

Neka obilježja posla i potreba za supervizijom medicinskih sestara i tehničara u psihijatrijskim bolnicama

Rupić Krstić, Lucijana

Professional thesis / Završni specijalistički

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Law / Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:609478>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-15**



Repository / Repozitorij:

[Repository Faculty of Law University of Zagreb](#)





Sveučilište u Zagrebu

Pravni fakultet
Studijski centar socijalnog rada

Lucijana Rupiće Krstić

**NEKA OBILJEŽJA POSLA I
POTREBA ZA SUPERVIZIJOM
MEDICINSKIH SESTARA I
TEHNIČARA U PSIHIJATRIJSKIM
BOLNICAMA**

SPECIJALISTIČKI RAD

Zagreb, 2021.



Sveučilište u Zagrebu

Pravni fakultet
Studijski centar socijalnog rada

Lucijana Rupić Krstić

**NEKA OBILJEŽJA POSLA I
POTREBA ZA SUPERVIZIJOM
MEDICINSKIH SESTARA I
TEHNIČARA U PSIHIJATRIJSKIM
BOLNICAMA**

SPECIJALISTIČKI RAD

Mentor:
Izv. prof. dr. sc. Maja Laklija

Zagreb, 2021.



University of Zagreb

Faculty of Law
Study Center of Social Work

Lucijana Rupić Krstić

**SOME CHARACTERISTICS OF THE
JOB AND THE NEED FOR
SUPERVISION OF NURSES AND
TEHNICIANS IN PSYCHIATRISC
HOSPITALS**

SPECIALIST WORK

Supervisor:
Associated Professor Maja Laklija, PhD

Zagreb, 2021.

Neka obilježja posla i potreba za supervizijom medicinskih sestara i tehničara u psihijatrijskim bolnicama

Sažetak:

Svrha ovog istraživanja je dobiti uvid u potrebe medicinskih sestara i tehničara zaposlenih u psihijatrijskim bolnicama i klinikama za dodatnom podrškom u zaštiti njihovog mentalnog zdravlja i radnih kapaciteta, kakvu može pružiti supervizija. S obzirom na njegovu svrhu, cilj istraživanja je bio dobiti uvid u doživljaj stresa na radnom mjestu medicinskih sestara i tehničara u psihijatrijskim bolnicama i klinikama, utvrditi stupanj sagorijevanja na poslu i nesuglasje između emocija koje doživljavaju i ekspresije emocija uvjetovane zahtjevima posla te dobiti uvid o njihovoj percepciji potrebe za supervizijom i spremnosti da se uključe u superviziju. Istraživanje je provedeno na uzorku 164 medicinske sestre i tehničara koji su zaposleni u pet psihijatrijskih bolnica i klinika u Hrvatskoj. Rezultati istraživanja: medicinske sestre i tehničari sa srednjom stručnom spremnom procjenjuju stresnijima opasnosti i štetnosti u radu te smjenski rad te ukupno doživljavaju više stresa u odnosu na medicinske sestre i tehničare koji si prvostupnici/e i magistri/e sestinstva. Medicinske sestre i tehničari koji imaju od 24-31 su iscrpljeniji od kolega koji imaju od 0 do 23 godine radnoga staža. Razlike između žena i muškaraca, odnosno medicinskih sestara i tehničara nađena su u procjeni učestalosti emocionalne usklađenosti, na način da se žene procjenjuju učestalije emocionalno usklađenije. Ispitanici dobne skupine od 20 do 35 godina se procjenjuju kao manje učestalo emocionalno usklađeni u odnosu na starije ispitanike od 52 do 67 godina. Ispitanici od 36 do 51 godinu manje učestalo koriste uživanje u emocije u odnosu na mlađe ispitanike od 20 do 35 godina te starijih ispitanika od 52 do 67 godina. Kada je riječ o percepciji potrebe za supervizijom nisu nađene razlike s obzirom na spol, dob i radni staž. Ispitanici sa srednjom stručnom spremnom iskazuju manje potrebe za supervizijom u odnosu na obrazovanije kolege. Žene, odnosno medicinske sestre pokazuju veću spremnost za uključivanje u superviziju kao i prvostupnici/e i magistri/e sestinstva. Nisu nađene razlike u spremnosti za uključivanje u superviziju s obzirom na dob i radni staž.

Ključne riječi: izvori stresa, sagorijevanje, emocionalni napor, medicinske sestre i tehničari u psihijatrijskim bolnicama, supervizija

Some characteristics of the work and the need for supervision of nurses and technicians in psychiatric hospitals

Abstract:

The purpose of this research is to gain insight into the needs of nurses and technicians employed in psychiatric hospitals and clinics for additional support in protecting their mental health and work capacity, as provided by supervision. Given its purpose, the aim of the study was to gain insight into the experience of stress in the workplace of the nurses and technicians in the psychiatric hospitals and clinics, to determine the degree of burnout at work and the mismatch between the emotions they experience and the expression of the emotions conditioned by work demands. Perception of the need for the supervision and willingness to engage in the supervision. The research was conducted on a sample of 164 nurses and technicians employed in five psychiatric hospitals and clinics in Croatia. Research results: the nurses and technicians with secondary education assess more stressful hazards and harms in work and shift work, and in total experience more stress compared to the nurses and technicians who have bachelors and masters of nursing. The nurses and technicians aged 24-31 are more exhausted than the colleagues who have 0 to 23 years of service. The differences between the women and men, i.e nurses and technicians, were found in the assessment of the frequency of the emotional compliance, in a way that the women who were assessed more are often emotionally in accordance. The respondents in the age group of 20 to 35 years are assessed as less often emotionally adjusted compared to older respondents in the age group of 52 to 67 years. The respondents aged 36 to 51 were less likely to use emotion in the comparison with younger respondents aged 20 to 35 and older respondents aged 52 to 67. When it comes to the perception of the need for supervision, no differences were found with regard to gender, age and length of service. The respondents with secondary education show less need for supervision compared to more educated colleagues. The women, i.e. nurses, show a greater willingness to be involved in supervision, as do the bachelors and masters of nursing. No differences were found in readiness to engage in supervision with respect to age and seniority.

Keywords: sources of stress, burnout, emotional labour, nurses and technicians in psychiatric hospitals, supervision

Izjava o autorstvu rada

Ovime potvrđujem da sam osobno napisala rad:

"Neka obilježja posla i potreba za supervizijom medicinskih sestara i tehničara u psihijatrijskim bolnicama" i da sam njegoa autorica.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima(bilo da su u pitanju mrežni izvori, udžbenici, knjige, znanstveni, stručni ili popularni članci) u radu su jasno označeni kao takvi te adekvatno navedeni u popisu literature.

Ime i prezime: Lucijana Rupić Krstić

Datum: 14. 6. 2021.

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
2. TEORIJSKO-KONCEPTUALNI TEMELJ ISTRAŽIVANJA.....	1
2.1. Obilježja posla medicinskih sestara i tehničara u psihijatrijskim bolnicama.....	2
2.2. Profesionalni stres.....	4
2.3. Sagorijevanje.....	4
2.4. Prevalencija i pristup simptomima sagorijevanja na radnom mjestu.....	8
2.5. Emocionalni napor.....	11
2.6. Supervizija i briga za mentalno zdravlje.....	13
3. CILJ ISTRAŽIVANJA, PROBLEMI ISTRAŽIVANJA I HIPOTETSKI OKVIR.....	17
3.1. Cilj istraživanja.....	17
3.2. Problemi istraživanja.....	17
3.3. Hipotetski okvir.....	18
4. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA.....	19
4.1. Tip istraživanja	19
4.2. Uzorak sudionika.....	19
4.3. Mjerni instrumenti.....	20
4.3.1. Upitnik sociodemografskih varijabli.....	20
4.3.2. Upitnik o stresorima na radnom mjestu bolničkih zdravstvenih djelatnika.....	21
4.3.3. Oldenburški upitnik sagorijevanja.....	21
4.3.4. Upitnik emocionalnog napora.....	22
4.3.5. Upitnik o superviziji.....	22
4.4. Metoda prikupljanja podataka.....	23
4.5. Metoda obrade i analize podataka.....	24
4.6. Etičke implikacije provođenja istraživanja.....	24

5. REZULTATI I RASPRAVA.....	24
5.1. Ispitivanje razlika u doživljaju izvora stresa s obzirom na spol, dob, obrazovanje i radni staž	25
5.2. Ispitivanje razlika u stupnju sagorijevanja s obzirom na spol, dob, obrazovanje i radni staž u struci.....	33
5.3. Ispitivanje razlike u nesuglasju između emocija koje doživljavaju i ekspresiju emocija uvjetovanu zahtjevima posla („emocionalni napor“) s obzirom na spol, dob, obrazovanje i radni staž.....	38
5.4. Ispitivanje razlike u percepciji potrebe za supervizijom i spremnosti uključivanja u superviziju s obzirom na spol, dob, obrazovanje i radni staž.....	45
5.5. Ispitivanje prediktivne vrijednosti spola, dobi, obrazovanja, radni staž, doživljaja stresa, sagorijevanja i emocionalnog napora na percipiranu potrebu za supervizijom	55
5.6. Ispitivanje prediktivne vrijednosti spola, dobi, obrazovanja, radni staž, doživljaja stresa, sagorijevanja i emocionalnog napora na spremnost za uključivanje u superviziju.....	56
6. METODOLOŠKA OGRANIČENJA.....	57
7. DOPRINOS ISTRAŽIVANJA.....	57
8. ZAKLJUČCI.....	58
9. LITERATURA.....	60
10. POPIS TABLICA I SLIKA.....	68
11. PRILOZI.....	71

1. UVOD

Posljednjih se nekoliko desetljeća uočavaju povišene razine profesionalnog stresa koje izazivaju velik interes, ali i zabrinutost zbog negativnih posljedica (Dollard i Metzer, 1999.; Houtman, 2005.). Neka zanimanja su stresnija od drugih zbog toga što uključuju veliku odgovornost za druge ljude ili stvari; neka zbog obavljanja zadataka u vremenski limitiranom roku, dok je kod nekih zanimanja glavni faktor koji dovodi do stresnih reakcija nedostatak kontrole nad događajima. Ipak, većina istraživanja je pokazala da u zanimanja povezana s visokom razinom stresa spadaju ona u području obrazovanja, skrbi o drugima (socijalni radnici te medicinsko osoblje) i rukovođenja.

S obzirom na samu prirodu posla, sestinstvo je profesija koja doživljava visoku razinu stresa. U svom radu medicinska sestra i tehničari se suočavaju sa boli i patnjom svojih pacijenata, a na kraju i umiranjem. Mnoge sestriinske intervencije nisu zahvalne i produhovljene. Mnoge su, po normalnom standardu, neugodne, druge su često degradirajuće, a neke su naprosto zastrašujuće (Hingley, 1984). Istraživanja mentalnoga zdravlja kod zdravstvenih djelatnika važna su jer psihološke teškoće zdravstvenih djelatnika, osim što utječu na njihovo osobno i profesionalno funkcioniranje, mogu znatno utjecati i na kvalitetu skrbi o pacijentima (Sviben i sur., 2017).

Svrha ovog istraživanja je dobiti uvid u potrebe medicinskih sestara i tehničara zaposlenih u psihijatrijskim bolnicama i klinikama za dodatnom podrškom u zaštiti njihovog mentalnog zdravlja i radnih kapaciteta, kakvu može pružiti supervizija. S obzirom na njegovu svrhu, cilj istraživanja je dobiti uvid u doživljaj stresa na radnom mjestu medicinskih sestara i tehničara u psihijatrijskim bolnicama i klinikama, utvrditi stupanj sagorijevanja na poslu i nesuglasje između emocija koje doživljavaju i ekspresije emocija uvjetovane zahtjevima posla te dobiti uvid o njihovoj percepciji potrebe za supervizijom i spremnosti da se uključe u superviziju.

2. TEORIJSKO-KONCEPTUALNI TEMELJ ISTRAŽIVANJA

2.1. Obilježja posla medicinskih sestara i tehničara u psihijatrijskim bolnicama

Sestrinstvo je profesija koja je usko vezana s odnosima među ljudima, bilo da se radi o bolesnicima kojima se pruža zdravstvena njega, obitelji bolesnika koji dolaze zabrinute za svog člana ili odnosima sa suradnicima i nadređenima. Medicinska sestra, danas, osim posjedovanja stručnog znanja i vještina mora biti emocionalno zrela i stabilna osoba kako bi mogla razumjeti i nositi se s ljudskim patnjama, hitnim stanjima, zdravstvenim problemima i etičkim dvojbama. Treba biti kadra razumjeti pacijentove osjećaje i ponašanja u određenoj situaciji, biti spremna prihvatiti odgovornost, raditi samostalno ali i timski. Sustavi očuvanja zdravlja u svezi s radnim mjestom, uvjetima i načinom rada značajni su za zdravstvene službe na čelu sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom (SZO) (WHO, 2007.).

Psihijatrijska sestrinska praksa temelji se na poznavanju psihičkoga života i psihopatoloških zbivanja oboljele osobe, te na poznavanju bioloških i socijalno-psiholoških utjecaja na određenu osobu. Sestra treba znati razumjeti bolesnika i njegovo ponašanje, odnosno poruke koje simptomima bolesnik upućuje okolini. Ne razumjeti jezik poruke koje bolesnik šalje, nespojivo je s pravilnim procesom njegovanja. To su sustavni postupci rješavanja problema koje sestra utvrđuje kako bi se upotpunili ciljevi i zadaće liječenja u najvećoj mogućoj mjeri (Kosić, 2009).

Danas je gotovo nemoguće zamisliti psihijatrijski rad bez sudjelovanja medicinske sestre, a uloga medicinske sestre u pojedinim psihijatrijskim ustanovama je različita i ovisi prvenstveno o tome o kakvoj je ustanovi riječ. Između ostalog uloga medicinske sestre sastoji se u nastojanju da se u ustanovi formira pozitivna terapijska atmosfera i uspostave povoljni međuljudski odnosi. Ona organizira i provodi opću i specijalnu njegu koja je potrebna, brine za ispravnu prehranu kao i uopće za udobnost i zadovoljstvo bolesnika. Važna je uloga medicinske sestre u skupljanju anamnestičkih i hetero anamnestičkih podataka, čime je bitno olakšan dijagnostički postupak. Pod vodstvom liječnika, sudjeluje u provođenju različitih pretraga. Ona pažljivo promatra bolesnika i katkada prva zapaža pojedine simptome. Time sudjeluje aktivno u dijagnostičkome radu (Hudolin, 1994).

Rad medicinske sestre na psihijatrijskom odjelu razlikuje se od rada na drugim odjelima. Somatska se medicina prvenstveno bavi trenutačnim tjelesnim problemom bolesnika. To dobrim dijelom podrazumijeva odnos prema bolesniku kao prema objektu te se stavlja u drugi plan prisutnost emocionalnih reakcija bolesnika na bolest. Suprotno tome tijekom liječenja duševnih bolesnika psihijatrijska sestra prvenstveno brine o emocionalnom stanju bolesnika. Ukoliko bi se njezina uloga sastojala samo od davanja prepisanih medikamenata, njezin bi se rad sveo na čuvanje. Ona bi trebala razvijati odnos prema bolesniku kao prema osobi, prema subjektu koji može, uz neke izuzetke, biti manje ili više, partner u terapijskom procesu (Kosić, 2009).

Uz konstruktivno rješavanje sukoba, rad medicinskih sestara zahtijeva i upravljanje emocijama i njihovu regulaciju jer imaju profesionalnu obvezu iskazivati osjećaje koji su u skladu s poslom, a često nisu oni koje doista osjećaju. Svakodnevno se nalaze u situacijama koje zahtijevaju iskazivanje suosjećajnosti, zainteresiranosti, ljubaznosti, empatije, a ako te emocije istovremeno ne doživljavaju, onda moraju sakriti vlastite osjećaje i odglumiti tj. pokušati osjetiti one koje se od njih očekuju. U kritičnim situacijama trebaju ostati pribrane i neutralne. Takav emocionalni napor može biti izuzetno zahtjevan, pa iako trenutno može dovesti do povećanja efikasnosti, ako je kroničan uzrokuje povećani stres i ubrzano izgaranje na poslu, kao i smanjenje zadovoljstva poslom (Lesjak i Sindik., 2013., prema Ćavar i Petrak, 2018).

Učestalost psiholoških problema kod zdravstvenih djelatnika veća je u odnosu na opću populaciju. Istraživanja pokazuju da zdravstveni djelatnici u Americi imaju više stope samoubojstava i zlouporabe alkohola i droga, višu stopu hospitalizacija zbog psihičkih bolesti i višu stopu prijema u centre mentalnog zdravlja od opće populacije. Francuski istraživači izvješćuju da 26 % ženskog osoblja u bolnicama ima povećani rizik od oboljenja od psihičkih poremećaja. Štoviše, 32 % sudionica izvještava o umoru, 31 % o poremećajima spavanja, 28 % o zlouporabi droge te 21 % sudionica priznaje da ima psihijatrijsku dijagnozu, najčešće depresiju. Česte su i vrtoglavice, migrene, seksualne poteškoće, agresivnost i psihosomatski poremećaji (Sviben i sur., 2017).

Maslach i Jackson (1981.) navode da je sagorijevanje na poslu češće prisutno kod zdravstvenih djelatnika i profesionalaca koji imaju pacijente i klijente s kojima su u svakodnevnom kontaktu te uzroke pronalaze prije svega u faktorima vezanima uz radno okruženje. Za zdravlje su posebno vezani emocionalna iscrpljenost, velik broj ljudi koji

zahtijevaju pomoć, brojni problemi bez rješenja, jednoličnost problema i osobno povezivanje sa pacijentima (Jakšić, 2014.).

2.2. Profesionalni stres

Važno je prepoznati da svaki posao ima potencijalne stresore, odnosno da stres na poslu nije rezerviran za visok ili nizak radni status ili poziciju (Arnold i sur., 2005.). Do danas je akumuliran priličan opseg znanja o faktorima koji produciraju stres među zaposlenicima. Determinante stresa se mogu široko podijeliti u tri opće kategorije: izvori specifični za posao, organizacijski izvori te individualni izvori. Unutar prve dvije kategorije moguće je razlikovati šest primarnih stresora: intrinzične karakteristike posla, uloge u organizaciji, odnose na poslu, razvoj karijere, organizacijsku strukturu i klimu te ravnotežu između radnog i privatnog života (Cartwright i Cooper, 1997., prema O'Driscoll i Cooper, 2002.).

Jedan od mogućih stresora vezanih uz radnu ulogu jest *odgovornost* (Arnold i sur., 2005.). Može se razlikovati odgovornost za ljude i odgovornost za stvari (proračun, opremu, zgrade i sl.). Posebno se stresnim pokazala odgovornost za druge ljude. Wardell i suradnici (1964., prema Arnold i sur., 2005.) su utvrdili da je dva puta veća vjerojatnost da će zaposlenici koji imaju visoku odgovornost za ljude oboljeti od koronarne bolesti u odnosu na zaposlenike odgovorne za stvari.

Brojna istraživanja provedena u populaciji medicinskih sestara pokazale su povezanost određenih bolesti sa stresom na radu kao što su emocionalna iscrpljenost (Hunter, 2004; Stordenr i sur., 2001., prema Milošević, 2010.), fizička iscrpljenost (Winwood i sur., 2006.) i bol u donjem dijelu leđa (Elfering i sur. 2002.). Niska razina odlučivanja i visoki zahtjevi, karakteristični za sestrinsku profesiju, mogu biti povezani s povećanim rizikom za pojavu koronarne bolesti i te mentalnih poremećaja (Stansfeld i sur., 2006.) Među kineskim medicinskim sestrama najčešći uzroci stresa su neravnoteža između uloženog i dobivenog, loša slika sestrinstva u društvu te organizacijski problemi (Zeng, 2009).

2.3. Sagorijevanje

Jedan od važnih čimbenika koji vode u sindrom sagorijevanja sindrom (burnout) jest profesionalni stres. Sagorijevanje na poslu odnosi se na činjenicu da neki pomagači

nakon određenog vremena postanu depresivni i nemotivirani za posao te pokazuju različite vrste tjelesnih simptoma stresa, smanjivanje obrambenih sposobnosti organizma i sl. (Ajduković, 1995., prema Kaker Jeleč, 2009.). Sagorijevanje na poslu je jedna od najčešćih i najistraživanijih negativnih posljedica profesionalnog stresa u pomagačkim profesijama (Družić Ljubotina i Friščić, 2014.). Termin »sagorijevanja na poslu« (eng. *burnout*) prvi je uveo psiholog Herbert Freudenberger (1974.) koji sagorijevanje definira kao stanje preopterećenosti ili frustracije izazvane prevelikom privrženosti i odanosti nekom cilju. Nadalje, isti autor opisuje sagorijevanje kao negativno psihološko stanje vezano uz posao, a koje obuhvaća čitav niz simptoma, kao što su tjelesni umor, emocionalna iscrpljenost i gubitak motivacije. Sagorijevanje poistovjećuje sa značenjima kao što su: »isprazniti nekog »iscrpiti njegove fizičke i mentalne resurse«, »istrošiti ga« zbog pretjeranog nastojanja da se postignu neka nerealna očekivanja, vlastita ili postavljena kroz društvene vrijednosti (Maslach i Leiter, 2008).

Sagorijevanje na poslu odnosi se na činjenicu da neki pomagači nakon određenog vremena postanu depresivni i nemotivirani za posao, osjećajno prazni i obeshrabreni te pokazuju različite vrste tjelesnih simptoma stresa, smanjivanje obrambenih sposobnosti organizma, povećanje broja samoozljeda, a dotadašnje razumijevanje za osobe u nevolji može zamijeniti cinizam ili ravnodušnost (Ajduković i Ajduković 1996).

Za dovođenje sagorijevanja na empirijsku razinu najzaslužniji su Maslach i Jackson koji su konstruirali prvu skalu za mjerenje sagorijevanja: Maslach Burnout Inventory (MBI; Maslach i Jackson, 1981) te je i danas u literaturi najprisutnija konceptualizacija sagorijevanja koju su postavili Christine Maslach i njezini suradnici, a koji sagorijevanje definiraju kao kontinuiranu afektivnu stresnu reakciju koja se postupno razvija tijekom vremena, odnosno kao sindrom koji se sastoji od triju dimenzija: emocionalne iscrpljenosti (uključuje simptome kao što su umor, razdražljivost i pad entuzijazma), depersonalizacije (uključuje distanciranost, ravnodušnost, cinizam i negativne stavove prema klijentima) i osjećaja nedovoljnoga postignuća (odnosi se na osjećaj nekompetentnosti i nezadovoljstvo uspjehom na poslu) (Maslach, 1993, 2003). Autori Lee i Ashforth (1996.) smatraju da emocionalna iscrpljenost i depersonalizacija zajednički vode k osjećaju smanjenog osobnog postignuća, dok ostali istraživači navode da depersonalizacija i osjećaj smanjenog osobnog postignuća predstavljaju posljedice sindroma sagorijevanja, a nikako zasebne dijelove konstrukta.

Iako je MBI najčešće korišten instrument za mjerenje sagorijevanja (korišten u preko 90% empirijskih istraživanja) drugi autori nalaze nedostatke ovog mjernog instrumenta: većina pitanja iz upitnika namijenjena je isključivo zaposlenicima u uslužnom sektoru, neka od pitanja nisu precizno formulirana ili nisu prikladna za ne američke ispitanike, a osim toga MBI nije javno dostupan znanstvenoj javnosti (Kristensen, Borritz, Villadsen i Christensen, 2005. i Figueiredo- Ferraz i sur., 2013., prema Berat, Jelić i Popov, 2016).

S druge strane, neki drugi autori (npr. Kristensen i sur., 2005., Demerouti i Bakker, 2008), ne slažu se s konceptualizacijom sindroma sagorijevanja kao trodimenzionalnog konstrukta kako je opisala Maslach. Stoga Kristen i sur. (2005) konstruiraju Kopenhaški inventar sagorijevanja CBI koji je javno dostupan, sastoji se od 3 poddimenzije: prva dimenzija osobno sagorijevanje je definirana kao stupanj fizičkog i psihološkog umora i iscrpljenosti koju osoba doživljava i služi za uspoređivanje pojedinaca bez obzira na njihov profesionalni status, druga dimenzija je sagorijevanje povezano s klijentom te je definirana kao stupanj u kojem ljudi vide vezu između svog umora i rada s klijentima, a treća dimenzija je sagorijevanje povezano s poslom te označava stupanj fizičkog i psihičkog umora koju osoba opaža vezano za njegov / njezin rad (Berat, Jelić, Popov, 2016). Prema ovom modelu osobno sagorijevanje može se dogoditi i među onima koji ne rade, kao što su mladi ili nezaposleni, rano umirovljeni i dr. te je zapravo pretpostavka da je sagorijevanje fenomen bez konteksta na što Maslach kaže da se ljudi u bilo kojem kontekstu, na poslu i izvan posla mogu osjećati iscrpljeno, ali cinizam i smanjena profesionalna učinkovitost se odnose na neki objekt. Umirovljena ili nezaposlena osoba može se osjećati iscrpljeno, ali je nemoguće prepoznati „nešto“ zbog čega bi se nezaposlene ili umirovljene osobe trebale osjećati cinično ili neefikasno (Maslach, 2008).

Demerouti i suradnici (2010., Demerouti i Bakker, 2008) smatraju da su za konceptualizaciju sagorijevanja dovoljne dvije dimenzije: iscrpljenost i otuđenost. Pritom navode da osobno postignuće nije suštinska dimenzija sagorijevanja s obzirom na relativno niske korelacije te dimenzije s ostalim dvjema dimenzijama konstrukta, ali i s brojnim antecedentima i posljedicama sagorijevanja.

S obzirom na navedene nedostatke i ograničenja MBI-a, autori konstruiraju novi instrument pod nazivom Oldenburški upitnik sagorijevanja (*eng. The Oldenburg Burnout*

Inventory; OLBI, Demerouti i Bakker, 2008), koji mjeri dvije osnovne dimenzije sagorijevanja: iscrpljenost i otuđenost. Iscrpljenost, definiraju kao posljedicu intenzivnoga fizičkog, afektivnog i kognitivnog stresa, dok se otuđenost odnosi na vlastitu distanciranost od posla općenito. Ovakva konceptualizacija iscrpljenosti pokriva različite aspekte iscrpljenosti, što nije slučaj s konceptualizacijom autorice Maslach u kojoj je istaknuta samo emocionalna komponenta iscrpljenosti. Nadalje, i dimenzija otuđenosti šira je od dimenzije depersonalizacije koja podrazumijeva samo odnose s klijentima (Burić i Slišković, 2018). Maslach na autore koji se ne slažu s trodimenzionalnom strukturom sagorijevanja kaže kako je takva konstrukcija potvrđena statistički te da autori koji sagorijevanje doživljavaju kao jednodimenzionalni konstrukt zapravo govoreći o sagorijevanju misle na kroničnu iscrpljenost fizičku ili mentalnu što je legitimna oznaka za probleme s kojima se susreću mnogi ljudi unutar ili izvan radnog konteksta te da ne postoji znanstveni razlog da se sagorijevanje koristi samo kada se misli na iscrpljenost (Maslach i Leiter, 2008).

Novija istraživanja izvora profesionalnog stresa više se bave organizacijskim, strukturnim i drugim faktorima koji doprinose zadovoljstvu na poslu.

Izvori profesionalnog stresa i sagorijevanja pomagača mogu se podijeliti na: **unutrašnje**, koji ovise prvenstveno o samoj osobi (nerealna očekivanja od posla i od sebe, pretjerana identifikacija s ljudima kojima se pomaže, potreba za kontrolom, pretjerana vezanost za posao i osjećaj da mi snosimo svu odgovornost, nedjelotvorno korištenje radnog vremena i dr.) i **vanjske** izvore: izvori vezani za radne uvjete, uz organizaciju rada, uz odnose s drugima unutar organizacije, uz vrstu pomagačkog posla i obilježja ljudi kojima se pomaže (Ajduković, 1996.).

Jedno od istraživanje na području zdravstva imali je za cilj ispitati sagorijevanje na poslu i mentalno zdravlje (definirano otpornošću na stres, subjektivnom procjenom zadovoljstva životom i izraženošću općih psihopatoloških smetnji) te usporediti stupnjeve sagorijevanja i mentalno zdravlje kod medicinskog osoblja s različitih odjela. Na cijelom uzorku rezultati ukazuju na visok stupanj emocionalne iscrpljenosti te umjerenu depersonalizaciju i osobno postignuće sudionika. Sudionici zaposleni na ne psihijatrijskim odjelima postižu visoke rezultate na skali emocionalne iscrpljenosti i umjerene rezultate na skali osobnog postignuća i depersonalizacije. Sudionici zaposleni na psihijatrijskom odjelu postižu umjerene rezultate na skali emocionalne iscrpljenosti,

depersonalizacije i osobnog postignuća. Osoblje s ne psihijatrijskih odjela ima više osobno postignuće i višu razinu emocionalne iscrpljenosti od osoblja sa psihijatrijskog odjela. Kod osoblja sa psihijatrijskog odjela dulji radni staž povezan je s višom razinom depersonalizacije i višom razinom općih psihopatoloških simptoma. S druge strane, kod ne psihijatrijskog osoblja dulji radni staž povezan je s višom razinom osobnog postignuća i višom otpornosti na stres (Sviben i sur., 2017). Iste godine, Velimirović, (2017) navodi da postoji umjereno iskustvo sagorijevanja na poslu kod stručnjaka koji rade u psihijatrijskoj bolnici na način da će sudionik osjećati preopterećenje kada pokušava povećati svoju naknadu radeći prekovremeno.

2.4. Prevalencija i pristup simptomima sagorijevanja na radnom mjestu

Unatoč metodološkim problemima poput pristranosti uzimanja uzoraka, kvantitativne studije sugeriraju da sagorijevanje na radnom mjestu nije isključivo sjevernoamerički ili zapadni fenomen (Savicki, 2002.). Maslach i sur. (2008) navode da je nakon početnog pojavljivanja u SAD-u 1970-ih, koncept sagorijevanja uveden u zapadnu Europu, Njemačku i Belgiju, nordijske zemlje i Izrael, a od sredine 1990-ih nadalje, sagorijevanje se proučavalo i u ostatku zapadne i istočne Europe, Azije, Bliskog istoka, Latinske Amerike, Australije i Novog Zelanda. Nakon prijelaza stoljeća, istraživanja sagorijevanja proširila su se na Afriku, Kinu i Indiju te ovi autori primjećuju da otprilike, redosljed širenja interesa za sagorijevanje odgovara razvoju uključenih zemalja. Nadalje, sugeriraju da globalizacija, privatizacija i liberalizacija uzrokuju brze promjene u suvremenom radnom životu kao što su veći zahtjevi za učenjem novih vještina, potreba za usvajanjem novih vrsta rada, pritisak za većom produktivnosti i kvalitete rada, vremenski pritisak, a to bi sve skupa moglo proizvesti sagorijevanje, posebno u zemljama koje se brzo razvijaju.

Epidemiološke studije provedene u zapadnim zemljama i zemljama u razvoju utvrdile su visoku prevalenciju sindroma sagorijevanja i s njim povezanih mentalnih bolesti među zdravstvenim radnicima, učiteljima, njegovateljima, drugim stručnjacima i drugima. Nezadovoljavajući rad može dovesti do dugotrajne emocionalne iscrpljenosti, depersonalizacije i niske razine osobnih postignuća. Emocionalna iscrpljenost smatra se najvažnijom dimenzijom sindroma izgaranja. Stres povezan s poslom može utjecati na zadovoljstvo zaposlenika, produktivnost rada te na mentalno i tjelesno zdravlje; također

može povećati stope izostanaka s rada i utjecati na obiteljske uloge i funkcije. Profesionalni distress može izazvati ozbiljne mentalne manifestacije poput poremećaja anksioznosti i depresije, što dovodi do razvoda, alkoholizma, zlorabe opojnih droga i samoubojstva. Percepcija nepovoljnih psihosocijalnih čimbenika na radnom mjestu može biti povezana s povišenim rizikom od kasnijih velikih depresivnih poremećaja. Stope izgaranja u društvu kreću se od 2,4 do 72%, dok je prevalencija simptoma depresije varijabilna i može utjecati na između 3% i trećinu radnika. Velika fluktuacija osoblja, povećani izostanak s posla i smanjena produktivnost uzrokuju povećane financijske troškove (Carod-Artal i Vázquez-Cabrera, 2017). Isti ovi autori navode da je sagorijevanje globalna briga, a stres povezan s radom prepoznat je širom svijeta kao glavni izazov zdravlju radnika i funkcioniranju njihovih organizacija.

Usprkos individualnim razlikama među ljudima, postoji niz istih znakova sagorijevanja. Istraživanja su pokazala da se znakovi sagorijevanja mogu pratiti u tri aspekta (Ajduković, 1996.): **tjelesno iscrpljenje**- pojedinci koji su sagorjeli na poslu najčešće se žale na snažan osjećaj istrošenosti uz koji se često javljaju poteškoće spavanja, niske energije, kronični umor i slabost; **emocionalno iscrpljenje**- emocionalne rezerve pojedinca se, kao i tjelesne snage, mogu iscrpiti te se očituje kroz osjećaje bespomoćnosti, beznadnosti, besmislenosti i depresije. Životno zadovoljstvo je općenito smanjeno; **mentalno iscrpljenje**-očituje se kao negativan stav prema poslu, klijentima, kolegama te se javlja dehumanizacija, odnosno emocionalno udaljavanje od klijenata, ali i kolega te se osjećaj negativizma i emocionalne udaljenosti može, „preliti“ i u privatno područje života, na obitelj i odnose s prijateljima. (Golsizek, 1993., prema Ajduković, 1996). 1. faza: previsoka očekivanja i idealizacija posla, 2. faza: početno nezadovoljstvo poslom i pojavljivanje početnih znakova sagorijevanja (prvi znaci tjelesnog i mentalnog umora, i dr.), 3. faza: povlačenje, izolacija i povećanje znakova stresa (negativizam, depresivnost i druge emocionalne poteškoće, poteškoće koncentracije, somatske teškoće i dr.) i 4. faza: apatija i gubitak interesa uz ozbiljno produbljenje znakova stresa (nisko osobno i profesionalno samopoštovanje, kronično izostajanje s posla i negativni osjećaji o poslu, cinizam, depresija i tjeskoba, napuštanje posla i dr.). Fizičke tegobe (glavobolje, nesаница i drugi poremećaji spavanja, problemi s prehranom, umor, razdražljivost), emocionalna nestabilnost i rigidnost u društvenim odnosima neki su nespecifični simptomi povezani sa sindromom izgaranja (Embriaco i sur. 2007). Sindrom sagorijevanja također je

povezan s lošim zdravljem, uključujući hipertenziju, alkoholizam i infarkt miokarda (Shanafelt i sur. 2006; Väänänen i sur. 2008; Alves i sur. 2009, prema Carod-Artal i Vázquez-Cabrera, 2017).

Iako se čini da je sagorijevanje globalni fenomen, značenje koncepta razlikuje se među zemljama. Na primjer, u nekim se zemljama sagorijevanje koristi kao medicinska dijagnoza, dok je u drugim zemljama to nemedicinska, socijalno prihvaćena oznaka koja nosi minimalnu stigm u smislu psihijatrijske dijagnoze (Schaufeli i sur., 2008). Isti ovi autori naglašavaju kako formalna dijagnoza sagorijevanja otvara mogućnost pojedincu da profitira u smislu financijske naknade, savjetovanja, psihoterapijskog liječenja i rehabilitacije, u zemljama gdje je to službena medicinska dijagnoza kao što je to u Švedskoj i Nizozemskoj. Postavlja se pitanje treba li sagorijevanje smatrati samostalnom bolešću o čemu se često raspravlja u znanstvenoj i medicinskoj sferi. Sagorijevanje se ne pojavljuje u aktualnom 5. izdanju (Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje DSM-5), dok je u u (10. izdanju Međunarodne klasifikacije bolesti MKB-10) označeno pod dg. Z73.0 i definirano kao stanje vitalne iscrpljenosti. Autori Bianchi, Schonfeld i Laurent (2015) u svom radu tvrde da se sagorijevanje ne može podići u status dijagnostičke kategorije na temelju analize geneze konstrukcije sagorijevanja, pregleda najnovije literature o preklapanju sagorijevanja i depresije, ispitivanja trodimenzionalne strukture sindroma i kritičkog ispitivanja ideje da je sagorijevanje singularizirano svojom povezanošću s poslom (pripisivanje bolesti određenoj domeni npr. rad, samo po sebi nije nozološki diskriminirajuće te npr. depresija povezana s poslom i dalje ostaje depresija) te tvrde kako trenutno stanje znanosti sugerira da je sagorijevanje oblik depresije, a ne diferencirana vrsta patologije radi čega ne preporučuju uključivanje sagorijevanja kao poremećaja u nadolazeće sustave klasifikacije. S druge strane, neki autori ne slažu se s ovim stavom. Dio simptoma depresije: osjećaj iscrpljenosti, sniženo raspoloženje i smanjena učinkovitost doista se preklapaju sa simptomima sagorijevanja. Ipak, tipični simptomi depresije koje ne nalazimo kod sagorijevanja su: beznađe i suicidalne ideacije i porivi. Kakiashvili, Leszek i Rutkowski (2013) navode da je sagorijevanje povezano sa smanjenim fibrinolitičkim kapacitetom, smanjenom sposobnošću za suočavanje sa stresom i hipoaktivnošću osi hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda. Iz navedenih razloga ovi autori kažu da su poremećaji povezani s kroničnim stresom bolest i često se tretiraju kao depresija ili se uopće ne liječe što nije ispravno. Navode kako bi procjena

hormona nadbubrežne žlijezde putem uzoraka sline pomogla predvidjeti sagorijevanje te da je potrebno razviti tehnike pregleda sagorijevanja, osmisliti prehrabene smjernice te smjernice za promjenu načina života koji podržavaju funkciju hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda.

Liječenje i prevencija sagorijevanja prvenstveno leži u provedbi ispravnih organizacijskih promjena, a razvijanje odgovarajućih vještina suočavanja važan je element prevencije i liječenja. Odabir najučinkovitijeg pristupa ovisi o našem znanju o vrstama sagorijevanja i njegovoj dinamici te je određivanje vrste sagorijevanja važno jer uvjetuje vrstu liječenja. Faber je predložio tri vrste sagorijevanja: „istrošeni“ (worn-out), „klasični, frenetični“ (classic frenetic) i „nedovoljno izazvan“ (under challenged) podtip. U slučaju „istrošenog“ podtipa osoba u biti odustaje te kada se suoči sa previše stresa ili premalo zadovoljstva, postaje apatična i nedostaje joj entuzijazma. U „klasičnom“ sagorijevanju osoba radi do iznemoglosti, a kod tipa „nedovoljno izazvanog“ monotoni rad utječe na osobu. Faber je smatrao je da različite vrste sagorijevanja mogu zahtijevati različite oblike liječenja: psihoanalitički uvid, kognitivno restrukturiranje, empatična briga, tehnike smanjenja stresa, trening asertivnosti i dr. U međuvremenu (Montenero - Marin i sur., 2009) su pokušali definirati i sistematizirati svojstva koja karakteriziraju Farberov prijedlog tipologije te navode da se kriterij za ovu tipologiju temelji na razini predanosti na poslu: visoka kod frenetičnih podtipa (aktivni stil suočavanja), srednja u nedovoljno izazvanih i niska u „istrošenog“ tipa (pasivni stil suočavanja) (Farber, 1990). Prema istraživanju u Centru za studije o ljudskom stresu u bolnici Lafontaine u Montrealu, antidepresivi koji imaju učinak snižavanja razine kortizola, a često se koriste u liječenju sagorijevanja, mogli bi smanjiti te razine kod pacijenata i potencijalno ih dovesti u stanje višeg rizika od sagorijevanja. Ovi autori sugeriraju da bi testiranje slina na kortizol moglo biti korisno u predviđanju sagorijevanja (Juster i sur., 2011, prema Kakiashvili, Leszek i Rutkowski, 2013).

2.5. Emocionalni napor

Osim profesionalnih uloga, "izražavanje društveno poželjnih emocija" (Ashforth i Humphrey, 1993., prema Näring i sur., 2006.) osnova je emocionalnog napora u uslužnim poslovima. Da bi pokazali odgovarajuće emocije, pojedinci ponekad moraju

sakriti ili lažirati ono što osjećaju ili pokušati iskusiti, doživjeti očekivanu emociju, koja može izazvati emocionalni napor. Regulacija emocija češća je kod poslova uslužnih djelatnosti kod kojih klijenti zahtijevaju konstantnu brigu ili interakciju. Ljudi koji imaju čestu interakciju sa drugim ljudima podložniji su sagorijevanju (Jeung, Kim i Chang, 2018).

Nedavna istraživanja opisuju odnos između emocionalnog napora i sagorijevanja (Brotheridge i Grandey, 2002; Grandey, 2003, Näring i sur., 2007). Jeung, Kim i Chang (2018) navode kako su faktori emocionalnog napora pozitivno povezani sa sagorijevanjem. Takvi rezultati indiciraju da konflikti i tenzije koje nastaju u interakciji sa klijentom kao i emocionalna disonanca uvećavaju rizik sagorijevanja. Dodatno, manjak podrške i zaštitnih sistema same organizacije i poslodavaca prema zaposlenicima također doprinose sagorijevanju. Prijašnja istraživanja utvrdila su kako zaposlenici često suzbijaju emocije prilikom interakcije sa ljutim i bezobraznim klijentima. Često suzbijanje emocija može dovesti do gubitka resursa. Lažno prikazivanje emocija, odnosno hinjenje emocija ili surface acting reducira osobni sustav vrijednosti i efikasnost u radu zaposlenika. Strateška modifikacija emocija, misli i ponašanja zahtjeva kognitivni napor. Redukcija osobnih resursa može igrati ključnu ulogu u povećanju stresne situacije. Gubitak resursa uzrokovan kognitivnim naporom pridonosi stvaranju napetosti i narušava blagostanje. Potiskivanje emocija troši energetske resurse, što rezultira psihološkim smetnjama, povećanim razinama glukoze i smanjenom motivacijom (Jeung, Kim i Chang, 2018). Brotheridge i Grandey (2002) konceptualizirali su emocionalni napor na dva načina. Emocionalni napor usmjeren na zaposlenika označava zaposlenikov proces izražavanja i upravljanja emocijama kako bi zadovoljio radne potrebe. To podrazumijeva procese u kojima zaposlenici mijenjaju i kontroliraju svoje emocionalne izraze (surface acting) i proces u kojem se kontroliraju unutarnje misli i osjećaji kako bi se ispunila očekivanja potrebna za posao (deep acting). Emocionalni napor sastoji se od namjernih unutarnjih procesa koji održavaju disonantno stanje (kao pri hinjenju emocija/surface acting) ili rješavaju disonancu (kao pri uživljanju u emocije/ deep acting). Hochschild (1983) definira emocionalni napor kao "menadžment emocija u svrhu stvaranja javno vidljivih facijalnih i tjelesnih pokazatelja". Prema takvoj perspektivi, upravljanje emocijama je prepoznato kao način na koji zaposlenici mogu postići organizacijske norme i ciljeve. Ashforth i Humprey (prema Näring i sur., 2007) definiraju emocionalni

napor kao "akt prikazivanja prigodnih emocija, kako bi se postigla forma upravljanja dojmovima organizacije. Oni su predložili da bi emocionalni napor trebao biti pozitivno povezan sa efektivnim izvršavanjem zadataka pod uvjetom da klijenti dožive prikazivanje emocija iskrenim. Morris i Feldman (prema Näring i sur., 2007) definiraju emocionalni napor kao "planirani trud i kontrola potrebna da se izrazi organizacijski željena emocija tijekom međusobnih interakcija". Ova definicija uključuje organizacijska očekivanja zaposlenika tijekom njihovih interakcija sa klijentima, kao i unutarnje tenzije ili konflikte koji nastaju kada zaposlenici moraju prikazati lažne emocije, što je poznato i kao emocionalna disonanca.

Grandey (2003) definira emocionalni rad kao "proces upravljanja emocija na način da su one prikladne za organizacijsko ili profesionalno prikazivanje pravila". Ovaj koncept pretpostavlja da neke organizacije ili profesije imaju svoje vlastite limitirane setove emocija koje su tipično prikazivane u svakoj interakciji sa klijentima. Nekoliko istraživanja o emocionalnom radu u određenim zanimanjima potvrdila su da može biti iscrpljujuće, stresno, i da može povećati rizik psiholoških smetnji i pojave simptoma depresije.

Budući da nema kod nas mnogo istraživanja profesionalnog sagorijevanja u kontekstu emocionalne regulacije, u istraživanju, na uzorku od 214 medicinskih sestara s 19 odjela KBC-a Rijeka, su ispitani izravni i interakcijski efekti emocionalne inhibicije i ruminiranja kao komponenata emocionalne regulacije, te preopterećenosti i konflikta uloge i nejasnosti uloge kao komponenata percipiranog stresa na radnom mjestu, na tri komponente profesionalnog sagorijevanja (iscrpljenost, depersonalizaciju i percepciju smanjenog osobnog postignuća). Općenito, rezultati ovoga istraživanja pokazuju da svaka od varijabli percipiranog stresa na radnom mjestu značajno predicira neku od komponenata profesionalnog sagorijevanja, bilo samostalno, ili u interakciji s emocionalnom inhibicijom (Hudek- Knežević i sur.,2005).

2.6. Supervizija i briga za mentalno zdravlje

Europski pakt za mentalno zdravlje i dobrobit, prihvaćen na konferenciji na visokoj razini 2008. godine, određuje pet prioriternih područja djelovanja u zaštiti mentalnog zdravlja između kojih se nalazi i **mentalno zdravlje na radnom mjestu**. Radno mjesto još je jedno od područja u kojima je nužno osigurati zdravu sredinu koja

psihološki i socijalno potiče radnike. Održavanje dobrog duševnog zdravlja pomaže porastu produktivnosti i postizanju ciljeva ekonomskog rasta i globalne konkurentnosti. Smetnje duševnog zdravlja dovode do izostajanja s posla, boravljenja na poslu bez ispunjavanja radnih zadataka te preuranjenog odlaska u mirovinu. Poboljšano razumijevanje problema mentalnog zdravlja od strane poslodavaca, kao i kolega, bitno je za uspješnu radnu reintegraciju ljudi s problemima mentalnog zdravlja.

Mjere koje su predviđene u Nacionalnoj strategiji za zaštitu mentalnog zdravlja, a koje se tiču mentalnog zdravlja na radnom mjestu su: razvijati zdrave uvjete na radnom mjestu, s posebnom pozornošću posvećenom manjim i srednjim poslodavcima koji mogu imati financijskih teškoća u provođenju preventivnih aktivnosti, poticati uspostavljanje ravnoteže između poslovnog i obiteljskog života, poticati aktivnosti kojima se sprječava negativno ponašanje na poslu, kao što je primjerice nasilje ili drugi oblici maltretiranja, poboljšati rano prepoznavanje problema mentalnog zdravlja i unaprijediti metode rane intervencije na radnom mjestu, podržavati povratak i radnu reintegraciju osoba s duševnim smetnjama te podržavati zapošljavanje i zadržavanje posla osoba s duševnim smetnjama. Sudionici u provedbi su: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi; Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti; Ministarstvo gospodarstva, rada i poduzetništva; Hrvatski zavod za javno zdravstvo; Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnosti na radu; županijski zavodi za javno zdravstvo; jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave; zdravstvene ustanove; centri za socijalnu skrb; akademske institucije; stručna društva i strukovne komore u zdravstvu i gospodarstvu; nevladine udruge (Nacionalna strategija za zaštitu mentalnog zdravlja, 2010).

U Republici Hrvatskoj (RH) 2014. godine u službenom glasilu "Narodnim novinama" (71/14), objavljen je novi Zakon o zaštiti na radu (Zakon). Novi Zakon uvodi odredbe o osnivanju Zavoda za unaprjeđivanje zaštite na radu koji preuzima dio poslova postojećeg Hrvatskog zavoda za zaštitu zdravlja i sigurnosti na radu, koji će zadržati svoje djelatnosti koje se odnose na zdravstvene aspekte zaštite na radu. Novi Zakon po prvi puta uvodi odredbe o mjerama zaštite radnika od psihosocijalnih rizika (stres) i psihofizioloških napora na radu, sve u cilju prevencije i edukacije svih dionika (članak 51.). Naime, prevencija stresa na radu pitanje je koje već niz godina predstavlja neizbježnu temu na razini EU, pa je u tom smislu između socijalnih partnera na EU razini

potpisan i Okvirni sporazum o stresu na radu. Prema odredbama novog Zakona intencija je osvijestiti i potaknuti na preventivno djelovanje ne samo poslodavca, već i radnike. Prema odredbama Zakona, ako postoje naznake stresa na radu ili u svezi s radom koji je uzrokovan osobito čimbenicima kao što su sadržaj rada, organizacija rada, radno okruženje i loša komunikacija, poslodavac je obavezan posebnu pozornost usmjeriti na organizaciju rada i radnih postupaka, radne uvjete i okolinu, komunikaciju i subjektivne čimbenike. S druge strane, radnici su obvezni postupati prema uputama poslodavaca za sprječavanje, uklanjanje ili smanjenje stresa na radu ili u svezi s radom. Oni i njihovi predstavnici dužni su surađivati s poslodavcem u svezi navedenoga (Zakon o zaštiti na radu, 2014).

Jedan od oblika podrške u sustavu zdravstva, namijenjen uglavnom liječnicima, uz mogućnost uključivanja i drugih struka su tzv. Balintove grupe, čiji je broj s godinama u opadanju osim grupa Balintovog tipa, u programima edukacije (Launer, 2007. prema Zlomislić i Laklija, 2019). Michael i Enid Balint 50-ih godina prošlog stoljeća razvili su model grupnog rada u psihijatriji, koji je po njima nazvan Balintovim grupama. Balintova metoda u svijetu poznat je i institucionalizirani vid edukacije. Balintove skupine se susreću u redovitim terminima radi unapređenja razumijevanja složenih odnosa između profesionalaca i njihovih bolesnika. Skupine u pravilu vode educirani profesionalci, psiholog ili dinamski orijentirani psihijatar, ili drugi stručnjaci s iskustvom u takvom obliku skupnog rada. U Balintovim se skupinama interes stručnjaka za traženje brzog i pravog odgovora za rješenje bolesnikovog trenutnog zdravstvenog problema pomiče prema jačanju sposobnosti profesionalca u stvaranju bliskijih odnosa i preuzimanju stvarne brige o njemu. Skupina omogućuje svakom pojedinom članu novi uvid u složene interakcije između bolesnika i medicinskih sestara i priliku da mijenja percepciju i odnos prema vlastitim reakcijama i osjećajima, a isto tako i bolesnikovim osjećajima i reakcijama (Kosić i sur., 2016).

Kilminster (2000., prema Launer, 2007., prema Zlomislić i Laklija, 2019.) ističe da umjesto žaljenja zbog »odumiranja« Balintovih skupina, postoji potreba razvijanja i istraživanja drugih pristupa i njihovih učinaka na kvalitetu skrbi o pacijentima, ali i djelatnicima sustava zdravlja. Tako danas većina pomažućih zanimanja smatra da je supervizija bitna za održavanje refleksivne prakse, a nekima je ona i uvjet za nastavak licence (Launer, 2007., prema Zlomislić i Laklija, 2019).

Prema definiciji Udruženja nacionalnih organizacija za superviziju u Europi, supervizija je oblik specifičnog profesionalnog vođenja, učenja i razvoja čiji je cilj osiguranje i razvoj kvalitetne komunikacije i suradnje u profesionalnom kontekstu (ANSE, 2008).

Kao ishod supervizijskog procesa može se javiti: novo razumijevanje vlastitog ponašanja i ponašanja korisnika ili suradnika, osjećaj rasterećenja, poboljšanje profesionalnog stila rada, kvalitete rada i postignuća, bolja briga za vlastito mentalno zdravlje, povišeni osjećaj zadovoljstva sobom, poslom, organizacijom. Kao što i izbor modela i oblika supervizije, izbor supervizora te izbor problema i načina rada na problemu ovisi o svakom profesionalcu, njegovim potrebama i preferencijama, tako će i ishodi supervizijskog rada biti različiti. Osobna perspektiva u smislu viđenja problema, viđenja sebe i viđenja rješenja sastavni su dio svake supervizije. Supervizija nikako nije mjesto na kojem se mišljenja nameću, već samo šire, a na svakom je supervizantu odgovornost da novi uvid prilagodi sebi ili da sebe prilagodi uvidu (Kusturin, 2007).

Većina zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika koji rade u kontaktu s oboljelim osobama nije uključena u superviziju. Supervizija u sustavu zdravstva može se koristiti za razrješavanje emocionalnog učinka kontakta stručnjaka s pacijentom, propitivanje tehničkih aspekata vođenja skrbi za pojedinog pacijenta, za razrješavanje pitanja unutar tima i radnog mjesta Launer (2007, prema Zlomislić i Laklija, 2019).

Rezultati istraživanja u zdravstvu (Butterworth, Bishop i Carson, 1996.; Begat, Severinsson i Berggren, 1997.; Kelly, Long i McKenna, 2001.; Winstanley, 2001., Launer, 2007. prema Zlomislić i Laklija, 2019) ukazuju da supervizija doprinosi općem blagostanju, znanju stručnjaka, samopouzdanju, moralu, razumijevanju, samosvijesti, zadovoljstvu poslom i izdržljivosti. Istraživanje (Zlomislić i Laklija, 2019.) rađeno je na odjelima za psihijatriju na uzorku socijalnih radnika te se pokazalo da kao izazove s kojima se susreću socijalni radnici navode izazove vezane uz djelokrug rada i iz ostvarenog kontakta s pacijentom. Čimbenici koje sudionici navode, a koji utječu na njihovu spremnost na uključivanje u superviziju, odnose se na percipiranu dobit od supervizije, organizacijski okvir supervizije, strukturu i obilježja supervizijske grupe, obilježja supervizora i organizacijske preduvjete.

U posljednjem desetljeću u Hrvatskoj su postavljeni dobri temelji za implementaciju supervizije u područje rada s ljudima, no supervizija još nije dovoljno

poznata i dostupna svim profesionalcima. Daljnja implementacija supervizije u područja raznih profesija u rukama je samih profesionalaca. I, koliko god grubo zvučalo, svaki pomak ovisit će o tome hoće li profesionalci stati samo na isticanju toga kako im je teško ili će se odlučiti za aktivniji pristup zaštite svoje profesionalnosti i zaštite privatnog života. Aktivnije označava paralelne aktivnosti u području: – preuzimanja vlastite odgovornosti za mentalno zdravlje i napuštanje očekivanja i ideja da su drugi ti koji bi se trebali brinuti za nas, koji bi to trebali platiti, – razvijanja vjere da sami možemo promijeniti svoj život nabolje, – odvajanja vremena za superviziju, – širenja informacija o superviziji, – traženja supervizije i uključivanje u supervizijske grupe. Jedino ako profesionalci jasno i glasno iskažu svoju potrebu i spremnost za akciju, svi izgrađeni temelji u području supervizije moći će se iskoristiti (Kusturin, 2007). Kada je riječ o zdravstvenom sustavu, konkretno medicinskim sestrama i tehničarima zaposlenima u psihijatrijskim bolnicama, supervizija zasigurno nije dovoljno zastupljena. Između ostalog u ovom radu će se razmatrati potreba za supervizijom ove populacije, spremnost da se uključe u superviziju i eventualne prepreke da se uključe u supervizijsku grupu.

3. CILJ ISTRAŽIVANJA, PROBLEMI ISTRAŽIVANJA I HIPOTETSKI OKVIR

3.1. Cilj

Svrha ovog istraživanja je dobiti uvid u potrebe medicinskih sestara i tehničara zaposlenih u psihijatrijskim bolnicama i klinikama za dodatnom podrškom u zaštiti njihovog mentalnog zdravlja i radnih kapaciteta, kakvu može pružiti supervizija. S obzirom na njegovu svrhu, cilj istraživanja je dobiti uvid u doživljaj stresa na radnom mjestu medicinskih sestara i tehničara u psihijatrijskim bolnicama i klinikama, utvrditi stupanj sagorijevanja na poslu i nesuglasje između emocija koje doživljavaju i ekspresije emocija uvjetovane zahtjevima posla te dobiti uvid o njihovoj percepciji potrebe za supervizijom i spremnosti da se uključe u superviziju.

3.2. Problemi istraživanja

1. Ispitati razlike u doživljaju izvora stresa s obzirom na spol, dob, obrazovanje i radni staž.
2. Ispitati razlike u stupnju sagorijevanja s obzirom na spol, dob, obrazovanje i radni staž.
3. Ispitati razlike u nesuglasju između emocija koje trenutno doživljavaju i ekspresiju emocija uvjetovane zahtjevima posla („emocionalni napor“) s obzirom na spol, dob, obrazovanje i radni staž.
4. Ispitati razlike u percepciji potrebe za supervizijom i spremnosti uključivanja u superviziju s obzirom na spol, dob, obrazovanje i radni staž.
5. Ispitati prediktivnu vrijednost spola, dobi, obrazovanje, radnog staža, doživljaja stresa, sagorijevanja i emocionalnog napora na potrebu za supervizijom.
6. Ispitati prediktivnu vrijednost spola, dobi, obrazovanje, radnog staža, doživljaja stresa, sagorijevanja i emocionalnog napora na spremnost za uključivanje u superviziju.

3.3. Hipotetski okvir

H1. Ne postoji razlika doživljaja stresa s obzirom na spol, dob, obrazovanje i radni staž.

H2. Ne postoji razlika u stupnju sagorijevanja s obzirom na spol, dob, obrazovanje i radni staž.

H3. Ne postoji razlika u nesuglasju između emocija koje trenutno doživljavaju i ekspresiju emocija uvjetovane zahtjevima posla („emocionalni napor“) s obzirom na spol, dob, obrazovanje i radni staž.

H4. Ne postoji razlika u percepciji potrebe za supervizijom i spremnosti uključivanja u superviziju s obzirom na spol, dob, obrazovanje i radni staž.

H5. Ovaj skup varijabli (spol, dob, obrazovanje, radni staž, doživljaj stresa, sagorijevanje i emocionalni napor ne bi trebao značajno doprinijeti objašnjenju varijance kriterija (percipirana potrebu za supervizijom).

H6. Ovaj skup varijabli (spol, dob, obrazovanje, radni staž, doživljaj stresa, sagorijevanja i emocionalnog napora) ne bi trebao značajno doprinijeti objašnjenju varijance kriterija (spremnosti da se uključe u superviziju).

Postavljene su nul-hipoteze rezultat jer ne postoje istraživanja na reprezentativnom uzorku medicinskih sestara i tehničara Republici Hrvatskoj, stoga nije moguće pretpostaviti drugačije nalaze.

4. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

4.1. Tip istraživanja

S obzirom na svrhu istraživanja, ovo kvantitativno istraživanje je deskriptivno, komparativno i korelacijsko. Njegova svrha je utvrditi povezanost i razlike između određenih pojava i/ili procesa. Cilj istraživanja je eksploratorni.

4.2. Uzorak sudionika

Ispitivanje je provedeno ukupno na 164 medicinskih sestara i tehničara zaposlenih u: Psihijatrijskoj bolnici Ugljan, Psihijatrijskoj bolnici Rab, Klinici za psihijatriju Vrapče, Neuropsihijatrijskoj bolnici „Dr. Ivan Barbot“ Popovača i Klinici za psihijatriji „Sveti Ivan“. U uzorku od 164 ispitanika sudjelovale su 103 žene i 61 muškarac. Neka sociodemografska obilježja ispitanog uzorka nalaze se u Tablici 1, Tablici 2 i Tablici 3.

Tablica 1: Sociodemografska obilježja uzorka medicinskih sestara i tehničara

Dob	N	%	Radni staž	N	%
20-35	66	40,49	0-7	41	25,15
36-51	51	31,29	8-15	33	20,25
52-67	46	28,22	16-23	28	17,18
Obrazovanje	N	%	24-31	21	12,88
SSS	104	63,41	32-39	27	16,56
ostalo	60	36,59	40-47	13	7,98

Prosječna dob ispitanika je 41,03 godina, u rasponu od 21 do 67 godina sa standardnom devijacijom (prosječno srednjim kvadratnim odstupanjem od aritmetičke sredine) 12,65. Ispitanici su bili podijeljeni u tri kategorije, najviše ispitanika, 40 posto se nalazi u prvoj

dobnoj skupini od 20 do 35 godina, oko 31 posto ispitanika u drugoj dobnoj skupini od 36 do 51 godina, a oko 28 posto se nalazi u trećoj dobnoj skupini od 52 do 67 godina. Prosječan radni staž je 19,54 godine, minimalni radni staž je 0 (u godinama) do maksimalno 44 godine radnoga staža sa standardnim odstupanjem 13,00. Kada je riječ o obrazovanju, oko 63 posto ispitanika ima srednju stručnu spremu, a oko 36 posto su prvostupnici/e i magistri/e sestriinstva.

Tablica 2: Broj ispitanika s obzirom na radnom mjestu na kojem su zaposleni

Radno mjesto	N	%
Glavna sestra bolnice	2	1,22
Glavna sestra odjela	30	18,29
Sobna medicinska sestra	114	69,51
Patronažna medicinska sestra	1	0,61
Medicinska sestra u ambulanti	11	6,71
Nešto drugo	6	3,66
Ukupno	164	100

Kada je riječ o radnom mjestu na kojem su zaposleni, najveći broj ispitanika 69,51 posto je zaposlen kao sobna medicinska sestra, 18,29 posto rade kao glavne sestre odjela, a 6,71 posto ispitanika radi kao medicinska sestra u ambulanti.

Tablica 3: Broj ispitanika i postotak kod procjene učestalosti prekovremenog rada, dežurstava i smjenskog rada

	Prekovremeno		Dežurstva		Smjene	
	N	%	N	%	N	%
Često	30	18,29	47	28,83	105	64,02
Ponekad	92	56,1	35	21,47	15	9,15
Nikad	42	25,61	81	49,69	44	26,83
Ukupno	164	100	163	99,99	164	100

Kada je riječ o procjeni učestalosti prekovremenog rada, dežurstava i smjenskog rada 18,29 posto ispitanika procjenjuje da prekovremeno radi često, 92 posto ponekad, a 42 posto nikad. Najveći broj ispitanika, njih 49,69 posto ne dežura nikada, 21,47 posto ponekad, a 28,83 posto često dežura. Na pitanje o smjenskom radu, najveći broj ispitanika 64,02 posto procjenjuje da često radi u smjenama, 9,15 posto ponekad i 26,83 posto nikad.

4.3. Mjerni instrumenti

4.3.1. Upitnik sociodemografskih varijabli:

Ovaj upitnik izrađen je za potrebe ovog istraživanja, a uključivao je pitanja o: spolu, dobi, stupanju obrazovanja i radnom stažu.

4.3.2. Upitnik o stresorima na radnom mjestu bolničkih zdravstvenih djelatnika

(Milošević, 2010.) koji sadrži 37 pitanja (čestica) vezana za doživljaj stresa na radu koja su kodirana Likertovom ljestvicom raspona od 1 (Nije uopće stresno), 2 (Rijetko je stresno), 3 (Ponekad je stresno), 4 (Stresno) i 5 (Izrazito stresno). Eksploratornom faktorskom analizom svih 37 čestica dobiveno je šest faktora koji procjenjuju pojedine dimenzije doživljaja stresa na radnom mjestu bolničkih zdravstvenih djelatnika. Tih šest kategorija su: Organizacija radnog mjesta i financijska pitanja (čestice od 1 do 10) Cronbach α koeficijent u rasponu od 0,829 do 0,837, Javna kritika i sudske tužbe (čestice od 11 do 17) Cronbach α koeficijent u rasponu od 0,825 do 0,851, Opasnosti i štetnosti na poslu (čestice od 18 do 23) Cronbach α koeficijent u rasponu od 0,805 do 0,851, Sukobi i komunikacija na poslu (čestice od 24 do 27) Cronbach α koeficijent u rasponu od 0,726 do 0,828., Smjenski rad (čestice od 28 do 31) Cronbach α koeficijent u rasponu od 0,631 do 0,827, Profesionalni i intelektualni zahtjevi (čestice od 32 do 37) Cronbach α koeficijent u rasponu od 0,760 do 0,768 te se smatraju glavnim izvorima stresana radnom mjestu bolničkih zdravstvenih djelatnika. Šest odabranih faktora zadovoljava sve literaturne kriterije prema Cattellu i Keiseru a udio objašnjene varijance bio je 56,08%. Svaki od šest odabranih faktora dobro je opisan česticama koje ga određuju a pripadajući koeficijenti pouzdanosti Cronbach α su redom veći od 0,70 (od 0,78 do 0,86) što govori o visokoj unutarjoj konzistenciji svakog faktora. Ljestvice pojedinih faktora ujednačene su na ljestvicu od 0 do 100 u kojoj 100 znači najveću razinu doživljenog stresa. Kao granična vrijednost, koja nam govori o čestoj i izuzetno čestoj percepciji pojedinog stresnog faktora uzeta je vrijednost veća od 60.

4.3.3. Oldenburški upitnik sagorijevanja (Izvorni instrument: Oldenburg Burnout

Inventory (Demerouti i Bakker, 2008), Adaptirale i priredile: Burić i Slišković, 2018. Oldenburški je upitnik sagorijevanja s engleskoga (eng. *The Oldenburg Burnout Inventory*; Demerouti i Bakker, 2008) na hrvatski jezik preveden metodom dvostrukoga

prijeвода. Izvorni je instrument konstruiran s ciljem mjerenja dviju dimenzija sagorijevanja na poslu: iscrpljenosti i otuđenosti. Sastoji se od ukupno 16 tvrdnji. Skala *iscrpljenosti* sastoji se od osam tvrdnji (čestice: 2,4,5,8,10,12,14,16), pri čemu su četiri tvrdnje usmjerene na pozitivne aspekte (npr. „Kada radim, obično se osjećam pun/a energije.“), a preostale četiri na negativne aspekte (npr. „Ima dana kada se osjećam umorno i prije nego što dođem na posao.“). Cronbach $\alpha=.84$. Na isti su način uravnotežene tvrdnje i kod skale otuđenosti, koja se također sastoji od ukupno osam čestica (čestice: 1,3,6,7,9,11,13,15) (primjeri pozitivno i negativno formuliranih čestica: „Uvijek pronalazim nove i zanimljive aspekte u svom poslu.“ i „Sve češće se događa da o svom poslu pričam na negativan način.“). Cronbach $\alpha=.76$. Ispitanici procjenjuju svoj stupanj slaganja s tvrdnjama na ljestvici od 4 stupnja, pri čemu 1 označava ne slaganje sa zadanom tvrdnjom (1= „Uopće se ne slažem“), a 4 označava potpuno slaganje (4 = „Potpuno se slažem“). Ukupni rezultati na dvjema skalama formiraju se kao prosjek rezultata na svim tvrdnjama koje čine pojedinu skalu uz prethodno obrnuto bodovanje pozitivno formuliranih čestica. Viši ukupni rezultat na skalama sagorijevanja podrazumijeva viši stupanj sagorijevanja na poslu, odnosno veću iscrpljenost i otuđenost.

4.3.4. Upitnik emocionalnog napora (Näring, Briët i Brouwers, 2007.)

Upitnik emocionalnog napora autora Näring, Briët i Brouwers (2007.) sastoji se od 13 čestica, a ispitanici procjenjuju čestinu doživljavanja, izražavanja i regulacije određenih emocija u skladu s radnom ulogom na skali od 5 stupnjeva gdje 1 označava nikad, a 5 označava često. Navedeni autori su faktorskom analizom utvrdili četvero faktorsku strukturu upitnika: emocionalna usklađenost (emotional consonance) (čestice 1 i 2), uživanje u emocije (deep acting) (čestice 3, 10 i 13), potiskivanje (supression) (čestice 4, 6 i 12) i hinjenje emocija (surface acting) čestice: 5, 7, 8, 9,11. Cronbach alpha za faktor hinjenje emocija iznosi .83, Cronbach alpha za faktor uživanje u emocije iznosi .85, Cronbach alpha za faktor potiskivanje iznosi .85, a Cronbach alpha za faktor emocionalna usklađenost iznosi .63.

4.3.5. Upitnik o superviziji

Za potrebe ovog istraživanja adaptirao se dio *Upitnika o superviziji* koji je za potrebe svog specijalističkog rada osmislila Klobučar, J. (2009), a odnosi se na spremnost za uključivanje u superviziju. Na početku upitnika je navedena kratka definicija supervizije. U prvom dijelu upitnika koji se odnosi na spremnost da se uključe u superviziju od ispitanika će se tražiti da na skali od 1 do 4 procjene da li bi se osobno bili spremni uključiti u superviziju te da također na skali do 1 do 4 procjene eventualne prepreke za uključivanje u superviziju: nedostatak vremena, nedostatak interesa, nedovoljno znanje o superviziji, bojazan da će ih se smatrati nekompetentnima u radnoj okolini, strah od reakcije nadređenih te će se ostaviti otvorena mogućnost da dopišu neku drugu prepreku. Drugi dio upitnika odnosio se na percipiranu potrebu za supervizijom, sastoji se od 29 čestica, a konstruiran je za potrebe ovog istraživanja. Za potrebe ovog istraživanja podacima koji se odnose na ispitivanje percipirane potrebe za supervizijom će se pristupiti deskriptivno, na razini čestica, a ujedno su se prikupili podatci za izradu upitnika u budućnosti.

4.4. Metoda prikupljanja podataka

Prije same provedbe istraživanja zatražila se i dobila suglasnost Etičkog povjerenstva Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Od ravnatelja svih pet bolnica i klinika koje su bile uključene u istraživanje zatražena je dozvola za provođenje istraživanja. S ravnateljima bolnica dogovorio se i način kontaktiranja potencijalnih sudionika istraživanja, odnosno uspostavio se kontakt s glavnom sestrom bolnice. Od glavne sestre bolnice tražilo se da upitnike proslijedi ostalim zaposlenicima (medicinskim sestrama i tehničarima). Samim ispitanicima bilo je naglašeno da će dobiveni rezultati biti pohranjeni isključivo kod istraživača te im je objašnjena svrha i cilj istraživanja. Omogućeno im je da sudjelovanje u istraživanju bude anonimno i dobrovoljno te da od istog u bilo kojem trenutku odustanu. Za bilo kakva dodatna pitanja bio im je dostupan kontakt istraživača. Podatci su prikupljeni na način da su sudionici ispunjeni Upitnik pripremljen za ovo istraživanje dobili na način da ih je u kovertama izložila na sastanku glavna sestra bolnice te su ispunjeni upitnik sudionici vratili na način da su Upitnik u zatvorenoj koverti ubacili u kutiju koja se nalazila u dvorani za sastanke. Sudionici su

individualno i samostalno rješavali Upitnik. Prije svake skupine pitanja u Upitniku nalazila se uputa s objašnjenjem kako popuniti pitanja. U slučaju eventualnih nejasnoća i pitanja, sudionici su imali dostupan kontakt istraživača u upitniku. Podaci su se prikupljali u pet psihijatrijskih bolnica i klinika, na individualnoj razini tijekom prosinca 2020. godine i siječnja 2021. godine.

4.5. Metoda obrade i analize podataka

Za potrebe istraživanja i u skladu s ciljem istraživanja i problemima radile su se analize varijance, korelacijske i regresijske analize. Izračunale su se aritmetičke sredine, standardne devijacije te apsolutne i relativne frekvencije prema pojedinom svojstvu. Podaci su obrađeni u programu Statistica 13.

4.6. Etičke implikacije provođenja istraživanja

Pri provedbi istraživanja, istraživač se trudio biti objektivan u provedbi i analizi prikupljenih podataka kako osobni stavovi i uvjerenja ne bi utjecali, odnosno naveli na krive zaključke. Prije same provedbe istraživanja zatražila se i dobila suglasnost Etičkog povjerenstva Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Od ravnatelja svih pet bolnica i klinika koji su bili uključeni u istraživanje zatražila se i dobila dozvola za provođenje istraživanja. Od svih sudionika zatražio se pristanak za sudjelovanjem u istraživanju te ih se informiralo o tome da u bilo kojem trenutku mogu odbiti sudjelovati. Mogućnost da u bilo kojem trenutku odustanu od sudjelovanja u istraživanju bila je naglašena na samom početku Upitnika. Rečeno im je da ukoliko se dogodi da im je rješavanje Upitnika rezultiralo nekim neugodnim emocijama, da se jave samom istraživaču ili svome liječniku obiteljske medicine. Sudionicima je radi bilo kakvih pitanja vezanih za Upitnik i samo istraživanje ostavljena mogućnost da se jave istraživaču. Sudionici su bili upoznati sa svrhom i ciljevima istraživanja te povjerljivosti podataka i načinu prikaza istih. Istraživanje je bilo dobrovoljno i anonimno i podaci, odnosno odgovori dobiveni prilikom provedbe istraživanja, posebno su zaštićeni kod istraživača.

5. REZULTATI I RASPRAVA

Medicinske sestre igraju ključnu ulogu u bilo kojoj zdravstvenoj ustanovi i obuhvaćaju najveći dio radne snage. Sestrinstvo je profesija čija je osnovna djelatnost provođenje metoda zdravstvene njege koju primjenjuju medicinske sestre/tehničari u sustavu zdravstvene zaštite, samostalno ili kao članovi multidisciplinarnog zdravstvenog tima, primjenjujući usvojena znanja i vještine struke, temeljnih medicinskih, društvenih i humanističkih znanosti te znanja stečenih sestrinskom praksom i sestrinskim istraživanjima (Kozina i sur., 2018). Specifičnost u svakodnevnom radu u psihijatriji je da osim brige o tjelesnim potrebama pacijenta, tijekom liječenja psihijatrijskih pacijenata psihijatrijska sestra brine o emocionalnom stanju pacijenata. Psihijatrijskog pacijenta sestre doživljavaju kao subjekt koji je u poremećenom odnosu sa sobom i s drugima, a psihijatrijske sestre su često iskusile da o kvaliteti upravo njihovog odnosa ovisi hoće li on uzimati lijekove, održavati osobnu higijenu, činiti ispade i dr. (Kosić, 2009).

Istraživanja mentalnoga zdravlja kod zdravstvenih djelatnika važna su jer psihološke teškoće zdravstvenih djelatnika, osim što utječu na njihovo osobno i profesionalno funkcioniranje, mogu znatno utjecati i na kvalitetu skrbi o pacijentima. Učestalost psiholoških problema kod zdravstvenih djelatnika veća je u odnosu na opću populaciju (Sviben i sur., 2017). S obzirom na manji broj istraživanja vezano za mentalno zdravlje na ovoj populaciji te potpuni izostanak istraživanja u kontekstu potrebe za supervizijom u zdravstvu, konkretno kod medicinskih sestara i tehničara koji rade u psihijatrijskim bolnicama, svrha ovog istraživanja bila je dobiti uvid u potrebe medicinskih sestara i tehničara zaposlenih u psihijatrijskim bolnicama i klinikama za dodatnom podrškom u zaštiti njihovog mentalnog zdravlja i radnih kapaciteta, kakvu može pružiti supervizija. S obzirom na njegovu svrhu, cilj istraživanja je bio dobiti uvid u doživljaj stresa na radnom mjestu medicinskih sestara i tehničara u psihijatrijskim bolnicama i klinikama, utvrditi stupanj sagorijevanja na poslu i nesuglasje između emocija koje doživljavaju i ekspresije emocija uvjetovane zahtjevima posla te dobiti uvid o njihovoj percepciji potrebe za supervizijom i spremnosti da se uključe u superviziju.

5.1. Ispitivanje razlika u doživljaju izvora stresa s obzirom na spol, dob, obrazovanje i radni staž

Stres na radu specifična je vrsta stresa, čiji je izvor u radnom okolišu. Stres na radu možemo definirati kao značajnu neravnotežu između zahtjeva i sposobnosti da im se udovolji, u situaciji kad neuspjeh u zadovoljavanju zahtjeva ima, prema prosudbi radnika, značajne posljedice. Najčešći su stresori: hitna stanja, dežurstva, donošenje odluka nakon noćnog rada, rutinski medicinski rad, mala mogućnost napredovanja, emocionalna iscrpljenost, fizička iscrpljenost i bol u donjem djelu leđa, niska razina odlučivanja i visoki zahtjevi (Marlais i Hudorovic, 2015). Profesionalni stres postoji u svim profesijama, ali sestrinska profesija doživljava više stresa u odnosu na ostale zdravstvene djelatnike (Moustaka i Constantinidis, 2010., Sharifah, 2011.). Stres na radu, tj. profesionalni stres specifična je vrsta stresa čiji je izvor u radnom okolišu. Teorije profesionalnoga stresa, kao i suvremene teorije stresa općenito, naglašavaju važnost osobne percepcije određene situacije. Tako objektivno ista situacija na poslu neće svima biti izvor stresa. Primjerice, za nekoga će dodatno radno zaduženje biti prilika za daljnji rast i napredovanje, dok neka druga osoba to može doživjeti kao oduzimanje slobodnoga vremena. Zdravstvena struka je svrstana u visoko stresne profesije zbog visoke odgovornosti posla i izloženosti različitim stresorima (McNeely, 1995., prema Škrinjarić i Šimunović, 2018).

Prvi dio analiza rezultata imao je za cilj ispitati razlike u doživljaju izvora stresa s obzirom na spol, dob, obrazovanje i radni staž pri čemu je za ispitivanje doživljaja stresa korišten Upitnik o stresorima na radnom mjestu bolničkih zdravstvenih djelatnika. Za potrebe ovog rada preuzeta je originalna faktorska struktura upitnika, a sastoji se od šest faktora koji procjenjuju pojedine dimenzije doživljaja stresa na radnom mjestu bolničkih zdravstvenih djelatnika. Tih šest kategorija su: Organizacija radnog mjesta i financijska pitanja, Javna kritika i sudske tužbe, Opasnosti i štetnosti na poslu, Sukobi i komunikacija na poslu, Smjenski rad, Profesionalni i intelektualni zahtjevi te se smatraju glavnim izvorima stresa na radnom mjestu bolničkih zdravstvenih djelatnika. Prema autoru upitnika šest odabranih faktora zadovoljava sve literaturne kriterije prema Cattellu i Keiseru, a udio objašnjene varijance bio je 56,08%. Svaki od šest odabranih faktora dobro je opisan česticama koje ga određuju, a pripadajući koeficijenti pouzdanosti Cronbach α su redom veći od 0,70 (od 0,78 do 0,86) što govori o visokoj unutarnjoj konzistenciji

svakog faktora. U ovom istraživanju provjerena je pouzdanost pojedinog faktora te se pripadajući Cronbach α nalaze u Tablici 4, a redom su od 0,85 do 0,90.

Tablica 4: Faktorska struktura pouzdanosti pojedinih faktora izraženi Cronbach alpha koeficijentom

Faktori i stres ukupni	N	M	Min	Max	Sd	Cronbach alpha
Organizacija radnog mjesta i financijska pitanja	164	34,07	14	50	8,24	0,88
Javna kritika i sudske tužbe	164	22,09	7	35	6,54	0,87
Opasnosti i štetnosti na poslu	164	15,02	6	30	6,03	0,87
Sukobi i komunikacija na poslu	164	10,50	4	20	4,46	0,90
Smjenski rad	164	11,93	4	20	4,89	0,87
Profesionalni i intelektualni zahtjevi	164	15,70	6	30	5,37	0,85
Stres ukupni	164	109,30	48	169	27,47	0,95

Tablica 5: Rezultati t-testa za ispitivanje razlika u doživljaju različitih izvora stresa s obzirom na spol

Izvori stresa	M ž	M m	N ž	N m	Sd ž	Sd m	t	df	p
Organizacija radnog mjesta i financijska pitanja	34,23	33,79	103	61	8,22	8,34	0,17	161	0,86
Javna kritika i tužbe	22,48	21,42	103	60	6,67	6,35	0,99	161	0,32
Opasnosti i štetnosti	14,79	15,43	103	60	5,63	6,73	0,65	161	0,51
Sukobi i komunikacija	10,44	10,67	103	60	4,46	4,51	0,31	161	0,75
Smjenski rad	12,02	11,80	103	60	5,01	4,75	0,27	161	0,78
Profesionalni i intelektualni zahtjevi	16,18	14,92	103	60	5,37	5,35	1,45	161	0,15
Stres ukupni	110,14	108,23	103	60	27,10	28,37	0,42	161	0,67

Analizom rezultata nisu nađene razlike u doživljaju stresa (ukupan rezultat na upitniku) kao ni po različitim faktorima, odnosno izvorima stresa između žena (N=103) i muškaraca (N=61), odnosno medicinskih sestara i tehničara (Tablica 5). U istraživanju (Puljizević i sur., 2014) rezultati su također pokazali da ne postoje statistički znatne razlike u odnosu na doživljaj stresa i komponenata mentalne čvrstoće s obzirom na spol ispitanika. Pitanje spolnih razlika u doživljavanju radnih stresora i reakcija na njih nema

konzistentan odgovor. Općenito govoreći, iako postoje sličnosti u doživljavanju radnih stresora kod muškaraca i žena, zaposlene žene općenito izražavaju veće opterećenje radnom i obiteljskom ulogom (Trocki i Orioli, 1994., prema Slišković 2010). Navedeno nije potvrđeno u ovom istraživanju, a razlog može biti između ostaloga uporaba različitih upitnika, odnosno instrumentarija.

Tablica 6: Jednosmjerne analize varijance za ispitivanje razlika u doživljaju različitih izvora stresa s obzirom na dob

Izvori stresa	N 20 - 35	M 20-35	Sd 20-35	N 36 - 51	M 36-51	Sd 36-51	N 52 - 67	M 52-67	Sd 52-67	F	df	p
Organizacija radnog mjesta i financijska pitanja	66	33,92	8,10	51	34,69	8,27	46	33,93	8,31	0,15	2/160	0,86
Javna kritika i tužbe	66	21,08	6,33	51	22,41	6,58	46	23,17	6,78	1,49	2/160	0,23
Opasnosti i štetnosti	66	15,32	6,18	51	14,53	6,41	46	15,20	5,48	0,26	2/160	0,77
Sukobi i komunikacija	66	10,70	4,68	51	10,76	4,52	46	10,00	4,12	0,44	2/160	0,65
Smjenski rad	66	11,97	4,89	51	11,69	5,09	46	12,15	4,82	0,11	2/160	0,89
Profesionalni i intelektualni zahtjevi	66	14,86	5,37	51	16,31	4,84	46	16,15	5,93	1,29	2/160	0,28
Stres ukupno	66	107,85	27,54	51	110,39	28,91	46	110,61	26,37	0,18	2/160	0,83

Analizom rezultata nisu nađene razlike u doživljaju stresa (ukupan rezultat na upitniku) kao ni po različitim faktorima, odnosno izvorima stresa kod različitih dobnih skupina (Tablica 6). U svrhu analiza ispitanici su bili podijeljeni u tri dobne skupine: prva se skupina odnosila na ispitanike dobi od 20 do 35 godina (N=66), druga na ispitanike u dobi od 36 do 51 godinu (N=51) te treća skupina na ispitanike dobi od 52 do 67 godina (N=46). U istraživanju (Škrinjarić i Šimunović, 2018) starije medicinske sestre izvijestile su o nižoj razini profesionalnoga stresa. S druge strane, (Friščić, 2006) navodi da stupanj doživljenog stresa nije povezani s nekim specifičnim sociodemografskim i

profesionalnim obilježjima socijalnih radnika kao što su: dob, dužina ukupnog radnog staža, staža kao socijalni radnik, vrsti dodatne edukacije i broju klijenata s kojima dnevno rade. U istraživanju koje je provedeno na medicinskim sestrama u Amman privatnoj bolnici nisu nađene razlike u percipiranom stresu vezan za posao s obzirom na spol, dob i radni odjel (Alnems i sur., 2005).

Tablica 7: Rezultati t-testa za ispitivanje razlika u doživljaju različitih izvora stresa s obzirom na obrazovanje/stručna sprema

Izvori stresa	N sss	M sss	Sd sss	N ostalo	M ostalo	Sd ostalo	t	df	p
Organizacija radnog mjesta i financijska pitanja	104	34,70	8,37	60	32,97	7,96	1,30	2/162	0,19
Javna kritika i tužbe	104	22,58	6,85	60	21,23	5,91	1,27	2/162	0,20
Opasnosti i štetnosti	104	16,24	6,20	60	12,92	5,12	3,52	2/162	0,00
Sukobi i komunikacija	104	10,67	4,92	60	10,20	3,56	0,65	2/162	0,51
Smjenski rad	104	12,75	4,62	60	10,52	5,06	2,88	2/162	0,00
Profesionalni i intelektualni zahtjevi	104	15,60	5,56	60	15,87	5,06	0,31	2/162	0,76
Stres ukupni	104	112,54	28,84	60	103,70	24,14	2,00	2/162	0,05

Analizom rezultata nađene su razlike u doživljaju stresa (ukupan rezultat na upitniku) kao i po različitim faktorima, odnosno izvorima stresa i to: Opasnosti i štetnosti i Smjenski rads obzirom na stručnu sprema. U tu svrhu ispitanici su podijeljeni u dvije skupine: srednja stručna sprema (N=104) i prvostupnici/e i magistri/e sestrinstva (N=60). Medicinske sestre i tehničari sa srednjom stručnom spremom procjenjuju stresnijima opasnosti i štetnosti i smjenski radu odnosu na medicinske sestre i tehničare koji su prvostupnici/e i magistri/e sestrinstva (Tablica 7, Slika 1 i 2u Prilogu).

I medicinske sestre i tehničari u istraživanju (Marlais i Hudorovic, 2015) navode kao izvor stresa na radu strah od specifičnih opasnosti i štetnosti u zdravstvu, što upućuje na potrebu poboljšanja edukacije, mjera zaštite i sigurnosti na radu. Nadalje, medicinske sestre i tehničari sa srednjom stručnom spremom postižu viši rezultat ukupno na upitnikuo stresorima na radnom mjestu u odnosu na medicinske sestre i tehničare koji su prvostupnici/e i magistri/e sestrinstva. Suprotno ovom nalazu, u literaturi postoje nalazi kako sestre s visokim obrazovanjem iskazuju višu razinu percipiranog stresa na poslu od

niže obrazovanih (Jenkins i Elliot, 2004). Može se pretpostaviti da one medicinske sestre i tehničari koji imaju viši stupanj obrazovanja, sukladno s time imaju više radnog iskustva (priliku za daljnjim obrazovanjem najčešće imaju zaposlenici koji su duže zaposleni unutar ustanove), pa samim time (više znanja i više iskustva) zahtjevnost pojedinih zadataka i situacija, odnosno različite stresora procjenjuju kao manje stresne. Osim toga, medicinske sestre i tehničari sa višim stupnjem obrazovanja najčešće su i na višim pozicijama u zdravstvu (postaju voditelji smjena i glavne sestre-tehničari odjela) što sa sobom svakako nosidrugачiju radnu ulogu (veća plaća, bolji položaj unutar sustava, više godišnjeg odmora, veća samostalnost u radu i donošenju odluka i dr.). Medicinske sestre i tehničari sa srednjom stručnom spremom više su u neposrednom kontaktu s pacijentom, obavljaju više fizički zahtjevnih poslova poput njege i dr. što također može biti razlog viši rezultat ukupno na upitniku o stresorima na radnom mjestu. U istraživanju (Velimirović i sur., 2017) je dobiveno da sudionici s višim stupnjem obrazovanja doživljavaju manje ravnodušnosti na radnom mjestu, manje osjećaja besmisla i vide više mogućnosti za osobni razvoj na poslu. Osim toga, sudionici s višom razinom obrazovanja osjećaju više posvećenosti poslu, doživljavaju veće priznanje u poslu i imaju osjećaj više kontrole.

Tablica 8: Jednosmjerne analize varijance za ispitivanje razlika u doživljaju različitih izvora stresa s obzirom na radni staž

Izvori stresa	F	df	p
Organizacija radnog mjesta i financijska pitanja	0,77	5/157	0,57
Javna kritika i tužbe	1,84	5/157	0,11
Opasnosti i štetnosti	0,48	5/157	0,79
Sukobi i komunikacija	0,85	5/157	0,52
Smjenski rad	0,44	5/157	0,82
Profesionalni i intelektualni zahtjevi	1,39	5/157	0,23
Stres ukupni	0,90	5/157	0,48

Tablica 9: Deskriptivni parametri doživljaja različitih izvora stresa s obzirom na radni staž sudionika

Izvori stresa/radni staž		Organizacija radnog mjesta i financijska pitanja	Javna kritika i tužbe	Opasnosti i štetnosti	Sukobi i komunikacija	Smjenski rad	Profesionalni i intelektualni zahtjevi	Stres ukupni
0-7	N	41	41	41	41	41	41	41
	M	33,10	20,42	15,44	10,10	11,76	14,20	105,00
	Sd	7,77	6,58	6,66	4,31	4,78	5,47	28,17
8-15	N	33	33	33	33	33	33	33
	M	35,15	21,85	15,09	11,76	12,36	15,91	112,12
	Sd	9,24	6,27	5,77	4,84	5,04	4,60	27,91
16-23	N	28	28	28	28	28	28	28
	M	33,00	21,39	14,43	9,96	11,00	15,14	104,93
	Sd	8,48	6,03	6,34	4,43	4,61	4,93	29,06
24-31	N	21	21	21	21	21	21	21
	M	36,38	24,05	13,90	11,05	12,33	17,57	15,29
	Sd	36,38	24,05	13,90	11,05	12,33	17,57	15,29
32-39	N	27	27	27	27	27	27	27
	M	34,78	24,56	16,22	10,26	12,63	16,59	115,04
	Sd	7,80	6,31	6,48	4,19	4,90	5,94	26,29
40-47	N	13	13	13	13	13	13	13
	M	32,69	21,15	14,30	9,62	11,31	16,00	105,08
	Sd	9,21	7,82	3,71	4,77	5,28	7,13	27,55

Analizom rezultata nisu nađene razlike u doživljaju stresa (ukupan rezultat na upitniku) kao ni po različitim faktorima, odnosno izvorima stresa s obzirom na radni staž (Tablica 8). U svrhu analiza ispitanici su bili podijeljeni po godinama radnoga staža u šest skupina: prva skupina od 0 do 7 godina radnoga staža (N=41), druga skupina od 8 do 15 godina radnoga staža (N=33), treća skupina od 16 do 23 godine radnoga staža (N=28), četvrta skupina od 24 do 31 godinu radnoga staža (N=21), peta skupina je od 32 do 39 godina radnoga staža (N= 27) i šesta skupina je od 40 do 47 godina radnoga staža (N=13). Slične rezultate je dobila na uzorku socijalnih radnika Friščić (2006), koja također navodi da stupanj doživljenog stresa nije povezana s radnim stažem.

Zaključno gledano, nisu nađene razlike u doživljaju stresa s obzirom na spol, dob i radni staž. Medicinske sestre i tehničari sa srednjom stručnom spremom procjenjuju stresnijima opasnosti i štetnosti i smjenski rad te također postižu ukupno veći rezultat na upitniku stresa u odnosu na medicinske sestre i tehničare koji su prvostupnici/e i magistri/e sestriinstva.

Iako načini suočavanja sa stresom nisu bili dio ovog istraživanja, postavlja se pitanje da li strategije suočavanja sa stresom igraju važnu ulogu u percepciji doživljenog stresa u radnom kontekstu. U istraživanju Hoke (2017), pokazalo se da medicinsko osoblje zaposleno na psihijatrijskim odjelima najčešće kao strategiju suočavanja sa stresom koriste adaptabilne mehanizme poput planskog rješavanja problema, samokontrolu te pozitivnu ponovnu procjenu. Singapurske medicinske sestre koriste uglavnom strategije usmjerene na rješavanje problema i socijalnu podršku kako bi se nosile sa stresom na poslu te percipiraju socijalnu podršku, posebno podršku obitelji, kao ključnu komponentu u njihovom suočavanju sa stresom (Lim i sur., 2010). Općenito se smatra da socijalna podrška obitelji, prijatelja, kolega na poslu i nadređenih, omogućava pojedincu suočavanje sa stresorima općenito, pa tako i s radnim stresorima. Osim navedenog, ono što pojedinac donosi u situaciju na poslu u smislu osobnosti i iskustva povezano je sa doživljenim stresom. Nadalje, stres se mora razmatrati i razumjeti i u kontekstu položaja pojedinca unutar organizacije, nečiji status i uloga u jedinici/odjelu na kojem je zaposlen (Numerof i Abrams, 1984). Također je utvrđeno da medicinske sestre imaju pozitivniju sliku o sebi od žena iz opće populacije. Slika o sebi je bitna u sestriškom pozivu jer je usko povezana s osobnim sustavom vrijednosti i sposobnošću ophođenja s drugima, naročito pacijentima. Naš samopoimanje je kako se vidimo u mislima. Cilj ovog istraživanja bio je otkriti značajne razlike u dimenzijama samopoimanja između kliničkih sestara zaposlenih u jedinici intenzivne njege u Sloveniji i slovenskih žena iz opće populacije koje su predstavljale kontrolnu skupinu. Rezultati su otkrili da su kliničke sestre imale pozitivniji koncept samopoimanja od članova kontrolne skupine. Samopoimanje je vrlo važno u sestrištvu jer je usko povezan sa postojećim sustavom vrijednosti pojedinaca i njihovog ponašanja. Samopoimanje daje medicinskim sestrama osjećaj kako koriste svoje sposobnosti i kako se ponašaju u odnosu na pacijente (Mlinar i sur., 2009.). Rosenbaum (1990) razvio je model samokontrole u kojem „Naučena snalažljivost“ definirana je kao skup kognitivnih vještina i bihevioralnih vještina/ponašanja, koje pojedinac vremenom akumulira kroz formalne ili neformalne procese učenja, događaja ili iskustava, a zatim primjenjuje te vještine suočavanja sa stresom kada se suoče s nepovoljnim situacijama. Te vještine uključuju unutarnju samokontrolu, samo usmjeravanje i samoeфикаsnost kao strategije suočavanja sa stresnim situacijama ili podražajima (Rosenbaum, 1990). Psihijatrijske sestre izložene su vrlo

stresnom radnom okruženju koje s vremenom može dovesti do depresije. Ova studija je imala za cilj istražiti povezanost psihijatrijske razine stresa, snalažljivosti i depresije na poslu medicinske sestre. Zaposlene su 154 psihijatrijske sestre iz šest medicinskih centara na Tajvanu. Utvrđeno je da je radni stres psihijatrijskih sestara pozitivno povezan s razinom depresije i negativno povezana sa snalažljivošću (Qi i sur., 2014). Sve navedeno: načini suočavanja sa stresom, osobnost pojedinca, slika o sebi, naučena snalažljivost i dr. su mogli utjecati na percepciju doživljenoga stresa u radnome kontekstu, a što može biti i preporuka za neka buduća istraživanja.

Tablica 10: Korelacije između izvora stresa i sociodemografskih varijabli

Izvori stresa	Spol	Dob	Obrazovanje	Radni staž
Organizacija radnog mjesta i financijska pitanja	-0,04	0,10	-0,11	0,04
Javna kritika i tužbe	-0,08	0,20	-0,10	0,17
Opasnosti i štetnosti	0,05	0,03	-0,27	-0,00
Sukobi i komunikacija	0,01	-0,00	-0,06	-0,04
Smjenski rad	-0,02	0,09	-0,22	0,05
Profesionalni i intelektualni zahtjevi	-0,12	0,14	0,03	0,15
Stres ukupni	-0,042	0,13	-0,16	0,09

Korelacijskim analizama utvrđeno je kako postoji pozitivna povezanost između faktora (izvora stresa) Javna kritika i tužbe i dobi i radnog staža, što je zapravo i logično jer stariji ispitanici duže rade pa je i veća mogućnost izloženosti kritikama i tužbama, negativna povezanost između faktora Opasnosti i štetnosti i stručne spreme, odnosno obrazovanja, što se može objasniti samom prirodom posla, odnosno taj dio posla obavljaju manje obrazovane medicinske sestre i tehničari, negativna povezanost faktora Smjenski rad i stručne spreme (obrazovanja) te negativna povezanost između ukupnog rezultata na upitniku o stresorima na radnom mjestu i stručne spreme, odnosno obrazovanja. U istraživanju (Škrinjarić i Šimunović, 2018) su utvrđene negativne korelacije između percipirane razine izloženosti profesionalnim stresorima i dobi sudionika, ukupnoga radnog staža, te radnoga staža na trenutnom mjestu zaposlenja. S druge strane u istraživanju na medicinskim sestrama nisu nađene značajne korelacije između razine stresa i dobi, spola, bračnog statusa i broja djece (Mojdeh i sur., 2008).

5.2. Ispitivanje razlika u stupnju sagorijevanja s obzirom na spol, dob, obrazovanje i radni staž u struci

Sagorijevanje se često spominje kao problem na polju mentalnog zdravlja. Kao vrsta produženoga odgovora na kronične stresore povezane s poslom, ima posebno značenje u zdravstvenoj zaštiti u kojoj osoblje ima iskustva i psihološko-emocionalni i fizički stres (Tucak Junaković i sur., 2019).

Drugi dio analiza rezultata imao je za cilj ispitati razlike u sagorijevanju s obzirom na dob, spol, obrazovanje i radni staž u struci pri čemu je za ispitivanje sagorijevanja korišten Oldenburški upitnik sagorijevanja. Dakle, u ovome radu zahvaćene su dimenzije sagorijevanja prema konceptualizaciji Demeroutija i suradnika.

Za potrebe ovog istraživanja preuzeta je originalna faktorska struktura upitnika, a sastoji se od dva faktora, odnosno dvije dimenzije sagorijevanja na poslu: Iscrpljenost i Otuđenost. Otuđenost se odnosi na udaljavanje od vlastitog rada općenito, radnog objekta i radnog sadržaja. Otuđenost prema ovom modelu uključuje i depersonalizaciju, ali je širi koncept od depersonalizacije jer uključuje ne samo emocije prema radu, već i relacijske elemente kao što su angažiranje u radnim zadacima ili identifikacija s vlastitim radom (ne poistovjećenost sa poslom i/ili nevoljnost za ostanak u zanimanju) (Demerouti i Bakker, 2008).

Iscrpljenost je najočitija manifestacija ovog složenog sindroma. Kad ljudi opisuju sebe ili druge kako prolaze kroz profesionalno sagorijevanje, najčešće opisuju iskustvo iscrpljenosti (Maslach, Schaufeli i Leiter, 2001). Demerouti i Bakker (2008) iscrpljenost definiraju kao posljedicu intenzivnog fizičkog, afektivnog i kognitivnog napora, odnosno kao dugoročnu posljedicu produljene izloženosti određenim zahtjevima posla. Ono što je važno za istaknuti je da iscrpljenost prema Demeroutijevoj konceptualizaciji osim afektivnih uključuje i fizičke i kognitivne aspekte, za razliku od konceptualizacije Maslach što predstavlja svojevrstu prednost za primjenu ovog upitnika na onim radnicima koji obavljaju fizički rad, ali i na onima čiji se posao odnosi uglavnom na procesiranje različitih informacija (Demerouti i Bakker, 2008). Dugoročna iscrpljenost iscrpljuje pojedinca i njegove osobne resurse, što dovodi do profesionalnog sagorijevanja i u konačnici utječe na učinak (Demerouti i sur., 2001).

Za potrebe ovog istraživanja preuzeta je originalna faktorska struktura upitnika, a sastoji se od dva faktora, odnosno dvije dimenzije sagorijevanja na poslu: Iscrpljenost i

Otuđenost. Provjerena je pouzdanost pojedinog faktora i ukupnog upitnika te se pripadajući Cronbach α nalaze u Tablici 10, a redom su od 0,72 do 0,84. Dobivene pouzdanosti donekle su u skladu sa pouzdanostima koje su dobile autorice koje su adaptirale i priredile upitnik: Iscrpljenost, Cronbach $\alpha=0,84$, Otuđenost, Cronbach $\alpha=0,76$.

Tablica 11: Faktorska struktura Oldenburškog upitnika sagorijevanja i pouzdanosti pojedinih faktora izraženi Cronbach alpha koeficijentom

Faktori i sagorijevanje ukupno	N	M	Min	Max	Sd	Cronbach alpha
Iscrpljenost	164	2,62	1,25	3,88	0,49	0,76
Otuđenost	164	2,38	1,00	4,00	0,49	0,72
Sagorijevanje ukupno	164	2,50	1,25	3,69	0,44	0,84

Tablica 12: Rezultati t-testa za ispitivanje razlika u stupnju sagorijevanja s obzirom na spol

Sagorijevanje	M ž	M m	N ž	N m	Sd ž	Sd m	t	df	p
Iscrpljenost	2,66	2,54	103	61	0,48	0,50	1,48	161	0,14
Otuđenost	2,33	2,47	103	61	0,47	0,51	1,77	161	0,08
Sagorijevanje ukupno	2,49	2,50	103	6	0,43	0,47	0,15	161	0,88

Analizom rezultata nisu nađene statistički značajne razlike u stupnju sagorijevanja odnosno iscrpljenosti i otuđenosti s obzirom na spol (Tablica 12).

Tablica 13: Jednosmjerne analize varijance za ispitivanje razlika u stupnju sagorijevanja s obzirom na dob

Sagorijevanje	N 20- 35	M 20- 35	Sd 20- 35	N 36- 51	M 36- 51	Sd 36- 51	N 52- 67	M 52- 67	Sd 52- 67	F	df	p
Iscrpljenost	66	2,51	0,49	51	2,70	0,51	46	2,68	0,44	2,85	2/160	0,06
Otuđenost	66	2,39	0,49	51	2,43	0,52	46	2,30	0,44	0,84	2/160	0,43
Sagorijevanje ukupno	66	2,45	0,45	51	2,56	0,46	46	2,49	0,40	1,00	2/160	0,37

Analizom rezultata nisu nađene statistički značajne razlike u stupnju sagorijevanja, odnosno iscrpljenosti i otuđenosti s obzirom na dob (Tablica 13).

Tablica 14: Rezultati t-testa za ispitivanje razlika u stupnju sagorijevanja s obzirom na obrazovanje/stručnu spremu

Sagorijevanje	N sss	M sss	Sd sss	N ostalo	M ostalo	Sd ostalo	t	df	p
Iscrpljenost	104	2,66	0,49	60	2,56	0,49	1,33	162	0,19
Otuđenost	104	2,42	0,46	60	2,31	0,53	1,46	162	0,15
Sagorijevanje ukupno	104	2,51	0,43	60	2,43	0,46	1,54	162	0,13

Analizom rezultata nisu nađene statistički značajne razlike u stupnju sagorijevanja, odnosno iscrpljenosti i otuđenosti s obzirom na obrazovanje/stručnu spremu (Tablica 14).

Rezultati o povezanosti i razlikama sociodemografskih karakteristika i sagorijevanja različiti su i još uvijek općenito neusuglašeni. Na primjer, (Maslach i sur., 2001; Kifedder i sur., 2001) su pronašli značajnu vezu između sagorijevanja i sociodemografskih varijabli. S druge strane, nalazi nekih istraživača su suprotni. Na primjer, Dillon i Tanner (1995) i Friedman i Farber (1992) nisu izvijestili o značajnom odnosu demografskih varijabli i sagorijevanja. Također, u istraživanju (Zarei i sur., 2011) pokazalo se da je uloga demografskih varijabli kao moderator odnosa između sagorijevanja i organizacijskih posljedica u potpunosti odbačena.

Kada je riječ o istraživanjima u Hrvatskoj u istraživanju Svibena i sur. (2017) koje je provedeno na uzorku psihijatrijskih i ne psihijatrijskih medicinskih sestara pokazalo se da se sociodemografske varijable nisu pokazale značajnima u objašnjenju fenomena sagorijevanja na poslu, a one koje se tiču duljine radnog staža donekle jesu, čime se potvrđuje da je riječ o psihičkim smetnjama koje su povezane s čimbenicima povezanima s poslom, a ne stresu općenito (Sviben i sur., 2017), a što je u skladu s nalazima ovog istraživanja gdje su razlike nađene u dimenziji iscrpljenosti.

Tablica 15: Jednosmjerne analize varijance za ispitivanje razlika u stupnju sagorijevanja s obzirom na radni staž

Sagorijevanje	F	df	p
Iscrpljenost	2,43	5/157	0,04
Otuđenost	0,42	5/157	0,84
Sagorijevanje ukupno	0,81	5/157	0,55

Tablica 16: Deskriptivni parametri sagorijevanja s obzirom na radni staž

Sagorijevanje		Sagorijevanje ukupno	Iscrpljenost	Otuđenost
0-7	N	41	41	41
	M	2,44	2,50	2,37
	Sd	0,43	0,49	0,46
8-15	N	33	33	33
	M	2,50	2,55	2,45
	Sd	0,49	0,51	0,53
16-23	N	28	28	28
	M	2,47	2,56	2,38
	Sd	0,49	0,50	0,56
24-31	N	21	21	21
	M	2,65	2,90	2,41
	Sd	0,42	0,48	0,48
32-39	N	27	27	27
	M	2,53	2,72	2,35
	Sd	0,38	0,42	0,39
40-47	N	13	13	13
	M	2,43	2,63	2,23
	Sd	0,42	0,44	0,55

Analiza varijance pokazala je statistički značajne razlike u procjeni iscrpljenosti s obzirom na radni staž u struci (Tablica 15, Slika 4 u Prilogu). LSD (Fisher's Least Significant Difference) post-hoc analizom utvrđeno je kako postoje razlike u procjeni iscrpljenosti između ispitanika koji imaju od 24 do 31 godinu radnoga staža i ispitanika koji imaju od 0 do 7, 8 do 15 i 16 do 23 godine radnoga staža. Među ostalim skupinama nisu pronađene statistički značajne razlike (Tablica 1 u Prilogu).

Ćurčić i Ćurčić (2009) nalaze da odnos između dobi i sagorijevanja, kao i radnog staža i sagorijevanja, nije linearan – sagorijevanje je najviše u dobnoj skupini između 31 i 50 godina, odnosno kod osoba koje imaju između 11 i 30 godina radnoga staža što je donekle, barem u dijelu koji se tiče radnoga staža, u skladu s nalazima ovog istraživanja.

Slične rezultate u svom istraživanju prezentiraju Velimirović i sur. (2017) koje je također rađeno na stručnjacima koji rade u psihijatrijskoj bolnici te navode, što se tiče dužine radnog staža sudionika, postoje razlike u dimenzijama nedostatak priznanja i nedostatak kontrole (subskala Istrošenost). Sudionici koji rade relativno kratko (do 5 godina) i više od 25 godina osjeća da klijenti i institucije više cijene njihov trud / predanost i da imaju veću kontrolu nad situacijama na poslu nego ostale skupine sudionika. Također se može objasniti sa "svježim" entuzijazmom sudionika koji rade samo nekoliko godina i "mudrost" sudionika koji rade dugi niz godina (razumijevanje klime u institucijama i uzimanje najboljeg od rada) (Velimirović i sur., 2017). U istraživanju Sviben i sur. (2017), dobiveno je da kod psihijatrijskih medicinskih sestara dulji radni staž povezan je s višom depersonalizacijom te brojem problema i smetnji, dok je kodne psihijatrijskih sestara dulji radni staž povezan s višim osjećajem osobnog postignuća i otpornosti na stres. Ovakvi nalazi ukazuju da povećanje duljine rada na psihijatrijskim odjelima kod medicinskih sestara dovodi do pojave teškoća u funkcioniranju, dok porast radnog iskustva na sestre na ne psihijatrijskim odjelima djeluje pozitivno. Možemo pretpostaviti da su jedan od izvora navedenih razlika specifičnosti rada sa psihijatrijskim pacijentima (Sviben i sur., 2017).

Tablica 17: Korelacije između sagorijevanja i sociodemografskih varijabli

Sagorijevanje	Spol	Dob	Obrazovanje	Radni staž
Sagorijevanje ukupno	0,01	0,11	-0,12	0,09
Iscrpljenost	-0,12	0,21	-0,11	0,21
Otuđenost	0,14	-0,02	-0,11	-0,05

Korelacijskim analizama utvrđeno je kako postoji pozitivna povezanost između iscrpljenosti i dobi i radnoga staža (Tablica 17). Iscrpljenost koja je posljedica intenzivnog fizičkog, afektivnog i kognitivnog stresa se povećava s dobi i radnim stažem ispitanika.

Tablica 18: Korelacije između sagorijevanja i procjenjivanih izvora stresa

	Otuđenost	Iscrpljenost	Sagorijevanje ukupno
--	-----------	--------------	----------------------

Org. radnog mjesta i financijska pitanja	0,49	0,48	0,54
Javna kritika i tužbe	0,38	0,41	0,44
Opasnosti i štetnosti	0,32	0,36	0,37
Sukobi i komunikacija	0,29	0,25	0,30
Smjenski rad	0,48	0,340	0,48
Profesionalni i intelekt.zahitjevi	0,19	0,33	0,29
Stres ukupni	0,48	0,50	0,54

Korelacijskim analizama dobivene su statistički značajne povezanosti (Tablica 18) između svih procjenjivanih izvora stresa i sagorijevanja, otuđenosti i iscrpljenosti. Iste rezultate su u svom istraživanju čiji je cilj bio ispitati profesionalni stres, zadovoljstvo poslom i sagorijevanje medicinskih sestara/tehničara zaposlenih u području palijativne skrbi u Hrvatskoj dobile Tucak Junaković i sur. (2019) da je ukupna razina profesionalnog stresa bila je značajno povezana s obje ispitane dimenzije sagorijevanja, tj. s iscrpljenošću i otuđenošću, dok sa zadovoljstvom poslom nije značajno korelirala (Tucak Junaković i sur., 2019).

5.3. Ispitivanje razlika u nesuglasju između emocija koje doživljavaju i ekspresije emocija uvjetovanu zahtjevima posla („emocionalni napor“) s obzirom na spol, dob, obrazovanje i radni staž

Emocionalni napor je višedimenzionalni i složeni koncept koji se odnosi na upravljanje izražavanjem i ispoljavanjem osjećaja u međuljudskim odnosima prema zahtjevima radnoga mjesta. Pregled literature pokazuje značajnu konvergenciju strategija emocionalnog napora i posljedica, ali različiti postojeći teorijski pristupi dovode do različitih operacionalizacija koncepata. To bi moglo objasniti zašto su nalazi istraživanja koja se bave emocionalnim naporom ponekad kontradiktorna (Hulsheger i Schewe, 2011). Hochschildova konceptualizacija počiva na razlici između emocionalnog rada i emocionalnog napora. Emocionalni rad je procese upravljanja i prezentiranja osjećaja u privatnoj sferi našega života, poput obitelji i prijatelja. Emocionalni napor (trud) je za razliku od toga, upravljanje osjećajima kako bi se stvorio javno uočljiv prikaz lica i tijela u radnom kontekstu (Brook, 2009).

Smith (1992) je proveo prvo istraživanje emocionalnog napora u području sestrištva zaključujući kako je potrebno dodatno istraživati emocionalni napor jer je najvažniji u toj profesiji, a ipak je nevidljiva vještina između drugih sposobnosti u

sestrinstvu (Smith, 2012). Razna istraživanja naglasila su potrebu medicinskih sestara da upravljaju svojim osjećajima. Prema Boltonu (2005) pojam emocionalni napor ne obuhvaća složenost emocionalnog rada medicinske sestre, budući da sestre pacijentu moraju ponuditi autentična brižna ponašanja kao „dar“. Theodosius (2006) je kritizirao konceptualne granice Hochschildove teorije jer ona ne obuhvaća interaktivnu i relacijsku prirodu emocionalnog napora i važnu funkciju nesvjesnih emocionalnih procesa. McClure i Murphy (2007) su predložili strukturu emocionalnog rada medicinskih sestara koja se može opisati kao složena emocionalna rola profesionalnih zahtjeva sestara.

Treći dio analiza imao je za cilj ispitati razlike u doživljavanju i regulaciji emocija, odnosno razlike između emocija koje doživljavaju i ekspresiju emocija uvjetovane zahtjevima posla („emocionalni napor“) s obzirom na spol, dob, obrazovanje i radni staž. Za ispitivanje emocionalnog napora korišten je Upitnik emocionalnog napora te je za potrebe ovog rada preuzeta originalna struktura upitnika. Autori upitnika su faktorskom analizom utvrdili četvero faktorsku strukturu upitnika: emocionalna usklađenost (emotional consonance), uživanje u emocije (deep acting), potiskivanje (supression) i hinjenje emocija (surface acting). Cronbach alpha za faktor hinjenje emocija iznosi .83, Cronbach alpha za faktor uživanje u emocije iznosi .85, Cronbach alpha za faktor potiskivanje iznosi .85, a Cronbach alpha za faktor emocionalna usklađenost iznosi .63. U ovom istraživanju provjerene su pouzdanosti pojedinih faktora te se pripadajući Cronbach alphe nalaze u Tablici 19, a redom su od 0,53 do 0,85.

Tablica 19: Faktorska struktura Upitnika emocionalnog napora i pouzdanosti pojedinih faktora izraženih Cronbach alpha koeficijentom

Emocionalni napor	N	M	Min	Max	Sd	Cronbach alpha
Emocionalna usklađenost	164	7,68	2,00	10,00	1,55	0,73
Uživljavanje u emocije	164	9,16	3,00	15,00	2,23	0,53
Potiskivanje	164	8,76	3,00	15,00	2,47	0,58
Hinjenje emocija	164	10,82	5,00	25,00	3,94	0,85
Emocionalni napor ukupno	164	36,43	19,00	65,00	7,41	0,82

Tablica 20: Rezultati t-testa za ispitivanje razlika u doživljaju emocionalnog napora s obzirom na spol

Emocionalni napor	M ž	M m	N ž	N m	Sd ž	Sd m	t	df	p
--------------------------	------------	------------	------------	------------	-------------	-------------	----------	-----------	----------

Emocionalna usklađenost	7,90	7,31	103	61	1,47	1,64	2,39	162	0,02
Uživljavanje u emocije	9,16	9,18	103	61	2,21	2,27	0,07	162	0,94
Potiskivanje	8,71	8,85	103	61	2,48	2,48	0,36	162	0,72
Hinjenje emocija	10,62	11,15	103	61	3,64	4,42	0,83	162	0,41
Ukupno emocionalni napor	36,39	36,49	103	61	7,02	8,06	0,09	162	0,93

Analizom rezultata nisu nađene razlike u uživljavanju u emocije, potiskivanju, hinjenju emocija kao ni u ukupnom emocionalnom naporu s obzirom na spol, odnosno nisu nađene razlike u učestalosti korištenja niti jedne od strategija emocionalnog napora koje su povezane sa emocionalnom disonancijom. Razlike između žena i muškaraca, odnosno medicinskih sestara i tehničara nađena je u emocionalnoj usklađenosti na način da medicinske sestre postižu viši rezultat, odnosno češće se procjenjuju kao emocionalno usklađene u odnosu na medicinske tehničare (Tablica 20, Slika 5 u Prilogu). Faktor emocionalna usklađenost se sastoji od dvije čestice: „reagiram na pacijentove emocije prirodno i lako te lako izražavam pozitivne emocije prema pacijentima kao što se i očekuje u mom poslu“. Emocionalna usklađenost se odnosi na učestalost situacija kada netko bez napora osjeća potrebne osjećaje (Näring i Droffelaar, 2007) te se stoga ne može promatrati kao strategija koja je u funkciji razrješavanja emocionalne disonance ili namjernih unutarnjih procesa koji održavaju disonantno stanje. Stoga u istraživanjima emocionalnog napora nema mnogo nalaza vezano za emocionalnu usklađenost već se nalazi uglavnom odnose na površinske i dubinske strategije emocionalnog napora, odnosno na hinjenje emocija i uživljavanje u emocije. Obzirom da se muškarci procjenjuju kao manje učestalo emocionalno usklađeni, moglo bi se zaključiti kako doživljavaju češće nesuglasje između emocija koje doživljavaju i ekspresije emocija uvjetovanu zahtjevima posla. Tome u priloge ide da, iako nisu nađene statistički značajne razlike u ostalim strategijama emocionalnog napora, vidljivo je da su aritmetičke sredine kod uživljavanja u emocije, potiskivanja, hinjenja emocija kao i ukupno na upitniku veće kod muškaraca nego kod žena. Muškarci, odnosno medicinski tehničari manje su skloni emocionalnoj iscrpljenosti, ali i emocionalnom povezivanju s pacijentima (Karanikola i Papathanassoglou, 2013), a po nalazima ovog istraživanja i emocionalno neusklađeniji u odnosu na medicinske sestre.

Emocionalni napor se u povijesti smatrao ženskim poslom, prirodno tendencijom žena prema suosjećanju, brizi i razumijevanju. Gray (2009) je mislio da je ovo tradicionalno gledište oblikovalo pogled na emocionalni rad u društvu. Međutim, s povećanom pažnjom medija i rušenjem rodni barijera koje su se dogodile u 21. st. Počinje se bilježiti porast broja muških sestara. Jedna je ideja da su kako se sve više muškaraca uključivalo u uloge koje zahtijevaju vještine socijalne interakcije i empatije, postavljeni temelji za razumijevanje i vrednovanje koncepta emocionalnog napora (Elliott, 2017). Iako emocionalni napor nije nužno rodno specifičan (Goleman, 1998), dosta studija pokazuje da žene pružaju više emocionalnog napora i podložne su očekivanjima da će to učiniti (Martin, 1999).

Procesi regulacije osjećaja također imaju važne međuljudske posljedice te se trebaju uzeti u obzir i intrapsihički i međuljudski aspekti, jer ispoljavanje osjećaja ima značajne učinke na ponašanje i stav drugih (Van Kleef, 2009) poput pacijenata o kojima se medicinske sestre brinu ili kolege. Ono što pojedinac opaža o tuđim osjećajima daje mu važne informacije o njegovom ponašanju (Sy i sur., 2005).

Tablica 21: Jednosmjerne analize varijance za ispitivanje razlika u emocionalnom naporu s obzirom na dob

Emocionalni napor	N 20- 35	M 20- 35	Sd 20- 35	N 36- 51	M 36- 51	Sd 36- 51	N 52- 67	M 52- 67	Sd 52- 67	F	df	p
Emocionalna usklađenost	66	7,42	4,63	51	7,61	1,69	46	8,15	1,19	3,14	2/160	0,05
Uživljavanje u emocije	66	9,38	2,01	51	8,47	2,41	46	9,65	2,18	4,01	2/160	0,02
Potiskivanje	66	8,89	2,65	51	8,29	2,47	46	9,13	2,19	1,52	2/160	0,22
Hinjenje emocija	66	11,41	4,37	51	10,14	3,68	46	10,72	3,56	1,52	2/160	0,22
Ukupno emocionalni napor	66	37,11	7,87	51	34,51	7,50	46	37,65	6,33	2,66	2/160	0,07

Analiza varijance pokazala je statistički značajne razlike u emocionalnoj usklađenosti i uživljavanju u emocije s obzirom na dob (Tablica 21, Slika 6 i 7 u Prilogu). Post -hoc analizom LSD utvrđeno je kako postoje razlike u emocionalnoj usklađenosti između prve dobne skupine od 20 do 35 godina i treće dobne skupine od 52 do 67 godina, dok među drugim dobnim skupinama nisu nađene razlike (Tablica 2, Slika 6 u Prilogu).

Iz slike 6 (u Prilogu) zapravo se može vidjeti kako se emocionalna usklađenost povećava sa dobi, odnosno da su sa godinama zapravo sve učestalije situacije kada bez napora osjećaju potrebne osjećaje u radnom kontekstu.

Nadalje, post-hoc analizom LSD utvrđeno je kako postoji statistički značajna razlika u uživljavanju u emocije između prve dobne skupine od 20 do 35 godina i druge dobne skupine od 36 do 51 godine i te između druge dobne skupine od 36 do 51 godine i treće dobne skupine od 52 do 67 godine (Tablica 3 i Slika 7 u Prilogu). U kliničkom kontekstu, medicinske sestre često u regulaciji emocija koriste uživljavanje u emocije (deep acting) kad smatraju da su njihovi pacijenti manje odgovorni za svoje stanje (kao što su psihijatrijska oboljenja), a hine emocije (surface acting) kada drže pacijente odgovornima za svoje stanje ili ponašanje ili kad smatraju da ne mogu pomoći svojim pacijentima da promijene ponašanje (Badolamenti i sur., 2017). Smith (1992) otkrio je da se medicinske sestre osjećaju emocionalno potpomognuto od svojih starijih kolega i sestara s odjela, što je dovelo do brižnog i njegujućeg okruženja u kojem medicinska sestra ako i pati od posljedica čiji je uzrok emocionalni napor, može se na neki način „isprazniti“ prije nego što se razviju simptomi zamora suosjećanja.

Tablica 22: Jednosmjerne analize varijance za ispitivanje razlika u emocionalnom naporu s obzirom na obrazovanje/stručnu spremu

Emocionalni napor	N	M	Sd	N	M	Sd	t	df	p
	sss	sss	sss	ostalo	ostalo	ostalo			
Emocionalna usklađenost	104	7,57	1,65	60	7,88	1,37	1,26	162	0,21
Uživljavanje u emocije	104	9,14	2,24	60	9,20	2,22	0,15	162	0,88
Potiskivanje	104	8,83	2,51	60	8,65	2,43	0,44	162	0,66
Hinjenje emocija	104	10,83	4,06	60	10,80	3,77	0,04	162	0,97
Ukupno emocionalni napor	104	36,37	7,83	60	36,53	6,6841	0,14	162	0,89

Analizama varijance nisu nađene razlike u emocionalnom naporu s obzirom na obrazovanje, odnosno stručnu spremu (Tablica 22). Čavar i Petrak u svom radu navode da sestre sa srednjom stručnom spremom značajno više ulažu emocionalnog truda od sestara s višim i visokim obrazovanjem. Razlog za navedeno nalaze u edukaciji iz područja zdravstvene psihologije i komunikacijskih vještina, koja je sastavni dio

kurikuluma na višim razinama obrazovanja medicinskih sestara (Ćavar i Petrak, 2018). Navedeno se nije potvrdilo u ovom istraživanju, a moguće je radi nekih specifičnosti samog uzorka.

Tablica 23: Jednosmjerne analize varijance za ispitivanje razlika u emocionalnom naporu s obzirom na radni staž

Emocionalni napor	F	df	p
Emocionalna usklađenost	2,22	5/157	0,06
Uživljavanje u emocije	1,72	5/157	0,13
Potiskivanje	0,67	5/157	0,65
Hinjenje emocija	1,26	5/157	0,28
Ukupno emocionalni napor	1,25	5/157	0,29

Tablica 24: Deskriptivni parametri emocionalnog napora s obzirom na radni staž

Emocionalni napor/radni staž		Emocionalna usklađenost	Uživljavanje u emocije	Potiskivanje	Hinjenje emocija	Ukupno emocionalni napor
0-7	N	41	41	41	41	41
	M	7,32	9,29	8,80	11,76	37,11
	Sd	1,93	1,86	2,55	4,36	7,84
8-15	N	33	33	33	33	33
	M	7,45	9,03	8,58	10,70	35,76
	Sd	1,37	2,19	2,80	4,22	8,21
16-23	N	28	28	28	28	28
	M	7,43	8,61	8,43	9,43	33,89
	Sd	1,57	2,62	2,20	3,58	7,09
24-31	N	21	21	21	21	21
	M	7,95	8,76	8,52	11,24	36,48
	Sd	1,53	2,36	3,01	3,63	8,01
32-39	N	27	27	27	27	27
	M	8,26	9,37	9,04	10,89	37,56
	Sd	1,06	2,32	2,16	3,53	6,36
40-47	N	13	13	13	13	13
	M	8,38	10,62	9,77	10,31	39,08
	Sd	1,12	1,76	1,59	3,77	4,80

Analizama varijance nisu nađene razlike u emocionalnom naporu s obzirom na radni staž (Tablica 23).

Tablica 25: Korelacije između emocionalnog napora i sociodemografskih varijabli

Emocionalni napor	Spol	Dob	Obrazovanje	Radni staž
Emocionalna usklađenost	-0,19	0,23	0,10	0,27
Uživljavanje u emocije	0,00	0,06	0,01	0,09
Potiskivanje	0,02	0,04	-0,04	0,08
Hinjenje emocija	0,07	-0,08	-0,00	-0,08
Emocionalni napor ukupno	0,00	0,04	0,01	0,07

Korelacijskim analizama utvrđena je statistički značajna pozitivna povezanost između emocionalne usklađenosti i dobi i radnog staža, što znači da emocionalna usklađenost povećava kako se povećava dob i radni staž (Tablica 15).

Tablica 26: Korelacije između emocionalnog napora i sagorijevanja

	Emocionalna usklađenost	Uživljavanje u emocije	Potiskivanje	Hinjenje emocija	Emoc. napor ukupno
Otuđenost	-0,29	-0,09	0,11	0,25	0,08
Iscrpljenost	-0,16	-0,03	0,08	0,20	0,09
Sagorijevanje ukupno	-0,25	-0,06	0,10	0,24	0,09

Uživljavanje u emocije (deep acting) sastoji se od prikazivanja osjećaja koje medicinske sestre doista osjećaju u skladu s organizacijskim zahtjevima kao rezultat procesa emocionalne regulacije. Ovo ponašanje uključuje empatiju tijekom procesa emocionalne regulacije. Hinjenje emocija (surface acting) je povezano s emocionalnom iscrpljenošću i depersonalizacijom (Badolamenti i sur., 2017), što se pokazalo i u ovom istraživanju gdje su nađene male, ali značajne povezanosti hinjenja emocija i iscrpljenosti i otuđenosti, odnosno sagorijevanja. Što se tiče emocionalne usklađenosti, ona je negativno povezana sa iscrpljenosti, otuđenosti i ukupnim sagorijevanjem. Zaključno, u istraživanju su korištene isključivo mjere samoprocjene, što osim problema zajedničke varijance uvjetovane metodom nosi i rizik od postojanja iskrivljenih i socijalno poželjnih odgovora. Sudionicima je zajamčena anonimnost, no ipak, navedeno nije garancija nedavanja socijalno poželjnih odgovora, a s obzirom na očekivanja radne uloge, zasigurno nije socijalno poželjno iznositi tvrdnje o neautentičnosti (prikrivanju i glumljenju osjećaja) te iscrpljenosti i otuđenosti (Slišković i sur., 2017).

5.4. Ispitivanje razlike u percepciji potrebe za supervizijom i spremnosti uključivanja u superviziju s obzirom na spol, dob, obrazovanje i radni staž

Supervizija u sustavu zdravstva može se koristiti za razrješavanje emocionalnog učinka kontakta stručnjaka s pacijentom, propitivanje tehničkih aspekata vođenja skrbi za pojedinog pacijenta, za razrješavanje pitanja unutar tima i radnog mjesta. Rezultati istraživanja u zdravstvu (Launer, 2007., prema Zlomislčić i Laklija, 2019) ukazuju da supervizija doprinosi općem blagostanju, znanju stručnjaka, samopouzdanju, moralu, razumijevanju, samosvijesti, zadovoljstvu poslom i izdržljivosti. Važno je da praktičari uče iz stvarnog iskustva i kroz kontinuirano učenje što je potrebno smjestiti u okvir strukturiranog i djelotvornog kliničkog nadzora. To potiče proces refleksije i samosvijesti koji pomažu pojedincu da ispita svoja iskustva stresa produktivno. Obrazovanje je korisno i za poučavanje pojedinaca specifičnim strategijama suočavanja sa stresom. Trenutno je nažalost malo praktične pomoći dostupno psihijatrijskim sestrama. Povijesno gledano, doživljeni stres kod medicinskih sestara promatrao se kao individualni problem i njegovo ublažavanje kao osobna odgovornost. Oboje pojedinac i organizacija, međutim, moraju prihvatiti određenu odgovornost za prevenciju i kontrolu stresa i sagorijevanja. Medicinskim sestrama koje rade u psihijatrijskim bolnicama potrebna je podrška, posebno u prijelazu iz institucionalne u službu u zajednici u kojoj medicinske sestre moraju funkcionirati u okruženju koje karakterizira promjena i nesigurnost. Kvalitetna usluga ovisi o vodstvu koje prepoznaje stres i pomaže olakšati nošenje sa istim (Sullivan, 1993).

Godinama su zdravstveni djelatnici razvijali metode i strategije kako bi pružili najbolju njegu koju mogu. Jedan od ključnih čimbenika u odnosu na kvalitetu njege je obrazovanje i razvoj sestrinske struke. Klinička supervizija pruža studentima i medicinskim sestrama priliku za učenje, integriranje i razvoj kompetencija u nadgledanom okruženju (Abreu i Marrow, 2012). Begat i sur. (2004., 2005) navode da su supervizirane sestre manje anksiozne, imaju manje fizičkih simptoma iscrpljenosti, rjeđe doživljavaju osjećaj gubitka kontrole te im pomaže u izgradnji dobrog odnosa s pacijentima. Osim toga, navodi da supervizija doprinosi razvoju svjesnosti o emocionalnom radu kod sestara.

Četvrti dio analiza odnosio se na ispitivanje razlika u percepciji potrebe za supervizijom s obzirom na spol, dob, obrazovanje, odnosno stručnu spremu i radni staž. Za potrebe ovog istraživanja konstruiran je Upitnik za ispitivanje percipirane potrebe za

supervizijom, odnosno od ispitanika je traženo da procjene koliko bi im supervizija u pojedinim situacijama bila potrebna. Faktorska struktura upitnika biti će ispitivana u budućim istraživanjima, a u ovom istraživanju uzet je ukupan rezultat u upitniku. Pouzdanost upitnika izražena Cronbach alphasom iznosi 0,95.

Tablica 27: Rezultati t-testa za ispitivanje razlike u percipiranoj potrebi za supervizijom s obzirom na spol

	M ž	M m	N ž	N m	Sd ž	Sd m	t	df	p
Potreba za supervizijom	80,96	75,20	103	61	18,21	21,28	1,84	162	0,07

Analizom rezultata nije nađena razlika u percipiranoj potrebi za supervizijom između medicinskih sestara i tehničara (Tablica 27).

Tablica 28: Jednosmjerna analiza varijance za ispitivanje razlike u percipiranoj potrebi za supervizijom s obzirom na dob

	N	M	Sd	N	M	Sd	N	M	Sd	F	df	p
	20 - 35	20- 35	20- 35	36 - 51	36- 51	36- 51	52 - 67	52- 67	52- 67			
Potreba za supervizijom	66	76,9 8	19,5 4	51	80,4 1	20,7 9	46	79,9 1	18,4 4	0,5 3	2/16 0	0,5 9

Nisu nađene statistički značajne razlike u percipiranoj potrebi za supervizijom s obzirom na dob (Tablica 28).

Tablica 29: Rezultati t-testa za ispitivanje razlike u percipiranoj potrebi za supervizijom s obzirom na obrazovanje/stručnu spremu

	N	M	Sd	N	M	Sd	t	df	p
	sss	sss	sss	ostalo	ostalo	ostalo			
Potreba za supervizijom	104	74,95	19,56	60	85,52	17,75	3,44	162	0,00

Analizom rezultata nađena je statistički značajna razlika u percipiranoj potrebi za supervizijom s obzirom na obrazovanje, odnosno stručnu spremu. Ispitanici sa srednjom stručnom spremom iskazuju manje potrebe za supervizijom u odnosu na ispitanike koji su prvostupnici/e i magistri/e sestrinstva (Tablica 29, Slika 8 u Prilogu). Rezultati istraživanja ukazuju da medicinske sestre i tehničari srednje stručne spreme doživljavaju više stresa u odnosu na sestre i tehničare prvostupnike i magistre, ali procjenjuju manje potrebe za supervizijom. Otežavajući je čimbenik mišljenje da odabirom pomažuće profesije profesionalac odabire da mu je teško te da bi se pravi profesionalac sa svime trebao nositi sam. Problem u prihvaćanju supervizije može biti i zahtjev da se otvoreno razgovara o emocijama i još dodatno, da se to radi pred kolegama. Često se javlja i mišljenje da je supervizija nadzor, a ne pomoć, te da je to samo još jedna od stvari koja se od profesionalaca zahtijeva (Kusturin, 2007).

Tablica 30: Jednosmjerna analiza varijance za ispitivanje razlike u percipiranoj potrebi za supervizijom s obzirom na radni staž

	F	df	p
Potreba za supervizijom	1,041	5/157	0,40

Nisu nađene statistički značajne razlike u percipiranoj potrebi za supervizijom s obzirom na radni staž (Tablica 30).

Tablica 31: Deskriptivni parametri percipirane potrebe za supervizijom s obzirom na radni staž

Radni staž						
	0-7	8-15	16-23	24-31	32-39	40-47
N	41	33	28	21	27	13
M	75,98	79,54	78,93	83,19	84,22	74,69
Sd	20,29	17,24	21,25	20,45	17,90	20,95

Za ispitivanje razlika u spremnosti za uključivanje u superviziju adaptiran je dio Upitnika o superviziji (Klobučar, 2009). Od ispitanika je traženo da procjene svoju spremnost da se uključe u superviziju te ih se tražilo da procjene eventualne prepreke za uključivanje u superviziju (Tablica 31). Kod procjene spremnosti za uključivanje u superviziju oko 31% ispitanika je procijenilo da nisu spremni, a 69% ispitanika je procijenilo da su spremni uključiti se u superviziju.

Tablica 32: Broj ispitanika i postotci kod procjene prepreka za uključivanje u superviziju

PREPREKE	Nije prepreka		Djelomično je prepreka		Znatna je prepreka		Ukupno	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nedostatak vremena	22	13,41	86	52,44	56	34,15	164	100
Nedostatak interesa	66	40,24	63	38,41	35	21,34	164	100
Nedovoljno znanje o superviziji	57	34,76	72	43,90	35	21,34	164	100
Bojazan da će ih se smatrati nekompetentnima	81	49,39	57	34,76	26	15,85	164	100
Strah od reakcije nadređenih	87	53,05	61	37,20	16	9,76	164	100

Kao znatnu prepreku za uključivanje u superviziju najveći broj ispitanika je označio nedostatak vremena oko 34 posto, podjednako nedostatak interesa i nedovoljno znanje o superviziji oko 21 posto, bojazan da će ih se smatrati nekompetentnima gotovo 16 posto ispitanika te strah reakcije nadređenih gotovo 10 posto (Tablica 32).

Tablica 33: Broj ispitanika i postotci kod procjene koliko bi se učestalo trebala održavati supervizija

	N	%
Jednom tjedno	35	21,34
Jednom u dva tjedna	32	19,51

Svaka tri tjedna	5	3,05
Jednom mjesečno	50	30,49
Jednom u tri mjeseca	15	9,15
Rjeđe	20	12,20
Uopće se ne bi trebala održavati	7	4,27
Ukupno	164	100

Najveći broj ispitanika, njih oko 30 posto procjenjuje da bi se supervizija treba održavati jednom mjesečno, zatim oko 21 posto jednom tjedno te oko 19 posto jednom u dva tjedna. Mali postotak ispitanika procjenjuje da se supervizija ne bi trebala uopće održavati, njih oko 4 posto, a ukupno gledano, oko 94 posto ispitanika procjenjuje da bi se supervizija trebala održavati, što ipak govori da ispitanici iskazuju potrebu za održavanjem supervizije (Tablica 33).

Tablica 34: Broj ispitanika i postotci kod procjene koliko bi trebao trajati ciklus supervizijskog rada jedne supervizijske grupe

	N	%
0-3 mjeseci	54	32,93
4-6 mjeseci	39	23,78
7-9 mjeseci	12	7,32
10-12 mjeseci	25	15,24
Više od godinu dana	33	20,73
Ukupno	164	100

Najveći broj ispitanika procjenjuje da bi se ciklus supervizijskog rada jedne supervizijske grupe trebao održavati do 3 mjeseca, njih oko 33 posto, zatim do pola godine oko 24 posto ispitanika te 20 posto ispitanika procjenjuje da bi ciklus rada grupe trebao trajati više od godinu dana. Manji broj ispitanika procjenjuje da bi ciklus rada grupe trebao trajati od 7 do 9 mjeseci, njih 7 posto te 10 do 12 mjeseci oko 15 posto ispitanika (Tablica 34).

Nadalje se ispitanike pitalo, kod sastavljanja članova grupe, da li bi radije sudjelovali u grupi koja je sastavljena od medicinskih sestara i tehničara iz iste bolnice, iz različitih bolnica ili im nije bitno.

Tablica 35: Broj ispitanika i postotci za sastavljanje članova grupe

	N	%
Iz iste bolnice	39	23,78
Iz različitih bolnica	55	33,54
Nije bitno	70	42,68
Ukupno	164	100

Najveći broj ispitanika procjenjuje da im nije bitno od kojih članova bi bila sastavljena grupa, njih oko 43 posto, iz različitih bolnica njih oko 33 posto i oko 24 posto ispitanika je navelo da bi kod sastavljanja supervizijske grupe voljelo da bude od članova iz iste bolnice (Tablica 35). U istraživanju Zlomislić i Laklija (2018) koje je provedeno na uzorku socijalnih radnika zaposlenih na odjelima psihijatrije ispitanici kao čimbenike koji utječu na njihovu spremnost na uključivanje u superviziju navode percipiranu dobit od supervizije, organizacijski okvir supervizije, strukturu i obilježja supervizijske grupe, obilježja supervizora i organizacijsku klimu. Sudionici prepoznaju važnost supervizije te nude model kako bi ona trebala biti organizirana (jednom mjesečno tijekom radnog vremena, vodeći računa o raspoređivanju poslova među suradnicima, po mogućnosti izvan zdravstvene ustanove u kojoj rade, bez njihovog financijskog doprinosa i bez prisustva nadređenih).

Moglo bi se reći da ispitanici u ovom istraživanju predlažu model supervizije na način da se održava jednom mjesečno, da se ciklus rada jedne supervizijske grupe održava do 3 mjeseca pri čemu im nije bitno od kojih članova bi bila sastavljena grupa.

Tablica 36: Rezultati t-testa za ispitivanje razlike u spremnosti uključivanja u superviziju s obzirom na spol

	M ž	M m	N ž	N m	Sd ž	Sd m	t	df	p
Spremnost	2,95	2,57	103	61	0,87	1,09	2,45	162	0,02

Analizom rezultata pokazalo se da žene, odnosno medicinske sestre pokazuju veću spremnost za uključivanje u superviziju u odnosu na muškarce, odnosno medicinske tehničare (Tablica 36, Slika 9 u Prilogu).

Tablica 37: Jednosmjerne analize varijance za ispitivanje razlike u spremnosti uključivanja u superviziju s obzirom na dob

Rdni staž/ spremnost	20-35			36-51			52-67			F	df	p
	N	M	Sd	N	M	Sd	N	M	Sd			
Spremnost	66	2,80	0,96	51	2,65	1,02	46	3,00	0,92	1,61	2/160	0,20

Analizom rezultata nisu nađene razlike u spremnosti za uključivanje u superviziju s obzirom na dob (Tablica 37).

Tablica 38: Rezultati t-testa za ispitivanje razlike u spremnosti uključivanja u superviziju s obzirom na obrazovanje/stručnu spremu

	N	M	Sd	N	M	Sd	t	df	p
	sss	sss	sss	ostalo	ostalo	ostalo			
Spremnost	104	2,56	0,98	60	3,25	0,79	4,68	162	0,00

Analizom rezultata nađena je statistički značajna razlika u spremnosti za uključivanje u superviziju s obzirom na obrazovanje, odnosno stručnu spremu na način da medicinske sestre i tehničari sa srednjom stručnom spremom pokazuju manje spremnosti za uključivanje u superviziju u odnosu na medicinske sestre i tehničare koji su prvostupnici/e i magistri/e sestrištva (Tablica 38, Slika 10 u Prilogu). Dakle, iako medicinske sestre i tehničari srednje stručne spreme procjenjuju da doživljavaju više stresa od prvostupnika i magistara, percipiraju manje potrebe, ali i spremnosti za uključivanje u superviziju. Sami profesionalci zbog mnoštva razloga često izbjegavaju različite oblike profesionalne podrške. Jedan od oblika profesionalne podrške o kojem su praktičari u Hrvatskoj još nedovoljno informirani i koji još nije u zadovoljavajućoj mjeri implementiran i koji još nije u zadovoljavajućoj mjeri implementiran u praksi jest supervizija (Kusturin, 2007), a tome u prilog nalazi i ovog istraživanja gdje gotovo 65 %

ispitanika procjenjuje kao djelomičnu i znatnu prepreku za uključivanje u superviziju nedovoljno znanje. Drugi razlog bi mogao biti nedostatak vremena, s obzirom da je nedostatak vremena djelomično i znatno kao prepreku označilo oko 86% što je doista veliki postotak. Nadalje je moguće da se sa stupnjem obrazovanja povećava svjesnost o važnosti brige za mentalno zdravlje, prevencije sagorijevanja i traženja profesionalne podrške i pomoći u radu.

Tablica 39: Jednosmjerna analiza varijance za ispitivanje razlike u spremnosti uključivanja u superviziju s obzirom na radni staž

	F	df	p
spremnost	0,65	5/157	0,66

Tablica 40: Deskriptivni parametri spremnosti za uključivanje u superviziju s obzirom na radni staž

Radni staž						
	0-7	8-15	16-23	24-31	32-39	40-47
N	41	33	28	21	27	13
M	2,82	2,73	2,57	2,95	2,93	3,00
Sd	0,86	1,10	1,14	0,92	0,78	1,08

Analizom rezultata nisu nađene razlike u spremnosti za uključivanje u superviziju s obzirom na radni staž (Tablica 39).

Tablica 41: Korelacije između percipirane potrebe za supervizijom i spremnosti za uključivanje u superviziju i sociodemografskih varijabli

Supervizija	Spol	Dob	Obrazovanje	Radni staž
Spremnost	-0,19	0,05	0,35	0,09
Potreba	-0,15	0,10	0,26	0,09

Korelacijskim analizama utvrđeno je kako postoji statistički značajna povezanost između spremnosti za uključivanje u superviziju i spola i obrazovanja/stručna sprema te percipirane potrebe za supervizijom i obrazovanja/stručna sprema (Tablica 41).

Obrazovaniji ispitanici iskazuju više potrebe za supervizijom i spremniji su uključiti se u superviziju. Obrazovaniji ispitanici moguće zagovaraju aktivniji pristup zaštite svoje profesionalnosti.

Tablica 42: Korelacije između percipirane potrebe za supervizijom i spremnosti za uključivanje u superviziju i izvora stresa

	Org. radnog mjesta i financijska pitanja	Javna kritika i tužbe	Opasnosti i štetnosti	Sukobi i komunikacija	Smjenski rad	Profesionalni i intelekt.zahtjevi	Stres ukupni
Spremnost	-0,15	-0,21	-0,14	-0,21	-0,12	0,07	-0,16
Potreba	0,22	0,18	0,09	0,09	0,10	0,21	0,20

Korelacijskim analizama utvrđene su statistički značajne negativne korelacije između spremnosti za uključivanje u superviziju i izvora stresa: javna kritika i tužbe, sukobi i komunikacija i ukupnog stresa. Nadalje, utvrđene su pozitivne korelacije između percipirane potrebe za supervizijom i izvora stresa: organizacija radnog mjesta i financijska pitanja, javna kritika u tužbe, profesionalni i intelektualni zahtjevi i ukupnog stresa (Tablica 42). Zanimljiv nalaz je da, što ispitanici doživljavaju stresnijim javne kritike i tužbe, te stres ukupno to percipiraju superviziju potrebnijom, ali su manje spremni se uključiti u superviziju, što bi značilo da su svjesni potrebe za pomoći u obliku supervizije, ali nisu spremni se i uključiti što bi se moglo okarakterizirati kao pasivnost ili nemotiviranost za traženjem pomoći.

Tablica 43: Korelacije između percipirane potrebe za supervizijom i spremnosti za uključivanje u superviziju i sagorijevanja

	Otuđenost	Iscrpljenost	Sagorijevanje ukupno
Spremnost	-0,24	-0,12	-0,20
Potreba	0,06	0,17	0,13

Korelacijskim analizama utvrđena su statistički značajne negativne korelacije između spremnosti za uključivanje u superviziju i otuđenosti i ukupnog sagorijevanja. Nadalje je utvrđena statistički značajna pozitivna povezanost percipirane potrebe za supervizijom i iscrpljenosti (Tablica 43). Navedeni rezultati su zapravo logični, što se ispitanici osjećaju

više udaljeni od svog posla općenito, ali i sve manje angažirano u radnim zadaćama i manje voljni za ostanak u zanimanju, to su manje spremni se uključiti u superviziju. Nadalje, što se više osjećaju iscrpljeni, kao posljedicu intenzivnoga fizičkog, afektivnog i kognitivnog stresa, odnosno osjećaju dugoročne posljedice produljene izloženosti zahtjevima posla to više percipiraju potrebu da se uključe u superviziju.

Tablica 44: Korelacije između percipirane potrebe za supervizijom i spremnosti za uključivanje u superviziju i emocionalnog napora

	Emocionalna usklađenost	Uživljavanje u emocije	Potiskivanje	Hinjenje emocija	Emocionalni napor ukupno
Spremnost	0,28	0,05	0,11	0,07	0,15
Potreba	0,08	-0,00	0,05	0,18	0,13

Korelacijskim analizama utvrđeno je da postoji statistički značajna pozitivna povezanost između spremnosti za uključivanje u superviziju i emocionalne usklađenosti te percipirane potrebe za supervizijom i hinjenja emocija (Tablica 44). To bi značilo da kako se povećava učestalost emocionalne usklađenosti tako se povećava i spremnost za uključivanje u superviziju, odnosno što smanjuje učestalost emocionalne usklađenosti tako se smanjuje spremnost za uključivanje u superviziju kao oblik podrške i pomoći u profesionalnom radu pa se nameće pitanje spremnosti ispitanika da otvoreno (u grupi, ispred kolega) reflektiraju o tom aspektu svog rada. S druge strane, s povećanjem učestalosti hinjenja emocija kao strategiju emocionalnog napora u radu s pacijentima i kolegama, a koja se odnosi na pretvaranje na poslu, stavljanje maske s ciljem izražavanja ispravnih emocija u svom poslu, pretvaranje da se ima emocije koje je potrebno prikazati na poslu, glumljenje kako bi se postupalo s pacijentima na odgovarajući način i glumljenje dobrog raspoloženja, povećava se percipirana potreba za supervizijom, a na navedeno bi se moglo gledati i kao na moguće teme koje bi se onda mogle pojaviti u superviziji medicinskih sestara i tehničara zaposlih u psihijatrijskim bolnicama. Učestalije lažno prikazivanje emocija, hinjenje emocija, emocionalno iscrpljuje, a reducira osobni sustav vrijednosti i efikasnosti u radu (Jeung i sur., 2018) što ispitanici prepoznaju kao problem te prepoznaju potrebu za supervizijom kao mogućom pomoći.

5.5. Ispitivanje prediktivne vrijednosti spola, dobi, obrazovanja, radni staž, doživljaja stresa, sagorijevanja i emocionalnog napora na percipiranu potrebu za supervizijom

Peti dio analiza odnosio se na ispitivanje prediktivne vrijednosti spola, dobi, obrazovanja, radni staž, doživljaja stresa, sagorijevanja i emocionalnog napora na percipiranu potrebu za supervizijom. U tu svrhu rađena je standardna regresijska analiza (Tablica 30).

Tablica 45: Rezultati standardne regresijske analize za kriterijsku varijablu percipirana potreba za supervizijom

Prediktori	R	R2	β	p
	0,387	0,150		
Spol			-0,098	0,219
Dob			0,095	0,668
Obrazovanje			-0,286	0,000*
Radni staž			-0,060	0,782
Stres ukupno			0,195	0,032*
Sagorijevanje ukupno			0,043	0,625
Emocionalni napor ukupno			0,094	0,214

* $p < 0,05$

R-koeficijent multiple korelacije

R2-koeficijent determinacije-postotak varijance kriterija objašnjene uvedenim prediktorima

B- beta koeficijent

Svi prediktori zajedno spol, dob, obrazovanje/stručna sprema, radni staž, doživljaj stresa, sagorijevanje i emocionalni napor objašnjavaju 15% varijance što je statistički značajno ($R=0,387$, $F=3,897$, $p=0,001$). Manje obrazovani ispitanici i ispitanici koji doživljavaju ukupno više stresa iskazuju veću potrebu za supervizijom.

5.6. Ispitivanje prediktivne vrijednosti spola, dobi, obrazovanja, radni staž, doživljaja stresa, sagorijevanja i emocionalnog napora na spremnost za uključivanje u superviziju

Peti dio analiza odnosio se na ispitivanje prediktivne vrijednosti spola, dobi, obrazovanja, radni staž, doživljaja stresa, sagorijevanja i emocionalnog napora za kriterijsku varijablu spremnost za uključivanje u superviziju. Obzirom da je spremnost za uključivanje u superviziju dihotomna varijabla, odnosno izražena je kao spremnost ili nespremnost za uključivanje u superviziju korištena je logistička regresijska analiza (Tablica 31).

Tablica 46: Rezultati logističke regresijske analize za kriterijsku varijablu spremnost za uključivanje u superviziju

Prediktori	β	Wald χ^2	df	OR (95% interval pouzd.)	p
Spol	-0,84	4,47	7	0,43 (0,20-0,95)	0,04
Dob	-0,05	1,24	7	0,95 (0,88-1,04)	0,27
Stručna sprema	1,27	8,83	7	3,57 (1,53-8,31)	0,00
Radni staž	0,05	1,38	7	1,05 (0,97-1,14)	0,24
Stres ukupno	0,00	0,00	7	1,00 (0,98-1,02)	0,98
Sagorijevanje ukupno	-0,80	2,55	7	0,45 (0,17-1,21)	0,11
Emocionalni napor ukup.	0,04	2,51	7	1,04 (0,99-1,09)	0,12
$\chi^2=25,10$ $p=0,00$ $df=7$ $-2LL=88,74$					

Rezultati ukazuju da statistički značajnu prediktivnu vrijednost imaju varijable spol i stručna sprema, odnosno vjerojatnije je da žene pripadaju grupi spremnih da se uključe u superviziju te veća razina obrazovanja povećava vjerojatnost da će osoba biti spremna uključiti se u superviziju. Vjerojatnost točnosti predviđanja ovog modela je 74,23%.

6. METODOLOŠKA OGRANIČENJA

U prvom redu, metodološko ograničenje se odnosi vezano za sam uzorak ispitanika. Istraživanjem su obuhvaćene samo medicinske sestre i tehničari zaposleni u pet psihijatrijskih bolnica i klinika (npr. nisu obuhvaćene medicinske sestre i tehničari na odjelima za psihijatriju općih bolnica), uzorak je mali i prigodan stoga su zaključci na osnovu rezultata ovog istraživanja ograničeni. Obzirom da su odgovori

na pojedinim upitnicima samoprocjena ispitanika, postavlja se pitanje iskrenosti, odnosno davanja socijalno poželjnih odgovora.

Sudionicima je zajamčena anonimnost, no ipak, navedeno nije garancija nedavanja socijalno poželjnih odgovora, a s obzirom na očekivanja radne uloge, sigurno nije socijalno poželjno iznositi tvrdnje o npr. hinjenju emocija, potiskivanju, uživljavanju u emocije, iscrpljenosti, otuđenosti, odnosno sagorijevanju ukupno.

Podatci su prikupljeni na način da su sudionici ispunjeni Upitnik pripremljen za ovo istraživanje dobili na način da ih je u kovertama izložila na sastanku glavna sestra bolnice te su ispunjeni upitnik sudionici vratili na način da su Upitnik u zatvorenoj koverti ubacili u kutiju koja se nalazila u dvorani za sastanke. Sama činjenica da su Upitnik dobili u ustanovi u kojoj rade, od glavne sestre, osobe koja im je nadređena, postavlja se pitanje kako je to moglo utjecati na njihove odgovore, odnosno koliko su na postavljena pitanja odgovarali otvoreno i iskreno.

7. DOPRINOS ISTRAŽIVANJA

Rezultati ovog istraživanja doprinos su u boljem razumijevanju specifičnosti stresora na radnom mjestu, stupnju sagorijevanja i emocionalnom radu medicinskih sestara i tehničara zaposlenih u psihijatrijskim bolnicama i klinikama. Samim ispitivanjem nekih obilježja posla i potreba medicinskih sestara i tehničara dalo im se do znanja o važnosti njihove struke kao i poštivanju iste. Dobiveni rezultati koji se odnose na njihovu percepciju potrebe za supervizijom kao i spremnosti da se uključe u superviziju moći će se iskoristiti kod zagovaranja budućih supervizora prilikom formiranja grupa u zdravstvenom sustavu, konkretno u psihijatrijskim bolnicama i klinikama čime su sami sudionici doprinijeli razvoju svoje struke što je u konačnici i njihova osobna dobrobit. Moglo bi se reći da ispitanici predlažu model supervizije na način da se održava jednom mjesečno, da se ciklus rada jedne supervizijske grupe održava do 3 mjeseca pri čemu im nije bitno od kojih članova bi bila sastavljena grupa. Sudjelovanje u ovom istraživanju na individualnoj razini dalo je priliku sudionicima da reflektiraju o svojim emocionalnim potrebama, potrebi za podrškom te o profesionalnom stresu i sagorijevanju. U nekim budućim istraživanjima koja bi se odnosila na spremnost

za uključivanje za superviziju bilo bi poželjno detaljnije ispitati njihova očekivanja od supervizije i supervizora konkretno.

8. ZAKLJUČCI

Nije nađena razlika u doživljaju stresa s obzirom na spol, dob i radni staž. Medicinske sestre i tehničari sa srednjom stručnom spremnom procjenjuju stresnijima opasnosti i štetnosti u radi te smjenski rad te ukupno doživljavaju više stresa u odnosu na medicinske sestre i tehničare koji su prvostupnici/e i magistri/e sestrinstva. Nije nađena razlika u dimenzijama sagorijevanja otuđenosti i iscrpljenosti, odnosno ukupnom sagorijevanju s obzirom na spol, dob i stručnu spremu. Medicinske sestre i tehničari koji imaju od 24-31 su iscrpljeniji od kolega koji imaju od 0 do 23 godine radnoga staža. Nisu nađene razlike u uživljanju u emocije, potiskivanju, hinjenju kao ni u ukupnom emocionalnom naporu s obzirom na stručnu spremu i radni staž. Razlike između žena i muškaraca, odnosno medicinskih sestara i tehničara nađena je u procjeni učestalosti emocionalne usklađenosti, na način da se žene procjenjuju učestalije emocionalno usklađeni. Ispitanici dobne skupine od 20 do 35 godina se procjenjuju kao manje učestalo emocionalno usklađeni u odnosu na starije ispitanike od 52 do 67 godina. Razlike su nađene i u strategiji uživljanje u emocije s obzirom dob, na način da ispitanici od 36 do 51 godinu manje učestalo koriste uživljanje u emocije u odnosu na mlađe ispitanike od 20 do 35 godina te starijih ispitanika od 52 do 67 godina. Kada je riječ o percepciji potrebe za supervizijom nisu nađene razlike s obzirom na spol, dob i radni staž. Ispitanici za srednjom stručnom spremnom iskazuju manje potrebe za supervizijom u odnosu na obrazovnije kolege. Žene, odnosno medicinske sestre pokazuju veću spremnost za uključivanje u superviziju kao i prvostupnici/e i magistri/e sestrinstva. Nisu nađene razlike u spremnosti za uključivanje u superviziju s obzirom na dob i radni staž. Svi ispitivani prediktori zajedno spol, dob, obrazovanje/stručna sprema, radni staž, doživljaj stresa, sagorijevanje i emocionalni napor objašnjavaju 15% varijance kriterijske varijable potreba za supervizijom, statistički značajno obrazovanje i doživljaj stresa. Manje obrazovani ispitanici i ispitanici koji doživljavaju ukupno više stresa iskazuju veću potrebu za supervizijom. Rezultati ukazuju da statistički značajnu prediktivnu vrijednost za kriterijsku varijablu spremnost za uključivanje u superviziju imaju spol i stručna sprema, odnosno vjerojatnost da će se osoba biti spremna uključiti u superviziju povećava

se ako se radi o ženi i ako je osoba obrazovanija. Kao znatnu prepreku za uključivanje u superviziju najveći postotak ispitanika navodi nedostatak vremena, zatim podjednako nedostatak interesa i nedovoljno znanje o superviziji, bojazan da će ih se smatrati nekompetentnim te strah od reakcije nadređenih manji postotak ispitanika. Moglo bi se reći da ispitanici predlažu model supervizije na način da se održava jednom mjesečno, da se ciklus rada jedne supervizijske grupe održava do 3 mjeseca pri čemu im nije bitno od kojih članova bi bila sastavljena grupa. Kada je riječ o nekim budućim istraživanjima na ovu temu bilo bi potrebno ispitati načine suočavanja sa stresom, ulogu socijalne podrške i otpornost na stres, što moglo dati detaljnije spoznaje o emocionalnom naporu i sagorijevanju kod ove populacije.

9. LITERATURA

1. Abreu, W., & Marrow, C. E. (2012). Clinical supervision in nursing practice: a comparative study in Portugal and the United Kingdom. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, 11(2), 16-24.
2. Ajduković, M. i Ajduković D. (1996.) *Pomoć i samopomoć u skrbi za mentalno zdravlje pomagačima*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
3. Alnems, A., Aboads, F., Al-Yousef, M., AL-Yateem, A., & Abotabar, N. (2005). Nurses' perceived job related stress and job satisfaction in Amman private hospitals. Retrieved December, 1, 2009.
4. ANSE (2008). Supervizija. Preuzeto s: <http://www.hdsor.hr/>
5. Arnold, J., Silvester, J., Patterson, F., Cooper, C.L., Robertson, I., & Burnes, B. (2005). *Work psychology: Understanding human behaviour in the workplace (4th ed.)*. Harlow, New York: Prentice Hall.
6. Badolamenti, S., Sili, A., Caruso, R., & FidaFida, R. (2017). What do we know about emotional labour in nursing? A narrative review. *British journal of nursing*, 26(1), 48-55.
7. Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015). Is it time to consider the “burnout syndrome” a distinct illness?. *Frontiers in public health*, 3, 158.
8. Berat, N., Jelić, D., & Popov, B. (2016). Serbian version of the Work Burnout Scale from the Copenhagen Burnout Inventory: Adaptation and psychometric properties. *Applied Psychology*, 9(2), 177–198.
9. Begat I., Ikeda N., Amemiya T., Emiko K., Iwasaki A. & Severinsson E. (2004) A comparative study of perceptions of work environment and moral sensitivity among Japanese and Norwegian nurses. *Nursing and Health Sciences* 6(58), 193–200.
10. Begat I., Ellefsen B. & Severinsson E. (2005) Nurses satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses experiences of well-being—a Norwegian study. *Journal of Nursing Management* 13, 221–230.
11. Bolton, S. C. (2005). Women's work, dirty work: the gynaecology nurse as ‘other’. *Gender, work & organization*, 12(2), 169-186.

12. Brotheridge, C. M., & Grandey, A. A. (2002). Emotional Labor and burnout: Comparing two perspectives of “people work”. *Journal of Vocational Behavior*, 60, 17–39.
13. Brook, P. (2009). In critical defence of ‘emotional labour’ refuting Bolton’s critique of Hochschild’s concept. *Work, employment and society*, 23(3), 531-548.
14. Burić I. i Slišković A. (2018). Oldenburški upitnik sagorijevanja. U: Slišković A., Burić I., Čubela Adorić V., Nikolić M., Tucak Junaković I., ur. *Zbirka psihologijskih skala i upitnika*, svezak 9. Zadar: Sveučilište u Zadru., str. 13-19.
15. Carod-Artal, F. J., & Vázquez-Cabrera, C. (2013). Burnout syndrome in an international setting. In *Burnout for experts* (pp. 15-35). Springer, Boston, MA.
16. Čavar, M. i Petrak, O. (2018). Percepcija sukoba i emocionalni napor u sestinstvu. *Croatia Nursing Journal*, 2, 1.
17. Čurčić, Đ., i Čurčić, M. (2009). Burnout syndrom in medical staff at the special hospital for psychiatric disorders' dr Laza Lazarevic'. *Engrami*, 31(3-4), 19-28.
18. Demerouti, E., & Bakker, A. B. (2008). The Oldenburg Burnout Inventory: A good alternative to measure burnout and engagement. *Handbook of stress and burnout in health care*, 65-78.
19. Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied psychology*, 86(3), 499.
20. Demerouti, E., Mostert, K., & Bakker, A. B. (2010). Burnout and work engagement: a thorough investigation of the independency of both constructs. *Journal of occupational health psychology*, 15(3), 209.
21. Dillon, J. F., & Tanner, G. R. (1995). Dimensions of career burnout among educators. *Journalism & Mass Communication Educator*, 50(2), 4-13.
22. Dollard, M.F. & Metzger, J.C. (1999). Psychological research, practice and production: The occupational stress problem. *International Journal of Stress management*, 6(4), 241-253.
23. Družić Ljubotina, O. i Friščić, Lj. (2014). Profesionalni stres kod socijalnih radnika: Izvori stresa i sagorijevanje na poslu. *Ljetopis socijalnog rada*, 21(1), 5-32.

24. Elfering, A., Grebner, S., Semmer, N.K., & Gerber, H. (2002). Time control, catecholamines and back pain among young nurses. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 386-393.
25. Elliott, C. (2017). Emotional labour: learning from the past, understanding the present. *British Journal of Nursing*, 26(19), 1070-1077.
26. Embriaco, N., Azoulay, E., Barrau, K., et al. (2007). High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 175, 686–92.
27. Farber, B.A., (1990). Burnout in Psychotherapist: Incidence, types, and trends. *Psychotherapy in Private Practice*, 8, 35-44.
28. Freudenberger, H.J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-65.
29. Friedman, I.A., & Farber, B.A. (1992). Professional self-concept as a predictor of teacher burnout. *The Journal of Educational Research*, 86(1), 28-35.
30. Friščić, L. (2006). Čimbenici profesionalnog stresa i sagorijevanja u radu socijalnih radnika u Centru za socijalnu skrb Zagreb. *Ljetopis socijalnog rada*, 13(2), 347-370.
31. Goleman, D. (1998). Working with emotional intelligence.
32. Grandey, A.A. (2003). When “the show must go on”: Surface acting and deep acting as determinants of emotional exhaustion and peer-rated service delivery. *Academy of Management Journal*, 46(1), 86–96.
33. Gray, B. (2009). The emotional labour of nursing—Defining and managing emotions in nursing work. *Nurse education today*, 29(2), 168-175.
34. Hingley P. (1984). The humane face of nursing. *Nursing Mirror*, 159(21), 19-22.
35. Houtman, I. (2005). European Foundation report on work-related stress. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, European Agency for Safety and Health at Work.
36. Hochschild, A. (1983). *The Managed Heart - Commercialization of Human Feeling*. Berkeley, CA: University of California Press.
37. Hoke, K. (2017). *Načini suočavanja sa stresom i kvaliteta života medicinskog osoblja u psihijatrijskim ustanovama* (Doctoral dissertation, University of Applied Health Sciences).

38. Hudek-Knežević, J. i Krapić, N. Odnos između emocionalne kontrole, percipiranog stresa na radnom mjestu i profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara. Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet, 2005. U: *Psihologijske teme*, 14 (2), 41-54.
39. Hudolin, V. (1984). *Psihijatrija*. Jugoslavenska medicinska naklada.
40. Hülsheger, U. R., & Schewe, A. F. (2011). On the costs and benefits of emotional labor: a meta-analysis of three decades of research. *Journal of occupational health psychology*, 16(3), 361.
41. Jakšić M. Sindrom izgaranja na radnome mjestu - Burn out sindrom. Đakovo: Katolički bogoslovni fakultet; 2014.
42. Jenkins, R., & Elliott, P. (2004). Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *Journal of advanced nursing*, 48(6), 622-631.
43. Jeung, D. Y., Kim, C., & Chang, S. J. (2018). Emotional labor and burnout: A review of the literature. *Yonsei medical journal*, 59(2), 187.
44. Kaker, D. J. (2009). Izvori profesionalnog stresa i sindroma sagorijevanja socijalnih radnika u zdravstvu u Republici Sloveniji. *Ljetopis Socijalnog Rada/Annual of Social Work*, 16(1).
45. Kakiashvili, T., Leszek, J., and Rutkowski, K. (2013). The medical perspective on burnout. *Internatioanl Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 26, 401–412.
46. Karanikola, M.N., & Papathanassoglou, E.E. (2013). Exploration of the burnout syndrome occurrence among mental health nurses in Cyprus. *Archives of psychiatric nursing*, 27(6), 319-326.
47. Kilfedder, C.J., Power, K.G., & Wells, T.J. (2001). Burnout in psychiatric nursing. *Journal of advanced nursing*, 34(3), 383-396.
48. Klobučar, J., Ajduković, M., i Šincek, D. (2011). Očekivanja, percepcija potrebe i poteškoća pri uvođenju supervizije iz perspektive ravnatelja centara za socijalnu skrb. *Ljetopis socijalnog rada*, 18(2), 281-303.
49. Kosić, R. (2009). Interdisciplinarni aspekti psihijatrije. Frančišković, T., & Moro, L. (2009). *Psihijatrija*.

50. Kozina, M., Vučen, S., Miščančuk, M., & Vičić Hudorović, V. (2018). Medijacija u sestrinstvu Mediation in nursing. *Sestrinski glasnik*, 23(1-2018), 34-34.
51. Kristensen, T.S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K.B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192-207.
52. Kusturin, S. (2007). Supervizija-oblik podrške profesionalcima. *Metodički ogleđi: časopis za filozofiju odgoja*, 14(1), 37-48.
53. Lee, R.T., Ashforth BE. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied. Psychology*. 81,123–33.
54. Lim, J., Bogossian, F., & Ahern, K. (2010). Stress and coping in Singaporean nurses: a literature review. *Nursing & Health Sciences*, 12, 251–258.
55. Marlais, M., & Hudorovic, N. (2015). Stres uzrokovan radnim okruženjem medicinskih sestara/tehničara u Općoj bolnici Dubrovnik. *Sestrinski glasnik*, 20(1), 72-74.
56. Martin, S. E. (1999). Police force or police service? Gender and emotional labor. *The annals of the American academy of political and social science*, 561(1), 111-126.
57. Maslach, C. (2003.), Job burnout: New Directions in Research and Intervention, *Current Directions in Psychological Science*, 12, 189-192.
58. Maslach C., Jackson S.E, (1981). Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto, CA: Consult. Psychol. Press. 3rd ed.
59. Maslach, C., & Leiter, M.P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498–512.
60. Maslach C., Schaufeli B.W., Leiter P.M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422.
61. McClure, R., & Murphy, C. (2007). Contesting the dominance of emotional labour in professional nursing. *Journal of health organization and management*.
62. Milošević, M. (2010). Izrada mjernog instrumenta stresa na radnom mjestu bolničkih zdravstvenih djelatnika i procjena njegove uporabne vrijednosti, doktorska disertacija, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.

63. Mlinar, S., Tušak, M., & Karpljuk, D. (2009). Self-concept in intensive care nurses and control group women. *Nursing ethics*, 16(3), 328-339.
64. Mojdeh, S., Sabet, B., Irani, M.D., Hajian, E., & Malbousizadeh, M. (2008). Relationship of nurse's stress with environmental-occupational factors. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 13(1).
65. Moustaka, E., & Constantinidis, T.C. (2010). Sources and effects of work-related stress in nursing. *Health science journal*, 4(4), 210.
66. Montero-Marín, J., García-Campayo, J., Mosquera, D., López, Y. (2009). A new definition of burnout syndrome based on Farbers's proposal. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 4, 31.
67. Näring, G., Briët, M., & Brouwers, A. (2007). Beyond demand–control: Emotional labour and symptoms of burnout in teachers. *Work & Stress*, 20(4), 303-315.
68. Näring, G., Briët, M., & Brouwers, A. (2007). Validation of the Dutch questionnaire on emotional labor (D-QEL) in nurses and teachers. *Psychosocial resources in human services work*, 21(39), 135-145.
69. Näring, G., & Van Droffelaar, A. (2007). Incorporation of emotional labor in the demand–control–support model: The relation with emotional exhaustion and personal accomplishment in nurses. *Functionality, intentionality and morality*. Emerald Group Publishing Limited.
70. Numerof, R. E., & Abrams, M. N. (1984). Sources of stress among nurses: An empirical investigation. *Journal of human stress*, 10(2), 88-100.
71. O'Driscoll, M.P. i Cooper, C.L. (2002). Job-related stress and burnout. In P. Warr (Ed.), *Psychology at Work* (pp. 203-228). London, England: Penguin Group.
72. Qi, Y. K., Xiang, Y. T., An, F. R., Wang, J., Zeng, J. Y., Ungvari, G. S. & Chiu, H. F. (2014). Nurses' Work Related Stress in China: A Comparison Between Psychiatric and General Hospitals. *Perspectives in psychiatric care*, 50(1), 27-32.
73. Puljizević, N., Miloslavić, T., Perinić-Lewis, A. i sur.(2014). Utječe li bračno stanje na doživljeni stres i mentalnu čvrstoću kod studenata sestrinstva i kriminalistike?. *Sestrinski glasnik*, 19(2), 89-94.

74. Rosenbaum, M. (1990). *The role of learned resourcefulness in the self-control of health behavior*. Springer Publishing Co.
75. Savicki, V. (2002). *Burnout across thirteen cultures: Stress and coping in child and youth care workers*. Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.
76. Sharifah Zainiyah, S.Y., Afiq, I.M., Chow, C.Y., & Siti Sara, D. (2011). Stress and its associated factors amongst ward nurses in a public hospital Kuala Lumpur. *Malaysian journal of public health medicine*, 11(1).
77. Slišković, A. (2010). Stres kod nastavnika u visokom obrazovanju u funkciji zahtjeva posla i radnog lokusa kontrole. Doktorska disertacija.
78. Slišković, A., Burić, I., & Bubić, L. (2017). Uloga strategija emocionalnog napora u objašnjenju izgaranja nastavnika. *Suvremena psihologija*, 20(2), 151-163.
79. Smith, P. (1992). *The emotional labour of nursing: its impact on interpersonal relations, management and educational environment*. Macmillan International Higher Education.
80. Stansfeld, S., & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health -a meta-analytic review. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 443-462.
81. Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2008). Burnout: 35 years of research and practice. *Career development international*.
82. Sy, T., Côté, S., & Saavedra, R. (2005). The contagious leader: impact of the leader's mood on the mood of group members, group affective tone, and group processes. *Journal of applied psychology*, 90(2), 295.
83. Sviben, R., Pukljak Iričanin, Z., Lauri Korajlija, A., Čular Reljanović, A. (2017). Sindrom sagorijevanja i mentalno zdravlje kod medicinskog osoblja sa psihijatrijskog i ne psihijatrijskih odjela. *Journal of Applied Health Sciences*, 3 (2), 169-181.
84. Škrinjarić, J. S., i Šimunović, D. (2018). Sources of professional stress of nurses in family medicine clinics. *Medica Jadertina*, 48(1-2), 13-22.
85. Theodosius, C. (2006). Recovering Emotion from Emotion Management. *Sociology*, 40(5): 893–910.

86. Tucak Junaković, I., Macuka, I., i Skokandić, L. (2019). Profesionalni stres, zadovoljstvo poslom i sagorijevanje medicinskih sestara/tehničara zaposlenih u području palijativne skrbi. *Medica Jadertina*, 49(3-4), 157-171.
87. Van Kleef, G. A. (2009). How emotions regulate social life: The emotions as social information (EASI) model. *Current directions in psychological science*, 18(3), 184-188.
88. Velimirović, I., Vranko, M., Ferić, M. i Jendričko, T. (2017). Burnout Syndrome in Mental Health Professionals: psychiatric hospital setting. *Alcoholism and psychiatry research*, 53 (2), 123-138.
89. Vlada, R.H. (2010). Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje od 2011.-2016. *Zagreb: Vlada Republike Hrvatske*.
90. WHO (2007). Healthy workplaces: a model for action: for employers, workers, policymakers and practitioners.
91. Winwood, P.C., Winefield, A.H and K. Lushington, K. (2006). Work-related fatigue and recovery: the contribution of age, domestic responsibilities and shiftwork. *Journal of Advanced Nursing*, 2006. 56(4): p. 438-49.
92. Zakon o zaštiti na radu. (2014) NN.
93. Zarei, M. H., Seyed, K. N., & Akhavan, A. M. R. (2012). Do demographic variables moderate the relationship between job burnout and its consequences?.
94. Zeng, Y. (2009). Review of work related stress in mainland Chinese nurses. *Nursing & health sciences*, 11(1), 90-97.
95. Zlomislić, D., i Laklija, M. (2019). Uloga socijalnih radnika zaposlenih na odjelima psihijatrije i čimbenika koji utječu na njihovu spremnost na uključivanje u superviziju. *Ljetopis Socijalnog Rada/Annual of Social Work*, 26(1).

10. POPIS TABLICA

- Tablica 1: Sociodemografska obilježja uzorka medicinskih sestara i tehničara
- Tablica 2: Broj ispitanika s obzirom na radnom mjestu na kojem su zaposleni
- Tablica 3: Broj ispitanika i postotak kod procjene učestalosti prekovremenog rada, dežurstava i smjenskog rada
- Tablica 4: Faktorska struktura Upitnika o stresorima na radnom mjestu bolničkih zdravstvenih djelatnika i pouzdanosti pojedinih faktora izraženi Cronbach alpha koeficijentom
- Tablica 5: Rezultati t-testa za ispitivanje razlika u doživljaju različitih izvora stresa s obzirom na spol
- Tablica 6: Jednosmjerne analize varijance za ispitivanje razlika u doživljaju različitih izvora stresa s obzirom na dob
- Tablica 7: Rezultati t-testa za ispitivanje razlika u doživljaju različitih izvora stresa s obzirom na obrazovanje/stručna sprema
- Tablica 8: Jednosmjerne analize varijance za ispitivanje razlika u doživljaju različitih izvora stresa s obzirom na radni staž
- Tablica 9: Deskriptivni parametri doživljaja različitih izvora stresa s obzirom na radni staž
- Tablica 10: Korelacije između izvora stresa i sociodemografskih varijabli
- Tablica 11: Faktorska struktura Oldenburškog upitnika sagorijevanja i pouzdanosti pojedinih faktora izraženi Cronbach alpha koeficijentom
- Tablica 12: Rezultati t-testa za ispitivanje razlika u stupnju sagorijevanja s obzirom na spol
- Tablica 13: Jednosmjerne analize varijance za ispitivanje razlika u stupnju sagorijevanja s obzirom na dob
- Tablica 14: Rezultati t-testa za ispitivanje razlika u stupnju sagorijevanja s obzirom na obrazovanje/stručnu spremu
- Tablica 15: Jednosmjerne analize varijance za ispitivanje razlika u stupnju sagorijevanja s obzirom na radni staž
- Tablica 16: Deskriptivni parametri sagorijevanja s obzirom na radni staž

Tablica 17: Korelacije između sagorijevanja i sociodemografskih varijabli

Tablica 18: Korelacije između sagorijevanja i procjenjivanih izvora stresa

Tablica 19: Faktorska struktura Upitnika emocionalnog napora i pouzdanosti pojedinih faktora izraženih Cronbach alpha koeficijentom

Tablica 20: Rezultati t-testa za ispitivanje razlika u doživljaju emocionalnog napora s obzirom na spol

Tablica 21: Jednosmjerne analize varijance za ispitivanje razlika u emocionalnom naporu s obzirom na dob

Tablica 22: Jednosmjerne analize varijance za ispitivanje razlika u emocionalnom naporu s obzirom na obrazovanje/stručnu spremu

Tablica 23: Jednosmjerne analize varijance za ispitivanje razlika u emocionalnom naporu s obzirom na radni staž

Tablica 24: Deskriptivni parametri emocionalnog napora s obzirom na radni staž

Tablica 25: Korelacije između emocionalnog napora i sociodemografskih varijabli

Tablica 26: Korelacije između emocionalnog napora i sagorijevanja

Tablica 27: Rezultati t-testa za ispitivanje razlike u percipiranoj potrebi za supervizijom s obzirom na spol

Tablica 28: Jednosmjerna analiza varijance za ispitivanje razlike u percipiranoj potrebi za supervizijom s obzirom na dob

Tablica 29: Rezultati t-testa za ispitivanje razlike u percipiranoj potrebi za supervizijom s obzirom na obrazovanje/stručnu spremu

Tablica 30: Jednosmjerna analiza varijance za ispitivanje razlike u percipiranoj potrebi za supervizijom s obzirom na radni staž

Tablica 31: Deskriptivni parametri percipirane potrebe za supervizijom s obzirom na radni staž

Tablica 32: Broj ispitanika i postotci kod procjene prepreka za uključivanje u superviziju

Tablica 33: Broj ispitanika i postotci kod procjene koliko bi se učestalo trebala održavati supervizija

Tablica 34: Broj ispitanika i postotci kod procjene koliko bi trebao trajati ciklus supervizijskog rada jedne supervizijske grupe

Tablica 35: Broj ispitanika i postotci za sastavljanje članova grupe

Tablica 36: Rezultati t-testa za ispitivanje razlike u spremnosti uključivanja u superviziju s obzirom na spol

Tablica 37: Jednosmjerne analize varijance za ispitivanje razlike u spremnosti uključivanja u superviziju s obzirom na dob

Tablica 38: Rezultati t-testa za ispitivanje razlike u spremnosti uključivanja u superviziju s obzirom na obrazovanje/stručnu spremu

Tablica 39: Jednosmjerna analiza varijance za ispitivanje razlike u spremnosti uključivanja u superviziju s obzirom na radni staž

Tablica 40: Deskriptivni parametri spremnosti za uključivanje u superviziju s obzirom na radni staž

Tablica 41: Korelacije između percipirane potrebe za supervizijom i spremnosti za uključivanje u superviziju i sociodemografskih varijabli

Tablica 42: Korelacije između percipirane potrebe za supervizijom i spremnosti za uključivanje u superviziju i izvora stresa

Tablica 43: Korelacije između percipirane potrebe za supervizijom i spremnosti za uključivanje u superviziju i sagorijevanja

Tablica 44: Korelacije između percipirane potrebe za supervizijom i spremnosti za uključivanje u superviziju i emocionalnog napora

Tablica 45: Rezultati standardne regresijske analize za kriterijsku varijablu percipirana potreba za supervizijom

Tablica 46: Rezultati logističke regresijske analize za kriterijsku varijablu spremnost za uključivanje u superviziju

11. PRILOZI

Tablica 1: Rezultati LSD analize za varijablu Iscrpljenost s obzirom na radni staž (god.)

	Radni staž	{1}	{2}	{3}	{4}	{5}	{6}
1	0-7		0,685924	0,622387	0,002309	0,063488	0,414252
2	8-15			0,918833	0,009163	0,157613	0,613311
3	16-23				0,014951	0,206367	0,678043
4	24-31					0,207706	0,107822
5	32-39						0,549154
6	40-47						

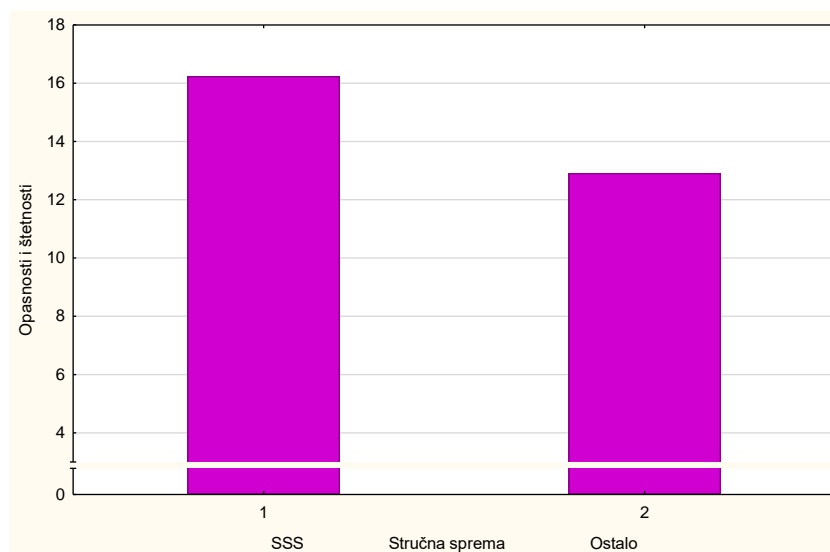
Tablica 2: Rezultati LSD analize za varijablu Emocionalna usklađenost s obzirom na dob

	dob	{1}	{2}	{3}
1	20-35		0,522753	0,014756
2	36-51			0,083582
3	52-67			

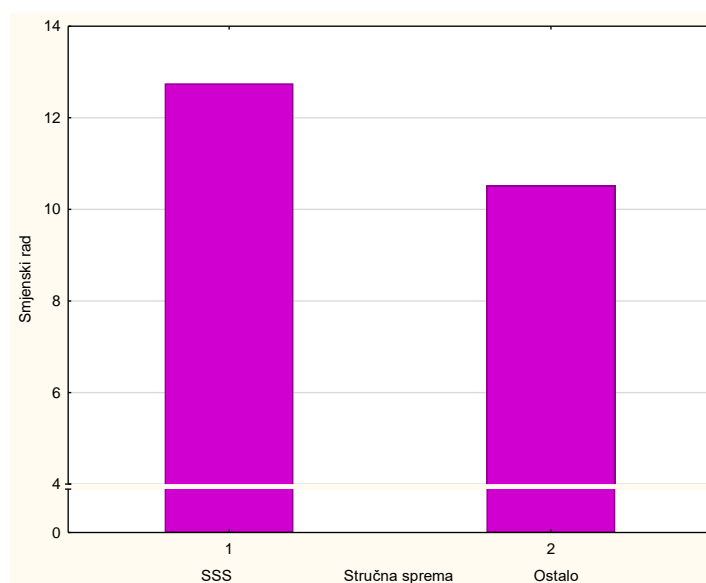
Tablica 3: Rezultati LSD analize za varijablu Uživljavanje u emocije s obzirom na dob

	dob	{1}	{2}	{3}
1	20-35		0,027654	0,517015
2	36-51			0,008829
3	52-67			

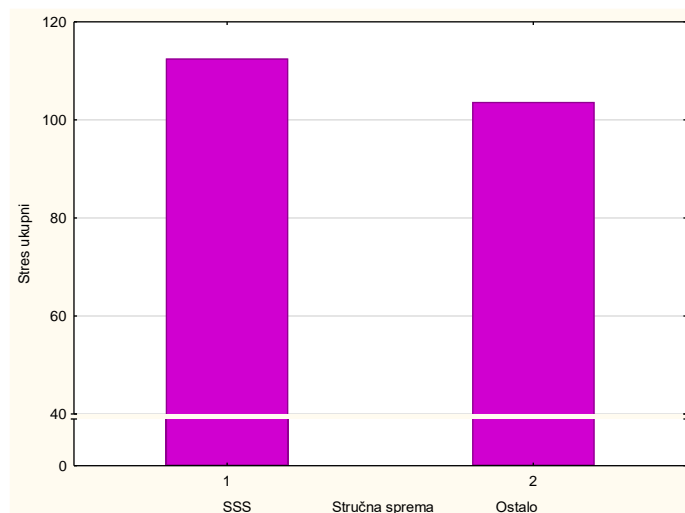
Slika 1: Doživljaj stresnosti opasnosti i štetnosti s obzirom na stručnu spremu



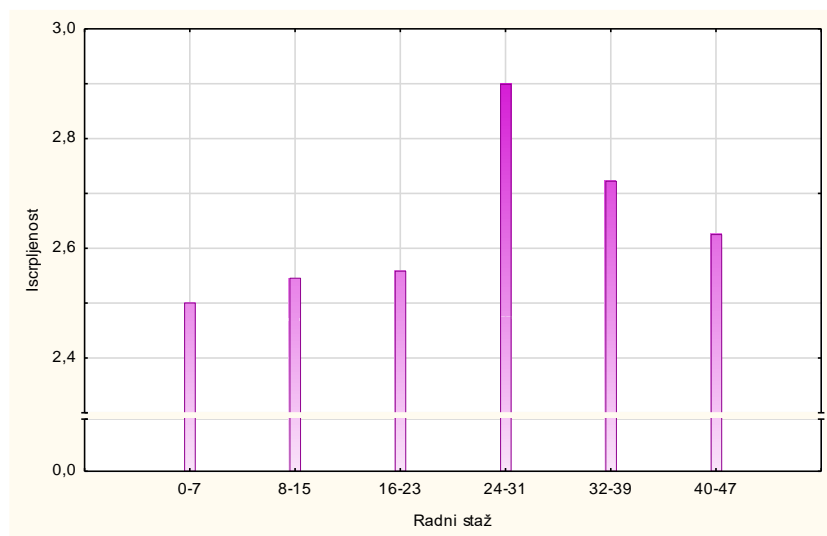
Slika 2: Doživljaj stresnosti smjenskog rada s obzirom na stručnu spremlu



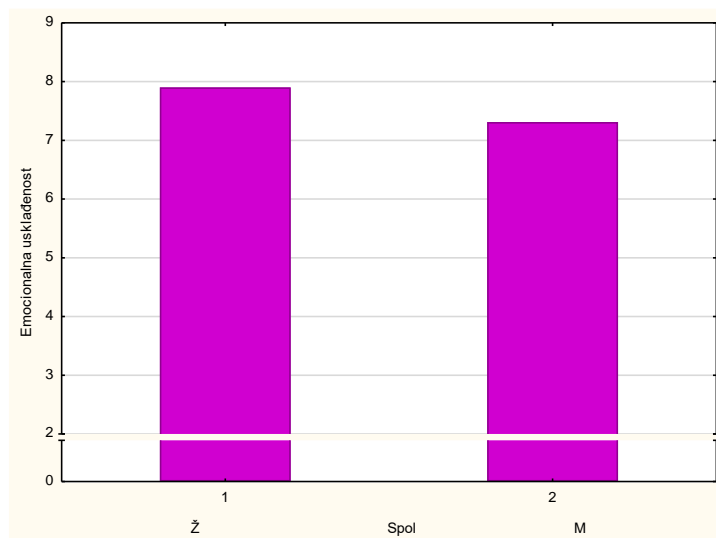
Slika 3: Ukupan doživljaj stresa s obzirom na stručnu spremlu



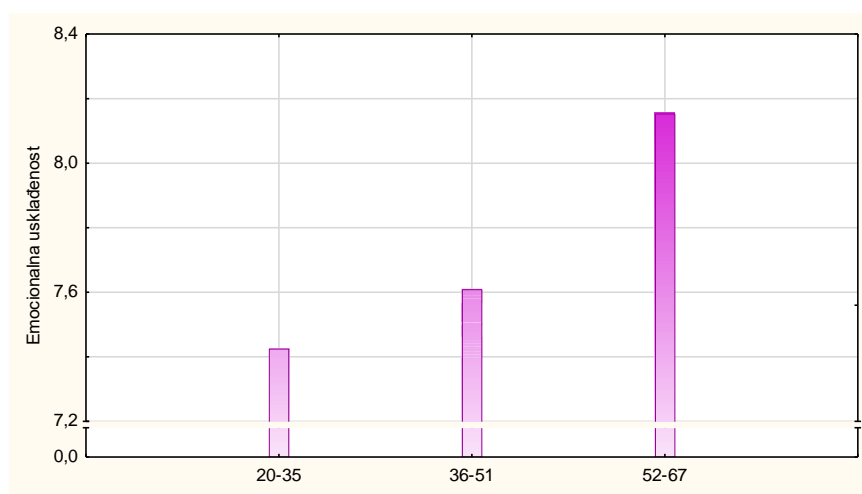
Slika 4: Procjena iscrpljenosti s obzirom na radni staž



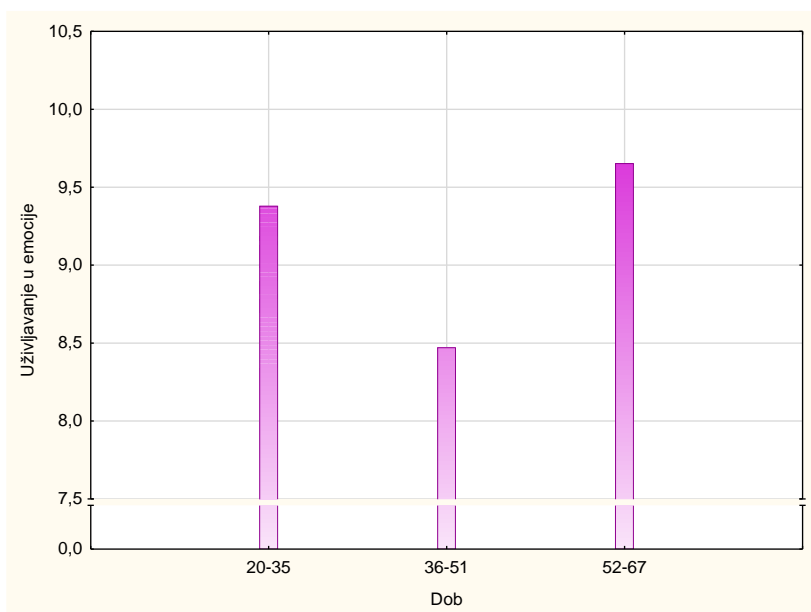
Slika 5: Emocionalna usklađenost s obzirom na spol



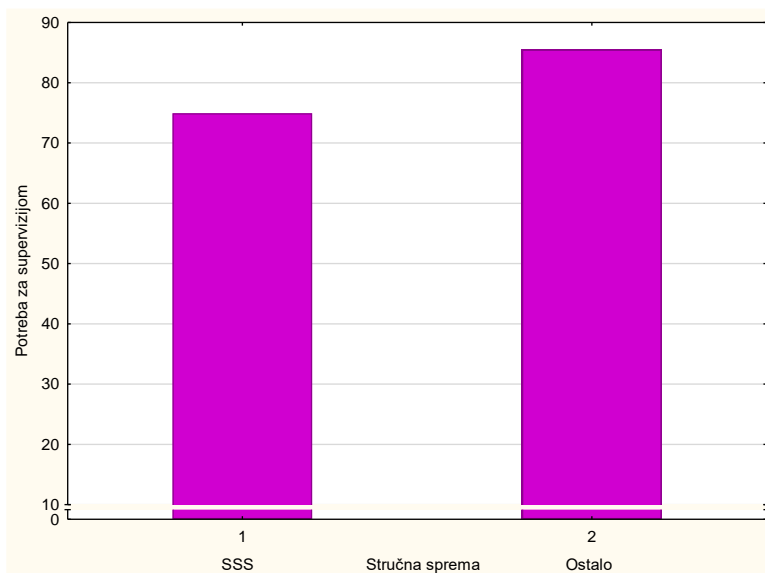
Slika 6: Emocionalna usklađenost s obzirom na dob



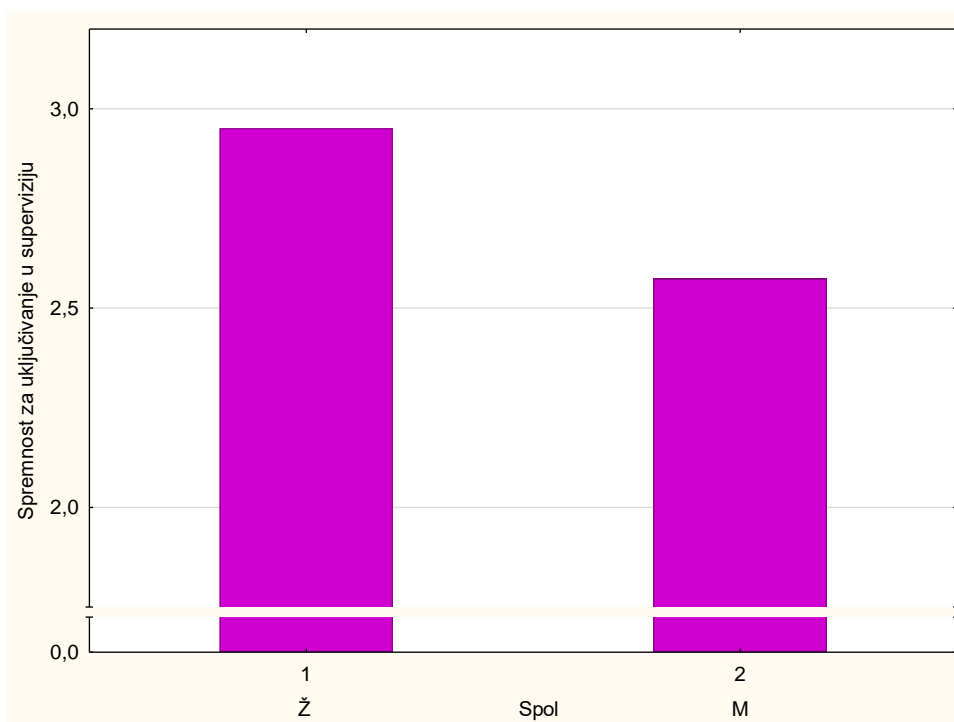
Slika 7: Uživljanje u emocije s obzirom na dob



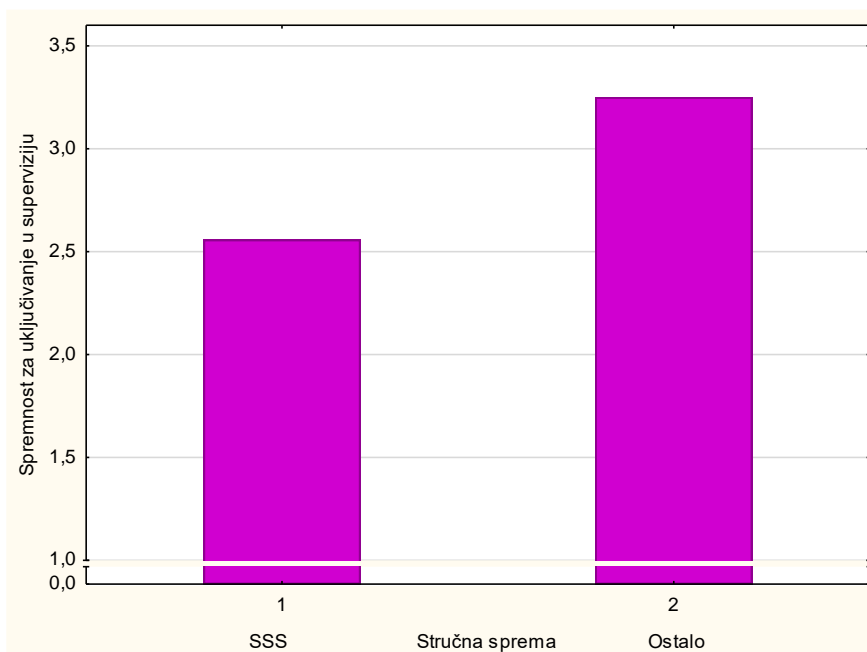
Slika 8: Percipirana potreba za supervizijom s obzirom na stručnu sprema



Slika 9: Spremnost za uključivanje u superviziju s obzirom na spol



Slika 10: Spremnost za uključivanje u superviziju s obzirom na obrazovanje/stručnu spremu



Popis kratica:

EU

KBC-a Rijeka

Kopenhaški inventar sagorijevanja (CBI)

MBI - Maslach Burnout Inventory

Međunarodne klasifikacije bolesti MKB-10

Oldenburški upitnik sagorijevanja (eng. The Oldenburg Burnout Inventory; OLBI)

RH

WHO

ŽIVOTOPIS

Lucijana Rupić Krstić rođena je 1985. godine u Šibeniku, a 2009. godine završila je Studij psihologije na Filozofskom fakultetu Sveučilišta u Zadru te tako stekla titulu profesor psihologije. Od veljače 2019. godine joj je priznat status kliničkog psihologa od strane Hrvatske psihološke komore. Od 28. prosinca 2011. godine je na neodređeno zaposlena u Psihijatrijskoj bolnici Ugljan na radnom mjestu psihologa. Od 2009. godine radi kao terapeut u Klubu liječenih alkoholičara Zadar gdje je pokrenula više EU projekata. Od akademske godine 2018./2019. godine je mentor na praksi studentima psihologije na Sveučilištu u Zadru iz kolegija „Praktikum iz psihodijagnostike“. Od 2019. godine vanjski je suradnik Zadarske nadbiskupije kao sudski vještak Nadbiskupijskog suda u Zadru, te je od 2020. godine stalni sudski vještak za psihologijsku struku.