

EVROPSKI UNIVERZITET BRČKO
DISTRIKT
BOSNE I HERCEGOVINE
FAKULTET ZDRAVSTVENIH NAUKA
SESTRINSTVO



PROFESIONALNO SAGORIJEVANJE

MAGISTARSKI RAD

Mentor:

Prof.dr.Nermina Hadžigrahi

Autor rada:

Meliha Ćurčić

Brčko, oktobar 2015.god

EVROPSKI UNIVERZITET BRČKO
DISTRIKT
BOSNE I HERCEGOVINE
FAKULTET ZDRAVSTVENIH NAUKA
SESTRINSTVO



PROFESIONALNO SAGORIJEVANJE

MAGISTARSKI RAD

Mentor:

Prof.dr.Nermina Hadžigrahi

Autor rada:

Meliha Ćurčić

Brčko, oktobar 2015.god

ZAHVALNICA

Najiskrenije rije i zahvalnosti upu ujem svojoj porodici i dragim kolegama Intenzivne terapije i njege Dje ije klinike, Univerzitetsko Klini kog Centra Tuzla na bezgrani noj podršci i pomo i, te istrajnosti koju su mi pružali tokom mog studiranja.

Zahvaljujem se i svojoj mentorici Prof.dr.Nermini Hadžigrahi na nesebi noj pomo i pri izradi ovog rada, na dragocjenim savjetima i sugestijama.

SADRŽAJ

Sažetak.....	1
1. UVOD	2
2. POSLOVI I OBAVEZE MEDICINSKIH SESTARA	5
2.1. Djelatnosti sestrinstva.....	7
2.2. Na in obavljanja i organiziranja djelatnosti sestrinstva i primaljstva	7
2.3. Prava, obaveze i odgovornosti medicinskih sestara	8
2.4. Specifi nosti zdravstvene profesije	10
3. STRES U ZDRAVSTVU.....	13
3.1. Stres na radu	14
3.2. Izloženost stresu zdravstvenih radnika: medicinske sestre i tehni ari	18
4. MOBING U ZDRAVSTVU	21
4.1. Definicija mobinga	21
4.2. Historija mobinga	22
4.3. Žrtve mobinga.....	22
4.4. Vrste mobinga.....	23
4.5. Rizik od mobinga po zanimanjima.....	24
4.6. Posljedice mobinga.....	25
5. SINDROM PROFESIONALNOG SAGORIJEVANJA U ZDRAVSTVU	26
5.1. Zanimanja naj eš e vezana za sindrom profesionalnog sagorijevanja	26
5.2. Profesionalno sagorijevanje kod zdravstvenih radnika	27
5.3. Simptomi sindroma sagorijevanja	28
5.4. Faze sindroma profesionalnog sagorijevanja	29
5.5. Koncept profesionalnog sagorijevanja i modeli ispitivanja	31
5.6. Korelacije izme u faktora stresa i sindroma sagorijevanja	34
5.7. Intervencije protiv profesionalnog sagorijevanja	35
6. METODE I INSTRUMENTI ISTRAŽIVANJA.....	40
6.1. Metoda anketiranja	40
6.1.1. Vrste anketa.....	43
6.1.2. Prednosti i nedostaci ankete	45
6.1.3. Izrada anketnog upitnika	46

6.1.4. Vrste pitanja u anketnom upitniku	49
6.1.5. Neke od naj eš ih grešaka u upitnicima	51
6.2. Statisti ke metode.....	52
6.2.1. Definicija ²	53
6.2.2. Osnovni uslovi za upotrebu hi-kvadrat testa	54
7. ISTRAŽIVANJE I REZULTATI ISTRAŽIVANJA	56
7.1. Utvr ivanje prisutnosti stresa kod medicinskih sestara-tehni ara	62
7.2. Utvr ivanje najzna ajnijih faktora profesionalnog sagorijevanja.....	75
8. ZAKLJU AK.....	80
POPIS SLIKA I GRAFIKONA	83
POPIS TABELA.....	85
LITERATURA	87

SAŽETAK

Cilj istraživanja je ispitati prisutnost stresa kod zdravstvenih radnika, konkretno kod medicinskih sestara-tehničara, specifične faktore koji dovode do stresa, te povezanost stresogenih faktora, prisustva stresa i općih obilježja ispitanika. Istraživanje je provedeno u okviru 4 klinike JZU UKC Tuzla. Obuhvaćeno je 178 medicinskih sestara-tehničara oba spola, različite starosne dobi i sa različitom dužinom radnog staža. Za istraživanje je korišten kao mjerni instrument anketni list-upitnik i statistički alat za utvrđivanje povezanosti između dvije varijable i vjerojatnoće povezanosti. U prvom dijelu Upitnika su opći podaci koji se odnose sociodemografske karakteristike (spol, dob, razinu edukacije, zanimanje, stručni stupanj, radno mjesto, duljinu ukupnog zaposlenja, duljinu zaposlenja na sadašnjem radnom mjestu, radno vrijeme). U drugom dijelu upitnika su pitanja koja se odnose na stresore na radnom mjestu. Ispitanicima je ponuđeno 37 stresora na radu koji se odnose na organizaciju rada, smjenski rad, napredovanje u struci, edukaciju, profesionalne zahtjeve, međuljudsku komunikaciju, komunikaciju zdravstvenih djelatnika s pacijentima te na strah od opasnosti i štetnosti u zdravstvu.

Ključne riječi: stres, profesionalno sagorijevanje, prisutnost stresa kod medicinskih sestara.

1. UVOD

Sindrom izgaranja ili iscrpljivanja na poslu koji je naširoko opisan u zapadnim industrijskim zemljama stigao je kao društveni i profesionalni problem i do nas. U kapitalisti kom svijetu se on doživljava kao nešto ozbiljno, jer dugoro no svaku firmu može dovesti do krize. Velike svjetske firme shvatile su naime da sagorijevanje na poslu njihovih uposlenika uti e na rezultate rada i da može dovesti do zna ajnih financijskih gubitaka firme¹.

Sigurna radna okolina u zdravstvenom sektoru doprinosi sigurnosti pacijenata i podsti e pozitivne rezultate njihovog lije enja. To se može posti i jedino na radnom mjestu koje omogu ava i ima motivisanu, dobro pripremljenu radnu snagu.

U svakodnevnom susretu medicinskih sestara sa boleš u, tugom, bolom, patnjom i ljudskom nesre om, utvr eno je da je potreban balans brojnih aspekata složene sestriinske uloge, i da je sposobnost podnošenja stresnih situacija od posebnog zna aja u ispunjavanju profesionalnih obaveza. Postoji potreba za primjenom mnogobrojnih programa i mjera koje bi imale za cilj da smanje izloženost zdravstvenih radnika profesionalnom sagorijevanju i eliminišu stresore iz radnog okruženja ime bi se moglo poboljšati stanje unutar službi i to je jedan od glavnih razloga zašto je ovo istraživanje sprovedeno.

Mnoga ispitivanja i stru ni radovi ukazuju na pojavu tog sindroma naro ito u radnim sredinama u kojima se pojedinci susre u sa problemom nesigurnosti za svoje radno mjesto, gdje nema kontrole rada i nema odgovaraju e zaštite radnika, te tamo gdje su zahtjevi radnog mjesta takvi da radnike prisiljavaju na duže radno vrijeme, podvostru enje smjena, iznenadne promjene u procesu rada i hitnost intervencije, bez mogu nosti dovoljnog tjednog i godišnjeg odmora. Osim toga susre emo ga i u sredinama sa neadekvatnim pla ama, sa kriti nim šefom, tamo gdje su radni zadaci bez kraja, gdje se na primjer radi sa neizlje ivim pacijentima, gdje postoji osje aj besmislenog posla i gdje je djelatnik prisiljen na dvoili nost i kontradiktornost uloga s nekompatibilnim zahtjevima (ako izvršiš jedan, onemogu uješ izvršenje drugog)².

Analizom pojavnosti najugroženijima su se pokazala radna mjesta u zdravstvu, a jako su mu izloženi novinari, policajci, suci, menedžeri, u itelji i uop e sve one profesije koje rade sa ljudima. U našoj struci je taj sindrom po eo biti sve u estaliji. Razloge moramo tražiti u privatizaciji, u sve ve im zahtjevima pacijenata i financijera zdravstva, u sve ve oj feminizaciji struke i u sve ve oj izloženosti svakodnevnom stresu i nezadovoljstvu struke s društvenim i materijalnim statusom i sve ve oj radnoj i financijskoj nesigurnosti. Tako sve

¹ Brody D.S.A Physician's Guide to Personal Stress Management, Comp. Ther.28(2):160-164,2002.

² Gunderson L. Physician Burnout. Anal. of Int. Med. 135(2):145-148,2001.

eš e u našoj sredini susre emo «sagorjele osobe» s kojima više ne možemo niti komunicirati, a da ne doživimo kakav neurotski ispad ili konfliktnu situaciju. Dakle osobe koje više nisu sposobne pružati stru nu pomo svojim pacijentima, jer je stru na pomo ustvari prvenstveno potrebna njima. Psihološke i psihijatrijske ordinacije širom industrijaliziranog svijeta prve su zamijetile sve eš u pojavu simptomatike koja karakterizira taj sindrom³.

Kod pogo enih pojedinaca javljale su se promjene ponašanja, u vidu pada koncentracije, smanjenja samopoštovanja, apatije, nepopustljivost i krutosti u odnosima, dezorijentacije, perfekcionizma, zabrinutosti za zdravlje, nestrpljivosti, pretjerane opreznosti, povla enja u sebe i izolacije od drugih, pretjerane zabrinutosti za obitelj, nesnošljivosti, konfliktuoznosti, preosjetljivosti itd..., subjektivni simptomi kao što su nesanica, no ne more, smanjenje ili poja anje apetita, pad seksualnosti, osje aj iracionalnog straha, osje aj krivnje, umor, stalno loše raspoloženje i op a slabost itd., psihi ke promjene u vidu pojave opsesija o svrsishodnosti života, pojave osje aja besciljnosti i suicidalnih primisli, vjerskog fanatizma ili gubitka vjere, patološkog skepticizma itd., organski poreme aji kao što su sr ane aritmije, napadi paroksizmalne tahikardije, pojava hipertenzije, bolovi u miši ima i zglobovima, pojava probavnih smetnji, glavobolja i migrena, poreme aji menstrualnog ciklusa itd⁴.

Dokazano je da glavni uzrok izgaranju na radu leži u psihološkim osobinama pojedinca. Sindromu izgaranja su skloniji nezreli ljudi, neuroti ari, pretjerano odgovorni, ambiciozni, neuravnoteženi ljudi i oni koji imaju visoko postavljena o ekivanja u poslu i koji se previše posve uju poslu i u radnoj sredini pronalaze smisao postojanja. Ve inom su to osobe koje mnogo ja e od uobi ajenog doživljavaju frustracije, u slu aju kad nisu adekvatno nagra ene za svoj rad ili kad ne dobivaju nikakvo priznanje za svoje zalaganje. Izgaranje na poslu je svakako posljedica nesvjesnosti pojedinca o frustracijama, koje ga okružuju na radnom mjestu i vlastitoj preoptere enosti, što rezultira neprimjetnom pojavom sindroma sagorjelosti.^{5,6}

U ovom radu nastojat u u 6 glavnih poglavlja (*isklju uju i uvod i zaklju ak*) predstaviti glavne uzro nike ove pošasti koja vlada u zdravstvenim krugovima. Kako bi se dobila puna slika radne prirode posla medicinski sestara u prvom poglavlju e biti predstavljeni poslovi i obaveze medicinskih sestara i prikazane specifi nosti zdravstvene profesije.

³ Pollack R. Dental office ergonomics: How to reduce stress factors and increase efficiency. J. Can. Dent. Assoc. 1996; 62:508-10.

⁴ Linzer M. Visser M. Oort F.J, et al. Predicting and Preventing Physician Burnout: Results From the Unites States and the Netherlands. The Am .Journal.of Med. 111:170-174, 2001.

⁵ Persaud R. Editorial: Reducing the Stress in Medicine. Postgrad. Med.J. 78:1-3.2002.

⁶ Potter B.A. Overcoming Job burnout: „How to renew enthusiasm for work” P, Ranin 1998.

Pošto u savremenom poslovnom svijetu sve loše po zdravlje ljudi počinje pojavom stresa na radnom mjestu, nastavak rada bit će posvećen toj tematici na koju će se kasnije u radu nadovezati i mobing. Mobing ima velikog udjela u povećanju stresa, a sve to u konačnici vodi ka pojavi sindroma sagorijevanja, koji je u nauci predstavljen kao jedna od psihološka reakcija na stres. Sve pojedinosti o navedenim pojavama i terminima potrebno je prethodno opisati i objasniti, što je učinjeno u ovom radu.

Nakon teoretskog dijela zadnja dva poglavlja glavnine rada ostavljena su za predstavljanje metoda i alata istraživanja i na kraju i samog istraživačkog rada.

2. POSLOVI I OBAVEZE MEDICINSKIH SESTARA

Biti medicinska sestra je jedinstveni poziv. Sestrinstvo se sve više u svijetu po inje shvatati kao disciplina koja ima prepoznatljiv program djelovanja i koja je nezavisna od drugih disciplina u sastavu zdravstvene zaštite. Neki ga shvataju kao zanimanje, neki kao nau nu disciplinu, a oni umjereniji kažu da je to profesija koja e napokon dobiti svoj legitimni status. Za one koji prate sestrinstvo i njegov razvoj tokom 20.stolje a, napori da se sestrinstvo obogati saznanjima iz drugih nau nih disciplina samo su logi an nastavak razvoja same medicine i samog procesa zdravstvene njege.

Biti medicinska sestra je jedinstven poziv koji traži ono najljepše u ljudskom bi u-humanost i predanost pozivu. “Jedinstvena uloga medicinske sestre je pomagati pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju onih aktivnosti koje pridonose zdravlju ili oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi pojedinac obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju i znanje.” (*Henderson, V.*).

Oblast rada medicinske sestre vrlo je širok, od u enja djece pranju ruku, odraslih o uvanju zdravlja, do rukovo enja visoko sofisticiranom medicinskom tehnologijom kojom se može o uvati i sa uvati ljudski život.

Medicinska sestra mora biti emocionalno zrela i stabilna osoba kako bi mogla razumjeti i nositi se sa ljudskim patnjama, hitnim stanjima, zdravstvenim problemima i eti kim nedoumicama. Mora biti kadra razumjeti pacijentova ose anja i ponašanja u odre enoj situaciji. Mora biti brižna, spremna prihvatiti odgovornost, raditi samostalno, ali i timski u saradnji sa drugim profesijama u zdravstvu. Medicinska sestra mora biti profesionalna i svoj posao raditi sa puno ljubavi kako bi što bolje pomogla ljudima i pomogla njihovu ozdravljenje. Sestrinstvo je poziv koji se aktivno uklju uje u brigu za zdravlje ovjekovog tijela i duše.

Na zapadu, kao i u ve ini zemalja Evropske unije, sestrinstvo je odvojeno kao samostalna profesionalna disciplina i nezavisno od drugih profesija u okviru zdravstvene zaštite. Moderno sestrinstvo favorizuje edukaciju kao prioritet u profesionalnom životu medicinskih sestara/tehni ara. Više i visoko obrazovanje medicinskih sestara je prioritet modernih država.

Sestre/tehni ari rade samostalno u timu na unapre enju zdravlja, lije enju i rehabilitaciji. Pružaju zdravstvenu njegu, organizuju profesionalnu njegu i kontinuiranu edukaciju. Rade na razli itim mjestima, od patronaže do jedinica intenzivne njege. I bez obzira na kom odjeljenju

medicinska sestra/tehničar radi, samostalno ili u multidisciplinarnom timu, ona mora biti motivisana i mora osjetiti veliku ljubav prema pacijentu.

Poslovi u sestrinstvu prilagođavaju se posebnim potrebama pacijenata na različitim odjeljenjima, pa tako postoje i velike razlike u poslovima sestara na pedijatriji, hirurgiji, neurologiji, neonatologiji i dr. Sestrinstvo je posao u kojem, osim znanja i vještine, medicinske sestre moraju dati i dozu humanosti.

Uspjeh rada medicinske sestre ne zavisi samo o njenoj humanosti i sposobnosti svladavanja savremene tehnologije. On zavisi i od trajne edukacije medicinske sestre. Zato je danas, u vremenima svakodnevnih promjena, neophodno okrenuti se napretku profesije sestrinstva upravo kroz trajno učenje u programima kontinuirane edukacije.

Jedna od glavnih pojava u poslovima vezanim za zdravstvo jeste visok nivo rizika po zdravlje pacijenta. Svakodnevni posao, gomilanje dužnosti i obaveza, ispred medicinskih sestara stavlja sve veće zahtjeve sa sve težim zadacima, uz sve složenije okruženje. Po svaku od uslova rada koji zavise od vrste posla, mjesta zaposlenja, pa do stanja u samim zdravstvenim ustanovama. Sestre rade u dnevnim i noćnim smjenama, vikendima i praznicima. Broj sestara u smjenama je manji od potrebnog što podrazumjeva nedostatak vremena za planirano zbrinjavanje pacijenata, vođenje sestriinske dokumentacije, razgovor s pacijentom. To je danas globalni problem. Takva narav savremenih poslova postaje sve stranija samom pacijentu i dovodi do raznih negativnih posljedica, kao što su izloženost stresu i umoru. Nove tehnologije koje se danas brzo razvijaju, stavljaju pred medicinske sestre/tehničare sve veće zahtjeve za shvatanjem, kontrolom i korištenjem te iste tehnologije za šta je potrebna velika volja i motivacija medicinskih sestara/tehničara.

Velika odgovornost, potreba brzog reagovanja, svakodnevno suočavanje sa smrću i ljudskim patnjama, veliki su izvor stresa. Zdravstveni radnici svakodnevno su izloženi brojnim stresovima na poslu. Veliki broj pacijenata, rad sa teškim ili zahtjevnim pacijentima, manjak zdravstvenih radnika, rad u smjenama i dežurstvima, negativno djeluju na zadovoljstvo medicinskih sestara/tehničara koje žele profesionalno raditi svoj posao.

Problemi savremenog sestrinstva najviše su vidljivi u nedovoljnom obrazovanju i nemogućnosti napredovanja u struci. Uslovno rečeno, stručno usavršavanje koje naše medicinske sestre/tehničari imaju, rečeno je vlastitim iskustvom i entuzijazmom kroz rad. Međutim, kroz njih se medicinska sestra/tehničar ne može iskazati kao osoba sa iskustvom u specijalizovanim zdravstvenim ustanovama, rečeno u okviru visokog obrazovanja.

2.1. Djelatnosti sestrinstva

Zakonom o sestrinstvu i primaljstvu se uređuje djelatnost medicinskih sestara - tehničara i medicinskih sestara primalja, na in vršenja i organiziranja djelatnosti, standard obrazovanja i uslovi za vršenje djelatnosti medicinskih sestara i primalja, prava, obaveze i odgovornosti medicinskih sestara i primalja, te kontrola sigurnosti i kvaliteta rada medicinskih sestara i primalja u Federaciji Bosne i Hercegovine. Djelatnost medicinskih sestara i primalja sastavni je dio zdravstvene djelatnosti od interesa za BiH, a obavlja se pod uslovima i na in propisan zakonom i drugim propisima iz oblasti zdravstvene zaštite.

Djelatnost sestrinstva je provođenje zdravstvene/sestrinske njege. Zdravstvena njega obuhvata autonomnu i grupnu njegu pojedinaca u svakoj životnoj dobi, porodica i grupa unutar zajednice, oboljelih ili zdravih pojedinaca u bilo kojem okruženju.⁷ Zdravstvena njega podrazumijeva promociju zdravlja, prevenciju bolesti i njegu/brigu bolesnih osoba, nemoćnih i umirujućih osoba, kao i osoba sa invaliditetom, te zagovaranje, promociju sigurne okoline, istraživanje i uvođenje u oblikovanje zdravstvenih politika i sistema obrazovanja zdravstvenih radnika.

2.2. Na in obavljanja i organiziranja djelatnosti sestrinstva i primaljstva

Provođenje zdravstvene i primaljske njege bazira se na potrebama stanovništva u skladu sa planom i programom mjera zdravstvene zaštite i propisima iz oblasti zdravstva. Medicinske sestre i primalje zdravstvenu i primaljsku njegu obavljaju u skladu sa utvrđenim poslovima i zadacima i to na in da:

- samostalno djeluju u oblasti zdravstvene njege zdravih i bolesnih osoba, odnosno u oblasti primaljske njege,
- djeluju i uvođeni kao članovi tima zdravstvene zaštite u dijagnostičko-terapeutskom procesu zajedno sa doktorom medicine i drugim članovima tima.

Samostalno obavljanje poslova zdravstvene i primaljske njege podrazumijeva procjenu, odnosno utvrđivanje potrebe za zdravstvenom i primaljskom njegom, planiranje, izvođenje određene aktivnosti ili intervencije i evaluaciju, koje su u interesu pacijenta, a odnose se na zadovoljavanje osnovnih životnih potreba/aktivnosti.

⁷ Zakon o sestrinstvu i primaljstvu ("Službene novine Federacije BiH", broj 43/13)

Zadovoljavanje osnovnih životnih potreba/aktivnosti podrazumijeva pomaganje medicinske sestre/tehničara, odnosno primalje u osiguranju zdravlja pojedinca, ozdravljenju pacijenta, te njegovom kvalitetnijem životu sa hroničnom bolešću ili sa invalidnošću.

Djelovanje i učestvovanje u dijagnostičko-terapeutskom procesu vrši se prema uputama i stručnom nadzoru doktora medicine, a sam rad zdravstvene, odnosno primaljske njege samostalno.

Medicinske sestre i primalje svoju djelatnost obavljaju i u interdisciplinarnim, odnosno multidisciplinarnim, kao i u intersektorskim, odnosno multisektorskim timovima.

Poslove i zadatke koje se obavljati samostalno medicinske sestre/tehničari i primalje, kao i poslove i zadatke koje se obavljati u sastavu tima zdravstvene zaštite posebnim propisom utvrdit će federalni ministar zdravstva na prijedlog nadležne komore.

Zdravstvena i primaljska njega organiziraju se na način da osiguravaju pristup nu, pravi nu, sveobuhvatnu, kvalitetnu, kontinuiranu i efikasnu zdravstvenu zaštitu u granicama materijalnih mogućnosti sistema zdravstvene zaštite. Organizira se i provodi u zdravstvenim ustanovama, privatnoj praksi, u zajednici, kao i u ustanovama socijalne zaštite ili ustanovama za izvršenje krivičnih sankcija.

2.3. Prava, obaveze i odgovornosti medicinskih sestara

U obavljanju poslova i zadataka zdravstvene i primaljske njege, medicinska sestra/tehničar, odnosno primalja ima sljedeća prava:

- biti ravnopravan član tima zdravstvene, odnosno primaljske njege u skladu sa ovim zakonom,
- biti ravnopravan član u interdisciplinarnim, odnosno multidisciplinarnim, kao i u intersektorskim, odnosno multisektorskim timovima u okviru profesionalne odgovornosti,
- organizirati, procijeniti, planirati, provoditi i vrednovati zdravstvenu, odnosno primaljsku njegu,
- stručno se usavršavati putem specijalizacije, odnosno kontinuiranog stručnog usavršavanja koje organizira nadležna komora u skladu sa propisima iz oblasti zdravstvene zaštite,
- odbiti učestvovanje u naučno-istraživačkim projektima ako nisu neophodni za poboljšanje i unapređenje zdravstvene, odnosno primaljske njege,

- odbiti obavljanje poslova i zadataka za koje nije stručno osposobljena, i
- na stručne nagrade i priznanja u skladu sa ovim zakonom.

U obavljanju poslova i zadataka zdravstvene, odnosno primaljske njege medicinska sestra/tehničar, odnosno primalja ima sljedeće obaveze i odgovornosti:

- učestvovati u procjeni, planiranju, implementaciji i evaluaciji zdravstvene, odnosno primaljske njege, u saradnji sa drugim zdravstvenim radnicima i osobljem javnih službi sa ciljem osiguranja adekvatne zdravstvene zaštite,
- primjenjivati sva dostupna znanja iz područja sestrištva, odnosno primaljstva bazirana na dovoljnom razumijevanju strukture, fizioloških funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između u zdravstvenog stanja uvijek, te njegovog fizičkog i društvenog okruženja,
- obavljati poslove svog stručnog naziva u skladu sa zakonom, profesionalnim dužnostima, kulturnim, etičkim i stručnim standardima zdravstvene, odnosno primaljske njege, te moralno etičkim pravilima,
- poštivati osnovna prava uvijek, ljudsko dostojanstvo, integritet osoba i prava pacijenata u skladu sa posebnim propisom o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata,
- čuvati kao profesionalnu tajnu podatke koji se odnose na zdravstveno stanje pacijenta. Profesionalna tajna sadrži podatke o osobnom i porodičnom životu pacijenta, njegovom zdravstvenom stanju, a koju u obavljaju svog stručnog zvanja i sestrišne, odnosno primaljske djelatnosti saznaju medicinske sestre i primalje,
- uvoditi nove metode rada sa ciljem unapređenja zdravstvene, odnosno primaljske njege,
- postupati prema utvorenim pravilima i protokolima za provođenje postupaka u zdravstvenoj i primaljskoj njezi,
- primjenjivati, provoditi i evidentirati od doktora medicine ordinirane lokalne, peroralne i parenteralne terapije,
- blagovremeno izvještavati voditelja tima i doktora medicine u slučaju nastupanja komplikacija prilikom primjenjene terapije, kao i blagovremeno izvještavati doktora medicine o stanju pacijenta, posebno o promjeni njegovog zdravstvenog stanja,
- provoditi postupke iz oblasti promocije zdravlja i prevencije bolesti,
- prepoznati životno ugroženu osobu i primijeniti hitne postupke u skladu sa svojim kompetencijama,

- ekonomično i efikasno korištenje pribora i opreme prilikom pružanja zdravstvene, odnosno primaljske njege,
- voditi sestrinsku, odnosno primaljsku dokumentaciju koja je dijelom medicinske dokumentacije i kojom se evidentiraju provedeni postupci, a u skladu sa posebnim propisima o evidencijama u oblasti zdravstva,
- saradivati sa članovima porodice i drugim osobama u interesu pacijenta,
- saradivati sa članovima tima,
- primjenjivati pravila zaštite na radu i rada na siguran način,
- primjenjivati postupke obezbjeđivanja zdravlja i zdravog okoliša, te brigu za osobnu sigurnost, sigurnost pojedinca i zajednice,
- djelovati u najboljem interesu pacijenta,
- uživati ugled profesije, kao i poslodavca,
- obrazovati i učestvovati u obrazovanju stručnih kadrova zdravstvene, odnosno primaljske njege,
- nadgledati, voditi i izvoditi praktičnu i teoretsku nastavu studentima, učenicima u školama medicinskog usmjerenja, kao i drugom osoblju,
- provoditi zdravstveno-odgojno obrazovanje stanovništva i zdravstvenog osoblja,
- razvijati odgovornost za cjeloživotno učenje, profesionalni razvoj i unapređenje kompetencija u skladu sa potrebama pacijenata, odnosno korisnika sestrinskih/primaljskih usluga, zajednice, te tržišta rada,
- učestvovati u naučno-istraživačkom procesu,
- obavljati i druge poslove i zadatke utvrđene zakonom i podzakonskim aktima donesenim na osnovu zakona.

2.4. Specifičnosti zdravstvene profesije

U zdravstvu su razvijeni određeni mitovi koji doprinose razvoju sindroma sagorijevanja. Tako bi na pr. liječnik morao biti sveznajuć, nepogrešiv, uvijek siguran u svoj stav, jer je nesigurnost znak slabosti, pacijent mu mora uvijek biti najvažniji, otkrivanje emocija znači slabost, liječnik svoje potrebe treba podrediti struci, uvijek sve mora zadovoljiti, a svi od njega očekuju i da dobro zaraduje. Prema saznanjima i podacima iz strane literature pojava stresa u zdravstvu se može podijeliti na:

1. Op e izaziva e stresa kao što su - previsoko postavljeni zahtjevi brige o pacijentu, manjak slobodnog vremena za predah u poslu, pretjeran stalni direktni kontakt sa pacijentom, slaba društvena podrška profesiji i pad društvenog ugleda profesije, manjak vremena za osobne kontakte sa kolegama, neadekvatna stručna pripremljenost za rad sa stanovništvom, op a tendencija okrivljavanja lije nika za svaki problem u zdravstvenoj zaštiti, stalno pojavljivanje problema za koji nemamo rješenje i stalni pritisak pojedina nih zahtjeva uz kroni ni manjak vremena.

2. Specifi ne o ekivane preduslove za pojavu stresa – kao što su stalni vremenski tjesnac, dugogodišnja stresna izobrazba, neizvjesnost rezultata lije enja, kroni na premorenost, razapetost izme u života i smrti i potreba za donošenjem brzih i teških odluka, stalni nemogu i zahtjevi kroni nih bolesnika i stalna potreba za održavanjem vlastite stru ne sposobnosti. Prekovremeni rad i ometanje obiteljskog života sa stalnim telefonskom pozivima. Prisiljenost na samostalnu organizaciju posla i financijsko rukovo enje.

3. Neo ekivane stresove – kao što su stalne promjene u zakonima i zdravstvenim propisima, promjene na radnom mjestu s obvezom preuzimanja novih poslova i odgovornosti, miješanje tre ih osoba u proces lije enja, izloženost sve u estalijim sukobima sa pacijentima, sve ve a potreba za stalnim oprezom i defanzivnom medicinom, poreme aj odnosa pacijent- lije nik zbog mnogih administrativno nametnutih propisa, op enito neadekvatna podrška u društvu, stalno prisutan strah od nasilnih pacijenata i stalni financijski problemi zbog nesigurnih prihoda i sve težeg vo enja prakse.

Tome treba pridodati stalni porast razli itih zahtjeva sa strane zdravstvenog osiguranja i socijalno ugroženih pacijenata. Što sve rezultira sa sve manje raspoloživog vremena za obitelj i prijatelje⁸.

Prema postoje im istraživanjima provedenim u Irskoj (Fleming, Baum, Davidson 1987. i Connor, Kellher 1998.) 50% anketiranih lije nika je pokušavalo umanjiti stres s alkoholom oko 12% poja anim pušenjem, 30% ja im soljenjem hrane, a 42% je tri puta tjedno vježbalo. Kod starijih lije nika je pak primije eno razvijanje raznih adaptacijskih mehanizama na stres, me u kojima se esto javlja i odre ena indiferentnost prema problemima pacijenta i sporost reakcije, što može biti vrlo štetno u samom procesu lije enja.

Kod nas su ina e stresogeni faktori u posljednjih desetak godina mnogo izraženiji. Posljedica je to provedene prisilne privatizacije sredinom devedesetih godina, pove ane nesigurnosti za radno mjesto, pove anog nezadovoljstva primanjima i stalnim promjenama propisa iz

⁸ Deckard G, Meterko M, Field D. Physician Burnout: An Examination of Personal, Professional and Organizational Relationships. Medical Care 32(7):745-754, 1994.

područja zdravstva i zdravstvenog osiguranja. Razlog tome je i nezadovoljstvo položajem struke u sustavu zdravstva i društvu općenito, kao i nezadovoljstvo sa postojećim utjecajem Liječničke komore u zaštiti stručnih interesa. Osim toga zbog birokratiziranog sustava i restriktivnih mjera u području zdravstvenog osiguranja sve se češće javljaju poremećaji odnosa između pacijenta i liječnika, a zbog stalno prisutne društvene krize, liječnici su sve izloženiji agresivnom ponašanju pacijenata i javnoj kritici, sve do advokatskih zahtjeva za naknadu štete⁹.

⁹ Lewis J.M, et al. Work stress in lives of physicians. Texas Medicine 89(2):62-67, 1993.

3. STRES U ZDRAVSTVU

Život je pun stresogenih situacija i ne postoji „stakleno zvono“ pod kojim bismo se mogli skloniti da se sa njima ne sretnemo.^{10,11} Stres ili stresogena reakcija je odgovor organizma na stresogenu situaciju, za šta se ličnost može životno pripremati procesima u enja kroz iskustvo.¹² Stresor je inilac koji predstavlja stresogenu situaciju, a može da izazove stres kao stresogenu reakciju. Stres se razlikuje po ja ini i po dužini trajanja: irelevantan stres, blagi stres, srednji, ozbiljni i ekstremni stres.

Stres je pojam koji označava stanje organizma u kojem doživljavamo prijetnju vlastitom integritetu. Fiziološki je stres prirodni mehanizam koji organizam dovodi u stanje prikladno za odbranu ili bijeg. Sam naziv stres ima porijeklo iz srednjovjekovnog engleskog (eng. stress - napor, nevolja ili ograničenje). Korišten je kao pojam već u 14. stoljeću u značenju patnje, muke, neprilike, tegobe, nesreće ili tuge¹³. U medicini 19. stoljeća pojam stresa smatran je temeljem slabog zdravlja i povezivan je s brojnim slučajevima *angine pectoris*. Walter Cannon¹⁴ smatrao je u prvoj polovici dvadesetog stoljeća da stres nastaje poremećajem homeostaze do kojeg dolazi zbog hladnoće, pomanjkanja kisika i sniženog šećera u krvi. Kanadski liječnik Hans Selye¹⁵ 1936. godine počeo je upotrebljavati stres u vrlo specifičnom smislu, označavajući njime usklađeni skup tjelesnih odbrana protiv štetnog podražaja bilo koje vrste. Ranih tridesetih godina 20. stoljeća Selye¹⁶ je postavio model fiziološkog stresa i utvrdio kako široki raspon različitih podražaja izaziva jednake fiziološke promjene. Za podražaje koji uzrokuju stres uveo je pojam stresori. Ako izmeću stresnih podražaja ne postoji potrebno razdoblje oporavka, već se stresni događaji nižu jedan za drugim, pojavljuje se kronični stres koji može dovesti i do ozbiljnih zdravstvenih posljedica za organizam. Nakon dugotrajnog izlaganja stresnim situacijama dolazi do pojačanog lučenja

¹⁰ Cole FI, Slocumb EM, Master JM. A measure of critical care nurses post-code stress. *J Adv Nurs* 2012; 34(3):281–288.

¹¹ Escot C, Artero S, Gandubert C, Boulenger JP, Rithie K. Stress levels in nursing staff working in oncology. *Stress Health* 2001;17:273–279.

¹² McCrath A, Ried N, Boore J., Occupational stress in nursing. *Int J Nurs Stud* 2003;40: 555–565.

¹³ Lumsden, D.P., Is the concept of „stress“ of any use, anymore?, in *Working papers*, D. Randall, Editor. 1981: Toronto.

¹⁴ Cannon, W.B., *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage: An account of recent research into the function of emotional excitement* York: Appleton-Century-Crofts.

¹⁵ Selye, H., A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents. *Nature*, 1936. 138: p. 32.

¹⁶ Ibid.

kortikosteroida, povećanja kore nadbubrežne žlijezde, te atrofije timusa i drugih limfatičkih struktura. Ovakve tjelesne odgovore opisao je kao opći i adaptivni sindrom¹⁷.

Stres je u savremenom svijetu prepoznat kao važan faktor koji utiče na zdravlje. Reakcija pojedinca na stres, dakle, rezultat je preklapanja individualne osjetljivosti, vanjskih okolnosti i stresora. Individualna osjetljivost je određena ličnošću, dobi i stilom života. Vanjske okolnosti uključuju opšti i radni okoliš, porodicu, prijatelje te uslove i način rada. Bolesti koje mogu nastati pod uticajem prevelikog stresa ovise o svim navedenim faktorima¹⁸.

Reakcije na stres mogu biti psihološke, ponašajne i fiziološke. Psihološke reakcije na stres mogu biti: porast tjeskobe, problemi koncentracije, negativne emocije, gubitak pažnje, depresija, umor, **sindrom izgaranja/sagorijevanja** (eng. Burnout syndrom) ili porast samoubistava. Ponašajne reakcije na stres su najčešće povlačenje i izolacija na poslu ili kod kuće, porast nesrećne ponašanje pušenja, pijenja alkohola ili kafe, razdražljivost, agresivnost, seksualne disfunkcije, niski moral te porast nasilja na poslu i/ili kod kuće. Fiziološke reakcije na stres uključuju porast nivoa kortizola, povećane vrijednosti kolesterola, porast krvnog pritiska, palpitacije, bolove u prsima, nesanicu, pojavu nekih vrsta karcinoma, probavne smetnje, glavobolju, koštano-mišićne tegobe te pad funkcije imunološkog sistema¹⁹.

3.1. Stres na radu

Stres na radu je specifična vrsta stresa čiji je izvor u radnom okolišu. Sedamdesetih godina 20. stoljeća stres na radu postaje predmet proučavanja doktora i psihologa. Stres na radu je prepoznat širom svijeta kao najveći izazov zdravlju radnika i zdravlju njihovih organizacija²⁰. Stres povezan s radom je odgovor kojim ljudi reagiraju kada se susretnu sa zahtjevima rada i pritiscima koji ne odgovaraju njihovom znanju i sposobnosti i koji ugrožavaju njihovu sposobnost da se s njima nose. Stres se javlja u širokom rasponu radnih okolnosti, a često se pogoršava kada zaposlenici osjećaju da imaju slabu podršku od nadglednika i kolega i kada imaju slabu kontrolu nad radom i načinom svladavanja radnih zahtjeva i pritiska. Često postoji zbrka između pritiska ili problema i stresa pa ga se katkada

¹⁷ Lazarus, R.S. and S. Folkman, Stress, Appraisal and Coping. 1984, New York: Springer Publishing Company, Inc.

¹⁸ McCunney, R.J., Psychiatric Aspects of Occupational Medicine. A Practical Approach to Occupational and Environmental Medicine. 1994, Boston: Little, Brown and Company.

¹⁹ Pavićević, L., et al., Stres na radu, in Medicina rada i okoliša, M. Šarić and E. Žuškin, Editors. 2002, Medicinska naklada: Zagreb.

²⁰ ILO, Standards-related Activities in the Area of Occupational Safety and Health, in International Labour Conference, 91st Session, Report VI. 2003, International Labour Organization.

upotrebljava kao izgovor za lošu praksu upravljanja. Pritisak na radnom mjestu je neizbježan zbog zahtjeva savremene radne okoline. Pritisak koji neki pojedinac shvata prihvatljivim može radnike čak držati aktivnima, motiviranim, sposobnima za rad i učenje, ovisno o raspoloživim resursima i njihovim karakteristikama. Međutim, kada taj pritisak postane prekomjeran ili na neki drugi način neupravljiv, dovodi do stresa. Stres može oštetiti zdravlje radnika i njegov radni učinak. Stres nastaje kao posljedica nesrazmjera između zahtjeva i pritiska na osobe s jedne i njihovog znanja i sposobnosti s druge strane ugrožavajući im sposobnost svladavanja poteškoća u radu. To uključuje ne samo situacije u kojima pritisci rada prelaze radnikovu sposobnost da se s njima nosi, nego i kada se u dovoljnoj mjeri ne koristi radnikovo znanje i sposobnosti²¹.

McGrath²² definiše stres na radu kao značajnu neravnotežu između zahtjeva i sposobnosti da im se udovolji, u situaciji kad neuspjeh u zadovoljavanju zahtjeva ima, po prosudbi radnika, značajne posljedice. Također, ga definiše i kao opštu uznemirenost organizma zbog neizvjesnosti rezultata²³. Karasek²⁴ je osamdesetih godina prošlog stoljeća razvio model stresa na radu koji je jasno pretpostavio kao dvije dimenzije u kojima nivo stresa raste kako se povećavaju zahtjevi radnoga mjesta, a smanjuje nivo odlučivanja pri čemu stres na radu nije rezultat samo jednog faktora nego je zbir povećanih zahtjeva i niskog nivoa odlučivanja.

Kao pokazatelj stresa uzeo je povišenost krvnog tlaka u radnoj populaciji²⁵.

Istraživanja pokazuju jasnu povezanost stresa na radu i radnog učinka. Ukoliko je stres umjeren, djeluje motivirajuće i naziva se eustres. Premalen stres povezan je s niskim radnim učinkom, no prevelika količina stresa ima za ishod također niski radni učinak i može uzrokovati niz oboljenja²⁶. U pojedinim zanimanjima pojavljuju se uz opšte stresore, prisutne u većini zanimanja, i specifični stresori karakteristični upravo za to zanimanje. Sve stresore, prisutne na određenom radnom mjestu, odnosno u određenom načinu rada, nije moguće

²¹ Leka, S., A. Griffiths, and T. Cox, Work organization and stress: systematic problem approaches for employers, ed. World Health Organization. 2003.

²² McGrath, J.J., et al., Physiological responses of rats to intermittent high-altitude stress: effects of age. *J Appl Physiol*, 1973. 34(3): p. 289-93.

²³ McGrath, W.B., As a man thinketh. *Ariz Med*, 1977. 34(9): p. 616-7.

²⁴ Karasek, R.A., et al., Job characteristics in relation to the prevalence of myocardial infarction in the US Health Examination Survey Examination Survey (HES) and the Health and Nutrition Examination Survey (HANES). *Am J Public Health*, 1988. 78(8): p. 910-8.

²⁵ Pavićević, L., et al., Stres na radu, in *Medicina rada i okoliša*, M. Šarić and E. Žuškin, Editors. 2002, Medicinska naklada: Zagreb.

²⁶ McCunney, R.J., *Psychiatric Aspects of Occupational Medicine. A Practical Approach to Occupational and Environmental Medicine*. 1994, Boston: Little, Brown and Company.

ukloniti, me utim može se pomo i uti u i na vanjske okolnosti ili individualnu osjetljivost da se simptomi stresa umanje²⁷.

U ekonomski slabije razvijenoj sredini primarni su stresori ponajprije egzistencijalne naravi a u ekonomski razvijenim zemljama u prvi plan dolaze druge vrste stresora. Stoga su modeli stresa na radu karakteristi ni za sredine u kojima su nastali. Dobro upravljanje i dobra radna organizacija su najbolji oblici prevencije stresa. Ako su zaposlenici ve pod stresom, njihovi rukovodioci to moraju uzeti u obzir i znati kako e pomo ²⁸. Stres mogu prouzrokovati pritisci kod ku e i pri radu. Poslodavci obi no ne mogu štititi radnike od stresa koji proizlaze izvan rada, ali ih mogu zaštititi od stresa koji proizlazi iz rada. Stres pri radu može biti pravi problem, kako za organizaciju, tako i za njene radnike. Ve ina uzroka stresa pri radu ti e se na ina na koji je rad planiran i na ina na koji se upravlja organizacijama. Zbog toga što ti aspekti rada mogu prouzrokovati štetu, naziva ih se "opasnosti povezane sa stresom"²⁹.

Literatura o stresu op enito priznaje devet kategorija opasnosti povezanih sa stresom:

1. Karakteristike posla:

- monotoni, nestimulativni, besmisleni zadaci
- pomanjkanje raznolikosti
- neugodni zadaci
- zadaci prema kojima se osje a nesklonost

2. Radno optere enje i brzina rada

- imati previše ili premalo posla
- rad pod vremenskim pritiscima

3. Radni sati

- strogi i nefleksibilni radni programi
- duga ki i nedruštveni sati
- nepredvidljivo vrijeme
- loše planirani smjenski sistemi

²⁷ Ibid.

²⁸ Leka, S., A. Griffiths, and T. Cox, Work organization and stress: systematic problem approaches for employers, ed. World Health Organization. 2003.

²⁹ Ibid.

4. Učestalost i kontrola

- pomanjkanje učestalosti u donošenju odluka
- pomanjkanje kontrole (na primjer, metode prekomjernog rada, ritam rada, radni sati i radni okoliš)

5. Organizacijska kultura

- slaba komunikacija
- slabo vodstvo
- pomanjkanje jasnoće oko organizacijskih ciljeva i strukture

6. Razvoj karijere, status i plaća

- nesigurnost posla
- pomanjkanje izgleda za napredovanje
- nedovoljno ili prekomjerno napredovanje
- rad "niske društvene vrijednosti"
- sheme plaćanja u malim ratama
- nejasni i nepravedni sistemi evaluacije uinka

7. Uloga u organizaciji

- nejasna uloga
- proturječne uloge unutar samog posla
- odgovornost za ljude
- trajno ophođenje s drugim ljudima i njihovim problemima

8. Međuljudski odnosi

- neodgovarajuće, bezobzirno ili nepotporno nadziranje
- slabi međusobni odnosi sa saradnicima
- nasilnost, uznemiravanje i naprasitost
- izolirani ili osamljeni rad
- neusklađenost s postupanjem s problemima ili pritužbama

9. Veza posao – dom

- suprotstavljeni zahtjevi rada i doma
- pomanjkanje potpore na radu za kućne probleme
- pomanjkanje potpore za radne probleme kod kuće

3.2. Izloženost stresu zdravstvenih radnika: medicinske sestre/tehničari

Djelatnost zdravstvene zaštite zapošljava velik broj zdravstvenih stručnjaka iji radni zadaci uključuju dijagnostičke postupke, liječenje i skrb za oboljele. Obavljanje ovih poslova može dovesti do oštećenja zdravlja pojedinih grupa zdravstvenih radnika, tj. do pojave povreda i razvoja profesionalnih i drugih kroničnih bolesti. Produženo radno vrijeme, smjenski i noćni rad, odgovornost pri donošenju odluka, kontakt s oboljelima i njihovim porodicama i **emocionalno iscrpljivanje** (engl. burn-out) kod zdravstvenih radnika doprinose povećanom morbiditetu od psihičkih smetnji i psihosomatskih bolesti³⁰.

U časopisu „Sestrinsko ogledalo” 1984. godine, Hingly je napisao: „*Sestrinstvo je, po samoj svojoj prirodi, profesija koja doživljava visok nivo stresa. Medicinska sestra se svakodnevno suočava sa pravom patnjom, bolom i smrću, kao što se malo njih suočava. Mnoge sestrinske intervencije nisu zahvalne i produhovljene. Mnoge su po normalnom standardu neprijatne, a neke su prosto zastrašujuće*“³¹

Stres može da se shvati kao štetan inilac, koji dejstvom preko vegetativno-hormonalnog sistema, izbacuje organizam iz ravnoteže i funkcija. Zdravstvena struka s obzirom na visoku odgovornost prema ljudskom životu i zdravlju, ali i izloženosti specifičnim stresorima poput hemijskih, bioloških i fizikalnih štetnosti te smjenskom radu, svrstana je u visoko stresne profesije.³²

Stres i vrsta stresora u zdravstvenih radnika koji rade u bolnicama i izvan bolnica u posljednjih su godina istraživani u zdravstvenim ustanovama različitih zemalja svijeta. Istraživanje provedeno među zdravstvenim radnicima u Irskoj 2004. godine ukazuje da 56% svoj posao ocjenjuje kao izrazito stresan, a nezadovoljstvo na radu navodi 79% zdravstvenih radnika³³. Najčešće navedeni stresori su: hitna stanja, dežurstva, donošenje odluka nakon

³⁰ Zeng, Y., Review of work-related stress in mainland Chinese nurses. Nurs Health Sci, 2009. 11(1): p. 90-7.

³¹ Hingly, P., The humane face of nursing. Nurs Mirror 1984; 159:19–22

³² Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital staffing, organization and quality of care: cross-national findings. Int J Qual Health Care 2002;14(1):5–13.

³³ Chong, A., O. Killeen, and T. Clarke, Work-related stress among paediatric non-consultant hospital doctors. Ir Med J, 2004. 97(7): p. 203-5; discussion 205.

no nog dežurstva, rutinski medicinski rad i mala mogućnost napredovanja. Iako 68% ih razmišlja o napuštanju struke i to polovica vrlo ozbiljno³⁴. U Finskoj je istraživanje bolovanja u bolnicama kroz dvije godine pokazalo da loš timski rad na poslu ima veći i uticaj na visoku stopu bolovanja od preopterećenosti poslom ili male kontrole u poslu³⁵. S druge strane zadovoljstvo na poslu i dobri međuljudski odnosi mogu imati zaštitno djelovanje na uticaje stresa³⁶. Poslovi s visokim intelektualnim i tjelesnim naporima i zahtjevima u kojima pojedinac ne može odlučivati o ishodima smatraju se poslovima s visokom razinom stresa u zdravstvenog osoblja³⁷.

Brojna istraživanja provedena u populaciji medicinskih sestara pokazale su povezanost određenih bolesti sa stresom na radu kao što su emocionalna iscrpljenost³⁸, fizička iscrpljenost³⁹ i bol u donjem dijelu leđa⁴⁰. Nizak nivo odlučivanja i visoki zahtjevi, karakteristični za sestrinsku profesiju, mogu biti povezani s povećanim rizikom za pojavu koronarne bolesti⁴¹ i te mentalnih poremećaja⁴². Kod medicinskih sestara u Kini najčešći uzroci stresa su neravnoteža između uloženog i dobivenog, loša slika sestrinstva u društvu, te organizacijski problemi⁴³. U zemljama u tranziciji je povećan broj medicinskih sestara koje napuštaju svoje radno mjesto⁴⁴.

Zdravstvena struka s obzirom na odgovornost prema ljudskom životu i zdravlju, ali i izloženosti specifičnim stresorima poput hemijskih, bioloških i fizikalnih štetnosti te smjenskom radu svakako treba validiran, pouzdan i primjenjiv instrument kojim će se kvantificirati izloženost pojedinim stresorima, a time i pomoći u otkrivanju i održanju mentalnog zdravlja i radne sposobnosti samih radnika.

³⁴ Ibid.

³⁵ Virtanen, M., et al., Job strain and psychologic distress influence on sickness absence among Finnish employees. *Am J Prev Med*, 2007. 33(3): p. 182-7.

³⁶ Snelgrove, S.R., Occupational stress and job satisfaction: a comparative study of health visitors, district nurses and community psychiatric nurses. *J Nurs Manag*, 1998. 6(2): p. 97-104.

³⁷ Calnan, M., et al., Mental health and stress in the workplace: the case of general practice in the UK. *Soc Sci Med*, 2001. 52(4): p. 499-507.

³⁸ Hunter, B., Conflicting ideologies as a source of emotion work in midwifery. *Midwifery*, 2004. 20(3): p. 261-72.

³⁹ Winwood, P.C., A.H. Winefield, and K. Lushington, Work-related fatigue and recovery: the contribution of age, domestic responsibilities and shiftwork. *J Adv Nurs*, 2006. 56(4): p. 438-49.

⁴⁰ Elfering, A., et al., Time control, catecholamines and back pain among young nurses. *Scand J Work Environ Health*, 2002. 28(6): p. 386-93.

⁴¹ Bosma, H., et al., Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study. *BMJ*, 1997. 314(7080): p. 558-65.

⁴² Stansfeld, S. and B. Candy, Psychosocial work environment and mental health-a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health*, 2006. 32(6): p. 443-62.

⁴³ Zeng, Y., Review of work-related stress in mainland Chinese nurses. *Nurs Health Sci*, 2009. 11(1): p. 90-7.

⁴⁴ Hasselhorn, H.M., P. Tackenberg, and R. Peter, Effort-reward imbalance among nurses in stable countries and in countries in transition. *Int J Occup Environ Health*, 2004. 10(4): p. 401-8.

4. MOBING U ZDRAVSTVU

Stres na radnom mjestu postaje sve veći problem u svjetskim okvirima, a mobing, kao pojava psihičkog zlostavljanja zaposlenika, predstavlja jedan od najtežih oblika radnog stresa koji može ostaviti trajne posljedice na psihičko i tjelesno zdravlje pojedinca. Neprijateljsko ponašanje je dugog trajanja i stoga dovodi do mentalne, psihosomatske i socijalne patnje. Loša kombinacija ekonomske racionalizacije, rastuće kompetitivnosti zdravstvenih radnika, izmijenjena dinamika rada, i "macho" stil rukovođenja, u zdravstvu, kreiraju kulturu ponašanja u kojoj mobing "cvjeta".

Savremeno društvo karakteriziraju brojne promjene. Sve je veća upotreba informacijskih i komunikacijskih tehnologija. Izražen je rast uslužnih djelatnosti, uredskih poslova, rad s informacijama i klijentima, timski rad, rad na daljinu, te fleksibilizacija poslova. Dolazi do značajnih promjena dobne, spolne i obrazovne strukture radne snage i sigurnosti zaposlenja, a ekonomija postaje globalna. Velika konkurencija na tržištu, organizacijske promjene (privatizacija, spajanje, restrukturiranje, informatizacija), ekonomska kriza, tzv. new economy, nesigurnost radnih mjesta i otklanjanje fleksibilnosti od radnika doveli su do povećanja uestalosti „mobing-a“.

Moralna maltretiranja postala su uočajnija više nego ikad. Poslodavci su prisiljeni analizirati svaki problem koji ima negativne posljedice na produktivnost i troškove proizvodnje. Iako bi veliki broj radnika želio raditi i onda kad radom ne bi morao osiguravati materijalna sredstva za život, neke psihosocijalne karakteristike rada u suvremenom društvu čine posao sve nepoželjnijom alternativom, a odlazak u prijevremenu mirovinu sve poželjnijom.

4.1. Definicija mobinga

Mobing možemo definirati kao moralno maltretiranje na radnom mjestu. Puno je termina kojim se pokušava prevesti mobing: psihološko zlostavljanje, psihološko maltretiranje, psihološki terorizam, moralno maltretiranje, moralno zlostavljanje i sl.

Termin mobing ili psihičko uznemiravanje na radnom mjestu je oblik agresivne emocionalne zloupotrebe usmjerene na ličnost žrtve koja je razara prema modelu razvoja posttraumatskog stresnog poremećaja i utiče na njezino emocionalno okruženje, ponajprije na obitelj. To nije tip sukoba i njegovo rješenje može otvoriti prostor pozitivnim promjenama.

Naprotiv, mobing je izraz negativne energije koja proizlazi iz namjernog nerješavanja svakodnevnih konflikata i namjernog održavanja ozračja nerazumijevanja. Komunikacija u takvom ozračju postaje neprijateljska, nemoralna i neetična. U njoj je jedna ili više osoba negativno usmjerena na žrtvu kojoj je unaprijed određena uloga bespomoćnosti i nezaštićenosti. Riječ „mobing“ dolazi od engleskog glagola „to mob“ za šta u bosanskom jeziku nalazimo prilagodičnu prevod: bućno navaliti, nasrnuti u masi.

4.2. Historija mobinga

Prvi znanstvenik koji je pokušao istraživati ovaj fenomen bio je njemački psiholog Heinz Leymann. On je prvi upotrijebio naziv "mobing" za određena ponašanja na radnom mjestu, odredio njegove karakteristike, posljedice na zdravlje, a osnovao je i kliniku za pomoć žrtvama.

Riječ mobing Leymann je posudio iz etiologije Konrada Lorenza koji je tom riječju nazivao ponašanje nekih vrsta životinja koje udružuju se protiv jednog svog člana, napadaju ga i istjeraju iz zajednice, dovode i ga ponekad i do smrti. Slično ponašanje ljudi u radnoj sredini Leymann je nazvao istim imenom.

4.3. Žrtve mobinga

Najčešće mete "mobbera" su osobe koje nekim svojim pozitivnim kvalitetama izazivaju zavist. Uglavnom su to oni koji vole svoj posao, fokusiraju se na njega, entuzijasti, imaju visoka postignuća, rade volonterski ili uzimaju ekstra poslove, imaju visoke etičke standarde, npr. promotori ljudskih prava i dostojanstva uvijek. To su i oni koji ne uživaju u destruktivnosti grupe, koji se ne konfrontiraju, ne favoriziraju komparacije, koji pripadaju drukčijim religijskim ili kulturalnim opredjeljenjima. Oni koji nemaju "zaleđene" i nisu politički angažirani. Nezavisni ljudi koji dobro izgledaju i popularni su u društvu. Kada se nađu u pogrešno vrijeme na pogrešnom mjestu, a ranjivi su na neki način (npr. moraju otplaćivati hipoteku, imaju obiteljske odgovornosti i sl.), lako postaju mete mobbera.

Lakše stradaju osobe koje i od kuće dobivaju poruke tipa "nisi dovoljno dobar", pa se osjećaju nekompetentnima i ne brane se kada im se prigovara mada trpe, niskog samopoštovanja i samopouzdanja, unutarnje snage i emocionalne zrelosti.

Mobing značajno pogađa sve djelatnosti, sve dobne grupe, podjednako muškarce i žene. No, žene su ipak za nijansu rizičnija grupa i primarne mete tj. ciljevi uznemiravanja. Ozbiljne studije pokazuju da je za žene rizik da budu žrtve mobinga 75% veći nego za muškarce. Spolne razlike u mobingu djelomično su posljedica stereotipne postojeće podjele muško-ženskih uloga u društvenim odnosima.

Kanadsko istraživanje je pokazalo da muškarci više trpe fizičko nasilje, a žene psihičko. Zato muškarci imaju više fizičkih ozljeda koje su rezultat nasilja (66% versus 35%), a žene u većini slučajeva navode psihičke probleme (91%), dok ih muškarci navode rjeđe (54%).

U Hrvatskoj prvo istraživanje o mobingu je provedeno u studenom 2002. godine u Zagrebu, međutim u gradskim stanovništvom. Prema rezultatima tog istraživanja od 15,4% do 53,4% od ukupnog broja ispitanika doživjelo je neki oblik mobinga. Uzorak je činilo 500 ispitanika, od toga su 243 (49%) bile žene, a 257 (51%) muškarci. Više je žena (48,1%) koje se žale na psihičke probleme izazvane poslom koji rade, ali je zato više muškaraca (9,8%) nego žena (5,2%) išlo na bolovanje zbog problema na poslu. Taj je podatak različit od drugih studija, koje navode da su žene duže odsutne s posla, zbog poremećaja koji su posljedica nasilja na radnom mjestu. To je skladno rezultatima reprezentativnog randomiziranog istraživanja koje je proveo Leymann.

4.4. Vrste mobinga

Psihički mobing je poseban oblik ponašanja na radnom mjestu kojim jedna osoba ili grupa ljudi sistematski psihički ponižava i zlostavlja drugu osobu. Izrugivanje, klevetanje, prijetnje, iznošenje lošeg mišljenja o načinu rada, brzini ispunjavanja radnih zadataka, intelektualnih sposobnosti, smanjivanje plaće, preseljenje na lošije radno mjesto ugrožavajući status, ugled, integritet i ljudsko dostojanstvo ugrožene osobe koja najčešće ne zna prepoznati što se zbiva i osjeća se bespomoćno, ugnjetavano, jadno.

U radnom okruženju žrtva ne uspijeva doći do riječi, stalno je prekidaju u govoru. Ignorirana je kao da ne postoji. Isključena je iz društvenog života na poslu. Najčešće osjeća nelagodu nakon što suradnici prekidaju razgovor kada žrtva ulazi u prostoriju. Žrtvu se premješta u ured udaljen od radnih prostora ostalih kolega. Dobiva samo nebitna i besmislena zaduženja i radne obaveze koje su ispod njenog profesionalnog nivoa ili joj daju zadatke koje ne može riješiti ili stalno dobiva nova zaduženja. Njezin rad se često kritizira, makar bio profesionalno obavljen.

Žrtvu se optužuje za propuste koji se nisu dogodili. Ne raspolaže važnim informacijama. Konstantno je izložena ismijavanju i šalama na račun govora, držanja, hoda, odijevanja, privatnog života, nacionalnosti, spola, rase i sl. U svojoj kulminaciji mobing također zna obuhvaćati i prijetnje fizičkim nasrtajem, seksualno ugrožavanje, teror telefonskim pozivima. Iako riječ mobing primarno označava psihološko zastrašivanje on može ponekad uključiti i fizičku agresiju. Fizičko nasilje na radnom mjestu je izuzetno rijetko i ovaj pojam se uglavnom odnosi na ponašanje djece u školi ije ponašanje uključuje agresivne akte. Seksualno uznemiravanje je jedan od načina mobinga, a definira se kao svaki oblik neželjenog verbalnog, neverbalnog i fizičkog ponašanja seksualne prirode, svaki pokušaj seksualnog utjecaja osobe na osobu, s ciljem ili efektom povrede dostojanstva osobe, koji je uznemiruje, zbunjuje i doživljava se neugodnim. Važan je spol žrtve i zlostavljača, uestalost pojavljivanja i kategorija ponašanja zlostavljača.

Sva ponašanja mogu se usmjeravati od muškarca prema ženi, žene prema muškarcu, žene prema ženi, muškarca prema muškarcu, između nadređenih prema podređenima. Realizira se kao zlouporaba moći ili kontrole ili zamjena nege za nešto (seks kao uvjet), uz insistiranje na pokornosti i poslušnosti. Npr. nudi se promaknuće na bolje radno mjesto, veća plaća ili nagrada, ili prijetnje i zastrašivanja ovisno o tome prihvaćaju li se seksualne ponude ili ne. Drugi način zlostavljanja je uspostavljanje neprijateljskog seksualiziranog ambijenta u radnom prostoru, gdje se ponavljaju neugodne radnje, riječi i ponašanja seksualne prirode, vicevi, šale, geste, neželjeni dodiri, pogledi, usputna dobacivanja, neželjeni komentari ne njegov izgleda, ponašanja i oblačenja, pomanjkanje poštovanja, prekomjerno prijateljsko ponašanje, "izvan onoga što spada u posao".

4.5. Rizik od mobinga po zanimanjima

Rizik od pojave nasilja je veći u nekim profesijama. Iako se vjerovalo da je nasilje utemeljeno samo u poslovima koji su tradicionalno muški, kao što su zatvorski uvari i policajci, ima ga i u poslovima koji su tradicionalno ženski, jer su žene već zaposlene u brojnim sektorima zapravo vrlo visokog rizika, npr. broja i novca, blagajnice, edukacija, njega, rad s duševnim bolesnicima, s potencijalno opasnim osobama, npr. u barovima... Posebno rizicnim grupama smatraju se žene visokog materijalnog statusa.

4.6. Posljedice mobinga

Najčešće posljedice mobinga su burn-out sindrom, reaktivna depresivna stanja, reaktivna psihotična stanja paranoidnog tipa i suicid kao najtragičnija posljedica, a 31% ženskih žrtava razvije posttraumatski stresni poremećaj.

Zbog nakupljanja negativnih emocija, mobing u izloženih osoba uzrokuje pojavu različitih psihičkih i psihosomatskih smetnji. Stres na radnom mjestu prisutan je kod gotovo svakog trećeg zaposlenika Europske unije (EU), odnosno 28% ili 41,2 milijuna zaposlenika, od toga više u žena nego muškaraca. Taj problem godišnje uzrokuje gubitak od milijun radnih dana, a stoji najmanje 20 milijardi eura, a istovremeno je „krivac“ i za 5 milijuna nesreća na poslu. Zbog stresa na poslu u EU dogodi se 48 000 izvršenih i skoro pola milijuna pokušanih samoubojstava.

Stres vodi zaposlenike u sindrom izgaranja i/ili doživljavanja mobinga, pada njihovog radnog kapaciteta, dolazi do porasta morbiditeta i apsentizma, mijenja se indeks njihove radne sposobnosti, a s druge strane kvaliteta usluga i profitabilnost se smanjuju.

5. SINDROM PROFESIONALNOG SAGORIJEVANJA U ZDRAVSTVU

U prethodnom tekstu naveli smo da sindrom sagorijevanja predstavlja jednu od psihološka reakcija na stres. Kako bi saznali njegovu pravo značenje i njegove negativne efekte po medicinske sestre u ovom poglavlju bit će predstavljene neke osnovne karakteristike.

Već 1974. godine Freudenberg je u naučnoj literaturi počeo koristiti termin „burnout“ ili sindrom profesionalnog sagorijevanja, koji je označio promjene koje pojedinac doživljava vezano za njegovo radno mjesto.

Profesionalno se sagorijevanje opisuje kao niz tjelesnih i mentalnih simptoma iscrpljenosti, odnosno kao odložen odgovor na kronične emocionalne i interpersonalne stresne događaje na radnom mjestu (Cooper, Dewe i O’Driscoll, 2001; Hobfoll i Shirom, 2000; Levert, Lucas i Ortlepp, 2000; Maslach, Schaufeli i Leiter, 2001; Schaufeli i Enzmann, 1998). To je specifičan tip napetosti koji odražava vjerovanje da su resursi koje osoba posjeduje da bi se suočila sa stresnim situacijama nedovoljni ili nepostojeći, što dovodi do osjećaja bespomoćnosti, umora, iscrpljenosti i kognitivnog gubitka (Lee i Ashforth, 1993). Simptomi profesionalnog sagorijevanja najčešće se ispituju u zanimanjima čija je domena bavljenja mentalno i tjelesno zdravlje (medicinske sestre, liječnici), obrazovanje (nastavnici, defektolozi), upravljanje ljudskim potencijalima (management), kompjutorska tehnologija, te u vojsci i policiji (Freudenberger, 1974; Maslach, 1982).

5.1. Zanimanja najčešće vezana za sindrom profesionalnog sagorijevanja

Sindrom profesionalnog sagorijevanja najčešće se javlja u zanimanjima koja se bave uslužnim djelatnostima vezanim za zdravlje (pomažuće profesije), odnosno gdje postoji pružatelj usluge i primatelj usluge (medicinske sestre, liječnici, socijalni radnici, učitelji...), mada se u širem kontekstu može primijeniti na gotovo svako zanimanje.

Sindrom profesionalnog sagorijevanja podrazumijeva osjećaj iscrpljenosti, gubitak energije, gubitak idealizma i motivacije, bespomoćnost, frustraciju, udaljšavanje od posla, sumnju u vlastite profesionalne sposobnosti i shvaćanje klijenta kao da je predmet. Osobe često ne shvaćaju da se s njima nešto dešava i da su u procesu sindroma profesionalnog sagorijevanja. Često se sa sindromom sagorijevanja povezuju i različite psihičke i fizičke

promjene: nesanica, bolesti ovisnosti, glavobolje, promjene ponašanja, depresija, anksioznost, bolesti srca i krvnih žila, bolesti probavnog sustava itd. Osobe koje su pod utjecajem sindroma profesionalnog sagorijevanja često rade greške u svom poslu, koriste bolovanje, daju otkaz i ulaze u sukobe s kolegama.

Sindrom profesionalnog sagorijevanja nastaje kao kombinacija osobina zaposlenika (dob, spol, osobnost, stav prema poslu) i organizacije posla (organizacijski aspekti). Iako su osobine zaposlenika jako važne, u većini literature smatra se da su upravo organizacija posla i uvjeti na poslu puno važniji faktor koji vodi prema sindromu profesionalnog sagorijevanja.

5.2. Profesionalno sagorijevanje kod zdravstvenih radnika: medicinske sestre i tehničari

Zdravstveni radnici (medicinske sestre i tehničari) su izloženi profesionalnom sagorijevanju (izgaranju) prirodom svog posla, naročito u kliničkoj praksi. Uestvuju u poslovima koji se duboko tiču ljudi i njihovih života, na šta se nikada do kraja ne mogu profesionalno adaptirati, često razmišljaju i da bi bilo najbolje da postanu neosjetljivi, a to ne bi bilo dobro ni za bolesnika, ni za njegovu porodicu. Reagovanje na profesionalne obaveze pretjeranim zamorom koji vodi ka sagorijevanju je multifaktorski uslovljeno. Zdravstveni radnici koji sve trpe i koji su spremni da „ulažu sebe bez ostatka“, ako nemaju li no ispunjenje, npr. podršku i utjehu porodice, mogu rizikovati da dožive li ne lomove koji se prepoznaju kao profesionalno sagorijevanje^{45,46}. Odgovorni zdravstveni radnici prvo zapažaju promjene u ponašanju koje najčešće počinju i ne prepoznaju kao fenomen sagorijevanja. Proces sagorijevanja se odvija relativno brzo, a znaci koji se prepoznaju su brojni i jasni: pad kvaliteta rada, zapuštanje li nog izgleda, napetost, razdražljivost, nesigurnost u radu, gubitak životne energije i motivacije za rad, gubitak samopoštovanja i smisla za rad, doživljaj socijalne izolacije, izbjegavanje druženja sa kolegama, strah od izvođenja promjena u sistemu rada itd. Posao medicinske sestre i tehničara nalazi se u grupi poslova sa visokim zahtjevima, a malom slobodom odlučivanja koji rezultuju stvaranjem jake napetosti kod radnika. Postoji opšta saglasnost da iskustvo doživljaja stresa izazvanog poslom umanjuje kvalitet sestrinskog rada, tj. pružene njege⁴⁷.

⁴⁵ Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital staffing, organization and quality of care: cross-national findings. *Int J Qual Health Care* 2002;14(1):5–13.

⁴⁶ Selye H. A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents. *Nature* 1936;138:32.

⁴⁷ Ibid.

5.3. Simptomi sindroma sagorijevanja

Ljekar može diagnosticirati burnout sindrom nakon opširnog razgovora sa pacijentom. Potpuna tjelesna iscrpljenost, cinizam prema sopstvenom radu i smanjeni osjećaji sopstvene vrijednosti su često klasični znakovi burnout-a. Mogu se tako javiti i tjelesni simptomi, kao: poremećaji sna, umor, bolovi ili vrtoglavica.

Potpuno je moguće da osobe sa burnout-om više nisu radno sposobne i da je posljedica jedno duže bolovanje, ali prije svega moraju u sklopu dijagnoze biti isključena ostala oboljenja sa sličnom simptomatikom, kao: poremećaji straha, depresija, alkoholizam itd.

Fiziološki simptomi su primjerice: crvenilo, znojenje, glavobolja, bol u leđima, gubitak apetita, prekomjeren apetit, promjene raspoloženja, napetost, umornost, nesanica, razdražljivost, plašljivost, strah, agresivnost, zatvorenost, pesimizam, nesanica, ograničavanje komuniciranja, bezličan odnos s kolegama itd.

Neki od simptoma sindroma izgaranja ili burnout sindroma na poslu su i negativan stav prema šefu i kolegama.

Njegova tri glavna obilježja su:

- Emocionalna iscrpljenost,
- Negativan ili ciničan stav prema nadređenima, kolegama ili klijentima,
- Negativna procjena smisla i kvalitete vlastitog rada.

Korijeni za sagorijevanje mogu se pronaći u našem osobnom ili društvenom životu koji se zatim odnosi i na poslovni život. To su najčešće abnormalne ambicije i težnja za uspjehom (često kod ljudi koje se samopoštovanje uglavnom temelji na njihovim profesionalnim izvedbama), perfekcionizam (postavljanje previsokih ciljeva), problemi s članovima obitelji ili prijateljima, samoća ili izdvojenost iz društvenog okruženja, nejasno životno planiranje, rastuća složenost procesa modernog života.

Dva naučnika, Freudenberg i North, su opisali put ka burnout-u u 12 koraka:

Stadium 1: Potreba za dookazivanjem (iz sasvim normalnog angažmana može nastati pretjerana ambicija – ali ipak ovo nije neophodan uslov da se „izgori“);

Stadium 2: Pojavljuje se napor (pokušava se sve sam uraditi, delegira se ništa ili jako malo- za takvo nešto me često nedostaju i resursi);

Stadium 3: Zapuštanje sopstvenih potreba (socialnih kontakata, mir i opuštanje više nisu tako važni- ima se osjećaj da se za tako nešto ne može žrtvovati vrijeme);

Stadium 4: Potiskivanje konflikata i potreba (sve eše se dešava da se kasni, nešto pomješa itd., konflikti u vezi ili porodici);

Stadium 5: Promjene vrijednosti („ovjek otupi“, veze padaju u odnosu na posao u drugi plan, ono što je nekad bilo drago i važno se sada jedva pojavljuje u životu)

Stadium 6: Samozavaravanje u vezi problema koji se javljaju (ograničavanje od okoline, cinizam, agresija, nestrpljivost, jasne tjelesne poteškoće itd.)

Stadium 7: Socialno povlačenje (gubitak orijentacije i nade, „služba po propisu“, zamjene za zadovoljstvo dolaze u prvi plan)

Stadium 8: Promjene ponašanja (esto primjetne u socialnom povlačenju, zamjene za zadovoljstva kao što su alkoholizam, shopping, jelo)

Stadium 9: Gubitak osjećaja za sopstvenu osobu (gubitak osjećaja da se aktivno utiče na svoj život, „život“ upravlja)

Stadium 10: Unutrašnja praznina (gubitak hrabrosti, strah, panika, zamjene za zadovoljstva postaju ekscesivne)

Stadium 11: Depresija (iscrpljenost, očaj, misli o samoubistvu). Daljnje informacije možete naći pod depresijom.

Stadium 12: Potpuna burnout iscrpljenost (emotivni, tjelesni i mentalni kolaps)

5.4. Faze sindroma profesionalnog sagorijevanja

Mogu se nabrojati četiri osnovne faze sindroma profesionalnog sagorijevanja⁴⁸:

- **Prva faza** – *idealizam, dokazivanje i visoka očekivanja*
 - posvećenost poslu, nastojanje da se posao obavi besprijekorno, pozitivan stav prema poslu;
- **Druga faza** - *po etno nezadovoljstvo i pesimizam*
 - posao dolazi na prvo mjesto, zanemaruje se društveni život (obitelj, prijatelji); loše raspoloženje, gubitak ideala; osoba shvaća da nešto nije u redu, ali ne može si pomoći;
- **Treća faza** – *razoaranje, povlačenje i izolacija*
 - osoba se izolira od okoline, česti sukobi s kolegama, agresivno ponašanje, promjene ponašanja, otežani su mišljenje i koncentracija;

⁴⁸ NASTAVNI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO, Da ne postanemo pepeo, Morana Tomljenović, dr.med., dostupno na: <http://www.zzjzpgz.hr/nzl/83/sagorjevanje.htm> (pristupljeno 08.07.2015.)

- **etvrta faza** – *gubitak interesa i napuštanje posla ili nemogu nost rada, završna faza*
 - gubitak samopoštovanja, osje aj neuspješnosti, sumnja u vlastitu izvedbu, smanjena produktivnost; razvoj bolesti ovisnosti, razvoj depresije, suicidalne ideje, napuštanje posla.

Tre a i etvrta faza mogu se preklapati i ne moraju nužno slijediti jedna iza druge.

U procesu sindroma sagorijevanja kao zaštitni faktor posebno su se pokazali zadovoljstvo na poslu i socijalna podrška (obitelj, prijatelji). Drugim rije ima, osobe koje uspijevaju na i užitak i zadovoljstvo u svom poslu imaju i ispunjen privatni život (prijatelji, obitelj, sport, rekreacija, hobiji) te imaju manju mogu nost razvoja sindroma profesionalnog sagorijevanja.

Me utim, prema definiciji koju su postavili 1996. godine *Girdino, Everly i Dusek*: Sindrom sagorijevanja je stanje psihi ke, fizi ke ili psihofizi ke iscrpljenosti uzrokovane pretjeranim i prolongiranim stresom. Ti autori razlikuju tri stepena saorijevanja:

- I stepen – po etna na etost stresom
- II stepen – reaktivna kompenzacija stresa s o uvanjem energije
- III stepen – faza istrošenosti

U po etnoj na etosti stresom javljaju se psihološke i fiziološke reakcije, kao npr. stalna razdraženost, anksioznost, razdoblja sa povišenim tlakom, škripanje zubima u snu, nesanica, zaboravljivost, palpitacije srca, neuobi ajena aritmija, problemi koncentracije, probavni problemi i akutni gastrointestinalni simptomi, posao više ne doživljavaju kao zadovoljstvo . Kod pojave bilo kojih dva od tih simptoma, možemo biti sigurni da smo ušli u prvu fazu stresa.

U drugoj fazi javlja se uvanje energije kako bi se kompenzirao stres, javlja se pretjerano kašnjenje na posao, odga anje poslova i nerado prihva anje novih radnih zadataka, produživanje radnih pauzi, opadanje seksualnih želja, stalni umor, izolacija od prijatelja i obitelji, porast cinizma, ogor enost, pretjeranost u pušenju, ispijanju kava, opijanju, uzimanju lijekova i psihoaktivnih supstanci i pojava apatije. Pojava dva bilo koja od navedenih simptoma ukazuje na postojanje druge faze izgaranja.

U tre oj fazi iscrpljivanja ve ve ina primje uje da s njima nešto nije u redu, posao se po inje doživljavati kao optere enje, javlja se kroni na depresija, pad otpornosti sa stalnim pobolijevanjem, kroni ni želu ani i crijevni problemi, kroni na psihi ka i fizi ka izmorenost, kroni ne glavobolje ili migrene, želja za bijegom iz društva i odlaskom iz obitelji, napuštanje

prijateljstva i u estale suicidalne primisli. Pojava bilo koja dva od tih simptoma, siguran je znak tre e faze izgaranja.^{49,50}

5.5. Koncept profesionalnog sagorijevanja i modeli ispitivanja

Koncept profesionalnog sagorijevanja definisan je trima dimenzijama: emocionalnom iscrpljenoš u, depersonalizacijom (ponekad se ta dimenzija naziva cinizam), te percepcijom smanjenoga osobnog postignu a (ili percepcijom smanjene profesionalne efikasnosti) (Maslach i Jackson, 1986; Maslach, Schaufeli i Leiter, 2001).

Emocionalna se iscrpljenost odnosi na osje aj osobe da su njeni emocionalni resursi osiromašeni ili oslabljeni, što rezultira gubitkom energije i slaboš u.

Depersonalizacija se odnosi na mentalno distanciranje i gubitak idealizma u profesionalnom radu, što se naj eš e iskazuje u negativnim stavovima osobe prema klijentima, odnosno primateljima usluga, dok **percepcija smanjenoga osobnog postignu a** uklju uje smanjenje osje aja kompetencije i postignu a na poslu.

Rezultati istraživanja esto pokazuju povezanost izme u profesionalnog sagorijevanja, te razli itih mentalnih i tjelesnih zdravstvenih problema (Ganster i Schaubroeck, 1991; Jackson i Maslach, 1982), narušenih obiteljskih i socijalnih odnosa (Jackson i Schuler, 1983), pove anog broja otkaza i izostanaka s posla (Jackson i Schuler, 1985), te smanjene kvalitete i kvantitete u inkovitosti izvedbe na radnom mjestu (Maslach i Jackson, 1984).

Budu i da je koncept profesionalnog sagorijevanja usko vezan za stresne situacije i emocionalna doživljavanja, trebalo bi ga ispitivati u širem kontekstu emocionalne regulacije. Koliko nam je poznato, do sada je uglavnom ispitivana povezanost koncepta profesionalnog sagorijevanja i op ih afektivnih dimenzija li nosti poput neuroticizma i ekstraverzije (npr. Zellars i Perrew, 2001), te depresije, umora i gubitka motivacije (Cordes i Dougherty, 1993). Me utim, nedostaju istraživanja odnosa profesionalnog sagorijevanja i specifi nih komponenti emocionalne regulacije - ruminiranja i emocionalne inhibicije, odnosno supresije. Naime, povezanosti izme u emocionalne supresije i širokih dimenzija li nosti petofaktorskog modela, ak i kada se radi o afektivnim dimenzijama kao što su neuroticizam i ekstraverzija, umjerene su i pokazuju da je potiskivanje vrlo specifi an i uže definiran koncept u procesu emocionalne regulacije (John i Srivastava, 1999). Emocionalna se regulacija definira kao

⁴⁹ Gunderson L. Physician Burnout. *Anal. of Int. Med.* 135(2):145-148.2001.

⁵⁰ Mason B.J., Markowitz J.C., Klerman G.L. Interpersonal psychotherapy for dysthymic Disorder. U. Klerman G.L., Weissman M. M., editors. *New Applications of Interpersonal Psychotherapy.* Washington, DC: American Psychiatric Press; 1993.

skup procesa kojima osoba pokušava djelovati na to kakve će emocije doživjeti i izraziti, te u koje vrijeme i na koje načine (Manstead i Fisher, 2000; Gross, 1999; Gross i Munoz, 1995). Ona može biti automatska i kontrolirana, odnosno nesvjesna i svjesna. Jedan model emocionalne regulacije razvijen posebno za stresne situacije predložili su Roger i suradnici (Roger i Neshover, 1987; Roger i Najarian, 1989). Prema tom se modelu emocionalna regulacija sastoji od četiri dimenzije nazvanih ruminiranje, emocionalna inhibicija, kontrola agresivnosti i benigna kontrola.

Ruminiranje se odnosi na sklonost ponavljanja misli, osjećaja i scena povezanih s prošlim stresnim događajima, koje uključuje osjećaje nezadovoljstva s interpersonalnim događajima i konflikt koji iz njih proizlazi. **Emocionalna inhibicija** podrazumijeva supresiju otvorenog izražavanja emocija; **kontrola agresivnosti** potiskivanje hostilnih reakcija, a **benigna kontrola** sklonost prema kontroli impulsivnosti i potiskivanju spontanog ponašanja (Roger i Neshover, 1987; Roger i Najarian, 1989).

Na temelju je opisanoga modela razvijen i *Upitnik emocionalne kontrole* (Emotion Control Questionnaire - ECQ; Roger i Najarian, 1989) koji mjeri ove četiri dimenzije. Na uzorcima ispitanika engleskoga govornog područja istraživanja pokazuju da ove dimenzije imaju zadovoljavajuće koeficijente unutrašnje pouzdanosti, te da su vremenski stabilne i međusobno nezavisne (Roger i Najarian, 1989; Roger, 1995). Međutim, provjera faktorske strukture ovog upitnika na ispitanicima iz različitih kulturalnih sredina upućuje na konzistentne kulturalne razlike, a najveće se slaganje rezultata ispitanika iz različitih kulturalnih sredina postiže kada se koristi dvofaktorski model emocionalne kontrole koji obuhvaća dimenzije emocionalne inhibicije i ruminiranja, pa autori predlažu korištenje novog upitnika koji se sastoji od tih dviju dimenzija (Roger, de la Banda, Lee i Olason, 2001). Nadalje, primjenom ECQ upitnika u jednom prethodnom istraživanju na hrvatskom jeziku (Kardum, Hudek-Knežević i Kalebić, 2004) nije dobivena izvorna četverofaktorska, već trofaktorska struktura, u kojoj su uz dimenziju kontrole, replicirane upravo dimenzije emocionalne inhibicije i ruminiranja iz izvornog upitnika. Osim toga, ove se dvije dimenzije mogu smatrati neadaptivnim načinima emocionalne kontrole jer su povezane s višim percipiranim stresom, lošijim zdravstvenim stanjem i većim brojem zdravstvenih pritužbi (npr. Buck, 1992; Lok i Bishop, 1999).

Vjerojatno najvažniji rezultati koji pokazuju da emocionalna inhibicija nije adaptivna proizlaze iz Pennebakerovih istraživanja (npr. Pennebaker, 1989; Pennebaker i Traue, 1993). On smatra da potiskivanje ili zadržavanje traumatskih informacija i emocija zahtijeva mentalni napor koji povećava doživljaj stresa, što se odražava u tjelesnim simptomima i

bolestima povezanim sa stresom. Prema Pennebakeru, inhibicija emocija potencijalno je nezdrava zbog dva razloga; prvo, ona služi kao kumulativni stresni podražaj, i drugo, sprječava kognitivno-afektivne procese asimilacije. Naime, stresni događaji koji nisu asimilirani ostaju u svijesti osobe kao neželjene i ponavljaju se (ruminiraju se) misli. U skladu sa Zeigarnik-efektom, ljudi su skloni pamti nedovršene zadatke (Karniol i Ross, 1996), pa neasimilirani stresni događaji vjerojatnije ostaju u svijesti i dovode do takvih misli. Nadalje, istraživanja potvrđuju da ruminiranje o stresnim događajima dovodi do negativnih emocija te do kognitivnog i ponašajnog izbjegavanja uzroka stresne epizode (Janoff i Bulman, 1992). Naime, već su se najranija istraživanja usmjeravala na ulogu faktora okoline na profesionalno sagorijevanje (Kahn, Wolfe, Quinn, Snoek i Rosenthal, 1964; Maslach, 1982), a posebno na doživljaj stresnosti vezan uz uloge na radnom mjestu, kao što su preopterećenost, konflikt i nejasnost radne uloge (Cordes i Dougherty, 1993). Pri tome se pod preopterećenost u podrazumjevaju preveliki zahtjevi na radnom mjestu i vremenski pritisak, konflikt uloga se odnosi na nesklad u očekivanjima drugih ljudi (kolega i nadređenih) i može se javiti između različitih i unutar jedne uloge (Schaubroeck, Cotton i Jennings, 1989), dok se nejasnost uloge odnosi na nemogućnost predviđanja ishoda vlastite izvedbe i nedostatak informacija koje se odnose na ponašanja koja se od osobe očekuju, a vezana su za ulogu (Pearce, 1981). Preopterećenost poslom, konflikt i nejasnost uloge često dovode do psihološke napetosti, negativnih emocionalnih i ponašajnih reakcija, kao što su nesigurnost, nezadovoljstvo poslom, smanjenje učinkovitosti i izraženije namjere da se napusti radno mjesto (Allen i Mellor, 2002; Burke, 2002; Schaubroeck, Cotton i Jennings, 1989). Također, istraživanja na medicinskim sestrama pokazuju da visoko radno opterećenje (Landsbergis, 1988) i nejasnost uloge (Pines i Kanner, 1982) djeluju kako na psihosocijalnu klimu na poslu, tako i na doživljaj stresa, da su nejasnost uloga i konflikt uloga povezani s različitim disfunkcionalnim ishodima u različitim kulturama (Bhagat i sur., 1994), te da su ti psihološki procesi univerzalni (Poortinga, 1992).

Doživljaj profesionalnog sagorijevanja često je ispitivana posljedica konflikta i nejasnosti uloge na ispitanicima različitih zanimanja, kao što su pravnici (Jackson, Turner i Brief, 1987), nastavnici (Schwab i Iwanicki, 1992), žene u uslužnim djelatnostima (Brookings, Bolton, Brown i McEvoy, 1985), te medicinske sestre i drugo zdravstveno osoblje (Fenlason i Beehr, 1994; Kalliath i Morris, 2002; Leiter i Maslach, 1988; Piko, 2005). Istraživanja uglavnom potvrđuju opću pretpostavku da su povećani zahtjevi na radnom mjestu (npr. previše poslova u prekratkome vremenu), snažno i konzistentno povezani s profesionalnim sagorijevanjem, a posebno s dimenzijom emocionalne iscrpljenosti (Maslach,

Schaufeli i Leiter, 2001). Greenglas, Burke i Fiksenbaum (2001) na uzorku medicinskih sestara nalaze da je radno preopterećenje pozitivno povezano s emocionalnom iscrpljenošću koja dovodi do cinizma i somatizacije, a oni, pak, do smanjene profesionalne učinkovitosti. Upravo je zato u ovom istraživanju doživljaj stresnosti na radnom mjestu mjeren upitnicima koji se odnose na specifičnosti stresa vezanog za posao, a to su preopterećenost i konflikt uloge, te nejasnost uloge.

5.6. Korelacije između faktora stresa i sindroma sagorijevanja

Uz varijable emocionalne kontrole, u istraživanjima su ispitani i doživljaji stresnosti na radnom mjestu. Najranija istraživanja usmjeravala na ulogu faktora okoline na profesionalno sagorijevanje (Kahn, Wolfe, Quinn, Snoek i Rosenthal, 1964.; Maslach, 1982.), a posebno na doživljaj stresnosti vezan uz uloge na radnom mjestu, kao što su preopterećenost, konflikt i nejasnost radne uloge (Cordes i Dougherty, 1993.). Pri tome se pod preopterećenost u podrazumijevaju preveliki zahtjevi na radnom mjestu i vremenski pritisak. Konflikt uloga se odnosi na nesklad u očekivanjima drugih ljudi (kolega i nadređenih) i može se javiti između različitih i unutar jedne uloge (Schaubroeck, Cotton i Jennings, 1989.), dok se nejasnost uloge odnosi na nemogućnost predviđanja ishoda vlastite izvedbe i nedostatak informacija koje se odnose na ponašanja koja se od osobe očekuju, a vezana su za ulogu (Pearce, 1981.). Preopterećenost poslom, konflikt i nejasnost uloge često dovode do psihološke napetosti, negativnih emocionalnih i ponašajnih reakcija, kao što su nesigurnost, nezadovoljstvo poslom, smanjenje učinkovitosti i izraženije namjere da se napusti radno mjesto (Allen i Mellor, 2002; Burke, 2002; Schaubroeck, Cotton i Jennings, 1989.).

Doživljaj profesionalnog sagorijevanja često je ispitivana posljedica konflikta i nejasnosti uloge na ispitanicima različitih zanimanja, kao što su pravници, nastavnici, žene u uslužnim djelatnostima te medicinske sestre i drugo zdravstveno osoblje. Istraživanja uglavnom potvrđuju pretpostavku da su povećani zahtjevi na radnom mjestu (npr. previše poslova u prekratkome vremenu), snažno i konzistentno povezani s profesionalnim sagorijevanjem, a posebno s dimenzijom emocionalne iscrpljenosti (Maslach, Schaufeli i Leiter, 2001.).

Stabilne osobine ličnosti su predispozicija osobi da vidi događaje na određen način koji mu može pomoći i popraviti ili omogućiti proces adaptacije i njegovih psiholoških i tjelesnih zdravstvenih ishoda (Kaplan, 1996.). Najrazvijeniji je petofaktorski model ličnosti

(Costa i McCrae, 1992.) po kojemu se odrasla ličnost može opisati u terminima neuroticizma (podložnost psihološkoj iscrpljenosti, nemogućnost kontroliranja nagona, potreba, sklonost nerealističnim idejama i nemogućnost nošenja sa stresom), ekstraverzije (dispozicija prema pozitivnim emocijama, socijalnosti i visokoj aktivnosti), otvorenost (sklonost različitosti, intelektualna znatiželja estetska osjetljivost), ugodnost (sklonost interpersonalnom povjerenju i obzirnost prema drugima), savjesnost (upornost, organiziranost). Istraživanja su pokazala da osobe koje su više ekstrovertirane imaju manje simptoma profesionalnog sagorijevanja od osoba koje su visoko u dimenziji neuroticizma. Osobe sa visokim rezultatima na savjesnosti veće a je mogući da će i dalje biti u mogućnosti osjetiti osjećaje osobnog uspjeha. Što se tiče ugodnosti, što su veći i rezultati na toj dimenziji manje je vjerojatno da će doći do depersonalizacije, a pritom će osjećaji osobnog uspjeha biti veći. Otvorenost će biti u negativnoj korelaciji sa simptomima sagorijevanja.

Rezultati istraživanja su pokazali da u itelji sa više od 10 godina iskustva pokazuju u većoj mjeri znakove emocionalne iscrpljenosti od onih sa manje godina radnog staža. Isto tako pokazalo se da su u iteljice koje su u braku više emocionalno iscrpljene od u itelja koji su takođe u braku. Značajna korelacija dobivena je između stresora na poslu, osobina ličnosti i dimenzija sagorijevanja. Emocionalna iscrpljenost i depersonalizacija značajno pozitivno korelira sa svim stresorima na poslu, a 7 stresora na poslu negativno korelira sa percepcijom osobnog uspjeha. Što se tiče ličnih varijabli, savjesnost ima pozitivnu korelaciju sa percepcijom osobnog uspjeha, i negativnu korelaciju sa depersonalizacijom. Neuroticizam pozitivno korelira sa emocionalnom iscrpljenošću i depersonalizacijom, a negativno sa percepcijom osobnog uspjeha. Ekstraverzija negativno korelira sa emocionalnom iscrpljenošću i depersonalizacijom, a pozitivno sa percepcijom osobnog uspjeha. Otvorenost negativno korelira sa depersonalizacijom i percepcijom osobnog uspjeha.

5.7. Intervencije protiv profesionalnog sagorijevanja

Strategija samopomoći jedan je od najboljih načina liječenja burnouta. Pogođenoj osobi savjetuje se da sagledaju stresne situacije i procjene mogu li ih izbjeći. Neke su od metoda samopomoći razvijanje samokontrole i odgovornosti, uzimanje vremena i kraćih godišnjih odmora, optimistički pogled na svijet, postavljanje jasnih prioriteta i realnih i ostvarivih ciljeva.

Kako bi izbjegli profesionalno sagorijevanje mogu e je poduzeti sljede e intervencije⁵¹:

- na nivou organizacije:
 - restrukturiranje posla (promjena radnoga mjesta, izmjena odgovornosti, smanjenje zahtjeva na poslu, promjene u radnom vremenu zaposlenika),
 - edukacija radnika (informiranje, podizanje kvalitete rada),
 - transparentnost u radu,
 - team building,
 - supervizija, konzultacije, podrška zaposlenicima,
 - bolja komunikacija sa zaposlenicima;
- na osobnoj razini:
 - različite tehnike samopomoći i relaksacije,
 - prilagoditi se situaciji, ali ostati vjeren sebi,
 - odvojiti profesionalno od privatnog,
 - edukacija (prepoznati znakove stresa),
 - zatražiti pomoć stručnjaka,
 - kvalitetno korištenje slobodnoga vremena,
 - promjena posla.

Generalno se može reći da postoje dobri izgledi da se burnout uspješno lijeći i da se uspostavi potpuni tjelesni oporavak. Strategija lijećenja burnout-a se uglavnom koncentriše na sljede e:

- **Promjena socialnog okruženja i situacije na radnom mjestu:** naročito u slučajevima u kojima su radni faktori odgovorni za burnout je neophodno uskladiti radno mjesto.
- **Psihoterapija:** osobe pogođene burnout-om uglavnom trebaju potporu pri organizovanju sopstvenih strategija za rješavanje problema. Moderna psihoterapija može pomoći u prepoznavanju i upotrebi sopstvenih potencijala.
- **Liječenje popratnih oboljenja:** ako su sa burnout-om povezana pojedina popratna oboljenja, ona se moraju odgovarajuće dakle i medikamentozno- liječiti.
- **Menadžment vremena i stresa:** živjeti bez stresa je danas skoro nemoguće, zbog toga su neophodne tehnike za oporavljanje sa stresom, ili ograničenim vremenskim

⁵¹ Ibid.

resursima na radnom mjestu, ili u životu uopšte. Tehnike za menadžment vremena mogu pomoći da se radna svakodnevnica u ino podnošljivom i jednostavnijom, ili bar manje opterećavaju.

- **U enje tehnika opuštanja:** oporavak je jedan od najvažnijih faktora kod liječenja i budućeg izbjegavanja (prevencije) burnout-a. Postoji itav niz tehnika opuštanja (na primjer Qi Gong, Yoga, autogeni trening itd.), koje pomažu pri oporavku od opterećavajućih situacija i koje pri tome sprječavaju napredovanje u pravcu burnout-a.

Razgovor sa ljekarom ako prepoznamo simptome burnout-a može pomoći i kroz ciljano savjetovanje, ili može uputiti na kompetentno mjesto za liječenje burnout-a.

Naravno, treba biti svjestan činjenice da je u današnje vrijeme lahko izgubiti radno mjesto i prava. Pitanje je koliko se organizacijski faktori mogu stvarno promijeniti. Ono što preostaje jest da sagledamo sebe i nastojimo sami sebi pomoći i na najbolji mogući način. Nema svako materijalnu mogućnost da promijeni posao, ali može pokušati promijeniti sebe i prilagoditi se situaciji, a da se najmanje kompromitira.

Za svladavanje sindroma sagorijevanja **Američko društvo liječnika internista** je 2001. godine predložilo pet osnovnih mjera, koje bi svatko od nas morao primijeniti da se zaštiti od pojave sindroma sagorijevanja. Oni tako preporučuju^{52,53}:

1. Vodite brigu o sebi – razmotrite najprije svoj vlastiti zaštitni program. Uključite u svoj rad zabavu ili neku razbibrigu, kad ste pod stresom važno je da ste s obitelji više nego inače, da nađete vremena za svoje hobije i interese.

2. Odredite granice vašeg djelovanja – razmotrite vašu praksu i vidite gdje je potrebno povući i granicu. Možda morate promijeniti vaše radno vrijeme, vaše opterećenje sa pacijentima, broj pregleda ili smanjiti broj problematičnih pacijenata. Reći ne pacijentu i riskirati njegov odlazak drugome je zdravije nego stalno popuštati i zadovoljavati njihove neopravdane prohtjeve.

Bolja je manja praksa koja nam omogućuje preživljavanje, a u kojoj možemo kvalitetno raditi i posvetiti se pacijentu od one velike, profitabilnije, lošije voljene i samim time stresnije.

Odredite granice svojem profesionalnom radu i uvjerite se da u životu ima mnogo toga važnijega od medicine.

3. Odredite sredstva prevladavanja stresa – izaberite osobu kojoj se možete povjeriti, ako ne želite raspravljati vaše probleme sa kolegama, obratite se starom kolegi sa studija,

⁵² Ibid.

⁵³ Michaels R.M. Physician Burnout. Pennsylvania Medicine (99):18-21,1996.

bivšem profesoru ili mentoru. Možete potražiti pomoć i u vašoj vjerskoj zajednici ili kod psihoterapeuta. Moguće su i druga rješenja u vidu uključivanja u kontinuiranu edukaciju preusmjerenja karijere ili promjene zanimanja.

4. Analizirajte sami sebe – odredite koje su vaše vrijednosti i želje, koje su vaše vještine i što volite raditi, a što ne znate i mrzite raditi. Izgaranje često proizlazi iz nesrazmjera vaših želja procjena i interesa s jedne strane i zahtjeva radnog mjesta s druge strane. Kad završite tu analizu možda se odlučite i na promjenu prakse jer će vam biti jasnije što i kako želite raditi.

5. Nadvladajte kompleks da su drugi uvijek bolji od vas i da se to samo vama događa. Naime, ovo su svakako nemirna vremena u medicini, podložna stalnim promjenama, međutim to isto se događa i u drugim zanimanjima. U toj stalnoj jurnjavi i promjenama, liječnik mora razviti vještine koje će mu pomoći da se sa tim promjenama nosi i da stvori potrebne obrambene mehanizme, kako bi se zaštitio od pojave sindroma sagorijevanja na poslu.

U SAD-u se tom problematikom bavi **odbor za medicinsku etiku**, koji je razvio i mnogobrojne testove za određivanje nivoa stresa ili stepena sindroma izgaranja, pomoću kojih svaki liječnik može provjeriti svoje stanje⁵⁴. Tako su Girdin, Everly i Dusek 1996. u svom radu «Controlling Stress and Tension» razradili test za određivanje razine stresa na temelju saznanja o osnovna četiri faktora preopterećenja (kronični nedostatak vremena, pretjeranoj odgovornosti, manjku podrške i pretjeranom otkivanju od samoga sebe i svoje okoline)⁵⁵.

U tom testu na određena pitanja treba odgovoriti jednim od ponuđenih odgovora, koji se boduju.

a) skoro uvijek – 4 boda b) često - 3 boda c) rijetko – 2 boda d) skoro nikad – 1 bod

UPITNIK ZA SAMOPROCJENU NIVOA STRESA

1. događa li vam se da imate premalo vremena za zabavu ?
2. osjećate li da imate premalo podrške i pomoći ?
3. javlja li vam se pomanjkanje vremena da bi efikasno završili svoj rad ?
4. imate li poteškoće sa spavanjem zbog viška problema?
5. mnogo ljudi jednostavno otekuje previše od vas ?
6. imate li osjećaj shrvanosti ?
7. primjećujete li da ste zaboravljivi i neodlučni zbog toga jer ste preopterećeni ?

⁵⁴ Whitley T.W, et al. Work-Related Stress and Depression Among Practicing Emergency Physicians: An International Study. *Annals of Emergency Medicine* 23(5):10, 2001.

⁵⁵ Williams E.S, Konrad T.R, Scheckler W.E. et al. Understanding Physicians' Intentions to Withdraw from Practice: The Role of Job Satisfaction, Job Stress, Mental and Physical Health. *Health Care Manage.Rev.* 26(1):7-19.2001.

8. smatrate li da ste pod velikim pritiskom ?
9. osjećate li da imate previše odgovornosti ?
10. osjećate li se premorenim na kraju radnog dana?

**Ukupan zbir bodova od 25-40 ukazuje na visoku razinu stresa koja nas može psihički i fizički iscrpiti.*

Vrlo koristan je i upitnik sa 15 pitanja sastavljen po Freudenbergerovoj skali sagorijevanja, gdje se svaki odgovor boduje prema jačini osjećaja u skali od 1 do 5 bodova.

UPITNIK ZA ODREĐIVANJE RAZINE SINDROMA IZGARANJA

1. da li se lako zamarate i osjećate li se iscrpljen ?
2. da li se uzrujate kad vam netko kaže da u zadnje vrijeme ne izgledate dobro?
3. radite li sve više i više, a imate osjećaj da niste ništa učinili ?
4. jeste li zajedljivi i sve više razočarani sa svijetom oko vas ?
5. osjećate li se žalosnim, a ne znate zašto ?
6. jeste li zaboravljivi, ne odete u dogovorenu posjetu ili često nešto izgubite ?
7. jeste li mrzovoljan, brzo raspaljiv, otključete li sve više od ljudi oko vas ?
8. provodite li sve manje vremena sa prijateljima i obitelji ?
9. jeste li previše zauzeti za uobičajene potrebe (telefonski razgovor, pisanje pisma i sl.)?
10. osjećate li se uvijek loše ili ste stalno bolesni?
11. da li se osjećate smeteno na kraju radnog dana?
12. imate li poteškoća u postizanju osjećaja sreće i zadovoljstva ?
13. jeste li nesposobni narugati se ili našaliti na svoj račun ?
14. da li vas seks opterećuje i stvara više problema nego inače ?
15. da li osjećate da imate vrlo malo toga reći ljudima ?

Ako ukupan broj bodova nije veći od 25 vi se osjećate dobro

Od 26-35 bodova – budite oprezni vi ste u području rizika

Od 36-50 bodova – kandidat ste za sindrom sagorijevanja

Od 51-65 bodova – vi ste zahvaćeni sindromom izgaranja

Iznad 65 bodova – vi ste sagorjeli

6. METODE I INSTRUMENTI ISTRAŽIVANJA

U ovom istraživanju korištene su dvije vrste metoda: statistička metoda i metoda anketiranja. Prvenstveno je prilikom metode anketiranja sastavljen anketni upitnik, kao jedan vid mjernog instrumenta, nakon čega se krenulo u ispitivanje. Dobiveni podaci su sortirani po određenim kategorijama: broj i struktura ispitanika prema spolu, stručnoj spremi, bračnom statusu, radnom stažu, radnom mjestu, prisustvu stresa i prema postojanju podrške pretpostavljenih za održavanje i razvijanje stručnosti medicinskih sestara/tehničara. Nakon toga, primjenom statističke metode korišten je hi kvadrat test kako bi se ustanovila statistički značajna povezanost između analiziranih varijabli.

U nastavku će biti pojašnjene neke osnovne karakteristike navedenih metoda.

6.1. Metoda anketiranja

Postoje metode istraživanja koje nam daju obavijesti o pojavama, o načinima njihovog pojavljivanja, o obimu tih pojava, o njihovim svojstvima i djelovanjima, ili o vezama između pojava. Sve su to metode kojima istražujemo pojave u tzv. realnom i objektivnom svijetu, u svijetu objektivnih pojava. Međutim, u pojave koje istražuje nauka moramo uvrstiti i one koje pripadaju subjektivnom pojavnom svijetu. To su pojave vezane za uvijekova subjektivna stanja, pojave vezane za ljudsko mišljenje, za njegova uvjerenja, osjećanja i raspoloženja. Nauka je razvila i odgovarajuće metode istraživanja i takvih pojava, te možemo reći da postoje i takve metode, koje nam omogućavaju da saznamo šta ljudi misle, kako se osjećaju, šta osjećaju, te kako ocjenjuju neka stanja i odnose u kojima uestvuju i o kojima razmišljaju. Te metode daju nam obavijesti o mišljenjima, u kojima ljudi uestvuju, ili ih promatraju, ili ukazuju na njihovu ocjenu i namjere, u odnosu na određene procese ili pojave, iz čega se može zaključivati na moguća njihova dejstva. To su metode istraživanja stavova ljudi i one su veoma važne u nauci, jer ljudski faktor se ne može izlučiti ni iz jedne vrste odnosa prema svijetu u kojem živimo, niti se može događati bilo što, što ulazi u ljudski svijet i u horizont ljudskog djelovanja, a to znači ni u polju saznavanja, a da to nema veze sa ljudima, njihovim stavovima i praktičnim djelovanjima. Zbog toga je istraživanje ljudskih stavova i odnosa prema nekim pojavama i odnosima između ljudi i između ljudi i prirode, veoma bitno za nauku.

U svrhu istraživanja tih stavova razvijene su metode koje omogu avaju da dobijemo takva saznanja, koja nam omogu avaju uvid u ljudske stavove i odnos ljudi prema nekim pojavama i uop e odnosima i namjerama ljudi. Među najvažnije metode, koje upotrebljavamo u svrhu postizanja saznanja o stavovima ljudi, su metode posmatranja i samoposmatranja, metode intervju, ankete i upitnika.

Metoda anketiranja je postupak kojim se na temelju anketnog upitnika istražuju i prikupljaju podaci, informacije, stavovi i mišljenja o predmetu istraživanja.⁵⁶

Anketa je metoda za dobivanje informacija o mišljenju i stavovima ljudi, koja se naj eš e koristi u javnom životu, ali koja u osnovi ima nau nu intenciju da se dobiju saznanja o stavovima šire populacije.⁵⁷

Anketa je poseban oblik neeksperimentalnog istraživanja koje kao osnovni izvor podataka koristi osobni iskaz o mišljenjima, uvjerenjima, stavovima i ponašanju, pribavljen odgovaraju im nizom standardiziranih pitanja.⁵⁸

Anketa je metod koji koristi anketni upitnik za prikupljanje podataka koji trebaju nadalje biti analizirani uz korištenje razli itih analiti kih metoda.⁵⁹

*”Anketa predstavlja najrašireniju metodu prikupljanja podataka, a od sredine 19. stolje a pa do današnjih dana prošla je dug razvojni put, tokom kojeg je njezina vrijednost bila osporavana. Razlog tome je pojava velikog broja raznih pseudoanketa koje kompromitiraju nau nu vrijednost te metode.”*⁶⁰

Prvo na elo ankete sastoji se u stavu da se njom mogu dobiti mišljenja o malom broju pitanja, koja interesuju ve e skupine ljudi, ili cijele populacije nekog društva. To zna i da je anketa koncentrisana na površnije i kratkoro nije stavove op eg karaktera i trenutane ocjene i mišljenja o nekom pitanju, koje je u fokusu neke odre ene populacije u momentu ispitivanja i nekog aktuelnog stanja.

Ponekad je vrlo teško ili nemogu e opažati ponašanje ljudi ili saznati njihovo neposredno doživljavanje u nekim situacijama. U takvim primjerima možemo se poslužiti anketnim ispitivanjem. Njime se koristimo i onda kada želimo saznati mišljenja ljudi o raznim političkim i socijalnim pitanjima.

⁵⁶ Prof. Dr. eki , Š.: Osnovi metodologije i tehnologije izrade znanstvenog i stručnog djela, FSK, Sarajevo, 1999. god., str. 73.

⁵⁷ Akademik Filipovi , M.: Metodologija znanosti i znanstvenog rada, Svjetlost, Sarajevo, 2004., str. 105.

⁵⁸ <http://infoz.ffzg.hr/Afric/VjekoBZ/CITABAZU.asp?kljuc=2007012>

⁵⁹ <http://ppf.unsa.ba/pdf/Predavanje%203%20seminarski%20Anketa.pdf>

⁶⁰ <http://209.85.129.132/search?q=cache:1YRJWKoy->

OOJ:www.foi.hr/CMS_library/studiji/dodiplomski/IS/kolegiji/mis/Prikupljanje_podataka.doc+primjer+ankete&cd=1&hl=bs&ct=clnk&gl=ba&client=firefox-a

Anketa traži, prije svega, precizno određene populacije koja se ispituje, zatim jednostavna, jasna, nedvosmislena i nesugestivna pitanja, i to mali broj tih pitanja. Pitanja se mogu postaviti pismeno, pomoću otisnutog upitnika, ili usmeno, putem intervjua. Anketa traži da se ispitivanje provede u jednom kratkom vremenskom periodu, jer je flukcija mišljenja nešto što teško i anketa može biti antidatirana, ako je njeno provođenje sporo.

Ova je metoda pouzdana u tolikoj mjeri u kolikoj su mjeri pouzdane same informacije prikupljene tom metodom. U nekim slučajevima pouzdanost informacija može biti potpuna, ali mogu nosti ove metode su najviše ograničene. Vrijednost ankete je ograničena, jer spoznaje koje nam ona može dati zavise od iskrenosti ispitanika i od njihove sposobnosti da odgovore na postavljena pitanja.⁶¹ Ti odgovori su obično nepotpuni, netačni, jednostrani i subjektivni, a u većini slučajeva anketirani uopće ne odgovaraju na anketne upitnike. Međutim, uz primjeren problem istraživanja, dobro konstruisan i provjeren upitnik, reprezentativan uzorak ispitanika i uz konkretno prikupljanje i prikladnu analizu podataka, anketom se može doći do korisnih podataka o ljudskom doživljaju i ponašanju.

Anketa se oprema šifriranim i izrazljivim oznakama određenih tipova odgovora i tako omogućava istraživaču da brzo i sigurno izraunaju brojnu relaciju, odnosno matematički izraz rezultata ankete. U planiranju i provođenju ankete osobito je važno da se odgovarajućim matematičkim metodama, zapravo postupcima statističkog rada, obrade dobijeni podaci, kao što je važno i da se u planiranju uzorka, koji će biti ispitan, vodi računa o cjelini populacije koja se istražuje preko tog uzorka i da se uzorak statistički odnosi što vjernije prema toj ukupnoj masi. Ako ispituje mišljenje cijele populacije jedne zemlje, ili jednog grada, tada nam uzorak kojeg ispituje putem ankete, mora istražiti sve odnose strukture tog stanovništva i to po svim bitnim parametrima koji utječu na stanje mišljenja i stavove populacije. Osnovni parametri su polni, starosni, profesionalni i interesni, te edukacioni parametri, tj. oni koji određuju mjesto svake od tih grupa u strukturi stanovništva u cjelini. Ako se anketa vodi telefonski, tada se mora voditi strogo računa o strukturi vlasnika telefona i u tom smislu korigovati rezultate, jer nikada struktura vlasnika telefona ne izražava i ne preslikava strukturu stanovništva u cjelini. Ove metode su moćne, ali samo ako su primijenjene precizno i u skladu sa svim pravilima koja vrijede za svaku od njih. Ako to nije slučaj, tada one mogu veoma dalekosežno kompromitirati rezultate istraživanja i dovesti do ozbiljnih zabluda o onome što istražujemo.

⁶¹ <http://hr.wikipedia.org/wiki/Anketa>

6.1.1. Vrste anketa

O tome je li metoda anketiranja "metoda" ili "tehnika" u literaturi postoje različita mišljenja. Tako npr. Zvonarevi riječ anketa koristi u dva značenja:

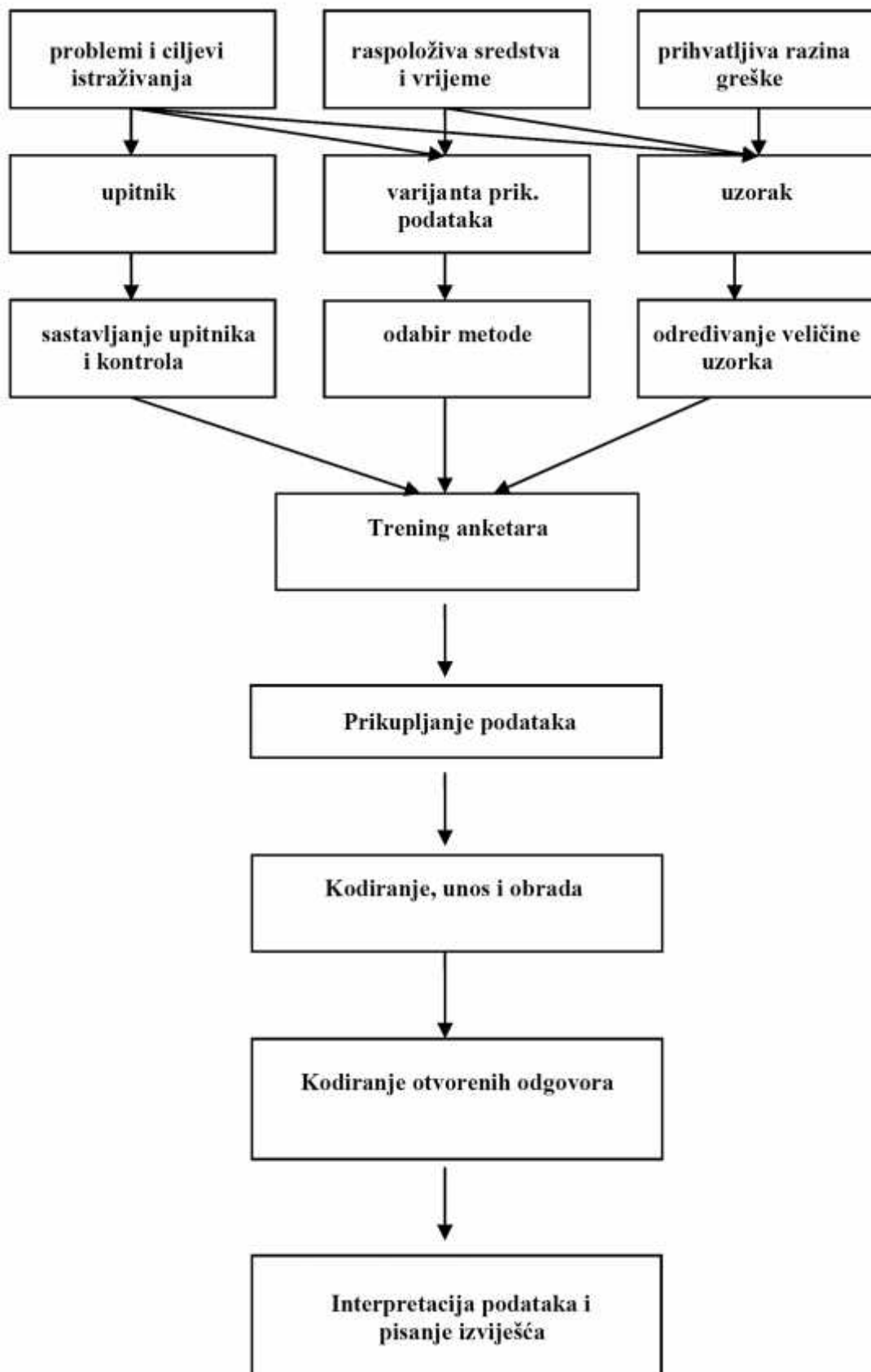
Anketa, u širem značenju, označava istraživački postupak kojim se direktno, iz prve ruke, prikupljaju podaci i informacije o ekonomskim, sociološkim, demografskim, psihološkim i drugim osobinama skupine ljudi ili društvene zajednice.

Anketa, u užem značenju, označava samo onaj postupak u toku kojeg se odabranim ispitanicima postavljaju usmeno ili pismeno određena pitanja, na koja oni također usmeno ili pismeno daju odgovore. Nakon toga se odgovori podvrgavaju raznim vrstama kvantitativne, kvalitativne i kauzalne analize.⁶²

Prema Vujevi anketa je posebna metoda za prikupljanje podataka i informacija o stavovima i mišljenjima ispitanika. U širem smislu za njega je anketa svako prikupljanje podataka i informacija uz pomoć postavljenih pitanja. Potrebno je naglasiti da u znanstvenom istraživanju, anketa nije samo postavljanje pitanja i na njih traženje odgovora, već je anketa, prije svega, postavljanje određenih pitanja određenoj i odabranoj vrsti i broju ljudi, na što je isplaniran na in sa svrhom i ciljem, a cilj je dobiti što više istinitih odgovora, odnosno podataka i informacija o predmetu istraživanja. Pitanja se mogu postavljati na različite načine i o različitim temama, pa Vujevi u tom smislu razlikuje:

1. *Anketu u užem smislu*. Anketa je pismeno prikupljanje podataka i informacija o stavovima i mišljenjima na reprezentativnom uzorku ispitanika uz pomoć upitnika.
2. *Intervju*. To je vrsta ankete u kojoj se usmeno postavljaju pitanja i daju odgovori.
3. *Testove*. To je specifična vrsta ankete u kojoj se uz pomoć posebno konstruisanih pitanja prikupljaju podaci i informacije o znanju, sposobnostima i interesima ispitanika.

⁶² Prof. Dr. Zelenika, R.: Metodologija i tehnologija izrade znanstvenog i stručnog djela, Ekonomski fakultet u Rijeci, Rijeka, 2000. god., str. 367.



Slika 1. Dijagram pripremanja i vršenja anketiranja

6.1.2. Prednosti i nedostaci ankete

Anketa ima više prednosti, kao što su:⁶³

1. *Pomo u anketa mogu se saznati podaci i informacije o doživljaju.* Ponašanje ovjeka ne može se objasniti samo pomoću podražaja i reakcija, jer ono ovisi o velikom broju inilaca koji se nalaze u organizmu, kao što su: sposobnosti, stavovi, emocije, mišljenja, karakter, pogledi na određene stvari, pojave i događaje. Do ovakvih i sličnih spoznaja može se doći anketom.
2. *Pomo u anketa mogu se saznati podaci i informacije o prošlosti, sadašnjosti i budućnosti.* Dok se kod opažanja mogu prikupiti podaci i informacije o onome što je nazvano u trenutku opažanja, anketom se mogu pitati ispitanici o pojavama iz prošlosti o kojima nije ostao nikakav trag osim u sjećanju ljudi. Isto tako, mogu se ispitati sadašnji stavovi i mišljenje, ali i planovi za budućnost.
3. *Anketa je, u pravilu, ekonomična.* Pomoću ankete može se u kratkom vremenu doći do velikog broja podataka i informacija, a time se istovremeno smanjuju troškovi istraživanja.

Nedostaci anketa ili poteškoće u pribavljanju podataka i informacija pomoću anketa su sljedeći:

1. *Epistemološke poteškoće.* Takve poteškoće nastaju zbog različitog stepena obrazovanja i pismenosti ispitanika, tj. stručnosti ispitanika, pri čemu su jedni stručniji od drugih i čiji odgovori zbog toga ne mogu imati jednaku vrijednost, a ravnopravnošću statističku masu koja predstavlja osnovu za anketno istraživanje. Stručnost ispitanika direktno utječe na tačnost i iskrenost njihovih odgovora.
2. *Psihološke poteškoće.* Takve poteškoće nastaju zbog toga što je anketu vrlo teško prilagoditi svim ispitanicima. Jednima ista anketa može biti vrlo teška, a drugima prelagana. Zbog toga anketu treba prilagoditi najnižem nivou ispitanika kako bi bili sigurni da će ih svi razumjeti.
3. *Društvene poteškoće.* Takve se poteškoće utemeljuju na tendenciji da ispitanici ne odgovaraju ono što stvarno misle, već daju odgovore koji su u skladu sa društvenim vrijednostima, pa se zbog toga dobivaju rezultati koji su u pravilu pozitivniji od stvarnog stanja.

⁶³ Prof. Dr. Zelenika, R.: Metodologija i tehnologija izrade znanstvenog i stručnog djela, Ekonomski fakultet u Rijeci, Rijeka, 200. god., str. 368.

Ako se o tome ne vodi računa, dobivaju se nerealni, neobjektivni i pogrešni podaci i informacije. To je razlog da treba omogućiti ispitanicima da bez straha od odgovornosti daju odgovor i kada on nije u skladu sa društvenim vrijednostima. To se uspješno postiže anonimnom naketom i indirektnim pitanjima.

Jedan od značajnijih nedostataka ankete je njeno često poistovjeđivanje sa cijelim istraživanjem, pri čemu se ne uzima u obzir kako je ona samo jedna od faza istraživačkog procesa. Na taj se način zanemaruju drugi aspekti istraživanja (najčešće oni teorijski) i istraživanje gubi smisao, a rezultati nisu pouzdani. Nadalje, pošto je anketa kvantitativna metoda i dobiveni podaci se mogu veoma lako kompjuterski obraditi, analizirati, uspoređivati i provjeravati, dešava se da istraživači "upadnu" u vlastitu zamku: oni dobivene podatke klasificiraju i prikazuju u obliku stotina grafova i tabela, ali ostaju na tom nivou iznošenja i prikazivanja "golih" činjenica bez donošenja vlastitih zaključaka i povezivanja sa postavljenim hipotezama. To je, naravno, velika greška, jer anketa kao istraživačka metoda, kada se pravilno koristi, ima veliku mogućnost verifikacije. Zato se i provodi istraživanje – da bismo dokazali ili rjeđe odbacili, na početku istraživanja definisanu hipotezu, tj. problem istraživanja.

Kod ankete je vrlo važno odabrati reprezentativni uzorak. Ako smo pogriješili pri odabiru ispitanika najvjerojatnije će nam cijelo istraživanje biti u potpunosti promašeno. Treba ista i biti to da su neki nedostaci ankete, upravo rezultati njenih najvećih prednosti. Npr., ispitivanje velikog broja ljudi, što je nesumnjivo velika prednost ankete, rezultira velikim brojem podataka, pa često dolazi do "probijanja" roka što je u današnje vrijeme, tržišno orijentisanih istraživanja, nedopustivo.

6.1.3. Izrada anketnog upitnika

Anketni upitnik je metoda prikupljanja kvantitativnih podataka o određenim stavovima velikih populacija.

Kada se spomene metoda anketiranja, tj. anketa, prva pomisao kod većine ljudi je: niz jednostavnih i dosadnih pitanja na koje odgovara određeni broj osoba, prikupljeni odgovori se na određeni način interpretiraju i anketa je gotova. Ovo je pogrešan sud o anketi i rezultati takve ankete su u pravilu netačni, nepouzdana i neupotrebljivi. Dakle, potrebno je da se u potpunosti spozna i prouči bit metode anketiranja kako bi se navedeni problemi izbjegli.

U anketnim istraživanjima veliki broj poteškoća proizlazi iz nedovoljno stručnog i savjesnog pristupa konstruisanju *anketnog upitnika* – instrumenta kojim se pismenim putem (bilo u izravnom kontaktu ili na distanci) od ispitanika prikupljaju činjenice, mišljenja ili stavovi.

Temeljna pitanja kvalitete anketnog upitnika vezana su za ostvarivanje dviju psihometrijskih odlika: *valjanosti i pouzdanosti*.

Problem *valjanosti* u anketi najizravnije je vezan za pitanje je li anketnim pitanjem «mjerimo» ono što želimo, ili smo dobili odgovor iskrivljen neiskrenošću, strahom, željom udovoljavanja ispitanika u itd.

S druge strane, *pouzdanost* rezultata ankete se svodi na to odgovaraju li ispitanici na istovjetna pitanja dosljedno.

Prije nego što istraživač počne sastavljati pitanja za anketu, pretpostavlja se da mu je poznat predmet istraživanja s hipotezom, svrha i ciljevi istraživanja, sva aktuelna literatura i rezultati dosadašnjih istraživanja kao i znanstvene metode koje su korištene u prethodnim istraživanjima. Pripremati anketu bez nabrojanih spoznaja značilo bi raditi naslijepo, a rezultat bi bio porazan. Drugim riječima, ukoliko kvalitetno ne predvidimo sve informacije koje trebamo dobiti anketiranjem, ne možemo biti u stanju kvalitetno izvršiti istraživanje, odnosno ne možemo imati informacije potrebne za kreiranje rješenja problema i donošenja efikasne odluke.

Kreiranje metode anketiranja podrazumijeva:

- kreaciju anketnog upitnika,
- definisanje namena anketiranja,
- definisanje namena formiranja uzorka, odnosno statističkog skupa, na kom će se izvršiti anketiranje.

Kreiranje anketnog upitnika treba biti takvo da dobijemo anketni listić koji je pregledan, koji ne sadrži nejasna pitanja, koji je jednostavan za aplikaciju i koji će nam obezbijediti sve neophodne informacije koje smo definisali ciljem istraživanja.

Pitanja u upitniku ne ulaze slučajno, jer se svako od njih odnosi na indikator, indikator se odnosi na varijablu, varijabla na hipotezu, a hipoteza proizilazi iz predmeta (problema) istraživanja.

Anketni upitnik treba biti teorijski utemeljen. Teorijska utemeljenost obuhvata tri područja, i to:

1. *Teorijsku utemeljenost na spoznajama o predmetu istraživanja.* Anketa je teorijski utemeljena na spoznajama o predmetu istraživanja, ako su pitanja zasnovana na valjanim indikatorima varijabli koje su izvedene iz hipoteze, i ako su hipoteze odgovor na precizno formulisan problem, i ako su utemeljene na teoriji znanosti unutar kojih se istraživanje provodi.
2. *Teorijsku utemeljenost na spoznajama psihologije stavova i mišljenja.* Anketa je utemeljena na spoznajama psihologije stavova i mišljenja, ako su pitanja postavljena na razini habitualnih mišljenja, tj. ako se pitanja odnose na ponašanje koje je pokazatelj stavova. Treba znati kako ispitanici doživljavaju problematiku pitanja.
3. *Teorijsku utemeljenost na spoznajama iz metodologije anketnih istraživanja.* Anketa je utemeljena na spoznajama iz metodologije anketnih istraživanja, ako se ta tehnologija dobro poznaje i primjenjuje, te ako se dobro poznaje metodologija znanstvenog istraživanja.

Dizajniranje ankete uključuje precizno definisanje pitanja koja trebaju biti izvor informacija koje su nam neophodne za istraživanje i njihov grafički raspored. Pri dizajniranju ankete, definišemo sljedeće:

1. Kako pitanja treba postavljati – koje fraze i termine koristiti?
2. Na koji način pitanja trebaju biti raspoređena, aranžirana?
3. Koja vrsta pitanja, te koji njihov raspored će na najbolji način doprinosti cilju istraživanja?
4. Da li upitnik treba testirati prije ankete? – izvršiti anketiranje na testnoj skupini kako bi vidjeli da li su pitanja dobro definisana, da li su korištene odgovarajuće riječi, da li su pitanja razumljiva?
5. Da li upitnik treba biti reanžiran ili revidiran?

Potrebno je ista i da sve ina problema s valjanosti i pouzdanosti ankete upravo proizlazi iz načina postavljanja i sadržaja anketnih pitanja. Utvrđeno je, naime, da razlike u odgovorima ispitanika često više proizlaze iz, različitog doživljavanja i razumijevanja pitanja, nego iz razlika u stavovima i mišljenjima.

6.1.4. Vrste pitanja u anketnom upitniku

Prema svom obliku, postoje dvije skupine pitanja, i to:

1. *Otvorena pitanja.* Otvorena su ona pitanja na koja ispitanik daje odgovore svojim riječi, prirodno i spontano, onako kako njemu najviše odgovara. Obično se iza pitanja ostavlja prazan prostor u koji ispitanik upisuje odgovor.

Prednosti otvorenih pitanja su ove:

- lahko ih je sastaviti,
- ne usmjeravaju ispitanika na određeni odgovor,
- odgovori na takva pitanja mogu dobro poslužiti za sastavljanje zatvorenih pitanja i
- takva pitanja imaju veću heurističku vrijednost.

Otvorena pitanja imaju i svoje nedostatke, kao npr.:

- ona zahtijevaju solidno obrazovanje i pismenost ispitanika,
- na takva se pitanja dobije malo dobrih odgovora,
- ona imaju malu verifikacijsku vrijednost, jer se sve kategorije ispitanika ne suzdržavaju jednako u davanju odgovora na otvorena pitanja,
- takva pitanja stavljaju pred ispitanika teži zadatak, ali stepen te težine nije isti za sve ispitanike, pa ta činjenica može različito djelovati na motivaciju ispitanika,
- nije moguće postaviti veliki broj pitanja i
- teža je obrada otvorenih pitanja.

2. *Zatvorena pitanja.* Zatvorena su ona pitanja kod kojih pored pitanja stoje ponudjeni odgovori. Kod tih pitanja ispitanik odgovara tako da izabere jedan ili više odgovora koji su mu ponudjeni.

Prednosti zatvorenih pitanja su isto što i nedostaci otvorenih:

- ne zahtijevaju veću obrazovanje i pismenost ispitanika,
- veliki broj ispitanika daje odgovor na takva pitanja,
- ispitanici su pred lakšim zadatkom, jer je lakše zaokružiti odgovor, nego ga opisivati svojim riječima,
- moguće je postaviti veliki broj pitanja,
- lakše ih je obrađivati i
- većim je verifikacijska vrijednost.

Zatvorena pitanja imaju svoje nedostatke, kao npr.:

- takva je pitanja teže sastaviti,
- ispitanik je ograničen u davanju odgovora,
- takva pitanja mogu ispitanike učiniti pasivnim i
- takva pitanja imaju manju heurističku vrijednost.

Zatvorena anketna pitanja mogu biti dvojaka, i to:

1. *Pitanja s ponuđenim odgovorima nabiranja.* Zatvorena pitanja mogu imati veliki broj ponuđenih odgovora. Tako npr., ako istraživača zanima ime se ispitanik bavi u vanjskoj trgovini, onda on može ponuditi više odgovora koji ga zanimaju. Ispitanik lahko odgovara na ovakva pitanja, jer zaokružuje odgovore o onome ime se zaista bavi.
2. *Pitanja s ponuđenim odgovorima intenziteta.* Kod pitanja sa ponuđenim odgovorima intenziteta ne preporučuje se više od pet intenziteta, jer ispitanici obično nisu osjetljivi za kvalitetnije nijansiranje. Ali, nije preporučljivo nuditi ni manje od pet intenziteta, jer su varijable promjenljive, a smisao mjerenja je u registrovanju tih promjena.

esto se u vezi s oblikom ankete javlja dilema: usmena ili pismena anketa, jer i jedna i druga imaju svoje prednosti i nedostatke. Najvažnije prednosti usmene ankete su: mogu se postavljati i komplikovana pitanja, a prisutnost anketara garantuje i veću ozbiljnost ispitanika pri davanju odgovora. Osnovni nedostatak usmene ankete je u tome što ona isključuje anonimnost ispitanika. Osim toga, kod usmenog anketiranja odgovori ispitanika u velikoj mjeri ovise o anketaru, o njegovoj vještini, temperamentu, motiviranosti, spretnosti i sl. Pismena anketa ima određene prednosti u odnosu na usmenu, kao npr.: omogućava anonimnost ispitanika, isključuje djelovanje osobe anketara na odgovore, zahtijeva manje truda i vremena, jer se istovremeno može ispitati više i broj ispitanika, ubrzava postupak prikupljanja podataka i informacija i minimizira troškove anketiranja. Nedostaci pismene ankete: ispitanici su prepušteni sami sebi, pa im niko ne može pomoći u odgovorima na komplikovana pitanja, itd.

Jednostavna i složena pitanja s potpitanjem. Kada želimo produbiti određeno pitanje moguće je postaviti i pitanje s potpitanjem. Naravno potpitanje se uvijek odnosi na neku od odgovorenih solucija. Moguće je postaviti više potpitanja, to jest moguće je postaviti "jednostavno pitanje s potpitanjem" i "složeno pitanje s potpitanjem".

Psihološka strategija pitanja. Postoji nekoliko jednostavnih pravila kojih se treba držati prilikom sastavljanja upitnika. Pravila za uspješnu psihološku strategiju prilikom vođenja intervjua ili izrade upitnika su:

- Interes mora rasti postepeno u toku anketiranja, tako da u eš e ispitanika bude sve ja e i neposrednije;
- Pitanja moraju i i od lakših prema težim;
- Ne smiju se postavljati preuranjena ili iznenadujuća pitanja;
- Treba izbjegavati pitanja koja bi mogla zbuniti ispitanika;
- Izbjegavati skokovite prelaze i polagano i oprezno prelaziti s jedne skupine problema na drugu.

6.1.5. Neke od naj eš ih grešaka u upitnicima

Prije početka ispitivanja upitnik treba pomno analizirati kako bi se izbjegle moguće greške u postavljenim pitanjima. Naj eš e greške su *nerazumljiva pitanja*, tj. pitanja iz kojih je nemoguće razabrati što se u stvari pita, *pitanja postavljena stranim jezikom*, odnosno pitanja postavljena jezikom koji ispitanici ne razumiju i *sugestivna pitanja* koja sugerišu neki od ponuđenih odgovora.

Također, izvori grešaka u anketnom upitniku su:

- Više pitanja u jednom (složena pitanja),
- Višeznačajna ili nejasna pitanja,
- Neuravnotežena pitanja,
- Izbor riječi i formulacija,
- Naglasak i navođenje u pitanjima,
- Forma pitanja (otvorena, zatvorena, kombinirana),
- Uključivanje odgovora «ne znam»,
- Ne posjedovanje stava,
- Redoslijed pitanja,
- Osjetljiva pitanja i društvena poželjnost,
- Akviesencija (potvrđivanje).

Na in podizanja valjanosti i pouzdanosti anketnih upitnika:

- *stru na ekspertiza,*
- *pokusna aplikacija upitnika,*
- *posmatranje i kodiranje ponašanja koja upu uju na probleme tokom glavnog ispitivanja.*
- *Pore enje odgovora sa vjerodostojnim podatkom iz nekog drugog izvora;*
- *Postavljanje ve eg broja pitanja iz iste domene i pore enje odgovora.*

Snaga i kristalizacija stavova je pojam kojim se ozna čava razlika u jasno i i vrstini uvjerenja, odnosno, važnost koja se pridaje nekom stavu. U anketi se može podi i valjanost i pouzdanost rezultata ako se za pojedini stav, nakon odluke o sadržaju, dodatnim pitanjem izmjeri intenzitet uvjerenja. Npr. "Koliko vrsto vjerujete u to?"

6.2. Statisti ke metode

Statistika, kao opštenau na metoda, je relativno nova. O njoj se u prvom redu govori kao o grani matematike odnosno primenjene matematike. Iz savremene nau ne gra e se mogu konstatovati slede e injenice:

- Statistika odnosno statisti ka metoda, odnosi se na istraživanje masovnih pojava koje se sastoje iz mnoštva jedinica, mnoštva pojedina nog;
- Saznanje, zaklju ci statistike - statisti ke metode izgra uju se kao induktivni zaklju ci, tj. kao zaklju ci koji se izvode iz više (mnoštva) premisa, ako se svaki stav o svakom pojedina nom lanu smatra premisom. Matemati ka indukcija je, za razliku od ove, direktno zasnovana na izvo enju iz jednog lana, tj. primerka;
- Generalizacija do koje se dolazi statistikom - statisti kom metodom je induktivna, zasnovana na statisti koj indukciji, zakonima verovatno e i statisti kim zakonima, te su tako ste ena saznanja uglavnom verovatna;
- U svim naukama i nau nim disciplinama statisti ka metoda je primenjiva, mada su razlike u primeni evidentne.

U procesu nau nog rada statistika se primenjuje na osnovu odgovaraju ih prilago avanja njegovom predmetu, odnosno fazama istraživanja. A to, dalje, zna i da ova opštenau na metoda ima svoju opštu i adaptivnu logi ku osnovu, svoj epistemološki sadržaj

koji obuhvata opet saznanje odredbe matematike, posebne saznanje odredbe statistike kao grane matematike, zatim odredbe nauke i predmeta nauke i odredbe teorije metodologije nauka (opšte metodologije) i metodologije predmetne nauke (posebne metodologije). Postupci statistike u naukom istraživanju ne javljaju se sasvim samostalno već povezani sa metodom prikupljanja i obrade podataka i uslovljeni su svojstvima podataka.

U ovom poglavlju bit će opisan jedan od statističkih testova prilagodbe – χ^2 -test. Hi-kvadrat test spada u grupu statističkih testova koji ne uključuju usporedbe. Ovaj test se koristi za ispitivanje nezavisnosti (eng. independence) dvije varijable ili faktora, slučajnosti (eng. randomness), te dobrote prilagodbe (eng. goodness-to-fit).

6.2.1. Definicija ²

Postupak nazvan hi-kvadrat test se upotrebljava u većini slučajeva ako se radi o kvalitativnim podacima ili ako tim podacima distribucija značajno odstupa od normalne. Veću pozornost treba naglasiti da se hi-kvadrat test radi samo s frekvencijama pa u radu nije dopušteno unositi nikakve mjerne jedinice. Osnovni podaci istraživanja mogu biti i mjerne vrijednosti, ali u hi-kvadrat unose se samo njihove frekvencije.

Hi-kvadrat test je vrlo praktičan test koji može osobito poslužiti onda kad želimo utvrditi da li neke dobivene (opažene) frekvencije odstupaju od frekvencija koje bismo očekivali pod određenom hipotezom. Kod ovog testa katkada tražimo postoji li povezanost između dvije varijable i on pokazuje vjerojatnost povezanosti. Možemo pretpostaviti da neka teorijska raspodjela dobro opisuje opaženu raspodjelu frekvencija. Da bismo tu pretpostavku (hipotezu) provjerili, primjenjujemo ovaj test.

Rezultati dobiveni u uzorcima ne podudaraju se uvijek s teoretskim rezultatima koji se očekuju prema pravilima vjerovatnosti. Npr. iako prema teoriji očekujemo da kad god bacimo valjan novčić 100 puta dobijemo 50 „glava" i 50 „pisama", rijetko kada se dobije ovakav rezultat.

Granična vrijednost je vrijednost testa za koje se nul-hipoteza odbacuje. Značajnost testa je vjerojatnost odbacivanja nul-hipoteze kada je istinita, tj. vjerojatnost da su promatrani podaci ekstremniji od stvarnih rezultata kad je nul-hipoteza istinita. Mala značajnost testa znači da su podaci toliko ekstremni da su nevjerovatni pod ovom nul-hipotezom. Značajnost testa nije vjerojatnost da je nul hipoteza lažna.

Mala značajnost testa ne znači da postoji mala vjerojatnost da je nul-hipoteza istinita. Nul-hipoteza se odbacuje za značajnost testa 0.05 ili 5%.

Najčešće upotrebljavamo hi-kvadrat test u ovim slučajevima:

1. Kad imamo frekvencije jednog uzorka pa želimo ustanoviti odstupaju li te frekvencije od frekvencija koje očekujemo uz neku hipotezu.
2. Kad imamo frekvencije dvaju ili više nezavisnih uzoraka te želimo ustanoviti razlikuju li se uzorci u opaženim svojstvima.
3. Kad imamo frekvenciju dvaju zavisnih uzoraka, koji imaju dihotomna svojstva, te želimo ustanoviti razlikuju li se uzorci u mjernim svojstvima, tj. je li došlo do promjene.

6.2.2. Osnovni uslovi za upotrebu hi-kvadrat testa

Hi-kvadrat je stvarno vrlo jednostavan test, jer je njegova logika jasna, a izražavanje vrlo jednostavno. No upravo se u tome vjerojatno i krije opasnost da se njegova jednostavnost precijeni. Kod hi-kvadrat testa uvijek je potrebno dobro promisliti kako ćemo rezultate prikazati u tablici.

Ovaj test posjeduje tzv. aditivna svojstva, a to znači da imamo pravo zbrojiti nekoliko hi-kvadrata iz istih istraživanja, i o značajnosti dobivenog rezultata zaključivati iz tablice, s tim da zbrojimo i stupnjeve slobode. Pri takvim situacijama zbrajanja rezultata hi-kvadrata treba paziti da se zbroje svi raspoloživi rezultati (a ne samo pozitivni).

Uslovi koji moraju biti ispunjeni da bi se smio računati hi-kvadrat test:

1. hi-kvadrat test može se računati samo s frekvencijama;
2. Suma očekivanih frekvencija mora biti jednaka sumi opaženih frekvencija;
3. Kad god u hi-kvadrat testu radimo s nekim svojstvom koje se pojavilo ili se nije pojavilo, treba računati i frekvencije u kojima se to svojstvo nije pojavilo.
4. Frekvencije u pojedinim ćelijama moraju biti u tom smislu nezavisne da svaka frekvencija u pojedinoj ćeliji mora pripadati nekom drugom individuumu. Npr. ne smijemo u tablicu unositi nekoliko odgovora jednog ispitanika.
5. Nijedna očekivana frekvencija ne smije biti previše mala. U tom se treba pridržavati ovih pravila:

- a. Kad imamo više od dvije elije, ako je više od 20% o ekivanih frekvencija manje od 5, treba spajati susjedne elije. Kad radimo samo s dvije elije, ne smije ni jedna o ekivana frekvencija biti manja od 5.
 - b. Kod 2*2 tablica hi-kvadrat smije se upotrijebiti uvijek ako je N ve i od 40. ako je N manji od 40, ali ve i od 20, ne smije ni jedna o ekivana frekvencija biti manja od 5.
 - c. U tablicama kontigencije kad je broj stupnjeva slobode ve i od 1, hi-kvadrat se smije ra unati ako manje od 20% elija ima o ekivanu frekvenciju manju od 5, a ni jedna elija manju od 1. ako to nije postignuto treba spajati elije u kojima su o ekivane frekvencije previše male.
6. Kada postoji samo 1 stepen slobode, potrebno je provesti korekciju za kontinuitet (Yates-ova korekcija). Ako su razlike izme u opaženih i o ekivanih frekvencija vrlo male tako da primjenom Yates-ove korekcije dobijemo razliku koja je numeriki ve a (bez obzira na predznak), onda upotreba te korekcije nema opravdanja.

7. ISTRAŽIVANJE I REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Cilj istraživanja bio je ispitati prisutnost stresa kod zdravstvenih radnika, konkretno kod medicinskih sestara-tehničara, specifične faktore koji dovode do stresa, te povezanost stresogenih faktora, prisustva stresa i općih obilježja ispitanika.

Istraživanje je provedeno u okviru 4 klinike JZU UKC Tuzla. Obuhvaćeno je 178 medicinskih sestara-tehničara oba spola, različite starosne dobi i sa različitom dužinom radnog staža.

Ispitivanje je provedeno individualno ili u malim grupama na radnim mjestima sudionika na početku njihova radnog dana. Sudjelovanje je bilo dobrovoljno i anonimno.

Za istraživanje je korišten kao mjerni instrument anketni list-upitnik i statistički alat za utvrđivanje povezanosti između dvije varijable i vjerojatne povezanosti. U prvom dijelu Upitnika su opći podaci koji se odnose sociodemografske karakteristike (spol, dob, razinu edukacije, zanimanje, stručni stupanj, radno mjesto, duljinu ukupnog zaposlenja, duljinu zaposlenja na sadašnjem radnom mjestu, radno vrijeme).

U drugom dijelu upitnika su pitanja koja se odnose na stresore na radnom mjestu. Ispitanicima je ponuđeno 37 stresora na radu koji se odnose na organizaciju rada, smjenski rad, napredovanje u struci, edukaciju, profesionalne zahtjeve, međuljudsku komunikaciju, komunikaciju zdravstvenih djelatnika s pacijentima te na strah od opasnosti i štetnosti u zdravstvu.

Usljedećoj tabeli su prezentirani podaci o broju ispitanika obzirom na spol i kliniku na kojoj su zaposleni.

Tabela 1: Broj i struktura ispitanika prema spolu i klinici na kojoj su zaposleni

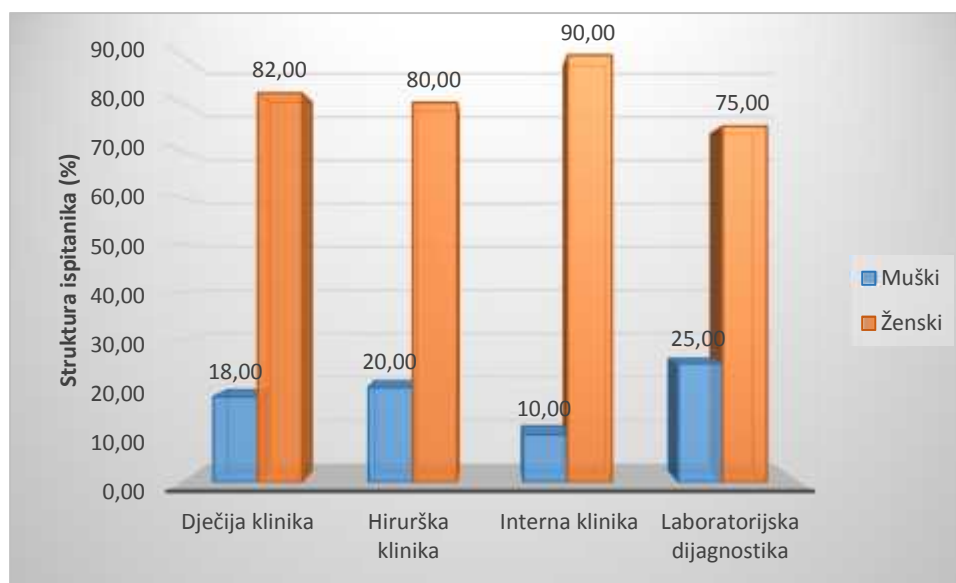
KLINIKA	Muški		Ženski		Ukupno	
	f	%	f	%	f	%
Dječija klinika	9	18,00	41	82,00	50	100,00
Hirurška klinika	10	20,00	40	80,00	50	100,00
Interna klinika	5	10,00	45	90,00	50	100,00
Laboratorijska dijagnostika	7	25,00	21	75,00	28	100,00
UKUPNO	31	17,42	147	82,58	178	100,00

$\chi^2=3,276$; $df=3$; $P=0,351$;

Prema rezultatima prezentiranim u gornjoj tabeli, jasno se može uoiti da je kod svih etiri klinike dominantna zastupljenost osoba ženskog spola. U prilog tome, govore i rezultati hi-kvadrat testa $p > 0,05$ ($\chi^2 = 3,276$; $P = 0,351$). Shodno rezultatima pomenutog testa nema statistički značajne povezanosti između tipa klinike i spola zaposlenika. Konkretno, u svim klinikama nema statistički značajnih razlika u udjelu osoba ženskog spola, kao ni razlika u zastupljenosti osoba muškog spola.

Grafik prikazuje strukturu ispitanika prema spolu i klinici na kojoj su zaposleni izgleda kao na narednom grafikonu.

Grafikon 1.: Struktura ispitanika prema spolu i klinici na kojoj su zaposleni



Nakon prikaza podataka o ispitanicima prema spolu, u nastavku slijedi prikaz podataka o ispitanicima obuhvaćenih istraživanjem prema još jednom socio-demografskom obilježju: prema stručnoj spremi.

Tabela 2: Broj i struktura ispitanika prema stručnoj spremi i klinici na kojoj su zaposleni

KLINIKA	SSS		VŠS/VSS		UKUPNO	
	f	%	f	%	f	%
Dječija klinika	31	62,00	19	38,00	50	100,00
Hirurška klinika	37	74,00	13	26,00	50	100,00
Interna klinika	34	68,00	16	32,00	50	100,00
Laboratorijska dijagnostika	21	75,00	7	25,00	28	100,00
UKUPNO	123	69,10	55	30,90	178	100,00

$\chi^2 = 2,228$; $df = 3$; $P = 0,527$;

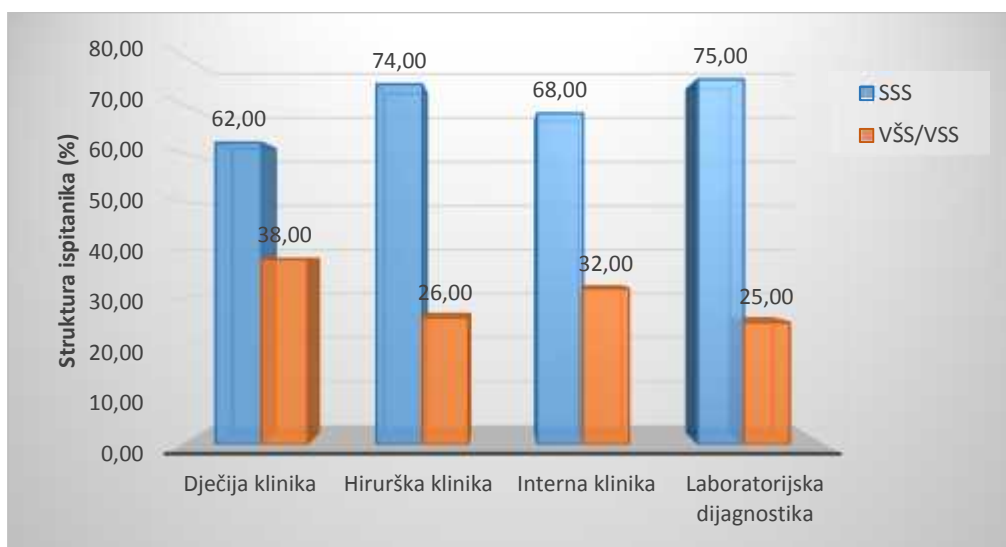
Prema stručnoj spremi i tipu klinike na kojoj su zaposleni nesumnjivo se zapaža da na svim klinikama, iji su uposlenici obuhva eni istraživanjem, dominantna srednja stručna sprema ispitanika. Relativno u eš e ispitanika sa SSS se kre e u intervalu izme u 62,0% do 75,00%. Nasuprot tome, relativno u eš e ispitanika sa VŠS ili VSS se kre e u intervalu izme u 25,00% do 38,00%.

U prilog tome, govore i rezultati hi-kvadrat testa, obzirom da je $p > 0,05$ ($\chi^2=2,228$; $P=0,527$). Shodno tome, nema statistički značajne povezanosti izme u tipa klinike i obrazovnog nivoa zaposlenika.

Konkretno, izme u klinika nema statistički značajne razlike u u eš u osoba sa SSS, kao niti razlike u zastupljenosti osoba sa VŠS/VSS školskom spremom, dok je kao što smo ve naveli dominantno u eš e osoba sa SSS.

Grafi ki prikazano, struktura ispitanika prema stručnoj spremi i klinici na kojoj su zaposleni izgleda ovako:

Grafikon 2.: *Struktura ispitanika prema stručnoj spremi i klinici na kojoj su zaposleni*



Analizom bra nog statusa ispitanika, obuhva enih istraživanjem, dolazim od opodataka prezentiranih u narednoj tabeli.

Tabela 3: Broj i struktura ispitanika prema bračnom statusu i klinici na kojoj su zaposleni

KLINIKA	Neoženjen-neudata		Oženjen/udata		Razvedeni		Ukupno	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Dječija klinika	8	16,00	32	64,00	10	20,00	50	100,00
Hirurška klinika	12	24,00	36	72,00	2	4,00	50	100,00
Interna klinika	3	6,00	46	92,00	1	2,00	50	100,00
Laboratorijska dijagnostika	2	7,14	25	89,29	1	3,57	28	100,00
UKUPNO	25	14,04	139	78,09	14	7,87	178	100,00

$\chi^2=23,269$; $df=6$; $P=0,001$;

Slijedom rezultata u gornjoj tabeli proizilazi zaključak da je najveće relativno udjelno udjelovanje neoženjenih/neudatih ispitanika na hirurškoj klinici, oženjenih/udatih na internoj klinici, dok su razvedeni najzastupljeniji na dječijoj klinici. Rezultati hi-kvadrat testa $p<0,05$ ($\chi^2=23,269$; $P=0,001$) pokazuju da postoji međuzavisnost između klinike i bračnog statusa.

Grafik prikazuje strukturu ispitanika prema bračnom statusu i klinici na kojoj su zaposleni izgleda kao na narednom grafikonu.

Grafikon 3: Struktura ispitanika prema bračnom statusu i klinici na kojoj su zaposleni

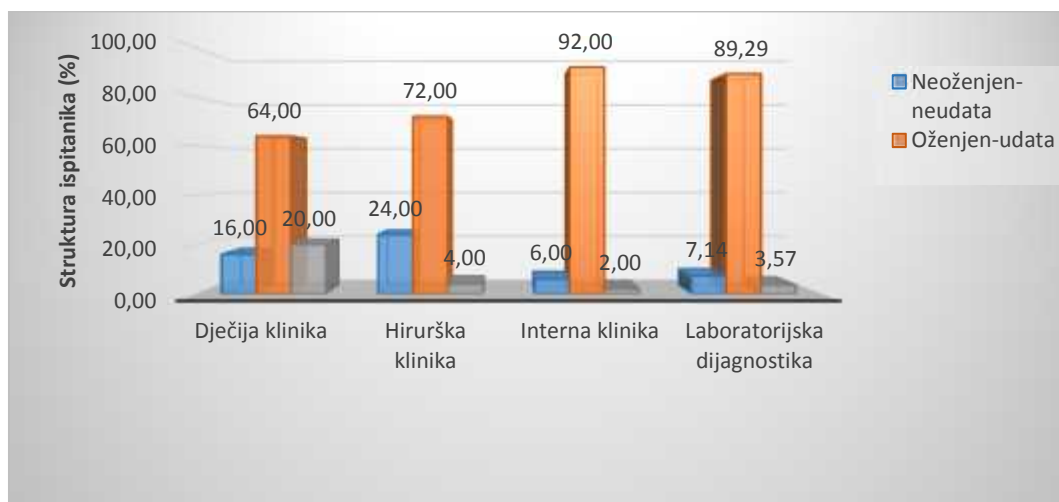


Tabela 4: Broj i struktura ispitanika prema radnom stažu i klinici na kojoj su zaposleni

KLINIKA	Do 10 godina		Od 10-30 godina		Preko 30 godina		Ukupno	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Dječija klinika	16	32,00	26	52,00	8	16,00	50	100,00
Hirurška klinika	13	26,00	26	52,00	11	22,00	50	100,00
Interna klinika	6	12,00	39	78,00	5	10,00	50	100,00
Laboratorijska dijagnostika	2	7,14	12	42,86	14	50,00	28	100,00
UKUPNO	37	20,79	103	57,87	38	21,35	178	100,00

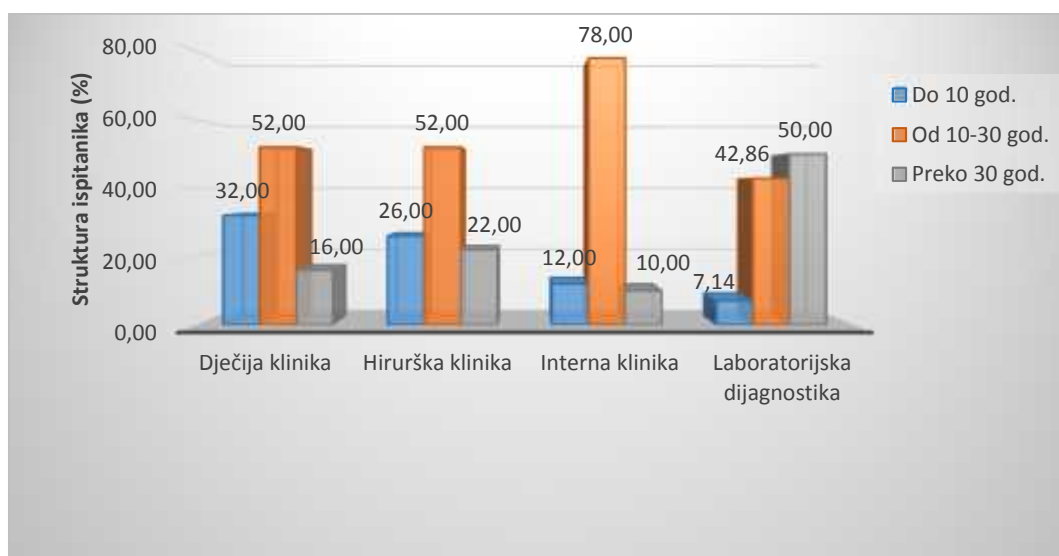
$\chi^2=27,694$; $df=6$; $P=0,000$;

Na osnovu rezultata u predhodnoj tabeli može se kazati da postoji statistički značajna razlika između klinika u relativnom udelu zaposlenih obzirom na dužinu radnog staža ($p < 0,001$).

Prema ukupnoj dužini radnog staža, najveći procenat ispitanika sa radnim stažom do 10 godina je na dječijoj klinici. Medicinske sestre-tehničari sa ukupnim radnim stažom između 10-30 godina su najzastupljeniji na internoj klinici, dok su medicinske sestre-tehničari sa radnim stažom preko 30 godina najzastupljeniji na klinici za laboratorijsku dijagnostiku.

Grafik prikazuje strukturu ispitanika prema stručnoj spremi i klinici na kojoj su zaposleni izgleda ovako:

Grafikon 4: Struktura ispitanika prema postojećem radnom stažu i klinici na kojoj su zaposleni



Istraživanjem dužine radnog staža na trenutnom radnom mjestu gdje su ispitanici raspoređeni dolazimo do rezultata prikazanih u narednoj tabeli.

Tabela 5: Broj i struktura ispitanika prema radnom stažu na trenutnom radnom mjestu i klinici gdje su zaposleni

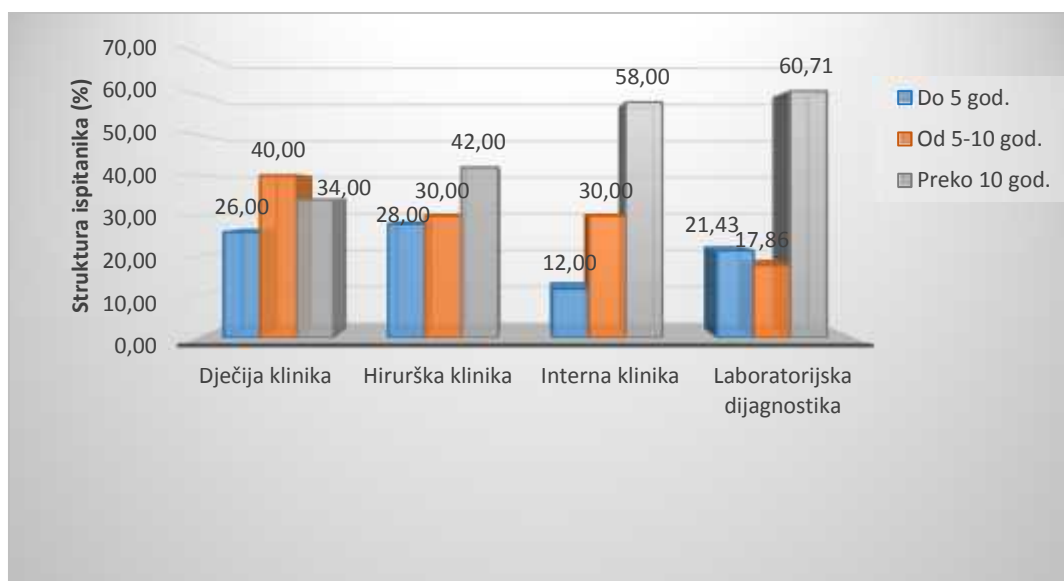
KLINIKA	Do 5 godina		Od 5-10 godina		Preko 10 godina		Ukupno	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Dječija klinika	13	26,00	20	40,00	17	34,00	50	100,00
Hirurška klinika	14	28,00	15	30,00	21	42,00	50	100,00
Interna klinika	6	12,00	15	30,00	29	58,00	50	100,00
Laboratorijska dijagnostika	6	21,43	5	17,86	17	60,71	28	100,00
UKUPNO	39	21,91	55	30,90	84	47,19	178	100,00

$\chi^2=10,832$; $df=6$; $P=0,094$

Na osnovu rezultata u predhodnoj tabeli, obzirom da je $p < 0,10$ može se kazati da na nivou značajnosti od 10% (rizik 0,10) postoji statistički značajna razlika između klinika u relativnom udjelu zaposlenih obzirom na dužinu radnog staža na trenutnom radnom mjestu gdje su raspoređeni.

Prema dužini radnog staža na trenutnom radnom mjestu gdje su raspoređeni, najveći procenat ispitanika sa radnim stažom do 5 godina je na internoj klinici (28%), dok su medicinske sestre-tehničari sa radnim stažom na trenutnom radnom mjestu između 5-10 godina najzastupljeniji na dječjoj klinici (40%). Medicinske sestre-tehničari sa radnim stažom na trenutnom radnom mjestu preko 10 godina su najzastupljeniji na klinici za laboratorijsku dijagnostiku (60%).

Grafikon 5: Struktura ispitanika prema radnom stažu na trenutnom radnom mjestu i klinici gdje su zaposleni



7.1. Utvrđivanje prisutnosti stresa kod medicinskih sestara-tehničara

U nastavku istraživanje je usmjereno na utvrđivanje prisustva stresa kod medicinskih sestara-tehničara, obzirom na njihova socio-demografska obilježja, uslove rada, prava zaposlenika i druge riziko faktore koji dovode do pojave ili povećavaju razinu stresa kod pomenutih zaposlenika

Tabela 6 : Broj i struktura ispitanika prema prisustvu stresa i klinici gdje su zaposleni

KLINIKA	Ne		Da		Ukupno	
	f	%	f	%	f	%
Dječija klinika	0	0,00	50	100,00	50	100,00
Hirurška klinika	5	10,00	45	90,00	50	100,00
Interna klinika	1	2,00	49	98,00	50	100,00
Laboratorijska dijagnostika	3	10,71	25	89,29	28	100,00
UKUPNO	9	5,06	169	94,94	178	100,00

$\chi^2=8,049$; $df=3$; $P=0,045$

Na osnovu rezultata u predhodnoj tabeli, obzirom da je $p < 0,05$, može se kazati uz nivo značajnosti od 5% (rizik 0,05) da postoji statistički značajna povezanost između tipa klinike i prisustva stresa kod zaposlenih. Konkretnije kazano, postoji statistički značajna razlika između klinika u relativnom udelu zaposlenih obzirom na prisustvo stresa.

Iako je kod svih klinika dominantno udelo ispitanika koji su se izjasnili da je stres prisutan kod njih, odnosno da su pod stresom, ipak najveći procenat istih je na dječjoj i internoj klinici, nešto manji procenta ispitanika (oko 90%) da je stres prisutan kod njih je zabilježen među ispitanicima zaposlenim na hirurškoj klinici i klinici za laboratorijsku dijagnostiku.

Grafik prikazuje strukturu ispitanika prema prisustvu stresa i klinici na kojoj su zaposleni izgleda ovako:

Grafikon 6: *Struktura ispitanika prema prisustvu stresa i klinici na kojoj su zaposleni*

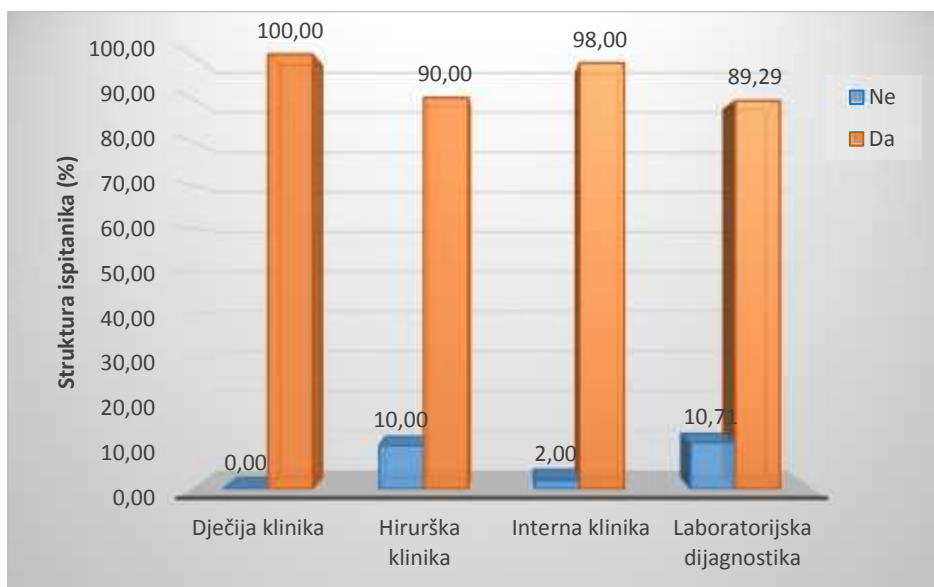


Tabela 7: *Broj i struktura ispitanika prema prisustvu stresa i mjestu zaposlenja*

RADNO MJESTO	Ne		Da		Ukupno	
	f	%	f	%	f	%
Klinički dio	7	4,90	136	95,10	143	100,00
Poliklinički dio	2	8,33	22	91,67	24	100,00
Specijalistička ambulanta	0	0,00	11	100,00	11	100,00
UKUPNO	9	5,06	169	94,94	178	100,00

$\chi^2=1,130; df=2; P=0,568$

Na osnovu rezultata u predhodnoj tabeli, obzirom da je $p > 0,05$, može se kazati uz nivo značajnosti od 5% da ne postoji statistički značajna povezanost između prisustva stresa i mjesta rada kod zaposlenih. Konkretnije kazano, ne postoji statistički značajna razlika između pojedinih mjesta rada u relativnom udjelu zaposlenih obzirom na prisustvo stresa.

Kod svih tipova mjesta rada dominantno je udjelo ispitanika koji su se izjasnili da je stres prisutan kod njih, odnosno da su pod stresom. Taj procenat (relativno udjelo) se kreće u rasponu od 91,67% do 100,00%.

Grafik prikazuje strukturu ispitanika prema prisustvu stresa i mjestu rada izgleda ovako:

Grafikon 7: Struktura ispitanika prema prisustvu stresa i mjestu zaposlenja



U tabeli koja slijedi, prikazani su podaci o ispitanicima-medicinskim sestrama/tehničarima prema spolu i prisustvu stresa kod istih.

Tabela 8: Broj i struktura ispitanika prema prisustvu stresa i spolu

Pol ispitanika	Ne		Da		Ukupno	
	f	%	f	%	f	%
Muški	2	6,45	29	93,55	31	100,00
Ženski	7	4,76	140	95,24	147	100,00
UKUPNO	9	5,06	169	94,94	178	100,00
$\chi^2=0,152$; $df=1$; $P=0,696$						

Pregledom podataka u predhodnoj tabeli dolazimo do zaključka da ne postoji statistički značajna povezanost između prisustva stresa i spola zaposlenih, na nivou značajnosti 5%. Konkretnije kazano, ne postoji statistički značajna razlika između muških i ženskih ispitanika u pogledu prisutnosti stresa.

Kod muških i ženskih zaposlenika procenat (relativno udio) zaposlenika kod kojih je prisutan stres se kreće u rasponu od 93,55% do 95,24%.

Grafik prikazuje strukturu ispitanika prema prisustvu stresa i spolu ispitanika izgleda ovako:

Grafikon 8: *Struktura ispitanika prema prisustvu stresa i spolu*



Sljedeća tabela sadrži rezultate istraživanja o prisustvu stresa kod medicinskih sestara-tehničara obzirom na njihovu stručnu spremu.

Tabela 9: *Broj i struktura ispitanika prema prisustvu stresa i obrazovanju*

Obrazovni nivo	Ne		Da		Ukupno	
	f	%	f	%	f	%
SSS	5	4,07	118	95,93	123	100,00
VŠS/VSS	4	44,44	5	55,56	9	100,00
UKUPNO	9	6,82	123	93,18	132	100,00
$\chi^2=0,815; df=1; P=0,367$						

Na osnovu rezultata u predhodnoj tabeli, obzirom da je $p > 0,05$, može se kazati uz nivo značajnosti od 5%, da ne postoji statistički značajna povezanost između prisustva stresa i stručne osposobljenosti zaposlenih.

Kod svih ispitanika, bez obzira na stručnu spremu, dominantno je učestvovalo ispitanika koji su se izjasnili da je stres prisutan kod njih. Struktura ispitanika prema prisustvu stresa i stručnoj spremi grafički izgleda ovako:

Grafikon 9: *Struktura ispitanika prema prisustvu stresa i obrazovanju*



Rezultati istraživanja o prisustvu stresa kod medicinskih sestara-tehničara obzirom na bračno stanje medicinskih sestara-tehničara su prikazani u donjoj tabeli.

Tabela 10: *Broj i struktura ispitanika prema prisustvu stresa i bračnom stanju*

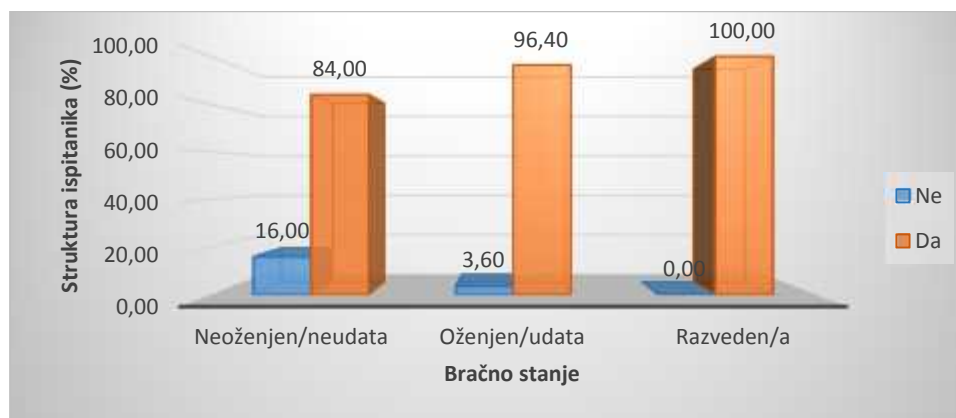
Bračno stanje	Ne		Da		Ukupno	
	f	%	f	%	f	%
Neoženjen/neudata	4	16,00	21	84,00	25	100,00
Oženjen/udata	5	3,60	134	96,40	139	100,00
Razveden/a	0	0,00	14	100,00	14	100,00
UKUPNO	9	5,06	169	94,94	178	100,00
$\chi^2=7,599$; $df=2$; $P=0,022$						

Na osnovu rezultata u predhodnoj tabeli, obzirom da je $p < 0,05$, može se kazati uz nivo značajnosti od 5% da postoji statistički značajna povezanost između prisustva stresa i bračnog statusa zaposlenih. Preciznije rečeno, postoji statistički značajna razlika između pojedinih modaliteta bračnog stanja u relativnom učestalošću zaposlenih kod kojih je zabilježeno prisustvo stresa.

Najizraženije prisustvo stresa (100%) je zabilježeno kod razvedenih medicinskih sestara-tehničara, dok je najmanje procenata zaposlenih sa stresom zabilježen kod ispitanika koji su neoženjeni ili neudati. Važno je kazati, bez obzira što postoji razlika u relativnom učestalošću ispitanika sa stresom između modaliteta bračnog statusa, kod svih statusa dominantno je učestalošću zaposleniak sa prisustvom stresa.

Grafik prikazuje strukturu ispitanika prema prisustvu stresa i bračnom statusu izgleda ovako:

Grafikon 10: *Struktura ispitanika prema prisustvu stresa i bračnom stanju*



Sljedeća tabela sadrži rezultate istraživanja o prisustvu stresa kod medicinskih sestara-tehničara obzirom na dužinu radnog staža.

Tabela 11: *Broj i struktura ispitanika prema prisustvu stresa i dužini radnog staža*

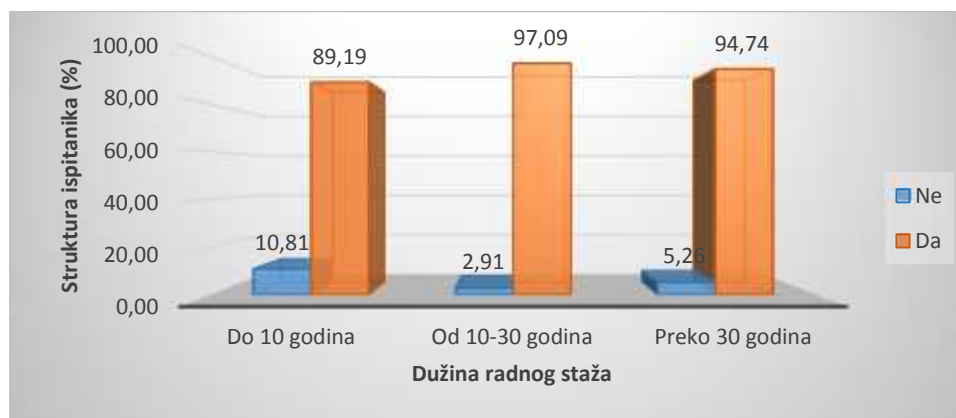
Dužina radnog staža	Ne		Da		Ukupno	
	f	%	f	%	f	%
Do 10 godina	4	10,81	33	89,19	37	100,00
Od 10-30 godina	3	2,91	100	97,09	103	100,00
Preko 30 godina	2	5,26	36	94,74	38	100,00
UKUPNO	9	5,06	169	94,94	178	100,00
$\chi^2=3,542$; $df=2$; $P=0,170$						

Prema rezultatima u predhodnoj tabeli, uz nivo značajnosti od 5%, zaključujemo da ne postoji statistički značajna povezanost između prisustva stresa i dužine radnog staža zaposlenih ($p > 0,05$).

Iako ne postoji međuzavisnost, mada kod svih modaliteta radnog staža dominiraju zaposlenici sa prisustvom stresa, vidimo da se najmanji procenat ispitanika izjasnio da je kod njih prisutan stres u kategoriji zaposlenika sa dužinom radnog staža do 10 godina u odnosu na prisustvo stresa kod zaposlenika sa dužinom radnog staža između 10-30 godina i dužinom radnog staža preko 30 godina.

Grafik prikazuje strukturu ispitanika prema prisustvu stresa i dužini radnog staža izgleda ovako:

Grafikon 11: *Struktura ispitanika prema prisustvu stresa i dužini radnog staža*



Rezultati istraživanja o prisustvu stresa kod medicinskih sestara-tehničara obzirom na dužinu radnog vremena su prikazani u sljedećoj tabeli.

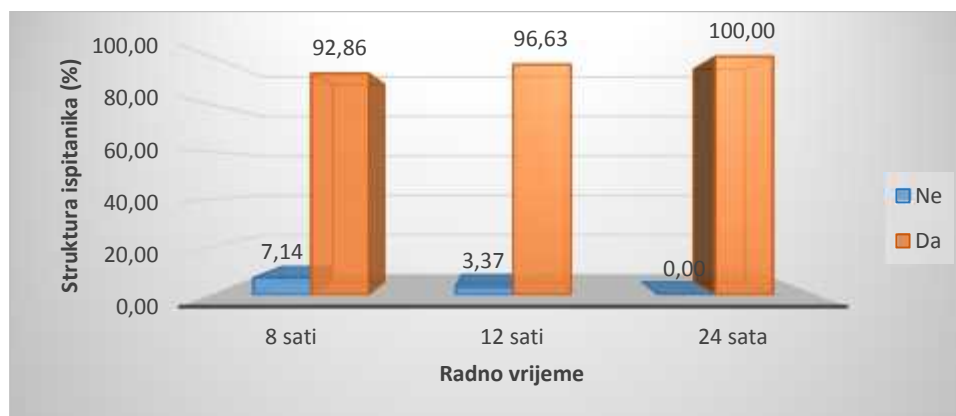
Tabela 12: *Broj i struktura ispitanika prema prisustvu stresa i radnom vremenu*

Radno vrijeme	Ne		Da		Ukupno	
	f	%	f	%	f	%
8 sati	6	7,14	78	92,86	84	100,00
12 sati	3	3,37	86	96,63	89	100,00
24 sata	0	0,00	5	100,00	5	100,00
UKUPNO	9	5,06	169	94,94	178	100,00
$\chi^2=1,155; df=2; P=0,460$						

Analizom rezultatima u gornjoj tabeli, uz nivo značajnosti od 5%, zaključujemo da ne postoji statistički značajna povezanost između prisustva stresa i radnog vremena zaposlenih ($p>0,05$).

Premada ne postoji međuzavisnost ipak kod svih modaliteta radnog vremena dominiraju zaposlenici sa prisustvom stresa. Najmanji procenat ispitanika koji su se izjasnili da je kod njih prisutan stres, zabilježen je kod medicinskih sestara-tehničara u kategoriji zaposlenika sa radnim vremenom do 8 sati, dok je najveći procenat zaposlenika sa stresom zabilježen kod ispitanika sa 24-satnim radnim vremenom. Struktura ispitanika prema prisustvu stresa i radnom vremenu izgleda ovako:

Grafikon 12: *Struktura ispitanika prema prisustvu stresa i radnom vremenu*



Da li dužina radnog staža na trenutnoj poziciji utječe na prisustvo stresa, u sljedećoj tabeli su prikazani rezultati istraživanja o postojanju međuzavisnosti između dužine radnog staža na trenutnoj poziciji i prisustva stresa kod zaposlenih.

Tabela 13: *Broj i struktura ispitanika prema prisustvu stresa i dužini radnog staža na trenutnom radnom mjestu*

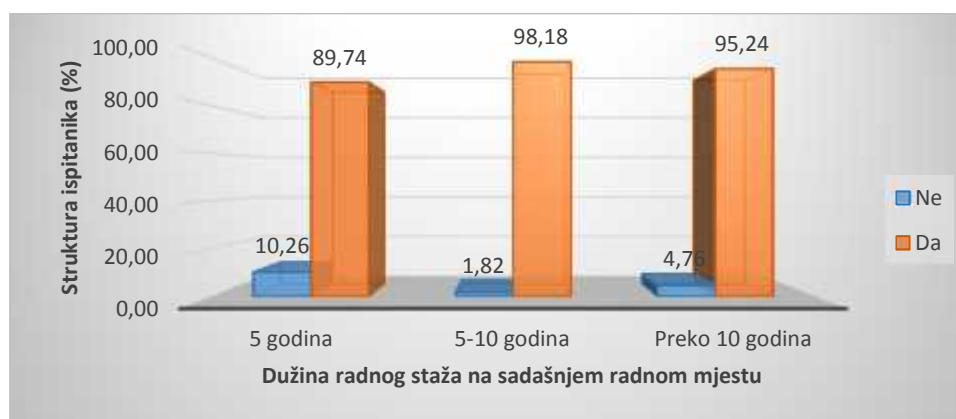
Dužina radnog staža na sadašnjem radnom mjestu	Ne		Da		Ukupno	
	f	%	f	%	f	%
5 godina	4	10,26	35	89,74	39	100,00
5-10 godina	1	1,82	54	98,18	55	100,00
Preko 10 godina	4	4,76	80	95,24	84	100,00
UKUPNO	9	5,06	169	94,94	178	100,00

$\chi^2=3,413$; $df=2$; $P=0,181$

Analizom rezultatima u gornjoj tabeli, uz nivo značajnosti od 5%, zaključujemo da ne postoji statistički značajna povezanost između prisustva stresa i dužine radnog staža na trenutnom radnom mjestu ($p>0,05$).

Iako nije utvrđeno postojanje međuzavisnosti, ipak kod svih modaliteta radnog staža na trenutnoj poziciji dominiraju zaposlenici sa prisustvom stresa. Najmanji procenat ispitanika koji su se izjasnili da je kod njih prisutan stres, zabilježen je kod medicinskih sestara-tehničara u kategoriji zaposlenika sa radnim stažom do 5 godina (89,74%), dok je najveći procenat zaposlenika sa stresom zabilježen kod ispitanika sa radnim stažom 5-10 godina (98,1%). Struktura ispitanika prema prisustvu stresa i radnom stažu na trenutnoj poziciji, grafički prikazano izgleda ovako:

Grafikon 13: Struktura ispitanika prema prisustvu stresa i dužini radnog staža na trenutnom radnom mjestu



U nastavku slijedi testiranje postojanja statistički značajne povezanosti između prisustva stresa i ocjene stanja međuljudskih odnosa, u sljedećoj tabeli su prikazani rezultati istraživanja.

Tabela 14: Broj i struktura ispitanika prema prisustvu stresa i ocjeni stanja međuljudskih odnosa

Međuljudski odnosi	Ne		Da		Ukupno	
	f	%	f	%	f	%
Loši	0	0,00	71	100,00	71	100,00
Zadovoljavaju i	5	5,81	81	94,19	86	100,00
Odlični	4	19,05	17	80,95	21	100,00
UKUPNO	9	5,06	169	94,94	178	100,00

$\chi^2=12,448$; $df=2$; $P=0,002$

Prema rezultatima u predhodnoj tabeli, uz nivo značajnosti od 5%, zaključujemo da postoji statistički značajna povezanost između prisustva stresa i ocjene zaposlenih o stanju međuljudskih odnosa ($p < 0,05$).

Zaključujemo da je većina ispitanika sa prisustvom stresa zabilježen kada je stanje međuljudskih odnosa ocijenjeno kao „loše“ (100%), dok je najmanji procenata medicinskih sestara i tehničara sa prisutnim stresom zabilježen kada su međuljudski odnosi ocijenjeni kao „odlični“ (80,95%).

Grafik prikazuje strukturu ispitanika prema prisustvu stresa i ocjeni stanja međuljudskih odnosa izgleda ovako:

Grafikon 14: *Struktura ispitanika prema prisustvu stresa i ocjeni stanja me uljudskih odnosa*

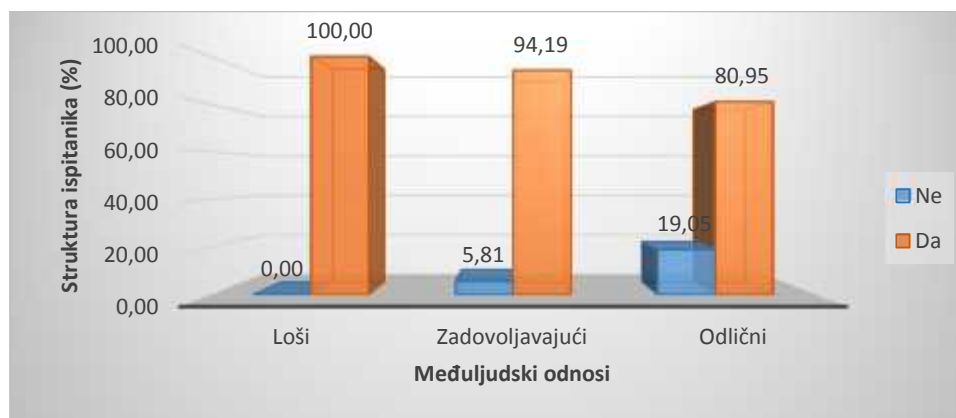


Tabela 15: *Broj i struktura ispitanika prema prisustva stresa i mego nosti za odbijanje zadatak ukoliko meicinske sestre-tehni ari nemaju stru nosti za njihovo izvršenje*

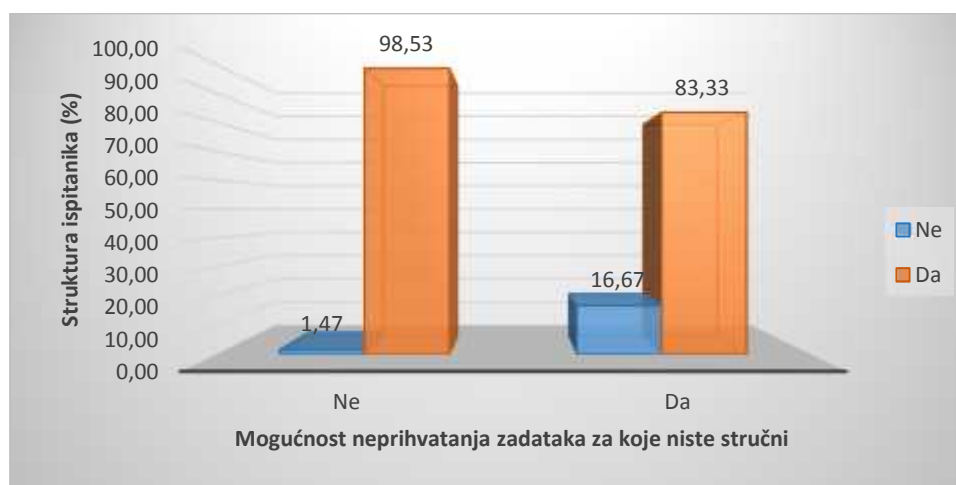
Mogu nost neprihvatanja zadataka za koje niste stru ni	Ne		Da		Ukupno	
	f	%	f	%	f	%
Ne	2	1,47	134	98,53	136	100,00
Da	7	16,67	35	83,33	42	100,00
UKUPNO	9	5,06	169	94,94	178	100,00

$\chi^2=15,436$; $df=1$; $P=0,000$

Rezultati testa u predhodnoj tabeli, pokazuju da **postoji statisti ki zna ajna povezanost** izme u prisustva stresa i postojanja mogu nosti za odbijanje (neprihvatanje) zadatak ukoliko meicinske sestre-tehni ari nemaju stru nosti za njihovo izvršenje ($p<0,05$). Zaklju ak je da je najve i procenata ispitanika sa prisustvom stresa zabilježen kada **ne postoji** mogu nost neprihvatanja zadataka za koje nisu stru ni (98,53%).

Grafi ki prikazano, struktura ispitanika prema prisustvu stresa i mogu nosti za odbijanje (neprihvatanje) zadataka za koje medicinske sestre-tehni ari nisu stru ni izgleda ovako:

Grafikon 15: *Struktura ispitanika prema prisustvu stresa i mogu nosti za odbijanje zadataka za koje medicinske sestre-tehni ari nisu stru ni*



Da li podrška pretpostavljenih za održavanje i razvijanje stru nosti medicinskih sestara/tehni ara utje e na prisustvo stresa, u sljede oj tabeli su prikazani rezultati istraživanja o postojanju me uzavisnosti izme u postojanja podrške pretpostavljenih za održavanje i razvijanje stru nosti medicinskih sestara/tehni ara i prisustva stresa kod istih.

Tabela 16: *Broj i struktura ispitanika prema postojanju podrške pretpostavljenih za održavanje i razvijanje stru nosti medicinskih sestara/tehni ara i prisustvu stresa*

Podrška pretpostavljenih za održavanje i razvijanje stru nosti ispitanika	Ne		Da		Ukupno	
	f	%	f	%	f	%
Ne	1	1,27	78	98,73	79	100,00
Ponekad	3	6,82	41	93,18	44	100,00
Da	5	9,09	50	90,91	55	100,00
UKUPNO	9	5,06	169	94,94	178	100,00

$\chi^2=4,514$; $df=2$; $P=0,105$

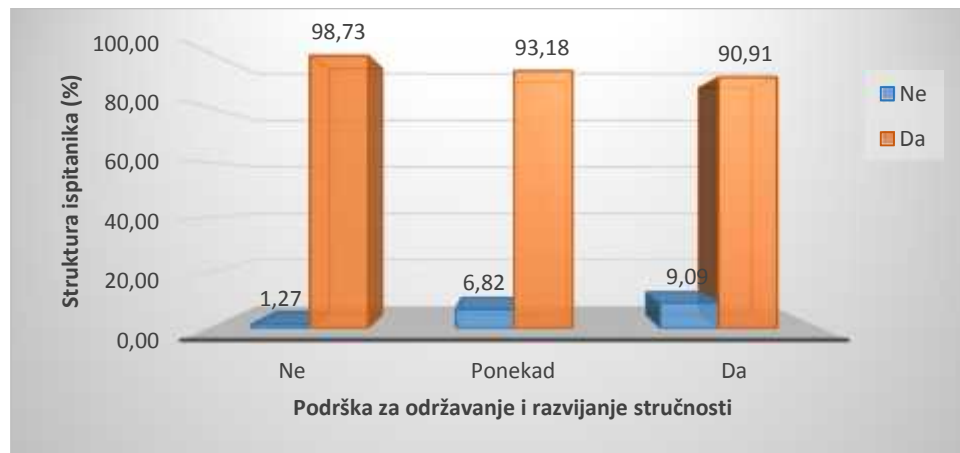
Prema rezultatima u predhodnoj tabeli,uz nivo zna ajnosti od 5%, zaklju ujemo da ne postoji statisti ki zna ajna povezanost izme u postojanja podrške pretpostavljenih za održavanje i razvijanje stru nosti medicinskih sestara/tehni ara i prisustva stresa ($p>0,05$).

Iako ne postoji statisti ki zna ajna povezanost, može se uo iti da je najve i procenat ispitanika sa prisustvom stresa zabilježen kada nepostoji podrška pretpostavljenih za održavanje i razvijanje stru nosti medicinskih sestara/tehni ara (98,73%), dok je najmanji

procenata medicinskih sestara i tehni ara sa prisutnim stresom zabilježen kada postoji podrška pretpostavljenih za održavanje i razvijanje stru nosti (90,91%).

Grafi ki prikazano, struktura ispitanika prema prisustvu stresa i postojanju podrške pretpostavljenih za održavanje i razvijanje stru nosti medicinskih sestara/tehni ara izgleda ovako:

Grafikon 16: *Struktura ispitanika prema postojanju podrške pretpostavljenih za održavanje i razvijanje stru nosti medicinskih sestara/tehni ara i prisustvu stresa*



U tabeli 17 su prikazani su rezultati testiranja postojanja statisti ki zna ajne me uzavisnosti izme u prisustva stresa i mogu nosti odlaska na godišnji odmor bez problema.

Tabela 17: *Broj i struktura ispitanika prema prisustvu stresa i mogu nosti odlaska na godišnji odmor bez problema*

Mogu nost korištenja godišnjeg odmora bez problema	Ne		Da		Ukupno	
	f	%	f	%	f	%
Ne	0	0,00	56	100,00	56	100,00
Ponekad	0	0,00	57	100,00	57	100,00
Da	9	13,85	56	86,15	65	100,00
UKUPNO	9	5,06	169	94,94	178	100,00

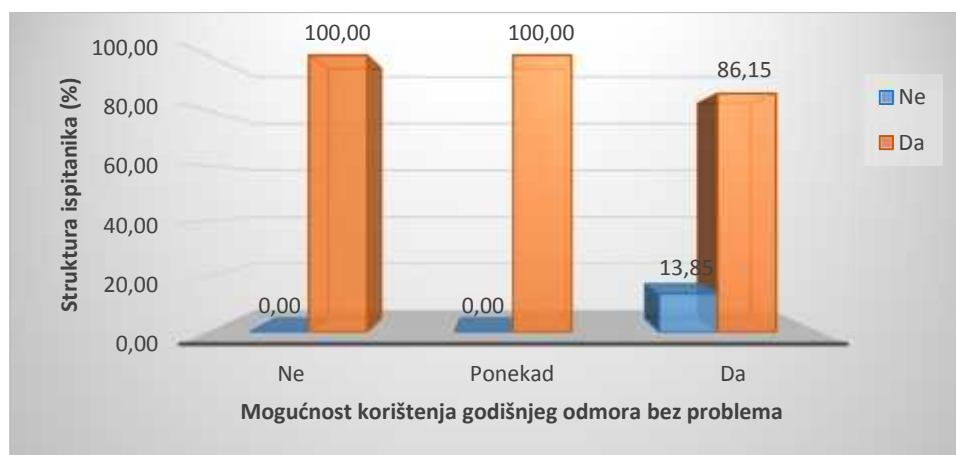
$\chi^2=16,479; df=2; P=0,000$

Rezultati testa u predhodnoj tabeli, pokazuju da postoji statisti ki zna ajna povezanost izme u prisustva stresa i postojanja mogu nosti odlaska na godišnji odmor bez problema (p<0,05).

Zaključak je da je najveći procenat ispitanika sa prisustvom stresa zabilježen kada **ne postoji** ili **ponekad** postoji za odlazak na godišnji odmor bez problema (100%).

Grafik prikazuje strukturu ispitanika prema prisustvu stresa i postojanja mogućnosti za odlazak na godišnji odmor bez problema, izgleda ovako:

Grafikon 17: Struktura ispitanika prema prisustvu stresa i mogućnosti odlaska na godišnji odmor bez problema



U narednoj tabeli su prikazani rezultati istraživanja o prisustvu stresa obzirom na stavove prema lošoj organizaciji posla.

Tabela 18: Broj i struktura ispitanika prema prisustvu stresa u odnosu na stavove prema lošoj organizaciji posla

Loša organizacija posla dovodi do stresa	Ne		Da		Ukupno	
	f	%	f	%	f	%
Ne	0	0,00	5	100,00	5	100,00
Ponekad	1	6,67	14	93,33	15	100,00
Da	8	5,06	150	94,94	158	100,00
UKUPNO	9	5,06	169	94,94	178	100,00

$\chi^2=0,347$; $df=2$; $P=0,841$

Obzirom da je $p > 0,05$, zaključak je da nema međuzavisnosti između u pojedinog stava o tome da loša organizacija posla dovodi do stresa i prisustva stresa kod medicinskih sestara/tehničara. Bez obzira na stavove o tome da li loša organizacija posla dovodi do stresa ili ne, nema razlike u relativnom učestvu (procentu) medicinskih sestara/tehničara koji su se izjasnili da su pod stresom.

Grafikon 18: *Struktura ispitanika prema prisustvu stresa u odnosu na stavove prema lošoj organizaciji posla*



7.2. Utvrđivanje najznačajnijih faktora profesionalnog sagorijevanja

U cilju utvrđivanja koji su to stresogeni faktori koji daju najveći doprinos profesionalnom sagorijevanju, u narednoj tabeli su iskazani stavovi medicinskih sestara/tehničara o utjecaju pojedinih stresogenih faktora na pojavu sindroma profesionalnog sagorijevanja.

Tabela 19: *Broj i struktura ispitanika prema stavovima o utjecaju pojedinih faktora na profesionalno sagorijevanje*

Stresori koji najviše doprinose profesionalnom sagorijevanju	Broj i struktura ispitanika	
	f	%
Smjenski rad	22	12,36
Profesionalni zahtjevi	20	11,24
Nedovoljan budžet	35	19,66
Međuljudski odnosi	101	56,74
UKUPNO	178	100,00

Prema rezultatima u predhodnoj tabeli, odnosno prema stavovima medicinskih sestara/tehničara o utjecaju pojedinih faktora na profesionalno sagorijevanje, dolazimo do zaključka da se faktori prema intenzitetu doprinosa profesionalnom sagorijevanju mogu rangirati na sljedeći način:

1. Međuljudski odnosi,
2. Nedovoljan budžet,

3. Smjenski rad, i
4. Profesionalni zahtjevi.

Na prvom mjestu su me uljudski odnosi, dok posljednje mjesto pripada profesionalnim zahtjevima kao faktoru profesionalnog sagorijevanja.

Tabela 20: Broj i struktura ispitanika prema prisustvu stresa u odnosu na stavove prema prisustvu problema sa nadre enim

Postoje problemi sa nadre enim u poslu	Ne		Da		Ukupno	
	f	%	f	%	f	%
Ne	5	12,50	35	87,50	40	100,00
Ponekad	3	4,92	58	95,08	61	100,00
Da	1	1,30	76	98,70	77	100,00
UKUPNO	9	5,06	169	94,94	178	100,00

$\chi^2=6,884$; $df=2$; $P=0,032$

Obzirom da je $p < 0,05$, zaklju ak je da postoji me uzavisnosti izme u prisustva stresa kod zaposlenih i postojanja problema sa nadre enim. **Najve i procenat zaposlenih (98,70%) je iskazao da je pod stresom, a da ujedno imaju problem sa nadre enim.**

Grafikon 19: Struktura ispitanika prema prisustvu stresa u odnosu na stavove prema prisustvu problema sa nadre enim

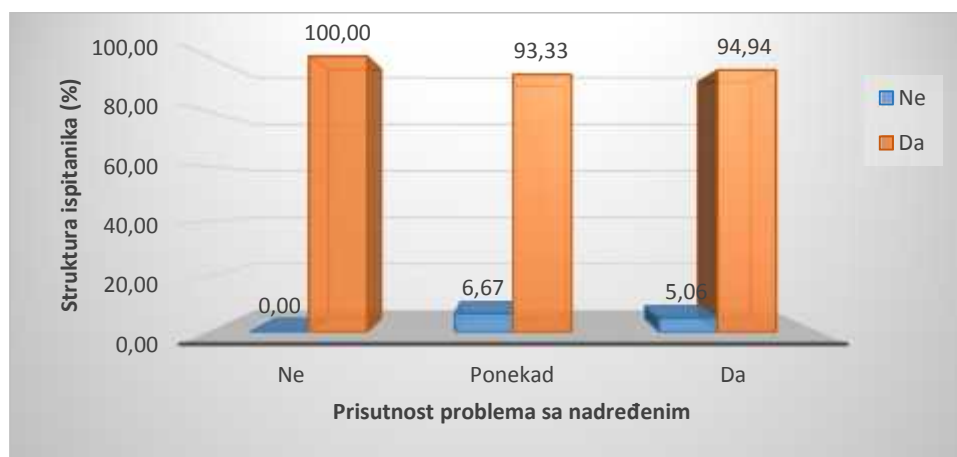


Tabela 21: Broj i struktura ispitanika prema prisustvu stresa u odnosu na stavove prema prisustvu izloženosti opasnostima i štetnostima

Izloženi ste opasnostima i štetnostima tokom radnog vremena	Ne		Da		Ukupno	
	f	%	f	%	f	%
Ne	1	33,33	2	66,67	3	100,00
Ponekad	6	12,00	44	88,00	50	100,00
Da	2	1,60	123	98,40	125	100,00
UKUPNO	9	5,06	169	94,94	178	100,00

$\chi^2=13,129$; $df=2$; $P=0,001$

Kako da je $p < 0,05$, zakljuak je da postoji me uzavisnosti izme u prisustva stresa kod zaposlenih i izloženosti opasnostima i štetnostima. **Najve i procenat zaposlenih (98,40%) je iskazao da je pod stresom, a da je istovremeno izložen opasnostima i štetnostiam na radnom mjestu.**

Grafikon 20: Struktura ispitanika prema prisustvu stresa u odnosu na stavove prema prisustvu izloženosti opasnostima i štetnostima

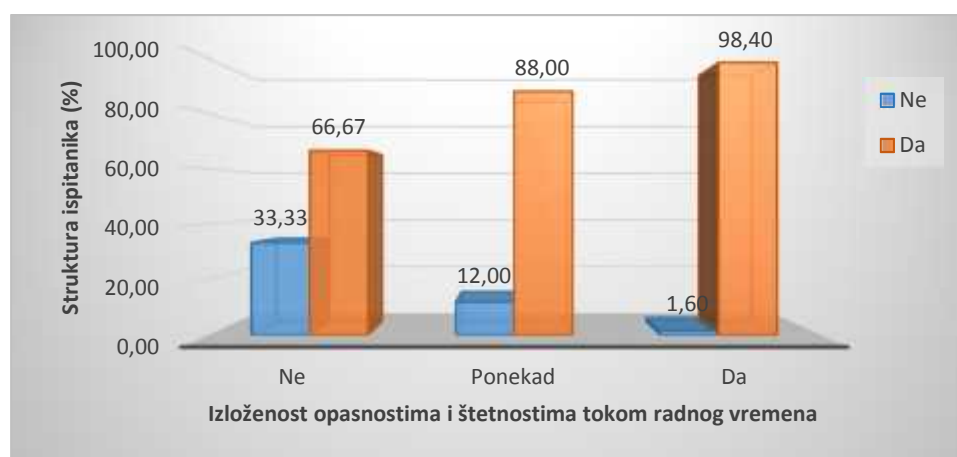


Tabela 22: Broj i struktura ispitanika prema prisustvu stresa u odnosu na stavove prema prisustvu preopterećenosti poslom

Preopterećenost poslom	Ne		Da		Ukupno	
	f	%	f	%	f	%
Ne	2	40,00	3	60,00	5	100,00
Ponekad	4	7,14	52	92,86	56	100,00
Da	3	2,56	114	97,44	117	100,00
UKUPNO	9	5,06	169	94,94	178	100,00

$\chi^2=14,740$; $df=2$; $P=0,001$

Iz tabele je vidljivo da je $p < 0,05$ na osnovu čega zaključujemo da postoji me uzavisnosti između prisustva stresa kod zaposlenih i prisustva preopterećenosti poslom. Najveći procenat zaposlenih (97,44%) je iskazao da je pod stresom, a da je istovremeno preopterećen poslom.

Grafikon 21: Struktura ispitanika prema prisustvu stresa u odnosu na stavove prema prisustvu preopterećenosti poslom

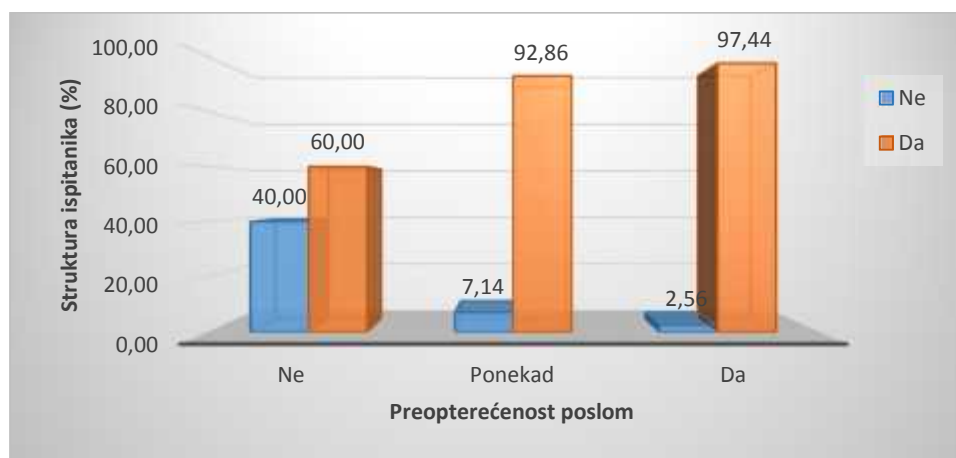


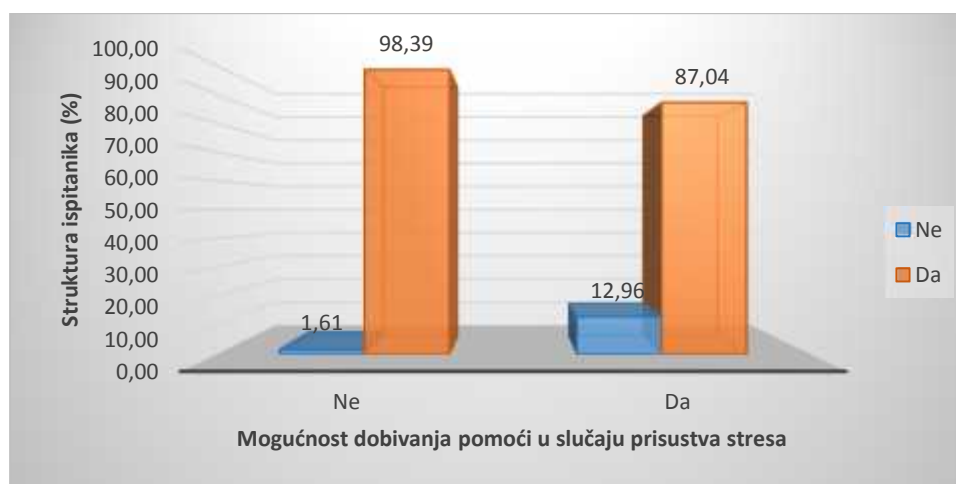
Tabela 23: Broj i struktura ispitanika prema prisustvu stresa u odnosu na stavove prema mogućnosti dobivanja pomoći u slučaju prisutnosti stresa

Mogućnost dobivanja pomoći u slučaju prisutnosti stresa	Ne		Da		Ukupno	
	f	%	f	%	f	%
Ne	2	1,61	122	98,39	124	100,00
Da	7	12,96	47	87,04	54	100,00
UKUPNO	9	5,06	169	94,94	178	100,00

$\chi^2=10,095$; $df=2$; $P=0,001$

Obzirom da je $p < 0,05$ na osnovu tega zaključujemo da postoji me uzavisnosti između prisustva stresa kod zaposlenih i nemogućnosti dobivanja pomoći. **Najveći procenat zaposlenih (98,39%) je iskazao da je pod stresom, te da nema mogućnost dobivanja pomoći.**

Grafikon 22: *Struktura ispitanika prema prisustvu stresa u odnosu na stavove prema mogućnosti dobivanja pomoći*



8. ZAKLJUČAK

Današnji tempo života, brzine i količine informacija kojima smo bombardirani, broj obaveza, kratko a rokova za njihovo izvršavanje u mnogome se razlikuje na inu života i okruženju u kojem je naš mentalni i emocionalni sistem razvijan te skladno tome prilagođen. Tome u prilog ide i činjenica da se sa stajališta biološke grane osnovnih emocionalnih živanih krugova, ono sa čime se rodimo, zapravo je ono što je davalo najbolje rezultate u posljednjih 50 000 generacija ljudi, ne posljednjih 500 generacija i nikako ne posljednjih pet (prema Goleman 1997.).

U radu je izvršeno nekoliko ispitivanja i usporedbi različitih varijabli kako bi saznali kolika je prisutnost stresa kod zdravstvenih radnika, konkretno kod medicinskih sestara-tehničara, specifične faktore koji dovode do stresa, te povezanost stresogenih faktora, prisustva stresa i općih obilježja ispitanika u okviru 4 klinike JZU UKC Tuzla. Došli smo do sljedećih rezultata:

- kod svih četiri klinike dominantna je zastupljenost osoba ženskog spola. Primjenom hi-kvadrat testa došli smo do spoznaje da nema statistički značajne povezanosti između tipa klinike i spola zaposlenika.
- na svim klinikama, čiji su zaposlenici obuhvaćeni istraživanjem, dominantna srednja struktura prema ispitanika – kreće se u intervalu između 62,0% do 75,00%. Hi-kvadrat test: nema statistički značajne povezanosti između tipa klinike i obrazovnog nivoa zaposlenika.
- najveće relativno udjeljeno neoženjenih/neudatih ispitanika na hirurškoj klinici, oženjenih/udatih na internoj klinici, dok su razvedeni najzastupljeniji na dječjoj klinici. Hi-kvadrat test: postoji međuzavisnost između klinike i bračnog statusa.
- postoji statistički značajna razlika između klinika u relativnom udjelu zaposlenih obzirom na dužinu radnog staža. Najveći procenat ispitanika sa radnim stažom do 10 godina je na dječjoj klinici, između 10-30 godina na internoj klinici, preko 30 godina na klinici za laboratorijsku dijagnostiku.
- postoji statistički značajna razlika između klinika u relativnom udjelu zaposlenih obzirom na prisustvo stresa. Najveći procenat je na dječjoj i internoj klinici.
- ne postoji statistički značajna razlika između pojedinih mjesta rada u relativnom udjelu zaposlenih obzirom na prisustvo stresa. Kod svih tipova mjesta rada

dominantno je u eš e ispitanika koji su se izjasnili da je stres prisutan kod njih, odnono da su pod stresom. Taj procnat (relativno u eš e) se kre e u rasponu od 91,67% do 100,00 %.

- ne postoji statisti ki zna ajna razlika izme u muških i ženskih ispitanika u pogledu prisutnosti stresa.
- da ne postoji statisti ki zna ajna povezanost izme u prisustva stresa i stru ne osposobljenosti zaposlenih.
- postoji statisti ki zna ajna povezanost izme u prisustva stresa i bra nog statusa zaposlenih. Najizraženije prisustvo stressa (100%) je zabilježeno kod razvedenih medicinskih sestara-tehni ara, dok je najmanje procenata zaposlenih sa stresom zabilježen kod ispitanika koji su neoženjeni ili neudati.
- ne postoji statisti ki zna ajna povezanost izme u prisustva stresa i radnog vremena zaposlenih.
- ne postoji statisti ki zna ajna povezanost izme u prisustva stresa i dužine radnog staža na trenutnom radnom mjestu.
- da postoji statisti ki zna ajna povezanost izme u prisustva stresa i ocjene zaposlenih o stanju me uljudskih odnosa.
- da postoji statisti ki zna ajna povezanost izme u prisustva stresa i postojanja mogu nosti za odbijanje (neprihvatanje) zadataka ukoliko medicinske sestre-tehni ari nemaju stru nosti za njihovo izvršenje
- ne postoji statisti ki zna ajna povezanost izme u postojanja podrške pretpostavljenih za održavanje i razvijanje stru nosti medicinskih sestara/tehni ara i prisustva stresa.
- da postoji statisti ki zna ajna povezanost izme u prisustva stresa i postojanja mogu nosti odlaska na godišnji odmor bez problema.
- nema me uzavisnosti izme u pojedinog stava o tome da loša organizacija posla dovodi do stresa i prisustva stresa kod medicinskih sestara/tehni ara.

Prilikom utvr ivanja najzna ajnijih faktora profesionalnog sagorijevanja dolazimo do sljede ih rezultata:

- da postoji me uzavisnosti izme u prisustva stresa kod zaposlenih i postojanja problema sa nadre enim.
- da postoji me uzavisnosti izme u prisustva stresa kod zaposlenih i izloženosti opasnostima i štetnostima.

- da postoji me uzavisnosti izme u prisustva stresa kod zaposlenih i prisustva preoptere enosti poslom.
- da postoji me uzavisnosti izme u prisustva stresa kod zaposlenih i nemogu nosti dobivanja pomo i.

Možemo zaklju iti da postoji velika prisutnost stresa u zdravstvenim ustanovama u BiH, oslanjaju i se na rezultate dobivene istraživanjem u 4 klinike JZU UKC Tuzla i da su zdravstvene ustanove u velikim koli inama podložene stresogenim faktorima. Prilikom ispitivanja specifi nih uticajnih faktora profesionalnog sagorijevanja, došli smo do saznanja da su najzna ajniji sljede i: me uljudski odnosi, nedovoljan budžet, smjenski rad i profesionalni zahtjevi. Na prvom mjestu su me uljudski odnosi, dok posljednje mjesto pripada profesionalnim zahtjevima kao faktoru profesionalnog sagorijevanja.

Stabilne osobine li nosti su predispozicija osobi da vidi doga aje na odre en na in koje mu mogu pomo i popraviti ili omogu iti proces adaptacije i njegovih psiholoških i tjelesnih zdravstvenih ishoda (Kaplan, 1996.). Važno je isplanirati vrijeme za nesmetano razmišljanje i vrijeme za opuštanje, te pokušati izbjegavati stalnu brigu, nikad ne odga ati obaveze, te pro itati barem jedan lanak dnevno koji nema nikakve veze s našim profesionalnim usmjerenjem ili studijem. Uvijek završiti barem jednu stvar do kraja, ne pretrpavati se dnevnim obvezama, slaviti male pobjede i aktivno sudjelovati u aktivnostima gdje emo graditi "emocionalne bankovne ra une".

Da bi se zaštitili od stresogenih uticaja i izbjegli sindrom sagorijevanja mi se sami moramo adaptirati na nove uslove u kojima se nalazimo kako bi bili što je mogu e uspješniji, zadovoljniji, zdraviji i dugovje niji.

POPIS SLIKA I GRAFIKONA

Slika 1. Dijagram pripremanja i vršenja anketiranja

Grafikon 1.: Struktura ispitanika prema spolu i klinici na kojoj su zaposleni

Grafikon 2.: Struktura ispitanika prema stručnoj spremi i klinici na kojoj su zaposleni

Grafikon 3: Struktura ispitanika prema bračnom statusu i klinici na kojoj su zaposleni

Grafikon 4: Struktura ispitanika prema postojećem radnom stažu i klinici na kojoj su zaposleni

Grafikon 5: Struktura ispitanika prema radnom stažu na trenutnom radnom mjestu i klinici gdje su zaposleni

Grafikon 6: Struktura ispitanika prema prisustvu stresa i klinici na kojoj su zaposleni

Grafikon 7: Struktura ispitanika prema prisustvu stresa i mjestu zaposlenja

Grafikon 8: Struktura ispitanika prema prisustvu stresa i spolu

Grafikon 9: Struktura ispitanika prema prisustvu stresa i obrazovanju

Grafikon 10: Struktura ispitanika prema prisustvu stresa i bračnom stanju

Grafikon 11: Struktura ispitanika prema prisustvu stresa i dužini radnog staža

Grafikon 12: Struktura ispitanika prema prisustvu stresa i radnom vremenu

Grafikon 13: Struktura ispitanika prema prisustvu stresa i dužini radnog staža na trenutnom radnom mjestu

Grafikon 14: Struktura ispitanika prema prisustvu stresa i ocjeni stanja međuljudskih odnosa

Grafikon 15: Struktura ispitanika prema prisustvu stresa i mogućnosti za odbijanje zadataka za koje medicinske sestre-tehničari nisu stručni

Grafikon 16: Struktura ispitanika prema postojanju podrške pretpostavljenih za održavanje i razvijanje stručnosti medicinskih sestara/tehničara i prisustvu stresa

Grafikon 17: Struktura ispitanika prema prisustvu stresa i mogućnosti odlaska na godišnji odmor bez problema

Grafikon 18: Struktura ispitanika prema prisustvu stresa u odnosu na stavove prema lošoj organizaciji posla

Grafikon 19: Struktura ispitanika prema prisustvu stresa u odnosu na stavove prema prisustvu problema sa nadređenim

Grafikon 20: Struktura ispitanika prema prisustvu stresa u odnosu na stavove prema prisustvu izloženosti opasnostima i štetnostima

Grafikon 21: Struktura ispitanika prema prisustvu stresa u odnosu na stavove prema prisustvu preopterećenosti poslom

Grafikon 22: Struktura ispitanika prema prisustvu stresa u odnosu na stavove prema mogućnosti dobivanja pomoći

POPIS TABELA

Tabela 1: Broj i struktura ispitanika prema spolu i klinici na kojoj su zaposleni

Tabela 2: Broj i struktura ispitanika prema stručnoj spremi i klinici na kojoj su zaposleni

Tabela 3: Broj i struktura ispitanika prema bračnom statusu i klinici na kojoj su zaposleni

Tabela 4: Broj i struktura ispitanika prema radnom stažu i klinici na kojoj su zaposleni

Tabela 5: Broj i struktura ispitanika prema radnom stažu na trenutnom radnom mjestu i klinici gdje su zaposleni

Tabela 6: Broj i struktura ispitanika prema prisustvu stresa i klinici gdje su zaposleni

Tabela 7: Broj i struktura ispitanika prema prisustvu stresa i mjestu zaposlenja

Tabela 8: Broj i struktura ispitanika prema prisustvu stresa i spolu

Tabela 9: Broj i struktura ispitanika prema prisustvu stresa i obrazovanju

Tabela 10: Broj i struktura ispitanika prema prisustvu stresa i bračnom stanju

Tabela 11: Broj i struktura ispitanika prema prisustvu stresa i dužini radnog staža

Tabela 12: Broj i struktura ispitanika prema prisustvu stresa i radnom vremenu

Tabela 13: Broj i struktura ispitanika prema prisustvu stresa i dužini radnog staža na trenutnom radnom mjestu

Tabela 14: Broj i struktura ispitanika prema prisustvu stresa i ocjeni stanja međuljudskih odnosa

Tabela 15: Broj i struktura ispitanika prema prisustvu stresa i mogućnosti za odbijanje zadatak ukoliko medicinske sestre-tehničari nemaju stručnosti za njihovo izvršenje

Tabela 16: Broj i struktura ispitanika prema postojanju podrške pretpostavljenih za održavanje i razvijanje stručnosti medicinskih sestara/tehničara i prisustvu stresa

Tabela 17: Broj i struktura ispitanika prema prisustvu stresa i mogućnosti odlaska na godišnji odmor bez problema

Tabela 18: Broj i struktura ispitanika prema prisustvu stresa u odnosu na stavove prema lošoj organizaciji posla

Tabela 19: Broj i struktura ispitanika prema stavovima o utjecaju pojedinih faktora na profesionalno sagorijevanje

Tabela 20: Broj i struktura ispitanika prema prisustvu stresa u odnosu na stavove prema prisustvu problema sa nadređenim

Tabela 21: Broj i struktura ispitanika prema prisustvu stresa u odnosu na stavove prema prisustvu izloženosti opasnostima i štetnostima

Tabela 22: Broj i struktura ispitanika prema prisustvu stresa u odnosu na stavove prema prisustvu preopterećenosti poslom

Tabela 23: Broj i struktura ispitanika prema prisustvu stresa u odnosu na stavove prema mogućnosti dobivanja pomoći

LITERATURA

Knjige, lanci i zakoni:

1. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital staffing, organization and quality of care: cross-national findings. *Int J Qual Health Care* 2002;14(1):5–13
2. Akademik Filipovi , M.: Metodologija znanosti i znanstvenog rada, Svjetlost, Sarajevo, 2004., str. 105.
3. Bosma, H., et al., Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study. *BMJ*, 1997. 314(7080): p. 558-65.
4. Brody D.S.A Physician's Guide to Personal Stress Management, *Comp. Ther.*28(2):160-164,2002.
5. Calnan, M., et al., Mental health and stress in the workplace: the case of general practice in the UK. *Soc Sci Med*, 2001. 52(4): p. 499-507
6. Cannon, W.B., Bodily changes in pain, hunger, fear and rage: An account of recent research into the function of emotional excitement York: Appleton-Century-Crofts.
7. Chong, A., O. Killeen, and T. Clarke, Work-related stress among paediatric non-consultant hospital doctors. *Ir Med J*, 2004. 97(7): p. 203-5; discussion 205
8. Cole FI, Slocunb EM, Master JM. A measure of critical care nurses post-code stress. *J Adv Nurs* 2012; 34(3):281–288
9. Deckard G, Meterko M, Field D. Physician Burnout: An Examination of Personal, Professional and Organizational Relationships. *Medical Care* 32(7):745-754, 1994.
10. Elfering, A., et al., Time control, catecholamines and back pain among young nurses. *Scand J Work Environ Health*, 2002. 28(6): p. 386-93.
11. Escot C, Artero S, Gandubert C, Boulenger JP, Rithie K. Stress levels in nursing staff working in oncology. *Stress Health* 2001;17:273–279
12. Gunderson L. Physician Burnout. *Anal. of Int. Med.* 135(2):145-148.2001.
13. Hasselhorn, H.M., P. Tackenberg, and R. Peter, Effort-reward imbalance among nurses in stable countries and in countries in transition. *Int J Occup Environ Health*, 2004. 10(4): p. 401-8.
14. Hingly, P., The humane face of nursing. *Nurs Mirror* 1984; 159:19–22
15. Hunter, B., Conflicting ideologies as a source of emotion work in midwifery. *Midwifery*, 2004. 20(3): p. 261-72.

16. ILO, Standards-related Activities in the Area of Occupational Safety and Health, in International Labour Conference, 91st Session, Report VI . 2003, International Labour Organization
17. Karasek, R.A., et al., Job characteristics in relation to the prevalence of myocardial infarction in the US Health Examination Survey Examination Survey (HES) and the Health and Nutrition Examination Survey (HANES). *Am J Public Health*, 1988. 78(8): p. 910-8.
18. Lazarus, R.S. and S. Folkman, *Stress, Appraisal and Coping*. 1984, New York: Springer Publishing Company, Inc.
19. Leka, S., A. Griffiths, and T. Cox, *Work organization and stress: systematic problem approaches for employers*, ed. World Health Organization. 2003
20. Lewis J.M, et al. Work stress in lives of physicians. *Texas Medicine* 89(2):62-67, 1993.
21. Linzer M, Visser M, Oort F.J, et al. Predicting and Preventing Physician Burnout: Results From the United States and the Netherlands. *The Am Journal of Med*. 111:170-174, 2001
22. Lumsden, D.P., Is the concept of „stress“ of any use, anymore?, in *Working papers*, D. Randall, Editor. 1981: Toronto
23. Mason B.J, Markowitz J.C, Klerman G.L. Interpersonal psychotherapy for dysthymic Disorder. U. Klerman G.L., Weissman M. M., editors. *New Applications of Interpersonal Psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1993.
24. McCunney, R.J., *Psychiatric Aspects of Occupational Medicine. A Practical Approach to Occupational and Environmental Medicine*. 1994, Boston: Little, Brown and Company.
25. McGrath A, Ried N, Boore J., Occupational stress in nursing. *Int J Nurs Stud* 2003;40: 555–565.
26. McGrath, J.J., et al., Physiological responses of rats to intermittent high-altitude stress: effects of age. *J Appl Physiol*, 1973. 34(3): p. 289-93
27. McGrath, W.B., As a man thinketh. *Ariz Med*, 1977. 34(9): p. 616-7.
28. Michaels R.M. Physician Burnout. *Pennsylvania Medicine* (99):18-21, 1996.
29. Pavi evi , L., et al., Stres na radu, in *Medicina rada i okoliša*, M. Šari and E. Žuškin, Editors. 2002, Medicinska naklada: Zagreb
30. Persaud R. Editorial: Reducing the Stress in Medicine. *Postgrad. Med.J.* 78:1-3.2002.

31. Pollack R. Dental office ergonomics: How to reduce stress factors and increase efficiency. *J. Can. Dent. Assoc.* 1996; 62:508-10
32. Potter B.A. Overcoming Job burnout: „How to renew enthusiasm for work” P, Ranin 1998.
33. Prof. Dr. Beki, Š.: Osnovi metodologije i tehnologije izrade znanstvenog i stručnog djela, FSK, Sarajevo, 1999. god., str. 73.
34. Prof. Dr. Zelenika, R.: Metodologija i tehnologija izrade znanstvenog i stručnog djela, Ekonomski fakultet u Rijeci, Rijeka, 2000. god.
35. Selye H. A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents. *Nature* 1936;138:32.
36. Snelgrove, S.R., Occupational stress and job satisfaction: a comparative study of health visitors, district nurses and community psychiatric nurses. *J Nurs Manag*, 1998. 6(2): p. 97-104
37. Stansfeld, S. and B. Candy, Psychosocial work environment and mental health-a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health*, 2006. 32(6): p. 443-62.
38. Virtanen, M., et al., Job strain and psychologic distress influence on sickness absence among Finnish employees. *Am J Prev Med*, 2007. 33(3): p. 182-7.
39. Whitley T.W, et al. Work-Related Stress and Depression Among Practicing Emergency Physicians: An International Study. *Annals of Emergency Medicine* 23(5):10, 2001.
40. Williams E.S, Konrad T.R, Scheckler W.E. et al. Understanding Physicians' Intentions to Withdraw from Practice: The Role of Job Satisfaction, Job Stress, Mental and Physical Health. *Health Care Manage. Rev.* 26(1):7-19.2001.
41. Winwood, P.C., A.H. Winefield, and K. Lushington, Work-related fatigue and recovery: the contribution of age, domestic responsibilities and shiftwork. *J Adv Nurs*, 2006. 56(4): p. 438-49
42. Zakon o sestriinstvu i primaljstvu ("Službene novine Federacije BiH", broj 43/13)
43. Zeng, Y., Review of work-related stress in mainland Chinese nurses. *Nurs Health Sci*, 2009. 11(1): p. 90-7.

Internet:

1. NASTAVNI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO, Da ne postanemo pepeo, Morana Tomljenovi, dr.med., dostupno na: <http://www.zzjzpgz.hr/nzl/83/sagorjevanje.htm> (pristupljeno 08.07.2015.)