medicale se confruntă permanent cu fenomenul de stres ocupațional generat de starea de tensiune psihică și emoțională continuă, ducând, în multe cazuri, la manifestări identificate ca fiind ardere profesională sau sindrom burnout. Actualizarea manifestărilor de epuizare profesională pentru lucrătorii din sfera socială, categorie la care apelează atât medicii, cât și asistentele medicale, este dată de implicarea lor sistematică în relaționarea lor cu pacienții, beneficiarii direcți ai serviciilor medicale, dar și cu colegii, atât

ierarhic, cât și orizontal. Relaționările de acest fel implică un mare efort emotiv, psihic, intelectual, fizic chiar, din partea angajaților din domeniul medical.

Contribuții semnificative în abordarea sindromului burnout o au și studiile realizate de cercetătorii Bradley L., Maslach C., Leiter, Markova A..K., Chemiss C., Malach-Pines, Aronson E., Karanikola N. K., Camerino D., Hobfoll Ș .E. și Shirom A. În contextul concluziilor acestora, specificul muncii, viața socială activă și interacțiunea permanentă cu pacienții duc la stres excesiv acumulat pe termen lung, plasând specialiștii din domeniul medical în zona de risc. În alte țări, peste 10% din totalul diagnosticelor pentru bolile profesionale îl reprezintă stresului la locul de muncă (Williamson, 1994). Printre cei mai afectați sunt lucrătorii din domeniul sănătății, unde studiile au reliefat cote înalte de stres și epuizare ca rezultat al numărului mare de ore prestate, a conflictelor interpersonale și organizaționale, a impactului emoțional generat de activitățile sistematice cu pacienți afectați de boli sau în îngrijiri paliative. (Payne 1987; McNeely, 2005). Totodată, cercetările au indicat coeficienți înalți de disconfort lucrativ, stres și epuizare la personalul din clinici, spitale, sanatorii de recuperare etc. (Deckard, 1994; Karasek, 1992; Maslach, 1982; Raiger, 2005; Ramirez, 1996). Există studii ce demonstrează că S. B. este prezent la 60,6% dintre asistenții medicali. În urma implementării experimentului de formare, nivelul ridicat al sindromului burnout a fost redus la o cotă medie, până la scăzută [17, p. 64].

Întrucât frecvența sindromul burnout era reprezentativă în unitățile medicale, acesta a fost ușor de identificat și descris inițial în lumea medicală. C. Maslach și A. Jackson veneau, în 1981, cu propunerea unei definiții sugestiv de abile și multivalente a sindromului burnout: „Un sindrom de epuizare emoțională, de depersonalizare și de reducere a realizării profesionale apărut la indivizii implicați profesional alături de alții” [65, p. 46]. O definire a sindromului arderii profesionale o dă psihologul rus A. K. Markova, care arată că acesta induce un proces de pierdere continuă a energiei emoționale, cognitive și fizice, apărând manifestări de surmenaj emoțional, mintal, oboseală fizică excesivă, autoinhibiție și diminuare a performanțelor profesionale [133, p. 308].

Studiile inițiale au situat burnout-ul în zona profesiei medicale, ca fiind o tulburare specifică medicilor, ulterior cercetările identificându-l și la alte categorii profesionale, cercetătorii estimând că peste jumătate din populația activă lucrativ a planetei este afectată de acest sindrom. Cercetările au reliefat concluzia că burnout-ul este întâlnit la aproximativ o treime din medici, rezidenți și asistente, fiind identificate rate mai mari în cadrul medicilor ce parcurg rezidențiatul (Panagopoulou, Montgomery și Benos, 2006). Studii comparative legate de ratele de burnout în rândul personalului medical și populației active au relevat că medicii sunt mai predispuși la epuizare, 50% din medicii americani având simptome de epuizare (Shanafelt et al., 2012).

Chiar dacă studiile sugerează că sindromul burnout impactează medicii indiferent de specialitate, s-a constatat o incidență crescută la cei implicați în serviciile medicale de urgență (Shanafelt et al., 2012; Soler et al., 2008), în domeniile chirurgiei (Ksiazek, Stefaniak, Stadnyk, & Ksiazek, 2011; Upton et al., 2012), obstetrică și ginecologie (Becker, Milad, & Klock, 2006; Martini, Arfken, Churchill, & Balon, 2004), oncologiei (Dorz, Novară, Sica, & Sanavio, 2003 și medicinei primare (Shanafelt et al., 2012; Soler et al., 2008).

O altă abordare definește sindromul burnout ca fiind o stare avansată de epuizare emoțională, fizică și psihică dată de stresul de la locul de muncă, ce acționează pe termen lung, diminuând capacitatea de lucru și afectând performanțele persoanei, ducând chiar la pierderea capacității de muncă, parțială sau totală. S-a constatat prezența acestui sindrom cu precădere în rândul asistenților medicali, deoarece tipul de activitate al acestora, oarecum rutinier, îi face să manifeste, involuntar, indiferență la locul de muncă și impasibilitate, fenomen cu repercusiuni serioase asupra actului medical, în condițiile în care activitatea de recuperare este destul de dificilă. Prelucrarea datelor cercetării a relevat prezența, la 60,6% dintre asistenții medicali, a manifestărilor caracteristice sindromului burnout [83, p. 64].

Prezența sindromului burnout în rândurile personalului ce activează în sistemul de sănătate de la noi este identificată atât la medici, cât și la corpul asistenților medicali, ultimii fiind permanent în contact cu pacienții. Între anii 2015 – 2016, a fost posibilă realizarea unui studiu la IMSP SCM „Sf. Arhanghel Mihail”, în care a fost vizat un eșantion de 205 asistenți medicali. Studiul și-a propus să reliefeze și să analizeze factorii asociați cu declanșarea sindromului burnout la asistenții medicali, constatându-se că 53% dintre cei implicați în studiu acuzau maladii psihosomatice. Majoritatea dintre acestea au fost identificate ca factori declanșatori și simptome ale sindromului burnout, printre ele prevalând stresul, stările depresive și insomniile. Studiul a evidențiat vulnerabilitatea crescută a celor din categoria de vârstă 41 - 50 ani, ce au un stagiul în muncă cuprins între 31 și 40 de ani, în fața afecțiunilor psihosomatice, concomitent cu creșterea expunerii la apariția acestora la asistenții medicali ce-și desfășoară activitatea profesională în ture [83, p. 66].

Derularea unui alt studiu, având ca obiect depistarea nivelului sindromului burnout la asistenții medicali, a relevat faptul că oboseala și dereglările vegetative apar ca modificări fiziologice induse de stresul ocupațional, totodată identificând depresia și irascibilitatea ca având scorurile cele mai mari la manifestări emoționale [83, p. 67].

În toate țările, profesia de medic este una din cele mai solicitante și stresante, presupunând dedicație și disponibilitate către semenii, concomitent cu acceptarea unor sacrificii din sfera personală. Interesant de remarcat este faptul că aceste valori sunt percepute diferit, atât de la specialist la specialist, de la clinică la clinică, cât și de la o cultură la alta. Cercetări făcute în

Canada, într-un studiu pe bază de chestionar pe 2000 de medici, intervievați cu întrebări legate de stres și satisfacție la locul de muncă, au relevat că rezultatele indică „criza de timp” ca fiind una din sursele majore de stres, în timp ce relațiile bune pe orizontala și verticala organizațională (cu colegii, șefii și subalternii) au avut score maxim la chestionarele de satisfacție. Analizând, pe specialități medicale, impactul stresului, s-a constatat că cei mai expuși sunt anesteziștii, radiologii și medicii de familie.

Cercetările întreprinse în spitale și clinici în rândul personalului medical, au indicat gradul mare de expunere a angajaților la sindromul epuizării profesionale prin însuși specificul activității, aceștia fiind permanent confrunțați cu gestionarea situațiilor urgente asociate cu un coeficient mare de risc uman. Identificată inițial de către Christina Maslach (1986), aceasta a fost catalogată în trei componente majore: epuizare emoțională, depersonalizare și minimalizare a realizării personale.

De cele mai multe, ori fenomenul burnout-ului intră într-o ciclicitate, autoperpetuându-se din cauza strategiilor de coping neadecvate asociate sindromului. (Schaufeli, 2003). În 2017, Colegiul Medicilor din Municipiul București a făcut un studiu ce a avut ca subiect măsurarea nivelului de stres profesional în cadrul corpului medical din București, în vederea identificării valorilor parametrilor gradului de epuizare și depistarea principalilor factori care agravează stresul profesional în rândul medicilor, concomitent cu relevarea soluțiilor pe care aceștia le întrevăd în vederea remedierii situației. Prelucrarea datelor din studiu arată că 55 la sută dintre medicii bucureșteni suferă de burnout personal, 52%, de burnout profesional, 36 la sută de burnout legat de interacțiunea cu pacientul, iar 24% suferă de toate cele trei tipuri. Studiul are următoarele concluzii: 1) burnout-ul apare la peste jumătate dintre subiecți, factorii declanșatori fiind mai puțin rezultatul interacțiunii cu pacienții și mai mult de ordin organizațional (birocrăție, legislație neclară, presiuni emoționale ale aparținătorilor, recunoaștere socială diminuată, lipsuri materiale); 2) propunerile cu care vin medicii abordează în principal reorganizarea sistemului sanitar, începând cu reducerea birocrăției până la reglementările mai clare, de la utilizarea adecvată a resurselor umane și materiale alocate, la nivelul așteptărilor și solicitărilor din partea societății; 3) medicii femei au înregistrat scoruri mai înalte de afectare la capitolul burnout față de medicii bărbați [150].

Unul dintre aspectele importante în gestionarea stresului este evidențiat de mecanismele de coping folosite în moderarea acestuia. În urma analizării datelor obținute în cadrul unui studiu, s-a demonstrat că gradul de *pesimism* în rândul asistenților medicali este destul de înalt - 88,9%, fapt ce denotă un nivel ridicat de nesiguranță și neîncredere în forțele proprii. Acest lucru însă nu îi face mai puțin responsabili în raport cu atribuțiile lor de serviciu, rata respondenților care manifestă grad înalt de *responsabilitate* ajungând la 92,6% [83, p. 67]. Copingul centrat pe

problemă este direcționat spre gestionarea problemei, în timp ce copingul focalizat pe procesele emoționale este orientat spre gestionarea emoțiilor negative. Evaluarea secundară vizează evaluarea resurselor disponibile pentru a face față problemei și poate modifica evaluarea primară [209].

În cercetările și studiile descrise anterior, care vizează stresul în mediul medical, sunt incluse aspectele generale legate de specificul activității medicilor în spațiul profesional, pe când studiul nostru implică compararea stresului dintre tipurile de asistență medicală, tipul de servicii prestate, gen, vechime în muncă, ceea ce ne va permite să avem o vedere mai amplă a tuturor componentelor acestui fenomen. Constatăm că, deși stresul ocupațional este un fenomen frecvent în rândul lucrătorilor medicali, nu au fost suficient clarificate modalitățile de apariție și evoluție ale acestuia, în scopul elaborării măsurilor eficiente de diminuare a efectelor acestuia. Astfel, devine absolut necesară realizarea unor studii complexe a respectivului fenomen.

Prin urmare, în cadrul lucrării de față, am stabilit **problema cercetării**, care este determinată de contradicția ce denotă, pe de o parte, insuficiența studierii stresului ocupațional la cadrele medicale, iar pe de alta, nevoia elaborării unui program de intervenție psihologică orientat spre diminuarea stresului ocupațional la această categorie profesională.

Ipoteza cercetării: Estimăm că stresul organizațional și sindromul burnout asociate personalului medical sunt determinate de o serie de factori specifici mediului profesional (vechimea în muncă, domeniul profesional, categoria profesională), precum și de factori individuali (genul).

În contextul celor expuse, reliefăm **scopul cercetării**, care constă în studierea stresului ocupațional, a sindromului burnout, a strategiilor de coping, precum și elaborarea și implementarea programului de intervenție orientat spre elaborarea și implementarea acțiunilor de diminuare a stresului ocupațional și a sindromului burnout la personalul medical.

Obiectivele cercetării experimentale:

- Argumentarea teoretică a fenomenului stresului organizațional și sindromului burnout la personalul medical; determinarea nivelului percepției stresului la personalul medical;
- Investigarea sindromului burnout la acesta;
- Studierea strategiilor de coping utilizate de cadrele medicale;
- Stabilirea relației dintre percepția stresului, sindromul burnout și strategiile de coping;
- Elaborarea și implementarea programului de intervenție psihologică având ca obiectiv diminuarea stresului ocupațional și a sindromului burnout;
- Determinarea eficienței programului formativ;
- Formularea concluziilor științifice importante ale cercetării și elaborarea recomandărilor relevante solutionării problemei abordate.

1.5 Concluzii la Capitolul 1

Investigarea literaturii de specialitate referitoare la manifestarea stresului ocupațional în cazul personalului medical a condus la sintetizarea următoarelor concluzii orientative pentru demersul cercetării experimentale:

1. Terminologia științifică include referiri sistematice la subiectele legate de stres, dar încă nu există o definiție de consens general recunoscută și acceptată.
2. Stresul la locul de muncă constituie una dintre multiplele probleme cu care se confruntă societatea modernă, fiind generat de viața profesională, de mediul de muncă, având consecințe nemijlocite atât asupra activității profesionale, cât și asupra stării de sănătate a celor care prestează munca respectivă.
3. Analiza literaturii de specialitate sugerează clar inexistența unui consens în definirea stresului ocupațional, coexistând mai multe accepțiuni ce pot defini individual sau cumulativ acest concept, lipsind definiții general acceptate și acceptări conceptuale necesare unui punct de vedere comun menit să stabilească categoriile majore de variabile relevante care să permită înțelegerea procesului de S. O.
4. Din multitudinea de definiții ale S.O., am utilizat una larg acceptată de către comunitatea științifică, pe care o preluăm și în prezenta lucrare. Este vorba de definiția cea propusă de către H. Pitariu, care definește S. O. ca fiind „o stare de tensiune, încordare și disconfort determinată de agenți afectogeni cu semnificație negativă, de frustrare sau reprimare a unor stări de motivație, de dificultatea sau imposibilitatea rezolvării unor probleme” [69, p. 14].
5. La etapa actuală, cercetarea S. O. este caracterizată de diversitatea și amploarea studiilor longitudinale în care inițierea unor programe de diminuare și profilaxie a stresului ocupațional ocupă locul central, actualmente cercetările fiind focalizate pe abordarea procesuală a S. O. în vederea evidențierii posibilităților de intervenție în mod secvențial.
6. Studiile stresului ocupațional și a sindromului burnout efectuate la noi în țară s-au axat în principal pe abordarea impactului, preponderent, asupra cadrelor didactice, a unor categorii de lucrători din cadrul jurisprudenței de stat, contabili și cadre militare.
7. Cercetarea fenomenului de S. O. și a S.B. la personalul medical în Republica Moldova a fost făcută în special în cadrul IP USMF „N. Testemițanu”, Centrului Național de Sănătate Publică și în alte centre universitare, dar pe eșantioane mai puțin reprezentative numeric și nespecificate pe specializare profesională, gen sau vechime în muncă.

8. Literatura de specialitate a relevat faptul că studiile derulate în țări și culturi diferite au evidențiat că cele mai frecvente motive de stres au fost volumul de muncă, condițiile neadecvate de muncă și relaționarea problematică cu bolnavii și aparținătorii acestora, eșecul tratării sau decesul pacientului, lipsa tratamentului prescris din cauza crizei pieței de medicamente din anumite țări sau regiuni.
9. Înțelegerea modului de apariție a stresului este esențială în încercarea de minimizare a situațiilor nedorite, deoarece cunoașterea mecanismului intim de apariție și desfășurare a unui fenomen reprezintă una dintre condițiile necesare în înțelegerea și stăpânirea acestuia.
10. La etapa sintetizării informației științifice privind actualitatea și gradul de investigare a temei de cercetare, complexitatea și caracterul interdisciplinar a acesteia, am constatat că domeniul dat este în plină explorare.

2. CERCETAREA EMPIRICĂ PRIVIND MANIFESTAREA STRESULUI OCUPAȚIONAL LA PERSONALUL MEDICAL

2.1 Metodologia cercetării

Scopul experimentului de constatare prevede studierea stresului ocupațional și a sindromului burnout la personalul medical în funcție de tipul de asistență medicală, tipul serviciilor prestate, genul și vechimea în muncă.

Obiectivele cercetării constatative sunt următoarele:

1. Determinarea specificului de percepție a stresului la personalul medical.
2. Investigarea sindromului burnout la personalul medical.
3. Studierea strategiilor de coping utilizate de către cadrele medicale.
4. Determinarea relației dintre sindromul burnout și strategiile de coping.

Pentru investigațiile derivate din ipotezele și obiectivele cercetării, am ales o serie de metode care să ne permită să examinăm cât mai autentic variabilele supuse cercetării, și anume variabilele independente: genul, vechimea în muncă și vârsta.

Ipoteza cercetării: Estimăm că stresul organizațional și sindromul burnout asociat personalului medical să fie determinat de o serie de factori specifici mediului profesional (nivelul stresului ridicat, vechimea în muncă, tipul de asistență medicală, tipul serviciilor prestate), precum și de factori individuali (genul, strategiile de coping și vârsta).

Ipoteza generală a permis înaintarea următoarelor **ipoteze operaționale:**

1. Presupunem că există diferențe ale percepției stresului în funcție de tipul de asistență medicală, vârstă, gen, vechime în muncă și tipul serviciilor prestate.
2. Estimăm existența diferențelor privind manifestarea sindromului burnout la cadrele medicale în funcție de tipul de asistență medicală, vârstă, gen, vechime în muncă și tipul serviciilor prestate.
3. Presupunem că strategiile de gestionare a stresului sunt utilizate mai frecvent în funcție de gen și tipul de asistență medicală.
4. Anticipăm o relație pozitivă între percepția stresului, sindromul burnout și strategiile de coping.

Descrierea eșantionului de cercetare

În cadrul prezentului demers, au fost selectate 210 persoane cu vârsta cuprinsă între 25 și 68 de ani. Cadrele medicale participante la studiu au fost împărțite în 3 categorii în funcție de vechimea în muncă: 0 - 10 ani, 11 - 30 de ani, 31 - 45 de ani. În funcție de gen și specificul activității, avem:

Tabel 2. 1 Distribuția eșantionului în funcție de gen

Medici rezidenți - 66	35 - bărbați
	31 - femei
Medici - 76	36 - femei
	40 - bărbați
Asistente medicale - 68	68 - femei
	0 - bărbați

Cercetarea s-a desfășurat în perioada aprilie – septembrie 2020 în cadrul a 5 instituții medicale din municipiul Chișinău: IMPS (Instituția Medico Publică Sanitară) Sfânta Treime, IMPS Nr. 1 (Spitalul Clinic Municipal de copii), IMPS (Instituția Medico Publică Sanitară) MAI, Policlinica MAI (Ministerul Afacerilor Interne), DRN (Dispensarul Narcologic), Spitalul clinic de psihiatrie.

Modalitatea de eșantionare a fost de conveniență, fiind implicați participanții disponibili. Această situație s-a creat din considerente de ordin practic. Participanții au fost rugați să răspundă în scris. Au completat mai întâi chestionarele, apoi datele socio-demografice.

Descrierea metodelor de cercetare.

Chestionarul de stres perceput a fost elaborat de către Levenstein și colaboratorii săi (1993) și este un instrument relevant pentru stabilirea nivelului perceput al stresului. Testul conține 30 de itemi, iar subiecții sunt rugați să citească pe rând fiecare item, acordând punctele corespunzătoare prin alegerea unei singure variante de răspuns pentru fiecare item: aproape niciodată - 1 punct, câteodată - 2 puncte, adesea - 3 puncte, aproape mereu - 4 puncte. La întrebările cu numerele 1, 7, 10, 13, 17, 21, 25, 29 - scorul se inversează: aproape niciodată - 4 puncte, câteodată - 3 puncte, adesea - 2 puncte, aproape mereu - 1 punct. Scorul, cuprins între 30 și 120 permite încadrarea în una dintre cele 3 categorii: 30 - 59 - stres redus; 60 - 89 - stres moderat, 90 – 120 - stres intens. Nu există un timp limită pentru această probă. Confidențialitatea este garantată.

Maslach Burnout Inventory – MBI, elaborat de către Christine Maslach, a fost aplicat cu scopul de a determina nivelul sindromului burnout. Subiecții au fost rugați să îndeplinească testul conform următoarei instrucțiuni: „Citiți cu atenție afirmațiile și determinați-vă modul de a vă simți la locul de muncă. Dacă nu ați avut sentimentul indicat, atunci specificați acest lucru în lista de răspunsuri la poziția 0 – niciodată. Dacă ați avut acest sentiment, atunci indicați cât de des s-a întâmplat acest lucru prin bifarea cifrei care corespunde frecvenței trăirilor acestor stări”. Pentru fiecare item se acordă punctele corespunzătoare: niciodată - 0 puncte, foarte rar - 1, rareori - 2, uneori - 3, frecvent - 4, zilnic - 5. Pentru calcularea rezultatelor, se adună cifrele corespunzătoare răspunsurilor. Suma maximă este indicată pentru controlul rezultatului, conform

tabelelor:

Tabelul 2. 2 Indicii sindromului burnout

Indicii sindromului burnout	Numărul afirmației	Suma maximă posibilă
Epuizare Emoțională	1,2,3,6,8,13,14,16,20	54
Depersonalizarea	5,10,11,15,22	30
Reducerea realizărilor personale	4,7,9,12,17,18,19,21	48

Tabelul 2. 3 Nivelul de exprimare a indicilor sindromului burnout

Indici	Nivel minim	Nivel mediu	Nivel înalt
Epuizare emoțională	0 - 16	17 - 26	27 și mai multe
Depersonalizare	0 - 6	7 - 12	13 și mai multe
Reducerea realizărilor personale	39 și mai multe	38 - 32	31 - 0

Nivelul mic arată lipsa exprimării indicatorului respectiv, mediu – indicatorul se află în stadiul de formare, nivel înalt – indicatorul este deja format.

„**Scala de coping COPE** (Carver și colaboratorii, 1989) a fost aplicată cu scopul identificării strategiilor de coping și cuprinde 53 de afirmații, fiecare formă de coping fiind evaluată prin 4 itemi. Excepție face copingul prin recurgerea la alcool - medicamente, care este măsurat printr-un singur item. Răspunsul se face pe o scală de la 1 la 4, în care, cifra 1 - de obicei nu fac acest lucru, 2 – rareori fac acest lucru, 3 – fac uneori acest lucru, 4 – fac deseori acest lucru. Subiecții sunt rugați să îndeplinească proba conform însărcinării: „Mai jos aveți enumerate o serie de fraze care exprimă modul în care oamenii simt sau acționează când se simt stresați sau se confruntă cu o problemă gravă. Gândiți-vă cum simțiți și acționați dumneavoastră înșivă, în general, în astfel de situații și alegeți varianta care se potrivește cel mai bine cazului propriu. Bifați răspunsul în coloana alăturată”. Cele 14 scale corespunzătoare strategiilor de coping sunt:

1. **Copingul activ** – vizează acțiunile concrete ce urmăresc înlăturarea stresorului sau ameliorarea efectelor sale. Este o formă de acțiune conștientă, de intensificare a efortului în vederea ameliorării sau ajustării la stresor (1, 14, 31, 40).
2. **Planificarea** – se referă la orientarea gândirii spre pașii și modalitățile de acțiune (2, 15, 30, 45).
3. **Eliminarea activităților concurente** – evaluează tendința persoanelor de a evita distragerea de la situația problematică, pentru a se putea concentra mai mult asupra

soluționării ei (3, 16, 28, 42).

4. **Reținerea de la acțiune** – măsoară opusul tendințelor impulsive și premature de a acționa chiar dacă situația nu o permite; este o formă de coping activ în sensul focalizării pe stresor, dar, în același timp, o strategie pasivă, până în momentul când circumstanțele vor permite acțiunea (4, 17, 29, 43).
5. **Căutarea suportului social-instrumental** – evaluează tendința de a solicita sfaturi, informații, ajutor material necesar în acțiunile de ameliorare a situației; este considerat a fi o formă de coping activ (5, 18, 32, 44).
6. **Căutarea suportului social-emoțional** – itemii identifică în ce măsură persoana tinde să solicite înțelegere, compasiune sau suport moral de la prieteni, rude, colegi, pentru a diminua distresul; este o formă de coping focalizat pe emoție (6, 19, 33, 46).
7. **Reinterpretarea pozitivă** – identifică tendința unei persoane de a extrage un beneficiu chiar dintr-o situație indezirabilă sau cu consecințe nefaste; nu are doar scopul de a reduce distresul, ci poate fi punctul de plecare pentru un alt gen de acțiune asupra stresorului (7, 20, 34, 48).
8. **Acceptarea** – vizează una dintre cele două situații: acceptarea realității factorului amenințător, în vederea acționării asupra lui, și/sau acceptarea faptului că nu se poate face nimic pentru ameliorarea situației (8, 21, 35, 47).
9. **Negarea** – se referă la refuzul de a crede că stresorul există sau la acțiunile întreprinse care ignoră stresorul, ca și cum nu ar fi real; deși, în mod tradițional, negarea este inclusă în categoria mecanismelor defensive, Carver și colaboratorii consideră utilă includerea negării la mecanismele de coping (11, 24, 38, 52).
10. **Descărcarea emoțională** – scala pune în evidență tendința persoanei de a-și reduce nivelul distresului prin exprimarea afectelor și emoțiilor negative (10, 23, 37, 51).
11. **Orientarea spre religie** – se referă la măsura în care subiectul apelează, în momentele nesigure, la ajutor din partea divinității; autorii chestionarului apreciază că orientarea spre religie este o strategie de coping cu funcții multiple: poate servi pentru reinterpretarea pozitivă, pentru suport emoțional sau ca o formă de coping activ la un stresor (9, 22, 36, 49).
12. **Pasivitatea mentală** – scala identifică „tactica” folosită de anumite persoane în scopul de a evita confruntarea cu problema; pasivitatea mentală are loc prin „imersia” în alte activități: vizionarea de filme sau spectacole, vizitarea prietenilor, practicarea sporturilor etc.; este tendința opusă suprimării oricăror activități, pentru a se concentra la situația problematică (13, 26, 27, 53).
13. **Pasivitatea comportamentală** – evaluează tendința de răspuns la stres prin reducerea

efortului sau chiar abandonarea angajării în atingerea scopului sau înlăturarea stresorului care interferează cu scopul; pasivitatea comportamentală ca strategie de coping este similară conceptului de neajutorare (12, 25, 41, 50).

14. **Recurgerea la alcool-medicamente** – itemul identifică propensiunea de a apela la medicație anxiolitică sau la alcool pentru cuparea stărilor de disconfort psihic rezultate din confruntarea cu situația amenințătoare (39).

2. 2 Studiul stresului ocupațional perceput de personalul medical

Calcululele statistice au fost realizate prin intermediul programului computerizat SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versiunea 23, folosindu-se mai multe metode statistice de prelucrare a datelor.

Pentru a se obține o mai bună ilustrare a rezultatelor, datele au fost ordonate în tabele și grafice prin intermediul programului computerizat Microsoft Excel.

Prezentările grafice au fost făcute în conformitate cu oportunitatea ilustrării unor rezultate deosebit de semnificative, renunțând la anexarea lor în text în cazul când serveau doar drept aprobare a unui sau altui rezultat, ilustrat și prin alte metode.

Deoarece rezultatele cercetării sunt prezentate în date de interval și distribuția datelor este una simetrică, am utilizat, în acest scop, metode parametrice de prelucrare statistică a datelor (**MANOVA, ANOVA, T-Welch, Regresia liniară multiplă, Corelația Pearson, Corelația Parțială, Testul U Mann Whitney, Wilcoxon**).

Am utilizat metoda MANOVA ca variantă a analizei ANOVA, deoarece am avut mai mult de trei grupuri de participanți. În cazul dat este vorba de personalul medical implicat în diverse tipuri de asistență medicală în primul rând și pentru care s-au măsurat mai multe variabile pentru a reflecta diferite aspecte ale variabilei dependente descrise în ipoteză. Am utilizat din start analiza MANOVA pentru că ea permite folosirea unei singure variabile dependente combinate și are avantajul de a soluționa problema testelor de semnificație multiple. Dat fiind faptul că analiza de varianță MANOVA este semnificativă statistic, am utilizat ulterior analiza de varianță ANOVA efectuată pentru fiecare dintre variabilele dependente, care au fost combinate pentru MANOVA [68].

Pentru a obține rezultate relevante problemei și ipotezei avansate în debutul studiului, am supus materialul empiric obținut în experiment prelucrărilor statistice corespunzătoare, iar rezultatele le-am prezentat în tabele și grafice prezentate mai jos. Deoarece datele noastre sunt de interval, am utilizat în acest scop inclusiv metode parametrice de prelucrare statistică a datelor.

Pentru verificarea primei ipoteze, am aplicat *Chestionarul de stres perceput* elaborat de Levenstein și colaboratorii săi (1993). În continuare, vom prezenta rezultatele obținute prin intermediul acestui instrument.

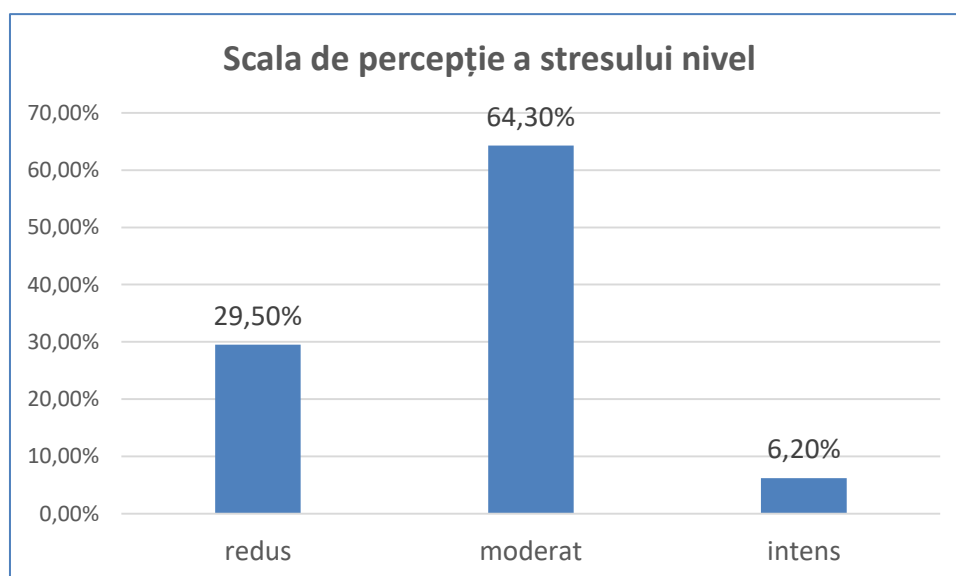


Fig. 2. 1 Distribuția rezultatelor privind percepția stresului la personalul medical per lot general

În figura 2. 1 este prezentată scala de percepție a stresului pe nivele pentru întreg lotul de subiecți. După cum observăm, cea mai mare parte din personalul medical percepe stresul la nivel moderat - 64,30%, 29,50% - la nivel redus al stresului și 6,20% percepe stresul la nivel intens. Tip de stres moderat decurge din confruntarea lucrătorilor medicali cu cerințele zilnice, sarcinile de muncă, situațiile care sunt percepute ca fiind dificile sau de importanță majoră. Stresul moderat mai poate fi legat de managementul defectuos al timpului, flux mare de pacienți dar și de condiții de muncă nesatisfăcătoare.

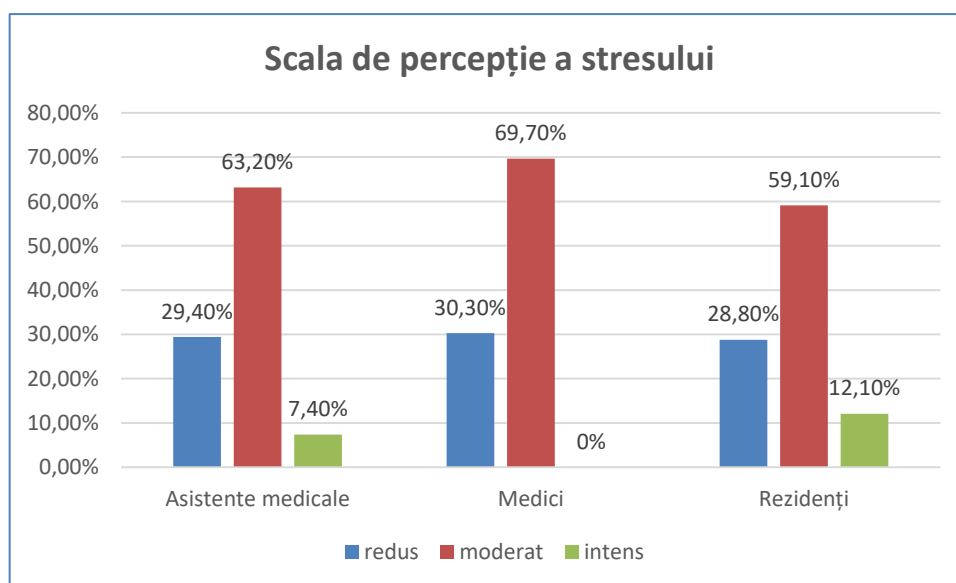


Fig. 2. 2 Distribuția rezultatelor privind percepția stresului la personalul medical în funcție de tipul de asistență medicală

Ne-am propus să comparăm percepția stresului în funcție de tipul de asistență medicală. După cum observăm din datele prezentate în figura 2. 2, la nivelul înalt al stresului perceput, scorurile majore sunt deținute de medicii rezidenți (12,10%) și asistente medicale (7,40%). Presupunem că rezultatele obținute de medicii rezidenți se datorează faptului că sunt la început de carieră, cu experiență profesională minimă, resimțind o mare responsabilitate, pe când la medici impactul acestuia nu este atât de puternic resimțit, neînregistrându-se nici o persoană cu un coeficient ridicat al percepției stresului și obținând valori maxime ale stresului perceput la nivel mediu (69,70%). O altă posibilă explicație a nivelului înalt de percepție a stresului în rândul medicilor rezidenți ar fi că ei, veniți recent din facultățile de medicină, au traversat o perioadă recentă destul de stresantă.

În ceea ce privește asistentele medicale, percepția stresului în cazul lor ar putea fi legată de numărul mare de pacienți cu care lucrează, deficit de personal, sarcini profesionale multiple, gradul de mulțumire a pacienților și aparținătorilor față de serviciile prestate. 59,10 la sută dintre acestea resimt stresul la nivel mediu.

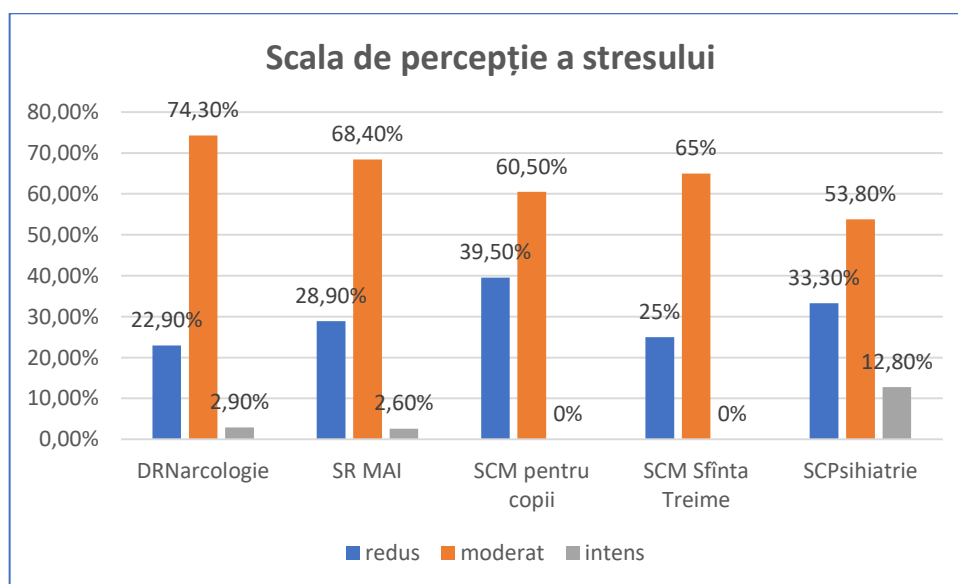


Fig. 2. 3 Distribuția rezultatelor privind percepția stresului la personalul medical în funcție de tipul de servicii prestate

În figura 2. 3 este prezentată distribuția rezultatelor privind scala de percepție a stresului la personalul medical în funcție de tipul serviciilor prestate. Datele obținute ne permit să afirmăm că valorile cele mai mari le deține personalul medical din cadrul spitalului de psihiatrie, care denotă nivelul ridicat de percepție al stresului (12,8%), în comparație cu angajații din celelalte instituții medicale incluse în cercetare (2,9% - DR Narcologie și 2,60% - SR MAI). Există mai mulți factori de stres specifici care afectează psihiatrii, inclusiv surmenajul, contingentul de pacienți afectați mintal și comportamental, resurse și organizare inadecvată, amenințări la adresa stimei de sine și amenințări personale, în special la tratarea cu pacienți violenți.

Analiza rezultatelor ne indică că majoritatea au înregistrat un procentaj mediu la această scală: DR Narcologie - 74,30%, SR MAI - 68,40%, SC Municipal Sf. Treime - 65%, SCM pentru copii - 60,50%, SC Psihiatrie - 53,80%.

Analiza comparativă post hoc a permis identificarea următoarelor diferențe prin intermediul testului Games Howell Respectiv, la *Scala de percepție a stresului* a fost obținută o diferență statistic semnificativă dintre subiecții DR Narcologie ($M=70,22$; $SD=11,69$) și SCM pentru copii ($M= 62,26$; $SD=11,69$), la un prag de semnificație $p=0,048$.

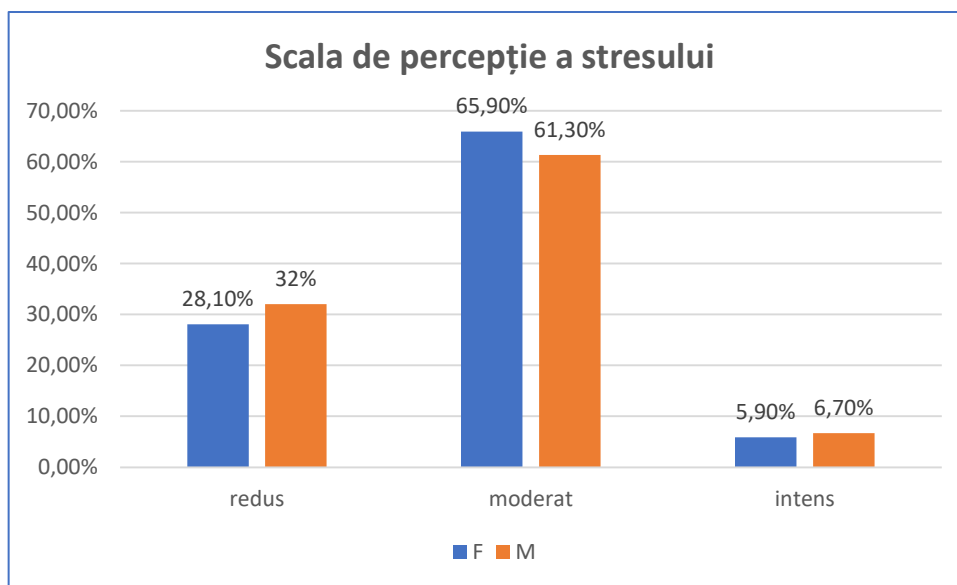


Fig. 2. 4 Distribuția datelor în funcție privind scala de percepție a stresului în funcție de gen

Scorurile maxime privind percepția stresului, evidențiate în Figura 2. 4, se află la nivelul moderat, unde femeile au obținut valori mai mari (65,90%) în raport cu bărbații (61,30%). Personalul medical de gen feminin are un nivel moderat al stresului mai ridicat decât genul masculin, fapt care poate fi explicat prin aceea că femeile sunt mai susceptibile, mai empactice și dau dovadă de mai multă compasiune, făcând față pacienților dificili, nervoși sau nepoliticoși, dar și a cazurilor mai puțin fericite în care pacienții decedază, aceasta fiind o traumă în sine greu de gestionat și de depășit. O treime din personalul de gen masculin (32%) și ceva mai mult de o pătrime (28,10%) din personalul de gen feminin resimte stresul la nivel redus și doar 6,7 la sută dintre bărbații incluși în cercetare și 5,9 la sută dintre femei percep stresul la un nivel ridicat.

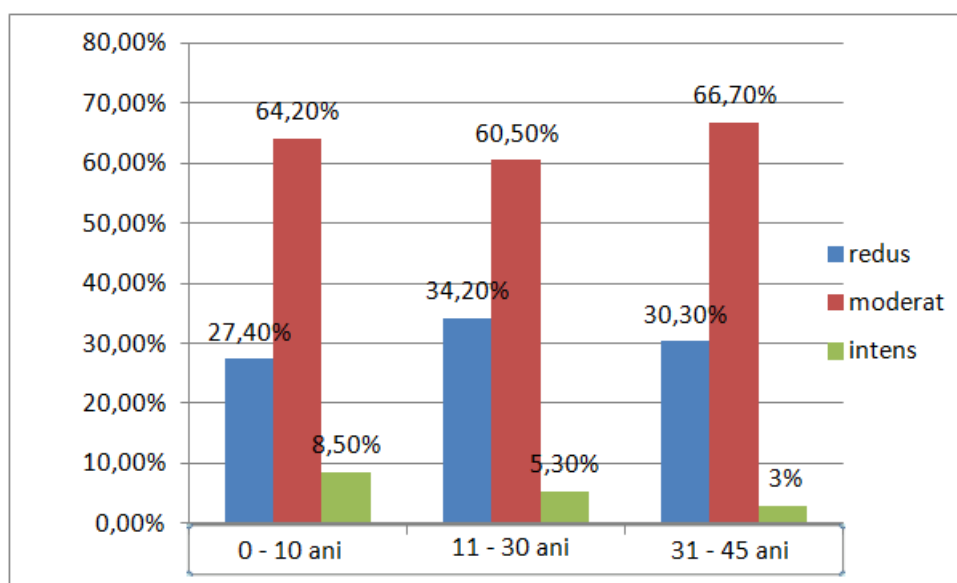


Fig. 2. 5 Distribuția rezultatelor privind percepția stresului la personalul medical în funcție de vechimea în muncă

Analiza datelor incluse în figura 2. 5 permite să constatăm că între angajații din domeniul medical incluși în cercetare, analizați prin prisma vechimii în muncă, observăm că cei care sunt la începutul carierei (0 - 10 ani vechime în muncă) dețin scoruri mai mari ai percepției stresului (8,5%) la nivel ridicat, fiind urmați de acei cu vechimea de 11 - 30 ani, 5,3%, și cei cu o vechime de 31 - 45 de ani - 3%. Așa deci, odată cu acumularea experienței în muncă, cadrele medicale au tendința de a controla mai bine situațiile ce implică un nivel ridicat al stresului. Cote majore sunt atinse la nivel moderat la personalul medical cu vechime în muncă 0 - 10 ani - 64,2%, cei cu vechimea de 31 - 45 de ani - 60,5%, iar cei cu vechimea 11 - 30 de ani - 66,7%. Putem deduce faptul că lucrătorii medicali, în cea mai mare parte, prezintă un nivel mediu al stresului.

2. 3 Analiza strategiilor de coping utilizate de personalul medical

La următoarea etapă a cercetării, ne-am propus să investigăm strategiile de coping la cadrele medicale. Pentru realizarea acestui obiectiv s-a aplicat *Scala de coping COPE* (Carver și colaboratorii, 1989).

Ipoteza operațională a cercetării pentru această metodă a fost următoarea: anticipăm o relație pozitivă între percepția stresului, sindromul burnout și strategiile de coping.

În figura 2. 6 sunt incluse rezultatele lotului general privind strategiile de coping ale cadrelor medicale.

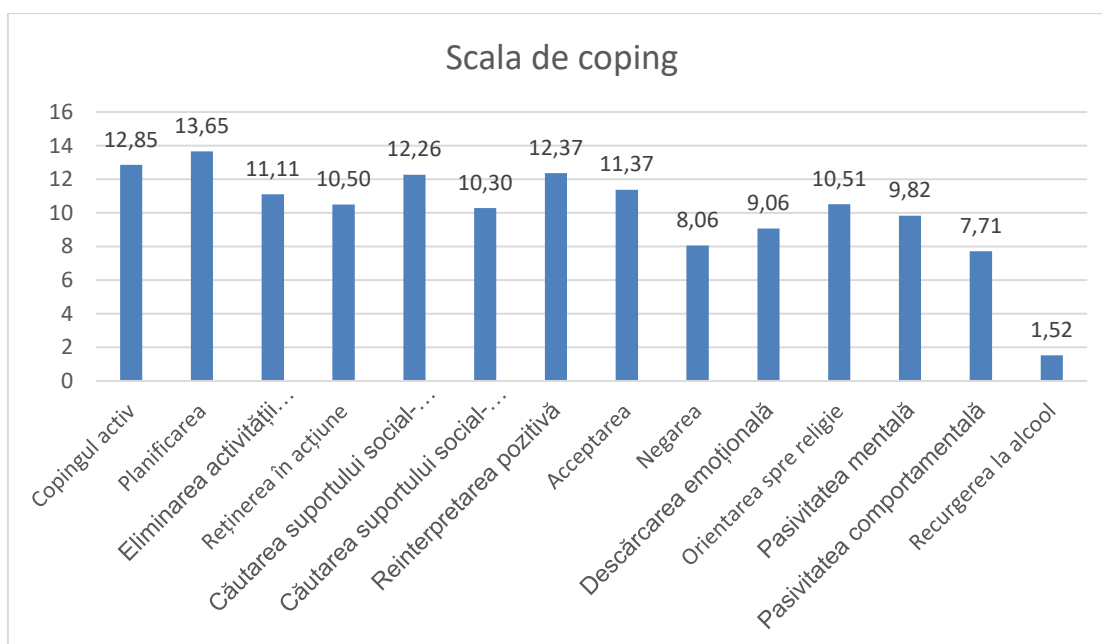


Fig. 2. 6 Distribuția valorilor medii conform Scalei de coping COPE per lot general

Analiza datelor incluse în figura 2. 6 ne-a permis să constatăm utilizarea, de către personalul medical, atât a strategiilor adaptative, cât și a celor maladaptative. Astfel, acesta își *planifică* ($M=13,65$) și orientează gândirea spre pași și modalități de a acționa în situații de stres, demonstrează coping activ prin *căutarea suportului social – instrumental* ($M=12,26$), având tendința de a solicita sfaturi, informații sau alt ajutor necesar în acțiunile de ameliorare a situației.

Angajații din domeniul medical fac uz și de strategia *Reinterpretarea pozitivă* ($M=12,37$), manifestându-se tendința de a extrage aspectele bune, pozitive chiar dintr-o situație indezirabilă sau cu consecințe nefaste. Acest mecanism de apărare nu are doar scopul de a reduce distresul, ci poate fi punctul de plecare pentru un alt gen de acțiune asupra stresorului.

În ceea ce privește *Acceptarea* ($M=11,57$) situațiilor stresante, personalul medical are posibilitatea să selecteze una dintre cele două opțiuni: acceptarea realității factorului amenințător, în vederea acționării asupra lui, și/sau acceptarea situației în sine și a faptului că nu mai este nimic de făcut pentru ameliorarea situației.

Pentru a evita distragerea de la situația problematică și a se putea concentra mai mult asupra soluționării ei, angajații din domeniul sănătății au tendința de a utiliza strategia de coping *Eliminarea activității concurente* ($M=11,1$).

Orientarea spre religie ($M=10,51$) este strategia de coping ce a fost concepută de autorii chestionarului drept una cu funcția ce poate servi pentru reinterpretarea pozitivă, pentru suport emoțional, fiind o formă de coping activ la un stresor la care pot recurge, în momentele nesigure, unele cadre medicale.

Dacă ne referim la rezultatele obținute per lot general la strategiile de coping maladaptative, constatăm *Pasivitate mentală* ($M=9,82$), uzitată de anumite persoane în scopul de a evita confruntarea cu problema și „evadarea” în astfel de activități precum vizionarea de filme sau spectacole, jocuri video etc, aceasta fiind tendința opusă suprimării oricăror activități, pentru a se concentra la situația problematică. *Negarea* ($M=8,06$) presupune nu numai „fuga” de problemă, așa cum am expus când ne-am referit la pasivitatea mentală ca și strategie de coping, ci și refuzul de a crede că stresorul există, fiind o strategie inclusă în categoria mecanismelor defensive. O parte din personalul medical tinde să se *Descarce emoțional* ($M=9,06$) pentru a-și reduce nivelul distresului, prin exprimarea afectelor și emoțiilor negative.

O altă strategie de coping maladaptativ identificată la persoanele investigate este *Pasivitatea comportamentală* ($M=7,71$) exprimată prin tendința de a reduce efortul ca reacție la stres. În ceea ce privește *Recurgerea la alcool și medicamente* ($M=1,52$), am constatat că aceasta e o strategie de coping la care apelează mai rar cadrele medicale.

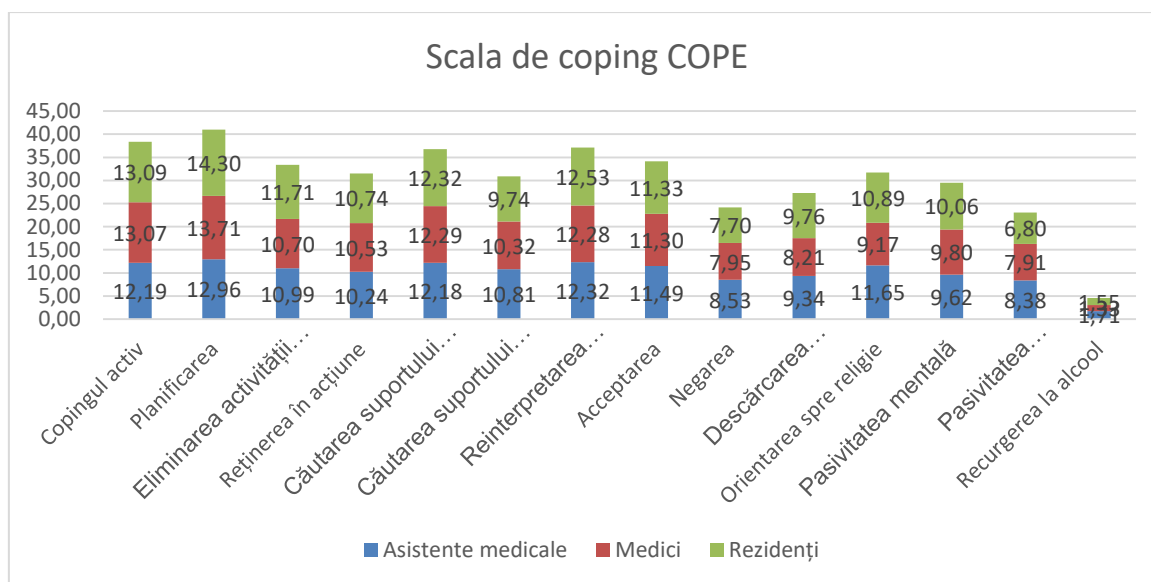


Fig. 2. 7 Distribuția datelor conform Scalei de coping COPE în funcție de tipul de asistență medicală

În figura respectivă sunt reprezentate mediile scalei de coping în funcție de tipul de asistență medicală. După cum vedem, scala *Planificarea*, cu media 14,30 pentru medici rezidenți, 13,71 pentru medici și 12,96 pentru asistente medicale, are valorile cele mai înalte. Deci, putem presupune faptul că orientarea în gândire și pașii concreți în acțiune sunt strategiile de coping activ adoptate de acești lucrători medicali.

Prin calcule statistice s-a stabilit faptul că nu se remarcă diferențe semnificative la strategiile de coping în funcție de *tipul de asistență medicală*, însă analiza datelor obținute în cadrul cercetării empirice, ținând cont de mediile obținute pe eșantioane, ne permit să concluzionăm că sunt acumulate unele scoruri mai înalte la unele grupuri de lucrători medicali.

Analiza comparativă a rezultatelor obținute de subiecți la variabilele referitoare la strategiile de coping, în funcție de tipul de asistență medicală, prin intermediul testului statistic ANOVA a demonstrat că există diferențe statistic semnificative.

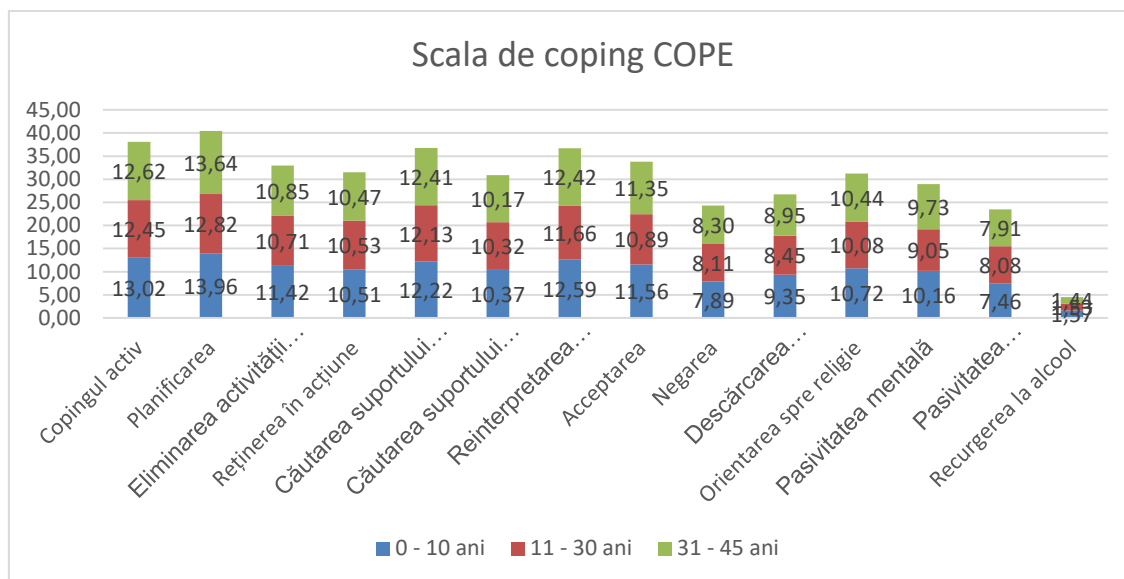


Fig. 2. 8 Distribuția datelor conform Scalei de coping COPE în funcție de vechimea în muncă

Vechimea în muncă, de asemenea, nu s-a dovedit a fi o variabilă cu semnificație de impact în ceea ce privește scala de coping. Prin calcule statistice, s-a stabilit faptul că nu se remarcă diferențe semnificative la scala de coping în funcție de *de vechimea în muncă*. Însă analiza datelor obținute în cadrul cercetării empirice, ținând cont de mediile obținute pe eșantioane, ne permite să concluzionăm că sunt acumulate scoruri mai înalte la unele grupuri de lucrători medicali.

Analizând mediile din figura 2. 9, vedem că lucrătorii medicali cu vechimea 31 - 45 de ani au acumulat medii mai mari la scale precum *copingul activ*, *planificarea*, *căutarea suportului social instrumental*, *reinterpretarea pozitivă*, *acceptarea*, *orientarea spre religie*. Deci, putem spune că odată cu vechimea în muncă cresc și se dezvoltă mecanismele de coping activ.

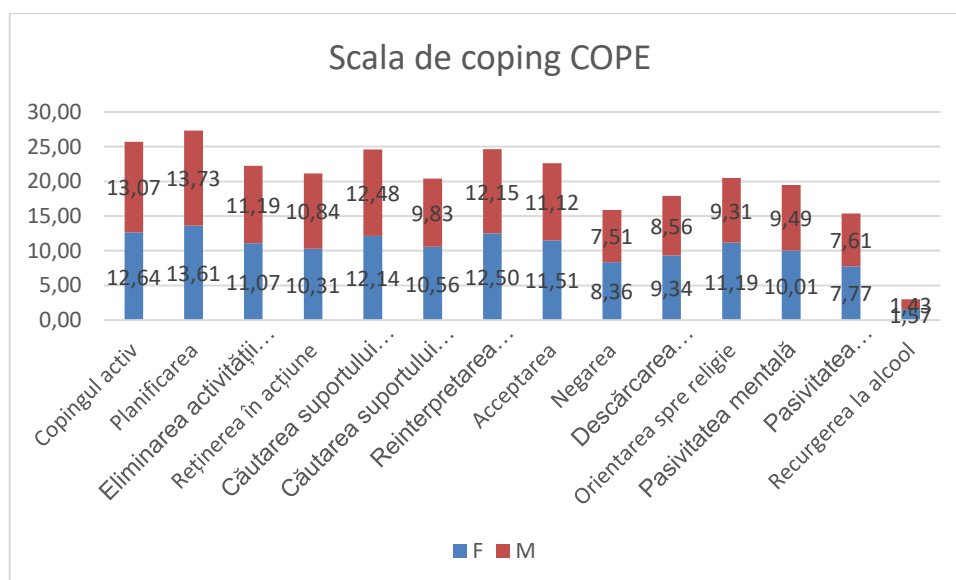


Fig. 2. 9 Distribuția datelor conform Scalei de coping COPE în funcție de gen

Analizând scala de coping în funcție de gen, vedem că, atât femeile cât și bărbații, în situații de stres, recurg la unele strategii de coping în aceeași măsură. Datele incluse în figura 2. 10 demonstrează prezența valorilor maxime pentru strategiile de *coping activ*, *planificare*, *căutarea suportului social*, *reinterpretarea pozitivă* și scorurilor reduse pentru scala *pasivitate comportamentală* și *recurgerea la alcool*, acestea fiind cele mai mici atât pentru bărbați, cât și pentru femei.

Tabelul 2. 4 Semnificația analizelor diferențelor la testul T Welch în funcție de gen

T Welch	Gen feminin	SD	Gen masculin	SD	t	df1	df2	p
Negarea	8,36	2,58	7,50	1,63	8,633	1	204,613	0,004
Orientarea spre religie	11,18	3,65	9,30	3,75	12,318	1	149,482	0,001

Analiza datelor statistice cu privire la diferențe de gen a scos în evidență diferențe statistic semnificative la variabila *negare* ($t_{1, 204,613}=8,633$, $p=0,004$) și la variabila *Orientare spre religie* ($t_{1, 149,482}=12,318$, $p=0,001$), cu valori mai mari pentru subiecții de gen feminin.

Rezultatele obținute permit să afirmăm că femeile, în momentele nesigure, apelează mai frecvent, în comparație cu bărbații, la ajutor din partea divinității, utilizând această strategie de coping pentru reinterpretarea pozitivă, pentru suport emoțional sau ca o formă de coping activ la un stresor. Totodată, femeile aleg să nege existența stresorului, refuzând să creadă că acesta există.

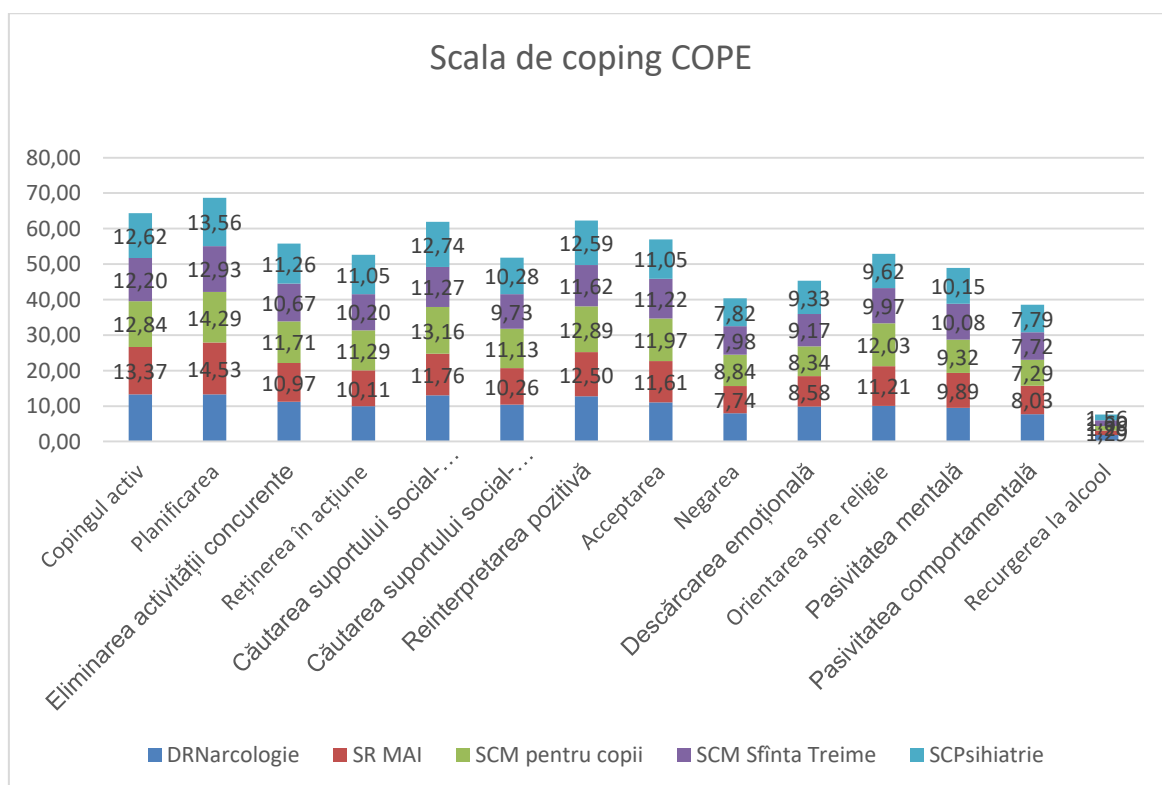


Fig. 2. 10 Distribuția datelor conform testului COPE în funcție de doemniile de activitate

După cum putem observa în figura 2. 10, scale precum: *copingul activ*, *planificarea*, *eliminarea activității concurente*, *căutarea suportului social-instrumentar*, *reinterpretarea pozitivă* au obținut valori maxime. Deci, putem deduce faptul că aproape în toate instituțiile medicale în care am desfășurat experimentul, lucrătorii medicali recurg la mecanisme de coping activ care vizează acțiuni concrete ce urmăresc înlăturarea stresorului sau ameliorarea efectelor sale. Este o formă de acțiune conștientă, de intensificare a efortului în vederea ameliorării sau ajustării la stresor. De asemenea, *planificarea*, care se referă la orientarea gândirii spre pașii și modalitățile de acțiune, *eliminarea activităților concurente*, care evaluează tendința persoanelor de a evita distragerea de la situația problematică, pentru a se putea concentra mai mult asupra soluționării ei, *căutarea suportului social – instrumentar*, care evaluează tendința de a solicita sfaturi, informații, ajutor material necesar în acțiunile de ameliorare a situației, *reinterpretarea pozitivă*, care identifică tendința de a extrage un beneficiu chiar dintr-o situație indezirabilă sau cu consecințe nefaste, nu are doar scopul de a reduce distresul, ci poate fi punctul de plecare pentru un alt gen de acțiune asupra stresorului.

Prin calcule statistice, s-a stabilit faptul că nu se remarcă diferențe semnificative la scala de coping în funcție de *tipul de asistență medicală și de vechimea în muncă*. Însă analiza datelor obținute în cadrul cercetării empirice, ținând cont de mediile obținute pe eșantioane, ne permite

să concluzionăm că la unele grupuri de lucrători medicali sunt acumulate unele scoruri mai înalte.

Tabelul 2 .5 Semnificația analizelor ANOVA individuale (la Scala de coping COPE) în funcție de tipul de servicii prestate

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
Planificarea	79,126	4	19,781	3,253	0,013
Reținerea în acțiune	56,636	4	14,159	2,538	0,041
Căutarea suportului social-instrumentar	127,505	4	31,876	4,815	0,001
Orientarea spre religie	162,118	4	40,529	2,929	0,022
Recurgerea la alcool	8,964	4	2,241	3,116	0,016

Se constată că au fost obținute următoarele diferențe statistic semnificative la variabilele *planificare* ($F_2=3,253$; $p=0,013$), *reținerea în acțiune* ($F_2=2,538$; $p=0,041$), *căutarea suportului social-instrumentar* ($F_2=4,815$; $p=0,001$), *orientarea spre religie* ($F_2=2,929$; $p=0,022$) și *recurgerea la alcool* ($F_2=3,116$, $p=0,016$).

Prin intermediul testului Tukey HSD, au fost obținute diferențe statistic semnificative la variabila *căutarea suportului social-instrumentar* între DR Narcologie ($M= 13,00$; $SD=2,43$) și SCM Sfânta Treime ($M=11,26$; $SD=2,82$), la un prag de semnificație $p=0,015$, între SCM Sfânta Treime și SCM pentru copii ($M=13,15$; $SD= 2,26$), la un prag de semnificație $p=0,004$, între SC Psihiatrie ($M=12,74$; $SD=2,22$) și SCM Sfânta Treime, la un prag de semnificație $p=0,045$.

Tot prin intermediul testului Tukey HSD au fost obținute diferențe la variabila *orientarea spre religie* între SC Psihiatrie ($M= 9,61$; $SD=3,73$) și SCM pentru copii ($M= 12,02$; $SD=3,66$), la un prag de semnificație $p=0,039$; la variabila *recurgerea la alcool* între DR Narcologie ($M=1,85$; $SD=1,11$) și SR MAI ($M=1,28$; $SD=0,65$), la un prag de semnificație $p=0,038$, la variabila *recurgerea la alcool* între DR Narcologie și SCM pentru copii ($M=1,26$; $SD=0,55$) la un prag de semnificație $p=0,026$. (Vezi Anexa 2, Tabelul A 2.79 - A 2.96)

Prin intermediul aceluiași test, la variabila *planificare*, a fost obținută o diferență statistic semnificativă dintre subiecții SR MAI ($M=14,52$; $SD=1,88$) și SCM Sfânta Treime ($M=12,93$; $SD=2,93$), la un prag de semnificație $p=0,018$. Presupunem că diferențele obținute cu rezultate mai mari pentru angajații din clinica ce aparține Ministerului de interne țin de specificul activității acestuia, astfel personalul ce activează în aceste instituții reușesc să-și planifice mai bine activitatea, orientându-și gândirea spre identificarea pașilor și a modalităților mai eficiente de acțiune.

2. 4 Cercetarea indicilor sindromului burnout la personalul medical

La următoare etapă a cercetării, ne-am propus să studiem prezența sindromului burnout la lucrătorii medicali prin intermediul **Chestionarului Maslach Burnout Inventory (MBI)**.

În prima fază, venim cu o analiză generală a sindromului burnout la personalul medical.

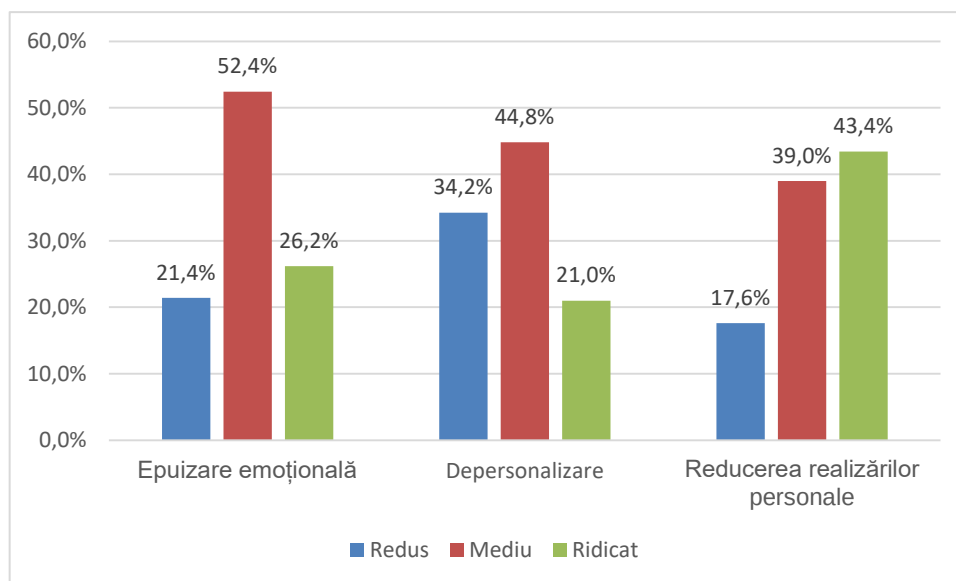


Fig. 2. 11 Valorile medii privind sindromul burnout, MBI, lot general

Din analiza datelor obținute (figura 2. 11), se constată că puțin sub jumătate (43,30%) dintre cadrele medicale participante la cercetare au obținut nivel înalt la scala *Reducerea realizărilor personale*. În acest context, putem afirma că aproape jumătate din personalul medical investigat are tendința de a-și aprecia negativ capacitățile și realizările, succesul profesional, limitându-și astfel propriile posibilități.

În ceea ce privește *Epuizarea emoțională*, observăm că puțin peste un sfert (26,2%) dintre cei incluși în studiul nostru o resimt la nivel înalt. Aceste rezultate ne permit să remarcăm că cel puțin un sfert din personalul medical resimte epuizarea sau oboseala emoțională ca absență a energiei afective și conștientizează că resursele proprii nu sunt potrivite și suficiente pentru a gestiona situația.

Puțin peste o cincime (21%) manifestă intens fenomenul *Depersonalizării*, cea de-a doua componentă a sindromului burnout, care ar putea include absența emoțiilor, relații afective reci cu pacienții, aceștia fiind percepuți ca obiecte depersonalizate, mergând chiar până la cinism cu persoanele ce li se adresează pentru consultații și tratamente.

Mai mult de jumătate (52,4%) dintre cadrele medicale incluse în cercetare se simt *epuizate* în plan *emoțional* la un nivel mediu, fiind urmate de angajații care manifestă *Depersonalizare* (44,80%), apoi de personalul care are tendința de a-și *reduce realizările personale* (39%).

La nivelul redus al manifestării componentelor sindromului burnout, distribuția rezultatelor a fost următoarea: 34,30 la sută din personalul medical resimte *Depersonalizare*; 21,4 la sută - epuizare emoțională; 17,60 la sută - *Reducerea realizărilor personale* (Vezi tabelele A 2.101 – A 2.103). Am comparat rezultatele sindromului burnout la personalul medical sub toate aspectele referitoare la cercetare, în funcție de tipul de asistență medicală, vechime în muncă, tipul de servicii prestate și gen.

Tabelul 2. 6 Manifestarea componentelor sindromului Burnout MBI la personalul medical în funcție de tipul de asistență medicală N=210 (valori procentuale)

Componentele sindromului Burnout	Medici			Medici rezidenți			Asistente medicale		
	redus	mediu	ridicat	redus	mediu	ridicat	redus	mediu	ridicat
Epuizare emoțională	23,7	64,5	11,8	21,2	43,9	34,8	19,1	47,1	33,8
Depersonalizare	31,6	53,9	14,5	36,4	39,4	24,2	35,3	39,7	25
Reducerea realizărilor personale	26,3	40,8	32,9	13,6	50	36,4	11,8	26,5	61,8

Tabelul 2. 6 prezintă ilustrarea grafică a manifestării sindromului burnout la personalul medical supus experimentului, în funcție de tipul de asistență medicală. Din analiza datelor, putem desprinde că un nivel înalt al *Epuizării emoționale* este caracteristic pentru 34,8% din medici rezidenți, 33,8% de asistentele medicale, 11,8% dintre medici. O posibilă explicație a prezenței epuizării emoționale în mai mare parte la medicii rezidenți ar fi legată de faptul că rezidențiatul este o etapă a vieții care necesită adaptarea la diferite situații stresante, atât la nivel profesional, cât și la nivel personal (Rios și colab., 2006), coeficientul de stres în cariera medicală fiind unul ridicat (Mumford, 1983). Medicii rezidenți se simt afectați de epuizare emoțională, neglijându-și nevoile personale prin încercarea de a-și satisface nevoia de afirmare.

În ceea ce privește trăirea mai intensă a epuizării emoționale de către asistentele medicale în raport cu medicii, am constatat rezultate similare și în alte studii care compară asistentele cu medicii, iar primele au raportat în mod constant niveluri mai ridicate de burnout, în general, și epuizare emoțională, în particular.

Cu referire la componenta *Depersonalizare* a sindromului burnout la personalul medical în funcție de tipul de asistență medicală, putem afirma că nivelul cel mai înalt se înregistrează la asistentele medicale (25%) și la medicii rezidenți (24,20%), medicii (14,20%) plasându-se pe locul trei. Boico/Бойко (1996) numește depersonalizarea „simptomul otrăvirii cu oameni”, starea când are loc suprasaturarea de contacte cu oamenii [174, p. 79]. Depersonalizarea presupune

lipsa emoțiilor și relația cinică cu pacienții și colegii de muncă, astfel, asistentul medical și rezidentul fiind tratați cu mai puțină atenție sau chiar cu indiferență. Atitudinea negativă față de munca îndeplinită cauzează pesimismul, lipsa dorinței de a comunica, însoțită de un comportament de ignorare.

Din datele incluse în tabelul 2. 6, putem deduce faptul că asistentele medicale au acumulat cel mai mare procentaj la scala *Reducerea realizărilor personale* (61,80%), fiind urmate de medicii rezidenți (36,40%), apoi de medici (32,90%). Această componentă a sindromului burnout este direct însoțită de scăderea autoaprecierii persoanei, principalele manifestări ale simptomului fiind tendința spre aprecierea negativă a propriei persoane, a realizărilor și succeselor sale profesionale, negativism în raport cu obligațiunile de serviciu, scăderea motivației profesionale etc.

Tabelul 2. 7 Analiza MANOVA la compararea grupurilor în funcție de tipul de asistență medicală, MBI

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared
Pillai's Trace	0,423	7,740	14,000	404,000	0,001	0,211

Analiza comparativă a rezultatelor obținute de subiecți, în funcție de *tipul de asistență medicală*, prin intermediul testului statistic MANOVA a demonstrat că există o diferență multivariantă, statistic semnificativă, între cele trei tipuri de asistență medicală la nivel de ardere profesională (coeficientul Pillai $F_{14,404}=7,740$, $p=0,001$, η^2 parțial=0,211). (Vezi Tabelul A 2.8 - 2.10).

Fiecare variabilă dependentă a fost supusă unei analize ANOVA pentru a demonstra că această tendință este similară fiecăreia dintre variabilele dependente luate în calcul separat. La măsurarea diferențelor dintre asistente medicale, rezidenți și medici, analiza ANOVA a demonstrat că a apărut, în ansamblu, o diferență semnificativă între medii (Vezi tabelul 2. 8).

Tabelul 2. 8 Semnificația analizelor ANOVA individuale în funcție de tipul de asistență medicală, MBI

Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Epuizare emoțională	592,255	2	296,128	5,146	0,007	0,047
Depersonalizare	75,926	2	37,963	1,686	0,188	0,016
Reducerea realizărilor personale	517,821	2	258,910	4,698	0,010	0,043

La variabila *Epuizare emoțională* ($F_2=5,146$, $p=0,007$, η^2 parțial=0,047), diferența este statistic semnificativă, însă indicele de mărime a efectului este scăzut, la variabilele *Reducerea realizărilor personale* ($F_2=4,698$, $p=0,010$, η^2 parțial=0,043) și *Depersonalizare* ($F_2=1,686$, $p=0,188$, η^2 parțial=0,016).

Comparația multiplă în funcție de tipul de asistență medicală prin intermediul analizei post-hoc a permis evidențierea diferențelor separate pe fiecare variabilă dependentă (Vezi tabelul A 2.13). În analiza post-hoc, a fost utilizat testul Tukey HSD și Games - Howell. Testul post-hoc Games-Howell reprezintă o alternativă nonparametrică pentru compararea combinațiilor de grupuri sau tratamente. Deși este aproape similar cu testul lui Tukey HSD în formularea sa, testul Games - Howell nu presupune varianțe egale și dimensiuni ale eșantioanelor. Din acest motiv, atunci când, datorită testului Levene de stabilire a omogenității varianțelor, varianțele au fost inegale (p_{Levene}), a fost utilizat testul post-hoc Games-Howell (Vezi tabelul A 2.11).

Așadar, prin intermediul comparației post-hoc, cu ajutorul testului Tukey HSD, la variabila *Epuizare emoțională*, testată prin intermediul testului MBI, a fost obținută o diferență statistic semnificativă, testată prin intermediul testului Games – Howell, între asistente medicale ($M=19,92$; $SD=7,55$) și medici ($M=23,36$; $SD=4,56$), la un prag de semnificație $p=0,033$; între asistente medicale și rezidenți ($M=27,65$; $SD=3,80$), la un prag de semnificație $p=0,001$; între medici și medici rezidenți, la un prag de semnificație $p=0,01$.

Prin intermediul testului Games – Howell, au fost obținute diferențe statistic semnificative la variabila *Depersonalizare*, testată prin intermediul testului MBI, între asistente medicale ($M=9,29$; $SD=5,33$) și medici ($M=8,18$; $SD=4,27$), la un prag de semnificație $p=0,034$; între asistente medicale și rezidenți ($M=9,54$; $SD=4,76$), la un prag de semnificație $p=0,001$; între medici și rezidenți, la un prag de semnificație $p=0,041$.

Prin intermediul testului Games – Howell, au fost obținute diferențe statistic semnificative la variabila *Reducerea realizărilor personale*, la testul MBI, între asistente medicale ($M=29,95$; $SD=7,82$) și rezidenți ($M=34,62$; $SD=6,73$), la un prag de semnificație $p=0,001$; între medici ($M=30,67$; $SD=7,62$) și rezidenți, la un prag de semnificație $p=0,001$.

Tabelul 2. 9 Manifestarea componentelor sindromului Burnout MBI la personalul medical în funcție de vechimea în muncă $N=210$ (valori procentuale)

Componentele sindromului Burnout	1-10 ani			11-30 ani			31-45 ani		
	redus	mediu	ridicat	redus	mediu	ridicat	redus	mediu	ridicat
Epuizare emoțională	5,7	24,5	69,8	44,7	34,2	21,1	27,3	37,9	34,8
Depersonalizare	0	42,5	57,5	2,6	73,7	23,7	0	74,2	25,8
Reducerea realizărilor personale	0	40,6	59,4	5,3	65,8	28,9	9,1	59,1	31,8

Analiza rezultatelor incluse în tabelul 2. 9 indică faptul că debutanții și cei cu vechime mică în muncă (0 - 10 ani) manifestă un nivel al sindromului burnout mai ridicat în raport cu cei cu vechime mai mare, primii obținând valori maxime la cele trei componente ale sindromului de ardere profesională: *epuizare emoțională* (69,80%); *depersonalizare* (57,5%) și *reducerea realizărilor personale* (59,4%). Perioada de debut și primii ani de carieră au un impact major cu implicații stresante asupra celor care sunt la începutul traseului profesional în orice domeniu ocupațional, acestea fiind resimțite în mod special de către personalul medical. Rezultatele obținute de noi sunt în concordanță cu alte studii cu referire la sindromul burnout atât al medicilor rezidenți (Levey, R.E., 2001), cât și a asistentelor medicale la început de carieră, aceștia demonstrând vulnerabilitate față de epuizare în raport cu angajații cu o vechime de muncă mai mare. (Bartz & Maloney, 1986).

Din datele expuse, observăm că 34,8% dintre respondenții ce fac parte din grupul de stagiu 31 - 45 de ani au manifestat un nivel ridicat de *Epuizare emoțională*. Este de remarcat că același grup de vechime în muncă a demonstrat scoruri mai mari și la nivelul mediu (37,9% pentru 31 – 45 de ani, față de 34,2% pentru 11 - 30 de ani și 24,7% pentru 1 - 10 ani), iar la cel scăzut nu au fost înregistrate valori pentru acest grup (0 % pentru 31 – 45 de ani, 0% pentru 1-10 ani, față de 2,6% pentru 11 - 30 de ani) pentru epuizarea emoțională, fapt ce vine să justifice dezvoltarea acestui sindrom. Analiza comparativă a rezultatelor obținute de subiecți în funcție de *vechimea în muncă*, prin intermediul aceluiași test statistic MANOVA, a demonstrat că există o diferență multivariată statistic semnificativă între cele trei categorii de vechime în muncă (coeficientul Pillai $F_{14,404}= 8,218$; $p=0,001$, η^2 parțial=0,222). (Vezi tabelul A 2. 18).

Tabelul 2. 10 Analiza MANOVA la compararea grupurilor la sindromul burnout în funcție de vechime în muncă

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared
Pillai's Trace	0,443	8,218	14,000	404,000	0,001	0,222

Fiecare variabilă dependentă a fost supusă ulterior iarăși unei analize ANOVA, pentru a demonstra dacă această tendință este similară fiecăreia dintre variabilele dependente luate în calcul separat. La măsurarea diferențelor dintre diferite categorii de vechime în muncă, analiza ANOVA a demonstrat că a apărut, în ansamblu, o diferență semnificativă între medii (Vezi Anexa 2, tabelul A 2. 18).

Tabelul 2. 11 Semnificația analizelor ANOVA individuale în funcție de vechimea în muncă, MBI

Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Epuizarea emoțională	2394,116	2	1197,058	38,193	0,001	0,270
Depersonalizarea	340,682	2	170,341	9,882	0,001	0,087
Reducerea realizărilor personale	2041,045	2	1020,523	28,627	0,001	0,217

La variabila *Epuizare emoțională* ($F_2=38,193$, $p=0,001$, η^2 parțial=0,270), diferența este statistic semnificativă, iar indicele de mărime a efectului este mediu; la variabila *depersonalizare*, la fel, au fost obținute diferențe statistic semnificative ($F_2=9,882$, $p=0,001$, η^2 parțial=0,087), ca și la variabila *Reducerea realizărilor personale* ($F_2=28,627$, $p=0,001$, η^2 parțial=0,217).

Comparația multiplă a rezultatelor în funcție de vechimea în muncă prin intermediul analizei post-hoc a permis evidențierea diferențelor separate pe fiecare variabilă dependentă (vezi tabelul A 2. 23). Pentru realizarea analizei post-hoc am aplicat testul Tukey HSD și Games – Howell, teste ce constituie o alternativă non parametrică pentru compararea combinațiilor de grupuri sau tratamente. Testul Games Howell, deși este asemănător cu testul Tukey HSD în formularea sa, nu include varianțe egale și dimensiuni ale eșantioanelor [121], fapt ce în consecință atunci când datorită testului Levene de stabilire a omogenității varianțelor variabilelor au fost inegale ($p \leq 0,01$) a fost utilizat testul post-hoc Games-Howell (Vezi tabelul A 2.11).

Analiza comparativă post-hoc a permis identificarea următoarelor diferențe, prin intermediul testului Tukey HSD: la variabila *Epuizare emoțională*, testată prin intermediul testului MBI, a fost obținută o diferență statistic semnificativă între subiecții cu o vechime în muncă de 1 - 10 ani ($M= 26,53$; $SD= 5,33$) și subiecții cu vechime de 11 - 30 de ani ($M= 19,55$; $SD= 5,38$) la un prag de semnificație $p=0,001$; între subiecții cu o vechime în muncă de 1 - 10 ani și subiecții cu vechime de 31 - 45 de ani ($M= 20,75$; $SD= 6,10$), la un prag de semnificație $p=0,001$. La fel, s-a obținut o diferență statistic semnificativă la variabila *Depersonalizare*, la testul MBI, testată prin intermediul testului Tukey HSD, între subiecții cu o vechime în muncă de 1 - 10 ani ($M= 10,29$; $SD= 5,33$) și subiecții cu vechime de 11 - 30 de ani ($M= 7,18$; $SD= 4,24$) la un prag de semnificație $p=0,003$; între subiecții cu o vechime în muncă de 11 - 30 de ani și subiecții cu vechimea 31 - 45 de ani ($M= 9,54$; $SD= 4,64$) la un prag de semnificație $p=0,001$; între subiecții cu o vechime în muncă de 0 - 10 ani și subiecții cu vechimea 31 - 45 de ani la un prag de semnificație $p=0,001$.

Diferență statistic semnificativă s-a obținut și la variabila *Reducerea realizărilor personale*, la testul MBI, testată prin intermediul testului Tukey HSD, între subiecții cu o vechime în muncă de 0 - 10 ani ($M= 36,75$; $SD= 5,70$) și cei cu vechimea 11 - 30 de ani ($M= 30,05$; $SD= 5,45$), la un prag de semnificație $p=0,001$; între subiecții cu o vechime în muncă de 11 - 30 de ani și cei cu vechimea 31 – 45 de ani ($M=31,81$; $SD= 6,63$), la un prag de semnificație $p=0,001$; între subiecții cu o vechime în muncă de 0 - 10 ani și cei cu vechime de 31 - 45 ani, la un prag de semnificație $p=0,001$.

Tabelul 2. 12 Manifestarea componentelor sindromului Burnout MBI la personalul medical în funcție de tipul serviciilor prestate $N=210$ (valori procentuale)

Componentele sindromului Burnout	Epuizare emoțională			Depersonalizare			Reducerea realizărilor personale		
	redus	mediu	ridicat	redus	mediu	ridicat	redus	mediu	ridicat
DR Narcologie	14,3	48,6	37,6	28,6	48,6	22,9	11,4	33,3	54,3
SR MAI	21,1	57,9	21,1	34,2	42,2	23,7	23,7	36,8	39,5
SCM pentru copii	36,8	44,7	18,4	52,6	39,5	7,9	28,9	26,3	44,7
SCM Sfinta Treime	15	58,3	26,7	23,3	51,7	25	10	48,3	41,7
SC Psihiatrie	23,3	48,7	28,2	38,58	38,32	23,1	17,9	43,6	38,6

Datele expuse în tabelul 2. 12 indică faptul că cote înalte la nivel ridicat, la componenta *Epuizare emoțională* a sindromului burnout, înregistrează personalul medical din dispensarul narcologic (37,6%), fiind urmat de cel de la psihiatrie (28,2%), de cel de la SCM Sfinta Treime (26,7%), de personalul de la spitalul afacerilor interne (21,2%) și cel de la spitalul de copii (18,4%). Aceste rezultate permit să afirmăm că profesioniștii din domeniul medical ce au pacienți cu adicții și cu tulburări psihice au sentimente de epuizare și/sau lipsă de energie. Observăm că valorile maxime se află la nivel mediu la această scală: SCM Sf. Treime - 51,30%, DR Narcologie - 48,60%, SR MAI - 48,60%, SCM pentru copii - 44,70%, SC Psihiatrie - 48,70%. O remarcă importantă cu privire la rezultatele obținute la această scală este că personalul medical ce activează în clinica pentru copii este cel mai puțin impactat în planul epuizării emoționale.

În același timp, la a doua componentă, *Depersonalizarea (MBI)*, avem cele mai mici cote la nivel înalt, cu cele mai mici valori ale personalului medical de la spitalul de copii (7,9%), care înregistrează scoruri maxime la nivelul redus al acestei componente. Se observă, totodată, că valorile maxime ale personalului de la trei instituții spitalicești, SCM Sf. Treime (51,70%), DR Narcologie (48,60%), SR MAI (42,10%), se află la nivelul mediu al *Depersonalizării*.

Frecvența cea mai mare la nivelul înalt al sindromului burnout la personalul din diferite instituții medicale se constată la dimensiunea *Reducerea realizărilor personale*. Mai mult de jumătate (54,3%) din personalul medical de la dispensarul narcologic și mai puțin de jumătate (44,7%)

dintre cei de la spitalul de copii, dar și dintre cei din spitalul SCM Sf. Treime (41,7%), tind să-și reducă realizările personale. Aceste rezultate ne permit să presupunem că personalul medical ce deține cote majore își reduce capacitatea de a forma relații necesare cu alții și de a performa la locul de muncă. În consecință, este posibil ca aceștia să-și autoevalueze negativ realizările la locul de muncă.

Analiza comparativă MANOVA a rezultatelor obținute de subiecți în funcție de *tipul de asistență medicală* a demonstrat că există o diferență multivariată statistic semnificativă între cele cinci tipuri de asistență medicală (coeficientul Pillai $F_{28,808} = 2,146$; $p=0,001$, η^2 parțial=0,069). (Vezi Anexa 2, tabelul A 2. 30).

Tabelul 2. 13 Analiza MANOVA la compararea grupurilor ale sindromului burnout în funcție de tipul serviciilor prestate, MBI

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared
Pillai's Trace	0,277	2,146	28,000	808,000	0,001	0,069

Analiza ANOVA, la măsurarea diferențelor dintre diferite categorii de vechime în muncă, a demonstrat că a apărut, în ansamblu, o diferență semnificativă între medii (Vezi Anexa 2, tabelul A 2. 31).

Tabelul 2. 14 Semnificația analizelor ANOVA individuale ale sindromului burnout în funcție de tipul serviciilor prestate, MBI

Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Epuizarea emoțională	630,163	4	157,541	2,720	0,031	0,050
Depersonalizarea	319,351	4	79,838	3,706	0,006	0,067
Reducerea realizărilor personale	341,071	4	85,268	1,509	0,201	0,029

La variabila *Epuizare emoțională* ($F_2=2,720$, $p=0,031$, η^2 parțial=0,050), diferența este statistic semnificativă, iar indicele de mărime a efectului este scăzut. La variabila *Depersonalizare*, la fel, au fost obținute diferențe statistic semnificative ($F_2=3,706$, $p=0,006$, η^2 parțial=0,067), ca și la variabila *Reducerea realizărilor personale* ($F_2=6,976$, $p=0,001$, η^2 parțial=0,120).

Analiza comparativă post-hoc a permis identificarea următoarelor diferențe, prin intermediul testului Tukey HSD: la variabila *Epuizare emoțională*, testată prin intermediul testului MBI, a fost obținută o diferență statistic semnificativă între subiecții DRNarcologie ($M=$

24,6; SD=7,47) și subiecții din SCM pentru copii (M=19,39; SD=7,27), la un prag de semnificație $p=0,032$. La fel, s-a obținut o diferență statistic semnificativă la variabila *Depersonalizare*, la testul MBI, testată prin intermediul testului Tukey HSD, între subiecții SCM pentru copii (M= 19,39; SD=7,27) și subiecții din clinica SCM Sfînta Treime (M= 23,38; SD= 7,85) la un prag de semnificație $p=0,02$.

Tabelul 2. 15 Manifestarea componentelor sindromului Burnout MBI la personalul medical în funcție de gen N=210 (valori procentuale)

Componentele sindromului Burnout	Femei			Bărbați		
	redus	mediu	ridicat	redus	mediu	ridicat
Epuizare emoțională	22,2	49,6	28,1	44,7	57,3	22,7
Depersonalizare	39,9	40,7	22	25,3	52	22,7
Reducerea realizărilor personale	17	33,3	49,6	18,7	49,3	32

Datele expuse (tabelul 2. 15) indică faptul că 28,1% din personalul medical de gen feminin a manifestat un nivel ridicat al *Epuizării emoționale*, pe când subiecții de gen masculin, doar 22,2%. 49,6% dintre respondenții de gen feminin au manifestat *Reducerea realizării personale*, în raport cu 32%, ceea ce dovedește un nivel mai mare de afectare a personalului medical femeii la aceste două dimensiuni ale sindromului burnout. *Depersonalizarea* este resimțită la aproximativ același nivel de către femeile și bărbații din domeniul sănătății.

În ceea ce privește *diferențele de gen*, unii autori subliniază faptul că prevalența sindromului burnout este mai mare la femeii decât la bărbați (100), în timp ce alții arată niveluri mai mari de burnout la bărbați decât la femeii (144). Analiza statistică nu ne-a permis identificarea diferențelor semnificative în funcție de gen.

2. 5 Relația dintre stresul perceput, sindromul burnout și strategiile de coping

Unul din obiectivele înaintate de noi în cadrul studiului a fost să identificăm relația dintre stresul perceput, strategiile de coping și sindromul burnout, înaintând următoarea **ipoteză**: *Anticipăm o relație pozitivă între stresul perceput, sindromul burnout și strategiile de coping.*

Rezumând analiza regresiei pas cu pas, am introdus mai întâi *sindromul burnout*, care a explicat în proporție de 61% din varianța stresului ($F=129,617$, $df=1$, $df\ 2=208$ $p=0,001$). *Nevoia de securitate* a fost cea de a doua variabilă introdusă și a justificat alte 2,1% ($F=7,445$, $df=1$, $df\ 2=207$ $p=0,007$). Cea de-a treia variabilă a fost *nevoia de autorealizare*, care a contribuit cu încă 1,8% ($F=6,258$, $df=1$, $p=0,013$).

În încercarea de a afla care este relația dintre strategiile de coping adoptate de personalul medical și sindromul burnout specific acestuia, am efectuat corelația Pearson (Vezi Tabelul A 2.130).

Tabelul 2. 16 Stabilirea corelației dintre strategiile de coping și sindromul burnout la personalul medical

Corelația Pearson		1	2	3
Coping-ul activ	r	-0,326	-0,347	-0,200
Planificarea	r	-0,211	-0,352	-0,336
Eliminarea activității concurente	r	-0,331	-0,301	-0,342
Reținerea în acțiune	r	0,287	0,257	0,274
Reinterpretarea pozitivă	r	-0,261	-0,374	-0,268
Descărcarea emoțională	r	0,345	0,289	0,315
Pasivitatea mintală	r	0,331	0,441	0,571
Pasivitatea comportamentală	r	0,353	0,335	0,576
Recurgerea la alcool	r	0,396	0,363	0,316
Negarea	r	0,352	0,563	0,216
Acceptarea	r	0,296	0,488	0,327

Corelația este semnificativă la nivelul $p \leq 0,001$

Notă: 1- Epuizare emoțională MBI; 2- Depersonalizarea MBI; 3- Reducerea realizărilor personale MBI

Analiza corelațională a confirmat că există o relație de asociere între variabila *copingul activ* și *epuizarea emoțională* ($r=-0,326$, $p=0,038$), între variabila *copingul activ* și *depersonalizarea* ($r=-0,347$, $p=0,033$) și, ulterior, se constată că personalul medical care adoptă strategii de *coping activ* se confruntă cu un nivel scăzut al *reducerii realizărilor personale* ($r=-0,200$, $p \leq 0,001$). Corelațiile sunt indirecte, puternice și medii, statistic semnificative. Aceste rezultate vorbesc despre faptul că personalul medical ce adoptă strategii de coping activ are tendința de a avea un nivel al sindromului burnout mai scăzut. La fel, există o corelație directă medie, statistic semnificativă, între variabila *planificare*, ca strategie de coping activ, și *epuizare emoțională* ($r=-0,211$, $p \leq 0,007$), ce denotă faptul că personalul medical care adoptă strategii de *planificare* ca și coping activ se confruntă cu mai puțină *epuizare emoțională*. Totodată, se identifică o corelație directă între variabilele *depersonalizare* ($r=-0,352$, $p=0,028$) și *reducerea realizărilor proprii* ($r=-0,336$, $p \leq 0,001$). A fost identificată o corelație indirectă medie, statistic semnificativă, între variabila *eliminarea activității concurente* ca strategie de coping activ și *epuizare emoțională* ($r=-0,331$, $p \leq 0,001$), dar și cu variabila *depersonalizare* ($r=-0,301$, $p \leq 0,001$), dar și cu variabila *reducerea realizărilor proprii* ($r=-0,342$, $p \leq 0,001$).

Cu privire la una dintre strategiile de coping pasiv, putem menționa următoarele rezultate obținute în urma prelucrării statistice a datelor. Astfel, o corelație directă, slabă, statistic semnificativă, se atestă între coping, variabila *reținere în acțiune* și *epuizare emoțională* ($r=0,287$, $p\leq 0,001$), cu variabila *depersonalizare* ($r=0,257$, $p\leq 0,001$) și variabila *reducerea realizărilor personale* ($r=0,342$, $p\leq 0,001$). Cu privire la acest aspect, putem menționa că există tendința de a asocia copingul pasiv cu nivelul ridicat de burnout.

O corelație negativă, slabă, statistic semnificativă, este atestată între *reinterpretarea pozitivă* și variabila *epuizare emoțională*, dar și variabila *depersonalizare* ($r=-0,374$, $p\leq 0,001$). O corelație indirectă, slabă, statistic semnificativă, este atestată între variabila *reinterpretarea pozitivă* și *reducerea realizărilor personale* ($r=-0,268$, $p\leq 0,001$).

Corelația directă, medie, statistic semnificativă, a fost obținută între variabila *descărcare emoțională* ca și strategie de coping activ și variabila *epuizare emoțională* ($r=0,345$, $p\leq 0,001$). Corelație slabă, directă, statistic semnificativă a fost obținută între variabilele *descărcare emoțională* și *depersonalizare* ($r=0,289$, $p\leq 0,001$). Corelație directă, medie, statistic semnificativă, a fost obținută între variabilele *descărcare emoțională* și *reducerea realizărilor personale* ($r=0,315$, $p\leq 0,001$).

Una dintre strategiile de coping activ cu tentă distructivă a demonstrat că există o corelație directă, medie, statistic semnificativă, obținută între variabilele *recurgerea la alcool* și *epuizare emoțională* ($r=0,396$, $p\leq 0,001$) și variabila *depersonalizare* ($r=0,363$, $p\leq 0,001$). O corelație directă între variabilele *recurgerea la alcool* și *reducerea realizărilor personale* ($r=0,316$, $p\leq 0,001$) ar însemna că *reducerea realizărilor personale* ar scădea cu cât mai puțin ar recurge la alcool personalul medical și invers, dacă personalul medical ar opta pentru strategii de recurgere la alcool, realizările personale ar fi reduse la maxim.

Pasivitatea mintală și comportamentală, de asemenea, nu fac excepție, dacă ne referim la strategiile de coping pasiv din partea personalului medical. Astfel, între variabila *pasivitatea mintală* și *epuizare emoțională* a fost atestată o corelație medie, directă, statistic semnificativă ($r=0,331$, $p\leq 0,001$), și variabila *depersonalizare* ($r=0,441$, $p\leq 0,001$), o corelație, puternică, directă între variabila *pasivitatea mintală* și *reducerea realizărilor personale* ($r=0,571$, $p\leq 0,001$). Aceeași dinamică se păstrează și la variabila *pasivitate comportamentală*, care a corelat cu variabila *epuizare emoțională*, a fost atestată o corelație medie, directă, statistic semnificativă ($r=0,353$, $p\leq 0,001$), și variabila *depersonalizare* ($r=0,335$, $p\leq 0,001$), o corelație, puternică, directă între variabila *pasivitatea comportamentală* și *reducerea realizărilor personale* ($r=0,576$, $p\leq 0,001$). Trebuie să menționăm că unele strategii de coping, precum *orientarea spre religie*, nu au arătat corelații statistic semnificative cu niciunul din nivelurile de ardere profesională (burnout), acceptarea și negarea, în schimb, ca strategii de coping activ, au arătat că există o

corelație directă, statistic semnificativă, între variabila *negare* și *epuizare emoțională*, la care a fost atestată o corelație medie, directă, statistic semnificativă ($r=0,352$, $p\leq 0,001$), și variabila *depersonalizare* ($r=0,563$, $p\leq 0,001$), o corelație, puternică, directă între variabila *negare* și *reducerea realizărilor personale* ($r=0,216$, $p\leq 0,001$). de asemenea, a fost atestată o corelație directă, statistic semnificativă, între variabila *acceptare* și *epuizare emoțională* ($r=0,296$, $p\leq 0,001$) și variabila *depersonalizare* ($r=0,488$, $p\leq 0,001$), o corelație puternică, directă, între variabilele *acceptare* și *reducerea realizărilor personale* ($r=0,327$, $p\leq 0,001$).

Din cele expuse anterior, concludem că strategiile de coping pasiv contribuie la o ardere profesională mai mare decât strategiile de coping activ care, din contra, diminuează arderea profesională a personalului medical. Comparând cele două situații, putem observa că, în primul caz, personalul medical nu poate depăși situația de stres și orice încercare de a aface față reprezintă un pas nereușit care afectează și mai grav situația prezentă. În cel de al doilea caz, se constată că personalul medical întreprinde pași concreți pentru depășirea situației existente și, după cum ne arată datele statistice, acest lucru se dovedește a fi eficient în reducerea efectului negativ al arderii profesionale la personalul medical.

Tabelul 2. 17 Stabilirea corelației dintre strategiile de coping și stres

Corelația Pearson		Stres
Coping-ul activ	r	-0,480*
Planificarea	r	-0,410*
Eliminarea activității concurente	r	-0,590
Reținerea în acțiune	r	-0,011
Cxutarea suportului social-instrumentar	r	0,054
Cxutarea suportului social-emoțional	r	-0,031
Reinterpretarea pozitivă	r	-0,342*
Acceptare	r	0,064
Negare	r	0,053
Descărcarea emoțională	r	0,408**
Orientarea spre religie	r	-0,10
Pasivitatea mintală	r	0,086
Pasivitatea comportamentală	r	0,139*
Recurgerea la alcool	r	0,349**

*. Corelația este semnificativă la nivelul 0,05.

**. Corelația este semnificativă la nivelul 0,01.

Analiza corelațională a strategiilor de coping în raport cu stresul a scos în evidență faptul că personalul medical ce adoptă strategii de coping activ (constructiv) are un nivel de stres mai

scăzut. Următoarele strategii de coping au corelat cu variabila stres: *coping-ul activ* ($r=-0,480$, $p\leq 0,001$), *planificarea* ($r=-0,410$, $p\leq 0,001$), *reinterpretarea pozitivă* ($r=-0,342$, $p\leq 0,001$), *descărcare emoțională* ($r=0,408$, $p\leq 0,001$), *recurgerea la alcool* ($r=0,349$, $p\leq 0,001$). În toate celelalte cazuri, relații statistic semnificative nu au fost identificate. Strategiile dezadaptative de coping adoptate de către personalul medical nu au corelat cu scala percepția stresului. (Vezi anexa 2, Tabelul A 2.122)

Tabelul 2. 18 Stabilirea corelației dintre sindromul burnout și stresul perceput

Corelația Pearson		Stres
Epuizarea emoțională_MBI_indice	r	0,620**
Depersonalizarea_MBI_indice	r	0,479**
Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	r	-0,126

*. Corelația este semnificativă la nivelul 0,05.

**. Corelația este semnificativă la nivelul 0,01.

Corelația dintre burnout și stres a arătat că *epuizarea emoțională* a corelat direct cu *stresul* ($r=0,620$, $p\leq 0,001$), aceasta fiind una puternică, directă, statistic semnificativă. La variabila *depersonalizare*, la fel, am obținut un indice al corelației ($r=0,479$, $p\leq 0,001$) (Vezi tabelul Tabelul A 2.131). La variabila *reducerea realizărilor personale*, nu am obținut o corelație statistic semnificativă. Acest lucru semnifică relația de asocere dintre stres și arderea profesională la lucrătorii medicali.

2. 6 Concluzii la capitolul 2

În urma analizei rezultatelor obținute în demersul de constatare, am formulat următoarele concluzii:

1. Stresul perceput de către personalul medical a înregistrat valori la nivel mediu la mai mult de jumătate din cei investigați, aproape o treime la nivel redus și doar șase la sută percep stresul la nivel intens. Stresul moderat decurge din confruntarea lucrătorilor medicali cu cerințele zilnice, sarcinile de muncă, situațiile care sunt percepute ca fiind dificile sau de importanță majoră. Acesta mai poate fi legat de managementul defectuos al timpului, de fluxul mare de pacienți, dar și de condițiile de muncă nesatisfăcătoare.
- Comparația rezultatelor privind *stresul perceput în funcție de categoriile profesionale* ne-a permis să determinăm prezența scorurilor majore la medicii rezidenți, acestea fiind explicate prin debutul în carieră și gradul ridicat de responsabilitate pe care îl resimt, concomitent cu traversarea unei perioade stresante în timpul studiilor, fapt confirmat de mai multe cercetări în domeniu.

- Investigarea *percepției stresului la personalul medical în funcție de domeniul de activitate* demonstrează că scorurile personalului medical din cadrul spitalului de psihiatrie, la nivel ridicat, sunt mai mari în comparație cu cele ale angajaților din celelalte instituții medicale incluse în cercetare. Totodată, analiza comparativă post-hoc a permis identificarea diferenței statistic semnificative dintre subiecții DR Narcologie și SCM pentru copii. Există mai mulți factori specifici de stres care afectează psihiatrii și narcologii, inclusiv surmenajul, resursele insuficiente și organizare inadecvată, amenințările la adresa stimei de sine și amenințările personale, în special în cazul internării și tratării pacienților violenți.
 - În ceea ce privește categoria *gen*, constatăm că o mai mare parte dintre femeile participante la cercetare percep stresul la un nivel moderat în comparație cu bărbații, fapt care poate fi explicat prin aceea că acestea sunt mai susceptibile, mai empaticе și dau dovadă de mai multă compasiune, făcând față pacienților dificili, nervoși sau nepoliticoși, dar și cazurilor de deces al pacienților, o traumă în sine greu de gestionat și de depășit.
 - Analiza *percepției stresului prin prisma vechimii în muncă* indică scoruri mai mari la acei angajați care sunt la începutul carierei (0 - 10 ani vechime în muncă), aceștia fiind urmați de cei cu vechimea de la 11 la 30 de ani și cei cu o vechime între 31 - 45 de ani, fapt ce ne permite să afirmăm că, odată cu acumularea experienței profesionale, cadrele medicale au tendința de a controla mai bine situațiile ce implică un nivel ridicat al stresului.
2. Rezultatele obținute în urma aplicării chestionarului Maslach Burnout Inventory (MBI) indică, per lot general, că puțin sub jumătate dintre cadrele medicale incluse în cercetare au obținut un nivel înalt la componenta *reducerea realizărilor personale*, puțin peste un sfert resimt *epuizare emoțională* și puțin peste o cincime manifestă intens fenomenul *depersonalizării*.
- Comparația manifestării sindromului burnout la personalul medical supus experimentului, în *funcție de tipul de asistență medicală*, a demonstrat scoruri mai mari ale *epuizării emoționale* la medicii rezidenți, iar componentele *depersonalizare* și *reducerea realizărilor personale* ale sindromului burnout înregistrează scoruri mari la medici și medicii rezidenți. Rezultatele obținute se explică prin faptul că rezidențiatul este o etapă a vieții care impune adaptarea la diferite situații stresante, atât la nivel profesional, cât și la cel personal. Cariera medicală este în general una stresantă, cu asumarea multor responsabilități, pentru medici și, în mod special, pentru medicii rezidenți, care se simt mai afectați de sindromul burnout decât asistentele medicale.
 - Analiza rezultatelor în funcție de *vechimea în muncă* indică faptul că debutanții și cei cu o vechime mică în activitate manifestă un nivel ridicat al S. B. în raport cu cei care au o vechime de muncă mai mare. Perioada de debut și primii ani de carieră au un impact major,

cu implicații stresante, asupra celor care sunt la începutul traseului profesional în orice domeniu ocupațional, aceasta fiind resimțită în mod special de către personalul medical.

- Manifestarea componentei epuizare emoțională la personalul medical în *funcție de domeniul de activitate* este mai accentuată la personalul medical din dispensarul narcologic și cel de la psihiatrie. Profesioniști ce au pacienți cu adicții și cu tulburări psihice resimt stări de epuizare și lipsă de energie. O remarcă importantă cu privire la rezultatele obținute la această scală este aceea că personalul medical ce activează în clinica pentru copii este mai puțin impactat în planul epuizării emoționale. La componentele depersonalizare și reducerea realizărilor personale, nu am obținut diferențe semnificative.
- Comparția rezultatelor cu privire la S. B. în *funcție de gen* demonstrează că femeile manifestă un nivel ridicat al epuizării emoționale comparativ cu bărbații, care manifestă mai intens fenomenul reducerii realizărilor personale, iar depersonalizarea este resimțită la aproximativ același nivel de ambele loturi.

3. Aplicarea *Scalei de coping COPE* (Carver și colaboratorii, 1989) a arătat că personalul medical face uz atât de strategii adaptative, cât și de strategii dezadaptative de coping al stresului, determinând unele diferențe de gen cu scoruri mai mari pentru femei și o succesiune de diferențe în funcție de tipul de servicii prestate, fără ca să obținem diferențe în funcție de *tipul de asistență medicală, tipul serviciilor prestate și vechimea în muncă*.

4. Rezultatele studiului constatativ au scos în evidență faptul că un nivel mai înalt al stresului a fost asociat unei epuizări emoționale mari. Adică, personalul medical ce are un grad sporit de epuizare emoțională, resimțind intens nevoia de securitate, își reduce realizările proprii și tendința de dezvoltare personală, pe fondul unui nivel înalt al stresului, dar și pe fonul strategiilor de coping pe care le adoptă în tendința de a reduce stresul.

Elaborarea și aplicarea unui program de intervenție în vederea diminuării stresului ocupațional și sindromului burnout se încadrează în logica acestui demers științific. Schimbările structurale în domeniul medical sunt lente și solicită un efort special al tuturor factorilor din sistem, însă, potrivit C. Maslach, până la producerea schimbărilor la nivel social, nu ne rămâne altceva decât să lucrăm la nivel individual cu persoana.

3. DIMINUAREA STRESULUI OCUPAȚIONAL ȘI SINDROMULUI BURNOUT LA PERSONALUL MEDICAL

3. 1 Designul experimentului formativ

Perspectivetele teoretice ale stresului ocupațional și rezultatele obținute în experimentul de constatare ne-au condus la ideea că acesta poate fi diminuat prin intermediul unui program formativ de intervenție psihologică.

Scopul experimentului formativ: elaborarea și implementarea unui program de diminuare a stresului ocupațional și a sindromului burnout la personalul medical.

Obiectivele propuse la această etapă au fost:

1. Elaborarea și implementarea programului de intervenție psihologică privind diminuarea stresului și sindromului burnout la personalul medical;
2. Evaluarea parametrilor de reducere a stresului, sindromului burnout și de modelare a strategiilor de coping la personalul medical la etapa test/retest;
3. Determinarea impactului intervenției psihologice asupra stresului și sindromului burnout la personalul medical;
4. Analiza diferențelor dintre rezultatele grupului experimental și grupului de control (GE și GC);
5. Interpretarea rezultatelor și evaluarea eficienței programului de intervenție.

Variabila independentă este programul de intervenție psihologică. Așadar, am presupus că programul de intervenție psihologică poate modifica anumiți factori implicați, conform literaturii de specialitate studiate.

Variabile dependente au fost:

- nivelul percepției stresului;
- epuizarea emoțională;
- depersonalizarea;
- reducerea realizărilor personale;
- strategiile de coping.

Ipoteza pentru acest compartiment al cercetării: Estimăm faptul că *prin intermediul programului de intervenție psihologică poate fi diminuat stresul ocupațional și sindromul burnout la personalul medical.*

Metodologia experimentului formativ

Participanții la experiment. În cadrul acestui experiment au participat 24 de lucrători medicali cu vârste cuprinse între 28 și 54 de ani. Criteriul de selecție a participanților a fost bazat

pe: indici ridicați obținuți la *Scala de percepție a stresului* (Levenstein și colab., 1993), rezultate înalte la scalele epuizare emoțională, depersonalizare și reducere a realizărilor personale (*Maslach Burnout Inventory*, Maslach și Leiter, 1997), precum și datele obținute la *Scala de coping COPE* (Carver și colaboratorii, 1989) în experimentul de constatare.

Lotul integral de cercetare a cuprins un grup experimental (GE) și un grup martor, de control (GC). Fiecare grup a fost compus din 12 persoane, aceasta fiind mărimea maximă acceptată în grupurile de dezvoltare și psihoterapie. Grupul de control a fost alcătuit pentru a valida rezultatele obținute în urma experimentului de grup experiențial. Am alcătuit cele două grupuri aleator, apoi am verificat omogenitatea grupurilor experimentale.

Rezultatele obținute în urma experimentului de constatare demonstrează că nivelul de percepție a stresului la lucrătorii medicali este destul de ridicat, ceea ce duce la declanșarea sindromului burnout, de aici rezultând ineficiența activității în muncă a personalului medical.

Acest fenomen are loc atunci când se pierde echilibrul între solicitările primite și resursele proprii, iar persoana adesea chiar alege singură să se încarce cu responsabilități din dorința de a se realiza, de a avea un statut mai înalt și un salariu mai mare. În aceste condiții, când sarcinile și informația sunt destul de mari, timpul parcă se contractă, iar sarcinile devin din ce în ce mai multe și mai urgente, fiind tot mai greu de controlat echilibrul interior și de gestionat stresul.

Activitatea lucrativă a cadrelor medicale presupune acumularea unor experiențe percepute atât pozitiv, cât și negativ, care le influențează indirect starea psihologică și comportamentul. Experiențele negative (decesul unui pacient de ex.) pot fi exprimate prin extenuare psihică care poate fi interpretată și ca mecanism de apărare psihică, ulterior aceasta evoluând în sindromul burnout.

Când ne referim la burnout presupunem două abordări în programul de intervenție: 1. Încercarea de a schimba persoana; 2. Încercarea de a schimba organizația. Din perspectiva autorilor Maslach și Goldberg (1998), constatăm că programele ce au ca scop intervenția la nivel de persoană au avut un succes mai mare decât cele care și-au propus să schimbe sistemul sau organizația. În general, scopul acestor programe este de a induce dezvoltarea mecanismelor de coping pentru depășirea stresului și a epuizării emoționale.

Vandenbergh și Huberman (1999) propun programe pentru întărirea suportului social în caz de burnout. Respectiv, sindromul burnout poate fi redus, dar pentru aceasta e nevoie de programe de intervenție inovative adaptate la realitățile din țara noastră. Astfel, pentru diminuarea stresului și prevenirea sindromului burnout la lucrătorii medicali, am recurs la implementarea unui program aplicat în cadrul experimentului formativ.

Programul psihologic de diminuare a stresului și prevenire a sindromului burnout reprezintă un sistem de exerciții și tehnici care au drept obiective familiarizarea cu noțiunea de stres ocupațional, stres profesional, burnout, cunoașterea cauzelor și consecințelor acestui fenomen, diminuarea nivelului de stres și sindromului burnout prin dezvoltarea strategiilor de coping, a competențelor emoționale, restructurarea cognitivă, dezvoltarea abilităților sociale.

Programul psihologic de diminuare a stresului și a sindromului burnout elaborat de noi este orientat spre persoană și se axează pe sfera emoțională și cognitivă. De aceea, în experimentul de formare, ne-am axat pe orientări psihoterapeutice precum psihoterapia cognitiv-comportamentală și psihoterapia umanistă.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală este o formă de psihoterapie orientată spre identificarea problemelor individului, cu scopul soluționării acestora, folosind tehnici cognitiv-comportamentale. Aceasta studiază relația dintre gând, emoție și comportament. De exemplu: evitarea situațiilor care ar putea declanșa frica ne întăresc gândirea negativă de fiecare dată când experimentăm aceeași problemă, conducând la stres, anxietate sau depresie și formând un cerc vicios. Terapia cognitiv-comportamentală ajută persoana să-și identifice gândurile negative și să conștientizeze cât de reale sunt aceste gânduri. Apoi, o învață să-și schimbe gândirea distorsionată și să o înlocuiască cu un model rațional și sănătos. Cu cât oamenii gândesc mai rațional, cu atât ei se simt mai bine. Aici se pune accent pe rezolvarea problemelor și inițierea schimbărilor de comportament. Drept exemplu poate servi exercițiul „*Chiar acum în fața ta, simt...*” sau „*mă simt...*” (după A. Moreau). Scopul exercițiului este înțelegerea distincției dintre senzație/ percepție/ emoție/ comportament. Participanții sunt încurajați să-și aleagă un partener, așezându-se unul în fața celuilalt și fiecare spune o frază care începe cu „Chiar acum, în fața ta, simt că eu....” sau „Eu mă simt...”. Participanții trebuie să se asigure că este vorba de o senzație, de un sentiment pe care îl au. Nu vor spune de ex. „Simt că ți-e teamă”. Putem simți doar pentru noi, în corpul nostru, nu putem simți în locul celuilalt. De exemplu, putem vedea că tremură, și ne imaginăm că îi este frică și nu ne simțim în largul nostru. Se lucrează pe diade. Partenerii se plimbă doi câte doi, spunându-și unul altuia, pe rând, timp de 3 minute: Văd/aud/simt fizic (senzația/diferită de simțirea emoțională)... /mă gândesc că... /simt... (emoția)... /fac (acționez).

Descifrarea experienței: în urma acestui exercițiu, participanții au înțeles distincția dintre a simți în plan fizic, gând, emoție, acțiune. Unii dintre ei au constatat că întâmpină greutăți în ceea ce privește acțiunea, trecerea la act, alții, la nivel emoțional, în ceea ce privește identificarea și numirea unei emoții, alții nu și-au putut identifica gândurile. Au înțeles relația dintre gând – emoție – comportament, faptul că emoțiile noastre nu sunt provocate de un eveniment activator X, ci de modul în care noi interpretăm acel eveniment, că unul și același eveniment provoacă emoții și comportamente diferite de la un individ la altul.

Activitatea lucrativă a personalului medical presupune cumularea experiențelor afective pozitive sau negative care le influențează comportamentul și conduc la dezvoltarea anumitor tendințe comportamentale funcționale sau disfuncționale.

În lucrarea *Teoria Culturii Emoționale*, Cojocaru-Borozan M., (2010) definește competența emoțională ca fiind considerată o meta-competență, ce determină și explică în ce măsură omul poate utiliza ansamblul capacităților individuale pentru a înțelege atitudinile celor din jur și pentru a gestiona comportamentul său emoțional [23, p. 239]. Componentele de bază ale competenței emoționale sunt: autoreglarea, reglarea relațiilor interpersonale, empatia, reflecția. Acestea formează blocurile funcțional-comportamental, cognitiv intrapersonal și interpersonal.

Goleman D., (2008), în *Teoria despre posibilitatea ridicării gradului de inteligență emoțională formată din competențe învățate prin educație și exerciții*, susține că, „spre deosebire de gradul de inteligență, competențele emoționale sunt învățate”, „oricine își poate ridica gradul de inteligență emoțională prin educație și exerciții pe parcursul vieții trecând prin anumite etape ale dezvoltării emoționale, factorii determinativi (interni și externi) ai dezvoltării culturii emoționale fiind inteligența generală, aptitudinile verbale, factorii nonintelectuali” [38, p. 42]. „Alfabetizarea emoțională”, după Goleman, ar fi capacitatea noastră de a muta centrul atenției de la sine la celălalt, adică este o cale spre empatie, spre o lume mai bună. Astfel, după autor, formarea *culturii emoționale* prin *alfabetizarea emoțională* este, într-o mare măsură, tributară unor obișnuințe/automatisme învățate, având la bază modele emoționale din familie sau din mediul școlar. Este important ca persoana să învețe să-și controleze emoțiile, canalizând energia generată de acestea spre rezolvarea cu succes a problemelor. Învățarea competențelor emoționale ne va ajuta să avem o perspectivă mai productivă în fața dificultăților.

Din cele prezentate mai sus, deducem că de cele mai multe ori, pentru a-și reduce distresul, omul recurge, simultan, la instrumentele sale cognitive, emoționale, biologice și comportamentale. Mai mult, utilizarea unui tip de mecanisme antrenează, în mai mică sau mare măsură, pe celelalte. Nu putem să scoatem stresul din viața noastră, dar ne putem învăța să coabităm cu el, fără consecințe nedorite asupra stării noastre psihice și fizice. Astfel, cunoașterea cauzelor și surselor arderii emoționale, dezvoltarea strategiilor de coping, un nivel înalt al competențelor emoționale, concomitent cu creșterea încrederii în sine, va permite depășirea momentelor de criză prin declanșarea controlului la nivelul deciziilor cognitive și afective, în așa fel ca lucrătorul medical să acționeze corect în complexitatea situațiilor sale lucrativă, încercând să evite sau, cel puțin să micșoreze, impactul sindromului burnout.

Psihoterapia umanistă are ca obiectiv de bază obținerea înțelegerii și dezvoltării personale. Individul poate fi cu adevărat fericit doar încercând tot timpul să fie mai bun și să se

înțeleagă pe sine. Principalii promotori ai psihologiei umaniste au fost Carl Rogers și Abraham Maslow, iar teoriile acestora se concentrează pe aspecte umane, cum sunt sinele și actualizarea sinelui, sănătatea, speranța, iubirea, creativitatea, existența, individualitatea, adică o înțelegere concretă a existenței umane prin prisma trăsăturilor de personalitate pozitive. Psihoterapia umanistă are la bază convingeri de tipul „prezentul este cel mai important”, „aici și acum”, „omul trebuie să își asume responsabilitatea pentru acțiunile sale”, „fiecare om este important prin propria sa existență”. Ca exemplu pot servi exercițiile de conștientizare afectivă și relațională prin tehnici specifice cum ar fi: *tehnica scaunului gol* - ca suport de dialog (prin joc de rol cu persoane semnificative din viața clientului) sau ca suport pentru provocarea dialogului dintre părțile eului aflate în conflict). Tehnica a fost creată de F. Perls iar o variantă a ei este cunoscută sub numele „top dog - under dog” (engl.), în traducere „câinele de rasă și câinele obișnuit”. Această variantă angajează un joc de rol prin care clientul comunică cu sine pe diverse teme generatoare de conflict între imaginea de sine ideală și imaginea de sine reală. El poate să-și dezvolte în timpul acestei comunicări o strategie de rezolvare a acestui conflict, de unificare a polarităților. Tehnica este, totodată, și un bun instrument de diagnostic al perturbărilor și blocajelor comunicării implicate în disfuncționalități ale personalității.

La baza elaborării *Programului psihologic de diminuare a stresului și a sindromului burnout* au stat 3 idei extrase din teoriile prezentate mai sus: *schimbarea gândurilor distorsionate și înlocuirea lor cu un model rațional, sănătos, flexibilitatea și posibilitatea de a interveni cu modificări în orice moment al procesului terapeutic, valorificarea fiecărei persoane prin întărirea convingerilor pozitive și actualizarea sinelui.*

Fiecare modul al programului de intervenție are o anumită structură, care corespunde următoarelor etape:

1. Etapa introductivă (10 - 15 minute) Urmărește restabilirea contactului între participanți, captarea atenției, focalizarea pe problematica fiecăruia, pe realizările obținute de la o etapă la alta, fapt pentru care aceasta începe cu întrebarea „Ce ați mai făcut, ce s-a mai întâmplat de la ultima întâlnire”? La această etapă, se discută și tema pentru acasă, un preambul pentru introducerea participanților în subiect.

2. Etapa de intervenție psihologică (30 - 40 minute) include exerciții și tehnici de bază orientate spre realizarea obiectivelor caracteristice etapei de intervenție psihologică, dar și spre eliminarea multitudinii de reacții emoționale negative (frică, neliniște, anxietate), a comportamentelor nedorite, elaborarea modelelor de comportament eficient, care vor permite participanților abordarea cu succes a sarcinilor cotidiene, o interacțiune adecvată cu cei din jur în diverse situații.

3. Etapa consolidării (10 - 15 minute) Presupune sistematizarea și rezumarea, se oferă feedback cu privire la întreaga zi și se propune tema pentru acasă. Temea pentru acasă (3 - 5 minute) reprezintă o continuare a intervenției psihologice formative în afara sesiunilor, un instrument esențial al procesului de schimbare în psihoterapie. Potrivit Sabinei Manes, temele pentru acasă ajută participanții să-și asume roluri active, îi responsabilizează, îi face să fie mai implicați în procesul de schimbare, le oferă posibilități de a exersa abilitățile și de a aplica principiile cognitive (de exemplu, menținerea contactului vizual la nivelul ochilor).

Timpul acordat fiecărei etape poate fi flexibil, în funcție de trăirile exprimate de participanți. Structura de bază a activităților a fost completată cu materiale de specialitate, cu explicații și exerciții ilustrative. Anumite activități au inclus fișe de lucru.

Ședințele în cadrul programului psihologic de intervenție au fost realizate în perioada 3.05.2019 - 20.09.2019, o dată pe săptămână.

3. 2 Prezentarea și interpretarea rezultatelor experimentale ca urmare a intervenției psihologice acordată personalului medical

Pentru evaluarea ipotezei înaintate, conform căreia, *prin intermediul programului de intervenție psihologică poate fi diminuat stresul ocupațional și sindromul burnout la personalul medical*, au fost utilizate probele psihodiagnostice: Scala de percepție a stresului (Levenstein și colab., 1993), Inventarul epuizării profesionale MBI – Maslach Bournout Inventory, Chestionarului COPE (Carver și colaboratorii).

Pentru a demonstra că nu există diferențe între grupul de control și cel experimental în faza de testare, a fost utilizat testul U - Mann Whitney pentru analiza rezultatelor obținute de către personalul medical implicat în experimentul formativ.

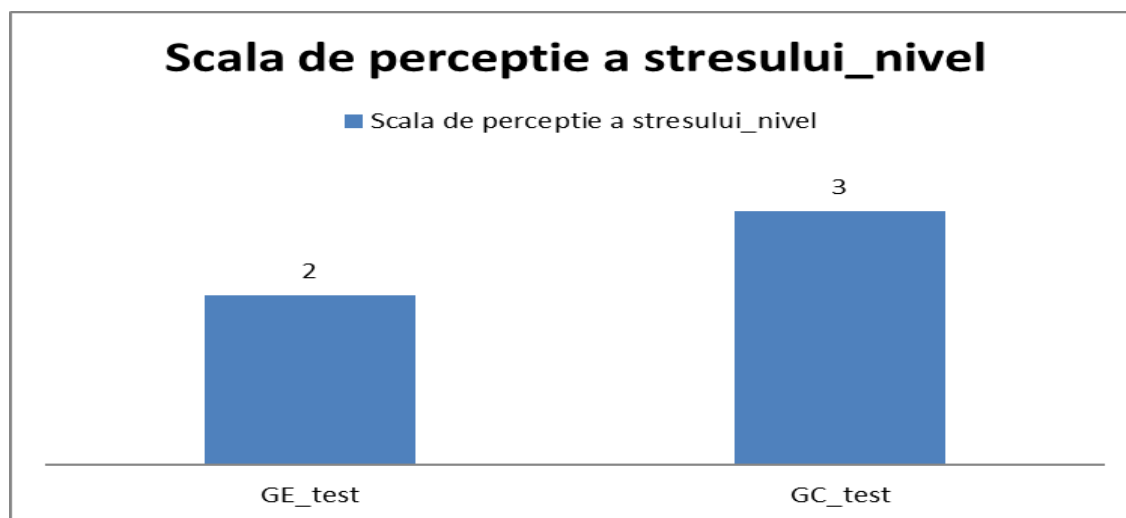


Fig. 3. 1 Valorile medii pentru scala de percepție a stresului nivel

Rezultatele medii obținute de subiecții experimentali din cele două grupuri sunt următoarele: pentru variabila *percepția stresului* – GE/test ($M_1=2,00$) și GC/test ($M_2=3$). Datorită faptului că nu există diferențe statistice semnificative între grupul experimental și grupul de control, putem spune că lotul experimental și cel de control sunt omogene.

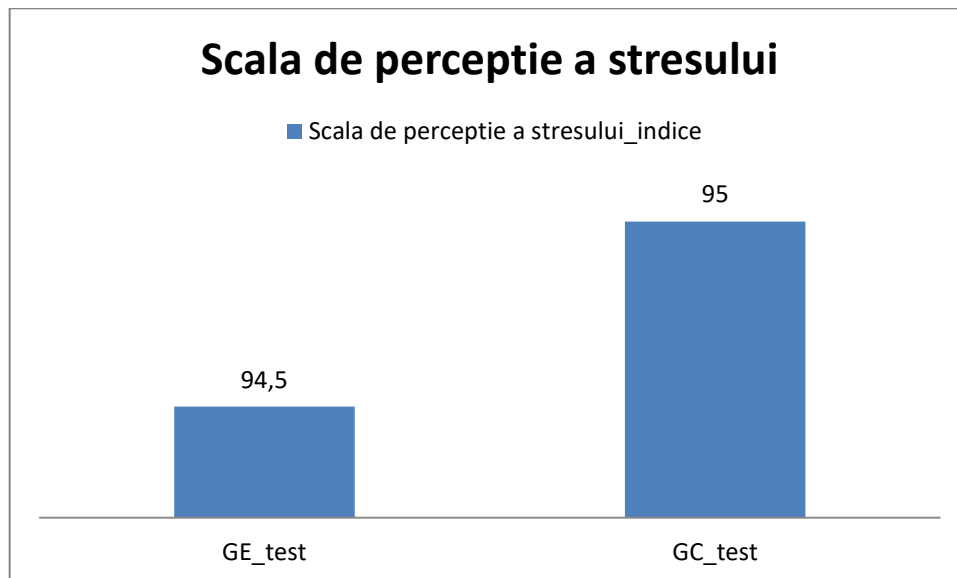


Fig. 3. 2 Valorile medii pentru scala de percepție a stresului_indice GE/test, GC/test

Valorile medii obținute de subiecții experimentali din cele două grupuri la scala de *percepție a stresului* sunt destul de apropiate (GE/test ($M_1=94,50$) și GC/test ($M_2=95$)). Observăm că, din perspectiva rezultatelor obținute la percepția stresului, avem omogenitatea grupurilor, fapt ce reiese din existența mediilor asemănătoare.

Următorul pas a fost compararea mediilor la sindromul epuizării profesionale. Pentru a identifica existența diferențelor dintre grupul experimental GE și grupul de control GC din perspectiva testului MBI am comparat rezultatele obținute la etapa de pretestare.

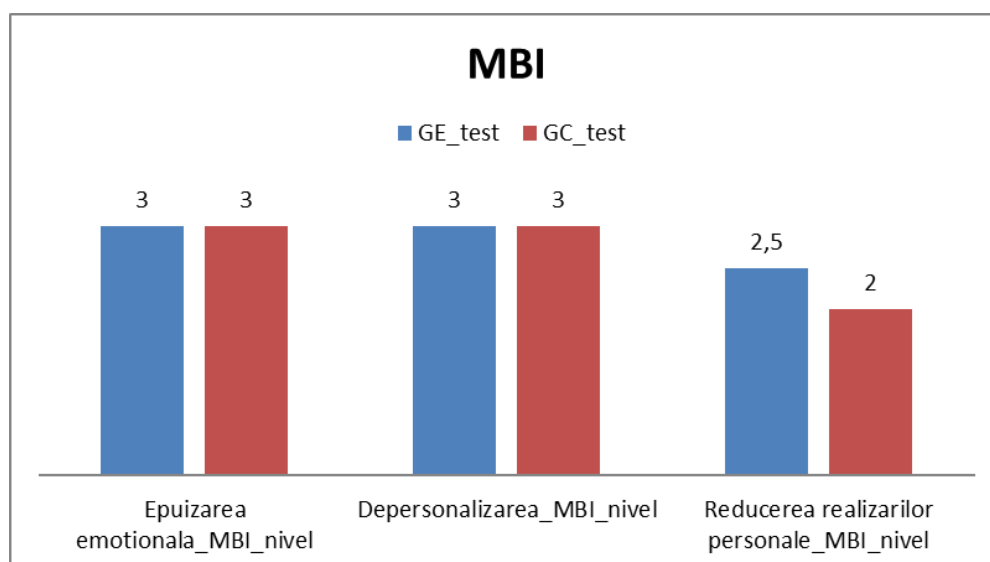


Fig. 3. 3 Valorile medii pentru sindromul burnout MBI nivel

Rezultatele medii obținute de subiecții experimentali din cele două grupuri sunt următoarele: pentru variabila *epuizarea emoțională, nivel* – GE/test ($M_1=3$) și GC/test ($M_2=3$), pentru variabila *depersonalizare, nivel* – GE/test ($M_1=3$) și GC/test ($M_2=3$), pentru variabila *reducerea realizărilor personale, nivel* – GE/test ($M_1=2,5$) și GC/test ($M_2=2$), iar din perspectiva rezultatelor obținute la MBI, avem omogenitatea grupurilor.

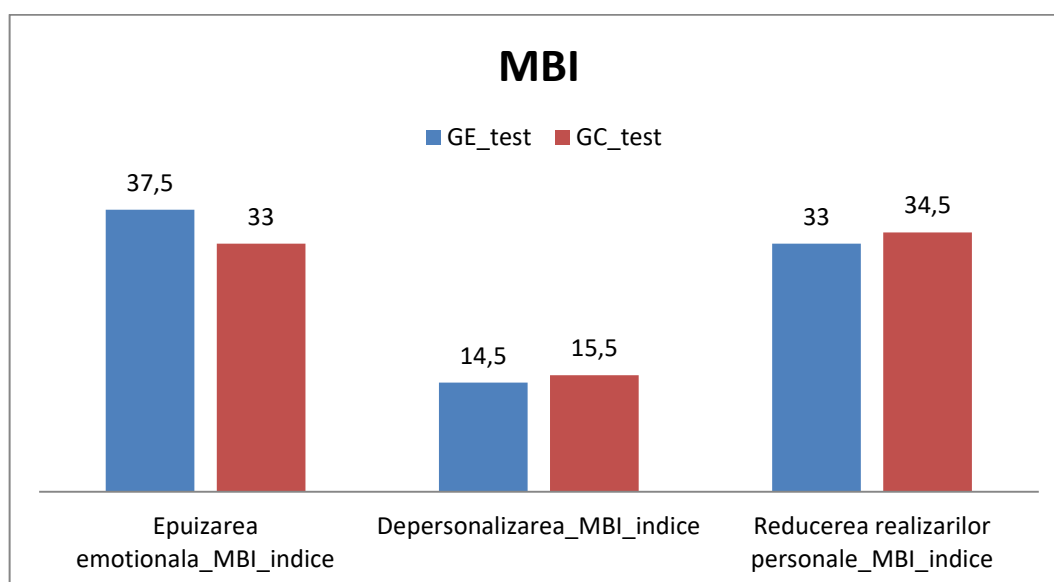


Fig. 3. 4 Valorile medii pentru sindromul arderii emoționale MBI indice

Rezultatele medii obținute de subiecții experimentali din cele două grupuri sunt următoarele: pentru variabila *epuizarea emoțională* – GE/test ($M_1=37,5$) și GC/test ($M_2=33$), pentru variabila *depersonalizare* – GE/test ($M_1=14,5$) și GC/test ($M_2=15,5$), pentru variabila *reducerea realizărilor personale* – GE/test ($M_1=33$) și GC/test ($M_2=34,5$).

Datorită faptului că nu există diferențe statistic semnificative din perspectiva rezultatelor obținute la MBI între grupul experimental și grupul de control, putem spune că lotul experimental și cel de control sunt omogene.

Reprezentarea grafică a mediilor obținute de GC și GE la etapa pretestare la MBI nu indică deosebiri între cele două loturi de cercetare, ceea ce ne permite să presupunem faptul că loturile sunt omogene.

Tabelul 3. 1 Semnificația diferenței după testul U (Mann-Whitney) în experimentul de control la variabilele cercetate

	Scala de percepție a stresului	Epuizarea emoțională, MBI	Depersonalizare MMBI	Reducerea realizărilor personale, MBI
Mann-Whitney U	65,000	64,000	61,500	67,500
p	0,684	0,643	0,543	0,794

Pentru a determina dacă există diferențe statistic semnificative între GE și GC la etapa pretestare, la variabilele cercetate, am aplicat testul statistic U – Mann Whitney. Rezultatele obținute sunt următoarele: la variabila *percepția stresului* ($U = 65,000$, $p \leq 0,684$), la variabila *epuizarea emoțională* ($U = 64,000$, $p \leq 0,643$), la variabila *depersonalizare* ($U = 61,500$, $p \leq 0,543$), la variabila *reducerea realizărilor personale* ($U = 67,500$, $p \leq 0,794$). Pentru variabilele menționate nu au fost evidențiate diferențe statistic semnificative (Vezi anexa 3, tabelul A 3.3-3.4) între cele două grupuri, motiv pentru care putem concluziona că rezultatele obținute de grupul experimental și cel de control format din personalul medical, în faza test, sunt asemănătoare, grupurile fiind omogene.

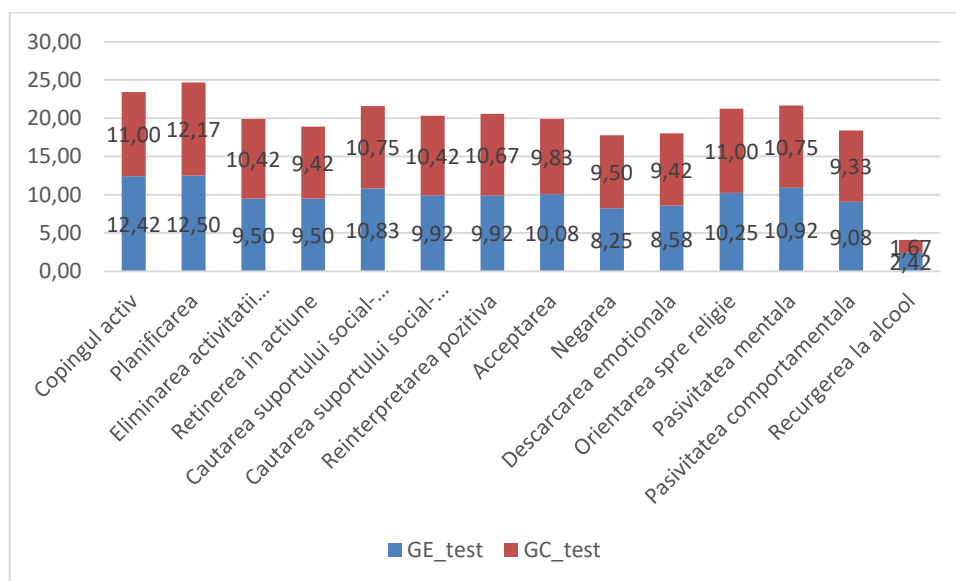


Fig. 3. 5 Valorile medii pentru scala de coping

Valorile medii obținute de subiecții experimentali din cele două grupuri, la scala de *coping*, sunt de asemenea omogene: *copingul activ* (GE/test ($M_1=12,42$) și GC/test ($M_2=11$), *planificarea* (GE/test ($M_1=12,50$) și GC/test ($M_2=12,17$), *eliminarea activității concurente* (GE/test ($M_1=9,5$) și GC/test ($M_2=10,42$), *reținerea în acțiune* (GE/test ($M_1=9,50$) și GC/test ($M_2=9,42$), *căutarea suportului social instrumental* (GE/test ($M_1=10,83$) și GC/test ($M_2=10,75$), *căutarea suportului social emoțional* (GE/test ($M_1=9,92$) și GC/test ($M_2=8,42$), *reinterpretarea pozitivă* (GE/test ($M_1=9,92$) și GC/test ($M_2=10,67$), *acceptarea* (GE/test ($M_1=10,08$) și GC/test ($M_2=9,83$), *negarea* (GE/test ($M_1=8,25$) și GC/test ($M_2=9,50$), *descărcarea emoțională* (GE/test ($M_1=8,58$) și GC/test ($M_2=9,42$), *orientare spre religie* (GE/test ($M_1=10,25$) și GC/test ($M_2=11,00$), *pasivitatea mentală* (GE/test ($M_1=10,92$) și GC/test ($M_2=10,75$), *pasivitatea comportamentală* (GE/test ($M_1=9,08$) și GC/test ($M_2=9,33$), *recurgerea la alcool* (GE/test ($M_1=2,42$) și GC/test ($M_2=1,67$). Observăm că, din perspectiva rezultatelor obținute la strategiile de coping la personalul medical, avem omogenitatea grupurilor, fapt ce reiese din existența mediilor asemănătoare, dar și din confirmarea prelucrării statistice a datelor.

Tabelul 3. 2 Semnificația diferenței după testul U (Mann-Whitney) în experimentul de control la variabilele cercetate

	Copi ngul activ	Planifi carea	Elimi narea activit ății concu rente	Rețin erea în acâi u ne	Căutar ea suport ului social- instru mentar	Căuta rea supor tului social - emoți onal	Reinter pretarea pozitivă	Acce ptarea	Negar ea	Descăr carea emoțio nală	Orie ntare spre religi e	Pasivit atea compor tamenta lă	Pasivita tea compor tamenta lă	Recur gerea la alcool
U	65,00	55,00	50,00	56,50	49,50	33,50	55,50	61,50	58,5	68,00	70,50	39,50	64,00	64,50
p	0,676	0,318	0,188	0,363	0,184	0,064	0,326	0,539	0,420	0,814	0,929	0,065	0,638	0,623

Pentru a determina dacă există diferențe statistic semnificative între GE și GC, la etapa pretestare, la variabilele cercetate, am aplicat testul statistic U – Mann Whitney. Rezultatele obținute au permis constatarea omogenității grupurilor studiate la scala de coping, după cum urmează: variabila *coping activ* ($U=65,00$, $p=0,676$), *planificare* ($U=55,00$, $p=0,318$), *eliminarea activității concurente* ($U=50,00$, $p=0,188$), *reținere în acțiune* ($U=56,50$, $p=0,363$), *căutarea suportului social instrumental* ($U=49,50$, $p=0,184$), *căutarea suportului social emoțional* ($U=33,50$, $p=0,064$), *reinterpretarea pozitivă* ($U=55,50$, $p=0,326$), *acceptarea* ($U=61,50$, $p=0,359$), *negarea* ($U=58,50$, $p=0,420$), *descărcarea emoțională* ($U=68,00$, $p=0,814$), *orientarea*

spre religie ($U=70,50$, $p=0,929$), pasivitatea mintală ($U=39,50$, $p=0,065$), pasivitatea comportamentală ($U=64,00$, $p=0,638$), recurgerea la alcool ($U=64,50$, $p=0,623$).

În scopul determinării reducerii intensității stresului ocupațional, datorată programului de intervenție psihologică, am examinat rezultatele obținute de personalul medical din grupul experimental la etapa de test și retest (GE/test-GE/retest), realizate prin utilizarea testului Wilcoxon.

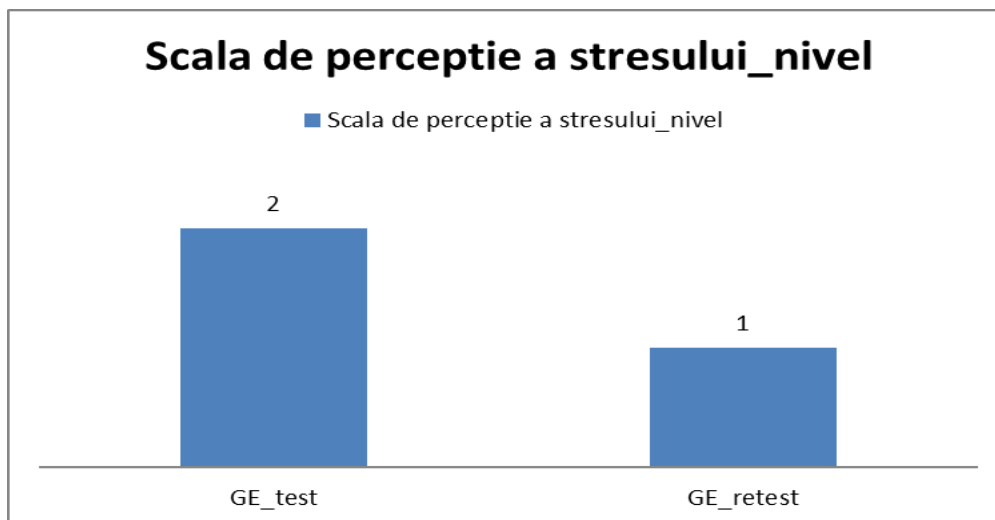


Fig. 3. 6 Valorile medii pentru scala de percepție a stresului nivel din GE - test și GE - retest

Conform rezultatelor expuse în reprezentarea grafică, se constată diferențe între rezultatele medii obținute de personalul medical din (GE/test) la etapa test și retest (GE/retest). Compararea rezultatelor între faza test și retest la grupul experimental ne permite să constatăm deosebiri de medii, datorate intervențiilor psihologice din experimentul formativ la: variabila percepția stresului GE/test ($M_1=2$) și GE/retest ($M_2=1$).

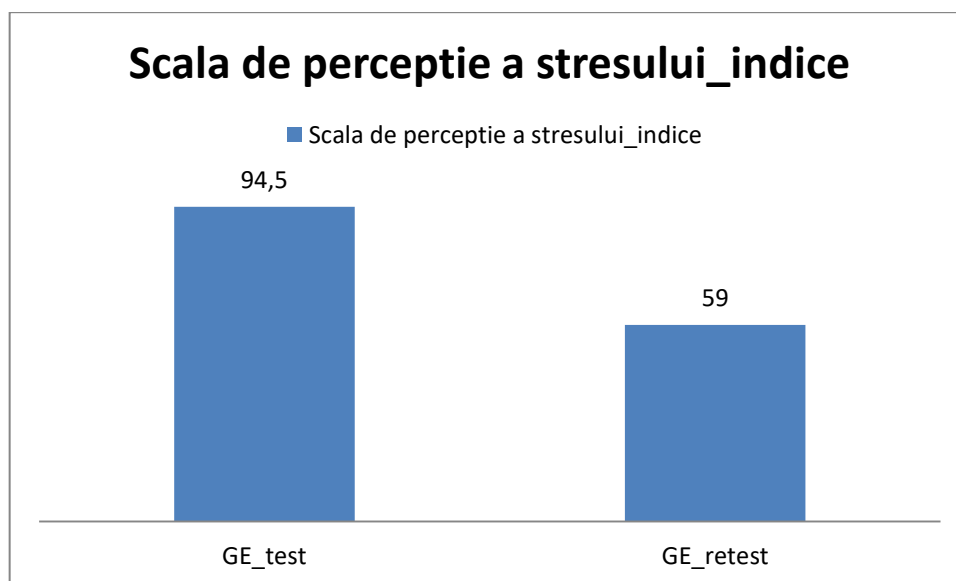


Fig. 3. 7 Valorile medii pentru scala de percepție a stresului indice din GE - test și GE - retest

Conform rezultatelor expuse în reprezentarea grafică din figura 3. 6, se constată diferențe între rezultatele medii obținute de subiecții din (GE/test) la etapa test și retest (GE/retest).

Compararea rezultatelor între faza test și retest la grupul experimental ne permite să constatăm deosebiri de medii, datorate intervențiilor psihologice din experimentul formativ la: variabila *percepția stresului* GE/test ($M_1=2$) și GE/retest ($M_2=1$). Rezultatele obținute permit să afirmăm că implicarea personalului medical în programul de intervenție ne-a ajutat să reducem stresul și percepția lui.

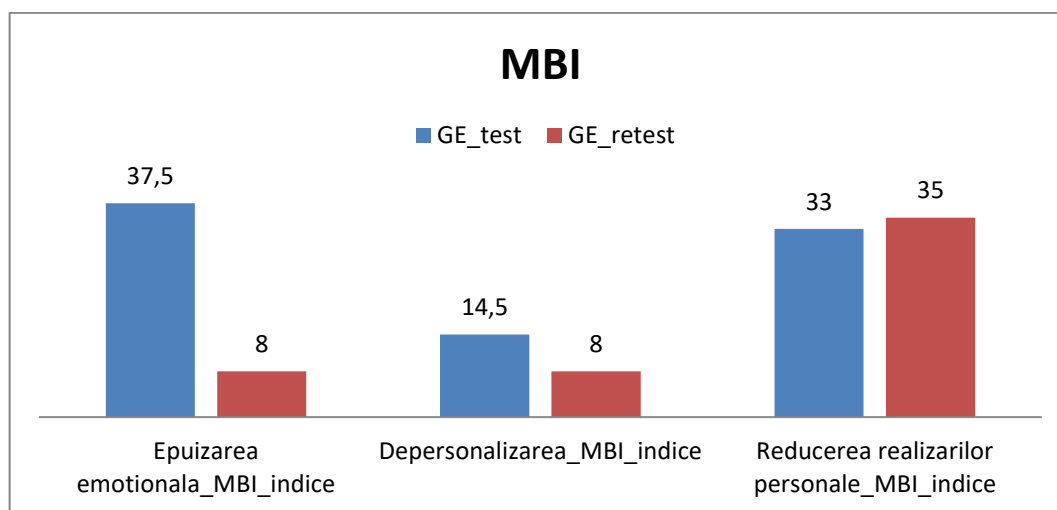


Fig. 3. 8 Valorile medii pentru sindromul arderii emoționale MBI indice din GE - test și GE – retest

Compararea rezultatelor ne permite să constatăm deosebiri de medii, datorate intervenției psihologice din experimentul formativ la: variabila *epuizarea emoțională* – GE/test ($M_1=37,5$) și GE/retest ($M_2=8$), variabila *depersonalizare* – GE/test ($M_1=14,5$) și GE/retest ($M_2=8$), variabila *reducerea realizărilor personale* – GE/test ($M_1=33$) și GE/retest ($M_2=35$).

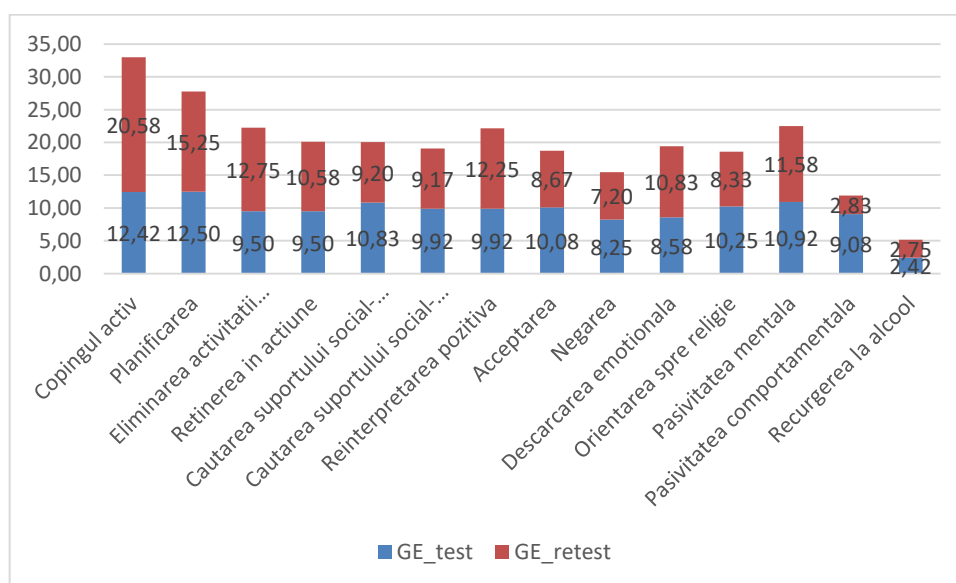


Fig. 3. 9 Valorile medii pentru scala de coping din GE - test și GE – retest

Compararea rezultatelor la scala de coping ne permite să constatăm deosebiri de medii, datorate intervenției psihologice din experimentul formativ la: variabila *copingul activ* – GE/test ($M_1=12,42$) și GE/retest ($M_2=20,58$), variabila *planificare* – GE/test ($M_1=12,5$) și GE/retest ($M_2=15,25$), variabila *eliminarea activității concurente* – GE/test ($M_1=9,5$) și GE/retest ($M_2=12,75$), variabila *reținerea în acțiune* – GE/test ($M_1=9,50$) și GE/retest ($M_2=10,58$), variabila *căutarea suportului social instrumental* – GE/test ($M_1=10,83$) și GE/retest ($M_2=9,20$), variabila *căutarea suportului social emoțional* – GE/test ($M_1=9,92$) și GE/retest ($M_2=9,17$), variabila *reinterpretarea pozitivă* – GE/test ($M_1=9,92$) și GE/retest ($M_2=12,25$), variabila *acceptarea* – GE/test ($M_1=10,08$) și GE/retest ($M_2=8,67$), variabila *negarea* – GE/test ($M_1=8,25$) și GE/retest ($M_2=7,20$), variabila *descărcarea emoțională* – GE/test ($M_1=8,58$) și GE/retest ($M_2=10,83$), variabila *orientarea spre religie* – GE/test ($M_1=10,25$) și GE/retest ($M_2=8,33$), variabila *pasivitatea mentală* – GE/test ($M_1=10,92$) și GE/retest ($M_2=11,58$), variabila *pasivitatea comportamentală* – GE/test ($M_1=9,08$) și GE/retest ($M_2=2,83$), variabila *recurgerea la alcool* – GE/test ($M_1=2,42$) și GE/retest ($M_2=2,75$).

Pentru determinarea diferențelor statistic semnificative, am aplicat testul nonparametric Wilcoxon pentru eșantioane perechi.

Tabelul 3. 3 Semnificația diferenței după testul Wilcoxon în experimentul de control la variabilele cercetate (GE/test și GE/retest)

	Z	p
Copingul_activ_re - Copingul activ	-2,823 ^b	0,005
Planificarea_re – Planificarea	-0,144 ^b	0,006
Eliminarea_activității_concurente_re - Eliminarea activității concurente	-2,215 ^b	0,027
Reținerea în acțiune_re - Reținerea în acțiune	-2,125 ^b	0,034
Căutarea suportului social-instrumentar_re - Căutarea suportului social-instrumentar	-0,383 ^c	0,002
Căutarea suportului social-emoțional_re - Căutarea suportului social-emoțional	-1,727 ^b	0,044
Reinterpretarea_pozitivă_re - Reinterpretarea pozitivă	-1,631 ^b	0,043
Acceptarea_re – Acceptarea	-1,499 ^c	0,034
Negarea_re – Negarea	-3,200 ^b	0,001
Descărcarea_emoțională_re - Descărcarea emoțională	-2,270 ^b	0,023
Orientarea spre religie_re - Orientarea spre religie	-0,214 ^b	0,049
Pasivitatea mintală_re - Pasivitatea mintală	-0,872 ^c	0,038
Pasivitatea comportamentală_re - Pasivitatea comportamentală	-0,959 ^c	0,037
Recurgerea la alcool_re - Recurgerea la alcool	-4,294 ^b	0,022

Diferențe statistic semnificative au fost evidențiate la toate variabilele menționate: *copingul activ* ($Z=-2,823$, $p(0,001)$), *planificare* ($Z=-0,144$, $p(0,001)$), *eliminarea activității*

concurante ($Z=-2,215$, $p(0,046)$), reținerea în acțiune ($Z=-2,125$, $p(0,001)$), căutarea suportului social instrumental ($Z=-0,383$, $p(0,001)$), căutarea suportului social emoțional ($Z=-1,727$, $p(0,001)$), reinterpretarea pozitivă ($Z=-1,631$, $p(0,001)$), acceptarea ($Z=-1,499$, $p(0,001)$), negarea ($Z=-3,200$, $p(0,001)$), descărcarea emoțională ($Z=-2,270$, $p(0,001)$), orientarea spre religie ($Z=-0,214$, $p(0,001)$), pasivitatea mentală ($Z=-0,872$, $p=0,001$), pasivitatea comportamentală ($Z=-0,959$, $p(0,001)$), recurgerea la alcool ($Z=-4,294$, $p(0,001)$).

Tabelul 3. 4 Semnificația diferenței după testul Wilcoxon în experimentul de control la variabilele cercetate (GE/test și GE/retest)

	Scala de percepție a stresului	Epuizarea emoțională MBI	Depersonalizarea MBI	Reducerea realizărilor personale MBI
Z	-2,714 ^c	-3,276 ^c	-1,996 ^c	-1,473 ^c
p	0,007	0,001	0,046	0,141

Diferențe statistic semnificative au fost evidențiate la variabilele *percepția stresului* ($Z=-2,714$, $p\leq 0,007$), *epuizare emoțională* ($Z=-3,276$, $p\leq 0,001$), *depersonalizare* ($Z=-1,996$, $p\leq 0,046$). La variabila *reducerea realizărilor personale* nu au fost identificate diferențe statistic semnificative ($Z=-1,473$, $p\leq 0,141$). (Vezi anexa 3 Tabelul A 3.9.).

Tabelul 3. 5 Semnificația diferenței după testul Wilcoxon în experimentul de control la variabilele cercetate (GE/test și GE/retest)

	Scala de percepție a stresului	Epuizarea emoțională MBI	Depersonalizarea MBI	Reducerea realizărilor personale MBI
Z	-3,065 ^c	-3,059 ^c	-2,536 ^c	-0,942 ^d
p	0,002	0,002	0,011	0,346

Compararea rezultatelor la grupul experimental, pentru variabilele *percepția stresului* ($Z=-3,065$, $p\leq 0,002$), *epuizare emoțională* ($Z=-3,059$, $p\leq 0,002$), *depersonalizare* ($Z=-2,536$, $p\leq 0,011$), *reducerea realizărilor personale* ($Z=-0,942$, $p\leq 0,346$), ne permit să constatăm lipsa unor diferențe statistic semnificative.

Această succesiune experimentală a permis trecerea la următoarea etapă, prin verificarea veridicității și validității intervenției experimentale și stabilirea diferențelor la *grupul de control*.

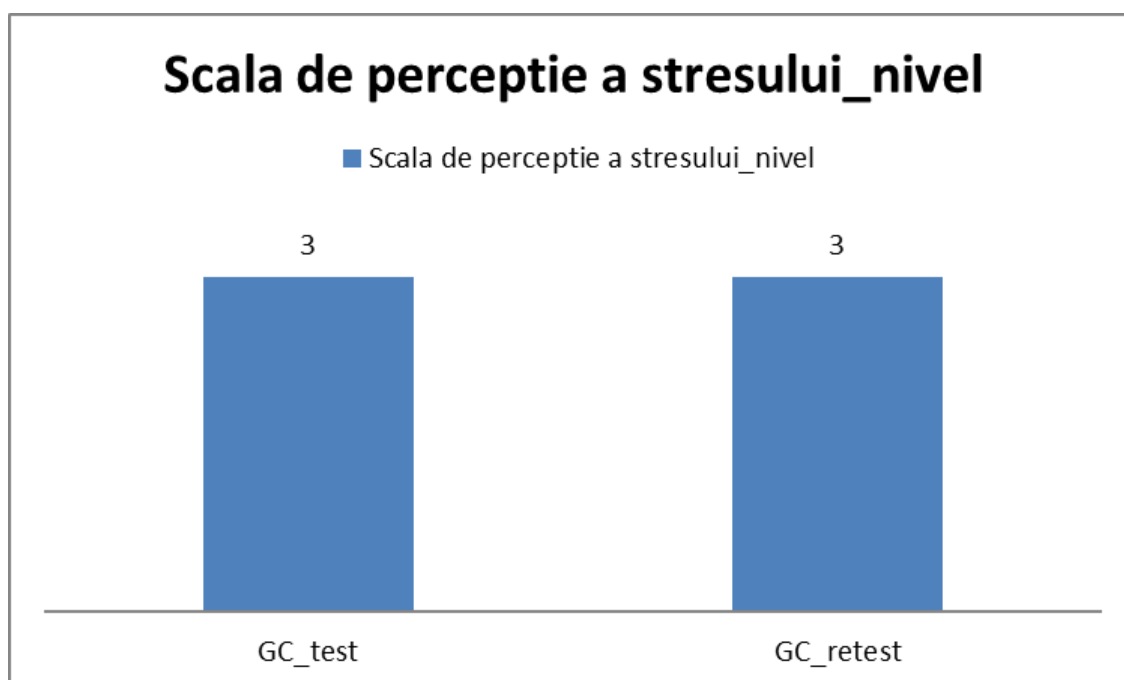


Fig. 3. 10 Valorile medii pentru scala de percepție a stresului nivel din GC - test și GC - retest

Conform rezultatelor expuse în figura 3.10, se constată lipsa de diferențe între rezultatele medii obținute de subiecții din (GC/test) la etapa test și retest (GC/retest).

Compararea rezultatelor între faza test și retest la grupul de control ne permite să constatăm rezultate similare, fără a identifica o oarecare dinamică cu deosebiri de medii la variabila *percepția stresului* GC/test ($M_1=3$) și GC/retest ($M_2=3$).

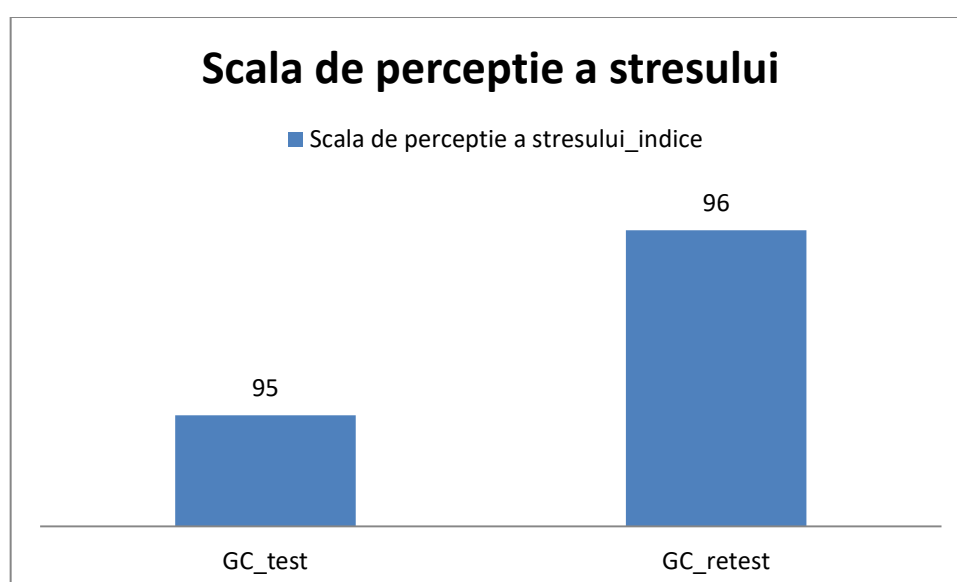


Fig. 3. 11 Valorile medii pentru scala de percepție a stresului din GC - test și GC - retest

Conform rezultatelor expuse în figura 3. 11, se constată lipsa de diferențe între rezultatele medii obținute de subiecții din (GC/test) la etapa test și retest (GC/retest).

Compararea rezultatelor la aceeași variabilă, scala de percepție a stresului între faza test și retest la grupul de control ne permite să constatăm rezultate practic similare, fără a identifica o dinamică cu deosebiri de medii la variabila *percepția stresului* GC/test ($M_1=95$) și GC/retest ($M_2=96$). Acest lucru ne întărește convingerea că variabila *percepția stresului* la grupul de control a rămas constantă.

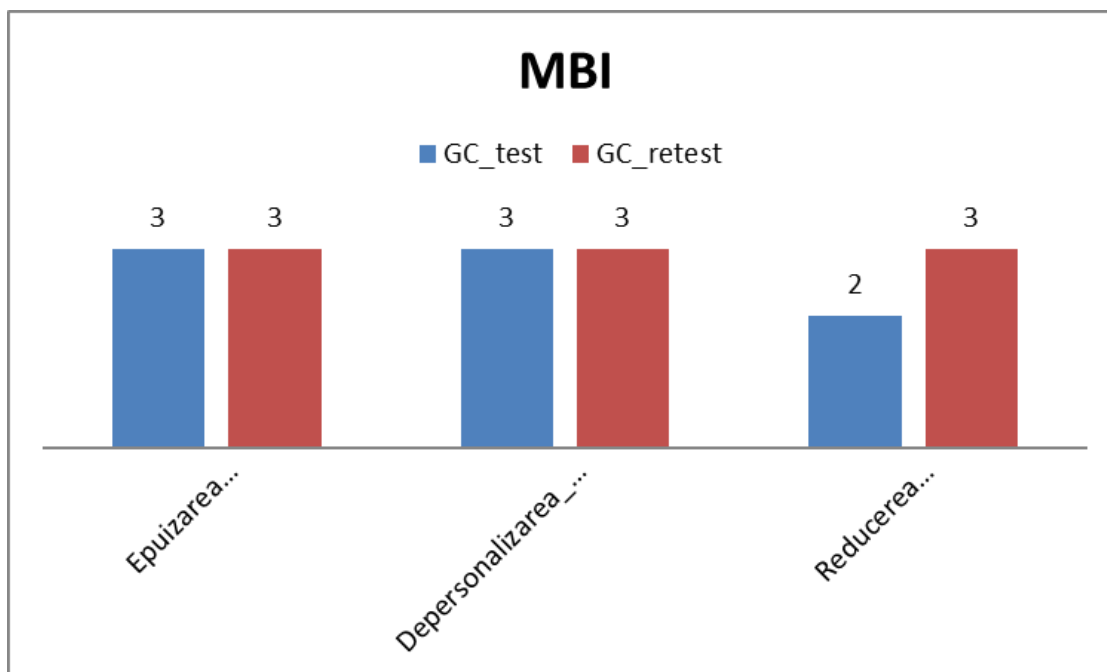


Fig. 3.12 Valorile medii pentru sindromul arderii emoționale MBI nivel din GC - test și GC - retest

Din figura 3. 12, cu privire la GC - test și GC - retest, constatăm că deosebiri între medii nu sunt atestate la: variabila *epuizarea emoțională nivel* – GC/test ($M_1=3$) și GC/retest ($M_2=3$), variabila *depersonalizare nivel* – GC/test ($M_1=3$) și GC/retest ($M_2=3$), variabila *reducerea realizărilor personale nivel* – GC/test ($M_1=2$) și GC/retest ($M_2=3$).

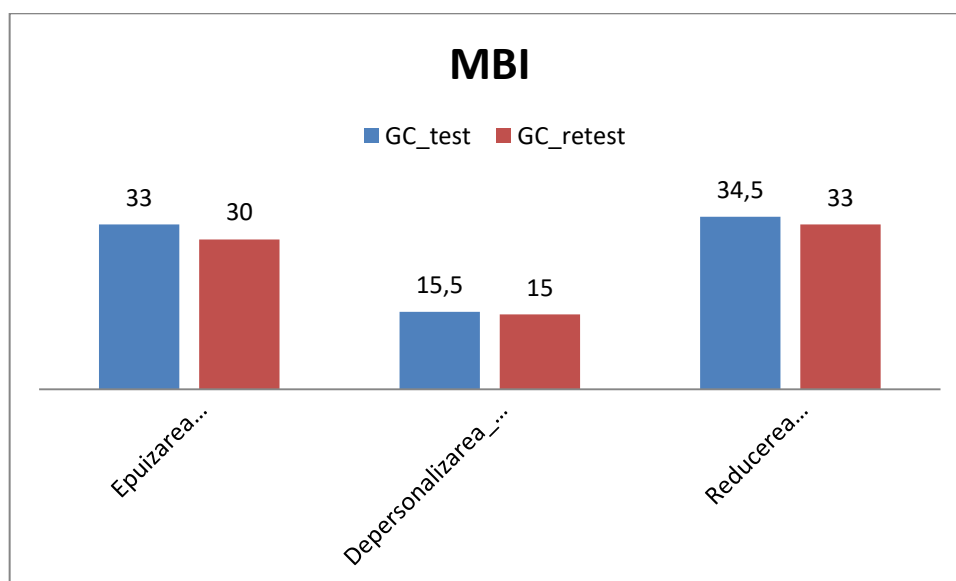


Fig. 3. 13 Valorile medii pentru sindromul burnout MBI indice din GC - test și GC – retest

Figura 3. 13 evidențiază mediile cu privire la GC - test și GC - retest. Rezultatele obținute ne permit să constatăm că nu sunt atestate deosebiri între medii la componentele sindromului burnout: variabila *epuizarea emoțională indice* – GC/test ($M_1=33$) și GC/retest ($M_2=30$), variabila *depersonalizare nivel* – GC/test ($M_1=15,5$) și GC/retest ($M_2=15$), variabila *reducerea realizărilor personale nivel* – GC/test ($M_1=34,5$) și GC/retest ($M_2=33$).

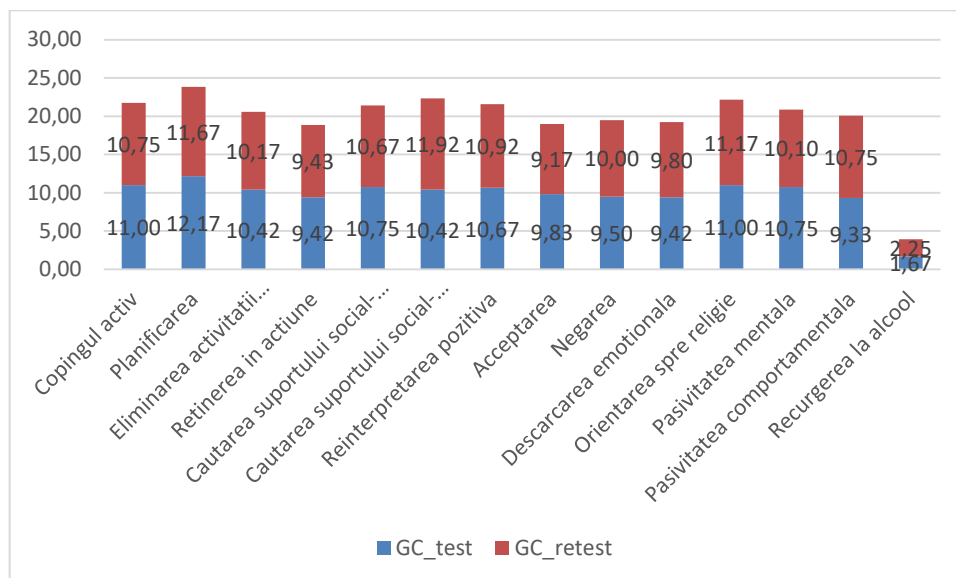


Fig. 3. 14 Valorile medii pentru scala de coping din GC - test și GC – retest

În conformitate cu rezultatele din figura de mai sus, putem constata că nu sunt atestate diferențe între medii la strategiile de coping la grupul de control în faza test și retest: *copingul activ* – GC/test ($M_1=11$) și GC/retest ($M_2=10,75$), variabila *planificare* – GC/test ($M_1=12,17$) și GC/retest ($M_2=11,67$), variabila *eliminarea activității concurente* – GC/test ($M_1=10,42$) și GC/retest ($M_2=10,17$), variabila *reținerea în acțiune* – GC/test ($M_1=9,42$) și GC/retest ($M_2=9,43$), variabila *căutarea suportului social instrumental* – GC/test ($M_1=10,75$) și GC/retest ($M_2=10,67$), variabila *căutarea suportului social emoțional* – GC/test ($M_1=10,42$) și GC/retest ($M_2=11,92$), variabila *reinterpretarea pozitivă* – GC/test ($M_1=10,67$) și GC/retest ($M_2=10,92$), variabila *acceptarea* – GC/test ($M_1=9,83$) și GC/retest ($M_2=9,17$), variabila *negarea* – GC/test ($M_1=9,50$) și GC/retest ($M_2=10,0$), variabila *descarcarea emoțională* – GC/test ($M_1=9,42$) și GC/retest ($M_2=9,80$), variabila *orientarea spre religie* – GC/test ($M_1=9,33$) și GC/retest ($M_2=11,17$), variabila *pasivitatea mentală* – GC/test ($M_1=10,75$) și GC/retest ($M_2=10,10$), variabila *pasivitatea comportamentală* – GC/test ($M_1=9,33$) și GC/retest ($M_2=10,75$), variabila *recurgerea la alcool* – GC/test ($M_1=1,67$) și GC/retest ($M_2=2,25$).

Pentru validitatea experimentului formativ, pentru eșantioane perechi, s-au efectuat demersurile statistice necesare prin testul nonparametric Wilcoxon.

Tabelul 3. 6 Semnificația diferenței după testul Wilcoxon în experimentul de control la variabilele cercetate (GC/test și GC/retest)

	Scala de percepție a stresului_nivel	Epuizarea emoțională_MBI_nivel	Depersonalizarea_MBI_nivel	Reducerea realizărilor personale_MBI_nivel
Z	-1,732 ^c	-1,414 ^d	-0,577 ^c	-0,557 ^c
p	0,083	0,157	0,564	0,577

Compararea rezultatelor pentru variabilele *percepția stresului* ($Z=-1,732$; $p\leq 0,83$), *epuizarea emoțională* ($Z=-1,414$; $p\leq 0,157$), *depersonalizarea* ($Z=-0,577$, $p\leq 0,564$), *reducerea realizărilor personale* ($Z=-0,557$, $p\leq 0,577$) ne permite să constatăm lipsa unor diferențe statistic semnificative.

Pentru elucidarea rezultatelor și verificarea veridicității acestora, datele aceluiași teste, ca și în faza precedentă, au fost prelucrate statistic.

Tabelul 3. 7 Semnificația diferenței după testul Wilcoxon în experimentul de control la variabilele cercetate (GC/test și GC/retest)

	Scala de percepție a stresului	Epuizarea emoționala MBI	Depersonalizarea MBI	Reducerea realizărilor personale MBI
Z	-0,198 ^c	-1,962 ^c	-0,426 ^c	-1,387 ^c
P	0,843	0,055	0,670	0,165

Compararea rezultatelor pentru variabilele *percepția stresului* ($Z=-0,198$; $p\leq 0,843$), *epuizarea emoțională* ($Z=-1,962$, $p\leq 0,055$), *depersonalizarea* ($Z=-0,426$, $p\leq 0,670$) și *reducerea realizărilor personale* ($Z=-1,387$, $p\leq 0,165$) ne permite să constatăm lipsa unor diferențe statistic semnificative.

Tabelul 3. 8 Semnificația diferenței după testul Wilcoxon în experimentul de control la variabilele cercetate coping (GC/test și GC/retest)

	Z	p
Copingul_activ_re - Copingul activ	-0,965 ^b	0,335
Planificarea_re - Planificarea	-0,887 ^c	0,375
Eliminarea_activității_concurente_re - Eliminarea activității concurente	-0,359 ^c	0,719
Reținerea în acțiune_re - Reținerea în acțiune	-2,609 ^b	0,090
Căutarea suportului social-instrumentar_re - Căutarea suportului social-instrumentar	-0,119 ^b	0,905
Căutarea suportului social-emotional_re - Căutarea suportului social-emotional	-2,670 ^b	0,080
Reinterpretarea_pozitivă_re - Reinterpretarea pozitivă	-0,051 ^b	0,959
Acceptarea_re - Acceptarea	-0,834 ^c	0,404
Negarea_re - Negarea	-2,756 ^b	0,060

Descărcarea emoțională_re - Descărcarea emoțională	-1,770 ^b	0,077
Orientarea spre religie_re - Orientarea spre religie	-1,472 ^b	0,141
Pasivitatea mintală_re - Pasivitatea mentală	-1,917 ^c	0,055
Pasivitatea comportamentală_re - Pasivitatea comportamentală	-2,141 ^b	0,092
Recurgerea la alcool_re - Recurgerea la alcool	-3,088 ^b	0,082

Diferențe statistic semnificative nu au fost evidențiate la toate variabilele menționate: *copingul activ* ($Z=-0,965$, $p(0,335)$), *planificare* ($Z=-0,887$, $p(0,375)$), *eliminarea activității concurente* ($Z=-0,359$, $p(0,719)$), *reținerea în acțiune* ($Z=-2,609$, $p(0,090)$), *căutarea suportului social instrumental* ($Z=-0,119$, $p(0,959)$), *căutarea suportului social emoțional* ($Z=-2,670$, $p(0,080)$), *reinterpretarea pozitivă* ($Z=-0,510$, $p(0,959)$), *acceptarea* ($Z=-0,834$, $p(0,404)$), *negarea* ($Z=-2,756$, $p(0,006)$), *descărcarea emoțională* ($Z=-1,770$, $p(0,077)$), *orientarea spre religie* ($Z=-1,472$, $p(0,141)$), *pasivitatea mentală* ($Z=-1,917$, $p(0,055)$), *pasivitatea comportamentală* ($Z=-2,141$, $p(0,092)$), *recurgerea la alcool* ($Z=-3,088$, $p(0,082)$).

Putem constata că rezultatele programului de intervenție sunt veridice, iar în urma experimentului formativ stresul la personalul medical a scăzut și a avut rezultat și efecte mediatore asupra sindromului burnout, care constituie un criteriu de bază în dirijarea stresului la locul de muncă. Astfel, în urma intervenției experimentale, s-a constatat faptul că sindromul burnout a scăzut în paralel cu stresul, dar au avut loc și schimbări la nivel de strategii de coping în favoarea unora constructive.

Etapa următoare a demersului experimental a fost evidențierea diferențelor dintre GC și GE la etapa retest. Vedem mai jos diferențele obținute de aceste loturi experimentale la scala de percepție a stresului.

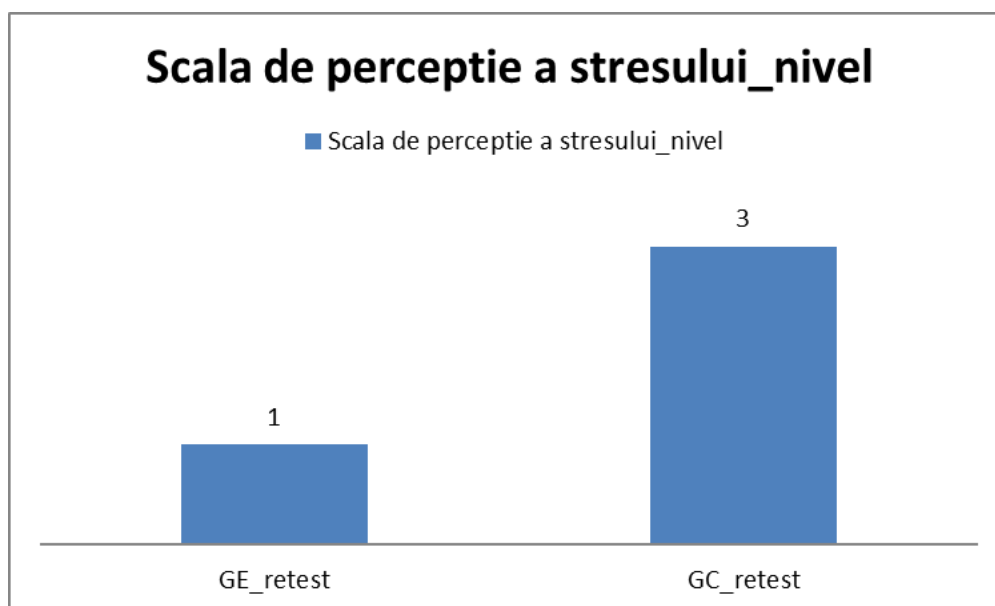


Fig. 3. 15 Valori medii pentru scala de percepție a stresului nivel din GC și GE – retest

Rezultatele medii obținute de subiecții experimentali din cele două grupuri sunt următoarele: pentru variabila *percepția stresului* – GE/retest ($M_1=1,00$) și GC/retest ($M_2=3$), fapt ce denotă o dinamică pozitivă.

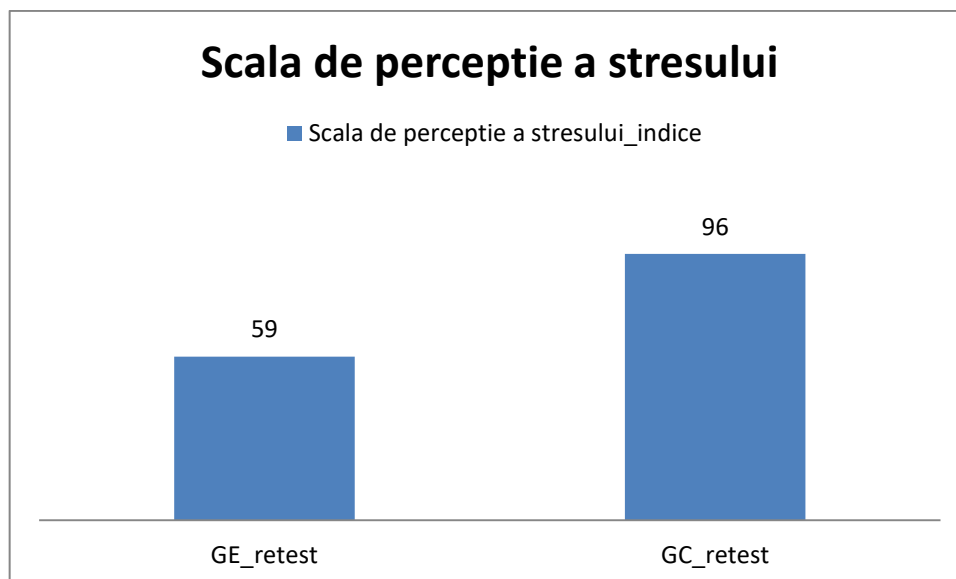


Fig. 3. 16 Valori medii pentru scala de percepție a stresului indice din GC și GE – retest

Rezultatele medii obținute de subiecții experimentali din cele două grupuri sunt următoarele: pentru variabila *percepția stresului, indice* – GE/retest ($M_1=59,00$) și GC/retest ($M_2=96$), fapt ce denotă adițional o dinamică pozitivă a percepției stresului pentru subiecții incluși în lotul experimental.

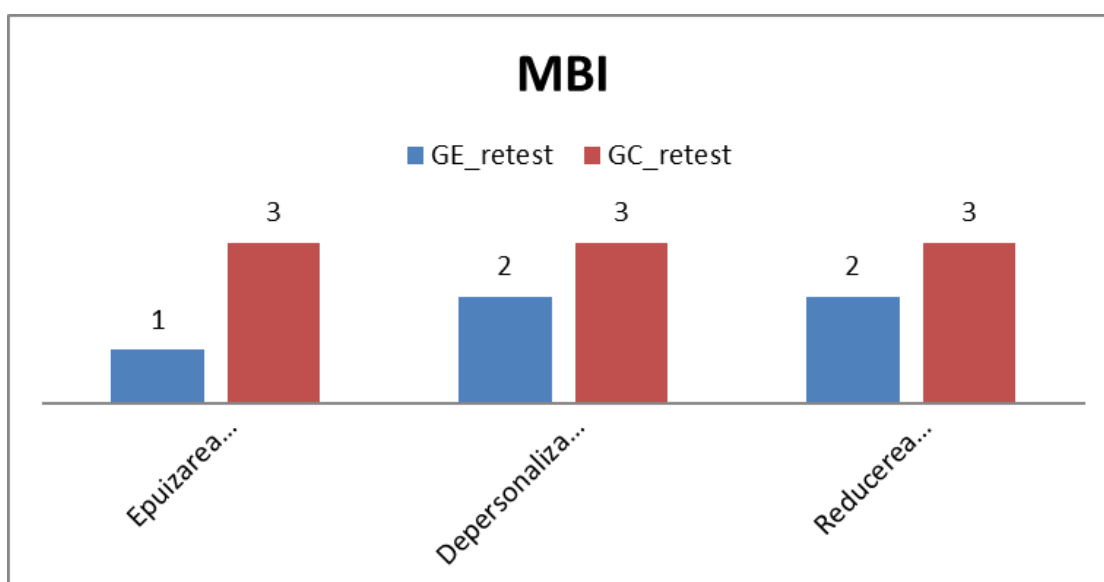


Fig. 3. 17 Valorile medii pentru sindromul arderii emoționale MBI nivel din GC și GE – retest

Rezultatele medii obținute de subiecții experimentali din cele două grupuri sunt următoarele: pentru variabila *epuizarea emoțională*, nivel – GE/retest ($M_1=1$) și GC/retest ($M_2=3$), variabila *depersonalizare*, nivel – GE/retest ($M_1=2$) și GC/retest ($M_2=3$), variabila *reducerea realizărilor personale*, nivel – GE/retest ($M_1=2$) și GC/retest ($M_2=3$).

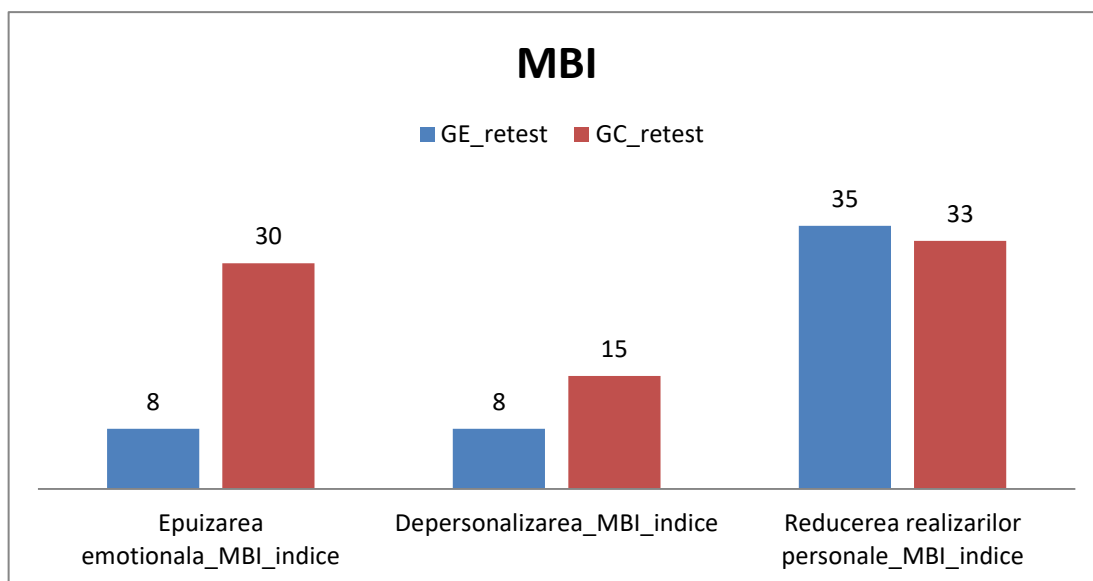


Fig. 3. 18 Valorile medii pentru sindromul arderii emoționale MBI din GC și GE – retest

Rezultatele medii obținute de subiecții experimentali din cele două grupuri sunt următoarele: pentru variabila *epuizarea emoțională*, indice – GE/retest ($M_1=8$) și GC/retest ($M_2=30$), pentru variabila *depersonalizare*, indice – GE/retest ($M_1=8$) și GC/retest ($M_2=15$), pentru variabila *reducerea realizărilor personale*, indice – GE/retest ($M_1=35$) și GC/retest ($M_2=33$).

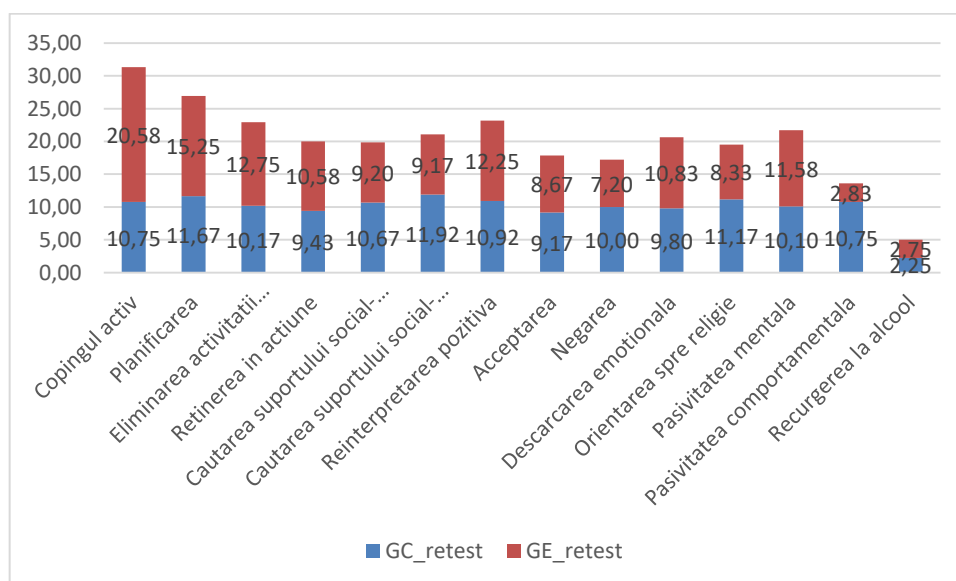


Fig. 3. 19 Valorile medii pentru scala de coping din GC și GE – retest

În conformitate cu rezultatele din figura de mai sus, atestăm diferențe între medii la strategiile de coping la grupul de control în faza retest și la grupul experimental, la faza de retest: *copingul activ* – GC/retest ($M_1=10,75$) și GE/retest ($M_2=20,58$), variabila *planificare* – GC/retest ($M_1=11,67$) și GE/retest ($M_2=15,25$), variabila *eliminarea activității concurente* – GC/retest ($M_1=10,17$) și GE/retest ($M_2=12,75$), variabila *reținerea în acțiune* – GC/retest ($M_1=9,43$) și GE/retest ($M_2=10,58$), variabila *căutarea suportului social instrumental* – GC/retest ($M_1=10,67$) și GE/retest ($M_2=9,20$), variabila *căutarea suportului social emoțional* – GC/retest ($M_1=11,92$) și GE/retest ($M_2=9,17$), variabila *reinterpretarea pozitivă* – GC/retest ($M_1=10,92$) și GE/retest ($M_2=12,25$), variabila *acceptarea* – GC/retest ($M_1=9,17$) și GE/retest ($M_2=8,67$), variabila *negarea* – GC/retest ($M_1=10,00$) și GE/retest ($M_2=7,20$), variabila *descarcarea emoțională* – GC/retest ($M_1=9,80$) și GE/retest ($M_2=10,83$), variabila *orientarea spre religie* – GC/retest ($M_1=11,17$) și GE/retest ($M_2=8,33$), variabila *pasivitatea mentală* – GC/retest ($M_1=10,10$) și GE/retest ($M_2=11,58$), variabila *pasivitatea comportamentală* – GC/retest ($M_1=10,75$) și GE/retest ($M_2=2,83$), variabila *recurgerea la alcool* – GC/retest ($M_1=2,25$) și GE/retest ($M_2=2,75$).

Tabelul 3. 9 Semnificația diferenței după testul U (Mann-Whitney) în experimentul de control la variabilele cercetate, GE și GC

	Scala de percepție a stresului_nivel	Epuizarea emoțională_MBI_nivel	Depersonalizarea_MBI_nivel	Reducerea realizărilor personale_MBI_nivel
Mann-Whitney U	5,000	6,000	20,000	37,000
p	0,001	0,001	0,001	0,061

Pentru a determina dacă există diferențe statistic semnificative între GE și GC la variabilele cercetate, după introducerea factorului experimental, am aplicat iarăși testul statistic U – Mann Whitney. Rezultatele obținute sunt următoarele: la variabila *percepția stresului, nivel* ($U=5,000$, $p\leq 0,001$); *epuizarea emoțională, nivel* ($U=6,000$, $p\leq 0,001$); *depersonalizare, nivel* ($U=20,000$, $p\leq 0,001$); *reducerea realizărilor personale, nivel* ($U=37,000$, $p\leq 0,061$). Pentru variabilele menționate nu au fost evidențiate diferențe statistic semnificative. (Vezi anexa 3, tabelul A 3.5-3.6).

Tabelul 3. 10 Semnificația diferenței după testul U (Mann-Whitney) în experimentul de control la variabilele cercetate, GE și GC

	Scala de percepție a stresului	Epuizarea emoțională MBI	Depersonalizarea MBI	Reducerea realizărilor personale MBI
Mann-Whitney U	0,000	2,500	27,500	51,000
p	0,001	0,001	0,010	0,225

Pentru a determina dacă există diferențe statistic semnificative între GE și GC la variabilele cercetate după introducerea factorului experimental, am aplicat iarăși testul statistic U – Mann Whitney. Rezultatele obținute sunt următoarele: la variabila *percepția stresului* ($U = 0,000$, $p \leq 0,001$); *epuizarea emoțională* ($U = 2,500$, $p \leq 0,001$); *depersonalizare* ($U = 27,500$, $p \leq 0,010$); *reducerea realizărilor personale* ($U = 51,000$, $p \leq 0,225$). Pentru variabilele menționate nu au fost evidențiate diferențe statistic semnificative. (Vezi anexa 3, tabelul A 3.5-3.6).

Tabelul 3. 11 Semnificația diferenței după testul U (Mann-Whitney) în experimentul de control la variabilele cercetate, GE și GC (scala coping)

	Copin gul_activ_re	Planificarea_re	Eliminarea_activității_concurente_re	Reținerea în acțiune_re	Căutarea suportului social-instrumentar_re	Căutarea suportului social-emoțional_re	Reinterpretarea_pozitivă_re	Acceptarea_re	Negarea_re	Descărcarea_emoțională_re	Orientarea spre religie_re	Pasivitatea_mintală_re	Pasivitatea_comportamentala_re	Recurgerea la alcool_re
U	9,00	13,0	20,5	61,5	52,0	11,5	51,0	59,0	62,0	65,5	31,5	38,5	14,5	0,0
p	0,001	0,001	0,003	0,039	0,043	0,001	0,019	0,041	0,048	0,003	0,018	0,05	0,001	0,001

Pentru a determina dacă există diferențe statistic semnificative între GE și GC la etapa retestare la variabilele cercetate, am aplicat testul statistic U – Mann Whitney.

Rezultatele obținute au permis constatarea diferențelor statistic semnificative la ambele grupuri la scala de coping, după cum urmează: variabilele *coping activ* ($U=9,00$, $p=0,001$), *planificare* ($U=13,00$, $p=0,001$), *eliminarea activității concurente* ($U=20,50$, $p=0,003$), *reținere în acțiune* ($U=61,5$, $p=0,039$), *căutarea suportului social instrumental* ($U=52,0$, $p=0,043$), *căutarea suportului social emoțional* ($U=11,5$, $p=0,001$), *reinterpretarea pozitivă* ($U=51,0$, $p=0,019$), *acceptarea* ($U=59,0$, $p=0,041$), *negarea* ($U=62,0$, $p=0,048$), *descărcarea emoțională* ($U=65,50$, $p=0,003$), *orientarea spre religie* ($U=31,50$, $p=0,018$), *pasivitatea mentală* ($U=38,50$, $p=0,050$), *pasivitatea comportamentală* ($U=14,50$, $p=0,01$), *recurgerea la alcool* ($U=0,00$, $p=0,01$).

Prelucrarea statistică a datelor a scos în evidență diferențe statistic semnificative la variabilele percepția stresului, epuizarea emoțională, depersonalizare și la toate strategiile de coping care au fost revizuite de participanți. Astfel, strategiile constructive au devenit, pentru participanții la experiment, strategii de bază în abordarea stresului. În rezultatul implementării programului de intervenție psihologică, am reușit să reducem nivelul stresului perceput, am diminuat epuizarea emoțională și depersonalizarea. Putem afirma deci, că persoanele care au fost incluse în grupul experimental și au participat în programul de intervenție au învățat strategii pentru o mai bună gestionare a stresului, au conștientizat că încărcătura emoțională cauzată de responsabilitatea deosebită și interacțiunea frecventă cu oamenii poate fi eliminată prin strategii constructive de coping.

Programul nu ne-a permis modificarea *Reducerii realizărilor personale*, fapt ce sugerează că nu am reușit să modelăm modul de gestionare a realizării sarcinilor de lucru. Presupunem că pentru a face schimbări majore este nevoie de a interveni la nivel de organizație sau chiar la nivel de sistem medical, și nu doar la nivel de persoană așa cum am făcut-o noi prin intermediul programului de intervenție psihologică.

Rezultatele programului de intervenție au fost evaluate, în sinteză, prin simulările pentru calcularea *mărimii efectului*, pentru eșantioane independente GE re-test, GC re-test, utilizând *indicele d* al lui Cohen.

În interpretarea mărimilor efectului Cohen *d* s-a ținut cont de pragurile propuse de autor: 0,20 – efect mic; 0,50 – efect mediu și 0,80 – efect mare.

Tabelul 3. 12 Rezultatele indicelui d-Cohen

Variabila	Indicele d-Cohen (d)	Indicele mărimii efectului (r)	Standardul Cohen
<i>percepția stresului indice</i>	-8,04	-0,97	efect mare
<i>epuizare emoțională</i>	-3,01	-0,83	efect mare
<i>depersonalizare</i>	-1,33	-0,55	efect mediu
<i>reducerea realizărilor personale</i>	-0,62	-0,29	efect mic

Rezultatele indicilor de calcul al mărimii efectului indică valori negative, ceea ce ne confirmă faptul că, în urma intervenției experimentale, rezultatele, atât la indicatorii stresului, cât și la indicatorii arderii profesionale, au scăzut. Iar efectul acestor rezultate se prezintă conform indicilor de mărime a efectului ca fiind unul mare pentru stres și în descreștere pentru ulterioarele gradații ale sindromului burnout, începând cu epuizarea emoțională, care a scăzut considerabil, și cu valori în descreștere spre depersonalizare și ulterior reducerea realizărilor personale, unde se atestă un efect mic. Astfel, am conturat un tablou cu privire la efectul pe care îl are programul psihologic de intervenție asupra personalului medical, atât în plan de stres, cât și

în cel de epuizare profesională. Așadar, grație programului de intervenție psihologică, lucrătorii medicali au ajuns să aibă un nivel mai scăzut al epuizării profesionale (s-a diminuat nivelul epuizării emoționale și depersonalizării), însă, ajungând la reducerea realizărilor personale, nu au putut soluționa pe deplin această problemă. De aici, și limitele studiului respectiv.

3. 3 Concluzii la capitolul 3

Rezultatele obținute în capitolul dat ne permit să formulăm următoarele concluzii de bază:

1. Compararea rezultatelor manifestării stresului ocupațional la grupul experimental și cel de control, la nivel test, nu a permis identificarea diferențelor statistice semnificative, ceea ce permite să constatăm omogenitatea acestor loturi experimentale.
2. Personalul medical din grupul experimental a demonstrat un nivel mai scăzut al stresului, comparativ cu subiecții din grupul de control. Datorită implementării programului de intervenție psihologică, lucrătorii medicali din grupul experimental au demonstrat o scădere a nivelului sindromului burnout. Subiecții au devenit mai echilibrați emoțional, mai empatici, mai predispuși spre comunicarea cu alți oameni, fapt ce vorbește despre o modificare a atitudinii față de munca îndeplinită și față de pacienți. Odată cu restabilirea echilibrului și a controlului asupra emoțiilor, a fost posibilă reevaluarea priorităților în munca îndeplinită, ceea ce a permis programarea mai eficientă a timpului și a activităților. De asemenea, am putut constata la ei și diminuarea a două componente ale sindromului burnout: epuizarea emoțională și depersonalizarea, fapt care vorbește despre modificarea atitudinii față de munca îndeplinită și față de pacienți.
3. La cadrele medicale din cadrul grupului de control nu am putut identifica scăderea sindromului burnout. Acesta este încă un argument în favoarea faptului că epuizarea profesională nu poate fi depășită de sine stătător, fără intervenția specialiștilor în domeniu printr-un complex de măsuri, atât la nivel de organizație, cât și la persoană.
4. La lucrătorii medicali din grupul experimental, odată cu scăderea nivelului burnout, a scăzut și nivelul stresului, ceea ce susține ideea existenței unei relații dintre aceste două variabile, precum și faptul că ele se pot influența reciproc.
5. Activitățile organizate cu precădere pentru diminuarea stresului la personalul medical au avut un impact semnificativ asupra diminuării nivelului sindromului burnout la grupul experimental, fapt ce demonstrează relația dintre aceste două elemente și, totodată, importanța și impactul acestora asupra eficienței personalului medical, indiferent de specificul de activitate, stadiu de muncă sau funcție.

6. Grație folosirii modalităților specifice de diminuare a stresului la personalul medical, adaptate la specificul de muncă al acestuia, s-au obținut efecte mari ale indicelui d-Cohen la variabilele percepția stresului și epuizarea emoțională. La variabila depersonalizare, au fost înregistrate efecte de nivel mediu. Efect de nivel mic însă a fost înregistrat la variabila reducerea realizărilor personale. Acest fapt ne-a permis să constatăm că rezultatele experimentale au avut un impact semnificativ și pot fi utilizate cu precădere în activități practice de diminuare și psihoprofilaxie a stresului la personalul medical, dar și în implicarea la nivel de ardere profesională, pentru a diminua din impactul stresului asupra subiecților.
7. Rezultatele obținute ne permit să menționăm faptul că implementarea unui program de intervenție psihologică pentru diminuarea stresului la personalul medical are un impact pozitiv asupra acestuia, cu rezultat și efecte de diminuare a sindromului burnout, datorate revizuirii strategiilor de coping din partea personalului medical și adoptării unor strategii de coping orientate, în primul, rând spre soluționarea problemei.

CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI

În rezultatul studierii stresului ocupațional în cazul personalului medical, a fost identificat nivelul de percepție a stresului și a sindromului burnout la angajații din sectorul medical, au fost investigate și analizate următoarele variabile: *tipul de asistență medicală, tipul serviciilor prestate, genul, vechimea în muncă*, problematica fiind de una actualitate, iar cercetarea oportună.

Rezultatele obținute au contribuit la *soluționarea problemei științifice importante*, anume identificarea specificului manifestării stresului ocupațional la cadrele medicale și elaborarea unui program de intervenție psihologică orientat spre diminuarea stresului ocupațional și sindromului burnout la această categorie profesională.

Analiza rezultatelor teoretice și empirice ne-a permis să formulăm următoarele concluzii:

1. Fenomenele de S. O. și S. B. la personalul medical din Republica Moldova devin tot mai des subiecte de studiu, în special în contextul situației pandemice, acestea fiind caracterizate deocamdată de anumite limite de cercetare, cum sunt cele legate de eșantioane mai puțin reprezentative numeric și nespecificate pe specializări profesionale, gen și vechime în muncă.
2. Studiul prezent a permis identificarea unui nivel mediu al percepției stresului la peste jumătate din personalul medical, cu un grad de afectare mai mare cu S. B. la medicii rezidenți și la cei cu vechime mică în muncă.
3. Personalul medical face uz atât de strategii adaptative, cât și de cele dezadaptative de coping al stresului, făcând ca unele cadre medicale să evite confruntarea cu problema, să nege existența ei sau să își reducă nivelul distresului prin exprimarea afectelor și emoțiilor negative, nevoile de afiliere și de stimă evidențiindu-se preponderent la cei cu vechime mare în muncă. Gradul ridicat de insatisfacție în muncă demonstrează că aceasta este un factor de vulnerabilitate în traversarea situațiilor cu potențial stresant mare.
4. Nivelul înalt al stresului a fost asociat unei epuizări emoționale mari, nevoii pronunțate de securitate și unei nevoi scăzute de autorealizare.
5. Rezultatele intervenției formative și de control demonstrează un impact pozitiv al activităților intervenționale specifice desfășurate cu personalul medical, acestea arătându-și eficiența. Programul de intervenție psihologică pentru prevenirea stresului și diminuarea S. O., proiectat și verificat experimental de noi, poate fi utilizat atât în scop de profilaxie, cât și în cel de reducere a S. B. la personalul medical.

Managerilor din domeniul asistenței medicale:

- Luând în considerație costurile sociale ridicate, provocate de stresul ocupațional și sindromul burnout, întreprinderea anumitor pași pentru îmbunătățirea calității vieții la locul

de muncă ar servi drept punct de gândire și orientare pentru autoritățile din sistemul ocrotirii sănătății.

- Instituirea asistenței de mentorat în cadrul instituțiilor medicale, ceea ce ar permite împărtășirea experienței lucrătorilor medicali cu un stagiu mai mare în muncă pentru cei cu un stagiu în munca mai mic și ghidarea acestora din urmă în adaptarea la realitățile profesiei;
- Creșterea atractivității profesiei de cadru medical prin: promovare, accentuarea feedback-ului pozitiv și recunoașterea aportului adus de către lucrătorul medical și prin condițiile materiale motivante. Se evidențiază necesitatea sprijinirii permanente a personalului prin discuții și încurajări, chiar și atunci când provocările sunt mari și greu soluționabile;
- Trebuie susținute activitățile de promovare a sănătății la locul de muncă (oferirea gratis a ședințelor de sport) și de menținere a echilibrului vieții profesionale (a evita suprasolicitarea sau subsolicitarea).
- Elaborarea unui material informativ care să fie oferit fiecărui cadru medical nou-venit în cadrul instituției medicale, care ar conține informații referitoare la stresul ocupațional și sindromul burnout: cauze, simptome, consecințe, metode de profilaxie, metode de evaluare. Aceasta ar contribui mult la profilaxia sindromului burnout.

Personalului medical:

- Evitarea întârzierilor la serviciu, refuzul sarcinilor suplimentare, stabilirea granițelor personale;
- Respectarea regimului de muncă, odihnă și alimentație. Stabilirea unui echilibru între viața personală și activitatea profesională;
- Determinarea scopurilor personale și posibilităților de creștere profesională;
- Ergonomia și amenajarea locului de muncă, crearea condițiilor confortabile maxim posibil.

Limitele acestui studiu se regăsesc în sugestiile pentru investigațiile viitoare:

- a) Un motiv care ar explica limitele cercetării este legat de eșantionul de subiecți care nu are o reprezentativitate națională, studiul fiind realizat în spitalele și clinicile din municipiul Chișinău. Propunem ca direcție de cercetare viitoare mărirea lotului de subiecți, extinderea studiului la nivel național, cu implicarea cadrelor din mediul urban și rural și mai multor domenii medicale. Putem explica numărul mic al participanților la prezentul studiu prin dificultatea de stabilire directă a contactului cu angajatul medical (în acest sens fiind nevoie de acordul șefului de secție, șefului de spital sau policlinică), din cauza lipsei de timp din partea subiecților (aceasta fiind și una dintre sursele de stres frecvent menționată de către respondenți).

- b)** Deși intervențiile cu referire la diminuarea stresului organizațional au ajutat personalul medical să facă față mai eficient stresului, acestea nu elimină sursele de stres la locul de muncă și, prin urmare, își pot pierde eficacitatea în timp. Sugerăm realizarea unor intervenții și la nivel de organizație/sistem, cu scopul de a reduce impactul S. O.
- c)** Sugerăm realizarea unor cercetări la nivel de management/conducere, ceea ce ar scoate în evidență și ar identifica deosebirile legate de afectarea cu stresul organizațional și sindromul burnout, în raport cu funcția deținută: director de spital, vicedirector, șef de secție, medic curant, asistentă superioară, asistentă de gardă, asistentă de proceduri, soră economă, infermieră.
- d)** Studiul realizat a permis colectarea unor date ce au surprins stări de moment ale subiecților, fapt ce poate limita formularea unor concluzii certe și ferme privind sursele și cauzalitatea stresului ocupațional și a sindromului burnout. În acest sens, considerăm indicată realizarea unei cercetări longitudinale pe tema stresului ocupațional la lucrătorii medicali.

BIBLIOGRAFIE

1. AOKI, M., KIEWKARNKA B., CHOMPIKUL J., *Job stress among nurses in public hospitals in Ratchaburi province, Thailand*. 2010
2. ATKINSON, R., ATKINSON R., SMITH E., BEM D., *Introducere în psihologie*, București: Editura Tehnică, 2002, 98 p.
3. BAICAN, B.-S., *Stresul psihic și strategiile coping la angajații din sistemul energetic* (rezumatul tezei de doctorat). București: s.n., 2011, 37 p.
4. BAXAN, I., *Particularități ale afectivității cadrului didactic în perioada restructurării sociale*. Teza de doct. în psihologie. Chișinău, 2001. 129 p.
5. BĂBAN, A., *Stres și personalitate*. Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană, 2003, 231 p.
6. BĂBAN, A., *Consiliere educațională*. Cluj-Napoca: ASCR, 2011, 307 p. ISBN 978-606-8244-29-7
7. BENNET – GOLEMAN, T., *Alchimia Emoțională*. București: Curtea veche, 2002. 522 p.
8. BOGATHY, Z., *Introducere în psihologia muncii*, Timișoara: Tipografia Universității de Vest, 2002
9. BOGATHY, Z., *Manual de psihologia muncii și organizațională*, Iași: Polirom, 2004, 374 p. ISBN: 973-681-536-6
10. BOGATHY, Z., *Manual de tehnici și metode în psihologia muncii și organizațională*, Iași: Polirom, 2007, 388 p.
11. BORA, H. C., *Educație rațional-emoțiv comportamentală pentru cadre didactice* [online]. Autoref. tz. de doct. în psihologie. Cluj-Napoca, 2010. 56 p. [accesat 28.08.2022].
12. BOROZAN, M., *Rolul mediatorilor psihologici în distresul emoțional la profesorii din învățământul preuniversitar. Impactul intervențiilor de dezvoltare personală*. Tz. de doct. În psihologie. Cluj-Napoca, 2011. 274 p.
13. BRADU-IAMANDESCU, I., *Psihologie medicală*, București: Editura Infomedica, 1997, 316 p.
14. BRATE, A.-T., *Agresivitate și stres organizațional: Modele, diagnoză și gestionare*. București: Universitară, 2014, 257 p. ISBN: 978-606-591-986-0
15. BREBAN, V., *Dicționar al limbii Române Contemporane*. București: Științifică și Enciclopedică, 1981
16. BRICEAG, S., *Mai puțin stres în activitatea profesională și mai multă sănătate*. În: Calitatea educației: teorii, principii, realizări: Materialele Conf. șt. Int., 30-31 oct. 2008. Ch., 2008, vol. 2, pp. 164-168
17. BRUMĂ, S.-P., *Psihologia sănătății*. Pitești: Paralela 45, 2005, 310 p.
18. BUCUN, N., CERLAT, R. *Influențe ale stabilității emoționale în diminuarea stresului profesional și în prevenirea sindromului burnout al cadrelor didactice din învățământul primar*. În: Univers Pedagogic, nr. 3 (55), 2017
19. CALANCEA, A., *Training – ul de dezvoltare a competențelor afective*. Ghid pentru formarea practică în consilierea psihologică, Chișinău, 2012, 272 p.
20. CAPOTESCU, O., *Stresul ocupațional. Teorii, modele, aplicații*. Iași: Lumen, 2006, 118 p.
21. CHARLY, C., *Cum putem scăpa de stres*, Iași: Polirom, 2000
22. DIC, D., *Psihologie medicală*. Iași: Polirom, 2010, 462 p. ISBN 978-973-46-1735-7

23. COJOCARU-BOROZAN, M., *Teoria Culturii Emoționale*. Chișinău: Tipogr. UPS „I. Creangă”, 2010. 239 p
24. COJOCARU-BOROZAN ,M., *Tehnologia Dezvoltării Culturii Emoționale*. Chișinău: Tipogr. UPS. „I. Creangă”, 2012. 240 p
25. COTTRAUX, J., *Terapiile cognitive*, trad. de S. Ciocoiu, Iași: Editura Polirom, 2003, 283 p.
26. COMERZAN, A., *Particularitățile sindromului burnout în activitatea asistenților medicali*. Chișinău: În: Buletinul AȘM nr. 63-68, 2019. 200 p.
27. DEREĂ, D., *Tratat de psihologie socială*, București: Editura Pro Transilvania, 2004, 470 p.
28. DEREVENCO, P., ANGHEL, I., BĂBAN ,A., *Stresul în sănătate și boală*. Cluj-Napoca: Dacia, 1992, 243 p. ISBN: 973-35-0286-3
29. DELEU, R., BUTA, G., ș.a. *Evaluarea stresului profesional în rândul medicilor de familie*. În: Revista de Sănătate publică, Economie și Management în Medicină. Nr.4(82), 2019. ISSN 1729-8687
30. *Dicționarul explicativ al limbii române*, ed. a II-a, Editura Univers Enciclopedic, București, 2009
31. DINU, V., *Revista de psihologie organizațională*. București: Polirom, vol. I, nr. 2, 2001
32. DORON, R., PAROT F. ,*Dicționar de psihologie*. București: Humanitas, 1999, 896 p.
33. DSM-IV - *Manual de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale*, București: Asociației Psihiatrilor Liberi din România, 2003.
34. DUMITRESCU, M.-C., DUMITRESCU, C.-S., *Educația pentru sănătatea mentală și emoțională*. București: Arves, 2005, 143 p.
35. ENĂCHESCU, C., *Tratat de igienă mintală*. București: EDP. 1996, 266 p. ISBN: 973-30-5397-x
36. FENGLER, J., *Burnout. Strategii pentru prevenirea epuizării profesionale*. București: Editura TREI, trad. din l. germană: Fischbach D., 2016, 149 p.
37. GOLEMAN, D., *Inteligența emoțională*. București: Curtea veche, 2008. 429 p.
38. GOLU, M., *Bazele psihologiei generale*. București: Editura Universitară, 2002, 122 p.
39. GOLU, M., *Dicționar de Psihologie generală*. București: Enciclopedică, 1981, 256 p.
40. GOLU, M., *Fundamentele psihologiei*, Vol. II, București: Fundației România de mâine, 2003, 604 p.
41. GORINCIROI, V., *De la stres la sindromul arderii emoționale*. În: Studia Universitatis: Seria Științe ale Educației. Nr. 9. Universitatea de Stat din Moldova. Chișinău, 2008, 243 p.
42. GORINCIROI, V., *Implicații ale temperamentului în manifestarea arderii emoționale*. În: Materialele CȘI, „Creșterea impactului cercetării și dezvoltarea capacității de inovare”, dedicată aniversării 65 de la fondarea Universității de Stat din Moldova. În: Studia Universitatis, 2011. nr 9 (49), p. 139-142
43. GORINCIROI, V., *Studiul sindromului arderii emoționale la cadrele didactice universitare din perspective de gen*. Tz. de doct. în psihologie. Chișinău, 2015. 137 p.
44. HAWKINS, J.-P., *Hipnoza și stresul. Ghid pentru clinicieni*. Iași: Polirom, 2009, 419 p. ISBN: 978-973-46-1326-7
45. Herr, R.M., Barrech, A., Riedel, N., Gündel, H., Angerer P, Li J. *Long-term effectiveness of stress management at work: effects of the changes in perceived stress reactivity on mental health and sleep problems seven years later*. *Int J Environ Res Public Health*. 2018

46. HOLDEVICI, I., *Hipnoza clinică*. București: Trei, 2010
47. HOLDEVICI, I., BARBARA, C., *Psihoterapia eficientă*. București: Trei, 2013. 471 p.
48. HORHEY, K., *Conflictele noastre interioare*. București: Editura Iri, 1998
49. HOWITT, D., CRAMER, D., *Introducere în SPSS pentru psihologie*. Iași: Polirom. 2010, 421 p. ISBN 978-973-46-1649-7
50. IOSIF, GH., MOLDOVAN-SCHOLZ, M., *Psihologia muncii*. București: EDP, 1996
51. JONES, F., BRIGJT, J., *Stress. Myth, Theory and Research*, Ed. Pearson Education Ltd., Harlow, 2001, 119 p.
52. JURCĂU, I., MOLDOVAN, R., *Stresul ocupațional*. În: Jurcău N. Psihologia inginerescă, Cluj-Napoca: U.T. Press, 2003
53. KARASEK, R., THEORELL, T. *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books, 1990
54. KRIAKOUS, S.A., ELLIOTT, K.A., LAMERS, C., OWENR., *The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on the psychological functioning of healthcare professionals: a systematic review*. Mindfulness. 2021
55. LAROUSSE, *Dicționar de psihologie*, București: Univers, 2000
56. LEVIȚCHI, L., BANTAȘ, A., *Dicționar englez-roman*, București: Editura Teora, 1992
57. MACAVEI, E., *Pedagogie, Teoria educației*. București: Aramis, Vol. II., 2002, 448 p.
58. MALIM, T., *Perspective în psihologie*. Iași: Polirom, 1999
59. MAIER, R., *Stres, stres, stress*. Arad: Gutenberg Univers, 2011, 206 p. ISBN: 978-606-8204-37-6
60. MASLACH, C., *Burnout: The Cost of Caring*. Cambridge: Malor Book, 2003. 267 p. ISBN-10: 1883536359
61. MEREUȚĂ, I., BUCUN, N., ROTARU, G., *Aspecte medico-sociale a sănătății judecătorilor în Republica Moldova*. Chișinău: Infohandi SRL, 2010. 120 p. ISBN 978-9975-9819-7-2
62. NECULAU, A. ș.a., *Stres ocupațional și reprezentări sociale ale muncii în mediul universitar*. În: *Revista de Psihologie, Academia Română*, 2007, v. 53, n. 1-2. p. 49-68. ISSN:0034-8759
63. NĂDĂȘAN, V., *Față în față cu stresul*. București: Casa de Editură Viață și sănătate, 2009, 268 p.
64. OANCEA, C., UNGUREANU, C., IOSIFESCU, R., *Consilierea și tehnici înrudite în practica medicală*. București: Editura Semne, 2012, 500 p.
65. OLINESCU, R., *Despre emoții și stres*. București: Editura 100+1 Gramar, 2004, 303 p.
66. PIERON, H., *Vocabularul Psihologiei*. București: Univers Enciclopedic, 2001
67. PITARIU, H., VÂRGĂ, D., *Stresul ocupațional. Manual de tehnici și metode în psihologia muncii și organizațională*. București: Polirom, 2007
68. PITARIU, H.-D., *Stresul și sănătatea la locul de muncă. Modulul 5*. În: Psihologia muncii
69. PITARIU, H.-D., RUS C. *Stresul ocupațional în condițiile actualei crize economice: date comparative din două organizații*. În: *Revista de Psihologie. Serie nouă*. Tomul 56. Nr. 1-2, 2010,
70. PITARIU, H.-D. *Stresul profesional la manageri: Corelative ale personalității în contextual situației de tranziție social-economică din România*. În: OPRE, A. (coord.). Noi

tendințe în psihologia personalității. Diagnoză, cercetare, aplicații, Cluj-Napoca, Editura ASCR, 2004.

71. POPESCU, G.-F., OMER I. *Stresul și dimensiunile de personalitate*. În: Revista de Psihologie. Serie nouă. Tomul 57. Nr. 1, 2011, 117 p.

72. POPESCU-NEVEANU, R., ZLATE, M., CREȚU, T., *Manual de psihologie*, București: EDP, 1996

73. PRIȚCAN, V., *Strategii de diminuare a sindromului arderii profesionale*. În: *Stil modern de viață: între sănătate și stres*. Materialele Conferinței Științifice internaționale „Fortificarea sănătății angajaților prin suprimarea stresului organizațional (coord.) Silvia Briceag. Bălți: Tipografia din Bălți, 2014, 141 p. ISBN: 978-9975-4487-6-5

74. PUFAN, P., *Psihologia muncii*. București: EDP, 1978, 255 p.

75. QUICK, J. C., HENDERSON, D. F., *Occupational stress: preventing suffering, enhancing wellbeing*. *Int J Environ Res Public Health*. 2016

76. QUICK, J. C., QUICK, J. D., NELSON, D. L. and HURELL, J. J., *Preventive stress management in organizations*. Washington, D.C.: American Psychological Association, 1997

77. RUSU, D., GHICA, C., *Sindromul burnout - semnalul necesității unei schimbări de paradigmă*. În: Jurnal medical de Bucovina, 2016, 2(1)

78. SHAPIRO, D., *Conflictele și comunicarea*. Chișinău: Arc, 1998. 320 p.

79. SAVA, F., *Oboseala, stresul și accidente de muncă*. *Manual de psihologia muncii și organizațională* - volum coordonat de Z. Bogathy, București: Polirom, 2004

80. STOICA, M., *Elemente de psihologie managerială*. Cluj Napoca: Risoprint, 2007

81. ȘLEAHTIȚCHI, M., ȘLEAHTIȚCHI, M., *Efectele stresului organizațional*. În: *Stil modern de viață: între sănătate și stres*. Materialele Conferinței Științifice internaționale „Fortificarea sănătății angajaților prin suprimarea stresului organizațional (coord.) Silvia Briceag. Bălți: Tipografia din Bălți, 2014, 141 p. ISBN: 978-9975-4487-6-5

82. TABACHIU, A., *Psihologia muncii*. București: Universității Politehnice, 1997

83. TĂNĂSESCU, I., *Stresul psihic*, București: Editura Argument, 2008

84. TARABEIH, M., *Gândirea profesională a medicului: cunoaștere și formare*. Monografie. Coord.: A. Bolboceanu. Chișinău, 2016

85. URSU, M.-A., *Stresul organizațional. Modalități de identificare, studiere, prevenire și combatere*. Iași: Lumen, 200

86. VERDEȘ, A., *Impactul relațiilor interpersonale asupra stresului ocupațional*. În: Asistența Psihologică, Psihopedagogică și Socială ca factor al dezvoltării societății. Conferința științifică internațională „Asistența Psihologică, Psihopedagogică și Socială ca factor al dezvoltării societății”, 16 dec. 2011, Ed. a 2-a / coord. șt Igor Racu; col. red.: Carolina Peijan, Verdeș Angela, Bodorin Cornelia (et. al.). Chișinău: Tip. UPS „I. Creangă”, Vol. 1. 2011, 321 p. ISBN 978-9975-46-106-1.

87. VERDEȘ, A., *Specificul manifestării Sindromului Burnout la pedagogi*. În: Probleme ale științelor socioumane și modernizării învățământului”, Conferința de totalizare a muncii șt. și șt.-didactice a corpului profesoral-didactic. Coord. șt.: Racu Igor; col. red.: Perjan Carolina, Topor Gabriela, Gogu Tamara [et al.]. Vol. 1. Chișinău: UPS „Ion Creangă”, 2011, 334 p. ISBN 978-9975-46-094-1.

88. ZLATE, M., *Tratat de psihologie organizațional-managerială*, Volumul II, Iași: Polirom, 2007, 673 p.

89. ZGÎRCU, E., ȘCHIOPU, T., *Stresul în viața profesională a farmaciștilor*. În: Revista farmaceutică a Moldovei. Nr.1-4, 2018. ISSN: 1812-5077
90. ARSENAULT, A., DOLAN, S., *Le stress au travail et ses effets sur l'individu et l'organisation*. Final Report submitted to the Institut de Recherche en Sante et en Securite du Travail du Quebec, 1983
91. AL-OMAR, B.A., *Sources of work-stress among hospital-staff at the Saudi MOH*. Economics and Administration. 2003;17(1))
92. ARYA, M., BARODA, D., *Occupational stress among doctors: A case study of PT. BD Sharma University of Health Science Rohtak*. International Journal of Multidisciplinary Research. 2012
93. BAKKER, A.B., DEMEROUTI, E., TARIS, T.W., SCHAUFELI, W.B. & SCHREURS, P.J.G. *A multi-group analysis of the job demands-resources model in four home-care organizations*. In: International Journal of Stress Management, 2003, no.10, p.16-38
94. BERE, C., Măsurarea rezistenței la stres. În: Psihologie, Revista științifico-practică nr.1, Chișinău: Tipografia „Reclama”, 2011, 96 p.
95. BROADBRIDGE, A., *Retail managers: Their work stressors and coping strategies* Journal of Retailing and Consumer Services. 2002, 9 (3).
96. BRUCHON-SCHWEITZER, M., COUSSON-GELIE F., TASTET S., BOURGEOIS M., *Cancers et depressions. Approche de la psychologie de la sante*. L'Encephale, 2, 2-14, 1998
97. Ballester-Arnal, R., Gómez-Martínez, S., Gil-Juliá, B., Ferrándiz-Sellés, M.D., Collado-Boira, E.J., *Burnout and stressors in healthcare professionals in intensive care units*. Rev Psicopatol y Psicol Clin. August 1, 2016; 21 (2): 129-36. Available from: <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/164482>
98. CALANCEA, V., CALANCEA, Oc., TOMȘA, O., *Conținutul psihoemoțional al stresului în workaholism*. Congresul consacrat aniversării a 75-a de la fondarea Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” Nr. 2 (53), 2011. ISSN 1812-2566
99. CAPOTESCU, R., *Stresul ocupațional. Teorii, modele, aplicații*. Iași: Lumen, 2006, 118 p.
100. COOPER, C.L., CLARK, S., Rowbottom A.M. *Occupational stress, job satisfaction and well-being in anesthetists*. Stress medicine, 15, 1999
101. COSTA, B., PINTO, I.C., *Stress, burnout and coping in health professionals: A literature review*. J. Psychol. Brain Stud., 14, 2017
102. COMERZAN, A., *Particularitățile sindromului burnout în activitatea asistenților medicali*. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale, nr.2 (62), 2019.
103. COX, T., Griffiths, A., *The Burnout companion to study and practice*. Taylor&Francis Ltd, 1998 (pp.40)
104. COOPER, C.L., *Handbook of stress, medicine and health*. CRC press, Florida and London, 1996
105. FREUDENBERGER, H. J., RICHELSON, G., *Burn-out: the high cost of high achievement*. New York: Anchor Press, 1980, 214 p.
106. FREUDENBERGER, H. J., *Staff Burn-Out*. Journal of Social Issues, nr. 30 (1), 1974.
107. FRIEDMAN, I., *High-and low –burnout schools: School culture aspects of teacher burnout*. In: Journal of Educational Research, 1991. nr. 84, pp. 325-333
108. FURNHAM, A.F., *The psychology of behaviour at work. The individual in the organization*, Londra: Psychology Press, 1997

109. GOLEMBIEWSKI, R., SCHERB, C., BOUDREAU, R., *Burnout in cross-national settings: generic and model-specific perspectives*. In: W. SCHAUFELI, C. MASLACH & T. MAREK (Eds). *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. London: Routledge, 2017. p. 217-237. ISBN 978-0-415-78611-9
110. GHOLAMZADEH, S., SHARIF, F., DEHGHAN, RAD F., *Sources of occupational stress and coping strategies among nurses who are working in Admission and Emergency Department in Hospitals affiliated to Shiraz University of Medical Sciences, Iran*. Iranian journal of nursing and midwifery research. 2011, nr. 16 (1)).
111. GRIFFITHS, P., *What emotions really are?* Nature, 1998
112. GROSS, E.B., *Gender differences in physician stress: why the discrepant findings?* Women Health, 26, 1997
113. HERBERT, T., *Stress and Immunity*, Psychosomatic Medicine, 1993
114. HOBFOLL, STEVAN. E., *Conservation of Resources: A New Attempt at Conceptualizing Stress*, 1989
115. HOBFOLL, S., *The influence of culture, community and the nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory*. In: *Applied Psychology*, 2001, vol. 50, p. 337-370. ISSN 0269994X
116. HOBFOLL, S. E., FREEDY, J., *Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout*. In: SCHAUFELI, C. MASLACH & T. MAREK (Eds). *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. London: Routledge, 2017. p. 115-132. ISBN 978-0-415-78611-9
117. HOLT, R.R., *Occupational Stress*. În: Goldberger, L. & Breznitz, S. (Eds.). *Handbook of stress. Theoretical and Clinical Aspects*], New-York, Free Press;
118. HOUSE, J.S., STRECHER V, METZNER, H.L., ROBBINS, C.A., *Occupational stress and health among men and women in the Tecumseh Community Health Study*. J Health Soc Behav. 1986 Mar; 27(1): 62-77
119. IAMANDESCU, I., *Stresul psihic și bolile interne*, Editura ALL, București, 1993
120. JARADAT, R., *Perception of Occupational Stress and Job Satisfaction*. Bahrain Medical Bulletin.-2012, Vol. 34, No. 2: King Hamad University Hospital; 2012
121. JONHNSON, J. V., And Hall E. M. *Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population*
122. KARASEK, R.A.. *The stress-disequilibrium theory: Chronic disease development, low social control, and physiological de-regulation*. Medicina del Lavoro, 97 (2) 258-271 200
123. KARASEK, R.A., COLLINS, S., CLAYS, E., BORTKIEWICZ, A., FERRARIO, M., *Description of a large-scale study design to assess work-stress-disease associations for cardiovascular disease*. International journal of occupational medicine and environmental health, 23(3) 293-312. 201
124. KATZENBACH, JON R. and Smith, Douglas, K., *The Wisdom of Teams*, USA, Harvard Business Review Press, 1998
125. LAZARUS, R.S., *Psychological stress and the coping process*. McGraw-Hill. 1996
126. LAZARUS, R.S., FOLKMAN, S., *Stress, Appraisal, and Coping*, Spnnger, New York, 1984
127. LAZARUS, R.S., LAUNIER, R., *Stress-Related Transactions between Person and Environment*. Perspectives in Interactional Psychology, 287-327, 1978

128. LEE, R.T., ASHFORTH, B.E., *A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout*. In: J. Of Applied Psychology, 1996. nr 81.pp. 123-133
129. LEVEY, R.E., 2001. Sources of stress for residents and recommendations for programs to assist them. Academic Medicine 76, 142–150.
130. LOSÎL, E., *Influența trăsăturilor de personalitate asupra tipului de reacționare în situație de stres ocupațional*. În: Revista „Psihologie, Pedagogie specială și Asistență Socială”, UPS „Ion Creangă”, 2010. Nr. 18. pp. 55-62
131. LOSÎL, E., *Stresul în viața adolescenților*. În: Probleme ale științelor socioumanistice și modernizării învățământului: materialele conf. șt. anuale a profesorilor și cercetătorilor UPS „Ion Creangă”. Chișinău: S. n., 2019 (Tipogr. UPS „Ion Creangă”), vol.1 (seria 21), pp. 22-32.
132. LUPĂCESCU, Iu., *Sănătatea angajaților și riscuri ocupaționale în sistemul medical*. În: Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare: Materialele Conferinței științifice Internaționale, 16 -17 noiembrie 2018. Chișinău, 2018. ISBN 978-9975-82-119-3
133. MANES, S., *83 de jocuri psihologice pentru animarea grupurilor*. Polirom, 2008, 204 p.
134. MASLACH, C., *Goldberg J. Prevention of burnout: A new perspective*. In: Applied Preventative Psychology, 1998. nr 7, pp. 63–74, 2001
135. MASLACH, C., LEITER, M. P., *Six areas of worklife: A model of the organizational context of burnout*. In: J. of Health and Human Serv. Admin., 1999. nr 21, 472 p.
136. MASLACH, C., *Job Burnout*. In: Annual Review of Psychology, nr 52; pp. 397-422. <http://annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.psych.52.1.397> (vizitat: 05.02.10)
137. MASLACH, C., JACKSON, S.E. and LEITER, M.P., *MBI: The Maslach Burnout Inventory: Manual*, Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA. 1996. 218 p.
138. MARSELLA, A. J., SCHEUER A., *Coping: Definitions, conceptualizations, and issues*. Integrative Psychiatry, 9 (3-4), 124–134, 1993
139. MEERSON, F., *Adaptation, Stress and Prophyl axis*, Springer, Berlin, 1984
140. MUMFORD, E., *Stress in the medical career*. Journal of Medical Education 58, 436, 1983
141. NECULAU, A. ș.a., *Stres ocupațional și reprezentări sociale ale muncii în mediul universitar*. În: Revista de Psihologie, Academia Română, 2007, v. 53, n. 1-2. p. 49-68. ISSN:0034-8759
142. PAULHAN, I., BOURGEOIS, N., *Stress et coping. Les Strategies d'ajustement à l'adversité*, PUF, Paris, 1995
143. PERLMAN, B., HARTMAN., E. *Alan Burnout: Summary and Future Research*, 1981
144. PERA, G, SERRA-PRAT, M., *Prevalence of burnout syndrome and study of associated factors in workers of a regional hospital*. Gac Sanit. 2002; 16 (6): 480-6. Available at: <https://www.scielosp.org/artic le/gs/2002.v16n6/480-486/es/>
145. PLEȘCA, M., *Sindromul de epuizare profesională la cadrele didactice*. În: Revistă de științe socioumane. 2014, nr. 1(26), pp. 31-35. ISSN 1857-0119.
146. POTÎNG, A., COȘCIUC, I., *Relatia dintre arderea profesionala și calitatea vieții la luctătorii medicali*. În: Revista științifico-practică Psihologia, Centrul Științific, Metodic și Editorial „Univers Pedagogic,” 2008. nr 2-4
147. POTÎNG, A., SÎRBU, A., *Sursele stresului ocupațional și satisfacția profesională la angajați (studiu comparativ)*. În: Materialele CȘI „Învățământul postmodern: eficiență și funcționalitate”, 2013. pp. 488-493

148. DANIEL, J., Psycholological burnout in professional with permanent communication / J. Daniel, I. Shabo // *Studia-Physchologica*. – 1993. – Vol. 35, N 4/5. – p. 412–414.
149. BYRNE, B. M., Burnout: testing for the validity, replication, and invariance of causal structure across elementary, intermediate, and secondary teachers / B.M. Byrne // *Americal Educational Research J.* – 1994. – Vol. 31, N 3. – p. 645–673.
150. GREENGLASS, E.R., A gender-role perspective of coping and burnout / E.R. Greenglass, R.J. Burke, M. Ondrack // *Applied Psychology An International Review*. – 1990. – Vol. 39, N 1. – p. 5.
151. FONTES, F., *Herbert J. Freudenberger and the making of burnout as a psychopathological syndrome*. December 2020 DOI: 10.35699/1676-1669.2020.19144
152. OGUS, E.D., Gender-role differences, work stress and depersonalization / E.D. Ogus, E.R. Greenglass, R.J. Burke // *J. of Social Behavior and Personality*. – 1990. – Vol. 5, N. 5. – p. 387–398
153. RIOS, A., GASCON, F.S., LAGE, J.F.M., GUERRERO, M., 2006. Influence of residency training on personal stress and impairment in family life: analysis of related factors. *Medical Principles and Practice* 15, 276–280
154. ROSS-ADJIE, G.M., LESLIE, G., GILLMAN, L., *Occupational stress in the ED: What matters to nurses?* *Australasian Emergency Nursing Journal*. 2007; nr.10 (3). pp. 117-23
155. ROUT, U.R., Stress amongst district nurses: a preliminary investigation. *Journal of Clinical Nursing*. 2000; nr. 9 (2): pp. 303-309
156. RUDMAN, A., GUSTAVSSON, J. P., *Early career burnout among newly graduated nurses: A prospective observational study of intraindividual change trajectories*. In: *International Journal of Nursing Studies*, 2011. nr 48, pp. 292-306
157. RUSNAC, S., AŞEVSCI, I., MAISTRENCO, G., *Raportul dintre stările afective și activitatea profesională a medicilor: studiu empiric*. În: *Sănătate publică, economie și management în medicină*, 2008, nr. 3 (25), p. 15-19. ISSN 1729-8687
158. SARAFINO, E., *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. Chichester: Wiley, 2 ed., 1994.
159. SAUNIER, E., *Să muncim fără stres*. București: Cartea veche, 2008. 141 p.
160. SCHAUFELI, W.B., BUUNK, B.P., *Professional burnout*. În: M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst și C.L. Cooper, *New York: Handbook of Work and Health Psychology*, John Wiley; Sons Ltd. 1996
161. SELYE, H., *Stress without distress*, ed. a V-a Signet Books, New York, 1975
162. SIEGRIST, J., *Effort-Reward Imbalance at Work and Health*. În: P. PERREWE, & D. GANSTER (Eds.), *Research in Occupational Stress and Well Being*, New York, JAI Elsevier, 2002, p. 261–291
163. SIEGRIST, J., *Social reciprocity and health: New Scientific evidence and policy implications*, *Psychoneuroendocrinology*, 30, 2005, p. 1033–103
164. STĂNCULESCU, E., *Managementul stresului în mediul educațional (Ediția a II-a)*. București: Universitară, 2015, 199 p. În: *Revista Psihologie*, vol. 62, nr. 3, p. 205-278, București, iulie – septembrie, 2016. ISSN:2344-4665
165. ȘTEFANEȚ, D., *Cum să mă împrietenesc cu stresul sau metode eficiente de reducere a stresului*. În culegerea de articole ale conferinței "Practica psihologică modernă", Chișinău, Moldova, 25-27 septembrie 2015

166. TENNANT, C., *Work-related stress and depressive disorders*, Journal of Psychosomatic Research, 2001
167. ȚĂRUȘ, L., NEGURĂ, I., *Determinanții psihologici ai vulnerabilității la stres la conducătorii auto în situații dificile de trafic rutier*. În: Culegerea de articole ale conferinței „Probleme ale științelor socioumanistice și modernizării învățământului” Chișinău, Moldova, Seria 18, Vol.1, 2016,
168. *Webster's dictionary of English usage*, USA, 1989
169. ZELLERSK, L., *Experiencing job burnout: The roles of positive and negative traits and states*. In: Journal of Applied Social Psychology, 2004. nr 34 (5), pp. 887
170. COX, T., *Stress*, University Park Press Baltimore, 1978 (pp.10)
171. COX T., GRIFFITHS, A., *The Burnout companion to study and practice*. Taylor&Francis Ltd, 1998 (pp.40)
172. АВИДОН, И., ГОНЧУКОВА О. С. Сто разминок, которые украсят ваш тренинг. СПб.: Речь, 2010. 256 с.
173. Арутюнов, А.В., Изучение синдрома эмоционального выгорания у врачей-стоматологов и методы его профилактики : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Арутюнов А.В. ; [Ин-т повышения квалификации ФМБА России]. – М., 2004. – 27 с
174. БЕРКЛИ – АЛЕН, М. *Забытое искусство слушать*. СПб.: Питер, 1997. 256 с.
175. БОДРОВ, В.А., *Проблема преодоления стресса*. Часть 3. Стратегии и стили преодоления стресса / В. А. Бодров // Психол. журн. – 2006. - №3. - Р. 106-116 /
176. БОДРОВ, В.А., *Проблема преодоления стресса*. Часть 1. „Coping stress” и теоретические подходы к его изучению / В. А. Бодров // Психол. журн. – 2006. – № 1. - Р.122-133
177. БОЙКО, В.В., *Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других*. М.: Информац. издат. дом «Филин», 1996. 472 с.
178. БУРМИСТРОВА, Е., КОСОЛАПОВА Л. *Метод быстрого снятия сильного эмоционального или физического напряжения*. В: Школьный психолог, 2004, N-37. 10 с.
179. ВАСИЛЬЕВА, Т.Н., ФЕДОТОВА И. В., Профилактика профессионального выгорания менеджеров средствами психогигиены. În: Мед. труда и пром. экол. Т. 59, nr. 9, 2019. ISSN 1026-9428
180. ГРЕЦОВ, А.Г., *Лучшие упражнения для обучения саморегляции*. СПб.: Галей принт, 1997. 43 с.
181. ДОЛГОВА, В.И., ГОЛЬЕВА, Г.Ю., *Эмоциональная устойчивость личности: монография*. М.: Изд-во Перо, 2014. 196 с.
182. ФОПЕЛЬ, К., *Психологические группы*. М.: Генезис, 2001. 256 с.
183. КОПЫТИН, А.И., *Руководство по групповой арт-терапии*. СПб.: Речь, 2003. 320 с.
184. КОРЕХОВА, М.В., НОВИКОВА, И. А., *Профессиональный стресс в деятельности фельдшеров скорой медицинской помощи*. În: Мед. труда и пром. экол. 2019; 59 (7). <http://dx.doi.org/10.31089/1026-9428-2019-59-7-417-423>
185. КУРТИКОВА, И., ЛАВРОВА, И., *Тренинг: Руководство к действию. Теория и практика* М.: SPID Fond Vostok-Zapad, 2005. 240 с.
186. ЛЕОНОВА А.Б. *Психодиагностика функциональных состояний человека*. - М., 1984

187. ЛУКЪЯНОВА, В.В., Защитно-совладающее поведение и синдром «эмоционального выгорания» у врачей-наркологов и их коррекция и влияние на эффективность лечения больных : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Лукьянов В.В. ; [С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева, Курск. гос. ун-т]. – СПб., 2007. – 53 с.
188. МАРКОВА, А.К., *Психология профессионализма*. Москва: Международный гуманитарный фонд «Знания», 1996, 308 с.
189. ОРЕЛ, В.Е., *Структурно-функциональная организация и генезис психического выгорания*: дисс. д-ра. психол. наук. Ярославль, 2005. 448 с.
190. ПЕРРЕ, М., БАУМАННА, У., *Клиническая психология*. 2-е международное издание, Перевели с немецкого А. Желнин, И. Стефанович, Н. Римицан, Н. Тарабрина, Е. Михалевич, Серия „Мастера психологии”, Санкт-Петербург: Изд-во „Питер”, 2002, 1312 с.
191. РЫБИНА, О.В., Психологические характеристики врачей в состоянии профессионального стресса : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Рыбина О.В. ;С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева – СПб., 2005. – 159 с.
192. СИДОРОВ, П.И., Синдром профессионального выгорания : учеб. пособие / П.И. Сидоров, А.Г., Соловьев, И.А. Новикова ; Сев. гос. мед. ун-т. – Архангельск : Изд. центр СГМУ, 2007. – 176 с.
193. УСПЕНСКАЯ, С., *Культура Эмоций*. В: Школьный психолог, 2004. nr 2, сс. 9-24.
194. ЮРЬЕВА, Л.Н., Синдром «эмоционального выгорания» у лиц, работающих в сфере охраны психического здоровья: диагностика, профилактика и коррекция. Укр. вісн. психоневрології. – 2002. – Т. 10, вип. 1(30). – С. 155–156
195. https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/Estimarea%20stresului%20ocupational%20in%20sectorul%20medical%20primar_0.pdf. (vizitat: 17.05.2021). BUTA G. Estimarea stresului ocupational în sectorul medical primar.
196. <http://repository.usmf.md/bitstream/20.500.12710/2263/1> (vizitat: 17.05.2021) GÂSCĂ V. Simptomele stresului ocupational la lucrătorii medicali.
197. https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/7.%20p.%2039-44.pdf/DOI:http://doi.org/10.5281/zenodo.4557093 (vizitat: 17.05.2021) POTÂNG A., TRIGUB C. Sursele stresului ocupational la procurori.
198. <https://spmu.md/2016/04/05/stresul-profesional-la-medici> (vizitat: 17.05.2021) Stresul profesional (la medici).
199. <http://www.csid.ro/dictionar-medical/stres> (vizitat 15.08.2018)
200. https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/108-114_3.pdf Rusnac, S. Relația dintre inteligența emoțională și managementul impresiei în mediul organizațional 2019
201. <http://www.csid.ro/dictionar-medical/stres>
202. Regăsirea echilibrului în fața pandemiei de COVID-19. Disponibil: <https://www.viata-medicala.ro/dosar/regasirea-echilibrului-in-fata-pandemiei-de-covid-19-16601>(vizitat: 20.09.2021)
203. <https://danghenea.com/psihiatrie/stres/ce-este-stresul/>
204. https://www.SCH.edu/14147268/Universitatea_Babe%C5%9F_Bolyai
205. Sindromul burnout – posibil risc pentru medici și pacienți. Disponibil: <https://www.cmb.ro/sindromul-burnout/> (vizitat: 20.09.2021)

206. Stomff M. Sindromul Burnout sau sindromul arderii emoționale. În: Revista de studii psihologice, Universitatea Hyperion, București, 2016. Disponibil: <https://psihologie.hyperion.ro/wp-content/uploads/2016/05/REVISTA-4.pdf> (vizitat: 20.09.2021)
207. European opinion poll on occupational safety and health 2013. Disponibil: <https://osha.europa.eu/en/facts-and-figures/european-opinion-polls-safety-and-health-work/european-opinion-poll-occupational-safety-and-health-2013> (accesat: 20.09.2021)
208. Sindromul burnout – posibil risc pentru medici și pacienți. Disponibil: <https://www.cmb.ro/sindromul-burnout/> (vizitat: 20.09.2021)
209. http://cord.acadiau.ca/tl_files/sites/cord/resources/Documents/SixAreasOfWorklife1999.pdf (vizitat: 16.08.10 / MASLACH C., Leiter M. P. The Truth about Burnout. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1997. 179 p
210. <https://rpubs.com/aaronsc32/games-howell-test> (vizitat 01.07.2019) Games-Howell Post-Hoc Test
211. Bartz, C., & Maloney, J. P. (1986). Burnout among intensive care nurses. Research in Nursing & Health, 9(2), 147–153. <http://dx.doi.org/10.1002/nur.4770090210>
212. Brody, N. (1993). Review of personality types: A modern synthesis. Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement, 25, 625– 627. <http://dx.doi.org/10.1037/h0084925>
213. <http://dx.doi.org/10.1002/cne.920180503> Yerkes, R. M., & Dodson, J. D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. Journal of Comparative Neurology, 18, 459 - 482.
214. Dewsbury, D. A. (1992). Triumph and tribulation in the history of american comparative psychology. Journal of Comparative Psychology, 106, 3–19. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7036.106.1.3>
215. Grinker, R. R., & Spiegel, J. P. (1945). Men under stress. <http://dx.doi.org/10.1037/10784-000>
216. Robinson, A. M. (2018, February 1). Let's Talk About Stress: History of Stress Research. Review of General Psychology. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/gpr0000137>
217. https://www.academia.edu/21702032/Fata_in_fata_cu_stresul_de_Robinson_Crusoe
218. <https://ro.scribd.com/document/379158409/Brate-CURS-LA-PSIHOLOGIA-STRESULUI-doc>
219. <https://ro.scribd.com/doc/33765677/33596857-Ioan-Bradu-IAMANDESCU-PSIHOLOGIE-MEDICAL%C4%82>
220. https://www.academia.edu/10325628/Managementul_stresului_profesional_MANAGEMENTUL_STRESULUI_PROFESIONAL
221. <https://www.hrp-journal.com/index.php/pru/article/view/27> BRATE A., *Investigarea și psihodiagnoza stresului socio-profesional*, Psihologia Resurselor Umane, Vol. 1 No. 2, 2019.
222. <https://www.cdlinight.co.nz/top-10-signs-of-stress-during-change/> Gwilt, B. (2014). Top 10 signs of stress during change. CDL Insight Consulting. Retrieved from
223. <http://dx.doi.org/10.1002/nur.4770090210> Bartz, C., & Maloney, J. P. (1986). Burnout among intensive care nurses. Research in Nursing & Health, 9(2), 147–153

224. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031780> Edú-Valsania, S.; Laguía, A.; Moriano, J.A. Burnout: A Review of Theory and Measurement. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, nr. 19, 2022, 1780. (vizitat: 29.10.22)
225. <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/030631299029003003> Viner R. Putting Stress in Life Hans Selye and the Making of Stress Theory. În: *Journals SAGE Publication*, nr. 29 (3), 1999, p. 391-410. (vizitat: 16.05.2019)

ANEXE

Anexa 1. Metodele de cercetare utilizate

Anexa 1. 1 Chestionarul de stres perceput fost elaborat de către Levenstein și colaboratorii săi (1993) și este un instrument relevant pentru stabilirea nivelului perceput al stresului. Testul conține 30 de itemi, iar subiecții sunt rugați să citească pe rând fiecare item, acordând punctele corespunzătoare prin alegerea unei singure variante de răspuns pentru fiecare item: aproape niciodată - 1punct, câteodată - 2 puncte, adesea - 3 puncte, aproape mereu - 4 puncte. La întrebările cu numerele 1, 7, 10, 13, 17, 21, 25, 29 - scorul se inversează: aproape niciodată - 4 puncte, câteodată - 3 puncte, adesea - 2 puncte, aproape mereu - 1 punct. Scorul, cuprins între 30 și 120 permite încadrarea în una din cele 3 categorii: 30 – 59 - stres redus; 60 – 89 - stres moderat 90 – 120 - stres intens. Nu există un timp limită pentru această probă. Confidențialitatea este garantată.

Anexa 1. 2 Maslach Bournout Inventory – MBI, elaborat de către Christine Maslach, a fost aplicat cu scopul de a determina nivelul sindromului burnout. Subiecții au fost rugați să îndeplinească testul conform următoarei instrucțiuni: „Citiți cu atenție afirmațiile și determinați-vă modul de a vă simți la locul de muncă. Dacă nu ați avut sentimentul indicat, specificați acest lucru în lista de răspunsuri la poziția 0 – niciodată. Dacă ați avut acest sentiment, indicați cât de des s-a întâmplat acest lucru prin bifarea cifrei care corespunde frecvenței trăirilor acestor stări”. Pentru fiecare item se scordă punctele corespunzătoare: nciodată - 0 puncte, foarte rar - 1, rareori - 2, uneori - 3, frecvent - 4, zilnic - 5. Pentru calcularea rezultatelor, se adună cifrele corespunzătoare răspunsurilor. Suma maximă este indicată pentru controlul rezultatului conform tabelelor:

Tabelul 1. Indicii sindromului burnout

Indicii sindromului burnout	Numărul afirmației	Suma maximă posibilă
Sindromul burnout	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	54
Depersonalizarea	5, 10, 11, 15, 22	30
Reducerea realizărilor personale	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	48

Tabelul 2. Nivelul de exprimare a indicilor sindromului burnout

Indici	Nivel minim	Nivel mediu	Nivel înalt
Sindromul burnout	0 - 16	17 - 26	27 și mai multe

Depersonalizarea	0 - 6	7 - 12	13 și mai multe
Reducerea realizărilor personale	39 și mai multe	38 - 32	31 - 0

Nivelul mic indică lipsa exprimării indicatorului respectiv, mediu – indicatorul se află în stadiul de formare, nivel înalt – indicatorul este deja format.

Anexa 1. 3 Scala de coping COPE (Carver și colaboratorii, 1989) a fost aplicată cu scopul identificării strategiilor de coping și cuprinde 53 de afirmații, fiecare formă de coping fiind evaluată prin 4 itemi. Excepție face copingul prin recurgerea la alcool - medicamente, care este măsurat printr-un singur item. Răspunsul se face pe o scală de la 1 la 4, în care cifra 1 - de obicei nu fac acest lucru, 2 - rareori fac acest lucru, 3 - fac uneori acest lucru, 4 - fac deseori acest lucru. Subiecții sunt rugați să îndeplinească proba conform însărcinării: „Mai jos aveți enumerate o serie de fraze care exprimă modul în care oamenii simt sau acționează când se simt stresați sau se confruntă cu o problemă gravă. Gândiți - vă cum simțiți și acționați d-voastră înșivă, în general, în astfel de situații, și alegeți varianta care se potrivește cel mai bine cazului personal. Bifați răspunsul în coloana alăturată”. Cele 14 scale corespunzătoare strategiilor de coping sunt:

1. **Copingul activ** – vizează acțiunile concrete ce urmăresc înlăturarea stresorului sau ameliorarea efectelor sale. Este o formă de acțiune conștientă, de intensificare a efortului, în vederea ameliorării sau ajustării la stresor **(1, 14, 31, 40)**.
2. **Planificarea** – se referă la orientarea gândirii spre pașii și modalitățile de acțiune **(2, 15, 30, 45)**.
3. **Eliminarea activităților concurente** – evaluează tendința persoanelor de a evita distragerea de la situația problematică, pentru a se putea concentra mai mult asupra soluționării ei **(3, 16, 28, 42)**.
4. **Reținerea de la acțiune** – măsoară opusul tendințelor impulsive și premature de a acționa, chiar dacă situația nu o permite; este o formă de coping activ în sensul focalizării pe stresor, dar, în același timp, o strategie pasivă, până în momentul când circumstanțele vor permite acțiunea **(4, 17, 29, 43)**.
5. **Căutarea suportului social-instrumental** – evaluează tendința de a solicita sfaturi, informații, ajutor material necesar în acțiunile de ameliorare a situației; este considerată a fi o formă de coping activ **(5, 18, 32, 44)**.
6. **Căutarea suportului social-emoțional** – itemii identifică în ce măsură persoana tinde să solicite înțelegere, compasiune sau suport moral de la prieteni, rude, colegi, pentru a diminua

distresul; este o formă de coping focalizat pe emoție (6, 19, 33, 46).

7. **Reinterpretarea pozitivă** – identifică tendința unei persoane de a extrage un beneficiu chiar dintr-o situație indezirabilă sau cu consecințe nefaste; nu are doar scopul de a reduce distresul, ci poate fi punctul de plecare pentru un alt gen de acțiune asupra stresorului (7, 20, 34, 48).

8. **Acceptarea** – vizează una dintre cele două situații: acceptarea realității factorului amenințător, în vederea acționării asupra lui și/sau acceptarea faptului că nu se poate face nimic pentru ameliorarea situației (8, 21, 35, 47).

9. **Negarea** – se referă la refuzul de a crede că stresorul există sau la acțiunile întreprinse care ignoră stresorul, ca și cum nu ar fi real; deși, în mod tradițional, negarea este inclusă în categoria mecanismelor defensive, Carver și colaboratorii consideră utilă includerea negării la mecanismele de coping (11, 24, 38, 52).

10. **Descărcarea emoțională** – scala pune în evidență tendința persoanei de a - și reduce nivelul distresului prin exprimarea afectelor și emoțiilor negative (10, 23, 37, 51).

11. **Orientarea spre religie** – se referă la măsura în care subiectul apelează, în momentele nesigure, la ajutor din partea divinității; autorii chestionarului apreciază că orientarea spre religie este o strategie de coping cu funcții multiple: poate servi pentru reinterpretarea pozitivă, pentru suport emoțional sau ca o formă de coping activ la un stresor (9, 22, 36, 49).

12. **Pasivitatea mintală** – scala identifică „tactica” folosită de anumite persoane cu scopul de a evita confruntarea cu problema; pasivitatea mintală are loc prin „imersia” în alte activități: vizionarea de filme sau spectacole, vizitarea prietenilor, practicarea sporturilor etc.; este tendința opusă suprimării oricăror activități, pentru a se concentra la situația problematică (13, 26, 27, 53).

13. **Pasivitatea comportamentală** – evaluează tendința de răspuns la stres prin reducerea efortului sau chiar abandonarea angajării în atingerea scopului, sau înlăturarea stresorului care interferează cu scopul; pasivitatea comportamentală, ca strategie de coping, este similară conceptului de neajutorare (12, 25, 41, 50).

14. **Recurgerea la alcool-medicamente** – itemul identifică propensiunea de a apela la medicație anxiolitică sau la alcool pentru cuparea stărilor de disconfort psihic rezultate din confruntarea cu situația amenințătoare (39).

Anexa 2. Analiza rezultatelor experimentului de constatare

ANEXE

Anexa 2

Statistica descriptivă la variabilele studiate

Tabelul A 2.1. Prezentarea statisticii descriptive per total eșantion

Descriptive Statistics

	N	Minimu m	Maximu m	Mean		Std. Deviatio n	Varianc e	Skewness		Kurtosis	
	Statisti c	Statistic	Statistic	Statisti c	Std. Error	Statistic	Statistic	Statisti c	Std. Erro r	Statisti c	Std. Erro r
Gen	210	1,00	2,00	1,3571	,03314	,48030	,231	,601	,168	-1,655	,334
Grup de munca	210	1,00	3,00	1,9905	,05525	,80066	,641	,017	,168	-1,438	,334
Vechime în muncă	210	1,00	3,00	1,8095	,06120	,88685	,787	,384	,168	-1,626	,334
Tipuri de asistență medicală	210	1,00	5,00	3,1429	,09423	1,36553	1,865	-,216	,168	-1,204	,334
Scala de percepție a stresului_indice	210	33,00	104,00	66,9381	,98783	14,31501	204,920	,381	,168	-,036	,334
Scala de percepție a stresului_nivel	210	1,00	3,00	1,7667	,03806	,55149	,304	-,053	,168	-,281	,334
Epuizarea emoțională_MBI_indice	210	2,00	45,00	22,2238	,53376	7,73499	59,830	,350	,168	,183	,334
Epuizarea emoțională_MBI_nivel	210	1,00	3,00	2,0476	,04762	,69007	,476	-,062	,168	-,884	,334
Depersonalizarea_MBI_indice	210	,00	25,00	8,9714	,32848	4,76020	22,659	,502	,168	,093	,334
Depersonalizarea_MBI_nivel	210	1,00	3,00	1,8667	,05058	,73291	,537	,214	,168	-1,111	,334

Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	210	,00	48,00	32,1381	,52125	7,55363	57,057	-,688	,168	1,309	,334
Reducerea realizărilor personale_MBI_nivel	210	1,00	3,00	2,2571	,05099	,73892	,546	-,450	,168	-1,053	,334
Copingul activ	210	4,00	18,00	12,7905	,16732	2,42473	5,879	-,848	,168	,690	,334
Planificarea	210	5,00	16,00	13,6524	,17379	2,51847	6,343	-1,013	,168	,364	,334
Eliminarea activității concurente	210	5,00	16,00	11,1095	,15441	2,23765	5,007	-,537	,168	,262	,334
Reținerea în acțiune	210	4,00	16,00	10,5000	,16539	2,39667	5,744	,097	,168	-,450	,334
Căutarea suportului social-instrumentar	210	4,00	21,00	12,2619	,18392	2,66521	7,103	-,814	,168	1,067	,334
Căutarea suportului social-emoțional	210	4,00	17,00	10,2952	,20695	2,99896	8,994	-,146	,168	-,722	,334
Reinterpretarea pozitivă	210	5,00	17,00	12,3714	,17270	2,50266	6,263	-,336	,168	-,308	,334
Acceptarea	210	2,00	19,00	11,3714	,19940	2,88954	8,349	-,039	,168	-,152	,334
Negarea	210	4,00	16,00	8,0571	,16027	2,32247	5,394	,564	,168	,324	,334
Descărcarea emoțională	210	4,00	15,00	9,0619	,18451	2,67381	7,149	,088	,168	-,463	,334
Orientarea spre religie	210	4,00	16,00	10,5143	,26138	3,78770	14,347	-,299	,168	-1,076	,334
Pasivitatea mentală	210	2,00	16,00	9,8238	,19167	2,77763	7,715	-,335	,168	-,526	,334
Pasivitatea comportamentală	210	3,00	13,00	7,7143	,15809	2,29088	5,248	,100	,168	-,779	,334
Recurgerea la alcool	210	1,00	4,00	1,5190	,05970	,86512	,748	1,597	,168	1,532	,334
Valid N (listwise)	210										

Tabelul A 2.2. Prezentarea statisticii descriptive pe subgrupe (Grup de muncă)

Descriptive Statistics

Grup de munca	N	Minimu m	Maximu m	Mean		Std. Deviation	Varian ce	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
Asisten Gen te medical Vechime în muncă e	68	1,00	1,00	1,0000	,00000	,00000	,000	.	.	.	.
Tipuri de asistență medicală	68	1,00	3,00	2,0000	,09827	,81038	,657	,000	,291	-1,474	,574
Scala de percepție a stresului_indice	68	1,00	4,00	2,5294	,14128	1,16505	1,357	-,161	,291	-1,449	,574
Scala de percepție a stresului_nivel	68	33,00	104,00	66,6618	1,82108	15,01702	225,511	,465	,291	,163	,574
Epuizarea emoțională_MBI_indice	68	1,00	3,00	1,7794	,06900	,56899	,324	,007	,291	-,245	,574
Epuizarea emoțională_MBI_nivel	68	6,00	45,00	23,2059	1,00952	8,32468	69,300	,401	,291	-,025	,574
Depersonalizarea_MBI_i ndice	68	1,00	3,00	2,1471	,08706	,71789	,515	-,227	,291	-1,007	,574
Depersonalizarea_MBI_n ivel	68	,00	25,00	9,2941	,64716	5,33661	28,479	,609	,291	,255	,574
Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	68	1,00	3,00	1,8971	,09403	,77536	,601	,182	,291	-1,301	,574
Reducerea realizărilor personale_MBI_nivel	68	10,00	48,00	29,9559	,94851	7,82158	61,177	-,242	,291	,451	,574
Copingul activ	68	1,00	3,00	2,5000	,08511	,70181	,493	-1,068	,291	-,162	,574
Planificarea	68	4,00	16,00	12,1912	,30953	2,55248	6,515	-,520	,291	,361	,574
Eliminarea activității concurrente	68	5,00	16,00	12,9559	,34327	2,83072	8,013	-,698	,291	-,320	,574
Reținerea în acțiune	68	5,00	15,00	10,9853	,28148	2,32117	5,388	-,572	,291	,017	,574
Căutarea suportului social-instrumentar	68	5,00	16,00	10,2353	,31085	2,56333	6,571	,218	,291	-,103	,574
	68	6,00	21,00	12,1765	,32925	2,71503	7,371	,057	,291	,744	,574

Căutarea suportului social-emoțional	68	5,00	16,00	10,8088	,32678	2,69470	7,261	-,361	,291	-,317	,574
Reinterpretarea pozitivă	68	5,00	16,00	12,3235	,30895	2,54770	6,491	-,296	,291	-,413	,574
Acceptarea	68	5,00	16,00	11,4853	,33945	2,79921	7,836	-,018	,291	-,861	,574
Negarea	68	4,00	16,00	8,5294	,34266	2,82563	7,984	,367	,291	-,439	,574
Descărcarea emoțională	68	4,00	15,00	9,3382	,30836	2,54283	6,466	,079	,291	-,214	,574
Orientarea spre religie	68	4,00	16,00	11,6471	,45120	3,72072	13,844	-,627	,291	-,724	,574
Pasivitatea mentală	68	4,00	14,00	9,6176	,32930	2,71551	7,374	-,264	,291	-,992	,574
Pasivitatea comportamentală	68	4,00	13,00	8,3824	,30292	2,49794	6,240	-,126	,291	-,954	,574
Recurgerea la alcool	68	1,00	4,00	1,7059	,12581	1,03749	1,076	1,286	,291	,325	,574
Medici Gen	76	1,00	2,00	1,5263	,05766	,50262	,253	-,108	,276	-2,043	,545
Vechime în muncă	76	1,00	3,00	2,3421	,09652	,84147	,708	-,725	,276	-1,198	,545
Tipuri de asistență medicală	76	1,00	5,00	3,2632	,14311	1,24759	1,556	-,307	,276	-1,055	,545
Scala de percepție a stresului_indice	76	33,00	100,00	65,2105	1,58328	13,80272	190,515	,223	,276	,201	,545
Scala de percepție a stresului_nivel	76	1,00	2,00	1,6974	,05305	,46245	,214	-,877	,276	-1,266	,545
Satisfacția muncii_punctaj	76	40,000	99,000	66,60526	1,351163	11,779167	138,749	-,023	,276	,065	,545
Grad de insatisfacție munca	76	3,00	3,00	3,0000	,00000	,00000	,000	.	.	.	.
Epuizarea emoțională_MBI_indice	76	2,00	43,00	20,0132	,81918	7,14142	51,000	,439	,276	1,389	,545
Epuizarea emoțională_MBI_nivel	76	1,00	3,00	1,8816	,06745	,58804	,346	,023	,276	-,108	,545
Depersonalizarea_MBI_indice	76	,00	19,00	8,1842	,48692	4,24487	18,019	,161	,276	-,326	,545
Depersonalizarea_MBI_nivel	76	1,00	3,00	1,8289	,07583	,66107	,437	,199	,276	-,700	,545

	Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	76	,00	48,00	33,6711	,87427	7,62170	58,090	-1,594	,276	4,418	,545
	Reducerea realizărilor personale_MBI_nivel	76	1,00	3,00	2,0658	,08853	,77176	,596	-,114	,276	-1,298	,545
	Copingul activ	76	6,00	18,00	13,0658	,23043	2,00888	4,036	-,660	,276	,911	,545
	Planificarea	76	9,00	16,00	13,7105	,24048	2,09645	4,395	-,514	,276	-,874	,545
	Eliminarea activității concurente	76	5,00	16,00	10,6974	,27403	2,38897	5,707	-,408	,276	-,258	,545
	Reținerea în acțiune	76	4,00	16,00	10,5263	,29288	2,55329	6,519	-,058	,276	-,788	,545
	Căutarea suportului social-instrumentar	76	6,00	16,00	12,2895	,25807	2,24983	5,062	-,495	,276	,116	,545
	Căutarea suportului social-emoțional	76	4,00	17,00	10,3158	,33519	2,92215	8,539	-,048	,276	-,375	,545
	Reinterpretarea pozitivă	76	5,00	17,00	12,2763	,30927	2,69616	7,269	-,508	,276	-,103	,545
	Acceptarea	76	4,00	19,00	11,3026	,36516	3,18337	10,134	,129	,276	-,230	,545
	Negarea	76	5,00	15,00	7,9474	,25676	2,23842	5,011	,822	,276	,270	,545
	Descărcarea emoțională	76	4,00	15,00	8,2105	,32997	2,87665	8,275	,318	,276	-,627	,545
	Orientarea spre religie	76	4,00	16,00	9,1711	,45745	3,98794	15,904	,141	,276	-1,342	,545
	Pasivitatea mentală	76	4,00	15,00	9,8026	,28655	2,49810	6,241	-,001	,276	-,524	,545
	Pasivitatea comportamentală	76	4,00	13,00	7,9079	,25627	2,23414	4,991	-,088	,276	-,762	,545
	Recurgerea la alcool	76	1,00	4,00	1,3289	,08248	,71904	,517	2,285	,276	4,620	,545
Rezidenți	Gen	66	1,00	2,00	1,5303	,06190	,50291	,253	-,124	,295	-2,048	,582
	Vechime în muncă	66	1,00	1,00	1,0000	,00000	,00000	,000	.	.	.	.
	Tipuri de asistență medicală	66	1,00	5,00	3,6364	,18018	1,46378	2,143	-,642	,295	-1,086	,582
	Scala de percepție a stresului_indice	66	43,00	97,00	69,2121	1,73118	14,06416	197,800	,485	,295	-,565	,582
	Scala de percepție a stresului_nivel	66	1,00	3,00	1,8333	,07659	,62224	,387	,124	,295	-,441	,582

Satisfacția muncii_punctaj	66	43,000	87,000	64,378 79	1,2470 51	10,1310 87	102,63 9	,131	,295	-,386	,582
Grad de insatisfacție munca	66	3,00	3,00	3,0000	,00000	,00000	,000	.	.	.	.
Epuizarea emoțională_MBI_indice	66	9,00	39,00	23,757 6	,89601	7,27918	52,986	,131	,295	-,431	,582
Epuizarea emoțională_MBI_nivel	66	1,00	3,00	2,1364	,09132	,74186	,550	-,225	,295	-1,130	,582
Depersonalizarea_MBI_i ndice	66	1,00	20,00	9,5455	,57134	4,64156	21,544	,516	,295	-,450	,582
Depersonalizarea_MBI_n ivel	66	1,00	3,00	1,8788	,09538	,77490	,600	,215	,295	-1,290	,582
Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	66	21,00	47,00	32,621 2	,82946	6,73856	45,408	,032	,295	-,221	,582
Reducerea realizărilor personale_MBI_nivel	66	1,00	3,00	2,2273	,08305	,67472	,455	-,307	,295	-,778	,582
Copingul activ	66	6,00	16,00	13,090 9	,32512	2,64125	6,976	-1,217	,295	1,020	,582
Planificarea	66	7,00	16,00	14,303 0	,30456	2,47430	6,122	-1,761	,295	2,584	,582
Eliminarea activității concurente	66	5,00	15,00	11,712 1	,22621	1,83777	3,377	-,296	,295	1,551	,582
Reținerea în acțiune	66	8,00	15,00	10,742 4	,24742	2,01006	4,040	,447	,295	-,834	,582
Căutarea suportului social-instrumentar	66	4,00	15,00	12,318 2	,37718	3,06423	9,390	-1,578	,295	1,475	,582
Căutarea suportului social-emoțional	66	4,00	15,00	9,7424	,40814	3,31575	10,994	,056	,295	-1,148	,582
Reinterpretarea pozitivă	66	8,00	16,00	12,530 3	,27585	2,24101	5,022	,022	,295	-,955	,582
Acceptarea	66	2,00	16,00	11,333 3	,32698	2,65639	7,056	-,377	,295	,840	,582
Negarea	66	4,00	11,00	7,6970	,21152	1,71840	2,953	-,562	,295	-,090	,582
Descărcarea emoțională	66	5,00	15,00	9,7576	,28486	2,31424	5,356	,297	,295	-,413	,582
Orientarea spre religie	66	4,00	16,00	10,893 9	,38753	3,14828	9,912	-,467	,295	-,374	,582

Pasivitatea mentală	66	2,00	16,00	10,0606	,38738	3,14706	9,904	-,644	,295	-,245	,582
Pasivitatea comportamentală	66	3,00	10,00	6,8030	,22462	1,82478	3,330	,035	,295	-,881	,582
Recurgerea la alcool	66	1,00	4,00	1,5455	,09700	,78802	,621	1,207	,295	,394	,582

Tabelul A 2.3. Prezentarea statisticii descriptive pe subgrupe (Vechime în muncă)

Descriptive Statistics

		N	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation	Variance	Skewness		Kurtosis	
					Statistic	Std. Error			Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
0 – 10 ani	Gen	106	1,00	2,00	1,4151	,04809	,49508	,245	,350	,235	-1,914	,465
	Grup de munca	106	1,00	3,00	2,4151	,07916	,81495	,664	-,904	,235	-,882	,465
	Tipuri de asistență medicală	106	1,00	5,00	3,3585	,14262	1,46832	2,156	-,443	,235	-1,277	,465
	Scala de percepție a stresului_indice	106	33,00	97,00	67,8113	1,30897	13,47669	181,621	,383	,235	-,060	,465
	Scala de percepție a stresului_nivel	106	1,00	3,00	1,8113	,05545	,57093	,326	,004	,235	-,182	,465
	Satisfacția muncii_punctaj	106	40,000	87,000	64,44340	,953367	9,815518	96,344	-,012	,235	-,188	,465
	Grad de insatisfacție munca	106	3,00	3,00	3,0000	,00000	,00000	,000	.	.	.	.
	Epuizarea emoțională_MBI_indice	106	6,00	39,00	22,9717	,68464	7,04875	49,685	,107	,235	-,209	,465
	Epuizarea emoțională_MBI_nivel	106	1,00	3,00	2,0943	,06773	,69732	,486	-,130	,235	-,914	,465
	Depersonalizarea_MBI_indice	106	1,00	20,00	9,3774	,43550	4,48373	20,104	,338	,235	-,491	,465
	Depersonalizarea_MBI_nivel	106	1,00	3,00	1,9057	,07284	,74996	,562	,157	,235	-1,194	,465

	Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	106	10,00	48,00	32,2453	,66173	6,81289	46,415	-,247	,235	,646	,465
	Reducerea realizărilor personale_MBI_nivel	106	1,00	3,00	2,2736	,06640	,68359	,467	-,408	,235	-,821	,465
	Copingul activ	106	6,00	16,00	13,0189	,23333	2,40230	5,771	-1,031	,235	,871	,465
	Planificarea	106	7,00	16,00	13,9623	,23675	2,43750	5,941	-1,270	,235	,939	,465
	Eliminarea activității concurrente	106	5,00	15,00	11,4151	,18999	1,95603	3,826	-,454	,235	1,058	,465
	Reținerea în acțiune	106	5,00	15,00	10,5094	,21542	2,21787	4,919	,043	,235	-,455	,465
	Căutarea suportului social- instrumentar	106	4,00	16,00	12,2170	,27209	2,80138	7,848	-1,369	,235	1,307	,465
	Căutarea suportului social- emoțional	106	4,00	17,00	10,3679	,31304	3,22291	10,387	-,110	,235	-,864	,465
	Reinterpretarea pozitivă	106	8,00	16,00	12,5943	,21606	2,22445	4,948	,029	,235	-,883	,465
	Acceptarea	106	2,00	18,00	11,5566	,26880	2,76743	7,659	-,242	,235	,274	,465
	Negarea	106	4,00	13,00	7,8868	,20651	2,12612	4,520	,187	,235	-,153	,465
	Descărcarea emoțională	106	4,00	15,00	9,3491	,25891	2,66563	7,106	-,089	,235	-,423	,465
	Orientarea spre religie	106	4,00	16,00	10,7170	,33128	3,41078	11,633	-,440	,235	-,683	,465
	Pasivitatea mentală	106	2,00	16,00	10,1604	,28091	2,89215	8,365	-,579	,235	-,043	,465
	Pasivitatea comportamentală	106	3,00	12,00	7,4623	,21413	2,20465	4,860	,144	,235	-,757	,465
	Recurgerea la alcool	106	1,00	4,00	1,5660	,08480	,87308	,762	1,413	,235	,972	,465
11	Gen	38	1,00	2,00	1,3684	,07930	,48885	,239	,568	,383	-1,773	,750
30	Grup de munca	38	1,00	2,00	1,3684	,07930	,48885	,239	,568	,383	-1,773	,750
an	Tipuri de asistență medicală	38	2,00	4,00	3,5263	,10491	,64669	,418	-1,052	,383	,078	,750
i	Scala de percepție a stresului_indice	38	41,00	104,00	64,6579	2,20057	13,56521	184,01 5	1,056	,383	1,626	,750
	Scala de percepție a stresului_nivel	38	1,00	3,00	1,7105	,09167	,56511	,319	,029	,383	-,453	,750
	Satisfacția muncii_punctaj	38	27,000	86,000	61,4736 8	2,16979 7	13,37552 6	178,90 5	-,847	,383	,736	,750
	Grad de insatisfacție munca	38	1,00	3,00	2,8684	,07703	,47483	,225	-3,630	,383	12,345	,750

	Epuizarea emoțională_MBI_indice	38	6,00	42,00	21,4211	1,10773	6,82852	46,629	,540	,383	1,919	,750
	Epuizarea emoțională_MBI_nivel	38	1,00	3,00	2,0000	,09238	,56949	,324	,000	,383	,367	,750
	Depersonalizarea_MBI_in dice	38	,00	25,00	9,5526	,86063	5,30526	28,146	1,219	,383	1,777	,750
	Depersonalizarea_MBI_ni vel	38	1,00	3,00	1,9211	,10919	,67310	,453	,093	,383	-,676	,750
	Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	38	14,00	42,00	31,1842	1,20623	7,43569	55,289	-,847	,383	-,137	,750
	Reducerea realizărilor personale_MBI_nivel	38	1,00	3,00	2,3684	,12175	,75053	,563	-,738	,383	-,811	,750
	Copingul activ	38	4,00	16,00	12,4474	,45368	2,79669	7,821	-,990	,383	,849	,750
	Planificarea	38	5,00	16,00	12,8158	,51831	3,19506	10,208	-,679	,383	-,615	,750
	Eliminarea activității concurente	38	6,00	14,00	10,7105	,37698	2,32388	5,400	-,297	,383	-,893	,750
	Reținerea în acțiune	38	6,00	16,00	10,5263	,43453	2,67861	7,175	,014	,383	-,908	,750
	Căutarea suportului social-instrumentar	38	7,00	16,00	12,1316	,38494	2,37294	5,631	-,319	,383	-,346	,750
	Căutarea suportului social-emoțional	38	4,00	16,00	10,3158	,49479	3,05008	9,303	-,371	,383	-,660	,750
	Reinterpretarea pozitivă	38	5,00	17,00	11,6579	,53108	3,27378	10,718	-,298	,383	-,884	,750
	Acceptarea	38	4,00	19,00	10,8947	,50431	3,10875	9,664	,223	,383	,339	,750
	Negarea	38	4,00	14,00	8,1053	,43461	2,67914	7,178	,416	,383	-,617	,750
	Descărcarea emoțională	38	4,00	15,00	8,4474	,43773	2,69832	7,281	,645	,383	,610	,750
	Orientarea spre religie	38	4,00	16,00	10,0789	,66446	4,09602	16,777	,045	,383	-1,353	,750
	Pasivitatea mentală	38	5,00	14,00	9,0526	,45251	2,78943	7,781	,195	,383	-1,174	,750
	Pasivitatea comportamentală	38	4,00	12,00	8,0789	,36251	2,23464	4,994	-,319	,383	-1,055	,750
	Recurgerea la alcool	38	1,00	4,00	1,5263	,14962	,92230	,851	1,773	,383	2,193	,750
31	Gen	66	1,00	2,00	1,2576	,05424	,44065	,194	1,135	,295	-,736	,582
-												
45	Grup de munca	66	1,00	2,00	1,6667	,05847	,47502	,226	-,724	,295	-1,523	,582
an												
i	Tipuri de asistență medicală	66	1,00	5,00	2,5758	,16452	1,33659	1,786	,550	,295	-,685	,582

Scala de percepție a stresului_indice	66	33,00	100,00	66,8485	1,97127	16,01465	256,469	,170	,295	-,383	,582
Scala de percepție a stresului_nivel	66	1,00	3,00	1,7273	,06312	,51277	,263	-,315	,295	-,438	,582
Epuizarea emoțională_MBI_indice	66	2,00	45,00	21,4848	1,12634	9,15044	83,731	,583	,295	,070	,582
Epuizarea emoțională_MBI_nivel	66	1,00	3,00	2,0000	,09161	,74421	,554	,000	,295	-1,163	,582
Depersonalizarea_MBI_indice	66	,00	19,00	7,9848	,58914	4,78617	22,907	,255	,295	-,843	,582
Depersonalizarea_MBI_nivel	66	1,00	3,00	1,7727	,09108	,73997	,548	,393	,295	-1,066	,582
Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	66	,00	48,00	32,5152	1,07531	8,73585	76,315	-1,010	,295	2,028	,582
Reducerea realizărilor personale_MBI_nivel	66	1,00	3,00	2,1667	,10031	,81492	,664	-,319	,295	-1,421	,582
Copingul activ	66	6,00	18,00	12,6212	,27377	2,22410	4,947	-,326	,295	,256	,582
Planificarea	66	8,00	16,00	13,6364	,25877	2,10228	4,420	-,474	,295	-,687	,582
Eliminarea activității concurente	66	5,00	16,00	10,8485	,31456	2,55549	6,531	-,533	,295	-,104	,582
Reținerea în acțiune	66	4,00	16,00	10,4697	,31231	2,53723	6,438	,214	,295	-,182	,582
Căutarea suportului social-instrumentar	66	6,00	21,00	12,4091	,32386	2,63104	6,922	,046	,295	,949	,582
Căutarea suportului social-emoțional	66	4,00	16,00	10,1667	,32141	2,61112	6,818	-,140	,295	-,510	,582
Reinterpretarea pozitivă	66	6,00	16,00	12,4242	,29293	2,37979	5,663	-,355	,295	-,271	,582
Acceptarea	66	6,00	18,00	11,3485	,36482	2,96385	8,784	,124	,295	-,735	,582
Negarea	66	5,00	16,00	8,3030	,29760	2,41769	5,845	1,034	,295	1,109	,582
Descărcarea emoțională	66	4,00	15,00	8,9545	,32562	2,64535	6,998	,071	,295	-,627	,582
Orientarea spre religie	66	4,00	16,00	10,4394	,51646	4,19571	17,604	-,289	,295	-1,332	,582
Pasivitatea mentală	66	4,00	14,00	9,7273	,30956	2,51485	6,324	-,280	,295	-,623	,582

Pasivitatea comportamentală	66	4,00	13,00	7,9091	,30053	2,44148	5,961	,187	,295	-,648	,582
Recurgerea la alcool	66	1,00	4,00	1,4394	,10157	,82516	,681	1,894	,295	2,731	,582

Tabelul A 2.4. Prezentarea statisticii descriptive pe subgrupe (gen)

Descriptive Statistics

Gen	N	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation	Variance	Skewness		Kurtosis	
				Statistic	Std. Error			Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
F Grup de munca	135	1,00	3,00	1,7259	,07009	,81433	,663	,545	,209	-1,280	,414
Vechime în muncă	135	1,00	3,00	1,9037	,07789	,90500	,819	,192	,209	-1,764	,414
Tipuri de asistență medicală	135	1,00	5,00	2,8148	,11137	1,29399	1,674	-,110	,209	-1,222	,414
Scala de percepție a stresului_indice	135	33,00	104,00	66,6593	1,22066	14,18280	201,152	,361	,209	,175	,414
Scala de percepție a stresului_nivel	135	1,00	3,00	1,7778	,04663	,54179	,294	-,109	,209	-,172	,414
Epuizarea emoțională_MBI_indice	135	2,00	45,00	22,4593	,68674	7,97923	63,668	,295	,209	,127	,414
Epuizarea emoțională_MBI_nivel	135	1,00	3,00	2,0593	,06110	,70988	,504	-,085	,209	-,993	,414
Depersonalizarea_MBI_in dice	135	,00	25,00	8,6741	,42188	4,90177	24,027	,650	,209	,365	,414
Depersonalizarea_MBI_ni vel	135	1,00	3,00	1,8074	,06439	,74810	,560	,331	,209	-1,144	,414
Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	135	,00	48,00	31,4889	,68328	7,93901	63,028	-,626	,209	1,463	,414
Reducerea realizărilor personale_MBI_nivel	135	1,00	3,00	2,3259	,06467	,75141	,565	-,619	,209	-,977	,414
Copingul activ	135	4,00	18,00	12,6370	,21461	2,49360	6,218	-,683	,209	,409	,414
Planificarea	135	5,00	16,00	13,6074	,22158	2,57455	6,628	-1,060	,209	,541	,414

Eliminarea activității concurente	135	5,00	15,00	11,0667	,19621	2,27970	5,197	-,643	,209	,395	,414
Reținerea în acțiune	135	4,00	16,00	10,3111	,20936	2,43257	5,917	-,202	,209	-,164	,414
Căutarea suportului social-instrumentar	135	4,00	21,00	12,1407	,24050	2,79435	7,808	-,630	,209	,919	,414
Căutarea suportului social-emoțional	135	4,00	16,00	10,5556	,24674	2,86686	8,219	-,325	,209	-,645	,414
Reinterpretarea pozitivă	135	5,00	16,00	12,4963	,20547	2,38739	5,700	-,425	,209	-,128	,414
Acceptarea	135	5,00	18,00	11,5111	,23129	2,68736	7,222	-,071	,209	-,762	,414
Negarea	135	4,00	16,00	8,3630	,22246	2,58471	6,681	-,389	,209	-,154	,414
Descărcarea emoțională	135	4,00	15,00	9,3407	,21681	2,51907	6,346	-,037	,209	-,341	,414
Orientarea spre religie	135	4,00	16,00	11,1852	,31424	3,65118	13,331	-,478	,209	-,834	,414
Pasivitatea mentală	135	4,00	15,00	10,0074	,23780	2,76302	7,634	-,447	,209	-,709	,414
Pasivitatea comportamentală	135	3,00	13,00	7,7704	,21028	2,44321	5,969	-,118	,209	-,859	,414
Recurgerea la alcool	135	1,00	4,00	1,5704	,08113	,94269	,889	1,557	,209	1,235	,414
MGrup de munca	75	2,00	3,00	2,4667	,05799	,50225	,252	-,136	,277	-2,036	,548
Vechime în muncă	75	1,00	3,00	1,6400	,09612	,83245	,693	-,767	,277	-1,118	,548
Tipuri de asistență medicală	75	1,00	5,00	3,7333	,14987	1,29795	1,685	-,590	,277	-1,074	,548
Scala de percepție a stresului_indice	75	38,00	100,00	67,4400	1,68963	14,63266	214,115	-,418	,277	-,325	,548
Scala de percepție a stresului_nivel	75	1,00	3,00	1,7467	,06601	,57171	,327	-,045	,277	-,384	,548
Satisfacția muncii_punctaj	75	40,000	99,000	65,3200	1,31644	11,40075	129,977	-,175	,277	,406	,548
Grad de insatisfacție munca	75	3,00	3,00	3,0000	,00000	,00000	,000	.	.	.	.
Epuizarea emoțională_MBI_indice	75	6,00	43,00	21,8000	,84384	7,30790	53,405	,455	,277	,378	,548
Epuizarea emoțională_MBI_nivel	75	1,00	3,00	2,0267	,07587	,65705	,432	-,027	,277	-,615	,548
Depersonalizarea_MBI_in dice	75	1,00	20,00	9,5067	,51688	4,47628	20,037	,246	,277	-,299	,548

Depersonalizarea_MBI_nivel	75	1,00	3,00	1,9733	,08048	,69697	,486	,036	,277	-,893	,548
Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	75	16,00	47,00	33,3067	,77343	6,69807	44,864	-,708	,277	,421	,548
Reducerea realizărilor personale_MBI_nivel	75	1,00	3,00	2,1333	,08128	,70391	,495	-,193	,277	-,938	,548
Copingul activ	75	6,00	16,00	13,0667	,26395	2,28588	5,225	-1,214	,277	1,696	,548
Planificarea	75	7,00	16,00	13,7333	,28050	2,42918	5,901	-,917	,277	-,024	,548
Eliminarea activității concurente	75	6,00	16,00	11,1867	,25090	2,17289	4,721	-,311	,277	-,021	,548
Reținerea în acțiune	75	6,00	15,00	10,8400	,26647	2,30768	5,325	-,071	,277	-,914	,548
Căutarea suportului social-instrumentar	75	5,00	16,00	12,4800	,27923	2,41817	5,848	-1,256	,277	1,586	,548
Căutarea suportului social-emoțional	75	4,00	17,00	9,8267	,36828	3,18940	10,172	,170	,277	-,645	,548
Reinterpretarea pozitivă	75	5,00	17,00	12,1467	,31175	2,69982	7,289	-,177	,277	-,512	,548
Acceptarea	75	2,00	19,00	11,1200	,37246	3,22557	10,404	-,084	,277	,234	,548
Negarea	75	4,00	12,00	7,5067	,18828	1,63056	2,659	,286	,277	-,059	,548
Descărcarea emoțională	75	4,00	15,00	8,5600	,33274	2,88163	8,304	,285	,277	-,515	,548
Orientarea spre religie	75	4,00	15,00	9,3067	,43329	3,75238	14,080	-,005	,277	-1,249	,548
Pasivitatea mentală	75	2,00	16,00	9,4933	,32236	2,79175	7,794	-,148	,277	-,027	,548
Pasivitatea comportamentală	75	4,00	12,00	7,6133	,23086	1,99928	3,997	-,041	,277	-,844	,548
Recurgerea la alcool	75	1,00	3,00	1,4267	,08093	,70084	,491	1,357	,277	,421	,548

Tabelul A 2.5. Prezentarea statisticii descriptive pe subgrupe (tipuri de asistență)

Descriptive Statistics

Tipuri de asistență medicală	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance	Skewness	Kurtosis
------------------------------	---	---------	---------	------	----------------	----------	----------	----------

	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
DRNarcolo Grup de munca gie	35	1,00	3,00	1,6571	,14168	,83817	,703	,741	,398	-1,162	,778
Gen	35	1,00	2,00	1,0857	,04801	,28403	,081	3,094	,398	8,029	,778
Vechime în muncă	35	1,00	3,00	1,9714	,17143	1,01419	1,029	,060	,398	-2,121	,778
Scala de percepție a stresului_indice	35	48,00	100,00	70,2286	2,09765	12,40988	154,005	,450	,398	-,542	,778
Scala de percepție a stresului_nivel	35	1,00	3,00	1,8000	,07992	,47279	,224	-,638	,398	,503	,778
Epuizarea emoțională_MBI_indice	35	13,00	43,00	24,6000	1,26371	7,47624	55,894	,755	,398	,123	,778
Epuizarea emoțională_MBI_nivel	35	1,00	3,00	2,2286	,11657	,68966	,476	-,334	,398	-,796	,778
Depersonalizarea_MBI_ indice	35	3,00	16,00	9,5143	,66531	3,93604	15,492	-,154	,398	-1,137	,778
Depersonalizarea_MBI_ nivel	35	1,00	3,00	1,9429	,12260	,72529	,526	,088	,398	-1,015	,778
Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	35	10,00	44,00	29,8857	1,40214	8,29518	68,810	-,677	,398	,051	,778
Reducerea realizărilor personale_MBI_nivel	35	1,00	3,00	2,4286	,11801	,69814	,487	-,831	,398	-,464	,778
Copingul activ	35	9,00	18,00	13,3143	,36844	2,17974	4,751	-,049	,398	-,515	,778
Planificarea	35	8,00	16,00	13,3429	,38226	2,26148	5,114	-,438	,398	-,803	,778
Eliminarea activității concurrente	35	5,00	15,00	11,2000	,39916	2,36146	5,576	-,495	,398	,035	,778
Reținerea în acțiune	35	6,00	15,00	9,9714	,34419	2,03623	4,146	,507	,398	,145	,778
Căutarea suportului social-instrumentar	35	9,00	21,00	13,0000	,41200	2,43745	5,941	,646	,398	2,095	,778
Căutarea suportului social-emoțional	35	4,00	16,00	10,4000	,51237	3,03121	9,188	-,192	,398	-,948	,778

	Reinterpretarea pozitivă	35	8,00	16,00	12,7143	,42322	2,50378	6,269	-,2878	,398	-1,0078	,778
	Acceptarea	35	6,00	18,00	11,0857	,55817	3,30215	10,904	,4098	,398	-,9608	,778
	Negarea	35	4,00	13,00	7,9429	,35960	2,12745	4,526	,6048	,398	-,0548	,778
	Descărcarea emoțională	35	4,00	15,00	9,8857	,43920	2,59832	6,751	-,1768	,398	-,0428	,778
	Orientarea spre religie	35	4,00	16,00	10,0571	,65201	3,85733	14,879	-,1808	,398	-1,1458	,778
	Pasivitatea mentală	35	4,00	14,00	9,4857	,48224	2,85298	8,139	-,3558	,398	-,7628	,778
	Pasivitatea comportamentală	35	3,00	12,00	7,7429	,38750	2,29248	5,255	,2738	,398	-,6598	,778
	Recurgerea la alcool	35	1,00	4,00	1,8571	,18851	1,11521	1,244	,9728	,398	-,5058	,778
SR MAI	Grup de munca	38	1,00	3,00	2,0526	,11895	,73328	,538	-,0833	,383	-1,0700	,750
	Gen	38	1,00	2,00	1,4474	,08174	,50390	,254	,2213	,383	-2,0630	,750
	Vechime în muncă	38	1,00	3,00	1,9737	,15772	,97223	,945	,0553	,383	-2,0130	,750
	Scala de percepție a stresului_indice	38	38,00	100,00	65,8684	2,44052	15,04439	226,334	,2223	,383	,1900	,750
	Scala de percepție a stresului_nivel	38	1,00	3,00	1,7368	,08163	,50319	,253	-,4283	,383	-,3280	,750
	Epuizarea emoțională_MBI_indice	38	8,00	38,00	21,1053	1,21148	7,46809	55,772	,3063	,383	-,1170	,750
	Epuizarea emoțională_MBI_nivel	38	1,00	3,00	2,0000	,10668	,65760	,432	,0003	,383	-,5400	,750
	Depersonalizarea_MBI_indice	38	,00	18,00	8,5526	,80952	4,99025	24,903	,0423	,383	-,8410	,750
	Depersonalizarea_MBI_nivel	38	1,00	3,00	1,8947	,12389	,76369	,583	,1833	,383	-1,2250	,750
	Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	38	20,00	47,00	33,3158	1,06816	6,58461	43,357	,1723	,383	-,2400	,750
	Reducerea realizărilor personale_MBI_nivel	38	1,00	3,00	2,1579	,12805	,78933	,623	-,2943	,383	-1,3160	,750

	Copingul activ	38	9,00	16,00	13,368 4	,29073	1,79219	3,212	-,561	,38 3	-,260	,75 0
	Planificarea	38	8,00	16,00	14,526 3	,30579	1,88503	3,553	-,1538	,38 3	2,866	,75 0
	Eliminarea activității concurrente	38	5,00	15,00	10,973 7	,39823	2,45486	6,026	-,674	,38 3	,085	,75 0
	Reținerea în acțiune	38	5,00	15,00	10,105 3	,38608	2,37998	5,664	-,144	,38 3	-,005	,75 0
	Căutarea suportului social-instrumentar	38	6,00	16,00	11,763 2	,46718	2,87989	8,294	-,882	,38 3	-,194	,75 0
	Căutarea suportului social-emoțional	38	4,00	16,00	10,263 2	,49130	3,02855	9,172	,104	,38 3	-,277	,75 0
	Reinterpretarea pozitivă	38	6,00	16,00	12,500 0	,35531	2,19027	4,797	-,570	,38 3	1,037	,75 0
	Acceptarea	38	6,00	16,00	11,605 3	,40188	2,47735	6,137	-,172	,38 3	-,550	,75 0
	Negarea	38	4,00	13,00	7,7368	,36700	2,26231	5,118	,272	,38 3	-,025	,75 0
	Descărcarea emoțională	38	4,00	14,00	8,5789	,43107	2,65729	7,061	,226	,38 3	-1,010	,75 0
	Orientarea spre religie	38	4,00	16,00	11,210 5	,60599	3,73557	13,954	-,700	,38 3	-,600	,75 0
	Pasivitatea mentală	38	5,00	16,00	9,8947	,43133	2,65889	7,070	-,145	,38 3	-,222	,75 0
	Pasivitatea comportamentală	38	4,00	12,00	8,0263	,38737	2,38788	5,702	-,083	,38 3	-,938	,75 0
	Recurgerea la alcool	38	1,00	3,00	1,2895	,10606	,65380	,427	2,077	,38 3	2,869	,75 0
SCM pentru copii	Grup de munca	38	1,00	3,00	1,5526	,11745	,72400	,524	,935	,38 3	-,433	,75 0
	Gen	38	1,00	2,00	1,1579	,05995	,36954	,137	1,954	,38 3	1,918	,75 0
	Vechime în muncă	38	1,00	3,00	2,3158	,12569	,77478	,600	-,628	,38 3	-1,031	,75 0
	Scala de percepție a stresului_indice	38	41,00	89,00	62,263 2	1,8965 7	11,6912 6	136,68 6	,274	,38 3	-,205	,75 0
	Scala de percepție a stresului_nivel	38	1,00	2,00	1,6053	,08036	,49536	,245	-,449	,38 3	-1,902	,75 0

Epuizarea emoțională_MBI_indice	38	2,00	34,00	19,3947	1,17981	7,27283	52,894	,089	,383	-,235	,750
Epuizarea emoțională_MBI_nivel	38	1,00	3,00	1,8158	,11840	,72987	,533	,303	,383	-1,021	,750
Depersonalizarea_MBI_indice	38	,00	17,00	6,6316	,66771	4,11603	16,942	,696	,383	,426	,750
Depersonalizarea_MBI_nivel	38	1,00	3,00	1,5526	,10464	,64504	,416	,751	,383	-,389	,750
Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	38	,00	48,00	33,3947	1,41096	8,69775	75,651	-1,341	,383	4,648	,750
Reducerea realizărilor personale_MBI_nivel	38	1,00	3,00	2,1579	,13871	,85507	,731	-,318	,383	-1,575	,750
Copingul activ	38	6,00	16,00	12,8421	,39830	2,45529	6,028	-,883	,383	,800	,750
Planificarea	38	7,00	16,00	14,2895	,39540	2,43741	5,941	-1,337	,383	,889	,750
Eliminarea activității concurente	38	5,00	15,00	11,7105	,40253	2,48137	6,157	-,826	,383	,242	,750
Reținerea în acțiune	38	4,00	16,00	11,2895	,48286	2,97656	8,860	-,511	,383	-,244	,750
Căutarea suportului social-instrumentar	38	8,00	16,00	13,1579	,36669	2,26043	5,110	-,800	,383	-,154	,750
Căutarea suportului social-emoțional	38	4,00	15,00	11,1316	,41858	2,58029	6,658	-,960	,383	,895	,750
Reinterpretarea pozitivă	38	8,00	16,00	12,8947	,37487	2,31084	5,340	-,461	,383	-,672	,750
Acceptarea	38	7,00	16,00	11,9737	,39102	2,41041	5,810	-,224	,383	-,526	,750
Negarea	38	4,00	16,00	8,8421	,47636	2,93650	8,623	,779	,383	-,150	,750
Descărcarea emoțională	38	4,00	14,00	8,3421	,35436	2,18442	4,772	,160	,383	-,075	,750
Orientarea spre religie	38	4,00	16,00	12,0263	,59453	3,66493	13,432	-,982	,383	,048	,750
Pasivitatea mentală	38	4,00	13,00	9,3158	,44960	2,77153	7,681	-,387	,383	-1,248	,750
Pasivitatea comportamentală	38	4,00	13,00	7,2895	,38630	2,38132	5,671	,118	,383	-,774	,750

Recurgerea la alcool	38	1,00	3,00	1,2632	,08992	,55431	,307	2,066	,38	3,513	,75
SCM Sfînta Treime	60	1,00	3,00	1,9667	,09498	,73569	,541	,053	,30	-1,113	,60
Gen	60	1,00	2,00	1,3333	,06137	,47538	,226	,725	,30	-1,526	,60
Vechime în muncă	60	1,00	3,00	1,4833	,07699	,59636	,356	,810	,30	-,286	,60
Scala de percepție a stresului_indice	60	33,00	104,00	68,1667	1,91635	14,84401	220,345	,527	,30	,035	,60
Scala de percepție a stresului_nivel	60	1,00	3,00	1,8500	,07450	,57711	,333	,004	,30	-,056	,60
Epuizarea emoțională_MBI_indice	60	6,00	45,00	23,3833	1,01377	7,85265	61,664	,388	,30	,636	,60
Epuizarea emoțională_MBI_nivel	60	1,00	3,00	2,1167	,08265	,64022	,410	-,104	,30	-,507	,60
Depersonalizarea_MBI_indice	60	3,00	25,00	10,2000	,63637	4,92933	24,298	,988	,30	,773	,60
Depersonalizarea_MBI_nivel	60	1,00	3,00	2,0167	,09048	,70089	,491	-,023	,30	-,905	,60
Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	60	14,00	48,00	31,4333	,93681	7,25648	52,656	-,635	,30	-,009	,60
Reducerea realizărilor personale_MBI_nivel	60	1,00	3,00	2,3167	,08401	,65073	,423	-,422	,30	-,671	,60
Copingul activ	60	4,00	16,00	12,2000	,35638	2,76050	7,620	-,870	,30	,088	,60
Planificarea	60	5,00	16,00	12,9333	,37872	2,93354	8,606	-,724	,30	-,361	,60
Eliminarea activității concurente	60	5,00	15,00	10,6667	,26002	2,01407	4,056	-,568	,30	,327	,60
Reținerea în acțiune	60	6,00	16,00	10,2000	,29573	2,29073	5,247	,490	,30	-,702	,60
Căutarea suportului social-instrumentar	60	4,00	16,00	11,2667	,36505	2,82763	7,995	-,849	,30	,350	,60
Căutarea suportului social-emoțional	60	4,00	17,00	9,7333	,39764	3,08010	9,487	,137	,30	-,548	,60
Reinterpretarea pozitivă	60	5,00	17,00	11,6167	,36907	2,85878	8,173	-,121	,30	-,398	,60

Acceptarea	60	4,00	19,00	11,2167	,41924	3,24738	10,545	,113	,309	-,264	,608
Negarea	60	4,00	13,00	7,9833	,30392	2,35416	5,542	,263	,309	-,796	,608
Descărcarea emoțională	60	4,00	15,00	9,1667	,36373	2,81742	7,938	-,025	,309	-,277	,608
Orientarea spre religie	60	4,00	16,00	9,9667	,47178	3,65442	13,355	,081	,309	-1,019	,608
Pasivitatea mentală	60	4,00	15,00	10,0833	,35992	2,78794	7,773	-,181	,309	-,789	,608
Pasivitatea comportamentală	60	4,00	13,00	7,7167	,29886	2,31496	5,359	,137	,309	-,876	,608
Recurgerea la alcool	60	1,00	4,00	1,6000	,12844	,99490	,990	1,530	,309	1,052	,608
SCPsihiatri Grup de munca	39	2,00	3,00	2,6923	,07487	,46757	,219	-,867	,378	-1,319	,741
Gen	39	1,00	2,00	1,7436	,07083	,44236	,196	-1,161	,378	-,691	,741
Vechime în muncă	39	1,00	3,00	1,5128	,14167	,88472	,783	1,161	,378	-,691	,741
Scala de percepție a stresului_indice	39	33,00	98,00	67,6923	2,57077	16,0544	257,745	,285	,378	-,295	,741
Scala de percepție a stresului_nivel	39	1,00	3,00	1,7949	,10506	,65612	,430	,236	,378	-,629	,741
Satisfacția muncii_punctaj	39	40,000	87,000	64,23077	1,783286	11,136619	124,024	,196	,378	-,270	,741
Grad de insatisfacție munca	39	3,00	3,00	3,0000	,00000	,00000	,000	.	.	.	.
Epuizarea emoțională_MBI_indice	39	6,00	39,00	22,1538	1,24985	7,80532	60,923	,305	,378	-,082	,741
Epuizarea emoțională_MBI_nivel	39	1,00	3,00	2,0513	,11587	,72361	,524	-,078	,378	-1,015	,741
Depersonalizarea_MBI_indice	39	1,00	20,00	9,2821	,78270	4,88795	23,892	,434	,378	-,424	,741
Depersonalizarea_MBI_nivel	39	1,00	3,00	1,8462	,12479	,77929	,607	,281	,378	-1,276	,741

Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	39	16,00	48,00	32,8718	1,08180	6,75581	45,641	-,304	,378	,302	,741
Reducerea realizărilor personale_MBI_nivel	39	1,00	3,00	2,2051	,11721	,73196	,536	-,344	,378	-1,021	,741
Copingul activ	39	6,00	16,00	12,6154	,39500	2,46678	6,085	-,828	,378	,804	,741
Planificarea	39	7,00	16,00	13,5641	,37963	2,37082	5,621	-1,183	,378	1,271	,741
Eliminarea activității concurente	39	5,00	16,00	11,2564	,30673	1,91556	3,669	-,386	,378	2,560	,741
Reținerea în acțiune	39	8,00	15,00	11,0513	,32434	2,02548	4,103	,147	,378	-1,032	,741
Căutarea suportului social-instrumentar	39	5,00	16,00	12,7436	,35563	2,22093	4,933	-1,710	,378	4,515	,741
Căutarea suportului social-emoțional	39	4,00	15,00	10,2821	,50363	3,14516	9,892	-,119	,378	-1,142	,741
Reinterpretarea pozitivă	39	8,00	16,00	12,5897	,35563	2,22093	4,933	,034	,378	-,727	,741
Acceptarea	39	2,00	16,00	11,0513	,43922	2,74292	7,524	-,484	,378	1,848	,741
Negarea	39	4,00	11,00	7,8205	,26963	1,68385	2,835	-,609	,378	,018	,741
Descărcarea emoțională	39	4,00	15,00	9,3333	,45192	2,82222	7,965	,085	,378	-,448	,741
Orientarea spre religie	39	4,00	15,00	9,6154	,59758	3,73191	13,927	-,164	,378	-1,226	,741
Pasivitatea mentală	39	2,00	16,00	10,1538	,45668	2,85195	8,134	-,738	,378	,772	,741
Pasivitatea comportamentală	39	4,00	13,00	7,7949	,33905	2,11734	4,483	,126	,378	-,222	,741
Recurgerea la alcool	39	1,00	3,00	1,5641	,11497	,71800	,516	,888	,378	-,479	,741

Tabelul A 2.6. Precizarea dimensiunii eșantionului folosit

Between-Subjects Factors

	Value Label	N
Grup de munca	1,00	Asistente medicale
	2,00	Medici
	3,00	Rezidenți

Tabelul A 2.7. Statistica descriptivă a datelor în funcție de grupul de muncă

Descriptive Statistics

	Grup de munca	Mean	Std. Deviation	N
Epuizarea emoțională_MBI_indice	Asistente medicale	23,2059	8,32468	68
	Medici	20,0132	7,14142	76
	Rezidenți	23,7576	7,27918	66
	Total	22,2238	7,73499	210
Depersonalizarea_MBI_indice	Asistente medicale	9,2941	5,33661	68
	Medici	8,1842	4,24487	76
	Rezidenți	9,5455	4,64156	66
	Total	8,9714	4,76020	210
Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	Asistente medicale	29,9559	7,82158	68
	Medici	33,6711	7,62170	76
	Rezidenți	32,6212	6,73856	66
	Total	32,1381	7,55363	210

Tabelul A 2.8. Analiza MANOVA

Multivariate Tests^a

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared
Intercept	Pillai's Trace	,992	3758,203 ^b	7,000	201,000	,000
	Wilks' Lambda	,008	3758,203 ^b	7,000	201,000	,000
	Hotelling's Trace	130,883	3758,203 ^b	7,000	201,000	,000
	Roy's Largest Root	130,883	3758,203 ^b	7,000	201,000	,000

grm	Pillai's Trace	,423	7,740	14,000	404,000	,000	,211
	Wilks' Lambda	,606	8,159 ^b	14,000	402,000	,000	,221
	Hotelling's Trace	,601	8,579	14,000	400,000	,000	,231
	Roy's Largest Root	,504	14,557 ^c	7,000	202,000	,000	,335

a. Design: Intercept

b. Exact statistic

c. The statistic is an upper bound on F that yields a lower bound on the significance level.

Tabelul A 2.9. Semnificația analizelor ANOVA individuale

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	Epuizarea emoțională_MBI_indice	592,255 ^a	2	296,128	5,146	,007	,047
	Depersonalizarea_MBI_indice	75,926 ^b	2	37,963	1,686	,188	,016
	Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	517,821 ^c	2	258,910	4,698	,010	,043
Intercept	Epuizarea emoțională_MBI_indice	104285,403	1	104285,403	1812,178	,000	,897
	Depersonalizarea_MBI_indice	16977,330	1	16977,330	754,159	,000	,785
	Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	215358,430	1	215358,430	3907,996	,000	,950
grm	Epuizarea emoțională_MBI_indice	592,255	2	296,128	5,146	,007	,047
	Depersonalizarea_MBI_indice	75,926	2	37,963	1,686	,188	,016
	Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	517,821	2	258,910	4,698	,010	,043

Error	Epuizarea emoțională_MBI_indice	11912,226	207	57,547				
	Depersonalizarea_MBI_indice	4659,902	207	22,512				
	Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	11407,174	207	55,107				
Total	Epuizarea emoțională_MBI_indice	116223,000	210					
	Depersonalizarea_MBI_indice	21638,000	210					
	Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	228825,000	210					
Corrected Total	Epuizarea emoțională_MBI_indice	12504,481	209					
	Depersonalizarea_MBI_indice	4735,829	209					
	Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	11924,995	209					

Tabelul A 2.10. Medii marginale estimate

Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	
						Lower Bound	Upper Bound			
Epuizarea emoțională_MBI_indice	Asistente medicale	68	19,9265	8,32468	1,00952	21,1909	25,2209	6,00	45,00	
	Medici	76	23,3684	7,14142	,81918	18,3813	21,6450	2,00	43,00	
	Rezidenți	66	27,6515	7,27918	,89601	21,9681	25,5470	9,00	39,00	
	Total	210	22,2238	7,73499	,53376	21,1716	23,2761	2,00	45,00	
Depersonalizarea_MBI_indice		Asistente medicale	68	9,2941	5,33661	,64716	8,0024	10,5859	,00	25,00

	Medici	76	8,1842	4,24487	,48692	7,2142	9,1542	,00	19,00
	Rezidenți	66	9,5455	4,64156	,57134	8,4044	10,6865	1,00	20,00
	Total	210	8,9714	4,76020	,32848	8,3239	9,6190	,00	25,00
Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	Asistente medicale	68	29,9559	7,82158	,94851	28,0627	31,8491	10,00	48,00
	Medici	76	30,6711	7,62170	,87427	31,9294	35,4127	,00	48,00
	Rezidenți	66	34,6212	6,73856	,82946	30,9647	34,2778	21,00	47,00
	Total	210	32,1381	7,55363	,52125	31,1105	33,1657	,00	48,00

Tabelul A 2.11. Omogenitatea varianțelor

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Epuizarea emoțională_MBI_indice	1,731	2	207	,180
Depersonalizarea_MBI_indice	2,626	2	207	,075
Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	,329	2	207	,720

Tabelul A 2.12.

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Epuizarea emoțională_MBI_indice	Between Groups	592,255	2	296,128	5,146	,007
	Within Groups	11912,226	207	57,547		
	Total	12504,481	209			
Depersonalizarea_MBI_indice	Between Groups	75,926	2	37,963	1,686	,188
	Within Groups	4659,902	207	22,512		
	Total	4735,829	209			
Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	Between Groups	517,821	2	258,910	4,698	,010
	Within Groups	11407,174	207	55,107		

Total	11924,995	209			
-------	-----------	-----	--	--	--

Tabelul A 2.13. Comparații multiple prin analiza post hoc

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Grup de munca	(J) Grup de munca	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
Epuizarea emoțională_MBI_indice	Tukey HSD	Asistente medicale	Medici	3,19272*	1,26628	,033	,2034	6,1820
			Rezidenți	-,55169	1,31080	,907	-3,6461	2,5427
		Medici	Asistente medicale	-3,19272*	1,26628	,033	-6,1820	-,2034
			Rezidenți	-3,74442*	1,27637	,010	-6,7575	-,7313
		Rezidenți	Asistente medicale	,55169	1,31080	,907	-2,5427	3,6461
			Medici	3,74442*	1,27637	,010	,7313	6,7575
	Games-Howell	Asistente medicale	Medici	3,19272*	1,30007	,040	,1112	6,2742
			Rezidenți	-,55169	1,34980	,912	-3,7517	2,6483
		Medici	Asistente medicale	-3,19272*	1,30007	,040	-6,2742	-,1112
			Rezidenți	-3,74442*	1,21403	,007	-6,6211	-,8677
		Rezidenți	Asistente medicale	,55169	1,34980	,912	-2,6483	3,7517
			Medici	3,74442*	1,21403	,007	,8677	6,6211
Depersonalizarea_MBI_indice	Tukey HSD	Asistente medicale	Medici	1,10991	,79200	,342	-,7598	2,9796
			Rezidenți	-,25134	,81984	,950	-2,1867	1,6841
		Medici	Asistente medicale	-1,10991	,79200	,342	-2,9796	,7598
			Rezidenți	-1,36124	,79830	,206	-3,2458	,5233
		Rezidenți	Asistente medicale	,25134	,81984	,950	-1,6841	2,1867
			Medici	1,36124	,79830	,206	-,5233	3,2458

Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	Games-Howell	Asistente medicale	Medici	1,10991	,80988	,359	-,8106	3,0304
			Rezidenți	-,25134	,86327	,954	-2,2980	1,7953
		Medici	Asistente medicale	-1,10991	,80988	,359	-3,0304	,8106
			Rezidenți	-1,36124	,75068	,169	-3,1405	,4181
		Rezidenți	Asistente medicale	,25134	,86327	,954	-1,7953	2,2980
			Medici	1,36124	,75068	,169	-,4181	3,1405
	Tukey HSD	Asistente medicale	Medici	-3,71517*	1,23915	,009	-6,6404	-,7899
			Rezidenți	-2,66533	1,28271	,097	-5,6934	,3628
		Medici	Asistente medicale	3,71517*	1,23915	,009	,7899	6,6404
			Rezidenți	1,04984	1,24902	,678	-1,8987	3,9984
		Rezidenți	Asistente medicale	2,66533	1,28271	,097	-,3628	5,6934
			Medici	-1,04984	1,24902	,678	-3,9984	1,8987
		Asistente medicale	Medici	-3,71517*	1,28997	,013	-6,7711	-,6592
			Rezidenți	-2,66533	1,26003	,091	-5,6526	,3220
		Medici	Asistente medicale	3,71517*	1,28997	,013	,6592	6,7711
			Rezidenți	1,04984	1,20513	,659	-1,8050	3,9047
	Games-Howell	Rezidenți	Asistente medicale	2,66533	1,26003	,091	-,3220	5,6526
			Medici	-1,04984	1,20513	,659	-3,9047	1,8050

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Tabelul A 2.14.

Epuizarea emoțională_MBI_indice

	Grup de munca	N	Subset for alpha = 0.05	
			1	2
Tukey HSD ^{a,b}	Medici	76	20,0132	

Asistente medicale	68		23,2059
Rezidenți	66		23,7576
Sig.		1,000	,903

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 69,743.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Tabelul A 2.15.

Depersonalizarea_MBI_indice

			Subset for alpha = 0.05
	Grup de munca	N	1
Tukey HSD ^{a,b}	Medici	76	8,1842
	Asistente medicale	68	9,2941
	Rezidenți	66	9,5455
	Sig.		,210

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 69,743.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Tabelul A 2.16

Between-Subjects Factors

	Value Label	N
Vechime în muncă 1,00	0 - 10 ani	106
2,00	11 - 30 ani	38
3,00	31 - 45 ani	66

Tabelul A 2.17

Descriptive Statistics

	Vechime în muncă	Mean	Std. Deviation	N
Epuizarea emoțională_MBI_indice	0 - 10 ani	26,5377	5,33662	106
	11 - 30 ani	19,5526	5,38114	38
	31 - 45 ani	20,7576	6,10941	66
	Total	22,2238	6,51901	210
Depersonalizarea_MBI_indice	0 - 10 ani	10,2941	5,33661	68
	11 - 30 ani	7,1842	4,24487	76
	31 - 45 ani	9,5455	4,64156	66
	Total	8,9714	4,76020	210
Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	0 - 10 ani	36,7547	5,70014	106
	11 - 30 ani	30,0526	5,45719	38
	31 - 45 ani	31,8182	6,63999	66
	Total	32,1381	6,71369	210

Tabelul A 2.18

Multivariate Tests^a

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared
Intercept	Pillai's Trace	,991	3297,439 ^b	7,000	201,000	,000	,991
	Wilks' Lambda	,009	3297,439 ^b	7,000	201,000	,000	,991
	Hotelling's Trace	114,836	3297,439 ^b	7,000	201,000	,000	,991
	Roy's Largest Root	114,836	3297,439 ^b	7,000	201,000	,000	,991
vechime	Pillai's Trace	,443	8,218	14,000	404,000	,000	,222
	Wilks' Lambda	,585	8,822 ^b	14,000	402,000	,000	,235
	Hotelling's Trace	,660	9,430	14,000	400,000	,000	,248
	Roy's Largest Root	,575	16,606 ^c	7,000	202,000	,000	,365

a. Design: Intercept + vechime

b. Exact statistic

c. The statistic is an upper bound on F that yields a lower bound on the significance level.

Tabelul A 2.19.

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	Epuizarea emoțională_MBI_indice	2394,116 ^d	2	1197,058	38,193	,000	,270
	Depersonalizarea_MBI_indice	340,682 ^e	2	170,341	9,882	,000	,087
	Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	2041,045 ^f	2	1020,523	28,627	,000	,217
Intercept	Epuizarea emoțională_MBI_indice	93122,226	1	93122,226	2971,132	,000	,935
	Depersonalizarea_MBI_indice	100881,628	1	100881,628	5852,743	,000	,966
	Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	198924,270	1	198924,270	5580,086	,000	,964
vechime	Epuizarea emoțională_MBI_indice	2394,116	2	1197,058	38,193	,000	,270
	Depersonalizarea_MBI_indice	340,682	2	170,341	9,882	,000	,087
	Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	2041,045	2	1020,523	28,627	,000	,217
Error	Epuizarea emoțională_MBI_indice	6487,865	207	31,342			
	Depersonalizarea_MBI_indice	3567,985	207	17,237			
	Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	7379,336	207	35,649			
Total	Epuizarea emoțională_MBI_indice	132642,000	210				
	Depersonalizarea_MBI_indice	128252,000	210				
	Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	263878,000	210				
Corrected Total	Epuizarea emoțională_MBI_indice	8881,981	209				
	Depersonalizarea_MBI_indice	3908,667	209				
	Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	9420,381	209				

Tabelul A 2.20.

Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Epuizarea emoțională_MBI_indice	0 - 10 ani	106	26,5377	5,33662	,51834	26,5100	28,5655	13,00	38,00
	11 - 30 ani	38	19,5526	5,38114	,87294	17,7839	21,3214	13,00	31,00
	31 - 45 ani	66	20,7576	6,10941	,75202	20,2557	23,2595	10,00	33,00
	Total	210	22,9717	6,51901	,44985	23,3894	25,1630	10,00	38,00
Depersonalizarea_MBI_indice	0 - 10 ani	106	10,2941	5,33661	,64716	8,0024	10,5859	,00	25,00
	11 - 30 ani	38	7,1842	4,24487	,48692	7,2142	9,1542	,00	19,00
	31 - 45 ani	66	9,5455	4,64156	,57134	8,4044	10,6865	1,00	20,00
	Total	210	8,9714	4,76020	,32848	8,3239	9,6190	,00	25,00
Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	0 - 10 ani	106	36,7547	5,70014	,55365	36,6569	38,8525	25,00	49,00
	11 - 30 ani	38	30,0526	5,45719	,88527	28,2589	31,8464	23,00	43,00
	31 - 45 ani	66	31,8182	6,63999	,81733	31,1859	34,4505	20,00	49,00
	Total	210	32,2453	6,71369	,46329	33,8962	35,7228	20,00	49,00

Tabelul A 2.21

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Epuizarea emoțională_MBI_indice	1,812	2	207	,166

Depersonalizarea_MBI_indice	,177	2	207	,838
Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	1,971	2	207	,142

Tabelul A 2.22.

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Epuizarea emoțională_MBI_indice	Between Groups	2394,116	2	1197,058	38,193	,000
	Within Groups	6487,865	207	31,342		
	Total	8881,981	209			
Depersonalizarea_MBI_indice	Between Groups	340,682	2	170,341	9,882	,000
	Within Groups	3567,985	207	17,237		
	Total	3908,667	209			
Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	Between Groups	2041,045	2	1020,523	28,627	,000
	Within Groups	7379,336	207	35,649		
	Total	9420,381	209			

Tabelul A 2.23. Comparații multiple

Multiple Comparisons

Dependent Variable	(I) Vechime în muncă	(J) Vechime în muncă	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound

Epuizarea emoțională_MBI_indice	Tukey HSD	0 - 10 ani	11 - 30 ani	7,98510*	1,05853	,000	5,4862	10,4840
			31 - 45 ani	5,78016*	,87782	,000	3,7079	7,8524
		11 - 30 ani	0 - 10 ani	-7,98510*	1,05853	,000	-10,4840	-5,4862
			31 - 45 ani	-2,20494	1,14004	,132	-4,8962	,4863
		31 - 45 ani	0 - 10 ani	-5,78016*	,87782	,000	-7,8524	-3,7079
			11 - 30 ani	2,20494	1,14004	,132	-,4863	4,8962
	Games- Howell	0 - 10 ani	11 - 30 ani	7,98510*	1,01523	,000	5,5499	10,4203
			31 - 45 ani	5,78016*	,91335	,000	3,6135	7,9468
		11 - 30 ani	0 - 10 ani	-7,98510*	1,01523	,000	-10,4203	-5,5499
			31 - 45 ani	-2,20494	1,15219	,141	-4,9532	,5433
		31 - 45 ani	0 - 10 ani	-5,78016*	,91335	,000	-7,9468	-3,6135
			11 - 30 ani	2,20494	1,15219	,141	-,5433	4,9532
Depersonalizarea_MBI_indice	Tukey HSD	0 - 10 ani	11 - 30 ani	2,62066*	,78499	,003	,7675	4,4738
			31 - 45 ani	2,50343*	,65098	,000	,9667	4,0402
		11- ani	300 - 8 ani	-2,62066*	,78499	,003	-4,4738	-,7675
			31 - 54 ani	-,11722	,84543	,989	-2,1130	1,8786
		31 - 45 ani	0 - 10 ani	-2,50343*	,65098	,000	-4,0402	-,9667
			11 - 30 ani	,11722	,84543	,989	-1,8786	2,1130
	Games- Howell	0 - 10 ani	11 - 30 ani	2,62066*	,82035	,006	,6523	4,5890
			31 - 45 ani	2,50343*	,62755	,000	1,0178	3,9891
		11 - 30 ani	0 - 10 ani	-2,62066*	,82035	,006	-4,5890	-,6523
			31 - 45 ani	-,11722	,85068	,990	-2,1547	1,9202
		31 - 54 ani	0 - 10 ani	-2,50343*	,62755	,000	-3,9891	-1,0178
			11 - 30 ani	,11722	,85068	,990	-1,9202	2,1547
Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	Tukey HSD	0 - 10 ani	11 - 30 ani	7,70209*	1,12891	,000	5,0371	10,3671
			31 - 45 ani	4,93654*	,93619	,000	2,7265	7,1466
		11 - 30 ani	0 - 10 ani	-7,70209*	1,12891	,000	-10,3671	-5,0371
			31 - 45 ani	-2,76555	1,21584	,062	-5,6358	,1047
		31 - 45 ani	0 - 10 ani	-4,93654*	,93619	,000	-7,1466	-2,7265

		11 - 30 ani	2,76555	1,21584	,062	-,1047	5,6358
Games- Howell	0 - 10 ani	11 - 30 ani	7,70209*	1,04414	,000	5,2002	10,2040
		31 - 45 ani	4,93654*	,98719	,000	2,5944	7,2787
	11- 30 ani	0 - 10 ani	-7,70209*	1,04414	,000	-10,2040	-5,2002
		31 - 45 ani	-2,76555	1,20488	,062	-5,6370	,1059
	31 - 45 ani	0 - 10 ani	-4,93654*	,98719	,000	-7,2787	-2,5944
		11 - 30 ani	2,76555	1,20488	,062	-,1059	5,6370

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Tabelul A 2.26

Epuizarea emoțională_MBI_indice

	Vechime în muncă	N	Subset for alpha = 0.05	
			1	2
Tukey HSD ^{a,b}	11 - 30 ani	38	19,5526	
	31 - 45 ani	66	21,7576	
	0 - 10 ani	106		27,5377
	Sig.		,085	1,000

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 58,938.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used.
Type I error levels are not guaranteed.

Tabelul A 2.27.

Depersonalizarea_MBI_indice

	Vechime în muncă	N	Subset for alpha = 0.05	
			1	2
Tukey HSD ^{a,b}	11 - 30 ani	38	22,9737	
	31 - 45 ani	66	23,0909	
	0 - 10 ani	106		25,5943
	Sig.		,987	1,000

Reducerea realizărilor personale_MBI_indice

			Subset for alpha = 0.05
	Vechime în muncă	N	1
Tukey HSD ^{a,b}	11 - 30 ani	38	31,1842
	0 - 10 ani	106	32,2453
	31 - 45 ani	66	32,5152
	Sig.		,607

Tabelul A 2.28

Between-Subjects Factors

	Value Label	N
Tipuri de asistență medicală 1,00	DRNarcologie	35
2,00	SR MAI	38
3,00	SCM pentru copii	38
4,00	SCM Sfinta Treime	60
5,00	SCPsihiatrie	39

Tabelul A 2.29 Statistica descriptivă în funcție de tipul de asistență medicală

Descriptive Statistics

	Tipuri de asistență medicală	Mean	Std. Deviation	N
Epuizarea emoțională_MBI_indice	DRNarcologie	24,6000	7,47624	35
	SR MAI	21,1053	7,46809	38
	SCM pentru copii	19,3947	7,27283	38
	SCM Sfinta Treime	23,3833	7,85265	60
	SCPsihiatrie	22,1538	7,80532	39
	Total	22,2238	7,73499	210

Depersonalizarea_MBI_indice	DRNarcologie	9,5143	3,93604	35
	SR MAI	8,5526	4,99025	38
	SCM pentru copii	6,6316	4,11603	38
	SCM Sfinta Treime	10,2000	4,92933	60
	SCPsihiatrie	9,2821	4,88795	39
	Total	8,9714	4,76020	210
Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	DRNarcologie	29,8857	8,29518	35
	SR MAI	33,3158	6,58461	38
	SCM pentru copii	33,3947	8,69775	38
	SCM Sfinta Treime	31,4333	7,25648	60
	SCPsihiatrie	32,8718	6,75581	39
	Total	32,1381	7,55363	210

Tabelul A 2.30 Analiza Manova

Multivariate Tests^a

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared
Intercept	Pillai's Trace	,992	3349,294 ^b	7,000	199,000	,000	,992
	Wilks' Lambda	,008	3349,294 ^b	7,000	199,000	,000	,992
	Hotelling's Trace	117,814	3349,294 ^b	7,000	199,000	,000	,992
	Roy's Largest Root	117,814	3349,294 ^b	7,000	199,000	,000	,992
specializ	Pillai's Trace	,277	2,146	28,000	808,000	,001	,069
	Wilks' Lambda	,746	2,176	28,000	718,927	,000	,071
	Hotelling's Trace	,311	2,195	28,000	790,000	,000	,072
	Roy's Largest Root	,168	4,846 ^c	7,000	202,000	,000	,144

a. Design: Intercept + specializ b. Exact statistic c. The statistic is an upper bound on F that yields a lower bound on the significance level.

Tabelul A 2.31 Analiza Anova

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	Epuizarea emoțională_MBI_indice	630,163 ^a	4	157,541	2,720	,031	,050
	Depersonalizarea_MBI_indice	319,351 ^b	4	79,838	3,706	,006	,067
	Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	341,071 ^c	4	85,268	1,509	,201	,029
Intercept	Epuizarea emoțională_MBI_indice	99105,466	1	99105,466	1710,972	,000	,893
	Depersonalizarea_MBI_indice	15803,657	1	15803,657	733,560	,000	,782
	Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	209611,398	1	209611,398	3709,480	,000	,948
specializ	Epuizarea emoțională_MBI_indice	630,163	4	157,541	2,720	,031	,050
	Depersonalizarea_MBI_indice	319,351	4	79,838	3,706	,006	,067
	Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	341,071	4	85,268	1,509	,201	,029
Error	Epuizarea emoțională_MBI_indice	11874,318	205	57,924			
	Depersonalizarea_MBI_indice	4416,477	205	21,544			
	Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	11583,925	205	56,507			
Total	Epuizarea emoțională_MBI_indice	116223,000	210				
	Depersonalizarea_MBI_indice	21638,000	210				
	Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	228825,000	210				
Corrected Total	Epuizarea emoțională_MBI_indice	12504,481	209				
	Depersonalizarea_MBI_indice	4735,829	209				
	Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	11924,995	209				

Tabelul A 2.32 Statistica descriptivă în funcție tipul de asistență medicală

Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Epuizarea emoțională_MBI_indice	DRNarcologie	35	24,6000	7,47624	1,26371	22,0318	27,1682	13,00	43,00
	SR MAI	38	21,1053	7,46809	1,21148	18,6506	23,5600	8,00	38,00
	SCM pentru copii	38	19,3947	7,27283	1,17981	17,0042	21,7853	2,00	34,00
	SCM Sfinta Treime	60	23,3833	7,85265	1,01377	21,3548	25,4119	6,00	45,00
	SCPsihiatrie	39	22,1538	7,80532	1,24985	19,6237	24,6840	6,00	39,00
	Total	210	22,2238	7,73499	,53376	21,1716	23,2761	2,00	45,00
Depersonalizarea_MBI_indice	DRNarcologie	35	9,5143	3,93604	,66531	8,1622	10,8664	3,00	16,00
	SR MAI	38	8,5526	4,99025	,80952	6,9124	10,1929	,00	18,00
	SCM pentru copii	38	6,6316	4,11603	,66771	5,2787	7,9845	,00	17,00
	SCM Sfinta Treime	60	10,2000	4,92933	,63637	8,9266	11,4734	3,00	25,00
	SCPsihiatrie	39	9,2821	4,88795	,78270	7,6976	10,8665	1,00	20,00
	Total	210	8,9714	4,76020	,32848	8,3239	9,6190	,00	25,00
Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	DRNarcologie	35	29,8857	8,29518	1,40214	27,0362	32,7352	10,00	44,00
	SR MAI	38	33,3158	6,58461	1,06816	31,1515	35,4801	20,00	47,00
	SCM pentru copii	38	33,3947	8,69775	1,41096	30,5359	36,2536	,00	48,00
	SCM Sfinta Treime	60	31,4333	7,25648	,93681	29,5588	33,3079	14,00	48,00
	SCPsihiatrie	39	32,8718	6,75581	1,08180	30,6818	35,0618	16,00	48,00
	Total	210	32,1381	7,55363	,52125	31,1105	33,1657	,00	48,00

Tabelul A 2.33 Test de omogenitate a varianțelor

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
--	------------------	-----	-----	------

Epuizarea emoțională_MBI_indice	,036	4	205	,998
Depersonalizarea_MBI_indice	,866	4	205	,485
Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	,680	4	205	,607

Tabelul A 2.34 Testul Anova

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Epuizarea emoțională_MBI_indice	Between Groups	630,163	4	157,541	2,720	,031
	Within Groups	11874,318	205	57,924		
	Total	12504,481	209			
Depersonalizarea_MBI_indice	Between Groups	319,351	4	79,838	3,706	,006
	Within Groups	4416,477	205	21,544		
	Total	4735,829	209			
Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	Between Groups	341,071	4	85,268	1,509	,201
	Within Groups	11583,925	205	56,507		
	Total	11924,995	209			

Tabelul A 2.35 Comparații multiple post - hoc

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Tipuri de asistență medicală	(J) Tipuri de asistență medicală	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
Epuizarea emoțională_MBI_indice	Tukey HSD	DRNarcologie	SR MAI	3,49474	1,78305	,289	-1,4126	8,4021
			SCM pentru copii	5,20526*	1,78305	,032	,2979	10,1126
			SCM Sfinta Treime	1,21667	1,61875	,944	-3,2385	5,6718
			SCPsihiatrie	2,44615	1,77205	,641	-2,4309	7,3232

	SR MAI	DRNarcologie	-3,49474	1,78305,289	-8,4021	1,4126
		SCM pentru copii	1,71053	1,74603,864	-3,0949	6,5160
		SCM Sfinta Treime	-2,27807	1,57788,600	-6,6207	2,0646
		SCPsihiatrie	-1,04858	1,73480,974	-5,8231	3,7259
	SCM pentru copii	DRNarcologie	-5,20526*	1,78305,032	-10,1126	-,2979
		SR MAI	-1,71053	1,74603,864	-6,5160	3,0949
		SCM Sfinta Treime	-3,98860	1,57788,088	-8,3312	3,3541
		SCPsihiatrie	-2,75911	1,73480,505	-7,5336	2,0154
	SCM Sfinta Treime	DRNarcologie	-1,21667	1,61875,944	-5,6718	3,2385
		SR MAI	2,27807	1,57788,600	-2,0646	6,6207
		SCM pentru copii	3,98860	1,57788,088	-,3541	8,3312
		SCPsihiatrie	1,22949	1,56544,935	-3,0789	5,5379
	SCPsihiatrie	DRNarcologie	-2,44615	1,77205,641	-7,3232	2,4309
		SR MAI	1,04858	1,73480,974	-3,7259	5,8231
		SCM pentru copii	2,75911	1,73480,505	-2,0154	7,5336
		SCM Sfinta Treime	-1,22949	1,56544,935	-5,5379	3,0789
	Games- Howell	DRNarcologie	3,49474	1,75062,278	-1,4064	8,3958
		SCM pentru copii	5,20526*	1,72885,029	3,3645	10,0461
		SCM Sfinta Treime	1,21667	1,62010,944	-3,3132	5,7465
		SCPsihiatrie	2,44615	1,77739,645	-2,5277	7,4200
	SR MAI	DRNarcologie	-3,49474	1,75062,278	-8,3958	1,4064
		SCM pentru copii	1,71053	1,69105,849	-3,0180	6,4391

Depersonalizarea_MBI_indiceTukey HSD	SCM Sfinta Treime	SCM Sfinta Treime	-2,27807	1,57969,603	-6,6847	2,1286
		SCPsihiatrie	-1,04858	1,74064,974	-5,9141	3,8170
		DRNarcologie	-5,20526*	1,72885,029	-10,0461	-,3645
		SR MAI	-1,71053	1,69105,849	-6,4391	3,0180
	SCM Sfinta Treime	SCM Sfinta Treime	-3,98860	1,55553,087	-8,3261	-,3489
		SCPsihiatrie	-2,75911	1,71874,499	-7,5637	2,0454
		DRNarcologie	-1,21667	1,62010,944	-5,7465	3,3132
		SR MAI	2,27807	1,57969,603	-2,1286	6,6847
	SCM Sfinta Treime	SCM Sfinta Treime	-3,98860	1,55553,087	-,3489	8,3261
		SCPsihiatrie	1,22949	1,60931,940	-3,2599	5,7189
		DRNarcologie	-2,44615	1,77739,645	-7,4200	2,5277
		SR MAI	1,04858	1,74064,974	-3,8170	5,9141
	SCPsihiatrie	SCM Sfinta Treime	-1,22949	1,60931,940	-5,7189	3,2599
		SR MAI	1,04858	1,74064,974	-3,8170	5,9141
		SCM Sfinta Treime	-1,22949	1,60931,940	-5,7189	3,2599
		SR MAI	1,04858	1,74064,974	-3,8170	5,9141
	SCPsihiatrie	SCM Sfinta Treime	-1,22949	1,60931,940	-5,7189	3,2599
		SR MAI	1,04858	1,74064,974	-3,8170	5,9141
		SCM Sfinta Treime	-1,22949	1,60931,940	-5,7189	3,2599
		SR MAI	1,04858	1,74064,974	-3,8170	5,9141

copii	SR MAI	-1,92105	1,06484	,374	-4,8517	1,0096	
	SCM Sfînta Treime	-3,56842*	,96229	,002	-6,2168	-,9200	
	SCPsihiatrie	-2,65047	1,05799	,093	-5,5623	,2613	
	SCM Sfînta Treime	DRNarcologie	,68571	,98722	,957	-2,0313	3,4027
	SR MAI	1,64737	,96229	,429	-1,0011	4,2958	
	SCM pentru copii	3,56842*	,96229	,002	,9200	6,2168	
	SCPsihiatrie	,91795	,95471	,872	-1,7096	3,5455	
	SCPsihiatrie	DRNarcologie	-,23223	1,08071	1,000	-3,2066	2,7421
	SR MAI	,72942	1,05799	,959	-2,1824	3,6412	
	SCM pentru copii	2,65047	1,05799	,093	-,2613	5,5623	
	SCM Sfînta Treime	-,91795	,95471	,872	-3,5455	1,7096	
	Games-Howell	DRNarcologie	SR MAI	,96165	1,04784	,889	-1,9731
	SCM pentru copii	2,88271*	,94259	,025	,2442	5,5212	
	SCM Sfînta Treime	-,68571	,92066	,945	-3,2524	1,8809	
	SCPsihiatrie	,23223	1,02726	,999	-2,6430	3,1074	
	SR MAI	DRNarcologie	-,96165	1,04784	,889	-3,8964	1,9731
	SCM pentru copii	1,92105	1,04936	,364	-1,0158	4,8579	
	SCM Sfînta Treime	-1,64737	1,02971	,502	-4,5228	1,2281	
	SCPsihiatrie	-,72942	1,12603	,967	-3,8771	2,4183	
	SCM pentru copii	DRNarcologie	-2,88271*	,94259	,025	-5,5212	-,2442
	SR MAI	-1,92105	1,04936	,364	-4,8579	1,0158	
	SCM Sfînta Treime	-3,56842*	,92239	,002	-6,1369	-,9999	
	SCPsihiatrie	-2,65047	1,02881	,085	-5,5277	,2268	
	SCM Sfînta	DRNarcologie	,68571	,92066	,945	-1,8809	3,2524

Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	Tukey HSD	Treime	SR MAI	1,64737	1,02971	1,502	-1,2281	4,5228
			SCM pentru copii	3,56842*	,92239	,002	,9999	6,1369
			SCPsihiatrie	,91795	1,00876	,892	-1,8960	3,7319
		SCPsihiatrie	DRNarcologie	-,23223	1,02726	,999	-3,1074	2,6430
			SR MAI	,72942	1,12603	,967	-2,4183	3,8771
			SCM pentru copii	2,65047	1,02881	,085	-,2268	5,5277
			SCM Sfinta Treime	-,91795	1,00876	,892	-3,7319	1,8960
		SR MAI	DRNarcologie	-3,43008	1,76111	,296	-8,2770	1,4169
			SCM pentru copii	-3,50902	1,76111	,273	-8,3560	1,3379
			SCM Sfinta Treime	-1,54762	1,59883	,869	-5,9479	2,8527
			SCPsihiatrie	-2,98608	1,75025	,432	-7,8031	1,8310
		SCM pentru copii	DRNarcologie	3,50902	1,76111	,273	-1,3379	8,3560
			SR MAI	,07895	1,72454	1,000	-4,6674	4,8253
			SCM Sfinta Treime	1,96140	1,55846	,717	-2,3278	6,2506
			SCPsihiatrie	,52294	1,71345	,998	-4,1928	5,2387
		SCPsihiatrie	DRNarcologie	1,54762	1,59883	,869	-2,8527	5,9479
			SR MAI	-1,88246	1,55846	,747	-6,1717	2,4068
			SCM pentru copii	-1,96140	1,55846	,717	-6,2506	2,3278
			SCPsihiatrie	-1,43846	1,54618	,885	-5,6939	2,8170
		SCPsihiatrie	DRNarcologie	2,98608	1,75025	,432	-1,8310	7,8031

Games- Howell		SR MAI	-4,4399	1,71345,999	-5,1598	4,2718
		SCM pentru copii	-5,2294	1,71345,998	-5,2387	4,1928
		SCM Sfinta Treime	1,43846	1,54618,885	-2,8170	5,6939
	DRNarcologie	SR MAI	-3,43008	1,76266,304	-8,3761	1,5160
		SCM pentru copii	-3,50902	1,98917,402	-9,0771	2,0591
		SCM Sfinta Treime	-1,54762	1,68630,889	-6,2816	3,1864
		SCPsihiatrie	-2,98608	1,77096,449	-7,9536	1,9814
	SR MAI	DRNarcologie	3,43008	1,76266,304	-1,5160	8,3761
		SCM pentru copii	-0,07895	1,769681,000	-5,0364	4,8785
		SCM Sfinta Treime	1,88246	1,42077,677	-2,0780	5,8430
		SCPsihiatrie	,44399	1,52028,998	-3,8056	4,6936
	SCM pentru copii	DRNarcologie	3,50902	1,98917,402	-2,0591	9,0771
		SR MAI	,07895	1,769681,000	-4,8785	5,0364
		SCM Sfinta Treime	1,96140	1,69364,775	-2,7838	6,7066
		SCPsihiatrie	,52294	1,77795,998	-4,4560	5,5018
	SCM Sfinta Treime	DRNarcologie	1,54762	1,68630,889	-3,1864	6,2816
		SR MAI	-1,88246	1,42077,677	-5,8430	2,0780
		SCM pentru copii	-1,96140	1,69364,775	-6,7066	2,7838
		SCPsihiatrie	-1,43846	1,43105,852	-5,4266	2,5497
	SCPsihiatrie	DRNarcologie	2,98608	1,77096,449	-1,9814	7,9536
		SR MAI	-4,4399	1,52028,998	-4,6936	3,8056
		SCM pentru copii	-5,2294	1,77795,998	-5,5018	4,4560
		SCM Sfinta Treime	1,43846	1,43105,852	-2,5497	5,4266

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Tabelul A 2.38.

Epuizarea emoțională_MBI_indice

			Subset for alpha = 0.05	
	Tipuri de asistență medicală	N	1	2
Tukey HSD ^{a,b}	SCM pentru copii	38	19,3947	
	SR MAI	38	21,1053	21,1053
	SCPsihiatrie	39	22,1538	22,1538
	SCM Sfînta Treime	60	23,3833	23,3833
	DRNarcologie	35		24,6000
	Sig.		,131	,239

Tabelul A 2.36

Depersonalizarea_MBI_indice

			Subset for alpha = 0.05	
	Tipuri de asistență medicală	N	1	2
Tukey HSD ^{a,b}	SCM pentru copii	38	6,6316	
	SR MAI	38	8,5526	8,5526
	SCPsihiatrie	39	9,2821	9,2821
	DRNarcologie	35		9,5143
	SCM Sfînta Treime	60		10,2000
	Sig.		,080	,501

Tabelul A 2.37

Reducerea realizărilor personale_MBI_indice

			Subset for alpha = 0.05
	Tipuri de asistență medicală	N	1
Tukey HSD ^{a,b}	DRNarcologie	35	29,8857

SCM Sfinta Treime	60	31,4333
SCPsihiatrie	39	32,8718
SR MAI	38	33,3158
SCM pentru copii	38	33,3947
Sig.		,224

Tabelul A 2.38 Statistica descriptivă în funcție de gen

Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Epuizarea emoțională_MBI_indice	F	135	22,4593	7,97923	,68674	21,1010	23,8175	2,00	45,00
	M	75	21,8000	7,30790	,84384	20,1186	23,4814	6,00	43,00
	Total	210	22,2238	7,73499	,53376	21,1716	23,2761	2,00	45,00
Depersonalizarea_MBI_indice	F	135	8,6741	4,90177	,42188	7,8397	9,5085	,00	25,00
	M	75	9,5067	4,47628	,51688	8,4768	10,5366	1,00	20,00
	Total	210	8,9714	4,76020	,32848	8,3239	9,6190	,00	25,00
Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	F	135	31,4889	7,93901	,68328	30,1375	32,8403	,00	48,00
	M	75	33,3067	6,69807	,77343	31,7656	34,8478	16,00	47,00
	Total	210	32,1381	7,55363	,52125	31,1105	33,1657	,00	48,00

Tabelul A 2.44. ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Epuizarea emoțională_MBI_indice	Between Groups	20,955	1	20,955	,349	,555
	Within Groups	12483,526	208	60,017		
	Total	12504,481	209			
Depersonalizarea_MBI_indice		33,423	1	33,423	1,478	,225

	Within Groups	4702,406	208	22,608		
	Total	4735,829	209			
Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	Between Groups	159,315	1	159,315	2,816	,095
	Within Groups	11765,680	208	56,566		
	Total	11924,995	209			
	Total	2439,714	209			

Tabelul A 2.39 Testul T Welch

Robust Tests of Equality of Means

		Statistic ^a	df1	df2	Sig.
Epuizarea emoțională_MBI_indice	Welch	,367	1	164,608	,545
	Brown-Forsythe	,367	1	164,608	,545
Depersonalizarea_MBI_indice	Welch	1,557	1	164,999	,214
	Brown-Forsythe	1,557	1	164,999	,214
Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	Welch	3,102	1	175,538	,080
	Brown-Forsythe	3,102	1	175,538	,080

a. Asymptotically F distributed.

Tabelul A 2.40 Statistica descriptivă în funcție de tipul de asistență medicală

Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Scala de percepție a stresului_indice	Asistente medicale	68	66,6618	15,01702	1,82108	63,0269	70,2967	33,00	104,00
	Medici	76	65,2105	13,80272	1,58328	62,0565	68,3646	33,00	100,00
	Rezidenți	66	69,2121	14,06416	1,73118	65,7547	72,6695	43,00	97,00
	Total	210	66,9381	14,31501	,98783	64,9907	68,8855	33,00	104,00

Copingul activ	Asistente medicale	68	12,1912	2,55248	,30953	11,5733	12,8090	4,00	16,00
	Medici	76	13,0658	2,00888	,23043	12,6067	13,5248	6,00	18,00
	Rezidenți	66	13,0909	2,64125	,32512	12,4416	13,7402	6,00	16,00
	Total	210	12,7905	2,42473	,16732	12,4606	13,1203	4,00	18,00
Planificarea	Asistente medicale	68	12,9559	2,83072	,34327	12,2707	13,6411	5,00	16,00
	Medici	76	13,7105	2,09645	,24048	13,2315	14,1896	9,00	16,00
	Rezidenți	66	14,3030	2,47430	,30456	13,6948	14,9113	7,00	16,00
	Total	210	13,6524	2,51847	,17379	13,3098	13,9950	5,00	16,00
Eliminarea activității concurente	Asistente medicale	68	10,9853	2,32117	,28148	10,4235	11,5471	5,00	15,00
	Medici	76	10,6974	2,38897	,27403	10,1515	11,2433	5,00	16,00
	Rezidenți	66	11,7121	1,83777	,22621	11,2603	12,1639	5,00	15,00
	Total	210	11,1095	2,23765	,15441	10,8051	11,4139	5,00	16,00
Reținerea în acțiune	Asistente medicale	68	10,2353	2,56333	,31085	9,6148	10,8558	5,00	16,00
	Medici	76	10,5263	2,55329	,29288	9,9429	11,1098	4,00	16,00
	Rezidenți	66	10,7424	2,01006	,24742	10,2483	11,2366	8,00	15,00
	Total	210	10,5000	2,39667	,16539	10,1740	10,8260	4,00	16,00
Căutarea suportului social-instrumentar	Asistente medicale	68	12,1765	2,71503	,32925	11,5193	12,8336	6,00	21,00
	Medici	76	12,2895	2,24983	,25807	11,7754	12,8036	6,00	16,00
	Rezidenți	66	12,3182	3,06423	,37718	11,5649	13,0715	4,00	15,00
	Total	210	12,2619	2,66521	,18392	11,8993	12,6245	4,00	21,00
Căutarea suportului social-emoțional	Asistente medicale	68	10,8088	2,69470	,32678	10,1566	11,4611	5,00	16,00
	Medici	76	10,3158	2,92215	,33519	9,6481	10,9835	4,00	17,00
	Rezidenți	66	9,7424	3,31575	,40814	8,9273	10,5575	4,00	15,00
	Total	210	10,2952	2,99896	,20695	9,8873	10,7032	4,00	17,00
Reinterpretarea pozitivă	Asistente medicale	68	12,3235	2,54770	,30895	11,7069	12,9402	5,00	16,00
	Medici	76	12,2763	2,69616	,30927	11,6602	12,8924	5,00	17,00

	Rezidenți	66	12,5303	2,24101	,27585	11,9794	13,0812	8,00	16,00
	Total	210	12,3714	2,50266	,17270	12,0310	12,7119	5,00	17,00
Acceptarea	Asistente medicale	68	11,4853	2,79921	,33945	10,8077	12,1628	5,00	16,00
	Medici	76	11,3026	3,18337	,36516	10,5752	12,0301	4,00	19,00
	Rezidenți	66	11,3333	2,65639	,32698	10,6803	11,9864	2,00	16,00
	Total	210	11,3714	2,88954	,19940	10,9783	11,7645	2,00	19,00
Negarea	Asistente medicale	68	8,5294	2,82563	,34266	7,8455	9,2134	4,00	16,00
	Medici	76	7,9474	2,23842	,25676	7,4359	8,4589	5,00	15,00
	Rezidenți	66	7,6970	1,71840	,21152	7,2745	8,1194	4,00	11,00
	Total	210	8,0571	2,32247	,16027	7,7412	8,3731	4,00	16,00
Descărcarea emoțională	Asistente medicale	68	9,3382	2,54283	,30836	8,7227	9,9537	4,00	15,00
	Medici	76	8,2105	2,87665	,32997	7,5532	8,8679	4,00	15,00
	Rezidenți	66	9,7576	2,31424	,28486	9,1887	10,3265	5,00	15,00
	Total	210	9,0619	2,67381	,18451	8,6982	9,4256	4,00	15,00
Orientarea spre religie	Asistente medicale	68	11,6471	3,72072	,45120	10,7465	12,5477	4,00	16,00
	Medici	76	9,1711	3,98794	,45745	8,2598	10,0823	4,00	16,00
	Rezidenți	66	10,8939	3,14828	,38753	10,1200	11,6679	4,00	16,00
	Total	210	10,5143	3,78770	,26138	9,9990	11,0296	4,00	16,00
Pasivitatea mentală	Asistente medicale	68	9,6176	2,71551	,32930	8,9604	10,2749	4,00	14,00
	Medici	76	9,8026	2,49810	,28655	9,2318	10,3735	4,00	15,00
	Rezidenți	66	10,0606	3,14706	,38738	9,2870	10,8342	2,00	16,00
	Total	210	9,8238	2,77763	,19167	9,4459	10,2017	2,00	16,00
Pasivitatea comportamentală	Asistente medicale	68	8,3824	2,49794	,30292	7,7777	8,9870	4,00	13,00
	Medici	76	7,9079	2,23414	,25627	7,3974	8,4184	4,00	13,00
	Rezidenți	66	6,8030	1,82478	,22462	6,3544	7,2516	3,00	10,00
	Total	210	7,7143	2,29088	,15809	7,4026	8,0259	3,00	13,00

Recurgerea la alcool	Asistente medicale	68	1,7059	1,03749	,12581	1,4548	1,9570	1,00	4,00
	Medici	76	1,3289	,71904	,08248	1,1646	1,4933	1,00	4,00
	Rezidenți	66	1,5455	,78802	,09700	1,3517	1,7392	1,00	4,00
	Total	210	1,5190	,86512	,05970	1,4014	1,6367	1,00	4,00

Tabelul A 2.41 2.47.

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Scala de percepție a stresului_indice	,401	2	207	,670
Satisfacția muncii_punctaj	2,263	2	207	,107
Copingul activ	1,436	2	207	,240
Planificarea	4,240	2	207	,016
Eliminarea activității concurente	2,351	2	207	,098
Reținerea în acțiune	2,441	2	207	,090
Căutarea suportului social-instrumentar	1,268	2	207	,283
Căutarea suportului social-emoțional	3,182	2	207	,044
Reinterpretarea pozitivă	,395	2	207	,674
Acceptarea	,724	2	207	,486
Negarea	7,874	2	207	,001
Descărcarea emoțională	2,036	2	207	,133
Orientarea spre religie	3,539	2	207	,031
Pasivitatea mentală	1,844	2	207	,161
Pasivitatea comportamentală	4,749	2	207	,010
Recurgerea la alcool	7,992	2	207	,000

Tabelul A 2.42 ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
--	----------------	----	-------------	---	------

Scala de percepție a stresului_indice	Between Groups	573,313	2	286,656	1,404	,248
	Within Groups	42254,882	207	204,130		
	Total	42828,195	209			
Copingul activ	Between Groups	36,141	2	18,070	3,136	,046
	Within Groups	1192,640	207	5,762		
	Total	1228,781	209			
Planificarea	Between Groups	61,185	2	30,593	5,008	,008
	Within Groups	1264,439	207	6,108		
	Total	1325,624	209			
Eliminarea activității concurente	Between Groups	37,926	2	18,963	3,892	,022
	Within Groups	1008,555	207	4,872		
	Total	1046,481	209			
Reținerea în acțiune	Between Groups	8,696	2	4,348	,755	,471
	Within Groups	1191,804	207	5,758		
	Total	1200,500	209			
Căutarea suportului social-instrumentar	Between Groups	,763	2	,382	,053	,948
	Within Groups	1483,832	207	7,168		
	Total	1484,595	209			
Căutarea suportului social-emoțional	Between Groups	38,138	2	19,069	2,143	,120
	Within Groups	1841,557	207	8,896		
	Total	1879,695	209			
Reinterpretarea pozitivă	Between Groups	2,509	2	1,255	,199	,820
	Within Groups	1306,519	207	6,312		
	Total	1309,029	209			
Acceptarea	Between Groups	1,337	2	,669	,079	,924
	Within Groups	1743,691	207	8,424		
	Total	1745,029	209			
Negarea	Between Groups	24,644	2	12,322	2,313	,101
	Within Groups	1102,670	207	5,327		

	Total	1127,314	209			
Descărcarea emoțională	Between Groups	92,222	2	46,111	6,808	,001
	Within Groups	1401,973	207	6,773		
	Total	1494,195	209			
Orientarea spre religie	Between Groups	233,894	2	116,947	8,757	,000
	Within Groups	2764,563	207	13,355		
	Total	2998,457	209			
Pasivitatea mentală	Between Groups	6,625	2	3,313	,427	,653
	Within Groups	1605,856	207	7,758		
	Total	1612,481	209			
Pasivitatea comportamentală	Between Groups	88,004	2	44,002	9,028	,000
	Within Groups	1008,853	207	4,874		
	Total	1096,857	209			
Recurgerea la alcool	Between Groups	5,166	2	2,583	3,535	,031
	Within Groups	151,258	207	,731		
	Total	156,424	209			

Tabelul A 2.43 2.49.

Multiple Comparisons

Dependent Variable	(I) Grup de munca	(J) Grup de munca	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Scala de percepție a stresului_indice	Asistente medicale	Medici	1,45124	2,38492	,816	-4,1788	7,0813
		Rezidenți	-2,55036	2,46876	,557	-8,3784	3,2776
	Medici	Asistente medicale	-1,45124	2,38492	,816	-7,0813	4,1788
		Rezidenți	-4,00159	2,40391	,221	-9,6765	1,6733
	Rezidenți	Asistente medicale	2,55036	2,46876	,557	-3,2776	8,3784
		Medici	4,00159	2,40391	,221	-1,6733	9,6765

	Games- Howell	Asistente medicale	Medici	1,45124	2,41311	,820	-4,2666	7,1691
			Rezidenți	-2,55036	2,51263	,569	-8,5065	3,4058
		Medici	Asistente medicale	-1,45124	2,41311	,820	-7,1691	4,2666
			Rezidenți	-4,00159	2,34601	,207	-9,5606	1,5574
		Rezidenți	Asistente medicale	2,55036	2,51263	,569	-3,4058	8,5065
			Medici	4,00159	2,34601	,207	-1,5574	9,5606
		Copingul activ	Medici	-,87461	,40067	,077	-1,8205	,0713
			Rezidenți	-,89973	,41476	,079	-1,8789	,0794
		Medici	Asistente medicale	,87461	,40067	,077	-,0713	1,8205
			Rezidenți	-,02512	,40386	,998	-,9785	,9283
	Games- Howell	Asistente medicale	Medici	-,87461	,38589	,064	-1,7898	,0405
			Rezidenți	-,89973	,44890	,115	-1,9639	,1644
		Medici	Asistente medicale	,87461	,38589	,064	-,0405	1,7898
			Rezidenți	-,02512	,39850	,998	-,9708	,9205
		Rezidenți	Asistente medicale	,89973	,44890	,115	-,1644	1,9639
			Medici	,02512	,39850	,998	-,9205	,9708
		Planificarea	Medici	-,75464	,41256	,163	-1,7286	,2193
			Rezidenți	-1,34715*	,42706	,005	-2,3553	-,3390
		Medici	Asistente medicale	,75464	,41256	,163	-,2193	1,7286
			Rezidenți	-,59250	,41584	,330	-1,5742	,3892
	Games-	Asistente	Medici	-,75464	,41913	,174	-1,7490	,2397
			Rezidenți	-,89973	,41476	,079	-,0794	1,8789
		Medici	Asistente medicale	,87461	,40067	,077	-,0713	1,8205
			Rezidenți	-,02512	,40386	,998	-,9785	,9283

Eliminarea activității concurente	Howell	medicale	Rezidenți	-1,34715*	,45891	,011	-2,4351	-,2592
		Medici	Asistente medicale	,75464	,41913	,174	-,2397	1,7490
			Rezidenți	-,59250	,38806	,282	-1,5127	,3277
		Rezidenți	Asistente medicale	1,34715*	,45891	,011	,2592	2,4351
			Medici	,59250	,38806	,282	-,3277	1,5127
	Tukey HSD	Asistente medicale	Medici	,28793	,36846	,715	-,5819	1,1577
			Rezidenți	-,72683	,38141	,140	-1,6272	,1736
		Medici	Asistente medicale	-,28793	,36846	,715	-1,1577	,5819
			Rezidenți	-1,01475*	,37139	,019	-1,8915	-,1380
		Rezidenți	Asistente medicale	,72683	,38141	,140	-,1736	1,6272
			Medici	1,01475*	,37139	,019	,1380	1,8915
	Games-Howell	Asistente medicale	Medici	,28793	,39285	,744	-,6426	1,2185
			Rezidenți	-,72683	,36112	,113	-1,5832	,1296
		Medici	Asistente medicale	-,28793	,39285	,744	-1,2185	,6426
			Rezidenți	-1,01475*	,35534	,014	-1,8566	-,1729
		Rezidenți	Asistente medicale	,72683	,36112	,113	-,1296	1,5832
			Medici	1,01475*	,35534	,014	,1729	1,8566
Reținerea în acțiune	Tukey HSD	Asistente medicale	Medici	-,29102	,40053	,748	-1,2366	,6545
			Rezidenți	-,50713	,41461	,441	-1,4859	,4716
		Medici	Asistente medicale	,29102	,40053	,748	-,6545	1,2366
			Rezidenți	-,21611	,40372	,854	-1,1692	,7370
		Rezidenți	Asistente medicale	,50713	,41461	,441	-,4716	1,4859
			Medici	,21611	,40372	,854	-,7370	1,1692
	Games-Howell	Asistente medicale	Medici	-,29102	,42709	,775	-1,3028	,7207
			Rezidenți	-,50713	,39730	,411	-1,4494	,4351

		Medici	Asistente medicale	,29102	,42709	,775	-,7207	1,3028
			Rezidenți	-,21611	,38340	,840	-1,1244	,6922
		Rezidenți	Asistente medicale	,50713	,39730	,411	-,4351	1,4494
			Medici	,21611	,38340	,840	-,6922	1,1244
	Căutarea suportului Tukey HSD social-instrumentar	Asistente medicale	Medici	-,11300	,44692	,965	-1,1680	,9420
			Rezidenți	-,14171	,46263	,950	-1,2338	,9504
		Medici	Asistente medicale	,11300	,44692	,965	-,9420	1,1680
			Rezidenți	-,02871	,45048	,998	-1,0921	1,0347
		Rezidenți	Asistente medicale	,14171	,46263	,950	-,9504	1,2338
			Medici	,02871	,45048	,998	-1,0347	1,0921
	Games-Howell	Asistente medicale	Medici	-,11300	,41834	,961	-1,1048	,8788
			Rezidenți	-,14171	,50067	,957	-1,3288	1,0454
		Medici	Asistente medicale	,11300	,41834	,961	-,8788	1,1048
			Rezidenți	-,02871	,45702	,998	-1,1135	1,0561
		Rezidenți	Asistente medicale	,14171	,50067	,957	-1,0454	1,3288
			Medici	,02871	,45702	,998	-1,0561	1,1135
Căutarea suportului Tukey HSD social-emoțional		Asistente medicale	Medici	,49303	,49788	,584	-,6823	1,6684
			Rezidenți	1,06640	,51539	,099	-,1503	2,2831
		Medici	Asistente medicale	-,49303	,49788	,584	-1,6684	,6823
			Rezidenți	,57337	,50185	,489	-,6113	1,7581
		Rezidenți	Asistente medicale	-1,06640	,51539	,099	-2,2831	,1503
			Medici	-,57337	,50185	,489	-1,7581	,6113
	Games-Howell	Asistente medicale	Medici	,49303	,46812	,545	-,6158	1,6018
			Rezidenți	1,06640	,52284	,107	-,1737	2,3065

Reinterpretarea pozitivă	Tukey HSD	Medici	Asistente medicale	,49303	,46812	,545	-1,6018	,6158
			Rezidenți	,57337	,52814	,525	-,6787	1,8254
		Rezidenți	Asistente medicale	-1,06640	,52284	,107	-2,3065	,1737
			Medici	-,57337	,52814	,525	-1,8254	,6787
		Asistente medicale	Medici	,04721	,41937	,993	-,9428	1,0372
			Rezidenți	-,20677	,43411	,883	-1,2316	,8180
	Games-Howell	Medici	Asistente medicale	-,04721	,41937	,993	-1,0372	,9428
			Rezidenți	-,25399	,42271	,820	-1,2519	,7439
		Rezidenți	Asistente medicale	,20677	,43411	,883	-,8180	1,2316
			Medici	,25399	,42271	,820	-,7439	1,2519
		Asistente medicale	Medici	,04721	,43715	,994	-,9882	1,0827
			Rezidenți	-,20677	,41418	,872	-1,1887	,7751
Acceptarea	Tukey HSD	Medici	Asistente medicale	,18266	,48447	,925	-,9610	1,3264
			Rezidenți	,15196	,50151	,951	-1,0319	1,3359
		Medici	Asistente medicale	-,18266	,48447	,925	-1,3264	,9610
			Rezidenți	-,03070	,48833	,998	-1,1835	1,1221
		Rezidenți	Asistente medicale	-,15196	,50151	,951	-1,3359	1,0319
			Medici	,03070	,48833	,998	-1,1221	1,1835
	Games-Howell	Asistente medicale	Medici	,18266	,49857	,929	-,9982	1,3635
			Rezidenți	,15196	,47132	,944	-,9653	1,2692

Negarea	Tukey HSD	Medici	Asistente medicale	,18266	,49857	,929	-1,3635	,9982
			Rezidenți	,03070	,49016	,998	-1,1919	1,1305
		Rezidenți	Asistente medicale	,15196	,47132	,944	-1,2692	,9653
			Medici	,03070	,49016	,998	-1,1305	1,1919
	Games-Howell	Asistente medicale	Medici	,58204	,38526	,288	-,3274	1,4915
			Rezidenți	,83244	,39881	,095	-,1090	1,7739
		Medici	Asistente medicale	-,58204	,38526	,288	-1,4915	,3274
			Rezidenți	,25040	,38833	,796	-,6663	1,1671
		Rezidenți	Asistente medicale	-,83244	,39881	,095	-1,7739	,1090
			Medici	-,25040	,38833	,796	-1,1671	,6663
Descărcarea emoțională	Tukey HSD	Asistente medicale	Medici	1,12771*	,43441	,027	,1022	2,1532
			Rezidenți	-,41934	,44969	,620	-1,4809	,6422
		Medici	Asistente medicale	-1,12771*	,43441	,027	-2,1532	-,1022
			Rezidenți	-1,54705*	,43787	,001	-2,5807	-,5134
		Rezidenți	Asistente medicale	,41934	,44969	,620	-,6422	1,4809
			Medici	1,54705*	,43787	,001	,5134	2,5807
	Games-Howell	Asistente medicale	Medici	1,12771*	,45163	,036	,0580	2,1974
			Rezidenți	-,41934	,41980	,579	-1,4145	,5758

Orientarea spre religie	Tukey HSD	Medici	Asistente medicale	-1,12771*	,45163	,036	-2,1974	-,0580
			Rezidenți	-1,54705*	,43592	,002	-2,5798	-,5143
		Rezidenți	Asistente medicale	,41934	,41980	,579	-,5758	1,4145
			Medici	1,54705*	,43592	,002	,5143	2,5798
		Medici	Asistente medicale	-2,47601*	,61003	,000	-3,9161	-1,0359
			Rezidenți	-1,72289*	,61488	,015	-3,1744	-,2713
		Rezidenți	Asistente medicale	-,75312	,63147	,459	-2,2438	,7376
			Medici	1,72289*	,61488	,015	,2713	3,1744
	Games-Howell	Asistente medicale	Medici	2,47601*	,64253	,001	,9541	3,9979
			Rezidenți	,75312	,59478	,417	-,6571	2,1633
		Medici	Asistente medicale	-2,47601*	,64253	,001	-3,9979	-,9541
			Rezidenți	-1,72289*	,59953	,013	-3,1432	-,3025
		Rezidenți	Asistente medicale	-,75312	,59478	,417	-2,1633	,6571
			Medici	1,72289*	,59953	,013	,3025	3,1432
Pasivitatea mentală	Tukey HSD	Asistente medicale	Medici	-,18498	,46493	,916	-1,2825	,9126
			Rezidenți	-,44296	,48128	,628	-1,5791	,6932
		Medici	Asistente medicale	,18498	,46493	,916	-,9126	1,2825
			Rezidenți	-,25797	,46863	,846	-1,3643	,8483
		Rezidenți	Asistente medicale	,44296	,48128	,628	-,6932	1,5791
			Medici	,25797	,46863	,846	-,8483	1,3643
	Games-Howell	Asistente medicale	Medici	-,18498	,43652	,906	-1,2193	,8494
			Rezidenți	-,44296	,50843	,659	-1,6486	,7627

Pasivitatea comportamentală	Tukey HSD	Medici	Asistente medicale	,18498	,43652	,906	-,8494	1,2193
			Rezidenți	-,25797	,48184	,854	-1,4010	,8851
		Rezidenți	Asistente medicale	,44296	,50843	,659	-,7627	1,6486
			Medici	,25797	,48184	,854	-,8851	1,4010
		Asistente medicale	Medici	,47446	,36851	,404	-,3955	1,3444
			Rezidenți	1,57932*	,38147	,000	,6788	2,4798
		Medici	Asistente medicale	-,47446	,36851	,404	-1,3444	,3955
			Rezidenți	1,10486*	,37144	,009	,2280	1,9817
		Rezidenți	Asistente medicale	-1,57932*	,38147	,000	-2,4798	-,6788
			Medici	-1,10486*	,37144	,009	-1,9817	-,2280
	Games- Howell	Asistente medicale	Medici	,47446	,39678	,458	-,4658	1,4147
			Rezidenți	1,57932*	,37711	,000	,6846	2,4740
		Medici	Asistente medicale	-,47446	,39678	,458	-1,4147	,4658
			Rezidenți	1,10486*	,34078	,004	,2976	1,9122
		Rezidenți	Asistente medicale	-1,57932*	,37711	,000	-2,4740	-,6846
			Medici	-1,10486*	,34078	,004	-1,9122	-,2976
Recurgerea la alcool	Tukey HSD	Asistente medicale	Medici	,37693*	,14269	,024	,0401	,7138
			Rezidenți	,16043	,14771	,524	-,1883	,5091
		Medici	Asistente medicale	-,37693*	,14269	,024	-,7138	-,0401
			Rezidenți	-,21651	,14383	,291	-,5560	,1230
		Rezidenți	Asistente medicale	-,16043	,14771	,524	-,5091	,1883
			Medici	,21651	,14383	,291	-,1230	,5560
	Games- Howell	Asistente medicale	Medici	,37693*	,15044	,036	,0198	,7340
			Rezidenți	,16043	,15886	,572	-,2164	,5373

	Medici	Asistente medicale	-,37693*	,15044	,036	-,7340	-,0198
		Rezidenți	-,21651	,12732	,209	-,5183	,0853
	Rezidenți	Asistente medicale	-,16043	,15886	,572	-,5373	,2164
		Medici	,21651	,12732	,209	-,0853	,5183

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Tabelul A 2.44

Scala de percepție a stresului _indice

			Subset for alpha = 0.05
	Grup de munca	N	1
Tukey HSD ^{a,b}	Medici	76	65,2105
	Asistente medicale	68	66,6618
	Rezidenți	66	69,2121
	Sig.		,226

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 69,743.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Tabelul A 2.45

Copingul activ

			Subset for alpha = 0.05
	Grup de munca	N	1
Tukey HSD ^{a,b}	Asistente medicale	68	12,1912
	Medici	76	13,0658
	Rezidenți	66	13,0909
	Sig.		,071

Tabelul A 2.46 2.57.

Planificarea

			Subset for alpha = 0.05	
	Grup de munca	N	1	2
Tukey HSD ^{a,b}	Asistente medicale	68	12,9559	
	Medici	76	13,7105	13,7105
	Rezidenți	66		14,3030
	Sig.		,171	,335

Tabelul A 2.47 2.58.

Eliminarea activității concurente

			Subset for alpha = 0.05	
	Grup de munca	N	1	2
Tukey HSD ^{a,b}	Medici	76	10,6974	
	Asistente medicale	68	10,9853	10,9853
	Rezidenți	66		11,7121
	Sig.		,722	,129

Tabelul A 2.48

Reținerea în acțiune

			Subset for alpha = 0.05
	Grup de munca	N	1
Tukey HSD ^{a,b}	Asistente medicale	68	10,2353
	Medici	76	10,5263
	Rezidenți	66	10,7424
	Sig.		,426

Tabelul A 2.49

Căutarea suportului social-instrumentar

			Subset for alpha = 0.05
	Grup de munca	N	1
Tukey HSD ^{a,b}	Asistente medicale	68	12,1765
	Medici	76	12,2895
	Rezidenți	66	12,3182
	Sig.		,948

Tabelul A 2.50 2.61.

Căutarea suportului social-emoțional

			Subset for alpha = 0.05
	Grup de munca	N	1
Tukey HSD ^{a,b}	Rezidenți	66	9,7424
	Medici	76	10,3158
	Asistente medicale	68	10,8088
	Sig.		,090

Tabelul A 2.51

Reinterpretarea pozitivă

			Subset for alpha = 0.05
	Grup de munca	N	1
Tukey HSD ^{a,b}	Medici	76	12,2763
	Asistente medicale	68	12,3235
	Rezidenți	66	12,5303
	Sig.		,822

Tabelul A 2.52

Acceptarea

			Subset for alpha = 0.05
	Grup de munca	N	1
Tukey HSD ^{a,b}	Medici	76	11,3026
	Rezidenți	66	11,3333
	Asistente medicale	68	11,4853
	Sig.		,927

Tabelul A 2.53

Negarea

			Subset for alpha = 0.05
	Grup de munca	N	1
Tukey HSD ^{a,b}	Rezidenți	66	7,6970
	Medici	76	7,9474
	Asistente medicale	68	8,5294
	Sig.		,086

Tabelul A 2.54 2.65.

Descărcarea emoțională

			Subset for alpha = 0.05	
	Grup de munca	N	1	2
Tukey HSD ^{a,b}	Medici	76	8,2105	
	Asistente medicale	68		9,3382
	Rezidenți	66		9,7576
	Sig.		1,000	,608

Tabelul A 2.55

Orientarea spre religie

			Subset for alpha = 0.05	
	Grup de munca	N	1	2
Tukey HSD ^{a,b}	Medici	76	9,1711	
	Rezidenți	66		10,8939
	Asistente medicale	68		11,6471
	Sig.		1,000	,445

Tabelul A 2.56

Pasivitatea mentală

			Subset for alpha = 0.05
	Grup de munca	N	1
Tukey HSD ^{a,b}	Asistente medicale	68	9,6176
	Medici	76	9,8026
	Rezidenți	66	10,0606
	Sig.		,616

Tabelul A 2.57

Pasivitatea comportamentală

			Subset for alpha = 0.05	
	Grup de munca	N	1	2
Tukey HSD ^{a,b}	Rezidenți	66	6,8030	
	Medici	76		7,9079
	Asistente medicale	68		8,3824
	Sig.		1,000	,414

Tabelul A 2.58

Recurgerea la alcool

			Subset for alpha = 0.05	
	Grup de munca	N	1	2
Tukey HSD ^{a,b}	Medici	76	1,3289	
	Rezidenți	66	1,5455	1,5455
	Asistente medicale	68		1,7059
	Sig.		,295	,510

Tabelul A 2.59 . Statistica descriptivă în funcție de vechimea în muncă

Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Scala de percepție a stresului_indice	0 – 10 ani	106	67,8113	13,47669	1,30897	65,2159	70,4068	33,00	97,00
	11 - 30 ani	38	64,6579	13,56521	2,20057	60,1991	69,1167	41,00	104,00
	31 - 45 ani	66	66,8485	16,01465	1,97127	62,9116	70,7854	33,00	100,00
	Total	210	66,9381	14,31501	,98783	64,9907	68,8855	33,00	104,00
Copingul activ	0 – 10 ani	106	13,0189	2,40230	,23333	12,5562	13,4815	6,00	16,00
	11 - 30 ani	38	12,4474	2,79669	,45368	11,5281	13,3666	4,00	16,00
	31 - 45 ani	66	12,6212	2,22410	,27377	12,0745	13,1680	6,00	18,00
	Total	210	12,7905	2,42473	,16732	12,4606	13,1203	4,00	18,00
Planificarea	0 – 10 ani	106	13,9623	2,43750	,23675	13,4928	14,4317	7,00	16,00
	11 - 30 ani	38	12,8158	3,19506	,51831	11,7656	13,8660	5,00	16,00
	31 - 45 ani	66	13,6364	2,10228	,25877	13,1196	14,1532	8,00	16,00

	Total	210	13,6524	2,51847	,17379	13,3098	13,9950	5,00	16,00
Eliminarea activității concurente	0 – 10 ani	106	11,4151	1,95603	,18999	11,0384	11,7918	5,00	15,00
	11 - 30 ani	38	10,7105	2,32388	,37698	9,9467	11,4744	6,00	14,00
	31 - 45 ani	66	10,8485	2,55549	,31456	10,2203	11,4767	5,00	16,00
	Total	210	11,1095	2,23765	,15441	10,8051	11,4139	5,00	16,00
Reținerea în acțiune	0 – 10 ani	106	10,5094	2,21787	,21542	10,0823	10,9366	5,00	15,00
	11 - 30 ani	38	10,5263	2,67861	,43453	9,6459	11,4068	6,00	16,00
	31 - 45 ani	66	10,4697	2,53723	,31231	9,8460	11,0934	4,00	16,00
	Total	210	10,5000	2,39667	,16539	10,1740	10,8260	4,00	16,00
Căutarea suportului social-instrumentar	0 – 10 ani	106	12,2170	2,80138	,27209	11,6775	12,7565	4,00	16,00
	11 - 30 ani	38	12,1316	2,37294	,38494	11,3516	12,9115	7,00	16,00
	31 - 45 ani	66	12,4091	2,63104	,32386	11,7623	13,0559	6,00	21,00
	Total	210	12,2619	2,66521	,18392	11,8993	12,6245	4,00	21,00
Căutarea suportului social-emoțional	0 – 10 ani	106	10,3679	3,22291	,31304	9,7472	10,9886	4,00	17,00
	11 - 30 ani	38	10,3158	3,05008	,49479	9,3133	11,3183	4,00	16,00
	31 - 45 ani	66	10,1667	2,61112	,32141	9,5248	10,8086	4,00	16,00
	Total	210	10,2952	2,99896	,20695	9,8873	10,7032	4,00	17,00
Reinterpretarea pozitivă	0 – 10 ani	106	12,5943	2,22445	,21606	12,1659	13,0227	8,00	16,00
	11 - 30 ani	38	11,6579	3,27378	,53108	10,5818	12,7340	5,00	17,00
	31 - 45 ani	66	12,4242	2,37979	,29293	11,8392	13,0093	6,00	16,00
	Total	210	12,3714	2,50266	,17270	12,0310	12,7119	5,00	17,00

Acceptarea	0 – 10 ani	106	11,5566	2,76743	,26880	11,0236	12,0896	2,00	18,00
	11 - 30 ani	38	10,8947	3,10875	,50431	9,8729	11,9166	4,00	19,00
	31 - 45 ani	66	11,3485	2,96385	,36482	10,6199	12,0771	6,00	18,00
	Total	210	11,3714	2,88954	,19940	10,9783	11,7645	2,00	19,00
Negarea	0 – 10 ani	106	7,8868	2,12612	,20651	7,4773	8,2963	4,00	13,00
	11 - 30 ani	38	8,1053	2,67914	,43461	7,2247	8,9859	4,00	14,00
	31 - 45 ani	66	8,3030	2,41769	,29760	7,7087	8,8974	5,00	16,00
	Total	210	8,0571	2,32247	,16027	7,7412	8,3731	4,00	16,00
Descărcarea emoțională	0 – 10 ani	106	9,3491	2,66563	,25891	8,8357	9,8624	4,00	15,00
	11 - 30 ani	38	8,4474	2,69832	,43773	7,5605	9,3343	4,00	15,00
	31 - 45 ani	66	8,9545	2,64535	,32562	8,3042	9,6049	4,00	15,00
	Total	210	9,0619	2,67381	,18451	8,6982	9,4256	4,00	15,00
Orientarea spre religie	0 – 10 ani	106	10,7170	3,41078	,33128	10,0601	11,3739	4,00	16,00
	11 - 30 ani	38	10,0789	4,09602	,66446	8,7326	11,4253	4,00	16,00
	31 - 45 ani	66	10,4394	4,19571	,51646	9,4080	11,4708	4,00	16,00
	Total	210	10,5143	3,78770	,26138	9,9990	11,0296	4,00	16,00
Pasivitatea mentală	0 – 10 ani	106	10,1604	2,89215	,28091	9,6034	10,7174	2,00	16,00
	11 - 30 ani	38	9,0526	2,78943	,45251	8,1358	9,9695	5,00	14,00
	31 - 45 ani	66	9,7273	2,51485	,30956	9,1090	10,3455	4,00	14,00
	Total	210	9,8238	2,77763	,19167	9,4459	10,2017	2,00	16,00
Pasivitatea comportamentală	0 – 10 ani	106	7,4623	2,20465	,21413	7,0377	7,8869	3,00	12,00

11 - 30 ani	38	8,0789	2,23464	,36251	7,3444	8,8135	4,00	12,00
31 - 45 ani	66	7,9091	2,44148	,30053	7,3089	8,5093	4,00	13,00
Total	210	7,7143	2,29088	,15809	7,4026	8,0259	3,00	13,00
Recurgerea la alcool 0 – 10 ani	106	1,5660	,87308	,08480	1,3979	1,7342	1,00	4,00
11 - 30 ani	38	1,5263	,92230	,14962	1,2232	1,8295	1,00	4,00
31 - 45 ani	66	1,4394	,82516	,10157	1,2365	1,6422	1,00	4,00
Total	210	1,5190	,86512	,05970	1,4014	1,6367	1,00	4,00

Tabelul A 2.60 2.71.

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Scala de percepție a stresului_indice	1,927	2	207	,148
Copingul activ	1,248	2	207	,289
Planificarea	6,239	2	207	,002
Eliminarea activității concurente	3,022	2	207	,051
Reținerea în acțiune	1,330	2	207	,267
Căutarea suportului social-instrumentar	,235	2	207	,791
Căutarea suportului social-emoțional	2,819	2	207	,062
Reinterpretarea pozitivă	6,850	2	207	,001
Acceptarea	,287	2	207	,751
Negarea	2,205	2	207	,113
Descărcarea emoțională	,101	2	207	,904
Orientarea spre religie	4,108	2	207	,018
Pasivitatea mentală	,677	2	207	,509
Pasivitatea comportamentală	,213	2	207	,808

Recurgerea la alcool	,646	2	207	,525
----------------------	------	---	-----	------

Tabelul A 2.61 2.72. Analiza de varianță Anova în funcție de vechimea în muncă

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Scala de percepție a stresului_indice	Between Groups	278,931	2	139,466	,678	,509
	Within Groups	42549,264	207	205,552		
	Total	42828,195	209			
Copingul activ	Between Groups	11,894	2	5,947	1,012	,365
	Within Groups	1216,887	207	5,879		
	Total	1228,781	209			
Planificarea	Between Groups	36,791	2	18,396	2,955	,054
	Within Groups	1288,832	207	6,226		
	Total	1325,624	209			
Eliminarea activității concurente	Between Groups	20,444	2	10,222	2,062	,130
	Within Groups	1026,036	207	4,957		
	Total	1046,481	209			
Reținerea în acțiune	Between Groups	,096	2	,048	,008	,992
	Within Groups	1200,404	207	5,799		
	Total	1200,500	209			
Căutarea suportului social-instrumentar	Between Groups	2,289	2	1,145	,160	,852
	Within Groups	1482,306	207	7,161		
	Total	1484,595	209			
Căutarea suportului social-emoțional	Between Groups	1,667	2	,834	,092	,912
	Within Groups	1878,028	207	9,073		
	Total	1879,695	209			
Reinterpretarea pozitivă	Between Groups	24,798	2	12,399	1,999	,138
	Within Groups	1284,230	207	6,204		
	Total	1309,029	209			
Acceptarea	Between Groups	12,304	2	6,152	,735	,481
	Within Groups					
	Total					

	Within Groups	1732,724	207	8,371		
	Total	1745,029	209			
Negarea	Between Groups	7,154	2	3,577	,661	,517
	Within Groups	1120,160	207	5,411		
	Total	1127,314	209			
Descărcarea emoțională	Between Groups	23,852	2	11,926	1,679	,189
	Within Groups	1470,343	207	7,103		
	Total	1494,195	209			
Orientarea spre religie	Between Groups	11,927	2	5,963	,413	,662
	Within Groups	2986,530	207	14,428		
	Total	2998,457	209			
Pasivitatea mentală	Between Groups	35,222	2	17,611	2,311	,102
	Within Groups	1577,259	207	7,620		
	Total	1612,481	209			
Pasivitatea comportamentală	Between Groups	14,290	2	7,145	1,366	,257
	Within Groups	1082,567	207	5,230		
	Total	1096,857	209			
Recurgerea la alcool	Between Groups	,655	2	,327	,435	,648
	Within Groups	155,769	207	,753		
	Total	156,424	209			

Tabelul A 2.62 analiza comparativă pos hoc în funcție de vechimea în muncă

Multiple Comparisons

Dependent Variable	(I) Vechime în muncă	(J) Vechime în muncă	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Scala de percepție a stresului_indice	Tukey HSD	0 - 10 ani	3,15343	2,71080	,476	-3,2459	9,5528
		31 - 45 ani	,96284	2,24802	,904	-4,3441	6,2697
	11- 30 ani	0 - 10 ani	-3,15343	2,71080	,476	-9,5528	3,2459

		31 - 45 ani	-2,19059	2,91954	,734	-9,0827	4,7015
		31 - 45 ani 0 - 10 ani	-,96284	2,24802	,904	-6,2697	4,3441
		11 - 30 ani	2,19059	2,91954	,734	-4,7015	9,0827
Games- Howell	0 - 10 ani	11 - 30 ani	3,15343	2,56045	,439	-2,9881	9,2949
		31 - 45 ani	-,96284	2,36628	,913	-4,6524	6,5781
	11 - 30 ani	0 - 10 ani	-3,15343	2,56045	,439	-9,2949	2,9881
		31 - 45 ani	-2,19059	2,95439	,740	-9,2339	4,8527
	31 - 45 ani	0 - 10 ani	-,96284	2,36628	,913	-6,5781	4,6524
		11 - 30 ani	2,19059	2,95439	,740	-4,8527	9,2339
Copingul activ	Tukey HSD	0 - 10 ani 11 - 30 ani	-,57150	-,45843	,427	-,5107	1,6537
		31 - 45 ani	-,39766	-,38017	,549	-,4998	1,2951
		11 - 30 ani 0 - 10 ani	-,57150	-,45843	,427	-1,6537	-,5107
		31 - 45 ani	-,17384	-,49373	,934	-1,3394	-,9917
		31 - 45 ani 0 - 10 ani	-,39766	-,38017	,549	-1,2951	-,4998
		11 - 30 ani	-,17384	-,49373	,934	-,9917	1,3394
	Games- Howell	0 - 10 ani 11 - 30 ani	-,57150	-,51017	,506	-,6558	1,7988
		31 - 45 ani	-,39766	-,35971	,512	-,4541	1,2494
		11 - 30 ani 0 - 10 ani	-,57150	-,51017	,506	-1,7988	-,6558
		31 - 45 ani	-,17384	-,52988	,942	-1,4453	1,0976
		31 - 45 ani 0 - 10 ani	-,39766	-,35971	,512	-1,2494	-,4541
		11 - 30 ani	-,17384	-,52988	,942	-1,0976	1,4453
Planificarea	Tukey HSD	0 - 10 ani 11 - 30 ani	1,14647*	-,47179	,042	-,0327	2,2602
		31 - 45 ani	-,32590	-,39125	,683	-,5977	1,2495
		11 - 30 ani 0 - 10 ani	-1,14647*	-,47179	,042	-2,2602	-,0327
		31 - 45 ani	-,82057	-,50812	,242	-2,0201	-,3789
		31 - 45 ani 0 - 10 ani	-,32590	-,39125	,683	-1,2495	-,5977
		11 - 30 ani	-,82057	-,50812	,242	-,3789	2,0201
	Games- Howell	0 - 10 ani 11 - 30 ani	1,14647	-,56982	,119	-,2273	2,5203
		31 - 45 ani	-,32590	-,35073	,623	-,5042	1,1560

		11 - 30 ani	0 - 10 ani	-1,14647	,56982	,119	-2,5203	,2273
			31 - 45 ani	-,82057	,57931	,339	-2,2155	,5743
		31 - 45 ani	0 - 10 ani	-,32590	,35073	,623	-1,1560	,5042
			11 - 30 ani	-,82057	,57931	,339	-,5743	2,2155
Eliminarea activității concurente	Tukey HSD	0 - 10 ani	11 - 30 ani	,70457	,42095	,218	-,2892	1,6983
			31 - 45 ani	,56661	,34909	,238	-,2575	1,3907
		11 - 30 ani	0 - 10 ani	-,70457	,42095	,218	-1,6983	,2892
			31 - 45 ani	-,13796	,45337	,950	-1,2082	,9323
	Games-Howell	31 - 45 ani	0 - 10 ani	-,56661	,34909	,238	-1,3907	,2575
			11 - 30 ani	,13796	,45337	,950	-,9323	1,2082
		0 - 10 ani	11 - 30 ani	,70457	,42215	,226	-,3114	1,7205
			31 - 45 ani	,56661	,36748	,275	-,3063	1,4395
	Games-Howell	11 - 30 ani	0 - 10 ani	-,70457	,42215	,226	-1,7205	,3114
			31 - 45 ani	-,13796	,49098	,957	-1,3096	1,0336
		31 - 45 ani	0 - 10 ani	-,56661	,36748	,275	-1,4395	,3063
			11 - 30 ani	,13796	,49098	,957	-1,0336	1,3096
Reținerea în acțiune	Tukey HSD	0 - 10 ani	11 - 30 ani	-,01688	,45532	,999	-1,0918	1,0580
			31 - 45 ani	,03974	,37759	,994	-,8516	,9311
		11 - 30 ani	0 - 10 ani	,01688	,45532	,999	-1,0580	1,0918
			31 - 45 ani	,05662	,49038	,993	-1,1010	1,2143
	Games-Howell	31 - 45 ani	0 - 10 ani	-,03974	,37759	,994	-,9311	,8516
			11 - 30 ani	-,05662	,49038	,993	-1,2143	1,1010
	Games-Howell	0 - 10 ani	11 - 30 ani	-,01688	,48499	,999	-1,1844	1,1506
			31 - 45 ani	,03974	,37940	,994	-,8603	,9397
		11 - 30 ani	0 - 10 ani	,01688	,48499	,999	-1,1506	1,1844
			31 - 45 ani	,05662	,53512	,994	-1,2233	1,3365
	Games-Howell	31 - 45 ani	0 - 10 ani	-,03974	,37940	,994	-,9397	,8603
			11 - 30 ani	-,05662	,53512	,994	-1,3365	1,2233
Căutarea	Tukey HSD	0 - 10 ani	11 - 30 ani	,08540	,50596	,984	-1,1090	1,2798

suportului social-instrumentar		31 - 45 ani	-,19211	,41959	,891	-1,1826	,7984
	11 - 30 ani	0 - 10 ani	-,08540	,50596	,984	-1,2798	1,1090
		31 - 45 ani	-,27751	,54492	,867	-1,5639	1,0089
	31 - 45 ani	0 - 10 ani	,19211	,41959	,891	-,7984	1,1826
		11 - 30 ani	,27751	,54492	,867	-1,0089	1,5639
	Games-Howell	0 - 10 ani	,08540	,47140	,982	-1,0413	1,2121
		31 - 45 ani	-,19211	,42299	,893	-1,1938	,8096
	11 - 30 ani	0 - 10 ani	-,08540	,47140	,982	-1,2121	1,0413
		31 - 45 ani	-,27751	,50306	,846	-1,4778	,9228
	31 - 54 ani	0 - 10 ani	,19211	,42299	,893	-,8096	1,1938
		11 - 30 ani	,27751	,50306	,846	-,9228	1,4778
Căutarea suportului social-emoțional	Tukey HSD	0 - 10 ani	,05214	,56951	,995	-1,2923	1,3966
		31 - 45 ani	,20126	,47229	,905	-,9137	1,3162
	11 - 30 ani	0 - 10 ani	-,05214	,56951	,995	-1,3966	1,2923
		31 - 45 ani	,14912	,61336	,968	-1,2988	1,5971
	31 - 45 ani	0 - 10 ani	-,20126	,47229	,905	-1,3162	,9137
		11 - 30 ani	-,14912	,61336	,968	-1,5971	1,2988
	Games-Howell	0 - 10 ani	,05214	,58550	,996	-1,3505	1,4547
		31 - 45 ani	,20126	,44866	,895	-,8602	1,2628
	11 - 30 ani	0 - 10 ani	-,05214	,58550	,996	-1,4547	1,3505
		31 - 45 ani	,14912	,59002	,965	-1,2646	1,5629
Reinterpretarea pozitivă	Tukey HSD	0 - 10 ani	,93644	,47095	,118	-1,1753	2,0482
		31 - 45 ani	,17010	,39055	,901	-,7519	1,0921
	11 - 30 ani	0 - 10 ani	-,93644	,47095	,118	-2,0482	,1753
		31 - 45 ani	-,76635	,50721	,288	-1,9637	,4310
	31 - 45 ani	0 - 10 ani	-,17010	,39055	,901	-1,0921	,7519
		11 - 30 ani	,76635	,50721	,288	-,4310	1,9637

	Games- Howell	0 - 10 ani	11 - 30 ani	,93644	,57334	,241	-,4486	2,3215
			31 - 45 ani	,17010	,36399	,887	-,6928	1,0330
		11 - 30 ani	0 - 10 ani	-,93644	,57334	,241	-2,3215	,4486
			31 - 45 ani	-,76635	,60651	,421	-2,2240	,6914
		31 - 45 ani	0 - 8 ani	-,17010	,36399	,887	-1,0330	,6928
			9 - 30 ani	,76635	,60651	,421	-,6914	2,2240
Acceptarea	Tukey HSD	0 - 10 ani	11 - 30 ani	,66187	,54704	,449	-,6295	1,9533
			31 - 45 ani	,20812	,45365	,891	-,8628	1,2790
		11 - 30 ani	0 - 10 ani	-,66187	,54704	,449	-1,9533	,6295
			31 - 45 ani	-,45375	,58916	,722	-1,8446	,9371
		31 - 45 ani	0 - 10 ani	-,20812	,45365	,891	-1,2790	,8628
			11 - 30 ani	,45375	,58916	,722	-,9371	1,8446
	Games- Howell	0 - 10 ani	11 - 30 ani	,66187	,57147	,483	-,7119	2,0356
			31 - 45 ani	,20812	,45315	,890	-,8662	1,2824
		11 - 30 ani	0 - 10 ani	-,66187	,57147	,483	-2,0356	,7119
			31 - 45 ani	-,45375	,62243	,747	-1,9423	1,0348
		31 - 45 ani	0 - 10 ani	-,20812	,45315	,890	-1,2824	,8662
			11 - 30 ani	,45375	,62243	,747	-1,0348	1,9423
Negarea	Tukey HSD	0 - 10 ani	11 - 30 ani	-,21847	,43984	,873	-1,2568	,8199
			31 - 45 ani	-,41624	,36475	,490	-1,2773	,4448
		11 - 30 ani	0 - 10 ani	,21847	,43984	,873	-,8199	1,2568
			31 - 45 ani	-,19777	,47370	,908	-1,3160	,9205
		31 - 45 ani	0 - 10 ani	,41624	,36475	,490	-,4448	1,2773
			11 - 30 ani	,19777	,47370	,908	-,9205	1,3160
	Games- Howell	0 - 10 ani	11 - 30 ani	-,21847	,48118	,893	-1,3777	,9408
			31 - 45 ani	-,41624	,36223	,486	-1,2754	,4430
		11 - 30 ani	0 - 10 ani	,21847	,48118	,893	-,9408	1,3777
			11 - 30 ani	-,19777	,52674	,925	-1,4587	1,0632
		31 - 45 ani	0 - 8 ani	,41624	,36223	,486	-,4430	1,2754

		9 - 30 ani		,19777	,52674	,925	-1,0632	1,4587
Descărcarea emoțională	Tukey HSD	0 - 10 ani	11 - 30 ani	,90169	,50392	,176	-,2879	2,0913
			31 - 45 ani	,39451	,41789	,613	-,5920	1,3810
		11 - 30 ani	0 - 10 ani	-,90169	,50392	,176	-2,0913	,2879
			31 - 45 ani	-,50718	,54272	,619	-1,7884	,7740
		31 - 45 ani	0 - 10 ani	-,39451	,41789	,613	-1,3810	,5920
			11 - 30 ani	,50718	,54272	,619	-,7740	1,7884
	Games- Howell	0 - 10 ani	11 - 30 ani	,90169	,50856	,187	-,3183	2,1217
			31 - 45 ani	,39451	,41601	,611	-,5911	1,3801
		11 - 30 ani	0 - 10 ani	-,90169	,50856	,187	-2,1217	,3183
			31 - 45 ani	-,50718	,54556	,623	-1,8113	,7970
31 - 45 ani		0 - 10 ani	-,39451	,41601	,611	-1,3801	,5911	
		11 - 30 ani	,50718	,54556	,623	-,7970	1,8113	
Orientarea spre religie	Tukey HSD	0 - 10 ani	11 - 30 ani	,63803	,71818	,648	-1,0574	2,3334
			31 - 45 ani	,27759	,59558	,887	-1,1284	1,6836
		11 - 30 ani	0 - 10 ani	-,63803	,71818	,648	-2,3334	1,0574
			31 - 45 ani	-,36045	,77348	,887	-2,1864	1,4655
		31 - 45 ani	0 - 10 ani	-,27759	,59558	,887	-1,6836	1,1284
			11 - 30 ani	,36045	,77348	,887	-1,4655	2,1864
	Games- Howell	0 - 10 ani	11 - 30 ani	,63803	,74247	,668	-1,1491	2,4252
			31 - 45 ani	,27759	,61358	,893	-1,1790	1,7341
		11 - 30 ani	0 - 10 ani	-,63803	,74247	,668	-2,4252	1,1491
			31 - 45 ani	-,36045	,84157	,904	-2,3708	1,6499
	31 - 45 ani	0 - 10 ani	-,27759	,61358	,893	-1,7341	1,1790	
		11 - 30 ani	,36045	,84157	,904	-1,6499	2,3708	
Pasivitatea mentală	Tukey HSD	0 - 10 ani	11 - 30 ani	1,10775	,52192	,088	-,1243	2,3398
			31 - 45 ani	,43310	,43282	,577	-,5886	1,4549
	Games- Howell	11 - 30 ani	0 - 10 ani	-1,10775	,52192	,088	-2,3398	,1243
			31 - 45 ani	-,67464	,56211	,454	-2,0016	,6523

Pasivitatea comportamentală	Games- Howell	31 - 45 ani	0 - 10 ani	-,43310	,43282	,577	-1,4549	,5886
			11 - 30 ani	-,67464	,56211	,454	-,6523	2,0016
		0 - 10 ani	11 - 30 ani	1,10775	,53261	,102	-,1686	2,3841
			31 - 45 ani	-,43310	,41801	,555	-,5563	1,4225
		11 - 30 ani	0 - 10 ani	-1,10775	,53261	,102	-2,3841	,1686
			31 - 45 ani	-,67464	,54826	,439	-1,9871	,6378
		31 - 45 ani	0 - 8 ani	-,43310	,41801	,555	-1,4225	,5563
			9 - 30 ani	-,67464	,54826	,439	-,6378	1,9871
		Tukey HSD	0 - 10 ani	-,61668	,43239	,329	-1,6374	,4041
			31 - 45 ani	-,44683	,35858	,427	-1,2933	,3997
		11 - 30 ani	0 - 10 ani	-,61668	,43239	,329	-,4041	1,6374
			31 - 45 ani	-,16986	,46569	,929	-,9295	1,2692
		31 - 54 ani	0 - 10 ani	-,44683	,35858	,427	-,3997	1,2933
			11 - 30 ani	-,16986	,46569	,929	-1,2692	,9295
Recurgerea la alcool	Games- Howell	0 - 10 ani	11 - 30 ani	-,61668	,42103	,315	-1,6267	,3933
			31 - 45 ani	-,44683	,36901	,449	-1,3219	,4283
		11 - 30 ani	0 - 10 ani	-,61668	,42103	,315	-,3933	1,6267
			31 - 45 ani	-,16986	,47088	,931	-,9539	1,2936
		31 - 45 ani	0 - 10 ani	-,44683	,36901	,449	-,4283	1,3219
			11 - 30 ani	-,16986	,47088	,931	-1,2936	,9539
		Tukey HSD	0 - 10 ani	-,03972	,16402	,968	-,3475	,4269
			31 - 45 ani	-,12664	,13602	,621	-,1945	,4477
		11 - 30 ani	0 - 10 ani	-,03972	,16402	,968	-,4269	,3475
			31 - 45 ani	-,08692	,17665	,875	-,3301	,5039
		31 - 45 ani	0 - 10 ani	-,12664	,13602	,621	-,4477	,1945
			11 - 30 ani	-,08692	,17665	,875	-,5039	,3301
		0 - 10 ani	11 - 30 ani	-,03972	,17198	,971	-,3732	,4526
			31 - 45 ani	-,12664	,13232	,605	-,1867	,4400
		11 - 30 ani	0 - 10 ani	-,03972	,17198	,971	-,4526	,3732

	31 - 45 ani	,08692	,18084	,881	-,3460	,5199
31 - 45 ani	0 - 10 ani	-,12664	,13232	,605	-,4400	,1867
	11 - 30 ani	-,08692	,18084	,881	-,5199	,3460

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Tabelul A 2.63

Scala de percepție a stresului_indice

			Subset for alpha = 0.05
	Vechime în muncă	N	1
Tukey HSD ^{a,b}	11 - 30 ani	38	64,6579
	31 - 45 ani	66	66,8485
	0 - 10 ani	106	67,8113
	Sig.		,458

Tabelul A 2.64

Copingul activ

			Subset for alpha = 0.05
	Vechime în muncă	N	1
Tukey HSD ^{a,b}	11 - 30 ani	38	12,4474
	31 - 45 ani	66	12,6212
	0 - 10 ani	106	13,0189
	Sig.		,408

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 58,938.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Tabelul A 2.65

Planificarea

			Subset for alpha = 0.05	
	Vechime în muncă	N	1	2
Tukey HSD ^{a,b}	11 - 30 ani	38	12,8158	
	31 - 45 ani	66	13,6364	13,6364
	0 - 10 ani	106		13,9623
	Sig.		,177	,758

Tabelul A 2.66

Eliminarea activității concurente

			Subset for alpha = 0.05
	Vechime în muncă	N	1
Tukey HSD ^{a,b}	11 - 30 ani	38	10,7105
	31 - 45 ani	66	10,8485
	0 - 10 ani	106	11,4151
	Sig.		,201

Tabelul A 2.67 2.85.

Reținerea în acțiune

			Subset for alpha = 0.05
	Vechime în muncă	N	1
Tukey HSD ^{a,b}	31 - 45 ani	66	10,4697
	0 - 10 ani	106	10,5094
	11 - 30 ani	38	10,5263
	Sig.		,991

Tabelul A 2.68

Căutarea suportului social-instrumentar

			Subset for alpha = 0.05
	Vechime în muncă	N	1
Tukey HSD ^{a,b}	11 - 30 ani	38	12,1316
	0 - 10 ani	106	12,2170
	31 - 45 ani	66	12,4091
	Sig.		,840

Tabelul A 2.69

Căutarea suportului social-emoțional

			Subset for alpha = 0.05
	Vechime în muncă	N	1
Tukey HSD ^{a,b}	31 - 45 ani	66	10,1667
	11 - 30 ani	38	10,3158
	0 - 10 ani	106	10,3679
	Sig.		,930

Tabelul A 2.70

Reinterpretarea pozitivă

			Subset for alpha = 0.05
	Vechime în muncă	N	1
Tukey HSD ^{a,b}	11 - 30 ani	38	11,6579
	31 - 45 ani	66	12,4242
	0 - 10 ani	106	12,5943
	Sig.		,105

Tabelul A 2.71

Acceptarea

			Subset for alpha = 0.05
	Vechime în muncă	N	1

Tukey HSD ^{a,b}	11 - 30 ani	38	10,8947
	31 - 45 ani	66	11,3485
	0 - 10 ani	106	11,5566
	Sig.		,430

Tabelul A 2.72

Negarea

			Subset for alpha = 0.05
	Vechime în muncă	N	1
Tukey HSD ^{a,b}	0 - 10 ani	106	7,8868
	11 - 30 ani	38	8,1053
	31 - 45 ani	66	8,3030
	Sig.		,596

Tabelul A 2.73

Descărcarea emoțională

			Subset for alpha = 0.05
	Vechime în muncă	N	1
Tukey HSD ^{a,b}	11 - 30 ani	38	8,4474
	31 - 45 ani	66	8,9545
	0 - 10 ani	106	9,3491
	Sig.		,160

Tabelul A 2.74

Orientarea spre religie

			Subset for alpha = 0.05
	Vechime în muncă	N	1
Tukey HSD ^{a,b}	9 - 30 ani	38	10,0789
	31 - 54 ani	66	10,4394
	0 - 10 ani	106	10,7170

	Sig.		,633
--	------	--	------

Tabelul A 2.75

Pasivitatea mentală

			Subset for alpha = 0.05
	Vechime în muncă	N	1
Tukey HSD ^{a,b}	11 - 30 ani	38	9,0526
	31 - 54 ani	66	9,7273
	0 - 10 ani	106	10,1604
	Sig.		,077

Tabelul A 2.77

Pasivitatea comportamentală

			Subset for alpha = 0.05
	Vechime în muncă	N	1
Tukey HSD ^{a,b}	0 - 10 ani	106	7,4623
	31 - 45 ani	66	7,9091
	11- 30 ani	38	8,0789
	Sig.		,310

Tabelul A 2.78

Recurgerea la alcool

			Subset for alpha = 0.05
	Vechime în muncă	N	1
Tukey HSD ^{a,b}	31 - 45 ani	66	1,4394
	11 - 30 ani	38	1,5263
	0 - 10 ani	106	1,5660
	Sig.		,708

Tabelul A 2.79 . Statistica descriptivă în funcție de tipul de servicii prestate

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Scala de percepție a stresului_indice	DRNarcologie	35	70,2286	12,40988	2,09765	65,9656	74,4915	48,00	100,00
	SR MAI	38	65,8684	15,04439	2,44052	60,9235	70,8134	38,00	100,00
	SCM pentru copii	38	62,2632	11,69126	1,89657	58,4203	66,1060	41,00	89,00
	SCM Sfînta Treime	60	68,1667	14,84401	1,91635	64,3321	72,0013	33,00	104,00
	SCPsihiatrie	39	67,6923	16,05444	2,57077	62,4881	72,8966	33,00	98,00
	Total	210	66,9381	14,31501	,98783	64,9907	68,8855	33,00	104,00
Copingul activ	DRNarcologie	35	13,3143	2,17974	,36844	12,5655	14,0631	9,00	18,00
	SR MAI	38	13,3684	1,79219	,29073	12,7793	13,9575	9,00	16,00
	SCM pentru copii	38	12,8421	2,45529	,39830	12,0351	13,6491	6,00	16,00
	SCM Sfînta Treime	60	12,2000	2,76050	,35638	11,4869	12,9131	4,00	16,00
	SCPsihiatrie	39	12,6154	2,46678	,39500	11,8157	13,4150	6,00	16,00
	Total	210	12,7905	2,42473	,16732	12,4606	13,1203	4,00	18,00
Planificarea	DRNarcologie	35	13,3429	2,26148	,38226	12,5660	14,1197	8,00	16,00
	SR MAI	38	14,5263	1,88503	,30579	13,9067	15,1459	8,00	16,00
	SCM pentru copii	38	14,2895	2,43741	,39540	13,4883	15,0906	7,00	16,00

	SCM Sfinta Treime	60	12,9333	2,93354	,37872	12,1755	13,6911	5,00	16,00
	SCPsihiatrie	39	13,5641	2,37082	,37963	12,7956	14,3326	7,00	16,00
	Total	210	13,6524	2,51847	,17379	13,3098	13,9950	5,00	16,00
Eliminarea activității concurente	DRNarcologie	35	11,2000	2,36146	,39916	10,3888	12,0112	5,00	15,00
	SR MAI	38	10,9737	2,45486	,39823	10,1668	11,7806	5,00	15,00
	SCM pentru copii	38	11,7105	2,48137	,40253	10,8949	12,5261	5,00	15,00
	SCM Sfinta Treime	60	10,6667	2,01407	,26002	10,1464	11,1870	5,00	15,00
	SCPsihiatrie	39	11,2564	1,91556	,30673	10,6355	11,8774	5,00	16,00
	Total	210	11,1095	2,23765	,15441	10,8051	11,4139	5,00	16,00
Reținerea în acțiune	DRNarcologie	35	9,9714	2,03623	,34419	9,2720	10,6709	6,00	15,00
	SR MAI	38	10,1053	2,37998	,38608	9,3230	10,8875	5,00	15,00
	SCM pentru copii	38	11,2895	2,97656	,48286	10,3111	12,2678	4,00	16,00
	SCM Sfinta Treime	60	10,2000	2,29073	,29573	9,6082	10,7918	6,00	16,00
	SCPsihiatrie	39	11,0513	2,02548	,32434	10,3947	11,7079	8,00	15,00
	Total	210	10,5000	2,39667	,16539	10,1740	10,8260	4,00	16,00
Căutarea suportului social-instrumentar	DRNarcologie	35	13,0000	2,43745	,41200	12,1627	13,8373	9,00	21,00
	SR MAI	38	11,7632	2,87989	,46718	10,8166	12,7098	6,00	16,00
	SCM pentru copii	38	13,1579	2,26043	,36669	12,4149	13,9009	8,00	16,00
	SCM Sfinta Treime	60	11,2667	2,82763	,36505	10,5362	11,9971	4,00	16,00
	SCPsihiatrie	39	12,7436	2,22093	,35563	12,0236	13,4635	5,00	16,00
	Total	210	12,2619	2,66521	,18392	11,8993	12,6245	4,00	21,00
Căutarea suportului social-emoțional	DRNarcologie	35	10,4000	3,03121	,51237	9,3587	11,4413	4,00	16,00
	SR MAI	38	10,2632	3,02855	,49130	9,2677	11,2586	4,00	16,00
	SCM pentru copii	38	11,1316	2,58029	,41858	10,2835	11,9797	4,00	15,00

	SCM Sfinta Treime	60	9,7333	3,08010	,39764	8,9377	10,5290	4,00	17,00
	SCPsihiatrie	39	10,2821	3,14516	,50363	9,2625	11,3016	4,00	15,00
	Total	210	10,2952	2,99896	,20695	9,8873	10,7032	4,00	17,00
Reinterpretarea pozitivă	DRNarcologie	35	12,7143	2,50378	,42322	11,8542	13,5744	8,00	16,00
	SR MAI	38	12,5000	2,19027	,35531	11,7801	13,2199	6,00	16,00
	SCM pentru copii	38	12,8947	2,31084	,37487	12,1352	13,6543	8,00	16,00
	SCM Sfinta Treime	60	11,6167	2,85878	,36907	10,8782	12,3552	5,00	17,00
	SCPsihiatrie	39	12,5897	2,22093	,35563	11,8698	13,3097	8,00	16,00
	Total	210	12,3714	2,50266	,17270	12,0310	12,7119	5,00	17,00
Acceptarea	DRNarcologie	35	11,0857	3,30215	,55817	9,9514	12,2200	6,00	18,00
	SR MAI	38	11,6053	2,47735	,40188	10,7910	12,4195	6,00	16,00
	SCM pentru copii	38	11,9737	2,41041	,39102	11,1814	12,7660	7,00	16,00
	SCM Sfinta Treime	60	11,2167	3,24738	,41924	10,3778	12,0556	4,00	19,00
	SCPsihiatrie	39	11,0513	2,74292	,43922	10,1621	11,9404	2,00	16,00
	Total	210	11,3714	2,88954	,19940	10,9783	11,7645	2,00	19,00
Negarea	DRNarcologie	35	7,9429	2,12745	,35960	7,2121	8,6737	4,00	13,00
	SR MAI	38	7,7368	2,26231	,36700	6,9932	8,4804	4,00	13,00
	SCM pentru copii	38	8,8421	2,93650	,47636	7,8769	9,8073	4,00	16,00
	SCM Sfinta Treime	60	7,9833	2,35416	,30392	7,3752	8,5915	4,00	13,00
	SCPsihiatrie	39	7,8205	1,68385	,26963	7,2747	8,3664	4,00	11,00
	Total	210	8,0571	2,32247	,16027	7,7412	8,3731	4,00	16,00
Descărcarea emoțională	DRNarcologie	35	9,8857	2,59832	,43920	8,9932	10,7783	4,00	15,00
	SR MAI	38	8,5789	2,65729	,43107	7,7055	9,4524	4,00	14,00
	SCM pentru copii	38	8,3421	2,18442	,35436	7,6241	9,0601	4,00	14,00

	SCM Sfinta Treime	60	9,1667	2,81742	,36373	8,4389	9,8945	4,00	15,00
	SCPsihiatrie	39	9,3333	2,82222	,45192	8,4185	10,2482	4,00	15,00
	Total	210	9,0619	2,67381	,18451	8,6982	9,4256	4,00	15,00
Orientarea spre religie	DRNarcologie	35	10,0571	3,85733	,65201	8,7321	11,3822	4,00	16,00
	SR MAI	38	11,2105	3,73557	,60599	9,9827	12,4384	4,00	16,00
	SCM pentru copii	38	12,0263	3,66493	,59453	10,8217	13,2309	4,00	16,00
	SCM Sfinta Treime	60	9,9667	3,65442	,47178	9,0226	10,9107	4,00	16,00
	SCPsihiatrie	39	9,6154	3,73191	,59758	8,4056	10,8251	4,00	15,00
	Total	210	10,5143	3,78770	,26138	9,9990	11,0296	4,00	16,00
Pasivitatea mentală	DRNarcologie	35	9,4857	2,85298	,48224	8,5057	10,4657	4,00	14,00
	SR MAI	38	9,8947	2,65889	,43133	9,0208	10,7687	5,00	16,00
	SCM pentru copii	38	9,3158	2,77153	,44960	8,4048	10,2268	4,00	13,00
	SCM Sfinta Treime	60	10,0833	2,78794	,35992	9,3631	10,8035	4,00	15,00
	SCPsihiatrie	39	10,1538	2,85195	,45668	9,2294	11,0783	2,00	16,00
	Total	210	9,8238	2,77763	,19167	9,4459	10,2017	2,00	16,00
Pasivitatea comportamentală	DRNarcologie	35	7,7429	2,29248	,38750	6,9554	8,5304	3,00	12,00
	SR MAI	38	8,0263	2,38788	,38737	7,2414	8,8112	4,00	12,00
	SCM pentru copii	38	7,2895	2,38132	,38630	6,5068	8,0722	4,00	13,00
	SCM Sfinta Treime	60	7,7167	2,31496	,29886	7,1186	8,3147	4,00	13,00
	SCPsihiatrie	39	7,7949	2,11734	,33905	7,1085	8,4812	4,00	13,00
	Total	210	7,7143	2,29088	,15809	7,4026	8,0259	3,00	13,00
Recurgerea la alcool	DRNarcologie	35	1,8571	1,11521	,18851	1,4741	2,2402	1,00	4,00
	SR MAI	38	1,2895	,65380	,10606	1,0746	1,5044	1,00	3,00
	SCM pentru copii	38	1,2632	,55431	,08992	1,0810	1,4454	1,00	3,00

SCM Sfinta Treime	60	1,6000	,99490	,12844	1,3430	1,8570	1,00	4,00
SCPsihiatrie	39	1,5641	,71800	,11497	1,3314	1,7969	1,00	3,00
Total	210	1,5190	,86512	,05970	1,4014	1,6367	1,00	4,00

Tabelul A 2.80 Analiza de varianță Anova în funcție de tipul de servicii prestate

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Scala de percepție a stresului_indice	Between Groups	1365,672	4	341,418	1,688	,154
	Within Groups	41462,523	205	202,256		
	Total	42828,195	209			
Copingul activ	Between Groups	44,513	4	11,128	1,926	,107
	Within Groups	1184,268	205	5,777		
	Total	1228,781	209			
Planificarea	Between Groups	79,126	4	19,781	3,253	,013
	Within Groups	1246,498	205	6,080		
	Total	1325,624	209			
Eliminarea activității concurente	Between Groups	27,322	4	6,831	1,374	,244
	Within Groups	1019,159	205	4,972		
	Total	1046,481	209			
Reținerea în acțiune	Between Groups	56,636	4	14,159	2,538	,041
	Within Groups	1143,864	205	5,580		
	Total	1200,500	209			
Căutarea suportului social-instrumentar	Between Groups	127,505	4	31,876	4,815	,001
	Within Groups	1357,090	205	6,620		
	Total	1484,595	209			
Căutarea suportului social-emoțional	Between Groups	45,954	4	11,488	1,284	,277
	Within Groups	1833,741	205	8,945		
	Total	1879,695	209			
Reinterpretarea pozitivă	Between Groups	51,188	4	12,797	2,086	,084

	Within Groups	1257,841	205	6,136		
	Total	1309,029	209			
Acceptarea	Between Groups	24,152	4	6,038	,719	,580
	Within Groups	1720,876	205	8,395		
	Total	1745,029	209			
Negarea	Between Groups	30,281	4	7,570	1,415	,230
	Within Groups	1097,034	205	5,351		
	Total	1127,314	209			
Descărcarea emoțională	Between Groups	55,837	4	13,959	1,990	,097
	Within Groups	1438,359	205	7,016		
	Total	1494,195	209			
Orientarea spre religie	Between Groups	162,118	4	40,529	2,929	,022
	Within Groups	2836,339	205	13,836		
	Total	2998,457	209			
Pasivitatea mentală	Between Groups	22,288	4	5,572	,718	,580
	Within Groups	1590,193	205	7,757		
	Total	1612,481	209			
Pasivitatea comportamentală	Between Groups	10,840	4	2,710	,512	,727
	Within Groups	1086,017	205	5,298		
	Total	1096,857	209			
Recurgerea la alcool	Between Groups	8,964	4	2,241	3,116	,016
	Within Groups	147,460	205	,719		
	Total	156,424	209			

Tabelul A 2.81 Analiza post hoc în funcție de tipul de servicii prestate

Multiple Comparisons

Dependent Variable	(I) Tipuri de asistență medicală	(J) Tipuri de asistență medicală	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound

Scala de percepție Tukey a stresului indice HSD	DRNarcologie	SR MAI	4,36015	3,33186	,686	-4,8098	13,5301
		SCM pentru copii	7,96541	3,33186	,122	-1,2046	17,1354
		SCM Sfînta Treime	2,06190	3,02484	,960	-6,2631	10,3869
		SCPsihiatrie	2,53626	3,31131	,940	-6,5772	11,6497
	SR MAI	DRNarcologie	-4,36015	3,33186	,686	-13,5301	4,8098
		SCM pentru copii	3,60526	3,26268	,804	-5,3743	12,5848
		SCM Sfînta Treime	-2,29825	2,94847	,936	-10,4131	5,8166
		SCPsihiatrie	-1,82389	3,24170	,980	-10,7457	7,0979
	SCM pentru copii	DRNarcologie	-7,96541	3,33186	,122	-17,1354	1,2046
		SR MAI	-3,60526	3,26268	,804	-12,5848	5,3743
		SCM Sfînta Treime	-5,90351	2,94847	,269	-14,0183	2,2113
		SCPsihiatrie	-5,42915	3,24170	,452	-14,3510	3,4927
	SCM Sfînta Treime	DRNarcologie	-2,06190	3,02484	,960	-10,3869	6,2631
		SR MAI	2,29825	2,94847	,936	-5,8166	10,4131
		SCM pentru copii	5,90351	2,94847	,269	-2,2113	14,0183
		SCPsihiatrie	,47436	2,92523	1,000	-7,5765	8,5252
	SCPsihiatrie	DRNarcologie	-2,53626	3,31131	,940	-11,6497	6,5772
		SR MAI	1,82389	3,24170	,980	-7,0979	10,7457
		SCM pentru copii	5,42915	3,24170	,452	-3,4927	14,3510
		SCM Sfînta Treime	-,47436	2,92523	1,000	-8,5252	7,5765
	Games- Howell	DRNarcologie	4,36015	3,21812	,658	-4,6505	13,3708
		SCM pentru copii	7,96541*	2,82792	,048	,0455	15,8853
		SCM Sfînta Treime	2,06190	2,84122	,950	-5,8642	9,9880
		SCPsihiatrie	2,53626	3,31798	,940	-6,7528	11,8253
	SR MAI	DRNarcologie	-4,36015	3,21812	,658	-13,3708	4,6505
		SCM pentru copii	3,60526	3,09081	,770	-5,0503	12,2608

				SCM Sfînta Treime	-2,29825	3,10299	,946	-10,9635	6,3670
				SCPsihiatrie	-1,82389	3,54471	,986	-11,7326	8,0848
				SCM pentru copii DRNarcologie	-7,96541*	2,82792	,048	-15,8853	-,0455
				SR MAI	-3,60526	3,09081	,770	-12,2608	5,0503
				SCM Sfînta Treime	-5,90351	2,69618	,193	-13,4070	1,6000
				SCPsihiatrie	-5,42915	3,19466	,441	-14,3764	3,5181
				SCM Sfînta Treime	-2,06190	2,84122	,950	-9,9880	5,8642
				SR MAI	2,29825	3,10299	,946	-6,3670	10,9635
				SCM pentru copii	5,90351	2,69618	,193	-1,6000	13,4070
				SCPsihiatrie	,47436	3,20644	1,000	-8,4835	9,4323
				SCPsihiatrie	-2,53626	3,31798	,940	-11,8253	6,7528
				SR MAI	1,82389	3,54471	,986	-8,0848	11,7326
				SCM pentru copii	5,42915	3,19466	,441	-3,5181	14,3764
				SCM Sfînta Treime	-,47436	3,20644	1,000	-9,4323	8,4835
				SCPsihiatrie	2,059341	2,604989	,933	-5,23232	9,35100
				SR MAI	-2,506073	2,517733	,857	-9,54378	4,53164
				SCM pentru copii	-1,427126	2,698689	,984	-8,97427	6,12001
				SCM Sfînta Treime	2,464103	2,492039	,860	-4,47113	9,39934
Copingul activ	Tukey HSD	DRNarcologie	SR MAI	-,05414	,56310	1,000	-1,6039	1,4956	
			SCM pentru copii	,47218	,56310	,918	-1,0776	2,0219	
			SCM Sfînta Treime	1,11429	,51121	,192	-,2927	2,5212	
			SCPsihiatrie	,69890	,55963	,723	-,8413	2,2391	
		SR MAI	DRNarcologie	,05414	,56310	1,000	-1,4956	1,6039	
			SCM pentru copii	,52632	,55141	,875	-,9913	2,0439	
			SCM Sfînta Treime	1,16842	,49830	,135	-,2030	2,5399	
			SCPsihiatrie	,75304	,54786	,645	-,7548	2,2609	

SCM pentru copii DRNarcologie			-4,7218	,56310	,918	-2,0219	1,0776
SR MAI			-5,2632	,55141	,875	-2,0439	,9913
SCM Sfinta Treime			,64211	,49830	,699	-,7293	2,0135
SCPsihiatrie			,22672	,54786	,994	-1,2811	1,7345
SCM Sfinta Treime	DRNarcologie		-1,11429	,51121	,192	-2,5212	,2927
	SR MAI		-1,16842	,49830	,135	-2,5399	,2030
	SCM pentru copii		-,64211	,49830	,699	-2,0135	,7293
	SCPsihiatrie		-,41538	,49438	,918	-1,7760	,9452
SCPsihiatrie	DRNarcologie		-,69890	,55963	,723	-2,2391	,8413
	SR MAI		-,75304	,54786	,645	-2,2609	,7548
	SCM pentru copii		-,22672	,54786	,994	-1,7345	1,2811
	SCM Sfinta Treime		,41538	,49438	,918	-,9452	1,7760
Games-Howell	DRNarcologie	SR MAI	-,05414	,46933	1,000	-1,3704	1,2622
		SCM pentru copii	,47218	,54258	,907	-1,0466	1,9910
		SCM Sfinta Treime	1,11429	,51260	,200	-,3145	2,5431
		SCPsihiatrie	,69890	,54016	,696	-,8125	2,2103
SR MAI	DRNarcologie		,05414	,46933	1,000	-1,2622	1,3704
		SCM pentru copii	,52632	,49312	,823	-,8557	1,9084
		SCM Sfinta Treime	1,16842	,45992	,090	-,1103	2,4472
		SCPsihiatrie	,75304	,49046	,543	-,6206	2,1267
SCM pentru copii DRNarcologie			-4,7218	,54258	,907	-1,9910	1,0466
		SR MAI	-5,2632	,49312	,823	-1,9084	,8557
		SCM Sfinta Treime	,64211	,53446	,751	-,8473	2,1315
		SCPsihiatrie	,22672	,56095	,994	-1,3413	1,7947
SCM Sfinta Treime	DRNarcologie		-1,11429	,51260	,200	-2,5431	,3145
	SR MAI		-1,16842	,45992	,090	-2,4472	,1103
	SCM pentru copii		-,64211	,53446	,751	-2,1315	,8473

				SCPsihiatrie	-,41538	,53201	,936	-1,8972	1,0665	
				SCPsihiatrie	DRNarcologie	-,69890	,54016	,696	-2,2103	,8125
					SR MAI	-,75304	,49046	,543	-2,1267	,6206
					SCM pentru copii	-,22672	,56095	,994	-1,7947	1,3413
					SCM Sfinta Treime	,41538	,53201	,936	-1,0665	1,8972
Planificarea	Tukey HSD	DRNarcologie	SR MAI	-1,18346	,57770	,247	-2,7734	,4065		
			SCM pentru copii	-,94662	,57770	,475	-2,5366	,6433		
			SCM Sfinta Treime	,40952	,52447	,936	-1,0339	1,8530		
			SCPsihiatrie	-,22125	,57414	,995	-1,8014	1,3589		
		SR MAI	DRNarcologie	1,18346	,57770	,247	-,4065	2,7734		
			SCM pentru copii	,23684	,56571	,994	-1,3201	1,7938		
			SCM Sfinta Treime	1,59298*	,51123	,018	,1860	3,0000		
			SCPsihiatrie	,96221	,56207	,429	-,5847	2,5091		
		SCM pentru copii DRNarcologie		,94662	,57770	,475	-,6433	2,5366		
		SCM Sfinta Treime	SR MAI	-,23684	,56571	,994	-1,7938	1,3201		
			SCM Sfinta Treime	1,35614	,51123	,065	-,0509	2,7631		
			SCPsihiatrie	,72537	,56207	,697	-,8216	2,2723		
			SCPsihiatrie	DRNarcologie	-,40952	,52447	,936	-1,8530	1,0339	
		SR MAI		-1,59298*	,51123	,018	-3,0000	-,1860		
		SCM pentru copii		-1,35614	,51123	,065	-2,7631	,0509		
		SCPsihiatrie		-,63077	,50720	,726	-2,0267	,7651		
	SCPsihiatrie	DRNarcologie	,22125	,57414	,995	-1,3589	1,8014			
		SR MAI	-,96221	,56207	,429	-2,5091	,5847			
		SCM pentru copii	-,72537	,56207	,697	-2,2723	,8216			
		SCM Sfinta Treime	,63077	,50720	,726	-,7651	2,0267			
	Games- Howell	DRNarcologie	SR MAI	-1,18346	,48952	,123	-2,5561	,1892		
			SCM pentru copii	-,94662	,54997	,428	-2,4860	,5928		

			SCM Sfînta Treime	,40952	,53810	,941	-1,0899	1,9090
			SCPsihiatrie	-,22125	,53874	,994	-1,7289	1,2864
SR MAI			DRNarcologie	1,18346	,48952	,123	-,1892	2,5561
			SCM pentru copii	,23684	,49985	,989	-1,1630	1,6367
			SCM Sfînta Treime	1,59298*	,48676	,013	,2396	2,9463
			SCPsihiatrie	,96221	,48747	,289	-,4017	2,3262
SCM pentru copii DRNarcologie				,94662	,54997	,428	-,5928	2,4860
			SR MAI	-,23684	,49985	,989	-1,6367	1,1630
			SCM Sfînta Treime	1,35614	,54751	,105	-,1684	2,8807
			SCPsihiatrie	,72537	,54815	,678	-,8069	2,2577
SCM Sfînta Treime			DRNarcologie	-,40952	,53810	,941	-1,9090	1,0899
			SR MAI	1,59298*	,48676	,013	-2,9463	-,2396
			SCM pentru copii	1,35614	,54751	,105	-2,8807	,1684
			SCPsihiatrie	-,63077	,53624	,765	-2,1228	,8613
SCPsihiatrie			DRNarcologie	,22125	,53874	,994	-1,2864	1,7289
			SR MAI	-,96221	,48747	,289	-2,3262	,4017
			SCM pentru copii	-,72537	,54815	,678	-2,2577	,8069
			SCM Sfînta Treime	,63077	,53624	,765	-,8613	2,1228
Eliminarea activităţii concurente	Tukey HSD	DRNarcologie	SR MAI	,22632	,52237	,993	-1,2114	1,6640
			SCM pentru copii	-,51053	,52237	,865	-1,9482	,9272
			SCM Sfînta Treime	,53333	,47424	,793	-,7719	1,8385
			SCPsihiatrie	-,05641	,51915	1,000	-1,4852	1,3724
	SR MAI		DRNarcologie	-,22632	,52237	,993	-1,6640	1,2114
			SCM pentru copii	-,73684	,51153	,602	-2,1447	,6710
			SCM Sfînta Treime	,30702	,46226	,964	-,9652	1,5793
			SCPsihiatrie	-,28273	,50824	,981	-1,6815	1,1160

SCM pentru copii DRNarcologie			,51053	,52237	,865	-,9272	1,9482
SR MAI			,73684	,51153	,602	-,6710	2,1447
SCM Sfinta Treime			1,04386	,46226	,163	-,2284	2,3161
SCPsihiatrie			,45412	,50824	,899	-,9447	1,8529
SCM Sfinta Treime	DRNarcologie		-,53333	,47424	,793	-1,8385	,7719
	SR MAI		-,30702	,46226	,964	-1,5793	,9652
	SCM pentru copii		-1,04386	,46226	,163	-2,3161	,2284
	SCPsihiatrie		-,58974	,45862	,700	-1,8520	,6725
SCPsihiatrie	DRNarcologie		,05641	,51915	1,000	-1,3724	1,4852
	SR MAI		,28273	,50824	,981	-1,1160	1,6815
	SCM pentru copii		-,45412	,50824	,899	-1,8529	,9447
	SCM Sfinta Treime		,58974	,45862	,700	-,6725	1,8520
Games-Howell	DRNarcologie	SR MAI	,22632	,56384	,994	-1,3520	1,8046
		SCM pentru copii	-,51053	,56689	,896	-2,0974	1,0763
		SCM Sfinta Treime	,53333	,47638	,796	-,8048	1,8715
		SCPsihiatrie	-,05641	,50340	1,000	-1,4685	1,3557
SR MAI	DRNarcologie		-,22632	,56384	,994	-1,8046	1,3520
		SCM pentru copii	-,73684	,56623	,691	-2,3201	,8464
		SCM Sfinta Treime	,30702	,47560	,967	-1,0260	1,6400
		SCPsihiatrie	-,28273	,50267	,980	-1,6903	1,1248
SCM pentru copii DRNarcologie			,51053	,56689	,896	-1,0763	2,0974
		SR MAI	,73684	,56623	,691	-,8464	2,3201
		SCM Sfinta Treime	1,04386	,47921	,201	-,2996	2,3873
		SCPsihiatrie	,45412	,50608	,897	-,9632	1,8714
SCM Sfinta Treime	DRNarcologie		-,53333	,47638	,796	-1,8715	,8048
		SR MAI	-,30702	,47560	,967	-1,6400	1,0260
		SCM pentru copii	-1,04386	,47921	,201	-2,3873	,2996

				SCPsihiatrie	-,58974	,40211	,587	-1,7107	,5312	
				SCPsihiatrie	DRNarcologie	,05641	,50340	1,000	-1,3557	1,4685
					SR MAI	,28273	,50267	,980	-1,1248	1,6903
					SCM pentru copii	-,45412	,50608	,897	-1,8714	,9632
					SCM Sfinta Treime	,58974	,40211	,587	-,5312	1,7107
Reținerea în acțiune	Tukey HSD	DRNarcologie	SR MAI	-,13383	,55341	,999	-1,6569	1,3893		
			SCM pentru copii	-1,31805	,55341	,124	-2,8411	,2051		
			SCM Sfinta Treime	-,22857	,50241	,991	-1,6113	1,1542		
			SCPsihiatrie	-1,07985	,55000	,288	-2,5936	,4339		
		SR MAI	DRNarcologie	,13383	,55341	,999	-1,3893	1,6569		
			SCM pentru copii	-1,18421	,54192	,189	-2,6757	,3073		
			SCM Sfinta Treime	-,09474	,48973	1,000	-1,4426	1,2531		
			SCPsihiatrie	-,94602	,53843	,402	-2,4279	,5359		
		SCM pentru copii	DRNarcologie	1,31805	,55341	,124	-,2051	2,8411		
			SR MAI	1,18421	,54192	,189	-,3073	2,6757		
			SCM Sfinta Treime	1,08947	,48973	,175	-,2584	2,4373		
			SCPsihiatrie	,23819	,53843	,992	-1,2437	1,7201		
	SCM Sfinta Treime	DRNarcologie	,22857	,50241	,991	-1,1542	1,6113			
		SR MAI	,09474	,48973	1,000	-1,2531	1,4426			
		SCM pentru copii	-1,08947	,48973	,175	-2,4373	,2584			
		SCPsihiatrie	-,85128	,48587	,405	-2,1885	,4859			
	SCPsihiatrie	DRNarcologie	1,07985	,55000	,288	-,4339	2,5936			
		SR MAI	,94602	,53843	,402	-,5359	2,4279			
		SCM pentru copii	-,23819	,53843	,992	-1,7201	1,2437			
		SCM Sfinta Treime	,85128	,48587	,405	-,4859	2,1885			
	Games-Howell	DRNarcologie	SR MAI	-,13383	,51723	,999	-1,5818	1,3141		
			SCM pentru copii	-1,31805	,59297	,184	-2,9813	,3452		

				SCM Sfinta Treime	-,22857	,45379	,987	-1,4958	1,0386
				SCPsihiatrie	-1,07985	,47292	,162	-2,4036	,2439
SR MAI		DRNarcologie		,13383	,51723	,999	-1,3141	1,5818	
				SCM pentru copii	-1,18421	,61824	,319	-2,9150	,5466
				SCM Sfinta Treime	-,09474	,48633	1,000	-1,4535	1,2640
				SCPsihiatrie	-,94602	,50424	,339	-2,3567	,4646
SCM pentru copii DRNarcologie				1,31805	,59297	,184	-,3452	2,9813	
				SR MAI	1,18421	,61824	,319	-,5466	2,9150
				SCM Sfinta Treime	1,08947	,56623	,315	-,4998	2,6787
				SCPsihiatrie	,23819	,58168	,994	-1,3939	1,8703
SCM Sfinta Treime		DRNarcologie		,22857	,45379	,987	-1,0386	1,4958	
		SR MAI		,09474	,48633	1,000	-1,2640	1,4535	
		SCM pentru copii		-1,08947	,56623	,315	-2,6787	,4998	
		SCPsihiatrie		-,85128	,43892	,305	-2,0737	,3711	
SCPsihiatrie		DRNarcologie		1,07985	,47292	,162	-,2439	2,4036	
		SR MAI		,94602	,50424	,339	-,4646	2,3567	
		SCM pentru copii		-,23819	,58168	,994	-1,8703	1,3939	
		SCM Sfinta Treime		,85128	,43892	,305	-,3711	2,0737	
Căutarea suportului social- instrumental	Tukey	DRNarcologie	SR MAI	1,23684	,60279	,245	-,4222	2,8958	
			SCM pentru copii	-,15789	,60279	,999	-1,8169	1,5011	
			SCM Sfinta Treime	1,73333*	,54724	,015	,2272	3,2395	
			SCPsihiatrie	,25641	,59907	,993	-1,3924	1,9052	
	HSD	SR MAI	DRNarcologie	-1,23684	,60279	,245	-2,8958	,4222	
			SCM pentru copii	-1,39474	,59027	,130	-3,0193	,2298	
			SCM Sfinta Treime	,49649	,53342	,885	-,9716	1,9646	
			SCPsihiatrie	-,98043	,58647	,454	-2,5945	,6337	

SCM pentru copii DRNarcologie			,15789	,60279	,999	-1,5011	1,8169
SR MAI			1,39474	,59027	,130	-,2298	3,0193
SCM Sfinta Treime			1,89123*	,53342	,004	,4231	3,3593
SCPsihiatrie			,41430	,58647	,955	-1,1998	2,0284
SCM Sfinta Treime	DRNarcologie		-1,73333*	,54724	,015	-3,2395	-,2272
	SR MAI		-,49649	,53342	,885	-1,9646	,9716
	SCM pentru copii		-1,89123*	,53342	,004	-3,3593	-,4231
	SCPsihiatrie		-1,47692*	,52922	,045	-2,9335	-,0204
SCPsihiatrie	DRNarcologie		-,25641	,59907	,993	-1,9052	1,3924
	SR MAI		,98043	,58647	,454	-,6337	2,5945
	SCM pentru copii		-,41430	,58647	,955	-2,0284	1,1998
	SCM Sfinta Treime		1,47692*	,52922	,045	,0204	2,9335
Games-Howell	DRNarcologie	SR MAI	1,23684	,62290	,284	-,5070	2,9807
		SCM pentru copii	-,15789	,55155	,998	-1,7028	1,3870
		SCM Sfinta Treime	1,73333*	,55046	,019	,1970	3,2697
		SCPsihiatrie	,25641	,54426	,990	-1,2681	1,7809
SR MAI	DRNarcologie		-1,23684	,62290	,284	-2,9807	,5070
	SCM pentru copii		-1,39474	,59390	,142	-3,0577	,2682
	SCM Sfinta Treime		,49649	,59289	,918	-1,1593	2,1523
	SCPsihiatrie		-,98043	,58714	,459	-2,6248	,6639
SCM pentru copii DRNarcologie			,15789	,55155	,998	-1,3870	1,7028
		SR MAI	1,39474	,59390	,142	-,2682	3,0577
		SCM Sfinta Treime	1,89123*	,51742	,004	,4511	3,3314
		SCPsihiatrie	,41430	,51082	,926	-1,0136	1,8422
SCM Sfinta Treime	DRNarcologie		-1,73333*	,55046	,019	-3,2697	-,1970
	SR MAI		-,49649	,59289	,918	-2,1523	1,1593
	SCM pentru copii		-1,89123*	,51742	,004	-3,3314	-,4511

				SCPsihiatrie	-1,47692*	,50964	,037	-2,8946	-,0592	
				SCPsihiatrie	DRNarcologie	-,25641	,54426	,990	-1,7809	1,2681
					SR MAI	,98043	,58714	,459	-,6639	2,6248
					SCM pentru copii	-,41430	,51082	,926	-1,8422	1,0136
					SCM Sfinta Treime	1,47692*	,50964	,037	,0592	2,8946
Căutarea suportului social- emoțional	Tukey	DRNarcologie	SR MAI		,13684	,70069	1,000	-1,7916	2,0653	
					SCM pentru copii	-,73158	,70069	,834	-2,6600	1,1969
					SCM Sfinta Treime	,66667	,63613	,833	-1,0841	2,4174
					SCPsihiatrie	,11795	,69637	1,000	-1,7986	2,0345
		SR MAI	DRNarcologie		-,13684	,70069	1,000	-2,0653	1,7916	
					SCM pentru copii	-,86842	,68614	,713	-2,7568	1,0200
					SCM Sfinta Treime	,52982	,62007	,913	-1,1767	2,2364
					SCPsihiatrie	-,01889	,68173	1,000	-1,8952	1,8574
		SCM pentru copii	DRNarcologie		,73158	,70069	,834	-1,1969	2,6600	
					SR MAI	,86842	,68614	,713	-1,0200	2,7568
					SCM Sfinta Treime	1,39825	,62007	,164	-,3083	3,1048
					SCPsihiatrie	,84953	,68173	,724	-1,0267	2,7258
		SCM Sfinta Treime	DRNarcologie		-,66667	,63613	,833	-2,4174	1,0841	
					SR MAI	-,52982	,62007	,913	-2,2364	1,1767
					SCM pentru copii	-1,39825	,62007	,164	-3,1048	,3083
					SCPsihiatrie	-,54872	,61518	,900	-2,2418	1,1444
		SCPsihiatrie	DRNarcologie		-,11795	,69637	1,000	-2,0345	1,7986	
					SR MAI	,01889	,68173	1,000	-1,8574	1,8952
					SCM pentru copii	-,84953	,68173	,724	-2,7258	1,0267
					SCM Sfinta Treime	,54872	,61518	,900	-1,1444	2,2418
	Games- Howell	DRNarcologie	SR MAI		,13684	,70985	1,000	-1,8505	2,1242	
					SCM pentru copii	-,73158	,66161	,803	-2,5863	1,1232

			SCM Sfînta Treime	,66667	,64857	,842	-1,1480	2,4813
			SCPsihiatrie	,11795	,71844	1,000	-1,8926	2,1285
SR MAI	DRNarcologie		-,13684	,70985	1,000	-2,1242	1,8505	
	SCM pentru copii		-,86842	,64543	,664	-2,6743	,9374	
	SCM Sfînta Treime		,52982	,63205	,918	-1,2343	2,2939	
	SCPsihiatrie		-,01889	,70357	1,000	-1,9856	1,9478	
	SCM pentru copii DRNarcologie		,73158	,66161	,803	-1,1232	2,5863	
	SR MAI		,86842	,64543	,664	-,9374	2,6743	
	SCM Sfînta Treime		1,39825	,57734	,119	-,2095	3,0060	
	SCPsihiatrie		,84953	,65487	,694	-,9823	2,6813	
SCM Sfînta Treime	DRNarcologie		-,66667	,64857	,842	-2,4813	1,1480	
	SR MAI		-,52982	,63205	,918	-2,2939	1,2343	
	SCM pentru copii		-1,39825	,57734	,119	-3,0060	,2095	
	SCPsihiatrie		-,54872	,64168	,912	-2,3396	1,2422	
SCPsihiatrie	DRNarcologie		-,11795	,71844	1,000	-2,1285	1,8926	
	SR MAI		,01889	,70357	1,000	-1,9478	1,9856	
	SCM pentru copii		-,84953	,65487	,694	-2,6813	,9823	
	SCM Sfînta Treime		,54872	,64168	,912	-1,2422	2,3396	
Reinterpretarea pozitivă	Tukey HSD	DRNarcologie	SR MAI	,21429	,58033	,996	-1,3829	1,8115
			SCM pentru copii	-,18045	,58033	,998	-1,7776	1,4167
			SCM Sfînta Treime	1,09762	,52685	,231	-,3524	2,5476
			SCPsihiatrie	,12454	,57675	1,000	-1,4628	1,7119
	SR MAI	DRNarcologie	-,21429	,58033	,996	-1,8115	1,3829	
			SCM pentru copii	-,39474	,56828	,957	-1,9588	1,1693
			SCM Sfînta Treime	,88333	,51355	,424	-,5301	2,2967
			SCPsihiatrie	-,08974	,56462	1,000	-1,6437	1,4642

SCM pentru copii DRNarcologie			,18045	,58033	,998	-1,4167	1,7776
SR MAI			,39474	,56828	,957	-1,1693	1,9588
SCM Sfinta Treime			1,27807	,51355	,097	-,1353	2,6915
SCPsihiatrie			,30499	,56462	,983	-1,2490	1,8589
SCM Sfinta Treime	DRNarcologie		-1,09762	,52685	,231	-2,5476	,3524
	SR MAI		-,88333	,51355	,424	-2,2967	,5301
	SCM pentru copii		-1,27807	,51355	,097	-2,6915	,1353
	SCPsihiatrie		-,97308	,50950	,315	-2,3753	,4292
SCPsihiatrie	DRNarcologie		-,12454	,57675	1,000	-1,7119	1,4628
	SR MAI		,08974	,56462	1,000	-1,4642	1,6437
	SCM pentru copii		-,30499	,56462	,983	-1,8589	1,2490
	SCM Sfinta Treime		,97308	,50950	,315	-,4292	2,3753
Games-Howell	DRNarcologie	SR MAI	,21429	,55259	,995	-1,3343	1,7629
		SCM pentru copii	-,18045	,56536	,998	-1,7641	1,4032
		SCM Sfinta Treime	1,09762	,56154	,298	-,4700	2,6653
		SCPsihiatrie	,12454	,55280	,999	-1,4243	1,6734
SR MAI	DRNarcologie		-,21429	,55259	,995	-1,7629	1,3343
		SCM pentru copii	-,39474	,51650	,940	-1,8391	1,0496
		SCM Sfinta Treime	,88333	,51230	,424	-,5421	2,3087
		SCPsihiatrie	-,08974	,50271	1,000	-1,4950	1,3155
SCM pentru copii DRNarcologie			,18045	,56536	,998	-1,4032	1,7641
		SR MAI	,39474	,51650	,940	-1,0496	1,8391
		SCM Sfinta Treime	1,27807	,52606	,117	-,1863	2,7424
		SCPsihiatrie	,30499	,51672	,976	-1,1395	1,7495
SCM Sfinta Treime	DRNarcologie		-1,09762	,56154	,298	-2,6653	,4700
		SR MAI	-,88333	,51230	,424	-2,3087	,5421
		SCM pentru copii	-1,27807	,52606	,117	-2,7424	,1863

				SCPsihiatrie	-,97308	,51253	,325	-2,3987	,4525	
				SCPsihiatrie	DRNarcologie	-,12454	,55280	,999	-1,6734	1,4243
					SR MAI	,08974	,50271	1,000	-1,3155	1,4950
					SCM pentru copii	-,30499	,51672	,976	-1,7495	1,1395
					SCM Sfinta Treime	,97308	,51253	,325	-,4525	2,3987
Acceptarea	Tukey HSD	DRNarcologie	SR MAI	-,51955	,67879	,940	-2,3877	1,3486		
			SCM pentru copii	-,88797	,67879	,686	-2,7561	,9802		
			SCM Sfinta Treime	-,13095	,61624	1,000	-1,8270	1,5651		
			SCPsihiatrie	,03443	,67460	1,000	-1,8222	1,8911		
	SR MAI	DRNarcologie	,51955	,67879	,940	-1,3486	2,3877			
		SCM pentru copii	-,36842	,66469	,981	-2,1978	1,4610			
		SCM Sfinta Treime	,38860	,60068	,967	-1,2646	2,0418			
		SCPsihiatrie	,55398	,66042	,918	-1,2636	2,3716			
	SCM pentru copii	DRNarcologie	,88797	,67879	,686	-,9802	2,7561			
		SR MAI	,36842	,66469	,981	-1,4610	2,1978			
		SCM Sfinta Treime	,75702	,60068	,716	-,8962	2,4102			
		SCPsihiatrie	,92240	,66042	,630	-,8952	2,7400			
	SCM Sfinta Treime	DRNarcologie	,13095	,61624	1,000	-1,5651	1,8270			
		SR MAI	-,38860	,60068	,967	-2,0418	1,2646			
		SCM pentru copii	-,75702	,60068	,716	-2,4102	,8962			
		SCPsihiatrie	,16538	,59595	,999	-1,4748	1,8056			
	SCPsihiatrie	DRNarcologie	-,03443	,67460	1,000	-1,8911	1,8222			
		SR MAI	-,55398	,66042	,918	-2,3716	1,2636			
		SCM pentru copii	-,92240	,66042	,630	-2,7400	,8952			
		SCM Sfinta Treime	-,16538	,59595	,999	-1,8056	1,4748			
	Games- Howell	DRNarcologie	SR MAI	-,51955	,68779	,942	-2,4512	1,4121		
			SCM pentru copii	-,88797	,68150	,690	-2,8029	1,0270		

			SCM Sfinta Treime	-,13095	,69807	1,000	-2,0855	1,8235	
			SCPsihiatrie	,03443	,71025	1,000	-1,9573	2,0261	
	SR MAI		DRNarcologie	,51955	,68779	,942	-1,4121	2,4512	
			SCM pentru copii	-,36842	,56072	,965	-1,9363	1,1995	
			SCM Sfinta Treime	,38860	,58075	,963	-1,2272	2,0044	
			SCPsihiatrie	,55398	,59533	,884	-1,1104	2,2183	
	SCM pentru copii DRNarcologie			,88797	,68150	,690	-1,0270	2,8029	
			SR MAI	,36842	,56072	,965	-1,1995	1,9363	
			SCM Sfinta Treime	,75702	,57328	,679	-,8377	2,3517	
			SCPsihiatrie	,92240	,58806	,522	-,7218	2,5666	
	SCM Sfinta Treime		DRNarcologie	,13095	,69807	1,000	-1,8235	2,0855	
			SR MAI	-,38860	,58075	,963	-2,0044	1,2272	
			SCM pentru copii	-,75702	,57328	,679	-2,3517	,8377	
			SCPsihiatrie	,16538	,60718	,999	-1,5248	1,8555	
Negarea	Tukey HSD	SCPsihiatrie	DRNarcologie	-,03443	,71025	1,000	-2,0261	1,9573	
			SR MAI	-,55398	,59533	,884	-2,2183	1,1104	
			SCM pentru copii	-,92240	,58806	,522	-2,5666	,7218	
			SCM Sfinta Treime	-,16538	,60718	,999	-1,8555	1,5248	
		SR MAI		DRNarcologie	-,20602	,54196	,996	-1,2856	1,6976
				SCM pentru copii	-,89925	,54196	,462	-2,3908	,5923
				SCM Sfinta Treime	-,04048	,49202	1,000	-1,3946	1,3137
				SCPsihiatrie	,12234	,53862	,999	-1,3601	1,6047
				DRNarcologie	-,20602	,54196	,996	-1,6976	1,2856
				SCM pentru copii	-1,10526	,53071	,232	-2,5659	,3554
				SCM Sfinta Treime	-,24649	,47960	,986	-1,5664	1,0735
				SCPsihiatrie	-,08367	,52730	1,000	-1,5349	1,3676

Games- Howell	SCM pentru copii DRNarcologie		,89925	,54196	,462	-,5923	2,3908
	SCM Sfinta Treime	SR MAI	1,10526	,53071	,232	-,3554	2,5659
		SCM Sfinta Treime	,85877	,47960	,382	-,4612	2,1787
		SCPsihiatrie	1,02159	,52730	,301	-,4296	2,4728
		DRNarcologie	,04048	,49202	1,000	-1,3137	1,3946
	SR MAI	,24649	,47960	,986	-1,0735	1,5664	
	SCM pentru copii	-,85877	,47960	,382	-2,1787	,4612	
	SCPsihiatrie	,16282	,47582	,997	-1,1467	1,4724	
	SCPsihiatrie	DRNarcologie	-,12234	,53862	,999	-1,6047	1,3601
		SR MAI	,08367	,52730	1,000	-1,3676	1,5349
		SCM pentru copii	-1,02159	,52730	,301	-2,4728	,4296
		SCM Sfinta Treime	-,16282	,47582	,997	-1,4724	1,1467
	SR MAI	DRNarcologie	-,20602	,51381	,994	-1,2322	1,6442
		SCM pentru copii	-,89925	,59686	,562	-2,5723	,7738
		SCM Sfinta Treime	-,04048	,47083	1,000	-1,3556	1,2747
		SCPsihiatrie	,12234	,44946	,999	-1,1389	1,3836
SCM pentru copii DRNarcologie	DRNarcologie	,89925	,59686	,562	-,7738	2,5723	
	SR MAI	1,10526	,60134	,361	-,5789	2,7894	
	SCM Sfinta Treime	,85877	,56506	,554	-,7258	2,4433	
	SCPsihiatrie	1,02159	,54738	,347	-,5190	2,5622	
SCM Sfinta Treime	DRNarcologie	,04048	,47083	1,000	-1,2747	1,3556	
	SR MAI	,24649	,47650	,985	-1,0830	1,5759	
	SCM pentru copii	-,85877	,56506	,554	-2,4433	,7258	

				SCPsihiatrie	,16282	,40629	,994	-,9668	1,2924	
				SCPsihiatrie	DRNarcologie	-,12234	,44946	,999	-,13836	1,1389
					SR MAI	,08367	,45540	1,000	-,1923	1,3597
					SCM pentru copii	-,102159	,54738	,347	-,25622	,5190
					SCM Sfînta Treime	-,16282	,40629	,994	-,12924	,9668
Descărcarea emoțională	Tukey HSD	DRNarcologie	SR MAI	1,30677	,62057	,222	-,4012	3,0147		
			SCM pentru copii	1,54361	,62057	,097	-,1643	3,2516		
			SCM Sfînta Treime	,71905	,56339	,706	-,8315	2,2696		
			SCPsihiatrie	,55238	,61675	,898	-,1450	2,2498		
		SR MAI	DRNarcologie	-,130677	,62057	,222	-,30147	,4012		
			SCM pentru copii	,23684	,60769	,995	-,14356	1,9093		
			SCM Sfînta Treime	-,58772	,54916	,822	-,20991	,9237		
			SCPsihiatrie	-,75439	,60378	,722	-,24161	,9073		
		SCM pentru copii DRNarcologie			-,154361	,62057	,097	-,32516	,1643	
		SR MAI			-,23684	,60769	,995	-,19093	1,4356	
		SCM Sfînta Treime			-,82456	,54916	,563	-,23360	,6869	
		SCPsihiatrie			-,99123	,60378	,473	-,26530	,6705	
	SCM Sfînta Treime	DRNarcologie	-,71905	,56339	,706	-,22696	,8315			
		SR MAI	,58772	,54916	,822	-,9237	2,0991			
		SCM pentru copii	,82456	,54916	,563	-,6869	2,3360			
		SCPsihiatrie	-,16667	,54484	,998	-,16662	1,3328			
	SCPsihiatrie	DRNarcologie	-,55238	,61675	,898	-,22498	1,1450			
		SR MAI	,75439	,60378	,722	-,9073	2,4161			
		SCM pentru copii	,99123	,60378	,473	-,6705	2,6530			
		SCM Sfînta Treime	,16667	,54484	,998	-,13328	1,6662			
		Games-Howell	DRNarcologie	SR MAI	1,30677	,61540	,222	-,4160	3,0295	
				SCM pentru copii	1,54361	,56433	,059	-,0386	3,1259	

			SCM Sfinta Treime	,71905	,57025	,716	-,8744	2,3125
			SCPsihiatrie	,55238	,63018	,905	-1,2110	2,3157
	SR MAI	DRNarcologie	SCM Sfinta Treime	-1,30677	,61540	,222	-3,0295	,4160
			SCM pentru copii	,23684	,55802	,993	-1,3249	1,7986
			SCM Sfinta Treime	-,58772	,56402	,835	-2,1609	,9854
			SCPsihiatrie	-,75439	,62454	,747	-2,5002	,9914
	SCM pentru copii DRNarcologie			-1,54361	,56433	,059	-3,1259	,0386
	SR MAI	DRNarcologie	SCM Sfinta Treime	-,23684	,55802	,993	-1,7986	1,3249
			SCM Sfinta Treime	-,82456	,50781	,486	-2,2376	,5885
			SCPsihiatrie	-,99123	,57428	,425	-2,5985	,6160
			SCPsihiatrie	-,99123	,57428	,425	-2,5985	,6160
	SCM Sfinta Treime	DRNarcologie	SR MAI	-,71905	,57025	,716	-2,3125	,8744
			SR MAI	,58772	,56402	,835	-,9854	2,1609
			SCM pentru copii	,82456	,50781	,486	-,5885	2,2376
			SCPsihiatrie	-,16667	,58011	,998	-1,7852	1,4518
SCPsihiatrie	DRNarcologie	SR MAI	-,55238	,63018	,905	-2,3157	1,2110	
		SR MAI	,75439	,62454	,747	-,9914	2,5002	
		SCM pentru copii	,99123	,57428	,425	-,6160	2,5985	
		SCM Sfinta Treime	,16667	,58011	,998	-1,4518	1,7852	

Orientarea spre religie	Tukey HSD	DRNarcologie	SR MAI	-1,15338	,87144	,677	-3,5518	1,2450
			SCM pentru copii	-1,96917	,87144	,162	-4,3676	,4292
			SCM Sfinta Treime	,09048	,79114	1,000	-2,0869	2,2679
			SCPsihiatrie	,44176	,86607	,986	-1,9418	2,8254
	SR MAI		DRNarcologie	SR MAI	1,15338	,87144	,677	-1,2450
		SCM pentru copii		-,81579	,85335	,874	-3,1644	1,5328
		SCM Sfinta Treime		1,24386	,77117	,491	-,8786	3,3663
		SCPsihiatrie		1,59514	,84786	,331	-,7383	3,9286

SCM pentru copii DRNarcologie			1,96917	,87144	,162	-,4292	4,3676
	SR MAI		,81579	,85335	,874	-1,5328	3,1644
	SCM Sfinta Treime		2,05965	,77117	,062	-,0628	4,1821
	SCPsihiatrie		2,41093*	,84786	,039	,0774	4,7444
SCM Sfinta Treime	DRNarcologie		-,09048	,79114	1,000	-2,2679	2,0869
	SR MAI		-1,24386	,77117	,491	-3,3663	,8786
	SCM pentru copii		-2,05965	,77117	,062	-4,1821	,0628
	SCPsihiatrie		,35128	,76509	,991	-1,7544	2,4570
SCPsihiatrie	DRNarcologie		-,44176	,86607	,986	-2,8254	1,9418
	SR MAI		-1,59514	,84786	,331	-3,9286	,7383
	SCM pentru copii		-2,41093*	,84786	,039	-4,7444	-,0774
	SCM Sfinta Treime		-,35128	,76509	,991	-2,4570	1,7544
Games-Howell	DRNarcologie	SR MAI	-1,15338	,89013	,695	-3,6458	1,3391
		SCM pentru copii	-1,96917	,88237	,180	-4,4402	,5018
		SCM Sfinta Treime	,09048	,80479	1,000	-2,1647	2,3456
		SCPsihiatrie	,44176	,88443	,987	-2,0343	2,9178
SR MAI	DRNarcologie		1,15338	,89013	,695	-1,3391	3,6458
		SCM pentru copii	-,81579	,84893	,872	-3,1896	1,5580
		SCM Sfinta Treime	1,24386	,76799	,490	-,9011	3,3888
		SCPsihiatrie	1,59514	,85108	,340	-,7839	3,9742
SCM pentru copii DRNarcologie			1,96917	,88237	,180	-,5018	4,4402
		SR MAI	,81579	,84893	,872	-1,5580	3,1896
		SCM Sfinta Treime	2,05965	,75898	,061	-,0594	4,1787
		SCPsihiatrie	2,41093*	,84295	,042	,0547	4,7672
SCM Sfinta Treime	DRNarcologie		-,09048	,80479	1,000	-2,3456	2,1647
		SR MAI	-1,24386	,76799	,490	-3,3888	,9011
		SCM pentru copii	-2,05965	,75898	,061	-4,1787	,0594

				SCPsihiatrie	,35128	,76137	,991	-1,7736	2,4762	
				SCPsihiatrie	DRNarcologie	-,44176	,88443	,987	-2,9178	2,0343
					SR MAI	-1,59514	,85108	,340	-3,9742	,7839
					SCM pentru copii	-2,41093*	,84295	,042	-4,7672	-,0547
					SCM Sfinta Treime	-,35128	,76137	,991	-2,4762	1,7736
Pasivitatea mentală	Tukey HSD	DRNarcologie	SR MAI	-,40902	,65250	,971	-2,2049	1,3868		
			SCM pentru copii	,16992	,65250	,999	-1,6259	1,9658		
			SCM Sfinta Treime	-,59762	,59238	,851	-2,2280	1,0327		
			SCPsihiatrie	-,66813	,64848	,841	-2,4529	1,1166		
		SR MAI	DRNarcologie	,40902	,65250	,971	-1,3868	2,2049		
			SCM pentru copii	,57895	,63896	,894	-1,1796	2,3375		
			SCM Sfinta Treime	-,18860	,57742	,998	-1,7778	1,4006		
			SCPsihiatrie	-,25911	,63485	,994	-2,0063	1,4881		
		SCM pentru copii	DRNarcologie	-,16992	,65250	,999	-1,9658	1,6259		
			SR MAI	-,57895	,63896	,894	-2,3375	1,1796		
			SCM Sfinta Treime	-,76754	,57742	,673	-2,3567	,8216		
			SCPsihiatrie	-,83806	,63485	,679	-2,5853	,9092		
	SCM Sfinta Treime	DRNarcologie	,59762	,59238	,851	-1,0327	2,2280			
		SR MAI	,18860	,57742	,998	-1,4006	1,7778			
		SCM pentru copii	,76754	,57742	,673	-,8216	2,3567			
		SCPsihiatrie	-,07051	,57287	1,000	-1,6472	1,5062			
	SCPsihiatrie	DRNarcologie	,66813	,64848	,841	-1,1166	2,4529			
		SR MAI	,25911	,63485	,994	-1,4881	2,0063			
		SCM pentru copii	,83806	,63485	,679	-,9092	2,5853			
		SCM Sfinta Treime	,07051	,57287	1,000	-1,5062	1,6472			
	Games- Howell	DRNarcologie	SR MAI	-,40902	,64699	,969	-2,2211	1,4031		
			SCM pentru copii	,16992	,65932	,999	-1,6762	2,0160		

				SCM Sfinta Treime	-,59762	,60175	,858	-2,2827	1,0874
				SCPsihiatrie	-,66813	,66416	,852	-2,5271	1,1908
SR MAI	DRNarcologie			,40902	,64699	,969	-1,4031	2,2211	
	SCM pentru copii			,57895	,62305	,885	-1,1633	2,3212	
	SCM Sfinta Treime			-,18860	,56177	,997	-1,7558	1,3786	
	SCPsihiatrie			-,25911	,62817	,994	-2,0151	1,4969	
	SCM pentru copii DRNarcologie			-,16992	,65932	,999	-2,0160	1,6762	
	SR MAI			-,57895	,62305	,885	-2,3212	1,1633	
	SCM Sfinta Treime			-,76754	,57592	,672	-2,3753	,8402	
	SCPsihiatrie			-,83806	,64085	,687	-2,6294	,9533	
SCM Sfinta Treime	DRNarcologie			,59762	,60175	,858	-1,0874	2,2827	
	SR MAI			,18860	,56177	,997	-1,3786	1,7558	
	SCM pentru copii			,76754	,57592	,672	-,8402	2,3753	
	SCPsihiatrie			-,07051	,58146	1,000	-1,6934	1,5523	
SCPsihiatrie	DRNarcologie			,66813	,66416	,852	-1,1908	2,5271	
	SR MAI			,25911	,62817	,994	-1,4969	2,0151	
	SCM pentru copii			,83806	,64085	,687	-,9533	2,6294	
	SCM Sfinta Treime			,07051	,58146	1,000	-1,5523	1,6934	
Pasivitatea comportamentală	Tukey HSD	DRNarcologie	SR MAI	-,28346	,53923	,985	-1,7675	1,2006	
			SCM pentru copii	,45338	,53923	,918	-1,0307	1,9375	
			SCM Sfinta Treime	,02619	,48955	1,000	-1,3211	1,3735	
			SCPsihiatrie	-,05201	,53591	1,000	-1,5269	1,4229	
	SR MAI	DRNarcologie	,28346	,53923	,985	-1,2006	1,7675		
		SCM pentru copii	,73684	,52804	,631	-,7164	2,1901		
		SCM Sfinta Treime	,30965	,47719	,967	-1,0037	1,6230		
		SCPsihiatrie	,23144	,52464	,992	-1,2125	1,6754		

SCM pentru copii DRNarcologie			-,45338	,53923	,918	-1,9375	1,0307
SR MAI			-,73684	,52804	,631	-2,1901	,7164
SCM Sfinta Treime			-,42719	,47719	,898	-1,7405	,8861
SCPsihiatrie			-,50540	,52464	,871	-1,9493	,9385
SCM Sfinta Treime	DRNarcologie		-,02619	,48955	1,000	-1,3735	1,3211
	SR MAI		-,30965	,47719	,967	-1,6230	1,0037
	SCM pentru copii		,42719	,47719	,898	-,8861	1,7405
	SCPsihiatrie		-,07821	,47342	1,000	-1,3812	1,2248
SCPsihiatrie	DRNarcologie		,05201	,53591	1,000	-1,4229	1,5269
	SR MAI		-,23144	,52464	,992	-1,6754	1,2125
	SCM pentru copii		,50540	,52464	,871	-,9385	1,9493
	SCM Sfinta Treime		,07821	,47342	1,000	-1,2248	1,3812
Games-Howell	DRNarcologie	SR MAI	-,28346	,54791	,985	-1,8172	1,2503
		SCM pentru copii	,45338	,54716	,921	-1,0783	1,9850
		SCM Sfinta Treime	,02619	,48936	1,000	-1,3432	1,3956
		SCPsihiatrie	-,05201	,51489	1,000	-1,4940	1,3900
SR MAI	DRNarcologie		,28346	,54791	,985	-1,2503	1,8172
		SCM pentru copii	,73684	,54707	,663	-,7929	2,2665
		SCM Sfinta Treime	,30965	,48925	,969	-1,0571	1,6763
		SCPsihiatrie	,23144	,51479	,991	-1,2083	1,6711
SCM pentru copii DRNarcologie			-,45338	,54716	,921	-1,9850	1,0783
		SR MAI	-,73684	,54707	,663	-2,2665	,7929
		SCM Sfinta Treime	-,42719	,48841	,905	-1,7915	,9371
		SCPsihiatrie	-,50540	,51399	,862	-1,9428	,9320
SCM Sfinta Treime	DRNarcologie		-,02619	,48936	1,000	-1,3956	1,3432
		SR MAI	-,30965	,48925	,969	-1,6763	1,0571
		SCM pentru copii	,42719	,48841	,905	-,9371	1,7915

				SCPsihiatrie	-,07821	,45196	1,000	-1,3375	1,1811
				SCPsihiatrie DRNarcologie	,05201	,51489	1,000	-1,3900	1,4940
				SR MAI	-,23144	,51479	,991	-1,6711	1,2083
				SCM pentru copii	,50540	,51399	,862	-,9320	1,9428
				SCM Sfînta Treime	,07821	,45196	1,000	-1,1811	1,3375
Recurgerea la alcool	Tukey HSD	DRNarcologie	SR MAI	,56767*	,19870	,038	,0208	1,1145	
			SCM pentru copii	,59398*	,19870	,026	,0471	1,1408	
			SCM Sfînta Treime	,25714	,18039	,612	-,2393	,7536	
			SCPsihiatrie	,29304	,19747	,574	-,2504	,8365	
		SR MAI	DRNarcologie	-,56767*	,19870	,038	-1,1145	-,0208	
			SCM pentru copii	,02632	,19457	1,000	-,5092	,5618	
			SCM Sfînta Treime	-,31053	,17583	,396	-,7945	,1734	
			SCPsihiatrie	-,27463	,19332	,615	-,8067	,2574	
		SCM pentru copii	DRNarcologie	-,59398*	,19870	,026	-1,1408	-,0471	
			SR MAI	-,02632	,19457	1,000	-,5618	,5092	
			SCM Sfînta Treime	-,33684	,17583	,312	-,8208	,1471	
			SCPsihiatrie	-,30094	,19332	,527	-,8330	,2311	
		SCM Sfînta Treime	DRNarcologie	-,25714	,18039	,612	-,7536	,2393	
			SR MAI	,31053	,17583	,396	-,1734	,7945	
			SCM pentru copii	,33684	,17583	,312	-,1471	,8208	
			SCPsihiatrie	,03590	,17445	1,000	-,4442	,5160	
		SCPsihiatrie	DRNarcologie	-,29304	,19747	,574	-,8365	,2504	
			SR MAI	,27463	,19332	,615	-,2574	,8067	
			SCM pentru copii	,30094	,19332	,527	-,2311	,8330	
			SCM Sfînta Treime	-,03590	,17445	1,000	-,5160	,4442	
	Games-	DRNarcologie	SR MAI	,56767	,21629	,080	-,0427	1,1781	

Howell	SCM pentru copii	,59398*	,20885	,049	,0025	1,1855
	SCM Sfînta Treime	,25714	,22810	,792	-,3829	,8972
	SCPsihiatrie	,29304	,22080	,676	-,3290	,9151
	SR MAI	DRNarcologie	-,56767	,21629	,080	-1,1781
		SCM pentru copii	,02632	,13905	1,000	-,3627
		SCM Sfînta Treime	-,31053	,16657	,344	-,7737
		SCPsihiatrie	-,27463	,15642	,407	-,7119
	SCM pentru copii DRNarcologie		-,59398*	,20885	,049	-1,1855
		SR MAI	-,02632	,13905	1,000	-,4154
		SCM Sfînta Treime	-,33684	,15679	,209	-,7729
		SCPsihiatrie	-,30094	,14596	,248	-,7095
	SCM Sfînta Treime	DRNarcologie	-,25714	,22810	,792	-,8972
		SR MAI	,31053	,16657	,344	-,1526
		SCM pentru copii	,33684	,15679	,209	-,0992
		SCPsihiatrie	,03590	,17238	1,000	-,4434
	SCPsihiatrie	DRNarcologie	-,29304	,22080	,676	-,9151
		SR MAI	,27463	,15642	,407	-,1627
		SCM pentru copii	,30094	,14596	,248	-,1076
		SCM Sfînta Treime	-,03590	,17238	1,000	-,5152

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Tabelul A 2.82

Scala de percepție a stresului_indice

			Subset for alpha = 0.05
	Tipuri de asistență medicală	N	1
Tukey HSD ^{a,b}	SCM pentru copii	38	62,2632
	SR MAI	38	65,8684

SCPsihiatrie	39	67,6923
SCM Sfînta Treime	60	68,1667
DRNarcologie	35	70,2286
Sig.		,090

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 40,482.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used.
Type I error levels are not guaranteed.

Tabelul A 2.83

Copingul activ

			Subset for alpha = 0.05
	Tipuri de asistență medicală	N	1
Tukey HSD ^{a,b}	SCM Sfînta Treime	60	12,2000
	SCPsihiatrie	39	12,6154
	SCM pentru copii	38	12,8421
	DRNarcologie	35	13,3143
	SR MAI	38	13,3684
	Sig.		,189

Tabelul A 2.84

Planificarea

			Subset for alpha = 0.05	
	Tipuri de asistență medicală	N	1	2
Tukey HSD ^{a,b}	SCM Sfînta Treime	60	12,9333	
	DRNarcologie	35	13,3429	13,3429
	SCPsihiatrie	39	13,5641	13,5641
	SCM pentru copii	38	14,2895	14,2895
	SR MAI	38		14,5263
	Sig.		,101	,200

Tabelul A 2.85

Eliminarea activității concurente

			Subset for alpha = 0.05
	Tipuri de asistență medicală	N	1
Tukey HSD ^{a,b}	SCM Sfînta Treime	60	10,6667
	SR MAI	38	10,9737
	DRNarcologie	35	11,2000
	SCPsihiatrie	39	11,2564
	SCM pentru copii	38	11,7105
	Sig.		,221

Tabelul A 2.86

Reținerea în acțiune

			Subset for alpha = 0.05
	Tipuri de asistență medicală	N	1
Tukey HSD ^{a,b}	DRNarcologie	35	9,9714
	SR MAI	38	10,1053
	SCM Sfînta Treime	60	10,2000
	SCPsihiatrie	39	11,0513
	SCM pentru copii	38	11,2895
	Sig.		,092

Tabelul A 2.87

Căutarea suportului social-instrumentar

			Subset for alpha = 0.05	
	Tipuri de asistență medicală	N	1	2
Tukey HSD ^{a,b}	SCM Sfînta Treime	60	11,2667	
	SR MAI	38	11,7632	11,7632
	SCPsihiatrie	39	12,7436	12,7436

DRNarcologie	35		13,0000
SCM pentru copii	38		13,1579
Sig.		,077	,109

Tabelul A 2.88

Căutarea suportului social-emoțional

			Subset for alpha = 0.05
	Tipuri de asistență medicală	N	1
Tukey HSD ^{a,b}	SCM Sfînta Treime	60	9,7333
	SR MAI	38	10,2632
	SCPsihiatrie	39	10,2821
	DRNarcologie	35	10,4000
	SCM pentru copii	38	11,1316
	Sig.		,223

Tabelul A 2.89

Reinterpretarea pozitivă

			Subset for alpha = 0.05
	Tipuri de asistență medicală	N	1
Tukey HSD ^{a,b}	SCM Sfînta Treime	60	11,6167
	SR MAI	38	12,5000
	SCPsihiatrie	39	12,5897
	DRNarcologie	35	12,7143
	SCM pentru copii	38	12,8947
	Sig.		,142

Tabelul A 2.90

Acceptarea

	Tipuri de asistență medicală	N	Subset for alpha = 0.05
--	------------------------------	---	----------------------------

			1
Tukey HSD ^{a,b}	SCPsihiatrie	39	11,0513
	DRNarcologie	35	11,0857
	SCM Sfinta Treime	60	11,2167
	SR MAI	38	11,6053
	SCM pentru copii	38	11,9737
	Sig.		,608

Tabelul A 2.91

Negarea

			Subset for alpha = 0.05
	Tipuri de asistență medicală	N	1
Tukey HSD ^{a,b}	SR MAI	38	7,7368
	SCPsihiatrie	39	7,8205
	DRNarcologie	35	7,9429
	SCM Sfinta Treime	60	7,9833
	SCM pentru copii	38	8,8421
	Sig.		,203

Tabelul A 2.92

Descărcarea emoțională

			Subset for alpha = 0.05
	Tipuri de asistență medicală	N	1
Tukey HSD ^{a,b}	SCM pentru copii	38	8,3421
	SR MAI	38	8,5789
	SCM Sfinta Treime	60	9,1667
	SCPsihiatrie	39	9,3333
	DRNarcologie	35	9,8857
	Sig.		,070

Tabelul A 2.93

Orientarea spre religie

			Subset for alpha = 0.05	
	Tipuri de asistență medicală	N	1	2
Tukey HSD ^{a,b}	SCPsihiatrie	39	9,6154	
	SCM Sfînta Treime	60	9,9667	9,9667
	DRNarcologie	35	10,0571	10,0571
	SR MAI	38	11,2105	11,2105
	SCM pentru copii	38		12,0263
	Sig.		,305	,097

Tabelul A 2.94

Pasivitatea mentală

			Subset for alpha = 0.05	
	Tipuri de asistență medicală	N	1	
Tukey HSD ^{a,b}	SCM pentru copii	38	9,3158	
	DRNarcologie	35	9,4857	
	SR MAI	38	9,8947	
	SCM Sfînta Treime	60	10,0833	
	SCPsihiatrie	39	10,1538	
	Sig.		,658	

Tabelul A 2.95

Pasivitatea comportamentală

			Subset for alpha = 0.05	
	Tipuri de asistență medicală	N	1	
Tukey HSD ^{a,b}	SCM pentru copii	38	7,2895	
	SCM Sfînta Treime	60	7,7167	

DRNarcologie	35	7,7429
SCPsihiatrie	39	7,7949
SR MAI	38	8,0263
Sig.		,602

Tabelul A 2.96

Recurgerea la alcool

			Subset for alpha = 0.05	
	Tipuri de asistență medicală	N	1	2
Tukey HSD ^{a,b}	SCM pentru copii	38	1,2632	
	SR MAI	38	1,2895	
	SCPsihiatrie	39	1,5641	1,5641
	SCM Sfinta Treime	60	1,6000	1,6000
	DRNarcologie	35		1,8571
	Sig.		,384	,528

Tabelul A 2.97 2.119. Statistica descriptivă în funcție de gen

Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Scala de percepție a stresului_indice	F	135	66,6593	14,18280	1,22066	64,2450	69,0735	33,00	104,00
	M	75	67,4400	14,63266	1,68963	64,0733	70,8067	38,00	100,00
	Total	210	66,9381	14,31501	,98783	64,9907	68,8855	33,00	104,00
Copingul activ	F	135	12,6370	2,49360	,21461	12,2126	13,0615	4,00	18,00
	M	75	13,0667	2,28588	,26395	12,5407	13,5926	6,00	16,00
	Total	210	12,7905	2,42473	,16732	12,4606	13,1203	4,00	18,00
Planificarea	F	135	13,6074	2,57455	,22158	13,1692	14,0457	5,00	16,00
	M	75	13,7333	2,42918	,28050	13,1744	14,2922	7,00	16,00

	Total	210	13,6524	2,51847	,17379	13,3098	13,9950	5,00	16,00
Eliminarea activității concurente	F	135	11,0667	2,27970	,19621	10,6786	11,4547	5,00	15,00
	M	75	11,1867	2,17289	,25090	10,6867	11,6866	6,00	16,00
	Total	210	11,1095	2,23765	,15441	10,8051	11,4139	5,00	16,00
Reținerea în acțiune	F	135	10,3111	2,43257	,20936	9,8970	10,7252	4,00	16,00
	M	75	10,8400	2,30768	,26647	10,3091	11,3709	6,00	15,00
	Total	210	10,5000	2,39667	,16539	10,1740	10,8260	4,00	16,00
Căutarea suportului social-instrumentar	F	135	12,1407	2,79435	,24050	11,6651	12,6164	4,00	21,00
	M	75	12,4800	2,41817	,27923	11,9236	13,0364	5,00	16,00
	Total	210	12,2619	2,66521	,18392	11,8993	12,6245	4,00	21,00
Căutarea suportului social-emoțional	F	135	10,5556	2,86686	,24674	10,0675	11,0436	4,00	16,00
	M	75	9,8267	3,18940	,36828	9,0929	10,5605	4,00	17,00
	Total	210	10,2952	2,99896	,20695	9,8873	10,7032	4,00	17,00
Reinterpretarea pozitivă	F	135	12,4963	2,38739	,20547	12,0899	12,9027	5,00	16,00
	M	75	12,1467	2,69982	,31175	11,5255	12,7678	5,00	17,00
	Total	210	12,3714	2,50266	,17270	12,0310	12,7119	5,00	17,00
Acceptarea	F	135	11,5111	2,68736	,23129	11,0537	11,9686	5,00	18,00
	M	75	11,1200	3,22557	,37246	10,3779	11,8621	2,00	19,00
	Total	210	11,3714	2,88954	,19940	10,9783	11,7645	2,00	19,00
Negarea	F	135	8,3630	2,58471	,22246	7,9230	8,8029	4,00	16,00
	M	75	7,5067	1,63056	,18828	7,1315	7,8818	4,00	12,00
	Total	210	8,0571	2,32247	,16027	7,7412	8,3731	4,00	16,00
Descărcarea emoțională	F	135	9,3407	2,51907	,21681	8,9119	9,7695	4,00	15,00
	M	75	8,5600	2,88163	,33274	7,8970	9,2230	4,00	15,00
	Total	210	9,0619	2,67381	,18451	8,6982	9,4256	4,00	15,00
Orientarea spre religie	F	135	11,1852	3,65118	,31424	10,5637	11,8067	4,00	16,00
	M	75	9,3067	3,75238	,43329	8,4433	10,1700	4,00	15,00
	Total	210	10,5143	3,78770	,26138	9,9990	11,0296	4,00	16,00
Pasivitatea mentală	F	135	10,0074	2,76302	,23780	9,5371	10,4777	4,00	15,00

	M	75	9,4933	2,79175	,32236	8,8510	10,1357	2,00	16,00
	Total	210	9,8238	2,77763	,19167	9,4459	10,2017	2,00	16,00
Pasivitatea comportamentală	F	135	7,7704	2,44321	,21028	7,3545	8,1863	3,00	13,00
	M	75	7,6133	1,99928	,23086	7,1533	8,0733	4,00	12,00
	Total	210	7,7143	2,29088	,15809	7,4026	8,0259	3,00	13,00
Recurgerea la alcool	F	135	1,5704	,94269	,08113	1,4099	1,7308	1,00	4,00
	M	75	1,4267	,70084	,08093	1,2654	1,5879	1,00	3,00
	Total	210	1,5190	,86512	,05970	1,4014	1,6367	1,00	4,00

Tabelul A 2.98

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Scala de percepție a stresului_indice	Between Groups	29,389	1	29,389	,143	,706
	Within Groups	42798,806	208	205,763		
	Total	42828,195	209			
Copingul activ	Between Groups	8,899	1	8,899	1,517	,219
	Within Groups	1219,881	208	5,865		
	Total	1228,781	209			
Planificarea	Between Groups	,765	1	,765	,120	,729
	Within Groups	1324,859	208	6,370		
	Total	1325,624	209			
Eliminarea activității concurente	Between Groups	,694	1	,694	,138	,711
	Within Groups	1045,787	208	5,028		
	Total	1046,481	209			
Reținerea în acțiune	Between Groups	13,487	1	13,487	2,363	,126
	Within Groups	1187,013	208	5,707		
	Total	1200,500	209			
Căutarea suportului social-instrumentar	Between Groups	5,549	1	5,549	,780	,378
	Within Groups	1479,046	208	7,111		

	Total	1484,595	209			
Căutarea suportului social-emoțional	Between Groups	25,615	1	25,615	2,874	,092
	Within Groups	1854,080	208	8,914		
	Total	1879,695	209			
Reinterpretarea pozitivă	Between Groups	5,894	1	5,894	,941	,333
	Within Groups	1303,135	208	6,265		
	Total	1309,029	209			
Acceptarea	Between Groups	7,375	1	7,375	,883	,349
	Within Groups	1737,653	208	8,354		
	Total	1745,029	209			
Negarea	Between Groups	35,353	1	35,353	6,734	,010
	Within Groups	1091,961	208	5,250		
	Total	1127,314	209			
Descărcarea emoțională	Between Groups	29,389	1	29,389	4,173	,042
	Within Groups	1464,806	208	7,042		
	Total	1494,195	209			
Orientarea spre religie	Between Groups	170,140	1	170,140	12,512	,000
	Within Groups	2828,317	208	13,598		
	Total	2998,457	209			
Pasivitatea mentală	Between Groups	12,742	1	12,742	1,657	,199
	Within Groups	1599,739	208	7,691		
	Total	1612,481	209			
Pasivitatea comportamentală	Between Groups	1,189	1	1,189	,226	,635
	Within Groups	1095,668	208	5,268		
	Total	1096,857	209			
Recurgerea la alcool	Between Groups	,996	1	,996	1,332	,250
	Within Groups	155,428	208	,747		
	Total	156,424	209			

Tabelul A 2.99 Testul t Welch

Robust Tests of Equality of Means

		Statistic ^a	df1	df2	Sig.
Scala de percepție a stresului_indice	Welch	,140	1	148,989	,709
	Brown-Forsythe	,140	1	148,989	,709
Copingul activ	Welch	1,595	1	164,486	,208
	Brown-Forsythe	1,595	1	164,486	,208
Planificarea	Welch	,124	1	160,631	,725
	Brown-Forsythe	,124	1	160,631	,725
Eliminarea activității concurente	Welch	,142	1	159,283	,707
	Brown-Forsythe	,142	1	159,283	,707
Reținerea în acțiune	Welch	2,436	1	159,910	,121
	Brown-Forsythe	2,436	1	159,910	,121
Căutarea suportului social-instrumentar	Welch	,847	1	172,188	,359
	Brown-Forsythe	,847	1	172,188	,359
Căutarea suportului social-emoțional	Welch	2,704	1	139,789	,102
	Brown-Forsythe	2,704	1	139,789	,102
Reinterpretarea pozitivă	Welch	,877	1	137,888	,351
	Brown-Forsythe	,877	1	137,888	,351
Acceptarea	Welch	,796	1	131,295	,374
	Brown-Forsythe	,796	1	131,295	,374
Negarea	Welch	8,633	1	204,613	,004
	Brown-Forsythe	8,633	1	204,613	,004
Descărcarea emoțională	Welch	3,865	1	136,577	,051
	Brown-Forsythe	3,865	1	136,577	,051
Orientarea spre religie	Welch	12,318	1	149,482	,001
	Brown-Forsythe	12,318	1	149,482	,001
Pasivitatea mentală	Welch	1,647	1	151,652	,201
	Brown-Forsythe	1,647	1	151,652	,201
Pasivitatea comportamentală	Welch	,253	1	179,496	,616

	Brown-Forsythe	,253	1	179,496	,616
Recurgerea la alcool	Welch	1,573	1	190,974	,211
	Brown-Forsythe	1,573	1	190,974	,211

a. Asymptotically F distributed.

Tabelul A 2.100

Scala de percepție a stresului_nivel

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid redus	62	29,5	29,5	29,5
moderat	135	64,3	64,3	93,8
intens	13	6,2	6,2	100,0
Total	210	100,0	100,0	

Tabelul A 2.101

Epuizarea emotionala_MBI_nivel

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid minim	45	21,4	21,4	21,4
mediu	110	52,4	52,4	73,8
înalt	55	26,2	26,2	100,0
Total	210	100,0	100,0	

Tabelul A 2.102

Depersonalizarea_MBI_nivel

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid minim	72	34,3	34,3	34,3
mediu	94	44,8	44,8	79,0
înalt	44	21,0	21,0	100,0
Total	210	100,0	100,0	

Tabelul A 2.103

Reducerea realizărilor personale_MBI_nivel

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	minim	37	17,6	17,6	17,6
	mediu	82	39,0	39,0	56,7
	înalt	91	43,3	43,3	100,0
	Total	210	100,0	100,0	

Tabelul A 2.104

Scala de percepție a stresului_nivel

Grup de munca		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Asistente medicale	Valid redus	20	29,4	29,4	29,4
	moderat	43	63,2	63,2	92,6
	intens	5	7,4	7,4	100,0
	Total	68	100,0	100,0	
Medici	Valid redus	23	30,3	30,3	30,3
	moderat	53	69,7	69,7	100,0
	Total	76	100,0	100,0	
Rezidenți	Valid redus	19	28,8	28,8	28,8
	moderat	39	59,1	59,1	87,9
	intens	8	12,1	12,1	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Tabelul A 2.105

Epuizarea emotionala_MBI_nivel

Grup de munca		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Asistente medicale	Valid minim	13	19,1	19,1	19,1
	mediu	32	47,1	47,1	66,2
	înalt	23	33,8	33,8	100,0
	Total	68	100,0	100,0	
Medici	Valid minim	18	23,7	23,7	23,7
	mediu	49	64,5	64,5	88,2
	înalt	9	11,8	11,8	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

Rezidenți	Valid	minim	14	21,2	21,2	21,2
		mediu	29	43,9	43,9	65,2
		înalt	23	34,8	34,8	100,0
		Total	66	100,0	100,0	

Tabelul A 2.106

Depersonalizarea_MBI_nivel

Grup de munca			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Asistente medicale	Valid	minim	24	35,3	35,3	35,3
		mediu	27	39,7	39,7	75,0
		înalt	17	25,0	25,0	100,0
		Total	68	100,0	100,0	
Medici	Valid	minim	24	31,6	31,6	31,6
		mediu	41	53,9	53,9	85,5
		înalt	11	14,5	14,5	100,0
		Total	76	100,0	100,0	
Rezidenți	Valid	minim	24	36,4	36,4	36,4
		mediu	26	39,4	39,4	75,8
		înalt	16	24,2	24,2	100,0
		Total	66	100,0	100,0	

Tabelul A 2.107

Reducerea realizărilor personale_MBI_nivel

Grup de munca			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Asistente medicale	Valid	minim	8	11,8	11,8	11,8
		mediu	18	26,5	26,5	38,2
		înalt	42	61,8	61,8	100,0
		Total	68	100,0	100,0	
Medici	Valid	minim	20	26,3	26,3	26,3
		mediu				
		înalt				
		Total				

		mediu	31	40,8	40,8	67,1
		înalt	25	32,9	32,9	100,0
		Total	76	100,0	100,0	
Rezidenți	Valid	minim	9	13,6	13,6	13,6
		mediu	33	50,0	50,0	63,6
		înalt	24	36,4	36,4	100,0
		Total	66	100,0	100,0	

Tabelul A 2.108

Scala de percepție a stresului_nivel

Vechime în muncă			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0 - 10 ani	Valid	redus	29	27,4	27,4	27,4
		moderat	68	64,2	64,2	91,5
		intens	9	8,5	8,5	100,0
		Total	106	100,0	100,0	
11 - 30 ani	Valid	redus	13	34,2	34,2	34,2
		moderat	23	60,5	60,5	94,7
		intens	2	5,3	5,3	100,0
		Total	38	100,0	100,0	
31 - 45 ani	Valid	redus	20	30,3	30,3	30,3
		moderat	44	66,7	66,7	97,0
		intens	2	3,0	3,0	100,0
		Total	66	100,0	100,0	

Tabelul A 2.109

Epuizarea emotionala_MBI_nivel

Vechime ?n munc?			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0 - 10 ani	Valid	minim	21	19,8	19,8	19,8
		mediu	54	50,9	50,9	70,8
		?nalt	31	29,2	29,2	100,0
		Total	106	100,0	100,0	
11 - 30 ani	Valid	minim	6	15,8	15,8	15,8
		mediu	26	68,4	68,4	84,2

		Înalt	6	15,8	15,8	100,0
		Total	38	100,0	100,0	
31 - 45 ani	Valid	minim	18	27,3	27,3	27,3
		mediu	30	45,5	45,5	72,7
		Înalt	18	27,3	27,3	100,0
		Total	66	100,0	100,0	

Tabelul A 2.110

Depersonalizarea_MBI_nivel

Vechime în muncă			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0 - 10 ani	Valid	minim	35	33,0	33,0	33,0
		mediu	46	43,4	43,4	76,4
		Înalt	25	23,6	23,6	100,0
		Total	106	100,0	100,0	
11 - 30 ani	Valid	minim	10	26,3	26,3	26,3
		mediu	21	55,3	55,3	81,6
		Înalt	7	18,4	18,4	100,0
		Total	38	100,0	100,0	
31 - 45 ani	Valid	minim	27	40,9	40,9	40,9
		mediu	27	40,9	40,9	81,8
		Înalt	12	18,2	18,2	100,0
		Total	66	100,0	100,0	

Tabelul A 2.111

Reducerea realizărilor personale_MBI_nivel

Vechime în muncă			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0 - 10 ani	Valid	minim	14	13,2	13,2	13,2
		mediu	49	46,2	46,2	59,4
		Înalt	43	40,6	40,6	100,0
		Total	106	100,0	100,0	
11 - 30 ani	Valid	minim	6	15,8	15,8	15,8

		mediu	12	31,6	31,6	47,4
		înalt	20	52,6	52,6	100,0
		Total	38	100,0	100,0	
31 - 45 ani	Valid	minim	17	25,8	25,8	25,8
		mediu	21	31,8	31,8	57,6
		înalt	28	42,4	42,4	100,0
		Total	66	100,0	100,0	

Tabelul A 2.112

Scala de percepție a stresului_nivel

Tipuri de asistență medicală			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
DRNarcologie	Valid	reduc	8	22,9	22,9	22,9
		moderat	26	74,3	74,3	97,1
		intens	1	2,9	2,9	100,0
		Total	35	100,0	100,0	
SR MAI	Valid	reduc	11	28,9	28,9	28,9
		moderat	26	68,4	68,4	97,4
		intens	1	2,6	2,6	100,0
		Total	38	100,0	100,0	
SCM pentru copii	Valid	reduc	15	39,5	39,5	39,5
		moderat	23	60,5	60,5	100,0
		Total	38	100,0	100,0	
SCM Sfinta Treime	Valid	reduc	15	25,0	25,0	25,0
		moderat	39	65,0	65,0	90,0
		intens	6	10,0	10,0	100,0
		Total	60	100,0	100,0	
SCPsihiatrie	Valid	reduc	13	33,3	33,3	33,3
		moderat	21	53,8	53,8	87,2
		intens	5	12,8	12,8	100,0

Total	39	100,0	100,0	
-------	----	-------	-------	--

Tabelul A 2.113.

Epuizarea emotionala_MBI_nivel

Tipuri de asisten?? medical?			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
DRNarcologie	Valid	minim	5	14,3	14,3	14,3
		mediu	17	48,6	48,6	62,9
		?nalt	13	37,1	37,1	100,0
		Total	35	100,0	100,0	
SR MAI	Valid	minim	8	21,1	21,1	21,1
		mediu	22	57,9	57,9	78,9
		?nalt	8	21,1	21,1	100,0
		Total	38	100,0	100,0	
SCM pentru copii	Valid	minim	14	36,8	36,8	36,8
		mediu	17	44,7	44,7	81,6
		?nalt	7	18,4	18,4	100,0
		Total	38	100,0	100,0	
SCM Sfânta Treime	Valid	minim	9	15,0	15,0	15,0
		mediu	35	58,3	58,3	73,3
		?nalt	16	26,7	26,7	100,0
		Total	60	100,0	100,0	
SCPsihiatrie	Valid	minim	9	23,1	23,1	23,1
		mediu	19	48,7	48,7	71,8

Înalt	11	28,2	28,2	100,0
Total	39	100,0	100,0	

Tabelul A 2.114

Depersonalizarea_MBI_nivel

Tipuri de asistență medicală			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
DRNarcologie	Valid	minim	10	28,6	28,6	28,6
		mediu	17	48,6	48,6	77,1
		înalt	8	22,9	22,9	100,0
		Total	35	100,0	100,0	
SR MAI	Valid	minim	13	34,2	34,2	34,2
		mediu	16	42,1	42,1	76,3
		înalt	9	23,7	23,7	100,0
		Total	38	100,0	100,0	
SCM pentru copii	Valid	minim	20	52,6	52,6	52,6
		mediu	15	39,5	39,5	92,1
		înalt	3	7,9	7,9	100,0
		Total	38	100,0	100,0	
SCM Sfînta Treime	Valid	minim	14	23,3	23,3	23,3
		mediu	31	51,7	51,7	75,0
		înalt	15	25,0	25,0	100,0
		Total	60	100,0	100,0	
SCPsihiatrie	Valid	minim	15	38,5	38,5	38,5
		mediu	15	38,5	38,5	76,9
		înalt	9	23,1	23,1	100,0
		Total	39	100,0	100,0	

Tabelul A 2.115 2.153.

Reducerea realizărilor personale_MBI_nivel

Tipuri de asistență medicală			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
DRNarcologie	Valid	minim	4	11,4	11,4	11,4
		mediu	12	34,3	34,3	45,7
		înalt	19	54,3	54,3	100,0
		Total	35	100,0	100,0	
SR MAI	Valid	minim	9	23,7	23,7	23,7
		mediu	14	36,8	36,8	60,5
		înalt	15	39,5	39,5	100,0
		Total	38	100,0	100,0	
SCM pentru copii	Valid	minim	11	28,9	28,9	28,9
		mediu	10	26,3	26,3	55,3
		înalt	17	44,7	44,7	100,0
		Total	38	100,0	100,0	
SCM Sfînta Treime	Valid	minim	6	10,0	10,0	10,0
		mediu	29	48,3	48,3	58,3
		înalt	25	41,7	41,7	100,0
		Total	60	100,0	100,0	
SCPsihiatrie	Valid	minim	7	17,9	17,9	17,9
		mediu	17	43,6	43,6	61,5
		înalt	15	38,5	38,5	100,0
		Total	39	100,0	100,0	

Tabelul A 2.116

Scala de percepție a stresului_nivel

Gen			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
F	Valid	redus	38	28,1	28,1	28,1
		moderat	89	65,9	65,9	94,1

		intens	8	5,9	5,9	100,0
		Total	135	100,0	100,0	
M	Valid	redus	24	32,0	32,0	32,0
		moderat	46	61,3	61,3	93,3
		intens	5	6,7	6,7	100,0
		Total	75	100,0	100,0	

Tabelul A 2.117

Epuizarea emotionala_MBI_nivel

Gen			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
F	Valid	minim	30	22,2	22,2	22,2
		mediu	67	49,6	49,6	71,9
		?nalt	38	28,1	28,1	100,0
		Total	135	100,0	100,0	
M	Valid	minim	15	20,0	20,0	20,0
		mediu	43	57,3	57,3	77,3
		?nalt	17	22,7	22,7	100,0
		Total	75	100,0	100,0	

Tabelul A 2.118

Depersonalizarea_MBI_nivel

Gen			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
F	Valid	minim	53	39,3	39,3	39,3
		mediu	55	40,7	40,7	80,0
		înalt	27	20,0	20,0	100,0
		Total	135	100,0	100,0	
M	Valid	minim	19	25,3	25,3	25,3
		mediu	39	52,0	52,0	77,3
		înalt	17	22,7	22,7	100,0
		Total	75	100,0	100,0	

Tabelul A 2.119

Reducerea realizărilor personale_MBI_nivel

Gen			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
F	Valid	minim	23	17,0	17,0	17,0
		mediu	45	33,3	33,3	50,4
		înalt	67	49,6	49,6	100,0
		Total	135	100,0	100,0	
M	Valid	minim	14	18,7	18,7	18,7
		mediu	37	49,3	49,3	68,0
		înalt	24	32,0	32,0	100,0
		Total	75	100,0	100,0	

Matricile corelației la variabilele studiate

Correlations

		Copingul activ	Planificarea activității	Eliminarea activității concurente	Rețineri sociale	Interpretarea pozitivă	Acceptarea realității	Neamăsurarea emoțiilor	Descărcarea emoțiilor	Orientarea religioasă	Pasivitatea mentală	Pasivitatea comportamentală	Recurgerea la alcool	Epuizarea emoțională	Depersonalizarea	Reducerea realizărilor personale		
Copingul activ	Pearson Correlation	1	,690**	,265**	,178**	,387**	,243**	,521**	,129	,037	-,132	,053	-,001	-,211**	-,181**	-,326*	-,347*	-,500**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,010	,000	,000	,000	,063	,0594	,057	,441	,994	,002	,009	,038	,033	,000
	N	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210
Planificarea activității	Pearson Correlation	,690**	1	,278**	,131**	,225**	,174**	,531**	,211**	-,024	-,037	,229*	,079	-,240**	-,233**	-,211*	-,352*	,336**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,058	,001	,012	,000	,002	,734	,598	,001	,252	,000	,001	,007	,028	,000
	N	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210
Eliminarea activității concurente	Pearson Correlation	,265**	,278**	1	,399**	,397**	,226**	,188**	,245**	,260**	,276**	,136*	,030	,099	,000	-,331*	-,301*	-,342*

	Sig. (2- taile d)	,00 0	,000	,00 0	,000	,00 1	,006	,00 0	,00 0	,000	,050	,665	,155	,998	,029	,050	,040
N		21 0	210	210	21 0	210	210	210	21 0	210	210	210	210	210	210	210	210
Reținerea în Pea acțiune	rson Cor rela tion	,17 8**	,131	,39 9**	1 **	,290 0*	,17 0*	,157*	,34 9**	,35 1**	,176 097	,245**	,241**	,110	,287*	,048	,085
	Sig. (2- taile d)	,01 0	,058	,00 0	,000	,01 3	,023	,00 0	,00 0	,011	,161	,000	,000	,113	,049	,491	,222
N		21 0	210	210	21 0	210	210	210	21 0	210	210	210	210	210	210	210	210
Cautarea Pea suportului rson social- Cor instrumentarela r tion		,38 7**	,225**	,39 7**	,29 0**	1 1	,41 5**	,246*	,05 0	,15 1*	,160 001	,017	,039	,142*	,032	,018	,142*
	Sig. (2- taile d)	,00 0	,001	,00 0	,00 0	,00 0	,000	,47 1	,02 8	,021	,985	,806	,575	,040	,641	,797	,040
N		21 0	210	210	21 0	210	210	210	21 0	210	210	210	210	210	210	210	210
Cautarea Pea suportului rson social- Cor emo?ional rela tion		,24 3**	,174**	,22 6**	,17 0*	,415 1**	,438*	,05 0	,26 1**	,281 001	,177*	,231**	,168*	,103	,060	,114	,158*
	Sig. (2- taile d)	,00 0	,012	,00 1	,01 3	,000	,000	,47 4	,00 0	,000	,010	,001	,015	,137	,387	,099	,022
N		21 0	210	210	21 0	210	210	210	21 0	210	210	210	210	210	210	210	210

Reinterpretarea pozitivă	Pearson Correlation	,521**	,531**	,188**	,157*	,246**	,438**	1	,335**	,136*	,012*	,216*	,190**	-,020	-,207**	-,261**	-,374**	-,268**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,006	,023	,000	,000		,000	,049	,860	,002	,006	,776	,003	,000	,000	,000
	N	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210
Acceptarea pozitivă	Pearson Correlation	,129	,211**	,245**	,349**	,050	,050	,335*	1	,080	,047*	,275*	,248**	,179**	-,108	,005	-,119	-,020
	Sig. (2-tailed)	,063	,002	,000	,000	,471	,474	,000		,251	,502	,000	,000	,009	,118	,937	,085	,774
	N	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210
Negarea pozitivă	Pearson Correlation	,037	-,024	,260**	,351**	,151	,261**	,136*	,080	1	,378**	,237*	,396**	,383**	,226**	,352*	,563*	,216*
	Sig. (2-tailed)	,594	,734	,000	,000	,028	,000	,049	,251		,000	,001	,000	,000	,001	,018	,042	,050
	N	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210
Descarcarea emoțională	Pearson Correlation	-,132	-,037	,276**	,176*	,160	,281**	,012	,047	,378**	1	,205*	,344**	,265**	,511**	,345**	,289**	,315**

	Sig. (2- taile d)	,05 7	,598 0	,00 1	,01 1	,021 0	,00 0	,860 2	,50 0	,00 0		,003 1	,000 1	,000 1	,000 1	,000 1	,000 1	,000 1
N		21 0	210	210	21 0	210	210	210	210	21 0	210	210	210	210	210	210	210	210
Orientarea Pea spre religie rson	Cor rela tion	,05 3	,229 **	,13 6*	,09 7	,001 7	,17 7*	,216* *	,27 5**	,23 7**	,205 **		,181** 1	,092	-,148*	-,013	-,083	-,024
	Sig. (2- taile d)	,44 1	,001 0	,05 0	,16 1	,985 0	,01 0	,002 0	,00 0	,00 1	,003 1		,009 1	,184	,033	,850	,231	,731
N		21 0	210	210	21 0	210	210	210	210	21 0	210	210	210	210	210	210	210	210
Pasivitatea Pea mentală	Cor rela tion	,00 1	,079 0	,03 5**	,24 5**	-,017 1**	,23 1**	,190* *	,24 8**	,39 6**	,344 **	,181* *		,301** 1	,223**	,331*	-,441*	-,571*
	Sig. (2- taile d)	,99 4	,252 5	,66 0	,00 0	,806 1	,00 1	,006 0	,00 0	,00 0	,000 0	,009 1		,000 1	,001	,049	,039	,005
N		21 0	210	210	21 0	210	210	210	210	21 0	210	210	210	210	210	210	210	210
Pasivitatea Pea comportam rson entală	Cor rela tion	-,21 1**	,240 **	,09 9	,24 1**	,039 8*	,16 8*	-,020 9**	,17 9**	,38 3**	,265 **	,092 1	,301** 1		,196**	,353*	,335*	,576*
	Sig. (2- taile d)	,00 2	,000 5	,15 0	,00 0	,575 5	,01 5	,776 9	,00 9	,00 0	,000 0	,184 1	,000 1		,004	,027	,050	,011
N		21 0	210	210	21 0	210	210	210	210	21 0	210	210	210	210	210	210	210	210

Recurgerea Pea la alcool	rson- Cor rela tion	18, 1**	233, **	00, 0	11, 0	142, * 103	10, 3	207*, *	10, 8	22, 6**	511, **	148*, *	223**, **	196**, **	1	396**, **	363**, **	316**, **
	Sig. (2- taile d)	00, 9	001, 0	99, 8	11, 3	040, 7	13, 7	003, *	11, 8	00, 1	000, *	033, *	001, *	004, *		000, *	000, *	000, *
	N	21 0	210	210	21 0	210	210	210	210	21 0	210	210	210	210	210	210	210	210
Epuizarea Pea emo?ional? rson- _MBI_indi Cor ce rela tion		32, 6*	211, *	33, 1*	04, 7	032, 0	06, 0	261*, *	00, 5	35, 2*	345, **	013, *	331*, *	353*, *	396**, **	1	643**, **	181**, **
	Sig. (2- taile d)	03, 8	007, 0	02, 9	49, 5	641, 7	38, 7	000, *	93, 7	01, 8	000, *	850, *	049, *	027, *	000, *		000, *	008, *
	N	21 0	210	210	21 0	210	210	210	210	21 0	210	210	210	210	210	210	210	210
Depersonal Pea izarea_MB rson- I_indice Cor rela tion		34, 7*	352, *	30, 1*	04, 8	018, 4	11, 4	374*, *	11, 9	56, 3*	289, **	083, *	441*, *	335*, *	363**, **	643**, **	1	092, *
	Sig. (2- taile d)	03, 3	028, 0	05, 1	49, 1	797, 9	09, 9	000, *	08, 5	04, 2	000, *	231, *	039, *	050, *	000, *	000, *		184, *
	N	21 0	210	210	21 0	210	210	210	210	21 0	210	210	210	210	210	210	210	210
Reducerea Pea realiz?rilor rson- personale_ Cor MBI_indic rela e tion		50, 0**	336, **	34, 2*	08, 5	142, * 158*	15, 8*	268*, *	02, 0	21, 6*	315, **	024, *	571*, *	576*, *	316**, **	181**, **	092, *	1

Sig. (2- taile d)	,000	,000	,040	,222	,040	,022	,000	,774	,050	,000	,731	,005	,011	,000	,008	,184	
N	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210

Tabelul A 2.121

Correlations

	Scala de percepție a stresului_in dice	Epuizarea emoțională _MBI_indice	Depersonaliza rea_MBI_indi ce	Reducerea realiz? rilor personale_ MBI_indice	Epuizarea emoțion ală_JBI_in dice	Depersonaliz area_JBI_ind ice	Simpto me fizice_J BI_indice	Satisfac? ie personal _JBI_in dice
Pears on Correlation	1,000	,620	,479	-,126	,028	-,018	,019	,077
Epuizarea emoțională _MBI_indice	,620	1,000	,643	-,181	-,014	-,012	-,035	,062
Depersonaliza rea_MBI_ _indice	,479	,643	1,000	-,092	,001	-,019	-,022	,081
Reducerea realiz? rilor personale_ MBI_indice	-,126	-,181	-,092	1,000	,052	,113	,016	-,015
Sig. (1-tailed)		,000	,000	,034	,341	,396	,394	,134

	Epuizarea emoțională_MBI_indice	,000	.	,000	,004	,418	,434	,308	,186
	Depersonalizarea_MBI_indice	,000	,000	.	,092	,491	,392	,375	,121
	Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	,034	,004	,092	.	,228	,052	,407	,413
N	Scala de percepție a stresului_indice	210	210	210	210	210	210	210	210
	Epuizarea emoțională_MBI_indice	210	210	210	210	210	210	210	210
	Depersonalizarea_MBI_indice	210	210	210	210	210	210	210	210
	Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	210	210	210	210	210	210	210	210

Tabelul A 2.122

Correlations

		Coping ul activ	Planificarea	Eliminarea activităților concurrente	Reținerea în acțiune	Căutarea suportului social- instru- mentar	Căutare a suportu- lui social- emo- țional	Reinte- rpretar- ea poziti- v?	Acc- eptar- ea	Ne- gar- ea	Desc- ărcar- ea emo- țional?	Orie- ntar- ea spre relig- ie	Pasivitate compor- tament- al?	Recurg- erea la alcool	Scala de percep- ție a stresul ui_ind- ice	
Copingul activ	Pearson Correlati- on	1	,690*	,265**	,178**	,387*	,243**	,521**	,129	,037	-,132	,053	-,001	-,211**	-,181**	-,480*
	Sig. (2- taile d)		,000	,000	,010	,000	,000	,000	,063	,594	,057	,441	,994	,002	,009	,038
	N	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210
Planificarea	Pearson Correlati- on	,690*	1	,278**	,131	,225*	,174*	,531**	,211**	-,024	-,037	,229**	,079	-,240**	-,233**	-,410*
	Sig. (2- taile d)	,000		,000	,058	,001	,012	,000	,002	,734	,598	,001	,252	,000	,001	,007
	N	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210
Eliminarea activității concurrente	Pearson Correlati- on	,265**	,278*	1	,399**	,397*	,226**	,188**	,245**	,260**	,276**	,136*	,030	,099	,000	-,590*
	Sig. (2- taile d)	,000	,000		,000	,000	,001	,006	,000	,000	,000	,050	,665	,155	,998	,029

	N	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210
Reținerea în acțiune	Pearson Correlation	,178**	,131	,399**	,1	,290*	,170*	,157*	,349**	,351**	,176*	,097	,245**	,241**	,110	-,011
	Sig. (2-tailed)	,010	,058	,000		,000	,013	,023	,000	,000	,011	,161	,000	,000	,113	,079
	N	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210
Cautarea suportului social-instrumentar	Pearson Correlation	,387**	,225*	,397**	,290**	,1	,415**	,246**	,050	,151*	,160*	,001	-,017	,039	,142*	-,054
	Sig. (2-tailed)	,000	,001	,000	,000		,000	,000	,471	,028	,021	,985	,806	,575	,040	,641
	N	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210
Cautarea suportului social-emoțional	Pearson Correlation	,243**	,174*	,226**	,170*	,415*	,1	,438**	,050	,261**	,281*	,177*	,231**	,168*	,103	-,031
	Sig. (2-tailed)	,000	,012	,001	,013	,000		,000	,474	,000	,000	,010	,001	,015	,137	,387
	N	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210
Reinterpretarea pozitivă	Pearson Correlation	,521**	,531**	,188**	,157*	,246*	,438**	,1	,335**	,136*	,012	,216**	,190**	-,020	-,207**	-,342**

	Sig. (2- taile d)	,00 0	,000	,006	,02 3	,000	,000		,000	,04 9	,860	,002	,006	,776	,003	,000
N		210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210
Acceptarea Pear son Corr elati on		,12 9	,211* *	,245 **	,34 9**	,050	,050	,335**	1	,08 0	,047	,275 **	,248**	,179**	-,108	,064
Sig. (2- taile d)		,06 3	,002	,000	,00 0	,471	,474	,000		,25 1	,502	,000	,000	,009	,118	,937
N		210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210
Negarea Pear son Corr elati on		,03 7	-,024	,260 **	,35 1**	,151*	,261 **	,136*	,080	1	,378* *	,237 **	,396**	,383**	,226**	,053
Sig. (2- taile d)		,59 4	,734	,000	,00 0	,028	,000	,049	,251		,000	,001	,000	,000	,001	,078
N		210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210
Descarcarea Pear son Corr elati on		-,13 2	-,037	,276 **	,17 6*	,160*	,281 **	,012	,047	,37 8**	1	,205 **	,344**	,265**	,511**	,408**
Sig. (2- taile d)		,05 7	,598	,000	,01 1	,021	,000	,860	,502	,00 0		,003	,000	,000	,000	,000
N		210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210

Orientarea Pearson spre religie	Corr elati on	-,053	-,229*	-,136*	-,097	-,001	-,177*	-,216**	-,275**	-,237**	-,205* 1	-,181**	-,092	-,148*	-,100
	Sig. (2- taile d)	,441	,001	,050	,161	,985	,010	,002	,000	,001	,003	,009	,184	,033	,850
	N	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210
Pasivitatea Pearson mentală	Corr elati on	-,001	-,079	-,030	-,245**	-,017	-,231**	-,190**	-,248**	-,396**	-,344* 1	-,181**	-,301**	-,223**	-,086
	Sig. (2- taile d)	,994	,252	,665	,000	,806	,001	,006	,000	,000	,000	,009	,000	,001	,089
	N	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210
Pasivitatea Pearson comportamentală	Corr elati on	-,211**	-,240*	-,099	-,241**	-,039	-,168*	-,020	-,179**	-,383**	-,265* 1	-,092	-,301**	-,196**	-,139*
	Sig. (2- taile d)	,002	,000	,155	,000	,575	,015	,776	,009	,000	,000	,184	,000	,004	,027
	N	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210
Recurgerea Pearson la alcool	Corr elati on	-,181**	-,233*	-,000	-,110	-,142*	-,103	-,207**	-,108	-,226**	-,511* 1	-,148	-,223**	-,196**	-,349**
	Sig. (2- taile d)	,009	,001	,998	,113	,040	,137	,003	,118	,001	,000	,033	,001	,004	,000
	N	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210

	N	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210
Scala de percepție a son stresului_i indice	Pear Corr elati on	-,480*	-,410*	-,590*	-,011	-,054	-,031	-,342**	-,064	-,053	-,408*	-,100	-,086	-,139*	-,349**	1
	Sig. (2- taile d)	,038	,007	,029	,079	,641	,387	,000	,937	,078	,000	,850	,089	,027	,000	
	N	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210

Tabelul A 2.121

Correlations

	Scala de percepție a stresului_ indice	Epuizarea emoțională_M BI_indice	Depersonalizare a_MBI_indice	Reducerea realiz?rilo r personale_ MBI_indi ce	Epuizarea emoțională_J BI_indi ce	Depersonaliz area_JBI_ind ice	Simpto me fizice_J BI_indi ce	Satisfac? ie personal ?_JBI_in dice
Pear son Corr elati ce on	1,000	,620	,479	-,126	,028	-,018	,019	,077
Epuizarea emo?ional? MBI_indice	,620	1,000	,643	-,181	-,014	-,012	-,035	,062

	Depersonalizarea_MBI_indice	,479	,643	1,000	-,092	,001	-,019	-,022	,081
	Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	-,126	-,181	-,092	1,000	,052	,113	,016	-,015
Sig. (1-taile d)	Scala de percepție a stresului_indice		,000	,000	,034	,341	,396	,394	,134
	Epuizarea emoțională_MBI_indice	,000	.	,000	,004	,418	,434	,308	,186
	Depersonalizarea_MBI_indice	,000	,000	.	,092	,491	,392	,375	,121
	Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	,034	,004	,092	.	,228	,052	,407	,413
N	Scala de percepție a stresului_indice	210	210	210	210	210	210	210	210
	Epuizarea emoțională_MBI_indice	210	210	210	210	210	210	210	210
	Depersonalizarea_MBI_indice	210	210	210	210	210	210	210	210
	Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	210	210	210	210	210	210	210	210

Anexa 3. Analiza rezultatelor grupelor de experiment și de control

Tabelul 3. 1 Semnificația diferenței după testul U (Mann-Whitney) în experimentul de control la variabilele cercetate

	Scala de percepție a stresului_in dice	Scala de percepție a stresului_nivel	Epuizarea emoțională_MBI_indice	Epuizarea emoțională_MBI_nivel	Depersonalizarea_MBI_indice	Depersonalizarea_MBI_nivel	Reducerea realizărilor personale_MBI_indice	Reducerea realizărilor personale_MBI_nivel
Mann-Whitney U	65,000	45,500	64,000	71,000	61,500	66,500	67,500	70,500
p	0,684	0,081	0,643	0,929	0,543	0,710	0,794	0,926

Tabelul 3. 2 Semnificația diferenței după testul U (Mann-Whitney) în experimentul de control la variabilele cercetate, GE și GC

	Scala de percepție a stresului_in dice_RE	Scala de percepție a stresului_nivel_RE	Epuizarea emoțională_MBI_indice_RE	Epuizarea emoțională_MBI_nivel_RE	Depersonalizarea_MBI_in dice_RE	Depersonalizarea_MBI_nivel_RE	Reducerea realizărilor personale_MBI_indice_RE	Reducerea realizărilor personale_MBI_nivel_RE
Mann-Whitney U	0,000	5,000	2,500	6,000	27,500	20,000	51,000	37,000
p	0,001	0,001	0,001	0,001	0,010	0,001	0,225	0,061

Tabelul 3. 3 Semnificația diferenței după testul Wilcoxon în experimentul de control la variabilele cercetate (GE/test și GE/retest)

	Scala de percepție a stresului_nivel_RE - Scala de percepție a stresului_nivel	Epuizarea emoțională_MBI_nivel_RE - Epuizarea emoțională_MBI_nivel	Depersonalizarea_MBI_nivel_RE - Depersonalizarea_MBI_nivel	Reducerea realizărilor personale_MBI_nivel_RE - Reducerea realizărilor personale_MBI_nivel
Z	-2,714 ^c	-3,276 ^c	-1,996 ^c	-1,473 ^c
p	0,007	0,001	0,046	0,141

Tabelul 3. 4 Semnificația diferenței după testul Wilcoxon în experimentul de control la variabilele cercetate (GE/test și GE/retest)

	Scala de percepție a stresului_indice_RE - Scala de percepție a stresului_indice	Epuizarea emoțională_MBI_indice_RE - Epuizarea emoțională_MBI_indice	Depersonalizarea_MBI_indice_RE - Depersonalizarea_MBI_indice	Reducerea realizărilor personale_MBI_indice_RE - Reducerea realizărilor personale_MBI_indice
Z	-3,065 ^c	-3,059 ^c	-2,536 ^c	-0,942 ^d
p	0,002	0,002	0,011	0,346

Tabelul 3. 5 Semnificația diferenței după testul Wilcoxon în experimentul de control la variabilele cercetate (GC/test și GC/retest)

	Scala de percepție a stresului_nivel_RE - Scala de percepție a stresului_nivel	Epuizarea emoțională_MBI_nivel_RE - Epuizarea emoțională_MBI_nivel	Depersonalizarea_MBI_nivel_RE - Depersonalizarea_MBI_nivel	Reducerea realizărilor personale_MBI_nivel_RE - Reducerea realizărilor personale_MBI_nivel
Z	-1,732 ^c	-1,414 ^d	-0,577 ^c	-0,557 ^c
p	0,083	0,157	0,564	0,577

Tabelul 3. 6 Semnificația diferenței după testul Wilcoxon în experimentul de control la variabilele cercetate (GC/test și GC/retest)

	Scala de percepție a stresului_indice_RE - Scala de percepție a stresului_indice	Epuizarea emoțională_MBI_indice_RE - Epuizarea emoțională_MBI_indice	Depersonalizarea_MBI_indice_RE - Depersonalizarea_MBI_indice	Reducerea realizărilor personale_MBI_indice_RE - Reducerea realizărilor personale_MBI_indice
Z	-0,198 ^c	-1,962 ^c	-0,426 ^c	-1,387 ^c
p	0,843	0,055	0,670	0,165

Tabelul 3. 7 Rezultatele indicelui d-Cohen

Variabila	Indicele d-Cohen (d)	Indicele mărimii efectului (r)	Standardul Cohen
<i>percepția stresului indice</i>	-8,04	-0,97	efect mare
<i>percepția stresului nivel</i>	-3,10	-0,84	efect mare
<i>epuizare emoțională</i>	-3,01	-0,83	efect mare
<i>depersonalizare</i>	-1,33	-0,55	efect mediu
<i>reducerea realizărilor personale</i>	-0,62	-0,29	efect mic

Tabelul 3. 8 Semnificația diferenței după testul Wilcoxon în experimentul de control la variabilele cercetate (GE/test și GE/retest)

	Copii	Planificarea - Planificarea	Eliminarea activităților concurente - Eliminarea activităților concurente	Reținerea în acțiune - Reținerea în acțiune	Căutarea suportului social - Căutarea suportului	Căutarea suportului social - Căutarea suportului	Reinterpretarea pozitivă - Reinterpretarea pozitivă	Acceptarea - Acceptarea	Neagarea - Neagarea	Descărcarea emoțională - Descărcarea emoțională	Orientarea spre religie - Orientarea spre	Pasivitatea mentală - Pasivitatea mentală	Pasivitatea comportamentală - Pasivitatea comportamentală	Recurgerea la alcool - Recurgerea la alcool
--	-------	-----------------------------	---	---	--	--	---	-------------------------	---------------------	---	---	---	---	---

				e	soci al- instr ume ntar	sup ortu lui soci al- em oțio nal					reli gie			
Z	- 2,823 b	- 0,14 4b	-2,215b	- 2,1 25 b	- 0,38 3c	- 1,7 27b	-1,631b	- 1,49 9c	- 3,2 00 b	-2,270b	- 0,2 14 b	- 0,8 72 c	- 0,959 c	- 4,2 94 b
p	0,005	0,00 6	0,027	0,0 34	0,00 2	0,0 44	0,043	0,03 4	0,0 01	0,023	0,0 49	0,0 38	0,037	0,0 22

Tabelul 3. 9 Semnificația diferenței după testul Wilcoxon în experimentul de control la variabilele cercetate coping (GC/test și GC/retest)

Copi ngul_ activ _re - Copi ngul activ	Plan ifica rea_ re - Plan ifica rea	Eliminarea _activității _concurrent e_re - Eliminarea activității concurrente	Re țin ere a în acț iun e - Re țin ere a în acț iun e	Căut area supo rtulu i soci al- instr ume ntar _re - Căut area supo rtulu i soci al- instr ume	Cău tare a sup ortu lui soci al- em oțio nal _re - Cău tare a sup ortu lui soci al-	Reinterp retarea_ pozitivă _re - Reinterp retarea pozitivă	Acc epta rea_ re - Acc epta rea	Ne gar ea_ re - Ne gar ea	Descărc area_em oțională _re - Descărc area emoțion ală	Ori ent are a spr e reli gie _re - Ori ent are a spr e reli gie	Pas ivit ate a mi nta la_ re - Pas ivit ate a me nta lă	Pasivi tatea comp ortam entală _re - Pasivi tatea comp ortam entală	Re cur ger ea la alc ool _re - Re cur ger ea la alc ool
--	---	---	--	---	--	--	---	---	--	---	---	---	---

					ntar	em otio nal								
Z	- 0,965 b	- 0,88 7c	-0,359c	- 2,6 09 b	- 0,11 9b	- 2,6 70b	-0,051b	- 0,83 4c	- 2,7 56 b	-1,770b	- 1,4 72 b	- 1,9 17 c	- 2,141 b	- 3,0 88 b
p	0,335	0,37 5	0,719	0,0 9	0,90 5	0,0 8	0,959	0,40 4	0,0 6	0,077	0,1 41	0,0 55	0,092	0,0 82

Anexa 4. Programul de intervenție psihologică pentru diminuarea stresului ocupațional și prevenirea sindromului burnout (ședințe)

ȘEDINȚA nr. 1

Scop: Crearea în grup a unei atmosfere confortabile, binevoitoare, de încredere și siguranță, stabilirea regulilor de grup.

1. Salutul [120, p. 20]

Scop: cunoașterea interpersonală; dezvoltarea abilităților de comunicare; formarea deprinderilor de relaționare binevoitoare cu cei din jur.

Descriere: Participanții sunt așezați în cerc. Cel ce începe activitatea, spune prenumele și o calitate/trăsătură ce îl caracterizează și începe cu aceeași literă ca și prenumele. De exemplu: „Eu sunt Lilia - liberă.” Următorul participant îl prezintă pe primul și apoi pe sine: „V-o prezint pe Lilia –liberă, iar eu sunt Victoria - veselă.” Când cercul se încheie, primul participant îi prezintă pe toți. Este important, ca fiecare participant să vorbească clar, explicit și tare. Dacă cineva nu-și poate găsi calitatea/trăsătura care l-ar caracteriza, grupul este rugat să îl ajute.

Prezentarea participanților – 10 min.

2. Așteptările membrilor grupului

Scop: identificarea așteptărilor participanților vis-a-vis de training-ul propus.

Material necesar: foi de hârtie, stilouri, flipcheat, carioce

Descriere: Moderatorul prezintă principalele direcții de lucru pe parcursul training-ului, ce fel de activități vor fi desfășurate, care vor fi cerințele și așteptările față de participanți. Participanții, la rândul lor, sunt rugați să scrie pe o foaie ce așteaptă de la ședințe și de la moderator (2 min.). Apoi se formează 2 grupuri care discută aceste așteptări și le selectează pe cele mai reprezentative. Ambele grupuri își prezintă așteptările, care, la fel, sunt supuse dezbaterilor ,după care urmează evaluarea.

Reflecție: Cum v-ați simțit în procesul de lucru? Cum credeți, de ce ați îndeplinit acest exercițiu? De ce este important să vorbești și să gândești despre așteptările tale?

Comentariu: Dacă dorim să reușim în ceva anume, atunci trebuie nu numai să stabilim ce așteptări avem, dar și cum le realizăm. În caz contrar, riscăm ca așteptarea noastră să rămână doar la etapa dorinței, fără a provoca un comportament, o acțiune. Mai bine să greșim acționând decât să trăim visând.

3. Frazе nefinalizate [132, p. 32]

Scop: stabilirea principiilor de activitate a grupului.

Material necesar: flipcheat, carioce, o coală de hârtie

Descriere: Pentru a idenitifca regurile de lucru a grupului, participanții sunt rugați să scrie câte două variante de finaliizare a următoarelor propoziții:

- În acest grup este nedorit.....
- În acest grup este periculos...
- Din acest grup va fi exclus cel /cea care....
- În acest grup este permis....

După prezentarea variantelor propuse, sunt selectate cele care reprezintă voința majorității.

4. Predispunerea spre lucru

Scop: identificarea predispoziției, dispoziției fiecărui membru, ceea ce va ajuta la structurarea și desfășurarea ședințelor.

Descriere: Activitatea se va efectua la începutul fiecărei sesiuni. Moderatorul propune participanților să informeze, cu ajutorul unui gest stabilit, care este starea lui: ambele mâini întoarse cu palmele spre moderator – „eu sunt gata și deschis spre lucru”; ambele mâini întoarse cu palmele spre participant – „eu nu sunt gata de muncă”; o mână întoarsă cu palma spre moderator, iar alta cu palma spre participant – „eu sunt gata de muncă, dar n-am dispoziție”.

5. Exercițiul „În schimb...”

Scop: cunoașterea interpersonală; autocunoașterea, dezvoltarea abilităților de comunicare.

Descriere: fiecare participant trebuie să spună ceva negativ despre sine și să comenteze prin ...în schimb... ceva pozitiv.

De exemplu: „Eu am obosit, în schimb am încheiat de realizat un suport de curs”; „Eu sunt prea vorbăreț, în schimb pot să fiu empatică”; „Eu sunt uneori nervos, în schimb nu țin supărare”, etc.

Reflecție: Ce dificultăți ați întâmpinat? Cum v-ați simțit atunci când a trebuit să fiți autocritici? Ce a fost mai greu: să identificați ceva negativ sau să găsiți o anticalitate?

6. Ritualul de adio.

ȘEDINȚA nr. 2.

Scop: Definirea și cunoașterea noțiunii de sindrom burnout: cauze, caracteristici, consecințe.

1. Salutul și predispunerea spre lucru „Proгноza meteo ” [128, p. 18]

Scop: Diagnosticarea predispoziției spre lucru și starea emoțională la moment.

Descriere: Participanții sunt rugați, pe rând, să-și descrie starea emoțională cu ajutorul termenilor utilizați în prognoza meteo. De exemplu: „Salutare tuturor! Mă numesc Ludmila. În suflet la mine e vreme însorită, liniștită, temperatura plus 20C”.

2. Exercițiul „De ce?”

Scop: Evaluarea cunoștințelor participanților despre sindromul arderii emoționale.

Materiale necesare: 3 coli de hârtie, carioce colorate, flipchart

Descriere: Participanții sunt împărțiți în trei grupe, utilizându-se numărarea de la 1 la 3. Apoi, moderatorul explică sarcina. În mijlocul fiecărei foi este scris „Sindromul burnout”, la prima grupă sunt puse cauzele, la a doua, simptomele, și la a treia, consecințele. Sarcina fiecărei grupe e să identifice cauzele, simptomele, consecințele, apoi să explice natura lor răspunzând la întrebarea „De ce?”. De exemplu: „De ce apare epuizarea emoțională?”, „De ce apare insomnia?”, „De ce apare absenteismul?”. După ce grupurile realizează sarcina, deleghează o persoană care va prezenta rezultatul muncii grupului. Moderatorul, selectează din prezentări ideile cele mai reprezentative, realizând un tablou general al sindromului arderii emoționale.

Discuții: Cât de nou vi s-a părut sindromul burnout? A fost greu să identificați și să explicați cauzele, simptomele și consecințele sindromului burnout? Ați trăit stări similare? Cunoașteți pe cineva care, după părerea d-voastră, se confruntă cu sindromul burnout?

3. Bloc informativ „Sindromul burnout la lucrătorii medicali: cauze, simptome, consecințe”

Materiale necesare: power point

Descriere: Moderatorul prezintă informația despre sindromul burnout: cauze, simptome, consecințe.

Discuții: Cât de nou și util a fost materialul propus? Ați dori să discutăm despre vreun aspect mai detaliat? Ați avut anumite neclarități vis-a-vis de materialul prezentat?

4. Exercițiul „Cum sunt eu acasă și la serviciu”

Scop: Identificarea atitudinii față de serviciu și identificarea acelor comportamente, emoții, atitudini care pot duce la epuizare emoțională.

Materiale necesare: foi de hârtie A4, stilouri

Descriere: Participanții sunt rugați să împartă hârtia în patru și să scrie în secțiunile de sus „Eu - acasă” și „Eu – la serviciu”; în secțiunile de jos „Acasă, eu niciodată...”, „La serviciu, eu niciodată...”.

Trebuie de notat cât mai multe activități, comportamente, emoții, atitudini care sunt sau nu manifestate acasă sau la serviciu.

Reflecții: La care secțiune a fost mai ușor de scris? Aveți anumite activități, emoții, atitudini comune? Care listă a fost mai ușor de completat? Care a ieșit mai voluminoasă? Cum credeți, de ce? Cum credeți, de ce listele diferă?

5. Exercițiul „Motivarea”, adaptare după K. W. Vopel [131, p. 121]

Scop: Identificarea trăsăturilor de personalitate care contribuie la predispunerea/ diminuarea sindromului burnout la lucrătorii medicali.

Materiale necesare: foi de hârtie A4, stilouri

Descriere: Participanții primesc câte o foaie de hârtie și sunt rugați să prezinte schematizat lista trăsăturilor de personalitate, care, din punctul lor de vedere, contribuie la predispunerea/ diminuarea epuizării emoționale la cadrele medicale. După finalizarea sarcinii, participanții prezintă grupului trăsăturile identificate.

Reflecții: Cum a fost să îndepliniți sarcina? Care listă s-a completat mai greu? Există persoane la care aceeași trăsătură este plasată în liste diferite? Explicați decizia dvs? Cum credeți, pot fi modificate trăsăturile identificate ca favorizante SAE?

6. Evaluarea

Scop: Identificarea nivelului de înțelegere a materialului propus.

Materiale necesare: fișe de lucru, pixuri

Descriere: Se propun fișe de lucru cu începuturi de propoziție, pe care participanții trebuie să le continue.

Eu am învățat....

Eu am fost mirat să aflu că...

Mie îmi palce că...

Am fost dezamăgit de....

Cel mai important pentru mine a fost....

1. Ritualul de adio.

ȘEDINȚA nr. 3

Scop: Formarea și dezvoltarea deprinderilor de control al emoțiilor, a competențelor emoționale necesare diminuării nivelului de ardere emoțională.

1. Salutul „De ce culoare este dispoziția mea?”

Scop: stabilirea unei atmosfere favorabile în grup și dezvoltarea abilităților de autocunoaștere emoțională.

Descriere: Participanții grupului sunt aranjați în cerc. Fiecare, gândindu-se puțin, va spune ce culoare îi caracterizează la moment dispoziția. Apoi, participanții sunt rugați să povestească cum s-a modificat starea de spirit, adică dispoziția generală, pe parcursul orelor dimineții, din momentul trezirii până la momentul actual, și să explice cauzele acestor modificări. În încheierea discursului, fiecare își caracterizează starea actuală și explică de ce a ales, pentru desemnarea stării, anume acea culoare.

2. Exercițiul „Oglinda”

Scop: dezvoltarea abilităților de percepere și decodificare a emoțiilor altor oameni.

Descriere: Participanții grupului se împart în perechi. Unul dintre membrii perechii va fi „oglinză” și va imita exact toate mișcărilor și emoțiile colegului. Exact ca atunci când ne aflăm în fața „oglinzii”. Se imită tot: mimica, pantomimica, gesticularea. Peste trei-patru minute, moderatorul propune partenerilor să-și schimbe rolurile.

Reflecții: Ce dificultăți ați întâlnit în procesul îndeplinirii exercițiului? Cât de exact v-a reușit să reproduceți stările emoționale ale partenerului? Ce a fost mai dificil, să fiți oglindă sau să vă priviți în oglindă?

3. Jocul de rol [20, p. 218]

Scop: Dezvoltarea competenței de înțelegere a stării afective a altei persoane, de manifestare a încrederii în sine, a stabilității emoționale, a empatiei.

Descriere: Participanților grupului li se propune să se grupeze în participanți activi și observatori. Participanților activi, „actorilor”, li se propune să însceneze o anumită situație din practica lor medicală. Situația evoluează până la momentuș când moderatorul spune *stop*.

Reflecții: În final, se analizează soluțiile pedagogice propuse de participanți. Moderatorul informează cu privire la importanța competenței de înțelegere a stării afective a altei persoane, de manifestare a încrederii în sine, a stabilității emoționale, a empatiei.

4. Exercițiul „Ofensa” [135, p. 11]

Scop: Dezvoltarea sensibilității emoționale, empatiei

Materiale necesare: foi de hârtie A4, creioane colorate

Descriere: Participanții sunt așezați în cerc. Primesc câte o foaie de hârtie, iar în mijlocul cercului, pe o măsuță, sunt puse creioanele colorate. Sarcina este de a desena o supărare, o ofensă personală, fie prin reprezentarea unei fețe de om, fie prin altceva. Fiecare este liber să-și

aleagă culorile. După ce au finalizat toți participanții, desenul este transmis la colegi după acele ceasornicului. Participanții, pe rând, trebuie să adauge ceva la desen, ca în final el să reprezinte o emoție pozitivă. Activitatea se încheie când desenele ajung la proprietar.

Reflecții: Cum v-ați simțit când ați desenat ofensa personală? Dar când a trebuit să modificați desenul colegului? Ce ați simțit când ați primit desenul corectat?

5. Evaluarea.

6. Ritualul de adio.

ȘEDINȚA nr. 4

Scop: Formarea și dezvoltarea deprinderilor ce contribuie la diminuarea sindromului burnout.

1. Salutul. „Bună, eu vreau să-ți zic ...”.

Scop: Stabilirea unei atmosfere favorabile în grup.

Descriere: Participanții se mișcă liber prin odaie și se salută cu ceilalți colegi dând mâna. Apoi, după ce au zis „Bună, eu vreau să-ți zic...”, povestesc o întâmplare, o observație, un compliment. După ce toți se salută, iau loc pe scaune și pot să facă schimb de informații care i-a impresionat.

2. Exerciții orientate spre forța cuvintelor

Scop: Dezvoltarea abilităților de autosugestie.

Descriere: moderatorul prezintă o scurtă informație despre ceea ce înseamnă autocomanda, autoprogramarea și ego-masajul. Apoi, participanții sunt rugați să identifice ce fel de tehnici de autosugestie utilizează și care, din punctul lor de vedere, sunt mai efective.

Bloc informativ privind autosugestia:

Este cunoscut faptul că cuvântul poate ucide dar poate și vindeca. Al doilea sistem de semnalizare este de fapt cel mai important reglator al comportamentului nostru. Cuvântul este un mecanism conștient de autosugestie, acționând fără încetare asupra SNC. Pentru autosugestie, sunt utilizate propoziții simple, scurte, cu o conotație pozitivă și fără componenta „nu”.

1. Autocomanda

Autocomanda sunt de obicei cuvinte ce îndeamnă spre o activitate, se pronunță de obicei în gând (daca aveți posibilitate îl puteți pronunța cu voce tare), dar cu intonație, astfel ca să fie auzite de creierul nostru. În dependență de situație, utilizați comanda adecvată. Ca model pot servi: „Vorbește liniștit!”, „Nu te lăsa provocat!”, „Taci, taci!”. De obicei, autocomnada se pronunță de câteva ori, până când simțim că este o reacție la cuvintele noastre.

2. Autoprogramarea

În multe situații, e binevenit să vă amintiți de succesele anterioare. Acestea vă vor convinge că aveți potențial pentru a depăși greutățile. Formulați textul autoprogramării. El trebuie să se înceapă cu cuvintele ”Anume astăzi...”

Anume astăzi la mine totul va fi bine.

Anume astăzi eu voi fi cel/cea mai liniștit/ă.

Anume astăzi eu voi fi cel/cea mai inventiv/ă.

Repetati textul autoprogramării de câteva ori pe zi.

3. Ego-masajul

De multe ori nu primim laude pentru ceea ce am făcut, cu atât mai mult feedback-uri pozitive. De aceea e bine să ne lăudăm noi singuri pentru orice am făcut bine. O faceți în gând: „Bravo!”, „Super!” Pe parcursul zile de lucru, lăudați-vă cel puțin de 2-3 ori.

Reflecții: Cum credeți, care este rolul autosugestiei în viața noastră? A fost greu să identificați tehnicile proprii de autosugestie? Dacă da, cum credeți, de ce?

3. Exercițiul „Puterea relaxării” (yoga)

Scop: Pregătirea pentru tehnicile de contemplare și relaxare

Descriere: Participanții stau culcați. Moderatorul anunță:

1. Faceți trei inspirații și trei expirații profunde. Închideți ochii. Încercați să vă concentrați pe senzațiile interioare. Relaxați corpul. Acum contractați și relaxați: tălpile, mușchii gambei, genunchiul, mușchii femurului, mușchii dorsali, mușchii bazinului, abdomenul, mușchii coloanei, mușchii toracelui, mușchii umerilor, mușchii gâtului, mușchii feței, gurii, nasului, frunții, capului.

2. Faceți trei inspirații profunde cu abdomenul. Inspirați prin nas, expirați prin gură de parcă ar trebui să stingeți o lumânare.

4. Exercițiul „La cinema”, tehnică de vizualizare

Scop: Dezvoltarea abilităților de relaxare prin utilizarea metodei de vizualizare.

Descriere: Participanții stau așezați cât mai comod. Moderatorul anunță: Imaginați-vă că sunteți într-o sală mare, într-un cinematograful. În sală nu este nimeni, sunteți doar dvs, ați venit să vizionați filmul vieții proprii. Puteți vedea pe ecran toate evenimentele vieții voastre, cele plăcute, și cele mai puțin plăcute. Priviți și ascultați toate detaliile, muzica, sunetul, vocile oamenilor, priviți în ce sunt îmbracați eroii, despre ce vorbesc, cum se simt. Acum concentrate-vă pe *senzațiile interioare*, memorizați starea interioară pe care o simțiți. Apoi, încercați să vizualizați acea situație în care v-ați simțit bine, ați fost fericit. Retrăiți-o din nou și încercați să vedeți detalii pentru toate cele patru direcții: vizual, auditiv, chinestetic, gustativ-interoceptiv. Vizualizați această amintire cam 5 min. Apoi deschideți ochii și observați cum s-a schimbat starea d-voastră psiho-emoțională.

Reflecții: Cum v-ați simțit pe parcursul exercițiului? A fost dificil? După părerea d-voastră, în ce constă puterea amintirilor pozitive?

5. Exercițiul „Salutul Soarelui” (SURYA NAMASKARA, tehnică Yoga)

Scop: Restabilirea echilibrului psihic cu ajutorul îmbinării anumitor posturi (asana-e) realizate dinamic cu modularea respirației

Descriere: Surya namaskara („Salutul Soarelui”) este o tehnică yoghină complexă care îmbină tonificarea musculară cu modularea respirației. În mod tradițional, Salutul Soarelui se realizează dimineața la răsărit sau seara la apus, cu fața către Soare. Există mai multe variante ale acestui exercițiu, însă toate se bazează pe curgerea armonioasă a unor posturi yoghine realizate corelat cu inspirația, expirația sau retenția suflului. Varianta prezentată aici a fost popularizată de Andre van Lysebeth și Svami Satyananda, discipolii lui Svami Shivananda. Realizată dimineața, tehnica ne aduce o stare tonică și dinamică pe tot parcursul zilei, multă încredere, forță interioară

și echilibru emoțional. Exercițiul se face de cel puțin 5 ori. Dacă din anumite motive nu puteți să stați cu fața la Soare, puteți să stați cu fața cel puțin spre natură: cer, copaci, flori.

6. Exerciții de relaxare ce pot fi utilizate la serviciu [5, p. 78]

Scop: Diminuarea nivelului de stres prin relaxarea musculară.

Descriere: 1. Așezați-vă cât mai comod. Închideți ochii. Faceți trei inspirații/expirații profunde. Apoi respirați normal. Concentrați-vă atenția asupra aceluși loc din corp unde simțiți cel mai bine respirația. Poate fi abdomenul sau pieptul, în orice caz acel loc care vedeți că se ridică și coboară la fiecare respirație; sau pot fi nările, în cazul în care simțiți cum intră aerul când inspirați/expirați. Rămâneți atent la întreaga secvență a inspirației/expirației și a pauzei dintre respirații. După observarea inițială, continuați să rămâneți atent... Păstrarea atenției aprofundează contemplația. Când vă simțiți suficient de relaxat, faceți trei inspirații/expirații profunde și deschideți ochii.

2. Așezați-vă comod. Alegeți pe perețele din fața dvs două obiecte la o distanță unul de altul de 1,5 - 2 metri. Pot fi desene de pe tapet, pete, ideal e dacă aveți posibilitatea să desenați cu culori diferite niște figuri geometrice. Fixați privirea pentru câteva secunde pe un obiect, apoi treceți la altul. Repetați câteva minute, până când veți simți că emoțiile, gândurile s-au liniștit. Când vă simțiți suficient de relaxat, faceți trei inspirații/expirații profunde și reveniți la muncă.

7. Exercițiul „Era cât pe ce să uit să-ți spun că...”

Scop: Crearea unei atmosfere prietenoase și emoțional pozitive.

Descriere: Fiecare participant este rugat să dea un feedback pozitiv colegilor și moderatorului. Fiecare începe propoziția cu „Era cât pe ce să uit să-ți spun că...”

8. Ritualul de adio.

ȘEDINȚA nr. 5

Scop: Formarea și dezvoltarea deprinderilor ce contribuie la diminuarea sindromului burnout.

1. Salutul „Mă numesc.... Eu mă iubesc pentru că...” [128, p. 117]

Scop: Includerea în atmosfera de lucru și o cunoștere mai bună a colegilor de grup.

Descriere: fiecare membru al grupului continuă frazele începute: Mă numesc.... Eu mă iubesc pentru că.....

2. Studiul de caz „Lucrători medicali cu sindromul burnout” (Anexa 5. 5)

Scop: Identificarea acelor simptome care ar vorbi despre prezența sindromului burnout.

Materiale necesare: fișe de lucru

Descriere: Grupul este împărțit în trei patru subgrupuri. Fiecare primește câte o fișă cu un studiu de caz despre un lucrător medical cu ardere emoțională. Sarcina este să identifice simptomele care vorbesc despre epuizarea emoțională și să elaboreze un set de propuneri, recomandări, cu scopul de a ajuta persoana dată. Primul grup elaborează propunerile în calitate de manageri; al doilea, în calitate de membri de familie; colegi; prieteni. După ce sarcina propusă este îndeplinită, fiecare grup deleghează un participant ce prezintă recomandările.

Reflecții: Cum credeți, va rămâne să lucreze în secția Narcologie medicul rezident X? Vă sunt cunoscute emoțiile și gândurile domnului X? Pentru dvs personal, care cauze sunt principale în apariția burnout?

3. Exercițiul „Eu promit”

Scop: Stabilirea priorităților în domeniul profesional, individual și organizațional.

Materiale necesare: stikere, stilouri, foi de hârtie, scaune, doi copaci desenați

Descriere: Moderatorul solicită participanților să noteze pe stikere trei lucruri pe care trebuie să le facă în domeniul profesional, individual și organizațional, cu scopul de a diminua efectul epuizării profesionale. Fiecare punct trebuie scris separat, respectiv, fiecare participant va avea câte 9 stichere.

Exemplu de răspunsuri:

Domeniul individual:

Să iau concediu,

Să fac sport,

Să mă văd cu prietenii;

Domeniul profesional:

Să fac o pauză după fiecare consultație dificilă,

Să nu accept cursuri care nu-mi sunt interesante ,

Să fac plimbări după serviciu;

Domeniul organizațional:

Să discut cu colegii despre simptomele burnout,

Să creăm un grup de suport, cu colegii ce au simptome similare,

Să organizăm ieșiri la aer liber;

După ce toți participanții au scris, sunt rugați să împartă ceea ce au scris în două grupe, ceea ce pot realiza începând cu săptămâna viitoare și ceea ce pot realiza peste o lună. Apoi, fiecare trebuie să treacă peste un drum cu obstacole ca să ajungă la copacul realizărilor într-o săptămână și apoi la copacul realizărilor într-o lună unde vor încheia stikerele.

Reflecții: Cum v-ați simțit pe parcursul exercițiului? Care domeniu v-a dat mai multă bătaie de cap? Ați avut tentația să schimbați activitățile, de la o săptămână la o lună sau invers, după ce ați început să parcurgeți drumul cu obstacole? V-a ajutat exercițiul să vă faceți un pic ordine în activități?

4. Exercițiul „Să îmblânzim furia” *brainstorming* [66, p. 293]

Scop: Controlul și potolirea furiei, însușirea metodelor de învingere a furiei și emoțiilor explozive.

Descriere: Moderatorul anunță: „Există multe situații când noi suntem agresivi, nemulțumiți sau furioși. În continuare, vă propun să utilizăm tehnica brainstorming pentru a identifica strategii pentru controlul furiei”. Toate sugestiile sunt notate, apoi discutate. Moderatorul, împreună cu participanții, selectează cele mai reușite strategii, apoi propune, din lista de mai jos, pe cele care n-au fost numite.

„Pentru a micșora intensitatea agresivității, furiei d-voastră, vă mai recomand să utilizați următoarele metode de controlare a furiei:

- 1) Time-aut, părăsirea locului „fierbinte” (distanța ajută).
- 2) Numărarea până la 10. Să numărăm până la 10, adăugând controlul respirației. Când simțiți că începeți să vă supărați, veți face o inspirație adâncă și pronunțați în gând cifra 1, apoi o expirație adâncă și relaxăm toți mușchii. Repetăm procesul inspirație – expirație până ajungem la 10. Dacă sunteți tare înfuriați, continuați numărarea până la 25.
- 3) Umorul, gândurile pozitive „nimic nu merită să mă enervez”, muzica.
- 4) Relaxarea: așezați-vă relaxat pe scaun, roștiți cuvintele „relaxare... liniște... calm... seninătate...” (sau alte cuvinte asemănătoare și repetați-le); imaginați-vă suprafața unui lac în furtună, străbătut de valuri și chinuit de zgomot, apoi talazurile tac, iar suprafața lacului este netedă și liniștită; amintiți-vă cele mai frumoase și mai calme peisaje pe care le-ați văzut vreodată (un apus de soare, lumina lunii, o poiană de flori).
- 5) Faceți plimbări, gimnastică, jucați fotbal (mișcarea ajută).
- 6) Strigați în pernă, la întreceri sportive, sub sunetele apei curgătoare.
- 7) Lăsați de la d-voastră. Puteți să vă mulțumiți cu ce vi se oferă sau faceți un compromis.
- 8) Negociați. Căutați un mod de înțelegere. Concentrați-vă asupra subiectului, nu asupra personalității.
- 9) Nu fiți categoric. Supravegheați-vă limbajul. Nu folosiți cuvintele „niciodată”, „întotdeauna”. Dacă veți căuta cuvinte constructive și pozitive în diferite situații, veți gândi în mod constructiv și pozitiv: propriile gânduri vă reprezintă.
- 10) Ascultați, undeva greșiți. Veți înțelege aceasta numai dacă vă veți stopa iritarea.
- 11) Cereți-vă scuze. Greșelile sunt inerente vieții noastre.
- 12) Cereți ajutor. Eliminați suferința din mintea dvs. Duceți-vă la cineva de încredere și destăinuți-i totul, până când nu va mai rămâne nimic rău în ființa dvs. Apoi dați totul uitării”.

Reflecții: Cum v-ați simțit pe parcursul desfășurării exercițiului? Care au fost dificultățile? Credeți că furia poate fi controlată? Dacă da, de ce și dacă nu, de ce? Care din tehnicile propuse vi s-au părut mai interesante?

5. Exercițiul Contemplarea emoțiilor [5, p.223]

Scop: Dezvoltarea abilităților de identificare și control a emoțiilor.

Descriere: Participanții stau așezați pe sacun, pe cât posibil de relaxați. Moderatorul anunță:

1. Încercați să vă concentrați pe propriile dvs emoții. Pe măsură ce anumite emoții încep să se facă simțite, fiți atenți la trăsăturile lor, identificați-le cu claritate, acceptați-le așa cum sunt, fără să vă împotriviți sau să le judecați. Încercați să vedeți dacă puteți să le localizați. Fiecare emoție pozitivă sau negativă este localizată undeva în corpul nostru (picior, deget, ficat, stomac), găsiți-le. Încercați să vizualizați forma, dimensiunea, culoarea, consistența emoției date. Dacă emoția este pozitivă, încercați să o extindeți și asupra altor organe, întregul corp. Fixați în memorie această stare de bine, plăcere. Dacă emoția e negativă, imaginați-vă că ea s-a transformat într-o sferă de foc și încet arde, dispare. Urmări-ți cum se schimbă percepția interioară după ce emoția s-a evaporat. Aveți grija ca în locul ei să trimiteți căldură, liniște pentru a mângâia organul

afectat. Vizualizați ce culoare, formă are acum locul eliberat. Inspirați și expirați adânc de trei ori. Deschideți ochii.

6. Patru metode de înlăturare a tensiunii emoționale sau fizice [124, p. 10]

Scop: Diminuarea sau înlăturarea tensiunii emoționale sau fizice.

Tehnica „Musca”

Scop: Înlăturarea tensiunii din mușchii feței.

Descriere: Așezați-vă comod, puneți mâinile pe genunchi, umerii lăsați-i liber, capul lăsat în jos, ochii închiși. Imaginați-vă că pe fața d-voastră încearcă să se așeze o muscă. Ea se așează când pe nas, când pe gură, frunte, ochi, obraji. Sarcina este ca fără a deschide ochii să alungați musca de pe față, prin mișcări ale mușchilor feței.

Tehnica „Lămâia”

Scop: Controlul stării de tensiune și relaxare a mușchilor.

Descriere: Așezați-vă comod. Mâinile le puneți pe genunchi cu palmele deschise în sus. Umerii și capul lasat în jos, ochii închiși. Imaginați-vă că aveți în mâna dreaptă o lămâie, din care încercați să stoarceți tot sucul. După ce ați stors tot, relaxați mâna. Memorizați starea de relaxare. Apoi efectuați aceleași acțiuni cu mâna stângă. În final, realizați exercițiul cu ambele mâini. Concentrați-vă pe starea de relaxare.

Tehnica „Înghetata”

Scop: Controlul stării de tensiune și relaxare a mușchilor.

Descriere: Stați în picioare, cu mâinile ridicate în sus. Imaginați-vă că sunteți o înghețată. Încordați toți mușchii corpului și memorizați această stare. Apoi imaginați-vă că ați nimerit sub razele soarelui și încetul cu încetul vă topiți. Corespunzător, încetul cu încetul relaxați mușchii, începeți cu mușchii labei picioarelor, genunchii, până ajungeți la mușchii feței. Efectuați exercițiul de câteva ori. Se poate efectua și culcat.

Tehnica „Balonul”

Scop: Controlul stării de tensiune și relaxare a mușchilor.

Descriere: Stați în picioare, cu mâinile ridicate în sus. Imaginați-vă că sunteți un balon. Inspirați aer și stați așa 1-2 min. Apoi imaginați-vă că în balon a apărut o fisură și iese aerul. Respectiv, odată ce expirați aerul, relaxați musculatura corpului. Memorați starea de relaxare. Efectuați exercițiul de 2-3 ori.

Ritualul de adio.

ȘEDINȚA nr. 6

Scop: Conștientizarea problemelor ce sunt generate de stres și explorarea soluțiilor eficiente care să permită regăsirea unui echilibru profesional și spiritual.

1. **Salutul** „Dacă aș fi...” [101, p. 33]

Scop: Includerea în atmosfera de lucru.

Materiale necesare: foi pentru notițe, un coș, stilouri

Descriere: Moderatorul distribuie participanților câte o foaie pentru notițe și-i pe aceștia roagă să noteze răspunsurile la următoarele întrebări:

Dacă aş fi floare, aş fi.... De ce?

Dacă aş fi carte, aş fi....De ce?

Dacă aş fi animal, aş fi.... De ce?

Apoi foițele împăturite se adună și se pun într-un coș. Participanții își iau câte o foiță din coș și încearcă, în baza răspunsurilor, să ghicească cui aparține. În caz că nu reușesc, grupul îi ajută. Dacă a fost trasă propria foiță, moderatorul o schimbă.

Reflecții: Cum v-ați simțit pe parcursul exercițiului? Ce a fost mai dificil să vă identificați cu ceva anume sau să explicați alegerea? Ce v-a determinat să credeți că răspunsurile aparțin persoanei numite?

2. Exercițiul „Masca” (tehnică art-terapie) [129, p. 383]

Scop: De a conștientiza faptul că nu suntem singuri în fața stresului și că el poate avea și efecte pozitive.

Materiale necesare: foi de hârtie albă și colorată, foarfece, clei

Descrierea: Moderatorul anunță: „Mergeți la bal mascat. Acolo va fi El – factorul stresor al dvs, vă gândiți la o situație concretă, în cadrul activității dvs de muncă. Sarcina e să-i identificați părțile negative și pozitive, apoi să scrieți ce sau cine v-ar putea ajuta să depășiți situația. Următoarea sarcină este să vă confecționați o mască ce ar putea să vă protejeze în fața Stresului. Pentru aceasta utilizați informația avută pe hârtia dvs pe care o treceți pe hârtie colorată, din care confecționați masca. Este important ca să găsiți un loc pe mască unde să puneți și părțile pozitive, dacă le-ați identificat, a situației stresante”. După ce toți participanții își confecționează masca, fiecare o prezintă în fața colegilor.

Reflecții: Poate în general stresul să fie pozitiv? De ce da și de ce nu? Cum a fost să găsiți părțile negative și pozitive? Dar să vă confecționați masca?

Comentarii: În fiecare situație din viață putem găsi ceva pozitiv. Important e să nu ne pierdem curajul în fața problemelor apărute. Și să țineți minte că tot timpul vă poate ajuta masca împotriva stresului.

3. Exercițiul „Atingerea obiectivelor” [110, p. 130]

Scop: Dezvoltarea abilităților de formare a unui plan pentru atingerea obiectivelor.

Materiale necesare: foi de hârtie, stilouri, plicuri cu timbre poștale, registrul Scopurilor greu de atins, fișa de lucru Atingerea obiectivelor (Anexă)

Descriere: Moderatorul anunță: „În continuare veți primi fișa de lucru Atingerea obiectivelor. În fișă veți găsi o serie de întrebări, care constituie, de fapt, etapele necesare pentru realizarea unui obiectiv din viața noastră. Deseori, când avem de rezolvat o problemă, ne focalizăm pe esența ei și uităm că, de fapt, trebuie să vedem cum putem să o rezolvăm. Odată scrise, etapele rezolvării nu vor mai fi prea atât de neatinse și greu de obținut. Totul pare de nerezolvat până la primul pas. Așadar, vă rog să vă gândiți la o problemă concretă, informația va fi confidențială. După ce veți finaliza de scris, o să punem un sigiliu pe foaie și o să semnați în Registrul Scopurilor greu de atins. Apoi o să puneți foaia într-un plic pe care o să notați adresa dvs. După încheierea ședinței de azi, o să trimit scrisorile prin poștă.

Reflecții: Cum v-ați simțit pe parcursul exercițiului? A fost dificil să depășiți situația chiar și pe foaie? Cum credeți că o să vă ajute cele scrise de dvs? Cum o să primiți/reacționați când o să primiți scrisoarea acasă?

4. Exercițiul „Drumul vieții” [126, p. 30]

Scop: Formarea deprinderilor de a planifica viața, de a identifica care scop, problemă necesită mai multă atenție și care este minoră.

Materiale necesare: foi de hârtie, clei, hârtie colorată, creione, reviste, foarfecă, fotografiile participanților

Descriere: Participanții vor realiza un colaj la tema „Drumul vieții”. Lor li se dă următoarea instrucție: „Imaginați-vă că mergeți pe un drum care se numește „Viața”. De unde mergeți și încotro? Care sunt principalele reușite, succese? Cine sau ce vă ajută și cine sau vă împiedică? Ce și cine vă înconjoară? Și încotro doriți să ajungeți? Faceți, vă rog, un colaj ce ar reflecta drumul vieții dvs, în trecut, prezent și viitor. Cine vă înconjoară, care vă sunt scopurile și ce succese deja aveți”. Pe lângă materialul ce se utilizează de obicei, participanții sunt rugați să aducă și câteva foto, care va da o notă mai personalizată colajului. După îndeplinirea colajului, participanții îl vor prezenta grupului, îndeplinind rolul de ghid prin propria viață.

Reflecții: Ce a fost mai dificil de prezentat: trecutul, prezentul sau viitorul? La ce v-a ajutat exercițiul dat? De ce este important să ne formulăm clar scopurile pentru viitor?

5. Evaluarea.

6. Ritualul de adio.

ȘEDINȚA nr. 7

Scop: Conștientizarea problemelor ce sunt generate de stres și explorarea soluțiilor eficace care să permită regăsirea unui echilibru profesional și spiritual.

1. Salutul, Exercițiul „Darul” [120, p. 131]

Scop: Stabilirea unei atmosfere favorabile în grup.

Descriere: Fiecare participant trebuie să facă un dar virtual vecinului. Este de dorit ca cel ce face darul să se atingă de mâna celui ce primește. Darul este descris cât mai frumos și cu amănunte. Jocul este început de moderator, pentru a demonstra cum poate fi făcut un dar virtual. Activitatea se încheie când moderatorul își primește darul.

2. Exercițiul „Ce pot face pentru mine?”

Scop: Identificarea activităților, comportamentelor ce pot diminua nivelul de stres.

Materiale necesare: fișe de lucru, stilouri

Descriere: Participanții primesc câte o fișă pe care trebuie să noteze:

1 – Ce fac sau pot face ca să-și micșoreze nivelul de stres;

2 – De ce activitățile respective îi ajută să reziste tensiunii psihice și fizice.

De ex: mă joc cu băiețelul meu – jucându-mă cu el, mă molipsesc de bucuria lui, simt că tot ce fac e pentru el....

Reflecții: Cum v-ați simțit atunci când ați completat lista? Atunci când scriați, vă gândeați la o situație concretă sau la o emoție concretă?

3. Exercițiul „Cum pot să mă alint” [121, p. 193-194]

Scop: Cunoașterea metodei de micșorare a tensiunii descrisă de psihologul Madalina Berclin-Alen (1997)

Materiale necesare: foi de hârtie A4, stilouri, fișe cu recomandările autorului, flipchart, stikere

Descriere: Participanții primesc câte o foaie de hârtie pe care sunt rugați să scrie ce fac ca să se alinte, să-și facă plăcere și să-și restabilească echilibrul emoțional-spiritual. Informația pe care o vor scrie va fi confidențială. Participanții sunt rugați să nu tragă cu coada ochiului în foia vecinului și să nu-i întrebe ce au scris. La fel, ei trebuie să indice periodicitatea acelor activități. După ce toți participanții termină prima sarcină, moderatorul inițiază discuția la tema „Cât de important este ca uneori să facem ceva plăcut pentru noi”.

Apoi, grupul este împărțit în perechi și este rugat să elaboreze moto-uri ce ar conține ideea de ce este necesar uneori să ne alintăm. Fiecare pereche scrie moto-ul pe o coală de hârtie. În final sunt distribuite fișele cu recomandările Mădălinei Berclin-Alen. Participanții trebuie: să bifeze acele recomandări care sunt realizabile, dar care le fac rar sau deloc; să completeze lista cu două trei recomandări proprii, pe care le scriu pe stiker și ulterior le lipesc pe foaia cu moto-uri.

Recomandările Mădălinei Berclin-Alen:

1. Mariți cu o jumătate de oră de pauză de masă (evident cu permisul managerului);
2. Permiteți-vă să rămâneți un anumit timp singur;
3. Rezervați-vă timp pentru hobby;
4. Faceți-vă un mic cadou (un buchet cu flori, bilet la teatru, o cină la restaurant etc.);
5. Permiteți-vă o jumătate de zi pe săptămână să nu faceți nimic;
6. Faceți ceea ce demult ați dorit dar nu aveți timp;
7. În week-end permiteți-vă să dormiți mai mult;
8. Lăudați-vă în fața prietenilor sau familie cu realizările proprii;
9. Cumpărați-vă ceva.

Reflecții: Care metodă de a ne alinta v-a plăcut cel mai mult? Care recomandări o să încercați să le realizați în viitor? De ce oamenii nu-și fac timp pentru ceea ce le place?

4. Exercițiul „Hârtia boțită”, tehnică proiectivă [126, p. 18]

Scop: Identificarea soluțiilor noi, nestandarde, în rezolvarea problemelor

Materiale necesare: hârtie A4, stilouri

Descriere: Participanții sunt rugați să-și amintească de o problemă și să o formuleze în trei patru propoziții, pe care le notează pe o foaie de hârtie. Apoi, această foaie este boțită bine-bine, după care este îndreptată. Participanții sunt rugați să privească atent foaia și să observe ce desen poate fi conturat pe urmele boțiturilor. Cu un creion trebuie să facă conturul acestuia. Următoarea etapă constă în a identifica cum poate ceea sau cel ce este desenat să ajute la rezolvarea problemei sus numite. Participanții sunt rugați să scrie cele mai neordinare soluții. După ce toți au scris, sunt grupați câte 3-4 persoane și se lucrează în grup. Fiecare citește problema, spune ce e desenat pe foaie și cum poate ceea ce a fost desenat să ajute la rezolvarea ei. Dacă unui participant din grup îi vine o nouă idee, aceasta este notată.

Reflecții: V-a ajutat acest exercițiu să vedeți noi soluții în rezolvarea problemelor? În ce situații de zi cu zi este binevenită această tehnică?

6. Exercițiul „Să ardem stresul”

Scop: Diminuarea tensiunii cauzată de un factor stresogen.

Materiale necesare: foi de hârtie, stilouri, chibrite și un vas unde să putem arde hârtiile

Descriere: Fiecare participant primește câte o foaie de hârtie și un pix. Ei sunt rugați să scrie despre o situație stresantă concretă. Trebuie să o descrie cum a început, cum a evoluat și care este situația actuală. Apoi, fiecare participant merge la urnă și sub aplauzele colegelor dă foc foi. Activitatea se încheie când a fost arsă ultima foaie.

Reflecție: Cum v-ați simțit pe parcursul activității? Dar când ați ars hârtia? V-a permis asta să vă simțiți un pic mai eliberat de problema care vă macină?

Comentarii: Studiile arată că scrisul despre situațiile și experiențele stresante pe care le trăim în viață ne ajută să reducem considerabil simptomele anumitor boli, cum ar fi astmul sau artrita reumatoidă. Un studiu publicat în anul 1999 în „Jurnalul Asociației Medicale Americane” arată efectele acestui tip de exercițiu asupra unui grup de pacienți care a scris despre cea mai stresantă întâmplare din viața lor. Exercițiul a presupus scrierea despre această experiență timp de 20 de minute zilnic, trei zile consecutiv. Cele mai frecvente experiențe amintite au fost reprezentate de decesul unei persoane dragi, dificultățile în relația de cuplu, o problemă gravă care a afectat pe cineva apropiat, implicarea sau faptul că au fost martori oculari la un accident de mașină sau un alt dezastru.

6. Complex de exerciții pentru relaxarea rapidă [132, p. 32]

Scop: Diminuarea nivelului de stres cu ajutorul tehnicilor de relaxare.

Descriere: Participanții sunt rugați să se ridice în picioare și să se deplaseze lângă perete.

1. Încruntați fruntea și încordați puternic mușchii frunții pentru 10 secunde. Relaxați-i pentru 10 secunde. Repetați de 5 ori, micșorând de fiecare dată timpul realizării tehnicii. Încercați să fixați ce simțiți la fiecare încordare-relaxare.
2. Închideți ochii și încordați pleoapele –10 secunde, apoi relaxați-le tot –10 secunde. Repetați exercițiul de 5 ori micșorând de fiecare dată timpul realizării tehnicii. Încercați să fixați ce simțiți la fiecare încordare-relaxare.
3. Încordați nasul (strâmbați din nas) –10 secunde, apoi relaxați – 10 secunde. Repetați exercițiul de 5 ori micșorând de fiecare dată timpul realizării tehnicii. Încercați să fixați ce simțiți la fiecare încordare-relaxare.
4. Strângeți buzele –10 secunde, relaxați-le –10 secunde. Repetați exercițiul de 5 ori micșorând de fiecare dată timpul realizării tehnicii. Încercați să fixați ce simțiți la fiecare încordare-relaxare.
5. Rezemați-vă și împingeți puternic cu fruntea în perete – 10 secunde, relaxați – 10 secunde. Repetați exercițiul de 5 ori micșorând de fiecare dată timpul realizării tehnicii. Încercați să fixați ce simțiți la fiecare încordare-relaxare.
6. Rezemați-vă cu umărul drept în perete și strângeți umerii – 10 secunde, relaxați-i –10 secunde. Repetați exercițiul de 5 ori micșorând de fiecare dată timpul realizării tehnicii. Încercați să fixați ce simțiți la fiecare încordare-relaxare.

7. Rezemați-vă cu umărul stâng în perete și strângeți umerii – 10 secunde, relaxați-i – 10 secunde. Repetați exercițiul de 5 ori micșorând de fiecare dată timpul realizării tehnicii. Încercați să fixați ce simțiți la fiecare încordare-relaxare.

Reflecții: Cum v-ați simțit pe parcursul exercițiului? Ați întâmpinat dificultăți? Există deosebiri în felul cum vă simțiți acum față de ce a fost până la exercițiu?

Evaluarea

Descriere: Moderatorul oferă o jucărie moale unui participant și îl roagă să răspundă la întrebările: Cu ce sentiment încheiați ședința noastră? Ce nou și important pentru dvs ați aflat astăzi? Jucăria este transmisă următorului participant.

8. Ritualul de adio.

ȘEDINȚA nr. 8

Scop: Formarea și dezvoltarea deprinderilor de autocunoaștere, cunoaștere interpersonală și creșterea nivelului de autoapreciere.

1. Salutul „Frumoasa adormită” [120, p. 56]

Scop: Crearea unei atmosfere favorabile desfășurării training-ului.

Descriere: Participanții stau în picioare, cu ochii închiși și mâinile încrucișate la piept. Sunt repartizați haotic prin odaia unde se desfășoară training-ul. Moderatorul se apropie de un participant, îl atinge și îi spune „Bună dimineața prințesa/reghina,/prințul sau regele”, Acesta la rândul lui merge la alt participant și la fel îl trezește din somn spunându-i „Buna dimineața” și atingându-l. Jocul se încheie după ce toți participanții au fost treziți.

2. Exercițiul „Formula personalității mele”

Scop: Creșterea nivelului de autocunoaștere și cunoaștere intrapersonală.

Materiale necesare: foi de hârtie, stilouri, flipchart, carioce

Descriere: Fiecare participant trebuie să elaboreze formula personalității sale. În ea pot fi utilizate calități fizice, psihice, semne algebrice: plus, minus, egal, înmulțit, împărțit, etc. Pot fi utilizate și semnele fizice, chimice (R^2OC (responsabilitate la pătrat, originalitate și corectitudine)), la dorință. Apoi fiecare scrie formula pe flipchart și o comentează.

Reflecții: Cum a fost să elaborați formula personalității dvs? Ați observat care calități se repetă? Cum credeți, de ce? De ce ați utilizat semnul minus? Dar plus?

Comentariu: Fiecare din noi este diferit, o vedem prin multitudinea de caracteristici invocate. În același timp, profesia de medic lasă amprentă asupra personalității noastre, la fel o observăm prin repetarea anumitor trăsături. Important e să conștientizăm că personalitatea noastră ca întreg este formată de o multitudine de trăsături, de aceea nu există oameni absolut pozitivi, după cum nu există oameni total negativi. Sarcina noastră e să avem răbdare să descoperim acel pozitiv, dând șansă individului să se realizeze.

3. Exercițiul „Pictograma energetică” [110, p. 143]

Scop: Identificarea imaginii de sine la momentul dat .

Materiale necesare: fișa de lucru „Eu sunt...” (Anexa 5. 3), stilouri

Descriere: Participanții stau așezați în cerc și primesc fișa de lucru „Eu sunt...”. Moderatorul anunță: „Veți plasa realizările pozitive și sentimentele benefice care vă însoțesc în sol – acestea vor fi rădăcinile dvs. În jurul corpului, așezați calitățile, ceea ce vă place la dvs și valorile cele mai importante. În centrul corpului, scrieți-vă prenumele urmat de: Eu sunt. Puteți să modificați pictograma, să adăugați elemente”.

Reflecții: Cum vi s-a părut exercițiul? A fost dificil? De ce este important pentru oameni să-și cunoască personalitatea? V-a ajutat exercițiul să vă descoperiți?

4. Exercițiul „Portretul meu” (tehnică art-terapie) [129, p. 382]

Scop: Autocunoașterea și creșterea autoaprecierii.

Materiale necesare: foi de hârtie albă, colorată, foarfecă, creioane, carioce, muzică instrumentală

Descriere: Participanții stau așezați în cerc, pe fon se aude o muzică plăcută, instrumentală. Moderatorul anunță: „Fiecare își ia câte o foaie A4 și o împarte cu o linie în două. Sus pe partea din dreapta scrieți „Eu - azi”, pe stânga scrieți „Eu - mâine”. Sarcina e să vă desenați portretul cum vă vedeți azi și mâine. Vă puteți reprezenta prin figuri de om, animale, plante, schematic sau utilizând tehnica colajului. Pentru lucru puteți utiliza materialele puse la dispoziție. Țineți minte că creând-vă portretul, trebuie să primiți plăcere. Important e nu cum e desenat, ci ce este desenat. Nimeni nu vă va pune note pentru tehnica desenului. După ce lucrările au fost finalizate, fiecare participant și-o demonstrează pe a sa și o explică colegelor. Se pot adresa întrebări la desene.

Reflecții: Cum v-ați simțit pe parcursul activității? A fost dificil să creați aceste imagini? Pe ce ați pus accentul când ați creat imaginea?

5. Evaluarea

Descriere: Moderatorul oferă o jucărie moale unui participant și îl roagă să răspundă la întrebările: Cu ce sentiment încheiați ședința noastră? Ce nou și important pentru dvs ați aflat astăzi? Jucăria este transmisă următorului

ȘEDINȚA nr. 9

Scop: Creșterea nivelului de autoapreciere și încredere în propriile forțe.

1. Salutul „Fotografia”.

Scop: Includerea în procesul de lucru.

Descrierea: Participanții stau așezați pe scaune. Moderatorul îi roagă să-și privească atent colegii, de parca i-ar fotografia. Apoi toți se întorc la 180 de grade, deci stau cu spatele în cerc. Moderatorul le pune la fiecare câte o întrebare:

- Cine sta la trei scaune după acele ceasornicului?
- Ce culoare are tricoul „Rodicăi”?
- Cum îl cheamă pe colegul ce sta la trei scaune după acele ceasornicului?
- În ce este îmbrăcat vecinul tău din dreapta?

După ce au fost numiți toți participanții măcar o dată, moderatorul roagă participanții să se întoarcă cu fața spre cerc și să verifice cât de corecți au fost.

2. Exercițiul „Scara succeselor” [126, p. 28]

Scop: Dezvoltarea abilităților de planificare a scopurilor propuse, pentru a face reală realizarea cu succes.

Materiale necesare: foi A4, stilouri

Descriere: Participanții sunt rugați să noteze pe foaie un scop pe care vor să-l atingă anul acesta. Apoi, desenează o scară cu 6 trepte. La scara de jos, notează care ar fi starea lor, dacă scopul nu va fi atins și două-trei caracteristici a acestei stări. La scara de sus – starea când scopul va fi atins și, la fel, 2-3 caracteristici. Ulterior participanții sunt rugați să se gândească la ce etapă în atingerea scopului se află acum și să însemne pe scară. La fel, trebuie notate 2-3 caracteristici a acestei stări. Următoarea sarcină: participanții trebuie să scrie ce anume trebuie să facă ca să se ridice cu un nivel în atingerea scopului. Ultima întrebare: când concret el va face ceva pentru realizarea scopului său?

Reflecții: Ce concluzii ați tras după realizarea acestei activități? În ce situații concrete puteți utiliza această metodă? De ce este bine să ai un plan, măcar și imaginar, de obținere a scopului?

3. Exercițiul „Eu mă iubesc, chiar și atunci când...”

Scop: Creșterea autoaprecierii, acceptarea eu-lui real, conștientizarea faptului că chiar și defectele pot fi transformate în calități.

Materiale necesare: foi A4, creioane colorate, pixuri

Descriere: Moderatoorul anunță: „Aveți în față câte o foie A4, desenați-vă sau scrieți-vă prenumele. Apoi, pe partea stângă a desenului, scrieți 3-5 trăsături fizice, psihice, comportamente proprii, care nu vă plac și pe care le considerați greu de schimbat, utilizând culori care vă displac. Mai jos, amintiți-vă câte o situație din viață, când trăsătura dată v-a ajutat, utilizați pixul. Apoi, în partea dreaptă scrieți „Eu mă iubesc chiar și atunci când... sunt morocănoasă, grasă, iute la mânie...”, utilizați culori care vă plac.”

Împărtășiți grupului minimum o trăsătură pe care o displaceți, dar care v-a ajutat la un moment dat.

Reflecții: Cum a fost să vă recunoașteți defectele? Cum credeți, cine e cel care decide că o anumită trăsătură ține de domeniul defectelor? Cum credeți, cum e mai bine să procedăm cu defectele: să le neglijăm, să le distrugem sau să le reorientăm în folosul nostru?

Comentarii: Fiecare din noi este unic. Nu există oameni fără defecte. Țineți minte că cei care vă iubesc, vă apreciază ca întreg, indiferent de anumite defecte. Iubiți-vă și veți fi iubit. Încrederea în sine ne da un mai bun discernământ asupra a ceea ce trăim, simțim. O mare încredere de sine nu poate fi transmisă de la o persoană alteia. Trebuie formată, oarecum moștenită de la cei lângă care ai crescut. Să înveți să-ți iubești defectele, rezolvi problemele, conflictele, să știi să comunici cu cei din jur, să ai o părere bună, realistă despre tine, să fii într-o bună relație cu tine însuși, nu poate fi decât bine pentru tine. Dar nu numai pentru tine, ci și pentru cei din jurul tău.

4. Exercițiul „Eu în ochii celorlalți”

Scop: Creșterea respectului de sine și crearea unei imagini de sine adecvate.

Descriere: Moderatorul anunță: Gândiți-vă, vă rog, la acele trăsături negative (cel puțin 2) pe care credeți că le aveți după spusele altora. Notați-le pe foaie. Pentru a verifica cât de veridice sunt ele, vă puneți următoarele întrebări:

1. Cum credeți, este adevărat acest lucru?
2. Ce vă face să credeți că aceasta e adevărat?
3. Care este reacția dvs când acceptați acest lucru?
4. Problema constă nu în ce cred alții despre noi, ci în ce credem noi că cred alții despre noi. Așadar, cum a-ți fi dacă a-ți ști că nu sunteți așa?

Notați răspunsul.

Comentarii: De fiecare dată când o să aveți impresia că cineva crede despre dvs (și vă uitați în foaie ce ați scris la trăsături negative văzute de alții), amintiți-vă de ce a-ți scris la ultimul punct. Nu lăsați imaginația să acopere realitatea.

5. Evaluarea „Mulțumesc pentru o activitate interesantă”

Descriere: Participanții sunt așezați în cerc. Moderatorul anunță: Un participant, la dorință, va trece în centrul cercului, apoi un alt coleg va merge și îi va strânge mâna, și îi va spune „Mulțumesc pentru o activitate interesantă”. Apoi se apropie al treilea participant, ia mâna liberă a unuia din primii doi colegi și îi spune: „Mulțumesc pentru o activitate interesantă”. Astfel, grupul din mijlocul sălii se mărește și toți se țin de mână. Când grupului i se alătură ultimul participant, moderatorul se alătură și închide cercul. Se încheie activitatea prin strângerea de mâini de trei ori.

6. Ritualul de adio.

ȘEDINȚA nr. 10

Scop: Creșterea nivelului de autoapreciere și încredere în propriile forțe.

1. Exercițiul „Calificativul”

Scop: Includerea în procesul de lucru.

Descriere: Participanții sunt rugați pe rând să continue propozițiile:

Portocala poate fi...

Ziua poate fi....

Casa poate fi....

Cerul poate fi...

Medicul poate fi...

Prietenia poate fi...

Succesul poate fi....

Munca poate fi...

Prietenul poate fi...

2. Exercițiul „Plus și minus” [126, p. 24]

Scop: Dezvoltarea gândirii pozitive, conștientizarea faptului că aprecierea situației depinde nu atât de evenimentele propriu zise, ci de percepția noastră.

Descriere: Fiecare participant este rugat să se gândească și să noteze pe o foaie un eveniment pozitiv și unul negativ din viața lui. Apoi participanții se grupează în 3 - 4 grupe. Aici, fiecare își prezintă evenimentele notate și încearcă împreună cu ceilalți colegi să identifice trei părți pozitive și trei părți negative la fiecare eveniment. După discuții, câte un reprezentant de la fiecare grup prezintă toate evenimentele.

Reflecții: Puține din evenimentele din viața noastră le putem eticheta ca fiind absolut pozitive sau absolut negative. Cum credeți, de ce ne vine atât de greu să vedem pozitivul? La ce poate duce categorisirea evenimentelor din viața noastră doar în bune și rele? Cum putem depăși o astfel de percepție?

3. Exercițiul „Imaginea mea în viziunea celorlalți” [110, p. 145]

Scop: Identificarea diferențelor și coerențelor dintre ceea ce credem noi despre propria persoană și ceea ce credem noi că cred alții despre noi.

Materiale necesare: fișa de lucru „Ce auziți din partea colegilor (și a altor persoane) privitor la...” (Anexa 5. 4), stilouri

Descriere: Moderatorul anunță: „Vă rog să completați fișa primită.” După ce fișa a fost completată, moderatorul roagă participanții să compare datele din fișa dată cu cele din fișa de lucru „*Eu sunt...*”.

Reflecții: Părerea pe care ceilalți o au asupra dvs coincide cu aprecierea pe care o aveți asupra propriei persoane? Dacă da, felicitări! Dacă nu, cum credeți de ce? Ce anume sunteți gata să modificați pentru a obține o mai bună coincidență și a vă pune mai bine în valoare?

Comentariu: În societatea contemporană, noi căutăm o fericire esențial materială, așadar, în exteriorul nostru, pentru a ne asigura și securiza într-o asemenea măsură, încât am deraiat și am uitat adesea cine suntem cu adevărat, în ceea ce avem mai profund, adică identitatea noastră, valorile noastre, aspirațiile noastre și ceea ce vrem cu adevărat, pe scurt, ceea ce face forța noastră! Și iată că mulți dintre noi se plâng de lipsa de încredere, ceea ce este foarte natural! Suntem adevărați curenți de aer într-o lume în plină mișcare și din ce în ce mai competitivă, unde fiecare se precipită, din păcate, să trimită celuiilalt partea lui de umbră, în loc să trimită partea însorită. Haos al valorilor, pierderea de identitate, depărtarea de sine, toate ingredientele necesare pentru absența reprezentării de sine, singurul vector de forță ce aparține individului. Această absență de sine este, fără îndoială, cea mai mare catastrofă personală care ni se poate întâmpla. A uita sau a nega ceea ce suntem în mod profund, este semnul unei flagrante și monstruoase lipse de respect față de splendoarea, bogăția și complexitatea a tot ceea ce suntem.

4. Exercițiul „Patru colțuri” [120, p. 53]

Scop: Dezvoltarea abilităților de autocunoaștere și cunoaștere interpersonală.

Descriere: Se oferă accesul liber la toate patru colțuri ale odăii unde se desfășoară training-ul. În fiecare colț, moderatorul înțeie o foaie pe care e scrisă alegerea. Participanții aleg în ce colț să meargă și povestesc colegilor de ce a ales anume acest colț. E de dorit să memoreze componența grupului.

Alegerile pentru colțuri:

Culori: roșu, albastru, verde și galben

Anotimpuri: Iarna, Primăvara, Vara și Toamna

Calități ce asigură succesul în medicină: sociabilitatea, inteligența, empatia, toleranța.

Ce apără de burnout: stima de sine înaltă, coeziunea grupului, susținerea din partea familiei, colegi înțelegători, pacineți binevoitori.

De ce ați ales profesia de medic/asistent medical: mi-a plăcut, consider că doar în această profesie pot să-mi realizez potențialul, așa au fost circumstanțele, așa au vrut părinții.

Sunt expuși sindromului burnout acei lucrători medicali care: nu-și iubesc profesia, vor să facă mai mult decât pot, cei cărora nu li se permite să facă ceea ce pot, cei care nu sunt satisfăcuți de salariu.

Reflecții: Cu cine cel mai des v-ați întâlnit? Cu cine niciodată nu v-ați întâlnit? Ce ați aflat nou despre colegi? V-au surprins anumite explicații?

A doua etapă a exercițiului: participanților li se citesc cele patru oferte și ei trebuie să scrie repede cum cred la ce colț vor merge colegii. Apoi toți se duc la colțul ales. După aceea, moderatorul citește bilețelele. Pentru a grăbi desfășurarea activității, prenumele participanților sunt scrise din timp pe bilețele, rămâne de scris doar numărul colțului. Persoanelor care au ghicit cel mai mult li se dă un premiu – o ciocolată.

De ce ați ales profesia de medic: mi-a plăcut; consider că doar în această profesie îmi pot desfășura potențialul; așa a vrut mama; așa au fost circumstanțele.

Sunt expuși sindromului burnout acei lucrători medicali care: nu-și iubesc profesia; doresc să facă mai mult decât pot; cei cărora nu li se permite să facă ce pot; nu sunt satisfăcuți de salariu.

Reflecții: Ce v-a făcut să credeți că cineva anume va alege colțul dat?

5. Exercițiul „Invitație la discuție”

Scop: Autocunoașterea și intercunoașterea, identificarea rolului imaginii de sine în succesul profesional.

Materiale necesare: muzică instrumentală liniștită, mese, lumânări parfumate, flori, cafea, ceai la dorință, etc., tot ce ar face atmosfera de restaurant cât mai aproape.

Descriere: Tehnica a fost propusă de Klaus W. Vopel și presupune discutarea unei teme propuse de către moderator în condiții mai degajate. Moderatorul are sarcina să inducă grupul în atmosfera unui restaurant.

Temele discuției: „Care sunt deosebirile între un medic/asistent medical realizat în profesie și unui nerealizat? Care sunt cauzele eșecului în medicină de cele mai multe ori? Care este relația între eșecul în medicină și sindromul burnout?” Grupul se mișcă liber prin spațiul rezervat training-ului. Moderatorul anunță: „O masă pentru doi, vă rog!” Toți se așează câte doi la mesele rezervate și încep discuția. E nevoie să identifice 2-3 deosebiri, explicații. După 5 min., moderatorul anunță: „O masă pentru patru, vă rog!” Participanții se grupează câte patru la masă. Prezintă ideile avute și le compară cu cele ale partenerilor. Identifică dacă sunt asemănări, deosebiri. Dacă apar noi idei, se notează și ele. Apoi se alege câte un participant care va prezenta și argumenta ideile grupului. Dacă vreo idee este susținută doar de un singur participant, acesta iese și își argumentează propunerea.

Reflecții: Cum a fost să vă apărați argumentele, propunerile? Ați întâlnit obstacole? Cum explicați lipsa ideilor contrare? Dar multitudinea de similitudini? Care e rolul imaginii de sine în satisfacția în muncă?

6. Evaluarea

Participanții răspund pe rând la întrebările de mai jos.

- Ai aflat ceva noi la această ședință?
- Ce ți-a plăcut?
- Ce nu ți-a plăcut?
- Ce culoare are acum dispoziția ta?

7. Ritualul de adio.

ȘEDINȚA nr. 11

Scop: Dezvoltarea gândirii pozitive prin repolarizarea gândirii, ceea ce permite identificarea părților pozitive a lucrurilor aparent negative.

1. Salutul „Se schimbă cu locurile cei care...”

Scop: Crearea unei atmosfere pozitive în grup și cunoașterea interpersonală.

Materiale necesare: scaune

Descriere: Participanții și moderatorul stau așezați pe scaune în cerc. Moderatorul scoate din joc scaunul său și anunță: „Voi anunța o calitate, un lucru, și dacă îl aveți trebuie repede să vă schimbați cu locurile cu alți colegi care au aceeași calitate, lucru. De fiecare dată un scaun va fi scos. Cel care nu va reuși să ocupe un scaun, va conduce jocul mai departe”. Jocul se desfășoară până la 10 enunțuri.

Model de enunțuri: Se schimbă cu locurile cei care au un frate; sunt sociabili; sunt bruneți; blonzi; au ochi verzi; sunt necăsătoriți etc.

2. Exercițiul „Norocosul”

Scop: Modificarea abordării lucrurilor aparent negative și găsirea cuvintelor potrivite pentru a produce rezultate neașteptate și pozitive.

Materiale necesare: hârtie A4, pixuri

Descriere: Participanții primesc câte o foaie de hârtie. Moderatorul anunță: „Orice s-ar întâmpla în viață, încercați să găsiți partea pozitivă a lucrurilor, aceasta vă va ajuta să depășiți mai ușor problemele. Haideți să încercăm! Găsiți și scrieți, momentele pozitive în situațiile date:

Ieșiți din casă ca să mergeți la serviciu, dar afară a început să plouă.

Nu aveți bani să mergeți în concediu.

Șeful n-a vrut să vă dea liber și ați pierdut o conferință importantă.

V-ați pregătit toată noaptea pentru o prelegere nouă, dar studenții au chiulit de la ore.”

După ce au fost scrise părțile pozitive, participanții le citesc colegilor. Cel care a reușit să identifice 5 părți pozitive la o situație este nominalizat ca fiind „Norocosul” și primește o ciocolată.

Reflecții: A fost dificil să găsiți partea pozitivă a tracasărilor cotidiene? V-a ajutat această activitate să priviți altfel lucrurile? A întâmpinat cineva greutăți în îndeplinirea sarcinii propuse? La ce punct și cum explicați aceasta?

3. Mini prezentarea „Ce este gândirea pozitivă”

Descriere: Gândirea pozitivă reprezintă atitudinea mentală de a te aștepta la bine și la rezultate favorabile. Cualte cuvinte, **gândirea pozitivă** e procesul de creare a gândurilor care creează și transformă energia în realitate. O minte pozitivă așteaptă fericire, sănătate și un sfârșit fericit din orice situație. Cu toții avem stări bune și rele, însă persoanele la care gândirea negativă devine o stare aproape permanentă sunt supuse unor stări psihice și somatice cu efecte dezadaptative pentru întregul organism, au un sistem imunitar scăzut, îmbolnăvindându-se repede și refăcându-se greu, sunt dispuse la anxietate, depresie, fobie socială, incapabile să vadă și să se bucure de lucrurile bune care li se pot întâmpla. În fața unor situații noi, nefamiliare, stresante sau frustrante, oamenii se angajează diferit în analizarea și soluționarea lor. Unii se implică activ, constructiv, pe când alții, pasiv, neconstructiv. Primii pun în funcțiune gândirea pozitivă și își spun „se poate” „este greu, însă posibil”, „să văd cum pot soluționa problema”. Ceilalți însă pun în funcțiune gândirea negativă și consideră că „nu se poate”, „nu am nici-o șansă”, „nu voi fi în stare să găsesc o soluție”, ei îl pun pe „nu” în față. Cei care gândesc pozitiv nu se întreabă „dacă se poate”, ci mai degrabă „când” și „cum” vor trece la acțiune pentru a-și atinge obiectivele, în timp ce aceia care gândesc negativ își spun „oricât aș încerca, nu voi reuși, viața-i grea!”.

Întrebare pentru auditoriu: Cum credeți, când și cine sau ce influențează modul nostru de gândire? De ce unii oameni văd paharul pe jumătate plin, iar alții pe jumătate gol?

Rolul familiei: Oameni primesc de mici o educație care le influențează modul de a privi viața, pozitiv sau negativ, văzând și interpretând comportamentul persoanelor influente din mediul social în care se dezvoltă (părinți, bunici, prieteni, profesori), formându-și idei și principii despre sine și despre omeni, încredere sau nu în propriile forțe, această gândire devenind o atitudine proprie de viață.

Voi povesti o istorioară terapeutică:

„Dia-Păpădia”

Cică odată, tare demult, într-o câmpie, printre florile de acolo, apărură o tulpiniță nouă. Și cum treceau zilele, tulpinița privea tot mai mult spre soare. Mirate, se uitau și vecinele la ea. N-o mai văzuseră niciodată și așteptau să înflorească. Și se schimbau zilele unele cu altele, dar în câmpie nu se întâmpla nimic. Aproape că și florile uitaseră de ea. Numai că, într-o dimineață, sculându-se mai devreme o zări soarele. Oare ce-o fi cu ea de nu înflorește? Nu-mi simte căldura? Nu știe cine sunt eu? se-ntrebă acesta.

- Poate n-are flori, îi răspunseră florile soarelui.

- N-am haine frumoase și nu mă pot arăta vouă așa, se auzi glasul în lăcrimat al tulpiniței plângând. Soarele își petrecu razele în jurul ei și-i șopti: - Am să-ți croiesc eu una. Arată-te numai. Și-atunci floarea se deschise. Strălucea ca soarele, iar rochița-i de raze aurii umplea de căldură câmpia. Șoptind între ele, florile îi găsiră un nume. Și-ncepură să cânte: „Tu ești DIA-PĂPĂDIA/ Ce umple câmpia, /De rază, de soare /În amiaza mare.” Dia-Păpădia își ridică ochii

de raze spre soare. –Ești floarea mea de raze și de-acum luminează și zboară spre mine, murmură soarele privind-o cu drag.

Și de atunci, Dia-Păpădia nu se mai pierde-n câmpie, iar floarea-i de raze pornește în mângâierea vântului spre casa soarelui. Așa, în fiecare zi de vară.

Reflecții: Care este ideea acestei parabole? De ce trebuie să ne controlăm gândurile negative? Care ar fi consecințele unei gândiri negative?

Nu este suficient să știi doar că este bine să gândești pozitiv, trebuie să știi și cum s-o faci!

4. Activitatea „Până la limită” [126, p. 16]

Scop: contribuie la dezvoltarea abilităților de control a comportamentului în situații de risc și oferă material pentru discuții la tema: care comportament contribuie la obținerea succesului? De obicei, cei care nu ajung până la limită, sunt dominați de motivația de a evita eșecul.

Material necesar: o basma, cretă colorată

Descriere: Participanților li se leagă ochii și sunt rugați să ajungă până la o limită indicată, situată la o distanță de 5 - 6 m de la linia de start. Sunt rugați să se oprească atunci când ei consideră că au ajuns la linia indicată. Moderatorul are grijă ca participanții să nu se lovească și să nu schimbe direcția. În caz că grupa este mai mare de 12 persoane, e de dorit să fie împărțită în subgrupe. Dacă timpul permite, se poate de oferit participanților câte două încercări. Învingător este considerat cel care se oprește cel mai exact.

Reflecții: Care au fost dificultățile exercițiului dat? De ce v-ați condus atunci când ați decis să vă opriți? Care sunt calitățile, din punctul dvs de vedere, ce contribuie la succesul în acest exercițiu?

5. Exercițiul „Pozitivarea zilei, dimineața la trezire” [110, p. 117]

Scop: Dezvoltării abilităților de pregătire interioară, pentru a înfrunta în mod pozitiv situații negative.

Materiale necesare: muzică pentru relaxare

Descriere: Moderatorul anunță: „Unul din segmentele de timp cele mai propice și mai facile pentru a pozitiva ziua îl reprezintă momentul trezirii, chiar înainte de a deschide ochii. În aceste clipe, creierul se găsește exact în starea alfa, momentul ideal pentru a vizualiza tot ce am dori să se întâmple și să se realizeze mai bine în timpul zilei. Să experimentăm:

1. Sunteți în pat și tocmai v-ați trezit. Păstrați ochii închiși și vizualizați momentele importante ale zilei timp de câteva secunde.
2. Rezervați suficient timp pentru a vizualiza primul eveniment important și imaginați-vă că totul se petrece foarte bine, ca într-o lume ideală: ați prezentat raportul, ați desfășurat ședința de lucru, ați reușit să convingeți șeful secției să vă permită să plecați la o stagiere etc. Examinați tot ceea ce faceți, ascultați cu atenție tot ce se spune și apreciați intens toate senzațiile benefice ale acestei vizualizări.
3. Treceți astfel în revistă fiecare eveniment important al zilei.
4. Deschideți acum ochii și fiți atent, pe toată durata zilei, la ce se va întâmpla pozitiv în treburile dvs. Excelente surprize vă așteaptă!”

Comentarii: În pofida simplității tehnicii date, ea ajută mult la repolarizarea gândirii. Încercați-o și vă veți convinge că gândirea pozitivă este posibilă.

6 Exercițiul „Autotreningul gândirii pozitive”

Scop: Însușirea metodelor de autotrening a gândirii pozitive.

Describeire:

a) *tehnica „Tăiem și aruncăm”*: Ajută la combaterea gândurilor negative. Dacă apar gânduri de genul: „mie iarăși nimic nu-mi va ieși...”, „n-are niciun rost...”, atunci „tăiați și aruncați”. Faceți asta printr-un gest rapid cu mâna dreaptă, de parcă ați tăia ceva și aruncați. Încercați să vizualizați această mișcare. După ce ați aruncat, încercați să vizualizați procesul de înlocuire a gândului precedent cu ceva mai pozitiv. Vizualizați cum ideea pozitivă prinde rădăcini. Totul va fi bine!

b) *tehnica „Baloanele de săpun”*: Dacă vă este frică să realizați ceva, încercați să vă desenați schematic pe o foaie. Pe de o parte, desenați cum ies din cap baloane de săpun. În fiecare balon scrieți câte un gând care nu vă lasă în pace, vă montează negativ: „Eu nu pot.”, „N-o să reușesc”, „N-o să reușesc”. Iar din altă parte desenați cum zboară spre baloane săgeți pe care scrieți „Eu pot”, „O să reușesc”, „O să mă descurc”. Desenați explozia la fiecare balon de săpun. Accentuați încă o dată cu pixul enunțurile pozitive.

c) *tehnica „Eticheta”*: Dacă vă macină un gând negativ, încercați să vă îndepărtați de el (imaginativ) și să-l observați dintr-o parte. Puteți nu numai să vizualizați scoaterea acestei idei din capul dvs, dar și să îndepliniți acțiuni asupra ei.

De exemplu, să o colorați cu o culoare aprinsă. Trebuie să ținem minte că gândurile negative au putere asupra noastră numai dacă le permitem să ne blocheze conștiința și să dea naștere la emoții negative. Odată ce încetați să reacționați, ele își pierd din putere. Repetați de câte ori puteți: „Aceasta este doar un gând negativ, nu e realitatea!”

d) *tehnica „Preamărirea”*: Gândul negativ mai poate fi distrus și prin premărirea și transformarea lui în ceva haios.

e) *tehnica „Recunoașterea calităților”*: Ajută în caz de autocritică ridicată. Una din recomandări e să conștețitiți că dvs, ca și alți oameni, nu puteți și nici nu trebuie să fiți perfect, ideal. Dar sunteți suficient de bun pentru a trăi, a vă bucura de viață și a avea succes. Așa că, în fiecare dimineață, priviți-vă în ochi în oglindă și spuneți, cel puțin de trei ori: „Nu sunt ideal/ă, dar sunt suficient de bun/ă, deștept/ă, frumos/ă, sănătos/ă ca să am dreptul să trăiesc sub soare”. Zâmbiți!!!!

7. Evaluarea.

8. Ritualul de adio.

ȘEDINȚA nr. 12

Scop: Consolidarea materialului, evaluarea progresului participanților.

1. Exercițiul „Plicul cu urări de bine” [128, p. 179]

Scop: Creșterea autoaprecierii prin utilizarea feedback-ului pozitiv.

Materiale necesare: plicuri cu numele și prenumele participanților, a moderatorilor, foi pentru notițe, pixuri

Descriere: Fiecare participant trebuie să scrie pe o foaie urări de bine, mulțumiri, tot ce crede el de cuviință pentru fiecare membru al grupului. Activitatea se încheie atunci când toți și-au primit urările de bine.

2. Povestea terapeutică „Șemineul” (în baza parabolei Căminul) (Anexa 5. 7)

Scop: Identificarea părților negative a workcoholismului; determinarea calităților esențiale necesare pentru depășirea dependenței de muncă.

Descriere: „Participanții sunt rugați să se așeze în cerc. Moderatorul anunță: În continuare voi prezenta o poveste, care sper să vă trezească curiozitatea.”

Reflecții: Cum credeți, care este mesajul acestei povești? Cum ați defini starea în care se află eroul nostru? Cum credeți, care a fost greșeala „Căminului”? Dar a oamenilor? De ce „Căminul” n-a înțeles unde a greșit? S-a simțit cineva ca și „Căminul” vreodată? Cum ați depășit situația dată? Ce recomandări ați face „Căminului”? Cum ați schimba povestea ca să aibă un final fericit?

Comentariu: Foarte des persoanele workcoholice cad pradă sindromului burnout. Prețul însă este foarte mare. Sindromul burnout erodează sănătatea, stima de sine, creează tensiuni în relațiile cu familia, prietenii și colegii. Scăderea performanței și sentimentul de incompetență creează un cerc vicios ce duce la disperare. Victimele sindromului burnout sunt nerăbdătoare, prea critice, suspicioase și sunt convinse că toată lumea vrea să le facă viața dificilă. De aceea este important ca la primele simptome ale workcoholism-ului să intervenim, atât la nivel individual, cât și la nivel organizațional, preîntâmpinând dezvoltarea sindromului burnout.

3. Exercițiul „Valiza”

Scop: Să ofere feedback pozitiv altor persoane cu privire la transformările realizate.

Descriere: Pe spatele fiecărui participant se prinde câte o foaie curată. Moderatorul anunță că, de regulă, „pentru a pleca în călătorie oamenii își pregătesc o valiză cu toate cele necesare. La fel și noi, astăzi, plecăm în lumea mare și avem nevoie de o valiză, pe care ne ajută s-o strângem toți ceilalți membri ai grupului. În această valiză veți pune ceea ce considerați că-l va ajuta pe posesor în relațiile sale cu alte persoane, adică acele lucruri și calități pe care le admirați sau apreciați la el, precum și sfaturi, doleanțe. E necesar să-i amintiți și trăsăturile negative, de care medicul/asistentul medical trebuie să se debaraseze pentru ca viața lui să devină mai plăcută și productivă. Începeți!”. Este necesar ca toți participanții să primească câte un mesaj de adio de la ceilalți membri ai grupului. Participanții își vor lua foile acasă ca amintire.

Notă: Se va scrie direct pe foaia prinsă de spate.

4. Discuții la tema: Ce am învățat despre epuizarea profesională?

Scop: Identificarea gradului de percepere și memorizare a informației despre epuizarea profesională.

Descriere: Participanții sunt rugați să răspundă la următoarele întrebări:

- Ce este sindromul burnout?
- Cine poate dezvolta acest sindrom?
- Cum identificăm o persoană cu sindrom burnout?
- Care sunt principalele cauze în cazul lucrătorilor medicali?
- Cum ajutăm o persoană care suferă de sindrom burnout?
- Cum prevenim sindromul burnout?

Discuții libere.

5. Evaluarea nivelului epuizării profesionale

Se aplică chestionarul „Maslach Burnout Inventory”.

6. Ancheta „Evaluarea ședințelor”

Scop: Evaluarea reușitei moderatorului și trainingului.

Fiecare participant răspunde la ancheta „Evaluarea ședințelor”.

Anexa 5. Programul de diminuare a stresului ocupațional și prevenire a sindromului burnout la personalul medical (fișe de lucru)

Anexa 5. 1. Fișa de lucru „*Cele cinci realizări ale mele*”

Realizarea 1.....
Ce sentiment fericit și pozitiv simțiți?.....
Realizarea 2.....
Ce sentiment fericit și pozitiv simțiți?.....
Realizarea 3.....
Ce sentiment fericit și pozitiv simțiți?.....
Realizarea 4.....
Ce sentiment fericit și pozitiv simțiți?.....
Realizarea 5.....
Ce sentiment fericit și pozitiv simțiți?.....

Anexa 5. 2. Fișa de lucru „*Atingerea obiectivelor*”

Ce vreau să fac? Ce obiectiv doresc să ating?

.....

Care va fi avantajul acestui obiectiv?

.....

Mi-aș putea imagina acest obiectiv cu toate avantajele sale?

.....

De ce am nevoie pentru a-l realiza?

.....

Prioritizez acțiunile de întreprins după priorități:

1.
2.
3.
4.
5.

Ce trebuie să fac pentru a realiza aceste acțiuni?

1.
2.
3.
4.
5.

Există obstacole în realizarea lor? Dacă da, care anume? Ce pot face pentru a le înlătura?

1.
2.

3.
4.
5.

Îmi propun un termen deși îmi fixeaz o dată precisă pentru realizarea fiecărei acțiuni:

Decid că acțiunea nr. 1 trebuie realizată până pe.....

Decid că acțiunea nr. 2 trebuie realizată până pe.....

Decid că acțiunea nr. 3 trebuie realizată până pe.....

Decid că acțiunea nr. 4 trebuie realizată până pe.....

Decid că acțiunea nr. 5 trebuie realizată până pe.....

Mă angajez să respect, sub cuvând de onoare, datele pe care mi le-am fixat.

Scriș la....., Data

Semnătura

Anexa 5.3. Fișă de lucru „EU SUNT...”

1. Eu sunt.....
2. Eu sunt.....
3. Eu sunt.....
4. Eu sunt.....
5. Eu sunt.....
6. Eu sunt.....
7. Eu sunt.....
8. Eu sunt.....
9. Eu sunt.....
10. Eu sunt.....

Anexa 5. 4. Fișă de lucru „Ce auziți din partea colegilor (și a altor persoane) privitor la...”.

.... fizicul dvs?

Pozitiv.....

Negativ.....

Este justificat?.....

Cum știți?.....

....aspectul dvs?

Pozitiv.....

Negativ.....

Este justificat?.....

Cum știți?.....

....comportamentul dvs?

Pozitiv.....

Negativ.....

Este justificat?.....

Cum știți?.....

....psihologia dvs?

Pozitiv.....

Negativ.....

Este justificat?.....

Cum știți?.....

....relațiile cu ceilalți?

Pozitiv.....

Negativ.....

Este justificat?.....

Cum știți?.....

....felul dvs de a vedea și de a gândi?

Pozitiv.....

Negativ.....

Este justificat?.....

Cum știți?.....

Pentru că sunteți cu adevărat apreciat?

Este justificat?.....

Cum știți?.....

Anexa 5. 5 Fișa de lucru Studiul de caz

Fișa de lucru Studiul de caz

Alexandru, medic rezident neonatolog, 32 de ani, casatorit, are un copil.

A fost greu de la început! Când mi-am început meseria, voiam să cred că mă voi obișnui cu timpul, însă nu a fost să fie așa. Am pus mult suflet încercând să fac totul pentru pacienți. Asta m-a costat o relație dezastruoasă cu familia mea și începutul unor probleme de sănătate legate de sistemul nervos. Când am simțit că totul se duce de răpă, am început să caut unde am greșit și ce aș mai putea salva. Nu am crezut vreodată că o să ajung să-mi doresc să părăsesc serviciul, să devin irascibil când copilul meu solicită să se joace cu mine, iar apoi să mă simt vinovat că l-am respins. Am început chiar să întârzii conștient la serviciu ca să petrec timp mai puțin cu colegii și pacienții. Mă simt oboist și depășit de multitudinea de solicitări venite din familie și muncă. Simt că capul meu funcționează într-un fel, mâinile în altul, iar picioarele ma duc în altă parte.

Alexandru este unul dintre lucrătorii medicali care a participat benevol la investigația noastră, fiind identificat cu un nivel maxim al sindromului burnout. La recomandarea noastră, a urmat sesiunile Programului de reducere a stresului și prevenire a sindromului burnout.

Anexa 5. 6 Blocul informativ „*Sindromul burnout la lucrătorii medicali: cauze, simptome, consecințe, teorii și definiții*”

Sindromul burnout al angajaților este în atenția psihologilor de mai bine de 40 de ani. Practic, acesta capătă un aspect de epidemie. La prima vedere, s-ar părea că ceva nu este în regulă cu noi oamenii de am devenit atât de vulnerabili la stres. Totuși, majoritatea specialiștilor sunt de părerea că, de fapt, ceea ce s-a schimbat fundamental este locul și modul nostru de lucru. Astăzi, serviciul a devenit un loc rece, ostil, un mediu pretențios, ceea ce duce la epuizarea emoțională, fizică și spirituală. Cerințele zilnice exagerate legate de serviciu, de familie și de performanța proprie nu fac altceva decât să ne erodeze energia și entuziasmul. Ca rezultat, organismul nostru nu reușește să facă față situației stresante și dezvoltă sindromul burnout.

Prima abordare a sindromului burnout a fost cea *clinică*, avându-l ca autor pe psihanalistul american *Herbert Freudenberg*. Acesta a introdus, pentru prima dată, termenul de *burnout* în terminologia medicală și psihologică în anul 1974, într-un articol intitulat *Staff burn-out*. Psihanalistul s-a inspirat din nuvela *Un caz Burn-out*, scrisă în 1960 de Graham Greene, care descria trăirile unui personaj consumat emoțional de cerințele cotidiene. Ulterior, *Freudenberg* utilizează noțiunea pentru a desemna eșuarea, uzura și epuizarea energiei sau resurselor, care provoacă individului o scădere globală a întregului potențial.

Cea care a reușit să separe conținutul sindromului burnout de cel al distresului a fost *Christina Maslach* (1976, 1981, 1986, 1993). Aceasta, împreună cu *Susan E. Jackson*, au stat la baza abordării *social-psihologice* a sindromului burnout. După ele, sindromul burnout apare ca rezultat al acumulării interne a emoțiilor negative, fără posibilitatea de a le exterioriza sau elibera. După *Maslach*, sindromul burnout este o stare de oboseală psihică de decepționare și apare la oamenii cu așa-numitele profesii ajutoare (*helpere*). În anul 1986, *C. Maslach* identifică trei componente ale sindromului burnout: istovirea emoțională, depersonalizarea, reducerea realizărilor personale.

Dezvoltarea sindromului burnout este anticipată de o perioadă de activitate intensă, când persoana este complet cuprinsă de lucru, în detrimentul necesităților sale din alte domenii ale vieții. Aceasta duce la dezvoltarea primului semn al sindromului burnout – *istovirea emoțională*, care se exprimă prin senzația de oboseală și dezechilibru emoțional, provocat de lucru. Senzația de oboseală nu trece după somnul de noapte. După perioada de odihnă (*week-end*, concediu), ea devine mai puțin exprimată, dar, odată cu întoarcerea la serviciu, se restabilește cu aceeași intensitate.

A doua componentă a sindromului burnout este *depersonalizarea*. În sfera socială, depersonalizarea presupune lipsa emoțiilor, relația inumană și cinică cu clientul care se adresează pentru tratament, consultare, studiere etc. Clientul este perceput ca un obiect depersonalizat. La persoana cu epuizare profesională poate apărea iluzia că toate problemele și necazurile clientului i-au fost date ca răsplată. Atitudinea negativă cauzează pesimismul, lipsa dorinței de a comunica, ignorarea clientului.

Reducerea realizărilor personale, sau a treia componentă a arderii emoționale, este însoțită de scăderea autoaprecierii persoanei. Principalele manifestări ale simptomului sunt: tendința spre aprecierea negativă a sa, a realizărilor sale profesionale și a succeselor. Negativism în relație cu obligațiunile de serviciu, scăderea motivației profesionale etc. În acest caz, se poate vorbi deja despre o ardere completă a specialistului. Persoana încă păstrează aspectul respectabil, dar la o studiere mai profundă, vor deveni evidente „privirile goale” și „inima rece”: toată lumea i-a devenit indiferentă. Oricât ar fi de paradoxal, dar sindromul burnout este și un fel de mecanism de apărare a organismului, deoarece impune dozarea și împărțirea economă a resurselor energetice.

Simptomele burnout

Există o serie de simptome care ne pot indica faptul că organismul nostru este epuizat.

Simptomele legate de starea fizică vorbesc despre faptul că în organism au loc procese capabile să provoace dereglarea sănătății. La astfel de simptome se raportează:

- Oboseala exagerată, apatia, răcelile dese, greața, cefaleea;
- Cardialgiile, hipo-sau hipertensiunea arterială, accesele de sufocare, simptomele astmatice;
- Hipertranspirația, dureri lemusculare, înțepăturile în piept;
- Dereglări de somn.

Simptomele legate de relațiile sociale apar la contactul persoanei cu colegii, clienții, rudele și oamenii apropiați. La ele se raportează:

- Apariția neliniștii în situațiile în care anterior nu apărea;
- Irascibilitatea și agresivitatea în comunicarea cu cei din jur;
- Lipsa dorinței de a lucra;
- Lipsa contactului cu clienții și/sau lipsa dorinței de a îmbunătăți calitatea lucrului;
- Formalismul în lucru, comportament stereotipic, împotrivirea la schimbări, neacceptarea tuturor începuturilor creative;
- Atitudinea cinică față de pacienți sau de lucru;
- Respingerea alimentelor sau mâncatul compulsiv;
- Abuzul de substanțe chimice, care modifică conștiința (alcoolul, fumatul, pastilele etc.);
- Implicarea în jocurile de hazard.

Simptomele intrapersonale se referă la procesele care au loc în interiorul omului și care determină schimbarea atitudinii față de sine, de propriile fapte, gânduri și emoții. La ele se raportează:

- Simțul de milă exagerat față de sine;
- Senzația de inutilitate personală;
- Senzația de vină;
- Neliniștea, frica;
- Autoaprecierea scăzută;
- Pesimismul;
- Istovirea psihică;

- Dubii în privința eficacității activității.

Cercetările efectuate pe lucrătorii medicali relevă faptul că sindromul burnout este asociat cu un număr de variabile, incluzându-le pe cele intrinseci profesiei, pe cele care se referă la particularități individuale și pe cele legate de organizație.

Variabile generale: un grup de variabile ce caracterizează în mod general subiecții cercetați. În urma mai multor studii, au fost identificate acele variabile care au importanță în dezvoltarea istovirii emoționale la lucrătorii medicali: genul, vârsta, stagiul profesional și tipul instituției medicale în care activează subiectul cercetat.

Factorii organizaționali. Astăzi, sindromul *burnout* este abordat întâi de toate ca o problemă ce ține de locul de muncă și doar în al doilea rând ca o problemă individuală. Deși unele persoane pot fi mai predispuse la epuizare decât altele, directorii pot contribui la evitarea apariției acesteia printr-un management corect. Printre factorii organizaționali care contribuie cel mai mult la dezvoltarea sindromului burnout sunt suprasarcina, conflictul de rol, ambiguitatea rolului, autonomia și luarea deciziei, suportul social.

Factorii personali. Constatările din literatura de specialitate indică faptul că personalitatea indivizilor poate influența atât manifestarea sindromului burnout, cât și predispoziția cuiva la epuizare. Pentru unii lucrători medicali, problemele de la serviciu sunt percepute ca provocări, pentru alții ca amenințări. Primul grup va fi motivat să rezolve problemele, al doilea grup va reacționa prin stres și, într-un final, prin epuizare profesională. Nivelul de implicare, percepția importanței evenimentelor și capacitatea de a rezista presiunii de la locul de muncă determină vulnerabilitatea la epuizarea profesională. Nu există un consens vis-a-vis de profilul individului predispus la ardere. În general, se consideră că aceste persoane sunt deosebit de sensibile la nevoile altora și au o empatie mare pentru suferința altora. Există totuși un grup de factori personali, care au fost acceptați de majoritatea specialiștilor în domeniu ca fiind de risc în apariția arderii emoționale. Aceștia sunt: imaginea de sine, locus de control, tipul A de personalitate.

Consecințele sindromului burnout sau epuizare profesională

Prețul individual pentru epuizarea profesională este foarte mare. Sindromul burnout erodează sănătatea, stima de sine, creează tensiuni în relațiile cu familia, prietenii și colegii. Scăderea performanței și sentimentul de incompetență crează un cerc vicios ce duce la disperare. În cele din urmă, dacă persoanei nu i se acordă ajutorul necesar, conform mai multor autori, poate apărea depresia și alte boli psihosomatice. Consecințele arderii emoționale le putem găsi atât la nivel individual, cât și la nivel organizațional. *Scăderea autoaprecierii* este rezultatul conștientizării eșecului, a incapacității de a face față situației și a nerealizării așteptărilor proprii. Crește iritabilitatea, iar frustrările minore pot duce la explozii de furie. Lucrătorii medicali supuși epuizării profesionale devin din ce în ce mai puțin capabili să facă față responsabilităților și presiunilor de la serviciu, ceea ce duce la *scăderea performanței*. Sindromul burnout poate fi „contagios”. Angajații care suferă de epuizare devin conflictogeni, perturbând ritmul și sarcinile comune de lucru. Drept consecință, apare riscul ca epuizarea profesională să-i afecteze și pe

ceilalți angajați. Medicii care se confruntă cu sindromul burnout iau problemele acasă și provocă necazuri și nefericire familiilor și prietenilor. Astfel, sunt afectate și *relațiile interpersonale*. Odată cu înrăutățirea relațiilor interpersonale, lucrătorii medicali primesc mai puțin sprijin în viața personală, astfel, în combinație cu problemele de serviciu, se poate dezvolta depresia.

Anexa 5. 7 Povestea terapeutică „Șemineul”

Era odată un „Șemineu”, mare, din cărămidă, trainic, responsabil și foarte darnic. Avea o capacitate mare de muncă și necesitate de a ajuta oamenii. Din fericire, trebuința lui coincidea cu necesitățile oamenilor. Astfel, cum venea toamna, până primăvara, „Șemineul” era în centrul atenției. Toți oamenii erau în jurul lui, îi împărtășeau bucuriile, necazurile, îl laudau, ceea ce îl făcea foarte fericit. „Ce bun este „Șemineul” nostru!”, „Cât de altruist, deși toată ziua arde, nimic nu cere în schimb!”, „Ce ne-am face noi fără el!” Lauda permanetă și recurgerea la serviciul lui l-au făcut pe „Șemineu” să creadă că este indispensabil oamenilor. Și iată că într-o zi i-a venit o idee, ce ar fi dacă ar lucra non stop, fără concediu? Zis și făcut. A tras „Șemineul” aer în piept și a început să lucreze și mai mult, încălzea zi și noapte. De atâta muncă nici n-a observat că a venit vara. Afară era soare, era cald, dar în mijlocul casei un șemineu lucra. De la o vreme, observă că oamenii nu mai stau lângă el, se sușotesc și tot mai des îi aruncă enunțuri tăioase. „Ce e cu „Șemineul” nostru, chiar nu vede că nu avem nevoie de căldură?”, „Ne doare capul, nu mai putem sta în casă!” Și într-o zi, au plecat, l-au lăsat singur. Atunci s-a supărat „Șemineul” pe oameni: „Nu înțeleg, pentru același lucru la început m-au laudat iar acum mă ceartă?” Sărmanul „Șemineu”, el nu înțelege că poți să iei cu forța ceva, dar să dai nu poți. Ca să fii apreciat și împlinit, e puțin să ai dorință să ajuți pe cineva, cel mai important e să ai pe cine ajuta, să fii solicitat. În caz contrar, riști să fii neînțeles, refuzat și, în final, epuizat.

Declarația privind asumarea răspunderii

Subsemnata Grati Lilia, declar pe răspundere personală că materialele prezentate în teza de doctorat sunt rezultatul propriilor cercetări și realizări științifice. Conștientizez că, în caz contrar, urmează să suport consecințele în conformitate cu legislația în vigoare.

Grati Lilia,

Semnătura_____

Data

CURRICULUM VITAE

Numele: Grati

Prenumele: Lilia

Adresa: 9/1, str. Teilor, ap.61, Chișinău

Cetățenia: Republica Moldova

Telefon: 079908401

e-mail: lilia.cotelea@mail.ru

Data, anul nașterii: 08.10.1985

Starea civilă: căsătorită, 2 copii

Studii

2016-2021 - Doctorandă, Universitatea Pedagogică de Stat din Moldova, Facultatea de Psihologie și Pedagogie Specială.

specialitatea: Psihologia dezvoltării și psihologia educațională, Chișinău.

2009 – 2011- Diplomă de master în psihologie, specialitatea - consilierea psihologică, Universitatea Pedagogică de Stat din Moldova, Chișinău

2004 – 2008 - Diplomă de studii superioare , specialitatea psihologie și limbă engleză, profesor de psihologie, Universitatea Pedagogică de Stat din Moldova.

1992-2004 - Atestat de studii gimnaziale, Gimnaziul „Ion Groza” din comuna Frumușica, raionul Florești

Experiența profesională

2016- prezent –concediu de maternitate

2013- 2016 – psiholog, Direcția de poliție a mun. Chișinău

2012-2013 – psiholog, InspectoratuL de Poliție Buiucani

2009-2012 – psiholog, Direcția Situații Excepționale a mun. Chișinău

Participări la forumuri științifice internaționale și locale

1. *Elemente de autocunoaștere și autoanaliză* în cadrul Universității Libere Internaționale din Moldova, Chișinău, 2010;
2. *Elemente de programare neurolingvistică*, în cadrul Universității Libere Internaționale din Moldova, 2010,
3. Seminarul instructiv-metodic în domeniul socio-psihologic, organizat de către Directoratul General Național pentru Situații de Urgență al Republicii Ungaria, pentru echipa unificată a psihologilor Serviciului Protecției Civile și Situațiilor Excepționale, Budapesta, 2010;
4. *Terapia de scurtă durată centrată pe soluție*, în cadrul Universității Libere Internaționale din Moldova, Chișinău, 201;
5. *Studiul conceptului de inteligență emoțională*, în cadrul Universității Libere Internaționale din Moldova, Chișinău, 2011;
6. Congresul Internațional cu genericul „*Metodologia acordării suportului psihologic în cazul declanșării situațiilor excepționale*”, Federația Rusă în colaborare cu Organizația Internațională pentru protecția civilă, Moscova, 2011;

7. Congresul Internațional cu genericul „*Interpretarea psihologică și psihiatrică a comportamentului suicidal*”, Ministerul Situațiilor Excepționale din Ucraina, Hmelnițk, 2010;
8. Ludoterapia dereglărilor emoționale și de comportament la copii și adolescenți în cadrul proiectului „*Crearea componentei psiho-sociale pentru sistemul de reacție la situații excepționale*”, Chișinău, 2011;
9. Congresul Internațional cu genericul „*Metodologia acordării suportului psihologic în cazul declanșării situațiilor excepționale*”, Federația Rusă în colaborare cu Organizația Internațională pentru protecția civilă, Moscova, 2012;
10. *Metode și tehnici de lucru cu copiii diagnosticați cu autism*, curs de formare continuă, 120 de ore, Chișinău, 2013;
11. *Copiii Victime ale violenței, abordare sistemică în prevenire și asistență*, Chișinău, 2013;
12. *Proceduri actuale de management al resurselor umane*, organizat de către Direcția resurse umane a Inspectoratului General al Poliției, Chișinău, 2015;
13. *Particularități și metode de intervenție în mijlocul tentativelor de suicid*, Chișinău, 2015;
14. Proiectul național de dezvoltare personală „*Familia*”, Chișinău, 2015;
15. Conferința științifico - practică a docoranzilor din cadrul UPS „Ion Creangă”. Tema prezentării: *Repere utile în abordarea stresului ocupațional din perspectiva diferitor autori*, octombrie, 2017;
16. Conferința științifico-practică a docoranzilor din cadrul UPS „Ion Creangă”. Tema prezentării: *Manifestarea sindromului burnout asupra sănătății fizice și mintale a angajaților*, mai, 2018;
17. Conferința științifico-practică din cadrul UPS „Ion Creangă”, Laboratorul de Psihologie Aplicată, Catedra Psihologie, facultatea Psihologie și PPS: *Formarea inițială și continuă a psihologilor în domeniul protecției copilului față de violență*, octombrie, 2018;
18. Conferința științifico-practică, eveniment organizat de către SPNPPC și proiectul moldo-elvețian MENSANA-„Suport pentru formarea serviciilor de sănătate mentală în Moldova”, cu tema: *Inovații în recuperarea tulburărilor de spectru autist. Primul protocol clinic național*, decembrie, 2018;
19. Conferința științifico-practică a docoranzilor din cadrul UPS „Ion Creangă”. Tema prezentării: *Sindromul epuizării emoționale la lucrătorii medicali*, mai, 2019;
20. Workshopul organizat în cadrul UPS „Ion Creangă”, Clasa Viitorului, cu tema: *Utilizarea SAGE research Methods-platformă de căutare online*, mai, 2019;
21. Conferința științifico-practică- eveniment organizat de către Societatea Psihiatrilor, Narcologilor, Psihoterapeuților și Psihologilor Clinicieni din Moldova, cu tema: *Psihoza - o provocare în domeniul sănătății mintale*, februarie, 2019;
22. Workshopul doctoral organizat în cadrul UPS „Ion Creangă”, cu tema: *Etica și comunicarea științifică*, noiembrie, 2019;
23. Conferința națională cu participare internațională, eveniment organizat de către Societatea Psihiatrilor, Narcologilor, Psihoterapeuților și Psihologilor Clinicieni din Moldova, cu tema: *Sănătatea mintală - promovare, intervenție și reabilitare*, noiembrie, 2019.

Lucrări științifice publicate:

1. Conferința științifico-practică a doctoranzilor din cadrul UPS „Ion Creangă”, octombrie, 2017. *Repere utile în abordarea stresului ocupațional din perspectiva diferitor autori*, publicat în volumul de lucrări al conferinței, VOL. XVI, partea a II – a, Chișinău, 2017, pag. 282 – 289.
2. Conferința științifico-practică a doctoranzilor din cadrul UPS „Ion Creangă”, Manifestarea sindromului burnout asupra sănătății fizice și mentale a angajaților, publicat în volumul de lucrări al conferinței VOL. XVII, partea a II - a, Chișinău, 2018.
3. Conferința științifico-practică a doctoranzilor din cadrul UPS „Ion Creangă”, Sindromul epuizării emoționale la personalul medical, publicat în Analele științifice ale doctoranzilor și postdoctoranzilor, VOL. XVII, partea a III- a, Chișinău, 2019, pag.107-115.
4. Revista științifico-practică Psihologie, Percepția stresului la lucrătorii medicali. Chișinău 2021, pag. 23-39 <http://psihologie.key.md>
5. Revista „Univers Pedagogic”, Studiul de constatare privind nivelul de epuizare profesională ca componentă a burnoutului la lucrătorii medicali. Nr. 3, 2021, pag. 94 -101 https://up.ise.md/wp-content/uploads/2021/11/Coperta_UP_Nr.-3_2021.pdf
6. Revista „Vector European”, *Sindromul burnout la lucrătorii medicali*. Nr. 2, 2021, p. 171-178.
https://usem.md/uploads/files/Activitate_%C8%98tiin%C8%9Bific%C4%83_USEM/Vector/Vector_European_2021_2.pdf
7. Revista Didactica Pro, *Stresul ocupațional în contextul cercetărilor actuale*. Nr. 4-5, 2021, pag. 60 - 63 http://www.prodidactica.md/revista/Revista_128-129_Cuprins.pdf
8. *Smoking as a method of coping for medical workers*, În: The Moldovan Medical Journal, Chișinău, septembrie, 2021, pag. 16 - 24 <http://moldmedjournal.md/wp-content/uploads/2021/09/Moldovan-Med-J-vers-6-Sept-2021-V64-No6.pdf>