



СЕКТОРЕН ДОКЛАД

за резултатите от партньорски преглед на фирмените политики и подходи в управлението на стреса на работното място

Икономическа дейност
"Хуманно здравеопазване"
Код по КИД 86

Юни 2026 г.



Проект „Заедно за устойчива заетост“, ДБФ №BG05SFPR002-1.005-0002-C01 е финансиран от Програма „Развитие на човешките ресурси“ 2021-2027, съфинансирана от Европейския съюз чрез Европейски социален фонд плюс



Заглавие на документа:	Секторен доклад за резултатите от партньорски преглед на фирмените политики и подходи в управлението на стреса на работното място
Икономическа дейност по КИД 2025	86 Хуманно здравеопазване
Дейност по проекта:	2.4.1. „Разработване и внедряване на секторни и фирмени инструменти, модели и програми за управление на стреса на работното място и превенция на професионалното изчерпване (бърнаут)“
Срок за изпълнение:	Юни 2026 г.
Дата на представяне:	Юни 2026 г.
Версия:	Финална версия
Ниво на разпространение:	Свободно
Изготвил:	Надежда Димитрова, Петя Цветкова, Румяна Тасева
Ръководител на проекта:	Светлана Дончева
Ръководител на дейността:	Томчо Томов
Партньори:	МТСП, КНСБ



Съфинансирано от
Европейския съюз



МИНИСТЕРСТВО НА ТРУДА
И СОЦИАЛНАТА ПОЛИТИКА



Съдържание

Раздел 1. Въведение

- 1.1. Цел на проекта
- 1.2. Цел на дейност 2.4.1 от проекта
- 1.3. Цел, обхват и организация на партньорския преглед

Раздел 2. Резултати от провеждането на партньорския преглед

- 2.1. Нагласи към източниците на напрежение и стрес в работната среда
- 2.2. Състояния, свързани със стреса в работата
- 2.3. Нагласи към потенциалните мерки за ограничаване на напрежението и стреса в работата
- 2.4. Секторна специфика в психосоциалните фактори, създаващи риск за психичното здраве на работещите
- 2.5. Политики, инструменти и подходи на ръководствата на предприятията в управлението на стреса на работното място

Раздел 3. Заключение - изводи и препоръки

- 3.1. Изводи за резултатите от партньорския преглед на фирмените политики и подходи в управлението на стреса на работното място
- 3.2. Препоръки за минимизиране на психосоциалните рискове на работното място, опазване на психичното здраве и изграждане на устойчивост към стрес, напрежение и несигурност.

Раздел 1. Въведение

1.1. Цел на проекта

Проектът „Заедно за устойчива заетост“ е финансиран от Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2021–2027, съфинансирана от Европейския съюз чрез Европейския социален фонд+ (ЕСФ+), съгласно Процедура: BG05SFPR002-1.005 СОЦИАЛНО ПАРТНЬОРСТВО, ПРЧР 2021–2027. Проектът ще бъде реализиран от Българска стопанска камара – съюз на българския бизнес за период от четири години (2024 – 2027 г.) в партньорство с Конфедерация на независимите синдикати в България и Министерство на труда и социалната политика.

Основните цели на проекта са следните:

- Повишаване капацитета на социалните партньори, насърчаване на социалния диалог и способността на предприятията за ефективно управление на новия дневен ред в икономическото развитие, и по-специално, за справяне с предизвикателствата, произтичащи от глобализацията, дигиталната революция и прехода към климатична неутралност;
- Мобилизиране на трудовите ресурси и резерви на пазара на труда, удължаване на трудовия живот и превръщане на възрастово многообразие в корпоративен актив, усъвършенстване на уменията и адаптиране на работната сила към променящите се условия, изисквания и модели на работа;
- Разработване и внедряване на иновативни инструменти, модели и политики на социалните партньори за подкрепа на предприятията и заетите в постигането на плавен и устойчив преход към дигитална и климатично неутрална икономика, за утвърждаване на равни условия и възможности за преодоляване на изключването, породено от индивидуално състояние или особености на работната среда.

1.2. Цел и описание на дейност 2.4.1 от проекта

Цел на дейността

Целта на дейност 2.4.1. е чрез инструментите на управление на хора и механизмите на социалния диалог да се създадат условия за повишаване благосъстоянието на работното място, за формиране на работна среда и култура на опазване на психичното здраве и изграждане на устойчивост към стрес, напрежение и несигурност. Постигането на тези цел ще се осъществи чрез разработване и внедряване на секторни и фирмени инструменти, партньорски модели и програми за управление на стреса и превенция на професионалното изчерпване (бърнаут).

Описание на дейността

Дейност 2.4.1. ще се осъществи в пет икономически сектора за период от 11 месеца (01.12.2025 г. – 30.10.2026 г.), в рамките на четири последователни и взаимосвързани етапа:

Етап 1. Проучване на добри практики

- Проучване на добри международни практики и корпоративен опит в управлението на стреса и професионалното изчерпване (бърнаут)



- Изготвяне и публикуване на обобщаващ доклад за резултатите от изследването.

Етап 2. Изследване на професионалното прегаряне в професии, предразположени към риск от развитие на бърнаут:

- Разработване на базов инструмент за измерване и оценка на нивото на професионално прегаряне (бърнаут) при шест, предразположени към риск (в тази област) професии/длъжности;
- Измерване нивото на „професионално прегаряне“, факторите и предпоставките за развитие на бърнаут при шест от предразположените към риск професии/длъжности: *1. Ръководители в преработващата промишленост; 2. Ръководители по управление на човешките ресурси; 3. Ръководители продажби и маркетинг; 4. Управители на хотели и ресторанти; 5. Специалисти информационни и комуникационни технологии (разработчици на софтуер и софтуерни приложения и анализатори, специалисти по бази данни и мрежи); 6. Финансови специалисти (счетоводители).*
- Изготвяне и публикуване на шест аналитични доклада за резултатите от изследването на професионалното прегаряне при шестте, обхванати в него рискови професии/длъжности.

Етап 3. Партньорски преглед на фирмените политики в управлението на стреса на работното място:

- Провеждане на партньорски преглед в пет икономически сектора на политиките на предприятията в управлението на стреса на работното място;
- Анализ на информацията, изготвяне и публикуване на пет доклада по сектори за резултатите от прегледа със съответните изводи и препоръки;
- Създаване на пет секторни (браншови) партньорски програми за минимизиране на психосоциалните рискове на работното място, за формиране на работна среда и култура на опазване на психичното здраве и изграждане на устойчивост към стрес, напрежение и несигурност.

Етап 4. Разработване и внедряване на корпоративен модел за управление на стреса и наръчник за превенция на бърнаут:

- Разработване и публикуване на електронен наръчник за превенция на синдрома на професионалното прегаряне (бърнаут);
- Разработване и публикуване на корпоративен модел за управление на стреса на работното място;
- Създаване и реализиране на дистанционна сертификационна програма за тренинг и сертифициране на 100 вътрешнофирмени консултанти (заети лица) по управление на стреса и превенция на професионалното прегаряне (бърнаут) от 50 предприятия в обхванатите по проекта 5 икономически сектора.

1.3. Цел, обхват и организация на партньорския преглед

Партньорският преглед имаше за цел да проучи, установи и анализира:

- Динамиката в рисковете за психичното здраве на работещите в сектор „Хуманно здравеопазване“;
- Разбирането и нагласите на служителите и ръководителите към въздействията и последствията от стреса на работното място;
- Политиките, инструментите и подходите на лечебните заведения в управлението на стреса на работното място.

Прегледът се проведе в периода **април–юни 2026 г.** и обхвана 7 лечебни заведения от икономическа дейност (КИД 2025) 86 „Хуманно здравеопазване“, включително многопрофилни болници за активно лечение (МБАЛ), университетски многопрофилни болници за активно лечение (УМБАЛ) и диагностично-консултативни центрове (ДКЦ) за специализирана извънболнична помощ. В проучването участваха общо 111 респонденти – представители на ръководствата и заетите лица в лечебните заведения, сред които ръководители на болници, началници на отделения, лекари с различни специалности, медицински сестри, специалисти човешки ресурси, представители на служби по трудова медицина, отговорници по ЗБУТ и администратори в болнични заведения.

Партньорският преглед на фирмените политики и подходи в управлението на стреса на работното място премина в следните последователни стъпки:

- I. Методическа подготовка – разработване на указания за провеждане на работни срещи в предприятията, разработване на въпросник, инструкция и карта за описание на резултатите при провеждане на структурирано интервю, разработване на въпросник за онлайн анкетно проучване;
- II. Организационно-техническа подготовка – определяне и обучение на експертите, провеждащи партньорския преглед, изготвяне на план-график за провеждане на прегледа по сектори, определяне и уведомяване на респондентите от лечебните заведения (предприятията), участващи в прегледа, техническо обезпечаване на онлайн анкетното проучване (е-платформа LimeSurvey);
- III. Провеждане на кабинетно проучване;
- IV. Провеждане на работни срещи и структурирани интервюта;
- V. Провеждане на онлайн анкетно проучване;
- VI. Систематизиране и анализ на данните, изготвяне и публикуване на доклад за политиките и подходите на предприятията в управлението на стреса на работното място за сектор „Хуманно здравеопазване“;
- VII. Разработване и приемане на секторна партньорска програма за минимизиране на психосоциалните рискове на работното място, за формиране на работна среда и култура на опазване на психичното здраве и изграждане на устойчивост към стрес, напрежение и несигурност. Проектът на програмата е обсъден и утвърден от социалните партньори в сектора и изпратен до ръководствата на предприятията, до представителите на работниците и служителите и до службите по трудова медицина, обслужващи предприятията.

В провеждането на партньорския преглед са използвани (в съчетание) количествени и качествени методи на проучване, като:

- *Кабинетно проучване* – анализ на фирмени документи и данни, свързани с управлението на стреса на работното място (статистически данни, правила и процедури, резултати от организационни проучвания, програми за управление на риска, програми за управление на стреса, програми за обучение, мерки, инициативи, споразумения на социалните партньори и пр.);
- *Работни срещи* с участието на представители на ръководството на лечебното заведение (предприятие), специалисти човешки ресурси, отговорници по безопасност на труда, служби трудова медицина, работнически представители. Проведени са 5 онлайн работни срещи в периода 15 април – 13 май;

- *Структурирано интервю* с ръководители или специалисти в предприятията. Проведени са 12 индивидуални онлайн интервюта с ръководители и специалисти (лекари, медицински сестри) от 7 лечебни заведения;
- *Онлайн анкетно проучване* със 79 респонденти. Проведено е в периода април – май 2026 г.

Демографският профил на респондентите е както следва:

- **Пол:** мъже (19%), жени (81%);
- **Образование:** висше (97%), средно (3%);
- **Възраст:**
55–65+ години (25%);
45–54 години (27%);
35–44 години (21%);
18–34 години (27%).
- **Професионален опит (години)**
До 5 години (17%);
От 6–10 години (15%);
От 11–20 години (20%);
Над 20 години (48%).
- **Професионална категория/служебен статус:**
Ръководители (23%);
Експерти, специалисти, административен персонал (77%).

Раздел 2. Резултати от провеждането на партньорския преглед

2.1. Нагласи към източниците на напрежение и стрес в работната среда

Световната здравна организация (СЗО)¹ определя **синдрома на бърнаут** като „резултат от хроничен стрес на работното място, който не е бил успешно управляван, характеризира се с три измерения: чувство за изчерпване на енергията или изтощение; повишена психична дистанция от работата или негативизъм/цинизъм, свързани с работата; намалена професионална ефективност“, т.е. професионалното прегаряне е състояние на ума, което идва с дългосрочен, хроничен, непреодолян стрес и може да повлияе крайно негативно на работата и живота на отделния човек. Бърнаут или **„професионално прегаряне“** се отнася изрично до трудовия контекст и насочва усилията към организационни или секторни промени, вместо към „етикетиране“ на отделни служители.

Секторът на хуманното здравеопазване традиционно заема водещо място в изследванията, свързани с бърнаут, поради **спецификата на медицинските професии в него и високата отговорност, която медицинските специалисти носят за живота и здравето на пациентите**. Високата емоционална ангажираност, необходимостта от вземане на бързи решения и постоянният контакт със страдание са сред факторите, които правят тези професии особено рискови по отношение на професионалното прегаряне. Въпреки това, съвременните изследвания показват, че причините за бърнаут далеч не се изчерпват само с естеството на медицинската дейност. Съществено влияние оказват и редица външни и организационни фактори, чието идентифициране и анализ са от ключово значение за ефективното управление, ограничаване и превенция на професионалното прегаряне в системата на здравеопазването.

В резултат на проведеното **онлайн анкетно проучване в сектор Хуманно здравеопазване** са анализирани 10 области* (групи фактори в работната среда), пораждащи риск от напрежение и стрес в работата.

**Важно е да се отбележи, че източниците на напрежение и стрес в работната среда не могат да бъдат разглеждани изолирано, а следва да се анализират в контекста на външните фактори, които ги обуславят и оказват пряко влияние върху тях.*

Данните от графика 1 в резултат на онлайн анкетното проучване показват, че като най-съществен източник на напрежение и стрес в работната среда респондентите посочват **„Липсата на оценка и признание“ (63%)**. В контекста на сектор здравеопазване това се свързва с ниските възнаграждения на фона на високата професионална отговорност и значителното натоварване на медицинските специалисти. При лекарите и медицинските сестри често се формира усещане за несправедливост, липса на оценка и уважение към труда им и недостатъчно признание за положения труд, усилия и ангажираност. В научните модели това се дефинира като: „недостатъчно възнаграждение“ и „липса на справедливост“.

¹ <https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/burn-out-an-occupational-phenomenon?>

 МИНИСТЕРСТВО НА ТРУДА
И СОЦИАЛНАТА ПОЛИТИКА



Графика 1: Източници на напрежение и стрес в работната среда (% от изследваните лица с отговор „често“ и „много често“).

В резултат на проведените работни срещи и интервюта ясно се откроява усещането за **недооценен труд**. Въпреки това, по време на проведените разговори участниците невинаги поставят възнаграждението като пряк, основен фактор за стрес, а по-скоро като фактор за цялостна неудовлетвореност, рефлектираща върху стреса. Наблюдават се и различия между по-големите регионални или столични лечебни заведения и по-малките регионални такива, които са с по-малко пациенти, респективно приходи и нива на възнаграждения. Медицинските специалисти, особено медицинските сестри, възприемат възнаграждението като несъответстващо на високата отговорност, продължителното обучение и натрупания професионален опит. Често се споделя, че въпреки допълнителните усилия, финансовото признание остава недостатъчно, което води до демотивация, неудовлетвореност и чувство за професионално обезценяване. Освен финансовия аспект, недооценката се проявява и чрез **липсата на обществено признание** и нереалистичните очаквания на пациентите и техните близки, което допълнително засилва психологическото напрежение. В част от лечебните заведения се подчертава, че когато трудът е **адекватно признат и възнаграден**, служителите по-лесно преодоляват останалите стресови фактори в работната среда.

Други изследвания² в сектора потвърждават, че справедливото отношение и признанието от страна на работодателя действат като защитен фактор срещу стреса и професионалното прегаряне.

Високи стойности се наблюдават също при фактори **„атмосфера на взаимоотношенията“ (55%)**, както и при **„натоварване и интензивност“** на труда и **„организация на работата“ (по 51%)**, следвани от **липса на баланс – работа – личен живот (38%)**.

За да изясним какво конкретно се визира под фактора **„Атмосфера на взаимоотношенията“** ще представим и по-детайлни данни в графика 2.

² PMC – Recognition and Occupational Burnout BMC Psychology – Reward and Fairness in Burnout



Съфинансирано от
Европейския съюз



БЪЛГАРСКА
СТОПАНСКА
КАМАРА



МИНИСТЕРСТВО НА ТРУДА
И СОЦИАЛНАТА ПОЛИТИКА



ЗАЕДНО
за устойчива заетост



Графика 2. Източници на напрежение и стрес от атмосферата на работа (% от изследваните лица с отговор „често“ и „много често“).

Резултатите показват, че като най-сериозен проблем се очертава необходимостта служителите да **съдържат емоциите си и постоянно да бъдат любезни и отзивчиви (78%)**. Погледнато през призмата на сектора, това далеч не е свързано само с екипната работа, а кореспондира с естеството на професията и необходимостта от **ежедневен и интензивен контакт с пациенти**. Освен да приложат медицинска експертиза и грижа към пациента, значителна част от работата на всяко медицинско лице е да осъществява комуникация с пациенти и техните близки, които от своя страна често са емоционално напрегнати. При това взаимодействие от медика се очаква да съдържа емоциите си и да проявява любезност и отзивчивост и в най-трудни ситуации, независимо под какво напрежение се намира и дали отношението на пациента е „уважително“. Особено натоварващо за медиците в този аспект е работата в спешност и с пациенти с тежки диагнози в онкологични и други отделения, където рискът от фатален изход е изключително висок, споделят интервюираните. **Това е индикатор за високо емоционално натоварване в работната среда.**

Според данните половината от анкетираните считат, че работят в атмосфера на напрежение, конфликти и слухове (51%), а 37% се въздържат да изразят различно мнение поради опасения от негативни последствия. Средната стойност за областта е 55%, което показва, че **междупersonностните отношения и организационният климат са сред ключовите фактори за стрес**. Това се потвърждава и от проведените срещи и интервюта. В някои от екипите напрежение се създава от междупersonностни конфликти и усещане за несправедливост при разпределянето на натоварването. Само при един от разговорите се споделя, че се наблюдава токсична среда, интриги и клюки сред персонала в съответното лечебно заведение, което допълнително увеличава емоционалното натоварване.

Много съществен аспект е, че **част от междупersonностните конфликти възникват в следствие на самия бърнаут**. Интервюираните споделят, че техни колеги, които са под стрес, са по-конфликтни и агресивни в комуникацията си с екипа (с пациенти се опитват да се въздържат повече). Особено чувствителна тема е отсъствието по болест, на което не се гледа с „добро око“ и често се възприема негативно в рамките на екипа поради недостига на персонал и необходимостта останалите да поемат

допълнителни смени. Болничните в сектора се получават лесно, но голяма част от специалистите се въздържат да се възползват от тях, от гледна точка на колегиалност. Тези, които са склонни да излизат често и в продължителни болнични, когато причината за тях не е действително влошено здравословно състояние и демонстрират „незаменимост“ поради липсата на кадри, биват отхвърлени от екипа. Всичко това поражда скрита агресия, чувство за вина и напрежение между служителите. Въпреки това, по време на интервютата нееднакратно бе споделено, че често, за да издържат на високия стрес медиците в един екип са като семейство, разчитат едни на други и това ги държи на повърхността. Интервюираните акцентират, че **подкрепата в екипа, разбирателството могат значително да намалят перцепцията за стрес и да подобрят адаптацията към напрегнатите ситуации.**

Изследвания в областта показват, че в здравеопазването междуличностните отношения са особено важни поради високата емоционална ангажираност и конфликтите в екипа значително повишават риска от бърнаут.³ Друго изследване „Влияние на характеристиките на работната среда върху нивото на професионално прегаряне (бърнаут) сред медицинските специалисти в Североизточна България“ проведено през 2025 г. сред 491 здравни специалисти (фармацевти и здравни инспектори) също установява, че липсата на подкрепа в работната среда, конфликтите, неблагоприятната организационна култура увеличават риска от бърнаут.⁴

В резултат на всичко описано се оказва, че **атмосферата на взаимоотношенията може да бъде както буфер, така и източник на стрес.**

По отношение на фактор „Натоварване и интензивност“ се имат предвид както **висок темп на работа и обем на задачите, така и дълги работни смени, извънредни дежурства (вкл. нощен труд).**



Графика 3. Източници на напрежение и стрес, породени от натоварване и интензивност на работата (% от изследваните лица с отговор „често“ и „много често“).

По-внимателно вглеждане във факторите, свързани с натоварването и интензивността в работата, (графика 3) потвърждават, че основен източник на стрес е необходимостта служителите да работят прекалено интензивно или да изпълняват няколко задачи едновременно (67%). Висок е и дялът на анкетираните, които смятат, че обемът на работата надвишава възможностите за изпълнение в рамките на работното

³ PMC – Social Support and Burnout BMC Psychology – Workplace Relationships and Burnout

⁴ MDPI – Influence of Work Environment Characteristics on Burnout

време (57%), например брой пациенти. Значителна част от служителите посочват и необходимостта от извънреден труд (41%).

По време на проведените работни срещи и интервюта на преден план безспорно се поставя високата натовареност и организацията на труда, като именно **натовареността се откроява като водещ и първостепенен фактор за възникването на бърнаут** сред медицинските специалисти. Според един от управителите на лечебните заведения *„На първо място се очертават причини, които се коренят в самата професия. Работи се с най-голямата ценност за човека и обществото – здравето, тази отговорност няма почивен ден, няма събота и неделя, всеки по всяко време трябва да се отзове на работното си място, когато е необходим. Високата професионална отговорност рефлектира върху необходимостта медиците почти винаги да са "на разположение" и се свързва с непланирани и извънредни работни часове.“*

Но високата натовареност, свързана с характера на медицинската дейност, далеч не е основната и единствена причина. **Недостигът на персонал и ниското възнаграждение, разглеждани като фактори извън непосредствения контрол на лечебните заведения влияят върху претоварването на медиците и върху вътрешноорганизационните процеси.** Претоварването се наблюдава по линия на дълги смени, извънреден труд, липса на междинни почивки, работа на разположение, нощни дежурства и недостатъчно време за почивка и възстановяване. Участниците посочват, че продължителността на работния ден при медицинския персонал (лекари и медицински сестри) често надхвърля физиологично допустимите граници, като в практиката не е изключена и продължителност, която надхвърля 12, 24 и дори 48 последователни работни часа, което няма как да се категоризира като „здравословен“ труд. Натоварването се засилва и от факта, че при отсъствия и ползване на отпуски тежестта се поема от ограничен кръг служители, което води до хронично претоварване на едни и същи хора.

Ситуацията е изключително комплицирана, тъй като **лечебните заведения няма как да се справят без хора, а за хората единственият начин да повишат прихода си е като работят извънредно.** Дори и в лечебни заведения, които са осигурили необходимия по щат медицински персонал и правят всичко възможно за оптималната организация на дежурствата с цел ограничаване на натоварването, нискотото заплащане в сектора често принуждава медицинските специалисти да работят допълнително. Това отново води до претоварване. Всички участници в разговорите споделят, че **медицинските специалисти често работят успоредно на повече от едно място** (на две или дори три работни места), за да компенсират ниските доходи. А смяната между различни лечебни заведения в рамките на едно денонощие допълнително засилва изтощението им.

По отношение на **интензивността** на работа и големия брой пациенти, особено **високо напрежение традиционно се наблюдава в структурите, свързани със спешност, интензивно лечение и тежки клинични случаи.** Най-често посочвани са спешните отделения, анестезиология, реанимация, хирургия, кардиология, ортопедия и травматология, неврология, акушерството и гинекологията, неонатология и педиатрия както и звена, които обслужват голям пациентопоток. Общото между тези структури е високата отговорност за живота и здравето на пациентите, необходимостта от бързи решения и постоянният контакт с тежко болни пациенти и техните близки. Постоянното притеснение, че може да бъде пропуснат важен детайл или пациент, създава трайно напрежение и чувство за непрекъсната отговорност. В онкологичните структури допълнително натоварване създава продължителният емоционален контакт с пациенти

в тежко състояние и необходимостта от ежедневно справяне с теми, свързани със страдание, прогресиращо заболяване и смърт. Не на последно място значителния дефицит на медицински сестри води до нереалистичен обем отговорности, например една сестра да се грижи за 30 лежащо болни.

Друг интересен факт, свързан и с фактор „Автономия и свобода на изпълнението“, е, че медицинските специалисти често **имат ограничен контрол върху графика, натоварването** и начина на изпълнение на задачите (от гледна точка изисквания на клиничните пътеки).

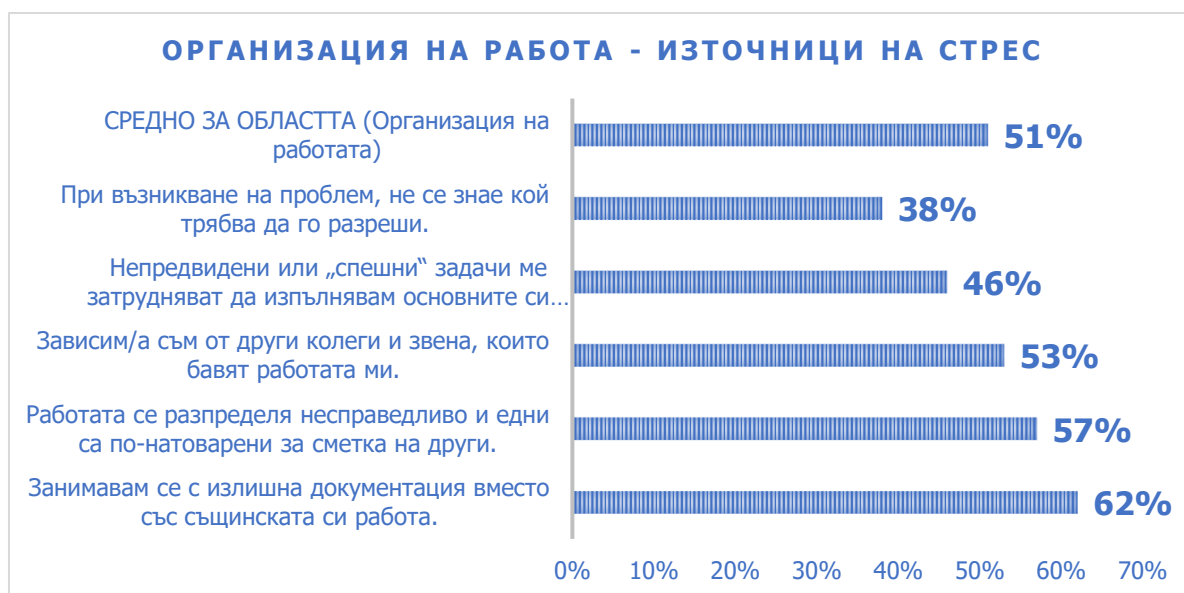
Паралелно провеждани изследвания в сектора⁵ показват, че високата интензивност на труда е пряко свързана с емоционално изтощение, хронична умора и повишен риск от професионално прегаряне. По време на пандемията от COVID-19 тези фактори се засилват значително, което води до рязко увеличение на бърнаут сред лекарите и здравните професионалисти.

От разговорите в настоящото изследване се потвърждава **сериозно нарушаване на баланса между професионалния и личния живот**. При медиците системно се наблюдава неизползване на отпуски, невъзможност за излизане в болнични заради това, че трябва да са на разположение за пациентите, поради което почивката в професията е непълноценна. Самата професия в повечето случаи върви със сменен режим на работа и дежурства, които нарушават естествения биологичен ритъм на организма и са един от биологичните предпоставки за натрупване на умора и стрес. Натрупването на професионален стрес, съчетано с лични ангажименти и семейни проблеми, води до ограничена възможност за пълноценна почивка и възстановяване. Част от участниците описват ситуацията като „омагьосан кръг“, в който опитът на един служител да потърси баланс и почивка увеличава натоварването за останалите и създава напрежение в екипа.

Водещо място на високото натоварване като източник на хроничен стрес сочат и резултатите от проведено проучване сред 377 общопрактикуващи лекари в България, публикувано през 2024 г.⁶. В изследването е установена силна зависимост между бърнаут и неудовлетвореността от баланса между личния и професионалния живот. Лекарите с по-лош баланс между професионален и личен живот показват значително по-високи нива на емоционално изтощение. Според посоченото изследване 96,3% от общопрактикуващите лекари имат високо ниво на професионално прегаряне по време на пандемията. Това е определено от авторите като: „нереалистично високо ниво на бърнаут“. Резултатите показват, че 74,8% работят над 8 часа дневно; 69,0% работят повече от 5 дни седмично; 91,8% работят дори по време на междусменните почивки; 71,6% работят по време на отпуск. Това показва **хронично претоварване и липса на реална възможност за възстановяване**. Изследването установява, че 86,3% са неудовлетворени от свободното си време; 67,1% заявяват, че не могат да постигнат баланс между работа и личен живот след началото на пандемията.

⁵ [PMC – Stressors in Healthcare Workplaces ScienceDirect – Workload and Occupational Stress](#)

⁶ Автори: Медицински университет Пловдив, [MDPI – Work-Life Balance and Burnout among GPs \(PMC – пълен текст\)](#)



Графика 4. Източници на напрежение и стрес в **организацията на работата** (% от изследваните лица с отговор „често“ и „много често“).

По отношение на фактор **„Организация на работа“**, който има пряка връзка с натоварването и интензивността на работа, според анкетиранията лица основен организационен проблем е **прекомерната административна и документална работа, която отклонява служителите от същинските им задължения (62%)**, а именно грижа за здравето на пациента. В много случаи медицинските специалисти изпълняват едновременно медицински, административни и координационни функции, което разширява обхвата на отговорностите им извън основната професионална роля. Високи стойности се наблюдават и при усещането за несправедливо разпределение на работата (57%), което е най-отчетливо при специалистите и медицинските сестри, които поемат голям обем от работните смени, и зависимостта от други колеги или звена, които забавят работния процес (53%). Част от анкетиранията посочват и затруднения, свързани с непредвидени задачи, като тук по време на интервюта се изясни, че се касае основно отново за административни задачи с кратки срокове.

Водещите до стрес фактори и резултати от настоящото изследване се потвърждават и от проучване на КНСБ⁷ *„Идентифициране на основни рискови фактори за влошаване здравето и работоспособността при определени професионални групи в здравеопазването“*, проведено през 2019 г. сред 1245 лица (лекари, медицински сестри, санитарни и административен персонал) от 53 лечебни и здравни заведения. 55,7 % от анкетиранията считат, че са под стрес на работното място. 75% посочват, че не получават оценка на дейността, която изпълняват. Сред водещите стресови фактори, свързани с професионалната среда, са посочени полагането на извънреден труд – 51,8% от анкетиранията, нощна работа и работа в празнични дни, удължено работно време, сумираното му изчисляване, недостатъчно време за почивка, изпълняване на несвойствени задачи, бюрокрация, чести и продължителни дежурства поради трудно намиране на заместници. Нивото на стреса при специалистите по здравни грижи, които дават **дежурства, пък е 4 пъти по-високо** от това на останалите. Също така, освен свръхнатовареност, като основни причини се посочват и недостиг на персонал, завишени изисквания на пациенти и роднини на пациенти, работа с малцинства, вътрешни

⁷ <https://knsb-bg.org/index.php/2019/11/05/prouchvane-na-knsb-55-ot-zdravnite-rabotniczi-se-trudyat-pod-stres/>



Съфинансирано от
Европейския съюз



БЪЛГАРСКА
СТОПАНСКА
КАМАРА



МИНИСТЕРСТВО НА ТРУДА
И СОЦИАЛНАТА ПОЛИТИКА



ЗАЕДНО
за устойчива заетост

конфликти между медицинския персонал вследствие на натовареността. Изследването също показва, че медицинските работници в по-млада възраст имат по-високо ниво на емоционално изтощение в сравнение с колегите си в по-зряла възраст. За една трета от тях този факт е причината за търсене на реализация в чужбина.

По отношение на фактор **„Автономия на работата“** се наблюдават различни нагласи, но като цяло част от медицинските специалисти изпитват ограничение в професионалната си самостоятелност. Особено при лекарите се отчита неудовлетвореност от необходимостта лечението да бъде съобразявано предимно с клинични пътеки и административни изисквания, а не изцяло с индивидуалните потребности на пациента. Това създава усещане за демотивация и ограничаване на професионалната експертиза, лекарите изпитват невъзможност и не винаги могат да приложат най-подходящия подход на лечение за конкретния пациент, което респективно влиза в **противоречие със същността на лекарското призвание и води до силен стрес**. В други структури служителите посочват, че разполагат с относителна автономност в рамките на длъжностните си задължения, което частично компенсира останалите организационни натоварвания.

Най-ниски стойности от посочените източници на стрес се отчитат при яснота на работната роля (26%), технологичен стрес (29%) и сътрудничество и подкрепа (32%), което означава, че тези фактори се възприемат като по-слабо изразени източници на напрежение. Това се дължи и на факта, че всяко медицинско лице има своята специализация и знае какви са ангажиментите му в рамките на лечебното заведение. Единствено при медицинските сестри се отчита необходимостта да съчетават едновременно няколко различни функции, което увеличава напрежението и чувството за отговорност.

Най-често срещаният проблем, свързан с **технологичния стрес**, е необходимостта от непрекъснато „наваксване“ и обработване на голям поток от информация (46%). По време на интервюта и срещи бе акцентирано, че ежедневно лечебните заведения биват заливани от нови и нови административни изисквания от външни за тях институции.

По време на работните срещи и интервюта също така се уточни, че технологичният стрес се проявява както чрез **непрекъснатата достъпност на медицинските специалисти**, така и чрез въвеждането на нови технологии и административни системи. Част от лекарите споделят, че са търсени по всяко време на денонощието, което създава усещане за постоянна ангажираност и невъзможност за реално отделяне от работата. Въвеждането на нова апаратура и промени в работните процеси също се възприема като източник на напрежение, особено когато липсва достатъчно добра комуникация, системна подкрепа и управление на промяната. Отбелязва се, че самото обучение не е достатъчно, ако служителите не разбират смисъла и ползите от новите технологии. Необходимо е промените да бъдат ясно комуникирани и служителите да бъдат мотивирани да ги приемат и прилагат в практиката си.



Графика 5. Източници на напрежение – технологичен стрес (% от изследваните лица с отговор „често“ и „много често“).

Положително е, че фактор „**Сътрудничество и подкрепа**“ е по-слабо изразен, което е следствие на това, че до голяма степен ръководствата на лечебните заведения се опитват чрез собствен ресурс да подкрепят служителите си, доколкото е възможно. В проведените срещи и интервюта също бе споделено, че медиците имат изградени лични контакти в общността, между отделните лечебни заведения и при необходимост се подкрепят.

Сравнението по пол (графика 6) показва, че мъжете отчитат по-високи нива на стрес, свързан с оценката и признанието (73%) и организацията на работата (60%), докато при жените стойностите са малко по-ниски, но също остават високи. Жените отчитат по-високи стойности при атмосферата на взаимоотношения и технологичния стрес, което предполага по-силна чувствителност към междуличностния климат и динамиката на дигиталната среда. И при двете групи натоварването и интензивността на труда са сред водещите фактори за напрежение. Като цяло различията между половете не са крайно изразени, но очертават различни акценти във възприемането на работния стрес.

Възрастовият анализ (графика 7) показва, че най-високи нива на стрес се наблюдават сред служителите на възраст 18–34 години. При тях водещи фактори са липсата на оценка и признание (76%), организацията на работата (63%) и натоварването (62%). Това показва, че по-младите служители изпитват по-силен натиск, свързан с професионалната реализация и адаптацията към работната среда. При поколението 18-34 за разлика от другите възрастови групи силно (двойно) се открояват фактори „промяна и несигурност“ и „автономия и свобода в изпълнението“, което се свързва с това, че при младите специалисти промените пораждат силно напрежение, а също така те са много по-зависими от опитните си колеги във вземането на решения.

При групата 35–44 години също се наблюдават високи стойности, особено по отношение на натоварването и технологичния стрес. С напредване на възрастта нивата на стрес постепенно намаляват, като при служителите над 55 години повечето показатели са значително по-ниски. Това може да се обясни с натрупания професионален опит и по-доброто адаптиране към работната среда.



Графика 6: Източници на напрежение и стрес в работната среда по пол (% от изследваните лица с отговор „често“ и „много често“).

Според интервютата и наблюденията се очертават някои генерационни различия в преживяването на стреса. Тук мненията на интервюираните са различни и се допълват. Една част считат, че по-младите специалисти първоначално демонстрират по-висока адаптивност и устойчивост, по-гъвкави и пластични са за работа, защото не са така амортизирани, както по-възрастното поколение. Но с натрупването на професионален опит и осъзнаването на реалната отговорност на медицинската професия се наблюдава постепенно нарастване на напрежението и емоционалното изтощение и при тях. При по-възрастните специалисти стресът често има кумулативен характер, което води до загуба на мотивация, емоционално изчерпване и намалена удовлетвореност от професията. Това говори, че проблемът има системен характер и не се дължи единствено на индивидуални особености или лична устойчивост на стрес.

Друга част от интервюираните считат, че по-младите по-често са под стрес, защото им липсва професионална увереност в критични ситуации. Отбелязва се, че по-високата квалификация, натрупаният професионален опит, практически знания и

увереността в собствените умения подпомагат медицинските специалисти за по-ефективно справяне с напрежението в кризисни ситуации.

В настоящото изследване не могат да бъдат отчетени различия **по образователен статус**, тъй като 97% от анкетираните лица в сектора са с висше образование.



Графика 7. Източници на напрежение и стрес в работната среда по **възраст** (% от изследваните лица с отговор „често“ и „много често“).

Анализът по служебен статус показва различия в начина, по който ръководителите и медицинските специалисти възприемат източниците на стрес в работната среда. При специалистите най-силно изразен е факторът „Оценка и признание“ (69%). Високи стойности се наблюдават също при „Атмосфера на взаимоотношения“ (59%) и „Организация на работата“ (52%), което насочва към наличие на напрежение в комуникацията и затруднения в работния процес. При ръководителите водещи фактори са „Натоварване и интензивност“ (51%) и „Организация на работата“ (49%), което е свързано с необходимостта от управление на хора, процеси и отговорности в условията на високо работно натоварване. Данните показват, че при различните служебни позиции стресът се проявява по различен начин – при експертните длъжности доминира недостатъчната оценка и междуличностно напрежение, докато при ръководните позиции водещи са организационният натиск и високата интензивност на работа.



Графика 8. Източници на напрежение и стрес в работната среда по **служебен статус** (% от изследваните лица с отговор „често“ и „много често“).

Анализът според професионалния опит в графика 9 показва, че най-високи стойности на напрежение се наблюдават сред служителите с опит между 11 и 20 години. При тях особено отчетливи са факторите „оценка и признание“ (75%), „натоварване и интензивност“ (63%) и „атмосфера на взаимоотношения“ (61%). Служителите с до 5 години опит също отчитат високи нива на стрес, свързани основно с организацията на труда и адаптацията към работната среда. При работещите с над 20 години стаж стойностите са по-ниски по повечето показатели, което предполага по-голяма устойчивост и професионална увереност. Данните показват, че **натрупаният опит влияе положително върху справянето с работното напрежение.**



Графика 9. Източници на напрежение и стрес в работната среда според години професионален опит (% от изследваните лица с отговор „често“ и „много често“).

В обобщение, анализът на получените данни относно организационните фактори показва, че работната среда в сектора на хуманното здравеопазване се характеризира с **високи нива на професионално напрежение, породени както от дългите и**

натоварени работни смени, така и от недостатъчното признание за труда на медицинските специалисти.

Настоящото изследване потвърждава резултати и от други международни и български проучвания, публикувани в утвърдени съсловни сайтове като PubMed, BMC, ScienceDirect и др., че сред водещите фактори за стрес в здравеопазването са **високото натоварване, дългите смени и недостигът на персонал**. Здравните работници описват „твърде много задачи и недостатъчно време“, работа по 80 часа седмично и постоянни дежурства. Според международни изследвания работното натоварване е статистически значим предиктор на стрес.

2.2. Състояния, свързани със стреса в работата

Независимо от начина на съчетание на факторите, професионалното прегаряне настъпва като резултат от тяхното **продължително и комплексно въздействие**. Или по своята природа, бърнаут не се проявява внезапно – той е продължителен процес на натрупване без рязко изразено начало. За да „въздействаме“ ефективно на прегарянето, освен да установим причините за възникването му, е необходимо да знаем в каква фаза на проявление е. Може да открием **три нива на стрес в работата**:

- **Умерено ниво на стрес**

Състояние на активиране и реакция на организма и психиката към силни въздействия в работната среда, които се възприемат като предизвикателни или заплашващи възможностите на работещия да се справи, да се преустрои или приспособи към тях. Инстинктивен стремеж към поддържане на баланс между променящите се изисквания на средата и способността за справяне с тези изисквания. Епизодичен (ситуативен) стрес, съпроводен с възникване на умерена тревога и напрежение, които затихват след успешното справяне или адаптиране към факторите, които го пораждат;

- **Напреднало ниво на стрес**

Състояние на нарастващо безпокойство, напрежение, физическо и психическо изтощение под влияние на силен, продължителен, непреодолян стрес в работата. Изчерпване на адаптивните ресурси и способности за справяне на организма, загуба на енергия, жизнен тонус и развитие на нездравословни реакции спрямо стресиращите фактори. Съпроводено е с висока тревожност, постоянна умора, отпадналост, потиснатост, натрапчиво, негативно мислене, когнитивни нарушения, нервност и раздразнителност. Постепенно настъпват соматични и психологически патологии, които с времето се трансформират в по-тежки, понякога фатални заболявания;

- **Хронично ниво на стрес**

Устойчиво състояние, повлияно от травмиращото въздействие на стреса в работата. Психическо и физическо напрежение, произтичащо от продължителни и непреодолени стресиращи въздействия, надвишаващи адаптационните способности на организма. Независимо от отпадането с времето на някои дразнители, хроничният стрес продължава да съществува, като се самохранва и прогресира под въздействието на нови стресори в променящата се среда. Характеризира се с хронична преумора и неспособност за възстановяване, емоционално изтощение, загуба на работоспособност, изострящи се здравословни проблеми, когнитивни нарушения и проблеми в социалното взаимодействие (загуба на увереност, отчуждаване, проблеми в общуването, агресивност, дисфункционални нагласи и поведение, дезориентация в ценностите и др.). В зависимост от личностните

особености, характера на професията и интензивността на неблагоприятните условия в работната среда, хроничният стрес може да прерасне в бърнаут – състояние на професионално прегаряне, при което работещият вече не е способен да се ангажира нормално с работата си.



Графика 10. Състояния, свързани със стреса в работата - % от изследваните лица с отговор „често“ (напреднал стрес) и отговори „много често“ (хроничен стрес).

Графиката показва, че **преобладават симптомите на напреднал стрес спрямо хроничния стрес сред изследваните медицински специалисти**. Най-високи стойности се наблюдават при загубата на контрол и неудовлетвореност от развитието на работните процеси (46%), умората и трудното възстановяване след работа (43%), както и невъзможността да се „изключат“ мислите за работата след края на работния ден (42%). Необходимо е да се обърне специално внимание на водещия



Съфинансирано от
Европейския съюз



БЪЛГАРСКА
СТОПАНСКА
КАМАРА



МИНИСТЕРСТВО НА ТРУДА
И СОЦИАЛНАТА ПОЛИТИКА



ЗАЕДНО
за устойчива заетост

според проучването симптом, а именно „загубата на контрол“. На база проведените разговори това може да се обясни с факта, че вместо да осъществяват лечебната дейност съобразно своята професионална експертиза и преценка, медицинските специалисти често са принудени да се съобразяват на първо място с правилата на здравната система и ограниченията, произтичащи от клиничните пътеки (най-малкото, за да не бъдат постоянно санкционирани). Това силно ограничава професионалната им автономност, затова лекарите споделят, че понякога се **чувстват с „вързани ръце“**.

Висок дял от анкетираните съобщават и за емоционално изтощение, негативни мисли, раздразнителност и тревожност, което очертава значително психо-емоционално натоварване. Данните сочат, че стресът при медицинските специалисти не се изчерпва с моментно напрежение, а придобива устойчив и дълбоко въздействащ характер, който засяга както психичното благосъстояние, така и способността за възстановяване и ефективно функциониране в работна среда.

Всички участници от проведените срещи и интервюта определят медицинските специалисти в България като хора **с висока устойчивост на стрес**. Това до известна степен се дължи на факта, че още с избора на медицинска професия са имали яснота и нагласата, че са избрали професия с висока отговорност и напрежение на работното място, което приемат. Несъмнено обаче **стресът влияе върху медицинския персонал изключително негативно**.

Участниците от работните срещи и интервютата считат, че проявите на стрес може да са провокирани от външни фактори, но зависят и от индивидуалния праг на поносимост на стрес и личностните характеристики. Въпреки, че не са преминавали специално обучение за разпознаване симптомите и проявленията на бърнаут синдрома, все пак споделят, че най-често наблюдават широк спектър от психологически, поведенчески и физически прояви сред колегите си, които свързват с прегарянето:

- **Психологическите симптоми и поведенчески прояви** включват емоционално изтощение, раздразнителност, циничност, повишена нервна реактивност и конфликтност, затруднена концентрация, атака срещу професионалната идентичност, емоционална лабилност, реакции като плач и чувство за безсилие, вкл. и използване на определени вещества за справяне със стреса (алкохол, медикаменти). Част от интервюираните описват състояния на психическо сриване, чувство за несигурност относно собствената професионална компетентност и постоянна тревожност дали изпълняват адекватно задълженията си. Спад в мотивацията, нежелание за работа и социално отдръпване също са сред наблюдаваните поведения.
- **Физическите симптоми** включват хронична умора, нарушения на съня, главоболие, високо кръвно налягане, по-чести боледувания. Информацията се потвърждава и от проведеното от КНСБ изследване на стреса⁸, според което за тревожност, безпокойство и проблем със съня признават 43,7% от анкетираните, физическо и психическо изтощение след работа имат 63%, емоционално разстройство, сърцебиене, главоболие изпитват 38%, а болки в гърба, мускулите и ставите – 64%.

В много случаи естественият циркаден ритъм на хората, които са ангажирани в рамките на **24-часов работен график**, се променя. В резултат се наблюдават **нарушения в съня, както и проблеми в психоемоционалното състояние**. Най-

⁸ <https://knsb-bg.org/index.php/2019/11/05/prouchvane-na-knsb-55-ot-zdravnite-rabotniczi-se-trudyat-pod-stres/>



често срещаните нарушения на съня включват прояви на хронично безсъние, значително влошаване на качество на съня, както и неговата по-кратка продължителност, която нормално трябва да бъде по 7 часа сън на нощ. Много често срещани оплаквания при работещи на **нощни смени**, са проблемите със заспиването и непрекъснатото усещане за умора. В много случаи се нарушава и социалният живот. Появява се и изолация от семейството и близките приятели. Често срещани са и прояви като отпадналост и изтощеност.⁹

Прави впечатление, че голяма част от споделените симптоми са такива, които се проявяват в по-напредналите фази на бърнаут, когато вече трудно остават скрити и за околните. **Първите сигнали за бърнаут идват рано, но те остават незабележими**, често приписвани на преумора, недоспиване. Преобладаваща част от изброените симптоми като повишена конфликтност, намалена емпатия към пациенти, безсъние, различни заболявания и т.н. са едновременно предупредителни сигнали за възникване на бърнаут при индивидуалната личност и същевременно са и последствия от вече проявил се бърнаут както за индивида, така и за организацията.

Симптомите на професионално прегаряне се наблюдават както при медицинските специалисти в директен контакт с пациенти, така и при административния и помощния персонал. В извънболничната помощ и регистратурите например се отчита сериозно натоварване, свързано с работа с електронни системи, обработка на документация, финансови операции, постоянни телефонни обаждания и напрежение в комуникацията с пациенти. Това показва, че **стресът не е ограничен единствено до клиничната дейност, а обхваща цялостната организация на здравната система.**

Стресът на работното място в сектор „Здравеопазване“ представлява значим професионален и обществен проблем, който влияе не само върху качеството на живот на медицинските специалисти, но засяга и тяхната професионална ефективност и качеството на предоставяните медицински услуги. Международните и българските изследвания¹⁰ също подчертават, че стресът в здравеопазването има системен характер и сериозни **социални и икономически последствия.**

На индивидуално ниво последствията от хроничния стрес се проявяват както в психичното, така и във физическото здраве на медицинските специалисти. Данните от интервютата сочат увеличаване на здравословните проблеми на медиците. В някои лечебни заведения над 20% от персонала е с ТЕЛК за трайно намалена работоспособност, което допълнително води до натоварване върху останалите служители. Същевременно самите медици често нямат възможност за профилактика, рехабилитация и възстановяване поради постоянната заетост и липсата на достатъчно персонал. Парадоксът е, че претоварени с работа медиците са склонни да negliжират собственото си здраве, което в комбинация с натоварения ритъм, стрес и липса на почивка ги води към сериозни здравословни проблеми. Участниците посочват, че особено при **по-отдадените специалисти, които се стремят да работят повече и качествено въпреки ограниченията на системата, резултатът често е професионално прегаряне.**

Когато специалистите работят в условия на хронично претоварване и емоционално изчерпване, способността за концентрация, емпатия и ефективно вземане на решения намалява. Наблюдава се и постепенно **отдръпване от пациентите като форма на**

⁹ Автор: [д-р Гергана Нинова](https://www.puls.bg/sn-c-33/rabotata-na-smeni-predrazpolaga-km-brnaut-i-narushen-syn), 2023г. Работата на смени предразполага към бърнаут и нарушен сън / [https://www.puls.bg/sn-c-33/rabotata-na-smeni-predrazpolaga-km-brnaut-i-narushen-syn-n-48329](https://www.puls.bg/sn-c-33/rabotata-na-smeni-predrazpolaga-km-brnaut-i-narushen-syn)

¹⁰ *Stressors Among Healthcare Workers: A Summative Content Analysis - PMC*



Съфинансирано от
Европейския съюз



БЪЛГАРСКА
СТОПАНСКА
КАМАРА
МИНИСТЕРСТВО НА ТРУДА
И СОЦИАЛНАТА ПОЛИТИКА



ЗАЕДНО
за устойчива заетост

психологическа самозащита, при което медицинските специалисти започват да работят с фокус върху избягване на грешки и санкции, вместо върху оптималната грижа за пациента. В много случаи това води до **загуба на професионална удовлетвореност и усещане за безсмисленост на усилията**.

„Депресираният човек може да бъде нещастен, той може да се развълнува, казано най-общо. А човек, който страда от емоционално изпепеляване, не може да се развълнува от нищо“ коментира проф. Дроздстой Стоянов (психиатър).

Изследвания¹¹ показват, че бърнаут е свързан с по-ниска работна ефективност, повишена честота на грешки и намалена удовлетвореност от работата. В дългосрочен план това може да доведе **до трайна загуба на работоспособност и преждевременно напускане на професията**.

На организационно ниво последствията се изразяват в **увеличаване на конфликтите** вътре в екипите и между отделните звена, както и чрез спад в мотивацията. Напрежението в комуникацията, повишената чувствителност към критика и натрупаното недоволство създават предпоставки за възникване на междуличностни конфликти и затруднена координация в работния процес.

Особено отчетлив е феноменът на професионалното прегаряне (бърнаут), който се свързва с продължително натрупване на напрежение и **невъзможност специалистите да упражняват професията си според етичните професионални стандарти и морални убеждения**. Част от интервюираните посочват, че вместо да прилагат експертизата си за лечение на тежки случаи, са принудени да мислят в посока **пренасочване на сложни случаи** към други лечебни заведения с цел минимизиране на риска от обвинения, жалби и административни последствия. В други случаи се увеличава рискът от грешки в работата, включително административни, които от своя страна водят до допълнителни санкции и ново натрупване на стрес. Всичко това поражда възприемане за несвършена работа, недооцененост и вътрешен конфликт между професионалния дълг и ограниченията на системата (клиничните пътеки).

Част от медицинските специалисти **напускат държавните лечебни заведения и се насочват** към индивидуални практики и частни заведения без спешна медицинска помощ или изцяло напускат системата на здравеопазването. Други **отказват да заемат ръководни позиции** поради високата степен на отговорност и липсата на подкрепа от системата. Установява се и **дефицит на желаещи да работят в най-натоварените структури**, като спешна медицина, анестезиология и реанимация, хирургия, травматология и неонатология. В редица лечебни заведения щатните позиции остават незаети, което допълнително увеличава натоварването върху действащия персонал и създава затворен цикъл на стрес и кадрови недостиг.

Хроничният стрес оказва влияние върху безопасността на труда. Умората и когнитивното претоварване увеличават вероятността от **трудови инциденти и медицински грешки**. Това създава риск не само за самите здравни работници, но и за пациентите. В тази връзка е установена пряка зависимост между нивото на професионален стрес и качеството на медицинската грижа, като по-високият стрес води до по-ниско качество на обслужване и по-чести оплаквания от пациенти¹². Според национално проучване сред 6700 лекари повече от половината американски лекари страдат от бърнаут и допускат значителни грешки. Доктор Даниел Тауфик, инструктор по педиатрична критична грижа в Медицинското училище в Станфордския университет,

¹¹ Harizanova, S., Stoyanova, R. (2020). *Burnout among Nurses in Bulgaria*. Work.

¹² Journal of Applied Research (2018). *Professional stress and quality of nursing care in Bulgaria*.

 МИНИСТЕРСТВО НА ТРУДА
И СОЦИАЛНАТА ПОЛИТИКА

споделя, че емоционалното прегряване е характерно за лекарите заради стреса и взаимодействието с повече хора. Най-много грешки се допускат при поставянето на диагноза, определяне на дозата лекарства, назначаване на изследвания и тестове, които могат да доведат до тежки последствия за пациентите.¹³

Друго проучване¹⁴, което изследва професионалното прегаряне сред **фармацевти** в Североизточна България сочи, че над половината от анкетираните проявяват признаци на прегаряне, основно под формата на емоционално изтощение и деперсонализация. Основните причини са административната тежест, честите нормативни промени, липсата на ясни инструкции и недостатъчно време за работа с пациентите. Последствията са намаляване на мотивацията и качеството на фармацевтичната грижа.

Според изследване¹⁵ на бърнаута сред българските медици, публикувано януари 2026 г., доц. Момчил Баев коментира, че **нежеланието да се ходи на работа** е един от основните признаци на прегаряне при специалистите в сектора. Понякога медиците изпадат в състояние на **„тихо напускане“ („quiet quitting“)**, което не означава физическо отсъствие от работното място, а спад в мотивацията, липса на емпатия, забравяне и разсеяност. Тези психични процеси служат като защитни механизми срещу прегарянето. Това се потвърждава и в проведените интервюта, които показват, че медицинските специалисти често работят независимо от влошеното си здравословно състояние. Участниците споделят за демотивация, раздразнителност, силна претовареност, но не и за реално напускане на работните места, а дори коментират, че **„медиците умират на работните си места“**.

За съжаление, от проведените срещи и разговори се наблюдава тенденция **болничните отсъствия да се отчитат основно като физически проблеми, без да се проследява връзката им с професионалното прегаряне и психичното натоварване**. На практика медицинските специалисти са претоварени и оставени без системна подкрепа в справянето със собствения си стрес и професионално прегаряне. В забързаното ежедневие дори да се разпознават признаците на стрес сред медиците, рядко се вземат мерки щом нивата на ефективност (лечение на пациентите) остават сравнително постоянни. Това отново е сигнал за **острата нужда от по-голяма информираност за бърнаут и необходимостта от неговата превенция в по-ранните фази на проявление**.

На секторно и обществено равнище последствията от хроничния стрес сред медицинските специалисти засягат устойчивостта на здравната система като цяло. Недостигът на кадри и намаляващата мотивация за работа в определени специалности водят до **сериозни дисбаланси в кадровото обезпечаване на лечебните заведения**. Формира се негативна тенденция към демотивация на младите кадри и затруднения в задържането на специалисти в системата, особено в най-критичните медицински направления. Особено засегнати са звената с най-висока интензивност и отговорност, където все по-трудно се намират желаещи да работят.

¹³ <https://www.puls.bg/zdrav-um-c-31/brnaut-prichina-za-mnogo-lekarski-qreshki-n-31518>

¹⁴ Професионално прегаряне при фармацевтите и мотивация за предоставяне на фармацевтична грижа на хронично болни пациенти – пилотно проучване за Североизточния регион на България (2023г); Автори: Анна Тодорова, Мария Иванова, Валентина Петкова : <https://zenodo.org/records/8409575>

¹⁵ <https://www.bta.bg/en/news/1055025-healing-the-healers-a-study-explores-burnout-among-medical-professionals?>

Healing the Healers: A Study Explores Burnout among Medical Professionals Associate Professor Momchil Baev of New Bulgarian University, Sofia, January 20, 2026 (BTA Photo/Siana Dimitrova)

Според резултатите от проучването на КНСБ¹⁶, влиянието на негативните фактори води до трайното нарастване на средната възраст на медицинския персонал, нисък дял на заетите в здравеопазването под 30 г., и силно изразен недостиг на специалисти по здравни грижи, анестезиолози и лекари в отделни области. Бърнаутът води до отсъствия, текучество и понижено качество на здравните услуги, и, въпреки че е трудно да бъде изчислена точната им цена, се оценяват на десетки и дори стотици милиони левове. Според д-р Кокалов (КНСБ) *„доказано е чрез лабораторни изследвания, че колкото по-висок е стресът на работното място, толкова по-голяма е вероятността натрупващото се напрежение да се превърне в основа за трудови травми“*.

Според проф. д-р Юлияна Йорданова от Института по невробиология (БАН), данните¹⁷ са зашеметяващи и отразяват една тиха епидемия, която надхвърля индивидуалното страдание и има дълбоки последици за производителността, здравеопазването и цялостното благосъстояние на обществото. Според оценки на различни здравни организации, психичните разстройства могат да доведат до милиарди евро загуба на производителност всяка година, което се отразява както на работодателите, така и на икономиката като цяло. Тежестта се усеща най-вече чрез отсъствията от работа – служителите отсъстват от работа поради проблеми с психичното здраве или проблема с т. нар. *презентизъм*, когато работниците присъстват физически, но не могат да работят с пълния си потенциал.

В дългосрочен план всичко това води до **влошаване на достъпа и качеството на здравните услуги за населението**. Натрупването на стрес, професионално прегаряне и кадрови дефицити поставя под риск способността **на здравната система да осигурява адекватна и навременна медицинска помощ**. Това превръща проблема с професионалния стрес в здравеопазването не само в индивидуален или организационен, а в значим обществен и стратегически въпрос.

В обобщение, може да се каже, че когато при здравните специалисти възникне професионално изтощение и бърнаут, това засяга не само тяхното здраве, но и здравето на пациентите, за които се грижат. Така проблемът надхвърля рамките на професията и може да повлияе **на цялото общество и на устойчивостта на здравната система**. В България този проблем е особено изразен поради структурни дефицити в системата и демографски тенденции. Последствията включват не само влошено здраве и професионално функциониране на медицинските специалисти, но и значителни икономически загуби, риск от намалено качество на медицинската помощ. Това налага **необходимостта от системни мерки, насочени към подобряване на работната среда, намаляване на натоварването и осигуряване на психологическа подкрепа за здравните работници**.

2.3. Нагласи към потенциалните мерки за ограничаване на напрежението и стреса в работата

Анализът на данните получени от онлайн анкетното проучване в сектора показват, че респондентите възприемат психичното здраве и превенцията на бърнаут преди всичко като **пряко свързани с качеството на работната среда, управленските практики и справедливото отношение в организацията**. Най-високо оценени са мерките, свързани със справедливостта в работната среда,

¹⁶ <https://knsb-bg.org/index.php/2019/11/05/prouchvane-na-knsb-55-ot-zdravnite-rabotniczi-se-trudyat-pod-stres/>

¹⁷ <https://www.economy.bg/innovations/view/61205/-Tehnologii-s-kauza--Tazi-bylgarska-kompaniya-otkriva-riska-ot-byrnaut-predi-da-se-poyavi->

емоционалния климат, оптимизацията на работния процес и баланса между професионалния и личния живот. Данните показват ясно предпочитание към структурни и организационни решения пред индивидуални интервенции за справяне със стреса.

Петте най-високо оценени фактора по дял на отговорите „**много важно**“ са:

1. Създаване на справедлива система за оценка, възнаграждение и признание – 84%;
2. Контрол на емоционалния климат и конструктивно управление на конфликтите. – 65%;
3. Подобряване на планирането и организацията и намаляване на ненужната административна дейност – 61%;
4. Въвеждане на опции за гъвкаво работно време и увеличаване времето за възстановяване – 61%;
5. Подобряване координацията и синхронизацията между структурните звена – 59%.

Общият процент положителни отговори „по-скоро важно“ и „много важно“ в графика 11 визуализира най-ключовите мерки посочени от респондентите. Към гореизброените фактори са идентифицирани още две много важни мерки: „*Редовен преглед, преразпределение и оптимизиране на работното натоварване.*“ и „*Включване на психичното здраве като приоритет в управленските решения и бизнес планирането*“.

Фактът, че всички предложени мерки получават над 80% сумарна положителна оценка, показва не просто подкрепа за отделни инициативи, а наличие на **ясно изразена обща потребност от организационна и секторна промяна**. Респондентите демонстрират висока степен на единомислие относно необходимостта от подобряване на организационния климат, управленските практики и условията на труд като основен механизъм за ограничаване на професионалния стрес и бърнаут.



Графика 11. Приоритизиране на управлението на стреса (%).

Резултатите показват, че служителите свързват психичното здраве не толкова с индивидуалната способност за справяне със стреса, а преди всичко с организационните условия на труд. Данните подчертават **необходимостта от устойчиви управленски политики**, насочени към справедливост, предвидимост, по-добра координация, реално ограничаване на професионалното претоварване и възможността за реален баланс между работа и лично пространство.

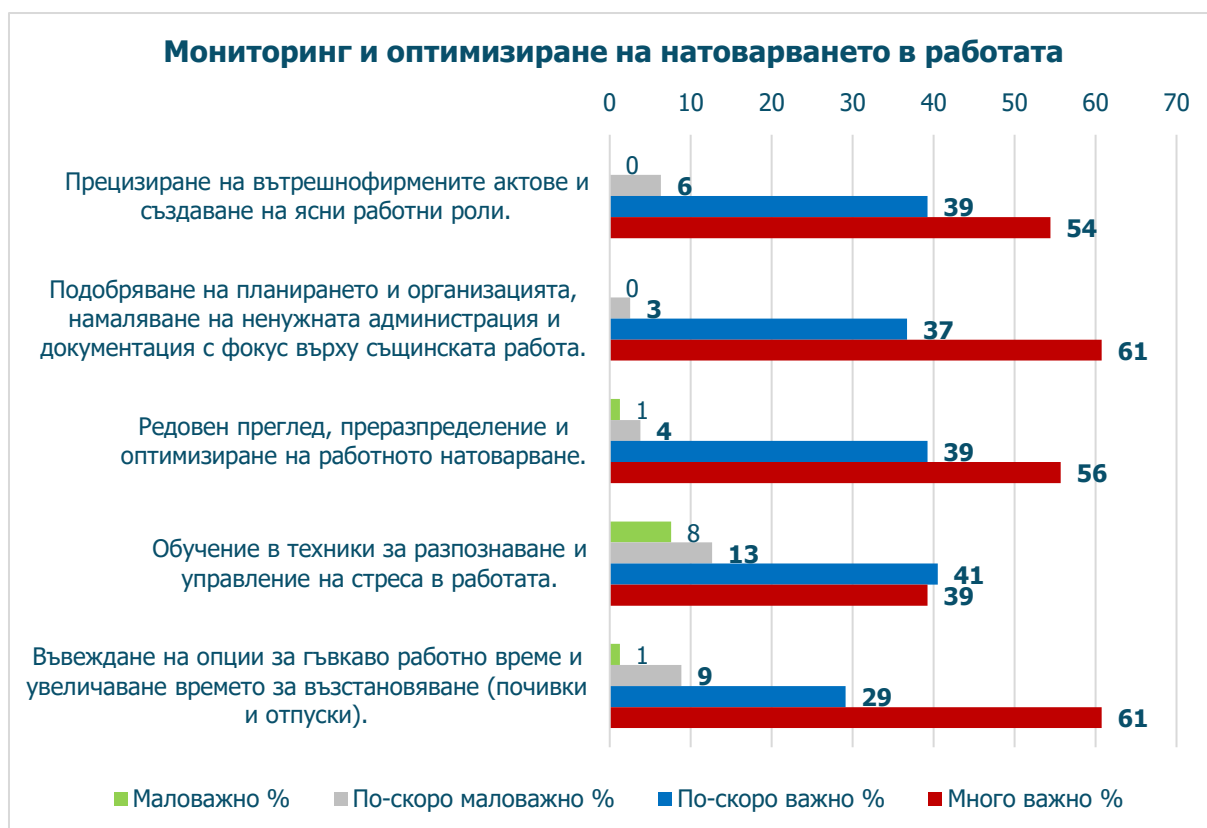


Графика 12. Приоритизиране на управлението на стреса (%).

Данните в графика 12 показват ясно **изразена необходимост от организационни политики, насочени към ограничаване на професионалния стрес и подкрепа на психичното здраве**. Най-високо оценена е мярката „Зачитане на границите между личен и професионален живот, включително правото на дигитално изключване от работната среда“, която 53,2% от респондентите определят като „много важна“, а допълнителни 39,2% – като „по-скоро важна“. Данните показват, че служителите възприемат **навлизането на работата в личното пространство и постоянната дигитална достъпност като значим фактор за психично натоварване**.

Съществена подкрепа получава и „Включване на психичното здраве като приоритет в управленските решения и бизнес планирането“, което 50% от анкетиранияте определят като „много важно“. Това показва очакване темата за психичното здраве да бъде интегрирана в стратегическото управление на организацията, а не разглеждана единствено като индивидуален проблем.

Високи оценки се наблюдават и при „Редовното изследване и анализ на нивото на стрес и минимизиране на рисковете за психичното здраве“ (38% „много важно“ и 51% „по-скоро важно“), което подчертава значението на превантивния подход и системния мониторинг на психосоциалните рискове. По-нисък, но все пак значителен, е дялът на категорична подкрепа за фирмените програми за психично здраве (40,5% „много важно“), което показва, че респондентите поставят **по-силен акцент върху организационните промени и управленските политики, отколкото единствено върху предоставянето на подкрепящи услуги**.



Графика 13. Мониторинг и оптимизиране на натоварването в работата (%).

Данните от графика 13 показват ясно изразена необходимост от по-добра организация на работния процес, осигуряване на повече възможности за възстановяване и справедливо разпределение на задачите и ограничаване на хроничното претоварване, което напълно отговаря на един от идентифицираните водещи източници на стрес в настоящото проучване, а именно високото натоварване в работния процес.

Най-ниска подкрепа в тази група мерки получава обучението за разпознаване и управление на стреса (39,2% „много важно“). Това показва, че служителите отдават по-голямо значение на структурните и организационните промени, отколкото на индивидуалните стратегии за адаптация към натоварването. По време на проведените работни срещи и интервюта всички участници единодушно коментираха, че обученията за идентифициране и ограничаване на бърнаут са много важни и биха участвали с удоволствие, но подчертаха и значението на това, че ако не са включени в цялостна програма от мерки, а провеждани като отделна инициатива не биха имали същия ефект.

Резултатите от графика 14 показват, че респондентите отдават най-голямо значение на организационната справедливост, добрия емоционален климат и ефективната координация в работната среда. Най-високо оценена е мярката „Създаване на справедлива система за оценка, възнаграждение и признание“ (83,5% „много важно“), следвана от „Контрол на емоционалния климат и конструктивно управление на конфликтите“ (64,6%). Това подчертава значението на справедливостта и признанието за мотивацията и организационната ангажираност на служителите.



Графика 14. Подобряване на организационната ефективност (%)

Преодоляването на бърнаут в сектор здравеопазване не може да бъде постигнато единствено чрез индивидуални мерки, а изисква последователна политика, комплексен и координиран подход на различни управленски нива. Това предполага прилагането на системни мерки, насочени както към индивидуалната подкрепа, така и към организационната среда, управленските практики и условията на труд. Според психолога Марит Кристенсен от Норвежкия университет за наука и технологии можем да се справим с прегарянето индивидуално – дали чрез терапия, почивка или вършенето на любими дейности, но това няма да е от голяма полза, ако на работното място изискванията са твърде високи или има недостиг на ресурси, тогава служителят най-вероятно отново ще прегори.¹⁸

Различни български изследователи, анализиращи проблема с професионалното изчерпване в сектор здравеопазване през последните 10 години, също подчертават, че ефективната превенция и ограничаване на бърнаута изискват прилагането на **комплексни мерки**. Проблемът не може да се реши с усилията на една институция. Например, според д-р Цветеслава Гълъбова, директор на Държавната психиатрична болница „Св. Иван Рилски“ е необходим спешен национален план за психологическа подкрепа и превенция на бърнаута при лекарите. **Медиците не могат да бъдат оставени сами да се справят с хроничния стрес, защото това засяга не само тяхното психично здраве, но и качеството на грижата за пациентите и устойчивостта на цялата здравна система.** Националната стратегия за психично

¹⁸ <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/sjop.12996>; *Scandinavian Journal of Psychology*. 2023r

здраве 2020–2030 г., разработена от работна група към Министерство на здравеопазването след проверка и препоръки от Европейската психиатрична асоциация, остава без реално приложение, въпреки че включва конкретни мерки и финансови параметри. Без организирани мерки за превенция, психологическа помощ и институционална подкрепа рискът от масово професионално прегаряне сред лекарите ще продължи да нараства.¹⁹

Данните от гореспоменатото проучване на КНСБ сочат като много показателен и бъдещ тревога факта, че 91% от анкетираният считат, че не се предприемат мерки за отстраняване на посочените причини, свързани с психосоциалните рискове. Вицепрезидентът на КНСБ посочва, че е необходимо да се предприемат мерки за цялостно решаване на проблема чрез законодателни инициативи – промени в Кодекса на труда, Наредби за здравето и безопасността при работа и др. Част от направените от синдикатите предложения, коментирани от д-р Кокалов са свързани с *“промяна в законодателството, позволяващо на общините и държавата, като собственици на лечебни заведения, да придобият права за доплащане на трудови възнаграждения, финансовия стандарт и методиката за разпределение на средствата за трудови възнаграждения да станат неразделна част от КТД, с фиксирани процентни съотношения за заплати на медицинския персонал, в цената на всички клинични пътеки да се определят разходите за заплащане на труда на лекарите и на специалистите по здравни грижи и др.”*²⁰

Също така от КНСБ предлагат разработване на **„Харта за психично здраве“** в сектор „Здравеопазване“, в която да залегнат основните предизвикателства при управлението на психосоциалните рискове, вкл. прилагане на ефективни системи за оценка на основните рискови фактори и възможностите за ранна превенция и предотвратяване на професионалния стрес. Нейната цел е да бъде използвана както от ръководителите на здравните и лечебните заведения, така и от служителите.

Необходимостта от мерки се затвърждава и от публикувано в началото на 2026 г. изследване на доц. Орлин Баев. Според него въпреки, че има доста проучвания по темата в сектора, реално психичното здраве на медицинските специалисти е тема, която често остава невидима за българското общество. *„Говори се от време на време в общественото пространство и медиите, но реални постъпки в тази посока не виждаме. Нямаме качествена и стратегическа кадрова политика в здравеопазването от много, много дълго време“*. Според него за подобряване на средата е нужно качествено и задълбочено обучение на здравните мениджъри (директори на болници, началници на клиники и отделения), на тези, които взимат решения и задават тона на общуване във всеки един екип. *„Имаме нужда тази комуникация да бъде такава, че да създава подкрепяща среда, да не кара хората да се чувстват виновни за грешки, да не се чувстват виновни заради това, че излизат в отпуск.“*, коментира доц. Баев. Той е категоричен, че това не може да бъде норма в работата. Не на последно място той споделя, че *„Не може човек да живее под толкова динамичен стрес всеки ден и в същото време да няма услуги за подкрепа и за възстановяване на психиката, защото тя страда и боледува по същия начин, по който боледува и тялото ни.“* и че *„Не е срамно човек да се чувства зле,*

¹⁹ <https://clinica.bg/11899-trqbva-speshen-plan-sreshtu-byrnaut-pri-lekarite>; 2020г.

²⁰ <https://knsb-bg.org/index.php/2019/11/05/prouchvane-na-knsb-55-ot-zdravnite-rabotniczi-se-trudyat-pod-stres/>



Съфинансирано от
Европейския съюз



МИНИСТЕРСТВО НА ТРУДА
И СОЦИАЛНАТА ПОЛИТИКА



ЗАЕДНО
за устойчива заетост

напротив – това е проява на зрялост, когато човек иска помощ за себе си или иска да се погрижи за своето здраве".²¹

В интервютата и предложенията се открояват няколко основни направления за ограничаване на професионалния стрес и превенция на бърнаута при медицинските специалисти. Най-често **посочваните мерки** са свързани с подобряване на организацията на труда, намаляване на административното натоварване, осигуряване на психологическа подкрепа, развитие на комуникационни умения и повишаване на общественото уважение към професията, включително:

- **Редовно измерване и проследяване на нивата на стрес:** Предлага се въвеждане на инструменти и методики за оценка на стреса и ранно разпознаване на симптомите на бърнаут.
- **Обучения за разпознаване и управление на стреса, както и такива за комуникация с пациенти и управление на конфликтни ситуации:** Да се провеждат системни обучения по управление на стреса, превенция на бърнаут и техники за психично възстановяване, включително в електронен формат. Системни обучения за ефективна комуникация, работа с афектирани пациенти, овладяване на конфликти, както и общуване с емпатия, необходимостта от емпатична грижа и опазването на границите на специалиста.
- **Осигуряване на психологическа подкрепа под различни форми:** Назначаване на психолози или осигуряване на регулярен достъп до външни специалисти като част от цялостна стратегия за психично здраве. Предлага се създаване на анонимни канали за подкрепа и споделяне или анонимна „телефонна линия на доверието“ за медицински специалисти.
- **Намаляване на административната тежест, вкл.:** Ограничаване на излишната документация и неефективните административни процеси, за да се освободи повече време за същинска медицинска дейност; по-реалистични срокове и координация при административни промени.
- **Оптимизиране на работното натоварване и подобряване на организацията на лечебния процес:** Намаляване на претоварването чрез по-добро разпределение на медицинския персонал и преодоляване на недостига на кадри – привличане на нови специалисти; Структурни промени и ясна координация между звената с цел намаляване на напрежението в работата.
- **Осигуряване на повече време за почивка и възстановяване:** Реална възможност за пълноценно използване на отпуски, почивки и възстановяване, особено при продължителен извънреден труд.
- **Въвеждане на различни форми за подкрепа на екипите:** Организиране на инициативи за сплотяване и разтоварване на колективите – тимбилдинги, спортни и културни дейности.
- **Подобряване на общественото отношение към медицинските специалисти и мерки за намаляване на агресията. Въвеждане на реална законова защита за медици:** Информационни кампании за ролята и реалността на лекарската професия, както и противодействие на негативните медийни внушения; Разширяване на здравнообразователните инициативи сред

²¹ <https://www.bgnes.bg/doc-momchil-baev-psihikata-strada-i-boleduva-po-sashtiq-nachin-po-koyto-boleduva-i-tqlo-to>, БГНЕС, доц Баев, 01.2026 г.

населението; Разработване на механизми за защита срещу агресия и медийни атаки; Осигуряване на физическа охрана в рискови отделения и институционална подкрепа срещу необосновани публични обвинения.

- **Подобряване на условията на труд и материалната база:** Модернизация на болници (особено регионални), апаратура с цел намаляване на допълнителния стрес в ежедневната работа; Осигуряване на подходящи помещения за почивка и възстановяване на персонала.
- **Справедливо и достойно възнаграждение:** Промяна в начина и системата на възнаграждение с цел намаляване на напрежението от прекомерното натоварване при продължителен работен ден, задържане на кадри и ограничаване на работата на няколко места; Обвързване на възнагражденията с квалификацията, опита и натоварването извън клиничните пътеки.
- **Подкрепа за квалификация и професионално развитие:** Финансиране и стимули за специализации и последващо обучение; Изграждане на прозрачна система за кариерно развитие.

В допълнение, Българският лекарски съюз подчертава, че устойчивото развитие на здравеопазването изисква балансиран и реалистичен подход. Без наличието на достатъчно квалифицирани специалисти, дори най-добре изградената инфраструктура рискува да остане неизползвана. Затова от Съюза посочват, че е необходимо да се инвестира в стимулиране на обучението, специализацията и задържането на медицински кадри в страната. Това включва както финансови механизми, така и създаване на предвидима и устойчива професионална среда, която да мотивира младите лекари да се реализират в България, включително и в по-слабо обезпечените региони.²²

- **Въвеждане на здравни медиатори, клинични социални работници, патронажна грижа и помощен персонал:** Част от комуникацията, информирането и организационните дейности да се поемат от медиатори и помощен персонал, за да се намали натискът върху лекарите и медицинските сестри. Подчертава се необходимостта от устойчиво финансиране на подобни позиции с осигурено финансиране, което да не е за сметка на лечебните заведения и медицинската дейност.

По време на работните срещи и интервютата са коментирани още множество крайно належащи промени. Тези предложения имат по-широк организационен и секторен характер и не са пряко насочени към бърнаута, но могат значително да повлияят върху нивото на стрес: Промяна или отпадане на системата на клиничните пътеки; Оптимизиране броя и структурата на лечебните заведения, реструктуриране на малки болници в лечебния заведения за продължаващо лечение (не за активно), което в момента липсва; Национални политики за разпределение на медицинските кадри по региони; Подсилване на звената за обществени поръчки и административна организация; Финансови промени във фонд „Работна заплата“ и финансирането на лечебните заведения; Повишаване на здравната култура и профилактиката сред населението и въвеждане на алгоритми на лечение в кризисни ситуации.

По отношение на здравната култура на населението, значителна част от участниците в работните срещи и интервютата считат, че конфликтите произтичат от недостатъчна здравна култура, неразбиране на възможностите и ограниченията на здравната система и нереалистични очаквания към медицинската помощ. Като възможни

²² БЛС: ДОСТЪПЪТ ДО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ ИЗИСКВА НЕ САМО ИНФРАСТРУКТУРА, НО И КАДРИ - Български Лекарски Съюз



мерки се посочват организиране на беседи и образователни инициативи за родители, пациенти с хронични заболявания и други групи от населението, както и провеждане на здравнообразователни дейности в детски градини, училища и местни общности. Според интервюираните подобни инициативи биха могли да подобрят разбирането за възможностите и ограниченията на здравната система, да намалят конфликтните ситуации и да ограничат част от психо-емоционалното натоварване върху персонала.

Предлага се и провеждане на **широка кръгла маса в бранша**, в която да участват представители от всички региони на страната, включително и малки болници, за да могат да се коментират проблемите на системата. Управителите на болници в средните и малките населени места смятат, че биха могли да предложат рационални решения, които да рефлектират положително на стреса при медиците.

Интересни, традиционни и иновативни **мерки срещу бърнаут**, които се прилагат **в сектор хуманно здравеопазване в Европа**, които могат да бъдат адаптирани и прилагани и в България са:

- **Право на „дигитално изключване“ след работно време:** В редица европейски болници се въвеждат политики, ограничаващи служебните обаждания, имейли и чат комуникация извън работно време, с цел възстановяване на психичното натоварване и подобряване на баланса работа–личен живот.²³
- **„Protected recovery time“ – защитено време за възстановяване:** Някои болници въвеждат гарантирани периоди за почивки и възстановяване по време на смени, особено за персонал в интензивни отделения и спешна помощ.²⁴
- **Създаване на „тихи стаи“ и recovery rooms за персонала:** В германски и скандинавски болници се изграждат специални пространства за кратка психологическа почивка, mindfulness, релаксация и възстановяване по време на смяна.²⁵
- **Включване на психотерапия и психологическо консултиране в служебния пакет:** Френски и белгийски лечебни заведения предоставят безплатен достъп до психотерапевт и кризисно консултиране за медицински персонал с риск от професионално изчерпване.²⁶
- **Програми тип „peer support“ между колеги:** Болници в Норвегия, Ирландия и Великобритания прилагат структурирани групи за емоционална подкрепа между медицински специалисти след тежки случаи и натоварени смени.²⁷ Тази мярка е коментирана и по време на проведените работни срещи и интервюта като възможен вариант, за да се избегне съпротивата сред лекарите, които често трудно допускат друго мнение за собственото си здраве, особено, ако е поднесено от щатен психолог. При варианта за консултация между колеги се използва по-неформален подход от медици, които предварително са обучени как да разпознават симптомите на стреса и как да подкрепят деликатно свои колеги.
- **9-седмични програми по mind-body medicine за здравни специалисти:** В Германия програмата LAGOM комбинира обучение по управление на стреса,

²³ [Magnet4Europe](#)

²⁴ [European Commission – Magnet4Europe](#)

²⁵ [LAGOM Program – BMC Medical Education](#)

²⁶ [Centre PEPS – CHU Toulouse](#)

²⁷ [Healthy Workplaces – Magnet4Europe](#)

дихателни техники, телесна релаксация, комуникация и работа с емоционално натоварване, като участието се счита за работно време.²⁸

- **Ранно идентифициране на риск от бърнаут чрез регулярни скрийнинг инструменти:** Някои болници използват стандартизирани инструменти за измерване на професионално изчерпване и психично натоварване с цел ранна превенция, а не реакция след настъпил проблем.²⁹
- **Намаляване на административната тежест и документацията:** Европейски програми за организационно реструктуриране целят ограничаване на ненужната документация и оптимизиране на работния процес, тъй като бюрократичното натоварване се определя като ключов фактор за бърнаут.³⁰
- **Гъвкави графици и съкратено работно време за рискови звена:** В Белгия и Скандинавските държави се прилагат модели за по-гъвкави смени, частична заетост и ограничаване на последователните дълги смени с цел намаляване на хроничната умора.³¹
- **Смяна на работното място:** В Гърция и Турция се прилага смяна на работното място на петгодишен период – от по-напрегнат към по-спокоен сектор и обратно.
- **Психологически консултации и рехабилитация** се прилагат в Швеция и Нидерландия за хора с доказан бърнаут. Д-р Кристина Стоянова, специалист в областта на психологията, посочва, че **салутогенезата** (от лат. *Salutogenesis* – наука за създаването и поддържането на здравето) е медицински подход, който може да подпомогне здравето на медицинските специалисти.³²
- **Преместване на медици от едно лечебно звено в друго с цел** специалистът да намери нужното равновесие и да обмени опит с други колеги. В България се прилага частично под формата на командировки, но не е масова практика.

2.4. Секторна специфика в психосоциалните фактори създаващи риск за психичното здраве на работещите

Проведените работни срещи и интервюта с представители на лечебни заведения и медицински специалисти очертават ясно изразена **тенденция към нарастващо психично и емоционално натоварване** в сектор „Здравеопазване“. Анализът на споделените мнения показва, че рискът от професионално прегаряне не се формира единствено от естеството на медицинската професия и вътрешно – организационни фактори, а в значителна степен се **влие от външни фактори, свързани с организацията и функционирането на здравната система, икономическата среда, обществените нагласи и нормативната рамка.**

Независимо от различията между отделните лечебни заведения и региони, в интервютата се наблюдава висока степен на повтаряемост на проблемите, което показва, че те имат системен характер. В почти всички случаи участниците описват работна среда, характеризираща се с хронично напрежение, висока степен на несигурност, ограничени ресурси и необходимост от постоянна адаптация към променящи се условия. Натрупването и едновременното действие на тези фактори водят

²⁸ [LAGOM Program](#)

²⁹ [Burnout Assessment Tool – KU Leuven discussion](#)

³⁰ [Magnet4Europe – EHMA](#)

³¹ [Discussion on healthcare workload in Belgium](#)

³² <https://www.puls.bg/novini-i-sbitiia-c-2/zdravnite-spetsialisti-u-nas-stradashchi-ot-pregriavane-vse-taka-niamat-podkrepa-n-40963>



Съфинансирано от
Европейския съюз



МИНИСТЕРСТВО НА ТРУДА
И СОЦИАЛНАТА ПОЛИТИКА



ЗАЕДНО
за устойчива заетост

до продължително психично изтощение, демотивация и намалена удовлетвореност от професията.

На преден план участниците определят няколко взаимосвързани фактора като едни от най-сериозните системни проблеми, а именно хроничният **дефицит на кадри, застаряването на персонала и несигурността на традиционно несправедливо ниското заплащане в сектора**. Най-осезаем е проблемът по отношение на медицинските сестри, високонатоварените звена (спешно, анестезиология, неонатология и т.н.) и в малки регионални болнични заведения, където почти няма звено със запълнен щат. Честа практика е медицинските сестри да не са зачислени към определено звено, а да обслужват цялата болница или да отговарят за няколко кабинета, в зависимост от натовареността и броя пациенти, което повишава значително интензитета на работния процес. Според участниците недостигът на персонал води до повишено натоварване на наличните екипи, ограничени възможности за почивка и възстановяване, невъзможност за ползване на болнични. На практика липсващите кадри се компенсират чрез извънреден труд и допълнителни дежурства на наличния персонал, което допълнително увеличава физическото и психическото натоварване. Част от участниците подчертават, че в определени звена се работи **„на ръба на възможностите“**, което повишава риска от професионални грешки, емоционално изтощение и демотивация. Именно това пряко се отразява на вътрешноорганизационния фактор „натоварване и интензивност“.

В по-слабо населените региони, където щатове се покриват трудно медиците работят допълнително и по друга причина. Заради необходимостта да се осигури дейност по незаеят щат и така да се подпомогнат малките лечебни заведения, които в противен случай биха закрили дейност. А закриването на дейност на едно лечебно заведение води до увеличен поток от пациенти към най-близкото регионално лечебно заведение и това съответно отново претоварва медиците.

Особено тревожна е тенденцията към **застаряване на персонала и недостатъчният интерес на младите към определени медицински специалности**. Отбелязва се, че лечебните заведения, особено в малките населени места, срещат сериозни трудности по привличането на млади кадри и задържането на медицински кадри въобще. Броят на специализантите в регионалните болници е нисък, дори и при налична апаратура, осигурени квартири и възможност за обучение от опитни специалисти с разнообразни клинични случаи. *(В интервю за специализиран български сайт за здравна политика и медицина, д-р Нели Савчева коментира, че младите лекари често не желаят да работят в провинцията, въпреки че там могат да придобият ценен практически опит.)* Допълнително се наблюдава и отлив на младите от по-тежки специалности, които изискват спешност и интензивност на работа. В статията *„В България специализантите са недооценени“* младите медици описват липсата на достатъчно подкрепа, ниското възнаграждение и ограничените възможности за развитие.³³

Мненията се потвърждават и от последното национално проучване на агенция „Тренд“³⁴, проведено по поръчка на Българския лекарски съюз. Като сериозен недостатък на здравната система се откроява недостигът на медицински специалисти и недостатъчното покритие на здравните услуги в определени региони на страната.

³³ Clinica.bg

³⁴ <https://blsbg.com/bg/bls-dostuput-do-zdraveopazvane-iziskwa-ne-samo-infrastruktura-no-i-kadri.html>, публикация 04.2026

Липсата на последователни и дългосрочни политики за тяхното задържане и развитие са фактори, които допълнително задълбочават проблема в дългосрочен план.

Ръководители на болници споделят по време на работните срещи, че днес заради кадровия дефицит работа може да започне всеки завършил медицинско образование, което отнема възможността за реален подбор на персонал. **Липсата на конкуренция** за едно работно място се отразява на екипната работа и в крайна сметка рефлектира на ефективността на работата, удовлетворението на медиците от работата и на пациента от медицинската услуга.

Недостигът на персонал се свързва и с влошаване на качеството на междуетипната комуникация, натрупване на конфликти и постоянна претовареност. Както вече бе коментирано, част от участниците споделят, че поради липсата на кадри често не могат да си позволят болничен или отпуск, тъй като няма кой да ги замести. Това води до хронична умора и липса на контрол върху собственото време и личен живот.

Според участниците проблемът допълнително се задълбочава от непрекъснатото **разкриване на нови болници при ограничен брой медици, което води до преразпределение на наличния персонал** на пазара и увеличаване на натоварването при останалия персонал в по-неатрактивните лечебни заведения. Особено сериозен е проблемът при медицинските сестри, голяма част от които са в предпенсионна и пенсионна възраст, а притокът на млади кадри остава недостатъчен спрямо реалните потребности на системата. В някои лечебни заведения се изразяват опасения, че в близките години определени дейности може да станат трудно изпълними поради липса на специалисти.

Конкуренцията с частните лечебни заведения също се разглежда като фактор, който допълнително задълбочава кадровия дефицит в държавните и общинските болници. Според участниците причината за отлива на лекари към частния сектор не е единствено заплащането, а преди всичко **по-ниското натоварване**, липсата на спешни отделения и по-ограниченият брой тежки случаи. Това поставя държавните и общинските болници в ситуация на постоянно повишаващо се натоварване и затруднения при осигуряването на достатъчен персонал особено за спешните отделения с активно лечение.

Като неразривно свързан с дефицита на кадри значим външен фактор се посочва и заплащането в сектора. Тук има няколко основни аспекта. От една страна **несигурността и непредвидимостта във финансирането, а от друга, несправедливо ниските възнаграждения в сектора.**

Ниското заплащане е и една от основните причини за необходимостта от работа на повече от едно място. Качеството на живот се измерва с това дали можеш с едно работно място да получиш адекватно възнаграждение за труда. Необходимостта да се работи на две, три места произтича от ниското заплащане и затова медицинските специалисти и особено медицинските сестри са принудени да работят на повече от едно място, за да си осигурят адекватен за живот доход, различен от минимална работна заплата. Това допълнително ограничава възможностите за възстановяване и повишава риска от грешки и професионално прегаряне.

От друга страна, в интервютата многократно се посочва, че **нивото на заплащане често не съответства на отговорността**, натоварването и обществените очаквания към медицинските специалисти. Според участниците липсва ясна и предвидима система за остойностяване на труда и за обвързване на възнагражденията

с квалификацията, опита и реалното натоварване. Разликите във възнагражденията между по-опитни и по-слабо квалифицирани кадри остават недостатъчни. Това демотивира по-ангажираните и квалифицирани медици. Създава се цялостно **възприятие за недооцененост и липса на справедливост.**

Освен ниския размер на възнагражденията и усещането за несправедливост, сред основните проблеми се нарежда и **несигурността, породена от вариращите доходи.** Това е свързано с принципа на финансиране, при който възнаграждението за лекарския труд е включено в стойността на клиничните пътеки, вместо да се заплаща като отделен и ясно регламентиран компонент. Например, при хоспитализация на пациент със "сложен клиничен случай", изискващ значителен обем диагностични и терапевтични дейности, реалните разходи за лечение често надвишават стойността на клиничната пътека. В резултат на това се формира недостиг на финансов ресурс, което оказва влияние и върху възможностите за адекватно заплащане на положения лекарски труд. Или когато клиничната пътека е за кратък престой от 3 дни, а реално пациента се нуждае от минимум 5 дни за минимално възстановяване, болницата го задържа за своя сметка, което намалява общия ѝ приход и респективно влияе на възнагражденията.

Позицията на Българския лекарски съюз (БЛС) е категорична, че заплатите в сектора трябва да бъдат извадени от обвързаността им с клиничните пътеки. От съсловието настояват средствата за възнаграждения да се договарят отделно, за да се гарантират доходите на медицинския персонал независимо от броя на преминалите пациенти. От БЛС посочват, че включването на парите за заплати в цените на клиничните пътеки води до изкривявания и не гарантира, че средствата ще стигнат до реалните изпълнители (лекари и медицински сестри). В интервю д-р Мангъров коментира, че *„Първото, което трябва да се направи, е да се раздели заплащането на медицинския труд от стойността на лечението. Заплащането именно на труда трябва да бъде достойно и в никакъв случай да не е свързано с броя преминали болни по клинични пътеки“*³⁵

Като цяло **финансовите ограничения** често възпрепятстват назначаването на допълнителен персонал, обновяването на оборудването или подобряването на условията на труд. В резултат медицинските специалисти работят в среда, в която се очаква постоянно повишаване на ефективността при ограничени ресурси и без реално намаляване на натоварването. В допълнение невъзможността да осигурят желаното качество на грижа поради ресурсни ограничения създава силно емоционално натоварване.

Други ясно изразени фактори са **променящите се очаквания на пациентите, силният медиен натиск и ниското обществено доверие към здравната система.** Обществото налага много по-високи изисквания към медиците, отколкото към всички останали хора и професии. Прието е, че лекарят няма право на грешка. Проучване, поръчано от БЛС показва стряскащи данни: 73% от хората смятат до някаква степен, че лекарите са длъжни винаги да са на разположение и да реагират незабавно, а 72% – че са длъжни да предоставят незабавни решения на сложни проблеми.³⁶ Според интервюираните пациентите са все по-взискателни, поставят си диагнози чрез интернет, изкуствен интелект, но едновременно с това често насочват недоволството си към медицинските специалисти за проблеми, произтичащи от самата система. Медиците са

³⁵ <https://clinica.bg/37775-zaplashtaneto-za-trud-i-lechenie-da-se-razdeli> през 2026г

³⁶ https://blsbg.com/bg/d-r-brnzalov-lekariat-v-blgariia-e-nai-dostpen-za-patsientite-no-trudt-mu-ne-e-otsenen-dobre_p12078.html, 2024г



Съфинансирано от
Европейския съюз



БЪЛГАРСКА
СТОПАНСКА
КАМАРА



МИНИСТЕРСТВО НА ТРУДА
И СОЦИАЛНАТА ПОЛИТИКА



ЗАЕДНО
за устойчива заетост

ограничени от правилата на системата, за да отговорят на очакванията на пациента, който често не знае какво е покритието на здравната каса за дадено заболяване и това поражда напрежение, което прераства в конфликти с медиците. Според участниците голяма част от жалбите към болниците са свързани не с качеството на медицинската услуга, а с комуникацията и нереалистичните очаквания към възможностите на медицината. В редица случаи се описват ситуации на напрежение, конфликти и агресивно поведение, особено в спешни и високонатоварени звена. Професията на здравните работници е достатъчно натоварена емоционално от факта, че се работи с болни и страдащи пациенти, но когато се комбинира с демонстративната липса на уважение от страна на пациентите и ежедневните конфликтни ситуации положението излиза извън контрол. Неслучайно на второ място сред вътрешноорганизационните причини бе посочен фактор „атмосфера на работа“, в контекста на необходимост от съдържане на емоциите от страна на медиците.

Според интервюираните през последните години се е формирало трайно **негативно обществено отношение към здравеопазването**, което оказва пряко влияние върху психичното натоварване на работещите в сектора. Наблюдава се голямо неразбиране на обществото какво прави един медик и какви са възможностите на здравната система. Въпреки всичко това се подчертава, че пациентите все още вярват на лекарите, но не и на системата.

Не бива да се подминава наличието на **агресия срещу медиците и липсата на механизъм за реална защита**. Тук отново се наблюдават два аспекта: агресия от страна на пациенти и роднини и агресия от страна на медиците и т.нар. публично линчуване на лекари. Нарастващата вербална и дори физическа агресия срещу медицински лица се възприема като особено тревожна тенденция. По думите на участниците насилието ескалира всяка следваща година. Специалистите посочват, че работят в среда на постоянен психически натиск, което засилва несигурността и професионалното изтощение. Най-често се съобщава за вербална агресия, заплахи, натиск от пациенти и близки, а в някои случаи и за физически посегателства срещу лекари, медицински сестри и екипи на Спешна помощ. Според данни 250 хил. души са били преки свидетели на физическа агресия към лекар.³⁷ При физическа агресия се разчита на полицията, но нормативното уреждане на наказателната отговорност при агресия над медицински лица, създадена по настояване на БЛС, не работи според интервюираните.

Медицинският персонал остава морално и физически незащитен и първосигнално смятан за виновен, без да се отчита фактът, че при негативен случай първо самият той/тя е съкрушен/а. Респектът и уважението към човека, който се опитва да помогне за живота и здравето на пациента е изчезнало отдавна, което влияе пряко върху мотивацията и психичното благополучие на медиците. Самата агресия има пряко отражение върху бърнаута и психичното здраве на медицинските екипи. Постоянното напрежение, страхът от конфликти и липсата на защита водят до емоционално изчерпване, тревожност и демотивация.

От БЛС провеждат кампании и инициативи срещу насилието над медици под наслов „ПребориГнева“, подготвят листовки за медиците със съвети как да действат при агресивни пациенти; безплатна юридическа помощ; проведени са и няколко безплатни обучения в редица лечебни заведения за справяне с агресивни пациенти, но отделните

³⁷ https://blsbg.com/bg/d-r-brnzalov-lekariat-v-blgariia-e-nai-dostpen-za-patsientite-no-trudt-mu-ne-e-otsenen-dobre_p12078.html, 2024г



Съфинансирано от
Европейския съюз



МИНИСТЕРСТВО НА ТРУДА
И СОЦИАЛНАТА ПОЛИТИКА



ЗАЕДНО
за устойчива заетост

мерки не са достатъчни при липса на цялостна последователна институционална политика на държавно ниво.³⁸ Анализите показват, че ако е се предприемат ефективни механизми за защита на медицинските специалисти, рискът от хроничен бърнаут, кадрови дефицит и спад в качеството на здравните услуги ще продължи да нараства.

Ролята на медиите и неадекватността на медийните послания влияят на възприятието за професионализма на медиците на цялото общество. В търсене на поредната негативна сензация, медиите демонизират образа на лекаря и произнасят присъди, без да се изчаква изказването на компетентни органи и случаите се представят едностранчиво без проследяване. Участниците считат, че в този случай Министерство на здравеопазването и БЛС трябва да вземат по-активни мерки, които да защитават медиците от медийния линч. Според участниците нарастващата медийна агресия води и до **нежелание на част от лекарите да поемат тежки и високорискови случаи поради страха от обвинения и обществен натиск.**

Друга група най-силно изразени фактори са **институционалният натиск върху системата на здравеопазване; непрекъснато променящата се нормативна среда и високото административно натоварване.** Участниците многократно посочват, че значителна част от работното време се отделя за попълване на документация, работа с електронни системи, справки, отчети и изпълнение на различни административни изисквания. От болничните заведения подчертават, че не могат да смогнат с **ежедневните нови изисквания и непрекъсната промяна на административните правила.** Те получават указания от НЗОК, МЗ, противопожарни служби, инспекция по охрана на труда и други, различни институции. Това постоянно „нормотворчество“ създава стрес по ред причини като се запозне от нереалистично кратки срокове за изпълнение на изискванията и се стигне най-вече до **липсата на съгласуваност между различните институционални звена,** които създават нормативни актове. Именно противоречивите изисквания между различните институции създават впечатление за постоянна несигурност и затрудняват нормалното планиране на работния процес. Хаотичните, несъгласувани ежедневни указания „на парче“ водят до стрес и за ръководствата на здравните заведения и за административния персонал, и за самите лекари, които работят според съответните изисквания. Част от интервюираните споделят, че постепенно фокусът се измества от медицинската дейност към „работа по документи“/ **работа „по правила и лимити“**, което влиза в противоречие с ценностите и същността на професията и води до загуба на професионален смисъл и натрупване на хронично напрежение. Настоящият здравен модел поставя акцент върху отчетността и документацията вместо върху реалната грижа за пациента. Изказани са мнения, че има медици, които напускат системата поради нежеланието голяма част от работното им време да бъде заето с административна дейност вместо с работа с пациенти. Д-р Станислава Благоева в интервю за специализиран български сайт за здравна политика и медицина споделя, че: *„Документалната дейност и пътеките затрудняват медицинския процес.“*³⁹ А според д-р Мария Цвяткова *„Медицината не е само наука, а съчетание от знания, отговорност и човечност“*⁴⁰ и като такава тя е необходимо да се запази именно в хуманен аспект, а не да се превръща в „преминали брой болни и отчетени от НЗОК“.

³⁸ https://blsbq.com/bg/d-r-brnzalov-lekariat-v-blgariia-e-nai-dostpen-za-patsientite-no-trudt-mu-ne-e-otsenen-dobre_p12078.html, 2024r

³⁹ Clinica.bg

⁴⁰ <https://clinica.bg/36430-dishaneto-e-pyrvigt-i-posledniqt-ritym-na-jivota>

Бюрократичният подход на институционално ниво (НЗОК) създава сериозен проблем за здравеопазването. Подчертава се, че **санкции и глоби често се налагат за формални пропуски в документацията, без те да имат пряко отношение към лечението на пациента.** Глобите често надвишават тежестта на нарушенията, освен че липсва възможност за корекция. Например, при допълнителен преглед извън клиничната пътека по преценка на лекуващия лекар, той не просто не се заплаща, а се налага глоба. На практика отговорното лекарско отношение към лечението на пациента бива наказвано и лекарят изпада в невъзможност да изпълнява медицинското си призвание.

В друго изследване, проведено сред българските фармацевти, се посочват като сериозен проблем честите промени в нормативната уредба и сложността при обработването на електронни рецепти и документация към НЗОК. Това води до отклоняване на вниманието от реалната грижа за пациента и повишава риска от грешки.⁴¹

Липсват и ясни указания как да се случат нововъведените правила. Например, нови противопожарни правила указват премахване на шкафчета на персонала, от мястото, на което са били разположени в последните 50 години, но без указание къде да се локализируют. При невъзможност за изпълнение поради ограничени пространства казусът стига до МЗ, което отвлича от основната медицинска дейност. Аналогична е и дейността свързана с психосоциалния климат – по закон трябва да се измерва рискът и по отношение на психосоциалните рискове и да се предлагат евентуални мерки, но не се казва как точно това да се реализира, няма и подпомагащ механизъм.

В България се формира среда, в която общественят и медиен натиск и административната свръхрегулация подкопават доверието на медицинските специалисти в системата. **Лекарят все по-често се оказва поставен между очакванията на пациента и ограниченията, наложени от административните механизми и изискванията на здравното финансиране.** Това създава трайно напрежение и риск от демотивация на професионалистите, които изпитват невъзможност да реализират пълноценно своята експертиза.

Значителен източник на стрес е и **дигитализацията на здравната система.** Секторът преминава през бърза трансформация, движена от изкуствения интелект, телемедицината, електронните здравни досиета и автоматизацията на медицинските процеси. Един от основните проблеми е т.нар. „**дигитално претоварване**“ – непрекъснат поток от информация, известия, електронна документация и необходимост от работа с множество системи едновременно, които често увеличават административното натоварване вместо да го намалят. Това води до умора, когнитивно изтощение и усещане за постоянен натиск. В този контекст бъдещето на здравеопазването ще зависи от способността на организациите и хората да се адаптират към новите технологии по устойчив и балансиран начин.

Всички интервюирани единодушно оценяват нововъведенията (апарати, системи за лечение и т.н.) в здравеопазването силно положително и като необходима стъпка към модернизация, но в разговорите ясно се откроява мнението, че административната страна на дигитализацията често не облекчава работата, а води до допълнително натоварване, по начина по който е реализирана в България. **Дигитализацията едновременно подпомага и увеличава стреса.** В редица случаи интервюираните

⁴¹ [Pharmacia – Administrative Workload and Burnout](#)
[BMC Psychology – Organizational Factors and Burnout](#)



Съфинансирано от
Европейския съюз



МИНИСТЕРСТВО НА ТРУДА
И СОЦИАЛНАТА ПОЛИТИКА



ЗАЕДНО
за устойчива заетост

споделят, че техническите проблеми водят до забавяне на обслужването, напрежение с пациентите, конфликти и страх от грешки с потенциални административни последици. Например, общопрактикуващият лекар не може да обслужва пациенти, записани предварително по график, когато системата се срине по независещи от него причини. В същото време, ако извършва прегледи, без да ги отчита в реално време, подлежи на санкции. Друг нововъзникващ риск е свързан с **„постоянната достъпност“**. Благодарение на мобилните технологии и онлайн платформите границата между работа и личен живот постепенно се размива. Медицинските специалисти все по-често извършват консултации извън работното време, което увеличава риска от хроничен стрес и бърнаут. Българските лекари са едни от най-леснодостъпните⁴² (вкл. дигитално), в повечето случаи пациентите могат да се свържат по телефон с тях по всяко време на денонощието. Така се нарушава правото на почивка и възстановяване на лекарите. Според председателят на БЛС д-р Брънзалов *„Това доведе до редица изкривявания – лекарите страдат от бърнаут синдром, масово затормозяване“*⁴³.

Значимо отражение върху психичното натоварване оказват и **кризисните ситуации и високата степен на непредсказуемост в сектора**. Пандемията от COVID-19 е посочена като един от най-силните източници на хронично напрежение и професионално изтощение. Участниците описват продължителна работа при извънредно натоварване, постоянна несигурност, страх за собственото здраве и това на близките, както и емоционално изтощение вследствие на високата смъртност и продължителния кризисен режим. Част от интервюираните отбелязват, че последиците от пандемията продължават да се усещат и към настоящия момент под формата на демотивация, хронична умора и затруднено възстановяване на кадровия капацитет.

Това, което би спомогнало за преодоляване на подобни кризисни ситуации, а и би намалило ежедневното напрежение в работата и конфликти между лекарските екипи (кой за какво е отговорен) би било въвеждането на **ясни алгоритми на лечение, каквито съществуват в други държави**.

Като значим системен дефицит се посочва и **липсата на система за продължаваща квалификация и професионално развитие** на лекарите, като изискване за поддържане на квалификацията. Участниците отбелязват, че в България липсват устойчиви механизми, които да стимулират и подпомагат продължаващото обучение на лекарите и сестрите. Допълнителните квалификации, участията в конгреси и обучения често се финансират лично от медиците, без перспектива за професионална или финансова възвращаемост.

Липсата на звена за продължително лечение (болници за продължително лечение, хосписи, профилакториуми, рехабилитационни центрове) е индиректен фактор влияещ на стреса. 90% от болниците в България са за активно лечение, а липсват звена за продължително лечение. Това е проблем не само за пациента, който в действителност не е излекуван, а носи проблем и на медиците: първо защото това води до неудовлетворение и стрес, че не са си изпълнили работата; второ, защото се натоварват с подкрепата на пациенти, чието състояние не позволява изписване и/или намиране на решение пациентът да остане в болницата, което е в неин ущърб и лавинообразно води до затруднения, конфликти и пр. Този структурен дефицит на системата е от основните,

⁴² https://blsbg.com/bg/d-r-brnzalov-lekariat-v-blgariia-e-nai-dostpen-za-patsientite-no-trudt-mu-ne-e-otsenen-dobre_p12078.html?utm_source=chatgpt.com д-р Николай Брънзалов, председател БЛС, 2024г

⁴³ https://blsbg.com/bg/d-r-brnzalov-lekariat-v-blgariia-e-nai-dostpen-za-patsientite-no-trudt-mu-ne-e-otsenen-dobre_p12078.html?utm_source=chatgpt.com



Съфинансирано от
Европейския съюз



МИНИСТЕРСТВО НА ТРУДА
И СОЦИАЛНАТА ПОЛИТИКА



ЗАЕДНО
за устойчива заетост

които носят **конфликти с пациенти и близки**. Като добър пример от проведените срещи е болница, която е изградила тристепенна структура на лечение – болнично лечение с активно лечение, отделение за продължително лечение, хоспис. Този модел много помага за разпределяне на напрежението между отделните звена, помага на пациенти и медици.

Според направено изследване, в което са включени над 13 000 лекари от различни специалности през 2021 г. 42% от лекарите съобщават за бърнаут, като за 2022 г. този процент достига 47%. Наблюдава се увеличение на случаите сред специалисти в Спешната помощ, при които процентът е нарастнал от 43 до 60% за една година. Според 60% от всички случаи на бърнаут сред специалистите за неговата поява значително допринася бюрократичната тежест, изразяваща се в големия обем документация и таблици, които те трябва да попълнят. На второ място се нарежда липсата на уважение към медицинския персонал от администратори, колеги или в много случаи от самите пациенти. Други причини са съответно прекалено дългите работни смени, липсата на контрол над собствения им живот и недостатъчната компенсация и заплата. 54% от специалистите споделят, че бърнаутът има сериозен ефект върху техния нормален и пълноценен живот.⁴⁴

Като цяло анализите показват, че психичното натоварване и рискът от професионално прегаряне в сектор „Здравеопазване“ се формират под въздействието на множество взаимосвързани външни фактори с предимно системен характер. Най-силно влияние оказват кадровият дефицит, финансовата несигурност, общественото напрежение, административната тежест и продължителната работа в условия на висока несигурност и натиск. **Натрупването и едновременното действие на тези фактори създават работна среда с ограничени възможности за възстановяване, което значително повишава риска от хронично психично изтощение и професионален бърнаут сред медицинските специалисти.**

2.5. Политики, инструменти и подходи на ръководствата на предприятията в управлението на стреса на работното място

Стресът на работното място е сред най-сериозните съвременни предизвикателства пред системите на здравеопазване в Европа и България. Характерът на труда в сектора, свързан с висока отговорност, емоционално натоварване и чести кризисни ситуации, го прави особено уязвим към психосоциални рискове. „Равносметката до момента показва, че стресът е в епидемични размери и е недостатъчно осъзнат и адресиран.“⁴⁵ Фактът, че в България по темата се говори, правят се проучвания, изследвания, пишат се научни статии, но на практика не се предприемат комплексни политики и мерки говори, че сериозността на проблема се подценява. В практиката управленските подходи често са реактивни, а не стратегически. А в съвременния бързопроменящ се свят управлението на стреса се превръща в ключов елемент от осигуряването на здравословни и безопасни условия на труд и изграждането на култура на опазване на психичното здраве и изграждане на устойчивост към стрес, напрежение и несигурност.

Настоящото проучване разглежда степента на развитие на управленските политики и практики за справяне със стреса в здравеопазването в България. Данните от проведените работни срещи и допълнителното проучване на материали по темата показват, че проблемът със стреса и професионалното прегаряне в лечебните заведения

⁴⁴ *Physician Burnout & Depression Report 2022: Stress, Anxiety, and Anger (medscape.com)*

⁴⁵ <https://clinica.bg/32505-platforma-razpoznava-pyvite-priznaci-na-stresa> Проф. Юлиана Йорданова



Съфинансирано от
Европейския съюз



МИНИСТЕРСТВО НА ТРУДА
И СОЦИАЛНАТА ПОЛИТИКА



ЗАЕДНО
за устойчива заетост

е **ясно разпознаваем** от голяма част от ръководствата, но управлението му все още не е систематизирано и устойчиво интегрирано в организационните политики. **На практика се очертава значително разминаване между осъзнаването на проблема и реалните управленски механизми за неговото ограничаване.**

Степен на зрялост и нагласи на ръководствата

Наред с това се наблюдават **различни нива на организационна зрялост по отношение на бърнаута** в лечебните заведения. Както бе коментирано, в повечето лечебни заведения ръководствата ясно осъзнават проблема с професионалното прегаряне и хроничния стрес сред медицинските специалисти и го възприемат като реален и сериозен риск както за персонала, така и за качеството и безопасността на медицинската дейност. Подчертава се, че медиците, работещи в условия на постоянен стрес, са поставени в риск от професионални грешки, а последствията в здравеопазването могат да бъдат особено тежки. В тези лечебни заведения се отчита по-висока степен на сътрудничество между ръководство и персонал, наличие на открита комуникация и стремеж към ограничаване на стресогенните фактори. В други структури се наблюдава по-скоро административен подход, при който стресът практически не се обсъжда, а и липсва признание за наличието на бърнаут. В тези случаи *няма как да управлява нещо, чието съществуване се отхвърля*. Като цяло проблемът не се отрича или negliжира от ръководствата, но участниците споделят, че възможностите им за справяне с него остават ограничени поради липса на достатъчно познания по темата, липса на капацитет (времеви, финансов) и подготвени специалисти, които да подпомагат процеса. Така за жалост поради различни ограничения и „борба за оцеляване“ на лечебните заведения, бърнаутът не е сред управленските приоритети и често бива „игнориран“.

Изследване и мониторинг на нивата на стрес

Изследването на нивото на стрес в здравните организации в България се извършва предимно чрез външни инициативи (научни изследвания, проекти и други). На организационно ниво липсва систематичен мониторинг, базиран на регулярни оценки, т.е. към момента в лечебните заведения не се използват стандартизирани инструменти за оценка на психосоциалните рискове и не се провеждат целенасочени изследвания на нивата на стрес и професионално прегаряне сред персонала. Липсват механизми за проследяване на ефекта от предприети мерки и инициативи. Същевременно в европейската практика се препоръчва използването на стандартизирани инструменти като въпросници, индикатори за отсъствия, текучество на персонала и нива на професионално прегаряне.

По отношение наблюдаваното ниво на стрес в здравните заведения, ръководствата на болниците имат разнопосочни мнения. Някои определят **нивото на стрес като средно клонящо към по-скоро високо, а други като изключително високо**. Например в извънболничната помощ определят стреса под 50%, докато в регионални болници с прилежащи спешни звена - като изключително висок. Преобладаващо обаче медицинските специалисти определят нивото на стрес като изключително високо, особено в болничната помощ и в структурите с най-висока степен на спешност и пациентски поток.

От проведените разговори е посочен един пример за проведено изследване на стреса на работното място. Проучването, реализирано от клиничен психолог, работещ в болницата преди 2020 г., установява средно ниво на стрес сред персонала. Като основни

причини са посочени високият обем работа, недостигът на опит при младите кадри, натрупаната умора при по-възрастните служители и ускоряващите се темпове на работа.

Участниците в настоящото изследване посочват, че липсата на използване на специализирани инструменти за оценка и управление на стреса се дължи не само на ограничени ресурси и недостиг на време, но и на недостатъчна информираност по темата и нежелание на самите medici да участват в подобни процеси. Това води до ситуация, при която ръководствата „не търсят“ проблема, но реално се сблъскват с неговите последици – конфликти, емоционално изтощение и затруднена комуникация.

Използването на инструменти за измерване и оценка на нивото на бърнаут ще е полезно, за да имат ръководствата обоснована информация дали екипите им функционират в пълен капацитет и дали не се налага да предприемат някакви мерки за подобряване на условията в работния процес. Също така системното измерване и проследяване на нивото на професионално прегаряне ще позволи да се улавят проявите на бърнаут синдрома още в началните му фази. Ранното идентифициране на симптомите и системната профилактика могат да ограничат негативните последици от бърнаута както за медицинските специалисти, така и за качеството и безопасността на медицинската грижа.

Социално партньорство

Психосоциалните рискове и проблемите, свързани със стреса на работното място, към момента не са сред основните теми, обсъждани в комитетите и групите по условия на труд. Макар подобни структури да съществуват във всички лечебни заведения, вниманието им е насочено предимно към оперативни въпроси, възнаграждения, бюджети и текущи организационни проблеми. Като цяло **социалното партньорство по въпросите на психичното здраве и стреса в България не е достатъчно развито**. Поради високата ежедневна натовареност темите, свързани с професионалното прегаряне и психичното здраве на персонала, рядко достигат до системно обсъждане и планиране.

Политики, подходи, мерки, вкл. информираност по темата

Ръководствата на лечебните заведения посочват, че към настоящия момент липсват широко разпространени и системно прилагани политики, програми и мерки, насочени директно към управление на стреса, психичното здраве и превенцията на професионалното прегаряне.

Отбелязва се също, че лечебните заведения не са запознати със стандарти и сертификационни системи (ISO), свързани с управление на психичното здраве и психосоциалните рискове в работната среда.

Участниците обръщат внимание и на обстоятелството, че нормативната рамка предвижда оценка на психосоциалните рискове и предприемане на мерки за ограничаването им, но липсват достатъчно ясни указания, методики и подпомагащи механизми за практическото реализиране на тези изисквания. По този начин **психосоциалните рискове формално присъстват в оценките на риска**, изготвяни от службите по трудова медицина, **но в повечето случаи това остава на ниво нормативно изпълнение без реално приложение**. Според medicите лечебните заведения често са оставени сами да търсят решения по тема, за която **не разполагат с необходимия експертен ресурс и подготовка**. В редица интервюта се подчертава липсата на външни специалисти и на практически насоки, които да подпомагат лечебните заведения при изграждането на политики за психично здраве. В едно от лечебните заведения споделят, че в оценката на риска са засегнати психосоциални

фактори, вкл. има служители с ТЕЛК, за които е налично предписание, лицето да не се излага на психоемоционален стрес. Но това на практика не е изяснено как точно следва това да се случи – не е описан ясен механизъм, какво значи „без“. Затова управленските екипи често разчитат на интуитивни решения и личен опит вместо на структурирани методологии и стандартизирани подходи. Така проблемът с професионалното прегаряне остава разпознаваем на ниво отделни случаи и лични наблюдения, но рядко се превръща в обект на системен организационен анализ и управление.

Въпреки трудностите отделни лечебни заведения опитват да предприемат по-структурирани стъпки за идентифициране и ограничаване на факторите, свързани със стреса на работното място.

Като пример, ръководители на болница посочват разработена съвместно със службата по трудова медицина „Програма за снижаване и ограничаване на риска на работещите в лечебното заведение“. В програмата са **посочени възможни причини за стрес**, включително работа с болни пациенти; конфликтни ситуации; висок темп на работа; множество и високи отговорности; недостатъчно време за извършване на служебните задължения; продължително работно време и/или смени в разрез с биологичния ритъм; административна тежест и други. В програмата са заложили **мерки с постоянен характер, вкл:**

- Редуване на труд и почивка;
- По-малък брой служители на смяна, за да има време за почивки;
- При по – голямо натоварване в дадено отделение се командироваат колеги от други звена;
- Назначаване на секретари в отделенията, за да облекчат от административната работа;
- Ясни алгоритми за дейностите и отделенията, ясна роля на всеки член в екипа при екстремна ситуация;
- Подобряване на информационния поток – да стига лесно, бързо до всички, за да има добра организация на нещата;
- Замервания за микроклимат, които допринасят за по – добри условия на работата
- Стая за почивка, кафе за нощни смени.

Към момента от лечебното заведение отчитат, че резултатът е много слабо осезаем, тъй като не правят измервания на стреса. Част от нещата са направени да отговарят на нормативните изисквания, но на практика не всичко се прилага реално. За да бъде действаща програмата има нужда първо от структурни промени и преодоляване дефицити на системата, след това наличие на ясни насоки как да се реализират нещата, финансиране и специализирана подкрепа от опитни специалисти по темата бърнаут.

Друг пример сочи, че чрез службата по трудова медицина за всяко едно работно място се изготвя карта и опасността се оценява по вероятност, експозиция и честота и се дават препоръки и мерки за минимизиране на съответния психосоциален риск. Най-честите препоръчвани мерки, посочени от службата по трудова медицина, са: спазване на физиологичните режими на труд и почивки; възможност за кратки почивки по време на работа; балансирано хранене; физическа активност; пълноценна почивка. На практика и тук много често препоръките нямат реализация и отново се преповтарят при извършване на следваща оценка на риска.

Според настоящото изследване един от водещите фактори за стрес е хроничното претоварване, свързано с продължителното работно време. Поради това медиците

подчертават необходимостта от ограничаване на извънредния труд като една от най-преките мерки за намаляване на натрупания стрес.

Сред част от мерките на лечебните заведения за преодоляване на стреса и като форма на **нематериално признание** за труда на медицинските специалисти се посочват и инициативи, насочени към повишаване на чувството за принадлежност и обществена оценка на труда им. Като пример е дадена организирана изложба, представяща работещите в лечебното заведение, която според участниците е оказала положително влияние върху мотивацията и емоционалния климат в колектива. По друга инициатива „Мисията възможна“ на болничен психолог с одобрението на ръководителя на болницата се прилага сред медиците арт терапия с рисуване, поставяне на тонколони с релаксираща музика.⁴⁶

Друг подход, свързан с осигуряване на подкрепа, са **психолозите в лечебните заведения**. Участниците споделят, че при установяване на силно претоварване или признаци на изчерпване сред отделни медици, ръководствата обичайно предприемат индивидуален подход, включващ разговор, насочване към психолог, ползване на отпуск или друго. В част от лечебните заведения е назначен психолог, но дори когато такава възможност съществува, тя не винаги се използва активно от персонала. Това се усеща най-вече в кризисни ситуации, като „липса на достатъчно психологическа подкрепа“. Разчита се, че самият медик трябва да потърси психолога за помощ след като сам е идентифицирал нуждата си от съдействие. На практика психологическата подкрепа не е интегрирана в цялостна и структурирана програма за подкрепа на персонала.

Някои от интервюираните медици подчертават **значението на взаимната колегиална подкрепа** и възможностите за споделяне на професионалния опит като фактор за ограничаване на стреса и професионалното изчерпване. Като добър подход се посочват регулярни обсъждания на сложни случаи между **екипи на различни лечебни заведения, съсловни срещи за споделяне** на затруднения и добри практики. Според тях подобни механизми подпомагат не само професионалното развитие, но и създават чувство за подкрепа и принадлежност към екипа и общността. Отделни участници отбелязват необходимостта от възстановяване на **практиките за обмен на опит между лечебните заведения**, които според тях имат както обучителен, така и мотивиращ ефект за медицинските специалисти. Към момента подобен обмен на опит между лечебните заведения е по-скоро изключение или се базира на индивидуални, лични контакти, изградени от отделни медици.

Като важна част от усилията за ограничаване на напрежението се разглеждат и **мерките за справяне с кадровия дефицит**. На регионално ниво се реализират инициативи за привличане и задържане на кадри чрез осигуряване на стипендии за специализанти, подпомагане с жилища, участие в срещи и изложения със студенти по медицина и други стимулиращи механизми. Въпреки това участниците подчертават, че възможностите на отделните лечебни заведения остават ограничени.

Не на последно място като пример може да се посочи лечебно заведение, в което въпреки, че липсва цялостна стратегия и политика за управление на стреса, ръководството се старее с всяко действие да обмисля и отчита фактора стрес. Макар и еднократно, както бе описано по-горе, са провеждали измерване на стреса. **Предприеманите мерки са разнопосочни** и са водени от желанието на ръководството да осигури по-балансирана работна среда. Позитивното е, че макар и да не са част от цялостна програма, мерките **дават сравнително добър резултат** и

⁴⁶ [Мисия възможна](#)



лечебното заведение за разлика от доста други места не страда от дефицит на кадри, успяло е да запълни щатните места.

Част от мерките са с **организационно-административен характер**. Основният фокус е насочен към ограничаване на натоварването и подобряване на координацията в ежедневно работата. Като пример се посочва ясното разпределение на ролите и алгоритъм за действие при критични случаи, което създава по-голямо чувство за сигурност сред персонала и намалява напрежението в работния процес. Прилагат се и мерки за реорганизация на графиците с цел частично ограничаване на претоварването и осигуряване на по-добър баланс между дежурствата и времето за почивка, изградени са помещения за почивка на персонала, временно биват освобождавани претоварените служители от нощни дежурства. Прилагана мярка е и командироване на персонал от други звена при повишено натоварване, както и назначаване на административни служители за облекчаване на документационната дейност на медицинските специалисти. Прилагат се и мерки за подобряване на информационния обмен.

Друга част от мерките са насочени към осигуряване на **подходящ микроклимат** и са свързани с морално признание на труда, изграждане на взаимопомощ в екипа и активна роля на ръководството като медиатор при конфликти. В случая лидерският стил на управление е силно подкрепящ и близо до хората, което оказва силно позитивно влияние върху стреса. Активно се разрешават конфликти чрез обсъждане, не ги пренебрегват. Ръководството оказва подкрепа на хората, вземат се предвид индивидуалните личности, при необходимост преместват даден служител в друго звено, където ще е полезен/на и работата й/му ще е подходяща и адекватна. Различните звена имат различни изисквания. Мнението им е, че когато човек попадне на точното място се намалява стреса и за човека и за екипа. Когато има междуличностни конфликти в даден екип се отразява на всички.

В допълнение на горепосочените мерки още по време на интервюта подготвят кандидатите, че работата е не само физически, но и психически натоварваща. Например, при санитарите, които не са достатъчно подготвени нито практически, нито теоретично, се наблюдава по-висока честота на напускане поради емоционалното натоварване и стреса, свързани с работата. Поради това още по време на процеса на подбор се стремят да подготвят кандидатите за реалната практика. Споделя се, че когато хората предварително знаят какво да очакват, нивата на стрес са по-ниски. При липса на яснота обаче често настъпват разочарование и разминаване между очакванията и реалността, породени не толкова заради естество на работа, колкото от нейната динамика, неочакваното, агресията от близки. Съвместно със синдикати са организирани **курсове за болногледачи за санитарите**, които са много добре посрещнати. Наблегнали са и на комуникацията и етиката във взаимоотношенията и споделят, че е било приложимо в работата им.

Обучения, свързани с професионалното прегаряне на работното място

В България обучения се провеждат основно в рамките на проекти или инициативи, често финансирани от европейски програми. Липсва обаче системна, задължителна подготовка на мениджърите в областта на психичното здраве. Това води до ограничен капацитет за ефективно управление на стреса на организационно ниво.

В повечето лечебни заведения ръководствата и персоналет не са преминавали специализирани обучения, свързани с разпознаване на симптомите на бърнаута, управление на психосоциалните рискове или прилагане на мерки за ограничаване на причините за хроничен стрес или за подкрепа на психичното здраве на персонала.

В една от участващите в изследването болници през 2020 г. е проведено обучение за медицински сестри на тема бърнаут с участие на външен експерт. Инициативата е организирана съвместно с Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи (БАПЗГ) и е част от по-широките усилия за повишаване на информираността относно психичното здраве на медицинските кадри.⁴⁷ Участниците оценяват обучението като полезно, тъй като е повишило способността им да разпознават ранните симптоми на прегаряне и да предприемат навременни действия за справяне със стреса. Въпреки позитивния ефект се подчертава, че самите обучения биха имали ограничен ефект, ако не бъдат съчетани с реални възможности за намаляване на натоварването и осигуряване на време за възстановяване на персонала.

Психологически тренинги, практически упражнения и групови обучения, насочени към превенция на професионалния бърнаут и подкрепа на психичното здраве, са проведени сред лекари, медицински сестри и друг медицински персонал като част от проект „Адаптирана работна среда“, реализиран по програма „Развитие на човешките ресурси“, като акцентът е поставен върху системната грижа за устойчивостта и психоемоционалното благополучие на медицинските екипи.⁴⁸

Допълнителни проучвания по темата показват, че в България вече съществуват добри практики, които могат да бъдат използвани като добър модел. Интересен е примерът на софийска болница, която въвежда т.нар. „Балинт групи“ за психологична подкрепа на медицинските екипи и превенция на бърнаута⁴⁹. В рамките на инициативата „Онлайн дискуссионни форуми по клинични специалности“ през 2026г е проведен колегиум, посветен на синдрома на професионалното прегаряне сред медицинските специалисти. В рамките на събитието е представен методът на Балинт групите като подход за справяне с професионалното изгаряне.⁵⁰

Култура на психичното здраве

Мненията на участниците в проучването са, че здравните работници демонстрират **висока степен на устойчивост, но тя често се базира на индивидуална адаптация към неблагоприятни условия, а не на системна подкрепа**. В практиката обикновено липсват системни механизми и инициативи за насърчаване на психичното здраве, на здравословен начин на живот и развитие на умения за справяне със стреса на работното място. Всеки медик се опитва самостоятелно да се справя с напрежението чрез почивка, хоби или лични стратегии за адаптация. Наблюдава се **ниска култура на търсене на психологическа помощ и ограничено внимание към превенцията на психичното здраве**.

Макар индивидуалните стратегии за справяне със стреса да имат важно значение за поддържането на психичното благополучие на работещите, разчитането единствено на личната устойчивост не е достатъчно за ефективно ограничаване на психосоциалните рискове, тъй като най-добри резултати се постигат при прилагане на многостепенен подход, съчетаващ индивидуални, екипни и организационни мерки

Предизвикателства

Основните предизвикателства пред управлението на стреса в здравеопазването включват: недостиг на кадри; високо натоварване; липса на системен подход към

⁴⁷ [Обучение за бърнаут в МБАЛ-Кърджали](#)

⁴⁸ [Психологични тренинги за лекарите в Сливен](#)

⁴⁹ ВМА

⁵⁰ [Бърнаутът сред медиците е тема на онлайн колегиум](#)

психичното здраве. Въпреки наличието на отделни добри практики и регионални инициативи, към момента **липсва цялостен, последователен и системно подкрепен подход за управление на психосоциалните рискове и опазване на психичното здраве на медицинските специалисти**. Ефектът от предприетите мерки почти никъде не се проследява чрез измерими показатели. Основен дефицит остава отсъствието на устойчиви механизми за психологическа подкрепа и ранна превенция на стреса.

Едно от основните предизвикателства в системата е да се изгради работещ подход между пациент – медик, между медик – медик, да се изключат негативните практики, водещи до противоречия и конфликти или да се намалят и да се създаде по-добра психоемоционална среда. Двустранното възстановяване на доверието между лекар и пациент е ключово. Изказано е предложение за системно провеждане на обучения за комуникативни умения в медицинската практика.

Особено силно се откроява културният и поколенческият фактор като предизвикателство. Част от по-възрастните медици възприемат професионалното прегаряне като „нормална“ част от професията и често отказват да признаят нуждата от помощ. Споделя се наличие на стигма по отношение на психичното здраве, както и защитна реакция срещу опити за въвеждане на превантивни мерки. Много медицински специалисти продължават да възприемат справянето със стреса като лична отговорност и проблем, а не като организационен риск, в следствие на което рядко споделят за натрупаното напрежение, което затруднява ранното разпознаване на проблема и търсенето на навременна подкрепа. Нерядко предложенията за психологическа подкрепа, обучения или програми за превенция се приемат не като форма на помощ, а като съмнение в професионалните им способности или способността им да се справят със служебните задължения. По думите на участниците това води до отричане на проблема, отлагане търсенето на помощ и включване в мерки за подкрепа едва когато вече са налице сериозни признаци на изчерпване или здравословни проблеми. Според тях преодоляването на подобни нагласи е сред основните предизвикателства пред бъдещите политики за опазване на психичното здраве в сектора.

Раздел 3. Заключение - изводи и препоръки

3.1. Изводи за резултатите от партньорския преглед на фирмените политики и подходи в управлението на стреса на работното място

Сектор „Хуманно здравеопазване“ изпълнява ключова обществена функция, свързана с опазването на живота и здравето на населението. Дейността в сектора се характеризира с висока отговорност и интензивност на труда, непрекъснат контакт с пациенти, работа в кризисни ситуации и значителна емоционална ангажираност, необходимост от вземане на решения с потенциално значими последствия за пациентите. Наред с това секторът е изправен пред редица предизвикателства, свързани с недостига на персонал, нарастващото натоварване на здравната система и повишените очаквания към качеството на медицинската помощ. Тези фактори оказват пряко влияние върху психичното здраве, удовлетвореността и благополучието на работещите.

Данните от анкетното проучване, интервютата и работните срещи показват, че съвкупността от психосоциални рискове и специфичните особености на труда поставят сектора сред дейностите с най-висок риск от развитие на професионално прегаряне (бърнаут). Важно е да се припомни, че стресът далеч не е само индивидуален проблем, а е резултат от **взаимодействие между организационни, системни и институционални фактори** в здравната система.

Проведеният партньорски преглед на фирмените политики и подходи в управлението на стреса на работното място, дава основание за **следните изводи**:

- Като водещи източници на стрес се открояват липсата на достатъчна оценка и признание за положения труд, високата натовареност и интензивност на работата, затрудненията в организацията на труда, ограниченият баланс между професионалния и личния живот и чувството за ограничена автономност при изпълнение на професионалните задължения. Въпреки че медицинските специалисти приемат високата отговорност като естествена част от професията, недостигът на персонал и ограниченият ресурс за възстановяване създават предпоставки за развитие на хроничен стрес и професионално прегаряне.
- Външните фактори, влияещи върху напрежението и стреса в сектора, са свързани с продължаващия недостиг на медицински специалисти, неблагоприятните демографски тенденции, нарастващите потребности от здравни услуги, високите обществени очаквания към медиците, както и нормативните и административни изисквания на здравната система.
- Особено значим фактор е недостигът на медицински кадри, който води до увеличено натоварване на наличния персонал, извънреден труд, удължени смени, работа на повече от едно работно място и ограничени възможности за почивка и възстановяване. Това създава условия за физическо и психическо изтощение и затруднява поддържането на баланс между професионалния и личния живот.
- Резултатите показват също, че значителна част от медицинските специалисти изпитват емоционално натоварване, породено от ежедневието с пациенти и техните близки, необходимостта от постоянно овладяване на собствените емоции и работата в условия на висока отговорност и риск. Най-силно засегнати са специалистите, работещи в структури със спешност, интензивно лечение, хирургия, онкология и други звена с висока интензивност на труда.
- Прекомерната административна и документална натовареност, която отклонява медицинските специалисти от основните им професионални функции, също е сред факторите влияещи върху стреса, които не бива да се подценяват.
- По-младите специалисти и служителите с по-малък професионален опит по-често изпитват напрежение, свързано с адаптацията към работната среда, липсата на достатъчна професионална увереност и зависимостта от подкрепата на по-опитни колеги. В същото време натрупването на продължителен стрес при по-възрастните специалисти създава риск от емоционално изчерпване и загуба на професионална мотивация.
- Анализът на състоянията, свързани със стреса, показва наличие както на напреднал, така и на хроничен стрес при значителна част от участниците в изследването. Най-често се наблюдават умора, затруднено възстановяване след работа, невъзможност за психологическо дистанциране от професионалните ангажменти, тревожност,

 МИНИСТЕРСТВО НА ТРУДА
И СОЦИАЛНАТА ПОЛИТИКА

раздразнителност и емоционално изтощение. Тези симптоми представляват ранни индикатори за риск от развитие на професионално прегаряне.

- Същевременно резултатите показват и наличие на защитни фактори в работната среда. В много лечебни заведения се наблюдава професионална подкрепа между колегите, изградени неформални мрежи за взаимопомощ и стремеж на ръководствата да оказват съдействие на служителите в рамките на наличните ресурси. Подкрепящата организационна среда и добрият екипен климат се възприемат като едни от най-важните механизми за ограничаване на стреса и поддържане на мотивацията.
- Участниците в изследването отдават приоритетно значение на мерки, насочени към намаляване на работното натоварване, осигуряване на достатъчно персонал, ограничаване на административната тежест, подобряване на организацията на работа, въвеждане на справедливи системи за оценка и признание, развитие на подкрепяща организационна среда и осигуряване на достъп до услуги за психологическа подкрепа.
- Проведеният преглед показва, че в лечебните заведения съществува осъзнаване на проблема, но управлението на стреса в сектор „Хуманно здравеопазване“ в България се намира в процес на развитие. В лечебните заведения съществуват отделни практики за подкрепа на персонала, но в повечето случаи липсват цялостни политики и интегрирани системи за управление на психосоциалните рискове. Дейностите обикновено са насочени към решаване на възникнали проблеми, а не към системна превенция на стреса и професионалното прегаряне, т.е. практиките са фрагментарни, реактивни и силно зависими от личната ангажираност на отделни ръководители, вместо да бъдат част от устойчиви организационни политики. **Това налага необходимостта от по-системен и устойчив подход, който да съчетава организационни, управленски и индивидуални мерки за превенция.**
- Проблемите на професионалния стрес, психичното здраве и професионалното прегаряне все още не заемат достатъчно значимо място в социалния диалог на секторно и организационно ниво, въпреки че оказват съществено влияние върху здравето, работоспособността и мотивацията на медицинските специалисти. Съществува значително разминаване между европейските стандарти и реалното им прилагане на организационно ниво. **Необходим е по-активен ангажимент от страна на държавата, ръководствата и социалните партньори за изграждане на устойчива система за управление на психичното здраве на работното място.**

В обобщение може да се заключи, че управлението на стреса в сектор „Хуманно здравеопазване“ следва да се разглежда като стратегически приоритет както за ръководствата на лечебните заведения, така и за социалните партньори и институциите, отговорни за развитието на здравната система. Подобряването на психичното благополучие на медицинските специалисти е пряко свързано с устойчивостта на сектора, задържането на кадрите и качеството на медицинските грижи.

3.2. Препоръки за минимизиране на психосоциалните рискове на работното място, опазване на психичното здраве и изграждане на устойчивост към стрес, напрежение и несигурност



Съфинансирано от
Европейския съюз



БЪЛГАРСКА
СТОПАНСКА
КАМАРА



МИНИСТЕРСТВО НА ТРУДА
И СОЦИАЛНАТА ПОЛИТИКА



ЗАЕДНО
за устойчива заетост

Синдромът на професионалното прегаряне (бърнаут) има тенденция да се задълбочава във времето, което прави неговата профилактика и ранна превенция особено важни. Навременното разпознаване и ограничаване на професионалния стрес и риска от прегаряне оказват положително влияние както върху психичното и физическото здраве на работещите в сферата на здравеопазването, така и върху ефективността на лечебните заведения.

За да функционира устойчиво здравната система в България са необходими целенасочени действия за ограничаване на факторите, които водят до хронично натоварване, професионално изтощение и прегаряне на медицинските специалисти. Ефективната превенция изисква **системен, дългосрочен и проактивен подход, основан на сътрудничество между работодатели, работещи, синдикални организации и компетентни институции.**

За ограничаване на психосоциалните рискове и превенция на професионалното прегаряне в сектор „Хуманно здравеопазване“ се препоръчва прилагането на **комплекс от взаимно допълващи се мерки.**

- На организационно ниво следва да се предприемат действия за оптимизиране на организацията на труда и ограничаване на хроничното претоварване на медицинските специалисти. Необходимо е подобряване на планирането на работното време, ограничаване на извънредния труд, осигуряване на достатъчно време за почивка и възстановяване и създаване на условия за по-добър баланс между професионалния и личния живот.
- Съществено значение има намаляването на административната тежест чрез оптимизиране на документооборота, цифровизация на процесите и преразглеждане на дейностите, които отклоняват медицинските специалисти от основната им професионална дейност. Това ще позволи повече време да бъде насочено към работа с пациентите и ще намали усещането за организационно претоварване.
- Важно направление е развитието на управленския капацитет на ръководителите на различни нива (лечебно заведение, отделение, екип). Ръководителите следва да бъдат подготвени да разпознават ранните признаци на стрес и бърнаут и да реагират своевременно чрез подходящи организационни мерки. Подкрепящият стил на управление е сред най-важните предпоставки за изграждане на здравословна и устойчива работна среда.
- Препоръчва се организиране на обучения за всички работещи в лечебните заведения, свързани с развитие на умения за справяне със стреса, емоционална саморегулация, ефективна комуникация с пациенти и справяне с кризисни ситуации. Особено полезни могат да бъдат програмите за развитие на лична устойчивост, техники за релаксация и усвояване на адаптивни стратегии за справяне с напрежението.
- Лечебните заведения следва да изградят механизми за периодичен мониторинг на психосоциалните рискове, включително регулярни оценки на организационния климат, нивата на стрес и риска от професионално прегаряне. Резултатите от тези оценки ще се използват при планирането на конкретни превантивни мерки.
- Системно действащите програми за психично здраве и превенция на професионалното прегаряне са ключов елемент на всяка стратегия за ограничаване на професионалния стрес. Необходимо е да се създадат устойчиви програми за подкрепа на психичното здраве на работещите. Такива програми могат да включват достъп до психологическо консултиране, кризисна психологическа помощ,



Съфинансирано от
Европейския съюз



МИНИСТЕРСТВО НА ТРУДА
И СОЦИАЛНАТА ПОЛИТИКА



ЗАЕДНО
за устойчива заетост

супервизия, групи за взаимна подкрепа и регулярни инициативи за психично благополучие.

- Особено внимание следва да се отдели на организационната култура в лечебните заведения. Изграждането на среда, основана на доверие, уважение, професионална подкрепа и взаимно сътрудничество, създава предпоставки за по-добро психично благополучие на работещите в сектора. Културата на открито общуване и взаимна подкрепа е важен защитен фактор срещу професионалния стрес и прегаряне. Могат да се насърчават практики за колегиална подкрепа и професионално споделяне на трудни случаи. Подходящи форми са групите за взаимопомощ, супервизионните срещи, Балинт групите и други формати за професионална подкрепа, доказали своята ефективност в здравния сектор.
- В дългосрочен план е необходимо да се развиват **секторни политики за привличане и задържане на медицински кадри**, тъй като кадровият дефицит е сред основните първопричини за хроничното натоварване и професионалния стрес. **Решаването на този проблем е ключово условие за устойчиво подобряване на работната среда в здравеопазването.**
- **Социалният диалог в сектора следва да бъде насочен към решаването на структурните проблеми, които стоят в основата на високите нива на стрес – недостигът на кадри, работното натоварване, възнагражденията, условията на труд, професионалното развитие и психичното здраве на работещите. Необходима е по-активна координация между социалните партньори и институциите за разработване на устойчиви национални политики за управление на психосоциалните рискове и съхраняване на човешкия потенциал в здравеопазването.**

Реализирането на посочените мерки ще допринесе за намаляване на психосоциалните рискове, ограничаване на професионалното прегаряне, повишаване на удовлетвореността от труда и укрепване на устойчивостта на работещите в сектор „Хуманно здравеопазване“.