

5. Dewey J. *Fundamente pentru o știință a educației (trad.)*. București:EDP, 1992
6. Didier Noyé. *Pour satisfaire nos clients. 12 leçons sur la qualité des services – INSEPT ÉDITIONS*. Ed. INSEPT, Paris, 2003.
7. Ețco C. *Management sanitar*. Chișinău: Ulysse, 2006. -850 p.
8. Ețco C. Davidescu-Creangă Elena. *Didactica universitară (Ghid metodic pentru profesorii univ. Partea I)*. Chișinău: CEP Medicina, 2007.
9. Mathis R., Jackson J. *Personnel/Human Resources Management*. West Publishing Company, 1991.
10. Opincaru C., Călățescu Em.-M., Imbri Em. *Managementul calității serviciilor în unitățile sanitare*. – București: Editura C.N.I. Corești, 2005.
11. Pănișoară Georgeta, Pănișoară I. *Managementul resurselor umane: ghid practic*. – Ed. A 2-a. –Iași: Plorom, 2007.
12. Sonnentag S. *Psychological Management or Individual Performance*. London: John Wiley&Sons Ltd., 2002.
13. Temple Charles, Steele Jeanie L., Meredith Kuris S. *Strategii de dezvoltare a gândirii critice pentru toate disciplinele școlare*. Ghidul II., Suplimant al revistei «Didactica Pro...» Nr.2, 2002- Chișinău 2002.
14. Temple Charles, Steele Jeanie L., Meredith Kuris S. *Învățare prin colaborare*. Ghidul III., Suplimant al revistei «Didactica Pro...» nr.7, 2002 - Chișinău 2002.
15. Temple Charles, Steele Jeanie L., Meredith Kuris S. *Aplicarea tehnicilor de dezvoltare a gândirii critice*. Ghidul IV., Suplimant al revistei «Didactica Pro...» Nr. 2(8), 2003 - Chișinău 2003.
16. Tulchinsky T.H., Elena A. Varavikova *Noua Sănătate Publică: introducere în secolul XXI; trad. din engl. Alexandru Jalbă, Pavel Jalbă*.- Chișinău.: Ulysse, 2003.
17. Ахалая О. А. *Совершенствование процедуры оценки персонала в ключевых кадровых ситуациях*: Дис. канд. экон. наук: 22.00.03: СПб., 2000, 217 с.
18. Верховцева Л. Л. *Кадровые процессы в системе общего образования в условиях ее реформирования*: Дис. канд. социол. наук: 22.00.04: М., 2005 206 с.
19. Дмитриева Н. Е. *Социально-профессиональная адаптация государственных служащих к изменениям в институте государственной службы*: Дис. канд. социол. наук: 22.00.04: Москва, 2003 168 с.
20. Комлева В. В. *Престиж государственной службы в социокультурном контексте*: Дис. д-ра социол. наук: 22.00.06: М., 2004 -489 с.

## ESTIMAREA STRESULUI OCUPAȚIONAL ÎN SECTORUL MEDICAL PRIMAR

**Galina Buta**

Catedra Economie, management și psihopedagogie în medicină

### Summary

#### *Estimation of occupational stress in the primary healthcare sector*

Most employers and employees consider stress at work as being normal. There are some employees who feel the stress more severely than their colleagues and when its effects exceed the resistance and capacity of adaptation, employees get sick and need to take medical leave and medical treatment to restore health. Employers point out other effects of stress at work: decrease of productivity, reduction of income and increase of expenses for replacing workers which finally can lead to bankruptcy.

For the governance the above effects of stress at work in time turn into an alarming increase of health care spending and reduce national income.

Practicing medicine has become one of the most stressful occupations. Causes generating such states begin with poor working conditions and go up to low salaries which do not cover the

needs.

**Keywords:** *family medicine, occupational stress, workplace stress, stress effects*

### **Rezumat**

Cei mai mulți angajatori și angajați consideră stresul ca ceva obișnuit la locul de muncă. Sunt anumiți angajați care resimt efectele stresului mult mai sever decât colegii lor, iar când efectele lui depășesc rezistența și capacitatea de adaptare, angajații se îmbolnăvesc și au nevoie de concediu medical și de tratamente medicale pentru a-și reface sănătatea. Angajatorii indică alte efecte ale stresului în muncă: scăderea productivității, reducerea profitului și sporirea cheltuielilor de substituire a angajaților, care conduc în cele din urmă la faliment.

Pentru guvernanți efectele de mai sus ale stresului la locul de muncă se traduc în timp în creșterea alarmantă a cheltuielilor de îngrijire a sănătății și reducerea venitului național.

Practicarea medicinei a devenit una dintre ocupațiile cele mai stresante. Cauzele generatoare de asemenea stări încep cu condițiile precare de muncă până la salariile mici care nu acoperă necesitățile.

**Cuvinte cheie:** *medicina de familie, stres ocupațional, stresul la locul de muncă, efectele stresului*

### **Actualitatea temei**

Organizația Internațională a Muncii estimează faptul că stresul ocupațional provoacă o pierdere echivalentă cu 10% din Produsul Intern Brut al unei țări [6].

Stresul provoacă în economia americană pierderi de 300 miliarde dolari anual prin absentism, scăderea productivității, înlocuirea angajaților, accidente, cheltuieli medicale directe, cheltuieli legale, cheltuieli pentru asigurările medicale și compensații pentru angajați [1, 6]. Aceste pierderi depășesc cu mult profitul net total al primelor 500 de corporații din SUA [2, 8].

Economia Angliei are pierderi datorate stresului estimate la 9 miliarde de lire sterline anual. Întreprinderile acestei țări au raportat circa 100 milioane zile de concediu medical datorită simptoamelor provocate de stres [3, 14]. Procentul angajaților, care manifestă simptome ale stresului ocupațional este covârșitor, mai exact de 80% [4, 6, 8].

Stresul Ocupațional duce la principalele cauze de deces: afecțiuni cardiovasculare, cancer, afecțiuni ale plămânilor, accidente, ciroză și sinucideri [5, 19].

Accidentele de muncă sunt provocate, în 60-80% din cazuri, de stresul ocupațional, printre ele fiind și cele care au produs mari catastrofe ecologice [7, 15, 21, 22].

Femeile și bărbații reacționează în mod diferit la situațiile stresante. Femeile sunt cu 50% mai expuse la stresul ocupațional decât bărbații [10].

Stresul nu este o tensiune nervoasă simplă și nu este întotdeauna rezultatul nespecific al unei distrugerii. Stresul nu este ceva neapărat rău, el depinde de modul în care o persoană interpretează efectele agentului stresor [17].

În funcție de acest lucru există: **Eustres** (cel provocat de activități plăcute, creative și pline de succes, avantajos pentru acea ființă) și **Distres** (provocat de activități neplăcute, umilitoare și fără succes, dezavantajos pentru acea ființă) [8, 16, 20].

În practica investigațională efectul stresului la locul de muncă se caracterizează prin **Sindromul Burn out** (ceea ce înseamnă: epuizat, deprimat), **Mobbing** (se înțelege o formă de teroare psihologică la locul de muncă) și **Stalking** (comportament complex caracterizat de o serie de atitudini abuzive față de o persoană, deseori de sex opus, care produce anxietate și frică, în așa fel încât derularea normală a vieții este compromisă) [4, 9, 18].

Stresul profesional se află pe locul doi în ierarhia problemelor de sănătate profesională în țările UE, după afecțiunile osteo - musculare [11, 12, 13].

Un studiu-pilot al Agenției Europene pentru Securitate și Sănătate în Muncă, efectuat în anul 2001, arată că peste 25% din vest-europenii ce lucrează în Sănătate au probleme de stres. Iar dintre ei, cei mai afectați sunt medicii din sectorul medical primar. Răspunzând la o anchetă, majoritatea dintre ei menționează că medicul de familie trebuie în mod alert să i-a decizii, iar

erorile sunt inevitabile. Cel mai frecvent este impus de situații să acționeze eficient. Medicul de familie suportă, ca toată lumea, factorii de stres existenți în societate.

Această lucrare își propune depistarea și analiza stresului ocupațional la medicii de familie și asistentele medicale de familie care activează în IMSP ale municipiului Chișinău.

### **Material și metode**

Actuala cercetare a fost organizată și efectuată în 5 IMSP Asociații Medicale Teritoriale, inclusiv 12 Centre ale Medicilor de Familie, 5 Centre Consultativ Diagnostiche; 11 Centre de Sănătate și 2 instituții medicale private (CMF Galaxia și CME Sancos) ale municipiului Chișinău.

Din punct de vedere metodologic cercetarea prezintă o profesiogramă, cu estimarea condițiilor de muncă, evaluarea în dinamica zilnică și săptămânală a activității profesionale a medicilor de familie și asistentelor medicale de familie, cu evidențierea stărilor conflictuale și de stres, precum și opinia cu privire la căile de îmbunătățire a deservirii populației și ascensiunea satisfacției pacientului, ca indice integral al calității serviciilor medicale acordate. Profesiograma a fost elaborată în conformitate cu rigorile igienei și psihofiziologiei muncii [30].

Prelucrarea statistică s-a efectuat tradițional, în corespundere cu cerințele actuale ale statisticii medicale.

### **Rezultate și discuții**

La începutul secolului XX, medicii erau considerați persoane dintre cele mai echilibrate, cumpănite, calme, ponderate. Termenul de "stres", lansat de dr. H. Selye din Canada, încă nu intrase în uz, dar oricum nu s-ar fi potrivit mării majorității a urmașilor lui Hipocrat. Astăzi, însă, în această privință s-a făcut o cotitură de 180 de grade: practicarea medicinei a devenit una dintre ocupațiile cele mai stresante. Și nu numai la noi, unde cauzele generatoare de asemenea stări sunt uneori condițiile precare de lucru și salariile mici, care nu acoperă coșul de consum, aceeași situație fiind înregistrată și în alte țări din Occident.

În cadrul actualei cercetări, am întreprins un studiu cu privire la evaluarea condițiilor de muncă, a procesului de muncă și a repercusiunii lor asupra stării fiziologice ale organismului lucrătorilor medicali din sectorul primar din municipiul Chișinău.

Ne-am referit la activitatea medicilor de familie, deoarece este branșa cea mai nouă și mai puțin studiată din punct de vedere al igienei și psihologiei muncii, pe de o parte, iar volumul și caracterul activității medicului de familie diferă semnificativ de cel al altor medici, impunând o responsabilitate majoră și o pregătire specială, pe de altă parte.

În același timp, pe parcursul ultimilor ani atât în Republica Moldova, cât și în alte țări, se desfășoară multiple reforme în diferite domenii ale sistemului sănătății, în special a serviciului medical primar.

Acestea din urmă persistă și în politicile naționale de sănătate în majoritatea țărilor din Europa, orientate spre dezvoltarea și perfecționarea asistenței medicale acordate populației.

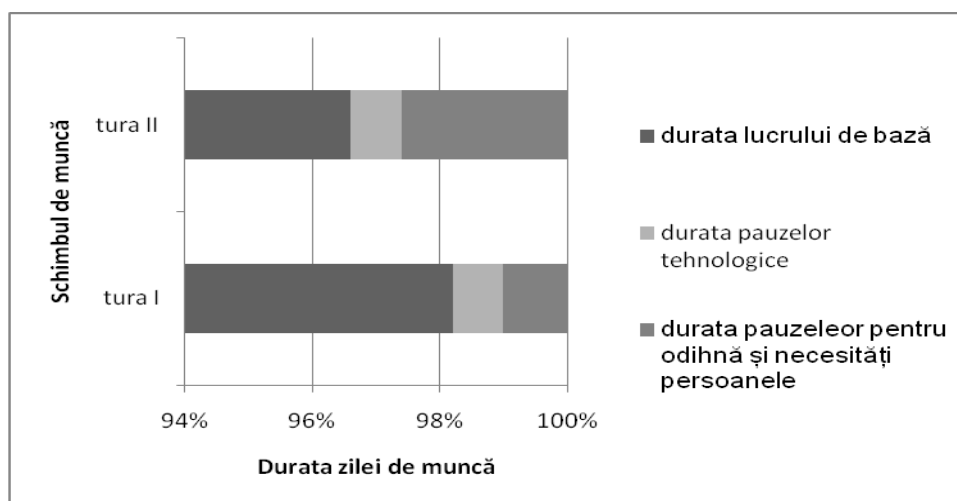
Au fost chestionați 346 de medici de familie, dintre care 97,4% femei și 2,6% bărbați, media de vârstă fiind de 43 de ani, iar vechimea în muncă - de 17,5 ani.

Un prim pas în estimarea igienică a procesului de activitate a medicilor de familie constă în elaborarea și evaluarea profesiogramei. În acest scop am recurs la observația directă a activităților desfășurate cu întocmirea cronogramei. Ulterior au fost calculați un șir de indici, dintre care și ponderea lucrului de bază, întreruperilor tehnologice, pauzelor pentru odihnă și necesitățile personale.

Regimul de activitate, aplicat actualmente în instituțiile medico-sanitare publice din municipiul Chișinău se bazează pe deservirea în flux a pacienților, care include primirea bolnavilor, acordarea asistenței medicale primare, recomandarea consultațiilor și investigațiilor specializate, vizita bolnavilor la domiciliu, precum și efectuarea lucrului de promovare a sănătății. Prima verigă în procesul respectiv este prezentată de medicul de familie, care determină tactica și direcționează investigațiile, manoperele și consultațiile pacientului la

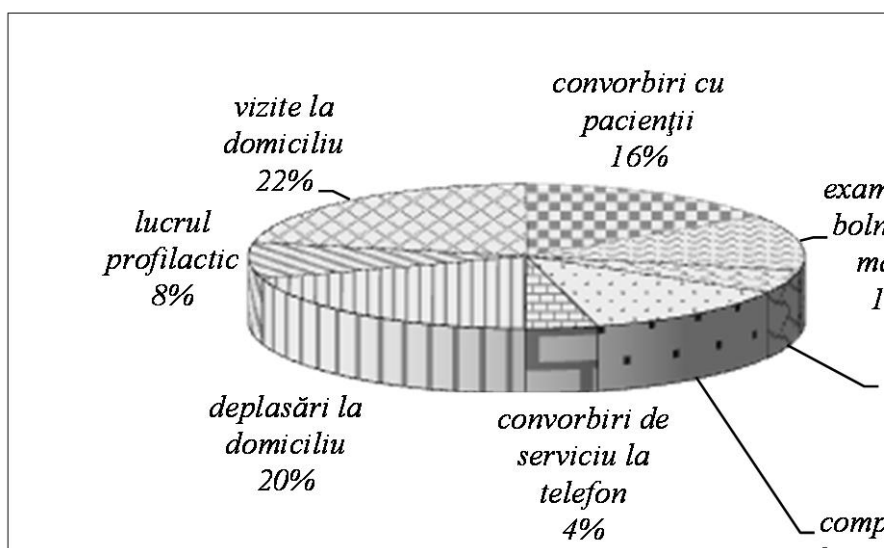
medicii-specialiști. Activitatea medicului de familie constă în coordonarea mai eficientă dintre serviciile medicale primare, secundare și terțiare, cu accentul spre realizarea măsurilor de prevenire și profilaxie a maladiilor.

Rezultatele obținute constată că durata zilei de muncă a medicului de familie durează de la 6 la 10,5 ore, în mediu 8,2 ore (502±4,1 minute). Lucrul de bază are pondere, pauzele tehnologice, pentru odihnă și necesități personale au pondere mică. Astfel, pentru exercitarea lucrului de bază se cheltuie 98,2±1,02% și 96,6±2,82% din durata zilei de muncă, pentru pauzele tehnologice - 0,8±0,01 și 0,8±0,09% din durata zilei de muncă, iar pentru odihnă și necesități personale - 1,0±0,90 și 2,6±1,76% din durata zilei de muncă în tura I și II respectiv (fig. 1).



**Figura 1.** Fotocronograma activității medicilor de familie.

Pentru detalizarea activităților care alcătuiesc lucrul de bază al unui medic de familie, în continuare am recurs la alcătuirea fotografiei zilei de muncă (fig.2). Prin fotografiere s-a decelat că în timpul primirii, convorbirilor cu bolnavii și/sau părinții copiilor bolnavi le-au fost dedicate 74,7±1,20 minute (15,6%) din durata lucrului de bază, revenind în mediu 4,8±0,03 minute la un bolnav. Examinarea pacienților maturi durează 60,0±1,40 minute (12,5%), revenind în mediu câte 4,8±0,03 minute la un bolnav, iar examinarea copiilor 26,3±0,7 minute (5,2%), adică câte 5,3±0,06 minute pentru un copil.



**Figura 2.** Fotografia zilei de muncă a medicilor de familie.

Analiza timpului utilizat de medicul de familie pentru examinarea bolnavilor cu diferite nozologii, ne demonstrează că cel mai mult timp este alocat bolnavilor cu maladii ale aparatului

circulator – 12,1 minute, iar cel mai puțin timp - celor cu maladii ale sistemului nervos – 9,5 minute.

Foarte mult timp este acordat completării documentației –  $100,0 \pm 1,60$  minute (12,5%) din durata lucrului de bază.

Medicul de familie dedică în mediu  $38,9 \pm 0,19$  minute (8,1%) în zi lucrului profilactic. Analiza aprofundată a activității de promovare a sănătății pune în evidență următoarele – 14,8% din toate vizitele efectuate la medicul de familie le constituie examenele medicale profilactice, marea majoritate a cărora se efectuează în condiții de ambulator – 79,9%. Ponderea vizitelor profilactice la domiciliu este de 20,1%.

De asemenea, s-a constatat că 38,3% din totalul vizitelor profilactice se efectuează la copiii până la un an și 64,1% la copiii până la 3 ani inclusiv. În ceea ce privește timpul mediu cheltuit pentru o vizită profilactică, acesta este mai mic în comparație cu cea pe caz de boală – 8,6 minute pentru maturi și 9,8 minute pentru copii față de 10,5 minute pentru maturi și 10,1 minute pentru copii respectiv.

Pentru convorbirile de serviciu sunt folosite în mediu  $20,0 \pm 0,18$  minute (4,2% din timpul lucrului de bază) și numai 15 minute în zi constituie timpul alocat pentru odihnă și necesități personale (fiziologice) ale medicului de familie.

Datele examinării lucrului medicului de familie la domiciliul pacienților constată că foarte mult timp este pierdut pe drum până la domiciliu – în mediu  $95 \pm 0,23$  minute în zi (19,8% din timpul lucrului de bază). În mediu medicul reușește să viziteze în zi 4,4 familii, cheltuind pentru aceste vizite  $105 \pm 0,18$  minute, ceea ce este aproximativ similar timpului cheltuit pe drum.

Calcululele au determinat că medicul de familie lucrează cu pacienții în ambulator 4 ore 13 minute (50,4%) și 2 ore 37 minute (31,3%) la domiciliu. Sumar 6 ore 50 minute de lucru cu pacienții. Deoarece durata medie a zilei de muncă este de 8 ore 20 minute, primim o oră și jumătate (18,3%) în care medicul de familie îndeplinește activități ce nu sunt nemijlocit atribuite pacientului.

Este de menționat faptul că, conform fotografiei zilei de muncă, cheltuielile de timp pentru îndeplinirea fișei postului medicului de familie în tura de dimineață și cea de seară practic sunt în proporții similare, iar diferențele înregistrate nu sunt semnificative din punct de vedere statistic ( $p > 0,05$ ). Dinamica săptămânală a activității medicului de familie practic corespunde legității de bază de modificare a capacității de muncă, ceea ce mai mică încărcătură.

Ca urmare, lucrul medicului de familie se caracterizează printr-o complexitate multiplă de activități ce este în dependență de numărul și contingentului bolnavilor, a vizitelor la domiciliu, fluxului informațiilor și întrebărilor parvenite în ceea ce privește stabilirea corectă a diagnosticului și tratamentului.

Astfel, în baza celor relatate, se poate presupune că ponderea repausurilor pentru odihnă și necesități personale sunt condiționate de acțiunea nefavorabilă a procesului și condițiilor de muncă, stresului ocupațional, iar munca în tura a II-a impune organismului medicilor un volum crescut de solicitări, la care el răspunde prin încordarea mai exprimată a funcțiilor fiziologice și scăderea capacității de muncă.

Pe lângă analiza valorilor medii am recurs la aprecierea indicilor de bază ai consumului timpului în dinamica zilei de muncă, pe parcursul schimburilor I și II. Dinamica modificărilor capacității de muncă este caracterizată prin creșterea lentă a cheltuielilor de timp pentru odihnă și necesități personale începând cu ora a doua de muncă, atingând o maximă în a treia oră, urmată de o scădere către mijlocul zilei (întrerupere la masă) și o nouă creștere cu o maximă în jurul orei a șaptea, urmată apoi de o scădere către sfârșitul zilei de muncă. Fenomenul “*avântul final*” nu este caracteristic nici pentru unul din turele aflate sub observație. În ce privește dinamica cheltuielilor de timp pe parcursul schimbului II, s-a constatat că creșterea frecvenței repausurilor pentru odihnă și necesități personale începe cu a patra oră de lucru, ulterior urmată de micșorarea valorii indicelui dat, ca începând cu a șaptea oră să se mărească iarăși.

Luând în considerație ponderea mare a timpului de lucru de bază (98,2 % în tura I și 96,6% în tura II din durata zilei de muncă), cât și faptul ca medicii de familie nu părăsesc locurile

de muncă în timpul întreruperilor tehnologice (0,8 % atât în tura I cât și în tura II), durata acțiunii factorilor de mediu profesional este considerabilă și poate induce modificări în starea funcțională a organismului și, în ultima instanță, în starea de sănătate a medicilor. Am constatat că, în raport cu profilul unității în care lucrează, persoanele testate consideră că factorii solicitanți sunt: constrângerea temporală (99,6%), perturbarea ritmurilor de muncă (76,9%), caracterul variat al activității (16,8%), riscul decizional (47%), insatisfacția profesională (63%), dificultățile privind comunicarea cu pacienții (37,5%), pericolul pentru sănătatea proprie (100%), responsabilitatea deosebită (97,5%), suprasolicitarea emoțională (100%) etc.

Analizând stresul socio-profesional pe grupe de vârstă, am constatat că stresul mediu îi afectează pe cei de 30-40 de ani, între 53% și 100%, pe cei de 41-50 de ani, între 40% și 67%, iar cei cu vârsta cuprinsă între 51-70 de ani, constituie 67% și 75%.

În ce privește stresul major, el este prezent mai ales la persoanele de 41 și 50 ani, în proporții până la 23%. Legat de stres este și nivelul stării depresive: cel moderat se manifestă mai ales la cea mai tânără grupă de vârstă (între 7,7% și 37%) și la cea medie (de la 33% până la 40%); nivelul major este mai puțin frecvent și nu depășește 15% (la grupa cea mai tânără), la grupa vârstnicilor fiind 0.

Sindromul Burn out, manifestat obiectiv prin modificări funcționale nefavorabile ale sistemului cardiovascular, este menționat practic de toate persoanele aflate în studiu, Mobing sindromul este remarcat de circa 50% persoane și Stalking este suportat circa 2% persoane.

### **Concluzii**

Rezultatele acestui studiu atestă:

1. Lucrul medicului de familie se caracterizează printr-o complexitate multiplă de activități ce este în dependență de numărul și contingentului bolnavilor, a vizitelor la domiciliu, fluxului informațiilor și întrebărilor parvenite în ceea ce privește stabilirea corectă a diagnosticului și tratamentului.
2. La majoritatea medicilor din loturile investigate există, dar nu este caracteristic stresul cronic major.
3. Tinerii prezintă cea mai înaltă cotă a stresului de nivel mediu (între 53% și 100%), și la o mare parte dintre ei sunt prezente semne ale depresiei.
4. Sistemul cardiovascular reacționează cel mai sensibil la diferite forme de stres.
5. Adevărul este că nu există specialitate sau loc de muncă lipsite de stres. De fapt stresul, care apare pe neașteptate și fără a ține seama de vârstă, face parte din viața oricărui om ce muncește și trăiește în societate, constituind, după opinia doctorului H. Selye, "sarea și piperul vieții".

### **Bibliografie**

1. ADAMS, R.E., BOSCARINO, J.A., FIGLEY, C.R. (2006). Compassion Fatigue and Psychological Distress Among Social Workers: A validation Study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76,1, 103-108
2. BAKKER, A.B., DEMEROUTI, E., EUWEMA, M.C. (2005). Job Resources Buffer the Impact of Job Demands on Burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10, 2, 170-180.
3. BLIESE, P.D., JEX, S.M. (1999). Incorporating multiple levels of analysis into occupational stress research. *Work & Stress*, 13, 1, 1-6.
4. BRUCK, C.S., ALLEN, T.D. (2003). The relationship between big five personality traits, negative affectivity, type A behavior, and work-family conflict. *Journal of Vocational Behavior*, 63, 457-472.
5. CARLSON, D.S., KACMAR, K.M. (2000). Work-Family Conflict in the Organization: Do Life Role Values make a Difference? *Journal of Management*, 26, 5, 1031- 1054.

6. COOPER, C.L., CARTWRIGHT, S. (1997). An Intervention Strategy for Workplace Stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 1, 7-16.
7. COOPER, C.L., CARTWRIGHT, S. (2001). Organizational Management of Stress and Destructive Emotions at Work. In Payne R.L. și Cooper, C.L. (Eds.), *Emotions at Work. Theory, Research and Applications for Management*, Chichester, England, John Wiley and Sons, p. 269-280.
8. CROCKER, J., PARK, L.E. (2004). The Costly Pursuit of Self-Esteem. *Psychological Bulletin*, 130, 3, 392-414.
9. DORMANN, C., ZAPF, D. (2004). Customer-Related Social Stressors and Burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9, 1, 61-82.
10. EDDLESTON, K.A., VEIGA, J.F., POWELL, G.N. (2006). Explaining Sex Differences in Managerial Career Satisfier Preferences : The Role of Gender Self-Schema. *Journal of Applied Psychology*, 91, 2, 437-445.
11. ELO, A.L., LEPPANEN, A. (1999). Ets of Health Promotion Teams to Improve the Psychosocial Work Environment. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4, 2, 87-94.
12. GREINER, B.A., KRAUSE, N. (2006). Observational Stress Factors and Musculoskeletal Disorders in Urban Transit Operators. *Journal of Occupational Health Psychology*, 11, 1, 38-51.
13. HOBFOLL, S.E., SPIELBERGER, C.D. (1992). Family stress: Integrating Theory and Measurement. *Journal of Family Psychology*, 6, 2, 99-112.
14. HOCHWARTER, W.A., WITT, L.A., TREADWAY, D.C., FERRIS, G.R. (2006). The Interaction of Social Skill and Organizational Support on Job Performance. *Journal of Applied Psychology*, 92, 2, 482-489.
15. HOCKEY, G.R., EARLE, F. (2006). Control Ove the Skeduling of Simulated Office Work Reduces the Impact of Workload on Mental Fatigue and Task Performance. *Journal of Experimental Psychology : Applied*, 12, 1, 50-65.
16. KIVIMAKI, M., VAHTERA, J., ELOVAINIO, M., HELENIUS, H., SINGH-MANOUX, A., PENTTI, J. (2005). Optimism and Pessimism as Predictors in Change in Health after Death or Onset of Severe Illness in Family. *Health Psychology*, 24, 4, 413-421.
17. RABIN, S., MATALON, A., MAOZ, B., SHIBER, A. (2005). Keeping Doctors Healthy: A Salutogenic Perspective. *Families, Systems & Health*, 23, 1, 94-102.
18. RUPERT, P.A., MORGAN, D.J. (2005). Work Setting and Burnout Among Professional Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 5, 544-550.
19. TOTTERDELL, P., HOLMAN, D. (2003). Emotion Regulation in Customer Service Roles: Testing a Model of Emotional Labor. *Journal of Occupational Health Psychology*, 8, 1, 55-73.
20. TSAI, W., HUANG, Y. (2002). Mechanisms Linking Employee Affective Delivery and Customer Behavioral Intentions. *Journal of Applied Psychology*, 87, 5, 1001-1008.
21. WEISS, H.M., BRIEF, A.P. (2001). Affect at Work: a Historical Perspective, *Emotions at Work. Theory, Research and Applications for Management*, Payne R. L. & Cooper C.I. (Eds.), John Wiley & Sons Ltd, West Sussex, England.
22. ZAPF, D., SEIFERT, C., SCHMUTTE, B., MERTINI, H., HOLTZ, M. (2001). Emotion Work and Job Stressors and their effects on burnout. *Psychology and Health*, 16, 527-545.